

우석균 인도주의실천의사협의회 공동대표 2월 26일 인터뷰*

“국내 최고라던 삼성·아산 병원은 지금 어디에?”

지금 집단감염은 네 곳을 중심으로 진행되고 있는 것 같아요. 신천지와 그로 인해 파생된 청도대남병원, 온천교회, 이스라엘 성지순례자들이 그 네 곳인데요. 그중에서 신천지 교회는 규모가 너무 커서 전국적으로 영향을 끼치고 있죠.

그런데 가장 충격적인 곳은 청도대남병원이에요. 이런 정신과 병원이나 병동은 ‘입원 환자 1명당 하루 얼마’ 하는 식으로 건강보험수가(일당정액제)를 지급받기 때문에 내부 시설이나 처우가 열악한 경우가 많아요. 돈을 적게 쓸수록 병원이 쟁기는 돈이 많아지니까요. 그래서 사실상 수용 시설에 가까운 경우가 많죠. 이번에 보면 [정신 병동] 안에서는 전원 감염됐고 [2월 26일 현재] 7명이나 죽었는데,**

* 우석균 인의협 공동대표의 인터뷰 글에서 ‘— 지은이’로 표기한 설명은 인터뷰 이후의 상황을 반영한 내용으로 우석균 공동대표가 직접 추가한 것이다.

** 정신과 병동에서 환자 102명 중 102명 전원이 감염됐다. 대구·경북 지역 초기 사망자 10명 중 7명이 청도대남병원에서 발생했다 — 지은이.

그 병동 바로 아래 요양 병원이나 일반 병원에서는 확진자가 1명도 없었잖아요. 평소에 외부와 격리돼 있다는 얘기예요. 외출이나 입퇴원이 극도로 적다는 얘기죠. 불가피한 경우가 아니면 [환자들이] 지역사회에서 좀 더 여유 있는 환경에서 지낼 수 있어야 하는데, 비용을 최소화하려다 보니 벌어지는 일이죠. 이 나라의 공공의료의가 얼마나 부족한지 보여 주는 한 단면이에요. 심지어 이 환자들은 아직도 1인실로 옮기지 못한 것으로 알고 있어요.*

다른 한편 삼성병원 같은 민간 대형 병원도 병원 운영비의 80퍼센트 이상은 건강보험과 건강보험 본인부담금에서 지급돼요. 비급여 진료비는 20퍼센트가 안 돼요. 다른 말로 하면 국가가 병원 운영비를 거의 다 낸다는 것이고, 우리나라 민간 종합병원들의 재정은 사실 공적으로 운영되는 것이죠. 왜 이런 민간병원들을 동원하지 않는 거죠? 최고라던 삼성·아산 병원은 이번 코로나19 사태에서는 보이지도 않아요. 사실 재정을 조금만 더 투자하면 민간병원들을 국가가 사들이는 것도 얼마든지 가능해요.

공공병원이 너무 부족하다는 건 이제 누구나 알아요. 그 부족한 공공병원에 지금 엄청난 짐을 지우고 있어요. 국립중앙의료원, 서울의료원을 비롯해 전국적으로 의료원 수십 곳이 지금 코로나19 환자를 받으려고 기존 환자를 내보내고 있어요. 그런데 워낙 공공병원이

* 처음에는 청도대남병원에서 중환자만 다른 병원으로 옮기고 그대로 환자들을 코호트 격리했다. [나머지] 환자들이 다른 병원으로 이송된 것은 장애인 단체들과 인의협이 항의 성명 발표와 행동을 한 후, 서울 국립정신병원과 부곡 국립정신병원 등에서 입원실을 비우고 나서였다. 마지막 환자가 이송된 것은 3월 5일로 첫 번째 환자 발생 후 16일 만이었다 — 지은이.

적다 보니 다른 병원으로 옮기기 힘든 환자도 많아요. 또 가장 가난한 환자를 대책 없이 내쫓는 경우도 많죠. 따라서 이 환자들에 대한 보호조치도 필요해요.

공공병원을 확충하고 공공의료 인력을 늘리는 등의 투자도 필요인데, 당장은 건강보험에 의존해 운영돼 온 대부분의 사립 병원들을 정부가 통제해야 해요. 서울에 민간 대학병원이 얼마나 많은데 왜 그 시설들을 이용하지 않는 걸까요? 우체국이나 농협 [나중에는 약국 — 지은이] 등이 정부의 마스크 배급망으로 사용되던데 왜 의료 체계는 재정은 정부가 대면서도 이렇게 하지 않을까요?

저는 지금 이 상황이 자본주의가 얼마나 불평등하고 불합리한지 잘 보여 준다고 생각해요. 사회적 부담은 공공병원에 다 떠넘기고 이익은 민간병원이 챙겨 가는, '이익의 사유화, 손실의 사회화'라는 자본주의 논리가 작동하는 거죠. 청도대남병원처럼 의료 공급이 너무 모자란 경우도, 생각해 보면 우리나라 의료 체계의 무정부적 불균형과 이윤 추구 논리가 노골적으로 드러나고 있는 거죠. 의료 체계를 통째로 바꿔야 해요. 근데 지금 문재인 정부는 공공병원이나 사립병원의 공적 통제에 대해서는 한마디도 안 하고 있어요.

최근 미국 국립보건원 산하 국립알레르기·전염병연구소가 민간 기업인 모더나와 합작해 백신 개발에 성공했[고 임상시험을 앞두고 있다]고 발표했어요. 보통 백신 개발에는 수년이 걸리는데, 이번에는 운이 좋으면 1년에서 1년 반가량 걸린다고 했는데요. 만일 매우 신속하게 개발에 성공한다면 1년으로 줄어든 수 있을 것 같아요. 유전체 분석 등 기술의 발달 덕분에 엄청 신속하게 만들어 냈죠. 이제 곧 1차 임상시험을 한다고 해요. 그런데 그동안 그랬듯이 이 백신은 미국

정부가 뒷받침해서 개발해 놓고 민간 기업에 그 특허권을 넘겨주게 될 거예요. 그 유명한 '바이·돌 법'에 따른 것이죠. 성공한다면 올해 말이나 내년이 돼야 사용 가능할 것 같기는 한데 비싸게 팔 거란 애기죠.**

[코로나19에 대한] 치료제는 사실 아직 잘 모르는 상황이에요. 다른 항바이러스 제제를 써서 효과가 있었다고 하는데 대부분 경험적 치료에 해당하는 얘기라 정말 효과가 있었는지는 체계적 연구가 필요할 거예요. 무엇보다 이 약들은 엄청 비싸요. 타미플루만 해도 특허가 풀렸는데도 여전히 비싸죠. 자본주의가 뭔지 이처럼 잘 보여 주는 사례도 없을 거예요.

그런데 이 와중에 산업통상자원부와 기획재정부는 의료기기 앱 규제를 완화하고, 유전체 검사 규제를 완화하는 조치를 추진했어요. 공공의료가 절박한 상황에 의료 민영화와 연관된 조치를 밀어붙이고 있는 거죠.

지금 대구 같은 지역에서는 '물리적 거리 두기'라는 방역 조치가 필요해요. 아마 정부가 '봉쇄'라고 말한 게 이런 조치를 말하려고 한

* 바이·돌 법 정부가 재정을 대서 만들어진 기술을 연구소, 대학, 민간 기업 등이 특허를 낼 수 있도록 허용해 주는 법이다. 연구의 상업화를 크게 부추기는 결과를 낳았다. 1980년 미국 상원의원 머치 바이와 밥 돌이 제안해서 만들어졌다.

** 모더나 백신은 2회 접종에 50~60달러(6만~7만 2000원), 화이자-바이오엔텍 백신은 2회 접종에 39달러(4만 7000원), 옥스퍼드-아스트라제네카 백신은 영국 정부가 지원하고 옥스퍼드대학이 이윤을 보지 않는다는 조건하에 개발돼 1만 원 미만으로 알려져 있다 — 지은이.

걸 거예요.* 쉽게 말하면 사람들이 떨어져 있게 해서 바이러스를 봉쇄(퍼지지 않게)하자는 건데요. 이런 조치가 가장 안 되는 곳이 생산 현장과 이동 수단(지하철) 등이에요.

[물리적 거리 두기의] 원칙은 사람들이 서로 팔을 벌렸을 때 닿지 않을 만한 거리를 확보하는 것이고, 그 간격이 2미터가량 돼요. 그런데 밀집된 공장이나 콜센터 등을 생각해 보면 어림없는 얘기죠. 따라서 이런 생산 현장은 한동안이라도 휴업이나 재택근무를 해야 해요. 그러면 콩나물 지하철도 어느 정도 해결되겠죠. 정말로 효과적으로 하려면 유급휴가를 줘야 하고요. 또 이번에 감염병 전문가들이 [노동자가] 감기에 걸리면 진단서 없이 쉬게 하라고 “권고”했는데, 회사가 돌아가고 월급도 안 주면 그 권고가 얼마나 효과를 내겠어요. 아이들 학교에 못 가게 됐다면 부모들에게는 같은 기간에 유급 돌봄휴가를 줘야 하고요.

대구 ‘코로나 봉쇄’나 ‘완화^{mitigation}’를** 고민했다면 2주간 휴무하고 조기 진단, 조기 치료해야 해요.*** 당연히 정부가 생계비를 지원해야

하고요. 문재인 정부는 지금 기업 눈치 보기 때문에 이를 완전히 실행하지는 못 하는 것 같습니다.

출처: 장호중 인터뷰·정리, <노동자 연대> 315호(2020-02-26).

* 당시 민주당 정치인이 대구 봉쇄를 주장했다가 문제가 되자, [물리적 의미의 봉쇄(blockade)가 아니라] 역학적 의미의 봉쇄(containment)라고 해명했다 — 지은이.

** 봉쇄(containment)와 완화(mitigation)는 감염병 대응 방식을 일컫는다. 봉쇄는 도시를 폐쇄한다든가, 전염원(환자)이나 감염 위험이 있는 사람들을 추적·격리하는 방식이다. 완화는 지역사회 감염이 발생해 봉쇄 방식이 불가능할 때, 물리적 거리 두기를 통해 밀접도를 낮추고 경증 환자와 중증 환자를 분리해 전파 속도를 늦추는 방식이다. 이 두 방식은 엄밀히 구분되지는 않으며 병행되는 경우가 많다 — 지은이.

*** 중국이 그렇게 했고 추후 유럽과 미국 동부에서 그런 조치들이 시행됐다. 이른바 록다운이다 — 지은이.

“코로나19 재확산 대비하라. 의료 민영화 말고!”

Q. 문재인 정부가 거리 두기를 완화하고 '생활 방역'으로 전환한다고 합니다. 초·중·고등학교 개학 방침도 발표했습니다.

정부는 '고강도 거리 두기'를 종료했다고 말하는데요. 한국은 원래 저장도 거리 두기만 해 왔어요. 미국이나 유럽 나라들처럼 외출과 이동을 제한하는 조치까지는 취하지 않았죠. 교회 등 밀집 시설과 학교는 닫았지만요. 따라서 이 정도 거리 두기조차 하지 않겠다는 데는 정부 내부에서도 논란이 많을 정도예요.

질병관리본부의 생활 방역 지침 1~2번이 '아프면 출근하지 마라', '직장에서도 2미터 간격을 유지하라'예요. 둘 다 사실상 지키기 어렵다는 걸 질병관리본부도 알아요. 대형 교회 같은 곳은 지키는 게 가능할지도 몰라요. 하지만 소규모 교회 등에서는 지키지 못할 겁니다. 정부 자신이 질병관리본부의 지침을 어기는 조치를 취한 셈이죠. 상당히 위험하다고 봐요.

여전히 감염 고리가 밝혀지지 않는 확진자들이 소수지만 계속 생기고 있고요. 외국에서 돌아온 사람들을 제외한 국내 감염 확진자

가 0명이 된 지 2~3일 됐는데요. 한 사람이 감염돼서 다른 사람에게 감염시키기까지 약 5일 정도 걸린다고 알려져 있습니다. 31번 확진자[대구 첫 확진자]가 사실은 4~5차 감염자였다는 것을 고려하면 어떤 사람이 코로나19에 감염되고도 발견되지 않은 채 20일 넘게 일상적으로 지내며 감염이 확산될 수 있다는 얘기입니다.

또, 수백 명이 확진돼 가동을 멈춘 미국 핵항공모함 같은 경우를 보면, 초기에 알려진 바로는 무증상 감염자가 80퍼센트나 됐습니다. 지금 확진자가 0명이라고 안심할 상황은 아니라는 얘기죠. 물론 한국 내 지역 감염이 정말로 사라졌다고 가정하면, 다른 나라들의 입·출국 봉쇄가 안 풀리고 있으니 외부 유입도 없어서 현 상태가 상당한 기간 동안 유지될 수도 있다고 봅니다.

그러나 싱가포르 같은 사례를 보면 개학 이후에 유치원과 외국인 학교, 이주노동자 기숙사에서 감염이 재확산했습니다. 언제 어떻게 될지 모르는 상태에서 정부의 거리 두기 종료와 개학은 모험적 조치라고 할 수 있을 것 같습니다. 그래서 한림대 강남성심병원 감염내과 이재갑 교수는 “자칫 잘못하면 오늘(5월 3일)은 정치가 방역을 망친 날로 기록될 수 있다”고 비판하기도 했습니다.

이런 상황에서 초·중·고등학교 개학을 하려면 학교 시설과 인력에 커다란 변화가 필요합니다. 고학년 학생들의 경우에도 간격을 충분히 유지하려면 교실 내 학생 수를 크게 줄여야 할 거예요. 학급당 학생 수를 줄이려면 교사도 늘려야 하죠. 초등학교나 중·고등학교에서 아이들이 거리 두기를 유지하게 하려면 추가 인력이 더 필요할

* 5월 20일부터 고3 학생들이 등교를 시작했다 — 지은이.

겁니다. 보건교사도 더 많이 필요합니다. 손 씻는 곳도 더 많이 늘어나야 할 거고요. 그런데 정부 발표에 이런 조처는 담겨 있지 않습니다. 전교조 등 노동조합들이 좀 더 적극적으로 나서야 하는 상황이라고 봅니다.

Q. 기획재정부가 거리 두기 종료를 앞두고 4월 29일 “코로나19 대응 및 경제활력 제고를 위한 10대 산업분야 규제혁신 방안”을 발표했는데요. 원격의료에 눈에 띄네요.

그야말로 ‘재난 자본주의’의 전형이라고 봅니다. 재난 자본주의라는 말은 [저명한 반자본주의 활동가이자 저술가인] 나옴이 클라인이 《쇼크 독트린: 자본주의 재앙의 도래》에서 쓴 표현인데요. 사회적 위기나 재난이 도래했을 때, 자본가들이 이전에 추진하려 했던 신자유주의 정책을 대안인 것처럼 내세워 추진하는 것을 말합니다. 이번 정부 발표를 보면 확실히 그런 의도가 엿보입니다. 심지어 정부 내에서도 ‘이건 좀 너무한 것 아니냐’ 하는 소리가 나오고 있어요.

홍남기 부총리가 문제라는 얘기도 있습니다. 그러나 부총리는 대통령에 얼마든지 해임할 수 있는 자리입니다. 게다가 이번 총선에서 180석을 확보한 민주당이 기재부 부총리만 탓하고 있는 것은 말도 안 되는 일입니다.

실제로는 문재인 정부가 홍남기를 내세워 한국 자본의 목소리를 대변하고 있다고 보는 게 객관적일 겁니다. 그런데 그게 너무 노골적이니까 정부 내에서도 다른 목소리가 나올 뿐이죠. 재난지원금 논란만 봐도 잘 알 수 있습니다. 홍남기가 반대한다며 시간을 끌었는데 그게 불가피한 일이었을까요? 정부 자신이 망설였다고 봐야겠죠.

이번에 정부가 발표한 조처는 ‘비대면 서비스’를 강화하겠다는 건데요. 하나씩 살펴보겠습니다.

먼저 원격의료는 박근혜 정부도 메르스 사태 이후 추진하려 한 바 있습니다. 감염병 상황에서 불가피한 측면도 있고 그 실현 가능성을 보여 주는 것 같기도 했으니까요. 그런데 당시 삼성병원은 메르스 대응을 망친 당사자였어요. 삼성이 추진하는 것으로 여겨질 수밖에 없는 원격医료를 밀어붙이기는 어려웠죠. 그걸 지금 문재인 정부가 계승하고 있는 겁니다.

물론 박근혜 때보다 그 대상이 줄기는 했어요. 박근혜 정부는 600만 명을 대상으로 원격医료를 시행하려 했는데요. 이번에 발표한 대상은 산간·도서 벽지, 원양어선, 독거노인, 교도소 등 100만 명 가량 되는 것 같습니다.

그러나 원양어선은 지금도 이미 원격医료를 하고 있어요. 세종시에서 의사 4명이, 의사를 태울 수 없는 소형 원양어선에 대한 원격 의료 서비스를 하고 있습니다. 그런데 그중 한 분께 들어 보니 지금 문제는 그런 선박들에 대한 규제가 너무 엉성해서 약품도 제대로 챙겨 가지 않는다는 겁니다. 전화로 뭘 지시해도 물리적으로 할 수가 없는 상황이라는 거예요. 이런 규제부터 제대로 강화해야 한다는 얘기입니다.

산간·도서 벽지의 경우를 보죠. 백령도에는 공중보건의 외과 의사가 1명 파견 나가 있는 것으로 알고 있어요. 이 분이 일이 생겨 육지에 나가면 백령도에는 맹장염(충수염)도 수술할 의사가 없습니다. 이런 곳에 원격医료로 뭘 해 줄 수 있을까요? 원격로봇수술을 할 수 있나요? 정말로 필요한 건 병원을 짓고 필수 인력을 배치하는 겁

니다. 도서 지역에는 가까운 공공병원과 헬기의 대폭 확충이 필요한 거죠.

외과적 골든타임이라고 하는 30분 내에 병원에 도착할 수 없는 지역이 전국에 40곳이 넘어요. 이런 지역에 사는 사람들만 위험한 게 아닙니다. 강원도와 경북 지역들이 여기 포함되는데 이런 곳에서 여행객이 교통사고나 추락 사고가 나면 대책이 없다는 얘기니까요.

서귀포에는 분만실이 없죠. 분만이 별것 아닌 것처럼 보여도 1000건당 1건 비율로 사망자가 생기는 게 분만입니다. 이런 나라에서 무슨 원격의료를 대책이라고 내놓는지 이해할 수가 없습니다. 분만 시설이 아예 없는 기초지방자치단체도 2019년 기준으로 40곳입니다. 이곳에 사는 임산부들은 아예 임신 7개월 때부터는 대도시 부근으로 나와서 사는 분도 있다더군요.

군부대[에 원격의료가 필요하다는] 얘기도 합니다. 그런데 군대에서 환자가 생기면 병원에 보내야죠. 위급한 상황이라면 총기 사고 같은 걸 생각할 수 있는데요. 마찬가지로 원격의료로 될 해 줄 수 있는 게 아니에요. 의사가 배치돼야 하죠. 영동 지역에 있는 군부대의 경우 제일 가까운 외상센터가 영서, 즉 태백산맥 너머에 있어요. 그런데 이 산을 넘으려면 성능이 좋은 헬기가 필요합니다. 그걸 사 달라는 요청이 오래전부터 있었는데 아직도 제대로 갖춰져 있지 않은 것으로 알고 있습니다.

요컨대 산간·도서 벽지, 군부대 등에 필요한 건 원격의료가 아니라 공공병원과 인력, 헬기 등입니다.

교도소와 독거노인도 대상으로 언급됐는데요. 먼저 교도소에서는 아픈 환자들이 밖에 나가서 진료받을 수 있습니다. 유명한 재벌, 정

치인들 다 그렇게 하잖아요. 또 왜 교도소에는 공중보건의를 배치하는 걸까요? 공중보건과는 의사가 부족한 농어촌 지역에 최소한의 의료 서비스를 제공하기 위해 만든 제도인데요. 정부가 돈을 들여 교도소에 인력을 배치해야 합니다. 독거노인은 당연히 방문 진료가 필요한 분들입니다. 컴퓨터만 달랑 쥐어 쥐서 될 일이 아니에요. 돈이 있으면 차라리 방세를 내 주는 게 더 큰 도움이 될 겁니다.

정부가 언급한 해외 사례들은 대부분 의료인 사이의 협력 체계이거나 극단적 상황에 처한 사람들을 대상으로 하는 제도예요. 이런 건 당연히 필요하고 한국에서도 이미 할 수 있습니다. 코로나19 사태처럼 불가피한 상황에서는 제한적으로 경증 환자들에게 전화로 처방을 해 줄 수도 있고요.

그렇지만 인구의 다수를 대상으로 원격의료를 하는 곳은 없어요. 안전성과 효과가 입증되지 않았기 때문이죠.

이번에 대학병원에 다니는 고혈압·당뇨 환자 중 20~30퍼센트가 전화로 처방을 받았다는데요. 이 분들은 오히려 평소에 동네 병원에 다니도록 하는 게 맞습니다. 물론 동네 병원 진료가 만족스러워지도록 해야겠죠. 그래야 지금 같은 상황에서도, 대형 병원에 환자가 몰려 생길 감염 [확산]이나 의료 붕괴의 위험을 줄일 수 있습니다. 그런데 대학병원이 평소에 이런 경증 환자들까지 보도록 내버려 두고, 원격의료가 필요하다고 하는 건 문제를 이중으로 꼬이게 만드는 일입니다.

제가 보기에 원격의료는 의료 서비스에 자본 투자를 용이하게 하기 위한 것입니다. 의료와 교육은 노동의 세세한 과정을 통제하기가 어려운 것으로 알려져 있어요. 표준화하기가 어려워서 그렇죠. 예전

에는 사무직 노동에도 그런 측면이 있었는데 컴퓨터의 도입으로 어느 정도 표준화가 가능해졌다고 해요. 원격의료는 이처럼 노동과정을 표준화하는 것을 도와 통제를 강화하는 데 도움이 된다고 여겨지는 것 같습니다. 그러면 의료 '산업'에 자본 투자를 유도하는 것도 좀 더 쉽겠죠.

이 원격의료의가 왜 의료 민영화인지를 묻는 분들이 계시는데요. 첫째, 아직 그 안전성과 효과가 입증되지 않은 상태에서 매우 많은 사람에게 도입하려는 것 자체가 삼성이나 SK, LG 등 의료기기, 정보통신 재벌들에 대한 특혜이기 때문입니다. 둘째, 현재로서는 매우 비싼 의료 장비를 도입해야 하므로 대형 병원 중심으로 진행될 텐데 이는 대형 재벌 병원으로의 환자 쏠림 현상이 가속화될 수 있기 때문입니다. 셋째로는 개인의료정보를 온라인으로 소통해야 해서 개인의료정보가 정보통신업체 등에 고스란히 노출되는 의료정보의 상업화 문제 때문입니다. 원격의료를 위해 개인정보 규제도 완화하겠다고 하는 것 같습니다.

미국에서도 이번에 원격의료를 좀 더 광범하게 적용하는 과정에서 '건강보험 정보의 이전 및 그 책임에 관한 법률(HIPPA)'의 적용을 일시적으로 완화했다고 합니다. 온라인으로 진료하려면 정보가 서버를 거쳐야 하는데 그러면 사실상 개인의료정보가 공개되는 것이라 이런 조치가 불가피했다는 거죠. 영상통화를 할 뿐 아니라 진료 정보를 주고받으면 사실상 상당히 많은 정보가 서버를 거쳐야 하거든요. 국내 재벌들이 오래전부터 원하던 정보죠.

사실 이번에 비대면 서비스를 강조하기는 했는데 구체적 방침을 내놓지는 않았어요. 아마도 의사협회 등 의사들의 반대를 신경 쓰

는 것 같습니다. 문재인 정부는 이미 강원도에서 원격의료를 하겠다고 의료 기관들에 신청을 받았는데요. 의사들의 반대로 사실상 네 군데 모두 취소된 바 있습니다. 이번에 당선한 더불어민주당 비례 후보 1번이 전 의사협회 대변인인데요. 이 점도 정부가 의사협회의 눈치를 상당히 본다는 것을 보여 주는 것 같습니다.*

Q. 이번에 개인정보 규제 완화 조치는 상당히 구체적인 것 같던데요.

개인정보 규제 완화 조치는 상당히 실질적인 것으로 보입니다. 정부는 가명정보 사용 범위를 확대하고 공적 데이터를 의료정보 기업에 제공할 것이라고 합니다. 가명정보는 개인정보에서 이름 등 개인 식별 정보만 지운 것을 뜻하는데요. 실제로는 데이터에 담겨 있는 정보가 많아지면 개인을 식별하는 건 아주 어려운 일이 아닙니다.

게다가 정부가 풀겠다는 공적 데이터는 건강보험공단 등에 축적된 정보로 1977년 이래 하나도 삭제하지 않았다고 합니다. 보험료 산정 기준이 되는 집, 자동차, 소득 수준 등이 모두 담겨 있죠. 누가 어디서 살았는지 누구와 함께 살았는지 하는 세대 정보와 결혼이나 이혼에 관한 정보도 있고 개인에 대한 모든 질병 이력은 물론 신상 정보도 거의 다 들어 있죠.

이런 데이터들을 은행 등이 보유한 신용 정보와 결합하면 개인을 알아내는 것은 아주 어려운 일이 아니에요. 신용 정보에는 카드 사용 내역 등도 담겨 있으니 각종 의료정보뿐 아니라 소비 패턴, 동선

* 결국 총선 이후에 문재인 정부는 원격의료의 구체적 추진방안과 일정을 내놨다 — 지은이.

등도 파악하게 되는 겁니다. 설사 개인을 특정하지는 못하더라도 이런 정보를 보험 회사 등이 보유하게 될 경우 보험료 산정·지급, 가입 등에서 기업주들이 압도적 우위에 서게 됩니다. 실제로는 노동자들의 민간 의료보험료 부담 등이 늘어날 가능성이 크죠.

정부는 2021년 말까지 민간 기관들이 이런 가명정보를 결합해서 사용·판매할 수 있도록 하겠다는데, 이는 대단히 친기업적인 정책이라 할 수 있습니다. 대신 평범한 사람들은 불리한 처지에 놓이고 개인정보 유출 위험도 있죠. 무엇보다 이게 코로나19랑 무슨 관계가 있죠?(웃음)

사실 개인정보는 '21세기 원유'라고 불릴 정도로 기업들이 침을 흘리는 분야입니다. 기업이 착취하는 대상이 노동자와 자연을 넘어 그 자연의 일부인 인간의 몸까지 확대되는 것이라 볼 수 있을 겁니다. 심지어 이번에 코로나19 감염자의 혈액을 5000달러씩 주고 거래한다는 얘기도 있어요.

이처럼 개인정보를 상품화하면 의사와 환자의 신뢰 관계는 다 깨질 겁니다. 의사가 환자의 정보를 알기 어렵게 되면 사회적 낭비가 발생하고 안전도 위협받습니다. 필요한 정보를 얻는 방법이 검사밖에 없게 되면 그만큼 낭비가 늘어날 거고요. 충분한 정보 없이 처방하거나 처치할 경우 위험에 처할 수도 있습니다. 그 책임은 누가 져야 할까요?

Q. 건강관리서비스는 뭔가요?

민간 기업들, 예컨대 보험사들이 건강관리서비스 상품을 판매할 수 있도록 하겠다는 것인데요. 사실 이것은 비영리 기관인 병원이,

건강보험이 적용되는 서비스로 기본으로 제공해야 하는 것이지만 앞으로는 이걸 영리기업들이 돈벌이할 수 있도록 내주는 것이죠.

박근혜 정부 시절에 건강관리서비스 가이드라인을 만들려다가 반발에 부딪혀 좌절된 바 있습니다. 그런데 문재인 정부가 이 가이드라인을 만들었어요. 이른바 의료 서비스와 비의료 서비스를 구분하고 비의료 서비스는 기업들이 판매할 수 있도록 한 겁니다.

그런데 비의료 서비스의 정의를 보면 '이미 정해진 기준과 다를 경우 이를 판정하는 것'이라고 돼 있어요. 이걸 '진단'의 정의와 같습니다. 또 '일반적으로 인정된 질병에 도움이 되는 서비스 제공'도 비의료 서비스에 포함돼요. 운동요법, 식이요법이 그 사례입니다. 그런데 이게 왜 비의료 서비스일까요?

가이드라인에 따르면 이런 비의료 서비스 제공 업체를 보험 회사의 자회사로 둘 수 있도록 했어요. 이번에 발표한 건 이 가이드라인을 법제화하겠다는 겁니다. 박근혜·이명박 정부보다 더 나아가겠다는 것이죠.

이런 식이 될 가능성이 큼니다. 민간 보험사가 건강검진 상품을 판매하고요(지금도 하고 있습니다). '진단'을 해서 운동요법, 식이요법 등을 처방하거나 병원에 진료를 의뢰하게 될 거예요. 그런데 이렇게 되면 병원의 환자 관리를 보험사가 하게 됩니다. 병원은 보험사에 의존하게 되고요. 병원 입장에서는 돈 되는 환자를 보내 주는 곳이 보험사니까요. 그러면 병원이 스스로 그런 계획을 세우고 추진하지는 않을지라도 보험사가 추구하는 방향과 계획에 따라 운영될 위험이 있습니다.

미국의 사례를 보면 이런 우려가 현실적이라는 것을 알 수 있습니

다. 미국에서는 민간 보험사가 건강유지기관HMO을 만들어 민간병원을 통제하고 있죠. 이것을 미국식 '관리 의료'라고 합니다. 미국 병원의 진료비가 말도 안 되게 비싼 이유입니다.

Q. 정부의 원격의료 추진 등이 실제 코로나19 대응에는 어떤 효과를 미칠까요?

사회적 자원이 한정된 상황에서 이렇게 엉뚱한 곳에 재정을 투자하는 것은 매우 부적절하다고 봅니다.

지금 필요한 건 2차 재확산에 대비하는 데 필요한 조치들이에요. 병상을 확보하고 인력을 동원하고 필수 의료 자원을 생산하는 것 같은 일들 말이죠.

코로나19 환자의 4분의 3은 공공병원에서 치료했어요. 대구에서 이번 코로나19 대처에 동원한 병상을 보면 공공 병상이 1100개 정도 됩니다. 대구의료원·대구보훈병원·국군대구병원·산재병원·경북대병원 등이죠. 그나마 급박한 상황에서 좀 늘어났어요. 동산병원·대구가톨릭대병원·영남대병원 등 민간병원에서도 400병상 정도 동원했죠. 이렇게 1500개 병상으로 6000명가량의 환자를 감당해야 했습니다. 대구의 이 공공 병상도 모자라게 되니 경남에 있는 마산의료원·산재병원·결핵병원이 [기존] 환자를 소개疏開하고 [코로나19] 환자를 받았고 이것으로도 모자라 부산·전남·충청·서울·인천의 공공병원까지 그야말로 전국에 있는 공공병원이 동원돼 겨우 환자들을 받아 냈죠. 대구에 있는 나머지 병상 3만 개는 코로나19 대응에 활용되지 않았습니다.

'빅파이프'라고 불리는 서울의 대형 병원 5곳[서울대병원·서울아산병

원·삼성서울병원·세브란스병원·서울성모병원] 중에 공공병원인 서울대병원을 제외한 민간 대형 병원에서 치료한 코로나19 중환자는 9명에 지나지 않는다고 충남대병원 내과 교수 한 분이 지적을 하셨더라고요.* 충남대와 충북대 [국립대] 병원만 해도 코로나19 환자로 생고생을 하는데 말입니다. 황당할 정도로 균형이 안 맞는 거예요. 김윤 [서울대 의대] 교수가 민간병원의 문제를 지적한 이유입니다.

근데 이걸 근본에서 시장 논리가 낡은 문제예요. 감염병 병동은 평소에는 여유가 있게 비어 있어야 하는 병동입니다. 그래야 위기 상황에 사용할 수 있죠. 그런데 시장 논리로 운영되는 민간 대형 병원이 어떻게 그럴 수 있겠어요. 빅파이프 병원들이 매년 1조 원 이상 돈을 번다고 해서 '빅파이프'입니다. 병상이 3000개라고 생각하면 병상 하나당 1년에 3억 원을 뽑아내는 거예요. 그런데 이걸 비워 둔다고요?

현대 자본주의는 재고를 줄이려고 적시 생산 방식을 강화하고 있는데요. 병원들도 마찬가지입니다. 지금 보면 대형 병원 중환자실은 가득 차 있어요. 여유 병상을 거의 두지 않는 체계죠. 그래야 이익을 극대화할 수 있으니까요.

영국·이탈리아·스페인 등이 공공의료 체계를 갖춘 나라로 유명하지만 그동안 시장 논리에 따라 운영돼 왔고 그래서 최소한의 인력과 시설만 유지하다 보니 이번에 의료 체계가 붕괴한 겁니다.

* 나중에 알려진 바로는 세브란스병원이 시간이 좀 지나 20여 명의 코로나19 환자를 받았다고 한다. 대통령 주치의의를 맡은 병원인 것과 연관이 있다고 말하는 사람도 있다 — 지은이.

상황을 어느 정도 통제된 것으로 알려진 독일은 그나마 중환자실이 많은 것으로 알려져 있는데요. 10만 명당 34개였던 중환자실을 50개로 늘려 2차 파고에 대비한다고 합니다. 그런데 한국은 현재 독일의 절반도 안 됩니다. 10만 명당 18개. 이것도 (중환자실 기능을 제대로 하지 못하는 병상도 포함해서) 많이 쳐서 그런 상황입니다.

대구에서 발생한 확진자가 6500명 정도였는데요. [확진자가] 독일 수준으로 많아지면 현재 공공 병상으로는 어렵고 영국이나 이탈리아 같은 상황이 될 겁니다. 코로나19 환자뿐 아니라 다른 중환자에게도 제대로 된 조치를 할 수 없게 돼요. 살 수도 있는 사람들이 속절없이 죽어 나가는 겁니다. 대구에서 환자가 6000명일 때, (3월 16일까지) 2300명이 병실이 없어 대기해야 했고 초기에 사망한 환자 75명 중 17명(23퍼센트)은 병원 문턱을 넘지도 못하고 죽었습니다. 우리나라가 상대적으로 다른 나라보다 사망자가 적었다고 자만할 일이 아닙니다.

지금 상황은 민간병원도 90퍼센트 이상 환자가 차 있기 때문에 동원할 병상이 없습니다. 그게 요새 병원 경영의 원칙입니다. '90퍼센트 수준을 유지해라', '재원일수를 줄여라' 등.

의료 인력도 지금부터 훈련해야 합니다. 서울에서는 의료인 감염이 거의 없었는데요. 대구에서는 꽤 있었어요. 환자는 밀어닥치는데 훈련이 안 돼 있었기 때문입니다. 대구는 지난번 메르스 사태 때 환자가 거의 없었는데 그러다 보니 사실상 방심하고 있었던 거죠.

따라서 다가올 재확산에 대비해, 이를 위한 조치들에 재원을 집중 투자해야 합니다. 시간을 벌었으면 그 시간을 충분히 활용해야죠. 지금 정부는 재원뿐 아니라 시간도 엉뚱한 데 낭비하고 있는 셈

입니다. 사실 한국은 2차 재확산 때 가장 취약한 나라가 될 수 있습니다. 면역력을 획득한 사람이 가장 적은 나라니까요.

300병상 이상의 감염병 전문 병원을 전국 곳곳에 설립해야 하고요. 어떤 상황에서는 민간 대형 병원과 그 소속 인력도 동원할 수 있도록 대비시키고 훈련시켜야 합니다. 당연히 돈이 들죠. 필수 장비 생산 계획도 세워야 합니다. 지금 인공호흡기가 9000개 정도 있다고 하는데요. 턱없이 부족합니다. 가전제품이나 자동차를 만드는 기업들에 명령해 필수 장비를 생산하도록 해야 합니다.

사실 지금도 법적으로는 유사시 정부가 사립 병원을 동원할 수 있게 돼 있습니다. 그러나 정부 자신도 의지가 없고 벌칙 조항도 없어 무의미한 상태라 할 수 있죠. 그리고 환자가 가득 차 있는데 환자를 어떻게 쫓아내나요. 지금부터 준비를 해야 합니다. 그런데 오히려 코로나19 대응에 앞장선 공공병원들에서 적자를 이유로 구조조정 얘기가 나오고 있습니다.

정부가 재정적·제도적 뒷받침을 지금 해야 합니다. 그런 면에서 기재부가 발표한 '대책'은 도움이 되기는커녕 대응을 방해하는 효과를 낼 것입니다.

Q. 그렇다면 지금 가장 시급한 조치들은 무엇인가요? 정부의 집회 금지 조치는 어떻게 봐야 할까요?

집회와 관련해서는 정부가 공장 등에 취한 조치들만큼 하면 된다고 봅니다. 공장에서 거리 두기를 유지할 수 없도록 해 놓고 집회만 하지 말라는 것은 앞뒤가 안 맞죠.

또 분당서울대병원 김용빈 교수에 따르면 아직 야외 감염 사례는

없다고 합니다.

정부는 집회 참가자들이 충분한 거리를 유지할 수 있도록 보장해야 합니다. 집회 때마다 투입되는 전경들이 적절한 거리 두기를 하는지도 봐야겠죠. 정부가 거리 두기를 최우선으로 하지 않으면서 거리 두기를 이유로 정치적 활동을 방해하는 것은 이중 잣대입니다. 그리고 감염병 시기에도 경제 위기가 더 큰 문제일 수 있습니다. 해고나 생계가 감염병보다 더 큰 문제일 수 있죠. 집회는 어떤 시기에도 제한할 수 없는 권리입니다.

외국의 경우 진단서 없이도 1주일만 유급병가를 쓸 수 있도록 하고 있습니다. 한국도 '생활 방역'을 유지하려면 그렇게 해야 합니다. 또, 이를 이유로 해고할 수 없도록, 코로나19와 경제 위기를 이유로 해고할 수 없도록 정부가 실질적인 조치를 해야 합니다. 건강보험에 상병수당 제도를 도입하고 기업에게 유급병가 제도를 강제하도록 법과 제도를 고쳐야 합니다. 건강보험법은 상병수당을 줄 수 있도록 이미 법으로 규정하고 있기 때문에 정부가 마음만 먹으면 당장 상병수당은 도입할 수 있습니다.

거리 두기를 감시하고 제대로 안 되면 사업주를 처벌해야 합니다. 하청기업은 원청이 책임지도록 해야 합니다.

경제 위기 대응을 위해 토건 사업에 예산을 쓰겠다는데 새만금 사업 같은 것이 필요한 것은 아니죠. 노후한 시설이나 꼭 필요한 시설을 새로 짓겠다면 규제를 강화해서 에너지 효율도 높여야 합니다.

'뉴 노멀'이라는 표현이 많이 쓰이는데요. 새로운 기준들이 많이 필요할 거라고 봅니다. 대중교통을 대폭 확충하고, 공공 임대주택을 대폭 늘려 밀집 거주도 줄여야 합니다. 해야 할 일, 돈이 필요한 곳

이 매우 많습니다. 이런 것을 해도 모자랄 판에 원래 추진하던 신자유주의 정책을 밀어붙이도록 내버려 뒀서는 안 됩니다.

'전 국민 고용보험 제도'를 도입한다는데 도입할지도 두고 봐야겠지만 정부가 돈 안 들이는 식으로 하면, 즉 노동자들이나 특히 영세 자영업자들이 비용을 대부분 부담하는 식으로 하면 제대로 될 리가 없습니다.

요양원, 요양 병원에서 거리 두기를 하려면 사회보장을 강화해, 소규모로 분산해서 지역사회에 기반한 요양원 형태로 만들어야 합니다. 그러려면 지금처럼 민간에 맡겨 놓을 것이 아니라 정부가 직접 만들고 운영해야 하죠. 또 당장 정부가 돌봄 노동자들을 직접 고용해야 합니다. 지금 요양원과 요양 병원에 노인 40만 명이 있는데 몇 번 코로나19 검사한다고 해서 안전하다고 할 수 없고 이것이 대책이 될 수는 없습니다.

출처: 정호중 인터뷰·정리, 〈노동자 연대〉 321호(2020-05-06).

“팬데믹 시대, 노동자들이 싸워야 한다”

Q. 코로나19 발생이 중국에서 보고된 지 200일이 다 돼 갑니다. 그동안 이 신종 감염병이 전 세계로 확산됐는데요. 지금 상황은 어떤가요?

지금 미국 확진자가 300만 명이 넘었죠. 세계에서 가장 환자가 많고요. 그 뒤를 브라질과 인도, 러시아가 따르고 있는 상황입니다. 첫 환자가 생겼던 중국은 매우 강력한 권위주의적 통제로 어느 정도 방역에 성과를 낸 듯합니다.

반면, 미국은 확실히 통제 불능, 아니 통제를 안 하는 상황이라고 봐야 할 것 같습니다. 일일 확진자 수 그래프를 보면 두 개의 봉우리를 그리고 있는데요. 2차 확산이라고 하는 사람도 있지만 사실 아직은 1차라고 봐야 할 것 같아요. 처음에는 동부에서 확산했고 이제는 남부와 서부에서 확산하고 있는 건데요. 상대적으로 뉴욕 같은 동부 주요 도시들은 어느 정도 거리 두기를 강화해서 증가세가 둔화했어요. 반면, 플로리다 같은 곳에서는 일일 확진자가 1만 명을 넘긴 7월 11일에 디즈니랜드를 개방했죠.

에당초 코로나19 종식, 그러니까 집단면역을 획득하는 방법이 두

개가 있다는 얘기가 있었죠. 하나는 백신을 개발해서 접종하는 것이고요. 다른 하나는 그냥 다 걸리자는 거였는데요. 스웨덴이 후자 방식을 추진했는데 인구가 1000만 명인 나라에서 사망자가 5500여 명이나 나왔습니다. 그런데도 여태 인구의 7퍼센트에게만 항체가 생겼고, 그것도 몇 개월밖에 안 간다는 연구 결과들이 나오고 있어요. 사실 실패한 거죠. 그런데도 미국의 주요 도시들은 중요한 거리 두기 조치를 취하지 않고 있습니다.

유럽은 미국처럼 노골적으로 막 나가지는 않고 있습니다. 유럽은 증가세가 둔화하고 있었는데요. 그러나 확실히 줄어들기 전에 경제 활동을 재개한다며 외출 금지령 등을 해제하고 상점 문을 열었어요. 유럽 내 여행도 허용했고요. 그 결과 재확산이 일어나고 있습니다. 나라마다 조금 차이는 있지만 확진자 규모가 하루에 수백~수천 명 규모로 늘어나고 있습니다.

여기까지가 선진국들의 상황인데요. 미국은 방역을 사실상 포기했고 유럽도 덜 노골적이지만 방역을 등한시하고 있습니다. 모두 이윤을 우선시하는 자본가들의 논리를 따른 결과입니다.

제3세계 나라들에서는 [감염] 확산이 격렬하게 이뤄지고 있습니다. 라틴아메리카와 인도, 아프리카 등인데요. 사실 아프리카는 남아프리카공화국 정도를 제외하면 제대로 집계가 안 되고 있는 상황이라고 봐야 할 듯합니다. 이런 곳들은 의료 인프라나 사회보장제도가 미비해 급속도로 확산될 수밖에 없는 조건이죠.

동아시아에서는 일부 나라는 어느 정도 통제가 되고 있는 것 같고요. 다만 일본은 검사를 제대로 하지 않는다는 의심을 사고 있습니다. 검사를 받을 수 있는 기준이 매우 까다로운 것으로 알려져 있

죠. 실제 상황은 유럽과 크게 다르지 않아 보입니다.

어느 정도 코로나19를 통제하고 있는 일부 나머지 나라들도 줄타기하거나 위험한 도박을 벌이는 상황이라고 볼 수 있겠네요. 특히 한국 같은 경우가 그렇죠.

Q. 미국이나 유럽 같은 선진국 정부들이 코로나19 대응에 이토록 무능한 것을 어떻게 봐야 할까요?

선진국 정부들은 자본주의 논리에 충실히 따르고 있다고 봐요. 처음에는 꽤나 우려도 했던 것 같은데요. 시간이 지나면서 코로나19의 피해 양상이 많이 드러났잖아요. 중요한 건 노인이 주된 피해자라는 거죠. 그런데 각국 지배자들은 노인을 재정이나 축내는 존재로 여기죠. 또, 백신이 빨리 나오지 않을 거라는 사실이 점점 분명해지고 있어요. 그러니 경제활동을 재개하고 불가피한 희생은 감수하겠다는, 즉 비생산적 인구인 노인이나 단순[비숙련] 노동자들의 사망·질병 등은 무시하겠다는 전략을 채택하는 것으로 보입니다. 이걸 ‘코로나19와 함께 살기’라고 부르기도 하는 모양입니다.

여러 나라에서 일반인 대상 무작위 조사를 종합해 본 결과, 무증상 감염이 확진자의 10배 가까이 되는 것으로 나타났어요. 이 조사에서는 코로나19의 치명률이 0.6퍼센트 정도 된다고 합니다. 수치가 작아 보이지만 이 수치는 독감 치명률의 6~10배 가까이 되는 것으로, 매우 높은 편이에요. 그런데 노인 인구의 경우 치명률이 5.1퍼센트나 된다고 합니다. 선진국 정부들이 어떤 선택을 하고 있는지 잘 보여 주는 대목이죠. 결국 코로나19를 극복하는 두 길 중 야만적인 길을 선택한 거예요.

이런 나라의 정부들은 어느 정도만 통제되면 이대로 사는 것도 가능하다고 여기는 것 같습니다. 미국 사망자가 13만 명이 넘었고 브라질에서는 7만 명이 죽었다는데 노인 비율이 굉장히 높아요. 이런 상황을 보며 어느 정도 자신감도 회복한 듯합니다.

이건 저항이 아직 효과적이지 않다는 점을 보여 주기도 하는 거라고 봐요. 한편에서는 경제 위기 때문에 불가피한 것 아닌가 하는 분위기도 있고요. 감염병을 단순히 자연재해로 여기는 생각도 영향을 끼치는 거겠죠. 그러니 ‘위험해도 먹고살려면 어쩔 수 없다’는 생각이 지배적인 것 같아요. 경제 위기 상황에서 노동운동과 사회운동이 위축돼 있는 상황이 아쉽습니다.

Q. 한국 상황은 줄타기나 위험한 도박에 가깝다고 하셨는데요.

환자가 폭증할 가능성이 크다는 경고가 여러 차례 있었는데요. 다행히 대부분 그 위기를 넘겨 왔습니다. 방역 측면에서만 보자면 지자체별 대응 능력도 초기에 비해 나아진 면이 있는 것 같습니다.

그렇지만 최근 양상은 좀 더 걱정스럽습니다. 먼저, 지역 감염의 범위가 넓어지고 있어요. 수도권에서 대전, 광주로 확산되고 있죠. 다음으로, 환자 중에 감염 경로를 알 수 없는 경우가 10퍼센트를 넘어서고 있습니다. 추적과 격리 등 방역에서는 어느 정도 성과가 있었다고 볼 수 있지만 무엇보다 환자 치료 능력이 극도로 낮습니다.

코로나19 환자 100명 중에 20명은 입원 치료가 필요하다고 알려져 있어요. 그중에 5명은 중환자실이 필요하고요. 그런데 얼마 전 국립중앙의료원 중앙임상위원회가 발표한 것을 보면 공공 병상이 거의 꽉 찼다고 해요. 대전과 광주는 이미 포화 상태를 넘겼고요. 그

래서 중앙임상위원회가 퇴원 규정을 완화하자고 발표한 지 하루 만에 정부는 공식적으로 퇴원 규정을 완화하는 결정을 했습니다. 이 조치로 한숨 돌렸지만 확진자 증가 추이가 현재 수준으로 유지된다고 해도 지금의 의료 체계로는 감당하기 어려운 지점에 도달할 수밖에 없습니다. 다시 말해 위기가 지연되고 있다고 보는 게 정확한 평가일 것 같습니다.

대구의 경우 환자가 6000명이었을 때 2300명이 입원을 못 하고 집에서 대기하고 있었어요. 초기 사망 환자 75명 중 23퍼센트는 병원 문턱도 넘지 못하고 죽었죠. 전국적으로 환자가 매일 100명만 되도 순식간에 중환자실이 가득 찰 겁니다.

한국의 경우 인구의 0.2퍼센트만 한 시기에 집중 감염돼도 10만 명이 걸리는 셈인데요. 0.5퍼센트면 25만 명이고요. 해외 사례를 보면 충분히 가능성이 있는 얘기죠. 그러면 중환자실만 1000~3000개가 더 필요하다고 합니다. 공공병원에 지금 당장 감염 병상을 만들면 중환자실 200개는 만들 수 있다고 해요. 전국 대학병원 중환자실의 30퍼센트를 징발하면 1000개까지도 확보할 수 있다고 합니다. 그런데 지금 대학병원 중환자실은 95퍼센트 이상 환자가 가득 차 있어요. 그럼 지금 중환자들은 어디로 가야 하나요?

여러 경로로 확인해 봐도 정부는 공공병원 중환자실을 늘릴 생각을 안하고 있구요. 아예 중환자실 준비는 안 하는 듯 보입니다. 현재 상황을 우려하는 일부 전문가들도 정부가 아무런 준비를 안 하면 현재 상태에서는 유사시에 불필요한 수술을 줄이고 '수술 후 중환자실(sicu)'을 동원하는 방법밖에 없을 것 같다고 해요. 불필요한 수술은 응급 환자를 제외한 수술 환자들을 얘기하는 겁니다. 막판까지 몰

리면 암 환자 등도 비응급수술로 분류될 수 있겠죠. 지금부터 중환자실을 준비하지 않으면 이런 일들이 발생할 것입니다. 더 나아가 유럽이나 뉴욕에서처럼 노인 환자들은 병원에서 살리기를 아예 포기하는 상황이 올 수 있다는 것이죠.

사실 이탈리아에서 벌어진 참사도 이처럼 공공 병상과 의료진 부족에서 비롯한 측면이 큼니다. [코로나19 피해가 심각한] 롬바르디아가 속한 이탈리아 북부는 북부동맹이라는 극우파가 지방정부를 계속 집권한 곳이고 우파의 영향력이 강한 곳으로 알려져 있어요. 이 지역에서는 지난 몇십 년 동안 신자유주의가 기승을 부렸고 2008년 유로존 위기 이후 복지 재정이 30퍼센트나 삭감됐다고 합니다. 그러니까 의료진이 이민을 가고 간호·돌봄 노동자도 부족한 상태가 됐죠. 이런 상황에서 감염이 확산되자 의료 체계가 완전히 붕괴한 겁니다.

Q. 신종 감염병이 의료 체계에 주는 부담이 엄청나게 커 보입니다.

코로나19 자체가 주는 부담이 엄청 크죠. 의료 체계가 붕괴하는 경우도 있고 의료진이 탈진해서 제 기능을 못 하는 경우도 많습니다. 그러다 보니 원래 있던 감염병에도 제대로 대응하지 못해 큰 문제가 되는 경우가 많이 벌어집니다. 베트남 지역에서는 디프테리아가 유행하고 있는데 이것은 기본적인 예방접종을 못 해서 일어난 일 이죠. 위생 문제 등이 연관돼 페스트가 다시 등장하기도 하죠. 에볼라 같은 다른 신종 전염병도 세계 곳곳에서 번지고 있습니다.

게다가 이제 대부분의 전문가들이 백신이 나와도 코로나19가 2년 안에 안 끝날 거라는 데 동의하고 있습니다. 계절성 감염병처럼 주기적으로 유행하거나 아예 풍토병처럼 자리 잡을 가능성도 있죠.

기후 위기가 계속 심화하고 자연과 인간의 관계가 파괴되면 새로운 질병이 계속 늘어날 겁니다.

2018년 2월에 세계보건기구가 공중보건을 위협할 가능성이 크고 아직 백신과 치료제가 없는 질병 8가지를 발표했어요. 그중 마지막이 ‘질병 X’였는데 미지의 질병이라는 얘기죠. 코로나19가 바로 그 병원체 중 하나인 겁니다.

사스를 일으키는 바이러스 이름이 ‘사스-코로나바이러스’인데 코로나19는 ‘사스-코로나바이러스-2’예요. 거칠게 말하면 사스의 약화된 형태라고 할 수 있죠. 그런데 이 바이러스가 진화를 한 거예요. 인간 숙주를 잘 감염시키고, 세대 주기가 빨라지고, 무증상 감염을 일으키는 등 말이죠. 그런데 이런 진화가 계속 진행돼서 코로나26, 코로나29 이렇게 가면 어떻게 되겠어요. 심지어 항체가 몇 개월 안 가기 때문에 3개월마다 예방접종을 해야 한다는 얘기도 있지만 아직은 모르는 일이지요.

게다가 세계보건기구가 거론한 나머지 7개(질병 수로 따지면 9개)의 질병 리스트도 여전히 미해결 대기 상태라고 보면 됩니다. 여덟째 미지의 질병들은 여전히 있는 것이구요.

Q. 백신과 치료제 개발 상황은 어떤가요?

가장 앞서 있는 모더나의 백신도 아직은 그 결과를 장담하기 어려워 보여요. 새로운 방식으로 만든 백신인데 아직까지 이 방식으로 만들어 본 적이 없어요. 최근 1상 임상시험 결과를 발표했는데요. 효과가 상당히 긍정적인 것으로 나왔지만 중화항체가 만들어졌다는 정도고요. 그게 실제로 방어 효과가 있는지, 얼마나 있는지는 검증

되지 않았어요. 백신 효과가 지속되는 기간도 미지수고요.

안전성 문제도 검증됐다고 보기 어려워요. 시험 대상이 45명으로 작은 규모인데다 건강한 18~55세를 대상으로 했기 때문에(물론 임상 1상은 건강한 사람을 대상으로 하는 것이긴 합니다), 말하자면 가장 취약한 노인층이나 기저 질환자에게 어떤 부작용이 생길지도 알 수 없고요. 백신 안전성 문제의 핵심이라고 할 수 있는 ‘백신 유발 호흡기 질병 악화’라는 최악의 부작용에 대해서는 아직 검증되지 않았습니니다. 여전히 불확실성이 매우 커 보여요.

설사 성공했다고 발표해도 그 효율이 얼마나 될지 알 수 없죠. 코로나바이러스도 인플루엔자나 에이즈 등과 같은 RNA바이러스인데요. RNA바이러스의 경우 변이가 워낙 심해서 백신 개발이 상당히 까다로운 것으로 알려져 있습니다. 인플루엔자 백신의 효율이 40퍼센트 정도 되는 것으로 알려져 있는데요. 그해에 유행할 인플루엔자 종류를 맞히는 것 자체가 어렵고요. 맞혀도 조그만 변이들 때문에 효과를 보지 못하는 경우가 많습니다.

인플루엔자 백신이 개발된 지 70년 정도 됐는데도 이 정도고 에이즈 백신은 아직도 미개발 상태니까 어떨지 대략 예상이 되죠. 그 외 영국에서 만들고 있는 옥스퍼드-아스트라제네카 백신, 중국에서 전통적 방식으로 만들고 있는 불활성화 백신 등이 선두 주자인데요. 이 백신들이 성공하면 연말에 생산이 가능하다고 하는데 아직은 성공 자체가 불확실한 상황입니다. 150개쯤 개발에 들어갔다고 하는데 올해 가을쯤에 일차적인 성공이 드러나겠죠.

백신 개발에 성공을 해도 여전히 문제가 큼니다. 모더나가 성공을 하면 연말까지 1억 개 생산이 가능하다고 하는데 그 효율도 문제고

이 정도 생산량으로는 78억 인구 중에 누가 먼저 맞을지가 문제가 되죠. 다른 백신들도 마찬가지입니다. 성공한다 해도 생산과 분배 문제가 있습니다.

누가 우선인지가 당장 문제가 되겠죠. 현재로서는 위험도 순위가 아니라 누가 백신 가격을 지불할 능력이 되는지가 우선순위를 결정할 가능성이 큼니다. 즉 돈이 많은 순서대로, 자본주의 논리대로 정해질 가능성이 크다는 이야기입니다. 선진국 사람들이나 부자들은 먼저 맞을 수 있겠지만 말이죠. 백신 개발에 언제 성공할지도 문제이지만 생산하는 데 몇 달 혹은 1년이 넘게 걸릴 것이고 여전히 가격과 분배 문제가 남을 것입니다. 결국 백신이나 치료제에 있어서도 자본주의적 경쟁이나 이윤 추구가 극히 비효율적인 생산과 분배 문제를 낳을 겁니다.

또 말 그대로 팬데믹, 즉 전 세계적 감염병의 문제이기 때문에 백신이 개발돼도 여전히 문제가 있습니다. 백신이 개발되면, 지금까지는 면역에 의한 압력이 없어 변이가 그리 크지 않던 바이러스가 면역이라는 압력에 대응해 새롭게 변이할 가능성이 커집니다. 새로운 백신이 필요하겠죠.

이때의 백신이나 치료제의 개발은 아예 바이러스를 모르던 때와 차이가 있겠지만 여전히 자본주의적 방식의 비효율적 백신 개발, 백신 값과 누가 먼저인가의 분배 문제가 계속될 겁니다. 결국 과학과 바이러스의 문제가 아니라 자본주의의 이윤 추구인가 생명인가의 문제가 더욱 뚜렷하게 드러날 거 같습니다.

치료제로 사용되는 것은 길리어드사이언스사가 만든 렘데시비르가 지금까지 유일한데요. 그 효과가 '통계적으로 의미 있다'는 정

도입니다. 중환자 사망률을 몇 퍼센트 낮추고 입원 기간을 며칠 단축시킨다는 건데요. 모두 길리어드사의 발표라 실제 결과는 좀 더 지켜봐야 할 듯합니다.

한국에는 첫 한 달간 무상으로 공급한다고 하는데 이는 사실 임상시험의 일부라고 보는 게 정확할 거예요. 굉장히 촉박하게 임상시험을 마쳐서 흔히 임상 4상으로 알려져 있는 '시판 후 시험 단계PMS'를 거치고 있는 겁니다.

게다가 굉장히 비싸고 주사제로 개발돼서 가난한 나라에서는 사용하지도 못해요. 길리어드사가 밝힌 바에 따르면 미국에서 민간 보험 가입자는 3120달러(375만 원), 공공 보험 가입자는 2340달러(281만 원)가 약값이라고 발표했어요. 약값이 이런데 제3세계에서 어떻게 쓰겠어요. 사하라 남부 아프리카에는 주사기도 없고 냉장고도 없는데요.

그 외 토실리주맵이라든지 임상시험에 들어간 약들이 있습니다. 일부가 치료제로서 개발에 성공한다 하더라도 결국 백신과 마찬가지로 이윤을 추구하는 제약회사들의 자본주의적 경쟁의 비효율 문제, 자본주의적 이윤 추구로 인한 가격·분배 문제가 여전히 있겠죠.

백신과 치료제 개발도 중요하지만 지금 상황으로는, 특히 제3세계에서는 마스크 등 방역 물품과 예방·의료 인프라에 투자하는 게 우선이라고 봅니다.

Q. 지금 가장 필요한 조치가 뭔가요?

세계 어디에서나 노인 등 취약 계층을 보호하고 감염이 확산되지 않도록 해야겠죠. 그중 제일 중요한 게 일자리와 관련된 문제라고

됩니다. 생계가 불안정해지면 어떻게든 살기 위해 여기저기 돌아다녀야 하고 이는 감염 전파에 좋은 조건이 됩니다. 먹고살 게 없는데 누가 방역에 신경을 쓰겠습니까. 따라서 해고를 금지하고, 기업에 자금 지원을 할 때도 최소한 고용 유지를 조건으로 해야 합니다.

사실 정부가 해고를 금지해도 기업이 파산하거나 하면 고용을 모두 유지하기는 쉽지 않겠죠. 자발적 퇴직 같은 꼼수도 여전히 있을 거고요. 그래도 정부가 이런 태세를 보여야 기업이 노동자들을 내팽개치는 것을 최소화할 수 있을 겁니다. 하다못해 해고 금지 조항을 근거로 노동자들이 저항할 수 있겠죠.

유럽의 경우 기업에 대한 정부 지원은 고용 유지를 조건으로 하는 경우가 많은데 한국 정부는 그럴 생각이 조금도 없는 것 같아요. 노동자들이 투쟁으로 쟁취해야 하겠죠. 경제 불황도 깊어질 겁니다. 따라서 당장 싸울 부문은 싸워야 하고 또 싸울 준비를 해야 합니다. 그게 조직된 노동자들이 진정으로 사회적 약자를 돕는 길이라고 생각합니다.

백신과 치료제 문제도 곧 닥치겠죠. 앞으로는 각국 정부가 효과적 백신이나 치료제를 무상으로 공급하고 공중보건의 우선순위에 맞게 배분하도록, 전 세계 노동자·민중의 단결된 투쟁이 요구됩니다.

기후 위기도 해결돼야죠. 유엔 등은 앞으로 8년 안에 온실가스 배출을 급격히 줄여야 한다고 경고했는데요. 지난 겨울 호주를 휩쓴 산불이나 올해 여름 북극 지역의 폭염 현상을 보면 그야말로 거주 불가능 상태의 지구가 되는 것도 얼마 남지 않은 일 같습니다.

그런데 문제인 정부의 ‘그린 뉴딜’은 그야말로 무늬만 그린이라고 할 수 있을 것 같습니다. 이런 걸 그린 워싱이라고도 하죠. 이명박

정부의 ‘녹색 성장’은 그래도 재생에너지 목표라도 제시했는데요. 그린 뉴딜에는 탄소 배출량 목표도 계획도 안 보여요.

기후변화는 새로운 감염병 혹은 기존에 있던 감염병의 유행을 낳을 겁니다. 지금 상황에서 또 다른 감염병이 유행하면 의료 체계가 마비되고 재앙을 맞이하게 될 것은 분명해 보입니다. 그러면 기후 위기 극복도 어려워지겠죠.

한국의 경우 제가 있는 보건의료단체연합에서 좀 더 구체적인 조치들을 제시한 바 있습니다. 첫째가 코로나19 시기 해고 금지였고요. 유급병가·상병수당 도입, 전 국민 고용보험, 인력과 공공병상·중환자실 확충, 공공병원·의료 대응 컨트롤 타워 설립, 감염병 예방 미준수 기업 처벌 제도(감염병 예방법 개정 등), 임대료 동결과 국가 대납 등을 제시했습니다. 이것들은 정말이지 최소한의 요구라고 할 수 있습니다. 이런 요구들을 걸고 싸우는 게 중요하겠죠.

그런데 최근 “코로나19 위기 극복을 위한” 사회적 대화에서 나온 ‘노사정 잠정 합의안’을 보면 기가 막힐 뿐입니다. 해고 금지 같은 건 아예 없고, 다른 필수적 조치도 약속한 게 하나도 없습니다. 감염병 예방 지침에 노사정이 협조한다는 문구가 있던데요. 이게 무슨 소리죠? 노동자들이 예방 지침을 어겨서 문제인가요? 쿠팡 사례에서 보듯이 문제는 사용자들입니다. 기업주들에 대한 감시와 처벌을 강화해서 사용자들이 지침을 지키도록 해야죠.

합의안에는 이런 내용도 있습니다. “정부는 감염병 대응의 전문성과 독립성을 위해 중앙·권역별 전문병원을 확충하고, 권역별 지역조직을 마련한다. 정부는 감염병 대응과 지역 필수의료 확충을 위해 공공병원을 늘리고, 권역·지역별 책임의료기관 지정을 확대하며 지

역공공-민간병원의 협력체계를 구축한다.” 그런데 이건 원래 정부가 공약했던 내용이에요. 왜 자기를 공약을 이제 와서 노사정 합의라고 내놓는 겁니까?

사업별 특성에 맞는 예방 지침을 마련한다는 얘기도 있더라고요. 바이러스와 인간의 물리적·생물학적 특성을 고려한 예방 지침이 이미 있는데 뭘 새로 만든다는 걸까요? 이건 밀접 접촉을 허용하겠다는 얘기밖에 안 돼요.

Q. 위에서 제시하신 요구들을 좀 더 자세히 설명해 주시죠.

해고 문제는 앞서 얘기했구요. ‘아프면 쉬라’는 지침이 실제로 작동하려면 아플 때 쉴 수 있도록 제도로 뒷받침해야 합니다. 지금은 유급휴가도 없고 상병수당 제도도 없습니다. 심지어 코로나19에 걸려도 생활비 지급이 제대로 안됩니다. 지금 코로나19 확진자에게 지급되는 생활비는 1인 가구가 월 45만 원, 3인 가구가 102만 원으로 최저생계비도 안 돼요.

그런데 얼마 전 뉴스에 보도된 광주의 일용직 노동자 사례를 보세요. ‘100만 원을 갚아야 한다,’ ‘죽어도 좋다’며 잠적했다가 공사 현장에서 추적·발견됐다는데요. 치료와 격리 기간이 평균 한 달 정도 걸려요. 그나마 격리 기간에는 스스로 생활을 해야 하니 돈이 필요하고요. 그런데 정부는 45만 원 주고 버티라고 하니 어떻게 입원 치료나 격리를 받아들일 수 있었겠어요. 이 노동자 입장에서는 ‘합리적’ 선택을 한 거라고도 볼 수 있죠.

중환자실도 앞서 얘기했는데요. 격리 병실이나 격리 중환자실도 당장 지어야 하지만, 병실만 있다고 가동되는 게 아니겠죠. 보통 경

력 간호사가 중환자실에 적응해서 어느 정도 역할을 하려면 최소 훈련 기간이 8주가 걸린다고 합니다. 중환자실을 200개만 추가로 운영하려고 해도 방역복을 입고 2시간마다 교대해야 하는 것을 고려하면 최소한 1000명 이상이 필요합니다. 만일 중환자실을 1000개 더 운영하려면 얼마나 많은 인력 훈련이 필요하겠습니까? 따라서 지금 의사와 간호사를 훈련해 놔야 합니다. 그러지 않으면 대구에서 벌어진 것처럼 어마어마한 혼란이 벌어질 겁니다. 흔히들 ‘K-방역’은 성공했다고 하는데 대구에서 벌어진 일을 보면 ‘K-의료’는 6000명의 환자 대응에도 실패했습니다.

병원은 물론이고 정부가 요양 보호사 등 돌봄 노동자들을 직접 고용하고 일자리를 대폭 늘려야 해요. 지금 요양 병원, 요양원 등에 서는 돌봄 노동자 1명이 평균 8명에서 10명을 돌보는 것으로 알고 있는데요. 이래서는 감염이 확산되는 걸 막기가 어렵습니다. 코로나19에 취약한 노인·장애인이라 감염이 확산될 경우 치명률도 높아질 겁니다. 민간 요양 시설에서는 코로나19 감염 우려가 있는 사람들은 아예 돌봄 서비스 제공을 거부하기도 합니다. 정부가 직접 책임지고 제공할 때에만 제대로 된 요양이 이뤄질 수 있어요. 비용도 대폭 낮춰야겠죠.

공공병원·의료 대응 컨트롤 타워도 꼭 필요합니다. 왜 정세균 국무총리가 대구까지 가야 했을까요? 얼마 되지도 않는 공공병원 운영 체계가 뿔뿔이 흩어져 있어서 그렇습니다. 보훈병원은 보훈처 소관이고요. 국군병원은 국방부가 관리하죠. 산재병원은 노동부 소관이고 지방의료원은 시도지사가 관리하고요. 국무총리가 아니고서는 지시를 따르지 않죠. 따라서 감염병 대응 체계에서 방역뿐 아니

라 치료를 지휘할 컨트롤 타워도 만들어져야 합니다. 이 컨트롤 타워는 2차 유행 시 공공병원의 대응뿐 아니라 필요시 민간병원 병상도 징발할 수 있어야 하고, 필수 의료를 유지하기 위해서도 필요합니다. 그래야만 경산시의 17살 정유엽 군같이 폐렴으로 병원을 전전하다가 사망하는 일을 줄일 수 있습니다.

사람들이 집이나 자영업 점포에서 쫓겨나지 않도록 정부가 임대료를 동결시키거나 대납하는 조치도 필요하죠. 이런 것들은 정말 최소한의 요구라고 생각합니다.

출처: 장호중 인터뷰·정리, 〈노동자 연대〉 331호(2020-07-15).

우석균 인도주의실천의사협의회 공동대표 8월 26일 인터뷰

“코로나19 재확산, 정부의 거리 두기 완화 때문”

Q. 코로나19 재확산으로 병상 부족이 현실화되고 있습니다.

경고하던 일이 현실이 된 거죠. 시민 단체뿐 아니라 전문가들과 국립중앙의료원 측에서도 거듭 애길 했는데 그동안 준비된 게 하나도 없는 것 같아요.

대구의 초기 혼란에서 배운 게 없어 보여요. 뒤늦게나마 8월 17일부터 국립중앙의료원에 ‘코로나19 공동대응 상황실’(수도권 현장대응반)을 만들었는데요. 그동안 컨트롤타워 만들어야 한다고 그렇게 얘기했는데 이제야 생긴 거예요. 도대체 격리 병상이 어디에 얼마나 남아 있고 사용 가능한지 알고 있는 사람이 없었거든요. 다만 가동한 지 얼마 안 되다 보니 잘 작동하지는 않고 있는 것 같습니다.

정부가 8월 18일에 중환자실이 85개 남았다고 했을 때 중환자의학회 관련자들이 다들 “그럴 리 없는데 …” 했다는 거예요. 평소 상태를 고려했을 때 그렇게 많이 남아 있을 리 없다고 본 거죠. 아니나 다를까 다음 날 71개라고 수정 발표했죠. 그런데 엄중식 [가천대길병원 감염내과] 교수가 TV에 나와서 실제 쓸 수 있는 중환자실은 20개밖

에 안 된다고 지적한 거예요. 보고된 숫자만 챙겨서 발표한 것이고 현장 실사를 한 번도 안 한 거죠. 그야말로 탁상행정을 한 겁니다. 중환자실로 보고돼 있지만 없는 경우도 있고, 인공호흡기 같은 장비가 없거나 준비돼 있어도 이를 운용할 인력이 없는 경우가 많은 거예요. 정부가 준비를 하나도 안 했다는 게 단적으로 드러납니다.

또 지금처럼 확진자가 계속 늘어나면 [상황실이] 민간 대형 병원의 병상도 동원하고 [환자를] 배정하는 역할을 해야 하는데요. 정부가 그 권한을 얼마나 쫓는지도 불확실합니다.

감염병 관리법에 따르면 정부가 감염병 전담 병원을 지정할 수 있는데 민간병원을 동원하지는 않고 있었어요. 수도권 전체를 통틀어서 인천의 가천대길병원과 인하대병원, 경기도의 명지병원 정도가 [동원된 민간 병원의] 전부예요. 나머지는 모두 시립 병원과 시·도립 의료원, 그리고 국립대 병원인 서울대병원이 있죠.

게다가 시·도립 의료원의 평소 시설이나 인력을 고려하면 코로나19 중환자의 격리 치료를 맡기는 게 원래 무리예요. 경기도 안성의료원과 인천의료원 원장이 중환자 대응 준비를 하니까 주변에서 무리라는 의견이 많았다는 거예요. 지금은 그거라도 준비를 한 게 얼마나 다행인지 모르죠.

정부가 병상을 확보하겠다고는 했는데 이번 주에 어떻게 하는지 보면 정부의 의지나 준비 상태 등을 확인할 수 있을 것 같네요.

8월 15일을 전후로 감염된 사람들 중에도 이제 중환자가 나오기 시작할 거예요. 더구나 1차 확산 때와 달리 이번에는 고령자가 많죠. 코로나19는 확진 판정을 받은 후 중환자실로 옮겨질 정도로 증상이 악화하기까지 평균 5일 정도 걸린다고 알려져 있어요. 확진자

100명 중 5명은 중증으로 진행되는 것으로 알려져 있고요. 지금 1주일 사이에 2000여 명이 확진됐으니 중환자실이 부족해지는 건 기정사실이라고 봐야 해요.

그런데 삼성·아산 병원은 1차 유행 때 두 곳을 합쳐서 10명도 안 받은 것으로 알고 있어요. 세브란스 병원이 22명 정도를 받았고요. 민간병원에 사회적 역할을 기대한다는 게 그만큼 쉽지 않다는 이야기죠.

Q. 이번 재확산의 원인은 어디에 있다고 보시나요?

많은 사람들이 지적하듯이 정부가 7월 말에 교회 소모임을 허용하는 등 사회적 거리 두기 완화 신호를 준 게 문제였죠. 정부는 코로나19 대응을 위해 확보해 둔 병상에 그냥 일반 환자를 받으라고 했어요. 심지어 [광복절] 연휴 3일을 지정해서 여행 ‘캠페인’을 벌였죠. 일각에서는 재확산 기세가 꺾였다는 얘기도 하는데 아직은 모르는 일이죠. 연휴에 지방으로 여행 간 사람들이 서로 섞였다가 서울로 돌아왔을 테니 이번 주말까지는 봐야 어떻게 될지 알 수 있을 것 같아요.

지금 방역 당국이 역학조사를 벌이고 있는 곳이 168곳이라는데요. 더 늘고 있는 듯합니다. 여러 곳에 확진자가 생겼고, 새로 발견되는 집단감염 사례도 계속 나오고 있고요. 이러면 역학조사가 바이러스 [전파 속도]를 따라갈 수가 없어요. 그나마 ‘더블링’[일일 확진자 수가 전날 대비 2배 증가]되지 않는 게 다행이랄까요. 중환자실 부족 문제는 현실화됐죠.

어딘지 밝힐 수는 없지만 5~6월 수도권의 감염 양상을 토대로

수리 예측 모델을 만들었다고 해요. 3개의 모델이 나왔는데, 그중 하나가 8월 15일경 확산돼 11월 초에 피크에 도달한다는 예측도 있었어요. 그런데도 완전히 손 놓고 있었던 거죠. [경증 환자를 수용하기 위한 생활치료시설도 미리 준비 안 하고 있다가 부랴부랴 동원하기 시작한 걸로 보여요.

정부는 ‘K-방역’을 자랑하기에 바빴습니다. [코로나19 대응에서] 방역은 질병관리본부를 중심으로, 의료는 국립중앙의료원을 중심으로, 어느 정도 역할 분담이 돼 있어요. 그런데 3~4월 방역에 성공했다고 자화자찬하면서, 의료 쪽에서 드러난 문제들이 다 가려졌어요. 180여 명이 사망한 대구에서의 의료 대응 실패, 사실상 의료 붕괴는 대구시장 탓이 됐고 정부는 K-방역이 성공했다며 자랑만 했죠.

그런데 정작 병상 부족 문제를 준비 안 한 게 이제 와서 드러나고 있어요.

Q. 현재 정부 대응은 충분한가요?

정은경 질병관리본부장이 브리핑에서 “제발 집에 있으라”고 했어요. 이걸 역학조사가 한계에 도달했다는 얘기예요. 사실상 3단계 조치에 따라 달라고 한 거죠. 다른 감염병 전문가들도 지금 3단계로 올리라는 성명을 발표했구요.

그런데 대통령이 나서서 ‘경제적 고려’가 필요하다고 한 거예요. 물론 얼마 전까지 놀러 가라고 하다가 바로 3단계로 격상하는 게 어렵다고 생각하기도 했겠죠. 코로나19가 장기화할 테니 방역과 경제활동 사이에 어느 정도 줄다리기가 필요하기도 할 거고요.

그러나 지금은 전문가들이 방역 쪽을 확실히 강화해야 한다고 애

기하고 있는 상황이에요. 그런데도 망설이고 있는 것은 이 정부가 자본가들의 이윤에 직접 영향을 끼칠까 봐 곤혹스러워하고 있는 걸 보여 주는 거예요. 거리 두기가 3단계로 격상되면 민간 기업들도 필수 인원을 제외하고는 재택근무로 전환해야 하거든요.

그런데 지금 사회의 다른 부분에는 3단계 거리 두기를 요구하면서도, 즉 위험이 현실적이라고 생각하면서도 생산 현장에서 이를 강제하지는 않고 있는 거죠. 공장이나 사무실에서 기업주들의 결정 없는 거리 두기를 할 수 없잖아요. 정부가 뭘 우선하고 있는지를 보여 주는 거예요.

그러니 방역 당국은 “대유행의 조짐이 보인다”, “집에 머물러라”, “의료 붕괴가 임박했다” 하는데, 대통령은 “3단계는 아직 안 된다” 하며 또다시 모순된 신호를 주고 있어요.

수준이 크게 다르긴 하지만 미국에서 트럼프 대통령과 [국립알레르기·전염병연구소] 파우치 소장이 거듭 상반된 메시지를 보내는 것과 비슷한 상황으로 가고 있는 거죠.

Q. 대한의사협회와 대한전공의협의회는 진료를 거부하고 있습니다.

정부의 의대 정원 확충 계획이 문제가 많기는 해도 의사들의 파업이나 진료 거부를 지지할 수 없어요. 역사적으로 의사 정원을 늘리자는 것은 일반적으로 진보적 정책이기도 하고요.

의사협회와 전공의협의회 등은 의대 정원을 늘리는 것 자체를 반대하거든요. 그래서 여러 근거를 들어 주장하는 게 한국에 의사가 부족하지 않다는 거예요. “의료 접근성이 좋다” 하며 지역 격차나 경제적 격차도 무시하고요. “의사 1인당 진료 건수가 많다” 하며 [의사

게 부족하지 않다는데 사실 그 진료 건수를 줄여야 해요. ‘3분 진료’ 같은 걸 없애고 다른 나라들처럼 의사들이 시간을 충분히 들여 진료를 해야 해요. 그러려면 의사 수가 늘어야 하죠. 심지어 선진국들도 고령화 때문에 의사 수가 늘어나는 추세예요. 의사협회의 주장과는 달리 지금대로라면 한국이 OECD 평균 의사 수에 도달하는데 70년이 걸립니다.

게다가 코로나19가 재확산하는 상황에서 의사 수를 늘리지 말라고 파업하는 건 정당화될 수 없어요. 요구 자체가 반개혁적인 데다 지금은 코로나19 대응에 실질적인 차질을 빚을 수 있는 상황이거든요. 대형 병원들은 벌써 일선 의료진에게 중환자를 더 이상 받지 말라고 하고 있어요.

전공의협의회는 코로나19 진료에 참여하겠다고 하지만 이건 호흡기 외래 진료만 한다는 얘기에요. 중환자실, 응급실 진료를 하지 않겠다는 거죠. 심지어 심폐 소생술도 하지 않겠다고 하고 있어요.

게다가 어쨌든 정부가 한발 물러서서 코로나19 사태가 진정된 뒤에 논의하자고 유보 입장을 밝혔는데도 의사들은 당장 철회하지 않으면 파업을 계속하겠다고 엄포를 놓고 있어요. (정부는 의·정 협의를 하자고 했지만 사실 재논의를 하려면 사회적 협의를 하면서 의사협회가 그중 하나로 참여하면 모를까 왜 의·정 협의만 하나요. 이것도 문제입니다.)

의사협회 지도부가 그동안 취해 온 입장을 보더라도 이번 파업은 평범한 사람들 다수를 위한 것이 아님을 잘 알 수 있습니다.

출처: 장호중 인터뷰·정리, 〈노동자 연대〉 333호(2020-08-26).