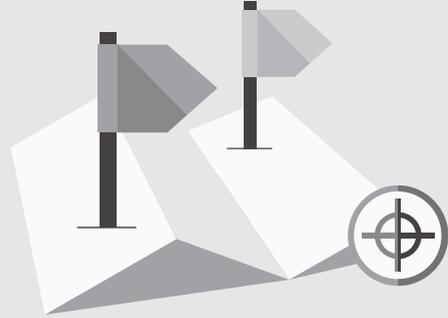


# 이달의 초점

공공보건의료 현황 진단과 과제



공공보건의료 강화 방안

임준

지방의료원의 역량 강화 방안

조승연

지방의료원 지불보상체계와 재정 지원 개선 방안

배재용

공공보건의료 연계·협력 추진 현황과 과제

손정인



한국보건사회연구원  
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

# 공공보건의료 강화 방안<sup>1)</sup>

Measures for Strengthening Public Health Care

임준 | 서울시립대학교 도시보건대학원 교수

사익 추구적 특성을 갖고 있는 한국 보건의료체계가 인구 구조의 급격한 고령화와 맞물려 심각한 보건의료 위기 현상을 발생시키면서 공공보건의료 강화의 필요성이 커지고 있다. 과거 보건의료는 시장 실패의 가능성이 커서 공공성이 강조되어 왔는데, 최근 시민사회의 성장에 따라 보편적 권리로 받아들여지고 있으며 공공성이 더 강조되고 있다. 최소한 국민의 생명과 안전에 관한 필수의료서비스는 보장해야 한다는 정책 방향이 확립되고 있다. 특히 필수적으로 요구되는 의료 자원, 의료 이용, 건강 결과의 지역 간 격차를 해소하기 위한 정부와 사회의 적극적인 역할이 요구되고 있다. 필수의료로 담당하는 모든 의료기관에 필수의료 인프라 확충에 필요한 자본 비용을 지원하고 공공정책수가를 통해 경상비용을 지원할 필요가 있다. 진료권 전체 주민에 대한 책임성을 강화하기 위하여 공공병원을 책임의료기관으로 지정하고 민간병원을 주도해 나갈 수 있을 만한 역량과 체계를 갖추도록 해야 한다.

## 1. 들어가며: 공공보건의료 강화 왜 중요한가?

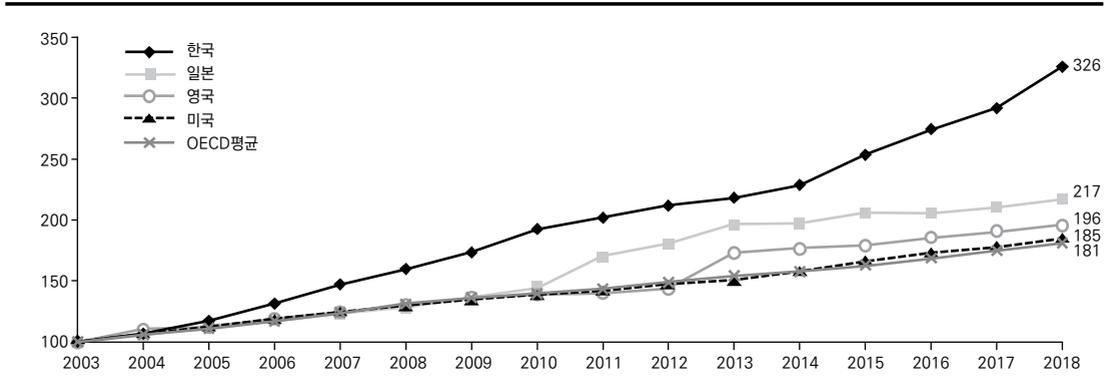
평균 수명 증가와 출산율 저하로 인해 고령화가 빠르게 진행되고 있고, 생산가능인구가 줄어 들고 있다(통계청, 2019). 인구 구조의 급격한 고

령화로 인해 한국 사회의 지속가능성에 대한 의문이 커지고 있고, 미래의 불안정성이 커지고 있다. 특히 고령화는 만성질환의 증가와 연결될 수밖에 없고 그로 인한 사회적 부담이 커질 수밖에 없는데, 이로 인한 한국 사회의 지속가능성에 대

1) 이 글은 조성은 외. (2022). 더 나은 대한민국(The Better Korea): 코로나19 극복을 위한 포용적 회복전략. 민생회복 분과(세종: 경제·인문사회연구회, 한국보건사회연구원)의 원고를 기반으로 재구성한 것이다.

그림 1. 국민 일인당 의료비 증가율(%)

(단위: Current expenditure on health, per capita, US\$ purchasing power parities)



자료: OECD. (2022). OECD Health Statistics 2021.

한 우려와 미래의 불안이 더 증폭되고 있다. 코로나19는 이러한 우려와 불안이 현실의 문제임을 자각하게 만드는 데 부족함이 없었다. 더욱이 한국은 시장에 기반을 둔 치료 중심의 보건의료체계를 확대 재생산하고 있는 구조적 한계로 인해 고령화에 대한 대비 태세를 제대로 갖추고 있지 않기 때문에 상당 기간 우려의 깊이와 불안의 넓이는 커질 수밖에 없을 것으로 보인다(김윤 외, 2019). 당장 시급한 현안으로 떠오른 것이 의료비 문제이다. 한국은 건강상의 필요가 아니라 시장의 구매력에 따라 보건의료서비스가 공급되고 의료기관 간 연계와 협력보다 경쟁이 일상화된 공급 구조를 갖고 있는 데다 과잉 공급에 대한 별다른 규제 없이 공적 재원인 건강보험을 통해 행위별 보상이 이루어지고 있어서 의료비 증가는 지속될 수밖에 없다. 경제협력개발기구(OECD) 통계에서도 한국은 다른 선진 외국에 비해 의료비 증가 속도가 현격히 빠르다(OECD, 2021).

이러한 한국 보건의료체계의 위기는 지역 간 건강 불평등 심화와 지역 소멸로 이어지고 있다. 인구 감소로 인한 지역 소멸은 생산가능인구 감소로 인한 사회적 병리 현상 중 가장 먼저 우리 앞에 드러난 것이라고 할 수 있다. 그런데 인구 감소가 빨라지는 지역을 보면, 대부분 보건의료 인프라가 매우 부족한 곳임을 알 수 있다(임준, 2021). 시장에 기반을 둔 보건의료 공급 체계에서 인구수가 적고 소득이 크지 않아 보건의료에 대한 구매력이 낮은 지역에 대규모 자본 투입이 요구되는 300병상 이상 규모의 종합병원이 설치되기란 매우 어려운 일이다. 실제로 소멸 위험에 처해 있는 지역에 설치되어 있는 의료기관은 병상 규모가 작은 병원이 대부분이다. 이러한 병원은 진료권에서 종합병원이라면 당연히 해야 할 응급, 수술, 입원 서비스를 제대로 제공하기 어렵다. 결과적으로 모든 국민에게 보장되어야 할 생명과 안전에 관한 기본적인 필수의료서비스가 충

그림 2. 진료권 내 300병상 이상 병원 유무에 따른 입원사망비 차이



자료: 조희숙, 김윤, 김창훈, 김태현, 나백주, 박기수 ... 허윤정. (2018). 지역별 의료 및 공공보건으로 거버넌스 구축 방안 연구. p. 39.

분하게 공급되지 못하는 지역이 발생할 수밖에 없고, 이는 건강 격차가 벌어지게 되는 이유가 되고 있다(조희숙 외, 2018). 보건의료체계가 시장의 논리에 의해 지배당하는 상황에서 지역 소멸의 중요 문제인 보건의료 인프라 부족 문제가 해소되기를 기대하기란 불가능하다. 공공병원 확충을 포함한 공공보건의료 강화에 대한 근본 대책 마련이 요구된다.

오랜 기간 코로나19를 경험하면서 국민들은 공공보건의료 강화의 필요성을 공감하고 있다. 정부도 코로나19 의료 대응 과정에서 공공보건의료 강화에 대한 공감대를 갖게 되었지만, 실제적인 시설, 인력 확충과 이에 필요한 예산 확보를 전면적으로 추진하지는 않고 있다. 여전히 공공보건의료를 정부가 설립한 병원에 국한하여 인식하는 경향이 강하고, 그조차도 민간병원이 많은 상황에서 공공병원에 대한 투자를 주저하는 분위

기다. 특히 기획재정부로 대표되는 재정 당국의 태도는 여전히 추가적인 확충을 꺼리고 있고, 현 정부도 예외는 아니다. 오히려 기존 확충 계획조차 폐기하는 것이 아닌가 하는 의구심이 들 정도로 공공보건의료에 대한 관심을 거두고 있다. 다만, 공공정책수가를 통해 공공보건의료를 강화하고 필수의료 국가 보장을 실현하겠다는 계획을 발표하고 있어서 가능성마저 닫혀 있지는 않은 것으로 보인다.

민간의료기관이 대다수인 보건의료체계에서는 공공보건의료에서 민간의료기관의 역할이 매우 중요할 텐데, 민간의료기관의 상당수가 영리적 성격이 강한 소유지배 구조를 갖고 있고 지역사회에서 공공적 기능을 수행해 온 경험이 많지 않은 상황에서 민간의료기관을 통한 공공보건의료 강화는 쉬운 일이 아닐 것이다. 정부의 계획대로 공공정책수가를 통해 공공성 강화를 추진할

수 있겠지만, 정부가 시설, 장비, 인력 등 인프라에 대한 직접적인 투입을 하지 않는다면 실효성이 있을지 의문이다. 더욱이 정부가 직접적으로 설립한 공공병원이 우수한 역량을 발휘하여 민간 의료기관을 이끌지 않는다면 정부가 추진하고자 하는 정책 방향이 온전히 실현될지도 의문이다. 실제로 코로나19의 경우 중환자 병상 운영에서 공공병원의 비중이 매우 낮아 대학병원 등과 같은 민간의료기관에 의존할 수밖에 없는 상황이 발생하였고, 그 과정에서 정부 정책을 추진하기가 쉽지 않았다는 점에서 공공병원 확충은 민간의료기관의 공공성 강화와 함께 추진해야 할 과제이다. 그렇지만 한국의 공공병원은 2019년 12월 말 기준으로 기관 수 5.5%, 병상 수 9.6%에 불과할 정도로 매우 취약한 실정이다(통계청, 2022). OECD 회원국 가운데 공공병원의 비중이 가장 낮을 정도로 공공보건의료에 관한 정부의 정책 수단이 매우 취약한 상황이다(OECD, 2022). 이에 민간의료기관의 공공성 강화를 포함한 공공보건의료 강화에 대한 전반적인 개혁이 요구되는 것은 맞지만, 공공보건의료 강화를 주도해 나갈 공공병원의 확충은 우선적으로 달성되어야 할 과제라고 할 수 있다.

이 글에서는 공공보건의료 강화가 필요한 이유를 한국 공공보건의료 현황을 통해 살펴보고 그 해결 방안을 모색해 보고자 한다. 특히 보건의료 현황은 지역 간 보건의료 인프라와 의료 이용의 차이를 중심으로 살펴보고자 한다.

## 2. 최근 공공보건의료 개념은 어떻게 확장되고 있는가?

보건의료서비스는 경쟁의 불완전성, 공공재적인 재화의 성격, 외부 효과, 수요 예측의 불확실성, 정보의 비대칭성 등의 특성이 있어서 시장 실패의 가능성이 큰 것으로 알려져 있다(양봉민, 김진현, 이태진, 배은영, 2015). 이러한 특성 때문에 다른 서비스 분야와 달리 정부 또는 사회의 규제와 조정을 통해 보건의료서비스가 공급될 필요가 있다는 주장이 오래전부터 제기되어 왔다(신영수, 김용익, 2017). 지금까지 보건의료의 공공성은 보건의료서비스의 시장 실패 가능성 때문에 필요하다는 것이 주를 이루어 왔는데, 대표적인 경우가 취약한 계층과 지역을 위한 보건의료서비스 제공이라고 할 수 있다. 이 경우는 정부가 보건소나 공공병원 등과 같은 기관을 직접 설립하여 보건의료서비스를 생산, 공급할 필요가 있는 것으로 받아들여졌다. 그러나 인권의 가치가 성장하면서 보건의료의 공공성을 시장 실패를 넘어선 보편적인 권리 개념으로 확장해야 한다는 주장이 커졌다. 이미 오래전부터 선진 외국은 보건의료서비스를 보편적인 사회적 권리로 인정하고 있었는데, 그 결과로 보건의료서비스의 생산과 분배에서 정부의 적극적인 개입이 이루어져 왔다. 재원 조달부터 서비스의 공급에 이르기까지 정부의 역할이 광범위하게 수행되고 있었기 때문에 특정 범위를 정하여 공공의료를 정의할 필요가 없었다.

그러나 한국은 해방 이후 지금까지 시장에 기 반을 둔 보건의료 공급 체계를 유지하고 있어서 정부의 역할이 매우 제한적이었다. 따라서 공공 보건의료는 시장에서 보건의료서비스를 구매하기 어려운 지역이나 계층에 국한하여 정부가 설립한 공공병원을 통해 제공하는 보건의료서비스로 규정되었다. 보건의료의 공공성 강화에 대한 시민사회의 요구가 지속적으로 커져 왔지만, 정부의 정책 방향은 건강보험을 필두로 한 재원 조달의 공공성 강화에 초점이 맞추어져 있었다. 그 결과 치료 중심 의료의 보건의료체계가 확대 강화되었고, 수익성이 나는 보건의료서비스는 과잉 공급되고 응급, 심뇌혈관질환 등 수익성이 떨어지는 필수의료서비스는 과소 공급되는 불균형이 커졌다. 그 불평등의 직접적인 타격을 받은 곳은 지역이었다. 이러한 가운데 보건의료체계의 구조적 위기 상황에 빠져들게 되었는데, 이 문제를 해결하기 위한 방안으로 서구와 같은 전면적인 보건의료체계의 공공성 강화를 추진하는 것은 현실적으로 불가능에 가깝다고 할 수 있다. 이에 국민

의 생명과 안전에 관한 필수의료서비스를 우선적으로 보장하는 방향으로 공공보건의료 강화 방안을 도출하였다고 할 수 있다. 이에 따라 공공보건의료를 처음 정식화한 것이 2018년 10월 발표된 공공보건의료 발전 종합대책이다(보건복지부, 2018).

공공보건의료 발전 종합대책이 수립되기 전까지 정부의 공공의료정책은 시장 실패 영역에 국한되어 있었다. 이러한 방향에 따라 수립된 계획이 2016년 제1차 공공보건의료 기본계획이다(보건복지부, 2016). 그런데 제1차 공공보건의료 기본계획에서 제시하고 있는 정책 목표는 ‘모든 국민이 건강한 삶을 보장받는 사회’로, 매우 포괄적이고 보편적인 권리를 담고 있어서 실제 시장 실패에 국한된 정책으로는 달성하기 어려운 것이라고 할 수 있다. 민간의료기관의 병상이 전체의 90%가 넘는 상황에서 민간의료기관의 공공성 강화에 대한 계획이 부재한 상태로는 보편적 권리의 실현은 불가능하다고 할 수 있다. 따라서 필수의료 보장 등과 같은 보편적 권리 개념으로

표 1. 공공보건의료 발전 종합대책에 제시된 공공보건의료 개념의 재구성

구분	현재	개선
공공의료 정의	시장 실패로 보건의료서비스 제공이 취약한 분야 보완적	국민의 생명·안전 및 기본적 삶의 질을 보장하는 필수의료 분야 선제적·기본적
제공 기관	지역 내 분절적 의료 수행 권역-지역-기초 협력체계 부재	권역·지역 책임의료기관 지정 권역-지역-기초 전달체계 수립
대상	취약계층 중심	모든 국민
필수의료 범위	① 취약지 ② 취약계층 ③ 취약 분야: 응급, 분만 ④ 신종 감염병 등	① 필수중증의료(응급, 외상, 심뇌혈관 등) ② 산모(모성·분만), 어린이 의료 ③ 장애인, 재활 ④ 지역사회 건강 관리 ⑤ 감염 및 환자 안전

자료: 보건복지부, (2018). 공공보건의료발전종합대책.

공공의료를 정의하고 실제 정책 목표를 실현할 수 있는 전략과 과제를 제시할 필요가 있었다.

이러한 맥락에서 보건복지부는 2018년 공공보건의료 발전 종합대책을 수립하였다. 공공보건의료 발전 종합대책은 국민의 생명과 안전에 관한 필수의료를 보편적으로 보장하는 것으로 공공의료 개념을 확장하였고, 진료권별로 자체충족적인 필수보건의료체계를 구축하여 필수보건의료 서비스를 제공하는 내용을 담고 있다.

정부는 이러한 공공보건의료 개념하에 필수보건의료의 지역 간 격차를 해소하기 위하여 공공보건의료의 책임성 강화, 필수의료 전 국민 보장 강화, 인력의 양성 및 역량 제고, 공공보건의료 협력체계 구축 등 4대 분야, 12대 정책 과제를 제시하였다(보건복지부, 2018). 먼저, 공공보건의료의 책임성 강화를 위해 권역·지역 책임의료기관을 지정하고, 책임의료기관 중심의 협력체계 구축을 제안하였다. 다음으로, 응급·외상·심뇌혈관 등 필수중증의료 분야 강화, 산모·어린이·장애인 대상의 보건의료서비스 확대, 감염병 등 공중보건 위기 상황에 대비한 안전체계 구축을 제안하였다. 이어서 필수보건의료 인력 양성을 포함한 관리 방안을 제안하였고, 마지막으로 공공보건의료위원회, 공공보건의료지원단 설치를 포함한 공공보건의료 협력체계 구축을 제안하였다.

공공보건의료 발전 종합대책에서 제안된 과제는 제2차 공공보건의료 기본계획(보건복지부, 2021)을 통해 국가 수준의 계획으로 정식화되었다. 제2차 공공보건의료 기본계획은 공공보건의료 발전 종합대책의 과제를 재조합하여 필수의료 제공

체계 확충, 공공보건의료 역량 강화, 공공보건의료제도 기반 강화 등 3대 분야 11개 추진 과제를 제시하였다. 그런데 제2차 공공보건의료 기본계획은 공공보건의료 발전 종합대책과 달리 확충 계획을 포함한 전향적인 안을 포함하고 있었다. 그렇지만 지역에서 책임의료기관의 역할을 담당하면서도 민간의료기관을 선도해 나가야 할 공공병원의 역량을 강화하겠다는 계획은 여전히 미진하였다.

이렇게 제2차 공공보건의료 기본계획의 한계가 커서 전국보건의료산업노동조합은 총파업 의제로 공공의료 강화를 전면에 내걸었고, 결국 노동협의를 도출하였다. 현재 우리 사회가 직면한 보건의료의 지속가능성이 위협받고 있는 상황을 극복하고 시민의 생명, 안전에 관한 필수보건의료를 보장하는 일은 일부 공공보건의료사업의 확대만으로 가능한 것이 아니라 공공병원 확충과 인력 확대 등 실효성 있는 정책 방안이 함께 제시되어야만 가능하다고 하겠다.

### 3. 지역 격차를 중심으로 한 공공보건의료 현황 진단

#### 가. 시·도 간 격차

시·도 간 건강 격차를 성, 연령 표준화 사망률로 살펴보면, 2018년 기준으로 사망률이 가장 높은 지역인 울산과 가장 낮은 지역 서울을 비교했을 때 인구 10만 명당 72명의 차이가 발생한다. 울산 인구를 100만 명으로 가정하면, 서울 정

도의 건강 수준을 유지하지 못해서 연간 720명의 추가 사망이 발생한다고 할 수 있다. 사망률로 대표되는 건강 결과는 다양한 건강 결정 요인이 영향을 미치기 때문에 의료서비스 인프라 차이로 인하여 발생할 가능성이 큰 치료가능사망률의 격차를 볼 필요가 있다. 치료가능사망률로 비교해 보더라도 사망률이 가장 높은 지역인 강원과 가장 낮은 지역인 서울이 인구 10만 명당 8.8명의 차이를 보이고 있다. 강원도 인구수를 150만 명으로 가정할 경우 서울과 같은 보건의료 인프라를 갖추지 못해서 치료가능사망률을 낮추지 못하였고, 결과적으로 연간 132명의 추가 사망이 발

생한다고 추정할 수 있다. 실제 의료 자원과 의료 이용의 시·도 간 격차를 보면, 서울에 비해 다른 시·도의 의사, 간호사 수가 훨씬 적고 상급병원의 병상 수와 300병상 이상 종합병원의 병상 수가 적은 것을 확인할 수 있다. 물론 도 지역의 경우 일반적인 종합병원의 병상 수는 서울에 비해 적지 않다. 그렇지만 필수중증의료를 담당할 수 있는 규모 있는 종합병원이나 상급종합병원이 부족하고 의사와 간호사 등 보건의료 인력이 매우 부족하기 때문에 해당 지역 주민의 의료 필요를 감당하지 못하고 있고, 그 결과 상당수의 지역 주민이 서울이나 수도권 지역의 병원으로 이동하는 문제

표 2. 의료 자원, 의료 이용, 건강 결과에서의 시·도 간 격차

	의료 자원(10만 명당) (2019)					의료 이용(%) (2018)	건강 결과(10만 명당) (2018)		
	상급병원 병상 수 (A)	(A)+ 300병상 이상 종합병원 병상 수	(A)+ 종합병원 병상 수	공공 병상 수	의사 수	간호사 수	전문질환군 입원 자체충족률	성, 연령 표준화 사망률	성, 연령 표준화 치료가능 사망률
서울	157.3	255.5	309.3	82	178.7	447.5	91.0	283.3	30.6
부산	100.9	271.2	349.9	116	123.4	422.2	72.1	350.8	38.3
인천	115.6	194.2	303.9	45	105.8	386.3	77.3	332.7	36.6
대구	128.0	174.0	231.9	149	108.1	347.8	67.2	339.4	37.7
광주	110.6	246.1	492.1	184	141.5	460.9	63.0	338.0	35.4
대전	80.3	274.8	326.2	201	133.2	378.0	71.9	316.2	30.7
울산	0.0	119.0	250.2	-	75.8	312.1	74.5	355.3	34.4
경기	33.7	123.4	175.9	64	75.7	219.5	58.8	306.8	33.5
강원	44.6	178.7	296.6	235	101.0	302.0	56.2	347.9	39.4
충북	41.3	158.7	259.2	176	69.5	206.6	47.0	352.6	37.6
충남	70.0	126.2	222.7	162	60.7	177.3	32.2	344.3	37.0
전북	92.1	179.4	300.6	190	90.7	279.3	62.6	330.0	34.0
전남	34.0	168.6	361.5	276	75.2	307.7	36.1	348.3	38.8
경북	0.0	128.3	244.1	168	53.5	227.2	33.4	348.5	38.3
경남	54.4	134.5	263.9	189	80.4	291.0	52.4	349.7	36.4
제주	0.0	197.6	297.7	213	82.4	294.7	65.8	326.1	36.6

자료: 국립중앙의료원. (2021). Health map.

가 발생한다는 점을 확인할 수 있다. 시간, 비용에 구매를 받지 않는 질환이라면 수도권으로 이동이 큰 문제가 되지 않겠지만, 응급, 외상, 심뇌혈관질환, 취약계층 등의 의료서비스는 시간과 비용의 영향을 강하게 받기 때문에 결과적으로 적절한 의료서비스를 이용하지 못하거나 부적절

하게 이용하게 되어 건강 격차가 발생한다고 할 수 있다.

나. 중진료권 간 격차

지역 간 격차를 자체충족적인 의료체계의 기본 단위라 할 수 있는 70개 중진료권으로 구분하

표 3. 서울 동남 중진료권(동작구, 관악구, 서초구, 강남구, 송파구, 강동구) 현황

기관 지표(2021년 12월 말 기준)															(단위: 개, 명, 일, %)	
기관 정보					의료 자원					2차 급성기 입원 진료 역량(2019년 기준)						
분류	종별	응급 지정	설립 구분	책임 의료 기관	병상 수	전문의 수	간호사 수	병상당 전문의 수	병상당 간호사 수	DRG 종류 수	재원 일수	DRG-A** 비율	수술 비율	최빈 MDC*** 비율		
A	상급	지역센터	재단법인		2,671	1,046	4,523	0.39	1.69	670	5.84	0.23	0.41	0.18		
B	상급	지역센터	사복법인		1,953	822	3,291	0.42	1.69	661	5.60	0.25	0.38	0.13		
C	상급	지역센터	학교법인		1,327	541	2,348	0.41	1.77	660	5.04	0.25	0.39	0.13		
D	종합	지역센터	공립		929	157	883	0.17	0.95	500	8.98	0.17	0.33	0.13		
E	상급	지역센터	학교법인		824	316	1,225	0.38	1.49	611	4.34	0.25	0.30	0.17		
F	상급	지역센터	학교법인		759	246	913	0.32	1.20	622	5.36	0.24	0.30	0.14		
G	종합	지역센터	공립	지역 책임	741	243	1,100	0.33	1.48	638	5.63	0.20	0.35	0.12		
H	종합	지역센터	학교법인		657	187	756	0.28	1.15	608	6.16	0.22	0.44	0.13		
I	종합	지역센터	의료법인		593	134	633	0.23	1.07	585	5.36	0.14	0.32	0.16		
J	종합	지역응급	국립		379	69	257	0.18	0.68	302	6.59	0.06	0.19	0.35		
K	종합	지역센터	개인		291	91	389	0.31	1.34	407	4.99	0.06	0.23	0.28		
L	종합		의료법인		234	100	376	0.43	1.61	224	4.78	0.08	0.57	0.38		

지역 지표(2019년 12월 말 기준)							(단위: 명, %, 개, 비)	
의료 수요	인구수	노인인구 비율	중증 장애인 비율	재정자립도	건보료 1분위 비율	기초생활자 비율		
	2,984,080	13.92	0.70	35.50	13.51	2.93		
의료 자원	상급종합병원 수	종합병원 수	인구 10만 명당 의료 자원 수(종합병원 이상)					
	5	8	병상 수	의사 수	전문의 수	간호사 수		
			392.3	199.3	123.3	507.0		
의료 이용	구분	상급종합	권역응급센터	종합	지역응급센터	병원 전체		
	자체충족률	75.88	0.00	69.26	71.53	66.50		
	기준 시간 내 의료 이용률	97.30 (180분)	93.27 (90분)	87.87 (60분)	92.64 (30분)	90.53 (60분)		
건강 결과	건강 수준	입원	응급	심혈관	뇌혈관	재입원비		
		0.79(우수)	0.85(보통)	0.86(보통)	0.79(보통)	0.91(보통)		

자료: 국립중앙의료원. (2021). Health Map.

\* Diagnosis Related Group : 포괄수가제도의 질병 군 분류 단위

\*\* 질병 군을 분류할 때에 중증도가 높은 순서대로 A, B, C로 구분

\*\*\* Major Diagnostic Category : 포괄수가제도 분류체계에서 주진단명을 분류하는 24개 주진단범주

여 살펴보면 그 차이를 더 극명하게 확인할 수 있다. 서울과 광역시, 광역도를 구분하여 전국의 70개 중진료권을 비교해 보면 먼저, 서울과 광역시 내 중진료권 중 건강 결과가 가장 좋은 중진료권은 서울 서초구, 강남구, 송파구 등이 포함된 서울 동남 중진료권이고, 건강 결과가 가장 좋지 않은 중진료권은 울산 중구와 울주군으로 구성된 울산 서남 중진료권이다. 두 진료권을 비교해 보면, 울산 서남 중진료권이 서울 동남 중진료권에 비해 심혈관사망비가 1.65배 높고, 뇌혈관사망비는 1.59배 높으며, 입원사망비는 1.34배 높

은 것으로 나타났다. 이러한 차이가 발생한 이유는 의료 자원의 격차가 의사 수 6분의 1 이하, 전문의 수 4분의 1 이하, 간호사 수 3분의 1 이하라는 사실만으로도 유추해 볼 수 있다. 실제 의료 이용에서 서울 동남 중진료권과 울산 서남 중진료권 간에 현격한 차이가 발생함을 확인할 수 있다.

광역도의 격차는 더 확연하게 나타나는데, 광역도 내 중진료권 중에서 건강 결과가 가장 좋은 중진료권은 성남시와 용인시가 포함된 경기 성남 중진료권이고, 건강 결과가 가장 좋지 않은 중진

표 4. 울산 서남 중진료권(중구, 울주군) 현황

기관 지표(2021년 12월 말 기준)														
기관 정보					의료 자원					2차 급성기 입원 진료 역량(2019년 기준)				
분류	종별	응급 지정	설립 구분	책임 의료 기관	병상 수	전문의 수	간호사 수	병상당 전문의 수	병상당 간호사 수	DRG 종류 수	재원 일수	DRG-A** 비율	수술 비율	최빈 MDC*** 비율
A	종합	지역센터	의료법인		549	92	551	0.17	1.00	436	6.07	0.09	0.27	0.16
B	종합		의료법인		247	22	159	0.09	0.64	240	10.11	0.03	0.34	0.52
C	종합	지역응급	의료법인		218	21	70	0.10	0.32	230	7.52	0.02	0.19	0.26

지역 지표(2019년 12월 말 기준)						
(단위: 명, %, 개, 비)						
의료 수요	인구수	노인인구 비율	중증 장애인 비율	재정자립도	건보료 1분위 비율	기초생활자 비율
	446,748	13.79	0.99	27.15	13.66	3.07
의료 자원	상급종합병원 수	종합병원 수	인구 10만 명당 의료 자원 수(종합병원 이상)			
	0	3	병상 수	의사 수	전문의 수	간호사 수
			232.3	30.2	28.9	158.7
의료 이용	구분	상급종합	권역응급센터	종합	지역응급센터	병원 전체
	자체충족률	0.00	0.00	35.67	36.50	37.79
	기준 시간 내 의료 이용률	45.97 (180분)	77.00 (90분)	86.90 (60분)	75.14 (30분)	79.25 (60분)
건강 결과	건강 수준	입원	응급	심혈관	뇌혈관	재입원비
		1.06(열악)	1.15(열악)	1.42(매우 열악)	1.26(열악)	0.93(보통)

자료: 국립중앙의료원. (2021). Health Map.

\* Diagnosis Related Group : 포괄수가제도의 질병 군 분류 단위

\*\* 질병 군을 분류할 때에 중증도가 높은 순서대로 A, B, C로 구분

\*\*\* Major Diagnostic Category : 포괄수가제도 분류체계에서 주진단명을 분류하는 24개 주진단범주

료권은 영월군, 평창군, 정선군으로 구성된 강원 영월 중진료권이다. 두 중진료권을 비교해 보면, 강원 영월 중진료권이 경기 성남 중진료권에 비해 심혈관사망비가 2.26배 높고, 뇌혈관사망비는 2.33배 높으며, 입원사망비는 1.56배 높은 것

로 나타났다. 응급사망비의 차이도 커서 영월이 성남에 비해 1.96배 높은 것으로 나타났다. 이러한 차이가 발생한 이유는 의료 자원의 격차가 의사 수 4분의 1 이하, 전문의 수 3분의 1 이하, 간호사 수 3분의 1 이하라는 사실만으로도 확인

**표 5. 경기 성남 중진료권(성남시 수정구, 성남시 중원구, 성남시 분당구, 하남시, 용인시 처인구, 용인시 기흥구, 용인시 수지구, 광주시) 현황**

기관 지표(2021년 12월 말 기준)														
기관 정보					의료 자원					2차 급성기 입원 진료 역량(2019년 기준)				
분류	종별	응급 지정	설립 구분	책임 의료 기관	병상 수	전문의 수	간호사 수	병상당 전문의 수	병상당 간호사 수	DRG 종류 수	재원 일수	DRG-A** 비율	수술 비율	최빈 MDC*** 비율
A	상급	권역센터	공립	권역 책임	1,294	528	2,316	0.41	1.79	664	5.32	0.25	0.43	0.12
B	종합	권역센터	의료법인		867	283	1,224	0.33	1.41	616	4.48	0.15	0.27	0.17
C	종합	지역응급	군병원		645	128	357	0.20	0.55	201	11.29	0.09	0.41	0.23
D	종합	지역센터	학교법인		641	188	866	0.29	1.35	283	5.69	0.09	0.31	0.28
E	종합	지역센터	의료법인		521	130	542	0.25	1.04	530	5.46	0.10	0.29	0.20
F	종합	지역응급	공립	지역 책임	443	78	410	0.18	0.93	0	0.00	0.00	0.00	0.00
G	종합	지역센터	개인		299	58	249	0.19	0.83	367	7.05	0.10	0.44	0.27
H	종합	지역응급	의료법인		245	30	115	0.12	0.47	274	8.57	0.05	0.35	0.46
I	종합	지역센터	개인		233	44	159	0.19	0.68	298	5.73	0.03	0.18	0.24
J	종합	지역응급	사복법인		200	27	103	0.14	0.52	255	8.39	0.03	0.21	0.26
K	종합	지역센터	의료법인		183	33	150	0.18	0.82	333	5.49	0.05	0.29	0.30

지역 지표(2019년 12월 말 기준)						
의료 수요	인구수	노인인구 비율	중증 장애인 비율	재정자립도	건보료 1분위 비율	기초생활자 비율
	2,647,442	12.83	0.74	52.23	14.37	2.31
의료 자원	상급종합병원 수	종합병원 수	인구 10만 명당 의료 자원 수(종합병원 이상)			
	1	10	병상 수	의사 수	전문의 수	간호사 수
			186.6	67.8	48.4	169.6
의료 이용	구분	상급종합	지역응급센터	종합	지역응급센터	병원 전체
	자체충족률	45.12	80.87	61.52	61.24	58.84
	기준 시간 내 의료 이용률	98.27 (180분)	88.04 (90분)	96.84 (60분)	86.31 (30분)	85.34 (60분)
건강 결과	건강 수준	입원	응급	심혈관	뇌혈관	재입원비
		0.89(보통)	0.92(보통)	0.85(보통)	0.88(보통)	0.93(보통)

자료: 국립중앙의료원. (2021). Health Map.

\* Diagnosis Related Group : 포괄수가제도의 질병 군 분류 단위

\*\* 질병 군을 분류할 때에 중증도가 높은 순서대로 A, B, C로 구분

\*\*\* Major Diagnostic Category : 포괄수가제도 분류체계에서 주진단명을 분류하는 24개 주진단범주

표 6. 강원 영월 중진료권(영월군, 평창군, 정선군) 현황

기관 지표(2021년 12월 말 기준)														
기관 정보					의료 자원					2차 급성기 입원 진료 역량(2019년 기준)				
분류	종별	응급 지정	설립 구분	책임 의료 기관	병상 수	전문의 수	간호사 수	병상당 전문의 수	병상당 간호사 수	DRG 종류 수	재원 일수	DRG-A** 비율	수술 비율	최빈 MDC*** 비율
A	종합	지역응급	공립	지역 책임	190	18	83	0.09	0.44	200	8.08	0.02	0.10	0.16

지역 지표(2019년 12월 말 기준)						
의료 수요	인구수	노인인구 비율	중증 장애인 비율	재정자립도	건보료 1분위 비율	기초생활자 비율
	118,504	27.05	1.55	16.50	18.88	4.55
의료 자원	상급종합병원 수	종합병원 수	인구 10만 명당 의료 자원 수(종합병원 이상)			
	0	1	병상 수	의사 수	전문의 수	간호사 수
			170.5	15.2	14.3	53.2
의료 이용	구분	상급종합	권역응급센터	종합	지역응급센터	병원 전체
	자체충족률	0.00	0.00	11.85	0.00	14.84
	기준 시간 내 의료 이용률	39.57 (180분)	14.24 (90분)	7.10 (60분)	4.48 (30분)	14.56 (60분)
건강 결과	건강 수준	입원	응급	심혈관	뇌혈관	재입원비
		1.39(매우 열악)	1.80(매우 열악)	1.92(매우 열악)	2.05(매우 열악)	1.49(매우 열악)

자료: 국립중앙의료원 (2021). Health Map.

\* Diagnosis Related Group : 포괄수가제도의 질병 군 분류 단위

\*\* 질병 군을 분류할 때에 중증도가 높은 순서대로 A, B, C로 구분

\*\*\* Major Diagnostic Category : 포괄수가제도 분류체계에서 주진단명을 분류하는 24개 주진단범주

할 수 있다. 실제 의료 이용에서 경기 성남 중진료권과 강원 영월 중진료권 간에 현격한 차이가 발생함을 확인할 수 있다. 특히 강원 영월 중진료권은 지역응급의료센터조차 설치되어 있지 않고, 종합병원에 대한 자체충족률이 11.85%에 불과할 정도로 의료 환경이 매우 열악하다. 이러한 격차가 결과적으로 건강 격차로 이어질 수밖에 없다.

#### 4. 정책 제언

국민의 생명과 안전에 관한 필수요를 보장하는 방향으로 공공보건의료 강화를 추진하기 위

해서는 공공병원뿐 아니라 민간의료기관의 공공성을 강화할 필요가 있다. 민간의료기관의 공공성 강화를 위해서는 필수의료 관련 시설, 장비 등 자본 비용에 대하여 정부가 직접적인 재정 투입을 통해 공공성을 강화하는 방법이 있고, 인력과 재료비 등과 같은 정상비용에 대하여 건강보험 지불보상을 통해 공공성을 강화하는 방법이 있을 수 있다. 전자의 방법은 한국 보건의료체계의 역사적 맥락과 정치적 역학관계 등을 고려할 때 당장 추진하기 어렵다고 할 수 있다. 더욱이 문재인 정부에 비해 공공보건의료에 대한 정책적 우선순위를 크게 두지 않고 있는 현 정부에서 정책적으

로 실현되기는 쉽지 않을 것으로 보인다. 결국 후자의 방법이 가능할 텐데, 이와 관련하여 정부가 추진하고 있는 공공정책수가 제도를 적극 고려해 볼 수 있다.

### 가. 필수의료서비스 보장을 위한 공공정책수가 도입

우선, 공공병원이든 민간의료기관이든 필수의료서비스를 제공함에 따라 손실이 발생할 경우 공공정책수가를 제공함으로써 필수의료에 대한 안전망을 강화하는 방안을 생각해 볼 수 있다. 이미 정부는 응급, 외상, 심뇌혈관, 감염, 신생아, 고위험 분만 등에 대한 정부지정센터를 운영하고 있다. 정부가 지정, 운영하고 있거나 향후 계획하고 있는 필수의료센터를 정부의 가이드라인에 따라 운영하여 발생하는 손실을 보상해 주는 공공정책수가가 도입될 필요가 있다. 코로나19 대유행 상황에서 감염격리병상 확보를 위해 정부가 손실보상금을 지원하고 있는데, 이러한 방식을 다른 필수의료 분야에 확대 적용한다면 충분히 실현 가능하다고 생각된다. 다만, 필수의료 정부 지정센터의 기준이 적용되고 있는지에 대한 엄밀한 평가와 이와 관련한 투명한 자료 제공, 그리고 필수의료 정부지정센터를 운영하는 모병원의 소유 지배 구조에 대한 사회적 합의가 전제될 필요가 있다.

필수의료 지정센터에 대한 손실보상과 함께 진료권 내에서 양질의 필수의료서비스를 자체충족적으로 제공함으로써 의료비를 절감하고 질적

수준을 높일 경우 성과 보상을 해 주는 방식의 공공정책수가를 도입할 필요도 있다. 의료서비스는 경쟁이 아니라 협력을 통해서 훨씬 더 좋은 서비스를 국민에게 제공할 수 있는데, 지금은 의료기관 간 경쟁으로 인하여 서비스가 분절적으로 제공되고 연계가 이루어지지 않아 서비스의 중복과 낭비가 매우 심한 상황이다. 이러한 비효율성을 극복하면서 서비스의 연속성을 통한 질적 수준 제고를 추동하기 위해 진료권 단위의 성과 보상 체계를 만들 필요가 있다. 이때의 성과 보상은 추가적인 보상을 해 주는 것이 아니라 대도시 또는 수도권으로 환자가 이동하지 않고 해당 진료권에서 의료기관 협력을 통해 자체충족적으로 의료서비스가 제공됨으로써 발생하는 의료비 절감분을 활용하는 방안이 현실적이라 할 수 있다. 이러한 절감분을 해당 진료권의 참여 의료기관에 성과 보상으로 지급함으로써 전체적인 의료체계의 효율성을 높이고 지역의 격차를 줄여 나가는 방향으로 추진할 필요가 있다.

마지막으로, 지역사회 내에서 일차의료기관을 시작으로 필수의료 환자의 의뢰와 의뢰, 그리고 지역사회 연계 등을 포괄하는 연계 수가를 도입함으로써 기존에 시범적으로 이루어지던 각종 연계 수가의 분절성을 극복하고 일차의료에 기반을 둔 의료 전달체계가 작동할 수 있도록 하는 방안을 생각해 볼 수 있다. 현재 일차의료 만성질환 수가 시범사업이 본 사업으로 전환되는 시점에서 이를 기반으로 한 필수의료 부분에 대한 연계 수가를 통합적으로 적용해 나간다면 지금까지 의료

전달체계가 미비하여 발생한 비효율성을 어느 정도 극복할 수 있는 초석이 될 것으로 보인다.

#### 나. 공공병원 확충과 역량 강화 방안

제2차 공공보건의료 기본계획의 정책 목표를 달성하기 위해서는 공공정책수가를 통하여 민간 의료기관의 공공성을 강화하는 것도 필요하지만, 정부가 공공병원 등과 같은 직접적인 정책 수단을 확보하고 강화할 필요가 있다. 정부의 계획대로 중진료권별로 필수보건의료 보장과 자체충족적인 보건의료체계 구축을 위한 책임의료기관을 지정하려고 하더라도 공공병원의 확충과 역량 강화가 함께 고려되어야 한다. 물론 병상이 과다한 중진료권에서 반드시 신축을 고집할 필요는 없겠지만, 정책적 책임성을 강하게 주문할 수 있는 공공병원이 중진료권별로 1개 이상 확충될 필요가 있다. 우선적으로 70개 중진료권 중에서 공공병원이 없으면서 책임의료기관 기능을 수행할 수 있는 공익적 민간병원도 없는 19개 중진료권에 공공병원을 신축해야 한다. 공공병원은 없지만 역량 있는 공익적 민간병원이 있는 9개 중진료권은 우선적으로 민간병원을 책임의료기관으로 지정하는 방안을 생각해 볼 수 있다. 향후 공중보건 위기 대응 역량을 높이는 차원에서도 단계적인 공공병원 확충 방안을 모색할 필요가 있다.

기존의 공공병원이 있는 진료권의 경우는 실제적인 책임의료기관 역할을 수행할 수 있을 정도로 공공병원의 역량을 높일 필요가 있다. 규모가 작은 공공병원은 300~500병상 이상으로 증

축 또는 이전 신축할 필요가 있다. 서울의료원 등과 같은 일부 공공병원을 제외하고는 대다수 공공병원의 역량이 취약하기 때문에 지역에서 민간 의료기관과 협력체계를 구축하고 책임의료기관으로서 중심적 역할을 수행하려면 대대적인 증축이 필요할 것이다. 이러한 증축과 함께 인력의 확충이 동시에 이루어져야 실질적인 역량 강화가 가능하다. 공공병원의 의료 인력 확충을 위해서는 제도적으로 의사와 간호사 인력의 양적 확대, 분포의 개선 등을 위한 급성기 병상 수 구조 조정, 의대와 간호대 정원 확대, 국립의학전문대학원 설립, 필수의료 인력 양성 등 다양한 정책 패키지가 함께 고려되어야 한다. 그렇지만 전반적인 인력정책이 추진될 때까지 기다리기에는 공공병원이 처한 조건이 매우 열악하다는 점에서 시급하게 공공병원의 인력 확충을 추진해야 한다. 지방의료원 등 공공병원이 중증 환자 진료가 가능한 수준까지 시설과 인력 규모를 대폭 확충해야 한다. 그래야만 국민의 생명과 안전에 관한 필수의료서비스를 지역 완결적으로 제공할 수 있다. 이는 건강보험체계하에서 중증도에 따라 수가 가산이 좋아지기 때문에 적자 개선 측면에서도 불리하지 않다. 중진료권 내에서 자체 완결적인 필수의료서비스를 제공하려면 250병상~350병상의 2차 민간병원의 평균 수준 전문의 수인 55명을 확보할 필요가 있다. 간호사도 간호·간병통합병동 운영이 가능한 수준으로 확대되어야 한다.

공공정책수가 제도를 통해 공공병원이 공공적 역할 수행 과정에서 발생하는 손실을 어느 정도

해결할 수 있겠지만, 공공병원이 주로 담당하는 취약계층과 취약지역의 의로서비스 제공 과정에서 발생하는 손실은 다른 재정 기전을 통해 마련될 필요가 있다. 일반적으로 수가를 통한 보상은 일정한 양의 행위가 발생할 수 있는 인구수가 존재할 때에 가능하다. 적정 질의 의료 안전망을 구축하려면 질병 발생의 규모와 상관없이 일정한 의료 인력을 확보해야 하는데, 해당하는 의료 인력의 인건비를 보상할 만큼 질병 발생이 많지 않은 취약지역은 당연히 비용 대비 건강보험 수입이 적을 수밖에 없어서 손실이 발생할 수밖에 없다. 따라서 반드시 예산 지원이 수반되어야 한다. 지금까지는 사후적으로 수지차를 보전해 주는 방식으로 예산 지원이 이루어져 왔는데, 이런 방식으로는 적정 인력을 확보하기도 어렵고 지속가능성이 떨어진다. 공공정책수가를 통해 보상이 어려운 취약계층과 취약지역에 대한 공공적 역할 수행으로 인해 발생한 손실은 전년도 결산에 기초한 기본예산을 편성하여 사전에 지급하고 사후적으로 수입이 발생하여 흑자가 발생하면 예산을 줄여 나가는 방식의 기본예산제도를 운영할 필요가 있다.

#### 다. 공공보건의료체계 구축

제2차 공공보건의료 기본계획을 실현하고 공공보건의료를 강화하기 위해서는 국민의 생명과 안전에 관한 필수보건의료에 대한 보편적 접근권을 보장하는 방향과 함께 취약한 집단 및 지역에 대한 비례적 접근을 강화함으로써 건강 불평등

해소를 선도할 수 있는 방향으로 공공보건의료체계가 구축되어야 한다. 또한 신종 감염병 등과 같은 공중보건 위기 상황에서 실질적인 컨트롤 타워 기능을 수행할 수 있는 체계가 구축되어야 한다. 공공보건의료체계는 필수보건의료서비스 제공의 컨트롤 타워 기능과 방역을 포함한 공중보건의 컨트롤 타워 기능을 모두 포괄하는 방향으로 구축되어야 한다. 구체적으로 질병관리청에서 보건부로 승격, 독립할 필요가 있다. 시·도의 경우도 서울과 같이 보건정책과 수준을 뛰어넘는 보건행정체계를 확보하고, 전면적으로 보건소 조직을 확충하고 조직 개편을 할 필요가 있다(임준, 한진옥, 2017).

또한, 공공보건의료체계는 공공병원의 확충과 역량 강화를 통하여 보건의료 공급 체계를 주도하는 방향으로 구축되어야 한다. 지역 책임의료기관과 권역 책임의료기관 간 필수의료 보장을 위한 협력체계가 잘 작동해야 하고, 이를 위해 국립중앙의료원과 지방의료원의 협력체계 구축이 병행되어야 한다.

장기적으로는 공공보건의료체계가 보건의료 전반의 공공성을 주도하고 시장이 중심이 되는 보건의료체계에서 인권적이면서 공익적인 보건의료체계를 구축할 수 있도록 지속적인 개혁이 추진되어야 한다. 모든 사회 구성원의 자기결정권에 기초한 의사결정구조가 시스템 차원뿐 아니라 기관의 운영 차원에서도 작동할 수 있도록 보건의료 개혁이 이루어져야 하겠다.

## 5. 나가며

우리 사회 구성원 누구든 인류의 보편적 가치이자 권리인 건강할 권리를 제대로 보장받도록 만들기 위하여 국가와 사회는 최선의 노력을 기울여야 한다. 최소한 국민의 생명과 안전에 관한 필수의료서비스는 계층, 지역, 인종과 상관없이 보편적으로 보장되어야 한다. 코로나19와 같은 감염병뿐 아니라 응급, 외상, 심뇌혈관질환, 중환자 등 많은 부분이 이에 해당한다. 서비스에 대한 접근이 취약한 노인, 장애인, 어린이의 건강 문제 또한 우리 사회가 책임져야 할 부분이다.

그러나 현실은 보편적 권리와 거리가 멀다. 기울어진 운동장은 보건의료에도 예외가 아니다. 근원적으로 평평한 운동장을 만들어야겠지만, 최소한 기울어진 운동장으로 인하여 생명의 위험을 감수해야 하는 일은 막아야 한다. 기울어진 환경에 지속적으로 노출되어 발생하는 건강 문제에 더해 기본적인 필수의료 인프라조차 갖추어져 있지 않아 발생하는 국민의 고통은 임계치를 넘은 지 오래되었다. 그리고 기울어진 운동장으로 인한 고통은 가장 마지막에 있는 사람들만 감내할 문제가 아니라 기울어진 환경에서 생활하는 모든 사람에게 비례적으로 적용되는 문제다.

코로나19를 겪는 과정에서 공공병원의 부재와 필수의료 인프라의 부족에 대한 사회적 공감대가 형성되고 있다. 공공병원 확충, 공공의료 강화에 대한 사회적 공감대가 지금까지 높았던 적이 없을 정도다. 국민이 의료서비스의 수혜 대상을 넘어서서 권리 주체로 나서고 있다. 당연히 보장받

아야 할 필수의료서비스를 동등하게 받을 수 없게 만드는 낡고 병든 보건의료체계를 개혁해야 한다. 의료비 폭등, 한계 상황에 봉착한 의료 불평등의 심화 등을 고려할 때, 우리에게 남아 있는 시간이 그리 많아 보이지는 않는다. ■

## 참고문헌

- 국립중앙의료원. (2022). Health Map 지역지표. <http://www.healthmap.or.kr/districtIndicators/districtIndicators.do>에서 2022. 4. 21. 인출
- 김윤, 김보영, 김승연, 김진우, 박정연, 석재은 ... 홍선미. (2019). 목표중심의 커뮤니티케어사업 모형과 전략개발 연구. 서울: 서울대학교 산학협력단.
- 보건복지부. (2016). 제1차 공공보건의료기본계획. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부. (2018). 공공보건의료 발전종합대책. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부. (2021). 제2차 공공보건의료기본계획. 세종: 보건복지부.
- 신영수, 김용익. (2017). 의료관리. 서울: 서울대학교 출판문화원.
- 양봉민, 김진현, 이태진, 배은영. (2015). 보건경제학. 파주: 나남.
- 임준. (2021). 한국 사회경제의 구조적 불안정 심화와 보건의료 개혁. 비판사회정책, 제71호, 297-335.
- 임준, 한진욱. (2017). 보건의료인력 정책 및 인력 확보 방안. 전국보건의료산업노동조합.
- 조성은 외. (2022). 더 나은 대한민국(The

- Better Korea): 코로나19 극복을 위한 포용적 회복전략. 민생회복 분과(세종: 경제·인문사회연구회, 한국보건사회연구원)
- 조희숙, 김윤, 김창훈, 김태현, 나백주, 박기수 ...  
 허윤정. (2018). **지역별 의료 및 공공보건 의료 거버넌스 구축 방안 연구**. 춘천: 강원대학교 산학협력단.
- 통계청. (2019). 국가통계포털. [https://kosis.kr/statisticsList/statisticsListIndex.do?parentId=A.1&vwcd=MT\\_ZTITLE&menuId=M\\_01\\_01#content-group](https://kosis.kr/statisticsList/statisticsListIndex.do?parentId=A.1&vwcd=MT_ZTITLE&menuId=M_01_01#content-group)에서 2019. 1. 27. 인출.
- 통계청. (2022). 국가통계포털. [https://kosis.kr/statisticsList/statisticsListIndex.do?parentId=A.1&vwcd=MT\\_ZTITLE&menuId=M\\_01\\_01#content-group](https://kosis.kr/statisticsList/statisticsListIndex.do?parentId=A.1&vwcd=MT_ZTITLE&menuId=M_01_01#content-group)에서 2022. 4. 11. 인출.
- OECD. (2022). **OECD health statistics 2021**. Paris: OECD.

# Measures for Strengthening Public Health Care

**Yim, Jun**

(University of Seoul Graduate School of Urban Health)

The need for strengthening public health care is growing as the Korean health care system, which is characterized by the pursuit of private interests, has caused a serious health care crisis in line with the rapid aging of the population structure. In the past, publicness was emphasized in health care due to the high possibility of market failure. Recently, with the growth of civil society, health care is accepted as a universal right, and the publicness of health care is even more emphasized. At the very least, the policy direction of guaranteeing essential medical services related to the life and safety of the people is being established. In particular, an active role of the government and society is required to reduce regional disparities in essential medical resources, medical use, and health outcomes. It is necessary to support capital costs necessary for the reinforcement of essential medical infrastructure to all medical institutions in charge of essential medical care, and to support current expenses through public policy fees. In order to strengthen the responsibility for all residents in the service area, public hospitals should be assigned as accountable medical institutions and equipped with the capacity and system for leading private hospitals.