

지역사회 통합돌봄에서 의료복지사회적협동조합의 역할에 관한 탐색적 연구

: 성북의료복지사회적협동조합 사례를 중심으로*

남춘호**·김정석***

이 논문은 의료복지사회적협동조합의 사례를 통해 지역사회 통합돌봄 논의에서 주목할 지점을 살펴보고, 참여 조직으로서 의료사협의 역할 가능성을 탐색한다. 향후 시행될 지역사회 통합돌봄은 정부와 민간의 협력이 필요하다. 이러한 지역사회 통합돌봄의 사회적 배경으로는 복지서비스의 급속한 확대, 시장 중심의 의료서비스의 문제점과 일차의료 시도, 지방분권 강화와 지방의 역량 부족, 생활정치영역의 확대를 꼽을 수 있다. 의료사협의 역할 가능성을 살펴보기 위한 사례로 성북의료복지사회적협동조합을 선택하였다. 분석 결과로 보건의료 민관협력에서 주목할 지점으로 새로운 다른 의료공공성의 등장, 분화된 영역과 새롭게 요구되는 전문성, 지역 특수성에 기반한 지역의제성, 다양한 주체의 참여 기회 확대의 4가지를 제시하였다. 이는 의료사협의 사회적경제 조직이라는 특성에서도 기인하는데, 영리·비영리의 성격을 동시에 가지며, 새로운 서비스 발굴에도 적극적이기 때문이다. 이를 통해 의료사협은 지역사회통합돌봄에서 지역사회 문제인지, 돌봄 목표 설정, 정보 수집, 제3섹터의 거점조직, 테스트베드 역할을 수행할 수 있다고 판단한다.

주제어 : 의료사협, 지역사회 통합돌봄, 보건의료, 민관협력, 의료공공성.

* 이 논문 또는 저서는 2019년 대한민국 교육부와 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임(NRF-2019S1A5C2A03081040).

** 제1저자, 동국대학교 사회학과 박사과정 수료

*** 교신저자, 동국대학교 사회학과 교수

I. 통합돌봄서비스에서의 보건의료서비스 현황 1)

일반적으로 커뮤니티 케어(community care)라 불리는 지역사회 통합돌봄은 “돌봄이 필요한 주민(노인, 장애인, 정신장애인 등)들이 살던 곳(자기 집, 그룹 홈 등)에서 개개인의 욕구에 맞는 서비스를 누리고, 지역사회와 함께 어울려 살아갈 수 있도록 주거, 보건의료, 요양, 돌봄, 일상생활의 지원”을 통합 제공하는 지역주도형 정책이다(보건복지부, 2020: 2). 기존에 분리되어 제공되던 보건의료·돌봄·요양 등의 사회서비스를 통합적으로 연계하는 체계를 구축한다는 점에서 융합서비스의 성격을 가지고 있다. 또한 당사자의 인권과 삶의 질, 지방 분권과 책임성 강화, 포용적 복지의 지속 가능성 확보 및 돌봄 사각지대 해소, 일자리 창출, 지역사회 네트워크 복원 등의 ‘사회적 가치의 실현’을 지향하고 있다(서상목, 2018; 김윤영·윤혜영, 2018). 중앙정부는 2019년부터 16개 선도사업 지역을 통해 지역주도의 사업을 적극 개발하고 있으며, 2026년부터는 전국으로 시행할 예정이다. 이런 점에서 지역사회 통합돌봄은 현재 한국사회의 중요한 이슈로 부각되고 있다.

고령화 속도의 증가와 돌봄서비스의 지방분권화·시장화로의 전환 속에서 고령자가 지역사회 내에서 살아가기 위한 환경을 구축하는 것은 매우 복잡하며 다양한 지원이 요구된다(Lui et al., 2009). 지역사회 통합돌봄은 서비스 주체 간의 연계, 서비스 신청 및 제공 절차상의 표준화뿐만 아니라, 기초 구성단위들의 협력적 관계 구축에 초점을 두고 있다. 민간영역에서는 요양·돌봄기관, 복지관, 민간의료기관, 사회적경제 조직, 비영리단체 및 자원봉사단체, 주민센터, 건강관리공단, LH 등 다양한 조직이 참여하며, 정부기관과 이들 간의 협력체계 구축은 핵심적인 사안이다(서정훈, 2021).

한국사회에서 의료서비스의 구조적 문제로 인해 소비자들의 불만은 지속

1) 본 논문은 2020년 지방정부학회 학술대회에서 발표한 “지역사회 통합돌봄 서비스 도입에 따른 의료사협의 역할 분석 : 사회적 자본의 측면에서”의 일부 내용을 수정·보완하였다. 소중한 비평을 해주신 심사위원들께 감사의 말씀을 전합니다.

되고 있다. 시장영역의 의료기관은 수익창출을 최우선한다. 이 때문에 대도시의 의료시설이 과포화 상태지만, 농어촌 지역에서는 의료시설이 부족한 상황이다. 개인이 느끼는 서비스 측면에서는 3분 진료, 과잉 진료 등의 불만 사항이 지속적으로 제기되고 있다. 의료서비스의 공적 기능에 관한 합의가 부족하여 의료계와 정부의 갈등으로 나타나기도 한다. 이러한 갈등이 사회 전면부에 드러난 사태로는 의약분업(2000), 진주의료원 폐쇄(2013), 전문의 파업(2020) 등이 있다. 특히 2020년의 COVID-19 상황에서 공공의대 설립 건으로 전문의의 80% 이상이 휴진에 참여하고, 의대생 90% 가까이가 국가 시험을 보이콧했다. 의사들은 코로나 바이러스라는 초유의 세계적 전염병으로부터 국민의 건강을 지키는 헌신적인 영웅으로 비춰지기도 했지만, 다른 한편으로는 정부의 '공공의대'라는 정책에 반발해 밥그릇 챙기는 집단이라는 양가적인 평가를 받기도 했다.

한편 시장영역이 아닌 시민사회영역에서는 의료복지사회적협동조합(이하 의료사협)은 의료서비스를 제공하고 있다. 의료사협은 지역사회를 중심으로 지역주민 간의 상호작용을 통해 건강이라는 목적을 달성하고자 한다. 1994년 의료생활협동조합의 조직 형태로 경기도 안성시에서 시작한 후 현재 20여개가 활동하고 있다. 한국사회에서 민간 병의원이 90%를 차지하는 현 상황에서 이는 새로운 시도로 볼 수 있다. 이런 실험은 향후 지역사회 통합돌봄에 중요한 시사점을 제공할 것으로 예상된다.

이 논문은 의료사협의 특성과 지역사회 통합돌봄 체계에서 의료사협에게 기대할 수 있는 역할을 살펴보고자 한다. 이를 위해 지역사회 통합돌봄에 관련된 사회변화를 살펴보고, 의료사협의 사례를 분석한다. 의료사협의 주요 활동을 바탕으로 특징을 살펴보고, 비영리실패의 가능성과 지역사회 통합돌봄이라는 측면에서 의료사협에 역할 기대를 살펴보고자 한다.

II. 보건의료서비스를 둘러싼 사회적 변화

1. 시장 중심 의료서비스와 일차의료

1) 시장 중심의 의료서비스의 문제점

우리나라 의료서비스는 시장 기반의 치료 위주로 제공된다. 환자는 의료 서비스에 대한 충분한 정보를 알기가 어려우며, 의사의 진료시간은 짧다. 이는 신체적 건강에 관한 치료가 주가 되는 것을 의미하는 것으로, 정신적 건강에 관한 관심은 낮은 편이다. 비급여진료(MRI 등 검사, 투약 및 수술 등)가 증가될수록 이윤이 증가되므로, 불필요한 의료행위를 권하는 경우도 발생한다. 이와 함께 보건의료 서비스의 부담자는 국가와 사회보다는 개인이라는 인식이 고착화되었다. 일례로 보건의료 서비스 지출 중 가계가 직접 부담하는 몫은 다른 OECD 국가에 비해 2~10배에 달한다. 즉, 건강에 대한 결과를 개인이 책임져야하는 구조이다. 건강보장에서 개인의 책임을 강조하는 ‘시장적’ 방향으로 이행하는 것은 보건의료에 있어서 정부의 실패라 할 수 있다(황인섭, 2004).

대부분의 민간 의료기관이 형식적으로는 비영리 의료법인이지만, 실질적으로는 개인의 소유 또는 지배 형태이다. 병원은 의료법인의 형태이지만, 이윤극대화 경향을 가진 개인의 자본으로 설립된다(김창엽 외, 2004). 이러한 병원 설립은 의료소비가 있는 곳으로 집중되며, 비급여 진료의 증가 현상을 통해 사적추구 경향이 나타나는 것을 알 수 있다. 우리나라의 경우 외국과 달리 비영리 병원이 10% 미만으로 90% 가량을 차지하고 있는 시장영역 병원과의 경쟁 구도가 성립되지 않는다(유명순, 2013: 3). 따라서 시장영역 병원이 이윤 극대화를 추구하더라도 이를 개도할 마땅한 방법이 없는 실정이다.

2) 일차의료

1978년 세계보건기구는 알마아타 선언을 통해 질병 치료 중심에서 예방 치료로의 전환을 제안하였다. 이를 위한 핵심 전략으로 ‘일차 보건의료

(Primary health care)'를 채택하였다(박수경 외, 2017). 이는 예방중심의 의료 패러다임 전환의 중요한 배경이다.

한국사회에서 의료서비스는 주로 치료에 치중되다보니 건강증진 및 질병 예방은 뒷전이다. 일차 의료체계는 예방적 성격이 강하지만, 우리나라는 구조적으로 치료 중심 의료체계여서 일차 의료체계는 취약한 상황이다. 모든 의료요구의 80%를 일차 의료를 통해 해결할 수 있지만, 환자들은 2, 3차 의료기관에 집중되고 있는 상황이다(목옥륜, 2000; 박성용, 2010). 또한 현행의 의료전달체계로는 질병예방체계가 미흡하다. 초고령화로 인한 고령자 1인 가구가 증가함에 따라 예방체계의 필요성은 높아지지만, 여전히 부족한 실정이다(조애저 외, 2000; 목옥륜, 2000). 예방적 측면이 부족하다보니 보편적 서비스로서 의료서비스를 제공받지 못하고 있다. 의료 공급의 90% 이상을 민간, 즉 시장영역 병의원이 담당하다보니 예방보다는 치료 중심의 의료 공급이 될 수밖에 없는 상황이다(유수현, 2002).

오히려 일차의료기관은 지속적으로 감소하고 있다. 한국보건산업진흥원(2017: 18)의 자료에 따르면 2011년 ~ 2017년의 의료기관 유형을 살펴 본 결과, 병상 없는 의원원의 연평균 증감율이 3%인 것으로 나타났다. 이에 반해 병상 있는 의원원의 연평균 증감율은 -3%인 것으로 나타났다. 즉, 개업의가 병상이 없는 의원원을 선호한다는 것을 의미하며, 이는 일차의료의 감소나 약화로 이어질 수 있다. 이와 함께 공공의료원의 폐쇄나 공공의료의 비중 역시 감소하는 것으로 나타났다(강은정, 2004).

주치의제도는 환자가 특정 의사에게 만성질환을 포함한 전반적인 질환에 대해 일차적으로 진단과 치료를 받는다는 점에서 일차의료와 밀접한 관계를 가진다. 국내에서도 주치의등록제를 도입하려는 노력이 있었다. 1993년 대한가정의학회가 가족등록 수가 항목을 신설해 줄 것을 건의하고 이듬해에 보건복지부가 해당 제도에 긍정적인 평가를 발표하였다. 그러나 대한의사협회의 반대로 무산되었다. 이후 1997년 김대중 대통령 후보 대선공약에 다시 포함되었으나 의약분업 사태로 다시 좌절되었다(이만우, 2009: 32-33). 2000년대에 들어서서는 의료사협을 포함한 보건의료 시민단체들이 주치의 제도

를 계속 요청하고 있는 상황이다. 현재 중앙정부 차원에서는 “장애인 건강 주치의 시범사업”을 시행하고 있다. 또한 서울시 성북구 같은 일부 지자체에서는 자체적으로 고령자 대상 주치의 제도를 시행하고 있으며, 서울시의 경우 아동을 대상으로 치과주치의 제도를 시행하고 있다.

2. 복지서비스의 확대와 지방분권 강화

1) 복지 서비스의 급속한 확대

한국사회는 빠르게 초고령사회(Super-Age Society)로 진입하고 있다. 통계청(2019) 자료에 의하면, 2021년 16.5%에서 2060년에는 43.9%가 될 것으로 예상된다. 또한 고령자 1인 가구가 고령자 가구의 35.1%를 차지하고 있다. 고령자를 위한 노인 돌봄서비스를 “혼자 힘으로 일상생활을 영위하기 어려운 노인과 독거노인에게 욕구에 따라 안전 확인, 생활교육, 서비스 연계, 가사지원, 활동지원 등 맞춤형 복지서비스”로 정의하고 있다(보건복지부, 2010). 이러한 노인 돌봄서비스의 효과적인 제공과 활용이 필요하지만, 현실적으로 고령자들은 서비스 절차에 대한 부족한 지식, 이용자로서의 법적 권리에 대한 낮은 이해, 취약한 사회적 관계망, 낮은 정보력 등으로 인해 서비스 이용에 어려움을 겪고 있다(서동희·김좌겸, 2019). 지역사회 통합돌봄의 도입 역시 이런 배경에 연유하고 있다.

돌봄서비스에서 신체적인 것뿐만 아니라 심리적이고 정서적인 부분도 중요해지고 있다. M. Daly는 돌봄(care)을 “의존성을 지닌 성인 또는 아이의 신체적이고 정서적인 욕구(needs)를 그것이 책임지워져 수행되는 규범적·경제적·사회적 틀 내에서 충족시키는 것에 관한 행위와 관계”로 정의하였다(Daly, 2001: 37을 선우덕 외, 2015: 18-19에서 인용). 이 정의에 따르면 돌봄은 신체적 측면뿐만 아니라 심리적인 측면도 포함되며, 감성적이고 정서적인 측면의 중요성도 고려해야 한다.

2) 지방자치분권 강화로 인한 지방의 부상과 역량의 부족

최근에는 사회서비스 제공에서 중앙정부보다 지역사회의 역할이 주목받고 있다. 1970~80년대의 산업화 과정에서 도시화가 발생하면서 농촌공동체의 쇠퇴하기 시작하였다. 도시화는 서울·수도권 중심의 국가 발전 경향을 추구했으며, 이 과정에서 지방은 쇠퇴하게 된다. 1991년 지방의회가 부활되면서 지방자치가 다시 시행되었으며, 2000년대 이후 자치분권 활성화를 위해 중앙정부에서 지방정부로 권력을 이양하고 있다. 따라서 향후 지방정부가 지역 정책수립 및 운영에서 주요한 역할을 수행하여야 한다. 지역사회 통합돌봄의 경우에도 고령자가 살아가고 있는 지역사회에 기반한 돌봄 제공이 적합하기 때문이다. 이런 점에서 지역기반의 돌봄 제공은 개인과 가족의 문제를 지역의 문제로 인식하고, 제도와 지역사회 구성원 간의 관계를 유기적으로 연결하는 것이 중요하다.

지자체로의 권한 이양과 관심에도 불구하고, 지자체는 지역사회에서 요구되는 서비스를 개발·운영하는 데 어려움을 겪고 있다. 특히 정책·행정적 측면에서 지방정부로의 중앙정부 복지사업 이양은 오히려 지자체 행정기관의 역량을 약화시키고 있다. 이는 복지정책분야에서 지자체 자체사업이 매우 빈약하기 때문인데, 현재 지자체 세출예산에서 사회복지비의 약 90%가 보조사업으로 지출되고 있다. 게다가 개별 단위 사무의 이양은 소요 인력과 재정을 정확하게 산정하기 어렵다보니, 지방이양에 따른 재정과 인력이 충분히 확보하지 못하는 결과로 이어진다. 결국 지방정부는 중앙정부의 사업 이양으로 재정적·행정적 부담이 늘어나는 상황에 처해 있다(정홍원 외, 2019). 지자체는 신사회위험에 대응하기 위해 노력하지만 그 역시 부족한 상황이다. 현재 전국 읍면동에서 ‘찾아가는 동사무소’(찾동), 읍면동 복지허브화’, ‘찾아가는 보건·복지서비스’가 시행되고 있다. 하지만 많은 경우 부분적 생계 도움에 그치거나 공적지원이 아닌 민간자원을 활용하자는 ‘구호행정’의 성격이 강한 편이다(김보영·강혜규, 2018).

3. 시민사회 영역에서 생활정치의 확대와 의료사협 운동

1) 생활정치영역의 확대

Habermas는 생활정치를 공공영역의 회복을 위한 움직임으로 정의한다. 생활정치는 일차적으로 일상적 삶의 영역에서 작동한다는 점에서 ‘생활세계’를 그 기반이라고 주장한다. 그는 생활세계의 공동체를 회복하는 것이 협소화된 민주주의를 회복하고 생활세계를 지켜내는 길이라고 주장했다(장춘익 역, 2006).

한국의 생활정치운동은 2000년대 들어서면서 확대되었으며, 특히 2010년 6월 지방선거에서 야권의 압승하면서 지역에서 새로운 확장의 기회구조를 갖게 되었다. 말하자면 풀뿌리 수준에서의 다양한 생활정치 이슈들이 지역 시민사회와 지자체의 협조적 관계 속에서 제도정치영역으로의 확장을 실험하게 된 것이다. 생활정치가 제도적으로 확장되는 가운데 2010년대 초 선거정국을 거치면서 복지담론이 빠르게 확산되었다. 선별적 복지론과 보편적 복지론이 충돌하는 가운데 무상급식이 전면 시행되기에 이르렀고, 무상보육과 무상의료의 문제가 제기되는가하면 대학생들의 반값등록금 문제도 동반적으로 제기되었다(조대엽, 2014).

민관협력도 지속적으로 확대되고 있다. 지역사회복지영역에서는 2016년 이후 지역사회복지에 주민들이 주체로 참여하기 시작했다고 평가하고 있다(박태영, 2021). 광역자치단체인 서울시는 민관협력을 시정으로 추진하였다. 서울시는 민선 5기부터 현재까지 마을공동체, 찾아가는 동사무소, 주민자치, 사회적경제, 도시재생 등 다양한 혁신·협치 정책을 추진했다.

2) 의료복지사회적협동조합의 역사적 전개

의료사협은 지역주민과 의료인이 협동하여 민주적 의료기관, 건강한 생활, 건강한 공동체를 만들어가는 사회적협동조합이다. 의료사협의 핵심가치는 “지역주민이 연대하여 보건의료와 예방체계를 구축하여 스스로 건강한 공동체를 육성하는 것”이다(김범수·김현희, 2005). 주요한 활동은 주치의 사업, 방문의료, 마을 건강환경 조성, 커뮤니티케어 시범사업 등이 있다. 최초의 의료사협은 1994년 경기도 안성에서 시작된 안성의료생활협동조합이다.

이후 경기도 안산의료생협(2000년), 원주의료생협(2002), 대전민들레의료생협(2002년), 전주의료생협(2004년) 등의 각지에서 생겨났다. 의료사협의 연합회인 한국의료복지사회적협동조합연합회에 따르면, 2021년 5월 현재 25개의 의료사협이 활동 중이며, 전체 조합원 수는 48,554세대이며, 이 중 활동조합원은 3,022명이다. 총 출자금은 133억 원이며, 매출은 406억 원으로 나타났다. 소모임은 259개, 마을모임 55개, 지역모임 66개로 총 370여개의 건강모임을 운영하고 있다. 취약계층을 찾아가거나 주민에게 건강정보를 전하는 건강리더는 272명을 육성하였다(한국의료복지사회적협동조합 홈페이지, 2022년 5월 20일).

이러한 보건 의료 영역에서의 협동조합 운동은 세계 여러 각지에서 나타나고 있다. 1919년 설립된 일본의 아오하라무라(靑原村) 산업조합을 효시로 1920 ~ 50년대에는 미국·인도·스리랑카·이스라엘에서, 1960~70년대에는 유럽과 미국, 1980~90년대에는 아시아·아프리카·라틴아메리카 지역으로 확산되었다. 현재 50여 개국 1,300여 개가 활동하고 있다(황인섭, 2004).

초기에는 의료생활협동조합으로 활동하다가, 1999년에 제정된 소비자생활협동조합법에 근거한 의료소비자생활협동조합(의료생협)으로 전환한다. 이후 2012년에 제정된 협동조합기본법 이후 의료복지사회적협동조합으로 전환하였다. 조직 형태의 전환은 '사회적' 기능이라는 측면을 더 강화하고, 다른 한편으로는 일종의 '사무장 병원'인 유사의료생협과의 명확한 차이를 제시하기 위한 것이었다. 의료사협이라는 새로운 조직 형태가 만들어지면 법적 요건도 한층 강화되었다. 아래 <표-1>과 같이 공익사업 수행, 설립 및 영업기준의 강화 등이 특히 강화되었다.

〈표 1〉 의료복지 분야의 협동조합과 사회적협동조합 비교

| 구분 | 의료소비자생활협동조합 | 의료복지사회적협동조합 | |
|---------------------------|-----------------|-------------------|--|
| 법인격 | 영리법인 | 비영리법인 | |
| 설립 허가 | 시도지사 신고 | 기획재정부(또는 관련부처) 인가 | |
| 공익 사업 | 업종 및 분야 제한 없음 | 공익사업 40% 이상 수행 | |
| 경영공시 | 의무사항 아님 | 의무사항 | |
| 법정적립금 | 잉여금의 10% | 잉여금의 30% | |
| 배당 | 배당 가능 | 배당 금지 | |
| 청산 | 정관에 따라 잔여재산 처리 | 다른 비영리법인 또는 국고 귀속 | |
| 감독 | 관련 내용 없음(상법 준용) | 필요시 관계부처 장관 | |
| 설립 및 영 업 기 준 강 화 | 조합원 | 300명 이상 | 500명 이상 |
| | 출자금 | 3,000만원 이상 | 1억원 이상 |
| | 출자 | - | 1인당 5만원 이상, 1인 최대출자금은 전체 10% 이내, 특수관계자 출자 제한 |
| | 영업 지역 제한 | - | 시군구 또는 광역지자체 |
| | 비조합원 이 용 허용 | 50% 이내 허용 | 불허, 단 사회적기업인 경우 가능 |

주 : 박혜린(2018:21)의 내용을 일부 참고하여 추가함

Ⅲ. 선행연구

1. 의료사협의 역할 가능성에 관한 연구

선행연구들은 의료사협의 역할 또는 가능성을 대체적으로 긍정적인 평가하고 있다. 황인섭(2004)은 의료생협의 비영리적 속성에 주목하면서 정부실패와 시장실패의 대안으로 시대적 요청이라고 보았다. 신종욱(2014)은 의료생협의 효율성과 형평성으로 의료보건 체계의 개혁의 대안 또는 최소한 긍정적 시그널을 제시할 수 있다고 보았다. 의료사협의 등장이 비록 전면적 쇄신의 대안은 아니지만 의미 있는 변화를 제시할 것으로 예상하였다.

이해진, 김철규(2014)는 의료사협을 지역사회복지의 공공성을 강화시키고, 사회서비스의 시장화에 대응하는 실천주체로 평가한다. 이러한 긍정적인 평가를 가능케하는 기제로는 사회적 자본을 주로 언급하고 있다. 또한 다수의 의료사협 사례연구에서 ‘지역주민들의 자발적인 참여’와 ‘서로 간의 신뢰’ 그리고 ‘지역주민 조직화’가 핵심적인 요소로 나타났다(김선희, 2009; 김범수·김현희, 2005; 이해진·김철규, 2014).

박유이 외(2017)는 의료사협의 개항을 분석한 결과, 사회적 성과를 통한 가치의 실현적 측면에서는 공통점을 제시하였다. 첫째, 주민의 자발적 참여와 자치를 보장하며 지역사회가 중심이 된 건강공동체를 구축한다. 둘째, 협동조합 간의 협동 및 상생을 통해 지역사회에 기여한다. 셋째, 사회적 가치의 실현뿐만 아니라 조합의 자립과 지속적 성장에 필요한 전략을 꾸준히 모색한다. 이재희·윤민화(2018)은 의료사협의 의료복지라는 정체성을 “약이 아닌 사람을 통해 건강 주체성을 확보”하고 “자기가 사는 곳에서 사는 사람들이 돌봐주는 지역 건강권 회복”으로 분석하였다. 이현재(2017)은 살림의료사협 분석을 통해 돌봄의 윤리를 가정이 아닌 의료, 그리고 지역사회 운영에 반복적으로 적용하는 가운데 새로운 의료 경영, 새로운 경제 합리성의 모델을 제안한다고 보았다. 돌봄에 기반한 살림의 의료 경영이 구성원을 ‘공동체 내의 경제적 존재’로 파악하고 ‘상호의존성’을 인정하는 도시공동체경제라고 분석하였다.

이외에 정소윤과 한상일(2014)은 조직의 가치를 실현하기 위해 조직 역량이 중요하므로, 지속적인 학습 및 상호작용의 필요성을 강조했다. 오춘희 외(2020)는 의료사협의 발전과정을 기존 제도 비판, 제도 생성, 제도 유지, 제도 강화로 구분하고 있다. 특히 2012년부터 시작된 의료생협에서 의료사협의 전환부터 현재를 제도 강화 과정으로 보고 있다.

2. 지역사회 통합돌봄 체계에서의 민관협력

1) 민관협력에 대한 강조

지역사회 통합돌봄은 기존의 정부실패와 시장실패를 보완하기 위해 정부, 시장, 시민사회 영역의 구성원이 함께 협력하는 형태를 강조하고 있다(보건복지부, 2020). 특히 지역사회 통합돌봄에서는 지역 기반의 복지 욕구의 증대와 복지 욕구의 특수성에 따른 서비스의 적요성을 강조하고 있다. 이러한 맞춤형 서비스는 단지 중앙정부 또는 지방정부의 역량으로 제공하기가 부족하므로 시장영역의 전문성과 시민사회영역의 호혜성을 활용하는 것을 제시하고 있다. 또한 사회보장급여법 제14조(민관협력)에서 제시하는 것처럼, 민관이 협력하여 대상자를 발굴하는 것을 제도적으로 강제한다고 볼 수 있다.

2) 비영리영역의 실패: 정부실패, 시장실패에 이은 제3의 실패

익히 알려진 정부실패와 시장실패 이외에도 비영리실패가 존재한다. 강혜규 외(2007)에서는 제3섹터에서 실패가 발생하는 원인을 서비스의 불충분성, 특수주의, 온정주의, 개입주의, 비전문성의 5가지로 제시한다. 첫째, 불충분성은 서비스 제공을 위한 자원 동원의 한계를 의미한다. 이는 자발적이거나 자선적 기부 등으로 인한 재원조달이 불충분하고 불안정하여 서비스 제공의 어려움이 발생한다는 것이다. 둘째, 특수주의는 특정 인구집단에만 봉사하는 경향이 있다는 것이다. 자신들의 단체의 목적에 적합한 대상에게만 서비스를 제공하려는 경향은 보편적 서비스 제공을 어렵게 한다. 또한 특정 집단의 욕구를 과도하게 반영하는 등의 문제가 나타날 수 있다. 셋째, 온정주의는 서비스를 제공하는 조직의 가치가 대상자 선정, 서비스 내용 등에 포함됨에 따라 서비스의 차이가 발생할 수 있다. 넷째, 개입주의는 특정 인사의 영향력이 조직의 결정권에 큰 영향을 미치는 경우이다. 다섯째, 비전문성은 자원봉사 등을 통한 비전문적인 서비스 제공으로 발생하는 것이다.

3) 사회적 자본

지역사회 통합돌봄에서는 사회적 자본 형성을 중요하게 제시하고 있다. 사회적 자본의 공통적인 요소는 네트워크, 신뢰, 규범, 공공성이라 할 수 있다. 사회적 자본은 구성원 간의 네트워크, 즉 사회적 관계 속에 내장된다.

이러한 네트워크는 신뢰에 기반하고 있다. 그래서 한 개인이 만들어내기 어려운 관계적 속성으로 존재한다는 점이 가장 중요한 특징이다. 또한 사회적 자본은 공공재적 특성을 지니는데, 사용하는 사람들이 많고 신뢰관계에 참여하는 사람들이 많아질수록 공동체 성원 모두에게 긍정적 효과를 미친다(이재열, 2006). 전술한 의료사협에 관한 선행연구 역시 사회적 자본의 영향력을 중요하게 다루고 있다.

IV. 사례 분석 : 성북의료복지사회적협동조합을 중심으로

1. 분석 방법

본 연구에서는 성북의료복지사회적협동조합(성북의료사협)을 사례분석한다. 사례로 선정된 성북의료사협은 최근의 사회변화 경향을 반영할 수 있다는 점에서 좋은 사례라 할 수 있다. 성북의료사협은 2019년 7월에 설립된 의료사협으로 아직 만 3년이 안 되는 단체지만, 한의원을 운영하고 있고 안정적으로 성장하고 있다. 안성의료사협, 안산의료사협, 살림의료사협 같은 선배 조직의 다양한 경험을 학습하고, 제도적으로도 안정적인 시기에 시작한 것이다. 또한 2020년 이후 코로나바이러스로 인한 사회적 변화와 같은 최신의 경향을 잘 반영하고 있으며, 소재한 성북구가 시민사회가 활발한 지역이라는 점도 고려하였다. 사례연구는 성북구의료사협의 내부자료, 핵심 실무자와의 인터뷰 등의 자료를 활용하였다.

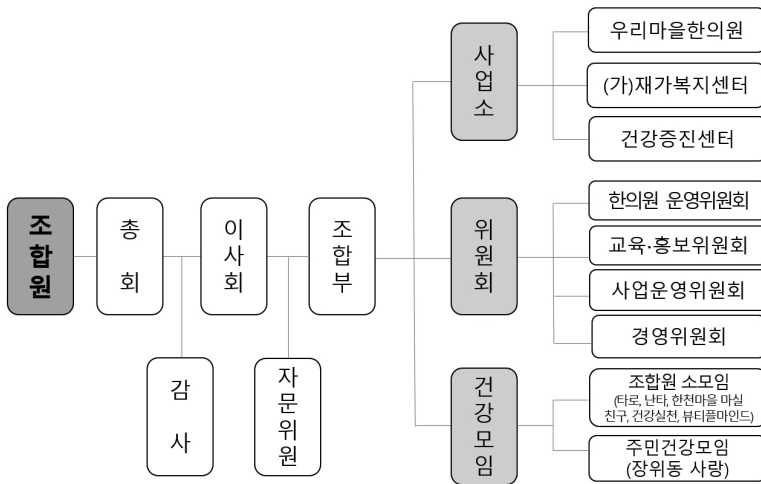
2. 성북의료복지사회적협동조합 사례

1) 성북의료사협의 운영현황

성북의료복지사회적협동조합은 2019년 7월 보건복지부로부터 설립인가를 받았다. 2021년 12월 현재 조합원은 개인 792명, 단체 4곳이다. 출자금은 2

억원 가량이다. 조직체계는 조합원, 총회, 이사회, 사업소, 위원회, 건강모임 등으로 구성되어 있다. 사업소는 한의원, 재가복지센터를 통해 의료사업을 추진하고 있다. 위원회는 조합의 관리·운영을 담당하며, 건강모임은 조합원 소모임과 주민건강모임으로 구성되어 있다. 조직도는 아래 <그림-1>과 같다.

<그림 1> 성북의료사협 조직도



3. 성북의료사협의 주요 활동 영역

1) 지역사회에서 500명 이상의 조합원을 가진 조직 설립

성북의료사협의 조직원은 2021년 기준 약 800명이다. 지역사회에서 출자금 1억원 이상에 500명이라는 조합원이 필요한 조직을 설립한다는 것은 쉬운 일이 아니다. 이런 부분이 가능한 것은 성북구가 상대적으로 시민사회가 활성화된 지역이라는 점도 영향을 미쳤을 것으로 예상된다. 성북구에서는 민선 5, 6기를 거치면서 주민자치, 협동조합 등과 관련된 주민 대상 교육도 많이 이뤄졌다. 이런 배경은 주민뿐만 아니라 공무원들에게도 시민사회 영

역을 알리는 계기가 되었다. 물론 조직원이 많다하더라도 모든 회원이 조직에 충성심을 가질 수는 없다. 총회에 참석하는 대의원의 정족수는 전체 조합원의 10%이다. 따라서 2021년 기준 약 800명의 회원 중 충성 회원은 최소 80명 이상이라고 추정할 수 있다. 지역사회에서 80명이라는 집단도 매우 큰 집단임에는 분명하다.

2) 건강생태계 조성사업을 통한 돌봄리더 양성

성북의료사협은 2018~2021년까지 4년 동안 서울시 건강생태계 조성사업에 참여하였다. 특히나 2020~2021년에는 COVID-19로 인해 사업 진행에 어려움을 겪자, 오히려 고령자들이 많은 마을공동체인 길음소리마을이나 한천마을 주민공동체와 적극적으로 연계하여 진행하였다. 성북의료사협은 COVID-19 대응 사업으로 지역의 시민사회단체와 연대하여 “찾아가는 건강 박스” 사업을 기획하고 실행하였다. 공동으로 참여한 한살림 성북지부는 두유, 죽, 계란 등의 고령자에게 적합한 건강간식을 제공하였다.

이 사업의 목적은 크게 돌봄리더(성북의료사협에서의 명칭은 “마실친구”) 육성과 독거 고령자 정서지원이라 할 수 있다. 마실친구는 독거 고령자가 필요한 시설을 이용하고, 집 밖으로 나아가 지역주민들과 만나는 것을 지지하고 조력하는 역할을 한다. 마실친구 육성은 교육과 방문, 경험 공유를 통해 이뤄졌다. 마실친구는 치매예방, 방문예절, 건강활동, 뇌튼튼교육 등을 이수한 후에 독거 고령자를 방문하였다. 또한, 매년 방문 후에는 소감 나누기를 통해서 경험의 내용과 의의를 공유하였다. 의료사협에서 제공하는 돌봄리더는 기존의 요양보호사와는 그 성격이 다르다. 요양보호사는 가사활동까지 지원하지만, 돌봄리더는 철저하게 정서 지원과 그 대상자의 지역사회 활동 참여를 목표로 한다.

2021년에는 11명을 돌봄리더로 육성하고, 75명의 독거 고령자를 3회씩 방문하였다. 독거고령자에 대한 지원은 정서지원과 건강박스 제공이다. 정서지원은 말벗하기, 맨손·구강 체조, 치매예방 활동, 낙상 예방을 위한 주거환경 확인 등이다. 건강박스는 치매예방활동 교재, 구강위생 관련 키트, 맞춤형

건강간식, 기저질환 별 식생활 안내서이다. 방문시간은 약 30분가량으로 진행하였다.

돌봄리더 참가자는 지역의 건강 개선에 도움을 준다. 참가자는 처음에는 돌봄리더 활동이 본인의 건강, 부모님 케어에 도움이 될 것으로 기대하고 신청하는 분들이 많았다. 그러나 돌봄리더 활동이 끝나서 활동비가 지원되지 않아도, 그간 만나왔던 어르신들과 지속적으로 연락을 이어나가는 분이 많았다. 한번 연결된 네트워크로 인한 관심이 지속된다는 것을 의미하며, 지역사회로 관심사가 확장되는 것이다. 돌봄리더 사업에 참여한 분들이 요양보호사나 생활지원사 등의 활동을 할 때는 우대받기도 하는데, 지역사회와 대상자에 대한 이해와 경험이 있기 때문이다.

3) 한의원 운영 : 보장된 진료시간, 가족주치의, 방문진료,

성북의료사협은 “우리마을한의원”을 운영하고 있다. 성북의료사협의 조합원 연령층은 50대, 60대가 가장 많고 20대는 적은 편이며, 일차 의료에 좀 더 초점을 맞추기 위해서 한의원을 개설하였다.

성북의료사협 한의원에서는 특히 환자와의 관계 형성에 많은 관심을 가지고 있다. 대기 시간이 길더라도 충분한 상담과 치료 과정을 환자가 원할 때까지 해줘야 한다는 게 기본 입장이다. 한방진료는 직접적인 치료 이외에도 기본적인 문진 과정에서 상담을 통해 라포(rapport)를 형성하고 환자들의 건강에 관련된 다양한 이야기를 나눈다. 충분한 상담으로 인해 한의사는 바쁘지만, 환자분들 대하는 태도와 의술로 신뢰를 다지는 것이다.

성북의료사협은 가족 주치의 제도를 적용하고 있다. 가족주치의 제도를 통해 질병의 예방과 조기 발견 등을 통해 건강하게 살 수 있도록 하는 것을 목표로 한다. 즉, 의료사협 한의원을 이용함으로써 조합원들은 자신의 병력 뿐만 아니라 가족의 건강 상태까지 파악하는 주치의를 갖게 되는 것이다. 참고로 성북구는 기초지자체에서는 최초로 2018년부터 75세 이상 어르신을 대상으로 주치의제도를 시행하고 있는데, 개인을 대상으로 한다는 점에서 성북의료사협의 주치의 제도와 차이가 있다. 즉, 의료사협에서는 질병 치료

및 건강관리의 대상을 개인과 가족의 관계, 가족이 미치는 영향력까지 고려하는 것이다.

최근에는 한방 방문진료를 진행하는데, 일주일에 한번 오후 시간대에 거동이 불편한 환자의 집으로 찾아가서 한방진료를 하고 있다. 방문진료를 하는 것은 의료사협이 주창하는 건강권과 일치하기 때문이다. 즉, 의료사협만이 가질 수 있는 특징이나 강점이 방문진료라 할 수 있다. 대개 방문진료 시간은 이동 시간 포함해서 1시간 정도 소요된다. 반면 의협에서는 수가가 부족하다는 점을 들어 현실적으로 방문진료 실행이 어렵다는 입장을 밝힌 바 있다.

4) 복지 사각지대 대상자 지원

성북의료사협은 현 복지정책에서 대응 못하는 사각지대에 필요로 하는 서비스를 제공한다. 현장에서는 복지 행정에서 대응하지 못하거나 대응이 부족한 경우가 존재한다. 현 제도에서 제공하는 사회서비스가 부족하거나 실행하는 데 시간이 걸려서 실효성이 떨어지기 때문이다. 이러한 요청은 복지관 또는 행정기관을 통해서 들어오기도 한다. 반면에 의료사협에서는 신속한 내부 의사결정을 통해서 이들을 지원할 수 있다. 복지 틈새 계층에게는 필요한 서비스를 제공하는 경우, 돌봄리더가 방문하기도 하고, 한방 방문진료를 나가기도 한다. 현장을 확인하고 주거환경 개선이 필요한 경우에는 다른 조직과의 연계를 통해서 지원을 한다. 의료사협은 평소 다양한 조직과의 연계활동을 통해 자원을 필요한 곳에 배분할 수 있는 통로를 확보하고 있는 것이다.

5) 구청·보건소와의 관계

지방정부와의 관계를 살펴본 결과, 구청은 의료사협에 관심을 가지나, 오히려 같은 영역에 있는 보건소에서는 큰 관심이 없는 편이었다. 구청에서는 주기적으로 성북의료사협의 동향을 파악하기 위해 월 실적, 임직원 현황 등을 요청하고 있다. 성북의료사협의 경우 조합원이 많을 뿐만 아니라 회원에

국회의원, 구의원을 포함하여 지역의 여러 단체장들이 함께 하고 있다. 이런 점에서 본다면 단일 단체의 규모로서는 정치적으로도 영향력을 가질 수 있는 조직이라 할 수 있다. 성북구에는 120여개의 협동조합이 있는데, 성북의료사협을 제외하고는 동향을 파악하지 않는다.

이와 달리 보건소와의 관계는 소원한 편이다. 성북의료사협 관계자는 서울 지역의 보건소들이 대부분 그렇다고 판단하고 있다. 이런 점은 서울시 같은 대도시는 의료자원이 과포화상태라서 의료사협의 필요성을 상대적으로 낮게 평가하는 것이다. 성북구의 경우 양방중심의 의료자원이 충분한 편이다. 특히 고령자 주치의 제도도 시행하다보니, 민간과 연계를 할 때도 시장 영역 병의원을 중심으로 협력하는 경우가 많다. 이와 함께 시장 영역 병원에서 의료사협 병원을 견제 형태도 나타나고 있다. 성북의료사협이 소상공인 등을 위해 한방 진료 지원사업을 하는데, 타 병원에서 민원을 제기하기도 하였다.

V. 사례분석 결과와 함의 : 의료사협의 특징과 역할 기대

1. 사례분석 결과 : 바람직한 보건의료 민관협력에서 주목할 지점

1) 새로운 의료공공성의 등장 예고

성북의료사협의 사례를 통해 새로운 의료공공성의 등장이 예고된다. 새로운 의료공공성이 등장하는 과정은 상향식(bottom-up)의 형태로 만들어지고 있다. 즉, 권력을 가진 정부가 만드는 것도 아니고, 전문적 권한을 가진 의료기관이 만드는 것이 아니라 시민들이 모여서 의료의 공공성을 논하는 과정에서 구체화되는 것이다. 800여명의 시민이 모여 의료관련 조직을 결성하고, 지역의 건강생태계 조성사업과 방문진료 등을 수행하고, 사각지대를 발굴하는 모든 과정이 새로운 의료공공성의 구체화에 기여하는 것이다.

기존의 의료공공성에 관한 논의는 주로 정부와 민간을 이분법으로 구분하

여 비교하였다. 이때 정부는 재정적인 측면을, 민간은 의료서비스 제공의 역할을 상징한다. 주로 거시와 미시적 측면에서 논의가 되고 있다. 거시적 측면에서는 공공성의 주제인 정부가 의료서비스를 얼마나 제공하는가에 중점을 둔다. 이때 의료공공성은 1) 국가 전달체계 관점에서 의료자원 중 공공부문의 점유율이 높을수록(감신, 2010), 2) 총 국민 의료비 재원조달구조에서 공공재정의 비중이 민간재정보다 높으면 공공성이 높다고 평가한다(이규식, 2001). 미시적 측면에서는 의료서비스의 공공적 가치를 얼마나 실현하는가에 중점을 맞추는데, 판별기준은 사적 이윤 추구 정도이다. 이윤 추구 목적이 강하면 공공성이 낮고, 이윤 추구 목적이 약으면 공공성이 높다고 판단한다(문정주, 2011; 정연 외, 2016).

새로운 의료공공성은 공공 대 민간이 아닌, 시장영역 대 시민사회 영역으로 비교할 필요가 있다. 즉, 의료사협을 새로운 비교틀로서 활용할 필요가 있다. 이를 위해 정연 외(2016)에서 민간의료기관의 의료공공성 인식을 조사한 결과와 비교하여 제시하고자 한다.²⁾ 의료사협과 시장영역 병의원의 비교는 아래 <표-2>와 같다. 시장영역 병의원은 공공이익을 위한 규범적 실천이 중요하지만, 조직의 생존과 함께 공동의 목표로서 존재한다. 특히 수익성 추구가 높다는 점은 시장 영역의 예상 가능한 특징이며, 수익성과 공공성이 대립하는 것으로 인식하고 있다. 따라서 상황과 조건에 따라 의료공공성이 후순위로 밀릴 수 있는 가능성이 있다. 참여적 측면에서는 시장 영역 병의원은 주민이나 지역사회와의 협력 여부가 낮은 것으로 나타났다. 유사한 맥락으로 이건설 외(2015)는 민간의료기관의 공익성 강화를 위해 민주적 소유 및 지배구조 확보와 함께 경영투명성을 의료기관의 공익성 평가의 지표로 제시하기도 하였다. 이런 점에서 본다면 의료사협이 추구하는 의료공공성은 시장영역 병의원의 그것과 분명 다른 것이다.

2) 해당 조사는 연구자가 밝히는 것과 같이 응답률이 낮았다는 점을 감안할 필요가 있다.

<표 2> 시장영역 의료기관과 의료사협의 의료공공성 비교

| 구분 | | 시장영역 병원 | 의료사협 병원 |
|--------------|---------------|----------------------|---------------------------|
| 수행동기 | | 조직의 생존, 규범적 실천 | 지역의 보건으로 예방체계 구축 |
| 공공성과 수익성의 관계 | 수익성 추구 | 높음 | 상대적으로 (매우) 낮음 |
| | 공공성에 관한 인식 | 수익성에 대립하는 것 | 수익성보다 우선하는 것 |
| | 공공성 요구에 대한 대응 | 정부의 통제로 인식 | 협력사업 발굴의 형태로 대응 |
| 참여 | 주민들의 참여 | 정보공개, 의견수렴 정도의 참여 수준 | 주민소유의 병원 소유 (가장 높은 참여 수준) |
| | 지역사업 협력 여부 | 지역협력 사업 저조 | 지역협력 사업 적극 발굴, 파트너십 추구 |

2) 분화된 영역과 이로 인해 새롭게 요구되는 전문성

의료사협이 주창하는 예방적 성격의 건강관리와 이를 위한 시도에 주목할 필요가 있다. 상술한 바와 같이 보건복지 서비스의 관리 주체가 중앙정부에서 지방정부로 이양되는데, 이는 지방정부에게는 부담이 되고 있다. 따라서 지방정부의 입장에서는 공공에 대한 재정의존성을 줄이고 민간영역의 자발적인 참여를 유도하려는 경향이 나타난다. 이와 함께 지방정부는 시장영역 병원의 의료서비스를 관리해야 하나, 사실상 관리는 어렵다고 할 수 있다. 감신(2006: 123)은 이런 점에서 현재의 시장영역 병원 기능만으로는 국가 건강증진목표를 달성할 수 없다고 주장한 바 있다. 이런 점을 개선하기 위해 의료사협이 개인이 아닌 가족, 공동체 기반의 예방 중심의 건강관리 방안을 제시하고 있다. 성북의료사협의 사례에서도 다양한 방안(가족 주치의제도, 방문진료, 돌봄리더 양성 등)을 시도하고 있다.³⁾

특히, 돌봄리더 육성을 통해 일반 주민이 건강관리의 주체가 되는 과정에 주목할 필요가 있다. 처음에는 스스로 건강관리 교육을 받다보니 자신의 건강에 대한 관심과 건강관리 역량이 증가한다. 다음으로 도움이 필요한 지역

3) 이외에도 먼저 활동을 시작한 안성의료사협, 안산의료사협, 살림의료사협 역시 병원을 설립하고 해당 지방정부와 다양한 형태의 협력사업을 통해 예방중심의 건강 관리체계를 시도하고 있다.

구성원에게 돌봄서비스를 제공함으로써 필요성을 더 인식하고 자존감이 상승하는 양의 되먹임(positive feedback)이 발생한다. 이를 통해 건강관리에 공동체가 필요하다는 것을 깨닫고 이는 공동체 의식의 함양으로 나타난다. 이러한 과정으로 지역사회의 건강관리 주체와 노련한 환자(expert patient)의 증가, 건강취약계층 지원, 공동체 의식 함양 등을 기대할 수 있다.

3) 지역 특수성에 기반한 지역의제성

의료사협은 지역 특수성에 기반한 건강의제 발굴에 적합하다. 지역의제성이란 해당 지역의 고유한 상황에서 의제를 도출할 수 있는 성질이라 할 수 있다. 특정 지역사회에만 해당된다는 점에서 지역 특수성이라고 볼 수 있다. 이러한 지역 특수성이란 공동체 내부에서 공유되거나 이해 가능한 것으로, 지역사회 내의 누적된 경험에 기반한다. 지역의 의제를 발굴하고 다듬는 역할을 하는 것은 주로 자발적 결사체인데, 타 조직보다 규모가 상대적으로 큰 의료사협이 유리하다고 볼 수 있다. 이러한 특징은 지역사회 통합돌봄 과정에서 의제 발굴, 정책 기획 등과 밀접하게 연관된다. 즉, 의료사협은 보건의료 및 복지에 관련된 지역의제성이 높은 조직이다.

의료사협은 해당 조직이 소재한 기초지자체에서만 의료영업 행위가 가능하며, 다른 비영리 조직보다 엄격한 설립조건이 요구된다. 이러한 조건은 지역의제성을 다루는 데 유리하게 작용할 수 있다. 활동지역 제한은 소속된 지역사회의 경계를 명확하게 함으로써 공동체의 성격을 강화한다. 이런 점에서 의료사협은 자발적 결사체이면서도 연고 집단의 성격을 가지는 것이다. 또한, 조직 설립의 높은 기준은 지역주민과 시민사회 연대에 기반한 응집력을 강화하는 계기가 되었다. 이러한 특징을 통해 지방정부와 지역주민의 신뢰를 얻을 수 있다.

지역사회의 건강 의제에 초점을 맞추는 것은 지역주민이 느끼는 소외를 극복하는 것이기도 하다. 이는 지방정부와 지역주민에게 다음과 같은 인식을 가지게끔 한다. 첫째, 그 동안 정책에 반영되지 않았던 지역의 특성에 관심을 가지는 계기가 된다. 둘째, 보건의료 정책 기획 및 수행의 주체로서

스스로를 긍정적으로 재발견한다. 셋째, 기존의 전문적 의료서비스 정보로부터는 소외되었던 환자의 역량을 긍정적으로 재발견한다. 결국 지역주민은 중앙정부와의 관계에서는 소수자·약자지만, 지역사회 안에서는 다수의 위치를 가지기 때문에 실질적 정책 변화의 목소리를 스스로 낼 수 있는 것이다.

4) 다양한 주체의 참여 기회 확대

의료사협은 돌봄리더(마실친구), 보장된 진료시간, 방문진료 등을 통해 만남과 대화로 소외되었던 지역주민과 환자를 지역사회 삶의 주체로 활동하도록 독려한다. 의미 있는 삶을 가능케 하는 공동체적 활동은 “말할 수 있는 능력”을 그 조건으로 한다(이용승, 2016). 타인과 공존하는 정치적 장에서 공적 언어로 말할 수 있을 때 그 개인은 행위 주체로 인정받는 것이다. 이런 점에서 환자와 지역주민이 공적 언어로 말할 때, 참여의 공적 공간이 열리며, 향후 지역의 정치적 주체로서 나설 수 있는 것이다. 또한 자신의 이야기를 말함으로써 자기 삶을 주도할 수 있고, 이러한 과정에서 사회에 대한 의무감과 책임성을 가지게 된다.

지방정부의 입장에서 주체적인 지역사회를 발굴할 필요가 있다. 지역사회는 중앙정부와의 수직적인 관계 속에서 소외되고 경시되어왔다. 따라서 지역사회에 초점을 두는 것은 지방정부 스스로에 대한 소외를 극복하는 것이다. 이는 그 동안 보건의료정책에서 소외되었던 지역성을 복원하는 것이고, 이 과정에서 건강 주체로서 지방정부와 지역주민의 주체성은 긍정적으로 재발견될 것이다.

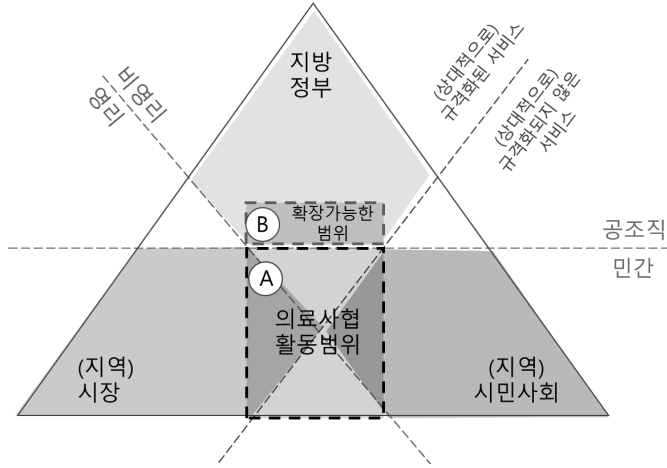
2. 의료사협의 조직적 성격에서 나타나는 민관협력의 가능성

향후 지역사회 통합돌봄의 영역에서 의료사협의 역할을 살펴보기 위해서 다른 영역과의 관계를 살펴볼 필요가 있다. 보건의료 서비스 제공이라는 측면에서 실패 요인을 분석하는 것은 유익한 지점이다. 특히 의료사협은 비영리 조직의 성격도 가지므로 비영리 실패 논의를 살펴볼 필요가 있다.

앞서 제시한 비영리 실패의 5가지 측면을 검토한 결과, 의료사협은 이러한 비영리 실패를 극복할 수 있는 가능성을 가진다. 즉, 비영리 실패의 주요한 문제점에 해당되지 않거나 또는 우회하거나 해결할 수 있는 것이다. 이는 의료사협이 시장과 시민사회의 영역의 성격을 동시에 가지며, 지방정부와의 협력도 가능하기 때문이다. 구체적으로 첫째, 불충분성은 자원 동원의 한계를 의미하는데, 의료사협은 자체적으로 운영하는 의료기관을 통해 지속적인 수익 체계가 가능하다. 물론 초창기에는 많은 어려움을 겪었고 현재도 경영의 어려움을 겪고 있지만, 주로 기부로 충당하는 비영리 조직보다는 훨씬 안정적이라 할 수 있다. 또한 안성의료사협, 안산의료사협 등 선배 의료사협이 어려운 시기를 극복한 경험을 연합회 차원에서 공유하고 컨설팅하는 보완적인 체계도 가지고 있다. 둘째, 특수주의는 특정 인구집단에만 봉사하는 경향을 의미하는데, 의료사협의 병원은 조합원뿐만 아니라 일반 지역주민이 사용하는 것이 가능하다. 따라서 지역의 측면에서 보편적 서비스를 제공하는 것이다. 특히 의료사협의 활동 영역이 소재한 시군구에 한정되므로 활동의 효과가 해당 지역에 주로 집중된다고 볼 수 있다. 셋째, 온정주의는 지역사회의 빈곤층을 지원함으로써 발생할 비용 및 업무 증가와 관련이 있다. 이러한 지점은 지방정부와의 협력사업을 통해 해결이 가능한 부분이다. 지방정부 입장에서 의료사협을 적합한 정책 파트너로 인식하고 있다. 의료사협은 사회적경제 조직으로써 사회적 가치활동을 의무적으로 제공해야 하는 점도 이와 밀접하게 관련 있다. 넷째, 비전문성 문제는 정식 의료기관을 운영한다는 점에서 문제가 되지 않는다. 또한 500명 이상의 조직원을 통한 지역 건강의제를 확보하는 등 시장영역 병의원이 가질 수 없는 특화된 전문성도 가지고 있다. 다섯째, 개입주의는 민주적인 의사결정 구조를 통해 해결이 가능하다. 그럼에도 불구하고 여전히 개입주의의 가능성은 남아 있지만, 1인이 결정하는 시장영역 병의원체제와 50명 이상의 대의원이 결정하는 의사체제는 공개성, 참여성에서 큰 차이가 난다. 이상의 내용을 Pestoff(2002)이 제시한 복지 삼각형 모형에 적용하면 <그림-2>과 같이 의료사협의 활동영역을 제시할 수 있다. 여기서 A영역은 현재 의료사협의 활동범위이며, B

영역은 지방정부와의 협력을 통해 확장이 가능한 범위다.

<그림 2> 의료사협의 활동영역 범위



3. 지역사회 통합돌봄 서비스에서 의료사협에 대한 역할 기대

이상의 논의를 바탕으로 의료사협이 지역사회 통합돌봄 구조에서 할 수 있는 역할을 살펴보고자 한다. 지역사회 통합돌봄 체계에서는 지역에 대한 진단과정을 통한 프로그램을 기획 및 운영할 것을 권하고 있다. 의료사협에 기대하는 역할을 여러 측면에서 살펴볼 수 있지만, 본고에서는 지역사회 통합돌봄 서비스 운영 과정상에서 분석하였다. 지역사회 통합돌봄 서비스의 운영은 아래 <표-3>와 같이 크게 진단과 운영과정으로 나뉘며, 세부적으로는 진단 4단계, 운영 3단계로 구분할 수 있다.

〈표 3〉 지역사회 통합돌봄 서비스 운영 절차

| 지역사회 진단과정 | | | | 서비스 운영 | | |
|--------------------|---------------------|---------------------------|-----------------------|--------------------|-----------------------|------------|
| 지역사회 돌봄문제 인지 | 지역사회 돌봄 목표 설정 | 지역사회 자료정보 수집·분 석 | 지역사회 수요 및 공급 파악 | 통합돌봄 서비스 기 획 | 우선순위 돌봄 서비 스 마련 | 집행 및 평가 |

출처 : 보건복지부(2020:20)의 내용을 일부 수정

1) 지역사회의 돌봄문제 인지

의료사협이 다른 조직과 가장 차이가 나는 부분은 바로 지역사회 기반의 네트워크 역량이다. 500명 이상의 폭넓은 네트워크를 통해 돌봄서비스 대상자의 욕구 의견수렴과 돌봄서비스 자원 발굴이 가능하다. 이런 점에서 의료사협은 구청이나 보건소의 일부 역할을 대행할 수 있다. 의료사협이 보유한 네트워크를 통해 주기적으로 지역의 건강정보를 수집한다면 이는 가치있는 자료가 될 것이다. 또한 이렇게 확보된 자료는 국가승인통계인 지역사회조사 또는 지역사회건강조사의 방향성, 문항 설정 등에 충분한 시사점을 제공할 수 있을 것이다.

2) 지역사회 돌봄 목표 설정

의료사협은 지방정부와의 연결 통로의 한 곳으로 작동할 수 있다. 그리고 의료사협은 지방정부의 나아갈 방향을 제시할 수 있다. 지역사회 통합돌봄 서비스의 명확한 목표를 제시하고, 의견조율자의 역할을 할 수 있는 것이다. 지역사회 집행조직에서는 사회복지서비스와 의료서비스가 분리되어 있으며, 두 영역의 협력이 잘 이루어지지 않고 있다. 의료사협은 보건의료서비스와 복지서비스를 모두 제공할 수 있으며, 민간의 측면과 공공성의 측면을 모두 수행하고 있다. 따라서 타 주체에 비해 상대적으로 객관적인 입장을 제시할 수 있다. 일례로 방문진료 수가의 문제에서 의료사협은 의사회와 수가가 부족하다는 동일한 입장을 내면서도, 공공성의 측면에서 방문진료를 하겠다는 의견을 제시하기도 하였다.

의료사협과 개업 병의원은 생산적인 견제와 균형에 관심을 상호 의견을 주고 받으며 발전할 것으로 예상된다. 민간이라는 영역으로 본다면 의료사협과 개업병의원이 공존하기 때문에, 각 주체의 특징은 서로에게 긍정적인 효과를 미칠 것이다. 개업 병의원 간의 경쟁은 같은 보건의료서비스를 제공하는 의료사협에게도 긍정적인 경쟁적 규율을 제시할 것이다(김호기, 2002). 또한 의료사협은 그 존재 자체로서 시장의 자기파괴적 경향을 경고하며 시장 영역의 의료기관 잠식에 저항할 것이다.

정부 부처 간 정보 공개 및 업무연계가 미흡한 조직문화를 고려할 때, 최소한 복지와 의료서비스를 연계할 수 있는 매개조직이 필요하다. 의료사협은 복지와 의료서비스 조직들 간의 클라이언트 의뢰 및 자원 교환이 원활할 수 있는 종합적인 서비스 전달체계 형성에 적합하다.

3) 지역사회 자료정보 수집·분석

의료사협의 시민사회 구성원의 성격은 지역자원 발굴에 효과적일 것이다. 의료사협은 500명 이상의 조합원과 기존의 지역사회 사업을 통하여 다양한 정보 네트워크를 가지고 있다. 또한 지역사회 기반으로 생성된 조직이므로 태생적으로 지역사회의 자원에 대해서 많은 정보를 가지고 있다. 이러한 점은 지역사회의 정보를 정확하게 분석할 수 있다는 장점을 가진다.

4) 제3섹터의 거점조직으로 활동

의료사협은 제3섹터 네트워크의 게이트키퍼 조직으로 역할을 할 수 있다. 지역사회 통합돌봄은 정부, 시장, 제3섹터의 역량을 모두 필요로 한다. 이때 제3섹터는 단지 의료사협뿐만 아니라 사회적 기업, 마을기업, 시민단체, 풀뿌리단체 등이 포함된다. 지역사회 통합돌봄에서는 다양한 조직의 참여로 인해 의견 합의를 위한 중간 논의기구가 필요할 것이다. 이때 의료사협은 제3섹터 조직의 성향을 잘 알고 네트워크로 연결되어 있으므로 의견조율, 역할 및 자원 분담 등의 역할을 할 수 있다.

5) 테스트 베드 역할

의료사협은 통합돌봄서비스 분야의 테스트베드 역할을 할 수 있다. 의료사협은 이전에도 자체적으로 유사한 사업(주치의제도, 방문진료 등)을 발굴해서 진행한 바 있다. 이러한 경험과 역량을 바탕으로 지역사회에 새롭게 도입될 서비스를 발굴하는데 중요한 역할을 할 수 있다. 지방정부의 입장에서도 의료사협은 신규 사업을 함께 발굴하기에 적절한 파트너다. 특히 의료사협은 상대적으로 사업발굴, 서비스 개선이 필요한 방문관리와 예방 중심 사업에 적절하다고 판단한다.

VI. 나가며

의료사협은 지역사회에서의 역할을 스스로 중요하게 여기며, 지역을 상호부조가 가능한 건강하고 친밀한 장소로 회복시키고 있다. 지역은 구체적 삶이 영위되는 일상적 공간으로서 주민 상호 간의 만남과 교류의 과정에서 지역사회 건강통합이 논의될 수 있는 공간이다. 의료사협은 주체 간의 연결성을 증대시키며, 이는 주민 간의 질 높은 연대를 가능케 하며, 더불어 지방정부와의 연계를 통해 지역의 건강 생태계를 가능케 한다고 볼 수 있다.

이러한 의료사협의 가능성에 관심을 기울일 필요가 있다. 누군가를 의료사협의 경험을 침소봉대한다고 얘기할 수도 있다. 전국의 의료기관이 몇 개인데 고작 20여개의 의료기관에 관심을 가져야하는가라고 반문할지도 모른다. 하지만 1990년대 이후 시민사회 활동이 생활정치로 확산된 것을 생각한다면, 이는 분명히 기존 체제에 일정한 균열을 내고 있다. 물론 의료생협의 명칭을 악용한 유사의료생협 같은 예상치 못한 사례도 있었지만, 의료사협이라는 조직형태로 변경하는 등 제도적으로도 개선해 나아가고 있다.

본 연구는 다수의 사례가 아닌 하나의 사례를 다뤘다는 점에서 일견 연구의 한계를 가진다. 또한 탐색적 연구라는 측면에서 미처 살펴보지 못하거나 분석에서 빠진 부분이 있으리라 생각된다. 따라서 향후 다양한 의료사협의 사례를 분석하고 지역사회의 특성을 반영한 심도 깊은 논의가 필요하다. 그

런 점에서 본 연구는 후속 연구를 위한 기초 자료를 제공한다는 점에서 의미가 있을 것이다.

참고문헌

- 감신(2006). “보건의료 공급구조의 개혁”, 신영전, 김창엽 편, 「보건의료개혁의 새로운 모색」, 서울:한울아카데미.
- 감신(2010). “공공보건의료체계 현황과 발전방안”. 「보건복지포럼」 169, pp.38-44.
- 강은정(2004). “공공보건의료 확충을 위한 대안분석”. 「보건복지포럼」 96, pp.57-67.
- 강혜규·김형용·박세경·최현수·김은지·최은영·황덕순·김보영·박수지(2007). 「사회서비스 공급의 역할분담 모형개발과 정책과제- 국가·시장·비영리민간의 재정 분담 및 공급참여 방식-」, 한국보건사회연구원.
- 김범수·김현희(2005). “안성의료생활협동조합 실무자들의 참여과정에 관한 연구”, 「한국사회복지행정학」 7(1), pp.137-172
- 김보영·강혜규(2018). “커뮤니티 케어는 가능한가? 통합사례관리 이용자 경험 분석”, 「한국사회복지정책학회 춘계학술대회자료집」.
- 김창엽·김용익·감신(2004). 「공공병원 확충방안 개발에 관한 연구」. 보건복지부.
- 김호기(2002). “시민사회의 유형과 이중적 시민사회”, 「시민과세계」 1, pp.38-53.
- 문정주(2011). “서울시 의료의 공공성 강화”, 「월간 복지동향」, 157.
- 박성용(2010), “의료생활협동조합 관련 생협법 개정내용과 개선방안”, 「한국협동조합연구」 18(2), pp.117-141.
- 박수경·이가영·김연주·이민영·변도화·김경희·손효림·김춘배·안양희·김남희(2017). “지역사회 기반 참여모형(CBPR)을 중심으로 한 고혈압 당뇨병 환자의 전문가 치주 질환관리프로그램 평가”. 「Journal of Koreand Academy of Oral Health」 41(1), pp.56-64.
- 박유이·최형길·한동현·강준호·안성훈(2017). “사회적 경제를 통한 복지기술 생태계 탐구; 의료복지사회적협동조합 치과의원의 사례”, 「Journal of Korean Academy of Oral Health」 41(3), pp.43-49.
- 박태영(2021). “지역사회복지실천에서의 주민자치와 민관협력”, 「한국지역사회

- 복지학회 학술대회」 pp.111-123.
- 박혜린(2018). 「의료복지사회적협동조합의 지속성과 지역화에 관한 연구」, 원광대학교 사회복지학과 박사학위논문.
- 보건복지부(2010). 「노인보건복지사업안내」.
- 보건복지부(2020). 「2020 지역사회 통합돌봄 자체 추진가이드북」.
- 서동희·김좌겸(2019). “고령시대 공공데이터기반 지역사회 보건 - 복지 돌봄 방안 모색”. 「한국사회복지행정학」 21(1), pp.55-81.
- 서정훈(2021). “통합돌봄서비스 구축을 위한 조직설계 고찰”, 「인문사회」 21(2), pp.307-320.
- 선우덕·강은나·이윤경·김지미·최인덕·양찬미(2015). 「노인돌봄(케어)서비스의 제공주체간 역할정립과 연계체계 구축」, 한국보건사회연구원.
- 신종욱(2014). “보건의료시스템 개혁과 의료생협의 역할 탐색”, 「사회보장연구」 30(3), pp.151-182.
- 오춘희·김선화·이상윤(2020). “의료복지사회적협동조합의 제도변화”, 「한국협동조합연구」 38(1), pp.155-184.
- 유명순·권순만·정연·손효정(2013). 「민간의료기관 공공성 평가 및 공공의료 수행방안 연구」, 서울대학교 보건대학원.
- 유수현(2002). “의료생활협동조합활동의 전개와 지역사회복지적 의미”. 「월간 복지동향」 49, pp.14-18 .
- 이건세·김형수·신은영·유명순(2015). 「의료전달체계에서 민간의료기관의 기여도와 민간의료기관의 공익적 역할을 위한 방안에 관한 연구」, 대한의사협회 의료정책연구소.
- 이규식(2001). “의료의 공공성제고와 공공의료기관 확충 논의의 검토”, 「보건행정학회지」 11(1), pp.107-130.
- 이만우, 2009, 「고령사회 대비 주치의 제도 도입 검토」. 국회입법조사처.
- 이용승(2016). “이주민의 지역사회통합과 주민권의 기능”, 「민족연구」 65, pp.4-25.
- 이재희·윤민화(2018). “의료복지사회적협동조합에서의 일의 방식”, 「한국사회복지행정학」 20(4), pp.4-25.
- 이해진·김철규(2014). “지역사회복지의 실천주체로서 사회적협동조합의 의의”, 「한국지역사회복지학」 51, pp.155-189.

- 이현재(2017). “페미니즘과 도시공동체경제:살림의료복지사회적협동조합의 사례를 중심으로”. 「철학연구」 117, pp.89-110.
- 장춘익 역(2006). 「의사소통행위이론1, 2」. Habermas, J. (1987). 「Theorie des kommunikativen Handelns. Suhrkamp」. 서울: 나남.
- 정연·이근찬·유명순(2016). “한국 민간의료기관의 공익성 : 분석틀 개발과 현황의 측정”, 「보건사회 연구」 36(4), pp.344-373.
- 조대엽(2014). “생활정치 패러다임과 공공성의 재구성”, 「현상과인식」 38(4), pp.131-156.
- 조애저, 김승권, 장경섭, 이현송, 정기선, 송인주(2000). 「한국 가족의 변화와 대응방안」. 한국보건사회연구원.
- 통계청(2021). 「고령자 통계」.
- 한국보건산업진흥원(2017). 「국민보건의료실태조사」.
- 황인섭(2004). “의료생활협동조합의 비영리조직성 및 특징에 관한 연구”, 「산업경제연구」 17(4), pp.1569-1591.
- Chi-Wai Lui, Jo-Anne Everingham, Jeni Warburton, Michael Cuthill, Helen Bartlett.(2009). "What makes a community age-friendly: A review of international literature", *Australasian Journal on Aging*, 28(3), pp.116-121.
- Pestoff, Victor.(2002). Democracy or Making Citizenship Meaningful. <http://www.shv.mh.se/forskning/Sta/Citizenship2.pdf>
- 인터넷 자료 : 의료복지사회적협동조합 홈페이지. (<http://www.hwsocoop.or.kr>). (검색일 2022.05.20.).

Medical Social Cooperatives in Community Care : the Case of Seongbuk-Gu*

Nam, Choonho**· Kim, Cheong-Seok***

< Abstract >

This paper, through the case of medical social cooperatives, attempts to examine the points to enhance public-private cooperation in health care and explore their potential as a participating organization for community based integrated care. The importance of public-private cooperation has been heightened as the progress of community based care services. The project of the Seongbuk Medical Association, a public-private partnership in the health and medical field, provides an excellent case to learn public-private partnerships in health care. The study yields four points: the emergence of a different medical publicity, differentiated areas and newly required expertise, regional agenda based on regional specificity, and expansion of opportunities for participation by various actors. As a social economy organization, Seongbuk Medical Association has both for-profit and non-profit characteristics and is active in discovering new health care services.

key words: medical social cooperative, community care, public-private cooperation, medical service, medical publicness

투고일: 2022.04.29. | 심사완료일: 2022.05.24. | 게재확정일: 2022.05.27.

*This work was supported by the NRF[grant number: NRF- 2019S1A5C2A03081040]

** First Author, Doctoral Candidate, Department of Sociology, Dongguk University.

***Corresponding-Author, Professor, Department of Sociology, Dongguk University.

남춘호(南春浩) 동국대학교 사회학과 박사과정을 수료했으며, 세부전공은 지역사회학이다. 동국대학교에서 “결혼이민남성의 장기체류 의향”(2015) 주제로 석사학위를 취득하였다. 학문적 관심분야는 사회돌봄, 사회적경제, 로컬거버넌스, 이주 등이다. 주요 논문은 “결혼이민남성의 국적·영주권 취득 의향 : 출신국 GDP 비교를 통하여”(2018), 저서로는 ‘뉴머니, 지역화폐의 현재와 미래’(2021, 공저) 등이 있다.(namchoonho@naver.com)

김정석(金廷錫) 현재 동국대학교 사회학과 교수, 인구와사회협동연구소 소장으로서 재직 중이며, University of Michigan 에서 인구학 및 노년학 주제로 사회학박사학위를 취득하였다. 학문적 관심분야는 노년, 장애, 가족, 사회돌봄 등이며, 주요 논문으로는 ‘지역사회 통합돌봄의 개념적 이해와 실천적 함의(2022)’, ‘졸혼에 대한 사회학적 단상(2020)’, ‘지역사회 통합돌봄 관련 자치단체 조례에 대한 비판적 고찰과 정책적 함의(2020)’ 등이 있다. 현재 한국연구재단의 지원을 받아 지역사회 통합돌봄과 장애인의 생애사에 대한 연구과제의 책임을 맡고 있다.(chkim108@dongguk.edu)