



# 두 마리 사냥개로 두 마리 토끼 잡기: 코로나19 위기 속 급성기 병원의 핵심기능 유지전략

이 왕 준  
명지의료재단

## Chasing two hares with two hounds: a strategy for maintaining core functions of an acute care hospital amid COVID-19 crisis

Wang Jun Lee, MD  
Myongji Hospital, Goyang, Korea

Amid the coronavirus disease 2019 (COVID-19) crisis, the core functions of an acute care hospital are to continuously provide essential clinical care services to patients from community at large. The dual track healthcare system (DTHS) is a strategy for preventing the hospital infection and allocating the resources of an acute care hospital to treat COVID-19 patients while simultaneously providing indispensable clinical care services for non-COVID-19 patients. The key elements of DTHS include compartmentalizing the space within independent buildings, allocating buffer zones for patients who have not been confirmed for COVID-19 infection but require inpatient treatment, delegating manpower with appropriate support, establishing competent in-house laboratory that enables universal COVID-19 screening via reverse transcriptase polymerase chain reaction and employing real-time communication technology. The effectiveness of DTHS was confirmed through the results of questionnaire surveys of hospital patients and the research on the qualitative and quantitative changes in the provision of fundamental care services including both acute and continuous clinical care after the care for COVID-19 patients in the hospital. With a potential for subsequent explosive community infections, the pandemic public health crisis rendered by COVID-19 will be prolonged. Therefore, each acute care hospital should prepare its measures and strategies to mimic the DTHS for the maintenance of the hospital's core functions in anticipation of a revisit of the situation

**Key Words:** COVID-19; Delivery of health care; Cross infection; Resource allocation; Emergency medical services

### 서론

병원에 코로나바이러스감염증-19(코로나19) 환자들이 입원하면 비코로나19 환자들의 병원 방문이 현저하게 감소된다[1]. 내원하는 환자 수의 감소는 진료실적의 감소로 이어지고 병원경영의 어려움으로 귀결된다[2]. 한편 이런 현상이 지역사회 의 필수의료서비스 공백으로 이어질 수 있다는 관점에서 다르게 바라보아야 한다[3]. 코로나19 위기 시작 후 심근경색 환자의 병원 밖 심정지 사례의 증가와 뇌경색 환

Received: December 29, 2020 Accepted: January 20, 2021

Corresponding author: Wang Jun Lee  
E-mail: lovehospital@mjh.or.kr

© Korean Medical Association

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

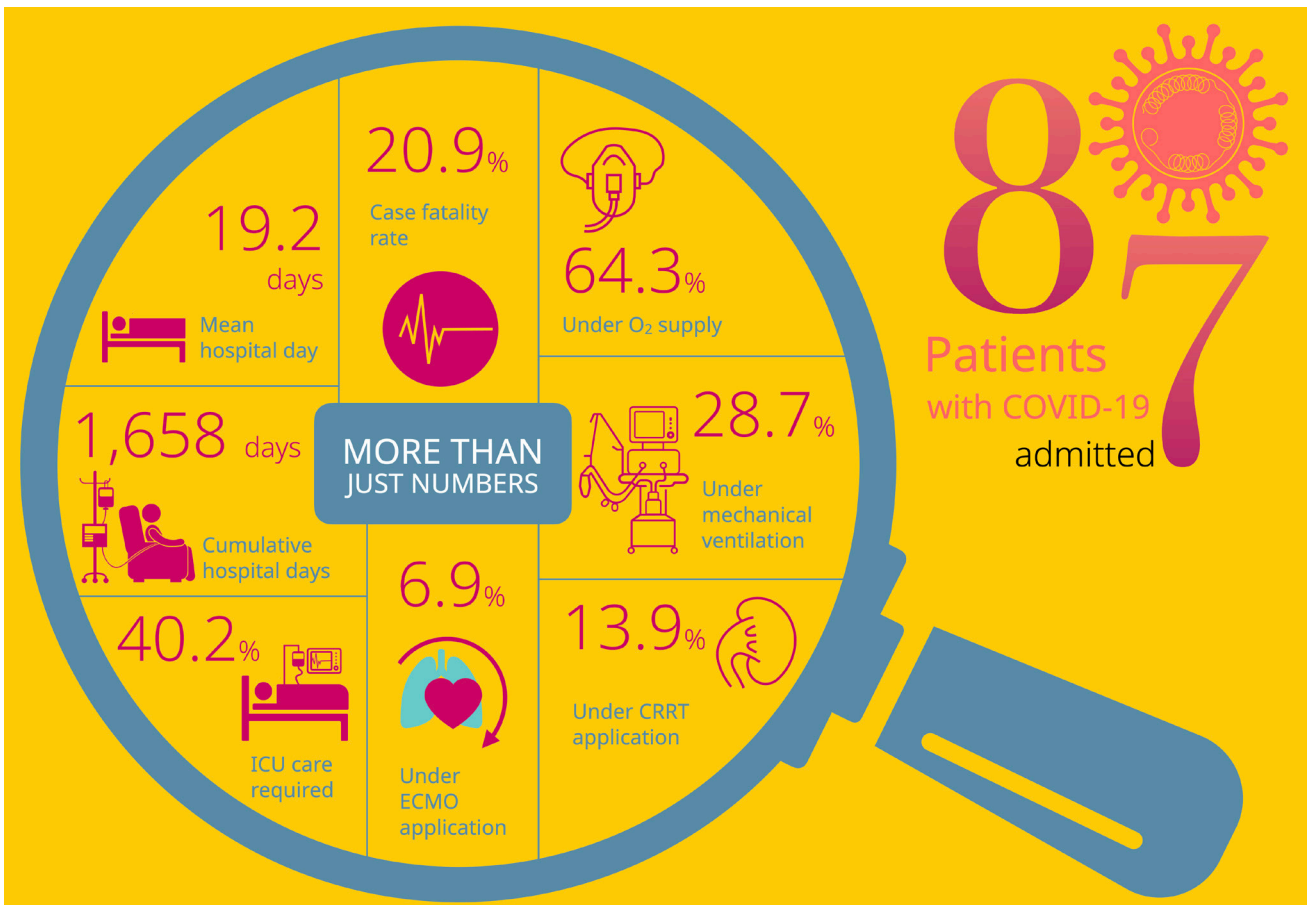


Figure 1. Current status of hospitalization for COVID-19 patients on October 31, 2020. Illustrated by the author.

자의 경정맥 혈전용해술 지체는 비코로나19 환자의 병원방문 기피 때문에 발생한 필수의료서비스 공백의 대표적 사례들이다[4,5].

급성기 병원은 이런 필수의료서비스 공백이 지역사회 안에서 일어나지 않도록 해야 할 책무를 가지고 있다. 따라서 급성기 병원들은 코로나19 위기 속에서 코로나19 환자와 비코로나19 환자 모두에게 적정 수준의 필수의료서비스가 제공될 수 있도록 하는 별도의 대책을 가지고 있어야만 한다[6]. 하지만 이런 대책을 수립하기 위해 참고할 만한 적합한 자료를 찾기 쉽지 않다. 세계보건기구에서 발간한 가이드라인과 정부, 학술단체 등의 진료권고안들이 있지만 원칙적 제안이나 특정 질병군에 국한된 대책을 제시하고 있어서 병원 차원의 대책으로 직접 적용하기 어려운 한계가 있다[7-9].

저자는 실질적 도움을 줄 자료로 수도권에 위치하는 일개 급성기 병원이 코로나19와 비코로나19 환자 모두에게 적

정 수준의 필수의료서비스를 제공하기 위해서 선택한 전략, 두 마리 토끼를 동시에 잡기 위한 두 마리 사냥개 전략으로 듀얼트랙 헬스케어 시스템(dual track healthcare system, DTHS)을 실질적 도움을 줄 자료로 소개한다.

### 코로나19 환자 진료

병원은 550병상 규모의 민간병원이다. 권역응급의료센터와 다섯 개의 중환자병실을 포함하는 12개의 국가지정 격리음압병상을 운영하고 있다. 2020년 1월 26일 국내 세 번째 코로나19 환자를 시작으로 코로나19 진료를 시작하였으며 2020년 10월 31일까지 87명의 코로나19 환자를 입원 치료하였다[10]. 입원 치료를 받은 코로나19 환자들 중 56명(64.3%)은 산소 치료, 35명(40.2%)은 중환자실

치료, 25명(28.7%)은 인공호흡기 치료, 12명(13.9%)은 지속적신대체(continuous renal replacement therapy) 치료, 6명(6.9%)은 체외막산소공급(extracorporeal membrane oxygenation) 치료가 필요하였다. 평균 재원일수는 19.2일이었고 입원환자 연인원은 1,658명, 사망 퇴원은 24명(20.9%)이었다(Figure 1).

## DTHS의 시작과 원칙

중국 우한에서 코로나19 환자가 발생한 직후 출범된 코로나19 대책위원회는 의료자원의 효과적 배분과 활용을 골자로 하는 DTHS를 코로나19 위기에 대비한 병원의 종합적 활동 계획으로 채택하였다. 병원은 2015년 중동호흡기증후군 환자를 입원 치료한 경험을 통해 감염 확산의 공포심이 가져오는 병원 안팎의 부작용을 잘 알고 있었다[11]. 또한 예상을 뛰어 넘는 의료자원의 투입과 의료진의 탈진과 심리적 붕괴도 같이 경험하였다. 따라서 병원은 정부가 코로나19 진료에 대한 가이드라인을 제시하기 전에 코로나19 환자 진료 때문에 발생할 수 있는 다양한 문제와 부작용을 최소화 하고 코로나19 환자를 적절하게 치료하기 위한 대책으로 DTHS를 선제적으로 마련할 수 있었다.

## DTHS의 핵심요소

DTHS의 목표는 병원의 가용한 자원을 코로나19와 비코로나19 영역으로 나누고 2대 8로 배분함으로써 코로나19 환자와 비코로나19 환자 모두에게 필수의료서비스를 안정적으로 제공하는 것이다. 이를 위한 DTHS의 핵심요소 다섯 가지를 소개하기로 한다.

### 1. 병원공간의 구획화

코로나19 환자와 비코로나19 환자 영역을 공간적으로 구분하는 것은 병원 내 감염 확산을 막는 첫 번째 조치사항이다[12]. DTHS의 2대 8 원칙에 따라 550병상의 20%에 해당

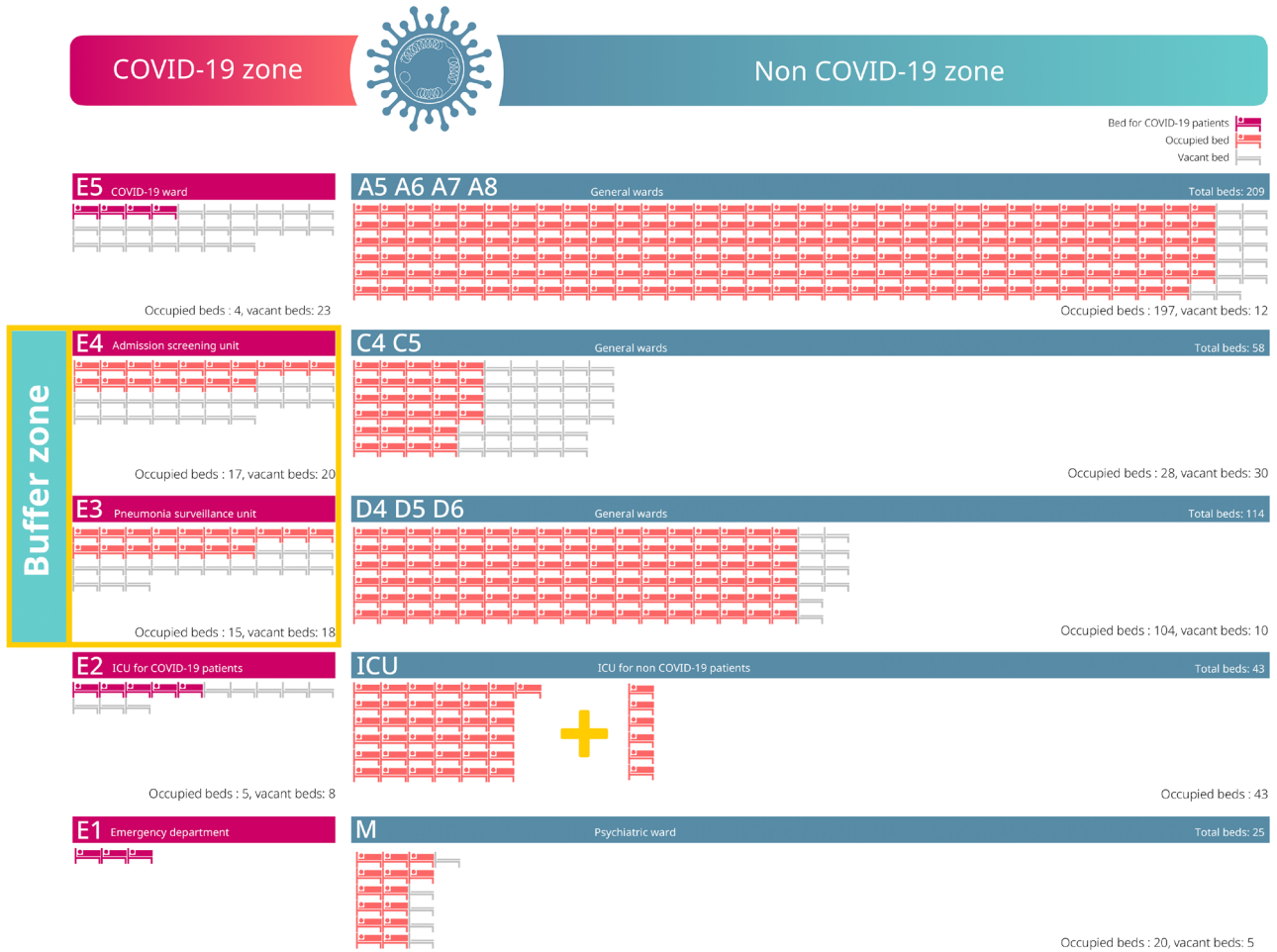
되는 110병상에 해당되는 공간이 코로나19 환자 진료를 위해 배당되었다(Figure 2). DTHS에서는 코로나19 진료 구역이 별도의 독립된 건물 안에서만 운영되도록 하였다. 하지만 DTHS 아래에서도 코로나19 환자에 대한 주요 검사, 시술, 수술을 위해서는 비코로나19 영역 안에 포함된 공간을 이용할 수밖에 없었다. 이런 경우 음압카트를 이용하여 이동하고 가능하면 음압수술실 및 음압시술실을 사용함으로써 비코로나19 영역으로의 감염확산 위험을 최소화하였다[13]. 상기의 독립된 건물은 평상시에는 감염병 전용 진료공간이 아니며 국가지정 격리병상과 권역응급의료센터의 응급병상, 응급중환자실 및 일반병실이 건물 안에 함께 운영되고 있었다.

### 2. 버퍼존의 활용

버퍼존은 독립된 건물을 이용한 공간의 구획화와 함께 DTHS의 특별한 공간 배분 방식이다. 버퍼존은 코로나19 진단을 위한 역전사 중합효소연쇄반응(reverse transcriptase polymerase chain reaction, RT-PCR) 검사 결과가 아직 확인되지 않았으나 적극적 입원 치료나 모니터링이 필요하다고 판단된 환자들을 위한 공간이다. DTHS에서는 코로나19 환자 구역 건물에 포함된 두 개의 병동 70병상이 버퍼존으로 활용되었다. 버퍼존에 대한 환자 수용이 증가하여 원내 감염확산의 위험이 증가할 경우에는 비코로나19 영역에서 추가로 51병상의 운영을 줄임으로써 버퍼존의 목적이 달성될 수 있도록 자원을 재분배하기도 하였다(Figure 2).

버퍼존은 호흡기 발열증상이 있어 폐렴이 의심되는 환자를 위한 구역(pulmonary surveillance unit, PSU)과 호흡기 발열증상은 없지만 입원치료가 요구되는 환자를 위한 구역(admission surveillance unit, ASU)으로 나누어 운영되었고 교차감염 가능성을 최소화하기 위해 1인 1병실 사용을 원칙으로 하였다.

버퍼존은 병원 내 감염확산을 방지하면서 동시에 코로나19 감염 여부를 알 수 없는 급성기 환자를 진료해야 하는 임상 의사들에게 진료 안정성을 제공하는 공간이었다. 코로나19 위기 시작부터 2020년 10월말까지 전체 입원 환자 수 11,737명의 9.0%인 1,056명의 환자가 PSU를 37.5%인 4,401명의 환자가 ASU를 통해서 입원하였다. 조사기간 동



**Figure 2.** Reconfiguration of the original infrastructure of the hospital. The entire Building E which housed the nationally designated negative pressure isolation unit was transformed into the COVID-19 zone. Among its 113 bed capacity, 44 were allocated for COVID-19 patients and 70 for buffer zones. 57 beds were reduced in the non-COVID-19 zone (30 beds in C4 ward and 27 beds in 3 other wards). Illustrated by the author.

안 버퍼존에서 코로나 19 감염이 확인되지 않았다.

### 3. 인력 배분과 관리

인력의 배분도 공간구획과 마찬가지로 DTHS의 분배원칙 2대 8을 따랐다. 공간의 구획화와 버퍼존 운영을 위해 비워 둔 병상에서 근무해야 할 인력이 코로나19 환자 진료에 참여 하게 되면 대략 그 비율이 맞게 된다.

DTHS에서 인력운영의 기본은 마련된 원칙과 행동지침에 대한 이론교육과 이어지는 모의훈련을 통해 팀 단위의 숙달 된 자원을 확보하는 것이다[14]. 병원은 코로나19 위기 발생 이전에 이미 신종감염병을 대비한 정기적인 이론교육과 모 의훈련을 통해 일정 수준의 교육 목표에 도달한 의료진과 행정인력을 확보하고 있는 상태였다.

코로나19 환자 진료에 참여하는 의료진에게는 강화된 사

회적 거리두기를 실천하도록 독려되었다. 따라서 코로나19 환자 진료에 전담 투입되는 기간 종료 후 2주간의 능동감시 기간에 적절한 휴식을 제공하고 비코로나19 환자 진료로의 순환근무를 보장하여 심리적 탈진을 방지하고자 하였다.

코로나19 환자 진료에 참여하는 의료진의 탈진과 우울은 예견할 수 있는 문제이다. 이런 심리적 붕괴는 병원 직원 전 반과 코로나19 및 비코로나19 환자들 그리고 보호자들의 문제이기도 하다[15]. 병원은 심리지원 기능을 통합하는 별도의 다학제 기구를 발족하여 모든 대상자에 대한 심리지원 프로그램이 수행될 수 있도록 하였다. 일명 코로나블루심리치유지원단은 정신건강의학과, 환자공감센터, 예술치유센터, 재활의학과, 스포츠의학센터, 케어디자인센터, IT융합연구소, 홍보팀의 일원으로 구성되었으며 앞서 언급한 것처럼 심리지원의 대상을 병원 직원에 국한하지 않고 환자와 보호자



까지 확대하여 활동하였다[16].

#### 4. 코로나19 RT-PCR 전수검사와 24시간 지원

병원은 코로나19 환자 진료 시작부터 모든 입원환자와 상주보호자 그리고 침습적 검사와 처치가 필요한 외래환자를 대상으로 코로나19 RT-PCR 검사를 시행하도록 하였다. 신규 코로나19 환자 발생이 비교적 적었던 코로나19 위기 초기에는 병원에서 시행하는 전수적 코로나19 RT-PCR 검사의 실효성에 대한 의문을 제기하는 시각도 있었지만 DTHS에서는 RT-PCR 전수 검사가 병원의 안전을 담보할 수 있는 필수조치로 규정하였다[17].

코로나19 위기 초기부터 원내에서 코로나19 RT-PCR 검사가 가능하도록 하였으며 검체를 주말과 휴일에도 주간 3시간 간격 야간에 6시간 간격으로 수집하여 하루 24시간 총 6회의 검사가 시행되게 함으로써 보다 빠르게 검사결과를 확인할 수 있도록 하였다.

#### 5. 실시간 정보의 공유와 소통

병원 차원에서 직원들에게 코로나19와 관련된 병원 안팎의 정보를 시기 적절하고 투명하게 제공하는 것은 병원에 대한 신뢰를 유지하기 위해 매우 중요하다[18]. 병원은 직원들 사이에서 가짜 뉴스가 확산되고 병원 소식을 외부 경로를 통해 듣게 되는 상황이 발생하지 않도록 조치해야 한다.

DTHS에서는 소셜네트워크서비스(social network service)의 단체대화방을 소통의 수단으로 적극 활용하였다[19]. 직능에 따라 모두 15개의 단체대화방이 병원에서 운용되었다. 그 중 환자 진료와 관련된 대화방은 병원 전체 전문의와 간호부를 포함한 행정부서별 책임자 그리고 병원의 최고 의사결정기구의 임원들이 포함된 181명의 직원이 참여하고 있었다. 이 단체대화방의 주요 기능은 선별진료소, 안심외래, PSU, ASU, 코로나19 환자 구역 진료에 참여하는 의료진으로부터 제기되는 임상적 조언 요청, 진료 절차 문의, 의견 개제, 문제 제기, 행정적 조치 요청, 개선사항 건의와 같은 요구들이 단체대화방 안의 다른 구성원이 자신의 경험과 전문성을 바탕으로 실시간으로 대응함으로써 신속하게 해결될 수 있도록 하는 것이었다. 단체대화방들은 직능별 정

보교류와 소통의 수단이기도 했지만 코로나19 영역과 비코로나19 영역으로 나누어진 공간, 인력 등의 의료자원 활용이 하나의 통합된 관리체계 아래에서 서로 연결될 수 있도록 하는 매개체 역할을 했다는 점에서도 의미가 있다.

### DTHS 효과 확인

DTHS가 병원에서 효과적으로 작동되고 있는지 알아보기 위해 병원에 첫 번째 코로나19 환자가 입원한 날을 기준으로 40주 동안 주 단위로 제공된 필수의료서비스의 양적 질적 변동을 코로나19 환자 입원 전 40주와 비교하는 연구를 수행하였다. 조사된 필수의료서비스는 심근경색, 뇌졸중, 중증의상, 급성충수염에 대한 응급의료서비스와 항암화학치료, 항암방사선치료, 혈액투석 등이었다. 이 연구는 코로나19 환자 진료 개시 후 비코로나19 환자의 병원 유입은 현격하게 감소하였지만 병원이 제공한 필수의료서비스의 양과 질에는 변화가 없었다는 결과를 보여주었다[20].

코로나블루십리치유지원단은 2020년 7월에 병원 이용객 1,000명을 대상으로 설문조사를 시행하였다. ‘코로나19 사태로 모든 병원 방문을 피하게 되었나?’라는 질문에 33.8%가 그렇다고 답했다. 그러나 코로나19 확진 환자를 치료하는 병원에 대한 방문 의향에 대한 질문에는 25%만이 ‘꺼렷했다’고 답했으며, ‘이전보다 더욱 신뢰하게 됐다’는 답변도 15.9%를 차지했다. ‘코로나19 사태 이후 병원에 대한 인식 변화’ 질문에는 49.4%가 ‘긍정적으로 변했다’고 답했으며, ‘부정적’이라고 답한 응답자는 5.3%이었다(Figure 3) [21].

### 결론

지금까지 코로나19 위기상황 속에서 병원이 필수기능을 유지하기 위한 대책인 DTHS의 핵심요소들과 효과 검증 활동에 대해서 소개하였다. DTHS의 원칙은 기존의 문헌들에서 제안하고 있는 것들과 크게 다르지는 않다. 다만 동시에 두 마리 토끼를 잡기 위해서는 두 마리 사냥개를 동시에 사

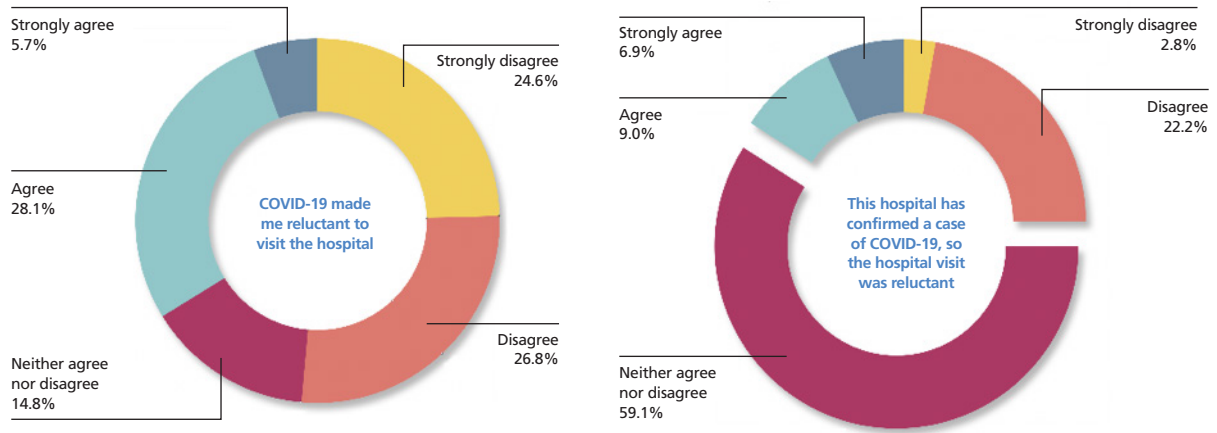


Figure 3. COVID-19 patient care hospital awareness survey, conducted in July of 2020. Illustrated by the author.

용해야 한다는 주장이 DTHS의 차이점이다. 저자는 DTHS의 채택과 적용이 의료진을 포함한 전 직원 그리고 환자와 보호자, 지역사회 주민에게 병원이 코로나19 환자를 진료하고 있지만 오히려 더 안전하고 믿을 수 있는 병원이라는 신뢰를 심어주는데 지대한 공헌을 하였다고 확신한다.

병원이 DTHS를 도입하면 당면할 수 있는 대표적 문제는 재정적 어려움과 의료인력의 소진과 고갈이다. DTHS의 지속 가능성을 위해서는 병원 및 국가 수준에서의 대책방안이 요구된다. 병원은 향후 국가로부터 적합한 보상을 받을 수 있도록 재정적 손실에 대한 객관적 증빙 자료들을 세심하게 준비해야 하고 의료진의 노고에 대한 적절한 보상체계와 심리 지원체계를 갖추어야 한다. 국가는 책무에 충실한 병원이 배반당하는 일이 없도록 합리적인 재난수가를 적용하여 넉넉한 보상이 담보되도록 해야 하고 지방정부와의 긴밀한 소통을 통해 환자의 배분과 전담병원의 확보 체계를 조밀하게 조정함으로써 DTHS를 적용하고 있는 병원에 감당 가능한 수준의 환자 유입이 유지되도록 해야 한다.

저자는 코로나19 위기상황을 5막짜리 오페라에 비교해 보고는 한다. 지금은 불안했던 2020년 11월까지의 3막을 지나 12월 이후 클라이맥스를 이루는 4막의 어느 대목에서 잠시 숨을 돌리고 있다. 앞으로 이어질 5막의 끝이 어디로 갈지 누구도 함부로 예측하기 어렵다. 하지만 코로나19 위기가 종료된 이후에도 얼마든지 또 다른 새로운 감염병이 전 세계를 위협에 빠뜨릴 수 있다는 사실을 확인하게 되었다. 지역사회

모든 환자들에게 필수의료서비스를 제공해야 하는 책무를 가지고 있는 병원은 뉴노멀(new normal)의 시대에서도 신종감염병으로부터 병원을 안전하게 지키고 병원의 핵심기능이 유지될 수 있도록 저마다의 합당한 방안을 수립하고 발전시키는 노력을 지속해야 하겠다.

**찾아보기말:** 코로나19; 의료체계; 병원감염; 자원분배; 응급의료서비스

**ORCID**

Wang Jun Lee, <https://orcid.org/0000-0003-3913-2150>

**Conflict of Interest**

No potential conflict of interest relevant to this article was reported.

**References**

- Ishikawa Y, Hifumi T, Otani N, Miyamichi R, Urashima M, Takeda S, Ishimatsu S. Relationship between the number of patients visiting emergency department and Tokyo health system's capacity during early stages of the first wave of COVID-19. SN Compr Clin Med 2020 Oct 12 [Epub]. <https://doi.org/10.1007/s42399-020-00583-8>.
- Boserup B, McKenney M, Elkbuli A. The financial strain placed on America's hospitals in the wake of the COVID-19 pandemic. Am J Emerg Med. 2020 Jul 9 [Epub]. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.07.007>.

3. Verhoeven V, Tsakitzidis G, Philips H, Van Royen P. Impact of the COVID-19 pandemic on the core functions of primary care: will the cure be worse than the disease? A qualitative interview study in Flemish GPs. *BMJ Open* 2020;10:e039674.
4. Jost D, Derkenne C, Kedzierewicz R, Briche F, Frattini B, Bertho K, Prunet B, Jost D, Lemoine F, Lanoe V, Frattini B, Derkenne C, Kedzierewicz R, Briche F, Jouffroy R, Lemoine S, Lesaffre X, Delhaye L, Prieux L, Ha VHT, Trichereau J, Gauyat E, Stibbe O, Travers S, Diegelmann P, Bihannic R, Prunet B. The need to adapt the rescue chain for out-of-hospital cardiac arrest during the COVID-19 pandemic: experience from the Paris Fire Brigade Basic Life Support and Advanced Life Support teams. *Resuscitation* 2020;153:56-57.
5. Montaner J, Barragan-Prieto A, Perez-Sanchez S, Escudero-Martínez I, Moniche F, Sanchez-Miura JA, Ruiz-Bayo L, Gonzalez A. Break in the stroke chain of survival due to COVID-19. *Stroke* 2020;51:2307-2314.
6. Kluge HH. Statement: We cannot allow the impact of COVID-19 to be amplified by neglecting other vital health protection measures [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020 [cited 2021 Jan 20]. Available from: <https://www.euro.who.int/en/about-us/regional-director/statements-and-speeches/2020/statement-we-cannot-allow-the-impact-of-covid-19-to-be-amplified-by-neglecting-other-vital-health-protection-measures>.
7. World Health Organization. COVID-19: operational guidance for maintaining essential health services during an outbreak: interim guidance, 25 March 2020 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2021 Jan 20]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331561>.
8. Central Disaster Management Headquarters. Coronavirus disease-19, Republic of Korea [Internet]. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2020 [cited 2021 Jan 20]. Available from: <http://ncov.mohw.go.kr/en/>.
9. Barach P, Fisher SD, Adams MJ, Burstein GR, Brophy PD, Kuo DZ, Lipshultz SE. Disruption of healthcare: will the COVID pandemic worsen non-COVID outcomes and disease outbreaks? *Prog Pediatr Cardiol* 2020;59:101254.
10. Lim J, Jeon S, Shin HY, Kim MJ, Seong YM, Lee WJ, Choe KW, Kang YM, Lee B, Park SJ. Case of the index patient who caused tertiary transmission of COVID-19 infection in Korea: the application of lopinavir/ritonavir for the treatment of COVID-19 infected pneumonia monitored by quantitative RT-PCR. *J Korean Med Sci* 2020;35:e79.
11. Lee WJ. Myong Ji Hospital MERS preparedness and response project (the emergence of emerging infectious disease response system). *World Hosp Health Serv* 2017;53:11-15.
12. Shim HT. Myongji Hospital adds 5th-stage response to COVID-19. *Korea Biomedical Review*. 2020 Mar 5 [cited 2021 Jan 20]. Available from: <https://www.koreabiomed.com/news/articleView.html?idxno=7620>.
13. Oh D, Kang YM, Choi JY, Lee WJ. What surgeons should know about emergency operation for COVID-19 confirmed patients: a case report. *Int J Surg Case Rep* 2020;77:503-506.
14. Dieckmann P, Torgeirsen K, Qvindelund SA, Thomas L, Bushell V, Langli Ersdal H. The use of simulation to prepare and improve responses to infectious disease outbreaks like COVID-19: practical tips and resources from Norway, Denmark, and the UK. *Adv Simul (Lond)* 2020;5:3.
15. Kontoangelos K, Economou M, Papageorgiou C. Mental health effects of COVID-19 pandemic: a review of clinical and psychological traits. *Psychiatry Investig* 2020;17:491-505.
16. Shim HT. Myongji Hospital staffs release music video to heal Covid-19 blues. *Korea Biomedical Review*. 2020 May 11 [cited 2021 Jan 20]. Available from: <https://www.koreabiomed.com/news/articleView.html?idxno=8212>.
17. Sastry SR, Pryor R, Raybould JE, Reznicek J, Cooper K, Patrick A, Knowlson S, Bailey P, Godbout E, Doll M, Stevens MP, Bearman G. Universal screening for the SARS-CoV-2 virus on hospital admission in an area with low COVID-19 prevalence. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2020;41:1231-1233.
18. Spalluto LB, Planz VB, Stokes LS, Pierce R, Aronoff DM, McPheeters ML, Omary RA. Transparency and trust during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. *J Am Coll Radiol* 2020;17:909-912.
19. Lima DL, Lopes MA, Brito AM. Social media: friend or foe in the COVID-19 pandemic? *Clinics (Sao Paulo)* 2020;75:e1953.
20. Lee KD, Lee SB, Lim JK, Kang YM, Kim IB, Moon HJ, Lee WJ. Providing essential clinical care for non-COVID-19 patients in a Seoul metropolitan acute care hospital amidst ongoing treatment of COVID-19 patients. *J Hosp Infect* 2020;106:673-677.
21. Cho YD. Corona 19 also raises positive awareness of Myongji Hospital, the base hospital for infectious diseases. *Goyang Internet Newspaper*. 2020 Aug 19 [cited 2021 Jan 20]. Available from: [http://www.gynews.co.kr/front/news/view.do?articleId=ARTICLE\\_00019624](http://www.gynews.co.kr/front/news/view.do?articleId=ARTICLE_00019624).

### Peer Reviewers' Commentary

병원에 코로나19 환자가 입원하게 되면, 비코로나19 환자들의 병원 방문이 감소하게 된다. 지역사회 필수요리를 담당하는 급성기 병원은 이런 문제를 해결하고 코로나19 환자와 비코로나19 환자 모두에게 적정 수준의 필수 의료서비스를 제공하기 위한 대책이 필요하게 된다. 이 논문은 코로나19 유행 시기에 한 급성기 병원이 코로나19 환자와 비 코로나19 환자 모두에게 적정 수준의 필수 의료서비스를 제공하기 위해서 선택한 전략인 일명 '듀얼트랙 헬스케어시스템(dual-track healthcare system, DTHS)'을 소개하고 있다. DTHS의 5가지 핵심 요소(병원 공간의 구획화, 버퍼존의 활용, 인력 배분과 관리, 코로나19 RT-PCR 전수 검사와 24시간 지원, 정보의 실시간 공유와 소통)를 소개하여, 앞으로 다른 병원들이 감염성질환 유행 시기의 환자 진료 전략을 수립하는데 이 논문에서 제시하고 있는 경험이 좋은 참고가 될 것으로 판단된다.

[정리: 편집위원회]