

# 의학분야에서의 국가위기관리에 대한 논의

손영수

세종대학교 의과대학

의학분야의 국가적 문제들을 중·장기적 만성 잠재적 위험·위협 요소와 단기적 급성 현존 위기로 나누어 볼 수 있다. 보건의료체계의 마비로 인해 국민의 건강과 보건에 심각한 위해가 가해지는 사태가 발생하게 되면 이는 국가핵심기반의 위기로서 대응해야 한다. 신종전염병은 보건·의료영역만의 문제가 아니라 사회·경제적으로도 막대한 손실을 가져오는 국가 전체의 위기라는 점이다. 생물테러는 다양한 형태의 테러가 지니는 국가 위기관리 전략 상의 모든 문제점과 함께 재난 분야의 위기의 한 형태인 전염병 위기상황을 동시에 유발할 수 있는 속성을 함께 지니고 있다. 매년 4만여명이나 되는 미숙아의 숫자는 가히 국가위기 수준의 문제로 수용해야 할 필요성이 있다. 국가위기를 단기적·급성 위기에 한정해서 국가위기관리의 대상을 삼는다는 것은 결국 미봉책이 되고 만다. 따라서 장기적 안목에서 중·장기적 만성 잠재적 위험·위협 요소에 대한 관리가 함께 이루어 져야 한다.

**주제어:** 국가, 위기관리, 의학

## 1. 위기관리의 의의

### 1. 위기의 개념 및 종류

위기(crisis)라는 개념은 다양한 의미를 내포하고 있기 때문에 많은 자의적 정의가 있을 수 있다.

위기는 위험(risk, danger), 재난(disaster), 재해(hazard), 위협(threat), 사건(incident), 사고(incident), 재앙(calamity, catastrophe), 우발상황(contingency), 비상상태(emergency) 등의 유사개념을 내포하는 용어로서 일반적·사전적·광의적 의미로 볼 때 '중요한 변화가 절박하게 요구되는 불안정한 상태이거나, 하나의 사건이나 행동과정이 계속 진행되어야 하는지 아니면 수정 또

는 종결되어야 하는지의 여부가 결정되는 순간으로서의 전환점'이라고 폭 넓게 정의된다. 보다 협소하게는 사회 체계와의 관계 하에서 위기를 '사회체계 투입에 있어서 발생하는 바람직하지 못한 큰 변화'라고 설명하기도 한다.

위기관리정책의 대상으로서의 위기의 개념정의는 위기가 발생하기 이전에 사전 예방이나 준비, 대응 노력을 통하여 위기 발생을 예방하거나 사후 대응이 가능하다는 것을 전제로 하며, 국가, 사회, 지방정부, 조직, 환경, 생태계 등의 체계 존립을 위태롭게 할 수 있는 성질을 지니는 사건이나 상황으로 그 범주를 제한하여 의미를 파악한다 (이재은, 2000: 59-60).

위기의 종류는 우선 위기발생체계별로 즉, 정치체계, 경제·기술체계, 사회·문화체계, 자연체계의 네 가지 체계로 나누어 살펴 볼 수 있다.

첫째, 정치체계에서는 전쟁, 무력사위, 쿠데타, 테러, 파괴활동, 비행기 납치 등의 위기가 발생할 수 있다.

둘째, 경제·기술체계에서 나타나는 위기에는 위험물질의 유출, 해양 오염, 수질 오염, 대기 오염, 오존층의 파괴, 방사능 오염 및 유출, 산성비, 핵폐기물 매립, 구조물 붕괴, 폭발 사고 등이 있다.

셋째, 사회·문화체계에서는 사스(SARS), 후천성면역결핍증(AIDS) 등의 괴질이나 전염병의 발생, 폭력적 파업과 폭동 등의 위기가 발생할 수 있다.

넷째, 자연체계에서는 홍수, 태풍, 지진, 가뭄, 폭염, 냉해, 한해, 우박, 해일 등의 위기가 발생할 수 있다.

발생체계별 위기 분류와는 달리, 전통적으로는 위기의 유형을 자연재난(natural disaster)과 인위재난(man-made disaster)으로 대별하여 자연현상에 의해 발생하는 것으로 홍수, 지진, 태풍, 가뭄 등의 사건이나 상황을 자연재난으로 분류하였고, 인간의 부주의, 무관심, 실수 및

사후관리의 불충분 등으로 인하여 발생하는 가스폭발, 유해 화학물질의 유출, 방사능물질 오염, 대형 건축물의 붕괴 등의 사건이나 상황을 인위재난으로 분류하여 왔으나, 최근에는 위기관리정책의 대상으로서의 위기를 자연재난, 인위재난, 사회재난(social disaster)의 세 가지로 유형화하고 있다(이재은, 2000: 60-63).

## 2. 위기관리에 대한 인식의 변화

인류의 역사는 인간의 생존을 위협해 온 각종 위험과 위기를 극복해 나가는 과정을 통하여 발전해 왔으며, 이러한 위험은 지식의 증대와 기술의 발전과 함께 증가해 왔다. 위험사회라고 불리우는 현대사회에 있어서 개인은 물론 조직과 사회 그리고 나아가서는 국가까지도 항상 위기에 직면하고 있는 것이 현실이다.

가족중심의 사회에서 인식하는 위험의 종류와 정도는 조직이나 지역중심의 사회에서 인식하는 위험의 종류나 정도와는 차이가 있으며, 특히 오늘날과 같은 지구촌시대에 있어서는 우리가 인식하는 위험의 종류와 그 심각성은 과거와 비교할 수 없을 만큼 다양하고 커졌으므로 그에 따라 위험에 대한 관리의 필요성이 커지게 되었다.

오늘날과 같은 위험사회에서는 생존을 위하여 선진화된 위기관리 인프라를 구축하고, 효율적인 위기관리를 할 수 있는 국가위기관리체계를 갖추는 것이 무엇보다 중요하다. 특히 현대사회가 고도로 발전함에 따라 국가와 국민의 안위에 대한 위협요인이 증가하였고, 그에 따라 국가위기관리의 영역은 군사적 위기를 중심으로 하는 '전통적 안보'의 개념에서 비군사 분야까지 망라하는 '포괄적 안보'의 개념으로 확대되고 있다. 선진화된 위기관리는 국민소득 2만불 이상의 선진국으로 도약하기 위한 중요한 선결과제의 하나임에 틀림없다. 2002년 현재 국민소득 2만불 이상인 전 세계 24개국 가운데 대표적인 선진국인 6개국(미국, 일본, 영국, 독일, 프랑스, 이탈리아)은 인구, 면적 등의 국력에서 뿐만 아니라 국가위기관리의 측면에서도 앞서 나가고 있다. 사회가 고도로 발달한 선진국에서는 국가나 기업을 비롯한 모든 조직의 규모가 커지고 고도로 분화되어 있으며 또한 분야별 체계의 연계성이 더욱 높아지기 때문에 작은 충격에도 큰 피해를 입을 수 있다. 따라서 일상적인 국가기능과 비상시의 국가기능이 균형과 조화를 이룰 수 있는 위기관리의

선진국이 진정한 선진국이라 할 수 있다(서남열, 2005: 5).

## 3. 위기관리의 의미

종래 위기관리는 각각의 위기 유형이 지니고 있는 특성에 의거하여 위기관리 방법을 모색하는 것으로 이해되어 왔다.

오늘날에는 도시가 점점 대형화·복잡화하는 추세에 따라 인위재난과 사회재난의 발생이 증가하고 있으므로 국민의 안전권(safety right)을 보장하기 위해서는 자연재난에 대해서 뿐만 아니라 인위재난과 사회재난 모두에 대한 관리노력이 요구되며 국가위기관리의 필요성과 책임이 제기된다.

정부의 가장 기본적이고 중요한 임무가 국민의 생명과 재산을 보호하는 것이라고 한다면, 위기관리는 '위로부터 국민의 생명과 재산을 보호해 주고 위험을 극복하기 위한 사업계획을 집행하는 일상화된 과정'이라고 정의할 수 있다(Giuffrida, 1985: 2; Cigler, 1988: 5; 이재은, 2000: 64).<sup>1)</sup>

## 4. 위기관리에 대한 학문적 연구

종래의 위기관리에 대한 연구의 경향 역시 위기 유형별 즉, 자연재난, 인위재난, 사회재난이 지니는 특성에 따르고 있었기 때문에 최근까지도 위기관리에 관한 연구의 대부분은 주로 자연재난을 대상으로 해 왔고 상대적으로 인위재난과 사회재난에 대한 연구는 경시되어 왔다.

또한, 위기관리는 위기발생 영역, 피해 범위 및 위기의 강도 등에 있어서 매우 다양하고 포괄적이기 때문에 단

1) 공법은 국민의 자유, 생명, 재산 등을 보호하기 위한 임무를 국가에 부여하며 그 임무를 수행하기 위한 강제권력도 국가에게만 독점시킨다. 만일 국가가 자신이 독점하고 있는 권력을 남용한다면 국가는 국민의 자유를 보호하는 조직이 아니라 국민의 자유, 생명, 재산 등을 침해하는 괴물이 될 수 있다. 따라서 국가권력의 남용을 막기 위해서는 국가기관 상호간의 견제를 가능하도록 하는 기전과 절차를 형성하고, 국가권력의 존재목적에 합당하도록 국가권력의 행사가 이루어지도록 항상 노력해야 할 필요가 있다. 이러한 임무를 수행하는 법이 헌법으로서 법기술적으로 권력분립제도, 헌법재판제도, 기본권규정을 통해 수행하고 있다. 기본권은 국가의 입장에서 보면 행동의 한계이고, 국민 개개인의 입장에서 보면 국가에 대한 방어권으로 작용한다(이상돈·홍성수, 2000: 18-19).

일 학문분야의 지식이나 기술만으로는 위기상황을 충분히 관리할 수 없는 학제적 성격을 지니고 있다. 따라서 관련된 여러 학문 분야가 협력하여 종합적·총체적으로 접근할 때 문제의 본질을 정확히 파악하고 적절한 해결 방안을 창출할 수 있다.

위기의 쟁점들을 파악하고 극복하기 위해서는 법학, 재정학, 경제학, 철학, 정치학, 사회학, 심리학, 관리과학, 공학은 물론 나아가서 인류학, 의학, 보건학, 종교학 및 신학 등의 다양한 분야의 학제적 협동이 필요하다. 1984년 12월 2일 인도 보팔(Bhopal)시 Union Carbide사의 유독가스 누출사고의 경우에서 이러한 학제적 접근의 필요성이 더욱 인식되었다(Pauchant and Mitroff, 1990: 127).

## II. 우리나라의 국가위기관리

### 1. 연혁 및 개요

참여정부 출범 이전 국가의 위기관리는 주로 사후 대응적이고 임기응변식의 후진성을 면치 못하고 있었으며, 우리의 인식 또한 대형사고와 재난사태 등을 하나의 단순사고나 어쩔 수 없는 천재지변으로 받아 들여왔다.

그러나 우리 사회가 발전하면서 국민의 안전 욕구도 증대되고, 그에 따라 대형사고나 재난사태에 있어 국가의 적극적 역할과 보다 큰 책임을 요구하는 목소리가 높아졌다. 특히 이러한 사회적 요구와 기대는 성수대교 붕괴, 미국 무역센터 911테러, 대구 지하철 사고, 태풍 루사, 화물연대 사태 등을 겪으면서 더욱 커졌다.

이러한 시점에 참여정부 출범과 함께 NSC 위기관리센터가 구성·출범하게 되었다. NSC 위기관리센터에서는 이러한 시대적 변화와 국민적 요구를 반영하기 위해서는 국가위기의 개념과 위기관리체계 등이 새롭게 정립되어야 한다는 결론을 도출하였고 그 결과 '국가위기관리기본지침' 수립을 주요과제로 선정하게 되었다. 기본지침 수립 작업에는 전통적 안보, 재난, 사회 분야 등 많은 각계 전문가들이 토론과 자문 등의 형식으로 참여하였으며, 관련 부처들도 다양한 형태로 기여하였다.

국가위기관리 기본지침에는 국가위기의 개념과 범위, 위기관리의 기본 방향 등이 새롭게 정의되었으며, 국가위기의 유형을 '전통적 안보', '재난', '국가핵심기반'의 세 가지 범주로 분류하였다(서남열, 2005: 7-12).

'전통적 안보' 분야의 위기관 외부의 군사적 위협으로부터 영토와 주권 등 국가의 생존을 지키는 것과 관련된 위기를 의미하며, 이것은 통일, 외교, 군사 분야에서 북한으로부터의 위기와 주변국가 등 외부로부터의 위기로 구분하고 있다. 북한으로부터의 위기의 대표적인 예로는 군사력 사용의 위협과 대량살상무기의 개발 및 확산의 위협을 들 수 있고, 외부로부터의 위기에는 우리나라와 주변국가와의 갈등, 충돌, 테러 및 주변국가 간의 충돌이나 전쟁으로 인한 위협 등이 있다.

재난분야의 위기는 자연재난, 인위재난, 질병 등으로 구분한다. 자연재난에 의한 재해에는 태풍, 폭풍, 호우, 홍수, 해일 등에 의한 풍수해와 폭설, 가뭄, 적조 등으로 인한 기상재해 및 산사태, 해안침식, 지진, 화산폭발 등으로 인한 지질재해 등이 있다.

인위재난에는 안전 요인이나 인위 요인에 의해 대규모 피해를 발생시키는 대규모 화재, 환경오염사고, 교통사고, 화재방사사고 등이 있으며, 재난 질병에는 전염병과 가축질병 등이 있다.

국가핵심기반의 위기는 테러, 대규모 시위나 파업, 폭동, 재난 등의 원인에 의해 국민의 안위, 국가경제 및 정부 핵심 기능에 중대한 영향을 미칠 수 있는 인적, 물적, 기능 체계가 마비되는 상황을 말하며, 국가 핵심 기반 분야로는 에너지, 식·용수, 보건의료, 정보통신, 사이버 공간, 금융, 수송, 원자력, 주요 산업 단지, 중요 정부 시설 등이 있다.

국가안전보장회의(NSC) 사무처가 2004년 9월 8일 발표한 '국가위기관리 기본지침'과 '위기관리 표준 매뉴얼'은 각종 위기상황에 대한 정부의 대응방침을 총망라하고 있다(경인일보, 2004.9.9).

국가위기관리 기본지침이란 국가 위기관리시스템을 구축하는데 있어 가장 기본이 되는 문서다. 기본지침에는 '국가위기'의 개념 및 분야, 분야별 중점활동, 위기관리 의사결정기구 등에 대한 내용을 담고 있다.

지난 2004년 7월 12일 노무현 대통령의 재가를 받은 기본지침은 포괄적 안보개념을 적용해 국가위기의 개념을 정의하고 있으며 국가위기를 전통적 안보, 재난, 국가핵심기반 등 세가지 분야로 구분하고 있다.

이 가운데 국가핵심기반 분야는 에너지, 식·용수, 의료·보건, 정보·통신, 사이버, 금융, 수송, 원자력, 주요 산

업단지, 정부 중요시설 등 국민의 생명·재산·안전보호와 국가 경제 및 정부의 기본기능 유지에 중대한 영향을 미치는 인적·물적 기능체계 10개 분야를 일컫는다.

전통적 안보 분야의 경우 분쟁방지 및 통일·외교·국방 분야 대비 계획의 연계성 강화에, 재난 분야는 예방·피해 최소화 및 현장중심의 대응체계 강화에, 국가핵심기반 분야의 경우에는 어떤 상황에서도 최소한의 기능을 유지하고 대체자원 관리체계를 구축·운영하는데 각각 중점을 두고 있다.

위기관리 표준 매뉴얼은 기본지침이 구분한 3개 안보 분야를 세분화해 2004년 11월 총 32개 위기유형을 대상으로 작성을 완료한 상태이다.

전통적 안보 분야와 관련, 서해 북방한계선(NLL) 우발사태를 비롯한 군사분야 3개, 남북 교류협력분야 4개, 테러 등 사회·치안분야 4개 등 총 11개의 매뉴얼이 작성됐다.

NSC는 북핵 우발사태, 서해 NLL 우발사태, 개성공단 돌발사태, 대통령 권한공백, 소요·폭동, 테러, 재외국민보호 등 7개 매뉴얼 유형은 소개했으나, 나머지 4개 매뉴얼은 '안보상 민감성'의 이유를 들어 공개하지 않았다. 특히 테러, 재외국민보호 매뉴얼은 정부의 이라크 파병방침 결정 직후 노 대통령 지시에 따라 지난 2월초 작성돼 현재 시행중에 있으며, 해외 파병부대와 관련해 범정부적으로 대처해야 할 위기상황이 발생했을 경우를 상정한 매뉴얼 등 2개 유형이 2004년 11월 추가 작성되었다.

이 가운데 대통령 권한공백 매뉴얼은 5·16, 10·26 사태 이후 대통령 권한공백이 있었으나 유기적이고 체계적 대응이 미흡했다는 판단에 따라 만들어졌으며, 테러 매뉴얼은 국내 일반, 화학, 생물, 방사능, 해상, 항공기, 군사시설, 국외 테러사건 등 8가지로 위기유형을 나눴다.

재난 분야와 관련해서는 태풍, 지진, 산불, 고속철도 대형사고, 다중밀집시설대형사고, 대규모 환경오염, 화학유해물질 유출사고, 지하철 대형화재사고, 공동구화재 사고, 전염병 분야, 가축질병 분야 등 총 11개 위기유형에 대한 매뉴얼이 만들어졌다.

요약하면, 국가위기관리의 개념 및 방향을 제시하는 대통령훈령(2004년 7월 12일 제정) '국가위기관리 기본지침'이 국가안전보장회의(NSC) 위기관리센터 주관으로 제정되었고, 2004년 11월에는 위기 유형별로 위기경

보체계, 부처·기관의 임무·역할 등 범정부차원의 위기관리체계를 규정한 세부지침인 '위기관리 표준매뉴얼'이 전통적 안보, 재난, 국가핵심기반 분야에 대한 32개 위기 유형에 대해 수립하였다. 위기 발생시 부처·기관이 수행해야 할 조치사항 및 행동요령 등을 수록한 표준 대응절차서인 '위기대응 실무매뉴얼' 30여종을 2005년 10월 완성 목표로 작성 중에 있다.

## 2. 위기관리문서

### 1) 국가위기관리기본지침

국가위기관리기본지침(대통령훈령 제124호)<sup>2)</sup>은 국가위기관리에 대한 개념 및 방향을 정립하였으며, 모든 위기관리 단계에서 국가역량을 효율적으로 통합, 발휘하도록 하기 위한 범정부적 관리지침으로서 각종 위기 유형에 대한 정부 부처 및 기관의 책임과 역할뿐만 아니라 위기관리 의사결정체계와 업무수행 절차를 명시하고 있으며, 장기적 견지에서 국가위기관리에 관한 제도와 조직에 대한 발전 방향을 제시하고 있다.

또한 국가위기관리기본지침은 정부수립 이후 최초로 제정된 국가위기관리에 대한 대통령 지침으로서 국가 위기관리체계 구축 및 업무수행을 위한 기본문서이자 최상위문서로서의 의미를 지닌다.

총론, 국가위기관리의 개념, 국가위기관리 체계, 국가위기관리 기본방향, 그리고 위기관리 교육, 훈련 및 평가의 5부분으로 구분되어 있는데, 총론 편에서는 총칙과 용어에 대한 설명, 국가위기관리 개념 편에서는 정의, 국가위기의 분류, 위기관리 활동의 구분, 국가위기관리 체계 편에서는 의사결정기구, 관련 문서, 업무 절차, 국가위기관리 기본방향 편에서는 전통적 안보 분야, 재난 분야, 국가핵심기반 분야, 위기관리 교육, 훈련 및 평가 편에서는 교육, 연습 및 훈련, 그리고 평가에 대해 각각 기술하고 있다.

“국가위기관 국가의 주권 또는 정치·경제·사회·문화 체계 등 국가의 핵심요소나 가치에 중대한 위해가 가해질 가능성이 있거나 가해지고 있는 상태이다”라고 하여

2) 국가위기관리 기본지침은 2003년 9월 착수되어 2004년 7월 12일 대통령의 재가를 얻었으며, 이를 수립하기 위해 20회의 전문가 자문 및 4회의 정부 부처협조회의와 100여회의 정부 부처간 수시 협조 등의 과정을 거쳤다(서남열, 2005: 14).

참여정부는 국가위기에 대한 개념을 기존의 전통적 안보 개념뿐만 아니라 재난 및 사회핵심 분야까지 확장하여 ‘포괄적 안보개념’을 적용하여 ‘국가위기’를 정의하였다.

이것은 참여정부가 국민생활의 안전 확보를 국가안보에 목표로 설정하여 국가의 안보관심을 국민 개개인의 안전문제까지 확장하고 다양한 위협에도 적극 대응하겠다는 의지를 반영한 결과라고 하겠다.

또한, “국가안보는 전통적으로 외부의 군사적 위협으로부터 영토와 주권 등 국가의 생존을 지키는 것을 의미한다. 그러나 최근에는 군사적 위협뿐만 아니라 다양한 비군사적 위협에 대한 대응으로까지 그 범위가 확장되고 있다. 오늘날 국제테러와 대량살상무기 확산, 초국가적 범죄 등 새로운 안보위협으로부터 국민생활의 안전을 보장하는 것은 국가의 기본 책무다”라고 선언하고 그와 같은 맥락에서 국가의 위기를 전통적 안보 분야, 재난 분야, 그리고 국가핵심기반 분야의 국가위기 등으로 크게 삼분하였다.

국가위기를 효율적으로 관리하기 위하여 위기 분야별 로 의사결정체계를 구분·정립하였다. 즉, 전통적 안보 분야는 국가안전보장회의에서, 재난분야는 중앙안전관리위원회에서, 국가핵심기반 분야는 국정현안정책조정회의에서 관장하도록 하였다.

또한 국가위기관리를 위한 문서체계를 ‘국가위기관리 기본지침-유형별 위기관리 표준매뉴얼-위기대응 실무매뉴얼’ 체계로 정립하였으며, 위기상황 관리 및 업무수행 절차를 ‘상황인지-위기수준 평가-대책 강구-시행’의 절차로, 국가 위기수준을 ‘관심-주의-경계-심각’의 4등급으로 설정하여 관리하도록 하였다.

## 2) 유형별 위기관리 표준매뉴얼<sup>3)</sup>

국가위기관리제도 구축의 일환으로 ‘국가위기관리 기본지침’ 제정에 이어 전통적 안보, 재난, 국가핵심기반 분야의 32개 위기 유형에 대해 ‘유형별 위기관리 표준매뉴얼’을 수립하였다.

유형별 위기관리 표준매뉴얼에는 위기 유형별로 범정부 차원의 종합 관리 방향 및 체계와 예방-대비-대응-복

구의 활동에 대한 부처·기관의 임무, 역할 및 협조관계를 규정하는 문서로서 위기 유형별로 NSC, 중앙안전관리위원회, 국정현안정책조정회의 등 위기관리 의사결정기구와 정부 부처·기관 등 실행조직 전체의 단계별 임무와 역할을 명확히 규정해 주고 있다.

따라서 유형별 위기관리 표준매뉴얼은 해당 위기 유형에 대한 NSC 자체의 매뉴얼인 동시에 정부 부처·기관의 세부 매뉴얼 작성을 위한 의무 근거 및 기준을 제시해주는 문서라고 할 수 있다.

위기 유형에 따라 미세한 차이는 있으나, ‘일반사항’ 편은 각 유형별 위기관리 표준매뉴얼에 대한 개요, 적용 범위, 관련법규, 용어 정의로 구성되고, ‘위기 형태 및 경보’ 편은 위기 형태, 전개 양상, 위기 경보(수준, 절차)에 대해, ‘위기관리 기본방향’ 편은 목표, 방침, 위기관리체계(종합체계도, 위기관리 기구)에 대해, ‘위기관리 활동’ 편은 예방, 대비, 대응, 복구(사후관리) 등에 대해, ‘참고자료’ 편은 사례와 관련 기관 등에 대해 기술하고 있다.

## 3) 위기대응 실무매뉴얼

위기 발생시 각급 정부 기관이 즉각적으로 적용할 수 있도록 부처·기관별 조치 절차 및 행동 요령을 수록하고 각종 참고사항을 첨부한 것으로 ‘국가위기관리기본지침’에 근거한 ‘유형별 위기관리 표준매뉴얼’과는 달리 국가 차원의 위기로 취급해야 할 사안은 아니나, 범정부적 대응이 필요한 사안에 대해 실무매뉴얼 성격으로 취급하여 매뉴얼을 수립하여 시행하고 있는 것이다.

위기대응 실무매뉴얼은 위기 유형별로 표준매뉴얼이 작성된 위기유형과 기관별 대비가 필요하다고 판단되는 위기유형 등의 분야에 대해 작성한다.<sup>4)</sup> 위기대응 실무매뉴얼은 위기 유형별로 위기관리 주관·유관 실무기관<sup>5)</sup>

3) ‘유형별 위기관리 표준매뉴얼’은 2003년 하반기부터 전문가 자문 및 용역 10여회, 정부 부처·기관 협의 150여회 등의 과정을 거쳐 작성되었다(서남열, 2005:17).

4) ‘북한 관할수역내 민간선박 조난 대응매뉴얼’(2004.12.9)은 NLL 이북 북한 관할수역 내에서 민간선박의 조난 상황 발생시 범정부적인 대응체계 및 기관별 활동방향을 규정하고 있으며, ‘우리 관할수역내 북한선박 조난 대응매뉴얼’(2005.3)은 NLL 이남 우리 관할수역 내에서 북한선박의 조난 상황 발생시 범정부적인 대응체계 및 기관별 활동방향을 규정하고 있다(서남열, 2005:22).

5) 주관기관은 해당 위기에 대한 위기관리 활동에 있어 주 책임을 지는 중앙행정기관을 말하고, 유관기관은 정부의 위기관리 활동에 있어 해당 분야 위기에 대한 주관기관의 활동을 지원하고 협조하는 중앙행정기관 및 지방자치단체를 말하며, 실무기관은 국가 위

에 작성 책임이 있으며, 조정이 필요한 사항에 대해서는 NSC 위기관리센터에서 조정·처리하게 된다.

개요 편은 목적, 법적 근거, 적용 범위, 위기 형태·경보, 위기대응 지침 및 판단·고려 요소, 위기관리 업무수행체계 등에 관해 규정하고 있는데, ‘국가위기관리기본지침’이나 ‘위기관리 표준매뉴얼’과의 연계성을 유지하기 위한 내용으로 구성된다.

위기대응 조치·절차 편은 위기 형태에 따라 상황(위기상황시나리오), 조치 사항 및 절차, 조치 목록 및 내용, 부서별 임무 및 역할에 관해 규정하고 있는데, 전통적 안보, 재난, 국가핵심기반 분야별 위기유형 및 대응 특성에 따라 융통성 있게 내용을 구성한다.

부록 편은 사례, 비상연락망 및 기술적 데이터 등의 참고자료를 수록한다.

### III. 의학분야의 위기

#### 1. 서

의학분야에서의 국가위기관리에 대한 논의를 시작하기 위하여 먼저 의학분야의 국가적 문제들을 중·장기적 만성 잠재적 위험·위협 요소와 단기적 급성 현존 위기에 대한 대응의 견지에서 나누어 보면 다음의 표와 같다.

<표 1> 의학분야 국가적 문제들의 분류

	시설 및 기능 측면	인구통계학적 측면
단기적 급성위기	병원 서비스 중단(전국 규모) 의약품 공급 장애(전국 규모) 혈액 공급 장애(전국 규모) 대규모 전염병으로 인한 위기 생물테러의 위기	조산 산생아 관리
중·장기적 만성위협	응급의료체계의 문제 의료체계 및 의료기술의 문제 의료인 수급의 문제	저출산 노령화 성인병관리

본 장에서는 국가위기관리와 관련하여 시설 및 기능 측면에서의 단기적 급성 위기를 중심으로 살펴보고, 여타 부문에 대해서는 지면 관계상 문제 제기 형식으로 개관한다.

기관리의 대상이 되는 기능·시설을 직접 관리하거나 그 지역을 관할하는 지방 자치단체, 공공기관 및 단체를 말한다.

## 2. 단기적 급성 위기

### 1) 시설 및 기능 측면

#### (1) 의료 서비스의 중단

보건의료체계의 마비로 인해 국민의 건강과 보건에 심각한 위해가 가해지는 사태가 발생하게 되면 이는 국가핵심기반의 위기로서 이 범주에 속하는 국가적 위기의 형태는 ①보건의료노조의 파업으로 대규모 병원 서비스 중단 ②전국 의사의 집단 진료거부로 대규모 병원 서비스 중단 ③전국 약국의 집단 영업 거부로 대규모 의약품 공급 장애 ④혈액수급 부족으로 대규모 혈액 공급 장애 등을 들 수 있다.

전국 의사의 집단 진료거부로 인한 대규모 병원 서비스 중단의 사례로는 1999년 12월 7일 개정 약사법 국회 통과 및 의약분업 실시와 관련하여 2000년 2월부터 5차례에 걸쳐 있었던 의료계의 집단 휴·폐업을 들 수 있다<sup>6)</sup>.

의약분업 실시와 관련하여 의사협회, 병원협회, 약사회 등의 이해관계가 서로 달라 협상과정에서 실패한 결과로 전국 2만 여개의 병·의원 중 70% 이상이 휴·폐업에 참여하였고, 특히 전공의 파업에 따른 의대 교수들의 폐업으로 전국 대형병원의 진료 상태가 마비되었다.

폐업·파업 돌입단계(D일~D+5일)에서 정부가 취한

6) 의약분업정책의 추진은 그것이 의료개혁의 주요부분이기 때문이기도 하지만 더 중요한 점은 김대중대통령 공약사업이었고 국정과제로 선정되어 있었기 때문이었다. 김대중대통령은 선거기간 중 의보통합과 4대 사회보험통합을 공약으로 내세웠고, 의보가 통합되면 국고지원없이 보험을 운영할 수 있게 되어 의보에 투입되는 재원을 교육이나 과학기술분야에 투입하겠다고 약속하였다. 정부는 1998년 상반기에 4개분야 100대 국정과제를 확정하였는데 이 중 1999년 완료할 과제로서 사회부에서 4대 사회보험통합 관리방안수립과 함께 의약분업시행이 명기되어 있다. 이와 같이 정치적 압박에 의해 무리하게 추진된 배경 때문에 시기적으로 정부의 정책준비는 미흡할 수밖에 없었고, 따라서 의약분업정책 자체의 합리적 설득력은 떨어질 수밖에 없었고, 정책이 추구하는 가치의 측면에서도 자유와 평등의 조화라는 헌법상의 수정자본주의적 가치추구보다는 평등추구 일변도의 무리한 사회주의적 이상추구를 강행한 점도 정책실패의 요인이 되고 있다. 이러한 맥락에서 살펴보면, 의약분업정책은 사회주의적 이상인 평등추구를 일관적으로 밀고나간 정치적·상징적 편익만을 생각한 김대중정부의 대표적 실패정책이라고 할 수 있다. 일반적으로 정책의 합리적 결정을 위해서는 합리적인 비용·편익 분석이 전제되어야 하는데 의약분업정책은 그러한 것이 거의 전혀 없이 정치적 배경에 의해 결정된 바 그와 같은 정책 결정이 당연히 초래할 것으로 예상되는 엄청난 국민의 부담을 초래할 수밖에 없었던 정책이었다.

진료보완 대책은 다음과 같은 것이었다.

- ①중앙 및 지방자치단체 비상대책본부 가동으로 비상진료대책 시행
- ②군·의관, 공보의를 동원·배치하고 군병원을 민간에 개방
- ③지역 거점병원, 공공보건의료 기관 등 동원 가능한 의료기관의 비상 진료
- ④응급의료기관 응급실의 야간진료 등 24시간 비상 진료 체제 가동
- ⑤진료실시 의료기관의 외래시간 연장 및 병원의 외래진료 회수 증대 협조

전국 약국의 집단 영업 거부로 인한 대규모 의약품 공급 장애의 사례로는 1993년 6월 25-27일에 발생한 한약 조제분규와 관련된 전국 약국 파업이 있다.

국가핵심기반의 위기로서의 보건의료분야 위기관리의 기본 방침은 다음과 같이 요약될 수 있다.

- ①보건의료 분야 위기를 예방하기 위해 정부의 보건의료 정책을 일관성 있게 유지하고, 위기발생 이전 평상시부터 수시로 대국민적으로 정부의 보건의료정책을 홍보한다.
- ②위기관리 능력을 강화하기 위해 위기발생 이전부터 유관기관과 협력체계를 구축하고, 보건의료 분야 대체 인력 및 자원을 준비한다.
- ③보건의료 분야 위기 발생에 대한 조기경보 체계를 구축하여 위기상황을 조기에 인지하고 대처한다.
- ④위기경보 수준별로 위기관리 대책을 수립하여 위기상황 양상에 따라 범정부적으로 적절하고 신속하게 대처하여 위기를 최소화하고 조기에 극복한다.
- ⑤위기발생에 대비하여 비상진료 대책을 준비하고, 위기발생시 비상 진료 대책을 시행하여 피해를 최소화한다.

## (2) 대규모 전염병

### ① 개요

최근 SARS와 조류 인플루엔자를 경험하면서 얻은 귀한 교훈은 신종전염병은 보건·의료영역만의 문제가 아

니라 사회·경제적으로도 막대한 손실을 가져오는 국가 전체의 위기라는 점이다.

특히 신종전염병은 대부분 동물에서 유래하며, 유전자 변이가 심하기 때문에 효과적인 치료제나 백신의 개발이 어려운데다가, 국제간 잦은 교류와 생활양식의 변화 및 고속철도, 항공기 등 발달된 교통수단의 영향 때문에 우리나라에도 신종전염병의 유입 가능성이 클 뿐 아니라 그 확산속도는 이전과는 비교할 수 없을 만큼 빠르다.

과거에는 불시에 환자가 폭발적으로 발생하여야만 전염병의 대유행을 인지할 수 있었으나<sup>7)</sup>, 최근에는 관련학문 연구성과의 축적과 국가간 정보교류의 확대 및 진단기술의 발달에 힘입어 동물간 전파 단계 또는 동물에서 사람으로 전파되는 단계부터 사전 감시를 할 수 있게 되었다는 점은 다행한 일이다.

‘전염병 위기관리 표준매뉴얼<sup>8)</sup>은 ‘국가위기관리기본지침(대통령훈령 제124호)’을 근거로 전염병 위기에 대한 정부의 위기관리 목표와 방향, 의사결정체계, 위기경보체계, 부처·기관의 책임과 역할 등을 규정하고 있으며, 관련 부처·기관은 이 매뉴얼에서 규정한 책임과 역할에 따라 전염병 위기 발생시 적용할 세부 대응 절차와 조치 사항이 수록된 ‘위기대응 실무매뉴얼’을 작성하여야 한다.

이 매뉴얼은 대규모 전염병으로 인한 국민의 건강과 보전에 심각한 위해가 가해지는 사태에 대해 범정부적 위기관리(예방-대비-대응-복구) 체계 및 기관별 활동 방향을 규정한 것으로서 전염병 위기관리 업무와 관련되는 모든 정부 부처·기관의 활동에 적용되며, 지금까지 알려지지 않은 신종 전염병 및 과거에 창궐했던 재출현 전염병 또는 수해지역의 수인성 전염병 등의 경우에 적용된다.

중국 광둥성에서 발생(2003.2.11)한 신종 코로나 바이러스(SARS)의 사례와 충북 음성에서 최근에 발생(2003.12.11)한 A/H5N1 바이러스에 의한 사례를 통해 우리나라에서도 신종 전염병에 대한 인프라 구축의 필요성

7) 인플루엔자의 경우 과거 1918년, 1957년, 1968년 세 차례의 전세계적인 대유행이 있었고, 전문가들은 2004년부터 4번째 전세계적인 유행이 이미 시작되었다고 경고하고 있다(보건복지부 질병관리본부, 2005.3; 신종전염병 위기관리 훈련지침(참관인),인사말).

8) 국가안전보장회의사무처/보건복지부(2004. 9. 7).

과 신종 인수공통전염병 관리의 필요성이 강하게 제기되었다.

위기의 형태에는 첫째, 해외에서 발생한 신종 전염병에 감염된 환자가 공항·항만 등을 통해 국내로 입국, 전국적 규모로 확산되어 대규모 전염병 환자가 발생하는 경우 둘째, 국내에서 발생한 신종 전염병이 전국적으로 확산되어 대규모 전염병 환자가 발생하는 경우 셋째, 태풍·집중호우 등 자연재난으로 인한 수해지역에서 대규모 수인성 전염병 환자가 발생하는 경우와 기존 전염병이 전국적 규모로 확산되어 대규모 전염병 환자가 발생하는 경우 등을 들 수 있다.

② 위기경보의 수준과 절차

위기경보는 심각성의 정도에 따라 관심(Blue), 주의(Yellow), 경계(Orange), 심각(Red)의 4단계<sup>9)</sup>로 구분하여 발령되는데, 해당 위기의 심각성에 따라 전 단계를 거치지 않고 직접 높은 단계로 발령될 수 있다.

관심수준의 판단기준은 ①해외의 신종 전염병 발생 ②국내의 원인불명 감염환자 발생 ③태풍·집중호우 발생 기상 예보 등이고, 주의수준의 판단기준은 ①해외 신종 전염병의 국내 유입(세계보건기구의 전염병 주의보 발령) ②국내에서 신종 전염병 발생 ③지역별 재출현 전염병 발생 ④대규모 침수지역 및 수인성 전염병 발생 등이고, 경계수준의 판단기준은 ①해외 신종 전염병의 국내 유입 후 타 지역으로 전파 ②국내 신종 전염병의 타 지역으로 전파 ③재출현 전염병의 타 지역으로 전파 ④수인성 전염병의 타 지역으로 전파 등이며, 심각수준의 판단기준은 ①해외 신종전염병의 전국적 확산 징후 ②국내 신종 전염병의 전국적 확산 징후 ③재출현 전염병의 전국적 확산 징후 ④수인성 전염병의 전국적 확산 징후 등이다.

9) 관심(징후감시활동): 징후가 있으나 그 활동수준이 낮으며 가까운 기간 내에 국가위기로 발전할 가능성도 비교적 낮은 상태 (moderate level crisis), 주의(협조체계가동): 징후활동이 비교적 활발하고 국가위기로 발전할 수 있는 일정 수준의 경향성이 나타나는 상태(substantial level crisis), 경계(대비계획점검): 징후활동이 매우 활발하고 전개속도, 경향성 등이 현저한 수준으로서 국가위기로의 발전 가능성이 농후한 상태(severe level crisis), 심각(즉각 대응태세 돌입): 징후활동이 매우 활발하고 전개속도, 경향성 등이 심각한 수준으로 위기발생이 확실시되는 상태(critical level crisis).

주관기관(보건복지부)은 전염병 위기와 관련된 징후가 포착되거나 위기 발생이 예상되는 경우 ‘자체 위기평가회의’를 통해 그 위협 또는 위협의 수준을 평가하는데, 평가시에는 상황의 심각성, 시급성, 확대 가능성, 전개속도, 지속기간, 파급효과, 국내·외 여론, 정부의 대응능력 등을 복합적으로 고려하고, 정확한 위기수준의 평가를 위해 유관기관은 관련 정보를 제공한다.

주관기관이 위기수준에 따른 경보를 발령하는 경우에는 NSC 사무처(위기관리센터) 및 유관기관에 신속하게 통보해야 하고, 위기경보 수준을 수정·조정할 필요가 있을 경우에는 NSC 사무처(위기관리센터)와 사전협의를 거쳐야 하며, 법정부적 차원의 조치가 요구되는 위기경보(경계·심각)를 발령할 경우에는 NSC 사무처(위기관리센터)와 사전에 협의를 거쳐야 한다.

③ 신종전염병 위기관리 훈련

질병관리본부는 2005년 3월 31일 질병관리본부 대강당 및 국제회의실에서 ‘2005 신종전염병 위기관리훈련’을 실시하였다<sup>10)</sup>.

훈련은 ①전염병 위기상황에 대처할 수 있는 관계자 능력 배양 ②전국민 위기의식 공유 확산 ③부족한 의료 자원 배분의 우선순위 설정 등의 훈련목표 아래 질병관리본부와 시·도 방역업무 수행자가 직접 참가하고 관련 기관이 참관하는 방식으로 진행하여 관계자들에게 전염병 발생 위기의식을 공유할 수 있도록 하기 위하여, 현장에서의 실제상황 훈련은 도입하지 않고 역할적 특성에 근거하여 개발된 정교한 통계적 모델링에 따라 상황을 부여하고, 미디어를 활용하여 현장감 있는 위기상황을 연출함으로써 불확실성 속에서의 의사결정 능력의 배양을 도모하였다<sup>11)</sup>.

보건복지부 질병관리본부는 2006년부터 단계적으로 민간인에 이르기까지 참가 구성원을 다양화시키고, 2010

10) WHO, APEC 등의 국제기구에서도 신종전염병이 지역, 국가 및 세계 보건·경제에 미치는 영향을 인식하고 대응훈련을 준비중이다(보건복지부 질병관리본부, 2005. 3; 신종전염병 위기관리 훈련지침(참관인), 3).

11) 현장에서의 실제상황훈련이 이루어지지 않은 점이 가장 큰 아쉬움이며, 현재 우리나라의 사정으로 볼 때, 방역실무수행자들에게 가장 부족한 것도 실제 현장훈련이고 가장 필요한 것도 실제 현장훈련이다.

년까지 객관적이고 계량화된 평가 방법을 지속적으로 개발하여 참여 시·도 및 참관기관의 신종전염병 대응능력 향상을 도모하고, 중앙부처와 16개 시·도간의 시간적·공간적 거리를 최소화시킬 수 있도록 화상회의나 web기반 정보교류체계 등 다양한 최신 IT기술을 도입하고, 보건소, 검역소, 의료기관, 응급실 등에 모의응급환자 상황을 부여하는 등 실제 훈련을 시행할 계획을 가지고 있는 것은 그나마 다행스러운 일이다.

### (3) 생물테러

2001년 미국에서 발생한 세계무역센터 공중테러와 탄저균을 이용한 생물테러 이후 전세계는 새로운 유형의 테러에 대한 대응에 고심하고 있다. 한편 테러의 한 형태로만 막연히 인식되어 오던 생물무기를 이용한 생물테러는 다양한 형태의 테러가 지니는 국가 위기관리전략 상의 모든 문제점과 함께 재난 분야의 위기의 한 형태인 전염병 위기상황을 동시에 유발할 수 있는 속성을 함께 지니고 있기 때문에 21세기 국가 위기관리전략의 최악의 대상 주인공이 될 수 있는 위험을 다분히 지니고 있음을 미국에서의 탄저균 생물테러를 통해 여실히 보여 주었다.

생물테러는 잠재적으로 사회붕괴의 의도로 virus, 세균, 곰팡이 및 생물독소 등을 사용하여 살상을 일으키거나 사람, 동물 또는 식물에 질병을 일으키는 것을 목적으로 하는 행위를 말한다. 생물 무기는 값싸게 제작되고, 적은 양으로도 많은 인명을 살상할 수 있으며, 운반이 용이하다는 이유 때문에 생물테러에 이용될 수 있을 것이라는 우려가 항상 있어 왔지만, 실제로 미국의 탄저 테러 발행으로 인하여 생물테러가 가시화, 현실화됨에 따라 현실적인 대책을 강구하지 않을 수 없게 되었다.

생물테러에 대해서는 보건복지부가 주관 부서로 2001년 하반기부터 생물테러대응을 위한 통합계획을 수립하여 추진하고 있다(국립보건원, 2002.4.1).

생물테러에 이용 가능한 병원체는 사람 사이에 전파가 용이하고 치명율이 높아서 심한 사회적 혼란을 야기할 수 있는 병원체로서 이에 대응하기 위해서는 한 나라의 보건의료자원과 능력을 총동원해야 하는 병원체들로 알려져 있다.

우리나라에서는 국가안보에 위협을 미칠 수 있는 위

험한 병원체로서 탄저, 두창, 페스트, 출혈열 및 보툴리눔 독소증을 제1군으로 분류하고 있고, 미국 CDC는 사람 사이에 쉽게 전파되며 높은 치사율을 보여 심각한 보건 의료문제를 초래하고, 사회적인 공황상태 및 사회붕괴를 유발할 수 있으며, 보건의료적인 대응을 하기 위해서는 특별한 조치가 필요하여 국가 안전에 위협이 될 가능성이 높은 병원체인 두창, 탄저, 페스트, 보툴리눔 독소증, 야토병, 출혈열을 A 등급으로 분류하였다.

#### ① 탄저(Anthrax)

탄저병은 전세계적으로 분포된 질환으로 탄저균은 병원성이 높고 아포형은 보존에 안정성이 있기 때문에 생물무기로 자주 사용된다.

원래 소, 양 등 초식 동물의 급성 폐사성 패혈증을 일으키는 병원체이나 사람의 경우에는 탄저에 걸린 동물의 식육과 축산제품을 매개로 구강(장탄저), 피부(피부탄저) 및 기도(폐탄저)를 통하여 감염된다. 피부탄저는 비교적 사망률이 낮으나, 폐탄저(100%)와 장탄저(25~60%)는 급성 패혈증으로 진행되어 사망에 이른다.

탄저는 2차세계대전 중 1915년 독일군의 미국 기마병 공격(메릴랜드, 버지니아, 뉴욕), 1978년 짐바웨이 독립전쟁에서의 로테시아 군의 소탄저 공격, 1980년 러시아 군의 탄저균 생물무기 생산, 1990년 일본 Aum 진리교도의 동경 공중살포와 2001년 미국 생물테러공격 등에 사용되었다(최철순, 2004: 1041-1042).

#### ② 두창(Smallpox)

천연두라고도 부른다. 공기중의 천연 바이러스가 호흡기를 통해서 전파되며 환자의 분비물에 오염된 침구 등을 통해서도 전파 가능하다.

기본형인 variola major의 경우 치사율이 30%에 이르나, variola minor는 1% 미만의 치사율을 보인다.

호발계절은 겨울에서 초봄이며 전염력은 발진 시작부터 7-10일 사이에 가장 강하고 가피가 생기면 전염력은 약화된다. 잠복기는 12-14일로 잠복기 후 특징적인 발진이 나타나게 된다.

천연두는 자연 발생의 예가 없음이 1980년 WHO에 의해서 공식적으로 인정되어 20여년전에 예방접종이 중단 되었으므로 생물 무기로써 이용될 가능성이 높다

(<http://home.inpia.net>).

③ 페스트(Plague)

페스트균 *Yersinia pestis* 에 의한 설치류와 사람의 열성 치사성 전염병으로 야생 설치류, 집쥐, 고양이, 원숭이, 산양, 사슴, 낙타, 캥거루, 토끼 등이 보균 동물의 역할을 한다.

페스트의 세가지 임상 유형은 선(림프절)페스트, 폐페스트 및 패혈증이다. 선페스트는 쥐벼룩(*Xenopsylla cheopis*)에 의해 전파되며, 폐페스트는 사람사이에 비말을 통하여 호흡기로 전파된다.

역사적으로 페스트는 6세기 동로마제국, 14세기 중국, 북인도와 유럽, 1665년 런던, 1894년 중국, 홍콩 및 1961년 베트남 등에서 대유행이 있었다.

페스트는 수차례에 걸쳐 생물학전에 사용되었다. 1347년 몽고군의 크리미아섬 공격, 1710년 러시아군의 스웨덴 공격, 1767년 영국군의 북미 인디안에 대한 공격 및 1940년 일본군의 중국공격에서 생물무기로 사용되었다(최철순, 2004: 1036).

④ 출혈열(Viral Hemorrhagic Fevers, VHF)

VHF는 arenaviruses, filoviruses, bunyaviruses 및 flaviviruses의 4가지의 서로 다른 바이러스속으로 분류된다.

사람에서의 출혈열 발생 양상은 산발적·비정규적으로 일어나고, 발생예측이 어려우며, 극히 예외적인 경우를 제외하고는 치료방법이나 특효의 치료제가 없다는 점이 가장 큰 문제이다. Virus의 종류에 따라 차이는 있지만 초기 증상으로는 고열, 피곤감, 어지러움, 근육통, 무기력, 탈진 등이 나타나고, 중증으로 진행하면 출혈 증상이 피하, 장기내, 혹은 눈, 코, 입 등 개구부에 나타난다.

사람의 활동범위가 숙주동물이나 매개곤충의 생활권과 겹치는 경우 사람에게 감염이 되고, 일부 바이러스는 사람에게 감염된 후 이차적으로 다른 사람에게 직접 전염되기도 하는데 Ebola, Marburg, Lassa 및 Crimean-Congo HVF viruses가 그 예이다(<http://home.inpia.net>).

⑤ 보툴리눔독소증(Botulism)

보툴리눔독소증은 포자를 생성하는 보툴리눔균(*Clostridium botulinum*)이 만들어 내는 신경독소에 의해 신경마비를 일으키는 치명적인 질환이다. 보툴리눔균은 혐기성의 간균(bacilli)으로 전세계의 토양에서 관찰되는데, 음식물 보존을 위한 다양한 처치방법에도 불구하고 살아남은 열저항성의 포자가 용질이 적은 상태에서 강력한 신경독소를 생성하여 식중독을 일으킨다.

사람에게서 발생하는 보툴리눔독소증은 4가지 주요 임상 형태로 구별되어 ①음식 매개성 보툴리눔독소증 ②영아 보툴리눔독소증 ③창상 보툴리눔독소증 ④성인형 전염성 보툴리눔독소증으로 분류된다.

보툴리눔 독소는 자연계에 존재하는 독소 중 가장 강력하여 1995년 동경 지하철에 살포되어 많은 사상자를 낸 독성물질인 사린보다 15,000-100,000 배의 독성을 지니는 것으로 알려져 있다.

미국에서의 탄저균 생물테러 발생이후, 2002년 3월 국내에서도 생물테러 가능 전염병 발생의 조기 확산을 방지하기 위하여 보툴리눔 독소증이 제 4군 전염병에 추가되었고 전염병예방법 시행규칙 개정에 따라 분리시 신고 대상 병원체에 보툴리눔균과 그 독소가 포함되었다.

생물테러의 특성에 입각하여 생물테러에 대응하는 기본 전략을 다음과 같이 설정하고 있다. 첫째, 생물테러에 의한 환자 발생을 조기 인지하기 위하여 전염병 감시 체계를 강화한다. 둘째, 생물테러 의심환자나 실제 상황이 발생하였을 경우 신속하게 원인 병원체를 분리하고, 병원체의 특성 파악을 위하여 실험실 진단 네트워크를 구축한다. 셋째, 전염병의 전파를 차단하기 위하여 신속한 역학 조사와 환자, 폭로자 및 접촉자 관리를 위하여 역학 조사에 대한 전문 인력을 확보하며 단계별 대응체계를 구축한다. 넷째, 생물테러 발생에 대비한 사전예방 및 대응 능력을 강화한다(국립보건원, 2002. 4: 2-4).

⑥ 인수공통전염병의 관리

인수공통전염병이란 척추동물과 사람 사이에 상호 전파되는 병원체에 의해서 발생하는 질병을 말한다. 전염병의 생성 단계에서 본다면 병원소의 역할을 사람과 동물이 공통적으로 하는 전염병이라고 할 수 있다(천병철, 2004: 1019-1020).

최근들어 세계적으로 기존 전염병의 재만연과 신종

전염병의 출현과 유행으로 인하여 인수공통감염증의 역학적 특성과 생태학적 위치에 대한 관심이 고조되고 있다. 특히 사스와 조류독감의 예에서 볼 수 있듯이 인수공통감염증은 인류의 건강을 위협할 뿐만 아니라 사회, 경제적인 커다란 충격을 인류에게 안기고 있다.

2000년도 우리나라의 전염병예방법이 개정되면서 법정 전염병으로 지정된 60종의 질병 가운데 23종이 인수공통전염병이다. 이를 세분해 보면, 법정 전염병 제 1군의 페스트와 장출혈성 대장균 감염증, 제 2군의 파상풍과 일본뇌염, 제 3군의 말라리아, 결핵, 발진열, 쯤쯤가무시병, 렙토스피라증, 브루셀라증, 탄저, 광견병, 인플루엔자 및 출혈성 신증후군, 제 4군의 신종전염병(마버그열, 에볼라열, 라싸열), 바베시아증, 그리고 지정 전염병에 속한 vancomycin resistant *Staphylococcus aureus* (VRSA) 감염증, 광동주혈선충증, 유극악구충증, 사상충증 및 포충증이 인수공통전염병이다.

그 외에 비지정이지만 중요한 세균성 인수공통전염병으로는 리스테리아증, 돈단독, 보툴리눔 독소증, 발토넬라증, 비저, 유비저 또는 melioidosis, 캄필로박터증, 야토병, 파스튜렐라증, 살모넬라증, 서교열, 예르시니아증, 라임병, 엘리키아증, 앵무새병 등이 있다(최철순, 2004: 1035).

인수공통전염병은 인구 및 인간 행태의 변화, 혈액제제의 광범한 사용이나 장기이식 등의 의료기술과 산업의 발달, 처녀지의 벌목과 개벌에 의한 새로운 환경에의 노출과 새로운 토지이용, 병원체의 적응과 변화, 공중보건활동의 감축 등의 이유로 해서 국제적 전파와 유행 등의 문제를 야기하고 있다(천병철, 2004: 1026).

인수공통전염병은 새로운 신종 전염병의 지속적인 발생으로 증가를 계속하고 있으며, 일부 인수공통전염병은 사람과 동물 모두에 대해 전염력과 치사율이 높기 때문에 생물테러에 이용되거나 생물무기로 사용될 위험성이 많은 질병으로 분류되고 있다.

미국의 CDC는 생물무기로 사용될 수 있는 병원균을 3개 범주로 분류하였다(최철순, 2004: 1035-1036). ① A군: 탄저, 보툴리눔 독소증, 페스트, 두창, 야토병, 바이러스성 출혈열 (Ebola, Marburg, Lassa, Machupo viruses). ② B군: 브루셀라증, *C. perfringens* e-toxin, 비저, 유비저, 앵무새 병, Q열, 티푸스, 바이러스성 뇌염,

식품안전 위해균 (*E. coli* O157 과 H7, *Shigella* spp., 포도상구균 장독소증), 식수안전 위해균 (콜레라균, *C. parvum*) ③ C군: 신종 바이러스 감염증 (Nipah virus, Hanta virus)

그들 중 대부분이 인수공통전염병이라는 사실은 오늘날 인수공통전염병의 예방 관리가 공중보건 및 국가 재난 관리에 대단히 중요하다는 점을 시사해 주고 있다.

인수공통전염병의 관리는 인구집단에서의 전염병관리와 다른 점이 많다. 기본적인 원칙은 같으나 원칙을 적용하는 집단이 인간과 동물이기 때문에 달라지는 점들도 있고 인수공통전염병 고유의 특성에 기인하는 것들도 있다. 인수공통전염병은 감염 스펙트럼이 다양하고 각 질병별로 지역별 특성, 자연사, 매개동물의 특성, 감염경로와 예방방법이 각기 다 달라서 각각의 질병의 특성에 맞는 관리가 요구된다.

외국의 예를 보면 인수공통전염병을 관리하는데 기본적인 연구들이 풍부하고, 실제 전염병사업에 적용할 때 비용·편익분석(cost-benefit analysis) 등 필요한 연구결과가 많이 축적되어 있고, 위성을 이용한 지리정보시스템 등의 새로운 정보기술이 전염병관리에 많이 동원되어 실제적인 효과를 거두고 있다.

우리나라의 경우, 최근이야 인수공통전염병의 중요성이 부각되면서 정부차원에서 인수공통전염병 전문위원회를 질병별로 구성하는 등 본격적인 관리에 나서고 있으나 실제 큰 문제가 되는 보건상의 위해요인이나 영향의 정도에 대한 연구성과나 결과가 부족할 뿐만 아니라 상대적으로 그 중요성이 간과되고 있는 점이 장애요인이 되고 있다.

또한 인수공통전염병은 가축 등 동물질환 전문가들과 함께 통합적으로 문제를 해결해 나가야 함에도 불구하고 전문가간의 소통이 원활하지 않을 뿐만 아니라 관련 중앙행정부처도 보건복지부, 질병관리본부, 농림부, 식약청 등으로 통일되어 있지 않아 실제 업무에 혼선을 야기하고 있는 실정이다.

## 2) 인구통계학적 측면

### (1) 조산 신생아 관리

#### ① 서

매년 4만여명의 미숙아가 태어나는데 이는 전체 신생

아의 약 8%를 차지한다(의협신문, 2005.5.9: 22). 오늘날은 의학의 발달에 힘입어 이전에는 도저히 살 수 없었던 500g 미만의 극소 미숙 조산아들의 경우에도 신생아집 중치료를 받고 특별한 합병증 없이 성장하는 것을 드물지 않게 본다.

미숙 조산아들은 살더라도 결국 장애인으로서 일생을 살아가게 될 것이라는 선입견 때문에 미리 포기하는 경우가 많았던 것이 사실이나, 그 이면에는 미숙 조산아의 집중치료를 드는 막대한 의료비를 현실적으로 감당할 수 없어 포기하는 경우도 적지 않다.

최근 의료기술과 최신장비의 발달 및 신생아치료 전문의의 증가 등으로 국내·외적으로 1,500g 미만의 미숙 조산아 생존율이 크게 높아지고 있으나, 미국·일본 등 선진국의 생존율이 85-90%를 넘어 서고 있는데 비해 우리나라는 일부 대형 종합병원을 제외하고는 이에 크게 못미치고 있는 실정이다.

국민의 한 사람 한 사람으로서 태어나는 많은 수의 미숙 조산아의 문제를 현재대로 방치한다면 결국 국가 전체의 질을 심각하게 떨어뜨리는 일이 되며, 매년 4만여명이나 되는 숫자는 가히 국가위기 수준의 문제로 수용해야 할 필요성이 있다.

저출산 문제를 국가위기로 절감하면서 조산아를 위한 특별 관리 시스템이 사실상 없다는 것은 국가 정책을 마련하기 이전의 사실 인식의 오류이다.

## ② 국내 실정

현장의 의료전문가들은 병원시설 부족과 병원비 부담으로 인해 조산아들이 적절한 치료를 받지 못하는 것에 심각한 우려를 제기하고 있다. 신생아 집중치료실(NICU)을 갖춘 병원은 전국에서 80여곳에 달하지만 규모가 작고 시설이 낙후돼 상태가 위독한 조산아들을 제대로 돌볼 수 있는 곳은 5곳 정도다.

조산할 경우 아이의 상태에 따라 치료 등급에 맞는 병원에서 출산해야 하는 것이 필수적인데 치료시설이 부족해 이 병원 저 병원 옮겨다니는 현재의 상황에서 1kg도 안되는 상당수 조산아들은 적절한 치료를 받지 못하는 경우가 많다.

특히 조산아들은 폐나 심장에 이상이 있거나 운동발달이 늦는 경우가 많아 퇴원 후에도 특수치료가 필요하

지만 대부분 서민 가정이다 보니 사후 치료를 소홀히 하는 실정이다.

적절한 치료만 보장된다면 더 많은 아이들을 살릴 수 있고 심각한 장애가 생길 아이도 정상아로 키워낼 수 있기 때문에 조산아들이 정상적으로 자랄 수 있도록 종합적이고 체계적인 관리시스템이 시급히 마련돼야 한다.

정부의 공식 통계상으로는 조산아 출생률은 신생아의 4% 수준이다. 그러나 대한신생아학회 등 관련학회는 자체 분석을 통해 연간 신생아의 8% 정도인 4만명 정도를 조산아로 추산하고 있다. 이는 6~8% 정도인 선진국의 출생률과 비슷한 수준으로 정부 통계에 공식적으로 잡히지 않는 것을 고려해야 한다.

특히 조산아 출생비율은 매년 꾸준한 증가를 보이고 있다. 통계청의 '2003년 출생·사망 통계'에 따르면 지난해 신생아는 49만3471명으로 10년 전에 비해 무려 22만 5000여명이나 줄었으나 조산아는 10년 전보다 오히려 1300명이 늘어난 1만9898명이었다. 이 중 1.5kg 미만의 극소 조산아 출생률은 10년 동안 세 배 증가했다. 경희의료원 배종우 교수가 60개 종합병원을 대상으로 조사한 결과에서는 1996년 11%이던 조산아 비율이 2002년에는 14%로 증가했다(국민일보, 2004.9.13: a).

연간 수만명씩 태어나는 미숙 조산아들이 정부와 사회의 무관심 속에 소중한 생명을 잃고 있다. 그러나 조산아를 제대로 키워내기 위한 종합적인 대책은 커녕 실태 파악조차 제대로 되지 않고 있는 실정이다. 조산아란 2.5kg 미만의 저출생체중아를 일컫는 말로 대한신생아학회 등에서는 해마다 신생아의 8%인 4만명 정도를 조산아로 파악하고 있으며 환경오염, 여성들의 늦은 출산, 각종 약물사용 증가 등으로 매년 그 비율이 증가하고 있다.

현대 중앙 서울 아산병원이 1999년부터 2002년까지 최근 4년간 1kg 미만으로 태어나 무사히 퇴원한 69명을 분석한 결과에 따르면 3개월 동안 평균 947만원을 조산아가정이 부담한 것으로 조사됐다. 특히 연간 1만5000여명이 태어나는 것으로 추정되는 1.5kg 이하의 극소 저출생체중아의 경우 특수치료와 잦은 수술 등으로 4000만원 이상 병원비를 부담하는 경우도 발생하고 있다.

현재 조산아 가정을 위한 정부지원은 연간 20억원 수준으로 이마저도 저소득층에 한해 1인당 300만원까지만

지원되고 있어 조산아를 둔 서민가정이 빈곤층으로 내몰리고 있다. 일본의 경우 치료비 전액을 국가가 부담하고 미국은 정부지원과 사보험을 통해 치료비가 충당되는 현실과 큰 차이를 보이고 있다.

전문가들은 종합병원에서 치료를 받다가 28일 내에 사망하는 2000~3000명 외에 중도에 치료를 포기하거나 아예 출생신고조차 되지 않는 경우를 포함하면 연간 1만여명의 조산아가 사망하는 것으로 추정하고 있다.

건강보험 수가가 낮아 병원들이 투자를 기피하기 때문에 서울 시내 몇몇 병원을 제외하면 대형병원조차도 제대로 된 신생아 집중치료실(NICU)을 갖추지 못하고 있다. 현재 서울 주요병원의 1.5kg 미만 조산아들의 생존율은 90%를 넘는 반면 지방 병원의 경우에는 70%를 넘지 못하고 있는 실정으로 병원 시설투자가 확대되면 당장 연간 수천명을 살릴 수 있을 것으로 예상된다(국민일보, 2004.9.13: b).

건강보험심사평가원이 2004년 7월 발표한 집중치료실 급여 적정성평가 결과에 따르면 2003년 3월말 기준으로 전국 87개 병원에서 신생아 중환자실(NICU)을 운영하고 있으며 총 병상수는 1393개였다.

심평원 조사결과에 따르면 신생아 중환자실은 미국소아과학회(AAP)기준은 물론, 일반 성인 중환자실과 비교해 장비, 면적, 인력 모든 면에서 열악한 것으로 나타났다.

우선 가장 중요한 간호인력의 경우 간호사 1명이 하루 담당해야할 병상수는 하루 3교대 및 휴무를 고려할 경우 주요 병원들도 약 5~6명 꼴로 미국소아과학회 기준인 1~2명에 비해 배 이상 많았다. 87개 병원중 22개병원은 아예 전담간호사가 없었다. 병상 면적은 개당 3.92㎡~6.15㎡로 미국소아과학회 기준에 비해 50%에 불과했다. 또 1393개 병상중 심전도 모니터 등 의료법에서 정한 5대 필수장비를 모두 갖춘 병상은 전체의 62.5%로 성인 중환자실(71.7%)보다 낮았다.

미국 소아과학회 기준에 따르면 연간 출생하는 신생아 1000명당 1개의 집중치료 병상이 필요하며 동시에 1000명당 3개의 중간치료병상이 필요하다.

집중치료란 인공호흡기와 2~3개의 수액주입기, 각종 모니터 장비 그리고 고성능 인큐베이터 등을 갖추고 고위험 상태의 신생아를 돌보는 것이고 중간치료는 집중치

료는 벗어났어도 중환자실을 떠날 수 없는 상태의 신생아를 돌보는 것을 말한다.

국내의 경우 지난해 신생아수가 49만명인 것을 감안하면 490개의 집중치료 병상과 1500개의 중간치료 병상 등 총 2000개의 병상이 필요한 셈이다. 그러나 심평원 조사결과에서 보듯이 신생아 중환자실 병상은 총 1393개다.

병원별 신생아 중환자실 규모는 서울아산병원, 삼성서울병원 등 전국적으로 10여곳을 제외하고는 대부분 10~20병상의 소규모였고, 신생아 중환자실이 별도로 분류되지 않은 곳도 상당수였다. 인공호흡기나 각종 장비가 있어도 적정 수준의 전담의와 간호사가 돌보지 않는다면 집중치료는 이루어 지지 않기 때문에 실제로 일본이나 미국 수준의 집중치료를 할 수 있는 병원은 손가락에 꼽을 정도이고 이들 병원의 경우도 담당인력을 일본과 비교하면 절반수준에 불과하다(국민일보, 2004.11: 1).

### 3. 중·장기적 만성 위험

#### 1) 시설 및 기능 측면

##### (1) 긴급구조와 응급의료

###### ① 긴급구조의 개념

재난 및 안전관리 기본법(2004. 3. 11 제정, 법률 제 7188호) 제3조 제6호에서 긴급구조에 관해 정의하고 있다. 즉, “재난이 발생할 우려가 현저하거나 재난이 발생한 때에 국민의 생명과 신체를 보호하기 위하여 제7호의 규정에 의한 긴급구조기관과 제8호의 규정에 의한 긴급구조지원기관이 행하는 인명구조, 응급처치, 그 밖에 필요한 모든 긴급한 조치를 말한다.”라고 정의하여, 긴급구조를 인명구조와 응급처치로 나뉘으로써 인명을 구조하는 구조활동체계와 구조된 사람을 응급 처치하여 생명을 살려내는 응급의료체계의 두 단계로 구분하고 있다.

재난 및 안전 관리기본법 시행령(2004. 11. 3 일부 개정, 대통령령 제18580호) 제4조에서는 긴급구조지원기관을 다음과 같이 규정하고 있다.

(제1호) 국방부, 과학기술부, 산업자원부, 정보통신부, 보건복지부, 환경부, 건설교통부, 경찰청, 기상청, 산림청 및 해양경찰청

(제2호) 법 제 57조 제1항 제2호의 규정에 의한 탐색구조부대와 국방부장관이 긴급구조지원기

- 관으로 지정하는 군부대
- (제3호) 대한적십자사 조직법에 의한 대한적십자사
- (제4호) 의료법 제3조 제1항의 규정에 의한 종합병원과 응급의료에 관한 법률 제2조 제5호의 규정에 의한 응급의료기관
- (제5호) 재해구호법 제10조의 규정에 의한 전국 재해구호협회
- (제6호) 법 제3조 제7호의 규정에 의한 긴급구조기관과 긴급구조활동에 관한 응급협정을 체결한 기관 및 단체
- (제7호) 그 밖에 긴급구조에 필요한 인력과 장비를 갖춘 기관 및 단체로서 행정자치부령이 정하는 기관 및 단체

한편, 응급의료에 관한 법률(2002.3.25 일부개정, 법률 제6677호) 제2조 제5호의 규정에 의한 응급의료기관은 의료법 제3조의 규정에 의한 의료기관 중에서 이 법에 의하여 지정된 중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.

② 응급의료체계

긴급구조는 인명을 구조하는 구조활동 체계와 사람의 생명을 구하기 위한 응급의료 체계의 두 단계로 구성되어 있다고 할 수 있다. 본 항에서는 그 중 응급의료 체계에 관하여 살펴보기로 한다.

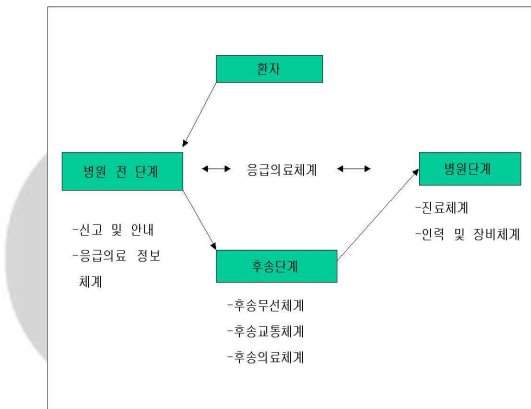
모든 국민은 성별, 연령, 민족, 종교, 사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 차별 받지 아니하고 응급 의료를 받을 권리를 지니며 (응급 의료에 관한 법률 제3조), 응급의료기관 종사자는 응급환자에 대하여는 다른 환자에 우선하여 상담, 구조 및 응급처치를 실시하고 진료를 위하여 필요한 최선의 조치를 하여야 한다(동법 제8조 제1항)고 규정하고 있다.

응급의료 체계란 일정지역 내에서 응급환자 치료를 위하여 양질의 응급의료 서비스를 제공하는데 필요한 인력, 장비, 자원 등의 모든 요소를 효과적으로 운영하기 위해 조직화한 체계를 말한다.

우리나라의 응급 의료 체계의 구성은 세단계로 나누어 볼 수 있다. 첫째, 병원에 오기 이전의 단계(pre-hospital phase), 둘째, 환자 후송 단계(transportation

phase), 마지막으로 병원에 도착하여 진료와 그 밖의 의료 서비스를 받는 단계(hospital care phase)이다.

응급환자 발생시 실제로 국민들이 어려움을 많이 겪을 뿐 아니라 제대로 대응하지 못하는 단계는 병원전 단계로서 응급의료 체계에서 대단히 중요한 의미를 지닌다. 응급의료 통신망체계(tele-communication)는 응급의료정보센터에 대한 환자 발생 신고에서부터 지역 구급차센터나 응급의료기관에 대한 구급차 출동 요청, 출동한 구급차와 응급의료기관의 병원전 처치단계(pre-hospital phase)에서의 긴급연락을 위하여 꼭 필요한 요소로서 질병 상담, 병원 안내, 구급차 출동 등 적절한 사전 서비스를 제공하는 응급의료전상망과 정보센터와 병원, 병원과 구급차, 구급차와 의사간을 이어주는 유·무선 통신망 체계를 말한다.



자료 : 서울시정개발연구원(1995: 75).

<그림 1> 한국의 응급 의료 체계 구성표

현재 우리나라에서는 모든 현장 응급환자 처치·이송 관련 신고는 119로 통일하여 운영하고 있다. 응급상황이 발생한 경우에는 119나 1339번으로 전화하여 응급처치를 위한 도움을 요청한 후 누구라도 즉시 필요한 간단한 응급처치를 시행하는 것이 대단히 중요하다. 119에서는 환자이송 및 응급처치에 관한 도움을 받을 수 있으며, 응급환자 정보센터인 1339에서는 응급처치 요령, 병원 안내, 질병 관련 정보 등의 도움을 받을 수 있다. 1339번은 보건복지부 산하 응급환자 정보센터의 전화번호로서 실질적인 응급환자 후송업무를 담당하지 않고 질병 안내나 병원 상담을 주 업무로 하고 있기 때문에 실질적인 응급

환자의 후송을 담당하는 신고전화는 119번이라 할 수 있다(배일순, 2001: 24).

119에 전화가 연결되면 119 상황실 통신 근무자에게 기본적인 사항을 정확히 구두로 전달해야 하며, 구급차가 현장에 도착할 때까지 연락체계를 계속 유지함으로써 간단한 긴급 응급처치법에 대한 조언에 따라 위급한 상황에 대처해야 한다.

반드시 119에 연락하여야 할 응급상황으로는 ①기도폐쇄 ②무호흡 ③심장마비 ④심장발작이나 흉통 ⑤의식소실 ⑥심한 출혈 ⑦척추손상 ⑧경련 ⑨마비 ⑩의수 ⑪중등도 이상의 화상 ⑫전기손상 ⑬자살기도 ⑭분만진통 등이 있으며, 응급환자 신고시 반드시 전달해야 할 사항으로는 ①환자가 발생한 위치, 주소 및 전화번호 ②응급상황이 발생한 경위와 환자 상태 ③주위의 위험요소 유무 ④환자의 숫자 등을 들 수 있다.

그 동안 우리나라 응급의료 체계는 긴급구조 체계의 일환으로 보건복지부, 행정자치부의 소방국, 민방위국, 재난관리국 등에 분산·관리되어 왔으나 2004년 3월 2일 재난관리 전담기구인 소방방재청 신설과 관련된 정부조직법 개정안이 국회에서 통과됨으로써 행정부 요청으로 소방방재청을 신설하여 각종 재난에 대한 예방, 대응 및 복구기능을 강화하고 효율적인 안전관리 체계를 구축하는 업무를 전담하도록 하였다.

이에 따라 긴급구조 체계의 핵심적인 한 부분인 응급의료 체계 역시 2004년 6월 1일부터 설립된 소방방재청이 중앙 행정단위의 역할을 하고, 도단위의 광역단체에는 소방본부를 설치하고, 시·군 단위에는 소방서를 설치하여 119 전화로 통합관리하고 있다.

현행 응급의료에 관한 법률 시행규칙(2003.2.10 전문개정, 보건복지부령 239호) 제 39조에 의하면 구급차 등이 환자를 이송하거나 이송하기 위해 출동하는 때에는 법 제 48조의 규정에 따라 응급구조사 1인 이상이 포함된 2인 이상의 인원이 탑승하도록 의무화하고 또한 의료법에 의한 의사 또는 간호사가 탑승할 경우에는 응급구조사가 탑승하지 아니 할 수 있다 라고 규정하고 있으나 구급차에서 응급처치 장비가 제대로 구비되지 못한 점이 구조에 큰 장애가 되고 있다.

119 구급대원으로 채용되기 위해서는 응급구조사 자격 취득 후 2년간 실무경험이 있어야 하는데 이러한 요건

을 충족하는 사람이 부족한 것이 현실적 문제이다.

응급구조사 1급은 주로 간호사 중에서 자격을 취득한 사람이고, 2급은 행정자치부 소방학교나 대학의 응급구조사 특별과정을 이수하고 자격을 취득한 사람인데 대부분이 소방공무원 중에서 양성교육과정을 이수한 사람들이다(박윤미, 2003: 78).

병원처치단계(hospital care phase)는 우리나라의 경우 설치기준에 따라서 응급의료센터병원, 응급의료지정병원, 비지정병원의 3단계로 구분되어 운영되고 있다.

### ③ 선진국의 긴급구조체계

선진국에서는 대체로 국가 존립목적과 일차적 사명이 국민의 생명과 재산을 지키는데, 즉 국민의 안위를 책임지는데 있다는 의식이 뚜렷하기 때문에 보다 완벽한 재난구조 체계를 갖추기 위해 부단한 노력을 기울이고 있으며, 또한 재난구조 체계의 실제적 충실성이 선진국 판단의 척도가 된다.

선진국의 경우 1950-1960년대부터 복지예산을 집중 투입하여 긴급구조 체계의 구축을 위해 노력해 오고 있다.

미국, 영국, 프랑스 등의 선진국에서는 경찰과 군인은 40시간 이상의 응급처치 교육을 필수적으로 받도록 하고, 시민교육 역시 주기적으로 개최하는 등 응급상황에 대한 민, 관, 군의 구조 체계를 활성화하고 있다.

1960년대 초반 교통사고 사망자가 급증하면서 응급의료 체계 구축에 노력을 기울인 미국의 경우 1970년대부터 백악관이 주도하여 응급의료기금을 확보하는 등 완벽한 응급의료 체계의 정착을 위해 국가적인 차원의 노력을 경주하고 있다(박윤미, 2003: 22).

미국의 경우, 정부 조직인 "911 긴급구조(Rescue 911)"에서 운영하는 하나의 번호(911)로 통일되어 있어 재난 신고 체계가 일원화 되어 있다. 우리나라의 119와 달리 수화기를 들지 않고 번호만 눌러도 신고가 전달되어 구급대나 경찰이 신고자의 위치를 파악하고 5분 정도 만에 현장에 도착하도록 체계가 되어 있다.

연방 차원에서는 연방 위기관리청, 주 차원에서는 주 위기관리 기구와 비상대책 본부가 긴급구조를 위한 준비를 갖추고 있다. 비상대책본부는 각종 재해 발생시에 설치되는 비상 기구로써 재해를 통합 관리하는 중심적 역

할을 하고 있다.

지역별로는 모든 인명 구조 활동이 911 긴급구조(Rescue 911) 체계에 의하여 이루어지고 있고 각 시나 구 단위의 예산으로 운영되며 911 상황실에서 주민들의 인명 구조 요청 등 긴급상황 발생 신고를 전화로 받아 접수자가 즉각 담당 기관에 통보하여 처리하도록 하는 지역 단위의 중앙 통제기구이다. 24시간 지속적으로 운영되는 911 상황실 근무자는 신고 접수 후 즉시 무선이나 전화로 순찰차, 소방차 또는 구급차를 출동시키고 필요에 따라 구급 헬기를 출동시키기도 한다. 특히 응급 환자의 경우에는 구급차의 출동과 함께 응급구조사를 파견하여 응급조치를 적시에 취하도록 하고 있다.

프랑스의 경우에는 소방관서가 모든 재해 업무를 담당하고 있다는 점이 특징적이다. 소방관의 90%가 재해 관리 업무, 10%가 화재 진압 업무를 주 임무로 하고 있는데, 전문적인 응급처치를 필요로 하는 경우에 대비하여 의사와 약사를 대원으로 선발하여 소방관으로 임명함으로써 많은 생명을 구하고 있다.

긴급 사태가 발생한 경우 전화 15번에 신고하면 즉시 응급처치구조대인 SAMU(Serviced Aide Medicale Urgente)가 출동한다. 24시간 지속적으로 운영되는 각 지역 본부에 신고가 접수되면 상황에 따라서 환자나 부상자를 병원으로 수송하기 위하여 구급차를 출동시키거나 현장 근처에서 개입하고 있는 의사를 출동시킨다.

프랑스 인명구조 체계의 장점은 소방대에 재해 또는 화재의 신고가 접수되면 자동적으로 SAMU에도 통보가 되고, SAMU에서 필요하다고 판단하는 경우에는 다른 조직의 장비는 물론이고 군경의 장비까지도 즉각 동원할 수 있는 통합적인 체계를 갖추고 있다는 점이다.

일본의 경우에는 지리적으로 태풍의 경로에 위치하고 있어 풍수해를 입기 쉬우며, 환태평양 지진대에 위치하여 잦은 지진을 겪는 이유 때문에 특히 자연적 재해에 신속하게 대응하기 위한 통합적인 재난 관리체계를 구축하고 있다. 긴급 구조의 경우 소방 관서에서 모든 재해 상황에 대하여 인명 구조 활동을 할 수 있도록 통합 관리하고 있다. 1970년대 응급환자가 병원을 전전하다 사망한 사건을 계기로 응급의료정책이 수립되어 시행하고 있는데 단일전화인 119 전화로 신고를 받아 대응하도록 하고 있으며 응급구조사가 심장진기충격요법까지 가능하도록

록 고도의 의료 장비를 실은 구급차를 확대 보급하고 있을 뿐만 아니라 정보전달 체계 구축을 비롯한 방재 정보 시스템의 첨단화에 노력을 기울이고 있다.

영국의 경우에는 긴급 재해를 입은 시민이 단일 전화 999를 연결하면 본부 상황실에서 즉시 사고 지역에서 가까운 소방서, 파출소 또는 구급소에 통보를 하여 필요한 장비를 갖추고 현장으로 출동하도록 체계를 마련하고 있다.

살펴 본 바와 같이, 선진국들의 긴급구조 체계는 인명 구조와 응급의료 업무를 대체로 소방관서에서 담당하고 있으며, 재해 현장에서의 체계적인 응급의료 서비스를 제공할 수 있도록 하기 위하여 응급구조사 등 긴급구조 인력을 적극적으로 양성, 관리하고 있다. 또한 재해 발생 시 유관 기관간의 횡적 연대 및 소통이 거의 자동적으로 이루어 질 수 있도록 방재 시스템을 구축하고 있어서 인명 구조와 동시에 응급 의료가 적시에 적절하게 이루어 질 수 있도록 하여 보다 많은 귀한 생명을 구하고 있다 (이광훈, 1996: 48-50).

④ 우리나라의 응급의료체계의 문제점

통신(tele-communication)은 응급의료체계에서 가장 중요한 요소로서 일반 시민들이 쉽게 기억하고 쉽게 이용할 수 있어야 하며 직접 신속하게 통화가 가능해야 한다.

현행 응급의료 통신망 체계는 통합되어 있지 않고 소방본부의 119, 보건복지부의 1339로 분리되어 있고, 소방서와 정보센터의 쌍방향 통신이 이루어져야 함에도 불구하고 상호간 원활한 노동에 한계가 있을 뿐만 아니라 통신망 주파수가 한계가 있는 문제점과 지역격차가 큰 통화의 품질이 또한 문제가 되고 있다.

적시의 적절한 응급처치는 환자의 생존과 직결되는 중요한 요소로서 중증의 환자의 경우에는 현장에서 적절한 응급처치를 한 후 병원으로 신속하게 이송하는 것이 가장 중요하다. 그러나 능력있는 응급 의료 인력의 부족으로 인하여 현장에서 적절한 응급처치를 받지 못해 많은 생명을 잃고 있는 것이 안타까운 현실이다.

응급의료 기관은 응급의료센터, 응급병원, 비지정 병원의 분포가 피라미드 형태를 갖추어야 하나 지역별 병원 분포가 서울특별시와 광역시에는 밀집해 있는 반면에

지방의 경우에는 응급의료를 위한 병원들이 드물게 산재해 있는 관계로 응급의료 센터가 없는 지역에서는 응급환자를 원거리 병원으로 이동해야 할 어려움이 있다.

응급의료 센터를 책임지고 있는 의료 인력의 구성에도 질적으로 많은 문제가 있다. 응급 실장의 경우 병원의 유형에 관계없이 80% 이상이 겸직하고 있으며 응급 실장이 없는 경우도 상당수 있을 뿐 아니라 응급 의료 센터에서는 외상팀, 심장팀, 소생팀 등 전문팀이 구성되어야 환자의 생존율을 높일 수 있으나 이에 필요한 응급의학 전문가가 대단히 부족한 것이 현실이다(배일순, 2001: 39-41).

무엇보다도 우리나라의 응급의료 체계의 가장 큰 문제점은 응급의료 체계에서 가장 중요한 병원진 단계의 업무가 효율적으로 통합되어 있지 못하고, 구급차를 운영하고 있는 이송기관이 119구급대, 의료기관, 한국응급구조단 등으로 다원화되어 있으며, 정부차원에서도 응급의료 체계의 통합적 관리와 준비를 위해 노력을 기울이고 있지만 부처간 이기주의 등으로 인하여 적극적인 정부 차원의 투자나 체계의 준비가 미흡한 실정이다. 또한 응급의료 서비스의 주요 공급 주체인 민간 의료기관이 이윤 창출이 거의 없는 응급의료 서비스를 기피하는 등 효율적인 통합적 응급의료 체계가 정비되어 있지 못하기 때문에 해마다 많은 귀한 생명을 제대로 구하지 못하고 있다(박운미, 2003: 2).

#### ⑤ 우리나라 응급의료체계의 발전 방향

응급의료 체계란 불의의 사고나 질병이 발생했을 경우 신속한 응급처치와 병원진료를 통해서 응급환자의 신체와 생명에 대한 중대한 위험을 예방하거나 감소시킬 수 있도록 응급환자의 병원진 치료 체계, 신속한 이송 체계, 그리고 병원진료 체계를 마련하고, 각 체계를 유기적으로 연결시키는 통신체계를 갖춘 연결체계를 말한다.

또한 의료적 측면에서 볼 때 응급의료 부분은 기존의 여타 전문진료 분야와는 달리 각 전문진료 분야에서 응급의료와 관련된 지식을 집중화하여 새롭게 전문화한 통합·포괄적인 의료영역이라는 것이 특징적이다.

응급의료는 현장에서의 신속하고 정확한 응급처치와 신속하고 안전한 이송 및 병원에서의 적절한 치료가 필수적 요소가 된다. 이를 위해서는 응급의학 전문의와 응

급구조사 등 전문인력 양성과 신속하고 안전한 이송체계를 위한 정보센터의 기능을 단일화 할 필요성이 제기된다. 또한 적정성 평가를 통한 의료의 질 향상 추구 등 응급의료 체계 정비와 의료수가 체계의 개선을 통해 응급의료 체계에 대한 적정 보상을 보장해 주는 것도 응급의료의 질을 높이기 위한 정책적 방안이 될 수 있다(인터넷 병원신문, 2004.11.5).

정부에서는 119 구급대의 신속한 이송능력과 1339 응급의료정보센터의 응급의료정보 관리 능력 사이의 유기적 연계를 위한 통합 상황실 구성과 양 기관간의 전용 통신망 구축을 위해 관련 부처간 협의를 거쳐 적극적으로 추진하고 있으며, 또한 1339 응급의료정보센터의 응급의료정보 관리능력을 보강하기 위하여 장기이식정보체계, 중독물정보관리체계 등 응급의료 관련정보에 대해서도 정보관리 체계를 마련하여 통합적인 응급의료 정보관리를 하고 이를 전국 단위로 확대하기 위해 노력하고 있다.

병원진 진료 단계의 질적 개선을 위하여 응급구조사 양성제도 개선과 응급구조사의 전문성 제고를 위해 응급구조사 시험과정을 개편하여 실기시험 등의 도입을 적극 추진하고 있다.

이송체계의 보강을 위해서 공공부분에서는 119 구급대의 이송능력 제고 및 기능 보강을 추진해야 하며 이송중 응급환자 처치가 가능한 특수 구급차를 확대 배치해야 하며, 병원 구급차의 적극적 활용을 위한 일반 의료기관 구급차의 당직제 등 정책 대안을 적극 검토하며, 민간 부문에서는 공공성을 담보 할 수 있는 기업을 중심으로 민간 이송업자를 중점 육성 지원하는 것도 지역을 거점으로 하는 이송체계 확보를 위해 필요한 대안이 될 수 있다.

병원진료 단계의 개선을 위해서는 각 지역별 응급의료 체계 구성을 위해 권역별 응급의료센터 건립을 지속적으로 추진하고 있으며, 이는 각 지역내 거점 병원과 연결하여 응급중환자의 집중·전문 치료와 지역내의 재난관리 체계, 이송체계를 수행하도록 하여 각 지역내의 응급의료 체계의 중심적인 기능을 담당하도록 하는 것이다.

#### (2) 의료보험제도

##### ① 실제적 건강보험혜택의 문제

정부는 경제가 어려울수록 보험혜택을 많이 주어 국민들의 의료비 부담을 줄여주어야 하지만, 오히려 무리한 정책 추진으로 생긴 재정적자를 국민의 보험료로 메우는 데만 급급, 보험혜택이 줄어들었다는 지적을 받고 있다(조선일보, 2004. 10. 6, a). 2001년 이후 정부가 보험혜택을 확대한 것은 본인부담 상한제(300만원)를 도입한 것 항암제 치료시 보험에서 6회 인정해주던 것을 9회로 늘린 것 간염치료제 제픽스정의 보험 혜택을 최대 1년에서 2년으로 연장한 것 등에 불과하다.

건강보험료는 최근 크게 올랐으나, 그에 비해 건강보험 혜택은 상대적으로 계속 줄고 있는 것으로 나타났다.

2004년 10월 6일 국민건강보험공단의 '건강포럼지에 실린 김진현 인제대 교수의 논문에 따르면, 병·의원에서 진료를 받을 때 건강보험에서 받는 혜택은 현재 총진료비의 56.4%로, 2001년의 65.5%에 비해 9.1%포인트나 떨어진 것으로 나타났다. 이 결과는 건보 공단의 내부 조사결과를 인용한 것이다. 이에 따라 환자가 병·의원에 내는 돈은 2001년 총진료비의 34.5%에서 2002년 37.3%, 2003년 41.2%, 올해 43.6%로 크게 늘어난 것으로 나타났다.

정우진 연세대 보건대학원 교수는 환자 부담액이 늘어나게 된 것은 건강보험 통합과 의약분업을 무리하게 추진한 여파로 건강보험 재정이 적자로 전략, 보험료를 크게 올리고도 보험혜택을 늘리기 보다는 적자 메우는 데 사용하였을 뿐 아니라, 정부가 재정적자를 줄이기 위해 병·의원의 진료비를 통제하면서 병·의원들이 보험 적용이 안 되는 진료나 신기술 진료를 상대적으로 늘린 것도 원인이라고 하였다.

② 건강보험료 형평성의 문제

국민건강보험공단이 2004년 10월 6일 국회 보건복지위 이기우의원(열린우리당)에게 제출한 국정감사 자료에 의하면 10억원 이상(국세청 종합토지세 과세표준금액 기준)의 재산을 가지고 있으면서 보험료를 내지 않는 피부양자가 2004년 7월 현재 454명이며, 건강보험 피부양자 1636만2000명중 재산보유자는 모두 313만2000명. 이 가운데 재산이 2억~3억원 이하는 2만1000명, 3억~5억원 이하 9000명, 5억~10억원 이하가 3000명인 것으로 나타났다(문화일보, 2004. 10. 6).

재산을 보유하고 있으면서도 이같이 보험료를 내지 않아도 되는 이유는 소득요건만을 규정하고 있는 현행 제도 때문으로서 보건복지부가 고시한 피부양자 인정기준 제3조는 재산보유자라 할지라도 소득이 없으면 직장가입자의 피부양자 자격을 취득할 수 있으며 사업자 등록이 되어 있지 않은 자로 사업 및 임대 소득의 연간 합계액이 500만원 이하인 경우도 마찬가지다. 이 같은 사례는 최저생계비에도 못미치는 월 30만원만 받아도 보험료 5600원을 내야 하는 직장 가입자와 형평성 문제가 있다고 의원은 지적했다.

③ 개인정보 보호의 문제

전국민의료보험시대에 있어 각종 진료와 검사를 통하여 개인의 신상정보, 건강정보 및 유전자정보 등이 정보 시스템을 운용하는 과정에서 노출될 수 있는 위험이 상존하게 되었다.

이러한 정보는 의학적으로 선용될 수도 있으나 단순 연구목적이나 특수한 약품제조 등의 상업적 목적을 위한 정보로 이용될 수도 있을 뿐만 아니라, 행정기관에서 개인의 특별한 신원에 대한 확인이나 관리의 목적 또는 수사상의 목적으로 사용될 수도 있고, 심지어는 보험회사에서 가입자에 대한 등급분류의 목적으로 이용될 수 있다(손영수, 2003: 264-272).

오늘날의 사생활의 자유와 비밀은 특별히 개인의 특성과 비밀의 보호를 위하여 "정보개인결정의 권리"와 "모를 권리"를 그 핵심으로 보호해야 할 것이나 국민건강보험공단이 개인 정보 및 질병 정보를 무더기로 외부 기관에 제공하고 있는 것으로 드러났다. 더욱이 건강보험공단 1만여명의 직원 중 질병 정보 등 자료를 열람할 수 있는 권한을 가진 사람이 30%에 해당하는 3017명에 달해, 이를 엄격히 제한해야 한다는 지적도 일고 있으나 건강보험 공단측은 "검찰, 국가정보원, 국방부, 국민연금관리공단 등 21개 기관이 개인급여내역을 요청할 수 있도록 형사소송법이나 국민연금법 등 공식적인 자체 법 근거를 가지고 있다"며 "이들 기관이 요청하면 법에 따라 안 줄 수 없는 실정"이라고 하고 있어 우려를 낳고 있다(조선일보, 2004. 10. 6, b).

④ 의료체계의 위기

의약분업의 시행을 둘러싸고 펼쳐진 극한적인 대립과 갈등은 현행의료체계가 사회통합의 장애를 초래할 만큼 중대한 위기상황으로 빠져들고 있음을 보여 주었다고 할 수 있다. 의료체계의 위기는 오래전부터 감지되었고, 정부도 몇 년 전부터 의료개혁위원회를 구성하여 총체적인 의료개혁의 방안을 강구하는 등 위기극복을 위한 노력을 해오고 있으며, 의료계 역시 임상현장에서 의사와 환자가 치료적 대화를 펼칠 수 없게 만드는 의료체계의 왜곡, 특히 사회보장적인 의료보험제도의 기능적 한계와 구조적 결함에 대해 과학적 분석에 바탕을 둔 강한 비판을 본격적으로 가하고 있다. 또한, 최근에는 경제·경영학자나 사회학자 또는 법학자와 같은 사회과학자들도 의료체계의 문제에 대해 논의하기 시작했다. 그러나 논의의 결실은 매우 보잘 것 없다. 국민건강보험법의 제정·시행에 의해 의료보험자들이 조직을 통합하고, 의보수가를 약간 올리며, 의보수가를 정하고 분배하는 일에 다소 민주적인 의사형성의 기제를 만들어 넣은 것이 전부이다.

의약분업의 갈등은 단순히 의사와 약사 사이의 직능 영역에 대한 싸움이 아니라 의료체계가 마치 방산의 일각처럼 자신의 일그러진 모습의 작은 한 단면만을 시민사회와 공론영역에 내비춘 사건이라고 볼 수 있다. 만일 의료체계의 개혁이 현행 국민건강보험법과 같은 매우 제한된 기회, 즉 민주적 정당성보다는 재정적 효율성의 향상에 쏠린 편협한 개혁의 한계를 뛰어넘어, 의료가 행해지는 생활세계, 이를테면 의료사회와 의료문화 그리고 의료 인격을 민주적으로 재생산하는 근본적이고 전면적인 개혁이 되었다면, 의약의 직능갈등은 아마도 그리 어렵지 않게 합리화된 새로운 의료체계 속에 용해되었거나, 적어도 새로운 의약제도를 잉태하는 생산적인 요소로 전환되었을지도 모른다.

그러므로 지금의 의료체계에서는 의사도 환자도, 모두가 '구조적으로 일그러진 사회체계 속에서 개인만의 합리적인 행동을 하라'는 개인주의적인 도덕관념에 환상적인 기대를 걸거나, 구조적 왜곡에 따른 개인의 불합리한 행동을 권력적으로 진압하거나, 아니면 비록 합리적인 하나 불법적이거나 탈법적인 개인적 행동의 추세를 그저 따라가기만 할 수 밖에 없는지도 모른다.

향후의 의료체계는 자율적 의료체계의 기획에 따라 상호작용적인 두가지 하부체계 즉, 공공의료체계와 민간

의료체계로 구성하여 자유주의적인 의료체계와 사회국가적인 의료체계의 조화를 이룰 수 있도록 법제화 되는 것이 바람직하다고 생각한다(이상돈, 2000: 69-113).

## 2) 인구통계학적 측면

### (1) 저출산·고령화의 문제

저출산·고령화의 문제를 국가위기로 인식하여 정부는 2005년 3월 14일, '기본법'이 국회에서 처리되는 대로 대통령을 위원장으로 하여 관련 부처가 모두 참여하는 '저출산·고령사회위원회'를 구성하기로 하였다(조선일보, 2005.3.15).

정부가 이와 같이 저출산 대책에 나선 것은 급격한 인구 감소로 인하여 군 입영병력의 감소, 취학 아동의 감소, 연금과 건강보험 재정의 악화 등이 초래되고, 평균 수명의 연장으로 노인 인구의 비율이 2005년 9.1%에서 2023년 20.8%의 초고령사회에 이르는 심각한 사회·경제적인 문제가 이미 대두되기 시작하였다는 판단에 따른 것이다.

우리나라의 출산율은 2002년 1.17명, 2003년 1.19명, 2004년 출생아 수는 48만1천명으로 사상 최저를 기록하였으며 이는 1.15%의 출산율로서 OECD 국가 중 최하위 수준인 상태로, 정부는 일단 우선 목표로 출산율을 OECD 평균 수준인 1.6명으로 높인 후 장기적으로는 1.8명 수준까지 올리도록 하겠다고 하였다.

국회의 임태희·안명옥 의원 등은 대학·대학원생들로부터 저출산·고령사회의 문제와 해결책에 관한 연구를 공모하는 등 관심을 나타내는 한편, 국회는 2005년 5월 4일 '저출산고령사회기본법'을 통과시킨데 이어 '저출산 및 고령화 사회 대책 특위'를 설치하는데 합의하였다.

## IV. 결 어

의학분야에서의 국가위기관리에 대한 논의를 위하여 먼저 의학분야의 국가적 문제들을 중·장기적 만성 잠재적 위험·위험 요소와 단기적 급성 현존 위기에 대한 대응의 견지에서 나누어 볼 수 있다.

보건의료체계의 마비로 인해 국민의 건강과 보전에 심각한 위해가 가해지는 사태가 발생하게 되면 이는 국가책임기반의 위기로서 이 범주에 속하는 국가적 위기의

형태는 ①보건의료노조의 파업으로 대규모 병원 서비스 중단 ②전국 의사의 집단 진료거부로 대규모 병원 서비스 중단 ③전국 약국의 집단 영업 거부로 대규모 의약품 공급 장애 ④혈액수급 부족으로 대규모 혈액 공급 장애 등을 들 수 있다.

최근 SARS와 조류 인플루엔자를 경험하면서 얻은 귀한 교훈은 신종전염병은 보건·의료영역만의 문제가 아니라 사회·경제적으로도 막대한 손실을 가져오는 국가 전체의 위기라는 점이다. 위기의 형태에는 첫째, 해외에서 발생한 신종 전염병에 감염된 환자가 공항·항만 등을 통해 국내로 입국, 전국적 규모로 확산되어 대규모 전염병 환자가 발생하는 경우 둘째, 국내에서 발생한 신종 전염병이 전국적으로 확산되어 대규모 전염병 환자가 발생하는 경우 셋째, 태풍·집중호우 등 자연재난으로 인한 수해지역에서 대규모 수인성 전염병 환자가 발생하는 경우와 기존 전염병이 전국적 규모로 확산되어 대규모 전염병 환자가 발생하는 경우 등을 들 수 있다.

테러의 한 형태로만 막연히 인식되어 오던 생물무기를 이용한 생물테러는 다양한 형태의 테러가 지니는 국가 위기관리전략 상의 모든 문제점과 함께 재난 분야의 위기의 한 형태인 전염병 위기상황을 동시에 유발할 수 있는 속성을 함께 지니고 있기 때문에 21세기 국가 위기 관리전략의 최악의 대상 주인공이 될 수 있는 위험을 다분히 지니고 있음을 미국에서의 탄저균 생물테러를 통해 여실히 보여 주었다.

매년 4만여명의 미숙아가 태어나는데 이는 전체 신생아의 약 8%를 차지한다. 국민의 한 사람 한 사람으로서 태어나는 많은 수의 미숙 조산아의 문제를 현재대로 방치한다면 결국 국가 전체의 질을 심각하게 떨어뜨리는 일이 되며, 매년 4만여명이나 되는 숫자는 가히 국가위기 수준의 문제로 수용해야 할 필요성이 있다. 저출산 문제를 국가위기로 절감하면서 조산아를 위한 특별 관리 시스템이 사실상 없다는 것은 국가 정책을 마련하기 이전의 사실 인식의 오류이다.

국가위기를 단기적·급성 위기에 한정해서 국가위기 관리의 대상을 삼는다는 것은 결국 미봉책이 되고 만다. 따라서 장기적 안목에서 중·장기적 만성 잠재적 위험·위협 요소에 대한 관리가 함께 이루어 져야 국가위기 관리의 효율성을 높일 수 있을 뿐 아니라, 국민의 생명권, 행

복권, 안전권 등 기본권을 보호하는 국가정책의 궁극목표를 달성할 수 있는 수단이 될 수 있다.

<참고문헌>

- ▷ 국가안전보장회의사무처/보건복지부. 2004. 「전염병」 위기관리 표준매뉴얼.
- ▷ 국립보건원. 2002. 생물테러대비정부통합계획. 감염발생정보. 2002. 4 (특집기사).
- ▷ 박윤미. 2003. 한국의 응급의료체계에 관한 연구. 조선대학교 경영대학원 석사학위논문.
- ▷ 배일순. 2001. 국가 재난대비 군(軍) 응급의료지원체계 연구. 연세대학교 보건대학원 석사학위 논문.
- ▷ 보건복지부 질병관리본부. 2005.3 신종전염병 위기관리 훈련지침 (참관인).
- ▷ 서남열. 2005. 국가위기관리의 이해. 자치인력개발원 교수부.
- ▷ 서울시정개발연구원. 1995. 서울시 위기관리 체계 구축에 관한 연구.
- ▷ 손영수. 2003. 유전자 프라이버시 보호정책의 필요성에 관한 고찰. 외법논집 15: 257-298.
- ▷ 이광훈. 1996. 한국의 재난관리 행정체제에 관한 연구(긴급구조체제를 중심으로). 서울대학교 행정대학원 석사학위 논문.
- ▷ 이상돈. 2000. 의료체계와 법. 서울: 고려대학교출판부.
- ▷ 이상돈·홍성수. 2000. 법사회학. 서울: 박영사.
- ▷ 이재은. 2000. 한국의 위기관리정책에 관한 연구(집행구조의 다조직적 관계 분석을 중심으로). 연세대학교대학원 행정학과 박사학위논문.
- ▷ 천병철. 2004. 인수공통감염증의 역학적 특성. 대한의사협회지 47(11): 1019-1034.
- ▷ 최철순. 2004. 사람에서의 세균성 인수전염병 발생현황. 대한의사협회지 47(11): 1035-1047.
- ▷ Cigler, Beverly A. 1988. *Emergency Management and Public Administration*. In *Crisis Management : A Casebook*, edited by Michael T. Charles and John Choon K. Kim. Springfield, IL : Charles C. Thomas Publisher.
- ▷ Giuffrida, Louis O. 1985. FEMA : Its Mission, Its Partner. *Public Administration Review*, 45(Special Issue, Jan.) : 2.
- ▷ Pauchant, Thierry C. and Mitroff, Ian I. 1990. *Crisis Management : Managing Paradox in a Chaotic World*. *Technological Forecasting and Social Change*, 38(2) : 117-134.
- ▷ 경인일보. 국가위기관리 시스템 요지. 2004.09.09일자.
- ▷ 국민일보.[조산아, 생명을 살립시다]무관심 속에 년 1만명이 숨진다. 2004.9.13일자.
- ▷ 국민일보.[조산아, 생명을 살립시다]실태와 대책. 2004.9.13일자
- ▷ 국민일보.[조산아, 생명을 살립시다]열악한 의료현장(상). 2004. 11.

1일자.

- ▷ 문화일보. 10억 재산가도 건보료 안낸다. 2004.10.06일자.
- ▷ 인터넷 병원신문. 응급의료체계 공청회. 2004.11.5일자.
- ▷ 인터넷자료. 생물테러가능병원체.
- ▷ 의협신문. 초극소 미숙아 '엄지공주'. 2005.5.9일자.
- ▷ 조선일보. 개인 급여·질병정보 무더기 유출. 2004.10.06일자.
- ▷ 조선일보. 열받는 建保 혜택 또 줄었다. 2004.10.06일자.
- ▷ 조선일보. 저출산·고령화대책 대통령이 나선다. 2005.3.15일자.
- ▷ <http://healthpolicy.netian.com>.
- ▷ <http://www.kinds.or.kr>
- ▷ <http://news.kha.or.kr>.
- ▷ <http://home.inpia.net>.

---

**孫英錄:** 1989년 서울대학교에서 의학 박사학위를 취득하고(논문: 사람의 양막세포 초대배양시 17 $\beta$ -estradiol과 progesterone이 PGE<sub>2</sub>의 생성과 대사에 미치는 영향), 2001년 한국외국어대학교에서 법학 박사 학위를 취득하였으며(논문: 위기의 생명을 위한 통합적 정의), 현재 제주대학교 의과대학 교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 생명윤리, 의료체제와 행정이다. (art3255@hanmail.net)

