

국가질병관리 역량강화를 위한 중앙정부 조직개편

박은철^{1,2} | 연세대학교 의과대학¹예방의학교실, ²보건정책 및 관리연구소

Central government reform to improve national disease control

Eun-Cheol Park, MD^{1,2}

¹Department of Preventive Medicine, ²Institute of Health Services Research, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea

The Republic of Korea performed well in controlling severe acute respiratory syndrome in 2003 and not bad in controlling pandemic influenza H1N1 in 2009, even though the manpower and budget available in 2003 and 2009 were less than those of 2015 during Middle East respiratory syndrome outbreak. Korea's healthcare system has been producing outstanding results in general, in that 5-year relative survival rates of stomach, colorectal, liver and cervical cancer are top level of Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, and 30 days mortality rate of ischemic stroke is only 3.4% comparing to 8.5%, the average of OECD countries. However, in May and June 2015, the level of communicable disease control of Middle East respiratory syndrome fell down. This phenomenon can be assessed as a failure of quarantine system, weak healthcare system infrastructure, the local custom of frequent visiting of family and friends in the hospitals, and especially inappropriate responses of top decision body for communicable disease. The fundamental reason of this failure has been the weakening of health part in Ministry of Health and Welfare (MoHW) because welfare part of MoHW is being rapidly expanded for growing needs of social protection. In order to response of emerging and re-emerging infectious diseases and strengthen the medical care system, the Ministry of Health (MoH) should be spun off as an independent organization from the MoHW. The proposed MoH would have 2,805 public servants, a 14,768 billion won budget, and 11 affiliated institutions. It would still be one of large and important ministry in Korea central government.

Key Words: Disease control; Communicable diseases; Government reform; Ministry of Health

서론

한국은 2015년 5월 20일 중동호흡기증후군(Middle East respiratory syndrome cononavirus) 환자가 최초로 확진되

면서 7월 22일 현재까지 186명의 확진환자가 발생하였으며, 36명의 환자가 사망하였고, 16,693명이 격리 조치되었다 [1]. 2012년 사우디아라비아에서 중동호흡기증후군이 최초로 확진된 이후 26개국에서 1,392명의 환자가 발생했으며 536명이 사망하였는데[2], 중동지역 국가 이외에 국가에서는 15개국에서 28명의 환자가 발생하여 11명이 사망하였으며, 한국에서의 유행 이전까지 가장 많은 환자가 발생한 국가는 영국으로 4명의 환자와 3명의 사망자가 있었다. 중동지역 이외의 국가, 즉, 낙타를 동물원에서만 볼 수 있는 국가에서는 4건 이하의 환자만이 발생되었으나, 한국에서 186명의 환자가 발생한 것은 중동호흡기증후군의 유행에 코로나바

Received: July 23, 2015 Accepted: August 6, 2015

Corresponding author: Eun-Cheol Park
E-mail: ecpark@yuhs.ac

© Korean Medical Association

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Table 1. Patients and dead of SARS, Influenza H1N1 and MERS-CoV

	SARS (2003)	Influenza H1N1 (2009)	MERS-CoV (2015)
Worldwide			
Patients	8,096	1,632,258	1,392
Dead	744	19,633	536
Korea (%)			
Patients	3 (0.04)	107,939 (6.61)	185 (13.29)
Dead	0 (0.00)	260 (1.32)	36 (6.72)

Data from Ministry of Health and Welfare. Facts of MERS 2015 [Internet]. Cheongju: Korea Centers for Disease Control and Prevention; 2015 [1] and World Health Organization. Summary of probable SARS cases with onset of illness from 1 November 2002 to 31 July 2003 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2004 [6]. SARS, severe acute respiratory syndrome; MERS-CoV, Middle East respiratory syndrome coronavirus.

이러스 이외의 요인이 강력히 영향을 준 것이라 할 수 있다.

한국과 세계보건기구 중증호흡기증후군 합동특명단(Korea-WHO MERS Joint Mission)은 한국의 중증호흡기증후군 유행의 5가지 주된 요인으로, 첫째, 중증호흡기증후군에 대한 보건의료인과 일반대중의 지식 부족, 둘째, 병원의 감염예방과 관리의 부실, 셋째, 병원 응급실과 다인용 병실에서의 감염자와의 밀접하고 지속적인 접촉, 넷째, 여러 병원을 방문하는 형태인 의사쇼핑, 다섯째, 입원환자에 대한 병문안과 간병 문화를 지적하였다[3]. 즉, 한국의 중증호흡기증후군 유행은 방역체계와 함께 병원감염관리, 보건의료체계, 병원이용 문화, 그리고 이를 통제하는 기구가 제 역할을 하지 못하였기 때문이다.

한편, 한국은 2003년 중증호흡기증후군(severe acute respiratory syndrome), 2009년 신종플루(pandemic influenza-H1N1)를 경험하면서 두 가지 바이러스 유행에 대해 성공적으로 그리고 일정 수준 이상으로 방역하였다. 한국의 질병관리 수준을 경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development, OECD) 국가들과 비교한 결과[4], 급성감염성 질환인 인플루엔자는 관리수준이 높은 질환이었고, 보건의료의 질도 상당히 좋은 수준인[5] 한국에서 중증호흡기증후군의 사례에서는 처참한 결과를 보였다.

따라서 이 논문은 2003년 중증호흡기증후군, 2009년 신종플루와 2015년 중증호흡기증후군과 관련된 중앙정부의 조직, 인력 등을 살펴보고, 신종 및 재출현하는 감염성 질환

과 비감염성 질환에 대응하기 위한 중앙정부 조직의 개편방안을 제시하고자 한다.

신종 감염병의 대응 검토

한국은 2003년 중증급성호흡기증후군을 경험하였다. 29개국 8,096명의 환자가 발생하였고, 774명이 사망하였으나, 한국은 3명의 환자만 발생하였고, 사망자는 없었다. 2009년 신종플루의 경우 전세계적으로 1,632,258명의 환자가 발생하였고, 한국에서는 107,939명이 발생하였다. 2015년 중증호흡기증후군에서는 전세계적으로 1,392명의 환자가 발생하였고, 한국에서는 185명이 발생하였다(Table 1) [1,6]. 즉, 한국은 발생자 수에 있어 2003년 인근 국가인 중국과 홍콩에서 유행하였던 중증급성호흡기증후군 때에는 전세계 발생자의 0.04%에 불과하던 것이, 2009년 북미지역에서 유발되어 전세계적으로 유행하였던 신종플루에서는 6.61%가 발생되었고, 2015년 중동국가에서 유행하고 있던 중증호흡기증후군에서는 전세계 발생자의 13.29%에 해당하는 환자가 발생하였다.

1. 중증호흡기증후군

2003년 중증호흡기증후군에 대응하기 위하여 4월 28일 총리실에 정부합동사스대책본부를, 보건복지부에 중앙사스대책본부 및 국립보건원에 중앙사스방역대책추진실문단을 구성하고, 16개 시도와 함께 추진하였으며, 대한의사협회 등의 관련 단체와 연계하였고, 중증호흡기증후군 전문위원을 운영하였다. 중증호흡기증후군을 대비한 격리병동으로 1차로 9개 권역 11개 병원을 지정하였고, 2차로 전국 국공립 병원 및 대학병원을 지정하였다[7]. 정부는 중증급성호흡기증후군과의 방역전쟁 이후 2004년 1월 질병관리본부를 발족시켰다. 질병관리본부를 발족시키면서 기존의 국립보건원과 13개의 검역소를 흡수하고, 방역기능을 대폭 확대하였다(Table 2) [7]. 특히, 방역기능을 강화하기 위하여 전염병관리부와 함께 질병조사감시부를 신설하였고, 24명의 인력을 58명으로 증가시켰다. 또한 시험연구 및 검역기능을 강화하기 위해 인력을 보강시켰다.

Table 2. Organizational change of disease control due to severe acute respiratory syndrome (2003)

	2003	2004
Organization	National Institute of Health Bureau (5), division (8), branch (12), research center (1), team (5) 142 Persons	Center for Disease Control Institute (1, NIH), bureau (6), division (10), branch (13), team (5), quarantine station (13) 481 Persons
Function of disease control	Division of Communicable Disease Control Dept of Disease Control Dept of Epidemiological Investigation Dept of Communicable Disease Information Management	Division of Communicable Disease Control Dept of Disease Control Dept of Vaccination Management Dept of HIV-AIDS Management Dept of Bioterrorism Response Division of Disease Investigation & Surveillance Dept of Quarantine Management Dept of Disease Surveillance Dept of Epidemiological Investigation Dept of Non-Communicable Disease Surveillance
	24 Persons	58 Persons

From Korea Centers for Disease Control and Prevention. 2004 White book of disease control. Cheongju: Korea Centers for Disease Control and Prevention; 2005 [7].
NIH, National Institute of Health; Dept, Department.

2. 신종플루

2009년 4월 21일 미국 질병통제청(Centers for Disease Control and Prevention)은 캘리포니아에서 2명의 돼지인플루엔자 환자발생 사례를 보고하였다[8]. 4월 24일 세계보건기구(World Health Organization, WHO)는 멕시코에도 돼지인플루엔자 환자가 발생하였고, 기존과 다른 바이러스임을 발표한 후 4월 27일 인플루엔자 대유행단계를 4단계(사람간 전파를 하여 지역사회 감염을 일으킬 수 있는 재조합 바이러스가 확인된 단계)로 상향조정하였고, 4월 29일 5단계(WHO 1개 지역 내 2개 국가 이상에서 지역사회 유행을 일으키는 단계)로 상향조정하였으며, 6월 11일 6단계(다른 WHO 지역의 1개 국가 이상에서 지역사회 유행을 일으키는 단계)를 선언하였다[9]. 한국은 4월 27일 공항 입국자에 대해 발열감시를 시작하였으며, 4월 28일 국가위기단계를 관심에서 주의로 상향조정하여 5월 1일 보건복지가족부에 중앙인플루엔자대책본부를 설치하고, 국무총리실을 중심으로 관계부처 일일상황점검체계를 가동하였다. 7월 21일 국가위기단계를 경계로 상향조정하였고, 11월 3일 심각으로 조정하였다. 항바이러스제 1,369만 명분을 확보하였고, 10월 27일부터 집단예방접종을 실시하였다[10,11]. 이 과정에서 항바이러스제의 세계적 품귀현상으로 인해 확보에 어려움이 있었으며, 10월 21일 백신

허가가 나 예방접종의 시기가 늦추어졌고, 신종플루의 치사율을 감안할 때 과잉대응이라는 지적도 있었다.

정부는 2009년 신종플루의 경험을 통해 신종감염병에 대비하기 위하여 검역체계의 보완, 감시망의 확대, 환자의 격리 및 질병의 진단·치료체계 개선, 약품과 의료기기 등 비축물자 확보, 백신의 장기구매 계약과 새로운 백신의 개발 및 의료인의 교육훈련이 필요하며, 의료기관에서 감염예방시설의 확충과 민간의료기관과의 협력체계 구축이 중요함을 강조하였다[10,11]. 또한 제3차 국민건강증진종합계획에서는 감염질환관리를 위해 신종전염병 환자감시체계를 2015년까지 100% 달성하고자 계획하였다[12].

3. 중동호흡기증후군

2012년 9월 중동호흡기증후군은 중동 지역에서 처음 발생하였다. 우리나라는 2015년 중동호흡기증후군이 유입되기 이전인 2012년 12월에 중동호흡기증후군 코로나바이러스의 분자유전학 정보를 포함한 바이러스학적 정보와 EuroSurveillance [13]에 소개된 특이 유전자 진단법 및 양성 표준물질을 신속히 확보하여 real-time PCR (polymerase chain reaction)법을 이용한 실험실 진단체계를 구축하였다[14]. 2013년 5월 중동호흡기증후군이 검역감염병에 추가되어 중동지역 입국자를 대상으로 발열감시 및 건강상태질문서를 징구하였으며, 2013년 8월 사우디아라비아에 근무하던 한국인 1명이 유사증상으로 사망함에 따라, 한국인 근로자 33명이 귀국하게 되어 유증상자 3명을 국가 지정입원치료병원으로 이송하고 30명은 중앙검역의료지원센터에 격리조치했던 바 있다. 이들 모두 음성판정을 받았으며, 사우디아라비아에서 사망한 근로자도 사망원인이 중동호흡기증후군이 아닌 것으로 판명되었다[14].

중동호흡기증후군의 유입방지대책에도 불구하고 2015년 5월 20일 첫 환자가 발생함에 따라 유입방지에 실패하였으

Table 3. Public servants of Ministry of Health and Welfare (persons, %)

Year	Managerial	Health related	Welfare related	Total
2002	161 (37.9)	173 (40.7)	91 (21.4)	425 (100.0)
2003	158 (35.8)	177 (40.1)	106 (24.0)	441 (100.0)
2004	163 (34.2)	199 (41.7)	115 (24.1)	477 (100.0)
2005	162 (27.7)	224 (38.3)	199 (34.0)	585 (100.0)
2006	177 (29.3)	231 (38.2)	197 (32.6)	605 (100.0)
2007	182 (28.3)	245 (38.2)	215 (33.5)	642 (100.0)
2008 ^{a)}	193 (27.8)	243 (35.0)	259 (37.3)	695 (100.0)
2009 ^{a)}	200 (29.6)	231 (34.2)	245 (36.2)	676 (100.0)
2010	194 (26.3)	240 (32.5)	305 (41.3)	739 (100.0)
2011	197 (26.1)	240 (31.8)	318 (42.1)	755 (100.0)
2012	180 (24.6)	232 (31.7)	319 (43.6)	731 (100.0)
2013	182 (24.4)	231 (31.0)	332 (44.6)	745 (100.0)

From Ministry of Health and Welfare. White book of health and welfare. Seoul: Ministry of Health and Welfare; 2002-2013 [16].

^{a)}Excluded family related public servants in 2008 and 2009 at Ministry of Health, Welfare and Family.

며, 5월 21일 의료진 및 가족 64명을 격리조치 하였으나 첫 환자에 대한 대응에서 골든타임 36시간을 놓쳐 확산방지에 실패하였다. 최초 환자발생병원인 평택 S병원에서 36명의 환자가 감염되어 초기 방역이 실패하였으며, 서울 대형병원인 S병원의 응급실에서 79명이 감염되어 중동호흡기증후군의 가장 많은 전파지가 되었고, 입원환자의 간병문화, 의료 쇼핑, 병원의료진의 감염 대응 부실, 협소한 격리대상자 지정 등으로 인해 전파가 확산되었다. 중동호흡기증후군 발생 초기 질병관리본부가 대응의 주체이었으나 5월 29일 보건복지부 중앙메르스관리대책본부로 대응 주체를 변경하였고, 6월 13일이 되어서야 즉각대응팀이 구성되었으며, 6월 15일에서야 서울 대형 S병원을 부분 폐쇄하였다. 정부는 초기 대응에 실패하였으며, 대응주체가 변경되는 과정에서의 혼란, 감염 병원의 뒤늦은 공개, 부적절한 조치 등으로 중동호흡기증후군에 대해 전반적인 대응 실패를 경험하였다.

공중보건위기와 보건복지부

2003년 중증급성호흡기증후군의 경우, 국립보건원 전염병관리부의 3개과 24명으로 방역을 성공적으로 수행하였고, 2009년 신종플루의 경우, 질병관리본부 전염병대응센터 6개과 41명으로 바이러스의 유입방지에는 실패하였으나 확

산방지에는 어느 정도 성과를 보였다. 그러나 2015년 중동호흡기증후군의 대응에서는 질병관리본부 감염병관리센터 6개과 64명의 조직으로 바이러스 유입방지에 실패했을 뿐만 아니라 중동지역 국가 이외에서 가장 많은 환자를 유발시켰다. 또한, 2007년 질병관리본부 지원예산이 1,285억이던 것이 2015년 4,965억으로 3.86배 증가하였음에도 불구하고 [15] 중동호흡기증후군의 위기대응은 매우 적절하지 못 했다. 2003년 중증급성호흡기증후군의 경우 한국은 방역 선진국이었던 것이 그대에 비해 크게 증가된 방역관련 조직, 인력 및 예산으로 2015년 중동호흡기증후군을 적절히 대응하지 못해, 한국은 방역 후진국으로 전락하였다. 그것도 보건과 의료에 있어 괄목할 만한 성과를 보이고 있는 한국에서 [5] 방역 후진국의 오명을 쓰게 되었다.

2015년 중동호흡기증후군 사태는 여러 요인에 의해 유발된 것으로 진단되고 있는데[3], 공중보건 위기에 적절히 대응하지 못한 보건체계 및 의료체계의 부실이 요인이며, 지휘부의 부적절한 대응 등이 문제점으로 지적되고 있다. 따라서 제2의 중동호흡기증후군 사태에 대응하기 위해서는 보건체계 및 의료체계를 개선하고 공중보건위기를 대응하기 위한 지휘부를 정립해야 한다. 그리고 이를 추진해 나갈 중앙정부인 보건복지부의 조직과 운영이 개선되어야 한다.

건강, 질병 그리고 의료를 담당하는 중앙정부는 1948년 사회부로 출발하였고, 1949년 보건부가 독립하다가 1955년 보건사회부로 변경되었으며, 1994년부터 보건복지부로 개칭되었다. 현재 보건복지부는 4실 5국 12정책관으로 운영되고 있으며, 본부에 745명, 소속기관 전체에 3,025명의 인력 및 53조 4,725억 원의 예산을 사용하고 있는 대규모 부처이다.

보건복지부는 건강 분야의 공무원 정원이 증가하고 있기는 하나, 복지정책의 확대에 의해 복지 분야의 공무원 정원을 더 빠르게 증가시켜 왔다(Table 3) [16]. 즉, 2002년 425명 정원 중 복지분야의 공무원은 91명의 21.4명에 불과하였으나, 2003년 332명으로 3.65배 증가하였고 그 구성비율도 44.6%로 증가하였다[16]. 또한 보건복지부 예산에 있어서도 2007년 19.0조 원에서 2015년 53.5조 원으로 2.82배 증가되었는데 보건분야의 예산도 증가하였으나 복지분야의 예산은 더욱 빠르게 증가하였다(Table 4) [15]. 2007년 전체 예산 중 복지에

Table 4. Budgets of Ministry of Health and Welfare (billion won, %)

Year	Health related			Welfare related	Total
	Healthcare	Health security	Subtotal		
2007	971 (5.1)	7,712 (40.7)	8,683 (45.8)	10,280 (54.2)	18,963 (100)
2008	1,199 (5.3)	8,080 (35.5)	9,280 (40.8)	13,473 (59.2)	22,752 (100)
2009	1,461 (5.2)	8,623 (30.4)	10,084 (35.6)	18,278 (64.4)	28,362 (100)
2010	1,704 (5.5)	8,883 (28.4)	10,587 (33.9)	20,639 (66.1)	31,225 (100)
2011	1,560 (4.6)	9,383 (27.9)	10,942 (32.6)	22,627 (67.4)	33,569 (100)
2012	1,584 (4.3)	9,993 (27.2)	11,577 (31.6)	25,115 (68.4)	36,693 (100)
2013	1,933 (4.7)	10,761 (26.2)	12,695 (30.9)	28,373 (69.1)	41,067 (100)
2014	1,928 (4.1)	11,404 (24.3)	13,332 (28.4)	33,568 (71.6)	46,899 (100)
2015	2,279 (4.3)	12,278 (23.0)	14,557 (27.2)	38,915 (72.8)	53,473 (100)

From Ministry of Strategy and Finance. Statistics of finance 2015 [Internet]. Sejong: Ministry of Strategy and Finance; 2015 [15].

Table 5. Characteristics of Minister of Health and Welfare

Year	Health related			Welfare related		Total
	Expert	Bureaucrat of health and welfare	Politician	Bureaucrat of economy, etc.	Expert	
1990-1994	2 (33.3)	-	4 (66.7)	-	-	6 (100)
1995-1999	2 (28.6)	-	3 (42.9)	-	2 (28.6)	7 (100)
2000-2004	1 (14.3)	1 (14.3)	3 (42.9)	1 (14.3)	1 (14.3)	7 (100)
2005-2009	-	-	2 (50.0)	1 (25.0)	1 (25.0)	4 (100)
2010-2015	-	-	2 (50.0)	1 (25.0)	1 (25.0)	4 (100)
Total	5 (17.9)	1 (3.6)	14 (50.0)	3 (10.7)	5 (17.9)	28 (100)

Values are presented as number (%).

From Ministry of Health and Welfare. White book of health and welfare. Seoul: Ministry of Health and Welfare; 2002-2013 [16].

산은 10.3조원으로 54.2%이던 것이 2015년에는 38.9조 원으로 증가하였고, 전체 예산의 72.8%를 차지하고 있다[15].

보건복지부의 인력과 예산에 있어 보건분야에 비해 더 빠른 속도로 증가하고 있는 복지분야는 보건복지부의 중심을 보건에서 복지로 이전시키고 있으며, 보건복지부에서 보건의 중요성을 약화시키고 있다. 이를 단적으로 보여주는 현상이 역대 장관의 성향 변화이다(Table 5) [16]. 1990년 이후 보건복지부 장관은 총 28명이었는데 이중 6명인 21.4%가 건강관련 전문가 또는 관료이었고, 8명인 28.6%가 복지관련 전문가 또는 관료이었다[16]. 그러나 복지의 중요성이 강조됨에 따라 보건복지부 내 복지분야 공무원이 증원되고, 예산이 확대되는 2005년 이후 8명의 보건복지부 장관은 정치인 출신 4명과 복지관련 전문가 또는 경제부처 출신 관료 4명으로, 그 중 건강관련 전문가 또는 보건복지 출신 관료는 없었다. 이런 현상은 국가정책에서 복지의 비중이 커짐에 따

라 당연한 결과라 할 수도 있으나 중앙부서에서 보건의 중요성을 약화시키는 결과를 초래하게 되었다. 2003년 중증급성호흡기증후군 당시 장관은 보건전문가이었고, 이에 대한 방역이 성공적이었다. 2009년 신종플루 당시 장관은 정치인이었고, 바이러스 유입방지에 실패하였으나 확산억제는 일정 수준 효과를 보였다. 2015년 중동호흡기증후군 당시 장관은 복지전문이었고, 초기 대응의 미흡 및 지휘부 기능의 부적절함으로 인해 바이러스 유입방지에 실패하였고, 확산억제도 실패하였다.

비록 보건분야의 인력과 예산이 증가하고 있으나 복지분야의 더 빠른 성장으로 인해 그 중요성이 감소하고 있는 보건복지부 체계로는 제2의 중동호흡기증후군 사태에 적절히 대응하기 어렵다고 판단한다. 또한 중동호흡기증후군의 확산에 결정적 책임이 있는 의료체계의 혁신을 기대하기 어렵다고 생각한다.

질병 및 의료관리를 위한 중앙정부조직 개편방안

보건과 복지 업무를 담당하고 있는 보건복지부의 정부정책은 매우 다양하다. 이를 2015년 보건복지부 예산으로 보면, 건강보험제도 운영(7조 7,442억 원), 의료급여(4조 5,339억 원), 공공보건의료 확충(2,118억 원), 국립병원 운영(1,560억 원), 금연, 절주 등 국민건강생활실천(2,907억 원), 보건산업 육성(5,421억 원), 보건의료기술평가연구, 의료분쟁 조정 및 중재 등 보건의료서비스지원(438억 원), 암 및 희귀질환 지원(1,138억 원), 응급의료체계 운영지원(2,293억 원), 정신질환관리(1,288억 원), 질병관리본부지원(4,965억 원), 취약계층 의료비지원(343억 원), 한의학연구 및 정책개발(324

Table 6. Type of health related ministry or department in Organization for Economic Cooperation and Development countries

Ministry or department	No (%)	Name
Health only	21 (61.8)	Ministry of Health: Australia, Austria, Canada, Chile, Czech Republic, Germany, Ireland, Israel, Italy, Luxembourg, Mexico, New Zealand, Poland, Portugal, Slovak Republic, Slovenia, Turkey, United Kingdom Ministry of Health & Prevention: Denmark Ministry of Health & Social Solidarity: Greece Ministry of Health & Care Services: Norway
Health and welfare	11 (32.4)	Ministry of Social Affairs & Public Health: Belgium Ministry of Social Affairs & Health: Finland, France Ministry of Human Resource: Hungary Ministry of Welfare: Iceland Ministry of Health & Welfare: Korea Ministry of Health, Welfare & Sport: Netherlands Ministry of Health, Social Services & Equality: Spain Ministry of Health & Social Affairs: Sweden Ministry of Home Affairs: Switzerland Department of Health & Human Services: United States of America
Health and labor	1 (2.9)	Ministry of Health & Labour: Estonia
Health, labor and welfare	1 (2.9)	Ministry of Health, Labour & Welfare: Japan
Total	34 (100.0)	

억 원), 국민연금운영(17조 2,777억 원), 기초생활보장(4조 9,218억 원), 노인생활안정(8조 7,925억 원), 아동청소년정책(9억 원), 장사시설 확충(290억 원), 보육지원 강화(4조 9,440억 원), 저출산대응 및 인구정책 지원(632억 원), 사회복지기반조성(4,686억 원), 국립재활원(371억 원), 노숙인 의사상자지원(358억 원), 아동복지지원(2,035억 원), 요보호 아동보호육성(184억 원), 장애인 생활안정지원(1조 8,268억 원), 장애인 재활지원(206억 원) 등이다[15]. 이는 현재 보건복지부에서 실시하고 있는 정책들이며, 이 외에도 해결해야 할 많은 정책의제를 보건복지부는 지니고 있다[17]. 한편, 보건복지부의 보건관련 정책과 복지관련 정책 중 서로 밀접한 관련이 있는 정책은 의료보장인 건강보험과 의료급여 및 국립재활원 등으로, 직접 관련이 있는 정책은 많지 않다.

OECD 34개국 중 보건 기능만을 수행하고 있는 중앙정부조직은 21개국으로 61.8%에 이르지만, 보건과 복지를 함께 수행하는 중앙정부조직은 11개국으로 32.4%에 불과하다(Table 6). 한국은 보건관련 예산이 12.1%로 OECD 국가 평균 14.5%에 비해 적으며, 한국의 복지관련 예산은 18.4%로 OECD 국가 평균 35.7%에 비해 매우 적다[18]. 한국 보건복지부의 경

우 최근 복지예산이 보건예산보다 더 빨리 증가하고 있으나, OECD 국가들과 비교할 때 앞으로 더 증가해야 할 여지를 지니고 있음으로 향후에도 보건복지부는 복지 중심으로 운영되어지고 보건은 상대적으로 덜 중요하게 될 것으로 예측한다. 따라서 그 동안 복지의 중요성이 강조되었고 앞으로도 더욱 강조될 것이 예상되므로, 보건복지부는 보건기능만을 수행하는 조직과 복지기능만을 수행하는 조직으로 분리되어야 한다.

국가질병관리 역량 강화와 의료체계 개혁을 위해 보건부의 조직 개편안은 보건복지부에서 보건부를 독립시키는 것이다. 중앙행정조직을 개편하는데 있어 관련된 부처를 함께 감안해야 할 부분이 있으나 제2의 중동호흡기증후군 사

태에 조속히 대처하기 위해서는 논의의 범위를 보건복지부로 한정하였다.

현재 보건복지부의 보건분야는 2실 3국 7관 1대변인 34과 인데[19], 보건의료정책실을 건강 및 질병관리기능을 강화하기 위한 보건정책실과 의료체계를 개혁하기 위한 의료정책실로 분리하고, 보건정책실에는 중동호흡기증후군에 대응하는 급성감염성질환정책과, OECD 국가들 중 발생률·유병률 1위인 결핵 등에 대응하는 만성감염성질환정책과, 증가하고 있는 비감염성질환에 대응하는 만성질환정책과, 그리고 사망원인 1위인 암을 관리하는 암관리과를 신설하는 것이 주된 골자이다(Figure 1). 보건부 조직개편안은 3실 2국 10관 1대변인 37과의 체제로 본부 공무원 389명, 소속기관 공무원 2,416명, 2015년 기준 예산 14조 7,568억 원이 된다(Table 7).

요약 및 결론

낙타를 동물원에서만 볼 수 있는 국가 중 극히 일부 국가에서만 중동호흡기증후군이 발병하였고, 발병했다라도 5건

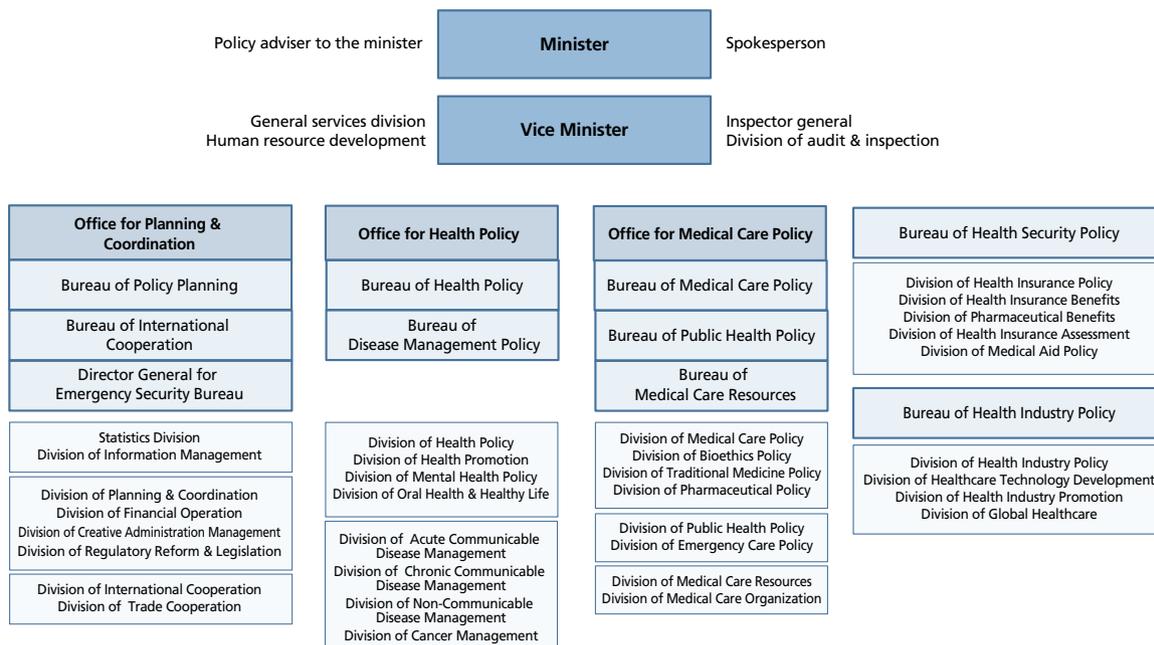


Figure 1. Reform proposal for Ministry of Health.

Table 7. Comparison of Ministry of Health and Ministry of Health and Welfare

	Health part of Ministry of Health and Welfare	Proposal of Ministry of Health	Note
Organizational structure	2 Office, 10 bureau, 1 spokesman, 34 division	3 Office, 12 bureau, 1 spokesman, 37 division	
Public servants	2,644	2,805	+161 (6.1%)
Ministry of Health	364	389	+25 (6.9%)
Affiliated institute	2,280	2,416	+136 (6.0%) ^{a)}
Budget (billion won)	14,557	14,768	+200 (1.4%)
Health and medical care	2,279	2,479	+200 (8.8%) ^{a)}
Health insurance	7,744	7,744	
Medical aid	4,533	4,533	

^{a)}Center for Disease Control.

미만의 환자만이 발생한 데 비해, 한국은 2015년 7월 현재 현재 186명이 확진되었으며, 36명이 사망하였다. 이는 한국 보건부문의 취약한 곳(신종 감염병에 대한 유입 및 전파방지 실패, 응급실 과밀화, 다인용 병상, 의료쇼핑, 병원감염의 미흡한 대책, 간병제도, 병문안 문화 등)만을 중동호흡기증후군이 정교하게 공략했기 때문이다[20].

그러나 한국은 매우 우수한 의료결과를 보이고 있다. 자궁경부암과 대장암 5년 생존율 전세계 1위, 위암 5년 생존율 71.5%(미국은 28.3%), 간암 30.1%(미국 16.6%), 허혈성 뇌졸중 30일 사망률 3.4%(OECD 평균 8.5%) 등 많은 진료부문

에서 세계 최고수준이다[21,22]. 그리고 2003년 중증급성호흡증후군에 대한 대응과 2009년 신종플루에 대한 대응을 상기해 봐도 적어도 2003년과 2009년 한국은 방역 선진국 또는 후진국은 아니었다. 2003년 중증급성호흡증후군을 통해 질병관리본부를 발족시켰으며, 2009년 신종플루를 통해 신종 감염병을 대응하기 위한 목표를 수립, 인력과 예산도 증액하였다. 그러나 2015년 한국은 중동호흡기증후군에 의해 국가가 뚫렸고, 최고의 의료기관 중 하나가 뚫렸고, 국가예산을 지원받고 있는 감염내과가 뚫려 방역 후진국으로 밀려나고 말았다. 한국은 중동호흡기증후군으로 인해 의료선진국이자 방역선진국에서 한 달 만에 방역후진국으로 전락하였다.

제2의 중동호흡기증후군 사태를 막기 위해 우리가 해야 할 조치는 무엇인가? 방역인력을 키우고, 방역체계를 정비하고, 병원감염 대책을 마련하고, 의료체계의 취약성을 보완해야 한다. 그리고 무엇보다 국민건강을 책임지는 중앙정부를 개편하여야 한다. 보건복지부는 본부 745명과 소속기관 3,025명의 정원이 있으며, 2015년 53조여 원의 예산을

사용하고 있고, 18개의 산하기관을 관장하는 부처이다. 복지의 중요성으로 인해 보건복지부의 복지관련 인력은 전체 인력 중 21.4%(2002)에서 44.6%(2013), 복지관련 예산은 54.2%(2007)에서 72.8%로 증가하였으며, 장관은 2005년 이후 정치인 출신 4명, 경제부문 관료 출신 2명, 복지전문가 2명이 담당해 오고 있다. 우리나라에서 복지의 중요성은 충분히 강조되어야 하고, 더 강조되어야 할 부분이 있기에 이런 현상은 국가가 복지의 중요성을 강조한다는 측면에서 바람직하다. 그러나 보건복지부의 또 하나의 중요한 기능인 국민건강을 책임지는 부문인 보건은 복지가 부각된 만큼 급격히 약화되었다. 2003년 중증급성호흡기증후군 때 보건복지부 장관은 의료전문가이었고, 2009년 신종플루 때 장관은 관료이자 정치인 출신이었다. 현재 중앙행정조직인 보건복지부에는 국민의 생명을 위협하고 있는 질병과 관련된 부서는 질병정책과뿐이다. 중동호흡기증후군 사태의 문제로 지적되고 있는 지휘부의 부재는 보건복지부의 조직에서 여실히 보여주고 있다. 조직, 예산 및 업무에서 보건의 약화되고 있고, 장관의 전문성 및 관심부문도 보건의 아닌 복지임을 감안하면 중동호흡기증후군 사태는 중앙행정조직의 구조적 문제에서 유래되었다고 할 수 있다.

제2의 중동호흡기증후군 사태를 막기 위해 보건복지부를 보건부와 사회복지부로 분리 개편해야 한다. 보건부에는 보건정책실을 두고 국민의 건강을 책임지는 건강정책관과 국민의 질병을 책임지는 질병정책관(급성감염성질환정책과, 만성감염성질환정책과, 만성질환정책과, 암관리과)을 두어야 한다. 중동호흡기증후군 사태로 여실히 드러난 의료체계를 개선하기 위해 의료정책실(의료정책관, 공공의료정책관, 의료자원정책관)과 건강보험과 의료급여를 담당한 의료보장정책국과 보건산업정책국을 두어 3실 2국 10관 37과로 본부 정원 389명, 소속기관 정원 2,416명, 예산 14.7조 원의 보건부를 발족시켜야 한다. 또한 보건부의 산하기관으로 준정부기관 3개(국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 한국보건산업진흥원)과 기타공공기관 8개(대한적십자사, 국립암센터, 국립중앙의료원, 한국보건의료인국가시험원, 한국건강증진재단, 한국국제보건의료재단, 한국의료분쟁조정중재원, 한국보건의료연구원)를 포함시켜서 국민건강을 지킬 수 있

는 조직으로 만들어야 한다.

중동호흡기증후군이라는 신종 감염병 사태를 계기로 한국의 보건과 의료를 혁신해야 한다. 많은 국민들이 고통을 당했던 중동호흡기증후군 사태를 다시 겪지 않기 위해 보건체계와 의료체계의 혁신을 주도하고 국민건강을 책임질 보건부를 발족시켜야 한다.

찾아보기말: 질병관리; 감염성질환; 보건복지부 조직개편; 보건부

ORCID

Eun-Cheol Park, <http://orcid.org/0000-0002-2306-5398>

REFERENCES

1. Ministry of Health and Welfare. Facts of MERS 2015 [Internet]. Cheongju: Korea Centers for Disease Control and Prevention; 2015 [cited 2015 Jul 30]. Available from: <http://www.mers.go.kr/mers/html/jsp/main.jsp>.
2. World Health Organization. Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [cited 2015 Jul 30]. Available from: <http://www.who.int/emergencies/mers-cov/en>.
3. World Health Organization. WHO statement on the ninth meeting of the IHR Emergency Committee regarding MERS-CoV [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [cited 2015 Jul 30]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2015/ihr-ec-mers/en/>.
4. Jang SI, Nam JM, Choi J, Park EC. Disease management index of potential years of life lost as a tool for setting priorities in national disease control using OECD health data. *Health Policy* 2014;115:92-99.
5. Park EC, Jang SI. The diagnosis of healthcare policy problems in Korea. *J Korean Med Assoc* 2012;55:932-939.
6. World Health Organization. Summary of probable SARS cases with onset of illness from 1 November 2002 to 31 July 2003 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2004 [cited 2015 Jul 30]. Available from: http://www.who.int/csr/sars/country/table2004_04_21/en/.
7. Korea Centers for Disease Control and Prevention. 2004 White book of disease control. Cheongju: Korea Centers for Disease Control and Prevention; 2005.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Swine influenza A (H1N1) infection in two children: Southern California, March-April 2009 [Internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2009 [cited 2015 Jul 30]. Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm58d0421a1.htm>.
9. Chan M. World now at the start of 2009 influenza pandemic [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2009 [cited

2015 Jul 30]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_pandemic_phase6_20090611/en/.

10. Lee DH, Shin SS, Jun BY, Lee JK. National level response to pandemic (H1N1) 2009. *J Prev Med Public Health* 2010;43:99-104.

11. Korea Centers for Disease Control and Prevention. 2009 Yearbook of disease control. Cheongju: Korea Centers for Disease Control and Prevention; 2010.

12. Ministry of Health and Welfare. 2011 Yearbook of health and welfare. Seoul: Ministry of Health and Welfare; 2012.

13. Corman VM, Eckerle I, Bleicker T, Zaki A, Landt O, Eschbach-Bludau M, van Boheemen S, Gopal R, Ballhause M, Bestebroer TM, Muth D, Müller MA, Drexler JF, Zambon M, Osterhaus AD, Fouchier RM, Drosten C. Detection of a novel human coronavirus by real-time reverse-transcription polymerase chain reaction. *Euro Surveill* 2012;17:pii20285.

14. Korea Centers for Disease Control and Prevention. 2013 White book of disease control. Cheongju: Korea Centers for Disease Control and Prevention; 2014.

15. Ministry of Strategy and Finance. Statistics of finance 2015 [Internet]. Sejong: Ministry of Strategy and Finance; 2015 [cited 2015 Jul 30]. Available from: <http://www.mosf.go.kr/main/main.jsp>.

16. Ministry of Health and Welfare. White book of health and welfare. Seoul: Ministry of Health and Welfare; 2002-2013.

17. Park EC. Health policy for the new government. *J Korean Med Assoc* 2012;55:1040-1042.

18. Organization for Economic Cooperation and Development. Government at a glance 2015 [Internet]. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2015 [cited 2015 Jul 30]. Available from: <http://www.oecd-ilibrary.org/governance/>

[government-at-a-glance-2015_gov_glance-2015-en](http://www.oecd-ilibrary.org/governance/government-at-a-glance-2015_gov_glance-2015-en).

19. Ministry of Health and Welfare. 2013 Yearbook of health and welfare. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2014.

20. Park EC. The Ministry of Health should be independent organization. *The Korea Times*. 2015 July 16.

21. Organization for Economic Cooperation and Development. OECD health statistics 2015 [Internet]. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2015 [cited 2015 Jul 30]. Available from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-statistics.htm>.

22. National Cancer Center. Annual report of national cancer registration. Goyang: National Cancer Center; 2014.

Peer Reviewers' Commentary

본 논문은 이번 중동호흡기증후군 사태의 문제로 제시되는 콘트롤타워의 부재는 보건복지부의 조직, 예산 및 업무에서 보건이 약화되는 등의 구조적 문제에서 비롯되었다고 지적하고 있다. 제2의 중동호흡기증후군 사태를 다시 겪지 않기 위해 보건체계의료체계의 혁신을 주도하고 국민 건강을 책임질 보건부의 발족을 주장하였다. 메르스 종식 선언이 발표된 현 시점에서 향후 발전방향을 모색하는데 있어 이 논문은 중요한 근거자료로 활용될 수 있을 것이며 특히 그간 있었던 상황을 일목요연하게 정리하고 관리체계를 상세히 다루었기 때문에 여러 방향으로 활용이 가능할 것이다.

[정리: 편집위원회]