

# 보건복지 ISSUE & FOCUS

## 코로나바이러스감염증-19 특집호 ⑥

### 코로나바이러스감염증-19 대응을 통해 살펴본 감염병과 공공보건의료



윤강재  
보건정책연구실 보건의료연구센터장

- 최대한 피해야 하겠지만, 현대 사회에는 신종·변종 감염병을 비롯하여 환자가 대거 급속하게 발생할 수 있는 다양한 위험요인이 상존해 있는 것이 현실임. 따라서 위험 발생시 신속하게 작동하기 위한 사전예방적 대응체계를 갖추고 있어야 함.
- 공공보건의료는 감염병과 같이 수요·공급에 기반한 전통적 시장·가격체계로 대응하기에 한계가 있는 위험요인에 대한 가장 효과적인 대응체계임.
- 코로나19를 계기로 형성된 공공보건의료 발전에 대한 공감대를 지속적인 사회적 투자로 연결시킴으로써 공중보건 위기 상황에 대한 효과적 대응체계를 갖추어야 함.
- 아울러 코로나19 대응 과정에서 축적된 경험을 차분히 반추하여 우리나라 보건의료체계의 취약점 보완과 국민건강 구현을 위한 계기로 삼는 것이 필요함.

## 01. 서론

- ◆ 2020년 1월 20일 우리나라에서 코로나바이러스감염증-19(이하 '코로나19') 첫 확진 환자가 보고된 이후 7979명의 누적 확진 환자와 67명의 사망자가 발생함(3월 13일 0시 기준).
- 초기에 정체되어 있던 환자 수는 2월 19일을 기점으로 큰 폭으로 증가해 2월 23일에는 감염병 위기경보 수준이 '심각' 단계로 격상되었음.

- 일부 지역에서 보건의료자원 수용 한계를 넘는 확진 환자가 집중적으로 발생해 인력과 병상 부족, 적시에 필요한 의료서비스를 받지 못하는 어려움이 나타나는 상황에서 '장기전' 가능성까지 대두되고 있음.

◆ 코로나19 사태를 계기로 공공보건의료에 대한 관심과 확충 주장이 높아졌음.

- 발생 시기와 규모, 파급력을 예측하기 어려운 감염병은 수요·공급에 기반한 전통적 시장·가격체계로 대응하기에는 한계가 있어 '공공보건의료'의 역할이 강조되어 왔음.

「공공보건의료에 관한 법률」의 '공공보건의료사업'(제2조 제2호 '다'항)

발생 규모, 심각성 등의 사유로 국가와 지방자치단체의 대응이 필요한 감염병과 비감염병의 예방 및 관리, 재난으로 인한 환자의 진료 등 관리, 건강 증진, 보건교육에 관한 사업

- 공공보건의료를 확충하여 감염병에 대응하는 것은 타당한 방향이라 사료됨.
  - 다만 2015년 메르스(중동호흡기증후군) 유행 과정에서 고조되었던 공공보건의료 확충 주장이 진정 이후 지속성 있는 투자로 이어지지 못했던 경험을 반추하는 한편,
  - 공공보건의료 확충에 대해서는 단순히 국가나 지방정부가 급성기 의료를 제공하는 기관을 설립하는 차원에서 접근할 것이 아니라, 코로나19 대응 경험을 통해 우리 보건의료체계의 약점을 보완하는 방향으로 접근해야 함.

## 02. 공공보건의료: 의미와 현황

◆ 「공공보건의료에 관한 법률」이 규정하는 '공공보건의료'는 '공공보건의료기관'에 비해 포괄하는 범위와 의미가 넓음에 주의할 필요가 있음.

- 공공보건의료기관은 국가와 지방자치단체, 공공기관이 설립·운영하는 기관임. 즉, 기관을 설립·운영하는 주체(public sector)에 초점을 두어 규정함.
- 공공보건의료는 제공 주체를 '국가, 지방자치단체 및 보건의료기관'으로 설정하고 있음. 따라서 공공보건의료는 보건의료의 본질적 속성, 즉 공공의 이익(public interest)을 위해 견지해야 할 역할과 기능에 초점을 두어 규정한다고 볼 수 있음.

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

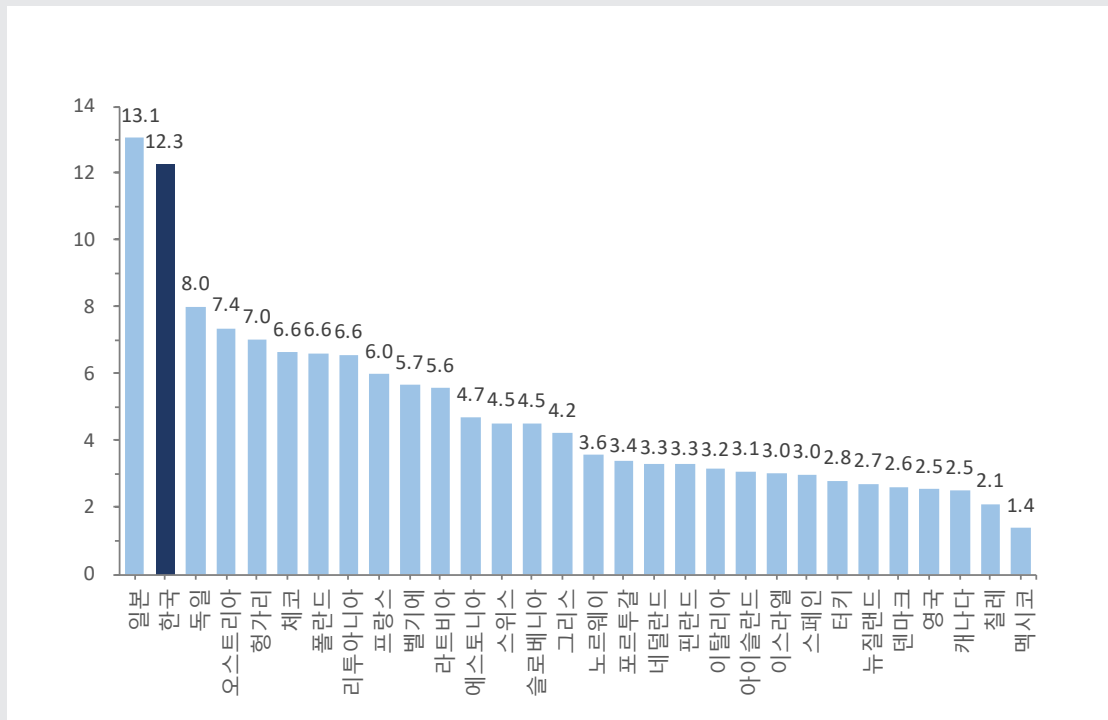
주: 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조 제1호 및 제3호.

- 감염병 예방과 관리의 일차적인 책임은 ‘공공보건 의료기관’에 있다고 할 것임. 그러나 이번 코로나19 유행과 같이 전 사회적인 역량이 집중되는 위기 상황에서는 공공 영역(정부)과 민간 영역이 연계하여 공동으로 대응하는 체계, 즉, ‘공공보건 의료’ 관점으로 인식을 전환할 필요가 있음.
  - 코로나19 유행에서 우리가 점검해야 할 점은 ①일차적 대응 기제로서 ‘공공보건 의료기관’이 보유한 자원이 충분히 확보되어 있는가 ②공공보건 의료기관의 수용 한계를 넘어서는 위기 상황에서 ‘공공보건 의료’는 어떻게 작동되어야 하는가임.

◆ 병상자원의 모순: 공공보건 의료기관이 보유한 자원 취약성의 함의

- 2017년 현재 우리나라의 인구 천 명당 병상 수는 12.3개로서, 일본(13.1개)에 이어 두 번째로 높은 수준임. 경제협력개발기구(OECD) 평균(4.7개)과 비교할 때 우리나라는 병상, 특히 급성기 병상의 과잉 공급이 우려되는 국가였음(그림 1).

[그림 1] 인구 천 명당 의료기관 병상 수(2017년)

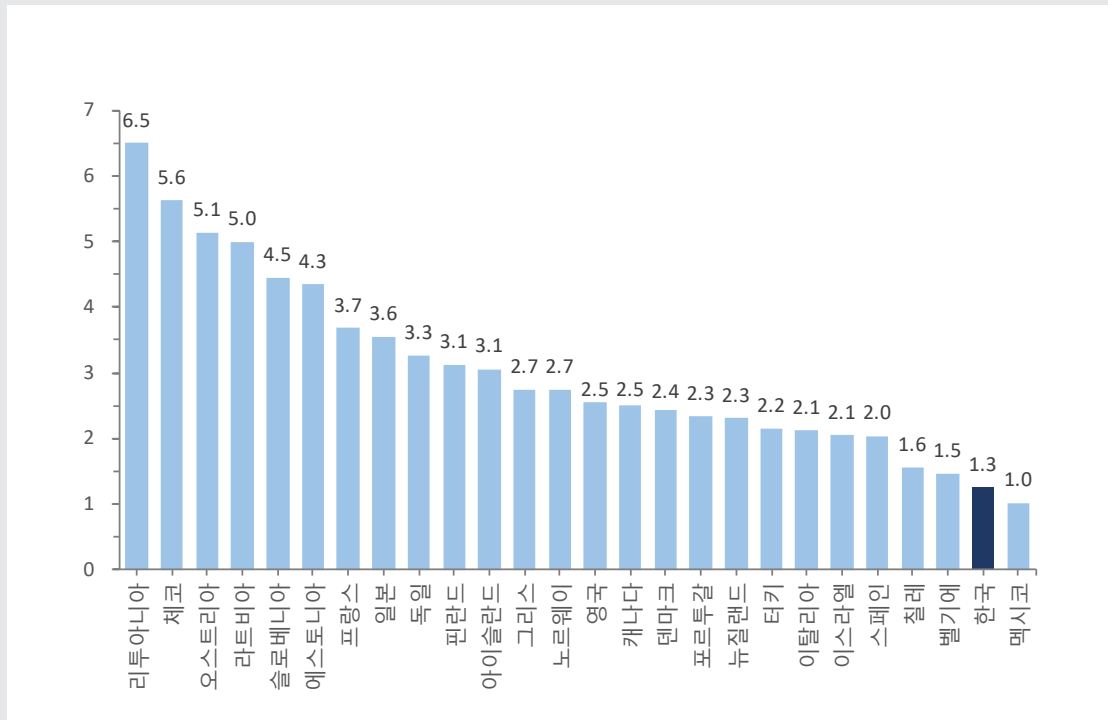


자료: OECD Statistics. (2020. 3. 5.). Health Care Resources. [https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_REAC](https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC)에서 2020. 3. 5. 인출하여 도식화함.

- 다만 공공의료기관<sup>1)</sup>의 관점에서 병상 보유 수준을 보면, 전체 병상자원 가운데 공공의료기관이 보유한 병상은 상대적으로 열악함을 면하지 못하고 있음.
  - 2017년 현재 우리나라의 인구 천 명당 공공의료기관 병상 수는 1.3개(OECD 평균 3.0개), 전체 병상 중 공공의료기관이 보유한 병상 비율은 10.2%(OECD 평균 70.8%)로서, 두 지표 모두 OECD 국가 가운데 최하위권에 속함(그림 2 및 그림 3).

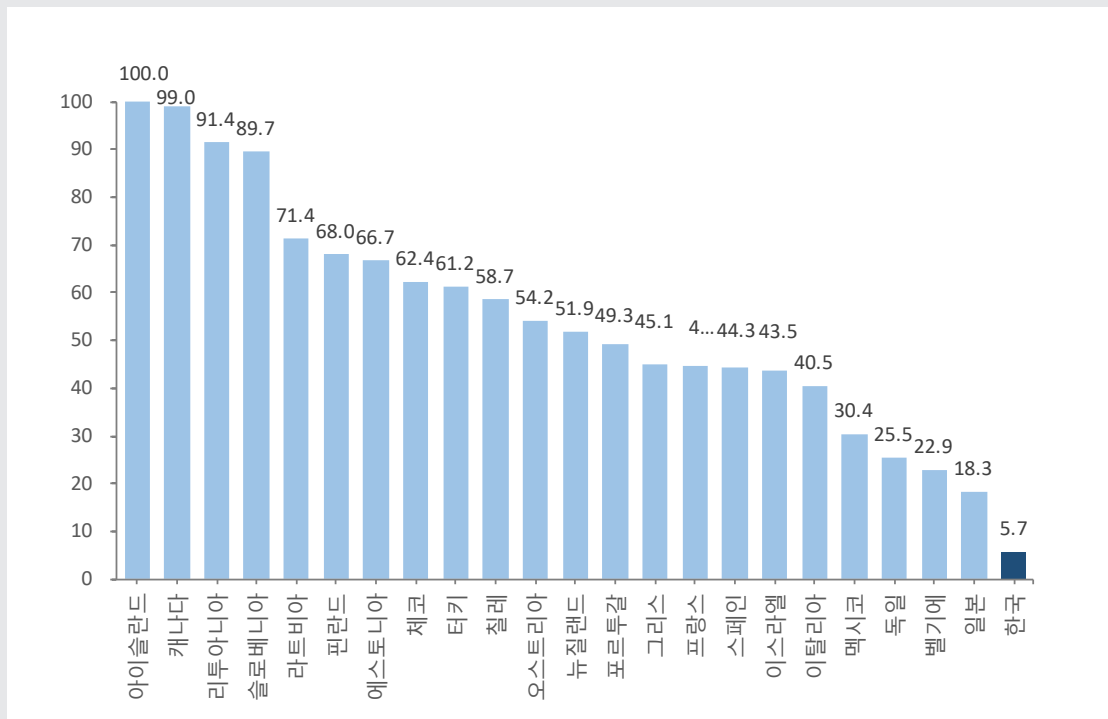
1) 보건소(보건의료원 포함), 보건지소, 보건진료소 등 ‘공공보건 기관’을 제외한 의료기관을 의미함.

[그림 2] 인구 천 명당 공공의료기관 병상 수(2017년)



자료: OECD Statistics. (2020. 3. 5.). Health Care Resources. [https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_REAC](https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC)에서 2020. 3. 5. 인출하여 도식화함.

[그림 3] 공공의료기관 병상 수 비율(2017년)



자료: OECD Statistics. (2020. 3. 5.). Health Care Resources. [https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_REAC](https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC)에서 2020. 3. 5. 인출하여 도식화함.

- 코로나19 유행 전 우리나라는 과잉 공급을 우려할 정도로 병상자원을 보유하고 있었고, 국민들은 자유로운 의료서비스 이용에 익숙했음. 그러나 코로나19 상황에서 국민들이 목격한 ‘병실 부족으로 인한 입원 대기열’과 “병실 없어” 자가격리 중 사망 사례<sup>2)</sup>는 그동안의 익숙함과는 모순되는 경험이었음.
- 기간·규모·파급력 예측이 불확실한 감염병의 특징은 일시적인 의료서비스 공급 부족 현상의 한 원인임이 분명함. 그러나 이 모순의 저변에는 민간 중심의 총량 확충에 맞추어져 왔던 우리나라 공공보건의료체계의 문제점들이 잠재해 있음.
  - 먼저, 감염병에 일차적으로 대응해야 할 공공의료기관이 보유한 자원의 절대량 자체가 부족하였음.
  - 다음으로, 단기간에 대량 환자가 발생하여 공공보건의료기관의 수용 한계를 초과하는 상황이 발생하였을 때, 공공보건의료체계를 작동시켜 자원을 효과적으로 분배함으로써 취약 지점을 보강하는 연계(중앙지방정부 간, 정부-민간 영역 간)가 신속하게 작동하지 못한 측면이 있음.

### 03. 공공의료기관의 감염병 대응 자원: 현실과 방향

- ◆ 정부는 2015년 메르스 사태 이후 ‘국가방역체계 개편 방안’을 수립하여 신종 감염병 발생에 대응하기 위해 시설(감염병 전문병원)과 병상(음압격리병상) 등 공공의료자원 확충을 주요 추진 과제로 제시하였음.
- ◆ 일부 개선에도 불구하고 코로나19 대응 과정에서 노정된 감염병 전문치료체계 및 전문병상(음압병상)의 부족 현상은 ‘공공의료자원 확충’이라는 방향성이 계획대로 실제화되었는지, 그렇지 못했다면 원인은 무엇인지에 대한 평가를 필요로 하는 지점임.
  - 2017년 2월 국립중앙의료원이 중앙 감염병 전문병원으로, 2017년 8월 조선대병원이 권역 감염병 전문병원으로 지정되었음.
    - 그러나 다른 권역에서의 지정은 계속 지체되었고, 코로나19가 확산되기 시작한 시점에서 중앙권역 감염병 전문병원을 중심축으로 한 전문치료체계가 본격적으로 가동되었다고 보기 어려운 상황을 맞이하였음.<sup>3)</sup>
  - 메르스 사태 이후 300병상 이상의 종합병원은 음압격리병실을 1개 이상 설치하되, 300병상을 기준으로 100병상 초과할 때마다 1개의 음압격리병실을 추가로 설치하도록 의무화하여 음압병상 부족 문제를 해소하기 위한 법적 기반을 마련하였음.
    - 2019년 12월 기준으로 전국의 음압병상 수는 총 1027개임. 이 가운데 국가 지정 음압병상은 29개 기관 198개 병상으로, 2015년 메르스 사태 직후 19개 기관 119개 병상에 비해 양적 증가를 이루었음.
    - 그러나 지역 거점 공공병원에 대한 보건복지부의 2019년 평가에 따르면, 음압격리병실을 운영하는 비율은 65%에 머무르고 있음. 대한병원협회가 전국 24개 종합병원을 대상으로 자체 조사한 음압격리병실 가동률 역시 평균 49.0% 수준으로

2) 구대선, (2020. 2. 27.). 대구서 13번째 사망자 발생...병실 없어 자가격리 중 숨져. 한겨레신문. <http://www.hani.co.kr/arti/area/yeongnam/930076.html>에서 2020. 3. 13. 인출.

3) 이번 코로나19를 계기로 마련된 추경안에 영남권과 중부권 등 2개 권역에 감염병 전문병원을 확충하는 예산이 포함되었음.

보도되었음.<sup>4)</sup>

◆ 사스, 신종플루, 메르스 등의 감염병 유행 당시와 진정 이후 대처를 살펴보면, 유행 단계에서는 감염병 대응을 위한 공공의료자원 확충이 사회 구성원들에게 용이하게 합의되지만, 유행이 진정된 이후의 '지속적 투자'에 대해서는 소극적인 입장으로 회귀하는 경우가 발견됨.

- 입장 회귀의 원인으로는 역시 감염병의 특성상 대응을 위한 예산 투입 대비 효율성 달성을 기대하기 어렵고 자원 확충·운영이 곧 적자를 발생시키는 요인이라는 인식이 중요하게 작용하였음을 부정할 수 없음.
- 공공의료기관의 비중이 낮은 우리나라 상황상 민간 영역에서의 협조와 투자가 일정 수준 필요한데, '의료의 공공성'이라는 당위성만으로 손실 감수를 요구하는 것에 따른 한계도 있음.
  - 예를 들어 응급의료기관 지정 과정에서 논의된 음압병상 설치 의무화 방향에 대해서는, 음압병상은 평상시에는 활용도가 낮고 비용 부담이 발생하므로 일선 병원 입장에서는 "유지 자체가 손해"임을 호소한 바 있음.<sup>5)</sup>

◆ 코로나19가 진정 단계로 접어든 이후에도 현재 조성된 '공공보건의료 투자 필요성'이 지속적으로 작용할 수 있으려면 ①공공 영역에서는 사전 대비가 더 큰 사회적 비용 부담을 예방한다는 근거를 마련하고, ②민간 영역에서는 공공보건의료 참여에 대해 사회가 보상할 수 있는 제도적 개선을 병행하는 것이 필요함.

- 감염병 대응은 대표적인 시장 실패 가능 영역으로서 가격과 시장체계 작동이 어렵기 때문에 일차적으로 공공보건의료기관이 대응하는 것이 타당하며, '비용'과 '효율'의 관점이 아니라 '사전 예방'의 관점에서 판단하는 것이 필요함.
- 당위성과 함께 감염병의 사회경제적 손실 규모와 사전 예방으로 기대할 수 있는 사회적 자원 절감의 근거를 과학적으로 제시함으로써 예산 당국과 국민을 설득하는 근거를 확보하는 것도 중요한 과제임.
  - 감염병 대비는 단기적으로는 손실이 불가피하나, 이번 코로나19 유행과 대응 과정에서도 나타나듯이 사후 대응만으로는 '호미로 막을 수 있는 것을 가래로 막아야 하는' 더 큰 사회적 비용을 부담해야 할 가능성이 높음.
    - 보험업계는 감염병 리스크의 경우 발생 가능성은 낮지만 사고 발생 시 손실 규모가 큰 꼬리리스크(tail risk)로 파악하며, 감염병으로 인한 경제적 손실 규모가 기후변화와 유사한 수준이라는 해외에서의 추정 결과도 제시된 바 있음.<sup>6)</sup>
  - 보건의료 학계에서도 메르스 이후 사회경제적 비용이 6조 3627억 원으로 추계된 연구가 발표된 바 있고,<sup>7)</sup> 국립재난안전연구원(2016)이 추산한 경제적 피해 비용 규모는 2조 3010억 원에 달함.<sup>8)</sup>
- 감염병 대응을 위해 공공의료기관에는 자원 확충 의무화와 '착한 적자'를 통한 보전을, 민간의료기관에는 참여 유도를 위한 일정 수준의 손실 보전 등 제도적 보완책을 강구할 필요도 있음. 예를 들면 다음과 같음.

4) 박대진. (2019. 11. 25.). 병원 '적자 늪' 음압병상...응급실 설치 의무화 논란. 데일리메디. [www.dailymedi.com/print\\_paper.php?number=849904&news\\_article=nm\\_news\\_article&target=print\\_paper](http://www.dailymedi.com/print_paper.php?number=849904&news_article=nm_news_article&target=print_paper)에서 2020. 3. 13. 인출.

5) 박대진(2019), 위의 기사.

6) 송윤아. (2020). 감염병리스크 대비 보험상품 개발 필요. KiRi리포트 2020. 2. 17.

7) 김윤희. (2015). 메르스로 인한 사회경제적 비용. 2015년 한국보건경제·정책학회 발표자료.

8) 송윤아(2020), 위의 자료에서 재인용.

- 현재 중앙 감염병 전문병원에 국한되어 있는 고시(보건복지부 고시 제2017-24호)를 권역별 전문병원까지 포괄하도록 하고, 기관 운영을 위한 경비 지원 등을 구체화함.
- 국립대 병원과 지역 거점 공공병원에는 음압병상 수 확대를 의무화하거나 최소한 이동형 음압기를 일정 대수 이상 확보하도록 의무화하되, 이에 따르는 손실분을 ‘착한 적자’로 인정해야 함.
- 민간의료기관의 경우 「응급의료에 관한 법률」상의 응급의료기금 사용처(제21조)를 활용, 음압병상 설치·운영에 따른 재정적 부담을 지원하는 등의 유도 방안을 검토하고, 코로나19 대응을 비롯하여 긴급 환자가 다수 발생하는 상황에서의 손실 보전 방안을 제도화할 필요가 있음.
- 감염내과 및 예방의학과 전문의와 같은 필수 전문인력에 대한 처우·인식 개선 방안을 마련하고, 감염관리 전문간호사 등 역학조사 인력풀을 넓히는 등 감염병 대응을 위한 인력 양성·지원 체계를 구축해야 함.
  - 예를 들어 「전문간호사 자격인정 등에 관한 규칙」에 규정된 전문간호사 중 ‘감염관리 전문간호사’는 감염 감시, 감염병 유행 조사 등의 직무가 직무기술서에 포함되어 있음(한국간호교육평가원). 이들에 대한 교육기관 및 실무경력인정기관<sup>9)</sup>에 감염병 관련 내용을 추가함으로써 향후 감염병 발생 시 가용 인력풀로 양성하는 것을 검토할 수 있음.

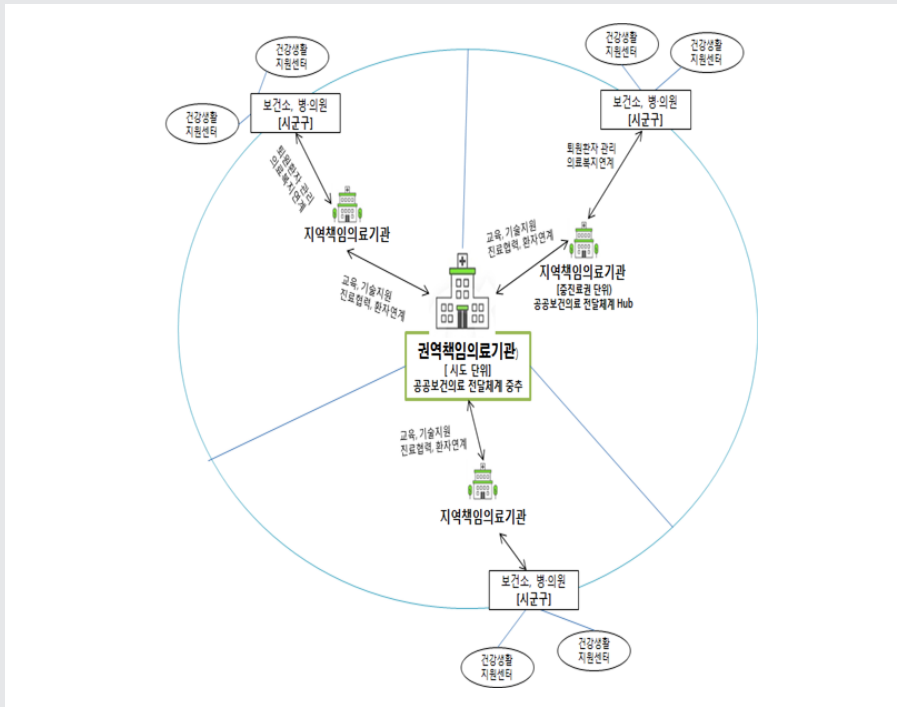
## 04. 코로나19 현장 대응에서의 교훈

- ◆ 코로나19 대응 과정에서 나타난 ‘병상 부족으로 인한 입원 환자 자가격리’는 과거 의료자원의 절대량이 부족했던 시기를 제외하고는 선례를 찾기 어려운 경험이었음.
  - 감염병과 같이 단기간에 대거 환자가 발생하는 상황에 대비하여 우리 사회가 보유한 자원을 적절하게 활용하기 위한 체계를 반성적으로 점검하고 개선점을 마련해야 함.
  - 코로나19 사태로 정부와 의료서비스 공급자, 국민 모두는 그동안 우리에게 익숙했던 의료서비스 이용·공급이 순순히 ‘낯설어질 수 있다’는 경험을 축적하였음.
    - ‘낯설어진’ 상황에서 축적한 경험과 다양한 대응 시도가 공공보건으로, 나아가 우리 보건 의료체계를 개선하는 과정에 밑거름으로 활용될 수 있도록 해야 함.
- ◆ 자유로운 의료기관 선택 한계 상황과 자원 배분
  - 감염병 유행으로 수용 한계를 초과하는 다수의 환자가 발생함에 따라 ‘자유로운 의료기관 선택’ 원칙 대신 중앙대책본부 차원에서 자원을 합리적으로 배분하고 환자 이송·전원체계를 가동하는 이니셔티브 발휘가 불가피하였음.
  - 다수의 긴급환자 발생 시 일차적으로 대응해야 할 ‘책임의료기관’을 사전에 지정하고 공공보건 의료기관을 우선적으로 활용하되, 공공보건 의료기관의 수용력을 초과하는 환자 발생 시에는 민간병원을 활용하는 체계를 구축해야 함(그림 4).

9) 현재 교육기관 지정 기준은 ‘감염관리실을 운영하고 있는 300병상 이상의 종합병원’으로, 실무 경력 인정 기준은 ‘의료기관에 설치된 감염관리실’ 또는 ‘종합병원’으로 규정되어 있음.

- 코로나19 현장 대응에서 '감염병 전문기관 지정 → 기존 경증 입원 환자 전원·이송 및 (격리)병상 확보 → (중증) 환자 입원'의 경험이 축적되었음.
- 민간의료기관을 활용해야 하는 경우에 대비해 각 지자체별로 (가칭) 공공보건의료 파트너십을 일상적으로 유지하도록 하고, 정부는 공공보건의료 참여에 따른 손실에 대해 사후에 보전해 주는 보상체계를 마련해야 함.

[그림 4] 권역·지역 책임의료기관제도(안)



자료: 보건복지부. (2018). 공공보건의료발전 종합대책.

- 특정 지역에서 대거 환자가 발생하여 권역 내에서 해결할 수 없을 경우를 대비하여 인근 권역을 '전원·이송체계'로 묶는 방안도 검토할 수 있음.
  - 「믿고 이용할 수 있는 지역의료 강화 대책」<sup>10)</sup>에서 구분한 전국 17개 권역 진료권을 기준으로 한다면, 코로나19 사례와 같이 '대구 권역 진료권'에서의 다수 환자 발생 시 경북권(1차) → 부산권·울산권·경남권·충북권(2차)과 같이 순차적으로 환자 전원·이송과 병상자원 등의 배분 활용 권역을 넓혀 가는 것임.
- ◆ 코로나19 진료 제공 과정에서 환자를 중증도에 따라 분류하여 경증 환자는 '생활치료센터'를 활용하여 생활과 치료를 제공한 점도 그동안 우리 보건의료체계에서 선례를 찾기 힘든 '낯선' 현상임.
  - 의료자원 투입의 우선순위 고려가 불가피한 감염병 등 대량 환자 발생 상황에서 예외적으로 자가 관리가 가능한 경증 환자에게 생활치료시설 등을 통해 서비스를 제공한 함의는 적지 않음.
    - 다만 중증도 분류에 활용할 타당도 높은 측정법의 개발, 합리적인 생활치료시설 지정 기준 마련, 생활치료시설 입소자에게 의료서비스를 제공할 인력과 장비 확보 등의 과제는 선결되어야 함.

10) 보건복지부. (2019). 믿고 이용할 수 있는 지역의료 강화 대책. 세종: 보건복지부.



◆ 감염병 대응 과정에서 정보통신기술(ICT)을 활용하는 방안 역시 다각적으로 모색되었다고 할 수 있음. 이와 관련하여 의미 있게 논의할 수 있는 점은 다음과 같음.

- 확진자의 이동통신 및 신용카드 정보 등 빅데이터를 활용한 ‘역학조사 지원 시스템’은 동선 파악 정보의 정확성을 높일 뿐만 아니라 역학조사관의 업무 부담 경감에도 도움이 될 것으로 판단되며, 심각한 개인정보 침해 우려가 없는 범위에서 감염병 확산 방지에도 활용도가 높을 것임.
- 논란이 있었지만 전화 상담·처방 등을 비롯한 원격의료와 관련된 주제 역시 이후 정부와 의료계를 중심으로 논의의 깊이를 제고할 수 있으리라 사료됨.
- 이번 코로나19는 집단 밀집형의 치료·생활·수용시설에서 급속도로 확산되는 양상을 보였고, 기저 질환이 있는 고령 환자의 치명률이 높게 나타났음.
  - 인구고령화를 비롯하여 장기요양이 필요한 만성질환이 증가하는 상황에서 집단 밀집형 서비스 제공보다 지역사회 자원이 연계 작동하는 커뮤니티 케어(community care) 활성화의 계기를 마련하는 것이 중요함.
  - 감염병 발생 시 지역사회의 고위험군(기저 질환이 있는 고연령층) 또는 고위험집단(독거 고령자, 집단시설 거주자 등)에 대한 정보를 빠르게 파악하고, 이들에게 선제적으로 서비스를 제공할 수 있는 체계를 구축하는 것이 필요함.
    - 예를 들어 대면 접촉이 제한된 상황에서 독거 고령자를 위한 방문간호서비스 실행 방안 등을 마련해 둘 필요가 있음.

◆ 중앙 및 지자체 대응 기제 평가·점검과 현실성 높은 계획 수립

- 코로나19 유행 과정에서의 대응 경험은 국가와 지방자치단체의 감염병 예방·관리 수준을 제고하기 위한 중요한 ‘실증’ 자료이기 때문에 이를 중장기 계획 수립과 평가 과정에 적극적으로 활용해야 함.
- 중앙정부 차원에서는 2018년 수립·발표된 「제2차 감염병 예방관리 기본계획」에서 제안된 정책 과제들을 코로나19라는 실증 사례를 바탕으로 점검·보완하고,
- 지방자치단체 역시 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 규정된 바와 같이(제7조 제3항) 감염병 예방·관리를 위한 ‘시행계획’을 내실 있게 시행하기 위한 노력을 경주해야 함.

## 05. 결론

◆ 첫 번째 환자 발생(2020. 1. 20.) 이후 정체되어 있던 코로나19 환자 수가 급작스럽게 증가하면서 정부와 지역사회에서는 공중보건 위기 극복을 위해 신속하게 의사 결정을 내려야 하는 경우가 연속적으로 발생하였음. 또한 그 과정에서 그동안 우리나라 보건의료체계에서 선례가 드물었던 사례들을 목격하고 경험하였음.

- 여전히 ‘심각’ 단계를 유지하고 있는 상황에서 코로나19 극복에 우선순위를 두어야 하겠으나, 진정 국면에 접어든 이후에는 대응 과정에서 드러난 우리 공공보건의료체계의 장단점을 차분하게 반추함으로써 향후 발전을 위한 의미

있는 시사점을 찾아야 함.

- ◆ 코로나19 유행과 대응을 통해 감염병 대응의 일차 방어선으로서 공공보건의료에 대한 관심이 높아지고 투자 필요성에 대한 공감대가 형성되었다고 판단됨.
  - 최대한 피해야 하겠지만, 현대 사회에는 신종·변종 감염병을 비롯하여 환자가 대거 급속하게 발생할 수 있는 다양한 위험 요인이 상존해 있는 것이 현실임.
  - 과거 메르스 등의 감염병 유행 시 고조되었던 공공보건의료 지원 의지가 ‘지속성’ 있는 투자로 이어지지 못했던 점을 반면교사로 삼아 기관(시설), 인력, 병상 등 감염병에 대응하기 위한 자원 확충 계획을 준비해야 함.
    - 아울러 투자의 지속성 확보를 위한 근거 마련도 중요한 과제임.
- ◆ 긍정적으로 평가할 수 있는 점 한 가지는 코로나19 대응을 통해 ‘공공보건의료’는 정부나 공공기관만이 담당해야 하는 것이 아니라 공공의 이익(public interest)을 위해 사회 전체가 공동으로 대응하는 영역이라는 인식이 생겼다는 것임.
  - 코로나19 대응 과정에서 나타난 현상들을 통해 공공보건의료의 확충이 단지 의료기관의 확충 차원에만 머무는 것이 아니라 우리 보건의료체계가 보여 준 취약 지점을 보완하는 접근으로 발전한다면, 향후 발생 가능한 감염병에 대한 효과적 대응뿐만 아니라 국민의 건강한 삶 구현에도 긍정적으로 작용할 수 있을 것임.

집필 윤강재(보건의료정책연구실 보건의료연구센터장) 문의 044-287-8141

극심한 스트레스를 극복하는 것은  
쉽지 않은 일이지만,  
우리의 마음 속에는  
스스로를 치유하는 힘이 있습니다.

- ✓ 생활패턴을 회복하시고
  - ✓ 충분한 수면과 건강한 식사,
  - ✓ 과도한 음주와 카페인 섭취를 제한하고,
  - ✓ 가벼운 운동을 하는 것은
- 스트레스 완화에** 도움이 됩니다.



**여러분은 혼자가 아닙니다.**

언제나 정신건강 전문가의 도움을  
받을 수 있습니다!

**확진자 및 가족**

- ✓ 02-2204-0001~2 국가트라우마센터
- ✓ 055-520-2777 영남권국가트라우마센터

**격리자 및 일반인**

- ✓ 1577-0199 정신건강복지센터