

영국의 지역사회보호와 사례관리를 통한 보건·복지서비스 통합

보건·복지서비스의 통합은 보다 나은 서비스를 위하여 '보건서비스'와 '사회서비스'를 결합하는 것으로 정의할 수 있는데, 보건·복지 통합서비스의 혜택을 받는 계층은 신체적, 발달적 혹은 인지적 장애를 가지거나 만성적 질병 및 외상상태에 있는 노인 등 보건·복지의 복합적 욕구를 가진 계층이다. 영국은 보건·복지의 기존조직이 분리되어 있는 상태에서 사례관리라는 방식의 도입을 통하여 보건·복지서비스 통합을 시도하고 있는 나라이다. 따라서 본 글에서는 지역사회보호 발전과 보건·복지서비스 통합방법으로서 사례관리를 도입하고 있는 영국의 경험에 대한 평가와 우리 나라에 대한 시사점을 알아보았다.

石才恩

한국보건사회연구원 책임연구원

1. 서론

우리 나라도 2000년 고령화 사회로 진입 하면서 보건·복지의 복합적 욕구를 가진 인구계층이 많아지고 있다. 허약노인집단의 욕구는 매우 다양하고, 이들 욕구의 충족은 과정에서 개별화된 접근이 필요하고, 하나의 단일한 서비스보다는 복합적 서비스의 제공

이 요구된다.

보건·복지서비스 통합의 필요성은 기존의 보호서비스체계가 서비스의 단편성, 조정의 부재, 복합적 욕구를 가진 개인에게 상이한 구성요소들을 하나의 보호패키지로 묶어 전달하는 장치의 부재 등에 기인한다. 즉, 서비스 조직의 단편화, 특히 의료와 사회서비스의 분리로 인한 단편화 문제는 보호의 연

속성과 유연성의 보장에 주요한 장애물의 하나로 널리 인식되어 왔다. 그럼에도 불구하고 보건·복지서비스와 관련하여 전문가 집단, 서비스 구조, 재원 및 관할정부의 수준이 너무 다양하기 때문에 통합된 보건·복지서비스 체계를 구축하기 위해서는 극복해야 할 많은 어려움이 존재한다. 이용가능한 보건·복지서비스마다 관할부처 및 운영주체가 상이하고, 전문적 지침이 상이한 상태로 발전되어 왔기 때문이다.

세계적으로 서비스의 단편성을 극복하고 개별적 사례에 보다 부합하는 서비스패키지를 제공하려는 시도들이 이루어지는 경향이 뚜렷하다. 하지만 국가들마다 이에 대응하는 방법들은 매우 다양하며, 어느 단일한 경로를 따르고 있지는 않다.

영국은 보건·복지의 기존조직이 분리되어 있는 상태에서 사례관리(case management)라는 방식의 도입을 통하여 보건·복지서비스 통합을 시도하고 있는 나라이다. 조직의 통합이 쉽지 않다는 측면에서 영국의 경험을 분석적으로 고찰할 필요가 있다. 따라서 본 글에서는 영국의 지역사회보호 발전과 보건·복지서비스 통합방법으로서 사례관리를 도입하고 있는 영국의 경험을 살펴보고자 한다. 이를 위하여 먼저 영국의 보건·복지서비스체계의 특성과 지역사회보호의 발전과정을 살펴보고, 보건·복지통합의 여러 가지 방식 중 사례관리방식의 특성과 선택가능한 대안적 형태를 살펴본 다음, 실제로 영국의 보건·복지서비스 통합 실험을 검토한다. 마지막으로 영국의 경험에 대한 평가와 우리

나라에 대한 시사점을 정리해 보고자 한다.

2. 영국 보건·복지서비스 체계의 특징과 지역사회보호(Community Care)의 발전과정

1) 영국 보건·복지서비스 체계의 특징

영국의 의료보장체계는 국민보건서비스(The National Health Service: NHS)로서 국가 조세에 의한 재원조달에 기반하여 보편적인 적용대상을 포괄하고 있으며, 의료전달의 시점에서 이용자에게 무료이다. 영국에서 의료보장체계는 사회서비스체계와 별도로 재원이 조달되고 관리·운영된다. 영국의 의료보장체계는 중앙에서 통제(지도감독)하고, 지방의 보건당국에서 관리·운영하고 있다. 반면, 사회적 서비스는 지방자치단체 수준에서 선출된 관리들에 의하여 재원이 조달되고 관리·운영된다. 시설 및 재가보호 모두가 이러한 지방당국의 지원하에 이루어진다. 또한 영국에서는 지역사회간호가 의료(보건)서비스의 일부분이다. 보건 및 사회예산은 분리되어 있으며, 별개의 자원으로 대부분의 재원을 조달한다. 즉, 사회서비스는 지방세에 의하여 이루어지며(여기에 중앙정부의 보조금이 합해진다), 보건서비스는 중앙정부의 조세수입으로 이루어진다.

영국에서 급여제공은 공·사 혼합으로 이루어진다. 특히, 시설보호 영역에서는 민영기관에 의한 보호제공 참여가 높은 반면, 재가보호 영역에서는 아직 공적서비스가 지배적이다. 사람들이 일반 개업의사(GP)에게 자유로이 접근한다. 보건 및 사회서비스 모두에

의 접근은 전문적으로 규정된 욕구에 기초한다. 의료(보건)관련 서비스는 무료이며, 재가보호서비스는 흔히 본인부담을 포함하는데 지방당국간에 상당한 정도의 차이가 있다.

2) 영국 지역사회보호의 발전과정

영국의 지역사회보호는 제2차 세계대전 이후 NHS의 한 부분으로 출발하였으나, NHS의 부담이 심각하여 지역사회보호를 분리하여 지방자치체에 위임하게 되었다.

한편, 경제적인 풍요와 복지국가의 전성기였고 고령화 사회로의 본격적인 진입으로 고령자의 지역사회보호에 대한 관심이 높아지던 1960년대에 오늘날의 지역사회보호의 출발점이 된 시봄위원회(Seebohm Committee) 보고서(1968년)가 제출되었다. 시봄보고서는 단편적으로 이루어지고 있는 사회서비스의 체계화 및 통합화가 필요하다고 보았으며, 이들 서비스의 통괄을 위하여 새로운 지방부처가 필요하다는 등의 권고를 통하여 정부주도형의 사회복지서비스 발전을 도모하였다. 시봄 권고를 받은 정부는 1970년에 지방자치체 사회서비스법을 제정하고, 사회복지서비스를 통합하는 사회서비스부(Social Service Department)를 지방자치체에 설치하였다.

복지국가노선과 시봄 권고에 따른 정부중심의 지역사회보호는 1973년 오일쇼크를 계기로 큰 변화를 겪게 되었다. 욕구주도형 보호로부터 자원의 유효이용형 보호로의 전환이 모색되게 되면서, 지역사회보호의 중요성이 더욱 강조되게 되었다¹⁾. 또한 이 시기는 고령자를 중심으로 욕구의 다양화가 본격화

되던 시기였기 때문에, NHS 의료비용의 삭감과 다양한 욕구에의 대응이라는 모순된 목적을 달성하기 위하여 NHS와 지방자치체의 연대가 다시 모색되게 되었다. 그러나 경제불황으로 인한 예산삭감으로 기존서비스의 확대가 저지되고 새로운 서비스에 대한 투자가 제한되어 왔기 때문에 지역사회보호의 중요성 강조에도 불구하고 지역사회보호의 발전속도는 매우 느렸다. 또한 여전히 지역사회보호 서비스간 조정은 잘 이루어지지 못하고 있었다. 보호가 필요한 노인이 가정봉사서비스를 이용하려면 가정봉사조직가에게, 가정간호를 이용하려면 일반의에게, 그 외 급식서비스를 요구하려면 자원봉사센터에게 각각 요청해야 했다.²⁾

한편, 신보수주의 대처정부는 수요가 증대하는 가운데 공비삭감으로 공영시설 건설이 어려워지자 민간시설의 설립을 장려하고 민간시설입소자의 입소비용을 지원하는 정책을 펴게 되었다. 이를 통하여 민간, 특히 민간영리부문의 참여가 크게 확대되면서 시설보호에의 비중이 더욱 커지게 되었다. 이와 같이 대처정부는 사회보장비 삭감과 지역사회보호의 강조라는 기본 정책방향에도 불구하고 민간시설 입소비용 지원을 통한 사회보장비 증가와 시설보호에의 편중을 결과하여 정책목표 달성에 실패하였다³⁾.

- 1) 足立 正樹 編著, 『각국의 개호보장』, 법률문화사, 1998, p.14.
- 2) Bauld, Linda et al., *Caring for Older People: An Assessment of Community Care in the 1990s*, PSSRU, 2000, p.7.

표 1. 영국의 지역사회보호 서비스

보호의 형태·급여		관리주체	재원	본인부담	서비스 내용
재가 서비스	주간서비스, 단기보호, 가정봉사, 주간보호센터, 급식배달서비스, 세탁서비스 등	지방자치체 민간영리 비영리단체	지방자치체 (지방세, 국고보조)	지방마다 상이	주간센터 745개소 (정원 26,996인분, '90년말) 가정봉사원 노인인구 1000인당 상근예산 7.0인('92년)
	재가간호(지구간호부) 방문보건(방문보건부) 요법서비스, 일반진료, 치과진료, 약제, 보건서비스(일반의)	NHS	국고	무료, 치과진료와 약제일부는 자기부담 있음.	재가간호 2,210.1천건(신규) 65세 이상에 대한 방문보건 141.4천인('93년말) 일반의/치과의 1인당 환자수 1,890인/3,200인 일반의 진료의 비율 89%('90년)
시설 서비스	홈	지방자치체 민간영리 비영리단체	지방자치체 (지방세, 국고보조)	저소득자의 경우 공영시설에서는 무료, 민영시설 에서는 정부로부 터 입소수당 지급 으로 실질적 무료	11,830시설 (278,600인분, '94년말)
	요양홈	대부분 민간 비영리단체, 일부 NHS	지방자치체 (지방세, 국고보조)		4,360시설 (134,990인분, '91년말)
	병원	NHS	국고	무료	1,714시설(283,469침상, '88년)
현금 급여	첨부분수당금	사회보장성	국고		장해의 중증도에 따라 주당 £48.50 ~ 32.40으로 구분('96년)
	장애자생활수당금 첨부분수당 1(重度) 첨부분수당 2(中度) 첨부분수당 3(輕度) 이동수당부분 1		국고		최중증 경우: 주당 £48.5('96년) 중증 경우: 주당 £32.4('96년) 경증 경우: 주당 £12.9('96년) 심신장애로 보행곤란: 주당 £33.90('96년) 보행시 타인의 도움 필요: 주당 £12.90('96년)
	이동수당부분 2		국고		주당 £36.60('96년)
	장애자보호제공자수당금		국고		

자료: 足立 正樹 編著, 『각국의 개호보장』, 법률문화사, 1998, p.22.

이와 같이 정책의 실패와 환경적 제약으로 지역사회보호의 발전이 답보상태인 상황에서, NHS 개혁안을 마련했던 그리피스(Griffiths)경에 의하여 1988년 지역사회보호의 개혁방안을 담은 '지역사회보호: 행동을 위한 지침'이 나오게 되었다. 그리피스경은

사회복지서비스에 경쟁원리를 도입하여 복지의 혼합경제화로 신보수주의 정권의 정신을 살리는 한편, 보호대상자의 욕구에 부합하는 보호팩키지를 제공하기 위하여 사례관리방식의 도입을 제안하였다. 사례관리제도

3) 足立 正樹 編著, 전게서, 1998.

는 이미 영국의 여러 지역에서 지역사회보호의 활성화를 위한 보건·복지서비스 통합방식으로 채택하여 시범사업(Kent and Gatheshead, Darlington 프로젝트 등)을 실시한 결과 성공적인 평가를 받아 검증된 제도였다. 이와 함께 그리피스경은 보건·복지서비스의 재정통합을 위하여 기존의 보건, 복지제도와 별개의 지역사회보호를 위한 특별기금을 마련할 것을 제안하였다.

이러한 그리피스경의 제안을 받아들여 정부는 1989년에 『Caring for People』 백서를 발간하고, 1990년에는 국민보건서비스와 지역사회보호법(The NHS and Community Care Act)이 제정되었다. 이 법은 1991년 4월부터 단계적으로 실행되기 시작하여 1993년 4월부터 본격적으로 실행되었다.

1990년 지역사회보호법은 그리피스경이 권고했던 ‘보호시장의 도입’ 및 지방자치체의 서비스제공자로부터 서비스구매자로서의 역할변화와 함께 ‘사례관리의 도입’을 변화의 두 가지 축으로 담고 있다. 그러나 그리피스경이 제안했던 재정통합을 위한 지역사회보호 특별기금은 재무부의 반발로 지역사회보호법에 반영되지 못하였다.⁴⁾

3. 보건·복지서비스 통합의 방법과 사례관리

1) 보건·복지서비스 통합의 수준과 방법

보건·복지서비스의 통합은 보다 나은 서비스를 위하여 ‘보건서비스’와 ‘사회서비스’

를 결합(connect)하는 것으로 정의할 수 있다. 보건·복지 통합서비스의 혜택을 받는 계층은 신체적, 발달적 혹은 인지적 장애를 가지거나 만성적 질병 및 외상상태에 있는 노인 등 보건·복지의 복합적 욕구를 가진 계층이다. 보건·복지서비스 통합의 의미는 계획, 훈련, 의사결정, 도구, 정보체계, 구매, 심사 및 의뢰, 보호계획, 급여범위, 서비스 전달, 심사, 환류 등을 함께 하는 것을 포함한다.

이와 같은 보건·복지서비스 통합은 정책, 재정, 관리, 서비스제공 단계 등 여러 수준에서 이루어질 수 있다. 보건·복지서비스의 통합이 정책목표로 설정되었다 하더라도, 보건·복지서비스의 서비스 제공단계에서 뿐만 아니라 재정, 관리체계까지 완전히 통합될 수도 있고, 재정, 관리체계는 분리되어 있되 서비스 제공단계에서 서비스간의 조정을 도모하는 방안이 채택될 수도 있다.

예컨대, 스웨덴의 아델(Adel)개혁은 보건서비스와 복지서비스의 재정·관리책임을 지방자치체로 일원화한 보건·복지서비스 통합개혁이었다. 반면에 영국의 1990년 지역사회보호법은 보건서비스와 복지서비스의 재정·관리책임은 별도 분리체계를 유지하되, 서비스 제공단계에서 보건서비스와 복지서비스를 조정하기 위하여 사례관리라는 기제를 도입하고 있다. 영국에서는 의료와 사회적 서비스의 조직적 및 재정적 분리(재가보호의 다른 형태와 지역사회간호의 분리를 포함하여)가 계속되고 있는 상황에서 두 영역은 전략적 측면에서뿐만 아니라 운영차원에서도 보다 밀접하게 협동하는 것이 필요하였다. 사

4) Bauld, Linda et al., 전거서, 2000.

례관리는 이러한 문제에 대응하기 위한 전략적 기제라고 할 수 있다. 즉, 사례관리는 상이한 보건·복지서비스 제공자간의 구조적 장벽을 극복하면서 욕구에 따른 서비스 제공을 가능케 하기 위한 방법이라 할 수 있다.⁵⁾

2) 사례관리의 형태와 변이

사례관리는 개별 클라이언트의 욕구에 따른 맞춤형서비스를 제공하기 위하여 보호서비스들을 조직하고 조정하는 전략으로 정의될 수 있다. 그러므로 그 목표는 분리되고 다양한 목적을 추구하기 위하여 개별 기관 및 서비스가 제공되기보다는, 하나의 명확히 형성된 목적을 달성하기 위하여 다양한 기관과 서비스들이 하나의 세트로 움직이고 조정되는 것이다. 사례관리는 장기요양보호에서 사례발굴(case finding) 및 심사(screening), 사정(assessment), 보호계획(care planing), 감독 및 재검토(monitoring and review), 사례종결(case closure) 등의 핵심적 과업을 수행하는 것을 의미한다. 즉, 사례관리는 욕구의 사정과 계획, 개별적인 보호팩키지의 고안과 수행을 모두 함께 전개하는 것이다.

한편, 사례관리 형태에 있어서도 여러 가지 대안적 선택이 가능하다. 사례관리 형태의 선택가능한 대안 및 그 장·단점을 다음과 같이 정리할 수 있다.⁶⁾

(1) 사례관리의 역할담당(1): 워커 1인 vs. 팀워크

사례관리의 역할분담 방법과 관련하여, 한 가지 가능한 선택은 숙련된 1인 전문워커가 사례관리자로서 사례관리의 핵심과업을 모두 총괄하여 담당하는 방안이며, 다른 하나의 가능한 선택은 사례관리의 핵심과업을 각각의 여러 전문가들이 팀워크를 통하여 역할분담을 하는 방안이다. 이때 사례관리자는 여러 전문가들 중 하나의 구성원으로서 활동하게 된다.

후자의 분화적 접근방안은 부족한 인력을 효과적으로 배치한다는 점에서 매력적으로 보이지만, 그 팀들의 처방이 이루어진 후 클라이언트에 대한 사후관리가 지속적으로 이루어지기 어려우므로 보호제공과 정서적 지지의 결합으로 인한 상승효과를 기대하기 어렵다는 점에서 한계가 있다.

(2) 사례관리의 역할담당(2): 계획된 사례관리자 vs. 다학문적 배경의 핵심워커들

사례관리의 핵심과업들을 효과적으로 수행하는 것과 관련하여 한 가지 방법은 이 과업들을 한 사람의 계획된 사례관리자를 통하여 수행하는 방안으로, 일정 집단의 클라이언트에 대한 사례관리를 위하여 풀타임 고용된 워커가 책임지는 것을 의미한다. 즉, 사례관리자가 팀셋팅의 경계를 넘나들면서 사정, 설정, 제공, 감독 등에서 중요한 역할을 수행하는 것이다. 다른 한 가지 방법은 다학문적 배경의 핵심 워커들이 사례관리의 핵심과업에 동참하는 방안으로, 핵심 워커들

5) OECD, *Caring for Frail Elderly People: Policies in Evolution*, 1996.

6) Challis, Davis et al., *Case Management in Social and Health Care*, Crown, 1990.

이 자기의 전문적 기능(심리치료사, 간호사, 사회사업가)들을 수행하는 동시에 팀구성원으로서 조정 및 다른 기관과의 연계 업무 등을 같이 수행하는 것을 의미한다. 이러한 접근은 핵심 워커들이 정기적으로 사례회의를 통하여 결정을 하게 되는데, 사례관리에 대한 시간투자가 제한적인 상황에서 순간순간 변화하는 클라이언트 상태에 따라 적절한 보호를 제공하기에는 한계가 있다.

(3) 관리기구: 단독 기관 vs. 기관 연합

관리기구와 관련하여 한 가지 가능한 선택은 사회서비스기관 혹은 보건서비스기관 등 단독기관이 주체가 되는 방안이며, 다른 한 가지 선택은 사회서비스기관과 보건서비스기관이 연합하여 주체가 되는 방안이다. 효과적인 보호를 위하여는 보건 및 사회서비스가 동시에 필요한 것이 명확하다고 할 때, 후자의 기관연합 방안이 보건·복지서비스 제공자의 협조를 얻기가 용이하다는 점에서 매력적인 방안이라 할 수 있으나, 사회복지전공의 사례관리자가 보건직 전문가를 통솔하기 어렵다는 점이 한계로 남아 있다. 전자의 방안은 단일 기관이므로 서비스 제공자의 조직관리 비용 및 노력이 적게 든다는 장점이 있지만, 보건 혹은 복지인력의 협조를 구하기 어렵다는 점에서 약점이 있다.

(4) 사례관리자의 소속: 기관소속 vs. 기관으로부터 분리

사례관리자의 소속과 관련하여 사례관리

자가 기관에 소속하여 활동하는 방안과 기관으로부터 독립하여 활동하는 방안의 선택이 가능하다.

후자의 방안(분리)은 사례관리자가 클라이언트의 입장에서 보다 독립적인 옹호가 가능하고, 주체들간의 뚜렷한 갈등들로부터 자유롭다는 점에서 장점이 있다고 주장된다. 그러나 이러한 주장은 실제로 사례관리자의 독립적 접근이 노인과 가족간, 혹은 보호제공자간 상이한 이해의 갈등 문제를 해결하지 못한다는 점, 혹은 이미 전통적으로 사회사업가가 이러한 갈등조정역할을 담당해왔다는 점을 인식하지 못한다는 점에서 약점을 가진다. 또한 후자의 접근은 사례관리자에게 요구되는 경력 및 훈련과 연결되지 못하여 사례관리자의 조직적 지위가 불명확함으로써 장기적으로 지속되기 어렵다는 점에서 문제로 지적되고 있다.

(5) 사례관리자의 자원에 대한 통제력

클라이언트 보호를 위한 자원결정에 있어 사례관리자에게 얼마만큼의 권한을 부여할 것인가에 관한 선택이다. 사례관리자의 자원에 대한 통제력은 사례관리자가 클라이언트의 개별적 욕구에 보다 효과적인 대응을 가능케 하는 핵심요소이다. 사례관리자가 자원에 대한 통제력이 없을 때, 사례관리자는 클라이언트의 욕구충족을 위해 필요한 서비스를 보장하기 위하여 필수적인 여타 서비스 제공자와의 협상을 주도하기 어렵다. 실제로 사례관리자에게 자원통제에 대한 큰 권한부여는 클라이언트의 욕구에 보다 민감하게 반응할

수 있도록 하는 것으로 나타나고 있다.

또한 예산위임과 관련하여 예산통제권을 사례관리자에게 줄 것인가, 아니면 팀관리자에게 줄 것인가에 대한 선택이 필요하다. 팀관리자가 예산을 관리하되 사례관리자에게 의사결정의 융통성을 허용한다면, 사례관리자가 실질적으로 예산을 통제하게 되는 것이다. 반면, 이러한 유연한 결정이 허용되지 않는다면, 사례관리자는 욕구에 대하여 제한적이고 예측가능한 범위내에서만 결정해야 할 것이다.

(6) 사례관리의 내용: 행정적(administrative) 사례관리 vs. 완벽한(complete) 사례관리

사례관리의 내용이 단순히 서비스를 설정하고 연결해 주는 행정적인 사례관리에 머물 것인지, 아니면 상담, 보호제공자 가족의 심리적 스트레스와 긴장에 대한 대응조치 등도 포함하여 사례관리에 필요한 모든 일들을 포함할 것인지에 대한 선택이 필요하다.

행정적 사례관리 모델은 실제로 사례관리에 의해 이루어져야 하는 책임과 결정의 성격을 인식하는 데 실패하게 된다는 약점이 있다. 사례관리자에게 요구되는 결정의 종류는 행정적이고 관리적인 성격의 것이기보다는 전문적인 성격이 강하다. 정확한 욕구를 사정하고 필요한 대응을 구축하는 데에는 전문적 판단이 필요하기 때문이다. 즉, 사례관리자는 목적과 수단에서 모두 불확실성을 다룰 수 있는 전문성이 요구된다. 클라이언트의 문제를 규정하고 해결책을 구상하는데 있어 이미 존재하는 서비스 제공을 넘어

선 부분까지 고려할 수 있어야 한다. 사례관리의 행정적 모델이 빠질 수 있는 위험은 클라이언트의 욕구를 기존의 서비스 구조와 유형에 짜맞추어 버림으로써 클라이언트의 실질적 욕구에 대응하는 데 한계가 있다는 점이다. 반면, 사례관리의 완벽한 모델은 심리적 욕구에 대한 대응을 포함하여 모든 핵심과업들을 포괄하여 수행하게 된다. 이 때 사례관리자는 개인적 관계를 맺고 잘 유지하면서 의료적, 사회적, 도구적 욕구와 서비스를 잘 연결하고, 전체 실행과정을 통하여 계속 사정을 해나가는 것이 요구된다.

행정적 사례관리 모델은 이미 존재하는 서비스와의 연결에 중점을 둔다는 의미에서 서비스 지배적 접근이라 할 수 있으며, 완벽한 사례관리모델은 클라이언트의 욕구를 중심으로 감안한다는 점에서 클라이언트 중심 접근이라고 할 수 있다.

4. 영국의 지역사회보호에서 보건·복지서비스 통합의 실험

1) 지역사회보호 사례관리 시범사업: Kent and Gateshead 모델 및 Darlington 모델

영국에서는 시범보고서 이후 1970년대에 보건과 사회서비스간의 상호기관간 협조를 향상시키기 위한 시도들이 공동보호계획 및 공동재원조달의 형태로 이루어져 왔다. 이들은 노인의 실질적 선택권 보장이 되기 어려운 자원의 부족, 다면적인 욕구에의 대응 미흡, 서비스의 중복과 중첩, 경직적인 서비스 전달체계 등의 문제의식을 공유하고 있었다.

사례관리에 대한 여러 가지 시범사업이 추진되었는데, 여기에서는 이 중 대표적인 성공적 시범사업을 중심으로 살펴보고자 한다. 켄트 및 가츠헤드 모델은 영국에서 개발된 사례관리의 초기 실험으로, 허약노인에게 시설보호에 대한 대안으로 재가보호를 제공하기 위한 것이다. 가츠헤드 모델은 1980년부터 약 10년 동안 영국 북동부의 도시지역에서 그 전에 있었던 켄트 모델 위에 수립·발전되었으며, 가츠헤드 사회서비스국과 켄트 대학의 대인사회서비스연구단과의 협동적 작업으로 이루어졌다. 가츠헤드 모델은 두 가지 제도로 구성되어 있는데, 그 하나는 불필요한 시설보호 입소를 예방하는 사회적 보호제도이고, 다른 하나는 사회적 보호제도의 성공에 힘입어 추가자원으로 시도한 시범 보건·사회적 보호제도이다.

켄트 및 가츠헤드에서 실험한 사례관리 모델은 한 위커가 사례관리자로서 사례관리의 핵심과업을 모두 통합하여 수행하도록 하였다. 또한 이 모델에서 사례관리자는 사회서비스국에 고용되어 있는 위치로서 역할을 수행하였으며, 사례관리를 위한 자원에 대하여 상당한 통제권을 위임받도록 하였다.

달링톤(Darlington) 모델은 1984년부터 달링톤 지역에서 이루어진 또 하나의 사례관리 실험으로, 켄트와 가츠헤드 모델에서 발전시킨 것이다. 달링톤 모델은 켄트 및 가츠헤드 모델이 사회서비스국 중심으로 이루어진 것에 비하여 보건·복지기관간 연합으로 추진되었으며, 한 사람의 사례관리자 밑에 다목적 재가보호위커(home care assistants)를 두고,

클라이언트의 복합적 욕구에 대하여 한 사람의 다목적 위커가 보건·복지 통합적 서비스(가정봉사와 간호)를 제공하는 형태를 채택하여 의료와 사회서비스 모델을 연결토록 하였다는 점이 특징적이다. 즉, 한 사람의 위커에 의하여 재가보호에서 제공되는 다양한 분야의 서비스를 통합 제공토록 하였다는 점이다. 이를 통하여 서비스 폭은 넓히고 적은 수의 요원에 의하여 다양한 서비스가 클라이언트에게 제공될 수 있도록 하였다. 사례관리자 1인이 18명의 클라이언트를 담당하고 개별 클라이언트에게 직접 복합적인 서비스를 제공하는 18명의 다목적의 재가보호위커로 구성되는 1개팀을 관리하도록 하였다.

이와 같이 영국에서 진행된 보건·복지서비스의 통합 프로젝트의 평가를 통하여, 보건·복지 통합서비스 방식으로서의 사례관리 제도의 도입이 장기요양보호가 필요한 노인의 시설입소를 줄일 뿐만 아니라, 기존의 전통적 시설보호 방식에 소요되는 비용보다 더 크지 않은 비용으로 대상 노인 및 가족의 삶의 질 개선을 가져올 수 있다는 점이 확인되었다.

2) 그리피스 보고서(The Griffiths Report)

그리피스 보고서는 지역사회보호의 개혁과 관련된 여러 보고서 중에서 단연 돋보이는 것으로, 1989년 지역사회보호 백서와 1990년 지역사회보호법의 내용에 핵심적 영향을 미쳤다.⁷⁾

7) Bauld, Linda et al., 전계서, 2000.

그리피스는 사회보장비를 감축시키려는 신보수주적 이념과 시설보호의 편중으로부터 지역사회보호로의 중심 이동을 촉구하기 위한 두 가지 목적을 실현코자 하였다. 이에 그리피스는 시설보호에 입소비 지원을 중단하고, 지역사회보호의 전달체계와 재원조달의 대안적 모형을 제시하였다. 그리피스는 기존 조직의 근본적인 변화나 공적지출 수준의 획기적인 변화를 도모하기보다는 지역당국의 주도적 역할을 강조하면서 기존 자원을 관리하는 대안적 모형을 제시하였다. 중요한 권고내용은 첫째, 지역사회보호 서비스의 조정자로서 지방당국의 책임을 강조하면서, 지방당국의 역할을 기존의 직접적인 서비스 제공자에서 서비스 구매자로서의 전환을 권고하였으며, 둘째, 사례관리의 개념을 도입하여 욕구에 따른 맞춤서비스의 제공이 가능한 구조를 만들고자 하였으며, 마지막으로 보호시장 개념을 도입하여 혼합경제의 증진을 도모하였다. 또한 그리피스 경은 지역사회보호를 위한 보건·복지서비스의 통합을 위해서는 기존 보건·복지기구와 별도로 구성된 지역사회보호를 위한 특별기금이 마련되어야 한다는 점을 강조하였다. 즉, 기존 조직구조는 변경시키지 않더라도, 실제 사례관리자가 서비스 제공단계에서 욕구에 따른 유연한 보건·복지통합서비스를 제공할 수 있기 위해서는 재정통합이 이루어져야 한다는 점을 지적한 것이다.

3) 1990년 지역사회보호법

1990년 지역사회보호법(The 1990 NHS and

Community Care Act)은 그리피스 보고서의 권고 대부분을 수용하여 제정되었는데, 그 권고 중 재정통합을 위한 지역사회보호 특별기금 마련을 제안한 권고는 재무부의 반대로 수용되지 못하였다. 또한 영국은 중앙정부는 보수당이 장악하고, 지방정부는 노동당이 거의 정권을 장악하고 있는 상황에서 지방정부에게 많은 권한을 위임하는 선택이 그리 달갑지는 않았던 것으로 보인다.

하여튼, 지역사회보호 백서의 핵심적 내용은 세 가지로 정리할 수 있다. 첫째는 재가보호의 원칙으로 가능한 한 시설보호를 피하고 자신의 집 혹은 지역사회에서 정상적으로 생활할 수 있도록 보호한다는 것이다. 둘째, 소비자 선택의 원칙으로 보호시장의 도입으로 서비스 경쟁을 통하여 소비자에게 서비스를 선택토록 한다는 것이다. 셋째, 독립성의 원칙으로 최대한 자립할 수 있도록 돕는다는 것이다. 이 외에 명시되지는 않았지만, 숨은 원칙으로 비공식 보호제공자에 대한 강조를 들 수 있다.

1993년 4월부터 본격적으로 실행된 지역사회보호법의 영향으로, 시설보호 입소자 증가율은 둔화되는 반면, 지역사회보호 비율은 급속히 증가하고 있는 것으로 나타나고 있다. 그러나 재정적 뒷받침이 되지 않는 상태에서 욕구에 따른 서비스를 약속한 ‘사례관리’는 한계를 보이는 것으로 나타났다. 사례관리의 제도화를 통하여 지방자치체는 그 지역의 욕구를 평가하는 의무를 법적으로 지게 되었다. 그러나 누가 욕구평가를 받을 대상인가를 결정하는 문제가 법 실시 이후

불거졌다. 만약 욕구평가를 희망하는 사람들 전원에 대하여 지방자치체가 그 의무를 갖는다면 공공지출의 폭발을 초래하게 될 것이기 때문이다. 또한 전문적 욕구평가팀에 의한 이상적 크기의 욕구에 대한 대응을 사례관리라고 한다면, 이것도 역시 비용폭발을 초래한다. 따라서 사례관리자는 전문적 사정을 근거로 자원의 제약을 고려하여 이용가능한 서비스에 맞추어 보호패키지를 준비하지 않으면 안되게 되었다. 이 결과 사례관리에 의한 자원효율과 욕구지향의 위험한 균형은 법 실시 후에 곧 자원의 유한성에 직면하여 급속하게 비용 절감형으로 경사되고 있는 것으로 나타나고 있다.

5. 영국 보건복지서비스 통합 노력의 평가와 우리나라의 시사점

영국은 어떤 국가보다 지역사회보호의 강조를 명시적인 정책목표로 표방해 온 나라이다. 그럼에도 불구하고, 영국의 지역사회보호 발전이 더뎠던 것은 지역사회보호 정책을 강조한 만큼 그에 따른 재정적 투입이 이루어지지 못했기 때문이다. 오히려 영국의 경우 지역사회보호를 공비감축을 위한 방안으로 고려해 온 측면이 강하다. 따라서 영국의 사례는 본인의 집 혹은 지역사회에 거주하면서 다양한 욕구에 따른 맞춤형서비스(tailored service)를 제공한다는 지역사회보호의 이상(ideal)은 욕구에 따른 보호의 연속성(continuity of care)을 보장하기 위한 서비스 하부구조(infra-structure)가 제대로 갖추어지

지 않고서는 실현되기 어렵다는 점을 보여주는 것이라 하겠다. 실제로 지역사회보호가 성공적으로 이루어지고 있는 덴마크나 스웨덴 등 북구 유럽 국가들의 특징은 보호의 연속성을 보장한 서비스 하부구조의 마련과 지역사회에 의한(by community) 보호보다는 지역사회에서의(in community) 사회적 보호가 강조되고 있고, 이를 위한 공적재원이 투입되고 있다는 점을 들 수 있을 것이다.

또한 영국은 다른 선진국과 마찬가지로 보건·복지의 복합적 욕구를 가진 노인, 장애인 등의 계층에 대한 적절한 지역사회보호를 위하여 보건·복지서비스 통합을 시도하고 있는데, 영국의 경우 보건·복지서비스 통합의 방법으로 사례관리방식의 도입을 채택하고 있다는 점이 특징적이다. 사례관리는 보건·복지의 제도적·재정적 수준에서의 통합이 어려운 상황에서 서비스 제공인력을 통하여 보건·복지서비스를 통합함으로써 수급자의 서비스 제공시점에서 제도적·재정적으로 분리되어 있는 보건·복지서비스의 통합을 도모하는 방안이라 할 수 있다. 이러한 영국의 사례관리방식의 선택은 스웨덴이 아델(Adel)개혁을 통하여 보건·복지의 관리주체를 일원화함으로써 제도적 통합을 시도한 것, 그리고 독일 및 일본이 장기요양보험제도의 도입을 통하여 장기요양보호를 위한 보건·복지서비스 제도 및 재정을 통합한 것과는 구별되는 선택이다. 이러한 사례관리방식 역시 지역사회보호의 성공조건과 마찬가지로 사례관리자가 복합적 욕구를 가진 클라이언트에게 필요한 서비스를 설계하고 조

정하는 시점에서 충분한 자원과 함께 자원을 통제할 수 있는 권한이 주어지지 않는 한 성공을 거두기 어렵다는 점이 보여지고 있다.

영국의 여러 지역에서 시도되었던 사례관리 실험들은 필요한 서비스를 요청하기 위해 사례관리자라는 한 지점의 접촉(one-point contact)으로 서비스의 공급이 가능토록 함으로써 공급자 중심의 서비스 제공에 기여하였다는 점, 그리고 기존의 전통적인 시설보호 방식에 비하여 비용적인 측면에서도 경쟁력이 있었다는 점에서 성공적으로 평가되고 있다. 그러나 이러한 성공적 사례관리를 통한 보건·복지서비스의 통합은 시범사업을 위한 통합적 재정이 뒷받침되고 사례관리자에게 자원을 통제할 수 있는 충분한 권한이 주어졌기 때문에 가능한 것이었다고 보여진다.

따라서 현재 영국에서 1990년 지역사회보호법의 통과로 1993년부터 실시되고 있는 사례관리제도가 시범사업과 같은 성공을 기대하기 어려운 것은 이상적인 욕구사정과 잘 설계된 맞춤서비스도 재원의 제약하에서는 본래 의도한 성과를 거두기 어렵기 때문이다. 즉, 영국의 사례는 재원의 뒷받침 없이 수요를 환기시키는 시스템은 어떻게 운영해도 자원제약이라는 현실의 벽에 부딪혀 왜곡되게 된다는 점을 우리에게 상기시켜 주고 있다.

이 외에도 보건·복지서비스 통합방식으로서의 사례관리 자체가 가지고 있는 쟁점들도 물론 많다. 예컨대, 어떤 직종이 사례관리자의 역할을 맡아야 하며, 사회복지사가 사례관리자의 역할을 맡는다고 할 때, 분리된 조직하에서 보건직의 협조를 잘 얻을 수 있을 것인지 등의 문제가 사례관리의 성공적 실현을 좌우할 수 있다.

2000년에 접어들면서 고령화 사회에 접어든 우리 나라도 보건·복지서비스 통합의 필요성이 증대하고 있는 상황에서 영국의 경험에서 얻을 수 있는 시사점을 참고할 수 있을 것이다. 그러나 의료공급체계가 시장에 맡겨져 있는 우리 나라와 달리 영국은 국가 부문에서 의료공급체계를 관리하고 있다는 점에서 상당한 차이가 있다. 예컨대, 영국은 신분이 공무원인 일반의(GP)들이 지역사회주민들의 일차적 보건욕구를 담당하고 있는 상황에서 역시 공적영역의 지방정부서비스인 사회서비스와 보건서비스와의 연계·통합은 여러 가지 측면에서 용이하다고 할 수 있다. 반면, 우리 나라는 의사, 간호사는 민간시장에 있고, 사회서비스는 공적·비영리영역에서 주로 맡고 있는 상황에서 보건·복지서비스의 통합은 단순히 사례관리자라는 인력을 통하여 실현되기는 어려울 것으로 판단된다. 본문
복사