코로나19 유행은 향후 한국 보건소 기능 개편에 어떤 영향을 미치게 될까?

How impact The pandemic of Covid-19 to the restructuring of public health centers in the future

나백주

서울시립대 도시보건대학원

Na, Baeg Ju

Graduate School of Civil Public Health, University of Seoul

***Correspondence to Na, Baeg Ju**

Graduate School of Civil Public Health, University of Seoul, 163 Seoulsirip-daero, Dongdaemun-gu, Seoul 02504, Korea

Tel: +82-2-2133-7500

E-mail: baegju.na@uos.ac.kr

Received: November 29, 2021

Revised: December 20, 2021

Accept after revision: December 27, 2021

© Published by Korean Society for Public Health and Medicine; all rights reserved

초록

코로나19를 거치면서 보건소는 감염병 대응에서 중요한 역할을 담당하고 있다. 하지만 그 내용을 들여다보면 비정규직이 차지하는 비율이 높고 그 전문성도 개선의 여지가 크다. 이는 코로나19 범유행 이전 보건소에 대한 정부 정책 우선 순위가 높지 않았으며 제대로 된 기능개편을 지원하지 못하였음을 시사하고 있다.

앞으로 달라질 지역보건의료환경에 맞추어 보건소 기능도 달라져야 할 것이다. 그 큰 방향은 우선 보건소의 기능이 감염병 관리 및 지역사회 노인의 만성질환관리, 신생아와 청소년 등 생애과정별 건강돌봄 기능이 활성화되도록 하여야 한다. 또한 도서 지역 등 벽오지 의료취약지 문제 해결을 위한 공공의료 기능이 연계되도록 하여야 한다.

이를 위해 중앙정부에서부터 공공보건의료와 지역보건의료의 연계와 통합 정책이 추진되어야 하고 이러한 기능은 광역자치단체와 기초자치단체를 통해 체계적으로 구현되도록 하여야 한다. 아울러 기후위기 등 건강도시 정책을 위한 지방자치단체의 건강정책 기능이 강화되어야 한다.

핵심 단어: 코로나19, 보건소 기능, 정부 건강정책, 지방자치단체, 공공보건의료, 지역보건의료

서론

세계적인 코로나19 범유행에 따른 한국의 방역대응에서 보건소는 중심적인 역할을 수행하고 있다. 코로나19 선별검사, 역학조사, 자가격리자 관리, 코로나19 예방접종센터 운영, 심지어 일부 지자체는 생활치료시설 운영까지 맡는 등 일련의 과정에서 보건소는 그야말로 혼신의 힘을 다하고 있다고 할 수 있다. 그동안 과연 보건소가 필요한 기관이었느냐를 이야기한 사람도 있었겠지만 이번 코로나19를 계기로 그 존재감을 뚜렷이 보여주었다고 할 수 있다. 하지만 과연 보건소가 코로나19 이후에도 지금처럼 지역사회에서 주민건강을 위한 필요성을 부각시킬 수 있을 것인지에 대해 진지하게 고민해볼 필요가 있다. 이러한 문제의식을 가지고 그동안 보건소 기능에서 무엇이 한계로 지적되었는지를 검토해보고 이러한 한계의 근본 이유를 진단한 후 개선방안을 모색하고자 하였다.

1945년 해방과 함께 미군정이 시작하면서 한국에 보건소가 태동한 이후 주된 임무는 감염병 관리와 가족계획 및 구호 등이었고 이후 1962년 보건소법이 제정되어 전국화하면서 본격적인 지방자치단체의 보건관련 업무를 담당하는 기관으로 자리매김하였다[1]. 이후 1995년 보건소법이 지역보건법으로 전면개정 되면서 단순히 보건소라는 기관의 기능 강화를 넘어 지방자치단체의 보건분야의 정책기능이 강조되는 추세로 변화하고 있다<그림 1>[3].

하지만 이제 코로나19를 계기로 다시 한 번 그동안 보건소 기능에 대한 성찰과 동시에 보건소 기능 및 지자체 역할에 대해 큰 변화를 모색해야 할 필요가 있다. 그동안 감염병 대응 등 보건소 기능의 성과와 한계 등을 점검해보고 새롭게 달라지는 보건 의료 환경에 맞추어 달라져야 할 보건소 기능 요구 등에 대해 모색해서 새로운 보건소 및 지방자치단체 기능에 대해 제안하고자 한다.

※ 자료 : 보건기관의 효과적 업무수행을 위한 인력활용 및 확충방안 개발, 한국보건산업진흥원, 2007. 재구성

자료원: 한국보건산업진흥원. 지역보건기관 기능 재정립을 위한 정책 및 실행방안 개발. 2008

<그림 1> 시대별 보건소 기능 변화 양상

코로나19 대응 보건소 기능 성과와 한계

사실 보건소 업무 가운데 감염병관리 대응은 처음 탄생부터 지금까지 핵심 업무라고 할 수 있다. 실제 이번 코로나19 처음 발생부터 코로나19 선별진료소 운영, 역학조사, 방역소독, 자가격리자 관리 등 방역 전 과정에 적극 역할을 하였으며 일부 보건소는 기초자치단체 차원의 생활치료센터를 운영하기도 하였다. 실제 보건소가 없었다면 코로나19 대응을 어떻게 하였을까 할 정도로 중요한 기능을 담당하였다. 하지만 보건소가 처음부터 코로나19 같은 신종감염병 대응에 맞춤형으로 준비되어 있었던 것은 아니었다. 선별진료소 운영에 필요한 의료인력 부족으로 전국 보건소의 진료기능은 2020년 2월부터 일시 중단되었고 역학조사 인력이 부족하여 공중보건 의사 및 한 의사, 치과 의사 등이 동원되어 역학조사관 역할을 수행하였다. 이 외에도 방문건강관리를 담당하는 방문간호사들이 백신접종에 투입되기도 하여 그들의 주된 방문대상이었던 취약계층 돌봄 기능도 평소의 절반 이하의 업무를 수행하게 되었다[4]. 물론 군 및 경찰 인력 및 시군구청 행정인력도 지원 받고 있지만 과중한 업무부담으로 힘들어 하고 있으며 특히 현재 코로나19 역학조사관을 맡고 있는 인력은 상당부분 신규 직원이거나 임기제 공무원이어서 다른 보직으로 변경이 쉽지 않은 상태에서 야근 및 주말 근무 등에 소진 가능성이 높다.

자료원: 장숙량. 보건소 코로나19 대응 경험과 향후 과제. 2021.08.19

〈그림 2〉 코로나19 대응 이전 2019년 대비 2020년 1월~2021년 1월 기간 동안 업무 수행정도

평소 보건소 감염병 대응 기능에 문제는 없는가?

평소 보건소가 감염병 업무를 수행하고는 있지만 주로 팀조직 형태로 관장하는 업무 범위가 좁으며 소규모로 진행되고 있는 것으로 판단된다. 그 이유로는 감염병 관리 혹은 감염병 대응과명을 쓰고 있는 보건소는 자료가 확보된 전국 237개 보건소 가운데 단 2개만 해당되고 있는 실정이었기 때문이다<그림 3>[5]. 인력이 구체적으로 명시된 천안시 서북구 보건소의 경우 감염병대응과 전체 직원이 22명인데 그 가운데 6명이 비정규직이어서 27.3%를 차지하고 있었다. 평소 감염병 대응 업무는 휴일 및 야간을 가리지 않고 대응이 필요하기 때문에 격무로 분류되고 대부분 신규 직원이 맡는 경우가 많다. 따라서 잦은 이직으로 전문성 축적이 미흡한 편이다. 질병관리청에서 실시하는 감염병 FETP(현장 역학조사 역량 강화 교육; Field Epidemiology Training Program)이 매년 시행되고 있어 감염병 역량 강화에 기여하고 있지만 인력 충원 필요성 및 관련 행정 지원의 충분성 등에 대한 평가와 보강 등 실질적인 역량강화 노력과는 별개로 진행되고 있으며 특히 현재 그들이 해당 업무 수행을 하고 있거나 혹은 앞두고 있는지를 면밀히 파악하기 어려운 한계도 가지고 있다.

자료원: 한영란. 시도 및 보건소 조직·인력 조사 .2020.12.18. 보건간호사회

<그림 3> 보건소의 과명칭 및 해당 과 갯수

감염병 대응 외 보건소 기능 문제는 없는가?

감염병 대응 외 보건소 기능 역시 많은 문제를 가지고 있다. 한국 보건소는 보건소를 찾아오는 환자나 민원인 중심의 진료와 보건사업을 주로 제공하거나 방문건강관리 서비스를 하더라도 취약계층으로 등록된 장애인이나 기초생활수급자 등 한정된 인력에 대해서 서비스를 제공하고 있으며 이러한 사업도 대부분 서비스를 몇 건 했는가 하는 실적위주 사업을 수행하다 보니[3], 지역사회 인구집단 건강문제 해결을 위한 체계적인 보건사업 수행은 어려운 것이 현실이다. 특히 보건소 기능에 만성질환 관리 및 건강생활습관 개선 등 업무가 포함되면서 이러한 업무 수행은 대부분 시범사업 형태로 들어오고 이러한 인력 담당은 대부분 비정규직으로 편성되어 전체 보건소 직원 가운데 이러한 비정규직 인력 규모는 무려 46.2%를 차지하고 있다[표 1][5]. 보건소 건강증진사업도 행사 위주의 사업이어서 실질적인 건강검진 안 받은 지역주민 및 잘 관리되지 않는 만성질환자 발견 그리고 이후 적절한 진단과 치료연계 등 실질적인 건강돌봄으로 이어지지 못하고 있으며 복지 연계 필요한 지역주민에 대해서도 발굴과 연계가 어려운 실정이다[6].

〈표 1〉 전국 보건소 시군구별 과유형 및 비정규인력수와 비율

과명칭 분류	시				군				구			
	과갯수	정규 인력수	비정규인력수		과갯수	정규 인력수	비정규인력수		과갯수	정규 인력수	비정규인력수	
건강도시	2	44	51	(53.7)								
보건행정· 보건정책	30	756	458	(37.7)	21	452	242	(34.9)	58	1,698	1,261	(42.6)
보건	7	155	63	(28.9)	4	153	58	(27.5)	15	437	543	(55.4)
건강관리	8	179	195	(52.1)	5	90	127	(58.5)	11	324	283	(46.6)
보건사업	10	255	179	(41.2)	13	330	279	(45.8)	1	24	14	(36.8)
의약									14	371.4	267	(41.8)
위생	22	527	128	(19.5)	1	22	2	(8.3)	20	443	40	(8.3)
식품위생	2	33	2	(5.7)					2	34	0	(0.0)
건강증진	45	978	1,381	(58.5)	22	397	494	(55.4)	42	976.5	1,437	(59.5)
감염병대응									1	16	6	(27.3)
치매관리	7	97	93	(48.9)	1	7	9	(56.3)	6	115	76	(39.8)
진료	3	71	19	(21.1)	1	16	15	(48.4)	5	120	154	(56.2)
의료지원	3	57	22	(27.8)	7	200	146	(42.2)				
방문보건	1	14	37	(72.5)								
건강생활 지원 센터	2	20	17	(45.9)					6	56	46	(45.1)
계	142	3,186	2,645	(45.4)	75	1,667	1,372	(45.1)	181	4,615	4,127	(47.2)

자료원: 한영란. 시도 및 보건소 조직·인력 조사. 2020.12.18. 보건간호사회 자료 재구성

한편 보건소 및 보건지소의 인구 당 보유 개수는 지역간 격차가 커서 대도시일수록 보건기관 하나당 인구규모가 커서 접근성이 낮으며 보건소 업무의 표준화 및 질관리가 제대로 되고 있지 않다. 더구나 의료취약지 보건기관의 경우 지역사회에서 필요한 필수의료서비스를 정의하고 이에 관해 미충족의료가 발생하지 않도록 하는 체계적인 정부차원의 행정 지원이 부재한 실정이다[3].

정부의 보건정책 및 보건행정 기능 문제는 없는가?

1995년 보건소법이 지역보건법으로 전면 개정되면서 일단 보건기관의 기능으로 지역사회 보건사업을 담당하도록 하는 기존 법 취지가 마침 같은 해 시행되기 시작한 지방자치제도의 시행과 더불어 지역보건의료에 대한 지방자치단체의 책임과 역할을 명시한 법으로 탈바꿈하였고 나아가 지방자치단체에서 보건의료 문제를 주요 관심의제로 올리기 위한 취지를 담고 있다[7,8]. 한편 2000년 제정된 보건의료기본법은 한국사회의 보건의료 정책 수립과 시행의 총괄을 맡고 있는 보건의료계의 모법으로 국민 및 보건의료 직능단체의 의견을 수렴하여 보건의료정책을 수립하고 관련 기본계획이 확정되면 보건복지부 장관 및 관계 중앙행정기관의 장은 보건의료관련 주요 시책 추진방안을 매년 수립해야 하고 또 광역 및 기초 지방자치단체장도 지역실정에 맞게 지역보건의료계획을 수립하도록 되어 있다[9]. 하지만 이제까지 보건의료기본계획은 한 번도 수립되지 않았고 따라서 지방자치단체의 지역보건의료계획도 중앙정부의 보건의료계획과 조화를 이룰 기회를 갖지 못했다. 한편 보건의료기본법과 같은 해에 제정된 공공보건의료에 관한 법률은 애초 중앙정부와 지자체 및 공공보건의료기관으로 하여금 기본적인 보편적인 보건의료서비스를 제공하도록 하는 취지와 지역보건법을 대체할 목적으로 추진되었지만 결국 지역보건법은 그대로 있고 별도의 법률로 제정되었다. 애초 이 법률의 추진 취지는 정부와 광역 및 기초 지방자치단체의 정책 바탕위에 보건소와 공공병원의 협력 연계를 통해 지역사회주민에게 필수적인 공공보건의료서비스 전달체계를 구축하는 것이었으나 여러 제약으로 완성되지 못하였음을 알 수 있다[10].

지역사회 주민의 건강문제를 해결하기 위해서는 공공보건의료기관의 역할이 첫 번째로 중요하다. 하지만 공공보건의료기관이 제대로 역할을 하기 위해서는 정부와 지방자치단체의 비전 및 투자가 뒷받침해야 하며 나아가 건강의 사회적 결정요인에 대처하는 건강도시정책이 협력적으로 작동되어야 한다. 이러한 내용은 세계보건기구의 일차보건의료 정책에서도 강조되었던 것이고 그동안 보건의료와 관련된 지역보건법, 보건의료기본법, 공공보건의료에 관한 법률 등에서 모두 언급되었던 것이기도 하다. 구체적으로 지역보건법에는 보건소 설치 및 운영에 관한 비용 및 지역보건의료계획 시행에 필요한 비용의 일부를 지원할 수 있도록 되어 있다. 하지만 현재 보건소 설치와 관련된 예산은 농어촌 지역에 한정되어 있고 운영에 필요한 비용 특히 지역보건의료계획 시행에 필요한 비용은 별도로 지원되고 있지 않다. 이러다 보니 기초 지자체의 보건의료지출 수준이 해당 지역의 보건의료 수요에 영향을 미치는 자살률, 기초생활수급자수, 심질환사망률 등과 관련성이 없다는 보고가 나오고 있으며[11] 중앙정부에서 지원하는 보건의료사업도 사업 단위별로 예산이 편성되고 있어 해당 지역의 보건의료수요 크기에 비례하는 운영비 투자가 안 되고 있다. 인력에 대한 문제도 보건소 단위에서 수행하는 업무에 대해 직무분석을 거친 후 업무량 대비 표준인력 수와 자격 그리고 필요한 역량을 정의하고 이러한 인력을 갖추도록 지자체의 기준인건비를 책정하거나 역량 문제를 해결하기 위한 교육훈련체계를 갖추도록 하는 등 인력자원 관리체계가 수립되어 있지 않다. 이러한 투자를 위해서는 지역보건법 제3조에 명시된 중앙정부 및 지방자치단체의 역할이 강화되어야 한다. 다만 이러한 사항이 법조문으로만 되어 있을 뿐 구체적이고 실질적으로 각자의 역할이 명확하게 제시되고 있지 않다. 특히 공공병원과 보건소의 협력과 연계를 통해 지역사회 단위의 건강위험요소를 가진 주민 발굴과 돌봄 체계를 구축하기 위해서는 보건복지부 내에서부터 공공병원 담당부서와 지역보건소 담당부서가 통합적으로 업무를 추진할

수 있도록 설계가 되어야 하는데 이러한 기능도 부재한 실정이다. 특히 광역자치체의 공공병원 활성화 기능과 기초자치체의 보건소 관련 기능이 조화를 이룰 수 있도록 하기 위해서는 광역자치체의 업무 조정과 통합 기능이 강화되어야 한다.

다가오는 코로나19 이후 점점 커지는 기후위기와 소득양극화 등 건강의 사회적 요인 문제에 보건 의료 관련 부서는 어떤 대응이 필요한가?

2020년 벽두부터 시작된 코로나19 신종감염병은 세계적인 범유행을 일으켰고 2년에 가까운 시기 인류 및 한국사회에 강력한 영향을 미쳤다. 이러한 신종감염병은 환경파괴 및 기후위기와 깊은 연관을 가지고 있다[12]. 또한 앞으로 이러한 신종감염병은 기후위기와 더불어 더 빈번하게 일상이 될 것이라는 예측도 나오고 있다[13]. 이러한 기후위기를 최소화 하려는 전 세계 및 국가차원의 노력에 보건 의료부문도 함께 참여하는 것은 물론이고 기후위기에 의한 건강피해를 최소화하기 위한 시민 홍보와 보호대책을 강구하는 것도 필요하다. 이뿐 아니라 소득양극화가 심화되고 소위 “플랫폼 노동” 분야가 커지는 것에 맞추어 고용불안정과 건강관련 비용 지출이 커질 수 있으며 건강생활습관과 거리가 먼 식습관 및 수면, 심리 불안정 등 문제가 발생할 수 있다. 하지만 건강돌봄과 의료이용에 따른 비용 부담을 감소시키도록 하는 문제와 건강생활습관 개선 등 건강증진 역량 강화에 도움이 되도록 하는 것 등 건강관련 사회복지 문제가 중요하게 대두될 것으로 예측된다. 이외에도 주택, 교통, 주거 환경 등 다양한 영역에서 지역사회 주민의 건강문제에 영향을 미치는 도시 정책에 건강영향 평가 및 정책 설계에 개입할 필요가 있다. 이를 위해서는 중앙부처에서부터 건강도시정책국을 설치하여 각종 도시환경 관련 정부 정책에 건강영향평가와 정책권고안을 제시하는 것이 바람직하겠다. 그리고 이러한 내용은 보건의료발전기본계획에 반영되어 인프라 확충과 건강의 사회적 결정요인에 대한 내용들이 개선될 수 있도록 해야 한다. 나아가 이러한 내용들이 지방자치단체에서 수립하는 지역보건의료계획에도 반영되어야 하며 특히 개인 혹은 지역사회 공동체의 건강증진 역량 강화와 긴밀한 연계가 되도록 하여야 한다. 나아가 이러한 사회적 건강결정요인을 다루는 부서가 광역 및 기초지방자치단체에도 생겨야 하며 이러한 부서는 정책부문에 위치하여 타부서와 협력 연계를 통해 각 부서의 건강정책을 조정 연계하도록 할 필요가 있다.

맺음말

이제 지역사회의 건강문제는 세계의 건강문제와 밀접히 연계된 세상을 살고 있으며 이러한 연계는 점점 더 빠르고 전면적인 범위에서 전개될 것이 예상되고 있다. 지구 생태계도 기후 변화와 환경오염으로 큰 변화를 앞두고 있으며 사람들의 경제생활도 온라인 활동의 증가와 디지털 산업의 활성화로 이전의 전통적인 제조업 중심 경제에서 디지털 산업 중심의 고용 없는 고용 확대 등 많은 변화가 예상되고 있다. 이러한 변화에 맞추어 건강정책도 빠르게 변화하지 않으면 안 된다. 이전에는 국가안보가 국가 존망의 핵심 과제였다고 한다면 이제는 건강안보 생명안보를 지키지 않으면 국방 및 경제 등 각종 분야의 위기도 도미노처럼 현실화 될 것이 분명해지고 있다. 보건정책이 중앙정부 및 지방자치단체의 중심과제로 되어야 하며 건강사회정책과 보건의료체계 정책에서 정부 역할이 커져야 할 것이다. 특히 공공보건의료체계에서 보건소 기능이 현재와 같은 기관중심이 아니라 고령화되고 있는 지역사회 현장에서 방문건강돌봄을 통해 건강위험요소를 가진 주민을 찾아내고 위험정도에 따라 연계하며 아울러 주민들 스스로 건강생활실천을 조직할 수 있도록 하는 건강조직가

가 되도록 전환되어야 한다. 한편 장애인, 낮은 소득계층, 이주민, 도서산간지역 주민 등 의료취약계층에 대한 건강돌봄을 강화하기 위해 공공보건의료기관간에 협력 연계를 강화하여야 하고 또한 민간의료기관의 공공성을 선도할 수 있도록 돌봄 표준을 만들고 연계를 강화하여 보건의료 공공성을 선도하도록 하여야 한다.

구체적으로는 보건기관의 기능을 지역사회 중심으로 획기적으로 개선하여 업무 표준을 세우고 동시에 인구 비례 등 업무량과 업무특성에 맞는 인력 기준을 만드는 등 지역보건사업 가이드라인을 만들어야 한다. 또한 광역지자체 차원의 공공병원 활성화 기능 및 공공병원 인력 개발과 통합 연계되도록 하고 이에 대한 전체적인 통합 및 보건소장이나 지방의료원장 역량강화는 중앙정부에서 그리고 공공병원과 보건소 기능 통합 강화 및 구체적인 직원 교육은 광역지자체에서 하도록 역할을 나누는 것이 필요하다. 또한 이러한 정책 개발 및 인력 강화가 가능하도록 운영비 지원 및 기술지원 체계를 만들기 위해 중앙정부 차원에서 공공보건으로 확충 재원이 안정적으로 확보되어야 한다. 이러한 재원은 건강증진기금 내에서만 들어져 광역지자체와 기초지자체를 통해 지역사회 일선으로 지원 되도록 하여야 하고 재원은 국세로 들어가고 있는 담배세수의 개별소비세 가운데 절반가량을 매년 투입하여 공공병원 및 보건소의 인프라 확충 및 지방자치단체의 지역공공보건의료사업 운영비 등에 투입되도록 할 필요가 있다. 특히 중앙정부 뿐 아니라 광역지자체 차원에서도 공공보건의료특별회계를 만들어 공공병원 및 보건소 지원과 통합 연계 기능 활성화를 위한 정책 투자를 제도화 하도록 하는 것도 중요하다.

References

1. 문옥륜. 우리나라 보건소 기능 활성화 방안의 도색. 보건학논집. 1992; 29(1): 37-64.
2. 이희주. 지방자치시대 보건소 기능 활성화 방안(군위군 보건소를 중심으로). 경북대학교 행정대학원 석사학위 논문. 2006.6
3. 한국보건산업진흥원. 지역보건기관 기능 재정립을 위한 정책 및 실행방안 개발. 2008
4. 장숙량. 보건소 코로나19 대응 경험과 향후 과제. 2021.08.19
5. 한영란. 시도 및 보건소 조직·인력 조사. 2020.12.18. 보건간호사회
6. 김원진. 보건 및 복지 연계서비스 모형개발을 통한 지역사회의 방문보건사업의 활성화 방안. 한국자치행정정보. 2012; 26(2): 245-260
7. 김공현. 일본의 새로운 지역보건법과 보건소 기능의 변화. 대한병원협회지. 1995; 24(3): 4-11
8. 박윤희. 지역보건사업-지역보건사업체계의 개편방향. 한국보건교육건강증진학회한국보건교9. 김봉철. 보건의료정책형성의 기본원리로서 참여의 원리에 대한 연구-보건의료기본법상 보건의료정책과 참여수단의 확충방안을 중심으로. 한국의료법학회지 2013; 21(1): 35-53.
10. 신영전. 공공보건의료에 관한 법률 해설. 대한병원협회지. 2001; 30(2): 93-101.
11. 박삼영, 장민영, 박선희, 나백주, 김은영, 김순영. 기초지방자치단체 보건의료 지출수준의 결정요인. 보건행정학회지 23(1); 2013: 59-65.
12. Tharanga Thoradeniya and Saroj Jayasinghe. COVID-19 and future pandemics: a global systems approach and relevance to SDGs. Globalization and Health. 2021; 17: 59
13. Nundu Sabiti Sabin, Akintije Simba Calliope, Shirley Victoria Simpson, Hiroaki Arima, Hiromu Ito, Takayuki Nishimura and Taro Yamamoto. Implications of human activities for (re)emerging infectious diseases, including COVID-19. Journal of Physiological Anthropology 2020; 39: 29