

# 코로나19 유행 상황에서의 한국보건의료체계의 변화와 과제



Changes and Tasks in Korea's Healthcare  
System in Times of the Covid-19 Pandemic

윤강재 | 한국보건사회연구원 연구위원

이 글에서는 코로나19로 인해 야기된 공중보건 위기 상황에서 맞이한 한국보건의료체계의 변화와 그 변화에 대응하기 위한 과제를 살펴보았다. 코로나19는 적지 않은 환자와 사망자를 발생시켰다. 또한 코로나 19는 한국보건의료체계 변화의 중요한 모멘텀으로 작용하고 있다. 그동안 우리나라가 운영해 왔던 보건의료체계의 근간을 흔드는 영향을 미치고 있는 것이다. 언택트 환경으로 형성된 보건의료서비스 공급과 이용의 변화, 공중보건 위기 상황에서의 공공보건의료 강화 필요성 등 '공공(public)'의 부각, 보건의료 정보의 다양한 활용이라는 경험과 교훈을 통해 단기적으로는 '코로나 공존' 시대의 효과적인 대응 방안을, 중·장기적으로는 미래 위기 요인에 효과적으로 작동할 수 있는 한국보건의료체계를 고민할 시점이다.

## 1. 들어가며

BC(Before Corona)와 AC(After Corona)라는 신조어에서 포착할 수 있듯, 코로나19는 사회 전 분야, 그리고 사람들의 인식 자체를 가름 짓는 영향을 미치고 있다. '다시 코로나19 이전의 생활로 돌아갈 수 없을 것'이란 언명은 감염 방지를 위한 생활양식의 변화를 의미함과 동시에, 일상에 대한 우리의 인식 자체가 근본적

으로 변화했음을 뜻한다. 예컨대 '화상강의'나 '인강'은 기존에도 있었지만 공적 교육 자체를 온라인으로 시작한다는 것(온라인 개학)은 누구도 상상하거나 경험해 보지 못했다. 주로 외교·군사 영역의 용어였던 '안보'는 '방역안보'로 확장되었고, '사회적 거리두기'라는 생소한 용어는 이제 일상에서 준수해야 할 사회규범이 되었다. 많은 사람들에게 뉴욕 하트섬의 비극은 보건의료체계 붕괴의 위험성을, 일부 국가들의 집단면

역(herd immunity) 전략은 취약계층 돌봄과 자원 배분의 형평성을 재인식하도록 하는 계기였을 것이다.

이와 관련하여 최근 의미 있는 변화가 있었다. 2020년 11월 1일, 정부는 코로나19 대응을 위한 ‘사회적 거리두기’ 단계를 5가지로 세분화한 개편안을 발표했다. 그 배경을 설명하는 과정에서 주목할 필요가 있는 표현이 등장한다. 바로 ‘코로나 공존(With-Corona)<sup>1)</sup>이다. 전통적으로 감염병 대응의 궁극적 목표는 ‘종식’이었다. 코로나19 역시 초기 대응 단계에서는 ‘확진자 미발생’을 목표로 삼기도 했다. 그러나 1월 20일 국내에서 첫 번째 코로나19 확진자가 보고된 이후 1년 가까이 흐른 시점에서 우리는 종식보다 ‘위드(with)’, 즉, 공존을 이야기하고 있다. 공존은 적응을 전제로 한다. 코로나바이러스는 일차적으로 우리의 건강에 침투했고, 보건의료체계라는 사회적 면역반응이 대응했다. 그런데 코로나바이러스는 과거의 신종 감염병과 달리 우리의 일상에도 깊숙이 침투했다. 보건의료체계와 아울러 방역과 일상을 동조(synchronization)시키는 면역반응이 필요한 시점인 것이다.

코로나19는 기본적으로 호흡기질환이다. SARS-CoV-2로 공식 명명된 바이러스 감염으로 시작한다. 따라서 코로나19의 영향 범위에서 방역과 보건의료체계를 빼놓을 수 없다. 바이러

스의 유입·전파·확산을 저지하기 위한 체계(방역)와 환자에 대한 의학적 치료체계(보건의료)는 코로나19에 대한 가장 기본적이면서 우선적인 대응 기제이기 때문이다. 앞서 언급한 바와 같이 보건의료체계는 질병에 대해 인류가 구축한 면역체계라 할 수 있다. 각 사람마다 면역력이 상이하듯, 각 국가들은 각자 보유한 경제력과 보건의료 자원, 역사적·문화적·정치적 특수성에 따라 서로 다른 보건의료체계를 구축·운영해 왔다. 그리고 각각의 보건의료체계로 코로나19 위기 상황에 대응했다. 팬데믹이 지속되고 있는 현재 시점에서 코로나19 대응의 국가별 우열을 정하는 것은 시기상조이다. 그러나 일상과 인식을 근본적으로 변화시키고 있는 이 신종 감염병으로 인해 한국 보건의료체계에 나타난 변화와 그 결과 제시된 과제들에 대해 지속적으로 ‘추적’하고 교훈을 얻어야 한다. 코로나19 대응은 장래에도 반복될 공중보건 위기 상황에 선제적으로 대응할 수단임과 동시에 한국보건의료체계가 직면한 변화의 출발점이기 때문이다. 보건의료체계를 구성하는 여러 하위 요소들을 모두 다루기에는 한계가 있지만, 최초 확진자 보고 이후 현재까지 코로나19 유행 과정에서 나타난 한국보건의료체계의 주요한 변화들을 살펴보고, ‘코로나 공존’ 시대에 필요한 과제들을 제시하고자 한다.

1) 코로나바이러스감염증-19 중앙재난안전대책본부 정례브리핑(2020.11.1.)

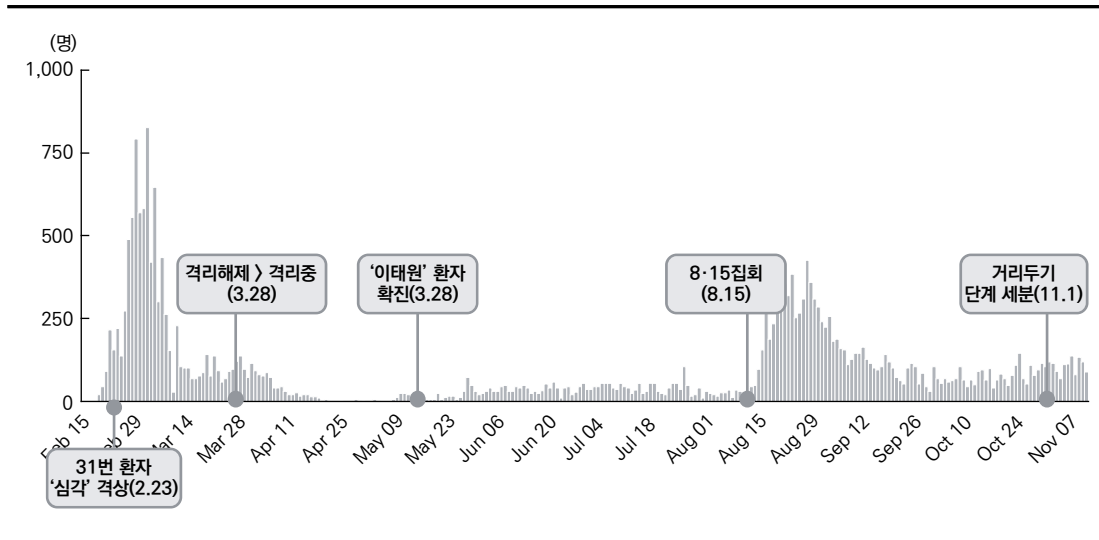
## 2. 코로나19 유행 과정별 주요 특징

국내 첫 코로나19 확진자 보고(2020.1.20.) 이후 12월 1일 0시 현재 3만 71명의 누적 확진자와 526명의 누적 사망자가 발생하였다. 코로나19가 한국보건의료체계에 미친 영향을 살펴 보기에 앞서 유행 양상을 몇 가지 특징적인 시기로 나누어 보는 것이 도움이 될 것이다.

첫 번째는 환자 급증에 따른 공중보건 위기 상황 도래와 이후 다소간의 안정화 추세 전환 시기이다. 우리나라는 최초 확진자 발생 이후 비교적 성공적으로 코로나19를 차단하였다. 그러나 31번 환자 확진(2.18) 이후 특정 지역과 특정 종교단체를 중심으로 감염 클러스터가 형성되었고,

위기 경보 역시 최고 단계인 '심각'으로 격상(2.23)되었다. 환자 발생이 집중된 지역에서는 일시적이긴 했지만 병실 부족 현상이 나타나는 등의 료체계의 심각한 균열이 우려되기도 하였다. 그러나 전국으로 확장된 공중보건 위기 상황은 의료진의 헌신과 '사회적 거리두기'의 국민적 실천, K-방역모델이 주효하면서 극복의 단초를 찾았다. 격리에서 해제된 인원 수가 격리 중인 인원 수를 넘어선 것(3.28)이 한국보건의료체계가 거둔 코로나19 통제의 성과라면, 드라이브스루와 워크스루를 통한 신속·안전·대규모 검사는 코로나19 통제 가능성을 현실로 바꾼 상징과도 같은 장면이었다.

그림 1. 코로나19 일일 확진자 현황



자료: <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/south-korea>에서 2020.11.10. 인출.  
단, 의미 있는 시점과 사건은 저자의 판단으로 선택, 추가하였음을 밝힘.

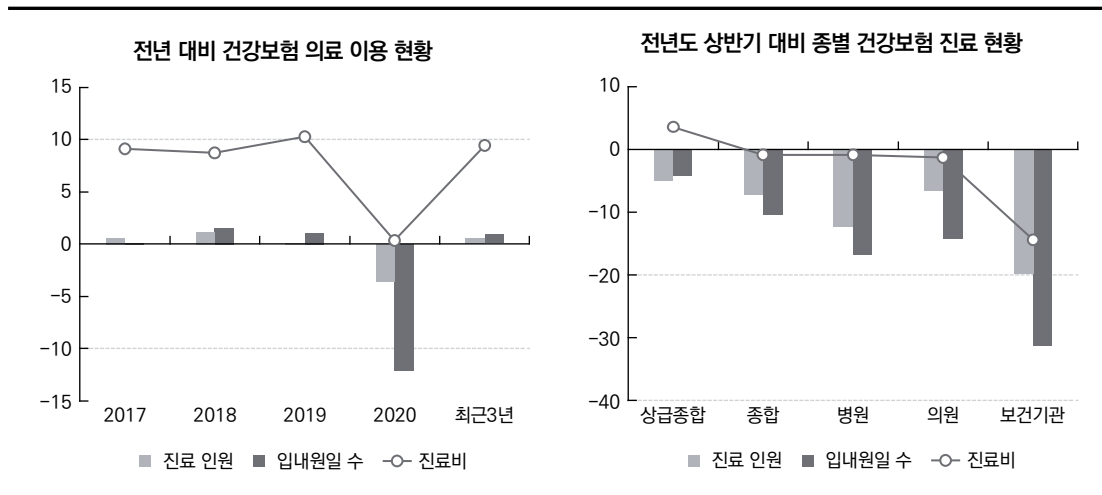
두 번째는 ‘산발적 집단 감염기’라 할 수 있다. 국내 발생 확진자 0명(4.30)과 같이 안정적으로 관리되던 코로나19는 ‘이태원 감염’을 기점으로 산발적 집단 감염으로 변화했다. 2월 말부터 3월 중순까지 발생 양상이 특정 지역과 종교집단을 중심으로 한 ‘폭증’이었다면, 이 시기는 발생 규모는 줄었지만 감염원이 전방위적으로 확산되는 양상이었다. 클럽, 물류센터, 방문판매회사, 운동 시설(탁구장), 종교시설(교회·사찰), 소모임, 학교·학원, 요양기관, 공장, 사회복지시설, 캠핑장, 돌잔치, 노래방, 선박 등, 모두 이 시기 집단감염 사례이다. 그리고 중앙재난안전대책본부가 매일 국민들에게 발표하는 정례 브리핑에서 새로운 지표가 등장했다. ‘감염 경로 불명 비율’과 ‘방역망 내 관리 비율’이다. 감염 경로를 알 수 없고 방역망에서 관리가 어려운 소위 ‘깜깜이 환자’의 증가

는 감염 위험이 얼마나 일상화되었는지, 그래서 ‘일상의 방역화, 방역의 일상화’ 없이 코로나19를 극복할 수 없음을 보여 준다.

마지막으로 8월 재유행부터 현재까지의 상황이다. 8월 도심 집회 이후의 유행을 통해 국민들은 일상 속 감염 위기의 폭발력을 목도했다. 인구 밀집 지역인 수도권에 집중된 후 전국으로 파급된 유행 양상은 자칫 한국보건의료체계의 붕괴를 가져올 수 있었던 큰 위기 상황이었다. 다행히 여전한 의료진의 헌신과 강력한 사회적 거리두기의 실천, 축적된 방역 경험과 지식으로 큰 고비는 넘겼다. 그러나 ‘산발적 집단 감염’을 넘어서 ‘일상 감염’이 지속되고 있는 것이 현재까지의 상황이다. ‘방역망 내 관리 비율’은 80%를 지속적으로 하회하고 있고, 가족, 친구, 직장 동료 등 지인 간의 사적 모임을 통한 감염 사례가 꾸준하다. 코로

그림 2. 코로나19가 의료 이용 및 증별 진료에 미친 영향

(단위: %)



자료: 김진이. (2020). 코로나19 전후 건강보험 진료비 변화와 시사점. NABO FOCUS 제26호. 국회예산정책처. p.3.

나19 유행에 대한 가장 근본적인 해결책은 백신이나 치료제의 개발이다. 그렇지만 장기적인 코로나19 유행 과정이 가져온 피로감과 사회경제적 부담을 최소화하면서 '감당 가능한 위험 수준(acceptable risk)'을 유지하고자 하는 '코로나 공존(With-Corona)' 전략의 성패는 정부와 국민 모두의 자율적이면서도 책임감 있는 '방역의 일상화' 실천 수준에 달려 있다고 할 것이다.

### 3. 코로나19 유행 상황에서의 한국보건의료 체계의 변화와 과제

#### 가. 보건의료서비스 이용과 공급의 변화 양상과 대응 방향

우리나라 의료전달체계는 제도적으로 일차-2차-3차로 구성되며, 각각의 전달체계가 제공해야 할 의료서비스의 특성에 따라 의료기관에 역할과 기능이 부여된다. 일반화시키다면 경증질환을 비롯한 일상생활에서의 질환 관리에 대한 일차의료는 의원급 의료기관이, 고난도의 서비스가 필요한 중증질환이나 전문인력 양성 등 3차의료는 종합병원급 의료기관이 담당한다. 그리고 이와 같은 의료서비스는 '대면'을 통한 전달을 근간으로 한다. 특히 우리나라의 경우 법적·제도적 기제를 통해 대면 서비스 작동이 확고하게 견지된다. 예를 들어 서비스의 공급과 이용은 원칙적으로 「의료법」과 「약사법」에 의한 의료기관 및 약국에서만 가능하다. 의료인과 환자 간의 원격의료는 불법이며, 안전상비의약품과 같은 일부

예외를 제외하면 약국 이외의 곳에서 의약품을 구입하거나 택배를 이용하여 처방의약품을 배송하는 것은 허용되지 않는다. 이용 측면에서 보아도 대면 서비스 이용에 제한이 없다. 의료 취약지, 경제적 요인에 따른 미충족 의료 문제가 여전히 있으나, 전반적으로 의료서비스가 필요한 환자가 자유롭게 의료기관을 방문하여 의사를 만나 진료를 받는 과정 자체가 용이하다는 점은 부정하기 어렵다.

코로나19는 우리나라 보건의료서비스가 구축한 공급과 이용에 많은 변화를 가져왔다. 감염에 대한 공포로 대면 접촉이 최소화하는데, 이로 인해 의료기관 방문을 비롯한 의료서비스 이용량이 감소할 것을 예상할 수 있다. 실제로 2020년 상반기 건강보험 진료비는 전년 대비 0.3% 증가율을 보이는 데 그쳤다. 코로나19 유행 이전 3년간 평균 증가율이 9.5%였던 점을 고려한다면 9.2% 포인트나 낮아진 것이다. 진료를 받은 인원과 내원일수 역시 전년도에 비해 각각 3.5%와 12.0% 감소하였다. 코로나19의 충격으로 인한 감소는 모든 의료기관 종별에서 공통적이지만, 그 폭은 의료기관 규모에 따라 차이가 있었다. '30병상 이하'로 규정되는 병원과 의원급 의료기관, 보건기관(보건소)의 감소 폭이 상대적으로 크게 나타난 것이다(김진이, 2020).

의료 이용량의 갑작스러운 감소는 반드시 필요한 환자에게 서비스가 제공되지 못하는 공백과 단절을 의미할 수 있기 때문에 주의를 기울여야 한다. 특히 감염병 유행 상황에서는 의료진 및 환

자의 안전 보장(감염 방지)과 적정 의료서비스의 제공이라는 두 가지 목표가 중첩되는 상황임이 감안되어야 한다. 감염병 확산 방지와 의료서비스 제공의 연속성 확보라는 차원에서 정부는 코로나19 유행 상황에 한시적으로 전화상담과 대리처방이라는 비대면진료를 허용하였다. 전형적인 ‘원격의료’ 또는 ‘원격진료’라고 보기에는 한계가 있지만 보건의료서비스 공급·이용의 근간이던 대면진료를 제한적이거나 대체하는 진료 유형이 현실화·구체화되었다는 점에서 그 함의가 작지 않다. 나아가 전화상담은 시·공간적 한계를 초월한 ‘단절 없는(seamless)’ 건강 보장의 본격화에도 영향을 줄 것으로 여겨진다. 보건의료기관이나 보건의료 인력으로 이루어진 일종의 ‘진료망(network)’을 가정해 보자. 지금까지는 환자 개인이 진료망에 접근하는 것이 주를 이루었다. 평상시에는 큰 문제 없이 작동하지만 코로나19와 같은 특수한 상황에서는 접근 단절이 일어난다. 또한 그 단절은 서비스가 꼭 필요한 취약계층에서 더 신속하고 강하게 일어날 가능성이 높다. 따라서 환자가 진료망에 접근하는 것이 아니라 진료망이 환자에게로 확장되는 ‘방향성의 전환’이 필요하다. 이 전환을 가장 효과적으로 뒷받침할 수 있는 수단으로서 ‘언택트(untact)’를 주요 속성으로 하는 기술이 결합된다. 예를 들어 2019년부터 추진되고 있는 재택의료의 핵심은 의

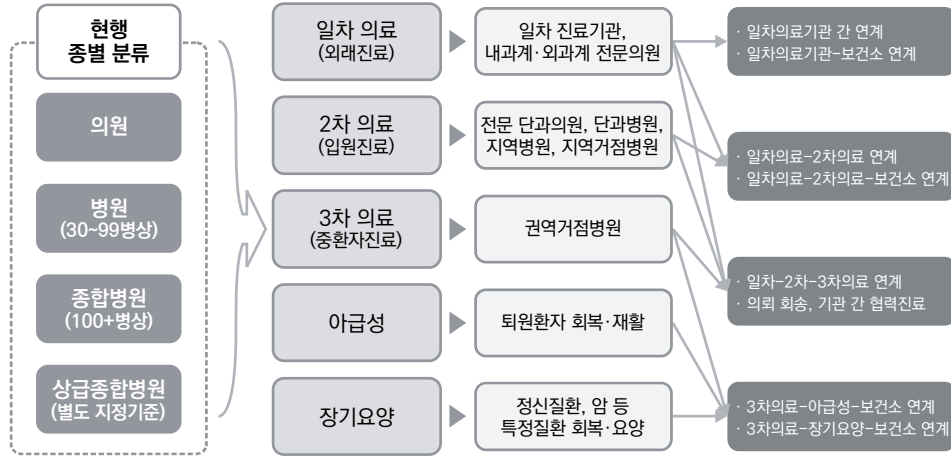
사가 직접 가정을 방문, 대면진료하는 것이다. 그러나 한정된 인력이 다수의 환자를 자주 방문하는 것에는 한계가 있을 수밖에 없고, 대면 접촉이 제한되는 상황에서 그 한계는 더욱 부각된다. 언택트 기술 활용에 따른 안전성과 효과, 효율성 등에 대한 근거 마련이 필요하겠지만, 적정 수준의 실제 의료진 방문을 유지하면서도 의료진 방문이 없는 평상시에도 환자의 건강 상황과 요구를 모니터링하는 ‘24시간 서비스’ 제공체계를 구축하는 것은 우리 보건의료체계의 중요한 변화지점이 될 것이다.

코로나19는 일차의료기관의 기능과 역할 변화에도 중요한 함의를 주고 있다. 앞서 살펴본 바와 같이 코로나19 유행의 가장 직접적인 타격이 나타난 곳이 지역에서 일차보건의료를 담당하는 기관들이었다. ‘의료전달체계 기층 약화’를 우려하게 하는 지점이다. 물론 코로나19 장기화에 대비하여 의원급 의료기관을 ‘호흡기전담클리닉’으로 운영하는 방안이 제시<sup>2)</sup>되는 등 부분적인 전달체계 개편 노력이 시도되었다. 그러나 공중보건 위기 상황으로 경험한 진료 공백, 재택의료를 비롯한 비대면 서비스 공급·이용 방식으로의 변화, 일차의료의 위기 등은 코로나19 상황을 계기로 한국의료전달체계에 보다 근본적인 개선이 필요함을 보여주고 있다. 예를 들어 법률 등에 의해 정해진 의료기관의 분류는 병상을 중심으로 한 ‘종별’ 체계이다.

2) 호흡기전담클리닉은 코로나19와 독감 등 호흡기질환의 동시 유행에 대비하고 일선 의료기관의 보다 적극적인 호흡기·발열 환자 진료를 유도하여 진료 공백을 최소화하기 위해 도입되었으며, 주로 보건소를 이용하는 ‘개방형 클리닉’과 일차의료를 담당하는 의원이나 병원을 지정하는 ‘의료기관형 클리닉’ 등을 통해 2021년까지 총 1000개소 설치를 목표로 추진됨(보건복지부, 2020).



그림 3. 기능·역할별 전달체계와 통합·연계 모형



자료: 요양기관의 분류기준 개선 부분은 김 윤 외(2018) p. 131을 바탕으로 작성.

분류 자체가 의료기관의 규모에 따르는 경향이 강하고, '종별 가산'이란 용어가 의미하는 바와 같이 보상체계 역시 규모와 높은 관련성을 가지기 때문에 대형화를 위한 과다 경쟁을 유인하기 쉽다. 따라서 중장기적으로 현재와 같은 종별 분류를 지양, 기능과 역할에 따른 분류로 재구성하고 각각의 주어진 역할에 충실하면서 협력·연계에 따른 보상을 높이는 방안을 찾는 것이 필요하다.

나. 'Public'의 재조명: 공중보건 위기와 공공보건의료를 통한 대응<sup>3)</sup>

한국보건의료체계 구축기의 중요한 과제 중

하나는 열악한 위생 수준에서 기인하는 감염병으로부터의 공중보건 위협에 대한 대응이었다. 위생국 설치는 해방 직후 미군정 법령 제1호의 골자였고, 당시 보건후생부가 조직이나 인력 면에서 가장 큰 정부조직이었던 사실(맹광호, 1999)은 이를 방증한다. 주지하는 바와 같이 이후 경제 발전과 생활수준 개선, 효과적 공중보건정책 등으로 급성전염병 퇴치에 가시적인 성과를 거두었다. 그리고 인구 고령화가 진척되면서 질병 정책의 핵심 과제가 '급성전염성 질환에서 만성질환 대응'으로 대체되기 시작했다. 인구 고령화와 질병 구조, 의료비 증가 등에 대처하기 위해 보건의

3) 공중보건 위기 상황에서의 공공보건의료 대응은 아래 원고를 재정리하였음.  
 • 윤강재. (2020). 코로나19가 한국보건의료체계에 미친 영향과 대응과제: 공공보건의료를 중심으로. pp. 411-438; 예충열 외. (2020). 코로나19 진행에 따른 경제·사회·산업 충격대응. 경제·인문사회연구회 협동연구총서.

료 정책의 중심축이 공급체계의 효율성과 비용 대비 가치, 성과 연동 등으로 이동하였다. 이러한 상황에서 갑작스레 닥친 코로나19라는 감염병은 환자의 규모, 위험의 전파력, 위험의 범위 측면에서 각각 ‘대량·단기간·전국’에 해당하는 공중보건 위기 상황을 초래하였다. 뿐만 아니라 8월 재유행을 거쳐 동절기를 맞아 또 한 차례 유행이 우려되는 등 장기적인 위기 상황을 예고하고 있다. 서두에 언급한 바와 같은 ‘코로나 공존(With-Corona)’ 전략은 위기 상황 장기화에 대응하기 위한 불가피한 선택이기도 하다.

코로나19는 감염병 위기 상황을 촉발했고, 사회 전반과 개인의 일상에 미치는 질병의 영향력을 실감하게 했다. 보건의료 정책에서 후순위에 위치해 있던 ‘공중보건(public health)’의 중요성을 다시 부각시켰고, 그 대응 기제로서 ‘공공의료(public medicine/healthcare)’의 역할이 새삼 주목받게 되었다. 감염병은 발생 규모와 심각성 예측이 어렵고 수요·공급에 기반한 시장체제로의 대응에 한계가 있어 국가와 지방자치단체 등 정부(공공) 영역의 역할이 일차적으로 강조된다. 이 때문에 「보건의료기본법」은 감염병의 발생과 유행 방지, 감염병 환자에 대한 적절한 보건의료 제공·관리를 위한 시책 수립 의무를 국가와 지방

자치단체에 부과하고 있다(제40조). 그런데 이번 코로나19 유행을 겪으면서 감염병에 대응하기 위한 공공보건의료기관의 부족 문제 해소와 공공보건의료를 위한 효과적 자원 활용 방안 필요성이 제기되었다.<sup>4)</sup>

공공보건의료기관 인프라와 관련해서 각각 2018년에 수립·발표된 법정계획인 ‘제2차 감염병 예방관리 기본계획’과 종합대책인 ‘공공보건의료 발전 종합대책’은 감염병 전문병원의 설립과 국가 지정 입원치료병상 등 전문진료체계를 제시하였다(〈표 1〉 및 〈표 2〉 참고). 중앙과 권역에 국가 주도의 감염병 전문병원을 설치·지정하여 대규모 지역감염 사례에 대비하고, 소규모·산발적 감염에는 중진료권의 ‘감염병 관리병원’이 중심이 되어 대응하는 체계이다. 여기에 각각의 감염병 환자 전문진료체계별로 음압병실과 음압수술실 등 자원 확충을 계획하였다. 그렇지만 코로나19 확산 당시 감염병 대응 공공보건의료기관 인프라 구축에 대한 아쉬움이 지적되었다. 예를 들어 2017년 2월 국립중앙의료원이 중앙 감염병 전문병원으로, 같은 해 8월 조선대병원이 권역 감염병 전문병원으로 지정되었다. 그러나 중앙 감염병 전문병원에 대한 투자는 아직 초기 단계로 보아야 할 것이다. 호남권 이외 지역에서의

4) 「공공보건의료에 관한 법률」에서 규정하는 공공보건의료기관과 공공보건의료는 다소 차이가 있음. 공공보건의료기관이 설립 주체(public sector)에 초점이 맞추어진 개념이라면 공공보건의료는 공공의 이익(public interest) 달성을 위해 공공과 민간 영역 전체를 포괄하는 개념임. 참고로 법률상 정의는 아래와 같음.

- 공공보건의료기관: 국가나 지방자치단체 또는 대통령령으로 정하는 공공단체가 공공보건의료의 제공을 주요한 목적으로 하여 설립·운영하는 보건의료기관(제2조 제1호)
- 공공보건의료: 국가, 지방자치단체 및 보건의료기관이 지역·계층·분야에 관계없이 국민의 보편적인 의료 이용을 보장하고 건강을 보호·증진하는 모든 활동(제2조 제3호)



**표 1. '제2차 감염병 예방관리 기본계획'에서의 신종 감염병 환자 전문진료체계**

구분	중앙 감염병 전문병원	권역 감염병 전문병원	국가지정 입원치료병상
시설 기준	• 음압병상 100개 • 음압수술실 2개	• 음압병상 36개 • 음압수술실 2개	• 음압병상 3~10개 (총 29개소, 199병상)
주요 기능	• 고도위험, 중증, 원인불명 감염병 환자 진료 • 인력 교육훈련, 연구	• 고위험, 권역 내 중증, 대규모 신종 감염병 환자 진료 • 권역 내 인력 교육훈련	• 시도 단위의 산발적 감염병 환자 등 진료
위기 대응	• 권역 전문병원 및 국가 지정 입원치료 병상 등에 환자 배정 및 치료	• 중앙 전문병원 및 국가 지정 입원치료 병상 등과 협조하여 환자 진료	• 중앙 및 권역의 환자 진료 지원

자료: 보건복지부. (2018b). 제2차 감염병 예방관리 기본계획: 원헬스(one health) 기반 공동 대응체계 강화 2018-2022. p. 18.

**표 2. '공공보건으로 발전 종합대책'에서의 감염병 환자 전문진료체계**

구분	명칭	방법
국가	중앙 감염병 전문병원 권역 감염병 전문병원	설치(국립중앙의료원) 지정(상급종합병원 또는 종합병원)
시·도	시·도 감염병 관리병원	지정(국립대병원 등 권역 책임의료기관)
중진료권 <sup>1)</sup>	지역 감염병 관리병원	지정(지방 의료원 등 지역 책임의료기관)

주: 1) 전국을 인구수·거리·의료이용률 등을 기준으로 70여 개 중진료권으로 구분  
자료: 보건복지부. (2018a). 공공보건으로 발전 종합대책. p. 17.

권역 감염병 전문병원 지정 역시 그동안 지체되다가 코로나19를 계기로 2개소(충부권 및 영남권) 신규 지정이 확정되어 추가경정예산에 포함되었다. 또한 '공공보건으로 발전 종합대책'이 명시하고 있는 감염병 전문병원과 지역사회 책임의료기관의 연계·협력 역시 책임의료기관 지정 자체가 늦어지면서 가동에 어려움을 겪었다.

'공공보건으로' 차원에서 자원 확충과 활용 측면 역시 코로나19가 한국보건의료체계에 던진 과제와 시사점이다. 실제 있었던 세 가지 사례를 들어 시사점을 도출해 보자. 첫째, 중앙사고수습본부는 2월 21일 증가하는 환자를 수용할 병실을 확보하기 위해 지방 의료원을 '감염병 관리기관'

으로 지정하였다. 감염병 관리기관에서 감염병 환자를 치료·격리하기 위해서는 기존 환자들을 전원시키고 병실을 확보해야 했다. 이 때문에 인근 민간 의료기관들에는 지방 의료원 입원 환자들을 전원·수용하기 위한 병실 확보 협조가 요청되었다. 둘째, 5월과 8월의 환자 발생이 수도권에 집중되면서 서울·경기·인천의 병상을 공동으로 활용하는 대책이 발표되었다. 마지막으로 우리나라의 인구 천 명당 의료기관 병상 수는 적지 않았음에도 불구하고<sup>5)</sup> 환자가 폭증하던 시기에 병상 부족으로 인해 코로나19 환자가 자가격리 중에 사망하는 사건이 발생하였다(구대선, 2020).

'병상'이라는 자원 확보 측면에서만 본다면 우

리나라의 수준은 낮지 않다. 상대적으로 충분한 많은 환자가 발생하는 경우에는 병상 자원을 효과 병상을 확보하고 있던 것이 2월 말~3월의 최초 적으로 활용하기 위한 기제가 필요하다. 앞의 사 위기 상황을 넘기는 데 큰 도움이 되기도 했다. 그 레들은 특정 지역의 수용력을 초과하는 환자가 발 러나 코로나19와 같이 단기간에, 격리가 필요한 생하는 경우 신속하게 인근 지역의 자원을 활용할

표 3. 코로나19에 따른 손실 보상 연혁(제1차~제5차)

회차	발표일	주요 내용																													
제1차	4.9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 병상 확보 지시를 받거나 폐쇄업무정지된 병원급 의료기관</li> <li>• 비워 둔 미사용 병상에서 발생한 손실 대상</li> <li>• 146개 의료기관, 1020억 원(기관당 6억 9000만 원)</li> </ul>																													
제2차	5.29	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 감염병 전담병원</li> <li>• 미사용 병상 + 환자 치료에 사용된 병상에서 발생한 손실</li> <li>• 66개 의료기관, 1308억 원(기관당 19억 8000만 원)</li> </ul>																													
제3차	6.29	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 손실 보상 대상 기관의 종류, 손실 항목별 세부적인 손실 보상 기준 마련                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 코로나19 환자 치료 의료기관: 시설 개조 및 장비 구입을 위한 직접비용과 코로나19 환자를 치료함으로써 발생한 기회비용(치료에 사용하지 못한 비워둔 병상, 치료에 사용한 병상에서 발생한 손실, 일반 환자 감소로 인한 진료비 손실)</li> <li>- 생활치료센터 협력 병원 및 선별진료소 운영 병원: 운영에 소요된 직접비용과 생활치료센터 의료인 파견이나 선별진료소 운영에 따른 진료비 손실</li> <li>- 폐쇄업무정지·소독조치 기관: 소독 직접비용과 폐쇄업무정지 기간 동안의 진료비 손실</li> <li>- 환자 발생·경유 사실이 공개된 요양기관: 소독 명령 이행을 위한 직접비용과 소독·휴업기간 동안의 진료비</li> </ul> </li> <li>• 87개 의료기관, 622억 원(기관당 약 7억 원)</li> </ul>																													
제4차	7.31	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 환자 치료 의료기관 이외에 선별진료소 운영 병원이 처음 포함</li> <li>• 202개 의료기관, 1073억원(기관당 약 5억 3000만 원)</li> </ul> <p style="text-align: right;">(단위: 개소, 억 원)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">구분</th> <th rowspan="2">총계</th> <th colspan="5">치료 의료기관</th> <th rowspan="2">선별진료소 운영 병원</th> </tr> <tr> <th>소계</th> <th>감염병 전담병원</th> <th>국가지정 입원치료</th> <th>중증환자 입원치료</th> <th>기타 치료의료</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>기관 수</td> <td>202</td> <td>102*</td> <td>51</td> <td>20</td> <td>61</td> <td>5</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>지급액</td> <td>1,073</td> <td>834*</td> <td>834</td> <td>402</td> <td>274</td> <td>663</td> <td>11</td> </tr> </tbody> </table> <p>* 각 유형별 중복 제외</p>	구분	총계	치료 의료기관					선별진료소 운영 병원	소계	감염병 전담병원	국가지정 입원치료	중증환자 입원치료	기타 치료의료	기관 수	202	102*	51	20	61	5	100	지급액	1,073	834*	834	402	274	663	11
구분	총계	치료 의료기관					선별진료소 운영 병원																								
		소계	감염병 전담병원	국가지정 입원치료	중증환자 입원치료	기타 치료의료																									
기관 수	202	102*	51	20	61	5	100																								
지급액	1,073	834*	834	402	274	663	11																								
제5차	8.31	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 203개 의료기관, 996억 원(기관당 약 4억 9000만 원)</li> </ul> <p style="text-align: right;">(단위: 개소, 억 원)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">구분</th> <th rowspan="2">총계</th> <th colspan="5">치료 의료기관</th> <th rowspan="2">선별진료소 운영 병원</th> </tr> <tr> <th>소계</th> <th>감염병 전담병원</th> <th>국가지정 입원치료</th> <th>중증환자 입원치료</th> <th>기타 치료의료</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>기관 수</td> <td>203</td> <td>96*</td> <td>47</td> <td>23</td> <td>59</td> <td>4</td> <td>107</td> </tr> <tr> <td>지급액</td> <td>996</td> <td>824*</td> <td>508</td> <td>273</td> <td>496</td> <td>11</td> <td>172</td> </tr> </tbody> </table> <p>* 각 유형별 중복 제외</p>	구분	총계	치료 의료기관					선별진료소 운영 병원	소계	감염병 전담병원	국가지정 입원치료	중증환자 입원치료	기타 치료의료	기관 수	203	96*	47	23	59	4	107	지급액	996	824*	508	273	496	11	172
구분	총계	치료 의료기관					선별진료소 운영 병원																								
		소계	감염병 전담병원	국가지정 입원치료	중증환자 입원치료	기타 치료의료																									
기관 수	203	96*	47	23	59	4	107																								
지급액	996	824*	508	273	496	11	172																								

자료: 발표일별 코로나바이러스감염증-19 중앙재난안전대책본부 정례브리핑 중 해당 내용 발췌해서 구성

5) 2017년 현재 OECD 국가의 인구 1천 명당 의료기관 수는 평균 4.7개인 반면, 우리나라는 12.3개로 보고되고 있음. 이는 일반 (13.1개)에 이어 두 번째로 많은 수입(윤강재, 2020).

준비가 되어 있지 않으면 일종의 ‘풍요 속의 빈곤’을 경험할 개연성을 보여 준다. 자원의 효과적 활용에서 지역 간 연계, 공공 영역과 민간 영역의 연계는 가장 기본적인 기제이다. 특히 많은 전문가들이 동절기 유행을 예상하고 있는 시점에서 중환자들을 위한 병상 확보·활용률과 이송체계 구축 등은 우선적으로 주의를 기울여야 할 모니터링 지점이다. 이런 측면에서 권역(예를 들어 수도권)의 병상 공동 활용은 의미 있는 시도였다고 평가할 수 있다. 공공-민간 연계 역시 자원의 효과적 활용 측면에서 중요한데, 특히 민간 영역에 공익(public interest) 달성이라는 역할을 부여하도록 유인하기 위해서는 합리적인 보상체계 마련이 뒤따라야 한다. 감염병 대응을 위한 투자는 손실 발생과 연관되기 때문에 당위성에만 호소하기에는 한계가 있기 때문이다. 2015년 메르스 사태 이후 300병상 이상 종합병원에 음압격리병실을 일정 수준 이상 확보하도록 하는 조치가 시행되고 응급 의료기관 지정에도 음압병상 설치가 의무화되는 등 자원 확보를 위한 법적 기반이 마련되었다. 그러나 지역거점 공공병원들도 음압격리병실 가동률이 평균 49.0%에 머문 상황(서지우 외, 2019)이 의미하는 바와 같이 민간 의료기관들의 입장에서 손실을 감수하면서 투자를 늘리기에는 한계가 명확하다. 보다 적극적인 보상 또는 손실 보전 방안 마련이 고민되어야 할 지점인데, 앞서 첫 번째 사례와 같이 민간 의료기관들이 병실을 비우거나

선별진료소 등을 설치할 경우 그 손실은 더욱 커진다. 물론 8월 말까지 총 다섯 차례에 걸쳐 개산급(概算給)<sup>6)</sup>을 지급하는 방식으로 의료기관에 대한 손실 보상이 이루어졌다.

2015년 메르스 사태의 보상에 준하여 이루어진 코로나19 손실 보상은 민간 의료기관으로 하여금 감염병 대응체계로의 참여 동기를 제공하고, 공중보건 위기 상황에 대응할 의료체계의 기반을 확보한다는 점에서 의의가 있지만 향후 과제 역시 시사한다. 사후 보상에 집중된 시야를 선제적 투자에 대한 사회적 가치의 부여와 측정으로 넓혀야 한다는 점이다. SARS, 신종인플루엔자 A, 메르스 등 감염병 위기 상황과 대형 자연재해 등의 대응 과정에서 공공보건의료의 강화 필요성은 제기되었으나, 실제 투자로 이어지는 데에 속도감은 부족했던 것이 사실이었다. 2개소의 권역 감염병 전문병원 지정 예산이 코로나19 상황에서 ‘추가’경정예산을 통해 현실화된 점은 성과와 더불어 한계를 실감하게 하는 장면이다. ‘감염병 대응=손실=국가 등 공공보건의료기관만의 대응’이라는 도식을 지양하고 선제적 대응 투자가 더 큰 사회적 비용 발생을 예방한다는 객관적 근거 마련으로부터 출발할 필요가 있다.

#### 다. 위기 대응과 재난 불평등 해소를 위한 정보 활용

코로나19 유행 상황은 감염병과 관련한 각종

6) 손실이 최종 확정되기 전에 잠정적으로 산정한 손실 또는 그 잠정 손실의 일부를 어림셈으로 계산한 금액

정보가 쏟아져 나온 시기이기도 하다. 정보공개의 투명성은 K-방역모델의 핵심적인 가치였고, 확진자의 이동 경로를 추적하고 접촉자를 가려내며, 감염 전파 네트워크를 분석하는 ‘코로나19 역학조사 지원시스템(국토교통부, 2020)’은 K-방역모델 가운데 핵심적인 성과를 창출한 추적(tracing) 방식이었다. 물론 정보의 홍수 속에 소금물을 분사하여 코로나바이러스를 소독할 수 있다는 등 ‘인포데믹(infodemic)’이 나타나기도 하였지만, 정보의 올바른 활용은 곧 코로나 공존(With-Corona) 시대의 효과적 방역을 가능하게 하는 요인임에 분명하다. 여기서는 특히 보건의료 분야에서의 정보 활용과 관련한 과제를 세 가지로 제안하고자 한다.

우선 건강문해력(health literacy)의 제고와 위기 상황에 대한 정보 전달(risk communication)의 중요성이다. 보건의료 영역에서 정보 비대칭은 여전히 존재하지만 위기 상황에서 올바른 정보를 선별하여 의사결정을 내릴 수 있는 건강문해력(health literacy)의 중요성은 더욱 높아진다. 앞서 ‘public’을 ‘공중보건’과 ‘공공보건의료’를 통해 부각시켰는데, 코로나19 대응을 위해 ‘public’이 중시되어야 할 또 하나의 의미가 있다. 바로 ‘대중’이다. 일상과 방역의 동조화는 결국 일반 대중의 자발성에 크게 의존할 수밖에 없는데, 이 과정에서 작동하는 것이 건강 문해력과 위기 정보의 전달이다. 건강 정보에 대한 접근 역량은 인터넷 건강 정보 이용에, 활용 역량은 건강 관리 행위 개선에, 정보를 판별하는 역량은 의료

인 또는 의료기관의 선택(닥터 쇼핑)에 각각 정(正)의 상관관계를 보이는 것으로 알려져 있다(김성은 외, 2019). 정보의 접근·활용·판별은 올바른 감염병 예방과 대응에 핵심적이다.

건강 문해력이 개인 차원에서 올바른 정보 활용 역량을 강화하는 것이라면 감염병에 대한 정보 전달(risk communication)은 사회적 책임과 지식을 갖춘 전문기관 또는 전문가가 일반 대중들의 결정권을 제고할 수 있도록 돕는 과정이다. 특히 인포데믹 상황에서 정확한 정보 전달은 매우 중요하다. 코로나19 초기를 회상해 보면, 확진자가 폭증하는 상황에서도 봉쇄나 이동제한 없이 위기 상황을 극복한 데에는 당시 질병관리본부를 비롯한 방역 당국이 국민들에게 신뢰할 수 있는 정보를 제공하였기 때문이다. 정확하고 신뢰도 높은 정보의 전달은 앞으로 코로나19 극복에도 중요하게 작용할 전망이다. 예를 들어 감염병에 대항하여 인류가 개발한 가장 유효한 무기가 백신이다. 코로나19 역시 백신 개발이 순조로울 경우 2021년에는 접종이 본격적으로 이루어질 것으로 전망된다. 그런데 우리 사회는 독감 예방접종 과정에서 백신 안전성에 대한 적지 않은 사회적 논란을 겪었다. 코로나19 백신의 안전성과 접종 우선순위, 유통과 접종 방식의 결정 등은 상대적으로 오랜 경험이 축적된 독감 백신의 경우보다 더 높은 수준의 정보 선별이 필요할 전망이다.

두 번째는 재난 상황에서 건강 불평등이 심화되는 것을 저지하는 기제로서 정보가 작용해야 한다는 점이다. 전통적인 대면 접촉을 통한 돌봄

이 필요한 계층은 건강 취약계층이다. 사회가 감염 방지를 위해 대면 접촉을 최소화하고, 보건의료 분야에서 비대면/언택트 환경이 확장되는 변화가 빠르게 일어나고 있다. 그런데 고령자, 장애인, 저소득층, 이주민 등의 인구집단은 정보화 취약계층으로서 접근·활용 측면 모두 이와 같은 사회환경 변화에 취약하다. 장애인, 저소득층, 농어민, 고령층으로 구성된 ‘취약계층’의 디지털 정보화 수준은 2019년 현재 일반 국민의 70% 수준에 머물러 있는데(과학기술정보통신부·한국정보화진흥원, 2019), 보건의료체계를 비롯한 사회체제 변화가 취약계층을 먼저 포괄하지 않을 경우 공중보건 위기는 건강 형평성의 위기로 귀결될 가능성이 높아진다. 필요한 서비스에 접근하지 못하고, 반대로 왜곡된 정보에 노출될 위험성은 심화되기 때문이다. 따라서 건강 문해력 제고에 있어서 이들 취약계층을 우선에 둔 지원 대책이 별도로 마련되어야 한다.

마지막으로 개인 민감 정보의 보호라는 전제 가운데 방역 과정에서 축적된 정보가 한국보건의료체계의 역량을 강화시키는 데에 어떻게 활용될지에 대해 논의해야 할 시기이다. 감염병과 관련하여 우리 사회가 경험한 몇 가지 예가 있다. 메르스 유행기에 시민들이 만든 ‘메르스 지도(Mers Map)’와 코로나19 상황에서 공적 마스크 판매의 안정적 수급에 크게 기여했던 ‘공적 마스크 앱’을 만들기 위한 ‘시민 해킹(civic hacking)’ 사례이다. 코로나19 방역을 위해 의도적으로 또는 불가피하게 많은 정보가 축적되었다. 지금은 유행 상황 진정이라는 당면 과제에 집중하고 있지만, 코로나19의 감염 경로와 감염자 특성, 방역 과정에서 의 각종 정책적 지침의 준수, 의료진의 활동, 완치된 환자들의 생체 정보 등이 동의를 거쳐 효과적으로 활용된다면 다시 발생할 수 있는 신종·변종 감염병에 선제적으로 대응하는 과정에 중요한 정보로서 활용될 것이다.

표 4. 계층별 디지털 정보화 수준

구분	2016년	2017년	2018년	2019년
장애인	65.4	70.0	74.6	75.2
저소득층	77.3	81.4	86.8	87.8
농어민	61.1	64.8	69.8	70.6
고령층	54.0	58.3	63.1	64.3
취약계층 평균	58.6	65.1	68.9	69.9

주: 수치는 일반 국민의 디지털 정보화 수준을 100으로 할 때, 일반 국민 대비 디지털 정보화 수준을 의미  
 자료: 과학기술정보통신부·한국정보화진흥원, (2019). 2019 디지털정보격차 실태조사. p.38.

#### 4. 나가며

감염병은 미래 위기를 예상할 때 빠지지 않는 요인이었고, 세계보건기구 역시 2년 전부터 앞으로 공중보건 위기 상황을 야기할 수 있는 감염병의 하나로 미지의 질병, ‘Disease X’를 경고하기도 하였다(채수미 외, 2019). 2020년을 관통한 코로나19 유행 상황에서 전 세계는 감염병이 주는 공포와 불확실성을 체감하고 있지만, 지금까지 한국보건의료체계는 어느 국가의 보건의료체계보다 잘 대응해 왔다. 의료진의 헌신과 국민들의 적극적 참여, 국민건강보험을 비롯한 건강보장체계 등 그동안 축적한 역량이 없었다면 대응은 불가능했을 것이다. 그렇지만 간과할 수 없는 사실은 코로나19 유행은 진행 중이라는 점이다. 체감도는 다소 떨어졌을지라도 감염병 위기 경보 수준은 최고 단계인 ‘심각’으로 격상(2월 23일)된 이후, 여전히 유지되고 있다. 전 세계적인 팬데믹 상황은 더욱 심각하여 누적 확진자가 우리나라 인구에 육박하는 5000만 명을 이미 넘어섰다(11월 8일).<sup>7)</sup> 앞으로 북반구 동절기를 맞아 당분간 코로나19 유행의 파도가 더욱 높아지리라는 예상이 지배적이다. 백신과 치료제 개발, 해외 유입 차단과 확진자 치료 등 한편으로는 코로나 바이러스와 싸우면서 다른 한편으로는 생활 속에서 방역수칙을 준수하면서 불가피한 공존을 모색

해야 하는 상황이다.

코로나19가 장기화되고 일상화된 상황에서 한국보건의료체계는 변화의 중요한 모멘텀을 맞을 것이다. 그동안 우리 보건의료체계가 견지해 왔던 원칙인 ‘필요에 따라 자유롭게 제한 없이, 접근성 높은 의료서비스 이용’과 ‘의료 전문직에 의한 대면 서비스’는 변화에 직면했다. 세계에서 가장 빠른 인구 고령화 속도와, 그에 비례하여 증가하는 의료비 지출에 대응하기 위해 추구해 왔던 공급과 이용의 효율성 가치에는 ‘공중보건 위기’ 대응이라는, 그동안 우선순위에서 소외되어 왔던 접근 방식의 재조명을 요구하고 있다. 비대면/언택트 환경은 보건의료서비스 공급과 이용의 변화를 추구하고 있으며, 공중보건 위기 상황 대응을 위한 의료전달체계의 개선과 공공보건의료체계의 역할 증대, 새로운 보건의료서비스의 정립 역시 ‘위드 코로나’ 사회에서 중요한 과제로 대두될 전망이다. 예를 들어 ‘심리방역’이라는 영역은 재난 상황을 맞은 특징인을 대상으로 한다는 고정 관념에서 벗어나 전 국민을 위한 서비스로 확장될 필요성이 높아지고 있다.<sup>8)</sup> 이는 관련 인력의 양성, 서비스 전달체계와 보상체계 구축 등의 논의로 이어질 것이다.

정부의 제도적 설계 역시 더욱 중요성이 높아질 전망이다. 이미 보건복지부는 제2차관이 신설되었고, 질병관리본부는 질병관리청으로 그 위상

7) 월드오미터 기준, 12월 1일 전세계 코로나19 확진자 수는 6,357.5만명에 이른다.

8) 코로나19 유행 전후인 2019년 1~4월과 2020년 1~4월의 의원급 의료기관 이용일수 변화를 분석한 결과에 따르면, 소아청소년과(-42.3%), 이비인후과(-25.8%), 가정의학과(-12.9%), 내과(-7.1%) 등이 모두 감소했다. 반면 정신건강의학과는 이용일수 측면에서는 8.9%, 진료비 측면에서는 17.0%가 증가하였음(고신정, 2020)



이 높아졌다. 2020년 말에는 보건의료 분야의 주요 법정계획인 ‘제1차 보건의료인력종합계획’, ‘제5차 국민건강증진종합계획(HP2030)’, ‘제2차 공공보건의료기본계획’ 등이 발표될 예정이고, 여기에는 감염병을 비롯한 공중보건 위기 상황 대응과 직접적 관련성을 가지는 인력 확보, 대응체계 구축 등의 내용이 담길 것으로 예상되는데, 실행력을 담보한 계획으로 기능할 수 있도록 지속적인 모니터링이 필요하다. 또한 ‘상병수당’과 같이 그동안 제도권 밖에서 논의되던 제도들이 2021년에는 제도권으로 편입, 구체화된 제도 추진의 첫발을 디딘다. 이는 우리나라 건강 보장에 새로운 의미를 부여할 잠재력을 가진 변화이다.

우리의 신체적·정신적 건강과 일상을 근본적으로 변화시키고 있는 코로나19가 제시한 변화의 모멘텀을 지속적으로 ‘추적’하고 그 교훈을 얻어야 한다. 코로나19 대응은 국민의 안전을 지키는 의미임과 동시에 한국보건의료체계가 직면한 변화의 출발점이기 때문이다. 단기적으로는 공중보건 위기 상황 극복에 주력해야 하겠으나, 중·장기적으로는 미래 위기로인에 효과적으로 작동할 수 있는 한국보건의료체계를 고민할 시점이다. ■

## 참고문헌

고신정. (2020). 동네의원, 코로나19 ‘직격탄’\_1분기 3700억원 감소. 의협신문(2020. 10. 5.). (<http://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=136492>, 2020.

11. 13. 인출)  
과학기술정보통신부·한국정보화진흥원(2019), 2019 디지털정보격차 실태조사.  
구대선. (2020). 대구서 13번째 사망자 발생...병실 없어 자가격리 중 숨져. 한겨레신문 (2020. 2. 27.). (<http://www.hani.co.kr/arti/area/yeongnam/930076.html>, 2020. 11. 13. 인출)  
국토교통부. (2020). 스마트시티 기술로 코로나 19 확진자 동선 파악이 더 빠르고 더 정확해집니다. 보도자료(2020. 3. 25.).  
김성은, 박동진, 최정화. (2019). 일반 성인의 건강문해력의 하위 차원과 건강 관련 행위간의 관계. 보건사회연구 39(1). pp. 334-364.  
김윤, 김태현, 박수경, 백해빈, 이예슬, 정유지, 조상현. (2018). 병원급 이상 요양기관의 종별 설립기준 적정화 연구, 국민건강보험공단.  
김진이. (2020). 코로나19 전후 건강보험 진료비 변화와 시사점. NABO FOCUS 제26호. 국회예산정책처.  
맹광호. (1999). 한국의 공중보건 1세기. 의과학 8(2). pp. 127-137.  
보건복지부. (2018a). 공공보건의료 발전 종합대책.  
보건복지부. (2018b). 제2차 감염병 예방관리 기본계획: 원헬스(one health) 기반 공동 대응체계 강화 2018~2022.  
보건복지부. (2020). 코로나19 장기화 대비 호흡기전담클리닉 설치·운영 계획.  
서지우, 윤아리, 김빛나라 외. (2019). 2019년 지역거점공공병원 운영평가. 보건복지부, 국립중앙의료원.

- 윤강재. (2020). 코로나19가 한국보건의료체계에 미친 영향과 대응과제: 공공보건의료를 중심으로. pp. 411-438; 예충열 외.
- (2020). 코로나19 진행에 따른 경제·사회·산업 충격대응. 경제·인문사회연구회 협동연구총서.
- 윤강재. (2020). 코로나바이러스감염증-19 대응을 통해 살펴본 감염병과 공공보건의료. 보건복지ISSUE&FOCUS 제377호. 한국보건사회연구원.
- 채수미, 윤강재, 서제희, 탁상우, 최지희, 이나경. (2019). 미래질병과 건강 아젠다 발굴 및 대응 방안 연구. 질병관리본부, 한국보건사회연구원.
- <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/south-korea> 에서 2020.11.10. 인출.