



커뮤니티 케어에서 보건의료의 공적 책임 강화 방안

임준

서울시립대학교 도시보건대학원 교수

Strengthen on public accountability of health care in the community care

Jun Yim

Professor, Graduate School of Urban Public Health, University of Seoul

Objectives: The need for community care is increasing as the demand for care due to the aging of the population structure increases. There is a growing need to strengthen the public role of community health care system, a major component of community care. **Methods:** This study used the deductive research methodology and targeted the entire population, regional public health centers, and regional accountable hospitals in the regional service area. **Results:** Community care should include the concept of a community health care system. Chronic disease management projects based on primary medical care should be expanded, healthy living support centers should be expanded, and regional accountable hospitals should be designated and nurtured. **Conclusions:** By strengthening the public accountability of community health care, the community care can address care issues in the community and achieve healthy old age.

Key words: community care, primary health care, regional accountable hospital

I. 서론

2025년 한국은 65세 이상 노인인구 비율이 20%를 넘는 초고령사회가 될 것으로 예상된다. 또한, 2019년 기준으로 생산가능 인구가 줄어드는 등 인구 절벽 현상이 현실화될 것으로 보인다(Korean Statistical Information Service, 2019). 인구 구조의 극적인 변화가 예견되는 가운데, 한국 사회의 지속 가능성에 대한 우려의 목소리가 커지고 있다. 특히 돌봄에 대한 우려가 커지고 있는 상황인데, 그 대안으로서 커뮤니티 케어 정책이 의제화 되고 있다(Ministry of Health & Welfare, 2018a).

인구 고령화는 필연적으로 질병 구조의 변화를 동반한다. 기대여명이 길어지게 되면, 생애 전 주기에 걸친 유해환경 및 인자의 노출이 많아지게 되고, 결국 인체에 누적된 영향을 미치게 된다. 특히, 서구화된 식습관의 변화, 신체 활동의 감소

등 생활습관이 변하게 되어 질병 분포에서 만성질환 비중이 커지게 된다(Riegel et al., 2017; Cockerham, Hamby, & Oates, 2017). 만성질환은 질환의 특성상 발병 후 건강한 상태로 되돌아가기 어렵기 때문에 중증질환으로 발전하기 이전에 사전 예방을 강화하는 것이 중요하다. 또한, 기대여명의 증가는 만성질환의 구성에도 큰 변화를 가져온다. 개인 수준과 집단 수준에서 고혈압과 당뇨병으로 대표되는 만성질환관리 강화됨에 따라 심뇌혈관질환에 국한된 건강문제의 중요성은 상대적으로 줄어들고 일반적인 고령 인구에 발생하는 허약성의 문제가 결합된 건강문제가 중요하게 부각되고 있다(American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care, 2017). 현재도 65세 이상 인구의 20% 정도가 허약 노인이고 그 비중이 점차 커지고 있는데, 향후 본격적인 초고령사회가 도래한다면 그 비중이 더 커질 수밖에 없고 중요한 건강 의제가 될 수밖에 없다. 따라서 노인의 만

Corresponding author: Jun Yim

Graduate School of Urban Public Health, University of Seoul, 163, Seoulsiripdae-ro, Dongdaemun-gu, Seoul, 02504, Republic of Korea

주소: (02504) 서울특별시 동대문구 서울시립대로 163 법학관 519호 서울시립대학교 도시보건대학원

Tel: +82-2-2276-2170, Fax: +82-2-2262-4740, E-mail: junyim2018@uos.ac.kr

• Received: August 21, 2019

• Revised: September 19, 2019

• Accepted: September 21, 2019

성질환의 예방관리 및 포괄적 건강관리는 커뮤니티 케어의 중요한 요소임에 틀림없다.

그런데 치료 중심의 보건의료체계는 만성질환 중심의 질병 구조에 대한 대응을 어렵게 만드는 구조로 작용한다. 치료의 양과 기간은 지속적으로 증가하지만, 삶의 질을 높이기 어렵다(National Health Insurance Service, 2019). 가파른 의료비 증가에 대한 대책을 마련하기도 쉽지 않다. 세계보건기구를 통해 오래 전부터 대안으로 제시된 일차보건의료 및 지역사회 건강증진의 강화로 해결의 실마리를 찾을 수 있지만, 지역사회 일차보건의료 기반이 취약한 상황에서 마땅한 대책이 없다. 실제 정부가 추진하는 커뮤니티 케어의 중요한 구성요소로 포함하지 못하는 이유이기도 하다. 결과적으로 고령화에 대한 대응을 더욱 어렵게 만드는 요인으로 작용한다.

보건의료는 경쟁의 불완전성, 공공재적인 재화의 성격, 외부효과, 수요예측의 불확실성, 정보의 비대칭성 등 재화의 특성으로 말미암아 공공적 규제나 조정을 통해 자원의 배분이 이루어지는 것이 당연하게 받아들여지는 영역이다(Shin, 2017). 그러나 한국은 해방 이후 공공적 규제가 작동하지 않는 사적 시장을 통하여 의료서비스가 공급되는 구조를 유지함으로써 보건의료의 공공성이 취약한 실정이다. 한국은 첨단 고가 의료장비의 보유가 세계 최고 수준이고, 급성기 병상을 포함한 병상 공급이 OECD 국가에서 일본 다음으로 높을 뿐 아니라 유일하게 급성기 병상이 증가하는 국가다. 보건의료 자원이 시장의 구매력이 높은 수도권에 집중되어 있어서 배출된 의사와 간호사 등 보건의료 인력과 대형병원이 수도권에 집중되어 있다. 의원과 병원이 동일한 환자 군을 갖고 경쟁하는 등 의료전달체계가 제대로 작동하지 않고 있다. 의료기관은 의료법의 적용을 받는 등 공공적 규제 대상이지만, 실제로는 규제가 작동하지 않고 있고, 시장에서 영리를 추구하는 공급자의 행태를 취하고 있다. 또한 행위에 기초한 건강보험의 보수지불제도가 낮은 수가 수준과 결합하여 진료강도의 비정상적인 증가를 낳고 있다. 이처럼 보건의료체계의 사익추구적 특성으로 인하여 수술, 검사, 약품의 사용이 적정 수준 이상으로 사용되고 있다는 비판이 지속적으로 제기되고 있다(Kim, 2010).

사익추구적 보건의료체계의 대안으로서 공공보건의료의 강화가 오래 전부터 정부의 중요한 정책 의제로 제시되어 왔다. 그런데, 지금까지 공공보건의료에 관한 정책은 정부가 운영하는 공공병원에 관한 정책에 국한되었다. 대상 역시 민간 부문

이 꺼려하는 응급, 감염 등 미충족의료와 시장에서 필요한 서비스를 제공받기 어려운 취약한 계층이나 지역에 맞추어져 있었다(Ministry of Health & Welfare, 2016). 이러한 잔여적 관점의 공공보건의료 강화 정책이 취약한 계층과 지역의 의료안전망 역할을 하고 시장 실패에 대한 보완적 역할을 담당하는 것은 맞지만, 보건의료 전반에 걸쳐 나타난 시장 실패의 대안이 되기엔 역부족이었다. 특히, 인구의 고령화로 인하여 커뮤니티 케어의 중요성이 커지는 상황에서 일차의료기관을 포함한 보건의료의 공공적 성격을 강화할 필요가 있다.

본 연구는 일차보건의료의 일반 이론과 공공보건의료 및 커뮤니티 케어의 개념에 근거하여 잔여적이고 보충적 관점의 지역사회 보건의료 개념을 지역사회 전체 주민을 대상으로 하는 보편적 관점의 지역사회 보건의료 개념으로 재구성하고, 이에 기초하여 지역사회 보건의료의 구성 요소별 문제점을 도출한 후 보건의료의 공공적 성격을 강화하기 위한 방안을 제시하고자 하였다.

II. 연구방법

1. 연구 설계

본 연구는 지역사회 보건의료의 공적 책임성을 강화하기 위한 과제를 도출하기 위하여 일반적인 학술 연구에서 다루어 온 인과성을 규명하기 위한 귀납적인 실증 연구 방법론을 사용하지 않고 이미 이론적으로 증명된 개념과 역사적인 맥락에 기초하여 결론을 도출해나가는 연역적인 연구 방법론을 사용하였다(Kim, 2016).

2. 연구 대상

본 연구의 대상은 특정 계층이나 지역, 그리고 특정 공공병원에 국한하지 않고, 전체 인구 집단을 대상으로 하고 있으며, 공익적 역할을 수행할 수 있는 민간병원까지 포괄하고 있다. 특히, 배후 인구 15만 명 이상이면서 의료자원의 분포와 의료이용 양상을 종합적으로 적용한 70여개의 중진료권 내 일차의료기관, 보건소와 건강생활지원센터 등 지역보건기관, 그리고 300병상급 배후 진료 역량을 갖춘 지역책임의료기관을 주요 연구 대상으로 하고 있다.

3. 연구 방법

본 연구는 계량적인 자료 분석 방법을 사용하지 않고 문헌 고찰과 기 생산된 통계 자료의 분석을 통하여 연구를 진행하였다. Pubmed 등 검색 엔진을 통해 최근 5년 이내에 발간된 국내외 학술 논문을 고찰하였는데, 이를 통해 커뮤니티 케어의 개념을 정의하였고, 커뮤니티 케어에서 일차의료기관과 지역보건기관의 역할을 도출하였다. OECD 보건통계, 통계청 보건통계, 건강보험 통계 등에서 제시된 공식 통계를 활용하여 연구 결과를 제시하였다. 또한, 한국의 공공의료 현황을 다룬 공신력 있는 연구 기관 및 당사자 조직에서 수행한 연구 결과를 체계적으로 검토한 후 커뮤니티 케어에서 지역책임의료기관의 역할을 도출하였다. 마지막으로 연구 결과에 기초하여 커뮤니티 케어의 목표를 달성하기 위한 지역사회 일차보건의료의 과제를 도출하였다.

Ⅲ. 연구 결과

1. 커뮤니티 케어의 개념

커뮤니티 케어에 대해서 정부는 주민이 살던 곳에서 거주하면서 개개인의 욕구에 맞는 서비스를 누리고 지역사회와 함께 어울려 살아갈 수 있도록 주거, 보건의료, 영양, 돌봄, 독립생활의 지원이 통합적으로 확보되는 지역 주도형 사회서비스 정책으로 정의하고 있다(Ministry of Health & Welfare, 2018a). 커뮤니티 케어의 목표는 첫째, 지역사회에서 건강한 노화를 달성하는 것이고, 둘째, 부적절한 입원 및 수용을 해소하는 것이다. 이러한 목표 달성을 위해서 돌봄이 필요한 주민들이 자기 집이나 그룹 홈 등 지역사회에 거주하면서 독립적 생활을 할 수 있도록 개개인의 욕구에 맞는 보건의료, 복지, 생활 지원 등의 서비스를 제공하고, 돌봄 서비스가 부족해서 요양병원이나 요양시설 등에 입원·수용되어 있는 환자들이 퇴원 후 지역사회에서 살아갈 수 있도록 개개인의 욕구에 맞는 보건의료, 복지, 생활 지원 등의 서비스를 제공하는 것이다. 또한, 커뮤니티 케어는 궁극적으로 지역사회 모든 주민을 대상으로 하지만, 일차적으로 급성기 질병 발생 및 회복기 재활 후 보건의료, 복지, 생활 지원 등의 서비스가 필요한 사람과 시설에 입소해 있는 노인, 장애인, 정신질환자 중 의학적 요구도가 낮고 일정 수준 이상 일상생활능력

이 있는 사람, 그리고 자택이나 지역사회 거주하는 대상자 가운데 의료적 요구는 적고 독립적 생활의 의지가 있는 개인 또는 가족이 있는 사람을 대상으로 하고 있다.

커뮤니티 케어의 당사자인 노인 등 지역사회 주민을 중심으로 커뮤니티 케어를 구성하는 지역사회 기관의 역할을 정리해보면, 먼저, 읍면동 주민센터는 커뮤니티 케어를 원하는 주민의 최초 상담 및 연계를 담당하고, 둘째, 건강생활지원센터는 병/의원 등과 연계를 통한 퇴원 환자 관리, 방문간호 등 지역보건서비스의 제공 및 복지서비스 연계를 담당한다. 셋째, 재가돌봄센터는 복지기관과 연계를 통한 퇴원 환자 주거 시설, 재가 영양, 일상생활 보조, 주간 보호 등 복지서비스의 제공 및 보건의료서비스의 연계 역할을 담당하고, 시군구 및 보건소는 커뮤니티 케어의 기획·평가, 건강생활지원센터와 재가돌봄센터의 연계 등 지역 내 커뮤니티 케어 서비스 제공에 있어서 컨트롤타워 기능을 수행한다. 커뮤니티 케어가 돌봄이 필요한 노인 등 지역주민에게 포괄적인 돌봄 서비스를 제공한다는 점에서 만성질환 및 일차적인 건강관리 역할을 수행하는 일차의료기관도 당연히 커뮤니티 케어의 중요한 구성요소가 되어야 하지만, 현재 정부가 추진하는 커뮤니티 케어 모형에서는 명확한 역할이 설정되어 있지 않고 있다(Ministry of Health & Welfare, 2018a).

2. 커뮤니티 케어에서 일차보건의료의 역할

한국의 만성질환자가 전체 인구에서 차지하는 비중은 2017년 기준으로 33.6%에 이르고 있고, 이에 따라 만성질환 진료비 비중도 2003년 26.8%에서 2017년 41.0%로 지속해서 늘어나고 있다. 만성질환자에서 노인 인구의 비중이 크고 만성질환이 노인의 허약성과 결합되어 있다는 점에서 인구 고령화로 인하여 만성질환의 질병 부담이 높아지고 만성질환 관리가 결합된 돌봄의 필요성이 커질 것으로 예상된다. 의료비 지출도 커질 수밖에 없는데, 실제 고혈압 및 당뇨병 진료비가 약 5.3조 원으로 연평균 고혈압은 3.2%, 당뇨병은 7.4%로 증가하고 있다(National Health Insurance Service, 2019). 이렇듯 질병 부담이 지속해서 증가하고 있지만, 고혈압 및 당뇨병 환자의 인지율, 치료율, 조절률은 50% 미만으로 나타나고 있을 정도로 관리가 제대로 이루어지지 않고 있다. 만성질환이 제대로 관리되려면 지속적인 치료와 행태 개선, 그리고 포괄적인 건강관리가 체계적으로 이루어져야 하는데, 비용과 질을 동시에 만족시키면서 지속적인 만성질환관리

가 이루어지기 위해서는 일차의료기관의 역할이 중요한 것으로 알려져 있다(Davy et al., 2015; Le Berre, Maimon, Sourial, Gueriton, & Vedel, 2017).

그러나 한국은 만성질환의 지속적인 치료에 있어서도 일차의료기관의 역할이 부재하고 건강행태 개선은 보건기관의 역할로 규정되어 있는 등 만성질환관리가 분절적이고 이원화된 구조에서 이루어져왔다. 정부는 이에 대한 이에 대한 대책으로 일차의료에 기반을 둔 만성질환관리 시범사업을 추진하고 있다(Ministry of Health & Welfare, 2018c). 시범사업은 의사가 주체가 되어 질병 교육을 실시하고, 포괄적 평가에 근거하여 건강생활실천계획을 수립하도록 하고 있다. 또한, 케어 코디네이터를 두어 건강교육과 케어 연계 및 조정 업무를 하도록 하고 있다. 노인이 대부분인 만성질환자에 대하여 일차의료의사의 포괄적인 역할과 지속적인 관리를 강조하고 있다는 점에서 커뮤니티 케어가 추구하는 방향과 맥락이 닿아 있다. 아직 시범사업 초기라서 케어 코디네이터의 기능을 수행할 간호사 인력의 안정적인 공급과 관리의 필요성, 의료정보체계의 보완 문제, 만성질환 관리에 필요한 인프라 확충, 자가 관리 역량의 강화, 보건기관과 연계 강화, 일차의료 인력에 대한 역량 강화 등 해결해야 할 과제가 많다.

이원화된 만성질환관리체계에서 건강행태 개선 부분을 담당해왔던 보건기관의 역할도 새로운 변화가 요구된다. 만성질환 관리에 있어서 중심적 역할이 일차의료기관으로 이동하는 상황에서 일차의료기관에 연계된 보건기관의 역할 변화가 요구된다. 커뮤니티 케어에 대한 요구도가 증가하고 있는 환경도 보건기관의 역할 제고가 필요한 지점이다. 지역사회 건강 문제의 해결에 있어서 주민 참여의 목소리가 커지는 것도 변화가 필요한 이유이다. 과거 일차의료기관과 별다른 연계 없이 만성질환자를 등록 관리하고 일부 내소자 중심의 만성질환관리사업을 담당했던 보건기관의 모습에서 일차의료기관과 연계하여 지역사회 만성질환자 전체에 대하여 건강 행태 개선을 지원하고 지지하는 역할로 기능 전환이 필요하다. 또한, 만성질환자의 관리가 노인의 포괄적 건강관리 및 커뮤니티 케어와 연계되어 있다는 점에서 일차의료기관의 기능 전환과 함께 전면적인 보건기관의 기능 개편과 그에 합당한 인프라 확충이 필요하다.

현재 시군구에 설치 운영되고 있는 보건소는 집단 대상의 공중보건 기능과 개인 서비스 위주의 건강관리 기능이 혼재되어 있어서 어느 것 하나 제대로 된 기능을 수행하기 어렵다. 개인 서비스만 보더라도 지역 주민 전체를 대상으로 한 보편

적 보건서비스를 제공하지 못한 채 특정 계층 및 지역에 한정된 잔여적 접근에 그치고 있다. 제공하는 보건서비스도 생활터별 포괄적인 서비스를 제공하지 못한 채 특정 사업 위주의 분절적인 서비스만을 제공하고 있어서 보건 환경의 변화에 능동적으로 대응하기 어렵다(Yim, 2018).

먼저, 보건소는 시군구 단위의 기획 및 질병 관리를 총괄하는 기능, 규제 및 행정 기능, 집단 대상의 보건사업 기능, Day Care Center 운영, 시군구 단위의 케어 매니지먼트 운영 및 거버넌스 참여 기능 등을 수행하며, 점진적으로 외래진료 기능을 축소 또는 폐지할 필요가 있다. 건강생활지원센터, 보건지소, 보건진료소는 보건소 하부 조직으로서 주민 참여에 기반을 둔 읍면동 또는 소생활권 단위의 보편적인 개인 서비스를 제공하는 조직 위상을 가질 필요가 있다. 주로 노인 및 영유아 대상의 보편방문서비스, 일차의료기관의 만성질환 관리 지원 서비스, 검진 유소전자 대상의 건강관리, 지역 특성에 맞는 주민 참여형 사업, 생활터별 생애주기별 건강증진 사업 등을 제공하는 조직이어야 한다.

현재 건강생활지원센터는 기존 보건소 주도하에 수행되던 건강증진 서비스 제공방식의 한계를 인식하고, 보다 이용자 중심의 효과적인 서비스를 제공하기 위해 읍면동 단위의 소생활권 중심으로 설치된 기능 특화형 보건기관으로서 위상을 갖고 있다. 건강생활지원센터는 지역사회 기반, 주민 참여, 지역 자원 간 협력을 핵심 운영원리로 두면서 질병 예방 및 건강증진을 위해 관할 지역에 특화된 통합건강증진사업을 선정하여 추진하고 있다(Yoon, 2015). 건강생활지원센터는 주민 조직화를 통해 주민 건강조직을 구성하고 협력하면서, 주민들이 스스로 건강문제를 인식하고 해결해나갈 수 있도록 하는 '조정자(facilitator)' 역할 모형에 근거하여 추진되고 있다. 건강생활지원센터가 생활권 단위에서 지역 밀착형 건강증진 서비스를 제공하고, 지역사회 연계 및 주민 참여 조직화 등 지역 주민의 역량 강화에 기여한 측면을 간과할 수는 없다. 그러나 보건기관의 기능 개편 속에서 역할 모형이 고려되지 못하여 보건소와 기능적으로 중첩되고, 만성질환관리를 포함한 관할 지역 전체 주민에 대한 일차보건의료의 관점이 부재하며, 노인, 장애인 등 돌봄이 필요한 지역사회 주민에 대한 포괄적 건강관리 및 커뮤니티 케어의 관점이 부재하다는 한계가 존재하였다.

향후 건강생활지원센터는 보건기관의 기능 개편 속에서 일차의료기관과 연계하여 소생활권 지역주민에게 대인보건서비

스를 제공하는 기관으로서 역할을 가져야 한다. 먼저, 노인, 장애인, 영유아 대상의 보편방문서비스를 제공한다. 우선적으로 돌봄이 필요한 취약 노인 대상의 보편 방문서비스를 제공한다. 재가돌봄센터와 케어 매니지먼트 체계를 구축하여 통합 사례관리를 수행하고, 질환 관리 및 건강관리서비스를 제공한다. 커뮤니티 케어의 목표가 달성되기 위해서는 퇴원 환자에 대한 가정간호서비스도 함께 제공되어야 한다. 보건의료 문제만 존재할 경우 일차의료기관과 연계하여 질환 관리 위주의 가정간호서비스를 제공하고, 가사, 간병 등 돌봄 서비스가 필요한 퇴원 환자의 경우는 재가돌봄센터와 함께 통합 사례관리를 수행하고 가정간호서비스를 제공한다. 둘째, 일차의료기관의 만성질환관리를 지원하는 역할을 담당해야 한다. 일차의료기관의 케어 코디네이터를 지원하고, 당뇨병 환자에 대한 심화 교육프로그램을 지원하는 등 일차의료기관과 협력과 연계에 기초한 만성질환관리 지원 기능을 수행한다. 셋째, 건강검진 유소견자 건강관리를 담당한다. 건강보험공단과 연계하여 건강검진 결과 대사증후군 등 검진 유소견자에 대하여 기존의 모바일헬스케어사업 등을 합한 건강관리를 담당한다. 넷째, 지역 특성 및 요구도를 반영하여 금연클리닉 등과 같이 통합건강증진사업 13개 분야에 해당하는 사업을 수행한다.

이렇듯 소생활권에서 일차의료기관과 함께 만성질환 예방관리를 담당하고 포괄적인 건강관리서비스를 제공하는 역할을 담당하는 건강생활지원센터는 보건소 하부 보건기관이자 지역보건의료체계의 주요 구성주체로서 위상을 갖는다. 또한, 커뮤니티 케어의 중심적인 역할을 담당할 건강생활지원센터는 소생활권 단위에서 케어 매니지먼트 체계의 일 구성 주체로서 위상을 갖는 조직으로 발전할 필요가 있다(Seok, 2018).

3. 커뮤니티 케어에서 지역책임의료기관의 역할

보건의료는 사회 전체에 관한 공통의 관심사로서 규범적 의미의 공공성을 갖는다(Yoon, 2008). 그러나 미용 목적의 성형과 같은 재화를 사회 전체의 공통의 관심사로 보기 어렵다는 점에서 보건의료 전체를 공공의 범주에 포함시키는 데에는 무리가 따른다. 이러한 관점에서 보건의료 중 공공성이 강한 부분을 공공의료의 영역으로 규정할 수 있다. 보건복지부는 2018년 10월 공공보건의료발전종합대책에서 국민의 생명과 안전에 관한 필수요를 공공의료의 영역으로 규정하고 있다(Ministry of Health & Welfare, 2018b). 응급, 외상, 중환자, 심뇌혈관질환, 분만, 신생아, 장애인(재활), 노인 등

지역의료, 감염, 환자관리 등이 필수의료 영역으로 정의될 수 있다. 필수의료에 대한 접근성이 보장되지 않을 경우 지역 간 계층 간 건강 격차가 커진다. 치료가능사망률의 격차를 보면, 2015년 기준으로 가장 낮은 서울시가 인구 십만 명 당 44.6명인 반면에 가장 높은 충북이 58.5명으로 큰 차이를 보이고 있다. 시군구 간의 격차는 더 크게 발생하는데, 가장 낮은 서울시 강남구가 29.6명인 반면, 가장 높은 경북 영양군이 107.8명으로 그 차이가 더 커지는 것으로 나타났다. 이러한 치료가능사망률의 지역 간 격차는 필수의료의 보장이 왜 필요한지를 극명하게 보여주는 결과라 할 수 있다(Ministry of Health & Welfare, 2018b).

이때 공공의료는 관리 운영 주체가 누구냐가 아닌 공익적 기능을 수행하고 있느냐에 따라 정의된다. 민간병원이라 하더라도 국민의 생명과 안전에 관한 필수요를 제공하고 최소한의 민주적 거버넌스 구조를 갖고 있다면 공공의료의 범주에 포함할 수 있다. 당연히 공공의료의 역할은 취약계층 또는 민간이 다루지 않는 미충족 영역에 국한하지 않고 전체 인구집단의 보편적인 필수요서비스 영역의 보장으로 확장된다. 물론 이러한 기능과 역할의 확장을 위해서는 기존 공공병원의 강화가 전제되어야 한다. 민간병원이 진료권 내에서 전체 지역주민의 필수요 보장을 위한 공익적 역할을 수행하려면 민간병원에 대한 재정적 지원도 필요하겠지만 민간병원을 선도하면서 조정자 역할을 담당할 공공병원의 역할 강화가 필수적으로 요구된다.

그러나 공공병원의 인프라는 매우 취약한 상황이다. 공공병상만 보더라도 2017년 기준으로 전체 병상의 10.2%에 불과하다. 대다수 OECD 국가의 공공병상 비중이 70% 이상인 것과 비교하여 매우 낮은 수준이다. 보건의료의 사유화 경향이 강한 미국도 공공병상 비중이 2016년 기준으로 22.1%이고, 우리와 유사한 보건의료 환경을 갖고 있는 일본조차도 2017년 기준으로 27.2%에 이르고 있는 것에 비추어 한국이 매우 낮은 수준임을 알 수 있다(OECD Health Statistics, 2019). 더욱이 그마저도 공공병원이 공공적 역할을 충분히 수행하고 있지 못하고 있다. 시도 내 공공의료의 중심적 역할을 담당해야 할 국립대학교병원은 그 책임을 제대로 수행하고 있는지 의문이고, 오히려 사립대학교병원과 크게 다르지 않은 사익추구적 진료 행태를 보이고 있다는 비판에 직면하고 있다(Kim, 2010). 또한, 국립대학교병원, 지방의료원 등 공공병원 간에 전달체계가 구축되어 있지 못하여 사익추구적 보건의료체계를 공공적으로 전인하는 데에 충분한 역량을 발휘하지 못하고 있다.

〈Table 1〉 Proportion of public beds in OECD countries

Country	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Australia	69.5	69.2	68.4	67.7	67.8	67.1	66.6	-
Austria	70.9	70.4	69.7	69.5	69.2	69.2	69.3	69.8
Canada	99.4	99.4	99.4	99.3	99.3	99.3	99.3	99.3
Chile	80.6	72.5	76.2	75.4	75.9	74.2	74.0	73.8
Denmark	95.5	94.0	-	94.6	93.8	93.3	93.6	93.7
Finland	95.6	95.1	95.4	95.8	96.2	94.5	95.3	95.5
France	62.5	62.4	62.2	62.2	62.4	62.1	61.9	61.6
Germany	40.6	40.6	40.4	40.7	40.7	40.8	40.5	40.7
Greece	68.8	67.2	66.8	65.2	65.3	65.0	65.2	65.2
Italy	68.4	68.4	68.5	68.0	67.5	67.6	67.1	66.7
Japan	26.4	26.3	26.3	26.2	27.2	27.2	27.1	27.2
Korea (Republic of)	13.0	12.4	11.7	10.8	10.7	10.4	10.3	10.2
New Zealand	83.2	83.7	83.9	83.7	84.6	84.4	85.5	85.3
Norway	76.9	79.0	78.6	77.6	76.7	76.6	76.3	76.0
Spain	68.7	68.7	69.1	68.7	68.6	68.7	68.6	68.7
United Kingdom	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
United States	24.5	23.6	23.1	22.7	22.5	22.7	22.1	-

Source: OECD Health Statistics, 2019

공공보건의료발전종합대책이 수립되기 전까지 정부의 공공의료 추진계획은 매우 제한적인 분야와 대상에 국한되어 있었다. 2016년 1차 공공보건의료기본계획을 보면, 공공의료는 필수적인 부분인데 민간에서 다루지 않는 분야, 필요는 높으나 수요가 없어서 민간 부문의 공급이 제대로 이루어지지 않는 취약한 지역이나 취약한 계층을 대상으로 한 서비스의 제공에 맞추어져 있었다(Ministry of Health & Welfare, 2016). 그런데, 대부분의 지역주민이 민간부문의 의료서비스를 제공받고 있는 상황에서 이를 포괄하는 공공의료에 대한 관점과 이에 걸 맞는 정책수단을 제시하지 않고서 ‘모든 국민이 건강한 삶을 보장받는 사회’라는 상위 비전의 달성은 불가능한 일이다. 모든 국민의 건강한 삶을 보장하려면 1차 공공보건의료기본계획에 의료의 공공성에 대한 확고한 시각에 입각하여 공공의료 전략을 짜야 했다. 무엇보다 취약 지역이나 취약 계층에 초점을 맞추는 방식이 아니라 어떤 지역에 거주하든 양질의 필수의료서비스를 적정하게 제공받을 수 있는 보편적인 공공의료체계를 구축하기 위한 내용이 제시되어야

했다. 구체적으로 공공병원의 확충과 민간병원에 대한 공공적인 책임성 강화, 그리고 공공적 투자에 대한 계획이 제시되어야 했다. 그러나 그러한 내용은 담겨 있지 않았고, 애초부터 목표 달성은 불가능한 것이었다.

제한적이고 잔여적 시각에서 벗어나 보편적 시각에서 공공의료를 정의하고 공공의료체계를 재구축할 때에 사익추구적인 보건의료체계의 극복이 가능하다. 공공보건의료발전종합대책은 이러한 관점으로 공공의료에 관한 정책이 수립된 최초의 사건이었다는 점에서 그 의의가 매우 크다. 국민의 생명과 안전에 관한 필수요를 보편적으로 보장하기 위해 진료권 내에 공공병원 또는 민간병원을 책임의료기관으로 지정, 육성하여 전체 지역 주민의 필수요를 보장하도록 하겠다는 계획은 기존의 계획과 명백한 차별성을 갖는다.

구체적으로 살펴보면, 시도 단위의 대진료권에 국립대학교병원 또는 사립대학교병원을 권역책임의료기관으로 지정하고 정부가 지정한 필수중증의료 관련 권역센터와 권역협력체계를 구축한다. 시도를 경계로 한 70여개의 중진료권에는 지역

책임의료기관을 지정, 육성하여 중진료권 내 필수의료 관련 지역센터와 지역협력체계를 구축한다. 또한, 권역과 지역의 책임의료기관 및 협력병원 간 연계체계를 구축하고 필수의료 인력의 안정적 공급을 포함하여 지속적이고 연속적인 서비스를 제공한다. 이렇게 함으로써 국민의 생명과 안전에 관한 필수요를 보편적으로 보장한다는 내용이다. 그런데, 커뮤니티 케어에서 주목해야 할 부분이 지역책임의료기관의 역할이다.

공공보건의료발전종합대책을 보면, 중진료권별로 최소 300병상급 배후 진료 역량을 갖춘 급성기병원을 지역책임의료기관으로 지정 또는 확충하여 지역 내 필수요를 책임 지도록 한다는 내용을 담고 있다. 지역 내 필수요의 보장을 위해서 필수요를 제공하는 지역 내 급성기병원, 회복기 재활 또는 유지기 등을 담당하는 재활요양병원 등을 지역협력병원으로 지정, 운영하여 공공의료 연계 및 협력체계를 구축하고, 일차의료기관과 의뢰-퇴의뢰 관계를 포함한 자체충족적인 지역보건의료체계를 구축한다는 내용을 담고 있다. 이때 지역책임의료기관은 반드시 공공병원일 필요는 없다. 법인격의 민간병원 중에서 공익적 기능을 수행하고 이사회 등에 지역 주민 참여 등 최소한의 민주적 거버넌스 구조를 확보한다면 지역책임의료기관을 지정할 수 있도록 하고, 공공병원과 동일한 지원이 이루어질 수 있도록 하고 있다.

공공보건의료발전종합대책은 지역책임의료기관의 역할을 선도적으로 수행해나갈 지방의료원의 역량 강화를 우선적으로 이루어져야 할 과제로 제시하고 있다. 지역책임의료기관의 역할을 담당할 수 있는 민간병원이 충분하지 않을 수 있어서 중장기적으로 공익적인 민간병원을 육성하더라도 표준을 제시하면서 이를 선도해나갈 공공병원의 역량 강화가 선행될 필요가 있기 때문이다. 지역책임의료기관의 역할을 담당할 공공병원은 중진료권 내에서 필수요 보장 계획을 수립하고 권역 기관과 연계체계 및 전달체계를 구축하며 지역 내 센터 간 협력체계와 일차의료기관과 연계체계를 구축하기 위한 적극적인 노력을 수행함으로써 지역책임의료기관의 표준을 만들어내야 한다. 그런데, 현재 공공병원은 충분한 진료 역량을 갖추지 못한 곳이 많다. 지역책임의료기관의 역할을 수행하려면, 300병상급 이상의 배후 진료역량을 갖추어야 한다. 이러한 진료 역량이 있어야만 지역 병원 간 협력체계의 구축도 가능할 것이다.

노인 등 지역사회 주민이 지역에서 건강한 삶을 살아가기 위해서는 일차의료기관 및 지역보건기관과 연계된 지역책임

의료기관의 역할이 매우 중요하다. 지역사회 내에 자체충족적인 의료전달체계가 구축되지 않고서 커뮤니티 케어의 목표인 탈원화는 불가능하다. 돌봄이 필요한 지역사회 주민에 대한 의뢰와 퇴의뢰가 원활하게 작동하는 지역보건의료체계를 갖추지 않고서 지역사회에서 돌봄의 지속 가능성을 담보하기 어려운 것이다. 따라서 지역에서 일차의료기관과 경쟁하는 것이 아니라 의료전달체계를 구축하고 중진료권별 필수요를 책임지는 지역책임의료기관의 역할이 매우 중요하다.

IV. 논의

인구 고령화로 촉발된 돌봄의 사회화와 커뮤니티 케어에 대한 의제화는 정부가 추진하는 바와 같이 읍면동 주민센터에 돌봄 안내창구 개설 및 기존 자원의 재조합만으로 해결될 문제는 아니다. 커뮤니티 케어의 개념, 범위, 구성요소, 전달체계, 거버넌스, 자원조달체계 등 전면적인 시스템 개혁이 전제되어야 한다. 각 국가의 보건의료체계, 복지체계, 사회경제구조 등 맥락적 환경이 다름에도 불구하고 오랜 시간에 걸쳐 지역사회 인프라가 구축되고 지역사회 중심의 보건의료체계와 요양 돌봄 체계가 튼튼하게 형성되면서 커뮤니티 케어 체계가 만들어졌거나 만들어지고 있다는 점은 선진 외국의 공통적 현상이다. 우리와 유사한 보건의료 환경을 갖고 있는 일본의 경우도 개호보험 실시 이후 20년 이상 '지역사회에서 건강한 나이 들기'를 실현하기 위한 지속적인 노력의 결과가 지역포괄케어라 할 수 있고, 지금도 여전히 커뮤니티 케어를 제대로 확립하기 위한 개혁이 지속되고 있다. 지역사회 상황과 조건이 다르다고 하더라도 커뮤니티 케어에 대한 선진 외국의 경험을 벤치마킹하고 한국적 맥락 속에서 커뮤니티 케어를 구축해 나갈 필요가 있다. 그러나 현재 정부의 추진 방안은 이러한 고민이 충분히 반영된 것으로 보기 어렵다. 보건의료만 보더라도 일차보건의료에 대한 전면적인 재구성, 중진료권별로 일차의료와 연계된 지역책임의료기관의 지정과 육성, 그리고 지역보건의료체계의 재구축 등 시스템의 전면적인 재구조화가 요구된다. 그러나 현재 정부의 추진 방안에서는 이러한 내용을 찾아보기 어렵다. 실제 커뮤니티 케어가 실현하고자 하는 목표를 달성하고자 한다면 지역보건의료의 개혁과제가 함께 논의되고 다루어져야 한다. 커뮤니티 케어에서 담아야 할 보건의료 과제를 정리해보면 다음과 같다.

1. 지역보건체계의 개혁

커뮤니티 케어의 목표를 달성하기 위해서 건강생활지원센터와 같은 소생활권 단위의 건강 인프라를 확충할 뿐 아니라 인구 구조의 고령화와 만성질환 중심의 질병 구조 변화, 건강 불평등의 심화, 공중보건의 위기 상황 등에 대처하기 위한 지역보건체계의 구축이 이루어져야 한다. 만성질환의 경우 적정 치료만큼이나 예방이 중요하고, 단순 진료보다 생활습관 개선과 관련된 교육 및 상담 등 관리가 더 중요하다. 그러나 일차의료의 대부분을 차지하는 민간의료기관은 치료 위주의 진료 행태를 보여 만성질환에 대한 적정치료율이 낮고, 질병 예방·관리 및 건강증진 서비스 제공이라는 측면에서 매우 취약하다. 일차의료의 역할이 강화하더라도 건강행태 개선을 지원하고, 건강증진과 질병 예방을 담당할 몫은 보건기관에 있다. 그러나 인프라 부족으로 미충족 의료와 접근성 제한이라는 문제가 발생하고 있다. 질병관리본부와 보건소로 대표되는 공중보건체계는 과거 감염병 시대의 틀을 벗어나지 못하고 있다.

지역보건체계의 개편 방향은 첫째, 특정 질환, 특정 계층 및 지역에 국한되지 않고 전체 인구집단을 대상으로 해야 한다. 둘째, 지역 간, 계층 간 건강불평등 해소를 선도할 수 있는 방향이어야 한다. 셋째, 공중보건 위기 상황에서 지역의 컨트롤타워 기능을 담당해야 한다. 넷째, 지역사회 참여가 전제되는 지역보건체계의 개혁이 이루어져야 한다.

이러한 개혁 방향에 근거하여 지역보건체계 개혁과제를 살펴보면, 먼저, 시도의 관리행정체계는 과 수준의 행정체계에 벗어나 보건국 또는 건강국으로 역할과 기능을 강화할 필요가 있다. 시군구 보건소는 대인서비스 기능을 건강생활지원센터 또는 보건지소로 이관하고 인구집단 대상의 공중보건, 규제 및 행정 기능, Day Care Center(치매안심센터, 정신건강복지센터, 지역 재활센터 등) 중심의 기능으로 전환한다. 특히, 커뮤니티 케어와 관련하여 건강보험공단, 복지 등과 지역사회 케어 매니지먼트 체계를 구축하는 핵심 기관으로 역할을 담당할 수 있도록 행정 구조와 역량을 강화해 나가야 한다. 둘째, 전문지원체계가 구축될 필요가 있다. 일부 시도에 설치 운영되고 있는 공공보건의료재단 또는 공공보건의료지원단을 모든 시도에 확대하여 이를 중심으로 통합건강증진사업지원단, 심뇌혈관예방관리사업지원단, 정신보건사업지원단, 광역정신건강증진센터 및 자살예방센터, 광역치매센터 등 분야별 사업단과 센터를 연계하고 협력체계를 구축한다. 셋째, 시민건강위원회 등과 같은 주민조직이 주도하거나 최소한 참여가

보장되는 지역보건에 대한 거버넌스 체계를 구축한다. 이러한 관리행정체계와 지역사회 거버넌스 체계 및 전문지원체계가 유기적으로 결합하여 생활터별 실행위원회를 구축하여 커뮤니티 케어 등 지역에 산재한 현안들을 해결해 나가야 한다.

2. 일차의료 역할 강화 및 지역 단위 퇴원 환자 연계체계 구축

일차의료 만성질환관리 시범사업이 시행되면, 고혈압, 당뇨병 관리가 제대로 이루어질 수 있도록 건강생활지원센터와 일차의료기관 간에 지역사회 협력체계를 강화해야 한다. 지역 의사회, 보건소, 건강보험공단 지사, 지역 주민대표 등의 참여를 기반으로 '지역사회 일차의료 기반 만성질환관리사업 추진 위원회'를 구성 및 운영하고, 고혈압·당뇨병 관리 모니터링, 환자 안전 및 질 평가, 보건-의료-복지 연계 등의 역할을 담당할 필요가 있다. 건강생활지원센터는 일차의료 기반 만성질환관리에 있어서 자원 협력과 연계 등 지역사회 조정자 역할을 담당해야 한다. 또한, 일차의료기관과 연계하여 고혈압, 당뇨병 환자에 대한 심화 교육프로그램을 운영하여 일차의료기관에서 의뢰된 환자에 대한 심화 교육을 담당한다.

일차의료 기반 고혈압, 당뇨병 관리사업을 다른 만성질환으로 확대하고, 더 나아가 노인, 장애인, 영유아(산모) 등의 지역사회 포괄적인 건강관리사업으로 확대해 나간다. 일차의료기관이 노인, 장애인, 영유아(산모) 등에 대한 포괄적인 건강관리를 담당한다면 커뮤니티 케어 기반 강화에 크게 기여할 것으로 보인다. 만성질환관리사업에 참여하는 일차의료기관 중 노인, 영유아(산모), 장애인 대상의 포괄적인 건강관리사업에 참여를 희망하는 일차의료기관 의사가 시범사업 참여를 희망하는 노인, 영유아(산모), 장애인의 포괄 건강관리계획 수립, 연계 및 조정 기능, 주요 건강문제에 대한 교육, 상담 등 서비스를 제공하는 방식으로 시범사업을 추진한다. 만성질환의 범위 확대와 함께 서비스의 질 향상 등을 위한 성과 평가 기반 지불제도 도입, 건강행태 개선 및 자가 관리 역량 강화를 위한 환자 인센티브제도 도입 등 전향적인 정책 방안을 도입할 필요가 있다(Yim, 2017).

환자 인센티브 제도와 관련하여 우선적으로 건강생활지원센터가 지역 의사회 등과 함께 만성질환 마일리지 제도를 시범 운영하는 방안을 생각해볼 수 있다. 일차의료기관에서 등록관리가 이루어지고 있는 환자가 일차의료기관에서 추구관리가 잘 이루어지고, 건강생활지원센터의 심화 교육프로그램

에 잘 참여할 경우 마일리지를 제공하여 등록된 의료기관에서 필수검사를 받을 때에 누적 적립한 마일리지로 비용을 지불하는 방안을 검토해볼 수 있다. 그리고 이러한 마일리지 제도는 환자군에서 건강 고위험군 대상으로 확대하여 대사증후군과 같은 건강위험군을 일차의료기관과 협력하여 관리하는 용도로 사용할 수 있다.

필수의료의 전 국민 보장을 목적으로 한 공공보건의료발전 종합대책의 일환으로 추진하는 중진료권 설정과 지역책임의료기관의 지정 및 육성 방안이 가시화될 것으로 예상되는 바, 중진료권 단위에서 일차의료기관과 지역책임의료기관 및 지역협력병원 간에 진료 의뢰 및 퇴원 체계를 구축하고, 권역과 지역의 책임의료기관 및 협력병원에서 퇴원하는 환자가 해당 지역의 일차의료기관, 건강생활지원센터 및 돌봄 복지와 연계될 수 있도록 퇴원 환자연계체계를 구축한다. 퇴원 환자계획 수립을 포함한 퇴원 환자연계 CP 개발, 관련 수가 개발, 정보체계 등을 포함한 시범사업을 일차의료 만성질환관리 시범사업 지역 중 일부에서 수행하는 방안을 적극 검토할 필요가 있다.

V. 결론

지역사회에서 건강한 노년 생활을 달성하려면 커뮤니티 케어에 일차의료를 포함한 지역보건의료체계의 개념이 포함되어야 한다. 현재 추진하고 일차의료 기반 만성질환관리사업을 확대하고 포괄적인 노인의 건강관리로 발전할 필요가 있다. 보건기관의 기능 개편과 함께 일차의료기관과 기능적으로 연계된 건강생활지원센터의 확충도 커뮤니티 케어의 성공을 위해 실현해야 할 과제다. 일차의료기관과 의뢰-퇴원 관계를 형성하여 지역의 자체충족적인 보건의료체계를 구성하고 퇴원 환자연계 등을 포함한 적극적인 탈원화 정책을 추진해나갈 지역책임의료기관의 지정, 육성도 커뮤니티 케어의 실효성을 높이기 위한 중요한 전략이 되어야 한다. 이와 같이 지역 사회 보건의료의 공적 책임을 강화했을 때에 건강한 노년 생활이라는 커뮤니티 케어의 목표를 달성할 수 있을 것이다.

References

American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care. (2016). Person-centered care: A definition and

essential elements. *Journal of American Geriatrics Society*, 64(1), 15-18. doi: 10.1111/jgs.13866.

Cockerham, W. C., Hamby, B. W., & Oates, G. R. (2017). The social determinants of chronic disease. *American Journal of Preventive Medicine*, 52(1S1), S5-S12. doi: 10.1016/j.amepre.2016.09.010.

Davy, C., Bleasel, J., Liu, H., Tchan, M., Ponniah, S., & Brown, A. (2015). Effectiveness of chronic care models: Opportunities for improving healthcare practice and health outcomes: A systemic review. *BMC Health Services Research* 15, 194. doi: 10.1186/s12913-015-0854-8.

Le Berre, M., Maimon, G., Sourial, N., Gueriton, M., & Vede, I. (2017). Impact of transitional care services for chronically ill older patients: A systematic evidence review. *Journal of American Geriatric Society*, 65(7), 1597-1608. doi: 10.1111/jgs.14828.

Kim, M. (2010). *Inconvenient truth of medical privatization*. Seoul: Humanitas.

Kim, K. (2016). *Social research methodology*. Seoul: Park Young Story.

Korean Statistical Information Service. (2019). Results of population projections. Retrieved from http://kosis.kr/statisticsList/statisticsListIndex.do?menuId=M_01_01&vwcd=MT_ZTITLE&parmTabId=M_01_01#SelectStatsBoxDiv

Min, S. Y. (2019). Service delivery system for the integration of public case management. *Social Welfare Policy*, 44(20), 143-173. doi: 10.15855/swp.2019.46.2.143.

Ministry of Health & Welfare. (2016). *1st master plan on public health care*. Sejong: Author.

Ministry of Health & Welfare. (2018a). *Action plan on leading project for the community care*. Sejong: Author.

Ministry of Health & Welfare. (2018b). *Master plan for advanced public health care*. Sejong: Author.

Ministry of Health & Welfare. (2018c). *The pilot project for chronic care management based on primary medical care*. Sejong: Author.

National Health Insurance Service. (2019). *National health insurance statistical yearbook*. Wonju: Author.

OECD Health Statistics. (2019). Health care resources. Retrieved from https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC

Riegel, B., Moster, D. K., Buck, H. G., Dickson, V. V., Dunbar, S. B., Lee, C. S., . . . Webber, D. E. (2017). Self-care for the prevention and management of cardiovascular Disease and stroke: A scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Journal of American Heart Association*, 6(9), e006997. doi: 10.1161/jaha.117.006997.

- Seok, J. (2018). *Support plan on comprehensive care services for elderly by expanding the long-term care service benefits and scope*. Cunccheon: Hallym University.
- Shin, Y. (2017). *Health policy and management*. Seoul: Seoul National University.
- Yim, J. (2018). *Development of the plan on expansion and operation efficiency for the healthy living support center*. Seoul: University of Seoul.
- Yoon, T. (2015). *Development of operation model and performance indicators for the healthy living support center*. Busan: Busan National University.
- Yoon, S. (2008). *Study on publicity in new era*. Paju: Bobmunsa.
- Yim, J. (2017). *Development of health mileage model on healthy living for indifferent people in health*. Seoul: University of Seoul.