

국내 보건의료 대비 체계 요구안

- 해외 '의료붕괴' 상황
- 사회전략

보건의료단체연합 정책위원장

2020.5.7

정형준

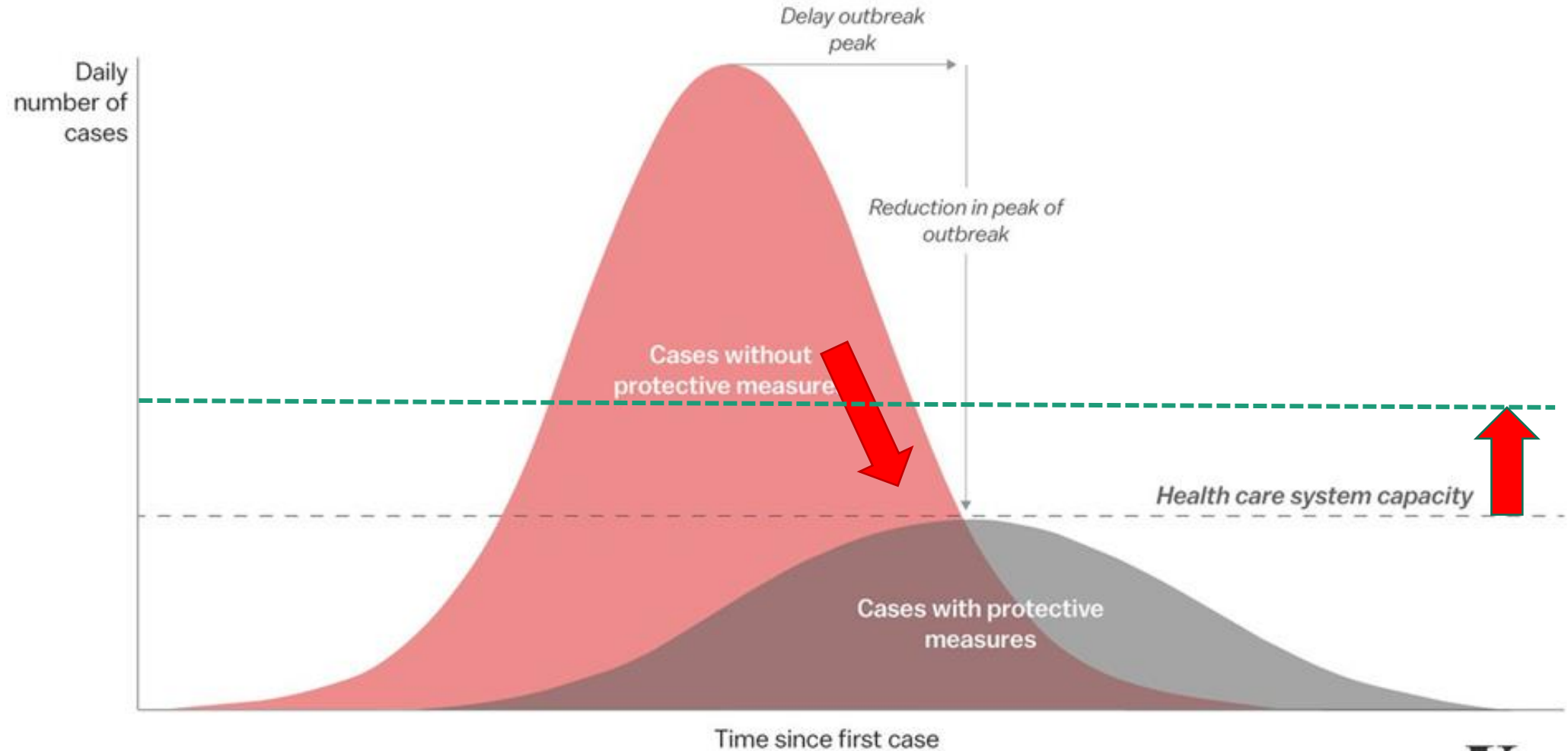
COVID-19 판데믹

1. 무분별한 산업화(산업화한 영농법등)로 인해 급증하던 인수공통감염병의 발생 중 하나(하나에 지나지 않고 다음에 더 위험한 감염질환이 창궐할 가능성이 있음)
2. 이런 상황이 여러 번 경고되었음에도, 자본주의 동학에서 무시된 결과(수익성이 없는 백신 및 치료제 등에 대한 무시)
3. 신자유주의하 불평등 악화 및 사회안전망 해체, 보건의료예산의 축소로 대응능력이 저하됨(부패한 복지 국가와 부자만 섬기는 정부가 코로나 바이러스를 위한 완벽한 조건을 만듦)
4. 세계화 및 글로벌 가치사슬로 적극적이고 공격적인 방역은 사실상 불가능하고, 경제적 타격도 매우 깊고 오래 나타나게 됨.

완화전략 (Mitigation Strategy)

목표1 : 의료자원이 감당가능한 수준으로 평평한 발병유지

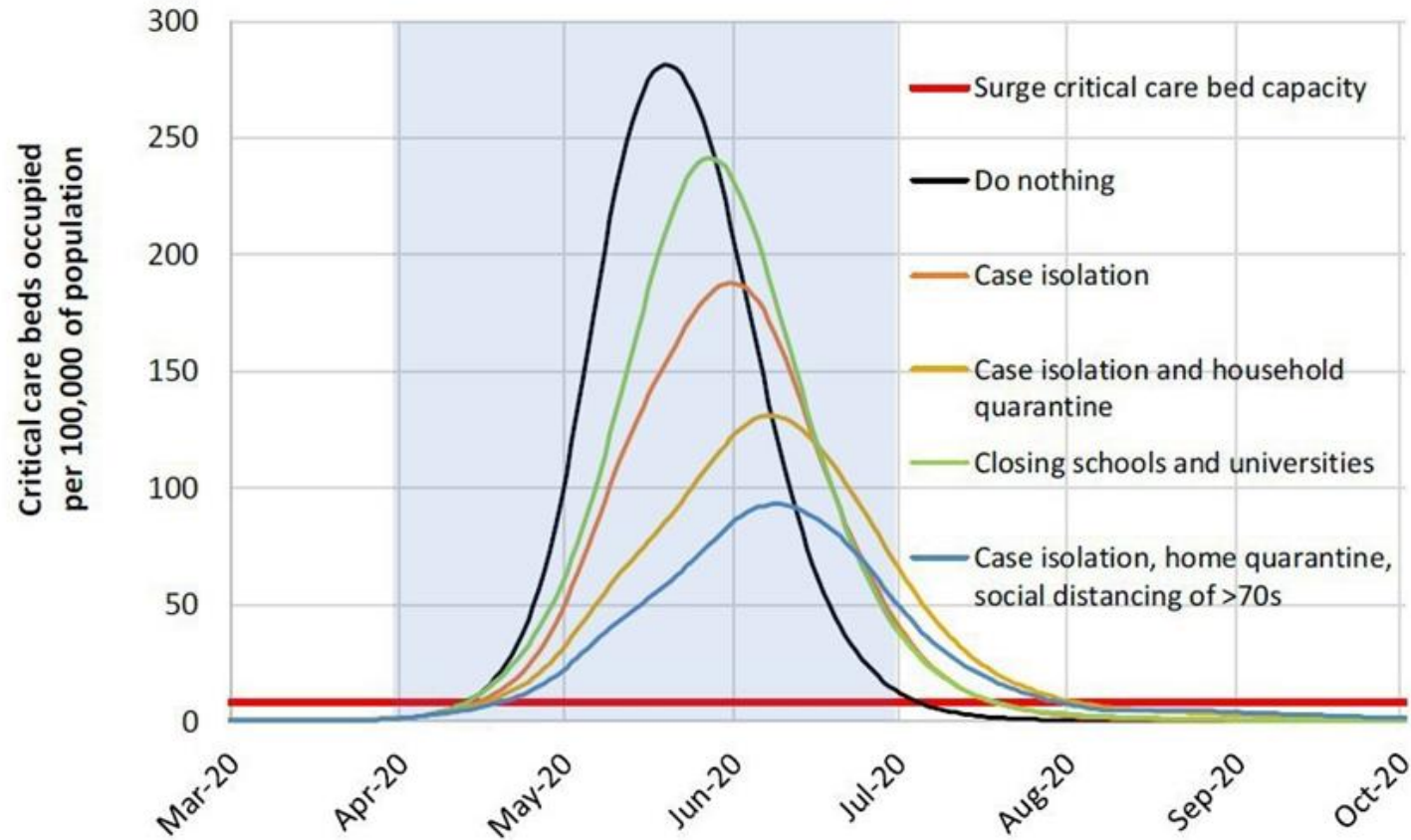
Flattening the curve



Source: CDC

Vox

고강도, 중강도, 저강도 사회적 거리두기와 필요한 중환자실수



<Imperial College COVID-19 Response Team, 2020.3.16>

위에서부터 1. 아무것도 하지 않을 때, 2. 학교와 대학 휴교 3. 환자격리(조기진단) 4. 환자격리와 주택자가격리 5. 환자격리, 주택자가격리, 70세 이상 사회적 거리두기

고강도, 저강도 '사회적 거리두기'의 반복이 왜 벌어지는가?

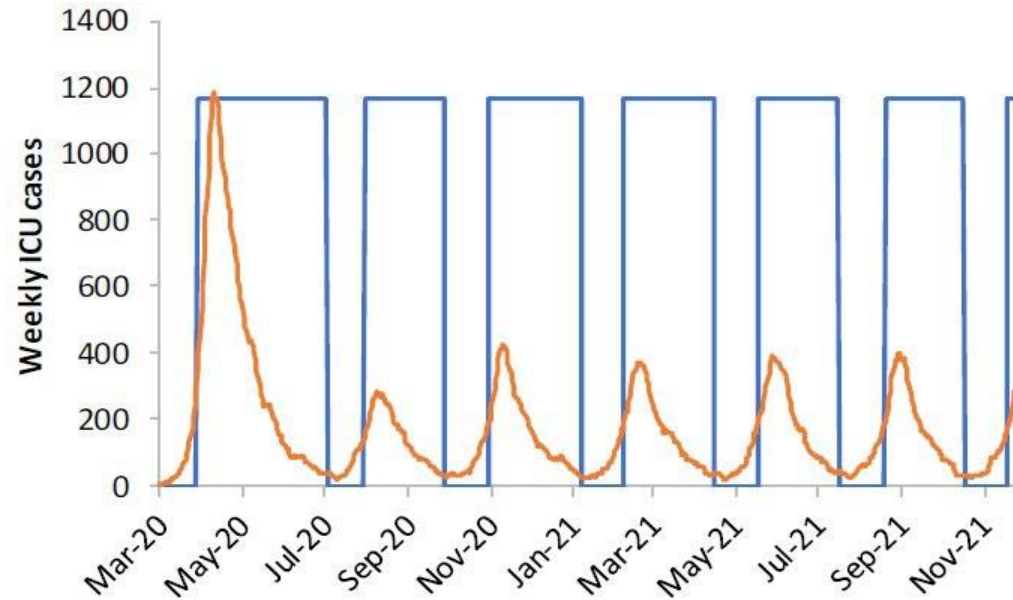


Figure 4: Illustration of adaptive triggering of suppression strategies in GB, for $R_0=2.2$, a policy of all four interventions considered, an “on” trigger of 100 ICU cases in a week and an “off” trigger of 50 ICU cases. The policy is in force approximate 2/3 of the time. Only social distancing and school/university closure are triggered; other policies remain in force throughout. Weekly ICU incidence is shown in orange, policy triggering in blue.

<Imperial College COVID-19 Response Team, 2020.3.16>

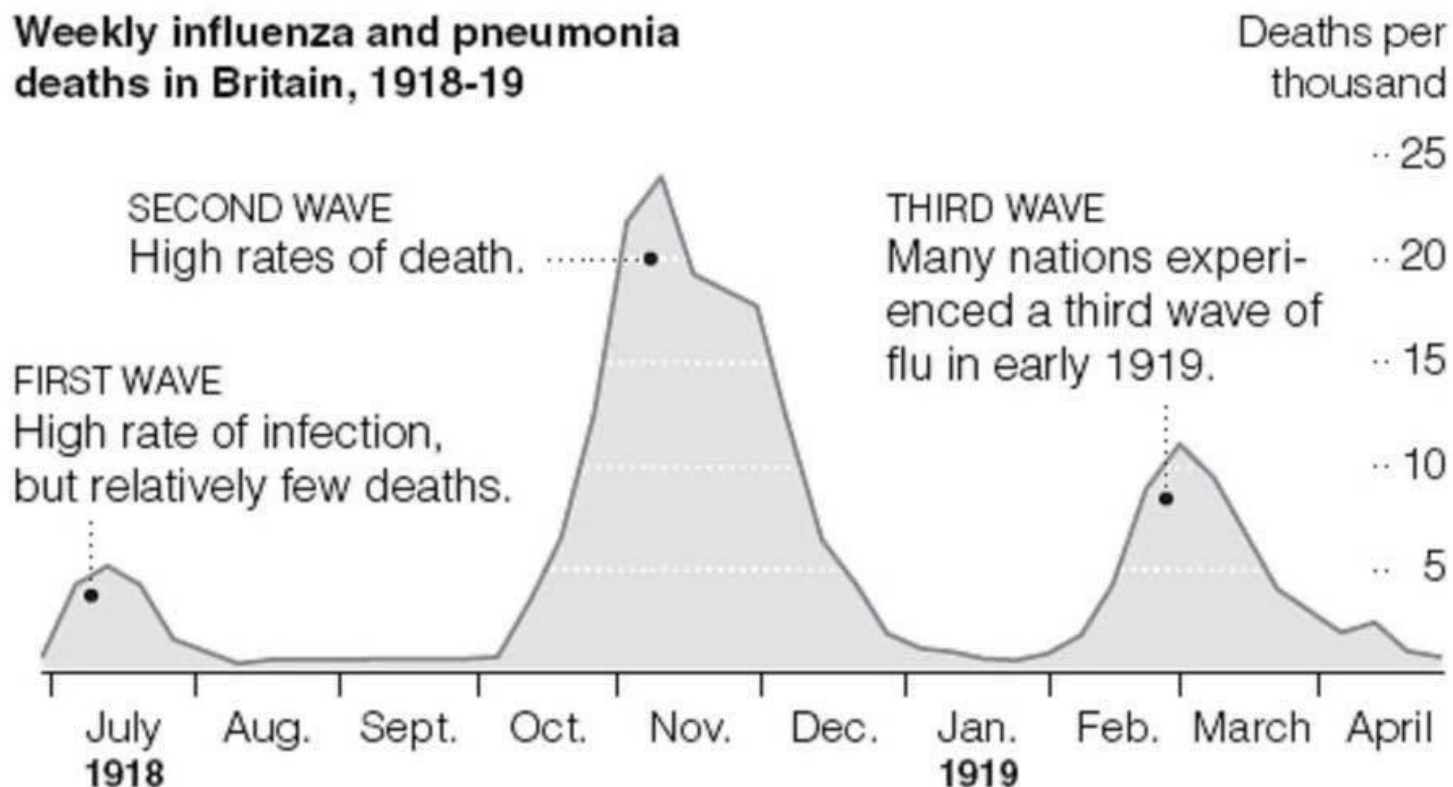
최초 피크 이후로 '자발적' 사회적 거리두기 발생, 이후 학습효과로 환자발생시 '정책적' 사회적 거리두기 강도가 조정. 백신과 치료제 개발때까지 추이는 계속될 것임(2021년 11월)

1918년 대유행의 경험

The 1918 Pandemic

The influenza pandemic of 1918 spread across Europe, Asia and North America in three distinct but uneven waves, and was fatal for about 2 percent of those who caught it. Global data is incomplete, but death rates in Britain hint at the severity of the three waves.

Weekly influenza and pneumonia deaths in Britain, 1918-19



Sources: *Emerging Infectious Diseases*; Jeffery K. Taubenberger and David M. Morens

해외 의료붕괴 상황

- COVID-19 확진자 및 사망자

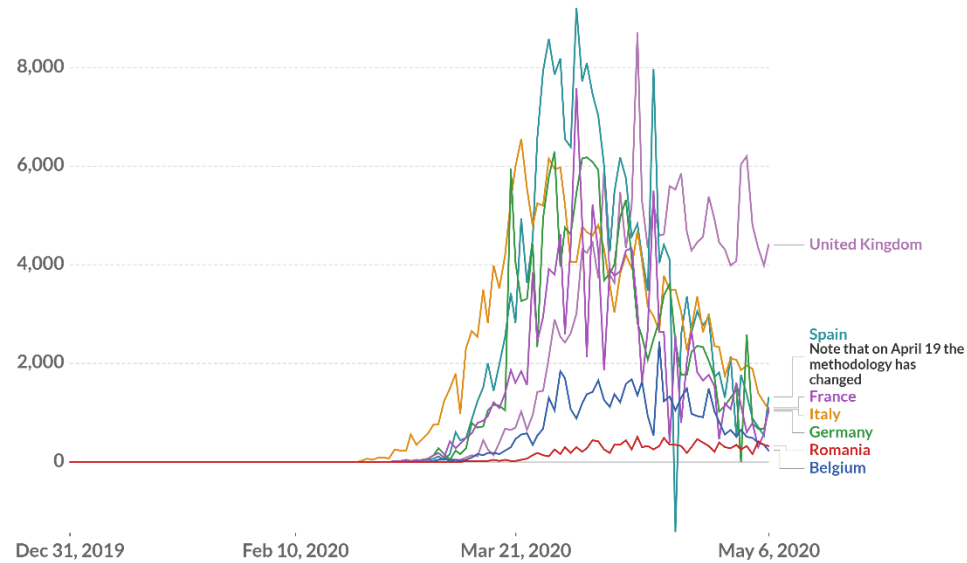
주요국가 사망자 수 – 아직 진행중인 COVID - 19

	population	5/4(New Deaths)	5/5(New Deaths)	ICU per Capita	fatality	Medical care system
USA	3억 2820만	1324	1917	34.7	5.7%	Market
UK	6665만	288	693	6.6	15.2%	NHS
France	6699만	306	330	11.6	14.7%	NHI
Italy	6036만	195	236	12.5	13.7%	NHS
Spain	4694만	164	186	9.7	10.2%	NHS
Germany	8302만	54	127	29.2	4.1%	NHI

Daily confirmed COVID-19 cases

The number of confirmed cases is lower than the number of total cases. The main reason for this is limited testing.

Our World
in Data

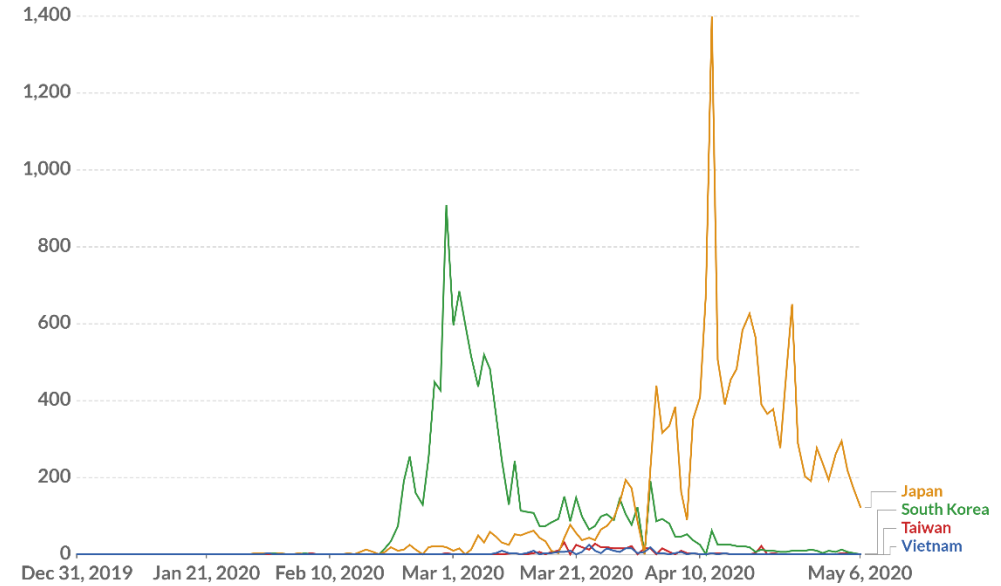


Source: European CDC - Situation Update Worldwide - Last updated 6th May, 11:15 (London time) OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

Daily confirmed COVID-19 cases

The number of confirmed cases is lower than the number of total cases. The main reason for this is limited testing.

Our World
in Data

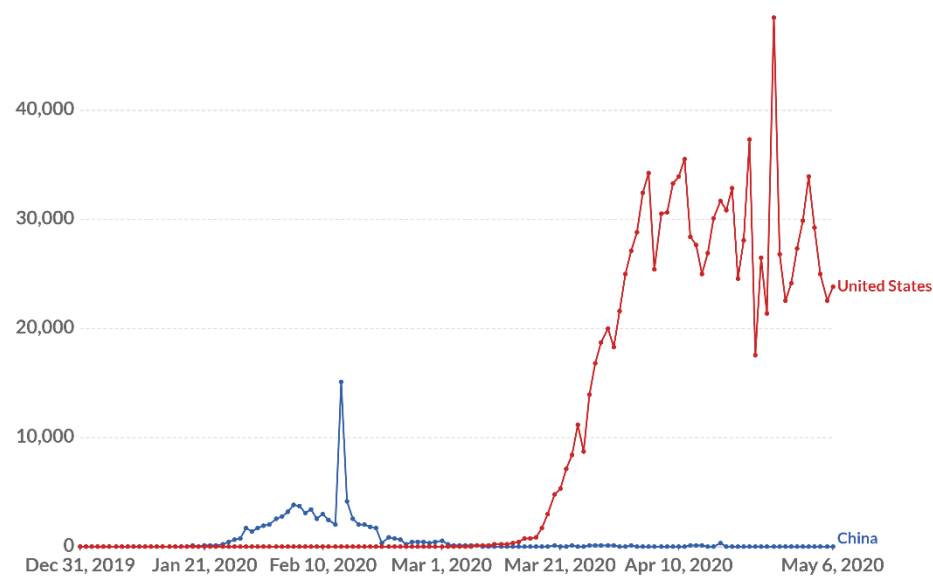


Source: European CDC - Situation Update Worldwide - Last updated 6th May, 11:15 (London time) OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

Daily confirmed COVID-19 cases

The number of confirmed cases is lower than the number of total cases. The main reason for this is limited testing.

Our World
in Data

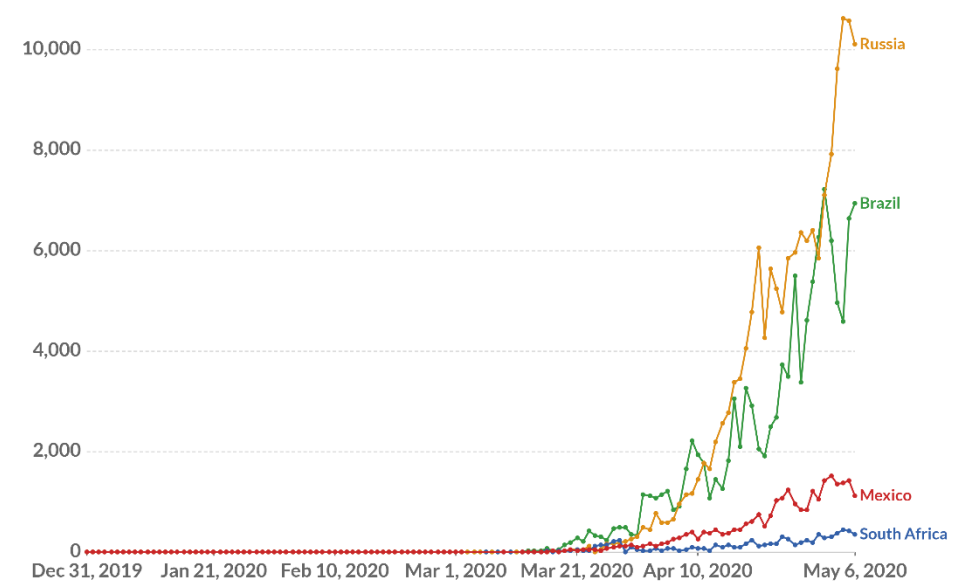


Source: European CDC - Situation Update Worldwide - Last updated 6th May, 11:15 (London time) OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

Daily confirmed COVID-19 cases

The number of confirmed cases is lower than the number of total cases. The main reason for this is limited testing.

Our World
in Data



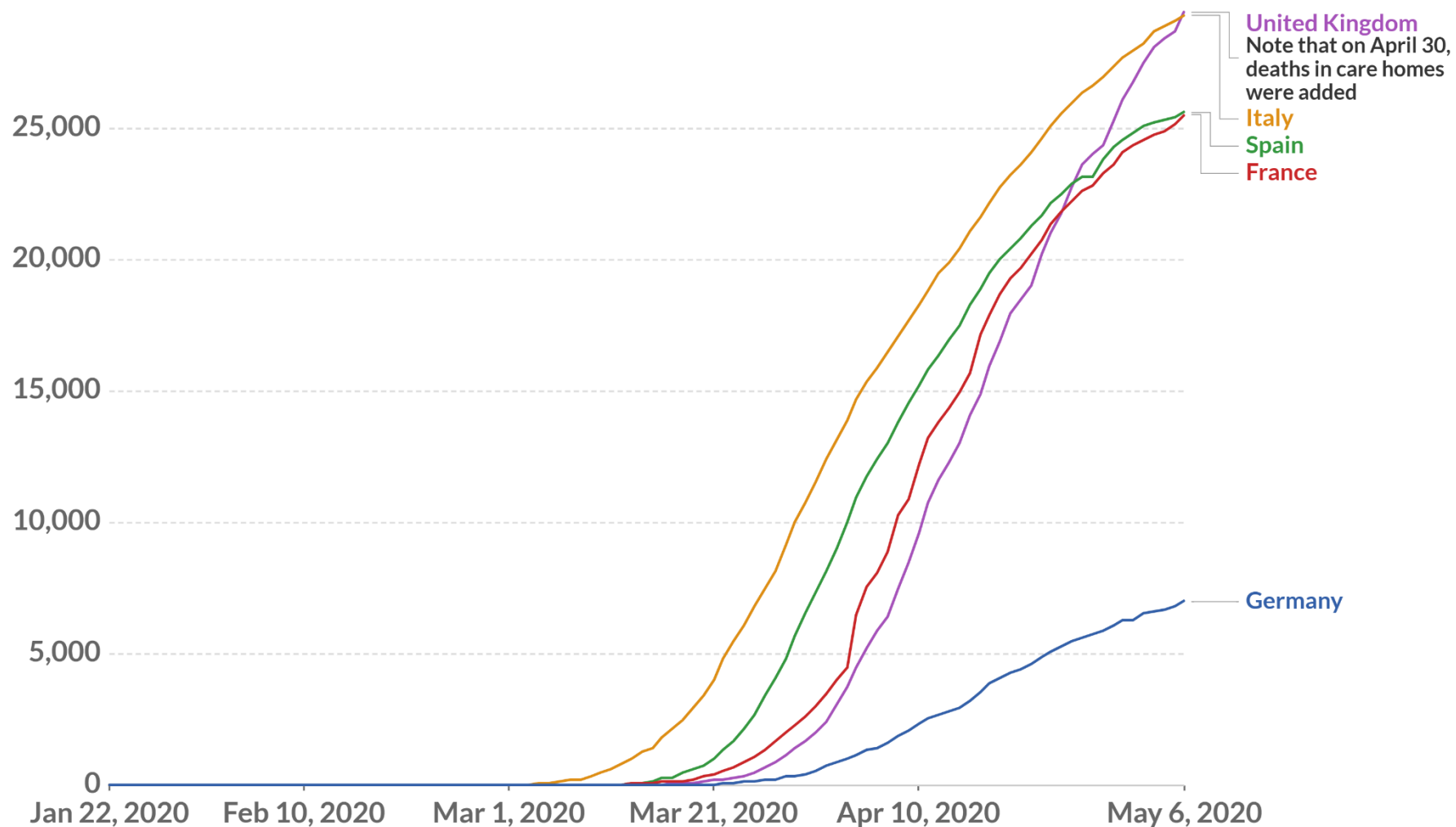
Source: European CDC - Situation Update Worldwide - Last updated 6th May, 11:15 (London time) OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

주요국가의 누적 사망자수 변화

Total confirmed COVID-19 deaths

Limited testing and challenges in the attribution of the cause of death means that the number of confirmed deaths may not be an accurate count of the true number of deaths from COVID-19.

Our World
in Data



Source: European CDC – Situation Update Worldwide – Last updated 6th May, 11:15 (London time)

OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

유럽 국가 '의료붕괴'의 원인

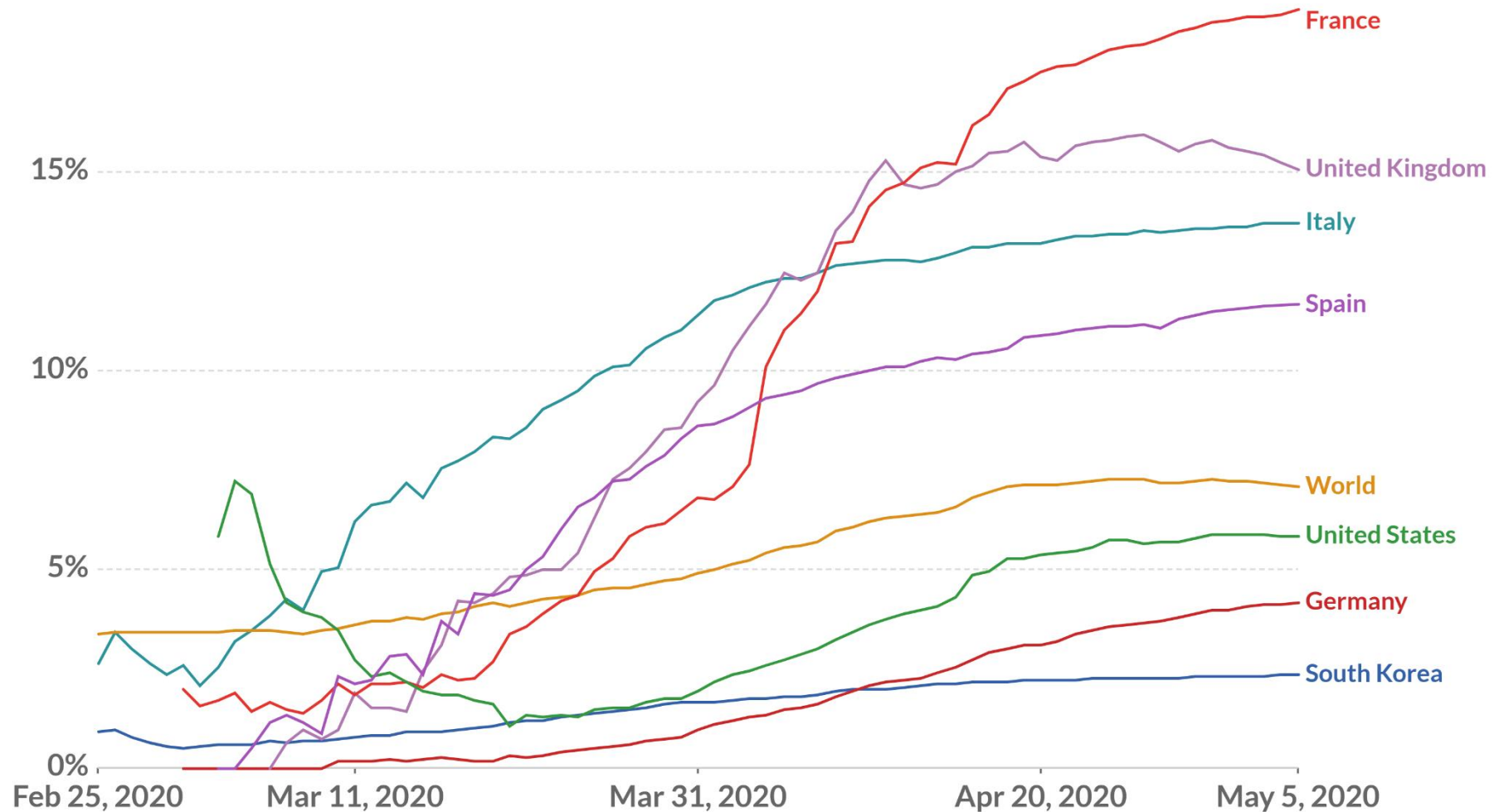
1. 방역대응의 안이함. 기존 의료체계와 방역체계로 신종감염병을 막았던 경험에 대한 오만과 판단착오. **내재적 오리엔탈리즘**
2. 광범한 검사와 접촉자 추적검사, 사회적 거리두기 가이드라인을 무시했던 **시장친화적 정부의 문제**. 대표적으로 영국은 보수당 정부 보리스 존슨 총리가 말했던 '사랑하는 사람과 헤어질 준비를 하라'는 말로 대표되는 '자연적 감염을(백신이 아니라) 통한 집단면역(herd immunity) 획득'이라는 19세기식 비인도주의적 전략을 채택하려다 엄청난 반대에 직면하여 이를 포기했음.
3. **지방자치, 분권화, 분리주의의 문제점**. 신자유주의와 효율성, 독립채산에 중심에 둔 지방자치가 벌인 단절적 대응. 대표적으로 북이태리는 지난 수년간 분리주의 극우파인 북부동맹(레가)가 집권한 지역임. 이 지역에서는 지난 10여년간 남부유럽 경제 위기의 여파로 우익이 득세하고 보건복지를 비롯한 사회복지영역의 축소가 일어남. 또한 이를 기반으로 외국인혐오(제노포비아)와 남부이탈리아에서 이주한 자국민에 대한 반감까지 가세하여 극우파의 집권을 강화하고 있었음.
4. 이태리, 스페인 등 남부유럽국가들의 보건의료 재정 축소 뿐 아니라, 영국, 프랑스에서도 비슷한 보건의료 재정축소가 재정 효율화 측면에서 이루어 지고 있었음. 이로써 **의료인력이 계속 줄어들었음**.
5. 이들 나라의 일차보건의료제도 및 공공의료 및 의료전달체계는 상대적으로 건신했으나, **방역실패를 회복할 수준이 아니었고, 이는 '의료붕괴'로 이어지면서 재앙적 상황을 맞게 됨.**

주요국가의 치명율(사례 치명율) 변화

Case fatality rate of the ongoing COVID-19 pandemic

The Case Fatality Rate (CFR) is the ratio between confirmed deaths and confirmed cases.

During an outbreak of a pandemic the CFR is a poor measure of the mortality risk of the disease. We explain this in detail at OurWorldInData.org/Coronavirus



Source: European CDC - Situation Update Worldwide - Last updated 5th May, 11:30 (London time)

Note: Only countries with more than 100 confirmed cases are included.

OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

A German Exception? Why the Country's Coronavirus Death Rate Is Low

The pandemic has hit Germany hard, with more than 100,000 people infected. But the percentage of fatal cases has been remarkably low compared to those in many neighboring countries.

FINANCIAL TIMES

ME WORLD US COMPANIES TECH MARKETS GRAPHICS OPINION WORK & CAREERS LIFE & ARTS HOW TO SPEND IT Sign I

Become an FT subscriber to read:

“Germany’s virus response shines unforgiving light on Britain,”

What is the future of Europe?

Get local insights from Lisbon to Moscow with an unrivalled network of journalists across Europe, expert analysis, our dedicated ‘Brussels Briefing’ newsletter. Customise your myFT page to track the countries of your choice.



독일이 유럽에서 왜 치명율이 낮을까?

(5월5일 영국 15.2%, 프랑스 14.7% 이태리 13.7%, 스페인 10.2%, 미국 5.7%, 독일 4.1%, 한국 2.3%)

1. 통계적 착시효과 - 젊은 감염자가 많음(이태리 여행다녀온 젊은 스키족들이 주로 감염됨)(감염자 평균 나이 독일 49세, 프랑스 62.5세, 이태리 62세)
2. 광범한 검사와 접촉자 추적검사, 사회적 거리두기 가이드라인을 주창한 정부에 대한 신뢰 - 2월 첫 환자발생이후 많은 연구실에서 검사 시행함. 일주일에 35만건을 검사함. 조기 검사와 초기 환자 처치는 생존율을 올리고 있음. 또한 검사비용이 3월 의회 통과로 완전무료임(미국과 다른점임.) 건강보험이 없는 청년들도 모두 무료. 증상이 없어도 접촉자들을 찾아내 검사함.
3. 제대로 된 공공의료체계 - 1월에 독일은 인공호흡기(ventilator)가 있는 중환자실이 28000여개 었음.(인구 10만명당 독일 34, 이태리 12, 네델란드 7) 이를 최근에 40000여개로 증설함.
4. 정부 신뢰 - 메르켈은 과학자였고, 투명한 소통을 하고 있고, 강화된 사회적 거리두기를 이야기 하고 있음.

미국의 경우

1. 3월초 코로나19 미국 동부 강타, 뉴욕주 환자 폭발, 의료붕괴 발생
2. 경기침체로 미국 민간병원이 1750억 달러 응급지원에도 인력구조조정 실시
3. 실직으로 민간보험 상실한 2600만명과 피 부양세대 발생
4. 병원의 부익부 빈익빈으로 의료현장의 PPE(보호장비), 소독제 부족으로 가난한 병원은 의료진이 대거 감염
5. CDC 등의 적극적 개입에도 취약계층과 보험이 없는 사람들은 검사도 받기 어려움
6. 결국 민영화된 의료시스템으로 GDP의 17%를 의료비로 지출하지만, 감염질환을 대응하지 못함.

방역성공 ?

방역성공의 토대

- 사스(SARS), 메르스(MERS)의 경험 – 특히 메르스
 - > 비밀주의, 병원내 감염, 감염관리, 접촉자 추적 등등
- 진단시약의 빠른 도입과 검사 가능
 - > 행위별 수가제, 과잉진단, 검진산업 등의 역작용도 있음

방역성공의 역설

- 1) 인권침해 – 과도한 동선공개, 비민주적 결정, 전자팔찌 논란
- 2) 민간주도 대응(검체수탁기관, 민간병원의 자체 방역)에 대한 찬사
- 3) 치료 대응도 잘되었다는 자기도취성 평가
- 4) 사회경제적 대응에 대한 비판기능 상실
- 5) 제도적 근거 무시(생활치료센터, 안심밴드(전자팔찌), 개인정보공개 등등)

한국 에서 코로나19

- 메르스사태(2015)의 경험으로 방역기반 조성
- 그럼에도 2월 중순 신천지대구교회, 청도대남병원 클러스터 발생
- 보건소와 같은 건물에서 '원스톱서비스'로 포장했던 청도대남병원의 대량 코로나 감염사태는 가장 크게 민관협동체계의 기만성을 보여줌
- 정신병동, 요양병원, 양로원 등 폐쇄형 '감금'시설에서 클러스터 발생
- 보건의료인력의 부족은 앞서 밝혔듯이 매우 심각한 문제가 되었음. 전국에서 의사, 간호사들이 자발적으로 대구경북 지역으로 향했으며, **다수는 수도권 및 타 지역의 공공의료기관에 종사하는 의료인이었음.**
- 보수우익과 정부의 희생양 찾기와 혐오조장이 발생함
- 경총등이 나서 기업 세금 감면, 기업 지원금, 기업부담 사회보험금 인하 등의 형태로 '기업'을 지원하고 고용에 대한 기업 부담을 완화시켜달라고 호소함.

호흡기 중환자실의 중요성

중환자실이 어느정도 필요하나.? (임승관 안성의료원장님 재인용)

경기도 코로나19 긴급대책단

새로운 경기 > 공정한 세상

집단 발생 비교

	부천000교회 (3.9)	분당00병원 (3.5)	군포000요양원 (3.19)
<u>확진자</u>	27명 교인 23명 가족 4명	43명 의료인 등 25명 환자 8명 가족 10명	21명 직원 5명 입소자 16명
일반 병상	27병상	39병상	11병상
중환자 병상	-	4병상	10병상
사망	-	2 <u>례</u>	2 <u>례</u>

클러스터1 27명 – 0%, 클러스터2 4/43 – 10%, 클러스터3 10/21 – 50%

--> 평균 환자발생의 25%가량이 필요함.

필요한 중환자실 수 추계

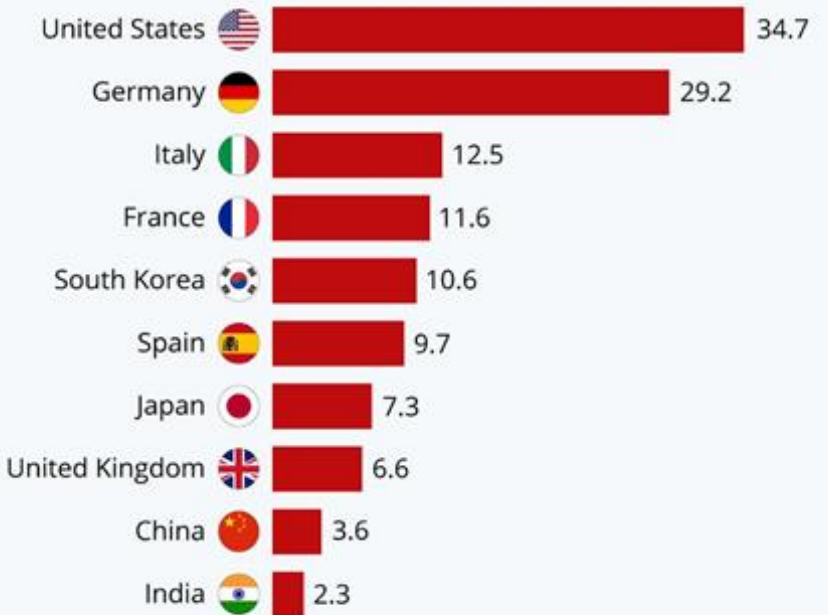
- 주당 확진자 100여명(하루 14명 미만) – 25병상
- 주당 확진자 500여명(하루 70명 미만) – 100병상
- 주당 확진자 2500여명(하루 340명 미만) – 의료붕괴 ?

인구 10만명당 중환자실 수

Rank	Country/territory	Continent	Hospital beds per 1000 people					Change from previous year, average		Occupancy (%) ^[15]	ICU-CCB beds /100,000 inhabitants	Ventilators
			2013	2014	2015	2016	2017	Actual	Proportional (%)			
32	United States	North America	2.89	2.83	2.80	2.77		-0.04	-1.42	64.0	34.7 ^[27]	177,000 ^[28] 68,000 ^[18]
4	Germany	Europe	8.28	8.23	8.13	8.06	8.00	-0.07	-0.86	79.8	29.2 ^[19]	25,000 ^[20]
16	Luxembourg	Europe	5.17	5.05	4.93	4.81	4.66	-0.13	-2.63	70.7	24.8 ^[19]	Unknown
5	Austria	Europe	7.64	7.58	7.54	7.42	7.37	-0.07	-0.90	73.8	21.8 ^[19]	2,500 ^[21]
12	Belgium	Europe	5.93	5.85	5.83	5.76	5.76	-0.04	-0.73	81.8	15.9 ^[19]	Unknown
9	Lithuania	Europe	7.28	7.22	6.97	6.69	6.56	-0.18	-2.65	73.2	15.5 ^[19]	Unknown
15	Estonia	Europe	5.01	5.01	4.96	4.76	4.69	-0.08	-1.68	70.4	14.6 ^[19]	Unknown
6	Hungary	Europe	7.04	6.98	6.99	7.00	7.02	-0.01	-0.07	65.5	13.8 ^[19]	Unknown
36	Canada	North America	2.71	2.67	2.61	2.58	2.52	-0.05	-1.84	91.6	13.5 ^[29]	Unknown
26	Italy	Europe	3.31	3.21	3.20	3.17	3.18	-0.03	-1.01	78.9	12.5 ^[19]	5,000 ^[18]
7	Czech Republic	Europe	6.7	6.68	6.67	6.66	6.63	-0.02	-0.26	70.1	11.6 ^[19]	Unknown
10	France	Europe	6.28	6.20	6.13	6.06	5.98	-0.08	-1.23	75.6	11.6 ^[19]	Unknown
17	Switzerland	Europe	4.68	4.58	4.58	4.55	4.53	-0.04	-0.82	82.0	11.0 ^[19]	Unknown
2	South Korea	Asia	10.92	11.59	11.61	11.98	12.27	0.34	2.85		10.6 ^[16]	Unknown
31	Turkey	Europe	2.65	2.68	2.68	2.75	2.81	0.04	1.45	68.0	10 ^[26]	Unknown
13	Latvia	Europe	5.8	5.66	5.69	5.72	5.57	-0.06	-1.03	71.1	9.7 ^[19]	Unknown
29	Spain	Europe	2.96	2.97	2.98	2.97	2.97	0.00	0.08	75.3	9.7 ^[19]	Unknown
11	Slovakia	Europe	5.8	5.79	5.75	5.78	5.82	0.01	0.08	67.8	9.2 ^[19]	Unknown
21	Australia	Oceania	3.74	3.79	3.82	3.84		0.03	0.88		9.1 ^[22]	1314 ^[23]
27	Iceland	Europe	3.22	3.16	3.12	3.13	3.06	-0.04	-1.29		9.1 ^[19]	Unknown
3	Russia	Europe	9.07	8.81	8.35	8.16	8.05	-0.26	-3.04		8.3 ^[17]	40,000 ^[18]
22	Norway	Europe	3.86	3.84	3.76	3.68	3.60	-0.07	-1.76	80.7	8 ^[19]	800 ^[24]
1	Japan	Asia	13.3	13.21	13.17	13.11	13.05	-0.06	-0.48	75.5	7.3 ^[16]	Unknown
14	Hong Kong	Asia	5.4	5.4	5.4			0.00	0.00		7.1 ^[16]	Unknown
8	Poland	Europe	6.61	6.63	6.63	6.64	6.62	0.00	0.04		6.9 ^[19]	Unknown
34	Denmark	Europe	3.07	2.69	2.53	2.60	2.61	-0.12	-4.34		6.7 ^[19]	Unknown
35	United Kingdom (more)	Europe	2.76	2.73	2.61	2.57	2.54	-0.05	-2.11	84.3	6.6 ^[19]	5,000 ^[20] 8,175 ^[18]
30	Ireland	Europe	2.56	2.57	2.92	2.97	2.96	0.10	3.43	94.9	6.5 ^[19]	Unknown
18	Slovenia	Europe	4.55	4.54	4.51	4.49	4.50	-0.01	-0.28	69.5	6.4 ^[19]	Unknown
24	Netherlands	Europe	4.18		3.52	3.44	3.32	0.00	0.00	65.4	6.4 ^[19]	Unknown
25	Finland	Europe	4.87	4.53	4.35	3.97	3.28	-0.40	-10.56		6.1 ^[19]	Unknown

The Countries With The Most Critical Care Beds Per Capita

Total number of critical care beds per 100,000 inhabitants in selected countries*



* Most recent U.S. and EU data from 2009 and 2012 respectively.

Asian data is from 2017.

Sources: National Center for Biotechnology Information, Intensive Care Medicine (journal), Critical Care Medicine (journal)



< OECD health data 인용, 2020.3.12 >

나이별 치명율(한국,스페인,중국,이태리)

Coronavirus: case fatality rates by age

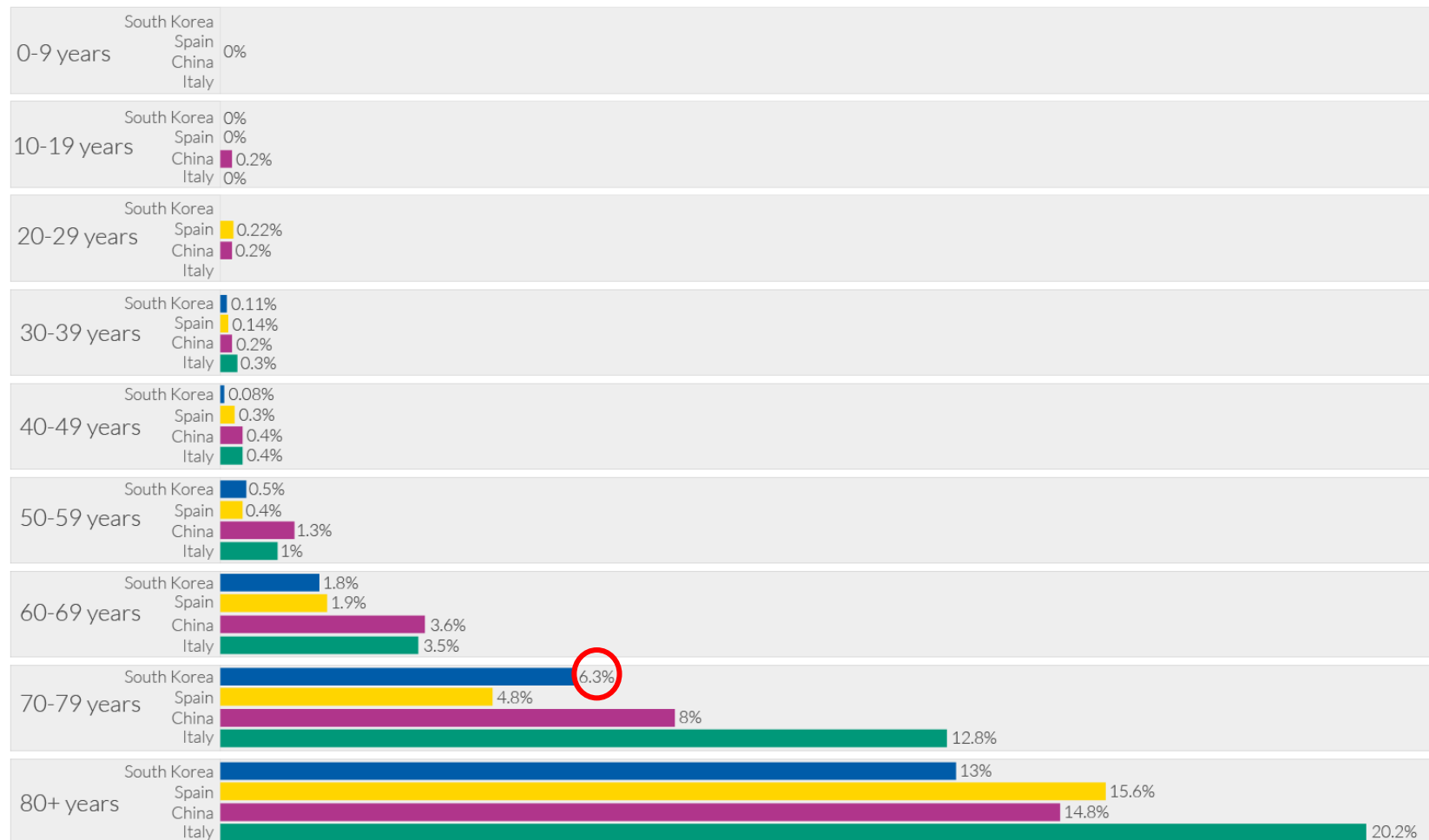


Case fatality rate (CFR) is calculated by dividing the total number of confirmed deaths due to COVID-19 by the number of *confirmed* cases.

Two of the main limitations to keep in mind when interpreting the CFR:

(1) many cases within the population are unconfirmed due to a lack of testing.

(2) some individuals who are infected will eventually die from the disease, but are still alive at time of recording.



Note: Case fatality rates are based on confirmed cases and deaths from COVID-19 as of: 17th February (China); 24th March (Spain); 24th March (South Korea); 17th March (Italy).

Data sources: Chinese Center for Disease Control and Prevention (CDC); Spanish Ministry of Health; Korea Centers for Disease Control and Prevention (KCDC).

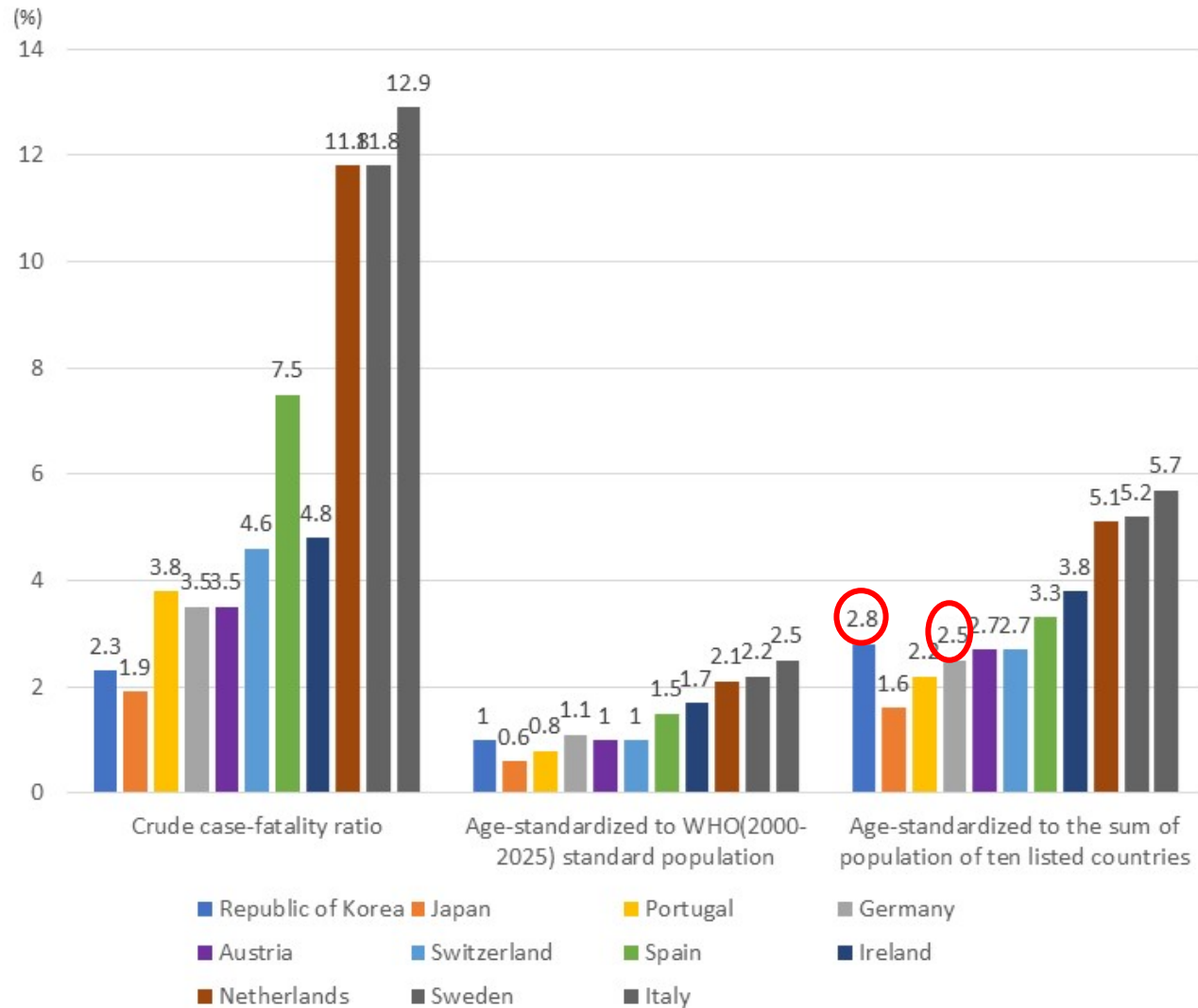
Onder G, Rezza G, Brusaferro S. Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy. JAMA.

[OurWorldinData.org](https://ourworldindata.org) – Research and data to make progress against the world's largest problems.

Licensed under CC-BY by the authors Hannah Ritchie and Max Roser.

나이보정을 한 치명율 – 서울대의대 홈페이지 재인용

Age-Standardized Case-Fatality Ratio (%)



방역대응에 성공한 것이지,
치료대응에 성공한 것은 아님

대구지역 병상 운영의 경우

1. 대구지역 총 병상은 4만개, 그러나 코로나대응에 동원한 병상은 1200여개 병상뿐임
2. 공공병원 : 대구의료원 450, 국군대구병원 330, 대구보훈병원 200, 대구산재병원 90, 경북대병원 70 = 약 1200여병상
민간병원 : 대구동산병원 200, 대구카톨릭 100, 영남대 100 = 약 400여병상
3. 중환자 일부는 부산,마산 국공립병원, 서울대병원, 국립의료원, 서울의료원으로 이송함.
4. 빅5 병원이 이송받은 환자는 30여명 남짓으로 확인됨.

대구지역 중환자실 운영의 경우

1. 중환자실 대응 숙련간호사의 절대적 부족
> 숙련 파견 간호사의 부족과 팀웍의 미비, 준비상태 미비 등
2. 병원 매뉴얼의 부재
> 코로나환자에 대한 영상검사방법, 레벨D 방호복 착용 연습문제 등
3. 장비의 부족
> ECMO, CRRT 등 필수장비 부족과 전담인력 부재
4. 중환자실 기록 및 자원에 대한 컨트롤 타워 미비
> 전산프로그램 미비, 인력부족으로 인한 총체적 대응 문제

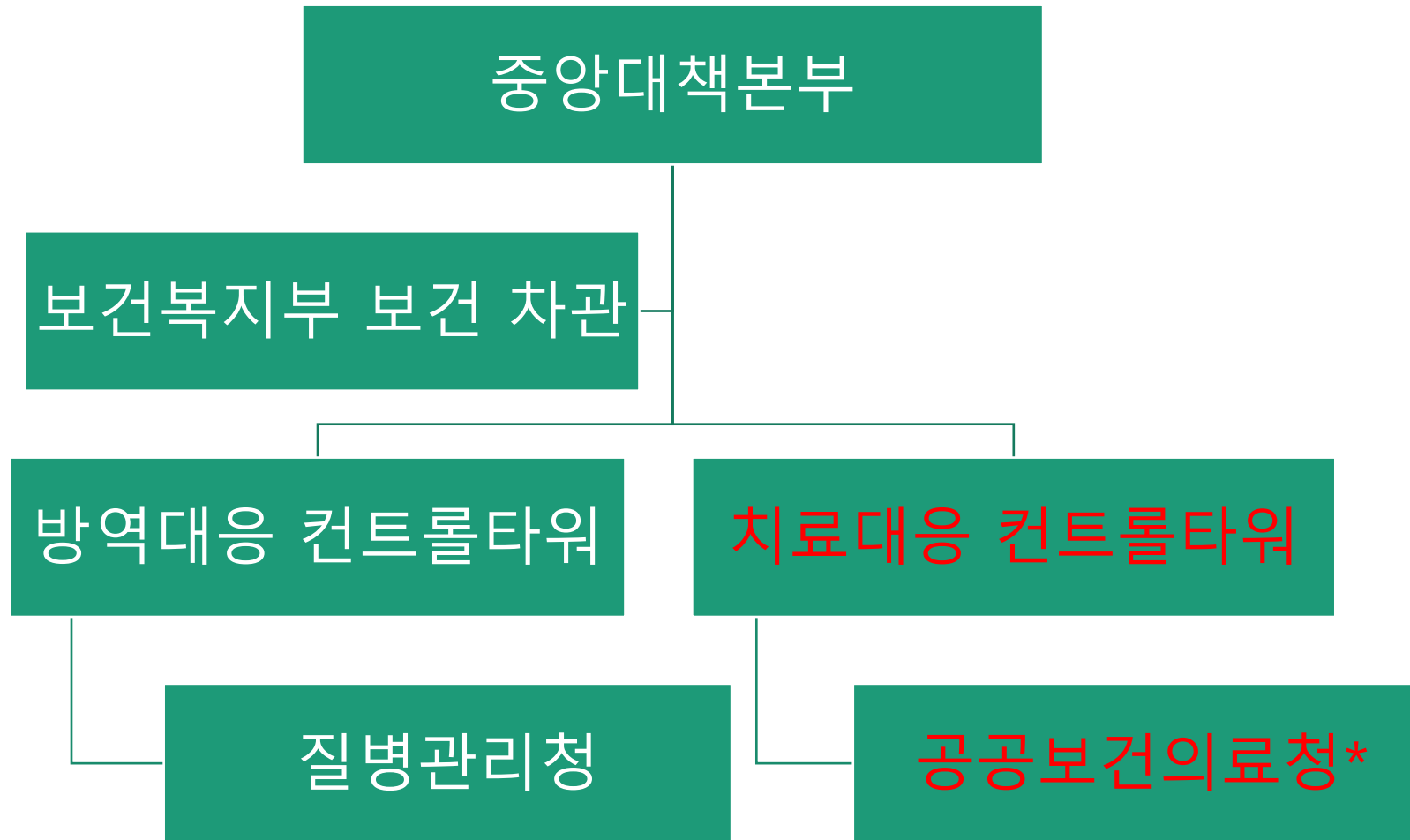
대구의 교훈

컨트롤 타워

1. 병상 조정을 현장상황을 이해하면서 해야 함(현재 중대본)
2. 인력 배분을 할 수 있는 현장 상황이해가 필요
3. 장비 조달을 전국적으로 시행하고 필요시 배분

→ 치료대응 위한 의료현장에 대한 이해가 높은 컨트롤 타워필요.
→ 법률적인 지위가 요청

방역대응은 하지만, 치료대응은 어떻게?



* 공공보건의료청은 국립중앙의료원(NMC)를 중심으로 모든 복지부산하 의료기관과 국립대병원(현재는 교육부산하)을 아우르고, 공공보건의과대학등으로 공공보건의료인력 교육,양성,배분등을 총괄하는 기관으로 상정함.

인력

1. 인력 교육과 분배 - 신종감염병의 성격과 대응방법을 즉각적으로 짧은시기 교육할 기관이 필요
2. 부족한 인력 수급과 민간인력 차출을 위한 체계 필요
3. 중장기적으로 중환자실 등 필수의료 인력에 대한 병상당 기본인력 수 확립(병상당 기본 인력 미달시 병상 폐쇄)
4. 숙련 간호인력 및 경력에 대한 국가관리(국가책임)

시설, 장비

1. 인공호흡기(ventilator), 체외순화장치(ECMO), 투석장비(CRRT) 등 필수 중환자실 의료장비 비축
2. 상기 의료 장비에 대한 조달 계획(어디에 있는지) 필요
3. 부족한 장비 관련된 생산 및 수입 계획 수립
4. 상기 장비 운용에 숙련된 인력에 대한 확보

왜 현재의 민간의료체계는
대응이 어려웠나?

민간 상급종합병원 중환자실의 특징

1. 낮은 수익성으로 상시 병상 최대 가동
2. 최소한의 인력배치 및 숙련 간호인력의 부족
3. 빠른 순환으로 병상 적정화 불가, 동선 등 감염질환자 관리에 어려움
4. 중환자실 차출시 심뇌혈관, 중증수술 등 중증 필수의료환자 공백 발생

→현재의 구조에서 상급종합병원 중환자실을 비우기는 불가능

→현재 상급종합병원의 숙련 간호인력을 차출하는 것도 불가능

민간 병원의 인력 갈아넣기

1. 위계적 구조 속 피라미드 방식의 병원 노동 강요
2. 다수의 미숙련 의료노동에 기반해 병원 운영 (다수의 신규인력과 소수의 숙련노동 → 저임금 신규인력의 빠른 교체 → 수익성 극대화!)
3. 효율화를 위한 빈번한 업무조정

→인력기준을 우선으로 설정해야 함.

→숙련노동에 대한 제도적 장치 마련 시급

한국 민간 상급종합병원의 비대함.

1. 너무나 높은 병상비중
2. 전체 병상 비우기는 불가능함.
3. 연구시설 및 수익사업(부대사업포함) 연계모델임.

→ 하지만 2차 유행을 대비해서는 최소한 중요 사립병원(빅5중 4곳) 중 몇 곳은 코로나대응을 위해 준비가 필요함.

‘공공의료’는 시대적 요구

신종감염병에서 공공 병원이 가진 장점

1. 팀웍 - 교육, 훈련, 숙련, 목표가 일치하는 하나의 팀으로 병동, 중환자실 등에서 작동이 됨. 상대적으로 빠른 대응이 가능.
2. 공간문제 - 감염병등 재난사항 발생에 대비한 병상설계(음압병상등), 동선설계가 가능함.
3. 제도문제 - 제도적 수용절차나 징발절차등 법적 근거 문제 없이 손쉽게 비울 수 있음.
4. 재정문제 - 민간의료기관의 자원(병원, 장비, 인력 등)에 대한 보상문제 발생에 대비해 손쉬운 대응 가능.

공공병상 20% 목표를 병상 신설(50%)과 민간병원 리모델링(50%)으로
 이루는데 필요한 비용
 (한국노총_공공보건의료공단 설립필요성 이슈페이퍼 재인용)

사업명	단위 가격 (억원)	개소	비용(억원)	인력(명)	
		500병상급 25개소 + 300병상급 25개소	500병상급 25개소 + 300병상급 25개 소	병상당 2.73명 고용예상시	병상당 3.25명 고용예상시
매입	0.4	10000	4,000		
공공병상 신축	3.8	10000	38,000	27300	32500
민간병상 전화	1.5	10000	15,000	27300	32500
합계			57,000	54600	65000

공공보건의료체계 확립

현재 분절적으로 되어있는 공공의료시스템을

- 1) 수직적 수평적으로 통합하고
- 2) 인적교류와 교육훈련을 효율화하며
- 3) 기능적 재정적 효율성을 높이는 것을 목표로 하고
- 4) 병원 의료노동자의 안정적 일자리를 제공

→ 이를 위한 공공보건의료청(공공보건의료공단) 이 필요함.

치료대응을 위한 기본 대응 요구

1. 공공의료기관 확대(일단 절대치를 높여야) → 급한데로 당장 20%로 병상을 확보.
2. 중환자실 대응체계 완비(대형병원 중환자실 활용할 수 있는 대비태비 필요)
> 다가올 2차 유행에 대응하기 위한 중환자병상 확보가 시급함. 단기적으로 민간에서 차출하고 공공수용
3. 훈련된 인력과 교육 프로그램(감염병중앙병원 필요)
4. 의료장비 및 보호장비 비축 및 구비(인공호흡기, 투석기, 에크모 등과 레벨D 방호구등 비축)
5. 단일한 지위체계 마련(환자 배분 및 중환자실 배분을 위한 민간,공공자원 징발가능 컨트롤타워 필요)

제도적 긴박한 요구(보건의료)

- 중환자실 확보 및 필수의료를 위한 병상 확보, 공공수용 계획
 - 대구동산병원, 청도대남병원, 부산침례병원 매입 통한 즉각 공공병원화
- 코로나19 대응을 위한 보건의료인력 확충 및 의료자원 확보
 - > 의료진 보호장비와 필수의료자원을 확보
- 코로나19 백신과 치료제에 대한 긴급한 공급대비태세 마련
- 코로나19 재난상황 의료비 본인부담금 및 건강보험료 경감
- 코로나19 상황에 즉각 상병수당 도입
 - 응급, 분만, 투석 등 필수의료로 코로나사태 중에도 담당할 비상 공공의료체계를 확립해야 함.
 - 이를 위해 지역거점 '안심병원' 등을 확대해야 함.

국유화, 공공화의 시대임

- 이태리조차 이런 상황에서 항공사등을 국유화하는 방안을 내어놓고 있음.(이태리 국적 항공사인 알리탈리아항공을 국유화)
- 스페인은 모든 민간병원을 한시적으로 국유화하기로 했음.
- 프랑스도 재정경제부 장관이 “프랑스의 대기업들을 보호하기 위한 모든 수단을 쓰는 데 주저하지 않을 것,...필요하다면 ‘국유화’라는 용어까지 꺼낼 수 있다”고 했음.
- 미국 뉴욕주 쿠오모 주지사도 트럼프대통령에게 의료물품 공급체계 국유화를 요청함(2020.3.25)

사회서비스, 공공부조, 무상의료

1. 사회서비스 - 돌봄, 교육, 간병, 지원인력 등
2. 공공부조 - 국민복지기본선(national minimum) 유지 - 소득, 주거, 교육 등
3. 무상의료 - 100만원 상한제, 비급여해소(혼합진료금지)

감사합니다