

## 토론문

김이배(대한민국시장군수구청장협의회 전문위원)

우리는 모두 노인들이 될 것이므로, 노인인권은 남의 이야기가 아니라 우리의 이야기이자 나의 이야기이다.

### ○ 첫 번째 발제문에 대한 토론

- 통합돌봄에 대한 논의는 2018년부터 시작되어 돌봄통합지원법이 24년 3월 입법화된 이후 26년 3월 본격 시행을 앞두고 다양한 의견이 제시되고 있다. 특히 관련 예산안이 국회에서 논의되고 있고, 그나마 본사업을 시작할 수 있는 최소한의 조건은 가능할 것으로 예상하고 있다. 관련 법의 경우, 개선해야 할 부분이 많지만 최소한의 원칙들은 반영되었다는 평가이다. 오랫동안 돌봄정책에 관여해오신 김보영 교수님의 발제문은 중요 쟁점을 압축적으로 제시하고 있다. 지자체 책임의 당위성, 지자체 수행 역량에 대한 평가, 여전히 미흡한 기반, 여전히 분절성 등 발제내용에 공감한다. 광역과 기초의 사회적 기반 구축방안의 큰 방향성에도 동의한다.

- 토론자는 분권형 통합돌봄 운영방식에 대한 추가적인 의견을 제시하고자 한다. 통합돌봄을 먼저 시행했던 나라들은 하나의 방향성을 제시한다. 외국의 사례를 보면, 영국의 경우, 1968년 시범위원회(Seebomh Committee), 1970년 지방정부 사회서비스법(Local Authority Social Service Act), 1988년 그리피스 보고서(Community Care: an agenda for action), 1990년 국가보건서비스 및 커뮤니티케어법(National Health Service and Community Care Act) 등에서 일관되게 중앙정부는 국가 수준에서 정책과 지침을 마련하고, 지방정부는 서비스 계획과 전달, 재정과 집행을 담당하도록 하고 있다. 스웨덴의 경우도 사회서비스를 규율하는 단일법인 사회서비스법(Socialtjänstlag)에 기반해 지방자치정부가 자치구역 내에서 사회서비스에 대한 책임을 지고, 거주하는 사람들이 필요한 지원을 받도록 할 최종적인 책임을 부여하고 있다. 더 나아가 노인돌봄서비스 개혁(Adel Reformen)에서는 사회서비스에 대한 코문의 책임을 강조하고 지방정부와 중앙정부간의 책임을 분명히 규정하는 등 분권화를 명확히 하고 있다. 일본의 경우, 커뮤니티 케어는 '지역포괄케어시스템'을 의미하며, 개호보험법 개정을 통해 전국 일률적인 예방급부(방문개호, 데이케어)를 시정촌이 지역에 맞게 자주적으로 운영하는 지역지원사업으로 구체화하였다.

세 나라의 공통점은 모두 지방정부가 통합돌봄에 대한 책임을 지도록 하고, 그에 걸맞는 권한과 재정을 부여하는 분권형 방식으로 운영하고 있다는 점이다.

- 우리나라의 경우를 돌아보면, 문재인정부 당시 선도사업(2019~2022)에 지역주도형 정책을 표방하면서 지역 실정에 맞는 서비스를 발굴하고 제공 모델을 검증·보완하여 다양한 커뮤니티 케어 모델을 개발한 경험이 있다. 중앙정부 지침에 의하지 않고 지역이 자율적으로 시행하도록 한 바 있다. 이후 돌봄통합지원법(2024.3)은 중앙과 지방간 역할분담을 규정하고 있다.

그렇다면 향후 통합돌봄 사업은 분권형 운영이 가능할 것인가? 분권형이라 함은 중앙정부가 가지고 있던 권한과 기능을 지자체로 이양하여 지자체가 지역특성에 맞게 자율적으로 정책을 기획, 집행하는 체계를 의미한다. 즉 단순한 사업위임이 아니라 지자체가 능동적으로 주도하고 사업전반에 대한 책임과 권한을 가지는 것을 의미한다. 문제는 우리나라가 그런 조건이 아

나라는 점이다.

익히 알려진 것처럼 우리나라는 중앙집권적 국가이다. 지자체는 자치단체로의 위상을 가지고 있지 못하다. 재정수준도 낮고, 인력규모도 철저히 통제받고 있다. 기획경험도 부족하다. 개별 정책도 국고보조사업의 경우, 자율성을 거의 행사하지 못한다. 단순한 집행기관에 불과하다. 보건복지부의 안이한 태도는 통합판정체계 사례에서 잘 나타난다.

- 통합돌봄의 경우, 전달체계는 사회보험(노인장기요양+국민건강보험)+보건의료(보건소+의료기관)+지방행정체계가 연계되어 있다. 사회보험 중에 노인장기요양은 지자체와 분리되어 운영되고 있고, 보건의료는 공공의료가 취약한 상황에서 민간의 영리구조가 압도적이다. 행정체계는 앞에서 언급했다시피 외피만 지방자치제도를 운영하고 있다. 더 심각한 것은 이러한 문제들이 지역간 심각한 격차를 가지고 있다는 점이다. 대도시-중소도시-농어촌간 자원격차와 불평등이 심각하다. 이러한 상황에서 지자체가 '책임성'을 행사하는 것은 무엇을 의미하는가? 단순히 지자체의 책임성은 기존 '서비스의 연계'만 하는 것에 한정한다는 것을 의미하는가?

결과적으로 우리나라는 지방자치제도를 형식화시키므로써 지자체가 적극적인 활동을 어렵게 만들었고, 이러한 거시적 구조가 통합돌봄 사업 운영체계에 영향을 미치고 있다고 진단할 수 있다. 돌이켜보면, 지난 문재인정부의 방임 정책과 윤석열정부의 소극화정책으로 통합돌봄의 기반을 마련하는 중요 시기를 놓친 것이 아닌가 하는 우려점이 있다. 그 기간동안 심층적인 고민과 기존 제도의 조정 및 보완이 가능했음에도 불구하고 그렇지 못했다. 이걸 보건복지부만의 과제가 아니라 보건복지부-행정안전부-기획재정부-국토교통부-대통령실 등 중앙부처 대다수가 공동으로 대응해야 하는 과제임에도 그렇지 못했다.

- 그렇다면 앞으로 어떻게 할 것인가? 과제의 복잡성을 고려할 때, 중장기적인 관점으로 접근할 필요가 있다고 생각한다. 그러므로 우리는 중장기 분권적 과제들과 단기적 실행적 과제들을 동시에 고민하면서 진행할 필요가 있다.

만약, 분권형이 작동하려면, 혹은 분권적 책임형이 작동하려면 책임에 따른 명확한 권한과 자원을 부여하고 그에 따라 성과평가에 따른 차등을 수용할 수 있도록 해야 할 것이다. 그렇지 않다면 추상적 책임성 내지 모호한 책임성 수준에 머무를 수 밖에 없고, 결과적으로 그 피해는 우리 또는 나에게 돌아올 것이다.

## ○ 두 번째 발제문에 대한 토론

- 두 번째 발제문은 취약지역 건강관리체계에 대한 포괄적인 논의를 하고 있다. 총 4개의 장으로 노인의 건강권 상황, 지역간 건강격차 실태, 통합돌봄 실행 과제, 지역사회 기반 건강관리체계 등 광범위한 영역을 데이터와 함께 문제점과 개선방향을 제시하고 있다.

과거에는 의식주(衣食住)가 중요한 것으로 고려되었지만 현대적 의미에서 복지의 핵심내용은 의(의료와 건강)-식(일자리)-주(주거)라고 본다. 이 3개만 해결되어도 상당수의 사회문제가 해소될 수 있다고 본다. 이중 건강은 특수한 성질을 가지며, 토론자가 제시한 건강관련 문제와 대응전략에 공감한다.

- 토론자는 이중에 통합돌봄 실행과제를 중심으로 토론하고자 한다.

지자체 단위에서 보건의료 관련 부서는 보건소이다. 그런데 통합돌봄 추진과 관련하여 협력체계가 어떠한지 살펴보니, 협력 필요성에는 공감하지만 실무자들은 딱히 협력할 사항이 없다는 것이다. 그럴만한 보건소의 인력과 재정 그리고 사업체계가 통합돌봄을 할 수 있는 환경이 아니라는 것이다. 그럼에도 불구하고, 26년 지침에는 다음과 같은 사항이 포함되어 있다. 여러

가지 사항중에 공통적으로 수행해야 하는 사항은 밑줄 친 5가지 역할이 핵심적이다.

○ 26년 통합돌봄 사업안내(가안. p.11) 중 보건소의 역할

- 통합돌봄 전담부서 역할(선택)
  - 통합돌봄 전담부서를 보건소에 설치하는 것도 가능하며, 보건소에 통합돌봄 전담부서를 설치하는 경우 전담부서의 역할과 협업부서의 역할을 함께 수행(지자체 상황에 따라 결정)
- 지원부서 역할
  - ※ 지역 여건에 따라 보건의료원, 건강생활지원센터, 보건지소, 보건진료소를 포함하여 수행 가능
  - 시·군·구 통합돌봄 지역계획 수립 참여
  - 통합돌봄이 필요한 자의 발굴, 모니터링 지원
  - ※ 보건소에서 제공하는 서비스 대상자 중 통합돌봄이 필요한 사람을 발굴하여 시군구 전담조직으로 의뢰, 연계
  - ※ 시·군·구 전담부서에서 요청한 모니터링 대상자의 서비스 이용현황, 상태변화 등 정보공유
  - 지역내 재택의료와 관련된 사항의 총괄 기획(지역보건의료계획 및 연차별 시행계획 및 통합돌봄 지역계획에 반영)
  - 통합돌봄 업무수행을 위해 필요한 담당부서 및 담당자 지정
  - 통합지원회의 참석 및 보건소에서 제공하는 서비스 연계
  - ※ 보건소 건강관리서비스(방문건강관리, AI·IoT 어르신 건강관리, 건강증진 통합서비스, 노쇠예방관리(신규) 서비스 등), 치매안심센터 서비스 등
  - ※ 장기요양 등급자(1~5등급)인 통합지원 의뢰대상자가 보건소 건강관리서비스를 희망할 경우 서비스 이용 범위에 제한을 두지 않으나, 보건소 별 여건에 따라 조정 가능

발제자는 통합돌봄 시행을 앞두고 몇 가지 내부적으로 논의할 내용을 제시했다. 공감되는 부분은 다음과 같다.

- 지역보건인이 통합돌봄의 중요한 한축으로 이해되고 소통할 필요가 있다.
- 지자체내 간호직의 기능과 역할에 대한 정리가 필요하고,
- 보건소의 방문보건사업과의 역할분담 또는 조정이 필요하다.
- 기본적인 보건인프라가 확충되어야 한다. 확충시 인구와 면적으로 고려한 설치기준이 제시될 필요가 있다.
- 또한 지역간 인프라 불평등에 주목하여 이에 대한 방안도 마련할 필요가 있다.

○ 지역소멸과 복지인프라

- 지역소멸의 복지적 함의 : 지역소멸이 심각한 지역일수록 복지수요는 증가하는 경향이 있다. 우선 고령화 비율이 높아 돌봄, 의료, 주거 수요가 높다. 이동권과 접근성 문제로 서비스에 대한 접근이 어려워진다. 공동체 기반이 약해져 빈곤, 고독사, 비자발적 단절이 심화된다. 즉 지역소멸이 될수록 더 촘촘한 복지안전망이 요청되나, 역시나 재정과 인력 문제로 공급이 축소되는 경향을 가진다.
- 복지인프라 확충이 지역소멸 대응의 한 축인 이유: 정주여건 개선, 취약계층 보호, 지역 일자리 창출, 지역공동체 회복 기반 형성 등 긍정적인 측면이 있다.

- 복지인프라 확충을 위한 전략: 비용관리를 위한 다기능 복지거점 구축(복지복합센터), 이동형 방문형 서비스 확대, 공공-민간-기업-마을 등 다주체의 혼합형 운영방식으로 나아가야 한다. 핵심은 복지인력의 안정적 확보이다. 이를 위해 지역가산수당제도, 지역정착형 전문인력 육성(교육비 전액보조) 등 보다 강화된 형태의 시책이 필요하다. 지리적 한계를 보완하기 위한 원격, 비대면, 온라인 기반 서비스연계 강화도 필요하다.

어느 곳에 살든지 주민들은 기본적인 서비스를 향유할 권리가 있다. 지역에 따른 차별이 있어서는 안된다.