

의료기관 중심 보건의료·복지 통합 서비스 제공 사업 비교

이수진¹⁾, 김종연^{1),2)†}
대구광역시 공공보건의료지원단¹⁾, 경북대학교 의과대학 예방의학교실²⁾

Comparison of Integrated Health and Welfare Service Provision Projects Centered on Medical Institutions

Su-Jin Lee¹⁾, Jong-Yeon Kim^{1),2)†}
*Daegu Public Health Policy Institute, Daegu, Korea¹⁾, Department of Preventive Medicine,
School of Medicine, Kyungpook National University, Daegu, Korea²⁾*

= Abstract =

Objectives: This study compares cases of Dalgubeol Health Care Project, 301 Network Project, and 3 for 1 Project based on program logic models to derive measures for promoting integrated healthcare and welfare services centered around medical institutions.

Methods: From January to December 2021, information on the implementation systems and performance of each institution was collected. Data sources included prior academic research, project reports, operational guidelines, official press releases, media articles, and written surveys from project managers. A program logic model analysis framework was applied, structuring the information based on four elements: situation, input, activity, and output.

Results: All three projects aimed to address the fragmentation of health and welfare services and medical blind spots. Despite similar multidisciplinary team compositions, differences existed in specific fields, recruitment scale, and employment types. Variations in funding sources led to differences in community collaboration, support methods, and future directions. There were discrepancies in the number of beneficiaries and medical treatments, with different results observed when comparing the actual number of people to input manpower and project cost per beneficiary.

Conclusions: To design an integrated health and welfare service provision system centered on medical institutions, securing a stable funding mechanism and establishing an appropriate target population and service delivery system are crucial. Additionally, installing a dedicated department within the medical institution to link activities across various sectors, rather than outsourcing, is necessary. Ensuring appropriate recruitment and stable employment systems is needed. A comprehensive provision system offering services from mild to severe cases through public-private cooperation is suggested.

Key word: Vulnerable Populations, Integrated Health Care Systems, Continuity of Patient Care, Healthcare Disparities

* Received June 12, 2024; Revised June 19, 2024; Accepted June 23, 2024.

* Corresponding author: 김종연, 대구광역시 중구 국제보상로 680(우: 41944)

경북대학교 의과대학 예방의학교실, 대구광역시 공공보건의료지원단

Jong-Yeon Kim, Department of Preventive Medicine, School of Medicine, Kyungpook National University, Daegu Public Policy Institute, 680, Gukchaebosang-ro, Jung-gu, Daegu, Korea

Tel: +82-53-420-4867, Fax: +82-53-429-7887, E-mail: kom824@knu.ac.kr

* 본 논문은 대구광역시 공공보건의료지원단의 연구과제로 수행되었음.

서론

특정 개인에 있어 빈곤과 불건강의 위험은 흔히 동반되기 쉬우며, 그 기전에는 건강뿐만 아니라 사회적·경제적 요인이 복합적으로 작용한다. 이러한 위험에 효과적으로 대응하기 위해서는 개인에 대한 포괄적 사정 결과에 근거한 보건, 의료, 복지 등 다차원적인 측면에서의 통합적인 접근이 필요하다[1]. 이에 영국, 미국 등 선진국들은 대상자 중심의 보건의료·복지 통합 지원 체계 구축을 통해 이러한 문제를 해결하려고 노력해 왔다[2]. 우리나라에서도 정부 차원에서 보건·복지 연계 체계를 구축하기 위한 논의와 시도가 꾸준히 있었으나 실제 유기적 협력은 아직 미흡한 수준이다[3, 4].

2018년 보건복지부가 지역사회 통합돌봄 기본계획을 발표한 이후 2019년 지역사회 통합돌봄 선도사업을 거쳐 2023년 노인 의료-돌봄 통합지원 시범사업을 추진하였고[5], 2024년 2월 「의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률」이 제정됨에 따라 2026년부터는 모든 지역자치단체가 통합지원을 위한 기본계획을 수립하고 추진해야 한다[6]. 이러한 노력은 급속한 고령화로 인한 사회적 비용 부담의 증가 및 건강 격차의 심화와 더불어 지역사회 계속 거주(Aging In Place)에 대한 요구가 증가하는 현재 상황을 고려할 때 매우 바람직한 방향으로 판단된다[7]. 이러한 통합돌봄 체계는 지속성과 효율성을 고려해야만 하므로 고난도의 복잡한 의료 서비스보다는 보편적이고 간단한 만성질환 관리나 방문진료 등의 일차 의료 서비스의 제공체계가 강조된다[5].

그러나 지역사회 중심의 포괄적인 통합돌봄 체계가 구축되더라도 의료와 복지의 사각지대가 존재할 가능성이 있으며, 저소득층, 노인, 장애인 등의 사회적 취약계층일수록 사각지대에 방치될 가능성이 크다[8]. 특히 갑작스러운 질병이나 손상의 발생으로 인한 건강 수준 악화는 질병과 빈곤의 악순환을 유발하여 상황을 악화시키므로, 이들의 건강권 보장을 위해서는 적극적이고 시의 적절한 개입을 통해 악순환의 고리를 끊는 것이

필요하다[9]. 따라서 현재 정부가 적극적으로 주도하고 있는 지속적이고 포괄적인 지역사회 중심의 통합돌봄 체계의 구축뿐 아니라 지역사회 내에 갑작스러운 건강 문제로 인해 위기에 빠진 고위험군을 발굴하여 적극적으로 개입할 수 있는 위기 개입 체계의 구축도 동반될 필요가 있다[1]. 이러한 체계에서는 오히려 일차 의료 서비스보다 고난도의 복잡한 의료 서비스가 요구될 가능성이 크므로 기존의 일차의료기관 중심의 접근보다 병원급 의료기관이 주도적으로 참여해야 할 필요성이 있다[1].

하지만 지금까지 의료기관을 기반으로 이루어진 보건의료·복지 통합 노력은 주로 입원 환자의 안전한 지역사회 복귀를 위한 퇴원계획 수립이나 치료비 지원 등 사회복지 측면에서 이루어져 왔으며[10], 지역사회에 거주하는 고위험군을 발굴하여 통합서비스를 제공하는 사업은 일부 제한된 사업에서만 이루어져 왔다[1]. 다양한 지역사회 내 유관기관으로부터 발굴된 고위험군을 대상자로 선정하여 보건의료와 복지의 통합적 서비스를 제공하는 최초의 의료기관 중심 사업은 301 네트워크 사업으로 2013년 서울특별시 북부병원에서 시작하여 현재 전국 8개 지방의료원에서 수행되고 있다[8]. 그 외에는 2014년부터 도입된 대구의료원의 달구벌건강주치의사업과 부산의료원의 3 for 1 사업이 수행되고 있다. 세 사업은 모두 2차급 의료기관을 중심으로 지역사회 내 취약계층을 의뢰받아 대상자에 대한 포괄적 평가를 통한 맞춤형 보건의료·복지서비스를 원스톱으로 제공한다는 공통점이 존재한다[1]. 이러한 의료기관 중심의 접근은 지역사회 내 사각지대에 놓인 의료적 문제가 시급한 취약계층을 선제적으로 발굴하여 통합서비스를 제공함으로써 질병과 빈곤의 악순환을 끊는다는 점에서 매우 의의가 있다[8].

앞으로 지역사회 통합돌봄 체계의 구축과 더불어 이러한 의료기관 기반의 통합서비스 제공 사업을 확대하기 위해서는 기존 사업에 대한 체계적 평가를 통한 사업의 효과에 대한 객관적 근거를 확보할 필요가 있다. 하지만 301 네트워크 사업이나

달구별건강주치의사업에 대한 질적연구 몇 편만이 제한적으로 보고되고 있으나[1, 8, 11], 그 외 다른 사업에 관해서나 세 사업을 체계적으로 비교하는 실증적인 연구는 수행되지 못하였다.

본 연구는 국내 의료기관 중심 보건의료·복지 통합서비스 제공 사업인 달구별건강주치의사업, 301 네트워크 사업, 3 for 1 사업의 구조와 성과를 프로그램 논리 모형을 적용하여 비교하고 각 사업의 주요 특성을 탐색하고자 한다. 이를 통해 향후 의료기관을 중심으로 보건의료·복지 통합 네트워크 사업을 시작하는 타 의료기관에 확대 적용될 수 있도록 사업의 안정성이나 효율성 등을 최대화할 수 있는 모형을 발굴하여, 의료기관 중심 건강 연속성 지원 정책을 효율적인 방향으로 이끌어가기 위한 시사점을 도출하고자 한다.

연구 방법

본 연구는 지금까지 국내에서 수행되었던 의료기관 중심 보건의료·복지 통합서비스 제공 사업의 구조와 성과를 파악하기 위한 사례 비교 연구이며, 연구 대상 선정은 문헌 고찰을 통해 현재까지 수행된 사업을 탐색하였고, 그 결과 301 네트워크 사업, 3 for 1 사업, 달구별건강주치의사업을 확인하였다. 세 사업 중 달구별건강주치의사업과 3 for 1 사업은 각각 대구의료원과 부산의료원인 단일 의료기관에서 수행되고 있으나, 301 네트워크 사업은 2021년 기준 8개 지방의료원에서 수행되고 있어 세평적 사례 선택(Reputational Case Selection) 방법을 이용하여 1개 지방의료원을 선정하였다. 세평적 사례 선택은 특정 분야에 대한 경험과 전문지식을 가지고 있는 전문가의 소개를 받아서 연구주체에 맞는 참여자를 선정하는 방법으로[12], 301 네트워크 사업 평가와 지원을 담당하는 국립중앙의료원 담당자에게 사업의 목적을 충분히 설명한 후 사업을 대표할 수 있는 의료기관으로 삼척의료원을 추천받아 연구대상으로 선정하였다.

연구는 다음의 절차를 통해 수행되었다. 첫째, 자료 수집의 단계로서 각 기관의 사업 수행 체계와

실적은 선행 학술논문, 사업보고서, 사업운영 지침, 공식 보도자료 및 언론 기사와 같은 공식적 문헌, 사업 내부 자료인 비공식적 문헌, 실무자 대상 서면 설문조사 자료를 수집하였다[1, 8, 11, 13-15]. 현황과 실적에 대한 자료는 코로나19 팬데믹의 영향에서 벗어난 2021년 1월부터 12월까지의 시기로 제한하였다. 둘째, 자료 분석 단계로서, 수집된 정보들은 프로그램 논리모형에 따른 구조화한 후 세 사업을 서술적으로 비교 분석하였다. 프로그램 논리모형은 특정 사업의 전체 과정을 이루는 구성요소를 분석하여 사업의 추진 과정을 모형화하여 성과를 확인할 수 있어서[16], 보건의료·복지 통합서비스 제공 사업에 대해서도 사업 구조와 실행 과정을 분석하고 유의미한 결과를 도출할 수 있으므로 분석 틀로서 적합하다고 판단되었다. 본 연구에서는 연구목적에 따라 프로그램 논리모형을 재구성하여 4가지 요소(상황, 투입, 활동, 산출)에 따라 정리하였으며[17], 구체적인 내용은 Table 1과 같다. 연구를 위해 수집한 자료는 연구목적으로만 활용하였으며, 모든 과정은 임상시험심사위원회(Institutional Review Board, IRB)의 승인(IRB FILE No : 2022-11-002) 받아 진행하였다.

결 과

프로그램 논리모형에 근거하여 의료기관 중심 보건의료 복지 통합서비스 제공 사업인 강원도 삼척의료원 301 네트워크 사업, 부산의료원 3 for 1 사업, 대구의료원 달구별건강주치의사업을 2021년 기준으로 평가한 내용은 Table 2와 같다.

1. 상황: 목적, 배경, 문제 인식

삼척의료원의 301 네트워크 사업은 사회복지와 의료 서비스의 연계·협력체계 구축을 통한 맞춤형 지원을 통한 자원의 효율성 향상을 목적으로 두고 있다. 301 네트워크 사업은 서울특별시의 지원으로 2013년 서울특별시 북부병원에서 시작하여 서울시립병원 9개소에서 운영되다가 2015년부터 보건복지부 공공보건의료프로그램사업으로 선정

되어 전국 지방의료원으로 확대되었다. 삼척의 의료원도 이러한 확대 정책에 따라 2017년부터 참여하였으며, 2021년 기준 전국 경기도의료원 수원 병원, 경상남도 마산의료원, 충청남도 공주의료원, 강원도 5개 지방의료원(원주/강릉/속초/삼척/영월의료원)이 참여하고 있다. 반면 초기에 사업을 추진하였던 서울시립병원들은 기존 사업을 퇴원환자 케어 연계 사업 중심인 서울케어-건강돌봄 네트워크 사업으로 전환하여 운영하고 있다. 301 네트워크 사업은 다른 두 사업과 달리 보건복지부 주도 사업이므로 사업 체계나 프로토콜이 표준화 되어 있고, 중앙정부의 지원과 평가가 동반된다.

부산의료원 3 for 1 사업은 부산광역시의 지원으로 2014년 시작되었으며, 사회적·경제적으로 소외된 시민들에게 보건·의료·복지를 통합하여 지원하는 맞춤형 원스톱 서비스이다. 의료사각 지대에 있는 취약계층의 의료접근성을 높이고, 개인 건강 수준 및 지역사회 건강지표를 개선하여 의료복지 사각지대를 해소하며, 이용자와 지역 사회자원을 연계하여 자립을 유도하는 서비스를 제공하고 있다.

달구벌건강주치의사업은 대구광역시의 지원으로 2014년 시작되었으며, 전체 인구의 25%를 차지하는 기초생활보장 수급자, 65세 이상 노인 등을 대상으로 복지지원이 이루어지고 있지만, 긴급한 의료적 개입이 필요한 이들을 발굴하고 지원하기

위한 One-Stop 시스템의 필요성이 대두됨에 따라 도입되었다. 긴급한 의료적 개입이 필요한 대상자를 발굴하여 시의적절한 보건·의료·복지 통합 서비스 제공으로 의료사각지대 해소 및 원활한 사회복지유도를 유도하고 의료혜택에서 소외된 대상자의 적극적인 발굴로 건강안전망을 강화하기 위한 서비스를 제공하고 있다.

2. 투입: 조직, 인력, 예산

1) 조직

삼척의료원 301 네트워크 사업은 전담 조직인 의료원 내 공공의료본부 보건의료복지통합지원팀에 의해 운영된다. 전반적 사업 수행은 보건의료복지 통합 지원 사업과 관련된 중앙정부의 지침에 따르지만 예산 관리, 자원 할당, 그리고 의사결정 과정에 대한 세부적인 지침은 의료원이 자율적으로 결정한다. 의사결정기구로 취약계층의료지원위원회를 두고 정기와 비정기(임시)회의를 진행하고 있지만, 위원회 구성상 긴급 심의 시 외부위원의 심의를 받기에 어려움이 존재한다.

3 for 1 사업은 부산의료원 공공의료본부 산하의 독립된 통합지원센터가 전담해서 운영된다. 통합지원센터는 자체 사업지침에 따라 운영되며, 의사결정기구로 다양한 영역의 위원 10명으로 구성된 사업위원회를 구성하여 예산, 교육·훈련, 권역별 확산에 관한 사항을 논의하고 있다.

Table 1. Development of a Program Logic Model for an Integrated Medical Health·Welfare Business Centered on Medical Institutions

Situation		
- Purpose - Background - Problem Perception		
Input	Activity	Output
- Organization - Manpower (Scale, Job, Employment) - Budget (Size, Allocation, Funding Sources)	- Identification and Determination of Service Recipients - Service Provision and Coordination - Follow-up - Evaluation	- Beneficiaries - Expenditure(Medical Center, Affiliated Hospitals) - Home-based Primary Care - Outpatient Care - Inpatient Care - Community Resources - Affiliated Hospitals

Table 2. Comparison of Integrated Health·Medical·Welfare Business Cases in Korea (As of 2021)

Situation	Category			301 Network Project		3 for 1 Project		Daugubeol Health Doctor Project	
	Operating Entity	Operating Period	Organization (Business Structure and Operations)	Ganwon State Sancheok Medical Center	Busan Medical Center	Daegu Medical Center	June 2017 to present	September 2015 to present	December 2014 to present
Input	Total Budget			297,000,000	790,000,000	206,000,000			
	Budget (KRW)	Central Government Grants		44,000,000	-	-			
		Local Government Grants		44,000,000	342,220,000	160,000,000			
		Self-donations of Medical Center		105,000,000	-	-			
	Man-power (Person)	Local Government Grants		-	407,780,000	40,000,000			
		External Grants		104,000,000	40,000,000	6,000,000			
	Member	Total Members ²⁾ (Dedicated)		4(2)	11(7)	4(3)			
		Healthcare		2(1)	4(3)	3(2)			
		Welfare		1(1)	5(3)	1(1)			
		Administrative		1(-)	2(1)	-(-)			
Beneficiaries (Cases)	Beneficiaries (Cases)		205	384	199				
	- Expenditure per Beneficiary (KRW/Case)		482,927	1,192,708	175,879				
	- Providing Services per Beneficiary (Service/Case)		4.3	12.2	6.7				
	- Associations Services per Beneficiary (Service/Case)		2.7	1.1	0.5				
Performance	Expenditure (KRW)	Medical Center	99,000,000	361,000,000	29,000,000				
	Affiliated Hospitals		-	97,000,000	6,000,000				
	Providing Services	Home-based Primary Care		40	56	150			
		Outpatient Care (Actual Headcount)		666(155)	4,013(311)	615(524)			
	Community Resources	Inpatient Care (Actual Headcount)		183(49)	597(73)	570(23)			
Affiliated Hospitals	Community Resources		518	334	77				
Efficiency	Affiliated Hospitals		42	82	16				
	Beneficiaries per Total Members (Cases/Person)		51.3	34.9	49.8				
	Beneficiaries per Operating Budgets (Cases/KRW 1 Million)		1.06	1.12	1.24				

1) Affiliated Organization: city hall, district offices, resident centers, community health centers and affiliated hospitals etc

2) Healthcare: physicians and specialists; Welfare: community social worker and medical social worker

달구별건강주치의사업은 대구의료원 내 공공 의료본부 공공의료팀에 배치된 전담팀에 의해 운영된다. 대상자 발굴부터 서비스 제공 및 지원 까지 자체 사업지침에 따라 진행되며, 의사결정 기구로 사업 방침을 반기별 의결하는 달구별건강주치의 운영지원단과 대상자 선정 및 지원범위 등을 매월 심의하는 실무추진위원회로 나누어서 운영하고 있다. 운영지원단과 실무추진위원회는 공공·민간기관·의료원 내부인력으로 구성되어 있다. 달구별건강주치의사업은 다른 사업과 달리 최중증 진료까지 진료가 가능한 포괄적 진료협력체계를 갖추고 있다. 다른 사업들은 2차급 공공 의료기관들로 구성된 협력체계를 구축하는 반면 달구별건강주치의사업은 지역 내 공공과 민간 3차 의료기관이 모두 참여하는 진료협력체계를 구축하고 있으며, 해당 기관 담당자들이 실무추진위원회에 참가하고 있다.

2) 인력

301 네트워크 사업 전담팀은 겸임 2명(의사 2명), 전담 4명(정규직 간호사 2명, 의료사회복지사 1명, 행정직 1명)의 정규직 6명으로 구성되어 있으며, 실무를 총괄하는 중간관리직은 없다. 3 for 1 사업 통합지원센터는 관리자급 3명(센터장, 과장, 팀장)과 실무직 8인(사회복지사, 간호사, 행정원)의 11명으로 구성되어 있으며, 단일팀 체제이다. 관리자급 3명은 겸직이며, 실무직은 간호사 1인을 제외한 전원이 비정규 전임 인력이다. 달구별건강주치의 사업 전담팀은 겸임 1명(의사 1명)과 전담 3명(간호사 2명, 의료사회복지사 1명)의 정규직 4명으로 구성되어 있으며, 실무를 총괄하는 중간관리자는 없다.

3) 예산

2021년 기준 세 사업에 투입된 예산은 다음과 같다. 삼척의료원의 301 네트워크 사업 총예산은 2억 9,700만 원으로 운영비 1억 9,300만 원과 사업비 1억 400만 원이 투입되었다. 운영비는 국비와 도비 각 4,400만 원, 삼척의료원 자체 예산 1억 500만 원으로 확보하였으며, 사업비는 외부

지원(중앙모금회, 강원랜드 복지재단, 지역모금회, 건강보험심사평가원 의료비 지원 사업)을 통해 확보하였다.

부산의료원의 2021년 3 for 1 사업 총예산은 7억 9,000만 원으로 운영비 3억 4,222만 원과 사업비 4억 4,778만 원이 투입되었다. 총예산은 외부 지원(긴급복지 및 공동모금회 의료비 지원)을 통해 확보한 사업비 4,000만 원을 제외한 전액을 부산시로부터 지원받고 있다. 추가로 사업지침 상 1인 최대 300만 원인 진료비 지원 한계를 초과하여 지원이 필요한 경우 외부 연계를 통해 추가 지원금액을 확보하고 있지만, 빈도가 희박하다.

대구의료원의 달구별건강주치의사업 총예산은 2억 6백만 원으로 운영비 1억 6백만 원과 사업비 4,600만 원이 투입되었다. 총예산은 외부 지원(사회복지공동모금회 기금)을 통해 확보한 사업비 6백만원을 제외한 전액을 대구시로부터 지원받고 있다. 추가로 대구시가 직접 집행하는 별도의 홍보·운영비와 3차 의료기관 연계진료비 지원 목적의 별도 기금이 있다. 이 기금은 사회복지공동모금회 지정 기탁으로 조성되었으며, 3차 의료기관 진료 비용의 50%를 기금에서 지원하고, 나머지 50%는 협약된 3차 의료기관들이 부담하고 있다.

3. 활동: 대상자 발굴 및 선정, 서비스 제공, 사후관리, 평가

1) 대상자 발굴 및 선정

301 네트워크 사업은 행정복지센터, 보건소, 사회복지시설 등에서 대상자를 발굴하여 공문 및 공공보건의료연계망을 통해 의뢰한다. 의뢰된 대상자에 대해 전담팀에서 접수 후 상담과 사례 회의를 거쳐 지원 여부와 범위, 지원계획을 결정한다. 이때 선정 기준 및 지원 범위는 취약계층의료지원회의를 통해 삼척의료원에서 자율적으로 결정한 기준에 따른다.

3 for 1 사업은 구·군청, 행정복지센터, 보건소, 치매안심센터, 마을건강센터, 사회복지시설 등에서 대상자를 발굴하여 3 for 1 홈페이지 웹 시스템을 통해 온라인 의뢰한다. 의뢰된 대상자에 대해

담당자를 지정하여 원내 상담과 가정방문(필요한 경우)을 통해 사회·경제적 실태 및 의료적 상태를 확인하고 사정한 후, 매주 개최하는 사례 회의에서 자체 심의기준에 따라 지원 여부와 지원 방안을 결정한다. 심의기준 초과 및 위기 개입이 필요한 경우 긴급 사례 회의를 진행하며, 동일 상병으로 종결일로부터 1년 내 재의뢰된 자는 제외한다.

달구별건강주치의사업은 구·군청, 행정복지센터, 보건소, 사회복지시설 등에서 대상자를 발굴하여 전용 웹시스템이나 전화를 활용하여 의뢰한다. 의뢰된 대상자에 대해 의료진이 전화 통화로 의료적 상태를 확인하고 방문 진료 필요 여부를 결정한다. 방문 진료가 필요하다고 판단되면, 의사, 간호사, 사회복지사로 이루어진 팀이 방문하여 진료와 더불어 대상자의 건강 상태 및 사회경제적 상태에 대한 종합적 평가를 실행한다. 지원 대상의 지원 범위는 월 1회 실무추진위원회에서 결정된다. 위원회는 재적 위원 과반수 출석으로 개최되고 출석위원 과반수 찬성으로 의결되며, 긴급한 경우 서면 심의를 통해 결정한다. 이때 타 사업의 지원이 가능한 대상자는 해당 기관으로 우선 연계하여 외부자원을 충분히 활용한 후에 필요하면 달구별건강주치의사업에서 지원한다. 제도의 악용 방지를 위해 최근 한 달 이내 입·퇴원 기록이 있는 의뢰자는 지원 대상에서 제외하고 있다.

2) 서비스 제공

301 네트워크 사업은 대상자 사정 결과에 따라 방문, 외래 및 입원 등 의료진료를 직접 제공하거나 타 병원에 연계한다. 대상자가 내원이 가능한 경우 외래진료를 제공하며, 외래진료 과정에 사회복지사 또는 간호사가 동행한다. 대상자가 거동이 불편해서 내원이 어려운 경우 의사, 간호사, 사회복지사가 팀을 이루어 방문 진료를 시행하며, 방문 진료 후 필요에 따라 외래 및 입원진료를 연계한다. 입원진료를 지원하는 경우 퇴원계획 수립을 통해 타 병원 진료나 지역사회복지서비스를 연계하며, 필요하면 자체 규정에

따라 의료비, 간병비, 기타 물품비 등을 지원한다. 복지서비스는 대상자 개별상담을 통해 계획을 수립하여 지역사회 유관기관에 연계한다.

3 for 1 사업 또한 대상자의 건강 수준에 따른 치료·지원 계획을 수립하기 위해 부산의료원의 외래 또는 입원진료를 시행하며 사회·경제적 평가를 통해 지역사회자원을 연계한다. 만성질환(당뇨, 심뇌혈관질환) 등에 대한 보건교육을 연계하여 제공하며, 퇴원계획 수립을 통해 가정요양, 시설입소, 타 병원 진료를 연계하고, 의뢰기관에 서비스 제공 결과보고서를 발송하여 지속적 관리가 가능하도록 지원한다. 이때 서비스 대상자 입원·외래진료비는 1인당 본인부담금 300만 원 한도 내에서 지원 가능하며 치료계획에 따른 지원 후 서비스를 종결한다.

달구별건강주치의사업은 매주 의사, 간호사, 사회복지사가 한 팀으로 접수 의뢰된 내용 확인 후 방문진료를 실시한다. 방문 진료 후 필요에 따라 외래 혹은 입원진료를 연계한다. 대상자의 의료적 상태에 따라 중증일 경우 3차 병원 혹은 요양병원 등으로 연계를 실시한다. 더불어, 사회복지사·간호사가 대상자 개별상담을 통한 퇴원 계획을 수립하는데 이 단계에서 퇴원 후 연계할 기관 및 필요한 복지서비스 담당기관 연계 서비스 제공으로 사회 복귀 및 자활을 지원한다. 서비스 대상자 1인당 연간 지원 한도는 300만원 각종 검사 및 외래·입원 진료 시 발생하는 본인부담금 중 70%는 달구별 사업비에서 지원되고, 30%는 대구의료원에서 자체 감면된다. 상급종합병원 진료 연계 대상자는 총 700만원까지 지원되며, 사업 기금에서 50%, 연계 의료기관에서 50%를 부담한다.

3) 사후관리

삼척의료원 301 네트워크 사업과 부산의료원의 3 for 1 사업은 대상자 퇴원 후 3개월 시점까지 사후관리하며, 월 1회 전화 모니터링을 원칙으로 하며 필요하면 가정방문을 실시한다. 3 fo 1 사업에서 서비스 종결은 개입목표 달성, 개입거부, 연락 두절, 타 병원 이용, 거주지 이전, 사망, 사회

복귀가 이루어졌다고 판단하였을 때 이루어진다. 달구벌건강주치의사업은 대상자 퇴원 후 6개월 시점까지 사후관리하며, 전화 및 가정방문을 실시한다. 서비스 종결은 사회복귀가 이루어졌다고 판단 시 이루어진다. 만약 종결된 대상자가 재의뢰 시는 실무추진위원회 심의를 통하여 지원 여부를 결정하고 자의 퇴원이나 진료 거부 등 사업 수행에 비협조적이면 서비스를 종결하고 추가 지원하지 않는 것을 원칙으로 한다.

4) 평가

삼척의료원 301 네트워크 사업은 국내 보건 의료복지 통합서비스를 제공하는 유사 사업의 평가지표인 「국립중앙의료원 301 사업 평가지표」를 활용하여 기관에서 자체 개발한 업무매뉴얼 평가지표를 기준으로 기관별 업무수행 결과를 구조(인프라), 과정(실적, 홍보), 결과(효과)영역을 중심으로 양적 성과만을 평가하고 있었다.

3 for 1 사업은 효율적인 운영을 위해 사업계획서에 성과지표를 제시하여 실적을 관리하고 있다. 성과지표에 기재된 4개의 추진사업 영역은 양질의 보건·의료·복지 통합서비스 제공, 부산 전역을 포괄하는 사업 네트워크 강화, 3 for 1 사업위원회 운영 활성화, 특성화 프로그램 운영이다. 각 추진사업에서 서비스 제공 횟수와 직원의 역량 강화 및 서비스 연계 활성화를 위한 워크숍과 간담회 개최 횟수 등의 계량화된 산출지표를 전년도 성과 대비 당해 연도 목표 수준으로 제시하고 있어 사업의 정량적 평가를 위한 지표는 확보되어 있다.

달구벌건강주치의사업은 주요 실적인 등록 인원, 상담, 방문진료, 진료 지원, 연계 건수를 매달 모니터링하고 있으며, 자체 지표가 아닌 유사 사업 지표인 「국립중앙의료원 301 사업 평가지표」를 활용하여 양적 성과(인프라, 실적, 홍보, 효과)만을 자체평가하고 있었다.

4. 산출

삼척의료원 301 네트워크 사업의 수혜자는 총 205명으로 투입인력 1인당 51.3명, 운영비 100만

원당 69.0명이었다. 직접 서비스는 총 889건으로 투입인력당 1인당 4.3건이 제공되었으며, 세부적으로 방문진료 40건, 외래진료 666건(실인원 155명), 입원진료 183건(실인원 49명)이었다. 연계 건수는 총 560건으로 1인당 2.7건이었고, 세부적으로 복지서비스 연계 518건, 협력병원 연계 42건이었다. 진료비는 총 9,900만 원으로 1인당 482,900원이 지원되었다.

3 for 1 사업의 수혜자는 총 384명으로 투입인력당 34.9명, 운영비 100만원당 48.6명이었다. 이었다. 직접 서비스는 4,666건으로 1인당 12.2건이 제공되었으며, 세부적으로 방문진료 56건, 외래진료 4,013건(실인원 311명), 입원진료 597건(실인원 73명)이었다. 연계 건수는 416건으로 1인당 1.1건이었고, 세부적으로 복지서비스 연계 334건, 2차 의료기관인 협력병원 연계 82건이었다. 진료비는 총 45,800만 원으로 1인당 1,192,700원이 지원되었다.

달구벌건강주치의사업의 수혜자는 총 199명으로 투입인력당 49.8명, 운영비 100만원당 96.0명이었다. 이었다. 직접 서비스는 1,335건으로 1인당 6.7건이 제공되었으며, 구체적으로 방문진료 150건, 외래진료 615건(실인원 524건), 입원진료 570건(실인원 23건)이었다. 연계 건수는 93건으로 1인당 0.5건이었고 세부적으로 복지서비스 연계 77명, 상급종합병원 등 대형 협력병원 연계 16명이었다. 진료비는 총 3,500만 원으로 1인당 1,759,000원이 지원되었다.

결론 및 고찰

본 연구에서 의료기관 중심 보건의료·복지 통합서비스 제공 사업의 발전적 방향을 제시하기 위하여 삼척의료원 301 네트워크 사업, 부산의료원 3 for 1 사업, 대구의료원 달구벌건강주치의사업, 에 대해 프로그램 논리모형을 적용하여 비교 분석하였다.

먼저, 사업의 도입과 경과에 대한 상황적 측면에서 세 사업 모두 보건의료·복지 서비스의 분절과 의료사각지대 문제를 해결하기 위해 고안

되었으며 사업의 목적과 방향성이 명확하였다. 이들 사업 모두 지역사회 내 사각지대에 놓인 취약계층이 건강 위기 상황에서 시의적절한 의료 및 복지서비스를 받지 못하고 있으므로, 이를 해결하기 위해 적극적인 대상자 발굴 및 통합적이고 포괄적인 지원 체계가 필요하다는 동일한 문제 인식에서 출발하였다. 하지만 각 사업의 추진 경과에는 다소 차이가 있었다. 세 사업 모두 해당 광역자치단체의 문제 인식과 정책적 필요성에 따라 광역자치단체 주도로 시작하였으나 301 네트워크 사업은 보건복지부의 공공보건의료프로그램사업 전환에 따라 중앙정부의 재정적, 기술적 지원이 가능해졌으며, 국립중앙의료원의 평가를 받고 있다. 하지만 나머지 두 사업은 여전히 광역자치단체 주도로 수행되고 있다.

다음은 사업에 투입된 조직, 인력, 예산을 비교한 결과, 세 사업 모두 독립된 전담 조직을 운영하고 있었으나 투입된 인력 수나 직종, 고용 유형은 차이가 있었다. 다양한 건강 문제와 사회경제적 문제를 가지고 있어 복잡한 요구가 있는 대상자 특성을 고려할 때 운영팀의 전문성과 효율성은 매우 중요한 요소이다[18]. 이러한 측면에서는 취약계층에 대한 보건의료·복지 통합서비스를 제공하는 조직은 의료기관 내 사례관리 전담 기구로서 각 부문의 활동을 연계할 수 있도록 위탁이 아닌 전담부서로 설치되어야 하며, 적정 규모의 전담 인력과 안정적 고용 체계가 필요하다[19]. 계약직 채용으로 장기근속이 어려운 근무 환경은 대상자 관리의 연속성과 경험과 경력 누적을 통한 업무역량 강화를 저해하는 요인이 되고 있다. 이는 보건의료와 복지자원에 대한 연계 업무를 수행하는 과정에서 각각의 전문성을 제한적으로 발휘할 수밖에 없게 하는 요인이 될 수 있으며, 사업의 효과를 떨어뜨리는 구조적 요인이 된다[18]. 또한 사업 전담 인력의 정규직 고용은 사업에 대한 인식 및 사업 이해도 측면에서의 직종 간의 의견 차이를 최소화하는 요인이 될 수 있으며, 동시에 실무자의 업무역량을 축적하게 해 서비스의 질을 향상하고 협력 기관 담당자와의 신뢰감 형성을 가능하게 한 여건을

구성할 수 있다[20]. 세 사업의 전담 인력은 인력 수나 담당업무의 적절성 측면에서는 차이가 있었다. 각 사업 담당자들의 설문조사 결과에 따르면 “현재 전담팀의 전문성이 발휘되기 어려운 구조적인 원인으로 인력 부족으로 인한 업무부담 증가와 불명확한 업무 분담 체계”를 지적하였다. 사업이 확대되는 동안 인력이 충원되지 않아 현재 증가한 의뢰 수요에 대한 의료 서비스 수행만으로도 업무가 과중하게 지워지고 있었으며, 중간 관리자나 행정 전담 인력이 없는 경우 직역 간 업무가 불분명하거나 적합성이 떨어지는 문제들이 존재하였다. 실제 달구벌건강주치의사업의 경우 보조금 관리, 청구 등의 행정업무 대부분을 사회복지사가 담당하며, 대신 간호사가 사회복지사의 업무를 대신하는 등 전문성과 효율성이 떨어지는 문제가 있었다[1]. 이러한 상황을 종합적으로 고려할 때 전문적이고 효율적인 통합서비스 제공을 위해서는 적절한 규모의 정규직으로 구성된 전담 조직을 운영할 필요가 있으며, 중간 관리자의 명확한 업무 조정 및 관리 역할과 행정업무의 분리를 통해 전문성을 발휘할 수 있는 환경을 확보하는 것이 중요하다고 판단된다[20].

세 기관 모두 의사결정을 위한 독립적인 의사결정기구를 운영하고 있었다. 각 사업 지역마다 다양한 상황과 이용가능한 자원을 고려하여 사업의 방향성을 결정하고 재원의 합리적 배분을 결정하여 적절한 사업목적을 달성하기 위해서는 공식화된 의사결정기구의 존재와 의결과정에서의 민주적 절차성을 확보하는 것이 중요하다[21]. 삼척의료원 301 네트워크 사업은 보건복지부의 사업으로 운영되므로 사업모형 및 체계에 대한 의사결정의 자율성은 낮은 편이지만 세부적인 대상자 선정 및 지원 기준은 취약계층의료지원 위원회를 통해서 자체적으로 결정하고 있었다. 반면 3 for 1 사업과 달구벌건강주치의사업은 광역자치단체 주도 사업이므로 사업모형 및 체계에 관한 의사결정 권한이 상대적으로 컸으며, 각각 운영위원회와 운영지원단을 통해서 사업의 방향성을 자율적으로 결정하고 있다. 다만 달구벌건강주치의사업은 다른 사업과 달리 운영지원

단과 별도로 대상자 선정 및 지원범위 등을 심의하는 실무추진위원회를 운영하고 있다. 이러한 의사결정기구의 분리 운영을 통해 대상자 선정 및 지원에 대한 실무적 의사결정과정을 보다 탄력적으로 수행할 수 있으며, 지역의 공공·민간 상급종합병원의 담당자가 위원으로 참여함으로써 3차 병원 전원이 필요한 경우 적극적인 지원이 가능한 장점이 존재한다[1].

세 사업의 예산은 그 규모와 재원의 출처의 차이가 있었으며, 이는 각 사업의 추진 방법이나 지역사회 유관기관과의 협력 방식과 밀접한 관련성이 있었다. 301 네트워크 사업은 지역과 시기에 따라 예산 출처가 변화하였다. 도입 초기 서울의 시립의료원들은 시비와 별도 기금, 개별 병원의 후원금으로 예산을 확보하였으며, 별도 기금으로는 한국의료지원재단의 후원금(‘301펀드’)과 서울시 9개 병원의 공동모금회 사업으로 조성한 기금(‘365펀드’)을 운용하였다. 전국 확대 이후 참여한 지방의료원들은 국비와 시(도)비, 그리고 의료원 자체 예산, 외부 지원으로 예산을 확보하였다[23]. 이러한 공공서비스에 대한 국비 지원은 건강권에 대한 국가 책임성 강화 측면에서 의의가 있으며, 사업 예산 확보의 안정성과 사업의 연속성 측면에서 매우 중요하다. 반면 3 for 1 사업과 달구벌건강주치의사업은 대부분 운영비를 광역자치단체의 지원을 통해 해결하고 있으며, 달구벌건강주치의사업의 경우 3차 의료기관 연계를 위한 별도의 기금을 운용하고 있다. 따라서 광역자치단체의 재정적 부담으로 사업 예산의 확대에 어려움이 있어 사업의 양적 확대를 위해서는 다양한 예산 확보 기전을 마련할 필요가 있다. 그 일환으로 국고 지원이나 의료기관 자체 예산 마련 계획 수립이 필요하며 301 네트워크 사업처럼 성과관리와 연동된 예산을 도입하여 지방정부의 책임성을 높일 수 있는 방안을 모색할 수 있다. 또한, 외부 지역사회 자원과 협력체계 구축과 사업홍보를 통한 시민후원계좌, 기업 후원 등의 전문 펀드를 확보, 사회복지공동모금회 등의 모금 전문기관을 적극 활용하여 사업 펀드의 조성을 추진할 수 있다[21]. 다만, 일회성이 아닌

정기적으로 추진될 수 있는 기전 모색이 필요하며 더 많은 수혜자와 의료적 요구도가 높은 환자만을 중심으로 케어 및 관리하는 것이 아니라 1차 예방 및 질환 발생 후 관리 등에 대한 지속적이고 포괄적인 서비스 전달체계 구축이 수반되어야 한다.

세 사업의 활동적 측면을 비교한 결과, 대상자의 발굴 및 선정, 서비스 제공, 사후관리 등의 과정에서는 세 사업 모두 유사한 과정을 가지고 있었다. 대상자의 발굴과정에서 세 사업 모두 구·군청, 행정복지센터, 보건소, 치매안심센터, 마을건강센터, 사회복지시설 등 다양한 기관들을 통해 대상자를 발굴하여 의뢰받고 있었으며, 공문, 전용웹시스템, 전화 등 다양한 방법으로 의뢰받고 있었다. 사각지대 대상자의 시의적절한 발굴을 위해서 다양한 지역사회 기관이 참여하는 의뢰체계를 구축하는 것과 의뢰과정에서 상시작동할 수 있으며 접근성과 반응성이 보장된 다양한 의뢰경로를 확보하는 것이 필요하다[22]. 의뢰된 대상자에 대해서도 세 사업 모두 의료적 및 사회경제적 평가를 통해 대상자의 문제를 사정하고 그 결과에 따라 방문, 외래 또는 입원진료를 제공하고 있고, 동시에 필요한 복지적 문제 해결을 위한 유관기관 연계를 수행하고 있다. 이 과정에서 각 의료기관에서 해결이 어려운 의료적 문제가 발생하는 경우 지역 내 타 의료기관에 진료를 의뢰하여 문제를 해결하고 있다. 하지만 달구벌건강주치의사업을 제외한 두 사업에서는 의료적 문제 해결을 위한 연계의 범위가 공공의료기관과 2차급 의료기관에 국한되었다[22, 23]. 반면, 달구벌건강주치의사업은 공공의료기관을 중심으로 지역 내 민간 3차 의료기관까지 연계 범위를 확장하였다는 점에서 차이가 있다. 일반 주민들보다 중증이면서도 복잡한 의료적 필요를 가진 취약계층의 특성[24]을 고려하면 경증부터 최중증까지 포괄적 치료가 제공 가능한 모형을 구축하고 있는 점은 달구벌건강주치의사업의 강점이라고 판단된다. 이와 더불어 민간자원의 참여는 지역 내 한정된 공공의료자원의 한계성을 극복하고 이용자의 복잡한 의학적 필요를 충족하기 위해 반드시 필요한 전략이라고 판단된다.

결국 향후 확대·발전해야 할 보건의료·복지 통합모형의 설계에 있어 지역사회 내 공공자원과 민간자원 모두를 포괄하며, 1차부터 3차 의료까지 모두 해결할 수 있는 포괄적인 제공체계를 구축할 필요가 있다[2, 24, 25].

세 사업의 산출량은 사업 추진 형태와 서비스의 내용이 상이하여 직접적인 비교는 어렵지만, 각 사업의 2021년 수혜자 수는 200~400명 수준이며, 1인당 제공된 직접 서비스는 4.3~12.2건이, 연계 서비스는 1인당 0.5~2.7건, 지원된 진료비는 1인당 482,900~1,759,000원이 지원되었다. 이러한 사업 결과를 투입인력과 예산 대비 산출량으로 비교하는 것은 세 사업의 효율성을 간접적으로 비교할 수 있으므로 의미가 있다. 3 for 1 사업은 수혜자 수와 직접 서비스 제공 건수가 가장 많았으나 투입인력 대비 수혜자 수는 가장 적었다. 수혜자 1인당 직접 서비스의 제공 건수나 진료비 지원 규모는 다른 사업보다 많았으나, 제공된 직접 서비스 4,666건 중 외래진료가 4,013건(86%)을 차지하고 있어 다른 사업보다 수혜자에게 더 많은 서비스를 제공하고 있으나 방문이나 입원보다 외래진료 중심으로 제공된 것으로 판단된다. 반면 301 네트워크 사업은 투입인력 1인당 수혜자 수는 가장 많았지만, 운영비 대비 수혜자 수는 오히려 가장 적었다. 특히 직접 서비스의 총 건수나 1인당 제공 건수 모두 다른 사업보다 적었으며, 제공된 직접 서비스 890건 중 외래진료가 666건(74.9%)을 차지하고 있어 외래진료 비율이 높았다. 하지만 연계 서비스는 560건으로 가장 많이 제공되었고, 이 중 지역사회자원연계가 518건(93%)을 차지하고 있어 다른 사업보다 복지서비스와의 연계가 잘 이루어지고 있는 것으로 판단된다. 반면 달구벌건강주치의 사업은 수혜자 규모는 가장 적었으나, 운영비 대비 수혜자 수가 가장 많았으며, 투입인력 대비 수혜자 수도 301 네트워크 사업보다 약간 낮아 상대적으로 운영의 효율성이 높은 것으로 판단된다. 수혜자 1인당 직접 서비스 건수나, 진료비 지원 규모도 다른 사업보다 크지 않았으나 전체 직접 서비스 1,335건 중 입원이 570건(42.7%),

방문이 150건(11.2%)을 차지하여 입원과 방문진료의 비중이 높았다. 하지만 총 연계 건수가 83건이며, 지역사회자원 연계가 77건에 불과하여 다른 사업보다 복지서비스와의 연계가 부족한 것으로 판단된다. 하지만 1인당 제공된 서비스의 적절성을 양적인 척도로만 평가하는 것은 한계가 있으며 해당 사업으로 인한 건강 수준이나 삶의 질, 대상자 만족도와 같은 결과에 대한 양적 질적 평가를 동반해야 할 필요가 있다[26]. 현재 세 사업 모두 산출지표 위주의 양적 평가만을 수행하고 있어 사업의 효과를 보다 객관적으로 증명하고, 사업 확대에 대한 근거를 생성하기 위해 사업 효과를 더 다양한 측면에서 측정할 수 있는 객관적이고 타당한 평가도구 개발이 필요할 것이다[26].

본 연구는 의료기관 중심 보건의료·복지 통합 서비스 제공 사업의 구조와 성과를 파악하기 위한 사례 비교 연구로 다음과 같은 제한점이 있다. 첫째, 301 네트워크 사업의 경우 전체 8개 기관 중 일개 기관의 자료만을 조사하였고, 전체 사업 기간이 아닌 특정 연도의 결과만을 비교하고 있어 연구 결과를 일반화하는 데에는 한계성이 존재한다. 둘째, 사업을 구조화하여 비교하기 위해서 프로그램 논리모형을 이용하고 있으나 사업의 성과를 평가하는 과정에서 세 사업에 대한 연구자의 지식의 정도가 달라서 주관적 판단을 완전히 배제하기 어려운 한계가 존재한다. 마지막으로 사업 효과 평가에 있어 산출지표 위주로 비교하고 결과 지표를 포함하지 못하여 실제 사업을 통해 대상자의 건강 수준의 변화를 파악하지 못하는 한계가 존재한다. 이러한 제한점에도 불구하고, 이 연구는 현재 진행되고 있는 의료기관 중심 보건의료복지 통합서비스 제공 사업의 구조와 성과를 프로그램 논리모형을 이용하여 구조화하여 비교함으로써 향후 보다 효율적인 보건과 복지 서비스의 통합적 제공을 위한 기초자료를 제공하였다는 점에서 의의가 있다.

세 사업은 모두 취약계층 대상자의 긴급한 의료적 필요에 대한 일차적 해결과 동시에 근본 원인에 대한 해결책을 찾아 문제의 반복 발생을

최소화하고 건강한 생활을 유지하게 하는 전략을 공통적으로 채택하고 있다. 이는 건강 문제 해결 위주의 접근과 단편적 자원연계가 취약계층 대상자의 반복되는 건강문제를 해결하지 못하던 기존의 서비스 방식과는 차별성을 가지는 접근법을 확인하였으며[14], 사례 비교 시 나타난 사업 고유의 장점과 대상 확대를 위한 한계점을 바탕으로 향후 의료기관 중심의 보건의료·복지 통합제공체계의 설계 시 고려가 필요한 몇 가지 권고를 도출하였다.

첫째, 안정적인 기금마련 기전을 확보하고 이에 합당한 대상자와 서비스 전달체계를 구축하라는 것이다. 둘째, 의료기관 내 사례관리 전담기구로서 각 부문의 활동을 연계할 수 있도록 위탁이 아닌 전담부서 설치, 적정 규모의 채용, 안정적 고용 체계가 필요하다. 셋째, 민·관 협력 및 경증부터 중증까지 제공할 수 있는 포괄적 제공체계 구축을 제안한다.

이를 통해 지역사회에 거주하는 소외된 취약계층에게 돌봄의 연속성이 보장될 수 있고, 모든 부문의 서비스 영역에 대하여 질 높은 양질의 공급자가 확보될 수 있을 것이다. 의료기관 중심 보건의료·복지 통합서비스 제공 사업은 지역사회에서 풀리지 않는 난제였던 보건의료 서비스 강화와 촘촘한 연계를 가능하게 함으로 궁극적인 지역사회 건강안전망 역할 강화를 기대한다.

요 약

본 연구는 국내 의료기관 중심 보건의료·복지 통합 서비스 활성 방안을 모색하기 위하여 대구 의료원 달구벌건강주치의사업, 삼척의료원 301 네트워크 사업, 부산의료원 3 for 1 사업을 프로그램 논리모형을 적용하여 사례 비교하였다. 상황적 측면에서 세 사업 모두 보건의료·복지 서비스의 분절과 의료사각지대 문제를 해결하기 위해 고안되었으며, 투입 요소 중 인력은 모두 다학제 팀 구성 현황은 유사하였으나 구체적인 구성 분야, 채용 규모, 고용 형태, 예서는 기관별 차이가 있었다. 예산을 지원받는 재원 출처의

차이로 각 사업은 지역사회와 협력하고 지원하는 방식과 향후 방향성에서의 차별성도 확인할 수 있었다. 산출은 수혜대상자 수와 진료 건수에 차이가 있었으며, 투입인력 또는 운영비 대비 실인원 수, 수혜대상 1인당 사업비 비교시 다른 결과를 확인하였다. 의료기관 중심의 보건의료·복지 통합제공체계의 설계 시 우선적으로 권고하는 상황은 안정적인 기금마련 기전을 확보하고 이에 합당한 대상자와 서비스 전달체계를 구축하라는 것이다. 또한, 의료기관 내 사례관리 전담기구로서 각 부문의 활동을 연계할 수 있도록 위탁이 아닌 전담부서 설치, 적정 규모의 채용, 안정적 고용 체계가 필요하며, 민·관 협력 및 경증부터 중증까지 제공할 수 있는 포괄적 제공체계 구축을 제안한다. 이를 통해 의료기관 중심 보건의료복지 통합 서비스 제공 사업은 지역사회에서 풀리지 않는 난제였던 보건의료 서비스 강화와 촘촘한 연계를 가능하게 함으로 궁극적인 지역사회 건강안전망 역할 강화를 기대한다.

감사의 글

달구벌건강주치의사업 연구를 위해 참여하고 협조해 주신 대구의료원 달구벌건강주치의사업 전담팀, 지역사회 의뢰기관, 3차 의료기관, 서비스 이용자, 대구광역시 보건의료정책과 담당자, 삼척의료원 및 부산의료원들 담당자에게 감사드립니다.

참고문헌

1. Lee SJ, Kang JW, Lee HJ, Kim JY. A Qualitative Research on the Evaluation of Healthcare and Welfare Network for Vulnerable Populations : Focusing on the Dalgubeol Health Doctor Services. *JAMCH* 2023;48(4):262-274 (Korean)
2. Kim YY, Yoon HY. Case study of Community care: Policy Implications from Japan and UK. *JCSW* 2018;60:135-168 (Korean)

3. Hong SM, Ha KH. A Study of a Care Network Model for Community-Based Case Management. *Journal of Korean social welfare administration* 2009;11(1):29-61 (Korean)
4. Hyun KJ, Yoo SJ, Kim JH. A Study of the Low-Income Family Using Integrated Health and Social Welfare Services: The Case of the Jeon Jin Sang Welfare & Medical Center. *K.J.F.W* 2006;11(3):5-31 (Korean)
5. Kim JM. Current Situation and Challenges for the Establishment of a 'Community-based Integrated Elderly Care System': In the case of actions in Kawasaki City, Japan and implications for South Korea. *Japanese Cultural Studies* 2024;89:173-200 (Korean)
6. Kim YJ. An integrative review on empirical research related to aging in place in Korea. *Discourse and Policy in Social Science* 2024;17(1):167-205 (Korean)
7. Ministry of Health and Welfare: Establishing a foundation where seniors and others can continue to reside and systematically receive support such as medical care and caregiving [internet]. Korea: Ministry of Health and Welfare; [cite 2024 Feb 29]. Available from: https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503000000&bid=0027&act=view&list_no=1480494&tag=&nPage=1
8. Kwon YJ, Lim JG. Study on the Connection of Health and Welfare Services in Public Health Medical Institutions: Focusing on the Case of the 301 Network of Seoul Northern Hospital. *Academy of Korean Social Welfare Administration* 2014;5:289-293 (Korean)
9. Choi KH. Reframing Health Social Work: Beyond Hospital. *JCSW* 2015;49:368-403 (Korean)
10. Lim JW, Jang SM. Experiences of Resource Linkage and Collaboration between Medical Social Workers and Community Social Workers to Support Households in Crisis. *Korean Journal of Social Welfare* 2024;76(1):119-148 (Korean)
11. Choi KH, Kim MA, Lee SW. Experiences of Integrated Health, Medical, and Welfare Services for Vulnerable Populations: Focusing on the 301 Network. *Korean Journal of Social Welfare Studies* 2022;53(3):5-35 (Korean)
12. Lisa M, Carol L. Altruistic leadership strategies in coaching: A case study of Jim Tressel of the Ohio State University. *Strategies* 2009;22(4), 9 - 12
13. Daegu Medical Center. Daulgubeol Health Doctor Project's Business Performance Report, Daegu, Daegu Medical Center, 2022 (Korean)
14. Daegu Medical Center. Guidelines for the Operation of a Daulgubeol Health Doctor Project, Daegu, Daegu Medical Center, 2022 (Korean)
15. Busan Medical Center. Guidelines for the Operation of the 3 for 1 Project, Busan, 2021 (Korean)
16. Rogers PJ. Using programme theory to evaluate complicated and complex aspects of interventions. *Evaluation* 2008;14(1):29-48
17. Gugiu P, Rodriguez Campos L.. Semi-structured interview protocol for constructing logic models. *Evaluation and Program Planning*, 2007;30(4):339-350
18. Busan public Health policy Institute. Study on Exploring Development Directions for Integrated Health, Medical, and Welfare Services (3for1) Project, Busan, 2022 (Korean)

19. Busan public Health policy Institute. 3 for 1 Integrated Support Center Diagnosis and Future Operational Strategy Research, Busan, 2021 (Korean)
20. Ryu AJ. A Study of Hope Welfare Support Team's Operating Structural Analysis as a Community-based Welfare Delivery System. *Journal of community welfare* 2012;42:137-156 (Korean)
21. Seong EM, Kim SE. (2024). Limitations and Improvement Tasks of the Welfare Blind Spot Discovery Project. *Journal of community welfare* 2024;88:1-29 (Korean)
22. Chae HT. Analysis of Promotion Content of Eup-Myeon-Dong Welfare Hub. *Korea Association of Community Welfare* 2016;58:141-171 (Korean)
23. So YG. Advancements in 301 Network of Seoul: A Leap Towards the Future. 2019;13(5) (Korean)
24. Hyun KJ, Yoo SJ, Kim JH. A Study of the Low-Income Family Using Integrated Health and Social Welfare Services: The Case of the Jeon Jin Sang Welfare & Medical Center. *The Korean Child and Family Welfare Association* 2006;11(3):5-31 (Korean)
25. Choi KH, Lee SW. Development of Performance Indicators for the Health Rights Promotion Project through the Resolution of Medical Blind Spots. *Research on Philanthropy* 2019;(2):1-62 (Korean)
26. Lee BJ. (2013). Performance Management and Evaluation of Community Welfare Agency's Social Services : What, Why, and How. *Journal of Korean Social Welfare Administration*, 2013;15(1) 197-221 (Korean)