

연구보고서(수시) 2016-07

중앙과 지방정부 및 의료기관에 대한 감염병 관리체계 강화 방안



김남순 · 박은자 · 전진아 · 서제희 · 정연 · 송은솔 · 최성은 · 배정은

【책임연구자】

김남순 한국보건사회연구원 연구위원

【주요 저서】

감염병 관리체계의 문제와 개선방안: 메르스 감염 중심으로
한국보건사회연구원, 2015(공저)

공공보건의료의 현황과 발전방안: 지방의료원과 국립대병원 중심으로
한국보건사회연구원, 2014(공저)

【공동연구진】

- 박은자 한국보건사회연구원 부연구위원
- 전진아 한국보건사회연구원 부연구위원
- 서제희 한국보건사회연구원 부연구위원
- 정연 한국보건사회연구원 부연구위원
- 송은솔 한국보건사회연구원 연구원
- 최성은 한국보건사회연구원 연구원
- 배정은 한국보건사회연구원 연구인턴

연구보고서(수시) 2016-07

**중앙과 지방정부 및 의료기관에
대한 감염병 관리체계 강화 방안**

발행일 2016년 12월
 저자 김 남 순
 발행인 김 상 호
 발행처 한국보건사회연구원
 주 소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370
 세종국책연구단지 사회정책동(1층~5층)
 전 화 대표전화: 044)287-8000
 홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>
 등 록 1994년 7월 1일(제8-142호)
 인 쇄 처 고려씨엔피
 가 격 5,000원

발간사 <<

2015년 국내에서의 메르스 유행은 공중보건의 위기를 불렀고 국민 건강과 경제사회적 활동에 심각한 영향을 주었다. 메르스 유행 이후 감염병과 공중보건의료체계에 대한 사회적 관심이 증가하고 효과적인 감염병 관리체계를 구축하려는 노력이 계속되고 있으나 지카바이러스 유행 등 국민이 인식하는 감염병의 위험에 비해 변화는 더디게 진행되고 있다.

한국보건사회연구원은 보건복지부와 함께 2016년 「2015 메르스 백서」를 발간하였고, 2015년 국내 메르스 유행에서 제기된 문제점을 심층적으로 분석해 중앙정부·지방정부·의료기관 등을 포함한 감염병 관리체계에 대한 비전과 발전 방안을 제시하고자 후속 연구를 하였다.

본 연구원의 김남순 보건의료연구실장이 책임을 맡아 추진하였으며 서제희 부연구위원, 정연 부연구위원, 전진아 부연구위원, 박은자 부연구위원, 송은솔 연구원, 최성은 연구원, 배정은 연구인턴이 참여하였다. 연구 진행 과정에 자문을 맡아 주신 국립암센터의 기모란 교수, 본 연구원의 김동진 부연구위원에게 감사드리며 포럼과 전문가 델파이 조사에서 적극적으로 의견을 제시해 주신 국내외의 감염병 전문가들에게도 감사의 말씀을 드린다.

이 연구가 우리나라의 감염병 관리제도 개선 및 공중보건 위기 대응체계 구축에 기여할 수 있기를 희망한다. 끝으로 연구보고서에 담긴 내용은 본 연구원의 공식적인 견해가 아니라 연구진의 개별적 연구 활동의 결과임을 밝힌다.

2016년 12월

한국보건사회연구원 원장

김 상 호

목 차

Abstract	1
요약	3
제1장 서론	7
제1절 연구 배경 및 필요성	9
제2절 연구 목적	11
제3절 연구 내용과 방법	11
제2장 감염병 관리체계를 둘러싼 정치사회적 동향	15
제1절 의료의 상품화: 공공성의 후퇴	17
제2절 과학기술 패러다임과 위험소통에서의 보호자주의	23
제3절 지방자치의 한계	24
제3장 감염병 관리를 위한 공중보건체계에 대한 진단과 과제	27
제1절 메르스 이후 정부 보건조직에 대한 개편 논의	29
제2절 정부 보건조직 및 거버넌스와 인력 문제	32
제3절 의료관련감염 관리체계의 문제	40
제4절 시민 참여 및 윤리적 문제	47
제4장 감염병 관리를 위한 공중보건체계에 대한 전문가 의견	53
제1절 전문가 델파이 조사 방법	55
제2절 조사 결과	61
제3절 소결	85

제5장 감염병 관리를 위한 새로운 공중보건체계의 발전 방향	89
제1절 중앙과 지방자치단체의 역할과 조직체계(안)	91
제2절 지역사회 중심의 감염병 관리체계 구축(안)	97
제3절 의료관련감염 관리체계 강화 방안	105
제4절 결론 및 제언	110
참고문헌	113
부록	117
부록 1. 1차 델파이 조사 설문지	117
부록 2. 2차 델파이 조사 설문지	125
부록 3. ‘감염병과 공중보건체계에 대한 포럼’ 개요	137

표 목차

〈표 2-1〉 보건 부문 공공지출 수준 국제 비교(30개국)	19
〈표 2-2〉 연도별 보건복지부 예산 비교	20
〈표 3-1〉 조직 개편의 논거, 논거에 대한 비판과 문제점	30
〈표 3-2〉 질병관리본부 인력 현황(2016년 3월 기준)	34
〈표 3-3〉 전문임기제 역학조사관 채용 인원과 배치 부서(2016년 8월 기준)	35
〈표 3-4〉 학계와 보건복지부의 감염병 분류체계 개편(안) 비교	37
〈표 3-5〉 중동호흡기증후군(MERS) 확진 환자 감염 경로 특성별 환자 수	42
〈표 3-6〉 의료관련감염 대책 추진 과제 상세 내용	43
〈표 3-7〉 감염 예방·관리료 수가와 인정 기준	43
〈표 3-8〉 의료기관 시설 기준 강화 내용	45
〈표 4-1〉 1차 설문지 구성	57
〈표 4-2〉 2차 설문지 구성	58
〈표 4-3〉 대상자의 일반적 특성	61
〈표 4-4〉 보건복지부-국민안전처의 역할과 책임	63
〈표 4-5〉 보건복지부-질병관리본부의 역할과 책임	64
〈표 4-6〉 질병관리본부-광역자치단체의 역할과 책임	66
〈표 4-7〉 광역자치단체-기초자치단체의 역할과 책임	68
〈표 4-8〉 보건복지부의 필요 권한에 따른 개선 방안	70
〈표 4-9〉 질병관리본부의 필요 권한에 따른 개선 방안	71
〈표 4-10〉 광역·기초자치단체의 필요 권한에 따른 개선 방안	72
〈표 4-11〉 보건복지부의 조직 및 거버넌스 측면에서의 개선 방안	73
〈표 4-12〉 질병관리본부의 조직 및 거버넌스 측면에서의 개선 방안	74
〈표 4-13〉 광역·기초자치단체의 조직 및 거버넌스 측면에서의 개선 방안	75
〈표 4-14〉 중앙과 지방의 관리체계 개선 방안	77
〈표 4-15〉 보건복지부의 인력 및 교육·훈련 측면 개선 방안	78
〈표 4-16〉 질병관리본부의 인력 및 교육·훈련 측면 개선 방안	79

〈표 4-17〉 광역자치단체의 인력 및 교육·훈련 측면 개선 방안	80
〈표 4-18〉 의료관련감염 관리를 위한 정부의 역할	81
〈표 4-19〉 감염병 관리에 대한 시민 참여 활성화 방안	84
〈표 5-1〉 감염병 관리에서 보건복지부와 질병관리본부의 역할 및 권한 비교	92
〈표 5-2〉 감염병 관리에서 광역자치단체와 기초자치단체의 역할 및 권한 비교	93
〈표 5-3〉 지역사회 공중보건 위기 대비 역량	97
〈표 5-4〉 대응적 파트너십과 전략적 파트너십의 차이점	100
〈표 5-5〉 민관 협력의 유형과 정의	101
〈표 5-6〉 시민이 감염병 관리에 참여하기 위한 접근 틀	103
〈표 5-7〉 의료관련감염 대책 권고안의 열 가지 추진 과제	108

그림 목차

[그림 2-1] 공공병상 수 비율	18
[그림 3-1] 메르스 대응 시 드러난 감염병 관리 주요 3대 주체의 문제점	33
[그림 4-1] 보건복지부-국민안전처의 역할과 책임	63
[그림 4-2] 보건복지부-질병관리본부의 역할과 책임(감염병 위기관리)	65
[그림 4-3] 보건복지부-질병관리본부의 역할과 책임(일상적 감염병 관리)	66
[그림 4-4] 질병관리본부-광역자치단체의 역할과 책임	67
[그림 4-5] 광역자치단체-기초자치단체의 역할과 책임	69
[그림 4-6] 보건복지부의 필요 권한	70
[그림 4-7] 질병관리본부의 필요 권한	71
[그림 4-8] 광역·기초자치단체의 필요 권한	72
[그림 4-9] 보건복지부의 조직 및 거버넌스	73
[그림 4-10] 질병관리본부의 조직 및 거버넌스	75
[그림 4-11] 광역·기초자치단체의 조직 및 거버넌스	76
[그림 4-12] 광역·기초자치단체의 조직 및 거버넌스	77
[그림 4-13] 보건복지부의 인력 및 교육·훈련	78
[그림 4-14] 질병관리본부의 인력 및 교육·훈련	79
[그림 4-15] 광역자치단체의 인력 및 교육·훈련	81
[그림 4-16] 의료관련감염 관리	83
[그림 4-17] 감염병 관리에서의 시민 참여	85
[그림 5-1] 중앙과 지방의 감염병 관리 조직체계 개선안	95
[그림 5-2] 지역사회 감염병 관리체계 구축에 필요한 구성 요소	98
[그림 5-3] 감염병 진료제공체계(안)	99
[그림 5-4] 지역사회 감염병 관리체계 구축(안)	104
[그림 5-5] 의료관련감염 관리체계 구축을 위한 구성 요소	106
[그림 5-6] 의료기관 감염관리체계(안)	107

Abstract ‹‹

Strengthening infectious disease control systems in government and healthcare institutions

This study aimed to review follow-ups after the MERS outbreak and to suggest programs and policies to reinforce infectious disease control systems in government and healthcare organizations. To achieve new and deep insights, this study constructed a forum to gather ideas of various stakeholders and conducted a delphi survey. Findings of this study suggest the establishment of independent system of healthcare to effectively respond the public health emergencies. This study also emphasized the importance of the capacity building of the local governing body itself. To strengthen the capacity of local government, infectious disease care system between healthcare institutions and a dedicated organization for the infectious disease control should be established in local level, as well as public health personnel. Moreover, this study proposed the enhancement of control over healthcare institutions. Central and local governments need to supervise and monitor infectious disease control systems in healthcare institutions. Lastly, this study also highlights the importance of expansion of full-time public health personnel.

1. 연구의 배경 및 목적

2015년 대규모의 공중보건 위기 사태를 부른 메르스(MERS, 중동호흡기증후군)의 유행은 우리나라 감염병 관리체계의 취약성을 드러내는 계기가 되었으며 감염병 위험에 효과적으로 대응할 수 있는 감염병 관리체계 구축은 시급한 과제가 되었다. 메르스 유행이 끝난 이후 다수의 백서가 발간되고 감염병 관리체계 개선에 관한 의견이 개진되어 왔다. 이 연구에서는 메르스 유행 1주년을 맞아 국가방역체계 개편 등을 포함한 후속 작업을 평가하고 다양한 이해관계자의 의견을 수렴하여 중앙정부·지방정부·의료기관 등을 포함한 감염병 관리체계에 대한 비전과 발전 방안을 제시하고자 하였다.

2. 주요 연구 결과

- 감염병 관련 공중보건체계의 문제점 진단

2015년의 메르스 유행에서 국내 감염병 관리체계뿐 아니라 의료전달체계의 문제, 지방자치단체의 감염병 대응 역량의 문제 등 국내 보건 의료체계 전반의 문제점이 큰 것으로 진단되었다. 특히 실제로 메르스 대응 인력과 전문가들이 문제로 지적한 것은 조직과 거버넌스, 대응 인력에 대한 부분이었는데 감염병 관리 주체 간 역할과 권한의 불명확함, 감염관리 인력의 부족, 관련 부처 간 그리고 공공과 민간 부문 간의 파트너십 부족,

4 중앙과 지방정부 및 의료기관에 대한 감염병 관리체계 강화 방안

시민 참여의 부족 등이 문제로 거론되었다. 또 메르스 유행 대응 과정에서 발생한 개인의 자유와 프라이버시 침해 사례들은 공중보건 위기 대응 시 고려해야 할 윤리적 원칙과 이에 기반을 둔 전략의 중요성을 드러냈다.

- 전문가 델파이 조사 결과

감염병 관리를 위한 정부 주체별 역할과 책임에 대해 전문가들이 응답한 결과, 감염병 유행으로 인한 공중보건 위기 시 보건복지부가 관리 및 지원 대책 모두를 총괄하고, 현재 지원 대책을 총괄하고 있는 국민안전처는 타 부처와 함께 보건복지부에 협력하는 것이 더 적절하다고 평가하였다. 또 질병관리본부가 위기 대응을 총괄하고 보건복지부는 다른 부처와의 협력 및 공조 시스템을 유지하고 지원하는 것이 적절하다고 평가하였다. 질병관리본부와 광역자치단체, 그리고 광역자치단체와 기초자치단체 간의 역할 분담은 감염병의 유형과 규모 등에 따라 조정하는 것이 적절하다고 평가하였다.

감염병 위기 대응을 위해 필요한 권한에 대해서는 감염병으로 인한 공중보건 위기 시 보건복지부로 보고체계를 일원화하고 질병관리본부의 독립적인 인사권 및 예산 운용 권한을 확보하는 것이 가장 중요하며 시급하다고 응답하였다. 광역자치단체의 경우 지자체 대책본부로서의 권한 강화와 질병관리본부가 관리하는 감염병 신고 자료에 대한 사용 권한 확보에 가장 높은 점수를 부여하였다.

조직 및 거버넌스 측면에서의 개선 방안의 경우 '보건부'의 독립과 부처 내 감염병 관리를 위한 국 단위 조직 신설의 중요성 및 시급성을 높게 평가하였다. 또 질병관리본부의 '질병관리청'으로의 독립 및 승격과 함께 광역 내 정규 조직으로서 '지역 감염병관리본부'의 설치 및 운영이 중요

하다고 지적하였다.

전문가들은 또한 조직구조 개편 시 감염병 관리 업무를 충실히 수행하기 위한 공중보건 인력의 확충이 반드시 필요하다는 데 동의하였다. 구체적으로 보건복지부 차원의 보건직렬 비율 상향 조정, 감염병 전문 인력에 대한 장기적 인력 수급 계획 수립, 질병관리본부 내 전문 인력의 충분한 확보와 정규직화, 연구직 공무원의 승진체계 개선, 광역자치단체 내 정규직 방역관 및 역학조사관 확보, 공공의료기관 내 감염병 전문 인력 의무 배치, 감염병 관리 인력 교육 및 훈련을 위한 전문 교육기관 지정 등의 중요성과 시급성이 높다고 평가하였다.

의료관련감염 관리를 위한 정부의 역할에 대해서는 의료기관의 감염관리 활동에 대한 국비 지원, 건강보험 수가 인상, 인력 확충 방안 마련, 지방 공공 의료기관에 대한 지자체의 예산 지원을 가장 높게 평가하였고, 감염병 관리 공중보건체계에서 시민의 참여를 활성화하기 위한 방안으로는 정부-시민 양방향 의사소통을 위한 상시적 대민 채널 운영과 공개적 논의의 장을 마련하는 것이 가장 중요하다고 하였다.

3. 결론 및 시사점

위의 내용을 종합해 볼 때 중앙과 지방자치단체의 감염병 관리체계를 논할 때의 네 가지 핵심 기조는 1) 보건 영역의 독자적 시스템 구축 2) 지방자치단체의 자체 역량 강화 3) 보건의료기관에 대한 통솔 강화 4) 정규직 공중보건 인력 확충이다. 특히 지역 중심의 감염병 관리 공중보건체계를 구축하는 것은 감염병 유행에 효율적으로 대응하기 위한 유효한 수단이 될 수 있다. 지역사회 내 감염병 관리 전담조직의 신설과 전문 인력 확보, 기관 간 연계뿐 아니라 감염병에 특화된 지역별 감염병 진료제공체계

6 중앙과 지방정부 및 의료기관에 대한 감염병 관리체계 강화 방안

를 구축함으로써 대상자들이 적시에 적절한 치료를 받을 수 있도록 하는 것이 중요하다. 또한 의료기관 감염관리를 위해서는 의료기관 스스로의 노력과 더불어 정부의 지원과 규제가 더욱 확대되어야 할 것으로 보인다. 이를 위해서는 중앙뿐만 아니라 지방자치단체가 관리 주체로 나서야 하며 환자의 참여 및 민관 협력 체계가 구축되어야 한다. 특히 소규모 병원과 일차의료기관은 현재의 법제도 측면에서 여전히 의료기관 감염관리의 사각지대에 있음을 고려할 때 이들의 감염관리에 대한 제도적 접근이 더욱 확대될 필요가 있다.

*주요용어: 감염병 관리, 공중보건체계, 조직, 거버넌스, 인력, 의료관련감염, 시민 참여

제 1 장

서론

- 제1절 연구 배경 및 필요성
- 제2절 연구 목적
- 제3절 연구 내용과 방법

제1절 연구 배경 및 필요성

2015년의 메르스 감염병 유행은 전례가 없는 공중보건 위기를 불러왔다. 이는 국민 건강과 사회적 활동에 심각한 영향을 주었고 우리나라 감염병 관리체계의 취약성을 인식하는 계기가 되었다(김문조, 2016, pp. 5-22; 김윤, 2016, pp. 668-671).

한편 메르스로 인한 공중보건 위기 이후 보건의로 분야의 학술행사에서 현대 사회가 직면한 심각한 공중보건학적 문제를 제대로 다루기 위해 어떤 체계를 갖추어야 하는지에 대한 논의가 시작되었다.

최근 보건학계의 학술대회 등을 포함한 토론의 장에서 공통적으로 제기된 것은 감염병 관리를 담당하는 공중보건체계를 의료체계에 대응하는 독립적 시스템으로 구축해야 할 필요성에 대한 것이다. 예방보다는 치료를 우선으로 하는 시스템을 개선해야 한다는 주장도 많은 전문가가 공감하고 있는 것으로 보인다. 특히 감염병 관리를 위해서는 인구집단적 건강 접근(population health approach)이 유용하며 국소적·산발적 대응이 아닌 체계적 대응이 필요하기 때문이다.

현재의 의료 시스템과 공중보건체계의 발달 수준은 선진국과 개발도상국의 상태를 비교하는 것과 다르지 않을 만큼 격차가 존재한다. 따라서 기술적으로 낙후되어 있으면서 분절적인 상태에 머물러 있는 공중보건체계를 현대적 기술을 보유한 전문성과 리더십을 갖춘 시스템으로 혁신하기 위해서는 많은 고민과 노력을 해야 할 것으로 생각된다.

즉 메르스와 같은 신종 감염병을 포함한 여러 요인으로 촉발될 수 있는 공중보건 위기에 대응할 수 있는 선진적 감염병 관리체계는 단기간에 달성하기 어려운 과제이다. 최근 정부에서 감염관리에 대한 역량을 강화하기 위해 후속 조치를 추진하고 있으나 정책과 사업에 일관성이 부족하고 단기 처방에 그치고 있다.¹⁾

새로운 감염병 관리체계를 구축하기 위해서는 중앙정부는 물론 지방자치단체, 의료기관, 시민사회 등 각 주체의 감염병 대응 경험과 의견을 수렴하는 것이 필요하다. 즉 감염병 관리 역량을 갖춘 공중보건체계의 비전과 발전 방안은 어떠한지, 중앙과 지역(광역지방자치단체, 기초지방자치단체)의 역할 분담은 어떤 방식으로 이루어져야 하는지, 지역사회의 감염병 대응체계는 어떻게 강화될 수 있는지, 병원의 감염관리 역량을 강화하기 위한 근본적 개선 조치와 제도는 무엇인지에 대해 구체적인 질문을 던지고 해답을 찾아내려는 노력을 해야 할 것이다(윤종태, 2015, pp. 263-291).

이러한 맥락에서 메르스 유행에서 나타난 문제점을 심층적으로 분석하고 이후 추진된 방역체계 개편 조치를 비판적으로 고찰하는 것이 필요하며 이 같은 노력은 새로운 감염병 관리체계로 발전하기 위해 필요한 작업이다.

1) 국민일보. (2016. 5. 18.). 메르스 사태 1년 방역체계 점검해보니...‘중앙’만 개편, 보건소·의원은 제자리. <http://news.kmib.co.kr/article/view.asp?arcid=0923534267&code=11132000&sid1=soc>; 경향신문. (2016. 5. 19.). [메르스 1년 그 후] 정부, 감염병 대응 여전히 빈틈...메르스 오면 또 혼란. http://news.khan.co.kr/kh_news/khan_art_view.html?artid=201605192223015에서 2017. 3. 10. 인출.

제2절 연구 목적

이 연구는 메르스 유행 1주년을 맞아 그동안 추진된 국가방역체계 개편 등을 포함한 후속 작업을 검토하고 보건의료 전문가의 의견을 수렴하여 중앙정부, 지방정부, 의료기관 등을 포함한 감염병 관리체계 개선 방안을 제시하려는 것이다.²⁾ 구체적인 연구 목적은 다음과 같다.

첫째, 메르스 유행에서 나타난 감염병 관리체계의 근본적인 문제점과 현재 추진되고 있는 정책의 한계를 분석한다.

둘째, 중앙과 지방자치단체 감염병 관리체계의 발전 방향과 구축 방안을 제시한다.

제3절 연구 내용과 방법

1. 연구 내용

연구 목적에 따라 다음과 같은 구성으로 연구보고서가 작성되었다.

제1장은 새로운 감염병 관리를 위한 공중보건체계가 필요하게 된 배경과 함께 연구 목적, 내용과 방법을 서술하였다. 또 연구과제의 특성, 수시과제이면서 선행 연구의 후속 작업으로 진행된 배경을 각주에 기술하였다.

2) 이 연구는 정책 변화에 긴밀히 대응하기 위한 수시과제로 추진되었으며 이는 단기간에 마쳐야 하는 제한점을 갖고 있음을 의미한다. 또 본 연구기관의 연구과제로서 미국·일본·프랑스·독일의 감염병 관리체계를 비교 분석한 연구 및 「2015 메르스 백서: 메르스로부터 교훈을 얻다」의 후속 작업으로 기획되었다. 따라서 외국의 사례는 포함되지 않았으며 포럼 개최 등을 전제로 단기간 수행되었다.

제2장은 감염병 관리와 공중보건체계에 영향을 주는 정치사회적 동향을 의료 공공성의 후퇴, 과학기술 패러다임과 위험소통에서의 보호자주의, 지방자치 현황으로 나누어 기술하였다.

제3장은 감염병 관리체계의 문제점을 진단하고 향후 과제를 제시하였다. 먼저 보건의료에서 감염병 관리의 중요성을 파악하기 위해 감염병 관리의 상위 개념이라고 할 수 있는 공중보건체계의 개념과 구성을 살펴보았다. 감염병 관리 조직과 거버넌스, 감염병 관리에 필요한 인력과 자원, 시민의 참여 및 윤리적 문제를 다루었으며 메르스 유행에서 나타난 의료기관의 감염관리 문제를 전반적으로 검토하여 주요 이슈를 정리하였다.

제4장은 감염병 관리 공중보건체계의 방향성에 대한 전문가 델파이 조사 결과를 제시하였다. 델파이 조사는 감염병 관리에 대한 거버넌스, 감염병 관리체계 개선, 의료관련감염 관리, 시민 참여로 구성되었고, 이를 통해 감염병 관리체계의 개선 방안을 심층적으로 논의하였다.

제5장은 앞에서의 논의를 종합하고 효과적인 감염병 관리체계 구축을 위한 정책 방안으로 감염병 관리를 위한 중앙정부와 지방정부의 역할, 지역 중심의 감염병 관리 방안, 의료기관의 감염관리 강화 방안을 제시하였다.

2. 연구 방법

가. 감염병과 공중보건체계 포럼 운영

2015년 국내에서의 메르스 유행에서 나타난 감염병 관리의 주요 이슈를 고찰하고 개선 방향을 심도 있게 논의하고자 ‘감염병과 공중보건체계 포럼’을 운영하였다. 보건학 및 감염병 관리 전문가, 감염내과 전문의, 시민단체 등이 참여하였으며 4차에 걸쳐 포럼을 진행하였다(부록 3 참조).

나. 감염병 관리 전문가 델파이 조사

공중보건체계에 대한 연구 또는 공중보건 위기에 대한 대응 경험이 있는 보건학계 교수, 의료기관 관계자, 보건소 관계자를 대상으로 전문가 델파이 조사를 하였다. 선행연구 고찰, 전문가 자문으로 설문지를 개발하였으며 1차 조사는 개방형 질문으로, 2차 조사는 1차 조사 결과를 바탕으로 문항별 선택지를 제시하였다. 2016~2017년에 조사를 하였고 19명의 전문가가 조사에 참여하였다. 상세한 조사 방법은 4장에 기술하였다.

다. 문헌 고찰 및 자문회의

국내외 공중보건체계, 감염병 대응체계, 감염병 관리제도 등에 대한 문헌, 인터넷 자료를 수집·검토하였고 자문회의에서 전문가 의견을 조사하였다.

제 2 장

감염병 관리체계를 둘러싼 정치사회적 동향

제1절 의료의 상품화: 공공성의 후퇴

제2절 과학기술 패러다임과 위험소통에서의 보호자주의

제3절 지방자치의 한계

2

감염병 관리체계를 둘러싼 << 정치사회적 동향

감염병은 비단 자연적 질병에 그치지 않고 사회적으로 형성되는 사회적 질병에 해당한다. 같은 바이러스라 하더라도 감염병이 발생한 지역의 물리적, 사회적, 문화적 환경에 따라 위기의 양태와 크기가 달라지기 때문이다. 실제로 지난 메르스 사태는 바이러스가 직접적인 원인이었지만 바이러스에 취약한 한국의 사회구조 역시 전염병을 국가적 재난 상태로 만든 중요한 원인이었다. 이는 감염병의 예방 및 대처를 둘러싼 적절한 보건체계 구축과 정책 마련만큼이나 이러한 시스템이 잘 작동할 수 있는 구조에 대한 고민이 필요함을 시사한다. 이에 제2장에서는 우리나라의 감염병 관리를 둘러싼 정치사회적 동향과 과제를 중심으로 고찰함으로써 현 감염병 관리체계가 어떠한 맥락에 있는지를 살펴보고자 하였다.

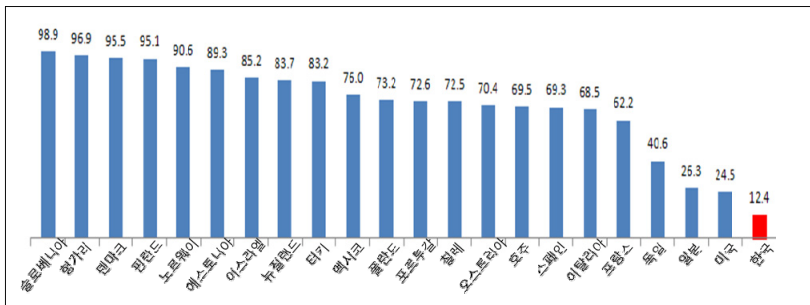
제1절 의료의 상품화: 공공성의 후퇴

1. 공공의료 인프라 부족

전염병과 같은 인구집단의 건강 문제는 소위 '외부효과'가 강하게 발생하기 때문에 공적 개입을 통한 해결을 필요로 한다. 하지만 지난 메르스 사태는 우리나라 의료공급체계의 취약한 공공성을 여실히 드러내는 계기가 되었다. 국내 최고라고 평가받는 대형 민간병원에서조차 감염병 관리를 위한 필수 시설들이 제대로 갖추어져 있지 않아 대부분의 환자들이 공공병원으로 이송되어 치료를 받아야 했다(정연, 이근찬, 유명순, 2016, p. 345).

민간의료기관의 입장에서는 시설비 및 유지비는 많이 드는 반면 활용도가 떨어지는 이러한 필수 시설들을 운영하는 것이 상당한 부담으로 작용하는 데다 경제적 유인도 낮은 상황이므로 국가적 차원의 공중보건 위기 상황에 조직적으로 대응하기 위해서는 공공의료시설이 충분히 마련되어 있어야 한다. 그럼에도 우리나라 공공병상의 비중은 12.4%(2013년 기준)로 경제협력개발기구(OECD) 선진국 중 가장 낮은 수준을 유지하고 있으며 의료기관 수로 살펴보면 이보다도 작아 채 10%가 되지 않는다. 물론 2012년 「공공보건의료에 관한 법률」을 개정함으로써 민간의료기관도 공공보건의료 기능을 수행할 수 있게 되었지만 민간조직의 공익성 강화라는 당초의 목표가 달성되고 있는지에 대해서는 회의적인 시각이 존재한다(정연 등, 2016, pp. 344-373).

[그림 2-1] 공공병상 수 비율



자료: OECD. OECD.Stat. http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT 에서 2016. 10. 30. 인출.

보건의료의 취약한 공공성은 비단 의료시설에만 국한되지 않는다. 보건의료 공공성의 취약성은 보건 부문의 공공지출액 비중을 통해서도 확인할 수 있는데 지난 25년간 국내총생산(GDP) 대비 공공보건의료지출액의 비중을 살펴본 결과 OECD 30개 국가 중 한국이 가장 낮은 수준을 보였다.

〈표 2-1〉 보건 부문 공공지출 수준 국제 비교(30개국)

국가명	GDP 대비 공공의료지출 비중(%)
그리스	5.02
네덜란드	6.20
노르웨이	4.79
뉴질랜드	6.42
덴마크	5.38
독일	7.58
룩셈부르크	5.47
미국	6.33
벨기에	6.61
스웨덴	6.34
스위스	5.12
스페인	5.55
슬로베니아	5.99
아이슬란드	5.88
아일랜드	5.08
에스토니아	4.07
영국	5.98
오스트리아	6.08
이스라엘	4.53
이탈리아	6.05
일본	5.91
체코	5.37
캐나다	6.40
포르투갈	5.48
폴란드	4.11
프랑스	7.78
핀란드	5.09
한국	2.50
헝가리	5.36
호주	5.17

주: 1990~2014년 평균값임. GDP 대비 지출의 비중.

자료: OECD. OECD.Stat. http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT
에서 2016. 10. 30. 인출.

20 중앙과 지방정부 및 의료기관에 대한 감염병 관리체계 강화 방안

정부의 보건의료 부문에 대한 낮은 인식과 지원은 보건복지부의 전체 예산 구성에서도 드러난다. 2016년도 기준 보건복지부의 전체 예산은 55조 8천억 원 정도인데 이 중 약 80%인 45조 원가량이 복지예산이고 나머지 10조 원이 보건예산에 해당한다. 그러나 이 중 7조 7천억 원은 건강보험예산으로 순수 보건의료예산은 2조 3천억 원에 불과하다. 즉 보건복지부 전체 예산 중 보건의료 예산은 4.2%에 불과한 실정이다. 특히 공중보건 영역에 대한 낮은 지원이 두드러져왔는데 2015년 메르스 이후 감염병 관리 예산이 크게 증가하기는 하였으나 감염병 외의 다른 공중보건 사업에 대한 예산은 여전히 낮은 수준을 유지하고 있다. 반면 보건산업 육성을 위한 예산은 2000년대 후반 들어 빠르게 증가하는 양상을 보이고 있으며 바이오헬스 산업, 원격의료 등이 보건복지부의 핵심 정책과제로 추진되고 있다.

〈표 2-2〉 연도별 보건복지부 예산 비교

(단위: 억 원, %)

연도	보건복지부 예산(A)	보건 예산		보건복지부 대비 보건예산 (B+C)/A(%)	보건복지부 대비 보건의료 예산 B/A(%)
		보건의료 예산(B)	건강보험 예산(C)		
2000	53,100	2,360	27,860	56.9	4.4
2001	77,449	3,153	28,096	40.3	4.1
2002	80,639	3,589	27,365	38.4	4.5
2003	87,311	4,441	29,398	38.8	5.1
2004	97,042	3,602	31,579	36.3	3.7
2005	94,731	2,215	31,121	35.2	2.3
2006	169,087	3,788	32,250	21.3	2.2
2007	192,409	3,940	31,110	18.2	2.0
2008	248,863	6,198	35,299	16.7	2.5
2009	283,622	8,483	41,777	17.7	3.0

연도	보건복지부 예산(A)	보건 예산		보건복지부 대비 보건예산 (B+C)/A(%)	보건복지부 대비 보건의료 예산 B/A(%)
		보건의료 예산(B)	건강보험 예산(C)		
2010	310,195	8,783	43,196	16.8	2.8
2011	335,694	7,297	46,471	16.0	2.2
2012	366,928	15,842	60,113	20.7	4.3
2013	410,673	19,331	65,131	20.6	4.7
2014	468,995	19,283	69,665	19.0	4.1
2015	534,725	22,793	77,441	18.7	4.3
2016	558,436	23,274	77,860	18.1	4.2

자료: 보건복지부. (2010-2016). 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요.

http://www.mohw.go.kr/front_new/jb/sjb030301vw.jsp에서 2016. 10. 13. 인출.

2. 의료쇼핑: 의료전달체계의 부재

감염력이 약하다고 평가받던 메르스 바이러스가 그토록 빠르게 확산된 배경에는 환자들이 이 병원 저 병원을 찾아다니며 진료를 보는, 이른바 의료쇼핑이 있었다.³⁾ 주치의 제도가 없는 한국 사회에서는 환자들이 기본적으로 모든 의료기관을 자유로이 이용할 수 있고 모든 전문 과목 의사도 자유로이 개원할 수 있다. 그리하여 의료기관 간의 경쟁이 심하고 비단 의원과 의원뿐 아니라 의원과 병원, 병원과 병원 간의 경쟁도 심하다. 특히 대형 병원으로의 극심한 환자 쏠림 현상으로 대형 병원의 입원실 부족과 응급실 과밀화는 만성적인 문제가 되었다. 표면적으로 보기에는 의료 이용의 무제한적 자유가 보장되는 것 같지만 실상은 아플 때 어디로 가야 할지 모르고 신뢰할 만한 주치의가 없기 때문에 환자들은 의료쇼핑을 하게 되는 경우가 많다. 그리고 의료기관의 경쟁 심화와 부실한 의료전달체계는 상품으로서의 의료의 속성을 강화시키는 기제로 작동하고 있

3) 메디칼타임즈. (2015. 6. 14.). WHO 합동평가단, 메르스, 한국의료쇼핑·문명문화 작용.

다. 의료기관 간의 경쟁이 심한 구조에서 의사들은 장기적인 치료계획보다 즉각적인 효과를 볼 수 있는 치료에 몰두하게 되기 때문이다.

3. 백신 개발의 상업화

최근 유행한 에볼라·지카바이러스, 메르스의 공통점은 모두 치료제와 백신이 개발되지 않았다는 점이다. 이렇게 백신 개발이 지지부진한 것은 소위 백신의 시장성이 낮은 것과 관련성이 높다. 최근 발생하고 있는 많은 신종 전염병이 대부분 구매력이 낮은 가난한 아프리카 지역이나 중남미 등에서 유행이 시작되었다는 점, 아울러 이러한 전염병들이 전 세계로 퍼져 나갈 것인지에 대한 불확실성은 제약기업들이 선불리 백신 개발에 나서지 못하게 하는 유인으로 작용하고 있다. 일례로 <뉴욕타임스>의 보도에 따르면 이미 2004년 동물실험에서 100% 효과를 보이는 에볼라 백신이 개발되었음에도 정부와 제약회사가 시장성이 없다며 외면하였고 결국 이 백신은 2014년 미국과 유럽에서 에볼라 환자가 발생하고 난 뒤에야 임상시험에 들어간 것으로 드러났다.⁴⁾ 또 이미 개발된 백신이라 하더라도 재고 처분 문제 등으로 많이 생산되지 않고 있는 것 역시 감염병 유행 시 신속한 대응을 어렵게 하는 문제라 하겠다.

이러한 문제들은 감염병을 예방하고 통제하기 위해 시장성이 낮아 제대로 개발 및 생산이 되지 못하고 있는 백신이나 치료제에 대한 공적 개입의 필요성을 시사한다.

4) New York Times. (2014. 10. 23.). Ebola vaccine, ready for test, sat on the shelf. <http://www.nytimes.com>에서 2016. 10. 23. 인출.

제2절 과학기술 패러다임과 위험소통에서의 보호자주의

샌드만에 따르면 위험은 실질적인 위해(hazard)와 감정 촉발(outrage)이라는 두 차원에 따라 결정된다. 이때 위해는 과학자나 전문가들이 평가하는 객관적인 사실의 영역인 반면, 감정촉발은 위험에 대해 느끼는 일반 대중의 반응이다(Sandman, 1989, p. 45). 그리고 지난 메르스 사태에서 경험한 바와 같이 객관적 위해의 크기와 대중이 받아들이는 위험의 크기가 항상 일치하지는 않는다. 위험인식 연구들에 따르면 대중은 “자발적인 통제가 부족하거나 불확실한 위험에, 그리고 피해가 크거나 익숙하지 않은 위험에 더 예민하게 반응하는 경향이 있다.”⁵⁾ 따라서 이러한 대중의 주관적인 위험 인식을 고려하지 않은 채 전문가의 시각만으로 대중에게 과학적 사실의 수용을 강요하는 이른바 ‘보호자주의’를 고집할 경우 대중의 저항과 불신은 더욱 커질 수밖에 없다.

더욱이 사람들의 접촉, 행동, 동선 등이 중요하게 영향을 미치는 감염병의 경우 과학기술 패러다임만으로는 관리에서의 한계가 명백하다. 실제로 메르스 위기 초기, 세계보건기구(WHO)에서는 메르스의 감염력이 낮다고 평가하였지만 이는 메르스가 처음 발생한 중동과 한국의 의료 환경, 문화, 구조 등의 차이를 제대로 파악하지 못한 채 내린 진단이었다. 또 실상 한국에서 감염력이 매우 높게 나타나자 전문가들이 원인을 사회구조적인 것보다는 바이러스의 유전적 변이 가능성에서 찾으려 한 것 역시 전염병이 사회적 질병임을 간과하고 과학기술 패러다임에 과도하게 의존한 맥락과 맞닿는다(김은성, 2015, pp. 1-24).

바이러스에 대한 과학적 정보, 백신이나 치료제 개발을 위한 신의료기

5) 김영욱. (2011. 4. 15.). 위험사회와 과학소통의 민주화를 생각하며. 사이언스온.
<http://www.scienceon.hani.co.kr>에서 2016. 11. 3. 인출.

술의 발달 등은 감염병 통제를 위한 중요한 필요조건이기는 하나 충분조건이라고 보기는 어렵다. 위험소통의 중요성, 정부 방역정책에 대한 협조를 어렵게 만드는 감염자에 대한 차별과 비난의 정치 등은 감염병 관리정책이 고려해야 할 다양한 사회적 요소의 중요성을 반영한다.

제3절 지방자치의 한계

민선 지방자치 시대가 열린 지도 20년이 지났지만 여전히 우리나라는 재정, 조직, 기능 등의 측면에서 실질적인 지방자치를 달성하지 못하고 있다. 특히 지난 메르스 사태는 우리나라 지방자치의 한계와 무력함을 명확히 드러낸 계기였다. 컨트롤타워의 부재로 중앙정부가 우왕좌왕하는 사이 권한과 자원을 갖고 있지 않은 지방정부는 초기에 발 빠르게 대응할 기회를 놓친 채 중앙정부의 지시가 떨어지기만을 속수무책으로 기다려야만 했고 병원 정보 공개 등을 놓고 중앙정부와 지방정부가 첨예하게 대립하기도 하였다.

비단 감염병뿐 아니라 세월호 사건과 같은 국가적 재난 사태에 대한 대응에서도 지방정부의 권한과 책임이 필요하다는 견해가 최근 들어 강하게 제기되고 있다. 재난 발생 시 그 지역사회에서 가용할 수 있는 자원을 가장 잘 파악하고 기동력 있게 이들을 동원할 수 있는 것은 바로 지방이라는 것이다. 이미 미국과 일본 등 주요 선진국은 재난관리의 1차적 책임을 지방자치단체가 맡고 있다. 미국 9·11 테러 당시 현장을 총지휘했던 사람은 대통령도 국무총리도 아닌 뉴욕시 소방대장이었으며 일본의 경우에도 지방방재회의 및 지역위기관리감과 지역의 소방본부가 주축이 된 지방자치단체가 일차적으로 대응하고 대규모 비상 재난 시에만 총리가

주재하는 긴급재해대책본부가 설치된다(정상만, 2014, p. 6; 박동균, 양기근, 류상일, 2011, p. 2). 이러한 사실들은 국가 위기 대응을 위해 지방에 더 많은 권한과 책임을 부여해야 할 필요성을 시사한다. 그리고 이는 비상 재난 발생 시 효과적인 대응이라는 차원에서뿐 아니라 지역의 여러 문제를 사전적으로 대응한다는 측면에서도 중요하다고 볼 수 있다.

그러나 우리나라의 지방자치는 지방자치단체가 각각의 독립적인 지방 정부라기보다는 중앙정부의 하청업체 같은 구조라는 지적이 있다. 비단 낮은 지방재정자립도뿐만이 아니라 사무 내용에서도 중앙정부로부터 하달된 사무의 비중이 지방 고유의 자치사무의 비중보다 훨씬 크다는 것이다. 현재 국세 대 지방세의 비율은 대략 8 대 2이며 국가의 총사무에서 현재 지방사무가 차지하는 비중도 20% 안팎이다. 그리고 이 20%의 지방사무 가운데서도 중앙정부 등에서 위임받은 사무가 60%를 넘는 것으로 알려져 있다.⁶⁾ 이러한 구조에서는 지자체가 본디 집중해야 할 본연의 업무들, 지역의 문제들에 소홀해질 수밖에 없으며 이는 메르스 사태가 드러냈듯 감염병 관리에서도 예외가 아니다.

6) 김태훈. (2016. 7. 2.). 푼돈주고 하청하는 '무늬만 지방자치'. 경향신문.
<http://news.khan.co.kr>에서 2016. 10. 27. 인출.

제 3 장

감염병 관리를 위한 공중보건체계에 대한 진단과 과제

제1절 메르스 이후 정부 보건조직에 대한 개편 논의

제2절 정부 보건조직 및 거버넌스와 인력 문제

제3절 의료관련감염 관리체계의 문제

제4절 시민 참여 및 윤리적 문제

3

감염병 관리를 위한 << 공중보건체계에 대한 진단과 과제

제1절 메르스 이후 정부 보건조직에 대한 개편 논의

메르스 사태 이후 감염병 관리를 위한 정부 조직과 대응체계에 많은 문제가 있음을 인지하게 되었다. 이후 질병관리본부장을 차관급으로 격상하고 의사 출신의 보건복지부 장관을 임명하는 등의 변화가 있었으나 이와 같은 조치만으로 개선되었다고 보기는 어렵다. 따라서 메르스 이후의 보건조직에 대한 논의를 고찰하여 문제점과 비판적 의견 등을 파악하였다.

우선적으로 2015년 메르스로 인한 공중보건 위기 시 보건복지부가 한국조직학회에 의뢰한 「환경변화 등에 따른 질병관리 조직 기능진단 및 발전방안 연구」 보고서를 살펴보았다. 이 보고서에서는 질병관리본부의 조직 규모와 인프라 부족이 약점으로 분석되었다. 질병관리본부의 조직 발전 방안으로 질병관리본부장의 차관급 격상과 함께 공중보건위기대응센터와 방역직렬 설치를 함께 제안하였다(서재호, 김소윤, 김준현, 임재진, 정영재, 윤성일 등, 2015, p. 요약 i-xx).⁷⁾

정부가 조직 개편 방안 연구를 추진하고 있던 시기에 대한의사협회 메르스정책위원회는 자체적으로 수행한 전문가 의견조사 결과를 바탕으로 보건부의 독립과 질병관리본부의 승격을 주장하였다. 이는 공중보건 위기 상황에 대비하기 위하여 보건 영역의 거버넌스 개선이 필요하기 때문이라고 하였다. 특히 보건의료정책 집행의 전문성을 확보하는 것이 중요

7) 이와 같은 연구 결과는 대부분 수용되어 질병관리본부장이 차관급으로 승격되었고 공중보건위기대응센터 및 방역직렬이 신설되었다.

30 중앙과 지방정부 및 의료기관에 대한 감염병 관리체계 강화 방안

하며 종합적 조정기능과 정책 집행의 효율성을 확보해야 한다는 것이다. 질병관리본부는 질병관리청으로 승격하여 인사권 등의 권한을 강화하고 기능을 확대할 필요가 있다고 하였다(최재욱, 이진석, 김계현, 강철휘, 엄호기, 김윤 등, 2015, p. 726).

한편 서재호 교수가 2015년 한국행정학회 기획세미나에서 ‘메르스 이후 보건복지부 변화 동향: 보건복지부의 조직변화 가능성’을 발표하였다. 이 발표에는 보건복지부와 질병관리본부 조직 개편안의 논거와 이에 대한 비판, 문제점이 포함되어 있어 이를 <표 3-1>에 정리하였다. 보건복지부의 조직 분화를 비판하는 핵심은 첫째, 보건부 독립과 질병관리청 승격이 위기 상황 대응 역량 강화에 반드시 필요하지는 않으며 둘째, 보건과 복지 서비스를 분리하기 어렵다는 것이다.

<표 3-1> 조직 개편의 논거, 논거에 대한 비판과 문제점

	보건부와 복지부의 분리와 복수차관제	질병관리청의 외청화
논거	<ul style="list-style-type: none"> • 국가적 차원의 공중보건 위기 상황에 대한 대응 역량 확보 • 보건의료의 전문성 보장과 발전 확보 • 보건과 복지가 각각 전문성을 가짐(복수차관제) 	<ul style="list-style-type: none"> • 국가적 차원의 공중보건 위기 상황 대비 및 대응 역량 확보
논거에 대한 비판	<ul style="list-style-type: none"> • 위기 상황 대응이 조직 분화의 논거가 되지 못함 • 복수차관제는 2개 이상 부처의 통합일 때만 가능(복수차관제) 	<ul style="list-style-type: none"> • 정책 역량을 약화시켜 대응 역량을 오히려 저해
문제점	<ul style="list-style-type: none"> • 보건과 복지 서비스의 분리가 어려움 	<ul style="list-style-type: none"> • 보건의료 및 건강보험 인프라 연계와 타 부처 협력 및 시군구 등 지자체 통제관리 약화

자료: 서재호(2015, p. 12)의 <표 9>를 재구성.

위와 같은 조직 개편에 대한 논의를 살펴본바 감염병 관리 측면에서 몇 가지 고려해야 할 논점이 파악되었으며 그 내용은 다음과 같다.

첫째, 행정학 등을 포함한 타 분야의 전문가와 보건의로 전문가가 생각하는 보건의료정책의 전문성에 심각한 괴리가 있다는 것이다. 보건의로 전문가는 민간의료기관이 대부분인 의료체계에서 감염병에 대한 정책 전문성이 혁신적 수준으로 개선되어야 하는 것으로 보고 있다.⁸⁾ 반면 타 분야의 전문가들은 이와 같은 문제의식에 잘 동의하지 않는 것으로 보인다.

둘째, 보건의로 전문가는 감염병 대응을 위주로 보건서비스 강화를 얘기하고 있으나 타 분야의 전문가들은 만성질환 관리를 포함한 일반론적 관점에서 보건과 복지가 제도적으로 연계되어야 하는 것으로 보고 있다는 점에서 차이가 존재한다.

셋째, 공중보건 위기 관리에 필요한 것은 해당 기관(질병관리본부)의 강력한 리더십과 거버넌스 구축이다. 거버넌스는 중앙에서는 타 부처와의 협력, 지방에서는 지자체의 행정 및 보건조직 공동 대응체계를 갖추는 것을 의미한다. 이 중에서 공중보건 위기 관리의 성패를 가르는 관건은 질병관리본부가 강력한 리더십을 갖추고 지자체의 보건조직과 긴밀히 협력해 대응하는 것이다. 보건의로 전문가들은 이를 위해 질병관리청 승격이 필요하다고 주장하고 있지만 타 분야의 전문가는 반드시 필요하지는 않다는 입장을 보이고 있다.

한편 질병관리본부의 조직 개편이 된 후인 2016년에 보건복지부가 한국사회보장학회에 의뢰해 수행한 「수요자 중심의 보건복지 기능 효율화 방안」 연구에서는 질병관리본부의 집행 기능 강화가 필요하기 때문에 질병관리청으로의 확대 개편과 함께 국립보건연구원을 질병관리본부에서 분리하는 방안을 제안하고 있다(이원희, 금현섭, 최영준, 박능후, 이창원, 홍성걸 등, 2016, p. 요약 i-iii).

8) 보건의로 전문가들은 평택성모병원·삼성병원 대응에서 실패한 사례에서 드러났듯이 시설·인력·서비스가 매우 복잡하고 기술적 성격이 강한 의료기관 관리에 대한 전문성이 보건복지부에 매우 부족한 것으로 보고 있다.

제2절 정부 보건조직 및 거버넌스와 인력 문제

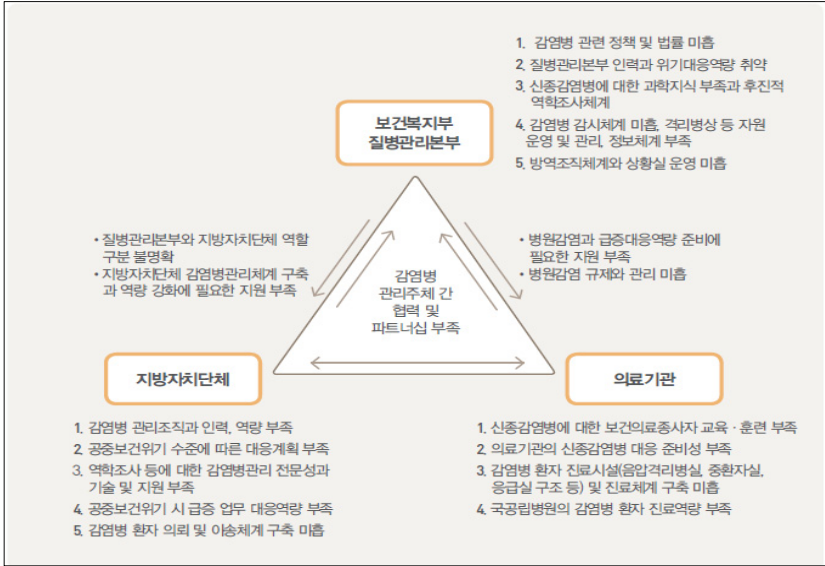
2015년 메르스 유행에서 국내 감염병 관리체계뿐만 아니라 의료전달 체계의 문제, 지방자치단체의 감염병 대응 역량의 문제 등 국내 보건 의료 체계 전반의 문제점이 여실히 드러났다. 특히 실제로 메르스 대응 인력과 전문가들이 문제로 지적한 것은 조직과 거버넌스, 대응 인력에 대한 부분이다. 따라서 이 절에서는 메르스 대응 시 드러난 감염병 관리 조직과 거버넌스, 인력의 문제점을 진단하고 메르스 종식 후 「국가방역체계 개편 방안」에 따른 변화들을 살펴봄으로써 향후 과제를 도출하고자 한다.

1. 메르스 대응 시 드러난 감염병 관리체계의 문제점

가. 조직과 거버넌스 측면의 문제

메르스 유행 시 정부의 대응과 관련해 지적된 사항들은 크게 중앙과 지방의 불분명한 역할 구분과 의사소통 문제, 음압격리병실이나 감염관리를 위한 물자관리체계 모니터링의 문제, 의심 환자 및 환자의 진료체계 문제 등이었다. 이는 결국 감염병 관리체계의 거버넌스가 제대로 또는 효율적, 효과적으로 작동하지 않았다고 볼 수 있다. 거버넌스 측면에서 이러한 문제가 발생한 원인을 메르스 백서에서는 [그림 3-1]과 같이 제시하였다. 감염병 관리의 핵심 주체라고 할 수 있는 중앙정부(보건복지부와 질병관리본부), 지방자치단체, 의료기관의 역할과 권한이 불명확하였고 이로 인해 업무의 혼선을 비롯해 대응 과정에서 다양한 문제가 발생하였다고 보았다. 또 일부에서는 보건복지부 내 보건 영역의 위상, 질병관리본부의 위상 등 현재의 조직 속성이 신속하고 정확한 대응의 장애 요인이었다고 지적하기도 하였다.

[그림 3-1] 메르스 대응 시 드러난 감염병 관리 주요 3대 주체의 문제점



자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원, (2016). 2015 메르스 백서: 메르스로부터 교훈을 얻다. p. 410.

나. 대응 인력의 부족과 전문성 부재

메르스 대응 과정에서 드러난 또 하나의 핵심 문제는 대응 인력 부족과 전문성 문제였다. 감염병 관리에서 가장 중요한 조직이라고 할 수 있는 질병관리본부의 경우 정규직의 비율이 현저히 낮았으며 (표 3-2) 역학조사관 인력이 절대적으로 부족하였다. 보건복지부의 담당 부서(질병정책과)의 인력 또한 부족하였을 뿐만 아니라 지방자치단체 담당 부서의 인력도 부족하였다. 특히 보건소의 경우 감염병 관리의 실제 현장을 담당하는 조직인데 실제로 감염병 관리를 담당하는 인력은 보건소당 4~5명에 불과하였다(이희영, 2016, p. 14). 그리고 중앙, 지방자치단체, 보건소의 감염병 관리 담당 행정 공무원의 경우 순환보직으로 전문성을 갖추기 힘들다는 문제가 제기되었다.

34 중앙과 지방정부 및 의료기관에 대한 감염병 관리체계 강화 방안

〈표 3-2〉 질병관리본부 인력 현황(2016년 3월 기준)

구분	질병관리본부			국립보건연구원			국립검역소			
	정원	현원	과부족	정원	현원	과부족	정원	현원	과부족	
공무원	계	221	196	△25	151	143	△8	364	319	△45
	정무직	1	1	-	-	-	-	-	-	-
	연구직	70	64	△6	125	119	△6	4	1	△3
	일반직	120	113	△7	26	24	△2	360	318	△42
	전문임기제	30	18	△12	-	-	-	-	-	-
비공무원	계	281		349		3				
	무기 계약직	3		1		3				
	전문연구원	25		32		-				
	일반연구원	253		316		-				
	나급	43		34		-				
	가급	210		282		-				

자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원. (2016). 2015 메르스 백서: 메르스로부터 교훈을 얻다. p. 415.

2. 메르스 이후 조직과 거버넌스, 대응 인력의 변화

가. 질병관리본부 위상과 대응 인력의 변화

중앙정부, 특히 질병관리본부가 감염병 위기에 적절하게 대응하기 위해 권한이 강화되어야 한다는 의견이 메르스 유행 과정에서 지속적으로 제기되었으며 그 결과 질병관리본부 본부장이 차관급으로 승격되었다. 그리고 역학조사관 부족 문제를 해결하기 위해 전문임기제 역학조사관을 채용하였으며 2016년 8월 기준 30명이 채용되어 질병관리본부의 여러 부서에 배치되었다. 그러나 감염병 관리 인력이 수행할 업무의 내용과 양, 필요한 자격, 조직체계를 고려한 부서별 수요 등을 고려하여 인력 확

보 계획이 이뤄져야 하나 이에 대한 부분이 충분하지 못하였다는 지적이 있었다. 또 지역의 역학조사 담당 전문 인력을 확보하려는 노력이 더 필요하다는 의견이 제기되었다.

〈표 3-3〉 전문임기제 역학조사관 채용 인원과 배치 부서(2016년 8월 기준)

배치 부서	총 명수	가급	나급	다급
위기대응총괄과	8	2	4	2
위기분석국제협력과	4	1	2	1
생물테러대응과	1		1	
감염병관리과	7	2	4	1
감염병감시과	1		1	
예방접종관리과	3	1	2	
결핵조사과	4	1	3	
혈액안전감시과	1		1	
에이즈결핵관리과	1			1
합계	30	7	18	2

자료: 이희영. (2016). 감염병 관리 인력과 자원, 자원 조직화. 제3차 감염병과 공중보건의료체계 포럼 자료집(내부 자료). 한국보건사회연구원. pp. 14-24.

나. 중앙과 지방자치단체 간 거버넌스 변화

2015년 9월 관계부처 합동으로 발표된 「국가 방역체계 개편방안」에는 메르스 유행에 대응할 당시 문제점으로 크게 지적된 중앙과 지방의 신종 감염병 위기 대응 거버넌스 문제와 불명확한 역할 구분을 개선하기 위한 내용이 담겨 있다. 핵심 내용은 현재의 감염병 분류체계(1~5군)를 위험도 중심으로 개편하여 중앙과 광역 및 기초 지방자치단체의 역할을 구분할 수 있도록 제도를 정비하겠다는 것이다. 최근 정부는 용역 연구과제의 연

구 결과를 바탕으로 ‘감염병 분류체계 개선(안)’을 마련하여 국회 정책토론회에서 발표하였으며 이를 반영한 법률 개정을 추진하고 있다(표 3-4). 기존 분류체계와의 가장 큰 차이점은 감염병 분류체계에 우선순위 개념을 포함하여 분류하였으며 기본적인 대응(격리 및 감시)을 명시하였다는 것이다. 즉 대응의 긴급도, 질환의 심각도, 전파력 등을 고려하여 질병을 분류하고 중요도를 나타내기 위해 ‘군(群)’ 대신 ‘급(級)’을 사용하여 1~5급으로 명명하였다. 그리고 1급과 2급 감염병은 중앙정부가 관리하고 3~5급은 지방자치단체가 관리하는 방안을 제시하였다. 그러나 감염병 분류체계와 실제 감염병 위기 대응체계, 관리체계와의 구체적 연계 방안이 마련되어 있지 않고 지방자치단체의 감염병 관리 역량이 조직, 인력, 시설, 자원 측면에서 여전히 부족하다.

〈표 3-4〉 학계와 보건복지부의 감염병 분류체계 개편(안) 비교

감염병 분류체계 개편안 ¹⁾		감염병 분류체계 개편안(보건복지부)	
분류	감염병	격리	①의료기관/ ②감시체계
1급 (11종)	바이러스성출혈열(에볼라바이러스병, 마버그열, 크리미안-콩고출혈열, 남아메리카출혈열, 리프트밸리열 등), 두창	고도 음압격리	① 감염병 전문병원 (중앙·권역) ② 즉시 전화신고 후 24시간 이내 신고서 제출
	페스트, 증증급성호흡기증후군(SARS), 동물인플루엔자 인체감염증, 신종 인플루엔자, 신종 감염병증후군, 증동호흡기증후군(MERS), 탄저	일반 음압격리	
	보툴리눔독소증, 야토병	격리 불필요	
2급 (11종)	홍역, 결핵	일반 음압격리	① 감염병 관리기관/ 일반 의료기관 ② 24시간 이내 신고
	콜레라, 세균성이질, 장출혈성대장균감염증, 디프테리아, 폴리오, 수막구균성 수막염, 장티푸스, 파라티푸스, A형 간염	일반격리· 자가격리	
3급 (36종)	수두	격리 불필요	① 지역감염병 관리기관 ② 전수감시, 24시간 이내 신고
	유행성이하선염, 풍진, 백일해, b형 헤모필루스인플루엔자(침습형 감염), 폐렴구균(침습성 감염), 성홍열, 한센병, 반코마이신내성황색포도알균(VRSA)감염증, 카바페넴내성장내세균속군중(CRE)감염증	격리 불필요	
	결핵, 수두	음압 격리	① 지역감염병 관리기관 ② 전수감시, 24시간 이내 신고
	콜레라, 장티푸스, 파라티푸스, 세균성이질, 장출혈성대장균감염증, A형 간염, 백일해, 유행성이하선염, 풍진, 폴리오, 수막구균성수막염, b형 헤모필루스인플루	일반 격리	① 지역감염병 관리기관 ② 전수감시, 24시간 이내 신고

에볼라바이러스병, 마버그열, 라사열, 크리미안-콩고출혈열, 남아메리카출혈열, 리프트밸리열, 두창, 페스트, 탄저, 보툴리눔독소증, 야토병, 신종 감염병증후군

1급
(12종)

2급
(6종)

3급
(19종)

증증급성호흡기증후군(SARS), 증동호흡기증후군(MERS), 동물인플루엔자 인체감염증, 신종 인플루엔자, 홍역, 디프테리아

2급
(6종)

결핵, 수두

3급
(19종)

콜레라, 장티푸스, 파라티푸스, 세균성이질, 장출혈성대장균감염증, A형 간염, 백일해, 유행성이하선염, 풍진, 폴리오, 수막구균성수막염, b형 헤모필루스인플루

3급
(19종)

일반
의료기관
7일 이내
신고

일반
격리

감염병 분류체계 개편안 ¹⁾		감염병 분류체계 개편안(보건복지부)					
분류	감염병	격리	①의료기관/②감시체계	분류	감염병	격리	①의료기관/②감시체계
	파상풍, B형 간염(급성), 일본뇌염, C형 간염, 말라리아, 레지오넬라증, 비브리오패혈증, 후천성면역결핍증, 황열, 웨스트나일열, 지카바이러스감염증 등				엔자, 페렴구균, 한센병, 성홍열, 반코마이신내성황색포도알균(VRSA) 감염증, 카바페넴내성장내세균속균종(CRE) 감염증		
4급 (22종)	인플루엔자, 매독, 수족구병, 클라미디아 감염증, 엔테로바이러스 감염증, 해외유입 기생충 감염증, 반코마이신내성장알균(VRE) 감염증 등		① 일반의료기관 ② 표본감시	4급 (26종)	파상풍, 쓰쓰가무시, B형과 C형 간염, 일본뇌염, 풍수병, 뎅기열, 비브리오패혈증 등	격리 불필요	① 일반 의료기관 ② 24시간 이내 신고
				5급 (22종)	인플루엔자, 매독, 회충증, 요충증, 수족구병, 메티실린내성 황색포도알균 감염증, 간흡충증, 해외유입 기생충 등	격리 불필요	① 일반 의료기관 ② 7일 이내 신고

주: 1) 송영구, 최영화, 임종식, 감홍빈, 박대원, 기현규 등. (2016). 감염병 분류체계 개편방안 연구. 오송: 질병관리본부 pp. 47-50.

출처: '감염병 분류체계 개편을 위한 토론회' 관련 기사 재구성⁹⁾

9) 2016년 12월 12일 국회 보건복지위원회 박인숙 의원실은 '감염병 분류체계 개편을 위한 토론회'를 열었다. 이 토론회의 내용을 담은 다음 두 기사의 내용을 재구성하였다.
 메디칼업저버. (2016. 12. 12.). 감염병 분류체계 개편 한목소리...세부안은 이견.
<http://www.monews.co.kr/news/articleView.html?idxno=95549>에서 2017. 1. 2. 인출.
 조선일보. (2016. 12. 13.). 감염병 분류, 60년 만에 위협으로 바뀐다.
<http://news.naver.com/main/read.nhn?mode=LSD&mid=sec&sid1=102&oid=0003237116>에서 2017. 1. 2. 인출.

3. 정부 보건조직, 거버넌스와 인력 측면의 향후 과제

질병관리본부장이 차관급으로 승격되었으나 충분하지 않다는 의견이 다수 존재하며 일각에서는 보건부 독립, 질병관리청으로의 승격 등 감염병 관리 조직에 대한 논의가 지속적으로 이어지고 있다. 그리고 지방자치단체의 감염병 관리 조직에 대한 논의도 이뤄지고 있다. 현재와 같이 지역에 '지역감염병관리본부'를 위탁용역사업 형태로 두는 방식을 확대할 것인지 아니면 지방자치단체의 정규 조직으로 지역감염병관리본부를 신설할 것인지 또는 질병관리본부의 하부조직 형태인 지방감염병관리청(가칭)을 신설할 것인지 등 여러 방안이 제시되고 있다. 따라서 다양한 가능성을 열어두고 감염병 관리체계에 대한 논의를 지속해야 한다.

정부가 중앙과 지방의 거버넌스 재구축을 위해 제시한 감염병 분류체계 개편과 역할 분담에 대한 부분도 아직 더 논의가 필요한 상황이다. 왜냐하면 현재 지방자치단체의 감염병 관리 조직이나 인력의 전문성을 고려할 때 특정 감염병의 관리를 지방자치단체의 책임으로 맡기는 것은 무리가 있다. 따라서 감염병 분류체계 개편에 따른 중앙과 지방의 역할 분담은 단계적으로 지방의 역량 강화 속도에 맞춰 진행되어야 한다. 이때 지방 역량 강화의 핵심은 감염병 관리 인력 확보 및 해당 인력의 전문성 강화이므로 이에 대한 구체적인 방안과 단기, 중장기 전략에 대해 논의가 이뤄져야 한다.

제3절 의료관련감염 관리체계의 문제

1. 메르스 유행 전 의료관련감염 관리 정책과 문제점

메르스 유행 전 의료관련감염과 관련된 정책은 크게 의료관련감염 감시체계와 의료기관인증제도라고 볼 수 있다.

2006년 대한의료관련감염관리학회와 질병관리본부는 중환자실과 수술실 감염을 모니터링하는 ‘전국 의료관련감염 감시체계(KONIS: KOREAN National healthcare-associated infections Surveillance System)’를 자발적으로 참여하는 의료기관을 대상으로 구축하였다.¹⁰⁾ 그리고 2010년 12월 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 개정 시 항생제 내성균(6종)이 지정 감염병으로 분류되어 2011년부터 국가 차원의 표본감시가 시작되었다. 이 외에도 질병관리본부는 중소 병원들을 대상으로 항생제 내성균 감시체계를 구축하여 모니터링하고 있다. 감염병 관리에 대한 국가 차원의 접근과 의료기관의 자발적 참여는 매우 긍정적이거나 KONIS의 경우 중환자실 또는 수술실을 보유한 병원에 한정되어 있고¹¹⁾ 법에 따른 표본감시의 경우 300명상 이상의 병원급 의료기관 100개를 표본으로 지정하여 감시하고 있어 의료관련감염에 대한 감시체계가 제한적으로 운영되고 있다. 즉 구조적으로 감염에 더 취약한 의원과 중소 병원의 의료관련감염에 대한 모니터링 체계는 거의 없는 실정이다. 그러나 최근 몇 년 사이 나타난 의원급 의료기관에서의 C형 간염 집단 감염과 메르스 유행 시 요양병원과 의원에서 감염된 경우가 상당수 있었던 점을 상

10) 2014년까지는 대한의료관련감염학회에서 중환자실 감염과 수술실 감염 감시체계 모두를 운영하였으나 2015년부터는 중환자실 감염 감시체계만 운영하고 있다.

11) 중환자실을 보유한 의료기관은 2016년 7월 기준 185개이며 이 중 2016년 6월 기준 KONIS에 참여하고 있는 기관은 103개이다. 수술실 감염감시에 참여하고 있는 의료기관은 2014년 기준 65개이다.

기하면 의료관련감염이 대규모 병원만의 문제가 아니고 중소 병원과 의원에서도 중요함을 알 수 있다.

의료기관인증제도는 의료기관의 의료의 질 제고를 목적으로 2010년부터 시행된 제도이다. 보건복지부의 이 평가제도의 기준에는 의료관련감염 관리를 위한 의료기관의 감염관리체계, 인력, 자체 평가 지표 등이 포함되어 있다. 그러나 의료기관인증제도는 병원급 의료기관만을 대상으로 하고 요양병원과 정신병원을 제외한 병원급 의료기관은 자율 인증제도라는 점에서 제한이 있다.

2. 메르스 유행 시 드러난 의료관련감염 관리체계의 문제점

메르스 유행 시 메르스에 감염된 환자의 감염 경로를 살펴보면 거의 대부분이 의료기관에서 감염된 것을 확인할 수 있다(표 3-4). 의료기관에서 메르스 환자와의 직접접촉 또는 간접접촉으로 감염되었는데 이는 의료기관에서 호흡기 환자에 대한 감염관리가 잘 이뤄지고 있지 않았음을 보여주는 중요한 사건이다. 동시에 현재의 의료기관의 시설과 관리체계, 의료전달체계, 그리고 병문안 문화 제한 등 의료관련감염 예방을 위한 시스템이 전반적으로 미흡하다는 것이 실제로 드러났다. 이로 인해 의료관련감염 관리의 중요성이 크게 대두되었으며 정부는 더 이상 의료관련감염 관리를 의료기관 또는 의료진의 전문성에만 맡길 수 없다는 것을 파악하고 정부 차원에서 체계적으로 관리할 것을 향후 과제로 삼았다.

42 중앙과 지방정부 및 의료기관에 대한 감염병 관리체계 강화 방안

〈표 3-5〉 중동호흡기증후군(MERS) 확진 환자 감염 경로 특성별 환자 수

(단위: 명, %)

병원 환자	환자의 가족, 보호자, 방문객	병원 종사자		기타	계
		의료인	기타 (간병인, 이송요원 등)		
82 (44.1)	63 (33.8)	25 (13.4)	14 (7.5)	2 (1.1)	186 (100.0)
			39(21.0)		

자료: 보건복지부. (2016). 2015 메르스 백서. p. 187.

3. 메르스 종식 후 정책적 변화

가. 의료관련감염대책 추진 과제 설정

메르스 유행 후 정부는 의료관련감염 관리를 포함한 「국가방역체계 개편방안」을 마련하여 제시하였다. 후속 조치로 의료관련감염 대책 세부 실행 계획 마련을 위해 ‘의료관련 감염대책 협의체’를 구성하였다. 협의체는 최대한 합의를 도출하여 정부에 권고안을 제시하였다. 권고안에서 제시된 추진 과제는 시급성, 실현 가능성 등을 고려하여 우선순위를 설정하였으며 내용은 〈표 3-6〉과 같다. 이 중 병문안 문화 개선을 위한 캠페인이 추진되고 있으며 응급실 감염관리 강화 및 과밀화 해소를 위한 시설 규정 개선, 병원 내 감염관리실 설치를 위한 관련 법 개정, 병원의 감염관리 활동 증진을 위한 수가 마련, 감염병 예방을 위한 의료기관의 시설 기준 강화 등이 추진되었으며 일부 관련된 정책이 시행되고 있다.

〈표 3-6〉 의료관련감염 대책 추진 과제 상세 내용

구분	추진 과제
I. 조기 추진 과제	(1) 병문안 문화 개선 - 병문안 문화 개선 (2) 응급실 감염관리 강화 및 과밀화 해소
II. 단기·중장기 과제	(3) 포괄간호서비스 확대 (4) 감염관리 인프라(병원 감염관리실 설치 등) 확대 (5) 의료인 진료 환경 개선 (6) 전문치료체계 구축 및 감염 정보 공유 (7) 감염관리활동 평가 체계화 및 보상 강화 (8) 의료기관 시설 기준 개선 (9) 감염병 신고·감시체계 개편
III. 추가 논의 과제	(10) 의료전달체계 개편(☞ 별도의 협의체에서 논의)

가. 의료관련감염 관리를 위한 감염 예방·관리료 신설

보건복지부는 의료기관의 감염관리활동 증진을 위해 감염 예방·관리료를 신설하였다. 수가의 기준은 〈표 3-7〉과 같다.

〈표 3-7〉 감염 예방·관리료 수가와 인정 기준

감염 예방·관리료	등급	수가	인정 기준
종합병원 이상	1등급	2,380	1) 전담간호사 ① 분기별 평균 병상 150:1 이하 ② 평균 병상 수 대비 500:1 이하 (2019년 9월 14일까지는 병상 수 상관없이 최소 1명) 2) 감염관리 의사 ① 분기별 평균 병상 300:1 이하 (전담의사로 둘 경우 2인 산정)
병원		2,870	
종합병원 이상	2등급	1,950	1) 전담간호사 ① 분기별 평균 병상 200:1 이하 ② 평균 병상 수 대비 600:1 이하 (2019년 9월 14일까지는 병상 수 상관없이 최소 1명) 2) 감염관리 의사 ① 분기별 평균 병상 300:1 이하 (전담의사로 둘 경우 2인 산정)
병원		2,420	

44 중앙과 지방정부 및 의료기관에 대한 감염병 관리체계 강화 방안

감염 예방·관리료	등급	수가	인정 기준
※ 전 등급 공통 사항			<p>3) 의료기관 인증평가원의 인증 결과 ‘인증’ 또는 ‘조건부 인증’에 해당되어야 함. (감염관리 항목, 감염질환 및 면역저하환자 관리, 유행성 감염병 관련 대응체계, 손위생 수행 등의 기준에 ‘무 또는 하가 없어야 함.’ - 2016. 9. 1. 이후 인증조사를 받은 기관)</p> <p>4) 질병관리본부에서 운영하는 ‘전국병원 감염감시체계’ 참여하여야 함.</p> <p>5) 감염, 예방 관리 활동을 해야 함. (감염관리운영위원회 설치 및 운영, 전 직원 1년에 1회 이상 교육 실시, 감염관리지침 마련 및 주 1회 순회 실시와 기록)</p>
※ 인력 기준			<p>1) 전담간호사</p> <p>① 감염관리실 경력 3년 이상(타 병원 가능) 간호사 또는 아래의 전문가자격증을 보유한 자 [감염관리 전문간호사 자격증(보건복지부 주관) 또는 감염관리 실무전문가 자격증(대한감염관리간호사회 주관)]</p> <p>② 주 40시간 근무, 감염관리실 전담 업무(계약직은 1년 이상 근무 원칙)</p> <p>2) 감염관리 의사</p> <p>① 감염내과 또는 소아청소년과 감염 분과 전문의 또는 감염관리실 근무 경력 1년 이상, 감염관리에 대한 24시간 이상의 교육을 이수한 전문의(2017년 9월 14일까지는 한 가지만 충족해도 인정함.)</p> <p>② 상근 의사로 월평균 주 20시간 이상 감염관리실 업무를 수행, 감염관리실 보수교육을 매월 16시간 이수. (산정 기준: 전전 분기 마지막 월 15일부터 전 분기 마지막 월 14일까지 재직 일수의 합을 해당 기간의 일수로 나누어 계산)</p>

자료: 이재갑. (2016). 감염병 정책 이대로 괜찮은가? 제4차 감염병과 공중보건의료체계 포럼 자료집(내부 자료). 한국보건사회연구원. p. 5.

나. 의료관련감염 관리를 위한 시설 기준 강화

「국가방역체계 개편방안」 및 ‘의료관련감염 대책’의 후속 조치로 의료법 시행규칙이 개정되었는데 의료관련감염 예방 및 관리를 위해 시설 기준이 강화되었다(표 3-8). 또 상급 종합병원의 감염관리 강화를 위해 제3기 상급종합병원 지정 기준을 개정하였다. 감염관리능력 제고를 위한 신설 기준은 음압격리병실에 관한 것으로 2018년 12월 31일까지 500병상당 1개의 국가지정병상 수준의 음압격리병실을 구비해야 제3기 상급 종합병원으로 지정받을 수 있다.

〈표 3-8〉 의료기관 시설 기준 강화 내용

구분	적용 대상	현행 기준	신축·증축 시	기존 시설 개선 의무
◆ 음압격리병실 구비 의무화				
음압격리 병실 확보 (1인실 원칙)	300병상 이상 종합병원	없음	설치 규모: 300병상당 1개 + 추가 100병상당 1개 (1인실, 면적 15㎡, 음압차 -2.5Pa)	2018. 12. 31.까지 설치 규모: 300병상당 1개 + 추가 100병상당 1개 (1인실, 면적 15㎡, 음압차 -2.5Pa)
격리병실 (1인실 원칙)	300병상 이상 요양병원	없음	규모: 300병상당 1개 이상 (샤워시설을 갖춘 화장실)	2018. 12. 31.까지 규모: 300병상당 1개 이상 (샤워시설을 갖춘 화장실)
◆ 입원실 시설 기준 강화				
1) 병실당 병상 수 및 병실 면적	의원 병원급	없음	1병실당 최대 4개 병상 1인실: 10㎡ 다인실 1인당 6.3㎡	해당 없음
	요양병원	1인실: 6.3㎡ 다인실: 4.3㎡	1병실당 최대 6개 병상 1인실: 10㎡ 다인실 1인당 6.3㎡	해당 없음
2) 손 씻기 및 환기 시설	의원 병원급 요양병원	없음	설치	해당 없음
3) 병상 간 거리	의원 병원급 요양병원	없음 (환산 0.8m)	병상 간 1.5m	2018. 12. 31.까지 병상 간 1.0m
◆ 중환자실 시설 기준 강화				
1) 병상 간 거리	300병상 이상 종합병원	없음	벽에서 1.2m 병상 간 2.0m	2018. 12. 31.까지 병상 간 1.5m
2) 병실 면적		10㎡	1인당 15㎡	해당 없음
3) 음압격리 병실		없음	병상 10개당 1개씩 (최소 1개는 음압격리병실)	2021. 12. 31.까지 10개 병상당 1개씩 (최소 1개는 음압격리병실)

자료: 보건복지부 보도자료. (2017. 2. 2.). 안전하고 쾌적한 입원실(중환자실)로 거듭난다.12)

12) 보건복지부 보도자료. (2017. 2. 2.). 안전하고 쾌적한 입원실(중환자실)로 거듭난다.
http://www.mohw.go.kr/front_new/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1 에서 2016. 12. 20. 인출.

4. 의료관련감염 관리의 향후 과제

메르스 이후 의료관련감염 관리를 위해 다양한 정책이 추진되었고 현재도 추진되고 있다. 정부가 의료관련감염 관리를 의료기관 또는 의료진에게 맡기지 않고 정책 및 제도적으로 접근하려는 측면에서는 매우 긍정적이나 몇 가지 과제들이 남아 있다.

먼저 의료기관의 의료관련감염 예방을 위해 추진한 시설 기준 강화의 경우 신규로 의료기관을 개설하거나 증축하는 경우 외에 현재의 의료기관 시설에도 유예기간을 두기는 했으나 강화된 기준을 적용하는 것으로 하였다. 그러나 이는 대규모의 공사가 필요한 것으로 의료기관의 재정적 부담이 커지게 되며 이 기준을 적용할 경우 전체 병상 수가 감소하여 경영에서도 문제가 발생할 소지가 있다. 이 비용은 감염관리예방·관리료만으로는 감당하기 어려운 수준으로 의료계에서는 이에 대한 정부 차원의 지원이 이뤄져야 함을 지속적으로 주장하고 있다.

둘째, 감염 예방·관리료 신설 후 의료기관들이 수가 보상을 위해 감염병 전담인력을 채용하는 등 긍정적인 변화를 보이고 있다. 그러나 한 가지 우려스러운 점은 소규모 병원의 경우 이 수가를 위해 감염병 전담인력을 채용하였으나 다른 업무와의 겸직으로 감염관리 업무를 하게 할 가능성이 있다는 것과 감염 예방·관리료를 통한 수익을 의료기관이 감염관리를 위해 재투자할 것인가에 대한 것이다. 정부는 감염 예방·관리료가 실제로 의료기관의 감염관리 증진에 활용되는지에 대한 감시를 해야 하며 어떠한 방식으로 관리할 것인가에 대한 방안을 마련해야 한다.

셋째, 의료관련감염 관리에 대한 방안 마련에서 가장 진행이 더딘 부분은 전달체계 개선에 대한 것이다. 가장 어렵지만 가장 중요한 부분으로 이에 대한 노력이 향후 가장 필요하다.

제4절 시민 참여 및 윤리적 문제¹³⁾

본 절에서는 지난 메르스 유행 상황을 사례로 들어 메르스 유행 당시의 시민 참여와 당시 발생한 윤리적 문제들을 고찰하고 감염병 등으로 인한 공중보건 위기 발생 시 발생하는 윤리적 문제들에 대응하기 위해 고려해야 하는 요소들을 살펴보았다.

1. 메르스 대응 과정에서 나타난 윤리적 문제

메르스 유행 초기 감염원에 대한 정보를 공개하지 않은 상황에서 환자가 잇따라 발생하고 소셜미디어 등으로 정보들이 급격히 확산되면서 국민의 불안감이 높아졌다. 이러한 상황에서 정부의 대응은 내외적으로 많은 비판을 받게 되었고 이에 따라 자가 격리 등 적극적이고 공세적인 대응 조치를 하게 되었다(최재욱 등, 2015, pp. 723-728; 보건복지부, 2016).

기존의 연구들은 강력한 외부 효과를 가지는 감염병의 특성상 유행 통제나 대비 과정에서의 예방접종, 건강한 개인들에 대한 검역 조치, 접촉자 추적 등과 같이 개인의 자유와 프라이버시 침해를 완전히 피할 수는 없다고 보고한다. 하지만 정부의 메르스 유행 대응 과정에서 발생한 다양한 상황에서 개인의 자유와 프라이버시가 침해된 상황들이 있다고 전문가들은 지적하면서 이에 대한 개선이 필요하다고 하였다(시민건강증진연구소, 건강세상네트워크, 2016).

우선 농어촌 지역을 대상으로 한 두 건의 집단 검역 조치이다. 효과적

13) 본 원고는 연구 과정 중 진행되었던 포럼 논의를 위해 작성된 원고[‘메르스 대응과정에서 나타난 윤리적 이슈’(김명희)와 ‘공중보건 윤리의 특성과 딜레마’(최은경과 김옥주)]와 포럼 참여자들의 논의 내용을 바탕으로 작성되었다.

치료법이나 백신이 없는 상황에서 검역은 유행을 차단하는 핵심 수단 중 하나이나 검역은 타인의 보호를 위해 건강한 개인들의 자유권이 제약되는 것이므로 신중한 접근이 필요하다. 전남 순창군의 집단 검역 조치는 과학적 근거가 뒷받침되지 않은 상태에서 주민들의 의사결정 참여나 최소한의 설명 절차도 생략된 가운데 강제적으로 이루어졌다(보건복지부, 2016; 시민건강증진연구소, 건강세상네트워크, 2016).

또한 메르스 유행 대응에서 정부는 자가 격리 대상자의 이탈 방지와 접촉자의 소재 파악을 위하여 관계 정부 기관 및 이동통신 서비스 사업자, 신용카드 업체들과의 협업으로 위치추적 관련 업무를 진행한 바 있으며 2015년 7월 6일과 2016년 1월 6일 두 차례에 걸쳐 「감염병 예방법」을 개정하여 이를 제도화하였다. 그러나 휴대전화, 신용카드 거래, 실시간 의료 이용 기록에 대한 전자감시는 전 세계적으로 유례가 없으며 프라이버시 침해에 대한 심각한 우려가 제기될 수 있는 사안이다. 메르스 유행 대응 당시 개인들에 대한 사전 동의는 물론 사후 고지 절차가 불분명했으며 (사후에라도) 이러한 조치의 정당성을 판단하거나 당사자들이 이의를 제기할 수 있는 제도가 전혀 없었다는 점은 우려스럽다(김학경, 이상용, 2015, pp. 25-49). 특히 메르스 유행 당시 자유권 침해 상황이 충분히 알려지지 않았으며 시민사회의 감시도 충분치 못한 상황에서 법 개정이 이루어졌고 법 개정 이후 사후 합리화 과정에서도 속의 과정이 충분히 있었다고 보기 어렵다.

메르스 대응 과정에서 나타난 공공 병원의 취약계층 강제 전원도 주요한 윤리적 문제이다. 국내 공공 병원의 비중이 낮고 음압격리병상과 같은 중증 감염병 환자를 치료할 수 있는 준비가 된 민간병원들이 제한적인 상황에서 발생한 메르스 유행으로 소수의 공공병원들이 메르스 진료를 전담하는 상황이 발생했다. 이를 위해 기존의 공공병원에서 치료받던 환자

들은 다른 병원으로 전원될 수밖에 없었는데 공공병원을 이용하는 환자들의 다수는 사회경제적 취약계층이었다. 예컨대 노숙인의 경우 정해진 '노숙인 진료시설'을 이용하는 것이 보통이며 이러한 진료시설은 대개 공공병원이어서 전원 조치를 하기가 제한적이었다(시민건강증진연구소, 건강세상네트워크 2016). 또 공공병원이 다른 의료기관으로의 전원을 알선하거나 조정해 주지 않았기 때문에 환자 자신과 가족, 혹은 병동 간호사들이나 관련 비정부기구(NGO) 활동가들이 나서서 전원 기관을 알아보게 되는 상황이 다수 발생하였다(시민건강증진연구소, 건강세상네트워크 2016). 비록 정부나 공공병원의 조치가 의도적으로 취약계층을 차별한 것은 결코 아니었으나 그간 공중보건 인프라에 저투자한 것이 공중보건 위기 상황에서 취약한 개인들에게 차별적 불리함으로 발현된 것으로 보인다.

앞서 살펴본 메르스 유행 대응 과정에서 발생한 윤리적 문제들은 한국만의 고유한 현상은 아니다. 하지만 이들 문제에 대한 고려 없이는 정부 개입의 정당성이 훼손되고 대중의 신뢰 저하와 협조 불이행으로 이어질 수 있다.

2. 공중보건 위기 대응에서 고려해야 할 윤리적 원칙과 과제

앞서 언급한 것처럼 감염병 유행 통제나 대비 과정에서 개인의 자유와 프라이버시 침해는 완전히 피할 수는 없다. 공중보건 위기 시 협의 과정 없이 급작스러운 격리 조치가 취해질 수 있고 의료인들에게는 자신이 처할 위험을 무릅쓰고 위험한 질병을 치료해야 할 의무가 부과될 수도 있다. 이와 관련하여 기존의 연구는 일상적인 의료윤리가 개인의 자유를 존중하며 '해를 가하지 말 것(Do no harm)'에 방점을 두고 있다면 공중보

건 윤리는 개인의 자유 제한이 허용될 수 있는 수준과 조건에 방점을 두고 있다고 보고하기도 한다(Childress J. F., Faden R. R., Gaare R. D., Gostin L. O., Kahn J., Bonnie R. J. et al., 2002, pp. 170-178). 따라서 감염병 통제는 효과성과 윤리 두 가지 측면을 모두 고려해야 하며 개인의 자유권 보호와 인구집단 보호라는 때로는 상충하는 가치 사이에서 균형을 유지해야 한다. 이러한 어려움을 극복하기 위해 역사적으로 시라쿠사(Siracusa) 원칙을 비롯해 자유권이 제한되는 인권 침해를 최소화하기 위한 몇 가지 원칙들이 발전하기도 했다(Kinlaw & Levin, 2007; Smith & Silva, 2015, pp. 130-147; Torda, 2006, p. 73; Wynia, 2007, pp. 1-5).

공통적으로 지적되는 공중보건 위기 대응 시의 윤리적인 고려 사항은 1) 공공을 위해서 보호하고 건강을 증진하는 원칙, 유용성의 원칙, 효율성의 원칙 2) 평등과 정의의 원칙 3) 자유와 존중의 원칙이라고 할 수 있다. 그 외에 치료의 의무, 상호 호혜의 원칙, 투명성과 책임감의 원칙, 연대의 원칙 등이 중요한 원칙으로 거론되고 있다.

메르스 유행 대응 경험을 바탕으로 향후 또 다른 감염병 유행이 발생했을 때 대응은 초기부터 강력한 조치를 요구할 가능성이 높고 정부도 메르스 경험을 토대로 공세적인 대응에 나설 가능성이 높다. 이런 상황에서 앞서 제시한 윤리적 원칙들과 사례 검토 결과에 기초하여 감염병 유행 통제 전략을 제안하면 다음과 같다.

우선 효과성에 대한 평가에 근거해 최소 침습을 전제로 하는 명문화된 가이드라인을 마련해야 한다. 이는 사회경제적 취약집단에 대한 특별한 고려를 담고 있어야 하며 제정 과정에서 시민의 참여 혹은 최소한의 의견 청취를 보장해야 한다. 다수의 국가에서 공중보건 비상사태 대응 계획을 마련하면서 비상사태를 예측하고 분석하며 대응 계획을 마련하는 단계에서부터 시민의 참여와 숙의를 거치도록 규정한 것은 치명적인 윤리 위반

을 최소화하기 위함이다.

둘째, 유행 통제 혹은 대비 과정에서 발생한 인권 침해, 피해를 개인적 혹은 집합적으로 진정하거나 구제할 수 있는 제도를 마련해야 한다. 특히 공중보건 위기 상황에서는 조치의 정당성을 판단해줄 사법 기관이나 정부를 감시하는 시민단체들이 평상시처럼 기능하기 어렵다는 점에서 명문화된 제도와 더불어 반드시 사후 점검·평가 장치를 마련해야 한다.

셋째, 감염병 예방법의 재개정이 필요하다. 특히 프라이버시 침해와 관련하여 자료 요청의 요건, 추출 범위를 한정하고 사전 동의 혹은 사후 통보 조치를 명문화해야 한다. 역학조사관의 면담 기술과 시스템에 대한 시민들의 신뢰 증진이 우선이며 이는 기술적 방식으로 해결될 수 있는 것이 아니다.

넷째, 감염병 관리에만 해당하는 것은 아니지만 공공의료 인프라를 강화하고 공중보건 위기 상황에서 자원할당의 우선 원칙에 대한 사회적 합의를 도출하는 것이 필요하다. 예컨대 인플루엔자 판데믹이나 바이오테러 발생 시 긴급조치에서 자원할당 방안이 마련되어 있어야 하며 이러한 의사결정 과정에 시민의 참여가 보장되어야 한다.

마지막으로 무엇보다 정부와 전문가의 관점 변화가 필요하다. 시민들이 때로는 패닉에 빠져 비이성적으로 행동하는 것처럼 보이지만 이 또한 '제한된 합리성(bounded rationality)'에 기초한 최선의 반응으로 볼 수 있다. 시민들의 반응은 정부 조치의 합리성과 설득력, 신뢰에 따라 크게 달라질 수 있다. 시민들의 협조와 자발성에 기초하지 않은 강제적 검역 조치가 성공하는 것은 불가능하며 만일 강제적 검역 조치를 벗어나는 이들이 많아지면 조치의 효과를 거두기 어렵고, 그렇게 되면 더 강력한 통제로 이어지는 악순환이 발생하며 효과성과 윤리성 측면 모두에서 실패할 수밖에 없다.

제 4 장

감염병 관리를 위한
공중보건체계에 대한
전문가 의견

제1절 전문가 델파이 조사 방법

제2절 조사 결과

제3절 소결

4

감염병 관리를 위한 << 공중보건체계에 대한 전문가 의견

본 연구에서는 현재의 감염병 관리체계의 문제점을 진단하고 중앙정부·지방자치단체·의료기관을 포함한 감염병 관리체계의 방향성 및 발전 방향을 제시하고자 전문가를 대상으로 델파이 조사를 하였다.

제1절 전문가 델파이 조사 방법

1. 연구 대상 및 표집 방법

조사에 참여하는 전문가 집단은 공중보건체계에 대한 연구 또는 공중보건 위기 대응 경험이 있는 보건학계 교수, 의료기관 관계자, 보건소 관계자를 대상으로 하였다. 전문가 집단에서 연구 참여 대상자는 ‘메르스 대응 또는 감염병 관리체계와 관련한 발제 및 토론에서 의견을 제시한 경험이 있는 연구자와 실무자’¹⁴⁾ 및 ‘메르스 대응에 참여한 의료기관과 보건소 관계자’의 두 가지 기준으로 선정하였다. 전문가 집단별로는 보건학계 교수 18명, 의료기관 관계자 12명, 보건소 관계자 10명을 선정하였다.

14) 2016 한국보건행정학회 후기 학술대회, 대한예방의학회 제68차 추계 학술대회 참여자를 주로 고려하였다.

2. 연구 도구 및 방법

가. 연구 방법

본 연구에서는 전문가 의견조사를 위해 델파이 기법을 이용하여 설문을 하였다. 델파이 기법은 ‘절차의 반복과 통제된 피드백, 응답자의 익명, 그리고 통계적 집단 반응의 절차’로 의견을 수렴하는 방법이다. 본 연구는 델파이 기법의 조사로 통상적인 대면 방식의 논의 과정에서 나타날 수 있는 부정적 효과들, 예를 들어 ‘다수의 횡포로 인한 소수의견의 무시’, ‘한 명의 권위자에 의한 발언의 영향’, ‘사전 조율로 인한 집단역학의 약점’, ‘한 번 취한 입장의 고수’ 등을 방지하기 위해 참여자들의 익명성을 보장하고 상호작용 가능성을 최소화하고자 하였다(강용주, 2008, p. 3). 또한 본 연구에서는 총 3회에 걸쳐 설문을 하였다. 1차 설문에서는 해당 주제에 대한 개방형 질문을 활용하였고 2차 설문에서는 1차 설문에서 얻은 내용을 바탕으로 구조화된 질문을 작성하고 이에 7점 리커트 척도로 응답하게 하였다. 이후 3차 설문에서는 2차 설문에서의 본인의 응답과 전체 전문가 응답의 중위수, 사분위수의 범위를 비교할 수 있도록 정보를 제시하고 동일한 질문에 대해 응답을 수정하거나 재고할 기회를 제공하였다.

나. 설문 구성

1) 1차 설문지

1차 조사 설문지를 개발하기 위해 공중보건 위기 대응, 공중보건체계와 감염병 관리체계를 주제로 한 보고서, 학술대회 자료집, 감염병과 공중보건의료체계 포럼에서 논의된 내용 등을 고찰하였다. 주요 주제는 중

앙과 지방정부의 역할과 과제, 공공의료기관과 민간의료기관의 역할 분담 및 협조 체계, 의료관련감염 관리에 대한 거버넌스, 감염병 관리 공중보건체계에서의 시민 참여 네 가지 파트로 구성하였다. 설문 문항은 총 여섯 문항으로 주제별로 하나 또는 두 가지의 개방형 질문을 제시하였다.

〈표 4-1〉 1차 설문지 구성

주제	문항 수	설문 형식	세부 내용
중앙과 지방정부의 역할과 과제	2문항	개방형	<ul style="list-style-type: none"> • 감염병 관리를 위한 중앙(보건복지부, 질병관리본부)과 지방자치단체(광역과 기초)의 역할 • 각각의 조직이 위에서 제시한 역할을 잘 수행하기 위해 필요한 권한 및 제도 및 조직 차원에서 필요한 노력
공공의료기관과 민간의료기관의 역할 분담 및 협조체계	2문항	개방형	<ul style="list-style-type: none"> • 감염병 관리를 위한 공공기관과 민간의료기관의 역할 • 감염병 진료를 위한 민관 진료제공체계를 체계적으로 구축하기 위해 가장 필요한 내용
의료감염관리에 대한 거버넌스	1문항	개방형	<ul style="list-style-type: none"> • 중앙정부와 지방정부가 의료관련 감염의 감독 및 관리를 위해 지원과 규제 측면에서 해야 하는 역할
감염병 관리 공중보건체계에서의 시민 참여	1문항	개방형	<ul style="list-style-type: none"> • 감염병 관리 공중보건체계에서 시민의 참여 방식

자료: 김남순 등. (2016). 중앙과 지방정부 및 의료기관에 대한 감염병 관리체계 강화방안 1차 조사 (내부 자료).

중앙과 지방 정부의 역할과 과제에서는 감염병 관리를 위한 중앙정부(보건복지부, 질병관리본부)와 지방자치단체(광역자치단체, 기초자치단체)의 역할을 세 가지 제시하고 각각의 조직이 제시한 역할을 수행하기 위해 필요한 권한과 제도 및 조직 차원의 노력을 조직, 거버넌스, 인력, 시설, 자원의 측면에서 제시하도록 요청하였다. 공공의료기관과 민간의

료기관의 역할 분담 및 협조 체계 주제에서는 감염병 관리를 위한 공공의 료기관과 민간의료기관의 역할과 함께 감염병 진료를 위한 민관 진료제 공 체계를 체계적으로 구축하기 위해 가장 필요한 요소를 제시하도록 하였다. 의료관련감염 관리에 대한 거버넌스에서는 의료관련감염의 감독 및 관리를 위한 중앙정부와 지방정부의 역할을 지원과 규제 측면에서 제 시하도록 구성하였다. 감염병 관리 공중보건체계에서의 시민 참여에 대 해서는 시민 참여의 방식에 대해 개방형으로 질문하였다.

2) 2차 설문지

1차 설문지의 응답을 분석한 결과를 바탕으로 2차 설문은 감염병 관리를 위한 정부 주체별 역할과 책임, 감염병 관리체계 개선 방안, 의료관련감염 관리, 감염병 관리에 대한 시민 참여 활성화 방안의 네 가지 주제로 구성하였다. 주제별로 감염병 관리를 위한 정부 주체별 역할과 책임을 묻는 문항에는 ‘적절성’을, 감염병 관리체계 개선 방안, 의료관련감염 관리, 감염병 관리에 대한 시민 참여 활성화 방안에 대한 문항은 ‘중요도’와 ‘시급성’을 7점 리커트 척도로 응답하도록 구성하였다.

〈표 4-2〉 2차 설문지 구성

주제	답변 기준	설문 형식	세부 내용(문항 수)
감염병 관리를 위한 정부 주체별 역할과 책임	적절성	리커트 7점 척도	<ul style="list-style-type: none"> • 감염병으로 인한 공중보건 위기 시, 보건복지부와 국민안전처의 역할과 책임에 대한 적절성(2) • 공중보건 위기 및 일상적 감염병 관리에서 보건복지부와 질병관리본부의 역할과 책임에 대한 적절성(4) • 감염병 유행 대응에서 질병관리본부와 광역자치단체의 역할과 책임에 대한 적절성(3) • 감염병 유행 대응에서 광역자치단체-기초자치단체의 역할과 책임에 대한 적절성(4)

주제	답변 기준	설문 형식	세부 내용(문항 수)
감염병 관리체계 개선 방안	중요도, 시급성	리커트 7점 척도	<ul style="list-style-type: none"> • 감염병 위기 대응을 위해 중앙과 지방정부에서 필요한 권한-보건복지부, 질병관리본부, 광역자치단체, 지방자치단체별(11) • 감염병 위기 대응을 위한 조직과 거버넌스 측면에서의 개선 방안(11) • 감염병 위기 대응을 위한 관리체계 개선안(3) • 감염병 위기 대응을 위한 인력 및 교육 측면의 개선 방안(10)
의료관련 감염 관리	중요도, 시급성	리커트 7점 척도	<ul style="list-style-type: none"> • 의료관련감염(의료기관에서 발생하는 모든 감염) 관리를 위한 정부의 역할(9)
감염병 관리에 대한 시민 참여 활성화 방안	중요도, 시급성	리커트 7점 척도	<ul style="list-style-type: none"> • 감염병 관리에 대한 시민 참여 활성화 방안(6)

자료: 김남순 등. (2016). 중앙과 지방정부 및 의료기관에 대한 감염병 관리체계 강화방안 2차 조사 (내부 자료).

아울러 설문 내용에 대한 전문가들의 이해를 돕기 위해 참고자료로 국가방역체계 개편안, 「감염병 예방 및 관리에 관한 법률」과 이에 따른 정부 주체별 권한과 책임 요약 내용, 감염병 관리시설 평가에 대한 고시를 제공하였다(부록 참조).

다. 자료 수집 방법

전문가 조사는 2017년 1월 11일부터 4월 13일까지 진행하였다. 1차 조사에서는 총 40인의 전문가에게 이메일을 발송하여 1월 11일부터 1월 23일까지 회신을 받았으며 16명이 응답하여 조사 참여율은 40%였다.¹⁵⁾ 다음으로 2차 설문은 1차 설문에 응답한 16명과 1차 설문에는 참여하지

15) 1차 조사에 참여를 요청한 40명의 전문가 중 3명이 조사 참여를 거절하였고 5명이 1차 조사는 참여하기 어려우나 2차 조사에 참여하겠다고 응답하였으며 16명의 무응답자가 있었다.

못하였으나 2차 설문에 응답하겠다고 회신한 5명을 포함한 21명을 대상으로 진행하였다. 2월 21일에 이메일을 발송하여 3월 9일까지 회신을 받았으며 총 19명이 응답하였다. 3차 설문은 2차 설문에 응답한 19명을 대상으로 진행하였으며 3월 20일에 이메일을 발송하여 4월 13일까지 총 18명이 응답하였다.

라. 자료 분석 방법

설문 항목별로 응답의 평균, 중위수, 표준편차, 4분위수 범위를 산출하였으며 설문 문항의 신뢰도를 검증하기 위해 크론바흐 알파값을, 응답의 일치도(혹은 안정도)를 보기 위해 변이계수(CV: coefficient of variation)를 산출하였다. 델파이법에서는 과연 몇 번의 설문 과정을 거쳐야 합의가 도출되는지를 객관적으로 평가해야 하는데, 반복되는 설문 과정에서 패널 간 설문 응답의 일치성이 높은 경우 그 상태에서 합의가 도출된 것으로 보아 추가적인 라운드는 불필요하게 된다. 변이계수는 표준편차를 산술평균값으로 나눈 값에 해당하는데 변이계수가 0.5 이하인 경우에는 추가적인 설문이 필요 없다고 본다(강용주, 2001, p. 8). 크론바흐 알파¹⁶⁾는 다양한 항목들의 내적 일관성(internal consistency)을 측정하는 것으로 일반적으로 크론바흐 알파의 절댓값이 0.7 이상이면 항목 간에 어느 정도 일관성이 있다고 판단하고 0.6 이하이면 일관성이 없다고 판단한다(DeVellis RF., 2012, pp. 109-110).

이와 함께 본 연구에서는 그룹 간 응답에 차이가 있는지 확인하기 위해 응답자들을 보건학계, 의료기관 종사자, 보건소 종사자로 나누어 추가적으로 하위 그룹 분석을 하였다.

16) Cronbach alpha=[항목의 개수/(항목의 개수-1)] *(1-항목별 분산의 합/응답자별 점수 합계의 분산).

제2절 조사 결과

1. 대상자의 일반적 특성

응답한 대상자 21명 중 남자가 15명(71.4%), 여자가 6명(28.6%)이었으며 소속별로는 보건학계 7명, 의료기관 관계자 8명, 보건소 관계자 6명이이었다. 응답자의 연령은 30대가 1명, 40대가 5명, 50대가 10명으로 평균 연령은 50세(중앙값 51세)였으며 경력은 10년 미만이 2명, 10년 이상 20년 미만이 5명, 20년 이상이 9명으로 평균 경력은 19.9년(중앙값 20년)으로 나타났다(표 4-3).

〈표 4-3〉 대상자의 일반적 특성

(단위: 명, %)

구분		명	%	비고
성별 ¹⁾	남	15	71.4	
	여	6	28.6	
연령 ²⁾	30대	1	6.3	
	40대	5	31.3	
	50대	10	62.5	
소속 ¹⁾	보건학계	7	33.3	
	의료기관	8	38.1	
	보건소	6	28.6	
경력 ²⁾	10년 미만	2	12.5	
	10년 이상~20년 미만	5	31.3	
	20년 이상	9	56.3	

주: 1) 연령과 경력은 1차 조사 응답자 16명을 대상으로 작성하였음.

2) 성별과 소속은 1차 조사 응답자 16명과 2차 조사에만 응답한 대상자 5명을 포함하여 총 21명을 대상으로 작성하였음.

2. 설문 문항의 신뢰도(reliability)와 안정도(stability)

설문 문항의 신뢰도는 크론바흐 알파값으로, 안정도는 변이계수로 측정하였다. 1차 설문은 개방형 설문으로 아이디어를 수집하는 브레인스토밍 과정이었으므로 2차와 3차 설문에 대해서만 신뢰도와 안정도를 측정하였다. 우선 크론바흐 알파값은 2, 3차 모두 0.7 이상으로 설문의 신뢰도를 확보한 것으로 나타났다. 변이계수는 2, 3차 모두 변이계수 0.5 이하로 높은 안정도를 보였다. 다만 2차에서는 한 개의 문항(광역자치단체와 기초자치단체의 역할과 책임: 감염병 유행 시 감염병의 유형과 규모에 상관없이 기초자치단체가 현장 초동대응을 주도한다)만이 변이계수 0.57로 나타났다. 또 2개의 문항을 뺀 모든 문항에서 2차 설문과의 비교 시 3차에서 변이계수가 감소하여 설문의 안정도가 향상된 것으로 나타났다.

3. 항목별 조사 결과¹⁷⁾

가. 감염병 관리를 위한 정부 주체별 역할과 책임

1) 보건복지부-국민안전처

감염병으로 인한 공중보건 위기 시 보건복지부와 국민안전처의 역할 및 책임에 대해 다음과 같은 안을 제시하고 적절성을 평가하게 하였다.

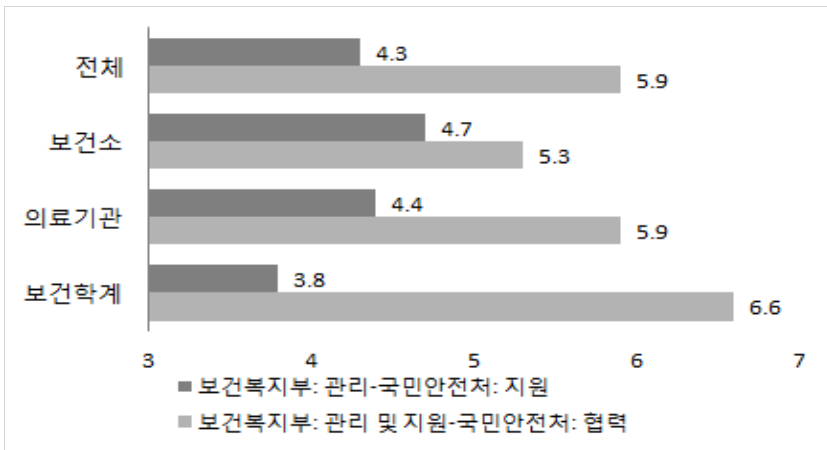
17) 응답자들의 최종 응답인 3차 설문조사 결과를 바탕으로 정리함.

〈표 4-4〉 보건복지부-국민안전처의 역할과 책임

개선 방안	평균	변이계수 (CV)
보건복지부는 관리 대책을 총괄하고 국민안전처는 지원 대책을 총괄	4.3	0.34
보건복지부가 관리 및 지원 대책 모두를 총괄. 국민안전처는 타 부처와 함께 보건복지부에 협력	5.9	0.18

조사 결과 감염병의 유행으로 인한 공중보건 위기 시 ‘보건복지부가 관리 및 지원 대책 모두를 총괄하고 국민안전처는 타 부처와 함께 보건복지부에 협력한다’의 적절성 점수가 5.9점으로 ‘보건복지부는 관리 대책을 총괄하고 국민안전처는 지원 대책을 총괄한다’의 점수(4.3점)보다 높게 나타났다. 또 변이계수 역시 전자가 후자보다 낮아 보건복지부가 관리 및 지원 대책 모두를 총괄해야 한다는 응답에 대한 일치도가 더 높은 것으로 나타났다. 특히 보건소와 의료기관 종사자들보다 보건학계 종사자들에게서 두 가지 안에 대한 선호도 차이가 뚜렷하게 나타났다.

〔그림 4-1〕 보건복지부-국민안전처의 역할과 책임



2) 보건복지부-질병관리본부

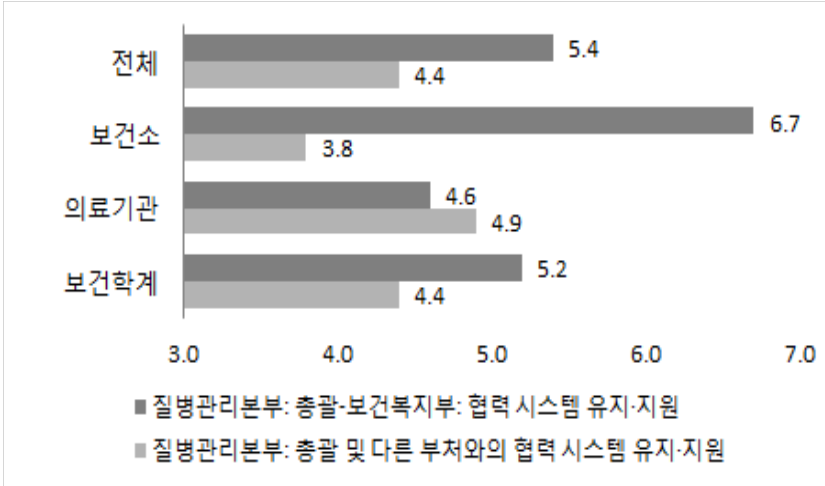
공중보건 위기 및 일상적 감염병 관리에서 보건복지부와 질병관리본부의 역할과 책임에 대해 다음과 같은 안들을 제시하고 적절성을 평가하게 하였다.

〈표 4-5〉 보건복지부-질병관리본부의 역할과 책임

개선 방안		평균	변이계수 (CV)
감염병 유행으로 인한 공중보건 위기 시	질병관리본부의 역할은 감염병 위기 대응을 총괄하는 것이며, 보건복지부는 다른 부처와의 협력·공조 시스템을 유지하고 지원	5.4	0.27
	질병관리본부가 감염병 위기 대응을 총괄하고, 다른 부처와의 협력·공조 시스템을 유지하고 지원	4.4	0.33
일상적 감염병 관리 정책과 사업	질병관리본부가 수행할 뿐 아니라 감염 관련 법령 제·개정, 예산 확보, 제도 정비 등을 모두 담당	5.7	0.25
	질병관리본부가 수행하며, 보건복지부는 감염병 관련 법 제정, 예산, 제도 정비 등을 담당	4.5	0.43

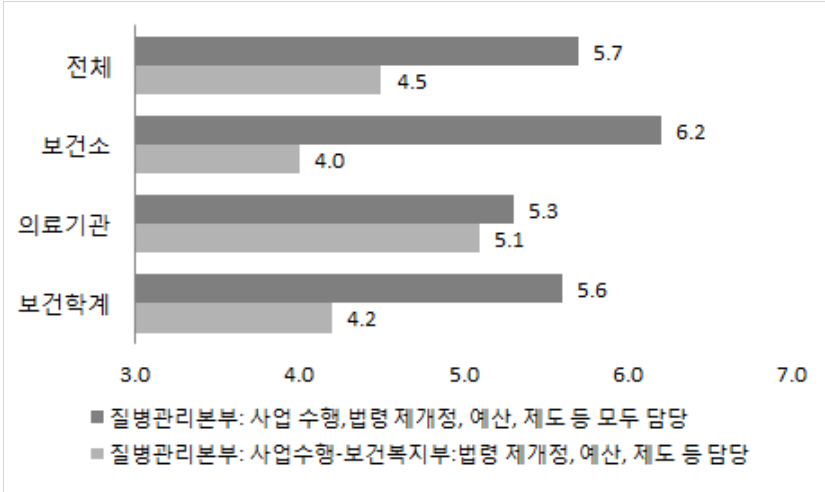
조사 결과 공중보건 위기 시 ‘질병관리본부의 역할은 감염병 위기 대응을 총괄하는 것이며 보건복지부는 다른 부처와의 협력·공조 시스템을 유지하고 지원한다’에 대한 적절성 평균점수는 5.4점으로 ‘질병관리본부가 감염병 위기 대응을 총괄하고 다른 부처와의 협력·공조 시스템을 유지하고 지원한다’의 적절성 4.4점에 비해 상대적으로 높았다. 또한 전자의 변이계수는 0.27로 후자인 0.33보다 낮게 나타나 응답의 일치성은 더 높았다. 그러나 집단별로 살펴보면 의료기관 응답자들은 오히려 후자의 안에 대한 적절성을 더 높게 평가하였다.

[그림 4-2] 보건복지부-질병관리본부의 역할과 책임(감염병 위기관리)



일상적 감염병 관리에서는 ‘일상적 감염병 관리 정책과 사업은 질병관리본부가 수행할 뿐 아니라 감염 관련 법령 제·개정, 예산 확보, 제도 정비 등을 모두 담당한다’의 적절성이 5.7점으로 ‘일상적 감염병 관리 정책과 사업은 질병관리본부가 수행하며 보건복지부는 감염병 관련 법 제정, 예산, 제도 정비 등을 담당한다’의 적절성 4.5점보다 상대적으로 높았다. 집단별 결과도 이와 동일한 양상을 보여 보건소, 의료기관, 학계 응답자 모두 해당 안에 대한 적절성을 가장 높게 평가하였다.

[그림 4-3] 보건복지부-질병관리본부의 역할과 책임(일상적 감염병 관리)



3) 질병관리본부-광역자치단체

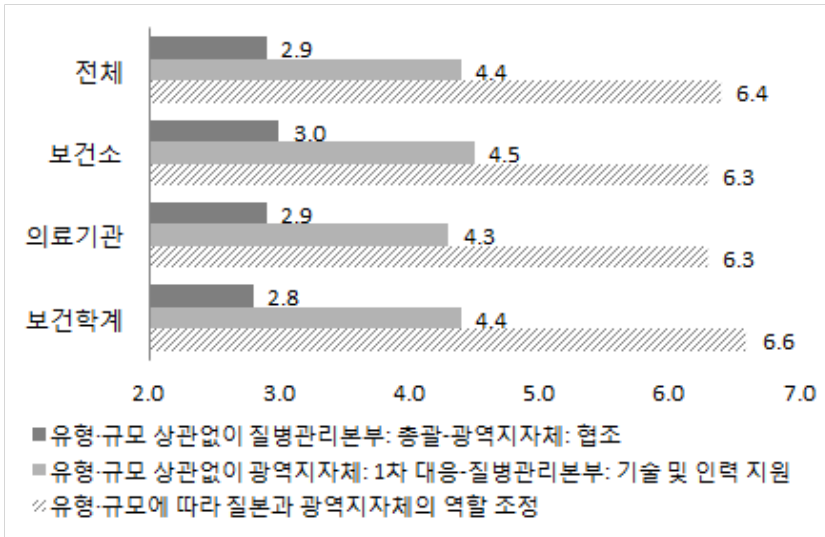
감염병 유행 대응에서 질병관리본부와 광역자치단체의 역할과 책임에 대한 적절성을 응답하게 하였다. 역할과 책임의 세부 내용은 다음과 같다.

<표 4-6> 질병관리본부-광역자치단체의 역할과 책임

개선 방안	평균	변이계수 (CV)
질병관리본부는 감염병의 유형과 규모에 상관없이 유행 대응 총괄자로서 현장에 나가 감염 상황을 직접 조사, 관리하고 대책을 집행하며, 지방자치단체는 이에 협조한다.	2.9	0.29
광역자치단체는 감염병의 유형과 규모에 상관없이 유행에 대한 1차 대응을 주도하고, 질병관리본부는 여기에 기술 및 인력을 지원한다.	4.4	0.29
질병관리본부와 광역자치단체의 역할은 감염병의 유형과 규모 등에 따라 조정된다. 예를 들어, 메르스 등과 같은 신종 감염병 유행에는 질병관리본부가, 결핵·콜레라 등 이미 알려진 감염병 유행에 대해서는 광역자치단체가 현장 대응을 주도한다.	6.4	0.10

조사 결과 ‘감염병 유행 시 질병관리본부와 광역자치단체의 역할은 감염병의 유형과 규모 등에 따라 조정된다’에 대한 적절성 평균점수가 6.4점으로 가장 높았고 변이계수로 살펴본 응답의 일치성 역시 가장 높았다. 집단별 결과도 이와 동일한 양상을 보였다. 보건소, 의료기관, 학계 모두 감염병의 유형과 규모 등에 따라 질병관리본부와 광역자치단체의 역할을 조정해야 한다는 의견에 가장 높은 점수를 부여하였다.

[그림 4-4] 질병관리본부-광역자치단체의 역할과 책임



4) 광역자치단체-기초자치단체

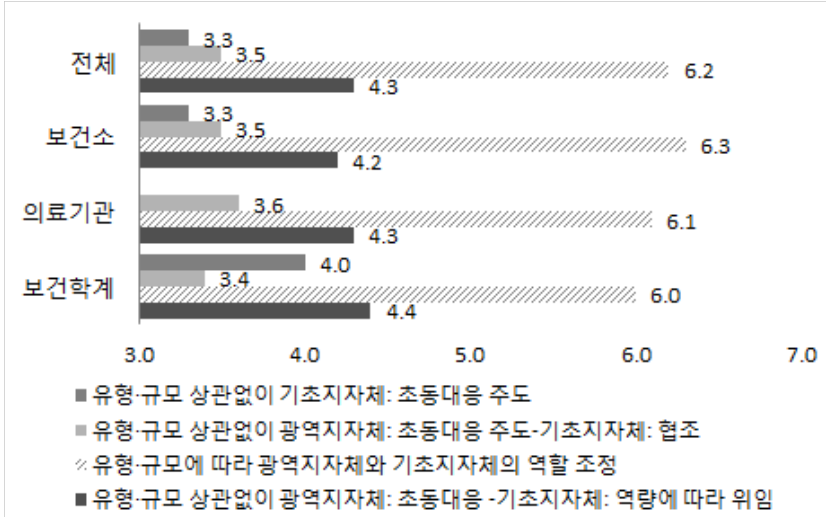
감염병 유행 대응에서 광역자치단체와 기초자치단체의 역할과 책임에 대해 다음과 같은 안들을 제시하고 적절성을 평가하게 하였다.

〈표 4-7〉 광역자치단체-기초자치단체의 역할과 책임

개선 방안	평균	변이계수 (CV)
감염병의 유형과 규모에 상관없이 모든 기초자치단체가 현장 초동 대응(역학조사, 관리, 대책 집행)을 주도한다.	3.3	0.47
감염병의 유형과 규모에 상관없이 광역자치단체가 현장 초동 대응을 주도하고, 기초자치단체는 이에 협조한다.	3.5	0.38
현장 초동 대응의 역할은 유행하는 감염병의 종류와 규모 등에 따라 광역자치단체와 기초자치단체 간에 분담 및 조정한다(예: 신종 감염병 등은 광역자치단체가 병원, 소방, 경찰 등과 협력체계를 갖추고 현장 대응을 주도한다. 식중독 등 일상적 감염병은 기초자치단체가 현장 대응을 주도하고, 광역자치단체는 감독한다).	6.2	0.12
감염병의 유형과 규모에 상관없이 광역자치단체가 현장 초동 대응을 주도하되, 일부 역량이 있는 기초자치단체는 광역자치단체장의 위임하에 현장 초동 대응을 주도한다.	4.3	0.30

조사 결과 위에 제시된 네 가지 방안 중 ‘감염병 유행 시 현장 초동 대응의 역할은 유행하는 감염병의 종류와 규모 등에 따라 광역자치단체와 기초자치단체 간에 분담 및 조정 한다’에 대한 적절성 점수가 평균 6.2점으로 가장 높았고 변이계수는 0.12로 가장 낮은 값을 보였다. 집단별 결과도 이와 동일한 양상을 보여 보건소, 의료기관, 학계 응답자 모두 해당안에 대한 적절성을 가장 높게 평가하였다.

[그림 4-5] 광역자치단체-기초자치단체의 역할과 책임



나. 감염병 관리 역할수행을 위한 필요 권한과 제도개선 사항

1) 필요 권한

① 보건복지부

메르스 유행과 같은 감염병 위기 대응을 위해 필요하다고 생각되는 보건복지부의 권한에 대해 중요도와 시급성을 응답하게 하였고 결과는 다음과 같다.

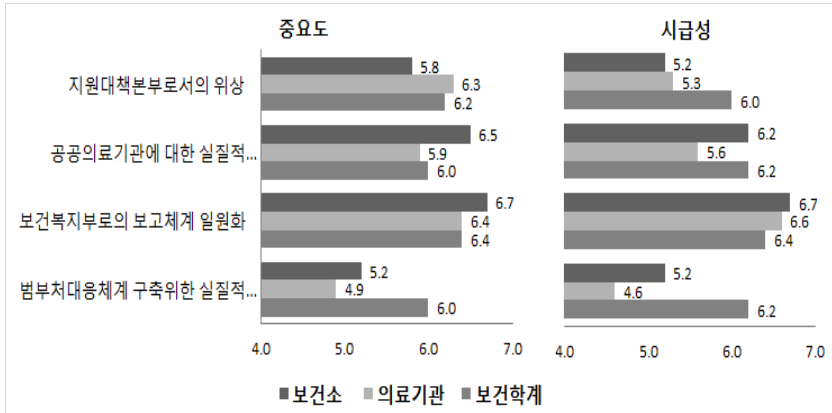
분석 결과 감염병으로 인한 공중보건 위기 시 ‘보건복지부로의 보고 체계 일원화(보건복지부를 통한 위기 대응 정보 타 부처 공유)’ 방안이 중요도 6.5점, 시급성 6.6점으로 가장 높았으며 변이계수 역시 가장 낮았다. 그다음으로 모든 공공의료기관에 대한 실질적 지휘통솔권 확보, 지원대책본부로서의 위상 확보, 범부처 대응체계 구축을 위한 부처 간 업무 조정권 등의 확보 순으로 중요도·시급성이 높게 나타났다.

70 중앙과 지방정부 및 의료기관에 대한 감염병 관리체계 강화 방안

〈표 4-8〉 보건복지부의 필요 권한에 따른 개선 방안

개선 방안	중요도		시급성	
	평균	변이계수	평균	변이계수
보건복지부가 관리대책본부뿐 아니라 지원대책본부로서의 위상도 확보	6.1	0.11	5.4	0.16
보건복지부가 국립대학교 병원을 비롯한 모든 공공의료기관에 대한 실질적 지휘통솔권 확보	6.1	0.14	5.9	0.17
보건복지부로 보고 체계 일원화(보건복지부를 통한 위기 대응 정보 타 부처 공유)	6.5	0.08	6.6	0.08
(국무총리실로부터) 보건복지부로 범부처 대응체계 구축을 위한 부처 간 업무 조정권, 지방의 행정조직 및 인력 동원 권한 이양	5.3	0.24	5.2	0.27

[그림 4-6] 보건복지부의 필요 권한



② 질병관리본부

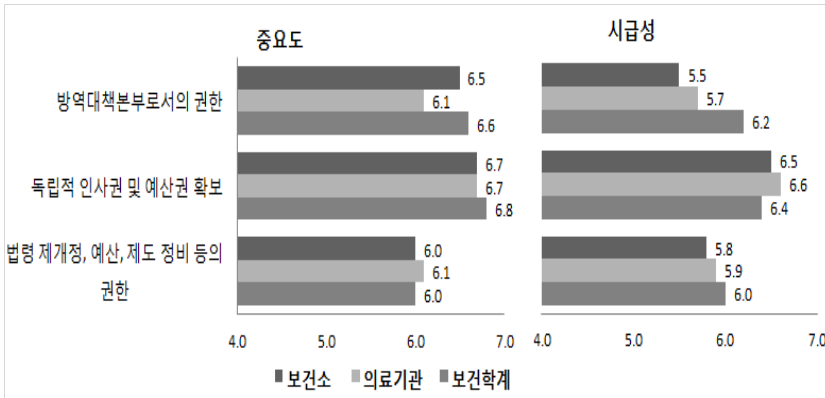
메르스 유행과 같은 감염병 위기 대응을 위해 필요하다고 생각되는 질병관리본부의 권한에 대해서는 다음과 같은 결과가 도출되었다.

〈표 4-9〉 질병관리본부의 필요 권한에 따른 개선 방안

개선 방안	중요도		시급성	
	평균	변이계수	평균	변이계수
2개 이상의 광역에서 감염병 유행 및 신종 감염병 국내 유입 시, 방역대책본부로서의 권한 강화 - 지방의 행정조직 및 공중보건의료기관 동원 권한 포함	6.4	0.08	5.8	0.14
감염병 관리 역량 강화를 위한 독립적인 인사권 및 예산 운용 권한 확보	6.7	0.09	6.5	0.10
감염관리 관련 법령 제·개정, 예산 확보, 제도 정비 등을 수행하기 위한 권한 확보	6.1	0.09	5.9	0.12

조사 결과 ‘감염병 관리 역량 강화를 위한 독립적인 인사권 및 예산 운용 권한 확보’ 방안이 중요도 6.7점, 시급성 6.5점으로 가장 높았다.

[그림 4-7] 질병관리본부의 필요 권한



③ 광역·기초자치단체

메르스 유행과 같은 감염병 위기 대응을 위해 필요하다고 생각되는 광역자치단체와 기초자치단체의 권한에 대해 전문가들이 응답한 중요도와 시급성은 다음과 같다.

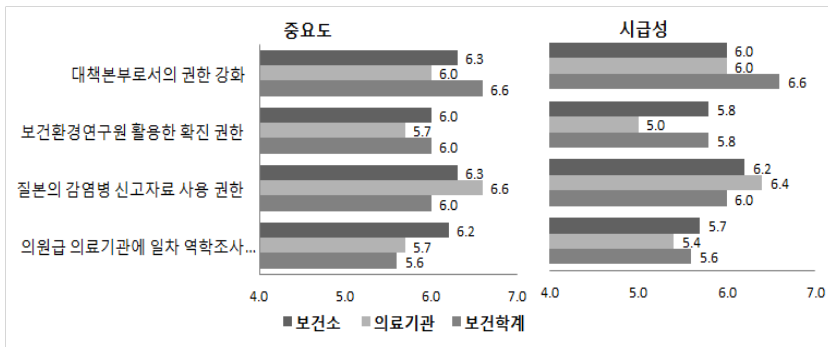
72 중앙과 지방정부 및 의료기관에 대한 감염병 관리체계 강화 방안

〈표 4-10〉 광역·기초자치단체의 필요 권한에 따른 개선 방안

개선 방안	중요도		시급성	
	평균	변이계수	평균	변이계수
광역자치단체 내 감염병 유행 시, 지방자치단체 대책본부로서의 권한 강화 - 광역자치단체 내 행정조직, 공공병원, 보건소 및 기타 공공기관에 대한 지휘통솔권 포함	6.3	0.11	6.2	0.10
광역자치단체 내 감염병 유행 시 보건환경연구원을 활용한 확진 권한	5.9	0.14	5.5	0.16
질병관리본부에서 취합하여 관리하는 감염병 신고 자료의 사용 권한 확보 - 신고 자료에 대한 양방향(중앙<->지방) 정보 공유	6.3	0.09	6.2	0.10
감염병으로 인한 공중보건 위기 시, 기초자치단체에 의원급 의료기관에 대한 일차 역학조사 및 자료 요청 권한 강화	5.8	0.17	5.6	0.22

응답자들은 제시된 네 가지 안 모두에 평균 5점 이상의 높은 점수를 부여하였다. 특히 ‘광역자치단체 내 감염병 유행 시 지방자치단체 대책본부로서의 권한 강화’와 ‘질병관리본부에서 취합하여 관리하는 감염병 신고 자료의 사용 권한 확보’ 방안이 중요도 6.3점, 시급성 6.2점으로 가장 높았다.

[그림 4-8] 광역·기초자치단체의 필요 권한



2) 조직 및 거버넌스 측면에서의 개선 방안

① 보건복지부

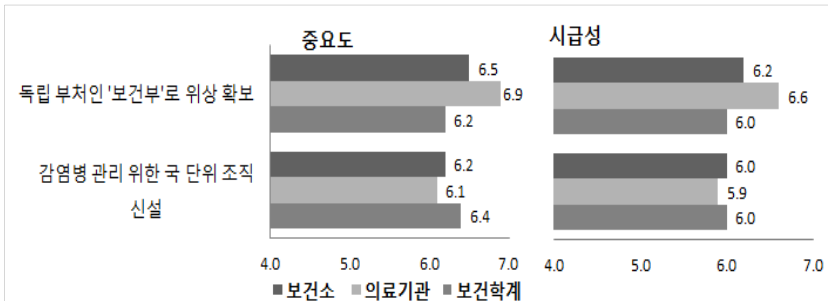
감염병 위기 대응을 위해 보건복지부의 조직 및 거버넌스 측면에서 개선이 필요한 사안들의 중요도와 시급성에 대한 조사 결과는 다음과 같다.

응답자들은 ‘보건복지부에서 보건 부문이 독립적 부처인 ‘보건부’로의 위상 확보’ 방안에 평균 중요도 6.6점, 시급성 6.3점으로 높은 점수를 부여하였고 ‘보건복지부 내에 감염병 관리를 위한 ‘국’ 단위 조직 신설’ 방안에도 중요도 6.2점, 시급성 5.9점으로 높은 점수를 부여하였다.

〈표 4-11〉 보건복지부의 조직 및 거버넌스 측면에서의 개선 방안

개선 방안	중요도		시급성	
	평균	변이계수	평균	변이계수
보건복지부에서 보건부문이 독립적인 부처인 ‘보건부’로의 위상 확보	6.6	0.12	6.3	0.14
보건복지부 내 감염병 관리(감염병 위기 대응, 지역사회 감염병 관리, 의료기관 감염 관리)를 위한 ‘국’ 단위의 조직 신설	6.2	0.09	5.9	0.16

[그림 4-9] 보건복지부의 조직 및 거버넌스



74 중앙과 지방정부 및 의료기관에 대한 감염병 관리체계 강화 방안

② 질병관리본부

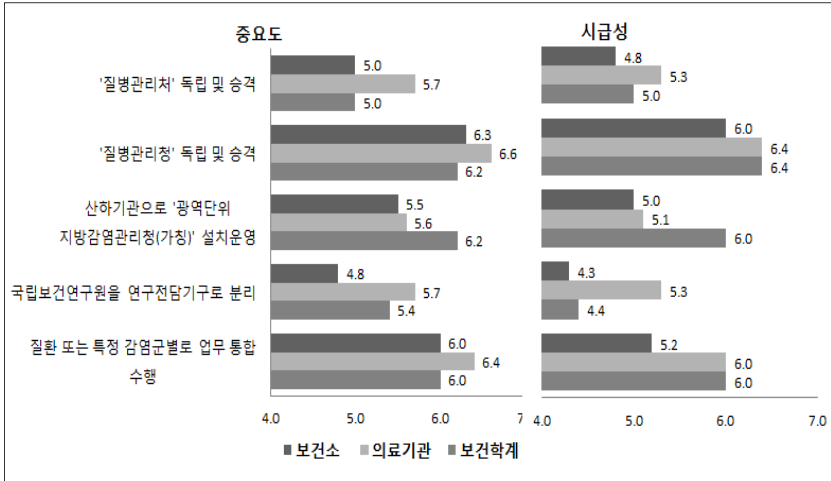
메르스 유행과 같은 감염병 위기 대응을 위해 질병관리본부의 조직 및 거버넌스 측면에서 개선이 필요한 사안들의 중요도와 시급성을 응답하게 하였고 결과는 다음과 같다.

〈표 4-12〉 질병관리본부의 조직 및 거버넌스 측면에서의 개선 방안

개선 방안	중요도		시급성	
	평균	변이계수	평균	변이계수
법령 제·개정, 예산 확보 및 제도 정비 역할 수행을 위해 '질병관리청'로 독립 및 승격	5.3	0.25	5.1	0.27
독자적 인사권 수행 및 예산 운용을 위해 '질병관리청'으로 독립 및 승격	6.4	0.11	6.3	0.13
질병관리본부 산하기관으로 '광역 단위 지방감염관리청(가칭)' 설치 운영	5.7	0.18	5.3	0.27
질병관리본부로부터 국립보건연구원(NIH)을 연구 전담기구로 분리·독립하고 감염병 검사 및 확진 기능은 질병관리본부로 통합	5.3	0.17	4.7	0.20
미국 CDC와 같이 질환 또는 특정 감염군(증후군)별로 부서를 조직하여 검사-진단-관리 업무 통합 수행	6.2	0.13	5.7	0.21

'독자적 인사권 수행 및 예산 운용을 위해 '질병관리청'으로 독립 및 승격' 해야 한다는 방안이 중요도 6.4점, 시급성 6.3점으로 가장 높았으며 '질병관리본부로부터 국립보건연구원(NIH)을 연구 전담기구로 분리·독립하고 감염병 검사 및 확진 기능은 질병관리본부로 통합'해야 한다는 방안이 중요도 5.3점, 시급성 4.7점으로 가장 낮았다.

[그림 4-10] 질병관리본부의 조직 및 거버넌스



③ 광역·기초자치단체

메르스 유행과 같은 감염병 위기 대응을 위해 광역·기초자치단체의 조직 및 거버넌스 측면에서 개선이 필요한 사안들의 중요도와 시급성을 응답하게 하였다. 결과는 아래와 같다.

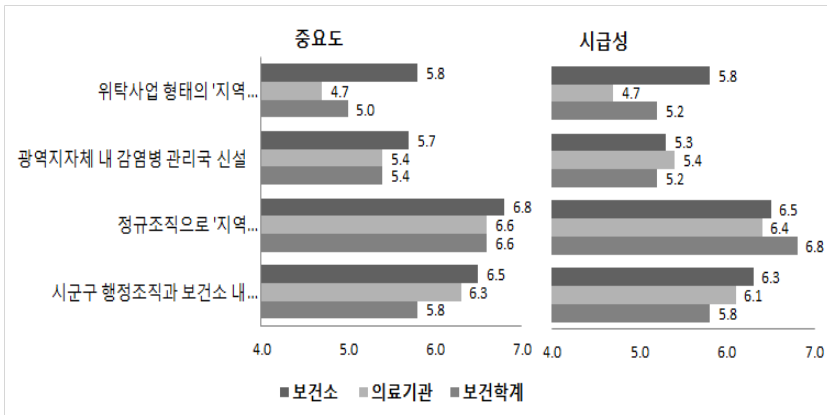
<표 4-13> 광역·기초자치단체의 조직 및 거버넌스 측면에서의 개선 방안

개선 방안	중요도		시급성	
	평균	변이계수	평균	변이계수
정부위탁사업인 '지역 감염병관리본부'의 설치 운영 확대 및 국비 지원 인상	5.2	0.25	5.2	0.22
광역자치단체 소속 감염병 관리국 신설	5.5	0.14	5.3	0.14
광역자치단체 내 정규조직으로서 '지역 감염병 관리본부' 설치·운영	6.7	0.09	6.6	0.12
시군구 행정조직과 보건소 내 감염병 전담부서 신설	6.2	0.10	6.1	0.12

76 중앙과 지방정부 및 의료기관에 대한 감염병 관리체계 강화 방안

응답자들은 광역자치단체 내 정규 조직으로 '지역 감염병관리본부'를 설치·운영하는 방안에 대해 중요도와 시급성을 가장 높게 평가하였다(각 6.7점, 6.6점). 반면 현재와 같은 정부위탁사업 형태로 '지역 감염병관리본부'의 운영을 확대하는 것에 대해서는 중요도 5.2, 시급성 5.2로 상대적으로 낮은 점수를 부여하였다. 집단별 결과도 이와 동일한 양상을 보여 보건소, 의료기관, 학계 응답자 모두 해당 안에 대한 적절성을 가장 높게 평가하였다. 기초자치단체 단위의 개선 방안으로는 '시군구 행정조직과 보건소 내 감염병 전담부서 신설' 방안이 중요도 6.2점, 시급성 6.1점으로 나타났다.

[그림 4-11] 광역·기초자치단체의 조직 및 거버넌스



3) 관리체계 개선 방안

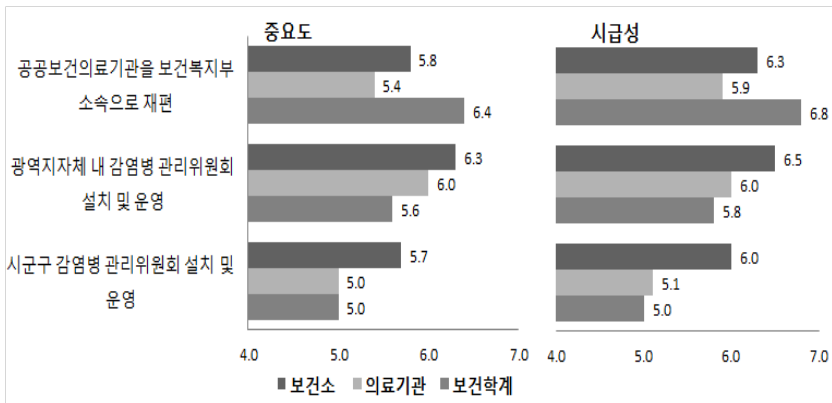
메르스 유행과 같은 감염병 위기 대응을 위해 중앙과 지방의 관리체계 측면에서 개선이 필요한 사안들의 중요도와 시급성을 분석한 결과는 다음과 같다.

〈표 4-14〉 중앙과 지방의 관리체계 개선 방안

개선 방안	중요도		시급성	
	평균	변이계수	평균	변이계수
보건복지부 소속 기관으로 재편하여 공공보건의료기관에 대한 거버넌스 일원화 - 대상: 행정부 소속의 보건소, 교육부 소속의 국립대 병원, 보건처 소속의 보훈병원, 국방부 소속의 군병원 등의 공공보건의료기관	6.3	0.13	5.8	0.16
광역자치단체 내 감염병 관리위원회 설치 및 운영 - 역할: 광역 단위의 감염병 관리 실행 대책 및 위기 시 대응 체계 구축 및 시행	6.1	0.15	6.0	0.17
시군구 감염병 관리위원회 설치 및 운영	5.4	0.19	5.2	0.20

응답자들은 ‘모든 공공보건의료기관을 보건복지부 소속기관으로 재편하여 거버넌스를 일원화한다’는 의견에 중요도 6.3점으로 가장 높은 점수를 부여하였고 시급성 측면에서는 ‘광역자치단체 내 감염병관리위원회 설치 및 운영’ 방안이 6.0점으로 가장 높게 나타났다.

[그림 4-12] 광역·기초자치단체의 조직 및 거버넌스



4) 인력 및 교육·훈련 측면 개선 방안

① 보건복지부

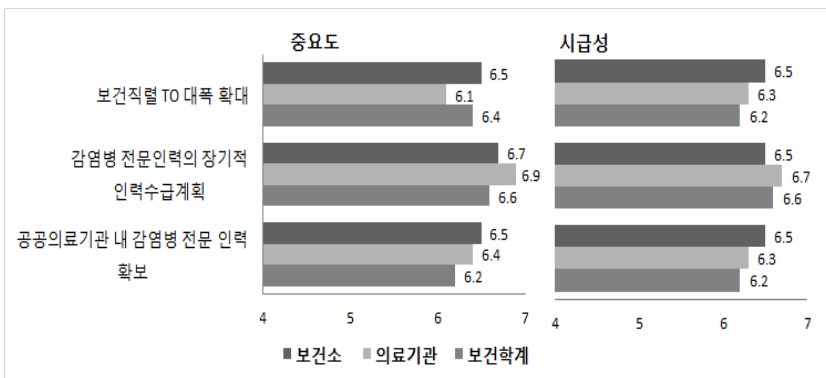
감염병 위기 대응을 위해 보건복지부의 인력 및 교육·훈련 측면에서 개선이 필요한 사안들의 중요도와 시급성에 대한 응답 결과는 다음과 같다.

〈표 4-15〉 보건복지부의 인력 및 교육·훈련 측면 개선 방안

개선 방안	중요도		시급성	
	평균	변이계수	평균	변이계수
보건복지부 내 충분한 정규직 보건의료전문가 확보를 위한 보건직렬 TO 대폭 확대 의무화	6.3	0.08	6.3	0.08
감염병 전문인력(예: 방역관·역학조사관)의 장기적인 인력 수급 계획 수립 의무화	6.7	0.07	6.6	0.08
공공의료기관 내 감염병 전문 인력(감염내과 전문의, 감염관리 간호사 등) 확보 의무화	6.4	0.08	6.3	0.09

응답자들은 인력 및 교육·훈련 측면의 개선 방안들에 대해서는 중요도와 시급성 모두 평균 6.3점 이상의 높은 점수를 부여했고, 특히 감염병 전문인력의 장기적인 수급계획 수립 의무화가 가장 중요하고 시급하다고 응답하였다.

〔그림 4-13〕 보건복지부의 인력 및 교육·훈련



② 질병관리본부

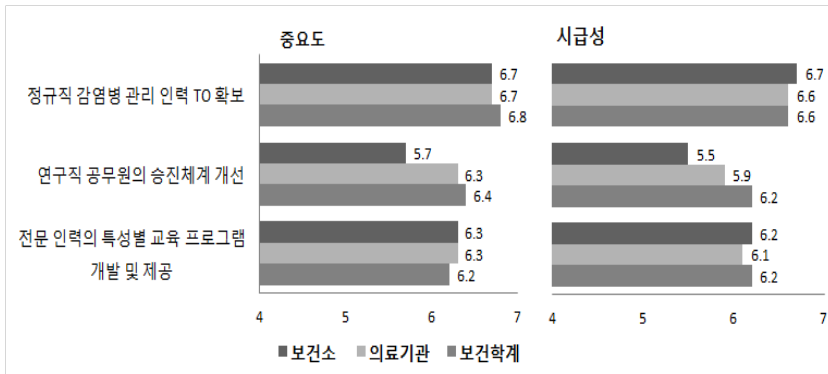
감염병 위기 대응을 위해 질병관리본부의 인력 및 교육·훈련 측면에서 개선이 필요한 사안들의 중요도와 시급성에 대한 응답 결과는 다음과 같다.

〈표 4-16〉 질병관리본부의 인력 및 교육·훈련 측면 개선 방안

개선 방안	중요도		시급성	
	평균	변이계수	평균	변이계수
질병관리본부 내 정규직 감염병 관리 인력(보건연구사, 보건연구관, 역학조사관, 방역관 등) TO 확보	6.7	0.07	6.6	0.08
연구직 공무원(보건연구사, 보건연구관)의 승진체계 개선 및 고위공무원단으로의 승진 기회 부여	6.1	0.11	5.8	0.12
시도 감염병 전문 인력의 특성별 교육 프로그램 개발 및 제공	6.3	0.09	6.2	0.10

질병관리본부의 인력 관련 개선 방안들에 대해서도 중요도 점수가 평균 6점 이상으로 높게 나타났다. 특히 ‘질병관리본부 내 정규직 감염병 관리 인력(보건연구사, 보건연구관, 역학조사관, 방역관 등) TO 확보’ 방안이 중요도 6.7점, 시급성 6.6점으로 가장 높았다.

〔그림 4-14〕 질병관리본부의 인력 및 교육·훈련



③ 광역자치단체

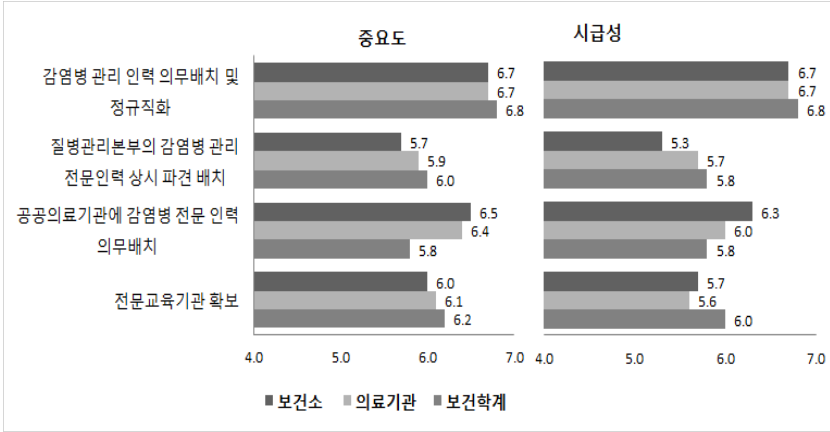
메르스 유행과 같은 감염병 위기 대응을 위해 광역자치단체의 인력 및 교육·훈련 측면에서 개선이 필요한 사안들의 중요도와 시급성을 응답하게 하였으며 결과는 다음과 같다.

〈표 4-17〉 광역자치단체의 인력 및 교육·훈련 측면 개선 방안

개선 방안	중요도		시급성	
	평균	변이계수	평균	변이계수
감염병 관리 인력(역학조사관, 보건직 공무원 등) 의무 배치 및 정규직화	6.7	0.07	6.7	0.07
질병관리본부의 감염병 관리 전문인력(역학조사관) 상시 파견 배치	5.8	0.12	5.6	0.17
공공의료기관(지방 의료원, 군병원, 보훈병원 등)에 감염병 전문인력(감염내과 전문의, 감염관리 간호사) 의무 배치	6.3	0.09	6.1	0.12
광역 내 행정조직(기초지방자치단체 포함) 및 공공보건의료기관, 민간 의료기관의 감염병 관리 인력 교육·훈련을 위한 전문 교육기관 확보(지정 및 운영) - 교육기관 예: 권역의 국립대학교 병원 또는 보건대학원 등	6.1	0.12	5.7	0.18

응답자들은 제시된 개선 방안들에 대해 중요도와 시급성 모두 평균 5.5점 이상으로 대체로 높게 평가하였는데, 특히 ‘감염병 관리 인력(역학조사관, 보건직 공무원 등) 의무 배치 및 정규직화’ 방안이 중요도 6.7점, 시급성 6.7점으로 가장 높았다. ‘질병관리본부의 감염병 관리 전문인력(역학조사관) 상시 파견 배치’ 방안은 중요도와 시급성이 상대적으로 가장 낮았다(5.8점, 5.6점).

[그림 4-15] 광역자치단체의 인력 및 교육·훈련



다. 의료관련감염 관리를 위한 정부의 역할

의료관련감염(의료기관에서 발생하는 모든 감염) 관리를 위해 정부가 지원 및 규제 해야 할 사항을 전문가들이 제시한 내용을 바탕으로 9개의 문항으로 구성하였으며 각 내용의 중요도와 시급성¹⁸⁾을 평가하게 하였다.

<표 4-18> 의료관련감염 관리를 위한 정부의 역할

번호	개선 방안	중요도		시급성	
		평균	변이계수	평균	변이계수
1	의료기관의 의료관련감염 관리에 대한 현장 점검과 지도 (중앙정부는 병원급 이상, 지방정부는 의원·요양소 등 담당)	5.8	0.12	5.5	0.18
2	의료기관의 의료관련감염 관리활동(인력, 장비, 시설)에 대한 국비 지원	6.1	0.18	5.9	0.20

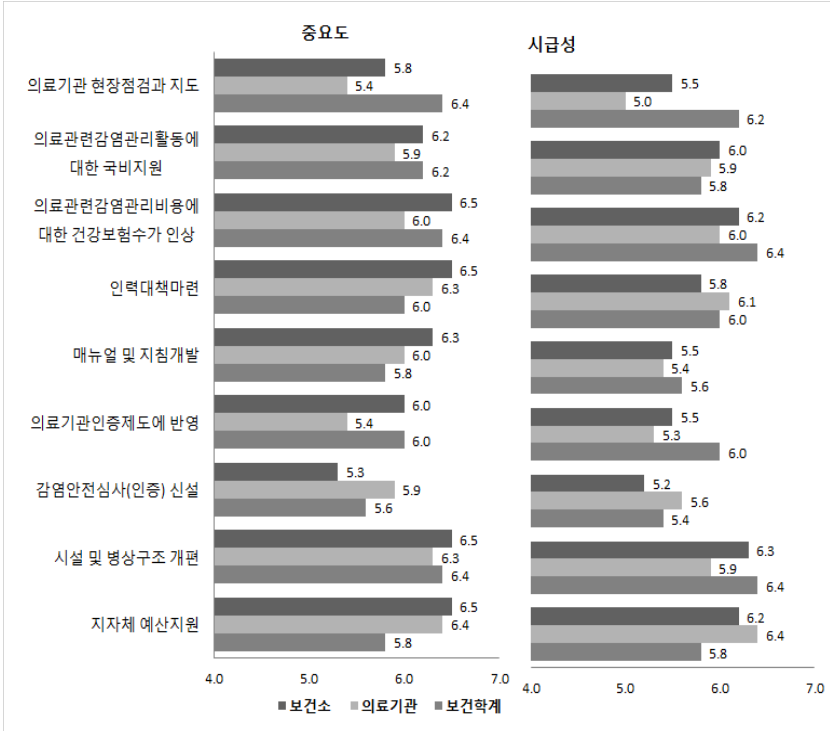
18) 중요도는 각 개선 방안의 시행이 필요한 정도를 의미하고 시급성은 각 개선 방안의 우선순위를 고려할 때 우선적으로 먼저 시행되어야 할 필요성을 의미함.

82 중앙과 지방정부 및 의료기관에 대한 감염병 관리체계 강화 방안

번호	개선 방안	중요도		시급성	
		평균	변이계수	평균	변이계수
3	의료기관의 의료관련감염 관리비용에 대한 현재의 건강보험 수가 인상	6.3	0.11	6.2	0.13
4	감염내과 전문의 및 감염관리 간호사 확충을 위한 인력대책 마련	6.3	0.09	6.0	0.15
5	감염관리 매뉴얼(진료 프로세스, 교육) 및 병원 시설·설비·장비 지침 개발	6.1	0.12	5.5	0.18
6	기존의 의료기관 인증제도에 의료관련감염 관리 활동을 반영하여 인센티브 제공	5.8	0.15	5.6	0.18
7	감염안전심사(인증) 제도 신설 및 상시 운영과 인센티브 제공(감염병 관리시설 평가에 관한 고시 내용 반영)	5.6	0.15	5.4	0.19
8	의료기관 시설 및 병상구조 개편 - 음압·격리병상 증대, 4인실 중심으로 개편, 일반 입원실, 중환자실 등 개선	6.4	0.10	6.2	0.15
9	지방 공공의료기관에 대한 지방자치단체의 예산 지원	6.3	0.11	6.2	0.14

9개 항목 중 중요도가 가장 높은 항목은 ‘의료기관 시설 및 병상구조 개편’이었으며 ‘의료기관의 의료관련감염 관리비용에 대한 현재의 건강보험 수가 인상’, ‘감염내과 전문의 및 감염관리 간호사 확충을 위한 인력대책 마련’, ‘지방 공공의료기관에 대한 지방자치단체의 예산 지원’이 그 다음으로 높았다. 반면 ‘감염안전심사(인증) 제도 신설 및 상시 운영과 인센티브 제공’은 5.6점으로 가장 낮았다. 한편 응답자 집단별로 중요도 점수를 살펴보면 보건소의 경우 ‘감염안전심사 인증 신설’에, 의료기관은 ‘의료기관 현장점검과 지도’와 ‘의료기관인증제도에 반영’, 그리고 보건학계는 ‘감염안전심사 신설’에 가장 낮은 점수를 부여하였다. 전반적으로 중요도 측면에서 점수가 높은 항목들이 시급성도 높았으며 집단별로도 중요도와 유사한 양상을 보였다.

[그림 4-16] 의료관련감염 관리



라. 시민 참여

감염병 관리 공중보건체계에서 시민을 어떻게 고려하고 어떻게 시민들의 참여를 활성화할 수 있을지에 대해 전문가들이 제시한 내용을 바탕으로 6개의 문항을 구성하였으며 각 내용의 중요도와 시급성을 1(낮음)~7 점(높음)으로 평가하게 하였다.

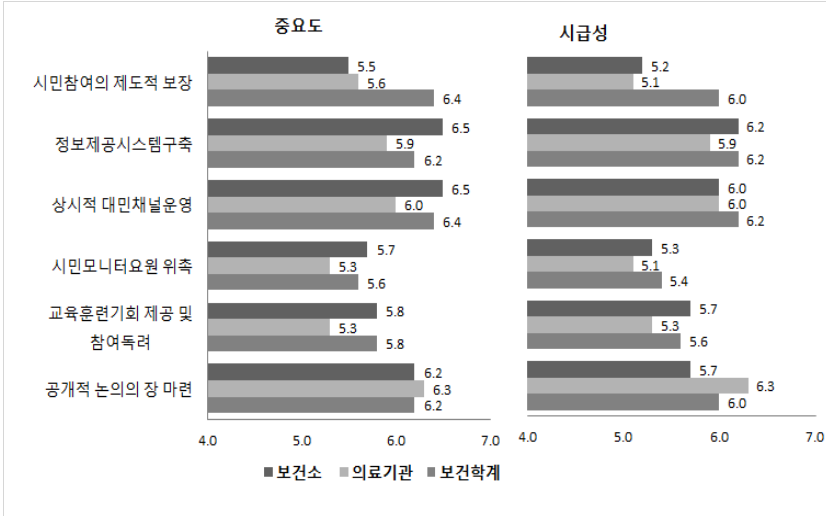
84 중앙과 지방정부 및 의료기관에 대한 감염병 관리체계 강화 방안

〈표 4-19〉 감염병 관리에 대한 시민 참여 활성화 방안

번호	개선 방안	중요도		시급성	
		평균	변이계수	평균	변이계수
1	지방자치단체 단위의 감염병 관리 대책 수립 및 시행에서 시민 참여의 제도적 보장(예: 예산참여제 확대, 시민배심원 제도 등)	5.8	0.11	5.4	0.13
2	재난안전문자와 같은 정보제공 시스템 구축	6.2	0.13	6.1	0.16
3	정부-시민 양방향 의사소통을 위한 상시적 대민 채널 운영	6.3	0.09	6.1	0.12
4	시민 모니터 요원 위촉(정부 정책에 대한 의견수렴)	5.5	0.11	5.3	0.13
5	감염병 관리에 대한 인식 개선 및 행동요령에 대한 교육훈련 기회 제공과 참여 독려	5.6	0.12	5.5	0.14
6	인권 등 감염병 관리 이슈에 대한 공개적 논의의 장 마련	6.2	0.10	6.0	0.14

6개 항목 중 중요도가 가장 높게 평가된 항목은 ‘정부-시민 양방향 의사소통을 위한 상시적 대민채널 운영’이었으며 ‘재난안전문자와 같은 정보제공 시스템 구축’과 ‘인권 등 감염병 관리 이슈에 대한 공개적 논의의 장 마련’이 그다음으로 높았다. 6개 항목 모두 5.5점 이상으로 중요도가 높게 평가되었다. 중요도 측면에서 점수가 높은 항목들이 시급성도 높았다.

[그림 4-17] 감염병 관리에서의 시민 참여



제3절 소결

감염병 관리를 위한 정부 주체별 역할과 책임에 대해 전문가들이 응답한 결과를 종합하면 다음과 같다.

우선 전문가들은 감염병 유행으로 인한 공중보건 위기 시 보건복지부가 관리 및 지원 대책 모두를 총괄하고 현재 지원 대책을 총괄하고 있는 국민안전처는 타 부처와 함께 보건복지부에 협력하는 것이 더 적절하다고 평가하였다. 또 질병관리본부와 보건복지부의 역할 설정에 대해서는 질병관리본부가 위기 대응을 총괄하고 보건복지부는 다른 부처와의 협력 및 공조 시스템을 유지하고 지원하는 것이 적절하다고 평가하였다. 다만 일상적 감염관리 정책과 사업에 대해서는 질병관리본부가 이를 수행할 뿐 아니라 현재 보건복지부가 맡고 있는 관련 법령 제·개정, 예산 확보,

제도 정비 등의 역할도 함께 담당하는 것이 더 적절하다고 평가하였다. 질병관리본부와 광역자치단체, 그리고 광역자치단체와 기초자치단체 간의 역할 분담은 감염병의 유형과 규모 등에 따라 조정하는 것이 적절하다고 평가하였다.

다음으로 메르스 유행과 같은 감염병 위기 대응을 위해 필요한 권한에 대해 전문가들이 중요도와 시급성을 평가한 결과를 종합하면 다음과 같다.

보건복지부의 경우 감염병으로 인한 공중보건 위기 시 보건복지부로 보고 체계를 일원화하는 것의 중요도와 시급성을 가장 높게 평가하였으며 그 밖에 관리대책본부뿐 아니라 지원대책본부로서의 위상을 확보하는 것, 모든 공공의료기관에 대한 지휘통솔권 확보에 대해서도 6점 이상으로 중요도를 높게 평가하였다. 질병관리본부의 필요권한에 대해서는 독립적인 인사권 및 예산 운용 권한을 확보하는 것이 가장 중요하고 시급하다고 응답하였으며 그 외에 방역대책본부로서의 권한 강화, 법령 제·개정, 예산 확보 권한 등도 6점 이상으로 높게 평가하였다. 광역자치단체의 경우 지방자치단체 대책본부로서의 권한 강화와 질병관리본부가 관리하는 감염병 신고 자료에 대한 사용 권한 확보에 평균 6점 이상의 높은 중요도와 시급성을 부여하였다. 그러나 기초자치단체의 의원급 의료기관에 대한 일차 역학조사 및 자료 요청 권한 강화에 대해서는 집단 간 편차가 두드러져 보건소 응답자들에 비해 의료기관 및 보건학계 응답자들이 중요성을 낮게 평가하였다. 지방자치단체 대책본부로서의 광역자치단체의 권한 강화에 대해서는 보건학계가 다른 집단보다 시급성을 높게 평가하였고 보건환경연구원을 활용한 확진 권한에 대해서는 의료기관 종사자들이 다른 집단에 비해 중요성과 시급성을 낮게 평가하였다. 즉 중앙정부 단위의 필요권한과 비교 시 지방정부 단위의 필요권한에 대해서는 전문가 집단에 따라 입장이 다소 상이함을 살펴볼 수 있었다.

조직 및 거버넌스 측면에서의 개선 방안의 경우 '보건부' 독립에 대해 평균 6.6점, 6.3점으로 중요도와 시급성을 높게 평가하였고, 특히 의료기관 응답자들은 총 8명 중 7명이 이에 대해 7점을 부여하였다. 부처 내 감염병 관리를 위한 국 단위 조직을 신설하는 안에 대해서도 시급성은 상대적으로 낮았지만 중요도는 6.2로 높게 나타났다. 다음으로 질병관리본부가 '질병관리청'으로 독립 및 승격되어야 한다는 의견이 '질병관리처'로 독립 및 승격되어야 한다는 의견에 비해 중요도와 시급성 모두 높았다. 질병관리본부 산하기관으로 광역 단위의 '지방감염관리청(가칭)'을 설치 및 운영 하는 안에 대해서는 보건소 및 의료기관 종사자들과 학계 응답자들의 입장이 다르게 나타났는데 6점 이상의 점수를 부여한 학계 종사자들에 비해 보건소 및 의료기관 전문가들은 중요도와 시급성을 낮게 평가하였다. 한편 광역 내 정규조직으로서 '지역 감염병관리본부'를 설치 및 운영하는 안에 대해 응답자들 모두 중요도와 시급성을 높게 평가하였고 현재와 같은 정부위탁사업 형태로 '지역 감염병관리본부'의 설치 및 운영을 확대하는 안에 대해서 보건소 전문가들은 높게 평가하였지만 의료기관 및 학계 종사자들은 낮은 점수를 부여하였다. 시군구 행정조직과 보건소 내 감염병 전담부서를 신설하는 안에 대해서는 보건소·의료기관·학계의 순으로 중요도를 높게 평가하였다.

인력 및 교육 측면에서의 개선 방안에 대해서는 제시된 모든 안에 대체로 평균 6점 이상의 높은 중요도를 부여하였고 응답의 일치도 역시 다른 파트의 설문에 비해 상대적으로 높게 나타났다. 이는 감염병 관리에서의 인력 문제에 대해 전문가들이 어느 정도 합의된 안을 가지고 있음을 드러내는 것으로 보인다.

의료관련감염 관리를 위한 정부의 역할에 대해서는 의료기관의 감염관리 활동에 대한 국비 지원, 건강보험 수가 인상, 인력 확충 방안 마련, 의

료기관 시설 및 병상구조 개편, 지방 공공의료기관에 대한 지자체의 예산 지원에 대한 점수가 6점 이상으로 높았고 정부의 현장점검과 지도, 인증 제도 운영 등에 대해서는 상대적으로 낮은 점수를 부여하였다. 이는 의료기관 감염관리를 위해 정부가 규제보다는 지원을 우선적으로 해야 한다는 인식으로 해석된다.

감염병 관리 공중보건체계에서 시민의 참여를 활성화하기 위한 방안으로 전문가들은 정부-시민 양방향 의사소통을 위한 상시적 대민 채널 운영과 정보제공 시스템 구축, 공개적 논의의 장을 마련하는 것에 가장 높은 점수를 부여하였다.

제 5 장

감염병 관리를 위한 새로운 공중보건체계의 발전 방향

- 제1절 중앙과 지방자치단체의 역할과 조직체계(안)
- 제2절 지역사회 중심의 감염병 관리체계 구축(안)
- 제3절 의료관련감염 관리체계 강화 방안
- 제4절 결론 및 제언

5

감염병 관리를 위한 새로운 << 공중보건체계 발전 방향

제1절 중앙과 지방자치단체의 역할과 조직체계(안)

메르스 이후 제기된 보건의료조직 개편 논의에서 제시된 비판을 고찰 하였으며 이는 보건의료 전문성을 어떻게 보는가에 따른 차이임을 파악 하였다. 이 연구는 감염병 관리에 초점을 둔 관리체계를 다루는 것이므로 보건의료 전문가를 중심으로 참여한 관련 포럼과 델파이 조사를 종합하여 감염병 관리를 위한 중앙과 지방자치단체의 역할, 조직체계 등에 대한 개선 방안을 기술하였다.

1. 중앙과 지방자치단체의 역할과 권한

가. 보건복지부와 질병관리본부

이 연구에서 수행한 「중앙과 지방정부 및 의료기관에 대한 감염병 관리 체계 강화방안 델파이 조사(이하 감염병 관리체계에 관한 델파이 조사)」에서는 질병관리본부가 일상적 감염병 관리를 수행할 뿐 아니라 감염관련 법령 제·개정, 예산 확보, 제도 정비 등을 모두 담당해야 한다는 의견이 우세한 것으로 나타났다. 또 감염병 관리에 필요한 권한에 대해서는 질병관리본부의 독립적 인사권 및 예산권 확보가 필요하다는 것에 대부분의 전문가가 동의했으며 법률 재개정 권한을 갖는 것도 필요한 것으로 보았다.

92 중앙과 지방정부 및 의료기관에 대한 감염병 관리체계 강화 방안

감염병으로 인한 공중보건 위기 시에는 질병관리본부 방역대책본부로서 권한을 강화하는 동시에 보건복지부는 관리대책본부로서 역할을 수행할 수 있는 위상을 확보하고 보고체계 일원화 및 공공병원에 대한 지휘통솔 권한이 필요한 것으로 나타났다. 반면 국민안전처는 타 부처와 동일하게 협조하는 것이 적절하다고 보는 입장이 강했다.

종합하면 질병관리본부가 일상적 감염병 관리 정책과 사업을 총괄하면서 예산, 제도 정비, 법률 제정 권한을 가지는 것이 적절하다. 이와 같은 의견은 현재보다는 미래 개선 방향을 제시한 것으로 생각된다. 한편 공중보건 위기와 관련해서는 현재의 방역체계를 중심으로 개선 방안이 나온 것으로 생각된다. 질병관리본부는 방역 업무를, 보건복지부는 관리 및 지원 대책을 총괄하며 그에 따른 권한 강화가 필요하다는 것이다(표 5-1).

〈표 5-1〉 감염병 관리에서 보건복지부와 질병관리본부의 역할 및 권한 비교

구분	역할	권한
일상적 감염병 관리	질병관리본부: 감염병 관리 업무 총괄 보건복지부: 정책 조정 및 협력	질병관리본부: 감염병 관련 예산, 제도, 법령 개정
공중보건 위기	질병관리본부: 방역대책본부 보건복지부: 지원 및 관리 업무 국민안전처: 타 부처와 같이 협력	보건복지부: 보고체계 일원화 및 국공립병원에 대한 지휘통솔권 질병관리본부: 방역대책본부 권한 강화

나. 광역자치단체와 기초자치단체

전문가 조사 결과 감염병 유행 시 질병관리본부와 광역자치단체의 역할은 감염병의 유형과 규모 등에 따라 조정되는 것이 가장 적절한 것으로 나타났다. 예를 들어 메르스 등과 같은 신종 감염병 유행에서는 질병관리본부가, 결핵·콜레라 등 이미 알려진 감염병의 유행에 대해서는 광역자치

단체가 현장 대응을 주도하는 것이다. 광역자치단체와 기초자치단체의 역할도 역시 감염병의 유형과 규모에 따라서 조정하는 안이 가장 적절하다고 보았다(표 5-2).

〈표 5-2〉 감염병 관리에서 광역자치단체와 기초자치단체의 역할 및 권한 비교

구분	역할	권한
광역자치단체	감염병 유행의 규모가 크지 않거나 잘 알려진 감염병에 대해서는 현장 대응 주도 질병관리본부 기술 지원	지역 감염병대책본부로서 권한 강화 - 감염병 신고 자료 사용 권한 - 보건환경연구원 확진 권한 활용
기초자치단체	감염병 유행의 규모가 작은 경우 현장 대응 주도 - 광역자치단체 지역감염병관리본부 지원	공중보건 위기 시, 의원급 의료기관에 일차 역학조사 및 자료 요청 권한 강화

2. 중앙과 지방 자치단체의 감염병 관리체계 개선안

감염병 관리에 필요한 조직체계를 제안하기에 앞서 포럼과 전문가 조사에서 공통적으로 나타난 네 가지의 핵심 기초를 다음과 같이 정리하였다.

- 첫째, 가장 중요한 것은 ‘보건 영역의 독자적 시스템’을 갖추어야 한다는 것이다. 공중보건 시스템에 대한 논의에서도 이와 같은 주장이 나타나고 있으며 감염병 관리 측면에서는 독자적 구조 없이는 대응 역량을 구축하기 어렵다는 점에서 더욱 그러하다.
- 둘째, 지방 분권화 흐름을 지적할 수 있다. 감염병 관리 측면에서도 지방자치단체에 자체적 조직을 두고 대응하는 것이 바람직한 것으로 나왔으며 이는 지방 분권화 흐름과 맥을 같이하고 있다.
- 셋째, 보건 영역의 전문성과 업무 효율성을 높이기 위해서 중앙 보

건부처가 의료기관을 포함한 관련 기관에 대한 지휘통솔권을 강화해야 한다는 기초를 지적하고 싶다.

- 넷째, 감염병 관리에 합당한 역량을 갖춘 공중보건인력 양성 경로가 정립되는 것이 필요하며 실력을 갖춘 역학조사관을 포함한 대응 인력이 공공 보건조직에 뿌리를 내릴 수 있도록 해야 한다.

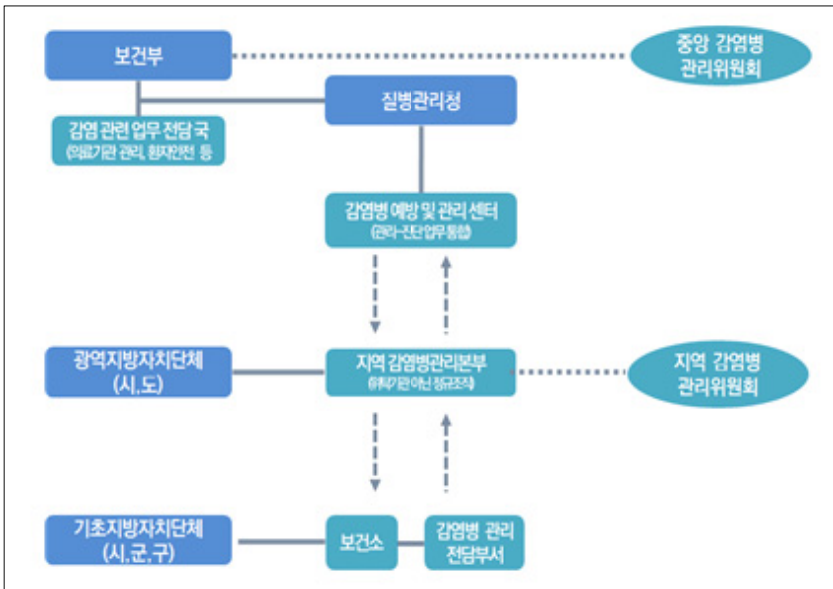
감염병 관리에 필요한 조직체계에 관한 보건의료 전문가 델파이 조사 결과에서는 감염병 관리를 포함한 공중보건 역할을 잘 수행하기 위해 질병관리본부를 '질병관리청'으로 승격하고 '보건부'를 독립시켜야 할 필요성이 매우 높게 나타났다. 또 질병관리본부(청)에서는 미국 CDC와 같이 질병 단위로 관리와 검사, 진단 업무를 통합하는 것이 필요하며 보건부에 감염병과 관련한 '국' 단위의 조직 신설도 필요하다고 하였다.¹⁹⁾ 다음으로 광역지방자치단체에서 감염병 관리를 위해 광역지방자치단체 소속 정규조직인 '지역감염병관리본부' 또는 질병관리청 소속 기관으로서 광역 단위 '지방감염병관리청' 신설이라는 2개의 안에서는 '지역감염병관리본부'가 더 적절한 것으로 나타났다. 이와 함께 현재의 정부 위탁사업 형태로서의 지역감염병관리본부 운영 및 지원 확대는 중요도와 시급성이 낮게 나타났다. 마지막으로 기초자치단체에는 보건소에 감염병 전담부서를 설치하는 것이 적절한 것으로 나타났다.

조사 결과를 바탕으로 도출된 중앙과 지방자치단체의 감염병 관리체계 개편 방향을 정리하여 [그림 5-1]과 같이 도식화하였다.

19) 감염병 관리 및 위기 대응에 필요한 역할과 권한에서 질병관리본부가 모든 업무를 총괄하는 것이 필요하지만 조직체계상으로 질병관리처보다는 질병관리청을 선호한 것은 가능성을 고려한 선택인 것으로 생각된다.

- 보건복지부에서 보건부로 독립하며 보건부에는 관련 업무를 전담하는 국 단위 조직을 신설한다.
- 국립병원 등에 대한 보건부의 지휘통솔권을 강화하고 공중보건 위기 시 보고 체계를 일원화한다.²⁰⁾
- 질병관리본부는 질병관리청으로 승격한다. 독립적 인사권과 예산권을 확보한다. 질병관리청은 감염병으로 인한 공중보건 위기 시 방역 대책본부를 담당하고 일상적 감염병 관리 업무 전반을 총괄한다.
- 광역 단위의 감염병 대응을 전담하는 정규조직으로 지역감염병관리 본부를 신설하며 지역감염병관리위원회를 운영한다.
- 기초지자체에는 보건소에 감염병 관리 부서를 신설한다.

[그림 5-1] 중앙과 지방의 감염병 관리 조직체계 개선안



20) 보건의로 관련 기관을 보건(복지)부 산하로 재편하는 것이 적절하다는 의견이 있었음.

3. 공중보건인력 및 교육 개선

중앙과 지방정부에 보건 분야에 대한 전문성을 갖춘 인력이 부족하다는 문제의식에 대해서는 모든 전문가가 공감하고 있으며 그 필요성에 대해서도 논란의 여지가 없다. 조직구조 개편 시 반드시 감염병 관리 업무를 충실히 수행하는 데 필요한 공중보건 인력 확충이 동반되어야 할 것이다. 인력 충원 방향은 전문가 의견 조사 결과를 바탕으로 다음과 같이 제시하였다.

- 첫째, 보건복지부 차원에서는 보건직렬의 비율을 상향 조정 하고 감염병 전문인력(예: 방역관, 역학조사관)에 대한 장기적 인력 수급 계획을 수립해야 한다. 또 공공의료기관의 감염병 전문 인력 확충을 지원해야 할 것이다.
- 둘째, 질병관리본부에 전문인력(역학조사관, 연구인력, 교육·훈련 전담 인력 등)을 충분히 확보하며 이들 전문인력을 정규직화해야 한다. 또 연구직 공무원(보건연구사, 보건연구관 등)의 승진체계를 개선하고 고위공무원단으로의 승진 기회를 부여해야 한다.
- 셋째, 광역자치단체에 방역관, 역학조사관을 정규직 중심으로 확보해야 한다.
- 넷째, 공공의료기관(지방의료원, 군병원, 보훈병원 등)에 감염병 전문인력(감염내과 전문의 등)을 의무적으로 배치해야 한다.
- 다섯째, 광역 내 행정조직(기초지자체 포함) 및 공공보건의료기관, 민간 의료기관의 감염병 관리 인력 교육·훈련을 위한 전문 교육기관을 지정하고 운영해야 한다.

제2절 지역사회 중심의 감염병 관리체계 구축(안)

감염병 유행이 전국적으로 확산 및 전파되는 것을 차단하기 위해서는 지역사회 차원의 대응이 중요하다. 지역사회가 감염병 발생 초기에 감염원 및 감염 경로를 신속히 파악하고 의심 환자 및 접촉자를 철저히 관리하는 역량이 필요하다. 동시에 감염병 발생에 대한 모니터링과 감시뿐만 아니라 감염병 유행에 대응하기 위한 시설, 인력, 물자에 대한 모니터링도 이뤄져야 한다. 이러한 기능이 지역사회에서 제대로 작동하기 위해서는 지역 중심의 감염병 관리체계가 구축되어야 한다.

1. 감염병 위기 대비 역량과 지역사회의 감염병 관리체계

미국 질병통제예방센터는 <표 5-3>과 같이 공중보건 위기에 대비하기 위해 지역사회에 필요한 역량을 정리하였다. 이를 바탕으로 지역사회의 감염병 관리체계 구축에 필요한 구성요소를 살펴보면 [그림 5-2]와 같다.

<표 5-3> 지역사회 공중보건 위기 대비 역량

생물 감시	사건 관리
- 공중보건 실험실 검사	- 응급 시 관리체계 작동 및 조정
- 공중보건 감시체계와 역학조사	정보 관리
지역사회 회복력	- 주의 경보
- 지역사회의 대비 역량	- 정보 공유
- 지역사회의 회복 역량	수요 급증(surge) 관리
보호 조치와 경감	- 사망자 관리
- 의료적 조치(백신·항바이러스제 등)	- 대량 발생 관리(Mass care)
- 의료물자 관리와 배포	- 의료 수요 급증
- 비약제적 조치	- 자원봉사자 관리
- 대응 인력 보호	

자료: CDC. (2011). Public Health Preparedness Capabilities: National standard for state and local planning. p. 2; 보건복지부. (2016). 2015 메르스 백서에서 재인용.

[그림 5-2] 지역사회 감염병 관리체계 구축에 필요한 구성 요소

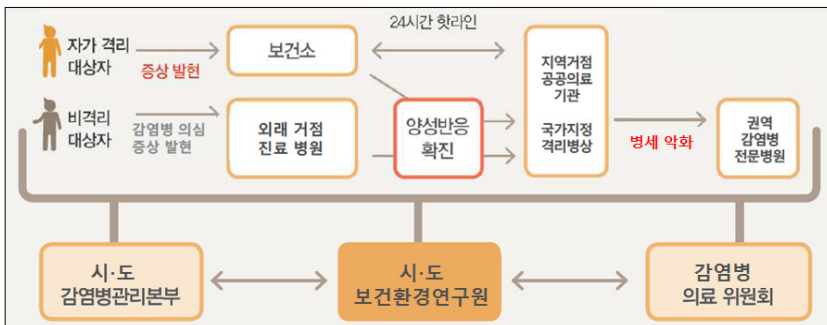
구분	기획/감시/위소통/평가	기술 지원/교육 제공	감염병 진단/진료	협력/파트너십
중앙	<ul style="list-style-type: none"> - 보건복지부(또는 보건부) - 질병관리본부 (또는 질병관리청) - 감염병관리위원회 	<ul style="list-style-type: none"> - 중앙감염병지원기구 	<ul style="list-style-type: none"> - 국립중앙의료원 - 중앙감염병병원 - 국립보건연구원 	<ul style="list-style-type: none"> - 건강보험공단 - 건강보험심사평가원 - 국민안전처 등 타 부처
광역 시·도	<ul style="list-style-type: none"> - 시·도 감염병 관리 전담 부서 - 시·도 역학조사반 - 시·도 감염병관리위원회 	<ul style="list-style-type: none"> - 시·도 감염병사업지원기구 (감염병관리지원단) - 민간감염전문가협의체 	<ul style="list-style-type: none"> - 권역 감염병전문병원 (국가 지정) - 공공의료기관 - 보건환경연구원 	<ul style="list-style-type: none"> - 지역 의약 관련 단체 - 소방본부, 경찰청 - 교육청, 노동청 등
기초 시·군·구	<ul style="list-style-type: none"> - 시·군·구 및 보건소의 감염병 관리 전담 부서 - 시·군·구 역학조사반 - 시·군·구 감염병관리위원회 		<ul style="list-style-type: none"> - 감염병관리기관(시·도 지정) - 외래거점 국민안심병·의원 (가칭, 시·군·구 지정) - 보건소 	<ul style="list-style-type: none"> - 지역 소방서 구급대 - 지역 파출소 - 지역 복지회관 등 - 의약 관련 협의체
시민	<ul style="list-style-type: none"> - 시민단체, 환자단체 	<ul style="list-style-type: none"> - 시민단체, 환자단체 		<ul style="list-style-type: none"> - 자원봉사단체

지역사회가 공중보건 위기 시 <표 5-3>과 같은 역량을 발휘하기 위해서는 기본적으로 감염병 전담 조직과 전문인력이 있어야 한다. 그리고 위기 시 신속하고 정확하게 대응하기 위해서는 [그림 5-2]의 각 조직이 유기적으로 연계되어 막힘없이 업무를 수행해야 한다. 이는 지침만으로는 가능하지 않고 정기적으로 가능한 자주 함께 교육·훈련을 하여야 한다.

2. 지역사회 중심의 감염병 진료제공체계(안)

2015년 메르스 유행 시 드러난 큰 문제점은 의료기관의 음압격리병실·병상 수가 일부 지역에서 절대적으로 부족했다는 것과 의심 환자 발생 시 어디로 보내야 하는지가 명확하지 않다는 것이었다. 이는 감염병에 특화된 진료제공체계가 구축되어 있지 않아서 발생한 문제로 지역사회의 특성을 반영한 지역별 감염병 진료제공체계를 구축하는 것이 중요하다. 우선적으로는 지역 내 공공의료기관을 활용해야 하나 감염병 환자를 위한 병상이 추가로 필요하거나 공공의료기관에서 받을 수 없는 치료를 필요로 하는 경우에 대상자가 적절한 치료를 받을 수 있도록 민간 병원을 포함하여 진료제공체계를 구축해야 한다[그림 5-3].

[그림 5-3] 감염병 진료제공체계(안)



3. 전략적 파트너십 구축

국가 조직과 공공의료기관만으로는 감염병 문제를 해결할 수 없다는 것이 메르스 위기 시 드러났다. 감염병으로 인한 의료수요 급증(medical surge) 상황에 대처하기 위해서는 민간 전문가, 민간 의료기관을 포함한 민간 부문과의 파트너십이 중요한 요소라 할 수 있다.

재난안전관리에서 민관 협력의 관점이 대응적 파트너십에서 전략적 파트너십으로 변화하고 있다(Abou-Bakr, 2013; 오윤경, 2016 p.113 재 인용). 대응적 파트너십은 위기 발생 시 대응하는 것에만 초점을 맞춘 파트너십이다. 그렇기 때문에 조직 구조가 임시적이고 지속 기간이 짧다. 반면, 전략적 파트너십은 위기를 감지했을 때 대비하고 위기 발생 시 대응하기 위한 것일 뿐만 아니라, 평상시 위기 발생 위험을 예방하고자 하는 활동(위기 경감 활동)을 목적으로 한 파트너십이다. 따라서 전략적 파트너십은 조직 구조가 영구적이어야 하며 파트너십이 장기적으로 이어져야 한다. 그러나 위기 발생이라는 긴급함을 평상시에 공유하기 어렵기 때문에 협력 동기는 낮은 편이라 할 수 있다(표 5-4).

〈표 5-4〉 대응적 파트너십과 전략적 파트너십의 차이점

구분	대응적 파트너십	전략적 파트너십
수립 원인	중대한 위기·사고(자연적 혹은 국제적)	중대한 위기·사고(자연적 혹은 국제적)
목적	위기 대응	위기 경감(필요시 대비 및 대응)
조직구조	임시 기관	영구 기관
지속 기간	해산/단기간 (위기 해결 혹은 목표 달성으로 자연스럽게 끝남)	무기한/장기간 (성공적이면 무한히 지속됨)
협력·동기 부여	높음 (최대한 빠르게 협력·해결하기 위한 긴박감을 함께 공유)	보통 (긴급함 대신 파트너십의 유지 및 촉진을 위한 조직적·제도적 메커니즘에 의존)

자료: 오윤경. (2016). 재난안전관리를 위한 민간기업 연계 및 산업육성방안. p. 113.

메르스 대응 경험으로 미뤄볼 때 이러한 관점은 감염병 관리에서도 유용할 것으로 보인다. 감염병 관리에서 민관 파트너십 구축은 중앙보다 실제로 현장 업무를 담당해야 하는 지방자치단체에서 중요하다고 볼 수 있으므로 지역사회의 민관 파트너십이 견고하게 구축되어야 하며 ‘전략적 파트너십 형태’로 구축되어야 한다.

민관 협력 유형은 민간위탁, 민간투자, 기업 사회공헌 방식 등이 있는데 유형별 정의는 <표 5-5>와 같다. 메르스 위기 대응 경험을 <표 5-5>에 대입해 보면 민간투자를 제외한 다른 유형은 메르스 대응 때 실제로 나타난 유형들이다. 따라서 이와 같은 민관 협력을 위기 발생 시에만 구축하는 것이 아니라 ‘전략적 파트너십’ 관점에서 일상적으로 유지할 필요가 있으며 상시적으로 함께 모여 감염병 관리에 대해 논의하고 필요한 대응 훈련을 시행한다면 실제 위기 발생 시 신속하고 효과적으로 대응할 수 있을 것이다.

<표 5-5> 민관 협력의 유형과 정의

유형	정의	재난안전 관련 주요 이슈	주요 분야
민간 위탁	정부가 제공하던 공공서비스를 위탁계약으로 민간이 제공하는 방식이지만, 이에 대한 관리 및 감독권은 여전히 정부가 가지고 있는 것	검사, 인증, 평가, 진단 등의 관리감독 업무가 많으며 부실 관리의 문제가 발생 가능	안전진단, 검사, 시험 및 인증
민간 투자	주로 정부가 담당해온 공공재적 성격을 가지는 사회기반시설의 공급을 민간 부문의 자본 및 창의와 혁신을 도입하여 진행하는 사업	노후한 기반시설의 개보수/안전 신기술을 적용하는 시설물의 신축·증축에서의 활용 방안	노후 시설 개보수 방재시설
기업 사회 공헌	기업의 사회적책임(CSR)(경제적·법적·윤리적·자선적 책임) 중 자선적 책임에 해당	재해 구호 중심의 단발적 활동이 아닌 지속적 네트워크 체계화, 정책사업과 연계하는 동시에 기업의 전략적 목표에 부합할 수 있도록 하는 방안	예방적 안전관리 활동 정책사업 추진

자료: 오윤경. (2016). 재난안전관리를 위한 민간기업 연계 및 산업육성방안. p. 120.

4. 시민 참여

지역사회 감염병 관리체계에서 고려해야 할 또 하나의 중요한 요소는 바로 시민의 참여이다. 아무리 훌륭한 의료 시스템과 행정체계가 구축되어 있다 하더라도 시민들의 신뢰와 협조가 뒷받침되지 않는다면 감염병 관리는 실패할 수밖에 없으며 지난 메르스 사태는 정부(혹은 전문가)와 시민 간 위험 커뮤니케이션의 중요성을 일깨워 준 사례였다고 볼 수 있다. 그러나 위기소통에 대한 문제 인식의 크기에 비해 과연 시민들의 참여를 어떤 방식으로 어느 수준까지 활성화할 것인가 하는 구체적인 내용에 있어서는 사회적 논의와 합의가 부족한 상황이다.

이 연구에서 델파이 조사로 시민 참여 활성화 방식에 대해 의견을 수렴한 결과에 따르면 전문가들은 정부-시민 양방향 의사소통을 위한 상시적 대민 채널 운영과 감염병 관리 이슈에 대한 공개적 논의의 장 마련에 상대적으로 높은 중요도와 시급성을 부여하였다. 반면 지방자치단체 단위의 정책 수립에서 시민의 참여를 제도적으로 보장하는 방안이나 시민 모니터 요원 위촉, 교육훈련 기회 제공 등에 대해서는 상대적으로 낮은 점수를 부여하였다. 즉 시민의 참여를 제도적으로 공식화하는 기제보다는 의사소통을 위한 기본적인 채널을 마련하는 것이 지금 우리나라 상황에서는 우선적으로 더 중요하다고 판단한 것으로 보인다.

중장기적으로는 시민과 감염병 관리 주체 간 양방향 의사소통으로 시민이 적극적으로 감염병 관리에 관여할 수 있는 통로를 만들어 나가야 한다. 더 나아가 감염병 관리에서 중앙정부·지방자치단체·의료기관과 더불어 감염병 관리의 핵심 주체로서의 역할을 할 수 있는 방안에 대해 <표 5-6>과 같은 접근 틀을 고려하여 지속적으로 고민하고 실질적인 정책을 마련해야 한다.

〈표 5-6〉 시민이 감염병 관리에 참여하기 위한 접근 틀

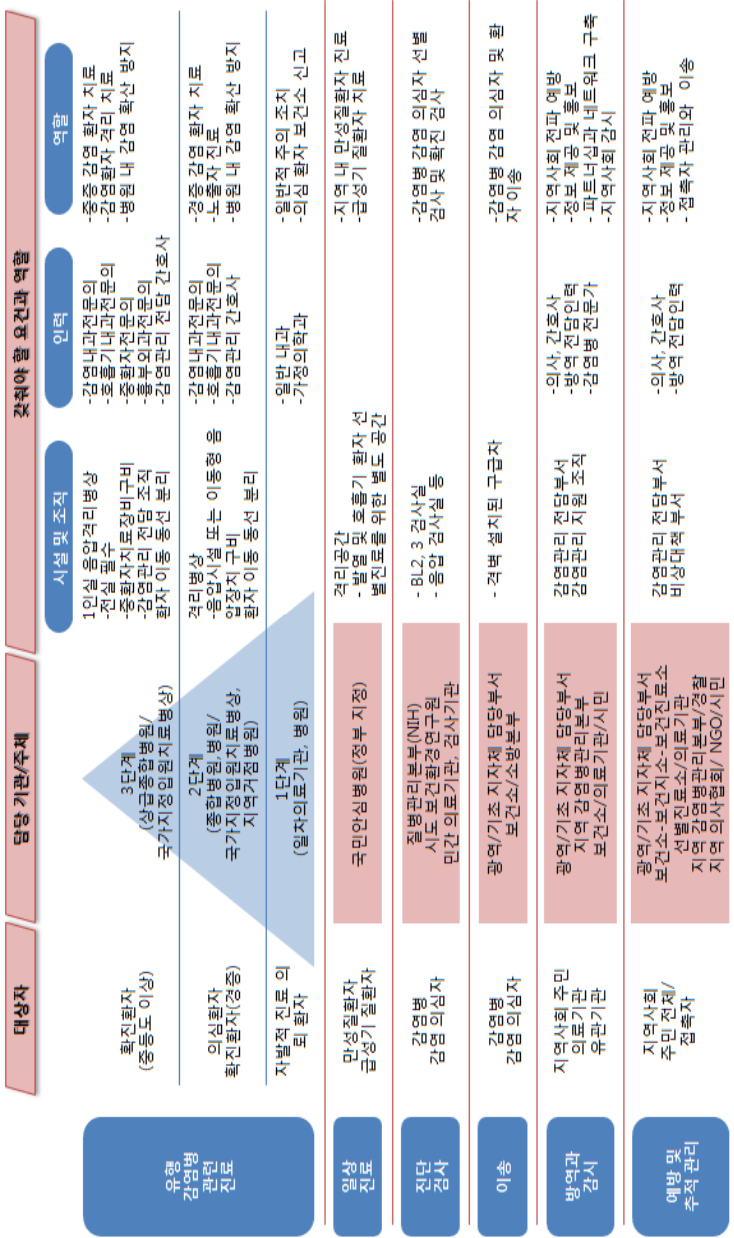
구분	정보(information)	관여(involve)	파트너십/리더십 (partnership or shared leadership)
시민 참여에 대한 관점	<ul style="list-style-type: none"> - 시민: 감염병 관련 정보 수여자로서의 수동적 역할 - 일방향 의사소통 - 권력은 전문가/제공자/체계에 있음 	<ul style="list-style-type: none"> - 시민: 감염병 관리에 대해 구체적으로 요구하는 적극적 역할 - 양방향 의사소통 - 권력은 여전히 공급자/체계에 있음 	<ul style="list-style-type: none"> - 시민: 감염병 관리체계 개선을 위해 정부, 의료기관과 함께 실질적 역할 수행 - 양방향 의사소통 - 전문가/공급자/체계와 권력 공유

자료: Yorkshire Quality and Safety Research Group(2016, p. 6)의 접근 틀을 감염병 관리에 적합하도록 재구성.

5. 지역사회 감염병 관리체계 구축(안)

위에서 언급한 내용들을 바탕으로 지역사회 감염관리 공중보건체계 구축 모형을 서비스 종류, 서비스 대상자, 서비스 제공 주체, 제공 주체의 역할 등을 구분하여 [그림 5-4]와 같이 제안하고자 한다. 세부 내용은 각 지역사회의 특성에 맞게 미세하게 조정할 필요가 있다.

[그림 5-4] 지역사회 감염병 관리체계 구축(안)



제3절 의료관련감염 관리체계 강화 방안

2015년 메르스 유행의 경우 전파가 대부분 의료기관 안에서 이뤄져 의료기관 내 감염에 대한 관리체계 개선의 필요성이 대두되었다. 그리고 최근 의료기관 안에서 C형 간염 집단 감염, 의료진의 결핵 감염 등이 지속적으로 발생하여 의료관련감염을 더 이상 의료인의 전문성만으로 해결할 수 없음에 대한 공감대가 형성되었다. 감염은 감염된 당사자에 국한되는 문제가 아니라 타인에게 전파되어 심각할 경우 전 국민을 위협할 수 있기 때문에 정부가 공중보건학적 관점에서 관리체계를 마련하고 확대할 필요가 있다.

1. 의료관련감염 관리체계 구축 및 확대

정부는 의료기관의 감염관리 강화를 위해 의료기관 내 감염관리위원회와 감염관리실 설치 및 감염관리 전담인력 배치 법 조항 적용 대상인 의료기관의 기준을 단계적으로 확대하여 2018년 10월에 150병상까지 확대하는 것으로 의료법을 개정하였다. 그리고 내성균 발생 예방 및 확산 방지 등을 위해 내성균 관리 대책을 5년마다 수립·추진하도록 하는 법 조항과 중앙감염병사업지원기구와 시도 감염병사업지원기구를 두도록 하는 법 조항을 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 신설하였다. 또 2016년에 ‘의료관련감염병 관리 지침’을 개발하여 배포하였다. 이렇듯 의료관련감염 관리를 위한 제도적 변화가 지속적으로 이뤄지고 있으나 구체적으로 의료관련감염 관리를 위한 관리 주체별 역할 또는 기능 정립에 대한 제도적·정책적 보완은 아직 부족하다.

의료관련감염 관리는 의료기관 스스로 위원회와 감염관리실을 설치하

고 전담인력 배치 등으로 감염 예방을 위해 노력하는 것도 중요하지만 의료기관 밖에서 이를 지원하거나 규제하는 등의 관리체계도 구축되어야 한다. 현재 추진되고 있는 상황을 고려할 때 의료기관 감염관리체계 구축을 위한 구성요소를 [그림 5-5]와 같이 제시할 수 있다. 여기서 중요한 부분은 중앙뿐만 아니라 지방자치단체가 관리 주체로 나서야 하고 의료기관 안에서 발생하는 문제이므로 환자의 참여가 필요할 뿐 아니라 민관 협력 체계가 구축되어야 한다는 것이다.

[그림 5-5] 의료관련감염 관리체계 구축을 위한 구성 요소

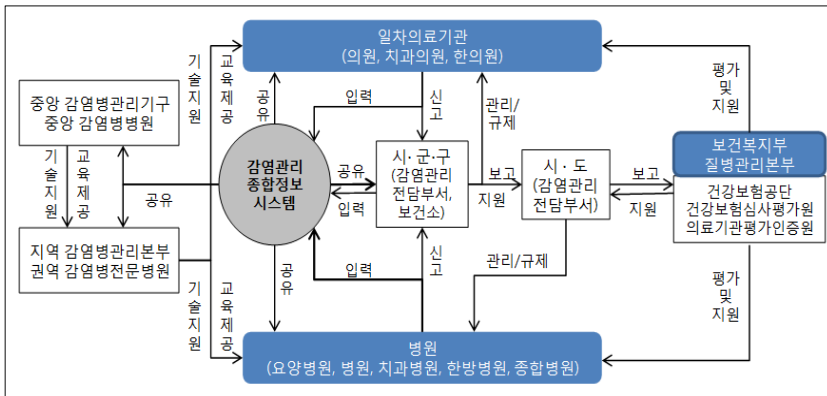
구분	기획/감시/평가	기술 지원/교육 제공	협력/파트너십
중앙	- 보건복지부 (또는 보건부) - 질병관리본부 (또는 질병관리청)	- 중앙감염병지원기구	- 건강보험공단 - 건강보험심사평가원 - 의료기관평가인증원 - 관련 학회
광역 시·도	- 시·도 감염병 관리 전담 부서 - 시·도 역학조사반 - 시·도 감염병관리위원회	- 시·도 감염병사업지원기구 (감염병관리지원단) - 민간감염전문가협의체	- 지역 의약 관련 협의체
기초 시·군·구	- 시·군·구/보건소의 감염병 관리 전담 부서 - 시·군·구 역학조사반 - 시·군·구 감염병관리위원회	- 시·도 감염병사업지원기구 (감염병관리지원단) - 민간감염전문가협의체	- 지역 의약 관련 협의체
환자	- 시민단체, 환자단체	- 시민단체, 환자단체	

개정된 의료법이 감염병 관리를 위해 법 적용 대상 의료기관의 기준을 확대하였음에도 150병상 미만의 소규모 병원과 일차의료기관은 여전히

의료기관 감염관리의 사각지대에 놓일 가능성이 높다. 그러나 C형 간염 집단 감염이 주로 일차의료기관에서 발생한 점, 의료분쟁 조정·중재 접수 건수가 일차의료기관에서도 상당수인 점 등을 고려할 때 일차의료기관의 감염관리에 대한 제도적 접근이 이뤄져야 한다. 한편 일차의료기관을 중앙 또는 시도 차원에서 접근하기에는 그 수가 많으므로 기초 지방자치단체, 특히 보건소를 활용하는 방안을 모색할 필요가 있다.

의료기관 감염 관리체계로 [그림 5-6]과 같은 모형을 제안한다. 중앙 정부는 의료기관의 감염관리를 객관적인 자료로 평가하여 그에 부합하는 재정적 지원을 하거나 또는 규제를 함으로써 의료기관의 감염관리 수준을 높이는 것에 기여할 수 있다. 중앙의 감염병 관리지원기구 및 병원은 지역 감염병관리본부와 권역 병원의 감염관리 인력에게 교육을 제공하며 해당 지역사회의 병원과 일차의료기관에 교육을 제공할 수 있도록 하는 역할을 담당해야 할 것이다. 감염병 발생 시 즉각 정보가 공유되도록 의료기관과 지방자치단체의 해당 부서, 중앙정부가 모두 접근 가능한 단일 플랫폼의 정보 시스템을 구축해야 할 것이다.

[그림 5-6] 의료기관 감염관리체계(안)



2. 의료관련감염 대책 추진 과제 현황 평가 및 보완

2015년 12월 메르스 대응 후속 조치의 일환으로 「의료관련감염대책 협의체」를 구성하여 논의를 진행한 후 열 가지 추진 과제를 중심으로 ‘의료관련감염대책 권고안’을 제시하였다(표 5-4). 이 추진 과제의 내용을 중심으로 의료관련감염대책을 시행하고 있지만 과제별로 추진 현황이 상이하다. 특히 매우 중요한 과제이지만 단기간에 개선이 어려운 ‘의료전달체계 개편’ 같은 경우 협의체를 중심으로 논의를 이어갔으나 다양한 이익집단이 관련되어 있어 정책적 합일점을 찾기 어려운 실정이다. 권고안에서 제시한 추진 과제들은 의료관련감염 예방과 관리 개선을 위해 매우 중요한 과제들이므로 현재 각 과제가 어느 정도 진행되었는지, 목표를 얼마나 달성하고 있는지, 조기 추진 과제를 추진한 결과 그 성과가 무엇인지 등을 면밀히 살펴보아야 한다. 기대했던 수준에 미치지 못하는 경우 장애요인이 무엇인지 파악하여 개선 방안을 모색해야 한다.

〈표 5-7〉 의료관련감염 대책 권고안의 열 가지 추진 과제

구분	과제 내용
I. 조기 추진 과제	(1) 병문안 문화 개선 - 병문안 문화 개선 (2) 응급실 감염관리 강화 및 과밀화 해소
II. 단기·중장기 과제	(3) 포괄간호서비스 확대 (4) 감염관리 인프라(병원 감염관리실 설치 등) 확대 (5) 의료인 진료환경 개선 (6) 전문치료체계 구축 및 감염정보 공유 (7) 감염관리활동 평가 체계화 및 보상 강화 (8) 의료기관 시설 기준 개선 (9) 감염병 신고·감시체계 개편
III. 추가 논의 과제	(10) 의료전달체계 개편(※ 별도의 협의체에서 논의)

3. 소규모 병원과 일차의료기관 감염 관리 대책 마련

의료기관의 감염관리위원회 및 감염관리실 설치, 감염관리 전담인력 배치의 근거 법 조항 적용 기준의 제한으로 일부 소규모 병원과 일차의료기관은 해당 법의 적용 대상이 아니다. 그리고 국내의 의료기관인증제는 병원급 의료기관만을 대상으로 하고 자율적으로 인증을 받도록 하고 있어 이 제도에서도 일차의료기관은 배제되어 있다. 그러나 이들 기관의 의료관련감염 문제의 크기가 작다고 할 수는 없다. 따라서 의료기관 감염관리 제도 및 정책의 사각지대에 놓일 가능성이 높은 이들에 대한 정책적 접근이 이뤄져야 전반적인 의료기관 감염관리 수준이 향상될 것이다. 이를 개선하기 위한 단기·중기 전략으로 다음과 같은 내용을 제안한다.

첫째, 일차의료기관 의료인(의사, 간호사, 간호조무사)의 면허 관리 강화이다. 의료관련 감염에 대한 인식 수준을 높이고 관리 역량을 높이는 것을 목적으로 하여 면허 갱신 또는 보수교육의 필수 이수 교육으로 감염관리 과정을 포함하는 등 면허 갱신 또는 신고 제도와 연계하는 방안이다.

둘째, 소규모 병원과 일차의료기관에 대한 인증 시스템을 도입하는 것이다. 소규모 병원과 일차의료기관의 특성상 모든 인증 기준에 대한 평가가 어렵거나 또는 의미가 없을 수 있으므로 감염관리와 관련된 기준만이 라도 주기적으로 의무 인증을 받도록 하는 방안이다.

셋째, 소규모 병원과 일차의료기관의 감염관리 역량 강화를 위한 상설 기술 지원 조직으로 지역 감염병관리본부나 권역 감염병관리병원, 또는 해당 권역 내 국립대학교 병원을 활용할 것을 제안한다.

넷째, 의료기관 감염관리를 위해 지역 내 소규모 병원 또는 일차의료기

관이 자발적으로 감염관리를 위한 협의체²¹⁾를 구성하여 의료기관 내 감염관리 수준을 향상시키고자 노력할 수 있도록 협의체 운영을 위한 재정 지원을 해줄 것을 제안한다.

제4절 결론 및 제언

메르스 사태 이후 감염병 관리를 위한 정부 조직과 대응체계에 대한 문제의식이 커졌다. 이 연구에서는 감염병 관리에 초점을 두고 공중보건체계, 최근의 환경 변화, 시민의 참여 등을 고찰하였으며 전문가 조사, 포럼 등으로 관련된 논의를 심화하였다.

중앙과 지방자치단체의 감염병 관리체계를 논할 때 네 가지 핵심 기조는 1) 보건영역의 독자적 시스템 구축 2) 지방자치단체의 자체 역량 강화 3) 보건의료기관에 대한 통솔 강화 4) 정규직 공중보건인력 확충이다. 감염병 관리체계가 제대로 작동하기 위해서는 조직체계 개선과 함께 정규인력 확충이 필요하다는 점을 잊지 말아야 한다.

효율적이고 효과적인 감염병 관리를 위해 지역사회 중심의 감염병 관리체계 구축이 필요하다. 이를 논할 때 반드시 고려해야 할 점은 1) 지방자치단체의 감염관리 역량 강화를 위한 감염병 관리 전담 조직 마련 2) 감염병 관리 인력 확대와 실질적인 교육·훈련 강화 3) 지역사회 내 민간 영역과의 '전략적 파트너십 구축' 4) 시민 참여를 위한 방안 마련이다.

메르스 유행 시 드러났듯 의료관련감염 관리는 사회의 감염병 관리만큼 중요하다. 의료관련감염 관리체계를 (재)구축할 때 향후 고려해야

21) 경기도의 일차의료기관 몇 곳이 감염관리를 위해 협의체를 구성하고 감염관리를 위한 체크리스트를 만들어 수행하고 있음. 반기에 한 번씩 모여 현안을 논의함. 협의체에 참여한 의료기관의 만족도는 높으며 실제로 감염관리 부분의 개선이 있었다고 함.

할 점은 첫째, 소규모 병원과 일차의료기관의 의료관련감염 관리, 둘째, 지방자치단체의 구체적 역할, 셋째, 의료관련감염 예방을 위한 시설 개선에 대한 정부의 재정적·기술적 지원, 마지막으로 감염 예방·관리료의 효과 평가 및 적절한 보상에 관한 것이다.

이 연구에서 제시된 감염병 관리체계를 이룩하려면 보건의료 전문가뿐 아니라 타 분야의 정책 관계자를 이해시키고 설득하는 작업이 필요하다. 연구 측면에서는 새로운 감염병 관리체계가 전문인력 확보를 통해 대응 역량을 갖추는 데 유리하다는 점, 감염병 대응체계를 제대로 갖추는 것이 건강과 사회경제적 안정을 위해 필요하다는 것에 대한 구체적 근거를 생산하는 것이 필요하다고 본다.

이 연구에서 제대로 다루지 못했거나 향후 추진이 필요한 과제는 다음과 같다. 공중보건인력의 업무 범위, 전문성, 양성 등에 대한 체계적 연구나 조사가 부족한 상황이다. 향후 공중보건인력을 확충하는 데 올바른 방향을 설정하고 중장기적 계획을 수립하는 것이 필요하다. 다음으로 공중보건과 관련이 있는 법 제도와 종합계획 등을 비교·분석해야 한다. 이를 통해 감염병 관리체계를 뒷받침하는 법 제도적 개선 방안을 도출할 필요가 있다. 또 감염병 관리에서 중앙과 지방 정부의 역할에 대한 사회적 합의, 지방정부의 역량 향상, 의료기관의 인프라 구축에 대한 구체적 방안이 마련될 필요가 있다. 마지막으로 이 연구에서 제시한 중앙과 지방자치단체의 감염병 관리체계가 전체 공중보건체계에 관한 논의와 결합되어야 한다는 점을 강조하고자 한다. 공중보건 영역에는 감염병 외에 인구집단 건강 접근(population health approach)이 필요한 분야가 존재하며 공중보건체계는 이들 분야를 포괄해서 구축하는 것이 바람직하기 때문이다.

참고문헌 <<

- 강용주. (2008). 델파이 기법의 이해와 적용사례. 한국장애인고용공단 고용개발원. 1-17.
- 김문조. (2016). 2015년 메르스 사태의 사회의료학적 조명. 과학기술학연구, 16(1), 5-22.
- 김윤. (2016). 메르스 사태 이후 보건의료개혁의 성과와 과제. 대한의사협회지, 59(9), 668-671.
- 김은성. (2015). 메르스 위험소통의 한계에 대한 사회적 요인 분석 및 개선방안. 생명윤리포럼, 4(3), 1-24.
- 김학경, 이성용. (2015). 경찰의 메르스 자가격리 무단이탈자 위치 추적에 대한 비판적 고찰. 경찰법연구, 13(2), 25-49.
- 박동균, 양기근, 류상일. (2011). 지방자치단체 재난관리시스템 개선방안-지역 재난안전대책본부를 중심으로. 한국정책학회.
- 보건복지부, 한국보건사회연구원. (2016). 2015 메르스 백서: 메르스로부터 교훈을 얻다. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부. (2010-2016). 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요. http://www.mohw.go.kr/front_new/jb/sjb030301vw.jsp에서 2016. 10. 13. 인출.
- 서재호. (2015). 메르스 이후 보건복지부 조직의 변화 동향: 보건복지부 조직의 분화 가능성. 2015년 한국서비스학회 추계학술세미나 발표문. 1-18.
- 서재호, 김소윤, 김준현, 임재진, 정영재, 윤성일, 김형민. (2015). 환경변화 등에 따른 질병관리 조직 기능진단 및 발전방안 연구. 세종: 보건복지부.
- 송영구, 최영화, 엄중식, 김홍빈, 박대원, 기현균, 김진용, 최원석 등. (2016). 감염병 분류체계 개편방안 연구. 질병관리본부.
- 시민건강증진연구소, 건강세상네트워크. (2016). 인권 중심의 위기대응: 시민, 2015 메르스 유행을 말하다. 서울: 시민건강증진연구소.

- 오윤경. (2016). 재난안전관리를 위한 민간기업 연계 및 산업육성방안. 2016년
국책연구기관 공동학술대회 자료집. 서울: 한국행정연구원.
- 윤종태. (2015). 국내 메르스(MERS) 사태가 남긴 과제와 법률에 미친 영향에 대
한 小考. 의료법학, 16(1), 263-291.
- 이원희, 금현섭, 최영준, 박능후, 이창원, 홍성걸, 최병호, 김재인. (2016). 수오
자 중심의 보건복지 기능효율화 방안 연구. 세종: 보건복지부.
- 이희영. (2016). 감염병 관리 인력과 자원, 자원 조직화. 제3차 감염병과 공중보
건의료체계 포럼 자료집(내부자료). 한국보건사회연구원.
- 이재갑. (2016). 감염병 정책 이대로 괜찮은가? 제4차 감염병과 공중보건의료체
계 포럼 자료집(내부자료). 한국보건사회연구원.
- 정상만. (2014). 새로운 국가재난안전관리시스템, 어떻게 구축할 것인가? 방재저
널, 16(2), 6-12.
- 정연, 이근찬, 유명순. (2016). 한국민간의료기관의 공익성. 보건사회연구,
36(4), 344-373.
- 최재욱, 이진석, 김계현, 강정희, 염호기, 김윤, 이강현, 서인석, 임의강, 오동호,
이정찬, 서경화, 김석영. (2015). 국가 감염병 예방관리 선진화를 위한 중
장기 계획 제안. 대한의사협회지, 58(8), 723-728.
- Abou-Bakr, A. J. (2013). *Managing disasters through public-private
partnerships*. Washington, DC: Georgetown University Press.
- CDC. (2011). *Public Health Preparedness Capabilities: National
Standard for State and Local Planning*. Division of State and
Local Readiness in the Office of Public Health Preparedness and
Response (OPHPR), Centers for Disease Control and Prevention
(CDC).
- Childress, J. F., Faden R. R., Gaare R. D., Gostin L. O., Kahn J., Bonnie
R. J. et al. (2002). Public health ethics: mapping the terrain. *The
Journal of Law, Medicine & Ethics*, 30(2), 170-178.
- DeVellis RF. (2012). *Scale development: Theory and applications*. Los

- Angeles: Sage.
- Kinlaw, K., Levine, R. J. (2007). *Ethical guidelines in pandemic influenza. A report of the Ethics Subcommittee of the Advisory Committee to the Director, Centers for Disease Control and Prevention*. Atlanta.
- OECD. OECD.Stat. http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT 에서 2016. 10. 30. 인출.
- Sandman, P.M. (1989). Hazard versus outrage in the public perception of risk. *Effective risk communication*, 45-49.
- Smith, M. J., & Silva, D. S. (2015). Ethics for pandemics beyond influenza: Ebola, drug-resistant tuberculosis, and anticipating future ethical challenges in pandemic preparedness and response. *Monash bioethics review*, 33(2-3), 130-147.
- Torda, A. (2006). Ethical issues in pandemic planning. *Medical journal of Australia*, 185(10), 73.
- Wynia, M. K. (2007). Ethics and public health emergencies: restrictions on liberty. *The American Journal of Bioethics*, 7(2), 1-5.
- Yorkshire Quality and Safety Research Group (2016. May). Patient Engagement in Patient Safety: A Framework for the NHS. <https://www.england.nhs.uk/signuptosafety/wp-content/uploads/sites/16/2016/05/pe-ps-framwrk-apr-16.pdf>에서 2016. 11. 28. 인출.

부록 1. 1차 델파이 조사 설문지

중앙과 지방정부 및 의료기관에 대한 감염병 관리체계 강화방안 델파이 조사

안녕하십니까?

한국보건사회연구원에서는 「2015 메르스 백서」 발간을 계기로 감염병 관리 역량을 갖춘 공공보건의료체계에 대한 논의를 지속시키고 대안마련에 기여하고자 [중앙과 지방정부 및 의료기관에 대한 감염병 관리체계 강화방안] 연구를 진행하고 있습니다. 본 연구에서는 감염병 관리의 주체가 되는 중앙정부와 지방정부, 의료기관의 역할과 당면과제, 그리고 이를 위해 필요한 권한과 자원에 대해 살펴보고 있으며, 특히 전문가 델파이 조사를 통해 감염병 관리를 위한 공중보건체계의 방향성을 제시하고자 합니다. 우리나라의 감염병 관리체계를 올바른 방향으로 발전시킬 수 있도록, 이 분야에 대해 가장 많은 고민과 연구를 진행하고 계신 선생님들께서 좋은 의견 제시하여 주시면 감사하겠습니다.

본 조사는 총 3회 실시될 예정이며, 1차 설문을 완성하신 후에는 0월 0일까지 보내 주시기 바랍니다. 선생님들의 답변 결과를 분석, 정리한 후 제2회 설문지는 0월 발송할 예정입니다. 아울러 수집된 정보는 연구목적 외에 다른 목적으로 절대 사용되지 않으며, 개인별 답변 내용은 델파이 조사 중이나 이후에 절대 공개되지 않습니다.

본 조사와 관련하여 궁금한 사항이 있는 경우 아래 연락처로 연락해 주시면 상세히 말씀드리겠습니다. 바쁘신 와중에 조사에 참여해 주셔서 진심으로 감사드립니다.

연구 책임자: 이 름 (이메일, 전화번호)
공동 연구자: 이 름 (이메일, 전화번호)

본인은 위 사항에 따라 조사 사실을 충분히 설명 받고 숙지하였으며, 조사 참여를 거부할 권리가 있다는 사실을 인지하고 있음을 확인합니다.

년 월 일

동일자 서명 : (인)

118 중앙과 지방정부 및 의료기관에 대한 감염병 관리체계 강화 방안

I. 설문 개요

연구배경 및 필요성

- 2015년 메르스 유행 이후 감염병 관리체계에 대한 사회적 관심이 증가하고, 감염병 관리체계 강화의 필요성이 대두되었음
- 정부는 감염관리에 대한 역량을 강화하고자 다양한 후속 조치를 추진하고 있으나 정책과 사업에 일관성이 부족하여 단기처방에 그치고 있다는 비판이 제기되고 있음
- 감염병 관리에서 핵심적 역할을 하는 중앙정부, 지방자치단체 및 의료기관의 감염병 관리 역량이 강화되기 위해서는 각각의 역할 및 기능에 대한 사회적 합의와 이를 바탕으로 한 시스템 구축이 필요함

연구목적

- 현 감염병 관리체계의 문제점을 진단하고, 중앙정부, 지방자치단체, 의료기관을 포함한 감염병 관리체계의 방향성 및 발전방안을 제시하고자 함

조사목적

- 감염병 관리의 주체가 되는 중앙정부와 지방정부, 의료기관의 역할과 당면과제, 이를 위해 필요한 권한과 자원에 대하여 전문가 집단의 의견을 수렴하고자 함

설문구성

- 전체 설문은 다음의 4가지 영역으로 구성(총 6페이지)

설문구성	문항 수	설문형식
중앙과 지방정부의 역할과 과제	2문항	개방형
공공의료기관과 민간의료기관의 역할분담 및 협조체계	2문항	개방형
의료감염관리에 대한 거버넌스	1문항	개방형
감염병 관리 공중보건체계에서의 시민 참여	1문항	개방형

답변 시 고려사항

- 본 조사에서 다루는 감염병의 범위는 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 법정감염병 전체이며, 구체적으로 다음과 같은 감염병들이 포함됨

- 제1군 감염병: 물 또는 식품 매개 발생(콜레라, 장티푸스, 이질, A형 간염 등)
- 제2군 감염병: 국가예방접종사업대상(디프테리아, 백일해, 파상풍, 홍역, B형 간염, 수두 등)
- 제3군 감염병: 간헐적 유행 가능성(말라리아, 결핵, 한센병, 성홍열, 쓰쓰가무시증, 인플루엔자, 후천성면역결핍증 등)
- 제4군 감염병: 국내에서 새로 발생하거나 국내 유입이 우려되는 해외 유행 감염병(페스트, 뎅기열, 진드기매개뇌염, 메르스 등)
- 제5군 감염병: 기생충감염병(회충증, 편충증, 요충증 등)
- 지정 감염병: 유행 여부 조사 위해 감시활동이 필요한 감염병(C형 간염, 수족구병, 성매개감염병, 의료관련감염병(항생제 내성 감염증), 장관감염증, 급성호흡기감염증 등)

II. 설문지

1. 지난 메르스 사태에서 드러났듯이, 감염병 관리에 대한 중앙과 지방자치단체의 역할과 협조 방식이 명료하지 않아 혼란이 가중되고 있다는 지적이 많습니다. 감염병 관리를 위한 중앙(보건복지부, 질병관리본부)과 지방자치단체(광역과 기초)의 역할은 무엇이라고 생각하시는 지 각 세 가지씩 적어주시기 바랍니다. 가급적 그렇게 생각하시게 된 배경이나 이유를 함께 적어주시면 감사하겠습니다.

중앙정부	보건복지부의 역할	배경 및 이유
1		
2		
3		
기타		
중앙정부	질병관리본부의 역할	배경 및 이유
1		
2		
3		
기타		
지방정부	광역자치단체(시도)의 역할	배경 및 이유
1		
2		
3		
기타		
지방정부	기초자치단체(시군구)의 역할	배경 및 이유
1		
2		
3		
기타		

120 중앙과 지방정부 및 의료기관에 대한 감염병 관리체계 강화 방안

2. 각각의 조직이 위에서 제시한 역할을 잘 수행하기 위해서는 어떠한 권한 부여가 필요하다고 생각하십니까? 또한 이를 뒷받침하기 위한 제도 및 조직 차원의 노력으로는 무엇이 필요하다고 생각하십니까? 조직과 거버넌스, 인력, 시설 및 자원 등의 측면에서 구체적으로 제시 해주시기 바랍니다.

1) 보건복지부

권한	
조직 및 거버넌스	
인력	
시설 및 자원	
기타	

2) 질병관리본부

권한	
조직 및 거버넌스	
인력	
시설 및 자원	
기타	

3) 광역자치단체

권한	
조직 및 거버넌스	
인력	
시설 및 자원	
기타	

4) 기초자치단체

권한	
조직 및 거버넌스	
인력	
시설 및 자원	
기타	

122 중앙과 지방정부 및 의료기관에 대한 감염병 관리체계 강화 방안

3. 감염병 관리를 위한 공적 인프라의 부족은 감염병 관리 인력과 자원, 시설 등에 있어서 민간 역할과 참여를 요구하고 있는 것이 현실입니다. 감염병 관리를 위한 공공의료기관과 민간의료기관의 역할은 각각 무엇이라고 생각하시는지 적어주시기 바랍니다.

4. 감염병 진료를 위한 민관 진료제공체계를 체계적으로 구축하기 위해 가장 필요한 내용은 무엇이라고 생각하시는지 두 가지 이상 제시해주시기 바랍니다.

5. 병원은 환자를 치료하는 장소이지만 감염병에 감염될 위험이 매우 큰 장소이기도 합니다. 의료관련 감염의 감독 및 관리를 위해 중앙정부와 지방정부는 각각 어떠한 역할을 수행해야 한다고 생각하십니까?(지원과 규제 측면에서 구체적으로 작성해주세요.)

	중앙	지방
의료관련감염관리에 대한 지원		
의료관련감염관리에 대한 규제		

6. 지난 메르스 사태는 정부 방역정책에 대한 시민들의 협조와 참여가 감염병 관리에 있어 매우 중요함을, 그리고 대중을 정부정책의 수동적인 대상으로 인식하는 일 방향의 위험소통이 갖는 한계를 드러낸 계기였다고 볼 수 있습니다. 감염병 관리 공중보건체계에서 시민의 참여는 어떠한 방식으로 이루어질 수 있다고 생각하십니까?

124 중앙과 지방정부 및 의료기관에 대한 감염병 관리체계 강화 방안

※ 응답자 특성(필수 기재 항목임)

성명		성별	
연령	만 세	소속	
직책		E-mail	
경력	(보건의료실무 및 정책 분야 업무 경력)		년

※ 귀중한 시간을 내어 1차 설문에 답해주셔서 진심으로 감사드립니다. ※

부록 2. 2차 델파이 조사 설문지

중앙과 지방정부 및 의료기관에 대한 감염병 관리체계 강화방안 델파이 2차 조사

안녕하십니까?

한국보건사회연구원에서는 「2015 메르스 백서」 발간을 계기로 감염병 관리 역량을 갖춘 공공보건의료체계에 대한 논의를 지속시키고 대안 마련에 기여하고자 [중앙과 지방정부 및 의료기관에 대한 감염병 관리체계 강화방안] 연구를 진행하고 있습니다. 본 연구에서는 감염병 관리의 주체가 되는 중앙정부와 지방정부, 의료기관의 역할과 당면과제, 그리고 이를 위해 필요한 권한과 자원에 대해 살펴보고 있습니다. 이와 관련하여 지난 1차 델파이 조사를 통해 수집된 전문가 의견을 바탕으로 2차 설문조사를 실시하고자 합니다.

본 조사는 총 3회 실시될 예정이며, 2차 설문을 완성하신 후에는 O월 OO일까지 보내주시기 바랍니다. 선생님들의 답변 결과를 분석, 정리한 후 제3회 설문지는 O월 초경 발송할 예정입니다. 아울러 수집된 정보는 연구목적 외에 다른 목적으로 절대 사용되지 않으며, 개인별 답변 내용은 델파이 조사 중이나 이후에 절대 공개되지 않습니다.

본 조사와 관련하여 궁금한 사항이 있는 경우 아래 연락처로 연락해 주시면 상세히 말씀드리겠습니다. 바쁘신 와중에 조사에 참여해 주셔서 진심으로 감사드립니다.

연구 책임자: 이 름 (이메일, 전화번호)
공동 연구자: 이 름 (이메일, 전화번호)

본인은 위 사항에 따라 조사 사실을 충분히 설명 받고 숙지하였으며, 조사 참여를 거부할 권리가 있다는 사실을 인지하고 있음을 확인합니다.

년 월 일

동일자 서명 : (인)

126 중앙과 지방정부 및 의료기관에 대한 감염병 관리체계 강화 방안

I. 설문 개요

연구배경 및 필요성

- 2015년 메르스 유행 이후 감염병 관리체계에 대한 사회적 관심이 증가하고, 감염병 관리체계 강화의 필요성이 대두되었음
- 정부는 감염관리에 대한 역량을 강화하고자 다양한 후속 조치를 추진하고 있으나 정책과 사업에 일관성이 부족하여 단기처방에 그치고 있다는 비판이 제기되고 있음
- 감염병 관리에서 핵심적 역할을 하는 중앙정부, 지방자치단체 및 의료기관의 감염병 관리 역량이 강화되기 위해서는 각각의 역할 및 기능에 대한 사회적 합의와 이를 바탕으로 한 시스템 구축이 필요함

연구목적

- 현 감염병 관리체계의 문제점을 진단하고, 중앙정부, 지방자치단체, 의료기관을 포함한 감염병 관리체계의 방향성 및 발전방안을 제시하고자 함

조사목적

- 감염병 관리의 주체가 되는 중앙정부와 지방정부, 의료기관의 역할과 당면과제, 이를 위해 필요한 권한과 자원에 대하여 전문가 집단의 의견을 수렴하고자 함

설문구성

- 전체 설문은 다음의 네 가지 영역으로 구성(총 11페이지)

설문구성	설문형식	답변기준	문항수
감염병 관리를 위한 정부 주체별 역할과 책임	각 영역의 내용에 1-7점의 점수 부여	적절성	13
감염병 관리체계 개선방안	각 영역의 내용에 1-7점의 점수 부여	중요도/시급성	35
의료관련감염 관리	각 영역의 내용에 1-7점의 점수 부여	중요도/시급성	9
감염병 관리에 대한 시민참여 활성화 방안	각 영역의 내용에 1-7점의 점수 부여	중요도/시급성	6

설문응답시 참고자료(별첨 파일)

- [별첨 1] 메르스 사태 이후 발표된 국가방역체계 개편안
- [별첨 2] 감염병 예방 및 관리에 관한 법률과 이에 따른 정부 주체별 권한과 책임 요약
- [별첨 3] 감염병관리시설 평가에 관한 고시

Part 1. 감염병 관리를 위한 정부 주체별 역할과 책임

<p>※ 감염병 관리를 위한 중앙정부 간, 중앙과 지방정부, 그리고 지방정부간 이상적인 역할분담에 대해 전문가들이 제시한 의견을 바탕으로 구성하였습니다. 감염병 관리 및 위기대응에서 각 정부 주체가 해야 할 역할과 책임에 대한 적절성(appropriateness)을 7점 척도로 평가해주시기 바랍니다.</p> <p>※ 적절성(appropriateness)은 감염병 관리에 대한 역할과 책임에 대한 합리성, 효과성, 효율성, 효율성 등을 모두 포괄하는 복합적 의미로 보시면 됩니다. 아래에 제시된 대안 중 일부는 현재와 다른 조직구조의 개편(독립 혹은 승격 등)을 필요로 할 수 있으며, 각 내용들은 경우에 따라 상호 배타적인 대안일 수도, 혹은 중복이 가능한 대안일 수도 있음을 참고하시기 바랍니다.</p> <p>※ 적절성이 높은 경우 큰 숫자를, 낮은 경우 작은 숫자를 선택하여 맨 오른쪽 칸에 기입하여 주시고, 제시된 대안과 다른 의견 혹은 추가 검토 사항에 대해서는 자유롭게 기술해주시면 감사하겠습니다.</p>
--

● 감염병으로 인한 공중보건 위기에서 보건복지부와 국민안전처의 역할과 책임에 대한 적절성

No	내용	높음 ← 적절성 → 낮음	번호
1	감염병 유행으로 인한 공중보건 위기 시, 보건복지부는 판리 대책을 총괄하고 국민안전처는 지원 대책을 총괄한다.	⑦ ⑥ ⑤ ④ ③ ② ①	
2	감염병 유행으로 인한 공중보건 위기 시, 보건복지부가 관리 및 지원 대책 모두를 총괄한다. 국민안전처는 타 부처와 함께 보건복지부에 협력한다.	⑦ ⑥ ⑤ ④ ③ ② ①	

기타 의견:

● **공중보건 위기 및 일상적 감염병 관리에서 보건복지부와 질병관리본부의 역할과 책임에 대한 적절성**

No	내용	높음 ← 적절성 → 낮음	번호
3	감염병 유행으로 인한 공중보건 위기 시, 질병관리본부 의 역할은 감염병 위기 대응을 총괄하는 것이며, 보건복지부 는 다른 부처와의 협력/공조 시스템을 유지하고 지원한다.	⑦ ⑥ ⑤ ④ ③ ② ①	
4	감염병 유행으로 인한 공중보건 위기 시, 질병관리본부 가 감염병 위기 대응을 총괄하고, 다른 부처와의 협력/공조 시스템을 유지하고 지원한다.	⑦ ⑥ ⑤ ④ ③ ② ①	
5	일상적 감염병 관리 정책과 사업은 질병관리본부 가 수행할 뿐 아니라 감염관련 법령 제·개정, 예산 확보, 제도 정비 등을 모두 담당한다.	⑦ ⑥ ⑤ ④ ③ ② ①	
6	일상적 감염병 관리 정책과 사업은 질병관리본부 가 수행하며 보건복지부 는 감염병 관련 법제정, 예산, 제도 정비 등을 담당한다.	⑦ ⑥ ⑤ ④ ③ ② ①	

기타 의견:

● **감염병 유행 대응에서 질병관리본부와 광역자치단체의 역할과 책임에 대한 적절성**

No	내용	높음 ← 적절성 → 낮음	번호
7	감염병 유행 시, 질병관리본부 는 감염병 유행과 규모에 상관없이 유행 대응 총괄자로서 현장에 나가 감염상황을 직접 조사, 관리하고 대책을 집행하며, 지방자치단체 는 이에 협조한다.	⑦ ⑥ ⑤ ④ ③ ② ①	
8	감염병 유행 시, 광역자치단체 는 감염병 유행과 규모에 상관없이 유행에 대한 1차 대응을 주도 하고, 질병관리본부 는 여기에 기술 및 인력을 지원한다.	⑦ ⑥ ⑤ ④ ③ ② ①	
9	감염병 유행 시, 질병관리본부 와 광역자치단체 의 역할은 감염병 유행과 규모 등에 따라 조정된다. 예를 들어, 메르스 등과 같은 신종감염병 유행에서는 질병관리본부 가, 결핵, 콜레라 등 기 려진 감염병 유행에 대해서는 광역자치단체 가 현장대응을 주도한다.	⑦ ⑥ ⑤ ④ ③ ② ①	

기타 의견:

● 감염병 유행 대응에서 광역자치단체-기초자치단체의 역할과 책임에 대한 적절성

No	내용	높음 ← 적절성 → 낮음	번호
10	감염병 유행 시, 감염병의 유형과 규모에 상관없이 모든 기초자치단체가 현장 초동대응(역학조사, 관리, 대책집행)을 주도한다.	⑦ ⑥ ⑤ ④ ③ ② ①	①
11	감염병 유행 시, 감염병 유형과 규모에 상관없이 광역자치단체가 현장 초동대응을 주도하고, 기초자치단체는 이에 협조한다.	⑦ ⑥ ⑤ ④ ③ ② ①	①
12	감염병 유행 시, 현장 초동대응의 역할은 유행하는 감염병의 종류와 규모 등에 따라 광역자치단체와 기초자치단체 간에 분담 및 조정한다. (예: 신종감염병 등은 광역자치단체 가 병의원, 소방, 경찰 등과 협력체계를 갖추고 현장대응을 주도한다. 식중독 등 일상적 감염병은 기초자치단체 가 현장대응을 주도하고, 광역자치단체는 감독한다.)	⑦ ⑥ ⑤ ④ ③ ② ①	①
13	감염병 유행 시, 감염병 유형과 규모에 상관없이 광역자치단체 가 현장 초동대응을 주도하되, 일부 역량이 있는 기초자치단체 는 광역자치단체장 위임하에 현장 초동대응을 주도한다.	⑦ ⑥ ⑤ ④ ③ ② ①	①

기타 의견:

Part II. 감염병 관리체계 개선방안

※ Part II 설명은 Part I에서 논의된 정부 주체별 역할 및 책임 수행을 위한 제도적 개선 방안에 대한 내용입니다. 각 세부영역에서 제시하는 개선방안의 **중요도와 시급성**을 7점 척도로 평가해주시고, **중요도**는 각 개선 방안 시행이 필요한 정도를 의미하고, **시급성**은 각 개선 방안의 우선순위를 고려할 때 우선적으로 먼저 시행되어야 할 필요성을 의미합니다.

※ 아래에 제시된 대안 중 일부는 현재와 다른 조직구조의 개편(특립 혹은 승격 등)을 필요로 할 수 있으며, 각 내용들은 경우에 따라 상호 배타적인 대안일 수도, 혹은 중복이 가능한 대안일 수도 있음을 참고하시기 바랍니다.

※ 중요도나 시급성이 높을 경우 큰 숫자를, 낮을 경우 작은 숫자를 선택하여 맨 **오른쪽** 칸에 기입하여 주시고, 가능한 점수의 차등을 주시기 바랍니다.

※ 보건: 보건복지부, 질병: 질병관리본부, 방역: 방역자치단체, 기초: 기초자치단체

1. 필요 권한

- **메르스 유행과 같은 감염병 위기 대응을 위해 중앙과 지방정부의 필요 권한에 대한 내용입니다. 각 개선 방안에 대해 중요도와 시급성을 평가해주시고.**

No	개선 방안	구분	높음 ← → 낮음	번호
1	감염병으로 인한 공중보건 위기 시(수의단체 이상 시), 보건복지부가 관리대책본부뿐 아니라 지원대책본부로서의 위상 확보(현 방역체계편안에서는 국민안전처가 지원대책본부 총괄자로서 지자체 협조, 환자 및 접촉자 이송체계 지원 등과 같은 병정부 지원 업무를 담당하는 것으로 되어 있음)	중요도	7 6 5 4 3 2 1	①
		시급성	7 6 5 4 3 2 1	①
2	감염병으로 인한 공중보건 위기 시, 보건복지부가 국립대학교 병원을 비롯한 모든 공공의료기관에 대한 실질적 지휘통솔권 확보	중요도	7 6 5 4 3 2 1	①
		시급성	7 6 5 4 3 2 1	①
3	감염병으로 인한 공중보건 위기 시, 보건복지부로 보고체계 일원화(보건복지부를 통한 위기 대응 정보 타 부처 공유)	중요도	7 6 5 4 3 2 1	①
		시급성	7 6 5 4 3 2 1	①
4	감염병으로 인한 공중보건 위기 시, (국무총리실로부터) 보건복지부로 범부처 대응체계 구축을 위한 부처 간 업무 조정권, 지방의 행정조직 및 인력 동원 권한 이양	중요도	7 6 5 4 3 2 1	①
		시급성	7 6 5 4 3 2 1	①

No	개선 방안	구분	높음 ←	→ 낮음	번호
5	2개 이상의 광역에서 감염병 유행 및 신종감염병 국내 유입 시, 방역대책본부로서의 권한 강화 지방의 행정조직 및 공공보건의료기관 동원 권한 포함	중요도	7	6 5 4 3 2 1	①
		시급성	7	6 5 4 3 2 1	①
6	감염병 관리 역량 강화를 위한 독립적인 인사권 및 예산 운용 권한 확보	중요도	7	6 5 4 3 2 1	①
		시급성	7	6 5 4 3 2 1	①
7	감염관리 관련 법령 제·개정, 예산 확보, 제도정비 등을 수행하기 위한 권한 확보	중요도	7	6 5 4 3 2 1	①
		시급성	7	6 5 4 3 2 1	①
8	광역지자체 내 감염병 유행 시, 지자체 대책본부로서의 권한 강화 광역 내 행정조직, 공공병원, 보건소 및 기타 공공기관에 대한 지휘·통솔권 포함	중요도	7	6 5 4 3 2 1	①
		시급성	7	6 5 4 3 2 1	①
9	광역지자체 내 감염병 유행 시 보건환경연구원을 활용한 확진 권한	중요도	7	6 5 4 3 2 1	①
		시급성	7	6 5 4 3 2 1	①
10	질병관리본부에서 취합하여 관리하는 감염병 신고자료의 사용 권한 확보 신종감염병과 기타 감염병 유행, 의료관련감염 발생 등의 신고자료에 대한 양방향(중앙 <-> 지방) 정보 공유	중요도	7	6 5 4 3 2 1	①
		시급성	7	6 5 4 3 2 1	①
11	감염병으로 인한 공중보건 위기 시, 의원급 의료기관에 대한 일차 역할조사 및 자료 요청 권한 강화	중요도	7	6 5 4 3 2 1	①
		시급성	7	6 5 4 3 2 1	①

2. 조직과 거버넌스 측면 개선 방안

메르스 유행과 같은 감염병 위기 대응을 위한 중앙과 지방의 적절한 역할과 기능을 고려할 때, 조직 및 관리체계 측면에서 개선이 필요한 사항들에 대한 설문입니다. 행정조직의 특성을 고려하여 다음 개선방안의 중요도와 정책적 시급성을 평가해주시요.

- 척(척):** 국무총리 소속으로 여러 부에 관련된 기능을 통합하는 참모직 업무를 수행하는 기관. 소관사무에 관하여 직접적인 업무명령을 제정할 수 없으므로 국무총리를 통해 총리령을 제정할 수 있음
 - 부(部):** 대통령 및 국무총리의 통할하에 고유의 국가행정사무를 수행하기 위해 설치한 기관. 부령제정권, 법률안 또는 대통령안 국무회의제출권 등의 권한을 가진.
 - 청(廳):** 행정 각부의 소관사무 중 업무의 독자성이 높고 집행적인 사무를 관장하기 위해 각부 소속으로 설치하는 기관. 소관사무에 관해 직접적인 업무명령을 제정할 수 없고 소속 장관을 통해 부령을 제정할 수 있음
- (출처: 행정자치부 정부조직관리정보시스템 org.moi.go.kr/org/external/about/intro_sub03_01.jsp?)

● 조직 및 거버넌스 측면에서의 개선방안

No	개선 방안	구분	높음 ←	→ 낮음	번호				
보건	12 보건복지부에서 보건부분이 독립적인 부처인 '보건부'로 위상확보	중요도	7	6	5	4	3	2	1
	시급성	7	6	5	4	3	2	1	
질병관리본부	13 보건복지부 내 감염병 관리(감염병 위기 대응, 지역사회 감염병 관리, 의료기관 감염 관리를 위한 '국' 단위 조직 신설	중요도	7	6	5	4	3	2	1
	시급성	7	6	5	4	3	2	1	
질병관리본부	14 법령 제·개정, 예산 확보 및 제도정비 역할 수행을 위해 '질병관리청'로 독립 및 승격	중요도	7	6	5	4	3	2	1
	시급성	7	6	5	4	3	2	1	
질병관리본부	15 독자적 인사권 수행 및 예산 운용을 위해 '질병관리청'으로 독립 및 승격	중요도	7	6	5	4	3	2	1
	시급성	7	6	5	4	3	2	1	
질병관리본부	16 질병관리본부 산하기관으로 '광역단위 지방감염관리청(가칭)' 설치 운영	중요도	7	6	5	4	3	2	1
	시급성	7	6	5	4	3	2	1	
질병관리본부	17 질병관리본부로부터 국립보건연구원(NIH)을 연구 진담기구로 분리·독립하고 감염병 검사 및 확진 기능은 질병관리본부로 통합	중요도	7	6	5	4	3	2	1
	시급성	7	6	5	4	3	2	1	

No	개선 방안	구분	높음 ←	→ 낮음	번호
18	미국 CDC와 같이 질환 또는 특정 감염군(증후군)별로 부서를 조직하여 검사-진단-관리 업무 통합수행(현재는 검사-진단-관리를 담당하는 부서가 별도로 구성)	중요도 시급성	⑦ ⑥ ⑤ ④ ⑦ ⑥ ⑤ ④ ③ ② ①	③ ② ① ③ ② ①	
19	정부위탁사업인 '지역 감염병관리본부'의 설치 운영 확대 및 국비지원 인상	중요도 시급성	⑦ ⑥ ⑤ ④ ③ ② ① ⑦ ⑥ ⑤ ④ ③ ② ①	③ ② ① ③ ② ①	
20	광역지자체 소속 감염병 관리국 신설	중요도 시급성	⑦ ⑥ ⑤ ④ ③ ② ① ⑦ ⑥ ⑤ ④ ③ ② ①	③ ② ① ③ ② ①	
21	광역지자체 내 정규조직으로서 '지역 감염병관리본부' 설치·운영	중요도 시급성	⑦ ⑥ ⑤ ④ ③ ② ① ⑦ ⑥ ⑤ ④ ③ ② ①	③ ② ① ③ ② ①	
22	시군구 행정조직과 보건소 내 감염병 전담부서 신설	중요도 시급성	⑦ ⑥ ⑤ ④ ③ ② ① ⑦ ⑥ ⑤ ④ ③ ② ①	③ ② ① ③ ② ①	
기초 의견:					

● 관리체계 개선안

No	개선 방안	구분	높음 ←	→ 낮음	번호
23	보건복지부 소속기관으로 재편하여 공공보건의료기관에 대한 거버넌스 일원화 - 대상: 행정부 소속의 보건소, 교육부 소속의 국립대 병원, 보건처 소속의 보훈병원, 국방부 소속의 군병원 등의 공공보건의료기관	중요도 시급성	⑦ ⑥ ⑤ ④ ⑦ ⑥ ⑤ ④ ③ ② ①	③ ② ① ③ ② ①	
24	광역지자체 내 감염병 관리위원회 설치 및 운영 - 역할: 광역 단위의 감염병 관리 실행 대책 및 위기 시 대응 체계 구축 및 시행	중요도 시급성	⑦ ⑥ ⑤ ④ ③ ② ① ⑦ ⑥ ⑤ ④ ③ ② ①	③ ② ① ③ ② ①	
25	시군구 감염병 관리위원회 설치 및 운영	중요도 시급성	⑦ ⑥ ⑤ ④ ③ ② ① ⑦ ⑥ ⑤ ④ ③ ② ①	③ ② ① ③ ② ①	
기타 의견:					

3. 인력 및 교육·훈련 측면 개선 방안

메트스 유행과 같은 감염병 위기 대응에서, 중앙과 지방 행정조직의 대응 인력과 이들을 대상으로 하는 교육·훈련 측면에서의 제도적 개선 방안에 대한 설문입니다. 행정조직의 특성을 고려하여 다음 개선 방안의 중요도와 시급성을 평가해주시시오.

No	개선 방안	구분	높음 ←	→ 낮음	번호				
보건	보건복지부 내 충분한 정규직 보건의로전문의 확보를 위한 보건직렬 TO 대폭 확대 의무화	중요도	7	6	5	4	3	2	1
		시급성	7	6	5	4	3	2	1
		중요도	7	6	5	4	3	2	1
보건	감염병 전문인력(예: 방역관, 역학조사관)의 장기적인 인력 수급 계획 수립 의무화	시급성	7	6	5	4	3	2	1
		중요도	7	6	5	4	3	2	1
		시급성	7	6	5	4	3	2	1
기본	공공의료기관 내 감염병 전문 인력(간접내과 전문의, 감염관리 간호사 등) 확보 의무화	중요도	7	6	5	4	3	2	1
		시급성	7	6	5	4	3	2	1
		중요도	7	6	5	4	3	2	1
기본	질병관리본부 내 정규직 감염병 관리 인력(보건연구사, 보건연구관, 역학조사관, 방역관 등) TO 확보	시급성	7	6	5	4	3	2	1
		중요도	7	6	5	4	3	2	1
		시급성	7	6	5	4	3	2	1
기본	연구직 공무원(보건연구사, 보건연구관)의 승진체계 개선 및 고위공무원단으로의 승진 기회 부여	중요도	7	6	5	4	3	2	1
		시급성	7	6	5	4	3	2	1
		중요도	7	6	5	4	3	2	1
평가	시도 감염병 전문 인력의 특성별 교육 프로그램 개발 및 제공	시급성	7	6	5	4	3	2	1
		중요도	7	6	5	4	3	2	1
		시급성	7	6	5	4	3	2	1
평가	감염병 관리 인력(역학조사관, 보건직 공무원 등) 의무 배치 및 정규직화	중요도	7	6	5	4	3	2	1
		시급성	7	6	5	4	3	2	1
		중요도	7	6	5	4	3	2	1
평가	질병관리본부의 감염병 관리 전문인력(역학조사관) 상시 파견 배치	중요도	7	6	5	4	3	2	1
		시급성	7	6	5	4	3	2	1
		중요도	7	6	5	4	3	2	1
평가	공공의료기관(지방의료원, 군병원, 보훈병원 등)에 감염병 전문인력(간접내과 전문의, 감염관리 간호사) 의무 배치	중요도	7	6	5	4	3	2	1
		시급성	7	6	5	4	3	2	1
		중요도	7	6	5	4	3	2	1
기타 의견:	광역 내 행정조직(기초지자체 포함) 및 공공보건의료기관, 민간 의료기관의 감염병 관리 인력 교육·훈련을 위한 전문 교육기관 확보(지정 및 운영) 교육기관 예: 권역의 국립대학교 병원 또는 보건대학원 등	중요도	7	6	5	4	3	2	1
		시급성	7	6	5	4	3	2	1
		중요도	7	6	5	4	3	2	1

Part III. 의료관련감염 관리

※ 이 설문 영역은 의료관련감염(의료기관에서 발생하는 모든 감염) 관리를 위해 정부가 지원 및 규제해야 할 사항으로 전문가들이 제시한 내 용을 바탕으로 구성하였습니다. 각 내용의 **중요도**와 **시급성**을 7점 척도로 평가해주시고, 중요도는 각 개선 방안 시행이 필요한 정도를 의미하고, 시급성은 각 개선 방안의 우선순위를 고려할 때 우선적으로 먼저 시행되어야 할 필요성을 의미합니다.

※ 중요도나 시급성이 높을 경우 큰 숫자를, 낮을 경우 작은 숫자를 선택하여 맨 **오른쪽** 칸에 기입하여 주십시오.

● 의료관련감염(의료기관에서 발생하는 모든 감염) 관리를 위한 정부의 역할

No	내용	구분	높음 ←	→ 낮음	번호
1	의료기관의 의료관련감염 관리에 대한 현장점검과 지도 (중앙정부는 병원급 이상, 지방정부는 의원·요양소 등 담당)	중요도 시급성	7 6 5 4 3 2 1 7 6 5 4 3 2 1	③ ② ① ③ ② ①	
2	의료기관의 의료관련감염 관리활동(인력, 장비, 시설)에 대한 국비지원	중요도 시급성	7 6 5 4 3 2 1 7 6 5 4 3 2 1	③ ② ① ③ ② ①	
3	의료기관의 의료관련감염 관리비용에 대한 현재의 건강보험 수가 인상	중요도 시급성	7 6 5 4 3 2 1 7 6 5 4 3 2 1	③ ② ① ③ ② ①	
4	감염내과 전문의 및 감염관리 간호사 확충을 위한 인력대책 마련	중요도 시급성	7 6 5 4 3 2 1 7 6 5 4 3 2 1	③ ② ① ③ ② ①	
5	감염관리 매뉴얼(진료프로세스, 교육) 및 병원시설·설비·장비 지침 개발	중요도 시급성	7 6 5 4 3 2 1 7 6 5 4 3 2 1	③ ② ① ③ ② ①	
6	기존의 의료기관인증제도에 의료관련감염 관리 활동을 반영하여 인센티브 제공	중요도 시급성	7 6 5 4 3 2 1 7 6 5 4 3 2 1	③ ② ① ③ ② ①	
7	감염안전심사(인증) 제도 신설 및 상시 운영과 인센티브 제공 (감염병관리시설 평가에 관한 고시 내용 반영(별첨자료 참조))	중요도 시급성	7 6 5 4 3 2 1 7 6 5 4 3 2 1	③ ② ① ③ ② ①	
8	의료기관 지침 및 병상·구조 개편 - 음압·격리 병상 증대, 4인실 중심으로 개편, 일반입원실, 중환자실 등 개선	중요도 시급성	7 6 5 4 3 2 1 7 6 5 4 3 2 1	③ ② ① ③ ② ①	
9	지방 공공의료기관에 대한 지방자치단체의 예산지원	중요도 시급성	7 6 5 4 3 2 1 7 6 5 4 3 2 1	③ ② ① ③ ② ①	
기타 의견:					

Part IV. 감염병 관리에 대한 시민참여 활성화 방안

※ 이 설문 영역은 감염병 관리 공중보건체계에서 **시민을 어떻게 고려하고 이들의 참여를 활성화할 수 있을지**에 대해 전문가들이 제시한 내용을 바탕으로 구성하였습니다. 제시된 방안의 **중요도와 시급성**을 7점 척도로 평가해주시시오. 중요도는 각 개선 방안 시행이 필요한 정도를 의미하고, 시급성은 각 개선 방안의 우선순위를 고려할 때 우선적으로 먼저 시행되어야 할 필요성을 의미합니다.

※ 중요도나 시급성이 높은 경우 큰 숫자를, 낮은 경우 작은 숫자를 선택하여 맨 **오른쪽** 칸에 기입하여 주십시오.

● 감염병 관리에 대한 시민참여 활성화 방안

No	내용	구분	높음 ←	→ 낮음	번호
1	지방자치단체 단위 감염병 관리 대책 수립 및 시행에서 시민 참여의 제도적 보장 (예: 예산참여제 확대, 시민배심원 제도 등)	중요도 시급성	7 6 5 4 3 2 1 7 6 5 4 3 2 1	3 2 1 3 2 1	① ①
2	재난안전문자와 같은 정보제공 시스템 구축	중요도 시급성	7 6 5 4 3 2 1 7 6 5 4 3 2 1	3 2 1 3 2 1	① ①
3	정부-시민 양방향 의사소통을 위한 상시적 대민 채널 운영	중요도 시급성	7 6 5 4 3 2 1 7 6 5 4 3 2 1	3 2 1 3 2 1	① ①
4	시민모니터 요원 위촉(정부 정책에 대한 의견수렴)	중요도 시급성	7 6 5 4 3 2 1 7 6 5 4 3 2 1	3 2 1 3 2 1	① ①
5	감염병 관리에 대한 인식 개선 및 행동요령에 대한 교육훈련 기회 제공과 참여 독려	중요도 시급성	7 6 5 4 3 2 1 7 6 5 4 3 2 1	3 2 1 3 2 1	① ①
6	인권 등 감염병 관리 이슈에 대한 공개적 논의의 장 마련	중요도 시급성	7 6 5 4 3 2 1 7 6 5 4 3 2 1	3 2 1 3 2 1	① ①
기타 의견:		중요도 시급성	7 6 5 4 3 2 1 7 6 5 4 3 2 1	3 2 1 3 2 1	① ①

〈설문에 참여해 주셔서 대단히 감사합니다〉

부록 3. ‘감염병과 공중보건체계에 대한 포럼’ 개요

감염병과 공중보건체계 포럼 소개

2015년 메르스 유행은 공중보건 위기를 불렀고 국민 건강과 경제적 활동에 심각한 영향을 주었습니다. 메르스 사태로 인해 감염병과 공중보건체계에 대한 사회적 관심은 증가했지만 변화를 이루어 내기는 역부족입니다.

한국보건사회연구원은 「2015 메르스 백서」 발간을 계기로 후속 과제를 기획하였습니다. 후속 과제에서는 「2015 메르스 백서」에서 제기된 논의 주제를 심도 있게 토론하는 포럼을 개최하여 ‘감염병 관리 역량을 갖춘 공중보건체계’에 대한 논의를 지속시키고 대안 마련에 기여하고자 합니다.

감염병과 공중보건체계에 대한 포럼은 총 4차례에 걸쳐서 진행될 예정이며, 감염병 관리의 주체가 되는 중앙정부, 지방자치단체와 의료기관이 당면한 문제와 함께 감염병 조치와 관련된 윤리적 문제와 보상을 다루고자 합니다.

구분	주제
1차	공중보건체계의 구성: 시스템, 과정, 주체의 관점에서
2차	감염병 조치에 관한 윤리적 문제와 보상 - 공중보건 윤리의 특성과 딜레마 - 메르스 대응과정에서 드러난 윤리적 이슈
3차	감염병 관리에서 공중보건체계 현황과 평가 : 조직, 인력, 자원을 중심으로 - 감염병 관리 중앙 및 지자체 조직과 관련 파트너십 - 감염병 관리 인력, 자원 현황과 발전 방안
4차	감염병 관리 공중보건체계의 새로운 도전 과제 - 감염병 정책 이대로 괜찮은가? - 감염병 관리체계를 둘러싼 정치사회적 동향과 도전 과제

감염병과 공중보건체계에 대한 포럼은 평소 이 주제에 관심을 가지고 있는 전문가를 모시고 진행하는 비공개 방식이며, 논의를 활발하게 진행하고자 소규모의 참여자를 모시고 진행합니다.

감염병과 공중보건체계에 대한 포럼은 ‘백가쟁명’ 방식의 토론을 지향하며, 모든 참석자가 고민하고 있는 바를 자유롭게 토론하고 이를 바탕으로 대안을 모색하는 데 주안점을 두고 있습니다.

※ 자유토론 진행 방식(안)

- 모든 포럼 참석자가 발표 주제에 대한 문제의식을 공유하고 있다는 전제하에 논의를 진행합니다.
- 미래 지향적 관점에서 ‘왜(why)’보다는 ‘어떻게(how)’를 중심으로 관점, 대안, 발전 경로 등을 토론하고자 합니다.
- 발전적 논의가 되기 위해서는 모든 포럼 참석자들이 주제와 관련된 토론 내용을 사전에 작성해서 준비하며, 토론문은 특별한 양식이나 분량에 대한 제약은 없이 자유롭게 작성하면 됩니다. 필요시 일부 주제에 대해서는 지정토론 방식을 병용할 수 있습니다.

간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회원종류

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원
- 정기간행물회원 : 35,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지(www.kihasa.re.kr) - 발간자료 - 간행물구독안내

▶ 문의처

- (30147) 세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동 1~5F
간행물 담당자 (Tel: 044-287-8157)

KIHASA 도서 판매처

- | | |
|---|---|
| ■ 한국경제서적(총판) 737-7498 | ■ 교보문고(광화문점) 1544-1900 |
| ■ 영풍문고(종로점) 399-5600 | ■ 서울문고(종로점) 2198-2307 |
| ■ Yes24 http://www.yes24.com | ■ 알라딘 http://www.aladdin.co.kr |