

한국사회복지학

일반논문

보건의료복지 네트워크를 통한 통합적 지원에 관한 질적 연구

- 서울특별시 북부병원 301네트워크 사업 이용자 경험을 중심으로 -*

하지선

(제도와사람 사회복지 연구소)

김정현

(제도와사람 사회복지 연구소)

임정현

(제도와사람 사회복지 연구소)

김정연

(제도와사람 사회복지 연구소)

[요약]

본 연구는 서울특별시 북부병원 301 네트워크 사업에 참여한 이용자들의 경험을 통해, '보건-의료-복지' 네트워크를 통한 통합적 지원의 의미와 운영의 구체적인 맥락을 탐색한 연구이다. 이를 위해 일반적 질적연구 방법을 적용하여, 총 10명의 연구 참여자와의 심층면접을 통해 얻어진 자료를 주제분석하였다. 분석 결과, 이용자들은 301 네트워크 서비스 참여 이전 가난과 질병의 악순환으로 삶의 의지를 상실하였으나, 서비스 참여를 통해 '치료-케어-생활안정'의 통합적인 지원을 받을 수 있었고 이를 통해 중국에 그들의 삶의 의지가 재생성되는 경험을 하였다. 이러한 경험의 기저에는 다전문직의 팀의 구성, 병원 내외의 연계 체계의 구축, 치료 지원금 확보를 통한 치료연계 체계 구축, 조정 수준의 자원 연계 등의 운영전략과 조건이 작동되고 있었다. 연계의 전략과 조건이 잘 갖추어진 '보건의료복지'의 통합 지원의 시도는 우리나라 보건복지 지원 체계의 한계를 보완할 수 있다는 가능성을 보여주었기에 관련 사업의 확장을 주장하였으며, 이를 위해 연계체계의 더욱 공고한 안정화와 제도적 측면의 개선을 제언하였다.

주제어 : 보건복지의료 통합적 지원, 저소득층 건강권, 301 네트워크 사업, 질적 평가, 공공 의료

*이 논문은 2016년도 서울특별시 북부병원의 지원을 받아 연구함.

1. 문제제기

가난한 사람들에게 질병은 빈곤을 더욱 악화시키는 요인이 되며, 가난하기 때문에 질병이 악화되기도 한다. 질병과 빈곤의 악순환은 가난한 이들의 일상적 삶을 어렵게 만들고 삶의 의지를 꺾는 주요 요인이 된다. 이러한 악순환적 고리를 제거하기 위해서는 의료적 차원의 개입과 복지적 차원의 개입이 동시에 이루어져야 하지만, 현재 우리나라는 보건·의료·복지적 차원의 서비스가 각각의 공급주체에 따라 단편적이고 파편적으로 제공되고 있는 것이 현실이다. 이에 따라 보건·의료·복지라는 복합적인 서비스 욕구가 큰 저소득 및 취약계층의 사람들은 병원의 문턱을 쉽게 넘지 못하고 있으며, 복지의 사각지대 속에 방치된 채 살아가고 있다.

보건 및 의료와 복지의 통합적 서비스 제공의 필요성은 오래전부터 시도되어 왔다. 정책적 차원에서 1995년부터 1999년 말까지 전국 5개 지역에서 보건복지부 시범사업으로 보건복지사무소가 설치 운영되었으며, 2003년에는 사회복지사업법 개정과 함께 보건·복지 연계서비스의 협력기구 설치 및 운영에 관한 법적기반을 마련하였다. 이후 2012년 4월부터는 전국 230개 시군구에 희망복지지원단을 설치하여 복합적이고 다양한 욕구를 가진 대상자에게 복지·보건·고용·주거·교육·신용·법률 등 통합사례관리와 종합복지상담을 전문화하는 방안을 추진하게 되었다(홍선미, 2013).

한편 지역사회 차원에서는 전진상복지관/의원¹⁾이 빈곤한 지역주민들의 건강과 복지의 욕구를 해결하기 위해 보건·의료·복지의 통합적 접근을 시도하였으며(정무성, 2005; 현경자·유송자·김정화, 2006), 지역사회 내 노인인구의 증가에 따른 노인을 위한 보건의료서비스와 생활복지서비스의 통합적 지원시스템 구축에 대한 담론(함철호 외, 2001; 김양순, 2006; 오정희, 2006)들이 제기되고 있다.

최근에는 의료안전망의 실효성을 높이기 위해 소득, 주거, 교육, 문화 부문의 사회안전망과 유기적으로 결합하는 형태로 의료안전망이 설계 운영되어야 한다는 논의나 사회권으로서의 건강권에 대한 논의들(신영전, 2009; 신영전, 2011)이 제기되고 있고, 미국의 보건사회복지로의 역사적 변천이나(최권호, 2015), 영국의 NHS를 검토함으로써(이은경, 2010; 강창현, 2013) 보건의료복지의 통합에 대한 논의가 확장되고 구체적인 대안들이 모색되고 상황이다.

그러나 정부가 실시한 보건복지의 연계를 위한 가장 핵심적인 시범사업이었던 1999년 보건복지사무소 시범사업은 물리적 통합의 수준에 머물면서 결국 실패로 귀결되었고(이봉주, 2005), 보건·복지 연계서비스의 문제점을 보완하고 개선하고자 시도된 사례관리중심모형의 희망복지지원단은 관련기관

1) 전진상복지관/의원은 지역 내 저소득층 및 취약계층의 욕구를 충족시켜주기 위하여 보건기관, 의료기관, 복지기관의 물리적, 기능적 통합을 이루어 보건의료와 복지욕구가 있는 지역주민이 각각의 서비스 제공기관을 찾아다니지 않고도 한 장소에서 필요한 보건의료복지서비스 모두를 제공받을 수 있도록 체계화 하였다. 전진상복지관/의원은 가정의학과 의사 2명과 사회복지사 3명, 약사, 간호사 등으로 팀 구성이 이루어지고 있으며, 지역사회 1차 의료기관으로서 역할과 지역사회복지관의 역할을 통합적으로 수행하고 있다. 전진상복지관/의원과 301네트워크의 가장 큰 차이는 전진상복지관의 경우 1차 의료기관이기 때문에 심각한 질병을 가진 환자들의 입퇴원 치료가 불가능하고, 통원할 수 있는 환자에게 대한 기초적 치료가 이루어지고 있다.

의 관심부족과 인력 및 업무분담의 문제, 주무부처의 열악한 지원, 서비스 대상 범위의 한정 및 접근성 부족 등으로 인해 실제 보건·복지 연계서비스가 제대로 수행되고 있지 못하고 있는 것으로 평가되고 있다(김근혜, 2016).

이러한 맥락에서 북부병원의 '301 네트워크 사업'은 주목할 만하다. 이 사업은 2013년 서울특별시 북부병원에서 처음 시도되어 현재 전국 공공병원으로 확장되어가고 있는 보건의료복지 통합적 지원의 성공사례로 평가받고 있다. 301 네트워크 사업은 의사, 간호사, 사회복지사, 기능직 등이 하나의 팀으로 구성되어 각 기관²⁾으로부터 진료의뢰를 받은 대상자들에게 방문 진료, 외래, 입원 진료 등을 통해 질병을 치료하고 그 과정에 필요한 사회복지서비스를 판단하고 필요한 자원을 연결 및 발굴, 의뢰하는 역할을 수행하고 있다

이러한 301네트워크 사업은 의료혜택에서 소외되고 있는 저소득 및 취약계층을 위해 보건·의료·복지 등의 관련 기관들이 유기적 연계를 통해 보건·의료·복지서비스를 통합적으로 지원하는 모델로서, 특히 병원이라고 하는 물리적 셋팅을 중심으로 복합적인 욕구를 가진 대상자들에 대한 보건·의료·복지 서비스를 한 번에 제공하고 있다는 점에서 특징적이다.

이와 같은 301 네트워크의 지난 3년간의 노력은 취약계층의 의료와 복지 서비스 지원의 측면에서 유의미한 실적이 이루어졌다는 평가³⁾와 함께 공공병원이 지향해 나가야할 새로운 모델로 인정받고 있다. 이에 최근 여러 지자체들도 관내 공공병원과 301네트워크 협약⁴⁾을 맺음으로써 저소득 및 취약계층의 보건·의료·복지의 통합적 지원서비스를 제공하기 위한 노력을 시도하고 있다.

본 연구는 301 네트워크사업의 성과를 301 네트워크 사업에 참여한 저소득층 이용자들의 경험을 통해 질적으로 들여다봄으로써, 보건·의료·복지 네트워크를 통한 통합적 지원이 저소득층의 삶에 어떤 의미를 갖는지, 이러한 성과가 어떻게 가능할 수 있었는지 그 맥락을 알고자 한다.

본 연구결과는 그동안 보건의료복지의 통합지원의 필요성에 대해 좀 더 깊은 수준의 논의를 더할 수 있으며, 추후 보건의료복지의 통합적 지원에 관한 정책 설계에 있어 성공적인 지원을 위한 전략과 조건 등에 시사점을 제공할 수 있을 것이다.

- 2) 현재 북부시립병원 301네트워크 팀은 지역사회에 위치한 구청, 주민센터, 지역사회복지관(종합사회복지관, 장애인복지관, 노인복지관, 아동복지센터 등) 및 지역센터(정신건강증진센터, 치매지원센터, 수화통역센터 등), 관공서(경찰서, 소방서, 보건소, 국민건강보험공단 등), 자치구 의사회, 간호사회, 사회복지협의회 및 이주민 관련기관(이주민건강협회, 라파엘클리닉, 외국인노동자센터 등)과 연계되어 있다.
- 3) 서울시북부병원 301네트워크의 3년 사업 성과 보고에 따르면, 북부병원 301네트워크를 이용한 이용자는 총 612명으로, 이들에 대한 지역사회 사례관리를 포함하는 자원연계현황은 전체 772건의 서비스가 연계 및 제공되었으며, 의료비 및 간병비 등 경제적 지원의 측면에서 의료비 지원 총 1억7천7백만원과 간병비 지원 1억 4천7백만원의 지원이 이루어졌다. 이러한 301네트워크 사업은 의료사각지대 환자들을 위한 경제적, 사회적 지원 체계로서 역할을 수행하였다고 평가되고 있다(북부병원 301네트워크 업무 매뉴얼). 최근 서울시는 북부시립병원의 성과를 근거로 6개 시립병원(북부병원, 동부병원, 서남병원, 보라매병원, 서북병원, 서울의료원)으로 사업을 확산하였고, 이에 6,202명이 진료, 1억5천6백만원의 경제적 지원, 193회 사례관리를 통해 병원진료이후에 지역사회에 건강하게 복귀할 수 있도록 통합적인 서비스를 제공했다는 평가를 내놓고 있다(아시아뉴스통신, 2015/11/4).
- 4) 경남 함안군 및 창원시 성산구 등은 경상남도 마산의료원과 관내 의료사각지대에 놓인 취약계층의 건강성 향상을 위한 '301 네트워크 사업' 협약을 체결하였다.(뉴시스, 2016/11/23)

2. 문헌고찰

1) 우리나라 저소득층 의료보장체계의 한계

빈곤은 건강과 밀접한 연관을 갖는다. 반드시 가난한 사람이 아니더라도 질병에 걸렸을 때 사회적 인 대처수단이 부재하게 될 때 쉽게 빈곤에 빠진다. 빈곤층의 경우 보건의료의 필요에도 불구하고 경제적 지위가 낮음으로 적절한 서비스를 이용하지 못하여 건강이 더 쉽게 악화된다(김창엽, 2009). 또한 빈곤한 사람들이 의료이용 시 느끼는 질병부담은 경제적 손실을 가져오고, 경제적 부담에 따른 질병의 방치는 질병을 악화시켜 그로 인한 육체적, 정신적 경제활동의 제한을 가져오게 되고, 결과적으로 임금노동의 중단을 가져오게 된다(신명호, 2004).

이처럼 가난한 사람들의 경우 빈곤이라는 문제와 건강이라는 문제는 생애 전반에 걸쳐 악순환 되고 있고, 의료욕구 때문에 빈곤으로 전락하는 사람들 역시 증가하고 있음에도 불구하고 우리나라의 의료보장체도는 이를 예방하고 대처하기엔 역부족인 상태이다.

우리나라의 의료보장체계는 국민건강보험법의 제정과 국민기초생활보장제도에 근거한 의료급여제 공을 통해 표면적으로는 전국민을 포괄하는 의료보장체도를 갖추고 있다. 그러나 법과 제도상에 언급된 의료보장의 포괄성에도 불구하고 현재 건강보험과 의료급여는 자격측면과 급여측면 등의 커버리지(coverage)에 있어 아직까지 미흡하고 제도적용의 사각지대로 인해 많은 이들이 적절한 보호받지 못하고 있다는 점에서 많은 비판을 받고 있다(신영석, 2012).

유원섭(2009)의 연구에 따르면 2008년 기준 전국민의 11.2%에 해당하는 절대빈곤층 가운데 3.8%는 의료급여혜택을 받고 있는 반면 나머지 7.4%는 의료급여혜택에서 배제, 절대빈곤층 가운데 약 2/3가 의료보장의 보호로부터 배제되어 있는 것으로 나타났다. 이러한 의료보장의 사각지대의 문제는 차상위 계층의 경우 더욱 심각하다.

차상위계층은 절대빈곤층과 달리 의료서비스 이용시 본인부담금을 지불해야 한다. 그런데 이들의 소득수준은 최저생계비를 초과하지만 비경제활동인구의 비율이 높고, 경제활동을 하더라도 일용직 또는 임시직 같은 불안정한 고용상태에 있는 이들의 경우 건강보험에 가입하지 못하거나(박순일, 2005), 가입하더라도 소득수준이 낮은 이들은 건강보험료를 장기 체납함에 따라 건강보호 수급 자격 상실 또는 급여제한을 받는 경우가 많다(박순일, 2005; 유태균·이선정, 2011). 이와 관련하여 2011년 건강보험공단 자료에 따르면 6개월이상 보험료를 체납하고 있는 약 160만 건강보험 가입세대 중 80.7%인 약 129만세대가 생계형 체납상태에 놓여있다고 보고되고 있다.

신형웅(2009)의 연구에 따르면 차상위 계층은 66.84%로 의료이용으로 인한 가계 부담을 호소하는 것으로 나타났는데 비차상위 일반인의 경우 역시 의료서비스 이용부담을 44.8%나 느끼고 있었다. 이러한 의료비용의 부담감은 치료포기로 이어지는데, 차상위계층의 경우 치료포기 경험비율이 23.7%로

이는 전체 의료이용포기에 대한 평균(12.07%)에 비해 2배 이상 높은 수준임을 알 수 있다.

이처럼 경제적 수준이 낮은 인구집단들의 경우, 의료서비스에 대한 필요는 더 큰 반면, 의료이용과 충족률은 오히려 떨어져 미충족 의료의 경험이 확산되는 경향을 보이고 있다(김창엽, 2009). 특히 빈곤선 밖에 근접해 있는 차상위 계층들은 건강보험과 의료급여의 사이에서 가장 취약한 계층으로, 절대빈곤상태를 탈피하더라도 안정된 소득을 얻어 건강보험의 혜택을 받을 수 있게 되기까지 의료보장의 보호망에서 배제될 위험이 높다. 이들이 처한 의료빈곤⁵⁾은 이들을 다시 빈곤선 아래로 끌어내리는, 결과적으로 빈곤상태에 빠지게 만드는 반복빈곤의 원인이 된다는 점에서 그 심각성이 크다고 할 수 있다(Restuccia at el., 1987; 유태균·이선정, 2011 재인용).

한편 가난한 이들은 경제적인 이유로 미충족 의료를 경험하기도 하지만 의료안전망에 접근하는 과정에서 경험하는 복잡한 수급절차, 위압적 행정처리, 진료과정에서 겪게 되는 차별 등의 상황으로 인해 의료보장체제로 진입하지 못하기도 한다. 상대적으로 낮은 수익성이나 진료비 체불의 문제는 의료서비스 제공자들이 가난한 이들의 진료를 기피하게 만드는 요인이 되기도 한다(신영전, 2009).

결국 가난한 이들은 개인적인 문제나 경제적 어려움으로 인해 건강으로부터의 배제되기도 하지만 의료보장제도와 사회복지제도로 진입할 수 있는 조건이 미충족되거나 제도가 가지고 있는 한계로 인해 건강으로부터 배제되고 빈곤의 악순환을 통해 더욱 빈곤이 심화되기도 한다.

2) 보건-의료-복지 통합지원 현황 및 한계

개인에게 나타날 수 있는 빈곤과 불건강의 위험은 질병의 문제 뿐 아니라 사회적·경제적 요인이 복합적으로 작용하므로 단순한 건강문제 해결을 위한 접근이 아닌 보건 및 의료, 복지 등 다차원적인 측면에서의 포괄적인 대책마련이 요구된다. 이에 선진 국가들에서는 지역사회를 중심으로 다각적인 보건-의료-복지 통합지원 서비스들을 시도해오고 있다.

영국은 인구구성비의 변화와 정책변화로 인한 통합적 돌봄의 필요성에 따라 국민보건서비스(NHS)의 관리권한을 중앙에서 지방정부로 이양하는 보건과 복지의 공동 커미셔닝(joint commissioning) 전략을 통해 보건과 복지를 모두 포괄하는 보건복지위원회(Health and Well-being Boards)를 지방정부에 설치하여, 지역사회 차원의 양자 간 유기적 협력⁶⁾을 꾀하는 방식을 취하고 있다(강창현, 2013).

미국의 경우는 병원중심의 보건의료서비스가 연방정부의 재정부담으로 작용하면서, 1980년대 이후

-
- 5) 의료보장 사각지대란 의료서비스에 대한 수요가 있음에도 불구하고 의료서비스 이용에 따른 비용을 지불할 능력이 없거나 미약하여 필요한 서비스를 받지 못하는 미충족 의료수요(unmet need)를 가지고 있는 상태(유태균·이선정, 2011)이며, 의료빈곤이란 미충족 의료욕구 상태를 의미하는 것 뿐 아니라 근로활동을 어렵게 만드는 불건강 상태를 초래한다(신영석, 2004).
 - 6) 영국의 정신보건 분야에서 지방정부 단위에서 진행된 보건과 사회서비스의 통합서비스를 최초로 제공한 기구가 서머셋 NHS트러스트이다. 서머셋 트러스트(Somerset Partnership Health and Social Care NHS Trust)는 서비스 매니저, 지역사회 간호사, 일상 서비스 간호사, 입원환자 케어 간호사, 사회복지사, 직업치료사, 의사, 심리치료사, 심리학자 등을 포함한 다양한 전문직종으로 구성되어 지역정신건강을 위한 대부분의 사회서비스를 담당하고 있다(Peck et al., 2002; 이은경, 2010 재인용).

부터 기존의 병원중심의 의료사회복지에서 지역사회 내 보건-사회복지 연계확대의 움직임이 활발히 진행되었다. 연방정부는 불필요한 의료서비스를 최소화하기 위해 관리의료(managed care)를 도입하여 퇴원계획을 강화하였으며, 이에 병원 내 의료사회복지사들은 재원시 뿐만 아니라 퇴원 이후 지역사회복귀를 위한 서비스 연계 등을 통해 지역사회에서 보건과 복지의 연계를 강화하는데 기여하였다(Pecukonis et al., 2003).

일본의 경우에도 인구고령화의 문제에 대처하기 위한 보건의료, 복지전문직간의 협동서비스 및 보건·의료·복지 전문직 간 팀 접근이 강조되고 있다(이미숙, 2004). 일본의 ‘미츠키쇼의 지역포괄 케어시스템’⁷⁾은 보건·의료·복지의 전면적 통합의 대표적인 사례로, 지역사회가 중심이 되어 움직이기보다는 병원이 주도적으로 보건·의료·복지의 통합적 연계 시스템의 필요성을 제기하여 구축된 것이다. 현재 이러한 방식의 지역포괄 케어시스템은 일본의 노인 보건-의료-복지 연계의 원형이 되어 전국으로 확산되고 있다.

한편, 우리나라에서도 ‘보건-의료-복지’의 통합적 지원에 관한 논의는 꾸준히 이루어져왔다. 다양한 차원에서 보건의료부와 복지부문의 협력 작업과 관련하여 일련의 시도들이 진행되어졌지만, 결과적으로는 이러한 협력 작업은 제대로 이루어지지 못하였다.

그 예로 정부는 1992년부터 재가복지봉사센터를 중심으로 저소득층에 대한 공공 보건의료서비스를 의료보호의 형태로 민간의료기관과 보건소에서 제공하였으며, 1996년 보건복지부는 보건의료와 사회복지의 포괄적 접근을 시도하기 위해 보건복지사무소를 시범운영(이주열·박강원, 1996:14)하는 등 보건의료부와 사회복지부문의 협력체계 구축을 위한 작업을 시도하였다. 또한 사회복지사업법 개정을 통해 지역사회복지협의체가 사회복지서비스와 보건의료서비스의 연계 및 협력을 위한 역할 수행을 할 것을 법제화(사회복지사업법 제 7조 2항)하는 등의 노력이 이루어지기도 하였다.

그러나 1999년 보건복지사무소의 시범사업은 물리적 통합의 수준에 그쳤다는 평가와 함께 중단되어졌고, 2003년 사회복지사업법을 개정하여 지역사회복지협의체가 사회복지서비스와 보건의료서비스의 연계 및 협력을 위한 역할을 수행할 것을 법제화하였음(사회복지사업법 제 7조 2항)에도 불구하고 보건복지부문간 협력적 연계는 이루어지지 못하고 있다. 그 이유는 첫째, 우리나라의 보건·의료·복지 전달체계는 오랜 역사 속에서 분리되어 발달하여왔으며(함철호 외, 2001), 둘째, 보건복지의 상호연계를 명시하고 있는 법들이 존재함에도 불구하고, 실제로 연계규정을 명시하는 법들은 많지 않다. 연계를 규정했다 하더라도 연계에 관한 조항들이 비체계적이다⁸⁾. 따라서 정책적으로 보건복지부문간 연

7) 노인의 경우 의료서비스 뿐만 아니라 보건과 복지서비스도 병행해야 하지만, 관련서비스를 받기 위해서는 각 기관마다 다니며 별도의 수속이 필요하다는 문제인식은 병원 내에 보건복지센터를 설치하고 행정기관의 보건, 복지, 의료보험 및 노인의료담당부문을 불러들이는 계기가 되었고 이러한 작업에 자치단체장의 적극적 동기가 보태어져 행정기관의 기능이 병원으로 이관하여 통합되어지는 데 중요한 몫을 하게 되었다. 이로 인해 병원과 보건소, 행정기관이 하나로 일원화되어 주민에게 일사분란한 보건의료복지 서비스를 제공하기 위해 많은 기관들(노인보건시설, 재활센터, 특별 양호 노인 홈, 케어하우스 등)이 들어서면서 미츠키쇼는 보건의료복지가 통합된 일대 타운을 이루게 되었다(<http://blog.naver.com/saynam/140128565219>).

8) 사회복지사업법 제15조 3항에는 ‘지역사회복지계획의 수립시 「지역보건법」 제3조 제1항에 따라 지역보건의료계획 및 「사회보장기본법」 제20조에 따른 사회보장증진을 위한 장기발전방향과 연계

계체계를 주장하면서도 정작 관련 법률들이 마련되어 있지 않음으로 인해 그 실효성은 기대하기 어렵다(김헌진, 2009).

이러한 보건·복지연계서비스의 문제점들을 보완하고 개선해나가기 위해 정부는 기존 복지서비스 전달체계에서 '지역단위 수요자 중심의 복지서비스 제공체계' 구축을 핵심으로 시·군·구 희망복지지원단을 구성·운영하고 읍·면·동 주민센터의 종합복지기능 강화를 추진하였다(윤영호외, 2014; 홍선미·하경희, 2009). 희망복지지원단은 지역단위의 보건·복지 연계서비스 제공체계의 컨트롤 타워로서 지역 내 다양한 보건·복지 사업들을 서로 조정하고 지역사회협의체와의 협력적 관계를 강화함으로써 지역의 다양한 자원들을 연계하는 역할을 강조하고 있다(민소영, 2015).

하지만 사례관리 중심모형인 희망복지지원단이 보건과 복지의 연계서비스를 효과적으로 제공하기 위해서는 지역내 각 기관들의 적극적 참여가 필요한데 이러한 참여를 이끌어 내기엔 어려움을 겪고 있으며, 사례관리 역시 지역단위 거점적 역할을 수행하지 못하고 있다는 평가를 받고 있다. 또한 인력 구조면에서도 신규인력의 배치가 아닌 기존 인력의 전환배치로 인해 담당자들의 업무부담을 초래하였고, 담당자의 사례관리전문성 부족과 주민센터에 행정직 추가배치시 주민생활지원업무와 복지업무 간 분장이 제대로 이루어지지 못함으로써 보건복지사무소 시범사업 때와 유사한 문제점을 드러내고 있다(강제상, 2013). 특히 보건과의 연계전략이 결여되어, 다양한 지역 자원과의 관계는 협력요청 수준에 머물러 있고, 실질적 비용이 부담되는 서비스의 계약, 조달 등이 원만히 이루어지지 못하고 있는 실정이다(강창현, 2013)

따라서 정부적 차원에서의 보건·복지연계서비스 체계를 구축하기 위한 노력은 그 필요성 인식과 함께 확대되고 있으나 시민들의 체감도는 여전히 낮다. 그런 의미에서 민간차원의 전진상복지관/의원은 한 지역사회차원에서 오랜 기간동안 보건·의료·복지의 연계 및 통합을 시도한 대표적 사례로 평가할 수 있다.

전진상복지관/의원은 인간육구의 통합성에 근거하여, 지역사회 중심의 재가복지에 보건기관, 의료기관, 복지기관의 물리적, 기능적 통합을 통해 보건의료와 복지육구가 있는 지역주민이 각각의 서비스 제공기관을 찾아다니지 않고도 한 장소에서 필요한 보건의료복지서비스 모두를 제공받을 수 있도록 체계화하였다(이성기 외, 1996; 현경자 외, 2006). 따라서 의원, 약국, 복지관이 한 건물 안에 배치되고, 특히 사회복지팀과 보건의료팀 간의 팀협력체계(interdisciplinary collaboration)를 통해 지역주민에게 제공되는 서비스를 통합하고 조정하며 클라이언트의 평가와 개입에 협력함(Pappas, 1994; 현경자 외, 2006 재인용)으로써 팀업무의 효율성과 효과성의 극대화를 이루고 있다는 평가를 받고 있다(현경자 외, 2006).

전진상복지관/의원의 보건-의료-복지의 통합적 지원이 긍정적 평가를 제시하고 있음에도 불구하고 한계도 존재한다. 첫째, 전진상복지관/의원은 기관 내 가정의가 상주하고 있지만 1차 진료기관이고, 타전공의의 경우 자원봉사요일에 따라 진료를 수행하기 때문에 실제 다양하고 심각한 질병을 가지고 있는 환자를 기관 내에서 즉각적으로 치료하고, 필요한 경우 입원 및 검사를 수행하는데 한계가 있다.

되도록 하여야 한다'고 명시되어 있지만, 지역보건법 제3조에 명시되어 있는 지역보건의료계획의 수립과 관련된 조항의 내용에는 사회복지사업법과 지역사회복지계획과의 연계와 관련된 내용은 없다.

따라서 심각한 질병을 가진 환자들의 경우 자체 내 치료가 아닌 2, 3차 병원으로 의뢰하는 절차를 거칠 수밖에 없다.

둘째, 많은 지역사회에서 전진상복지관/의원과 같은 보건-의료-복지의 통합적 지원의 실제적 도입이 불가능한 것은 지역사회복지관과 지역사회의 병·의원의 경우 운영주체가 다를 뿐 아니라, 이들의 협력적 지원을 조정해줄 수 있는 체계 역시 마련되어있지 못하기 때문이다.

이처럼 보건-의료-복지의 통합적 서비스 지원의 필요성에 대한 인식에도 불구하고 실제 정책과 제도, 시스템의 부재로 인해 가난하고 취약계층들은 여전히 빈곤과 질병의 악순환의 고리를 끊지 못한 채 살아갈 수밖에 없다.

3) 보건-의료-복지 네트워크를 통한 통합지원 모델 : 301 네트워크

낮은 의료보장체계와 구체적인 통합 전략이 부재한 보건의료복지 서비스 체계로 인해 보건·의료·복지 서비스 욕구가 큰 취약계층들은 쉽게 병원의 문턱을 넘지 못하였고, 이들을 복지의 사각지대 속에 가두는 결과를 가져왔다. 이에 서울시 북부병원은 사회·경제적 어려움으로 의료혜택에서 소외되고 있는 지역사회 주민들에게 보건과 의료와 사회복지서비스를 하나로 연결하는 모델로서 301네트워크 사업을 시도하였다(권용진·임정기, 2014).

301네트워크사업은 구성원들과 운영체계에 있어, 공공병원 뿐 아니라 민간병원 내 소속 의료사회사업팀과 구별되는 특징을 가지고 있다. 대부분의 의료사회사업팀은 병원내 사회복지사들로만 구성되어 있는 반면, 301네트워크팀은 의사, 간호사, 사회복지사, 기능직 등이 하나의 팀으로 구성되어 있다. 의료사회사업팀은 병원 내 입원한 환자들의 의료비 지원과 환자과 가족들의 심리, 사회적 문제를 평가하고 지원하는 것을 주업무로 수행하고 있다면, 301 네트워크팀의 역할은 기존의 의료사회사업의 역할을 뛰어넘는다.

301네트워크 사업의 운영체계는 첫째, 지역사회 내 공공 및 민간 기관의 실천가들이 빈곤으로 인해 의료서비스를 받지 못하고 있는 취약계층 주민들을 서울시립병원 내 301네트워크 센터로 의뢰한다. 둘째, 의뢰된 대상자들에게 301네트워크 담당 팀원들은 사례접수와 동시에 의료전달체계와 연계함으로써 의료서비스를 받을 수 있도록 하고, 욕구에 근거한 사회복지 서비스를 연계한다.⁹⁾ 셋째, 301네트워크 담당 사회복지사는 301네트워크 협약기관과 연계하여 필요한 서비스를 제공받을 수 있도록 조정할 뿐 아니라 연계기관들과의 협업을 통해 치료이후 대상자의 원활한 지역사회 복귀를 위해 지원 및 자원을 연계하는 역할을 수행한다.

이처럼 301네트워크는 보건-의료-복지라는 다양한 조직체계들이 서로 연계하여 통합적인 서비스를 지원하는 체계를 구축함으로써 복합적인 욕구를 가진 대상자들의 가장 시급한 문제 및 욕구를 해결할

9) 301네트워크를 통해 이루어지는 서비스 지원은 크게 경제적 지원(입원 및 외래진료, 방문 진료, 특수기능검사, 간병지원, 3차 의료기관 연계, 지역사회자원연계)과 사회적 지원(협업체계 진료, 퇴원계획 수립, 코디네이션 수준의 지원(맞춤형 통합지원))이며, 그 외 취약계층들의 진료비 부담을 해결하기 위한 외부후원을 발굴 및 연결한다.

수 있도록 도우며, 이용자 중심의 맞춤형 지원을 가능하게 만들었다는 평가를 받고 있다.

무엇보다 301네트워크사업은 의료적 욕구가 있는 대상자를 차별 없이 취약계층의료지원위원회의 조정을 통해 의료비 지원을 하고 있다는 점이 중요하다. 감면대상에는 포함되지 않지만 실질적 지원이 필요한 대상자에게는 민간펀드(301네트워크 펀드)를 통해 의료비를 지원하여, 누구라도 경제적 어려움으로 건강으로부터 배제되지 않도록 지원하고자 노력하고 있다는 점에서 높이 평가될 수 있다.

또한 병원을 중심으로 한 301네트워크는 그동안 통합사례관리의 한계로 지적되어왔던 의료서비스를 직접 제공할 뿐 아니라 협력의료기관으로 연계함으로써 가난한 이들이 질병부담으로 인한 치료 중단 및 의료 서비스 단절을 예방하고, 공공과 민간영역의 사례관리자들과의 협업을 통해 자원을 조정하고 연계하는 기능을 수행함으로써 포괄적 보건·의료·복지 서비스를 제공하는 새로운 모델로서 기능을 제시하였다고 평가된다.

3. 연구방법 및 절차

1) 자료수집방법

본 연구는 301네트워크 사업 대상자들의 서비스 이용 경험을 분석하여 '보건-의료-복지의 통합지원'이 갖는 의의와 성공적인 지원을 위한 기제와 맥락을 탐색하는 것을 목적으로 한다.

따라서 본 연구에서는 301네트워크의 사업에 대한 자료를 제공해 줄 수 있으며, 301네트워크사업의 경험과 의미에 대해 풍부한 자료를 제공해 줄 수 있는 사례들을 의도적으로 선정하는 유의적 표집방법을 활용하였다. 본 연구에 참여한 연구참여자는 301네트워크를 담당하고 있는 실무자 4명과 301네트워크 서비스 이용자 10명으로, 특히 본 연구에 참여한 이용자 선정은 오랜 기간 동안 301네트워크를 담당해왔던 실무자로부터 연구주제에 관해 풍부한 자료를 제공해 줄 수 있는 301네트워크 이용자들을 추천받는 세평적 사례표집(reputational case sampling) 방법을 사용하였다. 인터뷰는 2016년 2월 5일부터 4월 8일까지 2개월에 걸쳐 이루어졌으며, 서비스 이용자들이 편하고 안전하게 느끼는 장소(북부병원, 자택, 제3의 장소)에서 이용자들에게 연구의 목적을 설명하고 이에 대한 동의를 얻은 후 심층면접을 실시하였다. 분석에서는 연구 참여자들의 익명성을 보장하고 신분이 드러나지 않도록 하기 위해 'C'로 표시하였다.

〈표 1〉 연구참여자: 301네트워크 서비스 이용자

연구참여자	성별	나이	수급여부	주요서비스	가족	의뢰기관
C1	여	53세	비수급	허리종양제거수술 지체장애1급판정 요양원 연계	2인(아들2)	구청
C2	여	30세	수급	우울증, 약물중독 치료	1인(오빠)	구청
C3, 보호자	여	55세	수급전환*	정신과치료(노인성질환) 요양병원 연계	1인 (여동생)	구청
C4	남	58세	수급전환*	결핵 치료	독거	주민센터
C5	남	75세	수급	허리디스크 치료	1인(부인)	주민센터
C6	여	65세	수급	우울증, 종양제거 치료	독거	구청
C7	남	51세	수급전환*	당뇨, 당뇨합병증	1인(아들)	주민센터
C8	여	72세	수급	목과 허리디스크 치료	독거	노인복지관
C9	남	58세	차상위 전환*	식도정맥류결찰술 시술	독거	주민센터
C10	여	84세	수급	우울증, 파킨슨병 치료	독거	치매지원센터

* 수급/차상위전환 : 비수급자였다가 301서비스를 통해 수급 및 차상위로 전환된 예

〈표 2〉 연구참여자: 301네트워크 사업 담당 실무자

실무자	성별	나이	사회복지경력	301사업경력
W1	여	25세	1년 11개월	1년 11개월
W2	여	38세	10년	3년
W3	여	32세	8년	2년 2개월
W4	남	30세	3년	2년

2) 자료분석

본 연구의 구체적 연구 질문은 첫째, ‘이용자들의 301네트워크의 경험은 어떠한가?’ 둘째, ‘301네트워크에 진입하기 전과 진입 이후 그들의 삶은 어떻게 변화되었는가?’ 셋째, ‘경험의 바탕이 되는 제도적 조건과 기제, 맥락은 무엇인가?’이다. 이에 본 연구는 301네트워크를 이용한 경험이 있는 이용자들을 대상으로 심층면접을 이용한 일반적 질적연구(Generic Qualitative Research)방법¹⁰⁾을 수행하였다. 질적연구방법은 연구참여자들의 경험의 포괄적 이해를 도우며, 연구참여자들의 경험의 과정 안에서 나타나는 맥락과 기제 등을 탐색하는 데 좋은 도구가 된다.

질적연구에서 자료수집과 분석은 동시에 일어나는 활동으로, 본 연구자들은 연구참여자의 면담내용을 듣고, 녹취록을 여러 번 반복하여 읽으면서 전체적인 내용을 파악하였다. 의미단위를 구분해내기

10) ‘일반적 질적연구(generic qualitative research)’는 질적연구의 접근방법과 무관한, 연구자의 신념(존재론적, 인식론적 입장)을 명확히 언급하지 않는 연구를 말한다(Snape and Spencer, 2003: 19; 김인숙, 2016:98 재인용).

위해 Glaser 와 Strauss(1967)가 제시한 지속적 비교분석 방법(constant comparative analysis)을 사용하였다(Glaser and Strauss, 1967; 이병식 외 역, 2010). 또한 각 사례별로 범주들 간의 연관관계를 도출함으로써 해당 사례에 대한 스토리텔링(story telling)을 구성한 후, 이 과정에서 나온 사례별 분석을 대상으로 이용자들의 경험이 다를 수 있음을 염두에 두고 사례들 간에 공통점과 차이점을 파악해 보기 위해 사례 내 분석(within case analysis)과 사례 간 분석(between case analysis)을 병행하였다. 마지막으로 범주도출과 함께 범주들 간의 관계를 찾고, 범주들을 관통하는 핵심범주 및 주제를 도출하였다(김인숙, 2010).

4. '301 네트워크 사업'의 이용자 경험

301 네트워크 서비스 이용자 경험에 대한 분석을 통해 도출된 범주들은 301 서비스 제공 이전의 경험과 이후의 경험으로 구분할 수 있다. 301 서비스 제공 이전의 경험은 '가난과 질병의 악순환', '돌봐줄 가족의 부재', '공적지원의 제도적 장벽'이며 이는 이용자들에게 '살아갈 삶의 의지 상실'이라는 결론에 이르게 했다. 또한 301 서비스 제공 이후의 경험은 '이용자 중심의 치료서비스', '마음에 약이 되는 케어지원', '복지체계의 진입을 통한 생활지원'으로서 이는 이용자의 '삶의 의지 재생성'에 이르게 했다. 결론적으로 범주들의 관계를 통해 도출된 주제는 '보건의료복지 네트워크를 기반으로 한 치료-케어-생활의 포괄적 지원 속에서 저소득층의 삶의 의지의 생성'이라 할 수 있다.

1) 301 네트워크 서비스 제공 이전 : "가난과 질병의 악순환으로 삶의 의지 상실"

301 서비스의 이용자들은 대부분 생활기반이 약한 취약계층으로서 이혼, 실업, 사업실패, 가족의 질병 및 사망 등 삶의 여정에서 우연하게 발생한 사건으로 인해 가난에 이르게 되었다. 이러한 상황에서 질병이 발생하게 되었고, 치료비가 없어 방치하거나 임시처방으로 견디다가 질병이 악화되거나 만성화되었다. 이들의 삶에 발생한 가난과 질병은 서로 맞물려 돌아가는 순환의 고리를 형성하였다. 한번 순환의 고리가 만들어지면 개인의 힘으로는 아무리 발버둥 쳐도 벗어날 수 없는 덫에 놓이게 된다.

더욱이 이용자들은 질병이 있음에도 불구하고 돌봐줄 가족이 부재하거나 험거운 가족관계로 인해 식사도 제대로 챙겨먹을 수 없을 뿐 아니라 기본적인 신변처리와 같은 일상을 유지하기 힘든 상황 속에 처하게 되었다. 이렇게 홀로 방치된 채 질병의 고통과 외로움 속에서 속수무책으로 삶을 견뎌오고 있었다.

가난한 이들이 빈곤과 질병의 악순환에서 벗어날 수 있는 유일한 방법은 공적지원에 의존하는 것이다. 그러나 가난한 이들이 현재의 선별적인 복지제도 속으로 진입하는 것은 쉽지 않다. 복지수급 신청은 현실과 동떨어진 부양의무자 기준, 재산기준, 근로능력 유무의 기준이 가혹하리만큼 획일적으로 적용된다. 연구에 참여한 이용자 중에는 공적지원을 신청하였으나 제도의 높은 장벽에 부딪혀 포기할

수밖에 없었던 경험을 가지고 있다. 게다가 수급권자가 되는 것은 ‘부끄러운 일’이라는 사회적 낙인감까지 가세되어 이용자들은 복지수급신청은 쉽사리 엄두 내지 못했고, 자격조건을 확인하는 것조차 두려워했다.

기초수급을 받는 이용자라고 하더라도 형편이 더 나은 것은 아니다. 공적 지원을 받는다 해도 생계비와 의료보호의 보장수준은 턱없이 낮았고, 비급여항목으로 인한 비싼 진료비 때문에 치료를 포기했다. 이용자들의 이러한 상황은 선행연구들(김진구, 2007; 김학주, 2008; 신영전, 2009; 신영석, 2012, 조승연, 2015)에서 이미 우리나라 의료와 복지지원의 한계로 지적된 바이다.

이처럼 이용자들은 낮은 생계비와 치료비 부담으로 근본적인 진료와 검사도 받아 보지 못한 상황에서 질병으로 인한 고통을 “참아내며 버티는” 삶이 지속될 수 밖에 없었고 결국 그들의 삶의 의지는 점차 사그라들어 “그저 남은 생을 견디며” 살아왔다는 것을 알 수 있었다.

2) 301 네트워크 서비스 이용 경험 : “치료-케어-생활지원 ‘을 통한 삶의 의지 재생성”

(1) 이용자 중심의 치료서비스

① 치료체계로의 빠른 진입

이용자들의 301 네트워크 팀과의 첫 대면은 예상치 않은 뜻밖의 경험이었다. 4년 전 빙판길에서 넘어진 후 하반신 마비로 보행이 불가능했던 이용자(C1)는 앉아서만 생활하다가 원인모를 합병증으로 고통받고 있던 중에 301 네트워크 팀에 의뢰되었다. 병원으로 직접 내방하기 어려운 이들에게 301 네트워크팀의 사회복지사와 의료진은 집으로 찾아와 방문 진료를 해주었을 뿐 아니라 병원으로 이송하여 곧바로 검사와 진료를 받게 해 주었다. 이러한 적극적이고 호의적인 응대는 이용자가 이제껏 병의원 의료행위자들에게 받아보지 못했던 경험이었다.

“집으로 오셨어요. 그래서 상황을 보시더니 ‘왜 이리신 분을 안 도와 주셨지?’하고는 바로 그냥 ‘병원에 가 봅시다’ 그래서 가서 검사를 했어요. 척추를.. 난 정형외과로 간 줄 알았더니 신경외과로 저를 딱 그쪽으로 가시더라고요”(C1)

이와 같은 301 네트워크팀의 신속한 치료체계의 진입을 가능케 한 조건은 첫 방문진료 시 사회복지사, 간호사, 필요 시 의사가 함께 팀을 이루어 치료를 진행하는 다학제간의 협력체계와 병원 내 행정부서와 의료진 간의 긴밀한 연계체계 때문이다. 원무과와 301 네트워크팀, 의료진의 협력 체계는 신속한 의사결정과 함께 원활한 치료진행을 가능케 하였다. 이는 일반병원의 행정부서와 의료사회복지팀의 관계에 비교해 볼 때 물리적, 심리적으로 매우 가깝다고 할 수 있다. 또한 대학병원 규모보다는 작은 북부병원의 규모는 부서 간 협조가 문서가 아닌 대화와 협의에 의한 신속한 조정을 가능하게 만들었다.

원무과와 의료진, 301 네트워크팀의 협력체계를 기반으로 이루어지는 신속한 치료진행은 위기상황

에 처한 환자들을 치료하는 데 매우 유용한 시스템이다. 치료시기를 놓쳐 질병의 심각도가 높은 301 서비스 이용자들의 경우, 때때로 위급한 상황에서 301팀을 통해 병원으로 이송되어 치료를 받아 위험한 고비를 넘기기도 했다. 301 네트워크 팀의 사회복지사(w4)가 한 이용자의 집에 처음 방문했을 때 이용자는 오랜 질병으로 거동이 불가능한 상태였으며 온갖 쓰레기더미와 악취 나는 방에 홀로 누워 있었다고 한다. 병원으로 이송된 후 검사결과 결핵이라는 것을 알게 되었고 치료가 조금만 늦었더라면 회복되기 어려운 위험한 상황까지 처할 수 있었다.

“여기 ○○선생님하고 사회복지사 선생님하고 간호사하고 와가지고 이야기했어요. 그럼 뭐 그런 이야기, 저런 이야기 한참 나누었죠. 그래 가지고 바로 입원을 시켜 버리더라고요. 그래 가지고 안된다 ... 일단 보자해서 차를 가지고 와서 이걸로 와가지고 병실로 바로 입원시켜주더라고요.”(C9)

“문을 열고 들어갔는데 발디딜 틈도 없고 온갖 쓰레기와 악취가 말도 못하는 상황이었어요. 거의 몇 달 채 식사도 제대로 못하고 그냥 누워있었다고 하더라고요.. 만약에 의뢰되지 않았으면 위험한 상황까지 갈 수 있었을지도...”(w4)

② 연속적이고 포괄적인 치료

이용자들이 처음 병원에 오게 되면 순차적인 치료과정을 거치게 된다. 치료비 부담으로 정밀한 검사를 미뤄 온 질병은 악화되거나 복합적인 질병으로 발전한 경우가 많았다. 겨우 통증만 약으로 달래며 지내온 이용자들은 301서비스에서의 정밀한 검사와 전문적 진단을 통해 질병의 심각성을 알게 되었다. 이용자 중에는 301 팀을 통해 병원에 와서야 종양이 있다는 것을 알게 되기도 하였고, 오랫동안 방치했던 감기가 폐결핵으로 이환되었다는 것을 알기도 했다. 또한 부족한 영양공급과 생활습관, 노화 등으로 인해 질병이 발생되기도 하였다. 초기에 치료했다라면 큰 병으로 자리잡지 않을 수 있었음에도 불구하고 301 네트워크팀에 의뢰된 가난한 이용자들은 오랫동안 질병을 방치함으로써 심각한 질병으로 확대되었다.

“그냥 놀라지도 않았어요. 이미 몸이 그렇게 되어버려서 종양이라 들었어요. 그냥 ‘아 내 몸에 그런 게 생겼었구나’”(C1)

이용자들에게 검사와 진단 후 여러 가지 질병이 발견되면서 연속적이고 순차적인 치료가 이루어졌다. 우선, 북부병원에서 치료가 가능한 것은 이곳에서 치료를 받고 그렇지 않은 것은 타 병원으로 연계되었다. 북부병원은 6개의 진료과목으로 제한되어 있어 이곳에서 제공할 수 없는 치료는 타 병원과의 연계체계를 통해 극복할 수 밖에 없다. 때문에 서울시 산하 공공병원과의 협력체계는 물론이고 다양한 상급병원이나 전문병원과의 연계체계를 통해 이용자에게 필요한 치료서비스를 제공한다. 허리디스크 진단을 받은 이용자의 경우, 북부병원에서 수술이 불가능하자 사회복지사는 수술이 가능한 대학병원을 찾아 연계하여 수술을 받을 수 있게 해주었다.

“근데 여기 오면 지원을 받아가지고 어디가 아프구나! 진짜 아프고 자시고 그런 걸 짚어가지고 소개를 시켜준다고, 외부에 거기 소개시켜주고 여기서는 지원을 해주고 ... 301 자체가... 지원을 해주고 그렇게 하니까 아예 가서 뭐 큰 병 같은 거 그런 거 할 생각이 되고 자시고 기초생활(수급)하는 거보다 의료서비스를 엄청 받는 거라 ... 나도 여기 들어와서 몇 가지 병을 다 알았잖아요. 그러면 여기 와서 다 고치는 거라”(C9)

“여기는 수술을 할 수도 없고 그래서 ○○의료원에 갔어요. 거기도 서울시에서 하는 우리보다 큰 병원이고 거기는 수술이 가능해서 근데 선생님이 어렵다고 하더라고요. 수술해도 장담을 못하겠다고... 다른 병원을 알아봤어요. 근데 ○○대학 병원에서 수술할 수 있다고 해서 찾아 갔죠”(W3)

301서비스의 이용자들 중에는 퇴원 후 요양이나 재활서비스가 필요한 경우가 종종 있다. 그러나 가족 안에서 이러한 돌봄을 받을 수 없는 경우, 사회복지사는 가능한 공적 요양보호서비스를 받을 수 있도록 연계한다. 그러나 공적 요양서비스의 기준에 미치지 못하는 이용자에게는 그들의 현실적 상황을 고려하여 무료간병서비스 또는 요양시설, 재활시설 등으로 연계한다. 결핵과 같은 질병을 가진 이용자는 치료 후 전문 요양기관으로 연계하고, 홀로 사는 이용자가 타 병원 연계 과정에서 발생하는 공백기간 동안 입원치료나 무료 간병서비스를 받을 수 있도록 지원한다.

이처럼 301 서비스는 연계 시 서비스가 분절되지 않도록 다양한 의료자원을 활용하여 그 공백을 메워주고 있다. 이용자의 질병과 개인적 상황에 적절한 의료자원을 발굴하고 연계하는 전반적인 업무는 사회복지사의 주된 업무로서 301 서비스의 이음새 역할을 하고 있다.

“여기 3개월 있다가 ○○의료원에 또 한달 있다가 거기서 과장님이 ‘더 이상 해줄게 없습니다’ 그래서 다시 여기서 재활이라도 받을 수 있게 이쪽으로 다시 보내주셨어요. ○○의료원에서는 보호자나 간병인이 있어야 하는데 그런 형편도 안 되고, 그렇게 저를 대신 재활할 때 따라다닐 사람이 아무도 없어서 과장님이 어쩔 수 없이 판단을 그렇게 내려주셨어요”(C1)

“그분이 혼자시기 때문에 집에 가도 식사나 이런 게 안 되기 때문에 요양원으로 연결해 드렸어요. 결핵전문 요양원으로..”(W4).

이처럼 의료자원 연계를 통한 연속적이고 포괄적인 치료를 가능케 한 가장 핵심적인 조건은 ‘치료비 지원금’의 확보이다. 민간 기업의 후원을 통해 치료비지원금을 확보하였기 때문에 타병원이나 상급병원에서 진료 및 수술 등이 가능한 것이다. 그리고 동주민센터나 복지관 등의 실무자들이 큰 돈이 드는 질병치료 대상자들을 301 네트워크 팀에 적극적으로 연계할 수 있는 것이다. 수급자는 물론이고 차상위계층 또한 수술비 지원을 받을 수 있다. 그리고 차상위계층 사람들이 보험료 체납으로 생계형 체납자가 되면 병원을 가지 못하게 되는데 301 네트워크 서비스를 통해 의료사각지대에 있는 사람들이 질병치료의 기회를 얻을 수 있었다.

“구청에서 소개를 여기를 해주고 있다는 소리만 들었어요. 근데 저는 이렇게까지 편리를 다 받고, 혜택을 다 받을 줄 몰랐어요”(C3)

③ 편의성 높은 병원이용

병원으로 이송된 이용자는 대개 홀로 사는 경우가 많다. 보호자의 도움 없이 불편한 몸을 이끌고 여러 부서를 찾아다니며 치료를 받는 일은 쉬운 일이 아니다. 이용자 대부분이 병원 이용 시 행정처리의 어려움을 경험한 바 있다.

이러한 이용자들에게 301 서비스의 차별화된 강점 중 하나는 사회복지사가 동행하여 병원 이용과 관련된 모든 절차를 대행하고 지원함으로써 이용자의 편의를 극대화하였다는 점이다. 이용자들은 처음 병원을 이용할 때부터 방문 진료와 이송서비스를 제공받으며, 사회복지사는 진료예약, 입·퇴원 수속, 타 병원 전원(transfer) 시 이송 등 병원이용과 관련된 모든 행정절차를 대행하거나 지원하였다. 그리고 초기 진료 시 의사를 만나는 진료과정이나 타 병원에 의뢰되어 진료하는 과정에서도 사회복지사는 이용자와 동행한다. 사회복지사는 진료 시 의사가 이야기한 결과를 이용자와 함께 듣고 이용자가 알아듣지 못했을 경우 다시 설명해 줌으로써 이용자는 진료, 수술 등의 의료적 처치를 큰 어려움 없이 받을 수 있게 된다. 이러한 진료절차 대행과 사회복지사와의 동행은 이용자들로 하여금 병원서비스를 이용하는데 보다 편안한 치료환경을 제공해 주었다.

“○○○병원 갈 때 제가 검사기록 가지고 같이 갔어요. 늘 그래요. 환자 분과 같이 가고 진찰 받을 때도 같이 들어가서 이야기해요. 이용자분들이 병원에 오신다고 하면 저희가 예약을 해요. 그래서 병원 오시면 여기(301 팀)로 오세요. 그러면 우리가 안내해 드려요”(W3)

“많이 도움이 되죠. 뭐 일처리 전부 다! 접수하는 거라던가 또 이제 다 하면은 받는 것, 다 진찰받고 하는 것. 저를 데리고 다니는 걸 다 하시는 거거든요. 다 해주시기 때문에 너무 편리하고 좋죠!”(C5)

사회복지사는 보호자가 없는 이용자의 식사나 투약 등을 점검하기도 하고 진료 시 동행하여 이용자를 대변하는 등 보호자의 역할을 수행하기도 한다. 때로는 사회복지사가 보호자가 없는 결핵환자의 식사제공과 투약을 위해 휴일에도 출근하는 경우도 있었고, 움직이지 못하는 이용자의 시시콜콜한 일상적인 일까지 처리해야 하는 경우도 있다. 이러한 일들은 보호자가 수행하는 역할이지만 301 서비스에서는 사회복지사가 이용자의 보호자가 되어 전반적인 치료과정을 지원함으로써 보호자 부재의 공백을 메우고 있다.

“보호자들이 해야 하는데 못해주시깐 그 역할을 선생님들이 해주세요. 담당과장님하고 이야기기도 하고 식사량을 얼마 하는지 까지 다 모든 것을 다 체크하시고, 관찰하시고, 보호자 역할을 톡톡히 해주세요. 여기서 ○○의료를 갈 때도 선생님들이 짐까지 다 날라주시면서 보호자역할을 다해주시니깐 눈물 날 정도로...”(C1)

(2) 마음에 약이 되는 케어지원

① 친절한 응대와 세심한 돌봄

이용자들이 인식하는 병원의 첫인상은 한결같이 '아늑하고 편안한 가족같은 분위기'이다. 무엇보다 인상적으로 느끼는 것은 사회복지사와 의료진 뿐 아니라 병원 내 모든 직원들로부터 친절한 응대와 관심어린 돌봄을 받았다는 것이다. 이용자들은 의료진 뿐 아니라 행정직 직원 등 모든 직원들이 따스한 친절과 관심을 제공한다고 평가하였다. 이는 행정서비스현장 등과 같은 구체적인 지침이나 직원교육을 통해 병원의 미션과 경영철학을 모든 직원이 공유함으로써 가능하였다. 병원 내 모든 직원들이 사회적 약자에 대해 관심어린 돌봄과 배려를 실천하였고 이는 이용자들의 경험 속에서 확인할 수 있었다. 이용자들은 종종 지역사회에서 저소득층에 대한 냉담하고 무성의한 대접을 받아왔다. 때문에 북부병원의 친절함과 따뜻함이 다소 낯설기도 하지만 감동적으로 와 닿았다. 어떤 이용자는 다른 공공병원에서 저소득층에 대한 경시와 홀대의 경험을 이야기하면서 이와 대조적인 북부병원의 친절함과 관심어린 돌봄은 '더없이 고맙고 미안한 마음'을 가졌다.

“북부병원은 좀 특이하다고 생각을 해요. 제가. 선생님들도 과장님들도 너무 좋고, 그게 저기 접수하는 창구도 있잖아요. 거기서도 다른 데를 가면은 말을 한마디를 하지도 못하고 그냥 오잖아요. 근데 안녕하세요. 이렇게 반갑게 대해주니까 너무 좋더라고요”(C6)

친절한 응대와 세심한 돌봄은 소외된 이용자에게 위안이 되었고 정서적인 안정을 가져다 주기도 하였다. 이용자 가족 중에는 다른 시설에 있을 때의 이용자의 모습을 비교하면서 “거기서는 항상 자고 자해를 해요. 근데 여기서는 항상 편해요. 병원에 더 있고 싶네요”라고 이야기한다. 특히 치매나 정신적 질병을 가진 이용자들은 병원 직원들의 관심어린 돌봄이 정서적 안정감을 주었다고 한다. 그리고 신체적 질병을 가진 이용자들에게도 병원직원들이 건넨 따뜻한 말들이 “마음의 약”이 되었다고 한다. 이러한 관심어린 돌봄은 이용자들의 치료 의지를 더하게 했고 그들의 외롭고 고단한 삶의 위안과 힘이 되었다.

“들어가세요. 어디갔다 오세요? 그런 대화가 마음의 약이 되는 거예요. 든든한 거예요. 자꾸 기억하게 되고”(C3)

“북부병원에 다니면서요? 정신적으로 많이 좋아졌고, 가장 좋은 점은 아무튼 친절히 해주니까 제일 좋아요. 고맙고 의지가 되죠”(C6)

② 존중과 배려가 있는 케어

301 네트워크 서비스의 경험이 이용자들의 마음의 위로가 되었던 것은 존중과 배려의 경험이다. 치료과정 속에서 병원 내 모든 직원들(의사, 간호사, 원무과직원 등)로 부터 존중과 배려를 받았다고 한

다. 존중과 배려의 경험은 직원들과의 관계에서도 그러하지만 특히 사회복지사와의 일대일 관계 속에서 더욱 크게 경험하였다. 사회복지사는 사례관리자로서 이용자의 전반적인 치료와 생활 전반에 관여하고 필요한 자원을 연계한다. 이용자들은 사회복지사와 자신의 생활 전반의 문제를 상의하고 결정하는 과정에서 자신들을 인격적으로 존중해 주고 그들의 상황을 배려한 서비스에 고마운 마음을 표현하였다.

직원들과 사회복지사의 존중과 배려는 마음의 위안을 넘어 내면적 자아가 치유되는 경험이기도 하다. 어떤 이용자는 사회복지사의 존중과 배려가 가난과 질병으로 얼룩진 자신의 삶을 조금이라도 긍정적으로 바라볼 수 있게 해 주었다고 한다. 그리고 “그래도 내가 복이 많구나(C1)”라고 자신을 위로하기도 하였다. 이렇듯 진심어린 존중과 배려는 이용자들의 상처받은 내면에 위로가 되었고, 사회에서 소외되었던 존재감이 회복되는 경험이었다.

“아 너무 과잉보호하는 것 같은 느낌.. 처음이니까! 그랬었어요. 그런데 나중에 계속 지켜보니까 그게 아니고 정말 진심으로 이렇게 해주시니까 그거에 너무 감동받았잖아요. (중략) 정말 이 사람들은 아주 진짜 헌신적 저기가 아니면 어떻게 이렇게 할 수가 있을까?”(C6)

“항상 말씀 하시죠 이거 이거 하는 게 아니고 이렇게 하시면 어떻겠습니까? 항상 그 말 뒤에는 존칭 올려주듯이 이렇게 말씀하세요. ... 말씀 한마디 한마디 탁탁 안 놓고 조용조용 상대를 굉장히 존중해 주세요”(C3)

③ 나를 돕는 든든한 지원자가 생김

이용자들은 가족이 없이 지내거나 가족과 연락이 끊긴 상황이어서 홀로 질병과 씨름하며 살아왔다. 가족도 사회도 그들의 지원자가 되어 주지 못했다. 301 팀에서 사회복지사는 이용자와 가장 많은 기간 접촉하며 치료적 지원과 일상적 지원 등 삶의 전반적인 영역을 의논하고 지원한다. 이용자들은 자신의 어려운 문제를 상의하고 지원해 줄 사회복지사가 있어 든든하다고 고백한다. 한 이용자는 사회복지사에 대해 “선생님한테 너무 감사하고 그냥 든든함이 있어서 마음에 위로가 많이 되요(C1)”라고 고백한다.

“앞으로도 어떤 일이 있거나 불편하거나 이런 일이 있으면 바로 연락 쉽게 하실 만큼 당연히 내가 의지할 데가 없잖아요. 정말 막말로 아들이 있어! 자식이 있어! 남편이 있어!”(C8)

“선생님한테 애로사항이나 불편한 점이나 저에 대한 모든 정보 같은 것을 선생님한테 다 보고 드리고 상의하고 그래요. 제가 누구한테 도움을 받으면서 이야기도 해야 하는데, 보호자 역할을 선생님이 다해 주시는 거예요”(C1)

하지만 이용자들도 사회복지사에게 도움을 요청하는 것이 마냥 쉬운 일은 아니다. 301 서비스의 지원이 ‘뜻밖의 행운’이라 할 만큼 너무나 감사한 일인데 이에 더하여 다른 지원을 요구하는 것은 염치 없는 행동이라 생각한다. 지원을 받아 고맙기도 하고 미안하기도 하다는 것이다. 그래도 의지할 곳 없는 그들에게 301팀만이 도움을 청할 수 있는 유일한 지지체계인 것이다.

(3) 복지체계의 진입을 통한 생활지원

① 공공복지체계의 수월한 진입

몇몇 이용자들은 301 팀을 만나기 전 공공복지체계의 진입을 시도했다가 실패한 경험을 가지고 있다. 이들에게 공공복지체계의 진입은 너무나 어려운 과정이었다. 기초생활수급자 신청서류를 작성하고 준비하는 것은 쉽지 않은 일이었다. 정보도 없을 뿐 아니라 정보를 알아도, 까다롭고 복잡한 서류 작업과 행정절차로 인해 지레 포기하고 말았다. 더욱이 병상에 누워있는 이용자들이거나 거동이 불편한 이용자의 경우엔 이마저도 하기 어려운 일이었다. 그러나 이제 이용자들은 301 네트워크 팀의 도움으로 공공복지체계로 수월하게 진입할 수 있었다. 사회복지사는 이용자의 현실적인 상황을 고려하여 근로능력이 없고 가난한 이용자라고 판단될 경우 수급자신청을 지원하였다. 사회복지사는 필요한 서류 준비와 행정절차를 동사무소와 연계하여 처리하였고, 차상위 계층이거나 의료보호 2종의 경우, 근로능력평가를 통해 의료보호 1종 대상이 될 수 있도록 지원하였다.

연구에 참여 한 이용자 10명 중 4명이 301 서비스를 통해 수급자로 전환되었다. 한 이용자의 가족은 이용자인 언니를 수급자로 신청하기 위해 서류를 준비하다가 포기한 경험이 있다. 그는 지난해 수급자신청을 하는 과정에서 공무원의 냉대를 경험하였고, 잘못된 서류를 제출하여 여러 번 관공서를 쫓아다니며 힘들어 했던 상황들을 기억한다. 그러나 301 네트워크 서비스를 통해 사회복지사의 도움으로 필요한 서류들을 보다 수월하게 준비할 수 있었다. 다른 3명의 이용자는 모두 근로능력평가서와 진료기록 등을 통해 노동능력이 없음을 증명한 후 수급자로 선정되었다. 이처럼 까다로운 제도적 장벽에 부딪혀 공적지원을 포기했던 이용자들은 301 팀의 도움으로 수급자로 전환되었고 이용자들은 공공복지체계 안에 수월하게 진입할 수 있었다.

“주민센터에서 필요한 거는 처음에는 저는 제가 때는 줄 알고 했는데 선생님이 자꾸 해주시는 거예요. ... 모든 그런 서류절차도 선생님이 중간에서 매개체같이 다 해주시니깐 저는 지금 같은 경우는 또 다 팩스로”(C3)

“복지선생님이 해주셔서 이 과정을 밟아 나간거죠. 하나 하나”(C3)

일단 기초생활수급자가 되면 다양한 공적지원의 대상이 된다. 충분하진 않더라도 기본적인 생계비 지원이 이루어지고 그 밖의 다양한 영역의 지원과 혜택을 받을 수 있게된다. 한 이용자는 집이 반지하여서 해가 들지 않고 누수가 심해 주거환경이 열악한 상황이었고 월세체납으로 퇴거요청이 들어 온 상태였다. 301 팀의 사회복지사는 이를 해결하고자 구청 희망복지지원단에 주거비를 요청하였고 그 결과 지원을 받게 되었다.

② 지역사회 복지체계에 연결됨

301 서비스는 공공복지체계의 진입 뿐 아니라 민간복지체계와의 연결도 시도한다. 치료 후 이용자

들은 지역사회로 돌아가야한다. 이들이 지역사회로 돌아가 생활하는데 어려움이 없도록 301네트워크 팀은 지역사회 복지기관과 이용자를 연계하여준다. 모든 이용자가 지역복지관에 연계되어 일상적 지원을 받는 것은 아니지만 몇몇 이용자들은 인근복지관에서 재가복지 대상으로 등록되어 가정방문, 밀반찬서비스, 명절맞이 선물이나 김장 등을 지원받을 수 있었다.

이처럼 301 네트워크 이용자들이 지역사회복지서비스를 제공받을 수 있었던 것은 무엇보다 301 네트워크 팀과 외부 기관과의 연계체계가 잘 구축되어 있기 때문에 가능하였다. 301 네트워크는 사업 초기에 구청, 동·주민센터, 지역사회 복지기관, 경찰서, 소방서, 보건소 등과 MOU 체결하였으며 ‘보건-의료-복지’의 지원을 공식적으로 선포하고 지역 내 사례분과 회의 등에 참석하여 비교적 안정적인 연계체계를 구축하였다. 이는 301 네트워크 서비스의 성공을 위한 필수적인 조건에 해당한다고 할 수 있다.

“기초생활 대상자가 되고 나면은 그것도 받고 또 지역사회에서도 또 뭘 많이 가져와. 그러면 동네서도 뭐 와서 사회단체들이 있잖아요. 거기서도 많이 가져와. 반찬하고 쌀, 반찬, 어떨 때는 돈도 조금씩 지원해 주고”(C9)

“병원에서 퇴원하실 때 지역에 복지관에 연결해 드려요 그러면 복지관 사례관리팀에...”(W4)

(4) 삶의 의지 재생성

① 통합적 지원을 통한 삶의 기반 조성

301 팀에 연결되기 전 이용자들은 가난과 질병이 극심해진 상황에서 그저 속수무책으로 있을 수밖에 없었다. 그러나 301 네트워크 서비스에 연계됨으로써, 이용자들은 처음으로 정밀한 검사와 전문적인 진단을 받게 되었고, 다양한 의료자원 연계를 통해 연속적이고 포괄적인 치료적 서비스를 지원 받을 수 있었다. 치료적 지원 외에도 의료진과 사회복지사 및 병원 내 모든 직원들의 관심어린 돌봄과 존중 및 배려의 경험은 치료의 효과를 더하게 했다. 또한 질병치료 이후 지역사회 안에서의 생활안정의 기반을 조성할 수 있도록 지역사회 복지자원을 연계한 것은 질병과 가난의 악순환의 연결고리를 끊어낼 수 있는 기회를 마련해 주었다. 이제 이용자들은 질병이 다시 발생한다 해도 의료적 지원을 받을 수 있다는 희망을 갖게 되었으며, 자신의 어려움을 함께 고민해 줄 든든한 지원자를 갖게 되었다. 또한 공공복지체계 안에 진입하여 생계비 지원을 받음으로써 최소한의 빈곤상황에서 벗어날 수 있게 되었다.

이처럼 이용자의 현실적인 상황을 고려한 치료-케어-생활안정과 관련된 실제적이고 통합적인 지원 체계인 301 네트워크 서비스는 이용자들을 “다시 사회생활을 하는데 밑거름이 될 수 있게끔 많은 도움”이 되었고, 생활의 어려움이 하나씩 해결되면서 일상을 되찾게 도와주었다. 사실 이들이 꿈꾸는 일상이란 직장생활을 하고 가족을 위해 식사를 준비하는 아주 평범한 삶이다. 그러나 질병과 가난으로 인해 이들은 결코 이러한 일상을 꿈꿀 수 없었고 삶의 의지를 상실한 채 살아왔었다.

이러한 이들에게 301 네트워크 서비스는 질병의 회복 뿐 아니라 기본적인 삶의 여건을 조성해 줌

으로써 불가능했던 일상을 서서히 회복할 수 있게 해 주었다. 이제 이용자들은 301 서비스 지원에 감사하면서 세상을 바라보는 눈이 달라졌다. 그리고 자신의 몸과 마음을 추스리고 앞으로의 삶을 살아 내 보려는 의지를 갖게 되었다. 그것이 301 네트워크 서비스에 대한 감사함에 보답하는 길이라 생각한 것이다. 먼저 자신의 몸을 돌보아 다시 병에 걸리지 않도록 하겠다고 다짐했다. 어떤 이용자는 술을 끊겠다고 하고, 어떤 이용자는 “잊지 말고 그냥 앞으로 얼마만큼 살지도 모르고, 그냥 깔끔하게 살자(C4)”라며 자신의 몸을 돌보기로 다짐했다.

“너무 좋죠! 병이 많이 나아진 거요, 생활하는 것도 많이 좋아졌죠, 일단은 병원에 와서 또 입원해서 많이 좋아지니까 집도 잘 돼가지고 또 이사도 가고, 모든 게 이렇게 순조롭게 한 개 한 개씩 풀리고 내 병도 조금씩 낫고 그러니까 그게 좋은 거지”(C2)

“지금은 이제 수술을 해서 휠체어도 탈 수 있고, 아픈데도 깨끗이 다 나았고, 팔에 힘도 생기고, 기분이 좋으니까 제2의 인생을 살게 해 주신거죠”(C1)

② 나로부터 타인을 돌아봄

301 네트워크 서비스를 통해 몸과 마음이 변화된 이용자들은 자신에게서부터 타인에게로 시야가 확장되었다. 사회봉사를 하고 싶거나 돈을 벌면 고아원을 만들고 세상에 도움을 줄 수 있는 사람이 되고 싶다는 기대를 갖기도 하고, 자신처럼 질병으로 어려움을 당하는 사람을 이곳에 소개하여 더 많은 사람들이 이러한 서비스지원을 받도록 하고 싶다고 하였다. 실제 이용자 중에는 자신이 받은 도움에 감사하여 어렵게 사는 노인에게 반찬을 갖다 주며 나눔을 실천하는 것을 볼 수 있었다.

이 같은 마음은 301 네트워크 서비스에 대한 감사함에서 기인한 것이다. 감사함의 대상이 단지 병원과 사회복지사가 아니라 이웃과 사회, 국가로 확장되었다. 때문에 이용자들은 이웃과 사회에 조금이라도 보답하는 방법은 자신과 같은 처지의 사람들을 도와주고 사회를 위해 봉사하는 것이라고 고백한다.

“생각 자체가 많이 바뀌었죠, 내가 이렇게 받고 살 수 있는데 나도 다른 사람들한테 도움을 좀 줄 수 있는 걸 많이 해야겠다. 그런 의식 자체가 엄청 들어요, 그런 생각이 많이 들더라고요”(C9)

“이제 나도 도움을 받는데 나도 누군가를 도와주고 싶은 생각도 막 들잖아요. (중략)... 그래서 고아원을 하나 차리고 싶다. 이제 그렇게 해서 나는 돈을 벌면 꼭 고아원을 한번...”(C6)

본 연구는 301 네트워크 사업의 성과를 확인하기 위해 301 네트워크 사업에 참여한 이용자들의 경험을 들여다보았다. 이용자들의 경험을 분석한 결과, 그 동안 분절적으로 이루어져왔던 보건, 복지, 의료 서비스를 네트워크로 묶어내었으며 단순히 한정된 자원 내에서 서비스를 연계한 것이 아니라 이용자의 현실적 상황을 고려한 자원동원과 발굴, 의뢰와 조정이 이루어졌다. 이러한 보건-의료-복지의 통합적 지원은 저소득층의 질병 치료와 건강관리를 가능하게 해 주었으며, 지역사회의 복지네트워크 안에 연결해 줌으로써 최소한 생활을 유지할 수 있는 조건을 조성해 주었다. 이로 인해 저소득층 이용자들의 삶의 의지가 재생성되었다.

5. 결론 및 제언

이 연구의 목적은 '301 네트워크 사업'에 참여한 저소득층 이용자들의 경험을 분석하여 보건의료복지 네트워크를 통한 통합적 지원이 갖는 함의를 조망하는 데에 있다. 이를 위해 질적 연구방법을 활용하여 총 14명(301 네트워크 사업의 팀원 4명, 서비스 이용자 10명)의 인터뷰를 통해 자료를 수집하고 주제 분석을 실시하였다.

분석결과, 네트워크를 중심으로 한 '보건의료복지'의 통합지원은 다전문직(의사, 간호사, 사회복지사)의 팀의 구성, 병원 내외의 연계 체계의 구축, 치료 지원금 확보를 통한 상급병원에서의 수술과 치료 기회의 확보, 조정 수준의 자원 연계의 시행 등의 전략과 조건들을 기반으로 저소득층 이용자들의 '치료-케어-생활안정'을 포괄적으로 지원함으로써 이용자들의 삶에 일련의 변화를 불러일으켰음을 알 수 있었다.

즉 이들 저소득층 이용자들은 우리나라의 선별적·시혜적 복지 체계, 생계와 의료보호의 낮은 보장성, 신청주의에 입각한 복지체계, 분절된 보건·의료·복지 체계에서 질병과 빈곤이 악순환 되어 삶의 의지를 잃어갔지만, 보건-의료-복지 연계의 통합적 지원에 참여하여 포괄적인 지원을 받음으로써 그들의 삶의 의지를 재생성 시킬 수 있었다.

이러한 저소득층 이용자의 경험이 시사하는 바는, '전략과 조건이 잘 수립 된' 보건-의료-복지의 네트워크를 통한 통합적 지원이 우리나라 보건복지지원 체계의 제도적 한계를 보완하여 저소득층의 '질병과 빈곤의 악순환'의 고리를 끊는 실제적인 가능성을 담지한다는 것이다. 따라서 현재 공공병원을 중심으로 301 네트워크 사업을 확대하려는 정부의 시도는 매우 타당하며 이의 성공적인 안착을 도모할 필요가 있다.

이에 301 사업의 성공적인 확대와 안착을 위한 제언을 두 가지 측면에서 제시해보았다. 첫째, '연계 체계'가 더욱 안정화될 필요가 있다. 우선, 치료지원금 확보로 치료연계체계가 더욱 공고해져야 한다. '보건-의료-복지' 통합지원의 가장 핵심적인 서비스 중의 하나는 치료 기회가 전혀 없던 이용자들이 치료체계로 '연계'하는 것이다. 이 치료 연계에는 '치료비 지원금'이 필수적으로 요구된다. 그런데 금번년도 보건복지부 공공보건의료계획에 의한 301 네트워크 사업의 지원 계획을 살펴보면, 인건비 및 사업비 지원 외 '치료비 지원금'의 예산은 수립되어 있지 않다. 이는 301 네트워크 사업의 확산에 걸림돌로 작용할 것이다. 특히 공공병원이 민간 대형 병원에 비해 후원의 메리트가 없고 병원의 일개 팀에서 의료비 지원이라는 대단위 후원을 개발하는 것은 어려운 일이라는 것을 떠올려 본다면 이제 막 301 네트워크 사업을 시작하려는 병원들이 펀드레이징 문제에 봉착할 확률은 매우 높다¹¹⁾. 이를 이유

11) 인터뷰 당시 301네트워크팀 실무자들은 모두 치료지원금 마련에 난색과 우려를 나타내었다 ("네, (정부에서) 그건(치료비지원금) 그냥 알아서 해라...라는 식으로 하시고, 그렇게 해서...아마 대부분 자체적으로 가지고 있는 후원금이나 ... 그렇게 하시는 경우도 있는 것 같고, 일부는...뭐 ○○병원인가? 거기는 공동모금회에서 조금 지원을 받아가지고 이렇게 하셨던거 같기도 하고, 그래서 웬만하

로 301 네트워크 사업은 약식으로 운영될 가능성이 높다. 따라서 가장 좋은 해법은 중앙 차원에서 치료지원금을 직접 지원비로 수립하여 치료 지원금을 안정적으로 확보하는 것이다. 혹은 민간 차원에서부터 치료비 지원금을 안정적으로 확보할 수 있는 자원 발굴 체계나 노하우가 갖추어질 때까지 중앙 단위에서 한시적으로 치료 지원금을 지원하는 방법도 고려됨직하다.

그리고 연구 결과 301 네트워크 팀은 때로 상급병원과의 협조가 잘 이루어지지 않아 연계에 어려움을 가질 때가 있었고, 또 퇴원 이후 질환을 관리해줄 보건소 담당과 연계가 잘 진행되지 않아 질환의 재발에 빠르게 개입하기 어려운 때가 있었다. 따라서 치료와 증상관리의 연계 체계가 보다 강화될 필요가 있다. 치료와 증상관리의 연계 체계는 '지역구 단위의 301 네트워크 치료 및 보건 연계체계'를 구축해 보는 것을 생각해볼 수 있다. '1차 병원'에서 의료와 복지 안전망 밖에 있는 환자를 북부병원과 같은 2차 병원의 301 네트워크 팀에 의뢰하면 '2차 병원 301 네트워크 팀'은 이용자 중심의 서비스와 밀착된 보건의료복지의 통합 서비스의 주축의 역할 맡고, '3차 병원'은 큰 질병의 수술과 치료, 입원 진료비 지원 등을 맡아, 지역구의 1차, 2차, 3차의 병원이 하나의 연결된 단계별 치료 연계 체계를 구축하는 것이다. 그리고 이 모형에는 '2차 병원의 네트워크 사업팀'이 지역의 보건소와 협약을 맺어 퇴원한 이용자의 증상관리를 위한 정기적이고 빈번한 방문간호 등을 실시하는 것이 포함되어야 할 것이다.

또한 '보건-의료-복지' 통합지원의 주요 특징은 '사례발굴-개입-일상복귀-사후관리'의 단계를 거쳐 치료와 생활안정(일상복귀), 재발의 방지를 이루어 이용자의 건강권을 확보하는 것이다. 따라서 사례발굴(조기발견)에서부터 치료와 증상관리, 생활안정의 포괄적 지원이 단절 없이 이루어지도록 보건, 의료, 복지 연계망이 보장되는 작업이 필요하다. 사례발굴 활성화를 위해 보건소 방문간호 서비스의 간헐적 연계 상황을 강화하고 주민센터와 복지관 등 복지 영역과 긴밀한 협조를 이루며, 이용자가 퇴원 할 무렵 지역 내에서 신체와 정신건강 관리를 도모하기 위해 지역의 보건소, 지역정신건강증진센터, 중독관리통합지원센터, 영양기관과 협력하여 증상관리를 위한 지원 계획을 수립하고 관리해나가는 작업이 필요하다¹²⁾. 그리고 다양한 영역의 복지 자원 발굴과 협약을 통해 이용자가 퇴원한 이후 일상에 안정을 갖고 삶의 의욕을 불러일으킬 수 있는 개입이 이루어지도록 해야 할 것이다¹³⁾. 이를 위해 지역의 보건, 의료, 복지 기관의 각 실무자들은 '301 확장 네트워크 사업단'의 일원으로 포괄될 필요가 있다. 확장된 사업단을 기반으로 실무 통합 회의가 정기적으로 이루어지고 연계 매뉴얼 수립을 통해 기관별로 명확히 역할을 분담하고 '사례발굴-개입-일상복귀-사후관리'가 체계적으로 촘촘히 이루어지도록 심도 있는 협조가 이루어져야 한다.

면 다들 안하고 싶어하는...네. 가장 큰 문제죠. 편당...", W3)

- 12) 인터뷰 당시 이용자들은 병원 퇴원 이후에 지속적인 증상 관리가 이루어지지 않는 것에 아쉬움을 표현하였다. ("선생님들한테는 특별히 전화 온건 없어요. 오히려 제가 궁금하거나 이러면 제가 공공의료팀으로는 전화를 드리는 편인데..", C7)
- 13) 인터뷰 당시 이용자들은 경제적 안정 등과 관련한 서비스는 받기 어려워 일상을 포기하는 심정을 내비치기도 하였다. ("치료 지원 외의 서비스가 필요하지만 어디서 받을 데가 없으니까 그냥 뭐 먹고만 지내는 거죠 뭐. 다른 거 없죠. 알아본데도 없고, 아는데도 없고, 그냥 그대로 생활하는 거죠. 알질 못하니까는요...중략..뭐...생활에 조금이라도 보탬을 주시면 더 이상 뭐 바랄게 있겠어요.", C5)

둘째, ‘보건-의료-복지’ 통합 지원의 성공적인 확대와 정착을 위해서는 ‘보건-의료-복지’의 통합 지원에 영향을 미치는 제도적 측면의 개선이 요구된다. 연구결과 일부의 이용자들은 퇴원 이후 심각한 생활고가 예정되어 있음에도 불구하고 여전히 부양의무자나 근로무능력, 재산 등의 기준에 의해 수급 대상자로 선정되지 못한 채 퇴원을 하였고 수급자로 선정이 되어도 낮은 보장성¹⁴⁾ 때문에 이용자들은 다시 병에 걸리기 쉬운 주거 환경과 일상 환경, 직업적 환경에 놓여 재발의 경로를 밟기 쉬웠다. 이처럼 생계, 의료, 주거 지원의 엄격한 자격기준과 낮은 보장성의 복지 제도로는 ‘보건-의료-복지’의 통합지원을 통해 나타난 드라마틱한 성과가 지속적으로 유지되기 쉽지 않다¹⁵⁾. 따라서 해당 지원의 의미 있는 성과가 지속되고 이용자들의 ‘건강권’이 진정으로 확보되기 위해서는 의료·생계·주거에 대한 공적제도의 외연이 넓혀지고 실질적인 보장체계가 완비되어야 한다. 이에는 공공보건의료의 확충도 포함될 것이다.

또한 공적 돌봄의 제도의 확대가 필요하다. 이용자들 중 일부는 장애의 후유증이 남아 퇴원 후 일상생활을 도와줄 사람이 필요했지만 활동보조인 제도 등에 포함되는 대상이 아니어서 집으로 돌아가지 못한 채 요양원으로 퇴원하기도 하였으며, 어떤 이용자들은 퇴원 후 자신을 돌봐줄 사람이 없다는 것을 알고 퇴원을 최대한 미루려는 모습을 보이기도 하였다. 혹은 퇴원 후 식사를 마련해 주는 사람이 없어 영양적으로 부실한 상태가 지속되기도 하였¹⁶⁾, 병원 진료에 함께 동행 해 줄 사람이 없어 병원 이용에 소홀해지거나, 약을 챙겨 먹지 못해 건강문제가 재발되기도 하였다. 즉 301 네트워크의 치료 체계 안에서는 가능했던 케어적 조건이 퇴원 이후 지속되지 못해 일상의 복귀에 한계가 발생하는 것이다. 따라서 이용자들이 퇴원 이후 일상생활을 회복하고 스스로 의식주를 꾸려나갈 수 있을 때까지 세심하게 돌보아주는 공적 제도가 확대될 필요가 있다.

마지막으로 이 연구의 한계는 이용자들이 병원에 찾아오는 날에만 인터뷰를 수행할 수 있어서 인터뷰 참여자와의 만남을 성사시키는 데에 어려움이 있어 많은 수의 인터뷰를 진행하지 못한 것에 한계가 있다. 또한 301 네트워크 팀과 연계 작업을 하는 주민센터 사례관리팀, 복지관, 상급병원 사회사업실, 보건소 담당자, 요양원 등의 담당자 등과도 인터뷰가 이루어졌다면 보건의료복지 통합 서비스의 의의를 더 깊이 들여다볼 수 있었으리라 본다. 추후 연구는 관련된 부분을 보완하여 이제 막 공공병원들에 도입되기 시작하는 ‘보건-의료-복지’ 네트워크를 통한 통합적 지원이 실제 어떻게 확산되어 진행되고 있는지 살펴보고 그 현황과 발전방안에 대해 제언할 수 있는 연구가 요구된다.

14) “그래도 한번 가면 진찰비가 팔천 얼마..약값이 또 한 육천 얼마 이러니까 만 오천원 들어가더라고 요. 그렇다고 뭐 병원을 자주 다닐 수는 없고, 수급 받는다고 해서 집 세주고 그런 게 아니다보니까 빠듯해요.”(C4)

15) “이게 이제 다시 아프면 힘들다...제 생각에 이제 마지막이다 생각이 돼요.”(C4)

16) “힘들었죠. 그러니까 병원서 몇 달 있으니까 집에 와보니 뭐 아무것도 없죠. (먹을 것도 없고) 뭐 어떻게 아무것도 없는 상황에서 그냥 있다 보니까 금방 더 힘들어져 버리더라고요. 중략... 집에 있으면 혼자 뭐 누가 챙겨주는 사람 없으니까, 아무래도 힘들죠. 그러니까 그날 오자마자 바로 (다시) 입원을 했어요.”(C10)

참고문헌

- 강제상, 2013, 『맞춤형 복지서비스 희망복지지원단 정책사례』, 중앙공무원교육원.
- 강창현, 2013, “지역 보건복지 통합접근의 연계수단”, 『보건사회연구』, 33(1): 417-450.
- 권용진·임정기, 2014, “공공보건의료기관의 건강복지서비스 연계방안 연구-서울시립북부병원의 301네트워크 사례를 중심으로”, 『한국사회복지행정학회 추계 학술대회 자료집』, 289-293.
- 김근혜, 2016, 『보건복지연계서비스의 체계에 관한 연구:AHP기법을 이용한 상대적 중요도 분석』, 동아대학교 박사학위논문.
- 김양순, 2006, “재가노인을 위한 보건·복지서비스 연계에 관한 고찰”, 『보건과 사회과학』, 19: 71-96.
- 김인숙, 2010, “바우처 도입에 따른 사회복지전문직 정체성의 변화와 그 의미”, 『한국사회복지학』 62(4): 33-58
- 김인숙, 2016, 『사회복지연구에서 질적방법과 분석』, 서울: 집문당
- 김진구, 2007, “저소득층의 의료 이용과 이용포기에 영향을 미치는 요인”, 『사회복지연구』, 34: 29-53.
- 김창엽, 2009, “의료안정망 확보를 위한 정책과제”, 『보건복지포럼』, 2-3.
- 김태숙·함철호·문창진, 2001, “지역사회에서 보건의료와 복지의 연계실태와 연계의 틀로서 케어 매니지먼트에 대한 태도”, 『노인복지연구』, 13: 233-282.
- 김학주, 2008, “빈곤층의 의료비지출 과부담에 관한 연구”, 『한국사회』, 9(1): 229-254.
- 김현진, 2009, “우리나라 보건과 사회복지 연계체계의 현황과 문제점”, 『한국지방정부학회 학술대회자료집』, 11: 263-284.
- 민소영, 2015, “한국의 사례관리 전개 과정과 쟁점 고찰”, 『한국사회복지행정학』, 17(1): 213-239.
- 박순일, 2005, “복지환경의 변화와 사회안정망의 사각지대”, 『복지포럼』, 104: 62-77.
- 신명호, 2004, 『사회적 배제의 관점에서 본 빈곤층 실태연구』, 국가인권위원회 발간자료집.
- 신영석, 2004, “저소득 취약계층의 의료사각지대 해소를 위하여: 자격을 중심으로”, 『보건복지포럼』, 20-39.
- 신영석, 2012, “의료사각지대 해소방안”, 『보건복지포럼』, 6-14.
- 신영전, 2009, “의료안정망의 재구성과 정책과제”, 『보건복지포럼』, 17-28.
- 신영전, 2011, “사회권으로서의 건강권”, 『비판사회정책』, 32: 181-222.
- 신형웅, 2009, “의료보장 사각지대 현황 및 해소방안”, 『보건복지포럼』, 155: 5-16.
- 오정희, 2006, “노인복지의 보건·복지서비스 연계방안”, 『교정복지연구』, 149-173.
- 유원섭, 2009, “저소득층 의료비 지원사업”, 『보건복지포럼』, 29-39.
- 유태균·이선정, 2011, “기초생활보장 수급가구의 탈수급 전, 후 의료서비스 이용수준 차이에 관한 연구”, 『사회보장연구』, 27(1): 185-215.
- 윤영호·권용진·장숙량·임정기, 2014, 『공공보건의료기관의 건강복지서비스 연계방안』, 보건복지부.
- 이병식·박상욱·김사훈 역, 2011, 『근거이론의 발견: 질적연구 전략』, 학지사.
- 이봉주, 2005, “통합적 복지서비스 전달체계 구축전략과 모델: 사회복지서비스 전달체계의 통합”, 『사회복지정책 대토론회 자료집』, 75-97.
- 이미숙, 2004, 보건복지통합서비스 공급에 영향을 미치는 요인에 관한 연구, 원광대학교 박사학위논문.
- 이은경, 2010, “영국의 보건복지 협력정책의 역사적 고찰”, 『한국사회복지행정학』, 12(1): 27-55.
- 이성기·김성희·강혜규, 1996, 『보건복지사무소 시범사업 2차년도 실태조사』, 한국보건사회연구원.

- 이은경, 2010, “영국의 보건복지 협력정책의 역사적 고찰”, 『한국사회복지행정학』, 12(1): 27-55.
- 이주열·박강원, 1996, “보건과 사회복지의 연계방안(1)”, 『대한보건협회지』, 22(2): 13-20.
- 정무성, 2005, “저소득층 지역에서의 의료와 복지의 통합모델”, 『사회복지심포지엄: 가톨릭의 지역사회의료복지 활동의 의미와 전망』, 65-75.
- 조승연, 2015, “공공병원 부재로 인한 문제점과 해결방안”, 『월간 복지동향』, 5-10.
- 최권호, 2015, “보건사회복지 개념과 역할 재구성”, 『비판사회정책』, 49: 368-403.
- 하경희, 2010, “한국에서의 ACT 적용에 대한 사례관리자의 경험에 관한 연구”, 『사회복지 연구』, 41(3): 107-133.
- 함철호·김태숙·정은경·문창진, 2001, “지역사회에서 보건의료와 복지의 연계실태와 연계의 틀로서 케어메니지먼트에 대한 태도”, 『노인복지연구』, 가을호: 233-276.
- 홍선미, 2013, “공공사례관리 도입에 따른 지역복지기관의 사례관리 기능”, 『2013 한국사회복지행정학회 춘계학술대회 자료집』, 95-107.
- 홍선미·하경희, 2009, “지역사회 네트워크 중심 통합 사례관리에 대한 탐색적 연구”, 『한국사회복지행정학』, 11(1): 29-61.
- 현경자·유송자·김정화, 2006, “보건의료복지 통합서비스를 이용하는 전진상 복지관 의원의 저소득층 가족 사례연구”, 『한국가족복지학』, 11(3): 5-31.
- Glazer, B. G., and Strauss, A. L., 1967, *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative Research*, Chicago:Aldine.
- Pappas, V. C., 1994, *Interagency Collaboration: An interdisciplinary application*. In H.G Gardner & F. P. Orelove (ed.), *Teamwork in Human Service*. Washington:Butterworth-Heinemann
- Peck, E, Gulliver, P. and Towell, D., 2002, *Modernising partnerships : an evaluation of Sommerset's Innovations in the Commissioning and Organisation of Mental Health Service*, London:IAHSP King's College London.
- Pecukonis, E. V., Cornelius, L., and Parrish, M., 2003, “The future of health social work”, *Social work in health care*, 37(3): 1-15
- Restuccia, J. D., Rayne, S. M. C., and Tracey, L. V., 1987, “A Framework for The Definition and Measurement of Underutilization”, *Medical Care Review*, 46(3): 255-270.
- Snape, D., and Spencer, L., 2003, “The Foundation of Qualitative Research”, 1-23, edited by Ritchie, J., Lewis, J., Nicholls, C. M., & Ormston, R., in *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*, Sage.
- 서울특별시 북부병원, 『301네트워크업무 매뉴얼』.
- 법제처, 『사회복지사업법』.
- _____, 『지역보건법』.
- _____, 『사회보장법』.
- 아시아뉴스통신, 2015, “서울시 의료사각지대 없는 301네트워크 심포지엄”, 2015년 11월 4일.
- 뉴시스, 2016, “함안군, 마산의료원과 '301네트워크 사업' 협약”, 2016년 11월 13일.
- 남상요, 2011, “보건의료복지가 통합된 미츠키쵸의 지역포괄케어 시스템”, 남상요 교수의 의료복지 경영이야기, <http://blog.naver.com/saynam/140128565219>.

Abstract

**Qualitative Research on Integrated Support Through
Health, Medical and Welfare Network**
- Based on the Experience of 301 Network Service Users in Seoul
Northern Municipal Hospital -

Ha, Ji Seoun

(Institution & Human Social Welfare Institute)

Kim, Jeung Hyun

(Institution & Human Social Welfare Institute)

Lim, Jung Hyun

(Institution & Human Social Welfare Institute)

Kim, Jung Yun

(Institution & Human Social Welfare Institute)

The purpose of this study was to explore the implications of the integrated support through the 'health - medical - welfare' network and the specific context of the operation through the experiences of the users who participated in the 301 network project of Seoul northern municipal hospital.

To do this, In-depth interviews were carried out with 10 research participants. The data was analyzed by general qualitative research methods. As a result of analysis, users lost their willingness because of living in a vicious cycle of poverty and illness before participating in 301 network services, but through the participation of the service, they were able to receive the integrated support of 'cure-care-life stability'. These experiences ultimately led to the regeneration of the will of their lives.

At the basis of this experience were operating strategies and conditions such as the formation of a diverse professional team, the establishment of a linkage system within and outside the hospital, the establishment of a treatment linkage system through the acquisition of treatment subsidies, and the linkage of resources at mediation level.

As the attempt to integrate 'health, medical and welfare' with well-coordinated

strategies and conditions showed the possibility of complementing the limitation of the health welfare support system in Korea, the extension of the related business was suggested. For this, it suggested the more stable stabilization of the linkage system and the improvement of the institutional aspect.

Key words : Integrated support for health, medical and welfare, Low income households health rights, 301 network services, Qualitative evaluation, Public health

[논문 접수일 : 17. 01. 11, 심사일 : 17. 01. 16, 게재 확정일 : 17. 03. 01]