

## 지역 보건복지 통합접근의 연계수단: 영국 커미셔닝을 중심으로

강 창 현  
(단국대학교)

본 연구는 보건과 복지의 관계를 연계수단론적 관점에서 조명하여, 특히 영국의 커미셔닝(Commissioning)이 보건복지의 연계에 어떻게 기여하고 있는지를 검토하려는 것이다. 이를 위해 연계와 통합에 관한 이론과 수단들을 살펴보고, 그 중 영국이 최근 보건복지개혁에 이르기까지 커미셔닝을 보건복지연계의 수단으로서 강조하고 있는 이유를 보기 위해 커미셔닝의 성격과 구조, 그리고 지향성을 탐색하였다. 커미셔닝은 전략적 수준에서 욕구를 이해하고 역량을 분석하는 것부터 서비스를 모니터링하는 것까지 관련된 활동들이 순환적 속성으로 지속되는 과정이다. 이것이 보건복지위원회의 통합전략 욕구사정과 통합보건복지전략이 가능하게 하는 원동력이다. 한국도 최근 지역복지와 보건에서 통합적 접근을 시도하고 있지만 연계수단의 관점에서 실효성이 부족하다. 따라서 이러한 노력이 커미셔닝처럼 구조적, 기능적 측면에서 보다 전략적으로 설계될 필요가 있다.

주요용어: 보건복지통합, 연계수단, 커미셔닝, 영국보건복지개혁

이 연구는 2011년도 단국대학교 대학연구비의 지원으로 연구되었음

■ 투고일: 2013.1.31    ■ 수정일: 2013.3.13    ■ 게재확정일: 2013.3.27

## I. 서론

사회문제에 대한 대응양식에 있어서 전통적 접근에서는 문제해결을 위한 프로그램설계에 초점을 두고 있었다. 하지만 거버넌스 패러다임에서는 프로그램보다는 수단을 강조한다. 어떤 수단을 적용하는가에 따라 문제해결의 정도가 다르게 된다는 것이다.

보건복지의 문제에 있어서도 휴먼서비스 대상자의 욕구가 다양하고 복잡하며, 또한 역동적인 특성을 가지고 있어 이에 대응하는 방식도 프로그램에서 수단으로 논의의 초점이 확대될 필요가 있다. 즉 많은 프로그램을 양산하는 것보다 적절한 수단을 적용하는 것이 문제해결에 보다 효과적이라는 인식의 전환이 요구된다. 이러한 수단 중 보건과 복지의 연계수단은 사회정책의 이념과 체제를 넘어 꽤 오랫동안 숙고되어온 주제 중의 하나이다.

‘통합’과 ‘조정’, ‘연계’, ‘사례관리’, 그리고 ‘협업체’ 등 학계와 현장에서 전달체계 논의와 관련하여 흔히 일컬어지는 용어들이지만 수단의 관점에서 검토된 연구는 부족하다. 한편 취약계층의 위험노출 증가에 따른 건강불평등, 인구고령화와 노인성질환의 증가에 따른 장기요양, 그리고 아동과 장애인 등 대상자특성에 따른 복합서비스 수요가 늘어나고 있지만 보건과 복지의 긴밀한 관계에 대한 전략적 접근은 빈곤한 실정이다.

그 동안 보건과 복지서비스를 연계하기 위한 시도는 1995년 보건소와 사회복지관의 공간적, 물리적 통합을 시도한 보건복지사무소 시범사업이 4년간 5개 지역에서 시도되었으나 통합의 성과를 보지 못하였고, 그 후 기능상의 통합을 피하기 위한 사례관리 접근이 시도되어 왔으나 사업 실무자들의 참여와 호응을 얻는 데는 실패하였다(김혜련, 2012:28). 최근 사회복지분야의 통합사례관리를 강조하는 희망복지지원단, 보건분야에 포괄보조금방식의 보건소개편이 진행되고 있으나 이는 두 분야에서 각각 진행되고 있으며 구조적 측면에서 상호간 연계의 접점이 없고, 기능적으로 보건과 복지가 연계될 수 있는 행정적 수단이 확보되어 있지 않다는 문제점이 있다.

영국의 경우 보건의료서비스는 국가에서 재정지원하는 국민건강서비스(National Health Service, NHS)가, 사회서비스는 지방정부 사회서비스국이 구매, 제공에 대한 책임을 각기 가지고 있다. 한국의 경우 시군구 단위에서는 사회복지업무 담당부서와 보건소로 분리되어 있다(이은경, 2010). 영국은 2010년 NHS개혁안<sup>1)</sup>에서 임상수준에서의 연계 활동인 커미셔닝을 더욱 강조하고 있으며 책임과 권한을 부여하는 실질적 조치들을

<sup>1)</sup> DH(2010a). Equity and Excellence: Liberating the NHS. UK.

2012년 보건복지법(Health and Social Care Act, 2012)에서 마련하고 있다.

본 연구는 보건과 복지의 관계를 연계수단론적 관점에서 조명하여, 특히 영국의 커미셔닝(Commissioning)이 보건복지의 연계에 어떻게 기여할 수 있는지를 살펴보는 것이다. 물론 영국의 보건의료체계는 조세기반의 국민보건서비스방식이며 한국은 사회보험 방식이므로 보건과 복지가 제공되는 맥락에 차이가 있어 직접비교가 어려운 측면이 있다. 따라서 본 연구의 범위는 이념적 성격이 약하고, 맥락비교의 필요성이 덜한 연계수단, 즉 커미셔닝에 한정 한다. 영국에서 사용되고 있는 커미셔닝은 대상자의 욕구충족을 위해 전체계적 자원을 포괄적으로 동원할 수 있도록 서비스구매력과 실행력이 제도화된 전략적 순환과정의 성격을 띠고 있기 때문에 최근 한국의 지방자치단체에서 진행되고 있는 보건복지분야의 변화에 대해 함의를 제공할 수 있다. 연계수단으로서 커미셔닝을 통해 지역단위 보건복지체계를 진단할 수 있고, 그럼으로써 보건복지 연계를 위한 커미셔닝방식의 적용가능성<sup>2)</sup>을 탐색해 볼 수 있다.

## II. 보건복지연계수단의 맥락

### 1. 보건복지 연계수단의 논의

서비스의 연계와 통합에 대한 여러 가지 이론들이 제시되어 왔으나 Leutz(1999: 84-100)가 제시한 다섯 가지 법칙은 사회서비스와 의료서비스의 통합에서 나타날 수 있는 여러 가지 문제점과 이를 해결하기 위한 시사적인 함의를 잘 설명하고 있다. 이들의 구체적인 내용은 다음과 같다.

2) 1990년 이래 영국에서 커미셔닝(Commissioning)이 연계의 주요 수단으로 부각되어 온 이유는 공공 서비스제공이 다변화되기 때문이며, 또한 보건복지의 통합커미셔닝(Joint Commissioning)이 서비스 제공을 재구성하는 수단 또는 기술로 많이 간주되기 때문이다(Richardson, 2006:6). 통합커미셔닝(Joint Commissioning)의 효과는 형태의 다양화로 측정의 어려움이 있어 명확한 문헌상의 근거가 부족한 편이다. 하지만 통합커미셔닝(Joint Commissioning)에 참여해야 하는 정책동인으로 조직의 분절(Organizational Fragmentation), 비용효과(Cost-Effectiveness), 예방(Prevention), 개별화(Personalisation), 장소형성(Place Shaping)등을 들 수 있다(Glasby, 2012:216-220). 따라서 한국의 경우에도 서비스가 제공이 다양화되고 있고, 조직의 분절과 비용효과의 문제등이 통합의 주요 이슈이기 때문에 커미셔닝이 적절한 시사점을 제공할 수 있다.

제1법칙, “일부사람들을 위하여 모든 서비스를 통합할 수 있고, 모든 사람들을 위해 일부 서비스를 통합할 수는 있지만 모든 사람들을 위해 모든 서비스를 통합할 수는 없다”. 이것은 통합의 수준에 있어 욕구와 서비스체계의 작동영역을 연계와 조정, 완전통합 등 몇 가지 차원으로 제시하고 있다. 연계(Linkage)는 중간적이거나 새로운 욕구를 가진 사람들에게 적합하며 모든 이들에게 어떤 서비스가 존재하며 어떻게 접근하는지를 분명히 한다. 그리고 자율적 조직에 의해 지원이 제공되지만 체계적으로 연계되어 있다. 조정(Coordination)은 보다 확실한 구조로 긴장과 혼동, 불연속의 지점과 관련하여 이에 대한 정책과 절차를 만드는 것이다. 완전통합(Full Integration)은 복잡하고 비예측성 욕구를 가진 사람에게 적합하고, 단일의 경로와 공동예산으로 새로운 서비스를 제공하거나 이러한 서비스에 접근하는 것을 말한다.

제2법칙, “통합은 지불전 비용이 든다”. 이는 비용상계(Cost Offset)가 통합의 장려요건으로 강조될 때 주의해야 할 점을 상기시키고 있다. 통합으로 비용절감을 희망하지만 성공하면 비용을 피할 수 없다는 것이다. 통합에는 최소한 세 가지 형태의 비용이 발생하는데, 직원과 지원체계비용, 서비스비용, 착수비용이 그것이다. 직원과 지원체계(Staff and Support Systems)비용이라 함은 임상, 관리, 정책수준에서 통합되는 상대방 체계의 역량을 학습하는 데 소요되는 시간과 어떻게 협업하고 의사소통할 것인가를 결정하는데 소요되는 비용을 말한다. 서비스비용(Service Cost)에서는 새로운 서비스 자금이 통합을 용이하게 하는데 도움이 된다는 점을 밝히고 있다. 착수보조금(Start-Up Grant)은 통합의 성공에 매우 중요하다. 착수비용과 계속비용이 지불되지 않으면 조직내 또는 조직간 통합이 일어나기가 어렵다.

제3법칙, “당신의 통합(Integration)은 나의 파편화(Fragmentation)이다”. 통합주도자의 초점은 어떻게 질(Quality), 효율성(Efficiency), 접근성(Access), 사용자통제(User Control), 욕구분해 등에 대해 전문가그룹과 급여체계로부터 도움을 확보하느냐에 있다. 하지만 도움을 요청받는 입장에서는 비용이 발생될 뿐만 아니라, 같이 일해야 하는 집단과 절차가 많아짐에 따라 그들의 식견을 더 넓혀야 하는 부담이 따른다. 완전통합에 비해 조정(Coordination)과 연계(Linkage)는 내가 수행하지 않는 기능에 대한 부담이 있다.

제4법칙, “서로 맞지 않는 요소(a square peg and a round hole)를 통합할 수 없다”. 이러한 문제는 두 가지 형태의 급여에 대한 서로 다른 자격요건으로부터 나온다. 즉

보건에 대한 접근은 의사가 결정하는 의료수요에 기반하고 있는 반면, 장기요양은 간호사나 요원에 의해 결정되는 기능상태에 기반한다. 결국 사회보험과 자산조사간, 국가자금과 지방자금간 벽이 허물어지지 않는 한 통합에 많은 것을 기대하기 어렵다.

제5법칙, “통합에는 조율이 필요하다”. 많은 체계들을 공급자와 전문가주도로 통합할 수록, 사용자들은 이를 형성, 유지, 사용하기 위해 더 많이 전문가에 의존하게 된다. 사용자와 돌보미, 주창자가 기획과 커미셔닝을 함께하여 전략적으로 연관되지 않는다면 개인이 체계내에서 자율성을 확보하기가 곤란하다.

이처럼 서비스통합에 관한 일반적인 원칙을 배경으로 통합과 연계에 관한 연구사례를 고찰하여 통합과 연계수단의 시사점을 탐색할 수 있다. 우선 학교와 휴먼서비스의 연계 수단으로는 비공식적 관계(Informal Relations), 조정(Coordination), 파트너쉽(Partnership), 협력(Collaboration), 통합(Integration)등이 제시된다(Cynthia, F., S. Calvin L.,1995). 타부문과의 협력이 필요한 병원조직에 있어서 내부 단위로부터 외부 조직으로 확장된 조직설계가 조직간 조정네트워크를 강화할 수 있으며, 이때 조직설계는 조정네트워크를 강화시키는 하나의 촉매가 된다. 조직설계로서 부서간 조정메카니즘은 일상적 절차(Routine), 정보시스템(Information System), 회의(Meeting), 경계확장자(Boundary Spanner) 등이다(Gittell & Weiss, 2004).

영국의 아동청소년 정신보건서비스(CAMHS)는 다기관간 협력을 매우 중요시 여기고 있다. 빅토리아 크립비에 사건이후 아동보호에 대한 개혁 작업이 있었는데 그 기본틀은 Children’s NSF(National Service Framework)와 아동연대(Children’s Trusts)라고 할 수 있다. 전자는 아동을 위해 국민보건서비스(NHS)와 사회서비스(Social Care)간 국가표준을 개발하는 것을 목적으로 한다. 주로 보건과 사회서비스에 관한 것이지만 주거, 교육, 교통, 여가도 아동청소년들의 안전과 건강유지에 도움이 되기 때문에 포함하고 있다<sup>3)</sup>. 후자는 복잡해진 욕구의 모든 측면을 단일의 기관이 대응하기가 어렵기 때문에 아동청소년들에게 주요서비스가 통합되도록 지방행정기관에게 이를 요건화하였다. 여러 다양한 일선 서비스를 통합적으로 전달하기 위한 아동연대(Children’s Trusts)의 주요 전략은 서비스의 공동입지(Co-location of Service), 다학제간 팀(Multi-disciplinary Team), 공통사정(Common Assessments), 정보공유(Information Sharing)와 합동훈련(Joint Training)

<sup>3)</sup> Your Guide to the National Service Framework Children, Young People, and Maternity Services  
<http://www.wales.nhs.uk/sites3/Documents/441/NSF%20Leaflet%20Final%20English.pdf>

등이다. 한편 CAMHS 다기관간 협력의 걸림돌은 의료모델(Medical Model)이 주도한다는 점, 다른 기관에 대한 이해와 전문가 문화, 그리고 역할에 대한 이해가 부족한 것, 공유하는 정의와 공통의 언어가 없다는 것, 다기관과 전문가 상호간 작업에 실무와 전략 수준에서 보다 나은 의사소통과 조정을 달성할 필요가 있다는 것을 인지하는 것, 보다 큰 전문가적 협력의 맥락내에서 정당한 전문가적 역할을 유지할 필요성 등이다(Salmon, G.,2004).

조직간 협의체(IAs:Interorganizational Alliance)도 조직간 협력을 용이하게 하는 수단이다. Creek County<sup>4)</sup>의 사례를 보면 두 가지 형태의 IAs는 다기관팀(Interagency Teams)과 조정협의회(Coordinating Council)이다. 다기관팀(Interagency Teams)은 다 기관의 담당직원으로 구성되어 주기적으로 만나 특정 클라이언트에 대한 서비스를 기획하고, 정보를 교환하며, 문제를 해결한다. 여기에 참여한다는 것은 다른 기관의 서비스와 인지도가 높아짐으로써, 타 기관 직원과의 개인적 친분을 제공함으로써, 서비스 전달의 협력적 접근에 대한 긍정적 태도를 발전시킴으로써, 조직간 교환을 촉진시킬 수 있다(Forster-Fisherman et al., 2001:877). 조정협의회(Coordinating Council)는 공공서비스 기관 대표자, 민간부문 그리고 지방기금들로 구성되어 있으며 매월 서비스를 기획하고 조정한다. 이 협의회에서는 주민들에 영향을 미치는 폭넓은 사회적 이슈를 다룬다. 비전을 개발하고, 지역자원을 동원하며, 지역사회의 노력을 결집시키는데 책임이 있다. 이들의 목적은 조직간 협력을 향상시키고, 조직간 장애를 경감하고 상호목적을 형성함으로써 클라이언트, 정보, 자원교환을 용이하게 하는 것이다. 네트워크분석에 의한 결과를 보면, 서비스전달네트워크에 있어서 조정협의회는 구성원인 조직은 비구성원인 조직에 비해 조직간서비스 전달연계가 많은 것으로 나타났다. 다기관팀(Interagency Teams)의 구성원은 비구성원보다 훨씬 폭넓은 서비스전달네트워크와 관련되어 있음을 입증하였다(Forster-Fisherman, 2001: 878-891).

통합 또는 연계의 기제로서 통합전달체계(Integrated Delivery System)는 하나의 네트워크 형태로서 이는 보건과 사회서비스를 통합하는 중요한 경로를 제시한다. 네트워크는 통합서비스를 촉진시키기 위한 조직간 체계 또는 다조직체계로는 네 가지 형태가

---

<sup>4)</sup> Creek County는 Michigan에 있는 동농복합적 도시로서 1989년에 예방업무에 관련한 조직간 협력을 증진할 목적으로 6개의 공공서비스 선도기관들이 기관간조정협의회(ICC:Interagency Coordinating Council)을 설립하여 성공적으로 운영한 사례가 있다(Forster-Fisherman et al., 2001:880).

있다. 첫째, 지식과 아이디어를 공유하는 정보네트워크, 둘째, 각 제공조직을 교차부문 간 제도적 파트너로 함께하는, 하지만 임상적, 재정적 책임은 독립적으로 유보하는 조정 네트워크, 셋째, 계약수단을 통해 다양한 제공자를 연결함으로써 전체적인 질과 재정책 임성으로 포괄적인 서비스의 연속성을 형성하는 조달네트워크(Procurement Network), 넷째, 하나의 실체로 가장 구조화되고 완전히 통합된 관리 네트워크(Managed Network) 등이다. 이중 통합전달체계는 조달네트워크의 특징에 해당한다(Kodner, 2009:9). 한편 통합서비스의 수준과 수단의 유형을 구분하면 크게 기금수단, 행정수단, 조직수단, 서비스전달수단, 임상적 수단 등으로 분류되고, 각 수준에 따른 구체적인 수단들은 <표 1>에서 보는 바와 같다.

표 1. 통합서비스의 수준유형과 수단들

수준	수단
자금	기금의 집적(Pooling of Funds), 선불인두세(Prepaid Capitation)
행정적	책임과 기능의 합병과 분산, 부문간 기회, 욕구사정과 할당사슬, 공동구매와 커미셔닝
조직적	서비스의 동일장소배치(Co-location), 클라이언트 이송협약, 기관간 기획 또는 예산, 서비스제휴 또는 계약, 공동관리프로그램, 전략적 협의체 또는 서비스네트워크, 합병, 공동소유
서비스전달	합동연수, 중심화된 정보, 수탁과 의뢰, 사례관리, 학제간팀, 24시간제공, 통합정보시스템
임상적	표준진단기준(DSM VI), 통일된 포괄적 사정절차, 합동서비스기획, 임상기록의 공유, 지속적인 환자 모니터링, 공통의사결정지원수단, 정기적 환자접촉과 계속지원

Kodner, D(2009). All Together Now: A Conceptual Exploration of Integrated Care. *Health Care Quarterly*, Vol.13, Special Issue October

자금수준은 보건과 복지에 대한 구조와 자금의 흐름이 통합서비스의 모든 측면에 영향을 미친다는 것을 의미한다. 행정수준은 정부의 규제와 관리방식이 서비스의 접근 등에 도움이 될 수 있다는 것을 의미한다. 조직수준은 공식적, 비공식적 수단을 통한 수직적, 수평적 네트워킹이 조직간 협력을 증진시키는 주요 방법됨을 보이고 있다. 서비스전달과 관리양식이 통합서비스의 주요변수에 영향을 준다. 임상수준은 환자의 욕구에 대한 이해, 공통의 전문용어와 기준을 공유하며 합의된 절차와 기준을 사용하고, 대상자와 제공자간 의사소통을 지속적으로 유지하고 환류하는 것을 의미한다.

## 2. 커미셔닝(Commissioning)

커미셔닝(Commissioning)은 매우 폭넓은 개념이어서 여러 가지로 정의되고 있지만, 영국의 공공부문 관리에 사용되는 전문용어로서 계약(Contracting), 구매(Purchasing), 또는 조달(Procurement)과 종종 상호교환적으로 사용되고 있다(Audit Commission, 1997:5). 커미셔닝(Commissioning)은 개인의 장단기 욕구를 충족시키기 위해 서비스를 명시하고, 확보하며, 모니터링하는 과정이다. 이것은 지방자치단체, NHS, 기타 공공기관 또는 민간과 자원부문에 의해 제공되는 모든 서비스들에 적용되는 것으로(Social Service Inspectorate, Audit Commission, 2003)<sup>5)</sup> 다음과 같은 세 가지 특징이 있다.

첫째, 욕구를 이해하고 역량을 분석하는 것부터 서비스를 모니터링하는 것까지 관련된 활동들이 순환적 속성, 즉 일회로 종결되는 것이 아니라 지속되는 과정이다.

둘째, 전략적 수준에서 전체 환자, 서비스 사용자 또는 전체 주민의 욕구를 충족시키는 것이 중요하며 이는 개별 서비스들에 대한 단순한 계약과 구별된다.

셋째, 공공, 민간 또는 자원부문 등 서비스 공급자가 누구이든간에 환자나 서비스 사용자의 욕구를 충족시키는 것이 중요하다.

Antrobus와 Brown(1997)에 의하면 커미셔닝(Commissioning)과 구매(Purchasing)가 문헌에서 상호교환적으로 사용되지만 실제로는 구매가 넓은 영역을 모두 전달하지 못한다고 한다. 즉 커미셔닝의 역할은 서비스의 구매뿐만 아니라 욕구사정, 보건과 서비스의 향상을 위한 개발, 자원의 효과적인 사용, 지역사회와의 협력 연계를 포함하고 있다.

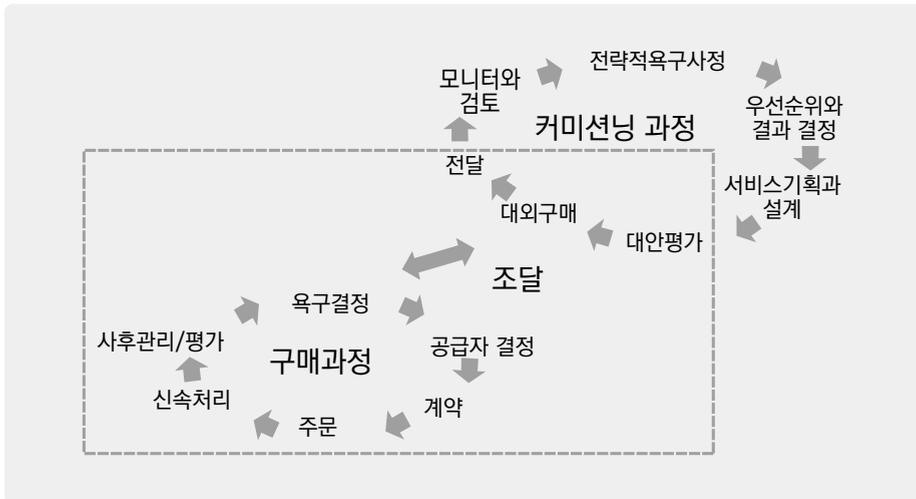
커미셔닝과 구매(Purchasing), 그리고 조달(Procurement)의 차이를 보면 조달은 초기 광고에서 부터 적절한 계약장치까지 서비스구매과정에 초점을 둔 커미셔닝 순환과정의 한 측면이다(Cabinet Office, 2006). NPS(National Procurement Strategy)는 조달(Procurement)을 재화, 용역(Work) 그리고 서비스 등을 획득하는 과정이며 제3자로부터 그리고 내부공급자로부터 획득하는 것 모두를 포괄하는 것으로 정의하고 있다. 여기서 조달과 구매의 중요한 차이점은 조달은 생산 또는 구매(make or buy)결정을 포함하

---

<sup>5)</sup> 커미셔닝은 NHS에서 중요한 역할을 해오고 있다. 1991년 내부시장(internal market)이 형성된 이래 구매자-제공자(purchaser-provider)구분 논리는 보건서비스 제공자들 사이에 경쟁을 도입하고, 환자들과 대중을 위해 경쟁하는 다양한 제공자들로부터 서비스를 구매하는 커미션행위자들을 생겨나게 하였다. 커미셔닝은 보건분야의 폭넓은 목적-질, 접근성, 지불비용에 대한 가치 등의 향상을 촉진-달성을 보장하기 위해 설계되었다(Chris, N., Nick, G., 2010).

고 있으나 구매는 그렇지 않다는 점이다. 조달이 구매순환과정과 생산 또는 구매(make or buy)선택평가를 포함한다고 하면 커미셔닝과 조달에 대한 혼동의 요점은 조달이 욕구사정을 포함하고 있는지, 그리고 이 욕구에 비추어 우선순위와 결과를 결정하는 지, 그런 다음 적절한 서비스를 설계하고 획득하는지? 등이다.

그림 1. 커미셔닝과 구매의 순환과정, 그리고 조달.



자료: Murray, J. G.(2009) Towards a Common Understanding of the Differences Between Purchasing, Procurement and Commissioning in the UK Public Sector. *Journal of Purchasing & Supply Management*, 15.

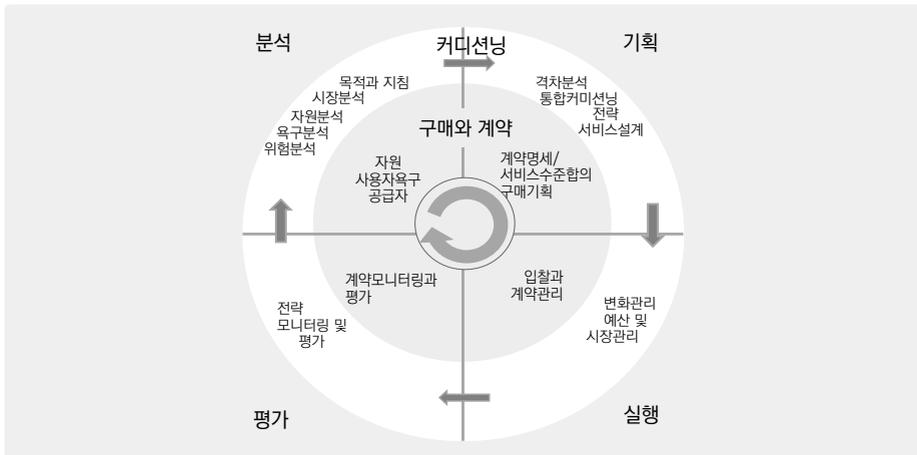
욕구사정은 조달전문가의 노하우가 아니며 예산의 할당과 우선순위, 서비스결과에 관한 전략적 결정은 조달의 이전 단계에 있다. 이는 전적으로 커미셔닝 순환과정에 있으며 구매에 있어서 욕구의 발견과 결정과도 다르다. 구매순환과정은 바람직한 결과를 상세하게 표출하는 수단과 관련된 것인 반면 커미셔닝순환과정은 추구되는 변화, 즉 목적에 관한 것이다. 따라서 하나의 상호연관된 순환과정을 제시할 수 있는데 여기서 조달은 커미셔닝순환과정의 일부분이다(Murray, 2009). 따라서 커미셔닝이 단순히 조달활동에 한정되지는 않는다는 점이며, 조달(Procurement)은 현금위주의 교환이지만 커미셔닝은 욕구주도/결과평가(Need-led/ Outcome Evaluated) 활동이라고 할 수 있다. 커미셔닝과정은 어떤 지역주민들의 욕구사정, 설계 그리고 적절한 서비스를 확보하는

순환과정(Cabinet Office, 2006:4)으로 정의된다. 그리고 그 순환과정은 전략적 욕구사정, 우선순위와 결과 결정, 기획과 서비스설계, 대안평가, 외부구매, 전달, 모니터링과 검토의 각 단계로 분류될 수 있다.

이러한 커미셔닝에 대한 일반적 정의들을 토대로 보건과 복지서비스분야에 적용하여 보면 커미셔닝은 조직경계를 넘는 협력적 과정을 의미하며 이는 처음에 지역주민에 대한 보건과 사회서비스 욕구사정을 포함한다(DH, 2003). 커미셔닝은 PCT(Primary Care Trust)가 주민의 보건욕구를 파악하고 가용자원내에서 이들 욕구를 충족시키기 위한 서비스를 확보하기 위해 내려지는 우선순위화된 결정이다(The National Primary and Care Trust Programme, 2004). Audit Commission(1997:5)의 정의를 보면 커미셔닝은 전략적 수준에서 개인의 욕구를 충족시키기 위한 서비스를 확인, 확보, 모니터링하는 과정이다. 이보다 광의의 정의로는 한정된 자원을 근거기반의 개입, 특히 보건과 사회서비스 분야에 한정하지 않고 건강증진의 목적으로 불평등을 감소하며 환자의 경험을 향상시키는 데 투여하는 행동으로 볼 수 있다.

이처럼 커미셔닝의 정의의 차원이 다를 지라도 그 개념에는 몇 가지 독립적이면서 상호연결된 행동으로 구성된다는 점은 분명하다(Sobanja, 2009:2).

## 그림 2. 통합 Commissioning과 서비스구매에 관한 IPC분석틀



자료: The Institute of Public Care's (IPC) framework for joint commissioning and purchasing of public care services. Fiona Richardson(2006). Introduction. Chapter 1 of the Commissioning E-book에서 재인용

### Ⅲ. 영국의 보건복지 관계와 연계수단으로서의 커미셔닝 (Commissioning)

#### 1. 보건복지 관계의 전개와 체계

영국에서 보건과 사회서비스간 관계는 적어도 1940년대 복지국가개혁이래 압박을 받아 왔다(Glending et al., 2005).<sup>6)</sup> 즉, 1946년 국민보건서비스법(National Health Service Act)으로 NHS가 도입되고, 1948년 국민부조법(National Assistance Act)으로 별개의 사회복지서비스가 지방행정기관을 통해 전달되었다. 그렇지만 이후 보건(Health)과 사회서비스(Social care)간 경계에 대한 논쟁이 격화되었고, NHS와 지방행정기관은 서로 상대방에게 대상자를 떠넘기려한다는 비난이 일었다.

이처럼 보건과 사회서비스영역간 불편한 관계로 인해 1970년대 NHS와 지방행정기관 사회서비스에 조직재편이 일어났다. 1968년 Seebohm report의 제안으로 1971년 잉글랜드와 웨일즈에 사회서비스국(Social Services Departments)이 만들어진 것이다. 이어 3년후 1972년 NHS 조직재편으로 관할보건기관이 생기고, 지역보건서비스(Community Health Care Services)가 지방행정기관에서 NHS로 이관되었다. 이러한 변화는 보건서비스의 통합적 전달을 의도하였으나 보건과 사회서비스간, 그리고 보건과 관련된 다른 지방행정기관간의 간극을 더욱 깊게 만들었다. 그 이유는 사회복지사와 간호사가 긴밀히 일할 수 있는 기회가 줄어들고, 지방행정기관의 보건책무가 새 보건기관으로 인해 파편화되었기 때문이다.

1970년대 경제위기로 보건과 복지에 대한 공공지출이 삭감된 결과 양자의 갈등이 다시 불가피해졌다. 이에 대한 새로운 조치로 도입된 것은 첫째, 새 보건기관의 영역을 사회서비스를 제공하는 지방행정기관의 영역과 접점을 이루게 하고, 둘째, 양 부문의 협력을 도모하기 위해 합동자문위원회(Joint Consultative Committees)를 설립하게 하고, 공무원들의 합동기획팀(Joint Care Planning Team)을 수립하였다. 또한 NHS와 지방행정기관의 프로젝트를 위해 NHS예산으로 공동재원이 마련되었다. 이처럼 위로부터의 정책과 재정인센티브로 협력의 시대가 열리는 듯 하였으나 구조와 과정을 지나치게

<sup>6)</sup> 영국에서 보건과 사회서비스간의 협력을 시도해온 과정은 역사적 사실들 속에 나타나 있다. 여기서는 객관적 사실들을 기초로 Glending et al.(2005)의 설명을 요약하였다.

강조한 나머지 목적보다는 수단에 치중한 점, 그리고 NHS와 사회서비스예산에 비해 공동재원이 매우 적어 규모의 문제가 발생하였다.

1979년부터 1997년까지는 보건과 사회서비스에 시장이 도입된 시기이다. 복지민영화의 시작으로 민간공급에 대한 공적 보조금이 늘어나 공공지출에 경고등이 켜졌다. 이러한 추세는 또한 NHS와 지방행정기관간 취약한 공동사업에도 타격을 주었다. 1980년대 들어 보건과 지방행정기관의 불편한 관계, 민간재가서비스에 대한 공적지출의 증가 등으로 인해 정치적 관심이 모아져 두 부문간 책임의 파편성에 관한 두 개의 중요한 보고서가 나왔다. 그 중 The Audit Commission은 가능한 지역사회서비스에 조직적 틀을 디자인할 필요성에 따라 각각의 기관에 특정 클라이언트집단에 대한 책임을 할당하는 방안을 권고하였다.

Griffiths는 보수당정부의 요청으로 지역사회서비스에 대한 재정과 조직장치를 검토하였다. 그는 효과적인 협력은 새로운 특정보조금을 받기 위한 조건이 되어야 한다고 제안했다. (부문간 협력이 들어가 있는 지역사회서비스계획의 제출에 대한 보조금지원) 이러한 장치는 1989 Caring for People, 1990 NHS and Community Care Act에서 재확인되었으나 재원은 협력에 대한 조건부이어야 한다는 Griffiths의 제안은 여기에 포함되지 않았다.

특히 준시장은 기본적인 딜레마를 야기하였는데, 협력은 보건과 사회서비스간 효과적인 서비스계획과 전달을 전제조건으로 하는데 반해 시장의 본질은 경쟁이기 때문이다<sup>7)</sup>.

파편화를 증가시킨 시장관련 압력은 NHS내부시장으로 더욱 증대되었다. 1차의료주도(Primary Care-led) NHS정책이 발전함에 따라 GP의 실천과 관련된 매우 많은 혼합적 구매와 커미셔닝(Commissioning)이 보건기관과 또는 보건기관없이 발전되어 사회적 서비스와 많은 협력적 관계를 가져오게 되었다.<sup>8)</sup>

---

7) 협력과 경쟁이 양립하기 어렵게 하는 정책압력들이 있어 왔다. 첫째, NHS와 지방행정영역내 구조적 변화, 즉 NHS와 community care act 1990으로부터 야기되는 구매(purchasing)와 제공(providing)활동의 분리에 대한 요구이다. 이러한 재구조화는 외적관계보다는 조직의 내적 관심에 초점을 두게 되었다. 둘째, 준시장은 협력에 잠재적으로 해로운 여러 메카니즘과 관련된다. 구매자에게는 시장지분을 최소화하고 책임전가에 대한 지속적인 유인이 있다. 준시장은 또한 제공자들간 경쟁을 요구하여 협력을 용이하게 하지 않는다.

8) 사회서비스와 GP의 커미셔닝활동에 기초로 하는 지식의 형태는 다르다. GP는 임상전문가이며 환자 지식에 의존한다. 욕구사정을 덜 강조하며, 그렇게 하기 위한 적절한 실천수준의 데이터를 가지려 하지 않으며, 그렇게 했다 하더라도 이정보를 구매결정으로 쉽게 전환시키지 못한다. 특히 GP의 우선 순위는 서비스들을 지역전체 주민들보다는 등록된 환자들에게 커미션하는 것이며 이러한 접근은 사

이외에 욕구규제와 성과관리에도 시장성이 나타나기 시작하였다. 1980년대 신자유주의적 개혁으로 중앙정부에 대한 새로운 통제를 만들었다. '감사(Audit)'가 새로운 특징으로 부상한 것이다. 그 결과 각각의 의제와 우선순위에 따른 외부기관들의 감사를 강화시켜 개별조직들은 이들의 우선순위에 민감하여 공동작업(Joint Working)은 뒷전으로 물러나게 되었다.

1997년 총선으로 NHS관련정책이 대 전환기를 맞게 된다<sup>9)</sup>. 노동당정부는 NHS와 사회서비스간 파트너십을 천명하였던 것이다. 이는 크게 세 가지로 요약된다. 첫째, 보건과 사회서비스기관간의 법적의무이다. 둘째, 공동서비스에 자원을 배정하였다는 것. 셋째, 공동사업에 구조적 제약을 제거하였다는 것이다. 즉 NHS와 지방행정기관에 공동예산을 허가하고, 커미셔닝 책임을 하나의 주도조직에게 위임하며, 보건과 사회서비스직원의 채용을 하나의 조직으로 통합하는 것이었다. 하지만 강화된 감독과 성과관리는 여전히 협력에 도움이 되지 못하였다.

2000년 지방공공서비스협정(Local Public Service Agreements)을 통해 보건과 복지가 상호연결 될 뿐만 아니라 전 지역성에 걸쳐 보다 광범위한 파트너십의 맥락하에 놓이는 전체계적 접근(Whole System Approach)에 대한 요구가 있었다. 이 협정으로 중앙과 지방정부는 국가목표의 성취에 기여하고, 향상된 지방의 산출을 전달하기 위해 성과목표에 동의하였다. PSAs(Public Service Agreements)를 보완하는 것이 LAA(Local Area Agreement)이다. 이것은 별개의 재정흐름, 각각의 재정과 회계요건을 가진 발안들로 야기된 파편성에서 생겨났으며 목적은 지방행정기관이 아닌 공공영역으로 이러한 별도의 재정흐름을 하나로 묶는 것이다.

이러한 과정을 거쳐 2012년 영국의 보건과 복지에 대한 개혁의 기본구조는 환자와 대중의 입장에서 NHS의 접근이 지불능력이 아니라 욕구기반으로 계속된다는 것이다. 이번

---

회서비스계획의 기저에 있는 전체 지역사회의 욕구사정과 대비된다. 1차의료전문가에게로의 커미셔닝이양이 오로지 GP들에게로 확대된 것이다. 다른 전문가그룹들, 사회서비스와 밀접하게 일하는 지역기반 간호사들은 서비스계획이나 커미셔닝기제에 목소리를 내지 못했다.

<sup>9)</sup> 1997 파트너십조치로는 파트너십으로 일하도록 법적 의무하의 NHS조직과 지방행정기관, PCT의 전문집행위원회에 강제적 사회서비스대표, 사회서비스국이 NHS와 협력으로 서비스를 개발할 수 있도록 1998-2001 조건부 보조금, 그 외 HAZ와 같은 부문간 협력투자사업, 특정 사용자그룹에 대한 보건과 사회서비스의 공동목표, 전략적 기획작성에 공동투자자와 기타 메카니즘, NHS와 사회서비스에 상호 서비스 벤치마크를 확대하는 국가서비스 틀, 협력에 대한 법적 장애를 타파하는 유연성: 공동예산(pool budgets), 커미셔닝주도, 통합된 제공조직 등이다.

개혁이 지향하는 바는 보건과 사회서비스를 커미션(Commission)하고, 규제(Regulate)하며 지원(Support)하는 조직개혁을 통해 질과 효율성을 향상시키는 것이다.

표 2. 영국 보건 복지체계

국가	보건부(Department of Health)				
	공중보건	NHS			사회복지
		Commissioning Board	MonitorNHSTrust	질위원회	
	National institute for Health and Care Excellence				
	보건복지정보센터				
지방	지방행정기관	임상커미셔닝그룹(CCGs)		지방행정기관	
	보건복지위원회(Health and Wellbeing Board)				
	지방보건감시관(Local Health Watch)				
	보건기관	NHS 제공자		복지기관	
환자와 일반대중					

자료: Overview of health and social care structures in the Health and Social Care Act 2012 April 2013

지역수준에서는 지방행정기관이 서비스를 형성하는데 더 많은 역할을 하게 되며 지역 주민의 건강증진에 책임을 맡게 된다. 새로운 보건복지위원회(Health and Wellbeing Boards)가 지역 보건과 복지증진을 위한 통합적 방안에 합의하기 위해 보건과 사회서비스의 커미션 담당자, 선출직 대표, 보건감시위원회 대표로 구성된다. NHS서비스는 임상 커미셔닝그룹인 GPs와 기타 임상의료인들에게 양질의 서비스를 확보할 수 있도록 자원을 사용하는 책임을 부여함으로써 커미션된다.

## 2. 보건복지연계수단으로서 커미셔닝

2007년에 발간된 보고서 Commissioning Framework for Health and Wellbeing에서는 커미셔닝을 보건과 돌봄경제 전체의 관점에서 보아 개별 욕구를 충족시키는 전략적 기획에 본질을 두고 있다(DH, 2007). 이러한 내용은 여덟 가지의 구체적 원칙을 제시함으로써 커미셔닝의 지침이 되고 있다.

첫째, 사람을 커미셔닝의 중심에 둔다. 이것은 서비스와 치료에 대해 더 많은 선택과 통제를 부여하고 이러한 선택을 지원하는 정보와 조언에 대한 접근과 관련된 것이다. 일반 대중이 서비스들을 구성할 수 있도록 기제가 개발되고 관점을 표현하는데 어려운 집단을 지원하고 옹호한다.

둘째, 개인과 전체주민의 욕구를 이해한다. 자치단체, PCT(Primary Care Trusts), 그리고 커미셔닝참여자(Commissioner)들에 의한 통합전략욕구사정(Joint Strategic Needs Assessment)으로 개인의 욕구를 보다 잘 이해할 수 있다. 이러한 사정과 서비스기획과정을 적절히 활용하여 건강과 복지에 대한 위험을 조절하게 된다.

셋째, 정보를 효과적으로 활용하고 공유한다. 개인과 집단에 효과적인 의사결정을 하기 위해 정보를 효과적인 방법으로 활용하고 공유할 필요가 있다. 상황에 맞춰 공유할 수 있는 정보를 분류하고 일선의 IT시스템을 통합해서 개인과 지역사회를 정보의 생산자가 되도록 장려하는 것을 포함한다.

넷째, 모든 서비스에 대해 질 높은 공급자를 보장한다. 커미셔닝참여자들은 공급자들과 효과적이고 돈독한 파트너십을 개발하고, 욕구사정에 참여해야 한다. 서비스조달은 투명하고 공정해야 하며 커미셔닝은 보다 혁신적인 제공에 이르고, 개인의 욕구에 세밀하게 맞춰지며, 다양한 제공자들에 의해 공급되도록 결과에 초점을 둔다.

다섯째, 보건과 복기간 상호의존적인 업무의 인식이다. 커미셔닝참여자들은 개인들에 대한 조언과 지지를 향상시키기 위해 업무에 있어 협력적 접근을 용이하게 할 수 있다.

여섯째, 보건과 복지 커미셔닝을 위한 인센티브의 개발이다. LAA(Local Area Agreements)<sup>10)</sup>를 활용하여 지역 파트너들을 규합하는 것이 보건, 복지와 상호의존성을 증진시키는데 도움이 될 것이다.

일곱째, 지방 책임성을 강화한다. 보건부(DH)와 지역사회부(DCLG)는 함께 단일의 보건복지비전과 결과들을 개발한다.

여덟째, 역량과 리더십이 발휘되게 한다. 보건부(DH)와 기타 중앙의 관계자들은 지방의 연계조정자들이 제기하는 역량격차에 지원을 제공하게 된다. 이러한 지원은 PCTs, 일선의 연계조정자, 지방자치단체 등 여러 형태의 커미셔닝참여자에 맞도록 한다.

<sup>10)</sup> LAAs(Local Area Agreements)는 지속가능한 지역사회전략에 기초하여 지역의 우선순위를 설정한 지방과 중앙의 3년간 협약이다. 2004년에 도입되어 아동과 청소년, 안전하고 강한 지역사회, 건강한 지역사회와 노인, 경제발전과 환경 등 네 가지 정책분야가 다루어진다.

## 가. 보건복지위원회(Health and Wellbeing Boards)

2010년 NHS개혁안 보고서에서 정부는 지방보건서비스에 지방정부의 역할을 강화하도록 설정하였다. 법정 보건복지위원회(Health and Wellbeing Boards)<sup>11)</sup>는 전국에 걸쳐 설치되어 지방자치단체가 보건과 지방정부서비스를 통합적으로 제공하는데 보다 강력한 접근을 택할 수 있게 되었다.<sup>12)</sup> 이 위원회는 지방자치단체의 상부기체로서 NHS와 공중보건, 성인사회서비스와 아동서비스, 그뿐 아니라 지방의원과 보건감시기구(HealthWatch)의 대표들이 한데 모여 지역보건과 사회서비스 욕구에 최적으로 대응하고자 공동으로 기획하도록 하는 것이다(The King's Fund, 2012:2).

모든 자치단체는 2012년 4월부터 임시위원회를 설치하여 입법에 따라 2013년 4월부터 본격적인 운영에 들어가게 된다. 보건복지위원회(Health and Wellbeing Boards)가 창설된 기저에는 보건서비스에 지방정부의 역할이 부활하는 것으로 이는 개혁안의 대중성을 말해주는 측면도 있다.<sup>13)</sup>

이것은 지방정부가 NHS에서 일정기능을 담당하도록 하는 주요한 조직재편이라는 점에서 의의가 있다. 1948년과 1974년 개편에서 지방정부가 병원, 지역보건서비스와 공중보건에 대한 책임을 상실하였던 것과는 상반되는 것으로, 지역주민의 보건과 복지에 영향을 주는 사회서비스, 교육, 레저, 운수, 환경보건, 지역안전 등에 있어 지방정부의 광범위한 기능이 중요하다는 점을 반영하고 있다. 또한 연립정부의 지방주의 철학인

---

11) 여기서 사용된 'wellbeing'의 의미는 '복지'보다 훨씬 광범위한 개념이다. wellbeing은 사람들이 그들의 삶을 어떻게 경험하는가에 관한 것으로 어떤 것을 성취할 수 있다고 느껴야 하거나 목적의식이 있다고 느껴야 하는 것이다. 단순히 질병의 문제가 없는 것 이상으로서 삶에서 잘못될 수 있다는 것으로부터 잘될 수 있도록 하는 것으로 초점이동이다. 개인적, 사회적인 것에 관한 것으로 지역의 사회적 유대, 지네트워크, 소속감을 강화하여 이를 증진시키는 것이다. 행복이상이어서 지방정부의 목표가 사람을 행복하게 하는데 설정되는 것이 아니라 시민과 지역사회가 이를 풍요롭게 할 수 있도록 여건을 형성하는데 있다. 따라서 이와 관련하여 지방정부의 역할은 물질적 측면과 사회심리적 측면으로 이루어져 있다. 빈곤, 공간적 불평등, 높은 범죄율 등은 물질적 여건을 악화시키는 것이며, 삶에 있어서 적극적인 자세와 선한 감정, 그리고 변화에 대한 회복력 등은 사회심리적 여건과 관련된 다(Local Government Improvement and Development, 2010:10-11). 이러한 내용들이 정책적으로 다루어지기 때문에 본고에서는 포괄적 의미의 '복지'로 사용하고자 한다.

12) 과거 영국에서 이러한 '합동', '조정', '공동기획'서비스를 위한 노력이 새로운 것은 아니다. 공동자문위원회(Joint Consultative Committees), 공동서비스기획팀(Joint Care Planning Teams), 지역전략파트너십(Local Strategic Partnerships)등의 사례가 여기에 해당된다.

13) 그러나 지방정부의 역할이 커지는 것은 지방의원들이 지방보건서비스운영에 깊이 개입하는 것에 대한 NHS의 오래된 우려를 악화시킬 수도 있다(NHS Confederation, 2011).

‘하향적 획일주의(one size fit all)로부터 지역주민의 욕구를 반영하고 지역적으로 설계된 서비스로의 이동’을 시작하는 것이다.

HWB는 보건,사회서비스 그리고 공중보건에 걸친 지역리더십체계를 제공하는 새로운 체계의 중심이며(DH, 2011), 보건과 사회서비스통합의 용광로가 되어야 하고(NHS Future Forum, 2012), 지방서비스를 향상시키려는 의도인 개혁체계에서 통합의 원동력으로 역할하게 된다.

HWB는 JSNA(Joint Strategic Needs Assessments)와 JHWS(Joint Health and Wellbeing Strategies)를 통해 지방서비스체계의 리더로서 역할하게 된다. HWB는 지방자치단체, CCGs(Clinical Commissioning Groups), 지방보건감시관(Local Health Watch), NHS커미셔닝위원회, 기타 위원회의 구성원들에게 JSNA와 JHWS를 수행할 목적으로 정보제공을 요청할 수 있다. JHWS는 NHS와 지방기관들이 연속적 서비스의 전달과 향상된 결과, 그리고 건강불평등을 줄이기 위해 무엇을 독립적으로 할 것인가? 또는 집합적으로 할 것인가?에 대한 공유된 우선순위와 계획을 설정한다. JSNA와 JHWS는 CCGs의 커미셔닝기획에 정보를 제공하고 통합전달을 지원한다(DH, 2011a: 27).

HWB의 기능은 JSNA를 통해 지역주민의 욕구를 사정하고, 통합틀로서 지역보건복지 전략을 생산하여 그 안에서 보건서비스, 사회서비스, 공중보건, 기타 위원회의 동의를 필요로 하는 서비스에 대한 커미셔닝기획을 개발하는 것이다. 또 합동커미셔닝, 통합제공, 공동예산 등 통합과 파트너십을 증진하는 것이다(The King's Fund, 2012:4). HWB는 지방정부의 지방의원 최소1명, 성인사회서비스 관리자, 아동서비스관리자, 공중보건 관리자, 지방보건감시관대표, 관련CCGs의 대표, 기타 관련인 등으로 구성된다. 이들은 서비스를 직접 커미셔닝하지는 않고 JHWS에 관련된 전략과 거버넌스 이슈를 주도하고, NHS, 공중보건, 사회서비스, 그리고 보건복지의 결과를 향상시키는 지방정부전체에 걸친 업무의 새로운 통합방식을 개발하는데 주도적인 역할을 한다. 또한 참여자간 이익갈등을 조절하는 일도 매우 중요하다(CFPS, 2011:6).

HWB가 성공적이기 위해서는 공동사업에 소극적이지 않고, 자신들의 예산을 보호하려거나 비용을 다른 파트너에게 전가하지 않는 파트너들로 구성되어야 한다. 지방정부와 NHS간 공동예산(pooled budget)을 강요하지는 않으나 공동예산을 통해 복합적 욕구와 같은 우선순위에 대응하는 기회가 있을 것이며, 합의된 산출을 향상시키기 위해 기관간 어떻게 최선의 집합적 지출(collective spend)을 활용할 것인지 고려할 수 있다(CFPS, 2011:4).

## 나. 임상커미셔닝그룹(CCGs: Clinical Commissioning Groups)

영국은 다른 사회정책분야와는 달리 의료에 있어 대단히 사회화된 체계를 가지고 있다.

NHS는 1차의료(Primary Care: Primary Care Trusts)와 2차의료(Secondary Care: NHS Trusts) 두 부문으로 나뉘어 진다. 1차의료는 대부분의 사람들이 처음으로 접촉하는 지점으로서 GPs<sup>14)</sup>, 치과, 약사, 그리고 검안사 등 광범위한 독립계약자들에 의해 전달된다. 2차의료는 병원, 정신보건서비스, 장애학습서비스, 응급서비스 등이다. PCTs (Primary Care Trusts)는 1차医료를 책임지고 있으며 2차医료를 의뢰하는데, 또는 지역 사회서비스를 제공하는데 매우 중요한 역할을 한다. 이들은 NHS의 중심이며 NHS예산의 75%를 통제하고 있다.

1990년대 보수당 정부는 1차의료주도(Primary Care-led) NHS를 도입하였으며 이는 노동당 집권 후에도 계속되어 왔다. 하지만 2010년 연립정부가 NHS의 재구조화개혁을 통해 GP 중심의 구조로 개편되는 안을 제시하였다. 개혁안의 핵심적인 사항은 커미션(Commission)기능을 강화하는 것으로 현재의 PCT가 제한적으로 가지고 있는 커미셔닝(Commission)기능을 대폭 강화하는 것이다. NHS Commissioning Board, GP Commissioning Consortia 등 신설되는 조직을 통해 이러한 기능이 수행된다(DH, 2010:39). 이는 Primary Care Trusts/Care Trusts (PCTs)와 Strategic Health Authorities(SHAs)를 2013년까지 폐쇄하고, GP(GP Consortia)가 주민의 보건의료욕구에 대응하여 예산관리, 서비스기획 등 보건서비스를 커미셔닝하는데 책임을 진다. 커미셔닝과정에서 GPs가 더 많은 권한과 자율성을 가지되는 것이다(Krishna Regmi, Anthony Bone, Fiona McGowan,2011).

GP커미셔닝이란 GPs가 단순히 서비스를 구매하는 것만 아니라, 상황분석(욕구사정), 전략형성(문제해결을 위한 목표), 서비스의 구매, 서비스의 평가 등 모든 영역에 관여하는 것이며(Singer, 1997:7), GP커미셔닝의 주요 목적은 1차 서비스를 제공하기 위한 것이다.

지난 20년간 보건체계의 목표에 GPs의 목표를 맞추기 위해 GPs주도 커미셔닝

---

<sup>14)</sup> GPs는 의료서비스를 필요로 하는 모든 개인에게 포괄적이며 지속적인 일반의적 돌봄을 나이, 성별, 건강상태와 무관하게 제공하는데 1차적 책임이 있는 의사를 말한다(Royal College of General Practitioners, 2007). GPs가 수행하는 역할은 진찰(Consultations), 처방(Prescriptions), 치료(Treatments), 의뢰(Referrals), 검사와 예방접종(Screening and immunisation), 만성병관리(Management of Long-Term Conditions), 건강증진(Health Promotion)등이다(TheKingsFund,2009).

(GP-led commissioning)의 모델들, GP자금보유사업, 총구매시범사업, 실무기반 커미셔닝 등이 시도되었다. 이러한 사업들의 기저에 있는 논리는 임상외가 공식적으로 환자에게 가장 가깝다는 믿음에 따라 GPs가 이들의 욕구를 이해하고 이들을 위한 서비스를 커미셔닝하기에 가장 좋은 위치에 있다는 것이다.

이번 NHS개혁에서 도입된 새로운 모델은 GP협력단(Consortia)이 실질적인 예산을 보유하여 주민을 위한 보건과 지역서비스의 대부분을 커미셔닝하는 책임을 맡도록 하였다(Russell Mannion, 2011:2). GP협력단(Consortia)은 이러한 기능들을 협력단에서, 지방행정기관과 협력에 있어서, 또는 외부 커미셔닝 지원의 활용을 통해서 어느 정도 수행할 것인지를 결정하는데 유연성을 가진다(DH, 2011b:5).

GP협력단(Consortia)의 일반적 의무중 주요한 것 들은, 등록 환자의 요건에 대응하여 보건서비스를 커미셔닝하는 것, 환자에 대한 서비스질과 산출, 특히 임상적 효과, 안전 그리고 환자의 경험등에 대하여 지속적 향상을 확보하려는 기능의 수행, 지방행정기관과 협력 및 보건복지위원회의 참여 등이다.

이에 대한 권한들은 육체적, 정신적 건강 또는 예방, 질병의 진단과 치료 등의 향상을 목적으로 서비스제공을 계획하는 것, 지방행정기관과 공동예산 등 파트너십 장치에 참여하는 것, GP협력단과 유사한 서비스를 제공하는 봉사조직에 보조금을 지급하는 것 등이다. 서비스 기획부문에 있어서는 보건복지위원회가 주도하는 통합욕구사정(Joint Strategic Needs Assessment)과 통합보건복지전략(Joint Health and Well-being Strategy)에 기여하는 의무가 있다. 서비스 동의부문에는 서비스 계약에 사용될 규칙을 채택하는 의무와 지방행정기관과 봉사조직에 서비스지출비용을 지불하는 권한과 서비스 연계관리대신 직접지불(Direct Payments)를 집행하는 권한이 있다. 협력의무 부문에는 아동복지를 향상시키고 필요한 경우, 지방행정기관의 아동과 가족지원프로그램을 지원하는 파트너십을 실행하며, 지역 서비스평가에 지방행정기관을 지원하는 의무가 있다(DH, 2011b).

영국의 2010 NHS개혁안에서 중요한 변화는 구조적 측면에서 그 동안 중요한 역할을 해왔던 PCT와 SHA가 폐지되고 대신에 GPconsortia가 설치되어 커미셔닝의 기능이 확대, 개편되었다는 것이다. 그러나 GP가 진단, 치료에 전문화되어 분석, 연계관리 등에 취약하기 때문에 일반외가 주도하는 GP의 커미셔닝 기능이 확대되는 것에 사회적 우려가 커지면서 Health and Social Care Act 2012에서 GPconsortia가 CCGs(Clinical Commissioning Groups)로 명칭과 기능이 수정되었다. 이전의 GP주도 커미셔닝(GP-led

Commissioning)과는 달리 CCGs는 모든 실천분야가 관련되는 보편적 체계가 된다. 실제 예산을 보유하며 절감분을 환자치료에 재투자할 수 있다. NHS Commissioning Board가 CCGs의 감독기관으로서 CCGs가 환자에 대한 결과를 향상시키도록 하고, 공공투자에 대한 성과를 극대화하는데 책임을 지도록 하고 있다. 이 법에서는 CCGs가 지역의 합당한 욕구충족에 적절한 서비스를 커미셔닝하는 직접적 책임을 규정하고 있다. CCGs와 NHS Commissioning Board에게는 이전의 PCTs와 SHA가 하지 않았던 새로운 임무가 부여 되었다. 이들은 NHS구성체계를 향상시키는 것과 관련하여 커미셔닝 서비스의 지속적인 향상을 확보하고, 불평등을 감소시키며, 환자의 참여증진과 선택확대, 그리고 통합을 확보하며, 혁신과 연구를 촉진한다(Factsheet B1).

CCGs는 응급, 긴급의료(Urgent Care), 앰블란스 서비스와 근무시간외서비스를 포함하여 관할구역내 거주자 누구에게나 커미셔닝할 책임이 있다. 또한 등록된 사람들의 합리적 욕구에 대응하기 위한 보건서비스의 커미셔닝에 책임이 있다. NHS 커미셔닝위원회(Commissioning Board)는 1차의료서비스의 커미셔닝에 법적 책임이 있고, CCGs는 NHS CB가 1차의료서비스를 지속적으로 향상시키는데 보조와 지원을 할 법적 책임이 있다. CCGs는 외부조직들, 즉 NHS커미셔닝 지원서비스(NHS Commissioning Support Services), 민간, 자원부문조직들로부터 책임은 CCGs에 둔 채 서비스를 구매할 수 있다.

서비스질 향상과 불평등감소가 판단될 때 보건서비스들이 통합적으로 제공되고, 보건서비스 제공은 보건관련서비스나 사회서비스제공과 통합의 견지에서 수행되어야 할 의무가 있다(DH,2012:9). 이에 대해 육체적, 정신적 건강 또는 질병의 예방, 진단, 치료향상을 목적으로 서비스들과 시설들의 공급을 조정할 수 있는 권한이 있다.

한편 CCGs는 매 회계연도의 NHS Commissioning Board에 의한 재정상한이 있고, 매 회계연도 후 추가지불이 주어지는데 이는 서비스의 질과 산출달성도에 기초하기 때문에 사실상 성과주의 재정을 지향하고 있는 것이다(Hayden, 2011:513).

## 다. 통합전략 커미셔닝(Joint Strategic Commissioning)

통합 커미셔닝(integrated commissioning)에 대한 영국의 정책들은 복잡하고, 혼란하며 모순된 측면이 있다. 특히 협력과 경쟁의 관계에 있어서 국가정책은 서비스성과를 향상시키기 위해 선택과 경쟁을 촉진한 반면 통합과 협동을 장려해 왔다(Audit Commission, 2005).

통합 커미셔닝의 발달을 부추긴 잠재적 요인들은 NHS내부에 있었다. WCC(World Class Commissioning)와 PBC(Practice-Based Commissioning)는 내부 커미셔닝프로그램으로서 통합 커미셔닝에 많은 시간을 들였던 것이다. WCC는 보건과 보호서비스가 커미셔닝되는 방식을 변환시킨 프로그램으로 보다 좋은 보건과 복지를 모두에게, 그리고 돌봄을 모두에게 전달하는 것으로 여겨진다(Hudson, 2010:13)<sup>15)</sup>.

통합전략육구사정(JSNAs:Joint Strategic Needs Assessments)과 통합보건복지전략(Joint Health and Wellbeing Strategy)은 지방의원, GPs와 공중보건관리자, 성인 및 아동서비스들이 보다 효과적이며 반응적인 지방 보건복지체계를 주도하는데 함께할 수 있도록 하는 것이다. 통합전략육구사정(JSNAs)은 지역지도자들이 모든 지역주민들의 욕구를 이해하고 동의하는데 협력하는 수단이 되며 지방서비스에 대한 결정에 근거를 제공하는 것이다.

정부는 보건복지위원회를 통해 CCGs와 지방자치단체가 공동으로 지방보건과 복지체계를 선도할 것을 기대하기 때문에 JSNAs와 JHWS가 보건복지위원회(HWB)의 성공에 매우 중요한 열쇠이자 주거와 교육 등 보건복지에 영향을 미치는 광범위한 결정요인들에 걸쳐 공유된 리더십을 행사하는 토대가 될 수 있다(DH, 2011c:7).

통합전략육구사정(JSNAs)은 지역사회와 지방정부 그리고 NHS간 강한 파트너십을 형성하여 보건과 사회서비스제공을 향상시키는 커미셔닝에 토대를 제공하고 건강불평등을 줄이기 위해 2008년에 도입되었다. 이는 커미셔닝참가자들이 지역육구에 대응하는 서비스를 구성하는데 도움이 되기 위한 것이다. 그러므로 최상의 JSNAs는 모든 지방 서비스를 망라하여 보건과 복지를 향상시키는데 기회를 인식하고 책임을 공유하는 모든

<sup>15)</sup> PBC(Practice-Based Commissioning)는 PCTs로부터 커미셔닝역할이 재정적 책임성을 동반하여 GP로 이양된 것을 말한다. 이처럼 GP로 이양된 목적은 서비스 다양성의 확대, 많은 수의 공급자들로부터 서비스전달과 가정근접성 그리고 환자의 편리성 향상, 서비스의 효율적 사용, 커미셔닝결정에 현자의 의사와 간호사 관여확대 등이다(Lewis et al., 2007:2).

수준들에서 강한 협력적 파트너십을 형성하여 수행하는 것이다. 이를 새로운 방식으로 혁신하는데 활용한다면, 보건복지위원회(HWB)는 기존의 좋은 JSNAs를 더 확장하여 협력적 리더십과 JHWS의 개발을 통해 서비스 변환이 가능하도록 기회를 제공하는 것이다(DH,2011c:18). 이렇게 하는 것은 HWB가 전체지역사회의 욕구를 이해하고 이러한 욕구에 대한 대응책에 동의하는데 매우 중요한 수단이 된다. 그렇기 때문에 JSNAs는 HWB의 전략적이고 협력적 리더십의 역할을 다하는데 매우 중요한 수단이며 지역서비스 지도자들에게도 욕구와 자산에 대한 전략적 관점을 가지고 서비스를 기획하는데 소중한 정보가 되는 것이다.

JSNAs에 기초하여 HWB위원들은 통합보건복지전략(Joint Health and Wellbeing Strategy)을 개발하게 된다. 이 전략은 욕구와 자산분석을 토대로 보건복지의 결정요인들을 공동으로 제시하여 통합적 지방서비스의 전달을 기획하는데 도움이 되어야 한다. 이렇게 하여 JSNAs와 통합보건복지전략(Joint Health and Wellbeing Strategy)은 결합하여 지방의 서비스변화, 즉 지방의 욕구와 지역사회의 참여에 따라 서비스투자와 철회를 결정하는 토대를 형성하게 된다.

통합보건복지전략(Joint Health and Wellbeing Strategy)은 지방자치단체와 CCGs가 JSNA에서 확인된 욕구들에 대응하여 주요 커미셔닝참여자들(지방자치단체, CCGs, NHS커미셔닝위원회)에 의한 집합적 조치(Collective Action)의 합의된 우선순위를 설정하는 기제이다(DH, 2012b:13).

통합보건복지전략의 목적은 JSNA의 근거를 토대로 지역사회의 가장 큰 이슈가 무엇인지, 이에 대해 무엇을 할 수 있는 것인지, 그리하여 달성하게 되는 의도된 결과가 무엇인지에 공동으로 합의하기 위한 것이다. 이것은 지방서비스들에 대한 커미셔닝결정 즉, 서비스사용자와 지역사회의 욕구에 초점을 둔 점과 보건복지의 영향요인들을 제어하는 측면이 있다는 것을 알리는데 목적이 있다. 또한 NHS와 지방정부 그리고 커미셔닝 참여자와 서비스공급자들의 집합적 조치를 동원하고, 지역사회를 참여시킨다(DH, 2011c:19). 그렇기 때문에 이는 HWB와 지역 보건,사회서비스체계의 커미셔닝참여자들과 서비스제공자들에게 이익이 될 뿐만 아니라 서비스사용자나 가족, 수발자, 그리고 지역사회에 이익이 된다.

통합전략욕구사정(JSNAs)과 통합보건복지전략(Joint Health and Wellbeing Strategy)의 원칙들은 다음과 같다(DH, 2012b:8).

- 전체주민의 현재와 미래의 보건과 사회서비스에 대한 욕구를 고려해야하고 전략적이어야 한다.
- HWB가 욕구를 넘어 어떻게 지역자산이 확인된 욕구를 충족시키는데 활용될 수 있을지를 검토한다면 실질적인 소득이 있을 수 있다. 이러한 접근은 이용 가능한 자원을 최상으로 활용할 수 있게 할 뿐 아니라 서비스들의 결합을 통해 지역문제에 대한 해법을 지역에서 찾는 혁신을 촉진한다.
- JSNAs와 통합보건복지전략(Joint Health and Wellbeing Strategy)은 지역사회의 불평등과 이에 대한 영향요인을 이해하는 열쇠이다. 열악한 주거, 무직과 범죄 등 이들 영향요인들이 지역에 따라 보건과 복지의 결과에 어떻게 영향을 미치는지를 이해할 수 있게 된다.
- 이 일들을 함께할 수 있다는데 초점이 있어야 한다. HWB와 그 외 지역파트너들이 함께하여 지역의 각 체계들에 더 큰 영향을 미치고, 지역사회전체에 향상된 보건복지의 결과를 전달하며, 중복과 관료제를 피하기 위해 자원을 모아서 얻는 부가 가치를 이해할 수 있어야 한다.
- 통합보건복지전략(Joint Health and Wellbeing Strategy)은 모든 것을 한꺼번에 처리하겠다는 함정을 피하고 중요한 이슈들을 우선순위화해야 한다.

#### IV. 커미셔닝의 지역보건복지분야 통합접근에 대한 함의

복지서비스나 관련 사회서비스 부문은 최근취약계층에 대한 일련의 복지서비스의 확충, 전달체계 다변화, 희망복지지원단 설치 등의 지역중심 통합적 복지서비스 전달체계를 도입하고 있다. 그러나 이에 비하여 보건부문의 대응은 미흡하다.

최근 이러한 문제를 해결하기 위해서 보건소단위에서는 「건강생활실천통합서비스」가 도입되고, 2013년부터는 「보건소 통합 건강증진사업(포괄보조사업)」이 추진될 예정이며 이를 통해 지역사회의 참여와 사업의 확산을 도모하고 있다. 통합건강증진사업은 보건소에 분절적으로 거의 연계없이 운영되어 오던 건강증진사업을 지역 여건에 맞추어 대상자 중심으로 1개의 사업으로 유기적으로 연계하여 포괄적 통합적으로 운영하도록 하고, 예산 지원방식도 포괄보조금으로 지원하는 방식으로 사업 패러다임이 전환될 예정이다(김혜련, 2012).

한편 복지서비스에서는 최근 사회복지통합관리망 구축(2010년), 시군구 희망복지지원단을 통한 통합 복지서비스 사례관리를 추진하면서 '통합적 복지서비스'를 복합적 욕구를 가진 대상자에게 공공과 민간의 급여·서비스·자원 등을 연계·제공하는 복지서비스 제공체계를 진행하고 있다.

## 1. 복지분야 희망복지지원단

보건복지부는 복지·보건·고용·주거·교육 등 다양한 서비스를 맞춤형으로 제공할 목적으로 시군구에 '희망복지지원단'을 설치하고 있다. 희망복지지원단은 복지공무원과 통합서비스전문요원 등으로 구성되며, 이를 통해 지역별 통합 사례관리체계를 강화시키고자 하는 것이다. 기존 통합서비스전문요원(민간계약직, 평균 4명)에 평균 6명의 복지공무원을 확충 배치하여 구성하되, 지자체 특색에 맞게 다양한 조직형태로 운영하도록 하고 있다(보건복지부, 2012).

2011. 7월 관계부처 합동으로 발표한 '복지전달체계 개선대책'<sup>16)</sup>의 일환으로 추진되는 시·군·구 희망복지지원단은 읍·면사무소 및 동주민센터의 상담을 거친 저소득 주민에게 공공과 민간이 보유한 각종 자원과 서비스를 맞춤형으로 연계 제공하고, 그 과정을 계속해서 모니터해 나가는 역할을 수행한다. 지역에서 활동하는 다양한 공급기관과의 연계·협력을 활성화하여 다양한 문제를 가진 저소득 주민에게 필요한 서비스를 최대한 통합·연계하여 제공하게 된다. 보건소 방문건강간호사 등 지역의 방문형 서비스 기관 종사자와의 공동방문 등 협력체계도 만들어 나간다는 내용이 포함되어 있다.

지역복지제공에 있어서 역할변화를 보면 시군구는 대상자조사, 선정, 자격관리 업무, 주민센터는 상담, 그리고 이용 가능한 복지제도와 정보의 안내를 맡게 되며 복지대상자 선정관리는 소홀하게 된다. 희망복지지원단은 심층욕구조사, 통합사례관리회의 실시 및 종합서비스제공계획 수립, 모니터링, 지역사회복지협의체운영을 맡게 된다.

16) (시군구) 조사, 선정, 자격관리 업무를 시군구청으로 일원화하고 복지급여·서비스 신청자에 대한 소득·재산조사, 대상자 결정, 자격변동사항 관리 업무를 전문화한다. (읍면동) 급여·서비스에 대한 상담, 신청·접수, 사례관리 대상 발굴하여 소득·재산조사 업무부담 경감에 따라 복지수요자를 위한 상담 및 서비스 안내, 지역사회 지원이 필요한 가구 발굴 등 찾아가는 서비스 강화를 골자로 한다.

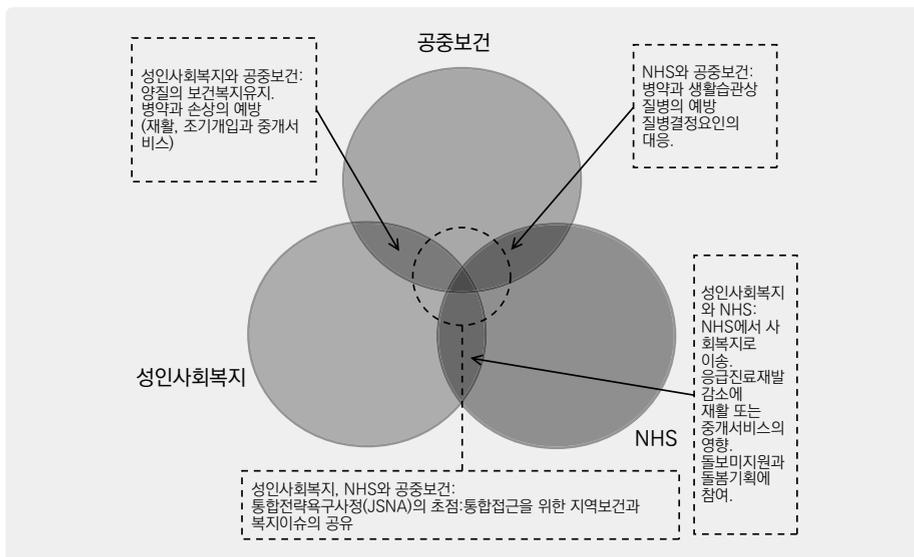
이러한 사회복지전달체계 개선에 대하여 국회예산정책처의 평가의견은 시군구-읍면동 간 사회복지 업무분장의 비효율성, 사례관리 추진체계의 실효성 미흡, 사회복지담당 인력 배치의 적절성 부족, 민간복지전달체계와의 연계성 미흡 등을 지적하고 있다. 즉 정부의 개선안은 급여 및 서비스의 전달에 있어 시군구의 통합조사관리팀과 읍면동의 사회복지담당 공무원으로 이원화된 업무분장이 설계되어, 개선대책이후 지방자치단체의 사회복지 업무분장은 사회복지급여 및 서비스 신청접수, 소득자산조사, 급여 및 서비스 지급결정의 업무를 시군구로 이관하고, 읍면동에서 지역 주민에게 필요한 사회복지 욕구를 파악하는 것이다. 이에 대해 당초 정부 시책과 달리 실제로는 읍면동 복지담당 공무원이 조사업무에도 투입됨으로써 공식적 업무분장과 실제 업무 간의 괴리가 발생하며, 읍면동 복지담당이 신청접수, 찾아가는 서비스 외에도 복지급여 및 서비스지급여부 결정 및 사후관리과정에서 공적자료만으로 파악되지 않는 대상자의 소득·자산조사 업무를 수행할 수밖에 없는 현실이다.

또한 읍면동이 아닌 시군구가 사례관리의 시행주체가 됨에 따라 수급대상자와의 접근성이 높은 읍면동에 사례관리의 공백이 발생한다는 점도 문제점이라고 할 수 있다(국회예산정책처, 2011:48-49). 연계성 측면에서 읍면동 담당공무원들은 원스톱서비스의 가능성을 가장 중요하지만 중점적으로 개선되어야 할 사항으로 지적하고 있어 연계의 실효성에 부정적인 인식을 가지고 있다.

요컨대 희망복지지원단은 대상자의 접근성이 결여된 통합사례관리이며, 모두에게 모든 서비스를 통합적으로 제공하겠다는 의도에 한계가 있다. 또한 사례관리외에 고려되는 연계수단이 부족하여 보건과의 연계, 통합전략이 결여되어 있다. 그리고 다양한 지역 자원과의 관계에서 협력을 요청하는 규범적 수준에 있어 비용이 부담되는 실질적인 서비스의 계약, 조달 등 동원력이 부족한 것이 현실이다. 더구나 지역자원들이 참여하여 욕구와 자원간 접점을 형성하는 통합사례관리가 제도화되어 있지 않다.

영국은 커미셔닝 기구와 커미셔닝 기능을 전달체계의 상하계층간에 설치하여 서비스 전달에 커미셔닝을 핵심요건으로 하고 있다. NHS계통에서는 CCGs(Clinical Commissioning Groups)가 환자와 일반대중의 접촉선에서 실천적인 커미셔닝기능을 수행하고, 상층부에서는 NHS커미셔닝위원회(NHS Commissioning Board)가 CCGs에 대한 전반적인 지원, 감독을 수행하고 있다. 또한 지방정부계통에서는 보건복지위원회(HWB)가 설치되어 NHS계통, 공중보건과의 통합커미셔닝(Joint Strategic Commissioning)을 한다는 점에서 그렇다.

그림 3. 영국 보건, 복지, 의료의 관계



자료: DH(2010b). Healthy Lives, Healthy People: transparency in outcomes. 14.

희망복지지원단에서 시도하는 사례관리는 커미셔닝에 비해 매우 소극적이며 기술적 과정이다. 개별 대상자의 욕구진단에 따라 지역사회자원과 프로그램을 단순 의뢰하는 기술적 과정이며, 여기에 연계에 필요한 적절한 수단의 확보, 즉 서비스의 계약과 구매, 자원의 개발을 위한 자발적 조직에 대한 보조금의 배정 등 적극적 행위가 결여되어 있다.

또한 연계자원과의 협력을 형성할 수 있는 제도적, 물리적 공간도 모호하다. 영국의 경우 지역단위 보건복지위원회(Health and Wellbeing Board)가 있어 여기서 GP는 사회 서비스를 제공하는 자치단체와 협력할 수 있도록 설계되어 있다. 희망복지지원단의 경우 기존의 연계조정팀이 확대된 것으로 지역사회복지협의체운영을 업무반경에 두고 있으나 실무협의체, 대표협의체와의 구체적 역할관계는 매우 모호하다.

## 2. 보건소 포괄보조금방식의 변화

지역의 보건체계는 2013년부터 중앙정부가 전국을 대상으로 획일적으로 실시하는 국가 주도형 사업방식에서 탈피하여, 지자체가 지역특성 및 주민 수요에 맞는 건강증진

사업을 기획·수행하는 사업방식으로 전환된다. 전년도 예산 배분액, 인구수 및 재정자립도 등을 고려한 국고보조지출한도액을 기초로 지역여건에 맞는 사업 추진할 수 있도록 사업기획 및 수행을 지자체 주도 방식으로 개선하는 것이다.

기존의 국고보조사업이 지역사회 통합건강증진사업으로 전환되는 것은 몇가지 측면에서 변화를 도모하는 것인데, 그 변화내용은 다음과 같다. 첫째, 지침이 사업내용 및 방법의 지정 지침에서 사업범위 및 원칙 중심으로, 둘째, 중앙집중식·하향식에서 지방분권식·상향식으로, 셋째, 지역여건에 무방한 사업에서 지역여건을 고려한 사업으로, 넷째, 산출중심의 사업 평가에서 과정 및 성과중심의 평가로, 다섯째, 비효율적인 분절적 사업수행에서 보건소 내외 사업통합·연계 활성화 등이다. 이를 위해 보건소 건강증진 국고보조사업 17개를 1개 사업으로 통합, 재구성하도록 포괄보조금이 제공되어 지자체의 자율성은 확대될 것이다.

사업의 기본구조는 HP 2020의 중점과제 및 '12년도 통합건강증진사업 대상사업(17개 세부사업)을 토대로 구성된 '13개 사업 분야와 공동으로 수행 시 예산 효율성 및 사업 효과가 증대되는 '5개 공통관리 분야'로 구성된다. 13개 지역사회 통합건강증진사업 내용의 범위는 금연, 절주, 신체활동, 영양, 비만, 구강, 심뇌혈관질환예방, 한의약, 아토피천식예방, 모자보건, 치매, 재활, 방문건강관리로, 지자체는 사업계획 수립 시 13개 사업 분야 범위 내에서 해당 지자체에 필요한 사업을 선정하거나 통합하여, 지역여건에 맞게 자율적으로 내용 및 방법을 재설계하도록 하였다. 공통 관리 분야는 사업수행 시 개별로 수행하는 것 보다 공동으로 수행하였을 때 예산 효율성 및 사업 효과가 증대되는 분야로, 공통관리 부문별로 사업을 통합하거나 연계하여 운영의 효율화를 유도한다(보건복지부, 2012b).

사업방식에서 지역사회 통합건강증진사업은 주민참여를 높이고, 기존에 각 사업별로 개별적으로 생활터를 발굴하고, 연계하던 방식에서, 지역사회 자원현황을 파악하여 개입이 필요한 서비스를 제공하는 방식으로 개선을 꾀하고 있다. 이른바 지역사회 협력의 수단으로서 생활터 연계 및 주민참여 확대를 지향하고 있으나, 지역사회 연계자원 현황 수집 및 모니터링으로 보건사업공급 주체의 확대를 도모하고 있어 지역자원의 실질적 동원력에 한계가 있으며, 매개의 접점은 지역보건의로심의회위원회 및 각종 협의체를 활용하는 것에 그치고 있어 협의체가 통합적 욕구진단과 전략적 기획에 기여하기에는 한계가 있다.

보건소 조직구성은 지역사회 통합 건강증진사업 총괄부서가 반드시 설치되도록 하였다. 이에 따라 지역의 반응도 비교적 긍정적인 방향으로 움직이는 것으로 보고되고 있다. 전년대비 사업을 생애주기, 생활터, 사업 통합 등으로 재정비하는 보건소가 54.3%, 전년대비 유사, 사업 효율화 노력 표시가 안된 경우도 34.3%정도로 파악되고 있다(보건복지부 건강정책과, 2012).

포괄보조금방식의 도입으로 보건소의 지역보건기획에 대한 자율성이 향상되는 시점은 지역사회자원과 적극적 연계활동을 제도화할 수 있는 정책의 창(Policy Window)이 열리는 계기가 된다. 즉 영국의 자금보유GP(Fund-holding GPs)<sup>17)</sup>가 GP주도의 커미셔닝(GPs-led Commissioning)을 할 수 있는 토대가 된 것처럼 포괄보조금이 직접적인 보건사업에만 집행되기 보다는 지역보건의료심의위원회와 지역사회복지협의체가 공동으로 주민의 욕구에 대응하는 통합커미셔닝인 전략적 욕구사정과 통합적 보건복지전략<sup>18)</sup>을 마련하는데 사용될 수 있을 것이다. 이 과정을 통하여 지역사회 복지 및 의료자원과의 자원교환관계<sup>19)</sup>가 형성되고 보건과 복지의 협력이 제도화될 수 있기 때문이다.

## V. 결론

1990년대 이래 영국의 커미셔닝은 대상자의 욕구를 충족하기 위해 서비스구매와 조달이 관련된 전략적 과정으로서 정권의 변동을 넘어 지속적으로 확대 강조되어 왔다. 최근 개혁을 통해 구조적으로는 보건과 복지의 접점으로서 보건복지위원회를 지역에 설치하도록 하고 욕구사정을 통합적으로 하며 이를 통해 통합적 전략이 도출되도록 제도화하였다. 이 과정에서 대상자를 가장 잘 이해할 수 있는 지방과 현장의 역할과 권한이 강조되었다.

17) GP가 150만파운드 이상의 집행가능한 1년 예산을 보유하게 되면서 더 적은 직원으로 더 많은 환자를 보게되는 효율성이 향상되었고, 서비스의 질은 더 나아진 것으로 보고 있다(The Independent, Fund-holding GPs 'give better service, Friday 08 January 1993). 이 사업은 1991년 보수당정부에서 NHS개혁으로 도입하였으나 1998년 노동당정부 때 폐지되었다.

18) 포괄보조금사업에는 통합건강증진사업계획을 작성하도록 되어 있으나 보건영역내에 한정되어 있다.

19) 건강보험관리공단 가입지원사업인 건강·질병정보제공, 건강상담, 합리적 의료이용지원 및 사례관리사업, 의료이용고충 상담 및 무료 법률상담 등도 통합커미셔닝의 범주에 포함될 수 있다 (www.nhic.or.kr).

한국의 경우 지역수준에서 복지제공에 사례관리가 강조되는 변화가 있고, 보건분야도 지역의 자율성이 한층 높아져 지역자원과의 연계확대를 시도하는 새로운 접근이 있다. 하지만 이러한 현상은 보건과 복지분야가 각각 시도하는 변화이지 통합적 관계를 도모하는 것이 아니다. 두 부문의 접점을 형성하는 구조측면의 개혁도 없으며, 공동의 임무도 없으며 선언적으로 자원과의 연계를 강화할 뿐이지 실질적 동원력은 기대하기 어렵다.

따라서 영국이 20년 이상 보완하여 발전시켜온 커미셔닝은 우리의 현실에 비추어 시사하는 바가 적지 않다. 이를 구조적 측면과 기능적 측면에서 정리할 수 있다.

우선 구조적 측면에서는 지역수준에서 보건과 복지가 공동으로 참여할 수 있는 기제가 마련되어야 한다. 이것은 단순히 협의체 수준을 넘어 법적 의무로 제도화되는 구조를 의미한다. 다시 말해 보건과 복지 각 분야에서의 연계활동은 적극적으로 촉진하되 공동으로 수행해야 하는 구조적 접점을 만들어야 하는 것이다. 이 경우 영국의 지역보건복지 위원회(WHB)가 중요한 함의를 제공한다.

기능적 측면에서 통합사례관리의 수준을 보다 전략적 성격으로 변화시킬 필요가 있다<sup>20)</sup>. 앞서 살펴본 바와 같이 사례관리는 기술적 성격이어서 다양한 연계수단을 적용할 수 있는 여지가 부족하다. 연계활동도 지역자원의 협력을 간구하는 형태이지 제도화되지 않아 유인력은 현저히 떨어진다. 지역의 욕구도를 공동으로 판단하고, 그에 따라 지역보건복지의 전략을 공동으로 수립하도록 하는 것이 하나의 예가 될 수 있다.

이에 반해 커미셔닝은 다양한 연계수단을 적용할 수 있는 전략적 순환과정이다. 또한 이것은 지역수준에 맞는 형태의 통합커미셔닝(Joint Commissioning)으로 발전되고 있다. 즉 통합전략욕구사정(JSNAs: Joint Strategic Needs Assessments)과 통합보건복지전략(Joint Health and Wellbeing Strategy)을 통해 다수의 자원조직들이 협업하여 판단하고, 그에 맞게 서비스를 우선순위화할 수 있는 것이다.

거시적으로 볼 때 서비스를 기획하고 전달하는 데 지방의 자율성이 높아지고, 지역에 적합한 서비스가 설계되도록 현장의 역할이 강조되는 추세이다. 그렇다면 지역의 전체 자원과 욕구를 통합적으로 판단하고 전략적으로 대응할 수 있는 수단의 설계가 필요하게 된다.

20) 다층적 커미셔닝의 관점에서 보면 사례관리(Care Management)를 미시적 커미셔닝으로 볼 수 있다.

## 참고문헌

---

- 국회예산정책처(2011). 사회복지전달체계개선종합대책 평가.
- 김혜련(2012). 지역중심의 건강증진 및 질병예방을 위한 통합적 건강관리체계구축방향. 보건복지포럼, 193(3), pp.19-29.
- 보건복지부 건강정책과(2012). 지역사회 통합건강증진사업 추진현황 및 계획. 2012년 10월 전국 보건소장 워크숍 자료집. 서울: 보건복지부.
- 보건복지부(2012a). 2012 보건복지부 업무계획. 서울: 보건복지부.
- 보건복지부(2012b). 지역사회 통합건강증진사업. 서울: 보건복지부.
- 보건복지부(2012.5.8). 시군구 '희망복지지원단', One Stop 복지서비스체계 운영.
- 보건복지부, 행정안전부(2012.10.19). 복지전달체계 개선대책 추진현황(인력·조직·시스템).
- 이은경(2010). 영국의 보건복지 협력정책의 역사적 고찰. 한국사회복지행정학, 12(1), pp.27-55.
- Antrobus S., Brown, S. (1997). The Impact of Commissioning Agenda upon Nursing Practice: a Proactive Approach to Influencing Health Policy. *Journal of Advanced Nursing*, 25(2), pp.309-315.
- Audit Commission (1997). *Take Your Choice: a commissioning framework for community care*. UK.
- \_\_\_\_\_ (2005). *Governing Partnerships*. London: Audit Commission.
- Cabinet Office (2006). *Partnership in Public Services: An Action Plan for Third Sector Involvement*. Cabinet Office, London.
- CFPS (2011). *Achieving an effective Health and Wellbeing Board*.
- Chris, N., Nick, G. (2010). *Building HIGH-QUALITY commissioning: What role can external organisations play?*. King's Fund. 1.
- Cynthia, F., Calvin, S. L. (1995). Linking Public Schools with Human Services. *Social Work*, 40(6), pp.773-782.
- DH (2003). *The NHS Contractors Companion*.
- \_\_\_ (2007). *Commissioning Framework for Health and Wellbeing*.
- \_\_\_ (2010a). *Equity and Excellence: Liberating the NHS*.

- \_\_\_ (2010b). *Healthy Lives, Healthy People: transparency in outcomes*.
- \_\_\_ (2011a). *The Operating Framework for the NHS in England 2012/13*. UK.
- \_\_\_ (2011b). *The Functions of GP Commissioning Consortia: A Working Document*.
- \_\_\_ (2011c). *Joint Strategic Needs Assessment and Joint Health and Wellbeing Strategies Explained*. UK.
- \_\_\_ (2012a). *THE FUNCTIONS OF CLINICAL COMMISSIONING GROUPS*. UK.
- \_\_\_ (2012b). *JSNAs and joint health and wellbeing strategies - draft guidance*. UK.
- Factsheet B1 Clinically-led commissioning - *The Health and Social Care Act 2012*.
- Forster-Fisherman, P. G. et al. (2001). Facilitating Interorganizational Collaboration: The Contributions of Interorganizational Alliances. *American Journal of Community Psychology*, 29(6), pp.875-905.
- Galloway, M. (2010). *THE ACP GUIDE TO THE STRUCTURE OF THE NHS IN THE UNITED KINGDOM*. Association of Clinical Pathologists.
- Gittell, J. H., Weiss, L. (2004). Coordination Networks Within and Across Organizations: Multi-level Framework. *Journal of Management Studies*, 41(1), pp.127-153.
- Glasby, J. (2007). *Understanding Health and Social care*. Policy Press.
- \_\_\_\_\_(2012). *Commissioning for Health and Well-being: An Introduction*. Policy Press.
- Glending, C., Hudson, B., Means, R. (2005). Under Strain? Exploring the Troubled Relationship between Health and Social Care. *Public Money & Management*. 25(4), pp.245-251.
- Hayden, J. (2011). Clinical Commissioning Groups in the New System. *British Journal of Healthcare Management*, 17(11), pp.512-515.
- Health and Social Care Act 2012.
- Hudson, B. (2010). Integrated Commissioning: New Contexts, New Dilemmas, New Solutions? *Journal of Integrated Care*, 18(1), pp.11-19.
- Judith, S. et al. (2004). *A Review of the Effectiveness of Primary Care-led Commissioning and its Place in the NHS*. The Health Foundation.

- Kodner, D. (2009). All Together Now: A Conceptual Exploration of Integrated Care. *Health Care Quarterly*, 13(Special Issue), pp.6-15.
- Krishna, R., Anthony, B., Fiona, M. (2011). TO WHAT EXTENT COULD LOCAL GENERAL PRACTITIONERS COMMISSIONING HELP INCREASE THE EFFECTIVENESS OF NHS AT PRIMARY CARE? A META- ETHNOGRAPHIC STUDY IN THE UK. *American Journal of Health Studies*, 26(3), pp160-173.
- Leutz, W. (1999). Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons From US and UK. *The Milbank Quarterly*, 77(1), pp.6-15.
- Lewis, R, Curry N, Dixon, M. (2007). *Practice-Based Commissioning: From good idea to effective practice*. London: King's Fund.
- Local Government Improvement and Development (2010). The role of local government in promoting wellbeing.
- Murray, J. G. (2009) Towards a Common Understanding of the Differences Between Purchasing, Procurement and Commissioning in the UK Public Sector. *Journal of Purchasing & Supply Management*, 15(3), pp.198-202.
- NHS Confederation (2011). 'NHS Confederation statement on Health Select Committee report on commissioning'. <http://www.nhsconfed.org/PressReleases/Archive/2011/Pages/NHS-Confederation-statement-on-Health-Select-Committee-report-on-commissioning.aspx>에서 2012.12.25. 인출
- \_\_\_\_\_ (2011). Operating Principles for Health and Wellbeing Boards <http://www.nhsconfed.org/Publications/reports/Pages/Operating-principles.aspx#18/10/2011>에서 2012.12.25. 인출.
- NHS Future Forum (2012). Summary report on proposed changes to the NHS. Overview of Health and Social Care Structures in the Health and Social Care Act 2012 April 2013.
- Richardson, F. (2006). Introduction. Chapter 1 of *the Commissioning E-book*.
- Royal College of General Practitioners (2007). *The Future Direction of General Practice, a roadmap*. London: RCGP.
- Russell, M. (2011). General Practitioner-led Commissioning in the NHS:Progress,

- Prospects and Pitfalls. *British Medical Bulletin*, 97(1), pp.7-15.
- Salmon, G. (2004). Multi-Agency Collaboration: The Challenges for CAMHS. *Child and Mental Health*, 9(4),pp.156-161.
- Singer, R. (1997). *GP Commissioning: an inevitable evolution*. Abingdon: Radcliffe Medical Press.
- Sobanja, M. (2009:2). *What is World Class Commissioning?*. [www.whatisseries.co.uk](http://www.whatisseries.co.uk)에서 2012.11.7 인출.
- The National Primary and Care Trust Programme (2004). *The Commissioning Friend for PCTS*.
- TheKingsFund (2009). *General Practice in England: An overview*. BRIEFING.
- \_\_\_\_\_ (2012). *Health and Wellbeing Boards: System Leaders or Talking Shops?*.
- The Independent (Friday 08 January 1993). *Fund-holding GPs 'give better service*.

강창현은 연세대학교에서 행정학 박사학위를 취득하였으며, 현재 단국대학교 행정학과 부교수로 재직이다. 주요 관심분야는 사회정책, 보건복지전달체계 등이다.

(E-mail: [welchkang@empas.com](mailto:welchkang@empas.com))

# **Tools of Linkage for Integrating Health and Social Care: Commissioning of UK**

**Kang, Chang Hyun**  
(Dankook University)

---

This paper is concerned with the commissioning which has been developed in UK as integrating tool for health and social care. The commissioning process is defined in Partnership in Public Services as “The cycle of assessing the needs of people in an area, designing and then securing appropriate service”. With the reviewing theory of integration and tools of linkage, This paper refers to the UK policy reform, Health and Social Care Act April 2013, which considers commissioning to be politically and strategically important including Joint Strategic Needs Assessments and Joint Health ad Wellbeing Strategy. Even though similar approaches are on the way in Korea, both structure and function for integrating health and social care should be designed to commissioning like in community.

---

**Keywords:** Integrating Health and Social Care, Linkage Tools, Commissioning, Health and Social Care Act April 2013