우리나라 커뮤니티케어 정책의 바람직한 정책방향과 과제: 공공보건의료서비스를 중심으로

The Challenges of Community Care in Korea, focused on the public health care services

나백주

서울특별시 시민건강국

Baeg Ju Na

Bureau of Civil Health, Seoul Metropolitan City Government

Correspondence to: Baeg Ju Na

Bureau of Civil Health, Seoul Metropolitan City Government, 110 Sejong-daero, Jung-gu,
Seoul 04524, Korea

Tel: +82-2-2133-7500

E-mail: baegju.na@seoul.go.kr

Received: November 16, 2019

Revised: November 23, 2019

Accepted: November 25, 2019

© Published by Korean Society for Public Health and Medicine; all rights reserved

Abstract

Successful settlement of community care in Korean society is an important task. Specially, it is necessary to successfully cope with the rapid aging phenomenon and extremely low birth rate, but it is also important for protecting and realizing the right to health as a human right. Community care has the meaning of innovation that completely changes the direction of the existing health care system. To achieve this, the Ministry of Health and Welfare has created guidelines and pilot projects have been started. It is still weak, but strategies, visions and detailed tactics should be well prepared for future implementation. For this purpose, it is essential that the philosophy of community care, the strategy for business execution, and the policy environment are well designed.

In the community care philosophy, the concept of health care services centered on the activities of residents, not suppliers, should be established. Above all, it is not a concept of providing proper treatment in a medical institution that comes to you because you feel unhealthy, but a service that helps people who feel healthy and realize the neglect of health care and improve their health care ability. Therefore, it must be fundamentally different from the service point of view.

The concept of care coordination is very important in the service delivery system. Community care should be implemented at the school and work level as well as in the region and should be carried out by life cycle. This is a universal service, but proportional universalism must be implemented that simultaneously performs selective access to vulnerable groups of health care. In addition, a policy environment system for community care should be well established. Specially, policy design for the leading role of local government is essential, and the financial investment strategy must be linked to local government planning. Human resource development and management strategies should also be considered.

Lastly, for successful policy of community care, the process of actively discussing community care needs and making them into policies needs to be widely developed. In particular, the need for decentralization in the health care sector and the need for balanced national development in the health care sector should be established and spread.

Keywords: Community care, Public health care system, health policy

서론

커뮤니티케어는 문재인정부의 보건의료 관련 정책 가운데 중요한 의미를 갖는 정책이다. 보건복지부가 발표한 커뮤니티케어의 정책 배경 핵심은 그동안 장애나 질병이 있는 국민에 대해 기본적인 소득보장과 의료비보장을 하는 것이었다면 앞으로는 장애 및 만성질환을 가진 주민들의 탈시설화와 탈병원화를 지원하는 것이라고 할 수 있다. 즉 질병을 가진 주민이 살던 곳(자기 집이나 그룹 홈 등)에서 개개인의 욕구에 맞는 서비스를 누리고 지역사회와 함께 어울려 살아갈 수 있도록 주거, 보건의료, 요양, 돌봄, 독립생활의 지원이 통합적으로 확보되는 지역주도형 사회서비스[1]라고 할 수 있다. 이는 그동안 지역보건의료체계 및 지역복지전달체계를 통해 커뮤니티케어를 강조했던 학술측면에서도 커뮤니티케어가 실제 제도화 과정에 있다는 것을 확인하는 의미가 있다. 커뮤니티케어의 추진방향은 크게 당사자 인권 강조, 지방분권, 지속가능한 포용적 복지 등이 제시되었고 또한 커뮤니티케어의 핵심과제로는 돌봄 사회서비스 확충, 지역사회 중심 건강관리체계 강화, 병원 및 시설의 합리적 이용 및 지역사회 정착 지원 등이 강조되었다. 정부는 이러한 커뮤니티케어 선도사업을 2019년부터 2년간 12개 시군구에서 노인, 장애인, 정신질환자, 노숙인 등을 대상으로 시행한다고 발표하였다[2]. 서울시는 그동안 나름대로 커뮤니티케어를 실현하기 위해 노력해왔는데 특히 박원순 시장 당선(2011년)이후 도입된 ‘찾아가는 동주민센터(이하 찾동)’은 보건의료와 복지 영역에서 커뮤니티케어를 실현하는 데 지역사회 문제해결의 플랫폼으로서 중요한 인프라[3]를 갖추고 있다. 하지만 커뮤니티케어에 대한 학계와 보건복지 현장의 기대에도 불구하고 제대로 된 커뮤니티케어에 대한 우려가 있는 것도 사실이다. 특히 기존의 보건복지 서비스 제공방식이 일정한 보건복지 요구(need)가 있는 사람을 발굴하거나 당사자가 찾아오면 체계적으로 평가하여 필요한 보건복지 서비스를 받을 수 있도록 하는 지역사회 기반의 완전모델(complete model) 방식이 아니었기 때문에 새로운 제도에서는 이 부분에 대한 갈망이 해소될 수 있을까 하는 기대가 크다고 할 수 있다[4].

한국의 공공보건의료 분야에서 커뮤니티케어 시도는 역사가 깊다. 과거 1978년여부터 농어촌지역을 대상으로 시작된 공중보건의사제도 및 보건진료소와 보건진료원 등 일차보건의료(Primary Health Care) 정책부터 그 기원을 찾을 수 있다[5]. 세계보건기구로부터 비롯된 일차보건의료 정책운동은 기존 보건정책이 특정 질병퇴치에 초점을 맞추었지만 기대한 성과를 거두지 못하면서 커뮤니티 즉 지역사회 주민에 대한 건강문제를 종합적으로 다루면서 다양한 보건의료 및 관련 자원의 효과적인 전달체계와 주민의 참여에 의한 질병예방을 꾀한 보건정책의 근본 변화에 따라 만들어졌다[6]. 이러한 일차보건의료 정책은 커뮤니티케어의 핵심 요소를 담고 있으며 과거 정책으로 수명을 다한 것이 아니라 만성질환 증가 등 새로운 공중보건위협에 대응하기 위해서도 다시 일차보건의료 정책이 강조되고 있다[7]. 더구나 단일한 모형이 아니라 해당 국가의 커뮤니티 준비역량 및 환경에 따라 일차보건의료 정책 원칙을 구현하는 것이 필요하다. 최근 커뮤니티케어라는 정책을 논의하는 마당이 열리는 기회에 일차보건의료 정책 원리를 기반으로 보건의료분야의 커뮤니티케어 현황과 문제를 점검하고 새로운 개선 방향을 모색하는 것은 의미 있는 접근이 될 수 있다.

보건복지부는 커뮤니티케어의 개념에 대해 일상생활에서 케어가 필요한 사람들에게 자택 등 자기가 살던 곳에서 지낼 수 있도록 하기 위한 확대되고 통합된 사회복지 서비스가 제공될 수 있도록 하는 것이라고 정의하였다(표 1)[8].

〈표 1〉 커뮤니티케어의 개념 및 적용대상

Whom	일상생활에서 케어가 필요한 사람에게
Who	읍면동을 플랫폼으로 민관통합연계된 전달체계가
What	확대된 정착지원 프로그램과 돌봄서비스 등을
Where	자택 등 자기가 살던 곳에서 이용할 수 있도록
How	커뮤니티의 관심과 역량을 강화하고
When	19년부터 선도사업을 실시함으로써
Why	대상자의 인권과 삶의 질을 제고하고, 지역의 책임성을 높이는 것

출처 : 황승현, 커뮤니티케어(지역사회 기반 케어) 추진 로드맵

보건복지부가 발표한 커뮤니티케어 정책 개념은 탈시설 및 보건의료와 복지 연계 과제를 시의적절히 제시한 의의가 있지만 아직 세밀한 커뮤니티케어의 전달체계 모형 제시까지는 미흡한 실정이다. 다만 지방분권 측면에서 지방자치단체 시범사업과 보건소 맞춤형 건강관리체계 구축 연구 등을 통해 향후 전달체계 성공모형을 찾아보겠다는 의지가 표명된 수준이다[8]. 구체적으로 시범사업은 크게 네가지 유형인데 첫 번째는 노인계층의 ‘사회적입원’을 예방하기 위한 모델로 의료기관의 ‘지역연계실’을 활용하는 모델이고 두 번째는 장애인 자립생활 및 지역사회정착 선도사업이다. 세 번째는 정신질환자 지역사회정착 선도사업이고 네 번째는 노숙인 자립지원 선도사업이다. 그런데 가장 큰 문제점으로 꼽히는 것은 다양한 부서가 담당하고 있는 돌봄의 연계 중심을 어디서 맡을 것인지에 대한 모델이 명확하지 않다는 점이다. 그리고 이와 관련된 지방자치단체의 역할이 어디까지인지가 불분명하다는 점도 문제이다. 이는 또한 광역 및 기초 지방자치단체의 예산 부담 및 담당 조직체계 제시가 제대로 되고 있지 않다는 문제와도 연결된다[9].

대략적으로 현 정부의 커뮤니티케어 정책의 문제점은 커뮤니티케어 전달체계 모델 정립이 미비하다는 점과 커뮤니티케어 정책환경이 부족하다는 것으로 구분될 수 있다. 하지만 저자는 거기에 더해 커뮤니티케어 정책철학의 정립도 부족하다고 판단된다. 따라서 1) 커뮤니티케어 정책 철학의 문제, 2) 커뮤니티케어 전달체계의 문제, 3) 커뮤니티케어 정책환경의 문제로 나누어 현황과 대안을 모색해보고자 한다.

커뮤니티케어 정책 철학의 문제와 대안

정부가 발표한 커뮤니티케어의 바탕이 되는 철학은 돌봄이 필요한 어르신이나 장애인들이 시설 및 병원에 의존하여 수용 개념의 삶이 아니라 자립과 자활의 삶을 살 수 있도록 도와줌으로써 정부 재정 부담을 줄이는 것 뿐 아니라 인권 존중과 삶의 질을 높이도록 하는 것이다[2]. 이러한 정책 철학은 기존 파편화된 돌봄체계와 질적으로 다른 것이라고 평가할 수 있다. 왜냐하면 커뮤니티케어는 지역사회에서 돌봄이 필요한 처지로 전환된 경우에 특정한 문제를 가지고 돌봄의뢰가 된 경우에 사례 접수(intake)하여 연계 서비스를 제공한다는 공급자 중심 개념에서 벗어나 주민 스스로 인간의 존엄함을 가지고 살아가는 상태를 지속할 수 있도록 보장한다는 인권중심 개념이 들어있기 때문이다. 이러한 관점은 주민에게도 스스로 건강과 생활을 독립하여 지속한다는 의지를 갖도록 하는 측면에서 중요하고 돌봄을 제공하는 사람들도 역시 ‘어떻게 주민을 평가하고 돌봄을 제공할 것인가?’ 하는 돌봄서비스 제공 방식에 의미있는 영향을 미치게 된다. 핵

심이 되는 개념 변화는 돌봄 문제를 평가하는 과정에서 돌봄이 필요한 문제를 찾아내는 개념에서 스스로 생활과 건강을 잘 관리할 수 있으려면 무엇이 필요한가를 찾아내는 개념으로 바뀌는 것이다. 이 개념차이는 현실에서 큰 의미가 있다. 식사를 잘 못하여 허약해진 어르신 문제에 대해서 예를 들어 보면 공급자 시각에서 식사를 제공할 것인가 말 것인가 혹은 만약 제공한다면 어떤 식사를 제공할 것인가를 판단하는 문제에서 스스로 식사가 가능하려면 어떤 조건과 동기부여가 있어야 할 것인가를 판단하는 문제로 전환하는 것이기 때문이다. 이렇게 되려면 공급자 시각이 아니라 주민의 시각에서 문제를 바라보아야 한다. 즉, 식사를 할 수 있는지 기능에 관한 제한된 점검표에 더해 주민의 자립생활 가능성을 중심에 두어 경제여건, 이웃과의 관계 긴밀함 정도, 주방 등 조리조건 및 주민 스스로 조리기술 구비 정도 등 훨씬 다양한 점검틀이 있어야 한다. 이러한 접근은 건강문제를 평가하는 과정에도 동일하게 적용되어야 한다. 따라서 돌봄문제를 해결하는 접근에서도 공급자 입장에서 필요한 돌봄문제를 100% 해결해주는 것이 아니라 주민 스스로 돌봄 역량을 높이기 위한 협력의 여지를 남겨두고 돌봄문제를 해결하는 고안이 필요하다. 이때 주민 당사자의 능력수준과 의지 그리고 어떤 조건이 있으면 도달 가능한 능력 수준을 분석하여 돌봄이 제공되어야 한다. 따라서 돌봄 문제를 평가하거나 돌봄 계획을 세울 때 이에 대한 전문성을 높이기 위한 교육훈련도 있어야 하고 나아가 주민 스스로 및 가까운 가족이나 이웃의 참여가 필수이다. 돌봄이 필요한 주민은 가족 등 지역사회에서 일원이 되어 살아가기 때문에 해당 주민이 속한 공동체의 관심과 지지가 중요하기 때문이다. 그래서 당연히 돌봄문제를 평가하는 시스템에 주민이 속한 지역사회 공동체의 문화 및 이해관계, 조직관계 등이 파악되어야 하고 공동체 돌봄문제에 대한 참여를 활성화 할 수 있는 접근도 동시에 고려되어야 한다.

커뮤니티케어 철학 관점에서 중요하게 고려되어야 할 또 다른 요소는 바로 가정에서의 돌봄을 만드는 것이다. 실제 이러한 관점은 캐나다 커뮤니티케어에서 ‘가정 최고 철학(Home First Philosophy)’이라는 용어로 일반화되어 있다 [10]. 가정(Home)이야말로 병원에서 퇴원하는 환자에게 가장 안정감을 주고 건강을 회복할 수 있는 최상의 공간이라고 할 수 있다. 이러한 가정에서의 환자 돌봄은 커뮤니티케어에서 중요한 기능을 담당하기 때문에 미국이나 캐나다에서 Home and Community Care라는 표현을 쓰고 있다. 그런데 한국에서는 주민에게 제공되는 Home에 관한 서비스를 단순히 주거복지(House welfare)라는 개념으로 접근하는 것 같아 안타깝다. 환자 및 주민의 입장에서 가정이 그들에게 어떤 의미를 주는지 파악할 필요가 있다. 사생활이 보장되는 곳일 뿐 아니라 개인사와 가족 등 이웃의 관계가 집약된 곳으로 가정을 이해해야 진정한 커뮤니티케어를 구현할 수 있을 것이다.

이러한 철학 관점은 실제 돌봄제공의 기능과 협력체계에 중요한 영향을 미치기 때문에 이에 대한 성찰이 필요하다 [11]. 실제 철학 관점이 커뮤니티케어에 영향을 미친다는 보고[12]도 있어 시사점이 크다.

커뮤니티케어 전달체계 문제와 대안

스스로 건강한 자립생활을 증진시키고 동시에 돌봄이 필요한 주민에게 제때 돌봄을 제공하기 위해서는 지역사회 차원에서 커뮤니티케어 서비스가 잘 제공되도록 할 필요가 있다. 이때 주민에게 효과있게 커뮤니티케어 서비스가 잘 제공되도록 하는 것을 커뮤니티케어 전달체계라고 정의할 수 있다[13]. 지역사회 전체 주민을 대상으로 하는 커뮤니티케어 전달체계는 크게 나누어 두가지 측면이 있는데 하나는 돌봄문제가 있는 주민이 사각지대에 놓여있지 않도록 적절히 발

굴하여 돌봄연계를 통해 문제를 해결하는 흐름이 있고 또 다른 하나는 지역사회 전체 주민이 스스로 건강하게 지역사회에서 잘 지낼 수 있도록 자립 생활 역량을 높여주는 흐름이 있다. 이 두 개의 흐름 가운데 전자는 문제가 발생한 주민의 돌봄 처치를 돕는 것이라 할 수 있고 후자는 문제가 발생하기 전에 예방하는 것이라 할 수 있다. 이 두 측면은 동전의 앞뒷면처럼 밀접히 연결되어 있어서 어느 한 측면이 소홀하면 다른 한 측면이 성과적으로 작동할 수 없는 특징을 가지고 있다. 또한 감춰져 있는 돌봄문제 발굴과 주민들의 건강위험 요소 파악 접근을 동시에 하면서 발굴된 돌봄문제에 대해서는 사례관리 및 연계를 통해 해결하고 위험요소에 대해서는 개인별 상담을 시행하고 비슷한 위험요소를 가진 주민들끼리 집단 교육을 시행하는 등 스스로 위험관리역량을 높이도록 도와주는 접근이 필요하다(그림 1). 이러한 접근은 비례적 보편접근[14]이라고 하여 지역사회 돌봄문제 해결에 효과적인 접근전략이라고 할 수 있다. 이때 보편접근 대상이 되는 지역사회 주민은 일반적으로 출생 영유아 및 6세 이하 학령전기 어린이, 그리고 65세 이상 노인이나 특정 지역에 거주하는 전체 주민을 대상으로 제공되는 것이 바람직하다[15].

〈그림 1〉 돌봄문제 접근방법에 따른 비례적 보편접근 개념도

이러한 커뮤니케이션의 서비스 전달체계 흐름은 ‘스크리닝-돌봄요구도평가-돌봄계획-돌봄연계-모니터링’으로 이루어진다. 스크리닝은 지역사회 돌봄 종사자(방문간호사 같은 훈련된 전문가) 및 지역사회에 같이 거주하는 주민(일정한 교육과 훈련을 받은)에 의해 이루어지고 스크리닝을 통해 발굴된 돌봄요구가 있는 주민에 대해서는 체계적인 돌봄요구도 평가를 시행한 후 이를 토대로 돌봄계획을 수립하여 적절한 사례관리 및 연계서비스가 제공되어야 한다.

이때 통합 돌봄평가 및 계획수립 과정은 돌봄대상자를 중심으로 한 커뮤니케이션 과정에서 매우 중요한 의미를 가진다. ‘케어 코디네이션(care coordination)’이라는 용어로 정의될 수 있는 이 과정은 대상자에게 적절한 서비스를 제공하기 위해 다양한 서비스 구성요소 사이의 활동을 조정하는 것을 의미한다. 또한 서비스 구성요소 사이에 활동을 조정하는 것은 서로 정보를 교환하고 적절한 인력 등 서비스 자원이 제공되도록 하는 것을 포함한다[16]. 이러한 케어 코디네이션은 만성적이고 복합적인 돌봄문제를 가지고 있는 대상자에게 보건, 의료, 복지 등 다양한 서비스 제공이 필요한 경우 그 중요성이 더욱 강조되어지고 있다. 용어도 협력돌봄, 연속돌봄, 사례관리 등 다양하게 쓰이고 있으나 핵심 기능은 유사하다[17]. 구체적으로 살펴보면 결국 대상자 평가, 돌봄계획 수립, 참여할 돌봄제공자 규명과 그들의 역할 정의, 환자를 비롯한 모든 돌봄제공자와 정보교환, 돌봄계획 실행, 평가 등이 핵심 내용이다. 이러한 케어 코디네이션은 간호사, 사

회복지사, 의사 등 다양한 직종이 맡을 수 있으나 보통 다학제전문가 등이 참여하는 팀 구성과 팀역할의 조정을 통해 이루어지게 되고 돌봄대상자 및 관련 지역사회 주민의 참여도 중요하게 고려하고 있다[16].

이러한 케어 코디네이션에서 중요한 고려사항은 주민이 더 건강하게 가정과 지역에서 오래 지낼 수 있도록 하는 것이기 때문에 건강수준과 복지요구도에 맞는 커뮤니티케어 서비스를 종합적으로 제공하는 것이다. 소득수준이 낮은 주민에서는 복지요구도와 건강관리요구도가 동시에 높을 가능성이 있고 반면 소득수준이 높은 주민에서는 복지요구도와 건강관리요구도가 동시에 낮을 가능성이 있다[18]. 이러한 여건에 맞추어 필요한 케어 서비스를 코디네이션하는 것이 필요한데 특히 건강수준을 평가하고 이에 맞추어 돌봄계획을 수립하는 보건의료 전문성이 커뮤니티케어 과정 특히 케어 코디네이션에서 중요하게 고려될 필요가 있다. 특히 케어 코디네이션에서 의사의 역할은 중요하다. 커뮤니티케어의 중요한 구성 부분으로 의사들의 참여가 강조되고 있는 가운데[19, 20] 케어 코디네이션에 참여하는 의사는 객관적으로 주민의 건강수준 평가와 돌봄계획을 수립함으로써 이후 진단 및 치료 등 영역에서 병의원 의사들과 연계 및 정보 소통 등에 중요한 역할을 맡을 수 있기 때문이다.

건강수준에 따른 케어 코디네이션은 가정과 지역사회 단계, 일차의료 단계, 병원 단계 등 건강수준에 따라 다양하게 제공될 필요가 있다. 이때 건강수준 단계는 '건강단계-가벼운 질환단계-질병단계'로 나눌 수 있고 건강단계에는 일상생활이 가능한 건강인에게 가정 및 지역사회에서 건강을 지키는 케어 코디네이션(건강검진 및 건강생활습관 관리 등)이 요구되고 가벼운 질환단계에서는 주로 만성질환 초기 주민에게 보건소 및 일차의료영역에서 질병 악화를 방지하기 위한 케어 코디네이션(합병증 검사 및 만성질환 관리 등)이 요구된다. 마지막으로 질병단계에서는 주로 중증질환 및 급성기 장애를 가지고 있는 환자에게 병원에서 치료 및 회복과 가정으로의 복귀를 위한 케어 코디네이션(반복입원 위험성 평가 및 지역사회 연계 등)이 요구된다. 각 건강수준 단계에서는 건강 기능에 따른 복지요구(교육 및 사회경제 수준에 따른)를 분석하여 연계시키는 케어 코디네이션이 동시에 제공되는 것이 바람직하다. 특히 가벼운 질환단계 및 질병단계에서는 혼자 생활이 어려운 주민을 위해 그들의 건강 기능 수준에 맞추어 다양한 주거 지원 서비스가 필요한데 개인 소유 주택에 지낼 수 있는 주민을 위한 주택개량 및 생활지원 서비스, 그리고 공동주택(식사와 운동을 공동지원) 및 그룹홈(식사와 운동 및 일부 생활 지원 등)에 가야할 정도의 건강 기능 수준이 낮은 주민에게도 역시 필요한 건강관리 및 복지서비스가 제공되어 가급적 요양시설이나 병원에 가지 않도록 돕는 서비스 인프라가 필요하다[21].

한국에서 건강수준에 따른 케어 코디네이션을 적절히 제공하기 위해서는 공공보건의료전달체계의 정립이 특히 필요하다. 커뮤니티케어를 강화하는 방향은 기존 보건의료전달체계의 방향을 반대로 되돌리는 흐름이라고 할 수 있다. 평소에 건강하게 잘 지내던 주민이 일단 발병하게 되면 일차의원에 가고 거기서 해결안되면 다시 큰 병원으로 옮기는 개념이 아니라 병원에 입원한 사람이라도 가정과 집에서 건강하게 잘 지낼 수 있도록 돕는 흐름이기 때문에 각 건강수준단계에 케어 코디네이션이 필수이고 이러한 케어 코디네이션 기능은 주민의 질병예방 및 건강증진 요구를 최우선으로 실현할 임무를 가진 정부와 지방자치단체의 보건의료체계에서 담당하는 것이 마땅하다. 국공립병원을 중심으로 지역사회 통합 케어 코디네이션을 위한 통합지역의료과를 신설하여 환자를 중심으로 한 진료과간의 통합 연계 진료는 물론이고 지역사회 보건소 및 일차의료 개원의와 긴밀한 연계를 가져야 하고 보건소 산하의 보건지소로 하여금 일차의료 단계의 케어 코디네이션을 담당하도록 하며 각 동주민자치센터 마다 건강단계의 건강증진을 위한 케어 코디네이션 기능을 수행하는 것이 바람직하다. 이를 위해서 권역별로 국공립병원이 필요하고 농촌은 이미 읍면마다 있는 보건지소가 도시지역 2-4개 동마다 만들어져야 한다. 보건지소의 기능도 케어 코디네이션에 적합하게 변화해야 한다. 건강단계의 케어 코디네이션은 비례적 보편주의를 실현하는데서 가장 중요한 기능이므로 읍면동 주민센터를 중심으로 한 방문건강관리 기능의 정

립이 중요하다.

케어 코디네이션은 대상자 개인을 중심으로 한 전문가들의 정보교환 및 적절한 서비스 제공 협력도 중요하지만 더 나아가 지역사회 차원에서 다양한 자원연계 등 체계의 협력 연계도 중요하다. 실질적으로 케어 코디네이션을 성공하려면 질관리를 위한 교육훈련과 표준화된 도구의 개발, 그리고 인력과 조직의 안정화 등이 갖추어져야 하기 때문이다[22].

커뮤니티케어 정책환경의 문제와 대안

커뮤니티케어를 통한 정책 목표를 달성하기 위해서는 체계적인 접근이 중요하다. 소위 체계적인 접근은 건강을 위한 모든 활동을 종합적으로 고려하는 것을 의미하고 단순히 건강관련 조직 활동의 통합만이 아니라 건강관련 조직 활동이 성과적으로 작동되도록 하는 영향 요인을 모두 망라하는 것이라고 할 수 있다[23]. 체계적인 접근을 요약한 모델은 서비스전달체계, 재정배분, 정보체계, 인력양성, 리더십 등이 중요한 영향요인으로 작용하여 수준 높은 서비스의 질 보장과 주민의 서비스 접근성 향상을 통해 주민 건강향상이라는 목적을 달성할 수 있다고 설명하고 있다[24]. 커뮤니티케어를 활성화 하는 데서도 체계적 접근은 중요한데 특히 지방정부의 리더십을 높이고 지방정부에 대한 재정배분을 어떻게 강화할 것인가가 핵심 요인이라는 주장이 지배적이다[25-26]. 커뮤니티케어 서비스 방향은 어떻게 하면 주민이 스스로 지역사회에서 건강하게 지내도록 할 것인가를 강조하기 때문에 지역사회에 정통한 행정권력 즉, 지방정부가 주도적인 역할을 하도록 제도 여건을 만들어야 한다는 주장은 자연스럽다. 하지만 어떻게 하면 지방정부로 하여금 실질적으로 주민 건강보호와 건강증진을 위해 인프라 투자를 앞장서게하고 그 성과에 예민하도록 할 것인지 즉, 동기부여를 줄 것인가 하는 문제도 똑같이 중요하다. 이를 위해서는 지방자치단체의 커뮤니티케어와 공공의료를 위한 '지방 보건의료 균형발전 특별회계(가칭)'가 만들어질 필요가 있다. 이 특별회계의 세원으로는 건강증진기금, 의료급여기금, 건강보험, 농특세, 응급의료기금, 국가균형발전특별법 제34조 2항에 따른 지역발전회계 전출금, 국고 일반회계 전입금, 지방정부 일반회계 전입금, 사회복지공동모금회 같은 법정 기부금 등이 모두 가능하도록 하여 각 세원별로 일정 비율이 특별회계로 모이도록 하는 것이 바람직하다. 이 외에 건강증진기금을 통한 신규 세원 발굴(예를 들어 주류에 부과한 건강증진기금 등)도 가능하다면 이 특별회계에 포함되도록 하는 것도 필요하다. 이렇게 편성된 재원은 중앙정부와 광역지방정부에 기금으로 편성되도록 하는 것이 바람직하다. 중앙정부에 편성된 기금은 공공병원, 보건소와 보건지소 등 광역지방정부로 하여금 커뮤니티케어와 공공보건의료 인프라 투자가 가능하도록 하고 광역지방정부에 편성된 기금은 기초 지방정부로 하여금 인건비 및 사업비 등 운영비 투자가 가능하도록 하는 것이 바람직하다. 그리고 이 특별회계 기금은 중앙정부는 보건의료 기본계획, 지방정부는 지역보건의료계획과 연계되어 집행되도록 하는 것이 필요하다. 보건의료분야 정부투자가 지방정부로 하여금 지역사회의 건강문제가 무엇인지 인식하고 해결전략과 계획을 수립하며 이를 집행하여 어느 정도 성과를 얻었는지 평가함으로써 다시 문제인식과 해결전략 수립으로 이어지는 순환구조를 갖도록 하기 위함이다. 따라서 지방정부의 지역보건의료계획이 충분히 수립되었는지와 소정의 성과를 거두었는지에 대한 평가를 통해서 투자가 이루어지도록 하는 것이 필요하다. 계획수립과 성과평가 과정은 지방정부의 커뮤니티케어 리더십 형성에 중요한 기여를 할 수 있다. 이러한 보건의료 재정투자 방식은 최근 유럽연합의 유사 사례를 참고하는 것이 바람직하겠다[27].

일반적으로 건강수준 향상을 평가하는 지표는 커뮤니티케어 활동을 통해 달성가능하고 이해하기 쉬운 지표들로 정하

고 특히 질병예방 단계에서 도움이 되는 지표들로 구성하는 것이 필요하다. 예를 들어 건강단계에서는 다양한 건강생활 습관에 관한 지표들이 있지만 특히 건강검진 참여율, 운동실천을 위해 참여하는 지역사회 또래 모임수 혹은 이러한 모임에 전혀 참여하지 않는 주민의 비율 등이 바람직하다. 가벼운 질환단계에서는 당뇨의 경우 당화혈색소 수치 이상자 비율, 고혈압 및 당뇨 합병증 검사자 비율, 천식 및 당뇨 등으로 인한 입원자 비율[28] 등 소위 일차의료 외래 민감 질환 등이 바람직하고 질병단계에서는 만성질환 합병증 재입원 비율 및 본인부담 의료비 규모 등 일차의료 및 가정에서의 커뮤니티케어의 성과와 연관된 지표가 역시 바람직하다. 이러한 지표는 건강보험공단에서 광역 지자체별로 매년 연령표준화 지표로 측정하여 제시되는 것이 바람직하고 건강단계 및 가벼운 질환단계 지표는 기초 지자체까지 제시되는 것이 고려될 필요가 있다. 특히 위 지표들은 건강보험가입자와 의료급여수급자 및 건강보험차상위계층 사이에 격차를 연령 표준화 하여 제시하는 것도 필요하다. 이 지표들은 지역보건의료계획 수립과 커뮤니티케어와 공공의료 활동에 의한 성과 평가에 활용되어야 한다.

다음으로 중요하게 고려되어야 할 사항은 인적자원 개발이다. 일반적으로 보건의료개혁에서 인적자원 개발은 흔히 간과되기 쉬우며 해결도 어렵다[29]. 따라서 정책 차원에서 규모있는 투자가 반드시 필요하다. 특히 커뮤니티케어 시행을 위한 기존 공공 및 민간 보건의료부문 직원들의 준비 정도는 매우 부족하다고 보아야 한다. 우선 커뮤니티케어를 위한 새로운 사업 영역에 직원수도 부족하고 새로운 직종이 개발되어야 할 필요도 있다. 또한 이미 근무하는 사람들도 시범 사업 때문에 근무 형태가 정규직이 아닐 가능성이 높으며 새로운 사업 내용에 따른 업무 지식이나 기술이 부족한 영역이 많을 수 밖에 없다. 커뮤니티케어 사업의 성공을 보장하기 위해서는 무엇보다 준비된 인력이 핵심이라고 할 수 있는데 따라서 이에 대한 체계적인 투자 전략이 만들어져야 한다[30]. 가정 및 그룹홈, 공동주택 등에 거주하거나 거주하게 될 건강기능 취약주민에 대한 주거지원 서비스 인력과 이를 위한 사회적경제 시스템 등이 적극 모색되어야 할 필요가 있다. 그리고 무엇보다 커뮤니티케어를 위한 케어 코디네이션을 담당할 인력은 공공보건의료 영역에 속해야 하고 그들 직무의 안정성을 위한 고용형태와 복지체계를 기본으로 한 위에 그들 업무의 성과향상을 위한 직무분석과 직무과정 그리고 성과평가 체계가 만들어져야 한다. 그리고 지속적으로 기술지원할 수 있는 체계까지 이루어져야 하며 이는 광역지방정부 차원에서 '재단법인'의 형태로 만들어져 공공과 민간의 협치 모델뿐 아니라 연구와 실행을 동시에 구현하는 플랫폼으로 기능하게 하는 것이 바람직하다(서울시의 공공보건의료재단 형태도 좋은 참고가 될 수 있다).

끝으로 한국 상황에서 커뮤니티케어를 성공적으로 이끌어내기 위해서는 민간의료 부문의 협력과 참여를 이끌어내는 것이 매우 중요하다[31]. 이를 위해서는 단순히 건강보험수가를 활용한 정책외에도 지역사회 거버넌스를 통한 참여와 협력을 이끌어내는 지방정부 차원의 노력을 활성화하는 정책도 함께 모색되어야 한다. 따라서 앞서 언급한 커뮤니티케어 특별회계 기금의 활용에 이러한 내용도 함께 모색될 필요가 있다. 하지만 단순한 민간의료기관 참여와 협력이 아니라 공공의료 원칙과 지나친 영리화를 경계하는 협력의 틀이 명확히 만들어질 필요가 있다[32]. 향후 급속한 고령화 및 유래없는 저출산 현상에 따른 정부 재정의 효과적인 활용이 중요하며 무엇보다 객관적 커뮤니티케어 필요도에 토대한 서비스 설계가 가능하기 위해서는 공공보건의료체계의 케어 코디네이션 시스템이 안정되어야 하며 특히 권역별로 규모있는 공공병원이 만들어져 필수의료와 커뮤니티케어 수행의 임무를 분명히 하고 일차의료 활성화에 기여하는 모델을 정립하는 것이 필요하다. 아울러 보건지소도 케어 코디네이션 센터로서 기능 정립과 인력 배치가 만들어져야 하며 동주민센터에도 찾아가는 지역사회 방문건강관리 모델이 정립되어야 한다. 이외에도 복지영역이 파트너로서 복지분야 케어 코디네이션 체계와 연계 서비스 기능이 함께 만들어져야 한다. 한국에서 복지분야 케어 코디네이션은 시군구청과 읍면동을 중심으로 이루어지고 있어 연계를 위한 인프라는 적절하다고 판단된다. 다만 연계 협력을 가능하게 하는 소프트웨어가 활성화되는 노력이 필요하므로 지방정부 차원에서 만들어지는 특별회계 기금이 가능하다면 충분히 활용될 수 있겠다.

요약 및 결론

커뮤니티케어가 성공적으로 한국사회에서 정착하는 것은 중요한 과제이다. 특히 유래없이 빠른 고령화 현상과 극도로 낮은 저출산 현상을 성공적으로 대처하기 위해서도 필요하지만 나아가 높은 양극화 현상과 인권으로서 건강권을 보호하고 실현하기 위한 측면에서도 매우 중요하다. 커뮤니티케어는 기존의 보건의료체계 및 돌봄 흐름에 대한 방향을 전면적으로 전화하는 혁신의 의미를 가지고 있다. 이를 실현하기 위한 시도는 보건복지부가 지침을 만들고 일부 지방자치단체를 중심으로 시범사업이 시작되고 있어 아직은 미약하지만 향후 본격 시행에 대비한 전략과 비전, 그리고 세부 전술이 잘 만들어져야 한다. 그런데 이를 위해서는 커뮤니티케어에 대한 철학과 사업수행을 위한 전략 그리고 정책환경이 잘 고안되는 것이 필수이다.

커뮤니티케어 철학에서는 공급자 중심이 아닌 주민의 활동을 중심에 둔 보건의료서비스 개념이 새롭게 정립되어야 한다. 무엇보다 본인이 불건강하다고 느껴서 찾아온 의료기관에서 적절한 치료를 공급하는 개념이 아니라 본인은 건강하다고 느끼며 살아가는 사람이 건강관리를 소홀히 하고 있는 현실을 깨닫게 하고 건강관리 능력을 향상하도록 돕는 서비스여야 하기 때문에 서비스 관점부터 근본적으로 달라져야 한다.

서비스 전달체계에서는 케어 코디네이션 개념이 매우 중요하며 이를 위한 공공보건의료 체계 정립이 필요하다. 커뮤니티케어가 중요한 공공의료 개념으로 되어야 하는 이유가 여기에 있다. 커뮤니티케어는 지역에서 뿐 아니라 학교와 직장단위에서도 구현되어 생애과정별로 이루어져야 하며 보편서비스이면서도 건강관리 취약계층에 대한 선택접근도 동시에 수행되는 비례적 보편주의가 구현되어야 한다. 또한 커뮤니티케어를 위한 정책환경 체계가 잘 만들어져야 한다. 특히 지방정부의 주도적 역할을 위한 정책 설계가 필수적이며 이를 위한 재정투자 전략이 지방정부의 계획수립과 연계되어야 한다. 또한 인력자원개발 및 관리 전략이 함께 고려되어야 한다.

마지막으로 보건의료 분야 커뮤니티케어의 정책성공을 위해서는 무엇보다 커뮤니티케어에 대한 요구를 활발하게 논의하고 정책요구로 만들어가는 과정이 광범위하게 전개될 필요가 있다. 특히 보건의료분야 지방분권화 요구 및 보건의료분야 국토균형발전 필요 등이 정립되고 확산되어야 한다.

참고문헌

1. 보건복지부. 지역사회 통합 돌봄 기본계획(안) 한국; 관계부처합동; 2018.11.20 http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=346683
2. 최향순. 커뮤니티 케어 활성화를 위한 과제. 공공정책. 2018;157:62-65.
3. 이주현. 서울시 로컬거버넌스의 혁신: 찾아가는 동주민센터 제도개편에 대한 해석을 중심으로. 서울도시연구. 2018;19(1):115-135.
4. 김보영. 문재인 정부 커뮤니티 케어, 역사적 전환과 선진국 흉내를 가르는 세가지 관건. 월간 복지동향. 2018;238:11-18.
5. 김용익. Primary Health Care in Korea; Achievements and Challenges. 한국: 대한예방의학회 추계학술대회 발표집. 2008.
6. Socrates Litsios. The Christian Medical Commission and the Development of the World Health Organization's Primary Health Care Approach. American Journal of Public Health. 2004;94(11): 1884-1893.
7. Stephen Gillam. Is the declaration of Alma Ata still relevant to primary health care? BMJ. 2008;336(7643):536-538.
8. 황승현. 커뮤니티케어(지역사회 기반 케어) 추진 로드맵. 한국: 한국지역사회복지학회 추계학술대회 자료집. 2018
9. 오영인. 한국형 지역사회 통합돌봄(커뮤니티케어)의 올바른 추진 방향을 위한 비판적 시각. 한국: 의료정책포럼. 2019;17(1):16-21
10. David Walker. Caring For Our Aging Population and Addressing Alternate Level of Care. Report Submitted to the Minister of Health and Long-Term Care. Ontario. Canada. 2011
11. Andrzej Bielecki, Sylwia Nieszporska. The proposal of philosophical basis of the health care system. Med Health Care and Philos. 2017;20:23-35
12. Louise Bell, Reva Berman Brown, Barbara Morris. Involving patients in the provision of community care: a change in philosophy. Int J Health Care Qual Assur. 1995;8(2):38-43.
13. Alex H. Krist, MD, MPH, Douglas Shenson, MD, MPH, Steven H. Woolf, MD, MPH, Cathy Bradley, PhD, Winston R. Liaw, MD, Stephen F. Rothemich, MD, MS, Amy Slonim, PhD, William Benson, and Lynda A. Anderson, PhD. Clinical and Community Delivery Systems for Preventive Care: An Integration Framework. Am J Prev Med. 2013;45(4): 508-516.
14. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up part 1. Geneva: World Health Organization; 2006. [15] Hannah Moffatt and Karen Fish, with Suzanne Schwenger and Subha Sankaran. Linda Ferguson and Horst Backe. UNIVERSAL AND TARGETED APPROACHES TO HEALTH EQUITY. The National Collaborating Centre for Determinants of Health. 2013
16. McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, et al. Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies (Vol. 7: Care Coordination). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2007 Jun.
17. Friedman A, Howard J, Shaw EK, et al. Facilitators and barriers to care coordination in patient-centered medical homes (PCMHs) from coordinators' perspectives. J Am Board Fam Med. 2016;29(1):90-101.
18. Diane Lu, Ingrid Tyler. Focus On: A Proportionate Approach to Priority Populations. Toronto. 2015.
19. Megan Skillman, Caitlin Cross-Barnet, Rachel Friedman Singer, Sarah Ruiz, Christina Rotondo, Roy Ahn, Lynne Page Snyder, Erin M. Colligan, Katherine Giuriceo, and Adil Moiduddin. Physician Engagement Strategies in Care Coordination: Findings from the Centers for Medicare & Medicaid Services' Health Care Innovation Awards Program. Health Services Research. 2017;52(1):291-312
20. 성중호. 지역사회 통합돌봄(커뮤니티케어), 지역의사회가 중심이 되는 모델로 만들어져야. 의료정책포럼. 2019;17(1):54-58
21. 김용익. 지역사회 돌봄의 새로운 개념과 전략. 2019 미래건강도시 서울 심포지엄: 서울특별시 공공보건의료재단; 2019.
22. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. Geneva: World Health Organization; 2018.
23. Philip Musgrove, Andrew Creese, Alex Preker, Christian Baeza, Anders Anell and Thomson Prentice. Health Systems: Improving Performance. World Health Organization 2000.
24. Don de Savigny and Taghreed Adam (Eds). Systems thinking for health systems strengthening. Alliance for Health Policy and Systems Research, WHO, 2009.
25. 손동기. 프랑스 커뮤니티케어정책 노인돌봄 서비스를 중심으로. 공공정책. 2019;160: 72-75

26. 김용득. 영국 커뮤니케이션과 이용자 참여 기제. 월간 복지동향. 2006;87:12-16
27. INVESTMENTS IN HEALTH: POLICY GUIDE FOR THE EUROPEAN STRUCTURAL AND INVESTMENT FUNDS (ESIF) 2014 - 2020. European Commission. 2014
28. Joel S. Weissman, Constantine Gatsonis, Arnold M. Epstein. Rates of Avoidable Hospitalization by Insurance Status in Massachusetts and Maryland. JAMA. 1992;268:2388-2394
29. Rakesh Kumar. Human Resource Management in Public Health Care: An Exploratory Study. G.J. C.M.P. 2013;2(3):160-164
30. Mamuka Djibuti, George Gotsadze, George Mataradze and George Menabde. Human resources for health challenges of public health system reform in Georgia. Hum Resour Health. 2008; 6: 8.
31. 강태경. 지역사회 통합돌봄(커뮤니티 케어)의 원칙. 의료정책포럼 2019;17(1):6-10
32. 정형준. 문재인케어, 커뮤니케이션의 가치가 의료영리화의 물결속에 쓸려가지 않아야-문재인정부의 보건의료 정책 평가. 복지동향 2019;247:32-37