

코로나19와 의료공백

존엄과 평등으로 채우다

코로나19 의료공백 인권실태조사보고서

코로나19 의료공백 인권실태조사단(건강과 대안, 건강세상네트워크, 다산인권센터, 서울인권영화제, 인권운동공간 활, 인도주의실천의사협의회 인권위원회, 장애여성공감, 재단법인 동천, 한국HIV/AIDS감염인연합회 KNP+, HIV/AIDS인권활동가네트워크, 한국청소년청년감염인커뮤니티알)

후원 ○▽△금 인권재단사람

문의 corona19.0100@gmail.com

목차

I. 서론

1. 서론	..... 04
2. 개요	
1) 코로나19 의료공백 인권실태조사 보고서 구성	..... 06
2) 진행경과	
(1) 코로나19 의료공백 인권실태조사단 구성	..... 08
(2) 진행 경과	..... 08
(3) 코로나19 의료공백 인권실태조사 목표	..... 09

II. 의료공백 피해 사례로 보는 문제점

13인의 심층인터뷰 소개	..... 10
1. 의료공백 피해와 원인	
1) 공공의료자원의 부족	..... 13
2) 객관적이고 신뢰 있는 정보의 부재	..... 13
(1) 정보의 공백	..... 13
(2) 정보 및 의료전달체계의 부재	..... 17
3) 차별, 낙인, 배제에 의한 진료거부	..... 19
4) 계층화된 의료서비스	..... 25
2. 인권의 원칙으로 구성하는 의료공백의 문제점	..... 28
1) '생존이냐 죽음이냐'에서 '존엄한 삶, 존엄한 생존'으로	..... 28
(1) 의료자원의 문제	..... 29
① 부족한 공공의료 자원의 문제	..... 29
② 공공성에서 이탈한 의료자원의 문제	..... 31
③ 지역에 따른 의료자원 불균형	..... 32
④ 코로나19 대응을 위한 안심병원의 문제	..... 34

(2) 정보 및 의료전달체계의 문제	..... 35
① 정보전달체계의 문제	..... 36
② 의료전달체계의 문제	..... 37
(3) 감염병 위기상황에서 대응의 문제	..... 39
2) 낙인, 차별, 배제가 깃든 의료접근성의 문제: 평등의 관점에서	..... 40
(1) 의료체계 계층화의 문제	..... 41
(2) 의료공백을 통해 당연시되고 심화되는 불평등	..... 42
3) 코로나19 이후 대안으로 마련한 정부의 조치들	..... 44

III. 결론

1. 사회적 제언	..... 46
1) 국가의 책무	..... 46
① 의료공공성 강화 공공성 강화를 위한 정부의 적극적 대응이 필요하다.	
② 감염병 상황에서의 민간병원의 권리와 의무 및 적절한 보상조치를 규정하고, 컨트롤 타워 설치 근거를 마련하여야 한다.	
③ 의료공백에 대한 전수조사 진행 및 모니터링 체계를 구축해야 한다.	
④ 취약한 조건에 놓인 계층에 대한 특별한 보호의 조치가 필요하다.	
2) 공중보건 위기 상황에서 민간의료 영역의 사회적 책무	..... 50
3) 사회와 사회구성원의 책무	..... 51

I. 서론

서론

인간답게 살기 위하여 - 존엄성 존중과 평등의 원칙

공중보건 위기 상황이 우리 사회와 삶, 생존의 조건을 뒤흔들고 있다. 최우선의 과제는 생명을 구하는 일이다. 방역과 예방, 치료와 진료에 최선을 다하고, 인간 존엄을 보장하기 위해 적극적으로 대응하는 것은 국가의 책임이자 의무이다.

이는 그저 살아 숨 쉬는 것만을 보장하는 것이 아니라, 존엄하게 생존할 수 있도록 사회적 관계와 조건을 마련하고, 이를 통해 인권을 보장하는 것을 의미한다. 또한 위기 상황에서 누구도 소외되지 않도록 사회적 평등이 구축되어 있어야 하는 것, 사회구성원 누구든지 고통을 말할 수 있는 사회적 통로가 마련되어 있어야 함을 말한다.

하지만 코로나19를 겪고 있는 우리는 위기와 함께 의료공백 상황을 마주해야 했다. 이는 일상에서 드러나지 않던 문제들이 위기와 결합되어 나타난 것이며, 바이러스의 위기가 모두에게 평등하게 다가오지 않는다는 현실을 드러낸다.

코로나19와 의료공백

코로나19 상황에서 공공의료체계는 감염병 긴급대응으로 무게중심을 옮겼다. 공공병원 및 병상, 의료진 부족 등 기존의 불안정한 의료체계가 긴급한 상황을 마주하게 되면서, 적절하게 치료·진료받지 못하거나, 치료·진료가 거부되는 등의 의료공백이 발생했다.

코로나19 초기, 급격하게 감염이 확산되는 과정에서 발생한 정보제공 공백의 문제, 열이 난다는 이유로 진료가 거부되거나 적절한 진료 없이 코로나19 검사만 지속했던 상황들, 공공병원으로 지정되면서 이용하던 병실을 비울 수밖에 없었던 과정 등이 있었다. 누군가는 의료가 제공되지 않았던 공백의 상황을 겪어내고 있었던 것이다. 감염의 우려 때문에, 혹은 공공병원이 부재해서, 적절한 치료와 진료를 제때 받지 못해서 누군가는 목숨을 잃어야 했고, 누군가는 불안과 공포의 나날을 보내야 했다.

누구나 겪을 수 있는 보편적인 현상이었지만, 이는 공공병원을 주로 이용했던 쪽방 주민이나 노숙인, HIV감염인, 이주민 등 일상에서 불평등한 위치에 놓여 있던 사회적 약자와 소수자에게 더욱 큰 무게로 다가왔다. 경제적 격차, 사회적 지위 등에 따라 선택할 수 있는 의료서비스와 정보 접근의 격차가 큰 한국사회에서 저소득층과 사회적 약자·소수자는 의료기관 선택의 자유가 제한될 수밖에 없는 조건이다. 특히, 사회적 약자·소수자가 주로 이용했던 공공병원이 코로나19 대응으로 전환되면서 더욱 큰 어려움을 겪게 되었다. 이는 코로나19에서 비롯된 문제가 아니라 기존의 공공의료가 갖고 있던 문제점이 위기 상황과 마주하면서 촉발된, 예견된 결과였다.

메르스 이후 변화된 것은 무엇인가.

공공의료의 문제는 공중보건 위기 상황마다 반복되어 온 한국사회의 오랜 화두였다. 2015년 우리는 이미 메르스라는 감염병 위기를 겪은 경험이 있다. 이후 감염병 대응을 위한 방역체계가 개편되었고, 대책을 수립하는 등의 여러 노력과 시도가 있었다. 그 결과 코로나19 상황에서 일정 정도 방역에 성과를 거둘 수 있었다.

하지만 경제적 격차, 사회적 지위에 따라 선택할 수 있는 폭이 달라지는 의료서비스의 문제, 공공병원·병상의 부족, 의사·간호사 등 의료노동자 노동권의 문제, 사회적 약자·소수자 등 취약계층에 대한 미흡한 대책, 민간병원을 중심으로 한 의료계층화 문제 등에 대한 대안 마련은 여전히 부재했다. 부족했던 대책은 현재의 문제로 이어지고 있으며, 유사한 형태로 반복되고 있다.

우리에게 필요한 가치는

자유롭게 숨 쉬는 것이 얼마나 소중한 감각인지, 타인의 체온을 느끼는 것이 얼마나 중요한 일상인지 이것들을 잃고 나서야 깨닫게 되었다. 우리가 누려왔던 일상적인 만남과 연결의 과정이 감염의 경로가 될 수 있다는 우려 속에서, 거리 두기와 단절은 당연한 선택이 되었다.

하지만 역설적이게도, 거리 두기의 과정은 오히려 우리가 서로에게 얼마나 기대어 살아왔는지 확인하는 계기가 되기도 했다. 서로의 노동과 사회적 관계에 얼마나 기대고 있었는

가. 공공서비스와 의료, 돌봄에 얼마나 의지하고 있었는가. 평범한 일상에서 드러나지 않던 연결고리는, 위기의 상황에서야 얼마나 소중한 가치였는지 빛을 발했다.

공공의료 역시도 마찬가지다. 건강보험 체계와 공공의료는 위기 상황에서 우리 사회를 지켜낼 수 있던 기준선이었다. 코로나19 상황에서 절실히 필요한 서로에 대한 연대, 노동에 대한 존중과 연결, 사회적 돌봄과 모두가 안전하게 이용하는 공공의료라는 소중한 가치를 갖고 다듬는 것, 그래서 발전된 방향으로 나아가는 것이 위기를 넘어서기 위해 필요한 과정이다. 하지만 정부와 기업은 정작 필요하고 중요한 공공의료 확충 및 대안 마련, 사회적 돌봄 시스템 마련 등은 뒷전으로 한 채, 비대면 사업육성, 원격의료 등의 다른 대안과 극복만을 이야기하고 있다.

코로나19 의료공백, 존엄과 평등으로 채우다.

우리는 근본적인 위기의 본질을 외면한 채, 응급조치 식의 대안만을 마련하는 현재의 상황에 대해 문제 제기한다. 우리가 만난 13명의 사람들은 한목소리로 말한다. 위기 상황에서도 흔들림 없는 안정된 공공의료체계, 사회적 약자·소수자의 삶을 지켜줄 수 있는 사회적 시스템이 필요하다고. 위기의 상황이니까 ‘어쩔 수 없다’가 아니라, 모두가 존엄하게 생존할 수 있도록 토대를 마련해야 한다고.

의료공백은 위기에서 촉발된 갑작스런 일이 아니라, 의료를 이윤의 논리에 따라 등급화하고, 시장화한 지난 정책이 만들어 낸 결과이다. 지난 정책의 문제점을 개선할 수 있는 근본적인 대안을 마련하고 비어있는 시스템을 채우는 과정이 시급하다. 앞으로 감염병의 위기가 지속적으로 우리 삶을 찾아올 것이라 예상되고 있다. 우리는 그때마다 공백을 겪고, 누군가의 삶을 내버려 둔 채 일상의 회복을 이야기할 것인가.

재난의 위기에서 모두가 존엄하고 평등하게 생존할 수 있는 삶이 보장될 수 있도록 존엄과 평등이라는 인권의 가치를 바탕으로 대안 마련에 나서야 할 때이다. 이 보고서가 그 과정에 작은 힘이 되길 바란다.

2. 개요

1) 코로나19 의료공백 인권실태조사 보고서 구성

코로나19 의료공백 인권실태조사단은 현재의 의료공백 상황이 감염병으로 인한 어쩔 수 없는 일이 아니라 부실했던 공공의료체계가 위기 상황을 마주하면서 일어난 결과였음을 확인하였다. 우리는 지금의 위기가 어디에서 왔는지, 불평등한 구조를 만든 토대는 무엇인지 살펴보기로 했다.

이를 위해서 우리는 현재 코로나19 감염병 대응 과정에서 일어나고 있는 사례를 통해 의료공백의 문제점을 짚어보고, 위기를 넘어서기 위한 사회적 방향을 제안하고자 한다. 이 보고서는 인간 존엄과 평등의 원칙을 중심에 두고 의료공백 상황에 대한 대안을 마련하고자 작성되었다.

보고서는 총 3개의 장으로 구성되어 있다.

I 장은 이번 보고서의 서론으로, 코로나19 상황에서 의료공백의 문제를 인간 존엄과 평등의 원칙에서 정리한 이유와 보고서 안내, 목적 등 개략적인 내용을 담고 있다.

II 장은 이번 보고서의 본문에 해당한다. 코로나19 상황에서 의료공백 상황을 겪은 이들의 경험을 중심으로 피해 사례와 원인에 대해 살펴보았다. 이 장은 크게 의료공백의 원인으로 지목된 네 가지 요인과 이를 발생시킨 공공의료체계의 문제점을 구조화하여 서술하고 있다.

1. 의료공백의 피해 사례와 원인에서는 의료공백이 일어날 수밖에 없었던 원인을 짚고 있다. 공공의료의 자원 부족과 객관적이고 신뢰할 수 있는 정보의 부재를 통해 의료공백이 필연적으로 일어날 수밖에 없었던 과정을 서술하고 있다. 또한 차별·낙인·배제로 인한 진료거부 사례를 통해, 계층화된 의료서비스가 의료공백 피해 당사자들에게 어떠한 위협으로 다가왔는지를 담고 있다.

2. 인권의 원칙으로 구성하는 의료공백의 문제점에서는 존엄과 평등의 관점에서 의료공백이 나타난 구조적 토대에 대해 문제를 제기하고 있다. 경제적·사회적 지위에 따라 선택할 수 있는 폭이 달라지는 의료서비스와 부실한 기존의 공공의료체계의 문제를 의료체계와 자원 등의 맥락에서 짚는다. 또한 정보전달과 의료전달의 부실한 체계와 근본

적인 원인에 대해 서술하고 있다. 그리고 감염병 상황에서 정부의 대응이 어떻게 이루어졌는지, 그것이 어떻게 의료공백으로 이어졌는지에 대한 구조를 정리하고 있다. 계층화된 의료체계와 의료공백을 당연시 여기게 되는 심화된 불평등의 과정이 어떻게 만들어졌는지 평등의 관점에서 서술하고 있다.

III장은 이 보고서의 결론 부분으로 사회적 제안을 담고 있다. 의료공백의 문제에 있어서 국가, 민간영역은 어떠한 책무를 갖고 있는지, 사회구성원은 어떠한 역할을 해야 하는지 방향을 제시하고 있다.

2) 진행경과

(1) 코로나19 의료공백 인권실태조사단 구성

코로나19인권대응네트워크^{*)}는 코로나19 상황에서 드러난 인권문제에 주목하며 <코로나19와 인권, 인간존엄과 평등을 위한 사회적 가이드라인>(이하 사회적 가이드라인)을 지난 6월 발표했다. 사회적 가이드라인을 작성하는 과정에서 접한 고 정유엽님을 포함한 의료공백 사건을 인권의 관점에서 바라보고, 실태를 조사해보자는 목적으로 코로나19 의료공백 인권실태조사단이 구성되었다. 의료공백 인권실태조사단에는 건강과 대안, 건강세상네트워크, 다산인권센터, 서울인권영화제, 인권운동공간 활, 인도주의실천의사협의회 인권위원회, 장애여성공감, 재단법인 동천, 한국HIV/AIDS감염인연합회 KNP+, HIV/AIDS인권활동가네트워크, 한국청소년청년감염인커뮤니티알이 함께하고 있다. 의료공백 인권실태조사의 전반적인 기획, 진행, 심층인터뷰, 집필 등에는 기선, 최규진, 탈라, 고운, 여름, 정제형, 소주, 김재천이 함께했다.

(2) 진행 경과

7월 15일 첫 모임을 진행했다. 코로나19 상황에서 드러나는 공공의료의 문제점 및 의료공백을 사회적으로 드러내기 위한 논의를 시작했다. 코로나19 상황에서 겪었던 의료공백 사례 설문조사를 7월 27일부터 8월 25일까지 약 한 달여간 진행했다. 49명이 사례설문조

*) 코로나19 인권대응네트워크

공익인권변호사모임 희망을만드는법, 공익인권법재단 공감, 광주인권지기활짝, 다산인권센터, 민주사회를 위한 변호사 모임, 빈곤사회연대, 빈곤과 차별에 저항하는 인권운동연대, 서울인권영화제, 성적소수문화인권연대 연분홍치마, 연구공동체 건강과대안, 언론개혁시민연대, 인권운동공간 활, 인권운동네트워크 바람, 인권운동사랑방, 인권중심사람, 장애여성공감, 재단법인 동천, 전국장애인차별철폐연대, 전북평화와인권연대, 진보네트워크센터, 한국계이인권운동단체 친구사이, 행동하는성소수자인권연대, HIV/AIDS인권활동가네트워크

사에 응답했다. 설문조사 참여자들은 메일과 전화 등을 통해 의료공백의 문제점을 이야기 하며, 적극적으로 의견을 보내왔다.

사례 설문조사 내용을 바탕으로, 약 2달 동안 심층 인터뷰를 통해 피해 당사자들을 만났다. 피해 당사자들과 가족, 의료공백으로 인해 사망한 당사자의 유가족과, 주변 동료들 10명을 만나 심층 인터뷰를 진행했다.

추가적으로, 현재 의료에 종사하고 있는 이들의 경험을 듣고, 현재 공공의료체계 전반을 짚어보고자 3명의 의료진을 심층 인터뷰했다.

코로나19 의료공백 인권실태조사단은 총 15차례의 온·오프라인 회의를 통해 내용을 정리하였다. 의료공백은 긴급 상황에서 어쩔 수 없이 일어난 사건이 아니라 기존의 공공의료에 갖고 있던 문제점이 위기 상황과 마주하면서 촉발된, 예견된 결과였음을 확인하였다. 그 과정에서 사회적으로 취약한 상황에 놓인 이들에게 피해가 가중되는 것에 주목하였다. 이러한 문제의식을 바탕으로 인권의 원칙을 기준에 놓고, 피해 사례를 사회적으로 드러내는 것에 초점을 맞춰 집필 작업을 진행하였다.

(3) 코로나19 의료공백 인권실태조사 목표

우리의 기록은 의료공백 상황이 왜 발생할 수밖에 없었는지, 이러한 피해는 왜 사회적으로 가장 취약한 계층에게 더욱 가혹하고 심각하게 발생하는지에 대한 문제의식에서 출발한다.

우리는 이 보고서를 통해 1) 의료공백 상황이 발생한 제도적·구조적 원인이 무엇인지, 2) 이 문제가 갑작스러운 사건이 아니라 기존의 공공의료의 한계가 위기 상황에서 공백을 만들어낸 것임을 드러내고자 한다. 우리는 인간 존엄 존중과 평등의 원칙에 근거하여 3) 의료공백 상황이 드러낸 인권 침해의 문제점을 짚고, 4) 위기 상황에서도 흔들리지 말아야 할 존엄하게 생존할 권리에 대해 기록하고자 한다. 우리의 주장과 이 보고서는 ‘안전이 우선이냐 인권이 우선이냐’를 대립항으로 두는 것이 아니라 무엇이 안전인지, 그 안에서 어떻게 생존할 것인지 묻고자 하는 것이다. 우리는 5) 공중보건위기 상황에서도 지켜져야 할 인간의 존엄과 권리가 있고 이를 보호해야 하는 것은 정부의 책임과 의무임을 상기시키고자 한다.

II. 의료공백 피해 사례로 보는 문제점

13인 심층인터뷰 소개

A

동자동 사랑방 주민. 장애 당사자로 기초생활수급자이다. 평소 국립의료원 등 공공병원을 주로 이용하였다. 올해 7월 다리의 염증으로 인해 고열에 시달렸다. 병원에 가기 위해 119를 불렀으나 평소 이용하던 공공병원은 응급실이 폐쇄되어 갈 수 없는 상황이었다. 집 근처의 ***병원, *병원 등에 119를 타고 방문하였으나 고열로 인해 진료가 거부되었다. 119에도 진료 가능한 병원 정보가 없었고, 여러 차례 진료거부를 당해 어쩔 수 없이 집으로 돌아왔다. 해열제를 먹고 버티는 며칠간 상태가 더 악화될까 두려운 시간을 보내야했다. A는 인터뷰 과정에서 사회적 취약계층이 이용할 수 있는 병원에 대한 정보 제공과 공공병원 확대가 있어야 함을 강조하였다.

B

서울 거주, 정규직으로 근무. 올해 6월, 열이 나서 질병관리본부로 전화를 걸었다. 37.5도가 안 되니 병원으로 가도 된다는 정보를 접하고 근처 병원에 진료를 받으러 갔으나 병원 자체 기준에 의해 진료거부를 당했다. 결국 다른 병원으로 이동해서 코로나 검사를 받았고, 음성으로 판정 났지만 열이 나는 상황이라 며칠간 집에서 쉬었다. 상대적으로 안정적인 직장이라 휴가를 며칠간 사용할 수 있었고, 체온을 재거나 정보에 접근하기 용이했다. 하지만 가족 중 고령이고 비정규직인 이를 예로 들며, 연령이 높거나 불안정한 노동 조건에 있는 사람, 또는 이주민의 경우 정보 접근이 어렵고 필요할 때 적절히 쉴 수 있는 여건이 안 되므로 코로나19가 더욱 어려운 상황으로 다가올 것이라고 이야기했다.

C

HIV감염인. 일터에서 기계조작 중 사고로 엄지손가락에 부상을 입어 봉합수술이 필요한 위급 상황에 처했다. 구급차를 불러 수술 가능한 병원을 수소문했다. 하지만, 전화를 통해 치료가 가능하다고 했던 병원들은 C가 HIV감염인이라는 사실을 밝히자 HIV감염과 코로나19로 인해 응급실이 사용이 어렵다는 이유로 진료를 거부하였다. 사고 당일부턴 다음날 새벽까지 14시간 동안 치료를 받지 못하다가 어렵게 병원을 찾아 수술을 하고 현재 회복 중이다. 치료 후에 거절당한 과정이 억울하여 보건복지부와 질병관리본부에 전화했지만 보건복지부는 질병관리본부에, 질병관리본부는 보건복지부에 연락해보라는 대답만을 했다. C는 위급한 상황에 HIV감염인이라는 이유로 거부당하는 것이 아니라 평등하게 진료받을 수 있는 체계가 필요함을 이야기했다.

D

전라북도 거주. 아버지가 감기 기운으로 인해 지역의 %% 병원으로 이송되었고, 최초 진단명은 폐렴이었다. %%병원에서 큰 병원으로 아버지를 이송한다는 전달을 받았다. 수술을 해야 할지 모르니 ##대학병원으로 이송해야 한다는 것 외에 자세히 설명을 하지도, 보호자의 동의를 구하지도 않았다. D는 **병원으로 이송해달라 요청했지만, 병원에서는 ##대학병원으로 임의적으로 이송했다. 그러나 수술을 이유로 ##대학병원으로 이송했음에도 불구하고 코로나19 검사 외에 아무런 조치도 취하지 않았다. ##대학병원에서는 검사결과가 음성이 나오자 더 이상 여기를 필요가 없으니 나가라고 통보했다. 어쩔 수 없이 D는 아버지를 모시고, 지역의 @@병원으로 가서 폐렴 치료를 받을 수 있었다. @@병원은 ##대학병원보다 작은 규모의 병원이었다. 다행히 @@병원에서는 왜 문제가 있었는지, 어떤 증세로 인해 상태가 악화될 수밖에 없었는지 자세히 설명해주었다. D는 보호자의 동의를 구하지 않은 채 절차를 진행하고 정보 제공이 미흡했던 %% 병원과 ##대학병원의 진료방식에 문제를 제기했다.

E

HIV감염인. 만성중이염으로 수술을 해야 하는데 평소 이용하던 국립의료원이 코로나19 전담 병원이 되면서 수술이 연기되었다. 임시방편으로 항생제로 버티고 있는데 염증이 계속 악화되어 심한 냄새가 날 정도이다. 현재 청각장애 3급인 상태로 청력을 위해서는 수술을 해야 하는데, 수술이 언제 가능할지 몰라 불안한 상황이다. HIV감염인의 경우 이용할 수 있는 병원이 한정적이고, 높은 치료비로 인해 상급병원은 엄두도 못 낼 형편이다. 국립의료원을 주로 이용했는데 그마저도 코로나19로 인해 갈 수 없는 상황이라, 치료와 진료의 문제를 어떻게 해야 할지 난감한 상황에 놓여있다.

F

경산 거주. 고 정유엽님의 유가족. 대구·경북지역에서 코로나19가 확산될 당시 아들 정유엽님이 고열에 시달렸다. 당시 열이 나도 병원에 가지 말라는 정부의 지침이 있어 해열제를 먹으면서 이틀을 버텼다. 이후 선별진료소가 있는 **중앙병원에 갔으나, 진료소는 문을 닫은 상태였고, 당국 지침에 의해 응급실에 들어가지 못한 채 밖에서 체온만 잰 뒤 해열제와 항생제만 처방받을 수 있었다. 위급한 상황에서 찾아갈 수 있는 진료소와 정보도 적절히 제공받지 못했다. 다음 날 **병원을 다시 찾아갔으나 위급하니 다른 병원으로 옮기라는 이야기를 들었다. 3차 진료기관인 대구의 @@병원에 입원했으나 13여 차례의 코로나 검사를 받았고 인공호흡기가 빠지는 등 여러 혼란을 겪으며 사망했다.

G

동자동 사랑방 주민. 평상시 몸이 안 좋을 때 주로 국립의료원 등 공공병원을 이용했다. 위 통증

으로 인해 가까운 ***, #병원 응급실을 찾아 갔으나 보호자가 없다는 이유로 입원과 치료를 모두 거부당했다. 이용 가능한 다른 병원에 대한 정보도 제공받지 못했다. 다행히 조금 멀리 있는 **시립병원을 이용할 수 있었다. 기초생활수급자인 상황에서 큰 대학병원을 가기에는 비용을 감당할 수 없었고, 코로나19 상황에서 공공병원을 이용할 수도 없어 어려움을 겪었다. G는 사회적 약자와 취약계층을 위해 공공병원 확충이 필요함을 강조했다.

H

이주노동자. 심장에 심한 통증으로 인해 병원을 이용하려 했으나, 코로나19 검사를 해야 진료가 가능하다는 통보를 들었다. 열도, 기침도 없었지만 ‘당신들은 거짓말해서 입원할 수도 있고, 속일 수도 있다’는 것이 이유였다. 검사 결과가 나오기 전까지 입원이 불가하다는 전달을 받고, 약만 처방받아 기숙사로 돌아왔다. 이후 통증으로 인해 의식이 혼미해진 상황에서 주변의 다른 친구가 119를 불러 병원으로 이송하던 도중 사망했다.

I

이주노동자를 지원하는 인권활동가. 평소 이주노동자들의 의료과정을 지원하면서 여러 가지 어려움을 겪고 있었다. 통역과 비용의 문제였다. 특히 미등록 이주노동자의 경우에는 병원비의 문제로 인해 무료 진료소를 이용하거나, 등록된 다른 이주노동자들의 아이디를 빌려서 가는 상황도 있었다. 통역이 없어서 증상을 말하거나 소통할 수 없는 경우도 많았다. I는 코로나19 상황에서는 무료 진료소마저 문을 닫아 이용할 수 있는 의료서비스가 제한되면서 아파도 진료 받을 수 없는 상황에 놓인 주변 이주민들을 지원하고 있다.

J

서울 거주, 뇌병변장애인, 전동휠체어 사용. 고열과 기침으로 원래 가던 병원에서 진료 받음. 정밀 검사가 필요하다는 큰 병원으로 가라는 답변을 받았고 병원에서 의료급여 의뢰서를 작성해주었다. 의뢰서에는 코로나19 검사 요청이 기재되어 있었고, 집에서 가까운 보건소에 가서 선별진료를 받고자 했으나 보건소에서는 현재 선별진료 해당자가 아니라며 진료를 거부했다. 이후 정부24사이트에 민원접수도 했으나 해당 보건소 담당 공무원의 답변 또한 위와 동일했다. 진료거부당한 이유가 자신이 장애인이라서 그런 것 같다고 생각하고 있고 코로나19 검사가 필요한 사람이라면 제때 검사를 받을 수 있었으면 한다고 말했다.

의료진 K

대구지역 의사. 대구지역에서 코로나19가 확산되는 과정에서 일어난 의료공백 상황을 겪으면서 공공의료 인프라 부족에 대해 문제 제기하고, 메르스 이후 감염병 대비가 부족했다는 점을 지적했다. 00의료원이 코로나19 전담병원이 되면서 저소득층과 취약계층이었던 환자들이 쫓겨나다시피 병원을 떠나야 했는데 그들의 건강 상태는 현재 어떠한 조건에 놓여있는지 조사해야 한다고 말했다.

다. 또한 코로나19가 아닌 환자들이 코로나19 확산 시기에 제대로 치료를 받을 수 있는 의료체계가 작동했는지 점검해야 한다. 궁극적으로 취약계층의 건강권 보장을 위해 공공의료 확충 방안을 모색하는 것이 시급하다는 점을 강조했다.

의료진 L

의사. 노인, 장애인 등 주로 저소득 취약계층에 대한 가정방문진료를 하고 있다. 코로나19 상황에서 보건소 업무가 중단되면서 저소득 취약계층이 쉽게 접근할 수 있는 의료기관이 없음을 지적했다. 보건소에서 진행하던 방문간호, 방문 재활 서비스와 연계된 사업을 못하게 되면서 발생한 의료공백에 대해서도 짚어주었다. 특히, 코로나19로 인해 공공병원을 이용할 수 없게 되면서 저소득 취약계층이 이용할 수 있는 병원이 한정적임에 대해 문제 제기했다. 위기 상황과 지속가능한 의료 제공을 위해 지역사회를 기반으로 한 1차 의료가 마련되어 한다는 점을 강조했다.

의료진 M

의사. **지역에서 코로나19 지원을 하고 있다. 공공병원의 수와 병상이 부족한 조건, 겨울에 코로나19가 대확산할 것이라는 예상 속에서 시급한 대책 마련이 필요함을 지적했다.

1. 의료공백 피해와 원인

1) 공공의료자원의 부족

코로나 시대에 응급상황이 생기면 입원할 수 없다는 사실만으로도 불안에 떨 수밖에 없어요. 감염인과 가난한 사람들에게는 (평소 이용하던 공공병원이 코로나19 전담병원으로 지정되어 이용할 수 없게 되는) 이런 상황이 공포스러울 수밖에 없어요.

HIV감염인 E

공공의료가 담당할 총량이 부족해요. 쪽방 주민들은 유사시에 응급의료를 이용하는 경우가 많은데 현장에서 일하든가 하면, 현재 상황에서 치료가 늦어지다 보니까 응급실로 갈 수 밖에 없는 상황이 발생하는 거죠.

의료진 L

대구에 공공병상이 부족해 확진을 받고도 입원을 하지 못하는 환자들이 속출했습니다. 3월 초 대구에서 4,000여 명이 코로나19로 확진되었을 때 약 2,300명이 입원실이 없어 자가 대기해야 했습니다. 초기 사망자 75명 중 무려 23%가 입원치료를 받지 못한 채 사망했어요.

의료진 K

119에서는 제일 가까운 병원으로 가게 되어 있어요. 거점 병원이 순천향, 적십자, 백병원, 국립 의료원인데... 두 군데가 공공의료기관으로 응급실 폐쇄되고 다른 두 군데서 안 받아주니까 119도 할 수 있는 게 없다더라고요. 119에서도 난감해하고 거점 병원이 코로나 병원으로 지정되니 갈 데가 없어서 거기서도 안 받아주면 정말 갈 데가 없어요. 막상 다녀보니까 코로나 때문에 모든 게 투입되어. 내 주치의 선생님도 코로나로 투입되었어요.

동자동 사랑방 주민 A

(다니던 공공병원이 문을 닫으니까) 다른 병원을 이용해야 할까 불편하기도 하고 맘에도 안 들고 그렇고... 우리가 느끼는 건 병원에 가게 되면 거기서(다니던 공공병원)는 그렇지 않은데도 (다른 민간병원에서는)우리가 멸시 받는 것 아닌가 괜한 자격지심 같은 게 들고 비용이 발생하는 것도 있고 항상 다니는 병원들은 나름 오래 다녔고. 이곳에 있는 병원이어서 편했는데.

동자동 사랑방 주민 A

차별 없이 안전하게 치료받을 수 있는 병원이 단 한군데라도 있었으면 좋겠어요. 의료진이 있으면 뭐해요. 진료를 안 해주는데. 우리가 진짜 눈치 안 보고 티는 하나라도 치료받을 수 있는 병원이 있었으면 좋겠어요.

HIV감염인 C

우리나라의 전체 병상 중 공공병상이 차지하는 비율이 낮다는 (한국 약 10%인 반면, OECD 평균은 70%정도) 사실은 이미 잘 알려져 있다. 쪽방 주민, 노숙인, 이주노동자 그리고 HIV감염인과 같은 사회적 취약계층들은 적은 수의 공공병원에 절대적으로 의존하고 있다. 물론 민간병원을 이용할 수는 있지만, 의료기관에서의 멸시와 차별, 배제 그리고 의료비 부담 등을 이유로 현실적으로 접근이 어렵다. 우리나라는 개인이 의료기관을 선택해서 갈 수 있는 의료체계이지만, 취약계층에게는 사실 공공병원 이외에 선택권이 없다고 볼 수 있다. 그래서 국립중앙의료원이나 서울의료원과 같은 공공병원을 이용할 수밖에 없는 구조이다.¹⁾

코로나19로 인한 공중보건 위기 상황에서 지역의 거의 모든 공공병원이 코로나19 전담 병원으로 지정되면서 사회적 취약계층이 아프거나 응급할 때 갈 수 있는 병원이 없는 상황이다. 더군다나 민간의료 중심의 의료체계에서 긴급한 시기에 민간병원에게 공공의 역

1) '공공의료 돌려막기...메르스 막기에 밀려난 취약계층'. 연합뉴스. 2015.06.13
<https://www.yna.co.kr/view/AKR20150608177600017>

할을 주문하고 이끌어낼 수 있는 제도적 근거가 없다. 만성질환으로 병원에서 신장투석 등의 치료를 계속 받아야 하고, 병원에서 처방받아 매일 약을 먹어야 하며, 시급하게 수술을 받아야만 그나마 덜 아프게 살 수 있는 취약계층에게는 차별받지 않고 마음 편히 치료를 받을 수 있는 공공병원이 절대적으로 필요하다. 지금과 같은 감염병 대확산으로 인해 공공병원이 문을 닫는 상황이 이들에게는 생존에 대한 공포와 두려움으로 다가온다. 공공의료자원이 부족한 현재의 의료체계에서 평상시에도 불평등했던 이들의 건강권은, 코로나 19 위기에서 더욱 취약해지고 있다.

2) 객관적이고 신뢰 있는 정보의 부재

(1) 정보의 공백

표준화된 가이드라인을 만들 수 없고. 각자의 의료기관이 각자의 정책을 정하고... 가이드는 정부가 주지만, 매뉴얼은 (병원) 각자가 정하는 거죠. 정당한 진료거부가 가능해지는 상황이에요. 거부나 차단이 병원의 정책에 따라 움직이니 개인이 병원의 정보도 없고, 종합적으로 알지 못하고. 종합적으로 가진 정보가 없으니 매칭이 안 되는 겁니다.

의료진 M

신종 감염병 대응에 관한 충분한 정보가 제공되지 않았다는 지적이 많았어요. 환자들이 문의를 해도 들을 수 있었던 것은 무조건 안 된다는 말 이외에... 병원에서 의료진이 제공할 수 있는 정보나 가이드 매뉴얼조차도 제대로 갖춰져 있지 않았어요... 의료진이 설명하고 싶어도...

의료진 K

37.5도 지나면 못 받겠다만 되어 있다더라. (어디로 가라) 없었어요... 그럼 아프면 어디로 가지의 구심이 들더라고요.

동자동 사랑방 주민 A

전화 받으시는 분도 좀 확신을 갖고 말하는 것은 아닌데 “그럼 의사 선생님이 코로나 검사를 받으라고 하면 받아야죠,”라고 했고 그게 그렇게 어떤 룰에 의거해서 확신을 갖고 말하는 느낌은 아니었고 나도 잘 모르겠다, 그런 느낌이었어요. 대표전화(1339)에서는 검사받지 않아도 된다고 하고 병원은 검사받으라고 하니 ‘어떻게 하라는 거지’ 하는 생각이 들었어요.

진료거부 B

계속 열이 계속 오르는 것 같았어요. 그래서 (물수건으로 몸을) 닦다가 도저히 안 돼서 제가 네

시 반쯤 되어 1339에 전화했어요. 도저히 어떻게 해결이 안 되니까. 1339에 전화하니까 1339에서 코로나 검사 결과가 안 나왔기 때문에 아무것도 해 줄 수 없다고만 말하고... 아픈 사람 가족이나 아픈 사람이 알아서 찾아가야 하는 상황이었기 때문에...

고 정유엽님 유가족 F

그때만 해도 나라에서 열이 나면 바로 병원까지 마라 했거든요. 그 병원 가면 이제 혹시나 그 병원문도 달을 수도 있고 막 그러니까 가지 마라 해서 저희가 사실 이틀 동안 경과를 지켜보라 해서 이틀 동안 정말 경과를 지켜봤어요.. 우리가 뭐 정부가 시키는 대로 그때 지침대로 안 한 거 있으면 지적해서 얘기했었음 좋겠다고... 난 이제는 나라에서 하는 말

고 정유엽님 유가족 F

필요한 정보의 부재와 지침의 모호함

한국의 방역은 발 빠른 대량 검사와 광범위한 개인 정보의 수집 및 활용을 토대로 이루어졌다. 현재 방역당국은 감염 ‘의심’만 되어도 특정인의 최근 2주간 신용카드 사용처, 휴대폰 위치정보, 의료기관 이용정보와 해외 출입국 정보까지 들여다볼 수 있다.²⁾ 기본권 침해 논란이 제기될 만큼 개인 정보의 수집과 활용이 이루어지고 있지만, 정작 시민들에게 제공되어야 할 정보는 부재했다. 실제 조사에 응한 대다수 의료공백 피해자들은 필요한 정보의 부재와 지침의 모호함을 문제로 지적했다.

대구·경북의 고 정유엽님 사례는 이러한 문제점을 분명하게 보여준다. 고 정유엽님은 열이 났지만 열난다고 바로 병원을 방문하지 말고 하루 이틀 경과를 지켜보라는 방역 당국의 정보(권고)를 충실히 따라 이틀을 참았다. 하지만 고열이 계속돼 찾아가던 경산중앙병원(국가지정 지역응급의료기관이자 안심병원 A형)에서 입원을 거부했고, 정작 방역당국에 도움을 요청했을 때에는 필요한 정보를 얻을 수 없었다. 다급한 마음에 전화한 1339는 경산보건소로 안내했고, 경산보건소는 입원을 거부한 경산중앙병원에 다시 문의해보라는 것이 제공된 정보의 전부였다. 방역당국, 지자체, 보건소, 지역응급의료기관 중 그 어느 곳도 고열이면서 춘각을 다루는 응급상황일 땐 어디 병원으로 가야 바로 격리입원 조치를 받을 수 있는지 알려주지 않았다.

2) K방역의 이면, 인권침해 좌시해서는 안된다. 프레시안. 2020.9.9.
<https://m.pressian.com/pages/articles/2020090917535830443#0DKU>

이밖에도 필요한 정보의 부재와 지침의 모호함이 낳은 의료공백 사례는 다양했다. 방역당국은 37.5도를 발열기준으로 정하고 안내를 했으나 정작 안내에 따라 찾아간 병원에서는 자체 기준을 두어 더 엄격히 한다며 진료를 거부하거나 무작정 코로나19 검사를 지시하기도 했다. 의료인들도 필요한 정보의 부재와 지침의 모호함으로 어려움을 겪었다. 대구·경북지역의 코로나19 환자가 급증하는 상황에서 병원이 코로나19 대응 전담 병원으로 지정되면서 입원하고 있던 환자를 내보내라는 지침을 따라야 했던 의료인들의 경우, 자신이 돌보던 환자들을 어디로 어떻게 보내야 할지 어떠한 정보나 지침도 받지 못했다고 한다.

이러한 혼란으로 결국 가장 큰 의료공백 상황에 놓이는 사람들은 사회적 취약계층이었다. 코로나19 대응 전담 병원으로 지정된 병원들이 대부분 공공병원이었던 탓에 공공병원에 의존하고 있던, 아니 의존할 수밖에 없던 이들은 “아프면 어디로 가지”하는 생존의 고민을 할 수밖에 없었다.

(2) 정보 및 의료전달체계의 부재

지침도 부족했고, 전달체계도 거의 없었다고 봐야죠. 보건소도 제대로 지침을 받는 것 같지 않았어요. 1339 역시 한계가 있는 것 같았고... 결국 궁극적으로 감염병 시기 구체적이고 적절한 정보 제공과 의료전달체계가 없으면 다음에도 비슷한 어려움이 있을 겁니다.

의료진 K

119를 불렀어요. 원래 코로나가 아니면 서울의료원으로 가요, 거기에 모든 데이터가 다 있으니까. 그런데 코로나로 서울의료원 응급실이 봉쇄되어 다른 민간 병원에 갈 수밖에 없었어요. 000대 병원으로 갔는데, 열이 38.8인가 나왔는데 안 받아주는 거죠. 37.5 넘으면 안 받아준다고. 법령으로 정해져 있다고. 거기서 한참동안 실랑이하고. 119는 나를 태우고 들어가지도 못하고, 119에서 그러면 다른 병원으로 가자고 해서 O병원으로 갔어요. O병원에서도 안된다고 하더라고요. 119 대원도 난감해했죠. 119 대원에게 미안해서 택시타고 가겠다고 했어요. 그렇게 하면 안 된다고 해서 결국 119 타고 집으로 돌아왔어요. 집에서 해열제 먹고 그냥 버텼죠.

동자동 사랑방 주민 A

질적으로 우리가 필요했던 것은 몇 시까지 선별진료소 운영해가지고 어떤 경우에 방문해야 하고 그게 안 났을 때 어떤 다른 루트를 통해서 어떤 식으로 진료를 받을 수 있도록 그런 것이 홍보가 되는 게 그게 마땅한 거였는데. 그러니까 컨트롤 타워가 없었던 거죠.

고 정유엽님 유가족 F

열이 40도가 넘었는데 선별진료소 찾아갔을 때 문 닫았다 그럼 다른 곳을 안내를 해 줘야 될 거 아니에요. 그런 것도 전혀 없고, 그러니까 컨트롤 타워가 작동이 안 되다 보니까 어떤 어떤 지침을 따라서 해야 될지 의사들도 모르고 있다는 그 자체가...

고 정유엽님 유가족 F

너무 억울해서 보건복지부에 전화했었어요. 그랬더니 질병관리본부로 전화하래요. 그래서 질병관리본부에 전화했더니 또 거기서는 보건복지부로 전화하래요.

HIV감염인 C

“의료 전달체계가 거의 없었다고 봐야죠.”

대구·경북에서 코로나19 대응에 안간힘을 썼던 어느 의료인의 고백이다. 가장 중요한 순간에 가장 필요한 정보가 전달되지 않았고, 이로 인해 평상시 그나마 돌아가던 의료전달 체계마저 작동하지 않았다.

코로나19 확산에서 1차적으로 가장 중요했던 것은 열이 날 경우 우선 선별진료소에서 검사를 받는 것이었다. 그러나 대구·경북의 고 정유엽님 사례가 보여주듯 지역에 따라서는 가장 가까운 선별진료소가 어디이고, 몇 시까지 여는지 기초정보조차 제대로 제공되지 않았다.

더 큰 문제는 의료전달체계의 연결자 역할을 하는 119마저 정보를 제대로 갖고 있지 못하다는 것이었다. 다니던 공공병원이 코로나 전담병원이 되어 민간병원에 갈 수밖에 없었던 A씨는 119를 타고 원치 않는 ‘병원 쇼핑³⁾’을 해야 했다. 해당 지역에서 갈 수 있는 종합병원을 다 다녔지만 37.5도가 넘는다는 이유로 진료를 거부당했다. 병원마다 지침이 다르다는 이유였다. 최소한 어디로 가면 진료를 볼 수 있는지 119도 가진 정보가 없었다.

A씨는 의료접근성이 낮지 않은 수도권에 거주하고 있었다. 전 세계에서 의료접근성이 가장 좋은 곳 중 하나인 대한민국의 수도권에서 환자가 진료거부로 몇 시간을 허비한 것이 미안해 119 대원에게 택시를 타고 집에 돌아가겠다는 말을 건네야 하는 상황이 벌어졌다. 실제 A씨는 진료를 포기하고 집에 돌아가 진통제를 먹고 버텼다. 이는 결코 개인의 미안

3) 한국처럼 주치의 제도가 없고 의료전달체계가 견고하지 못한 나라에서 환자들이 여러 의료기관을 돌아다니며 진료를 보는 행위를 소위 ‘닥터 쇼핑’이라고 말한다.

함과 난감함으로 물어뜯 문제가 아니라 비어있는 지점을 찾아내고, 원인을 분석해야 하는 문제다. 이를 바탕으로 정보 및 의료전달체계 부재의 공백을 메우는 것이 시급하다.

3) 차별, 낙인, 배제에 의한 진료거부

진료실에서 환자들을 진료하면서 근거중심의학에 많이 이야기 합니다. 그러나 코로나19 1차 대유행 시기에 환자들은 근거를 찾기 어려운, 그래서 이해하기 힘든 일들을 병원에서 많이 겪었습니다, 그 때문에 더 힘들어 하시는 모습도 봤고요.

의료진 K

그것도 감기로 시작돼서 정부가 시키는 대로 열이 올라가도 병원에 못 가고 방치, 거의 방치해 놓은 거죠, 그러니까. 그러니까 정말 급해서 갔을 때에는 진료도 못 받아 보고 진료 거부 당한 상태에서... 링겔이라도 맞게 해달라 했더니 안 된다 그러고, 의사가 해줄 수 있는 게 아무것도 없대요. 영대 병원까지 애가 숨을 못 쉰다, 너무 힘들어 한다 그러면 구급차라도 좀 해달라고 그러면 열이가 숨 쉬는 거라도 좀 산소호흡이라도 좀 하고 갈 수 있잖아요. 안 된다는 거예요.

고 정유엽님 유가족 F

큰 대학병원엔 들어갈 수가 없어요, 꿈도 못 꾀. 받아주질 않아요, 수급자라는 사람이. 그게 잘못된 거야. 병원은 아프면 받아줘야 하는데, 수급자라고 해가지고 국립만 나라에서 하는 것만 하고 개인 큰 병원, 이름난 서울대학병원은 꿈도 못 꾀요. 국립은 약이 또 싸요. 병원비도 싸고 방제도 싼데 대학병원 같은 데는 우리가 감당 못해. 아예 안 받아. 수급자는 간호사가 주사 놓는 것부터 달라. 박대를 해버려.

동자동 사랑방 주민 G

거기서 환장하겠더라고요. 코로나 아니더라도 염증, 뇌수막염 등 걸리면 열이 나는데. 그럼 어디로 가냐는 거죠. 열이 나니 못 받아요, 다른 데로 가세요, 하면... 나로서는 겁이 덜컥 나고 무서웠죠. 염증이 생기면 엄청난 열이 나고 통통 부어요. 밤새도록 무섭고. 거기에 대해서. 굉장히 많이 고통의 시간이었어요. 무서운 시간이었어요. 세상 떠나면 되지 말을 그렇게 하는데, 겁이 덜컥 나고. 이대로 생을 마감 하는가, 라는 불안감을 느꼈죠. 이번 코로나로 인해 이런 게 생기니까. 전부 국가가 그러니까 그런가 보다 하지만. 만약 다른 질병으로 응급 상황이 생기면 어디로 가야 하겠어요. 실제로 오도기도 못 하고 안 받아주니까. 37.5도 이상은 응급실로 받지 말아야 하는데.

동자동 사랑방 주민 A

이 병원, 저 병원 다 거절하니까 구급차 안에서 오도기도 못하는 거예요. 다 오라고 하는데 HIV 애

기만 하면 다 안 된대... 분당 서울대병원 그곳에서도 자기네 병원차를 이용하지 못하게 하더라고요. 사설 구급차 불러야 된다고. 또 너무 힘들어서 좀 누워있겠다고 하니까 침대도 못 쓰게 했어요. 머리 다친 사람들만 누워있을 수 있구나. 그래서 내가 신문지 깔고 바닥이라도 눕겠다니까 그것도 못하게 하는 거예요. 그렇게 실랑이를 하다가 결국 침대를 하나 준 거예요. 그때가 새벽 2시인가 3시쯤이예요.

HIV감염인 C

감기 기운으로 근처 의원에 가서 체온을 잰더니 37.3도 나왔고, 37.5도가 넘지는 않았는데 대표번호로 정부에 물었는데 37.5도 이하는 병원갈 수 있고 해서 갔는데... 거기에서는 근데 진료를 하지 않는 게 좋을 것 같고 선별진료소 가서 코로나 검사 받으라고 해서 진료를 못 받고 선별진료소 갔는데 너무 대기자가 많아서 (진료거부 당하는 것보단) 기다리는 게 덜 불쾌하겠다고 생각해서 검사 받고 집에 갔죠. 요즘 감기도 많이 독한데 그렇게 거부당하기니까 위축감이 느껴지고 해서 아마도 다른 병원에 갈 생각을 하지 않고 '그냥 집에서 차 마시고 따뜻하게 하고 쉬어야겠다. 그게 더 낫겠다,' 판단했어요. 그 다음날 음성결과가 나오긴 했지만 병원에 다시 가지 않은 게 응급한 상황이 아니기도 했고 다른 병원 갔을 때 거기서 더 귀찮은 일이 생길까봐 차라리 집에서 쉬는 게 병원 가는 것보다 낫겠다고 생각했죠. 사실 지금도 '감기로는 병원에 가지 말아야겠다,'는 생각을 해요.

진료거부 B

오전에 간 병원에서는 코로나 검사 받기 전엔 아무것도 할 수 없다고 하면서 코로나 검사를 했는데, 그때는 열도 기침도 없었지만, 병원에서 대놓고 하는 말이 당신들은 거짓말하고 입원을 하기 때문에 속일 수 있다고 하면서 검사를 했어요.

이주노동자 H

활동지원사가 선별진료소 안내데스크의 사람에게 의뢰서를 보여줬는데 안 된다고 말을 했다. 거부 이유 내가 장애인이라서 그런 것 같다. 코로나 때문에 무서워서 외출도 병원 예약도 안 하게 되었다.

뇌병변장애인 J

코로나19와 같은 감염병 위기 상황에서는 공포와 두려움이 도처에 존재한다. 보이지 않고 예측불가능한 감염병의 위협에 더하여 미디어에서는 '확진자'⁴⁾, '의심환자', '사망자', '감염병의 창궐', '슈퍼전파자' 등의 부정적이고 자극적인 단어를 사용하고 '폐쇄당한 거

4) 우리(정부와 언론 그리고 사회구성원 모두)가 사용하는 '확진자'라는 표현은 사회 속에서 질병의 유무 또는 감염 여부 이상을 의미하고 있다. 정부가 방역 중심의 코로나19 대응체계에 집중하면서 코로나19 환자를 정의하는 방식은 검사의 결과와 감염여부에 대한 '사람의 상태(확진자=전파자)'를 표현하는 식이다. 이러한 방식은 감염병 대응에 있어 매개체인 사람을 바이러스와 동일시하는 것이다. 코로나19의 방역 지침의 관점은 '사람'에 대한 동

리', '사망하여 거리에 방치된 사람들'과 같은 충격적인 이미지들을 사용하며 감염병 자체에 대한 감염공포 기전을 생산하고 있다.

감염병에 대한 일상의 공포와 두려움은 '병원'이라는 공간에서 더욱 증폭된다. 건강에 문제가 발생한 환자들이 매일같이 방문하는 의료기관에서는 감염병의 징후를 보이는 이들에 대하여 더 민감하게 반응한다. 코로나19와 유사한 증상을 지니고 병원을 이용하려는 잠재적인 감염의 위협으로 보고 이들을 거부하는 것이다.

다리의 염증이 심하여 긴급한 치료를 요하는 상황이었음에도, 염증에 수반한 고열이 있다는 이유로 여러 병원에서 진료를 거부당한 A의 사례와 같이 코로나19가 의심되는 환자에 대한 병원의 진료거부는 상시적으로 발생하였다. 병원에 따라서는 중앙방역대책본부에서 '코로나바이러스감염증-19 대응 지침'(이하 '코로나19 대응 지침')⁵⁾을 통해 코로나19의 주요 임상증상으로 제시된 체온인 37.5도를 넘지 않는 미열을 가진 이들에 대해서도 병원 내부의 지침을 근거로 진료를 거부하고, 타 병원으로의 안내조차 하지 않았다.

정부의 일관성 없는 지침과 보상체계의 부재는 병원의 진료거부 행위를 부추겼다. 정부는 시시각각 변하는 감염병의 상황에 대응하기 위해서 '코로나19 대응 지침'을 수시로 업데이트하였으나, 조사대상 유증상자에 "의사의 소견에 따라 코로나19 임상증상으로 코로나19가 의심되는 자"를 포함하고서는 개인이 "코로나19가 의심되는 자"로 소견을 받은 뒤 어떤 전달체계 하에서 코로나19 검사를 받으려 갈 수 있는지, 그 이후 진료를 어떻게 받을 수 있는지에 대한 내용은 제대로 담지 않았다. 민간병원의 의사가 위 지침에서 가이드라인으로 제시한 기준을 넘어선 범위까지 코로나19가 의심되는 자로 판단하는 경우에 대한 조치는 마련되지 않았다.

선 파악, 동선 공개, 격리조치, 이탈 금지, 책임과 처벌 또는 완치 단계로 이어지는 기술적 조치에 맞춰져 있다. 그래서 코로나19가 지속되는 과정에서 우리 사회가 코로나19 환자를 대하는 방식은 인간에 대한 존엄성을 지키는 방식이 아닌 감염병 바이러스를 '퇴치'하기 위해 사람을 대상화하는 방식으로 표출되고 있다. 이제는 '확진자'라는 단어가 '사람'에 대한 차별과 혐오를 표현하는 의미로 사회에서 쓰이면서 사람을 감염병의 매개체로 규정하고 낙인을 찍는 불평등한 언어가 되었다. 이러한 차별적이고 불평등한 단어를 무의식적으로 사용함으로써 사회는 코로나19에 대한 공포와 두려움을 더욱 확대하고 재생산하고 있다. 우리 코로나19 의료공백인권실태조사단은 이런 차별적이고 혐오적 언어 대신 객관적인 언어의 사용을 제안한다. 영어적 표현에서 'diagnosed', 'positive' 'living with'라는 단어를 사용하는데, 한 예를 들자면 HIV감염인에 대한 국제적 공식표기는 'People Living With HIV'이다. 글자 그대로 번역하자면 바이러스를 가진 사람이라는 뜻이다. 이런 객관적 언어를 사용하게 된 배경은 HIV감염인에 대한 차별적이고 혐오적인 언어 사용조차 인권침해 행위로 판단했기 때문이다. 우리도 '확진자'라는 혐오적 언어 대신 '양성확인' 또는 '양성으로 확인된 사람'으로, '의심환자'는 '감염여부 미확인', '감염여부 확인 중인 사람'과 같은 평등한 언어를 사용하기를 제안한다. 이러한 객관적인 언어가 차별을 줄일 수 있기 때문이다.

5) 중앙방역대책본부, 중앙사고수습본부, 코로나바이러스감염증 19 대응 지침, 2020.10.10

Q1. 누가 검사를 받을 수 있나요?

- 본 지침 상의 사례정의에 따라 의사환자 및 조사대상 유증상자로 분류되는 경우에 **확진검사를** 받을 수 있습니다.
- 중증응급환자(중증도 등급기준 1 및 2 등급) 또는 6시간 이상 지연할 수 없는 응급수술이 필요한 중증응급의심환자(중증도 등급기준 3등급)의 경우 응급 선별검사 또는 확진검사를 받을 수 있습니다.
- 막연한 불안감으로 검사를 받으실 필요는 없으므로, 의사선생님의 전문적인 판단을 신뢰하여 주시기 바랍니다.

의사환자	확진환자와 접촉한 후 14일 이내에 코로나19 임상증상이 나타난 자
조사대상 유증상자	① 의사의 소견에 따라 코로나19 임상증상으로 코로나19가 의심되는 자 ② 해외 방문력이 있으며 귀국 후 14일 이내에 코로나19 임상증상이 나타난 자 ③ 코로나바이러스감염증-19 국내 집단발생과 역학적 연관성이 있는 자
주요 임상증상 : 발열(37.5℃ 이상), 기침, 호흡곤란, 오한, 근육통, 두통, 인후통, 후각·미각소실 또는 폐렴 등	

코로나19로 인하여 병원의 진료거부가 당연시되자 사회적 취약계층들이 감염병 상황에서 느끼는 공포는 감염 자체에 대한 두려움뿐만 아니라 진료거부 자체에 대한 불안과 두려움으로 나타났다.

사회적 취약계층에 대한 진료거부는 단순히 열이 난다는 이유로 진료를 거부하고 코로나 19 검사를 안내하는 형태로 끝나지 않고, 복잡하고 중층적인 형태로 이뤄졌다. 질병과 경제적 사정 등 취약계층의 사정을 이유로 한 아래와 같은 일상의 진료거부가 코로나19라는 특수한 상황에서 의료자원의 공백이나 진료거부의 양상과 함께 확대되어 나타난 것이다.

○ 빈곤층에 대한 진료거부

한국의 의료체계 속에서 빈곤층들은 공공부조인 의료급여를 통해 그들의 의료비를 지원받는다. 그러나 정부는 빈곤층의 기초적인 건강권 보장을 위해 수급권을 적극 보장하기보다는 수급권자에 대해서 '의료쇼핑'으로 불리는 의료급여 수급의 악용 가능성을 막는다는 명목으로 의료서비스의 선택권을 제한하는 여러 조치들을 시행해왔다.⁶⁾

이들을 직접 대하는 민간병원에서도 의료급여수급자는 환대받는 존재가 아니다. 민간의료기관에서 보호자 없는 의료급여 환자에 대한 입원을 거부하는 행태는 오랫동안 관행적으로 계속되었다. 상당수가 일인가구로 살아가는 의료급여수급자들은 입원보증인이나 간병인 역할을 할 수 있는 보호자를 찾기 어려워 민간병원으로부터 사실상의 진료거부를 받아왔다. 동자동 사랑방 주민 G의 경우도 코로나 상황으로 인해 평소에 다니던 국립의료원 대신 민간병원을 방문하였으나, 보호자가 없다는 이유만으로 응급실 진료가 거부되기도 하였다.

의료급여 수급권자는 복잡한 의료이용절차, 민간병원의 차별적인 대우, 상대적으로 부담이 적은 의료비 등으로 인해 민간병원보다 공공병원을 이용하는 경우가 많다. 의료급여 수급권자뿐만 아니라 의료급여의 지원을 받지 못하는 못하나, 건강보험료를 낼 수 없는 비수급 빈곤층의 경우에도 마찬가지로 저렴한 의료서비스를 제공하는 공공병원을 이용할 수밖에 없는 현실이다.

○ HIV 환자에 대한 진료거부

우리 사회에서 HIV감염인에 대한 차별과 혐오는 의료기관에서 가장 극명하게 드러난다. HIV감염인들이 의료기관을 이용하는 데 있어 가장 두려워하는 것은 자신의 질병정보가 노출되는 것과 진료거부를 당하는 상황이다. 과거 수많은 언론 기사와 몇몇 소송사례를 통해서도 알 수 있듯이 의료기관에서의 HIV감염인 차별은 일상적으로 일어나고 있다. HIV감염인을 받아주지 않는 요양병원, 치과 치료를 거부하는 치과의사, 수술을 거부하는 이비인후과의 사례 등 진료거부 사례는 다양하다.

의료공백 심층인터뷰에 응한 HIV감염인 C는 일하는 도중에 엄지손가락이 절단되는 사고를 당하여 서울 및 경기도 지역에 있는 10여 군데 병원에 연락을 취하고 방문했지만 수술을 거부당했다. 자신이 다니던 대학병원에서 수술거부를 당하고 공공병원에 속하는 서울대병원과 분당 서울대병원에 연락을 해봤지만, 응급조치조차 받을 수 없었다. 그리고 주변의 큰 민간병원들도 방문하고 연락해봤지만, HIV감염인이라는 이유로 모두 수술을 거부했다. 촌각을 다투는 시급하고 응급한 상황에서 이미 골든타임을 놓치고 사고 발생 후 15시간 만에 수술을 받았지만 결국 사고당한 손가락은 영구장애 진단을 받았다.

6) 일례로 의료급여수급권자가 의료급여를 받고자 하는 경우에는 응급상황 등이 아니라면 단계별 급여절차에 따라 원칙적으로 제1차 의료급여기관(의원, 보건소 등)에서 진료를 받을 수 있고, 제2차(병원, 종합병원) 또는 제3차(지정병원) 의료급여기관 진료가 필요한 경우 의료급여의 회수를 발급받아 1차→2차→3차 단계적으로 진료를 받아야 한다.

이후 C는 보건복지부와 질병관리본부에 연락을 취했지만 이들은 책임 있는 답변 없이 서로 담당이 아니라는 말만 되풀이했다. 이러한 진료거부 행위가 명백한 건강권 침해행위임에도 불구하고 HIV 감염인들은 이런 불평등하고 부당한 행위에 대해 호소할 곳도 없는 것이 현실이다. 말 그대로 개인 스스로 감당해야 하는 상황이다. 응급하고 아플 때마다 마주해야 하는 차별과 혐오는 HIV감염인에게는 상당한 모멸감과 자괴감을 가져다주고 무기력하게 만든다. HIV감염인의 높은 자살률이 이를 단적으로 보여주고 있다.⁷⁾

○ 이주민과 난민에 대한 진료거부

전 세계가 미지의 바이러스로 인해 혼란을 겪던 코로나19 확산 초기, 최소한의 안전을 지킬 수 있는 것은 마스크 뿐이었다. 마스크에 대한 정보가 공유되자 한국에서는 ‘마스크 대란’이 일어났다. 공적 마스크가 판매되던 시기에도 이주민, 난민은 마스크를 구하기 어려웠다. 이렇게 가장 기본적인 방역 비품에서조차 예외가 되었던 이주민과 난민은 재난지원금에 이어 의료에서도 진료·치료거부와 낮은 접근성을 경험하고 있다.⁸⁾

이들은 코로나19 상황에서 다른 사회적 소수자와 마찬가지로 공공병원이나 무료 진료소 등을 이용할 수 없게 되고, 외국인에 대한 혐오와 차별로 인한 진료거부 상황에 놓이면서 낮은 의료접근성을 겪고 있다. 그러나 근본적으로는 코로나19 상황 이전부터, 이주민과 난민에 대한 불평등한 정책과 이에 따른 불안정한 시민권이 생명과 건강을 유지할 수 있는 기본적인 권리를 박탈해왔다.

“당신들은 거짓말해서 입원할 수도 있고, 숙일 수도 있다”라며 진료거부를 당하고 뒤늦은 대응으로 생명을 다할 수밖에 없었던 이주노동자 H의 죽음을 기록한 이주인권활동가 I는 “미등록 상태가 비교적 많은 T국적의 이주노동자들의 경우, 커뮤니티를 통한 피해사례조차 취합되지 않는다”고 말한다. 난민인권활동가 N은 난민의 의료공백 상황을 묻는 조사단의 질문에 “의료공백은 항상 있었던 상황이어서 더 특별히 거부를 받는다고 말하기도 어렵다”고 현실을 전한다. 건강보험의 장벽과 혐오와 차별로 인한 거부로 제때 필요한 의료적 조치를 놓치는 것은 물론이고, 감염이 주는 위험과 두려움이 더욱 커지면서 외출과 만남을 더욱 경계하게 된다. 따라서 신체의 건강뿐 아니라 심리적 고통 역시 심각해진 상황이다.

○ 장애인에 대한 진료거부

장애인에 대한 진료거부는 오랫동안 문제 제기되어 왔다. 의료장비가 갖춰져 있지 않다는 이유로 초과진료를 거부하거나, 민간 병·의원에서 발달장애인에 대하여 의사소통이 불가능하다거나 다른 환

7) HIV/AIDS 감염인들, 자기 자신 부정하는 경향 강해...셋 중 한 명 자살 충동. 비마이너 2017.7.13 <http://www.beminor.com/news/articleView.html?idxno=11149>

8) '건보·신분증 없는 난민·이주노동자, 공적마스크 소외, 방역 구멍' 한겨레 2020.3.13. http://www.hani.co.kr/arti/society/society_general/932405.html

자들에 피해를 준다는 이유로 가벼운 진료조차 거부하는 등 다양한 양상으로 나타났다. 장애의 유형에 따라 제도적으로 장애인 당사자의 자유로운 진료 받을 권리가 제한되는 경우도 있다. 정신장애인의 경우 긴급한 상황에서 입원이 필요하더라도, 출동한 경찰관이 자해 위험과 다른 이를 상해할 위험에 대한 위험성에 대한 안전을 입증하지 않으면 이용할 수 없다. 이용하더라도 3일밖에 이용할 수 밖에 없다. 3일 이후에 자의 입원 또는 동의 입원으로 전환해야 하는데, 병원에서는 보호자가 없는 자의 입원을 기피하여 응급입원의 단계부터 보호자를 요구하기도 한다.

정기적이고 지속적인 진료가 필요한 신장장애인들은 코로나19 상황에서 병원 이용에 어려움을 겪었다. 정신장애인들의 경우 정기적 외래진료 주기가 늘어났다. 그 외에도 장애인들에 대한 진료거부나 의료공백이 심화된 사례들을 곳곳에서 확인할 수 있었다.

사회적 취약계층에 대한 일상의 진료거부들은 코로나 상황과 맞물려 확대되고 재생산되었다. 공공병원이 코로나19 전담병원으로 지정되면서 취약계층들은 긴급한 상황에서 이용할 의료자원을 찾아 민간병원의 문을 두드리는 수밖에 없었으나, 코로나19 상황은 민간병원이 다시 이들을 쉽게 거부할 수 있도록 만들었다. 코로나19라는 이유로 기존의 배제는 반복되고, 차별적 조치가 정당화 되었다.

공공연하게 만성화된 진료거부는 코로나19 상황에 다시 반복되면서 취약계층이 그들의 건강을 지키기 위한 조치를 유예하거나 포기하도록 만들었다. 진료거부는 단 한 번만 경험되어도 당사자에게 ‘병원에 가는 것보다 혼자 쉬는 게 낫겠다’는 위축된 감정을 심어주는데, 반복되는 진료거부의 경험으로 인해 체화되는 자괴감과 무기력은 침해되는 권리에 대해 침묵하고 스스로 감내하게 만든다. 이는 결국 건강과 생명에 지대한 악영향을 끼친다.

4) 계층화된 의료서비스

서울대병원이, 제가 갈 때마다 불안하고 불편했던 응급실이나 감염내과 병실은 하나도 신경 안 쓰고 최근에 외래센터라고 하면서 완전 상업적 쇼핑몰처럼 지은 거 보면서 굉장한 배신감을 느꼈어요. 돈 잘 버는, 비급여 엄청 쓸 수 있는 암센터 같은 곳은 으리으리하게 해놓고. 정말 의료가 상업화되고 있다는 건 큰 문제예요.

HIV감염인 E

국립의료원에서 입원치료 받았을 때, 창문 쪽에 입원한 적이 있는데 단열이 안 되고 옷풍이 심해서 더 병들 것 같아 엄청 고생했어요. 간호사, 의사들도 미안해하고 난감해 했는데, 히터 더 세계 틀어도 건조해지고 바람은 계속 들어오고 정말 혼났거든요. 국가최고의 공공의료기관을 이 정도 수준으로 방치하는 건 좀 아닌 거 같았어요. 국립의료원은 병실마다 화장실도 없고 복도까지 나가야 해요. 나처럼 거동하기 어려운 사람들에게는 그런 거 하나하나가 얼마나 불편한지 몰라요.

HIV감염인 E

큰 대학병원엔 들어갈 수가 없어요, 꿈도 못 꾀요. 받아주질 않아요. 병원은 아프면 받아줘야 하는데, 수급자라고 해가지고 국립만 나라에서 하는 것만 하고 개인 큰 병원, 이룸난 서울대학병원은 꿈도 못 꾀요. 국립은 약이 또 싸요. 병원비도 싸고 방세도 싼데 대학병원 같은 데는 우리가 감당 못해. 아예 안 받아요.

동자동 사랑방 주민 G

공공병원이 잘 되어야 빈부의 제약을 안 받고 치료를 받을 수 있다는 것에 대해서 사람들이 알았으면 좋겠어요. 공공병원이 줄어들고 이익을 위주로 하면 우리 같은 사람은 안 받을 거예요.

동자동 사랑방 주민 A

이주노동자들이 (민간)병원에 가면 돈이 되지 않는 경우에는 그냥 나가라고 하거나 처음부터 400만원 있냐, 500만원 있냐고 물으면서 그나마 보증금을 해줘야 치료해주는 등의 경우가 많이 있어요.

이주인권활동가 I

공공병원은 특정 계층만 이용하도록 지정된 의료기관은 아니고 다른 민간병원과 같이 누구나 원하면 방문해서 진료를 받을 수 있다. 그런데 공공병원은 취약계층이 경제적인 이유로 가는 병원이라는 인식이 강하다.⁹⁾ 현실적으로도 경제적인 여건이 안 되는 취약계층은 민간병원을 이용하기엔 부담스럽기 때문에 의료비 부담이 훨씬 적은 공공병원을 택할 수밖에 없는 조건이다.

이러한 사회적 인식 속에서 쪽방 주민이나 노숙인, 기초생활수급자들이 주로 공공병원을 이용하다 보니 가난한 사람들이 이용하는 병원이라는 사회적인 이미지 때문에 일반 사람들은

9) 취약계층 치료하는 병원일수록 의료질 더 높아져야. 메디컬타임즈. 2020.6.16
<https://www.medicaltimes.com/Users/News/NewsView.html?ID=1134232>

공공병원보다는 민간병원을 선호하는 경향이 있다.¹⁰⁾ 사회적 이미지를 만든 주요한 요인으로는 공공병원 의료서비스의 질에 대한 불신이 크게 한몫하고 있다. 정부에서 운영하는 의료기관이라면 시설과 의료서비스의 질이 최고 수준이어야 하지만 현실은 그렇지 못하다. 민간병원은 다양한 이유로 취약계층이 접근하기에는 부담스럽고 어려운 곳인 반면 공공병원은 이들에 대한 치료를 해주지만 낙후된 시설과 장비들로 인해 양질의 첨단의료서비스를 받을 수 없는 곳, 심지어 치료를 잘 못하는 곳이라는 이미지가 고착화되어 있다.¹¹⁾

더군다나 서울대병원과 같은 국립대병원도 명백히 공공병원에 포함되지만, 공공병원으로서의 역할을 수행하는 데는 소극적이다. 공공적 역할 수행보다는 병원 경영에 있어 이윤 추구에 도움이 되는 암센터 건립이나 고가의 검진프로그램, 건물증축 및 시설 등에 투자하고 있다.¹²⁾¹³⁾ 공공병원에 대한 부정적인 사회 이미지 때문에 공공병원 스스로도 이런 이미지를 벗어나려 한다. 국립대병원의 경우 환자들이 선호하지 않는 공공병원의 이미지는 병원 경영에 도움이 되지 않는다고 생각한다.¹⁴⁾

이런 국립대병원들조차 의료의 공공성 추구보다는 민간병원의 생리구조를 따라가려고 하기 때문에 이미 일상적으로 민간병원에서 차별과 멸시, 배제를 경험한 취약계층은 국립대병원을 공공병원이라 인식하지 못하고 민간병원에서처럼 차별과 진료거부를 당할 수 있는 곳으로 받아들여지게 된다.¹⁵⁾¹⁶⁾ 결과적으로 공공병원 내에서도 계층화된 의료서비스를 생산하고 있는 것이다. 우리 사회에서 공공병원은 이미 사회적 계층을 구분 짓는 상징적인 단어로 굳어져 가고 있다.

10) 내 병원·우리 병원으로 인정 못받는 공공의료기관. 데일리메디. 2013.4.02
<http://dailymedi.com/detail.php?number=766217&thread=22r01>

11) 보건소·국공립병원 '공공병원' 가는 국민 5.4%뿐...목적은 '접종' '검진'으로 제한적. 중앙일보. 2019.9.1 <https://news.joins.com/article/23567636>

12) 서울대병원, 공공병원 맞나요?. 서울대저널. 2016.3.13. <http://www.snujn.com/news/20049>

13) 서울대병원이 투자한 100억 자산, 꼼수가 보인다. 오마이뉴스. 2014.7.12
http://www.ohmynews.com/NWS_Web/View/at_pg.aspx?CNTN_CD=A0002012425

14) 공공병원 비지떡 이미지 탈피하겠다. 헬스코리아뉴스. 2011.6.6
<http://www.hkn24.com/news/articleView.html?idxno=74442>

15) 의료공백 피해자인 윤***의 증언을 보면, 국립의료원과 서울대병원을 대조하며 공공병원보다 민간병원이 얼마나 상업화되어 있는지를 설명한다. 즉 서울대병원을 공공병원이라고 전혀 인식하지 못하고 있는 것이다. 이는 그가 수 십 년간 두 군데에서 유사한 치료를 받은 경험을 토대로 한 증언이다. 단순한 착오로 인한 것이 아니기에 더욱 시사하는 바가 크다.

16) 보라매병원을 서울대병원으로 인식. 데일리메디. 2007.12.13
<http://www.dailymedi.com/detail.php?number=687242>

2. 인권의 원칙으로 구성하는 의료공백의 문제점

1) '생존이나 죽음이나'에서 '존엄한 삶, 존엄한 생존'으로

“인권이 없었어요. 그리고 존엄성 같은 건 아예 생각지도 못한 거고. 한 나라의 시스템이 이렇게 작동한다는 건 비극이죠.”

고 정유엽님 유가족 F

코로나19라는 공중보건위기 상황은 ‘어떻게 생존할 것이냐’는 질문을 던지고 있다. 갑작스러운 위기에 일부 국가에서 의료체계와 시스템, 의료진의 부족 등으로 수많은 사상자가 나온 의료붕괴 상황을 목격했다. 한국은 발 빠른 대량검사, 동선 추적 등을 통해 적극적인 방역체계를 구축했다.

하지만, 성공한 방역이면에는 턱없이 부족한 공공병원과 병상, 체계적이지 못한 공공의료 시스템의 문제 등으로 언제 위기가 가속화 될지 모르는 상황이었다. 또한, 건강과 생명에 대한 권리가 각자 처한 경제적인 조건과 사회적 지위 등 개인적 역량에 의해 달라지는 구조적 문제에 직면하고 있다. 평등하지 못했던 사회적인 토대 속에서 취약한 이들이 재난 상황에서 더욱 위협받고, 생명과 건강 역시도 위태로운 상황에 놓인다. 이러한 취약한 공공의료의 토대와 불평등한 사회의 구조적 문제는 존엄하고 안전한 삶을 불가능하게 만들고 있다.

존엄하고 안전한 삶이란, 그저 살아 숨 쉬는 것만을 보장하는 것은 아니다. 존엄하게 생존할 수 있도록 사회적 관계와 조건을 마련하는 것을 의미한다. 이를 위해서는 위기의 상황에서 누구도 소외되지 않도록 평등한 제도와 정책이 마련된 사회적 토대가 뒷받침되어야 한다.

하지만 우리 사회는 어떠한가. 코로나19 상황에서 기존 공공의료에 갖고 있던 취약성이 위기와 결합하면서 진료와 치료가 원활히 이루어지지 못하는 공백의 상황을 만들어냈다. 이는, 위기 상황에서 어쩔 수 없이 일어난 일이 아니라, 오래전부터 의료공공성을 외면한 채 영리화만 추진해 온 결과이다. 우리는 기존의 불평등한 사회적 구조와 공공의료의 근본적인 체계에 대해 문제제기하며, 존엄하게 생존하고, 삶을 영유할 수 있도록 대안을 마련하고자 한다.

(1) 의료자원의 문제

① 부족한 공공의료 자원의 문제

공공병원·병상의 부족

한국은 의료자원이 부족한 것이 아니라 ‘공공의료’ 자원이 부족하다. ‘공공의료’ 자원이 부족 것은 공공병상만 봐도 한 눈에 알 수 있다. 공공병상 수치를 보더라도 한국은 약 10%로 OECD평균이 70% 정도인 것에 대비해 낮고, OECD 중 최하위다.¹⁷⁾ 인구 당 병상 수는 OECD 평균이 인구 1,000명당 3.0개의 공공병상을 확보하고 있는 반면, 한국은 1.3개로 멕시코(1.0개) 다음으로 가장 낮다.¹⁸⁾

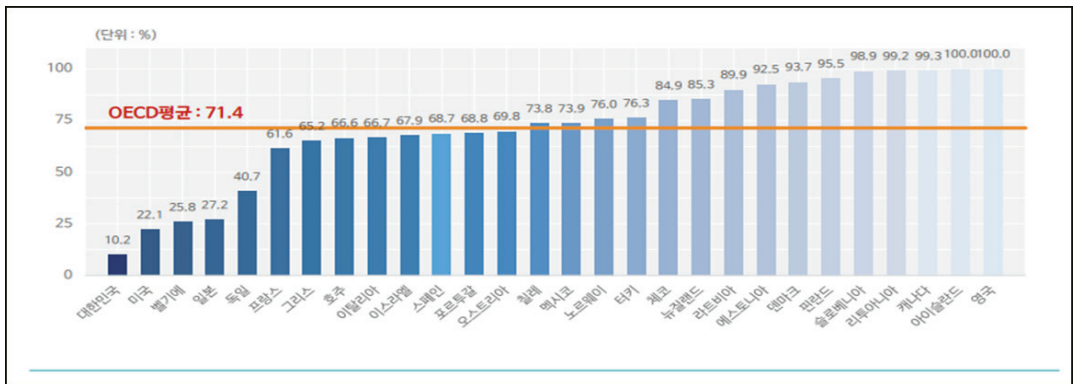


그림 1. <OECD국가들의 공공병상 비율>

이미 노무현 정부 당시 ‘공공병원 30% 확충’을 약속했었으나, 여전히 시행되지 못하고 있다. 문재인 정부에서도 공공의료 확충을 공약했으나 지켜지지 않고 있으며 코로나19를 겪은 이후인 현재도 별반 다르지 않다.

공공병원의 중요성은 대구·경북에서 코로나19의 폭발적 확산에서 확인된다. 인구 240만, 제4의 도시 대구·경북에서 1분기(3월 31일 24시 기준) 8,006명이 코로나19 양성으로 확인되었는데, 이는 당시 전국의 감염률 중 80%를 차지했다. 심지어 사망자의 경우 당시 154명으로 전국 사망자 중 93%를 차지했다. 대구·경북에서 감염된 환자들 중 약 4분의 3이 공공병원에서 치료를 받았다(경증환자 제외).¹⁹⁾

17) 윤강재, 코로나바이러스감염증-19 대응을 통해 살펴본 감염병과 공공보건의료, 보건복지 ISSU&FOCUS 제377호, 한국보건사회연구원, p.3

18) OECD Statistics(2020.3.5.) Health Care Resources.

19) 2020년 7월 14일 기준으로는 대구·경북 합쳐서 양성확인 8,053명으로 전체의 61.6% 차지, 사망자는 243명으로 전체의 84% 차지(중앙방역대책본부 보도자료를 참고하여 분석함)

주목할 것은, 3월초 대구에서 폭발적으로 4,000여 명의 환자가 발생했을 때 2,300명이 입원하지 못하고 집에서 대기해야 했다는 사실이다.²⁰⁾ 대구·경북은 병상 수 자체만 보면 결코 취약한 지역이 아니다. 2018년도 기준 지역인구 대비 병상 수를 보면 천 명당 대구 15, 경북 16.6으로 전국평균 13.6보다 높다.²¹⁾ 그러나 대다수가 민간병원 병상이었던 것이다. 2017년 기준 대구의 지역 인구 대비 공공의료기관 병상 수는 1.48, 경북은 1.71로 전체 병상 수의 10분 1정도에 불과했다.²²⁾ 결국, 이러한 공공병원·병상 부족이라는 구조적인 의료공백으로 인해 3월 중순까지 발생한 전체 사망자 75명 중 17명이 입원도 못한 채 사망하는 결과를 낳았다.²³⁾

사회적 취약계층의 배제

대구·경북에서 그나마 이 정도라도 대처할 수 있었던 것은 기존에 이 공공병원을 이용하고 있던 환자들을 내보내고, 코로나19 대응을 위해 전력을 다한 결과였다. 공공병원을 이용하고 있던 환자들의 희생을 바탕으로 그나마 어느 정도 막을 수 있었던 결과였다는 것을 주목해야 한다.

당시 코로나19 대응으로 쫓겨나야 했던 환자들, 더불어 입원은 아니더라도 공공병원에서 관리를 받던 외래환자들 상당수는 코로나19 대응으로 어려움을 겪었을 것이라 예상된다. 특히 빈곤층이나 HIV/AIDS와 같이 주로 공공병원이 아니면 관리가 어려운 사회·경제적 취약계층의 경우 의료공백 상태에 놓일 수밖에 없었다.

의료공백 인권실태조사 결과는 이를 여실히 보여주고 있다. 더욱이 이들의 건강상태는 기본적으로 좋지 못하거나 쉽게 나빠지는 경우가 적지 않기에 이들이 겪은 그리고 지금도 겪고 있는 육체적, 정신적 피해는 가늠하기 어려울 정도다.

공공의료에도 의존하기 쉽지 않은 노숙인, 이주노동자들이 겪은 의료공백은 더욱 심각했다. 이들은 평소 시민사회단체에서 제공하는 무료 진료소에 의존해왔다. 하지만 시민사회

20) 3월 4일 오전 11시 김강립 보건복지부 차관 겸 중앙재난안전대책본부 1총괄조정관 정례브리핑

21) 한국은 공공의료기관 병상수가 OECD 가운데 꼴지지만 아이러니하게도 전체 병상수는 일본과 1, 2위를 다툰다.

22) 분당서울대학교병원 경기도 공공보건의료지원단, 공공보건의료계획 수립 지원을 위한 공공보건의료 통계집, 2019, p.28

23) 3월 16일 기준 코로나19로 인한 사망자의 93.3%가 대구·경북에서 발생했기 때문에 이 17명 역시 대다수 대구·경북지역에서 사망했을 것으로 추정됨(질병관리본부 코로나-19 발생 현황 3월 16일 브리핑 참조).

단체의 무료 진료소 역시 부득이하게 진료를 중단해야 하는 경우가 대다수였다. 코로나 19 확산 기간 동안 노숙인과 이주노동자는 아파도 진료 받거나 치료 받을 수 없는 조건이었다. 무료 진료소 운영자들이 취약계층의 현실을 가장 잘 알고 있음에도 문을 닫을 수밖에 없었던 것은 방역당국의 별도 정보와 지침이 없었기 때문이다.

② 공공성에서 이탈한 의료자원의 문제

한국 보건의료와 체계는 민간 중심, 즉 시장에 맡겨져 있다. 건강보험을 제외하면 대부분 보건의료 서비스는 일반 시장의 재화나 서비스와 크게 다르지 않은 원리에 기초해 있다. 때문에 감염병 확산과 같은 사회적이고 공공적인 재난 상황에서 전혀 역할을 하지 못했다.

공공성에서 이탈한 의료자원의 문제는 병상 수의 역설에서 드러난다. 한국 병원의 병상 수는 OECD 평균의 2.6배이다. 또 CT는 OECD 평균보다 1.4배 많고, MRI는 1.7배나 많다. OECD 보고서에서도 한국에 과잉 공급된 병상과 각종 고가의 검사 장비를 줄이라고 권고하고 있을 정도다. 하지만 감염병 확산을 대비하기 위해 꼭 필요한 공공병상과 음압 격리병상 그리고 이와 관련된 장비는 턱없이 부족했다. 대구·경북의 사례를 보더라도 의료자원 자체가 부족한 게 아니었다. OECD 기준으로 따져도 대구·경북은 인구 당 병상보유율이 OECD 평균을 훨씬 웃돈다. 의료자원이 부족했던 게 아니라, 공공성을 가진 의료자원이 부족했던 것이다.

Seven regional public hospitals (1,614 beds)

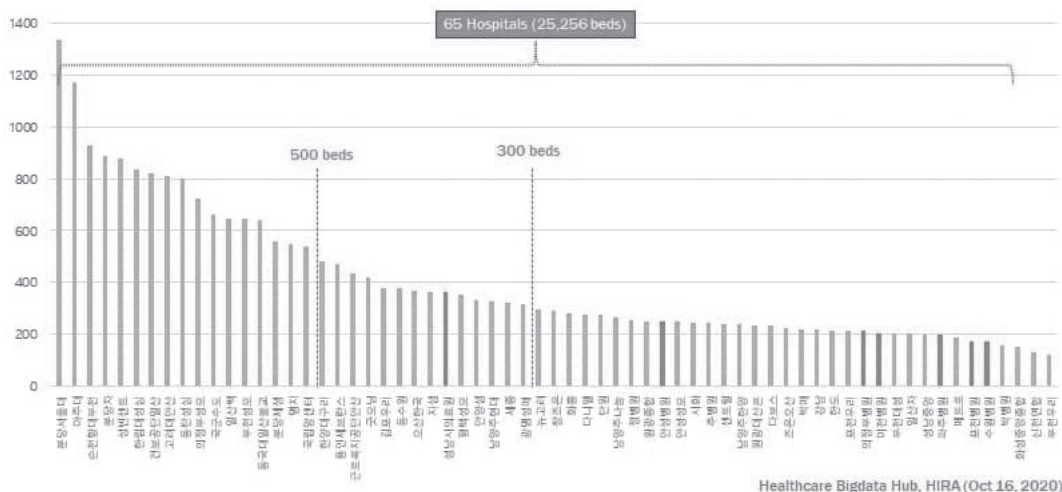


그림 2. <한국 경기도 지역 전체 병원 및 병상 수(임승관 경기도 코로나19 긴급대책단 공동단장 제공)>

위의 표에서 나타나듯 경기도만 보더라도 총 65개의 병원이 있으며, 2만 5천 개가 넘는 병상(bed)이 있다. 그러나 이중 현재 코로나19 전담병원은 7개의 지역 공공병원이 전부다. 그 7개의 공공병원은 각각 400병상도 되지 않는 규모이고, 7개 병원의 병상을 다 합쳐봐야 1,614개밖에 되지 않는다. 시설을 비롯해 의료인력(이 7개의 공공병원에는 대부분 호흡기 전문의나 감염내과 전문의도 없다) 등 모든 면에서 더 나은 94%의 병원을 놔두고, 6%의 공공병원으로 코로나19에 대응을 해야 하는 상황이다. 평소 그 6%에 의존할 수밖에 없었던 사람들은 '의료공백'에 처할 수밖에 없었다.

지방의료원이 아예 없는 곳도 많다. 이런 곳은 코로나19 환자가 조금만 발생해도 대응에 큰 혼란을 겪는다. 실제 대전은 6월과 8월, 병상 포화를 겪으며 위기를 맞았는데 이때 대전지역 코로나19 하루 양성 확인자는 불과 10명 안팎이었다. 하루 10명도 대응하기 버거웠던 대전의 상황은 광역시임에도 불구하고 지방의료원이 하나도 없었기 때문에 발생한 것이었다. 이처럼 공공병원이 부족한 것도 문제지만, 많은 병원들이 민간병원이라는 이유로 코로나19 대응에서 빠져있는 상황은 향후 코로나19 재확산 시에 큰 문제로 다가올 것이다. 공공병원이 지금까지의 대응만으로도 지칠 대로 지쳐있는 상황이기에 더욱 그러하다. 장기적으로 공공의료 확충도 반드시 진행되어야 하지만, 단기적으로 민간의료기관에 대한 적절한 개입과 통제가 시급히 이루어져야 한다.

③ 지역에 따른 의료자원 불균형

코로나19 확산이 과거 감염병 유행과 가장 다른 점은 지역사회 감염이 두드러졌다는 점이다. 이로 인해 해당 지역의 의료자원이 충분치 못한 경우 보건 의료체계가 마비되는 현상이 나타났다. 여기에는 그나마 있던 공공병원마저 적자라며 폐원시킨 '거꾸로' 정책이 한몫했다. 대표적으로 진주의료원이 폐쇄된 서부경남 지역은 코로나19 환자들을 입원시킬 곳이 없어 타 지역 공공병원으로 원정치료를 보내야 했다. 적십자병원이 폐쇄된 대구·경북 지역에서는 환자가 대규모로 발생한 3월, 2천 명 이상의 코로나19 환자가 입원하지 못하고 자가격리 상태에 있어야 했다. 그런데 중요한 것은 이러한 보건 의료체계의 마비로 인해 코로나19 환자만 치료하지 못한 것이 아니라 치료가 필요한 다른 환자 역시 의료공백 상태에 놓였다는 점이다.

코로나19에 감염된 혹은 감염이 의심되는 2천여 명이 입원을 못한 것에 더해, 코로나19

대응을 위해 공공병원이 전담병원으로 지정되면서 그곳에 있던 환자들은 치료를 받다가 쫓겨나는 신세가 됐다. 생명이 위중한 상황에 놓인 경우에도 제대로 치료를 받지 못했다. 대구·경북 지역의 1분기 초과사망자수가 코로나19로 사망한 사람을 제외하고서도 이례적으로 높았던 것은 이러한 의료공백의 결과라 예상할 수 있다.

실제 통계청에서 발표한 올해 1분기 사망자 수를 보면 코로나19 확산 상황에서 의료공백으로 인한 피해가 적지 않았을 것으로 예측할 수 있다. 코로나19가 크게 유행한 1분기 대구·경북지역은 작년보다 900여 명의 사망자가 증가하였다. 퍼센트로는 약 10%의 초과사망률을 보이고 있다. 이는 같은 기간 다른 지역의 초과사망률(전국 평균 6%)과 비교해 보더라도 월등히 높은 수치다. 1분기가 끝나는 3월 31일 24시 기준으로 대구·경북 사망자수는 154명이었다. 즉 이 숫자를 빼더라도 750명 정도의 초과사망(excess death)이 있었다는 얘기다. 전문가들 역시 이 초과사망의 주요 이유로 의료공백을 주목하고 있다. 2019년 말과 2020년 초는 유례없이 따듯한 겨울이어서 오히려 사망자 수가 줄어들 것으로 예상했기 때문이다.

대한역학회 김동현 회장은 대구·경북의 높은 초과사망에 대해 “코로나19로 인해 전체 의료기관이 방역 대응에 집중하다보니 다른 질환자들의 사망이 증가하는 양상이 나타났다”고 진단했다. 허택 대한응급의학회 이사장은 “코로나19로 희생된 사람보다 의료공백으로 인한 피해가 훨씬 컸다”며 “초창기에 대구·경북 중심으로 많은 환자가 입원을 못하고 병원을 전전하는 경우가 있었다. 지금도 현장에선 그런 일이 발생하고 있다”고 지적했다.

대구·경북 지역은 의료자원이나 의료접근성이 결코 열악한 곳이 아니었지만 이런 결과가 나타났다. 만약, 대구·경북보다 의료자원이나 의료접근성이 떨어지는 곳에서 대구·경북과 같은 상황이 벌어진다면 훨씬 심각한 사태가 일어날 수밖에 없다.

의료공백 심층인터뷰에 응한 D의 경우, 부안 지역에서 유일한 종합병원에 부친을 입원시켰다. 부친이 폐렴증세(주기적인 고열과 호흡기 증상)를 보이자 병원은 코로나19 검사나 격리조치조차 하지 않고 보호자에게 이유도 설명해주지 않은 채 환자를 타 지역 상급종합병원으로 이송했다. 지역에서 유일한 종합병원임에도 코로나19 대응을 위한 기본적인 준비가 안 되어 있음을 보여준다. 심지어 옮겨진 상급종합병원 응급실에서도 코로나19 검

사 결과가 나올 때까지 격리된 공간에 보호자가 환자와 함께 들어가 격리 공간 밖 의료진의 지시에 따라 의료진을 대신해 이런저런 조치를 취해야 했다고 한다. 이러한 상황을 겪은 D의 추측이 현실이 되지 않을까 우려된다.

“사실 당시는 코로나가 수도권 이외의 지역에선 잠잠했을 때였어요. 그런데도 부안에서 찾아갈 수 있는 거의 유일한 종합병원과 상급종합병원에서 이런 꼴을 당했어요. 진짜 대구 같은 유행이 일어나면 아마 바로 의료붕괴가 일어날 거란 생각이 들어요.”

④ 코로나19 대응을 위한 안심병원의 문제

정부는 코로나19 대응을 위한 체계로서 안심병원을 지정하였다. 그러나 이 안심병원의 기능이 부실했고, 오히려 코로나19 환자를 받지 않을 수 있는 근거로 작용했다. 고 정유엽님 사망 사건의 발단이 된 경산중앙병원이 바로 안심병원이었다. 안심병원의 취지는 코로나19 감염이 의심되는 열이 나는 환자와 일반 환자가 접촉하지 않도록 동선을 나누어 조치를 하기 위한 것이었다. 그러나 이것이 코로나19 감염이 의심되는 열이 나는 환자를 안 받아도 된다는 근거로 변질됐다.

이를 보완하기 위해 보건복지부는 안심병원 A형과 B형으로 나누었다. 밤에 열이 날 경우 코로나19 검사 전이라도 격리돼 조치를 받을 수 있는 병원이 안심병원 B형이다. 이 안심병원 B형 지정병원은 여러 차례 바뀌었다. 하지만 복지부도 질병관리청도 지자체도 이 안심병원 B형이 우리 지역에 어느 병원인지 어디에서 어디로 바뀌었는지 제대로 알려주지 않는다. 복지부 사이트에 들어가도 정확히 공지가 안 되어있고, 엑셀파일을 다운받아야만 겨우 확인할 수 있어 정보접근이 쉽지 않았다.

안심병원 B형도 자세히 살펴보면 문제점이 드러난다. 고 정유엽님이 사망한 경산지역을 보더라도 가까운 안심병원 B형 병원은 삼일병원 하나뿐이었다. 그러나 삼일병원은 교통편이 좋지 않은 외곽에 있어 대구·경북지역 사람들 중 해당 병원을 아예 모르는 사람도 많다. 더욱이 전국에 지정된 안심병원 B형조차도 상당수가 민간병원이다. 형식적인 지정에 불과한 것은 아닌지 의심할 수밖에 없다. 만약 실질적으로 작동하는 체계였다면 경산중앙병원이나 보건소나 1339에서 고 정유엽님을 이곳으로 안내해야 했다.

연번	시도	시군구	기관명	유형	전화번호	지도
1	대구	남구	영남대학교병원	외래진료	053-623-8001	지도
2	대구	남구	드림병원	외래진료	053-640-8800	지도
3	대구	달서구	구병원	외래진료	053-560-9114	지도
4	대구	달서구	성일병원	외래진료 및 입원	053-659-5100	지도
5	대구	중구	대구피터라병원	외래진료	053-1688-7770	지도
6	대구	북구	대구가톨릭대학교철학가톨릭병원	외래진료	053-320-2500	지도
7	대구	수성구	천주성상병원	외래진료	053-790-1000	지도
8	대구	중구	경북대학교병원	외래진료	053-420-5114	지도
9	대구	중구	책병원	외래진료	053-252-2401	지도

그림 3. <보건복지부 사이트에 나온 국민안심병원 목록>

최소한 대구·경북지역에서 안심병원 B형 체계가 여전히 제대로 작동하지 않고 있다는 것은, 최근 한 토론회에서 경산보건소장조차 지금도 경산지역에서 고 정유엽님과 똑같은 상황이 발생하면(밤에 고열이 나면), 아침까지 기다렸다 선별진료소에서 검사를 받아야 하며 검사결과가 나오지 않는 이상 입원할 수 있는 곳은 없다고 단언한 것을 통해서도 알 수 있다.²⁴⁾ 즉, 감염병 대응을 위한 의료전달체계는 비어있는 지점이 많고, 허술한 정보조차 제대로 전달되지 않는 상황이다. 결국, 의료접근성이 떨어지는 지역에서는 언제든 고 정유엽님과 같은 유사한 상황이 발생할 수 있을 것이라 우려되는 상황이다.

(2) 정보 및 의료전달체계의 문제

치료 대상자가 발생했을 때 어떤 수순에 따라 적절한 치료를 받을 수 있는 틀을 의료체계라고 한다. 감염병 확산과 같은 특수한 상황에서는 사회 전체의 효율적 대응을 위해 더욱 이러한 의료체계가 ‘체계성’을 갖추어야 한다. 특히 건강에 문제가 생겼을 때 이러한 체계로 적절히 진입시키는 단계가 중요하다. 의료체계에 진입했다 하더라도 적절한 조치를 받지 못할 경우 빨리 다른 의료기관으로 이송해야 한다. 이러한 일련의 과정을 정보전달체계와 의료전달체계로 구분해 살펴보고자 한다.

24) ‘정유엽 사건’ 지금 다시 발생해도, 경산은 입원할 곳 없다. 뉴스민. 2020.9.25.
<http://www.newsmin.co.kr/news/52287/>

① 정보전달체계의 문제

현재 하루에도 수십 차례 코로나19 감염 확진 상황에 대한 긴급재난문자가 발송되고 있다. 하지만 정작 열이 나거나 응급조치가 필요할 때, 어디로 가서 어떤 절차에 따라 어떤 조치를 취해야 하는지에 대해선 질병관리본부, 지자체, 보건소 등 그 누구도 제대로 알려주지 않는다. 대다수 사람들은 1339나 119 혹은 지역 보건소에 전화하는 것을 예상하지만, 1339나 119, 지역 보건소에서도 해결하지 못한 사례가 적지 않았다.

대표적으로 1339나 보건소가 지역 의료 상황을 구체적으로 파악하고 있지 못해 진료를 받지 못한 경우, 119가 어느 병원으로 가야 진료 가능한지를 알지 못해 응급치료가 지연된 경우 등이었다. 그런데 각 기관의 부실한 정보력보다 더 큰 문제는 1339-보건소-119-의료기관 사이에 필요한 정보의 연계가 이루어지지 않는다는 점이다.

고 정유엽님 사례에서 그 문제점이 고스란히 드러난다. 고 정유엽님은 고열로 국가지정 지역응급의료기관인 경산중앙병원에 방문했으나 진료를 받지 못한 채 다음날 선별진료소를 방문하라는 안내만 받았다. 즉, 응급상황이 생길 경우를 대비해 코로나19 검사를 받지 않더라도 격리조치를 통해 입원하여 관리를 받을 수 있는 병원(안심병원 B형)에 대한 안내를 받지 못했던 것이다. 경산중앙병원의 미흡한 대응에 다음날 1339에 연락을 했지만 보건소로 연결됐고, 보건소에서도 결국 경산중앙병원으로 가라는 말밖에 하지 않았다.

고 정유엽님의 사례는 결코 특수한 사례가 아니다. 의료공백 인권실태조사 결과 정보전달 체계에 의존성이 클 수밖에 없는 이주민 등 사회적 약자에게 심각한 피해가 발생하고 있었다. 1339의 정보 제시가 지역 상황에 맞게 어디에 가서 어떻게 해야 하는지 구체적으로 제시하지 못하는 것도 문제지만, 설령 1339의 지시를 따라 의료기관을 찾아간다 하더라도 의료기관에서 거부당한 경우도 있었다. 정보전달‘체계’라고 말하기 무색할 만큼 1339-보건소-119-의료기관 사이에 제대로 된 정보가 연계되지 않고 있었고, 이주민, 신장투석 환자 등 사회적 약자들의 상황에 맞는 정보는 기대할 수도 없는 상황이었다.

사회적 재난 상황에서 어디로 가면 진료를 받을 수 있다는 최소한의 정보라도 제공되어야 한다. 그러나 현재 한국에서는 사회적 약자에게 그 ‘최소한’도 보장되고 있지 않다. 부실

한 정보전달체계로 인해 사람들은 자신이 필요한 정보를 수집하고 취합해서 스스로 선택하고 판단하도록 강요받는 상황에 놓인 것이다.

② 의료전달체계의 문제

어떤 의료기관에서 치료하기 어려운 환자를 보다 규모가 큰 상급병원으로 이송하는 체계를 의료전달체계라고 한다. 현재 한국의 의료전달체계는 체계성이 낮아 문제로 지적되고 있다. 낮은 체계성은 상급병원에 갈 수 없어 생기는 문제가 아니라 오히려 정반대로 동네 의원 같은 1차 의료기관에서도 충분히 치료할 수 있는 질환을 가진 환자들이 3차 병원에 쉽게 찾아갈 수 있어 발생하는 문제다. 의료서비스를 이용 하는데 있어서 개인의 역량에 따라 선택할 수 있는 체계이기 때문이다.

그 ‘선택’은 재난 상황에서 ‘각자도생’을 의미하기도 한다. 코로나19 상황에서 공공병원이 감염병 전담병원으로 지정되어 쉽게 이용할 수 없는데다가, 민간병원에서 진료거부를 당하면 선택의 여지가 없어진다. 사람들은 개인 역량에 따라 갈 수 있는 병원을 스스로 알아보고 선택해야 하는 상황에 놓인다. 그것이 어려운 이들은 치료를 포기하고 만다.

“한국은 개인의 선택권이 많은 체계입니다. 처음부터 3차 의료기관을 이용하는 게 불가능하지 않아요. 지금은 자기 몸이 아플 때 어느 의료서비스를 어떻게 할 건지 개인의 자유와 정보력에 맡겨져 있는 겁니다.”

의료진 M

“대구에 첫 환자 발생 후 3일 만에 병원 비상회의가 소집되었는데 대구OO병원과 OO의료원이 코로나19 전담병원이 되었고 코로나19 환자를 입원시키기 위해 기존 입원하고 있던 환자들을 하루 만에 퇴원시키라고 했습니다. OO의료원의 경우 항암 치료 중이 환자를 포함해 중증 환자도 있었는데 각자 알아서 다른 병원을 찾아가라고 해 큰 혼란이 있었습니다. 대구에는 공공병원다운 공공병원이 OO의료원 하나 밖에 없어 입원해 있던 환자들이 전원을 갈수 있는 마땅한 병원이 없었습니다. 갑자기 민간병원으로 전원을 하는 일도 쉽지 않았습니다. 공공병상 부족과 사전 병상 확보 부족으로 인한 고통이 공공병원을 주로 이용하던 저소득층과 취약 계층에 전가되

고 있었습니다.”

의료인 K

코로나19 상황에서 의료전달체계 문제는 지역적 요인 혹은 사회·경제적인 이유로 공공의료기관에 의존할 수밖에 없는 사람들에게 의료공백을 초래했다. 응급 시 혹은 일상적으로 진료를 받던 공공의료기관이 코로나19 대응 전담병원이 되면서 이용할 수 있는 병원이 없어졌기 때문이다.

실제 HIV감염인, 의료수급자 등 많은 사람들이 공공의료기관의 코로나19 전담병원 전환으로 인해 진료를 받지 못하고 있다. 손가락이 절단된 응급상황에서도 평소 다니던 공공의료기관은 물론 다른 민간상급병원들도 진료를 거부해 119대원들도 난감해 했을 정도로 구급차를 타고 몇 시간을 헤매야 한 경우도 있었다.

사회·경제적으로 취약하지 않은 사람이라 할지라도 코로나19 확산이 급증하는 상황에서는 유사한 피해를 겪을 수 있다. 고 정유엽님 사례를 통해 확인할 수 있다. 고 정유엽님이 뒤늦게나마 입원했던 OO대병원도 사실은 공식적인 의료전달체계에 따라 이송된 것이 아니라 심각해진 사태를 수습하기 위한 의사들끼리의 사적인 부탁에 의해 이루어진 것이었다(OO대병원 역시 당시 코로나19 검사결과가 나오지 않는 이상 응급실 입원을 받지 않았음).

시급히 이 의료전달체계를 정비하지 않으면 유사한 상황은 언제든지 발생할 수 있다. 실제 6월 서울의 노원구에서 80대 여성의 의식을 잃은 채 발견됐는데 119 구급대가 그를 받아줄 병원을 찾기까지 무려 26개 병원을 전전해야 했다. 의식이 없는 상태여서 코로나19로 의심되는 증상이 있는지 확인하기 어렵다는 게 병원들의 이유였다.²⁵⁾

이는 감염병 확산 시 지역적으로 의료접근성이 취약한 사람들 그리고 사회적 약자·소수자에 대한 의료전달체계가 부재해서 발생한 결과다. 앞서 살핀 정보전달체계 문제의 상당

25) 상반기 응급환자 이송에 36분... 코로나로 11분 늘어. 동아일보. 2020.7.28.
<https://www.donga.com/news/article/all/20200728/102182989/1>

부분도 근본적으로는 이 의료전달체계가 마련되지 않는 이상 해결될 수 없는 문제다. 현재 의료체계는 개인의 건강과 생명을 지키기 위해 의료서비스의 개인 선택권을 보장하는 듯 보이지만, 결과적으로는 위기 상황에서 국가의 책임을 개인의 역량에 전가하는 한계를 의미한다.

(3) 감염병 위기 상황에서 대응의 문제

감염병에 대한 방역지침의 핵심은 정확하고 빠른 진단체계와 예방체계뿐만 아니라 감염 이후 적절한 의료적 개입에 있다. 감염병에 대한 정확한 정보 안내와 함께 증상에 따라 진단을 받고 결과를 확인하여 진료가 필요한 경우 적절하게 의료조치를 받을 수 있어야 한다. 또한, 감염에 대비할 수 있는 예방지침 안내와 함께 방역에 필요한 물품(마스크, 손소독제 등)을 적절하게 사용 할 수 있어야 한다.

그러나 코로나19에 대한 정부의 대응 과정 중 일부는 바이러스 전파 매개체를 개별 사람이나 집단으로 문제 삼는 방식으로 이루어졌다. 이것은 감염병에 대한 공포와 두려움을 타인에게 전가하고 나의 안전을 위해 타인에 대한 배제와 낙인을 당연시하는 상황을 만들었다. “지금 이 시국에” 신천지 종교 집회에 가서 예배를 본 중년 여성, 서울 자식 집에 올라온 대구·경북 지역 할머니, 제주도 맛집을 누빈 서울 강남 출신 해외 유학생, 클럽에서 춤춘 게이... ‘딱 욕하기 좋은’ 정보들이 흘러넘쳤다.

정보의 출처는 ‘짜라시’도 가짜 뉴스도 유튜브도 아닌, 정부와 지방자치단체였다. 방역 당국이 개인 정보와 이동 경로를 공개하면 언론은 적당히 살을 붙여 양성으로 확인된 사람의 며칠간 삶을 재구성했다. 양성으로 확인된 사람의 부주의나 거짓말 같은 소재가 뒷받침되면 더할 나위 없이 완벽한 미움의 소재가 된다. 사람들은 그 어느 때보다 마음 편하게 타인을 비난하고 차별하고 혐오했다.²⁶⁾

감염병에 걸린 사람은 취약한 조건에 있는 피해자가 아니라 사회로부터 격리시켜야 하는

26) ‘확진’도 무섭지만 ‘낙인’은 더 무서워 . 시사인. 2020.5.26
<https://www.sisain.co.kr/news/articleView.html?idxno=42082>

혹은 타인을 배려하지 않는 부주의하고 무책임한 바이러스 전파의 주범으로 몰렸다.²⁷⁾ 이런 상황은 사람들이 느끼는 새로운 바이러스, 질병에 대한 공포와 두려움(감염위험)을 감염매개체로서의 사람에 대한 공포와 두려움으로 치환시켰다. 또한, 바이러스 전파의 주범으로 지목되는 사람들은 상황에 따라 계속 바뀌면서 결과적으로 모두가 지목의 대상이 될 것이기에 이에 대한 두려움을 호소하는 상황으로 이어졌다.

바이러스 매개체로서의 개인에 대한 공포와 두려움은 의료기관 특히 민간병원의 대응에서도 드러난다. 앞서 언급했듯 공공병원이 코로나19 전담병원으로 지정되면서 공공병원을 주로 이용하던 취약계층이 갈 수 있는 병원이 없어졌다. 이런 상황에서 민간병원은 그 공백을 채우는 것이 아니라 오히려 감염이 조금이라도 의심되는 환자는 진료를 하지 않고 별다른 안내 없이 돌려보내기도 했다.

이러한 의료기관의 무책임을 경험한 사람들은 감염병에 대한 공포와 두려움을 느낀다. 코로나19가 아닌 건강상의 다른 이유로도 진료거부, 치료방치를 당할 수 있다는 생존의 위협은 코로나19 상황에서 최대한 병원 진료를 받지 않고 참아보는 식의 대처를 선택하게 했다. 이렇듯 의료기관에서 거부당한 경험은 실생활 중 몸이 아픈 상황에서 적절한 때에 필요한 치료를 선택하여 받게 하는 대신 개인 스스로 건강한 삶을 유보하게 만들었다.

2) 낙인, 차별, 배제가 갖든 의료접근성의 문제: 평등의 관점에서

“차별 없이 안전하게 치료받을 수 있는 병원이 단 한군데라도 있었으면 좋겠어요. 의료진이 있으면 뭐해요, 진료를 안 해주는데. 우리가 진짜 눈치 안 보고 편하게 티눈 하나라도 치료받을 수 있는 병원이 있었으면 좋겠어요.”

HIV감염인 C

“활동지원사가 선별진료소 안내데스크의 사람에게 의뢰서를 보여줬는데 안 된다고 말을 했다. 거부 이유가 내가 장애인이라서 그런 것 같다. 코로나 때문에 무서워서 외출도 병원 예약도 안 하게 되었다. 코로나 검사를 제때 받을 수 있었으면 한다.”

뇌병변장애인 J

27) 지역감염 주범 누군가 봤더니.. '확진자 부주의·무책임'이 폭탄. 뉴스1. 2020.9.6
<https://news.v.daum.net/v/20200906154849491>

코로나19가 드러낸 우리 사회 공중보건위기는 불평등한 삶의 조건과 격차를 사회 전반에 드러냈다. 재난 상황에 대한 대응은 서로의 차이와 존재를 인정하는 심층적 차원으로 접근해야 한다. 무조건 똑같이 적용되는 것이 아니라, 처한 조건과 상황에 맞게 접근할 수 있어야 하는 것이 평등의 원칙이다. 모두에게 동등한 조치가 아니라, 취약한 상황이거나 특수한 조건에 놓인 이들에게는 특별한 보호와 대책을 마련해야 한다. 하지만 사회의 무게중심이 갑작스러운 위기 상황의 대응으로 옮겨지면서, 위기 상황 이전에도 취약했던 사회적 약자·소수자·빈곤층에게 재난의 위기가 더욱 가중될 수밖에 없었다. 평소 이용하던 공공병원이 코로나19 전담병원으로 지정되면서 이용할 수 없게 된 문제, 의료접근성, 정보 제공 등의 문제는 불평등했던 공공의료의 단면을 보여주는 결과였다.

또한 갑작스런 감염병에 대한 공포와 두려움은 사회적 불평등을 겪고 있는 사람에 대한 차별과 낙인, 배제와 거부로 나타났다. 이미 존재하던 차별적 시선과 대우에다가 ‘감염(의심)자’, ‘감염요인’이라는 편견과 혐오까지 덧붙여진 개인 및 집단에게 감염병은 더 큰 위협으로 다가왔다. 이는 사회 속에서 존엄한 생존을 위한 평등한 관계 맺기를 어렵게 한다.

(1) 의료체계 계층화의 문제

○ 가난한 사람들만 가는 곳이라는 공공병원의 이미지

우리나라 보건의료체계에서는 개인이 의료기관을 선택해서 갈 수 있다. 의료비가 부담되는 사람들은 대학병원과 같은 크고 좋은 병원보다는 상대적으로 저렴한 병원을 찾아서 갈 수 있다. 하지만 쪽방 주민, 노숙인 같은 빈곤층은 현실적으로 민간병원을 찾아가기 어렵다. 따라서 정부가 제도적으로 이들이 갈 수 있는 공공병원을 지정해 주고 있다. 결과적으로 이들의 의료선택권은 공공병원에 제한되어 있고, 제도적으로 공공병원은 빈곤의 상징으로 이미지화되어 있다.

코로나19 위기 상황에서 정부는 이런 공공병원을 코로나19 전담병원으로 지정하였다. 공중보건위기 상황에서 감염병 대응을 위한 지역거점병원의 역할을 공공병원이 수행하는 것은 당연한 일이다. 그러나 취약계층이 절대적으로 의존하고 있는 공공병원을 아무런 대안 없이 감염병 전담병원으로 지정하는 것은 이들 취약계층의 의료접근성을 제한하게 되

어 건강권을 침해하고 있는 상황이다.

○ 공공성보다 이윤을 더 추구하는 공공병원의 변질성

법률적으로 국공립대학 병원은 공공병원으로 분류된다. 서울대학교병원과 같은 국립대학 병원이 공공적 역할 수행을 위한 투자보다 이윤창출을 목적으로 한 사업에 투자를 집중함으로써 가난한 사람들이 접근할 수 없는 의료환경을 만들고 있다. 코로나19 위기 상황에서 취약계층은 대안적으로 국립대학병원을 이용할 수 있어야 한다. 하지만 차별과 거부에 대한 두려움 때문에 국립대병원 이용조차 포기해야하는 상황에 부딪힌다. 이런 변질된 공공병원 의료환경은 사회적 취약계층을 오히려 차별하고 배제하고 있다.

(2) 의료공백을 통해 당연시되고 심화되는 불평등

재난 상황에서 급증하는 장애인의 취약성은 오래전부터 지적되어왔다. 이미 2017년 정부 스스로 재난 발생 시 장애인이 최초 인지와 대응력이 낮을 수 있고, 재난 안전사고 통계 미비 등으로 체계적인 정책 수립이 부족하며, 비장애인 중심의 재난대응 매뉴얼과 정보제공, 대피 및 구호체계로 사각지대가 발생하고, 안전교육과 재난훈련 기회 부족과 장애인 차별적 문화 등이 존재하여 장애인 안전 정책 기반이 미흡한 상태라고 진단한 바 있기도 하다.²⁸⁾

즉, 장애인은 의료공백이 가장 우려되는 사람들이고, 의료공백 발생 시 피해도 상대적으로 클 수밖에 없는 사람들인 것이다. 메르스 유행 시에도 장애인들은 의료공백 피해를 겪었다. 자신이 입원해 있던 병원에서 메르스 환자가 발생해 자가격리 통보를 받은 뇌병변 장애인이 14일간 활동지원서비스를 받지 못하는가 하면, 한 지체장애인은 메르스 전파에 대한 정서적 우려로 활동지원서비스를 연결 받지 못해 고립된 선례가 있다.²⁹⁾

메르스 당시 문제가 된 지점들이 있었지만 개선되지 않고 있다. 코로나19를 겪고 있는 현재에도 장애 여부, 경제적인 조건에 따라 사회적 지원의 경험 차이가 여전히 크다. 특히 감염의심환자 대 비의심환자라는 프레임으로만 환자를 가려 받는 것은 구조적 불평등을 심

28) 정부 관계부처 합동 (2017). 장애인 안전 종합대책.

29) 메르스 소송 3년... '장애인 감염병 안전 대책 마련하라'는 법원 조정안도 거부하는 복지부. 비마이너. 2019. 3. 26 <http://www.beminor.com/news/articleView.html?idxno=13249>

화시키고 있다. 이러한 구조적 불평등은 사회적 약자들의 건강과 생명에 직접적인 영향을 미친다.

○ 감염병 대응을 우선시하며 감염병 외에 일상적 진료가 필요한 사람들(의료급여 수급자 포함)에 대한 진료 대책 없음³⁰⁾³¹⁾

장애 혹은 기저질환을 이유로 정기적인 병원 진료를 받아야 하는 사람들이 주로 이용하던 공공병원이 코로나19 전담의료기관으로 지정되면서, 공공병원 외에 다른 의료기관에 대한 선택지를 갖지 못한 사람들이 건강과 생명을 유지하는 데 어려움을 겪게 되었다. 그런데 이것의 원인을 사회 구조적인 요인에서 찾기보다는 마치 개인의 장애/질병유무 등에 문제가 있는 것처럼 취급한다.

○ 감염병 대응 및 방역체계는 거리두기가 가능한 거주권이 보장되어 있거나 비장애인을 중심으로 구성되어 있음³²⁾

방역의 첫 번째 지침은 물리적/사회적 ‘거리 두기’였다. 그러나 안전하게 있을 거주공간이 없는 노숙인의 경우 어디에서 손을 씻고 어디에 머무르며 ‘거리 두기’를 실천할 수 있는지³³⁾, 거주지의 면적이 2m 거리 두기가 불가능할 정도이거나 또는 신변보조가 필요한 장애인으로서 활동 지원사와의 밀접 접촉이 필수적으로 발생하는 상황 등에 대한 고려는 없다. 또한, 코로나19 양성으로 확인된 장애인이 머물 수 있는 병원 혹은 생활치료센터의 접근성이 확보되어있지 않으며, 이에 대한 지원 매뉴얼이 없어 혼란이 가중된다.³⁴⁾

○ 의료공백은 병원 진료에 국한되지 않음³⁵⁾

사회적 관계망이 부족한 이들은 지원체계와의 연계가 신체적, 정신적으로 매우 중요하다.

30) 복지부의 방조 속에 죽음의 문턱에 선 ‘거리홀리스’ 중증 암환자. 비마이너, 2020. 10. 14
<http://www.beminor.com/news/articleView.html?idxno=15173>

31) 코로나가 흡수한 공공병원, 쪽방 주민은 갈 곳을 잃다. 비마이너, 2020. 11. 12
<https://www.beminor.com/news/articleView.html?idxno=20237>

32) 쫓겨나는 중입니다. 비마이너, 2020. 11. 19
<https://www.beminor.com/news/articleView.html?idxno=20320>

33) 코로나19 시대, 노숙인들의 ‘사회적 거리두기’는 어떤 모습일까. Brand Brief, 2020. 6. 2
<http://www.brandbrief.co.kr/news/articleView.html?idxno=3344>

34) ‘코로나19 장애인 확진자, 어떻게 지내고 있나’ 살펴보니. 비마이너, 2020. 3. 10
<http://www.beminor.com/news/articleView.html?idxno=14453>

35) “코로나 등쌀에 휘다못해 부러진 등...” 목숨 걸고 버티는 코로나 시대. 소셜포커스, 2020. 5. 20

비장애인은 ‘비대면’의 방식으로 감염병을 효과적으로 예방하거나 통제할 수 있지만, 장애인은 ‘비대면’의 방식에 한계가 있다. 특히 중증장애인이일수록 더욱 그렇다.³⁶⁾

즉, 이들에게 있어 의료공백 문제는 단지 의료기관 접근성 문제로만 국한되지 않는다. 지원체계와의 연계가 건강과 생존에 절대적이기 때문이다. 코로나19 확산 상황에서 발달장애인과 보호자의 죽음이 연이어 발생하고 있는 것이 이를 증명한다. ‘거리 두기’조치 장애인에게는 의료공백이었다. 코로나19 확산에서 정부는 ‘거리 두기’를 위해 장애인과 관련된 교육시설과 복지시설의 휴교·휴관을 권고하였고 실제 전국 대부분의 관련 시설이 문을 닫았다. ‘복지절벽’으로 표현될 만큼 지원 정책이 열악하고 대부분의 지원을 교육기관과 복지시설을 통해 제공 받고 있던 발달장애인과 그 가족에게는 고통이 되었다. 그들은 복지협곡으로 떠밀렸으며, 일부 장애인들은 결국 죽음으로 내몰렸다.³⁷⁾

3) 코로나19 이후 대안으로 마련한 정부의 조치들

정부가 의료공백 상황의 해결책으로 제시하고 있는 대책을 크게 나뉘보면 1) 원격의료의 강화, 2) 의과대학 정원의 확충 및 공공의대 설립을 통한 감염내과 등 특수 분야 의사 인력의 확충으로 볼 수 있다.

지난 2월 24일 보건복지부는 코로나19 확산 상황에서 감기를 비롯한 고혈압이나 당뇨 같은 만성 및 기저질환은 의사 판단 아래 전화 진단과 처방을 할 수 있도록 한시적으로 허용하였다. 정부는 이 임시적 조치를 통해서 수십만 건의 전화 상담과 처방이 진행되었다고 발표하였다. 그러나 이는 의료공백 상황을 막고 필수적인 의료서비스를 제공하기보다 의료기관에서의 감염을 막고자 시행된 조치에 불과하다. 또한 취약계층이 전화 상담 등 원격의료체계를 어떻게 이용할 수 있는지에 대한 구체적 내용을 담고 있지 않은 조치이다. 취약계층의 의료공백 상황에 비대면 진료의 효과가 얼마나 효과적으로 대응할 수 있었는지 의문이다.

<http://www.socialfocus.co.kr/news/articleView.html?idxno=7590>

36) 변재원, 코로나19 감염병 및 재난 상황에서의 공적지원체계 필요성, 코로나19와 장애인의 삶-감염병 및 재난 장애인종합대책마련 토론회 자료집, p.59

37) 최용걸, 코로나19 상황에서 복지협곡으로 떠밀리는 발달장애인과 그 가족의 삶, 코로나19와 장애인의 삶-감염병 및 재난 장애인종합대책마련 토론회 자료집, p.42

정부는 비대면 진료의 성과를 대대적으로 홍보하며 원격의료체계를 일상에서도 도입하고자 하려는 움직임을 보이고 있다. 올해 5월 15일 청와대에서는 감염병 대응체계로서의 비대면 진료 시스템 구축의 필요성을 언급하며, 의료접근성이 낮은 60세 이상 환자들이 진료를 받을 수 있었다는 점과 의사의 안전한 진료와 환자의 진료 받을 권리를 보장해야 한다는 점을 근거로 내세우기도 했다.³⁸⁾ 7월 14일에도 청와대는 국민보고대회 기조연설로 한국판 뉴딜 10대 산업을 이야기하던 중 ‘스마트 의료 인프라’ 사업을 포함한 의료 분야의 디지털화 육성에 대한 내용을 언급하기도 하였다.³⁹⁾

정부는 2022년부터 의대 정원을 단계적으로 확대하는 안과 국립 공공의료대학원을 설립하여 공공의대 학생을 10년 동안 공공보건의료기관에서 종사하도록 하겠다는 안을 발표했다가, 의사들의 파업으로 인해 추진을 중단했다. OECD 국가와 비교해 의사 수가 부족한 것은 객관적 사실이기에 의대 정원 확대는 필요하다. 그러나 공공병원을 늘리거나 공공의료체계를 강화하는 등의 대책이 없이 단순히 의사 수를 늘리거나 공공의대를 설립하는 것만으로 의료의 공공성을 강화하겠다는 정부의 방안은 의료공공성을 강화하려는 목적을 달성하기에 적절하지 않았다.

해외에서는 감염병 상황에서 적절한 의료 자원의 분배 및 환자 관리 등 신속하고 적절한 대응을 위해 의료공공성을 강화하려는 조치들을 쉽게 찾아볼 수 있다. 영국의 경우 2023년까지 매년 약 99억 파운드(약 60조4500억원)의 예산으로 병상을 늘리고 수천 명의 의사와 간호사를 충원하기로 했다. 독일은 중환자실 2만8천 병상을 4만 개까지 늘렸다. 스페인은 아예 개인 병원을 비롯해 모든 민간병원을 일시 국유화했다.⁴⁰⁾ 반면, 한국에서는 의료의 공공성 확립에 대해 아무런 조치가 없는 상황이다. 21대 총선에서의 정책 어디에도 공공병상의 확충 계획은 없었고, 정부의 1·2차 추가경정예산에도 공공의료와 관련된 예산은 반영되지 않았다.

III. 결론

38) 靑 “원격의료 검토”에서 “비대면 진료체계 구축 추진”으로, 조선비즈, 2020. 5. 15. https://biz.chosun.com/site/data/html_dir/2020/05/15/2020051503750.html,

39) '한국판 뉴딜' 디지털·비대면산업 키워 일자리 만든다(종합), 뉴스1, 2020.5.20. <https://www.news1.kr/articles/?3927350>

40) k의료는 없다...공공의료 복원 시작할 때, 한겨레, 2020.5.30 http://h21.hani.co.kr/arti/society/society_general/48757.html

1. 사회적 제언

1) 국가의 책무

① 의료공공성 강화⁴¹⁾를 위한 정부의 적극적 대응이 필요하다.

전문가들은 올 겨울 3월과 같은 대확산이 몇 차례 더 올 수 있다고 경고하고 있다. 이런 상황에서 정부는 하루 빨리 의료공공성 강화를 위해 최선을 다해야 한다. 이는 의료공백을 최소화하기 위해서도 중요한 문제다. 코로나19 대응과 의료공백의 문제는 동떨어진 문제가 아니라 긴밀히 연결된 문제이기 때문이다.

우선 공공의료 확충이 필요하다. 현재 한국은 OECD 최하위의 공공병원 수를 가지고 근근이 버티고 있는 상황이다. 설령 코로나19 확산이 끝난다고 하더라도 사스, 메르스에 이어 코로나19로 이어진 흐름에서 보듯 언제든지 새로운 감염병이 유행할 수 있다. 이를 대비해서라도 대대적인 공공의료 확충이 이루어져야 한다. 기존의 공공병원을 지역주민들이 믿고 찾아갈 수 있는 수준으로 개선하는 것뿐만 아니라 추가로 전국 각지에 공공병원을 건립해야 한다.

올해 3월과 같은 대유행을 대비해 다 소진된 공공의료자원과 지쳐있는 공공병원의 의료인들로 대응하기 어려울 것이라 예측된다. 따라서 민간병원에 대한 적극적인 개입이 이루어져야 한다. 민간 법인병원의 경우 적지 않은 공적지원이 이루어지고 있음에도 코로나19 대응에서 빠져있는 것은 정부가 적절히 개입하지 못하고 있기 때문이라고 볼 수 있다.

또한, 기존 공공의료기관에 대해서도 의료전달체계 재확립이 필요하다. 공공의료기관이 코로나19 전담병원이 되면서 공공의료기관에 의존할 수밖에 없는 많은 사람들이 의료공백 상황에 놓였다. 이를 개선하기 위해 적절한 정보전달체계와 의료전달체계가 시급히 정비되어야 한다. 최소한 공공병원에 의존하던 사회적 취약계층이 구급차에 탄 채 길거리에서 방치되는 상황은 없도록 해야 할 것이다.

| 정부는 공공병원과 의료인력을 확충해야 한다.

41) 공공성 강화란 영리 목적의 이윤 추구적 민간성을 지양하고, 사회일반이나 공중의 목적 즉 공익에 부합하는 행위나 사업을 우선 하는 것이라 정의할 수 있다(이권진, 2002). 따라서 의료공공성 강화는 공익성을 근간으로 하는 공공의료 영역뿐 아니라 민간의료 영역까지도 공익성을 추구하도록 하는 것을 뜻한다.

| 정부는 민간의료기관에 적극적으로 개입·통제 해야 한다.

| 정부는 정보전달체계와 의료전달체계를 시급히 정비해야 한다.

② 감염병 상황에서의 민간병원의 권리와 의무 및 적절한 보상조치를 규정하고, 컨트롤 타워 설치 근거를 마련하여야 한다.

감염병의 예방 및 관리에 관한 법률(이하‘감염병예방법’)에서는 감염병의 특수한 상황에서 국민의 권리와 의무⁴²⁾를 규정하면서 국가와 지방자치단체의 감염병 예방 및 관리를 위한 활동에 적극 협조할 의무를 두고 있다. 사업주에게는 근로자가 감염병으로 인해 입원 또는 격리되는 경우 유급휴가를 주고 국가가 그 비용을 부담할 수 있도록 규정하고 있다.⁴³⁾

감염병의 발생과 유행을 방지하기 위한 예방과 관리에 목적을 두고 만들어진 감염병예방법이 위와 같은 규정을 둔 것은 감염병 상황에서의 각 행위 주체에 대하여 권리와 의무를 규정함으로써 감염병이라는 위기 상황이 국가와 지방자치단체의 책무만으로 해결되는 것이 아니라, 상호작용하는 사회구성원 전체의 노력이 수반되어야 함을 법적으로 명시한 것이다. 민간병원 역시 그 과정에 함께 해야 한다.

감염병 상황에서 병상의 제공, 환자의 관리 등에 있어서 민간병원도 사회구성원으로서의 역할을 해야 한다. 감염병예방법 개정을 통해 감염병 상황에서 지켜야 할 의무와 권리를 명시하고, 그러한 의무를 이행하는 민간병원에 대한 국가의 적절한 보상조치들을 규정하면서 민간병원을 행위 주체로 적극 호명해야 한다.

나아가, 감염병예방법에서는 국가가 감염병 연구병원과 감염병 환자의 진료와 치료 등을 위해 병상을 갖춘 감염병전문병원을 설립하거나 지정할 수 있도록 하고 있는데⁴⁴⁾, 감염병

42) 제6조(국민의 권리와 의무) ① 국민은 감염병으로 격리 및 치료 등을 받은 경우 이로 인한 피해를 보상받을 수 있다.

② 국민은 감염병 발생 상황, 감염병 예방 및 관리 등에 관한 정보와 대응방법을 알 권리가 있고, 국가와 지방자치단체는 신속하게 정보를 공개하여야 한다.

③ 국민은 의료기관에서 이 법에 따른 감염병에 대한 진단 및 치료를 받을 권리가 있고, 국가와 지방자치단체는 이에 소요되는 비용을 부담하여야 한다.

④ 국민은 치료 및 격리조치 등 국가와 지방자치단체의 감염병 예방 및 관리를 위한 활동에 적극 협조하여야 한다.

43) 제41조의2(사업주의 협조 의무) ① 사업주는 근로자가 이 법에 따라 입원 또는 격리되는 경우 「근로기준법」 제60조 외에 그 입원 또는 격리기간 동안 유급휴가를 줄 수 있다. 이 경우 사업주가 국가로부터 유급휴가를 위한 비용을 지원 받을 때에는 유급휴가를 주어야 한다.

44) 제8조의2(감염병병원) ① 국가는 감염병의 연구·예방, 전문가 양성 및 교육, 환자의 진료 및 치료 등을 위한 시설, 인력 및 연구능력을 갖춘 감염병

진료 및 관리체계 전체를 조율할 수 있는 컨트롤 타워를 구상하고 이를 설치할 근거법령을 감염병예방법에 마련해야 한다. 정부는 코로나19 전담병원, 선별진료소, 생활치료센터, 코로나19 국민안심병원 등 여러 임시적인 조치들을 통해 체계적인 분류 시스템을 갖췄다고 하지만 각 조직 간의 소통과 협업의 부족, 정보전달체계의 미비로 인해 적절한 진료를 받지 못하는 상황들이 발생했다. 의료공백 피해자들이 다수 발생한 현실에 비추어 봤을 때 컨트롤 타워의 역할이 더욱 필요하다.

| 감염병 위기 상황에 민간병원의 역할과 의무를 규정하는 감염병예방법 개정이 필요하다.

| 감염병 진료 및 관리체계 전체를 조율할 수 있는 컨트롤타워가 필요하다.

③ 의료공백에 대한 전수조사 진행 및 모니터링 체계를 구축해야 한다.

최근, 백신 개발의 이야기가 나오지만 코로나19의 종식은 요원한 이야기다. 코로나19의 백신과 치료제 개발도 중요한 문제이지만, 공공의료의 빈 지점을 보완하고 대안을 마련하는 것이 병행되어야 한다. 앞으로 감염병의 위기가 우리 일상의 문을 자주 두드릴 것이라 예상된다. 그때마다 우리는 또다시 고통을 겪고, 의료 공백을 확인하는 과정을 거칠 것인가? 갑작스럽게 위기가 다가오더라도 넘길 수 있는 안전한 토대가 마련되는 것이 필요하다. 그것을 준비하기 위해 현재 드러난 의료공백 상황에 대한 면밀한 조사가 꼭 필요하다.

의료공백이 일어난 과정과 문제점, 후유증 등을 확인하고 무엇이 문제인지 어떤 지점이 공백인지 확인하는 것이 필요하다. 도출된 결과를 바탕으로 비어있는 지점을 메우는 대책이 마련되어야 한다. 특히, 의료공백으로 사망한 고 정유엽님의 사례 등은 꼭 재조사되어야 할 사안이다.

또한, 긴급한 상황일수록 당사자와 시민들의 목소리를 반영할 수 있는 체계적인 시스템이

전문병원 또는 감염병연구병원을 설립하거나 지정하여 운영한다.

② 국가는 감염병환자의 진료 및 치료 등을 위하여 권역별로 보건복지부령으로 정하는 일정규모 이상의 병상(응급병상 및 격리병상을 포함한다)을 갖춘 감염병전문병원을 설립하거나 지정하여 운영한다.

③ 국가는 예산의 범위에서 제1항 및 제2항에 따른 감염병전문병원 또는 감염병연구병원을 설립하거나 지정하여 운영하는 데 필요한 예산을 지원할 수 있다.

④ 제1항 및 제2항에 따른 감염병전문병원 또는 감염병연구병원을 설립하거나 지정하여 운영하는 데 필요한 절차, 방법, 지원내용 등의 사항은 대통령령으로 정한다.

마련되어야 한다. 일방적인 조치가 아니라 시민들과 의료공백 당사자들의 경험을 바탕으로 부족한 체계 정비가 필요하다. 그리고 공공의료 상황 전반에 대해 의료공백을 겪은 당사자 및 의료기관을 이용하는 시민들의 의견을 반영할 수 있는 소통구조와 모니터링 체계 구축이 필요하다.

| 의료공백에 대한 전수조사가 진행되어야 한다.

| 의료공백 당사자 및 시민들과 소통할 수 있는, 공공의료에 대한 모니터링 체계를 구축해야 한다.

④ 취약한 조건에 놓인 계층에 대한 특별한 보호의 조치가 필요하다.

우리는 의료공백 인권실태조사를 통해 사회적으로 취약한 상황에 놓인 시민들이 의료공백을 더욱 빈번하게 경험한 사실을 확인했다. 이들이 겪은 의료공백의 문제는 위급한 상황이기엔 어쩔 수 없었던 결과가 아니라 평소 놓인 조건과 생활과도 긴밀하게 연결된 문제이다. 특히, 공공병원이나 보건소 등을 주로 이용하거나, 의료접근성이 좋지 않은 지역에 거주하는 등의 이유로 의료접근이 어려운 경우에 더욱 위태로운 상황이다. 취약한 조건에 놓인 이들이 긴급한 조치들로부터 배제되지 않도록 면밀히 살피는 과정이 필요하다. 이들에 대한 특별한 보호의 조치와 제도, 별도의 대책이 우선적으로 마련되어야 한다.

감염병 위기 상황에서도 사회적 약자·소수자가 쉽게 접근할 수 있는 공공병원을 지정하는 등 별도의 대책을 마련하고, 이를 체계적으로 정리해놓은 정보를 원활하게 제공해야 한다. 위기 상황에서 정보 접근과 의료접근성은 무엇보다 중요한 문제이다. 손쉽게 찾아볼 수 있고, 문의할 수 있는 통로가 보장되어야 한다. 또한, 위기 상황에 더욱 취약하게 놓이게 되는 원인 중 하나는 일상에서의 불평등이다. 일상에서도 생활조건과 의료접근에 대해 평등한 대책을 마련하는 장기적인 계획 역시 수립되어야 한다.

| 사회적 약자·소수자 등 취약한 조건에 놓인 사람들에 대한 특별한 대책이 마련되어야 한다.

| 사회적 약자·소수자 등 취약한 조건에 놓인 사람이 손쉽게 접근할 수 있도록 정보체계가 마련되어야 한다.

2) 공중보건 위기 상황에서 민간의료 영역의 사회적 책무

현재 코로나19 환자 중 96%가 공공의료기관에서 치료를 받고 있다. 병상의 90% 이상은 민간의료기관에서 가지고 있는데 말이다. 이것은 코로나19와 같은 공중보건 위기 상황에 방역당국의 지침에 따라 쉽게 동원 가능한 기관이 공공의료기관이었기 때문이다. 거꾸로 이는 방역당국이 민간의료기관을 전혀 컨트롤하지 못하고 있다는 의미이기도 하다.

대부분의 나라에서는 공공의료, 민간의료라는 말 자체를 듣기 어렵다. 의료는 당연히 공익적인 것이고 감염병 유행 상황에서는 더욱 공익적인 역할을 하기 때문이다. ‘의료공공성 강화’, ‘공공의료 확충’을 호소해야 하는 상황 자체가 한국 의료 공공성의 기반이 취약함을 보여준다. 병원의 주체가 공공이든 민간이든 의료공공성 추구는 기본이 되어야 한다. 국가중앙병원인 서울대병원조차 상업적 경쟁에만 치중하고 국공립의대를 나온 의사들조차 의료공공성을 제대로 인지하지 못하고 있는 현실은, 공중보건 위기 상황에서 계속 되는 문제를 야기할 수밖에 없다.

공중보건 위기 상황에서 민간의료기관도 그 대응에 적극적으로 나서야 하는 것은 단지 연대의 차원이 아니라 사회적 책무다. 의료기관의 존재 이유와 직결된 문제이기 때문이다. 그렇기에 의료인과 의료기관에 독점적이고 배타적인 권한이 부여되는 것이고 민간의료기관이라 할지라도 각종 공적 지원이 이루어지는 것이다. 사회적 책무를 다하는 민간병원에는 정부 역시 상응하는 추가 지원을 하며 적극적으로 견인해야 한다.

장기적으로는 민간의료기관의 정체성 재확립을 위한 제도적 개입과 의료인 양성 시스템에 대한 개편이 필요하다. 이는 단지 공공병원이나, 공공의대를 하나 만드는 것으로 해결할 수 있는 문제가 아니다. 제도적으로나 사회적으로 민간의료기관의 사회적 책무를 명확히 해야 한다. 또한 의과대학을 비롯한 교육기관에서 의료공공성을 담보한 의료인이 양성될 수 있도록 교육 목적과 내용을 전면적으로 개편해야 한다.

| 공중보건 위기 상황에서 민간의료기관도 대응에 적극 나서야 한다.

| 민간의료기관의 정체성 재확립을 위한 제도 개선과 의료인 양성 시스템에 대한 개편이 필요하다.

3) 사회와 사회구성원의 책무

‘누구 하나라도 위험하다는 것은 우리 모두의 위험’이라는 말이 존엄과 평등이라는 인권의 원칙으로 해석되기에 앞서 물리적 현실이 되어버린 것이 감염병 대확산 상황의 현실이다. 그러나 이런 현실조차 허물지 못하는 불평등의 벽은 사회구성원들의 더 깊은 인권감수성과 더불어 사회 제도와 정책을 바꾸는 구체적인 실천을 요구하고 있다. 물론, 이것은 이런 사회구성원의 역할과 요구를 현실화하는 국가의 책무이행과 맞물려야 한다.

‘생존이냐 아니냐’가 아닌 ‘모두의 존엄한 생존’을, ‘안전이냐 인권이냐’보다 ‘무엇이 안전인가’를 이야기할 때다. 코로나19 대확산 상황에서 모두가 목격하고 있듯이, 우리는 언제나 미지의 위험에 직면할 수 있으며, 이에 대한 안전은 단순히 눈앞의 위험을 차단하고 없애는 것만으로는 불가능하다.

불필요한 개인정보로 인해 아웃팅과 사회적 배제를 부르는 과도한 동선 공개는 평등한 사회구성원의 삶을 포기해야 하는 낙인이 된다. 감염되어 치료 중인 이, 감염 확인 중인 이에 대한 전자팔찌가 거론된다. 자신의 삶이 모두에게 전시된다는 두려움에 동선 공개에 조금이라도 망설이게 되면 n차 감염 피라미드의 맨 위에 올라가면서 대확산의 ‘주범’으로 실형을 면치 못한다. 이는 마스크 미착용은 곧 처벌이라는 결론도 받아들이게 한다. 이렇게 감염병은 치료 유무와 상관없이 사회적 죽음과도 궤를 같이 하게 된다. 감염병에 걸리지 않는 게 최고의 삶이 돼버리고 그 밖의 삶은 일단 유보된다. 순위와 불평등이 내면화된 다. 그래서 이미 예견되었던 의료공백도 묵인하게 한다.

코로나19 의료공백의 피해를 경험한 이들은 우리에게 ‘아파도 참아야 하고 죽음에 이르지 않는 것이 그나마 다행이어야 하는가. 그렇게 유보된 삶이 존엄한 것인가. 그 존엄들을 유보하고 유지하는 사회의 존재 이유는 과연 무엇인가’를 묻고 있다. 코로나19로 생긴 의료공백에 대한 사회적 과제는 단순히 막을 수 있었던 사회구성원의 죽음과 고통은 없어야 한다는 데에 그치지 않는다. 내가 위험에 처하더라도, 내가 속한 사회는 최선을 다할 것이며 그렇게 해서 나의 생존이 존엄한 삶으로 이어질 수 있을 것이라는 확신이 바로 우리 모두의 안전이자 사회의 진정한 안녕이다.

감사합니다.

코로나19로 대면이 어려운 상황에서도 의료공백 피해를 제보해주신 49분의 설문참여자분들과 심층인터뷰를 통해 경험과 고민을 나눠주신 10분의 심층인터뷰 당사자분들 그리고 현장에서의 소중한 경험을 들려주신 3분의 의료인들에게 진심으로 감사드립니다.

디자인에 도움주신 이은정, 생중계에 함께 해주신 미디어데모스, 수어통역으로 함께해주신 수어 통역협동조합 김수년, 이민아님께 진심으로 감사드립니다.

소셜펀치에 후원해주신 분들이 있어서, 코로나19의료공백인권실태조사 결과보고서와 보고회를 진행할 수 있었습니다.

소셜펀치에 후원해주신 분들께 감사 인사드립니다.

고경심, 고나영, 고대성, 광철용, 김건우, 김나연, 김동길, 김동은, 김미영, 김서현, 김성아, 김신애, 김윤, 김준형, 꼬비, 남영미, 다산인권센터, 랄라, 류후남, 만만, 문현아, 민중과함께하는한의계진료모임 길벗, 박건, 박경남, 박일성, 박한희, 박혜경, 배미영, 신현정, 오수지, 오현석, 오희진, 이상윤, 정의로, 조경미, 조혜영, 조화, 지니, 진은선, 채민석, 최예훈, 홍종원