

■———— 회 순 ————■

- 사 회

- 조 중 근 (건강복지공동회의 공동대표)

- 인사말씀

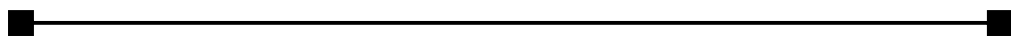
- 김 광 명 (한양대 명예교수/바른사회시민회의 고문)

- 패 널

- 김 원 식 (건국대 경제학과 교수)
- 박 종 훈 (고려대 의과대학 교수)
- 임 금 자 (前 의사협회 의료정책연구소 연구위원)
- 정 규 식 (경북대 수의과대학 교수)
- 한 정 석 (미래한국 편집위원)

- 질의·응답

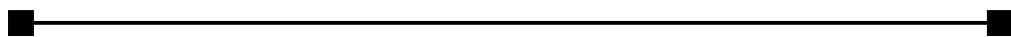
- 폐 회



■———— 목 차 ————■

■ 좌 답

1. 정부의 메르스 대책 평가와 향후 과제(1): 더 큰 뎀이 올 수도 있다
: 김 원 식 (건국대 경제학과 교수)
2. 정부의 메르스 대책 평가와 향후 과제(2)
: 박 종 훈 (고려대 의과대학 교수)
3. 정부의 메르스 대책 평가와 향후 과제(3)
: 임 금 자 (前 의사협회 의료정책연구소 연구위원)
4. 정부의 메르스 대책 평가와 향후 과제(4)
: 정 규 식 (경북대 수의과대학 교수)
5. 전염병에 대한 위기관리 커뮤니케이션의 필요성
: 한 정 석 (미래한국 편집위원)



[좌담회] 정부의 메르스 대책 평가와 향후 과제

좌담

정부의 메르스 대책평가와 향후 과제(1): 더 큰 놀이 올 수도 있다

김 원 식
건국대 경제학과 교수

I. 개요 : 메르스 사태의 의의

○ 메르스 사태 후 다양한 재난에 대한 위기관리 시스템에 관련된 관심이 높아짐. 메르스 사태를 계기로 우선 질병관리에 대한 제도적, 경제적, 그리고 사회적 의미를 심도 있게 점검하는 것이 필요함.

○ 메르스 사태는 병원 내 접촉감염 중심의 사태였음에도 불구하고 강력한 전염력으로 인하여 경제를 마비시키고 국민들의 행태를 변화시킬 정도의 국가위기였음.

○ 메르스 사태를 통한 감염 의료시스템의 문제가 적나라하게 드러남.

- 기존의 의료시스템에서 문제되었던 의료전달체계, 병실관리, 의료 인력의 배치, 공공의료의 역할 등임. 그러나 메르스 사태와 현재의 의료시스템과 동일시하는 것은 바람직하지 않음. 예를 들면, 입원실 베드 밀집, 포괄간호제, 일반적 수가제도 등은 메르스 사태가 없었어도 개선되었어야 하는 문제임.

- 능동적 의료시스템의 개혁이 있었다면 메르스 사태는 사회경제적으로 크게 비화되지 않았을 것임.

○ 메르스 사태를 해결하는데 따른 직접적 비용과 사회경제적 간접비용에 대한 추계가 필요하고 이에 대응하는 적절한 진료체계의 확립과 보완적 투자를 행해야 함.

- 과잉투자의 가능성이 커지면서도 사실은 실행측면에서 이미 메르스를 잊고 있다는 견해임.

II. 메르스 사태로 인식된 문제들

○ 공공의료시설의 확충 및 역할 정립 확립 필요성이 제기됨.

- 우리나라의 의료기관은 거의 민간이 운영하고 있음. 공공의 경우도 사실상 영리적 성격으로 운영되고 있음.
- 공공의료기관에 일정 부분의 역할을 부여하는데 자신들의 이해관계로 적극적으로 메르스 사태에 개입하지 못함.
- 의료기관의 지배구조를 재정립해야 함. 민간은 민간답게, 공공은 공공답게 운영되도록 해야 함.

- 메르스 사태에 대한 보상에 있어서 공공의료기관에 대하여도 민간의료기관에 준하는 보상을 할 것인가에 대한 논의가 있어야 함. 공공의료기관에 대하여 수익성 제고 책임을 부여하는 것은 바람직하지 않음. 메르스 등 공공의료에 관련된 문제들에 대한 연구나 진료체계를 유인할 수 있어야 함.

○ 권역별 진료체계의 구축에 대한 문제

- 권역별 진료체계의 확립 문제는 사실상 의료보험 통합으로 심화됨. 환자들에 대한 진료권이 확립되지 않은 상태에서 지역의료체계를 논하는 것은 의미가 없음.
- 지역의료체계가 형성될 수 있는 건강보험시스템을 구축하는 것이 필요함. 현재는 사실상 의료기관간 무한 경쟁체제를 형성하게 하여 누구든 어느 지역의 의료기관이든 진료를 받을 수 있음. 이는 수도권에 대형의료기관의 집중을 유발함.
- 통합 진료체계는 효율적 진료체계의 확립이 안 되게 하는 주요 요인임. 이는 사실상 국민의료비의 인상 및 의료관련 부대비용(시간비용, 소득손실 등)을 상승하게 하는 주요 요인임.

○ 병의원간 진료체계의 구축에 대한 문제

- 중증질환에 대하여 대형병원의 진료가 마무리되면 환자 회송이 있도록 구축되어야 대형병원의 과부하가 걸리지 않고 효과적인 의료자원의 활용이 가능해짐.
- 현재는 메르스 같은 사태가 발생되면 대형병원의 거의 마비되면서 타 질병의 환자 진료도 영향을 받게 됨.

- 메르스 사태에 따라 수술지연이나 대형병원의 진료가 지연되어 발생된 환자들의 사회 경제적 비용도 고려해야 함.
- 감염관련 진료체계에 있어서 공공의료로서 보건소와 공공의료기관간의 역할을 체계화할 필요가 있음.

○ 응급의료체계의 구축에 대한 문제

- 지금까지 응급의료는 일반의료에 비하여 사실상 많은 비용이 소요됨에도 불구하고 충분한 보상을 받지 못함.
- 메르스 사태는 응급의료체계의 개선에 대한 필요성을 높임. 그러나 사실상 메르스와 같은 감염질환 뿐 아니라 CBRNE(chemical, biological, radiological, nuclear, and high-yield explosive), 그리고 자연재해 등으로 인한 환자진료나 더 시급하고 심각한 사태가 발생할 경우에 다양하게 대비해야 함.
- 9/11이나 대형 홍수범람 등과 같이 당장 다수의 사망자가 발생하고 수술을 실시해야 하는 등 재난에 대비해야 한다는 점에서 응급의료체계의 강화는 매우 심각함.

○ 국가방역체계의 구축에 대한 문제

- 국가방역체계의 구축에 예산이 많이 소요되는 개선안이 포함되고 있음. 게다가 이를 유지하는데 상당한 비용이 소요될 것임. 따라서 우선 메르스 사태에 따른 사회경제적 비용을 추계하는 것이 필요함.
- 국가방역체계에 투입해야할 의료자원을 동원할 수 있는 비상체계를 구축해야 함.
- 감염 뿐 아니라 다양한 재난 등에 대한 응급체계에도 활용할 수 있도록 병의원 체계를 구축해야 함. 또한, 자발적 민간 동원 시스템을 구축할 필요가 있음.

III. 결어

○ 메르스 사태에 대한 백서 등의 작업은 매우 필요함.

- 우리 사회가 겪어보지 못한 국가적 사태에 대하여 부족하나마 상당히 체계적으로 대응했다고 봄.

- 따라서 메르스 사태에서 발생한 병원내외부의 현상들, 국민들의 생각, 국민들의 의료행태, 의료인들의 행태 등을 종합적으로 분석할 필요가 있음.

○ 국가적 비용이 들어갈 수밖에 없는 사태가 발생할 경우 이에 대한 손실보상에 대한 원리가 확립되어야 함.

- 메르스 사태 이전에 발생한 세월호의 경우도 정부가 지나치게 완전무결한 해결을 추구함에 따라 국가적으로 많은 부담을 떠안게 됨.

- 이는 민간들도 국가적 사태에 사전적으로 대비하고 피해를 최소화하게 하는 유인이 됨.

정부의 메르스 대책 평가와 향후 과제(2)

박 종 훈
고려대 의과대학 교수

대한민국은 중동 국가가 아님에도 불구하고 이례적으로 메르스 바이러스의 확산이라는 대 재앙을 경험했다. 왜 의료 선진국이라 자부하는 대한민국에서 이러한 사태가 발생한지에 대해 전문가들마다 다양한 견해를 보이고 있는데 이제 메르스 종식을 맞아 과연 제2, 제 3의 메르스 사태 또는 유사한 사태가 발생하지 않기 위해 원인과 대응책을 고민해 볼 필요가 있다.

우선 이번 사태의 원인으로 가장 많이 지적받는 것이 있으니 그것은 바로 정부의 방역대책의 부실을 들 수 있다. 과연 정부의 방역대책의 부실에 의해 오늘날의 메르스 사태가 발생한 것일까? 일정 부분 맞는 지적이기는 하지만 그것만의 문제 또는 그것이 가장 중요한 원인이라는 지적에는 동의하기 어렵다. 즉 방역대책의 사령탑이라 할 수 있는 질병관리본부의 위상이 너무 낮은 수준에 머물러있으며 그로 인해 방역지휘 체계가 제대로 작동되지 않았다는 주장인데 분명 그러한 부분이 있었음은 인정하지만 그렇다고 해서 질병관리 본부의 위상을 격상시킨다고 해서 해결될 문제라고 보지는 않는다.

필자의 일관된 주장은 메르스 사태는 정부의 부실한 대책, 방역당국의 부실한 지휘체계와 같은 구조적인 문제에서 기인한 것이 아니라 대한민국 의료가 안고 있는 고질적인 문제들이 고스란히 반영된 종합 결과물이라는 것이다.

다시 말해서 우리의 의료가 안고 있는 진료 전달체계의 왜곡, 병실 운영시스템의 비전문성, 질병 예방에 우선권을 두지 않고 치료에 중심을 둔 수가체계 등등 한 두 가지의 문제가 아니라는 것이다. 하루에 십여 군데의 병의원을 이용해도 아무런 문제가 없고 전국 어디에서건 중대한 상황이 아님에도 불구하고 국내 최고의 의료기관을 섭

게 방문할 수 있다는 것은 얼핏 생각하면 매우 이상적인 의료 이용의 모습처럼 보이지만 사실은 그 어떤 국가에서도 볼 수 없는 기이한 현상이라는 것을 아무도 인지하지 못하고 있다. 덕분에 삼성서울병원은 전국으로 메르스 바이러스를 확산시키는 인큐베이터 역할을 하게 되었던 것이다. 전국에서 몰려들었다가 전국으로 흩어졌으니 그렇게 된 것이다.

또 한 우리의 수가체계에서는 감염성 질환이 확진이 되기 전에는 예방적으로 시행해야만 하는 격리 치료는 보험급여에서 제외되기 때문에 결국 감염병 환자가 다른 환자에게 전염을 시킨 한참 후에 확진이 되고 그 때 까지는 격리조치가 안 되는 체제이니 원천적으로 감염병의 확산을 차단할 수가 없다. 게다가 격리에 필요한 음압병상과 같은 시설을 설치하는 것은 전혀 수가에 반영되지 않기 때문에 구태여 고가의 시설투자를 통해 이런 시설을 설치할 리가 없다. 국내 최대의 병원, 국제적인 병원이라 자부하는 삼성서울병원에 음압병상이 없었다는 것은 가히 충격적인 일이었다. 삼성서울병원보다 훨씬 더 열악한 고대병원이 국제기준을 준수하기 위해 음압병상을 갖고 있었던 것을 보면 과연 국내의료기관 인증의 의미가 퇴색할 수밖에 없을 것이다.

앞서 열거한 수많은 문제점들보다 훨씬 중대한 결정적인 문제는 바로 우리의 다인실 문화와 비 의료인의 가족 간병의 문화라 할 것이다. 전 세계 어디에서도 볼 수 없는 6인실이라는 다인실을 기본 병실 운영으로 하고 있으며 환자 수만큼 간병인이 병실에 상주하는 이런 구조 속에서 감염병이 확산되는 것은 불을 보듯 뻔한 일이다. 그리고 이런 우려는 메르스 사태에서도 여지없이 나타났었다. 도무지 병원 관리 그 어디에서도 감염관리의 측면에서 바라보는 것이 없는 것이다. 또 한 환자의 문병은 아무런 제지 없이 24시간 가능하게 되어있으니 과연 이런 상황 하에서 감염성 바이러스인 메르스 바이러스가 이 정도에서 그쳤다는 것이 기적이라 할 수 있을 정도다. 문병을 위해 방문한 방문자 관리가 전혀 안되어 있으니 메르스 바이러스 감염 환자를 방문한 사람이 누구이지를 알 길이 없으니 예방적 격리 조치는 아예 꿈도 못 꿔던 것이고 이러한 문제는 실제로 전국 곳곳에서 예기치 못한 사람들에게서 나타났던 것이다.

이 외에도 방역의 첨병이라 할 수 있는 지역 보건소들이 지자체 단체장들의 치적사업의 일환으로 저렴한 진료 위주로 운영 되다보니 이번 사태와 같은 상황에서 무엇을 어찌해야 할지 모르는 우왕좌왕 하는 모습을 보여 준 것도 안타까운 현상이라 할 것이다.

결국 메르스 사태는 대한민국의 안전불감증이 또 한 번 재현된 사건으로 봐야한다.

메르스 사태가 진정 국면으로 접어들면서 다양한 목소리들이 나오는데 아쉬운 것은 근본적인 문제 해결보다는 이참에 자기 영역에서 필요했던 문제들을 해결하는 도구로 연결하는 듯 한 인상을 주는 것들이 있다.

메르스 사태를 겪은 후의 대한민국은 우리의 의료가 안고 있는 문제들을 폭넓게 근본적으로 들여다보는 계기가 되어야 한다는 것이 필자의 주장이다. 정부 조직이 어떻게 변화되는가 하는 것이 중요한 것이 아니라 근본적으로 감염병 예방에 취약한 구조적인 문제를 들여다봐야 한다는 것이다. 그러나 안타깝게도 우리의 병원은 메르스 사태 이전의 모습 그대로 돌아갔으며 무엇이 달라졌는지를 확인할 수가 없다. 결국 우려하는 방향으로 전개된 것이다.

정부의 메르스 대책 평가와 향후 과제(3)

임 금 자

前 의사협회 의료정책연구소 연구위원

지난 여름 우리나라는 감염성 질환인 메르스로 인해 대내적으로는 커다란 사회적 위기상황에 직면하였고, 대외적으로는 중동국가 이외의 국가에서 메르스 감염국 1위라는 불명예를 떠안았다(중동국가를 포함해도 사우디아라비아 다음으로 가장 많은 환자 발생함). 오바마 미 대통령도 부러워한다는 우리나라 의료시스템이 한순간에 무너지면서 그 민낯을 드러낸 것이다. 그 과정에서 정부의 초기 대응은 부실하기 짝이 없었다. 정부의 ‘비밀주의’에 입각한 정보 공개의 지연이나 메르스 대응 컨트롤타워 혼선, 메르스 사태 초기에는 정부의 ‘2m 1시간’이라는 기계적인 가이드라인 적용, 공기 감염이 전혀 없다는 오판, 정부-지자체-의료기관 간 협력체계 구축 미흡 등 국가방역 체계의 역량 부족을 그대로 드러냈다.

메르스는 전염성이 낮은 것으로 알려져 있고, 다른 나라에서는 중동 방문한 자에게서 제한적으로 발병하였다. 유독 우리나라에서만 이례적으로 단기간에 다수에게 전파되었는데, 이는 우리나라의 의료시스템 하에서는 어찌 보면 이미 예고된 것이었다고도 할 수 있다. 아직도 치료중인 환자가 5명으로 위기경보는 “주의”에 머물러 있어 메르스 사태가 완전히 종식된 것은 아니지만, 제2의 메르스 사태 발생 방지를 위한 방안에 대해서는 다각적인 방안이 마련되어야 한다.

그러나 이번에도 2009년 신종플루 사태 때와 마찬가지로 소리만 요란할 뿐, 개선되는 것 없이 지나가지 않을까 우려스럽다. 신종플루 사태 때도 감염병이 유행하고 난 뒤 정부는 관리대책 방안 마련을 위한 연구용역을 실시했고, ‘신종인플루엔자 A(H1N1) 유행 분석 평가 및 관리대책 개발’보고서를 발표했다. 보고서에서 개선되어야 할 사항으로 지적된 것은 ▲위기단계별 대응 사전 준비 부족 ▲검역인력 부족 ▲격리시설 부족 ▲역학조사 인력 확보 곤란 ▲일방적 감시기관 지정 등 민간과의 파트너십 부족 ▲시도 보건환경연구원의 진단시스템 및 연구예산 부족 등이다. 역학조사

를 위한 전문 인력이 필요하다는 지적도 있었다. 2010년의 보고서에는 메르스 사태 이후 지적된 문제점들이 대부분 포함되어 있다. 문제는 보고서 이후 5년이 지난 현재 까지도 지적되었던 문제들 대부분이 제자리걸음이라는 것이다. 소를 잃고도 외양간을 고치지 않았다. 메르스 사태는 수년 전부터 예견된 일이었을 수 있다.

우리나라는 대형화된 병원, 다수의 고가의료장비 보유, 우수한 의료진, 전 국민 건강보험제도 등을 자랑한다지만, 의료운영체계는 후진적이다. 질병을 치료해야 할 병원 에서 오히려 전염성 질환이 전파되었다. 병원 내 감염과 병원과 병원 간 감염 전파로 인해 메르스는 빠르게 확대된 것이다. 정부의 초기대응은 신속하지 못하였고 안일하였다. 사태가 심각해지자 WHO-한국 메르스 합동평가단이 그 원인을 조사하기 위해 우리나라를 방문하였고, 이들은 병실에 다수의 환자가 지내는 실태, 봄비는 응급실, 간병과 문병문화, 환자가 다수의 의료기관을 방문하는 의료쇼핑 이용 관행 등을 지적하였다.

국민은 건강보험 제도를 통해 비교적 저렴하게 의료를 이용할 수 있지만, 병원은 비용적인 측면에서 병실의 50%이상이 4인 이상의 다인실로 유지되고 병실 공간도 좁다. 환자 간병은 보호자에게 의존하고 있다. 좁은 공간에 언제나 환자와 간병인이 같이 있게 되는 병실구조에서 어떠한 사태가 발생할 수 있는지 이번 메르스 사태를 통해 극명하게 드러났다.

우리나라는 환자가 전국 어느 병원이든지 스스로 선택하여 방문할 수 있다 의료전달체계가 유명무실화된 결과이다. 중증환자를 위한 역할을 하여야 하는 상급종합병원은 1차 진료를 받은 후 진료의뢰서가 있어야 한다지만 경증환자의 상급종합병원 방문은 어렵지 않아 환자들은 상대적으로 시설이 좋은 대형병원으로 몰린다. 또한 응급실로 가면 응급환자가 아니라도 진료의뢰서 없이 진료를 받거나 입원이 가능하다. 그래서 응급실도 언제나 환자와 그 가족들로 붐비게 된다.

한국의 문화적 특성을 치부하기에는 너무나 큰 문제를 내포하고 있는 병문안제도도 문제이다. 병문안에 대한 제한이 없다. 누구든지, 언제든지 병문안이 가능하고 실제 방문객이 많다. 면역력이 약한 어린이나 노인도 병문안하고, 심지어 좁은 병실에서 환자와 숙식을 같이하기도 한다. 병원을 혼잡하게 하는 요인 중 하나이다.

정부는 이러한 문제를 개선하기 위한 방안으로서 지난 9월 1일 “국가방역체계 개편

방안”을 확정하여 제시하였다. 제2의 메르스 사태는 방지하기 위함이다. 그러나 정부가 제시한 안을 중심으로 살펴보면,

(1) 메르스 초기 대응의 문제로 지적되었던 소통의 문제를 해결하기 위해 ‘Risk Communication 전담부서’ 신설, 평상 시 국민 소통 강화, 투명성 강화 계획을 발표하였지만, 그 구체성이 결여되어 있어 그동안 정부정책의 불신을 해소하기 위한 방안 으로서는 미흡한 측면이 있음.

(2) 감염병 전문 치료체계 구축을 위한 격리병상이나 전문치료병원 지정 등은 재정 문제와 직결. 예를 들어 일반병실로 운영하다가 필요시 격리/음압병실로 전환하는 시스템이 아니라면 음압/격리병실의 의무화는 병원의 재정부담 증가로 이어짐. 이에 재원마련 대책 요구됨.

(3) 응급의료체계개선은 반드시 필요한 사항이고, 의료전달체계와 동시에 논의하여야 한다는 정부의 인식에는 동의. 단, 응급실내 음압/격리병상 설치, 병상간격 확대 등 별도의 시설설치를 위해 소요되는 비용이 병원의 추가적인 재정부담으로 이어지지 않도록 하는 것이 중요함. 비응급환자의 응급실 이용 자제를 유도하기 위해서는 사전에 충분한 홍보 필요하고, 보험자 역할 요구됨. 정부에서 고려하고 있는 방안 중 하나인 충분한 사전 홍보 없이 비응급환자에게 응급실 진료비 전액을 부담하도록 할 경우 병원이 고스란히 그 부담을 안게 될 가능성 높고(응급실 난동, 의료비 지불 거부 등), 이는 다시 정부에 대한 의료계의 불신으로 이어짐. 또한 정부가 제시한 방안의 실현가능성, 현실성에 대한 재검토 필요함. 예를 들어 응급구조사가 병원 전 단계에서 트리아지(triage)를 하도록 하겠다는 것인데, 구급차를 타고 응급실에 가는 경우는 응급실 방문 환자의 10~20%에 불과함. 나머지 80~90%는 개별적으로 응급실을 방문함(자가용이나 대중교통 이용). 이들에게는 필요한 정보를 제공하는 방안 마련 되어야 함. 응급실 과밀화문제도 해결되어야 함. 응급실이 수용 가능한 환자만 받는 것이 메르스와 같은 사태의 재발을 방지하는 가장 시급한 방안이지만, 현실은 이미 과밀화된 병원 응급실에 추가적인 환자가 온다고 해서 이 환자를 받지 않고 다른 병원 응급실로 보내는 것도 쉽지 않은 것이 사실임. 오히려 의료법 위반으로 의료기관 개설 허가 취소로 이어질 수 있음.

(4) 간병 및 병문안 환경 개선은 병원 단독으로 개선할 수 있는 환경이 아님. 정부, 보험자, 의료계가 함께 대국민 홍보 강화할 필요 있음. 간병 및 병문안 관행이 개선

되지 않고는 병원내 감염을 방지하기 어려울 것임. 이미 몇몇 병원에서는 병문안 환경 개선을 위해 방문자 통제를 실시하고 있지만, 이에 대한 항의가 이어져 병원에서는 어려움 호소하고 있는 실정임.

(5) 의료전달체계의 확립과 함께 정보공유시스템 구축 필요함. 어느 병원을 거쳐 왔는지, 환자의 과거 질병력이나 치료 반응, 검사 결과 등에 대한 내용 등을 알 수 있어야 전염병에 대비한 기능을 수행할 수 있음.

(6) 환자의 자유로운 병원내 이동의 제한 필요함. 우리나라는 병원내 식당은 물론 각종 음식점, 프렌차이즈 등 다양 분야의 매점이 병원에 입점해 있어 음식물 등을 통한 감염도 우려됨. 특히 전파성 강한 세균이나 바이러스를 지닌 환자가 병원내에서 자유롭게 이동할 경우 어떤 일이 발생할 수 있는지를 나타내는 대표적인 사례가 메르스 사태였음.

(7) 신종 감염병 컨트롤타워로서의 질병관리본부의 전문성과 독립성 확보 필요함. 보건복지부내 행정관료의 지휘, 통제를 받아야 하는 수동적 구조로는 전문적이고 신속한 대응이 요구되는 감염병 예방과 관리에 어려움 있음. 비전문가에게 예측되고 비전문가에게 최종결정권이 있는 현 체계로는 질병관리의 전문가가 그 전문성을 발휘하기 어려움. 위기상황에서 시도지사, 경찰청장, 소방청장 등 다른 부처의 협조를 이끌어 내기 위해서는 질병관리본부의 위상도 격상되어야 함.

(8) 메르스 사태로 인해 막대한 경제적 손실을 입은 자(환자, 격리자, 의료기관, 의료기관 종사자)에 대해 국가가 책임진다는 인식을 갖고 충분한 보상 실시 요구됨. 단, 객관적인 계산의 기준은 마련할 필요 있음.

(9) 문제해결을 위한 정공법 선택 필요. 신종플루나 메르스나 모두 역학조사 등 공보의의 역할에 기댄 부분이 많음. 일시적으로 배치 받은 공보의에 기댄 감염병 예방 정책으로는 산적한 문제가 해결되지 않고 질적으로도 나아지지 않으며 정책의 계속성도 유지하기 어려움. 수련 받은 역학조사관을 적극 활용하는 정공법을 선택할 것을 제안함.

정부의 메르스 대책 평가와 향후 과제(4)

정 규 식
경북대 수의과대학 교수

1. 관련 통계 / 유럽질병통계청(ECDC)-2012-2015.10.15.

- 1) 사우디아라비아-1,255/1,616명 발생 건, 사망자 수-539/624,
- 2) 한국 185/1616, 사망자 수-36/624,
- 3) 2012년 최초 보고 중동국가 10, 이외 지역 15개국
- 4) 금년 메르스(MERS-CoV) : 잠복기 5일 최대 14일.
- 5) 체온38도 이상시 치사율 40% 에볼라(48%), 사스 9.3%에 비하여 높음
- 6) 분비물 접촉 혹은 포말 공기접촉으로 추정(진단:RT-PCR, 염기서열 분석)

2. 사태 확산 원인과 전반적인 대응 평가

- 1) 현재까지 사망자 36, 확진환자 186, 치료중 환자 5명
- 2) 발생 초기 첫 환자 확진 및 초동대처 미흡 및 늦음.
- 3) 이후 환의 '안전불감증'과 전파 속도가 높은 바이러스성 질환에 국민의 인식부족으로 전파가 급속도로 진행됨.
- 4) 발병 후 환자 발생이 정점에 이른 시점에선 정부의 환자 이동동선 확보 실패와 환자 및 해당 병원 정보 미공개로 국민들에게 올바른 정보 제공 실패

3. 전염병 발생을 총괄할 컨트롤타워 부재

- 1) 전파속도가 매우 빠른 바이러스 전염병 특성상 발병 초기에 진화하는 게 매우 중요
- 2) 특히, 질병이 전국에서 동시 다발적으로 발생해 중앙정부와 지방자치단체 간 협력이 매우 중요한데 이를 통제할 질병관리본부의 지침이 부족했음.
- 3) 전염병 발병 시, 질병관리본부가 정한 SOP에 따라 각 지자체는 일사분란

하게 대응해야 하는데 이번 사태 때는 그런 유기적인 움직임이 없었음.

- 4) 특히, 1급인 질병관리본부장 직책이 다른 부처, 지자체 관리자들보다 낮거나 비슷해, 질병관리본부장을 중심으로 한 강력한 통제가 이뤄지지 못했음.
- 5) 또한, 질병관리본부에 수사권 등의 권한이 없어, 통제가 적절하게 이뤄지지 않았음.

4. 중앙정부의 위기관리소통(Risk Communication)과 정보공개 미흡

- 1) 전염병 발병 초기, 중앙정부는 신속하게 관련 정보를 공개했어야 함.
- 2) 실제로 미국 경우, 플로리다 올랜도의 메르스 발병 병원은 해당 사실을 적극적으로 알리고 관련 후속 조치를 실시간으로 전파함으로써 국민의 불안을 해소.
- 3) 에볼라 바이러스에 노출된 미국의 경우 CNN등 미국 주요방송은 병원 및 노출 환자의 동선을 시간대별로 공개함.
- 4) 하지만, 이번 사태 경우 중앙정부는 메르스 발병 병원은 물론 환자 동선을 공개하지 않아 국민들이 혼란에 빠졌음.
- 5) 아울러 국민들은 정확한 대응 지침을 전달받지 못해 예방대책을 마련하지 못했음.
- 6) 방송과 신문, 블로그, SNS, 애플리케이션 등을 통해 실시간으로 해외유입전염병을 모니터링하고 정보를 공개하는 시스템을 구축해야 함.

5. 감염병 전문 치료체계 구축

- 1) 현재 우리나라에는 감염병을 신속하게 진단할 의료기관이 부족
- 2) 이뿐 아니라 감염병 전문치료병원은 물론 격리병상과 음압병상을 갖춘 병원도 부족
- 3) 고열 등 감염병 의심환자 발생 시 즉시 진단하고, 확진시 음압병실이나 격리병상에 환자를 격리할 수 있는 시스템 구축이 필요함.
- 4) 또한, 진단시설을 운영하고 관리할 전문 인력을 지속적으로 양성해야 함.
- 5) 응급의료체계 구축 바이러스 감염성은 온도, 통풍 및 공기 순환에 따라 높아질 수 있음. 공기가 제대로 순환하지 못하면 주변 사람이 쉽게 감염될 수 있고, 습도에 따라 바이러스의 증식 사이클이 빨리질 수 있음. 특히, 밀폐된 공간에선 유해물질이 배출되지 못하고 실내에 오랜 시간 머무르며 환자의 폐와 심장 등에 침투해, 경과가 빠르게 나빠질 수 있음. 이에 비상상황실을

운영하며 상황을 지상파방송 등을 통해 신속히 보도하는 시스템을 구축하고 있어야 함.

- 6) 보건소 등 공공의료와 공중보건기관 역할을 강화해 감염병 신속대응팀을 꾸려야 함. 감염병 발생 시 신속대응팀이 정해진 SOP에 따른 방역조치를 취재해야 함

6. 병문안 관련 대책

- 1) 의료기관 입원환자 병문안기준 권고(안) 토대로 간병구조 개선(포괄간호서비스)를 개선해야 함. 포괄적 간호사 제도를 활용해 보호자가 없어도 환자가 제대로 잘 치료 받을 수 있다는 신뢰를 환자와 보호자 모두에게 줄 수 있어야 함.
- 2) 병실에는 가능한 제한된 의료 관계자만 출입할 수 있게 하고, 나머지 불필요한 출입은 제한하도록 해야 함.
- 3) 동시에 환자도 정해진 이동 동선을 이탈하지 못하도록 조치하고, 만약 이를 어길 시에는 사법당국의 수사권을 발휘해 처벌하는 규정을 신설해야 함.

7. 감염병 피해 보상 기준 마련

- 1) 메르스와 같은 팬데믹 감염병 유행 시, 환자나 가족은 물론 의료기관이 겪게 되는 신체적, 정신적, 경제적 피해는 매우 크고 심각함.
- 2) 이에 이들에 대한 적절한 보상기준 마련이 필요함.
- 3) 앞서 감염병 피해를 겪었던 미국이나 유럽 등 해외 선진국 사례 연구할 필요 있음.

8. 해외 우수연구 및 대처 사례 확인

- 1) 미국은 국가차원에서국립보건원(NIH) 산하-국립감염병질병연구소(NIAID)-AIDS, 말라리아 등을 국가차원에서 구축
- 2) 연구개발 인프라를 구축하고 중앙감염병진단센타를 상시적으로 운영
- 3) 스마트폰을 활용해 해외 및 국내에서 야생동물의 폐사나, 여행자 발열 등 문제가 될수 있는 주요 정보를 애플리케이션으로 전송. 중앙방역센타는 이 정보를 토대로 세계 각지에서 발생하는 감염성질환 유행지역을 사전에 파악하여 선제적으로 대응.
- 4) 광우병, 사스, 에볼라, 에이즈, 메르스 등 해외전염병 발생 시 국민안전행동

요령을 정부가 주도해 홍보자료를 배포, 올바른 행동지침작성을 국민들에게 전파

- 5) 대부분의 전염성질환은 동물을 매개로 해 최종 숙주인 사람으로 전파되기에 야생동물감염병연구센터 개설 등 수의학적 연구 인프라 구축을 마련해야 함.

전염병에 대한 위기관리 커뮤니케이션의 필요성

한 정 석
미래한국 편집위원

악마를 만나더라도, 익숙한 얼굴의 악마를 만나는 것이 낫다. - 서양속담

현대 사회는 미디어가 창출하는 정보에 의해 그 환경이 구축되며, 미디어는 곧 메시지의 기능을 띠므로써, 우리 눈과 귀, 그리고 입의 연장(Extention)으로 기능함. 따라서 위기 상황에서 안정적이고 신뢰를 담은 소통은 위기의 관리와 진정에 핵심요소라 할 수 있음.

아울러 현대 사회의 언론은 제4부라 불리우는 권력을 가지고 있으며, 이는 공공정책에 강력한 영향력을 주고 있으며, 특히 정부에 대한 비판 감시의 기능을 띠는 점에서 국가기관의 보건 정책, 특히 전염병과 같은 돌발적 사태에 대한 대응에 막대한 영향을 준다는 점을 깨달아야 함.

최근 국내 메르스의 유행 사태는 보건 당국의 위기 커뮤니케이션 능력이 바닥이거나, 이에 대한 대응 시스템이 전무했음을 여실히 보여주었음. 특히 ‘메르스 사망률 40%’라는 초기 오보에 적극 대응하지 못함으로써, 낯선 전염병에 대한 극심한 국민들의 공포와 불안감이 조성됨.¹⁾

국민들은 자신에게 익숙한 유행성 질병이 아닌, 낯선 이름의 유행성 질병에 대해 더욱 방어적인 심리를 갖게 되며, 이에 대한 정보검색이 높을수록, 이성적이라기보다는 감성적 메시지에 영향을 받게 됨. (ex: ‘메르스는 미국의 탄저균 실험과 관계가 있다’ / ‘메르스는 대통령 책임이다’)²⁾

1) 메르스 유언비어 경계해야 (매일신문 2015.6.13.)

2) 위험성 전염병에 대한 한국인들의 인식 수준 및 관련 공익성 광고에 대한 태도/한국사회 제13집 2호 (2012년)

따라서 질병관리 당국에는 위기 발생 시 각 단계에 맞는 위기관리 커뮤니케이션 조직과 메뉴얼을 갖추어야 하며, 언론의 오보와 악의적 보도에 적극 대응하고 당국과 국민사이에 정보 비대칭에 따른 정보 공개와 비공개 여부를 신속히 판단하고 그 맥락을 유지할 수 있는 훈련된 커뮤니케이터를 확보해야 함. 이는 단순히 언론에 협조를 구하는 것과는 다른 문제임.

흔히 위기나 재난시에 언론의 자율적 보도 책임을 거론하지만, 언론사들간의 취재 경쟁은 재난-위기 보도의 책임을 사실상 지키기 어렵게 만듦. 따라서 1차적으로는 정보의 정확성과 사실성을 담지하고 있는 정부 당국의 발신에서 위기 대응이 이루어져야 함.

이번 메르스 사태를 계기로 정부는 ‘국가방역체계 개편 방안’을 구축하였으나, 이 방안에는 위기관리 커뮤니케이션에 대한 팀을 어느 부서에서 담당할 것인지가 명확치가 않고, 위기관리 커뮤니케이션팀의 가동도 위기경보단계에서 시행하는 것으로 되어 있어 그 효과에 의문이 제기됨.³⁾

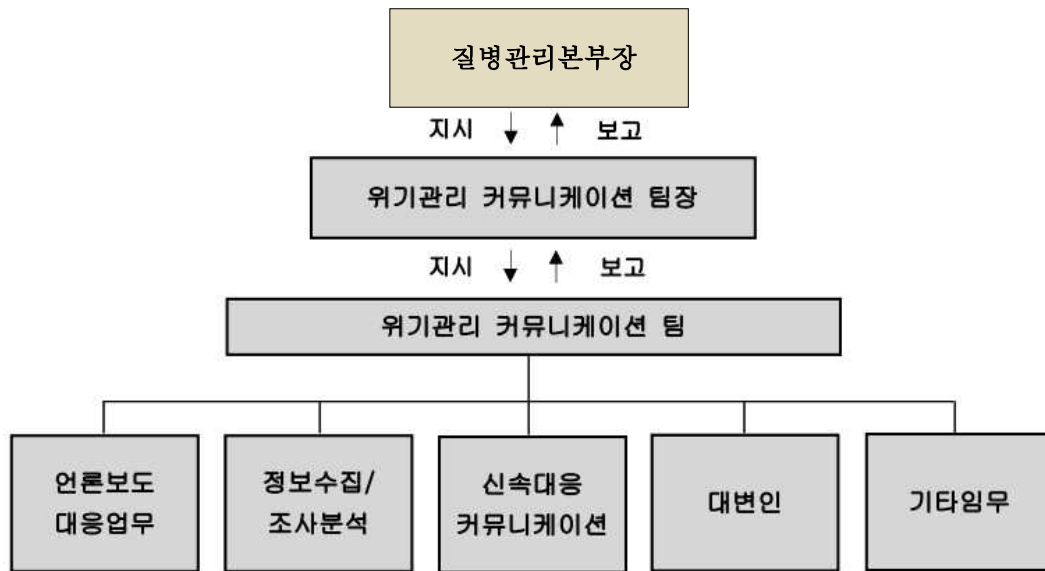
질병 위기관리 커뮤니케이션이란 단순히 질병의 정보를 알려 예방을 하거나 확산을 막는 과정과 더불어, 공중들로 하여금 심리적 위안과 행동 수칙을 함께 전달해주는 지침서의 역할을 포함하는 것임.

이는 예방(prevention), 대비(preparation), 실행(performance), 학습(learning)의 4단계와 같은 맥락으로 구현되고 있음. 이는 오늘날 생활환경이 나아지는 만큼, 위기와 안전에 대해 국민들의 관심이 높아지고 있으며, 정부내에 위기 대처 능력과 더불어 공중을 빠르게 안정시킬 수 있는 소통과 지침의 능력이 갖추어져야 함을 시사하고 있는 것임.

따라서 정부의 질병 위기관리 커뮤니케이션 팀은 질병관리본부 내 직원들이 전사적으로 그 임무를 부여받고 훈련되어야 하며, 질병의 위기 격상이전, 경계단계에서 T/F 팀으로 조직되어야 함(【그림 1】 참고).

3) 국무조정실 보건정책팀(민성호) 보건복지부 메르스 후속조치 추진 보도자료 (2015.8.31)

【그림 1】



특히 질병의 유행이 경계에서 심각단계에 이르면 중앙안전대책본부가 사령탑을 맡게 되므로, 이 때에는 재난보도 준칙에 의거해 재난보도 방송사를 지정 운영할 필요가 있음. 이에 대해서는 방송심의위원회 위원장이 재난보도방송의 책임자가 되어 KBS나 YTN과 같은 공영방송사를 선정하는 방법도 가능함.

이를 위해 공영방송가운데 재난방송사를 교차로 지정하고 방송보도 담당자에 대한 교육과 훈련, 그리고 재난방송 보도 지침의 법규화를 마련하는 입법이 필요함.⁴⁾

4) 현재 KBS를 비롯 방송기자협회에 재난보도준칙이 마련되어 있으나 준수는 미약한 현실임



서울시 중구 정동길 12-11 카리스타워 2층 (정동 28-11)

Tel : 02-741-7660~2

Fax : 02-741-7663

<http://www.cubs.or.kr>