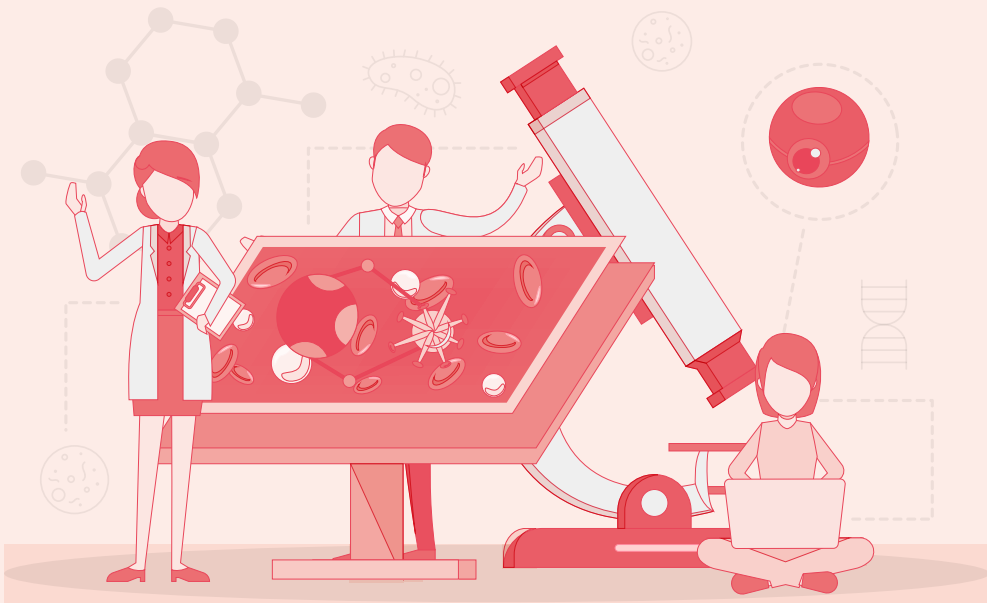


03

한국의 감염병 대응과 감염관리 정책

감염병 대응 역량 강화와 의료기관 감염관리 개선은 환자의 안전과 밀접한 관련이 있는
의료의 기본 뼈대에 해당하는 영역이다. 10년 또는 20년 후에는 우리나라가 감염병으로부터 안전하고
우리나라의 의료기관이 의료관련감염으로부터 안전한 곳이 되었으면 좋겠다.

이재갑(한림대학교 강남성심병원 감염내과 부교수·감염관리실장)



2015년은 매우 특별한 한 해였다. 두 가지 감염병이 우리나라 사람들의 일상을 흔들어 놓았기 때문이다. 첫 번째 감염병은 2014년부터 서아프리카 3개국(기니, 라이베리아, 시에라리온)에서 유행했던 에볼라였다. 에볼라의 국제적 대응에 동참하기 위하여 정부는 에볼라 긴급구호대를 파견하기로 하였고 필자는 2015년 1월 시에라리온에 에볼라 긴급구호대 2진 대장으로 파견을 갔다. 서아프리카의 에볼라 유행에 한국이 긴급구호대를 파견한 것은 국제적인 감염병 위기 상황에 의료진을 보내 주도적으로 참여한 최초의 사건이었다.

두 번째 감염병은 2015년 5월에 발생한 우리나라의 메르스 유행이다. 메르스 유행때는 즉각대응팀 위원으로 정부의 방역대책에 동참하였다. 메르스는 외국에서 발생하는 신종감염병이 우리나라에도 언제든지 유입될 수 있으며 상상할 수 없는 수준의 국가위기상황을 초래할 수 있다는 것을 보여주었고 우리의 방역체계가 얼마나 허술한지 적나라하게 보여준 사건이었다. 2012년 사우디아라비아에서 첫 확인된 메르스는 감염된 낙타에 노출되어 발생한 환자들이 병원에 입원하여 다수의 의료진과 입원한 환자에서 확산된 경우가 여러차례 보고가 되었다. 한국에서는 바레인에서 거주하다가 카타르를 통하여 입국한 첫 번째 환자가 2015년 5월 20일 확진되었다. 환자는 폐렴으로 여러 병원을 전전하였는데 입국 후 16일, 증상 발현 후 9일 만에 메르스로 진단되었으며 이 환자에게 노출된 28명의 2차 환자가 확진되었다. 초기방역의 실패로 2차 감염 환자들이 타병원으로 옮겨진 상태에서 확진되면서 3차, 4차 이상의 환자가 여러 병원에서 동시다발적으로 발병하였으며 유행 종료까지 186명의 환자가 발생하였고 38명의 사망자가 발생하였다. 유행 당시 지역사회 내에서 전파된 환자는 1명뿐이었으며 대부분의 환자들은 병원내에서 노출된 환자, 보호자, 의료진이었다. 메르스 상황을 거치면서 국가 감염병 대응체계의 허약함과 병원들의 감염관리 부실이라는 아픈 현실을 온 국민이 목도하게 되었다.

그렇다면 에볼라와 메르스, 이 사건들을 교훈삼아 우리나라의 감염병 대응 능력은 얼마나 향상되었고 의료기관의 감염관리는 얼마나 개선되었을까?

4년이 지난 지금 이 개편안은 얼마나 진행되었고 효과는 있었을까?

질병관리본부 내 긴급상황센터를 개설하여 전세계의 감염병 정보를 24시간 수집하여 분석하는 틀이 마련되었다. 역학조사관은 아직도 한참 부족하긴 하지만 메르스 이전보다 2배로 증원되었다. 에볼라 바이러스, 라싸 바이러스 등 고위험 병원체에 대한 실험을 할 수 있는 BL4 시설도 질병관리본부에 완공되었다. 신종감염병 환자들이 입원할 수 있는 국가지정격리병상은 전국 28개 병원 156개 병상으로 확충되었다. 병원의 감염관리를 강화하기 위하여



그림 1. 2015년 메르스 이후 보건복지부에서 발표한 국가방역체계 개편안

입원 기준병상을 4인실로 축소하였고 병상간 간격도 재조정되었으며 병상 규모에 따라 음압격리병실도 확충되었다. 병원들 스스로 감염병 대응능력을 향상하기 위하여 신종감염병 관련 모의훈련과 도상훈련이 일반화되기도 하였다. 감염관리 인력의 규정이 강화되었으며 감염관리에 대한 보상체계도 갖추어지기 시작하여 감염예방관리료가 신설되었고 감염관리 물품에 대한 수가화 작업도 진행되었다.

이렇게 긍정적인 변화도 있었으나 효과가 미미한 부분도 있다. 질병관리본부의 권한 강화를 위하여 본부장이 차관급으로 격상되었다. 차관급으로 격상하여 인사권과 예산권을 부여한다고 하였지만 밖에서 지켜보기에 그다지 변화가 없다. 질병관리본부의 몇 명을 제외한 대부분의 국장은 보건복지부의 행정고시 출신이 차지하였다. 질병관리본부의 모든 센터를 행정고시 출신이 맡지 말라는 것은 아니다. 그렇지만 감염병 관리와 대응 부서의 국장은 감염병 전문가가 해야 할텐데 메르스 이후 한차례도 감염병 전문가가 맡지 못하였다. 질병관리본부 내 감염병 전문가가 부족하다고 핑계를 댈다면 민간에서 영입이라도 했어야 하지 않을까? 예산만 해도 예산철이 다가오면 메르스 이전과 동일하게 질병관리본부 직원들은 보건복지부 눈치를 보고 있고 보건복지부를 무사히 통과하더라도 기획재정부와 국회 통과라는 큰 산들이 버티고 있어 처음 계획했던 예산의 태반은 반토막이 되어 돌아오거나 없어져 버리고 만다.

감염병전문병원은 설립의지가 있는지 의심이 든다. 국립중앙의료원을 중앙 감염병전문병원으로 지정하였고 원지동 이전과 함께 감염병전문병원을 신축하기로 하였으나 아직 첫 삽도 뜨지 못하고 올해 10월에는 병원 이전을 백지화한다는 발표가 있었다. 권역감염병전문병원도 지방에 3-4개 신설한다고 하였으나 현재 조선대 한 곳만 지정된 이후 추가 발표가 없다.

이러한 방역체계개선과 병원의 감염관리 개선을 위한 정책이 시행되고 있던 2017년 12월에는 모대학병원의 신생아 중환자실에서 수액오염사고로 인하여 신생아 4명이 사망하는 사건이 발생하였다. 이 사건을 계기로 감염관리 전문가와 의료관련단체, 환자단체, 보건복지부, 질병관리본부를 망라한 의료관련감염 종합 TF가 2018년 2월 구성되었고 종합 대책을 2018년 6월 발표(그림2)하였다.

목표

결과지표 혈류감염률 ['17] 2.23 ▶ ['22] 1.78 [20% 감소] : 중심정맥과 관련 혈류감염률
 요로감염률 ['17] 1.01 ▶ ['22] 0.81 [20% 감소] : 도뇨관 사용 관련 요로감염률
 다제내성균감염[CRE]발생률 ['17] 7.06 ▶ ['22] 5.65 [20% 감소] : 10만재원일수당
 수술부위감염률 ['17] 4.64 ▶ ['22] 3.94 [15% 감소] : 대장수술 후 수부위감염률

과정지표 감염관리 계획 보유율 ['18] 75% ▶ ['22] 100% : 병원급 의료기관, 요양병원포함
 의료기관 종사자 순위생 수행률 ['18] 83% ▶ ['22] 90%

구조지표 감염관리 인력 지정·위원회 운영 ['18] 729개 ▶ ['22] 모든 의료기관
 감시체계 참여 의료기관수 ['18] 230개 ▶ ['22] 350개
 권역·지역 자문 네트워크 ['18] 0개 ▶ ['22] 전국 17개 권역

그림 2. 2018년 보건복지부/질병관리본부가 발표한 의료관련감염 종합대책

주목할 부분은 감염관리 인력의 강화안이다. 2018년 10월 이후 150병상 이상의 병원급 의료기관에 감염관리전담자를 지정하도록 한 이후에 2021년부터는 150병상 미만의 병원과 요양병원이 감염관리업무를 담당할 겸임자를 지정하도록 하였고 2022년까지는 의원급 의료기관도 감염관리 담당 직원을 지정하도록 하였다. 전국의료관련감염감시체계(KOINS)의 가입병원도 2021년에는 요양병원까지 확대될 예정이며 중소병원과 요양병원의 감염관리를 지원하는 권역/지역네트워크도 전국으로 확대될 예정이다.

한국의 신종감염병 대응과 병원의 감염관리 정책은 2009년 신종인플루엔자, 2015년 메르스 2017년 신생아 중환자실 사망과 같은 사회적 문제가 되었던 이슈가 있어야만 대책들이 쏟아져 나온다. 그러다 별다른 이슈가 없으면 잠잠해지고 추진하고 있던 정책들도 슬그머니 사라지거나 연기되는 것이 다반사였다. 그러기 때문에 시스템적으로 이러한 감염병 정책이 지속적으로 추진될 수 있는 체계가 만들어 지기를 소망하고 있다.

첫 번째 질병관리본부의 ‘청’ 또는 ‘처’로의 승격이다. 전문가 집단이 재정과 인사를 독립적으로 운영하고 전문가로서의 자부심을 가지고 업무를 할 수 있는 환경을 조성해 주어야 한다. 질병관리본부에 감염병 대응 조직은 메르스 이후에 강화되었다. 의료기관 감염관리 담당부서인 의료감염관리과도 신설되었다. 그러나 아직까지 인력의 절대적인 숫자가 부족하기 때문에 대부분의 정책입안과 실행이 자체적으로 어려워 정책용역과제나 민간위탁과제로 진행할 수밖에 없는 상황이다. 질병관리본부 인력의 대폭 확대도 필요하다. 지자체와의 협력을 강화하기 위하여 광역시도에 신설된 감염병관리지원단을 질병관리본부의 지방청으로 승격하여 지방분권시대에 적합한 거버넌스를 구축할 필요가 있다.

두 번째 감염병 대응과 감염관리 정책의 장기적인 로드맵을 도출하고 진행할 수 있는 총리 또는 대통령 산하의 위원회도 시급하다. 감염병 대응을 위해서는 장기적인 재정 투자와 인력충원이 필요한데 질병관리본부 한 부서의 노력만으로 달성하기 어렵다. 기획재정부와 행정안전부를 포함하여 질병관리본부, 보건복지부, 식품의약품안전처, 민간전문가가 포함된 위원회를 구성하여 5년, 10년 후의 감염병 대응 체계를 그려볼 수 있는 조직이 있어야 할 것이다.

세 번째 의료기관 감염관리를 지원할 수 있는 자원 마련이다. 감염관리 정책을 수행할 때 의료기관의 구조적인 부분이 걸림돌이 되는 경우가 많다. 예를 들어 다제내성균이 호발하는 중환자실의 경우 시급히 1인실 체제로 바꾸는 것이 시급하지만 병원에만 맡겨 놓아서 시설투자비용대비 수익을 내기가 어렵기 때문에 요원하다. 응급의료기금을 조성하여 응급센터의 구조개선에 투자하였던 것처럼 의료기관 감염관리 대상 시설을 개선을 지원하고 감염관리 정책의 장기적인 추진을 위한 특별기금의 조성이 필요하다.

감염병 대응 역량 강화와 의료기관 감염관리 개선은 환자의 안전과 밀접한 관련이 있는 의료의 기본 뼈대에 해당하는 영역이다. 10년 또는 20년 후에는 우리나라가 감염병으로부터 안전하고 우리나라의 의료기관이 의료관련감염으로부터 안전한 곳이 되었으면 좋겠다.