



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

보건학석사 학위논문

**Kingdon의 정책흐름모형을 적용한  
보건의료복지 네트워크 정책  
형성과정 분석**

- 서울시 301 네트워크 사례 -

**An Analysis of the Policy Formation Process  
of 'Health, Medical, Welfare Network'  
based on Kingdon's Policy Streams Framework  
: the case of 301 network in Seoul**

2020년 2월

서울대학교 대학원

보건학과 보건정책관리학 전공

백 지 선

## 국문초록

본 연구는 서울시의 301 네트워크 정책형성 과정을 Kingdon의 정책흐름모형을 통해 분석하는 것을 목적으로 한다. 본 연구에서는 서울시의 301 네트워크 정책형성 시기를 서울시 북부병원이 사업을 기획하여 수행한 2013년도부터 서울시 산하 6개병원의 시정협력사업으로 채택되는 2015년까지로 보고 정책흐름모형의 이론적 전제에 따라 분석하였다.

분석 결과는 다음과 같다. 첫째, 정책문제의 측면에서 당시 사회적 이슈였던 송과 세 모녀 사건과 미디어의 영향으로 정책대안인 301 네트워크가 주목을 받았고, 이와 함께 수면 아래에 있던 의료취약계층의 의료서비스 접근성 문제가 정책문제로서 힘을 발휘하게 되었다. 둘째, 정책흐름의 측면에서 당시 공공보건의료와 공공복지전달체계의 흐름이 301 네트워크를 수용하기 용이한 방향으로 흐르고 있었으며, 셋째, 2014년 재임에 성공한 박원순 시장과 당시 행정부가 정치적 흐름으로 작용하였다. 넷째, 각각의 독립적인 흐름을 포착하여 서울시 산하병원의 일개 사업을 정책화하는데 정책기업가의 역할이 결정적이었는데, 정책기업가는 당시 서울시 북부병원장이었다. 다섯째, 정책대안이라는 측면에서 당시의 서울시 산하병원에서 제공하던 기존 건강안전망 기능과의 차이를 비교한 결과, 당시의 건강안전망 기능에 해당하는 사업은 지역사회 무료진료나, 특정 대상자를 중심으로 수행되어 301 네트워크와는 차이가 있었고, 당시 의료사회복지서비스의 경우, 적은 인력과 예산으로 고유의 역할이 부각되지 못하였으나, 오히려 301 네트워크를 통해 그 역할이 새롭게 인식되었음을 밝혔다.

본 연구의 함의는 다음과 같다. 첫째, 정책대안이 이슈화되면서 정책문제를 주목시켰고, 정치적인 흐름이 작용하였으나, 정치적 흐름보다는 당시의 정책적인 흐름이 보다 주요하였음을 확인하였다. 둘째, 정책형성 과정에 있어 주요한 구성요소인 사회적 이슈가 정책문제와 반드시 일치하지 않더라도 미디어의 영향으로 파급효과를 가져올 수 있음을 확인하였다. 셋째, 정책대안이 해결할 수 있는 범위가 기존에 추진하고 있는 정책의 흐름과 동일선상에 있을 때 정책대안으로서 힘을 발휘함을 확인하였다. 마지막으로 상향식 정책사례에서의 정책기업가의 역할의 중요성을 파악하였으며, 본 연구사례의 내용이 실험적이거나 선례가 없어서가 아니라 정책이 상향식으로 확산되는 과정의 독특성이 Kingdon 모형의 이론적 전제와 부합함을 확인하였다.

본 연구는 단일사례연구로서 일반화, 객관화 측면에서 한계를 갖으며, 분석사례의 정책형성 기간이 비교적 짧아 분석내용에 있어 풍부하지 못한 한계를 갖는다. 또한 연구 과정에서 연구사례와 관련된 보다 다양한 이해관계자의 입장을 반영하지 못하였다. 전국단위로 확산된 본 연구사례의 정책결정 과정에 대한 후속 연구가 필요하다.

**주요어** : 301 네트워크, 정책흐름모형, 정책형성 과정, 통합서비스, Kingdon

**학 번** : 2014-23343

# 목 차

제 1 장 서 론 .....	1
제 1 절 연구의 배경 .....	1
제 2 절 연구의 목적 .....	5
제 2 장 이론적 배경 .....	6
제 1 절 보건의료복지 통합서비스의 개념 .....	6
(1) 통합서비스의 개념 .....	6
(2) 보건의료복지서비스 통합의 개념 .....	9
제 2 절 정책 변화과정 .....	11
(1) 공공복지 전달체계의 개편과정 .....	11
(2) 공공보건의료의 변화과정 .....	14
제 3 절 정책흐름모형 .....	17
(1) 정책흐름모형의 개념 .....	17
(2) 정책흐름모형의 구성요소 .....	18
제 4 절 선행연구 검토 .....	24
(1) 보건의료복지 통합서비스 관련 선행연구 .....	24
(2) 정책흐름모형을 적용한 선행연구 .....	26
제 3 장 연구방법 .....	29
제 1 절 연구 설계 .....	29
(1) 연구방법으로서의 사례연구 .....	29
(2) 연구 설계 .....	30
(3) 분석사례: 서울시 301 네트워크 정책 .....	31
제 2 절 자료수집 .....	33
(1) 문헌조사 .....	33

(2) 심층면접 .....	34
<b>제 3 절 분석방법 .....</b>	<b>36</b>
(1) 분석방법 .....	36
(2) 연구의 타당도 .....	37
(3) 연구의 윤리 .....	38
(4) 연구의 진실성 확보 .....	38
<b>제 4 장 분석결과 .....</b>	<b>39</b>
<b>제 1 절 서울시 301 네트워크 정책 형성과정 .....</b>	<b>39</b>
(1) 문제의 흐름 .....	39
(2) 정책의 흐름 .....	46
(3) 정치의 흐름 .....	56
(4) 정책기업가 .....	58
(5) 정책의 창 .....	61
<b>제 2 절 기존 건강안전망 기능과의 차이 .....</b>	<b>63</b>
(1) 서비스 내용의 측면 .....	63
(2) 서비스 통합의 측면 .....	66
<b>제 3 절 주요결과 .....</b>	<b>68</b>
(1) 정책문제 형성과정 .....	68
(2) 당시 정책의 흐름 .....	69
(3) 정치의 흐름 .....	70
(4) 정책기업가의 영향 .....	71
(5) 정책의 창 .....	71
(6) 기존 건강안전망 기능과의 차이 .....	72
(7) 사례의 정책흐름모형 적용 가능성 검토 .....	72
<b>제 5 장 결론 .....</b>	<b>77</b>
<b>제 1 절 논의 .....</b>	<b>77</b>

제 2 절 연구의 한계 .....	80
참고문헌 .....	81
Abstract .....	87

## 표 목 차

[표 1] 서비스 연계의 수준 .....	8
[표 2] 공공복지전달체계의 개편과정 .....	13
[표 3] 공공보건의료에 관한 법률 개정내용 .....	15
[표 4] 국내 보건의료복지 통합서비스 관련 선행연구 .....	25
[표 5] 정책흐름모형을 적용한 정책형성 과정 관련 선행연구 .....	28
[표 6] 서울시 301 네트워크 정책 추진과정 .....	32
[표 7] 분석자료의 구성 .....	33
[표 8] 연구참여자 정보 .....	35
[표 9] 조사질문 .....	35
[표10] 서울시 301 네트워크 정책 형성과정 예측패턴 .....	37
[표11] 서울시 경제적 이유로 인한 미치료율 .....	41
[표12] 연도별 서울시 공공의료 정책기조 .....	50
[표13] 서울시 북부병원 취약계층 지원 예산 운용 방식 ...	54
[표14] 2011-2012 서울시 산하병원 건강안전망 사업 .....	64
[표15] 예측패턴과 분석패턴 비교 .....	76



## 그림 목 차

[그림 1] Kingdon의 정책흐름모형의 구성요소 .....	18
[그림 2] 연구모형 .....	31
[그림 3] 각 흐름의 합류 .....	62

# 제 1 장 서 론

## 제 1 절 연구의 배경

2018년 3월 보건복지부가 커뮤니티케어 추진본부를 구성하면서 보건의료와 사회복지 각 영역에서 통합돌봄(integrated care)이 이슈가 되었다. 통합돌봄은 보건의료 시스템이 직면하고 있는 주요 문제들의 잠재적인 해결책으로 여겨지며 이미 전 세계적인 유행어(buzzword)가 되었는데(Goddard & Mason, 2016), 이는 보건의료 서비스 내의 분절이나, 중복, 열악한 서비스 조정 상황 등을 타개할 수 있는 해결책으로 여겨지기 때문이다. 통합돌봄은 비단 보건의료 영역 내의 문제뿐만 아니라 사회서비스 영역과의 단절 문제를 해결할 수 있는 대안으로 거론되는데, Raak, Paulus & Mur-Veeman(2005)는 그 이유로 의료와 사회서비스 제공자 각각이 다면적이고 복합적인 건강 문제를 가진 서비스 이용자들을 만나게 되는데, 각각의 독립된 서비스로는 이용자의 욕구를 충족시킬 수 없기 때문에 서비스 통합이라는 관점에서 보건의료와 사회서비스 간의 관계 형성이 필요하다고 하였다.

국내에서도 보건과 복지서비스 간 단절 문제는 상당히 오랜 기간 지속되어 왔으며, 그간 정부 주도로 서비스를 통합하고자 하는 노력들이 있었다. 공공복지 전달체계의 측면에서, 과거 서비스 통합을 위한 여러 제도적 시도들이 실패했다는 평가를 받는 가운데, 2014년 송파 세 모녀 사건을 계기로 복지 사각지대에 대한 사회적인 관심이 집중되면서 서울시는 2015년 7월부터 보건과 복지서비스를 통합적으로 제공하는 찾아가는 동주민센터를 운영하기 시작했다. 김정현·김보영(2019)에 따르면, 동주민센터는 이 과정에서 제도적, 기능적으로 많은 변화를 겪게 되었는데, 행정과 복지로 나뉘었던 주민센터 구조는 행정과 마을공동체, 복지와 보건의 통합서비스에 적합하도록 재편되었으며, 주민이 주민센터를

방문하는 것을 기준으로 하던 서비스 제공 방식은 주민 방문 방식으로 일부 전환되었다고 하였다. 복지플래너와 방문간호사의 동 차원 운영은 그 동안 지적되었던 분산되고 복잡한 서비스 제공방식의 비효율성에 행정적으로 대응한 것이라고 볼 수 있다(김정현 외 1인, 2019).

한편, 공공보건의료의 측면에서는 민간중심의 의료공급체계와 낮은 보장성 및 정부 역할의 미흡으로 의료취약지역과 의료사각지대는 확대되어 건강과 의료이용의 불평등은 심화되고 있다(오영호, 2013). 이러한 공공보건의료의 위기 속에서 우리나라의 공공보건의료정책은 전환기를 맞고 있는데, 오영호(2013)에 따르면, 2012년부터 그간의 공공보건의료의 기능을 무시한 채 양적인 공급에만 목표를 두었던 실패에서 벗어나, 공공보건의료 패러다임의 변화기에 들어섰다고 하였다. 우리나라의 민간중심의 의료공급체계 하에서 수립한 공공의료기관 확충대책의 한계를 인식한 정부는 지금까지의 공공의료의 개념을 소유에서 기능중심으로 개편하는 “공공보건의료에 관한 법률(법률 제1247호)”를 2012년 2월에 공포하여 2013년 2월부터 시행하고 있다(오영호, 2013). 김현진(2015)은 2011년 당시 정부의 정책목표<sup>1)</sup>와의 연관성을 지적하며 동 법률의 개정이 지역사회복지 전달체계와 지역보건의료체계를 효율적으로 운영해보려는 정책의지를 피력한 것으로 보았다. 실제로 이 법률의 시행으로 인해 공공보건의료기관은 민간의료 중심 의료체계에서 소외되었던 의료취약계층 환자 진료로 대표되는 기존의 소극적인 역할에서, 지역 내 의료취약계층의 의료 접근성 제고를 고려한 보다 적극적인 역할을 하도록 요구 받게 되었다. 보건복지부(2012)는 공공보건의료기관의 이러한 역할을 건강안전망 기능이라고 명시하고, 건강안전망 기능의 목적을 민간병원 위주의 의료공급체계에서 소외되기 쉬운 의료취약계층 환자와 지역주민들의 의료 접근성을 제고하는 것이라고 하였다.

이러한 배경에서 2015년 서울시 산하 6개 병원에서 301(보건·의료·복지) 네트워크(이하 ‘301 네트워크’)가 서울시

---

1) 보건복지부(2011) 2012년도 업무계획에 따르면, 복지정책의 비전으로 지역사회 보건·의료에 대한 국가의 책임을 강조하였다.

시정협력사업으로 등장한다. 301 네트워크는 서울특별시 북부병원이 건강안전망 사업의 일환으로 기획 및 수행한 사업 사례가 상향식(Bottom-up)으로 서울시의 정책으로 추진된 것으로 보건과 복지서비스 통합이라는 숙원이 서울시 공공복지 전달체계의 변화보다도 앞서 수행된 것이었다. 301 네트워크란 지역사회 내 보건·의료·복지와 관련된 기관 간 연계체계를 구축하여 사회·경제적 어려움으로 의료혜택에서 소외되는 주민들에게 통합적 보건의료복지 지원을 수행하는 보건과 의료와 사회복지서비스를 하나로 연결하는 건강복지서비스 연계체계 구축모델이다(권용진·임정기, 2014). 하지선 외(2017)에 따르면, 현재 301 네트워크는 전국 공공병원으로 확산되어가고 있는 보건의료복지 통합적 지원의 성공사례로 평가 받고 있다. 뿐만 아니라 통합돌봄에 대한 사회적 관심이 집중되는 현재, 보건의료와 복지 협력모델의 전신으로서 재조명을 받고 있다. 하지만, 이와 관련한 선행연구는 모두 301 네트워크 사업을 이용자 또는 실무자의 입장에서 평가하거나, 성과지표를 개발하는 연구에 그쳤고 비교적 단시간 내에 이루어진 일련의 정책형성 과정에 영향을 미친 요인들을 분석하는 연구는 현재까지 없었다.

Kingdon의 정책흐름모형의 핵심전제는 기존 합리모형이 전제하는 인과관계를 부정하고 현실의 각 정책과정이 “거의 상호 독립적(nearly independent)”인 구조를 지니고 있으며, 별개의 흐름들이 서로 합류(coupling)할 때에 정책이 정책의 창(policy window)을 통과한다는 점이다(최성락, 2012). 본 정책의 형성과정을 분석 사례로 선택한 배경은 정책 형성과정의 독특성 때문이다 첫째, 기존 보건과 복지서비스 통합 제공에 있어 논의에 있었던 공공의료기관이 주요 관련자로 출현한 새로운 모델이라는 점이다. 둘째, 공공의료기관의 일개 공공의료사업에서 출발하여 단시간 내에 상향식으로 서울시의 정책으로 추진, 타 의료기관까지 확산되었다는 점이다. 셋째, 공공의료기관의 건강안전망 기능에 해당하는 기존의 여러 사업 중에서 유일하게 정책화 되었다는 점이다. 이미 국내 여러 선행연구를 통하여 정책형성 과정을 분석하는 이론적 틀로서 그 유용성이 검증된 이론적 틀을 적용하여 앞서 제시한 정책사례의 독특성이 Kingdon이 제시하는 이론적 전제에 따라 설명 가능한지 확인하고자 한다.

본 연구자는 서울시 301 네트워크 정책형성 기간을 북부병원이 301 네트워크를 기획·시도한 2013년도부터 서울시의 시정협력사업으로 채택되어 서울시 산하 6개 병원으로 확산되는 2015년까지라고 보고, Kingdon의 정책흐름모형을 적용하여 그 과정을 분석하고자 한다. 본 연구를 통해 당시의 어떠한 정책문제의 흐름, 정책의 흐름, 정치의 흐름이 동력이 되어 공공의료기관의 일개 사업이 서울시 정책으로 추진, 확산되었는지 그 과정을 분석할 것이다. 이를 통해 상향식 정책 추진 사례에서의 정책형성 과정을 보다 면밀히 이해하고자 하며, 향후 공공의료기관의 또 다른 사업 모델의 정책화 과정에 도움을 줄 수 있을 것이라 기대한다. 본 사례에 Kingdon의 정책흐름모형을 적용함으로써, Kingdon 이론의 적실성을 확인하는데 본 연구의 의의가 있다.

## 제 2 절 연구의 목적

본 연구는 “서울시 산하병원의 일개 사업이 어떻게 서울시의 정책으로 추진되었을까?” 라는 질문에서 출발하였다. 비합리적인 정책의제설정을 규명하는 Kingdon의 정책흐름모형에 따라 정책형성 과정을 분석하고자 한다. 연구의 목적은 다음과 같다.

서울시 산하병원의 사업이 서울시 정책으로 형성되는 과정에 영향을 미친 요인을 Kingdon의 정책흐름모형에 기반하여 규명한다.

## 제 2 장 이론적 배경

### 제 1 절 보건의료복지 통합서비스의 개념

#### (1) 통합서비스의 개념

보건의료복지 서비스의 통합에 있어 연계와 통합, 협력 등 관련 용어가 혼용되고 있기에 우선 용어에 대한 정의가 필요하다. 임병우(2008)에 따르면 통합서비스(integrated service)의 개념에 대한 합의된 정의는 존재하지 않는데, 그 이유는 통합에 대한 개념이 국가 또는 복지제도의 발달 수준에 따라 계속적인 변천을 거듭하고 있기 때문이라고 하였다. Ragan(2003)은 서비스 통합에 대한 하나의 정의란 존재하지 않고, 수요자 중심의 관점에서 수요자의 서비스 접근성을 제고시키는 모든 전략들의 총체라고 하였고, Goddard & Mason(2016) 역시 여러 개념과 조직구조에 걸쳐 다양하게 사용되는 포괄적인 용어라고 보았다. Kahn & Kamerman(1992)은 통합서비스를 파편화된 전달체계에서 발생하는 문제를 해결하기 위한 체계적인 노력으로 적합한 서비스가 연결될 수 있도록 조정 체계를 만드는 것이라고 하였다. Ragan & Nathan(2002)은 서비스 통합의 단계를 제시하였는데, 의사소통(communication), 협동(cooperation), 조정(coordination), 협력(collaboration), 통합(integration), 합병(consolidation)의 단계이며, 각 단계가 명확하게 구분되거나, 순차적으로 통과하는 것은 아니라고 하였다. 이외에도 통합의 차원을 다음과 같이 구분하기도 하였다(Curry & Ham, 2010; Juhnke, 2012). 첫째, 거시적 수준(macro-level)의 통합이다. 영국의 NHS와 지방정부의 사회서비스 간의 역할 조정과 같이, 보다 거시적인 조직을 활용한 체계의 변화를 통해 파편화된 서비스를 통합적인 방향으로 수행하려는 시도를 말한다. 둘째, 중간적 수준(meso-level)의 통합이다. 여기서의 통합은 주로 특정한 환자 그룹이나 인구집단에 대한 서비스를

통합하는 것을 가리킨다. 미국의 지역 내 노인 대상의 통합서비스 제공자 프로그램이나, 보건의료와 사회서비스의 단절 문제를 극복하고자 하는 캐나다의 PRISMA 사례 등이 여기에 해당한다. 셋째, 미시적 수준(micro-level)의 통합이다. 이 수준에서는 주로 환자 개인이나 돌봄제공자(carers) 중심의 서비스 조정(coordination)에 초점을 둔다. 사례관리(case management)나, 서비스조정자(care coordinators)에 의한 돌봄 계획(care planning) 등이 이 수준에 해당한다. Curry & Ham(2010)은 통합의 종류를 다음과 같이 구분하였다. 첫째, 지역보건과 사회돌봄서비스와의 통합과 같이 서로 다른 영역간의 통합을 가리키는 수평적 통합, 둘째, 병원서비스와 지역단위의 보건서비스와의 통합과 같이 보건의료 영역 안에서의 통합을 가리키는 수직적 통합, 셋째, 조직의 실제 통합과 네트워크나 파트너십, 연합(alliance)에 기반한 가상의 통합으로 구분하였다. Leutz(1999)는 통합의 정도를 연계(Linkage), 조정(Coordination), 완전통합(Full-integration)의 세 가지로 구분하였다. 연계는 기존 체계에서 대상자의 필요에 따라 외부기관의 서비스를 요청하여 연결하는 방식을 말하며, 조정은 연속적인 서비스 제공을 위한 체계를 구축하는 것을 말한다. 완전통합은 조직적인 통합으로 재정과 인력을 하나의 기관으로 통합하는 것을 말한다.

한편, 서비스 연계라고 정의한 선행연구들을 살펴보면, 김현진(2015)에 따르면, 연계는 광범위하게는 두 개의 서로 다른 분야를 연결하는 것으로 정의되고 있으며, 일반적으로 지역사회 협력(collaboration) 또는 파트너십(partnership) 그리고 네트워크(network) 등과 혼용되기도 하는데, 이는 개별 조직이나 지역사회의 물적·인적 자원들 간의 연결망에 초점을 맞추다 보니 일어나는 경향이라고 하였다. 연계의 개념을 다음의 세 가지 수준으로 구분하여 제시하였는데(이정호 외, 1995; 엄원자, 2004), 연계를 서로 다른 분야가 하나의 목적을 향해서 함께 일을 하는 것으로 보고, 발전단계에 따라 연락(개별 조직 간 수시의 정보교환이 이루어지는 ‘점’의 구성), 연계(다른 조직과 정기적인 업무제휴를 하는 ‘선’의 구성), 통합(하나의 조직 내 항상적인 연계체계를 구축하는 ‘면’의 구성)의 세 단계로



구분하였다. 이봉주(2005)는 서비스 통합과 조정의 개념을 구분하였다. 서비스 통합은 보통 조직이나 서비스 프로그램들의 물리적 재편을 통하여 서로 다른 서비스 조직 혹은 프로그램들을 한 장소(혹은 근거리)에 집합시키는 개념인 반면, 서비스 조정은 비공식적이거나 공식적인 협정을 통하여 두 개 이상의 조직이 하나 혹은 다수의 목적(프로그램의 효과성 혹은 비용효과성의 증진, 중복적인 서비스의 제공으로 야기되는 비효율성의 해결, 성과의 향상 등)을 달성하기 위하여 협동하는 것으로 설명된다(Trutko et al., 1991; Holcomb et al., 1993; 이봉주, 2005). 이상을 종합하면, 서비스 통합의 개념은 맥락에 따라 달라지므로 유일한 정의가 있다고 할 수 없으나, 서비스 통합의 수준이나 종류를 구분하기 위한 학자들의 다양한 논의가 있어왔음을 알 수 있다. 서비스 연계는 서비스 통합의 하위 개념으로서 통합된 서비스를 운영하기 위해 서비스를 연결하거나 조정하는 방식 중 하나이며, 연계의 수준 또한 다양하게 구분할 수 있음을 확인하였다. 본 연구에서는 이정호 외 4인(1995)이 제시한 연락, 연계, 통합의 개념을 적용하고자 한다.

<표1> 서비스 연계의 수준

구분	내용
연락	개별조직 간의 수시의 정보교환
연계	다른 조직과의 정기적인 업무제휴
통합	물리적으로 통합된 조직 내에서 다양한 서비스를 제공

다음으로 통합된 서비스에 대한 필요성이 등장하게 된 배경을 살펴보면, 탈시설화(de-institutionalization)로 거슬러 올라간다. 박미숙(2005)은 서비스 연계의 개념들이 연구의 관심 분야로 등장하게 된 배경을 1960년대와 1970년대 복지국가들이 경험하게 되는 탈시설화와 지역사회 중심의 재가복지서비스 강화, 산업화를 거치면서 복잡하고 다양해진 사회적 욕구, 공공서비스 전달의 효율성 및 효과성에 대한 관심의 대두, 그리고 공공서비스 각 부문 간 자원 활용에 대한 문제의식의 증대 등을 주요 원인으로 지적하였다. 우리나라에서는 1950년에 제정된

정신보건법과 2000년대부터 시작된 고령화로 인해 지역사회 보호가 확대되었다. 이성기(2007)에 따르면, 특히 아동, 노인, 장애인, 정신질환자 등의 취약계층에 대한 부양 및 사회적 보호, 그리고 아울러 질환과 장애에 대한 적절한 서비스가 요구되는 경우가 확대되면서 이와 같은 복합적 문제를 어떻게 해결해야 하는가의 문제가 중요한 정책 과제가 되었다고 하였다. 복잡하고 다양한 욕구를 가진 사람들의 삶의 질을 증진시키기 위해서는 단편적인 서비스 제공만으로는 한계가 있다는 것을 절감하게 되었으나, 현실적으로 가용 가능한 자원은 한계가 있기에 보건과 복지서비스 통합에 대한 논의가 활발하게 진행되게 되었다고 할 수 있다.

## (2) 보건의료복지서비스 통합의 개념

본 연구의 사례 301 네트워크는 보건, 의료와 복지 각각의 서비스를 의미하기에 사례에서 가리키는 보건의료복지서비스를 정의할 필요가 있다. 보건과 복지서비스 단절이라는 문제의식에서 비롯된 기존 문헌의 보건복지서비스 대한 개념은 지역사회 단위에서 제공되는 보건과 복지서비스 각각을 가리킨다. 선행연구에서의 보건복지서비스에 대한 정의를 살펴보면, 이현주·강혜규·이윤경(2011)은 보건복지서비스를 보건 및 복지서비스에 대한 복합적 욕구를 가진 수요자가 보건서비스와 복지서비스 제공기관을 찾아다니며 서비스를 이용하는 것이 아니라, 제한된 서비스를 효과적이고 효율적으로 이용하기 위해 필요한 서비스를 제공하는 기관이 연계하여 대상자에게 제공하는 서비스라고 보았다. 김근혜(2016)는 보건복지서비스라는 용어는 하나의 개념으로 정확히 정의되기보다는 보건의료서비스와 사회복지서비스를 총칭하는 의미로 사용되고 있다고 보았다. 이는 보건의료서비스와 사회복지서비스가 완전히 분리된 개념이 아니라 돌봄이나 수발, 간병과 같이 두 분야 사이에 겹치는 공통영역이 있기 때문이라고 하였다. 김창엽(2019)에 따르면, ‘보건’은 가장 넓은 범위에서 집단(population) 수준의 건강과 관련된 활동을 의미할 때가 많고, 보건과 비교할 때, ‘의료’는 집단보다는 개인의(personal) 건강과 관계가 있는 것, 특히 의료전문직의 활동 또는 이와 연관된 사회적

현상이나 실천으로 규정할 수 있다고 하였다. ‘보건의료’는 보건과 의료 모두를 포함하는 다소 타협적인 개념으로, 건강과 보건 또는 의료와 연관된 집단적이고 개인적인 활동 전체를 뜻하는 것으로 이해할 수 있다고 보았다. 사회복지의 개념은 광의의 개념과 협의의 개념으로 구분할 수 있다. 광의의 개념으로는 “사회복지사업법” 제2조에서 사회복지를 “국가·지방자치단체 및 민간부문의 도움을 필요로 하는 모든 국민에게 상담, 재활, 직업 소개 및 지도, 사회복지시설의 이용 등을 제공하여 정상적인 사회생활이 가능하도록 제도적으로 지원하는 것”으로 정의하는 것이 대표적이다. 협의의 개념으로는 사회복지를 사회서비스(social service)라고 할 수 있다. 최근에는 사회복지를 사회서비스라는 측면에서 복지서비스를 필요로 하는 사람의 욕구(need)를 파악하고 그 욕구를 충족하는 제도라고 보고 사회복지를 사회복지서비스와 혼용하여 사용하기도 한다(김근혜, 2016).

이상의 논의를 종합해보면, 그동안 공공행정 영역에서 제기된 보건복지서비스 간 단절 이슈에서 ‘보건’은 의료기관에서 제공하는 의료서비스의 개념을 내포하기 보다는 주로 돌봄이나, 방문간호와 같이 지역사회 현장에서 제공되는 보건서비스 영역을 의미한다. 이에 반해 공공의료기관에서 주도한 본 연구 사례에서의 보건의료복지서비스는 기존의 지역사회 기반 보건서비스의 개념과 의료기관에서 제공하는 의료서비스의 개념을 구분하였다. 즉, 보건의료복지 서비스라고 할 때, 지역사회 현장에서 제공하는 보건서비스, 의료기관에서 제공하는 의료서비스, 사회복지서비스 각각을 가리킨다.

## 제 2 절 정책 변화과정

### (1) 공공복지 전달체계의 개편과정

정부 차원에서 보건과 복지서비스를 연계하고자 공공복지 전달체계를 개편 시도했던 과정을 시간 순으로 정리하면 다음과 같다.

우선 1995년부터 시범적으로 시행된 보건복지사무소가 있었다. 1994년 사회복지정책심의위원회에서 사회복지정책 과제와 발전 방향의 주요 과제로 보건복지사무소 설치·운영을 제안하고 마침내 1995년 7월부터 1999년까지 4년 6개월간 5개 지역에서 시범 사업을 시행하게 된다(황금용, 2017). 보건복지사무소는 기존 보건소 조직 내에 사회복지담당부서를 신설하여 포괄적인 보건복지서비스를 제공하는 것을 목적으로 하였다. 기존에 사회복지 전달체계와 보건의료 전달체계로 구분되어 제공되던 서비스를 보건복지사무소 시범사업을 통해 서비스 전달체계를 단일화 하고자 시도한 것이었다. 보건복지사무소는 사업 초기 보건·복지 인력 간 무관심과 경계, 시범사업에 대한 중앙정부의 지원 미비로 인한 사업 추진의 책임 소재의 불분명한 문제 등을 안고 추진되어 5년여의 시범사업 후 중단되었다. 이성기(2007)에 따르면, 보건복지사무소의 가장 큰 성과는 시범사업의 진행을 통해 보건·복지 담당인력 간 이해가 제고되고 서비스 제공의 필요성을 인식하게 된 것이라고 하였다. 하지만, 보건·복지서비스 연계의 궁극적인 목적인 대상자의 복합적인 욕구 해결의 초점이 맞춰졌다고보다 행정적인 측면에서 예산절감 효과에 대한 기대에 의해 사업이 추진되었기 때문에 조직 통합에 따른 일선 담당자들의 이해를 배제한 것이 사업의 한계로 드러났다. 본 시범사업을 통한 정책적 함의는 보건과 복지의 통합에 대해서도 조직의 통합보다는 서비스의 통합(연계, 협조)을 모색하는 방향으로 나아가는 것이 보다 적절할 수 있다는 함의를 제공하였다(김이배, 2014).

보건복지사무소를 시범 운영한 결과, 확대 시행하기 어렵다는 판단에

따라 지방자치단체 복지행정부서 개편을 위한 후속 정책으로 사회복지사무소 시범 사업이 추진되었다(황금용, 2017). 김이배(2014)에 따르면, 2004년부터 2006년까지 시범사업으로 시행된 사회복지사무소의 주요목적은 지자체 복지행정업무의 효율화·전문화, 정부-지방-민간의 협력에 의한 복지지원체계 구축이었다. 이에 따라 사회복지사무소를 설치하여 공공복지 인프라를 강화하고 지역사회복지협의체를 구성하여 공공·민간 복지네트워크를 구축하고자 하였다. 사회복지사무소의 가장 큰 변화는 통합조사팀과 서비스연계팀을 분리하여 운영하기 시작한 것이다. 김이배(2014)에 따르면, 인력 확충이 전제되지 않은 상황에서 서비스 대상자에 대한 상담과 서비스 연계 업무가 확대되면서 서비스 연계나 통합적 관리가 어려웠으며, 전문성을 활용하는 측면에서도 한계가 있었다.

2006년 7월부터 시·군·구에는 주민생활지원국이, 읍·면·동에는 주민생활지원팀이 신설되어 상호 연계하는 구조를 추진하였다. 황금용(2017)에 따르면, 이러한 구조를 통한 주민생활 지원 기능 강화의 목적은 사회복지를 포함한 주민생활지원서비스 행정 체계를 수요자 중심으로 개편하고자 한 것이었다. 주민생활지원국은 사회복지사무소를 통해 개편된 통합조사와 서비스연계의 분리체계를 유지하였고, 읍·면·동 단위의 주민생활지원팀에는 대민서비스 창구를 마련하였다. 그러나 읍·면·동 단위에 주민생활지원팀을 신설하여 복지서비스 기능을 강화하도록 한 방안은 현장에서 추진력이 떨어졌고(행정직의 복지업무 기피 등), 실질적 프로그램 및 연계 기반이 미미한 상태에서는 8대 서비스 지원이 내실을 확보하기 어렵다는 부정적인 평가가 있었다(황금용, 2017). 이러한 결과는 기존 보건복지사무소에서 보여준 보건과 복지의 통합적 제공에서 나타난 문제의 반복적인 등장과 연결된다(김이배, 2014).

2011년 7월 희망복지지원단의 계획이 발표되는데, 이는 지자체 복지 인력 증원 및 사례관리가 핵심이다. 앞선 복지전달체계의 개편 시도에도 불구하고 여전히 서비스 분절화 문제가 지속되자 복합적인 욕구를 가진 서비스 대상자를 중심으로 공공과 민간이 협력하여 서비스를 조정하여 연계하는 사례관리를 도입하게 된 것이다. 이에 2012년 5월부터 모든

시·군·구에서 희망복지지원단을 운영하게 되었다. 희망복지지원단의 가장 큰 성과는 바로 조정과 연계의 역할을 강화하였다는 것이다(김근혜, 2016). 황금용(2016)에 따르면, 희망복지지원단을 통한 공공 부문의 사례관리 수행은 단선적인 복지행정 관행을 개선할 계기가 될 수 있다는 평가를 받는 반면, 여전히 지자체 내 적절한 수행 인력과 구조의 문제, 민간과의 역할 범위 설정 등의 한계를 안고 있다.

찾아가는 동주민센터는 2015년 7월부터 시범사업을 시작하여 현재는 서울시 25개 전구에서 시행되고 있다. 찾아가는 동주민센터 사업이 시행된 동기는 여러 가지가 있지만 기존 공공복지전달체계가 가진 한계 때문에 시행된 것이다(이태수 외 1인, 2016). 황금용(2016)에 따르면, 찾아가는 동주민센터는 동 단위의 행정기관에 복지와 보건을 결합한 기능 부여(방문간호사 배치), 주민의 복지 욕구에 대한 적극적인 발굴 체계(찾아가는 복지), 발굴된 복지 욕구에 대한 통합적인 지원 체계(동 단위 사례관리), 주민 관계 복원을 통한 지역복지력 강화(복지공동체)등을 설계한 것이 특징적이다.

<표2> 공공복지전달체계의 개편과정

시기	구분	주요내용
1995.7-1999.12	보건복지사무소 시범사업	보건소 조직 내 보건복지 통합
2004.7-2006.6	사회복지사무소 시범사업	지역사회복지협의체 (민관-공공네트워크)
2006.7-2009.12	주민생활지원서비스	시군구-읍면동 연계
2012.5-현재	희망복지전달체계	시군구 단위 통합사례관리
2015.7-현재	찾아가는 동민센터	동주민센터 조직 내 보건복지 통합

## (2) 공공보건의료의 변화과정

공공보건의료의 변화과정은 관련 정책을 통해 확인할 수 있다. 오영호(2013)는 우리나라의 공공보건의료정책을 크게 다음의 4가지로 구분하여 설명하였다. 첫 번째 시기는 공공보건의료의 확충기(1950~1970년대)로 이 시기에 우리나라는 전쟁을 겪으면서 보건인력의 감소, 기존 의료시설의 파괴뿐만 아니라, 전염병이 창궐함에 따라 정부는 보건의료에 있어 공공분야에 대한 비중을 확대하였다. 두 번째 시기는 공공보건의료의 정체기(1980~1990년대)로 이 시기 민간의료분야는 급속히 확대되었지만 정부의 경제성장정책과 공공보건의료에 대한 이념 및 구체적 계획과 전략의 부재로 공공보건의료는 정체되어 급속히 확대된 민간부문에 비해 상대적으로 크게 위축되었다고 했다. 세 번째 시기는 공공보건의료의 확충 노력기(2000년대)로 우리나라 보건의료체계에서 의료의 공공성을 유지하는 방식은 건강보험을 통해 진료의 양과 가격을 통제하고, 공공의료기관을 유지하면서 민간 의료기관의 외형적인 틀을 비영리기관으로 한정하는 것이었다. 네 번째 시기는 공공의료 패러다임의 변화기(2012~현재)로 우리나라의 민간중심의 의료공급체계 하에서 수립한 공공의료기관 확충 대책의 한계를 인식한 정부가 관련 법률<sup>2)</sup> 개정을 통해 공공의료의 개념을 소유에서 기능으로 재편하였고, 공공의료기관에서 수행해야 하는 역할을 법령으로 명시하여 기능을 재정립하고자 하였다.

2000년 제정된 공공보건의료에 관한 법률과 2012년 개정된 법률의 세부내용을 <표3>에서 제시하였다. 이와 관련하여 공공보건의료의 개념을 살펴보면, 상기 법률에서 정의하는 공공보건의료란, 국가, 지방자치단체 및 보건의료기관이 지역·계층·분야에 관계없이 국민의 보편적인 이용을 보장하고 건강을 보호·증진하는 모든 활동을 말한다. 법률 개정을 통해 그동안 소유의 개념에서 제한되었던 공공보건의료의 개념을 확장, 기능 중심으로 개편하였다. 이에 따라 소유 주체가 민간인 의료기관도 국민의 보편적인 의료 이용을 보장하는 서비스를 제공한다면, 공공보건의료 활동을 하는 것이

---

2) 공공보건의료에 관한 법률(법률 제1247호)

된다. 김창엽(2017)은 한국에서의 공공보건의료 또는 공공성 개념이 성립된 맥락은 이를 요구하는 대립적 상황, 즉 보건의료의 상품화, 영리화, 시장화, 자본주의화 등이 확대, 심화되는 상황과 분리하기 어렵다고 하였다. 이렇듯 지난한 역사 속에서 공공보건의료의 개념은 민간의료와 상반되는 개념으로 정립되었기 때문에 법률의 개정에도 불구하고 일반인들의 인식은 여전히 운영주체가 국가인 보건의료기관과 그 서비스를 총칭하는 한계를 벗어나기가 어렵다.

<표3> 공공보건의료에 관한 법률 개정내용<sup>3)</sup>

2012년 개정 공공보건의료에 관한 법률	구분	2000년 공공보건의료에 관한 법률
국가나 지방자치단체 또는 기타 대통령령으로 정하는 공공단체가 공공보건의료의 제공을 주요한 목적으로 설립·운영하는 보건의료기관	공공보건의료기관	국가 지방자치단체 또는 기타 대통령령이 정하는 공공단체가 설립·운영하는 보건의료기관
국가, 지방자치단체 및 보건의료기관이 지역·계층·분야에 관계없이 국민의 보편적인 의료 이용을 보장하고 건강을 보호·증진하는 모든 활동	공공보건의료	공공보건의료기관이 국민의 건강을 보호·증진하기 위하여 행하는 모든 활동
·보건의료 공급이 원활하지 못한 지역 및 분야에 대한 의료공급사업 ·보건의료 보장이 취약한 계층에 대한 의료 공급에 관한 사업 ·발생 규모, 심각성 등의 사유로 국가와 지방자치단체의 대응이 필요한 감염병과 비감염병의 예방 및 관리, 재난으로 인한 환자의 진료 등 관리, 건강 증진, 보건교육에 관한 사업 ·그밖에 국가가 관리할 필요가 있는 보건의료로서 보건복지부령으로 정하는 사업	공공보건의료사업	·주요 질병관리사업 ·공공보건의료에 관한 전문적인 연구 및 검사사업 ·보건의료인의 교육훈련사업 ·국가 또는 지방자치단체의 공공보건의료시책의 수립·시행 및 평가 지원사업 ·국가 또는 지방자치단체의 각종 보건의료 활동에의 참여 및 지원사업 ·민간보건의료기관에 대한 기술지원 및 교육사업 ·기타 보건복지부장관이 요청하는 사업

한편, 이진세(2013)는 2012년 동 법률의 개정으로 공공보건의료사업에 대한 구체적인 법적 근거가 명시되었다고 하였다. <표3>을 보면, 공공보

3) 국가법령정보센터(<http://www.law.go.kr/>)



건의료사업의 정의가 기존 법률에서 주로 질병관리사업, 보건의료인의 교육  
훈련사업이나 국가 주도의 관련 시책이나 사업에 참여하고 지원하는 소극적  
인 개념에서, 의료취약지역의 해소, 의료취약계층의 의료보장, 필수보건의료  
의 공급이 원활하지 못한 분야의 해소, 국가 및 지방자치단체의 대응이 필  
요한 질병 예방과 건강 증진에 관한 사업 등으로 구체적으로 규정되었음을  
확인할 수 있다. 의료취약계층의 의료보장이라는 개정된 공공보건의료사업  
의 법률적 정의가 보건복지부에서 제시하는 공공보건의료 용어로 치환하면  
건강안전망 개념이 된다고 할 수 있다.

## 제 3 절 정책흐름모형

### (1) 정책흐름모형의 개념

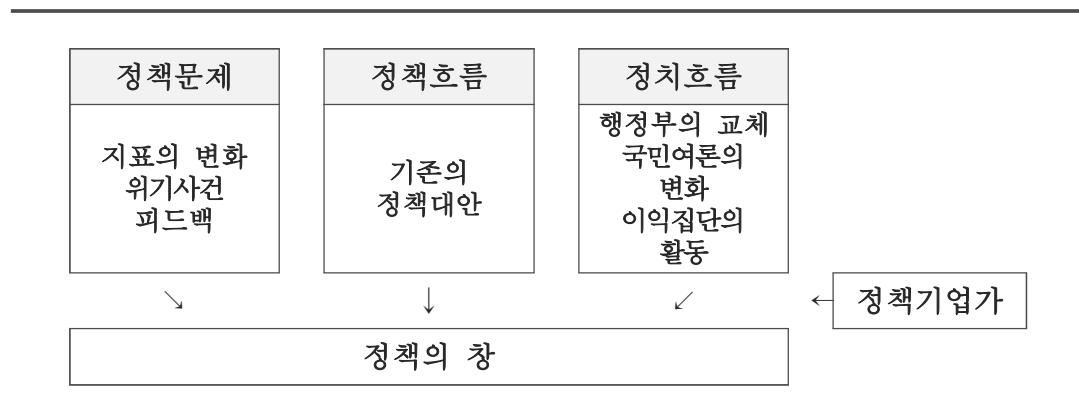
최성락(2012)은 정책의제설정 및 정책결정 모형으로서 중요하게 논의되는 이론으로 합리모형, 만족모형, 점증모형, 쓰레기통 모형을 제시하였다. 합리모형, 만족모형, 점증모형이 기본적으로 정책의제설정 과정이 합리적이라는 가정을 하는 반면, 쓰레기통 모형은 정책 결정 과정의 비합리성과 우연을 전제한다. Kingdon의 정책흐름모형은 쓰레기통 모형의 개념을 확장 및 수정한 모델로서, 정책흐름모형을 이해하기 위해서는 쓰레기통 모형의 주요전제가 무엇인지 파악할 필요가 있다. Kingdon(1995)은 Cohen, March, and Olsen의 쓰레기통 모형이 현실의 정책결정과정을 쓰레기통(Garbage can)에 비유하여 ‘잘 조직된 무정부상태(Organized anarchies)’라고 규정한다고 하였다. 이 잘 조직된 무정부상태 안에는 서로 다른 4개의 개별적인 흐름이 존재하게 되는데, 각각 문제(problems), 해결책(solutions), 참여자(participants)와 선택기회(choice opportunities)이다. 쓰레기통 모형에 따르면, 이 4가지 흐름은 각각 완전히 독립된 형태로 자생적으로 존재하게 되며, 해결책이 단순히 당면한 문제에 대응하여 나오는 것이 아니고 정책 결정 과정에 참여하는 사람들이 각자의 이해(self-interest)를 가지고 있고 이에 따라 정책이 논의될 가능성을 제시하였다. 이에 4개의 개별적인 흐름 중에서 정책참여자를 중요한 요소로 보았다.

Kingdon의 정책흐름모형의 기본 논리는 쓰레기통 모형과 비슷하지만 정책흐름모형에서는 무정부 상태보다는 ‘조직화된’ 상태를 더욱 중시한다. 정책흐름모형에서도 기본적으로 정책형성과정의 ‘비합리성’을 전제한다. 정책결정 과정의 합리성을 전제하는 다른 모형들이 현실의 정책결정과정에서 합리적인 의사결정을 거쳐 선형적으로 이루어질 것이라 기대하는 것과 달리, 정책흐름모형에서는 우연과 비합리성에 의해 정책이 결정된다고 본다. 정책흐름모형의 구성요소는 정책문제, 정책대안의 흐름, 정치의 흐름 이 세

가지인데, 이 세 가지 구성요소는 각각 독립적으로 떠다니다가 우연히 흐름이 합류하는 지점에서 정책의 창(policy window)이 열려 정책의제로 선택된다고 본다. 즉 문제가 인식되고, 해결책이 실행가능하며, 정치적인 분위기가 정책변화를 위한 적절한 시점이면서도 별도 제약이 존재하지 않는다면 각 흐름이 합류되어 정책으로 채택될 가능성이 높다는 것을 의미한다(유은주, 2008).

## (2) 정책흐름모형의 구성요소

Kingdon의 정책흐름모형의 주요 전제는 비합리성이다. 최성락(2012)에 따르면, Kingdon의 정책흐름모형을 실제의 정책과정에 적용한다는 것은 단순히 정책흐름모형의 구성요소를 들어 정책의제설정 과정을 보여주기 위함이 아니라, 정책의제설정과정이 비합리적이고 비체계적이라는 것을 보여주고자 하는 것임을 강조했다. 정책흐름모형 내 각각의 구성요소 또한 비합리적이고 예측 불가능한 비체계적인 특성을 가지고 있다. 구성요소가 비합리적이기에 이 네 가지 흐름이 합류하는 정책의 창 또한 비합리적으로 이루어질 수밖에 없다. 정책흐름모형의 구성요소를 이론에서 전제하는 비합리적 특성에 기반하여 제시하고자 한다.



[그림1] Kingdon의 정책흐름모형의 구성요소

## 가. 정책문제

Kingdon(1995)은 정책결정 과정에 참여하는 사람들은 어떤 문제에는 주의를 기울이고 집중하지만, 어떤 문제는 무시한다는 측면에 주목하여 주요 정책결정자가 여러 문제 중 특정 문제에 관심을 갖게 되는 이유를 설명한다. Kingdon(1995)에 따르면 정책문제를 공론화시키는 세부요소로는 지표(indicator), 위기사건(Crises) 또는 사회적 이슈(dramatic event), 이미 존재하는 정책이나 프로그램의 피드백(feedback)이 있다. 각각의 요소를 살펴보면, Kingdon(1995)은 지표 자체로서는 현실에서 일어나는 어떤 사실이나 문제를 있는 그대로 인식하게 하지는 못한다고 하였다. 지표는 상당히 강력한 함의를 가지기 때문에 이러한 지표의 의미를 해석하는 과정이 보다 중요하게 작용한다. 단순히 어떤 지표의 변화를 통해서 정책에 대한 근거를 찾기 어렵기 때문에 정부나, 정책 관련자들의 관심을 끌 수 있는 힘(push)을 필요로 하게 되는데, 이 때 이 힘이 될 수 있는 것이 위기사건이나, 사회적 이슈이다. 피드백은 이미 어떤 문제를 해결하기 위해 시도하고 있는 정책 프로그램에 대해 예산 지출이나, 시행 전반의 과정에 대해 점검하고 평가한 결과이다. 이러한 결과는 정책 관련자들의 관심을 불러일으키는 요소가 될 수 있다. 한편, Kingdon 모형으로 정책문제를 설명할 때, 단순히 당시의 사회적 이슈나 문제를 설명하는 것은 한계가 있다. 어떤 사회적 문제가 있고, 이러한 문제를 해결하기 위한 방안으로 정책문제가 대두되었다는 논리는 Kingdon 모형에서의 논리가 아니라 합리모형에서의 논리이다(최성락, 2012). 정책문제를 Kingdon 모형으로 설명하기 위해서는 기존에 존재하였던 정책문제가 예측할 수 없었던 어떠한 계기로 정책의제로 갑자기 대두되었다는 점을 보여줄 필요가 있다(최성락, 2012).

## 나. 정책흐름

Kingdon(1995)은 정책흐름을 생물의 자연선택(biological natural selection) 과정에 비유하여 정책원시수프(policy primeval soup)라는 표현을 사용하여 설명하였다. 세포가 어떤 존재로 진화되기 전에 그저 떠다니는 원시상태에 놓여있는 것과 같이, 정책이 될 수 있는 아이디어들도 정책

과 관련된 이해관계자들 그룹 안에서 떠다닌다고 하였다. 다양한 정책대안들이 떠다니지만 일부는 정책으로서 선택되고 일부는 사라진다. 어떤 아이디어가 떠다니다가 법안 또는 의안(bills)이 되고 관련 의견이 모아져 제안을 하고 제안된 내용의 외부 반응에 따라 개정되어 다시 정책원시수프 안에서 떠다니는, 이러한 장기간의 과정을 연화되는 과정(softening up)이라고 하였다. 또한 의제의 안정성(stability of the agenda)은 특정 정책시스템의 분절정도(fragmentation)에 의해 영향을 받게 되는데, Kingdon(1995)은 미국의 교통과 보건영역의 정책시스템의 분절정도의 차이를 비교하여 이를 설명하였다. 교통 분야는 더 분절적이고 하나의 패러다임에 대한 동의수준이 낮은 반면, 위기에 대한 감수성이 크기 때문에 갑작스러운 관심이나 열정에 의해 의제가 전환되기 용이한데 비하여 보건영역은 정책시스템이 조밀하며, 하나의 패러다임에 대한 동의 수준이 높기 때문에 보건관련 의제가 갑자기 변화할 가능성은 적다. 한편, Kingdon 모형에서 정책 대안을 설명하기 위해서는 그 이전부터 존재해온 정책 대안이 어떠한 과정을 거쳐서 여러 다른 대안들을 제치고 주요한 대안으로 고려되게 되었는가하는 점을 보여줘야 한다(최성락, 2012). 이를 이해하기 위해 합리모형과 비교해보면, 어떤 정책문제를 해결하기 위해 다양한 대안들이 떠오르고 이 대안들을 고려하여 최종의 정책을 결정하는 것은 기존 합리모형에 가깝다고 볼 수 있다. 최성락(2012)에 따르면, Kingdon 모형의 정책대안의 핵심은, 정책 문제가 발생해서 정책 대안이 고려되는 것이 아니라, 정책 대안은 그 이전부터 존재하고 있었으나, 주목받지 못한 정책대안이 장기간에 걸쳐 생존 및 진화과정을 거쳐서 결국은 주요한 정책 대안으로 인정받게 된다는 것이다. 어떤 대안이 살아남아 정책이 되는지 결정하는 구성요소로는 가치 수용성, 기술적 실현 가능성이 있다. 정두영(2016)은 각각의 개념을 다음과 같이 설명하고 적용하였다. 가치 수용성은 정책참여자들 및 국민이 정책대안이 포함하고 있는 가치를 얼마나 받아들일 수 있는냐의 조건이고, 기술적 실현 가능성은 그 정책대안이 실제로 추진될 수 있는지, 실행되었을 때 기대하는 목적을 달성할 수 있는지에 조건이다.

## 다. 정치흐름

Kingdon(1995)은 독립적으로 흐르는 정책문제, 정책대안의 흐름과 함께 또 다른 흐름으로 정치의 흐름을 설명하였다. 정치의 흐름은 정치적인 상황이 변화되거나 새로운 국면에 들어서는 것을 의미하며, 새로운 의제가 입안되거나, 또는 어떤 대안이 적정시기를 기다리며 우선 보류하게 만드는 데 영향을 미치는 강력한 요소이다. 최성락(2012) 역시 정책의제 설정에서 가장 중요한 역할을 수행하는 흐름으로 정치의 흐름을 들었으며, 정치는 국민 여론의 변화, 이익 집단의 압력 활동, 행정부의 교체, 의회 내 이념의 변동, 정당 의석의 변화 등을 통해 흐름이 바뀐다고 하였다. 특히 의회 및 행정부의 교체는 주요한 정책 참여자를 변동시키고 이러한 정책 참여자의 변화는 정책 의제 선택에 영향을 미치게 된다. 세부 구성요소를 살펴보면 우선 국가적 분위기(national mood)가 있다. Kingdon(1995)은 정책참여자들은 늘 국가적 분위기에 민감하며, 국가적 분위기에 따라 어떤 정책을 내놓기도 하고 기다리기도 한다고 하였다. 국가적 분위기를 옥토(fertile ground)에 비유했는데, 씨(seed)가 되는 정책의제는 옥토 즉 초기 특정 정책의제에 대한 수용도에 따라 성장 가능성이 결정된다고 하였다. 두 번째로, 정치적인 압력(political forces)이다. 정치적인 압력은 정치적 흐름과 함께 형성되는데 이익집단의 압력이나, 정치적 동원(political mobilization), 정치 엘리트(political elites)의 행동이 여기에 해당한다. 마지막으로 정치의 흐름의 주요한 구성요소 중 하나는 정부인데, 정부 자체의 변화나 관련된 사건을 의미한다. 위에서 제시한 행정부의 교체, 정책 의제의 변화, 주요 정치인의 교체 등이 모두 여기에 해당한다.

## 라. 정책기업가

Kingdon(1995)은 정책대안은 원시수프 속에서 떠다니고 있는데, 특정 정책을 옹호하는 정책기업가가 이 자유로운 유영(free-floating)의 과정에 개입한다고 하였다. 정책의 창이 열리기 위해서는 정책 문제, 정책 대안, 정치의 세 흐름을 합류시키는 이러한 정책기업가의 역할이 중요하다. 정책기업가는 일반적인 정책전문가와는 차이가 있는데, 정책전문가가 공식적인 정책

과정의 틀 내에서 움직이는 데 반해, 정책기업가들은 미디어나 법원 등 여러 가지 수단을 사용하여 목적을 달성한다고 하였다(Baumgartner and Johns, 2005; 최성락, 2012). 학자, 언론인, 유관기관의 관료, 정치인 등 정책 공동체 내의 누구라도 정책기업가가 될 수 있다. Kingdon(1995)은 정책기업가가 정책을 연화시키기 위해 노력하는 대상은 첫째, 일반 대중이며, 둘째, 특정한 이슈와 관련이 있는 전문가그룹이라고 하였으며, 정책기업가가 왜 특정 정책을 옹호하는지와 관련해서는 다음의 이유를 제시하였다. 첫째, 정책결정의 인센티브가 정책기업가 개인에게 있는 경우이며, 둘째, 개인에게 직접적인 이득이 없다고 할지라도 자신이 추구하는 가치나 공공정책의 모형을 장려하고자 하는 경우이며, 마지막으로 단지 정책과정에 참여하는 것을 목적으로 하는 경우이다. 최성락(2012)은 정책기업가의 역할에서 중요한 것은 일반적인 정책시스템 내에서 이루어지는 활동이 아니라 정책시스템에 크게 의존하지 않는 별도의 개인에 의해서 이루어지는 활동이어야 함을 강조했다. 공식적 지위를 가지고 있는 정책기업가의 경우, 고유의 일반적인 업무 영역을 벗어난 개인의 활동이 명시되어야 한다고 하였다.

#### 마. 정책의 창

정책의 창이 열린다는 것은 정책문제, 정책대안, 정치 각각의 독립적인 흐름이 만나 합류하였다는 것을 의미한다. 정책문제, 정책, 정치 각각의 세 가지 흐름이 완전히 결합하는 형태가 있을 수 있고, 세 가지 흐름 중에 두 가지 흐름만 결합해도 부분적으로 정책의 창이 열릴 수 있다. 정책의 창이란 정책을 옹호하는 사람들에게는 그들이 옹호하는 해결책(pet solutions)을 밀어 부칠 수 있는 기회이자, 그들이 관심을 가지고 있는 문제에 주의를 끌게 하는 기회가 된다(Kingdon, 1995). 정책기업가는 정책의 창이 열리는 과정에서 정책문제에 해결책을 덧붙이거나, 여러 문제에 의해 이미 반려된 정책대안의 한계를 극복하는 등 주요한 역할을 담당하게 된다(Kingdon, 1995). 정책의 창은 예측가능한 창(predictable windows), 예측불가능한 창(unpredictable windows), 유사한 정책사례가 다른 정책의 창을 열리게 하는 파급효과에 의한 창(spillovers)으로 구분할 수 있다. 최성락(2012) 역시 정책의 창은 예측가능하게 열릴 수도 있고 예측 불가능한 상태에서 열릴

수도 있는데, 중요한 것은 정책의 창이 열리는 기회는 곧바로 지나가 버리는 경향이 강하기 때문에 이 기회를 놓치면 다음 창이 열릴 때까지 기다려야 한다는 것이다. 그러므로 정책기업가들은 정책의 창이 열리는 이 짧은 시간을 적극적으로 활용하고자 한다.



## 제 4 절 선행연구 검토

### (1) 보건의료복지 통합서비스 관련 선행연구

보건의료복지 통합서비스와 관련된 국외사례는 다음과 같다. Humphries(2015)는 영국 사례에서 다양한 정책적 시도 중에서도 지역 내 보건과 사회서비스 간 통합의 새로운 영역을 개척하는 피오니어 프로그램(Pioneer Programme)이 지역사회로부터 상향식의 변화를 이끌어낼 수 있는 정책사례로서 평가하였고, Kriegel et al.(2019)는 오스트리아의 사례에서 1차 의료에서의 사회복지 영역의 참여를 이끌 수 있는 요인으로 사회복지의 전문성(professionalization)과 역량(competence), 주요 이해관계자들의 소통과 조정능력을 제시하였다. Greß et al.(2006)은 독일사례에서 질병관리와 통합서비스에 대한 재정지원을 시작하자 각각의 프로그램이 급증한 반면, 실제로 시행된 프로그램의 주체가 대부분 병원임을 언급하며 다양한 주체가 참여하는 통합의 수준으로 가지 못했다고 하였다. 임병우(2008)는 일본의 공립병원에서 당시 유일하게 노인 의료보건복지의 통합사업을 성공적으로 운영한 모델로서 미즈기쵸 모델을 제시하였다. 병원 내에 보건복지센터를 설치하고 행정기관의 보건, 복지, 의료, 복지협회의 기능을 통합하여 보건의료와 복지서비스를 제공한 모델로서 본 연구의 301 네트워크 사례와 유사하다고 할 수 있다.

국내 연구로는 지금까지의 보건과 복지서비스 전달체계의 단절 이슈에 있어 사실상 의료기관은 논외에 있었음에도 불구하고 다음의 연구가 있었다. 정형섭(2005)은 경기도에서 시행하였던 노인보건복지연계 센터 사업을 사례로 제시하며 공공의료기관 중심의 보건의료복지서비스 연계의 필요성을 주장하였으며, 김희태(2010)는 경기도 의정부와 수원에서 시행한 ‘노인보건복지연계사업’의 성과를 분석하였다. 301 네트워크와 관련된 연구로는, 하지선 외(2017)은 서울특별시 북부병원의 301 네트워크 사업을 이용한 이용자 10명을 대상으로 심층면접을 통해 통합적 지원의

의미와 운영의 구체적인 맥락을 탐색하였다. 한혜리(2016)는 301 네트워크에 참여하는 실무자들(보건소 간호사, 병원 의료사회복지사, 구청 통합사례관리자, 주민센터 사회복지전담공무원, 사회복지이용시설 사회복지사)을 대상으로 포커스그룹 인터뷰를 통해 301 네트워크가 보건의료복지 기관의 서비스 연계에 어떤 영향을 미치고 있는지를 분석하였다. 최권호·이상우(2019)는 301 네트워크의 기존 성과연구가 산출 중심, 의료서비스 전달체계와 지역사회 차원의 성과를 축소했다는 것을 제시하며 이를 반영하여 새로운 성과지표를 개발하였다.

이상의 선행연구에서, 보건과 복지서비스 통합의 이슈는 국내뿐만 아니라 국외에서도 이미 시도되었거나, 다양한 정책 과정을 통해 시도 중인 정책목표임을 확인할 수 있었다. 또한 국내 문헌에서 경기도 수원시와 의정부시에서 시행하였던 노인보건복지연계센터는 보건과 의료, 복지서비스를 공공의료기관에서 제공한다는 취지는 본 연구의 사례인 301 네트워크와 동일하나, 증가하는 고령화 인구와 노인성 질환에 대응하기 위한 목적으로 일반 의료취약계층 환자를 대상으로 하는 301 네트워크와는 차이가 있고, 무엇보다 노인보건복지연계센터는 경기도에서 사업을 기획하여 하향식으로 추진한 사업이라는 점이 301 네트워크는 차이가 있다. 301 네트워크 사례와 관련된 선행연구는 모두 사업의 대상자나, 실무자의 입장에서 301 네트워크의 의미나 지역사회 기관에 미치는 영향을 분석한 연구였다. 서울시 산하병원의 일개 사업인 301 네트워크가 서울시의 정책으로 추진된 과정을 분석한 연구는 현재까지 없었다.

<표4> 국내 보건의료복지 통합서비스 관련 선행연구

구분	연구자	연구주제
노인 대상 보건의료복지 서비스 연계	정형섭(2005)	공공의료기관에서의 노인 보건의료복지 서비스 연계의 필요성
	김희태(2010)	공공의료기관의 지역협력사업 성과분석
301 네트워크	하지선 외(2014)	301네트워크 이용자의 경험 분석
	한혜리(2016)	301네트워크 사업 참여자가 인식하는 서비스 연계에 미치는 영향 분석
	최권호·이상우(2019)	의료사각지대 해소를 통한 건강권 증진사업 성과지표 개발

## (2) Kingdon의 정책흐름모형을 적용한 선행연구

Kingdon의 정책흐름모형은 본래 정책의제설정 과정을 분석하는 모형이나, 국내연구에서는 정책의제설정 뿐만 아니라 정책 형성과정, 정책 변동과정 등 보다 폭넓게 적용하였다. 본 사례의 경우, 정책형성 과정을 분석하기에 정책흐름모형을 적용한 선행연구 중 정책형성 과정에 초점을 맞춘 연구들을 살펴보고자 한다. 선행연구의 목록은 <표5>에서 제시하였다.

선행연구를 보면, 이지호(2012)는 기초노령연금의 제도도입이 문제흐름보다는 정책흐름과 정치흐름의 합류에 의해 결정되었음을 언급하며, 정책과정에서 정치흐름이 주로 작용하는 경우, 정책결정이 정치적 동기에 의해 졸속으로 이루어지기 때문에 제도적 안정성을 담보하기 힘들다고 하였다. 최정민·배관표·최성락(2013)은 예술인복지법 제정과정에서 뚜렷한 정책기업가의 역할 없이 네티즌과 같은 비공식적 참여자의 역할이 주요했음을 밝히며 정책기업가 활동 부족으로 인해 해당 법률의 내용이 최소한의 사회보장만을 담게 되는 제한이 있었다고 보았다. 김주경·현재은(2014)은 영유아 무상보육정책 형성 과정에서 정치적 흐름이 압도적으로 영향을 미쳐 표심을 얻기 위한 정책기업가의 주도로 결정되었기에 정책의 목적이거나 가치, 예산, 수혜자의 선호에 대한 고려가 없었다고 하였다. 권석천·장현주(2015)는 검찰 내분이라는 우연적 사건이 가장 강력한 흐름으로 작용하였고 당시 대선이라는 정치적 흐름이 정책문제의 영향을 배가시킨 것으로 보며, 내·외부의 정책기업가의 역할을 구분하여 제시하였다. 박길남(2017)은 정책기업가의 역할을 공식적, 비공식적 역할로 구분하여 제시하였으며, 비공식적 역할보다는 공식적 정책기업가의 역할이 정책형성 과정에 더 주요한 영향을 미친다고 하였다. 윤재상(2018)은 부정청탁 및 금품등 수수의 금지에 관한 법률이 제정되는 과정에서 활약한 정책기업가의 역할이 혁신보다는 조정 및 중재역할이 우세한 점에 집중하여 정책중개인의 역할이라고 재명명하였으며, 정책결정을 안착시키기 위해 이 역할이 주요하다고 주장하였다.

이상의 선행연구를 검토한 결과를 다음과 같이 정리할 수 있다. 첫째,

정책형성 과정을 분석한 대부분의 국내연구가 특정 법률의 법제화 과정을 분석한 연구였으며, 둘째, Kingdon 모형에서 말하는 구성요소 중 정책형성 과정에 영향을 미친 주요요인으로 대부분 정치의 흐름과 정책기업가의 역할을 가리키고 있었다. 정치흐름을 강조함과 동시에 정책내용에 대한 충분한 고려 없이 강력한 정치흐름만으로 정책이 형성된 과정을 비판하였다. 특히 정책형성 과정에서 정책기업가의 역할을 중시하였는데, 정책기업가의 역할이 비공식적이어서 그 역할이 뚜렷하지 않거나, 정책기업가가 특정 정치인으로서 표심이 목적이 되는 경우에는 정책의 안정성을 담보하기 어렵다고 하였다.

<표5> 정책흐름모형을 적용한 정책형성 과정 관련 선행연구4)

연구자	연구대상	주요요인
홍승지·정운용(2019)	스마트팜 확산 정책	정치흐름
윤재상(2018)	부정청탁 및 금품 등 수수 금지법률	정책기업가
강욱(2017)	실종자 수색용 드론 개발 결정	정책기업가
조서형(2017)	복식부기정부회계제도	정책기업가
신지현·변진석·박은혜(2017)	아동학대범죄 처벌 특례법	문제흐름 및 정책기업가의 역할
박길남(2017)	재한외국인처우기본법	정책기업가
권석천·장현주(2015)	검찰개혁과정	문제흐름
강은숙(2015)	한국사교과서 재국정화	정치흐름
김주경·현재은(2014)	영유아 무상보육정책	정치흐름 및 정책기업가의 역할
전성욱(2014)	기초연금법 입법과정	정치흐름
최정민·배관표·최성락(2013)	예술인 복지법	정치흐름
허만형·정주원(2012)	국회선진화법 개정과정	정치 및 정책흐름
이진숙·조은영(2012)	노인장기요양보호법	정부 중심
김지수·이정철(2012)	성범죄자 전자장치 부착제도	정책기업가의 역할
이지호(2012)	기초노령연금	정책 및 정치흐름
성욱준(2011)	개인정보보호법	정치흐름 및 정책기업가의 역할
이진만(2009)	한국콘텐츠진흥원설립	정책대안 흐름
이진숙·안대영(2005)	건강가정기본법	정치흐름

4) 학위논문은 제외하였음.

## 제 3 장 연구방법

### 제 1 절 연구 설계

#### (1) 연구방법으로서의 사례연구

사례연구에 대한 학자들의 정의는 다음과 같다. Schramm(1971)은 사례연구의 본질은 일련의 의사결정을 조명하고자 시도하는 데에 있는데, 왜 그러한 의사결정이 행해졌으며, 어떻게 실행되었는지, 그리고 결과는 어떠했는지에 대한 것을 밝히기 위함이라고 하였다. Yin(2005)은 조사하고자 하는 현상과 정황적 조건이 긴밀히 연결되어 있기 때문에 정황적 조건을 연구에서 함께 다루어야 한다면 사례연구 방법을 사용하는 것이 바람직하다고 하였다. 이에 사례연구의 범위를 실생활에서 벌어지는 현재의 현상에 대해 조사하는 실증적인 연구, 특히 현상과 정황 사이의 경계가 명확하게 구분되지 않을 때 사용할 수 있는 연구방법이라고 하였다. 또한 Yin(2005)에 따르면 사례연구는 평가연구에 있어서 가장 많이 쓰이고 있는 방법인데, 평가연구에서의 다섯 가지의 사례연구 응용방법을 다음과 같이 제시하였다. 첫째, 서베이나 실험으로 해결하기에는 복잡한 현실세계를 인과관계로 설명(explain)하거나, 둘째, 실제의 정황과 사례에 대해 기술(describe)하거나, 셋째, 평가와 관련된 특정 주제를 예시를 통해 설명(illustrate)하는 것이다. 넷째로, 어떤 프로그램 사례가 분명한 결과를 산출하지 않았을 때, 이러한 정황을 탐색하는 방법이고, 다섯째로, 기존의 평가연구를 다시 연구하는 메타평가하는 방법이다. 사례연구에서는 하나의 사례를 선택하여 분석하는 단일 사례연구와 여러 개의 사례를 분석하는 다중 사례연구로 구분할 수 있다. 단일 사례연구는 하나의 사례를 분석하는 것이기 때문에 일반화하기 어렵다는 단점을 가지고 있으나, Yin(2005)에 따르면 단일 사례연구가 정당화될 수 있는 다섯 가지 조건으로 다음을 제시하였다. 첫째, 이미 잘 알려진 이론을 검증하는데 매우 중요한 하나의 사례가 있는 경우, 둘째, 사례가 매

우 독특하거나, 극단적인 경우, 셋째, 하나의 사례가 대다수의 사례들을 대표하거나 매우 전형적인 특징을 가진 경우, 넷째, 과거에는 과학적 조사가 불가능 했던 하나의 현상을 하나의 사례를 통하여 관찰하고 분석함으로써 새로운 정보를 획득할 수 있는 기회를 갖게 된 경우, 다섯째, 종단적(longitudinal)인 사례인 경우이다.

한편, 연구목적의 따라 탐색적 연구(exploratory research), 기술적 연구(descriptive research), 설명적 연구(explanatory research)로 구분할 수 있다. 탐색적 연구가 주로 무엇(what)에 대해 답하는 연구라고 한다면, 기술적 연구는 어떻게(how)와 누구(who)에 대해 답하는 연구의 과정이며, 설명적 연구는 왜(why)에 답하는 과정으로서 개념간의 상관관계나, 인과관계를 규명하는 것을 목적으로 한다.

연구에서 분석하는 사례가 정책이 되는 경우 정책사례연구(policy case study)라고 분류할 수 있는데, 정책사례연구란 어떤 정책이나 현상이 “왜” 발생하고 “어떻게” 진행되는가에 답하기 위해 다양한 자료(이론 및 연구결과, 기록문서 및 보고서, 면담자료, 언론 및 방송보도, 인터넷자료, 관찰자료 등)를 사용하여 독특한 특성을 가진 프로그램, 정책, 정책과정, 제도 등 소수 실제 현상에 대해 심층적·종합적으로 연구하는 것을 말한다(강은숙·이달곤, 2005).

## (2) 연구 설계

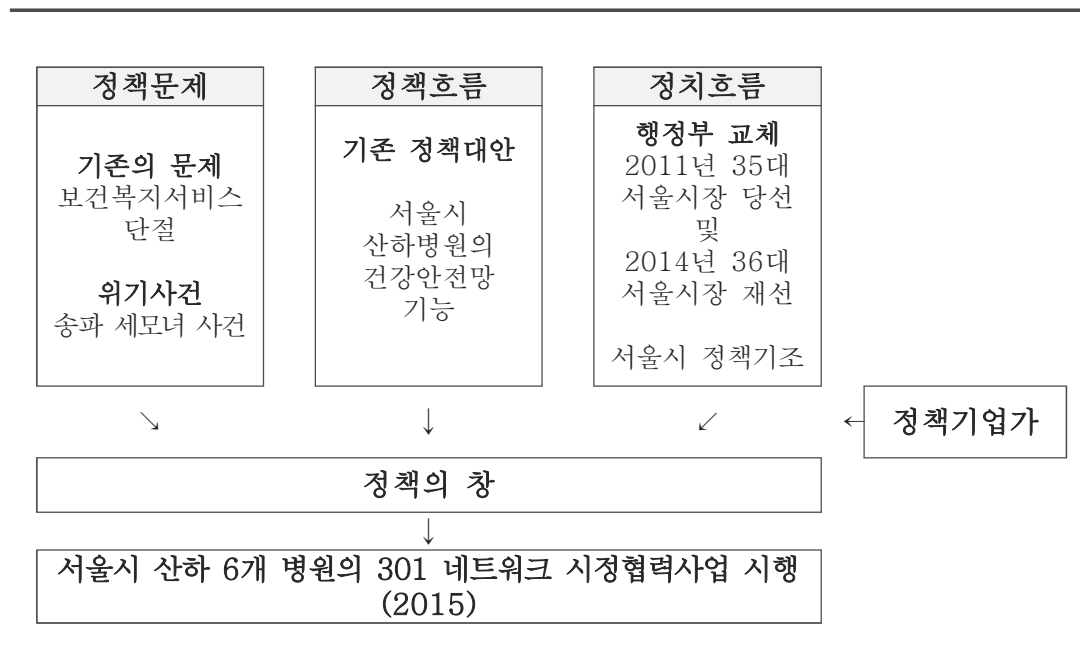
본 연구에서 분석할 사례는 공공병원의 일개 공공의료사업이 서울시 시정협력사업으로 정책화된 특수한 사례로서 정책형성 과정을 이해하는데 있어 단일 사례연구방법을 적용하기에 적합하다고 판단되었다. 이에 본 연구는 단일 정책사례연구로서 기술적 분석을 목적으로 한다. 본 연구의 목적과 구체적인 연구 질문은 다음과 같다.

서울시 산하병원의 사업이 서울시 정책으로 형성되는 과정에 영향을 미친 요인을 Kingdon의 정책흐름모형에 기반하여 규명한다.

1) 서울시 산하병원의 사업이 어떻게 서울시의 정책으로 채택되었는가?

1-1) 보건의료복지 네트워크 사업이 어떠한 정책문제, 정책대안의 흐름, 정치의 흐름, 정책기업가의 영향으로 인해 정책으로 형성되었는가?

1-2) 서울특별시 산하병원에서 제공하던 기존 건강안전망 기능과 보건의료복지 네트워크 사업과의 차이점은 무엇인가?



[그림2] 연구모형

### (3) 분석사례: 서울시 301 네트워크 정책

본 연구에서 분석한 사례는 서울시 북부병원의 301 네트워크 사업이 서울시의 정책으로 형성된 과정이다. 301 네트워크란 지역사회 내 보건·의료·복지와 관련된 기관 간 연계체계를 구축하여 사회·경제적 어려움으



로 의료혜택에서 소외되는 주민들에게 통합적 보건의료복지 지원을 수행하는 보건과 의료와 사회복지서비스를 하나로 연결하는 건강복지서비스 연계 체계 구축모델이다(권용진 외 1인, 2014). 서울시 북부병원에서 301 네트워크 사업이 처음 개시한 2013년도부터 서울시 시정협력사업으로 채택되어 서울시 산하병원 6곳에 확산된 과정을 정책형성 시기라고 보고 이 과정을 Kingdon의 정책흐름모형을 통해 분석하였다.

서울시 중랑구에 위치한 북부병원은 2006년 5월 서울특별시립 북부노인병원으로 개원하여, 2011년 7월 서울특별시 북부병원으로 명칭을 변경하였다<sup>5)</sup>. 2012년 12월 권00 원장이 취임하였고, 2013년 1월부터 공공의료기관이 주축이 되어 보건과 의료, 복지서비스 세 가지를 원스탑(one-stop)으로 제공한다는 취지의 301 네트워크 사업을 추진하여 같은 해 9월부터 공식적으로 시행하기 시작하였다. 2014년 2월, 서울시 복지건강실의 정책목표로서 301 네트워크가 제시되며<sup>6)</sup>. 2015년부터 서울특별시 산하 6개 병원의 시정협력사업으로 채택되었다.

<표6> 서울시 301 네트워크 정책 추진과정

시기	추진내용
2012.12	서울시 북부병원 권00 원장 취임
2013.01	서울시 북부병원 301 네트워크 추진
2013.09	서울시 북부병원 301 네트워크 사업 공식 시행
2014.02	서울시 301 네트워크 시립병원 공공의료 정책 목표로 제시 :서울시 산하 4개 병원 시행
2015	301 네트워크 시정협력사업 채택 :서울시 산하 6개 병원 시행

5) 서울특별시 북부병원, 병원연혁, <https://www.seoulnmh.net/>

6) 제251회 서울특별시의회(임시회) 제2차 보건복지위원회 회의록(복지건강실 업무보고자료), 2014.02.21.

## 제 2 절 자료수집

### (1) 문헌조사

본 연구에서는 서울시 301 네트워크 정책형성 과정과 관련된 서울특별시의회 회의록, 서울시 시민건강국(전 복지건강국) 및 서울시 산하병원 업무보고 자료, 선행연구 및 학술대회 발표자료, 서울시 북부병원의 심포지움 자료, 서울시 통계, 온라인 뉴스, 다큐멘터리 등 다양한 자료를 검토하였다. 문헌자료의 기간은 서울시 보건의료정책 기조 변화 양상을 파악하기 위해 35대 서울시장이 선출된 시기인 2011년도부터 서울특별시의회에 301 네트워크와 관련된 업무보고 자료가 업로드된 2018년도까지로 제한하였다. 온라인 뉴스의 경우, ‘301 네트워크’, ‘보건의료복지 통합지원’, ‘서울시 북부병원’, ‘서울시 공공의료’ 등의 키워드로 검색하여 분석기간에 해당하는 기사를 검토하였다. 분석자료의 구성은 <표7>과 같다.

<표7> 분석자료의 구성

이론적 전제	분석자료
문제의 흐름	<ul style="list-style-type: none"> <li>-관련 지표 및 통계자료</li> <li>-언론자료(온라인 뉴스, 다큐멘터리)</li> <li>-서울특별시의회 보건복지위원회 회의록 (시민건강국 14개, 산하병원 16개)</li> </ul>
정책의 흐름	<ul style="list-style-type: none"> <li>-서울특별시의회 보건복지위원회 회의록 (시민건강국 13개, 6개 산하병원 16개)</li> <li>-서울특별시의회 보건복지위원회 업무보고자료 (시민건강국 18개, 6개 산하병원 47개)</li> <li>-정부 정책자료 (보건복지부 공공보건의료계획 안내 등)</li> </ul>
정치적 흐름	<ul style="list-style-type: none"> <li>-서울특별시의회 보건복지위원회 회의록 (시민건강국 13개, 산하병원 16개)</li> <li>-언론자료(온라인 뉴스, 다큐멘터리)</li> </ul>

## (2) 심층면접

본 연구사례는 문헌자료가 충분하지 않아 정책형성 과정 중에 현직에 종사했던 업무 유관자와 심층면접을 통해 불충분한 정보를 얻고자 하였다. 연구 설계 시 서울특별시 북부병원이 301 네트워크를 기획하여 추진하기 시작한 2013년도부터, 301 네트워크가 서울시 산하병원의 시정협력사업으로 채택된 2015년도 사이에 301 네트워크 관련자를 잠정적인 연구참여자로 고려하였다. 다양한 입장을 반영하기 위해 301 네트워크를 시정협력사업으로 채택한 서울시 시민건강국, 301 네트워크를 최초 개발한 서울시 북부병원, 서울시로부터 하향식으로 받아 301 네트워크를 수행한 기타 서울시 산하병원, 지역사회 유관기관(보건소, 복지관), 주요 정책참여자인 서울특별시의회 보건복지위원회를 고려하였으나, 지역사회 유관기관은 정책형성 과정에 대한 정보를 득하기 어렵다고 판단하여 배제하였고, 서울특별시의회는 문헌고찰 결과, 정책형성 당시 진행된 회의록에서 301 네트워크와 관련된 언급이 거의 없어 주요 관련자가 아니라고 판단하여 배제하였다.

이에 서울시 시민건강국 관계자 1명, 서울특별시 북부병원 관계자 1명, 기타 서울시 산하병원 관계자 각 2명의 심층면접을 계획하였다. 서울시 시민건강국과 서울시 산하병원 중 한 곳은 면접을 거절하여 최종적으로는 서울특별시 북부병원 관계자 1명, 기타 서울시 산하병원 관계자 1명을 면접하였다. 추가적으로 1차 인터뷰를 통해 소개 받아 서울시 북부병원에서 301 네트워크를 설계할 때 연구자로 참여하였던 대학 교수를 면접하였는데, 301 네트워크 설계 배경과 정책형성 과정에 대해 연구자로서의 의견을 들을 수 있었다.

연구참여자는 문헌조사에 따른 의도적 표집방법을 사용하였다. 연구참여자 모집과정은 생명윤리위원회(IRB) 심의 후 정책형성 당시 현직에 종사하였던 서울시 북부병원, 기타 서울시 산하 병원 공공의료사업 담당자에게 인터넷 검색을 통해 공개된 전화로 최초 연락하여 연구 취지를 알리고 면접 요청을 수락한 연구참여자에 한해 모집하였다.

<표8> 연구참여자 정보

구분	당시 근무기관	직위	301 관련 역할
연구참여자1	서울특별시 00병원	공공의료팀 행정직	사업 관리자
연구참여자2	서울특별시 북부병원	의료사회복지사	사업 실무자
연구참여자3	00대학교 간호대학	교수	연구자

심층면접의 과정은 연구참여자가 근무하는 사무실의 상담실 또는 외부 카페에서 각각 1회, 최소 50분에서 최대 1시간 16분에 걸쳐 진행되었으며, 면접 내용은 사전 동의 후에 모두 녹취하였다. 사전 문헌고찰과 이론적 전제에 따라 당시 301 네트워크의 정책형성에 영향을 미친 요인들을 묻는 질문으로 구성되었으며, 기 준비한 질문지를 토대로 면접을 진행하되, 연구참여자의 당시 직위와 역할을 고려하여 질문을 추가하거나 조정하였다. 조사 질문의 내용은 <표9>와 같다. 심층면접 후 최대 이틀 이내에 전사작업을 마쳤으며, 완료된 전사본을 여러 차례 검토하여 내면화하는 과정을 거쳤다.

<표9> 조사질문

이론적 전제	조사 질문
-	1) 당시 직위 및 301 네트워크 사업 관련 역할 2) 301 네트워크 원내 기획 과정 및 외부 확산 과정(북부병원 실무자) 301 네트워크 형성 배경(00대학 연구자)
문제의 흐름	3) 서울시의 301 네트워크 정책 형성 당시 사회적으로 어떤 이슈들이 있었습니까?
정책의 흐름	4) 당시 서울시의 보건의료 정책 기조는 무엇이었습니까? 5) 당시 공공의료기관이 수행하던 업무나 사업 중에서 301 네트워크 사업 외에 정책 대안이 될 수 있었던 사업은 무엇이었습니까? 6) 당시 공공의료기관의 건강안전망 사업과 301 네트워크 사업이 갖는 차이점은 무엇입니까?
정치적 흐름	7) 당시 어떤 정치적인 이슈들이 있었습니까?
정책기업가	8) 301 네트워크의 서울시 정책 선정 과정에 있어 어떤 리더십이 행사되었습니까?

## 제 3 절 분석방법

### (1) 분석방법

Yin(2005)은 사례연구 분석을 위해 가장 바람직한 분석기법으로 패턴매칭 논리(pattern-matching logic)를 제시하였다. 이 방법에서는 동일한 사례로부터 얻은 여러 가지 단편적인 정보를 토대로 일정한 이론적 전제와 관련되는지를 검토한다(강은숙 외 1인, 2005). 즉, 이 기법은 경험적으로 관찰한 패턴과 이론적 전제에 따라 미리 예측했던 패턴을 비교하는 것으로서, Yin(2005)에 따르면 관찰된 패턴이 예측한 패턴과 서로 일치하면 그 사례 연구는 타당도를 확보할 수 있다고 하였다. 특히 본 연구처럼 기술적 분석이 목적인 연구일지라도 자료수집을 하기 전에 특정 변수의 패턴을 미리 예측하여 패턴매칭 기법을 사용할 수 있다고 하였다. 이에 본 연구에서는 Kingdon의 이론적 전제와 관련 문헌의 고찰을 통해 연구자가 예측하는 패턴을 먼저 제시하고, 이 예측패턴과 비교하는 방식으로 분석을 진행하였다.

Yin(2010)이 제시한 질적 자료 분석 방법에 따라, 1) 자료종합(compiling)과정에서 자료 수집을 통해 모아진 자료들을 문헌의 경우, 시간순으로, 심층면접의 경우, 연구참여자별로 면접 내용을 전사하여 분류 및 종합하였다. 2) 분해(disassembling)과정에서 1)에서 종합한 자료를 더 작게 분해해 정책흐름모형의 이론적 틀에 따라 유형별로 분류하여 엑셀 파일에 코딩 작업을 시행하였다. 3) 재조합(reassembling) 과정에서 분해된 자료들을 여러 차례 검토하며 재종합하였다. 4) 해석(interpreting) 과정에서 재조합된 자료를 활용하여 핵심 내용을 작성하였고, 5) 도출(concluding) 과정에서 분석 결과 파악된 주요 내용을 종합하여 결론을 도출하였다.

<표10> 서울시 301 네트워크 정책 형성과정 예측패턴<sup>7)</sup>

이론적 전제		세부내용
정책문제	기존의 문제	보건과 복지서비스의 단절
	지표의 변화	없었음.
	위기사건	2014년 2월 송파 세 모녀 사건 발생
	피드백	없었음.
정책대안	가치수용성	사업 홍보 방식(공공의료기관의 역할 및 원스탑 서비스 강조)
	기술적 실현 가능성	없었음.
정치흐름	국가적 분위기	2014년 발생한 송파 세 모녀 사건으로 인해 복지 사각지대에 대한 사회적 관심 증대
	행정부 교체	-2011 박원순 35대 서울시장 당선, 2014 36대 시장 연임 -당시 서울시 보건의료 정책 기초: 보건정책관 외부인사 임용, 공공의료 강화 정책 시행
정책의 창	흐름의 결합	국민의 복지 사각지대에 대한 관심, 서울시 북부병원장의 언론 및 유관집단을 통한 사업 홍보, 공공의료를 강화하려는 서울시 입장과 흐름 결합
	정책기업가	2012년 12월 취임한 서울시 북부병원장의 사업 추진 및 홍보

## (2) 연구의 타당도

연구의 구성적 타당도란, 연구하려고 하는 대상을 정확하게 측정했는가와 관련된다. 본 연구의 구성적 타당도를 높이기 위해 다음의 방법들을 사용하였다. 1) 연구기간 동안 얻은 자료들을 Kingdon의 이론적 전제에 따라 연결(chain of evidences)하는 과정을 거쳤다. 2) 사례를 다각적으로 검토 및 분석하기 위해 다양한 자료원을 활용하여 삼각검증(triangulation)을 시도하였다. 3) 연구 참여자 중 핵심 정보제공자와 전문가로부터 초안을

7) 문헌고찰을 토대로 연구자가 구성함.

검토 받았다.

### (3) 연구의 윤리

본 연구는 연구의 윤리적 수행을 위해 연구의 절차, 연구 참여자 모집 과정 및 연구 참여자에 대한 안전성 확보 등 전 과정에 대해 2019년 10월 14일 서울대학교 생명윤리위원회로부터 IRB 승인(IRB No. 1910/001-011)을 받았다.

### (4) 연구의 진실성 확보

Yin(2010)은 연구의 진실성이란 연구자와 연구자의 말이 진실한 입장과 진술을 대표하고 있다고 믿을 수 있는 것을 뜻하며, 연구수행에 영향을 미쳤을 만한 조건을 밝히는 것이라고 하였다. 질적연구에서는 연구자 자신이 분석도구가 된다. 이에 분석도구로서의 연구자를 객관화할 필요가 있다. 본 연구자는 서울시 산하병원 공공의료 사업 수행 부서에서 5년 6개월간 근무한 경력이 있으며, 본 연구에서 분석하는 사업을 담당할 기간은 1년 미만이다. 2016년 10월 퇴사 후 유관 업계에 종사하지 않았다. 과거 업무의 경험이 분석 과정에 편향을 가져오지 않도록 객관적인 시각을 가지려고 노력하였으며, 이를 위해 연구전반에 걸쳐 연구노트를 기록하였다. 연구와 관련하여 떠오르는 생각이나, 질문, 느낌을 기록하여 분석과정에서 주관적인 느낌이나 생각을 배제하고 객관화하고자 하였다.

## 제 4 장 분석결과

### 제 1 절 서울시 301 네트워크 정책 형성과정

#### (1) 문제의 흐름

Kingdon의 정책흐름모형을 통해 정책형성 과정의 비합리성을 규명하기 위해서는 정책형성 이전부터 존재했던 문제가 명시되어야 한다. 정책문제를 구성하는 하위요소는 지표의 변화, 위기사건, 환류이다. 정책형성 과정의 비합리적 요소가 있었는지 확인하기 위해 기존의 문제와 각 구성요소의 측면에서 정책문제를 검토하고자 한다.

#### 가. 기존의 문제

2011년 4월 14일, 70대 노인 환자가 근처 의원에서 폐결핵을 진단 받고 무료로 치료받을 수 있는 곳을 찾으려고 거주지 동주민센터, 보건소 등을 거쳐 서울의 한 시립병원에 내원했다가 외래진료 접수창구에서 건강보험 환자이기 때문에 진료비가 발생한다는 안내를 듣고 진료를 받지 못한 채 돌아가던 길에 지하철역 인근에서 폐결핵과 영양실조로 사망하는 사건이 발생했다<sup>8)</sup>. 본 사례는 의료취약계층 환자가 경제적인 이유로 치료를 받지 못해 사망에까지 이른 극단적인 사례이나, 당시 이 사건은 사회적으로 크게 이슈화되지 못했다. 사망에까지 이르지 않는 않더라도 경제적 이유로 치료에 제한을 받는 비슷한 사례들은 의료기관과 지역사회 현장에서 흔히 일어나는 사례이지만 이런 사건들은 관련 통계를 찾기도 어렵다. 이와 관련하여 연구 참여자<sup>3</sup>은 다음과 같이 설명하였다.

*“단지 저는 공공병원에서 거의 매일 목격되어왔다고 봐요. 방금 말씀*

---

8) 국민일보 2011년 4월 16일자, “‘무료치료’병원 찾던 할머니 끝내 숨져”



하신 사례가. 치료를 못 받고 돌아가시거나, 아니면 진료비를 다 못 낸다는 이유로 퇴원을 강제로 시켜야 될 수밖에 없는 상황이거나, 응급이지만 행려환자라서, 보호자가 없어서 수술을 못 해주고 돌아가실 동안 응급실에서 뻔히 지켜볼 수밖에 없는 상황이거나.. 이런 것들을 공공병원에서는 다른 병원에는 가지도 못하는 그런 환자들이 워낙 많이 오다보니, 거의 매일 의료진과 사회복지사와 직원들이 목격하고 있었다고 봐요. (연구 참여자 3)”

서울시 산하병원 관계자는 301 네트워크 사업 형성 당시의 의료취약계층과 관련된 문제에 대해 다음과 같이 언급한다.

“이렇다 할 큰 이슈는 없었지만, 늘 처리하지 못한 문제처럼 산재해 있었던 문제였죠. (연구 참여자 1)”

의료취약계층의 의료서비스 접근성의 문제는 당시 사회적으로 공론화된 이슈는 아니었으나, 유관 업무를 담당하는 전문가 집단 사이에서는 이미 산재해있는 문제로 인식하고 있었던 것으로 보인다. 그리고 2011년도 서울시 의회에서 앞서 제시한 노인환자 사망 사건이 언급되면서, 정책참여자들은 의료취약계층의 의료서비스 접근성 문제와 그에 대한 지원책의 필요성을 제기한다.

“잘못된 부분이 있으면 책임을 져야 된다고 생각을 합니다만 지금 이 사건에 있어서는 한 사람의 잘못이라기보다도 제도적인 문제, 또 시스템의 문제 또 질병체계라든지 보건복지부의 어떤 정책부분들까지 총망라가 되어서 점점이 이루어져야 될 것 같습니다.”

-당시 보건정책과장<sup>9)</sup>-

이후의 서울특별시의회 회의록을 검토한 결과, 이러한 사례 재발 방지를 위한 직접적인 정책이 제시되거나, 논의되지는 않았다.

---

9) 제230회 서울특별시의회(임시회) 제4차 보건복지위원회 회의록, 2011.04.19.

## 나. 지표의 변화

보건과 복지서비스 단절의 이슈 또는 의료취약계층의 의료서비스 접근성과 관련된 상황을 가시적으로 보여주는 지표를 찾기 어려웠다. 의료접근성 문제를 논의할 때 주로 제시되는 지표인 경제적 이유로 인한 미치료율을 <표11>에서 제시하였으나, 서울시 301 네트워크 정책형성 기간에 가시적인 변화는 없었다. 다만, 2013년 국회에서 건강보험료 생계형 체납자가 104만명에 육박한다는 지적이 있었는데,<sup>10)</sup> 해당 기사에 의하면, 매해 건강보험료 체납자가 증가하고 있으며, 이들 중에서 소득과 재산이 거의 없어 월 부과되는 보험료가 5만원 이하인 체납자를 생계형 체납자로 보았다. 신영전(2004)은 의료 사각지대에 있는 환자를 두 가지로 구분하였는데, 의료급여수급권자이지만 비급여 항목에 대한 본인부담금이 막대하여 실제로 의료비를 감당하기 어려운 경우와 최저생계비 이하의 경제적 조건을 가지고 있지만 기타 기준에 의하여 의료급여 제도권으로 들어오지 못하는 경우이다. 정책형성 이전의 시기에 의료취약계층 또는 의료 사각지대라는 키워드로 기사 검색을 해보면 해당 용어 사용이 현저히 적고 특히 의료 사각지대라는 용어는 주로 물리적인 의료 접근성이 떨어지는 의료취약지역을 가리켰다. 의료취약계층의 의료서비스 접근성 문제는 당시 존재하고 있었으나, 사회적인 관심을 받지 못했으며, 관련 지표조차 찾기 어려운 형편이다.

<표11> 서울시 경제적 이유로 인한 미치료율(치과치료 미포함)<sup>11)</sup> (단위: %)

구분	2011	2012	2013	2014	2015
남자	2.1	2.2	2.1	1.6	1.5
여자	3.5	3.6	3	2.7	2.2
전체	2.8	2.9	2.5	2.2	1.8

10) 데일리팜 2013년 10월 23일자, “건보료 생계형 체납자 104만명..의료사각지대 양산”

11) 서울열린데이터광장(<http://data.seoul.go.kr/>)

## 다. 위기사건

2013년 9월 공식적으로 사업을 시작한 서울시 북부병원의 301 네트워크가 수행될 당시인 2014년 2월 사회적으로 크게 이슈화되었던 송파 세 모녀 사건이 발생했다. 유동철(2017)은 송파 세 모녀 사건은 공공복지 전달체계에서 신청주의의 한계를 보여준 사건이라고 하였다. 이를 계기로 이후의 복지 전달체계는 복지 사각지대 발굴을 강화하는 방식으로 변화하게 된다. 301 네트워크의 확산 과정에서 송파 세 모녀 사건이 계기가 되었다는 점에서는 서울시 산하병원의 관계자인 연구 참여자1,2의 의견과 연구자로서 301 네트워크에 참여한 연구 참여자3의 의견이 나뉘었다.

*“사회적 이슈는 사실은 송파 세 모녀 사건인거구요. 사실 제 생각에는 송파 세 모녀 사건은 그냥 뭔가 이 사업을 만들기 위해서 그냥 뭔가.. ‘이런 사회적으로 이슈가 있었어요.’ 하면서 그냥 대입시켜서.. 상황적인 게, 시기적인 게 맞아 떨어진 거죠. (연구 참여자 1)”*

*“이게 약간, 사회적인 뭔가 사건이 있었어요. 그 세 모녀.. 네, 그게 좀 약간 사건이 연결이 되면서.. 기사가 나가지고.. 이게(301 네트워크) 뭔가 대안이다. 지금은 뭐 다 보건의료복지인데.. 이때에는 이런 게 없었고 있다고 하더라도 성공사례가 없었기 때문에.. 굉장히 이게 보도가 많이 됐고.. 그게 세 모녀 사건 이거였던 것 같아요. 중앙일보 기사가 이거가 나오면서, 박원순시장님이 이 기사를 보셨대요. 그러면서 약간 이게 이 사업(301 네트워크)은 해야 하는 사업이다. 약간 더 집중을 받게 된 거죠. 이거가 좀 컸었어요. 이 때 중앙일보 기사가, 세 모녀 사건. (연구 참여자 2)”*

서울시 산하병원 관계자들은 송파 세 모녀 사건이 서울시 301 네트워크의 정책형성 과정에 영향을 미쳤다고 보았다.

*“이 가정은 60대 어머니와 30대 두 딸로 구성된 가구였다. 식당일을 하는 어머니가 실제적인 가장 노릇을 했다. 두 딸은 카드빚으로 신용불*

량 상태인 데다 큰딸은 심한 고혈압·당뇨를 앓고 있었다. 어머니 박모 씨가 식당일을 마치고 집으로 돌아가던 길에 미끄러져 다치면서 비극은 시작된다. 사고로 근로능력을 상실했지만 두 딸이 부양의무자로 돼 있어 당장 기초생활보장 대상이 될 수 없었다. 긴급한 사정이 생겼지만 제도는 그만큼 신속하게 움직이지 않았다. 서울시 북부병원의 301 네트워크 같은 통합서비스가 재빠르게 개입했다면 비극을 막을 수도 있었다.<sup>12)</sup>”

“김철수(가명) 어린이처럼 의료사각지대의 틈이 현실에서는 매우 크다. 지난 3월 발생했던 ‘세 모녀 사건’ 처럼 의료 사각지대에 놓여 있는 계층이 질병이 발생할 경우 빈곤층으로 추락하는 경우가 심심치 않게 발생하고 있다...(중략) 정부가 취약계층을 위해 마련한 지원제도가 160가지가 넘지만 의료사각에 처한 환자들이 이들 제도를 효과적으로 이용하기 쉽지 않은 상황이다. 서울시 북부병원은 이런 환자들을 위한 ‘서비스 연계’ 인 301 네트워크를 지난해부터 시작했다<sup>13)</sup>.”

송과 세 모녀 사건은 선행연구에서도 언급했듯이 기존 공공부조의 신청주의의 한계를 드러낸 사건이자, 그늘에 있던 복지 사각지대가 사회적으로 조명된 사건이었다. 표면적으로는 공공의료기관과의 연결점은 없었던 이 사건이 ‘의료 사각지대 환자’와 ‘301 네트워크’를 연결하는 언론 보도의 영향으로 공공의료기관에서 제공하는 사업에 주목하는 계기가 된 것으로 보인다. 이에 대해 연구 참여자3은 다음과 같이 언급하였다.

“실무자나 이 사업을 받아들이는 입장에서는 그거를(송과 세 모녀 사건을) 중요한 계기로 삼으셨을 수도 있겠는데, 저는 잘 모르겠어요. 그거를(301 네트워크) 저희가 처음 만들고 운영하고 지원하고 그러는 과정에서, 그런 사건들이 크게 영향을 줬다기보다는... 근데 그걸 받아들이고 일하는 사람 입장에서는 어찌면 그런 사건을 중요한 계기로 삼았을 수도 있지 않을까 그런 생각이 들기는 하네요. (연구 참여자3)”

12) 중앙일보 2014년 3월 26일자, “벼랑 끝 ‘긴 계층’ 117만 극빈층 추락 막아라”

13) 현대건강신문 2014년 6월 17일자, “제2의 세 모녀 사건 ‘301 네트워크’로 막아”

의료기관과 지역사회에서 발생하는 의료취약계층의 의료서비스 접근성 문제는 이미 유관 전문가 집단 사이에서 문제로서 인식하고 있었으나, 정책참여자들이 관심을 가지고 해결책을 강구할 동력이 될 만한 계기가 없었다. 송파 세 모녀 사건은 시기적으로도, 또 그 내용 면에서도 서울시 북부병원에서 301 네트워크를 기획하게 된 계기와의 접점은 없었으나, 미디어와 보도 자료를 통해 홍보하는 과정에서 ‘의료 사각지대 환자’와 그에 대한 해결책으로서 ‘301 네트워크’를 연결하고 공공의료기관을 주목하게 만든 위기사건으로 작용하였다.

#### 라. 환류

당시 관련 정책의 환류에 대한 부분은 서울시의 사회복지 정책과 공공보건의료 정책으로 구분하여 살펴볼 수 있다. 먼저 사회복지정책을 보면, 2012년 서울시는 복지사각지대에 대한 발굴과 저변 확대를 목표로 서울형 복지전달체계를 개발하고 지역복지네트워크를 강화하고자 하는 계획을 가지고 있었다.<sup>14)</sup> 대표적인 사업 중 하나가 희망온돌 프로젝트<sup>15)</sup>였는데, 이와 관련하여 다음의 의견이 있었다.

“사실 아까 앞서도 서울형 복지전달체계 보고하실 때도 말씀하셨지만 어쨌든 우리 복지 자원이라고 하는 것이 계속 분절해서 개별적으로 되기 보다는 뭔가 네트워크가 구성돼서 그것을 통한 효과적이고 효율적인 지원이 이루어지도록 하겠다, 또 자율적, 자생적으로, 이런 거잖아요. 그런데 지금 이 공모사업이 진행된 것을 한번 보니까 실제로 이렇게 진행을 해서 과연 애초에 계획하고 계신 목표가 달성될 수 있을 것인가 하는 우려가 듭니다.... 앞서도 서울형 복지전달체계 말씀하셨지만 박원순시장께서 복지문제를 기존의 복지전달과 다르게 계속 얘기하는 것은 한정된 자원을 보다 효율적으로 효과를 낼 수 있는 시스템을 마련하고 또 기존의

14) 제236회 서울특별시의회(임시회) 보건복지위원회 복지건강부 2012 주요업무 보고 자료, 2012.02.16.

15) 풀뿌리 시민단체 연계에 중점을 둔 공모사업으로 민간단체 중심의 복지 네트워크를 구성하여 취약계층을 지원함.

여러 가지 문제를 개선하고 뭐 이런 얘기들을 많이 하시고 그렇게 얘기 하시는 것의 역점사업이 사실 대표적으로 먼저 시행됐던 게 희망온돌프로젝트 아니겠습니까?”

-박양숙 위원16)-

당시 복지제도의 개편방향은 복지 네트워크를 통해서 한정된 자원을 효율적으로 공급하는 것에 주안점을 두고 있었고 이를 목표로 희망온돌프로젝트사업이 추진되었다. 정책참여자들 사이에서 이 사업이 본래의 정책목표를 달성할 것인가에 대한 의문이 있었으며, 무엇보다 보건의료 영역과의 연계에 대한 논의는 없었다.

다음으로 공공보건의료 정책과 관련하여 당시 정책참여자들 사이에서 다음의 언급들이 있었다.

“시립병원 이번에 개혁하지 않으면 안 됩니다. 주문합니다.”

-김기옥 위원17)-

“그리고 업무보고를 한 부분 중에서 시립병원 관련해서 지금 무료간병인 제도가 시립병원에서 운영 중인 것으로 알고 있는데요. 서울의료원이나 보라매병원 같은 경우에도 보면 이 부분을 한다고 얘기를 들었는데 무료간병인 제도가 사실 실효성도 있고 또 공공의료 개념에도 부합하는 거라고 생각합니다. 그런데 이 부분이 지금 진행되고 있는 것보다 좀 더 확대가 되어야 될 필요가 있다고 생각을 하는데 혹시 이런 것에 대한 방안을 갖고 계십니까?”

-박양숙 위원18)-

“전체를 보면서 사업을 진행해야 되는데 이 진단평가도 하지 않으면서 36.5마스터플랜이 나왔어요. 그것도 엄청난 일이에요. 36.5마스터플랜이 갖고 있는 것은 또 그것을 하자면 어마어마한 예산이 새로 들어잡

16) 제236회 서울특별시의회(임시회) 제3차 보건복지위원회 회의록, 2012.02.16.

17) 제236회 서울특별시의회(임시회) 제3차 보건복지위원회 회의록, 2012.02.16.

18) 제237회 서울특별시의회(임시회) 제1차 보건복지위원회 회의록, 2012.04.24.

니다. 기왕에 해 왔던 사업에 대한 진단평가, 컨설팅 제대로 하지 않는 선상에서 계속해서 언제까지 시설이라든지 일회성사업이라든지 선심성사업이라든지 이렇게 갈 것입니까? 땀질식으로 가고 있거든요....(중략) 서울형 보건지소를 계속해서 연차적으로 몇 개 몇 개 계속 늘려가는 방식이 시민들의 의료서비스에 별로 도움이 안 됩니다....(중략) 심폐소생술 제때 못해서 돌아가시는 인원이 1년에 몇 명인지 아세요? 연간 4,000명이 넘는 사람이 심폐소생술을 제때 못 받아서 돌아가십니다... 그래서 보건지소 75억에 만들지 말고 이것부터 하자고요. 사람이 죽어나가는데 바뀌야 돼요, 우선순위를. 어쨌든 검토해 봐 주세요.”

-한명희 위원19)-

2012년 당시 정책참여자들 사이에서 보건정책관 임명과 관련한 시립병원 개혁에 대한 기대, 무료간병 확대에 대한 논의들이 있었다. 또한 2012년 서울시에서 대대적으로 시행한 공공의료 강화 계획인 건강서울 36.5 정책과 관련하여 세부계획인 보건지소 확충보다는 응급처치와 관련된 서비스 등을 요구하였다. 일부 정책참여자는 2012년 서울시에서 새롭게 제시한 공공의료 정책방향이 공공의료에 기대되는 역할을 충분히 반영하지 못한다는 의견을 피력하였다.

## (2) 정책의 흐름

Kingdon 모형의 정책대안의 핵심은, 기존에 존재하고 있었으나, 주목받지 못한 정책대안이 장기간에 걸쳐 생존 및 진화과정을 거쳐서 결국은 주요한 정책 대안으로 인정받게 된다는 것이다. 이론에서 제시하는 세부 구성요소를 통해 정책의 흐름을 살펴보고자 한다.

### 가. 가치수용성

가치수용성은 정책참여자 및 국민이 논의되고 있는 정책 대안이 포함

---

19) 제240회 서울특별시의회(임시회) 제3차 보건복지위원회 회의록, 2012.09.05.

하는 가치를 얼마나 받아들일 수 있는가와 관련된 것이다. 서울시의 공공의료 정책 측면, 공공복지 전달체계의 측면에서의 당시 정책흐름을 통해 가치 수용성의 측면을 검토한다.

첫째, 의료취약계층 지원을 위한 서울시의 공공의료 정책의 흐름이다. 서울특별시의회에 제출된 서울시 시민건강국의 업무보고 자료를 통해 서울시의 공공의료 정책기조를 <표12>에 정리하였다. 2013년도 이전의 서울시의 공공의료 정책기조를 살펴보면, 2011년은 공공의료 실적으로서, 단순히 공공의료기관에 내원하는 취약계층의 진료실적을 지표로 삼고 있었으며, 노숙인 등 찾아가는 무료 이동진료를 확대하고자 하는 계획을 가지고 있었다. 2012년에 발표된 ‘건강서울 36.5’ 라는 서울시 공공의료 개선 및 강화 계획을 통해 지역사회와의 네트워크 구축 개념이 등장하지만, 민간병원-공공의료기관간, 보건소-공공의료기관간의 협력관계 구축에 그친다. 무엇보다도 이 정책의 핵심은 ‘보호자 없는 병실’ 이었다. 서울시 산하병원 관계자들은 2011년~2013년 업무 경험을 바탕으로 당시의 의료취약계층에 대한 서울시의 정책방향에 대해 다음과 같이 언급하였다.

“서울시가 의료취약계층을 대상으로 뭔가를 하라고 요구한 건 없었어요. 당시 서울시의 정책기조는 노숙인들 대상으로 하는 무료진료였더라고요. 일반 취약계층에 대해서 뭔가 특별하게 더 한다거나 하는 건 잘 모르겠어요. (연구 참여자1)”

“그런 건 없었던 것 같아요. 특히 여기가 북부병원이어서요. 왜냐하면 병원의 기능이, 시립병원 중에서도 질환도 노인 위주고 그런 거라서, 특별히 저희한테 그런 게 없었던 것 같아요. 서울의료원이나 보라매병원은 있었겠지만.. 그런 부분에 대해서는 특별하게는 없었던 것 같아요. 기대하지 않았던 것도 있지 않았을까요? 북부병원에는.. 뭔가를 선도하려고 만든 병원은 아니니까요. 뭔가 특별한 그런 건 없었던 것 같아요. (연구 참여자2)”

서울시 산하병원 관계자들은 기존의 역할 외에 당시 서울시로부터 의



료취약계층 대상 업무를 추가적으로 요구받은 것은 없었다고 답변하였다. 당시의 서울특별시의회 시립병원 행정사무감사 회의록을 보면, 공공의료에 대해 다음과 같은 논의가 있었다.

“현재 공공의료서비스 확대에 있어서 현재 나열되어 있는 이 사업들이 지역에 나가서 봉사하겠다는 것 아닌가요?”

-김생환 위원<sup>20)</sup>-

“민간시장이 외면하는 영역이 있어요, 치매환자에 대한 서비스라든지 소외계층이라든지 이런 부분들. 공공의료가 감당해야 될 영역이 많이 있는데 그 부분에 감당을 저는 50%도 못하고 있다고 평가를 해요...(중략) 예를 들면 실제 노숙자라든지 소외계층이라든지 공공의료서비스가 필요한 대상자들에게 서비스제공이 개개의 병원에서 어떻게 구체적으로 실현되고 있는지에 대한 이것을 보여줄 수 있어야 되는데 보고서만 가지고는 그런 서비스가 좋다 라고 하는 것을 느낄 수 있는 게 별로 안 보여요. 비슷비슷한 것 다 따라 하고 있거든요. 그래서 독창적인 것 보여줬으면 좋겠고요.”

-한명희 위원<sup>21)</sup>-

“이번에 업무보고 하는 것 보면 업무보고를 위한 업무보고를 하시는 것 같은 느낌이 되게 많이 들었습니다. 그러니까 이런 부분들도 그냥 공공성을 강조한다고 해서 보고하기 위한 여러 가지 부분들을 막 그렇게 늘어놓지 마시고 보다 전문적이고 효율적으로 진행할 수 있는 식으로 공공병원으로서의 역할들을 수행했으면 좋겠다는 생각이 들고요.”

-박양숙 위원<sup>22)</sup>-

주로 지역사회 무료진료로 구성된 서울시 산하병원의 공공의료서비스 계획에 대해 일부 위원은 ‘지역봉사’의 개념으로 받아들였다. 이와 함께 다른 위원은 서울시 산하병원이 공공의료정책의 막중한 임무를 맡고 있음을

20) 제236회 서울특별시의회(임시회) 제1차 보건복지위원회 회의록, 2012.02.14.

21) 2012년도 시립병원 행정사무감사 회의록, 2012.11.13.

22) 제230회 서울특별시의회(임시회) 제4차 보건복지위원회 회의록, 2011.04.19.

언급하며 민간에서는 외면하는 영역들, 특히 소외계층을 위해 개개의 병원이 지금보다 더 독창적이고 전문적인 서비스 제공을 실현해야함을 언급한다. 2011년 당시 서울시 산하병원의 업무보고를 위한 서울특별시의회 회의록<sup>23)</sup>을 보면 정책참여자들 사이에서 서울시 산하병원을 운영함에 있어 효율성과 대립되는 개념으로서 ‘의료의 공공성’과 관련된 언급이 19회에 걸쳐 등장한다. 이후의 회의록에서 공공성 논의가 전혀 없거나, 있다고 해도 일부 병원 운영과 관련된 언급에 그친다. 이는 당시 공공보건의료에 관한 법률 개정을 앞두고 정책참여자들 사이에서 공공의료기관의 역할에 대한 고민이 있었음을 시사한다. 당시 정책참여자 일부는 서울시 산하병원에서 제공하는 기존의 공공의료서비스의 한계가 있음을 인식하고 있으며 공공의료기관의 공공성 강화라는 측면에서 보다 적극적인 역할을 수행할 것을 요구했다.

---

23) 제230회 서울특별시의회(임시회) 제4차 보건복지위원회 회의록, 2011.04.19.

<표12> 연도별 서울시 공공의료 정책기조<sup>24)</sup>

연도	정책기조	세부내용	담당조직
2011	건강서울 프로젝트	<b>시립병원 확충 및 공공의료서비스 기능 확대</b> -공공의료 진료: 취약계층 진료실적 -노숙인 등 찾아가는 무료 이동진료 확대	복지건강부 (보건기획관 -보건정책과)
2012	건강서울 36.5 (7.24 발표)	<b>시립병원의 공공의료서비스 강화</b> -(서울형) 보호자 없는 병상 확충 -민간병원-공공병원간, 보건소-공공병원간 의료네트워크 구축	복지건강실 (보건정책관 -보건정책과)
2013	공공보건의료 강화	<b>시립병원 혁신과 달라지는 공공의료</b> -시립병원 운영혁신(기능정립 등) -환자안심병원(보호자 없는 병원) 운영: 서울의료원 180병상	복지건강실 (보건정책관 -보건정책과)
2014	시민 누구나 누리는 보편적 복지 구현 (공공의료서비스 강화)	<b>공공의료서비스 수준 향상</b> -환자안심병원 확대 및 안정화 -시립병원 역할 재정립 통한 공공의료 기능 강화 <b>보건의료복지 네트워크 구축으로 통합서비스 제공</b> -시범 실시한 기관(북부병원)의 성과 토대로 하반기에 타 시립병원 확대(15년 본격 시행)	복지건강실 (보건정책관 -보건정책과)
2015	당당하게 함께 누리는 복지건강도시 (건강수명 연장)	<b>301네트워크</b> -시립병원 1개소(14년)→6개소(15년) 확대 운영 ※ 6개소: 북부, 서울의료원, 서북, 동부, 보라매, 서남 <b>-환자 안심병원 확대</b>	복지건강실 (보건기획관 -보건정책과) → 시민건강국(7월)
2016	함께 만들고 누리는 건강서울 (건강형평성 제고)	<b>301네트워크</b> -시립병원 6개소(15년)→9개소(16년) 확대 운영 ※ 특수질환병원 3개소 추가: 어린이, 은평, 장애 인치과	시민건강국 -보건의료정책과
2017	함께 만들고 누리는 건강서울 (건강형평성 제고)	-보건, 의료, 복지 연계 301 통합서비스로 의료 사각지대 해소(9개 시립병원)	시민건강국 -보건의료정책과
2018	-	<b>시립병원-찾동-보건소-지역사회 간 연계를 통 한 '건강하나로네트워크'(301사업) 확대 강화</b> -찾동 연계 301네트워크 사업 거점병원 확대 (북부병원→서남, 동부병원 추가)	시민건강국 -보건의료정책과

24) 서울특별시의회(임시회) 보건복지위원회 복지건강부 및 시민건강국 연도별  
주요업무보고 자료

둘째, 공공복지 전달체계의 측면이다. 당시 공공복지 전달체계는 2012년도에 추진하기 시작한 희망복지지원체계로 인해서 지역사회 내에 통합사례관리가 활발히 수행되고 있었다. 이와 관련하여 연구 참여자3은 다음과 같이 언급하였다.

“그 때 희망복지지원단 같은 것들이 막 새로 생기기 시작해서, 분위기가 보건복지 통합의 분위기가 약간 있었어요. 당시에. 그게 약간 지역사회 위주로 그런 분위기가 분명히 존재했었어요. 복지 쪽에서 뭔가 통합 사례관리 이런 붐이 좀 있었던 것 같아요. 2012년 정도에 경기도에 무한돌봄센터나, 경기도 남양주가 통합사례관리 같은 것들을 했었어요. 지자체 중심으로. 복지에서 그런 역할을 하면서, 무한돌봄이나 희망케어나 이게 다 돌봄인데, 돌봄에서 의료나 보건을 빼놓고 통합 사례관리를 한다는 게 쉽지 않았겠죠. 그래서 의료에 대한 목마름이 좀 있었던 것 같고, 그걸 함께 통합해서 사례관리를 할 수 있는 방안을 고민을 좀 하셨던 것 같은데, 근데 그 지역에서 어떤 식으로 문제해결을 했냐면, 보건소에 방문간호사가 있으니, 방문간호사를 그냥 지원단 안으로 넣고 같이 방문간호를 하는 방식으로, 그러니까 복지 쪽에서 보는 보건은 보건소고, 보건소에 그나마 복지와 함께 할 수 있는, 보건소의 모든 사업 중에 딱 하나 방문간호가 있다는 것, 이 정도였던 거예요. 실은 보건은 훨씬 더 큰 개념이고 보건의료, 건강을 아우르는 보건의료에서 의료는 보다 더 중요한 역할을 할 수 있는데, 그런 역할을 못하고 있는 거거든요. 그러면 의료에서의 공공성을 어떻게 발휘할 수 있는가에 대한 고민이 분명히 존재했었어요. 그 때. 복지 쪽에서 하는 보건복지 통합의 시도들이 보건의료에서 바라볼 때는 미흡한 거죠. 그런데 그렇다고 해서 보건의료 쪽에서 복지의 통합 사례관리에 우리도 함께 하겠다 라고 손을 내미냐 하면 손도 안내밀었어. 네. 그런데 저는 301 네트워크가 비로소 손을 내미는, 네트워크에 손을 내미는. 복지 쪽에서 시도됐던 지역사회 중심의 통합 사례관리나 보건복지 통합과 같은 것에 의료가 반응을 한, 그런 느낌이 좀 들었어요. (연구 참여자3)”

당시 복지 영역에서는 보건과 복지서비스 통합 시도의 일환으로 통합 사례관리를 수행하고 있었는데, 복지 영역에서 연계할 수 있는 보건서비스

란 주로 보건소의 방문간호사업에 그치는 상황이었던 것으로 보인다. 실제의 지역사회 현장에서는 돌봄의 영역을 벗어난 의료서비스를 필요로 하는 대상자들이 있었기에 의료서비스 연계에 대한 한계, 이에 대한 욕구가 분명히 존재했다.

다음으로 2014년 발생한 송파 세 모녀 사건과 관련하여 서울특별시의 회 회의록에 다음과 같은 논의가 있었다.

오승록위원: “그러면 다 발굴이 안 되는 것이지요. 이게 신청주의라는 거 아닙니까. 신청만 해야 찾아지는 것인데 기본적으로 동네마다 보면 지난번에 송파 세 모녀 거기도 이웃들과 교류도 없이 누가 방문도 안 해서 그렇게 방치됐던 것 아닙니까, 예를 들면.”, “그런데 이것을 제도적으로 시스템으로 보완해내지 않으면 여전히 사각지대는 발생할 거란 말이지요. 그런데 이거를 허브 하는데 복지전담 직원 1명 충원 이렇게만 보여서 굉장히 빈약해 보이고요. 이게 좀 더 촘촘하고 저인망식 그런 복지서비스 전달 체계에 대한 그런 고민이 좀 요구되지 않을까요.”, “그러면 이 통장들을 활용할 수 있는 복지서비스 전달 체계에 대한 그런 고민을 안 해 보셨습니까?”

복지건강실장: “그래서 지난번에 송파 세 모녀 사건이 발생한 이후에 신청주의로는 한계가 있다 발굴주의로 전환해야 되겠다, 그래서 저희가 긴급하게 예산 전용을 해서 260명의 사회복지 상담할 수 있는 사람들을 채용했습니다. 그래서 한시적으로 6개월간 이분들이 현장을 가서 그동안에 발굴되지 않았던 분들을 직접 찾아가서....”

오승록위원: “이거를 일회성 이런 이벤트, 이벤트란 표현은 조금 과하겠습니까만 그렇게 하지 말고 하여튼 재정문제도 좀 있고 구조적으로 제도적으로 시스템을 구축해 놓는 그런 작업 많이 늦었지요. 늦었는데 어찌됐든 이거에 대해서 사회적인 공감대가 형성됐으니까 이런 쪽에 예산을 투여하고 이런 부분에 대해서도 좀 동의하는 그런 분위기가 됐다고 보거든요. 그러면 이거에 대한 어떤 근본적인 처방을 이제 서울시는 내주셔야 됩니다.”, “그렇게 하면 앞으로 송파 세 모녀 사건 같은 것은 안 일어날 수 있는 것입니까?” 25)

---

25) 제254회 서울특별시의회(임시회) 제1차 보건복지위원회 회의록, 2014.07.21.

송파 세 모녀 사건과 관련하여 보다 근본적인 대책 마련에 대한 언급이 있었다. 당시 서울시는 일시적으로 동 단위에 사회복지 상담 인력을 배치하는 노력을 했으나, 정책의 지속가능성을 고려하지 않은 일회성의 시도로 비춰지며, 복지전달체계의 개편에 대한 요구가 등장하기 시작하였다. 이후 2015년 추진된 찾아가는 동주민센터는 2014년 6월 시행된 지방선거에 출마한 박원순 시장의 공약집에 포함된 내용이었다. 이태수·홍영준(2016)은 찾아가는 동주민센터의 실질적인 시작은 2014년 민선 6기 서울시장 선거의 공약에서 복지전달체계 개편으로서 제시되었다고 하였다. 당시 복지분야 공약 중 ‘사회복지직과 간호사 2배 채용’ 과 ‘동주민센터를 복지, 보건, 마을자치 기능을 강화한 민관협력 허브기구로서의 재구조화’ 그리고 ‘찾아가는 복지플래너’ 등 세 가지 사업이 관련 내용이다. 2013년 시작된 301 네트워크가 서울시 산하병원의 일부로 확산되기 시작한 2014년은 서울시의 공공복지 전달체계가 이미 보건과 복지서비스의 통합과 찾아가는 서비스로 개편을 준비하고 있었던 시기였다.

이를 종합하면, 첫째, 공공의료 정책 측면에서, 공공보건의료에 관한 법률 개정을 앞두고 정책참여자들 사이에서 의료의 공공성과 관련된 논의가 있었다. 이에 일부 정책참여자들은 주로 지역사회에서의 무료진료 봉사나, 의료취약계층에 대한 진료로 개념화되었던 당시의 공공의료기관의 역할에 한계를 느끼고 있었다. 둘째, 공공복지 전달체계의 측면에서, 2012년 지역사회에서 통합 사례관리를 시작하면서 의료서비스 연계에 대한 욕구가 분명히 존재하였으나, 지역사회 기관 입장에서 볼 때, 의료기관이 제공하는 의료서비스는 문턱이 높아 연계에 한계가 있는 상황이었다. 정리하면, 보건과 복지 서비스 통합 제공이라는 공공복지 전달체계의 개편 시기와 301 네트워크의 확산 시기가 맞물릴 뿐 아니라, 정책의 성격 또한 동일하다. 즉 당시 공공의료 역할의 한계, 지역사회에서의 의료서비스 연계에 대한 욕구와 공공복지 전달체계의 개편 방향이 301 네트워크와 동일한데, 이것은 301 네트워크 정책 형성과정에 주요한 정책흐름으로 작용했다고 할 수 있다.

#### 나. 기술적 실현 가능성

Kingdon(1995)은 현실의 수많은 정책대안들이 실현되지 못하고 아이디어 상태로 머무르는 이유는 그 대안이 좋지 못해서가 아니라, 실현 가능하도록 준비되지 않았거나, 현실에서 제대로 작동하기 어렵기 때문이라고 하였다. 본 연구사례의 예산수립 과정과 자원을 활용하는 방식을 바탕으로 정책의 실현가능성을 살펴보고자 한다. 서울시 북부병원의 301 네트워크 사업 예산은 2013년 9월 3년 기한의 3억 원의 외부 펀드를 받음으로써 공식화되는데, 301 네트워크의 예산 운용 방식은 다음과 같다.

<표13> 서울시 북부병원 취약계층 지원 예산 운용 방식<sup>26)</sup>

구 분		지원내용
공공자원	원내감면	서울시 조례에 따른 감면 실시
	공동무료간병	서울시 지원의 무료간병실 적극 활용
민간자원	의료비 지원	외부 민간기업의 의료비 및 간병비, 의료소모품, 물품지원 등 후원

기존 서울시 산하병원의 의료취약계층 대상 예산을 최대한 활용하면서, 추가적으로 발생하는 비용에 대해 외부 펀드를 통해 지원하는 방식이다. 이와 관련하여 연구 참여자는 다음과 같은 의견을 가지고 있었다.

“그러니까 어떻게 보면 굉장히 돈이 많이 드는 사업이죠. 그러니까 그 수준을 결정한다는 게.. 어디까지가 우리가 할 일이고 어디까지가 아니다 라는 수준을 결정하는 게 너무너무 어려운 사업이에요. 301이. 그러다보니 이거가 우려가 되죠. 돈이 많으면야 다 해주죠... 이런 재정 문제 때문에 (서울시가) 우려를 많이 했었어요. (연구 참여자3)”

“경기도 병원에서는 이미 이런 모형의 사업을 한 적이 있었고 이게 완전히 새로운 건 아닌데, 301 네트워크가 정책화 될 수 있었던 결정적인 요인은 펀드라는 생각이 들어요. 모든 사람들이 저소득 계층이 돈이

26) 서울시 북부병원 301 네트워크 1주년 기념 심포지움 자료(2014.06.17.)

없어서 치료를 못 받는다는 걸 다 알고 있는데, 이거를 서울시 입장에서  
는 병원에서 외부 펀드를 받아온다고 하니, 서울시에서는 서울시 재원이  
안 들어감에도 불구하고 치료를 해줄 수 있고, 이런 걸 해줄 수 있어?  
이런 상황이 되면서 너무 좋은 거죠. 만약에 이 사업을 기획하면서 ‘그  
래도 돈은, 치료비는 서울시에서 대주셔야 합니다.’ 만약에 그렇게 했  
으면, 서울시에서 이렇게까지 반겼을까... 생각을 해보게 되는데 100%  
아니라는 거죠. (연구 참여자1)”

연구 참여자3에 의하면, 초기 301 네트워크 사업과 관련하여 서울시는  
재정에 대한 우려를 많이 한 것을 알 수 있다. 그럼에도 불구하고 301  
네트워크를 시행하고 확산할 수 있었던 요인 중 하나는 사업 초기 서울시  
재원이 아닌, 외부펀드를 활용한 것에 있다고 볼 수 있다. 2013년과 2015  
년 사이 서울특별시의회 회의록을 검토한 결과, 301 네트워크와 관련된 논  
의가 전혀 없는데, 이 또한 301 네트워크를 정책으로 수용하는데 있어 예  
산 부담이 없었음을 간접적으로 보여준다. 즉 현실의 정책이 제한된 자원  
속에서 끊임없이 경쟁하여 살아남거나, 소멸하는 과정을 거친다는 측면에서  
볼 때, 301 네트워크가 사업 초기 서울시의 재원을 필요로 하지 않았던 점  
은 서울시 입장에서는 별도의 예산 투입 없이도 북부병원의 사례를 시범사  
업으로서 평가할 수 있는 계기가 되었을 것이라 사료된다.

“공공병원이 사회적 책무를 하는 데 있어서 지역사회에서 환자들이  
가난하면, 병원에 못 가는 이런 일들은 없어야 하지 않겠나.. 원리는 진  
짜 간단해요. 딱 그거 하나였던 것 같아요. 그 멘트 하나를 해결하기 위  
해서, 뭘 할 수 있냐.. 제도를 만들고 바꾸고 이러는 거는 차치하고라도  
북부병원에서 뭘 할 수 있냐.. 그런.. 그냥 원스텝(one-step) 딱 한 발  
자국만 더 해보자. 그거였고. 기존 우리가 갖고 있는 자원가지고 할 수  
있는 걸 해보자. 그런 측면이었던 것 같아요. (연구 참여자3)”

연구 참여자3에 의하면 301 네트워크는 설계 초기부터 새로운 정책을  
도입하는 방식이 아니라, 기존에 있던 자원들을 통합하거나 연계하여 재조  
정하는 방식으로 사업이 추진되었다. 이는 타 병원으로의 확산 시 물리적·  
재정적 부담이 경감되는 요인 중 하나였을 것이라 판단된다.



### (3) 정치의 흐름

Kingdon 모형과 쓰레기통 모형과의 차이점 중 하나는 정책형성 과정에서 정치의 흐름을 중요한 요소로 보았다는 것이다. 최성락(2012)은 정치의 흐름이란 정책문제 및 정책 대안과는 별개로 발생하는 정치적 흐름이며, 정책형성 과정에서 가장 중요한 역할을 수행한다고 했다. 본 연구에서는 정치의 흐름을 국가적 분위기와 행정부의 교체 측면에서 살펴보고자 한다.

#### 가. 국가적 분위기

본 연구의 사례는 전 국가적 분위기가 거론될만한 사안이 아니라고 사료된다. 다만, 의료취약계층의 의료서비스 접근성과 관련된 문제, 이를 해결할 대안으로서 301 네트워크가 등장하게 된 당시의 사회적 배경을 연구 참여자3은 다음과 같이 설명하였다.

“301은 그런 계기가, 실은 이슈가 되는 어떤 사건은 없었던 것 같고. 이런 문제의식은 굉장히 컸었던 것 같아요. 전문가의 문제의식들은 굉장히 커져 있었던 상황이었고, 그러니까 아마 국민의 의식이나 인식 속에는 이런 문제의식이 그렇게 뚜렷하게 가시적으로 보이지는 않았을 거고, 대신 이걸 고민하는 전문가들은 뚜렷하게 보고 있었던, 그런 것치곤 확산이 좀 잘 된 것 같긴 해요. (연구 참여자3)”

“송과 세 모녀 사건에서 안타까운 부분은 그 언니가 당뇨로 치료를 받고 있는 동안에 의사들은 뭐 했나. 의사들이 이 집안 사정을 좀 알았으면 어땠을까.. 이게 보건의료에서 안타까운 부분이었죠. 그러면서 공공에서는 특히 동주민센터나 시청이나 구청 같은 데서는 사각지대에 대한 발굴 이런 게 우리가 제대로 되고 있나 이런 부분에서 고민을 했었던 것 같아요. 이런 고민들이 그래도 각자 영역에서 우리가 할 수 있는 일이 조금이라도 있지 않았을까 그런 생각들을 촉발시키는 계기가 분명히 된 것 같긴 한데... (연구 참여자3)”

2014년 2월에 발생한 송파 세 모녀 사건으로 인해 대두된 복지 사각지대에 대한 사회적 관심이 각 분야의 정책참여자로 하여금 사각지대에 대한 지원책을 강구해야 한다는 책임의식을 갖게 한 계기가 된 것으로 보인다. 복지 영역에서 뿐만 아니라 보건의료 영역에서도 가시적 또는 비가시적 정책참여자들이 ‘의료 사각지대 환자’에게 주목하게 된 계기가 된 것이다.

#### 나. 행정부의 교체

2011년 10월 보궐선거를 통해 박원순 시장이 35대 서울시장으로 당선된다. 이듬해인 2012년 2월 서울시는 최초로 내부 공무원이 아닌 외부전문가를 보건정책관으로 영입한다.

*“대표적인 보건의료 시민단체 중 하나인 건강세상네트워크의 김창보 소장이 서울시 보건정책관으로 변신했다. 보건정책관은 원래 개방형 직제가 아니었지만, 박원순 시장 취임 이후 공공의료 정책 강화를 위해 처음으로 외부 전문가를 공개 채용했다.<sup>27)</sup>”*

상기의 기사에서 김창보 보건정책관은 그간의 시민단체에서의 경험을 바탕으로 지역사회 차원의 주민참여형 의료정책을 구체화시키고 싶은 계획을 밝혔다. 박원순 시장은 김창보 보건정책관의 영입과 함께 2012년 3월 서울시 13개 공공병원 활용 강화 방안 등 건강서울 36.5라는 공공의료 강화 종합대책안을 발표한다. <표12>에서 제시하였듯이, 상기 정책에서 실제로 공공병원을 활용하는 계획은 ‘보호자 없는 병실’을 통해 간병을 지원하는 방안이었다. 이와 관련하여 연구 참여자들은 다음과 같이 언급하였다.

*“저는 정치적인 분위기 되게 중요하다고 봐요. 시민참여를 중요하게 여기는 정치인, 그리고 정치적 분위기, 분명히 중요했죠. 그것 때문에 301도 좀 편승한 게 아닌가 싶고. 그거와 결이 잘 맞기 때문에. (연구 참여자3)”*

---

27) 경향신문 2012년 3월 7일자, “주민참여형 공공의료 정책 구현”

“사실 여기가 시립병원이었기 때문에, 가장 중요한 건 이 시립병원을 운영하는 시의 정책을 결정하는 사람의 생각하는 방향. 정치적 성향, 정책을 이끌어가는 방향 그게 맞았고, 이 병원을 끌어가는 사람의 성향, 정치적, 정책적 방향성 이 모든 게 다 맞았고 또 그 와중에서도, 시장님도 그렇지만, 실제로 하시는 시민건강국 분들의 이 사업에 대해 공감을 했고, 굉장히 이 사업에 대한 필요성을 다 이해를 하시고.. (연구 참여자 2)”

연구참여자들은 301 네트워크의 정책 형성 과정에서 301 네트워크와 박원순 서울시장의 정책 방향이 잘 맞았다는 의견을 가지고 있었다. 서울시의 301 네트워크 정책화 과정에서 36대 서울시장으로 박원순 시장의 연임, 시민단체에서의 경험이 보여주듯 의료취약계층에 대한 문제의식과 결을 함께하는 보건정책관의 임명은 보건의료복지 네트워크가 기획되는 과정과는 별개로 발생한 행정부의 교체라는 측면에서 정치의 흐름으로서 작용한 것으로 보인다.

#### (4) 정책기업가

Kingdon 이론에서의 정책기업가는 정책문제, 정책대안, 정치 각각의 흐름이 합류하도록 만드는 역할을 한다고 하였다. 또한 정책기업가의 역할이 일반적인 정책참여자들과는 구분되는 점은, 공식적인 지위가 갖는 고유한 역할 이상의 정책형성을 위한 개인적인 활동을 한다고 하였다. 이러한 관점에서 서울시 산하병원의 301 네트워크가 서울시 산하병원의 시정협력 사업으로 채택되는 과정에서 정책기업가로서 활약한 사람을 확인하고자 하였다.

“이거는 사실은, 정말 원장님의 아이디어예요. 그냥 그 개인이 하고 싶어 하는, 이 사업에 대한 필요성. 제가 듣기로는 이 병원에 와서 이 사업을 생각하신 게 아니라, 이미 예전부터 이런 모형의 사업을 하고 싶다, 해야 되겠다, 이게 필요하다 라고 계속 생각하고 계셨다고 들었어요.

여기 오시기 전에는. 여기 오시게 되면서, 이 지역에서, 이 병원에서 그런 형태의 어떤 연계 사업을 해봐야겠다 하는 이런 것을 딱 이미 가지고 계셨던 거죠. (연구 참여자2).

2012년 12월 서울시 북부병원에 권00 원장이 취임했다. 연구 참여자 중 서울시 북부병원 관계자에 따르면 이듬해인 2013년 1월부터 301 네트워크 사업이 비공식적으로 가동되어 환자를 지원하기 시작하며, 지역사회와 협력관계를 구축하는 작업을 수행함과 동시에 2013년 9월경 외부펀드가 확정되면서 공식적으로 사업을 개시하게 된다. 정책기업가의 역할과 관련된 연구 참여자들의 의견은 다음과 같았다.

“결국은 북부병원장과 당시 보건정책관의 리더십 아니었을까요? (연구 참여자1)”

“제가 생각해볼 수 있는 건, 처음에 권00 원장님의 강력한 열정과 리더십이 아니었을까.. 제가 판단하기에는 권00 원장님이 아니었으면 그렇게 되기가 쉽지 않았을 거다 그런 생각이 들고.. 그 분이 이거를 초기에 정말 비용도 별로 없고 재정상황도 별로 좋지 않은 상황에서, 북부병원이 어느 정도 시도를 했고 막강하게 강력한 리더십으로 원장이 방문진료를 직접 다닐 정도로 그렇게 하는 병원이 어디가야 있겠어요. 그렇게 했고, 그 다음에 이제 사회복지공동모금회 펀드를 끌어온 거에서, 거기까지 정말 리더십이 강력했다.. 그리고 복지 쪽에 합의를 이끌었다는 것. 보건의료 아주 어찌면 티피컬한(typical) 보건의료적 접근이었음에도 불구하고, 사회복지 쪽에 할 일과 사회복지의 역할을 확장시키는 데 정말 좋은 디렉션(direction)을 줬기 때문에 사회복지계에서 이거를 100% 합의하고 공동모금회에서 지원을 하게 만들었던 그거는 저는 신의 한 수였다고 봐요. (연구 참여자3)”

연구 참여자들은 모두 서울시 산하병원의 일개 공공의료사업이었던 301 네트워크가 서울시의 시정협력사업으로 확산된 데에는 서울시 북부병원장의 리더십이 강력하였음을 주장하였다. 실제로 301 네트워크는 사업 초기부터 일반적인 공공의료사업을 수행하는 것과는 다른 행보를 보였다.

‘301 네트워크’ 사업을 중심으로 내부 조직이 개편되었으며, 심포지움 등을 통해 유관 전문가 집단에게 알렸고, 각종 보도 자료와 뉴스, 다큐멘터리 등을 통해 대중에게 홍보했다<sup>28)</sup>. 공식적인 사업 개시 후 약 일여 년 동안 진행된 일이었다. 2013년 서울시 의회에 출석한 당시 서울시 북부병원장은 공공의료에 대한 철학을 묻는 한 위원의 질문에 다음과 같이 답변했다.

"제가 북부병원에 온 것은...(중략)... 실제 현장에서 가난한 분들, 또 어려운 분들을 돕기 위한 계획 이런 것을 만들어 보고 싶어서 왔고...(중략)... 고령화 문제와 관련해서 서울시에서 북부병원이 좋은 인프라를 갖고 있어서 취약계층 노인들에 대한 통합적인 의료제공체계 이런 것을 만들어보고 또 실천해보기 위해서 왔습니다. 제가 갖고 있는 소신은 공공 의료야 정말 가장 어렵고 의료접근성이 떨어지는 분들한테 시가 세금을 통해서 가장 가깝게 다가갈 수 있는 그런 의료기관과 연계체계를 만들어야 한다 이런 뜻을 갖고 있습니다."

-서울시 북부병원장<sup>29)</sup>-

당시 서울시 북부병원장 권00은 취임 전부터 공공의료기관을 기반으로 하는 보건의료복지 네트워크에 대한 필요성을 절감하고 북부병원에 취임하여 강력한 리더십을 행사함으로써 이를 실현한 것으로 보인다. 뉴스와 다큐멘터리 등 미디어를 통해 환자를 직접 방문진료 하는 모습을 보도하고, 각종 심포지움 등의 연자로서 참석해 301 네트워크를 홍보하는 행보는 이론에서 전제하는 정책기업가의 역할, 특히 공식적 지위를 가지고 있는 경우, 고유한 업무 영역을 벗어난 활동임에 이의가 없었다. 정책기업가가 왜 이 정책을 옹호하고 개진하였는가 하는 부분은 본 연구에서 파악하기 어렵다고 판단된다. 다만, 취임 전부터 301 네트워크 모델을 구상하고 정책을 실현해 나가는 그간의 행보로 미루어볼 때, 가치 실현을 위한 목적에 가깝다고 생각된다. Kingdon 이론에서는 정책기업가의 역할을 공식적인 참여자와 비공식적인 참여자로 구분하는데, 본 연구사례에서 비공식적인 참여자의 역할은

28) SBS8뉴스 2014년 8월 2일, ‘복지 사각지대 취약계층 돕는다. 공공 병원의 힘’  
KBS 생명최전선 2014년 11월 8일, ‘301 네트워크-의료 사각지대에 놓인 환자를 찾아라’

29) 제248회 서울특별시의회(임시회) 제4차 보건복지위원회 회의록, 2013.09.09.

파악하기 어려웠다.

#### (5) 정책의 창

본 사례의 정책의 창은 문제의 흐름, 정책의 흐름, 정치의 흐름 각각의 흐름이 모두 결합하였을 때, 정책의 창이 열렸다. 정책의 창이 열린 각각의 흐름을 요약하면 첫째, 정책문제로서 의료취약계층의 의료서비스 접근성의 문제가 주목받지 못한 채로 정책원시수프 내에 존재하였다. 둘째, 정책적인 흐름으로 공공보건의료와 공공복지 전달체계의 흐름이 독립적으로 존재하였는데, 301 네트워크를 수용하기 용이한 방향으로 흐르고 있었다. 셋째, 정치적인 흐름으로 2014년 박원순 시장의 연임과 당시의 행정부가 추구하는 정책의 방향성이 301 네트워크와 동일한 방향에 있었다. 마지막으로 이 모든 흐름이 합류하는 과정에 정책기업가의 영향이 상당하였다. 세 가지 흐름의 힘이 동일하지는 않았다. 본 사례에서는 정책의 흐름과 정책기업가의 역할이 가장 강력한 요인이었다고 판단된다. 정책 문제가 강력했다기보다는 정책 대안이 먼저 떠오르며 수면 아래에 있던 정책 문제가 주목을 받았다. 정치적 흐름이 분명히 존재하였으나, 당시 행정부의 요인보다는 전반적인 정책의 흐름과 암묵적인 요구들이 더 강력하였고 이 세 가지 흐름을 연결하여 공공의료에서 지향하는 가치를 실제적 모델로 제시하고 이를 실현한 정책기업가의 역할이 보다 주요했다.

Kingdon은 정책의 창을 세 가지로 구분하는데, 예측가능한 창, 예측불가능한 창, 과급효과에 의한 창이다. 이러한 관점에서 지금까지의 논의를 종합하고자 한다. 오성택(2015)은 정책의 창이 예측 가능하게 열린다는 것은 예산 심의나 국정감사와 같은 정기적인 국정활동에 의해 열리는 것을 의미한다고 하였다. 본 연구사례의 정책의 창은 국정활동에 의한 것이라기보다는 당시의 독립적인 각각의 흐름들이 만나는 지점에서 정책기업가의 역할이 각 흐름을 결합시켰기에 예측 불가능한 정책의 창이 열려 서울시정 협력사업으로 채택될 수 있었던 것으로 볼 수 있다.



## 제 2 절 기존 건강안전망 기능과의 차이

본 절에서는 정책대안의 흐름을 보다 심도 깊게 규명하기 위하여 기존 공공의료기관이 제공했던 건강안전망 기능과 301 네트워크와의 차이점을 밝히고자 한다. 선행연구에서 밝힌 바와 같이 301 네트워크 정책 이전에도 공공의료기관에서는 의료취약계층 환자의 의료 접근성 제고를 위한 건강안전망 기능을 담당하고 있었다. 건강안전망 기능은 공공의료기관이 지역사회 주민을 대상으로 하는 공공의료사업과 내원하는 의료취약계층 환자를 대상으로 경제적 지원, 지역사회 자원 연결 등을 하여 사회복지 측면까지 지원하는 의료사회복지서비스로 구분할 수 있다. 주로 실제 건강안전망 사업을 운영했거나, 유관 전문가로서 그 내용을 파악하고 있는 연구 참여자들의 의견을 기반으로 검토하였다.

### (1) 서비스 내용의 측면

우선, 지역주민을 대상으로 하는 공공의료사업 측면에서 살펴보고자 한다. 301 네트워크 사업 이전 서울시 산하병원의 건강안전망 기능에서 301의 대안이 될 수 있었던 사업이 있었는지 묻는 질문에 연구 참여자 모두 대안이 될 만한 사업은 없었다고 답변하였다. 실제로 <표14>에서 제시한 당시 공공의료사업의 세부내용을 살펴보면, 모두 특정질환 또는 특정 취약군을 대상으로, 특정기관과 연계하여 수행하는 찾아가는 진료서비스이거나, 병원 진료비 지원사업이었다.



<표14> 2011-2012 서울시 산하병원 건강안전망 사업

구분	2011 <sup>30)</sup>	2012 <sup>31)</sup>
동부병원	자료 없음.	쪽방촌, 노숙인 쉼터 등 찾아가는 의료서비스 확대
보라매병원	저소득 당뇨환자 등록 및 관리 (검사 및 입원치료비 지원, 보건소 연계 추적관찰)	저소득 당뇨환자 등록 및 관리 (검사 및 입원치료비 지원, 보건소 연계 추적관찰)  다문화가정 및 외국인근로자 진료사업
북부병원	자료 없음.	가정복지 지원 및 가정방문사업
서남병원	자료 없음(당해 개원).	(의료급여, 차상위 노인 중) 의학적 위기환자 치료사업
서북병원	결핵환자 진료비 및 생활지원비 지원 노숙인, 탈북민, 외국인 노동자 결핵환자 무료격리 치료 지원	무료진료봉사단 운영 통한 지역 내 시설 방문진료 및 입원치료 연계
서울의료원	의료취약계층 진료지원 (노숙 및 행려, 외국인근로자, 호스피스, 여성폭력 피해자)	의료취약계층 진료지원 (노숙 및 행려, 외국인근로자, 호스피스, 여성폭력 피해자)

내원하는 의료취약계층을 대상으로 제공하는 의료사회복지서비스의 측면에서 301 네트워크와의 차이를 검토하고자 한다. 이와 관련하여 301 네트워크와의 서비스 내용 측면에서 차이를 묻는 질문에 연구 참여자는 다음과 같이 답변하였다.

“의료사회복지사들의 활동 같은 경우는, 당시에 지역사회 자원 연결이 단순했고, 학교에서는 지역자원 연결도 적극적으로 하고 퇴원계획도 다 세워서 하는 걸로 배워서 현장으로 나오지만, 실질적으로 너무 적은 인력이 일을 하다보니까 정말 병원에서 필요한 일 밖에는 못했던 거죠. 301이 처음 나오고 했을 때 의료사회복지사들끼리는 일선에서 ‘뭘지?’

30) 제230회 서울특별시의회(임시회) 제4차 보건복지위원회 회의록(각 병원 업무보고자료), 2011.04.19.

31) 제240회 서울특별시의회(임시회) 제1차 보건복지위원회 회의록(각 병원 업무보고자료), 2012.09.03.

이거 다 하고 있는 일인데’ 생각을 할 수 있었을 것 같은데, 사실 병원이나 관리자나 서울시에서 봤을 때는 ‘이런 일도 할 수 있어?’ 가 되는 거죠. 업무에 대한 이해도가 낮기 때문에.. 사회복지사는 짜잘하게 의료비 지원이나 하고 그런 걸로 생각을 했는데.. 의료사회복지사 입장에서 이거 다 하고 있는 일인데 건수가 작거나 해서 그렇지.. 오히려 (301 네트워크를 통해서) 사회복지사 역할이 중요하다고 드러나게 된 계기가 된 거죠.. (연구 참여자1)”

“처음에 이거 하라고 할 때도 그랬잖아요. ‘이거 왜 해야 하느냐. 기존에 우리도 비슷한 유사 사업이 다 있다..’ 제 기억에 00병원도 비슷한 사업이 있었고, 다른 병원도 다 여전히 똑같아요. 지금 그게 달라지지 않았어요. 그런 분위기는. 아직도 301은 비슷한 그런 사업이다.. (중략) 우리도 이걸 한다 하면서 말씀하시는 부분들은, ‘우리도 다 취약계층들 지원하고 있고 상담하고 치료비 연계한다’ 라고 말씀하세요. 딱 거기까지는 사실 그런 역할이잖아요. 그냥 오시는 병원에 있는 취약계층들, 일상적으로 사회복지사들이 하는 그런 업무.. (연구 참여자2)”

“연구과제를 하면서 전국에 있는 공공병원들을 많이 다녔어요. 공공병원에서의 사회복지사는 어떤 역할을 하고 있냐 이런 것들을 좀 봤어요. 봤는데 저희가 많이 실망했어요. 공공병원들에 사회복지사가 분명히 존재하는데, 총무과에서 그냥 원무 업무를 한다든지.. 그런 식으로 대체로 그렇게 일하고 있고, 사회복지와 관련된 업무가 한 건 두 건 있으면, 그때서야.. (중략) 주 업무는 그냥 원무 업무를 하고 있거나 병원비 정산하고 있거나, 이런 걸 듀얼(dual)로 하고 계시더라고요. 그런 것들을 저희가 목적을 하고, 그러면서도 사회복지사 선생님들은 내가 정말 학부 때부터 배웠던 그 업무를 정말 하고 싶은데, 막상 와보니 그런 업무가 별로 없다. 진짜 없어서 그런 게 아니라, 잡 디스크립션(Job description)을 그렇게 안 썼기 때문에.. 그리고 병원에서도 그런 업무를 만들고 싶지 않았기 때문에 그랬던 거예요.. 그래서 아 이걸 정말 문제다.. 의료사회복지사들이 너무너무 할 일이 많은데.. 그 업무를 할 수 있게, 고유의 업무를 할 수 있게 해주는 것. 틀을 만드는 것, 그것부터 해보자 그런 식의 논의를 많이 했던 것 같아요. (연구 참여자3)”

301 네트워크 사업 이전의 서울시 산하병원의 지역주민 대상 공공의료사업에서 301 네트워크의 대안이 될 만한 사업이 없었다는 점에 이의가 없다. 실제 사업 내용에서도, 주로 특정 취약군이나 질환을 대상으로 운영되거나, 지역기관과 연계하더라도 특정 사업에 대한 연계가 대부분이었기에 일반적인 의료취약계층 전체를 대상으로, 지역의 유관기관 대부분과 서비스 연계에 대한 공식적인 협력관계를 구축하는 301 네트워크와는 차이가 분명했다. 또한 공공의료기관에서 지역사회 기관과 소통하며 의료취약계층 환자를 지원하는 역할은 이미 의료사회복지서비스를 통해 제공되고 있었으나, 인력과 예산이 미미하여 고유의 역할을 수행하지 못하는 경우가 현저했으며, 이에 대한 문제의식이 301 네트워크 사업 설계 시 반영되었다.

## (2) 서비스 통합의 측면

서울시 산하병원의 301 네트워크 이전의 건강안전망 기능과 301 네트워크 이후의 서비스 통합 수준의 차이를 앞서 선행연구에서 제시한 연락, 연계, 통합 세 가지 단계를 제시하여 묻는 질문에 대한 연구 참여자의 의견은 다음과 같았다.

“통합까지 아직 못 갔어요. 연계예요. 301 이전에도 연계.... 지역은 지역대로 놓고, 병원은 병원대로 놓고, 결국은 통합이 안 되는 거죠... 통합이 되려면 기본적으로 환자를 보려는 어떤 시스템적으로 유기적으로, 이 사람이 여기 가든 저기 가든 데이터도 같이 봐야 되고 그래야 하는데 전혀 그 시스템이 안 되어 있어요. 지금도 연계지만, 앞으로도 연계이지 않을까 싶어요. 통합으로 가기에는 어렵다. (연구 참여자1)”

“(301 이전에는) 그냥 연계를 많이 하게 되잖아요. 사실 연락이 더 많을 수 있을 것 같은 한데 그냥 연계 정도의 수준인 것 같아요. 지금 301은 통합 더 다음 단계로 (다음 단계가) 있다면은.. 넘어가는.. 301의 시작은 통합이었던 것 같은데, 지금은 통합보다 조금 더 간.. 뭐가 있을까요? 약간 그 이상인 것 같은 느낌이에요. 그냥 조직적으로 봤을 때

는 그냥 통합이 맞는 것 같은데 서비스를 받는 대상자의 입장에서는, 통합 그 다음, 그 이상인 것 같은 생각이예요. (연구 참여자2)”

“아마 기존에 연계라고 말할 수 있었던 건 연계라기보다는 연결에 가까웠고.. Linkage에 가까웠고.. 연결은 다름 아니라, 사회복지사가 사례관리를 하고 건강문제가 발굴됐을 경우에, 그냥 보건의로 자원들한테 전화 걸어서 ‘좀 이렇게 해줄 수 있나요?’ 했을 때, 그걸 받을만한 보건의로 자원은 보건소 정도 밖에 없었고.. 또는 시도청에 보건과 관련된 자원이 좀 있었겠죠. 이런 자원을 연결해주는 정도를 통합 사례관리라고 했을 거예요. 기관 대 기관 차원에서의 연계, 합의된 연계 이런 것들은 하기가 쉽지 않았을 거예요. 기관 대 기관이 MOU를 한다고 하더라도 실은 구동되는 방식은 개별 사례들에 대해서 서비스를 연결해주는 정도, 그게 연결이지 네트워크라고 말할 정도는 아니었던 것 같아요. 일정 부분은 저는 그렇게(연락에서 연계의 단계로 변화) 되었다고 봐요. 아쉬운 건 약간 시도.. 시범사업처럼 시도되는 것에서 아직 벗어나지 못했다 그런 생각은 들어요. 지금까지도 약간 시범사업 같은 느낌을 받아요. 왜냐하면 진짜 연계가 되려면 정보를 공유해야 하는데 지금 그 시스템도 안 갖춰져 있거든요. 서로 연계하기가 어려워요. 실질적으로는 어려워요. 일을 플러스 알파로 더 해야 그나마 연계가 좀 되는 수준으로 되니까. 쉽게 말해 DB가 서로 연동되어 있다든지 그게 진짜 연계죠. (연구 참여자 3)”

상기 질문에 대한 연구 참여자의 의견은 상이했다. 연구 참여자1은 301 네트워크 전과 후 모두 서비스 연계 수준을 ‘연계’로 보았다. 연구 참여자2는 301 네트워크 이전의 서비스는 ‘연락과 연계’로, 301 네트워크 이후에는 ‘통합 이상의 의미’가 있다고 답하였다. 연구 참여자3은 301 네트워크 이전에는 ‘단순 연결(연락)’에 가까웠으나, 301 네트워크 이후에는 ‘일정 부분 연계의 수준’으로 변화하였다고 답하였다. 301 네트워크 이후의 연계 수준에 대한 응답이 상이한 것은, 실제 사업이 진행된 현장의 차이, 응답자별 301 네트워크에 대한 관점의 차이 등이 반영되었다고 볼 수 있다. 전반적으로는 서비스 연계 수준은 301 네트워크에서 향상되었으나, 서비스 통합이라는 관점에서는 여전히 한계가 있음을 확인하였다.

## 제 3 절 주요결과

### (1) 정책문제 형성과정: 의료취약계층의 의료서비스 접근성 문제

Kingdon의 이론적 전제에 따라 정책 형성과정의 비합리성을 규명하기 위해서는 정책형성 이전부터 존재했던 문제가 명시되어야 한다. 이러한 측면에서 정책문제의 형성과정을 분석한 결과는 다음과 같다. 첫째, 주로 지역 사회 현장에서 돌봄이나, 방문간호와 같이 보건영역에 무게 중심을 둔 보건과 복지서비스 단절 문제는 공공보건의료 영역의 주요 관심사가 아니었다. 보건과 복지서비스 단절 문제는 그간의 공공복지 전달체계의 개편을 통해 정책적인 변화를 시도해 온 반면, 의료취약계층의 의료서비스 접근성 문제는 사회적으로 공론화되지 못한 채로 당시 유관 전문가 집단 사이에서만 ‘해결되지 않은 채로 산재된 문제’로 인식되고 있는 문제였음이 드러났다. 실제로 2011년 공공의료기관에 내원한 환자 사망사건이 발생함으로써 정책참여자들 사이에서 의료취약계층의 의료서비스 접근성 문제 해결을 위한 보다 근본적인 제도의 개선이 필요하다는 논의가 잠시 이루어졌지만, 이후의 자료를 검토한 결과, 개선안에 대한 추가적인 논의는 없었다. 정책참여자들이 지속적으로 관심을 가지고 해결책을 강구할 동력이 되는 계기가 없었기에 수면 아래에 있었던 문제였던 것이다.

둘째, 2014년 2월 발생한 송파 세 모녀 사건이 미디어를 통해 공공의료기관의 일개 사업 중 하나였던 301 네트워크를 정책대안으로서 조명하는 계기가 되었다. 당시 보도된 기사들은 송파 세 모녀 사건, 또 유사사건을 해결하는 대안으로서 301 네트워크를 제시하였고, 표면적으로는 공공의료기관과의 연결점이 없었던 해당 사건은 미디어의 영향으로 인해 공공의료기관과 301 네트워크에 연결이 되었다. 이를 계기로 정책참여자들이 의료취약계층의 의료서비스 접근성 문제를 정책문제로 인식하였다. 즉 정책대안이 먼저 떠오르고 정책문제가 주목을 받게 된 것이다.

셋째, 정책문제의 흐름을 보여주는 지표의 변화나, 관련 정책의 환류는

강력한 요인으로 작용하지 못했다. 당시의 정책문제를 드러내는 가시적인 지표를 찾기 어려웠고 유관한 지표에서도 유의미한 변화는 관찰되지 않았다. 관련 정책의 환류에서도 당시의 사회복지 정책, 공공보건의료 정책에 대한 정책참여자들의 정책평가가 있었지만, ‘의료취약계층의 의료 접근성’이라는 근본적인 정책문제에 접근하지는 못했다.

## (2) 당시 정책의 흐름: 공공보건의료 및 공공복지전달체계의 흐름

당시의 정책흐름을 통해 기존에도 존재하고 있었으나 주목받지 못한 정책대안이 어떠한 과정을 통해서 정책 대안으로 인정받게 되는지 그 과정을 분석하였다. 분석은 이론에서 제시하는 구성요소인 가치 수용성, 기술적 실현 가능성을 기준으로 하였다.

첫째, 가치 수용성의 측면을 당시의 서울시의 공공의료 정책과 공공복지 전달체계 측면에서 검토하였다. 당시의 서울시 공공의료 정책은 주로 지역사회에서의 무료진료 봉사나, 내원하는 의료취약계층의 진료실적으로 요약되었다. 2012년 공공보건의료에 관한 법률 개정을 앞두고 2011년부터 ‘의료의 공공성’과 관련된 논의가 시작되었으며, 이러한 관점에서 기존 공공의료기관의 역할에 한계를 느낀 정책참여자들 사이에서 서울시 산하병원의 보다 전문적이고 독창적인 역할에 대한 요구들이 생기기 시작했다. 이에 대한 대응으로 2012년에 서울시 공공의료 강화 정책이 발표되지만, 주요 내용은 보호자 없는 병실 운영에 그친다. 한편, 공공복지 전달체계 측면에서, 2012년도에 추진되었던 희망복지지원체제로 인해 당시 지역사회에서는 통합 사례관리가 활발하게 수행되고 있었고, 지역사회 입장에서 의료서비스에 대한 필요성과 동시에 서비스 연계의 한계를 느끼고 있는 상황이었다. 또한 서울시는 2014년 발생한 송파 세 모녀 사건으로 인해 보다 근본적인 문제 해결을 강구해야 한다는 압력을 받고 있었으며, 이에 대한 대응으로 2014년부터 동주민센터를 중심으로 한 보건과 복지서비스 통합 제공이라는 공공복지 전달체계의 개편을 준비하기 시작한다. 이 시기는 301 네트워크의 정책형성 시기와 맞물리며, 그 내용 또한 동일한 방향성을 가진다.

당시 서울시 산하병원의 공공의료기관으로서의 역할 한계, 사례관리에서의 의료서비스 연계에 대한 욕구와 공공복지 전달체계의 개편방향이 301 네트워크를 정책으로서 수용하기에 용이한 흐름이었다.

둘째, 기술적 실현 가능성 측면에서, 301 네트워크를 처음 기획·시행 하였던 서울시 북부병원의 취약계층 지원 예산 운용 방식과 이에 대한 업무 유관자들의 의견을 중심으로 분석하였다. 서울시 북부병원은 사업 초기 외부펀드를 유치하여 운영하였다. 사업 초기 서울시가 재정에 대한 우려를 했음에도 불구하고 본 사업이 정책으로 형성될 수 있었던 요인 중의 하나는 외부 펀드 운용에 있다고 볼 수 있다. 당시의 서울특별시의회 회의록에도 301 네트워크와 관련된 논의가 전혀 없는데, 이는 정책형성 과정에 예산 부담이 없었음을 간접적으로 보여준다. 현실의 자원이 한정되어 있고 수많은 정책 대안들이 끊임없이 경쟁하여 살아남거나, 소멸한다는 측면에서 볼 때, 301 네트워크 사업 초기 외부펀드를 운용한 것은 서울시 입장에서는 별도의 예산 투입 없이도 북부병원의 사례를 시범사업으로서 평가할 수 있는 계기가 되었을 것이라 판단된다. 또한 301 네트워크 설계 시 기존의 자원을 최대한으로 활용하는 것으로 사업을 설계하였다. 정책 문제를 해결하는 수단으로 새로운 정책을 도입하는 방식이 아니라, 기존에 가지고 있던 자원들을 재조정하는 방법으로 사업이 추진되었다는 점에서 타 병원으로의 확산 시 물리적·재정적 부담이 경감되었다.

### (3) 정치의 흐름: 2014년 박원순 시장 연임

Kingdon의 이론적 전제에 따르면 정책 형성과정에서 정치의 흐름을 가장 중요한 요소로 보았다. 정치의 흐름은 국가적 분위기와 행정부의 교체 측면에서 분석하였다. 첫째, 국가적 분위기의 측면에서, 2014년은 송파 세 모녀 사건으로 인해 복지 사각지대에 대한 사회적 관심이 뜨거워진 상태였다. 이러한 사회적인 흐름이 각 분야의 정책참여자들이 하여금 사각지대에 있는 취약계층에 대한 지원책을 강구해야 한다는 책임의식을 갖도록 한 계기가 된 것으로 판단된다. 이에 보건의료 영역에서도 가시적, 비가시적 정책

참여자들이 ‘의료 사각지대 환자’에게 주목하는 계기가 되었다.

둘째, 행정부의 교체 측면에서 당시 정치의 흐름을 분석하였다. 2011년 10월 보궐선거를 통해 박원순 시장이 35대 서울시장으로 당선되고 이듬해인 2012년 2월 서울시 최초로 외부전문가를 보건정책관으로 영입한다. 당시 서울시로서도 공공의료 강화 대책을 강구하고 있었고, 2014년 발생한 송파 세 모녀 사건 이후 취약계층 발굴에 무게를 둔 동 복지서비스 개편을 2014년 지방선거에 공약으로 내걸고 있었던 상황이었다. 박원순 시장의 연임과 당시 구성된 행정부, 또한 그들이 추구하는 정책의 방향성은 301 네트워크와는 별개의 흐름이었으나, 301 네트워크 사업의 정책형성 과정에 용이한 흐름이었다.

#### (4) 정책기업가의 영향: 당시 서울시 북부병원장

301 네트워크가 정책으로 형성되는 과정에 영향을 미친 정책기업가는 당시 서울시 북부병원장이었다. 분석 결과, 당시 서울시 북부병원장은 취임 전부터 보건의료복지 네트워크 체계에 대한 필요성을 절감하고 북부병원에 취임한 직후부터 301 네트워크를 추진하기 시작했다. 이 사업을 위해 내부 조직을 개편하고, 외부편드를 유치하는 등 강력한 리더십을 발휘하였을 뿐만 아니라, 고유의 업무 이외에도 미디어의 활용, 각종 심포지움 등 공식적인 통로를 통해 301 네트워크를 적극적으로 홍보하는 행보를 보였다. 현실의 각 흐름이 합류하는 기회를 포착하여 정책참여자들로 하여금 정책 대안으로서 301 네트워크를 주목하게 하는데 상당한 역할을 하였다.

#### (5) 정책의 창

서울시 북부병원의 301 네트워크 사업이 서울시의 시정협력사업으로 채택된 계기는 정책기업가의 역할로 인해 문제의 흐름, 정책의 흐름, 정치의 흐름 각각이 결합하였기 때문이었다. 본 사례에서는 정책의 흐름과 정책기



업가의 역할이 주요했다. 정책대안이 먼저 주목을 받아 표면적으로 드러나지 않았던 정책문제가 힘을 발휘하였으며, 정치적 흐름 역시 존재하였으나, 당시 행정부의 요인이 강력했다기보다는 전반적인 국가적 분위기와 정책의 흐름이 더 주요하게 작용하였다.

#### (6) 기존 건강안전망 기능과의 차이

정책 대안이라는 측면에서 기존 건강안전망 기능을 지역주민 대상의 공공의료사업과 원내 의료취약계층을 대상으로 하는 의료사회복지서비스로 보고 서비스 내용과 서비스 통합의 측면에서 분석하였다. 분석 결과, 서비스 내용 측면에서 당시 공공의료사업은 주로 지역사회 무료진료나, 특정 취약군이나 질환을 대상으로 운영되었다. 지역기관과 연계하더라도 특정 사업에 대한 연계가 대부분이었기 때문에 일반 의료취약계층 전체를 대상으로 지역 내 유관기관 대부분과 협력관계를 구축하여 서비스를 제공하는 방식의 301 네트워크와는 차이가 있었다. 의료사회복지서비스의 경우, 서비스의 내용 면에서는 301 네트워크와 유사한 기능을 수행하고 있었으나, 적은 인력과 예산으로 고유의 역할을 수행하지 못하는 경우가 현저했으며, 이에 대한 문제의식이 301 네트워크 사업 설계 시에 반영되어 오히려 공공의료기관에서의 의료사회복지사의 고유의 역할을 가능하게 하고, 정책참여자들로 하여금 그 역할을 인식하게 하는 계기가 되었다. 서비스 통합의 측면은 연구 참여자의 의견을 토대로 분석하였는데, 각각의 응답의 차이가 있었으나, 서비스 연계의 수준이 기존의 건강안전망 기능보다 301 네트워크에서 어느 정도 진일보하였으나, 서비스 통합의 관점에서는 여전히 한계가 있음을 확인하였다.

#### (7) 사례의 정책흐름모형 적용 가능성 검토

예측패턴과 분석패턴과의 비교를 통해 본 사례의 정책흐름모형 적용 가능성을 검토하고자 한다. 첫째, 정책문제의 흐름을 분석한 결과, 기존의 문제는 예측패턴과 상이했다. 예측패턴에서는 기존의 보건과 복지서비스의

단절 문제가 정책 형성과정에 영향을 미쳤을 것이라 예상했지만, 분석 결과, 전문가 집단 사이에서만 인식하고 있었던 의료취약계층의 의료서비스 접근성 문제가 정책문제로서 작용한 것으로 확인되었다. 301 네트워크 정책형성 과정에 있어 송파 세 모녀 사건이 위기사건으로서 영향을 미쳤다고 보았던 예측패턴은 위기사건의 영향이 정책대안인 301 네트워크에 영향을 미쳐 역방향으로 정책문제가 주목을 받았으므로 예측했던 패턴과는 차이가 있었다.

둘째, 정책의 흐름을 분석한 결과, 예측패턴에서는 가치수용성의 측면에서, 2013년 당시 개정된 공공보건의료에 관한 법률이 시행되면서 공공의료기관의 역할이 부각되던 시기에 301 네트워크가 그 역할을 강조하며 등장했기에 정책참여자들이 수용하기에 용이했다고 판단했으나, 분석된 패턴은 복지 영역까지 포함한 보다 거시적인 흐름이 있었다. 공공복지 전달체계의 측면에서 2012년도에 시작된 통합 사례관리 결과, 의료서비스 연계에 대한 욕구가 있었고, 2014년부터 준비한 동주민센터를 거점으로 하는 보건과 복지서비스의 통합 제공이라는 정책의 흐름과 결을 함께 하였다. 공공의료의 측면에서도, 2011년도에 이미 공공의료기관에 내원한 환자가 경제적 이유로 치료를 거부하고 사망한 사건이 발생하였으나, 특별한 해결책에 관한 논의가 지속되지 않았다. 개정된 공공보건의료에 관한 법률 시행으로 공공의료기관의 역할에 대한 요구가 생기고 ‘의료의 공공성’에 대한 논의가 시작되며, 송파 세 모녀 사건이 보건의료 영역에 있는 정책참여자들이 하여금 ‘의료 사각지대 환자’에 대해 주목하는 계기가 되었다. 예측패턴에서는 드러나지 않았던 기술적 실현 가능성 관련된 부분이 분석 결과 드러났다. 301 네트워크 사업 초기 서울시 재원이 아니라 외부펀드를 유치해 운용한 것과 새로운 정책을 도입하는 방식이 아니라 이미 가지고 있는 자원을 재조정 하는 사업 진행 방식이 정책형성 과정을 용이하게 하였다.

셋째, 정치의 흐름을 분석한 결과, 예측패턴과 대체로 동일한 패턴을 가지고 있는 것으로 드러났다. 당시 서울시 박원순 시장과 그 행정부가 추진하는 정책의 방향성이 301 네트워크와 결을 함께 하였던 점이 정책형성 과정에 긍정적인 영향을 미쳤다. 다만, 국가적 분위기에서, 단순히 송파 세

모녀 사건으로 인해서 복지 사각지대에 대한 사회적 관심이 증대되었기 때문에 301 네트워크가 정책으로 형성된 것이 아니라, 이러한 사회적 변화에 따라 보건의료 영역에 있는 전문가와 정책참여자들로 하여금 기존에 정책문제로서 드러나지 않았던 의료취약계층 환자의 의료서비스 접근성 문제를 주목하게 하는 계기가 되었던 점이 차이가 있었다.

넷째, 정책기업가의 역할을 분석한 결과, 서울시 산하병원의 일개 공공 의료사업이었던 301 네트워크가 정책으로 형성된 과정에서 당시 서울시 북부병원의 리더십이 강력했다는 점은 예측했던 패턴과 동일하였다.

다섯째, 정책의 창을 분석한 결과, 정책문제, 정책의 흐름, 정치의 흐름이 모두 결합하여 정책의 창이 열렸다는 점에서 예측패턴과 동일하였다. 예측패턴에서는 예상하지 못했던 각 흐름의 강약을 파악하였는데, 당시 정책의 흐름이 강력하였고, 이 흐름을 당시의 위기사건과 연결하여 기회를 포착한 정책기업가의 역할이 주요했다.

Kingdon의 정책흐름모형은 정책 형성 과정의 우연과 비합리성을 규명하는데 그 목적이 있다. 각 흐름을 이러한 관점에서 살펴보면, 첫째, 정책문제의 흐름 측면에서, 기존에도 존재했으나, 공론화 되지 못하고 수면 아래에 있었던 정책문제가 예측할 수 없던 계기로 정책의제로 대두되었다는 점에서 우연적 요소가 있었다고 생각된다. 유관 전문가 집단에서는 ‘해결되지 않은 채로 산재된 문제’로 인식되어 왔던 의료취약계층의 의료서비스 접근성 문제가 송파 세 모녀 사건이라는 복지 사각지대의 이슈와 더불어 가시적, 비가시적 정책참여자로 하여금 이 문제를 주목하게 만든 계기가 되었고 정책대안으로서 주목받은 301 네트워크와 함께 정책문제로서 힘을 발휘하였다. 둘째, 정책의 흐름 측면에서의 이론적 전제는 이전부터 존재했던 정책대안이 장기간에 걸쳐 생존 및 진화하여 정책대안으로 인정받게 되는 과정을 규명해야 한다. 공공의료기관을 중심으로 지역사회 서비스를 연계해야 한다는 관점은 그 방식과 목적은 달랐으나, 경기도의 사업을 통한 선례가 있었다. 또한 의료기관의 고유 기능인 의료사회복지서비스에서도 비공식적인 협력체계를 통해 의료취약계층 지원을 목적으로 지역사회 자원을 연결하

는 역할을 하고 있었다는 측면에서 유사 대안이 존재했다고 볼 수 있다. 다만, 본 사례에서의 301 네트워크는 외부편드를 적극적으로 유치하고 기존 공공의료기관에 존재했던 자원을 재조정하는 방식으로 사업을 기획함으로써 당시의 정책 문제와 정책의 흐름, 정치의 흐름과 결합하여 서울시 시정협력 사업으로 채택될 수 있었다. 의료기관을 중심으로 지역사회 서비스를 연계 한다는 점에서, 기존에도 존재했던 대안이 장기간에 걸쳐 생존 및 진화한 결과가 301 네트워크라고 할 수 있다. 셋째, 이론에서 전제하는 정치의 흐름과 이 모든 흐름을 합류하는 과정에 정책기업가의 역할이 301 네트워크 정책형성 과정에 존재하였다.

종합하면, 분석 결과 대체로 예측했던 패턴과 동일한 양상을 보였으며, 오히려 분석 과정을 통해 이론적 전제에 따른 추가적인 양상이 드러났다. 이에 정책형성 과정의 우연성, 비합리성을 규명하는 측면에서 본 사례의 정책흐름모형 적용은 대체로 타당하다고 판단된다.

<표15> 예측패턴과 분석패턴 비교

이론적 전제		예측패턴	분석패턴
정책문제	기존의 문제	보건과 복지서비스의 단절	의료취약계층의 의료서비스 접근성 문제
	지표의 변화	없었음.	없었음.
	위기사건	2014 송파 세 모녀 사건 발생	송파 세 모녀 사건이 정책대안으로서의 301 네트워크를 부각시킴.
	피드백	없었음.	복지 네트워크 강화 정책 공공의료 강화정책
정책대안	가치수용성	사업 홍보 방식 (공공의료기관의 역할 강조)	당시 정책흐름과 동일한 방향성
	기술적 실현 가능성	없었음.	-사업 초기 외부펀드 운용 -기존의 자원을 활용하는 방식
정치흐름	국가적 분위기	2014년 발생한 송파 세 모녀 사건으로 인해 복지 사각지대에 대한 사회적 관심 증대	송파 세 모녀 사건이 계기가 되어 의료취약계층의 의료서비스 접근성 문제 부각
	행정부 교체	-2011 박원순 35대 서울시장 당선, 2014 36대 시장 연임 -당시 서울시 보건의료 정책 기조: 보건정책관 외부인사 임용, 공공의료 강화 정책 시행	예측패턴과 동일
정책의 창	흐름의 결합	국민의 복지 사각지대에 대한 관심, 서울시 북부병원장의 언론 및 유관집단을 통한 사업 홍보, 공공의료를 강화하려는 서울시 입장과 흐름 결합	-공공의료 정책 흐름 -공공복지전달체계 흐름 -정치의 흐름
	정책기업가	2012년 12월 취임한 서울시 북부병원장의 사업 추진 및 홍보	예측패턴과 동일

## 제 5 장 결 론

### 제 1 절 논의

지금까지 서울시 산하병원의 일개 공공의료사업이 어떻게 서울시의 정책으로 추진되었는지 Kingdon의 정책흐름모형을 통해 분석하였다. 본 연구의 사례인 301 네트워크의 정책형성 과정에서는 정책문제, 정책흐름, 정치흐름 세 가지의 흐름이 합류하여 정책의 창이 열렸다. 정책문제는 수면 아래에 있던 정책문제가 예측하지 못했던 사회적 이슈로 인해 정책대안을 통해 주목받게 되었다. 정책흐름에서는 관련 법률의 개정을 앞두고 공공의료기관의 역할에 대한 논의가 시작되었던 당시 상황과 지역사회 입장에서의 의료서비스 연계에 대한 요구, 송과 세 모녀 사건으로 인한 복지 사각지대에 대한 사회적 관심 증대와 정책적 대안 요구 등 당시의 정책 흐름이 주요한 요인으로 작용하였다. 2014년 박원순 시장 재임으로 힘을 발휘한 당시 행정부의 정책 방향은 서울시 북부병원의 301 네트워크 사업 사례가 상향식으로 서울시의 정책으로 형성되는 과정에 용이한 흐름이었다. 각 흐름이 결합하여 정책의 창이 열리도록 하는데 정책기업가의 주도적인 역할이 결정적이었다.

본 연구는 다음과 같은 함의를 가진다. 첫째, 정책문제의 측면에서, 기존에 공론화되지 못했던 의료취약계층의 의료서비스 접근성 문제가 어떠한 과정을 거쳐 정책문제로 등장하게 되었는지 규명하였다. 정책문제가 등장하고 정책참여자들이 제시하는 여러 대안이 경쟁하여 정책이 형성되는 방식이 아니라, 정책문제는 수면 아래에서 독립적으로 떠다니고 있었고, 정책기업가에 의해 이미 수행되고 있었던 정책초안이 대안으로 떠오르며 정책문제가 주목을 받게 되었다. 이슈화된 정책대안이 오히려 정책문제를 조명하게 만든 것이다.

둘째, 정책형성 과정에 있어 사회적 이슈와 미디어의 영향력이 중요한데, 사회적 이슈는 정책문제와 반드시 일치하지 않더라도 파급효과로서 영향을 미칠 수 있으며, 이 과정에서 미디어의 영향이 주요함이 드러났다. 의료기관에 내원한 환자가 경제적 이유로 치료를 포기하거나 극단적인 경우 사망에까지 이르는, 의료취약계층의 의료서비스 접근성 문제를 드러내는 사건은 발생하였으나, 이슈화 되지 못했다. 사회복지제도의 한계를 드러낸 송과 세 모녀 사건의 이슈와 이를 301 네트워크로 연결하는 미디어의 영향이 공공의료기관의 301 네트워크를 정책대안으로서 동력을 발휘하게 하였다.

셋째, 정책대안이 해결할 수 있는 범위가 기존에 추진하고 있는 정책과의 접점이 있을 때 정책으로서 보다 강력하게 힘을 발휘함을 확인하였다. 정책흐름에서 공공복지 전달체계의 이슈까지 포괄하는 보다 거시적인 흐름이 존재하였음을 확인하였는데, 단순히 의료취약계층의 의료서비스 접근성이라는 정책문제를 해결하는 것뿐만 아니라 공공복지 전달체계에서의 한계를 포괄하였기에 단시간 내에 확산될 수 있었다.

넷째, 정책적인 흐름이 주요함을 확인하였다. Kingdon(1995)은 세 가지 흐름 중에서도 정치적 흐름을 중요하게 보았으며, 선거나 정권교체를 주요 요인으로 제시하였고 Kingdon 이론을 적용한 대부분의 연구들에서 당시의 정권이나 행정부의 교체 같은 정치적인 흐름을 정책 결정의 주요요인으로 지목한다. 반면, 본 연구 사례에서는 2014년 박원순 시장의 연임이라는 정치적 흐름이 있었지만, 단순히 독립적인 흐름으로서 기능하였고 이보다는 공공보건의료와 공공복지전달체계의 정책적 흐름과 이를 포착한 정책기업가의 역할이 보다 주요한 흐름으로 작용하였다.

다섯째, 상향식 정책사례에서의 정책기업가의 역할의 중요성이다. 정책형성 과정을 연구한 선행연구들에서 정책기업가의 역할을 중요하게 보았는데, 본 사례에서도 동일한 결과를 얻을 수 있었다. 대부분의 사례에서 대통령이나 특정 정치인, 정당, 노조와 같은 이익집단이 정책기업가의 역할을 수행한 것에 반해 본 사례에서는 개인으로 지목되는 리더쉽이 공식적인 정책기업가의 역할을 수행하였고, 기타 비공식적인 정책기업가의 역할은 뚜렷하

지 않았다. 특히 본 사례는 공공의료기관의 일개 사업이 서울시 산하병원으로 확산된 상향식 정책사례였기에 개인이 가진 공식적인 지위의 범위를 넘어 301 네트워크를 모델화하고 확산하려는 개인의 가치지향성과 리더쉽이 주요하게 작용했다.

여섯째, 상향식 정책사례에 Kingdon 모형 적용의 적실성을 확인하였다. 최성락(2012)은 국내의 정책들은 모두 선례가 있는 경험적인 정책이기 때문에 Kingdon 모형을 국내 정책 사례에 적용 시 발생하는 한계가 있다고 하였다. 경험적인 정책은 예측 가능하고 정책 대안들도 소수로 압축되는 데 반해, 선례가 없었던 정책의 경우에 비합리적이고 비체계적인 과정을 거치는 경우가 많다는 것이다. 본 연구의 사례인 301 네트워크는 선행연구에서 알 수 있듯이 국내외에서 전혀 시도하지 않은 실험적인 모델이라고 할 수는 없지만, 기존 시도되었거나, 있더라도 미약하였던 기능을 강화하는 방식으로 개발·진화된 모델이다. 정책의 내용이 실험적인 것은 아니었지만, 정책이 상향식으로 확산되는 과정에서의 독특성이 Kingdon 모형의 이론적 전제와 부합하였다.



## 제 2 절 연구의 한계

본 연구가 갖는 한계는 다음과 같다. 첫째, 본 연구는 특정 사례 중심의 기술적인 연구로 연구결과의 일반화 및 객관화에 있어 한계를 갖는다. 다양한 자료원을 통해 심층적으로 분석하고자 노력하였으나, 사례연구가 갖는 한계점을 가질 수밖에 없다. 둘째, Kingdon을 적용한 대부분의 선행연구들이 다년간의 법제화 과정을 분석한 것과 달리 본 연구사례의 경우, 정책형성 과정의 기간이 짧아 분석내용에 있어 풍부하지 못한 한계를 가진다. 셋째, 연구방법에 있어 연구사례가 정책으로 형성되는 시기와 관련된 다양한 이해관계자의 입장을 다루고자 계획하였으나, 인터뷰가 성사되지 않아 보다 다양한 관점의 정보를 기반으로 분석하는데 한계가 있었다. 특히 서울시 관계자와의 인터뷰가 성사되지 않아 문헌을 통해 드러난 정보 외에 정책형성과 관련된 실질적인 내부 의사결정 과정을 파악하는데 한계가 있었다.

301 네트워크는 현재 서울시 산하 9개병원의 시정협력사업이 되었을 뿐만 아니라, 전국 단위로 확산되었으며, 통합돌봄이 이슈화되며 보건의료복지 통합서비스의 전신으로서 재조명을 받고 있다. 서울시 단위의 정책형성 과정을 분석한 본 연구를 토대로 단시간 내 전국 단위로 확산된 과정에 대한 보다 면밀한 후속 연구가 필요하다.

## 참 고 문 헌

[국내외 학술지, 학위논문]

- 강은숙·이달곤(2005). 정책사례연구에 대한 방법론적 논의. *한국정책학회 추계학술발표논문집*, 2005, 59-83.
- 권석천, 장현주 (2015). Kingdon 의 다중흐름모형을 통해서 본 검찰개혁과정-대검찰청 중앙수사부 폐지 과정을 중심으로. *한국정책학회보*, 24(2), 335-362.
- 권용진·임정기(2014). 공공보건의료기관의 건강복지서비스 연계방안 연구. *한국사회복지행정학회 학술대회 자료집*, 289-293.
- 김근혜(2016). 보건·복지 연계서비스의 체계에 관한 연구. 동아대학교 대학원 (박사학위).
- 김정현·김보영(2019). 공공복지 전달체계의 기획과 집행 간 조응성 분석: 서울특별시 찾아가는 동주민센터 사례를 중심으로. *한국사회복지행정학회 학술대회 자료집*, 21(1), 131-159.
- 김주경, 현재은 (2014). Kingdon 의 다중흐름모형 (Multiple Stream Framework) 을 적용한 영유아 무상보육정책 분석-누구를 위한 무상보육인가? , *한국정책학회보*, 23(4), 527-563.
- 김창엽(2017). 한국의 공공보건의료와 공공성 개념. *대한공공의학회지*, 1(1), 65-77.
- 김현진(2015). 지역사회복지와 보건·복지 연계: 법제 분석을 통한 연계성 연구. *한국지역사회복지학*, 54, 95-130.
- 김희태(2004). 공공의료기관의 지역협력사업 성과 분석. 연세대학교 보건대학원(국내석사학위논문).
- 노연희·이채원(2005). 공공병원 의료사회복지사의 경제적 지원서비스 제공 활동에 관한 연구. *한국사회복지행정학회 학술대회 자료집*, 7(1), 1-28.
- 박길남 (2017). 킹던(Kingdon)의 정책흐름모형을 적용한 재한외국인처우기본법의 정책형성과정 연구. *정책개발연구*, 17, 95-118.
- 박미숙(2005). 보건·복지 통합서비스공급에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. (박사학위), 원광대학교 대학원.
- 신영진(2004). 저소득 취약계층의 의료사각지대 해소를 위하여. *보건복지포럼*. 20-30.

- 엄원자(2005). 지역사회 보건·복지 서비스의 효율적인 연계방안에 관한 연구. (석사학위), 아주대학교 공공정책대학원.
- 오성택(2015). 정책 흐름 모형을 적용한 정책 결정 과정 비교분석 : 재외선거 정책과 선거 사이버보안정책을 중심으로. (박사학위). 서울시립대학교 대학원.
- 오영호(2013). 우리나라 공공보건의료의 문제점과 정책방향. *보건복지포럼*, 2013(6).
- 유동철(2017). 송과 세 모녀 사건 이후 지역 복지 정책의 변화와 과제. *공공정책*, 142, 11-13.
- 유은주(2008). 노인장기요양보험의 정책과정에 관한 연구. *한국정책과학학회 학술대회 발표논문집*, 165-185.
- 윤재상 (2018), Kingdon의 다중흐름모형을 통한 정책결정과정 분석 연구 : 부정청탁 및 금품 등 수수의 금지에 관한 법률을 중심으로, *치안정책연구소*, 32(1), 337-372.
- 이건세(2013). 개정 공공보건의료에 관한 법률시행과 개원의의 역할. *의료정책포럼*, 11(1), 42-49.
- 이봉주(2005). 통합적 복지서비스 전달체계 구축 전략과 모델: 사례관리와 지역사회복지 네트워크를 중심으로. *한국사회복지행정학회 학술대회 자료집*, 45-66.
- 이성기(2007). 보건복지서비스 연계모형과 사례분석연구. *보건과 복지*, 9(1), 151-164.
- 이주현(2010). 효율적인 지역복지전달체계 구축을 위한 협력적 서비스전달기체의 평가에 관한 연구: 서울특별시 지역사회복지협의체를 중심으로. *지방행정연구*, 24(3), 145-170.
- 이지호 (2012). 기초노령연금정책의 의제설정과 정책결정에 관한 인지지도분석: MSF 를 중심으로. *한국정책과학학회보*, 16(1), 49-72.
- 이태수, 홍영준(2016). 서울시 찾아가는 동주민센터의 정책결정과정과 의의. *비판사회정책*, (53), 246-281.
- 이현주·강혜규·이윤경(2000). 지역단위 사회복지 관련 서비스 연계체계 모형 개발. *한국보건사회연구원*.
- 임병우(2008). 영국, 미국, 일본의 노인보건복지통합서비스 사례연구-한국의 노인보건복지통합서비스 개발에 주는 시사점-. *대한케어복지학*.

- 정두영(2016). 자살수단 접근 제한 정책과정 연구-서울시 지하철 스크린도어 사례. 서울대학교 보건대학원,
- 정형섭(2005). 공공병원에서의 노인 보건.의료.복지 서비스 연계에 관한 연구. (석사학위), 晋州産業大學校.
- 최권호 · 이상우(2019). 의료사각지대 해소를 통한 건강권 증진사업 성과지표 개발, *사랑의 열매 나눔문화연구소*. 2019-02(4).
- 최성락(2012). Kingdon 정책흐름모형 적용의 적실성에 대한 연구. *한국정책연구*, 12(1), 119-137.
- 최정민, 배관표, 최성락 (2013). 예술인복지법 정책결정과정 연구: Kingdon 의 정책흐름모형을 중심으로. *한국콘텐츠학회논문지*, 13(5), 243-252.
- 하지선 · 김정현 · 임정현 · 김정연(2017). 보건의료복지 네트워크를 통한 통합적 지원에 관한 질적 연구. *한국사회복지학*, 69(2), 143-169.
- 한혜리(2017). 지역사회 보건 · 의료 · 복지 기관의 연계에 관한 연구. (석사학위), 인제대학교 사회복지대학원.
- 황금용(2017). 찾아가는 동주민센터, 현황과 과제: 정책의 전국화에 따른 점검. *보건복지포럼*, 2017(11), 21-41.
- Arno van Raak, Aggie Paulus & Ingrid Mur-Veeman. (2005). Why do health and social care providers co-operate?. *Health Policy*, 74:13-23.
- Feiock, Richard C. (2007). Rational Choice and Regional Governance, *Journal of Urban Affairs*, 29(1): 47-63.
- Goddard, M. and Mason, Anne R. (2017). Integrated care: A pill for all ills?. *International journal of health policy management*, 6(1), 1.
- Holcomb, P.A., Seefeldt, K.S., Trutko, J. Barnow, B.S., & Nightingale, D.S. (1993). One stop shopping service integration: major dimensions, key characteristics and impediments to implementation. Washington, DC: The Urban Institute.
- Kriegel, J., Rissbacher, C., Pölzl, A., Tuttle-Weidinger, L., & Reckwitz, Nanni (2019). Levers for integrating social work into primary healthcare networks in Austria. *Health Policy*.
- Juhnke, Christine. (2012). Clinical and service integration. The route to improved outcomes. 12.

- Kahn, A. J. and Kamerman, S. B. (1992). *Integration Services Integration : An Overview of Initiatives, Issues, and Possibilities*. New York. Columbia University School of Public Health, National Center for Children in Poverty.
- Lamothe, Scott. Meeyoung Lamothe & Richard Feiock. (2008). Examining Local Government Service Delivery Arrangements over Time. *Urban Affairs Review*, 44(1): 27–56.
- Leutz W. N. (1999). Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Quarterly*, 77:770–110.
- N. Curry and C. Ham. (2010). *Clinical and service integration: The route to improved outcomes*, King' s Fund, London.
- Ragan, M. (2003). *Service Systems Integrating Services for Income Support and related Programs*, *Rockefeller Institute of Government*.
- Ragan, M. and Nathan, R. (2002). *Welfare Reform and the Development of Comprehensive Human Service Systems*. Albany, NY: Nelson A. Rockefeller Institute of Government
- Richard Humphries. (2015). Integrated health and social care in England - Progress and prospects. *Health Policy*, 119(2015)856–859.
- Schramm, W. (1971). Notes on case studies of instructional media projects. Working paper for the Academy for Educational Development, Washington. DC.
- Stefan Greß., Axel Focke., Franz Hessel, & Jurgen Wasem. (2006). Financial incentives for disease management programmes and integrated care in German social health insurance, *Health Policy* 78(2006) 295–305.
- Trutko, J., Bailis, L., Barnow, B., & French, S. (1991). *An assessment of the JTPA role in state and local coordination activities*. Washington, DC: U.S. Department of Labor Employment and Training Administration.

[단행본]

- 김창엽(2019), **건강의 공공성과 공공보건의료**. 한울아카데미.
- Kingdon, John W. (1995). **Agendas, Alternatives, and Public Policies**, second edition. Harper Collins College Publishers.
- Robert K. Yin(2005). **사례연구방법**. 신경식, 서아영 역. 한경사.
- Robert K. Yin(2010). **Qualitative Research from Start to Finish**, First Edition (1 edition). The Guilford Press.

[보고서, 기사, 인터넷 검색]

- 보건복지부(2018), 제1차 공공보건의료 기본계획(2016~2020) 수립에 따른 2018년 공공보건의료계획 수립 안내.
- 서울시 북부병원(2014), 301 네트워크 1주년 기념 심포지움 자료.
- 서울시(2019), 찾아가는 동주민센터 3단계 사업백서.
- 이정호·김현숙·이정학·김수영·함철호(1995). 보건·의료·복지의 통합적 접근방안 연구. *보건복지부 연구보고서*. 158~160.
- 서울특별시의회(2012), 행정사무감사 서울특별시 산하병원 업무보고 자료, 2012년 11월 13일자.
- 서울특별시의회(2012), 2012 시립병원 행정사무감사 회의록, 11월 13일자.
- 서울특별시의회(2018), 2018 행정사무감사 시민건강국 업무보고 자료, 11월 14일자.
- 제230회 서울특별시의회(임시회) 제4차 보건복지위원회 회의록, 2011.04.19.
- 제230회 서울특별시의회(임시회) 제4차 보건복지위원회 회의록(각 병원 업무 보고자료), 2011.04.19.
- 제236회 서울특별시의회(임시회) 제1차 보건복지위원회 회의록, 2012.02.14.
- 제236회 서울특별시의회(임시회) 보건복지위원회 회의록(복지건강부 2012 주요업무보고 자료), 2012.02.16.
- 제237회 서울특별시의회(임시회) 제1차 보건복지위원회 회의록, 2012.04.24.
- 제240회 서울특별시의회(임시회) 제1차 보건복지위원회 회의록(각 병원 업무 보고자료), 2012.09.03.
- 제240회 서울특별시의회(임시회) 제3차 보건복지위원회 회의록, 2012.09.05.
- 제248회 서울특별시의회(임시회) 제4차 보건복지위원회 회의록, 2013.09.09.
- 제251회 서울특별시의회(임시회) 제2차 보건복지위원회 회의록(복지건강실 업

무보고자료), 2014.02.21.

제254회 서울특별시의회(임시회) 제1차 보건복지위원회 회의록, 2014.07.21.

경향신문(2012). 주민참여형 공공의료 정책 구현. 3월 7일자.

국민일보(2011). ‘무료치료’ 병원 찾던 할머니 끝내 숨져. 4월 16일자.

데일리팜(2013). 건보료 생계형 체납자 104만명...의료사각지대 양산. 10월 23  
일자.

중앙일보(2014). 벼랑 끝 ‘긴 계층’ 117만 극빈층 추락 막아라. 3월 26일  
자.

현대건강신문(2014). 제2의 세 모녀 사건 ‘301 네트워크’로 막아. 6월 17  
일자,

국가법령정보센터(<http://www.law.go.kr/>), 공공보건의료에 관한 법률

서울특별시 북부병원(<https://www.seoulnmh.net/>), 병원연혁

서울열린데이터광장(<http://data.seoul.go.kr/>), 보건통계, 경제적 이유로 인한  
미치료를

Abstract

An Analysis of the Policy  
Formation Process of ‘Health,  
Medical, Welfare Network’  
based on Kingdon’s Policy  
Streams Framework  
: the case of *301 network* in Seoul

BAEK JISEON

Department of Health Policy and Management

The Graduate School of Public Health

Seoul National University

This research aims to analyze the process of the policy formation of ‘health, medical and welfare network’ based on Kingdon’s policy streams framework. This research analyzes the formation process of the *Seoul 301 network policy* using Kingdon’s theoretical hypothesis. This study regards the



formation period is from 2013 to 2015 as 2013 is the year that the project was designed and 2015 is the year that the project was selected as a cooperative project for six municipal hospitals in Seoul.

The study finds that the *301 network project* gained attention as a policy alternative because of ‘mother and two daughters suicide in Songpa district’ and media. With this attention from the public, the medical service accessibility for the vulnerable population in healthcare became a policy issue to solve. Second, from a policy streams perspective, the flow of public health and public welfare delivery system made it easier to accept the *301 network project*. Third, Seoul Mayor Park Won-soon, who succeeded in 2014, and the administration at the time acted as political streams. Fourth, the director of the Seoul municipal north hospital was the policy entrepreneur at the time; he played a crucial role in making the project—which was just a project from one of Seoul municipal hospitals—into a policy by capturing each individual stream. Fifth, the *301 network project* brought light to the medical social work service. By comparing the difference between the *301 network project* and the existing health safety net project in Seoul municipal hospitals, which was free community health service, people realized that the existing projects only focused on providing the voluntary medical service in the community or specific group as recipients. Medical social work service at the time did not have much attention because of limited budget and lack of human resources, but through the *301 network project*, its role was newly recognized.

The result shows that as the policy alternatives became a hot topic, policy problems gained attention and political stream played a role. However, the policy stream of the time was rather important than a political stream. Furthermore, even though social issues—one of the major components for the policy formation process—do not coincide with the policy issues, media can make an impact in the policy formation process. When the range of policy alternatives is in line with the existing policy flow, it can be powerful. In case of the bottom-up policy formation process, a policy entrepreneur plays a big role. Lastly, the uniqueness of the diffusion process of this case study is consistent with Kingdon's theoretical hypothesis.

This study has limitations in terms of generalization and objectification as a case study and also in the analysis contents due to the relatively short period of policy formation. In addition, the study does not reflect the positions of more diverse stakeholders related to the research cases. Follow-up research on the policy-making process of this case study is needed as this policy has spread nationwide.

keywords : 301 network, policy streams framework, policy formation process, integrated service, Kingdon

*Student Number* : 2014-23343