

The Effect of Government Accountability on Crisis Management

- A Case of MERS-CoV in Korea -

Geun Ho Choi[#], Tae Ho Eom⁺

Department of Public Administration, Yonsei National University, 52 Singchon-ro, Seodaemun-gu, Seoul, Korea

Abstract

This study is concerned with government responsiveness and accountability during the MERS crisis in Korea. In this context, we explain the responsiveness of the government from technical, administrative and institutional perspectives. Then we discuss crisis communication during the outbreak, focusing on why the Korean government failed to manage at the institutional level. One of the main reasons of the failure was found to be insufficiency in technical and managerial responsiveness. For example, government agencies did not use crisis communication strategies or pre-event planning in technical and managerial level. A more fundamental reason, however, would be that there was very little emphasis on public health across government organizations. More specifically, governmental expenditure was allocated more to social welfare than public health in Korea.

Key words: MERS crisis, accountability, responsibility, crisis communication, risk communication

1. 서론

한국은 보건복지부와 질병관리본부의 방역관리체제에도 불구하고, 2015년 5월 20일 중동호흡기증후군(MERS) 첫 확진자가 발생함으로써 해외 감염병의 유입 방지에 실패하였다. 곧 이어 5월 21일 의료진 및 가족 64명을 격리조치하는 한편, 이후 관리대책본부 및 TF 운영, 역학조사 등을 실시하였으나 이는 엄격히 관리되지 않았고 이러한 미흡한 대응이 중동호흡기증후군의 확산 방지에 실패하였다는 평가를 받는다(Park, 2015). 이후 감염병 관리체계에 대한 비판과 함께 여러

제도적 보완점이 논의되었으며(Choi, *et. al.*, 2015a, 2015b; Na & Kim, 2015; Park, 2015), 감염병 관리체계에 대한 예산 및 조직구조 상에서도 제도적인 개선을 실시하였다.

MERS와 같은 질병을 관리하는 정부조직인 보건복지부와 질병관리본부는 공공가치와 공공의 목표를 추구하기 위해 중요한 역할을 수행하는 정부의 구성 단위이다. 또한 전문성을 동반한 관료조직이며, 지속적인 성과에 대한 논의가 진행되는 현재의 행정환경에서는 조직의 목적과 기능에 맞는 성과를 창출해야 한다. 또한 국가의 국민에 대한 안전권 차원에서 전염병과 같은

[#] The 1st author: Geun Ho Choi, Tel. +82-2-2123-2955, Fax. +82-2-2123-2955, e-mail. holicsky@gmail.com

⁺ Corresponding author: Tae Ho Eom, Tel. +82-2-2123-2960, e-mail. theom@yonsei.ac.kr

질병에 대한 관리는 정부의 대응성과 책임성 측면에서 중요한 요소라고 볼 수 있다. 보건복지부와 질병관리본부는 2003년 중증호흡기 증후군과 2009년 신종플루를 경험하면서 두 가지 질병에 관련한 바이러스 관리에 대해 성공적인 평가를 받았다. 특히 OECD 국가들과 비교한 결과 한국에서 인플루엔자는 관리 수준이 높은 질병이었으며(Jang, *et. al.*, 2014), 보건의료의 질도 좋은 수준에서 유지되었다(Park & Jang, 2012). 하지만 MERS 사례에서는 방역과 확산 방지에 모두 부정적인 성과를 만들었고, 미흡한 방역성과는 정부에 대한 신뢰에 영향을 미쳤다.

기존의 선행연구들은(Choi, *et. al.*, 2015a, 2015b; Na & Kim, 2015; Park, 2015) MERS 유입방지 실패와 확산방지 실패에 대해 기술적, 관리적 수준에서의 실패 원인을 분석하고 있지만, 정부조직을 둘러싼 제도적 환경까지 논의하지 않은 한계가 있다.

MERS 사태의 경우 정부가 중심이 되어 위기를 관리한 사례이기 때문에 보건 영역과 관련된 정부조직을 둘러싼 환경을 살펴보아야 할 필요가 있다. 또한 정부조직의 커뮤니케이션이 누구에게 어떻게 시행되었고, 한계점이 무엇인지를 살펴봄으로써 이러한 정부조직의 커뮤니케이션이 정부조직에게 요구되는 책임 및 대응에 어떠한 영향을 미쳤는지를 살펴보아야 한다.

본 연구는 선행연구 검토 및 MERS 사례 분석을 통해 헬스(health) 이슈와 관련된 위기 커뮤니케이션을 검토하고, 정부의 대응성과 책임성 차원에서 Thompson(1967) 정부의 대응성 관련 이론과 Romzek & Dubnick(1987)의 정부 책임성에 대한 이론을 활용하여 MERS 사례를 분석함으로써 당시의 정부의 대응과 책임성을 논의하고자 한다.

II. 이론적 배경

1. 위험 커뮤니케이션 논의

위험 커뮤니케이션의 정의에 관련된 논의는 다양하나, 일반적으로는 위기발생 전을 포함하여 위기상황과 위기이후에 이루는 전 과정동안 조직들과 언론 및 공중

Table 1. Types of risk communication

		Topic of Risk Communication		
		Environmental	Safety	Health
Function of Risk Communication	Care	Safe Use of Pesticides	Industrial Hygiene	Medical Communication
	Consensus	Environmental Impact Statement	Safety Planning	Setting Health Regulations
	Crisis	Natural Human-Caused Disaster	Industrial Plant Accidents	Bioterrorism or Disease Outbreak

※ Source: Lundgren & McMakin(2013).

들 간의 대화라고 설명한다(Fearn-Banks, 2001). 위험 커뮤니케이션은 기능과 주제에 따라 여러 가지 특화된 커뮤니케이션(technical communication)으로 나누어지는데, 이러한 특화된 커뮤니케이션은 과학적 또는 특화된 정보를 가지고 있는 커뮤니케이션으로서 정보전달, 교육, 때때로 설득의 목적을 가지고 있다(Lundgren & McMakin, 2013).

위험 커뮤니케이션을 기능적으로 분류하면 보호 커뮤니케이션(care communication), 합의 창출 커뮤니케이션(consensus communication), 위기 커뮤니케이션(crisis communication)으로 나눌 수 있다. 한편, 위험 커뮤니케이션을 주제에 따라 세 종류로 분류할 경우, 환경 커뮤니케이션(environmental communication), 안전 커뮤니케이션(safety communication), 헬스 커뮤니케이션(health communication)으로 나눌 수 있다(Lundgren & McMakin, 2013).

위의 <Table 1>는 위험 커뮤니케이션의 기능적 분류와 주제별 분류에 따른 연구영역들을 설명한다.

주제별 위험 커뮤니케이션 중 우리나라의 MERS 등과 같이 감염병 확산과 관련된 커뮤니케이션은 헬스 커뮤니케이션이라고 할 수 있다. 헬스(health)에 대한 정의는 다양하나 일반적으로 “신체적, 정신적, 사회적으로 완전히 행복한 상태”를 의미한다(Costello, 1977). 또한 건강과 질병을 안정된 상태로 유지되는 것이 아닌 동적인 과정으로서 건강과 질병을 개념화 한다. 이는 즉 건강과 질병이 모두 일정한 변화의 상태에 있는 것으

로 인식한다. 한편, 헬스 이슈에 관련된 커뮤니케이션의 정의는 다양한 기관 및 선행연구에 의해 개념화되고 있다. The U.S. DHHS(2005)는 건강을 증진시키기 위해 개인과 커뮤니티의 결정에 영향을 미치거나 정보를 제공하는 커뮤니케이션 전략의 이용과 연구로 정의하였고, NSW DH(2006)는 보건문제에 관해 공중에게 정보를 제공하며, 관련 이슈들을 공중의 아젠다로 유지시키는 핵심전략이라고 정의한다. 한편 학자들의 경우 Ratzan, *et. al.*(1996)은 중요한 보건 이슈에 대해 개인, 기관, 공중에 정보를 제공하고, 영향을 미치고, 동기부여를 하는 방법과 기술이라고 정의한다. Bernhardt(2004)는 공중의 건강을 향상시키기 위해 의도된 수용자들과 교환되는, 타당하고 정확하고 평가 가능하며 이해할 수 있는 건강정보들에 대한 과학적 개발과 전략적 확산 그리고 비판적 평가로 바라보고 있다. 마지막으로 Ratzan(2006)은 단순한 건강정보의 전달 뿐만 아니라 건강영역과 건강정책분야에 적극적으로 관여해 건강증진이라는 변화를 가져오는 것을 목표로 하는 커뮤니케이션 활동이라고 정의하였다.

한편, 위험 커뮤니케이션을 기능별로 분류했을 때, 보호 커뮤니케이션은 대다수의 청중들이 받아들일 수 있는 과학적 연구를 통해 위험성과 관리방안이 결정된 위험에 관한 커뮤니케이션이다. 보호 커뮤니케이션의 하위 분류로서 직장에서의 잠재적인 안전과 건강의 위험에 대해 근로자에게 정보를 제공하는 산업 위험 커뮤니케이션(industrial risk communication)이 있으며, 흡연 또는 AIDS 등과 같은 건강위험에 대해 청중들에게 정보를 제공하는 보건 커뮤니케이션(health care communication)이 있다.

합의 커뮤니케이션은 위험을 관리하는 방법에 대한 결정에 도달하기 위해 정보를 제공하고 협력할 그룹을 독려하는 커뮤니케이션으로써, 위험을 관리하는 방법으로 예방전략 또는 완화전략을 제시한다. 예를 들어, 유해화학물질이 발견된 매립지의 소유자 또는 운영자가 시민이 고용한 자문인과 유해화학물질을 처리하는 방안을 결정하는 의사소통을 합의 커뮤니케이션이라고

할 수 있다. 또한 합의 커뮤니케이션은 위험에 관련된 여러 이해관계자들이 참여하는 커뮤니케이션이며, 일반적으로 대중 및 여론의 참여, 공공 컨설팅, 청중의 상호작용으로 나타난다(Lundgren & McMakin, 2013).

위기 커뮤니케이션은 극단적이거나 갑작스런 위험에 직면했을 때의 커뮤니케이션이다. 이러한 위기는 산업공장에서 사고나, 댐의 붕괴, 심각한 질병의 발발을 들 수 있다. 위기 커뮤니케이션은 특히 헬스 이슈와 관련된 커뮤니케이션의 이론과 실행면에서 공통되는 부분이 많이 존재한다(Kim, 2014). 특히 헬스 커뮤니케이션에 관련한 연구들은 헬스 이슈와 연계되어 있는 위기 커뮤니케이션에 대한 개인 차원의 심리적 영향력과 사회문화 차원의 영향력을 살펴보는데 집중한다(McComas, 2006). 헬스 이슈와 관련된 커뮤니케이션과 위기 커뮤니케이션이 주로 연구되는 분야로서 사회 신뢰, 위험의 사회 확산, 감정 휴리스틱에 관련된 연구들이 제시되며, 위기 커뮤니케이션을 활용할 인간 심리 모델, 효과적인 위험 비교, 위험 정보를 효과적으로 전달하기 위한 위험 내러티브와 시각화 관련 연구를 수행하는 것으로 나타났다(McComas, 2006).

종합적으로 헬스 이슈에 관련된 위기 커뮤니케이션 관련 선행연구들은 공통적으로 사전 계획, 최초대응, 이해관계자의 참여, 정보의 공개 및 전달을 위기 커뮤니케이션의 주요한 요인들로 보고 있다(Drabble, *et. al.*, 2003; Jung, 2008).

대다수의 위기 커뮤니케이션과 위기관리 선행연구들은 위기 이후의 관리와 커뮤니케이션에 대해서 논의하고 있지만(Coombs & Holladay, 1996; Greer & Moreland, 2003; Jin & Cameron, 2007; Wighly & Pfau, 2010), 헬스 이슈에 관련한 위기 커뮤니케이션 선행 연구들에서는 사전 계획(pre-event planning)에 관련된 논의들을 더 중요하게 설명한다. 이러한 연구들은 위기 상황을 준비하는 전략으로 위기대응팀 설립, 핵심 메시지 연구개발, 위기관리센터 설립, 위기 모니터링 등을 제시한다(Coombs, 1999; Seeger, 2006; Fearn-Bank, 2010). 특히 Coombs(1999)는 사전적인

위기관리로서 조직이 전달하는 메시지의 경우, 신뢰도에 매우 큰 영향을 받기 때문에 위기 전부터 이해관계자들에게 사전적으로 신뢰도를 확보해야만 위기 후의 저하된 신뢰도로 인한 메시지의 설득력을 보완할 수 있음을 강조하였다. 또한 다른 선행연구들을 사전 계획단계에서 정보를 전달할 커뮤니케이션 채널 확보(Reynolds, *et. al.*, 2002)와 넓은 범위에서의 이해관계자들을 참여를 강조하며(Lasker, 1997), 이해관계자의 참여가 위기시의 이해관계자들이 가지는 기대치를 파악하는데 도움이 되며, 상호이해를 촉진시킬 수 있기 때문이라고 설명한다.

또한 이해관계자의 참여를 받아들이고 파트너십을 형성하는 것은 정당성 측면에서도 중요하다고 할 수 있다(Seeger, 2006). 미국 NewYork시의 위기 커뮤니케이션 국장 Covello는 공중 보건과 관련한 위기 커뮤니케이션의 최선의 실행책 첫 번째를 이해관계자의 참여로 들었는데 이때, 모든 정치정당과 이해관계자를 포함해야 한다고 설명하였고, 의사결정과정에서 대중들의 위기에 대한 인식, 우려, 분노와 같은 넓은 범위의 요인들까지 고려해야 하며, 이 과정에서 대중들의 의견을 듣는 쌍방향적 커뮤니케이션이 필요함은 물론, 대중들의 감정에 관련된 지식을 보유를 강조하였다(Covello, 2003).

한편, 조직의 최초대응(initial response)은 위기관리 선행연구에서 가장 자주 언급되는 주제 중의 하나로서(Coombs, 1999), 대응의 신속성과도 관련이 깊다. 기술 발전에 따른 정보 확산의 가속화는 위기관리조직이 위기에 최초로 대응하는데 필요한 시간적 여유를 감소시켜, 과거에 비해 빠르게 최초 대응을 요구하기 때문이다. 최초 대응 및 신속한 대응 측면에서 최우선적으로 고려해야 할 것은 정보의 부정확성에 대한 가능성이라고 할 수 있다. 위기관리조직이 정보의 수요자 및 미디어 등에 신속하게 대응하지 않는다면 정보의 공백이 발생하고, 조직이 인지하지 않은 다른 그룹이 그 역할을 대신하게 되어 잘못된 정보 또는 루머를 양산하기 때문이다. 또한 위기와 관련된 조직이 침묵을 유지하는

것은 불확실성과 수동성을 반영하는 것이기 때문에, 조직의 신속한 대응이 이해관계자들에게 조직이 위기상황을 통제하고 있는 것처럼 보이며(Kempner, 1995; Mitchell, 1986), 메시지를 대중에게 전달하는 미디어와의 신뢰형성에 도움이 된다.

정보의 공개가 중요한 이유는 위기가 직면했을 때, 이해관계자들은 현재 상황이 어떠한지 위기가 자신들에게 어떤 영향을 미칠 것인지를 알기를 원하기 때문이다. 위기 상황에서 이해관계자에게 제공해야 하는 정보를 통지정보(instructing information)라 하는데, 통지정보는 총 세 가지 유형이 있다(Sturges, 1994). 첫 번째는 위기에 대한 기본정보로서 어떠한 일이 언제, 어디서, 어떻게, 그리고 왜 발생했는가에 대한 정보를 말한다. 두 번째 유형은 이해관계자들이 자신들을 보호하기 위해 어떤 조치를 취해야하는지 알리는 정보이며, 세 번째 유형은 조직이 문제를 바로잡기 위하여 어떤 조치가 취해지고 있는지 알리는 정보이다. 이러한 세 가지 유형의 통지정보의 제공은 조직이 위기 상황을 통제하고 있으며 이해관계자들로부터 신뢰를 획득할 수 있다. 한편, 정보의 공개와 관련하여 첫 번째 고려사항은 조직이 언론 및 미디어에 정보의 이용가능성(availability)을 제공하는 것이다(Coombs, 1999). 정보의 이용가능성을 제공한다는 의미는 조직이 언론 및 미디어의 질문에 시의적절하게 답변하고, 만일 대변인과 같은 정보전달자가 미디어의 질문에 대한 답을 갖고 있지 않을 때에는 향후 필요한 정보가 수집되었을 때 즉각적으로 답변하는 것을 의미한다(Covello, 2003). 또한 정보를 가장 효율적으로 전달할 수 있는 것은 미디어지만(Wright, *et. al.*, 2013), 다른 이해관계자들도 조직에 정보를 요구할 수 있으므로 다른 이해관계자까지 고려하여 정보의 이용가능성을 제공하여야 한다.

한편, 정보의 공개수준에 관련한 대립되는 논의들 중 하나는 위기관련 정보의 제한된 공개를 주장하는 법적 관점과 위기관련 정보의 완전 공개를 주장하는 PR관점 사이에서 발견할 수 있다(Coombs, 1999). 실제로 조직은 정보 공개의 수준을 가능한 한 최소한도만 말하는

것과 조직이 위기에 대하여 알고 있는 모든 것을 밝히는 것의 연속선상에서 선택해야 한다. 위기관리 전문가들은 정보의 신중한 완전 공개를 주로 강조한다(Kaufmann, et. al., 1994). 하지만 정보의 완전공개가 항상 가능하거나 바람직한 것은 아니며, 전략적 선택을 수반하며, 구체적인 가이드라인을 수립하여야 한다고 설명한다(Kaufmann, et. al., 1994; Tyler, 1997). 정보의 진실성 또한 정보를 공개할 시 주요하게 고려해야 할 요인이며, '정직'이 위기 커뮤니케이션 실무자와 연구진들 사이에서 공통적으로 강조되는 사항이다(Coombs, 1999; Covello, 2003; Seeger, 2006). 이해관계자들은 위기를 맞이했다는 사실보다도 조직이 위기에 대해 거짓말을 할 때 더 큰 분노를 하기 때문이다(Caruba, 1994). 전술한 정보의 공개수준에서 제한한다는 의미는 중요 정보를 누설하지 않는 것이지, 기만을 의미하지는 않으며(Covello, 2003), 특히, 위기상황이 생명에 관련된 위험이 존재한다면, 위기에 대한 어떤 정보도 완전하게 공개되어야 한다고 설명한다(Coombs, 1999).

정보의 공개와 관련하여 정보의 전달 또한 중요한 요인이라고 볼 수 있다. 위기가 발발한 상황에서 조직은 이해관계자들에게 일관된 메시지를 전달해야 하는데, 이때 일관된 메시지는 대변인과 같은 공식적 정보전달자에게 관련 조직의 구성원 모두가 다함께 협조하고, 다른 조직 구성원이 비공식적인 대변인 역할을 하지 않도록 자제시키는 것을 의미한다. 예를 들어, 미디어가 갑자기 어떠한 문제에 대해 답변을 요구하는 경우, 조직의 구성원은 누구나 비공식적 대변인이 될 수 있기 때문이다. 이러한 일관된 커뮤니케이션은 그렇지 않은 경우 보다 더 높은 신뢰도를 구축하게 한다(Coombs, 1999). 한편, 정보전달의 명확성 측면에서 대상 청중들에게 명확하고, 비전문용어를 사용하여야 하며(Covello, 2003). 특히 감염병 확산과 같은 전문적인 영역에 대한 정보전달을 할 경우, 그래픽 정보를 활용함과 동시에, 청중들에게 거리감이 있거나 개략적인 그리고 냉정한 용어를 피하도록 주문한다. 동정심(compassion)과 감정(empathy)이 담긴 커뮤니케이션은 메시지의 신뢰성

과 정당성을 제고할 수 있다고 설명한다(Seeger, 2006).

2. 정부의 대응성 및 책임성 논의

Coombs의 연구 및 여러 선행연구들에 따르면, 위기에 관련 조직은 우선적으로 위기에 대한 조직의 책임성을 파악해야 함을 강조하고 있으며(Coombs & Holladay, 2002, 2004), 대중들이 조직에 대해 위기의 통제가능성을 낮게 인식할수록, 위기 상황으로 인한 조직의 평판저하를 낮춘다고 설명한다(Coombs & Holladay, 1996; Griffin, et. al., 1991). 하지만, 정부조직에 있어 책임성(accountability)이란 추상적이고, 다의적이며, 변화하는 개념(Behn, 2001)으로서 다차원적 성격에서 논의된다.

정부 조직에 대한 책임성을 개인이나 조직이 위임받은 권한에 대한 성과를 응답하는 관계로서 공공기관이나 내부의 종사자가 정부조직 내외에서 요구되는 다양한 기대들을 다루는 수단이라고 정의한다면(Romzek & Dubnick, 1987), 조직에 대한 기대는 조직이 처한 환경에 따라 변화하고, 이에 따라 정부조직의 책임성은 기대에 따라 다차원적으로 구성된다(Behn, 2001).

정부조직에 대한 기대와 대응에 관련하여, Thompson(1967)은 조직의 대응성(responsibility)과 통제(control)에 대해 기술적 차원(technical level), 관리적 차원(managerial level), 제도적 차원(institutional level)으로 나누어 구분하였다.

첫째로, 기술적 차원은 조직구조의 최하위 수준으로서 실질적인 산출에 집중하는 책임성이다. 구체적으로

Table 2. Thompson's levels model

Levels	Characteristics & Strategies
Technical Level (Rational)	- Closed system - Production function - Seal off from external uncertainties
Managerial Level (Natural)	- Mediating between the open institutional level&closed technical level - Demand a flexibility of organization
Institutional Level (Open)	- Open system - Legitimacy

※Source: Thompson(1967).

조직의 특화된 세부 기능의 효과적인 성과달성에 초점을 둔다. 이 관점에서의 책임성은 업무의 기술적인 특성으로 인해 다른 사람들과 협동 과정을 포함하는 수준에서 적용이 가능하다(Cho, *et. al.*, 2012). 두 번째로 관리적 차원은 기술적 차원의 요소와 소비자와 공급자를 매개하고 조직의 문제들을 관리하는 기능을 수행한다. 세 번째로 제도적 차원은 조직을 더 광범위한 사회체계와 연결하는 기능을 수행하는데, 조직목표달성을 위해서 조직이 속한 사회체계와의 원만한 관계를 설정하고자 하는 것이다. 즉, 조직의 목표를 구현할 수 있도록 높은 수준의 지원과 사회체계 내에서의 의미, 정당성을 다룬다.

Thompson(1967)이 조직의 대응성 수준을 세 가지 수준으로 보았다면, Romzek & Dubnick(1987)은 책임성을 네 가지 유형으로 나누었다. 이들의 연구는 미국 Challenger호의 발사 실패를 연구의 대상으로 설정하여 사고의 원인을 네 가지 유형의 책임성 관점에서 분석하였는데, 연구의 주요한 발견 중 하나로서 NASA에 대한 조직의 내·외부 제도적 환경의 압력을 Challenger호 발사실패의 원인 중 하나로 설명했다. 다음의 <Table 3>은 Romzek & Dubnick의 책임성 체계를 요약한 것이다.

기관에 대한 통제의 원천(Source of Agency Control)은 정부 기관에 대한 기대(expectation)들을 통제 할 수 있는 조직이 조직 내부에 있는지 외부에 있는지로 구분한다. 즉, 기관 내의 공식적인 계층 관계 또는 비공식적인 사회적 관계를 의미하며, 기관에 대한 통제의 원천이 외부에 있다는 의미는 기관이 외부로부터 법적·정치적 영향을 받는다는 의미이다. 기관에 대한 통제의 정도(Degree of Control Over Agency Actions)는 이

Table 3. Types of accountability systems

		Source of Agency Control	
		Internal	External
Degree of Control Over Agency Actions	High	① Bureaucratic	② Legal
	Low	③ Professional	④ Political

※ Source: Romzek & Dubnick(1987).

러한 통제가 높은 수준의 통제인지 낮은 수준의 통제를 구별한다. 높은 수준의 통제의 의미는 기관의 행동 범위와 정도를 결정하는 통제의 의미가 강하다는 것이며, 낮은 수준의 통제는 기관에 상당한 재량을 준다는 것을 의미한다. 이러한 두 가지 기준에 의해 책임성 유형을 관료제적 책임성, 법적 책임성, 전문가적 책임성, 정치적 책임성 유형으로 나누고 이를 체계화 시켜 각 유형 내의 관계적 특징을 나타내면 <Table 4>와 같다.

① 관료제적 책임성 체계(Bureaucratic Accountability System)는 높은 통제수준과 통제의 원천이 내부적 관계를 가지고 있다. 능률성을 지향하며, 상관과 부하의 감독 관계를 가진다. 즉, 공무원이 상급공무원의 명령, 지시, 조직 내 표준운영규칙(SOP) 또는 내부적 규율을 지킬 책임성을 갖는다. 따라서 재량권이 비교적 주어지지 않고 벌칙을 부과할 수 있다.

② 법적 책임성 체계(Legal Accountability System)는 외부로부터 통제 원천이 있고 높은 수준의 통제가 이루어진다. 합법성을 추구하고, 입법가-집행자 그리고 주인-대리인 관계를 가진다. 즉, 법을 제정하거나 집행권을 위임하는 기관들과 제정된 법이나 정책을 집행하는 공무원들과의 관계에 근거한다. 따라서 법적 제재 및 계약적 책임이 개인이나 집단에게 주어지는 의무적인 관계로 볼 수 있다.

③ 전문가적 책임성 체계(Professional Accountability System)는 내부에 통제의 원천이 있고, 낮은 수준의 통제가 이루어진다. 정부가 기술적으로 어렵고 복잡한 문제를 다루게 됨에 따라 중요해진다. 이러한 전문가적

Table 4. Relationships within 4 accountability systems

Type	Analogous Relationships	Basis of Relationship
Bureaucratic	Superior / Subordinate	Supervision
Legal	Lawmaker / Law executor Principal / Agent	Fiduciary
Professional	Layperson / Expert	Deference to expertise
Political	Constituent / Representative	Responsiveness to stakeholder

※ Source: Romzek & Dubnick(1987).

책임성은 정부 조직 행위에 대한 통제권을 업무를 수행하는 조직 구성원에게 준다는 데에 그 특징이 있으며 개인의 판단과 전문성을 존중한다. 즉, 관련 전문가 및 동료 집단으로부터 과업을 책임지고 해줄 것이라고 여겨지는 내부적 신뢰에 따라, 주어진 재량권을 발휘해야 하는 책임성 체계로, 전문 개인의 판단을 존중하고 정치적인 중립성을 확보할 수 있다.

④ 정치적 책임성 체계(Political Accountability System)는 외부에 통제의 원천이 있으며 낮은 수준의 통제가 이루어진다. 외부에 이해관계자들에 대한 반응성(responsiveness)을 의미하며, 이는 선출직 공무원, 고객 집단, 일반 대중들과 같은 외부의 이해관계자의 필요에 대응하는 것을 의미한다. 이는 민주국가에서 가장 기본적인 유형으로, 국민을 대표하고 있는 선출된 행정부의 정치가들은 국민의 기대와 선호에 맞춰 정부를 이끌어가야 하며, 시민의 요구와 정책적 우선순위에 응답할 책무를 가지는 것으로 이해할 수 있다.

즉, 계층적 책임성은 관료주의, 법적 책임성은 법치주의, 전문가적 책임성은 전문가주의, 정치적 책임성은 민주주의를 강조함으로써 책임성을 달성한다고 볼 수 있다(Eom, 2009). 위에서 요구되는 정부조직에 대한 변화하는 다양한 기대들을 관리한다는 것은 변화하는 제도적인 환경을 관리한다는 것과 같다. 만약 이러한 제도적 환경이 변화한다면 각 정부조직은 자신들이 본래 강조했던 책임성 체계를 변화할 계기를 갖게 된다(Romzek & Dubnick, 1987).

3. 선행연구의 한계

기존 메르스와 관련된 위험 커뮤니케이션 선행연구들을 살펴보면, 위험소통의 이론적 모형인 결핍모형(deficit model) 및 맥락적 모형(contextual model)을 중심으로 위험관리의 실패 원인을 진단하거나(Jeon, 2016; Kim, 2015), 정책적, 기술적 원인을 중심으로 MERS 관리의 실패원인을 진단하였다(Na & Kim, 2015; Wingkorea, 2015; Choi, *et. al.*, 2015; Heo, *et. al.*, 2015).

선행연구들은 일반적으로 메르스 사례의 정책적 측면의 실패를 초동 대응의 실패로 지적하면서, 전문성의 한계 및 컨트롤 타워(control tower)의 부재를 설명한다. 즉, 방역 및 역학 전문가 인력의 부족과 리더십의 부재 등을 들고 있다.

기술적인 측면의 실패로서 메르스 관련 지식의 결여와 WHO 가이드라인에 대한 기계적인 적용을 설명하고 있으며, 메르스 백신의 시장성 문제를 논의하는 선행연구도 존재한다. 또한 일부 연구에서는 사회구조적인 원인으로 우리나라의 의료쇼핑 문화 및 응급실 환경, 가족간병문화로 인한 메르스 관리 실패를 지적하였다.

한편, 선행연구들은 메르스 사태 당시 정부의 위험 커뮤니케이션이 실패한 주요한 원인들로서 메르스 위협의 축소 발표, 언론 창구의 일원화, 정보의 통제 등을 지적하고 있다. 특히, 중동호흡기증후군 대책 특별위원회는 메르스 사태 초기대응 실패의 주요인이 ‘비밀주의’에 입각한 정부의 정보공개 지연을 지적하면서, 감염병 환자 발생병원·경유병원, 감염경로 등에 관한 신속하고 투명한 정보 공개가 필요함을 강조하였다.

다수의 선행연구들이 메르스 사례의 위기관리 실패 요인과 위험 커뮤니케이션에서의 실패를 논의하였지만, 구체적이고 근본적인 원인을 진단하는데는 한계를 가지고 있다. 즉, 위험관리가 실패한 요인과 위험 커뮤니케이션이 실패한 요인들에 대해서는 다양하게 논의하였지만, 이러한 요인이 나타난 원인에 대해서는 구체적인 설명이 미진하다는 평가를 받을 수 있다. 예를 들어, 위험관리가 실패한 원인으로 논의되는 감염병 관련 전문성 결여 및 위험소통이 실패한 원인으로 제기되는 위협의 축소발표, 정보의 통제 등은 위기 커뮤니케이션이 실패한 원인으로 지적되나 왜 감염병 관련 전문성이 결여됐는지, 왜 위기 커뮤니케이션이 실패했는지에 대해서 논의한 연구는 매우 부족하다.

따라서 본 연구는 <Figure 1>과 같이, 1차적으로 메르스 관리가 실패한 원인을 조직의 대응성 측면에서 기술적 수준, 관리적 수준, 제도적 수준에서 살펴보고, 이러한 대응이 왜 발생했는지를 정부에게 요구되는 차

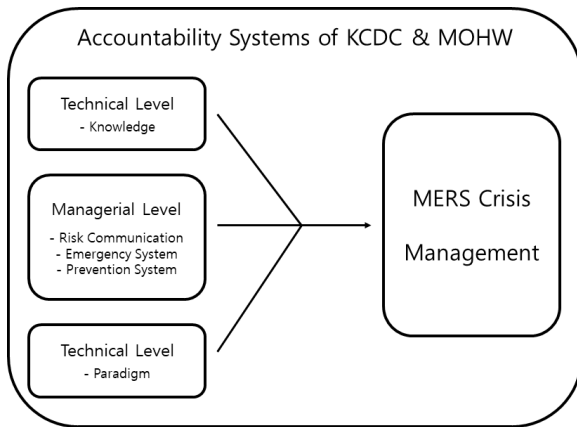


Figure 1. Analysis framework

원적인 책임성을 논의함으로써 설명하고자 한다.

III. 메르스 사례 분석

1. 한국의 중동호흡기증후군(MERS) 사례개요

2012년 9월 중동 지역에서 처음 발생한 중동호흡기증후군(이하 MERS)에 대한 우리나라의 대응은 2012년 12월 MERS의 바이러스학적 정보와 특이 유전자 진단법 및 양성 표준물질을 이용한 실험실 진단체계를 구축한 것에서 시작한다(KCDC, 2013). 2013년 5월 MERS가 검역감염병 목록에 추가 구성되어 중동지역 입국자를 대상으로 발열감시 및 건강상태질문서를 징구하였다. 일례로 2013년 8월 사우디아라비아에서 근무하였던 한국인 1명이 유사증상으로 사망하여, 한국인 근로자 33명이 귀국하게 되어 증상자 3명을 국가지정입원치료병원으로 이송하고 30명은 중앙검역의료지원센터에 격리조치했던 바 있다. 하지만 격리조치 대상자들은 음성판정을 받았으며, 사망자 역시 MERS가 사인이 아닌 것으로 판명되었다(KCDC, 2013). 그러나 MERS 방역관리체제에도 불구하고 2015년 5월 20일 국내에서 첫 확진자가 발생함에 따라 유입방지에 실패하였으며, 5월 21일 의료진 및 가족 64명을 격리조치를 실시하였으나, 엄격하게 관리되지 않음으로써 초기 대응의 골든아워 36시간을 놓쳐 확산방지에 실패하였다는 평가를 받는다(Park, 2015).

MERS 확산과 관련한 민간, 지자체 및 중앙정부의

대응을 최초 발병자 확진시점인 5월 20일부터 12월 23일 MERS가 종식될 때까지의 경과를 일자별로 살펴보면 다음의 <Table 5>와 같다.

중동호흡기증후군 발생 초기에는 질병관리본부가 대응의 주체이었으나 5월 29일 보건복지부 중앙메르스관리대책본부로 대응 주체를 변경하였고, 6월 2일 3차 감염자가 발생함과 동시에 전국 153개 초·중·고·대학교 휴업을 시행하였다. 6월 11일에는 대국민 메르스 관련 핫라인을 개설하였으며, 6월 13일 즉각대응팀이 활동을 시작하였다. 6월 15일에는 서울 대형 S병원을

Table 5. MERS timeline(focused on actor's behavior)

Date	Actor	Event
05.20	Gov	The first MERS patient reported
	Gov	Expert Committee on MERS convened (KCDC)
05.21	Gov	Public Briefing (KCDC)
05.28	Gov	Expert Committee reorganized (Vice of MOHW)
05.30	8 Hospital is closed 15 MERS patients	
	Gov	Preventive Campaign for MERS by SNS (KCDC)
05.31	Gov	Public Briefing (Minister of MOHW) Public-Private TF convened
06.02	Gov	The tertiary infectee is reported (KCDC)
	Gov	Educational institution is closed
06.04	Gov	Expert Committee reorganized (Minister of MOHW) Immediate Reaction Team organized
	Citizen	Over 1000 home quarantine Private MERS Information Sharing System(Mers Map) open
	Local Gov	Public Briefing (Mayor of Seoul)
06.06	MPSS	Sending disaster warning mobile text
06.07	Gov	Information Disclosure about hospital list (Acting Prime Minister)
06.09	Gov	Korea-WHO Joint Mission organized
06.11	Gov	MERS hotline(109) open
06.14	Private	Samsung Medical Center is partially closed
06.16	Infectee	154/Death 19/Quarantine 5,586/Released 3,505
06.17	Gov	Briefing (the WHO Secretary General)
06.23	Private	Apology to the public (Chair man of Samsung)
07.28	Gov	Addressing the nation about "de facto end" to Mers (Prime Minister)
10.02	Infectee	186 / Death 36 / Released from Quarantine 16,693
12.23	Gov	Declare end to MERS

부분 폐쇄하였다. 6월 17일에는 WHO 사무총장인 Margaret Chan이 “메르스가 지역사회로 전파하더라도 지속적인 추가 전파로 이어질 가능성은 낮다”고 발표했다.

메르스로 인한 우리나라의 피해를 살펴보면, 우리나라는 2015년 5월 20일 MERS 환자가 최초로 확진되었고, 2015년 10월 2일 기준 총 확진자 186명 중 치료 중 환자가 5명, 퇴원 145명, 사망 36명으로 기록되어 있으며 격리 해제 인원은 16,693명이다. 또한 2015년 11월 25일 80번째 확진자가 기저질환 치료 중 사망하였으며¹⁾, 2017년 9월 13일 약 2년 3개월간 장기치료를 받던 확진자가 최종적으로 사망하여, MERS 사망자는 총 39명이 되었다.

한국과 세계보건기구 중동호흡기증후군 합동특명단(Korea-WHO MERS Joint Mission)은 한국의 중동호흡기증후군 유행의 주된 요인을 ①중동호흡기증후군에 대한 보건의료인과 일반대중의 지식부족, ②병원의 감염예방과 관리의 부실, ③병원 응급실과 다인용 병실에서의 감염자와의 밀접하고 지속적인 접촉, ④여러 병원을 방문하는 형태인 의료소핑, ⑤입원환자에 대한 병문안과 간병문화²⁾로 총 다섯 가지 사항을 지적하였다. 국내 선행연구(Choi, *et. al.*, 2015a, 2015b; Na & Kim, 2015)는 우리나라의 MERS 대응을 실패한 것으로 논의하며, 대응주체가 변경되는 과정에서의 혼란, 감염 병원의 뒤늦은 공개, 부적절한 조치 등을 MERS 대응 실패 요인으로 인식하였다(Park, 2015).

2. 한국 MERS 사례에서의 정부대응성 분석

우리나라는 2003년 중증급성호흡기증후군(SARS)의 방역을 성공적으로 수행하였고, 2009년 신종플루의 경우, 질병관리본부 전염병대응센터 6개의 과와 41명으로 전염병의 국내 유입방지에 실패하였으나 확산방지에서 일련의 성과를 나타낸 것으로 평가받는다(Park, 2015). 하지만 2015년 MERS에 사태의 경우, 바

이러스 유입방지 및 확산방지에 실패함으로써, 중동지역 국가 외에 가장 많은 사람이 MERS에 감염된 사례로 평가받았다.

우리나라의 MERS 관련 선행연구 및 중앙정부 및 지방자치단체의 메르스 백서, 국회의 중동호흡기증후군 대책 특별위원회의 활동 결과보고서를 종합하여, 정부의 대응성을 기술적 수준, 관리적 수준, 제도적 수준으로 분석하면 다음과 같다.

기술적 수준에서 나타난 주요한 문제는 정부의 MERS 관련 지식의 부족이라고 할 수 있다. 관련 지식의 결여로 인한 주요 사례를 살펴보면, 감염환자 이동 경로에 대한 낙관적 가정을 했었다는 것이다. 이는 곧 방역당국의 초기대응 부실문제와 연결되는데, 중동지역과의 교류가 증가하고 있음에도 2012년 4월 이후, MERS에 대한 사전 연구가 부족했다는 점이 지적된다. 이로 인해, 정보 및 전문지식의 결여로 세계보건기구(WHO)의 국제보건규칙(IHR)을 단순 기계적으로 적용하여 MERS의 전파가 매우 낮을 것으로 예상하였다(Special Commission on MERS, 2015). 또한 MERS의 전파경로를 분석하는 역학조사 능력도 매우 낮은 것으로 나타났는데, MERS 사례 당시, 역학조사관은 총 34명이며, 이중 전문인력은 2명에 불과하고 다른 32명은 공중보건의가 차지하는 것으로 나타났다. 공중보건의는 병역의무대신 공중보건업무에 종사하는 의사들로서 전문적인 역학조사관에 비해 경험과 능력이 부족한 인력이라고 할 수 있다.

관리적 수준에서 나타난 주요 문제는 크게 위기 커뮤니케이션, 공중보건 대응체제, 감염 예방관리체제를 중심으로 설명할 수 있다. 첫 번째로 위기 커뮤니케이션 측면에서 정보공개와 지연과 정보의 정확성 문제는 대다수의 선행연구에서 지적되는 사항이다. 우선 정보공개와 지연측면에서 나타난 대표적인 문제로 중앙메르스 관리대책본부는 ‘관련 병원 공개 시, 기존 환자와 해당 병원이 위치한 지역주민들에게까지 혼란이 초래할 가능

1) Central MERS Countermeasures Headquarters, 2015년 11월 25일 보도참고자료

2) <http://www.wpro.who.int/mediacentre/mers-hlmsg/en/>

성'을 제기하며 비공개 입장을 밝혔으나(Newstapa, 2015.06.17.), 이러한 정보의 비공개가 여러 병원으로 확산되는 결과를 낳았다는 비판이 제기되었다(Bae, 2015; Jeon, 2016). 정보의 비공개는 대시민 공개뿐만 아니라 기관간 관계측면에서도 문제가 제기되었는데, 예를 들어, 의료진 간에 1번 환자 발생사실 공유가 되지 않았고, 건강보험 심사평가원의 환자정보 또한 의료기관에게 제공이 되지 않았다는 비판을 받았다. 특히, 정부 내 부처간의 위기 커뮤니케이션 문제로서 교육부의 휴교 검토 발표와 보건복지부의 휴교는 의학적으로 옳지 않다고 상반되는 발표를 하였으며, 보건복지부, 서울시, 서울시 강남구 간 감염병 관리에 대한 이견을 발표함으로써 메르스 위기 상황에 대해 정부가 통제하지 못하고 있다는 비판을 받았다. 정보공개와 별개로 정보의 정확성 측면에서, 정부가 정보의 정확성을 지나치게 강조하여 정보공개가 지연됐다는 논의(Kim, 2015)와 함께 그럼에도 불구하고 시민들이 요구하는 정보를 적시에 공급하지 않고, 해외여행시의 예방지침으로 추정되는 정보(예: 낙타 관련 예방법)를 제공하여 정부의 신뢰성을 저하시켰다는 비판이 제기되었다(Kim, 2015; Jeon, 2016).

한편, 공중보건 대응체계 차원에서 감염병 확산 시의 세부매뉴얼 부재와 위기경보단계 및 방역대책의 혼선, 대응팀의 늦은 출범, 컨트롤 타워 문제 등이 주요한 문제라고 할 수 있다. 감염병 확산 시기에 대비한 국민안전처, 교육부, 문화관광부, 보건복지부 등 각 부처별 세부 매뉴얼이 미흡했다는 지적이 있으며, 감염병 위기경보 단계를 법적으로는 '주의' 단계로 고정하고 실제 대응은 '심각' 단계로 대응하여 혼란이 가중되었다. 특히, 컨트롤 타워 문제의 경우, 총 6개의 컨트롤 타워가 설치됨으로써 기능이 중복되고, 관련기관 간 협력이 미약해짐은 물론, 조직이 혼재되어 있다는 점이 지적받는다. 또한 메르스 총괄부처인 국민안전처와 주무부처인 보건복지부의 혼선으로 인하여 최종적인 컨트롤 타워에 대한 혼선이 문제화됐다. 감염병 예방관리 차원에서 정부의 대응을 분석하면, 사전 계획이 부족하였다는 것을

주요한 문제점으로 지적할 수 있다. 질병관리본부의 경우, MERS 확산 당시 감염병 관련 전문인력이 부족하였으며, 전술한 역학조사관의 인력 및 전문성이 결여된 것으로 평가받고 있다. 특히 질병관리본부의 사업을 살펴보면, 감염병과 관계없는 만성질환 사업의 비중이 높고, 구체적인 업무범위가 나누어져 있지 않다는 비판이 있다.

마지막으로 제도적 수준에서의 정부의 대응성을 분석하면, 주무부처인 보건복지부의 보건 분야의 관심이 복지 분야에 비해 저조하였다고 볼 수 있다. 즉, 감염병 관리에 대한 관심보다는 복지 분야의 사업에 대한 관심이 더 높아, 복지중심 패러다임 하에서 MERS가 진행되었다고 볼 수 있다. 이러한 현상은 보건복지부 및 질병관리본부의 예산을 살펴보면 알 수 있다. 2007년도의 질병관리본부 지원예산은 1,285억 원에서 2015년 4,695억 원으로 약 3.86배 증가하여, 재정 및 인력 측면의 감소는 나타나지 않았으나, 질병관리본부의 상위 조직인 보건복지부의 예산을 살펴보면 다른 양상을 나타낸다.

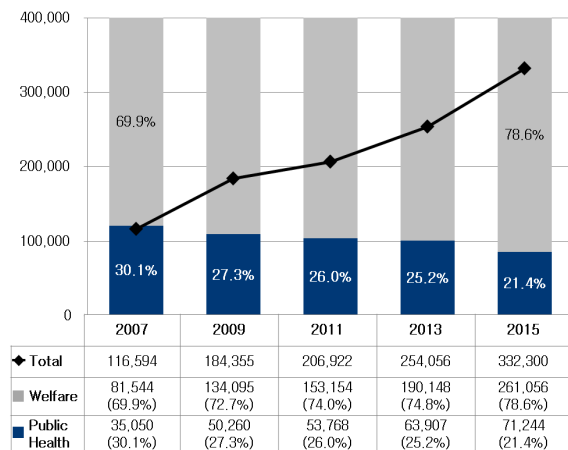
우선 정규직 공무원의 수를 살펴보면 <Table 6>과 같이, 2003년 중증급성호흡기중후군을 방역에 성공하였을 때에는 보건 부문에 정규직으로 종사하는 보건복지부 직원은 총 177명으로 전체 441명의 40.1%를 차지하였으나, 2015년의 경우, 보건복지부 보건분야 종사 공무원의 수는 231명으로 58명이 늘어났음에도 전체 보건복지부 정규직 공무원의 31%만을 차지하여, 보건복지부 내에서 보건영역의 중요성이 복지영역에 비해 감소한 것으로 나타났다.

보건영역에 대한 관심의 변화는 예산을 통해서도 나타났다. <Figure 2>와 같이 2007년 전체 예산 중 복지예산은 10.3조원으로 54.2%이던 것이 2015년에는 38.9조 원으로 증가하였고, 전체 예산의 72.8%를 차지하고 있다. 그러나 보건 영역의 경우 2007년 8.6조에서 14.5조로 예산이 증가했음에도, 전체적인 비중을 살펴보면, 2007년 45.8%에서 27.2%로 약 18.6% 감소한 것으로 나타났다.

Table 6. Number of civil servants by MOHW

Year	Fields			Total
	Public Health	Welfare	Management & Etc	
2002	173 (40.7%)	91 (21.4%)	161 (37.9%)	425 (100.0%)
2003	177 (40.1%)	106 (24.0%)	158 (35.8%)	441 (100.0%)
2004	199 (41.7%)	115 (24.1%)	163 (34.2%)	477 (100.0%)
2005	224 (38.3%)	199 (34.0%)	162 (27.7%)	585 (100.0%)
2006	231 (38.2%)	197 (32.6%)	177 (29.3%)	605 (100.0%)
2007	245 (38.2%)	215 (33.5%)	182 (28.3%)	642 (100.0%)
2008	243 (35.0%)	259 (37.3%)	193 (27.8%)	695 (100.0%)
2009	231 (34.2%)	245 (36.2%)	200 (29.6%)	676 (100.0%)
2010	240 (32.5%)	305 (41.3%)	194 (26.3%)	739 (100.0%)
2011	240 (31.8%)	318 (42.1%)	197 (26.1%)	755 (100.0%)
2012	232 (31.7%)	319 (43.6%)	180 (24.6%)	731 (100.0%)
2013	231 (31.0%)	332 (44.6%)	182 (24.4%)	745 (100.0%)
2014	232 (31.3%)	328 (44.2%)	182 (24.5%)	742 (100.0%)

※Source: MOHW(2003-2015).



(Unit: billion)

Figure 2. Trends in MOHW budgeting(2007-2015)

이러한 복지중심의 패러다임은 보건복지부 역대 장관의 이력을 통해서도 알 수 있다. MERS 사태 당시의 보건복지부의 역대 장관을 살펴보면 총 28명 중 6명인

21.4%가 건강관련 전문가 또는 관료였으며, 8명인 28.6%가 복지관련 전문가 또는 관료였다. 하지만 예산과 인력에서 나타나듯, 복지의 중요성이 강조되면서 예산이 본격적으로 확대되는 2005년 이후 8명의 보건복지부 장관은 정치인 출신 4명과 복지관련 전문가 또는 경제부처 출신 관료 4명으로, 그 중 건강에 관련한 전문가 또는 보건복지 출신 관료는 없다. MERS 사례와는 반대로 우리나라의 감염병 관리 성공사례인 중증급성 호흡기증후군(SARS) 방역사례의 경우, 당시 장관이 보건전문가의 이력을 가지고 있는 것으로 나타났다.

IV. 메르스 위기와 정부의 책임성

II장에서 논의한 바와 같이 정부조직은 조직(기관)에 대한 통제가 내부에서 이루어지는지 외부에서 이루어지는지에 따라, 그리고 통제의 수준이 높은지 낮은지에 따라 주로 요구되는 책임성 유형에 차이가 존재한다. MERS 사태 당시, 감염병 관련 질병의 경우 보건 영역의 업무로서 정부 부처 내의 주무부처는 보건복지부라고 할 수 있다(The Government Organization Act). 또한 보건복지부 내의 질병관리본부 역시 전문성을 기반으로 한 감염병 관리 업무를 맡고 있었다. 메르스 사태 이후, 정부조직법의 개정을 통해 보건복지부 장관의 소관사무 중 하나였던 감염병 및 각종 질병에 관한 방역·조사·검역·시험·연구 등에 대한 사무는 보건복지부 장관 소속인 질병관리본부가 담당하게 되었지만, MERS 사태 당시 질병관리본부는 감염병 관리에 충분한 권한이 부여되지 않았다. 또한 인사 및 예산에 대한 권한이 보건복지부에 예속되어있었기 때문에 보건복지부에 의해 내부적인 통제를 받고 있었다. 즉, 질병관리본부는 보건복지부 내에 속한 산하기관이었기 때문에 통제의 원천은 내부에 존재하였고, 인사 및 예산에 대한 권한이 없었기 때문에 강한 통제를 받고 있었다고 할 수 있다. 따라서 MERS 사태 당시 질병관리본부는 질병에 대한 전문성을 기반으로 전문가적 책임성이 강조되어야 할 기관임에도 관료제적 책임성과 법적 책임

성이 강조되던 기관이라고 할 수 있었다.

한편, 질병관리본부의 상위 조직인 보건복지부의 경우, III장에서 논의한 바와 같이 보건복지부의 인력과 예산에서 차지하는 보건영역의 인력과 예산의 비중이 감소하는 추세에 있었다. 보건과 복지영역의 차이 중 하나는 외부행위자들의 관심의 정도라고 할 수 있는데, 복지 영역에서 이루어지는 자원 배분에 외부행위자들의 관심이 집중되기 때문에, 보건복지부는 외부행위자들의 요구에 부응하기 위해 복지예산의 사용에 더 많은 주의를 기울일 개연성이 존재한다. 이러한 행태는 하위 기관인 질병관리본부에서도 나타났는데, 질병관리본부 산하 국립보건연구원이 추진한 국가연구개발사업에 투입된 예산액 중 감염병관리기술 개발사업은 큰 변화가 나타나지 않았었다. 2013년 기준 감염병관리기술 개발은 전체 258억원의 연구개발사업 중 86억을 차지하여 33.3%로 가장 많은 예산을 투입받고 있었고, 2014년 기준 230억 원 중 86억을 차지하여 전체 37.2%로 증가하였다. 하지만, 2014년의 감염병관리기술개발 사업의 예산비중이 증가한 까닭은 줄기세포재생연구 사업의 예산이 약 33억, 한국인유전체분석기반연구 사업이 25억 감소하면서 나타난 현상이며, 감소한 예산들은 대부분 만성질병과 여성건강융복합기반 사업에 투입되었다. 2015년의 경우, 최종적으로는 감염병관리기술개발 사업이 316억 중 119억을 차지하여 37.8%로 큰 증가가 나타났으나(KCDC, 2016), 이러한 결과는 MERS 사태 이후 추경예산에 의해 감염병관리기술 개발사업에 약 30억을 더 추가로 배정하여 나타났다고 할 수 있다. 즉, 보건복지부 및 질병관리본부는 MERS 사태 이전에는 보건 영역 내의 질병관리 차원에서 감염병에 관심보다는 만성병에 대한 관심이 더 높아지는 상황이었다고 할 수 있다.

종합적인 분석결과, MERS 사태 당시 질병관리본부의 경우 보건복지부 산하 기관으로서 예산과 인력의 결정권한이 보건복지부 내에 있었기 때문에 관료제적 책임성이 강조되는 상황이었으며 보건복지부는 복지 영역의 특성 상 다양한 이해관계자의 관심을 받고 있고,

예산을 심의 받고 집행하는 기관이기 때문에 법적·정치적 책임성이 강조되는 상황이었다. 따라서 MERS 사태와 같은 감염병에 관련한 위기 발발 시, 위기관리에 대한 전문적인 기관이 명확하지 않아, 컨트롤 타워가 6개로 분리되고 위험 커뮤니케이션 측면에서도 미진한 부분이 나타났다고 할 수 있다.

또한, MERS 사태가 확대되면서 지방자치단체·언론·시민 등의 감염병에 대한 관심이 확대되면서 MERS 이슈와 관련한 정치적 책임성에 대한 요구가 높아졌지만, 정치적 책임성에 대한 대응도 미진하다고 볼 수 있다. 전술한 바와 같이 정치적 책임성은, 외부 이해관계자들에 대한 대응성이 강조되며, 위기 상황 시에는 관련 이슈의 이해관계자들에게 위기 커뮤니케이션을 통해 정보를 제공하여야 한다. 질병관리본부와 보건복지부의 이해관계자는 크게 정치제도인 대통령, 정당, 기초자치단체장 등과 같은 정치인과 시민, 병원 등으로 볼 수 있다. MERS가 유입된 후 보건복지부와 질병관리본부의 이해관계자에 대한 커뮤니케이션은 전반적으로 좋은 성과를 달성하지 못한 것으로 나타났다. 대표적인 예로서 6월 4일에 있었던 박원순 서울시장의 메르스 관련 대시민 발표를 들 수 있다. 이는 질병관리본부와 보건복지부가 커뮤니케이션의 중요 요소 중 하나인 정보의 공개 측면에서 미진한 모습을 보였다고 할 수 있다. 박원순 시장과의 전문가 인터뷰에 따르면 정보의 공개와 공유가 가장 심각한 문제라고 지적하면서 지방자치단체에 정부가 제공한 역학보고서가 1페이지의 매우 짧은 분량이었으며, 보건복지부 장관과 질병관리본부장에게 요청을 했음에도 불구하고 정보를 공유 받지 못했다는 답변을 하였다(Seoul, 2015).

두 번째로 시민, 즉 대중과 관련한 커뮤니케이션 측면에서 민관합동대책반이 5월 31일 구성되었다는 점에서 이해관계자들과의 커뮤니케이션 시기가 다소 늦었다는 비판을 받을 수 있다. 또한 최초 감염자가 이동 경로를 부분적으로 공개하였다. 게다가 이해관계자들의 정보 완전 공개 요구에 대해서 보건복지부는 미디어와의 인터뷰에서 “다른 환자들에게 공포감을 줄 수 있

고 혼란스러워 질 수 있기 때문에” 라는 답변을 함으로써 정보의 완전 공개를 하지 않았다는 점이 커뮤니케이션의 한계로 지적될 수 있다. 또한 이러한 완전 정보 공개의 통제로 인해 미군의 실험으로 인한 메르스 발병 루머(Donga Ilbo, 2015.05.26.) 및 방문 병원에 대한 괴담 등이 확산되었다(KBS, 2015.05.29.). MERS에 관련한 정보의 정확성 및 공개 이외에 전달방법에 대해서도 문제점이 발생하였다. 6월 7일 국민안전처는 긴급 재난문자를 통해 MERS 예방수칙을 전달하였는데, 정보제공이 늦은 시기에 이루어졌고, 예방수칙이 너무 단순화 되어 있어 이해관계자들의 반응이 좋지 않았다(Donga Ilbo, 2015.06.06.). 또한 MERS 핫라인을 통해 24시간 정보를 수용하고 제공하는 쌍방향적 커뮤니케이션을 시도했지만, 정보 공개의 이슈에 맞물려 쌍방향적 커뮤니케이션에는 성공적인 결과를 이끌지는 못하였다.

따라서 정치가와 국민과 같은 외부에 이해관계자들이 요구하는 정보의 공개에 대해 반응성(responsiveness) 차원에서 높은 수준의 반응성을 보이지 못하고 그로 인해서 시민의 요구와 정책적 우선순위에 응답할 책무를 성공적으로 달성하지 못했다고 볼 수 있다.

V. 결론

본 연구는 Thompson(1967)의 정부의 대응성 논의와 더불어 Romzek & Dubnick(1987)의 논의를 활용하여 MERS 사태의 정부책임성에 대하여 논의하고, 정부조직이 활용한 위기 커뮤니케이션의 문제점을 살펴봄으로써 정부조직의 제도적 환경을 어떻게 관리하였는지를 분석하였다.

분석결과, MERS 사태 당시, 정부의 대응을 기술적·관리적 수준을 논의하면, 정부조직이 보건 위기의 사전단계에서 모니터링을 시도하였다는 점은 사전위기 관리 차원에서 긍정적이었다고 볼 수 있다. 그러나 모니터링을 제외한 위기 시 사전계획은 미진하였다고 할 수 있다. 구체적으로 위기 발생 시의 가이드라인 및 전

염병 국내 유입 및 확산에 대한 시뮬레이션, 전염병 이슈에 대한 관리 부족, 이해관계자들과의 사전적인 위기 커뮤니케이션 구축이 미진하였다. 관리적 수준에서 MERS 국내 유입 이후의 위기 커뮤니케이션 대응에서 정보의 부정확성 때문에 주관 정부조직은 전문가 및 동료 집단(지방자치단체 등)으로부터 위기 대응 과업을 책임지고 해줄 것이라고 여겨지는 내부적 신뢰를 손실했다.

한편, 제도적 수준에서 감염병 관리를 담당하는 보건복지부 및 산하 기관인 질병관리본부는 예산과 인력이 지속적으로 증가하여 조직에 대한 지원이 충분한 것으로 보였으나, 보건에 대한 예산과 인력이 복지영역에 비해 지속적으로 비중이 감소하는 현상이 나타났다. 복지영역의 경우, 보건영역에 비해 전문적 책임성보다는 정치적 책임성이 강조되므로, 보건복지부는 전문적 책임성보다는 정치적 책임성에 더 많은 관심을 두게 되었다.

MERS 사태가 확대될수록, 외부이해관계자들로부터 보건복지부 및 질병관리본부는 사태 해결을 위한 요구가 높아져, 보건영역에 대한 정치적 책임성 또한 급격히 증가하였다. 그러나 정치적 책임성 측면에서 외부 이해관계자들이 요구하는 정보의 공개에 대해 높은 대응성을 보이지 못하였고, 그로 인해서 정치적 책임성 차원에서라도 긍정적인 평가를 받기는 어렵다고 볼 수 있다.

MERS 사태 이후, 우리나라는 감염병 관련 법률을 재정비하고, 보건관련 예산과 인력의 증가 및 보건복지부의 조직구조를 재정비하는 등의 후속조치를 실시하였다. 특히, 질병관리본부를 차관급 기관으로 격상시키고, 인사 및 예산에 대한 권한을 일임하여 자율성 및 책임성을 보장하는 한편, 질병관리본부 내에 대국민 소통을 위한 위기 커뮤니케이션 관련 부서를 설치하였다(NARS, 2016). 물론 질병관리본부가 여전히 보건복지부 산하에 있고, 위기 커뮤니케이션 및 위기관리가 전문성과 자율성만으로 성공적으로 성사되지 않고 강력한 정치적 리더십이 동반되어야 한다는 비판이 존재하지만, MERS 사태 이후 위기 커뮤니케이션의 중요성이 강조되고, 실제로 관련 4개 부서가 설치된 것은 긍정적

인 평가를 내릴 수 있다.

본 연구는 기존의 MERS 및 감염병 관리체계에 대한 선행 연구들이 정부의 대응을 기술적, 관리적 수준에서 주로 분석하였다는 한계를 극복하고, 정부조직의 예산 배분 및 인력, 관리자 등을 분석함으로써 제도적 수준에서 정부의 대응성이 기술적·관리적 수준에서 왜 실패하였는지를 분석하였다. 또한 제도적 수준의 변화로 인해 정부조직이 요구받는 정부의 책임성이 변화함을 논의하였다는 점에서 의의를 가진다. 또한, 보건에 관련된 위기 커뮤니케이션 관점을 활용하여 기존의 위기 커뮤니케이션 논의를 확장시켰다는데에서 그 의의를 찾을 수 있다. 그럼에도 불구하고, 본 연구는 정보의 부족으로 인하여 한국의 MERS 대응에 대한 행위자들의 구체적인 심리 및 의사결정과정을 면밀히 분석하지 못하였으며, 이론적 측면에서 보건관련 위기 커뮤니케이션 이론의 근본적인 취약점인 전략 중심의 논의를 하였다는데서 한계를 지닌다. 따라서 차후 연구에서는 MERS 사례에 대한 정부관계자 및 의사결정과정에서의 참여자들의 행태분석과 외부 이해관계자들의 행태분석이 병행된다면, 연구의 적실성을 제고하고 위기관리 및 위기커뮤니케이션의 이론적 함의를 제고할 수 있을 것으로 사료된다.

References

- Bernhardt, J. M. 2004. Communication at the Core of Effective Public Health. *American Journal of Public Health*. 94(12): 2051-2053.
- Caruba, A. 1994. Crisis PR: Most Are Unprepared. *Occupational Hazards*. 56(9): 85.
- Cassata, D. M. 1980. Health Communication Theory and Research: A Definitional Overview. In Nimmo, D.(ed.). *Communication Yearbook 4*. Brunswick, NJ: ICA.
- Cho, Seong Sik, Gi Hoon Lee, and Dong Hyun Kim. 2012. A Study on the Accountability of Research and Development Organizations: Focused on the Launch of the KSLV-I. *Journal of Korea Technology Innovation Society*. 15(1): 163-184.
- Choi, Jae Wook, Jin Seok Lee, Kye Hyun Kim, Cheong Hee Kang, Ho Kee Yum, Yoon Kim, Kang Hyun Lee, In Seok Seo, Ick Gang Rim, Dong Ho Oh, Jung Chan Lee, Kyung Hwa Seo, and Seok Yeong Kim. 2015. Proposed Master Plan for Reform of the National Infectious Disease Prevention and Management System in Korea. *Journal of the Korean Medical Association*. 58(8): 723-728.
- Coombs, W. T. 2014. *Ongoing Crisis Communication: Planning, Managing, and Responding*. 4th ed. Sage Publications.
- Coombs, W. T. and S. J. Holladay. 1996. Communication and Attributions in a Crisis: An Experimental Study in Crisis Communication. *Journal of Public Relations Research*. 8(4): 279-295.
- Costello, D. E. 1997. Health Communication Theory and Research: An Overview. In Ruden, B. D.(ed.). *Communication Year Book 1*. New Brunswick, NJ: Transaction Books.
- Covello, V. T. 2003. Best Practices in Public Health Risk and Crisis Communication. *Journal of Health Communication*. 8(S1): 5-8.
- Drabble, L., J. Keatley, and G. Marcelle. 2003. Progress and Opportunities in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health Communications. *Clinical Research and Regulatory Affairs*. 20(2): 205-227.
- Eom, Seok Jin. 2009. Accountability in Public Administration. *Korean Republic Administration Review*. 43(4): 19-45.
- Fearn-Banks, K. 2010. *Crisis Communications: A Casebook Approach*. Routledge.
- Freimuth, V. S., H. A. Massett, and W. Meltzer. 2006. A Descriptive Analysis of 10 Years of Research Published in the Journal of Health Communication. *Journal of Health Communication*. 11: 11-20.
- Greer, C. F. and K. D. Moreland. 2003. United Airlines' and American Airlines' Online Crisis Communication Following the September 11 Terrorist Attacks. *Public Relations Review*. 29(4): 427-441.
- Heo, Da An, Jung Hyun Lee, Eun Hae Huh, and Kyong Whan Moon. 2015. Problems of the Middle East Respiratory Syndrome Outbreak from the Perspective of Environmental Health- Focusing on Control of Indoor Air Quality in

- Hospitals. *Journal of Environ Health*. 41(3): 216-221.
- Jang, Sung In, Jung Mo Nam, Jong Won Choi, and Eun Chul Park. 2014. 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*. 115(1): 92-99.
- Jeon, Hyoung Joon. 2016. An Analysis of Risk Communication-A Case Study of MERS-CoV in Korea. *Crisisonomy*. 12(5): 143-155.
- Jin, Y. and G. T. Cameron. 2007. The Effects of Threat Type and Duration on Public Relations Practitioner's Cognitive, Affective, and Conative Responses in Crisis Situations. *Journal of Public Relations Research*. 19(3): 255-281.
- Kaufmann, J. B., I. F. Kesner, and T. L. Hazen. 1994. The Myth of Full Disclosure: A Look at Organizational Communications during Crisis. *Business Horizons*. 37(4): 29-39.
- Kempner, M. W. 1995. How to Handle the Media during a Crisis. *Risk Management*. 42(3): 43.
- Kim, Eun Sung. 2015. A Social Analysis of the Limitation of Governmental MERS Risk Communication. *Korean Review of Crisis and Emergency Management*. 11(10): 91-109.
- Kim, Young Wook. 2014. *Risk Communication*. Seoul: Communication Books.
- Kline, K. N. 2006. A Decade of Research on Health Content in the Media: The Focus on Health Challenges and Sociocultural Context and Attendant Informational and Ideological Problems. *Journal of Health Communication*. 11: 43-59.
- Korea Centers for Disease Control Prevention. 2016. *A White Paper of Disease Control*. Cheongju: CDC.
- Lasker, R. D. 1997. *Medicine and Public Health: The Power of Collaboration*. New York: New York Academy of Medicine.
- Lee, Kang Hyun. 2015. Emergency Medical Services in Response to the Middle East Respiratory Syndrome Outbreak in Korea. *Journal of the Korean Medical Association*. 58(7): 611-616.
- Lundgren, R. E. and A. H. McMakin. 2013. *Risk Communication: A Handbook for Communicating Environmental, Safety, and Health Risks*. NJ: John Wiley & Sons.
- McComas, K. A. 2006. Defining Moments in Risk Communication Research: 1996-2005. *Journal of Health Communication*. 11(1): 75-91.
- Ministry of Health and Welfare. 2002-2017. *A White Paper of Health and Welfare*. Sejong: Sejonginsoe.
- Mitchell, T. H. 1986. Coping with a Corporate Crisis. *Canadian Business Review*. 13(3): 17-20.
- Na, Baeg Ju and Dong Hyun Kim. 2015. Improving Capability of Local Public Hospital and Health Center against Newly Emerging Infectious Diseases after Middle East Respiratory Syndrome Epidemic in Korea. *Journal of the Korean Medical Association*. 58(8): 700-705.
- National Assembly Research Service. 2016. *A Study on Improvement of National Infectious Disease Management System*. Seoul: NARS
- Park, Eun Chul and Sung In Jang. 2012. The Diagnosis of Healthcare Policy Problems in Korea. *Journal of the Korean Medical Association*. 55(10): 932-939.
- Park, Eun Cheol. 2015. Central Government Reform to Improve National Disease Control. *Journal of the Korean Medical Association*. 58(8): 714-722.
- Ratzan, S. C. 2006. Throughout the Health Sector: Communication must Influence and Engage. *Journal of Health Communication*. 11: 453-454.
- Ratzan, S. C., J. G. Payne, and C. Bishop. 1996. The Status and Scope of Health Communication. *Journal of Health Communication*. 1(1): 25-41.
- Reynolds, B., J. Galdom, and L. Sokler. 2002. *Crisis and Emergency Risk Communication*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.
- Schiavo, R. 2007. *Health Communication: From theory to Practice*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Seeger, M. W. 2006. Best Practices in Crisis Communication: An Expert Panel Process. *Journal of Applied Communication Research*. 34(3): 232-244.
- Stephenson, M. and B. G. Southwell. 2006. Sensation Seeking, the Activation Model, and Mass Media Health Campaigns: Current Findings and Future Directions for Cancer Communication. *Journal of Communication*. 56: 538-556.
- Sturges, D. L. 1994. Communicating through Crisis a Strategy for Organizational Survival. *Management Communication Quarterly*. 7(3): 297-316.

Svenkerud, P. J. and A. Singhal. 1998. Enhancing the Effectiveness of HIV/AIDS Programs Targeted to Unique Population Groups in Thailand: Lessons Learned from Applying Concepts of Diffusion of Innovation and Social Marketing. *Journal of Health Communication*. 3: 193-216.

Tyler, L. 1997. Liability Means never Being Able to Say You're Sorry Corporate Guilt, Legal Constraints, and Defensiveness in Corporate Communication. *Management Communication Quarterly*. 11(1): 51-73.

Wighly, Shelley and Michael Pfau. 2010. Communicating before a Crisis: An Exploration of Bolstering, CSR, and Inoculation Practices. In Coombs and Hollwaday(eds.). *The Handbook of Crisis Communication*. U.K: Blackwell.

WinGkorea. 2015. *In-Depth Interview with MERS-cov Specialist and a Interested Person*. Seoul.

Wright, K. B., L. Sparks, and H. D. O'hair. 2012. *Health Communication in the 21st Century*. NJ: John Wiley & Sons.

Zoller, H. M. 2005. Women Caught in the Multi-causal Web: A Gendered Analysis of Healthy People 2010. *Communication Studies*. 56: 175-192.

Korean References Translated from the English

국회입법조사처. 2016. 국가 감염병 관리체계 실태 개선 방향. 서울: 국회입법조사처.

김영욱. 2014. 위험커뮤니케이션. 서울: 커뮤니케이션북스(주).

나백주, 김동현. 2015. 중동호흡기증후군 사태 이후 지방의료원과 보건소 중심 신종감염병 대응체계 선진화 방안. *대한의사협회지*. 58(8): 700-705.

박은철. 2015. 국가질병관리 역량강화를 위한 중앙정부 조직개편. *대한의사협회지*. 58(8): 714-722.

보건복지부. 2002-2016. 보건복지백서. 세종: 세종인쇄.

엄석진. 2009. 행정의 책임성: 행정이론간 충돌과 논쟁. *한국행정학보*. 43(4): 19-45.

원지코리아컨설팅. 2015. 메르스 전문가 및 현장관계자 심층인터뷰 결과. 서울: 서울시청.

조성식, 권기훈, 김동현. 2012. 연구개발조직의 책임성에 관한 연구: '나로호' 발사체 사례를 중심으로. *기술혁신학회지*. 15(1): 163-184.

중동호흡기증후군 대책 특별위원회. 2015. 중동호흡기증후군 대책 특별위원회 활동결과보고서. 서울: 대한민국 국회. 질병관리본부. 2013. 2013 질병관리백서. 청주: 질병관리본부.

최재욱, 이진석, 김계현, 강청희, 염호기, 김윤, 이정찬. 2015. 국가감염병 예방관리 선진화를 위한 중장기 계획 제안. *대한의사협회지*. 58(8): 723-728.

허다안, 이정현, 허은혜, 문경환. 2015. 환경보건학적 관점에서 본 메르스 사태의 문제점-병원 실내공기질 관리를 중심으로. *한국환경보건학회지*. 41(3): 216-221.

Received: Nov. 22, 2017 / Revised: Dec. 30, 2017 / Accepted: Jan. 12, 2018

정부조직의 다차원적 책임성이 위기관리에 미친 영향

– 메르스 사례를 중심으로 –

국문초록 본 연구는 2015년 우리나라의 메르스 위기관리 사례를 바탕으로 기존의 선행연구에서 기술적·관리적 대응 수준에서 논의되었던 정부조직의 위기관리를 위기관리 커뮤니케이션과 정부조직의 환경을 둘러싼 제도적 수준에서 논의하는 한편, 메르스 사례에서 정부조직에 요구된 책임성을 검토하고자 한다. 이를 위해 먼저 정부의 대응성 논의와 다차원적 책임성을 이론적으로 검토하였으며, 대응성 관점에서 헬스 이슈에 관련된 위기 커뮤니케이션 전략들을 설명하였다. 분석결과, MERS 사태 당시 정부의 대응은 기술적 수준에서 사전위기관리를 시도하였으나, 일부에서만 이루어졌고 위기 시 사전계획은 미흡하다는 평가를 내릴 수 있다. 또한 관리적 수준에서는 위기 커뮤니케이션과 위기 관리를 적절히 수행하지 못하여 메르스 관리와 이해관계자 관리에 모두 미흡한 성과를 거두었다. 한편, 제도적 수준에서는 감염병 관리를 주관하는 정부조직이 복지영역에 주된 관심을 두었던 것으로 나타났다. 즉, 제도적 수준에서 전문적 책임성이 강조되는 보건분야 보다는 정치적 책임성이 강조되는 복지분야에 자원과 업무가 집중된 것이 주요한 원인 중 하나로 볼 수 있다.

주제어 : 메르스 사태, 정부대응성, 정부책임성, 위기 커뮤니케이션

Profiles **Geun Ho Choi** : He is Ph.D. Candidate(the Department of Public Administration at Yonsei University). His research interests include local public finance, public budgeting and financial management, and policy tool(holicsky@gmail.com).

Tae Ho Eom : He is a professor in the Department of Public Administration, Yonsei University, Korea. His research interests include local public finance, public budgeting and financial management, and policy making theories(theom@yonsei.ac.kr).

