

2021년도 풀씨연구회 1기 결과보고

보건정책 살펴보는 사람들의 모임(보살회)

본 연구모임은 정기적으로 지역보건현안을 논의하며 정보를 공유하고 아이디어를 확장하는 모임이며 “모두의 건강을 위해 작동하는 보건체계”를 목표로 한다.

(총 6회 연구모임 진행)

팀장 조상근 서울대 보건대학원 박사과정
팀원 김미지 경상대병원 공공보건의료사업실 촉탁의
팀원 김새롬 시민건강연구소 젠더와건강연구센터
팀원 김영수 경상남도 공공보건 의료지원단
팀원 김진환 서울대 보건대학원 박사과정
팀원 박유경 강원대병원 예방의학과 임상조교수
팀원 정승민 강원대병원 예방의학과 임상조교수

COVID-19 상황에서 지역의 일선 관료/연구자의 활동 경험 분석 : 지역에 하달되는 중앙정부의 보건의료정책을 중심으로

1. 서론

숲과나눔의 지원으로 2021년 3월부터 COVID-19 상황에서 중앙정부의 보건의료정책이 지역에서 어떻게 집행되는지 각자 현장 경험을 공유하는 연구모임을 운영함. 연구모임을 통해 활동과정에서 공유한 현장 경험을 개념화하여 프레임워크를 만든 후, 실제 지역보건의료정책 사례 분석에 적용하여 지역보건 정책집행과정과 중앙-지역의 상호작용에 관한 단서를 얻음.

WHO에 의하면 건강 정책(Health policy)이란 국제, 국가, 지역 수준의 건강 목표를 정의하고 이를 달성하기 위해 수행해야 할 결정, 계획, 행동을 구체적으로 나타낸 것임. 흔히 건강정책을 논의함이고 하면 의료전달체계, 진료비 보장방식 등의 내용(content)을 다루는 경우가 많지만, 본 연구에서 건강정책 연구란 과정(process)과 권력(power)을 다루며 이는 누가 누구에게 영향력을 미치고 어떻게 그런 일이 일어나는지 관심을 기울이는 행위를 뜻함.

한국 지역보건의료정책에는 하향식으로 전파할 수 있는 수직구조가 존재하여 상당수의 정책이나 사업이 지침의 형태로 보건복지부, 질병청에서 도청, 보건소, 보건지소로 전해지고 있음. 10% 남짓에 불과한 공공병원 병상은 수도권, 대도시가 아닌 지역은 정책과 사업을 실천에 옮길 인력, 시설, 재정이 보건과 의료를 막론하고 부족함을 상징. 지역의 자원 부족은 지역간 불평등의 원인이기도 하지만, 지역간 불평등은 또 다시 자원 부족을 일으키는 환류도 존재함.

현재 COVID-19와 그로 인해 발생한 문제는 의심할 여지 없는 보건의료정책 분야 최우선 의제임. 한국은 다른 나라에 비해 확진자와 사망자 수가 많지 않고 이는 “K-방역”이라고 불리는 중앙집권적 보건정책의 성과로 알려져 있지만, 코로나바이러스 대규모 유행 클러스터가 상대적으로 개발된 정도가 낮은 지역의 콜센터, 종교 시설, 정신과 폐쇄병동, 요양병원·요양원에서 발생함은 사실은 기존의 중앙의 하향식 보건정책이 지역불평등을 포함한 기존 사회불평등의 구조적 문제를 충분히 고려하지 못한 것은 아닌지 의심하도록 만들.

2. 연구 방법

1) 구성원 인터뷰 자료를 바탕으로 개방코딩-축코딩 수행, 맥락과 기제, 결과에 따라 구조화

본 모임의 분석자 1인이 나머지 구성원 6인에게 코로나19 상황에서의 지역 일선 관료/연구자의 활동 경험을 분석하기 위한 서면 인터뷰를 실시함. 인터뷰 내용은 구성원이 인지하는 지역 관료/연구자와 기관의 역할, 코로나19에 대응하며 생긴 어려움, 구성원과 중앙 정부의 관계, 소속기관과 중앙 정부의 관계, 대안과 제언 총 다섯 부문으로 구성함. 수집한 인터뷰 내용을 범주화 할 수 있도록 지속적 비교 분석법을 사용하여 자료의 주된 내용을 개념화하고 인과적 조건, 현상, 맥락, 중재적 조건, 작용/상호작용 전략, 결과로 범주화 한 뒤 이들의 상호관계를 도출하는 개방코딩-축코딩-선택코딩 절차를 거쳐 근거이론을 탐색함. 분석 내용은 모임의 오프라인 워크숍에서 구성원 전체의 확인과 검증을 거쳐 1차적으로 수정 보완함.

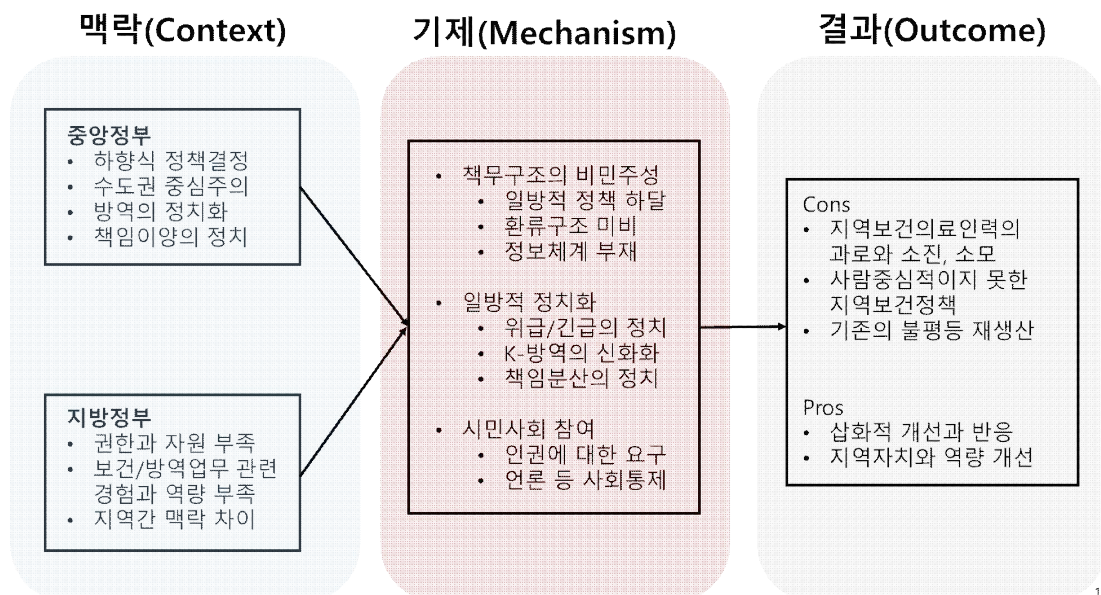
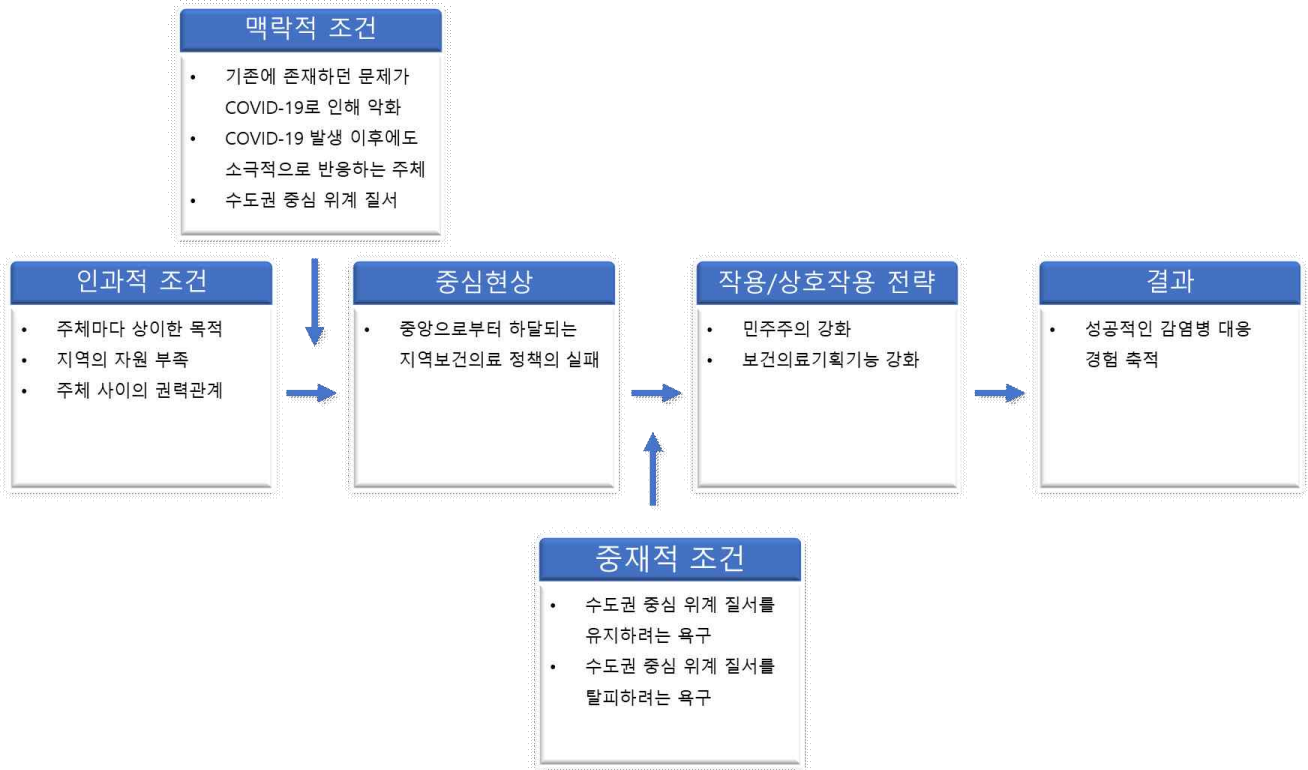
2) 프레임워크를 이용한 지역보건의료정책 사례분석

실재론적 평가는 과학적 사실주의에서 비롯된 연구에 대한 이론 중심 접근법으로, 연구가 복잡하고 개방적인 시스템에서 수행되고 있음을 인지한 상태에서 기존의 사회적 맥락의 중요한 역할을 고려하는 평가 수단을 제공함. 인터뷰 내용을 코딩하여 얻어진 개념어들과 연관구조를 기반으로 구성원들의 워크숍을 거쳐 작성된 레임워크는 실재론적 접근의 결과로 맥락, 기제 및 결과 사이의 관계를 나타내며, 사례 분석 등을 통해 더 다듬어질 여지가 있는 초기 형태의 이론으로 분석에 활용됨. 사례 분석에서는 특정 상황에서 어떤 메커니즘이 작동하거나 작동하

지 않는 이유, 왜 일부 사람에게만 작동하는지 등의 현상을 가능한 많이 설명하는 것을 목표로 하게 됨.
사례분석의 대상 사례는 모임 구성원이 COVID-19 현장에서 직접 겪은 일과 모임 구성원이 실무를 담당하는 지역에서 발생한 사건을 수집하여, 토론을 거쳐 지역보건의로 현장에서 가장 의미 있을 것으로 판단된 세 건을 선정함

3. 연구 결과

1) 프레임워크 도출



2) 사례 분석

가. 의사소통지원판(AAC)

a. 경과

- ① 코로나 상황에서 장애인을 위한 타지역 선별진료소, 예방접종센터의 AAC 활용 사례 언론 노출
- ② 장애인 당사자의 도입 제안
- ③ 현황 파악(경상남도 공공보건의료지원단), 보건복지부 공문 및 AAC 자료 발송 확인
-> 지침은 “활용 권고” 수준. 안산시, 마포구 등 언론노출 지역 담당자 면담. 경남도 보건소, 감염병지원단 등은 코로나19로 인한 업무과다로 AAC 활용 신경쓰기 어렵다고 답변함.
- ④ 장애인권익옹호협의회 회의 소집(마산장애인복지관, 경상남도발달장애인지원센터, 장애인권익옹호활동단 삼별초, 경상남도 공공보건의료지원단)
- ⑤ 업무분담 : 발달장애인지원센터(창원시, 경남도 협조 요청), 장애인복지관(AAC 활용 모니터랑), 공공보건의료지원단(장애인 의사소통 어려움 관련 현황조사, 미니연구 및 언론제보), 삼별초(전반적인 업무 모니터링 및 현황조사를 위한 장애인 섭외)

b. 결과

- ① 창원시 3개 보건소 AAC 설치 및 활용 : 장애인권익옹호협의체가 직접 AAC 제작 전달 및 활용을 촉구한 결과
- ② 장애인 의사소통 지원판 활용도 제고를 위한 사례 조사(장애인·치매 노인·이주민 관련 14개 기관 소통약자들을 면담) 보고서 발간, 경상남도 공공보건의료지원단 김찬기 인턴
- ③ 언론 보도 : <https://www.idomin.com/news/articleView.html?idxno=774825>

c. 향후 계획

- ① 창원시 외 경상남도 지자체 보건소 선별진료소, 예방접종센터에서 AAC 활용 촉구
- ② 보건소 뿐 아니라, 의료기관, 관공서(주민센터, 경찰서 등)도 AAC 활용 홍보
- ③ 장애인권익옹호협의회에서 제안하는 장애인 건강 관련 활동 지원

d. 함의

코로나19 상황에서 장애인의 의료접근성 향상을 위해 여러 장애인 당사자, 지원단체가 요구하여 중앙(보건복지부)에서 “장애인 대상 감염병 대응 지침”과 같은 지침이 만들어져 지방정부에 하달되었음. 그러나 이러한 지침상의 제안사항들은 강제실시가 아닌 “권고” 수준이기에 장애인들에게 꼭 필요한 것임에도 불구하고 지방정부의 선의에 기댈 수 밖에 없는 것이 현실이었음. 중앙의 지침은 지방정부에서 작동하지 않았고, 결국 전국 지자체 중 극소수만이 이러한 지침을 이용하여 장애인 의료접근성을 돕고 있었음. 지방정부 공무원은 장애인 건강에 대한 “책무성”이 없었고, 중앙정부도 지침을 내렸지만 이에 대한 모니터링을 실시하지 않았음.

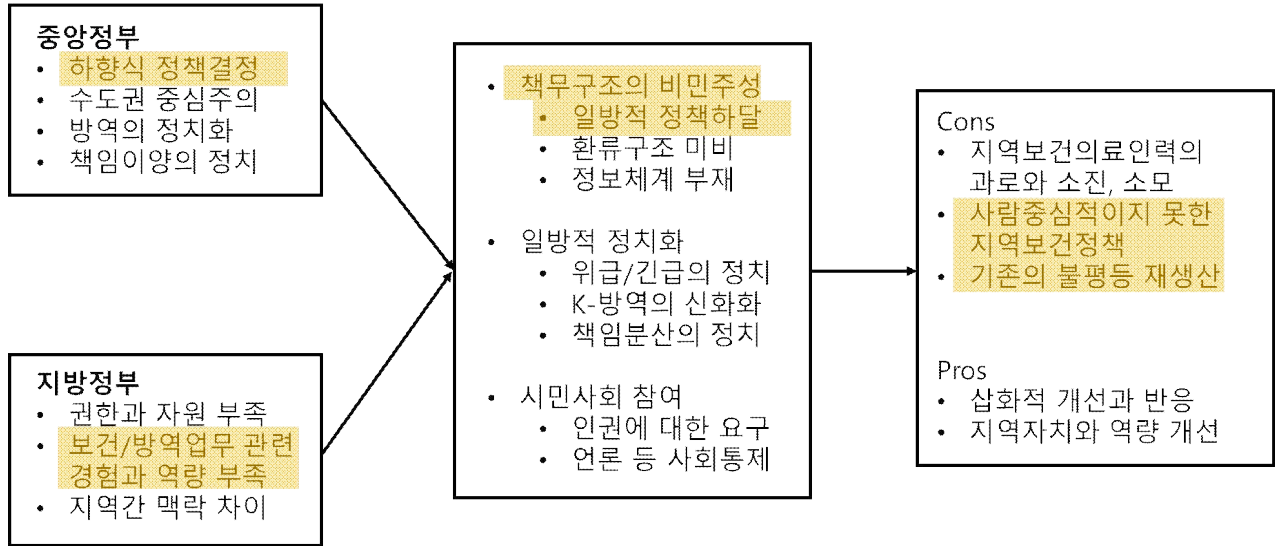
다만, 일부 지역에서 지역의 장애인 당사자 단체, 장애인 지원단체, 공공보건의료단체 등이 모인 시민 거버넌스가 작동하여 관련 지침을 확산하고 시행시키는 작은 결과를 가져왔다. 그러나 이러한 거버넌스가 없는 소도시, 군지역은 아직도 AAC를 활용하는 곳이 없음. 지방정부가 책무성을 가질 수 있도록 압박하고 기다리는 것도 필요하지만, 지역에서의 거버넌스를 시민들이 구축해 나가는 것도 필요함. 이에 의식있는 언론의 도움도 중요한 역할을 할 것임

지금까지 이야기한 내용들을 프레임워크를 이용해서 정리하면, 하향식으로 결정된 정책이 지역보건의료 현장에 전달되었으나 지방정부는 업무 관련 경험과 역량이 부족해 중요성을 판단하기 어려웠던 것으로 보임.

맥락(Context)

기제(Mechanism)

결과(Outcome)



중앙정부 지방정부 어디도 시민단체의 적극적인 문제제기 이전에 문제를 해결하려는 움직임을 보이지 않았다는 점에서 책무구조의 비민주성을 지적할 수 있으며, 일방적인 정책하달, 그리고 그에 따른 환류구조도 미비했음을 알 수 있음. 그 결과로 취약한 인구집단을 누락하는 사람중심적이지 못하며 불평등을 재생산하는, 기능하지 않는 정책이 된 것이라고 설명할 수 있음.

나. 재택치료 본격 도입

a. 경과

중앙재난안전대책본부는 10월 25일 예방접종률 향상으로 인한 사망률 감소와, 델타 변이의 우세종화에 따른 전파력 향상, 코로나19 장기화로 인한 부담을 고려한 <단계적 일상회복 이행계획(안)>을 발표함. 주된 방역 수단인 사회적 거리두기를 단계적으로 완화하고, 확진자 수 중심 의료대응에서 중환자 발생, 의료대응 역량, 확진자 수 등을 종합적으로 고려한 대응으로 전환하겠다는 것이 계획의 골자.

정부는 현재 경증과 무증상 확진자를 전담하고 있는 생활치료센터를 재택과 입원의 완충 역할로 전환하여 단계적으로 감축하고, 재택치료를 전체 경증 무증상 확진자를 대상으로 확대할 지침임을 밝힘. 노령, 중증, 조절되지 않는 기저질환이 있어 입원이 필요하거나 집에서 관리하기 어려운 사람과 의사소통이 어려운 경우, 감염에 취약한 주거환경에서 거주하는 경우는 예외로 함.

재택치료는 코로나19 치료와 격리를 오직 병원만이 담당하던 코로나19 초기 대응 시점에서 병상자원 활용을 위해 분화한 생활치료센터와 유사한 맥락과 지향을 가지는 자원 운영의 효율화 전략임. 초창기의 대안이었던 생활치료센터 또한 기초지방자치단체와 보건소 공무원 그리고 한정된 공간 자원을 정부주도 하에 동원하는 모델로 무한정 지속할 수 없음이 분명했기 때문에, 경증 환자 관리 요령이 자리 잡은 현재 최소한의 치료를 요구하는 환자군에게 필요한 자원을 가늠하는 것이 중요한 과제임.

한국에서 재택치료가 가능함을 시험하여 근거를 마련한 주요 주체는 임승관 단장을 중심으로 한 경기도 코로나19 긴급대응단으로, 재택치료 도입 시 종전보다 자원 이용의 효율성을 높일 수 있음을 증명함. 경기도는 2021년 3월 2일부터 코로나19 재택치료 사업을 시작했고 2021년 10월까지 4812건의 재택치료 실적이 발생함. 이 중 91.7%인 4202명이 재택치료의 범위 안에서 치료가 종결되었고, 생활치료센터로는 0.9%인 41명, 병원으로

는 7.4%인 337명만이 이송됨. 재택치료로 격리와 의료가 분리되어 발생할 수 있는 의료서비스 공백을 통제하기 위해 단기진료센터 모델을 116명에게 시험한 결과 66.4%인 77명이 폐렴 발생이 확인되었음에도 전담병원으로 이송된 사람은 16.4%인 19명에 불과함.

한편, 10월 21일 서울 서대문구에서 재택치료 중이던 68세 남성이 급격한 상태 악화로 이송 중 사망하는 사례가 발생하였으며 소방재난본부와 중앙사고수습본부 사이에 재택치료 중이라는 정보가 공유되지 않은 상태에서 구급차 방역조치, 병상확보 등의 과정이 원활히 일어나지 않은 정황이 발견되어 재택치료 확대를 위한 준비가 충분하지 되문는 여론이 조성됨. 이후 서울시는 24시간 응급콜, 이송 핫라인을 도입하고 전담 구급대를 20대에서 48대로 2배 이상 늘렸으며 전담 TF와 자치구별 전담팀을 구성하는 조치를 취함.

b. 문제제기

사회적 거리두기, 생활치료센터와 재택치료로 이어지는 방역 수단 변화의 흐름은 감염병에 맞서 사람들의 건강을 지키는 일에 흔히 사람들이 이번 사태에서 ‘과학기술’이라고 뭉뚱그려 불렀던 의료기술의 한계를 보여주는 것이기도 함. 급격히 죽어가는 사람을 살릴 수 있는 입원의료와 감염, 사망 확률을 줄일 수 있는 백신의 존재 자체로 코로나19 사태가 종결되는 것이 아니라, 겉보기에는 의료기술과 상관없어 보이는 공간적 격리가 잘 작동할 수 있도록 부처간 협력이 이루어지고 사람들에게 설명하는 것이 핵심 방역 기술임. 방역에 사용되는 의료기술 또한 입원의료와 작동하도록 병상과 주거 자원을 동원하고 백신을 두려워하는 사람에게 효과와 부작용을 설명하고 접종을 받도록 만드는 것에 관한 의사결정과 이 의사결정을 어떤 사람들이 누구 이야기를 듣고 할 것인지 같은 누가 봐도 지루하고 고통스러운 과제 묶음을 해결하지 못하면 실현되지 않았을 것이기 때문에 의미가 없었을 것임.

재택치료 확대의 목표가 정부의 부담을 줄이는 것에만 있음이면 이는 잘못된 지향임. 앞으로 정부가 응답해야 할 사례의 숫자인 확진자 수는 얼마든지 다시 증가할 수 있는데, 재택치료로 사람들의 자원을 빌려 공적 자원을 효율적으로 운영할 수 있도록 하는 정책이 정부의 책임을 줄이는 것으로 여겨지면 곤란함. 이 같은 기조는 재택치료의 가능성은 일찍이 시험되고 있었으나 4차 유행 이후 확진자가 급증하여 병상을 배정받지 못한 가내 대기자가 생기고 나서야 재택치료 논의가 급물살을 탄 정황이 있어 우려할만함.

정부는 재택치료 확대를 서두르기 앞서 인프라가 충분하지 점검해야 함. 충분한 인프라 준비 없이 재택치료를 확대하면 의료체계의 과부하에 따른 예상치 못한 사고에 대응할 수 없음. 의료체계의 과부하를 막는 조치는 필요한 의료체계의 구성요소들을 충분히 확보하는 것뿐만 아니라 이들이 연계하여 작동할 수 있도록 모든 과정을 연습하는 것을 포함함.

재택치료로의 이행을 중심으로 하는 방역전략의 전략의 핵심 가치는 자원 이용의 효율성임. 여기서 효율성의 목표는 번아웃 된 인력을 보호하고, 감염자 폭증에 대비해 유휴 자원을 확보하는 것임.

효율성이란 최소한의 투입으로 최대한의 성과를 만드는 것임. 주된 목표 이외에 다른 성과를 달성하고자 하면 추가 자원이 필요한데, 추가 자원 투입은 최소한의 투입이 될 수 없음. 그러므로 만약 포괄성, 다양성 등을 핵심적인 가치로 삼으면 자연스럽게 높은 효율성을 기대하기 어렵다. 따라서 효율성을 주된 가치로 삼는다는 것은 의도와 상관없이 부차적으로 간주하는 요소들을 배제하겠다는 선언임. 이러한 요소 중 중요한 가치가 누락되지 않도록 신경써야 함. 재택치료는 청소년·여성 쉼터에서 지내는 사람과 일상적 돌봄이 필요한 장애인을 고려하고 있는가? 집이 없는 사람에게 재택치료란 어떤 의미를 가지는가?

많은 경우 자원은 한정되어 있으며 효율성은 한정된 자원을 알맞게 배분하는 중요한 가치임에 틀림없음. 하지만 효율성만을 강조하는 방역대책은 이미 존재하는 불평등의 구조를 공고하게 할 가능성이 높음. 정책에서 기존 기저 구조를 고려하지 않는 의도는 그 자체로 정치적이며 체계적인 불평등을 재생산함. 따라서 효율성을 중심에 두겠다는 선언은 그 자체로 차별적임. 포괄성, 포용성, 다양성, 사람중심성을 기본 원칙으로 준수하는 효율성만이 도구적인 의미가 있음.

실험적인 상황에서 효과가 있는 것으로 확인된 공공보건 정책개입을 인구집단 수준으로 확대(scale up)하기 위한 방법론을 연구하는 일군의 학자들은 공공보건 정책개입 사례를 다룬 문헌을 분석한 결과 정책 개입 수단의 확대는 위 그림과 같이 이론적 토대, 효과 검증, 현실 세계 시험, 확산의 단계로 구성되나 현실 사례에서 반드시

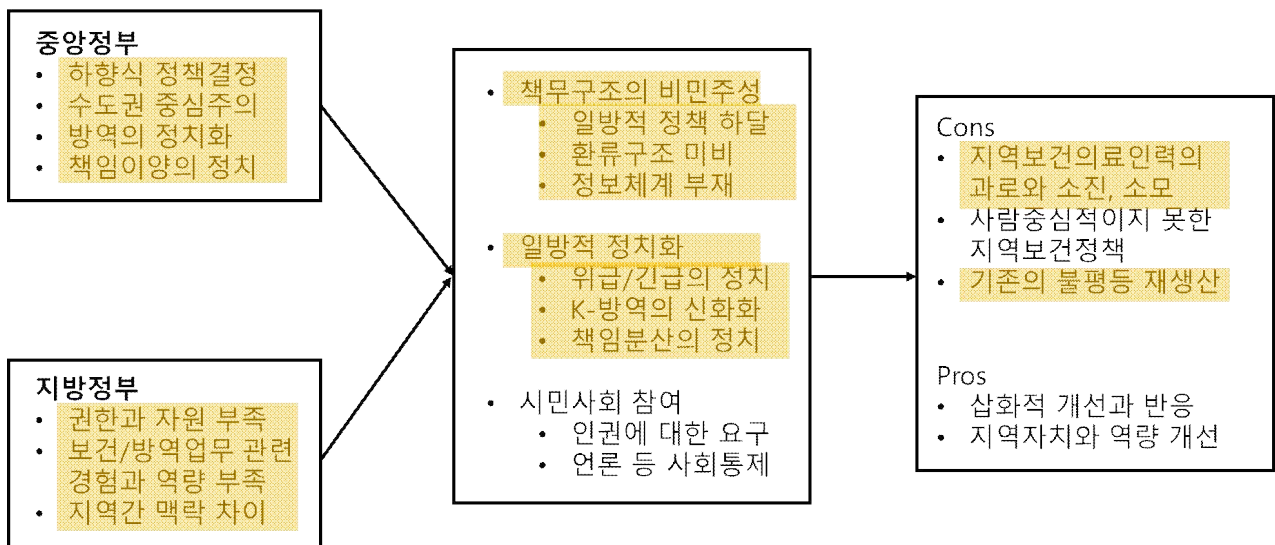
시 모든 단계를 거치지 않는 않으며, 검증 단계를 생략할 때에 따르는 이익과 위험을 가늠할 수 있어야 함이고 주장함. 또한, 정책의 확대는 기회주의적으로 이뤄지거나, 재정이 충당되었을 때, 혹은 숙의에 따라 재정이 확보되었을 때 결정되며, 거버넌스, 리더십, 자원, 전문성, 개입을 촉진하는 적절한 연결 기전과 책임 구조가 중요한 역할을 하고, 일반 인구집단의 수용가능성과 정책 효과의 근거가 지속가능성에 중요한 영향을 미침

현재 한국의 재택치료는 코로나19 발생 이후 꾸준히 정책을 선도하던 주체가 확진자 수 대비 비교적 소규모의 인구집단에서 효과성을 입증한 상황인 것으로 해석할 수 있음. 구글 트렌드 검색에 따르면 단계적 일상회복을 뜻하는 '위드 코로나' 논의는 4차 유행이 본격화되기 시작한 2021년 8월에 한국에 처음 등장하여 이제 세 달 남짓 지났으며 아직 어떤 자원이 준비되고 확충되었는지는 확실하지 않음. 정황상 한국의 재택치료 확대 실시는 기회주의적인 것으로 보임. 대부분의 지방자치단체가 생활치료센터 운영도 최소한의 자원을 이용하여 주먹구구 식으로 하고 있음을 감안하면 급격한 확장에 따른 부작용이 어떻게 발생할지는 아무도 알 수 없으며 일부 재택 치료가 사실상 방기가 아니냐는 언론의 문제제기 또한 진지하게 고려해보아야 할 필요가 있음.

맥락(Context)

기제(Mechanism)

결과(Outcome)



재택치료 도입은 영향 받는 인구의 규모가 더 큰 문제고, 영향을 미치는 맥락과 기제 또한 더 많은 것 같습니다. 이전 사례와 비교해볼만한 부분은 수도권 중심주의와 정치화.

재택치료는 전국이 공유하는 경험이라고 보기 어려운 상황이기 때문에 지침이 전달되었을 때 지방정부가 신속 정확히 반응할 것을 기대할 수 없었을 것임. 그럼에도 불구하고 강행하는 것은 일부 책임을 지방정부에게 넘기는 것이라고 봐야하는데, 지방정부는 모든 영역에서 자원이 부족하기 때문에 감당하기 쉽지 않을 것. 그럼에도 불구하고 강행할 수 있는 이유는 책무구조가 민주적이지 못하고, 코로나19라는 상황이 위급하고 긴급함을 모두가 인지하고 있기 때문임. 그 결과 인력의 소진과 불평등 악화로 드러날 가능성이 높음.

다. 코로나19로 인한 필수의료서비스 사업 중지

a. 경과

모임 구성원 중 한 명이 작년 9월 서울의 한 젠더연구자로부터 경남에서 운영하는 찾아가는 산부인과가 코로나 때문에 중지됨은 이야기를 들었음. 경남에서 도의 건강정책을 모니터링하는 일을 하고 있지만, 미처 알고 있지 못한 것이었음.

자료를 통해서 경남 어느지역에서 찾아가는 산부인과가 운영되는지 확인함. 경남에서 산부인과가 없는 의령군, 산청군, 함양군에서 민간업체에 위탁하여 찾아가는 산부인과가 운영되고 있었음. 저출산 대책의 일환으로 운영 되는 사업이지만, 임신부 혹은 가임여성보다 비가임 여성에 대한 의료서비스가 더 많이 이루어지는 것을 알 수 있었음. 고령 여성이 다수 거주하는 시골지역의 인구구조가 반영되는 것으로 보임.

○ 2019년 지역별 세부 실적

(단위 : 회, 명)

지역별	진료횟수	검진인원(연인원)			
		계	임산부	가임	비가임
총계	148	2,077	549	385	1,143
의령군	52	689	190	120	379
고성군	2	46	11	24	11
산청군	45	602	174	125	303
함양군	49	740	174	116	450

○ 2020년 지역별 세부 실적

(단위 : 회, 명)

지역별	진료횟수	검진인원(2020.08.31기준)				
		계	임산부	가임	비가임	임산배우자
총계	68	1,141	193	199	713	36
의령군	34	638	90	129	405	14
산청군	25	282	103	49	109	21
함양군	9	220	-	21	199	-

3개 지역의 보건소를 통해 현황을 확인함. 실제로 중단이 일어나고 있는 곳은 함양군이었음. 코로나에 대한 지역의 대응은 매우 강력함. 군 내 확진자가 발생한 이후 대다수의 공공보건의료사업이 중단되었고, 찾아가는 산부인과도 마찬가지였음. 확진자 발생 후 군청은 해당 사업의 중단을 지시했고, 보건소는 그 지시에 따라 사업을 중단함.

보건소 담당자에게 필수의료서비스는 코로나 상황에서도 제공되어야 하고, 찾아가는 산부인과도 마찬가지라는 것을 이야기 함. 담당자는 근거자료가 있음면, 보건소장을 설득해 본다고 함. 영국과 미국의 지침으로 만든 자료를 제시함. 담당자는 그 자료를 이용해서 보건소장을 설득했고, 찾아가는 산부인과 사업은 다시 시작됨.

코로나 유행 상황에서의 산전진찰 원칙(요약)

경상남도 공공보건의료지원단(2020.9.17.)

□ 원칙0. 공중보건의 위기상황에도 필수의료는 중단없이 제공되어야 함. 이를 위해 정부는 책임성을 가져야 하며, 미리 준비하고, 위기 발생시 가용한 모든 역량을 집중해야 함.

- 이 문서에서는 주로 산모의 산전진찰에 대해 이야기하지만, 넓은 범위의 여성건강 필수의료 서비스 모두가 공중보건의 위기상황에서 중단되지 않아야 함.

□ 원칙1. 산모는 코로나 유행 상황에서도 평시와 같은 산전진찰 서비스를 제공 받을 수 있어야 함.

□ 원칙2. 산모는 산전진찰 외에도 건강유지에 필수적인 의료서비스를 제공받을 수 있어야 함.

□ 원칙3. 산모의 상태에 따라 비대면 진료를 일부 선택할 수 있음.

□ 원칙4. 취약계층에 대한 산전진찰 접근성 강화가 필요함.

b. 함의

함양군의 찾아가는 산부인과 중단은 코로나에 대한 과도한 공포를 가진 지방정부가 대면접촉 최소화라는 정부의

방역 원칙을 충실히 따른 것으로 보임. 아마도 지방정부의 정책 결정자는 필수의료의 경우는 코로나와 같은 위기상황에서도 중단없이 제공되어야 함은 원칙을 알지 못했을 것임. 중앙정부에서 구체적인 지침을 주지 않은 것도 원인이겠지만, 지방정부도 이와 같은 상황에 대한 경험이 부족하고, 조연할 전문가가 없었던 것도 원인이었을 것임. 이러한 상황에서 방역 실패에 대한 책임에 부담감을 느낀 함양군의 책임자들은 최대한 방어적으로 보건사업을 운영함. 결과적으로 건강서비스가 필요한 함양군의 많은 여성들이 피해를 받았을 것임.

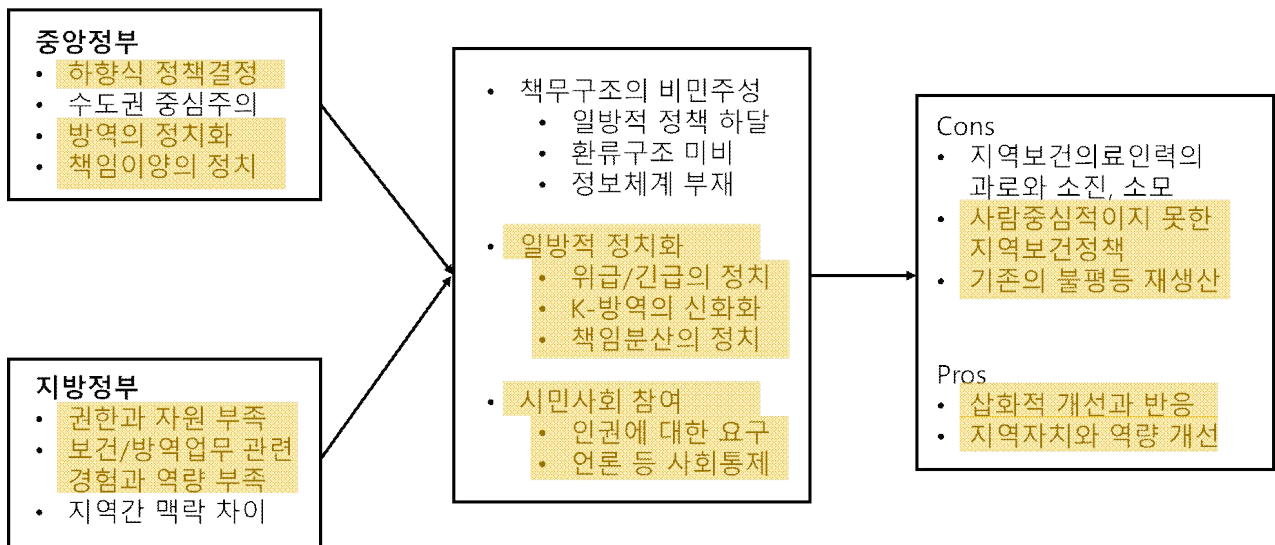
다행히 외부의 연구자들이 이러한 현황을 인지했고, 지역의 담당자가 현황을 파악하고 근거를 제공함. 제공한 근거에 따라 함양군은 생각보다 유연하게 반응하여 신속히 정책을 수정함. 찾아가는 산부인과는 바로 재개됨.

코로나로 인한 이러한 필수의료 제공, 공공보건의료사업의 중단이 다른 곳에서도 일어났을 것임. 그러나 이러한 사례를 도 내부에서 찾고, 문제점을 해결하려는 곳은 없음. 경남 내부에 있는 기관들조차도 내부의 사례를 잘 알지 못함. 예를 들어, 병원이 없는 외딴 섬 지역을 순회하며 주민들을 진료하는 경남의 병원선도 코로나로 인해 운영 중단과 재개를 반복했는데, 이를 도의 건강정책을 모니터링하는 기관이 인지하지 못함. 불명확한 근거로 중단된 병원선으로 인해, 섬 주민들은 의료서비스를 제대로 받지 못함.

맥락(Context)

기제(Mechanism)

결과(Outcome)



지역정부가 권한을 이용해서 결정을 내리는 사례도 있으나, 확진자 수로 나타나는 코로나19 방역 통제에 자원이 필요하니 다른 사업을 중지한 것으로 보임. 확진자 수를 통제하는 K-방역의 중요성과 다른 필수의료서비스의 격화된 지위가 대비가 되는 사례. 또한 이 사례는 특히 시민사회집단의 참여를 통해서 사건에 대한 해결을 이끌어냈는데, 사건 해결을 넘어 이 경험이 역량 개선으로 이어질 수 있음을 보여주는 것은 의미가 있음

4. 토론

건강불평등, 만성질환, 인구 고령화 등의 문제의 해결 방안으로 보건의료체계 강화는 전 세계 건강정책 연구자들의 오래된 현재진행형 숙제지만, 자본주의 정치경제체제 도입 이후 많은 정부들이 작은 정부, 시장화, 민영화, 외주화를 지향하게 되었고, 겉보기에 문제가 없는데 돈을 벌지는 못할 망정 추가 자원을 들여야 하는 보건의료체계 강화는 변화를 위한 동력을 얻기 어려웠음.

다양한 정책이 건강에 관여할 수 있지만 대부분의 경우 보건부 이외의 정부 조직은 건강 정책에 관여하지 않는다. 한국의 건강정책을 정하고 만드는 과정에서 핵심역할을 하는 집단은 보건복지부이며 지역보건의료정책은 대체로 중앙에서 정해진 내용이 지침이 되어 지역 보건소에 하달되어 집행됨

신종 감염병인 COVID19 팬데믹이 만든 위기 상황을 보건의료체계를 분석해야 할 직접적인 원인이 되었고, 지역에서 관련된 보건의료서비스를 직접 제공하는 지방 정부와 정책을 작성하고 하달하는 중앙정부 등 정부 행위자의 역할이 전에 없이 가시화되어 정부 조직의 역할과 실제 수행을 비판하고 의제화하여 변화를 이끌어낼 수 있는 기회의 창이 생긴 것으로 보임.

5. 결론

COVID-19 상황에서 종전부터 존재하던 중앙정부와 지방정부 그리고 현장관료의 수도권 중심 위계질서는 큰 변화 없이 유지되어 핵심 주체들이 지역보건의료문제에 소극적으로 대응하도록 한 맥락적 조건을 제공함. 지역 간 자원 불균형이나 장애로 인한 접근성 제약과 같은 기저의 불평등이 재생산되고, 이는 취약한 사람들이 코로나19 위기에서 더 큰 어려움을 겪게 만들었음

지역의 보건정책현장에서 정책을 집행하는 공무원과 이를 기술적으로 돕는 연구자들은 예산과 인력 부족, 업무 과중, 지역의 현실을 고려하지 않고 일방적인 기준을 부과하는 중앙 정책 등으로 인해 어려움을 겪었음.

하향식 정책이 지속되는 데에는 방역과 보건에 대한 제대로 된 정보가 환류되지 못하고, 불평등과 자원 격차를 고려하는 조정이 이루어지기 어려운 가운데 관료적 정책집행이 지속되는 상황이 영향을 미치는 것으로 파악됨.

지역에서 보건소와 지방자치단체의 방역담당자들은 중앙의 지침을 준수하지만 이것이 지역주민들의 필요에 부합하는 것인지를 판단할 자원과 권한이 부족한 경향을 보임. 시민 당사자의 참여를 통해 개선 여지가 있지만 지역에서 건강과 보건의 정치화 수준은 낮고, 수도권중심적 의사결정구조에 영향을 미칠 권력을 획득하기 어려운 상황임. 향후 지역보건 정책집행과정과 중앙-지역의 상호작용에 대한 면밀한 이해와 고민이 필요함.

향후 연구활용 계획

일선의 관료와 연구자들은 예산과 인력 부족, 업무 과중, 지역 현실의 제약에 따른 정책 실현 가능성 부족 등 다양한 이유로 중앙으로부터 하달되는 보건의료정책을 지역에 적용하는 것을 어려워하고 있음. 효과적인 중재를 위해 맥락적 조건의 핵심 요소이기도 한 수도권 중심 위계질서를 해결해야 함. 문제 해결 전략으로 정책과정 참여 강화를 통한 민주주의 강화와 수요 파악, 자원 동원 등 보건의료 기획 기능의 강화가 필요하며, 이를 통해 신종 감염병 발생시 선제적인 대응으로 정부 기능의 안정성을 보장하고, 불평등의 악화를 예방하며 피해를 입은 사람들을 구제할 수 있을 것임. 풀씨연구회를 통해 수립된 모임 구성원들의 지속적인 현장 활동과 상호 환류 체계는 중앙-지역 상호작용 개선을 도모할 수 있는 지식 생산의 기반이 될 것임.