대통령소속 National Bioethics Committee
국가생명윤리심의위원회

공중보건 위기, 부족한 의료자원의 공정한 분배를 위한 과제 - 코로나 19 팬데믹을 겪으며 알게 된 것들

제 7 회 국가생명윤리포럼

공중보건 위기, 부족한 의료자원의 공정한 분배를 위한 과제

- 코로나 19 팬데믹을 겪으며 알게 된 것들 -

일시 2022 년 12 월 16 일 (금) 14:00~17:00

장소 서울 글로벌센터 국제회의장 및 온라인 동시진행

zoom

YouTube

주 최 | 대통령소속 National Bioethics Committee 국가생명윤리심의위원회

주 관 | 재단법인 국가생명윤리정책원 KoNIBP KOREA NATIONAL INSTITUTE FOR BIOETHICS POLICY

후 원 | 보건복지부

제 7 회 국가생명윤리포럼

공중보건 위기, 부족한 의료자원의 공정한 분배를 위한 과제

- 코로나 19 팬데믹을 겪으며 알게 된 것들 -

| 일시 2022 년 12 월 16 일 (금) 14:00~17:00

| 장소 서울 글로벌센터 국제회의장 및 온라인 동시진행

zoom

YouTube

주 최 | 대통령소속 National Bioethics Committee 국가생명윤리심의위원회

주 관 | 재단법인 국가생명윤리정책원 KoNIBP KOREA NATIONAL INSTITUTE FOR BIOETHICS POLICY

후 원 | 보건복지부

제7회 국가생명윤리포럼

공중보건 위기, 부족한 의료자원의 공정한 분배를 위한 과제

– 코로나 19 팬데믹을 겪으며 알게 된 것들 –

프로그램

▣ 일 시 : 2022년 12월 16일(금) 14:00~17:00

▣ 장 소 : 서울 글로벌센터 9층 국제회의장&온라인 동시 중계

시 간	내 용	발 표
14:00~14:05	개 회 사	**김봉옥** (국가생명윤리심의위원회 위원장)
14:05~14:10	환 영 사	**박민수** (보건복지부 제2차관)
14:10~14:40	발제 1 거버넌스 공공의료기관에서 보건의료자원 관리의 현실과 과제 - 공공의료자원의 확충과 분배를 위한 거버넌스	**임 준** (국립중앙의료원 공공보건의료지원센터장)
14:40~15:10	발제 2 집중치료 중환자실에서 겪는 의료자원 분배의 현실 - 의료인의 사회적 책무와 한계를 중심으로	**문재영** (세종충남대학교병원 중환자의학과 교수)
15:10~15:40	발제 3 의료전달체계 공중보건 위기에 필요한 의료전달체계 개편 방향 - 공공보건정책의 문제와 개선과제를 중심으로	**정형준** (보건의료단체연합 정책위원장)
15:40~15:50	Break Time	
15:50~16:40	패널토의 **박형욱** (단국대학교 의과대학 교수) **강희정** (한국보건사회연구원 보건정책연구실장) **김계현** (대한의사협회 의료정책연구소 연구위원) **박대진** (데일리메디 편집장) **조은영** (한국YWCA 연합회 부회장) **박 향** (보건복지부 공공보건정책관)	좌장 **이윤성** (한국보건의료인국가시험원 원장)
16:40~17:00	종합 토론	
17:00	폐 회	

모시는 글

안녕하십니까.

국가생명윤리심의위원회 위원장 김봉옥입니다.

코로나 19 팬데믹은 우리사회에 유래 없는 공중보건 위기를 경험하게 했습니다. 이제 서서히 일상 회복을 기대하고는 있지만, 제2 또는 제3의 위기에 대한 두려움과 걱정 또한 존재하는 것이 사실입니다.

특히, 팬데믹으로 인해 급증하는 감염환자에 대한 치료와 격리의 어려움, 오랜 기간 소진되는 의료 인력과 자원의 한계와 부족한 의료자원의 우선순위 등은 지금까지는 우리가 경험해 보지 못한 문제들이었고, 이로 인해 우리의 의료제도의 문제점과 한계 등이 드러나고 새로운 변화와 도전이 지속적으로 요구되기도 했습니다.

이에 국가생명윤리심의위원회는 제7회 국가생명윤리포럼을 통해 지난 3년의 경험을 되돌아보고 성찰하며, 3년의 경험이 남긴 과제를 점검하고 공중보건 위기에 대응하기 위한 우리의 역량을 강화하기 위한 방안을 모색해 보고자 합니다.

여러분의 많은 관심과 참여를 부탁드립니다.

감사합니다.

국가생명윤리심의위원회 위원장 **김 봉 옥**

목 차

주제발표 1 [거버넌스]

• **공공의료기관에서 보건의료자원 관리의 현실과 과제** ····· 11
– 공공의료자원의 확충과 분배를 위한 거버넌스
발표: 임 준 (국립중앙의료원 공공보건의료지원센터장)

주제발표 2 [집중치료]

• **중환자실에서 겪는 의료자원 분배의 현실** ····· 29
– 의료인의 사회적 책무와 한계를 중심으로
발표: 문재영 (세종충남대학교병원 중환자의학과 교수)

주제발표 3 [의료전달체계]

• **공중보건 위기에 필요한 의료전달체계 개편 방향** ····· 49
– 공공보건정책의 문제와 개선과제를 중심으로
발표: 정형준 (보건의료단체연합 정책위원장)

패 널 토 의 ····· 61

좌장 **이윤성** (한국보건의료인국가시험원 원장)

토론자
박형욱 (단국대학교 의과대학 교수)
강희정 (한국보건사회연구원 보건정책연구실장)
김계현 (대한의사협회 의료정책연구소 연구위원)
박대진 (데일리메디 편집장)
조은영 (한국YWCA 연합회 부회장)
박 항 (보건복지부 공공보건정책관)

주제발표 1

공공의료기관에서 보건의료자원 관리의 현실과 과제
– 공공의료자원의 확충과 분배를 위한 거버넌스

임 준
(국립중앙의료원 공공보건의료지원센터장)

공공의료기관의 코로나19 의료대응 현황과 거버넌스 측면의 과제

국립중앙의료원 공공보건의료지원센터
센터장 | 임 준

국립중앙의료원
national medical center

Contents

1. 감염병 전담병원 지정 현황
2. 감염병 전담병원 수행 공공병원의 문제
3. 공공병원의 코로나 대응 차이
4. 코로나19 의료대응의 문제
5. 감염병 의료대응체계의 구축

1. 감염병 전담병원 지정 현황

감염병 전담병원 중 공공병원 비중

의료기관수			병상수		
전체 의료기관	공공의료기관	공공의료기관 비중	전체 의료기관	공공의료기관	공공의료기관 비중
4,118	222	5.40%	656,068	63,417	9.70%

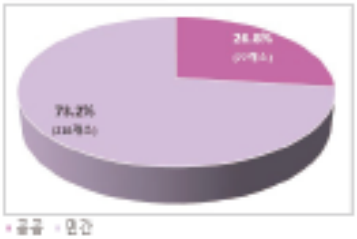
출처: 2020년 공공의료기관 현황, 국립중앙의료원

구분	감염병 전담병원	공공	민간
2020.3	69	56(81.2%)	13(18.8%)
2021.1	59	54(92%)	5(8%)
2021.11	122	60(49.8%)	62(50.2%)
2022.03	287	77(26.8%)	210(73.2%)

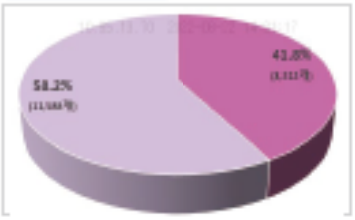
1. 감염병 전담병원 지정 현황

전국 감염병 전담병원 지정 현황('22.03.31 기준)

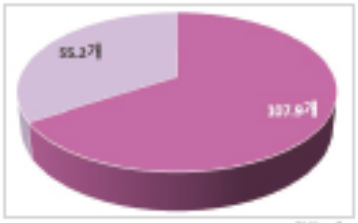
기관수



전담병상수



평균 확보병상수



• 공공 • 민간

(단위 : 개)

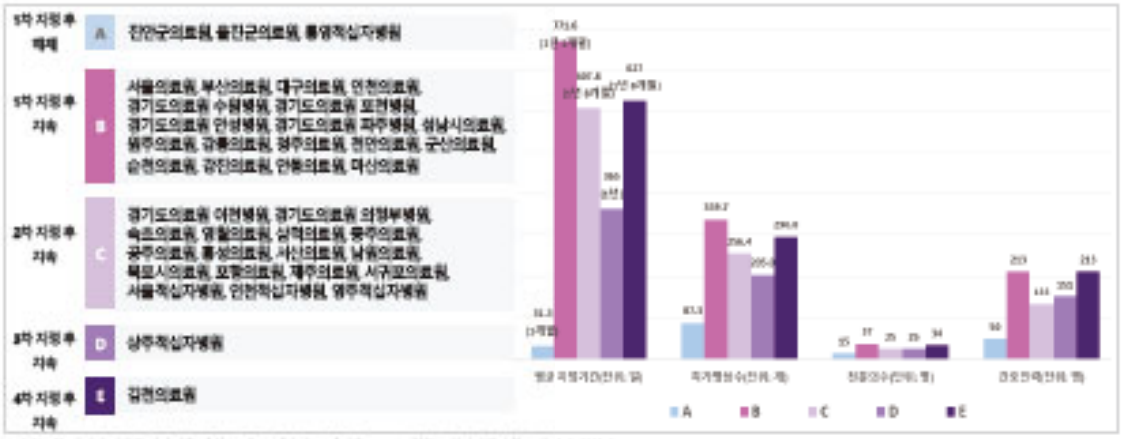
중진료권별 감염병 전담병원 지정 현황

- 가장 많이 지정된 진료권은 부산중부권(16개소, 5.6%)
- 1차 분석 시점('21.11.08)대비 지정 지역이 증가 하였으나, 여전히 지정병원이 없는 진료권이 존재함(익산시, 논산권, 거창권)
- 진료권 내 공공의료기관만 감염병 전담병원으로 지정된 진료권은 9곳(파주권, 이천권, 포천권, 영월권, 속초권, 공주권, 영주권, 상주권, 서귀포권) 이었음

1. 감염병 전담병원 지정 현황

지역거점공공병원 감염병 전담병원 지정 유형별 분류 ('22.03.31 기준)

- 지역거점공공병원 전체 평균 감염병 전담병원 지정 기간은 약 1년 8개월 20일(629일)임
- 거창적십자병원을 제외 한 40개소 중 3개소는 감염병 전담병원 1차 지정 후 해제되었으며 모두 의료취약지 지역으로 평균 허가병상수, 전문의 수, 간호인력 모두 타 지역거점공공병원보다 매우 낮은 수준임. 1차 지정 후 지속된 18개소는 평균 허가병상 수와 의료인력 모두 가장 높은 수준을 보였으며, 2차 지정 후 지속된 17개소는 주로 인구 10만 명 이상의 소도시에 위치한 기관들임



출처 : 각 기관별(거창적십자병원 제외 40개소) 제출자료 재가공(22.03), 건강보험심사평가원 요양기관 현황자료(21.12)

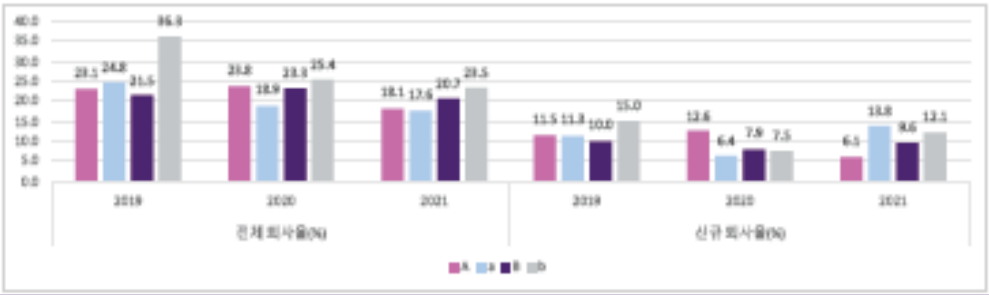
2. 감염병 전담병원 수행 공공병원의 문제

의사 인력 변화(전체 의사)

연도별, 기관유형별 전체 의사 '전체(평균) 현원'(명)

구분		전체 의사 수			신규 의사 수		
		2019	2020	2021	2019	2020	2021
400일 이상	250병상 이상	607(60.7)	571(57.1)	562(56.2)	139(13.9)	103(10.3)	99(9.9)
	250병상 미만	210(23.3)	212(23.6)	204(22.7)	62(6.9)	47(5.2)	29(3.2)
400일 미만	250병상 이상	288(36.0)	296(37.0)	285(35.6)	70(8.8)	76(9.5)	52(6.5)
	250병상 미만	168(18.7)	177(19.7)	170(18.9)	60(6.7)	53(5.9)	33(3.7)

연도별, 기관유형별 전체 의사 퇴사율(%)

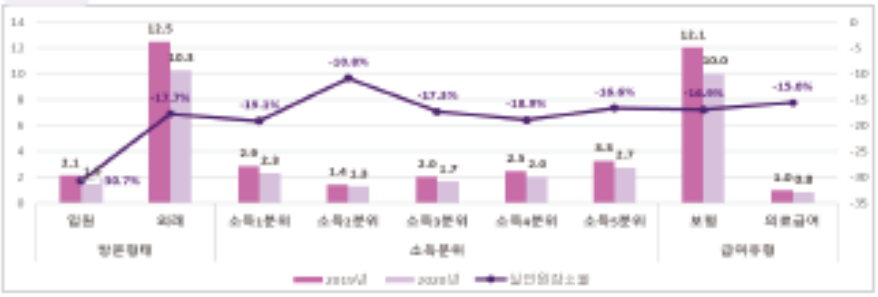


2. 감염병 전담병원 수행 공공병원의 문제

지역거점공공병원 '19-'20년도 의료이용 변화

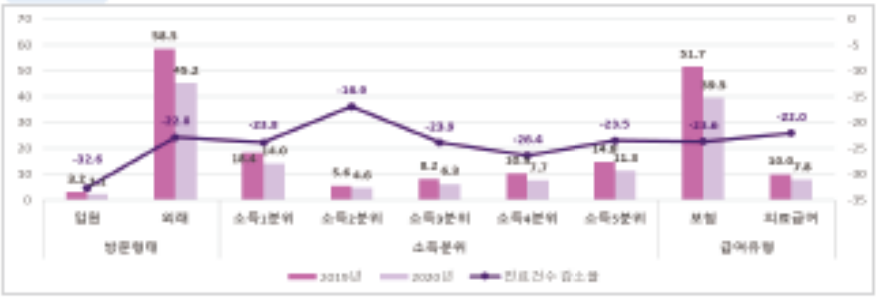
실인원

(단위 : 십만 명, %)



진료건수

(단위 : 십만 명, %)



- '19-'20년 지역거점공공병원을 방문한 실인원 및 전체 진료건수를 비교함
- '19년에 비해 '20년 모든 유형 (방문형태, 소득분위, 급여유형)의 실인원 및 진료건수가 감소함
- * 소득분위 기준 건강보험공단 청구자료 중 보험료 20분위를 5등분하여 소득구간을 나타냄
- * 실인원 : 실제 진료받은 환자수
- * 진료건수 : 건강보험공단에 청구된 진료비 명세서 건수

7

2. 감염병 전담병원 수행 공공병원의 문제

'19-'20년도 시도/중진료권별 공공병원 중증응급의료 점유율

시도별 중증응급의료 점유율 & 전년 대비 증감률

(단위 : %)

- (시도) 중증응급의료 질환의 점유율은 충남을 제외하고 모두 감소하였고, 가장 경기도 감소율이 가장 컸음
- (중진료권) 속초권, 서산권, 홍성권, 전주권, 거창권을 제외하고 모두 감소함

* 중증 응급질환 : 심근경색증, 뇌경색증, 뇌실질출혈, 거미막하출혈 등 20개 질환

중진료권별 중증응급의료 점유율 & 전년 대비 증감률

(단위 : %)

8

2. 감염병 전담병원 수행 공공병원의 문제

'19-'20년도 지방의료원 유형별 수술건수

지방의료원 전체 수술건수

(단위 : 건)

- (전체) 35개 지방의료원의 수술건수는 2020년 약 43.5% 감소함
- (병상규모별) 300병상 이상 기관의 수술건수가 더 크게 감소함
- (도시규모별) 대도시, 중도시 지역의 지방의료원 수술건수 감소율은 59.7%로 매우 높음
- (지정유형별) 감염병 전담병원으로 1차 지정 후 지속 지정된 기관의 수술건수 감소율이 가장 높음

병상규모별

(단위 : 건)

도시규모별

(단위 : 건)

지정유형별

(단위 : 건)

2. 감염병 전담병원 수행 공공병원의 문제

'19.3 vs '22.8 필수진료과 개설율

13개 필수진료과 기준

(단위 : %)

- 13개 필수진료과 개설율
  : 2019년 3월 82.8%에 비해 2022년 8월 현재 **80.1%로 감소**
- '19년에 비해 '22년에 증가한 진료과 17개에 비해 **감소한 진료과는 28개**
- **신경외과, 응급의학과, 비뇨의학과, 외과의 운영비율 감소**
- **중도시 소재 전담병원의 감소율이 높았음**

구분	내과	정신건강의학과	외과	정형외과	산경과	신경외과	산부인과	소아청소년과	비뇨의학과	응급의학과	영상의학과	마취통증의학과	진단검사의학과
증가		2		1	3			3	1	2	2	1	2
감소		2	2		4	4	1	2	5	6	1		1

2. 감염병 전담병원 수행 공공병원의 문제

'19.3 vs '22.8 필수진료과 개설율

7개 필수진료과 기준

- 7개 필수진료과 개설율
  : 2019년 3월 85.3%에 비해 2022년 8월 현저 **80.6%로 대폭 감소**
- '19년에 비해 '22년에 증가한 진료과 8개에 비해
  감소한 진료과는 19개

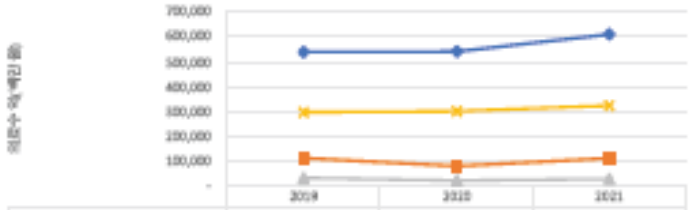
구분	내과	외과	신경과	신경외과	산부인과	소아청소년과	응급의학과
증가			3			3	2
감소		2	4	4	1	2	6

3. 공공병원 코로나 대응 차이

2019-2021 연간 의료수익 비교

- 국립대병원평균과 국립암센터는 '19년 대비 '20년 의료수익이 비슷한 수준이나, **국립중앙의료원과 지방의료원/적십자병원평균은 약 28% 감소하여 '20년부터 코로나의 직접적인 영향**을 받음
- '21년에도 국립중앙의료원과 지방의료원/적십자병원평균의 의료수익은 코로나 이전 ('19년) 수준을 회복하지 못함

2019-2021 의료수익



	2019	2020	2021
국립대병원 평균	538,469	541,454	610,184
국립중앙의료원	113,894	85,766	112,785
지방의료원&적십자병원 평균	33,669	23,923	30,574
국립암센터	267,587	321,301	324,163

의료수익 평균 증감률(%)			
구분	'19→'20	'20→'21	'19→'21
국립대병원평균	0.4	12.7	13.1
국립중앙의료원	- 28.2	37.9	- 1.0
지방의료원 &적십자병원	- 28.9	25.7	-10.7
국립암센터	1.2	7.6	8.9

* 국립대병원평균 중 경북대병원, 경상대병원, 부산대병원, 전남대병원, 충남대병원은 분원 포함
* 2020년 국립암센터 코로나 전담병원 미지정

3. 공공병원 코로나 대응 차이

2019-2021 연간 의료손익(의료수익 – 의료비용) 비교

- 국립중앙의료원의 의료손실이 가장 큼

2019-2021 의료손익

	2019	2020	2021
국립대병원 평균	(830)	(32,624)	(33,931)
국립중앙의료원	(33,988)	(70,267)	(57,724)
지방의료원&적십자병원 평균	(3,701)	(13,669)	(12,660)
국립암센터	(2,313)	(8,298)	(11,288)

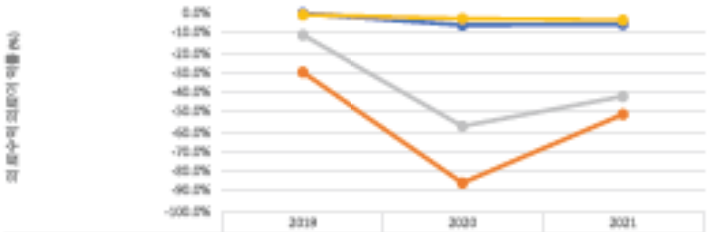
* 국립대병원평균 중 경북대병원, 경상대병원, 부산대병원, 전남대병원, 충남대병원은 분원 포함
* 2020년 국립암센터 코로나 전담병원 미지정

3. 공공병원 코로나 대응 차이

2019-2021 연간 의료수익의료이익률(의료이익/의료수익*100) 비교

- 국립중앙의료원과 지방의료원은 의료수익의 규모 대비 손실 규모가 커 영향을 많이 받은 유사 양상을 보임
- 국립중앙의료원의 연간 의료수익의료이익률이 매년 가장 낮음

2019-2021 연간 의료수익의료이익률



	2019	2020	2021
국립대병원 평균	-0.2%	-6.0%	-5.6%
국립중앙의료원	-29.8%	-85.9%	-51.2%
지방의료원&적십자병원 평균	-11.0%	-57.1%	-42.1%
국립암센터	-0.8%	-2.8%	-3.5%

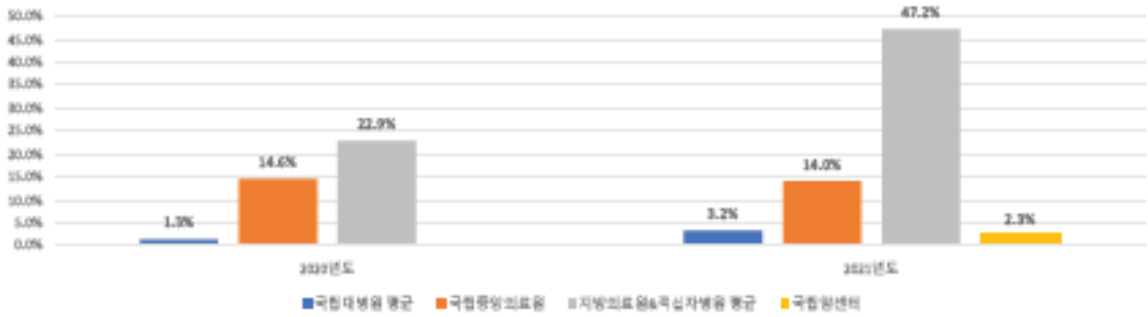
* 국립대병원평균 중 경북대병원, 경상대병원, 부산대병원, 전남대병원, 충남대병원은 분원 포함
* 2020년 국립암센터 코로나 전담병원 미지정

3. 공공병원 코로나 대응 차이

2019-2021 연간 전체 비용 대비 손실보상금 비중

- '20-'21년도 전체 비용 대비 손실보상금 비중은 지방의료원/적십자병원평균이 가장 높았고 국립중앙의료원이 그 다음으로 높았음 (손실보상금 의존도 ↑)

2020-2021 전체 비용(의료비용+의료외비용) 대비 손실보상금 비중

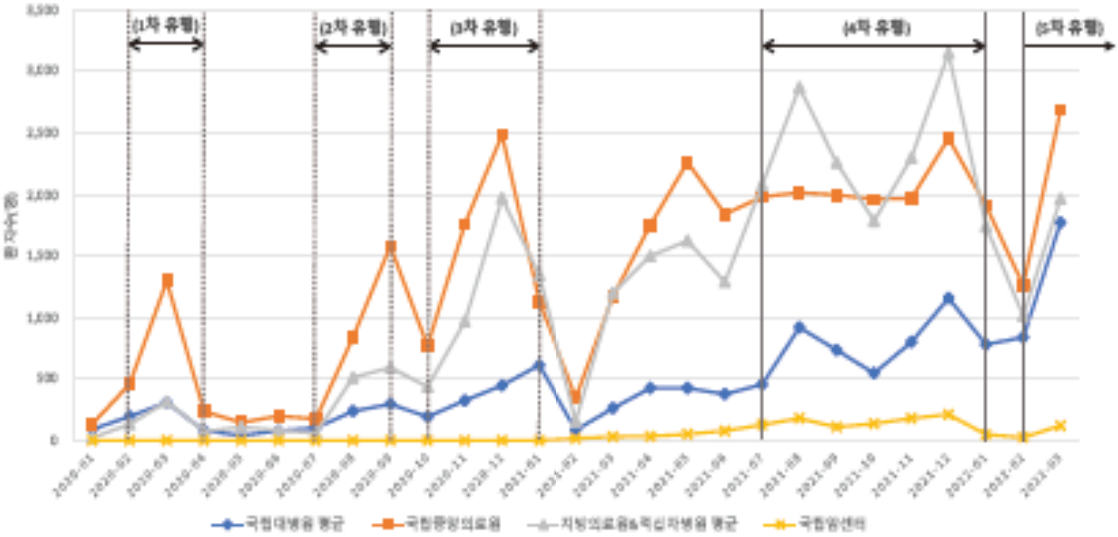


* 국립대병원평균 중 경북대병원, 경상대병원, 부산대병원, 전남대병원, 충남대병원은 분원 포함
* 2020년 국립암센터 코로나 전담병원 미지정
* 2020년도, 2021년도 국립중앙의료원 이동형 융합기 사업 관련 의료외비용 40,289백만원 제외

3. 공공병원 코로나 대응 차이

2020.1-2022.3 코로나 환자수 비교

2020.01-2022.03 코로나 환자수



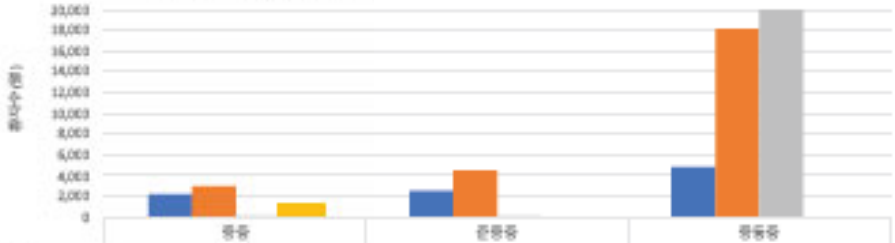
* 2020년 국립암센터 코로나 전담병원 미지정

3. 공공병원 코로나 대응 차이

2021.2-2022.3 중증도별 코로나 환자수 비교

- '21.2-'22.3 국립대병원평균 대비 **국립중앙의료원의 중증도별 환자수는 중증 1.3배, 준중증 1.8배, 중등증 3.8배**
- 지방의료원/적십자병원평균은 중등증 환자 비율이 99.1%, 국립암센터는 중증 환자 비율이 100%로 기관별 환자 중증도에 상당한 차이 존재

'21.2-'22.3 코로나 중증도에 따른 환자 분류



	중증	준중증	중등증
국립대병원 평균	2,209	2,588	4,833
국립중앙의료원	2,996	4,512	18,150
지방의료원&적십자병원 평균	82	120	23,661
국립암센터	1,137	0	0

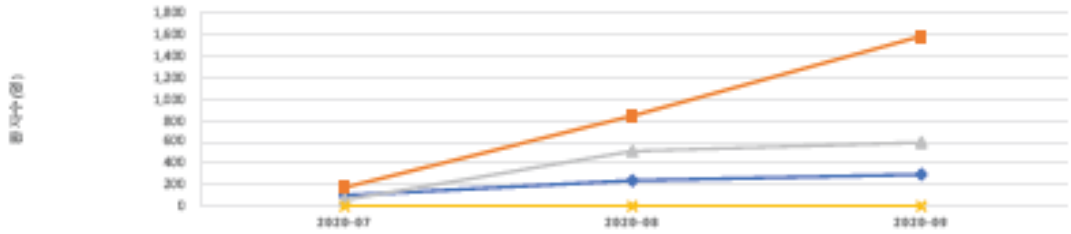
* '21.2-'22.3 기간 데이터만 중등도 구별 가능

3. 공공병원 코로나 대응 차이

2020.07-2020.09(2차 유행) 기간 비교

- '20.7~'20.9 국립중앙의료원 환자수가 급격히 상승하며 타기관 대비 가장 많은 환자수를 기록함
- '20.9 국립중앙의료원 환자수는 국립대병원평균 대비 5.3배, 지방의료원/적십자병원평균 대비 2.7배 높음

2020.07-2020.09 코로나 환자수



	2020-07	2020-08	2020-09
국립대병원 평균	302	239	296
국립중앙의료원	135	842	1,581
지방의료원&적십자병원 평균	59	515	555
국립암센터	0	0	0

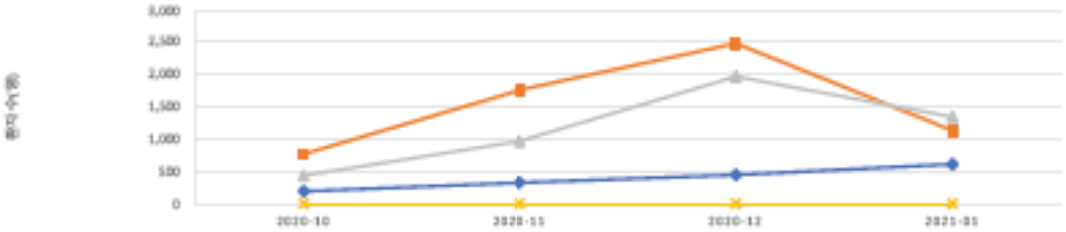
* 2020년 국립암센터 코로나 전담병원 미지정

3. 공공병원 코로나 대응 차이

2020.10-2021.01(3차 유행) 기간 비교

- '20.10월~'20.12월 국립중앙의료원 환자수가 꾸준히 상승하며 타기관 대비 가장 많은 환자수를 기록
- '20.12월 국립중앙의료원 환자수는 국립대병원평균 대비 5.6배, 지방의료원/적십자병원평균 대비 1.3배 높음

2020.10-2021.01 코로나 환자수



	2020-10	2020-11	2020-12	2021-01
국립대병원 평균	192	325	447	612
국립중앙의료원	769	1,761	2,485	1,133
지방의료원&적십자병원 평균	437	968	1,970	1,544
국립암센터	0	0	0	0

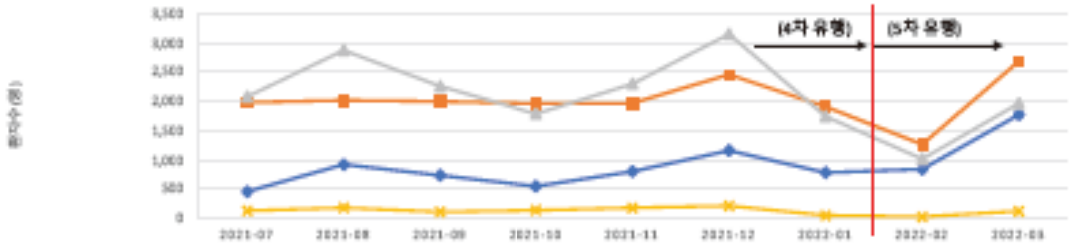
* 2020년 국립암센터 코로나 전담병원 미지정

3. 공공병원 코로나 대응 차이

2021.07-2022.03(4차 유행+5차유행 초입) 기간 비교

- '21.7-'22.1 지방의료원/적십자병원평균과 국립중앙의료원이 타기관에 비해 환자수가 현저히 높음
- '22.2 이후는 국립대병원평균과의 간격 감소

'21.07-'22.03 코로나 환자수



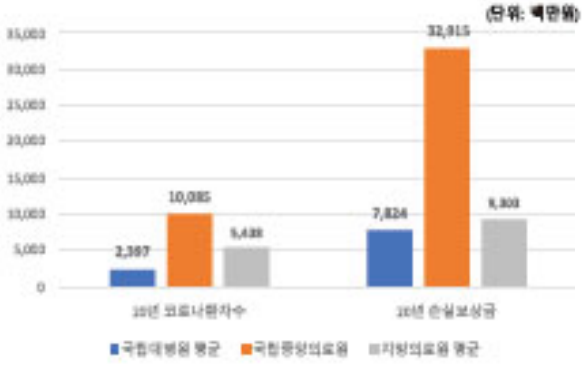
	2021-07	2021-08	2021-09	2021-10	2021-11	2021-12	2022-01	2022-02	2022-03
국립대병원 평균	456	919	734	546	801	1,157	781	838	1,771
국립중앙의료원	1,881	2,016	1,896	1,551	1,968	2,458	1,909	1,262	2,685
지방의료원&적십자병원 평균	2,079	2,872	2,259	1,785	2,299	3,150	1,741	1,014	1,965
국립암센터	128	180	109	137	179	211	48	24	121

3. 공공병원 코로나 대응 차이

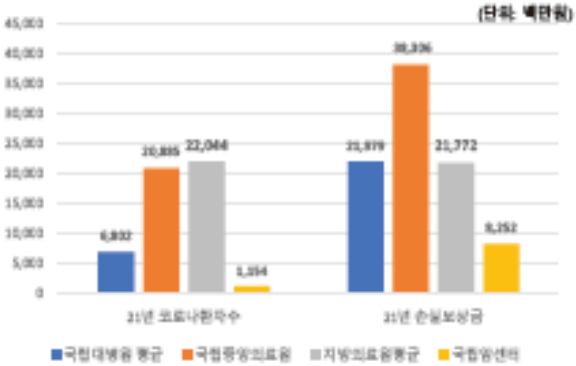
2020-2021년도 코로나환자수 대비 손실보상금 비교

- 국립대병원에 비해, 국립중앙의료원과 지방의료원평균은 '20년 대비 '21년 손실보상금 증가율이 환자수 증가율에 상응하지 못함. '21년도 손실보상금 지급기준에 따라, 병상 종류별 보상 배수가 개정되어 영향을 미친 것으로 보임

'20년 코로나환자수 대비 손실보상금 비교



'21년 코로나환자수 대비 손실보상금 비교



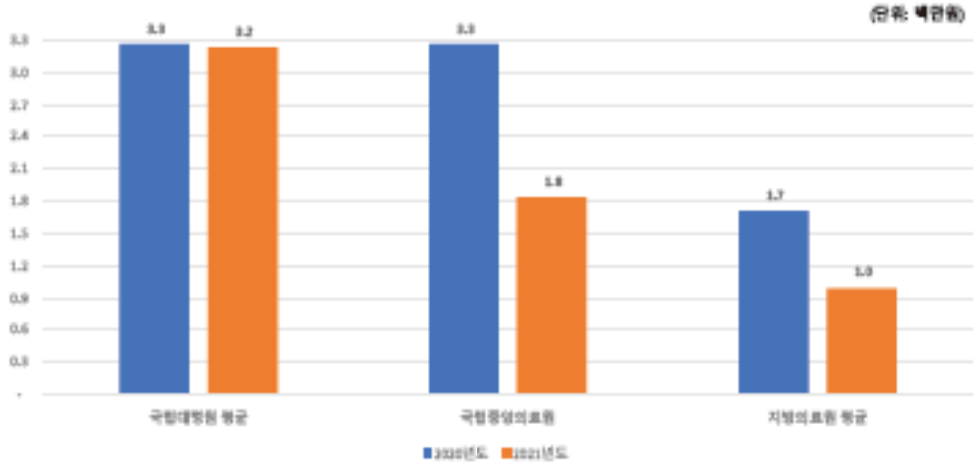
* 2020년 국립암센터 코로나 전담병원 미지정

3. 공공병원 코로나 대응 차이

2020-2021년도 1인당 손실보상금 비교

- '21년도 1인당 손실보상금을 비교하면, 국립대병원평균은 지난해와 유사하게 지급받은 반면, 국립중앙의료원은 1.5백만원, 지방의료원평균은 0.7백만원 하락함

'20-'21년 1인당 손실보상금



3. 공공병원 코로나 대응 차이

2020-2021년도 코로나 환자 비중 비교

- '20-21년도 국립대병원평균 전체 입원환자(530,630명) 중 코로나환자(9,199명) 비중은 1.7%에 그치는 반면, **국립중앙의료원 전체 입원환자(132,860명) 중 코로나환자(30,970명) 비중은 23.3%을 차지**함

'20-21년도 국립대병원평균 코로나환자 비중

'20-21년도 국립중앙의료원 코로나환자 비중

23

4. 코로나 19 의료대응의 문제

과거 국내 신종 감염병 유행과 대응

사스 (SARS)	신종플루 (H1N1 influenza)	에볼라 (ebola virus disease)	메르스 (MERS coronavirus)
2003년	2009년	2014-2015년	2015년
전세계 사망자수: 774명	전세계 사망자수: 17,438명	치사율: 25~90% 전세계 발생자수: 15,261명 전세계 사망자수: 11,325	
국내 발생 환자수: 0명 (의심환자 20명)	국내 발생 환자: 759,685명 국내 사망자: 270명	국내 발생 환자: 0명	국내 발생 환자수: 186명 국내 사망자수: 36명 16,692명 격리 시행
-범정부차원의 대응 -방역 시스템 가동 -격리치료병상 확보 -질병관리본부 탄생	-검역, 환자 격리 -동향 감시 -국가지정격리병상 -중앙재난안전대책본부	-서아프리카 의료진 파견 대응 (source control) -고위험 병원체 관리	-17개 병원에서 병원 간 전파 및 유행 발생 -대응 컨트롤타워 부재 -민관종합대응 TF 구축 -정보 공유 부족

24

4. 코로나 19 의료대응의 문제

메르스 유행 이후

- 대응 컨트롤타워의 부재
  - ➢근거 기반 대응 전략 수립 및 수행
  - ➢대응 기관의 교육, 관리
- 전담관리의료기관의 부족
  - ➢격리 시설을 갖춘 병실
  - ➢환자의 상태에 따른 전원 · 회송 시스템
- 정보 공유 및 위기 소통 부족
  - ➢과학적 근거의 생산 및 공유

→ **중앙감염병병원 설치 및 운영**

4. 코로나 19 의료대응의 문제

중앙감염병병원의 코로나19 대응

감염병 환자의 진료 및 검사

-경증,중등증,중증 확진자 진료
-투석,임신,수술 등 특수환자 진료
-진료 지침 마련
-중증환자 긴급 임시치료병상 설치
-COVID-19 중앙예방접종센터 운영

감염병 대응 교육 · 훈련

-검역소,의료기관, 생지 자문 교육
-중증환자 전담 간호사 양성
-수도권 공동대응 훈련
-백신 예방접종 교육
-중환자 의료진 교육자료 제작
-감염병 대응
-자원관리평가

감염병 대응 자원 관리 · 평가

-코로나19 중증환자 긴급치료병상 사업 지원
-권역별/수도권 병상 공동대응체계 구축
-코로나19 치료의약품 투여관리 지원
-이동형 음압기 등 장비지원
-코로나19 대응 의료인력 파견
-지자체 위기대응 역량강화 사업단 운영
-의료인력 보호 및 지원

신종 고위험 감염병 연구

-국가감염병임상시험센터 구축
-COVID-19 임상연구정보시스템(eCRF)를 통한 국내 -임상정보 생산 및 분석
-중앙감염병병원 BL-3 실험실 구축 진행
-질환의 기전 및 경과 파악을 위한 연구
-치료제 및 백신 관련 연구
-의료체계 대응 연구

조정 및 관리

-코로나19 전원지원 상황실
-수도권 통합환자분류반 설치 가동
-중앙임상위원회 운영
-정부 업무협약 및 국제방역협력
-중수본-방대본-국립중앙의료원 합동토론

4. 코로나19 의료대응의 문제

문제 1: 감염병 대유행에 대비한 국가 감염병대응체계의 한계

- 방역 체계 중심의 대응
  의료 체계와 대응전략의 차이 발생 → 적정 치료 부족사태
- 의료 전문성 활용 및 현장 필요 수용 부족
  의료전문성을 효율적으로 활용하고 의료 현장의 필요를 신속하게 파악하는 리더십 부족
- **공중보건위기 상황에서의 대응 주체 간 소통·협력 체계 부재**
  정부-의료기관: 대응 전략 공유 및 협력을 위한 구조적 체계 부족
  의료기관-의료기관: 환자 전원 및 의뢰·회송 시스템 미비
- 대유행 지속으로 인한 비코로나19 환자의 의료서비스 접근성 제한

4. 코로나19 의료대응의 문제

문제 2: 의료자원 조정을 위한 관리체계 부재

- 현장 대응을 고려한 병상자원배분 사용의 관리 조정 주체 부재
  효율적인 환자 의뢰, 전원 시스템 구축 미비
- 의료자원의 관리 미흡
  병상 운영에 필요한 장비 및 물자 확보, 관리 운영, 질 관리
- 훈련된 의료인력의 부족
  환자 진료 의료인 및 지원 인력의 부족
  유행 확산에 따른 추가 및 대체인력 동원 및 관리 체계 미흡
  대응 의료인력의 과중한 업무 부담 증가
  의료서비스 질 저하
- 특수 환자 대비책 미비
  수술·분만·투석 등 특수한 시설에서 관리 필요한 환자에 대한 진료계획 부족

4. 코로나19 의료대응의 문제

문제 3 : 과학적 근거 생산 및 이를 통한 위기관리 커뮤니케이션의 부족

- 임상 데이터 수집 분석 체계 부족
  병원체 변이에 따른 입 · 퇴원 기준, 격리 기간 설정, 치료 및
  예방 전략 수립을 위한 시의 적절한 분석 부족

- 대응 지침 개발 및 배포를 위한 근거 생산 기반 부족
  연구결과에 기반한 감염병 대응 병상 운영, 의료인력보호, 진료를 위한 근거 생산
  의료인력의 적절한 보호구 활용 관련 근거 마련

- 혼란과 갈등을 막기위한 일관된 의사소통 부족
  감염의 위험을 낮추고 안전한 생활을 위한 대국민 홍보
  정부-의료기관 간 감염환자 진료의 근거에 기반한 소통 부족

29

5. 감염병 의료대응체계의 구축

"방역과 의료는 대상자, 접근방식, 목적이 본질적으로 다름 "

(문제 원인)방역과 의료를 한 조직(주체)에서 대응 함으로서 전체 방역에 의료를 복속시키는 정책을 시행,
의료가 우선순위에 밀려났음

(현황)방역중심 대응과 달리 의료적 대응 측면은 미흡한 부분이 있었고, 이로 인해, 다음과 같은 문제점이 발생
불필요한 입원 증가, 비효율적인 의료자원의 소모, 입원 및 치료가 필요한 환자에 대한 적시/ 적정 치료 불가,
비코로나 환자의 진료 차질 등 부차적 피해(Collateral damage)가 발생

30

5. 감염병 의료대응체계의 구축

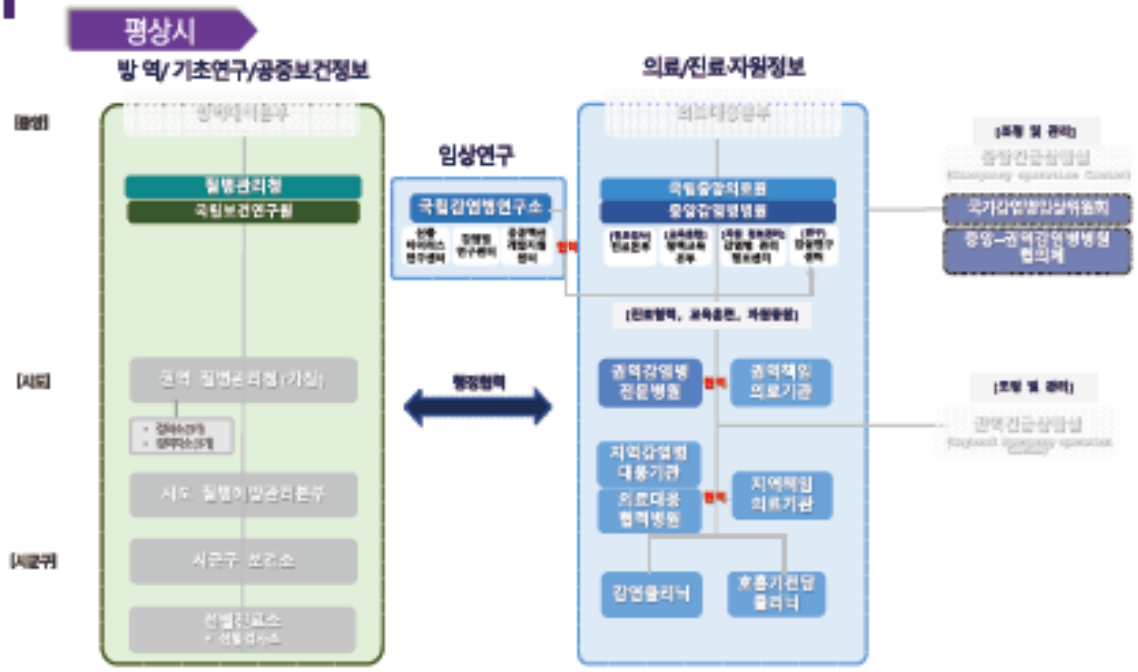
방역과 의료 대응은 목적과 대응 수단이 다르므로,
방역 중심 대응과 함께 적절한 의료 대응을 보장하려면

① 기존 방역 중심 대응체계를 보완하는 의료대응체계 구축 필요

② 효과적인 의료 대응을 가능하게 하는 리더십과 거버넌스 필요

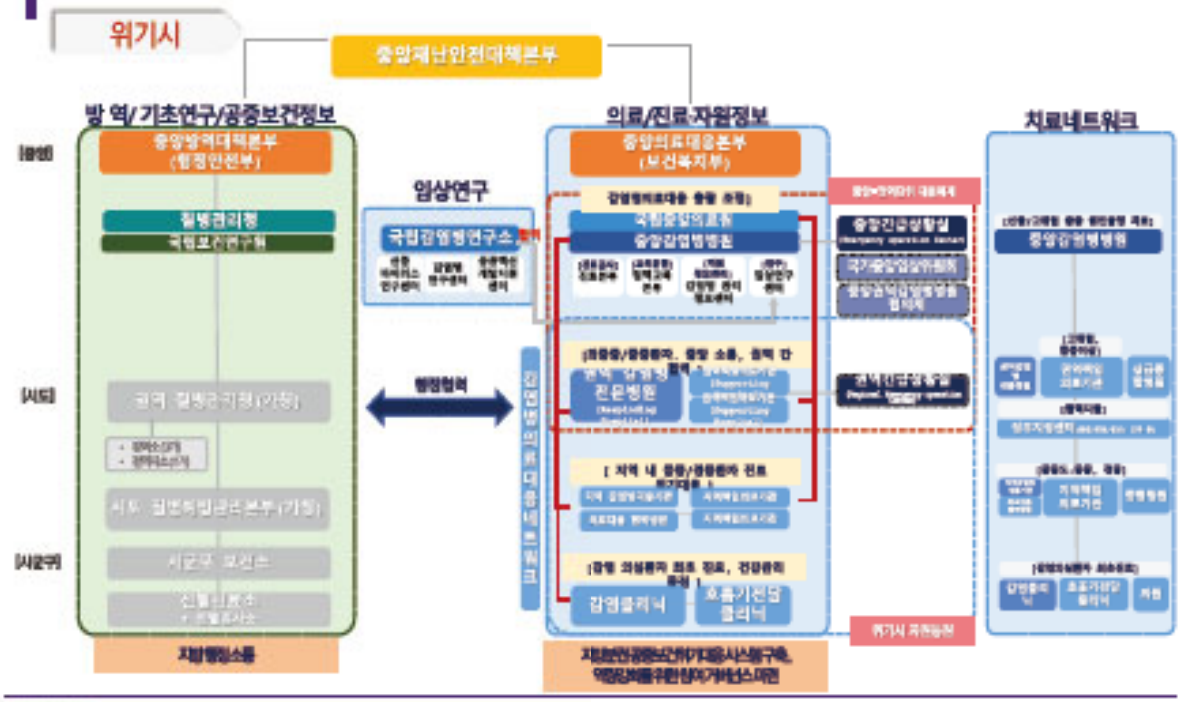
5. 감염병 의료대응체계의 구축

방역과 의료, 두 개의 축에 기반을 둔 새로운 거버넌스 체계 구축



5. 감염병 의료대응체계의 구축

방역과 의료, 두 개의 축에 기반을 둔 새로운 거버넌스 체계 구축



5. 감염병 의료대응체계의 구축

감염병 의료대응 전달체계 구축

감사합니다

주제발표 2

중환자실에서 겪는 의료자원 분배의 현실
– 의료인의 사회적 책무와 한계를 중심으로

문 재 영
(세종충남대학교병원 중환자의학과 교수)

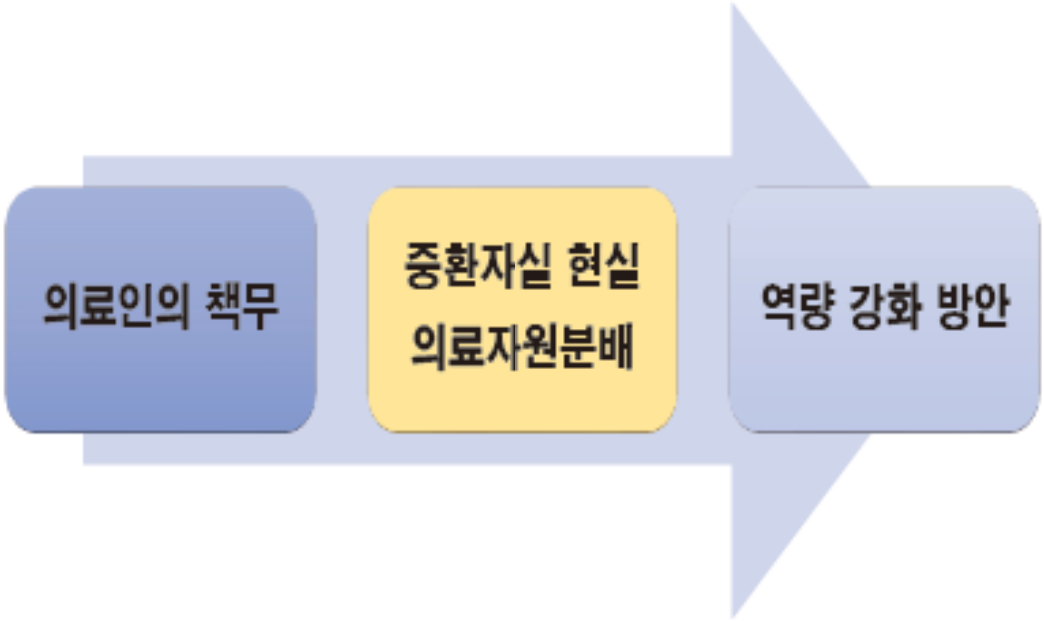
제17차 국가생명윤리포럼

중환자실에서 겪는 의료자원분배의 현실

(의료인의 사회적 책무와 한계를 중심으로)

문재영
중환자의학, 세종충남대학교병원
2022.12.16

순서



의료인의 사회적 책무

"의사와 전문가 단체들은 항상 환자들의 최선의 이익에 따라 행동할 책임이 있다 이는 개인 환자의 진료를 보다 넓은 공중의 건강 증진과 통합시키기 위해 공중보건 당국과 협력하는 것을 포함한다"

개별 환자; 최선의 이익/권리 보호

사회 전체; 공공의 건강 증진

WMA, Statement on Physicians and Public Health, Oct 2016.

사회의 의료인에 대한 책무; 사회적 동의

- 보호
  - 법적, 제도적 장치
    (예)백신 부작용, Triage 의사의 판단, 역학조사관 보호
  - 사회적 낙인과 차별로 부터
    (예)의료인 마트 이용 금지 공문(2020.5, 용인시)
  - 필요한 자원
    (예)의료자원, 개인보호장구, 재정적 지원, 감염 보상
- 권한

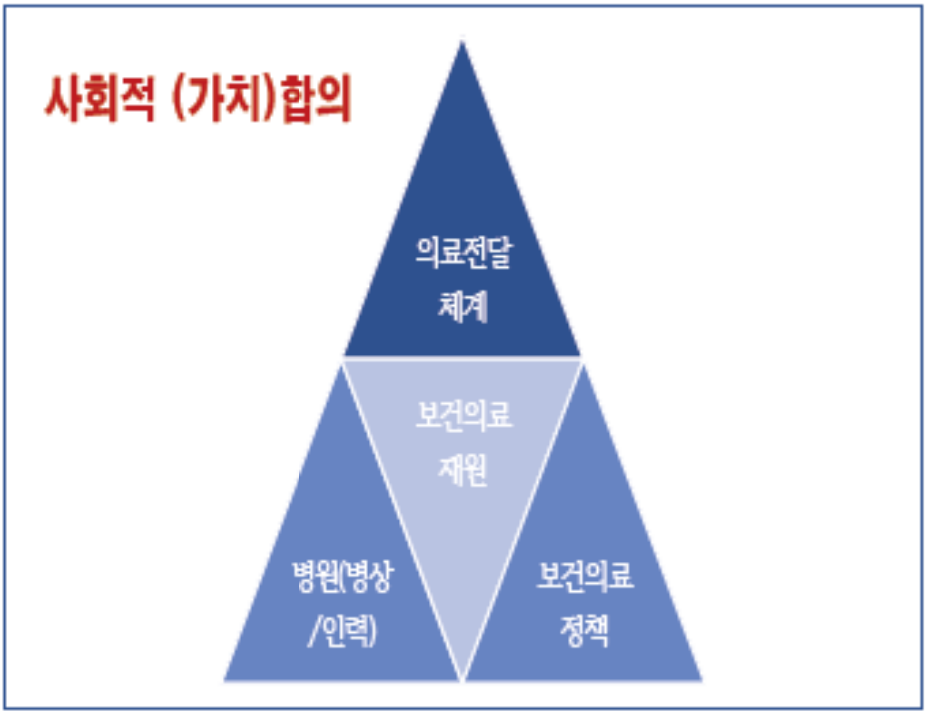
보건의료전달체계(중증 환자)

외래 환자 중심

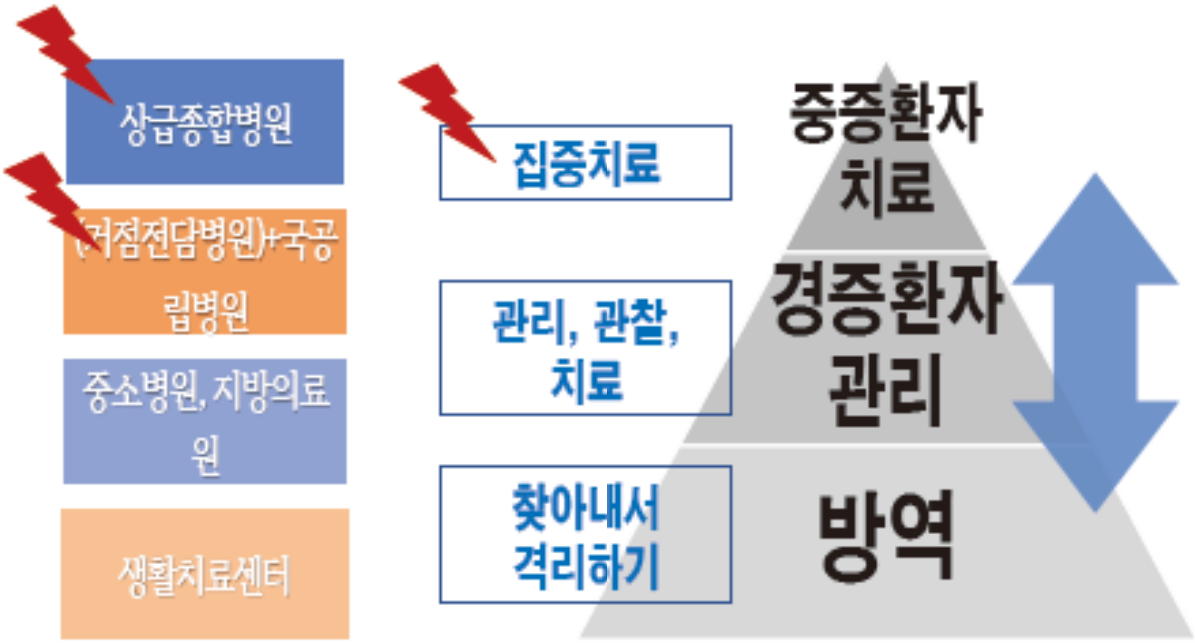
중환자; 환자 조건
병원 조건

(병원) 중증환자 진료 구조

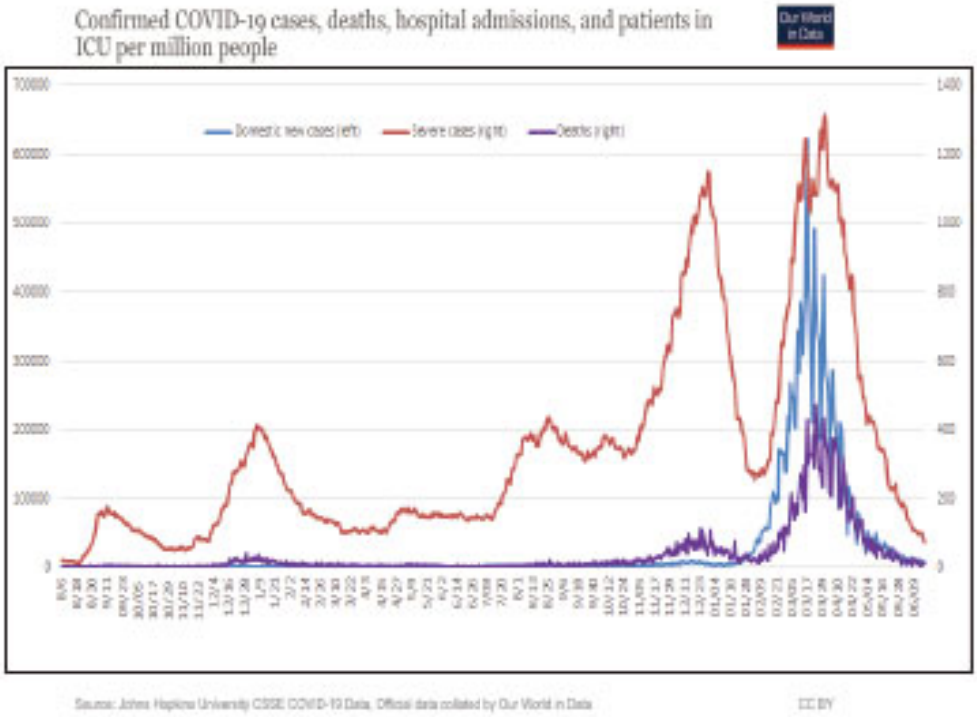
신종감염병/공중보건 위기 대응



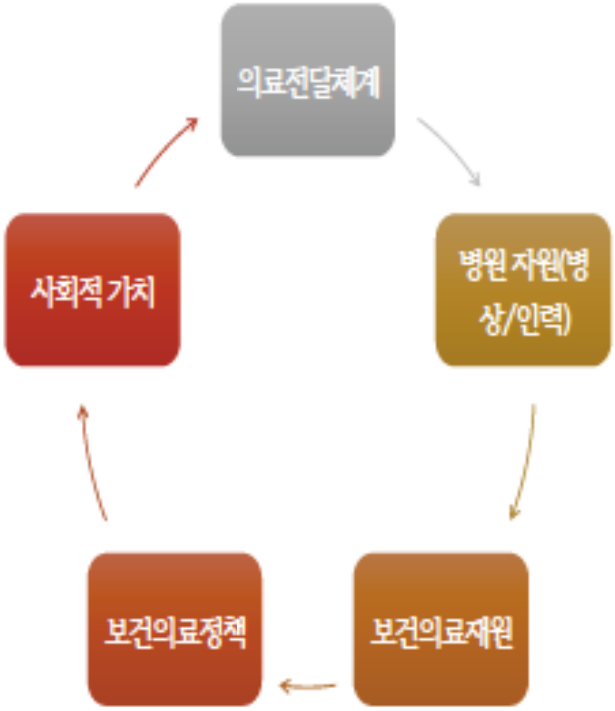
공중보건위기 대응; 중증 진료 단계 문제



COVID19 유행과 사망



위기 대응 자원분배 문제(실패)의 원인



1. (중증 환자) 의료전달체계

Q1. (대형) 상급종합병원이 많아지면 해결될까?

Q2. 종합병원의 중환자실 의무설치비율(5%)을 상향하면 해결될까?

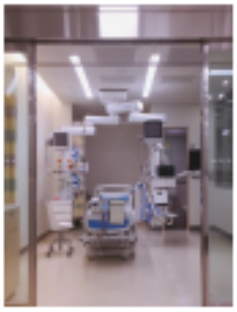
Q3. 중증 환자 진료는 누구에게 맡길 수 있는가?

Q4. 권역별 중증 환자 수용능력의 차이와 접근성(거리)을 해결할 수 있는 방법은? 공공의료기관은 (투자도 없이) 이대로 좋은가?

Q5. "필수진료(과목/분야)" 를 어떻게 정의하고 양성할 수 있는가?

Q6. 우리 사회에서 '최대다수의 생존' 과 '모두의 공평한 치료 기회' 중 무엇이 더 중요한가?

2. 병원 중환자실 환경, 구조, 인력



- 1인 격리실 환경; 감염병 수용 가능
- 독립된 음압격리 일반병동
- 독립된 음압격리 중환자실

비용;
공조시스템
펜던트
인공호흡기
혈역학모니터
중환자용 침대

대한민국
(중환자실)

• 오픈 병상 환경; 신종감염병 수용 불가

중증 환자 치료; 다양한 전문인력이 필요
(예; 호흡치료사, 전문간호사)

대한민국에는 의사, 간호사 외에 전문직종 없음

중환자실 간호사의 30~50%는 경력 1년 미만

국내 중환자실 병상; 격리&음압 가능

전체 769개 7%,

상종은 258개 2%

구분			병상수	
급성기 병상*				366,193
인구 1000명당 급성기 병상수				7.08(OECD 국가중 2위)
중환자실 병상 (집중치료실 포함)	전체 중환자실 병상 수	일반	11,073 (100%, A)	9,032(84.0%)
		소아		154(1.4%)
		신생아		1,887(17.5%)
	(상종) 중환자실 병상		4,602 (100%, 0.4A)	3,258(70.8%)
				143(3.1%)
				1,201(26.1%)
중환자&격리&음압병상	전체 중환자&격리&음압병상 (상종, 종합, 병원)			769(100%, 0.07A)
	상종 중환자&격리&음압병상			258(33.6%, 0.02A)
격리병상 (중복 미제거)	전체 격리병상			6,283(100%)
	상종 격리병상			1,081(17.2%)
	상종 격리&음압 병상			813(상종 격리실중 75.2%)

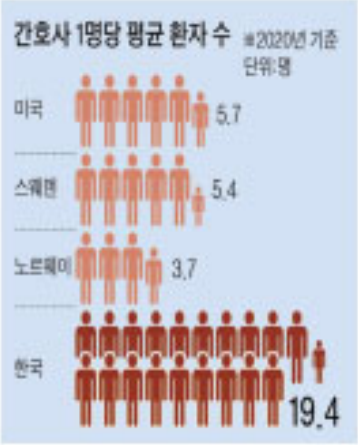
* OECD STATISTICS, 2018년 기준/ 요양기관현황신고 2022. 6. 기준

(중환자실 전담전문의) 평가 의료기관 중 56.7%

구분		계	
전체 의사 수(인턴포함)			109,752
전체 간호사 수			240,953
전체 기관 수			98,619
중환자실 적적성 평가 기준	기관 수(287, 100%)	상종	42(15%)
		종합	245(85%)
	중환자실 unit 수(517, 100%)	상종	179(100%)
		종합	338(100%)
	전담전문의 배치 unit 수 (293, 56.7%)	상종	149(78.4%)
		종합	144(42.6%)
	총 전담전문의 수		379(100%)
	전일 전담전문의 수 (271) * 반일, 전일 반일 혼용 존재	상종	168(44.3%)
		종합	103(27.1%)

(중환자실 간호인력) 간호사1인 담당환자 ≥ 2명

적정성평가1등급 266 unit의 병상수(환자수) 대비 간호사수 비율은 0.4이상~0.5미만이 75.9% (202 unit)



구분			계
전체 간호사수(전문 포함)			240,953
상종 간호사수			65,034
전체 기관 수			98,619
중환자실 적적성 평가 기준 *3차 기준	기관 수(287)	상종	42
		종합	245
	간호사수 : 병상수 (1:1.03)	상종	1:0.5
		종합	1:1.12

전체 병상 20개, 중환자실 간호사 수 40명 (비율 간호사:병상 = 2:1 ???), 5조 3교대.
40명/5조 = 8(명/조), 8명이 20병상 간호 → 간호사 1명 = 중환자 2.5명

(전문인력 양성) 중환자 전문간호사 (석사과정)

연간 50명 배출

중환자 전문간호사(8개)	성균관대학교 임상간호대학원	10명
	울산대학교 산업대학원	10명
	부산대학교 일반대학원	5명
	연세대 원주의과대학 일반대학원	10명
	인제대학교 일반대학원	5명
	동아대학교 일반대학원	5명
	충남대학교 일반대학원	5명
	서울대학교 일반대학원	

3. 재원과 정책

중증 병상 확보 = 인력 재배치 + 기존병상 폐쇄

수익악화 = 인력 감원 = 보건의료 대응력 약화

✓중증 코로나병상 10개 오픈

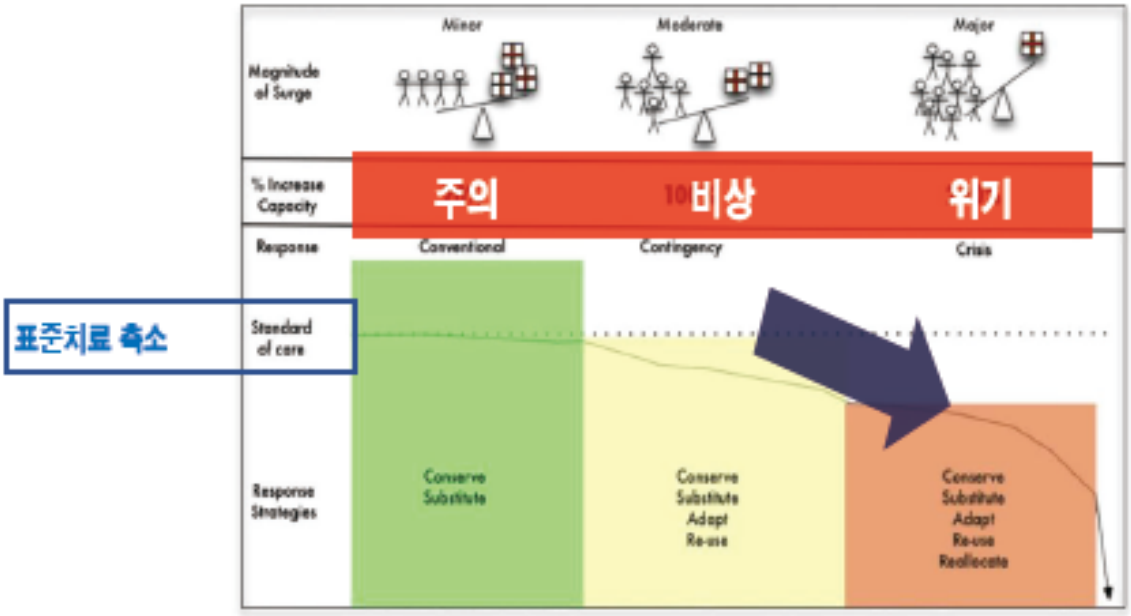
✓중환자실 간호사 25명(+10~15명) 동원

✓기존 중환자실 10-15병상 폐쇄 → 일반 중환자 초과 사망

- 장비, 자원 공급에 비해 의료인 절대부족
- 적은 수의 중환자 발생에도 전체 의료전달체계에 부담 가중

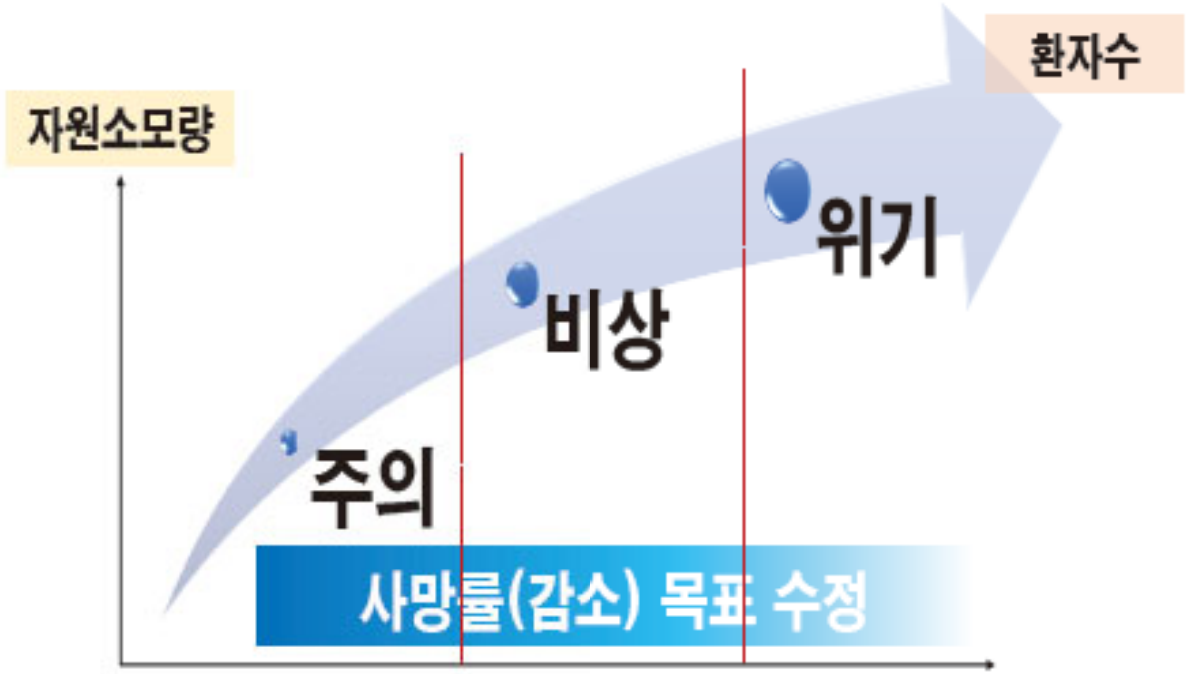
수요와 필요량에 따른 공중보건위기 대응;

표준치료 축소

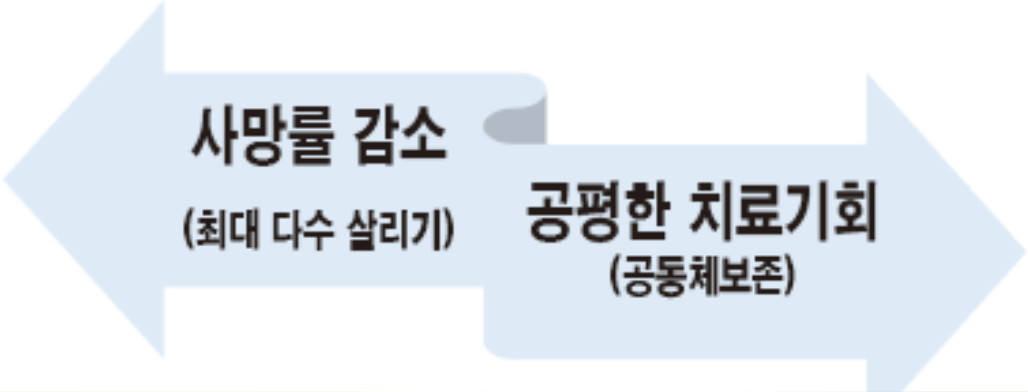


CHEST 2014; 146 (4_Suppl): e61S - e74S

자원의 효율적 사용 vs. 사회적 이익



사회적 (이익)가치 합의



중증치료 자원 동원(상종 중심)	최대 자원 동원(모든 병원)
다른 중증질환 치료수준 유지	치료수준↓, 사망률 증가 용인
중환자 이송 및 의료전달체계	자원부족 → 중환자실 치료 제한

사회적 이익 합의의 부재=현장 목표 부재

'모든' 환자를 '수용' 하고 '살리겠다' 목표??

- 상급종합병원에 환자를 집중
- 역량이 되지 않는 병원까지 거점전담병원 지정
- 역할이 다른 보라매병원/NMC/서울시립병원 희생

Risk Communication 부재

- 방역현장, 치료현장 부담 가중, 불신 초래

부적절한 자원 활용

더 많은 사망(?)

수용한계 초과

- 2020.12 요양병원환자(노인) 코호트 격리
- 부적절한 치료수준, 부적절한 치료 기회
- 공정한 치료기회 보장이 더 중요했다면

Triage (Disaster & Mass Casualty)

I. Sort

Primary field

II. Prioritizing

Entry to ER

III. Resource Allocation

Entry to ICU/OR

※현장의 판단에 대한 개인들의 법적 소송 가능성

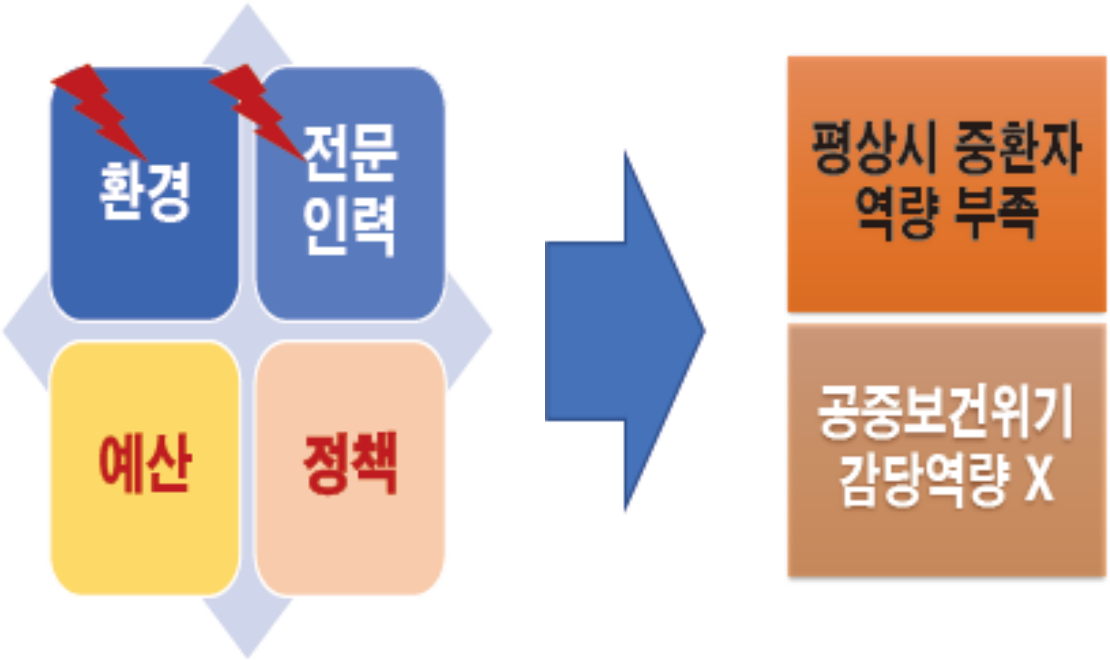
요약1

- 사회적 이익(가치)에 관한 합의/목표/소통이 없다면
- 정부 정책의 방향을 잡을 수 없고
- 현장은 목표가 없이 부담은 가중되고
- 결국 자원 낭비와 공중보건위기 피해(사망, 비용) 커짐

예) 무조건 열심히 한다고 성적이 올라가나요?

요약2

메르스 → 음압격리병상 → 감염병전문병원



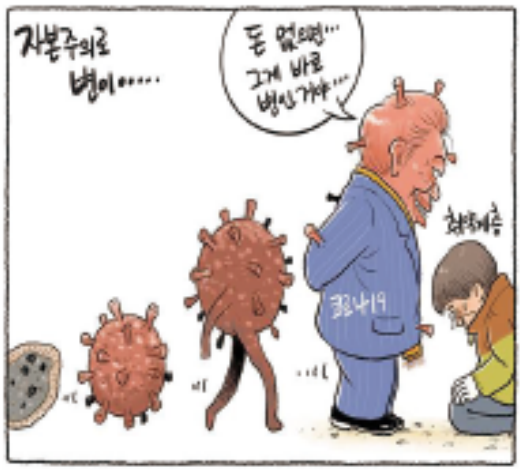
감염병 전문병원?, 재난(위기대응) 중환자실?

의협 "국공립 의료기관,코로나19 전담해야"

KMA 대한의사협회

개별 환자; 최선의 이익/권리 보호

의료인의 책무 → 도덕적 손상 → 사직/이직



요약3. 제도적 미비와 완화 돌봄 병상 부족

1. (평상시)의사의 중환자실에서 퇴실 권한 부재;

   (예시) 간병비

2. 회복이 어려운 임종 환자; 연명의료 유보결정 필요

   의료인의 법적 책임 부담, 완화의료 자원의 부족

3. 의료인의 윤리적 훈련 필요; 공공의 건강 증진 vs 개별환자의 치료

요약 4. 데이터

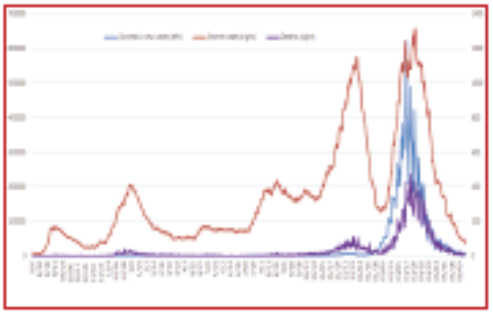
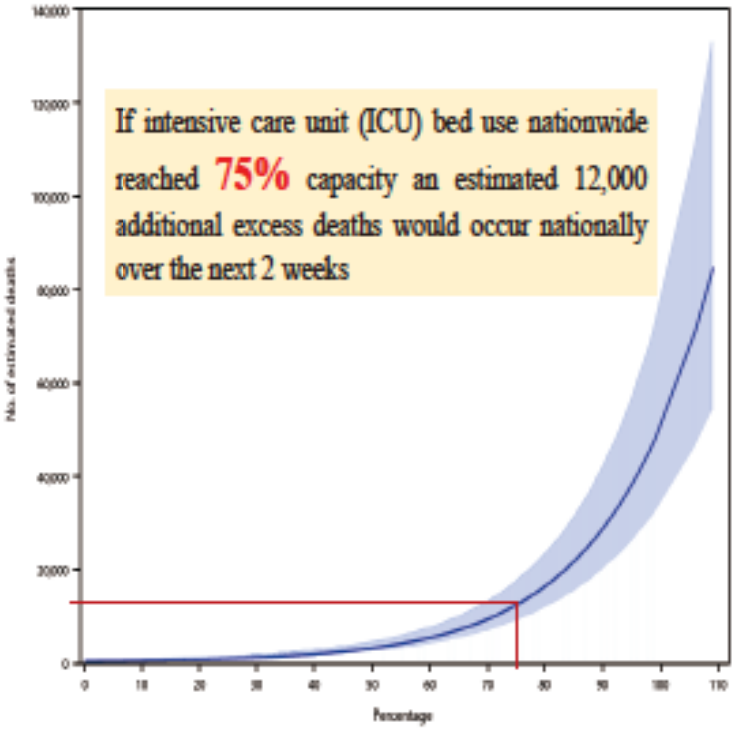
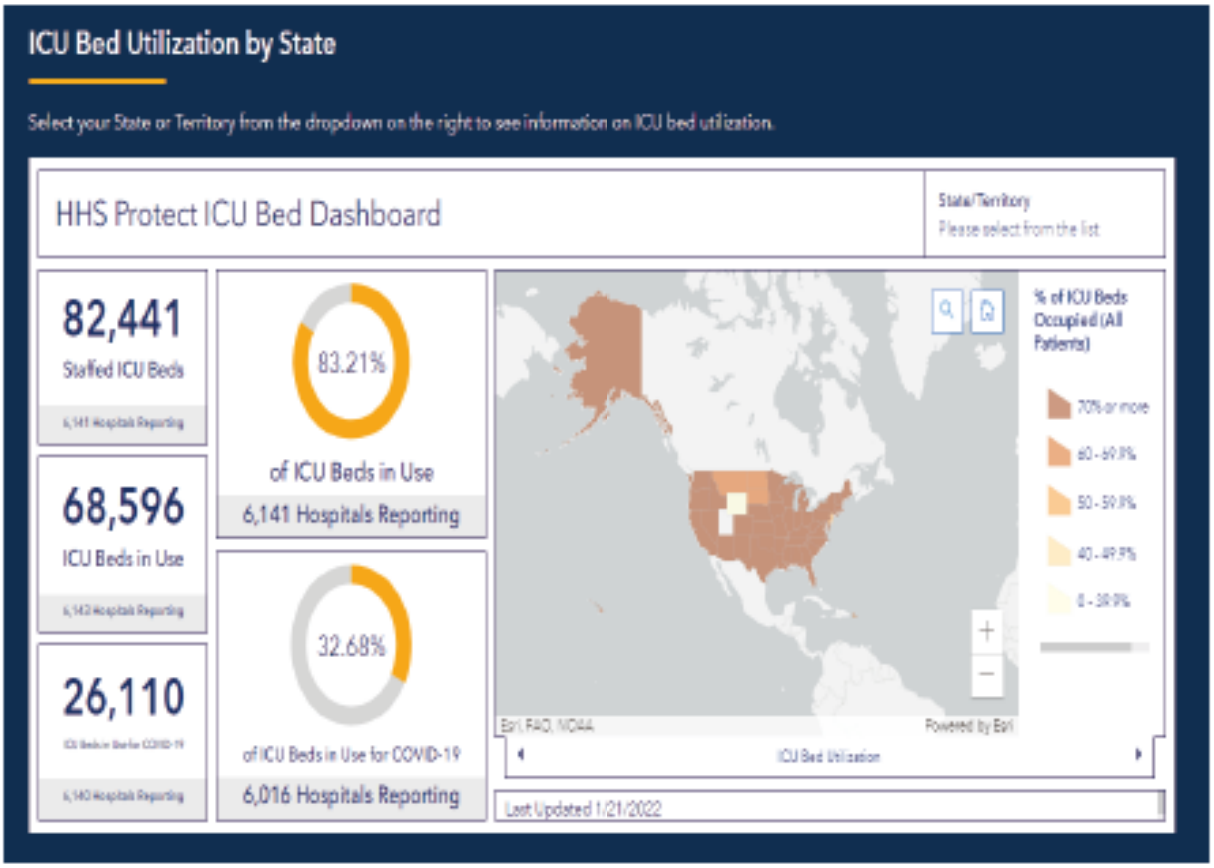


FIGURE. Estimated number of excess deaths* 2 weeks after corresponding percentage of adult intensive care unit bed occupancy — United States, July 2020–July 2021



*Upper and lower boundaries of shaded area indicate 95% CIs.

MMWR / November 19, 2021 / Vol. 70 / No. 46 1613



요약

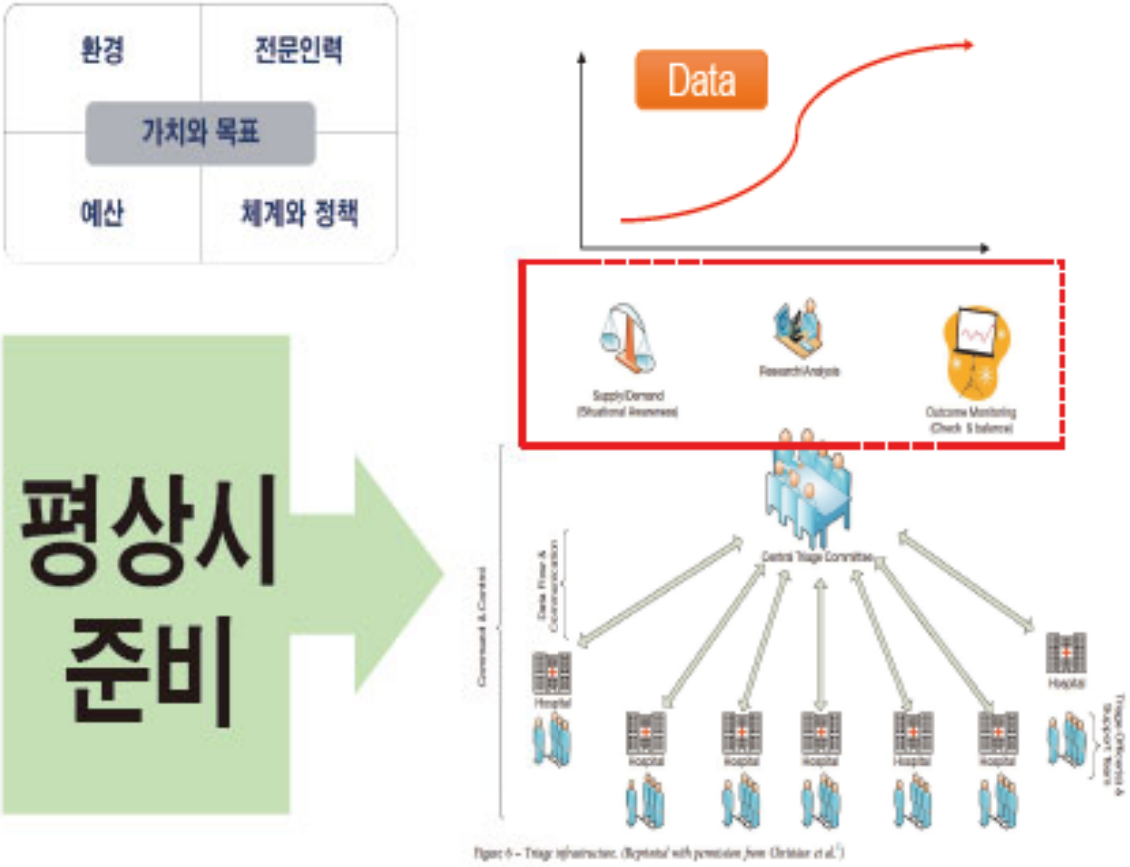
(사회와 의료계 모두)

- 위기대응 개념 부족 + 중증치료(시스템)에 대한 이해 부족
- Data 부족 + 자원의 수요-공급에 따른 제한 이해 부족
- 방역 이상의 의료기관 대응 계획 수립 한계
- 한정된 예산을 어디에 써야 최대의 효과를 얻는가?

  국공립병원 개선/설립 vs 상급종합병원 중증치료환경 투자

  국공립병원 적정인력확보 vs 중증치료 전문인력양성

  경증, 중등증 격리병상 vs 국가재난-위기대응 중증치료병상



결론

- 생명이 공공의 영역이고, 국가가 국민의 생명을 신종감염병(국가재난, 공중보건위기)에서 보호하는 것이 국가 안위를 보호하는 것임. 따라서 평상시 이를 위한 충분한 예산과 증장기 발전 정책, 법 제정 필요(예; 응급의료기본계획 → 중환자진료기본계획)
- 최대 다수의 국민을 살리는 것이 최우선 목표이겠지만,
- 과학적/의학적 근거에 기반하여 정책을 결정(예: 노인 우선 COVID19 백신)하여야 목표를 달성할 수 있음
- 이를 위해 국가와 지자체가 평상시 재난, 공중보건위기 상황에 대비한 중증진료체계와 자원 확보를 지원하고
- 보건당국과 의료계는 객관적 데이터 생성과 진료체계 발전에 협조함
- 그럼에도 불구하고 환자수와 동수의 자원 확보는 불가능(의료체계 붕괴)하므로, 이러한 위기가 예상될 때 국가는 이를 국민에게 설명하여
- 제한된 자원을 효율적으로 활용하기 위한 국민의 동의와 협조를 구해야.
- 의료계는 현장 의료인의 의료윤리 훈련을 강화하고, 중증치료체계, 완화돌봄체계를 발전시키는데 노력해야

주제발표 3

공중보건 위기에 필요한 의료전달체계 개편 방향

– 공공보건정책의 문제와 개선과제를 중심으로

정 형 준
(보건의료단체연합 정책위원장)

공중보건위기에 필요한 의료전달체계 개편방안

- 공공보건정책의 문제와 개선과제를 중심으로

정형준(보건의료단체연합 정책위원장)

1. 공중보건위기(코로나19)에 드러난 한국의료의 현실

1) 공공의료인프라(병원,인력,숙련도 등)의 절대적 부족이 들어남, 우선 2020년 코로나19 초기 동원된 병상은 공공병원이었는데, 이는 공공병원을 하나씩 거의 전부 비워 전담병원화 하는 방식이었음. 2020년 9월이 지나면서 확진자가 다시한번 확대되자, 노숙인진료 및 여타 공공의료를 행하던 서울동부병원, 서울적십자병원등도 모조리 코로나전담병원으로 동원이 됨. 이 때문에 그간 공공병원이 하던 일상적 진료와 그 대상인 환자들은 추적관찰이 되지 못함.

- 여기에 2020년 12월말, 2021년 11월말 두차례 큰 병상부족사태가 발생함. 두차례의 병상위기는 모두 겨울철 재유행과 결합되어 있어 예측이 가능한 상황이었으나, 가용가능한 공공병상이 이미 거의 동원되어 있어 이제 민간병상을 동원해야 하는 과정에서 생긴 지연현상이 컸음. 특히 2021년 11월말 발생한 델타변이시기의 병상부족에 대해서는 기존에 민간병원도 전담병원으로 지원받는 상황이었지만, 환자급증으로 상급종합병원의 중환자역량을 동원해야 했음에도 코로나19 2년동안 중환자역량은 거의 늘지 않았다는 사실을 역으로 증명했음.

- 2021년 11월에는 특정 보수언론과 의료인들이 국립중앙의료원조차 전담병원화 해야 한다는 주장까지 하게 됨. 이는 공공의료 전반의 조정능력은 물론 여타 진료능력까지 소실해야만 한국의료체계가 유지될 수 있는지에 대한 심각한 질문을 야기했음.

- 조금 더 하나씩 살펴보면 한국은 중환자진료역량이 매우 낮다는 것이 밝혀졌음. 미국 같은 경우 총병상 919,559개 중 만성기병상, 특수병원병상 제외한 지역사회종합병상(기관수 5,141개, 비영리 2,946개 영리 1,233개 공공 962개 / 추가로 연방정부병원(보훈병원등) 208개)은 787995개로 이 중 내외과계 중환자실은 55,663개, 심장중환자실 15,160개, 신생아중환자실 22721개, 소아 중환자실 5,115개, 화상중환자실 1,198개, 기타 중환자실이 7,419개임. 즉 총 중환자실은 93,676개로 즉 중환자병상 비중은 전체병상의 11.85퍼센트에 달함. 반면, 한국에서는 병상은 종합병원 152,104개

병원 163,608개로 익히 알고 있다시피 인구대비 매우 많음. (의원급,요양병원급은 지역사회종합병상에 포함하지 않음) 그런데 중환자실은 상급종합병원 3,200개, 일반종합병원 5,419개에 불과함. 2.4% 수준으로 중환자병상 비중이 낮음. 특히 중환자 진료를 많이 해야 하는 상급종합병원에서도 중환자실 비중이 5% 수준임. 사실 의료법 시행규칙, 의료기관의 시설규격에 따르면 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 5%이상을 중환자병상으로 만들어야 함. 결국 딱 이 정도의 중환자실만 보유했다고 볼 수 있음.

- 2020년 코로나19 팬데믹이후 영국,독일 등 대부분의 국가에서 중환자실을 늘리고 중환자진료역량을 강화한 것에 비해 한국은 전담병원을 만들고 몰아주기를 한 것 외에는 감염병재난대비의 의료대응을 한 것이 없음. 인력부분에서도 구체적인 중환자인력을 늘리기 위한 노력은 없었고, 고작 정치적수사로 하던 2020년 여름의 의사수 증원조차 의사협회의 반대로 구체적인 내용 조정도 못하고 있는 상황임. 소실보상제도도 전체병상수에 비례해 코로나대응병상을 내놓은 것에만 해당이 되어 중환자인력이나 숙련인력에 대한 추가적인 보상책이 없어 향후 중환자진료 및 감염병진료를 위한 숙련인력확대와 관련된 방안으로는 어떤 방향성도 제시하지 못하고 끝났음.

2) 컨트롤타워의 부재(민간자원과의 효율적 조정도 쉽지 않음)가 드러남. 코로나19시기를 거치면서 병상배분은 방대본(중앙방역대책본부)에서 주도했으나, 실제 운용가능한 병상을 조율할때 컨트롤타워로써 문제가 발생했음. 이 때문에 2020년 12월 병상부족때 결국은 중대본(코로나19 대응 중앙재난안전대책본부)에서 보훈병원, 일산병원등 질병청이나 보건복지부 관할이 될 수 없는 병상동원에 나서야 했음. 그리고 민간병상 동원은 중대본에서 강제지침을 내는 등 사전대응이 아니고 상황이 발생했을때 병상동원명령으로 수행되었음.

- 문제는 이 또한 중등도환자의 대부분을 전담병원이 치료하고 있고, 중환자들만 병상동원대상으로 해소됨으로써, 원할한 환자상태에 따른 병상운용이 불가능했음. 이는 애초에 전담병원체계를 고수하고, 중환자병상외 중등도병상도 같이 동원하지 못한데 기인함. 이런 문제는 병상동원과 관련된 컨트롤타워가 없고, 현재의 한국의료체계내 병상동원방안을 가진 곳이 없는데 기인함.

- 거기다 병상이 동원되면 인력이 자동적으로 동원될 수 있다는 '기계론적 접근법'을 보여줌. 병상을 추가로 동원하였으나 인력을 확충하고 진료체계에 대한 정비는 이뤄지지 않았음. 기존에도 병상이 비어있는 코로나19 환자를 진료하는 병원 중 정부가 동원한 병상이 비어있어도 인력 부족 등을 이유로

환자를 받지 못하는 사례가 계속된 바 있음. 정부가 코로나19 환자 진료용 중환자 병상에 진료비의 5배~10배를 추가로 지불하고, 최근까지 약 3조 원을 병원에 지원했다고 하나 병원은 인력을 충원하지 않았음. 현실에서는 병상이 동원되어도 인력이 없거나 인력의 집중현상이 가중되어 병상이 제대로 운영되는데 어려움이 발생함. 특히 상급종합병원에서 코로나 19 진료는 일부전문과에만 집중됨.

- 사실 정부는 병상을 동원할 것이 아니라 감염병센터를 지정하고, 이들 병원으로 하여금 병상과 인력, 장비를 확충하고 진료체계를 정비해서 지역별로 발생한 코로나19 환자를 책임지고 진료하는 체계를 구축했어야 함.

3) 이는 위험독박체계, 공공병원이 위험의 사실상 외주화된 형태였음. 이는 기존의료체계와 의 이분화되어 있는 체계를 강화시킨 효과가 발생하게 되었음. 코로나19를 거치면서 공공병원은 신종감염질환대응이나 재난대응을 위한 자원이란 인식이 커지고 있으며, 반면 민간의료기관들은 일상적인 진료 및 첨단진료를 행하는 '정상의료기관'으로 고정되고 있음. 이는 수도권 곳곳에 대학병원분원설립 러쉬가 발생하는 과정에서 이들병원이 지역보건체계의 일부라기 보다는 연구중심,첨단병원을 지향하고 있는 점에서도 드러나고 있음.

- 결국 이런 체계는 위험부담이 높고 수익성이 낮은 부분만 떼내서 공공에 이양하는 양태를 확대했는데, 이런 구조가 의료공급에서는 엄청난 비효율을 낳고 있음. 감염병환자 및 취약계층 환자들도 다양한 합병증과 중환자로 언제든 바뀔 수 있는 가능성을 지니고 있는데, 보편적 종합병원이 아니라 재난대응병원으로써의 모습이 주된 공공의료기관이라면 민간의료기관의 위험을 떠앉았다는 문제외에도 진정한 병원으로 작동할 수 없을 것임.

- 특히 이런 구조라면 공공의료기관에 양질의 의료인력과 숙련인력확보도 어려울 수 있음. 일상적 시기에 충분히 훈련되거나 진료량이 유지가 안되는 것도 문제이고, 이를 유지할 수 있는 종합병원의 규모가 확보되지 않는 문제도 결합될 수 있음. 이런 문제가 어제오늘의 문제가 아니었으나, 코로나19시기를 거치면서 더 악화되었다는 점은 매우 심각한 상황임.

- 끝으로 이런 이분법적 상황으로 현재 전담병원을 수행한 공공병원의 일상진료복귀는 어려워져 있으며, 병원의 심각한 재정문제가 야기되어 있음. 이런 재정문제는 '위험을 독박'쓴 댓가라고 할 수 있음.

4) 결국 전달체계부재가 온전히 드러남. 코로나19는 전달체계붕괴상태에서 공중보건위기시 한층더 심각한 문제를 드러냄. 코로나19와 같은 심각한 공중보건위기에서도 만성질환자 및 경증환자들은 여전히 대형병원에서 추적관찰되고 있었으며, 병상부족상태에서도 연기가능한 수술들도 대형병원에서 그대로 시행되었음. 반면 일차의료체계는 코로나19 대응에서 대규모 확산이 되어 선별검사가 확대된 2021년 10월까지 거의 아무 역할도 하지 못함.

- 일차의료는 환자의 중증도를 분류하거나 필요한 재택관리도 거의 하지 못했음. 유일하게 수행한 역할이 간이선별검사와 예방접종이 코로나19시기의 주된 역할이었음. 물론 이조차 못했다면 과연 한국의 일차의료체계는 존재하느냐는 질문이 가능함. 실태 재택치료로 불리는 확진자 재택관리도 대부분 병원급에서 수행했고, 일차의료기관은 코로나진료체계를 갖추게 된 것인 2022년 초로 봐야함.
- 이는 전달체계의 미비가 큰 영향을 줬음. 호흡기 외래진료가 가능한 일차진료기관이 없었다기 보다는 의료전달체계상 경증의 확진자 관리를 분담하지 못하고, 전담병원이 중심이 되어 경증환자는 대부분 격리를 시설에서 하는 방식을 추종했기 때문임.(생활치료센터와 같은 시설 격리형태)
- 결국 방역체계와 시민참여로 확진자발생을 상당부분 억제하여 나름 성공적인 코로나19방역을 수행했으나, 한국의 의료체계는 코로나19로 부터 긍정적이고 미래지향적인 방향성을 확보하기보다는 기존의 문제점의 악화 혹은 질곡의 강화로 나아가고 있음. 누구도 이런 문제의 해결책을 제시하지 못하고 있으며, 특히 정치권력과 정부가 이 문제의 심각성을 전혀 느끼지 못하고 있음.(2020년 여름 의사증원문제로 진료거부사태에 다다르면서도 보건의료개혁에 대한 필요성을 느끼는 정치세력이 없다는 점은 심각한 한국사회의 병리적 징후를 보여준다고 생각됨)

2. 현재 전달체계의 현황과 문제점

1) 지불능력을 중심으로 작동되고 있음. 한국의 전달체계는 실제로 수요자들의 지불능력 그리고 시간적인 접근성으로 움직이고 있는데, 대표적으로 일차진료와 병원진료의 본인부담금의 차등을 두어 이를 조절하는 게 유일함. 이는 자원배분을 필요에 따라 해야하는 보건의료체계의 속성을 완전히 무시하는 것임. 여기다 의원급진료에서 노인들에 대해서도 환자등록제나, 주치의제와 같은 번거롭지만 만성질환과 경증진료를 지역사회기반으로 바꾸는 노력보다는 일정금액이하 진료에 대해서 정액제로

큰 폭의 할인을 하는 제도로 이들의 병원이용을 자제시키고 있음. 이는 자연스럽게 행위량 증가를 통한 의사쇼핑을 유도하고 있어 앞으로 지속가능성도 낮다고 볼 수 있음.

2) 공급적 측면에서는 전달체계는 규모의 경제, 자본조달능력을 중심으로 작동되고 있음. 병상을 만들면 채울 수 있다는 시장경제적 원칙이 적용되고 있는 것인 한국의 현실임. 때문에 대형병원과 큰 병상 중심의 병원증축이 대안으로 제시되는 상태가 되고 있음. 특히 수도권에 밀집화된 병상은 지방의 의료수요를 다 빨아드리고 있음. KTX 이용이유의 두번째가 의료이용이라는 점은 이미 균형발전이란 측면에서 한국의 보건의료전달체계는 자본조달능력순으로 개편이 되었음을 상징함.

3) 의료수요에 맞추는 것이 아니고 의료수요를 창출하고 흡수하는 방식으로 효율화를 구축하고 있음. 위에 기술한 내용처럼 지불능력과 자본조달능력과 같은 경제적 능력으로 공급자와 수요자가 모두 움직이고 있어 의료수요를 지역의 필요나 전달과정의 필요가 아니라, 자본 스스로가 창출하고 있음. 연구과제인 로봇수술이나 중환자비율과 상관없이 과도한 영상장비 및 치료장비의 도입이 그러함. 이러한 장비나 수술등의 확대는 실제로 의료수요를 창출하는 방식으로 문제를 해결하고 있음.

4) 의료기관의 지역 불균형, 특히 공공의료기관은 부처별 분사되어 있고 지역간 불균형은 물론 절대부족한 상황임. 이는 전달체계를 구축하고 싶어도 필수적인 수준의 의료기관이 지역에는 없고, 특히 공공의료기관으로라도 이를 구축해야 하는데, 그러기에는 한국의 공공의료기관은 너무나 부족한 상황임. (표1.2)

- 본고에서는 공공의료기관의 절대적 부족에 대해서는 최대한 논외로 하겠음. 이 문제 해결을 위해서 필요한 전달체계 및 컨트롤타워 문제를 중심으로 개혁방안등을 제기하겠음.

(표 1)소관부처별 공공의료기관 현황(2019.12.31. 기준)

유형	소관 부처	개소	의료기관 종별 기관수
국립대학교병원 (23)	교육부	23	병원(1), 종합병원(4), 상급종합병원(11), 치과병원(6), 한방병원(1)
특수병원 (11)	보건복지부	2	국립암센터(1), 국립중앙의료원(1)
	대한적십자사	7	병원(3), 요양병원(1), 종합병원(3)
	과학기술정보통신부	2	한국원자력의학원(2)
공단 소속 병원 (17)	국가보훈처	6	한국보훈복지의료공단(병원 1, 종합병원 5)
	보건복지부	1	국민건강보험공단(종합병원 1)
	고용노동부	10	근로복지공단(병원 3, 요양병원 1, 종합병원 6)
지방의료원 (36)	지방자치단체	30	병원(7), 종합병원(23)
	보건복지부(경기도)	6	종합병원(6)
지자체 병원(103)	지방자치단체	103	의원(1), 요양병원(85), 병원(13), 치과병원(1), 한방병원(1), 종합병원(2)
중앙정부 소속병원 (31)	국방부	19	병원(18), 종합병원(1)
	경찰청	1	종합병원(1)
	법무부	1	요양병원(1)
	보건복지부	9	요양병원(2), 병원(7)
	국토교통부	1	병원(1)

(표 2)17개 시도별 공공의료기관 현황 및 비율(2019.12.31. 기준)(단위: 개,%)

구분	의료기관			병상			인구 천명당 병상수
	전체	공공	공공기관 비율	전체	공공	공공병상 비율	
전국	4,034	221	5.5	640,746	61,779	9.6	1.19
서울	527	21	4.0	76,964	7,952	10.3	0.82
부산	396	10	2.5	65,632	3,957	6.0	1.16
대구	213	9	4.2	35,220	3,640	10.3	1.49
인천	194	8	4.1	29,898	1,338	4.5	0.45
광주	269	8	3.0	37,786	2,678	7.1	1.84
대전	125	7	6.4	20,699	2,958	14.3	2.01
울산	100	1	1.0	14,308	-	-	-
세종	10	1	10.0	1,082	-	-	-
경기	791	30	3.5	118,856	8,504	7.2	0.64
강원	99	20	19.2	15,467	3,618	23.4	2.35
충북	110	10	9.1	18,858	2,815	14.9	1.76
충남	169	14	7.1	25,457	3,451	13.6	1.62
전북	208	12	6.3	36,223	3,458	9.5	1.90
전남	225	22	9.8	39,281	5,159	13.1	2.76
경북	232	24	10.3	41,328	4,481	10.8	1.68
경남	343	22	6.4	59,235	6,340	10.7	1.89
제주	24	5	20.8	4,452	1,430	32.1	2.13

주 : 전체 의료기관은 2018년 기준 건강보험심사평가원에 신고된 병원급 이상 의료기관을 대상으로 하였으며, 상급종합병원, 종합병원, 병원, 보건의료원, 치과병원, 한방병원, 요양병원을 모두 포함하고 있음

3. 의료전달체계 개편의 걸림돌

- 현재 의료공급자들의 각자 이해관계로 합의가 어려움. 즉 경쟁체제의 승자들의 버티기 즉 기득권의 문제임. 병원급의 외래문제, 의원급의 병상문제가 중요한 경제적 문제로 남겨져 있음. 양보를 서로 하더라도 개별의료기관들의 양보문제는 다를 수 있음. 결국 이러한 합의를 위한 부단한 논쟁과 토론, 대화가 필요함. 지속가능성 없는 체계를 가지고는 미래지향적이고 공생할 수 있는 체계마련이 곤란하다는 공감대라도 확산이 되어야 함.
- 여기에 앞서 보았듯이 공적영역의 지리멸렬함. 공적가용자산의 부족, 공적자원 컨트롤타워의 부재가 크게 일조하고 있음. 국공립대 및 공공의료기관들의 연계도 원할치 않고, 공공의료기관간의 전달체계나 협업도 되고 있지 않아 모델로써 작동하지 못하고 있음. 국립대병원들도 외래진료에 상당부분을 의존하고 있고 적절한 회송에 나서지 못함. 보건소를 제외하고는 일차의료기관의 대부분이 개인의원으로 지역기반의 일차진료체계에서의 공공영역이 부족함.
- 현행 행위별수가제 기반의 지불제도의 문제도 심각함. 행위량을 늘리는 데에만 집중하게 되어 있어 환자진료의 단계적 이용과 자원배분에 투여된 시간과 노력은 반영이 안됨. 특히 개별병의원이 행위량 증가를 위해 환자를 유치하는 것에 집중하면서 전달체계가 작동할 수 있는 기반이 전혀 작동되지 못함. 전달체계개편을 위해서라도 지불제도 개편은 더이상 미룰 수 없는 과제임.
- 끝으로 제약, 의료기기, 보험 등 의료외 민간사업이 보건의료영역에서 과도한 팽창을 거듭하고 있음. 이들 산업은 전달체계와 같은 자원의 효율적 활용에 적대적임. 산업발전을 위해서는 총량을 늘리는데 집중할 수 밖에 없음. 의료기기 판매나 더 많은 투약을 위해서 전달체계 개편에 사실상 반대하게 됨. 여기에 민간보험은 최근 실손보험의 과도한 팽창으로 앞서 이야기한 지불능력중심의 전달체계 부분까지 와해시키고 있음. 민간보험으로 지불능력이 과잉되는 것도 심각한 문제이고, 여기에 편승한 의료공급자의 무분별한 낭비의료도 심각한 장애임.

5. 개선과제

- 현실적으로 가능한 방향은 전달체계 개편방향의 일관성을 확보하는 것임. 이는 결국 자본조달능력이 큰 병원부터 개혁하는 방향성이어야 함. 병원의 외래진료, 특히 만성질환이나 경증질환을 효과적으로 줄이고 지역사회 일차의료기반으로 조정하기 위한 노력이 우선되어야 함. 병원과 의원의 문제로 이를 등치하고 사고해서는 문제 해결이 어려울 것임. 이는 공공의료기관에서도 마찬가지로

국공립대학병원부터 전달체계에 걸맞는 체계로 개편해야 함. 국공립병원이 이런 개편과정에서 받게되는 손실을 우선적으로 해결하면서 양질의 전달체계 개편의 모델로 자리잡도록 해야 할 것임.

- 공공의료 컨트롤타워 설립, 관리체계의 일원화(국립대병원의 지휘체계확립부터), 교육병원에 대한 공익적기능 확대이 필요함. 이에 대해선 뒤에 좀더 자세히 다룰 것임.

- 병원급 지불제도개편이라도 착수해야 함. 민간병원까지 한번에 지불제도의 개혁이 어렵다면 공공병원부터 질관리중심의 지불제도로 바꿔야 함. 지불제도를 양이 아니라 질을 우선시하는 체계로 개편해야 공공의료기관도 민간의료기관처럼 행위량을 늘리고 검사를 늘리는 방식이 아니라 지역사회 진료 및 필수의료와 전달체계내 역할에 매진할 수 있음.

- 끝으로 이러한 노력과 함께 근거중심의학의 기초하에 타산업의 보건의료부분에 대한 영향력을 줄여야 함. 이를 위해서 민간보험의 진입을 차단하고 실손보험의 역할을 축소하기 위한 노력이 필요함. 보건복지부가 실손보험 상품등의 건강보험 및 의료체계에 영향을 미치는 금융상품에 대한 통제가 가능하도록 법률적 대안이 마련되어야 함. 제약,의료기기의 시장진입을 투명하고 근거중심으로 개편해 보건의료체계에 미칠 수 있는 영향을 국민건강증진에 기여하는 방향으로 셋팅해야 함.
보건산업증진이라는 산업적 목적으로 의료전달체계에 영향을 미치게 방치해선 안됨.

- 공공의료체계의 (비가역적인) 구조적 변화를 만들어내는 정책결정이 필요함. 이를 위해 다음을 제시함.

1) 공공의료관리청(가칭) 설립

2) 건강증진기금의 건강보험지원 재정 지원 중단과 건강증진기금 내 공공보건의료계정 신설

3) 국립대병원의 관리부처를 보건복지부로 이관하고, 공공의료체계 거버넌스내 역할부여

4) 공공병원에 근무하는 (가칭) 공공임상교수 1천 명 확보

5) 국립대의과대학과 연계해 지역 공공의료 인력 확보(선발에서부터)

6. 공공의료컨트롤타워 도입(제한사항)

1) 공공의료 컨트롤타워의 필요성은 코로나19 및 외상 및 응급질환, 심뇌혈관질환, 만성질환, 감염질환에 대한 조기대응 및 자원배분, 병상정책 등에서 현재의 분절적 대응을 극복하기 위해 제기됨.

- 컨트롤타워는 물적인프라(공간, 즉 병원)와 인적인프라(의료인, 즉 공공보건의료인력) 확보, 양성, 배분, 조정, 동원 등을 수행.

- 한국의료는 시장공급으로 인한 '의료공급 불균형'이 가장 큰 문제임. 의료공급의 지역적 불균형은 인프라 뿐 아니라 인력에서도 발생함. 이를 해결하려면 기관, 인력, 재정의 포괄적인 관리와 투입이 요구. 특히 의료수요에 능동적으로 대응하기 위해서도 통합관리가 유리하며, 기피지역에 인력배치를 위해서도 순환근무, 안정적인 노동조건을 제공할 수 있는 컨트럴타워가 필요함
- 이를 통해서 1) 수직적 수평적으로 통합하고 2) 인적교류와 교육훈련을 효율화하며 3) 기능적 재정적 효율성을 높이는 것을 목표로 하고 4) 노동자의 안정적 일자리를 제공할 수 있음.

2) 개혁 방향

공공의료확충 – 취약지 및 주요 거점에 공공병원 확충을 통한 공공병상확보, 재난상황 대비.

관리일원화 – 관리체계 일원화 및 이를 통한 관리효율화(재정일원화).

현재 지방의료원과 국립대병원의 이중적 관리체계의 비효율성 등을 해소하는 차원에서 교육부 소관의 국립대 병원을 새로운 컨트롤 타워가 관장하여 공공 보건의료기관 관리운영체계 통합 일원화.

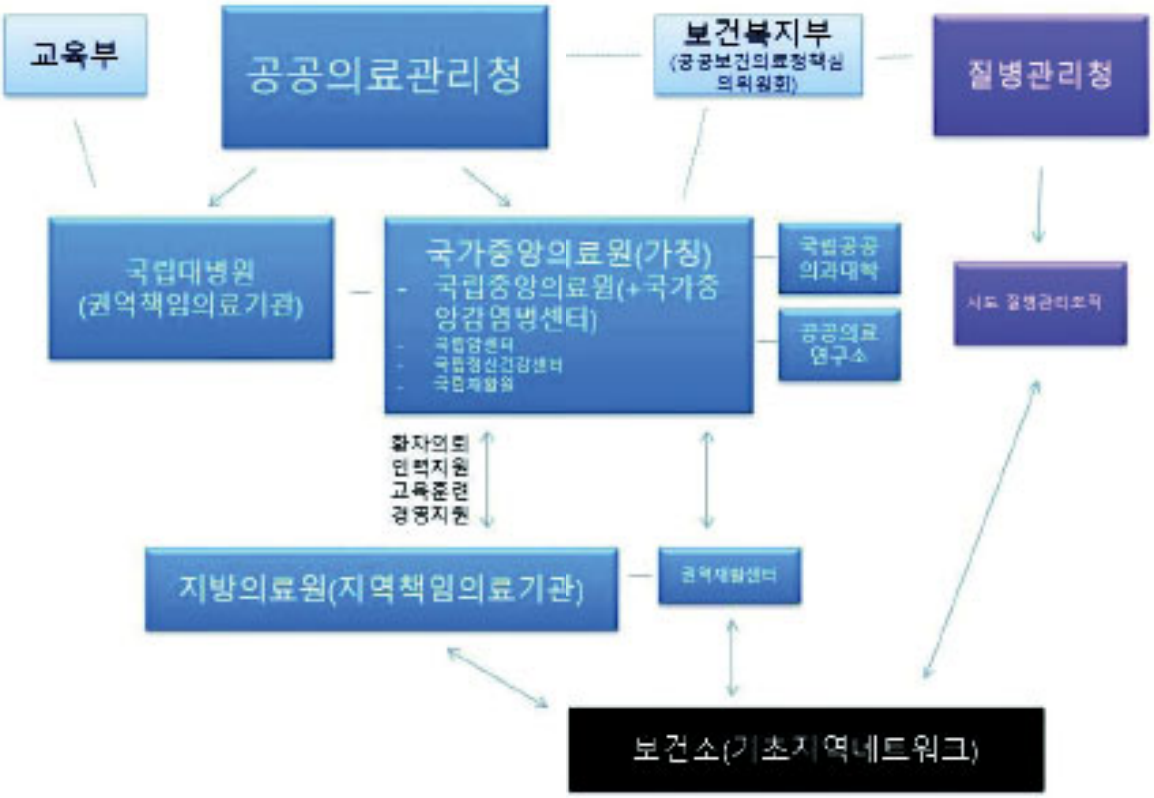
인력수급 – 인력충원,인력순환제,인력배치 효율화를 통한 인력수급향상.

질관리 및 안전화 – 서비스 질 관리를 통해 안전관리강화 및 치료효과향상 지향.

민간의료 적정화 – 공공의료기관 확충과 관리통합을 통해 지역별 민간의료기관을 선도.

3) 제안 모델

- 공공보건의료사업 및 그 공공보건의료 전달체계를 관장하는 중앙행정기관인 '공공의료관리청' 신설을 제안하고, 이를 위한 공공보건의료체계의 거버넌스 구성과 역할을 개편하고, 관리운영 집행기관 및 기능을 대폭 개편하며, 공공의료 확충 및 공적 운영에 관한 국가의 재정책임성을 강화하기 위한 제도 개혁을 제안함.(그림1)



7. 소결

- 너무나 부족하고 불균등한 공중보건의료자원이므로 우선 이를 획기적으로 늘리는 것이 절대적으로 욕구됨. 전달체계와 관련해서는 컨트롤타워의 복원, 재구성 부터 시작할 수 있음. 컨트럴타워가 있어야 공공의료재정의 운영이 분산되지 않고 효율적이고 일관성있게 집행될 것임.

- 전달체계 개편은 병원급 더 나아가면 상급종합병원, 국립대병원에서 부터 시작되어야 일차의료영역의 형태변화를 유발할 수 있고, 이를 기반으로 지속가능하고 보편적인 전달체계확립이 가능해 질 것임.

- 지불제도개편, 진료영역의 조정, 의료인력의 확충 등은 첨예한 이해관계가 걸려있어 꾸준하고도 지속가능한 논의구조와 토론 논쟁이 필요하면 이런 과정의 사회적 합의도출을 위한 민주적 의사결정구조도 중요함. 이런 결정구조는 의료공급자와 정부만의 담판으로만으로는 가능하지 않음.<끝>

패 널 토 의

좌장

이윤성 (한국보건의료인국가시험원 원장)

토 론 자

박형욱 (단국대학교 의과대학 교수)

강희정 (한국보건사회연구원 보건정책연구실장)

김계현 (대한의사협회 의료정책연구소 연구위원)

박대진 (데일리메디 편집장)

조은영 (한국YWCA 연합회 부회장)

박 향 (보건복지부 공공보건정책관)

패 널 토 의

박 형 욱
단국대학교 의과대학 교수

토 론 문

박형욱(단국의대)

○ 임준 센터장님은 방역대응과 의료대응을 구별하며 국립중앙의료원이 의료대응을 맡아야 한다는 발제를 해 주었음. 세 가지 의문점이 있음.

○ 첫째, 감염병예방법은 질병관리청을 우리나라 감염병예방의 일차적 담당자로 규정하고 있음. 그럼에도 불구하고 방역대응과 의료대응을 구별하며 감염병예방법과 관련 법률에 아무런 근거도 없는 국립의료원이 의료대응을 담당하고, 질병관리청은 방역대응을 담당해야 한다는 개념은 매우 이상함.

- 감염병예방법은 우리나라 감염병예방 대응에서 기본이 되는 법률임. 감염병예방법 제7조는 감염병 예방 및 관리계획의 수립에 대하여 규정하고 있음. 여기에는 1. 감염병 예방·관리의 기본목표 및 추진방향, 2. 주요 감염병의 예방·관리에 관한 사업계획 및 추진방법, 2의2. 감염병 대비 의료·방역 물품의 비축 및 관리에 관한 사항, 3. 감염병 전문인력의 양성 방안, 3의2. 「의료법」 제3조제2항 각 호에 따른 의료기관 종별 감염병 위기대응역량의 강화 방안, 4. 감염병 통계 및 정보통신기술 등을 활용한 감염병 정보의 관리 방안, 5. 감염병 관련 정보의 의료기관 간 공유 방안, 6. 그 밖에 감염병의 예방 및 관리에 필요한 사항 등 감염병예방에 관한 거의 대부분을 포괄하고 있음. 이러한 기본계획은 질병관리청장이 보건복지부장관과 협의하여 수립시행하도록 되어 있음. 요컨대 감염병에 대한 전문적 대응에서 감염병예방법은 보건복지부보다 오히려 질병관리청을 일차적 담당기관으로 상정하고 있음. 이에 따라 질병관리청에는 감염병정책국, 감염병위기대응국, 감염병진단분석국 등 관련 기구가 존재함.

- 반면 국립중앙의료원은 국립중앙의료원의 설립 및 운영에 관한 법률에 따라 설립된 법인임. 이와 비슷한 성격이 서울대학교병원임. 서울대학교병원은 서울대학교병원설치법에 따라 설립된 법인임. 서울대학교병원설치법은 법인의 사업 중 하나로 공공보건의료사업을 포함하고 있지만 서울대학교병원(법인)은 공공보건의료사업과 관련된 행정청의 권한을 부여받은 조직은 아님. 마찬가지로 국립중앙의료원설치법은 법인의 사업 중 하나로 감염병과 관련된 사업을 포함하고 있지만 국립중앙의료원(법인)은 감염병예방과 관련된 행정청의 권한을 부여받은 조직이 아님.

○ 둘째, 발제문은 의료기관으로서의 역할과 행정청의 역할을 구별하지 못하고 있음. 발제문은 앞에서 국립중앙의료원이 "의료기관"으로서 어떠한 역할을 했는지를 집중적으로 기술하고 있음. 그런데 뒤에서 갑자기 국립중앙의료원이 행정청의 기능에 가까운 의료대응을 맡아야 한다는 결론으로 비약하고 있음.

- 발제문은 중간 부분에서 코로나19 의료대응의 문제를 거론하지만 이것이 결론, 즉 국립중앙의료원이 의료대응을 맡아야 하는지로 이어지기 위해서는 1) 코로나19 의료대응을 질병관리청이 담당하니 어떠한 문제가 발생하고 있는지 2) 그 문제가 질병관리청의 조직과

어떻게 연결되는지 3) 그 업무를 질병관리청과 분리하여 국립중앙의료원이 의료대응을 맡으면 왜 잘 될 것인지에 대한 논거가 제시되어야 함. 그런데 그런 내용은 전혀 없이 갑자기 국립중앙의료원이 의료대응을 맡아야 한다는 결론으로 비약함.

○ 셋째, 방역대응에는 의료대응이 포함되며 의료대응 없는 방역대응은 불가능함. 이 둘을 나눈다는 게 이해가 되지 않음. 그럼에도 굳이 조직적으로 업무를 구별해야 한다면 오히려 질병관리청은 감염병정책국, 감염병위기대응국, 감염병진단분석국을 기초로 상대적으로 좁은 범위의 의료대응을 맡고, 보건복지부는 조금 넓은 범위의 방역대응을 맡는 것이 더 타당함.

- 따라서 국립의료원이 좁은 범위의 의료대응에서 어떤 역할을 맡고 싶다면 국립의료원의 소속을 질병관리청으로 바꾸어 질병관리청과의 관리-협력체계를 구축하고 의료대응에서 일정한 역할을 담당하는 것이 법률이나 정부조직 체계상 더 합당함.

○ 국가생명윤리포럼의 제목의 핵심 키워드는 "공중보건위기"와 "공정한 분배"인데 이런 주제에서 국립중앙의료원이 의료대응을 맡아야 한다는 주장은 너무나 거리가 먼 주장임.

- 구글에서 "public health crisis" & "distributive justice"라는 키워드를 찾아 구글 검색을 해 보면 다음과 같은 내용의 논문이나 보고서가 검색됨. Allocation of Ventilators in a Public Health Disaster, Health equity and distributive justice considerations in critical care resource allocation, Call for Action to Address Equity and Justice Divide During COVID-19...

- 특히 Call for Action to Address Equity and Justice Divide During COVID-19라는 문건은 COVID-19이 아래 인구집단에 미친 영향을 다루고 있음. Healthcare Workers, Lower Socioeconomic Communities, Ethnic or Minority Groups, Immigrants and/or Refugees, Justice-Involved Populations, Remote Areas, Chronic Diseases, Cardiovascular Disease, Cancer Populations, Chronic Neurological Patients, Mental Health, Critically Ill Patients and Their Families.

- 물론 발제 2에서 중환자실의 문제가 논의되니 발제 1에서는 거버넌스의 문제를 논의하는 것도 가능함. 다만 거버넌스의 문제를 다룬다면 코로나19 대응과정에서 질병관리청의 의료대응에 어떠한 문제가 있는지 그 해결책은 무엇인지 제시하는 것이 우선되어야 함. 예를 들어, 보건복지부가 공정한 의료자원 분배를 못했다면 어떻게 업무를 개선하면 공정한 의료자원 분배를 할 수 있을지를 논의하는 것이 우선되어야 함. 이런 논의 없이 갑자기 새로운 보건복지부를 만들어서 공정한 의료자원 분배를 이루어내자고 주장한다면 정말 공정한 의료자원 분배에 관심이 있는 것인지 아니면 조직 확대와 이익을 말하고 싶은 것인지 의문이 들 수밖에 없음.

○ 정형준 정책위원장님은 발제에서 공공의료관리청의 설립과 공공의료컨트롤타워 도입을 제안해 주었음. 공공의료를 잘 발전시켜야 한다는 취지에 공감하지 않을 사람은 없음. 그러나 매우 여러 가지 의문이 듦.

○ 첫째, 공공의료관리청은 '보건복지부의 기존 부서'와 어떤 다른 역할을 하는 곳인지 이해가 되지 않음.

- 발제자는 공공보건의료사업 및 공공보건의료를 관장하는 중앙행정기관인 공공의료관리청을 제안하고 있음. 그런데 현재의 보건복지부는 민간의료관리청인가? 보건복지부는 공공보건의료사업이 아닌 민간보건의료사업을 하고 있다는 것인가? 보건복지부에서 가장 중요한 건강보험정책은 민간의료정책인가? 전혀 아님. 모두 공공의료정책임.

- 발제자는 감염성질환에 대한 조기대응 및 자원배분, 병상정책 등에서 현재의 분절적 대응을 극복하기 위해 공공의료컨트롤 타워의 필요성이 있다는 문제제기를 함. 그런데 지금도 공공의료컨트롤 타워가 있고 그것이 보건복지부임. 이는 보건복지부의 행정에 문제가 없다는 의미가 아님. 발제자의 표현대로 "현재의 분절적 대응"이 있다면 왜 발생했는지, 복지부의 여러 부서에서 왜 그 문제를 해결하지 못했는지, 어떠한 수단으로 그러한 문제를 해결할 수 있는 것인지, 왜 현재의 복지부의 여러 부서는 그러한 수단을 사용할 수 없었던 것인지, 새로 공공의료컨트롤타워를 만들면 왜 그러한 수단을 사용할 수 있는 것인지... 등등에 대한 논거 없이 공공의료컨트롤타워를 제안하고 있다는 점에서 이해가 되지 않는다는 의미임.

○ 둘째, 발제문은 코로나19 2년 동안 중환자 역량은 거의 늘지 않았다고 기적하고 있으며 민간의료기관이 위험의 외주화를 했다고 비난하고 있음. 이에 관한 의견임.

- 이국종 교수는 2017년 아주대 교수신문에 이런 글을 기고하였음. 자기 팀 의사들은 일년에 몇 번 집에 가지 못할 정도로 열심히 환자 진료에 매진하는데 자신은 교수별 진료실적에서 연간 10억 원의 적자를 내는 원흉이 되었다는 한탄이었음. 지금은 나아졌겠지만 그렇다고 중증외상진료가 많은 이익을 내는 부서라거나 지원자가 많다는 이야기는 들어 본 적이 없음.

- 결국 우리나라 중환자진료 역량이 거의 늘지 않았다는 것은 중환자진료에 헌신하는 의료인들을 제대로 평가하고 지원하지 않았다는 것을 의미함. 이런 상황에서 우리나라 공공의료의 대부분을 담당하는 민간의료기관은 중환자진료 역량을 키울 생각을 하지 못하는 것임. 감염병 환자 진료도 마찬가지임.

- 힘들고 어려운 일을 하는 분야에 많은 보상을 해야 함. 열심히 일한 사람들이 제대로 보상받게 하고 적정한 근로시간과 휴가를 보장받을 수 있는 시스템을 만들어야 함. 왜 중환자실을 잘 운영하면 병원 운영에 큰 도움이 되는 수가정책이나 재정지원을 이루지 못하는 못하는가? 그렇게 만들면 안 되는가? 그러한 정책이 공공의료청이 없으면, 공공의료컨트롤 타워가 없으면 해결할 수 없는 문제인가? 전혀 동의하기 어려움. 지금도 할 수 있

으며 해야 함. 더 나아가 이런 문제들이 마치 민간의료기관의 이기심 때문이라고 전달한다면 이는 마치 이국종 교수의 이기심 때문에 중증외상진료가 잘못된 것처럼 떠드는 것과 비슷한 것임. 이는 분명히 정책의 실패임.

○ 발제문의 제목은 공중보건위기에 필요한 의료전달체계 개편방안임. 그런데 의료전달체계를 어떤 수단으로 어떻게 개편하겠다는 것인지 이해가 되지 않음.

- 공중보건위기가 아니라도 공정한 의료분배의 문제는 늘 상존하는 것이며 그것을 해결하기 위한 제도가 의료보장제도이며 그 하부과제가 의료전달체계임. 평상시에 의료분배의 문제와 관련 정책의 문제점을 가장 잘 드러내는 분야가 응급환자 진료임.

- 일본의 대학병원 응급실에는 많은 전문의가 상존하지만 진료하는 환자는 매우 적음. 20명의 전문의가 진료하는 대학병원 응급실에 환자가 하루 3-4명만 있다고 전하는 언론 기사도 있었음. 집에도 잘 가지 못하는 이국종 교수팀의 사례와는 너무도 다른 현실임.

- 전담 의사만 40여 명에 전용 ICU 수술실 등을 갖추고 있는 데이코대학병원 응급의료센터의 후지카 교수는 "적자가 나면 3분의 2를 정부에서 지원해 준다"고 말함. 요컨대 중증응급의료센터는 진짜 중증외상환자에게 분배될 수 있도록 전달체계를 만들어 놓았고 그걸 유지하는 수단은 정부의 재정지원이라는 것을 알 수 있음. 만일 정부의 재정지원 3분의 2가 없어진다면 중증외상진료체계가 유지될 수 없음은 분명함. 그리고 그러한 상황에 되었을 때 그것을 민간의료기관의 이기심 때문이며 위험의 외주화라고 비난하는 것은 정당하지도 않음.

○ 공공의료 어떻게 발전시킬 것인가? 이 문제는 그동안 정부가 우리나라 공공의료를 어떻게 관리해 왔는지 근본적인 문제점을 인식하는 데서 출발함. 정부가 정책을 추진하는 수단은 재정지원과 규제가 있음. 세세한 것보다는 이러한 큰 틀에서 큰 문제점을 이해하는 것이 중요함. 공공의료기관의 입장과 민간의료기관의 입장에서 살펴봄.

- 소방서를 운영함에 있어 소방관이 출동하며 출동서비스를 제공하면 그 대가를 받아 운영하게 하면 소방서가 제대로 운영될 리 없음. 당연히 예산을 지원하며 소방서를 유지하고 있음. 그런데 공공의료기관은 예산을 지원하며 유지하는 게 아니라 돈 벌어 유지하라고 하는 체제임. 우리나라 공공의료기관의 문제점은 여기에서 출발함.

- 2020년 1월 30일 WHO는 코로나19로 인한 국제공중보건비상사태(Public Health Emergency of International Concern, PHEIC)를 선포했음. 2020년 국회는 코로나19에 대응한다는 명목으로 4번에 걸쳐 총 66.8조원의 추가경정예산을 확정했다. 이 엄청난 재원 중에 방역대책과 관련된 예산은 불과 3.5조원으로 5.2%에 불과하였음.

- 2002년 헌법재판소는 요양기관강제지정제에 대하여 합헌 결정을 내렸음. 그런데 헌재는 사실조사를 통해 사회보험 방식을 취하는 선진 외국에서 요양기관을 강제로 지정하는 제도를 취하고 있는 국가는 없으며 모든 국가가 보험자 또는 국가와의 계약을 통하여

보험의를 확보하고 있다는 사실을 인정하였음. 그럼에도 불구하고 합헌 결정을 내린 이유에 대해 헌재는 궁색하게도 우리나라에 공공의료기관의 수가 적기 때문이라고 하였음. 공공의료기관이 적은 것은 누구 때문인가? 민간의료기관 때문인가? 그럴 리 없음.

- 발제문에도 제시되어 있지만 우리나라 공공의료기관의 비중은 매우 낮음. 정부예산은 2002년 111조 9,767억원에서 2019년 477조 1천억원으로 크게 늘었음. 그런데 공공의료기관의 병상은 2002년 전체 의료기관 병상의 15.1%에서 2019년 전체 의료기관 병상의 9.7%로 크게 감소하였음.

- 우리나라에 공공병상이 적은 것은 돈이 없어서가 아님. 공공의료는 국민 모두의 부담으로 지켜내야겠다는 마음이 없기 때문임. 그 출발에 요양기관 강제지정제라는 강제 수단이 있음. 국민 모두의 부담을 손쉽게 의료인/의료기관에 지워 해결하니까 국민 모두의 부담으로 공공의료를 지켜내야 한다는 의식 자체가 없어진 것임. 그리고 문제가 발생하면 민간의료기관을 탓하고 자본을 탓함. 이는 민간의료기관의 문제가 없다고 말하는 것이 결코 아님.

- 2023년 소아과 전공의 지원율이 16.6%에 불과했음. 세브란스 병원 등 55개 병원에서 지원자가 0명이었음. 급기야 가천대 길병원은 소아과 입원 진료를 잠정 중단한다고 밝혔음. 가천대 길병원은 민간의료기관임. 그런데 이런 일이 민간의료의 문제이며 공공의료의 문제가 아니라고 할 수 있을까? 당연히 공공의료의 문제임. 건강보험환자이니까.

- 우리나라의 공공의료는 공공의료기관의 입장에서 보나 민간의료기관의 입장에서 보나 재정지원이 아닌 규제와 강제로 지탱해 온 것임. 그래서 의료기관 종별마다 차이는 있지만 기본적으로 박리다매와 비급여로 연명해 왔는데 소아과의 경우 백신 등 그나마 그나마 있는 비급여가 줄고 저출산으로 박리다매가 막히면서 한계에 부딪친 것임. 이와 비슷하게 중환자 진료나 응급 진료, 감염 진료는 평시에도 연명만 하게 만들어 놓은 것임. 이런 상태에서 갑자기 공중보건 위기가 오면 민간의료기관이 감염병에 전념할 수 있다고 생각하는 것 자체가 잘못된 것임.

○ 공중보건 위기에 잘 대처하기 위한 의료전달체계, 공공의료 발전을 위해서는 공공의료가 무엇인가에 대한 올바른 정의에서 시작함.

- 의료정책 분야에서 국제적으로 인정되는 공공의료의 정의는 소유가 아니라 재원의 성격임. 예를 들어, 영국 NHS 의료를 공공의료라고 하지 민간의료 혹은 사적 의료라고 하지 않음. 주영국 NHS에서 일차진료의는 주치의이자 게이트키퍼로서의 중요한 역할을 하지만 이들은 대부분 우리나라의 개원의와 마찬가지로 자영업자에 해당함. 영국의 일차진료의가 NHS와 계약을 맺고 제공하는 의료는 공공의료로서 합당한 존중을 받음. 반면 우리나라의 개원의들은 계약이 아닌 요양기관강제지정제에 의해 강제로 공공의료에 동원되면서도 공공의료 제공자로서 존중받지 못하고 있음.

- 따라서 공공의료를 제공한다면 민간의료기관 공공의료기관 할 것 없이 규제보다는 재정

지원이 우선되어야 함. 왜 소방서와 달리 의료기관은 서비스를 제공하며 그 댓가로만 연명해야 하는가? 그것은 잘못된 것임. 물론 모든 영역에 다 재정지원을 할 수는 없음. 필수적이고 중요한 부분에 충분한 재정지원을 하며 그 분야에서 일하는 의료인력이 적절하게 일할 수 있게 만들어야 함. 감염병 대응도 감염병 대응을 위한 의료전달체계도 마찬가지임. '시장기전'에 의해 감염병 대응과 감염병 대응이 어렵다면 민간의료기관이던 공공의료기관이던 감염병 분야에 투신할 수 있는 재정적 지원이 우선되어야 함. 앞서 언급한 일본의 응급실 재정지원 시스템을 기억해야 함.

- 이러한 대원칙이 자리 잡지 못하면 발제자의 여러 제안은 또 다른 규제와 강압으로 작동할 것이며 반대로 이러한 대원칙이 자리 잡을 때 발제자가 제시한 여러 정책도 실효성 있게 구현될 것임.

패 널 토 의

강 희 정
한국보건사회연구원 보건정책연구실장

패 널 토 의

김 계 현
대한의사협회 의료정책연구소 연구위원

패 널 토 의

박 대 진
데일리메디 편집장

패 널 토 의

조 은 영
한국YWCA 연합회 부회장

패 널 토 의

박 향
보건복지부 공공보건정책관