

영국 장애인 보건의료정책의 동향

Health Policy for People with Disabilities in the United Kingdom

유동철, 동의대 사회복지학과 교수

본 연구는 영국 장애인 보건의료정책의 최근 동향을 살펴보고 우리나라 장애인 보건의료정책에 필요한 함의를 찾기 위한 것이다. 영국 장애인 보건의료정책은 크게 평등진료와 장소 기반 건강정책이라는 두 가지 특징으로 나뉠 수 있다. 평등진료라는 관점에서 영국의 장애인 보건의료전달체계는 비장애인 보건의료전달체계와 통합된 체계로 구성되어 있으며 평등진료를 위해 국민보건의료서비스(NHS) 산하 의료기관들은 평등의무, 평등계획, 평등교육 등을 실시하고 있다. 장소 기반 건강정책 차원에서는 거주지 중심 진료, 지역사회 자원 연계, 전문가 프로그램 등이 강조되고 있다. 이를 통해 우리나라도 거주지 중심의 근거리 통합진료기관에서 최대한 지역사회의 자원을 활용하는 쪽으로 장애인 보건의료정책의 방향을 설정할 필요가 있음을 알 수 있다.

1. 들어가며

우리나라의 2014년 장애인실태조사 결과에 따르면 장애인들이 국가나 사회에 바라는 정책 1순위는 소득보장(38.5%)이며, 그다음인 의료보장(32.8%)이다. 그리고 2순위인 의료보장과 3순위인 고용보장(8.5%)의 간극이 큰데, 이것을 보면 장애인에게 건강이 얼마나 중요한 문제인지 가늠할 수 있다. 이를 방증하듯 같은 조사에서 자신의 건강에 대해 ‘매우 좋음’이라고 응답한 비율은 1.3%에 불과했고, ‘ 좋음’ 14.6%, ‘보통’ 30.7%, ‘나쁨’ 38.9%, ‘매우 나쁨’ 14.5% 등의 분포를 보였다. 이는 우리나라 비장애인의 주관적 건강평가 결과(통계청, 2013)인 ‘매우 좋음’ 10.2%, ‘좋은 편’ 35.3%, ‘보통’ 38.6%, ‘나쁜 편’ 13.4%, ‘매우 나쁜 편’ 2.7%와 비교했을 때 장애인의 건강상태가 더 나쁘다는 것을 짐작케 한다(김성희, 황주희, 노승현, 2014).

장애인의 건강 문제가 계속 거론되면서 2015년 12월 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」이 제정되었고, 동 법률이 2017년 12월부터 시행됨에 따라 장애인 건강을 위한 서비스전달체계의 구축과 실행 방안이 구체화되고 있다. 동 법률은 장애인의 건강권과 의료접근성을 보장하기 위해 지역 장애인보건의료센터를 설치하도록 규정하였으며, 장애인에 대한 건강검진·진료·재활치료 등 의료서비스 제공, 해당 지역의 장애인 보건·재활의료 사업 지원, 해당 지역의 장애인 관련 의료 종사자 교육·훈련, 여성 장애인의 임신·출산 맞춤형 의료서비스 제공 등의 사업을 수행하도록 규정하였다.

이와 달리 영국은 평등진료와 장소기반 건강정책을 장애인 보건의료정책의 근간으로 하여 체계적이고 포괄적인 장애인보건의료서비스를 갖춘 국가로 평가받는다. 특히 영국은 장애인에게 통합적 보건의료서비스를 제공하고 지역을 기반으로 한 포괄적 서비스를 지원한다면 측면에서 우리나라에 큰 함의를 줄 수 있다고 생각된다.

본고는 평등진료와 장소 기반 건강정책을 기조로 하는 최근 영국 장애인 보건의료정책의 흐름을 짚어 보고, 이것이 우리나라 장애인 보건의료정책의 방향 설정에 주는 함의를 찾고자 한다.

2. 평등진료

영국의 장애인 보건의료정책은 장애인, 비장애인 차별 없는 통합적 평등진료라는 큰 특징이 있다. 1948년에 수립된 전 국민 무상의료서비스인 국민보건의료서비스(National Health Service: NHS)의 전통 아래 1995년의 「장애인차별금지법(Disability Discrimination Act: DDA)」과 2010년 여러 차별 관련법을 통합한 「평등법(Equality Act)」에 따라 장애인도 비장애인과 동일한 서비스전달체계를 통해 보건의료서비스를 받는다. 장애인들만을 위한 별도의 보건의료전달체계가 존재하지 않는 것이다. 다만 장애인 보장구나 재활치료를 중심으로 하는 장애서비스센터가 NHS 산하 일부 병원에 부속기관으로 설치되어 있다.

가. 「장애인차별금지법」과 「평등법」

1) 「장애인차별금지법」, 「평등법」 그리고 평등진료

NHS는 1948년 수립 이후 모든 국민에게 보건의료서비스를 무상으로 제공해 왔다. 하지

만 영국에서 장애인이 비장애인과 동등한 의료서비스를 받을 권리가 법적으로 명시된 것은 1995년 「장애인차별금지법」이 제정되면서부터이다. 그 후 1999년에는 장애인이 비장애인과 동등한 서비스를 받기 어려운 여건에서도 동등한 서비스를 받을 수 있도록 서비스 절차나 정책을 합리적으로 조정해야 한다는 조항이 「장애인차별금지법」에 추가되었다. 이에 따라 2004년부터 NHS를 포함한 영국의 의료서비스 제공자들은 서비스 전달에서 장애인들에게 불합리한 어려움을 주는 장벽이 있다면 이를 없앨 수 있는 합리적 수단(정당한 편의)을 제공해야 했다. 2005년에는 「장애인차별금지법」이 또 한 차례 개정되면서 모든 공공 단체에 장애 평등 의무(Disability Equality Duty: DED)가 부여됨으로써, 단순한 차별금지를 넘어 실제적으로 장애인 평등을 증진할 수 있는 법적 요건이 마련되었다.

영국은 그동안 연령, 성(性), 장애 등에 대한 차별금지법을 각각 제정하고, 각각의 차별 시정 기구를 두었다. 그러다가 2010년 「평등법」이 제정되면서 흩어져 있던 차별금지법들과 차별 시정 기구들이 단일한 평등법과 차별 시정 기구로 통합되었다. 주목할 점은 「장애인차별금지법」은 장애인에 대한 직접 차별만을 규정했으나 「평등법」은 직접 차별뿐만 아니라 간접 차별과 복합적 차별도 다룬다는 것이다(제19조). 즉 「장애인차별금지법(1995)」에서는 1) 직접 차별, 2) 합리적 조정 의무 불이행, 3) 장애 관련 차별(disability related discrimination), 4) 보복적 불이익(victimization)을 차별로 규정하고 5) 괴롭힘을 금지행위로 규정하였다. 반면에 평등법은 기존의 ‘장애 관련 차별’을 ‘간접 차별’과 ‘장애로부터 발생하는 차별(discrimination arising fro disability)’로 분리하였고, 복합적 차별(combined discrimination)을 추가했다. 또한 괴롭힘과 보복적 불이익을 금지행위로 규정하였다.

또한 「평등법」에는 적극적 조치가 명시되어 있다. 동 법에 따라 영국에서는 작업장 내외를 막론하고 다음과 같은 상황(제15조(1))에서 적극적 조치(제158조)가 이뤄져야 한다. 첫째, 장애인이 장애와 관련된 불이익을 받는 상황, 둘째, 장애인에게 비장애인과는 다른 니즈(need)가 있는 상황, 셋째, 장애인의 참여도가 비장애인에 비해 현저히 낮은 상황이다. 또한 「평등법」은 이전 「장애인차별금지법」의 장애 평등 의무(DED)를 2011년부터 공공 부문 평등 의무(Public Sector Equality Duty: PSED)로 통합했다.

2) NHS와 공공 부문 평등의무

가) 공공 부문 평등의무

공공 부문 평등의무(Public Sector Equality Duty) 중 장애와 관련된 의무는 일반 의무(general duty)와 특정 의무(specific duties)로 구분된다. 일반 의무는 모든 공공 단체가 장애인 평등을 적극적으로 도모해야 할 의무를 말하며, 특정 의무는 특정 공공 단체가 장애인 평등을 위한 대책과 행동계획을 수립하고 이 과정에 장애인을 참여시키며 행동계획 등의 진전 상황과 성과를 보고해야 할 의무이다. 공공 부문의 일반 의무를 좀 더 구체적으로 살펴보면 여기에는 장애인의 기회 평등 촉진, 「장애인차별금지법」하에서, 차별행위 철폐, 장애인 괴롭힘(harassment) 방지, 장애인에 대한 긍정적 태도 증진, 장애인의 공공 부문 참여 격려, 장애인에 대한 우호적 조치 등이 포함된다. 장애인에 대한 우호적 조치는 '합리적 조정'에 해당하는 것으로 모든 공공 보건의료기관에 적용된다.

나) 평등계획

2011년 이전까지 NHS 산하 기관들은 장애 평등 의무의 적용을 받아 장애평등계획(Disability Equality Scheme: DES)을 세우고 이행하며 평가해야 할 의무를 가졌다. 2010년 「평등법」 제정 이후 영국 정부가 여러 유형의 차별 금지와 다양한 양상의 평등을 포괄하는 단일평등계획(Single Equality Scheme)을 권장함에 따라 지금은 대부분의 공공기관이 단일평등계획을 수립하고 있다. 이때부터 장애평등계획의 수립은 의무사항에서 권장사항으로 바뀌었다.

다) 장애평등교육

NHS는 그 구성원들에게 장애에 관한 지식과 장애인 지원 기술의 중요성을 강조하며, 장애인에 대한 인식 개선과 증진을 위한 훈련과정에 참여하도록 권고한다. NHS는 실제적인 장애평등을 촉진하기 위해서는 의료서비스를 제공하는 일선 종사자들이 장애에 대해 바르게 이해하는 것이 필수적이라는 인식하에 NHS의 각급 기관 직원을 대상으로 장애평등(인식)교육과 훈련을 실시하고 있다.

3. 장소 기반(place-based) 건강정책

가. 장소 기반 건강정책의 원칙

영국 정부는 2012년 「건강·사회적 돌봄법(Health and Social Care Act)」을 제정하여 기존의 중앙 집중적 건강서비스 업무를 지방으로 대폭 이양하는 동시에 의료기관 중심의 건강정책에서 장소 중심의 건강정책으로 전환하였다. 이에 따라 중앙정부에서 직접 관장해 오던 151곳의 일차의료트러스트(Primary Care Trust: PCT)들을 대신하여 2013년 4월부터 의료위탁계약기관(Clinical Commissioning Group: CCG)들을 설치하였다(2016년 기준 잉글랜드에만 209곳이 있음). 의료위탁계약기관은 지방정부와 계약을 맺어 지역을 기반으로 건강서비스를 제공하는 역할을 한다. 중앙정부 대신 지방정부가 의료위탁계약기관을 선정하고 관리할 뿐 아니라, 건강 서비스의 유형이나 제공 방식, 대상자 등을 결정하는 데 많은 자율성을 지닌다.

장소 기반 건강정책이란 기존의 시설 중심의 의료서비스는 더 이상 지속되기 어렵다는 문제의식하에 일상생활이 영위되는 거주지를 기반으로 다양한 지역 자원을 체계적으로 활용하여 지속 가능한 의료서비스를 제공하고자 하는 것이다(New Local Government Network: NLGN, 2016). 신지방정부네트워크(NLGN)는 장소 기반 건강 비전으로 다음과 같은 세 가지를 제시하였다.

첫째, 서비스의 관점이 의료기관에서 사람과 장소로 전환되어야 한다. 오늘날 건강 및 돌봄 제공 기관들은 많은 권한을 갖고 서비스 전달 방향을 결정하지만 그들은 사람을 자산으로 생각하지 않고 대상으로 여기며 지역 사회 자원을 등한시한다. 건강서비스 시스템이 치료가 아닌 예방 위주로 전환되고 건강이 사회적 주안점이 되려면 시민들의 자기 관리 역량을 개발하고 지역 사회 자원을 훨씬 더 효과적으로 동원해야 한다.

둘째, 서비스의 사일로(Silo: 부서나 조직 간의 분리된 칸막이 안에서만 서비스를 제공하는 방식)체계에서 시스템 중심의 성과체계로 변화해야 한다. 현재는 서로 분리된 서비스들이 우선순위에 따라 작동하도록 설계되어 있다. ‘건강’과 ‘돌봄’이 서로 분리된 수직적인 사일로식 전달체계에서 벗어나 수평적인 거주지 기반 시스템으로 이동하는 것은 종전의 문화와 행동이 완전히 새롭게 변모하는 것이다. 서비스들이 서로 섞이지 못하게 방해하는 칸막이들을 제거하고 서비스 간 통합과 융합을 도모해야 한다는 것이다.

셋째, 중앙에서 지방으로 이동해야 한다. 중앙정부의 건강정책은 기존 관행에서 탈피하여

지방정부가 정책의 실행을 주도하도록 지원하는 방향이어야 한다. 국가기관들은 최종적인 건강서비스 제공자이자 감독자의 역할에서 벗어나 장기적인 예방 환경을 만들어야 한다. 사 일로를 강화하기보다는 통합적인 시스템을 통해 지역사회에 접근하고, 지역 현장 실무자들의 활동을 가로막는 장애물을 제거하는 데 중점을 두어야 한다.

나. 장소 기반 장애인 건강정책의 실제

장애인이 살고 있는 거주지를 기반으로 의료서비스를 제공하는 정책이다. 일반 개업의 (General Practitioner: GP), 환자의뢰, 지역사회연계, 자기관리, 교육 등이 정책의 주요 틀로 제시된다.

1) 일반 개업의

장애인은 비장애인과 마찬가지로 거주지 근처에 있는 복수의 일반 개업의(GP) 진료소 중 본인에게 가장 적합하다고 생각되는 GP 진료소를 선택할 수 있다(거주지를 중심으로 정해진 지역을 벗어난 지역의 GP 진료소는 선택할 수 없다.). 거주지 지역에서 장애인의 1차적인 건강을 책임지는 것이다. GP 진료팀은 일반적으로 복수의 의사, 간호사, 행정직원 등으로 구성되며, 장애인은 GP 진료소에서 건강 교육, 건강 상담, 금연·비만 상담, 예방 접종 등의 서비스를 받는다. GP 진료 예약은 전화나 온라인으로 할 수 있다. 거동이 불편한 장애인의 경우 온라인 서비스를 이용하면 처방전 반복 발급, 검진 결과 열람 등이 가능하며, 의사소통이 어려운 경우에는 의사소통(통역) 서비스를 제공받고, 거동이 불편한 경우 111 서비스를 이용하면 응급 상황이 아니어도 응급차 서비스가 제공된다.

2) 전문 진료 의뢰

장애인에게 외과 전문의, 산부인과 전문의 등 전문 진료나 특수 장비를 갖춘 의료가 필요하다고 인정되면 전문의나 의료기기가 있는 병원으로 의뢰된다. 잉글랜드에 사는 장애인은 잉글랜드 지역의 어떤 병원이든 선택할 수 있다. 병원이 선택되면 GP가 전자의뢰서비스(NHS e-Referral Service)를 이용하여 예약을 진행하며 장애인 환자 본인이 예약할 수도 있다. 2015년 이후 모든 전자진료기록(Summary Care Record: SCR)이 의무적으로 공유되므로 병원으로 의뢰되어 진료를 받을 시 의료진이 별다른 어려움 없이 환자의 진료기록을 확인할 수 있으며, 거동이

불편한 장애인이 본인의 거주지 병원에서 진료받기를 원하나 해당 전문의가 없는 경우 다른 지역의 전문의를 초빙해서 진료를 받을 수도 있다.

3) 지역자원 연계

지역자원 연계는 주로 병원에서 퇴원을 앞두고 있는 장애인을 대상으로 이루어진다. 장애인의 퇴원이 가까워지면 퇴원 사정이 이뤄지고 이를 통해 퇴원 후 필요한 지원과 보호를 결정하는 복합퇴원(complex discharge)계획을 수립하는데, 여기에는 의료사회복지사, 물리치료사, 언어치료사, 정신보건전문요원 등 다양한 전문가들이 함께 참여한다. 이 계획에는 퇴원 후 필요한 처치나 지원, 서비스 담당자, 서비스양, 보장구, 지방정부의 사회서비스, 모니터링 계획, 비용 등이 포함되며 전체 과정에서 의료사회복지사가 매우 중요한 역할을 수행한다.

또한 사회적 지원이나 보호가 필요한 경우 의료사회복지사가 지방정부에 서비스를 의뢰하고, 지방정부는 사정을 거쳐 지원·보호계획(care and support plan)을 수립한다. 지원·보호계획은 장애인의 자기결정권에 따라 최대한 지역사회에서 인간적 존엄성을 유지하면서 살아갈 수 있어야 한다는 원칙 아래 욕구, 서비스 수급자격과 급여량, 목표, 개인예산, 직접지불제도 수급자격과 급여량, 정보 및 상담과 같은 내용으로 구성된다. 지원·보호계획은 첫 계획이 수립된 후 3주 이내에 모니터링해야 하며 그 이후에는 1년에 1회 이상 모니터링해야 한다. 장애인이 퇴원할 때 의료적 기능이 있는 보장구(특수 침대, 리프트, 이동 장비, 보청기 등 포함)가 필요한 경우 NHS에서 대여해 준다. 비의료적 보장구는 지방정부의 사정을 받아 제공받을 수 있다.

4) 전문 치료사 의뢰

GP는 병원 이외에 NHS 팀으로 운영되는 별도의 물리치료사, 작업치료사, 언어치료사 등에게 서비스를 직접 의뢰하기도 한다. GP에 의해 특정 치료가 의뢰되면 장애인은 치료기관으로부터 예약에 필요한 편지를 수령하고, 이 편지를 토대로 예약을 하고 치료를 받는다. 치료는 일반적으로 6회기 동안 진행되며, 이후에도 지속적으로 치료해야 하는 경우에는 GP의 재의뢰가 필요하다. NHS가 제공하는 치료 이상을 원하는 장애인은 사설 치료기관을 활용하기도 한다.

5) 개인 건강 예산

개인 건강 예산(personal health budgets)은 2014년 10월부터 건강 영역에서 시행된 개인예산제이다. 이것은 장애인 본인이 자신의 건강을 위해 자기 통제하에 알아서 사용할 수 있도록 일정한 금액을 본인에게 직접 지불하는 제도이다. 개인 건강 예산은 장기적인 돌봄이 필요하거나 장애가 있는 사람들을 대상으로 한다. 이를 위해서 먼저 장애인과 NHS 팀(GP 포함)이 함께 보호계획(care plan)을 수립하는데, 이 계획에는 욕구, 목표, 예산총량이 포함되어야 하고, 해당 예산은 치료비, 요양비, 보장구 구입비 등으로 다양하게 사용할 수 있다.

6) 전문가 환자 프로그램

2007년부터 영국의 지역공익기업(Community Interest Company: CIC)들은 보건부(Department of Health)의 지원을 받아 전문가 환자 프로그램(Expert Patients Program: EPP)을 제공하고 있다. 장애인은 GP에 의뢰할 필요 없이 신체에 관한 지식, 질병 예방을 위한 건강관리계획 수립 및 실천, 건강 관련 정보 획득 및 이용법, 의사와 환자의 관계 재구성 등에 관한 무료 교육·훈련을 받아 자기 건강을 능동적으로 관리할 수 있다. 교육 내용으로는 일반적으로 증상 관리, 건강실천계획, 영양과 운동, 의사소통 기술, 긴장완화 기술, 약물 관리, 호흡법, 감정 다스리기 등이 있다.

7) 장애서비스센터

장애서비스센터(Disablement Services Centre)는 장애인에게 특별한 의료처치를 하기 위해 설치된 센터로서 2차의료기관인 병원에 설치되어 있다(다만, 모든 2차병원에 설치되어 있지는 않다.). 스코틀랜드 1곳, 북아일랜드 1곳, 잉글랜드 및 웨일스 32곳 등 영국 전역에 34곳이 있다. 장애서비스센터는 주로 보장구나 휠체어 등 특수 장비와 관련된 처치를 담당한다.

4. 나가며

평등진료와 장소 기반 진료를 두 축으로 하는 영국의 장애인 보건의료정책에 대한 고찰을 통해 다음과 같은 함의를 얻을 수 있다. 먼저 장애인들도 거주 지역에 있는 의원이나 병원에서 의료서비스를 받을 수 있어야 한다. 따라서 우리나라에 곧 설치될 장애인보건의료센터는 장애인에 대한 특화된 진료 이외의 일반적인 진료서비스에 너무 치중되어서는 안 된다. 둘

째, 장애인보건의료센터는 법에서 규정한 서비스 이외에도 장애인들에게 평등한 진료를 받을 수 있는 환경을 만들어 주어야 하며 지역사회의 자원을 최대한 활용할 수 있어야 한다. 따라서 장애인보건의료센터는 장애인 재활치료 위주로 운영되어서는 안 되며 지역의 보건의료 환경에 장애인들이 평등하게 접근하고 다양한 보건의료서비스를 이용할 수 있는 방향으로 운영되어야 한다. 또한 지역의 자원을 개발하고 관리하는 역할이 강조되어야 한다. 셋째, 지역사회 자원 연계 기능을 향상하기 위해 사회복지사 배치 기준을 강화할 필요가 있다. 보건의료 인력만으로는 지역사회 자원을 연계하는 것이 어려우므로 지역사회 자원을 개발하고 연계하는 기능을 담당할 수 있는 사회복지사를 충분히 배치하여야 할 것이다. 넷째, 장애인 주치의의 대상을 중증장애인으로 한정할 것이 아니라 장기적으로 만성질환 환자 등 건강관리가 필요한 모든 장애인으로 확대할 필요가 있다.

참고문헌

- 김성희, 황주희, 노승현. (2014). 장애인 대상 통합적 복지서비스 제공을 위한 정책방향. 한국보건사회연구원.
- NLGN. 2016. Get Well Soon: Reimagining Place-based Health.
<http://www.nhs.uk>
- <http://www.eastcheshire.nhs.uk/About-The-Trust/Disability-Equality-Group.htm>
- <http://www.newcastle-hospitals.org.uk>