

# 우리나라 병원감염관리 현황과 개선 방안



글·강 문 원 |  
대한병원감염관리학회 회장  
· 강남성모병원 진료부원장

국내에서 병원감염관리의 중요성이 제대로 인식되기 시작한 것은 10여년 전의 일이다. 그 이후에도 병원감염에 대하여 많은 문제점들이 제기되었지만 근본적으로 크게 변한 것은 별로 없다. 2년 전에 한 대학병원에서 집단적으로 병원감염이 발생한 것에 대하여 환자들이 병원과 국가를 대상으로 소송을 제기하였을 때만 해도 이제는 감염관리가 제대로 이루어지겠구나 하고 예상하였지만 너무 성급한 추측이 아니었나 생각된다. 대한병원감염관리학회가 창립된지도 벌써 8년이 되었다. 창립당시만 하여도 국내에 감염관리 전담간호사가 근무하는 병원이 5-6곳에 지나지 않았지만 2003년 현재 국내에는 52명의 감염관리 전담간호

사와 71명의 겸직 간호사가 각 병원에서 감염관리 업무를 담당하고 있다. 8년 전 학회가 창립될 당시에 비하면 놀라울 정도로 신장되었지만 아직도 대부분의 300병상 이상의 병원에서는 전담요원(감염관리사)이라던가 감염관리실 운영을 엄두도 못 내는 실정이다.

감염관리사의 업무 중 가장 중요한 것은 감염 감시 활동으로, 이는 각 병원에서 병원감염 발생 현황이 어느 수준인지 기초적인 자료를 얻는 활동이다. 여기서 얻어진 자료를 바탕으로 문제가 되는 부문을 찾아내어 이를 개선하고, 다시 감시 활동을 하면서 병원감염을 단계적으로 감소시키는 것이 감염관리의 궁극적인 목표이다. 이 외에

도 병원감염 유행의 인지 및 이에 대한 조사, 직원들에 대한 교육, 법정 전염병에 대한 신고 및 관리, 격리환자 관리, 병원 내에서 멸균과 소독에 대한 자문, 감염성 질환으로부터 직원들의 보호 등도 감염관리사의 주요 업무이다.

미국 병원신임위원회에서는 이러한 업무를 제대로 수행하기 위하여 250병상당 1명 이상의 감염관리사를 채용하도록 권고하고 있으며, 이러한 방식으로 감염관리에 투자하는 비용보다 감염관리를 하지 않아 발생하는 추가비용 지출이 더 많기 때문에 1976년 이후 미국 내의 거의 모든 병원에서는 이러한 권고안을 수용하고 있다. 그러나 국내에서는 이러한 기준을 충족시키는 병원은 한 곳도 없을 뿐 아니라 상당수의 병원에서는 한 사람의 전담요원도 없는 실정이다.

미국에서는 병원감염으로 인하여 매년 약 100억 달러의 추가비용이 발생하는 것으로 추정하고 있으나 국내에서는 전국적인 규모의 병원감염 발생률, 부위별 감염 빈도, 병원감염을 일으키는 원인균의 빈도, 병원감염으로 인한 추가비용과 추가재원일수 등 기초자료가 하나도 없이 거의 모든 자료를 미국에 의존하고 있는 실정이다.

대한병원감염관리학회에서는 1996년에 처음으로 국내에서의 감염관리 실태조사를 실시하였다. 전국에 30병상 이상의 병원 690곳을 대상으로 설문조사 하였으나 20%의 회신율을 보여 감염관리에 관심이 많지 않은 것을 느낄 수 있었다. 응답 병원의 83%에서 감염관리위원회가 구성되어 있다고 응답하였지만 20%에서는 회의를 한번도 개최하지 않았고, 60%에서는 년 3회 이하로 개최하였다고 응답하였다. 실제 병원협회에서 매년 실시

하고 있는 병원신임평가(과거의 표준화심사)의 조사 항목에 감염관리에 대한 부분이 있다. 그러나 대부분의 병원에서 평가를 위하여 서류상 제대로 감염관리활동을 하고 있는 것으로 표기하지만 제대로 감염관리활동을 하고 있는 병원은 소수에 지나지 않는 실정이다.

금년에 우리 학회는 보건복지부로부터 소규모의 연구비를 받아 두 번째로 국내감염관리에 대한 조사를 진행 중이지만, 원칙적으로 이러한 조사는 국가차원에서 주기적으로 이루어져야 한다. 미국의 경우 CDC에서 주관하여 10년 주기로 전국적인 조사활동을 하고 있으며, 이를 통하여 병원감염관리의 문제점을 파악하고 시정하여 다음 조사에서 이에 대한 결과를 알 수 있게 제도화되어 있다. 따라서 미국에서는 이러한 조사결과를 발표하여 전국적으로 병원감염이 얼마나 문제가 되며, 어느 감염증이 얼마나 많고, 어떤 병원균이 많은 문제를 일으키며, 여기에 내성문제까지 모든 것을 파악하고 있다. 국내에서도 국립보건원 내에 질병관리본부가 곧 만들어진다 하니 앞으로는 그곳에서 주관하여, 주기적으로 조사를 실시하는 것이 바람직하다고 생각된다. 여기서 얻어지는 자료와 관련학회의 자문을 바탕으로 우리나라 실정에 맞는 감염관리지침을 개발하여야 하며, 그러기 위하여 어느 정도 규모 이상의 병원에는 감염관리를 전담할 인력을 배치하여야 한다

우리나라의 현 의료제도 하에서는 병원감염관리가 권고사항에 머물러 이를 시행하는 병원과 시행하지 않는 병원간에 차별이 없다. 오히려 병원감염관리를 시행하는 병원에서는 추가비용을 감수해야 한다. 이와 같은 불합리성은 포괄수가제

(DRG)를 도입함으로써 어느 정도 차별화될 것으로 생각되지만 현재 의료계는 이의 실행을 앞두고 강력한 반대의견을 제시하고 있다. 이러한 DRG제도를 적용하기 위해서는 난이도를 현재보다 더 세분화하여 수가를 차등적용함으로써 대부분의 병원에서 거부감 없이 이 제도를 수용할 수 있는 여건을 마련하여야 한다. 이러한 수가조절이 당장에는 의료비가 상승될지 모르지만 장기적으로 본다면 의료비의 절감효과를 기대할 수 있을 것이다. 병원감염 현황에 대하여 집계를 내고 발표를 하는 것이 단지 그 병원에 병원감염이 많고 적음을 발표하는 것을 의미하는 것이 아니라 병원감염관리를 제대로 하고 있음을 반증하는 것이며, 이러한 내용을 일반인, 시민단체, 언론계 등에서 인정하여야 할 것이다.

같은 병원감염이라도 감염관리를 아주 잘하고 있는 병원에서 발생하는 것과 그렇지 않은 병원에서 발생하는 것은 근본적으로 다르다는 것을 알아야 한다. 감염관리를 잘 하고 있는 병원에서 피치 못할 요인이 있어 감염된 것으로 추정할 수 있지만, 감염관리를 잘 하지 않는 병원에서는 충분히 예방할 수 있는 병원감염도 예방조치가 잘 이루어지지 않아 감염된 것으로 간주될 수 있다. 즉, 병원감염으로 의료소송이 벌어졌을 경우에 평소 감염관리를 잘 하고 있는 병원에서는 이를 인정받아 어느 정도의 면죄부가 주어질 것이고, 그렇지 못한 병원에서는 의료소송에서 승소할 가능성이 그만큼 떨어지는 것이다.

또한 감염관리를 제대로 하는 병원에서 오히려 손실을 보고 있는 예를 든다면, 격리를 필요로 하는 환자가 입원하는 경우 병원에서는 격리로 인

하여 소요되는 경비에 대하여 일방적으로 손해를 감수하여야 한다. 현재 우리나라에서는 감염관리를 잘 할 수 없는 환경을 조성해 놓은 상황에서 감염관리를 하여야 한다고 주장하는 것이나 다름 없다. 보건당국에서 감염관리를 적극적으로 할 의지가 있다면 감염관리실의 신설과 전담요원의 채용을 문서상으로 만들어 강제할 것이 아니고, 실질적으로 병원에서 감염관리를 할 수 있도록 여건을 만들어 주어야 한다. 예를 들어 감염관리 전담간호사의 인건비 일부를 보조해 주던가, 격리실 비용을 현실화시키는 등의 방법으로 도움을 주어, 병원에서 감염관리를 자발적으로 할 수 있도록 제도를 마련해 준다면 대부분의 병원에서 본격적으로 감염관리가 시작될 수 있을 것이다.

금년 말부터 의료기관 평가가 본격적으로 시작되며, 그 결과에 따라 수가에도 차등을 주는 방안이 고려되고 있다. 물론 시범 평가시에 거론되었던 문제점들이 보완되었지만 감염관리평가문항을 대폭 확대하여 평가를 제대로 하는 것도 각 병원에서 감염관리에 대한 관심을 높이는데 기여를 할 것으로 보인다. 이 결과에 따라 감염관리를 잘 하는 병원에 대하여는 이에 대한 인센티브를 주는 것이 바람직하고, 감염관리를 잘하지 못하는 병원에 대하여는 적절한 제재조치가 뒤따라야 할 것이다.

이제는 병원감염에 대하여 더 이상 뒤로 할 수 없는 시점에 다다랐다. 환자나 병원이 감염의 피해를 최소한으로 하기 위해서는 모두의 인식전환을 바탕으로 하여 의료진 및 병원의 적극적인 노력뿐만 아니라 제도적 개선과 뒷받침이 동시에 요구된다.

2003