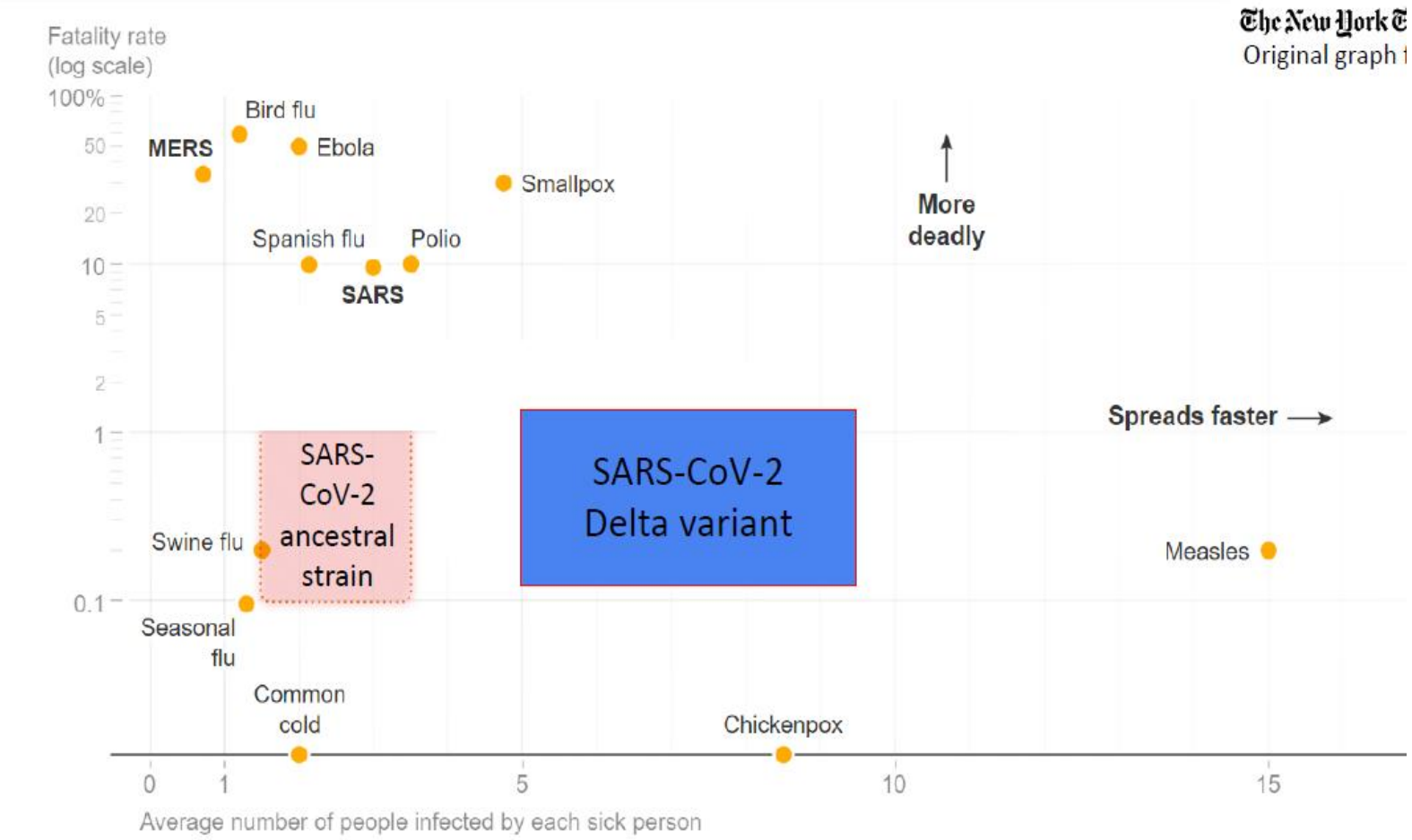
코로나19 : 새로운 상황과 새로운 방역 및 건강권 대책

2021. 9. 2

보건의료단체연합 공동대표 우석균

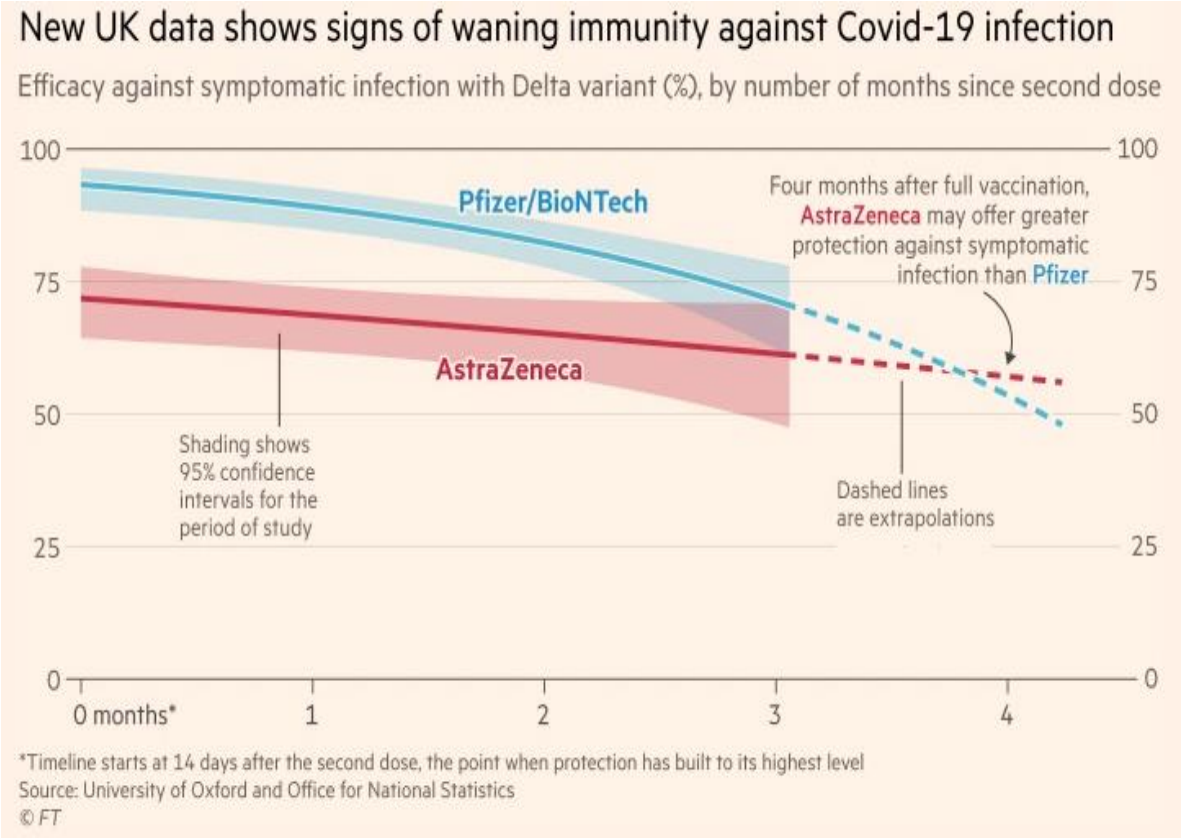
델타변이와 코로나19 기원주 및 다른질병의 전파력 비교

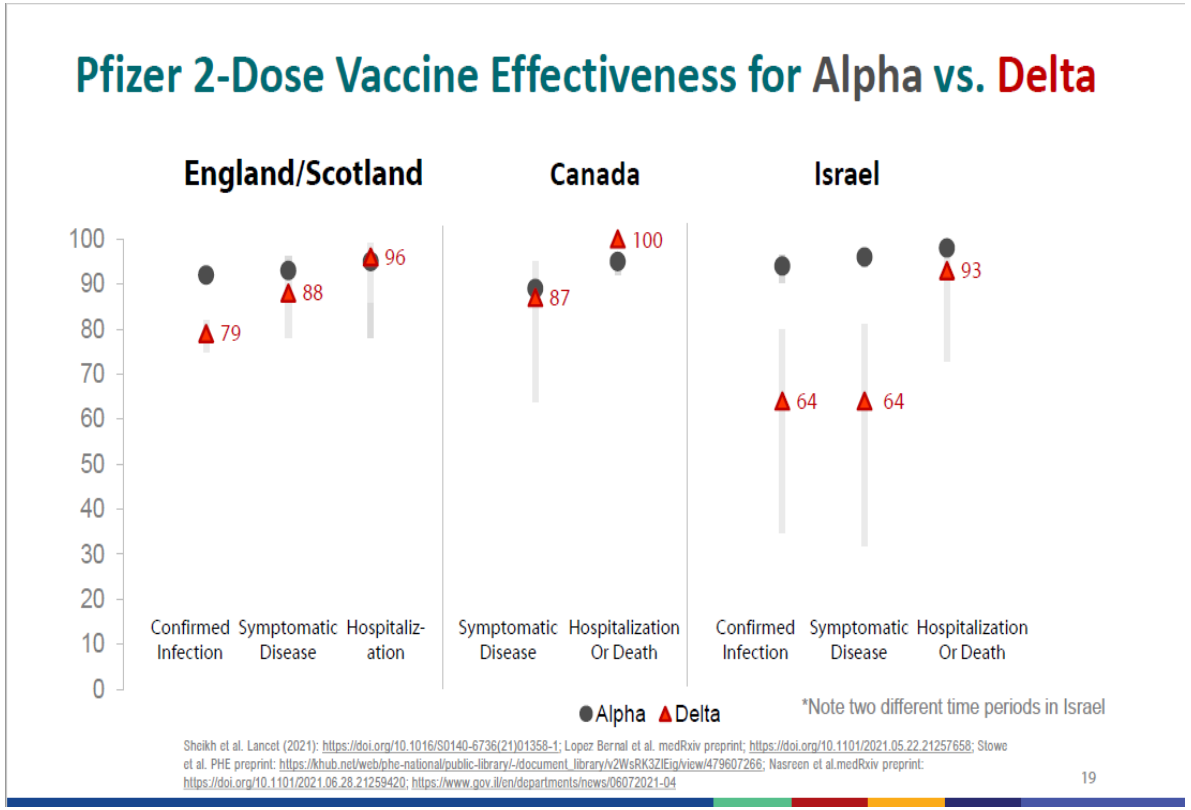


자료 : 미 CDC(질병통제센터) 자료 2021/07/29

- 델타변이는 기원균주보다 2~2.5배 전파력이 강함.
- 델타변이는 다음 질병보다 전파력이 강함
  - 메르스&사스
  - 에볼라
  - 감기
  - 계절 독감& 1918(스페인) 독감
  - 천연두
- 델타변이는 수두와 유사한 전파력
- 집단면역에 필요한 면역역 있는 인구가 80~90%

화이자/아스트라제네카 백신 4개월 후 면역력 60%로 감소





델타변이 돌파감염시 감염 전파력은 미접종자와 동일

Delta variant vaccine breakthrough cases may be as transmissible as unvaccinated cases

- Breakthrough cases reported to national passive surveillance have lower Ct values by 3 cycles **(~10-fold increase in viral load) for Delta** (Ct=18, n=19) compared with Alpha (Ct=21, n=207) and other lineages (Ct=21, n=251)
- Barnstable County, MA, outbreak: **No difference in mean Ct values in vaccinated and unvaccinated** cases [median among vaccinated (n=80): 21.9; unvaccinated (n=65): 21.5]

(CONFIDENTIAL – preliminary data, subject to change)

코로나-19 : 새로운 상황

- 델타변이 : 원래 코로나 19 기원주와는 “다른 질병”
  - 감염력이 2~2.5배, 감기보다 전파력이 강함 (중증도는 유사)
  - ‘집단면역’ 80~90% 면역 획득할 때 가능

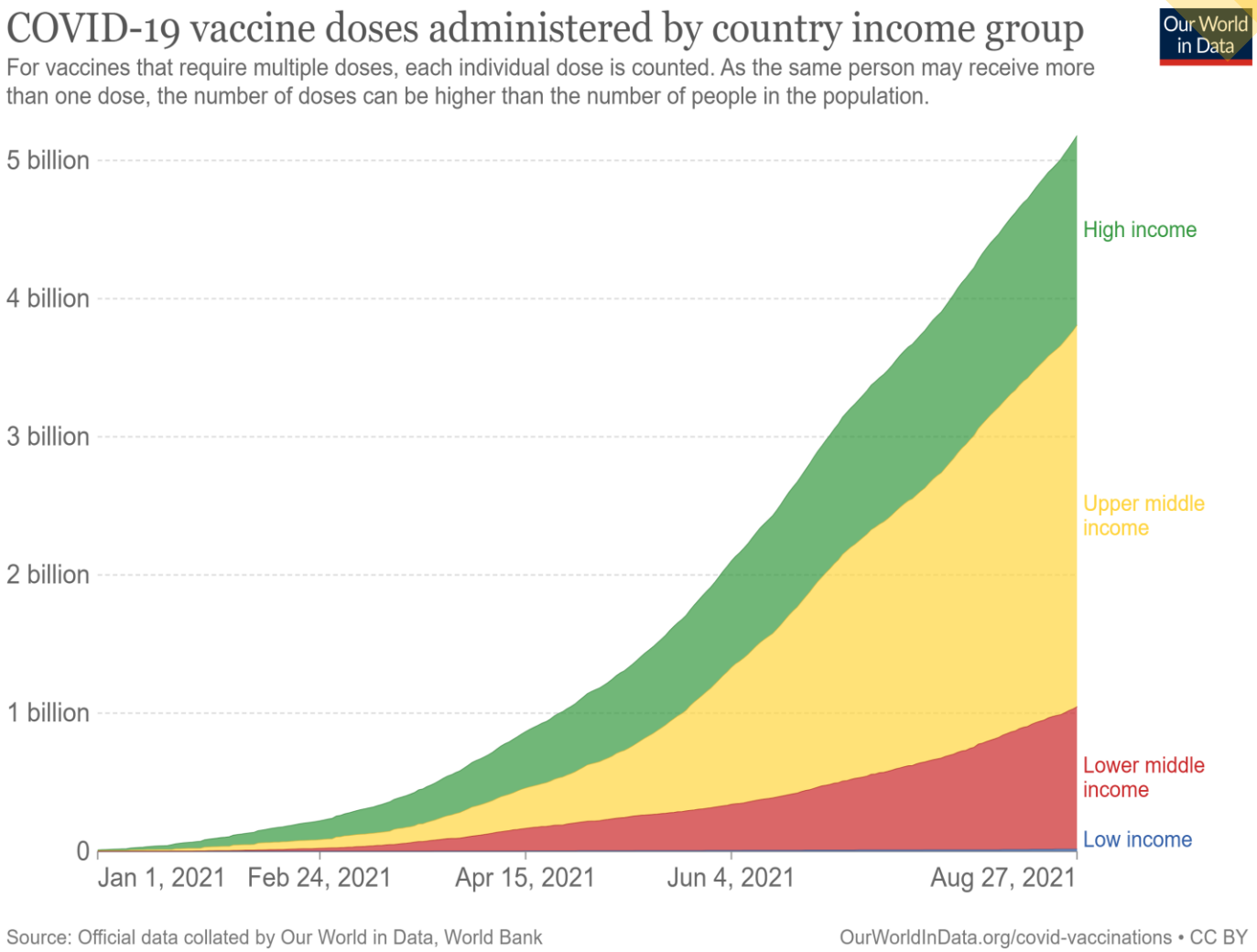
- 백신이 개발되었으나 델타변이에는 제한적 효과
  - 중증감염 예방효과는 여전히 높음 : 85~95%
  - 백신 돌파감염 40%
  - 돌파감염시 미접종자와 동일한 전파력

- 코로나 19는 사실상 Endemic-Epidemic이 됨

- 전세계적 백신 불평등
  - 새로운 변이 출현 가능성을 더 높임
  - 백신 불평등이 단기간내 해결될 가능성도 낮음

전세계적 백신 불평등 현황

- RNA 바이러스 인간(숙주의 DNA 이용) 변이가 많음
  - 주요 변이 1개월에 2개씩 발생
- 우려변이 또는 관심변이, 감염이 통제되지 않는 국가에서 주로 발생
  - 알파 베타 감마 : 영국 남아공 브라질
  - 델타 : 인도
- 세계적 백신불평등 : 효과적 변이발생 억제 불가능한 상황



자료 : Our World in Data covid-19 vaccination (2021/08/29)

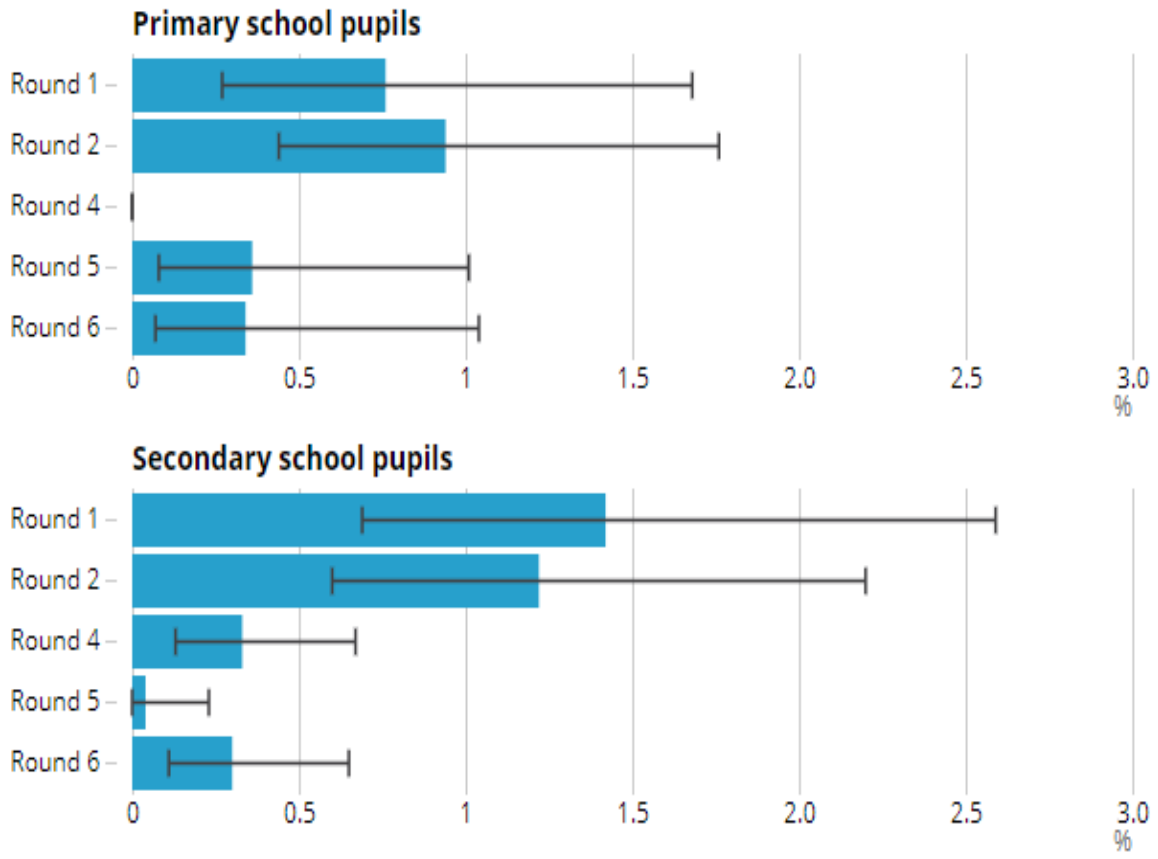
한국형 방역 (1) : 엄격한 거리두기와 광범위한 TTI

- 대부분 나라들이 백신, 치료제 없을 때 3가지정책을 혼합 사용
  - 개인적 위생 (마스크, 손 씻기 등)
  - 사회적 거리두기
  - 감염자 격리
- 동아시아, 동남아시아 및 대양주(싱가폴, 한국, 대만, 태국, 베트남, 오트레일리아 및 뉴질랜드 등) : 3가지 정책의 조합을 통한 봉쇄(containment)전략으로 상대적으로 낮은 감염자와 사망자수를 보임
- 싱가폴과 한국 등 동-동남 아시아 국가들은 특히 엄격한 사회적 거리두기와 광범위한 검사-추적-격리(TTI, test-trace-isolation) 봉쇄 방법을 사용하여 효과를 거둠

한국형 방역 (2): 사회적 거리두기의 불평등과 비과학성

- 핵심 제조업과 유통 부문, 사회적 서비스 부문 사회적 거리두기 제외
  - 직장 사무실과 공장, 대중교통 거리두기 사실상 예외
  - 계속되는 사무실과 생산현장의 집단감염, 원격근무 의무사항 아닌 권고사항으로 그침
  - 지하철과 버스에서 밀접 접촉 계속됨, 대중교통의 확대 없음
  - 콜 센터, 쿠팡 물류센터 등 직장 집단감염(가족 발병률과 유사)
  - 서울에서의 7월 감염 중 직장 감염이 가장 많음(30%)
- 비생산부문과 자영업 : 매우 엄격한 사회적거리두기
  - 학교 : 온라인 수업으로 전환
  - 문화부분 : 미술관 박물관 등 엄격한 거리두기
  - 요양원, 요양병원, 정신병원 : 돌봄 노동자와 같이 봉쇄, 사회부터 격리
    - 한국식 '코호트 격리', 사망자들 발생 중 가장 큰 비중
    - 70대(10%), 80대(25%) 환자들의 높은 치명률의 원인
  - 야외 집회 금지
- 불평등한 차별적 사회적 거리두기
  - 제조, 물류, 유통, 사회적 서비스 부문 : 느슨하거나 거리두기 제외
  - 비생산부문 (교육, 문화 등), 개인적 서비스 부문 : 보상 없는 엄격한 거리두기

"학교는 코로나19 감염 허브가 아니다"



자료: Office for National Statistics. Covid-19 schools infection survey, England.

- 영국 초,중등 학생들 2020.11월 부터 2개월 간격으로 항체측정. 항체양성율 유사하거나 더 낮아짐. 교사들도 유사한 결과.
- 즉. 학교는 (지역사회감염의 영향을 받지만) 영국에서조차 감염 전파 진원지가 아니었음.
- 반면 학교를 닫았을 경우, 즉 온라인 수업을 했을 경우 나타나는 학습이나 건강 피해 심각.
- 한국에서는 학교의 대면수업을 온라인수업을 대체할 수 있는 것으로 간주. 과밀학급해소나 교사를 늘리는 방안을 추진하지 않고 기존계획대로 추진
- 과밀학급 해소와 교직원 충원 시급

백화점과 자영업의 영업제한비교 (*일본의 경우)

- 동일한 유통 서비스 업종인 백화점은 거의 영업에 제한을 받지 않음
  - 4단계 백화점, 대형마트 10시 영업제한
- 개인적 서비스업은 엄격한 제한
  - 영업제한, 인원제한

* 일본의 자영업 보상
  - 법적, 행정적 제한조치가 없음
  - 임대료 : 소득 30~50% 하락의 경우 2/3 보상(상한 50만엔)*6개월
  - 소득 보상 : 월 10만엔* 12
  - 긴급사태를 실시하는 구역등

  1일 4만엔~6만엔 (영업시간 제한의 경우)

給付額

法人に**最大600万円**、個人事業者に**最大300万円**を一括支給。

算定方法 **申請時の直近1ヵ月**における**支払賃料（月額）**に基づき算定した**給付額（月額）の6倍**

	支払賃料（月額）	給付額（月額）
法人	75万円以下	支払賃料×２／３
	75万円超	50万円＋[支払賃料の75万円の超過分×１／３] ※ただし、100万円（月額）が上限
個人事業者	37.5万円以下	支払賃料×２／３
	37.5万円超	25万円＋[支払賃料の37.5万円の超過分×１／３] ※ただし、50万円（月額）が上限

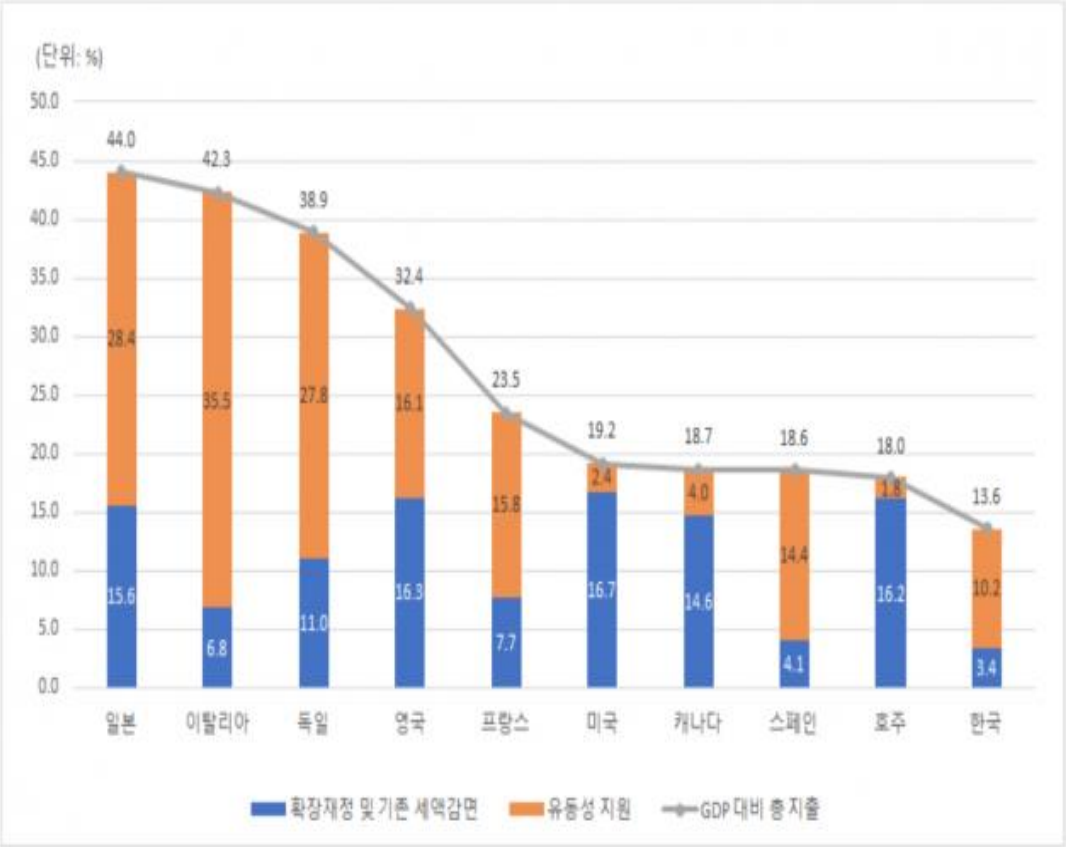
①緊急事態を実施すべき区域等
20時までの営業時間短縮要請 （酒類提供時間は19時まで）を実施する場合に、
1日6万円（月額換算最大180万円）
②①以外の区域
1日4万円（月額換算最大120万円）

주요 10개국 재정지출 비교 - 한국 ½~1/4 긴축재정
사회적 거리두기로 인한 고통이 사회적 약자에 전가

<그림2> 국가별 코로나19 대응 지출액(G20 경제선진국)

출처: IMF(2020년12월 말 기준)

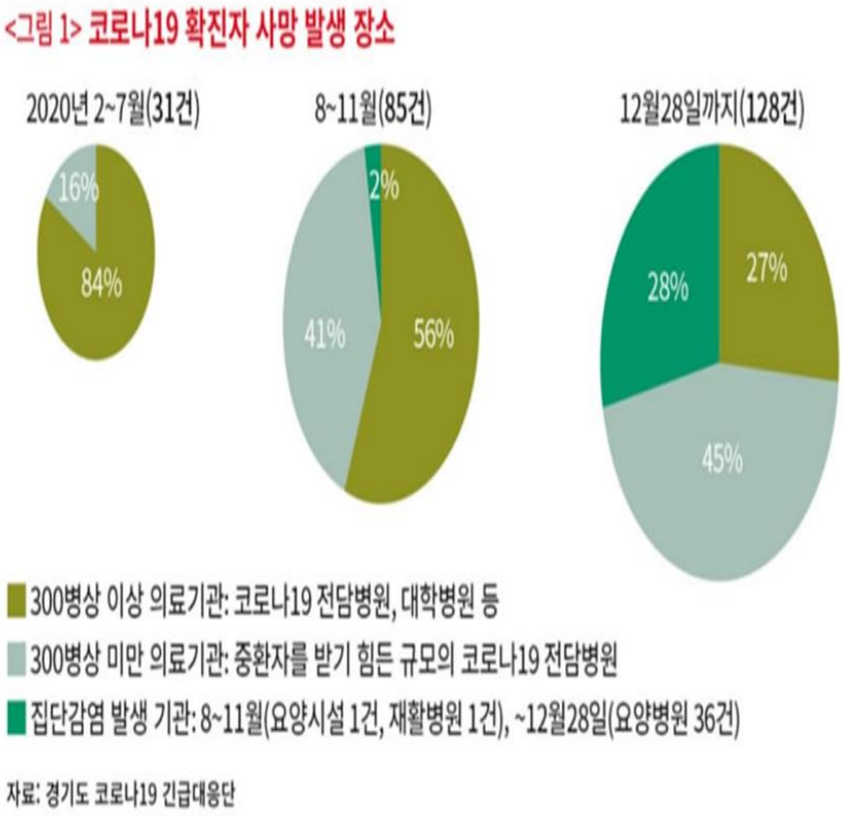
<그림2> 코로나19 대응 지출 방식별 GDP 대비 비중

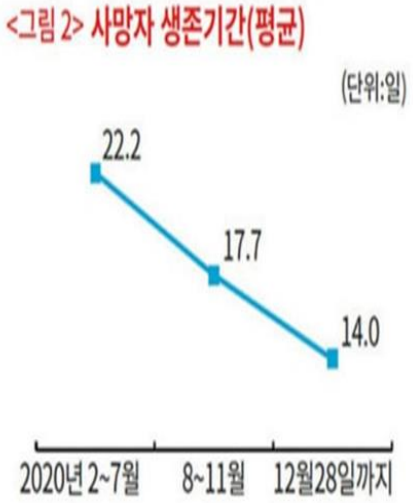


출처: IMF(2020년 12월 말 기준)

▲추가지출 및 기존 세액감면+유동성 지원=코로나19 대응 GDP 대비 지출규모

사회로부터 격리된 요양병원과 요양원





- 요양병원 1435개 26만 병상, 요양원 3,262개 15만 명
- 요양병원과 요양원 물리적 거리두기 힘든 구조 : 10~20명당 1인의 돌봄 노동자
- 사회적 격리 : 면회금지
- 대유행시기 요양원과 요양병원 집단발병시 병원자체를 격리하여 적절한 치료를 못받고 집단사망함
- 3차유행시기(2020 겨울) 사망장소중 요양병원이 급격히 늘어남

요양병원 요양원의 코호트 격리

- 코호트 격리는 동일집단자에 적용하는 것임
- 확진자 코호트는 불가피한 경우에 적용
  - 확진자-접촉자-비확진자를 섞어 놓는 것은 코호트 격리가 아님
- 한국에서의 코호트 격리는 코호트 격리가 아니라 사회로 부터의 격리
  - 요양병원, 요양원
  - 장애시설
  - 구치소.
- 한국의 코로나19 유행에서 차별과 병실부족을 은폐하는 말

실외집회 금지 : 그러나 실외에서의 감염 가능성 낮음

· 120개 도시 318건 발병 사례 연구. 실외환경에서 발병사례는 7324 사례 중 단 2건. 0.027%

• 엄격한 의미의 야외(실외가 아니라) 환경 감염 위험은 더 낮음

• 야외활동 코로나 감염 위험은 전체감염의 1% 또는 0.1% 미만 추정(NYT)

• 마스크착용, 거리두기 등 적용시 감염 위험은 더 떨어짐

• 한국 야외집회 감염은 8.15 우파집회 1건 500여명(0.2%) 유일. 마스크 미착용, 침 뱉는 등 예외적

Table 1. Comparison of Respiratory Virus Transmission Outdoors Compared to Indoors Ordered by Virus Studied

		Estimate of Effect			
Outcome	Virus Studied	Outdoor	Indoor	Relative Estimate of Effect	Number of Participants in the Study
Number of cases [14]	SARS-CoV-2	2/7324 cases	7322/7324 cases	<1% of transmissions happened outdoors	7324 cases, totaling 318 outbreaks
Number of cases [15]	SARS-CoV-2	4/103 cases	99/103 cases	5% of work-related cases occurred outdoors	103 possible work-related cases among a total of 690 local transmissions
Odds of transmission [16]	SARS-CoV-2	Raw data not available	Raw data not available	Odds of transmission in closed environments 18.7 (95% CI, 6.0–57.9) times greater than in open air	110 cases: 27 primary cases and 83 secondary cases
Number of super-spreading events and odds of transmission[a] [16]	SARS-CoV-2	1/7 super-spreading events	6/7 super-spreading events	Odds ratio of super-spreading in closed environments: 32.6 (95% CI, 3.7–289.5)	110 cases: 27 primary cases and 83 secondary cases
Number of cases [17]	SARS-CoV-2	95/10 926 cases	10 831/10 926 cases	<1% of transmissions happened outdoors	10 926 cases, totaling 201 events of transmission
Number of cases [18]	H1N1 2009 influenza	0/3 cases	24/29 cases	Of 32 total people in a holiday camp, 29 traveled together in a train wagon	32 people at a holiday camp
Mortality [19]	H1N1 1918 influenza	28/820 deaths sleeping in hammocks outside, 34.1 persons/1000	39/267 deaths sleeping in cabins inside, 146.1 persons/1000	Risk ratio 4.28 (95% CI, 2.69–6.81)	Total 1217 people on the ship

Abbreviations: CI, confidence interval; SARS-CoV-2, severe acute respiratory syndrome coronavirus 2.

[a]Super-spreading defined as events where the number of secondary cases generated by a single primary case is greater than the 95th percentile of the distribution (ie, transmission to 3 or more persons).

자료 : Bulfone 등. J Infect Dis. 2021 Feb

한국형 방역(3) : 한국형 TTI 모델

- 디지탈, 기술감시가 일상화된 사회에서 가능
  - 모든 국민이 단일한 주민등록번호로 전산화된 사회
  - 개인 인권의 제한 (vs 중국의 전체주의적 모델)

- 코로나19 방역을 기술감시로 달성 (TTI, 이른바 3T)
  - 코로나19 <u>환자 확인(test)</u> : 실시간 PCR 검사(6시간 소요)
  - 접촉자 <u>추적(tracing)</u> : 신용카드 사용내역, 휴대전화 통화내역, CCTV 등 (역학조사시 개인정보 즉시 이용가능)
  - <u>환자격리 치료(isolation)</u> : 병원이나 생활치료시설
    - 접촉자격리 : 시설격리 혹은 자가격리
    - 전자적 추적 (전자팔찌) 활용

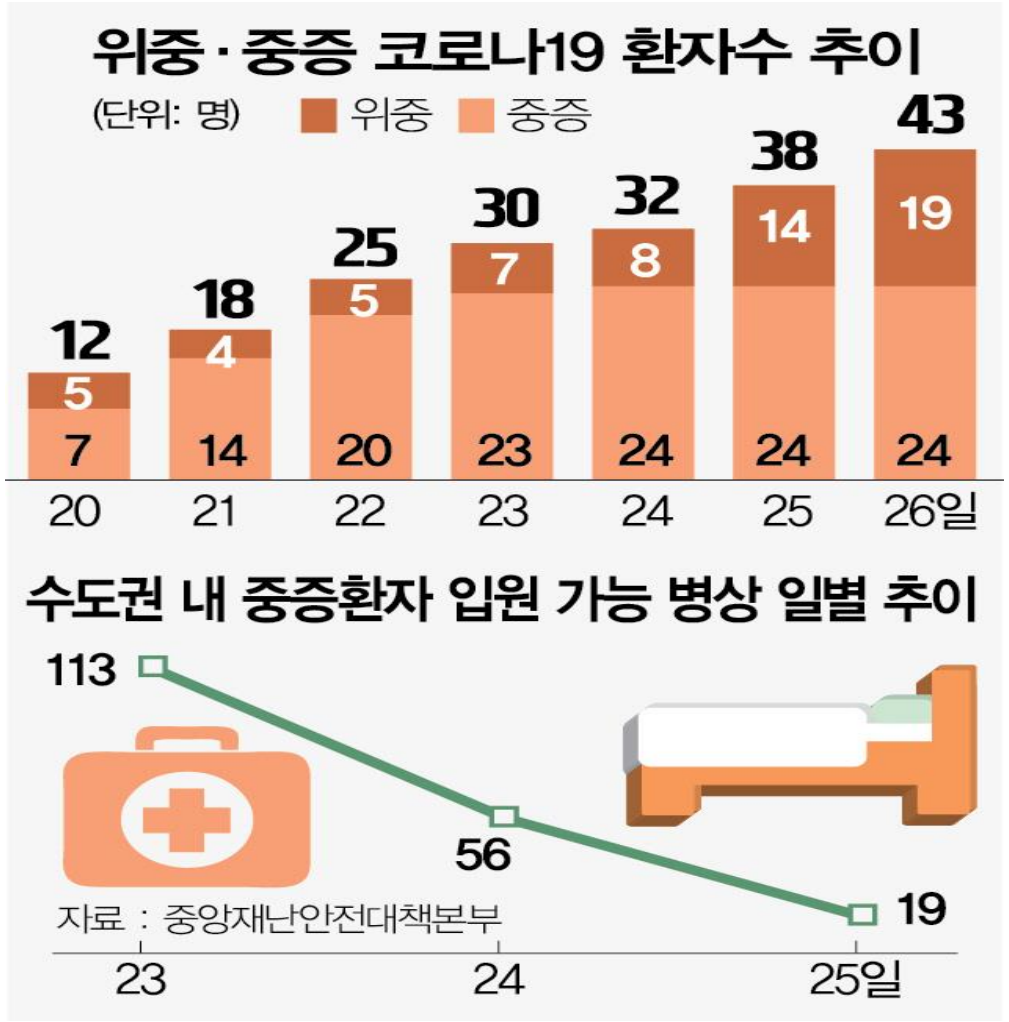
‘K-방역’의 상대적 성공의 원인 및 결과

- 기술감시
- 보건의료, 공공부문노동자, 소방노동자, 공무원 초과노동(‘갈아넣기’)
- 시민들의 안전감수성? 각자도생?
  - ‘광우병’ 촛불시위 (2008) 세월호 참사 (2014) 메르스 사태(2015)의 경험

- 차별적 거리두기
  - 제조, 사회서비스, 물류 영역 거리두기 예외를 둔 반면 개인적 서비스업(자영업), 학교, 문화, 요양 서비스 등은 엄격한 거리두기
  - 대자본 지배분야는 서비스업도 거리두기 제외
- 노령자, 장애인들의 사회로부터의 격리
- 결국 코로나의 고통이 노동자, 자영업자, 사회적 약자들에게 전가됨

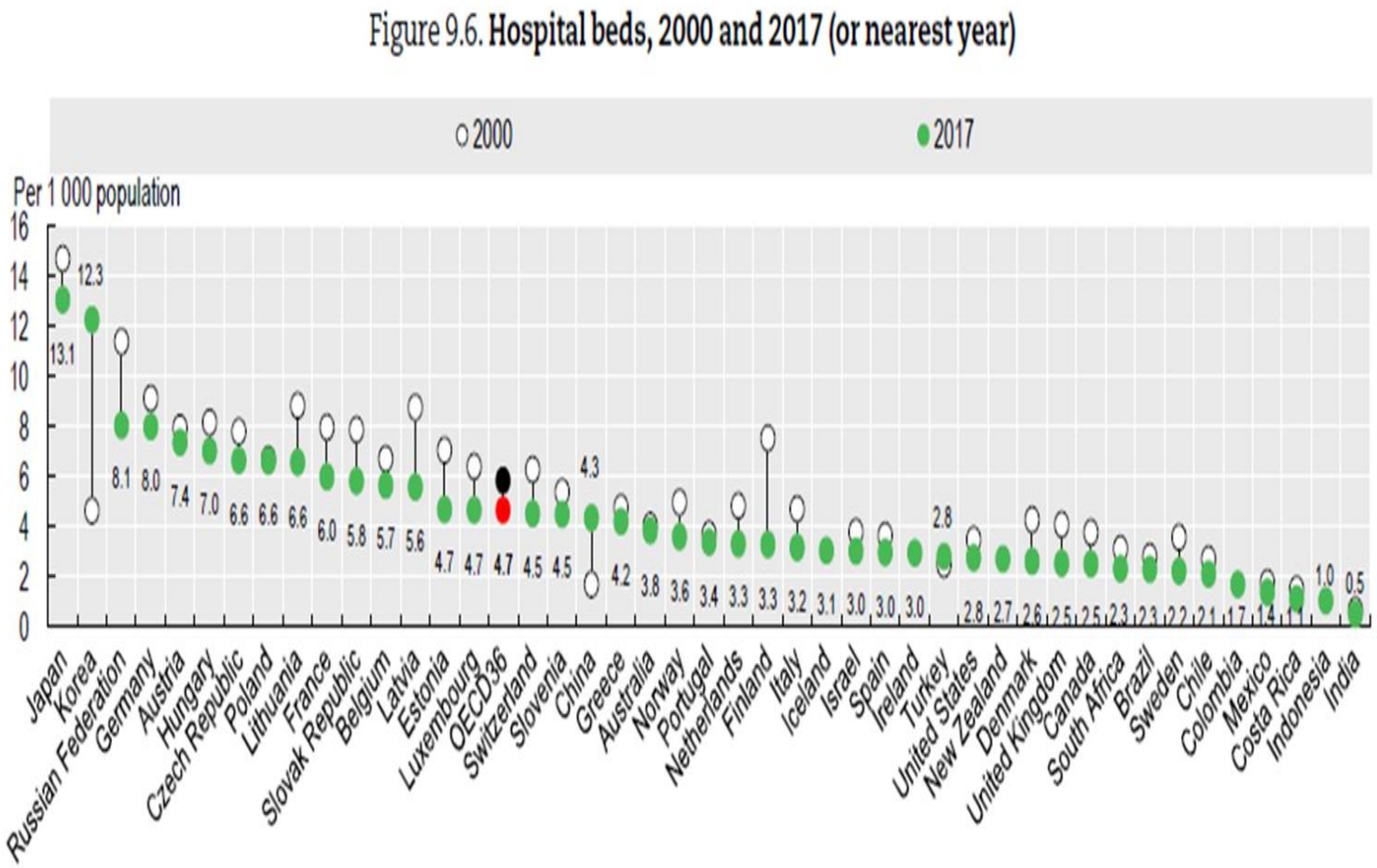
K-방역은 많은 문제점에도
록다운 없이 다른 나라에 비해
상대적 성공 그러나 의료대응은?

병상부족의 반복 : 1~4차 유행 시기마다



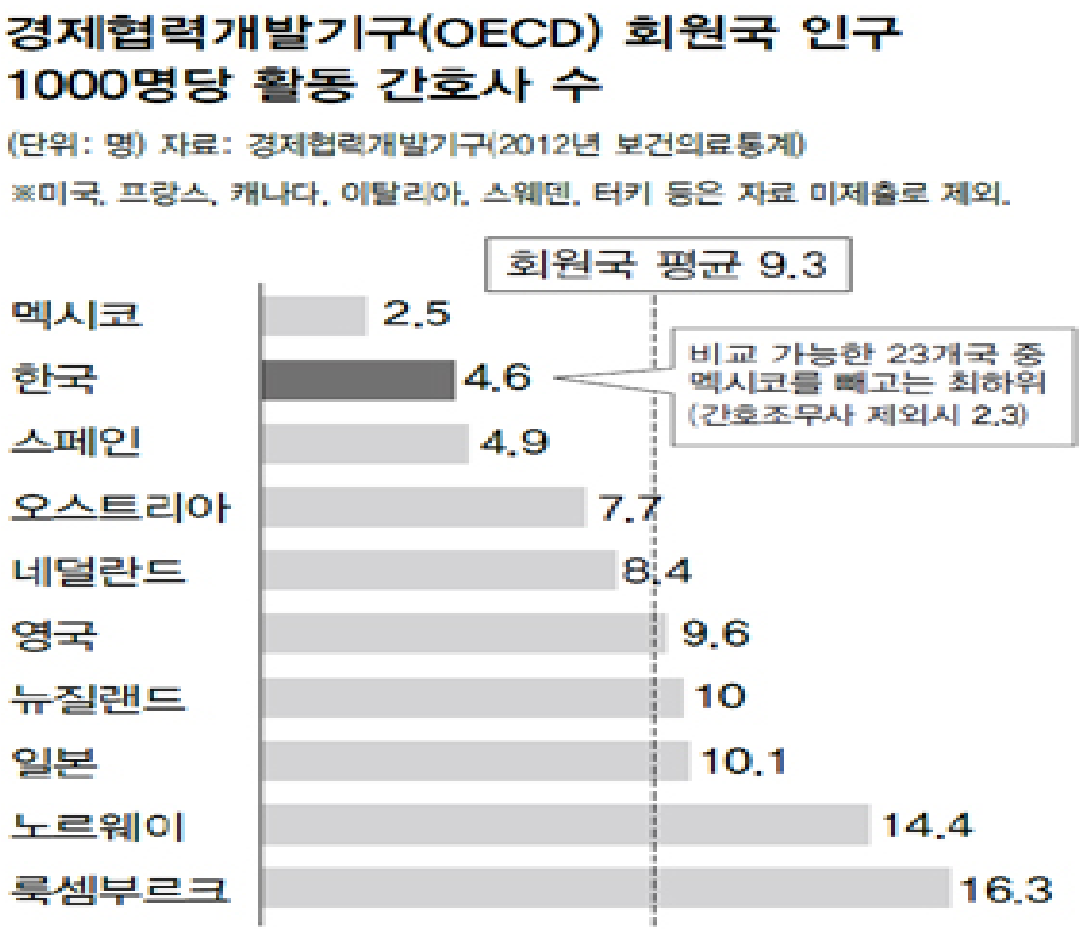
- 2차 유행시기
  - 수도권 8월 중순 약 일주일 간 세자리 수 환자발생, 병상 포화
  - 자택 대기환자가 발생
- 3차 유행시기
  - 12월 17일 수도권 대기환자 595명
  - 2020년 10월 말 사망자 464명
  - 2021년 3월 31일 사망자 1731명
  - 요양병원 사망자 급증
- 일일 확진자 수 만명 발생한 나라들과 치명률 차이 없음

병상은 많지만 코로나환자 병상은 없다



- 코로나 병상부족시 정부 대응
  - 1% 병상 지방의료원, 10% 병상 공공병원 중심 대응 고수
  - 3차 종합병원의 중환자실 1% 동원
  - 치료능력 없는 2차병원에 임시병상
- 사립대형병원은 중환자 많아 여력 없다?
  - 3차 종합병원의 36%만 중환자(2019년 심평원)로 동원 여력 충분
  - 사립병원 특혜
- 병상부족 사태
  - 자택 대기환자 사망, 요양병원 및 요양원 집단 사망(1~3차 유행시기)
  - 생활치료센터 사망 발생(4차유행시기)

병상은 전세계에서 1등, 인력은 최하위



의료대응 실패의 원인

- 공공병원, 그 중에서도 지방의료원 중심으로 대응
- 대유행시에도 공공병원 중심으로 대응, 사립병원의 제한적 동원
- 대형사립병원은 결국 판데믹 시기 코로나라는 재난의 사회적 책임 면제

- 의료대응능력을 키우려는 노력 절대부족
  - 공공병원 확대 계획 2025년까지 3개소 신축에 그침 (2022년에도 예산 미반영)
  - 의료인력 확대 미봉책에 그침
- 현 시기까지 사립병원 동원 절대 부족
  - 4차유행시기에도 수도권 300병상 이상 병원 1.5% 동원
  - 42개 상급종합병원 중환자실 1% 동원
- 검사-추적-격리 (TTI)에 주된 초점
  - K 방역의 신화에 지나친 몰입

방역의 전환에 앞서 생각해야 할 것들

Great Barrington Declaration vs John Snow Memorandum

- 델타변이 : 백신접종 70% 임박했음에도 불구 집단면역은 요원
- 지금의 팬데믹은 추후 3년 이상 지속될 가능성이 큼

- Great Barrington Declaration vs John Snow Memorandum : 국제적 논쟁
- Declaration (Jay Bhattacharya, Sunetra Gupta and Martin Kulldorff. 2020.10) : 보리스 존슨, 트럼프 정책
  1) 집단면역 요원한 상황에서
  2) Lockdown 정책은 부수적 피해로 인한 초과사망을 불러옴
  3) 취약한 그룹(focused group) 중심으로 질병보호를 강화하고
  4) 젊은 사람들은 일상생활로 복귀하자는 주장
- John Snow memo (Lancet Herd immunity for COVID-19 2020.11, Mass infection is not an option: we must do more to protect our young 2021.7 Deepti Gurdsani John Drury Trisha Greebhalgh 등 수 천명 참여) : 다수 예방의학 및 보건학자들 지지를 받고 있음
  1) 지역사회 방역 여전히 중요
  2) 취약그룹(기저질환, 노인, 필수대면 노동자 등)은 전체의 40%, 이들만 따로 보호할 수 없음
  3) 젊은 사람들 일상생활 복귀시 사회의 코로나19 전파를 막을 수 없고 이는 대량사망으로 이어짐
  4) 집단 면역 가능한 백신과 치료제 나올 때까지 지역사회 방역을 유지해야 함

새로운 지속가능한 방역정책의 원칙

- 사회적 논의를 통해 결정되어야 (전문가 중심이 아닌 시민들의 결정)
- 불평등을 강화하는 방식은 극복해야 함
- 과학적 근거 없는 정책이나 방침 시정

- 사회적 방역의 원칙은 지속되어야 함 : 근거 없는 방역완화는 대량사망 초래
  개인위생, 사회적 거리두기, 검사-추적-격리(TTI). 세가지 방책의 적절한 결합 유지

- 사회적 거리두기의 불평등을 철폐하는 방향으로 재편
- 근거 없는 거리두기는 철폐 : 학교, 야외 집회, 문화 공간은 거리두기 완화, 요양원은 실효성 있는 거리두기
- 불가피한 거리두기는 보상 : 거리두기 불가피한 3밀공간 자영업 손실 보상
- 기업에게 거리두기와 방역 책임 : 직장 거리두기 의무화, 반복 발생시 기업에게 가중 책임

- 검사-추적-격리(TTI)의 역학조사는 유지하되, 과정과 활용에서 비인권적 요소는 배제하여야 함
- 의료대응의 변화 : 공공병원에서 전체병원으로
- 사회정책적 대응 (고용, 주거, 소득, 질병휴가 및 질병수당, 돌봄휴가, 생활보장 등)

코로나시기 건강권보장을 위한 사회정책

- 유급병가 및 상병수당, 가족돌봄휴가
- 업무 외 상병으로 아픈 노동자의 쉴 권리를 보장해 주지 않는 나라는 OECD 회원국 가운데 한국이 유일함.
  - 유럽국가들의 코로나19 경제·사회적 위기 대응의 주된 수단
    - 스웨덴은 휴가 첫날부터 상병수당을 받을 수 있도록 함. 4일 이내 유급병가 병원진단서 제출 의무 유예(OECD, 2020).
- 상병수당은 두 가지 핵심적인 기능.
  - 노동자의 쉴 권리 보장과 전염병 확산 예방
  - 2009년 미국과 독일 신종플루. 미국 700만명 감염, 독일은 문제 없이 극복
- 상병수당 도입에 따른 재정 연구
  - 연간 비용을 4520억 원~1조 5387억 원으로 추정.
  - 가장 높은 수준의 추정액(1조 5387억 원)을 기준으로 해도 2018년 건강보험 지출의 2.3% 수준
- 보건복지부 2022년 저소득층 시범사업 예고.
  - 주무부처인 노동부는 빠져 있음(질병휴가는 고용안전성과 기업. 정부의 소득보장 의무화가 핵심)
- 가족돌봄휴가는 평등고용법에 규정되어 있으나 유명무실.

의료대응(1) : 일반 병실 및 중환자실 확보 방안

- 공사립병원 구분없이 종합병원 동원
- 단계별 대응 필요
  - 1일 5000명 발생시
    - 병실 입원*10일=5,000개, 중환자실 1.5% 중환자실 입원 *10일=750개
  - 종합병원 100개(42개 상급종병 포함)*(병실 50개+중환자실 7.5개)
  - 1일 10,000명 발생시 종합병원 100개*병실 100개+중환자실 15개
  - 현재 상급+종합병원 병실이 각각 41,332+97,389개 이므로 10,000명 발생시 병실은 병동 2-3개를 비우는 것으로, 중환자실은 3186개 5425개 이므로 중환자실 15% 정도를 비우는 것으로 가능할 것이다.
- 상급종합병원 이용환자의 경우 36% 정도만 전문진료환자
  - 나머지는 비응급 및 비중증환자 9%, 탈장, 무릎치환술 등 2차병원에서도 치료할 수 있는 환자였음. (2019년 심사평가원 자료)

의료대응 (2) : 간호인력과 방역인력

- 간호인력 훈련 및 확충
  - 중환자 간호인력
    - 최중증환자(인공호흡기 등) 환자 0.5명 당 1인
    - 중등증 이상환자 환자 1명당 1인
  - 일반 코로나 환자 간호인력
  - 약 1.5~2.5배 간호인력사 증원 필요
  - (보라매병원 현인원 현인원 110명 260명 증원 요구)

- 간호인력 수급
  - 중환자 간호인력 훈련
    - 훈련기간 12주 (최소 8주)
    - 국립중앙의료원 및 권역별 거점병원 훈련프로그램
  - 일반 간호인력수급
    - 코로나 환자 진료와 관련 간호인력 재배치 및 휴직 간호사 재고용 필요
    - 정부는 이에 해당하는 재정 부담

- 방역인력 보충 : 현재보다 2배 인력 필요

<table>
<tr><th>단계</th><th>환자 상태</th><th>중대본
(20.12.28.)</th><th colspan="2">중증도 구분 인력기준</th></tr>
<tr><td>8</td><td>사망</td><td>사망</td><td colspan="2" rowspan="3">최중증(중환자실) 1:0.5</td></tr>
<tr><td>7</td><td>다기관손상/ 에크모/ CRRT</td><td rowspan="3">위중증</td></tr>
<tr><td>6</td><td>침습인공호흡기(invasive ventilation)</td></tr>
<tr><td>5</td><td>비침습인공호흡기/고유량산소요법
(non-invasive ventilation/high flow O2
)</td><td colspan="2">최중증(일반병동) 1:1</td></tr>
<tr><td>4</td><td>산소마스크(O2 with facial mask)</td><td rowspan="2">중등증</td><td rowspan="2">와상(O)
최중증 1:1</td><td rowspan="2">와상(X)
중증 1:2.5</td></tr>
<tr><td>3</td><td>비관산소치료(O2 with nasal prong)</td></tr>
<tr><td>2</td><td>일상생활에 지장이 있으나 산소치료 불필요</td><td rowspan="2">경증이하</td><td colspan="2">중증 1:2.5</td></tr>
<tr><td>1</td><td>일상생활 지장 없음</td><td colspan="2">-</td></tr>
</table>

자료 : 중앙중앙재난안전대책본부, 공공운수노조 의료연대본부

공공의료 확대

- 공공병원 및 공공의료 확대
  - 현재 공공병원 병상은 8.9% 의료기관 수로는 5% 정도임
  - 이는 OECD 평균의 1/7 수준이고 인구당 병상수로 보아도 ¼ 수준임
    - 최소한 미국과 일본 수준인 25%~30% 수준은 되어야
- 공공병원(및 보건소)는 코로나 19에서 사회적 보루로서 역할. 그외
  - 사회적 적절한 진료 기준 역할(과소 및 과잉의료 방지, 적정진료 모델) : 진료비 증가 억제, 낭비의료 방지
  - 지역적, 계층적 평등한 의료제공
  - 재난 및 위기 대응 : 기후위기대응 등
  - 사회적 약자들에 대한 의료적 대응(여성, 노인, 아동, 소수자)
  - 지역적 의료 및 돌봄(community care)의 중심 등 (장애인, 치매, 학교보건 등)
- 재정
  - 급성기병원 20% 5조 7천억~8조 4천억(30개), 30% 11조 4천억~16조 8천억(50개) (2018 정형준)
  - 급성기병원의 30%를 차지하는 11조 4천억원의 경우 이를 5년기간으로 하면 약 2조3천억원으로 건강보험지출액의 3.3%

공공의료체계의 재구성

- 현재 공공의료체계는
  - 국립의료원 및 보건복지부 소속병원이 통일되어 있지 않고
  - 국립대학병원은 교육부 소속이며
  - 보건소가 공공의료체계에서 역할이 불확실하고
  - 그외 공공병원(보훈병원, 근로복지공단병원 등)이 흩어져 있다
- 이를 복지부산하 공공의료청(가칭)을 신설하여
  - 국립의료원을 정점으로 하고
  - 일단 보건복지부 소속의 국립정신병원과 암병원, 지방의료원과 보건소를 책임지고 관할하고
  - 인력양성(공공의과대학과 인력훈련(보건인력훈련원)과 연구(국립공공보건연구소)를 담당하도록 하고
  - 재정지원을 할 수 있는 역할을 부여하도록 한다
- 공공보건청은 재난시기 의료대응을 총괄, 사립병원을 동원할 수 있는 컨트롤타워 역할 부여.

코로나 시기 의료보장

- 백신 부작용 대응
  - 현재 문제가 되고 있는 ‘백신 부작용’에 대한 정부의 대응은 백신 연관성 인정 기준이 너무 협소하고, 기존의 의료보장 부족의 문제점이 그대로 드러니고 있음
  - 보상및 무상 치료 기준을 ‘백신 연관성을 배제할 수 없는 경우’로 넓게 인정하여야 함
  - 백신 관련 치료는 무상으로 해야 함. 이는 백신 인센티브이기도 함
- 코로나 19 관련 의료보장
  - 코로나19는 3~6개월 이상 후유증이 지속되는 경우가 많음(long Covid)
  - 코로나 바이러스 검출을 기준으로 하는 현재 의료보장은 극히 협소
    - 중환자실 치료 중 코로나 검사 음성으로 나오면 건강보험적용하고 본인부담
  - 코로나19 환자는 코로나 검출기준이 아니라 후유증까지 전면 무상으로 의료보장을 해야함

요양원 및 요양병원의 사회적 거리두기 기준은 왜 없나?

- 요양병원 시설기준
  - 현재 입원실 환자 1인당 1.3평(4.3m²)
- 요양원 시설기준
  - 현재 침실 기준 1인당 2평(6.6 m²)
- 2021.2.25까지 사망자 중 요양병원 343명 (25.2%), 179명 (13.2%) 최다. (방대본)
- 델타변이 발생 후 장기요양시설(long term care facility, LTCF)의 집단감염 다시 증가 추세(CDC)
- 장기요양시설의 과밀 해결대책 시급
- 단기대책 -> 시설기준의 70% 수용
- 장기대책 -> 공공 지역사회 소규모 요양

구분	1단계	2단계	3단계	4단계
학원	좌석 한 칸 띄우기 (칸막이 있는 경우 제외) 또는 시설면적 4m² 당 1명 (좌석 없는 경우)	좌석 한 칸 띄우기 또는 시설면적 6m² 당 1명 (좌석 없는 경우)		좌석 두 칸 띄우기 또는 시설면적 6m² 당 1명 (좌석 없는 경우)
	운영시간 제한x	운영시간 제한x	운영시간 제한x	22시이후 운영·이용제한
오락실 멀티방	시설면적 6m² 당 1명	시설면적 8m² 당 1명(2~4단계)		
	운영시간 제한x	운영시간 제한x	운영시간 제한x	22시이후 운영·이용제한
박물관·미술관 과학관	시설면적 6m² 당 1명	시설면적 6m² 당 1명의 50%	시설면적 6m² 당 1명의 50%	시설면적 6m² 당 1명의 30%
마사지·안마소	시설면적 6m² 당 1명	시설면적 8m² 당 1명(2~4단계)		
이미용업	시설면적 6m² 당 1명	시설면적 8m² 당 1명(2~4단계)		
학교	기본 방역수칙 준수 및 전면등교 가능(1~2단계)		밀집도 1/3~2/3 (고등학교 2/3 이내)	원격수업
	※단계 조정 시 학교는 일주일 준비기간 부여, 단 단계 상향 시에는 신속 조정(교육부)			

요양병원 및 요양원의 간호 간병 인력기준 강화

- 요양병원및 요양원의 간호 간병인력이 적어 1인당 간병인력이 많음.
- 돌봄인력 1인이 수십명을 돌보는 상황은 집단감염의 위험성을 높임

- 요양원 인력기준 현재 요양인원 2.5명당 요양보호사 1인
- 4조 3교대 시 10명당 1인, 야간 당직시 1인당 15~20명 간병
- 집단감염의 원인
- 인력기준 1.5명당 요양보호사 1명으로 강화 필요
  - 정부 계획은 2025년까지 2명당 1인 (자료 보건복지자원연구원 "좋은돌봄 구현을 위한 정책 과제" 2021.8)

- 요양병원 인력기준 환자 6명당 간호(조무)사 1인
- 개인적 고용 간병인 1인이 6~12명당 간병
- 간병 국가책임제 도입 시급 : 간병비 부담을 국가가 장기요양보험으로 부담해야
- 간병인 1인당 환자 최대 4~6명 (및 4인 이상일 경우 1병실)으로 제한 필요

‘코로나 공대위’ 사회적 대책요구(2020.7) (1)

- (전국민) 유급병가와 상병수당
  - “아프면 쉬라”는 말의 제도적 뒷받침
- 유급 돌봄휴가
- 치료대응 콘트롤 타워 (공공의료청)
  - 공공의료네트워크 및 콘트롤 타워, 사립병원 동원할 수 있는 기능
  - 중환자실 및 공공병원 확충
  - 의료인력 확충
- 요양시설 돌봄 강화 및 인력확충

코로나 공대위 사회적 대책요구(2020.7) (2)

- 주거권 보장
  - 임대료동결 및 인하, 국가대납 퇴거금지
- 코로나기간 해고금지
  - 공적자금 투입시 해고금지
- 코로나 예방 미준수 기업 처벌제도
  - 감염병 예방법, 중대기업처벌법
- 코로나시기 생활보장
  - 전국민 고용보험 등
  - 소규모 자영업 생활보장

→ 실현된 것이 없음