

미래 공중보건 위기 대응을 위한 지역보건체계 재구조화 방안

- 보건소를 중심으로

윤강재

송은솔·고숙자·김진희·정형선·배재용



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



한국 보건사회연구원
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



■ 연구진

연구책임자	윤강재	한국보건사회연구원 연구위원
공동연구진	송은솔	한국보건사회연구원 전문연구원
	고숙자	한국보건사회연구원 연구위원
	김진희	호주 뉴사우스웨일즈 대학교
	정형선	연세대학교 교수
	배재용	한국보건사회연구원 연구위원

연구보고서 2022-16

미래 공중보건 위기 대응을 위한 지역보건체계 재구조화 방안

- 보건소를 중심으로

발 행 일 2022년 12월
발 행 인 이 태 수
발 행 처 한국보건사회연구원
주 소 [30147] 세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)
전 화 대표전화: 044)287-8000
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>
등 록 1999년 4월 27일(제2015-000007호)
인 쇄 처 거목정보산업(주)

© 한국보건사회연구원 2022
ISBN 978-89-6827-880-8 [93510]
<https://doi.org/10.23060/kihasa.a.2022.16>

발|간|사

맥락효과(contextual effect)는 거주하고 생활하는 지역에 따라 건강 수준이 달라지는 효과를 의미한다. 이와 같은 건강결정요인으로서 지역의 가치로 인해 우리나라는 지역별로 보건소를 비롯한 지역보건기관을 배치하고, 지역 주민들의 건강증진을 위한 다양한 사업을 수행하도록 하고 있다. 물론 현재 지역보건체계가 당면한 과제는 만만치 않다. 인구고령화에 따른 질병 및 돌봄부담은 갈수록 높아지는 반면 지역 내에서 가용한 자원 분포에는 편차가 존재한다. 거의 3년 동안 일선에서 코로나19를 대응해 온 지역보건 인력들의 피로도가 극심한 상황에서 앞으로 공중보건 위기상황은 더 다양하고, 더 빈번할 것이라는 전망이 우세하다.

이러한 배경하에서 이 연구는 지역보건체계를 둘러싼 정책 환경의 변화와 그간의 개선 논의, 공중보건 위기상황을 검토하고, 지역보건의료정보시스템(PHIS) 자료를 활용하여 관련 현황을 살펴보았다. 이를 바탕으로 지역보건체계의 중추 기관이라 할 수 있는 보건소의 기능, 조직, 사업 등의 개선방안을 제시하였다.

연구 수행 과정에서 귀중한 조언을 주신 남서울대학교 이주열 교수, 본원의 최은진 연구위원, 익명의 평가위원들께 감사드린다. 바쁜 중에도 자료 협조에 도움을 주신 한국사회보장정보원과 한국건강증진개발원 관계자 분들과 자문에 응해주신 전국 보건소 및 지역공공의료기관 종사자 여러분께 특별히 감사드린다. 마지막으로 보고서의 내용은 연구진의 개별적 연구 활동의 결과이며, 본 연구원의 공식적인 견해가 아님을 밝힌다.

2022년 12월

한국보건사회연구원 원장

이 태 수

목 차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



Abstract	1
요 약	3
 제1장 서론	 9
 제2장 해외사례: 코로나19 대응과정과 지역보건 개편 논의	 27
제1절 국제기구	30
제2절 호주	46
제3절 일본	65
제4절 해외사례의 시사점	93
 제3장 지역보건체계의 정책환경 변화와 개편 논의	 99
제1절 정책환경 변화와 공중보건 위기	102
제2절 선행연구에서의 지역보건체계 개선 논의와 과제	128
 제4장 지역보건체계 운영 현황	 157
제1절 지역보건기관 주요 운영 현황	160
제2절 PHIS 등을 통해 살펴본 지역보건기관 주요 운영 현황	185
 제5장 지역보건체계 개편 방향과 정책과제: 보건소를 중심으로	 203
제1절 지역보건체계 개편이 지향해야 할 방향성	207
제2절 정책제언	212



제6장 결론	251
--------------	-----

참고문헌	261
------------	-----

표 목차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



〈표 1-1〉 요양기관종별 건강보험 급여실적 비중(2018~2020)	14
〈표 1-2〉 코로나19로 인한 보건소에 관한 인식 변화 및 이용 의향	16
〈표 2-1〉 CDC와 WHO가 제시하는 필수 공중보건 서비스의 범위와 기능	31
〈표 2-2〉 회복력 있는 보건의료시스템 구축을 위한 권고사항	33
〈표 2-3〉 도시지역의 보건 위기에 대비하기 위한 이해관계자와 주요 역할	39
〈표 2-4〉 도시지역의 보건 위기에 대비하기 위한 고려사항	41
〈표 2-6〉 시드니 지역보건청의 코로나19 대응	56
〈표 2-7〉 행정구역 단위별 상근 보건사의 근무처(2021년)	70
〈표 3-1〉 보건소가 설치된 시·군·구 유형별 취약집단 비율 및 미충족의료율(2021년) ·	104
〈표 3-2〉 시군구별 건강수명(상하위 10개 지역, 2018년 기준)	105
〈표 3-3〉 커뮤니케이션의 현재(한계)와 미래상	107
〈표 3-4〉 세계보건기구(WHO)의 건강증진 국제회의별 주요 논의 주제	116
〈표 3-5〉 WHO 국제보건규칙 부속서2(Annex 2)상의 공중보건 위험 판단 기준	124
〈표 3-6〉 2001년 이후 미국 CDC가 긴급상황실(ECO)을 가동하여 대응한 공중보건 위기 사례	127
〈표 3-7〉 이수진 외(2008)의 연구에서 제안된 지역보건기관 핵심기능(안)	133
〈표 3-8〉 권근상 외(2018)의 연구에서 제안된 지역보건기관 표준 업무 분류체계(안) ·	137
〈표 3-9〉 신정우(2016) 연구에서의 지역규모별 보건소의 공중보건사업비 재원 구성 ·	143
〈표 3-10〉 지역보건기관 및 지역보건체계 개편 관련 주요 연구 내용	145
〈표 3-11〉 신준호 외(2021)의 연구에서 제안된 9개 정책, 13개 쟁점, 31개 전략	155
〈표 4-1〉 지역책임의료기관 지정 현황(2022.4. 기준)	162
〈표 4-2〉 전국 지역보건기관 근무 인력 현황(2020.12월 말 현재)	164
〈표 4-3〉 전문인력의 면허 또는 자격에 따른 지역보건기관 최소 배치 기준: 보건소 ·	165
〈표 4-4〉 전문인력의 면허 또는 자격에 따른 지역보건기관 최소 배치 기준: 보건지소 ·	166
〈표 4-5〉 전문인력의 면허 또는 자격에 따른 지역보건기관 최소 배치 기준: 건강생활지원센터	166
〈표 4-6〉 연도별 공중보건 의사 신규채용 인원	167

〈표 4-7〉 고용형태에 따른 10가지 주요 업무(2017년 기준)	170
〈표 4-8〉 종사자 고용형태별 감염병 예방관리 및 건강증진서비스 업무 종사자 비율	171
〈표 4-9〉 지역보건기관 주요 업무의 변화 추이	172
〈표 4-10〉 보건소 업무 신설 현황(2008~2017)	178
〈표 4-11〉 지역보건의료정보시스템 사용기관 및 사용자 현황(2022.9.30. 기준)	180
〈표 4-12〉 지역보건기관별 서비스 이용 현황(연인원 및 실인원)	181
〈표 4-13〉 지역보건의료정보시스템에서 관리되는 보건사업 서비스 현황 (2022.9.30. 기준)	182
〈표 4-14〉 지역 특성에 따른 보건소 유형 구분	188
〈표 4-15〉 최근 3년(2019~2021) 전국 보건소 유형별 인력1) 변화	189
〈표 4-16〉 유형별 보건소당 사직자 및 휴직자	191
〈표 4-17〉 최근 3년(2019~2021) 전국 보건소 유형별 담당 인구1) 변화	192
〈표 4-18〉 최근 3년(2019~2021)간 보건소 유형별 사업참여 수	193
〈표 4-19〉 최근 3년(2019~2021) 전국 보건소 유형별 고혈압, 당뇨병 진료실적	195
〈표 4-20〉 최근 3년(2019~2021) 전국 보건소 유형별 일차진료 실적과 변화1)	197
〈표 4-21〉 최근 3년(2019~2021) 전국 보건소 유형별 미충족의료율, 건강생활실천율과 지역보건의료 지원	198
〈표 4-22〉 최근 3년(2019~2021) 전국 보건소 유형별 사업실적과 변화1)	199
〈표 4-23〉 최근 3년(2019~2021년) 전국 보건소 유형별 사업실적	201
〈표 5-1〉 보건소 기능과 사업 조정 방향성	213
〈표 5-2〉 보건소 업무경감 및 효율화 대상 사업	219
〈표 5-3〉 지역 인구 규모별 보건소 (가칭)감염병대응센터 필요인력 제안	224
〈표 5-4〉 감염병 유행 시나리오별 지역사회 감염병대응조직 운영방안(안)	225
〈표 5-5〉 평상시 및 재난 시 보건소의 역할	227
〈표 5-6〉 재난 대응단계별 보건소 주요 활동	227
〈표 5-7〉 계절별 주요 방문건강관리 서비스 내용	231
〈표 5-8〉 책임의료기관 연계·협력사업 분야 확대 계획(안)	233



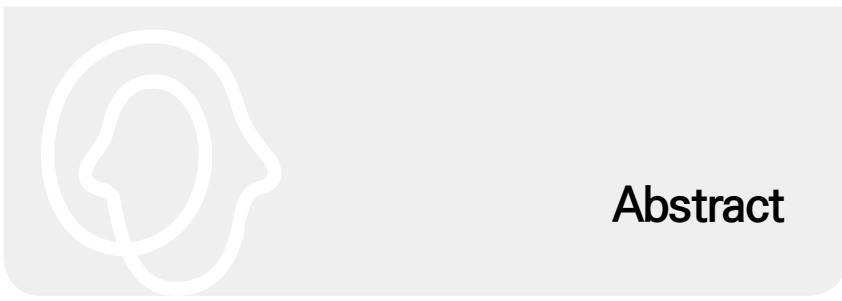
〈표 5-9〉 전국 보건소의 방문건강관리사업 실적(2019~2021)	234
〈표 5-10〉 보건의로 관련 법령의 중장기계획 수립 주체 현황	238
〈표 5-11〉 「보건복지부 중앙사고수습본부 설치 및 운영 등에 관한 규정」 중 지역보건기관 의 거버넌스 참여 관련 조항	241

그림 목차

[그림 1-1] 시대별 보건소 기능과 역할의 변화	13
[그림 1-2] 보건소 관련 소셜 빅데이터1) 정보량 추이(2019.1.~2022.6.)	17
[그림 1-3] 공중보건 위기 상황을 전후로 한 한국 지역보건의료체계의 이중과제 도식 ..	19
[그림 1-4] 주요 연구내용 및 연구방법의 구성	26
[그림 2-1] 전반적인 보건 위기 대비 강화를 위한 도시지역의 역할	40
[그림 2-2] NSW Health 조직도(2022)	49
[그림 2-3] 한국과 후주의 COVID-19 신규 감염자 현황(7일 평균)	54
[그림 2-4] 일본의 보건소와 자치단체 수 추세(2002~2022)	66
[그림 2-5] 일본의 보건소와 보건센터의 관계	67
[그림 3-1] 우리나라의 기대수명과 건강수명의 변화와 차이(2000~2019)	105
[그림 3-2] 커뮤니티케어 모형(안)	108
[그림 3-3] 데이터 분석 기반 고독사 위험집단 발굴 프로세스	110
[그림 3-4] 건강생활지원센터 개념 도식도	113
[그림 3-5] 국가 공중보건정책의 목표로서 형평성(Equity) 제시 사례	120
[그림 3-6] IOM의 '다영역 연계' 공중보건체계(intersectoral public health system) ..	121
[그림 3-7] 특정 사건의 위해요인과 취약성이 결합한 재난 모형	125
[그림 3-8] 보건소 기능과 역할의 변화	130
[그림 3-9] 윤기찬 외(2020) 연구에서의 노인 대상 사업연계 및 구조화(안)	140
[그림 3-10] 신정우(2016) 연구에서의 지역규모별 보건소의 주요 공중보건사업 1인당 지출	142
[그림 3-11] 박건희 연구(2020)에서의 보건소 조직개편(안)	148
[그림 3-12] 장숙량 외 연구(2021)에서의 보건소 기능 개편 추진 방향 제안	150
[그림 3-13] 고병인 외 연구(2020)에서의 보건소 조직 재설계 및 인력운영 기본방향 ..	152
[그림 3-14] 김영택 외 연구(2022)에서의 보건소 조직개편안(감염병대응센터)	153
[그림 4-1] 이용자 관점에서의 보건소 수행 업무 사례	175
[그림 5-1] 보편적 건강보장: 이상적 cube와 층계 피라미드(step pyramid)	208
[그림 5-2] 외래(外來)형 일반진료에서 분산형(outreach) 진료로의 전환 개념	216



[그림 5-3] 보건소 수행 업무 사례 중 의료비지원 사업	218
[그림 5-4] 위험도가 높은 것으로 인식된 재난·사고 유형	230
[그림 5-5] 잠재적 취약지점 발굴을 위한 DB구조 및 활용 모델	246



Abstract

A Study on Restructuring of the Regional Health Systems for Coping with Public Health Crises: centering on Health Centers

Project Head: Yun, Gangjae

The purpose of this study is to suggest directions and turning points for reorganizing the regional health systems, especially the public health centers, to respond to public health crises effectively. Accordingly, this study reviewed trends and cases in abroad on the role of regional health institutions coping with public health crisis. And after defining the inherent characteristics of the ‘public health crisis,’ PHIS(Public Health Information System) data was analyzed to understand the current status of public health centers in Korea. Based on the analysis results, this study provides several recommendations for restructuring the public health centers in terms of function, organization, human resources, and information.

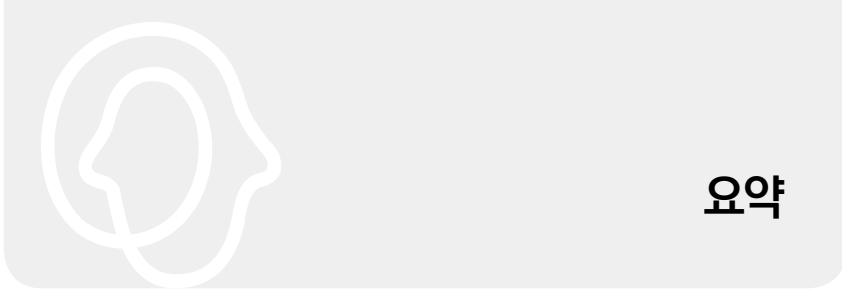
It is suggested that the direction of restructuring the regional health system should be focused on ‘universal health care (UHC)’ and ‘resilience.’. The COVID-19 pandemic has further emphasized the importance of ‘essential and core health care services’ prior to the arrival of a public health crisis and ‘vulnerability’ should be considered which has exacerbated pre-existing inequalities even further during the pandemic.

Co-Researchers: Song, Eunsol·Ko, Sukja·Kim, Jinhee·Jeong, Hyungsun·Bae, Jaeyong

2 미래 공중보건 위기 대응을 위한 지역보건체계 재구조화 방안: 보건소를 중심으로

Operational restructuring of public health centers was required for reducing general medical services and various administration jobs and strengthening integrated services by using community capacity to support voluntary participation of the residents. The government should prioritize the regional health sector and strengthen its responsibility for developing public health centers.

Keyword : regional health system, health centers, COVID-19, public health crises



1. 연구의 배경 및 목적

지역보건의료체계는 건강결정요인으로서 지역에 주목하며, 지역주민의 건강증진을 목표로 한다. 이 기능을 담당하는 것이 보건소를 비롯한 지역보건의료기관이다. 한국의 지역보건의료체계는 코로나19를 계기로 ‘이중과제’에 직면하였다. 인구고령화와 만성질환으로 질병구조가 변동하고 있어서 지역사회에서 단절 없는(seamless) 보건-의료-복지서비스를 제공해야 할 필요성을 높이고 있다. 질병 치료에 국한되지 않는 예방적 건강증진, 즉 건강한 지역환경 조성, 지역 간 건강격차의 축소와 취약계층 보호 등의 전통적인 과제들은 여전히 해답을 기다리고 있다. 이에 더하여 코로나19로 초래된 공중보건 위기 상황은 새로운 과제를 부가하였다. 취약계층을 촘촘하게 보호할 건강안전망을 구축하고, 위기 이후 회복탄력성(resilience)의 원천이 될 필수·핵심적인 서비스 작동체계를 만들어 내야 하는 과제가 그것이다.

이 연구는 보건소를 비롯한 지역보건의료기관을 둘러싼 정책환경 변화와 코로나19 유행과정에서 얻은 경험을 교훈으로 하여 미래 공중보건 위기 상황에 효과적으로 대응하기 위한 지역보건의료기관, 특히 보건소를 중심으로 한 지역보건의료기관의 기능 개편 방향과 변화지점을 제안하는 것을 목적으로 하였다.

2. 주요 연구결과

본 연구에서는 연구 목적을 달성하기 위해 해외(국제기구, 호주, 일본)의 관련 사례를 수집·제시하고, 선행연구들로부터 ‘공중보건 위기’에 대

한 정의와 그동안 한국지역보건체계 개선을 위해 제기되었던 논의들을 보건소의 기능, 조직, 인력, 사업 등의 측면에서 정리하였다. 또한, 지역보건의료정보시스템(PHIS) 등에 탑재된 지역보건기관의 사업 현황과 인력 자료 등을 분석하여 발전적 재구조화를 위한 정책과제들을 도출하였다. 이를 간략히 제시하면 다음과 같다.

본 연구는 코로나19라는 공중보건 위기 상황에서 부각된 지역보건체계 및 기관에 관한 해외 동향을 살펴보는 것으로 시작하였다. WHO는 위기 극복과정에서 취약성에 대비한 필수 핵심기능을 유지함으로써 회복탄력성(resilience)을 유지해야 한다고 강조하였고, 호주 시드니지역보건청(SLHD)은 다양한 정책의 건강영향평가에 있어서 ‘형평성’을 중심에 두으로써 공중보건 위기의 선제적 대응 방식에 시사점을 제공하였다. 일본은 코로나19 대응을 위한 인력자원 활용방안과 더불어 보건소(광역)-보건센터·지역포괄지원센터(생활권) 체계를 통해 향후 우리나라 지역보건체계 개편 과정에서 고려할 수 있는 모형을 제시한 선험국이라 할 수 있다.

지역보건체계를 둘러싼 정책환경 변화는 크게 인구구조, 지역사회 자원 연계, 정보기술 활용, 소(小)생활권화라는 측면에서 접근해 보고, 지역보건체계 개편에서 가지는 함의를 살펴보았다. 이들 과제가 상대적으로 ‘전통적인’ 정책환경이라면 코로나19가 야기한 공중보건 위기는 ‘새롭게 부각되는’ 정책환경이라고 할 수 있다.

그런데 공중보건 위기는 그 원인과 발생 주기가 고착되어 있지 않다. 비단 신·변종 감염병만이 아니라 기후변화나 재해·재난, 미세먼지 같은 환경오염물질은 예기치 않은 시점에 나타난다. 문제는 이러한 공중보건 위기가 초래하는 건강피해는 대응 자원을 보유한 정도에 따라 달라진다는 점이다. 코로나19가 노인이나 기저질환자 같은 ‘의학적’ 취약계층뿐만 아니라 장애인·노숙자·외국인·저소득층 등 ‘사회적’ 취약계층에 더 결정

적인 피해를 입혔음이 이를 증명한다. 이런 점에서 공중보건의 지향하는 가치가 형평성(equity)이라는 점, ‘공중보건 위기’에 취약계층의 존재 및 대응기제의 작동 저해라는 속성이 있음에 주목할 필요가 있다. 즉, 미래 공중보건 위기에 대한 지역보건체계 개편의 방향성은 취약성에 대비하는 적절한 대응기제를 갖추으로써 형평성 가치를 구현하는 것이라고 요약할 수 있다.

지역보건기관의 주요 운영현황은 기관, 인력, 사업, 정보 측면에서 정리하면서 정책과제와 연결될 수 있는 문제점을 부각시켰다. 예를 들어 보건소 사업의 경우 절대적 업무량의 과중이 지적되고 있지만, 그 과중함은 정책환경 변화와 조응하면서 합리적으로 업무 종류와 업무량이 조정되지 못한 채 중앙정부 및 지방정부의 필요에 따라 누적되는 ‘누적·적체형’ 사업방식에서 근본적인 원인을 찾을 수 있다.

그리고 그 원인의 일각에는 지역보건기관을 둘러싼 분산형 거버넌스, 즉 사업과 기능 측면에서는 보건복지부와 질병관리청, 인력과 조직 측면에서는 행정안전부, 행정적 위계 측면에서는 지방자치단체로 분산된 구조가 일정 부분 자리하고 있다. 지역보건의료시스템(PHIS)을 활용한 지역보건기관의 사업실적 분석은 아직은 기본적인 수준에 머물러 있다고 할 수 있다. 그렇지만 향후, 객관적 자료 축적과 분석을 통한 근거기반 지역보건 정책의 수립·평가의 필요성, 그리고 다양한 지역사회 정보를 연계하는 기반으로서의 잠재력을 강조한다는 측면에서 의의가 있으리라 생각한다.

3. 결론 및 시사점

먼저, 지역보건체계 재구조화 과정에서 ‘보편적 건강보장(UHC)’과 ‘회복탄력성(resilience)’을 방향으로 견지해야 한다. 해외사례와 정책환

경 변화, 코로나19 대응 경험과 지역보건기관 운영 등은 일관되게 공중보건 위기 상황이 도래하기 이전에 ‘필수 보건의료서비스’를 유지할 역량을 갖추어둘 것과, 필수 보건의료서비스가 형성하는 건강안전망에서 취약성(vulnerability)을 놓쳐서는 안 된다는 점을 강조하고 있다.

공중보건 위기 상황에서도 형평성을 추구하고 필수 서비스를 유지하기 위한 출발점은 지역보건기관의 기능과 역할을 조정하는 것이다. 보건소는 만성적인 인프라 부족 속에서 누적·적체식의 사업구조를 유지해왔다. 이를 합리적으로 정리하되, 그 역량을 형평성 강화와 필수 서비스 유지에 활용할 필요가 있다. 본 연구에서는 다음 표와 같이 첫째, 축소·이관·폐지 등 합리적 조정이 필요한 기능, 둘째, 공유업무로 유지하면서 강화해야 할 기능, 셋째, 환경변화를 감안하여 기반을 구축하면서 지금보다 더 강화할 기능으로 분류하였다.

구분	기능 및 사업
축소·이관·폐지 등 합리적 조정이 필요한 기능	○ 일반진료 및 만성질환예방관리(진료) 기능 ○ 의료비지원 기능 ○ 직접 예방접종 기능
고유업무로 유지하면서 강화할 기능	○ 감염병 예방·관리 및 방역 기능 ○ 재난·응급 등 공중보건 위기 대응 기능
기반을 구축하면서 더 강화할 기능	○ 방문보건사업+지역사회통합돌봄 기능 ○ 퇴원 후 환자연계 기능 ○ 소생활권 건강증진+주민참여사업 지원 기능 ○ 지역사회 건강증진 기획 기능

보건소를 비롯한 지역보건기관은 지역사회를 주 활동대상으로 하지만 그 과정에서 국가 책임의 확대·강화는 매우 중요한 주제이다. 보건의료와 관련된 국가의 중요한 정책은 결국 지역 단위에서 구현될 수밖에 없고, 지역별 재정자립도 등의 격차가 현실인 우리나라 상황에서 국가의 지원

은 지역 간 건강 불평등을 방지하는 안전장치이기 때문이다. 지역보건에 대한 국가 책임 확대는 다양한 방식으로 고려할 수 있지만, 「지역보건법」 상에 규정된 ‘지역보건의료계획’의 중앙정부 수립 의무를 제언하였다. 또한, 보건소 등 지역보건기관의 실적이 입력·관리되는 지역보건의료정보 시스템(PHIS)의 활용도를 높이고, 다른 행정자료 및 민간이 보유한 자료들과 결합하여 지역주민들의 건강증진을 위한 근거기반 지역보건정책의 기초로 삼아야 한다.

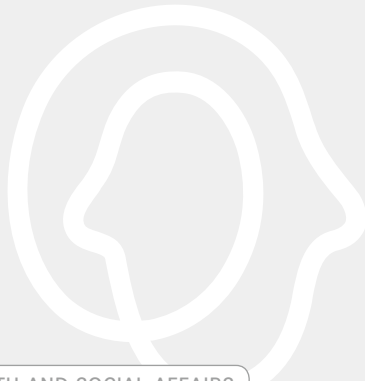
2020년부터 지속되고 있는 공중보건 위기 상황에서 한국지역보건체계와 보건소를 비롯한 지역보건기관에 관한 정책의 창(Policy Window)은 과거 어떤 시기보다 넓게 열렸다. 그동안 정책 후순위로 밀려 있을 정도로 미약했던 ‘존재감’이 뚜렷이 부각되었고, 인식 수준 역시 양적으로나 질적으로나 향상되었다. 정부의 업무추진 계획에서 다루어지는 비중과 중요도 역시 과거보다 높아졌다고 보아도 과언이 아니다. 그러나 정책의 창은 열린 상태로 오래 지속되지 않는다. 아무 행동이 없다면 정책의 창은 닫히고, 오랫동안 다시 열리지 않을 수도 있다. 정책의 창이 닫히기 전에 한국지역보건체계가 직면한 다양한 책임과 역할에 효과적으로 대처할 것을 기대한다.

주요 용어 : 지역보건, 지역보건체계, 보건소, 코로나19, 공중보건 위기

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제 1 장

서론

제 1 장 서론

1. 연구의 배경과 필요성

사회적 존재로서 인간은 집단을 이루어 일정한 공간을 점유한다. 그 공간에 경계를 설정하면 ‘지역’이 형성된다. 이때 지역은 단순한 물리적 공간에 그치지 않으며, 고유한 특성, 즉, 지역성(regionality)을 공유한다. 지역성은 그 지역에 거주하는 인구집단과 상호작용하며 다양한 측면에서 영향을 미친다. ‘건강’ 역시 지역성의 영향권에서 예외가 아니다. 지역을 구성하는 인구집단의 특성에서 기인하는 건강수준의 차이를 의미하는 구성효과(compositional effect)와 별개로 지역 자체가 건강에 미치는 독립적 영향인 맥락효과(contextual effect)가 존재(정백근, 2018)하는 것이 건강결정요인으로서 지역의 가치를 방증한다.

지역보건의료체계는 건강결정요인으로서 지역에 주목하며, 지역주민의 건강증진을 목표로 구성된다. 지역에 설치되는 보건의료기관(지역보건의료기관)은 이 목표를 달성하기 위해 작동하고 기능하는 조직이다. 우리나라에서 일차적으로 이 기능을 담당하는 것이 「지역보건법」에 정의된 지역보건의료기관¹⁾이며, 그 중추에 보건소가 위치한다.

1962년, 「보건소법」이 개정되어 전국 시·군·구에 보건소 설치를 의무화하였다. ‘1962년’이라는 시점이 함의하듯, 당시는 보건의료서비스 공급이 여전히 열악했다. 보건소에는 각종 위생사업과 전염병 관리, 가족계획사업 등 주요 국가정책 구현이 임무로 부과되었을 뿐만 아니라, 지역주

1) 법적으로 지역보건의료기관에는 보건소, 보건의료원, 보건지소, 건강생활지원센터가 포함됨.

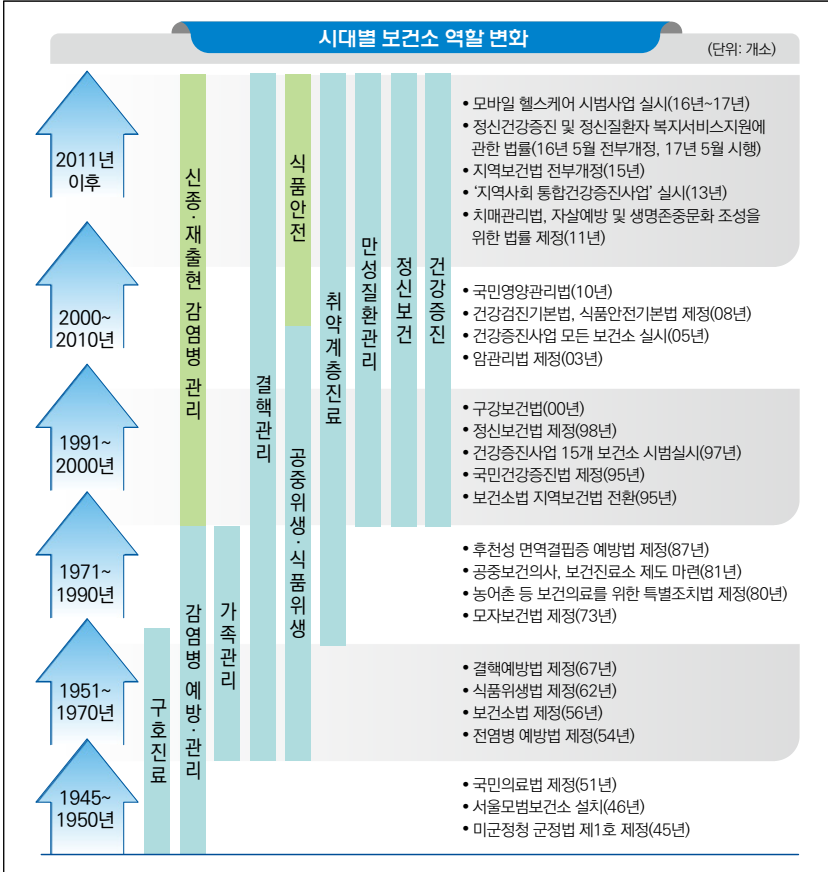
민들의 건강보호를 위한 의료서비스를 제공해야 하는 업무도 부과되었다.

이후 급속한 사회경제적 변화에 따라 정책환경 역시 크게 달라졌다. 인구구조가 바뀌어 고령사회에 이미 진입하였고, 만성질환을 비롯하여 국민들의 건강문제도 변화하였다. 전국민건강보험 안착과 공급생태계의 발전으로 의료서비스 접근성 자체가 개선되었다. 반면, 갈수록 심각해지고 있는 지방 소멸과 농어촌 공동화(空洞化) 현상, 보건의료자원의 편중분포는 건강성과와 서비스 접근성 측면 모두에서 지역 간 격차를 확대시키고 있다. 정책환경 변화 속에 보건소 역시 고정되어 있을 수 없었다. 「보건소법」을 1996년에 전부개정하면서 명칭을 「지역보건법」으로 바꾼 것은 그 변화를 단적으로 보여 준다.²⁾

보건소의 사업 측면에서도 정책환경 변화에 조응하기 위한 시도가 있 파랐다. 만성질환의 사전예방적 관리 필요성과 「국민건강증진법」 제정(1995년)을 계기로 보건소에 장착된 건강증진사업은 지역사회통합건강증진사업(2013년)으로 양적·질적 확대를 이루었고, ‘모바일헬스케어시범사업’을 통해 ICT와 접목되었다(한국건강증진개발원, 2020b). 도시지역 미충족 수요 대응을 위한 도시보건지소사업(2007년), 소생활권 중심 건강증진전담기관인 건강생활지원센터사업(2013년) 등도 진행 중이다(신준호 외, 2021). 2010년대 후반부터 본격 추진된 커뮤니티케어는 ‘통합돌봄’으로 확장되면서 지역보건기관이 관심을 가져야 할 사업이 되었다. 건강과 돌봄은 삶의 질의 핵심적 영역이면서 불가분의 관계라는 점에서 보건소의 역할과 참여는 향후 그 중요성이 더욱 높아질 것으로 예상된다.

2) 1996년 「지역보건법」의 전문개정 이유, “그 동안 전염병관리와 가족계획사업 위주로 운영되어 온 보건소를 지역주민의 중추적 건강관리기관으로 육성하기 위하여”는 보건소에 요구되는 책무 변화를 보여주는 일례라 할 수 있음.
(<https://law.go.kr/LSW/lsInfoP.do?lsiSeq=48327&viewCls=lsRvsDocInfoR#>, 2022.5.10. 인출).

[그림 1-1] 시대별 보건소 기능과 역할의 변화



자료: 한국건강증진개발원(2020a), p.7.

변화의 흐름과는 별개로 그동안 보건의료정책에서 보건소를 비롯한 지역보건의료기관과 지역보건의료체계를 우선순위로 다루었는가에 대해서는 다소 냉정한 평가를 피하기 어려울 것으로 보인다. 그 원인은 복잡적이지만, 크게 세 가지로 정리할 수 있다.

먼저, ‘치료’ 중심 서비스에 초점이 맞추어지면서 ‘예방’ 영역이 상대적으로 위축되어 왔다. 보편적인 의료서비스를 제공하기 위해서는 공급 총

14 미래 공중보건 위기 대응을 위한 지역보건체계 재구조화 방안: 보건소를 중심으로

량 확대와 접근성 보장이 중요하다. 전자의 과제는 민간 영역 확장 유도를 통해, 후자의 과제는 수가를 연결고리로 한 보상구조를 통해 해소를 도모하였다. 그런데 보건소의 근본적인 기능은 의료서비스 제공에만 맞추어져 있지 않다. 물론 보건소도 일부 진료기능을 보유하나, 그 진료기능은 ‘일차의료’와 ‘공중보건’에 해당하는, 예방과 건강관리의 가치 가운데 인정되는 것이 원칙이다. 치료 중심의 전달체계 및 수가보상체계와 보건소의 서비스 사이에는 자연스럽게 간극이 존재한다. 건강보험 급여실적, 특히 진료비에서 지역보건기관이 차지하는 ‘미미한’ 수준은 이 점을 보여준다.

〈표 1-1〉 요양기관종별 건강보험 급여실적 비중(2018~2020)

(단위: %)

구분		계	상급종합 병원	종합 병원	병원	요양 병원	의원	치과 병의원	한방 병의원	보건 기관 등
진료 실인원	2018	100.0	6.3	11.4	11.8	0.7	37.5	19.6	10.8	1.7
	2019	100.0	6.4	11.4	11.6	0.7	37.1	20.2	10.8	1.6
	2020	100.0	6.6	11.4	11.1	0.7	37.8	20.7	10.5	1.3
급여 일수	2018	100.0	8.4	14.7	9.9	4.9	45.0	4.8	7.3	5.0
	2019	100.0	8.5	14.7	9.1	5.4	45.4	4.9	7.4	4.7
	2020	100.0	9.0	15.2	8.8	5.7	44.7	5.2	7.1	4.4
진료비	2018	100.0	22.0	21.0	11.5	9.0	24.9	6.8	4.5	0.3
	2019	100.0	22.0	21.5	11.1	8.7	24.8	7.1	4.4	0.2
	2020	100.0	22.5	21.5	11.2	8.9	24.5	7.0	4.2	0.2

주: 약국은 제외하였으며, 치과와 한방은 병원급과 의원급 기관을 합산하여 산출하였음.

자료: 국민건강보험공단·건강보험심사평가원, 건강보험통계연보, 각 연도.

둘째, 역할과 위상이 명확하게 정립되지 못하여 왔다는 점이다. 보건소 진료기능 보유에 대한 민간 의료서비스 공급자들과의 쟁점(대한의사협회, 2017)이 하나의 사례이다. 보건소에만 한정된 인식은 아니겠지만, 지역보건의료기관들의 서비스에 ‘무료’, ‘취약계층 위주’, ‘(민간보다) 낮은 질’이

라는 인식이 형성된 점 역시 아쉬움이 남는다. 사실 보건소의 역할과 위상 문제는 보건소 사업구조와 사업방식에 대한 문제제기이기도 하다. 지역사회회의 건강증진 강화 요구에 역량을 집중하고, 보건의료·복지·행정자원 연계의 주체이자 조정자(coordinator)로서의 역할을 담당해야 한다는 주장은 지속적으로 제기(배상수, 이승우, 김재원, 이세미, 2010; 권근상 외, 2018)되어 왔지만, 분절적이고 단속적(斷續的)인 사업양상은 이러한 주장을 온전하게 담아내는 데에 저해요인으로 작용했다.

또한, 보건소 업무는 기존 업무에 새로운 업무를 추가하는 방식(배상수 외, 2010)으로 축적되었다. 기존 업무를 평가하고 합리적으로 조정하는 사례는 그리 많지 않았다. 이는 각 정부 부서의 개별 단위사업이 보건소로 집중되는 ‘깎때기 행정 현상(신준호 외 2021)’이라는 비판의 근거이기도 하다. 이러한 상황은 인력·예산 등 인프라의 더딘 확충으로 가증된다. 즉, ‘인프라 부족→업무량 누적→업무 조정 한계→신규 업무 추가→인프라 부족’은 지역보건의료기관 종사자의 전문역량 확보 저해, 서비스의 질적 수준 하락과 지역주민의 부정적 인식 재생산으로 악순환되었던 것이 현실이다.

마지막으로, 거버넌스 문제를 지적하지 않을 수 없다. 보건소 사업과 기능의 대부분은 보건복지부 및 질병관리청과 밀접히 관련되어 있다. 인력과 조직은 행정안전부에, 행정 위계적으로는 지방자치단체에 속한다. ‘多부처·多사업’의 분산형 거버넌스를 통해 연계·협력의 시너지효과를 기대할 수 있으나, 반대로 불분명한 책임소재와 병렬식 사업이라는 약점으로 작용할 수도 있다. 효과적으로 작동하는 거버넌스 구축이 부진할 경우 보건소의 역량 강화와 지역주민의 건강편익을 극대화하는 사업 추진의 실제 구현 역시 한계에 직면할 가능성이 높아진다(김정희, 이정면, 이용갑, 2020).

이러한 상황에서 코로나19가 초래한 공중보건 위기는 지역보건의료체계 개편과 보건소 기능 논의의 중요한 계기를 마련했다. 사후적 예측이지만, 만약 코로나19가 유행하지 않았다면 논의의 진척도는 여전히 지지부진했을 것으로 예상할 수 있다. 코로나19는 규모와 파급력에서 전례를 찾기 어려운 위기 상황을 조성했고, 보건소는 ‘역학조사’와 ‘선별진료’로 대표되는 방역의 중심기관으로 부활했다. 코로나19가 유행한 2020년 1월 이후 보건소와 관련된 소셜 빅데이터 정보량을 추출해 보면 2019년에 비해 급증하였고, 특히 유행이 정점에 이르렀을 시기마다 고점(高點)을 형성했음을 포착할 수 있다(그림 1-2 참고). 코로나19가 사회의 가장 큰 문제였을 때, 대응 기제로서 보건소의 주목도가 높아진 것이다. 서울시민의 보건소 이용 경험 역시 코로나19 유행 이후 증가하였을 뿐만 아니라, 보건소 역할의 중요성과 필요성, 향후 이용 의향 등에서 긍정적 인식 변화를 확인할 수 있다(문연옥, 2021).

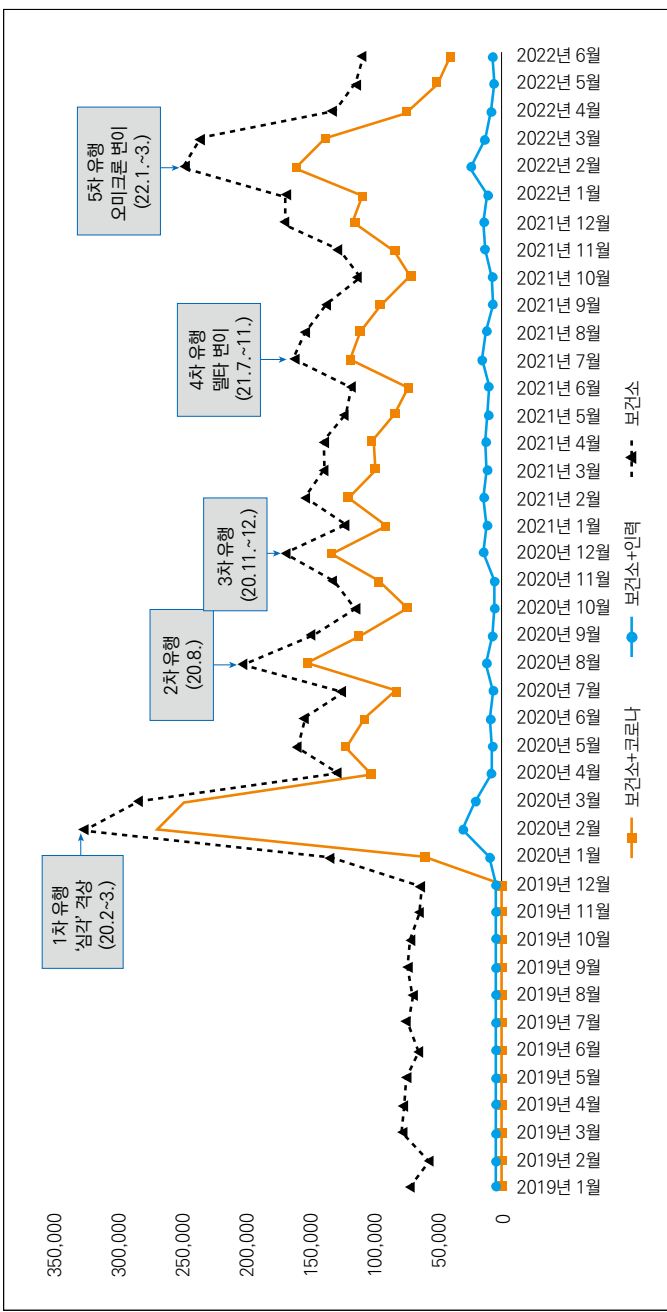
〈표 1-2〉 코로나19로 인한 보건소에 관한 인식 변화 및 이용 의향

(단위: %)

구분		긍정 변화/ 이용 의향 있음 ¹⁾	변화 없음/ 모르겠음 ¹⁾	부정 변화/ 이용 의향 없음 ¹⁾
보건소 역할의 중요성		80.8	16.0	3.3
보건소의 필요성		82.4	14.7	2.9
보건소에 대한 전반적 인식		48.6	45.3	6.0
보건소에 대한 신뢰감		49.9	45.4	4.7
코로나19 종식 이후 보건소 이용 의향 ¹⁾	전체 서비스	83.3	11.4	5.3
	진료 및 예방서비스	83.2	10.9	5.9
	건강관리서비스	78.0	12.6	9.4
	정신건강서비스	63.8	17.0	19.2

주: 1) 이용 의향에 대한 보기는 ‘코로나19 종식 이후 보건소 이용 의향’ 문항에 해당함.
자료: 문연옥(2021), p.5 발췌.

[그림 1-2] 보건소 관련 소셜 빅데이터¹⁾ 정보량 추이(2019.1.~2022.6.)



주: 1) 뉴스, 커뮤니티, 블로그, 카페, 트위터, 인스타그램, 유튜브, 페이스북, 카카오톡, 기업/단체 홈페이지, 정부/공공 웹사이트 등을 포함.
참고: 검색어로 '보건소', '보건소+인력', '보건소+코로나' 등 세 가지 경유를 활용하였으며, 1차~5차 유행기와 유행 특성은 연구자가 기업한 것임.
자료: 소셜 빅데이터 플랫폼(LUCY 2.0)을 활용하여 연구진이 분석.

코로나19가 보건소에 미친 영향은 시민의 인식 변화만이 아니었다. 인력, 그것도 ‘정규직’ 인력 확충이라는 보건소의 숙원이 어느 정도 현실화되었다. 보건소에는 2021년 816명, 2022년 757명으로, 정규직 인력만 총 1,573명이 확충³⁾되었다(보건복지부, 2021a). 2020년 말 기준으로 전국의 보건소가 256개소(보건복지부, 2021b)라는 점을 고려한다면, 단순계산으로도 1개소당 약 6.1명의 정규직 인력이 증가한 것이다.

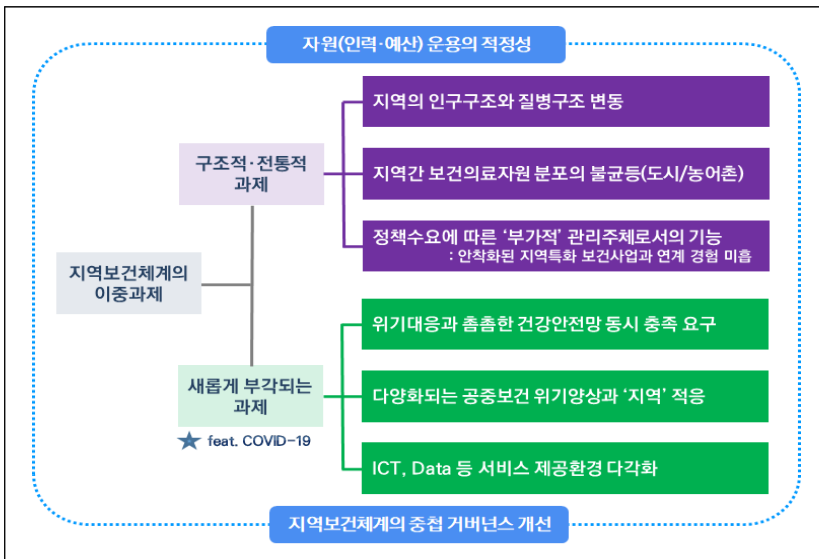
보건소사업과 밀접한 관련성을 맺을 수밖에 없는 ‘공공보건의료’ 역시 감염병 유행으로 확충에 유리한 상황을 맞이하였다. 지역을 단위로 진료권을 설정하고 책임의료기관을 지정하는 한편, 보건소와 긴밀히 연계할 가능성이 높은 공공의료기관도 2025년까지 20개소 이상 신·증축하는 계획이 발표된 것이다(보건복지부, 2021c). 여전히 인력과 예산 부족을 호소하는 현장의 의견(김주연, 2021)에는 귀를 기울여야 하겠지만, 단기적으로는 업무부담 경감에 도움이 될 수 있고, 앞으로 지역보건의료체계 발전을 위한 가용자원으로서 기대할 수 있는 인프라가 확충되었다는 점은 중요하게 평가할 지점이다.

코로나19는 보건소의 기능·역할과 관련하여 ‘이중과제’를 제기했다. 코로나19라는 현안에 잠시 밀려 있지만, 사실 인구고령화와 만성질환시대는 현재진행중이다. 여기에 대비하여 건강한 지역환경 조성, 지역 간 건강 격차의 축소와 취약계층 보호, 지역사회 보건의료자원의 효과적인 활용과 연계, 분산된 거버넌스 및 합리적 사업 조정 등 전통적 과제들은 여전히 해답을 기다리고 있다. 그리고 코로나19를 거치면서 앞으로 다양한 양상으로 전개될 것으로 예상되는 공중보건 위기 상황에서 지역보건 의료기관의 핵심·필수기능을 어떻게 유지할 것이며, 효과적이고 촘촘한 건강안전망을 어떻게 구축 것인가 같은 ‘새롭게 대두된 과제’들이 있다.

3) 정규직 인력 이외에 한시인력도 2,300여 명이 추가 확충되었음(보건복지부, 2021a).

향후 신·변종 감염병의 지속적 발생과 발생주기 단축이 예상되고, 기후변화에 따른 재해·재난, 환경오염물질 확산 등 다양한 공중보건 위기 가능성이 제기되는 상황에서 취약계층 보호와 회복탄력성(resilience)의 원천이 될 필수·핵심기능의 정의와 작동 기전 마련은 한국 지역보건의료체계가 해답을 내놓아야 하는 중요한 과제가 될 것이다.

[그림 1-3] 공중보건 위기 상황을 전후로 한 한국 지역보건의료체계의 이중과제 도식



자료: 연구자 작성.

2. 연구의 목적

「보건의료기본법」 제4조는 국가와 지방자치단체에 “국민건강의 보호·증진을 위하여 필요한 법적·제도적 장치를 마련하고”, “모든 국민의 기본적인 보건의료 수요를 형평에 맞게 충족시킬 수 있도록 노력”하는 의무를 부과한다. 이 조항의 주체에 지방자치단체가 포함되며, 지역보건의료체

제를 구축·운영하는 이유이기도 하다. 즉, 지역사회 실정에 부합하는 건강안전망을 형성하여 지역주민의 건강을 보호·증진하고, 지역주민들의 보건의료 수요 충족에서 격차가 발생하지 않도록 여건을 조성해야 하는 것이다.

보건소를 비롯한 지역보건의료기관들은 직접 보건의료서비스 제공을 통해, 건강한 생활습관 실천 조장을 통해, 때로는 의료, 돌봄, 복지, 지역 행정과의 연계를 통해 지역주민들과 취약계층의 건강을 보호하여 왔다. 물론 이 기능이 현실에서 언제나 충분히 뒷받침된 것은 아니었다. 지역보건의료는 정책의 후순위였고, 인력과 예산 부족문제는 만성적이었지만, 개선은 더뎠다. 반면, 정부 부처들과 지자체는 기존 사업들의 조정 없이 새로운 사업들을 보건소에 부과하고, 누적시켰다.

이러한 환경에서 2년 넘게 지속되고 있는 공중보건 위기 상황은 기회와 과제를 동시에 제공하고 있다. 비효율적인 기존 사업구조와 사업방식의 개편 및 인프라 확충 논의가 활발하게 이루어지고 있는 것이 기회라면, 이중과제—전통적 과제와 새롭게 대두된 과제—라는 새로운 상황이 펼쳐져 있다. 2022년 5월부터 실외 마스크 착용 의무가 완화(보건복지부, 2022a)되는 등 일상회복의 기대감은 높아지고 있지만, 새로운 위기 상황의 도래를 대비해야 할 과제 역시 명확하다. 그런 측면에서 코로나19 유행 시기의 교훈들, 예를 들어 지역사회 보건의료자원의 대부분이 방역에 집중되면서 반대급부로 지역 내 건강안전망이 이완되었던 ‘풍선 효과’의 경험을 성찰해야 할 필요성이 높다.

이 연구는 보건소를 비롯한 지역보건의료기관을 둘러싼 정책환경 변화와 코로나19 유행과정에서의 경험을 교훈으로 하여, 미래 공중보건 위기 상황에 효과적으로 대응하기 위한 한국 지역보건의료체계의 변화지점을 제안하는 것을 목적으로 한다. 세부적으로는 지역보건의료기관의 재편

방향을 제언하고, 특히 공중보건 위기 과정에서 나타난 필수 서비스의 단절(discontinuity)과 전환과정 공백(gap in the service transition)⁴⁾을 최소화한 ‘지역완결적’ 건강안전망 구축을 위해 기여할 수 있는 지점을 모색하고자 한다. 마지막으로, 현재 지역보건의료기관들의 인력, 예산, 거버넌스 구조를 파악함으로써, 서두에 기술한 지역보건의료체계 구축·운영의 목표 달성을 위한 인프라 개선방안을 도출하고자 한다.

3. 연구내용과 연구방법의 구성

가. 접근방식

우선, 본 연구에서의 접근방법을 언급하고자 한다. 본 연구에서는 ‘in focusing’, 즉 ‘구체화 수준을 높여가는 방식’을 취하고자 의도하였고, 이에 따라 연구내용들을 [공중보건 위기를 비롯한 정책 환경→지역보건 체계의 현황→보건소 중심의 정책과제]라는 맥락 속에서 구성하고자 하였다.

지역보건의료체계의 기능과 구조 개편에 대한 논의 역사는 짧지 않고, 인구고령화와 만성질환 대응, 지역사회 자원 연계 등 전통적 과제들도 지속해서 제기되어 왔다. 그러나 코로나19가 초래한 공중보건 위기는 지역보건의료체계 개편 논의를 이전과는 양적·질적으로 달라지게 만든 계기로 작용했다. 또한 앞으로 지역보건의료체계가 대응해야 할 공중보건 위

4) ‘전환과정 공백(gap in the service transition)’은 ‘돌봄 전환(transition of care)’ 용어를 활용한 것임(윤강재, 김동진, 이한나, 박은혜, 2021, p.6). 신재규(2021)에서 ‘돌봄 전환’은 환자 돌봄을 담당하는 건강 관련 종사자가 바뀌는 것을 의미하는데, 외래에서 외래로, 외래에서 입원으로, 입원에서 외래로 그리고 입원에서 입원으로도 일어날 수 있고, 종별, 지역 간에도 가능함. 돌봄 전환이 일어날 때 돌봄이 파편화되거나 불연속적으로 변하기 쉬우므로 기존 종사자와 신규 종사자가 정확한 정보를 주고받는 것이 반드시 필요하다고 지적하고 있음.

기는 매우 다양한 양상을 띠 것으로 전망된다. 엄밀히 보아 코로나19 같은 감염병은 공중보건 위기의 사례이지만, 공중보건 위기의 속성은 아니다.⁵⁾ 기후위기나 자연재해, 환경오염, 대형행사, 테러 등도 언제든지 공중보건 위기를 촉발할 수 있다. 따라서 지역보건의료체계의 변화 요구를 다름에 있어, 그리고 향후 변화 방향성을 도출함에 있어 ‘공중보건 위기’를 비롯한 거시적 관점에서 논의하는 것이 선행되어야 한다고 판단했다.

그렇지만 거시적 관점은 지역보건의료체계의 변화 방향성을 제시할 수는 있어도 개선과제의 구체성까지 기대하기에는 한계를 가진다. 개선과제들이 구체성을 가지기 위해서는 운영체계나 조직을 선택하는 것이 효과적이고, 이때 선택기준은 현장의 개선이 체계의 개편으로 이어질 수 있는 파급력(spillover)이라는 요소일 것이다. 이러한 측면에서 지역보건의료체계의 중추적 기관인 ‘보건소’로 관점을 집중(in focusing)하였고, 코로나19 대응을 비롯한 현황 속에서 지역보건의료체계의 개편으로까지 영향력을 행사할 수 있는 과제들을 제안하고자 노력하였다. 이러한 접근방식은 아래 연구내용의 구성에서 좀 더 설명한다.

나. 주요 연구내용

본 연구는 서론과 결론 부분을 제외하고 크게 4개 부분으로 구성했다. 제2장은 코로나19 팬데믹 기간을 중심으로 국제기구와 호주, 일본의 지역보건의료체계 동향을 다루었다. 해외사례를 분리하여 본론의 도입으로 삼은 이유는 제3장부터 제5장의 내용들이 일관된 맥락하에서, ‘구체화의 수준을 높여가는 방식’을 통해 독자들에게 전달되기를 기대하기 때문이다

5) 공중보건 위기를 긴급사태(public health emergency)로 볼 것인지 위험(public health risk)으로 볼 것인지도 명확하지 않음. WHO 보건규칙은 두 용어 모두를 사용하고 있음을 제3장에서 살펴보았음.

다. 이를 간략히 도식화하자면 [한국 지역보건의료체계 개편의 필요성·방향(제3장)→코로나19를 전후로 한 현황(제4장)→정책과제 제언(제5장)]의 구성이다.

제2장의 내부 구성 역시 유사한 구조를 가질 수 있도록 대상 국가를 선택하였다. WHO를 비롯한 국제기구들은 방역 대책과 아울러 공중보건 또는 일차의료 측면에서 ‘post-팬데믹’ 변화양상을 조망하고 대응방안을 권고하였다. 물론 국제기구의 권고는 지향점으로서 중요한 의의가 있으므로 숙고할 가치가 있다. 그렇지만 팬데믹 경험은 전 세계 모든 국가들에 동일하지 않고, 국제기구의 속성상 제언의 구체성에도 한계가 있다. 따라서 실제 코로나19가 작동하는 상황은 개별 국가 단위에서 검토되어야 한다. 이런 측면에서 오래전부터 ‘지역’에 착안, 지역 정부가 건강영향평가를 비롯한 지역보건·건강증진사업을 발전시켜 온 대표적 국가인 호주를 국제기구 다음 단계로 선택하였다. 제2장에서 상술하겠지만, 시드니 지역보건청(SLHD)의 ‘형평성-중심 건강영향평가’는 공중보건 위기 상황을 대비하는 지역 정부의 사례로서 함의가 있다. 마지막으로, 실제 서비스를 제공하는 현장 기관의 사례를 살펴볼 필요가 있다고 판단했고, 그 결과 일본을 설정했다.

일본은 우리나라와 인구고령화를 비롯해 사회구조의 변화를 공유하는 점이 많고, 앞으로 우리나라 지역보건의료체계가 중요하게 다루어야 할 ‘커뮤니티케어’의 선형국이다. 공중보건 위기를 유발할 수 있는 재해 대응 경험 역시 적지 않다. 하지만 본 연구에서는 일본의 ‘보건소’라는 지역보건의료체계 내의 특정 기관에 초점을 맞추고자 하였다. 일본의 지역보건의료체계 내의 특정 기관에 초점을 맞추고자 하였다. 일본의 지역보건의료체계는 보건소가 상대적으로 넓은 지역의 포괄적 기획·조정 기능에 집중하고, 시정촌 등 소(小)생활권에서는 보건센터나 지역포괄케어지원센터 등을 통해 밀착형 직접 서비스를 제공한다. 일본 사례가 우리나라 현

실과 적합한가의 문제와 별개로 ‘보건소=기초지자체 기관’이라는 등식이 성립하며, 다양한 직접서비스를 제공하는 우리나라 상황에서 진지하게 고려해 보아야 할 모형이다.

제3장부터 제5장까지는 앞에서 언급한 바와 같이 서로 연계성을 가질 수 있도록 기술하였다. 먼저, 제3장에서는 지역보건의료체계의 변화가 필요한 정책적 환경을 고찰하고 선행연구로부터 제기되었던 변화 지점들을 점검함으로써 연구 목적 —지역보건의료체계의 재구조화 방안 마련—의 방향을 설정하기 위한 단초를 탐색하고자 하였다. 여기서는 특히 본 연구의 중요한 개념인 ‘공중보건 위기’를 별도로 고찰하였다.

선행연구 고찰은 지역보건의료체계에 제기되어 온 문제점과 개선방안을 중심으로 정리하였다. 그런데 다양한 주제의 선행연구의 대안은 결국 보건소로 향한다. 지역보건의료체계에는 다양한 논의 주제들이 존재하지만, 그 중심에는 보건소가 있다. 실제로 보건소는 코로나19라는 공중보건 위기 상황에서 핵심 대응 기제였다. 코로나19를 전후로 제기된 다양한 지역보건의료체계 개편 논의 또한 결과적으로 보건소에 관한 논의였다는 점은 보건소의 기능, 조직, 인력, 사업이 지역보건의료체계 전반에 미치는 파급력을 방증한다.

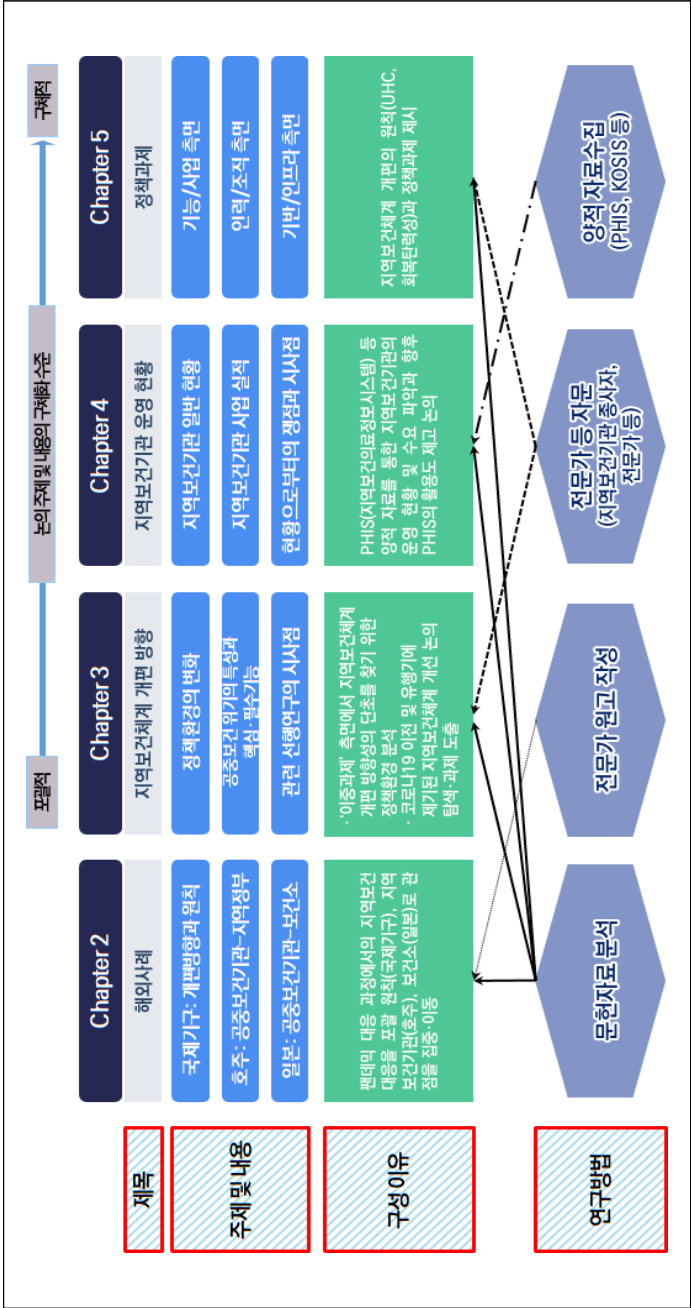
제3장이 지역보건의료 ‘체계’를 주로 다루었다면, 제4장을 통해 지역보건의료 ‘기관’으로 관점을 좁혔다. 즉, 제4장은 지역보건의료기관의 현황을 기관, 인력, 사업, 정보 등의 측면에서 개괄하고 문제점을 도출하면서, 초점을 보건소로 옮겨가는 과정으로 활용하고자 하였다. 이를 위해 한국사회보장정보원이 구축·운영하는 지역보건의료정보시스템(PHIS)에 탑재된 지역보건기관의 사업(진료사업, 진료 외 서비스사업) 현황과 한국건강증진개발이 관리하는 지역보건기관의 인력 자료를 활용하여 현황을 분석하였다. 또한 국가통계포털이나 각 지방자치단체의 통계자료를 활용

하여 지역상황에 대한 시사점을 얻고자 하였다. 제5장은 앞 장의 논의를 종합하여 발전적 재구조화를 위한 대안과 과제를 제시하는 부분에 해당한다. 제5장의 앞 부분에서는 우리나라 지역보건의료체계가 지향해야 할 총괄적 방향성으로 보편적 건강보장(UHC: Universal Health Coverage)과 회복탄력성(resilience)을 제시한 후, 뒷부분에서 상호연관성이 높은 영역들을 편의상 기능/사업, 조직/인력, 기반 등으로 구분하여 정책과제를 제시하였다. 제시한 정책과제들에는 일부 포괄적인 점들도 있지만, 기본적으로 ‘보건소’라는 기관을 중심으로 두었다. 정책과제의 구체성과 현장성을 부여하기 위한 선택이기도 하다는 점을 아울러 밝히며, ‘보건소를 중심으로’라는 부제를 부가한 것도 같은 맥락이다.

마지막으로, 용어에 관해 언급하고자 한다. ‘보건의료’라는 용어가 보여주듯 ‘보건’과 ‘의료’는 병기되고, 법령에서도 ‘지역보건의료기관’, ‘지역보건의료심의위원회’ 등으로 활용된다. 그러나 본 연구가 초점을 두는 관점은 ‘공중보건’이다. 코로나19로 예를 들자면, 의료적 대응과 공중보건학적 대응이 있을 수 있는데, 본 연구가 초점을 두는 지점은 후자라는 것이다. 이와 같이 관점을 명확하게 하여 독자들의 이해를 돕는다는 차원에서 제2장 이후부터는 용어를 ‘지역보건기관’, ‘지역보건체계’의 용어로 통일하였음을 밝혀둔다. 다만, 「지역보건법」을 비롯하여 법적으로 정해진 용어로서 사용이 필요할 경우에는 ‘지역보건의료기관’과 같이 표기하였다.

지금까지 기술한 본 연구의 접근방식과 주요 연구내용, 연구방법을 도식화하면 [그림 1-4]와 같다.

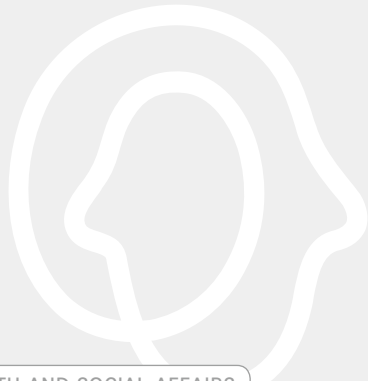
[그림 1-4] 주요 연구내용 및 연구방법의 구성



사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제2장

해외사례: 코로나19 대응과정과 지역보건 개편 논의

제1절 국제기구

제2절 호주

제3절 일본

제4절 해외사례의 시사점

제2장

해외사례: 코로나19 대응과정과 지역보건 개편 논의

‘팬데믹(pandemic)’이 의미하듯 코로나19는 전 세계가 경험한 유례를 찾기 어려운, 그리고 가장 최근의 공중보건 위기이다.⁶⁾ 위기의 일차적 원인은 감염병이기 때문에 당연히 의료체계가 작동해야 한다. 그렇지만 그에 못지않게 중요한 의미를 가지는 것이 지역사회의 방역이다. 따라서 지역보건체계 역시 위기 대응 기제로 많은 주목을 받았다.

제2장에서는 코로나19 팬데믹 대응과정에서 제기되었던 지역보건체계와 지역보건기관에 대한 논의 가운데 우리나라에 함의가 있다고 판단되는 지점을 소개하고자 한다. 먼저 WHO와 OECD 등 국제기구들이다. 백신을 비롯한 의료자원의 분배 문제와 아울러 WHO를 비롯한 국제기구들은 위기 대응을 위한 필수요소를 강조하고, 이를 담당할 지역의 역할에 주목한다. 국제기구의 성격에 따라 WHO는 지역에 근거한 일차의료로, OECD는 지방정부의 역량과 중앙-지방 협력을 강조한다.

호주와 일본은 개별 국가로서 구체성을 가진다고 할 수 있다. 호주는 오래전부터 ‘지역’의 중요성에 착목하여 건강영향평가를 비롯한 지역 중심의 건강증진·보건사업을 발전시켜 왔다. 시드니 지역보건청(SLHD)이 코로나19에 대응하면서 설정한 ‘3 Focus Area’와 ‘형평성-중심 건강영향평가’는 취약성(vulnerability)을 특징으로 하는 공중보건 위기 상황에 대한 대응으로 시사점이 있을 것이다. 일본에는 우리나라와 마찬가지로 보건소가 존재한다. 그러나 지역보건체계의 거점으로서 보건소의 기능과 역

6) WHO가 코로나19 이전에 팬데믹을 선언한 것은 홍콩독감(1968)과 신종플루(2009)임(한영혜, 2020).

할은 다소 차이가 있다. 사실 우리나라의 보건소는 개별 기초자치단체에 소속된 기관이라는 인식이 강하며, 매우 다양한 직접 서비스를 제공한다. 그러나 일본의 보건소는 이미 2차 진료권마다 두는 방식으로 광역화된 지역의 조정 기능에 집중하며, 소생활권에는 보건센터 등 직접서비스를 제공할 수 있는 기관을 두어 운영한다(권근상 외, 2018). 코로나19 이후 지역보건기관들의 역할 재정립과 기능 정비를 추진하고자 하는 우리나라 상황(보건복지부, 2022d)에서 진지한 검토가 필요한 사례임이 틀림없다.

제1절 국제기구

WHO에서는 코로나19 팬데믹 대응과정에서 자원 배분이 과소, 편중, 불평등하게 이루어짐을 지적하였으며, 이에 대한 대응 기제로서 보편적 의료보장과 일차의료의 강화를 통한 지속적인 필수의료서비스 제공의 중요성을 강조하였다. 팬데믹 이후의 회복 과정에서는 지역사회 중심의 일차보건의료가 평등한 회복을 견인할 것이라는 견해를 제시하면서,⁷⁾ 일차의료 강화와 함께 회복력 있는 의료시스템 구축에 대한 논의가 이어지고 있다(WHO, 2021. 6. 22.). OECD는 전염병, 경제위기 또는 기후변화의 영향 등의 충격에 대한 계획을 세우고, 혼란으로 인한 부정적인 결과를 최소화하기 위해 회복력 있는 보건시스템(resilient health system)을 구축하는 것이 중요함을 강조하였으며, 이를 위해 일차의료를 강화하고 재정을 우선적으로 투입해야 함을 언급하였다(OECD, 2021).

7) WHO에서 논의하는 일차보건의료는 지역보건체계를 포함하는 개념으로, 이 보고서에서는 다양한 의견이 있는 일차의료의 개념과 정의에 대해 다루기보다는 WHO에서 제시하는 일차보건의료의 개선 방안 중 지역보건체계의 개편방안에 참고할 만한 내용을 중심으로 정리하였음.

또한, 한국의 맥락에서는 복잡하고 예측할 수 없는 비상사태에 대비하기 위해 계획을 단순화하고, 지역 수준의 유연한 준비와 리더십이 필요하며 국가 차원의 노력이 지역의 회복력과 역량 향상으로 연결되어야 한다고 언급하였다(OECD, 2020a).

WHO 현장은 최고 수준의 건강 향유가 경제적 또는 사회적 조건이나 인종, 종교, 정치적 신념으로 구분될 수 없는 만인의 기본권으로 인정한다.⁸⁾ 이런 점에서 필수 공중보건 서비스는 불평등을 초래하는 건강 유지의 장애물과 구조적 장벽을 제거하기 위해 노력하는 정책, 체계, 서비스로 구체화할 수 있다. 한편 CDC(미국 질병통제예방센터, Center for Disease Control and Prevention)에서는 필수 공중보건 서비스를 공공영역에서 필수적으로 제공해야 하는 보건 서비스의 범위와 기능으로 정의하였다(CDC, 2020). WHO와 CDC에서 제시하는 필수 공중보건 서비스의 범위와 기능 중 다수의 내용이 지역단위에서 제공될 수 있으며, 한국에서는 보건소가 제공해온 서비스에 포함된다(표 2-1 참고).

〈표 2-1〉 CDC와 WHO가 제시하는 필수 공중보건 서비스의 범위와 기능

CDC 10 essential public health services	WHO Essential Public Health function
1. 지역주민의 건강상태, 건강에 영향을 미치는 요인, 지역 사회의 필요와 자산을 평가하고 모니터링함 2. 지역주민에게 영향을 미치는 건강 문제와 위험을 조사, 진단, 해결함 3. 지역주민에게 건강과 건강에 영향을 미치는 요인, 건강증진 방법에 대한 정보를 제공하고 교육하기 위해 효과적으로 의사소통함 4. 건강증진을 위해 지역사회와의 파트너십을 강화, 지원 및 동원함 5. 건강에 영향을 미치는 정책·계획·법률을 만들고 구현함 6. 지역주민의 건강을 증진하고 보호하기 위해 법적, 제도적 방안을 활용함	필수 공중보건기능 • 감시 • 거버넌스/재정 • 예방 • 건강증진 및 위험감소 • 건강보호/법 제정 • 공중보건 연구와 인력 • 필수약품 조달과 접근 • 실험실 역량과 물류 공급 역량 • 상황에 대한 차이 인식

8) <https://www.law.go.kr/trtySc.do?section=&menuId=1&subMenuId=25&tabMenuId=135&eventGubun=060101&query=WHO#licTrty3258>(2022.5.10. 인출)

7. 건강 유지를 위해 필요한 서비스와 치료에 평등하게 접근할 수 있게 하는 효과적인 시스템을 보장함 8. 숙련된 공중보건 인력을 구성하고 지원함 9. 지속적인 평가와 연구, 품질개선을 통한 공중보건 기능 개선 및 혁신 10. 공중보건을 위한 강력한 조직 인프라 구축과 유지	
--	--

자료: CDC. (2020). 10 Essential Public Health Services.
<https://www.cdc.gov/publichealthgateway/publichealthservices/essentialhealthservices.html>
<https://phnci.org/uploads/resource-files/EPHS-English.pdf> (2022. 5. 10. 인출)
WHO. (2021b). Building health systems resilience for universal health coverage and health security during the COVID-19 pandemic and beyond

1. WHO

코로나19 대유행 이전, 대부분 국가의 보건 시스템은 작은 규모의 비상사태에 대처할 수 있는 기초적인 대비역량만을 갖추고 있었다(WHO, 2021c). 이는 국제보건규약(2005) 구현에 필요한 필수 공중보건 기능의 격차로 이어졌으며, 부적절한 거버넌스, 조정, 임상 관리, 감염 예방과 통제, 인력을 유연하게 배치하는 데 역량의 차이를 보였다. 이후 코로나19 대유행이 발생하면서 보건의료시스템 역량을 초과하는 비상사태에 적절히 대비하지 않은 국가에서는 필수의료서비스의 중단을 경험하였다. 필수의료서비스를 유지하는 것은 비상 대응만큼 중요한 문제이다. 그러나 많은 국가에서 공중보건 대응과 사회적 조치 도입으로 인해 지속적인 서비스 제공에 제한을 경험하였으며, 일차의료에 중심을 둔 일부 보건시스템은 다양한 수준의 임상 업무를 재조정하여 필수 의료서비스를 유지하는 탄력성을 보였다. 이처럼 코로나19는 서비스 제공이 중단되면 취약하게 되는 보건 시스템의 만성적이고 근본적인 격차⁹⁾를 드러냈다.

9) 감염 예방 및 통제, 위생과 위생 기준, 만성적으로 인력이 부족한 의료시설, 추적-검역-격리와 탄력적인 공급망 등의 기능 등을 포함함.

WHO는 코로나19 대유행으로 인해 2020년에 최소 3백만 명이 사망하였으며, 70개 국가 중 36개 국가에서 필수 보건의료서비스의 50%가 중단되었다고 보고하였다(WHO, 2021c). 이러한 대유행의 영향은 취약하거나 갈등 또는 폭력 상황에 있는 인구집단에 큰 영향을 미쳤으며, 보편적 의료보장의 달성이 제한된 국가에서 대응에 더욱 어려움을 겪게 하였다. 코로나19 대유행으로 인한 비상 상황에서는 필수 보건의료서비스 제공과 보건의료 인력, 필수 물품의 확보와 분배가 중요하며, 대면과 비대면 방식을 활용하여 의료서비스를 지속적으로 제공하기 위해 노력해야 한다.

코로나19 대응과 백신 접종 과정에서 지역사회 기반 일차의료기관이 다양한 역할을 수행하였지만, 의료자원을 코로나19 대응에 우선적으로 활용함으로써 필수의료서비스가 장기간 중단되기도 하였다. 또한 이동 제한, 지불능력 감소, 감염에 대한 두려움 등 의료 접근성에 대한 장벽이 다양한 국가에서 전례 없는 문제를 야기하였다. 이에 WHO는 코로나19 상황에서 체험한 교훈을 바탕으로 일차보건의료에 기반한 회복력 있는 보건의료시스템을 구축해야 한다고 강조하였으며, 이를 위해 7가지 권고사항을 제안하였다.

〈표 2-2〉 회복력 있는 보건의료시스템 구축을 위한 권고사항

제언	권고사항
1. 현재의 대응을 활용하여 전염병 대비와 보건시스템 강화	• 위기 대비와 대응을 통합하는 보건시스템 강화에 대한 지속적인 투자 • 우선순위 영역을 결정하기 위한 기존 자원과 역량의 약점을 확인 • 필요한 경우, 조기 복구 접근방식을 포함하고 추가적인 투자를 보장하도록 CPRP 및 사회경제적 복구 계획을 업데이트함 • 보편적 건강보장과 보호에 대한 통합 접근방식을 적용하여 보건시스템을 강화하기 위한 노력에 위기 관리를 위한 정책과 계획을 포함함

34 미래 공중보건 위기 대응을 위한 지역보건체계 재구조화 방안: 보건소를 중심으로

제언	권고사항
	의료계, 위기대비대응의 관계자, 지역사회 파트너의 참여를 통해 보다 탄력적인 시스템을 위한 지속가능한 역량을 마련하도록 함
2. 모든 위험에 대한 위기 관리를 포함한 필수 공중보건 기능에 투자	- 필수 공중보건기능의 차이를 해소하기 위한 국내외 투자 증가 - 필수 공중보건 기능과 국제보건규칙에 근거한 역량 평가를 수행 - 필수 공중보건 기능에서의 공중보건 전문가의 역량과 공중보건 위기 시기의 역할을 강화함 - 국가 차원에서 지역의 행정조직에 포함될 필수보건 의료 기능에 대한 정책 대화를 수행 - 의료시스템에서 안전한 의료시설 프로그램을 구현함
3. 강력한 일차의료 기반 구축	- 보건의료체계 강화에 대한 강력한 정치적 약속과 리더십을 유지함 - 양질의 사람 중심 일차의료 및 필수공중보건 기능을 촉진하는 의료서비스 제공 계획과 조직 방식을 구현 - 적절하고 지속가능하며, 혁신적이고 다학문적 역량을 갖춘 인력 참여 보장 - 필수 공중보건의료서비스와 일차의료의 우선순위를 적절하게 지정하여 재원 조달(GDP의 최소 1%를 추가로 일차보건의료에 지출하고, 예방과 조정된 치료로 전환하도록 촉진하는 구매 및 지불시스템 구현) - 고품질 서비스를 제공하는 안전하고 접근 가능하고 지속가능한 일차보건의료 시설에 투자
4. 사회 전체의 참여를 위해 제도화된 매커니즘에 투자	- 보건시스템 강화와 위기 대응, 지역사회 참여, 권한 부여와 행정의 모든 수준에서 다분위 접근방식 확대를 위한 방안 - 전 정부와 사회의 참여를 통해 공중보건 비상사태를 대비, 대응하고, 복구 노력을 지원하는 정책, 법률, 규제적 도구를 개발함 - 공공의 참여와 권한 부여를 할 수 있는 공중보건 인력의 참여 보장 - 시기적절하고 정확한 정보를 제공할 수 있는 매커니즘 개발 - 국가 법률을 통해 지방정부의 역할과 지원을 위임할 수 있도록 지원하는 정책과 계획 선정 - 공급 부족 상황에서 자원에 대한 공정한 접근을 보장하기 위한 글로벌 매커니즘 지원
5. 연구, 혁신 및 학습을 위한 환경 조성 및 촉진	- 규제 환경을 포함하여 대유행 기간 동안 구현된 혁신적인 모델을 유지하고 조정 - 국가 간, 국가 내의 정보관리, 데이터 공유, 조정을 용이하게 하기 위한 지원 제공 - 위기상황과 회복력 있는 보건의료체계에 대한 연구와 혁신, 학습을 촉진

제언	권고사항
6. 의료시스템 기반 및 모든 위험 관리에 대한 국내외 투자 확대	• 장기요양시스템을 포함한 기존의 역량 검토 • 보건의료시스템과 위기 대응을 향상하고 유지하기 위한 법률적, 정책적 프레임워크 수립 • 공중보건과 보건안보에 대한 투자를 우선순위로 두고 역량의 차이를 보완하기 위해 투자 • 지역(국가단위)의 협력을 통해 회복력과 위기 대응에 대한 투자
7. 기존 불평등과 COVID19가 소외되고 취약한 인구에 미치는 불균형적인 영향 해소	• 추가적인 보건의료 재원을 동원하여 양질의 안전한 보건의료서비스에 대한 접근을 보장함 • 보건의료 시스템과 지역사회 회복을 위한 입법, 정책, 계획, 개입을 진행할 때 취약계층에 대한 고려와 이들의 참여를 보장함 • 소득보장을 위한 사회보장정책을 적용하여 취약 인구에 대한 재정적인 보호를 지원해야 함 • 건강과 의료서비스 접근에서의 불평등을 모니터링하고 취약성이 있는 상황에서의 새로운 기회들을 탐색해야 함

자료: WHO. (2021b). Building health systems resilience for universal health coverage and health security during the COVID-19 pandemic and beyond를 요약하여 연구자 작성.

첫 번째로, 전염병을 대비한 보건시스템을 강화하기 위해서 대응 경험을 활용하는 것은 시스템 강화에 위기 관리를 위한 정책과 계획을 포함하고, 의료계뿐 아니라 위기대비·대응 관계자 및 지역사회 파트너의 참여를 통해 지속가능한 역량을 구축해야 함을 의미한다. 두 번째, 필수 공중보건 기능에 투자해야 하며, 이를 위해 공중보건 영역에 대한 투자 증가와 역량평가, 전문가의 역량강화와 함께 국가 차원에서 지역의 행정조직에 포함될 필수보건의료 기능에 대한 정책 대화를 진행해야 한다. 세 번째 권고사항인 강력한 일차의료 기반을 구축하기 위해서는 의료서비스 제공 계획과 조직 방식을 구현하고, 역량 있는 인력이 참여해야 하며, 자원 조달과 지속가능한 일차보건의료 시설에 대한 투자가 중요하다. 특히, 자원 조달을 위해 GDP의 최소 1%를 추가로 일차보건의료에 지출하고 예방과 조정된 치료로 전환하도록 촉진하는 구매 및 지불시스템을 구현할 것을

권고하였다. 네 번째로는 사회 전체의 참여를 위한 메커니즘에 투자해야 하며, 이를 위해 범정부적 자원과 사회적 자원을 동원할 수 있는 제도적, 법적 수단을 개발해야 한다. 특히 지방정부가 모니터링과 책임하에 정책을 입안하고 계획할 수 있도록 역할을 위임하고 지원하기 위해 법적인 기반을 만들어야 한다. 이와 함께 공공의 참여를 견인할 수 있는 보건인력의 역량을 개발해야 하며, 시기적절하고 정확한 정보를 제공할 수 있는 메커니즘을 준비해야 한다.

다섯 번째로는 연구, 혁신, 학습을 위한 환경을 조성하고 촉진해야 한다. 이는 대유행 기간 동안 구현된 혁신적인 서비스 제공 모델을 유지하고 조정하며, 정보 관리와 데이터 공유를 지원하고, 다양한 위기상황에서 회복력 있는 보건의료 시스템에 대한 연구를 수행하는 것이 포함된다. 여섯 번째로는 의료시스템의 기반과 모든 위험요인에 대한 투자가 많아져야 한다. 이는 기존의 역량을 검토하고 근본적인 필요를 확인하기 위한 입법 및 정책 프레임워크를 구성하며 취약한 시스템과 거버넌스를 고려하여 공중보건 재원조달의 우선순위를 결정하는 것을 의미한다. 마지막으로, 코로나19가 기존의 불평등에 미치는 불균형적인 영향을 해소해야 한다. 이를 위해서는 보건의료서비스에 대한 접근성을 보장할 수 있도록 추가적인 보건의료 재원을 동원하고, 취약 인구에 대한 재정적인 보호를 지원하고, 건강과 의료서비스 접근성에서의 불평등을 모니터링하여 취약한 상황에 개입할 수 있는 기회를 탐색할 것을 권고하였다.

그런데 WHO는 형평적이면서도 회복력을 갖춘 시스템은 위기 시에 필수적이고 핵심적인 기능을 얼마나 잘 유지할 수 있도록 투자해 왔는가에 달려 있다고 강조한다. 그 예가 초과 사망(excess mortality)이다. WHO는 코로나19 발생 이후 2년이 흐른 2021년 말까지, 세계 각국의 초과 사망 결과를 발표했다. 초과 사망은 특정 기간에 일상적인 수준을

초과하여 발생한 사망을 의미하므로 코로나19 유행 기간의 초과 사망을 통해 코로나19의 영향을 가늠해 볼 수 있다.¹⁰⁾ WHO가 발표한 이 기간의 코로나19와 직·간접적으로 관련이 있는 사망은 약 1,490만 명이다. 같은 기간 WHO가 코로나19 사망자로 집계한 약 542만 명의 2.7배이다(박준용, 2022). 주목할 점은 여기에 코로나19로 인한 간접적 사망, 즉 팬데믹이 보건의료시스템이나 사회에 미친 영향으로 인한 사망이다. 이는 코로나19 대응 때문에 핵심적이고 필수적인 의료서비스를 비롯한 다양한 대응체계들로 작동해 왔던 건강안전망의 이완을 의미한다. 사망원인에 대한 추가적인 연구가 이어지겠지만, 결과적으로 코로나19로 인한 초과사망에는 필수·핵심서비스의 미충족이 포함된 것(박준용, 2022)으로 볼 수 있다. WHO 사무총장의 “모든 국가가 위기 기간에도 필수 서비스를 유지하기 위하여 회복탄력성을 갖춘 보건 의료시스템에 투자”해야 한다는 권고는 이 점에 대한 대응을 강조한 것이다.

WHO는 코로나19를 경험하면서 회복력 있는 보건의료체계 구축이 중요함을 강조하면서, 도시화가 보건영역에 새로운 도전을 야기한다고 언급하였다(WHO, 2020). 이에 제73차 세계보건총회(WHA)에서는 보건 위기 사태에 대한 대비 강화 결의안(WHA73.8)을 통해 지역 수준에서 다분야 조정과 지방정부 및 지역 공동체의 참여를 통해 보건 위기 사태 대비 및 대응을 위해 노력하도록 하였다. 이를 바탕으로 2022년의 제75차 세계보건총회에서는 도시지역의 보건 위기 대응 강화를 위한 프레임워크를 제시하고, 도시 및 도시 환경에서 보건 위기 대비 및 대응 강화 결의안(WHA75.7)을 승인하였다. 이 결의안은 코로나19 대유행이 지역 또는

10) WHO가 발표한 2020~2021년의 초과 사망에 대한 내용은 다음 자료를 참고하여 기술하였음(<https://www.who.int/news/item/05-05-2022-14.9-million-excess-deaths-were-associated-with-the-covid-19-pandemic-in-2020-and-2021>, 2022.6.23. 인출).

도시 수준의 보건 위기 준비에 심각한 결함을 드러냄으로 인해 작성되기 시작하였으며, 잠재적인 보건 위기 상황에 대한 시의적절하고 효과적인 예방·탐지·대응을 위해서는 보건의로 시스템에서 미래의 보건 위기에 더 적절히 대비할 필요가 있다고 언급하였다. 이를 위해서는 보건 위기 상황에 대한 대비 및 대응에서 지역사회의 효과적인 참여뿐만 아니라 국가-지역(regional)-지방(local) 수준의 조정이 핵심적인 역할을 강조하였다. 특히, 보건 위기 대비와 대응을 위한 자원이 주로 국가 수준에 있으며, 지역 내에서는 적절한 자원이 부족하므로, 회원국들이 아래 조치를 수행할 것을 결의하였다(WHO, 2022. 5. 27.).

첫째, 도시와 도시 환경의 고유한 취약성을 인식하여 보건 위기에 대비하고 대응할 수 있도록 적절한 주의를 기울이기 위한 정치적 헌신(commitment)을 유지한다. 둘째, 도시의 보건 위기 대비 대응을 위한 역량과 능력을 강화하고 적절한 자원을 제공한다. 셋째, 국가 수준의 보건 위기 대비 대응 정책에서 다분야, 다단계, 다자간 협력을 강화한다. 넷째, 이러한 계획은 도시와 도시 환경의 이질성을 고려하여 맥락에 맞게 구체적이어야 함을 인식하여 보건 위기 대비 및 대응계획을 개발하고 강화하고 구현해야 한다. 다섯째, 다중 부문, 다중 수준 및 다중 이해관계자 접근방식을 채택하여 시뮬레이션하고 대응 이후 사후 검토를 수행해야 한다. 여섯째, 국가의 공중보건 당국과 WHO 글로벌 전략 대비 네트워크 및 관련 조직을 포함하여 모범 사례를 공유하고 학습하는 것을 협력하고 지원해야 한다.

이와 관련하여 WHO는 ‘도시 및 도시 환경에서 보건 위기 대비를 강화하기 위한 프레임워크’를 개발하였다(WHO, 2022). 이 프레임워크는 공중보건 정책 결정자와 도시 환경에서 보건 위기 대비에 관여하는 이해관계자를 지원하기 위해 만들어졌다. 보건 위기에는 모든 위험 접근방식으

로 접근해야 한다. 이는 다양한 유형의 위험이 보건 위기와 연관되어 있고, 이에 대한 재난 위험 관리 기능이 전반적으로 유사하므로 보건 위험을 관리하는 정책, 전략, 프로그램은 공통되는 역량을 활용하여 다양한 위험에 대응할 수 있도록 설계되어야 한다는 의미이다. 또한 보건 위기는 사회의 모든 부문에 영향을 미치므로 이에 대응하기 위해서는 보건 부문을 넘어서 범정부 및 사회 전반의 참여가 필요하다. 보고서에서는 도시 환경의 보건 위험을 대비하기 위한 이해관계자와 주요 역할을 다음과 같이 나열하였다.

〈표 2-3〉 도시지역의 보건 위험에 대비하기 위한 이해관계자와 주요 역할

이해관계자		주요 역할
모든 이해 관계자		모든 위험에 사회 전체 및 다수준 참여; 다양한 이해 관계자와 협력; 관계자의 의견 옹호; 정보와 데이터 공유
국가 수준	정부 대표	리더십, 조정(정부, 사회, 다수준, 다중 이해관계자 수준), 외교, 옹호
	국가 정부	조정(정부, 사회, 다수준, 다중 이해관계자 수준), 리더십, 외교, 대비를 위해 필요한 예산과 재원조달의 우선순위 지정
	정치 지도자 (장관, 국회의원, 선출직)	리더십, 유권자의 요구사항 대표, 대비를 위한 명확한 우선순위 생성, 옹호
	보건부	조정, 정책 지침, 역량 강화, 위험 및 필요 평가, 계획, 보건 프로그램을 위한 자금 관리, 위험 의사소통
	내각 부처	조정 및 참여, 자금 계획 및 관리
	기타 관계부처	모든 정책에 건강을 고려하여 수행
지역 수준	공중보건기관	정책 지침, 역량 개발, 위험 및 필요 평가, 감시 데이터 수집 및 분석 프로그램, 자원 계획 및 관리
	지방/지역/주/시도	조정(정부 차원에서 지역 수준), 대비의 주류화, 다른 도시에 대한 기술 및 재정 지원 제공, 도시 계획 및 규제
	주지사/시장/시장지도자/시의원	리더십, 지역 차원의 조정(지역 차원의 범 정부적 접근, 사회 전체적 접근), 지역 사회의 참여, 옹호
	지자체의 관련 부처	데이터와 경험 공유, 전 정부 및 사회적 접근에 참여, 필요한 경우 부문별 대응 조정
	공중 보건 기관	역량 강화, 위험 및 필요 평가 수행
제3 영역	개발파트너/인도주의 단체	정부와 협력하여 우선순위 영역에 자금 지원, 지역사회에 참여, 옹호, 역량 구축 및 대응 지원, 위험 커뮤니케이션
	비정부기구(NGO)	지역사회에 참여(취약집단 및 성 평등에 초점), 옹호, 역량 강화 및 대응 지원, 위험 의사소통
	시민단체/지역사회 단체/리더	지역사회(취약집단 및 성 평등에 초점)를 조직하여 참여 및 동원, 옹호, 위험 의사소통
	연구기관	데이터 공유 및 분석, 연구 지원 및 정책 지침 개발, 정부와 협력

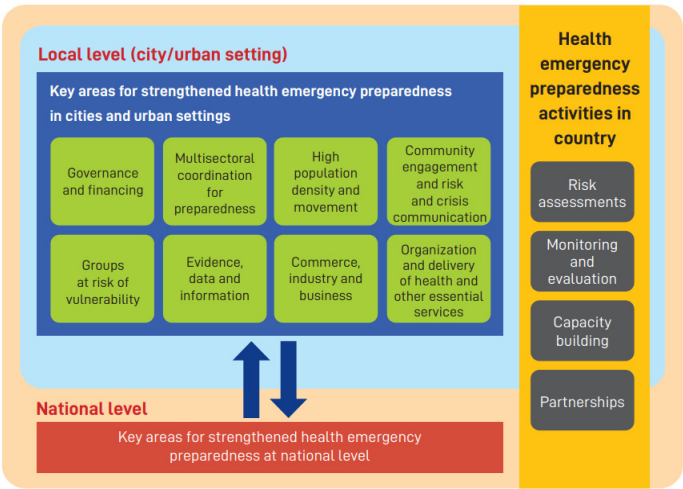
40 미래 공중보건 위기 대응을 위한 지역보건체계 재구조화 방안: 보건소를 중심으로

이해관계자		주요 역할
민간 부문 및 미디어	시민, 주민	공중보건조치 개발과 준수에 기여, 지역사회 대응을 조직하고 지원, 옹호 및 로비
	민간 부문	정부와 협력하여 필요한 영역에 자금 지원, 데이터 공유 및 분석, 물류, 대비 및 대응 활동 지원, 지역사회 참여
	미디어	정부와 협력하여 허위 정보에 대응하고 적절한 위험 정보 전달을 보장
학계	학술 기관	데이터를 공유하고 분석, 과학적 연구 및 정책 지침 개발 지원, 정부와 협력
국제 기관	WHO, UN 등	기술적 지원, 규범 지침, 소집 기능

자료: WHO. (2022). Framework for Strengthening health emergency preparedness in cities and urban settings.

또한 보고서는, 국가 수준에서는 위험 평가·감시·모니터링 및 평가·역량 구축·파트너십 등의 활동으로 전반적인 보건 위기를 대비하고 있지만, 도시 또는 지역 수준의 고려 또는 참여 없이 국가 수준에서만 이루어지고 있다고 언급하였다. 보건 위기에 대응할 때 지역 수준에서 거버넌스와 재원조달, 다분야 조정, 취약집단 고려 등의 활동에 기여한다면 더욱 포괄적으로 위기에 대비할 수 있을 것이다(〈그림 2-1〉 참조).

[그림 2-1] 전반적인 보건 위기 대비 강화를 위한 도시지역의 역할



자료: WHO. (2022). Framework for Strengthening health emergency preparedness in cities and urban settings.

WHO(2022)는 이와 함께 도시 환경에서 보건 위기 대비를 강화하기 위한 주요 영역 및 고려사항 여덟 가지를 제시하였다. 이 여덟 가지는 보건 비상사태에 대한 거버넌스 및 자금 조달 준비, 대비를 위한 다분야 조정, 높은 인구 밀도와 이동 고려, 지역사회 참여와 위험/위기 소통, 취약성의 위험이 있는 그룹 고려, 데이터와 근거 활용, 산업, 산업 및 비즈니스 영역 고려, 필수 서비스 제공이다.

〈표 2-4〉 도시지역의 보건 위기에 대비하기 위한 고려사항

구분	내용
보건 위기에 대한 거버넌스 및 자원 조달 준비	- 거버넌스: 지역에 대한 지식을 활용한 계획 수립 - 재원 조달: 적절하고 지속적인 재원 조달을 위한 지속적인 헌신
대비를 위한 다분야 조정	- 다분야 및 이해관계자 고려: 상호 의존성을 고려한 협력 추진 - 다분야 대비 조정 프레임워크: 사회 전체적 접근방식을 채택하여 리더를 선택하고, 구조를 개발하고, 공식적으로 대비함
높은 인구 밀도와 이동	- 도시와 도시 환경의 조밀한 특성 고려 - 인구 이동의 위험을 감소시킬 수 있는 효과적인 위험 관리 도입 - 도시계획 및 설계를 통한 혼잡의 위험 완화 - 대규모 집회 행사 시 공중보건적인 준비 및 고려를 통한 역량 구축
지역사회 참여 및 위기소통	- 지속적이고 의미 있는 지역사회 참여를 통해 신뢰 구축 및 효과적인 의사소통 - 이민자를 포함한 인구의 다양성을 고려하여 필수 서비스에 대한 접근성 제공 - 위험 및 위기 소통을 위한 의사소통 역량 강화 - 인포데믹 관리
취약성 위험이 있는 그룹 고려	- 도시와 도시 환경은 취약성의 위험이 있는 집단이 다수 거주할 수 있으므로, 보건 위기 사태에 불균형적으로 영향을 받는 집단을 고려 - 취약점 매핑을 통해 취약한 하위 집단을 잘 정의하고 찾아낼 수 있도록 기존의 지역사회 그룹 지원 - 건강 결정 요인, 기존의 건강 불평등을 포함한 취약요인을 해소할 수 있도록 구조적 불평등을 인식하고 해결함

42 미래 공중보건 위기 대응을 위한 지역보건체계 재구조화 방안: 보건소를 중심으로

구분	내용
데이터, 근거 및 정보	• 비상 대비 및 대응 강화를 위한 지역 당국의 데이터 사용 • 기존의 도시 간 대비 능력 격차를 식별하고 해소 • 근거 생성 역량 강화
상업, 산업 및 비즈니스	• 산업의 중심지인 도시 환경을 고려하여 민간 부문이 기여할 수 있도록 협력 • 비공식 경제 영역 고려
보건 및 기타 필수 서비스 제공	• 모든 유형의 보건위험에 대한 대비, 대응, 복구에 중요한 역할을 하는 의료 시스템 강화(서비스 접근성 보장) • 안전하고 유연하며 재해 및 위기 사태에 탄력성이 있는 시스템 구축 • 사람 중심의 일차의료 접근방식을 채택하여 의료서비스에 대한 평등한 접근 촉진 • 보건을 넘어선 기타 필수 서비스(사회서비스 및 교육)을 안전하고 지속적으로 제공

자료: WHO. (2022). Framework for Strengthening health emergency preparedness in cities and urban settings.

이러한 프레임워크를 구현하기 위해서는, 국가 수준에서 도시 환경을 보건 위기에 더 강력하게 대비하는 중요한 요소 또는 기회, 진입점으로 고려해야 한다. 이는 위험 평가, 모니터링과 평가, 역량 구축, 파트너십을 통해 달성할 수 있으며, 각 국가는 기존에 개발된 WHO의 도구들을 활용하여 이를 달성해야 한다.

한국 또한 지역마다 도시의 크기와 주요 기능, 공중보건 위기에 대응할 수 있는 지역의 역량이 다른 상황이다. 앞으로 다가올 공중보건 위기에 대응하기 위한 전략을 수립하기 위해서는 국가 수준에서 회복력 있는 보건의료시스템을 구축하는 것과 함께 지역 수준에서 각 지역의 맥락을 고려한 보건 위기 대비를 수행해야 할 것이다.

2. OECD

OECD에서는 코로나19 유행 초기인 2020년 한국이 마주하고 있는 공

중보건 문제의 규모와 이에 대응하기 위한 기존의 정책을 평가하는 보고서를 발간하였다(OECD, 2020a). 이는 회원국의 공중보건 정책을 검토하는 OECD 보고서 중 세 번째 시리즈로, 한국의 시스템은 지금까지 예방적 치료보다 치료에 중점을 두었으나, 급속한 인구 변화와 생활방식과 관련된 새로운 위험요인, 만성질환 부담 증가로 인해 예방과 공중보건에 우선순위를 두어야 한다고 평가하였다. 보고서는 한국의 공중보건시스템에서부터 정책이 주로 대응해야 하는 영역으로 음주에 대한 대응, 새로운 기술의 활용(정밀의학 등), 공중보건 비상사태 대비를 상세히 검토하였다. 검토를 통해 음주, 흡연을 줄이는 건강한 생활방식을 위한 노력을 강화하고, 고령화와 만성질환 부담이 증가하는 상황에서 지역사회와 보건소 등 일차의료 역량 강화에 중점을 두고, 새로운 기술 적용의 이익과 피해가 균형을 이루도록 위험 기반의 접근방식을 유지하고, 모든 이해관계자의 공중보건 위기 대비·대응 역량을 강화할 것을 권고하였다.

이 중에서 공중보건 위기에 대비하기 위해서는 메르스 등에 대한 지난 경험을 바탕으로 법적·제도적 틀을 개정하여 OECD가 권장하는 모든 위험 접근방식을 기반으로 법적 프레임워크를 마련한 것을 검토하였다. 또한 위기 대비·대응 역량을 강화하기 위해 투자했으며, 시민 대상의 정보 공유와 의사결정을 지원하기 위해 기술을 활용하고 있음을 긍정적으로 평가하였다. 다만 이러한 개혁과 역량 향상에도 불구하고 행정부의 모든 수준에서 계획에 지나치게 의존하는 것을 지적하며, 현존하는 3,000개 이상의 위기 대응 매뉴얼을 단순화할 것을 권고하였다. 이는 더 복잡하고 예측할 수 없는 비상사태에 대비하기에는 충분하지 않으므로, 다중 이해관계자 파트너십 및 유연한 준비와 리더십을 기반으로 하여 민첩한 대응 역량을 강화하고, 지역 차원에서 대비를 강화하는 것이 중요하다고 평가한 것이다. 이와 함께 한국이 공중보건 비상사태 대응 능력을 강화하기

위해서는 ‘국가 차원의 지속적인 노력이 지역의 회복력과 능력 향상으로 보완되도록’ 지방정부와의 협력을 늘리도록 제안하였다(OECD, 2020a).

OECD에서도 WHO와 유사하게 코로나19 이후 복원력 있는 보건의료 시스템, 회복탄력성과 회복력에 대한 논의를 하고 있다(OECD, 2022). 이때 보건의료시스템의 복원력(resilience)은 전염병, 경제 위기 또는 기후 변화의 영향 등의 충격에 대한 계획을 세우고, 혼란으로 인한 부정적인 결과를 최소화하고 빠르게 복구하며, 더 나은 건강결과를 위해 적응할 수 있는 보건의료시스템의 역량(ability)으로 정의된다. 복원력 있는 의료 시스템을 구축하는 것에는 자료와 근거에 기반한 투자 결정, 보건의료시스템의 신중한 재설계가 필요하다.

코로나19 대유행은 신체적·정신적·사회적으로 다양한 피해를 야기하였다. OECD는 이러한 문제를 효과적으로 해결하기 위해서는 바이러스와 병원에만 집중할 수밖에 없는 정책보다, 코로나19에 직간접적으로 영향을 받는 집단의 신체적·정신적·사회적 건강 필요를 해결하기 위한 포괄적인 전략이 필요하다고 보았다. 또한, 코로나19 시기 대응의 최전선에 일차보건의료가 있었으며, 보건의료시스템이 보건 위기에 회복력을 갖기 위해서는 강력한 일차 및 지역사회 의료체계가 필요하다고 언급하였다(OECD, 2021). 일차의료는 보건 위기 상황 중에 지역사회에서 일차진료를 제공하고 만성질환자의 진료 연속성을 유지하는 데 도움이 되며, 위기 진행 중과 이후에 포괄적이고 예방적인 의료를 제공함으로써 전체 의료 시스템에 대한 부담을 줄일 수 있기 때문이다.

이에 OECD 국가들은 감염병 유행 기간에 보건 위기의 최전선을 강화하기 위해 일차의료에 개입하였다. 여기에는 지역사회 서비스와 연결하여 위기간 동안 환자를 가정에서 돌보는 방식의 일차의료서비스 제공으로 개편, 약사가 만성질환 약물을 처방하거나 처방을 연장할 수 있도록

하는 일차의료의 업무와 책임의 재정렬, e-health와 원격의료를 포함한 디지털 도구와 시스템 활용, 높은 업무량과 위험을 고려한 일차의료제공자에 대한 재정적 인센티브와 보상 등이 포함된다.

3. World Bank

World Bank에서는 코로나19 대유행 기간 동안 보편적 건강보장(UHC) 달성을 위한 진전이 정체되거나 후퇴하였고, 이러한 영향이 국가별로 불균형적이라고 지적하였다. 즉 수년간 의료시스템에 대한 과소투자의 영향을 드러낸 것으로 해석하였으며, 재정적 보호의 측면에서 보장성 개선이 속도를 내지 못했다고 언급하였다. 그 결과 코로나19 유행기간 동안 non-COVID 필수서비스에 대한 접근성이 약화되고, OOP 지출로 인한 빈곤화와 불평등 확대 등이 관찰되었으므로, 보편적인 건강보장 확대를 위한 세 가지 우선 조치사항을 제시하였다(Colombo, F., Jakab, Z., & Uribe, J., 2021).

첫째, 일차 및 지역사회 의료서비스를 강화하는 것으로, 이는 보건 위기에 탄력적인 시스템을 구축하고, 건강 불평등을 줄이기 위해 중요하다. 일차의료는 보건 위기 상황에서 진단-추적-감시, 병원 내의 환자 감소에 중요한 역할을 하며, 일차의료의 중심적인 역할을 간과하면 감염병 유행에 대한 대응의 효과가 느려지고, 일상적인 care의 혼란이 나타날 수 있으므로 네 가지 전략적 변화(shift)를 통해 새로운 기능을 갖추어야 한다고 주장하였다. 네 가지 전략적 변화는 낮은 질의 서비스에서 양질의 서비스로의 변화, 분절된 보건의료서비스에서 사람 중심의 통합된 서비스로의 전환, 불평등에서 평등과 책무성으로의 변화, 취약성에서 복원력 있는 체계로의 전환이라고 제시하였다(Baris, E., Silverman, R., Wang,

H., & Zhao, F., 2021).

둘째, 보건 위기 대비와 보편적 건강보장, 효율성을 위한 자원 동원(mobilizing resources)이다. OECD는 고소득 국가에서도 보건 위기에 탄력적으로 대응할 수 있는 보건시스템을 갖추기 위해 GDP의 1.5% 정도의 연간 투자가 필요하다고 계산하였으며, 재원 마련을 위해 건강세와 공공재정관리의 개혁을 언급하였다. 담배, 알코올, 설탕 첨가 음료에 대한 건강세(health taxes) 인상은 단기적으로 정부 수입과 필수적인 지출을 위한 재정적 여유(fiscal space)를 증가시켜 중장기적으로 건강을 개선할 기회를 제공할 수 있다. 또한, 보다 유연하고 책임감 있는 재정관리 시스템을 가진 국가는 필요에 따라 자금을 더 잘 배분하고 추적할 수 있으므로, 공공재정관리(public financial management, PFM)의 개혁이 필요하다고 언급하였다.

셋째, 의료인력의 필요를 고려하는 것을 제시하였다. 코로나 유행 기간에 66%의 국가에서 인력 부족으로 인해 서비스 제공이 중단되었으며, 의료인력 중 40%~2/3에서 정신건강 문제가 나타났다고 보고하였다. 양질의 의료서비스 제공을 위해서는 의료 종사자의 교육, 배치, 관리, 평가 및 보상에 대한 변화가 필요하다.

제2절 호주

1. 도입

호주의 사례를 이해하기 위해서는 우리나라와 제도적으로 매우 다른 특성을 가진 호주의 행정 및 정치 체계에 대한 이해가 선행되어야 하며,

특히 세금으로 재정을 조달하여 운영되는 전 국민 건강보장제도의 특성을 이해할 필요가 있다. 호주는 연방국가이며, 공중보건시스템은 국가가 운영한다. 비교적 피해가 적었던 코로나19 팬데믹에 대처하는 과정에서 공공부문의 역할이 상당히 컸다.

따라서 본 절에서는 호주의 공중보건의료체계의 특성을 검토하고, 호주의 코로나19의 전개와 대응책을 소개하는 한편, 호주의 지방 보건청을 중심으로 코로나19 상황에서 지역보건체계 재구조화 사례를 살펴보고자 한다. 다른 국가에서와 마찬가지로 호주도 팬데믹을 겪으면서 대응이 급박하게 진행되었기 때문에 지역보건체계에 대한 논의가 정리된 것이 없을 뿐 아니라, 이 원고를 작성하는 시점인 2022년 상반기에 아직 호주에서는 재구조화와 관련된 논의조차 진행되고 있지 않기 때문에 참고할만한 자료가 부족한 것이 사실이다. 따라서 호주 사례를 정리하는 데 있어 기존의 지역보건체계를 검토하고, 코로나19 대응에서 지역보건체계가 한 역할을 중심으로 살펴보는 한편, 시드니 보건청의 코로나19 대응책에 관한 형평성 중심 건강영향평가가 진행된 바가 있어 이를 중심으로 본 원고를 작성하고자 한다.

2. 호주의 공중보건 및 보건의료제도 개괄

가. 호주 공중보건 및 보건의료제도 개요

호주의 보편적 보건의료 체계는 Medicare라고 칭하며 국민의 세금으로 국가가 전 국민 보건의료를 보장한다. 보건의료서비스는 공공과 민간에서 모두 제공하는데, 민간의원은 지역사회에서 일반의(General Practitioner, GP) 및 치과의료를 제공하며, 병원 및 진단에도 참여하고

있다. 민간 건강보험 서비스도 발달하였으며, 많은 호주 국민이 민간보험에 가입하여 병원치료 비용을 조달하거나 Medicare에서 보장하지 않는 추가 비의료서비스를 받는다.

호주는 보건의료체계에서 연방정부와 주정부의 역할이 구분되는데, 연방정부는 재정을 조달하는 한편, 주정부는 연방정부의 재정지원을 받아 공공병원을 운영하고 질병예방, 지역보건, 정신보건, 응급의료 등의 보건의료서비스를 제공한다. 지역보건체계는 주정부가 주요 기능을 담당한다. 호주의 보건의료체계에서 주정부는 다음의 책임을 갖는다.

- 공공병원의 운영 및 관리
- 질병예방서비스(예: 유방암 검진, 예방접종 등) 제공
- 지역사회 및 정신건강 서비스의 재원조달 및 운영
- 공공 치과클리닉 운영
- 구급차 및 응급의료 서비스 운영
- (격오지) 환자수송 사업
- 식품안전 및 관리 규정
- 보건의료기관 관리, 감독, 허가, 모니터링

호주에는 6개의 주(New South Wales, Victoria, Queensland, Western Australia, South Australia, Tasmania)와 2개의 자치구(Northern Territory, Canberra)가 있는데, 주별로 운영하는 보건의료체계가 다르다. 따라서 호주에는 주마다 공통된 지역보건체계가 존재하지 않고, 주별로 독자적인 시스템을 운영하고 있다. 여기에서는 New South Wales 주의 제도를 소개하고자 한다.

나. 뉴사우스웨일즈 주정부의 보건의료체계

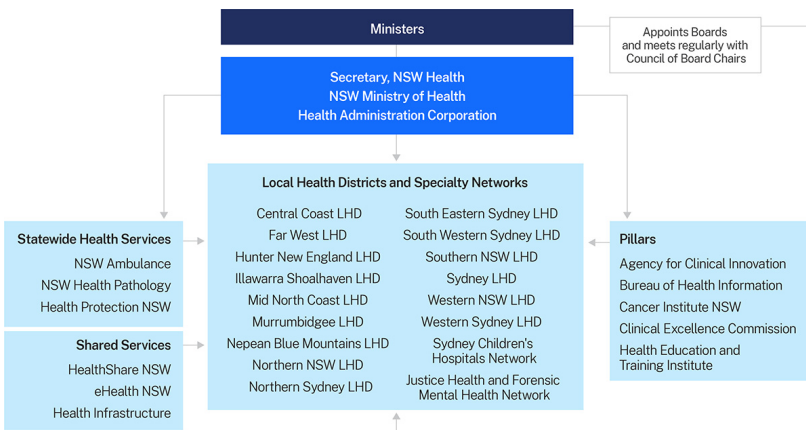
뉴사우스웨일즈(이하 ‘NSW’) 주는 호주 동남쪽에 위치하였으며, 인구 890만 명으로 인구 규모로는 가장 큰 주이다. 대표적인 도시로 시드니(490만 명), 뉴카슬(37만 명), 일라와라(29만 명) 등이 있다.

1) NSW의 공중보건의료체계 - ‘NSW Health’

① NSW Health의 조직

NSW주의 보건의료체계를 통칭하여 NSW Health라 하며, NSW Health는 주정부 보건부(NSW Ministry of Health)의 관리하에 주정부 보건의료서비스, 15개 지역보건청(Local Health Districts), 그리고 기타 핵심기관으로 구성되어 있다(그림 2-2).

[그림 2-2] NSW Health 조직도(2022)



자료: NSW Health (2021. 12. 7.) NSW Health organisation chart.

<https://www.health.nsw.gov.au/about/nswhealth/Pages/chart.aspx> (2022. 6. 5. 인출)

② NSW Health의 8대 전략 목표

NSW Health의 8대 전략 목표는 아래의 목록과 같다(NSW Health, 2021). 대부분 공공병원 및 치료 위주의 보건의료서비스의 제공과 관련된 것이며, 공중보건이나 건강증진과 관련된 지역보건체계와 관련된 사항은 첫 번째 전략 목표인 지역주민의 건강유지에 해당한다.

1. 지역주민의 건강유지
2. 환자 안전을 최우선으로 하는 세계적 수준의 의료서비스 제공
3. 서비스 간 연계를 강화하여 통합서비스 제공
4. 보건의료인력, 문화, 거버넌스의 강화와 지원
5. 건강 및 의료 연구와 혁신 장려
6. 디지털 보건의료 시스템 구축
7. 미래지향적 서비스 체계와 의료시설 건설
8. 지속가능한 재정체계 구축

2) 지역보건청(Local Health Districts)

NSW Health에서 지역보건을 담당하는 주된 기관은 15개의 지역보건청(Local Health District, LHD)이며, 도시지역 8개 및 지방 7개의 지역보건청으로 구분되어 있다. 지역보건청은 지역의 보건의료서비스를 관리하는 한편, 지역사회의 질병예방, 건강보호 및 건강증진서비스를 제공하며, 공공병원도 지역보건청 소속이다. 시드니 지역 8개의 지역보건청 중 가장 중심부에 위치한 시드니 지역보건청(Sydney Local Health District, SLHD)의 사례를 소개하고자 한다.

다. 시드니 지역보건청(Sydney Local Health District, SLHD)

1) 시드니 지역보건청 소개

시드니 지역보건청은 면적 126km² 및 인구 700,000명에 해당하는 지역을 관할하며, 이 지역은 시드니 지역 중심에 해당하는 지방정부인 City of Sydney, Inner West Council, Canterbury-Bankstown 일부, Canada Bay, Burwood 및 Strathfield를 포함한다. 호주에서는 지역보건청의 관할구역이 지방행정구역과 일치하지 않는 경우가 빈번하다.

시드니 지역보건청의 연간 예산은 22억 호주달러(2020.7.~2021.6.)이며, 직원 수는 총 16,000명이다. 직원 중 절반은 보건청 소속 5개의 공공병원에 의사, 간호사 등 보건의료전문인으로 근무하고 있다. 5개의 공공병원이 지역보건청의 관할 업무에서 가장 큰 비중을 차지하고 있지만, 이외에도 지역사회를 대상으로 각종 공중보건 서비스와 사업을 운영하고 있다.

2) 주요 업무 및 전략

시드니 지역보건청의 주요 전략목표는 아래의 목록과 같다(SLHD, 2018). 대부분의 전략 목표가 공공병원의 환자 치료와 관련된 의료서비스 제공을 중점적으로 다루고 있지만, 5번과 6번의 전략목표는 지역사회-기반으로 하는 공중보건 서비스와 사회적 건강결정요인과 관련된 정책적 개입을 다루고 있다.

1. 환자 중심의 통합 치료 제공

- 2. 보건의료인력 역량 강화 및 유연하고 건강한 근무여건 제공
- 3. 호주 원주민을 포함하는 수용적인 시스템 마련
- 4. 보건의료 시설 개선 및 확장 건설
- 5. 치료 중심에서 지역사회 기반으로 한 공중보건 서비스로의 전환
- 6. 사회적 건강결정요인을 다루는 사회적 정책적 요인 개입
- 7. 디지털 헬스 기술의 강화
- 8. 건강 및 의료 연구 강화
- 9. 일차의료, 유년기 건강, 정신건강, 고령건강, 원주민 건강, 만성 및 복합질환 서비스, 장애, 감염성 질환, 약물, 완화의료 강화
- 10. 3차 및 4차 의료서비스의 확대
- 11. 보건의료 및 사회복지 서비스 체계 요소 간 협력 강화
- 12. 최고의 성과, 결과 및 비용효과성 달성

시드니 지역보건청 내의 주요 서비스 및 조직은 <표 2-5>와 같다.

<표 2-5> 시드니 지역보건청의 주요 서비스

분류	조직명	업무내용
공공 병원	Royal Prince Albert Hospital (종합병원급)	900병상 규모로 시드니에서 가장 큰 종합병원으로 University of Sydney 의과대학과 연계되어 있음.
	Concord Repatriation General Hospital(종합병원급)	750병상 규모. 3차 종합병원으로 University of Sydney 의과대학과 연계되어 있음.
	Cantebury Hospital	급성기 병원으로 환자치료 및 지역사회 보건 의료서비스 제공
	Balmain Hospital	일반의료를 중심으로 하는 비급성기 병원으로 노인요양 및 재활치료 서비스 제공
	Sydney Dental Hospital	NSW 주 소개 2개 치과병원 중 하나
서비스	Aboriginal Health Unit	원주민 건강(유년기, 아동, 청소년, 만성질환, 정신건강, 약물, 감염병, 성건강, 구강건강, 보건의료인력, 건강증진, 병원연계)

분류	조직명	업무내용
	Aged Health Chronic Care and Rehabilitation	노인 요양 및 재활 서비스의 제공 및 연계
	Carers Program	간병인 지원 프로그램
	Community Health	아동, 가족, 성건강, HIV, 성폭력, 가정폭력
	Interpreter Services	환자와 보건의료제공자 간 통역서비스
	Mental Health	지역사회 정신보건 서비스로 상담사, 간호사, 사회복지사, 직업치료사, 심리치료사, 운동치료사, 영양사 등 통합서비스 제공
	Nursing and Midwifery	병원과 보건소를 중심으로 지역사회 간호서비스 및 조산사 서비스 제공
	Oral Health	보건소를 통해 지역사회 구강보건서비스 제공
	Research Unit	지역보건연구, 임상시험, 연구윤리승인 등 보건의료 각 분야에서 연구활동 수행
	Planning Unit	지역보건청 소속 기관 및 업무분야별 전략 계획 수립, 관리, 조정, 평가
	Population Health Unit	건강증진, 건강형평성 등 지역사회 건강
	Public Health Unit	감염병, 환경보건, 예방접종 등 공중보건법의 건강보호 규정의 시행
	RPA HealthOne Green Square	지역사회 중심의 통합 보건의료 시설 건설 사업
	Sydney Innovation	지역보건청 내 서비스 및 운영의 혁신적인 시스템과 사업의 연구와 추진
	RPA Virtual Hospital	영상통화를 통한 24시간 원격의료서비스 플랫폼(2020년 신설)

자료: NSW Health (2021.) Hospitals&Services.

<https://slhd.health.nsw.gov.au/hospitals-services> (2022. 6. 5. 인출)

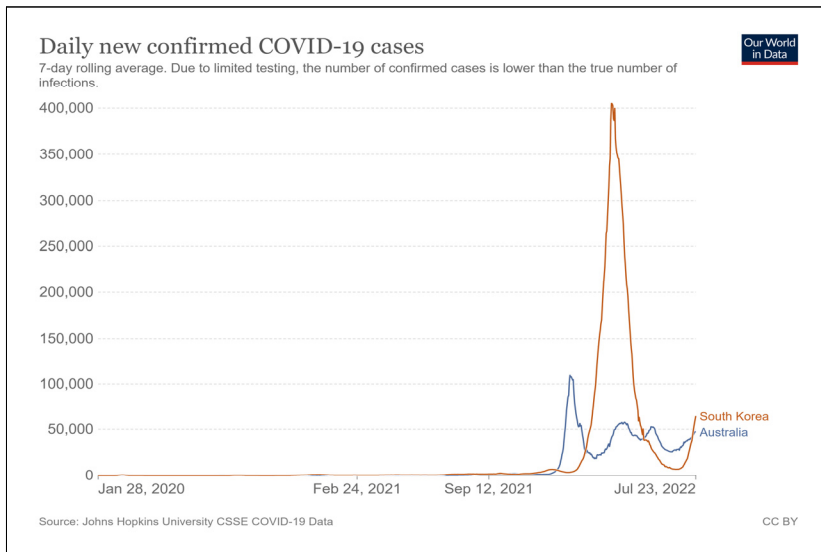
3. 호주의 코로나19 대응의 특징

가. 코로나19 감염현황 및 대응 개요

호주의 코로나19 누적 확진자는 9백만 명(2022년 7월 말 기준)으로, 전 국민의 약 35%가 코로나19에 감염되었던 것으로 보고되고 있다. 호주의 코로나19 유행추세는 2020년부터 2021년까지는 강력한 락다운 등의

효과적인 대응으로 큰 유행 추세는 없었으나, 2021년 6월에 델타변이 유행과 2021년 12월부터 3차례의 오미크론 유행이 특징이었다.

[그림 2-3] 한국과 호주의 COVID-19 신규 감염자 현황(7일 평균)



자료: Our World in Data. (2022) Coronavirus Pandemic-Daily new confirmed COVID-19 cases. <https://ourworldindata.org/coronavirus> (2022. 6. 3. 인출)

호주의 코로나19 대응은 강력한 해외 입국 제한, 락다운(사회적 거리 두기 및 봉쇄), 검사 및 역학조사(testing & contract tracing), 전 국민 백신접종이 특징이다. 호주의 코로나19 확산 양상과 대응이 우리나라와 비교적 유사하게 전개되었다고 볼 수 있으나, 호주는 우리보다 훨씬 강력한 입출국 제한과 락다운을 실시하였다. 호주는 외국인에 대해 강력한 입국제한이라는 규제를 실시하였고, 유행이 발생할 때마다 락다운을 실시하였는데, 멜버른의 경우 총 6회의 락다운이 실시되었고, 멜버른 시민들은 코로나 유행 이후 누적 260일 이상 락다운 상태에 있었다.

1) 호주 연방정부의 조치

호주는 코로나가 세계적으로 유행하기 시작함과 동시에 국경을 봉쇄하는 강력한 조치를 취했다. 팬데믹 초기에는 코로나가 유행하는 국가에 대해서만 선택적으로 입국 규제하다가 2020년 3월 20일 자로 외국인에 대해 전면 입국 금지 조치가 취해졌다. 이 규제는 팬데믹이 진행되던 2년 동안 계속 유지되었으며, 2022년 2월 21일 자로 해제되어 다시 외국인 입국이 허용되기 시작하였다.

2) 주정부의 조치

주정부의 자치권이 있는 호주는 코로나19 대응에서도 주정부별로 다르게 코로나19 정책이 전개되었다. 예컨대, 주에 따라 해외 입국 규정과 주 출입 규정이 달랐으며, 자가격리 및 치료나 마스크 규정도 상이하게 전개되었다.

시드니와 멜버른 등 대도시가 위치한 뉴사우스웨일즈 주와 빅토리아 주에서는 코로나19 유행이 있을 때마다 강력한 락다운을 중장기간 실시하였다. 호주의 락다운 규정은 필수목적 이외에는 집에서 외출할 수 없는 매우 강력한 조치였다. 심지어 시드니에서는 필수목적으로도 집으로부터 반경 5km 이상의 지역으로는 외출할 수 없도록 한 적도 있었다.

3) 지역보건청의 역할

역학조사와 치료는 각 주의 보건부 산하 보건의료체계에서 수행하였으며 잘 발달한 공중보건시스템에 기반하여 체계적으로 검사, 역학조사(contact tracing), 치료 및 백신접종이 시행되어 큰 효과를 보았다.

NSW의 경우, 각 지역보건청을 주축으로 진행되었다.

락다운 규제로 인해 외출 및 대민업무가 금지되고 보건청 직원들이 코로나19 대응 업무에 투입되었는데, 이로 인해 지역보건청에서 수행해 오던 기존의 지역보건 서비스는 사실상 전면 중단되었다. 그리하여 원격의료서비스가 시작되었고, 정신건강 서비스가 강화되었다.

나. 사례: 시드니 지역보건청의 코로나19 대응

1) 코로나19 대응 연혁

시드니 지역보건청의 코로나19 관련 대응 노력은 다음 <표 2-6>과 같다.

<표 2-6> 시드니 지역보건청의 코로나19 대응

일자	내용
2020.01.30.	NSW 최초 코로나 검사소 개소(Royal Prince Albert Hospital내)
2020.02.03.	RPAAvirtual Hospital 개소(원격의료 플랫폼)
2020.02.28	호주 연방정부 비상사태 선포
2020.03.10.	호주 누적 코로나 환자 100건 지역보건청 2번째 검사소 개소(Concord Hospital)
2020.03.11.	WHO 팬데믹 선언
2020.03.20.	호주 국경 봉쇄
2020.03.25.	비-필수 의료 취소 및 코로나 썬지 대비(중환자실, 병상 등)
2020.03.29.	해외입국자를 위한 14일 자가격리 시설 운영(Special Health Accommodation)
2020.03월	코로나 검사소 추가 개소(Canterbury병원, Redfern 보건소, Summer Hill 드라이브스루 검사소) Public Health Unit 역학조사 업무 시작 (다른 부서 직원 추가배치) 코로나 콜센터 개소 Tiger Team 발족
2020.4-6월	드라이브스루 검사소 추가 운영(Five Dock, Canterbury Hurlstone Park, Homebush, Ultimo, Broadway) 요양시설 집중관리
2020.07.21.	Waterloo 및 Redfern 공공임대주택 주민 코로나 클리닉 개소

일자	내용
2020.12.19.	Northern Beaches Outbreak, 락다운
2021.02.22	화이자 백신 접종 시작(예방접종센터 개소)
2021.05.05	취약계층 방문 예방접종 서비스 시작
2021.05.10.	시드니 올림픽 파크 예방접종센터 개소
2021.06월	예방접종 클리닉 추가 개소(Canterbury 병원)
2021.06월	Bondi 중심 델타변이 유행
2021.06.26.	시드니 광역지역 락다운
2021.08월	통금, 사업장 임시 폐장, 반경 5km 이내로 외출 제한
2021.10.02.	시드니 락다운 100일째
2021.10.11.	시드니 락다운 해제
2021.10.18.	NSW 성인 80% 코로나 백신 접종 완료

자료: NSW Health 홈페이지(<https://www.health.nsw.gov.au/>)를 참고하여 연구자가 작성함.

1) 공공병원의 대응

시드니 지역보건청 소속 5개의 공공병원 모두에서 코로나19 검사소를 설치 및 운영했고, 중증환자 발생 폭증(surge)에 대비하여 병상과 구역을 구분하여 운영하는 한편, 코로나19 병동과 동선을 구분하였다. 비필수 및 비응급 외래 서비스는 대폭 감축하였고, 가급적 원격의료로 운영하였다. 병원 보건의료인력 일부는 코로나19 지역사회 대응 업무 지원에 투입되었고, 특히 간호인력은 특별생활시설, 역학조사, 공항검역, 검사소 등의 업무에 투입되었다.

2) 코로나 검사소 운영

시드니 지역보건청은 총 12개의 코로나19 검사소를 운영하였으며, 2021년 6월 말 기준 누적 2백만 건 이상의 검사를 진행하였다. 요양시설이나 시드니 공항 직원 등을 대상으로 방문 검사도 실시하였다.

3) RPA virtual hospital 개소

RPA Virtual Hospital은 뉴사우스웨일즈 주에서 최초로 개소된 24시간 디지털 원격의료 플랫폼이다. 1,700명의 코로나 환자 및 11,000명의 자가격리 대상자를 관리했으며, 18,700명의 일반환자를 관리하였다.

4) Special health accommodation 시설 운영

시드니 지역보건청은 관내 호텔과 아파트를 특별 생활 시설(Special Health Accommodation, SHA)로 지정하여 해외입국자, 코로나 환자 및 기타 자가격리 대상자에게 거주시설 및 치료서비스를 제공하였다. 2020년 3월 25일 시작 이래 2021년 10월 31일까지 총 19,606명이 이용하였다. SHA에는 운영행정지원, 현장운영, 보건의료인력, 경비, 청소, 경찰, 소방직원 등 총 3,600명이 근무하였다.

5) 코로나 예방접종 사업

2021년 2월부터 호주에서 코로나19 예방접종 사업이 시작되었으며, 시드니 지역보건청 관할 병원인 Royal Prince Albert 병원에 예방접종 센터를 개소하였다. 이후 시드니 올림픽공원에 대규모 예방접종센터를 개소하는 등 총 5개의 예방접종센터를 운영하였다. 이외에도 지역사회에 방문 예방접종 사업을 운영하여 상당한 성과를 달성하였다. 시드니 지역 보건청은 총 140만 건의 예방접종을 시행하였으며, 이 중 방문 예방접종 사업을 통해 6만 6천 건의 백신접종을 실시하였다.

4. 코로나19로 인한 보건의료서비스 및 건강영향

가. 코로나19로 인한 직·간접적인 건강영향

호주 보건복지연구원(Australian Institute of Health and Welfare, AIHW)에서 발간한 보고서에 따르면, 2021년 중순까지 팬데믹으로 인해 호주 국민의 건강에 직·간접적으로 끼친 영향은 다음과 같다(AIHW, 2021).

1) 직접적인 건강영향

팬데믹 첫해에 코로나19로 인한 감염자는 총 28,500명으로 집계되었고, 이 중 대부분은 빅토리아 주에서 발생하였다. 사망자는 900명이었으며, 사망자의 89%는 빅토리아 주에서 발생했다. 또한, 코로나 위험은 인구집단에 따라 차별적으로 나타났다. 예를 들어, 사망자의 75%는 요양시설에서 발생하였고, 보건의료 종사자의 코로나19 감염 위험은 일반인보다 2.7배 높은 것으로 측정되었다. 그뿐만 아니라, 사회경제적으로 낮은 계층이 높은 계층보다 사망자가 4배 많았으며, 연령-표준화 사망률도 2.6배 높았다. 2021년 5월 당시 원주민(Aboriginal and Torres Strait Islander) 그룹에서의 감염 현황은 일반인에 비해 낮았고, 사망자도 발생하지 않았다.

호주는 팬데믹 초기부터 보건의료체계 붕괴를 막는 것이 최우선 정책 목표였다. 이 목표는 성공적으로 달성한 것으로 평가하고 있다. 2020년 한 해 동안 코로나19로 8,400DALY를 상실한 것으로 평가되는데, 2018년 관상동맥 심장질환으로 인해 상실한 DALY가 312,000DALY였던 점

과 비교했을 때 질병부담은 크지 않았던 것으로 분석하고 있다.

2) 간접적인 건강영향

2020년 한 해 동안 전체 사망률은 최근 5년 사망률에 비해 낮았다. 특히 독감, 폐렴, 만성하기도 호흡기 감염으로 인한 사망률도 최근 5년 사망률에 비해 낮게 나타났다. 그뿐만 아니라, 낙상 및 교통사고 등으로 인한 손상도 낮았다.

그러나 정신건강 부문에 있어 상당히 큰 부정적인 영향이 나타났으며, 이는 18~45세 연령에서 두드러졌다. 자살률에는 팬데믹 이전과 비교하여 변화가 없었다. 건강행태에 있어서는 일반적인 추세를 보이지 않았는데, 신체활동이 증가한 인구의 비율만큼 감소한 인구도 유사한 규모였으며, 음주율에서도 비슷한 양상으로 음주량이 증가하거나 감소한 인구가 모두 나타났다.

3) 보건의료서비스에의 영향

팬데믹으로 인해 보건의료서비스 운영방식에 상당한 변화가 있었다. 예를 들어, 2019~2020년 기간 동안 공공병원에서 비필수 수술 입원이 9.3% 감소하였다. 지역사회의 보건의료서비스 이용률은 2019년에 비해 3.9% 증가하였다. 특히, 원격의료의 허용으로 2020년 4월에는 일반의(GP) 상담의 36%가 원격으로 진행되었다. 이러한 추세는 8월까지 유지되었고, 이후 감소하였다.

2020년 기간 동안 정신보건 서비스의 수요와 공급은 꾸준히 증가하였는데, 정신보건 서비스 제공은 2019년에 비해 14.5% 증가하였다. 2020

년 4~8월 동안 1/3의 환자가 원격의료로 서비스받았다.

나. 사례: 코로나19로 인한 형평성 중심 건강영향평가

시드니 지역보건청은 팬데믹 대응으로 인해 발생한 건강형평성에 미친 영향을 체계적으로 분석하는 형평성 중심 건강영향평가를 최근에 수행하였다. 건강영향평가를 통해 향후 발생할 수 있는 팬데믹 상황에서 지역보건청이 취약계층을 보호할 수 있는 조치를 미리 준비하고, 현재 지역보건청에서 준비하는 계획과 전략에 효과적인 근거를 마련하는 것이 주요 목적이다. 특히, 불안정한 주거 환경에 있는 사람들이나 가정폭력, 정신건강, 지역보건청 직원의 건강과 팬데믹 번아웃 그리고 백신 접종 계획 분야에서 건강형평성에 미친 영향을 검토하는 것이 필요하다고 판단하였기 때문에 건강영향평가를 수행하게 되었다(HERDU, 2022).

이 건강영향평가의 결과를 바탕으로 시드니 지역보건청에서 향후 지역보건서비스 개편방향에 대한 근거들을 도출할 것이기 때문에, 이 건강영향평가의 내용을 소개하는 의미가 있다고 할 수 있겠다. 여기에서는 건강영향평가의 과정을 소개하기보다는 건강영향평가에서 도출한 결과를 중심으로 다루고자 한다.

1) 건강영향평가 대상 분야(focus areas)

시드니 지역보건청은 팬데믹과 그 대응으로 여러 가지 건강영향이 발생할 것이라고 예상하였다. 이 중에서 보건의료서비스의 접근성과 가용성, 코로나의 감염 위험 및 감염으로 인한 차별적 영향 그리고 지역보건청 및 관련 기관 직원들의 업무 변경을 3대 주요 관심 분야로 선정하였다.

또한, 건강영향평가에서 관심을 가져야 할 주요 인구집단은 보건의료 종사자, 고령층, 어린이 및 청소년, 다문화¹¹⁾, 여성으로 확인하였다. 시드니 지역보건청 관할 지역에는 보건의료 종사자 2만 2천 명, 65세 이상 고령층 7만 6천 명, 20세 미만 어린이 및 청소년 12만 4천 명이다. 이 중 다문화 배경이 전체 인구의 8%, 여성이 51%를 차지한다.

2) 건강영향 분석 결과

① 코로나19 감염으로 인한 건강영향

시드니 지역보건청 관할 구역 내 지역사회에는 2022년 2월 21일까지 총 102,595명의 코로나19 감염 사례가 발생했다. 이 중 3,986명은 입원하였고, 371명은 ICU 치료를 받았으며, 253명은 사망했다. 코로나19 감염 위험 및 위중증 위험은 연령이 높을수록, 원주민 출신이 비원주민보다, 그리고 사회경제적으로 취약 지역에 거주하는 사람들에게 높다는 것을 실증적으로 확인하였다. 그러나 사망위험에 있어서는 연령 외에는 큰 차이가 나타나지 않았다. 이는 시드니 지역보건청에서 제공하는 원주민이나 취약지역 거주민들을 대상으로 하는 코로나 치료 서비스가 비원주민이나 비취약지역 대상 서비스와 차이가 없이 진행되었다는 것을 시사한다.

② 보건의료인력 근무여건 변화로 인한 건강영향

보건의료인력은 코로나19 감염 위험 및 업무의 변화로 건강에 영향을

11) 호주에서는 다문화를 Culturally and linguistically diverse (CALD) population이라 칭함.

크게 받았다. 만성적인 불확실성, 걱정, 스트레스 및 근무 피로가 정신건강과 웰빙에 부정적인 영향을 끼친 것으로 분석되었다. 한편, 팬데믹은 부정적인 영향뿐만 아니라 긍정적인 영향도 주었을 것으로 분석되었다. 조직 내 의사결정에 참여하거나 직업적으로 성장하고 발전할 수 있는 기회가 주어졌고, 동료에 및 중요한 업무를 한다는 데에 만족감과 성취감 등은 긍정적인 영향요인으로 작용할 수 있다고 파악했다.

보건의료인력 중에서도 특성별로 차등적인 영향이 발생할 수 있다는 것이 밝혀졌다. 예를 들어, 통제력이나 자율권이 비교적 낮은 직원(예: 간호사나 지원업무를 수행하는 직원)은 동일한 상황이라도 자율권이 큰 직원(예: 의사)에 비해 스트레스를 더 받는다. 이들은 의사결정이나 계획 과정에 참여기회가 적으며, 피로와 번아웃을 더 빈번하게 경험한다. 특히 필요에 따라 다양한 코로나19 업무에 지속적으로 재배치되면서 이와 같은 부정적인 영향은 가속화된다. 여성 직원의 경우, 가족 보육부담과 업무부담을 동시에 느끼는 경우가 많아 스트레스가 가중될 수 있다.

보건의료체계 내 직원 중 주로 저소득 근로자에 해당하는 청소 및 시설 관리직원, 하급 사무직원, 영양보호사 등은 유연한 근무를 할 수 없고 현장에서 일해야 하는 경우가 많아 코로나19 위험에 더 크게 노출된다. 이들은 재택근무를 할 수 있더라도 인터넷 접근성이나 디지털 인프라 접근성이 좋지 않은 경우가 많다. 또한, 코로나19의 영향으로 자가격리를 해야 할 상황이 발생할 경우, 주거환경이 원활한 자가격리를 허용하지 못하는 처지인 경우가 많다.

③ 보건의료서비스 변화로 인한 지역사회 건강영향

코로나19 대응에 우선적으로 공공보건의료자원을 투입한 결정은 지역

보건서비스의 수혜자들에게는 단기적으로 부정적인 건강영향을 끼쳤다. 코로나19가 유행이 정점에 이르는 시기에 중단된 서비스로는 일차 보건 의료서비스, 지역사회 보건서비스, 어린이 청소년 등 가족건강 서비스, 만성질환 서비스, 정신건강, 비필수 수술치료 등이 있었다. 이들 서비스의 중단으로 인한 영향은 중장기적으로도 그 효과가 지속될 것으로 예상된다. 한편, 비대면 치료의 도입으로 보건의료서비스 접근성을 증대하였고, 일부 지역사회 주민들에게는 긍정적인 효과가 있었다.

5. 소결

호주의 공중보건시스템은 연방정부의 재정적 지원하에 주정부에서 서비스 전달체계를 설계하고 제공한다. NSW 주의 경우 15개의 지역보건청에서 지역보건서비스를 제공하는 형태로 운영되고 있다. 지역보건청은 공공병원을 통한 치료서비스를 제공하는 기능과 함께, 지역사회의 질병 예방, 건강증진, 공중보건 서비스를 운영한다.

시드니 지역보건청은 코로나19 이전에서부터 취약계층(호주 원주민, 다문화 인구, 사회적 취약계층 등)을 우선으로 하는 각종 지역보건 서비스를 운영하고 있었으며, 이 같은 기조는 코로나19 대응에서도 지속적으로 유지되었다. 그뿐만 아니라, 코로나19 대응으로 인한 건강형평성 중심 건강영향평가를 실시하여 이를 코로나19 이후의 지역사회 보건서비스 설계를 위한 근거자료로 활용하는 한편, 미래의 팬데믹에 대응하기 위한 기초자료로 활용하고자 하는 것이 주요 특징이다.

제3절 일본

일본은 인구고령화를 비롯한 사회구조의 변화와 지역보건서비스 공급·이용 특성에서 우리나라와 공유하는 지점이 많은 국가이다. 그뿐만 아니라, 공중보건 위기를 유발할 수 있는 재해 대응 경험 역시 적지 않으며, 앞으로 우리나라 지역보건체계에서 다루어야 할 중요한 주제인 ‘커뮤니티 케어’의 선형국이기도 하다.

주지하는 바와 같이 일본의 행정체계는 중앙정부-도도부현-시정촌을 근간으로 하며, 지역보건체계 역시 이에 대응하여 후생노동성(중앙정부)-위생주무부국 및 보건소(도도부현)-위생주무부서 및 보건센터(시정촌)가 중심축을 이룬다(이무식, 2018). 명칭(보건소)과 법적 기능 측면에서 우리나라와 일본은 유사하다. 그러나 지역보건체계에서 보건소의 역할은 우리나라와 차이가 있다. 본 절에서는 최근 코로나19 유행을 통해 일본에서 제기된 지역보건체계의 공중보건 역량 증진 논의와 대응 사례를 중심으로 소개하고자 한다. 다만 일본의 보건소 현황과 기능·역할에 대한 간략한 기술이 선행된다면 이해의 도움이 될 것으로 여겨진다.

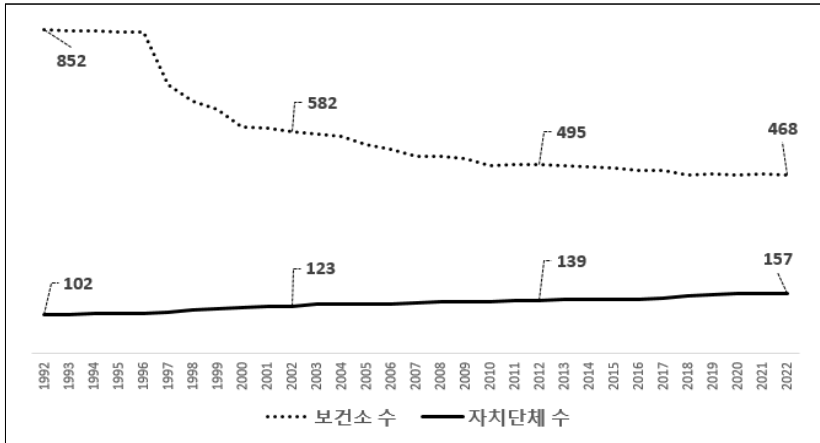
1. 일본의 보건소: 현황과 기능·역할에 대한 개요¹²⁾

2022년 현재, 일본 전국 157개 자치단체에 설치된 보건소는 총 468개소로 집계된다. 연도별로 부침이 있었지만, 10년 전인 2012년의 495개소, 20년 전인 2002년 582개소, 30년 전인 1992년 852개소에 비해 지속해서 감소추세이다. 반면 보건소가 설치된 자치단체는 같은 기간 102개(1992년)→123개(2002년)→139개(2012년)→157개(2022년)로 증가

12) 이 부분은 이무식(2018)의 연구를 기초로 작성하였고, 일부 자료를 업데이트·보완하였음.

하는 추세이다.

[그림 2-4] 일본의 보건소와 자치단체 수 추세(2002~2022)



자료: 全国保健所長会(<http://www.phcd.jp/03/HCsuii/>, 2022.7.15. 인출) 자료로 작성.

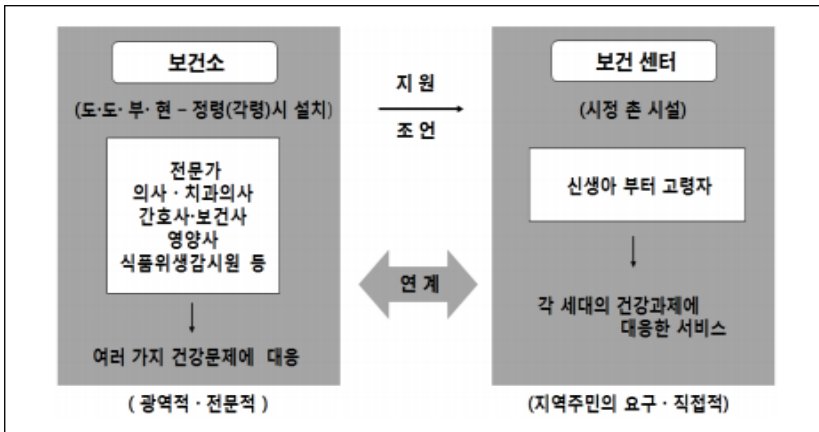
지방자치제도 운영 방식과 보건소 설치 기준 등에서 차이가 있으나, 우리나라의 경우 대체로 자치단체와 보건소 수에 큰 변동이 없거나 점진적으로 증가하는 것과 달리, 일본은 역진적 경향을 보인다. 이는 보건소들의 통폐합이 진행되고 있음을 함의하는 것으로, 그 배경에는 보건소 기능의 개편이 자리하고 있는 것으로 알려져 있다. 즉, 지역주민들에게 직접 제공해 왔던 보건소 서비스를 시정촌 ‘보건센터’로 이관하는 것을 확대하는 한편, 보건소는 좀 더 넓은 범위의 지역을 담당하면서 기획·조정과 조사·연구 기능 및 지역 내 자원연계 강화에 주안점을 두게 되었다(이무식, 2018).

2022년 현재, 일본 전국에 2,432개소가 설치된 보건센터¹³⁾는 “지역

13) <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/tiiki/index.html> 중 ‘市町村保健センター’ 자료를 활용함(2022.7.15. 인출)

보건법”에 따르면 주민에 대한 건강상담, 보건지도, 건강진단 및 기타 지역보건에 관한 사업을 업무로 규정하고 있다. 보건소가 행정기관으로서 기획과 조정 기능을 담당한다면, 보건센터는 지역사회 현장에서 건강증진·정신보건·모자보건사업 등 지역 실정에 맞는 직접 서비스 제공의 역할을 맡는 것으로 분담한 셈이고, 이를 통해 보건소는 자연스럽게 통합되는 과정을 밟고 있는 것이다.

[그림 2-5] 일본의 보건소와 보건센터의 관계



자료: 이무식(2018), p.44.

한편, 향후 우리나라 지역보건체제와 보건소가 관심을 두어 지향해야 할 방향성을 ‘지역사회통합돌봄’에 둔다면, 일본의 ‘지역포괄지원센터’에 관심을 기울일 필요가 있다. 일본은 지역보건체제 내에 ‘지역포괄케어시스템’을 지원하기 위한 조직으로 지역포괄지원센터를 설치·운영한다. 서두에 언급한 것처럼, 일본은 일찍부터 고령화로 인한 문제에 대비하여 왔고, 그것이 2013년 「사회보장개혁프로그램법」과 2014년 「의료개호 종합확보추진법」을 통해 지역포괄케어시스템으로 제시되었다. ‘포괄’이라는 용어에 함의되어 있듯, 지역포괄케어시스템은 다양한 영역의 연계를

전제로 한다. 일본에서는 지역포괄시스템의 구성요소로서 의료·개호·개호예방·주거·자립적 일상생활 지원이라는 5가지를 제시하는데(니키류, 2018), 각 지자체는 이 시스템의 컨트롤타워 역할을 할 지역포괄지원센터를 설립하여 지역 현실에 맞는 서비스를 제공한다(이무식, 2018). 우리나라도 2018년에 정부 차원에서 ‘커뮤니티케어’를 공식적으로 제기하였고, 지금도 ‘지역사회통합돌봄’의 형태로 고령화에 대비한 중요한 정책방향으로 삼고 있다. 다만, 많은 연구자가 커뮤니티케어 활성화를 위해 해소해야 할 큰 문제점 가운데 하나로 보건의료와 복지 연계의 어려움을 지적한다(최은영, 2018, 황경란·최성은, 2022). 또한, 코로나19 유행은 지역보건자원의 방역 쏠림이 필수 서비스와 돌봄 중단에 따른 취약성 심화의 문제를 야기할 수 있음을 보여주었다. 앞으로 보건소가 지역사회에서 보건과 의료, 복지를 연계할 기능을 담당해야 한다는 주장(장숙량, 이자경, 정수창, 2021)도 이러한 맥락에서 이해할 수 있으며, 보건소의 기능과 역할을 재편함에 있어 심도 있게 검토할 필요가 있는 일본 지역보건체계 사례이다.

2. 지역보건체계의 공중보건 역량을 높이기 위한 노력¹⁴⁾

가. 지역보건인력의 확보

1) 지역보건인력 현황

의사, 치과 의사, 약제사, 수의사, 보건사, 조산사, 간호사, 진료방사선기사, 임상검사기사, 관리영양사, 영양사, 치과위생사, 통계기술자 등은

14) 地域保健対策検討会報告書(2012); 全国保健所長会(2021) 등 참고.

지역보건에 있어서 중추적 역할을 하는 인력이다. 이러한 지역보건인력의 개발과 능력 함양은 중요한 과제이고, 그런 만큼 이들의 자질과 능력을 높이기 위한 법 규정이 마련되어 있다. 「지역보건법」에 국가, 도도부현, 시정촌에 대한 인력 양성·확보 및 자질의 향상에 관한 노력 의무가 규정되어 있고, 「지방공무원법」에도 직원에 대한 연수 기회의 부여가 의무화되어 있다.

2006년, 보건소 총 535개소 중 2개소 이상의 보건소장직을 겸하고 있는 보건소장은 34명이었는데, 2010년에는 총 494개소 중 42명으로 증가했고, 2021년에는 약 10%의 보건소장이 복수의 보건소장을 겸하고 있는 것으로 확인된다(全国保健所長会, 2021). 이에 따라 사회학계 전문의 제도의 추진을 포함하여, 국가공중보건 의사의 확보가 시급한 과제가 되었다. 이에 대한 대처로서 후생노동성은 공중위생 관련 업무에 종사하기를 원하는 의사에 대해 관련된 설명을 하거나 그들을 지방자치단체와 연결해 주고 있으며, 이를 위해 전국에서 개최되는 임상 연수 병원 설명회 등을 활용하고 있다. 한편, 각 지자체도 지역보건종합추진사업(전국보건소장회 협력사업) 등의 대응책을 모색하고 있다.

보건사(保健師)는 “보건사조산사간호사법” 제2조에서 ‘보건 지도에 종사하는 것을 업으로 하는 자’로 규정되어 있는데, 보건소나 지역의 보건센터에서 근무하거나(행정보건사), 기업에서 직원의 건강관리 역할을 수행하거나(산업보건사), 전문학교 또는 대학 등 학교에서 근무하거나(학교보건사), 병원에서 건강진단 및 상담 등을 수행(병원보건사)할 수 있다. 이 중 행정보건사가 특히 지역보건에 있어 중요한 역할을 맡고 있다. 2009년 3월에 배출된 신규 보건사의 경우 10.6%만이 보건소에 취업했을 정도로 보건소에 취업하는 보건사는 정체 상태에 있었다(61.8%가 시정촌에 취업). 이 당시에 있었던 일본간호협회의 조사(日本看護協会, 2009)에 의하면, 보건사

가 갖는 불만은 ‘분산 배치에 따른 연계의 악화(42.0%)’, ‘출산 휴가를 위한 대체 인력의 확보 곤란(39.0%)’, ‘직장 내 연수가 어려움(37.7%)’, ‘차기 리더 육성의 결여(24.2%)’, ‘신인 육성이 어려움(19.3%)’, ‘연수 기회의 감소(19.2%)’ 등 인력육성에 관한 내용이 주를 이루었다.

지자체 소속의 모든 상근 보건사를 대상으로 한 “2021년 보건사 활동영역 조사”(厚生労働省, 2021)에 따르면, 지자체 소속 상근 보건사의 수는 모두 37,130명으로, 85.5%가 시구정촌에, 나머지가 도도부현에 근무했다. 시구정촌 근무 상근 보건사는 시정촌 보건센터에 36.7%, 본청에 34.3%, 보건소에 12.8%가 소속되어 있다. 도도부현 근무 상근 보건사는 보건소에 72.5%, 본청에 17.3%가 소속되어 있다.

〈표 2-7〉 행정구역 단위별 상근 보건사의 근무처(2021년)

(단위: 명)

	총인원	근무처			
		본청	보건소	시정촌 보건센터	기타
도도부현	5,381 (100.0%)	930 (17.3%)	3,900 (72.5%)	-	551 (10.2%)
시구정촌	31,749 (100.0%)	10,891 (34.3%)	4,049 (12.8%)	11,645 (36.7%)	5,164 (16.3%)
보건소 설치시	9,480 (100.0%)	1,635 (17.2%)	3,546 (37.4%)	3,232 (34.1%)	1,067 (11.3%)
특별구	1,495 (100.0%)	204 (13.6%)	503 (33.6%)	673 (45.0%)	115 (7.7%)
시정촌	20,774 (100.0%)	9,052 (43.6%)	-	7,740 (37.3%)	3,982 (19.2%)
합계	37,130 (100.0%)	11,821 (31.8%)	7,949 (21.4%)	11,645 (31.4%)	5,715 (15.4%)

주: 괄호()는 총인원에서 차지하는 비율.

자료: 厚生労働省(2021), 令和3年度保健師活動領域調査(領域調査)結果の概況., p. 4.

2) 바람직한 인재상 및 인력육성

지역보건인력이 갖추어야 할 자질에는 사회인으로서의 기본적 자질, 행정관으로서의 자질, 전문 직종으로서의 자질을 생각할 수 있다. 지역보건행정은 최근 다른 분야와의 중복, 민간과의 경쟁, 지방 분권·시정촌 합병·긴축 재정, 전문 지식·정보의 비대칭성의 해소 등 다양한 도전적 환경에 노출되어 있다. 그만큼 고도의 비정형적인 업무를 수행할 수 있는 능력을 갖추어야 한다. 장기적인 정책의 입안·시행·평가, 건강·보건에 관한 정보의 수집·분석·제공(특히, 건강위기 시에 리스크에 관해 소통하기), 사회적 자본의 개발과 육성 등이 그러한 업무다. 특히 지역보건인력은 현대 사회에서 강조되는 사회적 자본 형성의 핵심 인력이므로, 행정 인력과 협력하면서 지역의 건강 만들기, 건강한 마을 만들기에서 선도적인 역할을 할 수 있는 인력이 되어야 한다.

인력육성은 조직 전체의 문제임을 인식하여, ‘학습기회의 제공이나 환경’, ‘지향점의 설정’(목표) 및 ‘목표를 달성하기 위한 방안’(내용)을 전체 조직이 공유하고, 인사 평가나 능력 개발, 조직 내 이동, 조직 간 인사 교류 등의 인사관리나 전문 직종별 특성에 따른 인력육성책 외에 연수 등의 수단을 종합적으로 활용하는 것이 중요하다. 보건사는, 현임 교육을 통해 업무 추진 시 지역사회를 조망할 수 있는 역량과 이를 고려한 기획력을 갖추도록 육성한다. 보건사 인력을 조직 전체 차원에서 계획적으로, 그리고 사회적 자본의 핵심이 되는 인력으로서, 지역의 실정에 맞게 육성해야 한다.

이때 국가는 지역에서 인력육성에 종사하는 육성지도자를 양성하고, 지역보건 인력 육성이 목표로 하는 방향이나 지자체의 인력 육성 체제 구축에 불가결한 요소를 구체적으로 제시하는 역할을 해야 한다. 육성지도자는

시정촌 등 지역 내의 인력을 육성하는 것이 주된 역할이며, 이들 인력은 지역보건 대책 마련 및 집행에 있어 중요한 역할을 하는 사회적 자본의 핵심이다.

도도부현은 전체 지역 내의 지역보건인력을 어떻게 육성할 지 계획하고, 보건소는 지역별 계획을 책정하며, 지역보건인력 개개인도 OJT(On-the-Job-Training, 직무교육)를 포함한 평생 학습을 기록하고 스스로 관리할 필요가 있다. 이렇게 조직과 개인 모두가 인력육성에 관한 실적을 파악하는 틀을 구축하고, 계획에서 정한 목표의 달성도를 평가하고 개선하는 소위 PDCA(Plan-Do-Check-Act) 사이클을 수립하는 것이 바람직하다.

도도부현은 역내의 OJT, 연수, 업무 교류, 인사 교류 등을 유기적으로 조합한 인력육성 체계를 구축할 필요가 있다. 역내의 지역보건인력의 역할과 수급을 전망하고, 시정촌과 함께 인력육성 계획을 수립한다. 그 계획 중에는, 역내의 각종 연수와 신규 인력에 대한 프리셉터(preceptor, 슈퍼바이저보다는 멘토에 가까운 개념) 제도를 포함하고, 육성지도자의 역할, 사회적 자본의 핵심이 되는 인력에 관한 사항, 보건소의 역할 등을 명기하는 것이 중요하다.

보건소는 인력육성의 최전선이다. 도도부현이 작성한 인력육성 계획에 따라, 권역별 계획을 작성하거나, 시정촌의 인력육성을 지원하고 평가하는 역할을 담당한다. 시정촌은 보건소 등의 지원을 받아 시정촌으로서의 인력육성 계획을 작성하고, 도도부현 및 보건소나 인접 시정촌과 적극적으로 연계해서 각 계획을 시행하게 된다.

나. 국가, 도도부현·보건소, 시정촌의 연계 강화

1) 국가의 역할

국가는 지역에서 도도부현·보건소와 시정촌의 연계가 원활히 이루어 지도록, 모범사례를 수집·분석하고, 지역보건 활동에 대한 평가 지표를 개발하며, 이를 통해 지역보건 대책의 방향성을 제시하고 육성지도자를 양성한다. 그 외에, 유사시의 조정 등에 있어서 중요한 역할을 한다.

2) 도도부현·보건소와 시정촌의 연계

시정촌은 모자보건 대책, 아동 학대 방지 대책, 생활습관병 대책, 식사 교육의 추진, 장애인 시책의 추진, 고령자 시책의 추진 등 주민에게 필요한 보건·복지 서비스를 주민의 요구에 따라 종합적으로 제공하는 역할을 한다. “지역보건법”에는 보건소의 업무를 ‘모성과 유아 및 노인의 보건에 관한 사항 등의 기획, 조정, 지도’ 외에, ‘소관 구역 내에 있는 시정촌의 지역보건 대책의 실시에 관하여, 시정촌 상호 간의 연락을 조정하고, 아울러 시정촌의 요구에 대응하여, 기술적 조언, 시정촌 직원의 연수, 그 외 필요한 원조를 할 수 있는’ 것으로 규정하고 있다. 즉, 보건소는 광역적, 전문적 및 기술적 거점으로서, 시정촌에 대해 복합적인 지원을 할 임무가 있다는 것이다.

도도부현에서 시정촌으로 업무 이관이 진행되고, 지역보건 부문의 조직 인원이 조정됨에 따라, 시정촌과 도도부현·보건소 사이의 연계가 약해지고 있다는 지적이 있다. 그러므로 지역 전체를 조망하면서, 지역의 실정에 맞는 지역보건 시책을 강구하기 위해서는, 직접적인 서비스 제공자

인 시정촌과, 지역을 광역적으로 바라보고 역내의 시정촌의 조치를 조감하는 보건소가 개별 시정촌의 실태를 파악하고 역내의 시정촌 간의 비교 등을 포함해 정기적으로 의견 교환을 하고 밀접한 커뮤니케이션을 도모할 필요가 있다. 이를 통해, 여러 분야에 걸쳐서 중층적으로 연계해 나갈 수 있다는 것이다.

사안에 따라서는 보건소를 설치하는 시정촌과 도도부현 사이에서 법령에 근거한 권한이나 업무 관계가 복잡해질 수도 있으므로 상호 간에 밀접한 연계와 협력해나가야 한다고 본다.

3) 지방위생연구소의 강화

지방위생연구소는 2020년 기준 전국에 83개소가 있고, 전국조직으로 ‘지방위생연구소 전국협의회’가 있다. 지방위생연구소는 병원체 감시를 비롯한 감염증 대책의 거점이자, 레지오넬라증 대책, 노로바이러스 등에 의한 식중독 대책, 화학 물질에 의한 건강 영향에 대해, 이들의 대책 등을 세우는 거점이 된다. 하지만 행정 개혁과 지방재정 악화 등으로 인해 지방위생연구소의 인원과 예산은 감소세에 있다. 2003년부터 2008년까지 5년간, 직원 수는 13% 감소, 예산은 30% 감소, 연구비는 47% 감소했다(地域保健対策検討会報告書, 2012). 지방위생연구소 간에도 인력 수준의 차이가 커서, 상근 위생 직원 수가 많은 곳은 인구 10만 명당 3.01명이었으나, 적은 곳은 0.41명에 불과했다. 최근의 코로나19 대책에서는, PCR 검사 외에 감염자 데이터의 집약, 지역주민에 대한 정보 발신, 국가 보고 등에서 일정한 역할을 했지만, 인력과 예산의 부족으로 기능을 제대로 할 수 없어 문제가 된 연구소도 있었다.

지방위생연구소의 기능을 강화하기 위해서는, 감염증 등에 관하여 환

자 정보와 병원체 정보를 종합적으로 관리할 수 있도록 지방위생연구소에 지역 감염병 정보 센터를 병설하고, 인력을 보강해야 한다고 보고 있다. 지방위생연구소는 해당 지역의 과학과 기술의 핵심기관이 되도록 재편성하여, 지역보건에 관한 종합적인 조사 및 연구를 실시하고, 해당 지역의 지역보건 관계자에 대한 연수를 실시하게 되어 있다. 또한, 지방위생연구소의 공중위생 정보 등의 수집·해석·제공 업무에 대해서, 국가, 도·도부현·지정 도시, 지방위생연구소, 보건소, 시정촌이 네트워크를 구성할 때 지방 거점으로서 역할도 맡아야 하고, 그 기능의 강화 차원에서 검토를 계속할 필요가 있다. 최근에는 지방위생연구소를 법제화하기 위한 논의가 진행되고 있다(日本公衆衛生学会理事会, 2022).

3. 일본 지역보건체계의 코로나19에 대한 대응

가. 코로나19 발생 초기의 대응

일본 지역보건체계, 그중에서도 보건소는 코로나19에 대한 대응에 있어서 중심적인 역할을 하고 있다. 하지만 코로나19 발생 초기에 급속한 확산으로 보건소의 업무 부하가 급격히 늘어났고, 역학조사나 정보관리 등의 감염 확대 방지 대책이 적극적이고 원활하게 이루어지지 못한 보건소가 다수 생겨났다. 이에 따라, 후생노동성은 2020년 4월 ‘보건소의 체제 강화를 위한 체크리스트’에서 보건소의 업무 중 축소하거나 연기할 수 있는 업무를 제시했고, 8월에는 상세 리스트를 다시 제시했다(厚生労働省, 2020a). 후생노동성의 ‘신형 코로나 바이러스 감염증 대책 추진본부’는 2020년 6월 29일 ‘미래를 염두에 둔 보건소의 즉각 대응 체제의 정비에 관한 후속조치에 대하여’를 공표하고, 이 사무연락을 근거로 각 도도

부현으로부터 보고받은 내용을 정리하여, 2020년 8월 28일에 ‘보건소 업무의 외부 위탁 등에 관한 참고사례’를 제시했다(厚生労働省 홈페이지, 2022a).

후생노동성은 또한 2020년 8월, ‘신형 코로나 바이러스 감염증에 관한 향후의 대처’(厚生労働省, 2020b)에서, 보건사 등 전문직의 지원 체계를 도식화하여 제시했다. 주요 내용은 다음과 같다. 첫째, 후생노동성이 중심이 되어 도도부현 사이의 전문직 지원을 조정하는 체계를 구축한다. 둘째, 도도부현 단위로 잠재 보건사 등을 등록하는 인력뱅크(목록 정비 및 정기 연수 등)를 만든다. 셋째, 보건소 등의 지역보건체계가 일정 인력을 유지할 수 있게 하는 재정 조치를 검토한다. 넷째, HER-SYS(신형 코로나 바이러스 감염자 등 정보 파악·관리 지원 시스템)의 운용을 개선(발생원 입력의 촉진 등)한다. 다섯째, 일부 업무를 연기하여, 전문직이 전문성 높은 업무에 전념할 수 있는 환경을 만든다.

1) 보건사 등 전문직 지원 파견 체계의 구축

전문직 인력이 부족한 보건소에 대해서는 해당 도도부현이 (지역 내에서) 지원 직원을 파견하도록 조정하는 것이 원칙이다. 하지만 코로나19의 확산에 따라, 도도부현이 자체적으로 해결하기 힘든 경우, 도도부현은 후생노동성에 지원 직원을 파견 요청하고 후생노동성은 전국에 지원 직원의 파견에 관한 조정을 하게 되었다. 후생노동성이 지원 직원을 보내올 도도부현을 정해 파견을 요청하고, 요청받은 도도부현은 지원 직원을 파견하게 된다. 이를 위해 후생노동성은 총무성, 전국지사회, 전국시장회, 전국정촌회 및 지정도시시장회와 정보를 공유하고, 그 지원을 받으면서, 각 지역의 상황을 고려한다. 긴급 시에는 도도부현으로부터의 요청 없이

도 후생노동성이 조정 요청을 할 수 있다.

지원 직원을 보내올 도도부현에서 파견한 직원 외에, 관련 학회·단체로부터 파견된 사람도 지원 직원이 될 수 있다. 이들의 경우, 후보자 명부를 후생노동성이 도도부현에 제공하면, 인력이 필요한 도도부현은 이들을 비상근 직원으로 임용한다. 신속한 대응을 위해, 각 도도부현은 급여 수준 등 임용에 필요한 사항을 준비해 두며, 후생노동성도 파견이 원활히 이루어지도록 협력한다.

직원이 속한 지방 공공단체가 부담하는 추가 비용(여비/숙박비, 시간 외근무수당, 특수근무수당) 및 학회·단체 파견직원에 대한 비용은 2021년도 ‘신형 코로나 바이러스 감염증 긴급 포괄 지원 교부금의 감염증 대책 전문가 파견 등 사업’의 교부 대상이 된다. 또한, 파견 직원이 감염증 대책 이외의 업무에 종사함으로써 해당 업무에 종사하고 있던 자가 감염병 대책의 업무에 종사하게 된 경우도 해당 사업의 교부 대상이 된다.

인력 지원을 받은 도도부현 등은 파견 직원의 업무 환경을 갖추어주어야 하며, 건강 상태를 충분히 배려해야 한다. 해당 직원이 코로나19에 감염된 경우는, 공무·업무상의 재해로 취급된다(상근직원은 공무 재해 보상, 보건위생 사업에 종사하는 비상근 직원은 산재보상의 대상이 됨).

2) 잠재 보건사 등의 인력뱅크(IHEAT)의 구축

도도부현에는 면허를 갖고 있으면서도 일을 하지 않는 ‘잠재 보건사 등’이 있다. 코로나19의 상황처럼 감염증이 확산하는 때에는 일시적으로 보건사 등 전문직의 인력 부족이 발생할 가능성이 커진다. 이러한 일시적인 수요와 ‘잠재 보건사 등’을 연결하는 구조를 구축할 필요성이 인정되어, 2020년 8월 각 도도부현 단위로 「인재 뱅크」를 만들었다. 이는 후에

‘IHEAT(Infectious disease Health Emergency Assistance Team)’로 개명되어 2021년 3월에 운용 요령이 공표되었다. 이전에는 각 도도부현, 보건소 설치 시, 특별구는 지원 협력자에게 직접 연락해서 협력 의뢰를 했지만, 앞으로는 시스템을 통해 지원의 조정이나 지원 협력자 연수를 하게 된다.

IHEAT는 보건소 등에서 적극적 역학조사 등의 업무를 지원하는 지원 협력자의 명부다. 해당 명부는, 첫째, 대학교원 등으로 구성된 공중위생에 관한 관련 학회·단체에 소속된 회원, 둘째, 보건사·관리 영양사 등으로 구성되는 중앙의 관계 단체의 회원, 셋째, 각 도도부현이 도도부현의 관련 단체나 대학교원 등으로부터 확보한 지원 협력자 등으로 구성된다. 2021년 3월 기준, 3천 명 이상이 명부에 등록되어 있다(厚生労働省 홈페이지, 2022b).

3) HER-SYS의 운용 개선

의료기관이 문서와 팩스로 보건소에 제출하던 감염증 환자 발생 신고는, HER-SYS(코로나19 감염자 등 정보 파악·관리 지원 시스템)의 도입에 따라 의료기관이 시스템에 직접 입력하게 되었다. 하지만 보건소가 대행 입력을 하는 경우가 많아, HER-SYS의 도입은 결과적으로 보건소의 사무부담 증가를 가져왔다. 이를 개선하기 위해 의료기관에게 직접 입력하도록 촉구하고, ‘우선 입력 항목’도 만들었다.

의료기관의 담당자가 입력 작업을 쉽게 할 수 있도록, 간단하고 알기 쉬운 ‘매뉴얼’이나 ‘의료기관용 Q&A’를 배포하고, 지원이 필요한 의료기관에 대한 입력 직원을 확보하기 원하면, 감염증 예방사업비 등의 부담금(감염증 발생동향조사 사업)을 활용할 수 있게 조치했다. 사무부담도 줄

이기 위해, 데이터의 정밀도를 훼손하지 않는 범위 내에서 입력 항목을 필요 최소한으로 줄이고, ‘우선 입력 항목’을 명확히 하는 작업을 진행하고 있다. ‘의료기관용 Q&A’에는 환자의 상태에 따라 필요한 정보를 입력하면 되고, 반드시 모든 항목을 입력할 필요는 없다는 점, HER-SYS에의 입력은 우선 ‘발생 신고’의 정보와 ‘현재 상태’를 확실하고 정확히 입력하면 된다는 점 등을 알렸다.

나. 포스트 코로나 시대의 지역보건과 보건소의 역할에 대한 조사

2020년에는 후생노동과학연구비 보조금 사업인 ‘건강안전·위기관리 대책 종합연구사업’의 일환으로 ‘지역보건에 있어서 보건소에 요구되는 역할을 분명히 하기 위한 연구’(尾島俊之, 2020)가 진행되었다. 동 연구에서는 전국보건소장회의와 연계하여 전국 보건소를 대상으로 2020년 3월부터 4월에 걸쳐 코로나19에 관한 긴급 설문조사를 실시했고, 2020년 10월부터 2021년 2월에 걸쳐 보건소의 체제 정비·기능 강화에 관한 전국 보건소 조사를 수행했다. 아울러, 온라인 연구반 회의를 통해 향후 지역보건이 지향할 바를 제시했다.

1) 코로나19에 관한 긴급 설문조사(2020) 결과

코로나19에 관한 긴급 설문조사 결과, 상담센터(귀국자·접촉자 상담센터) 24시간 운영 체제를 직영하고 있는 보건소가 66.1%였으며, 보건소에 과부하가 걸리고 있는 것이 확인되었다. 신속히 대응해야 할 사항으로는, 중증환자 증가 시의 수용 체제의 정비, 물자의 확보, 환자·검체 반송 체제의 정비, 정보의 공유 및 제공 체제의 정비, 코로나19 이외의 업무에

대한 부담 경감, 보건소 인력·기자재 등에 대한 재정수당 등이었다.

전국보건소장회는 이러한 설문 결과를 근거로 해서 후생노동성에 요망 사항을 전달했고, 일본 기자 클럽에서 기자 회견을 하여 보건소의 활동에 대한 일반 국민의 이해를 높이고자 했다.

2) 보건소의 체제 정비 및 기능 강화에 관한 전국 보건소 조사(2020~2021) 결과

가) 건강위기관리

보건소는 지역 ‘건강위기관리’의 거점이 되어야 한다. 응답한 보건소의 95% 이상이 365일 24시간 연락 체제를 갖추고 있고, 74.0%가 재해 발생 시에 지역보건의료 조정본부를 구축한다고 답했다. 하지만 위기 발생 시의 대응을 위해서는 평상시의 체제 정비도 중요한데, 평상시의 인적·물적 체제나 위기에 대한 구체적인 대책은 충분하지 않은 것으로 나타났다. 지원 및 수원 체제에 필요한 정보통신 기기가 정비된 곳은 보건소의 58.9%에 그쳤다. 위기 발생 시의 인력을 확보하기 위해서는 전문직의 증원이나 인사 교류도 염두에 두면서 평상시의 관계를 유지하고 있지만, 보건소 내외로부터의 지원 필요성은 남아 있다. 이에, 리스크 커뮤니케이션이나 리스크 매니지먼트를 위한 정보교환이나 PDCA 활용을 보건소 관련 지자체나 도도부현과 함께 검토할 필요가 있다는 의견이 제시되었다.

나) 종합적인 보건의료복지 시스템

‘지역보건법’에 따른 ‘지역보건 대책의 추진에 관한 기본 지침’의 개정

작업을 위해, 지역포괄케어시스템이나 지역의료정책 등 종합적인 지역의료·복지 시스템에 관한 기존의 보건소 설문조사 및 포커스그룹 토론(Focus Group Discussion, FGD) 결과, 통계 자료 등이 분석되었다.

2012년의 ‘기본 지침’ 개정 시에 제시된 소셜·캐피탈을 구축하기 위한 노력을 하는 보건소가 늘어나고 있는 것이 보건소 대상 설문조사에서 확인되었다. 인구동태 통계나 국민건강보험 데이터베이스 시스템(KDB) 등을 이용하여, 관할 지역의 통계 정보, 사례의 분석을 포함한 지역진단을 하고, 우선과제를 파악하여 관내 시정촌 등에 제공하는 것이 필요하다는 점을 대다수의 보건소가 받아들이고 있음이 확인되었다.

또한 2009년 ‘지역보건법’ 전면 시행 이후로, 보건소가 줄고 보건소의 의사 수가 급감하여, 보건소의 기능 강화가 제대로 이루어지지 못하고 있음이 관찰되었다. 이에, 포스트 코로나 시대의 종합적인 보건의료·복지 시스템을 구축함에 있어 보건소의 역할을 분명히 할 필요가 있다는 의견이 제시되었다.

다) 식품 위생·환경 위생 대책

광역 식중독에 대응하기 위해 광역 연계 협의회를 활용하고, 지자체 간 국가 수준의 정보 공유 시스템을 활용할 필요성이 커졌다. 또한, ‘쿠크 치르(가열 후 급속 냉각을 통해 식중독의 위험을 줄이고 일정 기간 보존시키는 조리법)’ 등 새로운 조리 형태에 대한 정보공유 구조나 위생 관리의 규범을 신속히 정하는 방안을 검토해야 할 필요성이 제시되었다.

주거환경 대책으로서 재해 시의 주택 위생 대책이나 열사병 대책 필요성도 커지고 있다. 새로운 업태에서의 위생 관리 상황의 변화를 현행법이 쫓아가지 못하고 있어, 지자체 사이의 정보교환을 통해 과제 해결을 도모

해야 한다는 점이 제기되었다. 지방위생연구소에 검사기능을 집약하고, 보건소와 지방위생연구소의 연계성을 높여야 한다는 점도 제시되었다.

라) 건강 만들기·다양한 건강 문제

건강증진, 생활습관병 대책 및 모자보건을 중심으로 ‘건강 만들기·다양한 건강문제’에 대응해 가기 위해서는, 주민조직활동을 중심으로 한 지역 단위의 대처가 필요하다. 하지만 해당 조사에서는 소셜·캐피탈의 양성을 위한 보건소의 대처는 아직도 충분하지 못한 것으로 파악되었다. 특히 지역, 직역 간의 연계 필요성을 대다수 보건소가 인식하고 있었다.

난치병을 위한 가정방문은 대다수의 보건소에서 이루어지고 있지만, 인구당 방문 건수는 도도부현 사이에 큰 차이가 있었다. 한편으로, 많은 보건소가 은둔생활(히키코모리) 대응 활동에 참여하고 있다. 은둔생활은 대처 영역이 아주 다양하지만 많은 상담이 보건 창구로 들어오고 있는 것을 볼 때, 보건소가 시정촌이나 지역 자원과 연계하면서 지역 대응의 일익을 담당할 필요가 있다.

마) 보건소 및 시정촌 보건센터의 정비 및 운영

2019년 ‘지자체 청문회’와 2020년 ‘전국 보건소 대상 조사 결과’를 검토하여, 보건소 및 보건센터가 지역주민의 건강을 지원하기 위해 수행하는 역할의 현황을 파악했다.

각 지자체는 다양한 건강문제에 대한 대응 차원에서 보건사의 분산 배치를 진행하고 있는데, 통괄 보건사의 필요성이 커지고 있다. 하지만 통괄 보건사를 배치하기 어려운 지자체도 있어서, 이를 ‘지역보건 대책의

추진에 관한 기본 지침'에 명기하기를 바라는 의견이 많았다. 각 지자체의 인력확보에 있어서는, 공중보건직의 확보가 가장 어려운 상황이었지만, 보건사의 정원을 채우기가 어렵다고 응답한 보건소도 31%에 이르렀다.

도도부현에 기대되는 기능은 재해나 대규모 감염증 발생 시에 연계를 도모하고, 다양한 데이터를 처리·분석하여 지역 전체를 아우르는 시책을 추진하며, 시정촌 업무에 조언하는 것 등이다. 조사 결과에서도, 앞으로 중점적으로 강화해야 할 기능으로 '건강위기관리', '관련 기관 관리', '조사분석'이 높은 순위를 차지했다. 보건소 스스로가 강화해야 한다고 생각하는 기능과 주변 시정촌에서 요구하고 있는 기능이 일치하고 있는 것이 분명함을 확인할 수 있었다.

바) 지역보건 대책에 관한 인력의 확보, 자질의 향상, 인력확보계획의 책정

'지역보건법'에 근거한 '지역보건 대책의 추진에 관한 기본 지침'은 인력 확보나 자질 향상 계획을 수립하도록 규정하고 있다. 동 지침의 개정 작업을 위해 포커스 그룹 토론(FGD)를 실시하여, 지역의 공중위생의 핵심 기관인 보건소의 전문 직종의 확보 현황을 분석하고, 과제를 선정해 향후의 방향성 등을 정리했다.

인력육성지침 등에 보건사의 경력패스·경력사다리가 명시되어 대응조치가 진행되고 있는 지자체가 있다. 사회의학계 전문의제도를 활용한 의사직 인력육성을 계획적으로 시작한 지자체도 있다. 반면에, 약제사(약사), 수의사, 위생감시원, 관리영양사 등의 소수 직종에 대해 조직적이고 계획적인 인력확보·인력육성 조치를 진행하는 지자체는 아직 소수다. 이

들 소수 직종에 대해서는 개별 지자체의 범위를 넘어서 인력확보·인력육성 방법을 강구해야 할 필요성이 제기되었다.

사) 지역보건에 관한 조사 및 연구

90% 이상의 보건소가 조사분석 기능을 강화해야 한다고 답했다. 하지만, 인구동태통계나 국보(지역보험) 데이터베이스시스템(KDB) 등을 이용하여 지역진단을 하고, 우선과제를 파악하여 관내 시정촌, 청 내 관계 부서 및 관계자에게 제공하는 것에 대해 “인적, 기술적으로 가능하다면 꼭 실현되었으면 한다”라고 응답한 보건소는 55.8%에 머물렀다. ICT를 이용한 전국 단위의 일률적인 정보 수집, 분석 및 공유 등을 할 수 있는 하드웨어 및 소프트웨어가 정비되어도 “필요하면 활용을 검토한다”라고 한 보건소가 26.3%에 불과했다. 외부와 통신하는 기능을 가진 PC 등의 정보 기기가 업무 수행에 필요한 수만큼 ‘대체로 충족’되어 있는 보건소는 55.8%에 그치고, 웹 회의 소프트웨어(50.2%), 통계 계산 소프트웨어(37.9%), 데이터베이스 소프트웨어(22.1%)가 부족하다고 한 비율이 높았다. 이를 통해 보건소 현장의 조사연구환경은 불충분하여 근본적인 개선이 필요함이 확인되었다.

3) 연구반 회의의 결론: 지역보건의 지향점

보건소의 지역보건인력을 보강해야 할 필요성이 확인된다. 평시에는 지역포괄케어를 담당하고 위기 시에는 건강위기관리에 종사하는 직원을 확보하는 것도 좋지만, 필요시에 보건소 등에서 활동할 수 있는 지원 인력의 예비적 인력뱅크를 갖추는 것과 보건소와 시정촌의 상호 지원 체계

를 갖추는 것 등이 제시되었다.

건강위기관리체제와 관련해서는, 감염증, 자연재해, 기타 모든 위험에 대응할 수 있는 체제, 국제보건규칙(IHR; International Health Regulation, 2005)에 대한 대응, 사후 검토, 리스크 커뮤니케이션 등이 중요하다. 따라서 조직 체계와 관련해서는, 도도부현형 보건소와 시정촌형 보건소 역할의 차이를 정리하고 동시에 연계 방안을 모색하는 것이 중요하다고 언급되었다.

정보연계 및 조사연구와 관련해서는, 정보 시스템의 강화(하드웨어, 소프트웨어)가 필요하고, 인프라로서 윤리심사 체제 정비의 중요성도 커지고 있으며, 보건소의 활동으로서 주민조직만이 아닌 각종 관계 조직 간의 소셜·캐피탈 증대 필요성이 갈수록 커지고 있다는 것이 언급되었다. 또한 개호보험의료와 보건의료의 상호 이해, 민간과의 제휴, 외국인 지원 단체와의 제휴, 그 밖에도, 감염증 대응의 강화, 지원을 포함한 보건소 인력의 확보, 정보 제휴, 리스크 커뮤니케이션·편견 차별에 대한 대책 강화 등을 위해서는 ‘기본 지침’ 개정의 필요성이 제기되었다.

다. ‘지역보건 대책의 추진에 관한 기본 지침’의 개정

보건소는 코로나19에 대한 대응에 있어서 주민의 건강 상태를 관찰하고 상담을 받는 등 중요한 역할을 한다. 감염이 확산한 지역에서는 보건소에 업무부하가 발생하여, 건강위기관리에 필요한 인력을 확보하거나 긴급사태에 즉시 대응할 범부처적인 체제가 정비되어야 한다는 점이 확인되었다. 이에 따라, 감염증 대응 업무에 종사할 보건사를 증원하기 위한 지방재정조치나 인력뱅크(IHEAT)를 확보하기 위한 시책이 강구됐다.

이를 반영하여 ‘지역보건법’에 따른 ‘지역보건 대책의 추진에 관한 기

본 지침'(2004년 후생성 고시 제374호)이 2022년 2월 후생노동성 고시 제24호로 개정되었다. 보건소의 기능 강화나 인력육성을 위한 체제 구축 등을 지역보건 대책 추진의 중심 내용으로 제시하기 위한 것이다. 또한 중장기적으로 지역보건행정이 지향할 모습은 코로나19의 수습 후에 그간의 대응에서 얻은 교훈과 성과를 검증한 뒤 다시 지침의 개정을 검토하기로 하였다.

1) 감염증 광역 확산에 대비한 체계의 구축

코로나19를 계기로 감염증 확산에 대비한 평시 체계의 중요성이 새롭게 인식되었다. 이에 따라 '기본지침'의 '지역에서의 건강위기관리 체제 확보' 항목(제1의 5)에 다음과 같은 내용을 추가했다.

- 감염증의 광역 확산으로 보건 활동을 제대로 할 수 없는 때는, 도도부현은 관내의 정령시 및 특별구, 다른 도도부현 및 국가와 연계하여, 감염 경로·밀접접촉자 등에 관한 정보 수집·보건 활동의 전체 조정·보건 활동에 대한 지원·인력의 확보·인력의 송출 및 수용 등에 관한 체제를 구축할 필요가 있다.
- 도도부현과 정령시 및 특별구는 평시에도 전문가가 속한 교육기관, 학술기관 등과 연계를 도모하여, 감염증에 대한 긴급한 대응이 필요한 때에 정보를 공유하고 협력하기 위한 체제를 구축해 둘 필요가 있다.
- 도도부현과 정령시 및 특별구는 각 관할 지역 내에서의 감염 경로 특정, 밀접접촉자 파악 등에 관련된 역학 조사와 감염 상황에 관한 정보의 공유를 위해 노력한다.
- 국가, 도도부현 및 시정촌은 환자, 의료 종사자 등에 대한 차별의 실

태 파악, 상담 지원, 홍보 등의 제발 활동을 한다.

- 대규모 재해발생 시와 마찬가지로, 감염증이 만연할 것에 대비하여 도도부현과 시정촌은 지방 공공단체 간의 정보 수집 등의 연계 체제를 강화하고, 국가는 보건 활동에 이바지할 인재의 육성 지원이나 파견의 앞선·조정을 하는 구조를 구축한다.

2) 지역의 건강위기관리 거점으로서의 보건소 기능 강화

도도부현이 설치하는 보건소는 지역에서 건강위기관리의 거점으로 기능할 수 있도록 다음과 같은 사항을 추진한다.

- 국립감염증연구소, 지방위생연구소 등의 연구기관과 연계하여 검사의 정도(精度) 관리에 노력함과 동시에 HER-SYS 등의 통계정보관리시스템을 활용하여 최신의 과학적 지식에 근거한 정보관리를 추진한다.
- 평시에, 건강위기 발생 시의 범부처적인 인원 배치 및 업무 분담을 검토하고, 직원에 대한 연수 등을 실시한다.
- 평시에, 관내의 관계 교육기관, 전문직능단체 등의 지역보건에 관한 식견을 가진 인력이 속한 기관과의 연계를 도모한다.
- 건강위기 관리에 관한 체계를 정비함에 있어서, 그 체계가 보건소 내 조직 전반의 운영에 미치는 영향이나 건강위기에 대한 대응에 필요한 기간 등을 고려함과 동시에, 건강위기 관리에 관한 업무 이외의 기존 업무의 축소나 당해 업무의 지연 문제 등을 검토한다.

3) 전문기술 직원의 확보 등

지역보건대책에 관련된 인력의 확보를 위해 다음 사항을 추가한다.

- 국가, 도도부현 및 시정촌은 건강위기가 발생했을 때, 보건소에 전문적인 업무를 할 수 있는 보건사 등의 전문기술 직원을 계속 확보하도록 한다.
- 도도부현과 시정촌은 건강위기의 발생 시에 범부처적인 위기관리 체계가 이루어질 수 있도록, 평시부터 준비하여 지역보건 대책의 추진에 지장을 초래하지 않도록 배려한다.
- 국가와 도도부현은 광역적인 건강위기가 발생하면, 지역공중위생의 실무 지식이나 전문 자격을 갖춘 인력을 지원 직원으로 파견하도록 협력을 요구하고, 평시에 지역의 관계 교육기관, 전문직능단체와의 관계구축 및 유지에 노력한다.

4) 건강위기 관리에 관한 연수 사항의 추가

건강위기 관리에 대응하기 위한 인력의 자질 향상을 위해, 도도부현과 시정촌이 시행하는 전문기술 직원에 대한 연수 및 자기 계발의 내용에, ‘건강위기 발생 시의 신속하고 적절한 대응을 위한 위기관리 등에 관한 사항’을 추가한다.

5) 인력 확보 지원 계획의 책정 등에 관한 유의 사항

인력 확보 지원 계획의 책정 및 이에 근거한 사업을 시행함에 있어서

는, 광역적인 건강위기 발생 시의 연계 또는 협력 체제의 기반 형성 등 유의해야 할 점을 규정한다.

6) 국립시험연구기관, 지방위생연구소 등에서의 조사연구

국립시험연구기관·지방위생연구소 등에서의 조사 및 연구에 대해서, 정책과제를 인식한 후에 과제설정 및 분석평가를 함과 동시에 검사 정도 및 건수 등의 규모에 대한 쌍방의 요청을 충족하도록 하여, 긴급 시에도 충분한 대응이 가능하도록 평시부터 지역의 시험연구기관 등과의 연계에 노력한다는 취지를 규정한다. 지방위생연구소는 그 기능 강화를 위해 검사의 정도 관리 향상, HER-SYS 등의 통계 정보 관리 시스템 활용을 추가한다.

3. 보건소의 전염병 대응 기능 강화를 위한 과제¹⁵⁾

가. 사전 대응형의 감염증 건강위기관리 대책

위기의 조기 탐지가 중요하지만, 현행 ‘감염증법’에서는 평시에는 발생 동향조사 정도만 이루어져 왔다. 기본적으로는 감염환자의 진단 확정 이후에 다양한 업무가 발생하고, 진단 확정을 위한 검사는 기본적으로는 의료기관이 하고 정부의 부담도 없다. 하지만 코로나19 상황에서는 의심 증상 시의 조기 진단이 가장 중시되어, 의사증(疑似症) 조사나 의사증에 대한 정의의 개정 등이 이루어졌다. 보건소에서도 감염자 발생 전의 조기검

15) 여기서는 코로나19의 현장에서 선도적으로 대응하면서, 보건소가 지향할 바를 고민한 도쿄도 북구(東京都 北区) 보건소 소장 마에다 히데오의 글(前田秀雄, 2020)을 소개함.

사 독려, 발생 직후의 입원 치료 담당 의료기관의 선정 등 기존의 감염증 대책에서는 없던 업무가 크게 늘었다.

클러스터의 발생이 감염 확대의 주요 요인임이 확인됨에 따라 그 예방을 위한 삼밀(밀접, 밀집, 밀착) 리스크의 방지가 중시되었다. 위험이 생길 수 있는 시설에서는 위험 예방을 위한 상담 요청이 보건소에 많이 접수되었다. 특히 실내 환경, 공조 설비 등의 기능, 성능에 대한 상담이 진행되었다. 고령자 시설에서는, 직원과 이용자 사이에서의 감염 예방, 유증상 의심 사례 발생 시의 시설 내에서의 격리 대책 등에 대한 상담이 많이 있었다. 위기 발생의 탐지가 리스크 매니지먼트의 단서가 되며, 감염증 대책의 성공 여부를 결정한다고 할 때, 앞으로 보건소는 사전 대응형의 감염증 대책을 강화해야 한다.

나. 지역보건의료 체계의 구축

지역별로 보건의료자원의 수준이 다르고, 의료기관도 제공되는 서비스의 내용과 질이 종별·규모별로 다르다. 평시에도 지역 단위에서 의료공급 체제를 확보할 필요가 있지만, 건강위기 발생 시에는 특히 한정된 자원 속에서 긴급하게 대응해 나갈 필요가 있다. 이를 위해 ‘의료법’의 ‘지역의료 계획’이나 ‘지역의료 구상’은 의료의 평등화를 도모해왔다. 또한, 감염증 의료체계로서는, ‘감염증의 예방 및 감염증의 환자에 대한 의료에 관한 법률’에 근거해서 도도부현 단위, 2차 보건의료현 단위로 감염증 치료를 위한 지정 병상이 확보되어왔다.

코로나19의 발생에 따라, 1차 의료권인 시정촌 단위에서 포괄적인 감염증 진료가 이루어질 필요성이 커졌다. 지자체별로 이를 위한 의료체계의 구축에 노력하고 있지만, 그 양상은 균일하지 않다. 보건소는 ‘지역보

건법'에 따라 지역의 건강위기 관리나 보건의료 대책의 거점으로 자리매김하였는데, 2차 보건의료권, 보건소 설치 시(市) 단위로 재편되어 왔다. 따라서 이러한 지역의료 체계의 구축도 보건소에 부과된 중요한 기능이다. 도쿄시 북구의 사례를 보면, '지역감염증 의료연계협의회'의 존재가 신속한 체계의 구축을 도모할 수 있게 했다. 코로나19가 '지정 감염증'으로 지정된 이후, 의료연계협의회 회의가 월 1~2회 개최되어, 최신 정보를 공유하고 지역의료 체계에 대한 협의를 진행해 왔다. 보건소가 이러한 관련 기관과 평시부터 구체적인 과제를 공유하는 것이, 위기 발생 시에 신속하고 효과적인 조치를 구축하는 데 매우 중요하다.

다. 종합적인 공공보건 시스템의 구축

각 보건소에서는 감염증 담당 부문을 재편성하여 상담, 입원의료 조정, 역학조사 등의 반을 편성함으로써, 종합적인 업무집행 체계를 구축했다. 또한, 소속 지자체 내에서도, 감염증 담당 부서만이 아니고, 모자보건·건강증진 부문 등에 소속된 보건사, 일반행정 부문의 사무직에 의한 지원이 이루어졌고, 인력 파견 회사로부터의 보건사 채용, 도도부현 본청으로부터의 파견 직원이나 교육·연구기관 연구원의 지원 등 전(全) 부처적 체계를 구축하고 있다. 또한, 지자체에서 건강위기 관리 본부 체계가 구축되어, 방재·위기관리 부문을 필두로 홍보 부문, 복지 부문, 교육 위원회 등 관련 기관과의 연계 체계를 구축하고 있다. 지역에서도 협의회하에서의 연계 체계를 비롯하여 다양한 관련 기관 및 단체와의 협력관계를 구축하고 있다.

하지만 주력이 되는 의사 및 보건사의 부족 문제는 심각하다. 1996년에 1,265명이던 공중위생의사 수는 2018년에 728명으로 줄고, 2곳의 보건소 업무를 겸하는 경우도 많다. 보건사의 수도 평소 업무 수행에 급

급하여, 장기적인 위기 대응이 어렵다. 도도부현에서는 보건사 전체의 70~80%가 보건소에 근무하고 있어서, 건강위기 발생 시에 보건소 외부로부터 파견할 수 있는 보건사는 소수다. 보건소 설치 시(市)·특별구(區)에도 감염증 담당 보건사는 전체의 10% 정도에 불과하고 감염증 업무 경험자가 적다. 보건소 이외에 연구기관에 근무하고 있는 보건사 출신자도 마찬가지로 감염증 업무 경험자는 많지 않다.

이와 같이 위기관리 대책으로서 중요한 긴급상황 대응 능력(Surge Capacity)이 질과 양 모든 측면에서 부족한 것이 확인되고 있다. 2004년 SARS 발생 이후 약 5년마다 신종 감염증이 발생하고 있고, 앞으로는 평시에도 이를 전제로 한 직원 정수를 확보하는 것이 필요하다. 또한 지자체 내에서는 보건사의 순환 보직에 감염증 담당을 필수화하고, 지역에서도 교육·연구기관의 전문직에 대해 감염증 대책을 위한 연수를 실시하는 등 긴급상황 대응 능력의 질적 강화를 도모할 필요가 있다.

라. 리스크 커뮤니케이션

공공보건 대책에 있어 주민들에게 정확한 정보를 전달하고 이해와 협력을 구하면서 때로는 참가를 얻어내는 것이 매우 중요하다. 또, 주민이 그 건강 과제에 대해 어떻게 느끼고, 어떠한 대책을 원하는지를 아는 것도 중요하다. 특히 신종 감염증 같은 예측 불가능한 요소가 많은 건강위기의 경우에는 ‘리스크 커뮤니케이션’이 필수적이다.

과학적 기법에 기초한 정확한 정보가 중요하다. 최신 정보의 수집 및 관리와 그것과 직결된 상담 체계를 갖추어야 한다. 신종 감염증과 관련해서는 매일 새로운 정보가 공개되고, 새로운 정책이 실시되어야 한다. 이를 직원 자신이 먼저 이해하고 전할 필요가 있다. 주민은 국가나 도도부

현뿐 아니라 본인이 거주하는 지역에 대한 정보를 요구하므로, 보건소는 항상 지역의 감염 상황을 파악, 분석 및 발표할 필요가 있다.

보건소에는 지역보건위생 상황의 분석 업무가 있지만, 이것도 감염증 발생 동향조사 등 업무 보고에 필요한 통계만을 다루고 있고, 지역 상황에 대한 독자적인 분석은 감소해왔는데, 이번 신종 감염증의 발생은 보건소의 정보 수집·분석·홍보 기능의 조직적 강화의 필요성을 보여주고 있다.

마. 보건소 건강위기관리 기능 강화

인적·물질적·자본적 국제화에 따라, 신종 전염병의 발생은 상시화되고 있다. 이번 코로나19에 대한 평가에서 볼 때, ‘신형 인플루엔자 2009 대책’에 대한 검증에서 이미 필요성이 확인된 과제가 미결로 남아 있는 것이 혼란의 가장 큰 원인임이 지적되었고, 보건소의 기능 강화도 그중의 하나다.

특히, 신종 감염병의 팬데믹은 보건의료 분야만이 아니고 사회·경제, 복지, 교육, 문화 등 모든 분야에 심각한 영향을 미친다는 것이 확인되었다. 장기적 관점에서 건강위기에 대응할 수 있는 지역사회 구축을 목표로 하는 것이 금세기 최대의 과제다. 보건소의 기능 강화는 그 핵심에 있다.

제4절 해외사례의 시사점

이번 장에서는 코로나19라는 유례없는 공중보건 위기에 대응해야 했던 국제기구와 국가들(호주, 일본)의 사례를 살펴보았다. 사실 동일한 지역이란 존재하지 않는다. ‘지역’에는 국가처럼 상대적으로 큰 규모와 매

우 작은 규모의 생활공동체가 포함되어 있고, 주민들의 구성을 비롯하여 지역성(regionality)도 모두 상이하다. 따라서 개별 지역의 사례들이 다른 지역에도 동일하게 적용되기에는 한계가 분명하다. 그럼에도 불구하고 유례없는 공중보건 위기 상황에 대응하면서 쌓은 경험과 오랜 기간 축적된 경험으로부터 앞으로 우리나라 지역보건체계의 개편과 지역보건기관의 발전을 위한 시사점을 찾을 수 있다. 제3장부터는 한국보건의료체계를 둘러싼 정책환경 변화와 현황, 개선과제를 다루게 된다. 해외사례들은 이러한 논의의 출발점으로 삼을 수 있을 것이다.

WHO는 예기치 못한 공중보건 위기 상황에 대처하는 대응 역량은 필수핵심기능의 가동 여부에 달려 있다고 제시한다. 이것이 위기 극복 과정과 극복 이후(post-COVID19)에 일관되게 요구되는 회복탄력성(resilience)의 진원(震源)이다. 위기 상황이 장기간 지속되는 경우 대부분의 자원은 현안에 집중되기 쉽다. 이 과정에서 적지 않은 건강안전망이 축소되거나 이완된다. 회복탄력을 위해 필수적인 역량마저 소진되면 복원에 더 많은 자원과 시간이 투입되어야 한다. ‘위기로 인한 피해’가 아니라 ‘위기 시에도 작동되어야 할 핵심 기능을 유지하지 못하여 나타나는 피해’가 더 심각할 수 있다는 점이다. 특히 그 기능이 취약성(vulnerability)에 대처하던 각종 안전망이라면 더욱 그렇다. WHO가 발표한 초과 사망(excess mortality) 결과가 이를 증명하며, 국제보건규칙(IHR)에서 ‘위기를 판단하기 위한 기준’으로 대량 환자나 사망자의 발생뿐만 아니라 위기 대응체계의 훼손이나 작동 저해를 설정한 이유이기도 하다.

그렇다면 공중보건 위기 상황에서의 필수핵심 기능이 무엇인가가 다음 질문이 될 것인데, WHO는 보건의료체계가 일차보건의료에 기반하고 있어야 한다고 강조한다. 환자 및 지역주민과의 친밀도와 밀착성은 일차보건의료의 중요한 속성 가운데 하나로, 건강안전망 안으로 지역주민들을

포괄하는 지속적 서비스의 출발점이 된다. 이 점은 앞으로 공중보건 위기에 대응하기 위하여 한국지역보건체계가 선제적으로 지향해야 할 두 가지를 함의한다. 하나는 생활권에 파고든 지역밀착형 서비스가 위기 상황을 견뎌낼 동력이 된다는 점이며, 다른 하나는 그런 차원에서 현재 보건소를 비롯한 지역보건기관의 진료기능 개선 논의가 단순히 진료서비스를 제공하느냐의 문제가 아니라 ‘어떤 진료서비스를 어떻게 제공하느냐’의 문제로 접근해야 한다는 방향 모색에 도움을 줄 수 있다는 점이다.

WHO가 앞으로 회복탄력성을 갖춘 체계를 주창하며 ‘도시’를 강조한 점 역시 중요하다. 도시는 인구집단과 자원이 집약되어 있고, 강한 유동성을 가진다. 감염병 확산에서 나타나듯 위기 상황에서 더 큰 피해가 나타날 수 있는 지역이다. 그렇지만 바꿔 말하면 도시는 많은 거주민에게 공중보건의 편익을 제공할 수 있는 공간이기도 하다. 제3장에서 다시 살펴보겠지만, WHO는 2016년 개최한 제9차 건강증진 국제회의의 결과물인 상하이 선언(Shanghai Declaration)에서 UN SDGs에 기여할 건강증진의 3대 축(pillar)에 건강도시(Healthy Cities)를 포함했다. 각종 도시정책에 건강이 공동편익(co-benefit)을 가지도록 결합함으로써 형평적이고 포용적인 도시정책을 지원해야 한다는 것이다. 우리나라에서도 건강과 도시정책의 결합이 법적으로 의무화되었다. 2023년 12월부터 시행예정인 「국민건강증진법」 개정안에는 ‘건강도시의 조성’ 조항(제6조의5)이 신설되었다. 건강도시 조성노력을 국가와 지방자치단체의 의무로 부과¹⁶⁾한 것이다. 물론 도시정책은 지역보건체계만이 담당할 수 없으며,

16) 제6조의 5(건강도시의 조성 등) ① 국가와 지방자치단체는 지역사회 구성원들의 건강을 실현하도록 시민의 건강을 증진하고 도시의 물리적·사회적 환경을 지속적으로 조성·개선하는 도시(이하 ‘건강도시’라 한다)를 이루도록 노력하여야 한다.

② 보건복지부장관은 지방자치단체가 건강도시를 구현할 수 있도록 건강도시지표를 작성하여 보급하여야 한다. ③ 보건복지부장관은 건강도시 조성 활성화를 위하여 지방자치단체에 행정적·재정적 지원을 할 수 있다. ④ 그 밖에 건강도시지표의 작성 및 보급

지역정부 차원에서 多분야·多영역 협력을 이루어야 하는 주제이다. 그러나 그 과정에서 ‘건강’은 매우 중요한 가치이다. 예를 들어 앞으로 공중보건 위기의 잠재력을 가진 것으로 평가받는 기후위기나 미세먼지 등은 경제, 산업, 교통, 환경, 일상생활 전반의 공동대응을 필요로 한다. 일견 건강과 관련성이 적어 보이는 영역이라 하더라도 건강 영향을 평가하는 기제가 마련되어야 한다. 이 점에서 ‘건강영향평가’는 공중보건 위기의 선제적 대응으로서 의의가 높으며, 호주 사례와의 접점이기도 하다.

호주는 코로나19 위기 상황에서 보건의료체계 붕괴 저지를 최우선 정책목표로 설정했다. 향후 후속 연구가 뒤따라야 하겠지만, 감염에 대한 두려움이 가장 높을 시기인 2020년의 일차의료기관 이용률이 오히려 전년 대비 3.9%p 증가했다는 점은 시사하는 바가 있다. 지역사회 필수서비스의 흐름을 일차보건의료가 이어온 것으로 평가할 수 있는 결과이다. 지역사회 정신건강 서비스 공급의 확충(2019년 대비 14.5%p 증가) 역시 일차보건의료의 적절한 위기 대응으로 평가할 수 있다.

하지만 공중보건 위기 상황에 대응하기 위한 지역보건체계의 과제로서 호주 사례 가운데 정책적 의미가 높은 것은 시드니 지역보건청(SLHD)의 ‘형평성-중심 건강영향평가’라고 할 수 있다. 형평성을 중심 가치로 둔 건강영향평가는 코로나19의 경험이 반영된 것이다. 앞으로 팬데믹을 비롯한 공중보건 위기에서 지역보건기관들이 취약계층을 보호하려는 조치를 ‘미리’ 준비하는 장치이기 때문이다. 이 장치의 3가지의 초점 영역(Focus Area)을 ① 보건의료서비스에의 접근성과 가용성 ② 감염 위험 및 감염으로 인한 차별적 영향 ③ 지역보건기관 종사자들의 업무 변경에 두었는데, 이는 각각 포괄적·형평적 서비스 보장, 위기의 차별적 영향 감소, 공급자 취약성 대응이라는 렌즈로 건강에 대한 영향을 판단하겠다는 것

등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

으로 이해된다.

일본은 코로나19 대응 측면과 함께 우리나라와 유사성을 보이는 정책 환경(인구구조 변화 등) 및 지역보건체계(보건소 등) 운영 경험으로부터 시사점을 얻을 수 있다. 우선, 코로나19와 관련하여 우리나라 역시 경험한 인력부족 문제에 대한 대응을 살펴볼 필요가 있다. 일본은 코로나19 대응 인력 확보를 위해 도도부현 간에 보건사(保健師)를 비롯한 전문직 지원·조정체계를 구축하고 인력뱅크(IHEAT)를 구축하여 평상시에는 활동하지 않거나 다른 영역에서 활동 중인 보건전문인력을 리스트화 하여 위기 시 신속한 인력확보가 가능하게 했다.

전국 보건소를 대상으로 한 조사에서 도출된 보건소의 체제 정비 및 기능 강화방안 역시 우리나라와의 정책환경의 유사성을 고려할 때, 참고자료로서 가치가 높다. 위기에 대비하기 위한 평상시 체제 정비, 보건소 축소 및 보건소 의사 인력의 급감에 대한 대응, 지역 자원과 연계한 가정방문 확대 등이 그 내용이다. 그렇지만 도쿄도 북구(東京都 北区) 보건소 소장인 마에다 히데오(前田秀雄)의 “위기관리 대책으로서 중요한 긴급상황 대응 능력(surge capacity)이 질과 양 모든 측면에서 부족한 것이 확인되고 있다”는 지적에 주목할 필요가 있다. 그는 위기 대응을 위한 직원 정수를 평상시 확보하고, 지자체 보건사의 순환 보직에 감염증 담당을 필수화하며, 지역에서 연수를 실시하는 등의 대응 능력 강화를 주장하였다. 우리나라 역시 코로나19 유행 기간에 보건소 인력이 확충되었고, 전반적으로 감염병 대응 역량 제고를 이루었다. 이 역량(capacity)이 앞으로 신·변종 감염병 발생에 어떻게 활용될 수 있을지와 함께 감염병 이외 영역에 산적한 지역보건서비스 수요에 대응하기 위한 인력확보에 어떻게 기여할 수 있을지에 대한 방향 설정에 도움이 되어야 할 것이다.

일본은 코로나19 대응에만 국한된 것이 아니라 전통적인 과제들에 대응

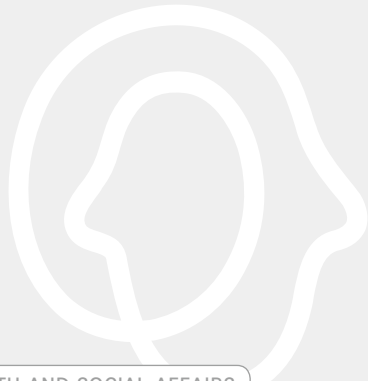
하기 위한 지역보건체계와 지역보건기관 운영 방식 측면에서도 시사점을 가진 국가이다. 일본의 보건소는 기본적으로 넓은 지역을 아우르는 포괄적인 기획과 조정 기능에 집중한다. 반면 시정촌 단위의 생활권에는 보건센터나 지역포괄지원센터처럼 밀착형 직접 서비스를 제공하는 기관들이 포치된다. 소생활권 중심 건강증진사업의 추진과 지속적 확장이라는 측면은 우리나라와 크게 다르지 않다. 반면에 우리나라 지역보건체계와의 차이점은 보건소의 포괄 범위에 대한 인식과 지역포괄지원센터라는 일종의 커뮤니티케어 제공기관이라는 기능에서 발견된다. 우리나라에서 보건소는 기초자치단체 직속기관이라는 위상을 가진다. 따라서 보건소는 기초자치단체에 존재하고, 기초자치단체의 행정 범위에서 사업을 수행하는 조직이라는 인식이 강하다. 중앙정부와 지방정부의 보건사업이 보건소로 집중되는 ‘갈때기 현상’이 발생하는 한 원인이다. 보건소가 여러 지역에 걸친 기획과 조정, 복합적 지원의 저점 기능을 수행하는 일본의 방식은 그래서 우리나라 지역보건체계 개편의 한 모형이 될 수 있다.

일본의 지방정부가 의료, 개호, 개호예방, 주거, 자립적 일상생활지원이라는 5개 영역이 결합된 지역포괄지원센터를 두어 지역 현실에 맞는 서비스를 제공한다는 점(니키류, 2018; 이무식, 2018) 역시 고령화와 공중보건 위기 대응 등의 문제에 직면한 우리나라 지역보건체계가 간과할 수 없는 점이다. ‘지역사회 계속 거주(AIP, Aging in Place) 환경 조성’은 정부의 국정과제이기도 하며(대한민국정부, 2022), 보건, 의료, 복지연계는 위기 상황에서 취약계층을 보호하는 패러다임 변화이기도 하다. 이 변화를 선형하고, 지역보건기관에서 구현하고자 하는 일본의 사례는 지속해서 살펴볼 필요가 있다.

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제3장

지역보건체계의 정책환경 변화와 개편 논의

제1절 정책환경 변화와 공중보건 위기

제2절 선행연구에서의 지역보건체계 개선 논의와 과제

제3장

지역보건체계의 정책환경 변화와 개편 논의

제3장에서는 지역보건체계를 둘러싼 정책환경 변화와 개편에 관련된 주요한 선행연구를 고찰함으로써 연구 목적 달성을 위한 단초를 탐색하고자 하였다. 첫 번째 부분인 정책환경 변화는 다음과 같은 두 가지 세부 내용으로 다시 구분하였다. 우선, 지역보건체계와 상호작용하는 거시적인 정책환경 변화이다. 이후 논의와의 연계성을 고려하여 인구구조 변화와 같이 중요성은 높지만 이미 광범위하게 알려진 내용은 간략하게 정리하는 대신 지역보건체계의 미래와 관련성이 높은 주제라고 여겨지는 지역 간 격차의 문제와 지역주민의 역량 제고, ‘소생활권’ 등은 좀 더 자세하게 다루었다.

한편, 본 연구의 중요한 개념이라 할 수 있는 ‘공중보건’과 ‘공중보건 위기’에 대한 논의는 정책환경 변화에서 별도로 구성하였다. 서론에서 한국지역보건체계가 직면한 ‘이중과제’에 대해 언급한 바 있는데, 인구구조와 격차, 참여와 역량확대 등이 ‘전통적인’ 과제였다면, 최근 코로나19로 극대화된 공중보건 위기는 ‘새롭게 부각하는’ 대응과제라고 할 수 있다. 먼저, 공중보건 개념이 변화해온 역사를 고찰하고, 형평성(equity)이 공중보건의 핵심적 가치로 등장한 것을 확인한다. 이를 통해 ‘공중보건 위기’에는 다수 인구집단의 건강을 위협하는 사건이라는 표상과 더불어 ‘보건의료체계 또는 건강안전망 작동 저해’와 취약성(vulnerability) 발현이 내재해 있음을 보이고자 하였다. 결과적으로 앞으로 우리 사회가 경험할 수 있는 공중보건 위기 대응의 방향성을 ‘핵심·필수 기능의 유지’와 ‘보편적 건강보장’에 두어야 함을 제시한 것이라고 할 수도 있겠다.

본 장의 두 번째 부분에서는 지역보건체계에 제기되어 온 문제점과 개선방안에 대한 선행연구들과 제안을 고찰하였다. 사실 우리나라의 지역보건체계는 짧지 않은 역사가 있고, 다양한 성격을 가진 기관들만큼이나 각각의 특수성을 반영한 문제의식과 개선 시도가 있어 왔다. 따라서 모든 범주를 다루기에는 한계가 있으므로 상대적으로 의미 있는 지점을 결정하여 고찰 범위를 좁히는 것이 현실적이라고 판단하였다. 이에 따라 시기적으로는 지역사회에서 건강증진사업이 본격화된 2010년 전후로부터 시작하여 코로나19 유행기까지로 설정하였다. 특히 코로나19 대응은 지역보건체계 재편 논의에서 어떤 사건보다 중요한 의미를 가지기 때문에 별도로 구성하였다. 선행연구 고찰의 대상 기관은 보건소를 중심에 두었다. 지역보건체계에는 다양한 기관들이 포함되나, 보건소에 중추적 역할이 주어져 있음은 합의할 수 있으리라 생각한다. 코로나19가 야기한 공중보건 위기 상황에서 지역보건체계 개편의 중점 논의 주제가 보건소 조직과 기능 개선, 인프라 확보 방안이었다는 점에서도 타당하다고 여겨진다.

제1절 정책환경 변화와 공중보건 위기

1. 지역보건체계를 둘러싼 ‘전통적’ 대응과제

가. 지역사회 인구구조와 건강수명 격차

급속도로 진행되고 있는 인구고령화는 한국사회의 지속가능성에 가장 큰 위협요인으로 인식되고 있다. 2020년 현재 5,184만 명 수준의 총인구는 2070년에는 3,766만 명까지 감소할 것으로 예상되는 가운데, 15~64

세 생산연령인구 비중은 감소(72.1%→46.1%)하는 반면, 65세 이상 인구 비중은 증가(15.7%→46.4%)할 것으로 추계되었다. 노령화지수(129.3명→620.6명), 노년부양비(21.8명→100.6명) 등 주요 지표의 변화 역시 전 세계에서 가장 빠른 고령화가 가져올 사회적 부담을 예견하게 한다(통계청, 2021b). 인구고령화는 만성질환과 밀접한 연관성을 가진다. 만성질환은 2021년 전체 사망원인의 79.6%, 2020년 전체 진료비의 85.0%를 차지했다(질병관리청, 2022a). 코로나19 팬데믹 이전, WHO조차 결핵이나 말라리아 같은 감염병보다 만성질환을 인류에게 더 중요한 건강문제로 상정하였고, 급증하는 의료비 부담문제와 맞물려 만성질환에 대응하는 보건의료체계의 효율성을 강조한 것(김남순, 2020)은 만성질환이 국민의 삶의 질과 국민의료비 측면 모두를 위협하는 요인임을 보여준다.

인구고령화와 만성질환은 국가 전체의 현안이지만, 그로 인한 영향은 지역별로 다르게 나타날 수 있다는 점에서 각각의 지역과 지역보건체계가 관심을 가져야 할 변화이다. 지역의 인구구조를 반영하는 지방소멸위험지수¹⁷⁾로 판단해 보면 대도시와 지방의 소멸위험 간극이 크며, 소멸위험지역은 지방 대도시 권역으로까지 확산하고 있다(이현지, 오재환, 김재현, 이광수, 2021). 인구 감소는 지역의 수요 축소와 아울러 자원 투입의 유인 기제가 사라지면서 기존 자원의 부담이 증가함을 의미한다. 반대로 대도시 쏠림 경향은 강화되어 지역 간 격차를 확대 재생산하는 구조를 형성한다.

우선 건강문제에 취약성을 내포하고 있어서 지역보건의료체계가 감당해야 할 ‘취약집단’의 규모가 달라진다. 2021년 전국 시·군·구의 65세 이상 인구 비율과 취약집단 비율을 보건소가 설치된 지역 유형별로 비교해

17) ‘20~39세 여성 인구의 수를 해당 지역의 65세 이상 인구의 수로 나눈 상대비 값’으로 정의되며, 0에 가까울수록 소멸 위험이 커지는 것을 의미함(이현지 외, 2021).

보면 군(郡)지역, 보건의료원 설치 지역 등, 소멸위험지역에 가까운 지역으로 간주할 수 있는 곳이 상대적으로 높은 경향을 보였다. 지역의 소멸 위험 정도는 건강수준과도 연관성을 가진다. 소멸위험지역은 비위험지역에 비해 치료가능 사망률이 유의미하게 높았다(설진주, 조형경, 이현지, 이광수, 2021). 대도시 권역에 비해 지역의 보건복지 자원들이 감당해야 할 부담은 높아지면서도 ‘미충족되는(unmet)’ 수요 역시 높아질 것으로 예상할 수 있다.

〈표 3-1〉 보건소가 설치된 시·군·구 유형별 취약집단 비율 및 미충족의료율(2021년)

(단위: %)

보건소 설치 지역 유형	65세 이상 인구	취약인구집단 ²⁾	미충족의료율
특·광역시 자치구	17.8	25.1	5.4
50만 이상 행정구 ¹⁾	14.2	19.5	5.8
도농복합	19.5	27.1	6.0
군	31.4	41.2	6.6
보건의료원	33.7	42.8	7.3

주: 1) ‘50만 이상 행정구’는 자치단체 인구가 50만을 초과하여 ‘행정구’를 설치한 지역을 의미하며, ‘보건의료원’은 의료자원 부족 등의 이유로 보건소 대신 보건의료원이 설치된 지역임.

2) 취약인구집단은 65세 이상 1인 가구 수, 심한 장애 등록장애인 수, 기초생활수급자 수를 합산한 것이므로 수치의 중복이 있을 수 있어 절대적인 수치로 해석하는 것에는 주의를 요함.

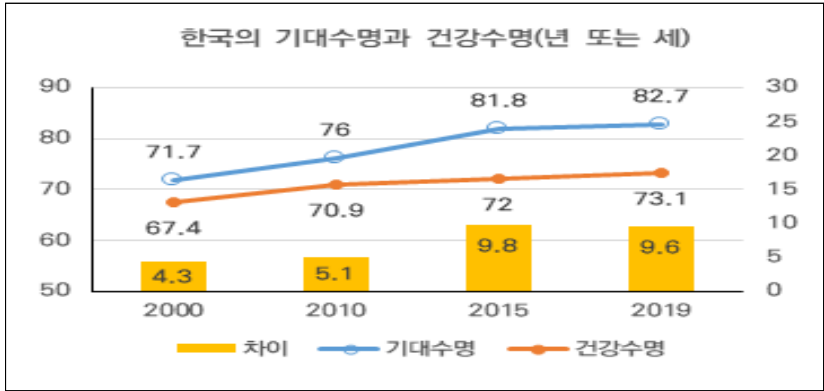
자료: 국가통계포털의 주민등록 인구, 65세 이상 인구, 65세 이상 1인가구 수, 심한 장애 등록장애인 수, 기초생활수급자 수, 미충족의료 경험률을 다운로드 받아 구성.

한국보건의료체계가 거둔 성과의 이면의 한계점으로 지적되는 것이 답보상태의 ‘건강의 질’이다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2022a). 이는 기대수명과 건강수명의 차이에서 확인할 수 있다. 2000년부터 2019년까지 20년간 우리나라의 기대수명은 71.7세에서 82.7세로 약 11세 증가했지만, ‘건강수명’은 67.4세에서 73.1세로 약 5.7세 늘어나는 데 그쳤다. 질병이나 장애를 가지고 살아가야 할 기간이 2000년(4.3년)에 비해 2019년(9.6년)에 약 5.3년 연장된 것이다(강희정, 윤강재, 2022).

건강의 질의 격차, 즉 건강수명의 격차가 앞에서 언급한 소멸위험지역

과 연관성을 가지리라는 점은 충분히 예상할 수 있는 지점이다. 실제 건강수명 상위 10개 지역은 수도권 동남부 지역을 중심으로 분포하는 반면, 하위 10개 지역은 인구고령화가 상당 수준 진척된 구도심 지역이나 농어촌 지역을 중심으로 분포하고 있다. 최상위 지역과 최하위 지역의 건강수명 격차는 약 13.1년에 달한다.

[그림 3-1] 우리나라의 기대수명과 건강수명의 변화와 차이(2000~2019)



자료: 강희정, 윤강재(2022), p.4에서 인용한 것으로, OECD.Stat에서 자료추출 후 작성함.

〈표 3-2〉 시군구별 건강수명(상하위 10개 지역, 2018년 기준)

(단위: 세)

상위 10개 지역			하위 10개 지역		
순위	지역	건강수명	순위	지역	건강수명
1	경기도 용인시 수지구	75.30	1	부산광역시 영도구	62.17
2	경기도 성남시 분당구	74.92	2	충청남도 청양군	62.60
3	서울특별시 서초구	74.52	3	경상북도 군위군	63.45
4	서울특별시 강남구	74.51	4	충청남도 계룡시	65.44
5	경기도 용인시 기흥구	74.43	5	경상북도 영덕군	65.62
6	경상북도 울릉군 ¹⁾	74.31	6	충청북도 청주시 상당구	66.21
7	경기도 고양시 일산서구	73.78	7	부산광역시 서구	66.44
8	경기도 의왕시	73.62	8	경상북도 상주시	66.52
9	서울특별시 송파구	73.54	9	경상남도 의령군	66.58
10	경기도 안양시 동안구	73.48	10	충청남도 금산군	66.99

주: 1) 울릉군은 사망자 수가 100명 미만으로, 오차가 크게 나타날 수 있어 해석에 주의를 요함.
자료: 보건복지부·한국건강증진개발원(2022a), p.64~66에서 상·하위 10개 지역 발췌.

나. 지역사회 자원의 연계: 지향과 현실

노인인구 증가는 만성질환 유병률 증가와 관련성이 높다. 그런데 만성 질환은 생활습관을 비롯한 다양한 요인들이 중첩되어 발병하며, 완치가 어렵기 때문에 치료와 더불어 ‘사전 예방’과 ‘평생 관리’에도 초점이 맞추어진다. 이는 평생 관리 차원에서 보건의료서비스와 요양, 돌봄, 일상생활 지원의 조직적·연속적 결합의 중요성을 의미하기도 한다. 그런데 ‘고령자’라는 속성을 고려하고 수요자 친화성을 높여야 한다면, 서비스 조직적·연속적 결합이 이루어지는 단위는 주거지(집)와 거주 중인 지역사회가 바람직하다. 이 점은 현재 정부의 국정과제를 통해서도 확인할 수 있다. 윤석열정부 국정과제(45번: 100세 시대 일자리·건강·돌봄체계 강화)는 ‘지역사회 계속 거주(AIP, Aging in Place) 환경 조성’을 지향하며, 그 정책적 수단의 하나로 ‘커뮤니티케어(지역사회통합돌봄)’¹⁸⁾를 제시했다(대한민국정부, 2022).

물론 정부가 커뮤니티케어를 공식적으로 제안한 것은 2018년이며, 그동안 명칭 변화(지역사회통합돌봄)와 쟁점 제기(황경란, 최성은, 2022) 등 추진과정상 굴곡이 있었던 것도 사실이다. 그러나 이는 지역사회가 보유한 다양한 자원을 연계함으로써 분절적 서비스 제공에서 오는 한계를 지양하고 지역주민 전체에게 질 높은 서비스를 제공하고자 하는 현재진행형의 패러다임 변화라 할 수 있다. 커뮤니티케어가 지향하는 전체적인 미래상은 다음 표와 같다.

18) ‘돌봄(care)이 필요한 주민들이 ① 자기 집이나 그룹홈 등 지역사회(communitiy)에 거주하면서 ② 개개인의 욕구에 맞는 복지급여와 서비스를 누리고 ③ 지역사회와 함께 어울려 살아가며 자아실현과 활동을 할 수 있도록 하는 사회서비스체계’로 정의됨(보건복지부, 2018, p.4).

〈표 3-3〉 커뮤니티케어의 현재(한계)와 미래상

구분	현재	미래
지역사회 내에서의 돌봄(Care in the Community)	• 대규모 시설 또는 병원에서 케어 • 절대적으로 부족한 공적 서비스 • 복지서비스 위주의 재가서비스 • 보건의료·요양·복지서비스 분절적 제공	• 집이나 지역사회 내 시설 이용 • 포괄적 서비스를 보편적으로 적용 ⇒ 집에서 진료·간호·재활서비스 이용 • 다양한 서비스를 통합적·연속적 이용
지역사회에 의한 돌봄(Care by the Community)	• 지역사회 보건의료, 복지 등 다직종 간 네트워크가 약함 • 지역사회 내 민관협력 파트너십 취약 • 주민차명, 자치조직 비활성화	• 보건의료, 복지 등 다직종 협력 및 통합적 사례관리 체계 ⇒ 공공과 민간서비스 기관 간 사례 연계 • 주민자치 활성화, 이웃돌봄체계
지방분권화 (decentralized Community)	• 국고보조사업 위주의 보건의료 및 복지 서비스 제공 • 지방자치단체의 재정여력 및 사업의 자율성 부족	⇒ 지방자치단체가 서비스 제공의 주체 • 지방분권형 커뮤니티사업 및 재정 체계로 지역 자율형 서비스 제공

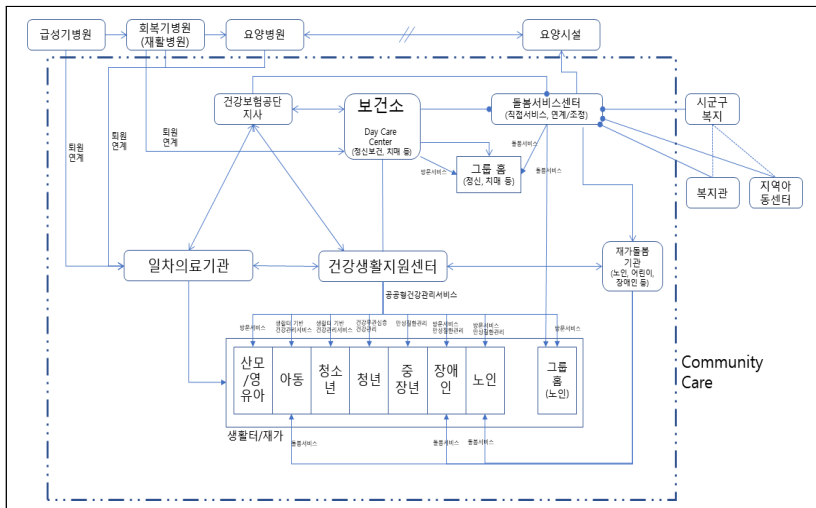
자료: 김승연, 장익현, 김진우, 권혜영(2018), p.125.

이상과 같은 체계에서 보건소를 비롯한 지역보건기관들이 어떤 기능과 역할을 하도록 계획되어 포치되어 있는지, 그리고 그 기능과 역할이 효과적으로 작동하고 있는지를 살펴볼 필요가 있다. 모든 지역주민이 즉각적인 보건의료서비스 요구를 가지고 있지는 않겠지만, 잠재적으로 모든 지역주민이 보건의료서비스를 필요로 하게 된다고 보는 것이 타당하다. 지역사회통합돌봄이 현실적 수요 ‘충족’과 아울러 잠재적 수요 ‘발굴’을 위해 작동할 때 지역사회 건강안전망이 더욱 촘촘해지는 것이다.

지역사회통합돌봄에서의 지역보건기관의 역할과 기능은 현재를 평가하고 향후 구조개편의 출발점으로 삼을 수 있다. 예를 들어 [그림 2-2]에서 볼 수 있는 바와 같이, 일반적으로 보건소는 지역 내 보건의료서비스의 중심에서 자원의 흐름과 서비스 전달을 연계하고 조정하는 역할로 상정되어 왔다. 타당한 목표 설정이라 할 수 있겠으나, 실제로 보건소가 이러한 기능을 할 수 있도록 인력과 예산을 확보하고 전문적인 역량을 갖추

도록 충실한 여건을 마련하여 왔는지에 대해서는 다양한 의견이 제시될 수 있겠다. 그뿐만 아니라 지역사회통합돌봄의 가장 큰 난관을 보건의료와 복지 연계의 지난함에서 찾는 연구자들도 적지 않다(최은영, 2018; 황경란, 최성은, 2022; 장숙량, 2022). 고령 인구집단의 건강과 만성질환 관리에는 지역사회 일차의료의 참여가 필수적이므로 위로부터 전문 영역 간 소통을 위한 거버넌스를 마련하거나, 주민들에게 밀접한 보건의료서비스를 발굴하여 아래로부터 연계를 추동하는 등의 돌파구가 필요하다.

[그림 3-2] 커뮤니티케어 모형(안)



자료: 임준(2018), p.50.

다. 지역사회 및 지역보건체계에서의 정보 및 기술 활용

코로나19를 계기로 조성된 비대면 환경은 정보화사회의 진전을 가속화했고, 기술 활용도를 높였다. 지역보건 영역도 예외가 아니었다. 예를 들어 기존의 역학조사는 면접·설문 중심으로 이루어졌다. 그러나 2015

년 메르스 유행에서 동선 파악과 방문이력 확인에 휴대전화와 신용카드 정보, 의약품안전사용서비스(DUR) 정보 등이 활용되었고(중앙메르스관리대책본부, 2016), 이 경험은 3T(test, trace, treat)로 대표되는 코로나 19 방역으로 이어졌다. 그리고 우리나라의 K-방역이 다른 나라의 방역보다 더 효과적이었던 결정적 차이는 ICT의 역할이었다는 분석 결과까지 제기되었다(이원태 외, 2020).

지역보건체계에서도 기술 활용의 확대는 불가피하다. 사회 전반의 추세도 그렇지만, 지역보건의료의 현황을 고려할 때 더욱 그렇다. 취약지 또는 소멸위험지역일수록 자원 부족과 기존 자원의 부담 가중 문제가 심각하고, 이는 사각지대의 확장을 의미한다. 하지만 효과적인 기술 활용은 ‘공백’, ‘부족’, ‘과중’ 문제 해결에 시사점을 준다. 코로나19라는 공중보건 위기 상황에서 필수 보건의료서비스(essential health service)를 단절시키지 않고 전달하기 위하여 WHO가 권고하는 10대 전략에 ‘디지털 플랫폼 이용’이 포함되어 있다는 점(WHO, 2020)이 이를 방증한다.

코로나19 유행 중에 시범사업이 이루어졌던 ‘AI·IoT기반 어르신 건강관리 시범사업’도 유사한 사례이다. 감염에 대한 우려와 지역보건자원의 ‘방역 쏠림’으로 대면·방문 등 전통적 방식을 활용한 일상적 건강관리가 제한되었다. 이렇게 사적(私的) 대응 자원을 충분히 가지지 못하였거나 고립·독거 상태에서 건강이 위협받을 수 있는 상황이어서, 이들에게 스마트 기기를 배포하고 비대면 건강관리서비스에서 컨설팅, 스크리닝까지 제공한 것이다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2021a).¹⁹⁾

정보와 기술은 실제 위기가 수면에 부상하기 이전에 나타나는 사전 특성을 감지함으로써 위험요인과 취약계층을 발굴하는 데에도 활용된다는

19) 시범사업 참여 보건소는 2020년 24개에서 2021년 80개로 확대되었고, 2021년 2월 말 기준 목표 대비 85.7%의 등록자 비율을 달성한 것으로 보고되었음(보건복지부·한국건강증진개발원, 2021a).

점 역시 지역보건체계가 앞으로 주목할 필요가 있는 변화 양상이다. 이는 지역사회 건강안전망을 ‘적극적으로’ 확장하는 의미가 있고, 이미 정부를 비롯한 여러 지자체에서도 현실화하고 있는 변화이기도 하다. 실태조사와 빅데이터를 연계하여 고독사 위기집단을 발굴하거나 긴급복지·생계급여 대상 취약계층을 발굴(최현수 외, 2019를 윤강재 외, 2021에서 재인용; 이은파, 2021)한 것은 ‘약한 신호(smoke signal)’를 선제적으로 포착·대응한 사례이며, IoT와 AI를 활용한 독거노인의 생활관리 로봇(이준희, 2020)도 여러 지자체에서 적극적으로 대응하여 상용화한 사례이다.

[그림 3-3] 데이터 분석 기반 고독사 위험집단 발굴 프로세스



자료: 윤강재 외(2021), p.88.

물론 정보와 기술 활용에는 과제도 적지 않다. 특히 지역보건 측면에서 정보와 기술 ‘활용 역량’은 서비스 공급자와 이용자 모두에게 중요한 선결조건이 될 것이다. 정보와 기술 활용 역량이 이미 일종의 ‘자본’이 된 상황에서 [정보·기술 취약→사회적 취약]으로 이어지는 ‘디지털 격차(Digital Divided)’를 어떻게 최소화할 것인지, 서비스 제공자(지역보건

기관 종사자)가 지역사회의 보유 자원과 강점·약점을 파악하여 효과적으로 활용할 수 있는 역량을 가질 것인지, 코로나19 유행과정에서 세계적인 추세로 등장한 open data와 civic hacking이 공공과 민간 영역이 연계하여 시너지효과를 내는 정보 활용 모델로 발전할 수 있을지 등이 그와 같은 과제이다.

다. 지역보건사업의 ‘소생활권화’와 ‘찾아가는 분산형’ 서비스

지역은 단지 물리적으로 분할된 공간에만 그치지 않는다. 지역에 거주하는 인구집단들은 다양한 사회인구학적·지리적·환경적 특성과 상호작용하여 지역의 고유한 특성, 즉 지역성(regionality)을 형성하고, 이는 다시 지역주민들의 건강에 영향을 미친다. 따라서 지역보건기관의 사업 성과는 지역성을 공유하는 인구집단과 어느 정도 밀착하여 조응하는지에 달려 있음을 의미하는 점이기도 하다. WHO가 건강증진 국제회의를 주관하고 발표한 일련의 헌장(Charter)과 선언(Declaration) 등이 일관되게 건강증진에서 지역사회의 역할과 역량강화를 강조²⁰⁾하는 이유도 여기서 찾을 수 있다.

지역주민들의 건강증진·건강관리는 보건소의 가장 중요한 기능 가운데 하나이다. 그런데 ‘시·군·구당 1개소’라는 원칙하에 설치된 보건소만으로 지역주민들에게 밀착된 건강관리를 제공하는 것에는 한계가 있다는 지적이 있어 왔다. 특히 보건지소와 보건진료소라는 하위 조직을 갖추고 있는 농어촌 지역 보건소에 비해 도시지역 보건소는 건강증진사업을 생활터에서 뒷받침할 보건조직이 상대적으로 적어 서비스가 보건소 인근 지역주

20) 1986년부터 2021년까지 열 차례에 걸쳐 개최된 WHO의 건강증진 국제회의의 결과에 대한 요약은 이하 <표 2-4>에 정리하였음.

민에 국한된다(권근상 외, 2019). 이 문제를 해결하기 위하여 2007년에는 도시지역에 보건지소가, 2013년에는 이를 확충·효율화하여 ‘건강생활지원센터’가 도시(동)와 농어촌(읍·면)을 망라하여 설치되어 운영되기 시작하였다.²¹⁾

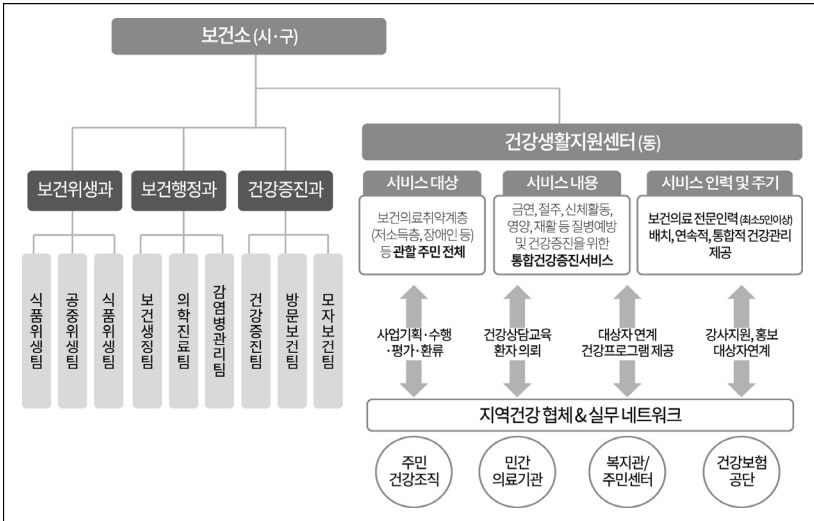
보건복지부가 제시하는 바에 따르면 건강생활지원센터는 보건소 산하에 설치되지만, 기존 보건소 조직과 상당한 독립성을 가지고 운영된다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2022b). 이는 현재 건강증진사업 수행 방식뿐만 아니라 향후 보건소의 기능 개편과 관련하여 중요한 시사점을 보여준다. ‘보건소 서비스가 인근 지역주민에 국한된다’는 비판(권근상 외, 2019)은 서비스 제공이 보건소 방문자 중심으로 이루어졌다는 의미이기도 하다. 이를 수요의 ‘기관 집중형’이라 볼 수 있다. 그러나 건강생활지원센터는 보건소 밖으로, 소생활권으로 진출하여 파고든다. 이는 수요를 ‘찾아가는 분산형’의 특징을 가진다. 보건소 내에 건강증진을 담당하는 부서는 여전히 존재하지만, 여기서는 건강증진사업의 기획·평가와 특수한 서비스가 필요한 취약계층을 중심으로 한 업무가 수행된다.

‘찾아가는 분산형’은 분권화(decentralization)와 맥을 같이 한다. 따라서 건강생활지원센터의 성과는 지역 내 다양한 자생적 주민조직과 전문가조직 등의 참여와 연계를 전제로 한다. 한국보건의료체계가 가지고 있는 큰 문제점 중 하나는 지역 간 보건의료자원의 편중 분포와 이로 인한 미충족의료와 건강격차라는 점을 앞에서 언급하였다. 그런데 지역사회를 근거로 한 적극적 참여는 이를 완화하고 극복하는 단초를 제공하는 것으로 보고되어 있다(허현희·손인서, 2020). 아직 모든 지역에 조직이 형성되지 못하였고, 여전히 개선이 필요한 점들도 존재하나 소생활권을

21) 2022년 5월을 기준으로 도시보건지소는 26개소이며, 건강생활지원센터는 135개가 설치되어 84개소가 운영되고 있음(보건복지부·한국건강증진개발원, 2022b)

중심으로 한 주민 밀착형 건강증진/건강관리서비스는 향후 지역보건체계에서 핵심적인 사업 방식이 될 것으로 예상된다.

[그림 3-4] 건강생활지원센터 개념 도식도



자료: 보건복지부·한국건강증진개발원(2022b), p.18.

2. 지역보건체계에 ‘새롭게 부각되는’ 대응과제: 공중보건 위기²²⁾

가. ‘공중보건’의 개념적 특징과 변화

공중보건에 대한 다양한 정의 가운데 가장 빈번하게 인용된다고 할 수 있는 것이 1920년 Winslow가 내린 정의이다. 그는 공중보건을 “위생적인 환경, 감염병 통제, 개인위생 원칙하에서의 개인교육, 질병의 조기 진

22) 이 부분은 본 과제 연구책임자가 아래 연구에 참여하여 작성한 ‘이론적 고찰’ 부분을 요약하고, 일부 내용을 보완한 것임. [류현숙 외(2022), 공중보건 위기 거버넌스 개선을 통한 신종감염병의 효율적 대응 방안 연구, 한국행정연구원]

단과 예방적 치료를 위한 의료·간병서비스 구축, 지역사회 모든 구성원의 건강유지에 적합한 생활수준을 보장하는 사회적 기제를 위하여 지역사회를 조직하고, 조직된 지역사회의 노력을 통해 질병을 예방하고 생명을 연장하며, 신체적·정신적 효율을 증진시키는 기술이자 과학²³⁾”으로 정의하였다(Winslow, 1920; 류현숙 외 2022 재인용).

공중보건은 치료보다 예방을 중시하며 개인보다 집단 수준에서 건강에 접근(배상수, 2016)한다는 특징으로 이해되어 왔다. 이를 Winslow의 정의와 결합할 때, 두 가지 점이 주목된다. 첫째는 공중보건이 포괄하는 영역이 고전적 주제들, 즉 위생과 감염병에 국한되지 않고, 보건교육, 보건 의료서비스, (지역)사회 구조 등 매우 넓다는 점이다. 이는 역으로 인구집단의 건강에 영향을 미치는 요인들이 사회 제반 영역에 편재(ubiquity)되어 있음을 의미하기도 한다. ‘포괄 영역의 포괄성’과 ‘건강영향요인의 편재성’은 Winslow 정의에서 두 번째 주목할 지점에 연결된다. 즉, ‘조직된 지역사회(organized community)’에 대한 강조이다. 지역사회 내의 다양한 영역과 주체들이 정합성을 가지고 건강문제에 대응해야 한다는 것이다. 결국 Winslow의 정의에는 지역사회 공중보건체계가 일방적·하향식 방식을 지양하고, 참여와 연계, 쌍방향적·수평적 방식에 기반하여 작동해야 한다는 함의가 내포된 것이다.

물론 ‘조직된 지역사회’가 처음부터 건강문제 대응의 중심에 있었던 것

23) 원문은 다음과 같음. Public health is the science and the art of preventing disease, prolonging life, and promoting physical health and efficiency through organized community efforts for the sanitation of the environment, the control of community infections, the education of the individual in principles of personal hygiene, the organization of medical and nursing service for the early diagnosis and preventive treatment of disease, and the development of the social machinery which will ensure to every individual in the community a standard of living adequate for the maintenance of health(Winslow, 1920, p.30을 번역함; 류현숙 외, 2022에서 재인용).

은 아니다. 감염병이 건강문제의 절대적인 비중을 차지하던 시기, 대응의 주류는 외부 병원균으로부터 질병의 원인을 찾고, 생물학적 변화에 따른 ‘정상-비정상’을 판단하는 것을 특징으로 하는 생의학 모형(biomedical model)이었다(Nettleton, 1995). 생의학 모형은 질병 퇴치와 수명 연장에 크게 공헌하였지만, 그 자체로 대응하기 어려운 두 가지 도전에 직면하면서 그 절대적인 입지가 축소된다. 다양한 일상요인의 중첩으로 인한 발병과 평생 관리를 특징으로 하는 만성질환, 그리고 사회경제적 지위에 따른 상이한 위험도를 특징으로 하는 건강불평등이 그 두 가지 도전인데, 이를 ‘건강결정요인의 중층화’라고 종합할 수 있다.

건강결정요인의 중층화는 대응주체와 대응방식의 변화를 의미한다. 개인 차원의 위생개선과 건강증진활동 못지않게 국가와 사회의 역할이 중요해진 것이다. 이러한 변화를 반영한 결과물이 “A New Perspective on the Health of Canadians”, 즉, “Lalonde 보고서”이다. 1974년 발표된 “Lalonde 보고서”는 ‘건강장(Health Field)’이라는 개념을 제시했다. 그리고 ‘건강장’ 안에 건강에 영향을 미치는 4가지 요인, 즉 생물학적 요인(human biology), 환경(environment), 생활습관(life style), 보건 의료조직(health care organization)을 배치하였다(Lalonde, 1974; 최령·문현주, 2011).

외부 환경과 힘의 상호작용이 이루어지는 공간이라는 ‘장(場, field)’의 특징을 원용한다면, ‘건강장’은 환경과 개인, 사회와 조직·체계 등 다양한 건강결정요인들의 총합이자, 상호작용하는 복합체이다. 특히 “Lalonde 보고서”는 건강을 위한 개인의 노력과 아울러 집단/지역사회/국가의 역할을 조명하고 전면에 내세웠다는 데 의의가 있다. “Lalonde 보고서” 이후를 ‘신(新) 공중보건(New Public Health)’이라 부르는 이유를 여기서 찾을 수 있으며, 앞에서 언급한 Winslow의 ‘조직된 지역사회(organized

community)’와의 접점이기도 하다. 이에 대해 배상수(2012)는 개인중심 접근에서 사회적 접근으로의 전환, 단순히 질병이 없는 상태가 아닌 개인의 일상과 사회경제적 발전을 위한 자원으로서 건강의 위상 격상, 다양한 건강결정요인들의 상호작용에 대응하기 위한 종합적 대응과 그 기반이 되는 참여와 역량 제고가 신(新) 공중보건(New Public Health)의 특징이라고 언급했다.

건강의 사회적 책임과 多영역·多주체의 참여와 소통·연계, 역량강화와 적절한 권한의 이양에 대한 강조는 WHO가 1989년 이후 최근까지 열 차례에 걸쳐 개최한 건강증진 국제회의(International Conference on Health Promotion)를 통해 발표한 헌장(Charter), 성명(Statement), 선언(Declaration)과 이행과제(action)들에 일관되게 관철되고 있는 원칙이기도 하다.

〈표 3-4〉 세계보건기구(WHO)의 건강증진 국제회의별 주요 논의 주제

차수·시기	개최지	주요 결과물과 제안된 이행과제
제1차 (1986)	오타와 (캐나다)	•오타와 헌장(Ottawa Charter) - 건강증진의 3대 핵심전략으로 주창(advocacy), 역량 강화(enabling), 소통과 협력(mediate) 제시 - 건강증진을 위한 이행과제(action)로서 건강한 공공정책 수립, 건강지원 환경 조성, 지역사회 활동역량 강화, 건강개선을 위한 개인 능력 개발, 보건의료서비스의 재설정 제안
제2차 (1988)	애들레이드 (호주)	•애들레이드 권고(Adelaide Recommendation) - 건강을 위한 공공의 책무(public accountability for health): 건강한 공공정책 개발을 위한 중앙 및 지역정부의 중요성 - 비정부조직, 지역조직, 교육·산업·종교 등 건강을 위한 多영역 협력과 (건강에 대한) 정책의 영향 평가 - 즉각적인 행동이 필요한 공중보건 영역: 여성건강, 식품·영양, 흡연·알코올, 건강지원 환경 조성
제3차 (1991)	선즈볼 (스웨덴)	•선즈볼 성명(Sundsvall Statement) - 건강 지원 환경조성에서 고려해야 할 4가지 차원(dimension): social, political, economic, women's skill and knowledge) - 건강 지원 환경조성을 위한 핵심 행동전략: 지역사회 조직을 통한 중요성 강조, 교육과 권한부여를 통한 개인과 사회의 역량 강화, 연대, 형평적인(equitable) 접근 보장을 위한 이해관계의 조정

차수·시기	개최지	주요 결과물과 제안된 이행과제
제4차 (1997)	자카르타 (인도네시아)	•자카르타 선언(Jakarta Declaration) - 21세기 건강증진을 위한 우선순위: 건강의 사회적 책임성 강조, 건강투자자의 증대, 건강을 위한 다양한 영역의 연대와 협력 확장, 지역사회 역량 강화와 개인에 대한 권한 부여, 건강증진을 위한 인프라 확보
제5차 (2000)	멕시코시티 (멕시코)	•멕시코 (참석 국가) 장관 성명(Mexico ministerial statement) - 건강증진은 정부와 모든 사회 부문의 책무이며, 건강을 위해서는 보다 진전된 형평성 제고 노력이 필요하다는 점에 동의하며 우선 순위 행동 제시 · 지역, 국가, 전 세계적으로 정책의 우선순위에 건강문제를 배치 · 건강을 위한 다영역 간 협력 강화와 건강증진활동에서의 시민사회의 주도적인 참여 보장 · 국가 단위 계획의 준비: 건강문제의 규명과 우선순위, 재정·행정 등 자원배분, 국내·국제적 부문 간 협력 등
제6차 (2005)	방콕 (태국)	•방콕 헌장(Bangkok Charter) - ‘모든 사람에게 건강을(Health for All)’을 위한 핵심 이행과제로 건강증진활동을 전 세계 개발 아젠다의 중심에 배치할 것, 건강증진을 모든 정부의 핵심 책무로 설정할 것, 건강증진을 지역사회와 시민사회의 핵심적인 초점으로 삼을 것, 건강증진을 긍정적 기업활동의 필수조건으로 만들 것 등을 제안
제7차 (2009)	나이로비 (케냐)	•나이로비 촉구(Nairobi Call) - 건강증진에서의 ‘격차(gap)’ 해소를 위한 5대 전략과 이행과제 제시 · 재정 확보, 적정 인력 양성 등 건강증진 수용력(capacity) 제고 · 보건의료체계 강화: 정부(중앙 및 지방) 리더십, 모든 보건의료체계에 건강증진활동 결합, 보편적 서비스 접근권 보장, 근거기반의 투자 · 부문 간 협력: 보건의료 이외 다양한 영역들과의 협력을 통한 건강 결정요인의 효과적 관리와 형평성 제고 · 건강 관련 의사결정과정에서의 지역사회 권한부여 · 건강문해력(health literacy)과 건강행태의 개선 및 ICT의 활용
제8차 (2013)	헬싱키 (핀란드)	•헬싱키 성명(Helsinki Statement) - ‘모든 정책에서의 건강(HiAP: Health in All Policies)’을 선언 - HiAP 수행을 위한 6가지 핵심과제: 정책에서 HiAP의 필요성과 우선순위를 수립할 것, 다양하고 적절한 이행 틀을 계획할 것, HiAP을 지원하는 구조와 과정을 명확히 할 것, 정책의 건강영향평가와 참여를 조장할 것, 모니터링과 평가·사후보고 등을 확보할 것, HiAP 수용력 제고를 위한 인프라를 개선할 것
제9차 (2016)	상하이 (중국)	•상하이 선언(Shanghai Declaration) - UN SDGs에서의 건강증진의 역할 제고 방안 논의 및 건강증진을 위한 3대 축(pillar) 제시: Good Governance, Healthy Cities, Health Literacy - Good Governance: 공공정책에서의 건강보호를 위한 완전한 메

차수·시기	개최지	주요 결과물과 제안된 이행과제
		카니즘 구축, 건강에 악영향을 미치는 요인의 관리와 보편적 건강 보장(UHC) 등 - Healthy Cities : 건강과 다른 도시정책들의 공동편익(co-benefit) 모색, 형평성과 포용성 제고를 위한 도시활동 지원 등 - Health Literacy : 모든 시민의 건강문해력 제고와 건강과 관련한 자기결정권 강화 지원
제10차 (2021)	온라인 (virtual)	•제네바 헌장(Geneva Charter) - 환경, 사회, 경제, 정치적 요인을 망라하는 생태계(ecosystem)의 일부로서 건강에 대한 우선순위 설정 - 건강과 환경위기 등을 예방하고 웰빙사회(well-being society)로 진행하기 위한 5가지의 핵심 이행과제 제시: 지구환경 내에서의 인간 발전에 기여하는 공평한 경제 설계, 공익에 기여하는 공공정책 창출, 보편적 건강보장(UHC) 달성, 위해환경 감축과 박탈에 대응하는 디지털 전환 추구, 지구의 가치 증진과 보존

자료: 국제회의 차수별 주요 결과물 및 이행과제는 각각 다음 출처로부터 발췌하여 번역·정리한 것이며, 상기 표는 류현숙 외(2022), p.43-45로부터 재인용하였음.

- 제1차~제6차: WHO(2009a), Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conference.
- 제7차: WHO(2009b), Nairobi Call to Action.
- 제8차: WHO(2014), Health in All Policies: Helsinki Statement.
- 제9차: WHO(2017), Promoting health in the SDGs: Report on the 9th Global Conference for Health Promotion.
- 제10차: WHO(2021a), Geneva Charter for Well-Being.

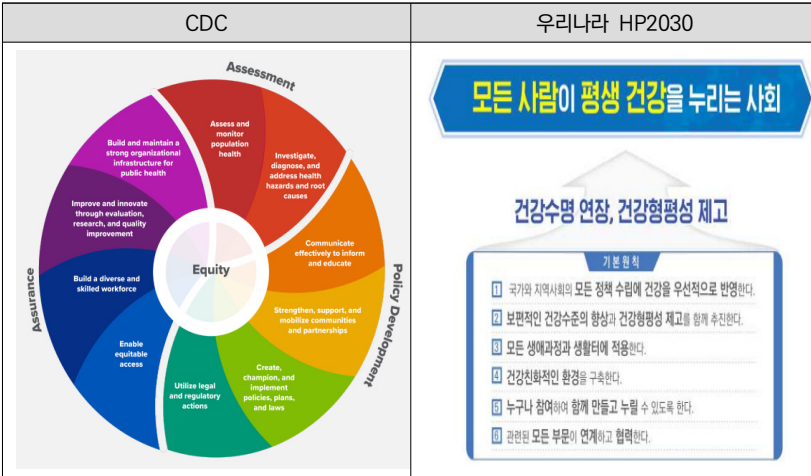
일련의 WHO의 건강증진 국제회의 양상을 보면, 공중보건 개념의 변화과정은 Winslow와 Lalonde가 ‘조직된 지역사회의 노력’과 ‘건강장(health field)’을 통해 주창했던 특징들이 지속적으로 강조되고 세분화되면서 주도적 위치로 수용되어 온 과정으로 요약할 수 있다. 즉, 개인에서 인구집단으로(대상), 개인의 노력에서 사회적 책임으로(대응 주체), 단일한 특정 요인에서 다층적으로 결합된 사회적 결정요인(대응 영역)으로 변화한 것이자 확장이다.

이상과 같은 변화는 ‘형평성(equity)’을 공중보건체계가 견지해야 할 원칙이자 가치로 주목받게 하는 계기가 되었다. 예를 들어 공중보건 활동으로 인해 선진국을 중심으로 기대수명이 획기적으로 개선되었다. 그러나 [인구집단+사회적 결정요인]으로의 인식은 사회경제적 위치에 따라

기대수명 개선 수준에 격차가 존재한다는 사실을 드러냈다. 이 격차는 동일한 국가 내에서뿐만 아니라 선진국과 개발도상국 사이에서도 유의하게 나타났다. 그리고 이 격차는 사망률 같은 ‘결과’에서뿐만 아니라 흡연, 폭음, 영양불균형 같은 ‘과정’에서도 일관되게 관측되었다.

현재 건강 형평성은 국가 공중보건정책의 핵심 목표이자 과제라 해도 좋을 정도(김창엽, 2016)가 되었다. 앞에서 살펴본 WHO의 건강증진 국제회의 논의 주제들에서 공중보건정책의 목표로서 형평적인 건강 향유가 가지는 비중이 갈수록 높아져 왔음을 포착할 수 있다. “경제적 어려움이 나 빈곤에 관계 없이 예방, 건강증진, 치료, 재활 등 모든 보건의료서비스를 보장하는 것(WHO, 2013)”을 목적으로 하는 보편적 건강보장(UHC: Universal Health Coverage)이 제9차 회의에서 본격적으로 논의된 후, 팬데믹 대응과 ‘웰빙’ 구현을 주제로 한 최근(2021)의 국제회의에서도 변함없이 강조된 것이 그 예이다. 형평성에 대한 강조는 개별 국가들의 공중보건정책에서도 확인된다. 미국 질병통제예방센터(CDC, Center for Disease Control and Prevention)는 평가(Assessment), 정책 개발(Policy Development), 보장(Assurance)의 3가지 영역에서 ‘10대 필수 공중보건서비스(The 10 Essential Public Health Service)’를 제시한 바 있는데, CDC의 공중보건정책 목표의 중심에 ‘형평성(equity)’을 위치시킨다. 공중보건과 가장 관련성이 높다고 할 수 있는 우리나라의 “국민건강증진종합계획(Health Plan)” 역시 총괄목표를 ‘건강수명 연장’과 ‘건강형평성 제고’에 둔다(관계부처 합동, 2021).

[그림 3-5] 국가 공중보건정책의 목표로서 형평성(Equity) 제시 사례



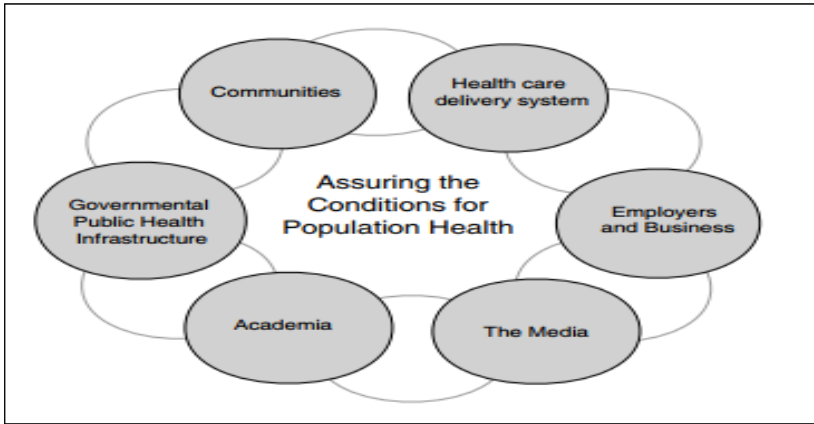
자료: CDC-<https://phnci.org/uploads/resource-files/EPHS-English.pdf> 2022.5.10. 인출
우리나라-관계부처 합동(2021), p.19에서 발췌하였으며, CDC와 국내 사례 모두 류현숙 외
(2022), p.43에서 재인용하였음.

현대 공중보건의 형평성이라는 목표를 달성하는 방식으로 주목할 필요가 있는 특징은 ‘연계’ 또는 ‘부문 간 협력’이라는 용어가 담지하는 ‘네트워크’이다. 이 점에 착안하여 공중보건체계를 정의한 기관이 미국 의학원(IOM, Institute of Medicines)이다. IOM은 공중보건체계를 “사람들에게 더 건강한 환경을 조성하기 위해 ‘사회(society)’라고 대표할 수 있는 장(場)에서 함께 활동하는 개인과 조직들의 복잡한 네트워크”라고 정의²⁴⁾하였다(IOM, 2003). IOM의 개념은 “건강한 개인과 건강한 사회”는 사회의 조직적 노력을 통해 해결되어야 할 과제라는 것을 공중보건체계의 개념 속에 확실하게 위치(배상수 2016, p.250)”시켰으며, “공중보건을

24) 원문은 다음과 같음. The concept of a “public health system”- a complex network of individuals and organizations that, when working together, can represent “what we as a society do collectively to assure the conditions in which people can be healthy.”(IOM, 2003, p.xiv; 류현숙 외, 2022, p.50 재인용)

사회적 의제로 만들고, 개인행동보다 집단행동을 강화할 수 있는 기반을 마련(배상수 2012, p.204)”한 것으로 평가된다(류현숙 외, 2022).

[그림 3-6] IOM의 ‘多영역 연계’ 공중보건체계(intersectoral public health system)



자료: Institute of Medicine(2003), p.30.

나. 공중보건 위기: 특징과 확장

2020년부터 현재까지 지속되고 있는 코로나19 팬데믹으로 ‘공중보건 위기’는 익숙한 용어가 되었다. ‘공중(public)’에서 착안할 수 있듯이 공중보건의 ‘위기’는 특정 개인보다는 인구집단의 건강과 안전을 위협하는 상황이다. 그러나 위해를 가져오는 특정 사건(trigger event)만을 공중보건 위기라고 일률적으로 판단하기에는 어려움이 따른다. 인구집단의 건강을 위협하는 사건(event)이 다양한데다, 사건에 대응하는 국가, 사회, 개인의 보유 자원이 상이하여 위기의 수준 역시 다양하기 때문이다. 예를 들어 적지 않은 개발도상국에서 불결한 식수와 감염병을 여전히 공중보건 위기의 중요한 위기로 보지만, 선진국에서는 인구고령화에 따른 만성질환과 의료비 급증을 정책의 우선순위에 놓고 있다. SARS(2003)와

MERS(2015)는 각각 동남아시아와 우리나라에서 심각한 공중보건 위기 상황을 초래하였지만, 전 세계적인 위기 상황, 즉 ‘팬데믹’으로 선언되지는 않았다. 따라서 어떤 구체성을 가진 특정 사건(예를 들어 감염병이나 재해)을 공중보건 위기라고 정의하는 것은 직관적 이해에는 장점이 있으나 일반적이지 않을 수 있다. 따라서 인구집단의 건강을 위협했던 상황에서 표출되었던 특징들을 탐색하여 특정 사건과 결합·이해하는 것이 앞으로 위기요인 대응전략을 도출하는 데에 좀 더 효과적일 것이다.

송경준 외(2013)는 주요 선진국의 정의를 종합하여 공중보건 위기상황을 “기후 변화 등의 자연재해, 그리고 생물학적 테러, 화학재난, 방사능재난, 다중손상사고 등 다양한 재난, 그리고 감염병, 국가 기반체계의 마비 등 모든 위험에 의해 발생한 보건학적인 위기 상황”으로 정의한 후, 우리나라의 공중보건 위기상황으로 “자연재해/기후변화, 감염병, 화학재난·생물학 테러·방사능 등 특수재난, 다중손상사고, 북한 급변 사태”를 선정하였다(송경준 외 2013, p.57~58). 이는 구체성을 가진 특정 사건을 정의한 사례로 평가할 수 있다. 우리나라의 「공중보건 위기 대응 의료제품의 개발 촉진 및 긴급 공급을 위한 특별법(법률 제17922호)」 제2조에서 ‘공중보건 위기상황’을 감염병 대유행, 생화학무기 사용, 방사능 재난으로 “국민의 생명·신체가 심각한 피해를 입거나 입을 수 있어 국가가 긴급하게 대처할 필요가 있는 상황”으로 정의한 것 역시 특정 사건을 중심으로 공중보건 위기상황을 이해한 사례이다.

반면, Holroyd 외(2020)는 ‘(공중)보건 긴급사태(health emergency)’를 “보건의료체계의 거대한 붕괴(disruption)를 일으킬 잠재력을 가진 감염병 발현이나 자연재해”로 정의한다(Holroyd, T. A., Oloko, O. K., Salmon, D. A., Omer, S. B., & Limaye, R. J., 2020, p. 22). 여기서 주목할 점은 감염병이나 자연재해라는 특정한 사건에 국한하지 않고 ‘보건의

료체계의 붕괴'라는 대응시스템의 미작동을 통해 공중보건 위기상황에 접근하고 있다는 점이다. 이는 코로나19 과정에서 나타난 '필수서비스의 불연속(discontinuity)'과 '서비스 전환과정에서의 공백(gap in the service transition)'을 공중보건 위기 상황의 주요 특징으로 제시한 윤강재 외(2021)의 연구와도 접점이 있다. 자연재해·재난, 감염병과 같이 인구 집단의 건강을 위협하는 사건(event)은 끊이지 않고 일어났지만, 관건은 사회가 부정적 영향을 효과적으로 통제하고, 나아가 사건 이전으로 신속하게 회복할 수 있는 역량을 보유하고 있느냐의 문제이다. 현상적 사건은 공중보건 위기상황을 촉발할 수 있는 중요한 시발점임이 분명하지만, 그 상황은 예측하기 어렵거나, 때로는 불가항력적일 수 있다. 따라서 그와 같은 상황이 도래했을 때 기존의 안전망들이 제대로 작동하였는가가 공중보건 위기를 판단하는 데 중요하게 보아야 할 기준 중 하나이다.

이상과 같은 측면에서 공중보건에 관한 전 세계적 협약이라고 할 수 있는 WHO의 국제보건규칙(IHR, International Health Regulation)²⁵⁾을 참고하는 것이 유용하다. IHR '용어 정의(Article 1: Definition)'는 '국제적으로 우려할 만한 공중보건 긴급사태(public health emergency of international concern)'와 '공중보건 위험(public health risk)'을 규정한다. 국제적으로 우려할 만한 공중보건 긴급사태란 "① 질병이 국경을 넘어 확산되어 다른 나라의 공중보건을 위협하는 경우, ② 잠재적으로 조정된 국제적 대응이 필요한 경우"에 해당되는 '이례적 사건(extraordinary event)'을 의미한다(한국법제연구원, 2020 p. 17; 류현숙 외, 2022, p.62-63. 재인용). 그렇다면 공중보건 긴급사태를 어떻게 판단할 수 있을까? 국가별 상황에 따라 구속력은 가지지 않는다는 단서가 달려 있지만 WHO가 제시한 판단 기준이 '부속서 2(Annex 2)'에 담겨 있다.

25) WHO IHR의 내용은 [한국법제연구원(2020), WHO국제보건규칙]의 번역본을 인용함.

〈표 3-5〉 WHO 국제보건규칙 부속서2(Annex 2)상의 공중보건 위험 판단 기준

기준 1	기준 2	판단기준
공중보건에 미치는 영향의 심각성	① 다수의 환자 또는 사망자 발생 ② 공중보건에 심각한 영향을 미치는 사건의 발생 - 감염병 유행 가능성이 높은 병원체 발생 - 치료 실패(항생제 내성, 백신 실패 등) - 발생 건수는 극소수라도 심각한 공중보건 위협이 될 수 있는 상황 - 취약성을 가진 인구집단의 존재 - 공중보건 대응을 불가능하게 하거나 지연시킬 수 있는 요인 - 인구 밀집 지역에서의 발생 - 광범위한 지역이나 인구집단을 오염시킬 가능성이 있는 독성/감염성/위험성 물질 확산 ③ 대응 및 통제를 위한 외부 지원의 필요성	①~③ 중 1개 질문에 YES
이례적이거나 예상치 못한 발생	④ 이례적인 발생: 미확인 매개체, 예상보다 심각한 건강결과(이환율, 치명률) 및 이례적인 증상, 기존 지역·계절·인구집단에 비교하여 이례적인 사건 ⑤ 공중보건 관점에서 이례적인 발생(예: 제거/박멸되었거나 미보고된 질병)	④~⑤ 중 1개 질문에 YES
국제적 확산 위험	⑥ 다른 나라의 유사한 경우와 역학적 연관성 증거 여부 ⑦ 매개체, 숙주 등의 이동 가능성(예: 여행, 국제행사, 다국가 환경오염 등)	⑥~⑦ 중 1개 질문에 YES
국제교류 제한 위험	⑧ 유사한 사례 발생에 따른 국제이동이나 교역 제한 ⑨ 다른 나라의 식품/물/물품 등으로부터 발생 의심 여부 ⑩ 국제행사 또는 여행자가 많은 지역에서의 발생 여부 ⑪ 사례 발생에 대해 다른 나라 또는 국제언론의 추가 정보	⑧~⑪ 중 1개 질문에 YES
종합	기준 1 가운데 2개 이상에 'YES'인 경우 WHO 통보	

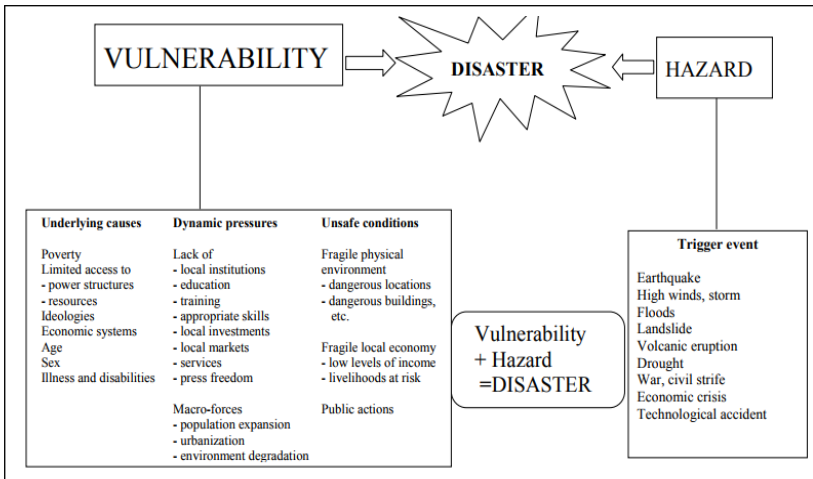
주: 밑줄 및 볼드체는 연구자 강조.

자료: 한국법제연구원(2020), p.80-84 내용 재정리; 류현숙 외, 2022, p.62-63 재인용.

위의 표에서 정리한 바와 같이 WHO는 공중보건에 미치는 영향의 심각성, 발생의 이례성, 국제적 확산 위험성, 이동·교역의 제한 가능성이라는 4개 영역에서 11개 기준을 제시한다. 각각의 기준이 의미가 있으나 공중보건에 미치는 영향의 심각성에 포함된 '공중보건에 대한 심각한 영향(high public health impact)'은 그 세부항목으로 취약성을 가진 인구집단의 존재와 공중보건 대응을 저해하는 요인을 아우른다. 결과적으로,

WHO는 대규모 환자 발생이라는 직관적인 판단 기준에 인구집단이 보유한 취약성과 대응체계의 적절한 가동 여부를 함께 고려할 것을 회원국들에 권고한 것으로 해석할 수 있겠다. 이는 재난(disaster)은 특정한 사건(trigger event)이 발생시키는 위해(hazard)만으로 일어나지 않으며, 빈곤을 비롯한 다양한 사회경제적 취약성(vulnerability)이 결합된 결과라는 입장(WHO·EHA, 2002)을 재확인한 것이기도 하다.

[그림 3-7] 특정 사건의 위해요인과 취약성이 결합한 재난 모형



자료: WHO·EHA(2002), p.13.

앞에서 살펴본 바와 같이 현대 공중보건은 원칙이자 가치, 국가공중보건정책의 목표로서 형평성(equity)을 견지한다. WHO 역시 보편적 건강보장(UHC)을 통해 이를 지지하고 있다. 이러한 맥락에서 공중보건 ‘위기’의 특징을 정리하자면, ① 인구집단 다수의 건강과 안전에 위해가 발생하되, ② 위해가 취약성(vulnerability)에 따라 다르게 나타나며, ③ 취약성을 완화할 (보건의료체계를 비롯한) 대응 네트워크의 작동이 중단되거나 이완되는 상황이라 하겠다.

코로나19가 여실히 보여주었듯이 공중보건 위기상황의 가장 전형적인 사례는 팬데믹이다. 그러나 다수 인구집단의 건강과 안전에 영향을 미치면서 취약성과 대응체계 작동 저해를 가져오는 요인이 다양화되면서 국제기구와 각국 정부들이 공중보건 위기로 평가하는 상황을 ‘재난’ 전반으로 확장·이해하는 경향이 뚜렷하다. 미국의 공중보건법(Public Health Service Act §247d)이 ‘공중보건 긴급사태(public health emergency)’의 사례로 감염병과 함께 생물학적 테러(bioterrorist attack)를 제시²⁶⁾하고 있는 것(류현숙 외, 2022)이 그 사례이다.

기후변화 역시 다양한 공중보건 위기 상황의 원천으로서 관심이 지속적으로 높아지고 있는 분야이다. ‘기후변화에 관한 정부 간 협의체(IPCC, Intergovernmental Panel on Climate Change)’가 제기하는 기후변화에 따른 영향(IPCC, 2022)은 공중보건 위기 상황의 특징과 많은 부분에서 중첩된다. 폭염과 폭우 등 기상이변이 일으키는 자연재난과 질병(예: 온열질환), 매개체 번식 환경 변화로 인한 인수공통감염병과 감염병의 발생 범위 광역화는 다수 인구집단의 건강을 위협한다²⁷⁾. 또한 이들 재난은 외형적으로는 누구에게나 평등하게 보이나, 실제 발생 및 관리과정은 구조적 불평등과 상호작용을 일으켜 피해에서 차이를 발현시킨다(채종헌, 최호진, 이재호, 2018). 의료체계를 비롯한 핵심적인 인프라 작동을 저해함으로써 취약계층을 중심으로 구축된 네트워크로서 사회적 안전망을 이완시킨다는 점 역시 앞서 설정한 공중보건 위기 상황의 특징과 일치한다.

앞에서 언급한 바와 같이 ‘공중보건 위기’를 사건이나 현상을 특정하여

26) <http://uscode.house.gov/view.xhtml?path=/prelim@title42/chapter6A&edition=prelim>(2022.6.15. 인출)

27) 기후변화가 국민건강에 미치는 영향에 대한 우리나라의 ‘제1차 기후보건영향평가’도 기온(폭염·한파), 대기질, 감염병 등 3개 영역을 중심으로 함(질병관리청, 2022b).

정의하는 것은 한계가 있다. 감염병 유행은 가장 전통적인 공중보건 위기 상황이기는 하지만, 모든 감염병 유행이 ‘공중보건 긴급사태’ 또는 ‘공중보건 위기’로 정해지는 것은 아니다. 오히려 미국의 ‘공중보건법’에서 규정한 테러, 우리나라에서 수행·발표된 ‘기후보건영향평가’는 공중보건 위기 상황의 확장성을 보여준다. 2011년 9·11부터 2020년 코로나19까지 CDC가 긴급상황실(ECO, Emergency Operations Center)을 가동하여 대응한 공중보건 위기 사례를 보면 그 범위가 감염병, 테러, 자연재해에 국한되지 않으며 정전(2003), 올림픽이나 전당대회(2004), 대통령 선거식 같은 행사(2005), 국경 유기 아동(2014), 전자담배(2019) 등 매우 유연하고 광범위하다(탁상우, 2020).

〈표 3-6〉 2001년 이후 미국 CDC가 긴급상황실(ECO)을 가동하여 대응한 공중보건 위기 사례

연도	공중보건 위기 사건
2020	COVID-19
2019	전자담배로 인한 폐 손상 유행, 에볼라 대응
2018	허리케인(플로렌스, 하비, 어마, 마리아)
2016	지카바이러스
2014	MERS, 국경 유기 아동, 서아프리카 에볼라
2013	신종조류독감, MERS
2012	폴리오, 뇌염, 허리케인(샌디)
2011	일본 대지진과 쓰나미, 폴리오, 허리케인(아이린)
2010	뉴햄프셔 탄저균 감염, 아이티 대지진, 멕시코만 심해 유정 폭발, 아이티 콜레라 유행
2009	살모넬라 식중독, 대통령 선거식, 신종인플루엔자 A(H1N1)
2008	인공위성 제거 대응, 살모넬라·대장균 식중독, 허리케인(돌리, 구스타브, 하나, 아이크)
2007	다제내성결핵 환자, 허리케인(딘)
2006	유행성이하선염 유행, 열대성 태풍(어네스트), E.coli대장균, 보툴리즘 감염, 마이코플라스마페렴 유행
2005	대통령 선거식, 마르부르크 바이러스 대응, 허리케인: 카트리나, 리타, 윌마
2004	조류독감, 바이오워치(BioWatch), 독감예방주사 부족, 광 태풍, 라이신 신경가스, 도시 대응 계획, G8 정상회의, 하계 올림픽, 민주당 전당대회, 공화당 전당대회, 허리케인(찰리, 프랜시스, 이반, 진), 웨스트나일 바이러스, 인도양 쓰나미
2003	컬럼비아호 우주선 폭발 대응, SARS, 원숭이 두창, 북동부 대정전, 허리케인(이사벨), 국내 독감, 캘리포니아 산불, 라이신 신경가스, 야생토끼병, 탄저균, 광우병(BSE)
2001	9·11 세계무역센터 테러, 탄저균 테러

자료: 탁상우(2020), p.11 및 윤강재 외(2021), p.21에서 재인용.

제2절 선행연구에서의 지역보건체계 개선 논의와 과제

공중보건 위기 상황은 다양한 영역에서 피해를 발생시키지만 일차적인 피해 영역은 역시 ‘건강’이다. 따라서 선제적인 예방 조치와 위기 대응을 위한 사회적 준비에서 건강을 다루는 보건의료체계는 반드시, 그리고 높은 비중으로 관여되어야 한다. 물론 ‘의료’와 ‘보건’은 상호연관성이 높지만, 다른 특징도 지닌다. 의학적 치료가 개인을 단위로 하여 이루어진다면, 공중보건은 인구집단의 건강행태·건강친화적 생활환경 조성 등 주로 예방적 측면과 치료 이후의 지속적 건강관리를 중시한다. 전문 인력에게 요구하는 역량도 다르다. 의료전문직에는 환자 치료를 위한 역량이 우선 시되지만, 공중보건 인력에는 인구집단의 건강문제를 파악하고, 문제점을 해소하기 위해 지역사회의 다양한 자원과 연계하고 활용하는 파트너십 형성·운영 역량을 요구한다(김혜경, 2017). 각종 재해와 감염병 유행에 따른 실제적·잠재적 취약계층의 폭증, 인구고령화와 만성질환 등 구조적 변동에 따른 예방과 재활, 평생 관리는 치료만으로 대응할 수 없기 때문이다.

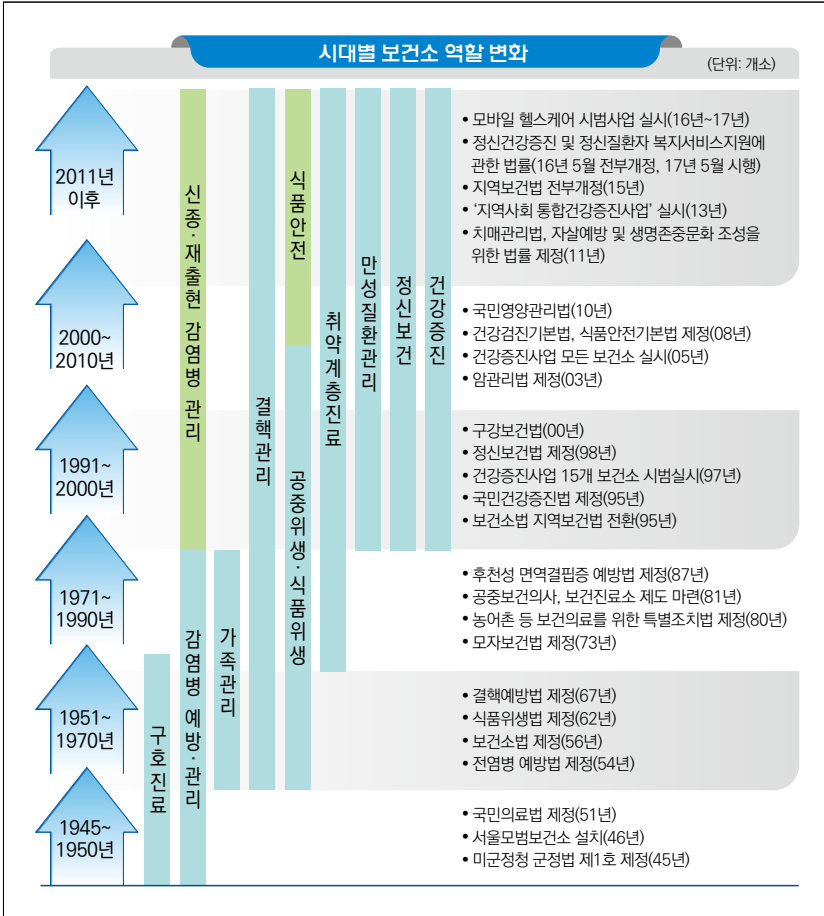
코로나19는, 다수 인구집단에 영향을 미치는 공중보건 위기의 경우, 개인 단위의 질병 치료만으로는 대응에 한계가 있음을 보여주었다. 단적인 예가 집단 면역(herd immunity)이다. 일정 수준 이상의 인구집단이 백신 접종 등을 통해 면역을 가질 때 감염병 유행 극복의 돌파구가 마련된다. 따라서 공중보건 위기 대응에서 중요한 점은 건강문제의 인식과 해결을 위한 자발적 참여, 지역사회 단위의 자원동원과 구성원 간 협력적 거버넌스 형성이다. 공중보건 위기에 대한 대응 기제로서 ‘지역보건체계’에 초점을 맞추는 것은 이 점에서 타당성이 있다. 코로나19 대응의 중심 기관이 지역보건의료기관인 보건소였다는 점은 그 일례이다.

본 절에서는 우리나라 지역보건체계의 문제점과 해결 방안들에 대한

주요 선행연구를 검토하고, 각각의 연구에서 제시된 문제점과 나름의 해결방안을 정리한다. 다만 모든 기관과 주제들을 망라하기에는 현실적 무리가 있으므로 예방적 사전 대응과 자원의 연계·협력을 담당하는 지역보건체계의 중추인 보건소를 중심으로 살펴보고자 한다. 보건소의 역사에서 어느 기간에 초점을 두어 선행연구를 파악할 것인가도 중요하다. 다음 그림에서 확인할 수 있는 바와 같이 한국지역보건체계의 역사를 거슬러 올라가면, 아마도 해방 이후 미군정기에 설치된 ‘서울모범보건소’에서 시작해야 할 것이고, 최소한 1956년에 제정되어 보건소의 법적 근거가 된 「보건소법」부터 다루어야 할 것이다. 그리고 1962년과 1991년, 1995년 등 몇 차례 법률 개정을 통해 시대상황과 정책적 요구를 반영하여 업무영역이 추가·삭제된 취지와, 2015년 「지역보건법」 전면 개정으로 현재와 같은 기능과 역할의 골격이 이루어진 과정을 살피는 것이 순서일 것이다. 그러나 한정된 연구에서 모든 이슈를 다루는 것은 비효율적인 측면이 있고, 본 연구의 주제 역시 보건소의 역사 기술이 아니라 코로나19를 계기로 불거진 ‘공중보건 위기’ 대응이라는 점에 부합하여 검토 대상 범위를 설정함이 타당하다고 생각한다. 따라서 선행연구의 검토 대상 기간은 보건소에서 건강증진사업²⁸⁾이 본격화된 2010년을 전후로 한 시점부터 코로나19 유행기까지로 하였으며, 보건소 기능과 역할이 전개된 역사는 다음 그림을 통해 일괄하여 제시하였다.

28) 건강증진사업은 1998년 18개 보건소에서 시범사업으로 시작되어, 2005년부터 전국 246개 보건소로 확대되었음(이수진 김상용, 김미희, 장명화, 윤석준, 이경수,.....지영건 2008, p.27-28).

[그림 3-8] 보건소 기능과 역할의 변화



자료: 한국건강증진개발원(2020a), p.7.

1. 2010년대~코로나19 유행 이전: 기능, 인력, 인프라 관련 연구

전국에 보건소가 설치된 이후, 인구사회 구조와 질병구조 등 정책 환경 변화에 대응하여 보건소 조직과 운영을 개편해야 한다는 요구는 지속적으로 제기되어 온 주제였다. 이수진 외(2008)의 연구는 보건소 바라는 기

능과 역할이 변화하여 온 시대적 환경을 개괄하면서 현재 지역보건기관의 역할·업무, 인력, 연계체계 등에 대한 전반적인 문제점을 검토하고 기능 재정립 방향을 제안한다.

이 연구는, 우선 보건소의 조직 체계가 유형화되어 있지 못한 가운데, 가용 인력의 양적 부족과 비정규직 비율 증가 등의 문제가 있음을 지적한다. 보건소가 감당해야 할 사업은 지속해서 증가하여 왔지만, 비정규 인력 중심의 사업 수행은 사업 수행의 일관성과 전문성 발휘를 위한 역량 제고 동인을 약화시킨다. 인력 문제는 예산 등 인프라 부족과 결합하여 보건소 사업에도 영향을 미친다. 보건소가 적극적으로 지역사회 요구를 발굴하고 충족시키기보다 ‘제공 가능한’ 서비스에 집중되도록 만든다는 것이다. 그런데 일부 보건소가 지역밀착형 서비스를 제공하여 긍정적인 평가지점을 만들고 있으나, 전국 보건소 사업의 전반적인 상향평준화가 아니라 오히려 보건소별 ‘격차’를 만들어내는 예기치 않은 결과를 가져왔다.

보건소의 업무수행방식에서의 문제점이 지적되었다. 일반진료와 감염병 관리에 집중 투입된 업무 형태가 되어, 재활이나 정신보건사업 등이 활성화되지 못하고, 보건소 내소자 위주의 서비스 제공에 집중할 수밖에 없어, 지역주민들의 보건소 이용률 자체가 낮은 상황이라는 것이다.. 지역 내 유관 기관 및 학교·산업보건 등과의 연계뿐만 아니라 하부조직이라 할 수 있는 보건지소·진료소와의 연계도 긴밀성이 낮다고 평가했다.

이상과 같은 문제점에 대하여 연구진은 보건소가 수행해야 할 4가지 핵심 기능(① 지역사회 보건의료 기획 및 평가, 조사·연구 ② 지역사회 자원과의 협력 및 지도·관리 ③ 건강환경 조성 ④ 건강증진 및 질병예방·관리)을 제시하였다. 그리고 이를 효과적으로 수행하기 위한 방식으로 민간 영역을 포함한 지역사회 자원과의 역할 조정 및 연계 강화, 지역 특성에

다른 하부기관(보건지소, 보건진료소) 기능전환, 정부의 지원과 인력 문제(확충, 배치기준 등), 법, 예산 등의 해결 노력이 필요함을 제언했다. <표 2-7>은 지역보건기관의 4대 핵심 기능으로 제안한 내용을 18개 세부 기능으로 구체화하여 제시한 내용이다.

보건소가 수행해야 할 사업과 관련하여 배상수 외(2010)의 연구는 공중보건의 견지해야 할 원칙을 우선에 둘 것을 제안하고, ‘민간자원과의 파트너십을 통한 협력적 거버넌스’를 구축하여 보건소 업무를 수행할 것을 제안한다. 즉, 공중보건 원칙에 부합하지 않는 ‘개인을 대상으로 하는 직접 서비스’에 치우친 일반진료 같은 업무는 지양하고, 지역보건을 위한 전략기획 부문을 강화함과 아울러, 전문센터 설치 및 위탁운영 등을 활용해야 한다는 것이다. ‘공공보건의료’라는 관점에서 지역보건사업의 방향성을 다룬 이상영·천재영(2010)의 연구에도 유사한 문제 진단과 해법이 포함되어 있다. 연구진은 지역보건을 포함한 공공보건의료 기능 확충의 당위성은 인정될 수 있으나 시설과 인력을 양적으로 확대하는 방식만으로는 적합하지 않으며 인력 부족 같은 한계를 극복하기 위해서는 좀 더 과감하게 민간 영역을 포괄할 필요성이 있다고 주장한다. 즉, 설립 주체(국공립)를 기준으로 설정된 ‘공공보건의료’의 개념을 (제공하는) 프로그램이 공공의 이익에 부합하느냐 하는 점을 중심으로 전환하여 공공과 민간이 상호보완적으로 사업을 수행하는 틀을 만들 것을 제언한다. 이 틀에는 민간기관 참여 유도를 위한 인센티브의 설정, 일반진료를 비롯한 기존 공공 영역 프로그램의 재설정, 주민 만족도 조사 등 공공·민간의 서비스를 평가하는 ‘경쟁체계’ 도입이 포함된다.

대기능	세부기능		업무 예시
	(7) 건강정보 제공 및 교육	집단과 개인이 스스로 건강을 관리할 수 있고, 건강에 영향을 미치는 사회적 환경을 변화시킬 수 있도록 관련 정보를 제공할 수 있음	
4. 건강증진 및 질병 예방·관리	(8) 건강생활 실천의 확산	영유아·학생·근로자·노인 등 전 국민의 생애에 걸쳐 건강한 생활을 유지할 수 있도록 사전예방적 서비스를 제공함	• 금연, 운동, 영양, 질주 등 건강생활 실천에 관한 사업 • 국가 보건인력 및 자원관리 • 생애주기별 예방 중심 서비스 제공 • 취약계층 구강 건강증진
	(9) 구강보건	구강병을 예방하고 구강의료 이용의 불평등을 해소하여 국민 구강건강 향상을 도모함	• 국가 중점관리 만성질환의 지정 및 등록 관리 등(예: 심뇌혈관질환, 고혈압, 당뇨병 등 등록 관리, 말기암 환자 관리 등) • 정신보건 교육·홍보 강화, 정신보건센터 활용 및 기능강화, 알코올중독 치료·상담 기반 구축 등
	(10) 만성질환 예방 및 관리	암, 고혈압 등 주요 만성질환의 발생과 증가를 예방하고 만성질환에 대한 적절한 보건의로서서비스를 제공하고 관리함	• 대상 전염병의 역학적 특성, 지역의 사회적 경제적 여건을 감안한 전염병 예방 및 관리(예: 예방접종, 에이즈, 성병 및 혈액매개 전염병 관리 등)
	(11) 정신보건	지역사회 정신보건체계 확립 및 기반 확충을 통하여 정신질환에 대한 편견 해소 및 인식개선, 정신질환자 치료여건 개선 및 권익 증진을 도모함	• 대상 전염병의 역학적 특성, 지역의 사회적 경제적 여건을 감안한 전염병 예방 및 관리(예: 예방접종, 에이즈, 성병 및 혈액매개 전염병 관리 등)
	(12) 전염병 예방 및 관리	예방접종 및 전염병 국가안전관리체계 구축·운영 강화를 위한 서비스를 제공함	• 재활보건사업
	(13) 재활보건	지역사회 인적·물적 자원을 최대한 개발, 활용하여 재활서비스를 체계적으로 구축, 제공함	

대기능		세부기능		업무 예시
4. 건강증진 및 질병 예방·관리	지역사회 주민을 대상으로 양질의 보건 의료서비스를 지속적으로 제공함	(14) 맞춤형 방문건강관리	가정, 시설 등을 방문하여 대상자의 건강 문제를 발견하고, 건강증진, 질병예방 및 관리, 보건 의료서비스 제공 및 의뢰 연계하여 자기관리 능력을 개선함	•맞춤형 방문 건강관리사업
		(15) 모자보건	모성과 영유아의 사망 및 장애를 방지하고 건강을 증진하기 위한 서비스를 제공함	•임산부 및 영유아 건강관리, 미숙아 및 선천성이상아의 장애발생 예방, 모유수유클리닉 등
		(16) 일차의료 (농어촌지역)	지역사회 보건의료자원이 취약한 지역주민들에 대한 일차의료서비스를 제공함	•농어촌 지역 보건기관의 진료기능(야간 진료 포함), 응급의료체계 구축
		(17) 취약계층 진료지원	지역사회 전체 주민의 불건강 해소 및 건강행태개선 제고를 위한 서비스를 제공함	•보건의료원의 호스피스 병동 운영
		(18) 공중 및 식품위생	공중 및 식품위생 업무에 대한 지도, 관리 및 조정의 역할을 수행함.	•의료비 지원 등 진료지원 서비스 •공중위생 및 식품위생 지도

자료: 이수진 외(2008), p.190-192.

정책환경 변화에 따라 보건소가 수행하고 있는 업무들의 ‘재편’은 이후에도 지속적인 정책연구의 대상이었다. 이와 관련된 연구들은 대체로 인구고령화와 만성질환, 지역 내 다양한 자원과의 연계라는 점에 주목하여 보건소가 수행하는 업무들을 종합적으로 재분류하고, 조직 역시 이에 부합하도록 전환해야 한다는 시각을 공유하는 것으로 판단된다. 권근상 외(2018)의 연구가 대표적이라 할 수 있다. 이 연구는 제목²⁹⁾에 나타난 바와 같이 기존 업무 가운데 보건소를 비롯한 지역보건의료기관이 초점을 두어야 할 ‘표준 업무 분류체계’ 도출을 목적으로 수행되었다. 연구진은 현재와 같이 지역의 특징을 구분하지 않고 일률적으로 사업을 부가하는 방식에 문제가 있으며, 그 대안으로 <표 3-8>과 같이 보건소가 반드시 수행해야 할 필수사업을 선별하고, 나머지는 지역의 선택에 위임하는 것을 제안한다. 이때 보건소가 수행해야 할 필수적인 사업 여부의 판단기준은 ‘공중보건 개념’으로서, 정책의 개발·평가·연구, 건강친화적 여건 조성과 아울러 역학조사와 공중보건 위기 대비·대응을 포함한다. 또한 이를 구현하기 위한 보건소 조직의 3과(보건기획, 감염 및 위기 대응, 건강증진 및 관리) 재편과 보건소에 대한 보건복지부의 권한과 리더십 확보를 제안한다.

이무식(2018)의 진단과 주된 제언 역시 일맥상통한다. 인구고령화와 만성질환에 부합하지 않은 체로 보건소들이 여전히 유지하고 있는 급성 감염병 체계로부터의 전환이 시급하다는 것이다. 즉, 보건소는 정책적인 기획과 전문적인 행정기능을, 보건지소와 보건진료소는 건강증진사업을 수행하는 일선 기관으로의 변모가 이루어져야 한다고 제안한다. 또한 신종·재출현 감염병과 재해, 환경성 질환에 대응하기 위한 리스크 커뮤니케이션 체계 마련도 권근상 외(2018) 연구가 주창한 필수사업과 밀접히 연관되는 부분이라고 볼 수 있다.

29) 권근상 외(2018), 지역보건의료기관 표준 업무 분류체계 연구, 전북대학교·보건복지부.

〈표 3-8〉 권근상 외(2018)의 연구에서 제안된 지역보건기관 표준 업무 분류체계(안)

공중보건		보건소 업무	
기능	서비스	내용	구분
정책의 개발 ·평가 ·연구	지역사회 건강정책의 기획	•지역보건의료계획 등 지역보건 관련 중기계획과 시행계획의 수립 및 평가	필수 업무
	지역사회 진단	•건강통계의 수집과 관리 •지역 내 보건의료자원의 확인과 통계 관리 •지역사회 건강실태조사 등 지역사회의 건강수준과 결정요인에 관 한 조사의 시행	
	감시 및 모니터링 체계 구축과 운영	•감염병 감시체계, 만성질환 등록관리체계, 건강생활 실천 관련 모 니터링	
	건강소통	•건강정보 제공을 통한 주민의 건강증진 역량 강화 •건강환경 조성을 위한 정책 옹호	
	건강정책 기반 구축	•주민의 건강결정요인 개선에 필요한 정책적 기반(조례 등) 구축 및 시행 •보건의료인 및 보건의료기관에 대한 지도·감독	
	인프라의 개발 및 강화	•인력 관리와 역량 강화 •시설·장비의 확충 및 유지보수	
	지역보건 관련 연구	•지역보건 관련 연구의 시행(지역/집단 간 건강격차 감소를 위한 연구, 건강수명 지역 결정요인 연구 등) •보건소의 사업에 연구 결과의 연계 적용	
건강 친화적 여건 조성	건강친화적 환경 조성	•주민의 건강수준 및 건강생활실천에 영향을 미치는 건강결정요인 의 개선을 위한 물리적, 사회적, 문화적 및 정책적 환경 구축	조정 이관 가능 업무
	연계협력	•지역 내 다양한 자원과 이해관계자들과의 연계협력 체계의 개발 및 구축	
필요 보건 서비스 보장	역학조사	•감염병 등 지역 내 유행, 확산하는 질병에 대한 역학조사 및 후속 조치 시행	
	공중보건 위기 대비·대응	•자연재해, 신종감염병의 유입 등 공중보건 위기 상황의 대비와 대응 •감염병 진단 등 공중보건 관련 검사 서비스의 시행	
	건강증진	•흡연, 음주, 신체활동, 영양, 구강보건 등 건강생활습관 실천 확산 을 위한 사업의 수행	
	만성질환 예방관리	•암, 뇌혈관질환, 심장질환, 아토피·천식, 관절염, 비만 등 주요 만 성질환의 예방관리 사업의 수행	
	정신보건	•치매, 자살 등의 예방관리를 위한 사업의 수행	
	감염병 예방관리	•예방접종, 방역, 식품위생 관리, 개인위생 수칙 등 감염병 예방관 리를 위한 사업의 수행	
	진료	•지역주민에 대한 입원·수술(보건의료원만 해당)과 외래 등 의료서 비스의 제공	
	환경보건	•공중위생, 식품위생	

자료: 권근상 외(2018), p.172.

조인성, 이주열, 이희중, 이수진, 이돈형(2020)의 연구는 ‘커뮤니티케어’라는 관점에서 보건소와 지역보건기관의 역할을 고찰하고 있는데, 이는 향후 지역보건체계가 어떤 형식으로든 대응해야 하는 주제라는 점에서 간략하게라도 살펴볼 필요성이 높다. 이 연구는 커뮤니티케어가 지역사회(communitiy)에 기반하며, 지역사회가 책임감을 갖고, 지역사회 내 관련 자원들을 연계·조직화하는 것이라는 점에서 출발한다. 커뮤니티케어는 보건 또는 복지, 돌봄 등 특정 영역에 국한된 단절된 서비스 제공이 아니라 예방·건강증진부터 재활과 요양에 이르는 연속적이고 연계적인 관리체계라는 점에서 보건소를 비롯한 지역보건기관은 커뮤니티케어에 서 매우 중요한 역할을 담당할 필요성이 높다는 것이다.

커뮤니티케어에서 보건소가 담당해야 할 가장 핵심적인 기능은 다주체의 다양한 서비스 전달체계를 종합하고, 연계와 협력이 이루어지도록 중심점의 역할을 담당하는 것이다. 우리나라의 지역사회는 고령층을 비롯하여 장애인, 정신질환자, 경제적 취약계층 등 취약계층의 범위가 넓지만, 지역기반의 보건의료사업은 여전히 정체되어 있거나 민간 중심의 의료서비스 전달체계와 적극적으로 교류하고 있지 못하고 있다. 따라서 지역보건기관은 취약계층 보호를 위하여 담보 상태를 면치 못하고 있는 보건의료와 복지 영역의 협력을 도모하고, 지역주민의 건강개선과 건강친화적 환경 조성을 위해 적극적인 서비스 제공과 관리 역할을 담당해야 한다. 또한 커뮤니티케어의 효과성을 높이고 지속가능하도록 지원하는 다양한 디지털 기술의 활용에도 더욱 적극적으로 임해야 한다고 제언한다.

보건소가 수행하는 사업과 기능에 대한 개편논의에 비해 ‘하드웨어’에 가까운 이슈들, 즉 보건소 개소 수 확대, 지역보건기관들이 주로 활용하고 있는 정보시스템인 ‘지역보건의료정보시스템(PHIS, Public Health Information System)’의 개선, 인력과 재정의 문제, 지역보건체계의 모

세혈관이자 기반이 되는 인프라인 보건지소와 보건진료소에 관한 선행연구는 상대적으로 적은 편이다. 다만, 그렇다고 하여 이들 주제가 중요하지 않다는 의미는 아니다. 코로나19 유행을 거치면서 보건소의 물적 토대 확보에 관한 정책적 중요도가 높아졌다는 점이 이를 입증한다. 이와 관련한 주요 연구를 간략하게라도 살펴보면 다음과 같다.

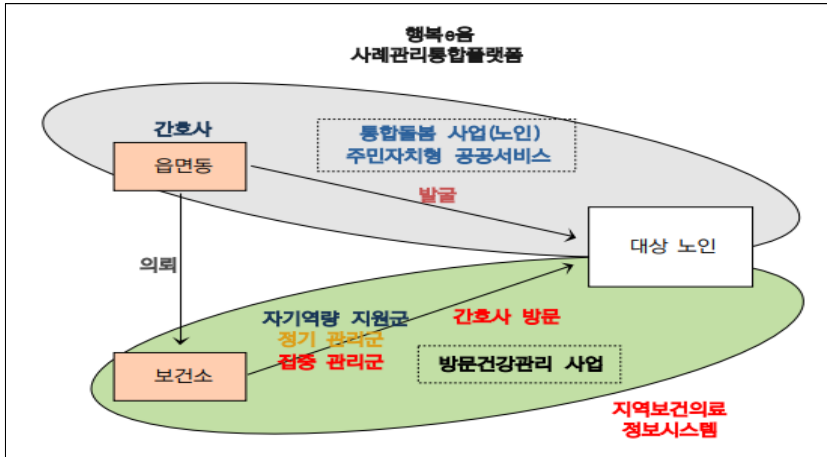
「지역보건법」이 규정하는 보건소 설치 기준의 원칙은 ‘시·군·구 당 1개소’이다. 그런데 시·군·구는 인구 규모나 면적, 사회경제적 수준 등이 균일하지 않다. 소멸을 걱정해야 하는 지역도 있지만, 신도시 개발 등으로 갑작스럽게 인구 규모가 커지는 경우도 부지기수이다. 지역당 1개소의 보건소로 대응이 충분치 않은 경우가 얼마든지 발생할 수 있다는 의미이다. 이주열, 박승민, 강진아(2020)의 연구는 보건소의 확충이라는 점에서 현행 지역보건기관의 법적 기준과 설치 지역, 운영 조건(관할 인구, 인력 등) 등을 검토하여 보건소 설치 인구 기준인 30만 명을 복수 기관 설치가능하도록 개정하고(인구 30만 명 당 1개소→인구 30만 명 초과 시 30만 명 당 추가 1개소), 보건지소 역시 유사한 복수 기관 설치 방식으로 개정할 것을 제시한다.³⁰⁾ 물론 이 연구는 시설 확대에만 머무르지 않고 기능 및 역할 개편과 이에 부응하는 인력운용 역시 비중을 두어 제언한다. 예를 들어 보건지소 확충이 이루어지는 경우, 그 기능을 ‘주민건강센터’로 개편하여 예방과 건강증진에 주력하는 것을 목표로 두어야 한다는 것이다. 또한, 이 과정은 정부 거버넌스의 유기적 작동으로 뒷받침되어야 한다.

보건소를 비롯한 지역보건기관의 사업실적은 지역보건의료정보시스템(이하 ‘PHIS’)에 집적된다. 건강보험자료로 국민들의 의료이용을 파악하

30) 참고로 이 제안은 「지역보건법」 제10조 개정(2021.8.17.) 및 동법 시행령 개정(2022. 8.9.)을 통해 실행되었음(보건복지부, 2022b).

고, 의약품안전사용서비스(DUR, Drug Utilization Review)를 통해 의약품 처방·이용과정상의 문제점을 선별하듯 PHIS는 근거기반 지역보건 정책 수립에서 매우 중요한 자료원이다. 윤기찬 외(2020)의 연구는 PHIS를 지역보건사업의 ‘연계’에 활용하는 방안을 제안한다. 지역사회에서 수행되고 있는 건강증진사업을 비롯하여 다양한 사업들이 대상자 및 수행주체 측면에서 분절적이어서 수요자의 복합적 욕구를 충족하기 어렵고, 때로는 비효율과 중복의 원인이 되기도 한다. 연구진은 연계의 방식을 ‘기관 간 연계’, ‘사업 간 연계’로 구분하고 ‘대상자’를 중심에 둔 연계체계를 구상한다. 다음 그림은 노인을 대상으로 한 PHIS와 행복e음 사례관리통합플랫폼을 대상 노인 중심으로 연계한 모형의 예이다.

[그림 3-9] 윤기찬 외(2020) 연구에서의 노인 대상 사업연계 및 구조화(안)



자료: 윤기찬 외(2020), p.200.

예산과 재정은 현장에서 정책을 실현하는 데에 절대적인 영향을 미치는 요소이다. 그러나 그 비중에 비해 보건소 예산과 재정구조에 대한 체계적인 정리는 찾아보기 쉽지 않다. 지방자치단체 소속 기관으로서 관련

예산과 재원의 분산(국비, 지방비, 기금) 등 다양한 이유가 있겠으나, 기존 보건소 사업이 유지되면서 신규 사업이 누적되는 방식으로 이루어진 것도 영향을 미쳤을 것으로 생각된다. 지역보건기관의 예산 및 재정과 관련한 시사점을 주는 연구결과를 살펴보면 다음과 같다.

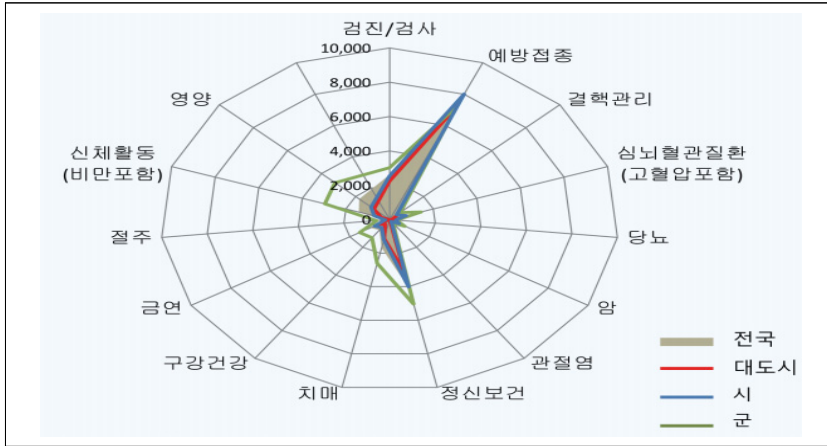
박삼영 외(2013)의 연구와 유혜영, 정지운, 박형근(2021)의 연구는 각각 기초지방자치단체와 광역지방자치단체(제주특별자치도)의 보건의료 관련 지출예산을 분석 대상으로 삼는다. 전국 230개 기초지방자치단체의 2007~2009년 예산을 분석한 전자의 연구에서, 보건소 인력 비율은 보건의료 지출 수준에 일관되게 정(+)의 상관관계를 가졌다. 반면, 보건의료 지출을 늘리는 요인으로 예상된 노인인구 비율, 사망률(자살·심장질환·뇌심혈관질환)은 유의한 관련성이 관찰되지 않았는데(박삼영 외, 2013), 이것은 보건소 지원 예산이 주로 농어촌 지역 시설과 운영에 집중되어 있고 지역보건의료계획 시행 등 운영에는 상대적으로 부족하기 때문이라는 지적이 있다(나백주, 2021).

제주특별자치도의 2020년 예산을 분석한 후자의 연구에 따르면, 지방자치단체가 수행한 보건사업에서 자체 재원의 범위와 규모가 작았다. 13개 기능별 범주 가운데 보건의료 예산의 자체재원 비율은 26.6%로 낮았고, 건강증진·특정인구집단 관리·질병관리 등은 자체재원 비율이 12.1~15.3% 수준이었다(유혜영 외, 2021).

신정우(2016)의 연구는 전국 240개 보건소로부터 수집한 2014년 지출내역을 분석 대상으로 삼았다. 먼저 지출내역 가운데 검진·검사, 예방접종, 만성질환(고혈압, 당뇨) 관리, 정신보건, 금연, 절주, 영양 등을 ‘공중보건사업’으로 정의하고, 전국·대도시·시·군별로 주민 1인당 지출 규모를 파악하였다. [그림 3-10]에서 볼 수 있는 바와 같이 주민 1인당 예방접종사업비 지출금액이 가장 높았다(전국 평균 7,491원). 이는 모든 지역

유형에 공통된 현상이었다. 농어촌 지역이라 할 수 있는 군 단위에 위치한 보건소들은 신체활동, 정신보건, 금연, 절주, 심뇌혈관질환 관리 등에서 전국 평균을 상회하였다(신정우, 2016).

[그림 3-10] 신정우(2016) 연구에서의 지역규모별 보건소의 주요 공중보건사업 1인당 지출



자료: 신정우(2016), p.6.

2014년 보건소가 공중보건사업에 활용한 지출을 주민 1인당 평균으로 환산하면 시·군·구 재원이 51.6%로 가장 높았고, 중앙정부 재원 32.2%, 광역시·도 재원 16.3%의 순이었다. 그런데 이는 보건소가 위치한 지역규모별로 차이가 있었다. 주로 농어촌 지역이라 할 수 있는 군 지역의 시·군·구 재원 비중은 57.7%까지 높아졌지만, 중앙(30.5%), 시·도(11.8%) 비중은 상대적으로 낮았다. 반면, 대도시는 시·군·구 재원 비중이 34.2%까지 낮아졌다. 물론 군 지역은 고령인구 비율이 높고, 독거노인가구를 비롯한 취약계층 역시 광범위하게 존재할 가능성이 대도시 지역보다 높다. 그러나 군 지역은 또한 상대적으로 재정자립도나 지역 생산력이 양호하다고 보기 어렵다. 재정의 안정적 조달에 있어서 중앙정부의 역할 강화를 주문하는(신정우, 2016) 이유이기도 하다.

〈표 3-9〉 신정우(2016) 연구에서의 지역규모별 보건소의 공중보건사업비 재원 구성

		전체			
			중앙정부	광역시도	시군구
전국	총액(백만 원)	1,217,297	403,190	245,752	568,355
	주민 1인당 평균(원) (구성비, %)	36,938 (100)	11,885 (32.2)	6,006 (16.3)	19,047 (51.6)
대도시	총액(백만 원)	454,107	141,586	153,331	159,191
	주민 1인당 평균(원) (구성비, %)	23,428 (100)	7,700 (32.9)	7,721 (33.0)	8,007 (34.2)
시	총액(백만 원)	560,209	200,341	66,053	293,814
	주민 1인당 평균(원) (구성비, %)	29,645 (100)	10,383 (35.0)	3,855 (13.0)	15,408 (52.0)
군	총액(백만 원)	202,981	61,263	26,368	115,351
	주민 1인당 평균(원) (구성비, %)	55,676 (100)	16,963 (30.5)	6,583 (11.8)	32,130 (57.7)

자료: 보건복지부(2015); 신정우(2016), p.7 재인용.

마지막으로 보건지소와 보건진료소에 관련된 선행연구들에서 향후 지역 보건체계 개편에 시사점을 준다고 판단되는 점을 짚어 보고자 한다. 박찬영, 임은실, 이경아, 김아린, 김지향(2016)의 연구는 설문조사 등을 활용하여 보건진료소 기능 개선 방안을 다루는데, 지역 상황별로 초점을 맞추어야 할 서비스가 차등적이다. 예를 들어 전체 보건진료소의 약 3.1%는 진료 기능 강화가, 9.5%는 진료기능 유지가 필요하다. 진료기능에 건강증진 업무를 강화해야 하는 보건진료소 54.9%까지 고려하면, 결과적으로 67.5%의 보건진료소는 현재와 같은 진료기능 유지가 필요하다고 본 것이다. 반면, 건강증진업무로 전환해야 한다는 보건진료소는 32.5%였다. 이주열, 강진아, 이현숙(2018)의 연구에서 제언된 내용은 이상의 논의를 구체화한 것으로 볼 수 있다. 논의의 지역적 범위는 일부 지역(천안시)에 국한되어 있으나, 보건지소와 보건진료소를 진료형, 연계형, 기능전환형 등으로 구분하고 유형별 기능 개선 방안을 제시하고 있으며, 향후 정책적 환경 변화와 부합하는 제언을 담고 있다. 특히 향후 보건지소·보건진료소의 기능 개

선 키워드로 제언된 것이 ‘연계’이다. 예를 들어 보건지소(공중보건 의사)-보건진료소(보건진료원) 간의 의학적 자문 연계, 지자체 사회복지 관련 부서와의 연계 활동 강화가 필요하다고 제언한다. 사실 보건지소와 보건진료소가 설치된 지역은 인구가 감소하고 있고, 인력 확보와 유지에도 어려움이 있다. 이에 따라 보건지소와 보건진료소를 통합하는 것이 바람직하다는 의견(이지현, 2008)이 제기되기도 하였다. 그러나 연구에서는 폐쇄나 통합보다는 보건지소와 보건진료소가 ‘팀제’로 협업하는 새로운 서비스 기능의 발굴과 조직 활성화를 제언한다.

지역보건기관 및 지역보건체계 개편과 관련하여 위에서 검토한 주요 연구의 대상(기관 또는 영역), 연구에서 제기된 문제점 및 개선방안을 하나의 표로 정리하면 다음 쪽과 같다.

〈표 3-10〉 지역보건기관 및 지역보건체계 개편 관련 주요 연구 내용

연구 구분	주요 대상	제시된 문제점·배경	해결방안
이수진 외 (2008)	보건소 (사업)	•가용 인력의 양적 부족과 비정규직 증가 •일반진료와 감염병 관리에 집중 투입된 업무 •보건소 내소자 위주의 서비스 제공으로 이용률 저조 •보건소와 관내 타 기관의 연계 부족	•보건소의 4대 핵심기능 제시: ① 지역사회 보건의료 기획 및 평가, 조사·연구 ② 지역사회 자원과의 협력 및 지도·관리 ③ 건강환경 조성 ④ 건강증진 및 질병예방·관리
배상수 외 (2010)	보건소 (사업)	•공중보건 원칙에 부합하지 않는 개인을 대상으로 하는 직접 서비스(일반진료)	•지역보건 전략기획 부문 강화 •민간자원과의 파트너십을 통한 협력적 거버넌스 구축 •전문센터 설치 및 위탁운영 활용
이상영 외 (2010)	보건소 (사업)	•지역보건체계를 위한 시설과 인력의 양적 확충은 타당성이 낮음	•민간 영역 포괄을 위한 공공보건 의료의 개념 전환 •민간기관 참여 유도를 위한 인센티브 설정 •일반진료 등 기존 프로그램 재설정과 공공-민간 간 경쟁체계 도입
권근상 외 (2018)	보건소 (사업, 조직)	•지역 특징을 구분하지 않은 일률적 사업 부가 방식	•보건소 필수사업의 선별, 나머지는 지역 선택에 위임 •필수사업 수행을 위한 보건소 조직의 3과(보건기획, 감염 및 위기 대응, 건강증진 및 관리) 재편 •보건복지부의 권한과 리더십 확보
이무식 (2018)	보건소 (사업, 조직)	•인구고령화, 만성질환 등 정책환경에 부합하지 않은 급성감염병 체계 유지	•보건소는 지역보건정책 기획과 전문적 행정기능을, 지소와 진료소는 건강증진사업 수행 •리스크 커뮤니케이션 체계 마련
조인성 외 (2020)	보건소 (커뮤니티케어)	•지역사회 취약계층의 범위는 넓은 반면 지역기반 보건사업 정체 •민간 중심 의료서비스 전달 체계와의 교류 부진	•커뮤니티케어에서의 지역보건기관 역할 강화 •보건의료와 복지 영역의 협력 도모 및 건강친화적 환경 조성을 위한 서비스 제공 •다양한 디지털 기술의 활용
이주열 외 (2020)	보건소 (조직)	•보건소 설치 기준(지역당 1개소)의 현실 대응 한계	•동일 지역 내 보건소 복수 설치 기준 마련 •보건소 기능과 역할 재편에 부응하는 인력 운용

146 미래 공중보건 위기 대응을 위한 지역보건체계 재구조화 방안: 보건소를 중심으로

연구 구분	주요 대상	제시된 문제점·배경	해결방안
			•정부 거버넌스의 유기적 작동을 통한 뒷받침
윤기찬 외 (2020)	지역보건의료 정보시스템 (PHIS)	•지역보건사업의 분절적 수행에 따른 한계	•PHIS를 활용한 기관 간, 사업 간 연계 도모를 통해 대상자 중심의 사업 수행
박삼영 외 (2013)	지역보건예산	-	•보건소 인력 비율은 보건의료 지출 수준에 정(+)의 상관관계를 가지는 것으로 분석
유혜영 외 (2021)	지역보건예산	-	•지자체(제주도) 예산 중 보건의료, 특히 건강증진·특정인구집단 관리, 질병관리 등의 자체재원 비율이 낮음.
신정우 (2016)	지역보건예산	-	•2014년 전국 보건소(240개)의 주민 1인당 지출금액이 가장 높았던 것은 예방접종사업비 •농어촌 지역 보건소의 경우 시·군·구 재원 비율이 57.7%에 달함 •특히 농어촌 지역을 중심으로 안정적 재정 조달을 위한 중앙정부의 역할 강화 필요
곽찬영 외 (2016) 이주열 외 (2018)	보건지소, 보건진료소	•지역상황에 따른 차등적 보건지소·보건진료소 운영 필요	•진료형·연계형·기능전환형으로 구분, 각 유형별 기능 개선 방안 제시 •연계 관점에서의 지소-진료소 연계와 사회복지 연계 •보건지소와 보건진료소 폐지보다는 팀제 협업과 새로운 기능 발굴 필요

2. 코로나19 유행 이후: 보건소 조직과 기능 개편 논의

2020년 코로나19 유행은 보건소를 비롯한 지역보건체계 개편 논의를 질적으로 도약시키는 계기로 작용했다. 서론의 빅데이터 분석 결과에서 소개한 바와 같이 코로나19 이전인 2019년에 비해 보건소에 관련된 정보량 자체가 증가하였을 뿐만 아니라, 유행이 반복될 때마다 연동하여 증가

하는 양상을 보였다. 역학조사와 선별진료, 백신 접종으로 대표되는 방역의 중심기관으로 인지도가 높아진 것이다. 물론 그 과정에서 업무량 폭증과 취약한 지원 구조, 소진(burn out) 등으로 인한 종사자들의 휴직·사직 증가³¹⁾와 안타까운 극단적 선택 역시 간과하지 말아야 할 부분이다.

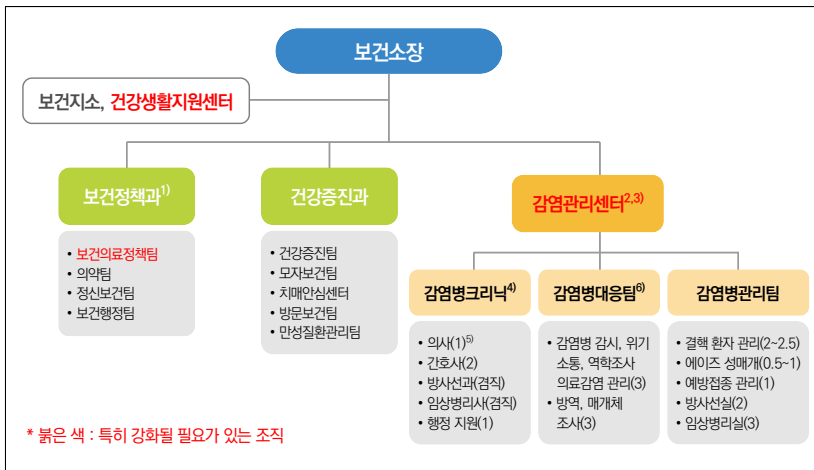
인식 제고와 인력 충원 등 개선과 더불어 보건소가 수행해야 하는 사업에 대한 논의도 크게 증가했다. 감염병 대응이 최우선 과제로 격상된 가운데 일반진료와 방문보건사업, 건강증진사업 등 상당 기간 중단되어야 했던 상황 역시 성찰의 대상이다. 공중보건 위기 상황에서도 유지되어야 하고, 앞으로 사회적 환경 변화를 고려할 때 강화해야 할 사업에 대한 정책적 관심도 높아진 것이다. 일부 지역에서는 방역과 함께 자연 재난에 대한 대응기관으로서의 역할도 수행해야 하는 상황이 발생하기도 했다. 코로나19 유행 기간에 발생한 재해(2020년 호우·태풍, 2022년 산불, 2022년 호우·태풍)로 ‘특별재난지역’으로 선포된 지역들이 대표적이다. 감염병과 재해라는 현안에 잠시 우선순위를 내주긴 했으나, 지역의 인구 고령화에 따른 돌봄 수요 증가와 효과적인 만성질환 관리 필요성 역시 낮아지지 않았다. 여기서는 지역보건체계 개편 논의에서의 함의를 도출하기 위하여 코로나19가 유행하기 시작한 이후 보건소와 지역보건체계에 제기된 체계 개편 논의를 정리하였다. 또한 각 연구에서 제안하는 보건소 조직 및 기능 개편 방안을 아울러 제시한다.

박건희(2020)의 연구는 코로나19라는 공중보건 위기 상황에서 보건소의 역할 수행에 대해 지역보건의료 정책 당국, 감염병 예방 및 관리, 건강증진 및 만성질환 관리의 3가지 측면에서 문제점을 제시한다. 지역보건의료 정책 당국의 역할과 관련해서는 지역의 보건의료정책 기획 역량과

31) 보건소 간호직공무원의 휴직·사직자는 2017년 564명에서 2020년 945명으로 증가하였고, 2021년 5월까지 591명에 달한 것으로 나타났다(https://www.dailymedi.com/news/news_view.php?wr_id=875239, 2022.6.15. 인출).

지역 내 다양한 보건의료 거버넌스를 조정하는 역량이 여전히 부족하다고 진단한다. 감염병 예방 및 관리 측면에서는 인력의 안정적 운용과 전문성 강화 노력이 더욱 필요한 상황임을 지적한다. 메르스와 코로나19 대응으로 인력이 확충되었으나 여전히 잦은 인사이동과 높은 (방역)업무 기피도가 공존하고 있다는 것이다. 마지막으로, 건강증진 및 만성질환 관리에 대해서는 아직 공급자 중심으로 제공되는 서비스와 분절적 사업 시행을 조정하기 위한 노력의 필요성을 제기하였다.

[그림 3-11] 박건희 연구(2020)에서의 보건소 조직개편(안)



자료: 박건희(2020), p.168.

이와 같은 문제점에 대한 연구자의 보건소 조직개편 대안이 위의 그림이다. 여기서 핵심은 정책기획 역량의 제고와 감염병 관리의 강화이다. 즉, 지역의 보건의료정책 역량을 높이기 위해 ‘보건의료정책팀’을 설치하는 것을 제안하였고, 원래 1개였던 감염병 관련 조직은 임상과 긴급대응, 일상관리 등을 업무로 하는 3개 팀으로 확대·개편한다. 당사자 중심의 서비스 제공을 위해 건강생활지원센터를 강화하되, 그 방향성은 ‘소생활권

에서 공공보건기관을 확대'하는 것이다. 소생활권 공공보건기관은 민간과의 협업 등을 통해 사례관리망을 촘촘하게 구축한다. 이러한 개편 과정에서 보건소가 제공할 필요성이 낮은 업무, 예를 들어 각종 질환에 대한 진료비 지원 업무 등은 다른 기관으로 이관하거나 도시지역에서는 일반 진료 직접 제공 기능을 줄이는 등의 노력을 해야 한다고 아울러 제시한다.

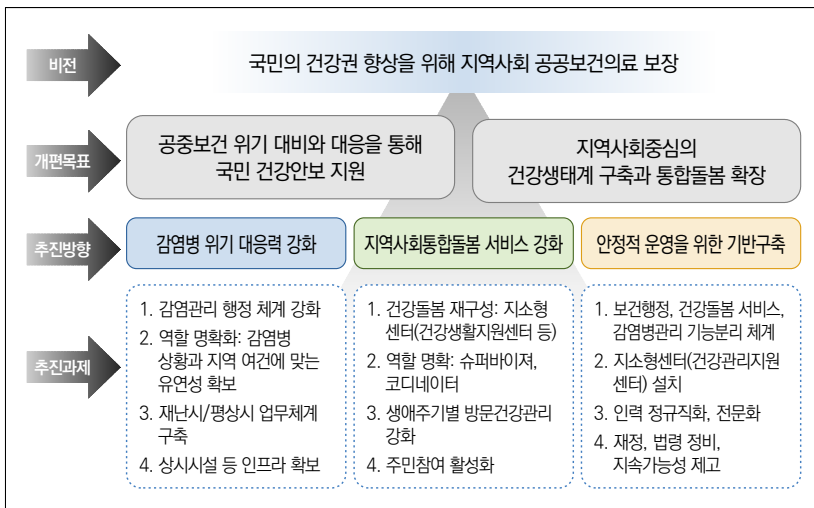
장숙량 외(2021)의 연구는 코로나19 대응과정에서 보건소의 만성질환 관리, 방문건강관리사업 등 공중보건 기능이 대부분 중단되거나 축소되었던 상황을 먼저 짚는다. 이는 지역 내 건강취약계층을 대상으로 한 서비스와 기능 위축을 의미하는것으로, 공중보건 위기 대응 경험을 바탕으로 보건소 기능과 조직을 재정립할 필요가 있음을 연구의 출발점으로 삼았기 때문이다. 코로나19 대응과정에서 전국의 보건소들은 업무 과정에도 불구하고 인력을 비롯한 인프라 미흡에 시달렸으며, 일부 개선에도 불구하고 거버넌스와 행정체계는 여전히 미흡했다고 지적한다. 나아가 사회환경 변화에 따라 지역사회에서 통합돌봄의 중요성이 높아질 것인데, 보건의료-돌봄의 연계망에서 보건소의 역할이 분명하지 않은 점과 기간제·저임금으로 인한 인력의 전문성 부족과 사업 연속성 저해 측면은 보건소 기능 개편에서 중점적으로 고려할 지점이라고 제시하고 있다.

이러한 측면에서 연구진은 향후 보건소의 변화 방향성으로 세 가지 지점을 제안한다. 첫째, 감염병 위기 대응력 강화를 위한 감염관리 행정체계 강화이다. 이 제안의 핵심은 시·도와 시·군·구에 보건행정부서 설치³²⁾ 및 보건소와의 행정체계를 정비하고 보건소 내에도 감염관리과를 설치하여 예방팀, 대응팀, 진료팀, 선별진료소 등을 상설화하는 것이다. 이를 통해 보건소의 업무부담을 경감하는 효과를 거두고자 하였다. 두 번째는 지

32) 시·도와 시·군·구에 보건행정부서를 설치하는 방안에 대한 논의 과정에서 비판의견도 제시됨(<https://m.medicaltimes.com/News/NewsView.html?ID=1144127>, 2022.6.15.인출)

역사회통합돌봄서비스의 강화이다. 재난 상황에서도 단절 없는 서비스 제공이 중요한 바, 소생활권별로 별도의 조직을 구축하고 주민참여를 활성화하여 민-관 협력적 거버넌스 구축을 수단으로 제시한 것이다. 세 번째로 보건소의 안정적 운영을 위한 기반 구축이다. 보건소의 직접 진료기능은 축소하고 민간 일차의료기관으로 이양하거나 공공병원과 협력체계를 구축하는 한편, 건강생활지원센터는 지역별 특성에 따라 ‘지소형’ 등으로 세분화할 것을 대안으로 제안하였다. 아울러 보건소 인력의 지속적인 정규직화와 전문화를 도모하고, 지역별 차등예산과 취약지역 예산 가산 등의 물적 토대 마련에도 노력해야 한다고 강조하고 있다.

[그림 3-12] 장숙량 외 연구(2021)에서의 보건소 기능 개편 추진 방향 제안



자료: 장숙량 외(2021), p.92.

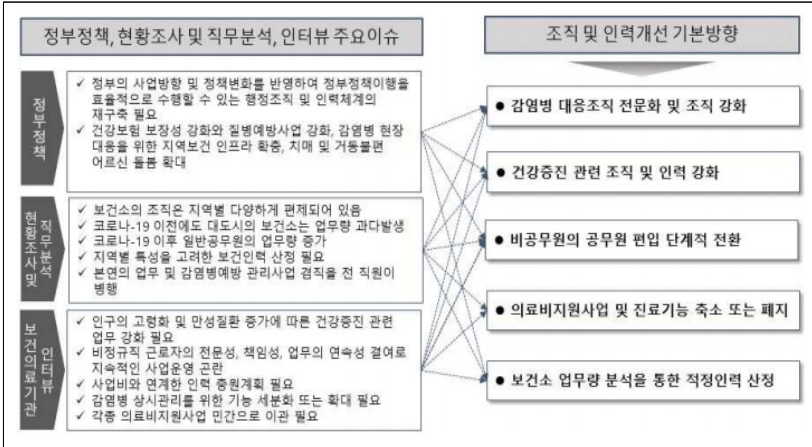
고병인, 박병석, 권근혜, 송성신(2020)의 연구 역시 코로나19라는 공중보건 위기 상황에서 얻은 경험을 토대로 보건소의 조직변화 및 적정인력 산출을 목표로 수행되었다. 연구진은 보건소 조직을 특별시·광역시·

시·군 등 4개 지역 유형별로 구분하고 인력 구조(공무원 비중), 담당 업무, 근로시간, 거버넌스를 분석하였다. 이 연구 역시 이전의 연구와 유사한 맥락에서 보건소의 진료기능 축소를 주장한다. 즉, 농어촌 등 군지역을 제외하고, 도시지역에서는 외래진료 기능 축소 또는 폐지를 통해 절감된 자원과 역량을 예방기능 역할 강화에 활용해야 한다는 것이다. 유사한 취지로 예방접종, 보건증, 건강검진업무, 난임, 희귀난치성질환, 모자보건사업 등의 업무는 민간의료기관으로 단계적으로 이관하고 인력을 재배치할 것을 제시하였다.

연구에서는 보건소 조직과 관련하여 크게 두 가지 측면이 제안되었다. 첫 번째는 감염병 관리는 보건소의 고유한 기능이라는 점에서, 또한 코로나19 대응과정에 나타난 한계를 극복하기 위한다는 점에서 보건소 조직에 감염병 관련 조직을 신설·강화할 필요성이 있다는 것이다. 두 번째는 지역 내 ‘건강생활지원센터’ 역할 강화 등 소생활권 단위 건강증진체계를 구축할 필요성이 있다는 것이다. 진료기능을 축소하는 반면, 지역 특성을 반영한 건강증진사업에 집중하자는 취지이다. 이때 고려할 서비스는 보편방문서비스를 포함한 포괄적인 건강관리서비스 제공, 일차의료기관의 만성질환 관리 지원, 검진유소견자 건강관리, 주민참여형 사업, 생활터별 건강증진사업 지원 등인데, 일차의료기관과의 협력체계를 구축하고 재가돌봄센터 등과 연계체계를 강화하는 등 지역 내 자원의 활용에 대해서도 필요성을 언급하고 있다. 연구가 제시하고 있는 보건소 조직의 재설계 및 인력운영 기본방향은 다음 그림과 같다.

152 미래 공중보건 위기 대응을 위한 지역보건체계 재구조화 방안: 보건소를 중심으로

[그림 3-13] 고병인 외 연구(2020)에서의 보건소 조직 재설계 및 인력운영 기본방향



자료: 고병인 외(2020), p.83.

윤영근 외(2021)의 연구는 코로나19 방역 과정에서 드러난 문제점을 고찰하고 중앙과 지방 간 방역기능을 재정비할 것을 제언하는 과정에서 보건소에 대한 기능개편 방안을 다룬다. 우선, 코로나19를 경험하면서 앞으로 보건소의 기능이 크게 지역주민의 건강관리와 감염병 예방·관리에 초점을 맞출 것으로 예상된다. 그리고 이를 위해서는 현재 단순행정업무를 비롯한 여러 업무를 이관하거나 분산하는 과정이 필요하다. 방역전담 조직의 강화 필요성 역시 제기되었다. 다만, 방역조직 강화의 필요성은 차치하고라도 전문성을 갖춘 인력을 안정적으로 유지하는 것에 대한 논의가 필요하다. 그런데 이 연구는 보건소의 기능과 사업을 전반적으로 살펴보기보다는 ‘방역’에 초점을 두고 있음을 부가할 필요가 있겠다.

김영택 외(2022)의 연구는 ‘감염병 대응 역량 강화’라는 측면에서 보건소 조직개편안과 인력 보강 방안을 제안한다. 연구진은 지역사회(경기도)에서 비상시뿐만 아니라 일상적으로도 감염병에 대응하기 위하여 보건소 내 1과 6개 팀(감염병총괄기획팀, 감염병예방팀, 감염병관리팀, 감염병대

응팀, 감염병클리닉, 코로나19 환자관리팀)으로 구성되는 ‘감염병대응센터’의 설치·운영이 필요하다고 보았다. 감염병대응센터 운영을 위한 필요 인력은 지역 인구 규모에 따라 조금씩 차이가 있는데, 예를 들어 인구가 10만~40만 미만되는 지역이라면 필수업무 수행을 위해 25~29인, 추가 및 강화된 업무 수행을 위해 9인(8인+역학조사관 1인) 등 총 34~38인이 필요할 것으로 추산하였다. 또한 전문성 담보를 위해 이들 인력은 정규직 형태의 확보가 필요하다고 제안했다.

[그림 3-14] 김영택 외 연구(2022)에서의 보건소 조직개편안(감염병대응센터)



자료: 김영택 외(2022), p.138.

신준호 외(2021)의 연구는 인구고령화와 만성질환 유병률 증가, 코로나19를 비롯한 신종감염병 확대 등 지역보건의료기관을 둘러싼 환경 변화에 효과적으로 대응하기 위하여 현재의 지역보건체계를 진단하고 기능 및 역할 재정립 방안 등을 마련할 필요성에서 수행되었다. 이 연구는 정부가 제안하고 전문학회와 일선 지역보건기관들이 연구에 참여하여 수행한 가장 최근의 연구일뿐만 아니라, 지역보건체계의 거의 전 분야 이슈를

종합적으로 다루고 있다는 점에서도 의의를 찾을 수 있다.

먼저, 이 연구는 코로나19 상황에서 나타난 문제점을 양적·질적으로 분석한다. 이를 두 가지로 요약할 수 있다. 첫째, 지금까지 공중보건 위기에 대한 개념이 정립되어 있지 않아 감염병의 대규모 유행이 현실화되면서 보건소를 효과적으로 운영하는 데 어려움이 노출되었다는 점이다. 예를 들어 유행 상황에서 필수적인 직접 서비스가 축소/중지되거나, 감염병 대응에 부합하지 않았던 기존 보건소 조직, 인력, 시설, 장비 등을 신속하게 전환하는 것에 약점을 보였다는 점이다. 중앙정부와 시·도, 기초자치단체와의 정보 공유에서 나타난 연계협력의 문제점 역시 보건소를 ‘서비스 제공 조직’으로만 인식하는 이해 부족에서 기인한 측면이 존재한다. 둘째, 지역보건체계 거버넌스의 문제이다. 보건소는 중앙정부와 지방정부가 부여하는 다양한 사업을 수행하고 있지만, 그 관할은 지방정부의 소속이다. 이는 ‘지역성’을 극대화하는 데에 장점으로 작용하지만, 자칫 중앙정부의 지원·육성에 한계가 발생할 수 있는 지점이다. 이러한 한계를 완화하기 위하여 시·도를 비롯한 지원 공공기관(예: 한국건강증진개발원, 한국보건복지인력개발원, 시·도 공공보건의료지원단 등)에 좀 더 적극적으로 보건소를 지원해야 한다고 그 필요성을 주문하고 있다. 연구진은 또한 이 과정에서 지역보건의료정책을 산출하기 위한 기획·조정 역량의 부족과 지속적으로 제기되고 있는 소생활권 중심의 체계 세분화 요구에 대한 합리적 추진 방안 미비 등도 제시하였다. 최종적으로 연구진이 보건소를 비롯한 지역보건기관의 운영 개선과 체계 개편을 위해 제안한 9개 정책, 13개 쟁점, 31개 전략은 다음 표와 같다.

(표 3-11) 신촌호 외(2021)의 연구에서 제안된 9개 정책, 13개 정책, 31개 전략

정책	쟁점	내용	전략
보건소 전담부서 및 지원조직 구축	복지부 조직개편 방안	보건복지부 내 보건소 전담부서 신설 또는 기존 부서 전환	복지부 내 과 신설 또는 기존 과 확대 개편
	한국건강증진개발원 보건소 전담 센터 설치	보건소 전담조직(센터) 설치 PHIS 시스템 관리	센터 설치 정보원과 정보공유
	위기 대응 관련 컨트롤타워 재정립	보건복지부 '보건소운영협의회' 운영지원 컨트롤타워 방향성 및 역할 정립	협의회 설치 및 협의회 운영 협의, 지침 마련
위기 대응체계 정비	위기 대응 거버넌스 재정립	전담 메시지 사전협의 및 공유 신종감염병 대응 중앙·광역·기초 역할 정립	지침 마련 협의, 지침 마련 협의, 지침 마련
	광역 정부 내 보건소 위기 대응 전담부서 구축	지역의료기관과의 위상 재정립 광역 질병대응센터 대응 시도 위기 대응과 신설	시도 감염관리과 설치 시도 보건의료진흥원 설치
전문인력 교육훈련	전문인력 교육훈련계획 수립	신규 임용자와 5급 이상 승진 임용자 대상 교육 실무자를 위한 직무 분야별 전문교육훈련	보건복지인력개발원 내 과정 운영 보건복지인력개발원, 시도 지원단 내 과정 운영
	보건소 시설, 장비 기준 개발·운영	보건소 시설기준 마련	사전 연구 필요
		보건소 장비기준 마련	사전 협의 필요
보건소 조직 정비	보건소 조직개편: 위기 대응 조직 개발 등	보건소 시설 보완	예산 마련(농어촌: 농특, 도시: 건강 증진기금 활용)
		보건소 장비 보완	예산 마련(농어촌: 농특, 도시: 건강 증진기금 활용)
		감염병/위기대응센터 확대 개편 등	보건소 내 감염관리과 설치

정책	쟁점	내용	전략
보건소 인력관리 지침 개발·운영	보건소-소생활권 활동 강화를 위한 개편	보건소를 기능 중심으로 조직개편 보건소-소생활권 활용 강화를 위한 개편 보건소 인력 기준 개정(일반공무원 추가 확보: 위기 대응 인력 확보) 인력 신규 채용 시 직종 전문성, 고용형태 고려	보건소 조직개편 건강생활센터 추가 설치: 예산 마련 행안부와 논의
	보건소 인력확보	공중보건 위기 대응 직군 개발 및 필요 인력 채용·개발	행안부와 논의
		무기계약직 위기 대응 업무 투입 (고용계약서 수정)	보건소 운영지침서 제공 (사업지침서와 별도)
		공중보건 위기 대응 시 위험수준에 따른 수당 개발	
	보건소 인력 관리의 어려움 (무기계약직 운영의 어려움)	계약직 직원 결재 권한 부여	
신종감염병 등 공중보건 위기 대응 매뉴얼 개발·운영	위기 대응 매뉴얼 개발·운영	공중보건 위기 대응 인력 재배치 권고안 마련 위기 대응 수준에 따라 인력 재배치 또는 차출 및 점무 방안(보건소 및 기초자치단체)	위기 대응 매뉴얼 개발(추가 연구)
	감염병 관리 법규 재정리, 보건소 전담부서 설치, 위험수당 규정 수정 또는 신설 등 주요 쟁점 관련	필수보건사업 설정 및 법·제도 정비 감염병예방법 및 지역보건법 수정, 보완 보건복지부와 그 소속기관 직제 시행규칙 수정	위기 대응 매뉴얼 개발(추가 연구) 법·제도 정비 법·제도 정비
보건소 기능개편 관련 법규 정비	법·제도 정비	(지방)공무원 수당에 관한 규정 보완, 공무원 위험수당 조례 제정 등	법·제도 정비

자료: 신준호 외(2021), p.173-174.



제4장

지역보건체계 운영 현황

제1절 지역보건체계 주요 운영현황

제2절 PHIS 등을 통해 살펴본 지역보건기관
주요 운영 현황

제4장 지역보건체계 운영 현황

제4장에서는 우리나라 지역보건체계 운영 현황을 살펴보고, 운영 과정에서 제기되어 왔던 일부 쟁점을 다룬다. 이 장은 크게 두 부분으로 나누었다. 첫 번째 부분에서는 지역보건기관의 현황을 기관, 인력, 사업, 정보라는 측면에서 살펴보았다. 다만 모든 지역보건기관의 세부 현황을 다루기에는 한계가 있으므로 여기서의 현황은 독자들의 이해를 돕는 한편, 제5장에서 전개할 정책과제 제언의 연결고리로 삼을 수 있는 점들을 강조하고자 하였다. 두 번째 부분은 코로나19를 전후로 한 지역보건기관의 주요 운영 현황이다. 앞의 부분과 구분되는 지점은 시기(2019~2021년)와 활용 자료원에 있다. 여기서는 한국사회보장정보원이 관리하는 지역보건 의료시스템(PHIS) 자료를 중심으로 한국건강증진개발원의 지역보건기관 입력 현황 자료와 국가통계포털(KOSIS)을 비롯한 각 지자체의 행정자료를 활용하였다.

본문에서 다시 언급할 예정이나, 지역보건의료시스템 자료는 지역보건기관이 수행하는 대부분의 보건사업이 집약되는 중요한 정보체계이다. 따라서 학술적으로도, 정책적으로도 그 잠재력은 매우 크다. 다만 잠재력에 비해 지역보건정책의 수립이나 평가에서 지역보건의료시스템 자료가 활용된 사례가 풍부하다고 보기에는 어렵다. 개별 지역보건기관으로부터의 설문조사나 종사자 질적 면담 역시 의미 있는 자료 수집 방법이겠으나, 실제 실적 자료를 활용한 근거기반 지역보건정책 수립과 다른 정보망과의 연계라는 측면에서 지역보건의료시스템의 쓰임새는 더 적극적이어야 하고, 더 확대되어야 한다. 단지 추세를 보여주는 정도라 하더라도 본

연구에서 지역보건의료시스템을 활용하고자 한 이유이다.

제1절 지역보건기관 주요 운영현황

1. 기관

지역보건을 관장하는 「지역보건법」은 제2조(정의) 제1호에서 ‘지역보건의료기관’에 포함되는 기관으로 보건소, 보건의료원³³⁾, 보건지소 및 건강생활지원센터를 규정한다. 이들 기관들이 이루는 체계를 ‘협의의 지역보건체계’로 정의할 수 있을 것이다. 이 가운데 보건지소는 보건소에 소속된 일차진료 수행기관이라 할 수 있다. 보건지소는 보건소의 업무 수행을 위해 읍·면마다 1개소씩 설치하는 것을 원칙으로 하되, 특별히 필요한 지역에 추가로 설치하거나 여러 개의 보건지소를 통합하여 운영하는 것도 가능하다. 건강생활지원센터는 보건소 업무 가운데 지역주민의 만성질환 예방 및 건강한 생활습관 형성을 지원하기 위해 읍·면·동마다 1개씩 설치할 수 있다. 2020년 현재, 이들 지역보건의료기관은 전국에 보건소 256개소, 보건지소 1,337개소, 건강생활지원센터 77개소가 설치되어 있다(보건복지부, 2021b). 물론 지역보건체계의 중추라 할 수 있는 보건소에 초점을 둔다면 ‘최협의의 지역보건체계’라고 더욱 좁힐 수도 있겠다.

한편 「지역보건법」에 명시적으로 포함되지는 않으나, 지역보건의료기관들과 기능과 역할 측면에서 매우 높은 관련성을 가지는 기관들이 존재한다. 이를 ‘광의의 지역보건체계’로 명명할 수 있을 것이며, 여기에는 보

33) 보건의료원은 병원의 요건을 갖춘 보건소 중에 지정할 수 있으므로(지역보건법 제12조), ‘보건소’ 범주에 포함할 수 있음.

진진료소, 지역책임의료기관, 시·도 단위의 지원조직 등이 포함될 수 있다. 협의·광의의 지역보건체계와 상호작용하는 행정, 복지, 시민사회, 언론, 학계 등은 외곽의 별도 체계로 생각해 볼 수 있다.

보건진료소는 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 근거를 두고 있으며, 보건의료 취약지역 주민에게 보건의료를 제공하는 것을 목적으로 한다. 물론 법적으로 엄밀하게 본다면 「지역보건법」상의 지역보건의료기관과 보건진료소는 구분된다고 볼 수도 있지만, 지역사회 현장에서는 매우 밀접한 관련성을 가지고 업무를 수행한다. 여기에는 간호사 면허를 보유한 전담공무원을 두는데, 의료취약지역을 고려, 동법 시행령은 이들에게 허용되는 경미한 의료행위를 규정한다.³⁴⁾ 2020년 현재 전국에 설치된 보건진료소는 1,901개소(보건복지부, 2021b)이다.

보건소를 위시한 지역보건의료기관들은 「공공보건의료에 관한 법률」이 정의하는 ‘공공보건의료기관’에도 포함³⁵⁾되기 때문에 지역보건의료기관과 공공보건의료기관은 기능과 역할 측면에서 불가분의 연계성을 가질 수밖에 없다. 이와 관련하여 주목할 기관이 ‘지역책임의료기관’이다. 법정계획인 『제2차 공공보건의료 기본계획』은 “양질의 필수의료 제공하면서, 지역별 필수의료 문제 해결을 위한 지역보건의료기관 등과의 연계·조정 등 역할”을 수행하기 위해 전국 70개 중진료권에 지역책임의료기관을 두도록 하고 있다(보건복지부 2021c, p.12). 이에 따라 2022년 4월을 기준으로 44개소의 의료기관이 지역책임의료기관으로 지정 완료(보건

34) 보건진료 전담공무원들에게는 ① 질병·부상상태를 판별하기 위한 진찰·검사 ② 환자의 이송 ③ 외상 등 흔히 볼 수 있는 환자의 치료 및 응급조치가 필요한 환자에 대한 응급처치 ④ 질병·부상의 악화 방지를 위한 처치 ⑤ 만성병 환자의 요양지도 및 관리 ⑥ 정상분만 시의 분만 도움 ⑦ 예방접종 ⑧ 상기 의료행위에 따르는 의약품의 투여 등의 의료행위가 허용됨.

35) 「공공보건의료에 관한 법률」이 정의하는 공공보건의료를 수행하는 기관에는 공공보건의료기관 외에도 의료취약지 거점의료기관, 공공전문진료센터, 책임의료기관 등이 포함됨.

복지부, 2022c)되었고, 향후 지속적으로 확대될 예정이다. 특히 지역책임의료기관의 지정은 공공과 민간이라는 전통적인 소유 개념에 구애되지 않는다. 즉, 민간병원이라도 공공적 역할을 할 수 있다면 지역책임의료기관 지정의 문호가 개방되어 있는 것이다. 이는 지역보건체계의 거버넌스와 지역 내 자원 활용 측면에서 민간영역과의 관계 설정이 고려되어야 함을 방증하는 의미이기도 하다.

〈표 4-1〉 지역책임의료기관 지정 현황(2022.4. 기준)

시·도	기관	중진료권 수	시·도	기관	중진료권 수
서울(4)	서울적십자병원 서울의료원 서울서남병원 서울보라매병원	4	경기(9)	수원·성남·의정부·안성·파주·이천·포천의료원 근로복지공단안산병원 건강보험공단일산병원	12
부산(1)	부산의료원	3	강원(5)	원주·영월·강릉·삼척·속초의료원	6
대구(1)	대구의료원	2	충북(2)	청주·충주의료원	3
인천(2)	인천의료원 인천적십자병원	4	충남(4)	천안·공주·서산·홍성의료원	5
광주(0)	-	2	전북(2)	군산·남원의료원	5
대전(0)	-	2	전남(2)	목포·순천의료원	6
울산(0)	-	2	경북(5)	포항·안동·김천의료원 영주·상주적십자병원	6
세종(0)	-	1	경남(4)	마산의료원 통영·거창적십자병원 양산부산대병원	5
제주(1)	서귀포의료원	2	계	42개소	70

주: 시·도 열의 괄호 안 수는 현재 지정된 지역책임의료기관의 개소 수임.

자료: 지역책임의료기관은 보건복지부(2022c), 중진료권 수는 보건복지부(2019a) 내용을 정리.

법적 정의인 협의의 지역보건체계 못지않게 광의의 지역보건체계가 중요한 이유는 ‘지역주민의 보건 수요 충족’이라는 목표 달성을 위해 기능적으로 연계되는 체계이기 때문이다. 이를 잘 보여주는 예가 보건소를 비롯한 지역보건의료기관을 포괄하는 법정계획인 「제2차 공공보건의료기

본계획」이 “(공공보건의료기관 간) 협력 및 지원 기반 확대”를 과제의 하나로 설정한 것(보건복지부, 2021c)이다. 건강과 삶의 질은 치료의 수준을 높이는 것만으로 구현되지 않으며, [예방-치료-재활]이라는 구조가 균형있게 발전해야 한다. 그런데 이 구조는 환자에게는 연속적이지만, 서비스 공급자에게는 분절적이다. 사람중심성(people-centeredness)이라는 현대 보건의료의 지향 가치를 고려한다면 분절적 공급자들은 ‘전환과정 공백(gap in the service transition)’이 발생하지 않도록 연계에 관심을 기울일 필요가 있다. ‘방문보건사업’이나 ‘퇴원 후 환자연계사업’은 특정 의료기관이나 보건소만이 담당하는 것이 아닌, ‘광의의’ 지역보건체계가 함께 작동해야 할 사업이다. 광의의 지역보건체계에서 보건소를 비롯한 기존 협의의 지역보건기관들이 어떻게 기능할지는 특히 공중보건 위기 상황에서 중단없는(seamless) 안전망 구축이라는 점에서 중요한 과제가 될 전망이다.

한편 「공공보건의료에 관한 법률」은 공공보건의료에 관한 업무 수행을 지원하기 위하여 시·도에 ‘공공보건의료지원단’의 설치·운영을 규정한다. 2022년 6월 현재, 16개 시·도에 설치³⁶⁾된 공공보건의료지원단은 지역 내 보건의료 자원의 연계·협력체계 구축과 기술지원을 주요 업무로 한다는 점에서 지역보건체계 거버넌스에서 중요한 역할을 할 것으로 기대할 수 있다.

2. 인력

2020년 말 기준으로 보건소, 보건지소, 보건진료소, 건강생활지원센터에 근무하는 인력은 모두 25,033명(보건복지부, 2021b)으로 보고되어

36) [https://www.ppm.or.kr/contents/contentsView.do?MENUID=A01020106\(2022.10.4.인출\)](https://www.ppm.or.kr/contents/contentsView.do?MENUID=A01020106(2022.10.4.인출))

있다. 보건소 근무인력의 비중이 72.5%인데 보건지소와 보건진료소에는 공중보건의사와 보건진료 전담공무원(간호사) 1~3명 등 소수 인원이 근무하는 구조이기 때문이다. 다만, ‘건강생활지원센터’는 「지역보건법」 시행규칙의 최소 인력배치기준에 따라 5명 이상이 근무하도록 되어 있다. 보건소 근무인력 가운데 간호사의 비중이 39.0%로 가장 높고, 기능직(11.6%), 보건직(8.4%) 등의 순으로 비중이 높다. 2020년 현재, 보건소에 근무하는 의료전문직(의사·치과의사·한의사)은 1,289명으로 전체 근무 인력 가운데 7.1%를 차지한다.

〈표 4-2〉 전국 지역보건기관 근무 인력 현황(2020.12월 말 현재)

(단위: 명)

근무인력 직역	전체	보건소	보건지소 외 ²⁾
보건소장	256	256	-
의사 ¹⁾	2,032	686	1,346
치과의사 ¹⁾	502	303	199
한의사 ¹⁾	1,007	300	707
약사	152	149	3
간호사	9,986	7,085	2,901
간호조무사	1,116	480	636
임상병리사	1,003	919	84
방사선사	740	675	65
물리치료사	848	681	167
작업치료사	229	210	19
치과위생사	1,357	1,009	348
영양사	535	464	71
보건교육사	4	4	-
행정직	1,374	1,305	69
보건직	1,645	1,532	113
기능직 등	2,247	2,097	150
계	25,033	18,155	6,878

주: 1) 계약직과 공중보건의가 모두 포함되어 있음.

2) 보건지소, 보건진료소, 건강생활지원센터.

자료: 보건복지부(2021b).

지역보건기관의 인력 배치에 대해서는 「지역보건법 시행규칙」에도 면허 또는 자격의 종류에 따라 ‘최소 배치기준’을 두고 있어 참고로 할만하다. 일부 자격과 면허의 경우 다른 직역의 범위에서 같음하여 배치할 수 있고(예: 조산사와 간호조무사는 간호사 전체 인력 범위에서 간호사에 같음하여 배치 가능) 위생사, 정보처리기사 등은 시·군·구 여건에 따라 조정의 가능성을 두는 등 탄력적인 측면도 있으나, ‘최소 배치기준’을 원칙적으로 적용하였을 경우, 특별시의 구는 45명, 광역시의 구와 인구 50만 명 이상 시의 구 및 인구 30만 명 이상 시는 40명, 인구 30만 명 미만 시는 32명, 도농복합형태 시는 37명, 군 지역은 31명, 보건의료원은 61명을 최소인력으로 확보하고 있어야 한다.

〈표 4-3〉 전문인력의 면허 또는 자격에 따른 지역보건기관 최소 배치 기준: 보건소

(단위: 명)

직종별	구분	특별시의 구	광역시의 구, 인구 50만 명 이상인 시의 구 및 인구 30만 명 이상 시	인구 30만 명 미만인 시	도농복합 형태 시	군	보건의료원 설치 군
의사		3	3	2	2	1	6
치과의사		1	1	1	1	1	1
한의사		1	1	1	1	1	1
조산사		(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
간호사		18	14	10	14	10	23
약사		3	2	1	1	1	2
임상병리사		4	4	3	4	2	4
방사선사		2	2	2	2	2	3
물리치료사		1	1	1	1	1	2
작업치료사		1	1	1	1	1	2
치과위생사		1	1	1	1	1	1
영양사		1	1	1	1	1	2
간호조무사		(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(6)
보건의료정보관리사		-	-	-	-	-	1
위생사		(3)	(3)	(2)	(2)	(2)	(2)

직종별	구분	특별시의 구	광역시·도의 구, 인구 50만 명 이상인 시의 구 및 인구 30만 명 이상 시	인구 30만 명 미만인 시	도농복합 형태 시	군	보건소원 설치 군
보건교육사		1	1	1	1	1	1
정신건강전문요원		1	1	1	1	1	1
정보처리기사 및 정보처리기능사		(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
응급구조사		-	-	-	-	(1)	1
계 ¹⁾		45	40	32	37	31	61

주: 1) [별표 2]에는 계가 없으며, 연구자가 합산하여 제시하는 수치임.

자료: 「지역보건법 시행규칙」 별표 2.

〈표 4-4〉 전문인력의 면허 또는 자격에 따른 지역보건기관 최소 배치 기준: 보건지소

(단위: 명)

구분	의사	치과의사	한의사	간호사 또는 간호조무사	치과위생사
보건지소	1	1	1	3	1
통합보건지소	1×관할 읍면 수	1×관할 읍면 수	1×관할 읍면 수	3×관할 읍면 수	1×관할 읍면 수

자료: 「지역보건법 시행규칙」 별표 2.

〈표 4-5〉 전문인력의 면허 또는 자격에 따른 지역보건기관 최소 배치 기준: 건강생활지원센터

(단위: 명)

구분	의사 또는 한의사	간호사 또는 간호조무사	물리치료사 또는 체육지도자	영양사
건강생활지원센터	1	3	1	1

자료: 「지역보건법 시행규칙」 별표 2.

지역보건기관의 인력 배치 기준과 관련하여 정책과제화할 수 있는 쟁점은 두 가지로 여겨진다. 첫 번째는 이들 인력의 실제 확보 가능성에 대한 지속적인 모니터링이 필요하다는 점이다. 보건소를 비롯한 지역보건기관의 인력부족은 현장에서 만성적으로 제기되어 온 문제였고, 간호사 인력의 경우 최소 배치기준 미충족 보건소가 56%에 이른다는 주장이 국회 토론회 과정에서 이미 제기된 바 있었다(이민주, 2017). 지역보건기관

에서의 의사 수급 역시 안정화 여부에 대한 논점이 존재한다. 공중보건의사의 경우, 다음 표에서 볼 수 있는 바와 같이 연도별로 부침이 있으나, 앞으로 전역인원이 더욱 많아질 것으로 예상되는 상황에서 효율적인 배치 필요성이 지속해서 강조되고 있다. 2020년부터는 코로나19에 대응하기 위하여 공중보건의사를 조기 배치한 영향도 있어서 실제 가용한 공중보건의사가 줄어든 것도 예상할 수 있다.

〈표 4-6〉 연도별 공중보건의사 신규채용 인원

(단위: 명)								
연도	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
신규채용 인원	1,242	1,071	1,193	1,366	1,006	1,207	1,310	1,033

자료: 2019년까지는 황병우(2019), 2020년은 황병우(2020), 2021년은 최광석(2021).

의무 배치되는 공중보건의사가 아닌, 보건소에서 의료전문직을 확보하는 것도 쉽지 않다. 지방의료원을 비롯한 공공의료기관에서의 의사 확보도 쉽지 않은 상황에서 상대적으로 처우가 열악할 수 있는 보건소 활동의사는 더욱 구하기 어려워지고 있고, 그나마도 지역별로 편차를 보인다. 2019년 기준으로 전국 256개 보건소에서 의사가 보건소장을 맡은 곳은 40.6%인 104개소였다. 그런데 서울을 비롯한 특·광역시 의사 보건소장 비율은 84.0%인 반면, 도 단위는 22.7%에 머물렀다(김진현, 2020). 물론 지방자치제도하에서 지역보건 행정가의 보건소장 기용이 증가한 것일 수도 있으나, 의학적 전문성을 갖춘 의사 인력이 보건소장 임용의 첫 번째 선택사항(option)인 점을 감안한다면, 의사 보건소장 비율의 감소와 도·농 간 편차는 인력 확보의 어려움을 보여주는 면모라 할 수 있다. 국가와 시·도가 도서·벽지 등 의료취약지 의료인력 확보를 위해 인건비를 의무 보조해야 한다는 「지역보건법」 개정안(의안번호 16349, 김원이 의원 대표발의, 2022.7.7.) 발의도 동일한 제안 이유이다.

지역보건기관의 인력 배치 기준과 관련한 두 번째 검토지점은 기준의 적정성에 대한 문제제기이다. 현행 「지역보건법」상의 지역보건기관 배치 인력 기준은 ‘면허 또는 자격’에 따라 설정된다. 그런데 코로나19 대응과정에서 나타났던 바와 같이 ‘면허 또는 자격’에는 기능적 사각지대가 존재할 수 있다. 예를 들어 역학조사를 수행하는 역학조사관은 코로나19가 확산되는 과정에서야 인구 10만 명 이상 시·군·구에 1명 이상 임용이 의무화되었다(감염병예방법 제60조의 2 제2항). 역학조사를 할 수 있는 공무원이나 의료인은 보건소에 배치되어 있었지만, 역학조사관 최소 배치 기준은 위기가 시작된 이후에 이루어진 셈이다.

지역보건기관 종사 인력의 고용상의 형태와 지위, 즉 정규직 인력과 계약직 인력의 문제 역시 코로나19라는 ‘방역’에 초점이 맞추어진 상황에서 다시 한번 부각되었다. 코로나19 유행을 전후로 하여 수행되었던 보건소 인력구조와 관련한 다수의 선행연구는 정규직 인력과 계약직 인력을 구분하여 제시한다. 계약직 인력 비율은 사업의 안전성과 지속성에 영향을 미치기 때문이다. 일반적으로 의·약업무나 행정업무, 감염병 관리 업무 등 고유업무에서는 정규직 비율이 높은 반면, 건강증진사업을 비롯한 지역보건사업에서는 계약직 비율이 높아진다(권근상 외, 2018). 계약직 비율이 높은 사업들의 경우에는 사회적 요구가 높거나 중앙정부나 지자체의 중점 추진 과제로 선정된 후, 지역사회에서의 실행을 위해 지역보건기관 사업에 부가되는 방식을 택하는 경우가 많았다. 따라서 국고보조 등이 사업 기반으로 이루어지고, 담당 인력의 직무 안전성을 기대하기가 상대적으로 어려워진다. 코로나19 이후 지역보건기관에 핵심·필수 기능을 새롭게 설정하게 될 경우 담당 인력의 고용형태를 고민해야 한다는 의미이기도 하다.

실제 권근상 외(2018)의 연구는 보건소 업무를 10가지로 범주화하고

근무 직원의 고용형태에 따라 참여 비중을 제시했다. 기간제근로자, 무기계약직, 임기제공무원의 경우 보건사업에 투입되는 비율이 각각 70.3%, 66.3%, 50.4%로 절반을 넘었다. 반면, 정규직(일반직 공무원)은 보건사업 참여 비율(32.0%)이 낮다고 보기는 어려웠지만, 감염병관리(7.1%), 행정(20.4%) 역시 다른 고용형태군에 비해 높은 비중을 보였다.

〈표 4-7〉 고용형태에 따른 10가지 주요 업무(2017년 기준)

구분	전체	일반직 공무원	임기제 공무원	공중보건 의사	무기계약직	기간제 근로자	단시간 근로자	외주(위탁)	사회복무 요원	기타
전체(명)	30,476	15,956	1,760	3,135	3,373	4,922	100	614	469	147
보건사업(%)	41.6	32.0	50.4	13.0	66.3	70.3	32.1	77.8	10.3	19.5
감염병관리사업(%)	5.4	7.1	1.8	2.0	4.1	5.7	4.5	0.2	2.4	0.7
진료(%)	19.8	14.0	24.7	82.2	9.6	7.5	6.0	6.1	1.8	23.0
각종실험/검사(%)	2.9	4.0	2.3	0.1	2.9	1.9	-	0.4	0.2	-
의약품관리(%)	2.2	3.9	0.9	0.3	0.2	0.2	-	0.2	-	1.4
공중/식품위생(%)	2.5	4.3	1.2	0.1	0.5	0.4	-	1.4	0.6	1.0
행정(%)	12.7	20.4	9.0	0.5	5.8	2.5	5.3	4.1	17.1	13.9
전체업무조율/관리(%)	4.5	8.0	2.5	0.4	0.4	0.3	-	3.2	0.6	-
기타(%)	7.6	5.4	5.6	1.0	9.8	10.6	52.1	6.6	66.9	40.6
조제(%)	0.8	1.0	1.7	0.4	0.3	0.5	-	-	-	-

자료: 권근상 외(2018), p.82.

코로나19 유행 시기에도 전체적으로 정규직 인력의 감염병 대응 및 보건행정, 계약직 인력의 건강증진사업 투입이라는 양상 자체는 큰 변화가 없었던 것으로 여겨진다. 서울과 경기 지역을 제외한 185개 보건소를 대상으로 한 고용형태별 감염병 예방관리 기능과 건강증진서비스 기능 종사 비율이 이를 보여준다. 정규직 인력 배치가 상대적으로 높을 것으로 예상되는 보건직과 간호직에서 감염병 대응 업무 종사 비율이 높지만, 건강증진 기능에서는 무기계약직, 임기제 공무원, 기간제 근로자의 참여 비율이 상대적으로 높았다.

〈표 4-8〉 종사자 고용형태별 감염병 예방관리 및 건강증진서비스 업무 종사자 비율

구분	감염병 예방관리기능	건강증진서비스 기능
보건직	22.1%	19.5%
간호직	29.6%	22.1%
행정직	1.6%	0.7%
의무직	0.8%	0.4%
기타직렬(의료기사 등)	14.5%	11.1%
무기계약직	7.9%	22.4%
임기제 공무원	1.8%	5.6%
기간제 근로자	8.2%	9.7%
기타 ¹⁾	13.4%	8.6%

주: 1) '모든 공무원'과 '기타' 인력의 합임.

자료: 신준호 외(2021), p.37 및 41.

정부가 발표한 바와 같이 코로나19 대응을 위해 2021년과 2022년에 보건소 정규직 인력이 총 1,573명 확충(보건복지부, 2021a)되었다. 이는 보건소 1개소당 약 6.1명의 인력이 증가한 꼴이다. 그런데 앞에서 본 바와 같이 기존의 감염병 관리사업은 정규직 공무원이 차지하는 비중이 높았던 영역이었고, '코로나19 대응'이라는 목적을 고려할 때 확충된 정규직 인력은 대부분 감염병 대응 인력으로 여겨진다.

이상과 같은 점들을 종합하면 향후 코로나19가 진정되어 일상복귀가 완전한 형태로 이루어지는 상황에서 코로나19를 통해 확충된 인력을 어떻게 활용할 것인가를 고민해야 할 것으로 생각된다. 현실적으로 정규직 인력 확충에는 적지 않은 제약조건이 있음도 고려해야 하기 때문이다. 인력 확충 자체는 긍정적이나, 해당 업무에만 집중적으로 투입하여야 할지에 대해서는 활용 측면에서 고민이 필요한 지점이다. 이미 코로나19 이후에도 일상적인 감염 관리를 위한 추가적인 정규직 인력 확보 주장도 제기되었고(김영택 외, 2022), 지역에 따라서는 방문건강관리나 건강증진사업 등 보건사업과 연계사업의 중요성이 높을 수도 있고, 이 역시 고용형태의 안정성을 요구할 수 있기 때문이다. 실제 2013~2017년 기간 동안 지역보건기관의 업무 변화를 보면, 대부분 감소하거나 큰 변화가 없는 가운데 ‘보건사업’은 유의한 증가(38.7%→41.6%)를, ‘진료사업’은 유의한 감소(23.1%→19.8%)를 보이고 있음을 알 수 있다(권근상 외, 2018). 코로나19 이후 상황에서 정규직 확충이 필요하다는 보건소의 건의사항들(신준호 외, 2021)에도 유사한 문제의식이 감지된다. 현장의 종사자들은 물론 방역 강화와 예방접종 등 감염병 관리에 관련된 영역에서 추가적인 인력확보를 요구하고 있고, 앞으로 치매환자 수 폭증에 대응하기 위한 치매안심센터의 시간선택임기제 근로자의 정규직 전환, 자살예방 및 통합정신건강사업 전담 공무원의 충원 등이 필요하다는 점을 제기한 것이다.

〈표 4-9〉 지역보건기관 주요 업무의 변화 추이

구분	2013	2014	2015	2016	2017
전체(명)	27,951	28,767	28,562	28,980	30,476
보건사업(%)	38.7	39.6	39.4	39.5	41.6
감염병관리사업(%)	5.7	6.2	5.9	5.6	5.4
진료(%)	23.1	22.3	22.3	20.9	19.8
각종실험/검사(%)	3.1	3.1	3.2	3.0	2.9

구분	2013	2014	2015	2016	2017
의약무관리(%)	2.1	2.1	2.2	2.3	2.2
공중/식품위생(%0	2.7	2.6	2.5	3.2	2.5
행정(%)	12.6	12.2	13.2	12.5	12.7
전체업무조율/관리(%)	4.7	4.5	4.3	4.4	4.5
기타(%)	7.2	7.3	7.0	7.7	7.6
조제(%)	-	-	-	0.8	0.8

자료: 권근상 외(2018), p.77.

3. 사업

「지역보건법」 제11조 제1항은 보건소의 기능과 업무를 아래와 같이 규정하고 있다.

1. 건강친화적인 지역사회 여건의 조성
2. 지역보건의료정책의 기획, 조사·연구 및 평가
3. 보건의료인 및 「보건의료기본법」 제3조 제4호에 따른 보건의료기관 등에 대한 지도·관리·육성과 국민보건 향상을 위한 지도·관리
4. 보건의료 관련 기관·단체, 학교, 직장 등과의 협력체계 구축
5. 지역주민의 건강증진 및 질병예방·관리를 위한 다음 각 목의 지역보건의료서비스의 제공
 - 가. 국민건강증진·구강건강·영양관리사업 및 보건교육
 - 나. 감염병의 예방 및 관리
 - 다. 모성과 영유아의 건강유지·증진
 - 라. 여성·노인·장애인 등 보건의료 취약계층의 건강유지·증진
 - 마. 정신건강증진 및 생명존중에 관한 사항
 - 바. 지역주민에 대한 진료, 건강검진 및 만성질환 등의 질병관리에 관한 사항
 - 사. 가정 및 사회복지시설 등을 방문하여 행하는 보건의료 및 건강관리사업
 - 아. 난임의 예방 및 관리

물론 전국의 모든 보건소가 일률적으로 동일한 업무를 수행하는 것은 아니다. 예를 들어 ‘건강증진’이라는 동일한 범주에 해당하더라도 실제 보건소별로 수행하는 사업은 금연·절주·신체활동 등으로 세분화될 수 있

으며, 사업 대상자(생애주기)와 사업이 적용되는 공간(생활터)에 따라 서로 각각의 특수성을 가진다. 모바일 헬스케어 사업이나 방문보건사업도 마찬가지이다. 변형된 형태로 업무를 수행한다고 할 수 있는 사업유형도 있다. 예를 들어 정신건강서비스의 핵심 전달체계라 할 수 있는 정신건강 복지센터가 설치되어 있지 않은 일부 기초지자체에서는 보건소가 제한된 인력만으로 기본형 사업만 진행하는 경우도 보고(전진아, 강혜리, 2020)된 바 있으며, 치매국가책임제의 일환으로 지역에 운영되고 있는 치매안심센터 등은 그 개소 수와 보건소 수(256)가 일치하는 데에서 알 수 있듯이 전국 보건소에 대체로 표준적인 사업유형이 장착된 것으로 판단된다.

보건소가 수행하는 사업에서 고려해 보아야 할 것은 우선 절대적인 업무량이 적지 않다는 점이다. 권근상 외(2018) 연구는 지역보건법에 의한 표준 업무 분류체계를 [대분류-중분류-소분류·세부사항]으로 구분하여 제시하는데, 소분류에 해당하는 구체적인 사업만 160여 가지에 이른다. 대분류상으로는 ‘지역보건의료정책의 기획, 조사연구 및 평가’라는 한 범주에 포함되지만, 실제 보건소가 중심이 되어 관리해야 할 중요한 조사만도 2가지이다(국민건강영양조사, 지역사회건강조사). 「지역보건법」 제11조의 ‘5-바’는 ‘만성질환’이라는 한 범주이나, 보건소가 관여해야 할 만성질환의 종류는 이보다 많고, 하나의 만성질환 안에서도 다수의 세부사업이 포치된다.³⁷⁾ 보건소의 사업을 이용자의 관점에서 생활터와 대상인구 집단의 매트릭스 형태로 제시한 것이 다음 [그림 4-1]이다. ‘이용자 관점’이기 때문에 포함되지 못한 사업도 적지 않음을 유념할 필요가 있다.

37) 예를 들어 많은 보건소들이 ‘치매예방관리사업’을 수행하는데, 여기에는 ‘치매예방관리 사업기획, 성과 관리 및 환류, 교육 홍보 및 캠페인’, ‘인지강화 프로그램, 치매가족 프로그램, 치매노인 사례관리사업’, ‘치매검진 사업’, ‘치매안심센터 운영’ 등의 세부사업이 포함됨(권근상 외, 2018, p.156).

[그림 4-1] 이용자 관점에서의 보건소 수행 업무 사례

		가정	어린이집, 유치원, 학교	직장	복지관, 경로당 등
진료	진료	1차 진료, 구강진료, 한방진료, 물리치료			
	건강검진	영유아 건강검진	학동기(학생) 건강검진	일반건강검진 (생애전환기 포함) 국가암검진	어르신 건강검진, 암조기검진
보건 서비스	모자보건	가임기 여성 건강검진, 임산부 등록관리, 산모건강관리, 산모신생아 건강관리 지원, 선천성대사이상 검사 및 환자관리			
	방문보건	방문건강관리서비스			
	구강	어린이 불소용액양치 및 불소도포			어르신 불소도포 및 스케일링
	금연·절주	금연클리닉, 알코올 상담센터			
	영양	영양플러스(임산부, 출산부, 영유아) 건강관리 바구니 및 영양교육		건강위험요인 개선 맞춤 영양관리, 어르신 영양관리	
	신체활동(비만관리)	신체활동 프로그램 운영, 비만예방관리			
	기타 통합건강증진서비스	한약약 건강검진, 아토피천식 예방관리, 지역사회 중심 재활서비스, 심뇌혈관질환 예방관리(성인, 어르신 중심)			
	감염병 및 예방접종	어린이 국가예방접종	건강여성 첫걸음 클리닉(HPV 예방접종)		어르신 폐렴구균 예방접종
	정신건강	정신건강복지서비스(정신, 자살, 중독 등)			
	치매	치매안심서비스 (치매 검진, 등록, 상담, 교육 등)			
의료지원		난임부부 시술비 지원, 선천성 난천검사 및 보청기 지원, 미숙아 및 선천성 이상아 의료비 지원, 영유아 발달장애 정밀진단비 지원	소아암환자 의료비지원, 저소득 어린이 눈 수술비 지원, 청소년 산모 임신·출산 의료비 지원, 희귀·난치성 질환자 의료비 지원	성인 암 의료비 지원, 희귀·난치성 질환자 의료비 지원, 치매검사비 지원, 치매치료관리비 지원, 의료급여 어르신 틀니 치료 임플란트 지원, 어르신 개간수술 지원, 어르신 무릎인공 관절 수술비 지원	

자료: 한국건강증진개발원(2020a), p.18.

보건소 사업에서 절대적 업무량이 많다는 점은 제반 사업들이 보건소에 부과되어 왔던 과정에 검토해 볼 지점이 있음을 의미한다. 정책환경 변화에 따라 보건소의 기능과 담당 업무가 변화하고, 새로운 사업이 부과

되는 것 자체는 합리적이다. 그러나 마찬가지로 정책환경 변화에 따라 기존 보건소 업무에 대한 조정이 필요한 사업들임에도 관성적으로 이루어지거나 다양한 이유로 조정되지 못한 경우도 있다. 보건소의 사업 부과 방식이 환경변화에 조용한 ‘선순환형’이 아니라 필요에 따라 누적되는 ‘적체형’의 측면이 강했던 것이다(한영란, 2017).

‘누적·적체형’ 방식은 몇 가지 상황과 맞물리면서 부정적 효과로 나타났다. 우선, 지역보건기관을 관장하는 거버넌스의 분산이다. 주지하는 바와 같이 보건소는 사업과 기능 측면에서는 보건복지부와 질병관리청(舊 질병관리본부)으로, 인력과 조직 측면에서는 행정안전부로, 직속 상위 기관 측면에서는 지방자치단체로 거버넌스가 분산되어 있다. 물론 분산된 거버넌스 자체가 부정적이라고만 볼 수 없다. 지역주민들의 다양한 수요를 반영할 통로가 다양하다는 의미이기도 하기 때문이다. 그러나 문제는 해당 상위 기관들은 각자의 소관 영역에 특수성이 있고, 우선순위 역시 다를 수 있다는 점이다. 따라서 일선 지역보건기관 입장에서는 상위 기관으로부터 수입받는 사업들 가운데 어디에 우선순위를 두어야 하는지 판단하기 어렵고, 따라서 모든 사업을 동등하게 수행해야 하는 상황에 처하게 된다. 소위 ‘깎때기 현상’이 나타날 수 있는 지점이다.

또한 거버넌스의 분산은 지역사회에서 이루어지는 업무들의 유사성과 중복성의 여지를 남긴다. 예를 들어 2015년 서울시에서 시작된 65세 이상 어르신 및 건강취약계층을 대상으로 한 방문건강관리사업인 ‘찾아가는 동 주민센터 방문건강관리사업’은 그 긍정적인 취지와 기대효과에도 불구하고 보건소가 제공하고 있는 방문건강관리사업 또는 장기요양방문간호와의 유사·중복성이 제기되기도 했다(양혜경, 2021). 물론 사업 대상에 차이가 있고, 한 기관만의 사업으로 지역 내 방문건강관리 수요를 모두 충족할 수 없으니, 서비스 제공 측면에서의 총량 확충이 시급하다는

점은 분명하다. 그렇지만 다양한 서비스 제공기관의 분절적 서비스에 비해, 효과적인 연계와 협업이 작동할 경우, 단순한 양적 확충 이상의 시너지 효과를 기대할 수 있음도 분명하다. 이런 측면에서 지역보건기관이 수행하고 있는 업무와 관련성이 높은 다른 정부 부처 및 지자체 사업들의 유사성을 파악해 볼 필요가 있다.

〈표 4-10〉은 2008년부터 2017년까지 보건소에 업무가 신설되어 온 연혁이다. 물론 전국의 모든 보건소가 모든 사업을 일률적으로 수행하는 것은 아니며, 2015년의 ‘응급실 증후군 감시체계 일일보고’와 같이 메르스 유행이라는 한시적인 상황에서 부과되었던 업무도 있다. 그러나 적지 않은 사업들이 여전히 보건소에서 이루어지고 있음도 사실이다. 2020년 코로나19 유행을 계기로 감염병 예방관리와 관련한 업무의 수가 늘어나고, 방역과 관련한 업무 강도 역시 높아졌을 것으로 예상된다. 정부의 발표와 같이(보건복지부, 2022d) 코로나19 이후에도 감염병에 대한 상시 대응체계가 구축·운영될 경우 기존 업무의 조정과 업무량 경감이 필요하다는 의견이 제시될 수밖에 없는 것이다.

‘누적·적체형’ 사업방식이 심화된 또 하나의 요인은 그동안 더디게 진행되어 온 인프라(인력, 예산)의 확충이다. 인프라 확충이 모든 업무 증가의 해답이 될 수는 없어도 최소한 담당 직원 1인이 부담해야 할 절대적 업무량 감소에는 기여할 수 있다. 그러나 관련 학계나 연구계, 지역보건기관의 지속적인 인프라 확충 요구에도, 실질적 확충이 이루어진 것은 코로나19라는 공중보건 위기를 맞았을 때라고 볼 수 있다. 삶의 질과 복지, 건강에 대한 지역주민들의 관심과 참여의지, 역량이 어느 때보다 높아진 상황에서 코로나19 이후 지역보건기관의 기능과 사업에 대한 논의는 그때마다 인프라 개선 요구와 마주하게 될 것으로 여겨진다.

〈표 4-10〉 보건소 업무 신설 현황(2008~2017)

연도	사무명	연도	사무명
2008	① 지역사회 만성병 감시체계 구축사업	2014	① 한방난임 지원사업
	② 생애전환기 건강진단사업		② 구급차량 등록사무
	③ 영유아 건강진단사업(시범)		③ 안전상비약품 등록사무
	④ 임신부, 영유아 영양플러스사업(시범)		④ 생물테러 대응 훈련
	⑤ 금연 클리닉실 운영		⑤ DMAT 관련 업무
2009	① 모유수유 클리닉실 운영	2015	① 고위험 임신부 의료비지원사업
	② 신생아 청각 선별검사		② 저소득층 기저귀 교체분유 지원사업
	③ 지역사회 건강조사사업		③ 아토피·천식 예방관리사업
	④ 취학전아동 홍역예방접종사업		④ 노인 인플루엔자 국가예방접종 지원사업
	⑤ 정신건강증진센터 운영		⑤ 응급실 증후군 감시체계 일일보고
	⑥ 한방 허브 사업		⑥ 일반인 대상 응급처치교육
	⑦ 건강도시 및 도시안전사업		⑦ 장기 및 조직기증 관련 회맹등록 및 현혈장려 업무
2010	① 치매예방관리사업	2016	① 저소득층 여성청소년 생리대 지원사업
	② 허약노인, 늙거노인 낙상예방사업		② 구기펠수예방접종 확대
	③ 저출산 장려사업(인공수정, 체외수정, 산모도우미지원)		③ 잠복 결핵 검진사업
	④ 가임기여성 풍진검사		④ 한방치매예방관리사업
	⑤ 민간공공협력 결핵사업		⑤ 마을건강센터 운영
2011	① 결핵환자 의료비 지원사업		⑥ 아동 치과주치의 사업
	② 5대 암 검진 및 의료비 지원사업		⑦ 보건의료자원 신고 일원화 시스템 관리
	③ 신뇌혈관질환 예방사업		⑧ 의료기관 안전대진단 및 특정관리대상시설 점검

연도	사무명	연도	사무명
	④ 학교 구강보건사업	2017	⑨ 의료기관 내 의료인 이동학대 및 성범죄 전력 점검
	⑤ 수두 예방접종		① 국가필수예방접종 확대
	⑥ 의료기기 수리업 신고		② 보건소 모바일 헬스케어 사업
	① 청소년 산모 임신출산의료비 지원사업		③ 초등 돌봄교실 비만예방 시범사업
	② 임산부 염산제 지원사업		④ 마약류 통합관리시스템 도입 및 운영
	③ 영유아 건강증진사업		⑤ 자동제세동기 설치 의무기관 지도점검
2012	④ 임산부 영유아 영양플러스사업	2013	⑥ 결핵 안심 국가사업 중 잠복 결핵검진사업 확대
	⑤ 금연 클리닉실 운영		
	① 국가필수예방접종사업 확대		
	② 금연사업 증가: 금연구역 확대, 금연 단속		
	③ 마약관리자 지정 및 지도, 취금류 단속		
	④ 경로당 운영 및 활성화 사업 추진		

자료: 한영란(2017), p.44.

4. 정보

보건소를 비롯한 지역보건기관의 사업 실적이 집약되는 대표적인 정보 체계가 지역보건의료정보시스템(PHIS, Public Health Information System. 이하 ‘PHIS’로 표기)이다. 2022년 9월 현재 PHIS를 활용하고 있는 지역보건기관은 3,576개에 달하며, 총 33,771명의 지역보건기관 종사자들이 이용하고 있다(한국사회보장정보원, 2022). 2020년 기준으로 보건복지부가 발표한 전국의 보건소가 256개소, 보건지소가 1,337개소, 보건진료소가 1,901개소였던 점(보건복지부, 2021b)을 감안한다면 대부분의 지역보건기관이 PHIS에 포괄되어 있는 상황이다.

〈표 4-11〉 지역보건의료정보시스템 사용기관 및 사용자 현황(2022.9.30. 기준)

(단위: 개소, 명)

구분	기관	사용자
총계	3,576 (100.0)	33,771 (100.0)
보건의료원	15 (0.4)	1,505 (4.5)
보건소	243 (6.8)	21,798 (64.5)
보건지(분)소	1,425 (39.8)	8,574 (25.4)
보건진료소	1,893 (52.9)	1,894 (5.6)

자료: 한국사회보장정보원(2022), p.1 발췌.

PHIS에 축적된 지역주민의 이용정보도 적지 않다. 2021년 현재, 지역 보건의료기관에서 서비스받은 지역주민은 3,376,874명에 달하며(중복 제거 실인원 기준), 이들이 받은 전체 서비스의 건수는 23,683,917건이다. 지역보건기관의 업무를 크게 ‘진료’와 ‘사업’ 영역으로 구분한다면, 2021년 중복 제거 실인원을 기준으로 1,249,089명이 진료 서비스를, 3,589,343명이 사업 서비스를 이용하였다.

〈표 4-12〉 지역보건기관별 서비스 이용 현황(연인원 및 실인원)

(단위: 명)

○ 연인원 기준

구분		계	보건의료원	보건소	보건지소	보건분소	보건진료소
계	2021년	23,683,917	831,236	10,429,234	3,111,049	106,288	9,206,110
	2022년	16,921,415	579,318	7,431,636	2,143,568	90,086	6,676,807
진료	2021년	5,882,937	546,150	1,215,098	1,502,905	23,301	2,595,483
	2022년	4,182,328	410,603	736,020	1,074,290	24,852	1,936,563
사업	2021년	17,800,980	285,086	9,214,136	1,608,144	82,987	6,610,627
	2022년	12,739,087	168,715	6,695,616	1,069,278	65,234	4,740,244

○ 실인원 기준

구분		계	보건의료원	보건소	보건지소	보건분소	보건진료소
계	2021년	4,303,608	199,989	3,095,233	764,920	31,105	443,235
	2022년	3,376,874	167,816	2,386,712	580,529	28,044	380,480
진료	2021년	1,249,089	147,878	474,294	329,534	5,069	377,878
	2022년	964,609	130,991	260,220	292,522	7,818	343,646
사업	2021년	3,589,343	85,236	2,716,835	524,278	26,819	349,035
	2022년	2,853,537	59,171	2,201,512	350,391	21,032	293,554

주: '연인원'은 해당 서비스를 받은 전체 민원인의 수를, '실인원'은 연인원 중 중복을 제거한 개별 민원인의 수를 의미하며, 2022년 실적은 9월 30일 기준임.

자료: 한국사회보장정보원(2022), p.2.

지역보건기관의 사업실적 파악과 정보의 확장성 측면에서 PHIS에서 관심을 둘 필요가 있는 것이 서비스 현황과 他 기관·사업과의 연계현황이라 여겨진다. 2022년 9월, PHIS에는 지역보건기관이 실시하는 22개 사업 중 19개 사업의 실적이 관리된다. 또한 업무에 따라, 예를 들어 예방접종과 관련해서는 질병관리청과, 건강검진 등과 관련해서는 국민건강보험공단과, 응급환자 진료와 응급병상 관련해서는 응급의료정보센터와, 국민기초생활보장 수급현황 등과 관련해서는 한국사회보장정보원의 행복e음과 연계된다.

〈표 4-13〉 지역보건의료정보시스템에서 관리되는 보건사업 서비스 현황(2022.9.30.기준)

구분		주요 사업 운영
지역사회 통합건강 증진사업	절주	○ 절주 교육 및 홍보
	신체활동	○ 생애주기별 교육 및 프로그램 제공
	영양	○ 건강 식생활 실천 환경조성·교육홍보 ○ 영양플러스 사업
	비만	한국건강증진개발원 사업 관리
	구강보건	○ 구강건강증진 - 구강보건교육 및 홍보, 불소용액 양치 ○ 구강예방진료 - 노인 불소 도포 및 스케일링, 어린이 불소 도포 ○ 구강건강증진 및 구강병 예방진료사업 - 보건소 구강보건센터 설치·운영, 학교 구강보건실 설치·운영
	심뇌혈관질환 예방관리	○ 시·군·구 보건소 심뇌혈관질환 예방관리사업 - 지역사회 홍보사업, 환자 조기발견사업 - 고혈압·당뇨병·이상지질혈증 환자 등록관리사업 - 중앙 홍보콘텐츠와 지역 홍보매체 매칭사업 - 그 외 중앙 홍보콘텐츠를 활용한 지역 자체 교육홍보사업
	한의학건강증진	○ 한의학건강증진 프로그램 운영 ○ 한방진료실 운영
	여성어린이특화 (모자보건)	○ 임신부등록관리 ○ 산모건강관리 - 철분제 지원, 엽산제 지원
	치매관리	치매안심센터 이관
	지역사회중심재활	○ 장애인재활사업 ○ 2차 장애발생 예방사업 ○ 지역사회재활협의체 구축
	방문건강관리	○ 건강행태개선 ○ 만성질환관리 및 합병증 예방 ○ 임신부·신생아 및 영유아 관리 ○ 노인 허약예방 ○ 다문화가족 및 북한이탈주민관리 ○ 장애인 재활관리
	아토피·천식 예방관리	○ 아토피·천식 안심학교 운영 ○ 취약계층 아토피·천식환자 지원 ○ 아토피·천식 교육 ○ 아토피·천식 홍보
	금연	한국건강증진개발원 운영
정신건강사업		○ 정신건강증진센터 설치·운영 및 기금보조 ○ 자살예방사업 및 자살예방센터 운영

구분	주요 사업 운영
노인복지사업	○ 노인건강검진사업 ○ 노인 안검진 및 개안수술
건강검진결과상담	○ 건강상담 서비스 ○ 건강검진결과상담 사후확인
보건소의치(틀니)사업	○ 완전의치(틀니)·부분의치(틀니) 시술 비용 및 사후관리비 지원
결핵관리	○ 결핵검진 및 신고·보고 ○ 결핵환자 관리 및 신고
한센병관리	○ 한센사업 서비스
성매개감염병관리	○ 성매개감염병 관리 - 건강진단 및 건강진단결과서 발급
모자보건사업	○ 난임부부 시술비 지원사업 ○ 미숙아·선천성이상아 등록관리 및 의료비 지원 ○ 선천성대사이상 검사 및 환자 관리 ○ 난청조기진단사업
예방접종	○ 예방접종

주: 주요 사업내용 중 PHIS에서 관리하는 사업만을 발췌한 것이며, 정신건강사업은 국립정신건강센터로 업무가 이관되었으나, 일부 보건기관의 실적이 집계된 것임.

자료: 한국사회보장정보원(2022), pp.3-5 발췌.

앞에서 기술한 바와 같이 PHIS는 지역보건기관의 사업실적이 집적되는 현재로서 거의 유일한 자료원이다. 대부분의 보건소와 보건지소, 보건진료소에서 PHIS를 활용하여 사업 실적을 관리하는 데에 활용하고 있기 때문이다. 그러나 PHIS의 가치는 사업 수행을 위한 행정적 활용에 국한되지 않는다. 방대한 건강보험자료가 우리나라 의료서비스 발전의 중요한 근거를 제공했듯, PHIS는 활용 여하에 따라 한국지역보건체계의 평가와 발전방향에 근거기반을 제공해 줄 잠재력을 갖추고 있다. 선행연구들이 PHIS의 ‘연계’ 가치에 주목하고 있다는 점(이진세 외, 2016; 윤기찬 외, 2020)은 PHIS가 보유한 잠재력을 한층 높여줄 수 있다는 점에서 간과할 수 없는 지점이다.

그렇지만 PHIS를 지역보건정책의 평가나 수립에 본격적으로 활용한 사례는 잠재력에 비해 많이 발견되지 않는다. 앞 장에서 살펴본 보건소의

조직과 기능 개편을 위한 다양한 선행연구들은 대부분 보건소로부터 별도로 자료를 취합하거나 종사자 면담 등 질적 방법을 택하고 있음이 이를 방증한다. PHIS가 현장 종사자들의 업무를 지원하기 위한 기능에 초점을 맞춘 측면도 있으며, 인력이나 예산과 같이 사업성과에 영향을 미칠 수 있는 중요한 변수들이 연계되지 못한 점도 원인으로 찾을 수 있다. 그러나 이러한 한계점에도 불구하고 근거기반의 정책 추진이라는 관점에서 PHIS는 지금보다는 더 적극적으로 활용될 필요가 있다고 판단하였으며, 단지 추세를 보여주는 정도라 하더라도 본 연구의 다음 절에서 PHIS를 활용하고자 이유이다.

PHIS라는, 공공기관이 축적·구축한 정보 이외에도 지역사회에서 생성·통용되는 다양한 정보가 앞으로 지역보건체계에 중요한 역할을 하리라 하는 점은 쉽게 예상된다. WHO 역시 공중보건 위기 상황에서 필수 보건 의료서비스(essential health service) 단절에 대한 대응전략의 하나로 ‘디지털 플랫폼을 이용한 보건의료서비스 전달’을 제시한 것이 그 사례이다(WHO, 2020; 윤강재 외, 2021). 건강증진활동은 지역주민의 참여를 유도하는 유용한 통로이며, WHO를 비롯한 국제기구들도 건강과 관련한 의사결정에서 지역사회의 참여와 권한부여를 강조한다. 팬데믹과 기후위기 시대를 거치면서 지역사회는 이미 빅데이터를 활용하여 위험지도(risk map)를 제작하고, 사각지대를 분석하는 역량을 갖춘 것으로 평가할 수 있다.³⁸⁾ 앞으로 지역보건기관들이 보유한 정보가 다양한 공공·민간데이터와 결합하여 ‘시빅 해킹(civic hacking)’ 과정을 거쳐 건강증진의 공론장에서 활용하도록 하는 것도 중요한 과제로 대두될 것이다.

38) 시민단체의 폭염 위험지도(2021), 코로나19 지역별 감염 예측분석지도(2020), 복지사각지대 분석지도(2021) 등 사례에 대해서는 윤강재 외(2021), p.87-92를 참고할 수 있음.

제2절 PHIS 등을 통해 살펴본 지역보건기관 주요 운영 현황

본 절에서는 2019년부터 2021년까지 지역보건기관의 주요 운영 현황을 살펴본다. 이 시기는 코로나19 유행 시작(2020년)이 포함되어 있으므로 유행 이전과 유행 시기를 비교하는 효과를 기대할 수 있다. 물론 공중보건 위기 상황이 아직 종료되지 않았다. 따라서 유행이 종료된 이후와의 비교는 차후의 과제로 미루어야 할 것이다.

주요 운영 현황을 살펴보기 위해 활용한 자료의 출처는 크게 3가지이다. 지역보건기관의 실적과 관련하여서는 한국사회보장정보원이 관리하는 지역보건의료시스템(PHIS) 자료를, 인력과 관련하여서는 한국건강증진개발원이 관리하는 지역보건기관의 인력 집계 현황자료를 제공받았다. 마지막으로, 각 지자체의 행정자료(예: 주민등록 인구, 취약계층 수 등)와 지역사회건강조사자료, 의료자원(의사·간호사·병상) 자료 등을 국가통계포털(KOSIS)을 통해 다운로드 받아 PHIS 및 지역보건인력기관 자료와 매칭하여 Dataset을 구축하였다.

본 연구에서는 전국 보건소를 ① 특·광역시 자치구형 ② 인구 50만 이상 행정구형 ③ 도농복합형 ④ 군(郡)형 ⑤ 보건의료원형의 5가지로 구분하였다. 그런데 보건소는 지방자치제도의 취지와 지역 여건 등을 고려하여 다양한 형태로 설치·운영된다. 예를 들면 다음과 같은 점들이 자료 구성에서 고려되었다.

우선, 지방자치단체 수와 보건소 수가 일치하지 않는다. 물론 「지역보건법」상의 원칙은 ‘시·군·구 1개소마다 보건소 설치’가 원칙이며, ‘인구 수(30만 명 초과)’에 따른 추가 설치³⁹⁾ 가능성을 열어두었다. 그런데 「지

39) 지역보건법 제10조(보건소의 설치) ① 지역주민의 건강을 증진하고 질병을 예방·관리하기 위하여 시·군·구에 1개소의 보건소(보건의료원을 포함한다. 이하 같다)를 설치한다. 다만, 시·군·구의 인구가 30만 명을 초과하는 등 지역주민의 보건의료를 위하여 특별히

방자치법」은 인구 50만 이상의 시인 경우에는 자치구가 아니더라도 ‘행정구’를 둘 수 있도록 규정⁴⁰⁾한다. 이 점을 준용하여 ‘지방자치단체’로는 1개소이지만, ‘행정구’별로 보건소가 설치된 사례가 적지 않다. 수원시의 1개 기초지방자치단체에 설치된 4개 보건소(장안구·권선구·팔달구·영통구 보건소)를 예로 들 수 있으며, 성남시, 고양시, 청주시, 천안시 등도 유사한 사례로 분류된다.

한편, 행정구 설치 가능 인구 기준(50만 명)에는 도달하지 못하였으나, 자치단체의 인구수가 보건소 추가 설치 인구 기준(30만 명)을 충족시킴으로써, 제도적 환경 변화, 특별 자치권 등의 이유로 행정구는 없지만 1개 기초지방자치단체에 복수의 보건소가 설치된 사례도 있다. 예를 들어 구미시에는 행정구가 존재하지 않지만 2개 보건소(구미시·구미시 선산)가 설치되어 있으며, 부천시는 2016년 7월부터 도입된 ‘책임동제’로 인해 기존 행정구가 폐지되었음에도 3개 보건소가 그대로 운영되고 있다.⁴¹⁾ 마지막으로 제주특별자치시의 경우에는 제주시와 서귀포시 2개 지자체에 각각 3개의 보건소가 설치되어 있다. 이러한 경우 보건소 단위로 수집되는 자료(예: 지역사회건강조사)와 행정자료 사이에 미스매치가 발생할 수 있다. 예를 들어 흡연율은 보건소 단위로 산출되어 공개되지만, 취약계층의 수 등은 지자체 단위로만 활용이 가능하다. 따라서 분석에 따라, 복수 보건소의 실적과 인력을 합산하는 경우도 있을 수 있어, 각주 등을

필요하다고 인정되는 경우에는 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소를 추가로 설치할 수 있다.

40) 지방자치법 제3조(지방자치단체의 법인격과 관할) ③ 특별시·광역시 또는 특별자치시가 아닌 인구 50만 이상의 시에는 자치구가 아닌 구를 둘 수 있고, 군에는 읍·면을 두며, 시와 구(자치구를 포함한다)에는 동을, 읍·면에는 리를 둔다.

41) 경기도 부천시의 경우 2016년 7월 책임동제가 도입되면서 기존 행정구(원미구, 오정구, 소사구)가 폐지되었으나, 보건소(부천보건소, 소사보건소, 오정보건소)는 그대로 운영 (<https://www.segye.com/newsView/20150921003575?OutUrl=naver>, 2022. 10. 22. 인출)

통해 해석상 오류의 가능성을 최소화하고자 하였다.

이상과 같은 점들을 종합하여 보건소의 유형을 분류하면 다음과 같다.

1 특별시와 광역시 자치구: ① 특·광역시 자치구형으로 분류하되, 도

시지역 인접성, 인구수 등을 고려하여 다음 지역은 다르게 분류

○ 기장(부산)·달성(대구)·울주(울산) → ③ 도농복합형

○ 세종시, 제주시, 서귀포시 → ③ 도농복합형

○ 강화·옹진(인천) → ④ 군(郡)형

○ 제주시 동부·서부, 서귀포시 동부·서부 → ④ 군(郡)형

2 행정구가 있거나, 2020년 기준 지역 인구가 50만 명을 초과하여 보건소 추가 설치가 가능한 시

○ 수원·성남·안양·부천·평택·안산·고양·남양주시·홍·용인(이상 경기),
청주(충북), 천안(충남), 포항(경북), 창원·김해(이상 경남)

→ ② 인구 50만 명 이상 행정구형

3 행정구가 없음에도 복수의 보건소가 설치된 자치시의 경우, 행정자료가 보건소 단위로 구축·공개되지 않는 경우에는 1개 보건소가 설치된 것으로 가정하여 자료를 합산하였음. 아래 표는 해당 지역임.

행정지역(시·군·구)	설치 보건소
부천시	부천시보건소, 부천시 오정보건소, 부천시 소사보건소
남양주시	남양주보건소, 남양주 풍양보건소
평택시	평택시 평택보건소, 평택시 송탄보건소
구미시	구미시보건소, 구미시 선산보건소
제주시	제주시 제주보건소, 제주시 동부보건소, 제주시 서부보건소
서귀포시	서귀포시 서귀포보건소, 서귀포시 동부보건소, 서귀포시 서부보건소

앞에서 밝힌 바와 같이 지역 보건의료기관의 현황 분석을 위한 자료는 한국건강증진개발원의 보건소별 인력 자료와 한국사회보장정보원의 PHIS를 사용하였다. 이와 함께 지역의 일반적인 현황을 검토하기 위해 국가통계포털에 공개되는 자료를 활용하였다.

지역 특성에 따른 보건소 유형을 구분한 결과, 총 256개 보건소 중 특·광역시 자치구형이 69개소, 인구 50만 이상 행정구형이 38개소, 도농복합형이 66개소, 군형이 68개소, 보건의료원형이 15개소였다. 행정자료가 보건소 단위로 구축되지 않은 경우에는 해당 지역의 자료를 1개 보건소가 설치된 것으로 합산하여 총 247개 보건소로 간주하였다. 보건소 인력에 대한 분석은 256개 보건소 단위로, 그 이외 분석은 행정자료가 구축된 247개 보건소 단위로 진행하였다.

〈표 4-14〉 지역 특성에 따른 보건소 유형 구분

(단위: 개소)

구분	보건소 인력 자료 기준	행정자료 구축 기준	비고
특광역시 자치구형	69	69	
인구 50만 명 이상 행정구형	38	34	- 평택시 평택보건소, 평택시 송탄보건소는 평택시 보건소로 통합 - 남양주 보건소, 남양주 풍양보건소는 남양주보건소로 통합 - 부천시 보건소, 부천시 오정보건소, 부천시 소 사보건소는 부천시보건소로 통합
도농복합형	66	65	- 구미시 보건소, 구미시 선산보건소는 구미시 보건소로 통합
군형	68	64	- 제주시 동부보건소, 제주시 서부보건소가 제주시 제주보건소(도농복합)로 통합 - 서귀포시 동부보건소, 서귀포시 서부보건소가 서귀포시 서귀포보건소(도농복합)로 통합
보건의료원형	15	15	
계	256	247	

코로나19 대응 기간 동안 보건소에 가시적인 인력 확충이 진행되었음을 확인할 수 있다. 2019년 전국 보건소의 평균 인력은 100.1명이었으나 2020년 107.4명, 2021년에는 122.0명으로 증가한 것이다. 코로나19가 유행한 2년여의 기간 동안 약 21.9%의 인력 확충이 이루어진 것이다. 이 기간에 보건소 인력 가운데 정규직이 차지하는 비율도 2019년 63.5%에서 2020년 64.5%로 증가하여 2021년까지 유지되었다. 또한 간호사의 비율은 2019년 39.5%에서 2021년 41.4%까지 지속해서 증가하였으나, 의료전문직(의사·치과의사·한의사)의 비율은 2019년 5.9%에서 2021년 4.7%까지 지속해 감소했다.

〈표 4-15〉 최근 3년(2019-2021) 전국 보건소 유형별 인력¹⁾ 변화

(단위: 명, %)

구분 ²⁾		평균 인력	정규직 비율	의료전문직 ³⁾ 비율	간호사 ⁴⁾ 비율
2019	특광역시 자치구	128.7	69.3	3.9	39.9
	인구 50만 이상 행정구	102.6	60.9	4.2	45.0
	도농복합형	99.9	63.7	5.5	40.4
	군형	69.8	60.3	7.7	36.4
	보건의료원형	100.9	58.2	13.7	34.2
	전체	100.1	63.5	5.9	39.5
2020	특광역시 자치구	138.2	70.3	3.5	41.6
	인구 50만 이상 행정구	110.2	61.0	3.7	45.0
	도농복합형	107.8	65.6	5.0	43.0
	군형	74.7	60.6	7.0	37.3
	보건의료원형	105.4	58.7	12.9	34.4
	전체	107.4	64.5	5.4	40.9
2021	특광역시 자치구	163.2(26.8%) ⁵⁾	66.4	3.0	41.3
	인구 50만 이상 행정구	124.8(21.6%) ⁵⁾	62.1	3.3	45.2
	도농복합형	120.9(21.0%) ⁵⁾	67.5	4.2	43.6
	군형	81.0(16.0%) ⁵⁾	62.5	6.3	38.4
	보건의료원형	116.3(15.3%) ⁵⁾	57.7	11.6	35.4
	전체	122.0(21.9%)⁵⁾	64.5	4.7	41.4

주: 1) 보건소장 제외.

2) 매년 연말(12.31.)을 기준으로 함.

3) 의사, 치과의사, 한의사의 합산값임.

4) 조산사 면허자를 합산한 값임.

5) 2019년에 대비한 증감률을 의미함.

자료: 한국건강증진개발원, 전국 지역보건기관(보건소 보건의료원) 인력 자료(2019-2021).

〈표 4-15〉에서 확인할 수 있는 바와 같이, 보건소 인력의 수와 증감률은 도시 규모에 비례하여 높아지는 양상이었다. 2019년 128.7명의 평균 인력을 보인 특·광역시 자치구 보건소는 2021년 163.2명으로 26.8% 증가하였다. 반면, 주로 농·어촌 지역이라 할 수 있는 균형 보건소는 같은 기간 69.8명에서 81.0명으로 16.0% 증가하는 데에 그쳤다. 거주 인구 및 유동 인구가 많아 밀집도가 높을 수밖에 없는 도시지역에 인력 확충이 집중된 것임을 예상할 수 있다.

다만 정규직 비율에서는 큰 변화가 없었고, 특·광역시 자치구 보건소의 경우 2019년(69.3%)에 비해 2021년(66.4%)에 오히려 정규직 인력 비율이 감소한 것으로 나타났다. 지방자치단체 직속 기관으로서 실제 인력 충원 과정에서 지역 현실의 반영 가능성 등 그 원인을 다양하게 예상할 수 있겠으나, 인력 확충이 주로 ‘감염병 대응인력’ 중심으로 이루어진 점(보건복지부, 2021a)을 고려할 때 코로나19 방역 과정에서 추가된 업무과중이 큰 영향을 미쳤을 것으로 예상된다. 이 점은 언론보도에서도 이미 지적된 바 있고,⁴²⁾ 185개 보건소가 제출한 자료를 분석한 선행연구에서도 그 원인의 단초를 찾아볼 수 있다. 이들 보건소의 일반직 공무원 평균 현원(74.8명)은 평균 정원(79.6명)보다 4.8명이 적었고(신준호 외 2021, p.20), 보건소 유형별 사직자와 휴직자 집계에서도 광역시에 위치한 보건소들의 평균값이 높은 편이었다.⁴³⁾

42) 서민지(2021), 코로나19 방역현장 격무로 보건소 간호사 잇따라 휴직·사직(메디게이트 뉴스, <https://www.medigatenews.com/news/2263801804>, 2022.10.5.인출)

43) 신준호 외(2021)의 연구에서는 서울과 경기 지역보건소가 제외되었고, 보건소 유형도 ‘광역시형, 인구 30만 명 미만형, 도농복합형, 균형, 보건의료원형’으로 구분하고 있어 본 연구와 직접적으로 비교하는 데에 주의를 요함.

〈표 4-16〉 유형별 보건소당 사직자 및 휴직자

(단위: 개소, 명)

유형	대상보건소	총 사직자 수	평균사직자 수	총 휴직자 수	평균휴직자 수
광역시형	46	176	3.8	621	13.5
인구 30만 명 미만형	5	12	2.4	50	10.0
도농복합형	5	174	3.5	653	13.1
균형	70	193	2.8	585	8.4
보건의료원형	14	61	4.4	110	7.9
전체	185	616	3.3	2,019	10.9

자료: 신준호 외(2021), p.24.

다음으로 보건소 종사자들이 담당하는 대상 인구집단 규모를 살펴보았다. 물론 모든 지역주민이 보건소 사업을 이용한다고 보기에는 무리가 있으나, 보건사업 수요 가늠 측면에서 살펴볼 필요가 있다고 판단하였다. 여기서는 보건소 직원 1인당 주민등록 인구수와 취약계층 인구수, 해당 지역 인구 중 65세 이상 독거가구 비율과 취약계층 비율을 보건소 유형별로 제시하였다. 최근 3년간 보건소의 인력이 증가함에 따라 직원 1인당 주민등록 인구수가 지속해서 감소하였으며, 직원 1인당 취약계층 인구수도 소폭 감소하였다. 그러나 최근 3년간 65세 이상 독거가구 비율을 비롯한 지역 인구 중 취약계층 비율은 전체적으로 증가하였다. 이를 보건소 유형별로 살펴보면, 모든 연도에서 특·광역시 자치구의 65세 이상 독거가구 비율과 지역인구 중 취약계층 비율이 가장 낮았으며, 균형, 보건의료원형 지역에서는 비교적 높았다.

보건소 유형별 인구 변화를 함께 검토하면, 직원 1인당 담당해야 할 주민등록 인구수는 보건소 유형에 따라 차이가 크지만, 직원 1인당 담당해야 할 취약계층 인구수에서는 차이가 좁혀짐을 알 수 있다. 즉, 특·광역시 자치구와 인구 50만 이상 행정구, 도농복합형 지역에서 직원 1인당 담당하는 인구수가 균형, 보건의료원형보다 4~10배가량 많지만, 보건소가 주로

서비스를 제공하는 대상인 취약계층 인구수는 2~5배 정도로 그 차이가 좁혀지는 것이다. 보건소가 위치하는 지역의 인구수뿐만 아니라 해당 지역 인구집단의 필요와 서비스 요구도를 고려한 인력 배정이 필요하다는 것을 시사하는 지점이다.

〈표 4-17〉 최근 3년(2019-2021) 전국 보건소 유형별 담당 인구¹⁾ 변화

(단위: 명)

구분		직원 1인당 주민등록 인구수	직원 1인당 취약계층 ²⁾ 인구수	지역 인구 중 65세 이상 독거가구 비율 ³⁾	지역 인구 중 취약계층 ²⁾ 비율
2019	특·광역시 자치구	2,575.5	223.7	3.0%	9.1%
	인구 50만 이상 행정구	3,145.3	312.6	6.1%	10.5%
	도농복합형	2,062.9	181.9	3.7%	10.1%
	군형	713.0	106.8	7.2%	15.5%
	보건의료원형	333.3	51.9	7.3%	15.4%
	전체	1,900.3	184.2	5.0%	11.6%
2020	특·광역시 자치구	2,337.5	223.1	3.3%	10.1%
	인구 50만 이상 행정구	3,032.2	320.9	6.6%	11.3%
	도농복합형	1,874.0	180.4	4.0%	10.9%
	군형	665.5	104.2	7.6%	16.2%
	보건의료원형	310.2	51.0	7.8%	16.3%
	전체	1,759.5	184.6	5.3%	12.4%
2021	특·광역시 자치구	2,077.6	216.2	3.7%	11.0%
	인구 50만 이상 행정구	2,617.8	311.1	7.3%	12.4%
	도농복합형	1,719.2	178.2	4.4%	11.8%
	군형	598.9	101.1	8.2%	17.4%
	보건의료원형	271.7	48.6	8.5%	17.6%
	전체	1,568.5	179.8	5.8%	13.5%

주: 1) 인구수는 행정자료 구축 기준으로 합산하여 247개소를 대상으로 분석함.

2) 취약계층 인구수는 65세 이상 독거노인 수, 지역 내의 심한 장애 등록장애인 수, 기초생활보장 수급자 수를 합산하였음.

3) 시·군·구별 독거노인가구 비율은 통계청의 발표자료를 활용하였으며, 구별로 구분된 자료가 발표되지 않은 수원시, 성남시, 안양시, 안산시, 고양시, 용인시, 청주시, 천안시, 포항시의 경우 독거노인 분포가 구별로 동일할 것으로 가정하여 해당 시 전체의 자료를 활용하였음.

자료: 한국건강증진개발원, 전국 지역보건기관 인력 자료(2019-2021)를 활용하여 연구진이 작성함. 통계청, (2021a). 독거노인가구비율(시도/시/군/구). 2022.10.15., 인출함.

통계청, (2021c). 인구동향조사-시군구/성/연령별 주민등록연앙인구. 2022. 10. 20. 인출함.

다음으로 지역보건기관이 수행한 진료사업과 진료 외 사업의 실적을 검토하였다. 분석 자료는 2019년 1월 1일부터 2021년 12월 31일까지의 전국 보건의료원, 보건소, 지소, 분소, 진료소의 보건사업 수행 실적이 입력된 PHIS 데이터를 활용하였다. 제공받은 자료에서는 보건소·건강생활지원센터·보건지소·보건의료원의 실적과 보건진료소의 실적이 분리되어 있어, 사업명이 동일한 경우 실적 자료를 합산하여 제시하였다. 보건사업별 수행 실적은 보건소별 인력 자료, 지역의 인구 구성과 건강 현황과 연계하여 살펴보기 위해 행정자료가 구축된 보건소(247개소) 기준으로 합산하였다.

분석 대상의 진료사업은 보건소에서 진료받는 상병 중 1위인 고혈압과 당뇨 진료사업, 일차진료사업으로 한정하였다. 진료 외 사업 중에서는 방문건강관리사업, 심뇌혈관질환 예방관리사업, 지역중심재활사업, 예방접종사업, 건강검진결과 상담사업을 선정하였다. 진료사업과 진료 외 사업 실적을 검토하기 전에, 각 사업을 몇 개소의 기관에서 수행하고 있는지를 확인하였다.

〈표 4-18〉 최근 3년(2019-2021)간 보건소 유형별 사업참여 수

(단위: 개소)

구분		고혈압 진료사업	당뇨병 진료사업	일차진료 사업	방문건강 관리사업	심뇌혈관 질환예방 관리사업	지역사회 중심재활 사업	예방접종 사업	건강검진 결과 상담사업
2019	특광역시 자치구형	69	69	11	69	68	68	69	30
	인구 50만 이상 행정구형	34	34	20	34	33	33	34	19
	도농복합형	65	65	52	65	62	65	65	31
	군형	64	64	64	64	64	64	64	22
	보건의료원형	15	15	15	15	15	14	15	3
	계	247	247	162	247	242	244	247	105

194 미래 공중보건 위기 대응을 위한 지역보건체계 재구조화 방안: 보건소를 중심으로

구분		고혈압 진료사업	당뇨병 진료사업	일차진료 사업	방문건강 관리사업	심뇌혈관 질환예방 관리사업	지역사회 중심재활 사업	예방접종 사업	건강검진 결과 상담사업
2020	특·광역시 자치구형	69	69	11	69	62	69	69	29
	인구 50만 이상 행정구형	35	35	21	35	28	31	35	16
	도농복합형	64	64	51	64	61	63	64	29
	균형	64	63	64	64	64	64	64	24
	보건의료원형	15	15	15	15	15	14	15	4
	계	247	246	162	247	230	241	247	102
2021	특·광역시 자치구형	63	57	11	69	60	62	57	24
	인구 50만 이상 행정구형	34	33	21	35	24	29	34	14
	도농복합형	64	64	51	64	59	61	63	28
	균형	63	62	64	64	64	64	64	20
	보건의료원형	15	15	15	15	15	14	15	5
	계	239	231	162	247	222	230	233	91

주: 유형별 보건소의 수는 특·광역시 자치구 69개소, 인구 50만 이상 행정구역 34개소, 도농복합형 65개소, 균형 64개소, 보건의료원형 15개소임.

자료: 한국사회보장정보원, 지역보건의료정보시스템(PHIS) 자료(2019-2021)를 활용하여 연구진이 작성함.

〈표 4-19〉에 나타나는 바와 같이 코로나19 전후의 고혈압·당뇨병 진료실적은 지속해서 감소하는 추세를 보였다. 2019년 고혈압 진료를 받은 연인원(건수) 평균은 10,905명에서 2020년 6,326명, 2021년 4,539명으로 감소하였다. 당뇨병 진료 연인원(건수) 평균 역시 2019년 2,688명에서 2020년 1,377명, 2021년 944명으로 감소하였다.

보건소 유형별로 감소 추세의 차이가 관측된다. 2019년은 보건소 유형별로 고혈압 및 당뇨병 진료실적에 큰 차이가 나타나지 않았다. 그런데 2021년을 보면 보건의료원형과 균형에서의 진료 실적이 2019년 대비 비교적 높은 수준에서 유지되고 있는 반면, 도시 규모가 커질수록 감소 추

세가 두드러진다. 예를 들어 연인원 기준으로 보건의료원형의 2019년 대비 2021년의 고혈압과 당뇨병 진료실적은 각각 88.2%와 87.6%이다. 군형 역시 같은 기간 71.2%(고혈압), 66.4%(당뇨병) 수준의 진료 실적을 보였다. 특·광역시 자치구형은 2019년과 비교하여 10.0%(고혈압)와 8.8%(당뇨병) 수준으로 대폭 감소하였다.

이상과 같은 결과는 농어촌지역의 경우 코로나19 상황임에도 불구하고 지역보건기관에서의 만성질환 관리가 유지되었음을 의미한다고 볼 수 있다. 이는 대도시 지역은 보건소가 일반진료 업무를 중단하더라도 민간 의료기관 등 대체할 수 있는 자원이 존재하지만 농어촌 지역의 의료자원은 진료업무 중단 시 상대적으로 지역주민의 만성질환 관리에 허점이 노출될 수 있음을 보여준다.

〈표 4-19〉 최근 3년(2019-2021) 전국 보건소 유형별 고혈압, 당뇨병 진료실적

(단위: 명, %)

구분		고혈압		당뇨병		의료보장 유형		
		연인원 ¹⁾	실인원 ²⁾	연인원	실인원	건강보험	의료급여	본인부담
2019	특광역시 자치구	11,019	2,159	3,247	570	5,068	470	1,438
	인구 50만 이상 행정구	10,197	2,257	2,557	503	5,246	366	1,252
	도농복합형	11,984	2,442	2,834	539	6,949	440	821
	군형	10,034	1,859	1,824	341	6,496	378	391
	보건의료원형	11,016	1,978	3,469	572	12,639	573	1,108
	전체	10,905	2,158	2,688	493	6,417	430	959
2020	특광역시 자치구	2,882	1,372	799	357	2,933	206	985
	(전년도 대비 비율, %)	(26.2)	(63.5)	(24.6)	(62.6)	(57.9)	(43.8)	(68.5)
	인구 50만 이상 행정구	5,511	1,773	1,319	387	3,202	162	477
	(전년도 대비 비율, %)	(54.0)	(78.6)	(51.6)	(76.9)	(61.0)	(44.3)	(38.1)
	도농복합형	7,496	2,055	1,548	419	5,221	295	1252
	(전년도 대비 비율, %)	(62.6)	(84.2)	(54.6)	(77.7)	(75.1)	(67.0)	(152.5)
	군형	8,311	1,749	1,416	310	5,209	293	290
	(전년도 대비 비율, %)	(82.8)	(94.1)	(77.6)	(90.9)	(80.2)	(77.5)	(74.2)

196 미래 공중보건 위기 대응을 위한 지역보건체계 재구조화 방안: 보건소를 중심으로

구분		고혈압		당뇨병		의료보장 유형		
		연인원 ¹⁾	실인원 ²⁾	연인원	실인원	건강 보험	의료 급여	본인 부담
2021	보건의료원형	10,610	1,994	3,274	574	11,496	506	1054
	(전년도 대비 비율, %)	(96.3)	(100.8)	(94.4)	(100.3)	(91.0)	(88.3)	(95.1)
	전체	6,326	1,741	1,377	378	4,674	264	806
	(전년도 대비 비율, %)	(58.0)	(80.7)	(51.2)	(76.7)	(72.8)	(61.4)	(84.0)
	특광역시 자치구	1,103	240	286	58	538	52	2,362
	(전년도 대비 비율, %)	(38.3)	(17.5)	(35.8)	(16.2)	(18.3)	(25.2)	(239.8)
	인구 50만 이상 행정구	3,636	1,009	767	199	1,488	68	67
	(전년도 대비 비율, %)	(66.0)	(56.9)	(58.2)	(51.4)	(46.5)	(42.0)	(14.0)
	도농복합형	4,916	1,253	970	236	2,680	166	648
	(전년도 대비 비율, %)	(65.6)	(61.0)	(62.7)	(56.3)	(51.3)	(56.3)	(51.8)
	균형	7,148	1,537	1,234	268	4,085	223	565
	(전년도 대비 비율, %)	(86.0)	(87.9)	(87.1)	(86.5)	(78.4)	(76.1)	(194.8)
	보건의료원형	9,716	1,917	3,039	550	11,104	472	1,367
	(전년도 대비 비율, %)	(91.6)	(96.1)	(92.8)	(95.8)	(96.6)	(93.3)	(129.7)
	전체	4,539	1,049	944	208	2,789	154	1,067
	(전년도 대비 비율, %)	(71.8)	(60.3)	(68.6)	(55.0)	(59.7)	(58.3)	(132.4)

주: 1) 해당 서비스를 받은 전체 민원인 수.

2) 해당 서비스를 받은 개별 민원인 수(중복제거).

자료: 한국사회보장정보원, 지역보건의료정보시스템(PHIS) 자료(2019~2021)를 활용하여 연구진 작성함.

보건진료소에서 제공하는 일차진료 실적 또한 코로나19 전후로 감소하는 추세이다. 특광역시 자치구와 인구 50만 이상 행정구의 경우 기존의 일차진료 실적이 적었으며 지속적으로 감소하였다. 도농복합형, 균형, 보건의료원형의 경우 기존의 이용 실적이 비교적 많았으며, 코로나19 이후 이용 실적이 매년 10~20%가량 감소하였다.

〈표 4-20〉 최근 3년(2019~2021) 전국 보건소 유형별 일차진료 실적과 변화¹⁾

(단위: 명, %)

구분		2019		2020		2021	
		연인원 ²⁾	실인원 ³⁾	연인원	실인원	연인원	실인원
실적	특광역시 자치구	836	129	706	103	588	84
	인구 50만 이상 행정구	5,364	792	5,132	708	4,117	552
	도농복합형	20,884	3,386	18,757	2,875	15,171	2,324
	군형	23,671	3,679	21,948	3,231	18,161	2,711
	보건의료원형	22,734	3,690	21,754	3,219	18,501	2,826
	전체	13,982	2,214	12,793	1,907	10,508	1,578
변화	특광역시 자치구			84.4%	79.8%	83.3%	81.6%
	인구 50만 이상 행정구			95.7%	89.4%	80.2%	78.0%
	도농복합형			89.8%	84.9%	80.9%	80.8%
	군형			92.7%	87.8%	82.7%	83.9%
	보건의료원형			95.7%	87.2%	85.0%	87.8%
	전체			91.5%	86.1%	82.1%	82.7%

주: 1) 이전 연도 대비 당해연도 진료 인원수의 비율로 계산하였음.

2) 해당 서비스를 받은 전체 민원인 수.

3) 해당 서비스를 받은 개별 민원인 수(중복제거).

자료: 한국사회보장정보원, 지역보건의료정보시스템(PHIS) 자료(2019~2021)를 활용하여 연구진 작성함.

진료 실적 감소가 지역주민의 건강에 영향을 미치는지를 살펴보기 위해 지역 유형별 미충족의료율을 살펴보았다. 고혈압 당뇨병 진료 실적이 감소한 지역(특·광역시 자치구형)에서도 미충족의료율이 증가하지 않았으며, 이 지역은 지역의 보건의료자원이 풍부하여 진료역할을 담당할 수 있는 것으로 추정된다.

〈표 4-21〉 최근 3년(2019~2021) 전국 보건소 유형별 미충족의료율, 건강생활실천율과 지역보건의료 자원

(단위: %, 명, 개)

구분		미충족 의료율 ¹⁾	건강생활 실천율	지역보건의료 자원		
				의사	간호사	병상 ²⁾
2019	특광역시 자치구	5.9	38.1	837.2	1664.2	4350.1
	인구 50만 이상 행정구	6.6	30.1	677.9	1426.9	4705.3
	도농복합형	6.4	27.6	311.4	668.6	2864.3
	군형	7.1	22.3	62.7	120.9	830.4
	보건의료원형	6.7	19.3	37.3	50.0	267.1
	전체	6.5	29.0	427.6	871.6	2848.0
2020	특광역시 자치구	5.3	33.0	851.9	1719.7	4421.2
	인구 50만 이상 행정구	5.4	29.3	696.9	1534.6	4829.4
	도농복합형	6.2	26.3	316.0	697.6	2904.3
	군형	6.8	24.4	63.0	120.2	817.1
	보건의료원형	8.0	19.8	36.1	50.3	268.9
	전체	6.1	27.7	437.1	912.8	2900.0
2021	특광역시 자치구	4.9	36.8	869.5	1829.6	
	인구 50만 이상 행정구	5.4	33.2	709.8	1653.3	
	도농복합형	5.5	28.1	321.5	745.7	
	군형	6.2	25.0	62.3	120.8	
	보건의료원형	7.2	22.2	35.5	49.5	
	전체	5.6	30.1	445.1	972.9	

주: 1) 최근 1년 동안 본인이 병의원(치과 제외)에 가고 싶을 때 가지 못한 사람의 비율(%)임. 고혈압·당뇨병 진료 제공이 모든 의료필요를 해소하는 것은 아니기는 하나, 대표적인 의료이용임을 고려하여 살펴봄.

2) 지역의 인구 1,000명당 병상 수임.

자료: 질병관리청, (2021a). 시·군·구별 건강생활실천율.

질병관리청, (2021b), 시·군·구별 연간 미충족의료율(병의원).

국민건강보험공단·건강보험심사평가원, (2022a). 건강보험통계-시군구별 의료인력현황(간호사 및 기타인원).

국민건강보험공단·건강보험심사평가원, (2022b). 건강보험통계-시군구별 의료인력현황 I (의사, 약사 등).

국민건강보험공단, (2021) 인구 천명당 의료기관병상수(시도/시/군/구).

진료 외의 사업실적은 방문건강관리사업, 심뇌혈관질환 예방관리사업, 지역사회 중심 재활사업, 예방접종 사업, 건강검진 결과 상담사업을 검토

하였다. 방문건강관리사업은 코로나 유행 초기(2019~2020년) 서비스를 제공한 연인원이 증가하고 실인원은 소폭 감소하였으며, 2020~2021년에는 연인원과 실인원이 모두 감소하였다. 반면 심뇌혈관질환 예방관리사업, 지역사회 중심 재활사업은 2019년부터 2021년까지 연인원과 실인원 모두 지속해서 감소하였다.

2019~2020년의 방문건강관리사업 실적 증가는 일반적 인식, 즉, 코로나19 유행 시기에 [대면사업 축소→방문건강관리 축소]라는 인식과 차이가 있는 결과라 할 수 있다. 이와 같은 결과는 제1차 유행(2020.2~2020.3)과 제2차 유행(2020.8) 등의 사이 기간에 취약계층 건강관리 필요성이 논의되면서 정부와 지자체 차원에서의 방문보건 필요성의 공감대가 확산되었기 때문으로 여겨진다. 실제 정부는 방문건강관리가 축소 또는 중단된 상황에서 전국 보건소를 통하여 전화를 활용, 코로나19 등의 증상을 확인하기도 하였다(보건복지부, 2020). 이는 감염병으로 인한 공중보건 위기 상황이 발생할 경우 지속적인 방문보건 수행역량을 보건소가 가지고 있어야 함을 방증하는 것이기도 하다.

〈표 4-22〉 최근 3년(2019-2021) 전국 보건소 유형별 사업실적과 변화¹⁾

(단위: 명, %)

구분		방문건강관리사업 ²⁾		심뇌혈관질환 예방관리사업 ²⁾		지역사회 중심 재활사업 ²⁾	
		연인원 ³⁾	실인원 ⁴⁾	연인원	실인원	연인원	실인원
2019	특·광역시 자치구	30,416	6,637	12,622	2,897	4,974	341
	인구 50만 이상 행정구	27,469	4,496	17,266	3,619	4,760	403
	도농복합형	23,172	4,177	40,838	5,257	7,405	766
	군형	15,864	2,758	43,715	5,023	5,577	555
	보건의료원형	13,254	2,207	31,702	3,410	3,610	400
	전체	23,291	4,421	29,902	4,200	5,658	520

200 미래 공중보건 위기 대응을 위한 지역보건체계 재구조화 방안: 보건소를 중심으로

구분		방문건강관리사업 ²⁾		심뇌혈관질환 예방관리사업 ²⁾		지역사회 중심 재활사업 ²⁾	
		연인원 ³⁾	실인원 ⁴⁾	연인원	실인원	연인원	실인원
2020	특광역시 자치구	37,090	6,545	7,808	1,944	1,626	257
	(전년도 대비 비율, %)	(121.9)	(98.6)	(61.9)	(67.1)	(32.7)	(75.4)
	인구 50만 이상 행정구	26,540	4,321	11,055	1,522	1,419	230
	(전년도 대비 비율, %)	(96.6)	(96.1)	(64.0)	(42.1)	(29.8)	(57.1)
	도농복합형	23,865	4,147	28,259	3,137	4,083	612
	(전년도 대비 비율, %)	(103.0)	(99.3)	(69.2)	(59.7)	(55.1)	(79.9)
	균형	17,270	2,800	33,320	3,572	3,829	463
	(전년도 대비 비율, %)	(108.9)	(101.5)	(76.2)	(71.1)	(68.7)	(83.4)
	보건의료원형	15,580	2,179	27,734	2,502	2,572	309
	(전년도 대비 비율, %)	(117.5)	(98.7)	(87.5)	(73.4)	(71.2)	(77.3)
2021	특광역시 자치구	30,415	5,741	6,883	1,514	1,888	215
	(전년도 대비 비율, %)	(82.0)	(87.7)	(88.2)	(77.9)	(116.1)	(83.7)
	인구 50만 이상 행정구	20,695	3,722	9,553	1,499	1,122	191
	(전년도 대비 비율, %)	(78.0)	(86.1)	(86.4)	(98.5)	(79.1)	(83.0)
	도농복합형	17,714	3,556	21,772	2,276	3,563	503
	(전년도 대비 비율, %)	(74.2)	(85.7)	(77.0)	(72.6)	(87.3)	(82.2)
	균형	13,085	2,460	27,604	2,833	3,519	376
	(전년도 대비 비율, %)	(75.8)	(87.9)	(82.8)	(79.3)	(91.9)	(81.2)
	보건의료원형	12,157	2,056	24,116	2,195	2,902	312
	(전년도 대비 비율, %)	(78.0)	(94.4)	(87.0)	(87.7)	(112.8)	(101.0)
	전체	25,726	4,373	21,387	2,649	2,862	402
	(전년도 대비 비율, %)	(110.5)	(98.9)	(71.5)	(63.1)	(50.6)	(77.3)
	전체	20,148	3,815	17,535	2,092	2,697	334
	(전년도 대비 비율, %)	(78.3)	(87.2)	(82.0)	(79.0)	(94.2)	(83.1)

주: 1) 이전 연도 대비 당해연도 실적의 비율로 계산하였음.

2) 보건소, 보건지소, 보건진료소의 각 사업 실적을 보건소 단위로 합산하였음.

3) 해당 서비스를 받은 전체 인원인 수.

4) 해당 서비스를 받은 개별 인원인 수(중복제거).

자료: 한국사회보장정보원, 지역보건의료정보시스템(PHIS) 자료(2019~2021)를 활용하여 연구진 작성함.

예방접종사업은 2019~2021년 기간 동안 해당 사업을 시행하는 보건소의 개소와 연인원, 실인원이 지속적으로 감소하였다. 예방접종사업의

감소 폭은 특·광역시 자치구형 보건소에서 가장 컸으며, 보건의료원형이나 균형에서는 타 구분에 비해 적었다. 건강검진 결과 상담사업은 보건소와 보건지소에서 주로 수행하는 사업으로, 제공하는 보건소 개수는 2019년 105개소에서 2020년 102개소, 2021년 91개소로 지속적으로 감소하였다. 그러나 서비스를 받는 연인원과 실인원은 지속적으로 증가하는 양상을 보였다.

〈표 4-23〉 최근 3년(2019~2021년) 전국 보건소 유형별 사업실적

(단위: 명)

구분		예방접종사업 ¹⁾			건강검진결과 상담사업 ²⁾		
		참여 개소	연인원	실인원	참여 개소	연인원	실인원
2019	특광역시 자치구	69	9,800	7,060	30	6,379	3,198
	인구 50만 이상 행정구	34	11,336	8,128	19	6,931	3,382
	도농복합형	65	18,824	12,271	31	5,030	2,565
	균형	64	12,451	7,317	22	914	435
	보건의료원형	15	11,627	6,586	3	246	106
	전체	247	13,184	8,616	105	4,312	2,153
2020	특광역시 자치구	69	1,723	1,299	29	6,498	2,842
	(전년도 대비 비율, %)	(100.0)	(17.6)	(18.4)	(96.7)	(101.9)	(88.9)
	인구 50만 이상 행정구	35	4,780	3,052	16	10,098	5,359
	(전년도 대비 비율, %)	(102.9)	(42.2)	(37.5)	(84.2)	(145.7)	(158.5)
	도농복합형	64	11,900	5,545	29	4,927	2,435
	(전년도 대비 비율, %)	(98.5)	(63.2)	(45.2)	(93.5)	(98.0)	(94.9)
	균형	64	11,170	4,711	24	1,421	553
	(전년도 대비 비율, %)	(100.0)	(89.7)	(64.4)	(109.1)	(155.5)	(127.1)
	보건의료원형	15	11,783	5,557	4	474	189
	(전년도 대비 비율, %)	(100.0)	(101.3)	(84.4)	(133.3)	(192.7)	(178.3)
	전체	247	7,852	3,790	102	4,920	2,339
	(전년도 대비 비율, %)	(100.0)	(59.6)	(44.0)	(97.1)	(114.1)	(108.6)

202 미래 공중보건 위기 대응을 위한 지역보건체계 재구조화 방안: 보건소를 중심으로

구분		예방접종사업 ¹⁾			건강검진결과 상담사업 ²⁾		
		참여 개소	연인원	실인원	참여 개소	연인원	실인원
2021	특·광역시 자치구	57	486	262	24	10,105	4,209
	(전년도 대비 비율, %)	(82.6)	(28.2)	(20.2)	(82.8)	(155.5)	(148.1)
	인구 50만 이상 행정구	34	3,105	1,768	14	12,928	6,903
	(전년도 대비 비율, %)	(97.1)	(65.0)	(57.9)	(87.5)	(128.0)	(128.8)
	도농복합형	63	9,198	3,557	28	6,863	3,450
	(전년도 대비 비율, %)	(98.4)	(77.3)	(64.1)	(96.6)	(139.3)	(141.7)
	균형	64	10,300	4,481	20	1,087	497
	(전년도 대비 비율, %)	(100.0)	(92.2)	(95.1)	(83.3)	(76.5)	(89.9)
	보건의료원형	15	9,836	4,285	5	829	317
	(전년도 대비 비율, %)	(100.0)	(83.5)	(77.1)	(125.0)	(174.9)	(167.7)
전체		233	6,225	2,667	91	6,765	3,196
(전년도 대비 비율, %)		(94.3)	(79.3)	(70.4)	(89.2)	(137.5)	(136.6)

주: 1) 보건소, 보건지소, 보건진료소의 각 사업 실적을 보건소 단위로 합산하였음.

2) 해당 사업은 보건소, 보건지소에서 주로 수행하는 사업이며 사업 참여 개소도 타 사업에 비해 적음.

자료: 한국사회보장정보원, 지역보건의료정보시스템(PHIS) 자료(2019-2021)를 활용하여 연구진 작성함.



제5장

지역보건체계 개편 방향과 정책과제: 보건소를 중심으로

제1절 지역보건체계 개편이 지향해야 할 방향성

제2절 정책제언

제5장

지역보건체계 개편 방향과 정책과제: 보건소를 중심으로

제5장에서는 지역보건체계 재구조화를 위한 방향과 정책과제를 다룬다. 먼저, 지역보건체계 재구조화 과정에서 지향해야 할 방향성으로 ‘보편적 건강보장(UHC)’과 ‘회복탄력성(resilience)’를 제시하였다. 앞에서 살펴본 해외사례와 정책환경 변화, 코로나19에서의 대응 경험과 지역보건기관 운영 등은 일관되게 공중보건 위기 상황 이전에 ‘필수 보건의료서비스’를 유지할 역량을 갖추어줄 것과, 필수 보건의료서비스가 형성하는 건강안전망에서 취약성(vulnerability)을 놓쳐서는 안 된다는 점을 강조하고 있기 때문이다. 다음으로, 보편적 건강보장과 회복탄력성의 대전제 하에서 정책과제를 나누어 제안해 보았다.

이해를 돕기 위해 먼저 앞의 내용을 간략하게 정리하여 제시하고자 한다. 코로나19라는 공중보건 위기 상황에서 부각된 지역보건체계 및 기관에 관한 해외의 동향(제2장)을 살펴보는 것으로 시작하였다. WHO는 위기 극복과정에서 취약성에 대비한 필수 핵심기능을 유지함으로써 회복탄력성(resilience)을 유지해야 함을 강조하였고, 호주 시드니지역보건청(SLHD)은 여러 정책의 건강영향평가에 있어서 ‘형평성’을 중심에 둠으로써 공중보건 위기의 선제적 대응 방식에 시사점을 제공하였다. 일본은 코로나19 대응을 위한 인력자원 활용방안과 더불어 보건소(광역)-보건센터·지역포괄지원센터(생활권) 체계를 통해 향후 우리나라 지역보건체계 개편의 한 모형을 제시한 선함국이라 할 수 있다.

지역보건체계를 둘러싼 정책환경 변화(제3장)는 크게 인구구조, 지역사회 자원 연계, 정보기술 활용, 소생활권화라는 측면에서 접근해 보고

이들이 지역보건체계 개편에서 가지는 함의를 살펴보았다. 이들 과제가 상대적으로 '전통적인' 정책환경이라면, 코로나19가 야기한 공중보건 위기는 '새롭게 부각되는' 정책환경이라고 할 수 있다. 공중보건 위기는 감염병에 국한되지 않고 다양한 유형으로, 예기치 않은 시점에 나타날 수 있다. 그런 점에서 공중보건의 지향하는 가치가 형평성(equity)이라는 점, '공중보건 위기'에 취약계층의 존재 및 대응기제의 작동 저해라는 속성을 가지고 있음을 보았다. 즉, 미래 공중보건 위기에 대한 지역보건체계 개편의 방향성은 취약성에 대비하는 적절한 대응기제를 갖추으로써 형평성 가치를 구현하는 것이라고 요약할 수 있다.

제3장의 후반부에서부터 제4장은 거시화된 관점을 집중화(in focusing)하여 구체적인 정책과제로 연결할 수 있도록 구성하였다. 제3장 후반부는 코로나19를 전후로 하여 지역보건기관, 특히 보건소와 관련하여 제안되었던 선행연구의 문제점과 개선방안을 고찰하였다. 그리고 그 내용들이 보건소를 중심으로 한 지역보건기관의 운영 현황에서 어떤 문제점과 쟁점으로 나타나는지 현황자료와 함께 정리하였다. 지역보건의료시스템(PHIS)을 활용한 지역보건기관의 사업 실적 분석은 아직은 기본적인 수준에 머물러 있다고 할 수 있다. 그렇지만 향후 객관적 자료 축적과 분석을 통한 근거기반 지역보건정책의 수립·평가의 필요성과 아울러 다양한 지역사회 정보를 연계하는 기반으로서의 잠재력을 강조한다는 측면에서 의의가 있으리라 생각한다.

제1절 지역보건체계 개편이 지향해야 할 방향성

1. 보편적 건강보장(UHC)⁴⁴⁾의 추구

WHO의 제9차 건강증진 국제회의(International Conference on Health Promotion)에서는 건강증진을 위해 3가지 축(pillar)이 있음을 제시했다. Good Governance, Healthy Cities, Health Literacy가 그것인데, Good Governance를 구성하는 중요한 요인이 보편적 건강보장(UHC, Universal Health Coverage)이다(WHO, 2017). 보편적 건강보장은 이미 WHO가 이전부터 주창하여 오던 보건의료체계의 지향점으로서 “현재부터 미래까지 모든 사람이 경제적 어려움이나 빈곤 여부와 관계없이 예방, 건강증진, 치료, 재활, 완화의료 등 필요로 하는 모든 보건의료서비스를 받을 수 있도록 보장하는 것”을 목적으로 한다(WHO, 2013; 류현숙 외, 2022, p.67 재인용).⁴⁵⁾ 또한 보편적 건강보장은 우리나라가 지향하는 보건의료정책의 목표이기도 하다(보건복지부, 2019b).

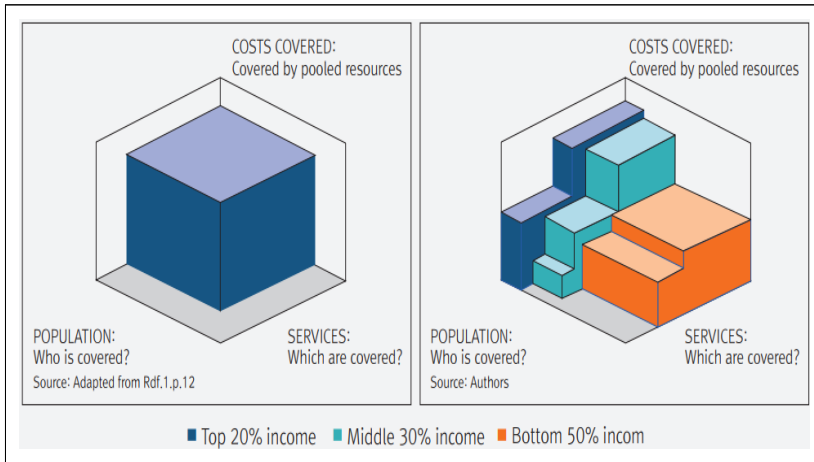
보편적 건강보장은 누구에게나 보건의료서비스 접근성을 보장하는 것이지만, 이것이 모든 사람에게 똑같이 적용된다는 ‘절대적’ 의미를 가진다고 보기에는 어렵다. 위의 목적에도 핵심 용어로 표현되었지만, 보편적 건강보장은 ① 인구집단(population)-‘누구에게나’ ② 부담 수준(cost covered)-‘최소 부담으로’ ③ 서비스(service)-‘필요한 모든 서비스’에

44) UHC에 관한 이하 부분은 이상엽, 김남일, 김연중, 김용건, 문진영, 박수진, ... 허한결 (2022), p.658~659에 작성한 것을 류현숙 외(2022), p.66~68에서 재인용하였고, 이를 다시 본 연구에서 발췌·보완한 것임을 밝힘.

45) 원문은 다음과 같음. The goal of universal health coverage is to ensure that all people obtain the health services they need - prevention, promotion, treatment, rehabilitation and palliation - without risk of financial ruin or impoverishment, now and in the future(WHO 2013, p.4)

대한 고려를 필요로 한다. 그런데 ‘대상-부담-서비스’ 조합이 완벽하게 균형을 이루는 것이 이상적이나, 현실에서는 다양한 격차와 층위가 존재한다.

[그림 5-1] 보편적 건강보장: 이상적 cube와 층계 피라미드(step pyramid)



자료: Roberts, Hsiao & Reich(2015); 강희정 외(2019), pp.17-18 및 류현숙 외(2022), p.68에서 재인용.

우리나라 건강보험을 예로 들어 위 그림의 보편적 건강보장 층계 피라미드(step pyramid)를 이해해 보자면, 인구집단 축은 전 국민 강제가입과 당연지정제를 통해 처음부터 마지막까지 포괄하는 데에 성공했다면, 어떤 서비스를 받는가와 어느 정도까지 부담할 수 있는가의 문제에서는 주로 사회경제적 위치에 따라 상대적 역진성이 존재한다. 이런 점에서 볼 때 결과적으로 보편적 건강보장은 건강의 형평성(equity)을 제고하려는 노력이다.

지역보건체계 역시 향후 개편할 때 보편적 건강보장의 방향성에서 형평성 제고에 지금보다 더 초점을 맞출 필요가 있다. 공중보건 위기는 취

약계층에는 건강안전망의 단절 또는 불연속으로 나타날 수 있고, 더 많은 피해와 희생을 초래할 수 있기 때문이다. 예컨대 코로나19 대응을 위한 공공병원들의 감염병 전담병원 일괄 지정(쏠림)은 공공병원들이 감당해 왔던 취약계층 환자 진료 공백(단절·불연속)을 불러왔다(박지영, 2022). 그동안 보건소가 주로 담당해 왔던 방문건강관리사업과 지역사회 취약계층 대상의 만성질환관리 등도 대부분 중단되거나 축소되었다. 이뿐만 아니라 지역보건기관이 치료가 필요한 취약계층을 발굴하여 공공병원에 의뢰하고, 치료를 종결한 환자가 지역으로 복귀하여 지역보건기관으로부터 방문관리와 건강관리를 받는 ‘연계망’ 역시 많은 부분이 단절되었다. 보건소와 공공의료기관, 지역복지기관, 자생적 지영공동체 등에 대한 질적 연구들은 위기 상황에서의 건강안전망 사례들을 보고하고 있다(김자영, 한진옥, 신소울, 이예지, 서수인, 2021; 신재은 외, 2020). 장기적인 감염병 위기 대응을 위해 보건소의 감염병 상시대응체계 강화를 추진하는 것, 그리고 보건소의 핵심기능과 역할을 유지하는 방안을 추진(보건복지부, 2022d)하는 정부의 방향성도 보편적 건강보장이라는 관점에서 염두에 둘 필요가 있다.

2. 회복탄력성(resilience)의 유지

일반적으로 회복탄력성(resilience)은 충격으로부터 피해를 극복하고 기능을 회복하는 능력으로 정의할 수 있다. 여기서 중요한 것은 회복탄력성이 단지 ‘제자리로 돌아옴’을 넘어 ‘다른 시스템으로의 이행’을 포괄한다는 점이다(서지영, 조규진, 2014).⁴⁶⁾ 2013~2015년 서아프리카와 미

46) 국내 문헌에서 resilience를 ‘회복력’으로 번역하는 경우도 있으나, 위기 이후 좀 더 발전된 체계를 구축하는 함의를 강조하기 위하여 본 보고서에서는 ‘회복탄력성’을 사용함.

국, 스페인 등에서 발발한 에볼라 유행⁴⁷⁾에 대한 Kruk 외(2015)의 연구는 “회복탄력성은 정해진 구조가 아니다,”⁴⁸⁾라고 지적하면서, 보건체계에서 논의하는 회복탄력성은 “인력, 기관, 인구집단이 위기에 효과적으로 대응하고, 위기 중에도 핵심 기능(core function)을 유지하고, 위기로부터 얻은 교훈으로부터 (미래를 위한) 정보를 얻는 역량”이라고 정의한다 (Kruk et al. 2015, p.1910).

그런데 회복탄력성을 가지기 위해서는 회복탄력을 시작할 수 있는 ‘진원(震源)’이 될 수 있는 것이 필요하다. 특히 위기 상황이 장기간 지속되는 경우 대부분의 자원을 현안에만 집중하기 쉬운데, 이럴 경우 회복탄력을 위해 필요한 역량을 소진하게 되면 복원에 더 많은 노력이 필요할 뿐만 아니라, ‘위기로 인한’ 피해보다 ‘위기 시에 필요한 핵심 기능을 유지하지 못하여 나타나는 피해’가 더 심각할 수도 있다. WHO가 발표한 2020년부터 2021년 말까지 세계 각국의 초과 사망(excess mortality) 결과가 이를 보여준다. 보통, 초과 사망은 특정 기간에 일상적인 수준을 초과하여 발생한 사망인데, 이 기간 우리나라는 6,288명이 초과 사망한 것으로 나타났다. 코로나19로 인한 사망자 수(5,563명)를 고려하면 725명이 다른 요인으로 ‘더’ 사망한 것이다. 사망원인에 대해서는 추가적인 연구가 필요할 것이나, 보건의료서비스의 공백으로 인한 미충족의료도 포함된다 (박준용, 2022). 2020년 종합병원급 이상 의료기관의 응급의료 이용자 수는 코로나19 발생 2년 평균 대비 -22.8% 감소했다(김정주, 김상미, 신동교, 2022). 응급의료의 생명과 직결된다는 점을 고려할 때, 초과 사망 결과와 비슷한 맥락의 문제를 제기할 수 있을 것이다. 코로나19 유행 시기에 미국 내 초과 사망을 발표한 CDC 자료에서도 코로나19 환자에게

47) 에볼라 유행은 2014년 CDC가 긴급상황실(ECO)을 가동하여 대응한 공중보건 위기 사례에 해당함(탁상우, 2020).

48) 원문: Resilience is not a static construct.(Kruk et al., 2015, p.1910)

의료자원이 집중되는 시기에 코로나19 이외 질환의 초과 사망이 나타나 는 경향을 보였는데(신준호 외, 2021, p.90), 이는 방역과 코로나19 치료 에 집중된 자원이 만성질환 관리나 응급, 취약계층 보호 등의 영역에서 사각지대를 발생하게 했음을 뒷받침한다.

결국 공중보건 위기 기간에도 핵심 기능(core function)이 작동하도 록 유지하는 것이 회복탄력성의 조건일 것인데, 지역보건기관이 회복탄 력성의 진원으로서 기능할 수 있는 구조 개편 방안을 찾을 필요가 있다. 공중보건 위기의 속성, 지역보건기관으로서 상대적 강점, 그리고 보편적 건강보장 및 형평성 가치를 고려할 때 지역보건기관이 회복탄력성을 위 해 유지해야 할 핵심 기능은 ‘지역사회 취약계층의 건강안전망 유지’이 다. 좀 더 구체화하여 예를 들자면, 방문건강관리, 지역 내 공공의료기관 과 협력한 의료수요 발굴, 퇴원한 환자의 지속적 건강관리로 서비스 단절(discontinuity)과 전환과정 공백(gap in the service transition)이 발 생하지 않도록 일련의 연계체계(connected care)를 구축하는 것이다.

의료와 지역보건은 건강문제에 대응한다는 공통점이 있으며, 공중보건 위기가 심각한 건강문제를 수반한다는 것은 주지의 사실이다. 따라서 두 영역 모두 공중보건 위기 대응의 핵심이다. 다만, 의학적 치료, 특히 우리 나라의 의료서비스는 환자의 내원이 필요하다. 의료진이 환자를 직접 찾 아가는 사례는 현실에서 그리 많지 않다. 또한 의료는 ‘사후적’ 대응의 성 격이 강하다. 반면 지역보건 영역은 대상자를 찾아간다. ‘대상자’라 표현 한 것은 지역보건의 환자만이 아니라 건강문제에 위협을 받을 가능성이 높은 취약계층까지를 대상으로 하기 때문이다. 회복탄력성이 취약성(vulnerability)과 연계되어 설명될 수 있으며, 취약성 수준은 ‘지역 내의 능력’에 따라 결정된다는 지적(채종현 외, 2018)은 지역보건체계의 재구 조화에서 회복탄력성을 방향성으로 삼아야 하는 이유를 말해 준다.

제2절 정책제언

1. 보건소의 기능과 사업 조정의 방향성

앞의 제4장에서 우리나라 지역보건체계 현황을 기관, 인력, 사업, 정보라는 측면에서 개괄하였다. 모두 중요하고 우선순위가 높은 영역이지만, 여기서는 ‘사업-기능’에서 출발하고자 한다. 향후 보건소 사업-기능의 지향점이 제시된다면 ‘인력-조직’ 및 기관 간 연계, (기반으로서) 정보의 역할 등으로 자연스럽게 논의를 진전시킬 수 있으리라 판단되기 때문이다.

주지하는 바와 같이 「지역보건법」 제11조 제1항은 보건소의 기능과 업무를 5가지 기능 및 8가지 지역보건의료서비스 제공으로 규정한다. 그러나 정부가 코로나19 이후 ‘보건소 핵심기능 재정립’을 과제로 제시한 것(보건복지부, 2022d)이 방증하듯, 현재 일선 보건소가 수행해야 할 업무의 총량은 결코 적지 않다. 이는 보건소에 사업이 부가되는 전형적 방식이, 정책환경 변화에 조응하면서 합리적 조정과 신규 사업 탐색이 이루어지는 ‘선순환형’이 아니라, 정책적 필요에 따라 시범사업→보건소 사업화가 되는 ‘누적·적체형’이었다는 점과도 관련이 있다. 따라서 지역보건체계 재구조화는 기존 사업들을 어떻게 조정할 것인가에서 출발할 필요가 있다.

선행연구 및 일선 보건소 종사인력의 의견을 종합하면, 보건소가 수행하는 사업은 ① 진료사업(일차진료, 예방접종, 검진), ② 보건의료 행정(보건의료인 및 기관 관리, 각종 의료비 지원사업, 인·허가 등) ③ 공중보건 위기 대응(감염병 관리, 위생, 재난 대응 등) ④ 지역보건사업(건강증진사업, 방문건강관리, 보건교육 등) 등 다섯 가지로 나누어 볼 수 있다고 본다. 이를 첫째, 축소·이관·폐지 등 합리적 조정이 필요한 기능, 둘째, 공

유업무로서 유지하면서 강화해야 할 기능, 셋째, 환경변화를 감안하여 기반을 구축하면서 지금보다 더 강화할 기능으로 분류하였다.

이하에서는 주요 기능 및 사업을 중심으로 개편과 관련된 정책과제들을 제안하고자 한다. 다만, 대부분의 경우 사업의 개편은 인력 및 조직과 연계되며, 각각의 사업들이 배타적으로 존재하지 않기 때문에 하나의 사업에 다양한 주제들이 포함될 수 있다. 예를 들어 일반진료 기능을 축소·폐지한다면, 기존 진료역량을 어떻게 활용할 것인가의 결정이 필수적인데, 이는 결국 강화가 필요한 업무와 조직, 인력 확보에 대한 논의와 상호연계된다.

〈표 5-1〉 보건소 기능과 사업 조정 방향성

구분	기능 및 사업
축소·이관·폐지 등 합리적 조정이 필요한 기능	• 일반진료 및 만성질환예방관리(진료) 기능 • 의료비지원 기능 • 직접 예방접종 기능
고유업무로서 유지하면서 강화할 기능	• 감염병 예방·관리 및 방역 기능 • 재난·응급 등 공중보건 위기 대응 기능
기반을 구축하면서 강화할 기능	• 방문보건사업+지역사회통합돌봄 기능 • 퇴원 후 환자연계 기능 • 소생활권 건강증진+주민참여사업 지원 기능 • 지역사회 건강증진 기획 기능

2. 축소·이관·폐지 등 합리적 조정이 필요한 기능

가. 일반진료 기능

보건소의 일반진료 기능은 오랫동안 논쟁의 대상이 된 주제였다. 다만 대부분의 선행연구는 대체로 ‘대도시 지역 보건소는 축소·폐지, 의료취약지를 비롯한 농어촌 지역은 조정·유지’라는 기본 방향성에 수렴하는 경향

을 보인다. 정부 역시 코로나19 유행을 거치면서 진료 기능을 ‘취약지·취약계층 중심으로 조정하거나 타 기관에 위탁’하는 것을 방향으로 설정하였다(보건복지부, 2022d). 접근성이라는 측면에서 개선하는 것 역시 이러한 주장을 뒷받침하는 근거로 제시된다. 광역시와 특별자치시를 제외한 지역보건기관 중 의사가 근무하는 1,295개 전국 보건소·보건지소 중 44.32%인 524개소가 반경 1km 이내에 민간의료기관이 있다는 조사(윤영채, 2018)는 그 전형적인 예이다.

대도시 지역 보건소의 일반진료 기능은 단계적으로 축소하면서 폐지되, 의료취약지에서의 기능은 유지할 필요가 있다는 점은 타당하다고 생각한다. 본 연구에서 PHIS 자료를 통해 분석한 고혈압과 당뇨병 진료실적에서도 이 점이 유추된다. 코로나19 유행을 사이에 둔 2019~2021년 기간 동안 특·광역시 자치구에 위치한 보건소에서는 2019년 대비 2021년에 각각 10.0%(고혈압)와 8.8%(당뇨병)의 진료 실적만이 유지되었다. 반면, 같은 기간 보건의료원이 설치된 지역에서는 각각 88.2%(고혈압), 87.6%(당뇨병)가, 군 지역 보건소에서는 71.2%(고혈압), 66.4%(당뇨병)가 유지되었다.⁴⁹⁾ 이는 애초부터 의료자원이 부족한 취약지에서는 위기 상황은 물론이고 평상시라도 진료기능을 축소했을 때 만성질환 관리의 허점이 나타날 수 있다는 의미이다.

다만 대도시 지역이라 하더라도 보건소 일반진료를 접근성이나 대체가능성 측면에서만 접근하여 폐지를 주장하기에는 부족함이 있다. 그 이유는 첫째, 보건소는 지방자치단체의 직속기관이며, 둘째, 보건소를 이용하는 지역주민들의 특성을 볼 때, 일반진료 형태는 아니더라도 지역주민의 삶의 질을 위해서 ‘의학적 접근’이 반드시 필요하기 때문이다.

주지하는 바와 같이, 보건소는 지방자치단체의 직속기관이다. 이 행정

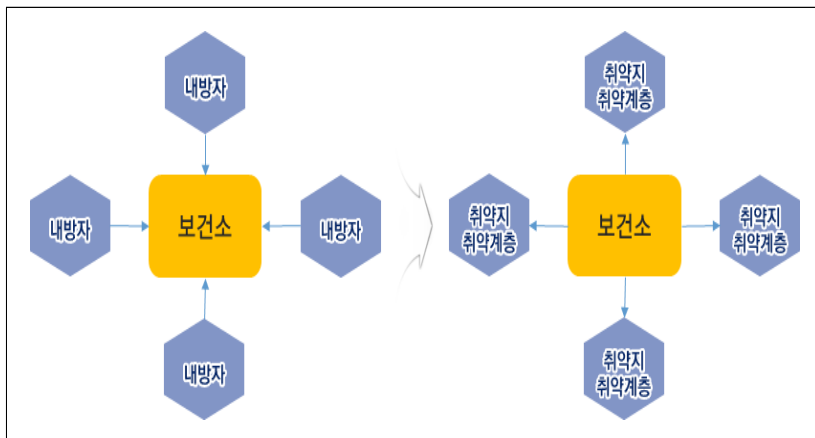
49) 제4장 제2절 <표 4-19> 참고 바람.

적 위계의 타당성과는 별도로, 지방자치단체 입장에서 보건소는 매우 유용한 기관임이 분명하다. 지역주민들의 관심이 높은 ‘건강’에 관련된 서비스 제공에 활용할 수 있기 때문이다. ‘선심성’이라는 비판이 있고, 이용자가 소수라 하더라도, 저렴한 비용으로 체감도 있는 서비스를 하고 있는데, 이를 중단하겠다는 결정을 하기에는 한계가 있다. 지역사회건강조사 자료를 이용한 보건소 이용률에 대한 연구(박언아·최성용, 2019)는 고연령, 낮은 교육수준과 소득수준, 기초생활수급자 등 개인적 요인과 아울러 지역의 보건복지 비중과 재정자립도, 운동시설 접근율 등 사회경제적 조건이 보건소 이용률의 차이와 연관되어 있음을 보여주고 있다. 대도시(서울) 일부 지역을 대상으로 한 보건소 이용 방식에 대한 질적 연구(류지아, 2020)에서도 저소득층의 보건소 이용 목적은 ‘진료’에 집중되었지만, 상위계층은 ‘선제적 예방’으로 이해하고 있었다. 단순히 일반진료의 축소·폐지로 접근하면, 취약계층, 취약지역에서 필요한 의학적 수요에 맹점이 발생할 수 있는 것이다. 설령 대도시 지역 보건소의 일반진료 기능을 중단한다 하더라도, 해당 보건소에 의사, 치과의사, 한의사, 간호사, 의료기사 등의 인력 배치를 중단할 것인가의 문제도 있다.

보건소 일반진료의 문제점은 진료 자체보다는 민간의료기관과 동일한 ‘기관 중심’, 보건소에 방문/접근이 가능한 내방자를 중심으로 진료서비스가 이루어진다는 것이다. ‘외래(外來)’라는 전통적인 인식에서 벗어나 보건소 일반진료가 취약계층·취약지역을 찾아가는 형태로 건강안전망을 펼치는 데에 중점을 두면서 밀착형 서비스, 즉 일차의료의 속성에 충실한 서비스를 제공한다면, 민간 영역과의 갈등 대신 시너지 효과를 기대할 수 있다. 결론적으로 보건소 일반진료 기능은 ‘폐지’가 아닌 ‘전환’이라는 측면을 강조하고 접근해야 지방자치단체를 비롯하여 주민들에게 단절없는(seamless) 서비스로서 설득력을 가진다.

이를 위해 두 가지의 전환 지점을 제언할 수 있다. 우선, 일반진료를 중단하는 보건소에는 (가칭)보건소형 재택·방문진료팀을 두고, 내방자가 아닌 ‘찾아가는’ 분산형(outreach) 서비스를 제공하는 조직을 갖추는 것이다. 이 팀은 지역사회 건강안전망을 확장하는 한편, 의학적 개입 수요를 충족하는 역할을 하게 된다. 다음으로 보건소 일반진료 폐지 논의가 대도시 지역을 중심으로 이루어지고 있다는 점에 착안하여 도시환경에 적합한 제공모형을 구상하는 것이다. 대도시는 인구와 자원이 밀집되어 있고, 상대적으로 이동수단이 잘 갖추어져 있다. 일본의 사례를 참고로 하여 개별 보건소 내가 아닌, 유사한 지역성과 인접성을 갖춘 복수의 지역을 권역화하여 연합체 같은 형식으로 재택·방문진료 조직을 운영하는 것이다. 이는 ‘특정 지역에 국한된 조직’이라는 보건소에 대한 고정관념을 벗어날 수 있는 계기가 될 뿐만 아니라, 인력 등 인프라 부족과 서비스 제공의 분절성을 완화할 수 있는 ‘네트워크(network)’로서의 장점을 부각하는 장치가 될 수 있으리라 여겨진다.

【그림 5-2】 외래(外來)형 일반진료에서 분산형(outreach) 진료로의 전환 개념



자료: 배상수(2017), pp.32-33을 바탕으로 작성.

한편, 이러한 전환에는 고려해야 할 점들이 있다. 첫째, 전환의 전제가 대도시 지역을 중심으로 지금과 같은 형태의 진료기능을 축소·폐지해야 한다는 점이 관철되어야 한다. 현재의 일반진료와 방문·재택진료를 동시에 수행하는 것은 보건소의 인력구조상 현실적으로 어렵다. 즉, 먼저 ‘기존사업을 합리적으로 조정하는 과정’이 필요하다. 둘째, 인력과 보상 문제도 존재한다. 공공보건의료기관의 의료인력, 특히 의사 인력 확보에는 한계가 있음이 분명하다. 따라서 지역보건기관 근무 의료인력의 처우 개선과 함께 의료사협(의료복지사회적협동조합)이나 지역 내 민간의료기관과의 협업을 지금보다 적극적으로 모색하되, 중앙정부에서는 지역의 공공-민간 협업을 통한 재택·방문진료에 대한 인센티브와 합리적 질 지표 및 평가를 통한 관리체계를 마련할 필요가 있다. 이때 인센티브는 반드시 재정적일 필요는 없으며, 재정적 인센티브의 경우 경직성이 있는 건강보험 수가 외에도 건강증진기금이나 지방소멸대응기금 등 제3의 재원을 적극적으로 발굴한다. 마지막으로, 일반진료를 폐지할 경우 기존 보건소가 관리하던 만성질환 환자들의 연속진료를 보장해야 한다. 저소득층 취약계층의 경우 저렴한 진료비라는 편익이 사라지면 만성질환 관리의 사각지대로 전락할 가능성을 가지고 있다. 따라서 재택·방문진료가 이들을 우선적으로 포괄하거나 지역 내 의료기관으로 연계하되, 일정 기간 진료비를 지원하는 등 연속성을 유지하는 방안을 강구한다.

나. 의료비지원 사업 및 예방접종

앞의 [그림 4-1]에서는 보건소가 담당하는 영역과 생활터 및 대상 인구 집단을 행렬로 하여 사업을 제시한 바 있다. 이들 영역 가운데 각종 ‘의료비지원’은 단일 영역으로는 가장 많은 종류의 사업을 포함하고 있다. 이

를 발췌하여 제시하면 다음 그림과 같다.

[그림 5-3] 보건소 수행 업무 사례 중 의료비지원 사업

의료비지원	난임부부 수술비 지원, 선천성 난청검사 및 보청기 지원, 미숙아 및 선천성 이상아 의료비 지원, 영유아 발달장애 정밀진단비 지원	소아암환자 의료비지원, 저소득 어린이 눈 수술비 지원, 청소년 산모 임신·출산 의료비 지원, 희귀 난치성 질환자 의료비 지원	성인 암 의료비 지원, 희귀 난치성 질환자 의료비 지원, 치매검사비 지원, 치매치료관리비 지원, 의료급여 어르신 틀니 치과 임플란트 지원, 어르신 개안수술 지원, 어르신 무릎인공 관절 수술비 지원,	
	임산부, 영유아	아동·청소년	성인	어르신

자료: 한국건강증진개발원(2020a), p.18 그림 중 발췌.

의료비지원 사업은 질병이나 대상자별로 매우 다양하지만, 기본적인 업무 과정은 유사하다. 지원자격을 갖춘 대상자가 신청하면 선정기준에 부합하는지를 판단한 후 현물 또는 현금을 지급한다. 그렇지만 의료비지원 사업을 보건소의 기능과 업무라고 보기는 어렵다. 이 때문에 보건소의 표준 업무 분류체계를 다룬 선행연구에서도 각종 의료비 지원사업과 출산장려금 지원은 「지역보건법」상 보건소의 기능과 업무로 분류되지 않는 ‘미분류’로 정의되었고(권근상 외, 2018, p.158), 코로나19 이후 조사에서도 이관 필요성이 제안되었다(윤영근 외, 2021, p.217). 현재 보건소 종사 인력들 역시 의료비 지원사업이 앞으로 강화해야 할 보건소 기능이라고 보는 인식이 낮았다. 감염병 예방관리와 건강증진서비스를 제외한 업무 가운데 강화가 필요한 기능에 대한 2021년 조사에서 응답자들은 의료비 지원사업을 25개 사업 중 21위(5점 만점 중 3.32점)로 꼽았다. 참고로 최하위는 건강검진사업(3.30점)이었으며, 진료서비스(3.31점), 진료지원(3.31점) 등 일반진료 관련 업무 역시 강화 필요성이 낮았다(신준호 외, 2021, p.49).

따라서 의료비지원을 위한 행정업무는 법적으로나, ‘공중보건’이라는 개념으로나 보건소가 수행하기에 적합하지 않은 측면이 있으므로 더 적절한 기관이 있다면 이관하는 것이 타당하다. 다만, 업무를 이관받는 기관 입장 역시 업무의 가중과 책임소재 등의 문제가 있고, 사업별로 법적 근거에서부터 대상자의 특수성 등 다양성이 높기 때문에 전면적인 일관 이관보다는 기관별 특성과 강점에 맞도록 정부와 지방자치단체가 협의할 필요가 있다.

〈표 5-2〉 보건소 업무경감 및 효율화 대상 사업

구분	사업명	수행주체	개선안
주민 접근성 제고 및 단순 행정업무는 관련 기관으로 이관	•산모신생아 건강관리지원 •출산축하금 지원 •청소년 산모 임신·출산 의료비 지원 •저소득층 기저귀·조제분유 지원	보건소 →주민센터	주민등록전산망 이용 편의, 신청자 접근성 등을 감안하여 보건소에서 주민센터로 사업 이관
국비지원사업과 중복 자체사업 폐지 권고	•노인 의치(틀니) 지원사업	보건소	만 70세 이상 노인 틀니지원 사업이 보험급여와 중복사업이므로 폐지 권고
건강검진 사후관리 강화를 통한 업무효율	•일반건강검진비 지원 •영유아건강검진비 지원 •암조기검진	보건소 →건강보험공단	건강보험공단은 수검 독려 등 사업관리, 보건소 정보(검진결과) 제공 수행, 보건소는 사후관리 중심으로 업무 수행체계 정비
대상자 선정·집행 등 사업수행절차 효율화	•난임부부수술비지원 •희귀질환자 의료비지원사업 •미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원사업 •선천성대사이상검사 및 환아관리 •암환자의료비지원 •저소득가정 어린이 눈 수술비 지원	보건소 →건강보험공단	건강보험료를 근거로 지원대상 선정, 공단은 지원대상자 선정·지원 등 집행업무 수행 보건소는 건보공단, 서비스 제공기관 등에 대한 지도·감독기능 강화 등 사후관리 중심으로 전환

자료: 권근상 외(2018), p.180; 신준호 외(2021), p.87.

위의 표와 같이, 권근상 외(2018) 및 신준호 외(2021)의 연구를 참고로 할 때, 의료비 지원사업은 몇 가지 유형으로 나눌 수 있고, 유형별로

업무의 조정 방식을 제언할 수 있다. 우선, 지역주민들의 접근성 제고와 주민등록전산망을 이용하는 것이 더욱 효율적인 경우가 있다. 산모·신생아 건강관리지원과 출산축하금 지원 등이 그 예인데, 이러한 사업들은 읍·면·동 주민센터로 이관하는 것이 더 합리적이라 여겨진다. 건강보험료를 근거로 지원대상이 선정되거나, 건강검진과 같이 건강보험공단의 고유업무와 관련성이 높은 경우는 건강보험공단이 사업을 주관하는 것을 원칙으로 한다. 보건소는 지금과 같이 건강검진 대상자가 동의할 경우 그 결과를 받아 사후관리로 역할을 분담하고, 의·약무 행정기관으로서 서비스 제공기관에 대한 지도·감독 기능에 집중하는 것을 추진한다.

둘째, 보건소가 수행하고 있는 예방접종사업 역시 유사한 관점에서 접근할 수 있다. 보건소는 국가필수예방접종사업(NIP, National Immunization Program)에서 두 가지 역할을 담당한다. 즉, 내원하는 대상자들에게 ‘직접’ 예방접종을 수행하는 역할과 백신 공급자(백신조달계약업체/제약사/의약품도매상)와 의료기관 사이에서 안정적 수급을 관리하고 비용을 지급하는 등 일종의 관리자로서의 역할이다. 그런데 NIP에 포함되는 백신의 예방접종은 대상자들이 별도로 부담하지 않고 이루어진다. 따라서 보건의료자원이 상대적으로 충분한 도시지역의 경우 코로나19 같은 위기 상황이 아니라면 위탁의료기관 확대 등을 통해 보건소의 직접 접종을 감소시키는 것이 가능하다. 오히려 보건소는 백신 공급자와 활용처(의료기관) 사이의 수급을 안정화하고, 안전한 백신 수급이 이루어지도록 관리·감독하는 기능에 전념할 필요가 있다.

물론 보건소가 모든 NIP백신을 직접 관리하는 것은 아니다. 그러나 최소한 보건소로 직접 납품된 후 의료기관에 배분되는 백신에 대해서는 ‘표준화된 공급 관리 지침’이 필요하다는 의견(채수미 외, 2020)과 함께 2020년 발생했던 독감백신 유통의 위탁-재위탁 과정에서 발생한 ‘상온

배송·접종중단' 사태를 통해 제기된 국가의 백신관리책임 강화 주장(신선미, 2020) 등을 볼 때 NIP백신의 직접접종 중단과 관리기능 강화는 신·변종 감염병의 잦은 출현을 고려할 때 질병관리청과 보건소, 백신 공급자, 위탁의료기관 간의 역할분담 논의가 필요한 시점으로 생각된다.

3. 고유업무로서 유지하면서 강화할 기능

가. 감염병 예방관리

MERS, 신종플루, 코로나19 등 일련의 신·변종 감염병이 주기적으로 유행하여 사회경제에 타격을 주고, 국민건강을 위협하자, 방역의 중심기관인 보건소에 감염병 전담 인력을 대폭적으로 증원하고 '감염병대응센터' 같은 전담조직을 설치하여 예기치 못한 공중보건 위기 상황은 물론 일상적 감염관리까지 강화하는 계기로 삼아야 한다는 의견이 많은 연구에서 주장되었다. 앞의 제3장 제2절에서 살펴보았던 코로나19 유행 이후 보건소 조직과 기능 개편 논의에 대한 선행연구에서도 예외없이 감염병 전담조직의 별도 설치와 확대를 보건소 조직 개편(안)과 조직도에 반영하고 있음을 확인할 수 있다.

감염병 예방관리는 원래 공중보건을 담당하는 보건소의 고유한 업무 영역이며, 의학적 '치료'를 제외한다면 방역에서 보건소를 대체할 수 있는 기관과 조직은 없다. 사실 2015년 MERS 유행 이후 수립된 『국가방역체계 개편방안』은 신종 감염병의 유입과 확산에 대비하고 응급실을 비롯한 의료기관에서의 감염 환경 개선 등의 측면에서 의미있는 계획을 담고 있었다(국무조정실, 2015). 다만, 여기서는 감염병 대응기관으로서 보건소의 역량 강화와 조직 개편에 대한 논의는 이루어지지 않았다. MERS 이

후 코로나19가 유행하기 이전까지 보건소가 신·변종 감염병 대응역량을 갖추기 위한 정책적 여건은 상대적으로 부족했던 셈이다.

그러한 점을 교훈 삼아 볼 때, 코로나19를 계기로 보건소를 비롯한 지역보건기관의 감염병 예방관리 기능을 강화하여 예상치 못한 신·변종 감염병과 일상에서의 감염 관리 대응력을 높인다는 취지와 원칙에 전적으로 동의할 수 있다. 다만, 보건소의 기능 강화가 감염병 예방관리에만 국한되지 않기 위해서는 다음과 같은 점들에 대한 고려도 필요하므로 제언하고자 한다.

첫째로, 보건소 종사인력의 고용형태와 투입되는 사업에 대한 고려이다. 보건복지부 발표에 따르면, 보건소에는 2021년부터 2022년까지 총 1,573명의 정규직 인력이 확충된다(보건복지부, 2021a). 오래전부터 지속해서 보건소 인력 확충 요구가 있었던 것을 고려한다면, 보건소 1개소당 약 6.1명의 정규직 인력이 증가하는 이러한 확충은 코로나19 유행이 없었다면 기대하기 어려운, 매우 획기적인 것으로 평가할 수 있다.

그런데 바로 그 점에 이번 확충의 보완점이 있다. 즉, 확충되는 인력은 감염병 대응 업무에 투입될 인력으로 여겨지는데, 방역 현장인 보건소에서는 이미 [정규직 인력-방역/의·약/행정 업무], [계약직 인력-건강증진/지역보건 업무]라는 고용형태별 업무 구조가 작동하고 있다. 코로나19 유행 이전에도 기간제근로자, 무기계약직, 임기제공무원이 보건사업에 투입되는 비율이 각각 70.3%, 66.3%, 50.4%로 절반을 상회했다(권근상 외, 2018, p.82). 코로나19라는 위기 대응에서 이러한 고용형태별 업무 구조의 문제점이 지적되었다. 보건소 현장에서의 정규직 인력과 계약직 인력의 업무 차이에 대한 지적과 의견(김주연, 2021; 김연희, 2021; 최지민, 2021)은 모두 보건소 인력에서 계약직이 차지하는 높은 비중과 아울러, 이미 보건소의 주력사업으로 자리 잡은 건강증진 등 보건사업에서의

계약직 운용, 정규직 인력만으로 코로나19 위기에 대응해야 하는 경직적 운용에 대한 어려움을 토로하고 있다. 코로나19 이후 감염병 예방관리를 위한 추가적인 정규직 인력 확보 주장과 통합건강증진사업, 치매안심센터, 자살예방 및 정신건강센터 인력의 정규직 전환과 충원을 요구하는 주장이 함께 제기되고 있다는 점(신준호 외, 2021)에 주의를 기울일 필요가 있다. 물론 공무원의 정규직 인력 확보는 쉽지 않은 과정이다. 따라서 꼭 감염병 예방관리가 아니더라도 보건소 업무 가운데 우선순위가 높은 사업을 중심으로 고유업무화를 추진, 정규직 T/O에서 우선 적용하거나, 기 채용된 인력에 대한 업무교육을 통해 위기-평시 상황에 따라 유연하게 인력을 운용할 수 있도록 하는 것을 먼저 검토할 수 있겠다.

또 한 가지, 사소해 보이지만 확인이 필요한 것은 보건복지부가 보건소 정규인력을 배정하더라도 실제 보건소 정원에 반영되기 위해서는 지자체의 조례 개정이 필요하다는 사실이다(보건복지부, 2021a). 가정이긴 하지만 지자체 상황에 따라 조례 개정이 지연되거나, 최악의 경우 개정이 이루어지지 않아 배정된 인력이 허수가 될 가능성이 남아 있다. 따라서 배정된 인력이 실제 보건소 인력 확충으로 이어지는지 모니터링하는 과정도 중요하다.

둘째로, 전국 256개 보건소, 또는 대도시 지역만이라도 보건소에 모두 ‘감염병대응센터’를 설치하는 것을 효과성과 효율성 측면에서 검토할 필요가 있다. 예를 들어 김영택 외(2022)의 연구는 비록 조직과 인력 규모를 ‘최대 버전으로 가정하고 지역 상황에 따라 조정하여 적용할 필요’를 전제하기는 하지만 보건소에 ‘과’ 단위의 감염병대응센터를 설치하고 지역 인구에 따라 28~44인의 인력배치를 제시한다.

감염병대응센터는 우선 지역사회에서 컨트롤타워 역할을 함으로써 감염병 대응 역량을 강화하고, 기존에는 한계가 있던 의료감염 관리나 감염

위험 지역·시설·기관·인구집단 선제적 관리, 위기소통 등을 개선하는 효과가 있을 것으로 기대할 수 있다. 다만, 이를 실현하기 위해서는 보건소 기능이 감염병 예방관리에 집중하는 형태로 재설정되거나 인력 확충의 규모가 더 커져야 할 것으로 여겨지는데, 현실적 어려움과 함께 감염 이외 다른 영역과의 확충의 형평성도 검토의 여지가 있다고 하겠다.

〈표 5-3〉 지역 인구 규모별 보건소 (가칭)감염병대응센터 필요인력 제안

인구 규모	필수업무 수행을 위한 필요인력	추가 및 강화된 업무를 위한 필요인력	총인력
인구 10만 미만	20~24인	8인	28~32인
인구 10만~40만 미만	25~29인	8인+역학조사관 1인	34~38인
40만 이상	30~34인	8인+역학조사관 2인	40~44인

자료: 김영택 외(2022), p.149.

만약 인력 확충 등에 한계가 있다면, 개별 지역이 보유한 방역 인력 등 자원 현황과 감염위험도 등을 고려, 적절한 수(3~5개)의 보건소를 묶어 권역 단위에 ‘(가칭)거점감염병센터’를 운영하는 방안을 제안해보고자 한다. 이때 권역은 『공공보건의료기본계획』에서도 활용한 70개 중진료권(보건복지부, 2019a)을 적용할 수 있다. 70개 중진료권은 의료이용량과 의료기관까지의 거리 등을 기반으로 설정되는데, 중장기적으로는 코로나 19 유행 대응과정에서 축적된 지역 내 감염 위험도, 이동패턴, 감염취약 인구집단구조 등을 추가하여 호흡기감염병에 관련된 권역 설정도 가능하리라 생각된다.⁵⁰⁾

50) 참고로 『응급의료기본계획』 수립 연구도 『공공보건의료계획』 70개 중진료권과 ‘응급의료진료권’을 중합, 응급의료인프라 확충 근거 마련에 활용하고 있음(한국보건사회연구원, 2022).

〈표 5-4〉 감염병 유행 시나리오별 지역사회 감염병대응조직 운영방안(안)

	1단계	2단계-①	2단계-②
상황	평상시 또는 산발적인 지역사회 감염	지역사회 대규모 집단감 염(공중보건 위기)	지역사회 대규모 집단감 염(공중보건 위기)
운영 방식	• 권역별로 거점감염병센 터를 운영할 보건소를 사전 지정 • 일상적 감염병 대비, 지 역사회 감염취약지점 발굴 및 대응 등 • 다른 보건소에는 코로나 19 이전의 감염관리 인 력을 두고, 확장된 인력 은 건강안전망 운영 등 필수보건사업에 활용	• ‘심각’단계 발령 시 거 점감염병센터 운영은 최소화하고 각 지자체 별 감염대응조직 구성· 운영 • 각 보건소는 건강안전 망 운영을 최소화하고 감염병 대응인력으로 전환	• 거점감염병센터 운영 보건소를 감염병 대응 거점보건소로 지정하고, 대규모 선별진료소 운 영, 긴급대응팀 설치, 긴급 역학조사 등의 업 무 부과 • 각 보건소는 감염병 대 응체계로 전환하되, 호 흡기전담클리닉 운영, 필수 보건사업 유지 등 의 업무 수행
인력	운영 보건소에 별도 인력 배정+권역 내 보건소 순 환보직 파견으로 20~30 명 운영	최소 운영인력을 제외하 고 원래 종사 지역 보건 소 복귀	거점감염병센터 인력을 그대로 활용
지원	거점감염병센터 운영 보건 소에 별도 예산·인력 지원	코로나19에서와 같이 긴급 방역 지원	별도 예산 및 인력 지원

(가칭)거점감염병센터는 위의 표와 같이 유행 시나리오에 따라 2~3가지 운영 원칙을 고려할 수 있다. 평상시와 산발적인 지역 감염으로 위험도가 낮은 시기에는 감염취약지 관리, 감시체계 운영, 각종 위기 대응 지침의 검토, 지역책임의료기관 및 시도 감염병관리지원단 연계 등의 업무를 수행한다. 대규모 집단감염이 발생하고 위기 단계가 ‘심각’일 때에는 방향성을 두 가지로 다르게 가져갈 수 있다. 대유행 시기에는 권역 단위 조직이 오히려 ‘옥상옥(屋上屋)’ 조직이 되어 비효율적일 수 있기 때문이다. 우선 권역 단위의 활동 대신 지자체별 대응조직 강화로 선회할 수 있도록 탄력성을 부여하는 것이다. 또는 (가칭)거점감염병센터를 운영하는 보건소를 (가칭)감염병 대응 거점보건소로 지정하고 코로나19 대응 경험을 반영한 대규모 선별진료소 운영, 긴급 대응팀, 긴급 역학조사 등의 권

역 단위 업무를 부과하는 것이다. 다만, 이 경우는 개별 지자체 보건소의 감염병 대응 역량을 보강하기 위하여 다른 보건사업 등에 배치되었던 인력 활용의 탄력성을 적극적으로 허용한다.

감염병 예방관리와 관련하여 몇 가지 제언을 간략하게 덧붙이고자 한다. 첫째, 현재 「지역보건법 시행규칙」은 보건소를 비롯한 지역보건기관에 ‘면허 또는 자격’에 따른 최소 인력 배치 기준을 두고 있는데, 여기에는 감염병 대응과정에서 기능적 사각지대가 존재할 개연성이 있다. 예를 들어 「감염병예방법」에 기초지자체에 두게 되어 있는 역학조사관은 지역 상황에 따라 운용하지 못하는 곳이 있다(최지민, 2021). 둘째, 인력 배치 기준 이외에 최소한 보건소 시설 기준을 설정하는 것에 대해 고려가 필요하다. 평상시에는 큰 문제가 없지만 감염병 유행기에 대면접촉이 제한되어야 하는 상황이라면 동선 분리, 방역 물품의 최소 구비 기준(minimum requirement)이 필요하다. 셋째, 선행연구 및 위 내용에서 언급된 ‘(가칭)감염병대응센터’, ‘(가칭)거점감염병센터’ 등은 공중보건과 지역보건의 속성을 반영할 수 있도록 명칭을 개선할 것을 제언한다. 현재 명칭은 의료 기관에 설치되는 조직과 구분하는 데에 어려움이 있을 수 있다.

나. 재난·응급 등 공중보건 위기 상황 대응

「지역보건법」에 규정된 보건소의 기능과 업무에는 재난이나 응급상황 대응이 포함되어 있지 않다. 그렇지만 「공공보건의료에 관한 법률」은 공공보건의료기관이 수행하는 ‘공공보건의료사업’의 한 종류로서 ‘발생 규모, 심각성 등의 사유로 국가와 지방자치단체의 대응이 필요한 감염병과 비감염병의 예방 및 관리, 재난으로 인한 환자의 진료 등 관리, 건강증진, 보건교육에 관한 사업’을 규정한다(제2조 제2호 다목). 지역보건기관은

이상의 내용을 바탕으로 할 때 재난에 대응하는 보건소의 역할은 크게 두 가지로 구분할 수 있겠다. 즉, 재난이 발생하기 이전에 대응자원을 비축하고 신속대응반을 구성하여 준비하는 것과 실제 재난이 발생한 시점부터는 재난 수준에 따라 응급의료소를 운영하는 등 현장에서 필요한 보건의료서비스를 제공하는 것이다.

이렇게 볼 때 보건소의 재난대응체계 자체는 어느 정도 갖추어져 있다고 볼 수 있다. 그러나 실제 재난에서 보건소가 어떠한 역할을 수행했는지에 대한 자료는 감염병 재난에 대한 대응을 제외하고는 많지 않다. 지진, 산불, 풍수해, 각종 사고에서 보건소가 실제로 대응한 자료는 찾아보기 어렵다. 가장 최근의 사회재난이라 할 수 있는 ‘이태원 사고(2022.10.29.)’에 관련된 각 보건소의 활동도 주로 정신적·심리적 트라우마에 대한 심리상담과 지원 정도만이 부각되어 있는 정도이다.

재난 대응은 공공보건의료기관으로서 보건소의 고유업무에 속하지만 내실 있는 재난교육 이수 등 역량 제고 측면에서는 현실상의 한계가 있다. 보건소 직원들의 재난대비역량에 대한 한 연구는 역량 자체가 낮은 편에 속하며(5점 만점에 2.77점), 특히 CBRNE⁵¹⁾ 영역이 가장 낮은 것으로 보고하고 있다. 반면, 재난과 관련한 교육훈련이나 기본심폐소생술(Basic Life Support)을 받은 경우에는 재난대비역량이 유의하게 높아졌다(이영란·이명하, 2016). 보건소 종사자에게 감염병이나 응급처치 등은 보유한 전문지식의 영역이다. 그렇지만 그 이외의 원인으로 발생하는 사회재난에 대응력이 취약할 수 있다는 점을 보여줌과 아울러 평상시 재난대응 교육의 중요성을 보여주는 결과이다. 보건소 신속대응반에 관련하여서도 시급하게 해결해야 할 문제의 1~3위가 ‘전담인력 부족’, ‘전문

51) 화학·생물·핵·폭발물질(chemical, biological, radiological, nuclear, high-yield explosive agents)을 의미함.

성 결여’, ‘잡은 인사이드’이라는 점(염석란 외, 2019, p.100) 역시 재난 대응의 전문성 부족과 이를 만회할 내실 있는 교육의 필요성을 방증하고 있다.

보건소의 재난 대응 역량 제고와 기능 강화는 원칙적으로 필요하다. 그러나 현재와 같은 누적적체식 업무구조와 부족한 인프라 상황에서 단기 간에 높은 수준의 재난 대응 역량 제고를 기대하기에는 현실적인 한계가 있다. 특히 장기간 지속되고 있는 코로나19 대응은 다른 자연재해나 사회 재난에 대한 대응역량 보유에 저해요인으로 작용하고 있다. 그렇지만 누적된 사업을 정리하면서 단계적으로라도 보건소의 재난 대응 기능을 강화할 필요가 있다. ‘밀집’을 특징으로 하는 도시 환경은 항상 사고의 위험성을 가지고 있으며, CDC가 긴급상황실(EOC)을 가동하여 대응한 상황에 대통령 취임식이나 올림픽, 전당대회 등 대형 행사가 포함되어 있다는 점(탁상우, 2020; 윤강재 외, 2021, p.21 재인용), 2022년 10월에 발생한 ‘이태원 사고’ 사례는 공중보건 위기 상황으로서 재난에 대한 주의 환기와 역량 제고를 요구하는 지점이기 때문이다.

재난에 대응하는 보건소 기능 강화를 위해서는 「지역보건법」을 개정하여 재난 대응을 보건소의 기능 및 업무로 추가하는 것을 고려할 수 있다. 물론 보건소가 모든 재난 상황을 전담하여 대응해야 하는 것은 아니므로 전술했던 「공공보건의료에 관한 법률」에 규정된 문구(재난으로 인한 환자의 진료 등)를 원용하는 수준이면 충분하겠다고 여겨진다.

일부에서는 보건소가 보유해야 할 인력으로서 응급구조사를 의무화해야 한다는 지적(김성진, 2022)도 있다. 현재 지역보건기관의 인력 배치 기준은 ‘보건의료원이 설치된 군’에 한해 응급구조사 1인을 배치하게 되어 있다. 보건의료원은 입원 기능을 갖춘 의료기관이고 응급의료 기능을 수행하므로 응급구조사의 배치가 필요하다. 그렇지만 모든 보건소에서

응급구조사를 의무고용하기에는 현재 보건소 인력 부족 현상을 해소하지 않는 이상 현실적 한계가 있으리라 생각된다. 따라서 기존 인력을 대상으로 재난 및 응급 상황에 대해 내실 있는 교육을 수행하고, 도상훈련 등을 통해 ‘실전감각’을 유지하는 것을 차선택으로 검토해야 한다.

이와 관련하여 비록 서울시에 국한되기는 하지만 국민들이 어떤 재난과 사고에 위험도를 높게 느끼는지에 대한 의미 있는 조사가 발표되었다. 2020년의 경우에는 코로나19의 영향으로 감염병이 1위였지만, 보건의료 영역이 ‘응급상황’으로 인식하여 개입할 만한 위험요인은 감염병과 자연재해(10위) 정도였다. 그런데 2021년에는 감염병의 순위는 떨어졌지만, 보건의료 영역이 지원해야 할 위험요인이 미세먼지, 교통사고, 화재, 폭염, 붕괴, 생활환경 화학물질사고, 한파 등으로 대폭 증가하였다(신상영, 조권중, 남현정, 김상균, 2021).

[그림 5-4] 위험도가 높은 것으로 인식된 재난·사고 유형

순위	신종대형도시재난 설문조사 (2016년 8~9월)	안전도시 서울플랜 설문조사 (2017년 1~2월)	서울서베이 (2020년 9~10월)	금번 설문조사 (2021년 10~11월)
1	대기오염 (미세먼지 등)	대기오염 (미세먼지 등)	감염병	미세먼지
2	폭염	성폭력범죄	실업	개인정보 유출/침해사고
3	황사	황사	사회갈등	감염병
4	지반함몰(땅꺼짐)	강도·살인	부정부패	교통사고
5	도로교통사고	도로교통사고	경제위기	생활·강력범죄 (폭력, 절도, 성폭력, 강도 등)
6	감염병	폭력범죄	인터넷 상의 괴롭힘	화재
7	정보시스템 피해	감염병	폭력범죄	폭염
8	붕괴	지반함몰(땅꺼짐)	컴퓨터 바이러스, 해킹, 사이버보안, 개인정보유출	붕괴
9	화재	붕괴	안보	생활환경 화학물질 사고
10	폭발	철도·지하철 사고	자연재해	한파

자료: 신상영 외(2021), p.65.

2021년 서울시 조사결과에서 보인 특징은 기후변화/기후위기 관련 요인(미세먼지, 폭염, 한파)의 증가이다. 그렇다면 최소한 보건소 종사자들에게는 이들 영역에 대한 대응교육을 강화할 필요가 있다. 앞의 제3장에서 WHO 국제보건규칙(IHR)이 규정하는 ‘공중보건 위기’의 속성 중 하나를 취약집단의 존재로 들었다. 그런데 폭염이나 한파 사례에서 알 수 있듯이 기후변화는 취약계층에 더 큰 피해를 준다. 보건소가 수행하는 방문건강관리사업에서 계절별로 기후변화/기후위기와 관련된 서비스 내용이 포함된 것도 참고할 수 있다.

〈표 5-7〉 계절별 주요 방문건강관리 서비스 내용

월	주요 내용	비고
1~2월	- 겨울철 한파 대비 건강관리 - 건강검진 안내 및 결과상담	폭염 및 한파, 재난 시 미리 확보한 주요 건강관리대상자에게 우선 전화를 통해 상태 확인 후 필요 시 방문
3~5월	- 환절기 황사 및 미세먼지 대비 건강관리 - 재난 대비 건강관리	
6~8월	- 식중독 예방관련 건강관리 - 여름철 폭염, 호우 대비 건강관리	
9~10월	- 환절기 황사 및 미세먼지 대비 건강관리 - 재난 대비 건강관리 - 인플루엔자 예방접종 등 안내	
11~12월	겨울철 한파 대비 건강관리	

자료: 보건복지부·한국건강증진개발원(2021b), p.18.

재난 대응을 단계별로 나누자면, 예방-발생 시 대처-복구·복원으로 볼 수 있는데, 복구·복원 단계에서 보건소가 해야 할 역할을 규정할 필요가 있다. 현재 보건소가 트라우마에 대한 심리상담을 제공하는 것은 사후 복구·복원의 좋은 사례이다. 심리상담뿐만 아니라 풍수해 이후 수인성 감염병이나 식품매개 감염병이 발발할 수 있고, 폭염이나 한파, 미세먼지는 취약계층의 건강을 악화시키는 등 공중보건 측면에서 접근할 지점이 있으므로 이에 대해 준비해 나가야 할 것이다.

3. 기반을 구축하면서 강화할 기능: 지역사회 자원 연계·협력

공중보건의 역사와 변화 양상을 고찰했던 제3장에서 현대 공중보건의 달성해야 할 목표를 형평성(equity)으로 설정하면서 그 방식을 ‘연계’ 또는 ‘부문 간 협력’을 의미하는 ‘네트워크’에 두고 있음을 언급한 바 있다. 보건의료 분야의 한정된 자원과 갈수록 세분되고 있는 전문화 양상을 고려할 때 연계와 협력은 필수적이라고까지 할 수 있다. 보건소를 비롯한 지역보건의료기관을 포괄하는 법정계획인 「공공보건의료기본계획」이 ‘협력 및 지원 기반 확대’를 11개 과제 중 하나에 포함하고, 연계·협력과 관련한 2개 세부 과제⁵²⁾를 두고 있는 것(보건복지부, 2021c)도 이러한 판단에서 기인한 것으로 이해된다.

연계·협력은 현대 보건의료체계가 지향하는 환자중심성(patient-centeredness) 또는 사람중심성(people-centeredness) 구현과도 관련이 높다. 건강을 보장하기 위한 일련의 과정을 흔히 [예방-치료-재활]이라는 구조로 설명하는데, 환자에게 이 과정은 한 명이 연속적으로 겪는 과정이지만, 서비스 공급자는 과정별로 독립된 분절적 과정이다. 따라서 한 과정에서 다음 과정으로 이행할 때 공급자 간 연계가 잘 갖추어져 있지 않다면 ‘전환과정 공백(gap in the service transition)’이라는 사각지대의 여지가 발생한다. 이는 특히 사적(私的) 대응 자본이 부족한 고령자, 장애인, 기초생활보장 수급자 등 취약계층에게 더욱 중요한 문제이다. 참고로 저출산고령화 대응에서 보건의료 영역이 견지해야 할 정책 방향 가운데 하나가 ‘지역사회 중심의 연속적·통합적 보건의료체계 구축’이다(관계부처 합동, 2020, p.103). 이는 수요자를 중심에 두고 서비스 제

52) ① 공공보건의료 협력·지원 체계 구축 ② 책임의료기관 중심 필수보건의료 협력 기반 확대

공기관들을 연계라는 관점에서 묶어내겠다는 정책적 의지를 표명했다고 할 수 있다.

앞에서 향후 지역보건의료기관이 중점을 두어야 할, 회복탄력성을 갖추어야 할 필수 기능(core function)의 하나로서 방문건강관리와 퇴원 후 연계사업을 제안하였다. 이 두 사업은 앞으로 공중보건 위기 상황에서도 중단됨없이 제공되어야 하는 사업이며, 한국지역보건체계가 더욱 강화해야 할 사업이다. 보건소에 국한된 것은 아니지만, 「공공보건의료기본계획」에서 2021~2025년 기간 동안 공공보건의료기관들의 연계·협력을 강화해야 할 사업들의 로드맵을 제시한 것을 보면 다음과 같다.

〈표 5-8〉 책임의료기관 연계·협력사업 분야 확대 계획(안)

구분	필수보건의료 분야							자원 연계	
	급성기 퇴원환자 연계	중증 응급질환 협력	감염 및 환자안전	정신 /재활	산모 /신생아 /어린이	일차 의료·돌봄	취약계층	교육	인력
2021년	필수	필수	필수	선택	선택	선택	선택	선택	선택
2022년	필수	필수	필수	필수	선택	선택	선택	필수	선택
2023년	필수	필수	필수	필수	필수	선택	선택	필수	필수
2024년	필수	필수	필수	필수	필수	필수	선택	필수	필수
2025년	필수	필수	필수	필수	필수	필수	필수	필수	필수

자료: 보건복지부(2021c), p.41.

방문건강관리사업은 「지역보건법」 제11조가 규정⁵³⁾하는 보건소의 업무이기도 하다. 보건소를 방문하기 어려운 주민들을 ‘방문하여(찾아가서)’ 서비스를 제공하는 것인데, 만 65세 이상 노인, 기초생활보장 수급자, 차상위 계층, 독거노인, 다문화 가족, 한부모 가족, 북한이탈주민, 장애인, 재가 암환자 등을 우선순위 고려 대상으로 한다(보건복지부·한국전

53) 「지역보건법」 제11조 제1항 제5호 사목은 보건소의 기능 및 업무 중 하나로서 ‘가정 및 사회복지시설 등을 방문하여 행하는 보건의료 및 건강관리사업’을 규정하고 있음.

강증진개발원, 2020). 물론 보건소만이 가정을 방문하여 건강관리를 제공하는 형태의 서비스를 제공하고 있는 것은 아니다. 장기요양서비스의 일환으로도 방문간호가 제공되며, 서울시 등에서 시작되어 확대되고 있는 ‘찾아가는 동 주민센터사업(이하 “찾동사업”)’에서도 방문간호가 이루어진다. 의료기관이 제공하는 ‘가정간호’ 역시 방문간호에 포함된다고 하겠다. 따라서 여기서는 지역보건기관, 특히 보건소가 제공하는 방문간호 서비스에 초점을 맞추고자 한다.

방문건강관리사업은 보건소의 고유기능이자 업무이다. 따라서 형식적으로는 지역사회통합건강증진사업의 일환이지만, 전국의 거의 모든 보건소가 사업에 참여하고 있다. 실제 본 연구에서 분석한 PHIS 자료에서도 2019~2021년에 1개 보건소를 제외한 전체 보건소에 방문건강관리사업의 실적이 탑재되어 있음을 확인할 수 있다. 다만 같은 기간 동안 방문건강관리사업 이용자의 수는 연인원을 기준으로 13.5%, 실인원 기준으로 13.7% 감소하였다.

〈표 5-9〉 전국 보건소의 방문건강관리사업 실적(2019~2021)

(단위: 명, %)

구분	2019년			2020년			2021년		
	연인원	실인원	취약계층 비율 ¹⁾	연인원	실인원	취약계층 비율	연인원	실인원	취약계층 비율
특·광역시 자치구	30,416	6,637	9.1	37,090	6,545	10.1	30,415	5,741	11.0
인구 50만+행정구	27,469	4,496	10.5	26,540	4,321	11.3	20,695	3,722	12.4
도농복합형	23,172	4,177	10.1	23,865	4,147	10.9	17,714	3,556	11.8
균형	15,864	2,758	15.5	17,270	2,800	16.2	13,085	2,460	17.4
보건의료원형	13,254	2,207	15.4	15,580	2,179	16.3	12,157	2,056	17.6
계	23,291	4,421	11.6	25,726	4,373	12.4	20,148	3,815	13.5

주: 1) 취약계층=65세 이상 독거노인 수+심한 장애 등록장애인 수+기초생활보장 수급자 수.

자료: 한국사회보장정보원, 지역보건의료정보시스템(PHIS) 실적 자료를 분석한 것이며, 취약계층 비율 산출을 위해서는 KOSIS의 통계 항목을 활용함.

인구고령화 추세 등을 고려할 때 향후 방문건강관리사업의 수요는 지속적으로 높아질 것으로 전망된다. 장기요양 방문간호서비스 이용률이 매년 증가세이고, 지역에서 개설되는 방문간호기관과 수급자 역시 급증하고 있다는 보도(이재원, 2022)가 이를 뒷받침한다. 실제로 지역사회의 취약계층 비율 역시 높아지고 있다. 본 연구에서는 65세 이상 독거노인, '심한 장애'를 가진 등록장애인, 기초생활보장 수급자를 취약계층으로 정의했는데, 이들이 지역사회에서 차지하는 비중은 2019~2021년 동안 11.6%에서 13.5%로 높아졌다. 현재 방문건강관리사업이 설정하고 있는 취약계층 범주, 즉 차상위 계층이나 다문화 가족 등을 추가할 경우 그 비중은 더욱 상향될 것이다.

이런 상황에서 전국의 대부분 보건소가 방문건강관리사업을 수행하고 있고, 코로나19가 유행 중이던 2020년 이후에도 불가피하게 이용자의 규모는 감소했을지라도 사업 자체가 지속적으로 이루어졌다는 점은 긍정적이다. 그러나 상대적으로 보건소가 담당하는 방문건강관리사업 이용자의 규모를 좀 더 확대하는 방향으로 지원이 이루어질 필요가 있다. 지역사회의 취약계층 비율이 증가 추세라는 점을 감안할 때도 보건소의 역할을 좀 더 높일 필요성이 충분하다. 특히 취약계층의 비율이 상대적으로 높은 농어촌(군형)에서 방문건강관리는 평상시라면 오히려 감염병 대응보다 높은 투자 우선순위를 가질 수도 있다.

물론 보건소만으로 지역의 모든 방문건강관리사업 수요를 담당할 수 없다. 따라서 민간 영역의 확장 역시 필요한데, 민간 영역의 경우 방문간호기관 개설자의 면허·자격 확인이 어려운 점(이재원, 2022)을 비롯하여 서비스의 '질'의 편차가 크다는 문제가 따른다. 따라서 보건소에는 대상자의 양적 확대와 아울러, 지역사회에 다른 방문건강관리사업에 관한 질적인 수준의 최소 표준(minimum standards)을 제시하고, 관내 방문건

강관리사업들이 최소 표준에 해당하는 서비스를 제공할 수 있도록 관리하는 기능을 갖추도록 해야 한다. 다양한 유형의 서비스 제공으로 수혜대상 중복되거나, 때에 따라 다른 분야와의 협업도 필요할 수 있기 때문이다.

이는 방문건강관리사업이 보건소의 핵심사업으로 격상되어야 하며, 인력 배치와 활용에서도 좀 더 우선적인 고려가 필요함을 의미한다. 공중보건 위기 상황에서도 단절이 일어나지 않도록 안정된 전담인력의 배치와 전반적 사업 조직 확장이 병행되어야 할 뿐만 아니라, 방문건강관리 인력의 감정노동에 대한 평가와 대응 역시 이루어져야 한다.

4. 지역보건기관에 대한 국가 책임 확대·강화

국가 책임의 확대·강화는 지역보건기관 기능 개선을 위해 이전부터 제기되어 온 방향성이었다. 이를 위해 인력과 예산 등 인프라 확충 지원을 늘리는 것을 비롯하여 중앙부처 내의 전담 부서 설치에 이르기까지 다양한 방법이 제시되기도 하였다(신준호 외, 2021).

사실 ‘지역보건’이라는 용어에는 이미 ‘분권화’의 의미가 내재해 있고, 지역 실정을 가장 잘 파악할 수 있는 기관이 정책을 기획하고 사업을 수행하는 것이 전제적인 추세에도 부합하고 이상적이다. 그러나 지역보건기관에 대해 국가는 지금보다도 더 많은 관심을 기울여야 한다. 그 이유는 두 가지로 정리할 수 있는데, 첫째, 현실에서 모든 지자체와 지역보건기관이 통일되고 일사불란한 대응을 해주었으면 하고 요구받는 사례가 존재한다는 점이다. 코로나19로 경험한 공중보건 위기 상황이 대표적인 예로서, 중앙정부의 방역정책은 지자체 방역정책의 기준이 된다. 결국 공중보건 위기상황에서 국가의 명확한 개입과 아울러, 평상시에 그 내용을

공유하고 있어야 함은 불가피한데, 코로나19 유행 초기 언론 등을 통해 지적된 지방자치단체 간 대응 혼선(안치영, 2020)은 이 점을 반증하는 사례이기도 하다.

둘째, 모든 지방정부가 동등한 물적 토대를 가지고 있지 않다는 점 역시 국가 책임에 정당성을 부여한다. 재정자립도나 보건의료 자원 분포에서 격차와 편중이 존재함은 이미 주지의 사실이며, 이는 지역 간 건강수준 격차에 유의한 영향을 미친다(한지연, 나백주, 이무식, 홍지영, 임남구, 2010; 윤희되 외, 2021). 중앙정부의 보건의료정책이 앞에서 제시한 가치, 즉 보편적 건강보장(UHC)과 회복탄력성(resilience)을 지향한다면, 이 점을 지역에 제시하고 협의를 통해 인프라 지원이나 기술지원에 나서야 한다. 그렇지 않다면 물적 토대가 약한 지역이 이를 자체적으로 해결하는 것은 한계가 있다.

지역보건기관에 대한 국가 책임 확대·강화를 위해서는 국가가 지역보건체계에 대한 비전과 발전 방향을 정립하는 틀을 갖추어야 한다. 이런 측면에서 현재 시·도 및 시·군·구로만 규정되어 있는 ‘지역보건의료계획’ 설립주체를 중앙정부로 격상하고, 우리나라 지역보건체계와 지역보건기관이 지향해야 할 가치와 중장기 비전을 표명하는 것을 고려할 수 있다.

일부 특수한 목적을 두고 있는 법률을 제외한다면, 우리나라 보건의료 분야 법률의 특징 중 하나는 ‘법정계획’ 수립 의무를 부과한다는 점이다. 보건복지부 소관 법률 가운데(보건의료 분야) 중앙 및 지방정부로 하여금 중장기계획 또는 시행계획을 수립하도록 의무를 부과한 것이 특수한 목적이나 기관을 대상으로 하는 경우를 제외하고 30여 개에 이른다. 이 중 중앙정부가 수립 의무에 명시하지 않은 것은 「지역보건법」상의 ‘지역보건의료계획’이 유일한 것으로 파악된다. 반면 지방정부는 4년 단위로 지역보건의료계획을 수립해야 한다.

〈표 5-10〉 보건의료 관련 법령의 중장기계획 수립 주체 현황

법령	계획	수립 주체		
		중앙정부	시·도	시·군·구
감염병의 예방 및 관리에 관한 법률	감염병의 예방 및 관리에 관한 기본계획	○	○	○
건강검진기본법	건강검진종합계획	○	-	-
공공보건의료에 관한 법률	공공보건의료기본계획	○	○	-
구강보건법	구강보건사업기본계획	○	○	○
국민건강보험법	국민건강보험종합계획	○	-	-
국민건강증진법	국민건강증진종합계획	○	○	○
국민영양관리법	국민영양관리기본계획	○	-	○
노인장기요양보험법	장기요양기본계획	○	○	○
모자보건법	모자보건기본계획	○	○	○
보건의료기본법	보건의료발전계획	○	-	-
보건의료기술진흥법	보건의료기술육성기본계획	○	-	-
보건의료인력지원법	보건의료인력종합계획	○	○	-
심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률	심뇌혈관질환관리종합계획	○	○	-
암관리법	암관리종합계획	○	○	○
응급의료에 관한 법률	응급의료기본계획	○	○	-
의료기기산업 육성 및 혁신의료기기 지원법	의료기기산업 육성 및 지원을 위한 종합계획	○	-	-
의료 해외진출 및 외국인 환자 유치 지원에 관한 법률	의료 해외진출 및 외국인 환자 유치 지원 종합계획	○	-	-
자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률	자살예방기본계획	○	○	-
전공의의 수련환경 개선 및 지위 향상을 위한 법률	전공의종합계획	○	-	-
정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률	정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 기본계획	○	○	○
제약산업 육성 및 지원에 관한 특별법	제약산업육성·지원종합계획	○	-	-
지역보건법	지역보건의료계획	-	○	○
천연물신약 연구개발 촉진법	천연물신약 연구개발촉진계획	○	-	-
첨단의료복합단지 육성에 관한 특별법	첨단의료복합단지 조성계획	○	-	-

법령	계획	수립 주체		
		중앙정부	시·도	시·군·구
첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률	첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 기본계획	○	-	-
한의학육성법	한의학의 육성·발전 등에 관한 종합계획	○	○	○
혈액관리법	혈액관리기본계획	○	-	-
호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률	호스피스와 연명의료 및 연명의료중단 등 결정에 관한 종합계획	○	-	-
환자안전법	환자안전종합계획	○	-	-
희귀질환관리법	희귀질환관리종합계획	○	-	-

자료: 국가법령정보센터(<https://www.law.go.kr/>)의 '기관별찾기-보건복지부'로 검색된 법령 (2022.6.7.검색) 중 중장기계획 수립 조항이 있는 법률을 가나다순으로 정렬한 결과임.

지방자치단체의 시행 결과를 평가하거나(지역보건법 제9조), 지역보건과 관련성이 높은 다른 법률상의 계획(예: 보건의료기본계획, 공공보건의료기본계획, 감염병예방관리기본계획 등)에 지역보건체계를 포함하는 방식도 국가의 책임을 강화하는 데 도움이 될 것이다. 그러나 법정계획을 수립하고, 집행하고, 평가하는 일련의 과정에서 정부 부처가 '수립' 단계에 참여하느냐, '평가' 단계에 참여하느냐는 의미가 다르다. 또한 다른 법률의 계획들은 주로 의료자원과 의료전달체계의 특성이 강하게 반영되기 때문에, '지역보건'으로서 견지되어야 할 비전과 계획을 담고, 지역보건기관에 대한 육성의지를 표명하는 것에는 한계가 있다.

중앙정부가 수립하는 계획에 지방자치단체의 세부적인 측면을 모두 반영할 필요는 없을 것이며, 다른 보건의료 법정계획들의 내용을 참고로 하여 다음과 같은 내용들을 중심으로 포함하도록 할 수 있을 것이다.⁵⁴⁾

54) 참고로 현행 「지역보건법」 제7조는 시·도지사 및 시장·군수·구청장이 수립해야 하는 지역보건의료계획에 담길 내용을 다음과 같이 규정하고 있음.

1. 보건의료 수요의 측정

- ① 지역보건 발전을 위한 기본 목표
- ② 지역보건을 둘러싼 정책환경 변화
- ③ 지역보건기관 지원
- ④ 지역보건 인력자원의 수급과 육성
- ⑤ 지역보건서비스 제공을 위한 전달체계
- ⑥ 지역보건 정보화와 통계, 예산

공중보건 위기 상황에서 현장대응기관의 의견을 직접 반영하는 통로를 마련하는 것도 지역보건기관에 대한 국가 책임을 강화하는 또 한 가지 방법일 수 있다. 위기 상황의 구체적 양상은 전국 256개 보건소마다 특수한 면들을 갖고 있지만, 정부의 여러 지침이 지역보건기관 입장에서 일관성을 가지고 있는지, 위기 극복을 위한 최고의사결정 거버넌스에 지역에 필요한 지원과 의견을 가감 없이 전달하는 기제를 마련하고 있는지는 통일된 대응과 지역의 참여 의지를 높이는 데 유리할 것으로 여겨진다. 코로나19가 유례를 찾기 어려운 위기라는 측면이 강하긴 했지만, 다양한 변이 발생 등 유행의 고비마다 정부의 대응지침과 메시지가 일관성을 가지지 못했다는 일선의 문제 제기(신준호 외, 2021; 이정현, 2022)는 개선지점으로 삼을 만하다.

이를 위해 지역보건기관이 위기 대응 거버넌스에 참여할 수 있는 구조를 고민할 필요가 있겠다. 예를 들어 공중보건 위기 상황에서는 「보건복지부 중앙사고수습본부 설치 및 운영 등에 관한 규정」이 적용된다. 여기에 지역보건기관을 대표할 수 있는 공무원 또는 종사 인력의 참여 여지를

-
2. 지역보건의료서비스에 관한 장기·단기 공급대책
 3. 인력·조직·재정 등 보건의료자원의 조달 및 관리
 4. 지역보건의료서비스의 제공을 위한 전달체계 구성 방안
 5. 지역보건의료에 관련된 통계의 수집 및 정리

두는 것이다. 이를 반영하여 고려할 수 있는 개선사항은 다음과 같다.

- 수습본부장이 개최할 수 있도록 하는 ‘상황판단회의’에 참석하는 “재난 및 사고 수습을 위해 필요한 관계 공무원”에 지역보건기관 종사자 포함(제7조 제2항 제2호)
- 공무원이나 유관기관 직원 등에게 재난이나 사고 대응을 위해 평상시 교육과 훈련 실시에 활용하는 ‘위기관리 매뉴얼’ 작성과 교육 등에 지역보건기관 종사자 참여(제9조)
- 위기경보가 심각 단계에서 파견받을 수 있는 공무원의 범위를 중앙부처에서 지자체 지역보건기관 종사자로 확장(제12조)

〈표 5-11〉 「보건복지부 중앙사고수습본부 설치 및 운영 등에 관한 규정」 중 지역보건기관의 거버넌스 참여 관련 조항

제7조(상황판단회의) ①수습본부장은 재난 및 사고의 **위기경보, 진행상황, 확산정도 등을 토대로 수습방향을 결정하기 위한 상황판단회의**를 개최할 수 있다.

②상황판단회의는 수습본부장, 수습본부부장, 총괄책임관(수습본부 상황실장)과 다음 각 호의 공무원 및 전문가를 참석하도록 하여 개최할 수 있다.

1. 재난 및 사고를 담당하는 과장급 공무원 및 국장급 공무원
2. **발생한 재난 및 사고의 수습을 위해 필요한 관계 공무원**
3. 발생한 재난 및 사고에 대한 전문지식을 갖춘 교수 등 관련 전문가
4. 그 밖에 수습본부장이 필요하다고 인정하는 사람

제9조(위기관리 매뉴얼 활용 등)② 수습본부장은 보건복지부 소관 재난이나 사고가 발생한 경우 체계적인 대응을 하기 위하여 **공무원이나 유관기관 직원 등의 관계자가 위기관리 매뉴얼의 내용을 이해하고 숙지하도록 평상시 교육과 훈련을 실시**하여야 한다.

제12조(수습본부 근무자 파견요청)① 수습본부장은 법 제15조의2제4항에 따라 재난관리 책임기관의 장에게 소속 공무원이나 직원을 **수습본부 상황실에 파견**할 것을 요청할 수 있다. 이 경우 다른 중앙부처에 소속된 공무원의 파견은 재난의 위기경보가 심각단계에 도달한 경우에 한하여 요청하는 것을 원칙으로 한다.

5. 지역보건 관련 정보 활용 제고

급속한 지식정보화 진행으로 정책의 기획·수립·집행·평가 등의 과정에

서 정보 활용이 차지하는 비중은 과거와 비교할 수 없을 정도로 높아졌다. 보건의료 분야 역시 예외가 아니다. 우리나라의 의료기술을 세계적인 수준으로 끌어올린 원인 가운데에는 국민건강보험을 통해 수집·축적된 질병과 치료, 건강행태 등에 대한 방대한 정보량과 우수한 질적 수준, 적극적 활용을 통한 근거 확보 등도 자리하고 있다 해도 무방할 것이다. 이런 측면에서 미래 공중보건 위기 대응을 위한 방안의 하나로서 지역보건 분야 역시 지금보다 적극적인 관점에서 정보 축적과 활용에 나설 필요가 있으리라 생각된다.

WHO가 코로나19로 야기된 필수 보건의료서비스(essential health service) 단절에 대응하기 위한 전략의 하나로 ‘디지털 플랫폼을 이용한 필수 보건의료서비스 전달(use digital platforms to support essential health service delivery)’을 제시하였음을 앞에서 언급한 바 있다. 그런데 WHO는 디지털 플랫폼 실행을 위한 핵심 과제(key actions)의 하나로 기술 제공뿐만 아니라 ‘의료기관 및 의료인과 지역사회 각종 자원의 적시·안전한 정보 교환’까지도 제시하고 있음(WHO, 2020; 윤강재 외, 2021)에 주목할 필요가 있다. 이를 바탕으로 공중보건 위기 상황에서 특히 취약계층의 건강보호를 위해 정보, 데이터, ICT 등을 ① 취약지점 발굴 ② 필수서비스 전달 ③ 보건의료 정보 연계에 초점을 두어 활용하는 것이 제언되기도 하였다(윤강재 외, 2021, p.84-85).

가. 지역보건의료정보시스템(PHIS) 활용도 제고

앞의 제4장에서 지역보건기관 현황 가운데 정보체계와 관련하여 PHIS를 간략하게 살펴본 바 있다. PHIS는 보건소를 비롯한 대부분의 지역보건기관이 활용하고 있으며, 각종 통합건강증진사업을 비롯한 19개 사업

을 관리하여 그 실적을 취합하고 있다. 따라서 지역보건과 관련한 정보 활용은 당연히 PHIS의 활용도를 높이는 데에서 출발하여야 할 것이다.

PHIS 활용도 제고를 위해서는 기존 체계에 지역보건기관의 인프라, 특히 인력과 재정 자료를 함께 탑재할 필요가 있다. 인력 자료의 경우 지역사회가 필요로 하는 사업을 위한 수요(예를 들어 독거노인, 장애인, 기초생활보장제도 수급자 등)를 종사자 1인이 얼마나 감당하고 있는지, 사업 실적의 추세에 따라 추가로 필요하거나 또는 감축하여 다른 영역으로 활용폭을 넓힐 수 있는지를 판단하는 시사점을 줄 수 있다. 현재 지역보건기관의 인력자료는 한국건강증진개발원이 취합·보유하고 있으므로 연계에도 큰 어려움이 없을 것으로 판단된다.⁵⁵⁾ 재정의 경우 지역보건기관에 투입되는 재원이 워낙 다양하게 구성되어 있어 일목요연하게 반영하기에 어려움이 존재하는 것이 사실이다. 그러나 재정은 실질적으로 정책을 실현하는 핵심요소(유혜영 외, 2021)이고, 예산편성과 투입에는 정책 우선순위 실현의 의지가 담기기 마련이므로 보건소 예산 또는 특정 보건사업에 대한 재정 추이만으로도 지역보건정책의 방향성을 가늠할 수 있다. 단 기간에 PHIS 내에 완전한 자료 구축이 어렵다면 사업별로 국고보조, 지방자치단체 매칭예산, 자체재원 등을 구분한 후 우선적으로 제공하고, 향후 특별회계나 기금 등으로 확대하는 방향성을 고려한다.

동어반복 같으나 PHIS 활용도를 높이기 위한 가장 좋은 방법은 PHIS를 활용한 실적이 많아지는 것이다. 효과적인 건강증진사업을 위해 PHIS를 활용하는 것이 효과적이라는 실증적인 연구결과(송현경, 2020) 등이 소개된 사례가 있으나, 아직은 기존 정책연구 등에서 지역보건기관의 현황을 제시하고 사업을 평가하기 위하여 PHIS를 활용한 경우는 많다고 보

55) 실제 현재 PHIS에는 한국건강증진개발원의 ‘모바일헬스케어 사업’ 관련 정보가 연계되어 있어, 연계 경험도 갖추고 있음(한국사회보장정보원, 2022, p.12).

기 어렵다. 여기에는 여러 가지 이유가 있겠으나 PHIS 이용자가 주로 지역보건기관 종사자에 집중되어 있어서 행정적 활용이 우선되어 있다는 점도 원인이다. 물론 PHIS는 효율적인 사업 수행을 위해 현장에서의 종사자 업무를 충실히 지원하는 데 일차적인 목적을 두어야 한다. 그렇지만 PHIS의 잠재력은 행정적 활용에 그치는 것이 아니라 다양한 지역사회자료와 결합할 수 있는, 지역보건사업의 종합적·공식적이고 신뢰성이 높은 실적 자료로 거의 유일한 자료라는 장점이 있다. 따라서 PHIS는 지역보건정책의 기획과 집행, 평가에 근거기반성을 부여할 수 있다. 이 점에서 PHIS의 가치는 ‘연계’를 통해 높아진다.

PHIS의 발전을 위해 수행되었던 선행연구들은 PHIS의 개선방향 가운데 하나로 공통적으로 ‘연계’를 들고 있다. 보건-의료-복지 분야 등의 시스템 연계가 주요 개선과제로 제시되었고(이건세 외, 2016), 분절적인 지역보건사업이 가지고 있는 한계를 극복하기 위한 대안으로 PHIS를 기관 간, 사업 간 연계에 활용하여 대상자 중심의 사업 수행체계를 구축하자는 의견도 제시되었다(윤기찬 외, 2020). 최근 발의된 「지역보건법」 개정안에서도 PHIS와 사회보장정보시스템, 사회서비스정보시스템, 감염병관리통합정보시스템 등 다른 정보시스템을 연계하고, 서비스 대상자에게 맞춤형 건강관리서비스를 제공하기 위한 근거 마련이 시도되었는데(오민호, 2022), 법안 통과 여부와는 별개로 PHIS 개선에 대한 일관된 흐름이 ‘연계’에 있음을 확인할 수 있다.

나. 지역사회정보의 결합·활용·개방

지역사회에는 PHIS 이외에도 각종 행정자료와 지역주민의 건강자료, 보건의료자원 등의 많은 정보가 존재한다. 코로나19 대응과정에서 우리

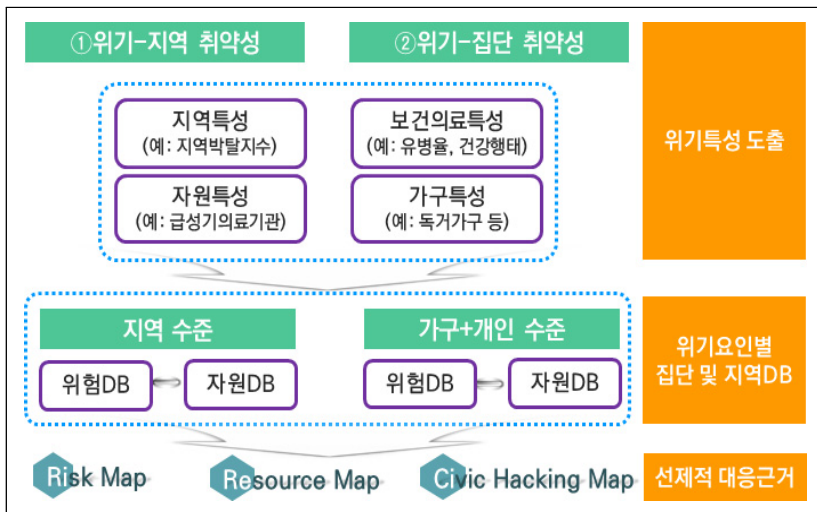
나라를 비롯하여 여러 나라들이 이 정보를 적극적으로 활용하여 때론 방역에, 때론 돌봄에, 때론 의료체계 붕괴 저지에, 때론 치료제와 백신 개발에 활용하였다. 분산된 정보의 힘은 미약하지만, 결합된 정보는 단순 합산된 힘을 넘어선다. 이런 측면에서 미래 공중보건 위기 대응을 위한 지역보건체계 개편에는 정보를 결합·활용하는 자체적인 역량을 제고함과 아울러, 지역사회와 주민들이 자발적으로 문제를 해결할 수 있는 ‘시빅 해킹(civic hacking)’을 추진하는 방향성이 포함된다.

먼저, CASPER라는 약어로 불리는 CDC의 ‘공중보건 위기 대응을 위한 지역사회 평가(Community Assessment for Public Health Emergency Response)’⁵⁶⁾를 간단하게 살펴볼 필요가 있다. CASPER는 원래 미국에서 백신 접종률을 높이기 위한 접종자 현황 파악 프로그램에서 출발하였다가 1992년 허리케인 앤드류(Andrew)를 계기로 재난대응 프로그램으로 발전하였다(CDC, 2019; 류현숙 외 2022 재인용). CASPER는 지역에서 무작위로 클러스터를 추출하고, 추출된 클러스터 내에서 다시 일정 규모의 가구를 무작위 추출한 후, 해당 가구의 각종 재난 대응 관련 정보를 축적하여 구성된다. 이렇게 축적된 정보를 바탕으로 재난 상황에서 희소한 자원의 할당과 신뢰성 있는 정보 제공, 복원을 위한 공적자금의 지원, 미래 위기 대응 계획 수립 등에 활용한다. 원래 CASPER는 재난 상황에 대비하기 위하여 구축되었지만, 지카 바이러스 및 신종플루(H1N1) 같은 공중보건 위기에서도 작동하였다. CDC 보건연구부(HSB, Health Studies Branch)는 2012년에 대화형 CASPER 웹사이트를 개발하고 38개 주의 지역의 공중보건 종사자들과 응급요원들에게 교육시키는 것을 시작으로 지역별로 특수한 상황을 반영한 위기 대응 프로그램 마련을 지원하였다.

56) CASPER에 대한 문단은 아래 웹사이트를 정리한 것으로, 류현숙 외(2022), p.70-71에 활용한 원고를 발췌한 것임(<https://www.cdc.gov/nceh/casper/default.htm>).

CASPER는 다양한 공중보건 위기상황에 대비하기 위하여 선제적으로 지역사회의 다양한 자료(인구사회학적 자료, 지역사회 특성, 자원보유, 위기로인에 대한 지식 등)를 수집하는데, 특히 취약성(vulnerability)에 초점이 맞추어져 있다. 우리나라 역시 앞으로 코로나19 같은 신종·변종 감염병, 대규모 행사, 기후위기로 인한 기상재해, 미세먼지 같은 환경오염물질 등 공중보건 위기를 불러올 수 있는 다양한 상황이 경고되고 있으므로(국립재난안전연구원, 2021) 잠재적 취약지점(latent vulnerability)을 발굴하고 인구집단과 보건의료체계에 초래할 영향을 사전에 점검할 필요가 있다(그림 5-5 참고).

[그림 5-5] 잠재적 취약지점 발굴을 위한 DB구조 및 활용 모델



자료: 윤강재 외(2021), p.96.

그런데 이와 같은 지역사회정보의 결합과 활용에는 개별 지방자치단체 뿐만 아니라, 중앙정부 차원의 역할이 아울러 필요하다. 우선, ‘지역사회’에 기반을 둔 정보라는 점을 감안할 때 지역의 특수성 반영이 필요하겠지

만, 모든 지역이 공통적으로 지켜야 할 표준적 틀(frame)을 구축하는 것 역시 필요하기 때문이다. 따라서 중앙정부는 지역별 정보로부터 표준적인 틀과 운영 방식을 도출하여 이를 제시해야 한다. 이를 앞에서 언급한 중앙정부가 수립하는 ‘지역보건의료계획’에 포함시키는 것도 한 방법이다.

지역보건을 비롯한 관련 정보를 활용하는 역량을 종사자들에게 갖추게 하는 것도 중요하다. 앞의 CASPER 사례에서 본 바와 같이 CDC가 지역 공중보건 종사자들과 응급요원들에게 CASPER의 활용 등에 관한 교육을 실시하고 있음에 주목할 필요가 있다. 현재 보건복지부와 한국보건복지인재원이 제공하고 있는 지역보건기관 담당자 교육과정에는 지역사회의 다양한 정보를 활용하는 역량을 전담하는 과정이 부족하고, 개별 사업 내에서 일부 활용되고 있는 상황이다. 따라서 ‘공통역량 교육’⁵⁷⁾에 ‘(가치) 지역사회보건의료정보 활용’ 같은 교육과정을 추가하여 역량을 갖추도록 지원하는 것이 필요하다.

시빅 해킹(civic hacking)은 정부가 제공하는 공공데이터와 시민 및 민간이 보유한 ICT 노하우를 활용하여 사회문제를 해결하고 정부혁신, 공공서비스 개선, 권익 향상 등에 기여하기 위한 활동이다(조병우·윤상오, 2017). 생소한 용어라 볼 수 있지만 사실 우리나라에서는 감염병과 관련하여 시빅 해킹이 활용된 경험이 있다. 메르스 유행 당시에 ‘메르스 확산 지도’가 있었고, 코로나19 유행기의 공적마스크 앱, 다중이용시설 출입 시의 개인안심번호 개발 역시 시빅 해킹의 결과물이다(백지수, 2021). 시빅 해킹이 함의하는 것은 정부를 비롯한 공적 영역이 접근하기 어려운 지점에서 지역주민이 자발적으로 참여하여 지역의 취약성을 포착

57) 2022년도 ‘공통역량 교육’은 ‘민원응대과정’, ‘보건복지! 인문학을 만나다’, ‘스트레스관리기분과정’, ‘역량개발과정’, ‘의사소통과정’으로 구성되며, 이들 과정에서 정보활용에 대한 내용은 포함되어 있지 않음(보건복지부·한국보건복지인재원, 2022).

하고, 문제 해결의 출발점으로 삼는다는 점이다. 이미 환경과 복지 영역에서는 지역의 빅데이터를 활용하여 위험지도(risk map)를 제작하고 사각지대를 분석하여 선제적 대응과 안전망 강화에 활용하고 있다. PHIS를 비롯한 지역사회의 보건의로 정보 역시 개인정보 공개가 허용되는 범위 내에서 개방되어 시빅 해킹을 통해 지역사회의 자발적인 건강위해요인 감시, 취약지점 도출, 건강증진활동에 사용되도록 할 필요가 있다.

6. 보건소 설치 단위의 권역화 검토

마지막으로, 중장기적인 과제가 되겠으나 시·군·구 직속의 직접 사업 기관으로서 보건소라는 인식을 발전적으로 극복하는 것이 필요하다. 코로나19 사례에서도 극명하게 나타났듯이, 건강위해요인은 시·군·구의 경계에 제한받지 않고 확산된다. 이에 대응하기 위한 공중보건사업 역시 행정적 경계에 매몰되어서는 안 된다. 보건소의 사업구조가 ‘누적·적체식’이 된 것은 ‘시·군·구’라는 행정구역을 사업 단위로 한다는 인식도 적지 않은 영향을 미쳤다고 생각된다. 정부 정책을 지역에서 사업화할 때 효율적인 방법은 명확한 경계를 가지는 동등한 수준의 지역에서 일시에 시작하는 것이다. 그 지역이 행정력을 갖추고 있다면 더욱 효과가 커진다. 그리고 지방자치제도가 정착화되면서 지역별로 보건소를 활용하여 주민들에게 혜택을 주는 사업도 경쟁적으로 생겨났다.

따라서 [보건소=시·군·구]라는 인식에서 벗어나, 복수의 지역이 일종의 ‘연합조직’처럼 보건소를 형성하여 공동·기획을 담당하고, 주민들에게 직접 서비스를 제공하는 기능은 각 소생활권별로 분산하여 ‘찾아가는’ 센터형 구조를 지향할 필요가 있다. 사실 이러한 모형은 새로운 것이 아니다. 제2장에서 살펴본 일본의 사례가 기본적으로 이와 동일하다. 도도부

현 단위에 보건소를 두고, 시정촌 등에는 보건센터나 지역포괄지원센터를 두어 직접서비스를 밀착형으로 제공한다. 배상수(2017), 이무식(2018) 등을 비롯한 국내 연구자들에 의해서도 이와 같은 권역 단위 보건소가 이미 여러 차례 제안되었다. 코로나19를 거치면서 일상적 감염병 예방관리를 위해 (가칭)감염병대응센터가 제안되었고, 인구고령화에 따라 보건소를 비롯한 다양한 지역사회 자원을 연계하는 지역사회통합돌봄도 이미 시작되었다. 초기에는 시범사업의 형태가 되더라도 연합조직으로서 보건소를 감염병 대응과 지역사회통합돌봄에서 시작해 보도록 제안한다. 그리고 이와 같이 연합조직으로서 보건소의 위상과 운영이 정립된다면, 보건소 운영을 책임지는 기관을 기초자치단체에서 보건복지부나 질병관리청 등 중앙부처로 격상 일원화하는 것을 협의할 수 있으리라 생각된다.

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제6장

결론

제6장 결론

‘지역’은 단순히 물리적 공간만이 아닌, 지역성(resionality)을 공유하는 기능적 공간이기도 하다. 그런데 지역성은 거주 인구집단과 상호작용하면서 건강에 영향을 미친다(contextual effect). 건강결정요인으로서 ‘지역’에 주목하여 지역보건기관을 배치하고, 지역구성원의 참여와 자원 간 연계성을 지향하는 전달체계를 구상한 것을 지역보건체계라 할 수 있다. 따라서 지역보건체계의 목적은 ‘건강’이라는 가치의 달성을 위해 지역보건기관의 기능과 역할을 정립하고, 구성원 간 연계가 작동하도록 조장하여 ‘더 건강한 지역성(healthier resionality)’을 실현하도록 하는 것이라 할 수 있다.

지역보건체계와 지역보건기관은 그 중요성에도 불구하고 정책적 우선 순위가 높았다고 보기 어렵다. 그 중요한 원인은 오랫동안 축적되어 온 누적·적체식 사업구조와 그러한 구조를 가능하게 했던 분산된 거버넌스, 인프라 투자의 지체 등에서 찾을 수 있다. 이론적으로 지역보건기관은 지역사회의 건강증진 강화 요구에 역량을 집중하고, 보건의료·사회복지·행정자원 연계의 조정자(coordinator)이자 자발적 주민참여의 지지자(advocator)로서 해야 할 역할을 담당해야 한다. 그러나 실제 사업구조는 분절적이고 단속적(斷續的)이었다. 정책환경 변화에 따라 중앙정부는 여러 보건의료사업을 기획하고, 보건소를 실행조직으로 삼아 ‘시범사업’ 형태로 그 기획을 실시하다가 보건소 사업으로 정착되는 것이 전형적인 방식이었다. 반대로 기존 업무가 합리적으로 조정되는 사례는 그리 많지 않았고, 인력과 예산 확충 역시 지지부진해 왔다. 여기에 지방자치제도가

뿌리를 내리면서 지방정부 역시 보건복지사업을 보건소를 통해 구현하고자 하였다. [인프라 부족→업무 누적 및 업무 조정 한계→신규 사업 추가→인프라 부족]의 악순환 속에서 지역보건기관들은 낮은 존재감과 질적 수준 하락의 비판을 감내해 왔다.

이러한 상황에서 발생한 코로나19와 공중보건 위기는 지역보건체계, 특히 그 중추인 보건소 기능 개편 논의의 중요한 계기가 되었다. 선별진료와 백신 접종이 크게 기여하긴 했지만, 보건소 이용량이 증가했고, 인식도 역시 높아졌다. 정부는 정규직 인력 확충을 약속했고, 앞으로 장기적인 감염병 위기에 대응하기 위한 상시대응체계의 강화와 핵심기능 재정립 추진이 예상된다(보건복지부, 2022d). 이번 장에서는 지역보건체계 개편을 위해 본 연구에서 제시한 정책제언을 중심으로 주요 연구내용을 요약, 기술하고 추후 후속과제를 제안하여 결론에 갈음하고자 한다.

무엇보다 지역보건체계 개편은 방향성이 분명해야 할 것인데, 여기서는 보편적 건강보장(UHC)과 회복탄력성(resilience)을 제시하였다. 기본적으로 지역보건체계는 ‘공중보건’의 관점을 지향한다. 공중보건의 관점이란 사전예방과 자원 연계 및 참여를 통한 건강증진이라 할 수 있는데, 최종적인 지향 가치는 형평성(equity)에 있다고 할 수 있다. 따라서 형평성은 ‘공중보건 위기’와 ‘필수 서비스’를 이해하는 출발점이다. 건강향유의 불평등을 초래하는 상황이 공중보건 위기라면, 그 위기로부터 건강형평성을 수호하는 것이 필수 서비스다. 지역보건체계가 위기 상황에서도 취약성을 보호하는 건강안전망을 필수 서비스로 삼아야 함은 이 때문이다. 이것이 위기 중에도, 위기 이후에도 다시 일상으로 복귀하도록 하는 회복탄력성의 진원이 된다.

지역보건체계의 중추 기관인 보건소가 사업의 형평성을 추구하고 필수 서비스를 유지하기 위한 출발점은 기능과 역할을 조정하는 것이다. 앞에

서 언급한 바와 같이 보건소는 만성적인 인프라 부족 속에서 누적·적체식의 사업구조를 유지해 왔다. 이를 합리적으로 정리하되, 그 역량을 형평성 강화와 필수 서비스 유지에 활용할 필요가 있는 것이다.

보건소 일반진료 기능을 둘러싼 논란을 예로 들 수 있다. 일반진료를 ‘대도시 지역 폐지, 농어촌 지역 유지’로만 접근하는 것은 일리가 있지만, 부족한 점도 존재한다. 보건소 일반진료는 서비스 제공 자체가 문제가 아니라 민간의료기관과 동일한 형태의 서비스를 제공하는 것이 문제이기 때문이다. 보건소 진료서비스가 내방자를 기다리지 않고 취약계층·취약지역을 찾아가고, 민간 영역이 다루기 어려운 예방과 치료 후 재활, 돌봄에 꼭 필요한 진료를 제공한다면 지역주민의 건강증진에서 시너지 효과를 기대할 수 있다. 나아가 한국보건의료체계에서 일차의료의 발전이라는 좀 더 거시적인 효과도 기대할 수 있다. 결론적으로 보건소 일반진료 기능은 ‘폐지’가 아니라 ‘전환’이라는 측면으로, 주민들에게 한 번의 치료로 ‘종결’되는 것이 아니라 ‘단절 없는(seamless)’ 서비스를 제공할 때 보편적 건강보장과 회복탄력성이라는 방향성에 한 발짝 접근할 수 있으리라 사료된다.

코로나19 유행을 거치면서 보건소의 고유기능인 ‘감염병 예방관리’에 대한 관심이 높아졌다. 사실 코로나19 이전에 보건소의 감염병 예방관리 기능을 강화하자는 목소리는 높지 않았다. 일례로 MERS 이후의 『국가방역체계 개편방안』에서도 보건소는 단편적으로 언급되는 데 그쳤다. 하지만 코로나19 발생 이후 보건소를 다루는 거의 모든 연구는 감염병 예방관리 기능과 관련 조직의 대폭적인 강화를 제안하고 있다. 지역보건체계 개편에서 보건소의 감염병 대응 역량 강화는 매우 중요한 과제임이 틀림없다. 그러나 이 과제가 순조롭게 추진되려면 보완점을 간과해서는 안 된다. 이 문제가 보건소 인력구조의 문제 및 운영방식의 문제와 맞닿아 있

기 때문이다.

주지하는 바와 같이 오랫동안 보건소의 인력 부족이 문제로 제기되어 왔다. 물론 전체적인 인력 부족도 중요하지만, 그 안에는 사업과 연계된 인력구조의 문제도 포함되어 있다. 코로나19 대응과정에서 [정규직 인력-방역/의·약무/행정], [계약직 인력-건강증진/지역보건]의 고용형태별 업무 구조가 부각되었다. 보건소 인력에서 차지하는 계약직의 높은 비중, 보건소 주력사업으로 자리 잡은 건강증진사업 등에서의 계약직 운용, 정규직 인력만으로 공중보건 위기에 대응해야 했던 경직적 운용 등이 현상으로부터 문제점이라고 제기된 것이다. 인력 정원의 확대에는 많은 현실적 제약조건이 존재한다. 따라서 향후 보건소에서 중요성이 높아질 사업을 중심으로 고유업무화하면서, 정규직 인력 확충에 노력하되, 기확보된 인력의 유연한 운용 방안을 마련할 필요가 있다. 사안에 따라 민간에 포진된 자원을 활용하는 것도 적극적으로 검토할 수 있을 것이다.

감염병 대응조직의 강화와 확대는 다양한 모형을 고민할 수 있다. 일부 연구에서 제안된 바와 같이 대도시 지역을 중심으로 보건소마다 (가칭)감염병대응센터 형태를 고려할 수 있고, 3~5개의 지역이나 보건소를 권역단위로 묶어서 ‘평시에는 집중하여 일상적 감염관리를 수행하고, 위기시에는 지역으로 분산하여 방역을 수행’하는 형태를 고민하는 것도 가능하다. 아니면 코로나19 경험을 살려 평시와 위기 시 모두 집중식으로 운영하면서 해당 보건소를 거점화하는 것도 한 방법이다.

재난·응급 대응은 그동안 보건소 기능 개편에서 크게 주목받지 못했던 영역이다. 그러나 공중보건 위기는 비단 감염병에 국한되지 않고, 자연재해나 기후변화 문제(폭염, 한파, 미세먼지 등), 군중 밀집 행사 등으로 확장되는 상황에서 관심을 가져야 할 주제가 되고 있다. 하지만 「지역보건법」에는 재난 대응이 보건소의 기능과 업무에 포함되어 있지 않고, 보건

소 종사자들의 대응 역량 역시 높다고 보기 어려운 것이 냉정한 평가이다. 따라서 재난·응급 대응을 위해서는 역량 강화를 지원하는 교육과 훈련 내실화부터 시작해야 한다.

인구고령화와 만성질환 시대에, 사람중심성(people-centeredness)이 강조되는 정책환경은 보건소로 하여금 지역사회 자원과 연계·협력을 강화를 요구한다. 흔히 ‘예방-치료-재활’ 단계는 환자에게는 연속적으로 일어나는 과정이지만, 서비스 공급자들에게는 각자 분리된 분절적 과정이다. 따라서 한 과정에서 다음 과정으로 이행할 때 연계가 잘 갖추어져 있지 않으면 전환과정 공백(gap in the service transition)이 발생할 수 있다. 이 사각지대는 취약계층에서 더 크고, 더 빈번하게 발생한다.

보건소가 담당하는 ‘보건’은 지역사회에서 의료영역과 사회복지 및 행정 영역을 포괄할 잠재력을 가지고 있다. 방문건강관리사업이 보건소의 업무로서 법에 규정된 것은 그 잠재력이 지역주민의 건강증진에 도움이 되기 때문이다. 정부는 지역에 책임의료기관을 지정하고, 보건소를 비롯한 다양한 자원들과의 연계를 『공공보건의료기본계획』의 핵심적 과제 중 하나로 상정하였다. 다만 아직 지역사회에서 자원 간 연계는 개선해야 할 여지를 가지고 있다. 예를 들어 방문건강관리사업도 장기요양의 방문보건이나 민간의료기관의 가정간호, 행정단위에서 이루어지는 사업들(예를 들어 찾아가는 동사무소 사업 등)과 개별적으로 수행되는 경우가 많고, ‘퇴원 후 환자연계사업’은 아직까지 지역책임의료기관과 사회복지 및 행정 영역의 연계에서 보건소가 추구해야 할 역할을 모색하는 단계이다. 감염병 예방관리, 건강증진사업과 함께 방문건강관리를 비롯한 지역사회 연계는 보건소의 핵심 사업으로 격상되어야 하며, 인력 배치와 활용에서 좀 더 우선순위를 두고, 최소 서비스 표준(minimum standard)을 상향하는 등 양적·질적인 제고 방안을 찾아야 할 것이다.

보건소를 비롯한 지역보건기관은 지역사회를 주 활동대상으로 하지만 그 과정에서 국가 책임을 확대·강화하는 것은 매우 중요한 주제이다. 코로나19 대응에서 나타난 바와 같이 국가의 중요한 정책은 결국 지역 단위에서 구현될 수밖에 없고, 지역별 재정자립도 등의 격차가 현실인 우리나라 상황에서 국가의 지원은 지역 간 불형평성을 방지하는 안전장치이기 때문이다. 지역보건에 대한 국가 책임 확대는 다양한 방식으로 고려할 수 있지만, 본 연구에서는 「지역보건법」에 규정된 ‘지역보건의료계획’의 중앙정부 수립 의무를 제언하였다. 구체적인 개별 지역의 정책을 중앙정부가 결정하지는 않겠지만, 기본적으로 지역보건 발전을 위한 비전과 목표, 지원 의지를 대외적으로 제시하는 것은 적지 않은 의미를 가진다.

지역보건체계 개편에서 정보 활용도 제고도 두 가지 측면에서 제안하였다. 우선, 현재 보건소 등 지역보건기관의 실적이 입력·관리되는 지역보건의료정보시스템(PHIS)의 활용도를 높이는 것이다. 우리나라 보건의료정책의 수립·집행·평가에는 건강보험을 통해 수집되는 국민과 공급자의 다양한 정보가 기초자료로 활용되면서 근거기반을 확보한다. PHIS는 지역보건에서 건강보험 자료 같은 역할을 할 잠재력을 가지고 있다. 다른 행정자료들과 결합될 경우 지역보건정책 수립·평가에서도 더 높은 가치를 가질 수 있을 것이다. 두 번째는 공공기관이 보유한 정보에 국한하지 않고, 지역사회에 존재하는 다양한 정보원을 적극적으로 활용하는 것이다. 이들 정보를 수집하고 연계시킴으로써 지역사회의 취약성과 자원 보유 현황 등 대응력을 가늠할 수 있다. 이는 이미 지역사회 취약계층의 발굴이나 폭염·미세먼지 등 환경적 요인으로부터의 취약지역 규명 등에 활용되고 있고, 코로나19 대응을 위한 공적마스크 앱이나 다중이용시설 출입 시 개인안심번호 등으로 응용되고 있다.

중장기과제의 하나로서 보건소 설치 단위의 권역화 논의를 본격화할

것을 제안하였다. 보건소는 행정적 위계로 보면 기초지방자치단체에 소속된 기관이고, 때문에 [보건소=시·군·구] 안에 설치되는 것이라는 인식이 강한 것이 사실이다. 물론 이와 같은 구조에 장점은 있다. 그러나 보건소가 행정적으로 명확한 경계를 가지고 개별 지자체에 해당하는 서비스를 직접 제공하는 것보다, 일종의 ‘연합조직’처럼 권역화된 단위에 설치하여 기획과 조정 기능에 보다 집중하도록 하고, 직접 서비스는 소생활권이나 생활터 단위로 재구성하여 분산된 형태로 제공하는 것이 더욱 효과적이라 사료된다. 코로나19와 인구고령화 등 정책환경이 변화하면서 (가칭)감염병대응센터나 지역사회통합돌봄 등 권역화와 연계의 기제들이 마련된 것을 기회로 보건소 운영틀을 전환하는 것을 본격적으로 논의할 수 있다. 만약 연합조직으로서 보건소가 정착된다면, 장기적으로는 보건소 관할을 중앙정부로 격상하는 거버넌스의 개선도 고려될 수 있다.

마지막으로, 본 연구의 한계점과 추후 후속 연구 지점을 제안하고자 한다. 지역보건체계는 매우 넓은 영역과 기관들을 포괄한다. 그 때문에 ‘공중보건’이라는 거시적 관점에서 시작된 연구의 논의가 구체성을 가진 정책과제 도출로 이어지기 위해서는 현장의 ‘기관’과 ‘사업’, ‘기능’ 단위로 내려와야 한다. 보고서의 부제로 ‘보건소를 중심으로’를 부가한 사유도 여기에 있다. 거시적 논의를 집중(in focusing)하는 과정에서 지역보건체계의 중추적 역할을 담당하는 기관으로 판단되는 보건소를 집중 지점으로 삼았다. 시각을 좁히다 보니 사각지대가 생겼다. 지역보건체계를 이루는 다른 기관들, 예를 들면 보건지소나 보건진료소, 건강생활지원센터 등에는 논의가 미치지 못하였다. 또한 ‘공공보건의료기관’으로서 보건소의 기능 역시 본격적으로 다루는 데에 한계가 있었고, 지역사회의 자발적인 주민 활동을 지원하고 조장하는 역할 역시 중요성이 높음에도 피상적인 언급에 그쳤다. 향후 후속적인 연구를 통해 보완하고 전체적인 지역보

건체계 차원에서 완결성을 가질 수 있도록 하는 것이 필요하다.

아울러 아직 코로나19 유행상황이 지속되고 있다는 점 역시 외부의 한계 요인이었다. 몇 차례의 유행과 소강상태가 부침을 거듭하다 보니 유행 시기를 관통하는 일관된 특징과 정책방향을 잡아내는 데에 한계가 있었고, 방역 이외에 다른 주제들 역시 일선에서는 본격화되어 논의하기에 이른 측면이 존재했다. 이 점은 일상복귀가 완전히 이루어지고 난 이후의 후속연구에 의존할 수밖에 없을 것이다.

미국의 정책학자 킹던(J.W. Kingdon)은 문제 흐름, 정책 흐름, 정치 흐름이라는 흐름(stream)이 합류하여 ‘정책의 창(Policy Window)’이 열린다고 보았다. 따라서 정책의 창이 열린 시기는 어떤 이슈나 사회문제 수준의 공공의제(public agenda)가 정부의제(government agenda)로 진입할 기회를 맞는 시기이기도 하다(남궁근, 2022).

2020년부터 지속되고 있는 공중보건 위기 상황에서 한국지역보건체계와 보건소를 비롯한 지역보건기관에 관한 정책의 창은 과거 어떤 시기보다 넓게 열렸다. 그동안 정책 후순위로 밀려 있을 정도로 미약했던 ‘존재감’이 뚜렷이 부각되었고, 인식 수준 역시 양적으로나 질적으로나 높아졌다. 정부의 업무추진 계획에서 다루어지는 비중과 중요도 역시 과거보다 높아졌다고 보아도 과언이 아니다. 그러나 정책의 창은 열린 상태로 오래 지속되지 않는다. 아무 행동이 없다면 정책의 창은 닫히고, 오랫동안 다시 열리지 않을 수도 있다(남궁근, 2022). 열린 정책의 창이 닫히기 전에 한국지역보건체계가 직면한 다양한 책임과 역할에 효과적으로 대처할 것을 기대한다.



〈문헌자료〉

- 강희정, 김수진, 이현주, 김현경, 고제이...이은주. (2019). 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제, 한국보건사회연구원.
- 강희정, 윤강재. (2022). 제2차 사회보장기본계획 수정 기초 연구: 질병 분야(최종보고서용 제출 원고), 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 고병인, 박병석, 권근혜, 송성신. (2020). 지역보건의료기관 조직 및 인력개선, 중앙경영연구원.
- 곽찬영, 임은실, 이경아, 김아린, 김지향. (2016). 보건진료소 기능 재정립 및 건강증진사업 강화 연구, 한림대학교·보건복지부.
- 관계부처 합동. (2020). 제4차 저출산고령사회기본계획.
- 관계부처 합동. (2021). 제5차 국민건강증진종합계획(Health Plan 2030, 2021~2030). 국립재난안전연구원. (2021). 2021년 위험목록 보고서.
- 국무조정실 (2015). 보도자료: 신종감염병 대응 24시간 긴급상황실 설치 등 국가방역체계 개편(2015.8.31. 배포).
- 국민건강보험공단. (2021). 인구 천명당 의료기관병상수(시도/시/군/구) https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1YL20971&conn_path=I3 에서 2022. 10. 14. 인출함
- 국민건강보험공단·건강보험심사평가원. (2022a). 건강보험통계-시군구별 의료인력현황(간호사 및 기타인원). https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=354&tblId=DT_HIRA4U&conn_path=I3 에서 2022. 10. 20. 인출함.
- 국민건강보험공단·건강보험심사평가원. (2022b). 건강보험통계-시군구별 의료인력현황 I (의사, 약사 등) https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=354&tblId=DT_HIRA4T&conn_path=I3 에서 2022. 10. 14. 인출함.

- 국민건강보험공단·건강보험심사평가원. (2020·각 연도). 건강보험통계연보.
- 권근상, 이주형, 김창훈, 홍남수, 홍미영, 안은지…송국희. (2018). 지역보건의료 기관 표준 업무 분류체계 연구, 전북대학교·보건복지부.
- 권근상, 제갈정, 김창훈, 김철웅, 김유미, 김승완, 장현아. (2019). 소생활권 맞춤형 건강증진 시범사업 기본모형 연구, 한국건강증진개발원.
- 김남순. (2020). 위드(With) 코로나 시대에 필요한 보건의료연구란 무엇인가?, 보건사회연구, 40(3), 5-9, DOI : 10.15709/hswr.2020.40.3.5.
- 김승연, 장익현, 김진우, 권혜영. (2018). 해외사례와의 비교를 통한 한국형 커뮤니티 케어 개념 정립 및 추진방향 연구, 보건복지부·서울연구원.
- 김영택, 이희영, 한진옥, 민숨이, 서숨이, 신소울…이예지. (2022). 지역사회 감염병 대응 역량 강화를 위한 정책 제안, 경기도공공보건의료지원단.
- 김자영, 한진옥, 신소울, 이예지, 서수인. (2021). 코로나19 상황에서 보건의료 서비스의 현황과 취약성: 도내 보건의료지원조직을 중심으로, 이슈브리핑 제17호, 경기도공공보건의료지원단.
- 김정주, 김삼미, 신동교. (2022). COVID-19 발생 전·후의 응급의료이용 변화: 종합병원급 이상 의료기관을 중심으로, 보건사회연구, 42(3), 369-387, <https://dx.doi.org/10.15709/hswr.2022.42.3.369>
- 김정희, 이정면, 이용갑. (2020). 공공의료 확충의 필요성과 전략, 건강보험연구원 Issue Report, 국민건강보험 건강보험연구원.
- 김진현. (2020). 중장기 의사인력 필요 수요 공급 추계, ‘공공의료 의사는 어떻게 양성해야 하나?’ 토론회 발제자료, 1-14, 경제정의실천시민연합 외.
- 김창엽. (2016). 공중보건정책과 건강 형평성, 보건행정학회지, 26(4), 256-264, <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2016.26.4.256>.
- 김혜경. (2017). 공중보건에 관한 법률이 제정 되어야 한다, 대한공공의학회지, 1(1), 19-22, DOI: <https://doi.org/10.29339/pha.1.1.19>.
- 나백주. (2021). 코로나19 유행은 향후 한국 보건소 기능 개편에 어떤 영향을 미치게 될까?, 대한공공의학회지, Vol.5, 1-10.
- 남궁근. (2022). 정책의제 설정과 국정과제, 정책이 보이는 도서관, 통권75호,

- 46-49, 국립세종도서관.
- 니키류 지음, 정형선 편역. (2018). 일본의 커뮤니티 케어, 북마크.
- 대한민국정부. (2022). 윤석열정부 120대 국정과제.
- 대한의사협회. (2017). 2017 국민을 위한 보건의료 정책제안.
- 류지아. (2020). 지역보건소 이용방식의 소득계층 차이에 대한 탐색적 연구, 현상과인식, 44(2), 187-222, DOI : 10.46349/kjhss.2020.06.44.2.187.
- 류현숙 외. (2022). 공중보건 위기 거버넌스 개선을 통한 신종감염병의 효율적 대응 방안 연구(최종평가용 제출 보고서), 한국행정연구원.
- 문연옥. (2021). 코로나19로 인한 서울시민의 보건소 서비스 경험과 인식, 건강정책동향 제31호(2021-16), 서울특별시 공공보건의료재단.
- 박건희. (2020). 보건소 현황과 발전과제, 대한공공의학회 20년사, 160-169, 대한공공의학회.
- 박삼영, 장민영, 박선희, 나백주, 김은영, 김순영. (2013). 기초지방자치단체 보건의료 지출수준의 결정요인, 보건행정학회지, 23(1), 59-65, <http://dx.doi.org/10.4332/KJHPA.2013.23.1.059>.
- 박언아, 최성용. (2019). 한국의 보건소 이용률에 영향을 미치는 요인 분석, 한국산학기술학회논문지, 20(3), 203-215, <https://doi.org/10.5762/KAIS.2019.20.3.203>.
- 배상수. (2012). 신공중보건과 국가공중보건체계, 농촌의학·지역보건학회지, 37(4), 195-214, DOI: <http://dx.doi.org/10.5393/JAMCH.2012.37.4.195>.
- 배상수. (2016). 공중보건체계의 개념과 발전 과제, 보건행정학회지, 26(4), 246-255, <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2016.26.4.246>.
- 배상수. (2017). 보건소 조직 및 사업의 변화, 평생건강권 보장을 위한 보건간호전문 인력 어떻게 개선할 것인가? 토론회 발표자료, 국회 윤종필의원실·대한간호협회·보건간호사회, 16-35.
- 배상수, 이승우, 김재원, 이세미. (2010). 보건소 기능 개편방안에 관한 연구, 대한의사협회 의료정책연구소.

- 보건복지부. (2015). 보건소지출내역 조사.
- 보건복지부. (2018). 지역사회 중심 복지구현을 위한 커뮤니케이션 추진방향, 보건복지부 커뮤니케이션 추진단.
- 보건복지부. (2019a). 민고 이용할 수 있는 지역의료 강화 대책, 보건복지부.
- 보건복지부. (2019b). 보도자료: 박능후 장관, 유엔총회에서 보편적 의료보장 국제협력 당부(2019.9.24. 배포).
- 보건복지부. (2020). 보도자료: 보건소 방문건강관리, 전화로 어르신들의 코로나 19 의심증상 확인한다(2020.4.7. 배포).
- 보건복지부. (2021a). 보도참고자료: 보건소 감염병 대응인력 확충 방안(2021. 11.23. 배포).
- 보건복지부. (2021b). 2021 보건복지통계연보.
- 보건복지부. (2021c). 제2차 공공보건의료 기본계획(2021~2025).
- 보건복지부. (2022a). 보도참고자료: 5월 2일[월]부터 실외 마스크 착용 의무 조정(2022.4.29. 배포).
- 보건복지부. (2022b). 보도자료: 지역보건법 시행령 개정안 국무회의 의결 (2022. 8.1. 배포).
- 보건복지부. (2022c). 보도참고자료: 지역 필수의료 협력을 위한 책임의료기관 8개소 추가 지정(2022.4.22. 배포).
- 보건복지부. (2022d). 보도참고자료: 동절기 코로나19 추가접종 실시 및 보건소 감염병 대응체계 강화(2022.9.21.배포).
- 보건복지부·중앙응급의료센터. (2022). 재난응급의료 비상대응매뉴얼.
- 보건복지부·한국건강증진개발원. (2020). 2021년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 방문건강관리.
- 보건복지부·한국건강증진개발원. (2021a). AI·IoT기반 어르신 건강관리서비스 시범사업 온라인 설명회 자료.
- 보건복지부·한국건강증진개발원. (2021b). 2021년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 방문건강관리.
- 보건복지부·한국건강증진개발원. (2022a). 제5차 국민건강증진종합계획 개정판.

- 보건복지부-한국건강증진개발원. (2022b). 2023년도 건강생활지원센터사업 안내.
- 보건복지부-한국보건복지인재원. (2022). 2022 한국보건복지인재원 교육안내.
- 서지영, 조규진. (2014). 회복력(Resilience) 향상을 위한 정책방향과 이슈, STEPI INSIGHT 제147호, 1-24, 과학기술정책연구원.
- 설진주, 조형경, 이현지, 이광수. (2021). 소멸위험지역과 치료가능 사망률 간의 관계, 보건행정학회지, 31(2), 188-196, <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2021.31.2.188>
- 송경준, 조용성, 박상민 외. (2013). 재난 재해로 인한 공중보건위기대응 전략 개발, 질병관리본부·서울대학교병원.
- 신상영, 조권중, 남현정, 김상균. (2021). 서울시민 재난·사고 위험인식 특성과 안심도시 시사점, 서울연구원.
- 신재규. (2021). 한국인의 종합병원: 환자와 보호자는 무엇으로 고통받는가, 생각의힘.
- 신재은, 이병화, 유병선, 석희정, 김정근, 김영훈, 이사라. (2020). 위드코로나(With Corona) 시대 경기도 사회복지현장의 쟁점과 개선과제: 노인복지관, 장애인복지관, 사회복지관을 중심으로. 경기복지재단.
- 신정우. (2016). 전국 보건소의 공중보건사업비 지출 현황과 재원 구성, 보건복지 ISSUE&FOCUS, 제316호, 한국보건사회연구원.
- 신준호, 권근상, 근효근, 김건엽, 김창훈, 박기수...이지혜. (2021). 지역보건의료 기관의 기능·인력 및 체제 개선 방안(최종 제출용 보고서), 전남대학교·보건복지부.
- 양혜경. (2021). 찾아가는 동 주민센터 방문건강관리사업에 대한 방문간호사의 인식, 문화기술의융합, 7(4), 227-236, <http://dx.doi.org/10.17703/JCCT.2021.7.4.227>
- 염석란, 김예은, 전유정, 이미연, 양희정, 박금숙...임성재. (2019). 보건소 신속 대응반 재난의료대응 역량 강화 프로그램 및 평가도구 개발, 국립중앙의료원 중앙응급의료센터.
- 유혜영, 정지운, 박형근. (2021). 지방자치단체 보건의료 사무의 세출예산 구성과 자체재원 비율-제주특별자치도 사례를 중심으로, 농촌의학·지역보건학

- 회지, 46(4), 266-279. DOI: <https://doi.org/10.5393/JAMCH.2021.46.4.266>
- 윤강재, 김동진, 이한나, 박은혜. (2021). 공중보건 위기 상황에서의 취약계층 건 강보호를 위한 정보 활용 방안, 세종: 보건복지부-한국보건사회연구원.
- 윤기찬, 이우식, 최솔지, 이인수, 박규범, 유기봉...유승하. (2020). 지역보건의료정 보시스템 활용도 제고를 위한 연계대상 발굴 및 구조화 연구, 한국사회보장 정보원.
- 윤영근, 염지선, 정동재, 조훈, 서지화, 권향원...홍은영. (2021). 포스트코로나 시 대의 중앙-지방 간 방역기능 재설계 방안, 경제·인문사회연구회-한국행 정연구원.
- 윤희피, 윤초아, 강수현, 권준현, 이현지, 박은철, 장성인. (2021). 한국 지역 간 보 건의료수준의 상대적 위치 비교 연구: Position Value for Relative Com parison Index를 활용하여, 보건행정학회지, 31(4), 491-507, <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2021.31.4.491>
- 이건세, 이석구, 이무식, 이증정, 류소연, 김형수...조정희. (2016). 지역보건의료 정보시스템 운영 개선에 관한 연구, 보건복지부-전국대학교.
- 이무식. (2018). 보건사업의 바람직한 방향: 보건소의 본래적 가치실현을 목표 로, 의료정책포럼, 16(2), 35-47.
- 이상엽, 김남일, 김연중, 김용건, 문진영, 박수진, ... 허한결. (2022). 탄소중립 정책연구, 경제·인문사회연구회.
- 이상영, 천재영. (2010). 지역보건의료정책의 현황과 개선방안, 한국보건사회연구원.
- 이수진, 김상용, 김미희, 장명화, 윤석준, 이경수, 조희숙, 지영진. (2008). 지역보 건기관 기능 재정립을 위한 정책 및 실행방안 개발, 한국보건산업진흥원보 건복지가족부.
- 이영란, 이명하. (2016). 보건소 직원의 재난대비역량에 관한 연구, 한국간호교육학 회지, 22(1), 96-109, DOI: <https://doi.org/10.5977/jkasne.2016.22.1.96>.
- 이원태, 정용찬, 성욱제, 김경훈, 노희용, 김사혁...이시직. (2020). 재난대응 패 러다임 변화에 따른 ICT의 역할 및 정책적 시사점, 정보통신정책연구원.

- 이주열, 강진아, 이현숙. (2018). 보건지소 및 보건진료소 운영 개선 방안, 남서울대학교산학협력단.
- 이주열, 박승민, 강진아. (2020). 지역보건의료기관 최소 기준 마련(최종 제출용 보고서), 보건복지부·남서울대학교.
- 이현지, 오재환, 김재현, 이광수. (2021). 지역 소멸위험지수와 지역의 만성질환 의료이용의 관계, 보건행정학회지, 31(3), 301-311, <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2021.31.3.301>
- 임 준. (2018). 보건의료 분야 커뮤니티 케어의 바람직한 구축 방안, 2018년 『보건사회연구』 콜로키움 발표자료, 한국보건사회연구원.
- 장숙량. (2022). 지역사회 통합돌봄에서 보건소의 역할, 2022 대한공공의학회 춘계학술대회 발표자료, 117-128.
- 장숙량, 이자경, 정수창. (2021). 포스트코로나 보건소 기능 및 조직 재정립 방안 연구, 서울특별시 공공보건의료재단.
- 전진아, 강혜리. (2020). 정신건강서비스 전달체계의 현황과 과제, 보건복지포럼 제282호, 30-42.
- 정백근. (2018). 지역 건강불평등 완화를 위한 정책 수립 방안과 지역보건의료계획의 의의, 보건복지포럼 제260호, 50-61.
- 조병우, 윤상오. (2017). 열린 정부 시대의 시민참여: 시빅해킹의 유형 분류 연구, 한국정책학회보, 26(1), 177-202.
- 조인성, 이주열, 이희종, 이수진, 이돈형. (2020). 보건의료 커뮤니티케어 모형개발 및 발전방안 연구, 한국건강증진개발원.
- 중앙메르스관리대책본부. (2016). 2015 메르스백서: 메르스로부터 교훈을 얻다! 질병관리청. (2021a). 시·군·구별 건강생활실천율. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=177&tblId=DT_117075_H_HEALTHY&conn_path=I2 에서 2022. 10. 20. 인출함
- 질병관리청. (2021b). 시·군·구별 연간 미충족의료율(병의원). https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=177&tblId=DT_117075_NECE_NT_R02&conn_path=I2 에서 2022. 10. 20. 인출함

- 질병관리청. (2022a). 2022 만성질환 현황과 이슈.
- 질병관리청. (2022b). 보도자료: 제1차 기후 보건영향평가 결과보고서 발간 (2022. 3.22. 배포)
- 채수미, 윤강재, 정연, 조무연, 배정은, 최지희. (2020). 국가예방접종 백신 공급 방식 평가 및 개선방안 연구, 질병관리청·한국보건사회연구원.
- 채종훈, 최호진, 이재호. (2018). 재난 불평등 해소와 사회통합 전략에 관한 연구, 서울: 한국행정연구원.
- 최 령, 문현주. (2011). Lalonde Health Field Model을 이용한 성인의 건강결정요인에 관한 분석. 보건의료산업학회지, 5(2), 77-89.
- 최은영. (2018). 커뮤니티 케어와 보건복지서비스의 재편 토론편, 2018년 『보건사회연구』 콜로키움 발표자료, 한국보건사회연구원.
- 최지민. (2021). 코로나19 이후 지방자치단체 보건분야 개선 방안, 꼭 알아야 할 지방자치 정책브리프 NO.118. 한국지방행정연구원.
- 최현수, 송인주, 이재정, 천미경, 전지수. (2019). 고독사 위험집단 데이터 분석 기반 예방 및 발굴 지원방안 연구, 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 탁상우. (2020). 미국의 공중보건위기 대응 체계와 코로나바이러스감염증-19, 국제사회보장리뷰 2020 여름호 Vol. 13, 5-20, 한국보건사회연구원.
- 통계청. (2021a). 독거노인가구비율(시도/시/군/구). https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1YL12701&conn_path=I3 2022.10.15., 인출함
- 통계청. (2021b). 보도자료: 장래인구추계 2020~2070년(2021.12.8.배포).
- 통계청. (2021c). 인구동향조사-시군구/성/연령별 주민등록연앙인구. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B040M5&conn_path=I3 2022. 10. 20. 인출함
- 한국건강증진개발원. (2020a). 2020 보건소 알차게 이용하기.
- 한국건강증진개발원. (2020b). 2021 보건소 모바일 헬스케어 사업 안내서.
- 한국법제연구원. (2020). WHO 국제보건규칙, 한국법제연구원.
- 한국보건사회연구원. (2022). 제4차 응급의료 기본계획('23-'27) 수립 연구 연구

- 결과 보고회의 자료(2022.11.22.).
- 한국사회보장정보원. (2022). 지역보건의료정보시스템 주요업무 통계('22.9월).
- 한영란. (2017). 보건소 간호 인력의 현황 및 개선방안, 평생건강권 보장을 위한 보건간호 전문 인력 어떻게 개선할 것인가? 토론회 발표자료, 국회 윤종필 의원실·대한간호협회·보건간호사회, 36-56.
- 한지연, 나백주, 이무식, 홍지영, 임남구. (2010). 지역 재정지표와 표준화 사망률의 관련성, 2010년 한국산학기술학회 춘계 학술발표논문집, 1072-1076.
- 허현희, 손인서. (2020). 지역기반 주민참여 건강사업의 사례 비교 연구: 지역 맥락에 따른 연합체계 형성과 다부문협력의 차이, 보건사회연구 40(1), p.271-296, DOI : 10.15709/hswr.2020.40.1.271.
- 황경란, 최성은. (2022). 지역사회통합돌봄의 쟁점과 경기도 과제, 복지이슈 FOCUS 제90호, 1-17, 경기복지재단.
- Australian Institute of Health and Welfare. (2021) The first year of COVID-19 in Australia: direct and indirect health effects. Canberra: A
- Baris, E., Silverman, R., Wang, H., & Zhao, F. (2021). Walking the talk: reimagining primary health care after COVID-19. World Bank Publications.
- CDC. (2019). CASPER: Community Assessment for Public Health Emergency Response Toolkit, Third Edition 3.2.
- CDC. (2020). 10 Essential Public Health Services. <https://www.cdc.gov/publichealthgateway/publichealthservices/essentialhealthservices.html> (2022. 6. 2. 인출)
- Colombo, F., Jakab, Z., & Uribe, J. (2021). Pathway to UHC: Three priorities for stronger, more resilient, more inclusive health systems. World Bank Blogs <https://blogs.worldbank.org/health/pathway-uhc-three-priorities-stronger-more-resilient-more-inclusive-he>

- alth-systems (2022. 5. 2. 인출)
- HERDU. (2022). Equity-Focused Health Impact Assessment of the COVID-19 Pandemic in Sydney Local Health District: Technical Report. SLHD
- Holroyd, T. A., Oloko, O. K., Salmon, D. A., Omer, S. B., & Limaye, R. J. (2020). Communicating recommendations in public health emergencies: The role of public health authorities. *Health security*, 18(1), 21-28. doi: 10.1089/hs.2019.0073.
- Institute of Medicine. (2003). *The Future of the Public's Health in the 21st Century*.
- IPCC. (2022). *Climate Change 2022: Impact, Adaptation and Vulnerability - Summary for Policymakers*.
- Kruk, M. E., Myers, M., Varpilah, S. T., & Dahn, B. T. (2015). What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *The Lancet*, 385(9980), 1910-1912. DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60755-3.
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians: a working document*, Government of Canada.
- Nettleton, S. (1995). *The Sociology of Health and Illness*, England: Oxford [사라 네틀턴 지음, 조효제 옮김 (1997). *건강과 질병의 사회학*, 한울아카데미].
- NSW Health. (2021). *NSW Health Annual Report 2020-21*.
- NSW Health. (2021. 12. 7.). NSW Health organisation chart <https://www.health.nsw.gov.au/about/nswhealth/Pages/chart.aspx> (2022. 6. 5. 인출)
- OECD. (2020a). *OECD Reviews of Public Health: Korea: A Healthier Tomorrow*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/be2b7063-en>.
- OECD. (2020b). *COVID-19: Protecting people and societies*.

- OECD. (2021). Strengthening the frontline: How primary health care helps health systems adapt during the COVID-19 pandemic
- OECD. (2022). Health Systems Resilience <https://www.oecd.org/health/health-systems-resilience.htm> (2022. 5. 3. 인출)
- Our World in Data. (2022) Coronavirus Pandemic-Daily new confirmed COVID-19 cases. <https://ourworldindata.org/coronavirus> (2022. 6. 3. 인출)
- Roberts MJ, Hsiao WC, Reich MR. (2015). Disaggregating the Universal Coverage Cube: Putting Equity in the Picture, Health Systems & Reform, 1:1, 22-27, DOI: 10.1080/ 23288604 .2014.995981.
- Sydney Local Health District. (2018). Sydney Local Health District Strategic Plan 2018-2023. <https://www.slhd.nsw.gov.au/pdfs/slhd-strategic-plan-2018-2023.pdf>
- Sydney Local Health District. (2021). Year in Review 2020-21.
- Vaughan, H. F. (1945). Book Review: Local Health Units for the Nation, Am J Public Health Nations Health, 35(10): 1087-1089.
- WHO. (2005). International health regulations.
- WHO. (2009b). Nairobi Call to Action.
- WHO. (2013). The World Health Report 2013: Research for universal health coverage.
- WHO. (2014). Health in All Policies: Helsinki Statement.
- WHO. (2017). Promoting health in the SDGs: Report on the 9th Global Conference for Health Promotion.
- WHO. (2020). Maintaining essential health service: operation guidance for the COVID-19 context, Interim Guidance(1 June 2020).
- WHO. (2021a). The Geneva Charter for Well-being.
- WHO. (2021b). Building health systems resilience for universal health coverage and health security during the COVID-19 pandemic

and beyond.

WHO. (2021c). WHO Guidance on Preparing for National Response to Health Emergencies and Disaster.

WHO. (2021. 6. 22.) High-level event: The role of Primary Health Care in the COVID-19 pandemic response and leading equitable recovery <https://www.who.int/news-room/events/detail/2021/06/22/default-calendar/high-level-event-the-role-of-primary-health-care-in-the-covid-19-pandemic-response-and-leading-equitable-recovery> (2022. 6. 2. 인출)

WHO. (2022). Framework for Strengthening health emergency preparedness in cities and urban settings.

WHO. (2022. 5. 27.) Strengthening health emergency preparedness and response in cities and urban settings. (WHA 75.7)

WHO. (2009a). Milestones in Health Promotion: Statement from Global Conferences.

WHO/EHA. (2002). Disaster&Emergencies Definition: Training Package.

Winslow, C. E. A(1920). The Untilled Field of Public Health. Science, 51 (1306): 23-22, DOI: 10.1126/science.51.1306.23

尾島俊之. (2020). 地域保健における保健所に求められる役割の明確化に向けた研究, 厚生労働科学研究費補助金 健康安全・危機管理対策総合研究事業.

日本看護協会.(2009). 保健師の活動基盤に関する基礎調査, 厚生労働省先駆的保健活動交流推進事業.

日本公衆衛生学会理事会.(2022). 地方衛生研究所の法制化に関する声明.

全国保健所長会. (2021). 令和4(2022)年度保健所行政の施策及び予算に関する要望書.

前田秀雄. (2020). 新型コロナウイルス感染症対策への保健所の取り組み: 機能強化に向けた課題, Life and Environment.

地域保健対策検討会報告書. (2012). 地域保健対策検討会報告書-今後の地域保健

対策のあり方について.

厚生労働省. (2020a), 新型コロナウイルス感染症, 保健所の体制強化のための
チェックリストについて.

厚生労働省. (2020b). 保健所に係る「新型コロナウイルス感染症に関する今後の取
組」について.

厚生労働省. (2021), 令和3年度保健師活動領域調査(領域調査)結果の概況.

厚生労働省 홈페이지. (2022a) 感染拡大防止と医療提供体制の整備. <https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/kansenska-kudaiboushi-iryouteiky-ou.html> (2022. 7. 27. 인출)

厚生労働省 홈페이지. (2022b) I H E A Tについて. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/kenkou/nettyuu/index_00015.html (2022. 7. 27. 인출)

〈언론기사〉

김성진. (2022.11.11.). 보건소 참사 대응 ‘역량부족’...3년 전 예견됐다, 머니투
데이. <https://news.mt.co.kr/mtview.php?no=2022111116440518459> 에서 2022.11.18. 인출

김연희. (2021.06.24.). 보건소장 7명이 답했다 ‘코로나 대응, 무엇이 문제였고
무엇을 바꿔야 할까?’, 시사IN. <https://www.sisain.co.kr/news/articleView.html?idxno=44853>에서 2022.10.20. 인출

김영석. (2015. 9. 22.). 책임 읍·면·동제...‘정치적 계산’ 불편한 목소리. 세계일
보. <https://www.segye.com/newsView/20150921003575?OutUrl=naver>에서 2022.10.22. 인출

김주연. (2021.06.02). 코로나 대응의 최전선 보건소, 인력부족으로 병들고 있
다, 프레시안. <https://www.pressian.com/pages/articles/2021060214005665202>에서 2022.5.10. 인출.

박양명. (2021. 11. 19.) 보건소 업무 털어줄 ‘보건국’ 필요한가 두고 갑론을박.

- 메디칼타임즈. <https://m.medicaltimes.com/News/NewsView.html?ID=1144127>에서 2022.6.15. 인출
- 박준용. (2022.05.06.). 코로나 사망자보다 많았다...2020~21년 '초과 사망' 6288명, 한겨레. <https://www.hani.co.kr/arti/society/health/1041852.html>에서 2022.9.30. 인출
- 박지영. (2022.01.12.). 코로나 전담병원 지정에...국립중앙의료원 취약계층 80여명 거리로, 한겨레. https://www.hani.co.kr/arti/society/society_general/1027097.html에서 2022.9.30. 인출
- 백지수. (2021.02.21.). 공적마스크앱·개인안심번호...직접 해답 찾는 '시민해킹' 운동, 머니투데이. <https://news.mt.co.kr/mtview.php?no=2021021917542135529>에서 2022.10.20. 인출
- 서민지. (2021.07.23). 코로나19 방역현장 격무로 보건소 간호사 잇따라 휴직·사직, 메디게이트 뉴스. <https://www.medigatenews.com/news/2263801804>에서 2022.10.5. 인출
- 송현경. (2020.06.04.). 지역보건의료정보시스템 중요성 밝힌 논문, 국제학술지 게재, 내일신문. (http://m.naeil.com/m_news_view.php?id_art=351525, 2022.10.20.인출)
- 신선미. (2020.09.24.). 독감백신 '상온배송' 접종 중단에...전문가 "배송관리 강화해야", 연합뉴스. (<https://www.yna.co.kr/view/AKR20200924105300530?input=1195m>, 2022.10.20.인출)
- 안치영. (2020.02.26.). '코로나19' 대응 놓고 지자체들 엇박자 혼선 초래, 의학신문. (<http://www.bosa.co.kr/news/articleView.html?idxno=2122161>, 2022.9.22. 인출)
- 오민호. (2022.07.18.). 지역보건의료정보시스템과 타 시스템 연계 추진, 병원신문. (<https://www.khanews.com/news/articleView.html?idxno=221682>, 2022.10.20.인출)

- 윤영채. (2018.10.23.). 1360개 전국 보건소·보건지소 중 44% 민간의료기관 근접, 메디게이트뉴스. (<https://m.medigatenews.com/news/1814817401>, 2022.10.20. 인출)
- 이민주. (2017.09.09.). “최소 인력 배치 기준 미충족 보건소 56%... 배치 기준 현실화해야”, 청년의사. <https://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=1046418>에서 2022.9.30. 인출
- 이은파. (2021.11.02.). 세종시 빅데이터 활용 복지안전망 구축...9천 905가구 지원, 연합뉴스. <https://www.yna.co.kr/view/AKR20211102041100063>에서 2022.5.10. 인출.
- 이재원. (2022.04.27.). 방문간호 이용률 증가세...수급자기관 급증, 의학신문. <http://www.bosa.co.kr/news/articleView.html?idxno=2172535>에서 2022.10.20. 인출
- 이정현. (2022.01.25.). 확진자 급증하는데 매일 바뀌는 지침에 병원들 혼신, 연합뉴스. <https://www.yna.co.kr/view/AKR20220124073000004>에서 2022.9.22. 인출
- 이준희. (2020.08.21.). 스튜디오크로스컬쳐, AI돌봄로봇 '부모사랑 효돌'...“코로나 시대 비대면 복지 솔루션 각광”, 전자신문. <https://www.etnews.com/20200821000059>에서 2022.5.10. 인출.
- 이지현. (2008.07.08.). 공중보건 의사 감소 따라 보건지소 통폐합, 메디칼타임즈. <https://www.medicaltimes.com/Main/News/NewsView.html?ID=53104>에서 2022.6.15. 인출
- 임수민. (2021. 10. 13.) 코로나19 직격탄 보건소...간호 공무원 '휴직·사직' 급증, 데일리메디. https://www.dailymedi.com/news/news_view.php?wr_id=875239에서 2022.6.15. 인출
- 최광석. (2021.04.15.). 올 신규 공보의 478명... 전년보다 264명 줄어, 청년의사. <https://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=2009692>에서 2022.10.4. 인출
- 한영혜. (2020.03.12.). WHO 결국 사상 세 번째 ‘팬데믹’ 선언... “코로나 통제

가능”, 중앙일보. <https://www.joongang.co.kr/article/23728084#home>에서 2022.9.22. 인출

황병우. (2019.10.08.). 전체 공보의 수 문제없다? 의과공보의 수급 ‘적신평’, 메디칼타임즈. <https://www.medicaltimes.com/Users/News/NewsView.html?ID=1129394>에서 2022.10.4. 인출

황병우. (2020.04.02.). 의과공보의 수급비상 신규채용 매년 늘려도 전역규모 못막아, 메디칼타임즈. <https://www.medicaltimes.com/Main/News/NewsView.html?ID=1132928>에서 2022.10.4. 인출

〈웹 자료〉

<https://law.go.kr/LSW/lsInfoP.do?lsiSeq=48327&viewCls=lsRvsDocInfoR#>에서 2022.5.10. 인출

<https://www.law.go.kr/trtySc.do?section=&menuId=1&subMenuId=25&tabMenuId=135&eventGubun=060101&query=WHO#licTrty3258>에서 2022.5.10. 인출

<https://phnci.org/uploads/resource-files/EPHS-English.pdf>에서 2022.5.10. 인출

<http://uscode.house.gov/view.xhtml?path=/prelim@title42/chapter6A&edition=prelim>에서 2022.6.15. 인출

<https://www.who.int/news/item/05-05-2022-14.9-million-excess-deaths-were-associated-with-the-covid-19-pandemic-in-2020-and-2021>에서 2022.6.23. 인출

<http://www.phcd.jp/03/HCsuii/>에서 2022.7.15. 인출

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/tiiki/index.html>에서 2022.7.15. 인출

<https://www.ppm.or.kr/contents/contentsView.do?MENUID=A01020106>에서 2022.10.4. 인출

<https://www.cdc.gov/nceh/casper/default.htm>에서 2022. 7. 15. 인출

〈법령〉

감염병의 예방 및 관리에 관한 법률(법률 제18507호, 2021.10.19. 일부개정)

공공보건의료에 관한 법률(법률 제18411호, 2021.8.17. 일부개정)

공중보건 위기대응 의료제품의 개발 촉진 및 긴급 공급을 위한 특별법(법률 제17922호, 2021.3.9. 제정)

국민건강증진법(법률 제18606호, 2021.12.21. 일부개정)

농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법(법률 제18413호, 2021.8.17. 일부개정)

농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 시행령(대통령령 제29950호, 2019.7.2. 타법개정)

보건복지부 중앙사고수습본부 설치 및 운영 등에 관한 규정(보건복지부훈령 제103호, 2017.8.2. 일부개정]

보건의료기본법(법률 제17966호, 2021.3.23. 일부개정)

지방자치법(법률 제18661호, 2021.12.28. 타법개정)

지역보건법(법률 제18418호, 2021.8.17. 일부개정)

지역보건법 시행규칙(보건복지부령 제667호, 2019.8.19. 일부개정)