

코로나19 확산 대비,  
공공의료 확충으로!

## 공공의료체계 강화 방안 토론회



2020.6.22.(월) 10:00, 국회의원회관 제1세미나실

### program

사회 : 변혜진 (건강과대안 상임연구위원)

발제 : 코로나 2차 대유행에 대비한 공공의료체계 강화방안

김윤 (서울대 의료관리학과 교수, 참여연대 사회복지위원회 실행위원)

토론1 : 김창보 (서울시 공공보건의료재단 대표)

토론2 : 정형준 (보건의료단체연합 정책위원장)

토론3 : 조승연 (인천의료원 원장, 전국지방의료원연합회장)

토론4 : 최은영 (서울대병원 간호사, 공공운수노조 의료연대서울지부 총무국장)

토론5 : 원용철 (공공병원설립운동연대 상임대표)

토론6 : 노정훈 (보건복지부 공공의료과장)

더불어민주당 남인순·김성주·최혜영 의원, 정의당 배진교 의원,  
건강과대안, 보건의료단체연합, 참여연대

## 프로그램

---

- 10:00 사회 변혜진\_건강과대안 상임연구위원
- 10:10 발표 코로나-19 2차 대유행에 대비한 공공의료체계 강화방안  
김 윤\_서울대 의료관리학과 교수, 참여연대 사회복지위원회 실행위원
- 10:40 토론 김창보\_서울시 공공보건의료재단 대표  
정형준\_보건의료단체연합 정책위원장  
조승연\_인천의료원 원장, 전국지방의료원연합회장  
최은영\_서울대병원 간호사, 공공운수노조 의료연대서울지부 총무국장  
원용철\_공공병원설립운동연대 상임대표  
노정훈\_보건복지부 공공의료과장
- 11:40 종합토론
- 12:00 폐회

## 목차

---

인사말	4
발 제 : 김 윤_서울대 의료관리학과 교수, 참여연대 사회복지위원회 실행위원	13
토론 1 : 김창보_서울시 공공보건의료재단 대표	32
토론 2 : 정형준_보건의료단체연합 정책위원장	35
토론 3 : 조승연_인천의료원 원장, 전국지방의료원 연합회장	38
토론 4 : 최은영_서울대병원 간호사, 공공운수노조 의료연대서울지부 총무국장	41
토론 5 : 원용철_공공병원설립운동연대 상임대표	48
토론 6 : 노정훈_보건복지부 공공의료과장	59



국회의원 남인순\_더불어민주당 최고위원·국회 보건복지위원회 위원

반갑습니다.

더불어민주당 최고위원과 국회 보건복지위원으로 활동하고 있는 남인순 국회의원입니다.

신종 감염병인 코로나19 국난 극복이 국가적 핵심과제가 되고 있는 때에, 코로나19 확산에 대비한 공공의료체계 강화 방안 토론회를 국회에서 개최하게 된 것을 매우 뜻 깊고 기쁘게 생각하며, 관심을 갖고 자리에 함께하여 주신 여러분들을 환영합니다.

토론회를 공동으로 주최하여 주신 더불어민주당 김성주·최혜영 의원님과 정의당 배진교 의원님, 건강과대안, 보건의료단체연합, 참여연대 관계자 여러분께 감사드립니다.

사회를 맡아 토론회를 진행하여 주실 변혜진 건강과대안 상임연구위원님, 주제발제를 하여주실 김운 서울대 의료관리학과 교수님, 토론을 하여주실 김창보 서울시 공공보건의료재단 대표님, 정형준 보건의료단체연합 정책위원장님, 조승연 전국지방의료원연합회장님, 최은형 공공운수노조 의료연대서울지부 총무국장, 원용철 공공병원설립운동연대 상임대표님, 노정훈 보건복지부 공공의료과장님께 감사드립니다.

우선 이 자리를 빌어 코로나19 대응에 온 힘을 다하고 계신 현장의 의료진과 자원봉사자 여러분, 보건복지부와 질병관리본부 및 지방자치단체 관계 공무원 여러분, 성숙한 시민의식을 실천하여 오신 국민 여러분께 감사드립니다.

특히, 어려운 여건 속에서도 코로나19 대응과 양질의 공공의료 서비스를 제공하기 위해 애써 오신 전국의 공공의료기관 종사자 여러분의 노고에 감사와 격려의 마음을 전합니다.

모두의 헌신적인 노력에 힘입어 우리나라는 코로나19 방역표준, 모범국가로 자리매김할 수 있었습니다. 정말 고맙습니다.

백신과 치료제 개발을 통한 코로나19 종식에는 상당기간이 소요될 것으로 예상됩니다.

WHO가 지난 3월 코로나19에 대해 세계적인 대유행, 즉 팬더믹을 선언한 지 100일이 넘었지만 브라질을 비롯한 남미와 미국, 인도 등을 중심으로 코로나19 확산세가 지속되고 있고, 우리나라의 경우도 안정세를 유지하다가 최근 이태원 클럽 및 부천 물류센터 집단감염 발생 이후 인구가 밀집한 수도권을 중심으로 신규 확진자가 증가세를 보이고 있습니다. 또한 해외 재유입 및 동절기 재유행 가능성 등으로 기존 방역체계를 강화해야 할 필요성이 높습니다.

무엇보다 레벨D 보호복 등 방역물품 비축을 확대하고, 음압병상과 선별진료소를 확충해야 하며, 코로나19 효과적 대응을 위해 중앙, 권역, 지역 단위별로 효과적인 감염병 진료체계를 확립하고, 절대적으로 부족한 공공의료 병상 및 의료인력, 역학조사 인력을 확충하고 공공의료 기능을 강화해야 합니다.

중앙의 감염병 진료 총괄기능 및 권역 내 감염병 진료체계 조정 기능 강화를 위해 중앙 및 호남·영남·중부·인천·제주권 등 5개 권역별 감염병 전문병원을 조속히 확충해야 하며, 감염병 등 공공의료 지역적 격차 해소를 위해 취약지 공공의료기관을 확충하는 등 전반적인 공공의료서비스 제공 기능을 강화해야 합니다.

우리나라는 민간의료기관에 90% 이상 절대적으로 의존하는 후진적인 보건의료체계에 머물고 있어, 감염병 대응 등 국가와 지방자치단체에서 수립한 보건의료정책을 실행할 직접적인 수단이 부족한 실정입니다.

현재 대부분의 보건소가 일반진료를 잠정 중단하고 선별진료소 운영 등 코로나19 확산 방지에 총력을 기울이고 있으며, 대구와 경북 대유행 시 지방의료원과 적십자병원 등 공공병원을 감염병 전담병원으로 전환하여 환자치료에 전념하는 등 중요한 역할을 수행하였습니다. 2015년 메르스 사태에 이어 이번 코로나19 사태에서도 공공의료기관의 역할이 매우 컸으며, 코로나19 확산 및 재유행에 대비하여 공공의료 확충에 보다 적극적으로 나서야 합니다.

아쉽게도 보건복지부 자료에 따르면 우리나라의 공공의료 비중은 병상수 기준으로 2012년 11.7%에서 2018년 10.0%로 감소했고, 기관수 기준으로 2012년 6.1%에서 2018년 5.7%로 감소하는 등 뒷걸음 쳐왔습니다. 이는 공공의료 비중이 병상수 기준으로 영국 100%, 호주 69.5%, 프랑스 62.5%, 독일 40.6%, 일본 26.4%, 미국 24.9% 등인 OECD 주요국들과 비교조차 할 수 없는 실정입니다.

이처럼 우리나라의 보건의료체계는 민간의료기관에 절대적으로 의존하면서 고비용의 사후치료 중심으로 운영되고 있는데, 사전 질병예방, 건강증진 위주의 보건의료체계로 패러다임을 전환해야 합니다.

그러기 위해서는 민간의료기관의 공공성을 강화하는 한편, 공공의료시설을 확충하고 공공의료인력을 확보하는 등 공공의료 인프라를 확충하지 않으면 안됩니다.

전문가들은 정부와 지방자치단체의 보건의료정책을 효과적으로 집행하려면 적어도 병상수 기준으로 공공의료 비중을 현재의 10%수준에서 20~30% 이상으로 확충하는 정책적 노력이 필요하다고 강조합니다.

의료 인력의 경우 의약분업 시행과정에서 의료계의 요구를 수용하여 의대입학정원 10% 감축을 추진해왔는데, 정작 의료이용이 급증하여 의사부족이 심화되고, 도시와 농촌지역간 의료 인력의 수급불균형도 문제이며, 특정진료과목 쏠림현상이 지속되어 전공의 수급불균형도 심각한 실정입니다. 보건복지부가 추계한 의료취약지, 지역거점공공병원, 공중보건 의사 등 미충족 의사인력 수요는 기준에 따라 최소 568명에서 최대 2,083명에 달하는 것으로 추계된 바 있어, 공공의료 인력 확충에 심혈을 기울여야 합니다.

공공의료를 확충해야 하는 이유는 메르스나 코로나19와 같은 신종 및 변종 감염병의 출현 대비를 위해 필요하고, 인구고령화 및 만성질환 증가에 따른 국민의료비 급등에 대응하여 질병예방, 건강증진에 힘써야 하며, 보건의료 취약계층인 저소득층에 대한 보건의료서비스 향상을 위해서도 필요합니다.

이러한 점을 감안할 때 오늘 ‘공공의료체계 강화 방안 토론회’는 매우 고무적이며, 깊이 있는 토론을 통해 공공의료 확충과 공공의료 인력을 안정적으로 확보하여 양질의 공공의료 서비스를 제공하는 소중한 계기가 되길 바랍니다.

오늘 논의된 내용들은 앞으로 국회 입법과 정책 등 의정활동에 반영하도록 하겠으며, 국정에도 적극 반영되길 바랍니다.

바쁘심에도 함께하여 주신 모든 분들께 감사드리며, 점점 무더워지는 날씨, 여러분의 건강과 행복, 평화를 기원합니다.

감사합니다.



국회의원 김성주\_더불어민주당·국회 보건복지위원회 위원회 간사

안녕하십니까.

더불어민주당 소속 국회 보건복지위원회 간사 김성주 의원입니다. 코로나19로 공공의료 강화에 대한 국민적 관심이 집중되는 가운데, 뜻깊은 토론회에 함께할 수 있어 영광입니다.

지난 1월부터 대한민국 전역에 확산된 코로나19는 최근까지 12,000명 이상의 누적 확진자 수를 기록하고 있습니다. 사회적 거리두기 시행으로 안정세를 유지하기도 했으나, 이태원 발 집단 감염으로 인해 확진자가 다시 늘어나는 추세입니다.

신규 확진자 증가세로 많은 국민들께서 우려하고 계십니다. 코로나19의 종식 시기를 예측할 수도 없는 고된 나날들이 이어지고 있습니다. 하지만 마땅한 치료제와 백신이 전무한 상황에서도, 의료진 여러분들의 노력으로 우리는 이번 사태를 잘 헤쳐나가고 있습니다.

그러나 현 상황을 낙관적으로만 볼 수 없습니다. 부실한 공공의료체계는 2015년 메르스 사태에 이어 이번 코로나19 사태에서도 문제 되고 있습니다. 우리나라의 공공병상 수는 전체 병상 수 대비 10.3%로 OECD 회원국 중에서도 최하위입니다. 인구 1,000명당 의사 수는 2.3명, 간호사 수는 3.5명으로 이 또한 하위권에 머물러 있습니다.

부족한 공공의료기관의 병상과 의료인력을 현재 투입된 의료진의 희생에만 기대려는 자세를 지양해야 합니다. 코로나19뿐만 아니라 향후 발생할 감염병에 대응할 수 있는 공공의료체계를 위해, 공공의료기관과 공공의료인력 확충은 선택이 아닌 필수입니다.

공공의료체계를 확충하기 위해서는 국가 재정투입이 필요합니다. 이를 위해 전 국민적 공론화 과정을 거쳐야 합니다. 토론회를 통해 우리 공공의료체계의 현 상황을 되짚어보고, 공공의료기관과 의료인력 확충을 위한 다양한 논의가 이루어졌으면 합니다. 공공의료체계 개선을 위해 정부와 국회, 의료계, 민간 모두가 머리를 맞대고 고민해야 할 시기입니다.

발제를 맡아주신 '서울대학교 김운 교수님'을 비롯해 토론에 참석해주신 '서울시 공공보건의료재단 김창보 대표님', '보건의료단체연합 정형준 위원장님', '인천의료원 조승연 원장님', '의료연대서울지부 최은영 국장님', '보건복지부 노정훈 과장님'의 깊은 혜안을 기대하겠습니다.

마지막으로 토론회 개최를 위해 고생해주신 '연구공동체 건강과대안', '보건의료단체연합', '참여연대' 관계자 여러분과 '남인순', '최혜영', '배진교' 의원님께 감사의 말씀 전합니다.





국회의원 최혜영\_더불어민주당·국회 보건복지위원회 위원

안녕하십니까. 더불어민주당 국회 보건복지위원회 소속 최혜영입니다.

바쁘신 와중에도 오늘 토론회를 함께 준비해주신 남인순, 김성주, 배진교 의원님을 비롯하여 건강과대안, 보건의료단체연합, 참여연대 관계자 여러분들께 진심으로 감사의 마음을 전합니다. 아울러 발제와 토론, 사회를 맡아주신 분들과 귀한 시간 내어 참석해주신 모든 분들께 감사드립니다.

코로나19를 거치면서 우리는 공공의료의 빈틈을 실감했습니다.

공공병원의 병상이 부족하여 의료공백이 우려되기도 했고 보건소, 선별진료소, 병원 등에서는 일손이 모자랐습니다. 체계적인 공공의료 시스템의 부재로 적절한 치료를 받지 못한 경우도 있었습니다. OECD 자료에 따르면, 2017년 기준으로 우리나라 전체 병상 중 공공의료기관이 보유한 병상 비율은 10.2%(OECD 평균 70.8%)에 그쳤으며, 인구 천 명당 공공의료기관 병상 수는 1.3개(OECD 평균 3.0개)로 OECD 국가 중 최하위권에 속했습니다.

공공의료는 또 하나의 사회안전망입니다.

코로나19와 같은 감염병을 대비하고 위급한 상황에서 국민들에게 원활한 의료서비스를 제공할 수 있는 공공의료시스템의 중요성과 역할은 더욱 커질 것입니다. 이에 발맞추어 국민들의 건강을 지키고 의료사각지대를 해소할 수 있는 공공의료체계 강화 방안 마련이 필요합니다.

지혜를 모아주시기 바랍니다.

공공의료체계의 발전은 함께 만들어가는 것입니다. 학계, 현장, 정부부처 등 여러 분야의 전문가들과 함께하는 자리인 만큼, 모이신 분들께서 공공의료체계가 나아갈 방향과 개선되어야 할 점에 대해 폭넓게 논의해주시길 부탁드립니다.

국회에서도 공공의료체계 강화와 촘촘한 의료안전망 구축을 위해 최선을 다하겠습니다.

국회 보건복지위원으로서 국민 누구든지 지역과 계층에 관계없이 질 높은 의료서비스를 적정한 부담으로 받을 수 있도록 공공의료체계에 관심을 아끼지 않겠습니다. 나아가 포스트 코로나 시대를 대비하고 우리나라가 의료선진국으로 도약할 수 있도록 관련 정책에 대해 세심하게 살펴보겠습니다. 끝으로 코로나19로 고통을 분담하고 계시는 국민들께 죄송하고 감사한 마음을 전하며, 긴 터널의 마지막까지 여러분과 함께하겠습니다.

감사합니다.



국회의원 배진교\_정의당 원내대표, 국회 정무위원회 위원

안녕하세요? 정의당 배진교 의원입니다.

바쁘신 가운데도 불구하고 오늘 공공의료체계 강화 방안 마련을 위한 토론회에 함께 해주신 모든 분께 감사드립니다.

우선 오늘 토론회를 함께 준비해주신 더불어민주당 남인순 의원님, 김성주 의원님, 최혜영 의원님께 감사한 마음 드립니다. 그리고 오늘 발제를 맡아주신 서울대학교 의료관리학과 김윤 교수님을 비롯한 여러 토론자분들께도 감사와 존경의 인사를 드립니다.

코로나19는 대한민국의 변화를 요구하고 있습니다.

코로나19는 우리 모두의 삶을 변화시켰습니다. 어디를 가던 마스크가 필수품이 되고, 발열체크가 일상이 되었습니다. 모임이 줄어들고, 좁은 장소에서의 행사는 취소되기 일수입니다. 코로나19는 우리 주변의 작은 변화들에 그치지 않고 대한민국 전 사회의 대 전환을 요구하고 있습니다.

코로나19가 대구 지역에 집중적으로 나타났던 시기, 환자들의 미입원 사망사고의 사례가 이어졌습니다. 공공병상이 없어 환자를 돌볼 수 없고, 중환자실 시설을 갖추지 못하거나 필수의료 인력이 없어 제대로 된 치료가 불가능 했던 그 짧은 기간을 되새겨봅니다. 코로나19라는 감염병이 예상치 못하게 발생한 것은 사실이지만 우리나라처럼 의료접근성이 좋은 나라에서 대체 왜 이런 문제가 발생 되었을까? 하고 생각했습니다.

바로 그 이유는 의료공공성의 취약에 있었습니다. 우리나라는 전체 의료기관의 병상의 90% 이상이 민간병상입니다. 불과 10%도 안되는 공공의료 기관이 이번 코로나19 환자의 77%를 감당했습니다. 의료는 필수 공공재이고, 필요한 치료를 받을 수 있는 권리가 대한민국 시민모두에게 있지만 민간병상에 기대어 유지되는 지금의 현실에서는 그 권리가 보장되지 못하고 있는 것입니다.

공공의료체계 강화만이 답입니다.

이제 부족한 공공병상을 확충하고 이를 책임질 지역의 필수 의료인력을 확충해야 합니다. 무엇보다 각 지방의 컨트롤 타워가 돼 줄 공공의료기관을 절대적으로 확보해야 합니다. 코로나19 발생 이후 4개월, 보건 의료계가 한목소리로 공공의료의 강화와 발전만이 코로나를 비롯한 감염병에 제대로 대응할 수 있다고 하고 있습니다.

이번 코로나19를 대응했던 국립대학병원을 컨트롤 타워로 지역의료원과 보건소가 유기적인 전달체계를 만들어 내야 합니다. 정부가 세웠던 공공의료 발전전략과 의료전달체계 개편에 공공의료 강화방안이 잘 녹아져 있는지 다시 살펴야 합니다. 정부가 발표한 지역책임의료기관 지정과 사업추진 과정에 지역 국립대학교병원과 지역의료원을 강화하기 위한 내용이 포함되어 있는지 점검해야 합니다. 그리고 최대한 빠른 시간 내에 공공의료 강화를 위한 의료전달체계 개편을 완성해야 합니다.

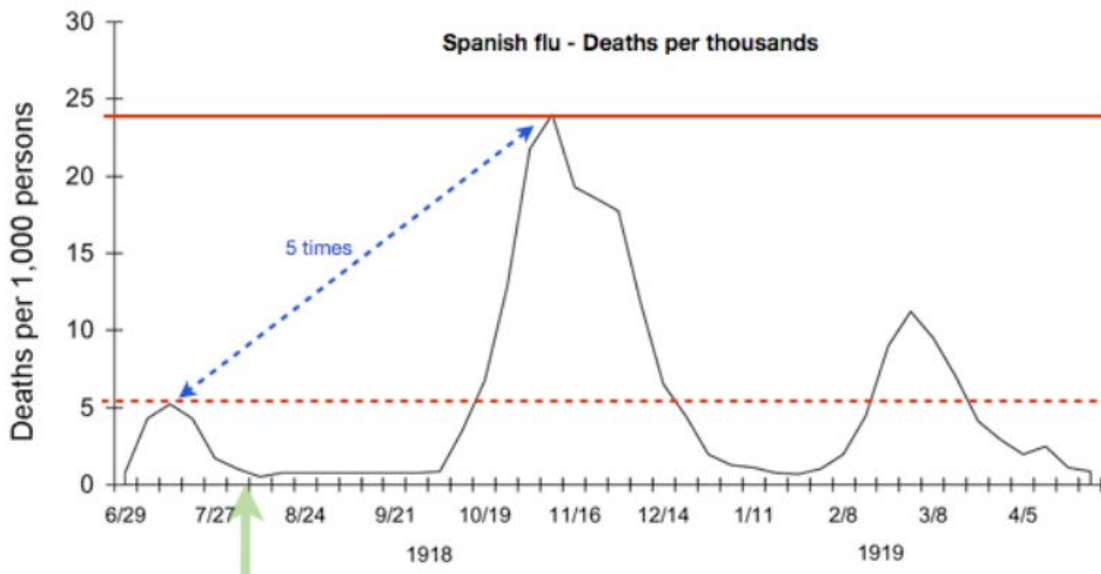
오늘 열리는 이 토론회가 공공의료 강화에 대한 구체적인 방안을 마련해가는 시작이 되었으면 합니다.

마지막으로 코로나19를 뚫고 오늘 토론회에 참석해 주신 모든 분께 감사의 인사를 드리며, 앞으로도 국민의 생명과 건강을 지키는 일에 앞장서겠다는 약속을드립니다. 감사합니다.

# 발제 : 코로나-19 2차 대유행에 대비한 공공의료체계 강화방안

김윤\_서울대 의료관리학과 교수, 참여연대 사회복지위원회 실행위원

## Second Wave of COVID-19 May Be Deadlier

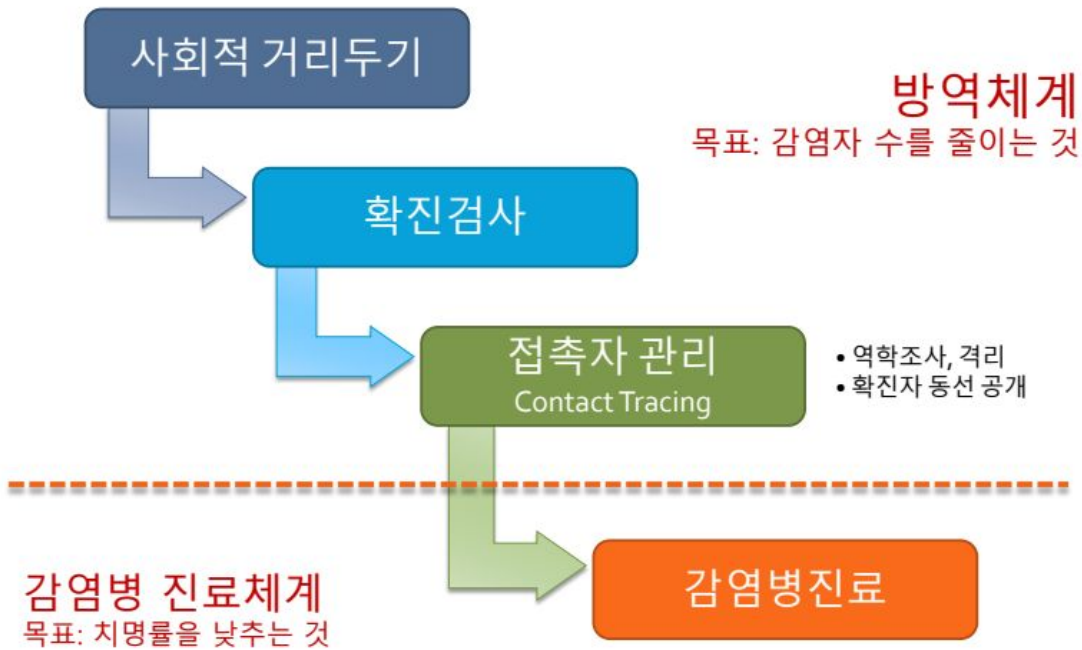


The second of three waves of the 1918 influenza pandemic in fall 1918 was the deadliest and five times deadlier than the first wave in spring 1918. Graph: Contributed, based on CDC graph of U.S. deaths

▶ 2

<https://www.coastalreview.org/2020/04/second-wave-of-covid-19-may-be-deadlier/>

# 코로나 2차 대유행, 무엇을 준비해야하는가?

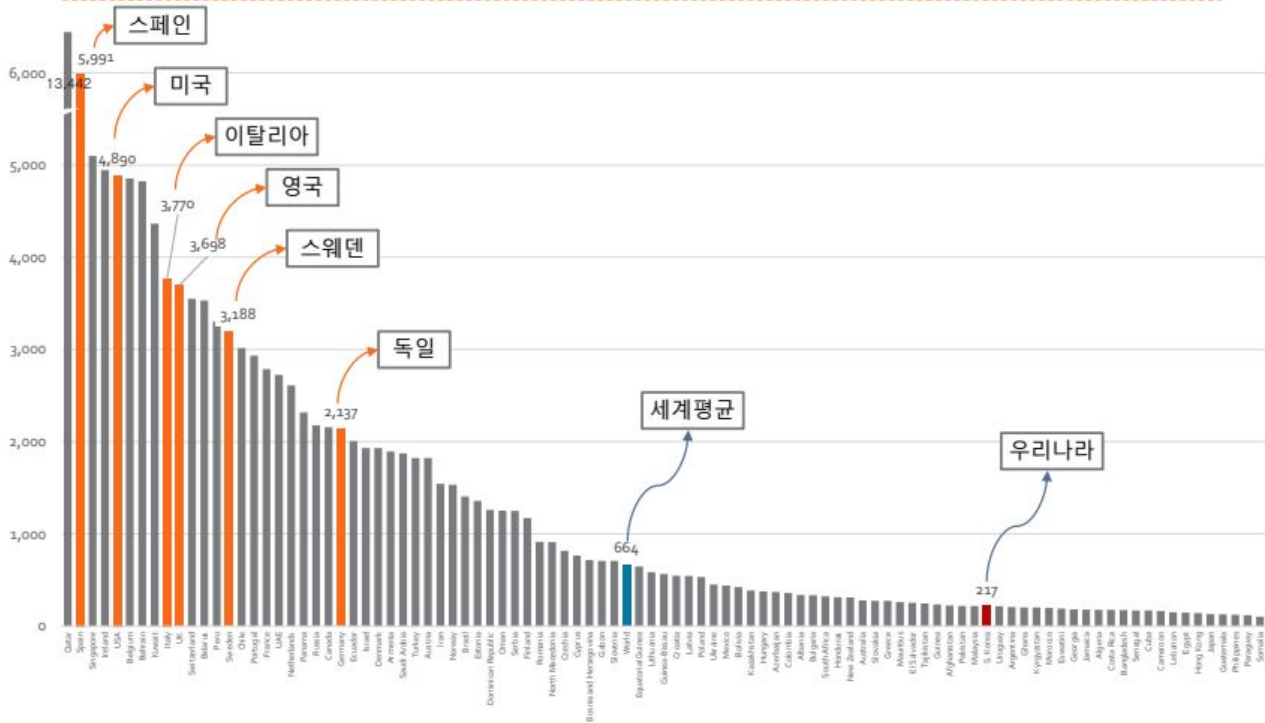


▶ 3

## ▶ 평가

### 방역과 진료

# 코로나-19 확진자 수 (인구100만명당)

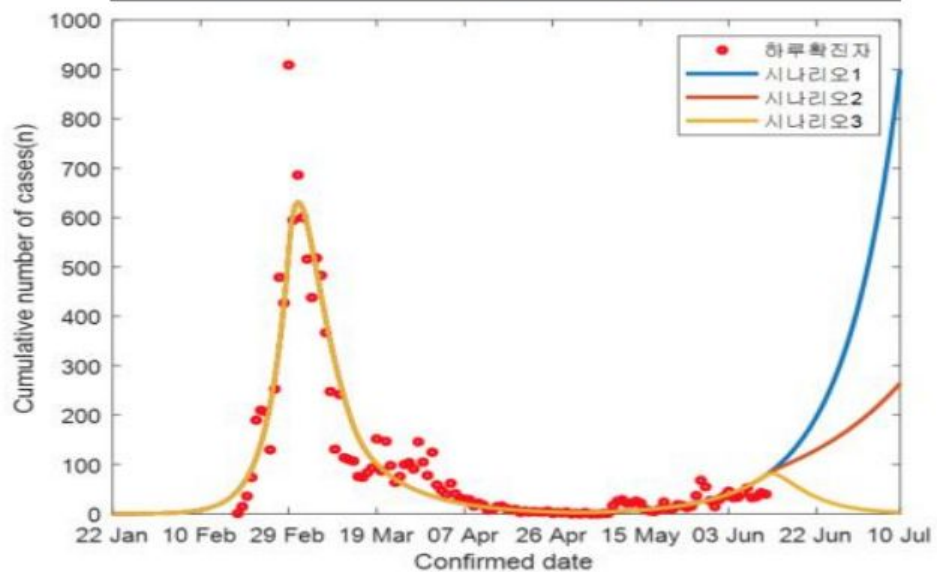


▶ 5

출처: <https://ourworldindata.org/grapher/rate-confirmed-cases-vs-rate-confirmed-deaths>  
2020년 5월 21일 기준 코로나-19 인구 100만 이상 및 인구100만당 확진자 수 100명 국가 대상

# 느슨해진 사회적 거리두기

방법: 시나리오 별 코로나-19 유행 추이 예측  
 시나리오 1. 감염재생산수 R이 현재와 같이 일정하게 유지될 경우 (R=1.79)  
 시나리오 2. 감염재생산수 R이 현재 대비 25% 감소 (R=1.34)  
 시나리오 3. 감염재생산수 R이 현재 대비 50% 감소 (R=0.86)

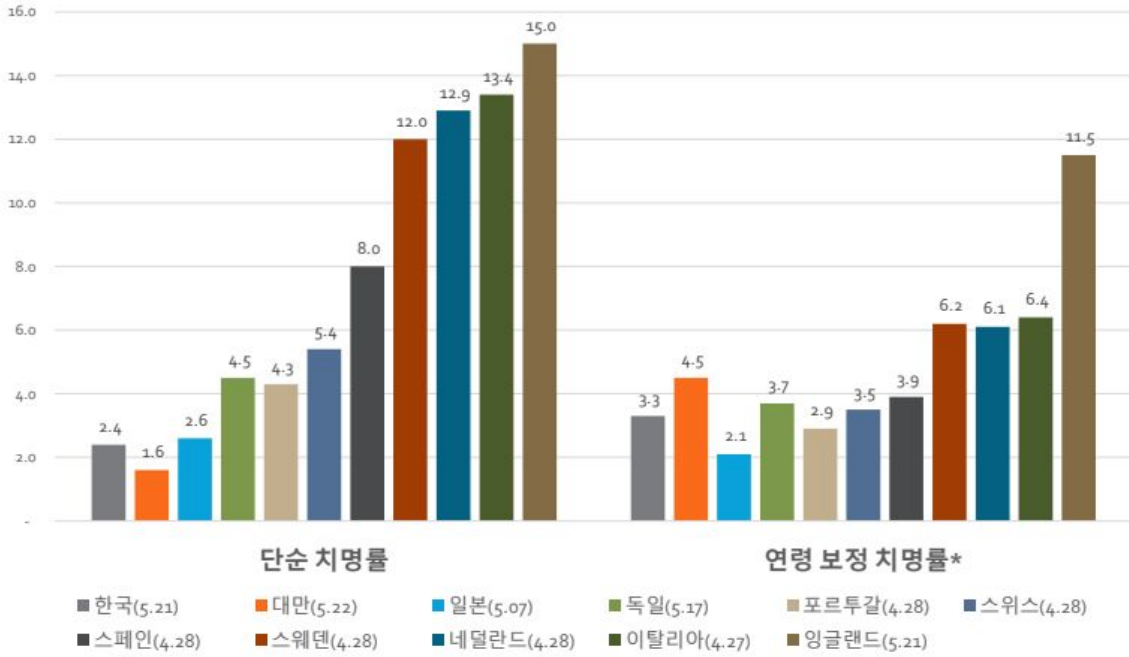


▶ 6

출처: 국립암센터 기모란 교수

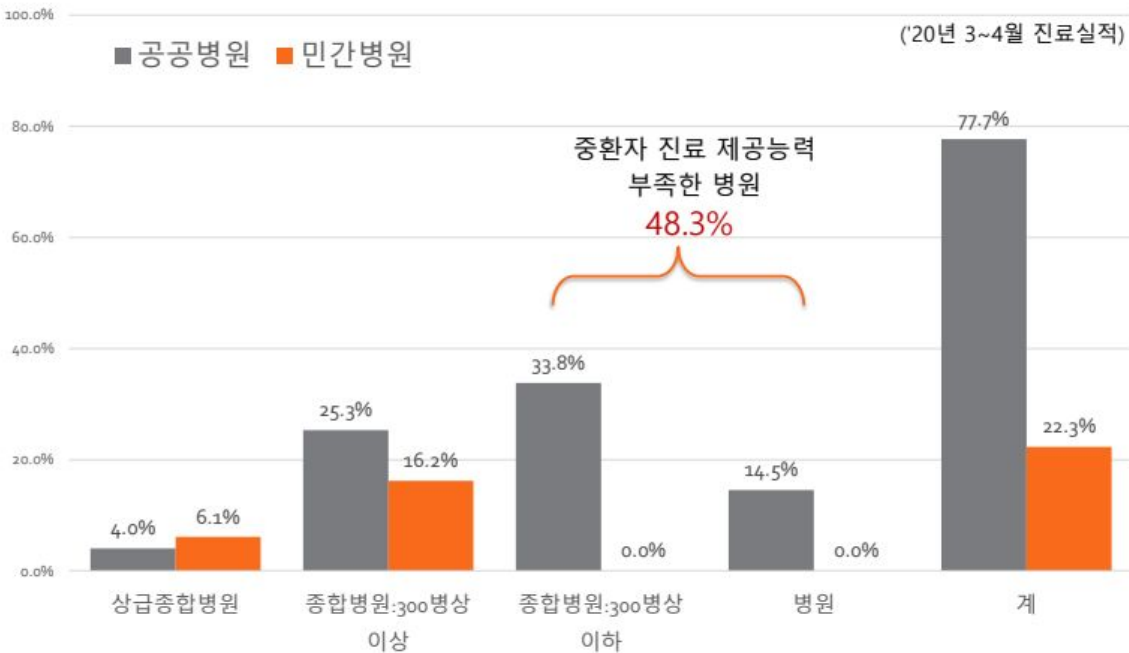
# 코로나-19 치명률 국제비교

(20년 5월 21일 또는 가장 가까운 일자 자료)



▶ 7

# 코로나-19 환자 진료실적(병원 유형별)

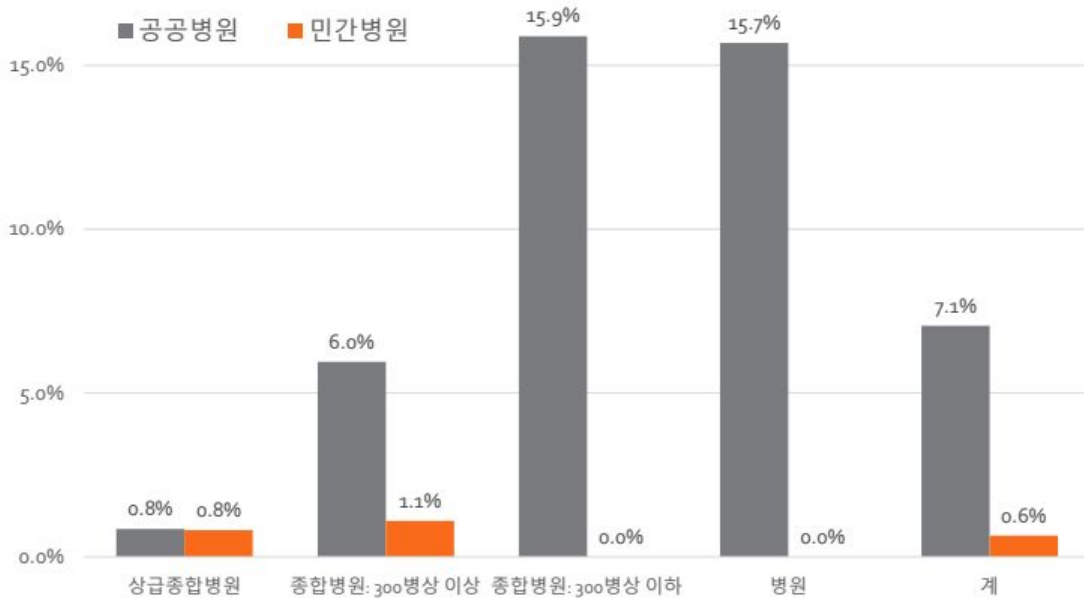


▶ 8



# 코로나-19 환자진료에 대한 병상제공률

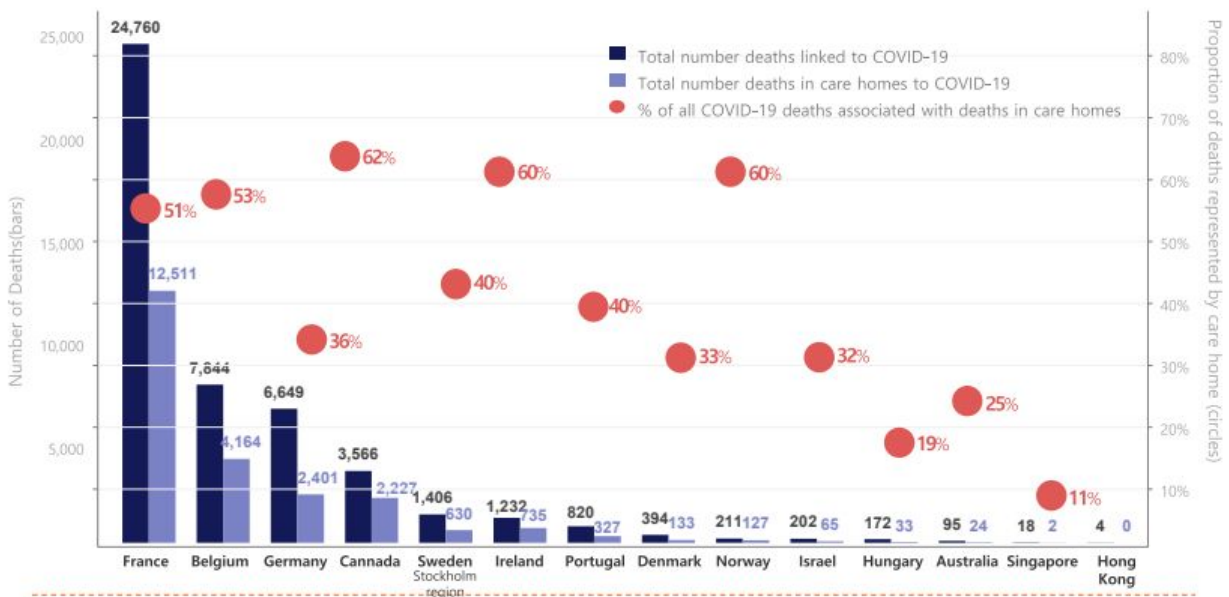
('20년 3월 진료실적)



▶ 9

## 요양병원 등 시설 관련 코로나19 환자의 높은 사망률

노인요양시설 등 사망자(%) : 우리나라 35%, 미국 약 40%, 유럽 약 50% 차지  
 대구지역 시설 67개 중 약 1/4 감염 발생 : 20명 이상 환자발생 기관 약 6% (4개)



Sources : based on figures collected in this report

유럽  
[현미경] 치명률 13%... 코로나에 민낯 드러낸 영국 공공의료

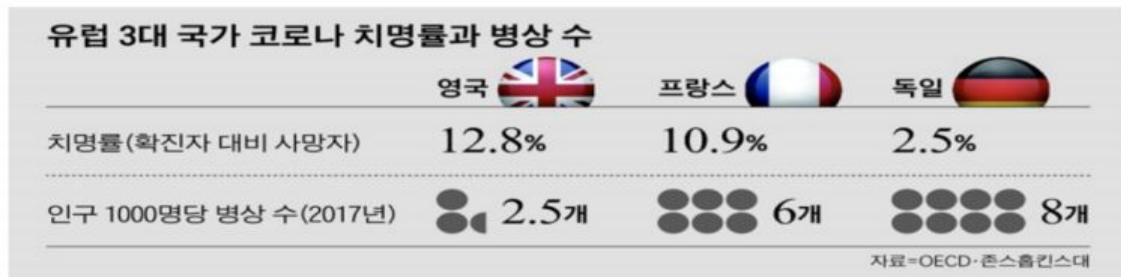
조선일보 파리=손진석 특파원

입력 2020.04.15 03:00

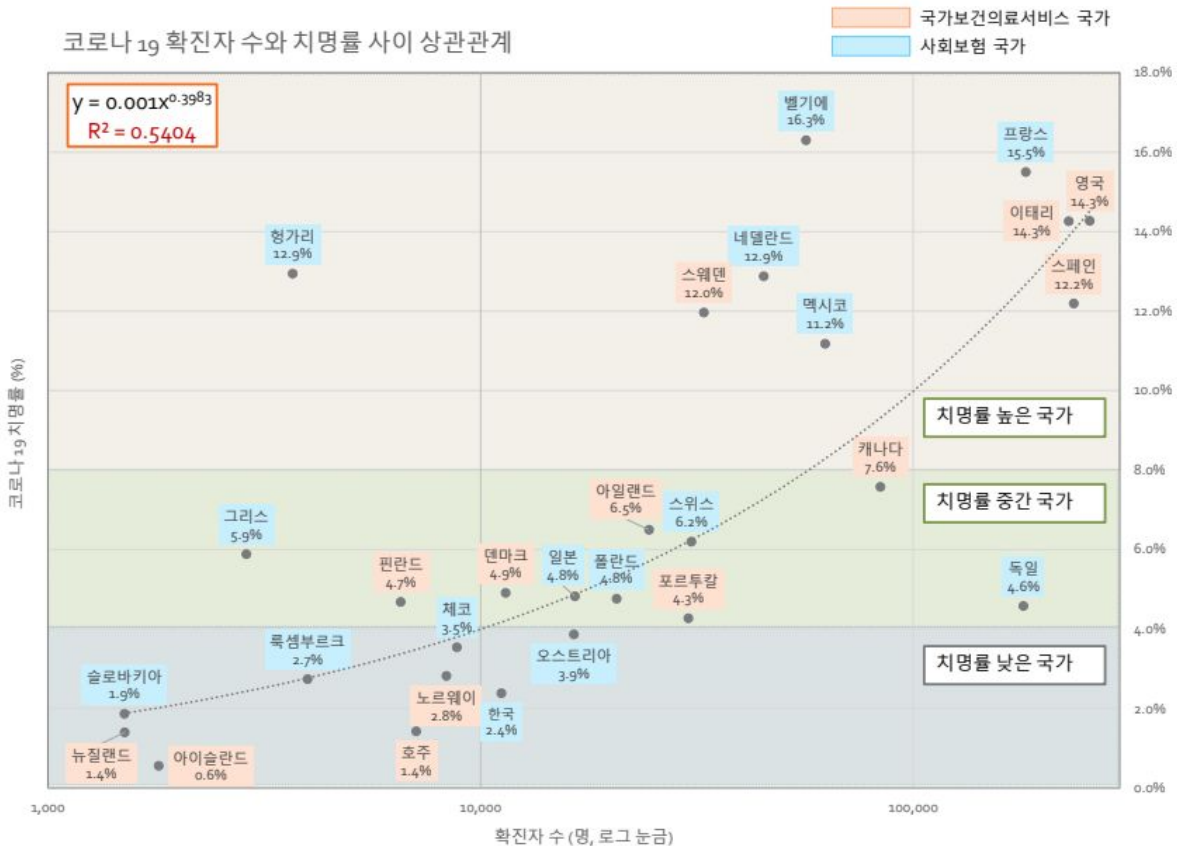
무상의료 목표로 72년전 도입, 정부 재정난 겪으며 지원 줄어... 의사·병상·장비 모두 부족 상태  
공공기관화로 업무 효율도 낮아... 의료진 13%를 외국인으로 채워

유럽의 코로나 확진자와 사망자 숫자는 지난주부터 조금씩 줄어드는 추세다. 그러나 유럽 주요국 중 영국만 피해가 점점 커지고 있다. 13일(현지 시각) 발표된 사망자는 프랑스·이탈리아·스페인 이 각 500명대였지만 영국은 717명이었다. 특히 확진자 대비 사망자를 뜻하는 치명률은 영국이 12.8%로 프랑스(10.9%), 독일(2.5%)보다 높다. 유럽의 '3대 국가' 중 하나인 영국에서 왜 유독 피해가 심각하게 나타나고 있을까.

영국은 1948년 무상 의료를 하겠다며 NHS(국가보건서비스)라는 공공 의료 체계를 구축했다. '요람에서 무덤까지'라는 영국식 복지의 핵심 줄기다. 그러나 정부가 세금을 투입해 의료 시스템의 대부분을 떠맡다 보니 비효율의 문제가 누적돼 왔다. 2018년 기준으로 영국은 보건·의료 분야 종사자가 약 200만명이고 그중 150만명이 NHS 소속이다. NHS는 미국 국방부(미군 포함), 중국 인민해방군, 월마트, 맥도널드에 이어 인력 규모로 세계 5위 조직이다. NHS 의사들은 준공무원 신분이며, 열심히 일해야 하는 인센티브가 약한 편이다.



코로나 19 확진자 수와 치명률 사이 상관관계



## 독일 치명률, 이탈리아 20% 수준...비결은 과잉병원·과잉병상

[중앙일보] 입력 2020.04.14 05:00 수정 2020.04.14 06:28



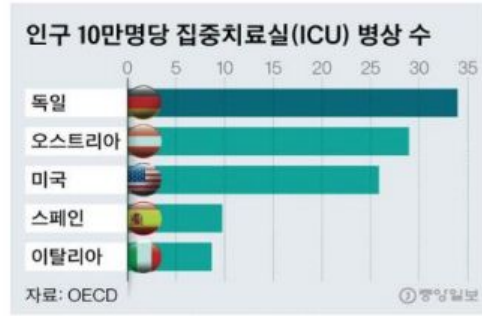
7일 독일 중 구스차르 카루스 대학 병원에서 간호사가 신종 코로나바이러스 감염증(코로나19) 환자가 입원해 있는 집중치료실(ICU) 앞을 지나가고 있다. [AP=연합뉴스]

유럽 주요 국가 가운데 신종 코로나바이러스 감염증(코로나19) 대응에서 비교적 높은 평가를 받는 독일의 대응력은 '과잉 병원'과 '과잉 병상'에 기인하고 있다는 평가가 나왔다.

**치사율, 이탈리아와 스페인의 5분의 1 수준**      파이낸셜타임스(FT)는 12일(현지시간) "오랫동안 독일의 정치인과

보건경제학자들은 독일에 너무 많은 병원과 병상이 있다고 비판해왔지만, 신종 코로나로 인한 팬데믹(Pandemic·세계적 대유행) 상황으로 인해 과잉 병상 현상은 독일의 자산이 됐다"고 보도했다.

경제협력개발기구(OECD)에 따르면, 인구 10만명당 독일의 집중치료실(ICU) 병상 개수는 33.9개에 달한다. 이는 최근 신종 코로나의 최대 피해국으로 떠오르고 있는 이웃 국가 스페인(9.77개)·이탈리아(8.6개)와 비교했을 때 3배 이상 높은 수준이다.

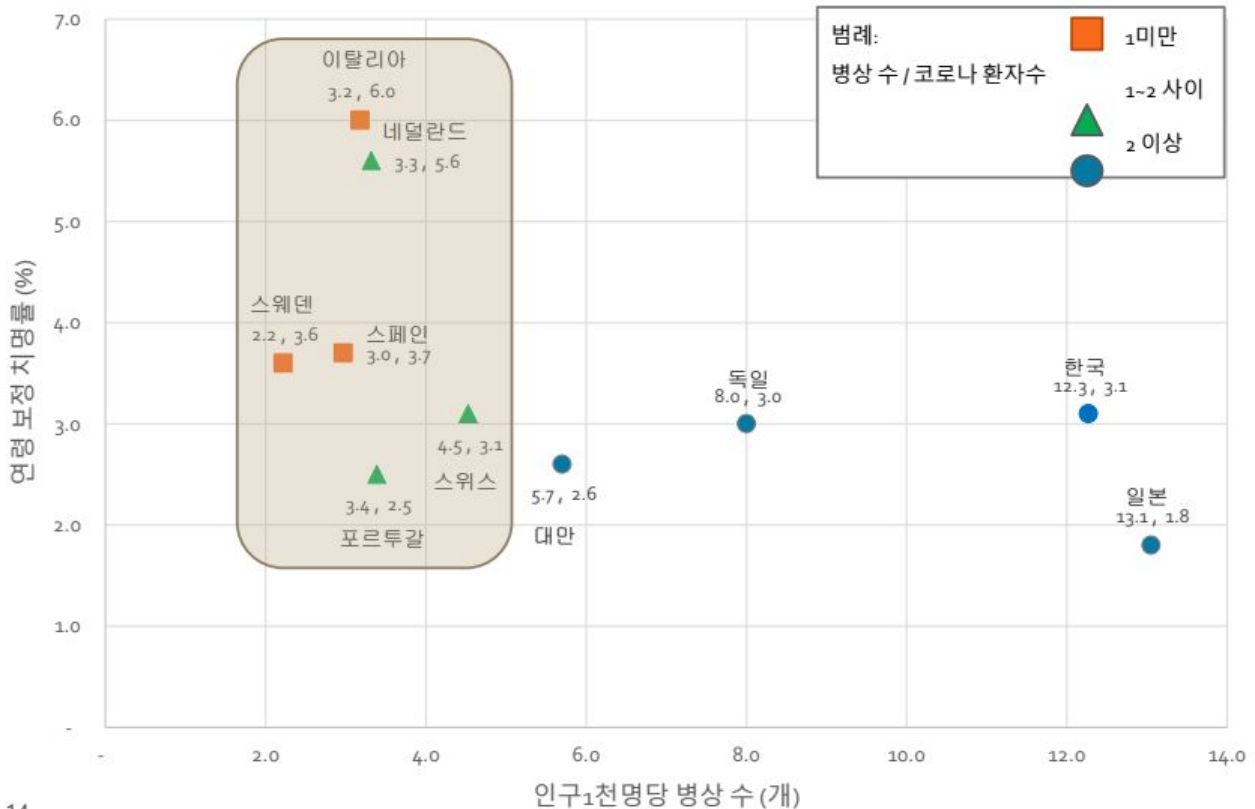


2013~2020년 인구 10만명당 집중치료실(ICU) 병상 수, 그래픽=신재민 기자

충분한 ICU 병상 수는 특히 독일의 낮은 치사율에 도움이 됐다. 이날 기준 독일에서는 12만7854명의 누적 확진자가 발생, 이 가운데 3022명이 사망했다. 치사율은 2.36% 수준으로, 이탈리아(13%)나 스페인(10%)의 5분의 1 수준이다.

▶ 13

## 국가별 병상 수와 코로나19 치명률 사이 관계

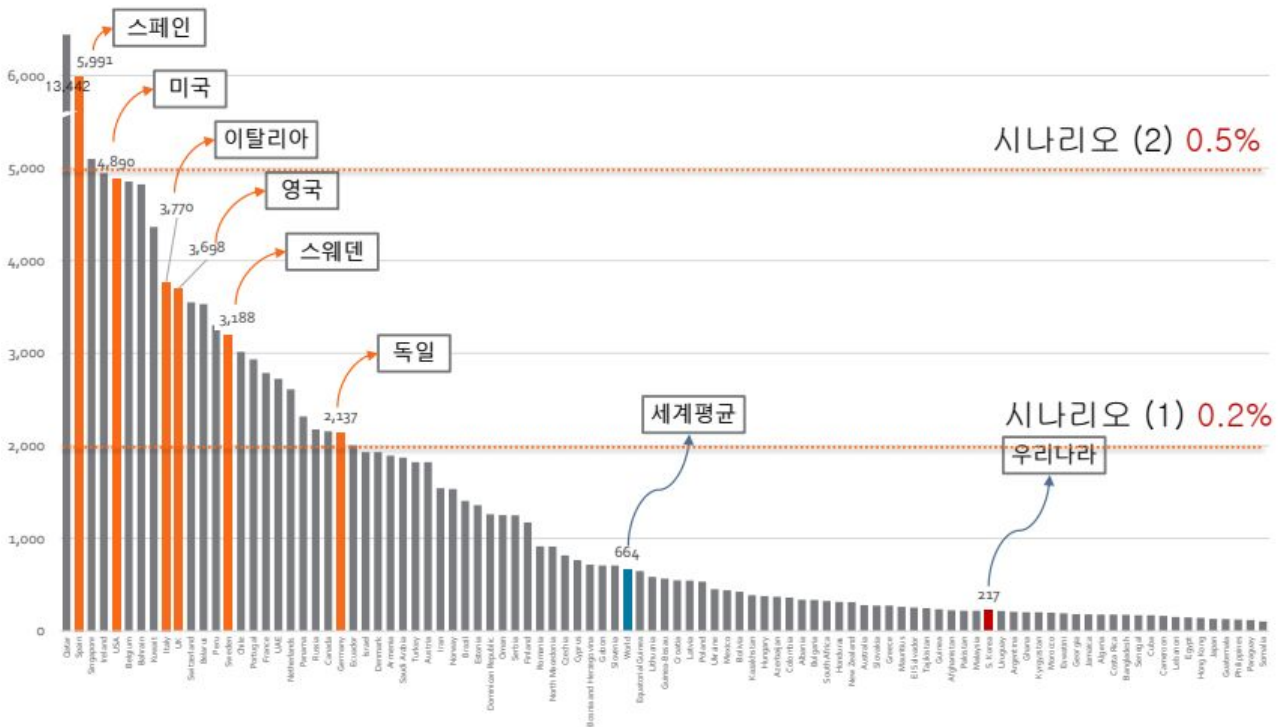


14

▶ **개편방안 : 감염병 진료체계**

**시나리오와 감염병 진료체계**

**코로나-19 확진자 수 (인구100만명당)**



# 코로나19 환자 중증도 구성과 적절한 진료수준

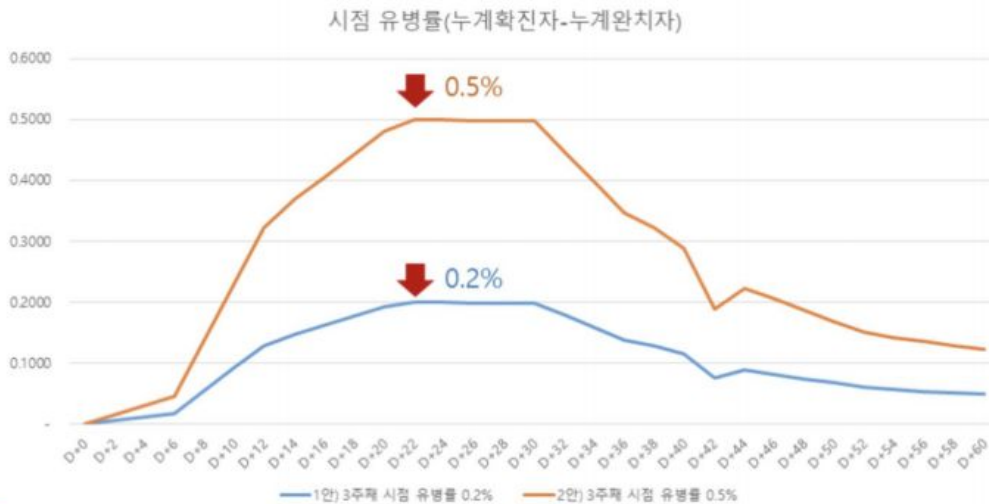
## ▶ 환자 중증도에 따라 적절한 수준의

구분	구성비	기준	진료기관 및 필요병상
최중증	0.5%	<ul style="list-style-type: none"> <li>ECMO, CRRT 적용 대상자</li> </ul>	상급종합병원 중환자실 (0.2%: 397병상, 0.5%: 993병상)
중증	2.0%	<ul style="list-style-type: none"> <li>인공호흡기 필요 환자</li> </ul>	종합병원 중환자실 (300병상 이상 종합병원) (0.2%: 2,620병상, 0.5%: 6,550병상)
중등도	12.5%	<ul style="list-style-type: none"> <li>심폐질환, 악성종양, 만성신부전 등 환자</li> <li>임산부, 영아 등</li> </ul>	상급종합 및 종합병원 일반병동 (300병상 이상 종합병원) (0.2%: 9,680병상, 0.5%: 24,200병상)
경증	85.0%	<ul style="list-style-type: none"> <li>합병증 없는 단순 기저질환자-고혈압, 당뇨 등</li> <li>기저질환이 없는 환자</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0.2%-8만7천실</li> <li>0.5%-21만8천실</li> <li>* 재가진료체계 구축 필요</li> </ul>

▶ 17

## 대량 환자 발생 시 필요 병상 - 공공병원으로 감당 불가능

- ▶ 시나리오(1) : 0.2% - 중환자실 2,500, 일반 12,500 병상
- ▶ 시나리오(2) : 0.5% - 중환자실 7,250, 일반 31,250 병상
- ▶ 국립대 포함 공공병원 병상 - 1/3 동원 가정
  - ▶ 중환자실 - 1,250병상, 일반 - 1.1만 병상



▶ 18

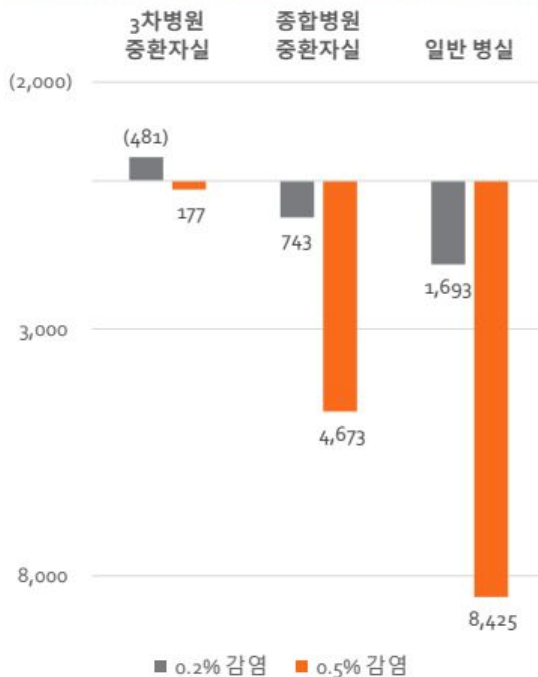
## 코로나19 환자 중증도별 병상 확보 방안

의료기관	의료기관	기관 수	병상 수	최대 동원 가능 병상	
				시나리오 1 (0.2%)	시나리오 2 <sup>2)</sup> (0.5%)
최중증	상급종합병원 중환자실	42	2,926	30% <sup>1)</sup>	40%
중증	300병상이상 종합병원 중환자실	126	3,754	50% <sup>1)</sup>	50%
중등도	상급종합병원 일반병실	42	11,626	15%	30%
	공공 종합병원 일반병실	23	2,986	전체 <sup>3)</sup>	전체 <sup>3)</sup>
	민간 종합병원 일반병실	103	13,287	50%	70% <sup>4)</sup>

- 1) 응급환자 중환자실 병상점유율 - 상급종합병원 57%, 종합병원 68% (300병상 이상)  
종합병원(300병상 이상) 중환자실 입원환자 중 중증도가 낮은 약 20%는 300병상 이하 종합병원 중환자실 전원 또는 해당 병원 병동으로 이동 가능하다고 가정
- 2) 1실 4인 입원
- 3) 전원조치가 어려운 환자(호스피스 등)를 위해 2주간 일부 병상 제외
- 4) 종합병원 일반병상 입원환자 중 응급환자 비율이 27.4%임을 고려하여 최대 70% 동원 가정  
(2019년 4/4분기 입원환자 청구자료 분석결과)

▶ 19

## 시나리오별 병상 및 의료장비 부족분 추계



### 0.5% 감염시

- ▶ 중환자실  
종합병원 중환자실 4,673개 부족  
현재 종합병원 중환자실 3,754개  
이중 1/2 동원 가능
- ▶ 일반 병실 8,425개 부족

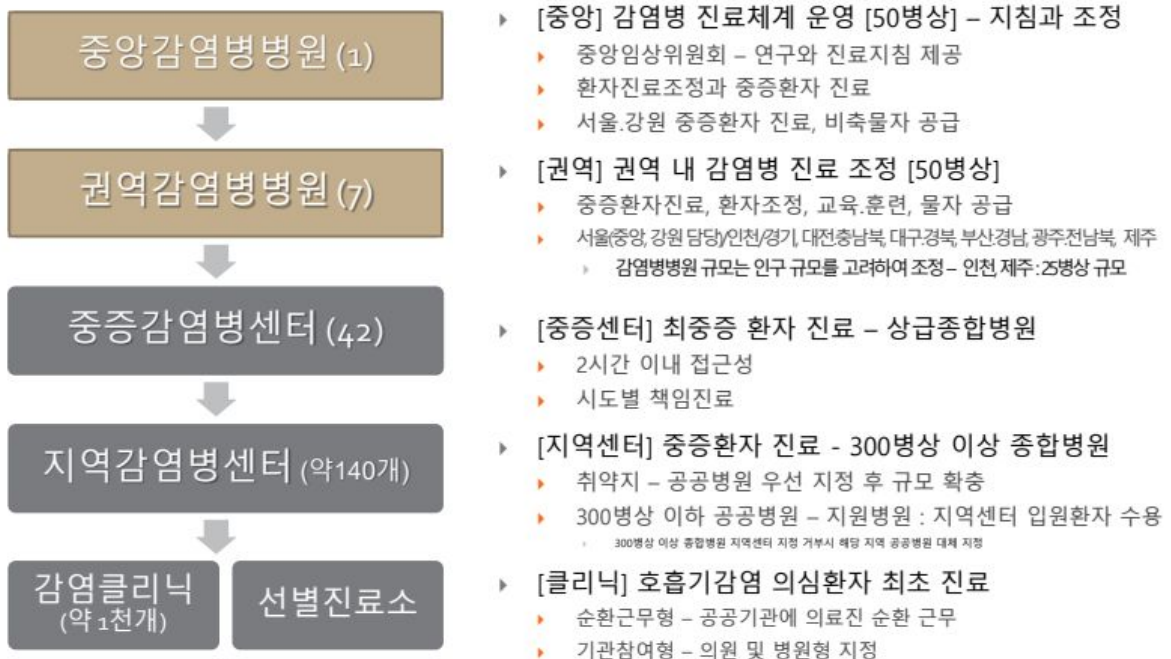
▶ 20

## 시사점 - 병상 및 장비 확보 방안

- ▶ 중환자실 - 3천5백 병상 추가 확보
  - ▶ 일반 병동을 준중환자실로 전환가능하도록 시설 - 숫자 필요
    - ▶ 회복기 중환자 수용 - 중환자실 입원기간 : 우리나라 21일, 외국 13일
  - ▶ 수술장, 회복실 등 중환자실로 활용 - 숫자 필요
  - ▶ 300병상 이하 종합병원 중환자실 : 인력지원을 통한 진료기능 강화 - 1,636병상
- ▶ 중환자실 인력 지원 - 중환자의학회
  - ▶ “중환자진료 지원팀” 구성 지원 : 중환자진료인력이 부족한 종합병원 지원
    - ▶ 1팀 : 의사 10명, 간호사 156명 - 환자 20명 담당
    - ▶ 00개 팀 운영 지원
  - ▶ 중환자 진료 간호인력 확보 방안
- ▶ 인공호흡기 등 장비 - 추계 필요 : 8월말까지 확보
- ▶ 시나리오에 따른 모의 훈련 시행 필요

▶ 21

## 감염병 진료체계 개요



▶ 22

## 감염병진료체계와 응급의료체계 양립 필요성

- ▶ **코로나19 위기상황에서 응급의료**
  - ▶ 초과사망 - '20년 1분기의 대구·경북 지역 사망자 약 900명 사망자 증가
  - ▶ 발열 또는 호흡기 유증상 응급환자의 진료지연
    - ▶ 발열환자 600건 이송시간 - 1시간 이상 소요 ('20년 3월)
  - ▶ 코로나19 확진(의심)환자의 진료에 따른 '응급실 폐쇄와 재개' 반복
- ▶ **원인**
  - ▶ 일반 응급환자와 코로나19 확진(의심)환자의 응급실 내 분리 진료 공간 부족
  - ▶ 안전한 수용과 치료를 위한 응급실 격리 진료 공간과 프로세스 확보가 필요
- ▶ **해결방안 - 감염병진료체계와 응급의료체계 양립**
  - ▶ 감염·비감염 진료구역 분리
  - ▶ 감염 위기 상황에서 응급환자의 안전한 이송체계 구축

## 코로나19 대책 : 중증응급진료센터 - 성과와 한계



### 성과

- ▶ 발열, 중증호흡기질환 환자의 수용률 향상 (119 이송)
  - ▶ 응급실 내원 저산소증 환자 수용률 ('20.2월)
  - ▶ (지정 전) 수용률 48.2% → 지정 이후('20.4.) 수용률 55.5%
- ▶ "응급실 폐쇄 조치 및 응급실 환자 수용 거부 감소" 등의 효과

### 한계

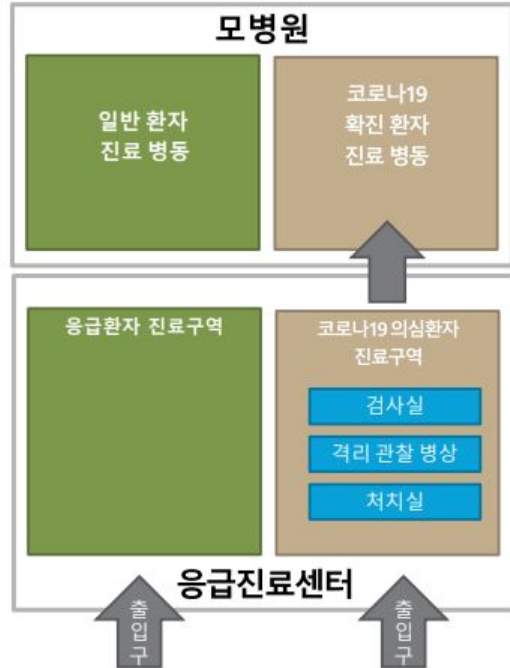
- ▶ 격리진료구역은 여전히 부족
  - ▶ 일평균 발열, 호흡기 증상 응급실 방문 건수: 약 2,300건 ('19년 성인, 지역응급의료센터 이상 기준)
- ▶ 실제 작동하지 않는 응급의료기관 분류체계가 코로나19 위기에 서 더욱 부각



# 감염병 진료센터 시설 개선

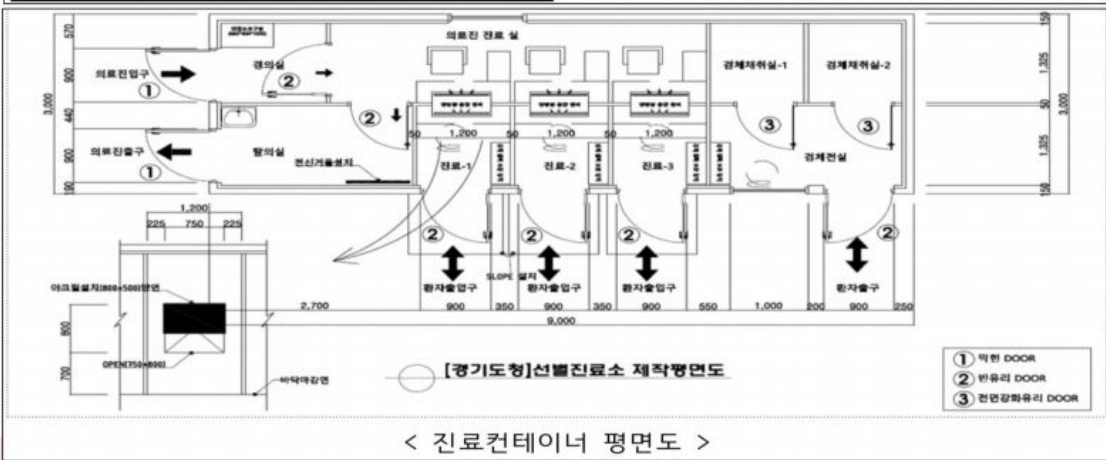
## 응급환자진료구역 분리 : 감염의심환자와 일반환자

- ▶ 대상 : 감염병센터
  - = 중증센터 (상급종합병원+권역응급센터)
  - + 지역센터 (300병상 이상 지역응급센터)
- ▶ 감염.비감염 진료구역 및 동선 분리
- ▶ 격리진료구역 설치
  - ▶ 격리병상 : 병원당 3병상 = 600병상 확보
- ▶ 소요예산: 약 300억원
  - ▶ 격리병상 : 200개소\*3병상\* 20백만원 (병상당 단가)
  - ▶ 병원당 시설 개보수 약 1억원

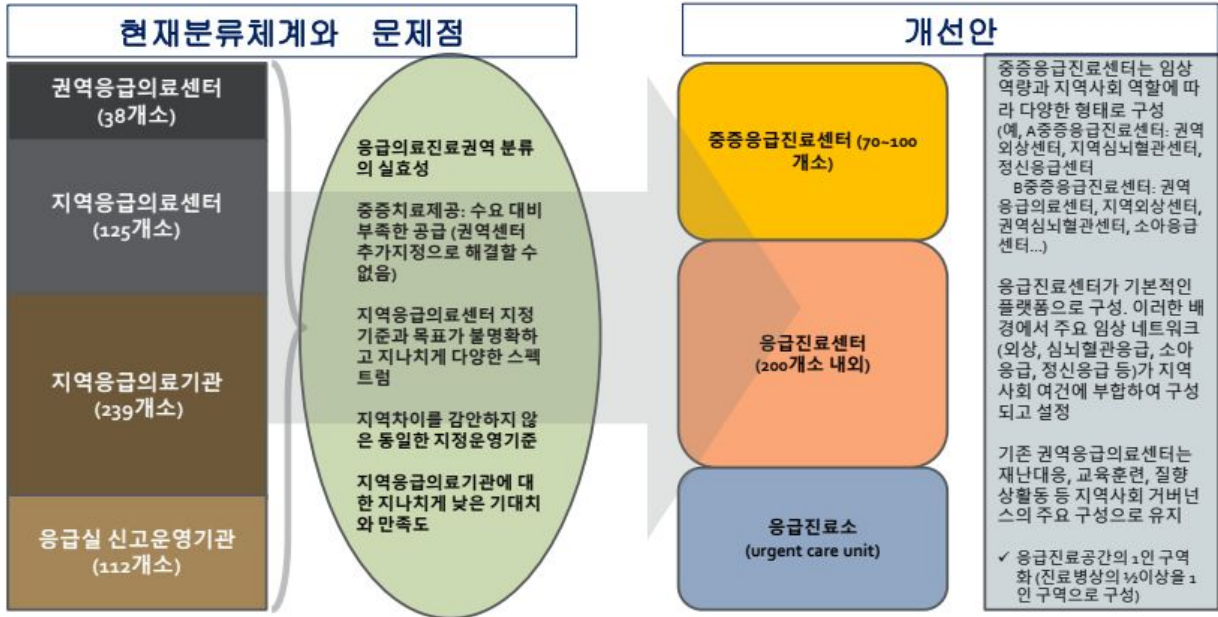


▶ 25

## 경기도 컨테이너 감염클리닉



감염위기 대비 중장기 방안 – 중증응급환자 진료 중심 응급의료기관분류체계 개편



▶ 개편방안 : 지역의료체계

공공의료 강화를 통한 지역의료체계 구축

## 지역의료체계와 감염병 진료체계



▶ 29

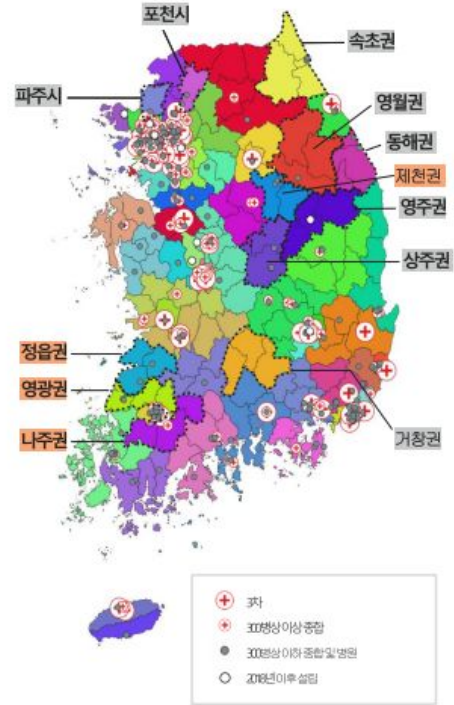
## 지역의료 강화 - 4대 전략 패키지



▶ 30

## 국립대병원과 '(가칭)지역 의사' 기반 지역의료 강화

- ▶ 국립대병원의 권역책임의료기관 역할 강화
  - ▶ 권역 내 필수의료서비스 제공 책임 강화 - 응급, 모자, 입원 등
  - ▶ '지역의사' 배출 민간 및 공공 지역책임의료기관 배치
  - ▶ 지방의료원 위탁 운영을 통한 의료 질 향상과 국민 신뢰
- ▶ 취약지 공공병원 확충 및 신축 : 2천5백병상, 약 6천5백억원
  - ▶ 적정규모 종합병원 없거나 부족하고 병상공급이 부족한 12개 중진료권
  - ▶ 신축 : 제천권, 남양주권(양평군) \* 국민건강보험공단 직영 병원으로 설립 고려
  - ▶ 증축 : 의정부권, \* 파주시, 포천시, 영월권, 동해권, 속초권, 서산권, 영주권, 상주권, 거창권, 의정부권은 종합병원이 있으나 적정규모 종합병원 공급 약 500병상 부족 (3차병원의 2차병원 수요 40% 제공 가정)
- ▶ 취약지 '공익적 민간병원' 기능 강화 지원
  - ▶ 적정규모 종합병원이 부족하지만 병상 과잉인 8개 중진료권
  - ▶ 논산권, 김해권\*, 통영권, 경주권, 정읍권, 영광권, 나주권, 해남권
  - ▶ 시설 및 장비 투자 지원 - 병원당 약 100병상 증축을 위한 시설 및 장비 투자 지원
  - ▶ '공익적 민간병원' - 지역의료제공 책임, 이사회 운영에 공익대표 참여, 회계 투명성 등 조건으로 지원



▶ 31

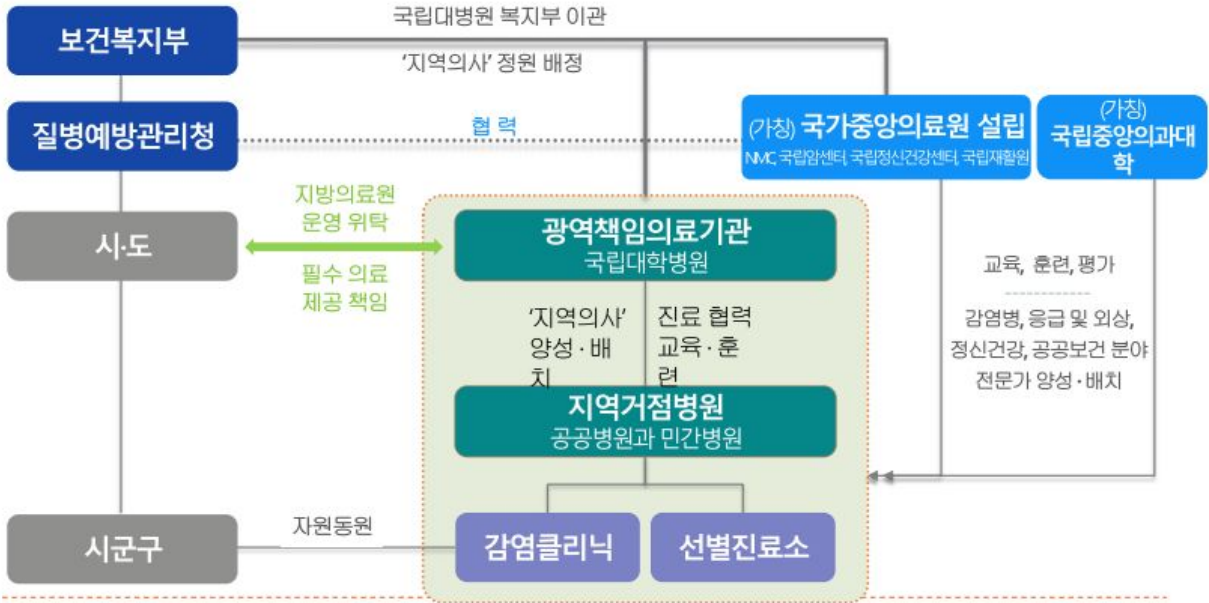
## 공공의료의 필수의료분야 리더십 강화



▶ 32

## 공공의료의 확충 및 체계화

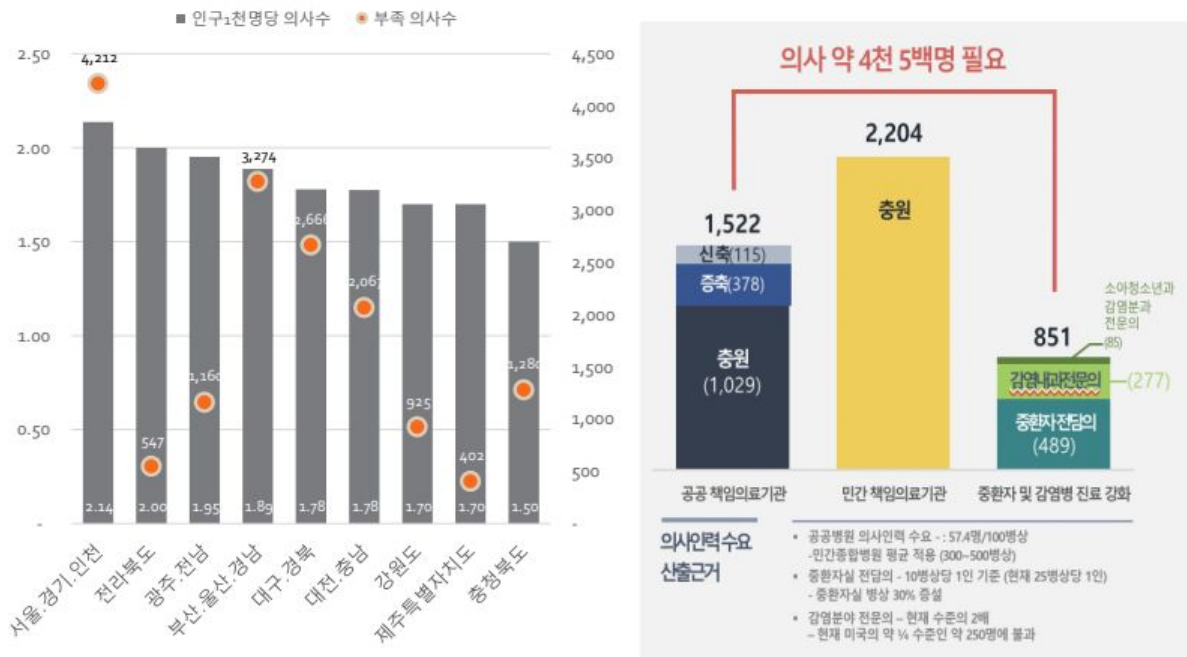
- ▶ 중앙 - 지휘와 위기대응, 시도 - 방역과 진료의 야전사령부
- ▶ 권역 및 지역 책임의료기관 지정 - 국립대병원 중심의 감염 등 재난의료 체계 강화



▶ 33

## 권역별 의사인력 부족 현황 - 인구당 의사 수 불균형 해소

- ▶ 2.3명 기준 [16,532명], 2.2명 기준 [11,347명], 2.0명 기준 [8,753명]



▶ 34

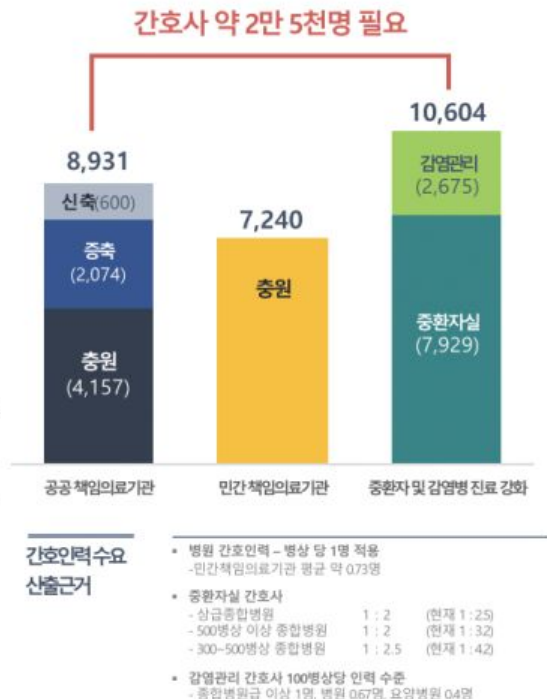
## 지역 불균형 해소와 필수 의료인력 확보 - 의사

- ▶ [정원] 의과대학에 '지역의사' 정원을 한시적으로 증원하여 필수 의료분야 배치
  - ▶ [정원] 시도별 부족 인력만큼 '지역의사' 정원 증원
  - ▶ [배출] 향후 10년간 9천명 추가 배출
- ▶ [선발] 해당 지역 의과대학 등 교육기관 추가 정원으로 배정
  - ▶ 별도 '지역의사' 전형으로 선발 - 사회경제적 배경, 인성 등 고령
  - ▶ 사회경제적 배경, 인성 등 고령 균형 선발
  - ▶ 대학 교육 비용 및 수련 비용 등 지원
- ▶ [근무] 전문의 수련 후 일정기간 해당 지역 필수의료분야 근무조건
  - ▶ 필수의료분야
    - ▶ 기관 예) 민간 및 공공 책임의료기관 근무
    - ▶ 분야 예) 중환자, 감염관리, 외상, 의과학자 등
  - ▶ 기간: 예) 10년

▶ 35

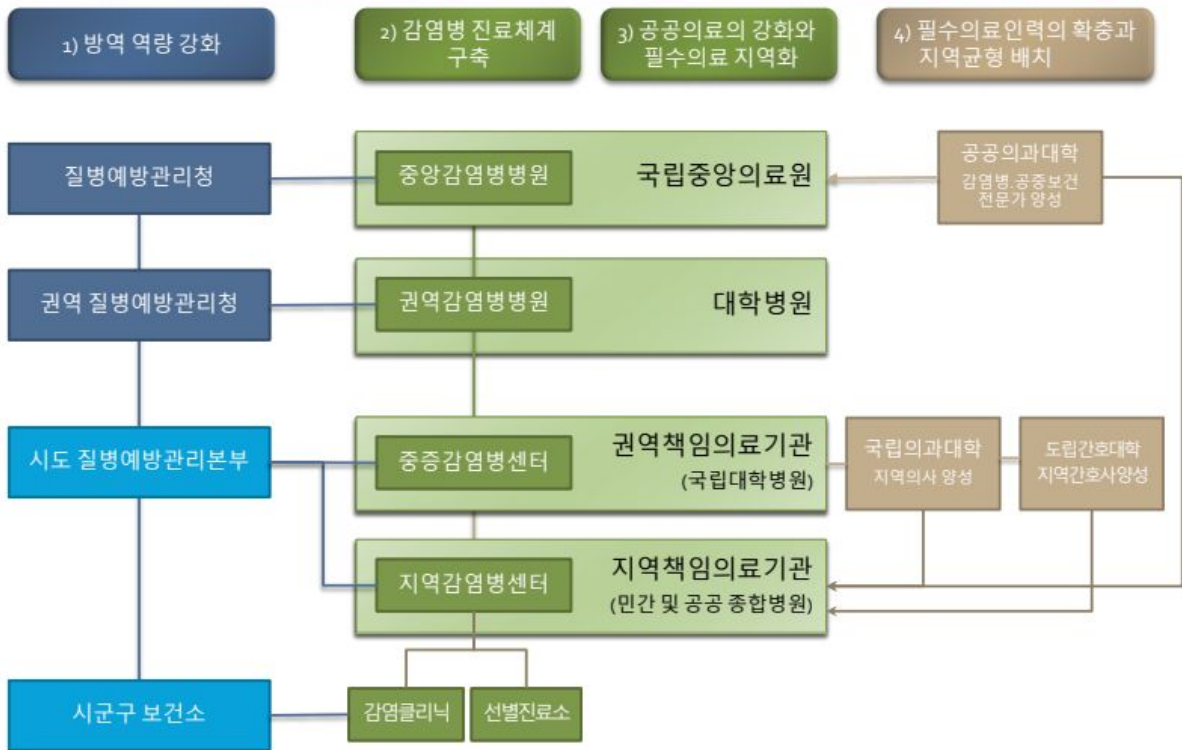
## 필수 의료인력 확보 - 간호사

- ▶ 간호대 정원 증원으로 향후 10년간 2.9만명 배출
  - ▶ (1) 수도권 2천명 + (2) 지방 9백명 증원
- ▶ 방안(1): 수도권 간호대 입학정원 한시적 증원
  - ▶ 2천명 증원: 대학당 평균 2백명 증원
    - ▶ 수도권 정비법 개정을 통한 증원 허용 필요 (한시 규정)
    - ▶ 수도권 간호사 공급 부족: 공급 4천 << 수요 9천명\*
      - 유효정 등. 대졸자 직업이동 경로조사 (2010-2014년)
  - ▶ 중환자실 및 감염병 관련 건강보험 등급과 수가 개선
    - ▶ 배출된 인력이 중환자, 감염병 등 분야에 종사할 수 있도록 보장
- ▶ 방안(2): 도립대 간호학과 신설과 '지역간호사' 제도 도입
  - ▶ 지역책임의료기관 등에 필수의료분야에 5년 의무 근무
    - ▶ 별도 정원, 장학금 및 생활비 지원
  - ▶ 6개 도립대학 당 150명 → 총 900명 증원
    - ▶ 교수-학생 비율 상향 조정 1:10 (현재 1:20)을 통한 교육 여건 개선



▶ 36

## 총괄개념도 - 4대 전략



# 토론 1

김창보\_서울시 공공보건의료재단 대표

## 0. 도입

- 김윤 교수님의 발표에 감사. 대체로 공감.
- 공공의료 강화 방안 관련하여 '지방정부' 입장에서 토론을 해보겠습니다.

## 1. 코로나19 대응을 위한 지방정부의 대응

### □ 중앙정부와 지방정부의 역할

중앙정부	광역자치단체	기초자치단체
컨트롤타워, 대응 전략 운용	의료자원 및 검사체계 운영	현장조치, 자가격리자 관리
- 전국 상황 관리 (환자, 의료자원 등) - 자치단체 대응 지휘 - 감염병 대응 전략 구상 : 대응 단계, 지침 등 - 감염병 정보 수집과 분석 - 백신, 치료제 확보 - 전국의 역학조사 분석 - 의료자원 관리 및 동원	- 기초자치단체 지원, 조정 - 신속대응반 운영 - 환자관리, 환자중등도 분류 - 의료자원 동원 : 공공의료기관 중심, 생활치료센터 등 - 중증환자 진료지원체계 운영 - 민간의료 자원 협력 - 검사실 운영, 검사체계 운영 - 검사 대상 기준 - 격리시설 지정 및 관리	- 역학조사 - 격리자 관리, 지원 - 폐쇄, 소독 등 현장 조치 - 환자발생 신고 - 선별진료소 운영 - 예방수칙 홍보 - 생활방역 관리

### □ 지방정부 코로나19 대응력의 원천

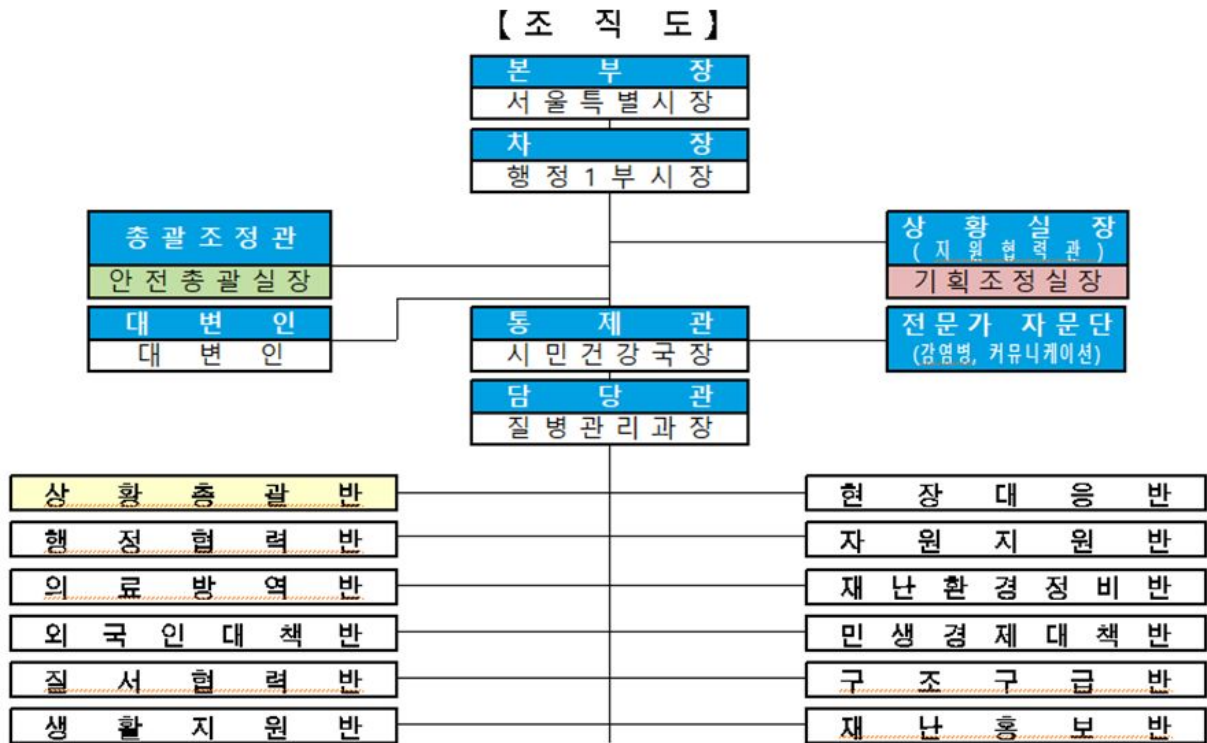
- ① 방역 및 공공의료 역량
- ② 방역 지원을 위한 지방정부의 행정력
- ③ 광역 지방정부의 장의 리더십
- ④ 지방정부의 위기소통 능력과 시민의 협조

### □ 재난 대응에서 지방정부의 행정 역량이 자주 간과되고 있음.

- 재난대응, 공공의료 강화를 논의하기 위하여 '지방분권과 자치'의 시각 필요



※ 코로나19 대응 서울시 재난안전대책본부 체계 (2020.01.30.)



## 2. 공공병원의 역할과 개선 과제

□ 보건복지부 (※ 공공보건의로 발전 종합대책, 2018.10.1.)

- ‘시장실패로 인해 보건의로 제공이 취약한 분야’를 담당하는 것에서 탈피해서 ‘국민의 생명, 안전 및 기본적 삶의 질을 보장하는 필수의로 제공’으로 역할 재정립
- 필수의로 : ①응급, 외상, 심뇌혈관 등 필수중증의로, ②산모 및 어린이 의료, ③장애인 및 재활, ④지역사회 건강관리, ⑤감염 및 환자안전

□ 공공병원의 역할

일상시	재난 등 위기시
- 필수 의료서비스 제공 - 의료이용의 불평등, 건강불평등 완화 - 고령화 등 인구구조 변화에 따른 의료 제공 - 국가 및 지방정부 보건의로정책 수행	- 신속하고 강력한 초동 대응으로 조기 상황 진압 - 최악의 상황을 최대한 저지 - 위기시 ‘재난의료체계’로 재편, 운영 - 민간의료와 협력과 전체 의료대응 지휘

□ 공공병원의 양적 문제와 질적 문제

- 일상시, 재난 등 위기시 목적을 잘 수행할만한 최소한의 양적 기준을 충족하는가?
- 목적을 수행할만한 질적인 수준(의료인력, 시설, 장비 등)을 갖추고 있는가?
- 중앙정부와 지방정부는 이와 같은 물음에 제대로 대응하고 있는가?

### 3. 지역의사

□ (가칭)지역의사 제안 환영하고, 찬성

- 이번 코로나19 대응 과정에서 공공의료 역량 강화를 위해

□ 양성과 배출의 문제

- 양성 및 배출을 국립대병원으로 한정하는 것은 지방정부 배제로 오해될 수 있음.
- 지방의사에 대한 책임을 지는 지방정부가 양성에 참여할 수 있도록 해야 함.  
(국립의대와 계약하거나, 지방정부 대학에 설치하거나, 지방정부 연합으로 하거나)
- 중앙정부는 지역의사의 수 관리, 교육기관 질 평가. 양성은 지방정부에 열어놔야

★ 공공의료인력 양성은 이제 지방정부의 공공의료 강화 핵심 과제

- 지방소멸과 의료인 부족의 악순환을 끊어야 하는 절박한 지방정부의 입장

### 4. 방역역량 강화 체계도에서 '지방정부'는?

□ 중앙정부에서 '질병예방관리청' 신설 지지: 전문적 컨트롤타워의 강화

□ 그러나 지방정부 차원에서 '질병예방관리본부'를 두는 것이 타당한지 의문

- 33쪽, 37쪽 그림에서 '시도'와 '시도 질병예방관리본부'의 위상상 혼선을 표출
- 감염병 위기시 지방에서 컨트롤타워 혼선의 우려  
"공공병원과 시군구 보건소는 누구의 지휘를 받아야 하는가?"

※ 지자체가 경험한 지방청(처)

- 교육청: 지방자치로 전환. 교육감 직접 선출. 지방의회의 감시를 받음.
- 고용노동청: 고용노동부의 지방조직. 서울시에 노동관련 부서 없음. 일부 업무만 담당
- 서울지방 식약처: 서울시 식품정책과가 행정 처리 전담

□ 지자체는 모든 유형의 재난 대응을 위한 도시정책 추진하는 컨트롤타워

- 지자체는 감염재난 대응 경험이 화재, 지진 등 타유형의 재난 대응의 경험으로 축적
- 재난 등 위기시 상황판단과 의사결정은 물론,
- 재난의료체계, 재난을 예방하기 위한 도시안전 정책, 회복력 강화 방안 등 필요

예) 도시계획: 감염 유행시 시민 생활 이동을 최소화하는 도시계획

교통정책: 교통 인프라 확충과 새로운 이동 수단 도입으로 밀집 최소화

공공의료: 공공병원 확충, 보건소 강화, 공공의료 전문인력 확충 등

## 토론 2 :

# 코로나19 시기 뉴노멀의 시발점은 ‘공공의료강화’

정형준\_보건의료단체연합 정책위원장

### # 코로나19로 보여진 대구경북의 상황과 치료대응과 관련된 공공보건의료 문제는 빙산의 일각

- 연 1조원 이상의 매출을 올리는 이른바 빅 5 병원이 서울에 집중해서 분포되어 있어 타 지역 환자들이 서울로 올라와 진료를 받는 진풍경이 흔하게 벌어짐.(KTX 이용자 수요조사 결과에서 1위 관광, 2위가 의료이용이었던 점), 30분 이내에 응급의료시설 접근을 할 수 없는 지방자치단체가 30여개에 다다름. 여기에 분만시설이 없는 지방자치단체도 50개가 넘음. 이는 각각 지방자치단체의 10~20%에 해당하며, 필수의료 자체가 작동이 안되고 있음.
- 감염병 대응을 둘러싼 환경속에서 응급, 외상, 분만, 투석 등 필수의료서비스는 어떻게 되고 있나?

### # 병상 과잉의 아이러니

- OECD 자료에서 인구대비 병상수가 1,2위를 기록하면서 유독 한국에서만 계속 증가하는 기현상발생, ‘만들면 팔린다’ 는 시장 경제 법칙이 국내의료에 적용되어 발생한 문제임. 병상공급의 부문별한 증가는 의료공급자들이 수요를 창출하면서 의료비 증가의 핵심적인 요소로 평가 받음
- 병상은 과잉이나, 대구경북지역의 경우 코로나19에 대응할 단기병상 수급에는 어려움이 있었음. 또한 병상 불균형이 매우 심각함. 사실상 만성기 병상(청도대남병원의 5층 정신병동 등)이 다수임. 감염관리에 취약하며, 의료의 질도 확보되지 못함.
- 과연 코로나19 치료에 필요한 중환자실 및 치료환경은 충분한가? 그 많은 병상은 무슨 소용인가?

## # 한국의료 문제의 근본원인은 민간공급 과잉으로 연결됨

- 몇 년전 밝혀진 갑상선암 과다진단 뿐 아니라, 무릎, 어깨, 허리 수술 및 불필요한 건강검진이 논란이 되고 있음. 인구당 MRI나 로봇수술 기계 등의 고가 진단기기와 수술 장비 등이 다른 나라에 비해 높은 비중으로 사용.
- 한국의 인구당 연 평균 의사 방문 수는 16회로 OECD 국가 1위이나, 결핵등의 감염질환의 유병율과 발병율은 OECD 평균의 2-3배 수준으로 전염질환의 예방 및 치료에서는 재정 지출 부족과 소득 격차에 따른 과소의료가 진행되는 상황. 즉 한편에서는 과잉의료가 문제가 되고 한편으로는 과소진료 문제가 발생
- 결국 일정수준의 공공보건의료기반은 절대적인 의료개혁의 기본과제임

## # 공공의료기관 확충과 합리적 운용을 위한 컨트롤 타워가 필요함

### <공공의료총괄 컨트롤 타워의 영역과 역할>

업무 영역	구체적 역할
민간 병상 수용(매입) 및 퇴출 추진	- 공공수용 의사가 있는 병원 확인 및 평가 - 퇴출 의사가 있는 병원 조사
공공병원 전환 및 공공병상 신축	- 전환가능 병원군 평가 - 공공병원의 입지 선정 및 건립 계획 수립, 진행
직영병원의 관리 및 운영	- 직영 병원의 관리 운영 및 지원 - 국립대병원 등 기초지자체 공공의료기관과의 의료전달체계 연계 활성화
공공기관 위탁병원의 관리 및 운영	- 위탁 병원의 평가 및 지원 - 공통 인프라 사용 및 효율화 (전산, 물품, 검사장비등) - 교육, 기술, 인력 지원
지역 일차의료지원센터 확충	- 민간 일차의료기관과의 임무 분담 및 연계 - 결핵 등 감염질환 관리
방문건강관리서비스 인력 확충	- 업무 관리 및 기술지원

## # 공공의료기관과 지역공공보건의를 위한 인력 양성

- 현재의 '공공보건학과대학'은 위의 밝힌 컨트롤타워와 연계된 구조가 맞음.(즉 국립중앙의료원과 연계되는 것이 옳바를 것임.) 지역공공보건의를 및 지역보건의를 위한 의료인은 지역 국립대등의 정원을 확대하여 선발하고 장학생(지역 공공보건의를장학생)으로 양성
- 숙련노동 확보를 위해 병상당 간호사 숫자들을 명확히 하고, 중환자진료등 코로나19 대응이 가능한 숙련간호인력에 대한 등록제 및 정부 관리가 필요.

## # 주장 요약

- '잔여적 의료를 위한 공공의료'에서 의료체계를 선도하는 '공공보건의를'로 변화해야 함
- 코로나19 대응을 위한 민,관,공공의료 협력 컨트롤타워 만큼이나 민간자원의 공공수용도 적극적으로 수행해야 함.(스페인의 경우 민간병원을 한시적 국유화 하였음.)
- 새로운 패러다임이 필요함. 의료에 대한 우선순위를 필수의료서비스 중심으로 재편하고, 의료산업화가 아니라 의료공공화로 포맷을 개편해야 함.
- 방역대응을 위한 '질병예방관리청'의 존재 만큼 공공보건의를 컨트롤 타워도 필요함.(공공보건의를공단, 공공보건의를청, 국립중앙의료원 중심의 체계 등등) 치료대응을 위한 체계마련이 매우 중요함.
- 인력 충원을 위해서는 단지 정원을 늘리는 것으로는 가능하지 않음. 의료인의 배치까지 고려한 인력양성방안이 필요함.
- 지역 시민들의 공공의료 건립운동(대전, 울산, 대구, 경남 등)과 지방정부의 공공의료기관 확충 노력에 중앙정부가 협조와 도움을 줘야 함. 수익성 중심의 예비타당성 조사 등을 지양하고, 지역의료서비스 접근성과 건강불평등 문제 해소 차원에서 접근이 필요함.
- '우리마을 공공의료기관 갖기 운동'등 풀뿌리 운동, 기존공공의료기관의 거버넌스 등 민주적 통제방안에 대한 논의도 필요함.

### 서론

1. 한국의 코로나19의 성공적 대처는 방역의 성공이지 탄탄한 보건의료의 성과는 아님
2. 민간 영리 시장중심으로 의료공공성 최하위인 현실에서 공공의료기관의 수와 역량의 부재를 극명히 보여줌으로써 향후 지속적 유지를 담보하기 어려움
3. 공공병원 중심의 감염병전담병원조차 운영비부족에 처하는 등의 문제는 공공병원의 중추라고 할 수 있는 지방의료원 운영시스템의 문제를 드러냄
4. 감염병사태를 맞아 쏟아져 나오는 정부의 대책에 지방의료원 등 공공병원 확대강화에 관한 비전이 보이지 않아 불안한 미래에 대한 우려가 커지고 있음

### 본론

- **관점**
  1. 감염병 대응은 민간이 담당하기 어려운 공공의료의 대표적 분야로 탄탄한 공공의료 기반 강화 필요성이 대두됨
  2. 감염병 전담병원인 지방의료원이 시설과 인력의 한계로 중등도 이하의 환자 중심진료만 가능한 현실임
  3. 공공의료를 강화하기 위한 기반으로서 지방의료원 수의 확대와 기능강화는 필수적이고 핵심사항임
- **목표**
  1. 지방의료원의 미션과 비전 재설정
  2. 지방의료원 미션과 비전에 맞는 운영방침을 설정
  3. 지방의료원 수·규모·인력 확충을 위한 로드맵 마련

## ● 기존 지방의료원의 문제

1. 취약한 접근성, 최소 규모, 작은 조직과 최소 인력으로 규모의 경제 달성이 어렵고 민간병원과의 경쟁력이 낮아 시민의 눈높이에 턱없이 부족하여 외면당하는 실정임
2. 현재 35개 지방의료원으로 시민에게 보편적 의료서비스를 제공하기는 불가능 하며 지방의 정책기능이 집중되어 공공병원으로서 제기능을 다하기가 불가능한 상황임
3. 필수의료서비스를 시민에게 보편적으로 제공하여야 할 지방의료원이 수익을 올려야 경영이 가능한 책임경영기관이라는 제도적 위치에 공공의료보다 경영에 주안점을 두어야 하는 모순에 처해 있음
4. 필수의료인력 확보조차 어려운 실정으로 필수진료과목과 병상 축소, 응급실·중환자실 등 축소운영으로 의료의 질과 지역거점병원기능유지가 어려운 곳이 많음
5. 과도한 의사인건비 상승으로 경영난 가중됨
6. 해당 지자체의 인식과 수준에 따른 격차가 심함
7. 공공병원의 책무인 국가 공공의료정책을 수행하는 데 한계에 봉착함

## ● 해결 방안

1. 70개 중진료권 지역책임의료기관 확보를 서두를 것
2. 500병상 이상 규모, 100명이상 전문의, 심뇌질환 포괄하는 응급필수의료서비스와 중증 감염병환자 치료가 가능한 수준으로 하는 등 지역책임의료기관 기준에 부합하도록 지방의료원 강화가 필요함
3. 지리적 취약성으로 제 역할이 어려운 경우 신축이전과 기능 특성화전략이 시급함
4. 독립채산제가 아닌 예산사업으로 전환이 필요함: 필요한 예산의 효율적, 효과적 운용에 대한 평가방식으로 전환
5. 중앙정부의 개입 확대를 통해 국립화까지 고려하는 등 개별 지방자치단체의 수준에 따른 차이를 극복할 방안을 마련하여야 함.
6. 권역책임의료기관이나 국립대병원, 국립중앙의료원의 지방의료원 의사인력지원을 의무화 하여 의료인력의 충원과 수준향상을 기하여야 함. 국립중앙의료원의 정책지원기능 강화와 권역-지역책임의료기관의 강한 연계를 통한 지원체계 마련이 효과적임
7. 지방의료원의 직원급여, 복지, 근무형태, 운영목표, 사업 등 등 모든 면에서 구체적인 표준 운영지침을 마련하여 이를 준수하도록 할 필요가 있음
8. 자긍심고양, 급여, 복지, 신분안정성 상향 등 다각적인 접근으로 지방의료원에 근무동기를 고양하는 등 유인방안을 시급히 마련하여야 함

9. 지역책임의료기관 기능 수행을 위한 지속적 투자가 필요함
10. 지방의료원의 대학병원 위탁은 일견 손쉬워 보이는 방안이나 현재 거버넌스구조 하의 국립대병원으로는 역효과가 날 우려가 큼

## 결론

1. 우리나라는 코로나19에 비교적 잘 대응하고 있으나 이는 방역의 우수성 때문이었지 보건의료의 우수성을 보여 준 것은 아님을 인식 하고 향후 지속적으로 닥쳐올 보건의료적 재난에 대비한 공공의료 확대강화의 계기로 삼을 것
2. 공공병원의 수적, 질적 취약성은 재난적 감염병 사태 뿐 아니라 빠른 고령화, 급증하는 국민의료비 등 다양한 보건의료적 재난을 초래할 것임을 직시하여야 함
3. 현실적으로 중증환자 진료가 어려운 지방의료원의 현실을 직시하고 민간병원과 협력방안모색, 중증감염병전담병원 전환 설치, 감염병 진료인력 지원 등 방안마련이 필요함(단기적 과제)
4. 지방의료원을 중심으로 하는 공공병원의 수를 늘리고 시설 인력 규모를 확대하여 공공의료기반을 확충하여야 함(중기적 과제)
5. 보건의료의 공공성을 회복하기 위해 공공의료를 국가보건의료정책의 중심에 두는 정책으로 전환이 필요함(장기적 과제)



# 토론 4 : 공공의료 강화 더 이상 미룰 일이 아닙니다

최은영\_서울대병원 간호사·공공운수노조 의료연대 서울지부 총무국장

## 서울대병원, 신종플루 치료병원 요청에 잇단 거부 2009.8.23

국내에서 신종플루가 급속도로 확산되고 있는 가운데 국내 최고 병원으로 꼽히는 서울대병원이 신종플루 응급치료를 위한 정부차원의 '치료거점병원' 참여 요청을 거부한 것으로 확인됐다.

23일 보건당국과 서울대병원에 따르면 관할보건소인 종로구 보건소는 지난 6월9일 서울대병원에 격리치료병원 참여 협조요청 공문을 보낸 데 이어 6월23일에는 치료거점병원 참여를 요청했지만 서울대병원은 두차례 모두 성상철 병원장 명의의 회신을 통해 참여 거부 의사를 명확히 했다.

서울대병원은 보건소에 보내온 두 차례의 공문에서 '독립병동의 환기 시스템 미비'와 '국가 격리병상 미달' 등을 그 이유로 들었다.

하지만, 이에 대해 의료계에서는 이번 '국가 최고병원'으로서의 지위를 강조하며 막대한 정부에 돈을 쓰는 등 특별대우를 받는 서울대병원이 국가적 위급상황에서 적극적으로 나서지 않고 있다면서 급격히 많은 시신을 보내고 있다.

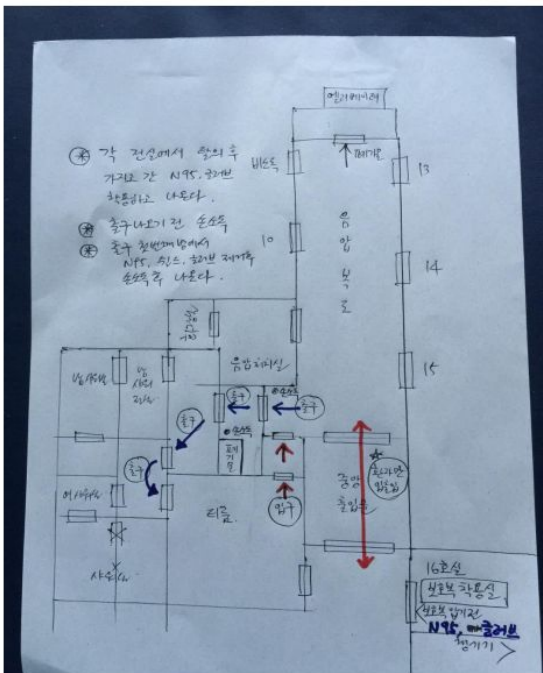
더욱이 상당수 병원이 격리병상이 충분치 않은 실정에서도 중급환자에 대한 신속한 대처를 위해 거점병원에 참여한 상황에서 서울대병원의 설명은 설득력이 없다는 게 대체적인 지적이다.

실제로 21일 보건당국이 발표한 치료거점병원을 보면 국내 4대 메이저병원 가운데 서울대병원과 세브란스병원만 제외됐다. 이마저도 세브란스병원이 고 김대중 전 대통령의 빈소 때문에 외부 요인들의 방문이 잦은 것임을 고려하면 서울대병원만 빠져나간 것으로 볼 수 있는 셈이다.

세브란스병원의 경우 김 전 대통령의 빈소가 옮겨짐에 따라 보건소에 연례해 거점병원 지정을 요청하겠다고 밝혔다.



2009년 하반기 만들어진 감염격리병동



급하게 간호사들이 출입동선을 그려 부착하다

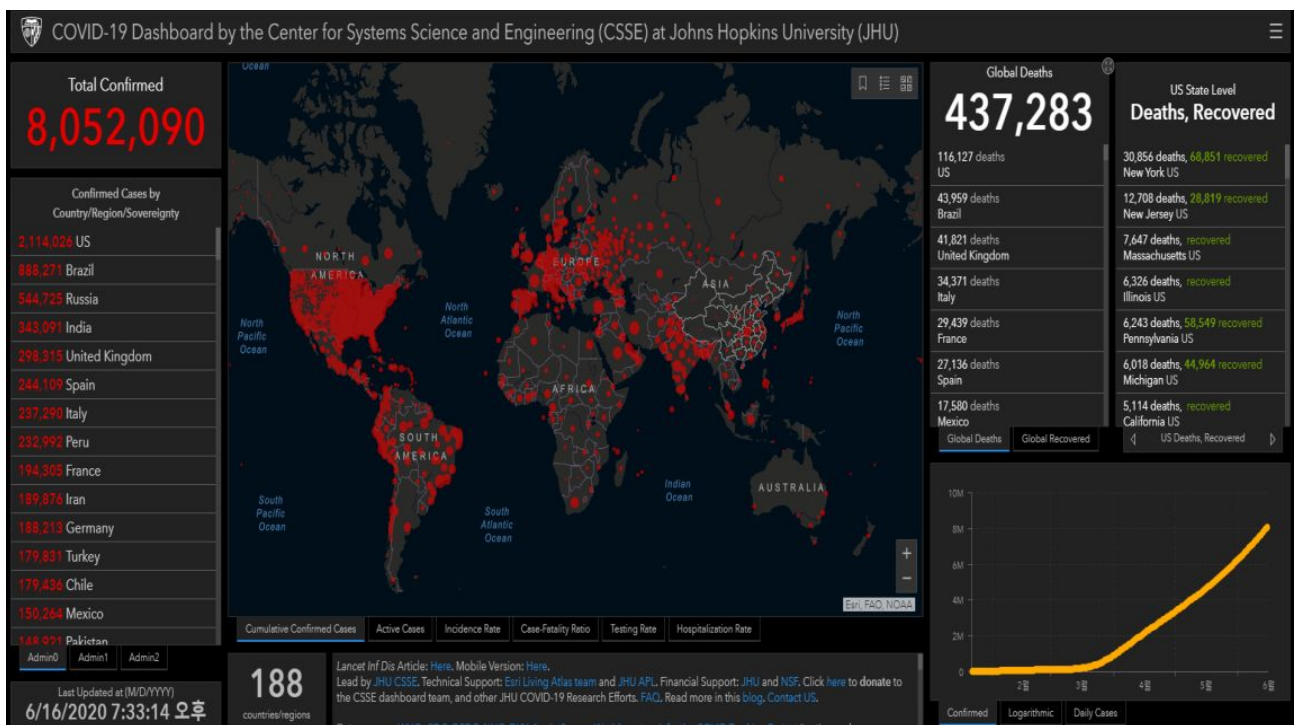
2015년, 메르스 환자 입원시 사전 준비, 아무것도 없었다.

- 기본적인 출입동선
- 비상연락망
- 세탁물, 청소, 쓰레기 관리
- 입퇴원 관리
- 의료진 관리
- 검체 수거 및 전달 방법
- 보호복 착용의 방법
- 숙소 미확보 등





▲ 2015년 10월 13일, 서울대병원 간호사들이 생일을 맞은 김 씨를 위해 케이크와 주스를 준비했다. 가족들은 이날이 마지막 생일이 될 것이라고는 이 때만 해도 상상하지 못 했다. <뉴스타파, "저는 아직도 음압병동에 삽니다" 80번 메르스 환자 >



## 발생동향



## 2015년 메르스 vs 2020년 COVID-19

무엇이 같고 무엇이 달라졌을까?

부족한 공공병상  
 부족한 중환자실  
 부족한 의료인력, 불합리한 인력운영, 근로조건  
 부족한 개인보호구->안정적 공급  
 감염병 치료시 진료비 문제  
 공공병원의 연계방안  
 감염병 대응훈련

## 부족한 공공병상의 수

이태원 확진자와 달리 최근 서울에서 발생한 확진자는 기저질환이 있거나 연령이 높다. 이태원 확진자는 증상조절을 하거나 관찰해도 되는 정도였다면 현재는 고농도 산소(High flow)를 하거나 기도삽관을 하여 인공호흡기를 부착한 환자이다. 서울대병원은 당분간 더 이상의 중환자를 받을 수 없다.

MERS이후 정부는 국가지정격리병상을 지정하고 지정된 민간병원에 예산과 운영비를 지원하지만 만약 서울이 중환자 치료가 필요한 경우 과연 민간병원의 참여가 어느정도 가능할지가 의문

또한, 대구경북지역 환자의 진료 공백을 메우기 위해 서울대병원의 경우 내과계 병동, 외과계 병동, 재난대응중환자실을 준비하고 운영함. 줄어든 병실로 인해 다른 병동은 경환은 퇴원시키고 중환자만 남게 되니 환자의 중증도는 올라가고 간호인력은 허덕이며 일하는 상황

COVID-19환자로 인해 외래 진료 및 병실 축소로 인한 입원환자수 감소로 인하여 병영경영 부실화(?) ->서울대병원 2020년 인건비 100억 절감하겠다고 함.

## 부족한 중환자실

현재 서울대병원의 경우 내과계 중환자실은 12개  
음압격리병상 2, 심폐소생술 병상 1, 나머지 9개를 가지고 운영해야 하는 상황  
공간과 장비와 인력이 많이 필요함

기존에도 중환자실 침상수가 부족하여 병동의 업무 부하가 심하고 환자가 집중간호를 받지 못함

병동의 중환이 발생하면 결국 중환자실의 가장 경환을 병동으로 올려야 하는 돌려막기 구조

COVID-19환자가 39병동에서 인공호흡기를 부착하거나 에크모 치료, 지속적 투석장치 등 치료가 필요한 경우 5명의 간호사가 필요.

기존에는 중환자실 침상을 빼고 코로나 환자 치료에 배정됐으나 최근 중환자 등급제 적용으로 기존 침상을 빼기도 어려운 상황

## 부족한 간호인력

- 의사소통이 전혀 안되는 출산이 임박한 중동지역의 다섯째를 임신한 임신부와 그의 가족
- 치매가 있어서 음압격리실 밖으로 뛰쳐 나가려는 고령의 환자
- 정신질환이 의심되는 환자
- 거동과 식사가 혼자 불가능하여 간호사가 모든 수발을 들어야 하는 환자
- 난폭한 환자
- 외상환자 (비위관 삽입술, 유치도뇨관, 욕창 등을 가지고 있는 환자)



## 부족한 개인보호구

의료진의 안전을 위한 마지막 보루인 보호구  
언제까지 고민하며 일을 해야 하는가?





## 진료비의 문제

- 기저 질환의 경우 건강보험 적용
- 코로나 질환의 경우 개인 진료비 없음
- 음성으로 전환되었으나 지속적인 중환자 치료가 필요한 경우 건강보험 적용

# 연계시스템 및 공공자원의 이용 방안 미비?

- 복합적인 치료가 필요한 경우의 전원환자 (대구경북지역의 경우 투석병원이 폐쇄되어 투석을 할 곳이 없다)
- 호흡기 환자의 경우 전원을 오면서 급격히 상태가 악화 될 가능성이 있다.
- 진료의 공백을 메울수 있는 방안은?



## 감염병 대응훈련

- 상대적으로 그나마 다행인 COVID-19
- 새로운 감염병 출현시 어떻게 대응할 것인가
- 닥치고 일어나 해?  
 시설의 문제 : 전실이 없다. 임시로 설치한 음압기 더 이상은 불가능하다.  
 의료진의 안전 및 보호조치  
 불가피한 상황의 경우 의료진은 어떻게 한것인지 도덕적 논의도 필요
- 상시적 훈련과 교육의 문제
- 에볼라를 예로 들어 훈련해 보자

# 토론 5 : 공공보건의료 강화 공공병원 확충이 답이다

원용철\_목사·공공병원설립 운동연대 상임대표

## ● 문제제기

코로나19 등 전국단위 집단감염병이 주기적으로 발생하면서 공공보건의료의 중요성이 더욱 강조되고 있는 시점에서 공공의료강화 대안을 모색하는 토론회가 그것도 21대 국회를 시작하는 시점에 갖게 된 것은 대단히 중요한 의미를 갖기에 한편으로는 다행스럽고 다른 한편으로는 토론회를 준비한 단체에 감사와 경의를 표합니다.

문재인정부는 공공보건의료종합발전대책을 발표하면서 공공보건의료 강화 방안을 내놓았습니다. 정부가 발표한 종합대책대로만 된다면 우리나라 공공의료체계가 대단한 발전을 가져올 것 같은 착각이 들기도 합니다. 그런데 조금만 자세히 살펴보면 문재인정부의 공공보건의료정책도 그 이전의 공공보건의료정책과 별반 다르지 않게 여전히 알맹이가 빠진 구호에 불과하다는 것을 쉽게 알 수 있습니다.

그 이유는 아주 간단합니다. 정작 중요한 것은 아무리 훌륭한 공공보건의료정책이라도 그 정책을 실현할 수 있는 손발과 같은 공공의료기관이 충분하게 있어야 하는데 안타깝게도 우리나라는 공공의료기관이 전체 병상수의 10%도 안 된다는 것입니다. 우리나라 공공의료기관은 전체 의료기관의 2016년 기준으로 5.4%, 병상수는 9.1%라고 합니다. 그런데 여기에서 더욱 심각한 문제는 최근 공공의료기관 추이를 보면 전체 의료기관에서 공공의료기관이나 병상수의 비율이 점점 줄어들고 있다는 것입니다. 이는 우리나라 의료체계가 철저하게 시장에 맡겨진 민간에 의해 좌우되고 있다는 것을 반증하는 것이기도 하지요. 이런 현실에서 어떻게 공공보건의료정책을 제대로 수행할 수 있을지 의문을 갖지 않을 수 없습니다. 아무리 좋은 정책도 정책을 실현할 도구가 없으면 그것은 그림의 떡에 불과합니다.

오늘 토론회 중심주제도 공공의료 강화방안을 모색하는 자리입니다. 그렇다면 가장 먼저 중점적으로 다루어져야 하는 주제가 바로 공공의료 강화의 구체적 실행 단위인 공공의료기관을 어떻게 확충할 것인가 여야 한다고 생각합니다. 그런데 안타깝게도 지금까지 공공보건의료와 관련된 토론회나 세미나를 보면 공공의료기관 확대에 대한 논의는 대단히 소극적이었던 것입니다.

한 번 비유를 들어봅시다. 신혼부부가 신혼집으로 작은 원룸을 마련하고 생활의 편리를 위해 각종 세간살이를 장만했습니다. 모든 것이 갖춰지면 생활하는 데는 편리하겠지만 단칸방에 그 많은 세간살이를 들여 놓을 수는 없습니다. 많은 세간살이를 들여놓으려면 집을 크게 키워야 합니다. 집을 키우지 않고는 편리한 세간살이가 도리어 불편을 초래할 수도 있습니다. 마찬가지로 아무리 국민의 건강을 지키기 위한 각종 아이디어와 전달체계, 정책을 입안한다고 하더라도 실상 그것을 담을 수 있는 공공병원이 전체 의료기관의



5%내외라면 그 정책이 아무리 잘 되어도 5%밖에 되지 않는 것입니다. 그러니 공공보건의료 정책이 제대로 실현될 것이란 기대를 갖는다는 것이 불가능한 것입니다.

상황이 이러니 정부는 공공의료의 개념을 민간의료기관까지 확대하여 문제를 해결해 보려고 하지만 그 또한 손바닥으로 하늘을 가리는 것에 것입니다. 그것은 고양이에게 생선을 맡기는 꼴에 불과합니다. 철저하게 시장원리에 의해 돌아가고 있는 민간의료기관은 이익이 나지 않으면 움직이지 않습니다. 아무리 의료는 공공재이니 민간의료기관도 공공의료를 담당하도록 법을 개정한다고 해도 국가의 정책목표인 공공의료를 담아낼 수 없습니다. 그러기에 우선 공공의료기관의 규모를 키워야 합니다. 그래야만 정부의 공공보건의료정책이 제대로 굴러갈 수 있는 것입니다. 그래서 참여정부 때 공공의료기관이 전체 의료기관의 30%는 되어야 한다고 했던 것이 아닐까요?

바로 공공보건의료 강화방안의 최우선 목표는 공공의료기관의 확충입니다. 이번 코로나19를 경험하면서도 공공의료의 중요성이 강조되었지만 메르스 당시 제2의 메르스 사태를 감당할 수 있는 컨트롤 타워 구축과 국립대병원-보건소를 잇는 공공의료체계를 연결하는 지방의료원의 설립이 필수적이라는 의견이 꾸준히 제기되기도 했었습니다.

하여 전국에서 그 지역에 공공의료기관인 지방의료원이 없어서 의료전달체계가 제대로 작동하지 않거나, 지역의 건강을 책임질 수 없는 현실을 안타까워하여 지역에 지방의료원 설립을 추진하던 단체들이 연합하여 공공의료기관 설립을 주된 목표로 삼는 연대단체를 결성했습니다. 첫 번째 목표로 자신들이 활동하고 있는 지역에 지방의료원 설립을 추진하고, 다음으로 문재인정부가 내놓은 70개 진료권에 기본적으로 의료원 1곳 이상을 추진하고, 더 나아가 226개 기초단체에 지방의료원을 설립하자는 목표를 세우고 활동하고 있습니다. 그러기에 나는 오늘 토론을 지방의료원 설립에 대한 문제의식을 바탕으로 풀어나가고자 합니다. (참고로 본 토론문의 학문적인 내용이나 근거들은 다른 분들의 글을 인용했음을 밝혀둡니다.)

## ● 법에 나타난 공공의료기관 확충의 근거

대한민국 헌법 36조 3항에는 “모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다.”라고 되어있습니다. 이는 모든 국민은 건강하게 살아갈 권리인 건강권에 있어서만큼은 국가가 책임을 져야 한다는 뜻이겠지요. 즉 헌법에서 규정하고 있는 건강권에 있어서 각 개인은 국가에 대하여 건강이 침해되지 않도록 요구할 수 있는 자유권과 적극적인 건강의 유지 증진, 질병의 예방 치료 및 회복조치, 건강보장 등의 조치를 요구할 수 있는 사회권이 있다는 뜻입니다. 그러므로 국가는 국민의 기본권과 사회권을 보장하기 위해서라도 당연히 공공의료정책이 제대로 작동할 수 있도록 공공의료기관을 확충해야 한다는 것입니다.

법률에서도 국민의 건강권을 위한 국가의 의무는 마찬가지입니다. 보건의료기본법 10조 1항에는 “모든 국민은 이 법 또는 다른 법률에서 정하는 바에 따라 자신과 가족의 건강에 관하여 국가의 보호를 받을 권리를 가진다.”라고 규정하고 있으며, 2항에서는 “모든 국민은 성별, 나이, 종교, 사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 자신과 가족의 건강에 관한 권리를 침해받지 아니한다.”라고 규정하고 있습니다. 다시 말해 건강권은 국민의 기본권임과 동시에 국가가 책임져야 국가의 의무라는 것입니다. 이렇게 헌법과 법률이

정하고 있는 국민의 건강권을 지키기 위해 국가는 의무를 다해야 하고 그러기 위해서는 당연히 공공의료기관을 확충하여 공공보건의료 정책이 제대로 작동하게 해야 합니다.

또한 보건의료기본법 3조를 보면 “① 국가와 지방자치단체는 공공보건의료를 강화하기 위하여 공공보건의료사업을 추진하여야 한다. ② 국가와 지방자치단체는 공공보건의료사업을 원활하게 추진하기 위하여 충분한 수의 공공보건의료 수행기관을 확보하여야 한다. ③ 국가와 지방자치단체는 공공보건의료사업을 추진하기 위한 재원을 확보하여야 하며, 공공보건의료 수행기관에 대하여 필요한 재정적·행정적 지원을 할 수 있다.”라고 규정고 있습니다. 바로 국가나 지방자치단체는 공공보건의료사업을 원활하게 추진하기 위해서라도 공공의료기관 확충에 적극적으로 추진해야 한다고 명시하고 있는 것입니다.

공공의료에 관한 법률 4조에서도 “① 국가와 지방자치단체는 국민건강의 보호·증진을 위하여 필요한 법적·제도적 장치를 마련하고 이에 필요한 재원을 확보하도록 노력하여야 한다. ② 국가와 지방자치단체는 모든 국민의 기본적인 보건의료 수요를 형평에 맞게 충족시킬 수 있도록 노력하여야 한다.”라고 규정하므로 지방자치단체도 국가와 똑같은 의무를 지니고 있음을 명시하고 있습니다. 의료는 경제 논리에 의해 좌우되는 것이 아니라 국민의 기본권과 사회권을 실현하기 위한 정책의 중요한 수단이 되어야 하는 것입니다. 그러기에 국가와 지방자치단체는 본래의 목적을 달성하기 위해 공공의료기관을 충분히 확충해야 합니다.

## ● 공공의료기관 확충의 필요성(우리나라의 의료현실)

그렇다면 우리나라 의료현실은 어떨까요? 법에서 규정하고 있는 대로 돌아가고 있나요? 그렇지 않습니다. 우리나라 의료현실을 한 마디로 표현하면 시장논리에 의해 작동되는 민간의료기관 중심, 돈벌이 수단으로 이용되고 있습니다. 그러기에 우리나라 의료현실자체가 공공의료기관 확충이 절대적으로 필요하다는 것을 반증하고 있습니다.

### 1) 민간주도의 의료체계

우리나라의 보건의료체계는 민간의료기관에 절대적으로 의존하면서 고비용, 치료중심의 의료전달체계입니다. 현재 의료체계로는 지속가능하지 못하다는 것이 전문가들의 견해입니다. 과잉의료(진료)와 적정의료의 부재, 의료비의 급격한 증가와 이를 따라가지 못하는 건강보장체계, 대형병원 중심의 의료체계와 지역 불균형 등이 대표적 문제로 거론됩니다. 그리고 이런 문제의 기저에는 OECD 국가 중 최저의 공공의료기관(병상 수, 기관 수 모두) 수가 있다는 점을 전문가들도 지적하고 있는 부분입니다.

### 2) 과잉의료와 의료이용 불평등의 심화

우리나라 의료현실은 한편에서는 과잉의료 문제가 되고, 다른 한편에서는 과소진료가 문제가 발생하는 이상한 형국입니다. 2008년 경제위기 이후 소득 격차에 따른 경제적 장벽 등으로 의료혜택을 제대로 공급받지 못하는 의료이용의 불평등이 극심한 상태가 되어

미충족의료는 계속 증가하는 추세라는 것입니다. 이는 한 마디로 의료자원이 사회적으로 적절하고 정의롭게 배분되지 못하고 있다는 뜻이기도 합니다.

### 3) 낮은 건강보험 보장성

우리나라 의료보험 보장성은 2015년 기준으로 평균 63.4%(입원의 경우는 64%)밖에 되지 않습니다. 반면 같은 해 OECD 평균은 80%(입원은 90%) 수준인 것으로 나타났습니다. 이렇게 보장성이 낮다는 것은 그만큼 국민들의 의료비 지출이 늘어난다는 것을 의미하는데, 2012년 2인 이상 가구의 연간 의료비가 300만원 이상인 가구가 240만 가구로, 전체 가구의 18.5%를 차지했으며 연간 1,000만원 이상 지출한 가구도 17만 가구로 전체 가구의 1.7%나 차지했다고 합니다. 이는 곧 가계 소득의 40% 이상을 의료비에 지출하는 '파국적 의료비 지출 가구'가 지속적으로 늘어난다는 것을 의미하는데, 이는 전체 가구 중 약 40만 가구로 우리나라 전체 가구의 1.9%를 차지하고 있습니다. (OECD 평균은 0.68%) 이는 OECD 평균의 약 3배에 이르는 수치입니다.

### 4) 의료체계의 지역적 불균형

우리나라 병상과 의료체계는 주로 대도시 중심으로 분포되어 있어 심각한 지역적 불균형을 초래하고 있습니다. 연 1조원 이상의 매출을 올리는 이튼바 빅 5 병원이 서울에 집중되어 있어 타지역 환자들이 서울로 진료를 받기 위해 가는 진풍경이 흔하게 벌어지고 있습니다. KTX 이용자 수요조사 결과에서 1위 관광, 2위가 의료이용이었던 점을 고려해 볼 때 이런 풍경은 가히 놀라운 일이 아닐 수 없습니다. 문제는 대도시는 그나마 대형병원이 몰려있어 쉽게 의료이용이 가능한 반면 30분 이내에 응급의료시설 접근을 할 수 없는 지방자치단체가 30여개에 이른다는 것입니다. 여기에 분만시설이 없는 지방자치단체도 50개가 넘고 있습니다. 이는 전체 지방자치단체의 10~20%에 해당하는 수치라고 합니다. 더욱 심각한 것은 필수진료과목이 배정되지 않은 지역 종합병원도 수두룩하다는 것입니다. 이는 우리나라 의료공급이 철저하게 민간주도인 관계로 이러한 불평등은 시장기능으로는 쉽게 교정되지 않는다는 것입니다.

## ● 우리나라 공공의료의 현실

### 1) 공공의료기관의 절대적 부족

이러한 과잉의료와 의료이용의 불평등, 의료비의 급격한 증가, 대도시 대형병원 중심의 의료시스템과 극심한 지역적 불균형은 근본적으로는 의료공급이 시장에 맡겨져 있기 때문입니다. 공공의료기관이 전체 의료기관의 5% 정도이고 병상 수도 8~9% 정도인 상황에서 정부의 의료기관에 대한 통제 기전은 전혀 작동할 수 없습니다. 다른 OECD 국가의 공공의료 비중의 평균인 73%에 비해 비교할 수 없을 정도로 낮을 뿐만 아니라 비교적 공공의료의 비중이 낮은 미국이나 일본의 약 30%인 공공의료 비중보다도 1/3~1/4 수준에 지나지 않는다는 것입니다.

국립중앙의료원 공공보건의료지원센터가 펴낸 「2018년 공공보건의료 통계집」에 따르면 2017년 기준, 우리나라 공공의료기관은 총 221개소로 2016년 220개소 대비 1개소

증가하는데 그쳤고, 2017년 기준, 한국의 공공의료기관 비중은 5.8%, OECD 평균 53.5%(2016년 기준)에 크게 미치지 못하고 있다는 것입니다. 마찬가지로 2017년 기준 한국의 공공의료기관 병상 수는 총 64,385개로 2016년 62,991개 대비 1,394개 증가했습니다. 2017년 기준 한국의 공공의료기관 병상 수 비중은 10.3%로 OECD 평균 73.3% (2016년 기준)의 1/7 수준에 불과합니다.

전체 의료공급체계의 95%를 민간의료기관이 맡고 있는 상태에서 공공보건의를 이야기한다는 것 자체가 어떤 의미가 있을까요? 아무리 좋은 공공보건의료 강화대책을 마련한다고 한들 무슨 의미가 있을까요? 지난 2018년 10월 문재인정부는 공공보건의료 강화대책을 발표했는데 거기에도 여전히 공공병원 확충이 빠져있습니다. 그렇다면 그 종합대책이 어떤 성과를 낼 수 있을까요? 공공병원 수가 절대적으로 부족한 상태에서 기존 국공립병원을 권역 책임의료기관과 의료원을 지역 책임의료기관으로 지정해 필수의료 보장과 보편적 의료보장을 위한 기능을 강화한다는 방식은 절대적으로 부족한 공공병원을 활용해 여기저기 공공의료 돌려막기를 하는 땀질식 처방에 불과합니다.

더욱 큰 문제는 취약한 공공의료 기반으로 지역별 의료접근성 격차가 더욱 심각한 수준으로 벌어지고 있다는 것입니다. 보건복지부의 국민보건의료실태조사에 따르면, 충북의 경우 인구 10만 명 중 58.5명은 적절한 의료서비스가 제공됐다면 사망을 피할 수 있었다고 합니다. 이는 서울의 44.6명보다 31%가 높은 수치입니다. 지역 간 격차는 시·군·구에서 더 크게 나타납니다. 서울 강남구는 29.6명만이 치료가 가능한 사망이었던 반면, 경북 영양군은 107.8명에 이르고 있습니다.

## 2) 재난 및 감염병 대응을 위한 인프라 부족

공공의료기관의 절대적 부족은 재난 및 감염병 대응을 위한 의료체계 인프라가 얼마나 취약한지 보여줍니다. 2015년 메르스 사태에서 메르스 확진환자 10여 명, 의심환자 40여 명인 상태였던 초기부터 한국의 의료체계는 감염병에 제대로 대처할 수 없는 상태였습니다. 메르스의 비교적 초기 상태부터 환자들은 가야 할 병원을 찾지 못했고, 병원은 감기환자를 받지 못했습니다. 이는 2012년의 신종플루 때나 지금 코로나19 상황이나 다르지 않습니다.

또한 한국의 최고 병원이라고 자칭하던 삼성서울병원(삼성의료원)은 감염병에 전혀 대책이 없는 병원임이 드러났고 전국적으로 메르스를 퍼뜨린 병원으로 밝혀지기도 했습니다. 애초 발생지역인 경기도에서는 200병상의 수원의료원과 분당서울대병원이 메르스 환자의 주된 대응병원이 되었고, 서울에서는 서울대병원과 국립중앙의료원, 서울의료원뿐만 아니라 시립동부병원과 서북병원 등 시설이 낙후하고 규모가 작은 국공립병원이 모두 동원되었음에도 결국 메르스 의심환자들은 병원이 아닌 별도의 수용시설을 이용해야 했습니다.

결국 메르스로 인해 GDP 0.3% 감소하는 전국적인 재앙적 결과를 낳았습니다. 마찬가지로 이번 코로나19도 대구의 경우에는 대구의료원이 있었지만 대구시의 규모에 비해 턱없이 부족한 공공병상으로 입원치료를 받지 못하고 자택에서 입원을 기다리다 사망하는 일이 발생하기도 했고, 타 지역으로 환자를 보내야 하는 웃지 못 할 일이 벌어지기도 했습니다. 그런데도 문재인정부는 생색내기식으로 전국에 감염병 전문병원 몇 곳 세우겠다는 것이 전부입니다.

### 3) 지역적 불균형과 취약계층을 위한 의료 부족

우리나라에서는 그동안 공공의료 기능에서 그나마 취약계층이나 취약지역에 대한 공공의료 기능은 수사적으로나마 강조되어왔습니다. 즉 공공의료는 사립병원이 못하는 기능을 메꾸는 잔여적 기능에 국한되어야 한다는 협소한 공공의료에 대한 개념이 통용되었던 것입니다. 이러한 취약계층이나 취약지역의 의료만 공공의료에 맡겨두는 것은 사회 전체적으로 보면 돈이 되는 진료는 사립병원이 하고, 돈이 되지 않는 진료는 공공이 맡는 것으로 그 자체가 사립병원의 단물 빨아먹기(cherry picking)로 의료의 시장실패를 단적으로 보여주는 것입니다.(아직도 이런 견해로 공공医료를 이해하는 사람들이 많음) 그런데 우리나라 공공의료 현실은 이러한 취약지역이나 취약계층에 대한 공공의료의 역할도 제대로 수행하고 있지 못합니다. 앞서 지적한 분만시설이 부재하거나 응급의료시설이 부족한 지방자체단체가 전체 지방자치단체의 10~25%가 되는 현실은 이를 단적으로 보여주고 있습니다. 더더욱 농어촌 지역은 전체적으로 의료이용에서 엄청난 불평등을 겪고 있습니다.

## ● 대전의료원 설립운동의 출발배경과 과정

### 1) 대전의 의료현실

대전의 의료현실은 앞에서 지적한 우리나라 의료현실과 공공의료현실을 그대로 보여주고 있습니다. 대전은 민간의료기관이 의료전달체계의 중심이라는 것입니다. 또한 대전은 17개 광역단체 중 울산, 광주와 함께 지방의료원이 없는 도시이기도 합니다. 그렇다보니 의료전달체계는 철저하게 민간의료기관 중심으로 돌아가고 있습니다. 그렇다고 공공의료기관이 아예 없는 것은 아닙니다. 국립대학병원인 충남대학병원, 보훈대상자를 위한 신탄진 보훈병원, 산재병원인 중앙병원, 대전시립요양병원, 대전시립정신병원 등이 있습니다. 이렇듯 공공의료기관은 국립대학병원을 제외하고는 특수목적 병원밖에 없습니다. 그러니 당연히 보건소와 국립대학병원을 연결하는 지방의료원의 필요성이 강조되고 있는 것입니다.

그런데 대전의 경우 타 도시와 다르게 민간병원인 클리닉병원이 이상하게 많아 전체 병상수는 과잉지역이었습니다. 복지부 발표에 의하면 병상수요 관찰지역(관찰지역이라 함은 의료이용의 유출입현상으로 인하여 부족과 과잉이 동시에 나타나는 지역들로 더 이상의 급성기병상 공급은 막되 수요공급간 시간차를 고려하여 추후 양상에 대한 관찰이 요구되는 지역을 말한다.)이라는 것입니다. 대전은 의원급의 의료기관이 인구 10만명 당 기관은 65.4개소, 병상수는 290.6으로 광역시 중 가장 높은 평균대비 115%, 147%입니다. 의료기관이 많다는 것은 그만큼 의원들 간의 경쟁이 치열하다는 것을 반증하는 것이기도 합니다.

그러나 병원급의 경우는 사정이 다르다. 병원급은 인구10만명당 기관수는 3.0개소, 병상수는 640병상으로 광역시 평균 대비 각각 76%, 86%로 부족한 것으로 나타나기도 했습니다. 결과적으로 대전은 종합병원 병상은 적고 척추전문병원이나 클리닉과 같은 일부과목을 전문으로 하는 의료기관이 많다는 것입니다. 또한 환자유출입이 많은 지역이기도 합니다. 서울이 KTX로 한 시간 거리이다 보니 경제적인 여유가 있는 환자들은

서울의 빅5병원으로 쏠리는 반면 대전 인근 옥천, 영동, 보은, 계룡, 무주 등 보건의료 자체가 취약한 지역에서는 환자유입이 많은 지역이기도 합니다.

그래서 지난 2014년 한국보건사회연구원의 연구용역 결과 인근 타 지역에서 유입되는 의료 이용자와 서울 등 타 지역으로 유출되는 의료 이용자를 적용하여 병상수요를 다시 분석해보니 급성기병상수가 889병상이나 부족한 병상수요 부족지역(부족지역이라 함은 수요추계 방법 모두에서 공급부족으로 나타나 수요량의 최소범위에서 급성병상공급이 필요한 지역을 말한다. 단 부족 병상의 최소규모가 병원급 병상규모에 미달하는 경우는 관찰지역으로 분류한다.)으로 나타났습니다. 그래서 이를 근거로 대전에는 300~500병상 규모의 대전의료원 설립이 필요하다는 것을 알게 된 것이지요.

## 2)대전의료원 설립 운동

대전의료원 설립추진 역사를 보면 올해로 28년입니다. 10년이면 강산도 변한다고 하는데 강산이 세 번이나 변하는 시간을 보냈음에도 아직 첫 삽도 뜨지 못하고 있습니다. 대전의료원 설립 추진 시기를 나누어 생각해 보면 1992년 대전시의회에서 대전 시립병원 설립추진 건의안이 발의된 시점부터 2006년까지, 두 번째 부분은 2007년 가오택지개발지구 내 의료용지가 행정용지로 변경된 시점부터 2012년까지,(이 시점부터 민간단위 설립운동이 시작된 시기이다.) 세 번째 부분은 2013년 대전시가 시립병원 설립과 관련하여 한국보건산업진흥원에 타당성 검토 용역을 맡긴 시점부터 현재까지로 나누어 생각할 수 있습니다.

첫 번째, 대전의료원 설립 논의 출발은 1992년 대전시의회가 1월 20일에서 25일까지 열린 제8회 임시회에서 의료원의 필요성을 느끼고 대전의료원 설립추진 건의안을 제출하면서 부터였습니다. 당시 내용을 전한 1992년 1월 21일자 연합뉴스의 기사를 보면 “시의회는 다른 직할시와 달리 대전지역에는 국립병원인 충남대 부속병원만 있어 환자들이 어려움을 겪고 있다고 보고 시민들을 위한 대전의료원 설립이 시급하다는 여론을 반영하여 제28회 임시회의에서 대전의료원 설립추진 건의안을 제출키로 했다.”고 전하고 있습니다. 이렇게 시의회의 건의안을 바탕으로 대전시는 1996년 가오지구 택지개발지구 내 가오동 425번지 일원 2만 2768㎡를 의료용지로 지정하고, 1999년 9월에는 동구 가오동 택지개발지구 내에 종합의료시설 건립하겠다는 계획을 발표를 했습니다.

당시 대전시의 발표 내용을 보면 대전시 동구 가오동 택지개발지구 내에 310억원의 예산을 들여 지하1층 지상 5층 규모의 대전의료원, 장애인재활병원, 보건소 등이 입주하는 대전보건의료센터를 건립하겠다는 것이었습니다. 보건의료센터에 들어서는 대전의료원은 내과, 외과, 이비인후과 등의 기능을 갖춘 종합병원 급으로 2001년에 착공하여 2003년에 완공하겠다고 했던 것입니다. 그러나 그 당시도 지금처럼 공공의료에 대한 무성한 논의만 있었을 뿐 의료원 설립 추진은 정책의 우선순위에서 밀려 무산되고 말았습니다.

그러던 중 갑자기 의료원 예정부지에 동구청사가 신축 이전한다는 이야기가 나오면서 아예 가능성까지 없어져 버렸습니다. 바로 이 때 의료용지를 행정용지로 변경한 것에 대한 반발로 시민사회단체들이 모여 대전의료원 설립추진을 위한 시민단체를 결성하고 활동하기 시작했습니다. 2007년 6월 21일 동구청은 청사 신축 이전부지로 가오택지개발지구 내 가오동 425번지 일원 2만 2768㎡를 선정했다고 발표합니다.

이곳은 원래 대전의료원 설립 예정부지였기에 4개 보건의료단체와 무료진료활동을 하던 희망진료센터를 중심으로 15개 시민사회단체가 연대하여 2007년 8월 20일 첫 모임을 갖고 대전공공병원 설립 추진위원회(대표 원용철, 집행위원장 나백주)를 결성했습니다. 그리고는 8월 23일 대전시청 기자실에서 공공병원 설립을 촉구하는 기자회견을 갖는 것을 시작으로 가오지구 용지 변경에 대한 부당성을 알리고, 공공병원 설립의 필요성을 시민들에게 알리는 운동을 전개했습니다.(후에 대전의료원설립 시민운동본부로 확대 개편함, 이하 운동본부) 또한 2007년 11월 7일에는 대전시의회 대전미래연구회(회장 김재경)와 함께 공공병원 설립을 위한 정책간담회를 갖고 시의회와 함께 대전의료원 설립 방향을 모색하기 시작했습니다. 이렇게 시민 토론회, 정책간담회 등을 통해 시립병원 설립의 필요성을 알려내고, 불법적으로 추진된 가오지구 용도변경을 막으려고 했지만, 끝내 2007년 12월 28일 대전시 도시계획심의 위원회는 최종적으로 가오지구 의료시설용지를 행정용지로 변경하는 안을 통과시키고 맙니다.

가오지구 의료용지가 행정용지로 변경 고시되면서 대전의료원 설립추진은 물건나간 듯 보였지만 그래도 급조되긴 했지만 운동본부를 중심으로 시의회와 정책간담회 및 토론회, 국회의원실과의 정책토론회, 지방선거 및 국회의원 선거 국면에서의 정책질의 등으로 대전의료원 설립운동을 이어갔습니다. 그러면서 의료원 설립운동의 선행 주자인 성남시 등 타 도시의 의료원 설립운동의 과정을 배우고, 타 지방 의료원 등을 방문하여 향후 대전의료원이 설립된다면 어떤 모습이어야 하는지를 착실하게 준비하기도 했습니다.

그러던 중 2009년에는 당시 동구 국회의원이었던 임영호 의원실과 정책토론회를 통해 그동안 문제가 되어 왔던 새롭게 신설되는 지방의료원에는 국비지원이 불가능한 것을 신설 지방의료원에도 국비가 지원될 수 있도록 국가에서 지방의료원에 지원하는 보조금의 범위를 확대한 '지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률 일부 개정 법률안'을 대표발의 하도록 하기도 했습니다. 또한 2009년 3월에는 대전시의회에 그동안 시민 토론회와 간담회를 통해 정리된 대전의료원 설립을 위한 조례를 제정해 줄 것을 요청하기도 했지만 실패의 쓴 경험도 했습니다.

그나마 다행스러운 것은 2010년 12월 7일 동구의회에서 황인호(현재는 동구청장) 동구의회 의장을 중심으로 대전의료원 설립 및 동구 유치를 대전시에 건의하는 건의안을 채택했습니다. 이렇듯 대전시는 시민사회단체, 동구의회, 시의회 등에서 대전의료원 설립 추진을 지속적으로 요구했지만 소극적인 자세를 취해 오다가 민선 5기 엄홍철 시장이 간부회의에서 이제 대전에도 대전의료원 설립이 필요하다며 추진을 주문한 것이 계기가 되어 설립 논의가 본격적으로 시작되었습니다.

2013년 1월 대전시가 대전의료원 건립 및 공공의료 확충 타당성 조사를 한국보건산업연구원에 의뢰하면서 그동안 거의 불가능할 것처럼 보였던 대전의료원 설립이 가능성을 보이기 시작했습니다. 같은 시기 동구에서는 대전의료원 설립 및 동구유치 100인위원회를 조직하여 동구구민을 중심으로 27만 명의 서명을 받아 대전시에 전달하므로 의료원 설립의 필요성을 재차 확인시켜 주기도 했습니다.

2014년 2월 대전시는 한국보건산업연구원의 용역결과를 발표하고 용역결과를 토대로 민선 6기 권선택 대전시장의 지방선거 대표 공약으로 약속하면서 급물살을 타기 시작하여

의료원 설립 계획안이 마련되고 현재는 KDI의 예비타당성 검토 중에 있습니다. 그런데 KDI중간발표에서 비용 대비 편익 값인 B/C값이 0.4로 경제성이 전혀 없는 것으로 나왔다는 것입니다. 2018년 대전시 의회 정책 토론회 당시 한국보건사회연구원에서 발표한 자료에 보면 B/C값이 1.05로 경제성이 타당한 것으로 나왔는데 어떻게 KDI는 그런 연구결과를 발표했는지 도통 이해가 되지 않습니다. 보건의료는 경제논리로 보아서 안 됨에도 불구하고 KDI는 여전히 경제논리로 보고 있는 것을 넘어 공공보건의료의 사회적 편익을 아주 값싼 것으로 치부해 버리고 있는 것이 아닌가 싶습니다.

## ● 공공병원설립운동연대 결성

### 1) 설립취지

- 지역 공공병원설립운동을 공유, 협력, 확산하여 공공병원설립의 필요성을 제기한다.
- 정부(중앙, 지방) 차원의 공공병원 설립을 위한 제도적 여건 조성한다.
- 시민참여형 공공병원 설립과 운영을 위한 시민역량 강화한다.
- 문재인 정부의 공공의료의 과제와 나아갈 방향에 대해 돌아보며, 공공병원설립과 공공의료 강화를 위한 활동의 방향을 모색한다.
- 대전 부산 성남 울산 화성 등 공공병원설립과 지역공공의료를 강화하는 운동에 국회 의원 도의원 시의원과 시민이 주체적으로 참여할 수 있는 방법을 모색한다.

### 2) 참가단체

- 공공의료성남시민행동, 대전의료원설립시민운동본부, 사단법인 토닥토닥, 울산국립병원설립범시민추진위원회, 화성시립병원건립운동본부

### 3) 조직구성

- 공동대표단 : 각 지역 단체의 대표로 한다.
- 정책위원회 : 공공의료 전문가와 지역 단체 활동가로 구성한다.
- 간사 단체 : 공공의료성남시민행동

### 4) 결성 선언문

오늘 시민이 주도하여 시민건강권 증진, 공공의료 강화를 위해 공공병원 설립운동을 추진하고 있는 여러 지역의 단체들이 모여 공공병원설립운동연대를 결성합니다. 공공병원설립운동연대는 시민이 참여하고 주도하는 <공공병원설립, 공공의료 확대, 건강권실현>을 위해 연대하고 정책을 연구하여 실천하는 연대모임을 지향합니다.

건강권은 시민이 행복한 삶을 유지하고 사람답게 살아가는 가장 기본적인 권리입니다. 건강불평등을 극복하고 지역간 공정하게 건강할 권리를 가질수 있도록 정책과 시스템을 만들어 갈 것입니다. 더디고 힘이 들더라도 공공병원 설립운동 중심에 공공병원설립운동연대가 우뚝 서도록 할 것입니다. 공공병원 확충과 지역공공의료 강화는 지역간 연대를 통해 함께 연구하고 참여해야 실현할 수 있습니다.



메르스 사태는 대한민국 공공의료의 허약함을 그대로 보여주었고, 공공병원인 진주의료원 폐업은 공공의료의 소중함을 전 국민들의 마음속에 심어주었습니다. 헌법 36조 3항에는 '모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다' 라고 규정하고 있지만, 어떤 국민은 여러 가지 이유로 건강하지 못한 환경에서 살아가고 있고 국가의 보호도 받지 못하고 있습니다.

촛불시민혁명으로 탄생한 문재인 정부에서 공공병원 설립운동과 공공의료 확대에 박차를 가해야 합니다. 문재인 정부는 공공의료 실현과 어린이재활병원 확충을 국정과제로 제시하고, 의료 공공성 강화와 의료 영리화 방지를 지향하면서 의료의 지역 격차와 건강불평등 해소를 위해 공공보건의료 정책을 추진해 가고 있습니다만 희망과 달리 길을 잃고 있습니다. 시민단체와 시민의 역할이 중요한 시점입니다.

공공병원설립운동연대는 공공의료와 건강권 실현의 관점에서 정책 대안을 모색·제시함으로써 의료불평등을 해결하는 밑 걸음이 되고자 합니다.

공공병원설립운동연대는 '연대와 참여'를 통해 정책을 만들고 이를 공공병원설립과 공공의료 확충으로 꽃 피울 것입니다.

공공병원설립운동연대는 '돈보다 생명'이라는 건강권의 가치를 지키며 지역의 공공의료 역량을 강화하고 제대로 된 공공병원 설립에 실질적으로 도움이 되도록 다음과 같이 활동을 하며 정책을 연구하고 실천해 나가겠습니다.

#### **첫째, 제대로 된 공공병원을 대대적으로 확충하는 활동에 주력하겠습니다.**

주민에게 생명과 건강을 보장하기 위해서 국가와 지방정부는 공공병원을 대대적으로 확충해야 합니다.

지역거점 공공병원이 없는 울산, 대전, 광주 광역시와 화성시 등에 공공병원을 즉각 건립하여야 합니다. 또한 부실한 민간병원을 공공병원으로 전환하는 것도 포함되며, 장애아동을 위한 공공어린이재활병원을 광역 시·도별로 건립하여야 장애아동 생명의 가치와 공공의 가치를 세우고 상처 받은 아이들과 가족들이 희망을 가질수 있습니다. 대전에 공공어린이재활병원이 성공적인 첫 모델이 되도록 힘을 보태고 연대하겠습니다.

#### **둘째, 기존의(위탁운영되는) 공공병원을 직영화하고 내실화하도록 대안을 제시하겠습니다.**

기존의 지방의료원과 공공병원들이 재정과 인력 확보의 어려움으로 양질의 의료서비스를 제공하는 데 어려움을 겪고 있는데 이를 해소하기 위해서는 지방정부와 중앙정부가 재정지원을 확충하도록 법안 제·개정 및 조례 제정을 추진하겠습니다.

#### **셋째, 시민주도형 공공병원 설립운동 단체들을 지역별로 확대하여 공공병원 확충과 공공의료 확대의 토대를 만들겠습니다.**

넷째, 문재인 정부와 국회, 지방자치단체와 각 정당이 시민의 건강권, 행복추구권을 실현하기 위한 공공병원 설립에 모든 노력을 다하도록 정책을 제안하고, 국회에서 법안 제·개정과 지방자치단체 조례 제·개정을 통해 인력과 예산이 국가적으로 지원되도록 하겠습니다.

2018. 8. 19

공공병원설립운동연대

(공공의료성남시민행동 / 대전시립병원설립운동본부 / 울산국립병원설립범시민추진위원회 / 사단법인 토닥토닥 / 화성시립병원건립운동본부)

● 글을 맺으면서

공공보건의료 강화는 공공병원 확충이 답입니다. 코로나19 사태를 지나면서 공공보건의료의 중요성은 다시 한 번 확인되었습니다. 공공병원 확충 없이는 공공보건 강화대책이 제대로 실효성을 거두 어렵습니다. 공공보건의료체계가 제대로 작동할 때만이 국민의 건강권이 실현될 수 있는 것입니다. 하지만 한줌밖에 되지 않는 공공의료기관을 가지고는 절대 불가능합니다. 전체 의료기관의 5%를 가지고 공공의료를 강화하겠다는 것은 손바닥으로 하늘을 가리는 행위입니다. 그 말은 새빨간 거짓말입니다. 이제 더 이상 속지 맙시다.

문재인정부는 공공보건의료를 강화하겠다는 생각이 조금이라도 있으면 당장 최소한 70개 책임의료권역에 지방의료원 1개 이상은 설립해야 할 것입니다. 마찬가지로 앞으로 공공보건의료 강화운동을 하는 단체들도 꼭 공공의료기관 확충을 주장해야 해야 합니다. 공공의료기관 확충 없는 공공보건의료 운동은 앙고 없는 찌뻥에 불과하다고 생각합니다. 앞으로 구체적으로 공공의료기관 규모를 정하고 함께 연대하여 국가가 국민의 건강권을 실현해 내는 나라다운 나라를 만들어가길 소망해봅니다. 샬롬.

## 토론 6

---

노정훈\_보건복지부 공공의료과장