

중동호흡기증후군(MERS) 유행과 공중보건위기 예방을 위한 보건의료체계 개편에 관한 사회적 논의

박윤형

보건행정학회지 편집인, 순천향대학교 의과대학 예방의학교실

The Political Agenda of the Health Care System Reform to Prevent Public Health Emergency in Post-Middle East Respiratory Syndrome Epidemic

Yoon Hyung Park

Editor-in-Chief, Health Policy and Management, Department of Preventive Medicine, Soonchunhyang University College of Medicine, Cheonan, Korea

정체가 분명하지 않은 질병이 유행하면 사회에 두려움과 의혹에 쌓이고 비과학적인 소문이 돈다. 18세기에 콜레라의 정체를 몰랐을 때 사람들은 콜레라는 뱀머리에 올라앉아 배가 항구에 닿자마자 유령처럼 들어와 사람들을 해친다고 표현했다. 원인균과 전파방식이 알려진 중동호흡기증후군(Middle East Respiratory Syndrome, MERS)도 중동이라는 의외의 지역에서 들어와 사람들을 두렵게 만들었다. MERS 유행에 대해 언론은 그 나름대로 현황을 보도하고 원인을 분석하고 유행을 막기 위한 정부와 의료진의 노력과 사회공동체의 역할을 계속 보도하여 사회의 의혹과 두려움을 해소하는 큰 역할을 하였다. 의사이기도 한 조선일보 김철중 기사는 '한국의료 blind spot 골라 뚫고 간 中東 낙타'란 칼럼으로 전염병에 허술한 우리나라 방역과 의료체계를 조목조목 지적하고 '방역 바늘구멍이 너무 커서 중동 낙타는 쉽게 통과했다. 소 잃고 외양간도 안 고치는 곳에 낙타가 머물까봐 걱정된다'고 결론을 맺었다. 이제부터 외양간을 고쳐야 할 때가 왔다. MERS 유행을 계기로 각계에서 제시한 의견을 종합해 대책을 세우는 것도 학계의 역할이라 생각되어 이번 호에 게재되는 주옥같은 연구들에 대한 소개를 잠시 접어두고 MERS와 관련된 사회적 논의를 살펴보았다.

중동지역에서 유행하던 MERS가 우리나라에 유행한 지 한 달이 넘었다. 5월 11일 처음 환자가 기침, 고열 등 증상이 발생해서 5월 20일 확진 후 6월 30일 현재까지 MERS로 확진된 환자는 182명이다. 감염경로는 다른 질병으로 병원에 진료받으러 왔다가 감염된 환자

가 82명, 환자의 가족이나 문병 온 사람이 64명, 의사, 간호사 및 병원 종사자가 36명이다. 사망자는 33명으로 18.1%의 사망률을 보이고 있다. 현재 입원치료 중인 환자는 52명으로 그중 상태가 위중하여 불안정한 환자는 12명이다. 완치되어 퇴원한 환자는 95명이며 격리 중인 감시대상자는 2,451명이다. 증상이 없으면서 잠복기간이 끝나서 격리가 해제된 사람은 13,554명이다.¹⁾

MERS는 사업차 중동을 다녀온 68세 남자(1번)가 감염된 채로 5월 4일 귀국하여 5월 11일에 MERS의 전형적인 증상인 기침과 고열로 집 근처인 충남 아산시의 의원(A병원)에서 진료를 받으면서 의료진을 감염시키는 등 유행이 시작되었다. 환자는 치료 후에도 증상이 계속되어 비교적 집에서 가까운 평택성모병원(B병원)에 3일간 입원했다가 퇴원하였다. 그 후 서울의 의원(C병원) 외래를 거쳐 삼성서울병원(D병원)에 입원하여 5월 20일 MERS로 확진을 받았다. 이 환자(1번)를 진료한 4개 병원의 의료진, 간병인, 같은 병실 입원 환자, 문병 온 가족, 친지, 같은 병동 입원자 등 38명이 전파, 감염되었다. 한편 1번 환자와 같은 B병원 8층 병동에 입원한 35세 남자 환자(14번)는 퇴원해서 평택의 다른 병원을 거쳐 삼성서울병원 응급실로 오면서 삼성서울병원 응급실 환자 71명과 의료진 등 총 74명의 환자가 감염되었다. 역시 같은 병원(B)의 같은 병동에 입원해 있던 40세 남자 환자(16번)는 퇴원 후 대전지역으로 가서 E병원과, F병원으로 다니며 입원하여 22명이 감염됨으로써 전국에 확산되었다. 1번 환자와 2차로 감염된 14번, 16번 환자가 대학병원을 중심으로

1) 2015년 6월 26일 보건복지부 중앙메르스관리대책본부 발표

전염시키는 데 역할을 하며 전국적 유행을 유발한 슈퍼전파자(super-spreader)가 되었다.

세계보건기구(World Health Organization)는 6월 16일 합동평가단 보고에 이어 6월 17일 제9차 MERS 긴급위원회를 개최한 결과로 한국의 현재 상황은 “국제적인 공중보건위기”의 정의에 부합하지 않는다는 결론을 내렸다. 주요 근거로는 한국 확진 환자에게서 채취한 MERS 바이러스는 중동에서 채취한 바이러스와 비교할 때 중대한 변이를 보이지 않았고, 현재 지역감염의 증거는 없으며, MERS 발병 억제에 대한 지속적인 공중 보건 조치로 확진자 발생이 감소추세란 점을 들고 있다. 그러나 MERS 상황에 대한 집중 감시는 매우 중요하며, 향후 수 주간 MERS 확진 환자가 추가적으로 발생할 수 있으므로 계속 주의가 필요하다고 발표하였다.

MERS는 2015년 6월 현재까지 25개 국가에서 1,355명의 환자가 발생하였고 환자 중 521명이 사망하였다. 그중 환자가 가장 많은 사우디아라비아는 지난 한 달간(5월 29일-6월 25일)에도 29명의 환자가 발생하였다. 사우디아라비아 이외의 나라에서는 우리나라를 제외하고는 대부분 5-10명 수준의 환자가 발생하여 신속히 효과적으로 관리되고 있는 실정²⁾이다.

전문가들은 비교적 선진국에 속하는 우리나라에서 이렇게 많은 MERS 환자가 발생한 원인으로 공중보건을 포함한 의료체계에 문제가 있다고 보고 있다. 정부도 초기대응을 비롯한 관리가 잘 안 된 원인에 대해 종합적으로 분석하여 대책을 마련하고 있는 것으로 알고 있다. 국회에서는 발 빠르게 많은 의원들이 감염병예방법 개정안을 발의하였고 언론에서는 현황에 대한 사실보도 이외에 특집, 칼럼, 지상토론, 시사토론, 100분토론, 긴급진단 등을 통해 매일 많은 진단과 해결방향을 제시하고 있다. 학회에서도 예방의학회를 비롯하여 역학회, 감염병학회, 과학한림원 등에서 토론회가 개최되고 있고 의사협회에서도 긴급토론회를 여는 등 ‘百花齊放’식 많은 의견들이 한꺼번에 제시되고 있다. 전문가들과 언론은 우리나라의 MERS 확산은 질병 자체의 특성보다는 1차적으로는 정부의 공중보건관리시스템의 부실과 위기관리시스템의 부재로 보고 있다. 그러한 문제의 배경과 원인으로서는 정부의 공중보건관리조직과 인력의 문제, 종합 지휘체계의 부재, 의료체계의 문제, 국민의 의료이용의 문제, 그러한 의료체계와 국민의 의료이용을 유도한 건강보험제도의 문제로 보고 있다.

MERS가 우리나라에서만 대량으로 유행한 원인을 요약하면 첫째, 1번 환자가 바레인에서 사업차 사우디아라비아 등을 여행하면서 MERS에 감염된 것으로 짐작하는데 입국 검역조사 시에 사우디아라비아등을 여행한 사실을 알리지 않고 공항검역소에서도 관심을 보이지 않아 관계 당국은 MERS가 유입된 것을 모르고 있었다는 점이다. 그 결과 환자의 증상이 나타나고 전염력이 있는 5월 11일부터 MERS 환자로 확진한 5월 20일까지 10일간 여러 병원을 다니

도록 방치하여 전국적으로 확산되었다는 점이다. 둘째는 당국이 확진 후 신속하고 정확하게 초기 감염 병원인 B병원과 D병원의 환자, 간병인 등에 대하여 역학조사와 검사, 격리 등 조치를 취해야 함에도 환자에 대한 조치와 역학조사 시기를 놓쳐서 환자들이 여러 병원으로 분산되었다는 점이다. 셋째는 초기에 B병원과 D병원에 대한 정보를 알리고 건강보험심사평가원과 건강보험공단의 환자정보시스템을 공유하여 다른 병원에서도 환자 또는 접촉자 등을 미리 알고 이러한 환자가 내원 시 필요한 조치를 취해야 하는데도 이러한 정보공유가 안 되어 많은 병원들이 MERS 환자인 것을 모른 채 입원시켜 전국으로 유행하게 하였다는 점이다. 넷째는, 기침, 고열 등 유사한 증상이 있는 사람이 진찰받고 진단받을 수 있는 별도의 외래진료시설을 공지하지 않아서 증상 있는 사람이 병원을 제한 없이 이용하도록 했다는 점이다. 다섯째는 국민들에게 MERS 증세와 전염성에 대해 너무 낙관적으로 판단한 정보를 계속 제공함으로써 이후 전개되는 사태에 대해 신뢰감을 주지 못했다는 점이다.

전체적으로 정부의 검역시스템(quarantine system), 역학조사 및 조치(surveillance and monitoring), 위기관리 소통(risk communication), 지휘체계(control system) 등이 모두 문제가 되어 대규모 전염이 발생했다는 의견이다.

국회에서는 5월 26일 김명현 의원이 대표 발의한 개정안부터 6월 19일 서영교 의원이 대표 발의한 개정안까지 19건의 감염병예방법 개정안을 발의하였다. 주요내용을 보면 감염병으로 격리 조치된 자에 대한 생활보호조치와 감염병 환자를 진료한 의료기관에 대한 피해를 보상하도록 하는 방안 신설(김용의 의원), 감염자를 진료한 의료기관과 이동경로, 접촉자를 공개해야 하고, 격리 조치자에 대한 생계지원, 의료기관에 대한 손해보상, 학교 휴교령 등에 관한 규정을 신설(유의동 의원), 시도 감염병 관리사업 지원기구 설치, 감염병 환자 진료병원 폐쇄, 환자의 이동금지(김성주 의원), 중앙과 시도에 감염병 전문병원 설립(양승조 의원), 감염병 환자를 진료한 병원 병동폐쇄 또는 의료중단 조치(김성태 의원), 제4군 감염병인 해외유입 감염병의 종류를 현재 보건복지부령으로 정하는 것을 법으로 정하면서 MERS를 추가하고 의료기관에게 역학조사 요청권 부여(문정립 의원), 국립감염병원과 시도 감염병관리본부 설치, 긴급한 경우 허가받지 아니한 진단기구나 의약품 사용 가능, 환자의 거짓진술에 대한 처벌, 근로자가 격리 조치된 경우 사업주는 유급휴가를 주어야 하는 내용 추가(이명수 의원), ‘관리대상 해외 신종 감염병’을 별도로 규정하고 감염병 대응훈련에 의료인 의료기관 동원, 감염병 전문병원을 설치 운영하고 예산지원, 국민의 권리와 의무 강화(김용의 의원), 감염병 발생 시 의료기관 간 정보공유, 의료기관 명단공개, 300병상 이상 종합병원은 음압시설 설치 의무화, 감염병원 일시 폐쇄 및 보상(박인숙 의원) 등이다.

이러한 법안을 모두 종합하여 국회 보건복지위원회 대안으로 본

2) 2015년 6월 19일 European Centre of Disease Prevention and Control 발표

회의 상정하여 의결하였다. 주요내용은 보건복지부령으로 정하던 해외유입 감염병을 법에 명시하면서 MERS를 추가하였다. 감염병 관리정보시스템 구축, 해외유입 감염병에 대비한 교육훈련 실시, 국가와 지방자치단체의 정보공유, 의료기관의 협조업무 강화와 피해보상 근거 마련, 감염병 전문인력 양성, 감염병 위기 시 정보공개, 재난 시 국민은 의료인에게 허위진술 금지, 방역관 역할 확대, 보건복지부에 30명 이상 시도에 2명 이상 등 역학조사관 정원 명시, 감염병 차단을 위한 정보수집 등이다. 개정안은 6월 26일 정부에 통보되었고 공포와 동시에 시행된다.

MERS 대응 실패의 근본적 원인을 다각적으로 분석하는 심층기사가 계속 보도되고 있다. 먼저 질병관리본부의 조직과 운영에 따른 문제들이 부각되었다.³⁾ 질병관리본부장이 공중보건 문제해결의 중심역할을 해야 하는데도 현재 직급이 1급에 불과해 지휘권 운영에 문제가 있으며, 내부 인사권도 없어 유능한 직원을 활용하기가 어렵다는 점이다. 질병관리본부의 공무원 정원도 적어 정규직의 수 배가 넘는 계약직으로 운영되고 있는 등 조직과 운영의 문제점을 지적하였다. 외국의 사례로 직원 15,000명에 연간 12조 원의 예산을 가지고 지휘권이 있는 미국의 CDC (Centers for Disease Control and Prevention), 전문 의료진이 현장과 상황을 통제하는 프랑스의 국립보건통제센터 INVS (Institut de Veille Sanitaire), 일본의 국립감염증연구소를 예로 들며 비교하였다.

전문 인력의 문제도 제기되었다. 감염병을 대응하는 전문 역학조사관을 양성해야 하고, 미국의 서전 제네럴(surgeon general)제도를 도입해서 역학조사관을 지휘하고 강력한 권한으로 다른 부처와 기관도 통제할 수 있게 하는 등 전반적으로 보건에 관한 행정 인프라가 갖추어 져야 한다고 했다. 보건복지부에서 보건의 전체 예산의 4%로 확대받고 있으며 병상 1개당 약 4억 원이 소요되는 음압병상도 국가의 지원 없이 각 병원이 마련해야 하는 등 의료부문에 대한 투자부족이 원인이 되었다고 분석하였다.⁴⁾

이번에 발생한 환자의 20% 이상이 간병인, 병문안 온 보호자인 것은 우리나라의 병실 밀집과 병실문화 등이 원인이라고 제기되었다. MERS에 감염되어 중국에 간 환자도 병문안을 와서 감염된 경우이다. 우리나라는 주로 6인실 병실을 권장하고 있다. 최근에 정부는 건강보험 급여체계를 조정하면서 병원의 2-4인실의 비중을 줄이고 6인실을 더 늘리라고 요구하고 있다. 건강보험재정을 고려한 정책이다. 그러나 우리나라 병실문화를 고려할 때 6인실은 환자 6명에 간병인 또는 가족 간병자가 각 1명씩 있어 12인실이라고 불린다. 더구나 환자마다 단체문병, 면회시간 안 지키기, 병실에서 통담

등 외부음식 가져다 먹기에다 심지어 애완견까지 데려오는 사례를 들고 있다.⁵⁾ 반면 일본은 3-4인실 병실로 바꾸면서 1997년부터 간병인 고용을 금지했다고 소개하였다.⁶⁾

응급실의 문제도 집중적으로 취재되고 보도되었다. 대형병원에 집중되는 환자의 중요한 입원통로가 응급실이다. 병실에 병상이 마련될 때까지 응급실에서 대기하면서 새로운 응급환자가 계속 들어오는 현상은 우리나라에만 있는 현상이라고 소개하고 있다. 이에 따라 ‘응급실은 ‘초대형 다인실’, ‘바이러스 키우는 온실’이라고 하였다.⁷⁾

병원쇼핑 문제도 부각되었다. 이번 유행의 특징 중 하나가 감염된 환자가 여러 병원, 의원을 다니면서 많은 환자를 감염시켰다는 점이다. 이는 우리나라의 병원쇼핑 문화와 행태가 전염병 확산 루트가 되었다는 것이다. 이는 의원의 경우 3,000원에 불과한 낮은 진찰료, 낮은 수가와 주로 진료량에 의해 보상되는 건강보험제도로 운영됨으로써 1차 진료기관인 의원에서도 의사와 충분한 시간을 가지고 진찰받을 수 없는 점 등을 지적하고 있다.⁸⁾

이 밖에도 정부의 행정체계, 역학조사관, 감염내과 전문의, 예방의학 전문의 등을 연결하고 일관되게 활동하게 하는 거버넌스의 미흡, 정부와 국민의 소통 부진, 초기에 병원을 공개 안 한 비밀주의 등이 거론되었다.

지난 2000년 의약분업사태 시 우리나라 의료의 문제점이 모두 드러나고 많은 개선논의가 있었다. 그러나 곧이어 다친 건강보험 재정파탄으로 의료체계 개선보다는 건강보험 재정안정에 주력하면서 의료체계는 발전하지 못하였다. MERS 유행으로 또다시 의료체계의 많은 문제가 드러나고 있는 것을 볼 때 이제야말로 선진의료체제로 갈 수 있도록 전면 개편할 수밖에 없다고 본다.

먼저 정부의 공공보건의료체계를 정비해야 한다. 보건복지부에서 보건부를 독립시키는 방안도 제기되고 있고,⁹⁾ 국회에서는 김춘진 의원이 대표발의로 보건복지부를 보건의료부와 복지부로 나누는 정부조직법 개정안을 6월 24일 제출하였다. 대부분의 선진국에서는 보건부(Ministry or Department of Health)가 있는 만큼 선진화를 위해서는 진지하게 논의해야 할 사항이다.

특히 질병관리본부 개편은 사회의 시급하고 절실한 요구인 만큼 빠른 시일 내에 개편해야 할 사항이다. 질병관리본부장을 차관급으로 격상시키고 내부 조직도 전문성 위주로 확대 개편해야 한다고 요청되고 있다. 질병관리본부장 아래 최소한 공중보건위기관리국, 감염병관리국, 만성병관리국 등 3개의 국과 공공의료인력관리단이 있어야 할 것이다. 국장과 과장은 전문분야를 명시하여 공무원 내

3) 2015년 6월 20일 동아일보 보도
 4) 2015년 6월 23일 문화일보 보도
 5) 2015년 6월 16일 조선일보, 2015년 6월 15일 중앙SUNDAY, 2015년 6월 4일 서울신문 보도
 6) 2015년 6월 18일 조선일보 보도
 7) 2015년 6월 20일 조선일보, 2015년 6월 25일 동아일보 보도
 8) 2015년 6월 27일 조선일보, 2015년 6월 26일 동아일보 보도
 9) 2015년 6월 29일 중앙일보 보도

부 전문가 또는 외부 전문가가 지원할 수 있도록 하여 전문성을 유지할 수 있어야 한다. 미흡한 행정서비스를 개선하기 위해 우수한 행정인력이 지원할 수 있는 방안도 마련해야 한다. 전국에 산재되어 조직화가 안 되는 공공보건의료인력을 관리하는 공공의료인력관리단을 질병관리본부에 둘 것을 제안한다. 전국의 보건소장 및 보건소에 근무하는 의사가 약 1,000명이고 공중보건 의사 약 2,500명이 전국에서 일하고 있다. 이들을 공공의료인력관리단에서 총괄 관리하면서 훈련, 경력관리, 필요 시 국가동원, 중앙정부와 지방자치단체의 기술적 공조 등의 주축인력으로 양성하는 것이다. 미국의 surgeon general 제도를 도입하는 것이다. 우리나라도 질병관리본부장에게 surgeon general의 역할을 부여해야 한다.

두 번째로는 이번을 계기로 의료체계를 선진화해야 한다. 우리나라 의료체계는 강력한 정책수단을 가지고 있는 건강보험제도에 의존적이다. 우리나라 건강보험의 초창기부터 참여한 많은 전문가들

도 우리나라의 건강보험은 아직도 저부담-저수가-저급여의 70년대의 패러다임으로 운영하고 있다고 비판하고 있다.

기본원칙은 의료의 질을 높이는 방향이어야 한다. 즉 국민들에게 자율적으로 주치의를 정하도록 하면서 상담, 건강지도 등을 할 수 있도록 진찰료를 대폭 인상하고, 주치의의 동의와 의뢰를 받아 상급병원으로 가도록 하는 것이다. 병원급도 입원 환자를 주로 진료하고도 병원을 운영할 수 있도록 입원료가 대폭 조정되어야 한다. 병실도 2-4인실로 바꾸고 보호자 없는 병원으로 이행하도록 해야 한다. 최근 몇 년간 건강보험료는 수조 원씩 흑자가 나고 있다. 이 재원과 국가의 추가 국고재원으로 의료선진화를 추진해야 한다. 이번에 MERS로 인한 직접 경제손실을 10조 원 정도로 추정하고 있다. 따라서 국가에서 예산을 미리 투입하여 의료체계 선진화를 이루는 것이 장기적으로는 국가경제에 좋은 인프라가 될 것이다.