



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

결핵환자의 인권향상을 위한 법적 고찰



연세대학교 대학원
의료법윤리학협동과정
법 학 전 공
이 세 경

결핵환자의 인권향상을 위한 법적 고찰

지도교수 김 소 윤

이 논문을 박사 학위논문으로 제출함

2015년 12월 일

연세대학교 대학원

의료법윤리학협동과정

법 학 전 공

이 세 경

이세경의 박사 학위논문을 인준함

심사위원 김 2영

심사위원 박 권 준

심사위원 석 희 태

심사위원 이 일 학

심사위원 박 동 진

연세대학교 대학원

2015년 12월 일

감사의 글

부족한 글을 세상에 내어놓는 마음은 못난 얼굴을 거울에 비춰보는 듯 부끄럽기만 합니다. 그나마 위안이 되는 것은 이제 시작이니 좀 더 노력할 기회가 있을지도 모른다는 기대감입니다.

미흡하나마 제가 이렇게 쟁표를 찍을 수 있게 된 것은 신앙과 학문, 삶의 모범이 되어 주신 박길준 교수님의 격려와 가르침이 있었기 때문입니다.

여러 부족함을 이해해주시고 성심으로 논문을 살펴주신 석희태 교수님, 보잘 것 없는 글을 세세히 다듬어 주신 박동진 교수님과 이일학 교수님께 감사드립니다.

손명세 교수님께서 새로운 도전의 기회를 주시지 않았다면, 제가 지금 이 자리에 있지 못했을 것은 분명합니다.

김소운 교수님께서 논문의 방향과 내용에 그릇됨이 없도록 제 능력에 과분할 정도의 진심어린 배려와 지도를 아끼지 않으셨습니다.

인제의대 인문외국어학부 김택중 교수님께서 논문 준비의 과정을 여러모로 배려해주시고, 제가 해야 할 많은 수고를 덜어주셨습니다.

논문에 도움을 주신 많은 분들을 일일이 더 열거하지 못하는 것은 아직 저의 부족함이 남아있기 때문입니다. 모든 분들에게 감사의 말씀을 전합니다.

어머님과 장모님의 사랑과 기도에 감사드립니다. 가족을 위해 항상 수고하는 여동생 내외에게 감사를 전합니다.

믿음과 사랑의 반려자인 아내 김민정, 삶의 소망인 준하, 예은, 예린이는 든든한 안식처이자 기쁨과 용기의 원천이었습니다.

제가 만났던 수많은 환자분들은 제게 있어 선생님이자 교과서가 되어 주셨습니다. 의사로서의 삶을 가르쳐 주신 환자분들께 감사드립니다.

그 무엇보다, 저의 보잘 것 없고 부족한 글이 결핵환자 분들의 삶에 조금이나마 도움을 될 수 있기를 기대합니다.



차 례

국문초록	iv
제1장 서론	1
1.1. 연구 배경 및 필요성	1
1.2. 연구 목적	3
1.3. 연구 범위와 방법	4
제2장 결핵환자의 인권과 기본권	7
2.1. 현대 인권개념의 이해	7
2.1.1. 인권 개념의 역사	7
2.1.2. 결핵환자와 관련된 인권 개념들	11
2.2. 결핵환자에 대한 인권적 접근의 필요성	19
2.2.1. 건강과 의료에 대한 권리	20
2.2.2. 결핵환자 인권보호의 필요성	24
2.2.3. 취약계층 결핵환자의 인권보호	26
2.3. 결핵환자의 기본권 보호	30
2.3.1. 결핵환자 관리에 있어서의 기본권의 충돌	30
2.3.2. 결핵환자의 기본권 제한	33
2.3.3. 결핵환자의 인권 및 기본권의 보호	37
제3장 입법의 기초로서의 결핵에 대한 이해	42
3.1. 감염병의 이해	42
3.1.1. 감염병의 미생물학적 분류	43
3.1.2. 감염병의 사회과학적 분류와 법정감염병	48
3.2. 국내 결핵관리의 현황	52
3.2.1. 결핵환자신고 현황분석을 위한 환자유형의 이해	52

3.2.2. 결핵환자 신고현황 분석	53
3.2.3. 취약계층 결핵환자 현황	56
3.2.4. 민간공공결핵관리프로그램	62
3.3. 결핵의 의학적 이해	64
3.3.1. 결핵의 의학적 이해의 필요성	64
3.3.2. 결핵의 역학적 특성	66
3.3.3. 결핵의 진단 및 치료과정	68
3.4. 결핵관리를 위한 격리의 이해	71
3.4.1. 감염병 환자에서의 사전격리의 필요성	71
3.4.2. 감염병 환자 격리의 유형과 내용	75
3.4.3. 결핵환자의 격리와 의학적 기준	77
3.5. 문제가 되는 결핵환자의 유형	79
3.5.1. 활동성 결핵환자와 결핵의 전염	79
3.5.2. 다제내성 결핵환자의 특성	81
3.5.3. 잠복결핵환자와 임상적 결핵환자	83
3.5.4. HIV감염인의 결핵감염	85
3.5.5. 비순응환자 관리의 문제점	87
제4장 결핵환자의 관리를 위한 법체계 분석	90
4.1. 법령을 통한 결핵관리	90
4.1.1. 법령을 통한 결핵관리의 역사	90
4.1.2. 감염병 관련 법률과 결핵의 관리	95
4.1.3. 결핵예방법의 입법과 경과	101
4.1.4. 결핵예방법 개정과 결핵관리에 대한 인식	103
4.2. 기본권 보장을 위한 결핵관리 법률의 비교법적 검토	104
4.2.1. 미국의 결핵관리 법률에 있어서의 강제조항	104
4.2.2. 호주 건강법 1911의 결핵관련 강제조항	111
4.2.3. 일본 감염병 관리 법률과 결핵	113
4.2.4. WHO와 결핵환자의 인권보장	114

4.3. 우리나라 결핵관리 법률의 내용	115
4.3.1. 결핵예방법상의 환자의 분류	117
4.3.2. 검진을 통한 결핵환자의 발견	119
4.3.3. 결핵환자의 신고	120
4.3.4. 접촉자의 개념과 관리	122
4.3.5. 결핵환자의 격리	124
4.3.6. 결핵환자의 생활보호조치	126
제5장 결핵 환자의 인권향상을 위한 법률 개선 방안	128
5.1. 결핵예방법의 개념의 오류와 개선방향	128
5.1.1. ‘결핵의사(擬似)환자’의 정의(定義)	128
5.1.2. ‘의료에 관한 지도’ 권한의 주체	131
5.1.3. ‘전염성의 소실’의 판정기준	131
5.2. 결핵환자의 발견 및 신고의 문제점과 개선방향	134
5.2.1. 결핵환자 확인을 위한 주거 진입의 요건강화	134
5.2.2. 1차 의료기관의 결핵환자 발견 및 신고 향상	136
5.2.3. 요양급여비용 심사 및 지급 정지 조항의 개정	137
5.3. 격리치료와 면회제한 조항의 문제점과 개선방향	139
5.3.1. 격리대상 결핵환자에 대한 인권적 접근	139
5.3.2. 적법절차에 따른 격리치료명령의 시행	143
5.3.4. 격리과정에서의 경찰협조 조항의 폐지	150
5.3.5. 격리대상 결핵환자의 면회제한 개선	152
5.4. 생활보호조치 조항의 문제점과 개선방향	154
5.4.1. 생활보호조치 내용의 확대	154
5.4.2. 결핵환자 관리에서의 개인정보의 보호	155
제6장 결론	159
참고문헌	167
Abstract	171

국문초록

결핵환자의 인권향상을 위한 법적 고찰

2014년 말 국내 결핵환자현황을 살펴보면 신고건수 기준으로 총 환자 43,088명, 신환자 34,869명, 인구집단 10만 명 당 유병률은 101명, 발병률 86명, 사망률 3.8명이었다. 한국 내 결핵 유병률과 발병률은 다른 OECD 국가들에 비해 현격하게 높은 수치다. 이러한 최근의 결핵관리현황에 근거하여 좀 더 적극적이고 다양한 결핵관리개선 방안들이 요구되었고, 동일한 인식에서 결핵에 대한 사회적 인식의 재고와 효과적인 관리를 위하여 2014년 결핵예방법이 개정되었다.

의학적 특성이라는 면에서 살펴볼 때, 메르스나 신종플루, 사스와 같은 급성, 호흡기, 바이러스 감염질환과는 다르게 결핵은 만성, 호흡기, 세균 감염 질환이다. 따라서 그 발현력이나 공중보건에 미치는 영향력이 다르다. 결핵은 호흡기 바이러스 질환에 비해 감염력이 낮고 효과적인 치료약이 존재하며, 단기간에 치명적인 상태에 도달하지 않는다. 관리에 있어서 사전 격리인 검역이 필요 없고, 감염자라 하더라도 반드시 격리를 필요로 하지 않는다. 그러나 장기간의 치료가 필요하고, 재발률이 높고, 다제내성균 감염인 경우에는 효과적인 치료가 어렵다. 증상 없이 지속 감염상태를 유지하는 잠복결핵도 존재한다.

호흡기 바이러스감염이 사회경제적인 상황과 무관하게 파급되는데 비하여 결핵은 사회경제적 상황과 밀접한 관련성이 있다. 이러한 의학적 역학적 특성을 고려할 때, 결핵은 환자군의 자발적이고 지속적인 협조가 핵심이고 이를 위한 국가사회의 지원에 법률의 초점이 맞춰져야 한다.

결핵과 같은 감염병에서 보건의료체계는 더욱 중요한 역할을 하는데, 이러한 체계를 공고히 하기 위해서는 법률적 기반을 정당하게 확립하는 것이 필요하다. 감염관리라는 현실적 상황 속에서 다양한 가치의 충돌이 발생하는 경우 과학적이고 의학적인 이해는 이러한 정당성의 근거가 될 수 있다.

규범적 가치에는 다양한 견해에 따른 이론의 여지가 있지만, 과학적으로나 의학적으로 검증된 근거에 기초한 법적 기준은 그 자체로서 헌법적 가치의 근거로 작동할 수 있기 때문이다.

공중보건학적 접근이 법률에 근거하여 국민의 기본권을 제한하는 방식으로 이루어질 때는 법적 타당성과 더불어 반드시 그 근거가 되는 의학적인 내용들의 실체적 타당성을 충분히 검토할 필요가 있다. 인구집단의 건강권과 환자 개인의 건강권 및 자유권의 충돌 가능성을 최소화하고, 부득이한 기본권 제한이라 하더라도 사회 구성원 전체가 납득할 수 있도록 노력을 기울여야 한다.

또한 이러한 기본권의 제한은 헌법에 근거하여 기본권 침해의 소지가 발생하지 않는 범위에서 법률상 반영되고, 격리와 같은 법률적인 강제는 인신구속에 준하여 헌법적 근거위에서 집행되어야 한다.

본 논문의 목적은 이러한 비판적 입장에서 결핵예방법의 개정과 결핵관리의 개선 방향을 인권적 관점으로 살펴보고자 하였다. 이를 위하여 국내 결핵관리 현황을 검토하고, 현행 결핵예방법 조항 중 입법에 있어 결핵에 대한 의학적 이해와 인권 및 기본권에 대한 검토의 부족함이 없었는가를 살펴보았다.

취약계층과 외부요인을 중심으로 결핵의 사회적 원인에 대해 접근해 보고, 이와 관련된 결핵관리상의 개선점 및 현행 결핵예방법이 가지고 있는 인권 침해의 요소 등을 헌법적 관점에서 검토해 보았다. 이를 바탕으로 결핵 관리의 법률이 올바른 근거에서 실체적 사실과 괴리 없이 규범화의 과정을 거쳐 국민의 건강한 삶을 보장하는 데에 이를 수 있는 가능성을 살펴보고자 하였다.

본 연구의 검토를 통하여 도달한 결론은 현행 결핵예방법이 의학적 역학적

연구의 결과를 반영한 과학적 입법에 도달하고 있지 못하고 있다는 것이다. 결핵의 강제적 관리가 효과적이지 못하다는 점이 이미 의학사를 통하여 밝혀져 있음에도 동일한 오류를 반복하고 있는 것이 현재 결핵관리의 문제점이라고 할 수 있다.

공중보건의 위험에 근거한 결핵환자의 기본권 제한이 그 의학적 근거의 오인 혹은 몰이해로 인하여 위헌적 요소를 포함하고 있다는 사실이 간과되고 있다. 현행 결핵예방법은 결핵환자의 치료라는 인권적 측면보다는 기본권 제한을 통한 공중보건의 관리가 주를 이루고, 사회취약계층을 위한 사회권적 건강권 보장의 한계를 드러내고 있다. 또한 사회와 의학의 수준이 갖는 시대적 한계로 인하여 결핵을 별도로 관리하고자 했던 과거의 전근대적 인식에 머물러, 그간의 의학적 발전과 이 시대의 인권의식을 수용하지 못하고 있다는 한계를 보여주고 있다.

본 논문에서 제기된 여러 문제점들이 결핵관리의 개선과 결핵환자 및 결핵 관리의 대상이 될 수 있는 사람들의 인권과 건강을 위하여 향후 개정에 반영되고, 더 나아가 감염병 예방 및 관리에 관한 법률이라는 하나의 틀 속에서 일관성 있게 다루어지기를 기대한다.

핵심되는 말 : 감염, 건강권, 격리, 결핵, 결핵예방법, 결핵환자, 공중보건,
기본권 제한, 인권 침해, 취약계층

제1장 서론

1.1. 연구 배경 및 필요성

2014년 통계청 발표사망원인 중 폐렴으로 인한 사망이 악성 신생물(암), 심장질환, 뇌혈관 질환, 고의적 자해(자살)에 이어 5위를 차지하고 있고, 2013년에 비해 10.8% 증가하였다고 발표하였다. 이외에 총 사망자 267,692명 중 6,912명이 특정 감염병 및 기생충질환으로 사망하였으며, 결핵사망자가 2,305명(호흡기 결핵 사망자 2,138명)이었다¹⁾.

결핵은 국내 법정 감염병(75종) 중 발생률 및 사망률 최고를 보이고²⁾, 통계청 자료를 보더라도 감염질환으로 인한 사망자 중 특정 단일미생물을 원인으로 발생한 사망자 수에서 결핵균에 의한 경우가 가장 높게 나타난다는 것을 알 수 있다.

이러한 높은 사망의 원인은 기본적으로 높은 발병률에 있다. 해마다 3 만명 이상의 새로운 환자가 지속적으로 확인되고 있으며, 약제에 내성이 있는 결핵균 감염자의 수가 다양한 관리 노력에도 불구하고 기대하는 만큼 감소하고 있지 않다. 현행 결핵예방법과 국가결핵관리는 이러한 현실적 상황에 기초한 인식에서 출발하고 있다.

한국사회의 보건에 있어 2015년은 메르스의 해로 기억될 만하다. 현대 사회의 다양한 질환 군들에 대한 치료의 의학적 한계를 인정한다고 하더라도, 하나의 감염병이 사회에 이토록 강력한 충격을 줄 것으로 생각지 못했다. 그러나 조금만 시간을 갖고 살펴보면 지나간 인간의 역사에 감염병이 미친 영향들

1) 통계청, 사망원인통계(전국편) : 2014년 사망원인통계

2) 질병관리본부홈페이지, 질병예방 > 국가결핵사업 > 결핵정책 > 결핵관리 종합계획

을 쉽게 살펴볼 수 있다.

현대 의학이 이룬 가장 큰 성과 중의 하나가 감염병의 병인에 대한 이해와 항생제로 대표되는 치료법의 발견이라는 것을 보면 감염병은 현대 이전부터 인간사회의 중요한 주제였다는 것을 알 수 있다. 또한 눈부신 속도로 의학이 발전하고, 유전학 방법론을 통한 질병치료 등의 다양한 첨단의학기술이 발전하고 있음에도 불구하고, 여전히 인간 사망의 가장 흔한 사망원인은 감염질환이다³⁾.

감염병과 관련해서 인간의 노력은 한계가 있고 선택은 제한되어 있다. 격리는 이러한 선택들 중에 하나이다. 특히 질병에 대한 과학적인 지식과 의학적 해결책이 명백하지 않은 경우 우리는 질병의 원인을 인간 그 자체로 간주하여, 인간의 행동에 대한 통제를 통하여 질병관리의 목적을 달성하고자 하는 노력을 기울여왔던 것이 사실이다. 근대 이전 사회에서, 결핵이나 한센병과 같은 감염병은 격리가 곧 관리와 동일한 의미를 지니고 있었다. 인간의 존엄성과 관련하여 인권에 대한 인식이 자선적 배려에서 법률적 권리로 발전하는 과정을 거침에 따라, 감염병과 관련된 격리도 형식과 절차를 갖추는 발전을 이루게 되었다. 이러한 발전은 단순히 인권의식의 신장으로만 이루어진 것이 아니라, 질병관리에 있어서는 과학과 의학의 눈부신 발전과 함께 한 것이다.

의과학의 발전은 곧 현대 사회가 인간의 존엄성을 침해하지 않는 범위 내에서 국가와 사회를 위해 격리를 실행할 방안들을 법률에서 모색할 수 있는 가능성을 제공해왔다. 그러나 아직 과학적으로 규명되지 못했거나 의학적 해결방법이 없는 감염병의 경우, 입법자는 격리를 불가피한 방법으로 인식하고 이

3) 자살을 제외한 사망원인인 악성신생물, 심장질환, 뇌혈관 질환으로 인한 사망자의 많은 수가 의료기관에서 사망하게 되는데, 이런 경우 기저질환에 폐렴이나 요로감염, 복막염, 폐혈증 등이 합병되어 있는 경우가 임상적으로 흔하다. 이런 환자가 사망하는 경우 사망의 원인으로 감염질환은 중요하지 않으므로 누락되는 경우가 많다. 또한 기본적으로 중환자실 환자의 경우나 수술환자의 경우 다양한 감염성 질환의 가능성과 진단에 따라 항생제를 사용하고 있는 경우가 있다. 이런 환자들의 경우 항생제가 없다면 감염이 사망원인이 될 것이다. 따라서 감염병 사망이 표면상으로는 사망에 달하게 되는 중증질환에서 자살을 제외하고 4위이나 실제적으로는 더 높은 가능성이 있다.

를 강제할 수 있는 법률을 입법하게 된다. 감염병과 관련하여 발생할 수 있는 여러 사회적 문제들을 사회와 국가라는 관점에서 관리하고자 하는 노력 중, 가장 현실적이며 영향력을 발휘할 수 있는 수단이 법률이기도 하지만, 법률은 또한 그 사회가 구현하고자 하는 가치의 수준을 구체적으로 검토할 수 있게 해주는 좋은 분석 대상이 되기도 한다. 결핵과 같은 감염병에 대한 사회의 인식 수준도 현실적으로는 법률을 통하여 나타나기 때문이다. 따라서 감염병 관리의 중요한 주제가 되는 격리를 결핵과 관련하여 살펴보고, 전반적인 결핵관리의 개선과 결핵환자의 인권을 향상시킬 수 있는 방안을 제시하기 위해서 우리나라의 결핵관리현황과 관련 법률들을 검토해 볼 필요성이 있다.

1.2. 연구 목적

결핵관리와 관련하여 과거에 비해 많은 지표들이 분명히 개선되고 있다. 그러나 부단한 노력과 개선에도 불구하고, 2000년 이후 지속적으로 일정 수준 이상의 새로운 환자가 발생하고 있어, 발생 원인에 대한 기존의 인식과 대처방식에서 벗어나, 새로운 결핵관리 패러다임을 모색해야 할 필요가 있다.

그러나 2014년 개정된 현행 결핵예방법의 결핵관리에 관한 내용은 오히려 시대에 역행 한다는 비판적 인식을 들게 한다. 결핵예방법이 새로운 패러다임에 맞지 않는 선택을 하고 있는 것은, 실체적 이해 없이 단순히 공중보건의 위협요소로서 법률적 관점에서만 결핵을 관리하고자 한 결과로 보인다. 이로 인해 위협요소의 제거에 집중한 입법취지가 인권과 기본권의 침해가능성을 높이고 있다.

2014년 결핵예방법의 개정방향은 격리와 통제를 핵심적인 감염병 관리 수단으로 사용하였던 전근대적 인식수준으로 회귀하는 양상을 보이는 것으로, 결

핵과 그 발생의 원인에 대한 이해의 부족에 기인하는 것으로 볼 여지가 있다. 이는 다양한 결핵발병의 사회적 원인에 대한 접근 노력의 부족에 기인하는 것이다.

따라서 향후 결핵관리의 개선을 위해서는 결핵에 대한 과학적 이해와 사회적 외부요인에 대한 검토가 우선 고려되어야 한다. 이를 바탕으로 현재 결핵관리상의 개선점 및 현행 결핵예방법이 가지고 있는 인권 침해의 요소 등을 법률적으로 충분히 살펴볼 필요가 있다.

본 논문은 이러한 비판적 관점에서 결핵관리의 현황을 검토하고, 결핵관리 개선 및 결핵환자의 인권향상을 위한 법률의 개선 방향을 제시하고자 한다. 또한 결핵이라는 질병을 관리하는 법률이 의학적 근거에 기초함으로써 실제적 사실과 괴리되지 않은 채로 규범화의 과정을 국민의 건강한 삶을 보장하는 데에 이를 수 있는 가능성을 살펴보고자 한다.

1.3. 연구 범위와 방법

본 논문은 연구의 목적과 관련하여 결핵 관련 법률 및 국가결핵관리체계에 서 인권 및 헌법에 보장된 기본권이 실제로 보장되고 있는지와, 결핵에 대한 의학 및 역학적 연구결과의 내용이 타당성 있게 반영되고 있는지를 살펴본다. 이는 결핵 관련 법률의 결핵관리 내용을 비판적으로 검토하여, 인권적이며 과학적인 결핵관리를 위한 입법의 방향을 모색하기 위한 것이다.

개념적 검토로서, 결핵이 갖는 의학적 특성에 기초한 입법의 필요성과 가능성을 제시하기 위하여 결핵의 의학적 특성에 대한 기술과 설명들, 그리고 사회의학적 이해를 의학교과서를 중심으로 살펴보고, 국내외 결핵관리의 현황을 질병관리본부와 WHO의 발표 자료를 통하여 검토한다.

비판적 검토로서, 결핵관리 현황과 관리방안에 대한 개별 연구들이 제시하고 있는 현재 결핵 관리의 문제점과 개선방향들을 알아보고, 결핵관리의 내용을 규정한 현행법령들의 법률상의 개념적 오류와 법률의 조항 중 의학적 연구 결과나 과학적 접근에 반할 개연성이 있거나 인권침해의 가능성이 있는 내용을 기본권 논의를 중심으로 살펴보았다. 이와 함께 미국, 호주, 일본의 결핵 관리와 관련된 법률들과 WHO의 권고사항을 인권이라는 개념을 중심으로 간략하게 살펴봄으로써 현재 우리나라의 결핵관리 법률의 기본권 제한의 문제를 비교법적으로 고찰하였다.

이러한 방법적 고찰에 기초하여, 제2 장에서는 결핵환자 관리의 전제가 되는 인권을 다루었다. 건강과 의료에 대한 권리로서의 인권의 개념과 결핵관리를 위해 이루어지는 격리에 있어서의 인권침해 가능성과 결핵환자의 기본권 문제를 개괄적으로 살펴본다. 또한 북한이탈주민, 한국계 중국 국적 체류자, 다문화가족, 노숙인, 집단시설 수용자, 불법체류 외국인 등을 포함한 사회적 취약계층 결핵환자의 현황과 이들의 인권보호의 문제를 검토한다.

제3 장에서는 치료와 관리라는 관점에서 미생물학, 임상의학, 예방의학, 법률에서의 감염병의 개념을 정리하고, 2014년 결핵환자신고현황연보(2015발간)에 나타난 국내 결핵관련 현황과 결핵환자의 유형을 살펴본다. 그리고 결핵관리의 과학적 이해를 위하여 결핵의 의학적 특성과 결핵환자의 의학적 격리의 내용을 검토하고, 비순응환자를 비롯한 관리에 있어 문제가 되는 결핵환자의 유형을 분석한다.

제4 장에서는 결핵환자의 관리를 위한 법체계를 살펴보는데, 법령을 통한 결핵관리의 역사와 우리나라 결핵예방법의 경과를 살펴보고, 미국, 호주, 일본의 법률 및 WHO 규정 중 결핵환자 인권보호의 내용을 검토한다. 이와 함께, 환자의 분류를 바탕으로 현행 결핵예방법 상의 결핵관리의 핵심 내용인 결핵환자의 발견과 신고 및 격리와 생활보호조치, 그리고 접촉자의 관리를 다룬

다.

제5 장에서는 개념적 오류의 검토와 함께 결핵관리의 현황과 내용 및 문제점들을 중심으로 관련 법률 조항을 구체적으로 비판하고, 결핵관리의 개선과 인권보장 및 향상 차원에서의 법률의 개선방향을 제시한다. 결핵환자의 발견 및 신고에 관련된 내용의 개선과 인권침해소지의 해소, 입원명령과 격리치료, 면회제한과 같은 결핵관리를 위한 조항의 인권침해가능성과 개선방향, 격리치료 대상자를 위한 생활보호조치의 내용에 대한 검토와 개선방향등을 제시하고 있다.

제6장에서는 본론의 내용들을 바탕으로 인간의 존엄성과 의학적 이해의 토대 위에서 결핵 및 결핵환자 관리의 법률이 나아갈 방향과 가치를 모색하는 것으로 결론을 맺는다.



제2장 결핵환자의 인권과 기본권

2.1. 현대 인권개념의 이해

2.1.1. 인권 개념의 역사

인권은 인간으로서 향유하는 모든 것을 이야기 할 수도 있지만, 현실적으로는 권리라는 형식으로 하나의 법적, 사회적 개념으로 그 실체를 드러내게 된다. 인권개념은 이러한 역사의 소산이고 문명의 산물이다. 인권은 ‘모든 사람은 자유롭고 평등하다.’는 명제를 특정 개인이나 집단에 대하여 부여하거나 제한하는 논리와 행동에 맞서온 생각과 실천이다. 인권은 인간이라면 어느 누구도 인간 공동체로부터 거부당하지 않는다는 것을 전제로 한다. 그런데 무엇에 근거해서 이런 주장을 할 수 있는 것일까? 인권의 근거 또는 원천은 한마디로 ‘인간 존엄성’이다⁴⁾. 따라서 인권은⁵⁾ 인간의 자유와 인간 본연의 고유한 존엄성에서 유래하는 권리이다.

우리는 이미 세계 여러 종교 전통들 속에서 인권의 휴머니즘적 단초들을⁶⁾ 쉽게 살펴볼 수 있다. 사랑, 인(仁), 자비(慈悲) 등과 같은 현실 가치를 초월

4) 임재홍·류은숙·염형국, 인권법(서울:한국방송통신대학교출판문화원,2014),3쪽

5) 전광석, 한국헌법론(서울:집현재,2015),209쪽

인권의 개념은 넓게 혹은 좁게 사용될 수 있다. 넓은 의미의 인권은 헌법과 국가의 존재를 전제로 하지 않고 인간으로 누려야 할 권리를 말한다. 다분히 자연법적인 개념이다. 그러나 이러한 이해에 따른 인권은 불확정적이다. 그 결과 이는 재판규범으로 기능할 수 없다. 이와 같이 자연법의 개념과 범주가 명확하지 않기 때문에 오늘날 인권의 이해는 국제법, 특히 국제관습법 및 국제법의 일반원칙을 중심으로 논의되는 경향을 보이고 있다. 좁은 의미의 인권은 법제화를 전제로 하는 개념이다. 이러한 개념이해에 따르면 인권은 헌법 혹은 국제적인 합의에 의하여 개인에게 보장되는 권리이다. 「국가인권위원회법」상의 인권개념이 여기에 속한다.

6) 미셸린 이사이지움/조효재역, 세계인권사상사(서울:도서출판 길,2010),10쪽

한 종교 사상들은 타인에 대한 무차별적인 배려와 존중을 가르치고 있다. 이러한 가치들의 존재로 말미암아, 상이한 역사와 다양한 문화의 차이를 뛰어넘는 보편적 인권에 대한 이해가 현대에 가능해진 것이다.

인권은 형식과 내용의 다양성에도 불구하고 본질적으로는 인간으로서의 삶을 어떻게 더 충실히 구현할 것인가? 하는 물음에 대한 현실적인 답들이라고 할 수 있다. 즉, 인권은 인간 존엄성을 현실 세계에 구현하는데 필요한 권리들이라고 할 수 있다. 동서양을 막론하고 이러한 인간존중사상은 존재해왔으나, 특히 현대적 개념의 권리로서 우리에게 익숙한 것은 개인의 권리로서의 서양 인권사상인 까닭에, 세계사의 테두리에서 우선 현대 서양 인권의 개념 전개를 먼저 살펴보기로 한다.

서구에서 근대적인 인권보장은 국민의 권리를 문서로 보장하는 제도와 함께 발전해 왔다. 1215년 영국의 대헌장, 1628년 권리청원 그리고 1679년 인신보호령을 거쳐 1689년 권리장전으로 귀결된 일련의 사건은 부당한 권력에 대한 저항권과 ‘왕은 군림하지만 통치하지 않는다.’는 입헌군주제와 법치를 확립하였다⁷⁾. 이후 루소, 몽테스키외, 로크 등의 사상가들이 인권이념의 확립에 큰 기여를 하였고, 1776년 <미국독립선언>을 거쳐 프랑스에서 1789년 <인간과 시민의 권리선언>이 선포되었다. 19세기에는 흑인노예해방, 여성권리향상, 노동자, 아동 등의 인권에 대한 문제인식이 싹텄고, 인권문제가 다양한 시민사회의 권리로서 사회표면에 부각되기 시작하였다.

20세기로 들어오면서 세계는 세계 평화를 위협하는 여러 상황들에 직면하게 된다. 세계평화를 위협하는 요소들에 대해 대처해 나가는 과정에서 세계 각국들은 인권이 세계평화유지의 기본적인 전제가 될 수 있다는 자각을 하게 된 것이다. 이 과정에서 인권이라는 개념이 구체적 문서를 통하여 탄생하게 된다. ‘인권(Human Right)’이라는 용어는 1942년 1월 1일 추축국(axis powers)

7) 임재홍·정경수, 국제인권법(서울:한국방송통신대학교출판문화원, 2014), 14쪽

에 맞서 싸우던 26개국의 <연합국선언(Declaration by United Nations)>에서 처음 사용되었다⁸⁾. ‘승리가 필요한 이유가 생명, 자유, 독립과 종교적 자유를 지키고, 각국이 그 나라 안에서나 밖에서 인권과 정의를 보존하기 위하여서’ 라는 선언의 전제 조건에 대한 언급과정에서 인권이 등장하고 있다⁹⁾.

이러한 정신은 ‘유엔헌장(Chapter of The United Nations)’ 에서 보다 가치 중립적이며 직접적으로 다루어지는데, 유엔헌장 전문에는 ‘기본적 인권에 대한 신념을 재확인’ 하는¹⁰⁾ 것으로 인권에 대한 명시적 결의가 드러나 있다.

이 선언들에서는 세계평화추구의 근간으로서 인권이 언급되었던 반면, ‘세계인권선언(Universal Declaration of Human Rights)’에서는 각 인간에 대한 권리가 구체적으로 다루어졌다. 1947년 1월부터 1948년 12월에 걸쳐 기초되어 1948년 12월 10일 유엔총회를 통하여 만장일치로 통과된 이 선언은 대전제가 되는 2개 조항을 포함하여 30개의 조로 이루어져 있다. 모든 인간이 보편적 평등을 공유하며, 이 평등은 인간의 존엄성에 근거하고, 따라서 어떤 이유로도 누구에게나 부정되어서는 안 된다는 원칙이 이 선언에서 규정되었다¹¹⁾.

8) 임재홍·류은숙·염형국, 전게서 26쪽

9) Declaration by United Nations:

Being convinced that complete victory over their enemies is essential to defend life, liberty, independence and religious freedom, and to preserve human rights and justice in their own lands as well as in other lands, and that they are now engaged in a common struggle against savage and brutal forces seeking to subjugate the world,

10)Chapter of The United Nations, Preamble:

to reaffirm faith in fundamental human rights, in the dignity and worth of the human person, in the equal rights of men and women and of nations large and small, and-

11)Universal Declaration of Human Rights, Preamble:

Whereas recognition of the inherent dignity and of the equal and inalienable rights of all members of the human family is the foundation of freedom, justice and peace in the world, Whereas disregard and contempt for human rights have resulted in barbarous acts which have outraged the conscience of mankind, and the advent of a world in which human beings shall enjoy freedom of speech and belief and freedom from fear and want has been proclaimed as the highest aspiration of the common people, Whereas it is essential, if man is not to be compelled to have recourse, as a last resort, to rebellion against tyranny and oppression, that human rights should be protected by the rule of law, Whereas it is essential to promote the development of friendly relations between nations, Whereas the peoples of the United Nations

이 이러한 역사적 연장선상에서 다양한 인권관련 조약들이 선언되었다¹²⁾.

질병과 고통으로부터 벗어날 수 있는 수단으로서의 의료에 대한 권리를 다루기에 앞서 이렇게 인권의 개념과 역사를 간략하게나마 살펴보는 것은 필요할 뿐 아니라 대단히 중요한 의미를 지닌다. 현대 사회에서 의료에 대한 권리가 인권과 분리될 수 없으며 의료에 대한 권리가 인간이면 누구에게도 보편적으로 소유하여야 할 권리임을 확인할 수 있기 때문이다. 또한 사회적 약자나 취약 계층에 대한 의료 권리 보장의 역사를 살펴볼 수 있고, 이를 바탕으로 현대사회에서 다양한 사회 및 의료 환경에서 인권과 의료에 대한 권리의 보장이 확보되어야 할 방향과¹³⁾ 단초들을 살펴 볼 수 있는 계기가 되기 때문이다.

이러한 맥락에서 논의를 전개하기 위하여, 인권적 결핵관리의 기초가 될 기본권인 생명권, 건강권, 자유권 등을 살펴보고, 기본권들 간의 관계를 살펴볼

have in the Charter reaffirmed their faith in fundamental human rights, in the dignity and worth of the human person and in the equal rights of men and women and have determined to promote social progress and better standards of life in larger freedom, Whereas Member States have pledged themselves to achieve, in co-operation with the United Nations, the promotion of universal respect for and observance of human rights and fundamental freedoms, Whereas a common understanding of these rights and freedoms is of the greatest importance for the full realization of this pledge, Now, Therefore THE GENERAL ASSEMBLY proclaims THIS UNIVERSAL DECLARATION OF HUMAN RIGHTS as a common standard of achievement for all peoples and all nations, to the end that every individual and every organ of society, keeping this Declaration constantly in mind, shall strive by teaching and education to promote respect for these rights and freedoms and by progressive measures, national and international, to secure their universal and effective recognition and observance, both among the peoples of Member States themselves and among the peoples of territories under their jurisdiction.

12) 임재홍·류은숙·염형국, 전거서, 30-31쪽

13) WHO, 25 Questions and Answers on Health and Human Rights (WHO, 2002), 8쪽

WHO는 의료를 포함한 건강과 인권의 관련성을 <건강과 인권에 관한 25가지 질문과 답변>을 통하여 다음과 같이 설명하고 있다.

“건강과 인권은 상호 복합적인 연관성을 지니고 있다.

인권 침해 또는 인권에 대한 관심 결여는 건강에 심각한 결과를 초래할 수 있다.

보건 정책과 프로그램의 수립 및 실행 과정에서 인권이 증진되거나 침해될 수 있다.

질병의 발생과 취약한 건강상황은 인권을 존중하고, 보호하며, 이행하는 조치를 취함으로써 완화될 수 있다.”

필요가 있다. 생명권, 건강권, 자유권과 같은 기본권이 올바르게 보장되기 위해서는 환자의 권리를 인권의 관점에서 고려하는 것이 필요하다.

2.1.2. 결핵환자와 관련된 인권 개념들

2.1.2.1. 생명권, 생존권, 생활권

생명권(生命權)을 살펴보기 위해서는 우선 생존권(生存權)과 생명권과의 차이를 살펴보는 것이 중요하겠다, 사실 어휘의 단순한 의미만 보면 생존권이 우리가 말하고자 하는 살아있을 권리와 더 가까운 것으로 받아들여 질 수 있다. 생존권을 영어로는 right to live, 생명권을 right of(to) life라고 한다. 그러나 통상 생존권은 생존권적 기본권으로서 사회권에 속한다¹⁴⁾. 이에 해당하는 독일어는 각각 Recht auf Existenz 와 Recht auf Leben¹⁵⁾이다. 존재 자체에 대한 방법론적 유지를 생존권이라고 한다면, 존재자체의 개시와 소멸에 관한 권리를 생명권이라고 할 수 있다.

홉스는 생명권이야말로 가장 필수적인 권리이고 사회계약이 생명권을 방위하지 못한다면 그런 계약은 무효라고 보았다. 홉스의 생명권 사상은 여러 국제 권리장전문헌에 나타나있다¹⁶⁾. 해방신학자 구스타보 구티에레스는 “따라서 우리는 생명이 일차적인 인권임을, 그리고 그리스도인의 관점에서 보자면 반드시 옹호해야 할 하느님의 선물임을 확인한다.” 라고 생명권이 기본적인

14) 성낙인, 헌법학(서울:법문사,2015), 1320-1323쪽

15) 김철수, 비교헌법론(서울:박영사 1980), 427쪽

생존권의 유래를 Recht auf ein menschenwürdiges Dasein로 설명하고 있기도 하다.

비슷한 조어로 Lebensrechte가 있는데 이는 우리말로 생활권으로 해석된다.

16) 미셸린 이사이지음/조효재 역,전계서,159 쪽

인권임을 분명히 선언하고 있다¹⁷⁾.

생명권이 자유권인데 반해, 생존권은 세계인권선언 22조에 드러난 바처럼 사회의 일원으로서의 경제적, 사회적 및 문화적 권리의 실현에 관한 권리로서 사회적 기본권 즉 사회권에 속한다. 사회권은 경제생활의 질서는 각인으로 하여금 인간다운 생활을 보장하는 것을 목적으로 하여야 한다.’ 고 규정한 바이마르 헌법 제151조에서 처음 도입된 것이다.

사회적 기본권(soziales Grundrecht)이라 함은 사회구성원들의 최소한의 인간다운 생존을 보장하고, 나아가 실질적 평등이라는 사회정의 실현을 위한 사회적 기본권사상이 시민적 자유권의 보완 내지 수정으로 대두된 것이다¹⁸⁾. 이러한 생존권은 인간의 존엄성에 상응하는 건강하고 문화적인 최소한의 생활¹⁹⁾을 말하는 인간다운 생활을 할 권리에 기반한 것으로서 우리 헌법에서는 ‘제34조 ① 모든 국민은 인간다운 생활을 할 권리를 가진다.’ 라고 함으로써 생존권에 대해 언급하고 있다.

이러한 관점에서 결핵예방법은 국가가 결핵환자의 생명권과 생존권을 보장하고, 일반 국민의 건강권을 보호하고자 한 법률이라고 할 수 있다.

2.1.2.2. 건강권과 자유권

1948년 세계인권선언은 “인간은 누구나 태어날 때부터 건강을 향유할 권리가 있으며, 국가·사회는 이러한 권리를 보장할 의무가 있다” 고 규정하고 있다. 건강권 개념은 보건의료가 지향해야 할 방향성이라는 관점에서 선언적인 개념이다²⁰⁾. 구체적으로는 보건의료라는 실체적 개념으로 인권 혹은 기본권

17) 미셸린 이사이지음/조효재역, 전게서, 91 쪽

18) 권영성, 헌법학원론(서울:박문사2006), 629 쪽

19) 성낙인, 전게서, 1332 쪽

과 관련하여 행복을 추구할 권리나 인간다운 생활을 할 권리에 포함되어 다루어진다.

건강권(Health Right)은 광의의 건강권과 협의의 건강권으로 구분되는데 WHO 헌장의 전문에서 드러나는 “우리가 최고 수준의 건강을 향유하는 권리”는 광의의 건강권으로, 보건의료서비스수진권(Right to Health Service)으로서의 건강권은 협의의 개념으로 이해된다. 1948년 WHO는 “건강이란 단순히 질병이 없거나 허약하지 않다는 것에 그치지 않고 완전한 신체적, 정신적 및 사회적 안녕상태”로 정의하고 있으며, 각 개인의 건강을 최고의 수준으로 유지하는 것은 민족, 종교, 정치적 이념, 사회경제적 상태를 초월해서 누구나 누려야 할 기본적 권리로 보았다.

WHO는 모든 인간의 기본적 권리로서 의료를 포함하는 건강권은 국가가 제공하여야 할 책임으로 규정하고 있으며, 이러한 건강권이 인권과 관련된 다양한 협약들 가운데 공고히 다져져 왔음을 언급하고 있다²¹⁾. WHO는 또한 이러한 건강에 대한 수준이 획득 가능한 최고의 기준에서 제공되어야 하며 그 구현을 위해서 건강 및 사회적 수단에 관한 국가적 규정들이 필요함을 헌장에 담고 있다²²⁾.

20) 대한예방의학회, 예방의학과 공중보건학(서울:계축문화사, 2015), 706쪽

21) WHO Constitution

The WHO Constitution enshrines the highest attainable standard of health as a fundamental right of every human being.

The right to health includes access to timely, acceptable, and affordable health care of appropriate quality.

The right to health means that governments must generate conditions in which everyone can be as healthy as possible. Such conditions range from ensuring availability of health services, healthy and safe working conditions, adequate housing and nutritious food. The right to health does not mean the right to be healthy.

The right to health has been enshrined in international and regional human rights treaties as well as national constitutions all over the world.

22) WHO Constitution:

Governments have a responsibility for the health of their peoples which can be fulfilled only by the provision of adequate health and social measures.

알마타 선언에서 WHO는 건강권이 '기본적인 인권'이며 정부들은 '적절한 건강 및 사회적 조치를 통해 자국민의 건강을 지킬 책임이 있다'는 점을 강조하였다²³⁾.

우리나라에서의 건강권에 대한 법적인 토대는 헌법을 통하여 직접적인 규정과 간접적인 규정으로 나누어 이해되고 있다²⁴⁾. 헌법 제10조에서 “모든 국민이 인간으로서 존엄과 가치를 가진다.”고 규정한 것인데 이는 기본권 질서의 이념적 출발로서 생명권을 전제한다. 또한 헌법 제35조 제1항에서 “모든 국민이 건강하고 쾌적한 환경에서 생활할 권리를 가진다.”고 명시하고 있다.

우리 헌법에서는 국가로부터 보장받아야 할 건강권의 토대가 될 수 있는 직접적인 규정도 있다. 헌법 제34조 제1항에서 인간다운 생활을 할 권리와 제36조 제3항에서 “모든 국민은 보건의에 관하여 국가의 보호를 받는다²⁵⁾.”라고 규정한 것이 그것이다.

건강권이 법률상 명시적으로 드러나는 것은 보건의료기본법이다. 제10조(건강권 등)에서 ‘① 모든 국민은 이 법 또는 다른 법률이 정하는 바에 의하여 자신과 가족의 건강에 관하여 국가의 보호를 받을 권리를 가진다. ② 모든 국민은 성별·연령·종교·사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 자신과 가족의 건강에 관한 권리를 침해받지 아니한다.’라고 건강에 대한 권리를 헌법의 보건이라는 소극적인 의미를 넘어서 직접 적극적으로 언급하고 있다.

헌법 제36조 제3항이 규정하고 있는 국민의 보건에 관한 권리는 국민이 자신의 건강을 유지하는 데 필요한 국가의 급부와 배려를 요구할 수 있는 권리를 말한다. 국가는 소극적으로는 국민의 건강을 침해하여서는 안 되는 의무를

23) 정민수 외, 건강권의 법적 토대와 그 실현에 대한 국제인권법적 고찰(서울:한국의료법학회지.2014.12), 207쪽

24) 정민수외, 전게서, 226쪽

25) 영문법령에는 ‘The health of all citizens shall be protected by the State.’라고 번역되어 있는데 보건을 health로 번역한 것이다. 자구적 의미로만 본다면 ‘보건(保健)’은 protection of health로 번역될 수 있을 것이다. WHO의 한글명도 세계보건기구로 일반적으로 사용되고 있으나 세계건강기구가 더 합당할 것으로 생각된다.

부담함과 동시에, 적극적으로는 국민의 보건을 위한 정책을 수립하고 시행하여야 할 의무를 부담해야 한다²⁶⁾.

보건이라는 개념은 국가에 대한 권리이다. 보건이라는 개념이 건강의 본질 자체에 대한 권리를 말하는 것은 아니다. 보건에 대한 권리는 앞서 언급한 협의의 건강권의 개념에 좀 더 가깝고, 형식적인 개념이라고 한다면, 건강권은 인간 자신의 안녕에 대한 실체적 가치적 보장을 요구하는 개념이라고 볼 수 있다. 이러한 가치적 개념을 중심으로 보건에 대한 권리와 의료에 대한 권리가 형식적으로 요구되는 것이다.

따라서 보건은²⁷⁾ 통상 공중보건이나 보건의료라는 개념으로 포괄되어 사용되는 경우가 많으며 보건서비스(health care service)에 대한 권리를 말하는데, 이는 보다 넓은 의미에서 위생, 예방, 의료에 대한 접근권을 포함한 수단을 통하여 건강을 보살핀다는 의미가 강하다²⁸⁾.

보건에 관한 권리는 헌법 제37조 제2항의 일반원리에 따라 제한이 가능하다고²⁹⁾ 볼 수 있지만, 이러한 보건에 대한 권리의 제한과 한계가 건강권에까지 동일하게 적용될 수 있는 것은 아니다. 곧, 보건에 대한 권리는 사회의 구성원으로서 누려야 할 건강상의 권리이나, 건강권은 인간의 존엄성에 기초하여 인간으로서 누려야 할 침해받을 수 없는 본질적인 권리이다.

미국의학한림원(Institute of Medicine)은 보건의료가 지향해야 할 목적으로 효과성, 안전성, 환자 중심성, 적시성, 효율성, 형평성을 강조하고 있다.³⁰⁾ 결국 보건에 대한 권리란 이러한 목적에 합당하게 국민이나 개인이 개인 및

26) 1995.4.20.91헌바11, 전원재판부 특정범죄가중처벌등에관한법률 제11조 및 마약법 제60조에 대한 헌법소원

27) 김대규 외, 한국결핵사(서울:대한결핵협회,1998), 174쪽

‘보건’이라는 개념이 한국의학사에서 직제 상 처음 등장하고 있는 것은 1908년 기존의 내부(内部)에 있던 ‘위생국’ 내에 보건과와 의무과가 설치되면서였다. 보건과에서는 전염병 및 지방병 예방과 중두 기타 공중위생을 관장업무로 하였다.

28) 대한예방의학회, 전게서, 705쪽

29) 성낙인, 전게서, 1398쪽

30) 대한예방의학회, 전게서, 712쪽

집단적 차원에서 건강에 영향을 미치는 요소에 대해 간접적으로나 직접적으로 사회로부터 보장받아야 할 권리이다.

역사적으로는 근대 이전에도 이러한 차원에서 질병예방과 관련된 보건예방이 이루어진 사실들을 살펴볼 수 있지만 이 당시의 보건기능은 인권적 고려 없이 감염병에 대한 사회적 관리방법의 일종으로 작동되었고, 이와 관련된 공중보건조직도 지역사회 차원에서만 이루어졌다³¹⁾.

1919년 제정된 바이마르공화국헌법(Die Verfassung des Deutschen Reiches)에서 드디어 근대적 의미의 헌법적 개념으로 보건의 등장한다.³²⁾ 바이마르헌법은 ‘가족의 순결과 건강은 유지되어야 하며 국가와 공공단체는 이를 지원하여야 한다.’ 라고 하여 가족의 건강을 국가적 차원에서 지원하는 규정을 두었다. 구체적으로는 전반부 1장에서 ‘건강제도에 관한 법제정권을 공화국이 가진다.’ 고 하고 있으며, 후반부 2장에서 ‘위생유지와 건강은 국가와 사회의 과제이며, 모성은 국가에 대하여 돌봄을 받을 청구권을 가진다.’ 라고 명시적으로 밝히고 있다.

이러한 보건에 대한 권리를 보건권으로 형식화한다면, 이는 기본권의 하나 이기는 하지만, 그 보장은 보건체계의 완성을 통하여 이루어 질 수 있는 것으로

31) 밀턴 피머저/강민선의 역, 세계의 보건의료제도(서울:한울아카데미, 2001), 114쪽
보건과 관련하여 공중위생 프로그램이 최초로 실시된 곳은 영국이다. 1796년 발진티푸스 유행을 계기로 의사를 기관장으로 하는 맨체스터 보건국이 만들어졌고, 보건국은 면방직공장의 질병양상을 조사하여 작업시간 및 환경에 관한 법령 제정을 제안하였다.

32) Die Verfassung des Deutschen Reichs:
ERSTER HAUPTTEIL, Aufbau und Aufgaben des Reichs
ERSTER ABSCHNITT, Reich und Länder
Artikel 7
(1) Das Reich hat die Gesetzgebung über:
8. das Gesundheitswesen, das Veterinärwesen und den Schutz der Pflanzen gegen Krankheiten und Schädlinge;
ZWEITER HAUPTTEIL, Grundrechte und Grundpflichten der Deutschen
ZWEITER ABSCHNITT, Das Gemeinschaftsleben Artikel 119
(2) Die Reinerhaltung, Gesundung und soziale Förderung der Familie ist Aufgabe des Staats und der Gemeinden. Kinderreiche Familien haben Anspruch auf ausgleichende Fürsorge.
(3) Die Mutterschaft hat Anspruch auf den Schutz und die Fürsorge des Staats.

로, 단순히 한 개인에 대한 질병의 치료여부나 추상적인 가치의 표명이 본질적인 보건의 제공이라고 보기는 어려운 것이다. 따라서 더욱 발전적이고 보편적인 의료에 대한 권리와 국가사회의 의무가 1966년 유엔에서 채택된 국제인권규약 중, ‘I.경제적·사회적·문화적 권리에 관한 국제협약(A규약)’에서 다음과 같이 구체적으로 다루어지고 있다.

제 12 조

1. 가맹국은 누구에게나 성취할 수 있는 최고 수준의 신체적 및 정신적 건강을 누릴 권리가 있음을 인정한다.
2. 이 권리의 완전한 실현을 위해 가맹국은 조치를 취할 것인 바, 그 속에는 다음을 이룩하는데 필요한 조치가 포함된다.
 - 가. 사산율과 유아사망율의 저하를 위한, 그리고 어린이의 건전한 발육을 위한 대책.
 - 나. 환경위생 및 산업위생의 모든 측면의 개선.
 - 다. 전염병, 풍토병, 직업병 및 기타 질병의 예방·치료 및 억제.
 - 라. 병에 걸렸을 경우 누구나 의료와 의학적 배려를 받을 수 있는 여건의 창출.

보건권은 국민을 질병으로부터의 단순히 보호한다는 의미가 아니라 국가가 국민보건을 위한 적극적인 정책을 수립하고 시행할 의무를 지닌다는 의미를 포함한다. 보건권은 공권력에 의한 건강침해에 대하여 그 배제를 요구할 수 있다는 점에서 자유권적 성격을 가지는 것이지만, 자신과 가족의 건강에 대하여 국가의 적극적인 배려를 청구할 수 있다는 점에서 사회권적인 성격을 지니는 것이다³³⁾. 이러한 측면에서 결핵과 관련하여 감염자에 대한 비감염자의

33) 권영성, 전게서, 695-696쪽

건강에 대한 보호요구가 국가를 통하여 보권권의 보장으로 구현되는 경우, 인권에 대한 충분한 고려가 없으면 감염병 관리에 있어 감염자가 감염원으로서 사회의 해악으로 간주될 소지가 있다.

생명권, 건강권, 보건권 등은 결핵감염자에게 보장되어야 할 인권적 기본권이면서, 또한 비감염자도 동일하게 누려야 할 권리에 속한다. 결핵감염자의 권리와 비감염자의 권리가 일반 질병에서와 같이 통상 충돌하지 않는 경우는 문제가 없지만, 공중보건의 관점에서 인구집단에 위해가 발생하는 경우 국가는 이를 방지할 의무가 있다. 이때, 결핵환자의 권리 중 생명권이나 건강권은 제한할 수 없지만, 인구집단의 건강 보호를 위하여 결핵환자의 자유권을 제한하는 것은 가능하다. 이것은 기본적으로 자유권이 제한 가능한 상대적 자연권으로서의 성격을 가지고 있기 때문이다³⁴⁾.

자유권은 자연법적인 권리가 아니라, 국가 내적인 권리에 불과하다는 것이 사유가 된다. 이러한 사유로 환자 및 인구집단의 건강 보호와 자유권과의 긴장관계는 입법을 통하여 가시화되는데, 긴장관계는 결핵감염자와 비감염자의 상호 이익에 종사하기를 기대하는 것이다.

그러나 질병의 의학적 이해와 같은 입법의 전제조건들에 대한 성찰부족으로 인하여 자유권의 침해에만 머물러, 법률이 궁극적으로 목적인 바의 가치를 실현하는 데 어려움이 생겨나기도 한다.

34) 성낙인, 전계서, 1045쪽

2.2. 결핵환자에 대한 인권적 접근의 필요성

결핵이라는 질병을 퇴치하기 위한 가장 중요한 고려는 인권이다. 결핵이라는 질병에 접근하는데 있어 우선해야 할 것은 관리가 아니라, 치료와 배려이다. 어떠한 질병을 겪고 있는 경우이건, 환자를 질병으로부터 벗어나게 하는 것이 치료자와 국가의 의무이고 이것은 결핵이라는 감염병을 앓고 있는 환자에게도 동일하게 적용되어야 할 것이고, 이것이 인권이다.

공중보건에 대한 감염병의 위협으로부터 국민과 비감염자의 건강을 예비적으로 관리하기 위하여 보건권을 보장하고자 하는 입법자의 의도는 충분히 가치가 있다. 그러나 이러한 관리의 의도가 법률로서 결핵환자의 기본권을 과도하게 제한하고, 또 이러한 기본권 제한이 이미 밝혀져 있는 질병의 의학적 과학적 근거에 기초하지 않고 전근대적인 인식에 기초하여 이루어진 것이라면 이는 관리의 효과와는 무관하게 그 자체로 이미 인권의 침해로 볼 수 있다.

결핵관리와 관련하여 인권은 단순히 가치의 문제가 아니다. 질병을 직접적으로 해결하기 위해서는 구체적 방법론의 입장에서 접근하여 유익한 결과를 이루어 내는 것이 현실적으로 중요하다. 현실적인 문제의 해결과정에서 인권을 단순히 가치의 문제라고만 본다면, 결핵관리에서 인권에 대한 고려는 불필요한 것 혹은 부차적인 것으로 간주되거나, 우선 순위에서 밀려나게 될 가능성이 있다.

이미 과학적인 해결방법이 존재하는 결핵의 특성상, 사회경제적인 분석에 기초한 환자에 대한 이해와 자율성의 존중이라는 인권적 접근은 장기간에 걸친 결핵과의 싸움에서 현실적인 방법론으로 큰 효과를 발휘할 수 있다. 의학적 특성에 기초하여, 충분한 사회적 배려를 동반하여 이루어지는 결핵환자에 대한 이해는, 여러 어려움에도 불구하고 우리에게 결핵이라는 질병을 극복하고 함께 건강한 사회를 이룰 수 있도록 하는 동반자적인 삶을 제공해 줄 것이

다.

WHO를 비롯한 국내외 여러 결핵관리의 가이드라인들도 이러한 관점에서 결핵관리에 있어 인권적 접근을 특별히 강조하고 있고, 결핵관리에 있어 인권 침해적 요소가 불가피하게 이루어지는 경우가 있다면 이에 대해 충분한 사회적 배려와 경제적 지지 그리고 구제방법을 명시할 것을 권고하고 있다.

2.2.1. 건강과 의료에 대한 권리

국가는 보호대상이 되는 국민 개인을 위하여 질병과 관련하여, 인권 및 기본권 측면에서 두 가지 내용을 보장해야 한다. 하나는 포괄적으로 건강권이라고 할 수 있는 의료에 대한 권리이다. 또 다른 하나는 그 과정에서 보장되어야 할 인권이다. 이 둘은 사실상 분리될 수 없는 것이고, 이 둘 또한 전체적으로는 인권이라는 하나의 개념에 포괄 될 수 있다.

인간은 인간으로서 인권을 보장받아야 하고, 국민은 국민으로서 그 기본권을 보장받아야 한다. 이러한 인권과 기본권을 보장하기 위해 중요한 것이 의료에 대한 권리 및 이에 선행하여 생명권, 건강권, 보건권과 같은 기본권과 신체 자유의 권리와 같은 기본권이다. 이러한 권리들이 조화롭게 실현될 때, 최종적으로 인권이 자리 할 수 있고 결국 인간의 존엄성이 지켜질 수 있다.

국가가 이러한 과정에서 개인을 단순히 보살펴야 할 대상으로만 고려하거나, 공중보건에 대한 위협적 요소로 간주하여 관리한다면, 인간의 존엄성에 대한 침해의 가능성은 국가의 선의(善意)와 상관없이 항상 존재하게 된다³⁵⁾.

35) 이러한 이유, 예를 들면, 자살이나 안전사고 예방과 같은 개인의 생명보호나 감염병 차단과 같은 공중보건을 이유로 국가가 개인의 자유의지나 의사에 협조 혹은 반하여 개입하는 것을 국가 후견주의(paternalism)라고 한다. 국가에 의해 이루어지는 국가 후견주의이외에 사회나 가족 내에서도 이러한 개념의 개입은 다양하게 나타난다.

Lawrence O. Gostin, 전게서, 51쪽.

Paternalism is the intentional interference with a person's freedom of action

앞서 언급한 기본권은 한 인간이, 영혼의 존재여부와 상관없이 하나의 유형 물인 몸의 구조로 이 세상에 형상화되어 국가공동체에 귀속되어 있는 동안, 당연히 국가로부터 보장받아야 할 기본 전제이다. 인권과 관련하여 의료에 대한 권리는 의료적 환경에서³⁶⁾ 환자로서 필요한 의료적 처치를 당연히 받을 수 있다는 것 뿐 만이 아니라, 비의료적 환경에서도³⁷⁾ 국가나 사회를 대상으로 요구할 수 있으며, 한 사람의 인간으로서 당연히 누려야 할 권리이다.

개별 국가는 이에 대하여 인권적 측면에서 존중하고 보호하고 충족시킬 의무를³⁸⁾ 가진다. 반드시 원하는 결과에 도달할 수 없다 하더라도, 신체적, 정신적 질병이나 고통 및 증상을 호소하고 이를 해결할 수 있도록 요청하고 치료받을 수 있는 권리는 가장 기본적인 인권에 속한다³⁹⁾.

exclusively, on primarily, to protect the health, safety, welfare, and happiness or other interests or values of the person subject to coercion.
The state overrides a competent person's known preferences in order to confer a benefit or prevent harm to the subject herself.(Paternalism, of course, also presents a hard problem in the private sector)

- 36) 개인이 의료시스템 내에서 의료행위의 대상이 되는 경우에 누려야 할 환자의 권리에 대해서 의료법 제 4조 (의료인과 의료기관의 장의 의무) 의료법 시행규칙 별표 1 환자의 권리와 의무(제1조의2제1항 관련)에는 다음과 같이 명시되어 있다.

1. 환자의 권리

가. 진료 받을 권리

환자는 자신의 건강보호와 증진을 위하여 적절한 보건의료서비스를 받을 권리를 갖고, 성별·나이·종교·신분 및 경제적 사정 등을 이유로 건강에 관한 권리를 침해받지 아니하며, 의료인은 정당한 사유 없이 진료를 거부하지 못한다.

나. 알권리 및 자기결정권

환자는 담당 의사·간호사 등으로부터 질병 상태, 치료 방법, 의학적 연구 대상 여부, 장기 이식 여부, 부작용 등 예상 결과 및 진료비용에 관하여 충분한 설명을 듣고 자세히 물어볼 수 있으며, 이에 관한 동의 여부를 결정할 권리를 가진다.

다. 비밀을 보호받을 권리

환자는 진료와 관련된 신체상·건강상의 비밀과 사생활의 비밀을 침해받지 아니하며, 의료인과 의료기관은 환자의 동의를 받거나 범죄 수사 등 법률에서 정한 경우 외에는 비밀을 누설·발표하지 못한다.

라. 상담·조정을 신청할 권리

환자는 의료서비스 관련 분쟁이 발생한 경우, 한국의료분쟁조정중재원 등에 상담 및 조정 신청을 할 수 있다.

- 37) 전쟁 중, 수형시설 내 등과 같은 특수한 환경 뿐 아니라 학교, 직장 등의 일상 공간에서도 보편타당한 의료에 대한 접근권은 인권의 기초가 된다.

- 38) 임재홍·정경수, 국제인권법(서울:한국방송통신대학교출판문화원, 2014), 59쪽

- 39) WHO, 25 Questions and Answers on Health and Human Rights(WHO, 2002)17쪽

의료에 대한 권리가 구체적으로 개인에게 적용되어 드러난 것은 전쟁을 통해서이다. 히포크라테스 이후, 특히 서양사회에서 의료에 대한 권리의 의미를 잘 드러내 보여주는 구체적 노력이 있다. 전투 중 다친 군인들이 처한 비인도적 상황을 개선하기 위한 노력의 일환으로 제네바회의가 1863년과 1864년 ‘부상병의 처우 개선을 위한 협약(The Convention for the Amelioration of the condition of the Wounded in Armies in the Field)⁴⁰⁾’을 채택한 것이다. 이 협약에서는 ‘제6조 상병자는 국적여하를 불문하고 수용하여 치료하여야 한다.’고 명시하고 있고, 이 조항 이외에도 이러한 의료를 제공함에 있어 전시임에도 보호받고 보장받아야 할 여러 권리가 제시되고 있다.

의료에 대한 권리 개념은 보건과는 달리 한 개인의 특정한 질병의 관리와 관련하여 주장되거나 요구될 수 있는 것으로서 개인의 권리와 관련하여 중요한 의미를 띤다. 질병으로 인한 고통으로부터의 해방에 기초한 건강상의 안녕이 인간의 행복과 직결되며, 이것이 인간 존엄성의 구현이다.

WHO는 인권에 기초한 건강을 구현하기 위한 접근법으로서 다음의 개념을 제시하고 있다.

건강에 대한 인권에 기초한 접근법의 “구성 요소”

Right to health (건강권)

Information (정보)

Gender (성)

Human dignity (인간의 존엄성)

Transparency (투명성)

Siracusa principles (시라쿠사 원칙)

Benchmarks and indicators (벤치마크와 지표)

Accountability (책임성)

Safeguards (안전장치)

Equality and freedom from discrimination (평등과, 차별로부터의 자유)

Disaggregation (세분화)

Attention to vulnerable groups (취약계층에 대한 관심)

Participation (참여)

Privacy (사생활)

Right to education (교육권)

Optimal balance between public health goals and Protection of human rights

(공중 보건의 목표와 인권 보호 간 최적의 균형)

Accessibility (접근용이성)

Concrete government obligations (정부의 구체적 의무)

Human rights expressly linked (인권과의 명백한 연계)

40) International Committee of the Red Cross homepage 참조

이러한 발전은 이상적인 가치만을 이야기 하는 것이 아니라 직접적인 구현에 도덕적 타당성을 두고 있다. 따라서 현대 의료시스템이 다양한 문제점들을 포함하고 있다는 이유로 의료에 대한 권리나 인권 중 어느 한쪽만 선택되어서는 안 된다.

구체적인 의료에 대한 권리를 구현함에 있어 인권과 건강권은 분리될 수 없으며⁴¹⁾, 특히 역사적으로 사회 위협의 요소로 간주되어 온 감염병을 관리 및 개선시키는 데 있어서 이러한 인식은 목적에 합당한 과정을 수행하기 위해 대 중요하다⁴²⁾. 최상의 가치를 담보하기 위해서는 최상의 수단이 그 발판이 되어야 한다는 데 동의한다면, 인간의 존엄성을 보장하기 위한 가장 중요한 수단이 인권이며 인권의 보장에 있어 가장 기본적인 것이 의료에 대한 권리라는 것을 새삼스럽게 언급할 필요는 없겠다.

그러나 역사적으로 보면 그렇지 못한 경우를 우리는 종종 살펴볼 수 있다. 목적에 합당한 수단이 확보되지 못하는 경우 인간 존엄성의 구현은 현실적으로 불가능하다.

전시나 불가항력의 상황이 아니었음에도 인권과 의료에 대한 권리가 송두리째 상실된 극단적인 예로서 미국에서 이루어졌던 터스키기(Tuskegee) 매독연구를⁴³⁾ 우리는 알고 있다. 또한 한국 내에서의 한센병 환자들에게 이루어졌

41) WHO, 25 Questions and Answers on Health and Human Rights (WHO,2002), 17쪽
Human rights expressly linked (인권과의 명백한 연계)

42) WHO, 25 Questions and Answers on Health and Human Rights (WHO,2002), 17쪽
Optimal balance between public health goals and Protection of human rights
(공중 보건의 목표와 인권 보호 간 최적의 균형)

43) Lawrence O. Gostin, 전게서, 308-309쪽

공중위생국(Public Health Service, PHS)에서 수행한 악명 높은 매독의 자연사 연구이다. 1932~1972년 앨라배마 터스키기에서 수행된 연구로 매독 치료제인 페니실린이 발견되기 전 시작하여 치료약이 발견되었음에도 치료에 대한 접근을 차단하고 지속적으로 매독의 자연적 경과를 관찰하였다. 이에 대한 반성으로 벨몬트보고서(1979)가 채택되었다. 벨몬트보고서는 1. 정보에 기초한 동의서(informed consent) 요구와 피험자의 사생활 존중을 내용으로 하는 인간 존중의 원칙, 2. 위험을 최소화하고, 이득을 최대화해야 한다는 선행의 원칙, 3. 파생되는 부담과 이득이 동등하게 분배되는 공정성과 취약한 피험자의 보호를 내용으로 하는 정의의 원칙으로 구성되어 있다.

던 인간성을 보존 할 수 없을 정도의 인권과 의료에 대한 권리의 침해를 알고 있다.

2.2.2. 결핵환자 인권보호의 필요성

사회와 국가는 결핵이라는 감염성 질환을 관리함에 있어 보건의료체계의 행정적인 편의를 중심으로 할 것이 아니라 인간의 존엄성에 기초한 인권의 보장과 헌법이 보장하는 기본권을 우선시 하여 접근하여야 한다.

정신보건법에서의 입원격리와 다르게 특히 의사능력(意思能力)에 하자가 없는 경우, 감염병에서의 치료와 관리는 첫째, 치료자가 기준으로 삼는 의학에 대한 최대한의 존중과, 둘째, 인권을 바탕으로 환자의 생명권, 건강권, 보건권 보장, 셋째, 이와 관련된 생존권적 배려를 실현함으로써 가장 효율적으로 이루어질 수 있다. 이러한 조화를 염두에 두지 않고, 격리와 통제 위주가 갖는 효과만을 생각한다면 단기적인 통제 및 지표의 개선을 가져올 수 있을지 모르나, 결핵의 의학적 특성상 장기적으로는 도움이 되지 않을 것이다.

따라서 결핵관리에 있어 결핵환자의 치료와 공공의 이익을 위해 특정한 상황에서 권리의 제한이 필요하다 하더라도, 의료의 접근과정에 과다한 통제와 대가를 요구하는 방식의 법률적 결핵관리는 그 자체로 인권침해의 소지가 있다. 질병을 치료하는데 있어 치료제공의 사회적 요건을 강제하는 것은, 사실상 치료를 회피하여 의료의 권리를 본질적으로 인정하지 않는 것과 동일한 현실적인 침해를 야기할 수 있다⁴⁴⁾.

44) WHO, 25 Questions and Answers on Health and Human Rights (WHO, 2002), 18쪽
권리가 제한되는 경우에 필요한 보호 장치가 존재하는 지 여부를 판단하는 중요한 기준은, 시라쿠사 원칙의 5가지 조건이 모두 충족되는가이다.
시라쿠사 원칙(Siracusa Principles)
공중 보건 목표 달성을 위해 인권을 간섭하는 일은 최후의 방편으로서만 가능하다.
그러한 간섭은, 시라쿠사원칙으로 알려져 있는, 인권법에 상세하게 정의되어 열거되어

또한 현재의 결핵관리상황의 문제는 격리치료와 면회제한과 같은 강제 조항들로 효과를 나타낼 수 있는 상황이 아니다. 이러한 강제조항이 효과적인 결핵관리의 방법임이 입증되려면 결핵환자의 증가 혹은 퇴치의 지연이 감염자의 비협조로 인한 것이어야 한다.

그러나 관리통계들의 지표를 보면 감염자 중 재발자나 재치료자는 줄어들고 있는데 비하여, 새로운 환자의 수가 줄지 않고 있다. 따라서 현재 국내 결핵관리의 핵심은 확진자에 대한 강제를 강화하는 것보다는 새로운 환자군이 어떻게 형성되는지를 역학적으로 규명하고 이러한 규명을 용이하도록 의료에 대한 접근성을 재고하는 것이 필요하다.

결핵은 세균이고, 알려진 치료제가 존재하며, 잠복기가 길고 증상 발현이 더디며, 잠재적 감염자의 비율이 그 어떤 감염병보다 높다⁴⁵⁾. 이를 합당하고 효과적으로 관리하기 위한 법률을 입법하는 과정에 있어서는 결핵균이 인체의 면역체계 내에서 거치는 면역학적 과정, 결핵이라는 질병의 자연사, 다양한 치료제의 특성 등과 같은 의학적 주제들을 깊이 있게 이해하고 검토할 필요가 있다.

질병의 관리에 있어 인권 침해의 가능성이 있는 관리방식들은 의학사를 통하여 우리가 인식하고 있는 바와 같이 중국에는 질병관리의 효율성을 떨어뜨리고 또 다른 사회의 부담이 된다.

현재의 결핵관리의 상황에 기초하여 강화된 결핵관리의 필요성이 제기된다

있는 아래와 같은 모든 조건이 충족되는 경우에만 정당화될 수 있다.

-해당 제한은 법에 의거하여 명시되고 이행된다.

-제한은 합당한 일반이익 목표(legitimate objective of general interest)를 위해 이루어진다.

-제한은 그러한 목표를 달성하기 위해 민주주의 사회에서 반드시 필요하다.

-동일한 목표에 도달하기 위해 활용할 수 있는, 상대적으로 침해나 제한의 성격이 약한 다른 수단이 존재하지 않는다.

-제한은 자의적으로, 다시 말해, 비합리적이거나 다른 형태의 차별적인 방식으로 선택되거나 부과되지 않는다.

45) 최인홍 외, 의학미생물학(서울:엘스비어코리아, 2014), 275쪽
실제 세계인구의 3분의1은 결핵균이 잠복감염 되어있다.

하더라도, 의학적 이해가 없이 사회적 강제력을 결핵환자의 효율적인 관리수단으로 인식하는 것은 질병의 원인이 미생물의 특성에 기인하는 것임에도 불구하고 인간자체에 기인하는 것으로 오인하여 낙인효과를 발생시킬 가능성이 있다. 또한 결핵 유병률이 높은 집단이 가지고 있는 사회경제적 특성상 낙인 효과는 더욱 심화되어 나타날 가능성이 있고, 이것은 질병을 원인으로 한 개인적 차별이나 취약계층에 대한 차별과 같은 인권침해의 문제로 발전하게 될 수 있다.

환자가 자신이 받을 치료와 의료에 관하여 행하게 되는 의료의 결정은 의사능력이 있는 한 존중받아야 한다. 특정한 질병이 환자를 통하여 사회적 위험을 발생시킬 수 있는 경우 그 과학적 내용을 전제로 국가나 사회는 개입할 수 있기는 하지만, 이 또한 환자의 유익에 기초하여야 한다. 이 유익의 구현을 보장하는 것은 국가의 몫이다. 환자의 유익과 인권에 기초한 결핵관리가 의학적 근거위에서 이루어지고 이것이 국가에 의해 보장될 때 가장 효과적인 결핵관리가 이루어질 것이다.

2.2.3. 취약계층 결핵환자의 인권보호

사회경제적 구조 하에서 일반인들과 동등하게 생활하는데 차별을 겪고 있거나 불이익을 받고 있는 것으로 평가되는 인적 속성을 바탕으로 한 취약계층인 여성, 여성가구주, 고령층, 저학력층, 장애인, 소수인종, 이주민, 북한이탈주민, 교도소 출소(예정)자 등의 인구학적 집단은 동시에 결핵취약 계층에 속하게 될 가능성이 크다.

이들은 특히 건강권과 관련하여 다양한 취약성을 보인다. 건강권이 기본권의 측면에서 소극적 의미의 자유권적 성격과 적극적 의미의 사회권적 성격을

동시에 가지고 있다고 볼 때⁴⁶⁾, 취약계층의 특성상 국가를 상대로 사회권적 건강권을 적극 요구를 하는 것이 어렵다.

이러한 취약계층은 건강권 이외의 다양한 사회권적 기본권에 있어서도 이미 권리의 주장에 어려움을 겪을 가능성이 크기 때문에, 건강권 결여는 건강권을 통하여 궁극적으로 보장하고자 하는 목표인 생명권에도 영향을 줄 수 있다. 또한 사회권적 건강권이 보장되지 못하면, 직접적으로는 환자의 자기결정권에 영향을 주어 자유권적 건강권을 실질적으로 제한하는 결과를 가져올 수 있다.

건강 특히 결핵으로부터의 치유를 단순히 기본권의 해석을 통한 권리의 보장으로만 접근한다면, 이러한 권리의 주장에 어려움이 있는 취약계층이 실질적으로는 건강에 있어 방치되는 결과에 이를 수 있다. 따라서 국가와 사회는 인권의 측면에서 적극적으로 개입하여 사회취약계층이 곧 결핵취약계층화 하는 것을 최대한 방지하여야 하며, 적극적 건강인권의 보호를 통하여 취약계층의 건강권이 기본권 충돌을 이유로 하는 기본권 제한의 법리에 의해 간접 제약되는 결과에 이르지 않도록 할 필요가 있다. 또한 자유권의 제한이 결핵 관리의 핵심적인 방식이 되어서는 안 된다. 더불어 불법체류 외국인과 같은 경우에는 인권적 접근이 일반 국민에 대한 기본권의 보호와는 별도로 필요하다⁴⁷⁾.

결핵의 관리에 있어 특히 인권이 주제가 되는 계층이 있다. 결핵이 가지는 사회경제적인 특성상 이러한 취약계층은 결핵감염에 취약하다고 간주될 뿐 아니라, 국가나 사회의 결핵의 관리라는 측면에서 자신들의 의지와는 무관하게

46) 김주경, 헌법상 건강권의 개념 및 그 내용(서울:한국헌법판례연구학회, 2011), 헌법판례연구 12, 159쪽

47) 전광석, 전게서, 201쪽

인권의 개념은 외국인의 기본권적 지위를 논의하는 데에 유용한 기준이 된다. 즉, 헌법이 보장하는 기본권 중에는 인권의 범주에 속하기 때문에 국적에 관계없이, 즉 외국인 역시 향유하는 기본권이 있는 반면 국적을 전제로 보장되는 기본권이 있다.

전광석, 전게서, 231쪽

기본권 중에는 헌법에 의한 법제화와 상관없이 인권으로 평가할 수 있는 권리들이 있으며, 이념적으로 보면 인권의 범주에 속하는 기본권에 관한 한 대한민국 국민 뿐 아니라 외국인 역시 기본권의 주체로 인정되어야 한다.

사회의 잠재적 결핵 발병 원인으로 낙인 되어, 실질적인 결핵감염의 위험이 개별적으로 입증되지 않았음에도 불구하고 관리의 대상이 될 소지가 있다.

결핵과 같은 감염병 관리를 위하여 취약계층을⁴⁸⁾ 별도로 파악하여 관리하는 것은, 병인에 대한 의학적 이해뿐 아니라 사회적 원인을 찾아내어 감염병 관리에 접근함으로써 잠재적인 원인을 해결 할 수 있다는 점에서 대단히 중요하다. 이러한 관심은 단순히 결핵이라는 감염병을 퇴치하기 위한 방법론적인 분류를 위해서 뿐만 아니라, 결핵관리에 있어 발생할 수 있는 인권 및 기본권의 침해와 개선의 방향을 빠짐없이 살펴볼 수 있게 해준다는 점에서 감염병 관리정책을 결정하고, 이를 입법 하는데 중요하다. 따라서 결핵관리의 취약계층을 분류하고 살펴보는 것은 필수적이다.

질병관리본부는 결핵안심벨트 지원사업과 관련하여, 노숙인이나 무연고 환자, 외국인, 건강보험 및 의료급여 미자격자, 다문화 가정 등 결핵으로 경제 활동이 어렵거나 합병증 및 후유증으로 치료 및 수술 등이 필요한 취약계층 결핵환자, 또는 당뇨병, 고혈압, 약제 부작용 등을 동반한 중증 취약계층 결핵환자 등을 취약계층 중 안심벨트 지원대상자로 분류하고 있다⁴⁹⁾.

2011년 취약계층 결핵검진결과 분석(조승희,2011)에서는 취약계층 검진대상자로 결핵감염에 취약한 노숙인, 외국인근로자, 다문화가족의 여성, 장애인복지시설⁵⁰⁾, 중증노인복지시설, 북한이탈주민 등을 검토하였으며, 사회경제적 취약계층⁵¹⁾ 및 국민건강보험공단 일반건강검진 소외계층을 취약계층으로 언급

48) 이준섭, 사회적 취약계층에 대한 권리보호 및 지원체계 구축을 위한 법제정비(서울:법제처,2012) 19쪽

취약계층'이란 “경제적, 신체적 및 기타 조건으로 인하여 다른 계층에 비해 상대적으로 사회 참여의 기회가 제한되고, 나아가 국가의 개입을통하지 않고서는 한 사회의 구성원으로서 동등한 혜택을 제공받을 기회로부터 배제되기 쉬운 계층”으로 이해된다.

49) 질병관리본부 홈페이지, 질병예방>국가결핵관리사업>취약계층결핵환자지원>결핵안심벨트 지원사업

50) 신의철 외, 취약계층에 대한 결핵환자 현황 및 역학적 특성 파악(서울:카톨릭대학교 의과대학,2011), 15쪽 2007년 질병관리본부 ‘노숙자 등 취약계층 결핵환자 발생 현황’에 따르면 장애인 수용시설에 거주하는 장애인 중 폐결핵에 걸린 장애인이 시설에 생활하지 않는 장애인에 비해 4.5배(인구 10만명당 284.5명)나 높은 것으로 나타나고 있다고 한다.

하고 있다.

취약계층에 대한 결핵환자 현황 및 역학적 특성 파악(신의철, 2011)에서는 취약계층으로 노숙인, 다문화가정, 외국인 근로자, 장애인, 쉼터청소년, 중증 노인복지시설, 북한이탈주민, 미혼모등을 제시하였다⁵²⁾.

취약계층에 대한 관심의 이유는 크게는 두 가지라고 할 수 있다. 대체로 취약계층의 결핵관련 유병률 및 발생률이 높다는 것과, 많은 인원이 검진누락에서 누락되었을 가능성 때문이다. 전자의 예로 노숙인이나⁵³⁾ 중증노인복지시설 입소자등이 있고, 후자로 불법체류외국인, 다문화가정의 이민배우자⁵⁴⁾ 등이다. 2009년 질병관리본부가 시행한 서울시 노숙인 313명을 대상으로 한 결핵검진에서 18명이 활동성결핵환자(5.8%)였고, 이는 2008년 기준 일반인구집단의 0.25%의 23배에 달하는 것으로 224명이 잠복 폐결핵환자였고, 결핵에 노출된 사람이 242명(77.3%)에 달했다.

51) 이규창 외, 인도적 지원을 통한 북한 취약계층 인권 증진 방안 연구(서울:통일연구원, 2013), 12쪽

사회적 취약계층이라는 보다 일반적 관점에서 국내적 논의를 좀 더 상세히 살펴보면, 우선 '취약계층'은 사회경제적 약자에 대한 공공의 관심과 정부의 개입이 필요하다는 복지정책적 관점에서 규정되는 집단을 말한다. 이는 다시 이론적 관점에 따라 크게 세 가지로 구분되는데, 첫째, 소득을 고려하여 빈곤계층을 취약계층으로 정의하는 견해, 둘째, 취업과 연동하여 통상적인 조건에서 취업이 어려운 계층, 즉 청년, 장애인, 노령자 등을 취약계층으로 정의하는 견해, 그리고 마지막으로 인적 속성을 바탕으로 여성, 여성가구주, 고령층, 저학력층, 장애인, 소수인종, 이주민, 북한이탈주민, 교도소 출소(예정)자 등의 인구학적 집단을 취약계층으로 정의하는 견해 등이 있다. 이 중에서 세 번째의 '인적 속성' 내지 '인적 범위'를 바탕으로 취약계층을 정의하는 견해가 현재 가장 보편적으로 인정받고 있으며, 이러한 인적 집단에 속하는 사람들은 한 사회의 사회경제적 구조 하에서 일반인들과 동등하게 생활하는데 차별을 겪고 있거나 불이익을 받고 있는 것으로 평가된다

52) 신의철 외, 전개서, 8쪽

53) 노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. "노숙인 등"이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람 중 보건복지부령으로 정하는 사람을 말한다.

가. 상당한 기간 동안 일정한 주거 없이 생활하는 사람

나. 노숙인시설을 이용하거나 상당한 기간 동안 노숙인시설에서 생활하는 사람

다. 상당한 기간 동안 주거로서의 적절성이 현저히 낮은 곳에서 생활하는 사람

54) 신의철 외, 전개서, 8쪽

다문화가정여성의 경우 지역가입자일 가능성이 크나 지역가입자의 일반건강검진 수검율이 매우 낮은 점 등을 감안함.

노숙인이나 부랑인⁵⁵⁾ 주거가 일정하지 않거나, 집단시설에 거소하지 않는 경우가 대부분으로 결핵전염에 취약한 집단이면서, 또한 전염시킬 가능성이 높은데도 불구하고 그 정확한 현황을 파악하기가 쉽지 않다. 이러한 결핵 관리 취약계층에 대한 체계적인 파악과 인권보호가 앞으로의 결핵관리에 중요할 것으로 보인다.

2.3. 결핵환자의 기본권 보호

2.3.1. 결핵환자관리에 있어서의 기본권의 충돌

최근의 메르스나 2000년대 이후 사스, 신종인플루엔자 등과 관련된 일련의 공중보건위기에서 세계는 의학적 방법으로 이를 단기간 내에 해결하는 것이 힘들고, 그 위험이 현저하다는 사실을 공유하고 있다. 이러한 난관에도 불구하고 국민은 건강과 보건에 관하여 어떠한 경우라도 국가로부터 보호를 받아야 한다.

공중보건의 위기뿐 아니라 일반적인 상황에서도 다양한 위험으로부터 국가는 인권과 헌법상의 기본권으로 파악될 수 있는 자연인이나 국민의 생명권, 건강권, 보건권 및 의료에 대한 권리를 보호하여야 하는 것이다. 보건의료기본법 제2조(기본 이념)에도 ‘보건의료를 통하여 모든 국민이 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며’ 라고 하여 보건의료가 인간의 존엄과 가치를 유지하게 하는 기본적인 수단임을 이념적으로 명시하고 있다⁵⁶⁾.

55) 2010년 파악된 기준으로 노숙인, 부랑인을 합쳐 13,145명이었다.

56) 보건의료기본법 제2조(기본 이념) 이 법은 보건의료를 통하여 모든 국민이 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며 행복을 추구할 수 있도록 하고 국민 개개인이 건강한 삶을 영위할 수 있도록 제도와 여건을 조성하며, 보건의료의 형평과 효율이 조화를 이룰 수 있도록 함

공공보건의료에 관한 법률 제2조(정의) 2 에서도 공공보건의료사업에 ‘다. 발생 규모, 심각성 등의 사유로 국가와 지방자치단체의 대응이 필요한 질병의 예방과 건강 증진, 보건교육에 관한 사업’ 를 포함시키고 있다. 또한 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률에서도 ‘제1조(목적) 이 법은 국민 건강에 위해(危害)가 되는 감염병의 발생과 유행을 방지하고, 그 예방 및 관리를 위하여 필요한 사항을 규정함으로써 국민 건강의 증진 및 유지에 이바지함을 목적으로 한다.’ , ‘제34조(감염병 위기관리대책의 수립·시행) ① 보건복지부장관은 감염병의 확산 또는 해외 신종감염병의 국내 유입으로 인한 재난상황에 대처하기 위하여 위원회의 심의를 거쳐 감염병 위기관리대책(이하 "감염병 위기관리대책"이라 한다)을 수립·시행하여야 한다.’ 라고 하여 그 목적을 제시하고 감염병 유입으로 인한 재난상황에 대처하기 위한 노력을 명시하고 있다.

재난 및 안전관리 기본법에서도 '제2조(기본이념) 이 법은 재난을 예방하고 재난이 발생한 경우 그 피해를 최소화하는 것이 국가와 지방자치단체의 기본적인 의무임을 확인하고, 모든 국민과 국가·지방자치단체가 국민의 생명 및 신체의 안전과 재산보호에 관련된 행위를 할 때에는 안전을 우선적으로 고려함으로써 국민이 재난으로부터 안전한 사회에서 생활할 수 있도록 함을 기본이념으로 한다.' 고 하고, 제3조(정의)에서 ‘나. 사회재난: 화재·붕괴·폭발·교통사고(항공사고 및 해상사고를 포함한다)·화생방사고·환경오염사고 등으로 인하여 발생하는 대통령령으로 정하는 규모 이상의 피해와 에너지·통신·교통·금융·의료·수도 등 국가기반체계의 마비, 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 감염병 또는 「가축전염병예방법」에 따른 가축전염병의 확산 등으로 인한 피해’ 라고 하여, 재난관리의 대상으로서 ‘사회재난’ 개념 속에 일정 규모 이상의 ‘「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 감염병’ 을 포함시키고 있다.

으로써 국민의 삶의 질을 향상시키는 것을 기본 이념으로 한다.

이처럼 헌법으로부터 위임받은 국민의 건강 및 보전에 대한 권리가 개별 법률에 이르기까지 다양하게 규정되어 있음을 살펴 볼 수 있었는데, 이 과정을 통하여 두 가지측면의 관점을 확인 할 수 있다. 감염병과 관련하여 이루어지는 국민의 건강 및 보전에 대한 국가의 보호가 일반적인 관리와 위기 혹은 재난시의 관리로 나누어져 다루어진다는 사실이다.

일차적으로 결핵환자의 격리(치료)와 관련하여 살펴보아야 할 것은 일반적인 상황과 위기 혹은 재난상황의 해당성 여부이다.

일반적인 상황이라 함은 질병이 갖는 감염력에 의한 감염병의 확산과 관련하여 예방 및 치료를 의학적으로 다룰 수 있는 상황을 말한다. 이러한 상황에서 의 입원치료는 환자 자신과 넓게는 그 가족을 위한다는 의미가 크다. 격리를 위한 비용의 공공부담과 격리로 인한 손실의 보전 또한 환자의 인권이나 국민의 기본권 측면에서 그 당사자를 보호하는 의미가 강하다⁵⁷⁾.

재난상황은 앞서 언급한 대로 재난 및 안전관리 기본법 제3조의 내용에 담긴 ‘「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 감염병 확산 등으로 인한 피해’에서 그 근거를 찾을 수 있는데, 사회재난에 해당되는 경우라고 볼 수 있고 이를 공중보건의 위기라고⁵⁸⁾ 규정할 수 있다.

개인과 사회의 건강과 보전에 관한 문제에 대하여 공중보건에 관한 법률이 개입하는 경우, 개입의 근거는 타인에 대한 위험, 의사능력이 없는 사람에 대한 보호, 자신에 대한 위험이다⁵⁹⁾. 또한 이러한 이유는 일반적으로 강제적인 수단을 동원한 사전예방의 원칙을⁶⁰⁾ 적용할 수 있는 근거가 된다.

57) 제7조(결핵관리사업 등), 제15조(입원명령), 제16조(입원명령 등을 받은 결핵환자 등의 생활보호), 제20조(결핵환자등과 잠복결핵감염자에 대한 지원) 등의 조항.

58) 공중보건의 위기에서의 비상사태를 IHR 2005에서는 국제적인 질병확산으로 여러 국가에 공중보건의 위험이 되고, 잠재적으로 국제협력을 요하는 경우로 포괄적으로 설명하고 있다.

59) Lawrence O. Gostin, 전게서, 47쪽

The Harm Principle: Risk to Others, Best Interests: Protection of Incompetent Persons, Paternalism: Risk to Self

60) Lawrence O. Gostin, 전게서, 71-72쪽

The four components of the precautionary principle are these. Apply preventive action in the face of uncertainty, shift the burden of proof to the proponent of

그러나 이에 앞서 개입의 근거가 되는 다양한 위험(risk)에 대한 검토가 필요하다⁶¹⁾. 따라서 기본권 제한과 관련된 실체적 검토와 적법성이 없다면 목적과는 무관하게 그 자체로 기본권 침해의 요소가 있다.

기본권 제한은 기본권의 충돌에서 시작된다. 세계에는 다양한 가치들이 공존하고 이러한 가치들 중에서 특히 보장받아야 할 권리를 규정한 것이 헌법의 기본권이다. 기본권은 상호 보완적인 구조와 기능을 갖고 있는 것이지만, 보호해야 할 기본권이 여럿인 경우 기본권 충돌의 문제가 발생하게 된다. 결핵 예방법상의 결핵환자에 대한 격리와 같은 사례가, 건강권과 자유권이라는 기본권 충돌로 인한 기본권 제한의 대표적 사례이다.

2.3.2. 결핵환자의 기본권 제한

기본권이 절대적으로 보장되는 것은 아니지만 국가라고 하여 그 제한을 임의로 할 수 있는 것은 아니다. 기본권의 제한은 크게 두 가지 구조로 이루어진다. 국가의 헌법적인 과제의 실현을 저해하는 경우나 타인의 기본권과 충돌하는 경우 즉, 타인의 권리 혹은 법익을 침해하는 경우는 제한될 수 있다.

이러한 제한 사유를 1차적인 근거로 기본권의 제한이 이루어질 때 그 제한의 타당성에 대한 심사는 3단계로 이루어진다. 첫째, 국가공권력이 기본권이 보호하는 영역을 제한하였는가의 여부이다. 둘째, 기본권 제한의 요건을 충족

activity, explore a wide range of alternatives to possibly harmful actions, and increase public participation in decision making.

61) Lawrence O. Gostin, 전거서, 58쪽. 위험은 그 성격이 다양하고, 국가의 개입이 모두 정당성을 가질 수 있는 것은 아니기 때문에, Lawrence는 이러한 위험의 평가를 The Nature of the Risk, The Duration Of the Risk, The Probability of Harm, The Severity of Harm으로 평가할 필요성을 언급하고 있고, 이러한 위험에 대한 평가와 사회적 평가사이의 차이에 대한 고려도 필요함을 언급하고 있다.

하였느냐하는 것이다. 셋째, 공권력의 행사가 기본권의 본질적인 내용을 침해하였느냐하는 것이다⁶²⁾.

결핵관리와 관련하여 결핵예방법상의 기본권 제한 내용 및 그 침해 가능성을 살펴보기 위해서는 이러한 기본권 제한의 요건을 우선 간단히 살펴볼 필요가 있다. 일반적인 기본권 제한의 요건으로는 국가안전보장, 질서유지, 공공복리와 같은 실질적 요건과 법률 혹은 법률의 근거, 법률에 의한 제한에 대한 헌법적 예외와 같은 형식적 요건, 법적 명확성의 요청, 신뢰보호의 원칙, 과잉금지의 원칙과 같은 방법상의 요건이 있다⁶³⁾.

기본권 제한의 요건을 갖추지 못하였거나 기본권의 본질적인 내용을 침해하는 경우 이러한 기본권 제한은 기본권의 침해가 된다. 결핵관리와 관련하여 문제가 되는 기본권의 제한은 인구집단으로의 결핵의 전염을 차단하기 위한 결핵환자의 신체이동의 자유를 제한하는 것이다. 이러한 제한이 적법절차와 권리의 본질을 침해하지 않는 경우는 헌법적인 근거에 의한 기본권의 제한으로 간주될 수 있지만, 그렇지 않다면 침해의 문제가 발생하게 된다.

결핵예방법상의 격리치료명령에 따라 환자의 격리치료를 위임받은 의료기관의 법적인 지위는 별론 하고, 기본적으로 신체의 자유를 제한하는 격리가 헌법 기본권제한 법리에 전적으로 위배되는 것은 아니다. 그러나 헌법상의 기본권을 제한 할 때는 기본권의 구체적 구성요소를 확정하여 개념과 범위를 확정하여야 하고, 이러한 파악에 기초해서 그 제한 범위를 설정하는 것이 가능해진다.

개별적인 기본권의 개념과 범위는 실제로 입법자에 의해 상당히 결정 되는 데⁶⁴⁾, 결정에 있어 제한을 가하는 국가권력은 제한이 가능한 기본권이라 하더라도 스스로 그 정당성을 입증 하여야 한다. 입증은 단순히 헌법이나 법률

62) 전광석, 전게서, 252-253쪽

63) 전광석, 전게서, 257-282쪽

64) 성낙인, 전게서, 941쪽

에 명시될 뿐 아니라, 개별 사례에서 명확히 제시되어야 할 필요가 있다.

헌법에서는 기본권제한의 유형을 다양한 방법으로 표현하고 있다. 헌법에서는 헌법유보에 의한 제한과 법률유보에 의한 제한이라는 직접제한과 간접제한의 방식을 사용하여 기본권제한의 유형을 표현하고 있다. 헌법유보에 의한 제한은 헌법에 직접 기본권을 제한하는 명시적 규정을 두는 것이다.

입법자의 입법재량권의 한계를 적시하면서 기본권남용을 방지하고자하는 의도로 일반적 헌법유보에 의한 제한과 개별적 헌법유보에 의한 제한이 있다. 일반적인 헌법유보에 의한 제한의 경우로서 독일기본법은 ‘권리의 행사가 타인의 권리를 침해하는 것이어서는 아니된다.’ 라고⁶⁵⁾ 하고 있다.

우리 헌법에는 일반적인 유보조항은 없다⁶⁶⁾. 개별적 헌법유보에 의한 기본권제한으로는 헌법상 다양한 제한들이 명시되어 있는데, 특정한 개별적 기본권이 헌법적 질서 또는 특정의 헌법원리에 의하여 제한된다는 것이다. 정당의 목적과 활동에 관한 제한(제8조 제4항), 표현의 자유에 관한 조항(제21조 제4항), 재산권 행사의 제약(제23조 제2항)등이 있다.

이에 대하여 법률유보에 의한 제한으로서 이루어지는 간접적인 기본권제한은 헌법이 입법자에게 기본권을 법률에 의하여 명시적으로 제한 할 수 있도록 명시적 규정을 두는 것을 말한다. 이러한 법률유보에 의한 기본권제한도 헌법유보의 경우와 마찬가지로 일반적 법률유보에 의한 경우와 개별적 법률유보에 의한 경우로 나누어진다.

일반적인 법률유보에 의한 경우는 기본권 일반을 법률로서 제한 할 수 있다는 규정을 두는 것을 말한다. 우리 헌법 제37조 제2항 ‘국민의 모든 자유와 권리는 국가안전보장·질서유지 또는 공공복리를 위하여 필요한 경우에 한하여 법률로써 제한할 수 있으며, 제한하는 경우에도 자유와 권리의 본질적인 내용을 침해할 수 없다.’가 여기에 해당한다. 개별적 법률유보는 개별적 기

65) 권영성, 전거서, 343쪽 독일기본법 제1조 제1항

66) 성낙인, 전거서, 941쪽

본권에 법률유보조항을 두어 특정한 기본권을 법률로서 제한 할 수 있도록 규정하는 것을 말한다. 헌법 제12조의 신체의 자유와 관련된 조항들이 여기에 속한다.

이러한 내용들을 살펴볼 때, 신체의 자유를 헌법유보에 의해 직접 제한하는 내용은 일반적으로나 개별적으로나 존재하지 않는다. 감염병환자의 격리나 입원과 관련하여 이루어지는 법률조항들의 근거는 따라서 헌법 간접적인 개별적인 법률유보에 의하여 이루어진다는 것을 알 수 있다. 그러나 이는 감염병환자의 관리에 있어 입원이나 격리에 이르는 과정의 기본권제한에 관한 내용일 뿐이다. 결핵예방법 제15조의2(입원명령거부자 등에 대한 조치) 제1항의 ‘시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 결핵환자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 제15조제1항에 따른 의료기관 중 보건복지부장관이 지정하는 의료기관에 격리치료를 명하여야 한다.’의 격리치료에 까지 포괄적으로 받아들여 질 수 있을지 하는 것이 문제가 된다.

형식상으로는 우선 문제가 되는 것은 격리치료 명령의 대상이다. 환자가 격리치료를 한다는 것이 아니라 격리치료를 받아야 한다는 것을 의미하므로, 해당법령은 사실상 격리치료의 명령의 시행대상을 의료기관으로 명시하고 있다⁶⁷⁾. 그러나 의료기관이 격리치료를 강제할 수 있는 법률의 위임기관이 될 수 있느냐 하는 것이고, 내용상으로는 이러한 격리치료의 명령의 실효는 환자에게 미쳐야 할 것인데, 격리의 집행은 제15조의2(입원명령거부자 등에 대한 조치) 제2항 ‘시·도지사 또는 시장·군수·구청장이 격리치료를 명할 경우 관할 경찰서장에게 이에 필요한 협조를 요청할 수 있다. 이 경우 요청을 받은 관할 경찰서장은 정당한 사유가 없으면 이에 따라야 한다.’에 따라 집행가능하다 하더라도 치료를 강제할 수 있느냐 하는 문제가 남는다.

67) 결핵예방법 제16조(입원명령 등을 받은 결핵환자 등의 생활보호) 제1항에는 ‘시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 제15조에 따른 입원명령 또는 제15조의2에 따른 격리치료명령을 받은 결핵환자가 의료기관에 입원·치료 중일 경우 ‘ 라고 하여 명령의 대상을 환자로 명시하고 있다.

인신의 자유권이 자유권적 기본권에 속하는 권리의 영역이기는 하지만⁶⁸⁾, 인간에 대한 의학적 치료의 강제는 인간으로서의 존엄과 가치에 관한 문제로써 침해받을 수 없고 유보될 수 없는 절대적 기본권 개념의 영역이기 때문이다.⁶⁹⁾

또한 의학적으로도 결핵환자의 치료는, 중증 합병증이 없는 결핵환자의 경우 전염성결핵환자이던 잠복결핵환자이던 경구복용약제가 주이고, 다제내성결핵환자의 경우 2차 약제로 일부 주사제를 사용하기는 하나, 이 또한 주사제 사용이 격리를 의학적 전제로 하지 않는다.

따라서, 이러한 내용은 감염병환자의 관리에 있어 격리의 법률적 의미를 다루기에 앞서 헌법 제37조 제2항의 ‘국민의 모든 자유와 권리는 국가안전보장·질서유지 또는 공공복리를 위하여 필요한 경우에 한하여 법률로써 제한할 수 있으며, 제한하는 경우에도 자유와 권리의 본질적인 내용을 침해할 수 없다.’는 내용과 제10조 ‘모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며, 행복을 추구할 권리를 가진다. 국가는 개인이 가지는 불가침의 기본적 인권을 확인하고 이를 보장할 의무를 진다.’에 현격히 위배된다는 것을 분명히 할 필요가 있다.

2.3.3. 결핵환자의 인권 및 기본권의 보호

신체의 자유는 인간이 가지는 가장 기본적인 권리이다. 우리 헌법 제12조

68) 권영성, 전개서, 307쪽

69) 조은향, 미국법 이해(서울:법문사,2008), 28-31쪽

C 절대 기본권(Fundamental Rights) 절대기본권의 제한이 모든 이에게 적용될 때는 substantial due process 혹은 어떤 특정인 또는 특정층에게 적용될 때는 equal protection문제에 연관된 경우로 strict scrutiny가 적용된다. 2. 사생활보호권(Privacy Right) 원치 않는 의료를 거부할 권리 등이 속하며, 이에 대한 규정은 strict scrutiny의 심의를 받는다.

제1항에는 ‘모든 국민은 신체의 자유를 가진다.’ 라고 규정하고 있다. 신체의 자유는 연혁상 1215년 마그나 카르타, 1628년 권리청원, 1679년 인신보호법, 1689년 권리장전, 1776년 버지니아 권리선언, 1789년 프랑스 인권선언 등에 규정되어 있는 가장 기본적인 권리로 인식되어 왔다⁷⁰⁾.

그런데 우리는 이러한 신체의 자유에 대한 내용을 고려할 때, 주로 형사절차를 통한 신체의 구속을 생각하게 된다. 이는 헌법 제12조 제1항 후단 ‘누구든지 법률에 의하지 아니하고는 체포·구속·압수·수색 또는 심문을 받지 아니하며, 법률과 적법한 절차에 의하지 아니하고는 처벌·보안처분 또는 강제노역을 받지 아니한다.’ 라는 내용을 통상적으로 그렇게 이해하고 있기 때문이기도 하다.

그러나 이러한 형사적 절차 이외에도 국가의 공권력과 관련하여 이루어지는 신체의 자유에 대한 침해는 다양한 형태가 있다. 즉, 헌법 제12조의 신체의 자유의 대상이 되는 인신구속은 형사절차에서의 체포, 구속에만 한정되는 것이 아니라 공권력에 의한 신체의 자유의 침해이기만 하면 행정목적을 달성하기 위한 행정작용에 의한 구속도 포괄하는 것이다⁷¹⁾.

경찰관의 직무와 관련해서 뿐 아니라, 출입국관리 분야, 병역 및 군 관련분야, 검역관련 분야 등에서도 이러한 신체의 침해가 법률로서 가능할 뿐 아니라, 본 논문에서 다루고 있는 감염병 관리와 관련해서도 신체의 침해가 발생

70) 현재 1992.12.24. 선고92헌가8결정

‘현행 헌법 제12조 제1항 후문과 제3항은 위에서 본 바와 같이 적법절차의 원칙을 헌법상 명문규정으로 두고 있는데 이는 개정전의 헌법 제11조 제1항의 “누구든지 법률에 의하지 아니하고는 체포·구금·압수·수색·처벌·보안처분 또는 강제노역을 당하지 아니한다.” 라는 규정을 1987.10.29. 제9차 개정헌법에서 처음으로 영미법계의 국가에서 국민의 인권을 보장하기 위한 기본원리의 하나로 발달되어 온 적법절차의 원칙을 도입하여 헌법에 명문화한 것이며, 이 적법절차의 원칙은 역사적으로 볼 때 영국의 마그나 카르타(대헌장) 제39조, 1335년의 에드워드 3세 제정법률, 1628년 권리청원 제4조를 거쳐 1791년 미국 수정헌법 제5조 제3문과 1868년 미국 수정헌법 제14조에 명문화되어 미국헌법의 기본원리의 하나로 자리잡고 모든 국가작용을 지배하는 일반원리로 해석·적용되는 중요한 원칙으로서, 오늘날에는 독일 등 대륙법계의 국가에서도 이에 상응하여 일반적인 법치국가원리 또는 기본제한의 법률유보원리로 정립되게 되었다.’

71) 하명호, 전거서, 16쪽

할 수 있다. 그러나 사적 침해를 제외한 모든 공적인 신체에 대한 침해는 헌법에서 보장된 기본권의 내용을 본질적으로 침해하지 않는 범위 내에서 법률에 따라 이루어져야 한다.

따라서 이러한 법률상의 신체에 대한 침해는 침해의 요건을 법률에 규정할 뿐 아니라 이러한 침해를 구제하는 절차 또한 법률에 규정되어 있어야 한다. 현행헌법은 이러한 것과 관련하여 제 12조, 제13조를 비롯하여 다양한 형사법적 원리를 직접 규정함으로써 헌법상의 기본권을 보장하고 있다⁷²⁾.

자유로운 의사에 반하여 법률 및 기타 국가의 공권력에 의해 신체의 자유가 제한된다면 그 명칭과는 상관없이 체포, 구속에 해당된다. 헌법 제12조와 관련하여 헌재 1992.12.24. 선고92헌가8결정에서는 ‘적법절차의 원칙은 헌법조항에 규정된 형사절차상의 제한된 범위 내에서만 적용되는 것이 아니라 국가작용으로서 기본권제한과 관련되든 관련되지 않던 모든 입법작용 및 행정작용에도 광범위하게 적용된다고 해석하여야’ 한다고 결정하였다. 단지 ‘이는 형사소송절차에 있어서 신체의 자유를 제한하는 법률과 관련시켜 적용함에 있어서는 법률에 따른 형벌권의 행사라고 할지라도 신체의 자유의 본질적인 내용을 침해하지 않아야 할 뿐 아니라 비례의 원칙이나 과잉입법금지의 원칙에 반하

72) 성낙인, 전거서, 1061-1062쪽

‘헌법상 신체의 자유는 실체적 보장과 절차적 보장으로 나누어 볼 수 있다. 실체적 보장으로는 ㉠죄형법정주의(제12조 제3항 제2문)와 그 파생원칙인 형벌법규의 소급효금지(제13조 제1항), ㉡소급입법에 의한 참정권제한 및 재산권박탈 금지(제2항), ㉢일사부재리의 원칙 내지 이중처벌금지의 원칙(제12조 제1항 후문), ㉣연좌제의 금지(제13조 제3항)를 규정하고 있다. 절차적 보장으로는 ㉤법률주의(제12조 제1항), ㉥적법절차의 원리(제12조 제3항), ㉦영장주의(제12조 제3항) ㉧체포·구속이유 등 고지제도(제12조 제5항), ㉨체포·구속적부심사제도(제12조 제6항) 등을 규정하고 있다.’ 이하 형사피의자와 형사피고인에 대한 신체의 권리보장과 관련하여서는 ‘형사피의자는 ㉠불법한 체포·구속·압수·수색·심문을 받지 아니할 권리(제12조 제1항), ㉡고문받지 아니할 권리와 묵비권(제2항), ㉢영장에 의하지 아니하고는 체포·구속·압수·수색을 받지 아니할 권리(제3항), ㉣변호인의 조력을 받을 권리(제4항), ㉤체포·구속적부심사청구권(제6항), ㉥무죄추정의 원칙(제27조 제4항), ㉦형사보상청구권(제28조), ㉧국가배상청구권(제29조)을 가진다. 형사피고인은 형사피의자의 권리에외에 ㉠신속하고 공정한 재판을 받을 권리(제27조 제3항), ㉡법률과 적법한 절차에 의하지 아니하고는 처벌·보안처분 또는 강제노역을 받지 아니할 권리(제12조 제1항 후문)를 가진다.’ 라고 하고 있다.

지 아니하는 한도 내에서만 그 적정성과 합헌성이 인정될 수 있음을 특히 강조하고 있는 것으로 해석하여야 할 것이다.’ 라고 하고 있다⁷³⁾.

이러한 근거에서 볼 때 우리가 통상 대하게 되는 형사소송절차상의 개념이 아닐 뿐, 보건의료관련법의 조항에 나타나는 격리와 입원치료에 관한 모든 조항들은 헌법에 제시된 신체의 자유라는 기본권을 침해하는 것으로, 적법절차의 원칙이 적용되어야 하는 국가작용이라고 볼 수 있다.

따라서, 제41조(감염병환자등의 관리)⁷⁴⁾ 제1항의 ‘입원치료를 받아야 한

73) 헌재 1992.12.24. 선고92헌가8결정

우리 헌법재판소의 판례에서도 이 적법절차의 원칙은 법률의 위헌여부에 관한 심사기준으로서 그 적용대상을 형사소송절차에 국한하지 않고 모든 국가작용 특히 입법작용 전반에 대하여 문제된 법률의 실체적 내용이 합리성과 정당성을 갖추고 있는지 여부를 판단하는 기준으로 적용되고 있음을 보여주고 있다(당 헌법재판소 1989.9.8. 선고, 88헌가6 결정; 1990.11.19. 선고, 90헌가48 결정 등 참조). 현행 헌법상 적법절차의 원칙을 위와 같이 법률이 정한 절차와 그 실체적인 내용이 합리성과 정당성을 갖춘 적정한 것이어야 한다는 것으로 이해한다면, 그 법률이 기본권의 제한입법에 해당하는 한 헌법 제37조 제2항의 일반적 법률유보조항의 해석상 요구되는 기본권제한 법률의 정당성 요건과 개념상 중복되는 것으로 볼 수도 있을 것이나, 현행 헌법이 명문화하고 있는 적법절차의 원칙은 단순히 입법권의 유보제한이라는 한정적인 의미에 그치는 것이 아니라 모든 국가작용을 지배하는 독자적인 헌법의 기본원리로서 해석되어야 할 원칙이라는 점에서 입법권의 유보적 한계를 선언하는 과잉입법금지의 원칙과는 구별된다고 할 것이다. 따라서 적법절차의 원칙은 헌법조항에 규정된 형사절차상의 제한된 범위내에서만 적용되는 것이 아니라 국가작용으로서 기본권제한과 관련되든 관련되지 않던 모든 입법작용 및 행정작용에도 광범위하게 적용된다고 해석하여야 할 것이고, 나아가 형사소송절차와 관련시켜 적용함에 있어서는 형벌권의 실행절차인 형사소송의 전반을 규율하는 기본원리로 이해하여야 하는 것이다.

74) 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률

제23조(자가치료 및 입원치료의 방법 및 절차 등) 별표 23

자가치료 및 입원치료의 방법 및 절차 등(제23조 관련)

1. 자가치료의 방법

2. 자가치료의 절차 등

3. 입원치료의 방법

가. 호흡기를 통한 감염의 우려가 있는 감염병(이하 "호흡기 감염병"이라 한다)을 제외한 감염병의 경우 입원 치료 기간 동안 감염병관리기관이나 특별자치도지사·시장·군수·구청장이 지정한 의료기관의 1인실(세면대와 화장실을 갖추어야 한다. 이하 같다)에 입원시켜야 한다. 다만, 1인실 입원이 곤란할 경우에는 같은 질환을 앓는 사람이나 재감염의 우려가 적은 환자와 공동 격리한다.

나. 호흡기 감염병의 경우 입원치료 기간 동안 감염병관리기관이나 특별자치도지사·시장·군수·구청장이 지정한 의료기관의 1인실에 입원시키되, 그 1인실은 문을 닫은 상태에서 음압시설(陰壓施設)이 갖추어져 있고 공기 순환이 독립적으로 이루어져야 한다. 다만, 음압시설이 갖추어지지 않은 경우에는 단독 시설에 입원시켜야 하고, 단독 시설 입원이 곤란할 경우에는 옆 병상의 환자에게 호흡기를 통해 전파되지 않도록 차단 조치를 한 상태에서 공동 격리한다.

다.’ 제2항의 ‘입원치료하게 할 수 있다.’, 제42조(감염병에 관한 강제처
분) 제1항의 전문 중 ‘동행하여 치료받게 하거나 입원시킬 수 있다.’, 및
결핵예방법 제15조(입원명령) 제1항의 ‘입원할 것을 명할 수 있다.’, 제15
조의2(입원명령거부자 등에 대한 조치) 제1항의 전문 중 ‘격리치료를 명하여
야 한다.’, 검역법 제16조(검역감염병 환자등의 격리) 제1항의 전문 중 ‘시
설에 격리한다.’, 제17조(검역감염병 의심자에 대한 감시 등) 제1항 중 ‘격
리시킬 수 있다.’ 후천성면역결핍증 예방법 제15조(치료 및 보호조치 등) 제
1항 중 ‘치료 및 보호조치를 강제할 수 있다.’는 감염병 관리와 관련된 모
든 법률조항들은 신체 자유의 침해와 관련하여 헌법에 의해서 제시된 기준들
을 준수해야만 한다⁷⁵⁾.



다. 입원치료 중인 사람에 대하여 입원치료기간 동안 병실이탈 및 이동을 제한하도록 한다.
라. 입원치료 중인 사람의 분비물 및 배설물 등은 철저히 관리하고, 오염된 물품은 소독을
해야 한다.

마. 의료진을 포함한 입원실 출입자들을 최소한으로 제한하고, 방문자에 대하여 1회용 장
갑 등의 개인보호 구를 착용하게 하며, 손 씻기 등 감염병 전파를 차단하기 위한 적절한
조치를 하게 해야 한다.

바. 환자의 진료에 사용되는 의료기구 1회용 기구를 사용한 후 폐기처분하고, 1회용으로
하는 것이 적합하지 않은 체온계 등의 물품은 환자 전용으로 사용하도록 하여야 한다.

4. 입원치료의 절차 등

75) 하명호, 전게서, 22쪽

2.1.2. 헌법 제12조 제1항 제2문에 규정된 체포·구속의 범위

‘우리 헌법 제12조 제1항 제2문에 규정된 체포·구속의 의미를 구체적으로 살펴보면, 형사
절치에 의한 체포·구속으로 한정하여야 할 것인지, 아니면 행정절치에 의해 이루어지는
인신구속 등 다른 공권력에 의한 인신구속도 포괄하여야 할 것인지에 관한 견해가 나뉠 수
있다. ‘고 하고’ 형사절치에서의 체포·구속뿐만 아니라 그 밖의 일체의 인신구속을 포괄
하는 것으로 설명하는 포괄설 ‘과’ 형사절치에서의 체포·구속으로 한정하여 설명하는 제
한설 ‘을 설명하고 있다.

제3장 입법의 기초로서의 결핵에 대한 이해

3.1. 감염병의 이해

결핵은 메르스(MERS)나 사스(SARS)와는 다른 유형의 호흡기 감염병으로⁷⁶⁾ 환자의 장기적인 적극적 협조가 없으면 관리에 성공할 수 없는 특성을 지니고 있다.

메르스, 사스, 조류독감과 같은 호흡기바이러스 질환은 현재 직접적인 치료법이 존재하지 않고, 이러한 호흡기 바이러스감염은 현대사회의 특성상 국가 간 혹은 지역사회 내에서 공중보건의 위기로 발전할 가능성이 크다. 이들은 짧은 잠복기, 급격한 증상진행, 환자의 연령이나 기저질환에 따른 높은 치사율을 그 특징으로 하지만, 장기간의 잠재적 감염자는 존재하기 힘들고, 감염력과 파급효과에 비해 비교적 단기간의 격리와 치료기간으로 인구집단으로부터 통제와 관리가 가능하다.

호흡기 바이러스 질환에서는 격리가 현실적 상황에서 의학 및 공중보건학의 관점에서 합당한 방안이고, 그 이론적 근거로나 효과의 면에서 단순히 환자의 협조에 근거하여 치료를 기대하는 것보다는 우선은 법률로서 정당한 범위 내에서 필요시 강제 격리를 시행하는 것이, 사회적으로 현재의 상황에서 가장

76) 대한예방의학회, 전게서, 248쪽

감염병과 관련하여 참고해야할 개념으로 오염(contamination)과 집락형성(colonization), 풍토병(endemic disease)과 유행병(epidemic disease), 대유행(pandemic)이 있다. 오염은 병원체 혹은 독 등의 유해한 물질이 사람과 다양한 매개체 표면 혹은 내부에 존재하는 상태를 말하며, 집락형성이란, 감염이라는 용어와 유사하게 사용되나 숙주반응이 없는 경우도 포함한다. 풍토병이란 병원체가 지역사회 혹은 집단에서 지속적으로 다른 집단에 비해 일정수준이상의 감염상태를 유지하는 감염병을 말하고, 유행병은 한 지역사회나 집단에서 평소수준이상으로 많이 발생하는 감염병을 말한다. 대유행이란 대륙 단위이상의 지역에서 감염병이 발생할 때를 말한다.

효과적인 방법이 될 수 있다는 사실을 부인할 수 없다.

그러나 결핵에 대해서는 이미 과학적으로 검증된 의학적 기초위에서 공중보건과 법률적인 접근이 이루어져야 한다. 이러한 이해가 없이 이루어지는 관리 방식은 그 노력에 비해 결과 달성의 어려움을 야기 한다. 또한 결핵 중복감염 HIV감염인, 다제내성 결핵환자, 잠복결핵 환자, 외국인 결핵환자 같은 다양한 대상과, 사회경제적 여건이나 연령, 결핵 유병력 등의 다양한 변수를 개방적으로 관리하여 사회의 건강상태를 투명하게 파악하고 관리하는데 부정적인 영향을 미친다.

결핵을 관리를 위한 법률의 필요성은, 의사-환자간의 자율성에 기초한 통상적인 의학적 치료과정으로만 결핵을 관리하는 것보다는, 법률적 관리가 도움이 될 수 있을 것이라는 전제에서 출발하는 것이다. 그러나 결핵예방법에 담겨진 몇몇 강제 조항들이 이러한 전제를 보장할 수 있는지는 의문이다.

근대와 비교한 현대 그리고 지금의 결핵관리의 발전은 격리와 같은 강제수단의 결과물이 아니라, 의학적 노력의 결과가 대부분의 기여를 하고 있다는 것을 입법자나 의학 분야를 전공하지 않은 결핵관리자들이 인식하는 것이 필요하다. 이러한 의학적 기초 위에서 사회경제학적인 분석을 반영한 결핵관리 방법의 개발이 현재 우리가 인식하고 있는 결핵의 현실적이고 잠재적인 사회적 위험을 감소시킬 수 있을 것이다.

3.1.1. 감염병의 미생물학적 분류

감염병의 분류는 의학적으로 통상 원인 미생물에 따라 분류하는 것이 가장 간단한 방법이다. 물론 감염성 질환으로 간주될 수 있는 전파양식을 보이나 전파경로나 원인 미생물이 동정되지 않은 경우는 원인 미생물에 따른 분류에

곤란이 있다. 의학적 진단에서 대개의 진단명은 증상의 원인을 확인하여 확정 진단(diagnosis)하게 되고, 확인되지 않았으나 특정 질환이 의심스러운 경우에는 소견(impression)으로 의심되는 진단명을 사용한다.

그러나 일부 정신과의 진단명을 포함하여, AIDS(Acquired Immuno-Deficiency Syndrome), SARS(Severe Acute Respiratory Syndrom), MERS(Middle East Respiratory Syndrome)와 같은 감염병의 경우는 이제는 그 원인 미생물이 밝혀졌지만, 초기 이러한 감염병의 환자가 나타났을 때는 다양한 증상들이 발현되는 정체불명의 질환이었다. 따라서 관련되거나 알려진 정도의 수준에서 증후군(Syndrome)이라는 명칭을 사용한 것이다. 원인 미생물이 밝혀진 지금도 익숙하게 이러한 명칭을 사용하기는 하지만 기본적으로는 AIDS는 HIV(human immunodeficiency virus)감염, SARS와 MERS는 corona virus 감염군으로 분류되고 있다.

일반적으로 국내외를 막론하고 감염학 교과서나 의학미생물 교과서는 미생물의 분류에 따른 감염 질병군들을 다루는 형식을 취하고 있다⁷⁷⁾. 미생물학적 분류가 임상적인 감염병 치료의 기본 전제가 되기 때문이다. 이러한 분류는 이들 감염성질환을 공중보건학적으로 관리하는데 있어서도 전파양식과⁷⁸⁾ 더불어 중요한 과학적인 근거가 된다⁷⁹⁾. 따라서 결핵 및 이와 관련된 관리의 의학적인 이해를 위하여 감염병을 일으킬 수 있는 세균, 바이러스, 진균, 기생충을 살펴보는 것이 필요하다.

결핵은 세균 감염성 질환에 속한다. 세균⁸⁰⁾은 기본적으로 하나의 세포이기

77) 유진홍 외, 감염학(서울:군자출판사,2014) 목차

조상래 외, 의학미생물학(서울:엘스비어코리아,2014) 차례 참고

78) 대한예방의학회, 전제서, 250쪽

감염병이 유행하게 되면 감염원으로부터의 전파가 공동매개물인지 사람간의 접촉에 의한 것이지를 구분하는 것이 유행통제에서 중요하다. 이러한 전파양식의 역학적 특성을 파악하는 것은 감염 혹은 전염을 차단하는 방역활동에 있어서 뿐 아니라, 전파를 차단하기 위해서 감염자 및 감염상황에 대해 이루어지는 여러 가지 보건의료 행정적 조치들과 법률적 통제의 과학적 근거가 될 수 있기 때문이다.

79) 환자의 증상과 인체의 기관을 중심으로 접근하는 임상의학에서는 호흡기 감염, 소화기 감염, 요로감염, 피부감염 등 증상이 나타나는 기관을 중심으로 감염병을 분류하기도 한다

때문에 세상에 존재하는 세균을 모두 세포단위로 분류하는 것은 사실 불가능하므로, 우리가 통상 생물계를 분류할 때 사용하는 종(種, species)의 개념으로 분류하는 데에는 어려움이 있다.

따라서 단일 세포의 증식인 클론을 세포군으로 개념하여, 세균명명규약에 따라 분류하는 것이 보편적이다. 이러한 분류 방식으로 채택된 것이 ‘균주(strain)’이라는 개념이다. 분리된 다수의 균주에 나타나는 표현형질 등을 조사하여 동일하거나 아주 유사한 여러 가지 성상을 나타내는 균주를 모아 한 가지의 군집(cluster)으로 하여 종이라고 규정한다. 이 군종에 이름을 부여한 것이 우리가 알고 있는 균명이다⁸¹⁾.

이러한 세균은 기본적으로는 동일한 구조를 갖고 있으며, 다양한 형태로 생존하면서 숙주 내에서 집락을 형성하고 임상증상을 유발하는 병원성을 드러낸다.⁸²⁾ 이렇게 세균이 숙주 내에서 병원성을 드러낸 상태가 우리가 말하는 세균 감염병이다.

바이러스는 세균과 그 구조나 활동성이 다르다. 대표적인 바이러스로는 A, B, C형 간염을 일으키는 간염바이러스, 후천성 면역결핍증(AIDS)을 일으키는 인간면역결핍 바이러스(HIV), 신종플루를 일으키는 신종인플루엔자 바이러스(Novel swine-origin influenza A(H1N1))가 있다.

바이러스라는 용어는 라틴어로 독(venome)이라는 뜻에서 유래한 것으로 세균과 달리 여과를 통해서 제거할 수 없는 존재라는 개념을 내포하고 있다⁸³⁾. 기본적인 구조는 핵산의 유형에 따라 DNA(deoxyribonucleic acid) 바이러스와 RNA(Ribonucleic acid)바이러스로 나뉜다. 바이러스는 세포내 기생체로서 세

80) 유진홍 외, 전계서, 297쪽

세균은 한 개의 세포로 이루어지는데, 기본적인 구조로 세포질과 그 성분, 세포질을 둘러싸고 있는 세포막과 세포벽, 일부 세균에서 발견되는 협막, 편모, 섬모 등이다.

81) 유진홍 외, 전계서, 295-296쪽

82) 집락형성촉진인자는 숙주에 부착하여(부착인자) 침입증식(침입인자)하는 구조물을 말한다. 병원성은 숙주 세포의 정상적인 기능을 방해하고 세포와 조직을 파괴하는 내,외독소에 의해 발현된다.

83) 유진홍 외, 전계서, 741쪽

포막을 가지고 있지 않기 때문에 외부에서의 생존이 세균에 비하여 취약하기는 하나, 세포막에 작용하는 세균 항균제로는 치료가 불가능하다. 항바이러스제는 기본적으로 바이러스를 파괴하지는 못한다. 단지 복제를 방지하거나 바이러스의 세포내 침입을 차단하는 방식으로 더 이상의 바이러스 증식을 막아서 감염의 진행을 막을 수 있을 뿐이다.

감염병 관리에서 최근 집중적인 문제가 되고 있는 질환이 바이러스질환이다. 특히 메르스(MERS)와 같은 호흡기감염 바이러스가 공중보건의 위기를 일으킬 수 있는데, 호흡기바이러스감염증의 특징이 통상적인 감기와 유사하여, 증상이 특이하지 않고 혈행성 바이러스 질환과 달리 직접 접촉이 없어도 감염이 가능하기 때문이다.

우리가 흔히 곰팡이라고 하는 것이 진균이다. 진균은 세균과 달리 핵막이 있는 진핵생물이며, 세포벽이 있다. 현미경 관찰 상으로는 크게 효모형(yeast form)과 균사형(moulds) 곰팡이로 나누어진다. 진균증에서 임상적으로 주로 문제가 되는 것은 면역력이 떨어진 환자에게 발생하는 기회감염성 진균증이다. HIV감염인이나 이식 혹은 항암치료 환자 및 중환자실 장기입원환자의 경우 적절한 치료가 이루어지지 않으면 심각한 상태에 이를 수 있다⁸⁴⁾.

피부 진균증을 제외한 대부분의 진균증은 사람끼리는 전염되지 않는다. 따라서 진균 환자를 격리시킬 필요는 없다, 또한 피부 진균증 자체도 사람끼리 피부를 맞대어 전염되기보다는 환자가 사용한 물건을 접촉해서 매개되는 경우가 대부분이다⁸⁵⁾.

기생충 질환⁸⁶⁾ 중 대표적인 것이 말라리아(Malaria)다. 2010년 전 세계 2

84) 주로 문제가 되는 진균감염은 칸디다증(Candidiasis), 아스페르길루스증(Aspergillosis), 털곰팡이증(Mucomycosis), 폐포자충폐렴(PCP: pneumocystis carinii pneumonia) 등이다.

85) 유진홍 외, 전게서, 902쪽

86) 유진홍 외, 전게서, 995-996쪽

생물체는 상호간의 생존방식에 따라 공생(symbiosis)과 기생(parasitism)으로 나누어지는데 공생은 양쪽이 모두 이득을 보는 상리공생(mutualism)과 한쪽은 이득이 되나 한쪽은 이득이 있을 수도 없을 수도 있으나 최소한 손해가 없는 기거생환(commensalism)로 나누어진다. 이에 비하여 한쪽이 일방적인 이득을 취할 때 기생이라는 용어를 쓰고, 이득을 취하

억 2천만 명이 발병하여 66만 명 정도가 사망한 것으로 추정된다. 치료가 가능하고 예방 가능한 질환이기는 하나 유병국가들의 기후, 사회경제적 여건이 문제가 되어 여전히 해결되지 않고 있는 상태다.

열록모기(*Anopheles*)가 열원충⁸⁷⁾ 감염자의 피를 흡혈한 후, 모기의 체내에서 열원충이 분열하여 침샘에 저장된 상태에서 다시 비감염자를 흡혈할 때 감염이 이루어지는데 단순히 말라리아 환자와 접촉을 한다고 해서 감염되는 것은 아니다.

그러나 유병률이 높은 국가에서는 감염자가 도처에 있을 수 있고 이러한 이유로 언제든지 감염이 이루어질 가능성이 있다. 이와 같이 상시로 감염이 이루어지는 것을 안정전과(stable transition)라 한다. 이때 소아기의 이환율과 사망률은 상당히 높지만, 잦은 반복 감염으로 인하여 강한 면역력이 형성되기 때문에 어른들은 대개 무증상이다. 유병률이 낮은 국가에서는 우발적이거나 국소적인 감염이 이루어지는 불안정 전과(unsatble transition)가 이루어지는데, 방어면역이 형성되지 않은 상태로 전 연령층에서 증상 발현과 사망률이 높을 수 있다⁸⁸⁾.

기타 공중보건과 관련하여 문제를 일으키는 대표적인 외부기생충이 의용절지동물(medical arthropods)인 참진드기(*Ixodidae*)와 옴진드기(*Sarcoptes scabiei*)이다. 참진드기는 중증열성혈소판감소증후군(SFTS: severe fever with thrombocytopenia syndrome)을, 옴진드기는 옴진드기증을 일으킨다. 이중 타인 전파가 가능한 것이 옴진드기이다. 옴진드기 감염시 전신도포제사용하고 의복이나 침구류는 삶아서 세탁하고, 공동생활자가 있는 경우 함께 치료

는 쪽을 기생충(parasite) 손해를 보는 쪽을 숙주(host)라고 한다. 기생충이 숙주 내에 기생하는 것을 감염(infection)이라 하고, 숙주에서 분열 증식하지 않고 단순히 침투한 것을 침습(fenestration)이라한다.

87) 말라리아의 원인은 열원충(*Plasmodium*)이다. 열원충속에는 열대열원충(*P. faliparum*), 삼일열원충(*P. vivax*), 난형열원충(*P. ovale*), 사일열원충(*P. knowlesi*)이 있으며 열대열원충과 삼일열원충이 주로 문제가 된다.

88) 유진홍 외, 전계서, 1049쪽

하여야 하며, 환자는 격리시켜야 한다.

질병을 일으키는 미생물에 대한 동정과 분류는 환자를 치료하는데 있어 가장 기본적인 의학적 접근법이며, 감염병을 관리하는데 있어 가장 중요한 토대가 된다. 감염병에서 미생물이 동정이 되지 않거나 동정된다고 하더라도 분류되지 않으면 감염병의 관리는 전근대적인 수준에 머물 수밖에 없고, 의학과 미생물학에 대한 이해가 없이 접근하는 결핵관리는 당연히 인권침해의 가능성이 높을 수밖에 없다. 감염병 관리와 관련된 법률들의 검토에는 반드시 이러한 이해가 입법자들에게 충족되어야 한다.

3.1.2. 감염병의 사회의학적 분류와 법정감염병

사회의학적(Social Medicine)⁸⁹⁾ 관점의 감염병 분류는 예방의학⁹⁰⁾의 접근과 분류를 통하여 살펴볼 수 있다. 단순히 과학적 발견과 연구의 결과에 따라 감염병에 접근하는 것이 아니라, 인구집단의 질병을 다루고자 할 때는 의학적 근거를 바탕으로 역학적⁹¹⁾ 방법론을 통하여 예방적 관점에서 접근할 필요가 있다.

이러한 관점에서 예방의학은 전과경로 및 관리특성에 따라 수인성 및 식품

89) The field of **social medicine** seeks to:

understand how social and economic conditions impact health, disease and the practice of medicine and foster conditions in which this understanding can lead to a healthier society.

90) 대한예방의학회, 전게서, 705쪽

개인 또는 특정 인구집단의 건강과 안녕을 보호 유지, 증진하고 질병 및 장애와 조기사망을 예방하는 것을 전문으로 하는 의학의 한 분야이다. 역학 및 질병관리, 보건관리, 환경 및 산업보건 세 가지 분야로 나누어져 있다.

91) 대한예방의학회, 전게서, 705쪽

역학사전에서 역학은 ‘특정 인구집단을 대상으로(질병을 포함한) 건강상태 혹은 건강과 관련된 사건의 분포와 그 결정요인을 연구하고 이를 질병예방과 건강증진에 활용하는 학문’으로 정의하였다.

매개 감염병, 사람 간 접촉에 의한 감염병, 성접촉매개 감염병, 절지동물매개 감염병, 인수공통 감염병, 의료관련 감염병,(병원감염), 예방접종 대상 감염병과 같이 감염병을 분류하는 방식을 취하고 있다.⁹²⁾

사회과학적 관점에서, 예방의학은 의학적 근거에서 출발하여 인구집단의 질병역학과 병인을 조사하고 위험요인을 규명하고자 한다. 역학적 방법론을 통하여 병인을 규명함으로써 질병의 예방을 위한 학문적 노력을 시도하고, 임상의학이 행하는 환자의 치료에 방향을 제시한다.

예방의학의 관점을 인문학, 사회과학, 자연과학의 바탕위에서 사회에 구현하는 분야가 공중보건학이다. 따라서 법이라는 사회적 규범요소를 통하여 감염병에 접근하는 것은 공중보건학의 관점이라고 할 수 있다. 공중보건학 관점의 감염병 분류는 법정감염병이라는 개념으로 ‘감염병의 예방 및 관리에 관한 법률’에 잘 나타나 있다.

감염병⁹³⁾의 예방 및 관리에 관한 법률(약칭 감염병예방법)은 1957년 제정된 전염병예방법을 이어 지금까지, 감염병 중에서 특히 국민의 건강과 보건에 나쁜 영향을 미칠 수 있는 것들을 정하여 그 예방과 관리를 규정해 왔다. 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률에서는 감염병의 발생과 유행을 방지하기 위해 법률에 정하여진 감염병의 신고를 비롯하여 관리에 관한 사항을 다루고 있는데, 전파의 목적과 특성에 따라 몇 개의 군으로 나누어 지정하고 있다.

법정 감염병은 제1군에서 제5군 및 지정 감염병으로 분류⁹⁴⁾되는데 이들 감염병들은 의사가 신고의 의무를 지도록 법에 명시되어 있어 신고대상 질병(notifiable diseases)이라고도 한다⁹⁵⁾. 감염병예방법은 제2조(정의)에 이외에도 감시의 특성에 따라 세계보건기구감시대상감염병, 생물테러감염병, 성

92) 대한예방의학회, 전게서, 248쪽 표 10-1-1

93) 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙에 규정된 감염병의 진단 기준 (제6조제4항 관련)참조

94) 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 참조

95) 대한예방의학회, 전게서, 273쪽

매개감염병, 인수공통감염병, 의료관련감염병 등의 분류를 두고 있다. 이러한 추가적인 분류는 배타적인 병인이 있는 것이 아니고, 관리의 목적에 따라 중복되어 있는 것이다. 감염병예방법에 규정되어 있는 감염병 중 특별히 몇 종류의 감염병은 타법에 의해서 그 내용에 따라 별도의 관리를 받는다⁹⁶⁾.

공중보건과 관련하여 현대사회는 감염병의 관리가 일정 국가나 지역의 문제가 아니라, 전 세계적인 관심사라는데 동의하고 있다. 이러한 공중보건위기 대응관점의 감염병 분류가 잘 드러나는 것이 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률의 '세계보건기구 감시대상 감염병과 같은 개념 분류이다⁹⁷⁾'. 고시된 감염병은 상황에 따라 재난관리의 대상으로서, 사회재난을 야기할 수 있는 일정 규모 이상의 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 감염병'인 경우에 해당한다고 할 수 있겠다. 공중보건의 위기와 관련하여 법률에 명시적 분류로 드러나는 법정감염병은 검역법상의 검역감염병이다⁹⁸⁾.

보건위생의 개선 및 의학의 발전과 함께 일단의 저개발 국가를 제외하고는, 일정수준의 위생적인 음용수 관리가 가능한 시대가 되었다. 이로 인해 수인성 및 식품매개 감염병과 같은 경우는 광범위한 원격 전파 가능성은 낮아지고 있

96) 결핵예방법, 검역법, 후천성면역결핍증 예방법

97) 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 8. "세계보건기구 감시대상 감염병"이란 세계보건기구가 국제공중보건의 비상사태에 대비하기 위하여 감시대상으로 정한 질환으로서 보건복지부장관이 고시하는 감염병을 말한다. 가.두창, 나.폴리오, 다.신종인플루엔자, 라.중증급성호흡기증후군(SARS), 마.콜레라, 바.페렴형 페스트, 사.황열, 아.바이러스성 출혈열, 자.웨스트나일열

98) 검역법 제2조(정의) 제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "검역감염병"이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.

가. 콜레라

나. 페스트

다. 황열

라. 중증급성호흡기증후군

마. 조류인플루엔자 인체감염증

바. 신종인플루엔자감염증

사. 가목에서 바목까지의 것 외의 감염병으로서 외국에서 발생하여 국내로 들어올 우려가 있거나 우리나라에서 발생하여 외국으로 변질 우려가 있어 보건복지부장관이 긴급 검역조치가 필요하다고 인정하여 고시하는 감염병(1. 급성출혈열증상, 급성호흡기증상, 급성설사증상, 급성황달증상 또는 급성신경증상을 나타내는 신종감염병증후군 2. <삭제> 3. 폴리오 4. 세계보건기구가 공중보건위기관리 대상으로 선포한 감염병)

다. 또한 생물학적 테러를 제외한다면, 감염병의 원인이 세균으로 동정되는 경우 세균성 감염병이 단기간에 공중보건에 영향을 줄 사태를 일으킬 가능성은 낮다.

세균 감염병의 위기 가능성이 낮아지고 있는 반면, 최근 특히 부각되고 있는 것이 호흡기 바이러스 감염병이다. 비말감염이나(Droplet Infection, 飛沫感染) 공기매개 감염(Airborne infection, 空氣感染)을 통한 호흡기 바이러스의 확산은 현대사회의 특성을 반영한다. 공기순환시스템이 설치된 밀집된 공간에서 많은 사람들이 업무에 종사하거나 활동하고, 항공기라는 더욱 폐쇄된 밀집 공간을 가진 이동 수단을 통하여 단 시간의 이동이 이루어진다. 중동호흡기증후군이나 중증급성호흡기증후군 감염환자가 비특이 증상보유 상태에서 머물거나, 이동을 하게 되면 공중보건의 위기를⁹⁹⁾ 가져 올 수 있다.

공중보건위기 상황의 통제와 관리를 위한 기본권의 제한이 신체의 자유와 이동의 제한을 중심으로 이루어지기 때문에, 철저한 사전예방의 원칙과 투명성에 근거하지 않으면 기본권의 침해와 인권 침해에 이를 수 있다.

99) 대한예방의학회, 전개서, 974쪽

공중보건위기(public health emergency)상황은 감염병의 유행과 같은 직접적인 공중보건 위기뿐 아니라 전쟁, 자연재해, 환경재해와 같이 공중보건을 위협할 수 있는 모든 상황을 포함한다.

WHO, International Health Regulation 2005 (IHR2005)

Part I-DEFINITION, PURPOSE AND SCOPE, PRINCIPLES AND RESPONSIBLE AUTHORITIES
Article 1 Definition

“public health risk” means a likelihood of an event that may affect adversely the health of human populations, with an emphasis on one which may spread internationally or may present a serious and direct danger; “공중보건위험”은 인구집단의 건강을 해칠 수 있고 국제적인 질병확산 또는 심각하고 직접적인 위험이 될 수 있는 사건발생의 가능성을 의미한다.

3.2. 국내 결핵관리의 현황

3.2.1. 결핵환자신고의 현황분석을 위한 환자유형의 이해

현황을 파악하기 위해 결핵관리의 환자유형을 살펴볼 필요가 있다. 환자의 유형은 크게 두 가지의 개념으로 분류된다. 우선 결핵의 역학적 관리를 위한 환자군 유형이다. 이러한 환자구분은 결핵을 관리하고 각국의 자료를 비교 검토하여 국가적인 결핵관리계획을 세우는데 중요한 역할을 한다.

한국의 경우나 WHO는 이러한 방식의 분류를 통하여 체계적인 환자관리계획을 설정하고 검토한다. 다른 하나의 환자군은 주로 임상적인 관점에서 환자를 치료하는 과정 중 특수하게 고려해야할 상황에 처해있는 임신 및 모유수유 결핵환자, HIV감염결핵환자, 소아청소년결핵환자, 장기이식결핵환자 등을 말한다.

결핵관리와 관련하여 결핵예방법 시행규칙에서는, 결핵을 과거 치료력에 따른 구분, 객담도말검사 결과 및 병변위치에 따른 구분, 다제내성 및 광범위약제내성 결핵으로 나누고 이에 따른 결핵 환자군을 분류하여 설명하고 있다.

과거 치료력에 따른 구분은 결핵환자를 신환자, 재치료자, 과거 치료여부 불명확자로 분류한다. 재치료자는 다시 재발자, 치료실패 후 재치료자, 중단 후 재치료자, 이전 치료결과 불명확자로 나누어진다. 객담도말검사의 결과에 따라 초회검사 중 객담도말검사서 양성인 경우 도말양성으로 분류한다. 병변위치에 따른 구분은 한국표준 질병사인분류에 따른 질병코드를 기준으로 결핵을 폐결핵과 폐외결핵으로 나누고, 약제 내성에 따라서는 다제내성 및 광범위약제내성 결핵으로 나누어진다¹⁰⁰⁾.

100) 결핵환자신고현황연보(2015), 3-5쪽
다제내성 환자는 광범위약제내성 환자를 포함한다.

3.2.2. 결핵환자 신고현황 분석

결핵은 인간의 역사와 함께 할 정도로 오래된 질병중 하나이다. 전 세계 결핵퇴치를 위하여 다양한 노력을 하고 있는 WHO는 매년 세계 각국의 결핵관련 지표들을 Global Tuberculosis Report(2015, 20th edition)로 발표하고 있다. WHO에 따르면 결핵은 단일 질환 사망률로는 HIV/AIDS 다음으로 높다.

1950년대와 1960년대 화학요법의 발달로 결핵은 선진국을 위주로 퇴치되어 가는 감염병으로 간주된 적도 있었으나, 1980년대 이후 HIV감염 등과 맞물리면서 다시 중요한 보건문제로 부상하였다¹⁰¹⁾. WHO가 2015년 발표한 2014년 전 세계 결핵환자는 총 감염자는 960만 명, 신환자 600만 명, 사망자는 150만 명이었다¹⁰²⁾. 또한 인구 10만 명당 133명의 유병률을 보이고 있다¹⁰³⁾.

결핵은 15세에서 44세 여성 사망률 5위에 해당하는 질병이다. HIV 관련 사망이 결핵사망자중 40만 명 정도로, 전체 사망자의 1/4을 차지하고 있으며, 89만 명이 남자, 48만 명이 여자 나머지는 아동이었다. 2014년 48만 명이 다제내성 결핵(MDR-TB)¹⁰⁴⁾에 감염되어 있는 것으로 보고되어 있다¹⁰⁵⁾.

한국의 경우는 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제11조(의사 등의 신고) 및 제12조(그 밖의 신고의무자), 결핵예방법 제8조(의료기관 등의 신고의무)에 근거한 국가 결핵감시체계를 통하여 수집된 전국 결핵환자 신고, 보고 자료를 기초로 하여 해마다 결핵환자신고현황연보(Annual Report on the Notified Tuberculosis in Korea)를 질병관리본부에서 발행하고 있다.

결핵 감염환자는 우리나라의 경우 앞서 살펴본 바와 같이 신고건수를 기준

101) 대한예방의학회, 전제서, 320-321쪽

102) WHO, Global tuberculosis report 2015 (WHO,2015), 24쪽

103) WHO, Global tuberculosis report 2015 (WHO,2015), 13쪽

104) Multidrug-resistant TB (MDR-TB) : 이소니아지드와 리팜핀을 포함하는 2개 이상의 항결핵 약제에 내성이 있는 결핵균에 의해 발생한 결핵

105) WHO, Global tuberculosis report 2015 (WHO,2015), 13쪽

으로 2014년 총 환자 43,088명, 신환자 34,869명으로, 2013년 각각 45,292명, 36,089명에 비해 감소하고 있으며, 인구집단 10만 명 당 유병률은 101명, 발병률은 86명, 사망률은 3.8명이었다. 재치료자는 2001년 11,679명에서 2014년 6,254명으로 현격하게 줄었다(2010년 8,794명).

전체 결핵환자의 숫자가 2001년 이후 크게 줄지는 않았으나 재치료 환자가 현격히 줄고 있다는 것은 다른 한편으로는 신환자가 지속적으로 유입되고 있다는 것이다. 일단 발견 및 신고 이후의 결핵관리는 개선되고 있다고 보이나 새로운 환자나 감염이 어디서 지속적으로 이루어지는지에 대한 보다 적극적인 연구 검토가 필요해 보인다.

2014년의 경우 65세 이상에서 인구 10만 명당 감염률이 가장 높게 나타나는 데 남자는 231.5명, 여자는 176.1명이다. 지역별로는 강원도가 인구 10만 명당 가장 높은 101.6명을 나타내었다¹⁰⁶⁾. 전염성이 높은 결핵도말검사 양성 결핵환자는 지난 10년 중 가장 낮은 수치로 폐결핵 신환자 중 37.4%를 차지하며 인구집단 10만 명당 20.6명이었다. 폐외결핵은 8,129명에서 6,963명으로 2010년에 비해서는 줄었으나 2005년의 5,171명에 비해서는 오히려 늘어난 수치이다¹⁰⁷⁾.

외국인 감염자의 수는 신고 기준으로 전체 환자 수와 신환자 수 모두 증가하고 있으며¹⁰⁸⁾, 2010년 외국인 결핵환자는 849명, 신환자는 703명이었으나, 2014년 신고기준으로 각각 1,858 명과 1,566명으로 2 배 이상 증가하였다. 이는 신고현황 연보의 2001년 152명에 비해 10 배 이상 증가한 수치이다¹⁰⁹⁾. 또한 폐외결핵의 비율이 국내 환자에 비해 외국인에게서 높게 나타난다.

그러나 질병관리본부의 연보 상에 외국인에 대해서 별도로 자세히 분석한 내용은 없는 관계로 외국인의 결핵실태에 관한 자세한 별도의 연구가 지속적

106) 결핵환자 신고현황 연보(2015), 26쪽

107) 결핵환자 신고현황 연보(2015), 36쪽

108) 결핵환자 신고현황 연보(2015), 38쪽

109) 결핵환자 신고현황 연보(2015), 38쪽

으로 있어야 할 것으로 보인다.

다제내성 및 광범위약제내성¹¹⁰⁾ 결핵 감염자의 수는 2012년과 2014년을 기준으로 각각 1,212명과 158명에서 856명과 63명으로 감소하였다. 그러나 20세에서 59세까지의 사회 활동력이 높은 연령대에서 다른 연령대보다 다제내성 결핵환자 수가 높게 나타났고, 광범위약제 내성도 활동력이 있는 연령대가 다른 연령대보다 상대적으로 높은 양상을 보이고 있었다.

사회 활동력이 높은 것은 사회적 대인 접촉빈도를 높일 것이고, 따라서 이 연령대의 1인당 전염 가능 인원이 타 연령에 비해 높을 것이라는 점과 다제내성 결핵이 치료가 어렵고 국민평균수명의 연장으로 지속적인 유병률 상승의 원인이 될 수 있다는 점을 고려해 본다면, 이러한 연령대의 다제내성 결핵환자의 관리가 결핵 유병률 관리에 있어 중요할 것으로 보인다.

사망률과 관련하여 결핵으로 인한 2014년 사망자는 2,305명으로, 2004년 처음으로 3000명 이하인 2,940명으로 감소한 후, 여전히 2000명 이상의 사망자를 내고 있다¹¹¹⁾.

이상과 같이 2014년 결핵환자 신고현황 연보 자료상, 한국은 과거에 비하여 결핵과 관련된 다양한 지표들이 개선되고 있는 양상을 보이고 있으나, 재치료환자가 지속적으로 감소함에 비하여, 새로운 결핵감염자 발생은 현황보고에 제시된 2001년 이후 2014년까지 단 한 번도 3 만 명 이하로 감소한 적이 없는 실정이다¹¹²⁾. 재치료자가 감소함에도 불구하고 새로운 환자가 절대적으로 감소하지 않고 일정 수치이상 지속적으로 발생하고, 전체 감염자수 대비 신환의 발생이 2010년 이후에도 비율적으로 높게 유지되고 있다는 것은 국가 결핵관리 패러다임의 변화가 요구되는 부분이다.

110) Extensively drug-resistant TB (XDR-TB) : 이소니아지드와 리팜핀에 내성이고 한가지 이상의 퀴놀론계 약제와 3가지 주사제(카프레오마이신, 카나마이신, 아미카신) 중 한가지 이상의 약제에 내성을 보이는 결핵

111) 결핵환자신고현황연보(2015), 46쪽

112) 결핵환자신고현황연보(2015), 11쪽

3.2.3. 취약계층 결핵환자 현황

북한이탈주민의 국내 결핵에 대한 영향을 살펴보기 위해서는 우선 북한의 결핵상황을 살펴보는 것이 중요하겠다. WHO에 따르면 2014년 북한의 결핵환자는 총 110,290명, 신환자는 103,045명, 인구 10만 명당 유병률은 552명, 발생률은 442명으로 2013년에 비하여 오히려 증가한 상태다. 다른 국가들에서의 결핵의 발생이 전반적으로 감소하고 있다는 사실과 비교할 때, 북한 내 결핵발생 증가는 앞으로 한국의 결핵관리가 어려움에 처할 수도 있다는 염려를 하게 만든다.

또한 폐결핵환자 중 결핵도말검사 양성인 34,622명으로 한국의 총 신환자수와 비슷한 수치를 보이고 있다. 다제내성 결핵환자의 사례가 인구 10만 명당 445명, 세균학적 확진이 197명, 다제내성으로 치료 개시된 환자가 212명으로 다제내성 결핵환자가 신환자의 1.9%, 재치료환자의 15% 인 것으로 보고되었다¹¹³⁾.

이러한 수치상의 결과와 함께 문제가 되는 것이 북한의 결핵관리프로그램에 대한 예산조달의 어려움이다. 전체 예산의 1/3을 자체조달하고, 나머지는 국제사회의 지원에 의존하였던 까닭에, 2010년 이전까지 여러 가지 국제관계에서의 고립으로 재정지원에 어려움을 겪었다. 지금은 Global Fund의 지원으로 2010년부터 5년간의 안정적인 지원을 받을 수 있는 상황이 되었으나¹¹⁴⁾, 객담도말검사 양성 환자의 집중치료를 위한 결핵요양소 부대비용의 본인부담으로 인해 결핵환자의 접근성이 떨어져 요양소기능이 유명무실한 상태라고 한다.

다만 표준화된 처방과 단기복약확인치료(DOTS:Directly observed treatment short course)의 도입으로 결핵관리체계가 개선되는 양상을 보이고 있다고 하

113) WHO, Tuberculosis profile, Democratic People's Republic of Korea

114) 오경현, 북한의 결핵현황과 관리실태(세종, 한국개발연구원, 2015), 28쪽

는 것이 다행이라고 할 수 있겠다.¹¹⁵⁾

북한이탈주민 정착지원에 관한 특별법이 발효된 이후로 북한이탈주민이 꾸준히 입국하여, 2015년 6월말 현재 총 28,133명에 달하고 있는데, 2010년에 이루어진 북한이탈주민 결핵유병률 조사결과인 2.0%를 기준으로 역으로 추산하면, 북한 내에는 약 50만 명의 결핵환자가 있는 것으로 추정 계산된다. 따라서 2014년 WHO에 보고된 110,290명과 국내입국 북한이탈주민 결핵자료로 역추산한 수치는 현격한 차이를 보이고 있다. 또한 국내 입국 북한이탈주민 34명을 대상으로 한 약제감수성검사에서 19명이 약제내성을 보여 55%에 달하는 내성률을 보였다. 다제내성의 경우도 21%에 달했다.

북한이 역학적으로 결핵유병률이 높은 국가인데다, 북한이탈주민이 북한을 탈출하는 과정에서의 체류기간의 장기화, 영양결핍, 스트레스 등으로 더욱 발병률이 높아졌을 가능성도 있다¹¹⁶⁾. 또한 주요 입국 경로상의 중국이나 동남아 국가들이 결핵 유병률이 높다는 점도 영향을 주었을 가능성이 있다.

지속적으로 북한이탈주민이 급증할 가능성이 있고, 북한과의 교류가 증가할 것이라는 예상 하에서 입국자 전수조사를 통한 대규모 역학조사의 필요성이 있다. 특히 여성입국자가 70%에 달한다는 점에서 B형간염과 같은 감염성 질환과 결핵에 대한 공동연구의 필요성이 제기된다.

또한 국내 북한이탈주민은 결핵예방법상의 조항들로 동일하게 관리하면 될 것으로 보이나, 북한 내 결핵을 결핵예방법으로 관리하기에는 현실적인 한계가 있기는 하지만 반드시 필요한 내용이므로, 장기적이고 지속적인 결핵관리를 위해 결핵예방법 내에 북한 결핵관리에 관한 특별 조항을 삽입하거나, 한국국제보건의료재단법 조항에 별도 정의하여 체계적인 지원관리의 계획을 세울 필요가 있다.

OECD 국가들의 자국민 결핵유병률은 한국에 비해 지극히 낮은 편이다. 다만

115) 김희진 외, 북한이탈주민에서의 결핵의 임상적 고찰(서울, 한국결핵연구소, 2006), 288쪽

116) 신의철, 전게서, 11쪽

외국인 근로자, 난민 및 불법체류자 등의 유입으로 인한 유병률의 영향으로, 자국민의 결핵유병률 감소가 상쇄되고 있는 형태를 보이고 있다. 따라서 유입 외국인의 결핵 유병률 증가가 결핵관리의 중요한 대상이 되고 있다.

미국이나 영국에서도 15-35세의 결핵환자 중 90% 가 외국인으로, 1999-2010년 사이 영국거주 외국인의 결핵발생률이 2배 이상 증가했다고 하며, 유럽의 외국인 결핵환자의 구성비가 일부국가를 제외하면 30%이상이고 네덜란드의 경우 자국민 결핵유병률이 인구 10 만 명당 10.1명인데 비해 외국인의 경우 103.2명에 달한다고 한다. 결핵유병률이 낮은 유럽, 북미, 호주의 경우 외국인 결핵발생이 국가 전체 결핵발생의 50%이상을 차지하고 있으며, 이러한 요인이 결핵발생률 증가의 위험요소로 평가를 받고 있다.¹¹⁷⁾

따라서 세계 주요 선진국은 자국민의 결핵관리만으로는 결핵 발생률을 낮추기가 어렵다는 인식을 하고 있다. 이는 여러 사정으로 유입되는 이민자들과 최근의 난민 사태 등에서 보는 바와 이들의 출신국이 결핵유병률이 높은 국가 이면서, 또한 이민이나 난민 입국자들이 결핵유병률이 높은 사회경제적 계층일 가능성이 크기 때문이다.

전반적으로 사회경제적 및 건강과 관련된 인프라의 개선으로 결핵이 감소하고 있기는 하지만, 한국도 OECD 국가군의 사례에서처럼 유입 외국인이 결핵을 증가시킬 수 있는 원인으로 지속적으로 작용할 가능성이 높다. 장기 체류나 근로와 거주를 목적으로 하는 결핵유병률이 높은 국가의 국적을 지닌 외국인과, 남북분단이라는 특수한 상황에서 북한이탈주민의 유입과 중국에 거주하던 중국국적의 동포의 유입이 결핵의 잠재적인 증가원인으로 작용할 가능성이 있다. 이들이 국내에서 처하게 되는 여러 사회경제적인 환경 또한 이들을 결핵에 취약하게 만들 수 있는 것으로 보인다. 이와 더불어 한국의 국제적 위상과 더불어 세계정세의 변화에 따른 난민입국의 부담을 감당해야할 가능성도 있

117) 안형식, 국내유입 외국인결핵환자관리를 위한 정책개발(서울:고려대학교 의과대학, 2012), 111쪽

다.

2000년 이후 모든 질환에 있어 의료의 접근성이 급진적으로 개선되었고, 결핵에 대한 다양한 관리 방식들이 도입되어 시행되고 있음에도 불구하고 지속적으로 신환자가 발생하고 있다는 것은 국내 결핵관리가 지금까지 자국민중심으로 이루어진 결과로서, 외부요인에 대해 체계적이고 전반적인 실질적인 조사가 부족한 결과일 수 있다. 외국인 입국자에 대한 몇몇 연구가 있기는 하지만 이는 외국인을 대상으로 대규모의 직접적인 결핵검진을 통한 연구가 아니라 신고 된 자료를 바탕으로 분석을 한 수준의 연구가 대부분이었다.

2015년 6월말 현재 법무부 자료에¹¹⁸⁾ 의하면 총 국내 등록 외국인은 1,115,502명이다. 인원 순위에 따른 이들의 국적을 살펴보면, 중국(한국계), 중국, 베트남, 필리핀, 캄보디아, 인도네시아, 우즈베키스탄, 네팔, 타이, 스리랑카 순이다. 이 중 10만 명 이상이 각각 중국(한국계), 중국, 베트남으로 385,849명, 174,806명, 124,356명이다.

국내 등록 외국인 수의 순으로 상위 10 위 권 내 국가 중 ‘WHO Global Tuberculosis Report 2015’ 에서 ‘Country profiles For 22 High-Burden Countries’ 로 규정된 국가가 우즈베키스탄과 스리랑카, 네팔을 제외하고 모두 포함되어 있는데 등록자 순으로도 상위에 속한다. 22개국 중 실제로 우리와 교류가 드문 아프리카 9개국을 제외하면¹¹⁹⁾ 주요 결핵관리국들이 거의 포함되어 있는 것이다.

또한 국내 등록 외국인 중 미얀마, 방글라데시, 파키스탄, 인도 국적이 각각 16,481명, 11,749명, 9,124명, 7,973명으로 국적별 14위에서 17위까지를 차지하고 있다. 러시아 국적이 4,368명, 남아프리카공화국 국적이 1,899명이다. 이들 국가도 WHO의 22 High-Burden Countries에 속하는 국가들로서, 국내 등

118) 법무부홈페이지, 자료실>등록외국인 지역별 현황(2015년 6월말 현재)

119) 22개국을 살펴보면 다음과 같다. 아프가니스탄, 방글라데시, 브라질, 캄보디아, 중국, 콩고, 이디오피아, 인도네시아, 케냐, 모잠비크, 미얀마, 나이지리아, 파키스탄, 필리핀, 러시아, 남아프리카공화국, 우간다, 탄자니아, 베트남, 짐바브웨

록외국인의 국적이 대부분 결핵요주의 국가라는 대단히 놀라운 상황이다. 국내 등록외국인 수 10위 권 국가 중 WHO 22개국 주의대상국가에 포함되어 있지 않지만 결핵관리에 있어 문제가 되는 국가가 네팔이다. 국가별 WHO 결핵 분석 자료에 따르면 네팔의 경우 인구 10만 명당 유병률 215명, 발병률 158명 다제내성률이 2.2%로, 인구 2,800만 명 중 결핵환자가 신고기준으로 37,025명이다.

외국인으로 분류되지 않은 북한이탈주민의 국적으로 북한을 고려하여 살펴본다면, 국내 거주 등록인의 대부분이 WHO의 결핵주의 대상 국가에 속한다고 할 수 있다. 특히 문제가 될 수 있는 것은 이러한 국내등록자수 상위국들의 국가별 결핵 신고률에 대한 신뢰도이다. 실제 유병률이 WHO에 보고된 수치를 훨씬 상회할 가능성이 크다.

2010년 자료에 기초해서 국내유입 외국인 결핵환자관리를 위한 정책개발(안 형식, 2012)에서 분석한 국적별 결핵환자 발생 내용을 살펴보면, 대체로 WHO의 주의대상국과 비슷하다. 다만 케냐의 경우 인구 10만 명당으로 환산했을 때 발생률이 가장 높게 나온 것은 국내 등록인 수가 적은데 따른 통계적인 결과이나, 케냐도 WHO의 22 High-Burden Countries에 속하는 국가이다.

국내 등록 외국인의 분포가 결핵관리에 있어서 고려해야할 중요한 요소라고 본다면, 특히 문제가 되는 것은 이들 국가 출신의 불법 체류자 및 이들의 결핵실태에 대한 파악이다. 2015년 현재 국내거주외국인 자료 중 불법 체류자에 대한 자료는 법무부에서 합법체류 및 불법체류를 따로 표시하지 않은 체류현황만을 발표하고 있는 관계로 현재 상황을 확인 할 수 있는 방법은 없다. 2010년의 자료를 살펴보면 총 체류자 1,261,415명 중 168,515명이 불법체류자로 분류되어 이를 기준으로 13.4%가 불법 체류자였고, 이중 129,993명인 78%가 WHO의 22 High-Burden Countries에 속하는 국적의 외국인이었다.

외국인 결핵환자의 연령대는 국내환자와 유사한 분포를 보이는데 20대에서

50대 후반까지가 높은 발생률을 보이고 있다. 그러나 높은 비율은 아니지만 15세에서 19세 사이의 결핵환자 발생이 인구 10 만 명당 104.명으로 국내 동일연령대의 발병률보다 높게 나타나는 양상을 보이고 있다. 이 연령대의 결핵 발생은 장기간에 걸쳐 재발가능성과 다제내성 결핵으로 이행할 가능성이 높아지는 관계로, 이러한 양상은 앞으로의 결핵관리에 문제를 야기할 수 있어 보인다.

결핵환자의 치료율을 살펴보면 2010년까지의 다양한 연구결과에서, 내국인의 완치율이 40.2% 인데 비하여 외국인들의 완치율이 34% 로 낮았고, 치료완료율 또한 내국인 35.2%에 비해 33%로 낮게 나타나고 있다. 치료실패율은 0.3%로 동일한 정도에 머물렀으나, 치료 중단율은 내국인 7.7% 에 비하여 외국인 13.2% 로 2배가량 높게 나타났다. 다제내성 결핵환자의 비율도 신환자에서 9.7%, 재치료 중에는 42% 나 되는 것으로 나타나고 있다¹²⁰⁾.

다문화가족의¹²¹⁾ 경우를 살펴보면, 여성가족부 2015년 다문화가족 관련 연도별 통계에 따르면 2013년을 기준으로 다문화가족은 총 75만 명 내외이며, 이 중에서 결혼이민자 및 인지, 귀화자 281,295만 명, 배우자 281,295만 명, 자녀 191,328만 명으로 매년 지속적으로 증가하여 2020년 100만 명이 예상될 것이라고 추정되고 있다¹²²⁾.

이들의 출신국적 순위는 중국(한국계포함),베트남, 필리핀, 일본, 캄보디

120) 신의철 외, 전계서, 14쪽

121) 다문화가족지원법

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2011.4.4.>

1. "다문화가족"이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 가족을 말한다.

가. 「재한외국인 처우 기본법」 제2조제3호의 결혼이민자와 「국적법」 제2조부터 제4조까지의 규정에 따라 대한민국 국적을 취득한 자로 이루어진 가족

나. 「국적법」 제3조 및 제4조에 따라 대한민국 국적을 취득한 자와 같은 법 제2조부터 제4조까지의 규정에 따라 대한민국 국적을 취득한 자로 이루어진 가족

2. "결혼이민자등"이란 다문화가족의 구성원으로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다.

가. 「재한외국인 처우 기본법」 제2조제3호의 결혼이민자

나. 「국적법」 제4조에 따라 귀화허가를 받은 자

122) 여성가족부홈페이지, 정책안내>우리부교육자료>통계자료>다문화가족 관련 통계 현황

아, 몽골, 태국, 미국, 러시아, 대만 순이다. 총 281,295명 중 WHO의 22 High-Burden Countries 국적자가 246,731명이다. 이들의 결핵관리에 있어 문제점들은 결혼이민자 및 인지, 귀화자의 대부분이 여성으로(84%)이며, 가임기 여성이 대부분이고, 건강보험가입에 있어 직장가입자에 비해 지역가입자 비율이 높아 검진누락이 높을 가능성이 있다는 것이다.

전반적으로 다문화 가족을 포함한 국내 외국인들의 국적분포나 발병 결핵환자들의 관리지표의 결과들을 살펴보면 앞으로 결핵관리의 일정한 방향을 개선할 수 있는 근거가 될 수 있을 것으로 생각한다. 그러나 이러한 국내 체류외국인들에 대한 결핵관리의 필요성이 필수적일 것임에도 불구하고, 외국인이라는 특정 집단을 특히 국적별로 관리하고자하는 것은 국제법상의 논란이나, 건강과 관련된 사회적 차별로 이어질 가능성으로 인하여 대단히 접근하기에 조심스러운 주제가 될 수 있다.

3.2.4. 민간공공결핵관리프로그램

결핵관리에¹²³⁾ 있어 공공부분의 관리는 결핵예방법상의 제3조(국가·지방자치단체 및 의사 등의 의무), 제5조(결핵관리종합계획의 수립·시행), 제7조(결핵관리사업 등)를 직접적인 근거조항으로 하여 시행된다. 또한 제21조(대한결핵협회)의 조항에 따라 설립된 대한결핵협회¹²⁴⁾도 법정단체로 결핵관리를 담당하고 있다.

보건복지부, 질병관리본부가 모니터링 및 평가체계구축, 결핵·잠복결핵감

123) 결핵관리의 틀로서, 국가결핵관리지침(보건복지부, 질병관리본부, 2015)과 결핵진료지침(대한결핵 및 호흡기학회, 2014)이 있다.

124) 1953년 창립. 결핵을 연구하는 학회로 1961년 대한결핵학회가 창립되어 1989년 대한결핵 및 호흡기학회로 변경되었다.

염 관리사업, 결핵퇴치역량강화를 위한 기반구축을 총괄하며, 시도, 시군구, 국립결핵병원이¹²⁵⁾ 실제적인 환자관리를 법령에 따라 수행하고 있다¹²⁶⁾.

민간에서는 민간의료기관과 대한결핵 및 호흡기학회와 같은 학회가 적극적으로 공공결핵관리의 방침에 협조하여 환자관리의 영역을 담당하고 있다. 이러한 국가와 민간의 역할에 있어 국가결핵관리지침과 결핵진료지침이 관리와 치료라는 영역에서 중요한 실제적인 기준이 되고 있다.

공공과 민간을¹²⁷⁾ 하나로 묶어 실제적으로 결핵관리의 효율성을 달성하고자 시행하고 있는 사업이 민간공공협력(PPM: Private-Public Mix collaboration) 사업이다. 우리나라는 질병관리본부와 대한결핵 및 호흡기학회를 중심으로 2002년 이후 결핵환자관리를 위한 민간-공공협력 사업을¹²⁸⁾ 추진해오고 있다.

이러한 사업에서 특히 결핵퇴치와 관련해서 주안점으로 삼는 것이 치료 비순응(noncompliance) 결핵환자의 관리이다. 결핵관리의 핵심이 일차적으로 다제내성 결핵환자와 치료비순응 환자의 관리라고 한다면 비순응환자를 관리하는데 있어서 환자의 비협조는 사회보전에 대한 현실적이고 강력한 위험성을 내포하기 때문에, 공공의 개입은¹²⁹⁾ 민간기관 역할에 못지않게 중요한 역할을 한다.

결핵은 인류의 역사와 함께 해온 감염병이다. 그 관리의 역사 또한 오래고 현재에도 다양한 감염병 중에서 결핵은 퇴치가 힘들고 관리가 쉽지 않은 질병

125) 국립마산병원 및국립목포병원이 주로 결핵전문병원으로,서북병원,국립의료원이 결핵을 포함하여 관리하는 공공의료기관으로 기능하고 있다.

126) 질병관리본부홈페이지, 질병예방>국가결핵사업>결핵관리 수행체계

127) 신의철 외, 전게서, 9-10쪽 공공 및 민간 결핵관리기관의 역할과 기능에 대해서 참고

128) 박재석 외, 전게서, 238쪽

PPM은 제1기 결핵관리 종합계획(2013-2017)을 수립하여 결핵조기발견, 철저한 환자관리 및 지원,결핵관리기반 강화의 3가지 추진전략을 추진 중에 있다.

2015년 민간공공협력 국가결핵관리사업연찬회 자료중 양병국, 국가결핵관리사업(오송:질병관리본부,2015)의 보고에 의하면 7%의 PPM사업 참여 의료기관에서 신환자의 64%를 신고하고 있다고 한다.

129) 질병관리본부 질병예방센터 내에 에이즈결핵과가 결핵관련 업무를 관장하는데, 에이즈, 결핵, 한센병을 담당하고 있다. 질병관리본부 국립보건원산하 감염병센터 내에 결핵호흡기세균과가 연구분야를 담당하고 있다.

으로, WHO를 비롯한 수많은 국제 보건기관들이 퇴치를 위해 노력을 기울이고 있다. 한국도 국가결핵관리사업(NTP: National Tuberculosis control Program)과 다양한 국가결핵퇴치 사업을 통하여 이전보다 현격히 결핵 유병률과 사망률이 감소하였으나, 최근 10여 년간 더 이상의 성과가 뚜렷이 보이지 않는 어려움을 겪고 있다. 이러한 가운데서 질병관리본부와 대한결핵 및 호흡기학회를 중심으로, 국가와 민간이 협력하는 민간공공협력사업이 활성화되어 다양한 방향에서 결핵관리의 개선을 위해 노력하고 있다는 것은 긍정적이다.

3.3. 결핵의 의학적 이해

3.3.1. 결핵의 의학적 이해의 필요성

결핵은 만성 감염병¹³⁰⁾에 속한다. 이러한 만성 감염병에 속하는 것들로는 결핵을 비롯하여, 바이러스 감염, 후천성면역결핍증이 있다. 가장 오래된 결핵의 흔적은 기원전 5000년의 고대 이집트의 미이라에서 발견된 결핵성병변이다. 이후 이집트의 소아 미이라에서도 결핵에 기인한 객혈사의 소견이 확인되었다. 히포크라테스의 경우도 결핵의 치료법을 논하고 있으며 당시 벌써 늑막염환자에게 천자시술을 시행한 기록이 있다¹³¹⁾.

나라 간 인적교류 및 이주 거주자가 증가하는 사회적 특성과 호흡기 감염질환의 의학적 특성상, 세계는 결핵과 같은 감염병의 관리에 있어 개인 뿐 아니라 지역사회, 국가 및 세계가 협조하지 않으면 모두의 부담이 될 수 있다는

130) 대한예방의학회, 전게서, 320-321쪽

병원체가 숙주에 감염 후 잠복기나 진행이 완만한 경우로 쉽게 치료가 안 되며, 통상 3개월 이상의 감염 자연사를 가짐. 자세한 분류는 321쪽 표 10-12-1참조

131) 김대규 외, 한국결핵사(서울:대한결핵협회,1998), 119-120쪽

인식을 공유하고 있다. 이러한 공유를 바탕으로 WHO를 비롯한 다양한 국제기구와 각국의 감염병 관련 기관들은 관련 규정과 원칙에 따라 결핵을 지속적으로 관리하고, 감염된 환자 및 감염가능성에 노출되었거나 될 수 있는 다양한 군의 사람들을 대상으로 치료와 예방적 사업을 병행하여 결핵을 관리하고 있다.

결핵의 발병과 진행과정이 단순히 결핵균에 의한 질병의 자연사로만¹³²⁾ 전적으로 설명될 수 있는 것은 아니다¹³³⁾. 그러나 역사적으로 결핵을 국가가 관리하고, 질병의 자연사에 개입하는 의료적 과정의 일부를 법률로서 규정하려는 시도는 기본적으로 결핵이 가지고 있는 의학적 특성에 기초하는 것이다¹³⁴⁾. 의학적 특성상, 결핵이라는 질병이 단순히 개인의 신체를 파괴하는 질병으로 끝나는 것이 아니라, 그 개인이 속한 가족과 사회, 더 나아가 국가에 큰 위해를 발생시킬 수 있다는 잠재적 불안을 야기하게 되고, 결국 이러한 불안 요소를 최소화하기 위해 국가는 사회적 동의를 얻어 관련 법률을 제정하고 규범화시켜 의료과정에 개입하게 된다.

국가의 개입과정에서 이루어지는 규제와 강제는 개인과 사회를 위해서 필요하기는 하지만 그 형식과 절차에서 국민의 기본권제한이나 인권침해의 요소가 동반될 수 있다. 이러한 경우에 규제와 강제의 과학적 근거를 제시하기 위해 결핵에 대한 의학적 이해는 필수적이다.

132) 질병의 자연사(natural course of disease): 발생한 질병에 대하여 일체의 의학적이거나 인위적인 개입이 없을 때 하나의 질병이 진행되는 과정

133) 최홍조 외, “결핵의 사회적 결정요인 관점에서 바라본 한국 결핵 연구의 현재와 향후 방향” 보건과 사회과학 35(2014.6): 159-160쪽 결핵의 발병은 결핵균이라는 단일원인으로 설명하기 어렵다. 결핵균 노출 시 개인의 면역능력이 발병과 병의 진행에 영향을 미친다. 개인의 인구사회학적 조건은 면역 능력 뿐만 아니라, 균 노출의 빈도를 증가시킬 수 있다. 경제정책과 이와 연관된 보건정책 및 보건의료체계도 결핵 발병의 가능성에 어느 정도 기여한다.

134) 최홍조 외, 전게서, 150쪽에서는 ‘간디와 줌라 (2002)와 뢰로스 외 (2009)’를 인용하여 결핵 기여인자 유형을 생의학적 요인(다제내성결핵, HIV 동시 감염, 숙주 면역체계 저하), 개인행동 요인(음주, 흡연), 정치, 경제, 제도적 요인(공공정책의 신자유주의화, 보건의료에 대한 개인화된 접근, 사회지출의 감소, 전쟁, 정치적 불안정, 대량의 난민 이동, 도시와 지역변화에 따른 위생상태와 주거조건의 악화, 전세계 빈곤과 불평등, 경제, 사회, 환경정책의 불평등, 보건정책과 결핵관련 정책), 문화적 요인(결핵에 대한 편견, 인종주의, 성 불평등, 의학적 지식에 대한 상이한 체계 사이의 긴장)로 제시하고 있다.

3.3.2. 결핵의 역학적 특성

결핵은 주로 폐결핵환자의 기침을 통해 나오는 비말(飛沫)핵에 들어 있는 결핵균¹³⁵⁾ 복합체가(Mycobacterium tuberculosis complex) 공기를 통하여 전파되어, 주로 폐를 침범하여 감염을 일으키는 것으로 폐 이외의 장기에도 1/3 정도가 발생한다. 결핵을 치료하지 않으면 환자의 1/3은 진단 후 1 년 내에 사망하고, 50-65% 는 5 년 이내에 사망할 수 있다.

항산균 도말 검사¹³⁶⁾ 양성인 결핵환자 1명이 결핵으로 진단되기까지 최대

135) 대한미생물학회, 의학미생물학(서울:엘스비어코리아,2009), 295-303쪽

흔히 결핵균이라고 하는 Mycobacterium tuberculosis는 Mycobacterium속에 속하는 것으로서 Mycobacterium속은 130여종 정도가 현재 확인되고 있는데 그 중 대표적이며 가장 중요한 인간 감염균이 Gerhard Hansen이 1873년 발견한 Mycobacterium leprae(나균)와 Robert Koch가 1882년 발견한 Mycobacterium tuberculosis(결핵균)이다.

결핵균은 0.2-0.6*(1.0-10) μ m의 항산성 막대균이다. H37Rv라는 균주의 경우 전체 유전체가 441만 1529개의 염기쌍으로 구성되어있고, 약 4천개의 단백 유전자를 포함하고 있다고 한다. 이들 유전체중 지방산대사에 관계되는 유전자가 250개 이상으로 대장균의 50개에 비해 많다. 세포벽은 그람양성균과 유사한 펩티도글리칸층에 다당류가 공유 결합되어 있고 끝에는 분자량이 큰 Mycolic acid이 결합되어 기본골격을 이룬다. 세포벽 구조물내에는 지질, 당지질, 및 단백질 등이 존재하며, 표층은 glucan, mannan 및 arabinomuramic acid 등의 다당류로 구성되어 있다. 이들은 산소성 막대균으로 아포를 형성하지 않으며 편모가 없다. 이들 균이 건조, 산, 살균제 및 항균제에 내성인 것은 세포벽에 많이 존재하는 지질성분(세포벽 건조량의 60%) 때문이다. 물질이동을 담당하는 단백질과 구멍 단백질 등의 단백질은 세포벽 전체에 걸쳐 분산되어 있으며 이들이 중요한 항원역할을 한다.

최적 증식온도는 35-37도이며 30도이하와 42-45도(조류체온)에서는 증식하지 않는다. 결핵균 증식배지의 최적 pH는 6.5-6.8이다. 대사 에너지원은 탄수화물이며, 질소원으로 암모니아와 아미노산을, 무기질 염류가 있는 경우 탄소원으로 글리세롤을 이용한다. 결핵균은 산소균이기 때문에 산소분압이 낮은 조직보다는 폐상엽, 신장, 뇌, 골수과 같이 산소의 공급이 많은 부위에 병소를 형성한다. 그러나 산소가 결핍된 괴사병소에서도 모든 산화활성이 억제된 잠복균으로 수년간 생존하여 잠복결핵을 유발한다.

일반세균과 같이 60℃에서 20내에 사멸되므로 우유에 오염된 결핵균은 저온 살균법에서 쉽게 살균된다. 일반 자외선조사에 대장균보다 4-10배 약하다. 그러나 건조, 산, 알칼리 및 암모니아 화합물에 대해 일반세균보다 훨씬 내성이 강하다. 배양균체는 직사광선 2시간, 건조액담 6-8개월, 객담내 비말에서 8-10일간 생존한다. 에탄올, 아세톤, 및 포르알데히드에는 저항력이 낮아 쉽게 살균된다.

136) 씨젠의료재단학술홍보팀, Handbook of Laboratory & Diagnostic tests(서울:성지디앤제이,2015), 540쪽

결핵균은 높은 지방 함량 때문에 일반세균염색법으로는 염색이 되지 않고 한 번 염색된 뒤에는 산(acid)으로 탈색되지 않는다. 결핵균을 포함한 Mycobacterium속에 속하는 세균은 이와 같은 성질을 가지므로 항산균(acid-fast bacillus, AFB)라고 부른다. 비항산결핵균(NTM)도 항산성을 보이므로 결핵도말검사 양성이라도 비결핵항산균의 가능성을 고려

20명을 감염시키는 것으로 추정된다¹³⁷⁾. 이러한 감염전파력이 결국 검역과 격리의 의학적 근거가 된다.

그러나 감염이 전부 즉시 임상증상으로 발전하는 것은 아니고 여러 내, 외적 요인에 달려있다. 감염 후 바로 발병하는 것을 일차결핵이라고 하고 주로 만 4세 이하 어린이와 면역 저하자에게서 주로 발생하고 감염력은 높지 않다. 나이가 들어 감염되면 일시적으로 면역체계가 결핵을 억제하는 경우가 많고 대부분의 감염자는 감염 후 1-2년 내에 결핵증상을 보이게 된다.

잠복한 결핵균이 수년간 살아남아 있다가 재활성화 되어 발병하는 경우를 이차결핵이라고 하며, 성인형, 재활성화 결핵으로도 불린다. 이 때 공동성(空洞:cavity) 병변이 존재하는 경우 감염력이 높다.

일반적으로 감염자 10% 가량이 활동성 결핵으로 발전하는 것으로 추정되고, 이중 절반은 감염 첫해에 발병한다¹³⁸⁾. 치료받지 않은 환자는 약 1/3에서 발병 수 주 일 혹은 수개월 후에 중증 폐결핵으로 진행하여 사망하고 나머지는 자연적으로 호전되거나 만성적으로 진행하는 쇠약 과정이 계속된다. 이와 같은 만성 결핵환자는 공기 중으로 계속 결핵균을 배출한다. 따라서 단순히 환자의 증상이나 문진에 따른 진료가 아니라, 유병율과 발생률을 고려한 접근이 조기 발견과 완치에 중요하다. 이미 객담에 균이 검출되는 정도에 이른 경우 환자의 개인의 치료뿐 아니라 접촉자 파악 등 보건당국의 집중적인 노력이 요구된다

HIV감염이 유행하기 전까지는 폐결핵이 80%이상을 차지하였으나 HIV감염환

하여야 한다.

137) 유진홍 외, 전게서, 626쪽,

질병관리본부에서는 10명 가량으로, CDC 연구에서는 10-14명 정도로 보고하고 있다.

CDC 연구는 아래 참조.

The Centers for Law and the Public's Health: A Collaborative at Johns Hopkins and Georgetown Universities, Tuberculosis Control Laws and Policies: A Handbook for Public Health and Legal Practitioners(CDC,2009), 8 page

'An undiagnosed, untreated person with active pulmonary TB disease can infect an estimated 10-14 people in a year'

138) 유진홍 외, 전게서, 628쪽

자의 경우 2/3 가량이 폐결핵과 폐외결핵이 동반되거나, 폐외결핵이 단독으로 발생하는 양상을 보이고 있다. 빈발하는 폐외결핵으로는 림프절 결핵, 흉막 결핵, 상기도 결핵, 비뇨생식기 결핵, 골관절 결핵, 결핵성 수막염과 결핵중, 위장관 결핵, 심장막 결핵, 좁쌀 또는 파종결핵 등이 있다.

3.3.3. 결핵의 진단 및 치료과정

결핵¹³⁹⁾의 초기 증상은 비특이적(non-specific)이다. 피로감이나 쇠약감, 식욕부진 및 기침, 가래가 있을 수 있으나 이런 증상이 결핵의 결정적인 증거가 되지 못한다. 이러한 증상이 일정기간 이상 지속 되는 경우 결핵의 가능성을 의심하게 되나 비특이적 경과로 고열과 의식혼미로 결핵성 수막염에 이르러 사망이나 치료가 불가능한 상태에서 의료기관에 내원하기도 한다¹⁴⁰⁾.

결핵이 의심되면¹⁴¹⁾ 흉부 X선 검사를 포함하여 항산균 도말검사, 항산균 배양검사, 핵산 증폭검사¹⁴²⁾, 약제 감수성검사¹⁴³⁾ 등을 시행하게 된다. 기타 조직 검사시 조직검체에 대하여 배양검사와 핵산증폭검사를, 격담도말검사 음성이나 흉부X선으로 활동성여부를 판단하기 어렵거나 다른 질환과의 감별이 어

139) 결핵예방법에서는 “"결핵"이란 결핵균으로 인하여 발생하는 질환을 말한다.” 라고만 설명하고 있고, 진단 및 자세한 감염병으로서의 분류에 관한 설명이나 내용이 없다. 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률을 준용하는 듯 보이나 이에 대한 설명도 없다. 전염병예방에 관한 법률이 1957년 먼저 제정되었고, 이 법률에서 결핵을 관리하다가, 결핵예방법이 이후 1968년 제정된 연유로 해석된다.

140) 유진홍 외, 전게서, 631쪽

141) 박재석 외, 결핵 진료 지침(오송:결핵지침개정위원회,2014), 23쪽

-뚜렷한 원인 없이 2-3주 이상 기침 등의 호흡기 증상이 있으면 결핵을 의심하고 이에 대한 검사를 시행하여야 한다(IIIA)

-임상 소견상 결핵이 의심되면 결핵의 과거력, 결핵 환자의 접촉 여부에 대해서 물어보아야 한다.(IIIA)

142) 박재석 외, 전게서, 2쪽,30쪽

도말 및 배양검사와 함께 1회에 한해 시행을 권고한다.(IIIA)

143) 박재석 외, 전게서, 2쪽, 32-36쪽

전통적인 방법, 신속내성검사, Xpert MTB/RIF 세가지 유형의 검사가 있다.

려운 경우 흉부 전산화 단층촬영(CT), 결핵균 검사가 음성이고 폐외결핵, 혹은 잠복 결핵가능성이 있는 경우는 투베르쿨린 검사와 인터페론감마분비검사(IGRA)를 시행할 수 있다.

결핵으로 진단되면¹⁴⁴⁾ 결핵치료의 권장처방에 따라 약을 복용하게 된다. 대한 결핵 및 호흡기 학회와 질병관리본부가 발행한 2014년 결핵 진료 지침에는 결핵의 치료를 임상적인 접근 유형에 따라 몇 가지로 구분하여 설명하고 있다. 통상 결핵으로 진단되어 이루어지는 초치료, 재치료 및 약제내성시의 치료, 임신, 간질환, 신부전등 특수상황에서의 치료, HIV 감염 시의 치료, 폐외결핵 시의 치료, 소아청소년의 치료, 잠복감염시의 치료 등으로 나눈다. 초치료에서는 이소니아지드, 리팜핀, 에탐부톨, 피라진아미드를 용량¹⁴⁵⁾에 맞게 처방하여 복용하는 것을 원칙으로 한다¹⁴⁶⁾.

초치료에서 6개월의 치료기간 중, 초기 2개월간은 4제로 집중치료하고, 2개월 후 객담 배양검사가 양성인 경우 유지 치료기를 4개월에서 7개월로 연장하여 9개월 치료로 완료하는 것이 통상적이다¹⁴⁷⁾. 이러한 초치료에서 벗어나는

144) 박재석 외, 전게서, 42-43쪽

결핵관리지침은 결핵환자를 다음의 네 부류로 진단하여 설명하고 있다.

1. 도말양성이면서 TB-PCR양성: 폐결핵
2. 도말양성이면서 TB-PCR음성: NTM폐질환(균 배양확인 및 균 동정 시행)
3. 도말음성이면서 TB-PCR양성: 폐결핵
4. 도말음성이면서 TB-PCR음성: 도말음성 폐결핵

결핵예방법상의 정의를 임상적인 결핵 판정의 기준에 적용해보면 제2조 정의 중

‘2. "결핵환자"란 결핵균이 인체 내에 침입하여 임상적 특징이 나타나는 자로서 결핵균검사에서 양성으로 확인된 자를 말한다.’ 는 위 결핵관리지침의 1과3의 폐결핵,

‘3. "결핵의사(擬似)환자"란 임상적, 방사선학적 또는 조직학적 소견 상 결핵에 해당하지만 결핵균검사에서 양성으로 확인되지 아니한 자를 말한다.’ 는 위 결핵관리지침의 4에 해당하는 도말음성폐결핵

‘4. "전염성결핵환자"란 결핵환자 중 객담(咯痰)의 결핵균검사에서 양성으로 확인되어 타인에게 전염시킬 수 있는 환자를 말한다.’ 는 1의 폐결핵

‘5. "잠복결핵감염자"란 결핵에 감염되어 결핵감염검사에서 양성으로 확인되었으나 결핵에 당하는 임상적, 방사선학적 또는 조직학적 소견이 없으며 결핵균검사에서 음성으로 확인된 자를 말한다.’ 는 감염반응은 보이나 폐결핵환자는 아닌 감염상태를 말한다.

145) 박재석 외, 전게서, 49쪽

146) 박재석 외, 전게서, 57쪽 결핵치료 원칙 참고

147) 박재석 외, 전게서, 64쪽

초치료 결과는 완치, 완료, 실패, 사망, 추적 방문 중단, 평가미정, 치료성공 등으로 그

어떤 경우라도 치료는 대단히 어려운 상황에 직면하게 된다. 재치료는 치료 2년 내에 재발한 경우로 재치료 기간을 3개월 연장하는 것이 권고된다.

내성은 일차약제 하나에 내성인 단독내성(monoresistance), 일차 약제에 2가지 이상의 약제내성이지만 다제내성이 아닌 경우(polydrug resistance), 다제내성(multi-drug-resistance), 광범위약제 내성으로 분류된다. 약제내성 결핵환자인 경우 약제를 조절하여 치료하게 되는데 치료기간이 이소니아지드 단독내성 결핵환자는 6-9개월, 리팜핀 단독내성 결핵환자는 12-18개월, 2가지 이상의 약제 내성 결핵균이지만 다제내성결핵균이 아닌 감염환자는 18개월, 다제내성 결핵환자인 경우는 세균학적 결과나 치료반응에 따라 변경할 수는 있으나, 최소한 8개월 이상의 집중치료를 포함한 최소 20개월의 치료를 요한다. 광범위약제내성 결핵환자의 경우는 6-9개월의 집중치료기간과 총 20-25개월 치료기간에서 높은 성공률이 나타났다. 이러한 약제내성 결핵의 감염은 심각한 문제가 초래될 수 있어 엄격한 감염관리가 필요하다.

결핵은 감염성 질환이면서 그 치료기간이 장기간이고 심각한 약제의 부작용이 예상되기도 하며, 사회경제적인 형편이 감염과 치료에 중요한 기여를 하는 질병으로서 퇴치가 쉽지 않다. 또한 문제가 되는 상황으로는 HIV와의 중복 감염 및 잠복결핵, HIV감염환자의 잠복결핵 등이 있다. 이러한 경우 기본적으로는 임상양상과 질환관리에 합당한 치료를 기준에 따라 원칙적으로 시행하는 것이 합당하겠으나, 질병의 치료라는 관점과 더불어 감염자의 특성과 협조를 충분히 반영하는 환자관리가 효과적인 치료의 개시와 완결을 이룰 수 있다는 점에서 중요하다.

판정이 분류된다.

3.4. 결핵관리를 위한 격리의 이해

3.4.1. 감염병 환자에서의 사전격리의 필요성

감염질환이 생성되기 위해서는 병원체로부터 숙주의 저항성에 이르기까지 병원체, 병원소, 병원체의 탈출, 전파, 침입, 숙주의 저항성이라는 단계¹⁴⁸⁾를 거친다. 이 감염 사슬이 하나라도 성공하지 못하면 임상적으로나 사회적으로 중요한 감염병의 발현이 이루어지지 않는다. 따라서 감염관리는 이 과정에 효과적으로 개입하는 것을 의미한다.

이 6단계를 다시 1. 병원체와 병원소, 2. 전파(병원체의 탈출, 전파, 침입) 3. 숙주 의 3 부분으로 나누어 관리하게 되는데 검역과 격리의 문제는 전파관리의 영역이 된다. 검역과 격리가 효과적으로 이루어져 감염사슬을 차단하기 위해서는 검진이나 증상을 통한 감염병 발병의 개연성의 확보와 감염자의 확인이 중요하다. 이를 위해서는 감염 임상양상의 이해가 필수적이다.

감염이 일어날 때 병원체가 표적장기로 이동하여 증식하는 동안 인체 혹은 분비물에서 병원체가 발견되지 않는 기간을 잠재기간(latent period)이라 하고, 이 기간이 경과한 후 조직, 혈액, 분비물 등에서 균이 발견되기 시작하는 기간을 개방기간(patent period) 혹은 감염 전파기간이라고 한다¹⁴⁹⁾. 이에 대하여 병원체가 숙주에 침입 후 표적장기에 이동, 증식하여 일정 수준의 병리적 변화가 있으면 증상과 증후가 발생하는 데, 이 기간을 잠복기(incubation period)라고 한다¹⁵⁰⁾.

감염되었으나 감염의 증상이 나타나지 않는 것을 불현성 감염(inapparent

148) 대한예방의학회, 전게서, 253쪽

149) 대한예방의학회, 전게서, 249쪽

잠재기간과 개방기간은 병원체의 확인 가능유무로 본 기간 분류이다.

150) 대한예방의학회, 전게서, 248쪽

잠복기는 감염자의 감염증상의 발현유무를 기준으로 본 기간 분류이다.

infection)이라고 한다. 불현성 감염이라고 하더라도 이미 감염된 상태이기 때문에 잠재기가 아니라면 감염여부를 검사를 통하여 확인 할 수 있다. 병원체가 숙주에 증상을 일으키지 않고 지속적으로 존재하는 상태를 잠재감염(latent infection)이라고 하는데 그 예로 잠복결핵감염(LTBI), 만성 B형 바이러스 간염, 단순포진 및 등이 있는데 감염자의 면역력과 저항력 및 여러 건강상태에 따라 증상과 증후가 나타난다¹⁵¹⁾.

감염병은 일반적인 개인 건강 차원에서 주의를 요하거나 발견되면 치료하면 되는 정도에서, 관리하지 않으면 사회에 지속적인 피해를 발생시킬 수 있거나, 더 나아가 공중보건의 위기를 가져올 수 있을 정도까지 다양한 스펙트럼을 가지고 있다. 이러한 감염병은 어느 시점에 개입하고 어떤 방법을 사용하느냐가 감염사슬을 차단하는데 중요하다. 감염사슬차단에서 기본권이나 인권과 관련하여 주로 문제가 되는 단계가 전파과정관리에서의 검역과 격리이다.

검역과 격리의 출발은 감염환자(patient infected), 감염의사환자(patient suspected), 병원체보유자(pathogen carrier)의 확인이다¹⁵²⁾.

151) 대한예방의학회, 전게서, 251쪽

152) '감염이 확인되었다'는 의미는 영어에서 confirmed, affected, infected로 다양하게 사용되고 있다. 관계 법률도 대상에 따라 약간씩 상이하게 정의하고 있다.

감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의)

13. "감염병환자"란 감염병의 병원체가 인체에 침입하여 증상을 나타내는 사람으로서 제11조 제6항의 진단 기준에 따른 의사 또는 한의사의 진단이나 보건복지부령으로 정하는 기관(이하 "감염병병원체 확인기관"이라 한다)의 실험실 검사를 통하여 확인된 사람을 말한다.

14. "감염병의사환자"란 감염병병원체가 인체에 침입한 것으로 의심이 되나 감염병환자로 확인되기 전단계에 있는 사람을 말한다.

15. "병원체보유자"란 임상적인증상은 없으나 감염병병원체를 보유하고 있는 사람을 말한다.

결핵예방법 제2조(정의)

2. "결핵환자"란 결핵균이 인체 내에 침입하여 임상적 특징이 나타나는 자로서 결핵균검사에서 양성으로 확인된 자를 말한다.

3. "결핵의사(擬似)환자"란 임상적, 방사선학적 또는 조직학적 소견 상 결핵에 해당하지만 결핵균검사에서 양성으로 확인되지 아니한 자를 말한다.

4. "전염성결핵환자"란 결핵환자 중 객담(咯痰)의 결핵균검사에서 양성으로 확인되어 타인에게 전염시킬 수 있는 환자를 말한다.

5. "잠복결핵감염자"란 결핵에 감염되어 결핵감염검사에서 양성으로 확인되었으나 결핵에 해당하는 임상적, 방사선학적 또는 조직학적 소견이 없으며 결핵균검사에서 음성으로 확

용어의 한자를 그대로 해석하자면 검역(檢疫)은 역병(疫病)을 검사(檢査)한다는 의미이고, 격리(隔離)는 간격(間隔)을 두어 분리(分離)시킨다는 뜻을 지니고 있다. 내용상 감염 가능한 감염병 환자와 접촉하였거나 기타의 사유로 감염의 개연성이 있는 경우, 감염 후 증상발현까지의 잠복기 동안 격리하거나 검사를 통하여 감염된 것이 아니라는 사실이 확인 될 때까지 분리시켜 감시하는 것을 검역¹⁵³⁾이라고 한다. 감염이 확인된 환자를 감염력이 없어질 때까지

인된 자를 말한다.

후천성면역결핍증 예방법 제2조(정의)

1. "감염인"이란 인체면역결핍바이러스에 감염된 사람을 말한다.

2. "후천성면역결핍증환자"란 감염인 중 대통령령으로 정하는 후천성면역결핍증 특유의 임상증상이 나타난 사람을 말한다.

검역법 제2조(정의)

3. "검역감염병 환자"란 검역감염병 병원체가 인체에 침입하여 증상을 나타내는 사람으로서 의사의 진단 및 검사를 통하여 확인된 사람을 말한다.

4. "검역감염병 의사환자"란 검역감염병 병원체가 인체에 침입한 것으로 의심되나 검역감염병 환자로 확인되기 전 단계에 있는 사람을 말한다.

5. "감염병 매개체"란 공중보건에 위험한 감염성 물질을 전달하는 쥐나 위생해충을 말한다.

WHO IHR 2005 Article I Definition

1. For the purposes of the International Health Regulations (hereinafter “the IHR” or “Regulations”):

“affected” means persons, baggage, cargo, containers, conveyances, goods, postal parcels or human remains that are infected or contaminated, or carry sources of infection or contamination, so as to constitute a public health risk;

“ill person” means an individual suffering from or affected with a physical ailment that may pose a public health risk;

“suspect” means those persons, baggage, cargo, containers, conveyances, goods or postal parcels considered by a State Party as having been exposed, or possibly exposed, to a public health risk and that could be a possible source of spread of disease;

153) CDC Homepage, Emergency Preparedness and Response, ‘Understand Quarantine and Isolation: Facts Sheet’ 에서 검역을 다음과 같이 설명하고 있다.

Modern quarantine is used when:

- a person or a well-defined group of people has been exposed to a highly dangerous and highly contagious disease,
- resources are available to care for quarantined people, and
- resources are available to implement and maintain the quarantine and deliver essential services.

Modern quarantine includes a range of disease control strategies that may be used individually or in combination, including:

- Short-term, voluntary home curfew.
- Restrictions on the assembly of groups of people (for example, school events).
- Cancellation of public events.

분리시켜 타인에게 감염될 가능성을 예방하는 것을 의학적 격리라고 한다.

역사적으로 검역이라는 용어의 영어어원은 어원은 숫자 40을 의미하는 이태리어 quaranta 와 라틴어 quadragina에서 파생된 quarantine에서 나온 것으로 알려져 있다. 이것은 그리스도가 광야에서 40일간 시험을 겪은 일¹⁵⁴⁾과 노아가 겪었던 홍수¹⁵⁵⁾가 40일 밤낮을 계속되었다는 상징적인 의미에 기초하고 있다. 현대의 검역에 대한 정의는 ‘감염성 질환에 노출되었거나, 노출되었을 가능성이 있는 사람들을 전염의 가능성이 있는 기간 동안 이동을 제한하는 것’이다. 노출된 사람이 주요 대상이며 효과적인 가능한 대응책이 없는 경우에 사용되는 감염관리의 방식이다. 이에 대하여 격리는 전염가능 기간 동안 이미 확진된 환자를 감염원의 전파를 예방하고 제한하기 위하여 분리 (separation) 시키는 것이다¹⁵⁶⁾.

IHR 2005에서, “검역은 활동을 제한하거나 발병하지 아니한 의사자를 다른 사람으로부터 분리시키는 것, 동일한 방식으로 의심 수화물, 컨테이너, 운송수단, 또는 상품의 이동을 제한하거나 격리하여 감염이나 오염 확산의 가능성을 예방하는 것을 의미한다.” 고 정의하고, “격리는 환자나 오염된 사람을 분리시키거나 동일한 방식으로 감염된 수화물, 컨테이너, 운송수단, 상품 또는 소포를 분리하여 감염이나 오염의 확산을 예방하는 것을 의미한다.” 라고 정의하고 있다¹⁵⁷⁾.

-
- Suspension of public gatherings and closings of public places (such as theaters).
 - Restrictions on travel (air, rail, water, motor vehicle, pedestrian).
 - Closure of mass transit systems.
 - Restrictions on passage into and out of an area.
- Modern quarantine is used in combination with other public health tools, such as:
- Enhanced disease surveillance and symptom monitoring.
 - Rapid diagnosis and treatment for those who fall ill.
 - Preventive treatment for quarantined individuals, including vaccination or prophylactic treatment, depending on the disease.

154) 신약성서 마태복음 4장 2절 ‘사십 일을 밤낮으로 금식하신 후에 주리신지라’

155) 구약성서 창세기 7장 12절 ‘사십 주야를 비가 땅에 쏟아 졌더라’

156) Lawrence O. Gostin, 전게서, 429쪽

157) WHO IHR 2005 Article I Definition

대한결핵 및 호흡기 학회와 질병관리본부의 ‘2015년 모니터링 및 평가사업 중간결과’¹⁵⁸⁾를 살펴보면 발생 결핵 환자 중 73%의 환자를 대상으로 한 접촉자 검진이 이루어졌으며, 접촉자 검진 후 결핵의심 및 환자수의 비율이 2014년 0.8%이고, 2015년 상반기 0.1%라고 밝히고 있다. 이는 2014년 신환 발생자수인 34,869명을 기준으로 하면 0.8%인 경우 약 279명, 0.1%인 경우 35명 가량이 된다. 따라서 접촉자를 대상으로 하는 사전 격리인 검역은 앞서 여러 사례를 통하여 살펴본 바와 같이 필요하지 않은 것으로 간주할 수 있다.

3.4.2. 감염병 환자 격리의 유형과 내용

결핵과 관련하여 인권과 의료에 대한 권리라는 측면에서 접근해 갈 때 항상 등장하는 중요한 개념이 격리이다. 격리는 결핵의 개연성 있는 감염가능자로서의 우리의 사회적 역할과 관련되어 있다. 또한 자신의 건강뿐 아니라 사회적으로 타인의 건강과 더 나아가 사회의 건강과 관련이 있다.

그러나 결핵에 있어 이러한 격리는 의학적 기준에 따라 자발적으로 이루어져야 하며, 공중보건의 위기 시에, 실제적 본질을 침해하지 않는 범위 내에서 헌법과 법률에 따른 적법절차에 따라 이루어지는 것이다. 과학적이거나 의학적이 아닌 관리의 잠재적 위험을 근거로 환자의 의료에 대한 권리에 대한 대가로서 요구되거나 과하게 강제될 수는 없는 것이다.

검역과 격리는 동일 선상의 감염병 감시 및 관리 체계이다. 따라서 의심 후 증상 전 격리와 확진 후 격리로 나누어 설명하고 이해하는 것이 용어의 일관성을 유지하는 데 있어 더 유리하다. 다양한 방식으로 검역과 격리가 이루어

158) 대한결핵 및 호흡기 학회의 ‘2015년 민간·공공협력(PPM) 국가결핵관리사업연찬회’ 자료 중 ‘2015년 모니터링 및 평가사업 중간결과’

진다. 병원 같은 의료기관내 격리(medical isolation), 자가격리(home quarantine), 학교나 호텔과 같은 기관시설격리(institutional quarantine), 근로가 인정되는 자가 격리나 기관시설 격리(work quarantine), 항공기 혹은 선박 내 격리(quarantine of travelers), 지역격리(geographic quarantine)등의 형태로 격리의 종류가 다양하다¹⁵⁹⁾.

검역이 검역법과 관련하여 국경을 통과하는 감염병의 관리인 것처럼 오인할 소지가 있기는 하지만 기본적으로는 과학적이고 의학적인 감염의 공중(公衆) 전파에 뚜렷한 해결책이 없는 경우 전염을 사전 차단하는 일반적인 감염병 관리의 중요한 방식이다.

검역과 격리의 기간은 일정하지 않다. 의심되는 감염병의 종류에 따라 다양한 검역기간과 격리기간이 설정되어 있다. 검역기간에 있어 검역대상은 환자가 아니라 접촉자이다. 검역기간은 해당질병의 최대 잠복기가 된다.

기본적으로 국내법의 특성상 검역법에서 검역대상이 되는 감염병을 따로 지정하고 있는데, 검역 감염병의 법정유무와 상관없이 감염병은 그 종류와 양상에 따라 검역이 격리와 함께 관리 방식으로 사용된다. 콜레라 5일, 페스트와 황열은 6일, 급성중증호흡기증후군(SARS)과 조류인플루엔자 10일 등이 법정 검역감염병의 검역기간이다¹⁶⁰⁾.

격리는 질병의 감염기간 즉 균 배출이 되지 않을 때까지를 원칙으로 한

159) Lawrence O. Gostin, 전게서, 432-433쪽

Table 19. Isolation and quarantine: Application, benefits, and challenges 참조

160) 제17조(검역감염병 의심자에 대한 감시 등) ③ 제1항에 따른 감시 또는 격리 기간은 다음 각 호의 어느 하나를 초과할 수 없다.

1. 콜레라: 5일
2. 페스트: 6일
3. 황열: 6일
4. 중증급성호흡기증후군: 10일
5. 조류인플루엔자 인체감염증: 10일
6. 제2조제1호바목 및 사목의 감염병: 그 최대 잠복기

그 외 감염병의 검역기간은 유진홍 외, 전게서, 81쪽
‘표 1-8-2 검역법에 따른 검역감염병과 검역기간’ 참조

다¹⁶¹⁾. 따라서 격리시기 및 기간은 해당 질병의 자연사에 따라 달라진다. 예를 들면 콜레라, 장티푸스와 같은 소화기 감염병은 증상이 없어진 이후에도 균 배출이 계속되기 때문에 임상적 회복이후에도 일정기간 격리를 시킬 필요가 있다. 세균성이질, 장출혈성대장균감염증 등은 치료 종료 후 48시간부터 24시간 간격으로 2회 연속 채취한 환자의 가검물에서 균 음성일 때까지가 격리기간이고, 장티푸스는 항생제 치료 종료 후 48시간부터 24시간간격으로 3회 연속 음성이어야 격리가 해제된다¹⁶²⁾.

격리는 확진자에게 행하는 것이기 때문에 일정한 의학적 기준에 따라 시행할 수 있고, 또한 격리에 대한 환자의 이해와 설득이 용이하며, 과학적 근거위에서 이루어지기 때문에 다소 기본권침해의 소지가 있기는 하지만 급성 감염성 질환의 경우 특별히 문제가 되는 경우는 없다.

그러나 검역의 경우는 잠재적 발병과 전염성을 가정하고 이루어지는 조치이다. 또한 접촉력이나 여행력을 중심으로 이루어지는 신체에 대한 구속이고 검역강제의 과학적 설명이 부족할 수 있기 때문에, 대상자는 더욱 인권침해의 감정의 가질 수 있다. 이 과정에서 여러 마찰이 있을 수 있고, 실제로 직접적인 인권침해가 일어날 소지가 다분하다.

3.4.3. 결핵환자의 격리와 의학적 기준

급성 감염병에 비해 만성 감염병에 속하는 결핵은 검역의 필요성이 약하다.

161) 법정 기간이나 의학적 기간을 바탕으로 하기는 하지만, 이와는 별도로 감염병의 예방 및 관리에 관한법률 법 제43조에 따라, 제32조(감염병환자등의 입원치료 통지) 조항을 시행하는 경우, 동 법 시행 규칙 별표 22 입원통지서에 입원기간을 표시하도록 규정되어 있다. 이 기간 내에서 격리기간의 범위가 지정될 수 있다.

162) 유진홍 외, 전제서, 80쪽

표 1-8-1 주요 감염병의 평균 잠복기, 전염가능기간 및 격리기간 참조

이는 접촉자에서 결핵이 발병할 확률이 법정 검역질환이나 다른 호흡기 감염 질환보다는 낮기 때문이다¹⁶³⁾. 주로 결핵에서는 확진자로서의 격리가 문제가 되는데¹⁶⁴⁾, 격리기간이 장기간일 수 있고, 급성 감염병과는 다르게 격리의 종료는 질병의 종료가 아니라는 점이다. 결핵관리 지침에 따른 격리치료 환자의 격리해제를 위해서 다음의 조건이¹⁶⁵⁾ 충족되어야 한다.

(1) 도말 양성 환자의 경우 최소 2주간의 항결핵 치료 후 시행하여야 하고, 임상적으로 호전을 보여야하며, 추후 객담 도말검사에서 항산균이 검출되지 않아야 한다.(negative conversion)

(2) 도말 음성 환자의 경우 최소 1주일간의 결핵치료를 시행하여야 하고, 임상적으로 호전을 보여야 한다. 의료기관에서 격리치료를 받고 있는 결핵환자라 할 지라도 임상증상이 호전되어 퇴원 할 경우 객담 항산균 검사에서 음전되지 않아도 다음 조건을 만족하면 퇴원하여 집에서 균이 음전 될 때까지 격리치료를 할 수 있다.(IIIB)

- 1) 결핵관리 전담간호사와 연계되어 외래에서 적절하게 결핵치료가 가능해야 한다.
- 2) 환자의 집에 6세 미만의 소아나 에이즈와 같은 면역억제환자가 없어야 한다.
- 3) 환기가 잘되는 독립공간이 있어야 한다.

그러나 전염성 결핵환자 중에서 재택격리가 어렵거나 다제내성과 광범위 약제내성 결핵환자의 경우 균 음전될 때까지 입원격리를 고려하여야 한다.

결핵환자의 격리는 단순히 환자를 공간적으로 분리시켜 별도의 공간에 둔다는 것과는 다른 의미이다. 우선 치료를 절대적 전제로 하는 것이고, 자가 격

163) 박재석 외, 전계서, 218쪽,
전염성 결핵환자의 격리 권고요약에서 ‘전염성 결핵이 의심되면 확진되기 전이라도 격리 조치를 하여야(IIIA) 한다.’ 고 권고하고 있다

164) 박재석 외, 전계서, 218쪽
2. 전염성 환자의 격리 중 권고 요약 참고

165) 박재석 외, 전계서, 219쪽

리가 아닌 경우 특히 결핵과 같은 감염성 질환의 격리대상이 되는 경우는 입원을 동반하는 의료기관 격리는 따라서 입원치료격리를 말하는 것이다.

이러한 입원치료격리는 그 목적에 합당하게 여러 조건이 구비되어 이루어져야 한다. 음압시설을 갖춘 격리병실, 또는 음압시설을 갖추지는 않았으나 별도의 화장실, 세면실을 갖추고 외부와 환기가 잘되는 1인 병실을 갖추고 있어야 한다. 공기매개주의지침을 적용하고, 재원기간 중에도 수시로 격리필요성을 재평가해야 하며 감염성 질환 격리표식을 하여 결핵환자로부터 타 환자, 직원, 방문객을 보호하여야 한다. 격리병실 문은 출입 시를 제외하고는 항상 닫아 두어야 하며 격리병실은 음압유지가 잘 되고 있는지 모니터링 한다. 격리병실을 출입할 때에는 환자를 제외한 모든 사람은 격리병실 출입 시 적절한 보호장구(N95마스크)를 착용하여야 한다. 병실 밖으로 환자의 이동은 가능하면 제한하며, 부득이하게 격리실 밖으로 나갈 필요가 있을 경우, 환자에게 수술용 마스크를 착용하게 하고, 가능하다면 기침예절을 지키도록 교육하여야 한다.

3.5. 문제가 되는 결핵환자의 유형

3.5.1. 활동성 결핵환자와 결핵의 전염

결핵관리의 핵심은 조기발견과 조기치료이다. 특히 활동성 결핵환자와 비활동성 결핵환자를 조기발견하고 조기치료하는 것이다. 객담도말검사 양성인 활동성 결핵환자의 조기치료는 감염 확산방지의 핵심이 되므로, 발견 초기 집중치료가 의학적으로나 법률적으로 그 목적하는 바를 달성하는데 있어 중요하다.

다.

활동성의 의미는 결핵균이 증식하며 증상을 유발하고 있는 상태를 말한다. 특히 결핵예방법에서 말하는 전염성환자란 감염병 예방 및 관리에 관한 법률상의 감염병환자로서 ‘결핵환자 중 객담(咯痰)의 결핵균검사에서 양성으로 확인되어 타인에게 전염시킬 수 있는 환자’를 말하는데, 결핵관리지침에 따르면 활동성 호흡기 결핵(폐, 기관지, 후두 결핵)환자 중에서 적절한 약물치료가 이루어지지 않고, 객담에서 결핵균이 방출되고 있어 타인에게 결핵균을 전파할 수 있는 환자를 말한다.

활동성 결핵환자와 밀접한 접촉을 하는 경우 33% - 63%에서 감염이 이루어지며, 환자가 도말 양성인 경우 감염률이 더 높다. 일단 감염되면 10%는 발병하고, 90%는 잠재 감염으로 남게 된다. 이 시기의 감염력이 주로 문제가 되므로 활동성 객담도말검사 양성 결핵환자에게는 의학적으로 격리가 권고된다.

호흡기 결핵이 의심되는 환자가 발견되면 빠른 시간 내에 객담 결핵균검사를 시행하고 도말양성일 경우 그 결과는 즉시 담당의사에게 보고되어야 한다. 객담 채취를 위하여 기침을 할 때 결핵균이 공기 중으로 많이 배출되므로, 객담 채취는 음압시설을 갖추거나 외부와 환기가 잘되는 별도의 장소 혹은 실외에서 시행하며 검사자는 N95 마스크를 착용하도록 한다.

호흡기 결핵환자가 결핵치료를 시작하면 급격히 전염성이 떨어져서 초치료 폐결핵환자의 경우 치료개시 2일 이내에 결핵균이 치료개시 이전의 1/2로 줄고 다음 2-3주내에 1/100으로 감소한다. 그러나 공동을 동반하거나 약제내성 결핵의 경우 치료에도 불구하고 전염성이 있는 기간이 길어질 수 있다¹⁶⁶⁾.

결핵관리의 가장 중요한 핵심이 활동성 결핵환자 관리이다. 2014년 신환자에서 폐결핵환자 27,960명중 10,446명이 객담도말검사 양성으로 활동성 결핵

166) 박재석 외, 전계서, 217쪽

환자이다. 이러한 관점에서 2005년 이후 지속적으로 객담도말검사 양성 활동성 결핵 신환자가 1만 명을 상회하고, 재치료자 및 기타환자가 1만 명 가량이라는 사실은 현재의 결핵관리를 재검토해 볼 사유가 된다.

3.5.2. 다제내성 결핵환자의 특성

결핵치료의 근간이 되는 가장 중요한 두 가지 약제인 이소니아지드와 리팜핀에 동시 내성이 있는 결핵균에 의해 발생한 결핵을 ‘다제내성결핵’¹⁶⁷⁾이라고 한다. 다제내성결핵 감염관리의 가장 중요한 특징은 비다제내성 결핵과 비교하여 낮은 치료 성공률과 높은 치료 중단률이다¹⁶⁸⁾.

일반적인 초치료 결핵환자의 치료기간은 초기 집중치료(initial intensive phase) 2개월과 후기 유지치료기(maintenance phase) 4개월을 합하여 6개월인 데 비하여, 다제내성 결핵환자의 치료기간은 앞서 언급한 바처럼 집중치료기만 최소 8개월 이상, 그리고 다제내성 결핵 치료력이 없는 환자의 경우 집중치료를 포함하여 총 치료기간이 최소한 20개월 이상 권고된다. 이런 다제내성 결핵환자는, 장기간의 치료기간 중 치료결과 분류상¹⁶⁹⁾ 실패나 추적방문중단 등으로 확인되는 경우가 많고, 투약 중단으로 인한 재발환자와 전염성결핵

167) 결핵예방법 제5조(결핵관리종합계획의 수립·시행)에서는 결핵관리종합계획에 다음과 같이 다제내성결핵 관리를 포함시키도록 하고 있다. 제5조 ① 보건복지부장관은 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제9조에 따른 감염병관리위원회 내 결핵전문 위원회의 심의를 거쳐 결핵관리종합계획을 5년마다 수립·시행하여야 한다.

② 결핵관리종합계획에는 다음 각 호의 사항이 포함되어야 한다.

5. 다제내성(多劑耐性)결핵[아이소니아지드(isoniazid) 및 리팜피신(rifampicin)을 포함하는 2개 이상의 항결핵약제에 내성을 가진 결핵균에 감염된 것을 말한다]의 예방및 관리

168) 박재석 외, 전게서, 79쪽 1,47명의 환자가 포함된 다기관 후향적 코호트 연구에서 45%의 치료성공률과 32%의 치료중단율을 보여 국내 다제내성 결핵관리의 심각성과 문제점을 보여 주었다.

169) 박재석 외, 전게서, 88쪽

표3. 2차 항결핵제로 치료한 리팜핀 내성/다제내성/광범위 약제내성 결핵환자의 치료결과 분류 참고

환자가 다수 발생하므로 결핵관리의 중요한 대상이 되고 있다. 다제내성 결핵 환자와 광범위 약제내성 결핵환자의 관리는 가장 중요한 결핵감염원 관리임에도 불구하고 비순응 결핵환자로 인해 관리의 어려움이 큰 실정이다. 이러한 다제내성결핵 환자에서 도말양성인 활동성을 가진 경우, 균 음전 될 때까지를 입원 격리기간으로 고려해야 한다고 의학적 지침이 권고하고 있지만 현실적으로 이런 격리를 유지하는 데는 다양한 어려움이 있다.

2014년 보고된 국내 다제내성 결핵환자는 총 856명이다. 한 국립 결핵병원 내원 환자를 대상으로 조사한 2004년 신환자 다제내성률은 23% 였고¹⁷⁰⁾, 국내에서 약제감수성 검사를 시행하는 7개 기관의 2000~2002년 사이 3년간 종합한 결과에 의하면 다제내성률은 20% 내외였다. 2006년 광범위내성결핵이 정의된 후¹⁷¹⁾, 모든 항결핵약제에 내성을 지닌 결핵(TDR-TB: totally drug-resistant TB)도 보고된 바 있다¹⁷²⁾.

다제내성 결핵은 환자의 치료과정에서 약제의 심한 부작용과 높은 비용 부담이 문제가 되고, 장기간의 치료와 낮은 완치율을 보이기 때문에 공공보건학적으로도 다제내성 결핵을 사전에 예방하는 것이 매우 중요하다. 특히 국내 다제내성 결핵환자의 대부분이 20대에서 50대말까지의 연령대로 사회활동력이 높은 연령대임을 감안하여 보다 적극적인 사회경제적 대책을 수반한 결핵관리가 필요할 것으로 보이고¹⁷³⁾, 취약계층에서 나타나는 다제내성 및 광범위내성

170) 김병주, 국내 다제내성 결핵의 실태(마산:보건복지부,2006),410쪽,
약제감수성검사를 통해 2000년부터 2002년까지 매년 새로 확인된 내성결핵 및 다제내성 결핵환자 수는 각각 2000년 6,338명과 3,708명, 2001년 6,879명과 3,830명, 그리고 2002년 7,409명과 4,245명 이었다.

171) 김선영, 국내 다제내성 및 광범위내성결핵의 최근 현황(서울:대한결핵 및 호흡기내과학회,2010), 152쪽
‘2006년 이후 새로이 개념이 정립된 XDR-TB는 전 세계적으로 보고가 계속 증가하는 추세로 2009년 9월까지 57개국에서 발생이 보고되었으며 특히 HIV 양성 환자에서 치명률이 높다. 첫 보고에서는 국내 MDR-TB 중 XDR- TB비율이 15%로 상당히 높음이 보고되었으나, 이는 수정되기 전의 XDR-TB의 정의에 근거한 수치이므로 본 연구 결과와 직접적으로 비교하기는 어렵다. 국내에서 1,407명의 MDR-TB 환자를 대상으로 한 대규모 다기관 연구에서는 MDR-TB 중 XDR-TB의 비율이 5.3%로 보고된 바 있다.’

172) 김선영, 전게서(서울:대한결핵 및 호흡기내과학회,2010), 146-147쪽

결핵은 개별사례를 전담하여 국가가 체계적으로 관리할 필요가 있다.

3.5.3. 잠복결핵환자와 임상적 결핵환자

결핵균이 감염되어 체내에 소수의 살아있는 균이 존재하나 외부로 배출되지 않아 타인에게 전파되지 않으며, 증상이 없고 항산균 검사와 흉부 X-선 검사에서 정상이 경우를 잠복결핵감염(latent tuberculosis infection, LTBI)이라고 한다.

이 경우 체내에 남아 있는 소수의 균을 확인 할 수 없기 때문에 결핵균의 항원에 대한 면역학적 반응을 평가하는 방법을 사용한다. PPD(Tuberculin purified protein derivatives)를 사용하여 시행되는 투베르쿨린 피부검사(tuberculin skin test, TST)와 결핵균 특이항원에 대한 인터페론감마분비검사(interferon-gamma releasing assay, IGRA) 방법으로 결핵감염을 판단한다¹⁷⁴⁾. 이 두 방법도 활동성 결핵과 잠복결핵감염을 구분하지 못하므로 잠복결핵감염의 진단은 결핵감염검사 결과와 함께 활동성 결핵이 없다는 임상소견을 종합하여 판단하여야 한다¹⁷⁵⁾.

잠복결핵감염이 문제가 되는 것은 명백히 활동성이 아님에도 불구하고 발병을 예방할 목적으로 선별 치료하여야 한다는 데 있다. 잠복결핵감염 또한 장기간의 치료기간을 요한다. 이소니아지드 단독요법으로 9개월, 리팜핀 4개월, 이소니아지드/리팜핀 3개월 요법이 권고된다. 잠복결핵감염의 특성상 잠재적 발병가능성을 고려하여 결핵예방법 제5조(결핵관리종합계획의 수립·시행)와 제11조(결핵검진등)에 잠재결핵의 치료 및 보호관리와 감염검진에 관한 조항

173) 정은경 외, 2014년 결핵환자신고현황연보(충청북도:질병관리본부, 2015), 40-41쪽

174) 박재석 외, 전계서, 181쪽

175) 박재석 외, 전계서, 177쪽

이 포함되어 있다.

잠복결핵검사는 전염성 결핵환자의 접촉자, 결핵발병의 위험이 높은 군, 결핵감염의 위험성이 높은 의뢰인에서 시행하고 발병위험이 낮은 집단에서는 권고되지 않는다. 잠복결핵의 치료는 양성으로 판정된 경우 전염환자 접촉력이 있는 경우와 없는 경우로 나누어 이루어지는데, 접촉력이 없는 경우는 HIV 양성환자, 장기이식관련자 등 다른 위험요소가 있는 경우에 치료를 시행하고, 접촉력이 있는 경우는 검사결과와 무관하게 치료를 시작 할 수 도 있는데, 투베르쿨린반응 검사가 음성이어도 잠복감염치료를 개시하여 접촉종료 8주 후 투베르쿨린검사를 반복하여 치료지속여부를 결정한다¹⁷⁶⁾ .

임상현장에서 어려움을 겪게 되는 경우가 객담도말검사 음성이면서 TB-PCR에서도 음성을 보이는 결핵의심환자이다. 이들은 임상증상 또는 방사선 소견상 의심은 되지만 항결핵제를 제외한 항생제에 치료반응이 없는 경우로서, 이 경우는 진료의사가 치료여부를 결정하게 되는데 WHO발표를 통하여 보면 2014년 임상적으로 진단된 환자가 신환자 9,350명을 포함하여 11,015명이다.

이런 경우의 환자들이 특히 문제가 되는 것은 적극적인 결핵에 대한 접근의지가 없는 경우 결핵진단 및 치료에 대한 이해를 환자에게 구하기가 어렵다는 점이다. 임상증상으로만 결핵환자를 진단하여 장기간 관리한다는 것은 의사에게나 환자에게 그 치료의 판정여부에 대한 어려움을 야기한다. 또한 결핵이 환자 및 가족과 주위에 낙인효과를 발생시킬 때 이를 상쇄시킬 만한 검사상의 결과를 제시하는데 어려움을 겪게 된다. 전염성 결핵환자나 다제내성 결핵환자와 같은 경우, 국가기관의 후견적¹⁷⁷⁾ 결핵관리의 뚜렷한 개입 명분이나 타당성이 드러나지만, 객담도말 음성, TB-PCR 음성인 의심환자의 결핵판정은 방

176) 박재석 외, 전게서, 17-18쪽

177) Lawrence O. Gostin, 전게서, 51쪽

Paternalism is the intentional interference with a person's freedom of action exclusively, or primarily, to protect the health, safety, welfare, and happiness or other interests or values of persons subject to coercion.

사선단층촬영(CT)이나 조직학적 판정이 명백하지 않을 경우 임상에서의 환자 관리가 용이하지 않다.

객혈이 없는 결핵의 비특이적 초기증상을 통상적인 상기도 감염증상으로 보고 초기에 단기간이라도 항생제를 처방하게 되면, 이후 증상호전이 없어 결핵의 개연성을 고려하여 방사선검사나 객담검사를 하는 경우 결핵 감염 상태임에도 검사 결과가 이에 일치 하지 않을 가능성이 있어 결핵판정에 어려움이 있다. 환자가 동일 기관이나 진단 가능한 기관으로 추적되지 않는 경우도 결핵 환자 관리에 문제를 야기할 수도 있다.

3.5.4. HIV감염인의 결핵감염

한국의 경우 2014년 WHO 보고 상에는 복합감염이 보고되어 있지 않다. 그러나 2010과 2011년에는 HIV양성이며 결핵양성인 환자가 100례 이상이었던 것으로 보고되어 있다. HIV 감염인에게¹⁷⁸⁾ 결핵은 흔히 발생하는 기회감염 중의¹⁷⁹⁾ 하나로, 중복 감염일 경우 사망률이 높아진다고 알려져 있다.

2014년 결핵관리지침의 자료에 의하면 한국의 경우 HIV감염자에게서 발생하는 기회 감염의 13-25%가 결핵이다. 면역억제 상태가 심한 HIV감염인이 항바 이러스제 치료이후 면역력이 정상화되면서 임상적으로 결핵이 진단되는 경우

178) 후천성면역결핍증 예방법

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "감염인"이란 인체면역결핍바이러스에 감염된 사람을 말한다.

2. "후천성면역결핍증환자"란 감염인 중 대통령령으로 정하는 후천성면역결핍증 특유의 임상증상이 나타난 사람을 말한다.

179) 후천성면역결핍증 예방법 시행령

제2조(임상증상) 「후천성면역결핍증 예방법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제2호에서 "대통령령으로 정하는 후천성면역결핍증 특유의 임상증상"이란 세포면역기능에 결함이 있고, 주폐포자충폐렴(住肺胞子蟲肺炎), 결핵 등의 기회감염 또는 기회질환이 있는 경우를 말한다.

도 있다. 또한 폐결핵과는 무관하게 폐외결핵의 발병가능성도 높아진다.

HIV감염인에게서 결핵감염은 면역억제 상태로 인하여 무증상결핵상태로 이행할 확률이 상당히 높기 때문에 이에 대한 관리가 중요하다. HIV 감염인에서 발생하는 활동결핵의 1/3 이상이 재활성화로 인하여 발생하는 것으로 알려져 있다. 즉 접촉에 의한 감염률 자체가 상이한 것이 아니라, 활동성 자체가 높아지는 것이다. 이는 타인에 대한 전염가능성이 평균적인 접촉자 감염에서 보다 높을 수 있다는 것이다.

HIV 비감염인이 잠복결핵 상태라면 일생 동안 활동결핵이 발생할 확률은 약 5-10%이지만, HIV 감염인의 경우에는 매년 10%에서 활동결핵이 발생한다. 따라서 HIV 감염인에서 활동결핵 발생을 예방하기 위하여 잠복결핵의 진단과 치료가 필요하다¹⁸⁰⁾.

이와는 함께 HIV감염상태에서 결핵에 감염되는 경우, 다제내성결핵 감염확률이 높다고 한다¹⁸¹⁾. 치료원칙은 항바이러스제 사용 시 약물간의 상호 작용에 대해 고려하여 약물 용량을 평가하면서 치료하는 것 이외에는 일반적인 결핵치료와 동일하다¹⁸²⁾. 한국의 경우는 미미하지만, 결핵으로 인한 사망자중 HIV감염인이 차지하는 비율이 높기 때문에 이러한 사망을 감소시키기 위해서 WHO는 적극적인 노력을 기울이고 있다.

한국의 경우도 국제교류가 증가하고 국내HIV감염인의 수가 증가할 가능성이 있다고 본다면 HIV감염인의 결핵관리에 대하여 좀 더 깊은 연구와 논의가 필요할 것으로 보인다.

180) 김남중, 국내 HIV 감염인의 기회감염증 치료와 예방에 관한 임상진료지침권고안(서울:대한에이즈학회, 2012), 96쪽

181) 안철민, 결핵과 HIV(서울:대한결핵 및 호흡기학회, 2001), 제93차 추계학술대회, 75쪽

182) 박재석 외, 전계서, 108쪽

3.5.5. 비순응환자 관리의 문제점

비순응(Noncompliance)¹⁸³⁾은 2000년 이후 결핵관리의 핵심적인 내용이 되고 있다. 2000년 이후 국내 결핵관리의 동향은 결핵환자 감소속도가 둔화되고, 소집단결핵이 산발적으로 발생하고 있다는 점인데, 비순응 결핵환자가 이러한 부분에 일정한 기여를 하고 있을 것으로 생각된다. 비순응 결핵환자에서 약제 내성으로 갈 가능성은 대조군에 비해 현격히 높다. 따라서 다제내성 결핵환자와 비순응 결핵환자를 하나의 범주 내에서 관리해야 할 필요성이 있다. 즉 치료에 비협조적이라는 개념이 아니라 의학적인 관점에서는 비순응 결핵환자를 다제내성 결핵환자의 관리로 보고 접근하는 것이 중요하다는 점이다.

2015년 결핵관리지침에 따르면 비순응 관리대상으로 수약불협조자, 또는 불규칙한 투약자, 치료중단 또는 연락두절 환자(등록환자가 1개 월 이상 지속적으로 수약되지 않은 경우), 보건소(병의원)방문이 어려운 환자(거동장애, 독거노인, 치매 등), 기타 진료의사가 치료비순응의 위험성이 커서 보건소와 협력관리가 필요하다고 판단되는 환자를 언급하고 있다. 비순응 의뢰환자로 신고된 798명(총 건수 2,022건)을 분석한 자료에 의하면¹⁸⁴⁾, 남자 1인 가구에서 절대적으로 높게 나타나고, 객담도말검사 양성자가 49.9%, 1가지이상 약제내성자가 15.8%(다제내성환자가 8.9% 69명, 광범위 약제내성환자가 0.8%, 6명 등)였다. 평균 연령은 49세였다.

2014년 국내 다제내성 결핵환자는 총 856명으로 전체 결핵환자 중 약 1.9%,

183) Walter R. Dowdle Ph.D., Tuberculosis Control Laws- United States, 1993
Recommendations of the Advisory Council for the Elimination of Tuberculosis(ACET)
(Atlanta: CDC, 2993), ii쪽

결핵관리에 비협조적이라는 포괄적 의미로 비순응(noncompliance)를 쓰고 있으나 미국의 경우 nonadherent라는 개념을 쓰고 있기도 하다. 'Nonadherent: Not taking medications as prescribed or not following the recommendations of the attending physician or health officer for management of TB'라고 정의되어 있다.

184) 이지연, 치료비순응 환자관리의 문제점 및 향후개선방향(서울:국립중앙의료원, 2015), 82-102쪽, 2015년 민간·공공협력(PPM)국가결핵관리사업 연찬회

신환자중 약 2.4%인데, 이와 비교하면 비순응환자의 다제내성결핵 비율이 월등히 높다. 객담도말검사 양성률도 일반결핵환자에 비해 높았다.

치료기관에서 결핵환자를 비순응 결핵환자라고 판단하여 주소지 보건소로 의뢰하면¹⁸⁵⁾, 담당자가 실거주를 확인하여 주 3회 이상 전화상담, 월2회 이상 가정방문을 시행하고, 복지서비스와 연계하여 관리되는 형식을 갖추고 있다. 보건 의료기관 및 민간공공사업(PPM)을 통한 관리에도 불구하고 협조가 되지 않는 경우 결핵예방법상의 입원명령이 비순응결핵환자에게 내려지는데¹⁸⁶⁾, 입원명령 대상자들의 경우 치료성공률이 오히려 낮고, 사망률이 높았다는 보고가 있다. 이러한 사실은 결핵을 법령으로 관리함에 있어 입원명령 및 강제 치료에 관한 조항들이 의학적 근거나 실제 현장의 역학적 근거에 기초한 과학적인 입법이 아니라는 점을 살펴볼 수 있게 해주고, 이와 더불어 인권 침해적 요소가 있다는 점도 확인 할 수 있다.

결핵관리에 있어 공중에 대한 위험이 어느 정도인지 또한 그러한 위험이 과학적으로 설명이 불가능하고 급박하여 사전예방의 원칙이 적용될 필요가 있는지를 판단하는 것은 대단히 중요하다. 그러나 판단결정에 따라 사전예방의 원칙이 적용한다고 하더라도, 해당 환자의 이익을 극단적으로 침해하여 인간의 행복과 존엄성을 훼손시키는 정도에 이른다고 한다면 그러한 법률은 위헌적 요소가 본질적으로 포함된 것이다. 결핵환자가 입원명령의 강제를 수용하는 것은 공중보건의 위험에 대한 의무와 관련되어 있기는 하지만, 본질적으로는 환자 자신의 생명과 건강을 국가가 보호해 줄 것이라는 사실에 동의하기 때문이다.

185) 2015 국가결핵관리지침, 87쪽,

질병보건통합관리시스템 [결핵관리>결핵환자관리>환자관리>등록(비순응 의뢰)]를 통해 환자의 주민등록주소지 보건소로 비순응 관리 의뢰(등록)

186) 2015 국가결핵관리지침, 100쪽

1) 입원·격리치료명령 대상자

가) 다제내성(광범위약제내성 포함) 전염성 호흡기 결핵환자

나) 치료 비순응 환자

다) 이 외에 시·도지사 또는 시장·군수·구청장이 필요하다고 인정할 때

특히 결핵이라는 감염병의 경우, 국가는 환자의 건강권 보호에 기초하여야 입원명령과 격리치료명령이 갖는 강제성이 정당한 근거를 갖게 될 것인데, 입원명령해당자의 사망률이 더 높게 나타나고 있는 현실을 볼 때, 공중보건의 위험으로부터 일반 국민을 보호한다는 근거에 기초하여 해당법령을 입법하고 시행한다는 것은 단순히 전염의 개연성에 기초하여 환자의 인권과 기본권을 침해하는 오류를 범하는 것이다.



제4장 결핵환자의 관리를 위한 법체계 분석

4.1. 법령을 통한 결핵관리

4.1.1. 법령을 통한 결핵관리의 역사

감염병 및 결핵과 관련된 역사적인 규제와 법적인 통제를 살펴보는 것이 현재 우리의 결핵예방법이 규정하고 있는 검역과 격리의 역사적 수준을 살펴볼 수 있는 잣대가 될 수 있으므로 개략하기로 한다. 역사상 인간을 대상으로 한 법적 수준의 규제는 한센병, 매독, 페스트라는 전염성 질병과 함께 전개된 것이다.

구약성서에는 한센병 환자를 확인하여 격리시키는 내용이 기술되어 있다¹⁸⁷⁾. 중세의 십자군은 질환자를 수용하는 격리소를 성 나자로(St. Nazarus)의 이름을 따 만들어진 lazaretto로 불렀다. 이러한 피난소에는 감염성 질환자 뿐 아니라, 사회에 도움이 되지 않는다고 간주되는 정신이상자와 같은 사람들도 감금하거나 격리시켰다. 초기 중세시대에는 칙령을 통하여 사회공동체로부터 질병을 가진 이들을 격리시켰다. 유스티아누스 황제는 전염병 오염지역을 거쳐 온 사람들을 일정한 장소에서 소독(cleansed)하도록 강제했다. 중세 로마 카톨릭 교회의 리옹회의(Council of Lyons)에서는 한센병 환자와

187) Lawrence O. Gostin, 전게서, 423쪽

구약성서 레위기

13:50절 제사장은 그 색점을 진찰하고 그것을 이레 동안 간직하였다가

13:51절 이레 만에 그 색점을 살필지니 그 색점이 그 의복의 날에나 씨에나 가죽에나 가죽으로 만든 것에 퍼졌으면 이는 악성 나병이라 그것이 부정하므로

14:46절 그 집을 폐쇄한 날 동안에 들어가는 자는 저녁까지 부정할 것이요

건강한 사람이 접촉하는 것을 제한했고, 636년부터 652년까지 롬바르드(Lombard)의 왕이었던 로타리(Rothari)도 한센병 환자를 격리시키는 칙령을 발표했다. 14세기 베네치아를 통치하던 감독은 선박이나 상품 및 사람을 검역하는데 드는 비용을 지출할 권한이 있었으며, 1127년 경의 전염병에 대한 베네치아의 첫 법률 규정에는 상인이나 여행자가 도시로 들어오기 전 성 나자로의 집(the House of St. Lazarus)에 40일간 머무르도록 하고 있다¹⁸⁸⁾. 질병에 노출되었거나 질병으로부터 고통을 받고 있는 사람들은 사회의 위협으로 간주되었다.

근대라는 시대에 접어들어서도 이러한 감염 질환자를 관리하기 위한 수단들의 내용은 과학적이라기보다는 적대적이라는 표현이 더 합당할 것이다. 그러나 근대에까지 이어지는 이런 노력에도 불구하고 결핵과 같은 질병들의 발생 감소는 격리의 결과가 아니라 의학적 발전과 개선된 위생 상태를 통하여 이루어진 것이다¹⁸⁹⁾. 근대 이전의 감염병관리가 혁신적인 발전을 이루게 된 것은 세균의 동정과 감염병의 병인에 대한 과학적 이해가 가능해지면서 부터이다. 특별히 결핵관리에 큰 기여를 한 것은 코흐의 결핵균을 동정, 1895년 독일의 뢰트겐의 엑스선을 발견, 1908년 망투(Charles Mantoux)의 투베르쿨린 피내반응을 통한 결핵균 감염확인 등이었고, 이와 더불어 결핵관리는 이후 항결핵제의 등장을 통하여 전기를 마련하게 된다.

한국의 근대적 결핵예방법의 연원은 일제 강점기의 전염병예방령¹⁹⁰⁾으로까지 거슬러 올라간다. 이 예방령에는 앞서 언급한 바와 같이 결핵이 지정되어 있지는 않았으나 조선총독이 필요시 지정할 수 있는 체제였고, 1919년 ‘폐결핵예방에 관한 건’이 만들어 질 때까지 감염병 전반을 관리하는 규정이었다.

해방이후 1954년 전염병예방법이 대한민국 국회를 통과하여 결핵에 대한 법

188) Lawrence O. Gostin, 전게서, 424쪽

189) Lawrence O. Gostin, 전게서, 426쪽

190) 현재 일본의 결핵관리에 관한 법률은 2007년 결핵예방법이 폐지되고 난 이후, 앞서 다루었던 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律 第九章에서 다루고 있다.

률적인 관리가 형식적인 근거를 띠고 시행되게 되었다. 이후 1967년 결핵예방법이 제정되어 결핵이 단일 감염병으로 법률적인 관리를 받기에 이르렀다. 공통적으로 일제 강점기 ‘전염병예방령’¹⁹¹⁾ 및 ‘폐결핵예방에 관한 건’이나 현행 ‘감염병의 예방 및 관리에 관한 법률’ 및 ‘결핵예방법’에 이르기까지 격리를 법률상의 감염관리 수단으로 인정하고 있다.

그러나 실제로 한국에서 근대적 의미에서의 전염병에 대한 법령이 처음으로 실시된 것은 1895년으로, 왕실 축탁의였던 에비슨의 영향이 컸다. 1894년 갑오개혁의 실시로 검역규칙(1895)이나 전염병 예방규칙(1899)과 같은 검역 및 전염병 관련 법령이 반포되었다. 이러한 규칙들은 1886년 제정된 온역장정보다 강제력을 강화하여 벌금, 감금과 같은 처벌 조항이 추가된 것이었다¹⁹²⁾.

이 시대의 감염병 관리의 핵심은 의학이 아니라 위생과 격리였으며, 내용은 치료법을 제외하고는 그 관리에 있어 현재의 감염병 관리 원칙과 놀랄 정도로 유사하였고, 보고, 격리, 입원명령 등이 규정되어 있었다. 이때의 검역규칙 칙령은 현재 우리나라와 미국에서 실시되고 있는 전염병 방역과 별반 다를 바 없는 완벽한 것이었다. 그 외에 만성전염병에 대해서는 법규가 발표되어 있었지만 별로 큰 성과를 거두지 못했다¹⁹³⁾.

191) 전염병예방령

제17조 전염병이 유행하거나 유행의 우려가 있는 때에는 경무부장은 다음 각호의 사항의 전부 또는 일부를 시행할 수 있다.

1. 건강진단 또는 사체검안을 하는 것
2. 시가·부락의 전부 또는 일부의 교통을 차단하거나 인민을 격리하는 것
3. 제례·공양·홍행·집회 등을 위한 다수인의 집합을 제한하거나 금지하는 것
4. 헌옷·누더기·헌면 기타 병독전파의 우려가 있는 물건의 이동을 제한하거나 정지 또는 폐기하는 것
5. 병독전파의 매개가 되는 음식물의 판매·수수를 금지하거나 폐기하는 것
6. 선박·기차·제조소 기타 다수인이 집합하는 장소에 의사의 배치 기타 예방상 필요한 시설을 하게 하는 것
7. 청결방법 또는 소독방법을 시행 또는 시행을 명하거나 우물·상수·하수·구거·개류, 변소의 신설·개조·변경·폐지를 명하거나 사용을 정지하게 하는 것
8. 일정한 장소의 어로·유영 또는 물의 사용을 제한하거나 정지하게 하는 것
9. 서족의 구제 또는 이에 관한 시설을 하거나 하게 하는 것

192) 여인석 외, 한국의학사(서울:KMA의료정책연구소, 2012), 220쪽

193) 김대규 외, 전계서, 174쪽

1910년에 이르러 강제 합병되는 과정을 거치는 가운데서 결핵을 포함한 감염병의 관리는 지속적으로 위생경찰의 업무로 관할되었고, 이러한 이유로 감염병과 관련된 보고의 대상이 검역소와 경무서가 되었다¹⁹⁴⁾. 대한제국시기의 위생경찰은 일반 행정을 하는 중앙기구와 병존하였으나, 1911년 검역을 포함한 위생행정사무가 전적으로 경무총감부로 이관되었다. 일본은 1915년부터 한반도에 전염병예방령을 시행하였다.

제정당시와 이후 1924년 개정 시에도 앞서 언급한 바처럼 결핵은 예방령 상의 관리 대상 전염병으로 명시된 것은 아니었으나 전염병예방령 제1조 제2항의 내용으로 조선총독이 지정할 수 있었던 여타의 전염병으로 볼 수 있었다¹⁹⁵⁾. 이후 1918년 조선총독부령 제4호에 의해 제정된 「폐결핵예방에 관한 건」은 1904년 일본 내무성이 반포한 일본 최초의 결핵 관련 법령인 「폐결핵예방에 관한 건」을 참고하여 조선에 적용한 것이다¹⁹⁶⁾. 1919년경 도 경무부장이 가졌던 위생사무 처리 권한은 도지사에게로 이관되었고, 해방이후 정부직제 상 위생경찰은 폐지되었다. 그러나, 1960년대까지 위생경찰개념의 단속업무가 지속되었다.

결핵과 관련하여 대한제국을 강제 합병한 일본은 조선에 4만 명을 수용할 수 있는 결핵요양소를 건설할 목표를 세웠다. 한센병과 결핵 등 만성전염병에

그 당시 알려진 만성전염병은 나병과 결핵이었다.

194) 최제창, 한미의학사(서울:영림카디널, 1996), 75-77쪽

제중원·세브란스이야기32

http://blog.naver.com/PostView.nhn?blogId=best_doctors&logNo=220477402725

195) 전염병예방령 [시행 1915.8.1.] [조선총독부제령 제2호, 1915.6.5., 제정]

제1조 ①이 영에서 전염병이라 함은 콜레라·홍역·장티푸스·페라티푸스·두창·발진티푸스·성홍열·디프테리아 및 페스트를 말한다.

②전항에 개기한 것 외에 이 영에 의하여 예방방법의 시행을 필요로 하는 전염병이 있는 때에는 조선총독이 지정한다.

196) 최은경, 일제강점기 조선총독부의 결핵 정책(1910-1945) 의사학, 22(3), 721쪽, 725쪽
일본의 결핵예방법 1919년 제정되었고, 1937년 적극적인 신고 제도를 도입하는 방향으로 개정되었다. 1936년 일본 내무성은 ‘결핵예방국민운동진흥’을 수립하는 위원회를 개최하고, 결핵 예방 선전을 전국적으로 확대시킬 계획을 수립한다(白十字會, 1938). 이후 2007년까지 결핵예방법이 유지되다가 인권과 최소침해의 원칙을 이념으로 감염병관리에 관한 법률(感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律)로 흡수 폐지되었다.

대한 대책은 소록도 자혜위원의 확장에서 나타나듯이 양적인 면에서 성과를 보여주었으나 강제적인 격리를 근간으로 하는 이러한 정책은 당시의 식민지배 구조와 인권수준을 그대로 반영하여 강제노동, 단종 등의 많은 문제점과 폐해를 동반하고 있었다¹⁹⁷⁾. 1935년 일본은 조선나예방령을 제정하면서 ‘예방 상 필요하다고 인정될 때는 나환자를 조선총독부 나요양소에 입소시킬 수 있다.’고 규정하여 한센병 환자들을 강제 격리시킬 수 있는 법적인 근거를 확립하였다.

그러나 경찰력 동원 및 격리라는 부단한 인권침해를 자행하면서 이루어진 결과에 비하여 결핵이 퇴치되지 않았던 것은 의학적 해결책이 없었고, 결핵관리에 필요한 총독부의 예산 지원과 실질적 노력이 동반되지 않았기 때문이다. 이러한 상황은 해방에 이르기까지 개선되지 않았다¹⁹⁸⁾. 오히려 닥터 홀이라는 선교사를 통하여 이루어진 민간의 결핵퇴치 사업이 더욱 효과적이었다¹⁹⁹⁾. 해방이후의 미군정은 전염병예방과 구호후생 등 보건행정을 우선적인 정책으로 추진하였다. 이를 위하여 광범위한 DDT²⁰⁰⁾ 살포와 쥐잡기 운동이 실시되기도 하였다.

1946년 조선결핵예방협회가 창립되었으며, 1946년에 국립마산요양원이 설립

197) 여인석 외, 전게서, 292쪽

198) 최은경, 일제강점기 조선총독부의 결핵 정책(1910-1945) 의사학, 22(3), 723쪽

총독부는 위생경찰 중심으로 ‘침 뱉기’ 행위에만 초점을 두어 규제하였다. 최소한의 예방 관련 홍보 활동이나 별도의 요양소 건립의 재원을 마련하지 않은 채 규제에만 초점을 둔 정책을 세운 것은 조선에서 총독부가 수행했던 위생 행정이란 것 자체가 경찰 단속을 중심으로 한 것이었기 때문이다. 다른 부분은 비가시적이었던 결핵에 있어 “침 뱉기”는 유일하게 가시적이면서 타인에게 위험을 끼칠 수 있는 종류의 행동이었다. 경찰을 통한 위생 행정이 결핵에 있어 적용될 수 있는 부분은 “침 뱉기”만이 유일하였다. 그리고 당시 “객담을 통해서 결핵균이 전파된다”는 단순한 결핵 병인론이 중심이었을 때에는 효과적인 행정 담론이었다. 그러나 결핵에 대한 병인론이 복잡해지고 단순한 방식의 예방으로 방지하기 어려우며, 좀더 전문적인 의학적지식이 필요해졌을 때에는 이는 그렇게 큰 효과를 발휘하기 어려웠다. 사실상 “침 뱉기”와 병실 내 격리만을 중심으로 한 결핵에 대한 대응은 단순한 위생관념 속에서 ‘행위 처벌’과 ‘격리’만 가능했던 총독부 위생 행정의 한계였다.

199) 닥터 셔우드 홀 저/김동열 역, 조선회상(서울:좋은 씨앗, 2009) 참고

200) DDT(Dichloro-Diphenyl-Trichloroethane)는 잘 알려진 살충제 중 하나이다

되었다. 이후 전쟁을 거치면서 결핵은 최고조에 달하였으나 전후 다양한 항결핵제가 등장하면서 새로운 전기를 마련하였다. 1952년부터 국산 BCG 백신의 접종이 가능해졌고 1953년에는 대한결핵협회가 창립되었다. 1954년에 전염병 예방법이 제정되어 본격적인 감염병 관리의 법제화가 틀을 갖추게 되었고, 1957년부터 시행되었다. 1967년 결핵예방법이 결핵관리를 다루는 별도의 법으로 전염병예방법에서 분리되어 제정되었다.

4.1.2. 감염병 관련 법률과 결핵의 관리

국내의 감염병 관리와 관련된 법률은 국민의료법(1951년), 해공항검역법 및 전염병예방법(1957), 보건소법(1956년)을 시작으로 정비되기 시작했다.²⁰¹⁾ 현재는 보건의료기본법²⁰²⁾ 및 의료법²⁰³⁾ 일부 조항을 포함하여, 주로 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률, 결핵예방법, 후천성면역결핍증 예방법, 검역법을 중심으로 감염병에 대한 주요한 내용들이 규정되어 시행되고 있다.

본 논문에서는 격리의 개념이 들어 있는 후자의 4종류의 주요 법률을 제,

201) 대한예방의학회, 전제서, 41쪽

괄호 내는 시행기준 년도

202) 보건의료기본법

제1조(목적) 이 법은 보건의료에 관한 국민의 권리·의무와 국가 및 지방자치단체의 책임을 정하고 보건의료의 수요와 공급에 관한 기본적인 사항을 규정함으로써 보건의료의 발전과 국민의 보건 및 복지의 증진에 이바지하는 것을 목적으로 한다.

제40조(감염병의 예방 및 관리) 국가와 지방자치단체는 감염병의 발생과 유행을 방지하고 감염병환자에 대하여 적절한 보건의료를 제공하고 관리하기 위하여 필요한 시책을 수립·시행하여야 한다.

203) 의료법 제47조(병원감염 예방) ① 보건복지부령으로 정하는 일정 규모 이상의 병원급 의료기관의 장은 병원감염 예방을 위하여 감염관리위원회와 감염관리실을 설치·운영하고 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 감염관리 업무를 수행하는 전담 인력을 두는 등 필요한 조치를 하여야 한다.

②제1항에 따른 감염관리위원회의 구성과 운영, 감염관리실 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

개정 경과를 중심으로 간략하게 살펴본다.

감염병 예방에 관한 법률은 1954년 전염병예방법으로²⁰⁴⁾ 제정되어 1957년부터 시행되었다²⁰⁵⁾. 법률 제정 시부터 특별시장 또는 시·읍·면장은 천연두·디프테리아·백일해·장지브스·결핵등에 대하여 정기예방접종을 실시하도록 하여 결핵의 예방에 관한 규정이 있었고, 감염병 환자가 공중의 집합소 또는 기타 전염병이 전파될 우려가 있는 장소에 출입할 수 없도록 하였다.

1963년 일부개정시 의무적으로 결핵건강진단을 받아야 할 대상을 종전의 개인단위로부터 단체단위로 변경하였고, 의료기관에서 출산한 신생아에게는 해당 기관의 의사나 조산원이 의무적으로 결핵예방접종을 하도록 하고 있다.

1976년에는 법정감염병을 현실에 부합되도록 재분류 조정하는 개정이 이루어졌다. 법에 규정된 예방접종의 기준과 방법 등을 보건사회부령으로 정하도록 위임하고, ‘제1종 전염병’인 발진열, 성홍열, 재귀열 및 유행성뇌척수막염을 ‘제2종 전염병’으로 변경하고 황열을 ‘제1종 전염병’으로 유행성출혈열 및 파상풍을 ‘제2종 전염병’으로 각각 신설하는 등 법정전염병을 재분류 조정하였는데, ‘제1종 전염병’환자를 ‘전염병 격리 병사’ 외에 시장·군수가 지정하는 병원·의원에서도 격리 수용 치료할 수 있도록 하고, 서울특별시·부산시장 또는 도지사는 감염병 유행기간 중에는 의료업자뿐만 아니라 기타의 의료관계요원도 동원할 수 있도록 하였다.

204) 1954년 전염병예방법의 제정이유는 다음과 같이 기술되어 있다
전염병의 발생을 방지하여 국민보건의 향상에 기여하려는 것임.

①전염병의 종류를 제1종·제2종·제3종으로 구분하여 정함.

②의사등이 제1종 및 제2종 전염병환자와 라병환자를 진단하거나 그 시체를 검안한 경우 시·읍·면장에게 신고하도록 함.

③특별시장 또는 시·읍·면장은 천연두·디프테리아·백일해·장지브스·결핵등에 대하여 정기예방접종을 실시하도록 함.

④전염병환자는 공중의 집합소 또는 기타 전염병이 전파될 우려가 있는 장소에 출입할 수 없도록 함.

⑤전염병예방에 관한 사무에 종사시키기 위하여 주무부, 특별시, 도에 방역관을 두도록 함.

205) 이후 법률년도는 특별한 사유가 없는 한 제정연도를 기준으로 표시함

1983년 개정에서는 결핵이나 격리와 관련된 특별한 개정이 없었다. 1993년에는 경제·사회적 여건변화에 맞추어 법정감염병의 종류를 조정하고, 각종 불필요한 행정규제를 폐지하며, 기타 운영상 미비점을 보완하려는 의도 하에서 ‘1종 전염병’ 중 두창을 삭제하고, ‘제2종 전염병’에 후천성면역결핍증, 렙토스피라증 및 쓰쯔가무시병을 신설하는 등 법정감염병의 종류를 현실에 맞게 조정하였다. 또한 감염병환자의 공중집합소등에 대한 출입금지, 취학금지, 이동금지, 동시체의 화장의무, 이장 및 개장금지 등 기본권침해의 소지가 있으면서 실효성이 없는 규제를 내용들을 삭제하였다. 1994년 개정에서는 예방접종사업의 효율을 높이기 위해 예방접종으로 인한 피해에 대해 보상할 수 있도록 하는 내용의 개정이 이루어 졌다. 1994년 개정의 1995년 1월 시행과 더불어 1995년 개정 시행에서는 만성 B형 간염 관리에 대한 내용이 포함되어 있다.

1999년 개정에서는 그간의 결핵과 한센병 관리사업의 결과를 반영하여, 의사 또는 한의사가 제1종 및 제2종 감염병 환자 신고 시 보건소장을 거쳐 시장·군수·구청장에게 하던 것을 보건소장에게만 신고하도록 신고절차를 간소화하고, 교육시설의 장·후생시설의 장 및 상시 15인 이상의 근로자를 사용하는 사업주에게 부여한 결핵과 한센병의 건강진단 의무조항을 삭제하였다. 2000년 개정에서는 신종 전염병의 출현과 감염병 발생양상의 변화에 대응하기 위하여 법정감염병의 종류 및 분류를 ‘제1종·제2종·제3종 전염병’에서 감염병의 위급성 정도나 의학적 체계에 따라 ‘제1군·제2군·제3군·제4군 전염병 및 지정전염병’으로 재분류하였다. 2001년 개정에서는 예방접종 후 이상반응신고를 의무화하였다.

2003년에는 감염병의 국내 유입 또는 확산 방지를 위하여 중증급성호흡기증후군(SARS) 등 신종감염병 및 생물테러감염병환자와 그 접촉자에 대한 강제입원, 가택격리의 근거규정을 마련하였다. 2004년 한 번의 개정과 2005년 두 번

의 개정에서는 특이할 만한 사항이 없고, 2007년 개정에서는 ‘제1군전염병환자’의 격리수용을 위한 격리수용기간의 근거규정이 만들어 졌다.

2009년은 전부개정을 통하여 법률의 명칭과 내용이 전면 개정되었다. 기존의 전염병예방법이라는 명칭이 기생충질환예방법을 포함하여 좀 더 포괄적 개념인 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률로 변경되었다²⁰⁶⁾. 주요 개정 내용은 가. 법률의 통합 및 기생충질환의 감염병으로의 통합(법 제명 및 제2조제6호), 나. 전염병을 감염병으로 용어 변경(법 제2조), 다. 세계보건기구 감시대상 감염병의 신설(법 제2조제8호), 다. 세계보건기구 감시대상 감염병의 신설(법 제2조제8호), 라. 감염병관리위원회의 설치, 마. 고위험병원체의 안전관리 강화(법 제22조 및 제23조), 바. 생물테러감염병 등에 대비한 의약품 및 장비의 비축(법 제40조), 사. 강제처분의 대상이 되는 감염병의 확대(법 제42조)였다.

2012년, 2013년, 2014년 각각 일부개정이 있었고, 2015년 메르스 사태로 인한 전국가적인 감염병위기를 겪으면서, 보건복지부장관이 국민의 건강에 위해가 되는 감염병이 확산되는 경우 감염병 환자의 이동경로, 이동수단, 진료의료기관 및 접촉자 현황 등 국민들이 감염병 예방을 위해 알아야 하는 정보를 신속히 공개하도록 하는 조항을 포함한(제34조의2 신설) 개정이 이루어졌다.

검역법은 1954년 제정된 해공항검역법으로부터 이어져 오고 있다. 해공항검역법은 국외로부터 전염병이 전입됨을 방지하기 위하여 대한민국 해, 공항에 내항하는 승객, 승무원, 선박, 항공기 또는 하물에 대한 검역절차와 예방조치

206) 개정 목적은 다음과 같다. ‘감염병의 예방 및 관리를 효율적으로 수행하기 위하여 「기생충질환 예방법」과 「전염병예방법」을 통합하여 법 제명을 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」로 바꾸고, 전염병이라는 용어를 사람들 사이에 전파되지 않는 질환을 포괄할 수 있는 감염병이라는 용어로 정비하며, 최근 국제보건환경의 변화에 따라 세계보건기구가 마련한 「국제보건규칙」의 관리 대상 질환에 신종 감염병 등이 포함됨에 따라 세계보건기구 감시대상 감염병을 국가적으로 관리하도록 하고, 감염병의 예방·관리에 관한 주요 사항을 심의하기 위하여 감염병관리위원회를 설치하는 한편, 감염병의 대유행이 우려되면 예방·치료 의약품 및 장비 등을 미리 비축하거나 구매를 위한 계약을 할 수 있도록 함으로써 신종 감염병 및 생물테러감염병 등에 효율적으로 대응할 수 있도록 하려는 것임.’

를 강구하고, 제헌헌법 제100조의 규정에 의하여 의용되고 있던 해공항검역규칙(남조선과도정부보건후생부령 제2호)을 폐지하고 법률로서 대치하려는 목적으로 제정되었다.

이후 수차례의 개정을 거쳐 오다가, 2003년 기존의 콜레라, 페스트, 황열 등 세 가지로 규정되었던 검역 감염병에 ‘제4군 전염병’ 중 ‘신종 전염병증후군’과 ‘생물테러전염병’ 그밖에 원인미상의 ‘해외유행전염병’ 등을 추가하여 중증급성호흡기증후군(SARS)과 같이 국가비상사태를 야기 할 수 있는 감염병에 대한 대비를 강화하였다. 이에 따라 검역질환의 확대에 따른 잠복기간 동안의 격리 및 검사기간을 재설정하는 개정이 이루어졌다.

2009년 감염병 예방 및 관리에 관한 법률의 개정과 더불어, 국제보건규칙을 수용한 전면개정이 이루어졌다. 국제공중보건 문제로 대두되고 있는 중증급성호흡기증후군(SARS), 조류인플루엔자 인체감염증(AI) 및 신종인플루엔자감염증을 검역 감염병에 포함하여 관리하고, 세계보건기구에서 정한 공중보건조치이행을 위한 법적 근거를 마련하도록 하는 것을 주요 골자로 하는 가. 검역대상이 되는 검역 감염병의 확대(법 제2조), 나. 오염지역의 지정 및 해제(법 제5조), 다. 검역선 등의 운용 근거 마련(법 제32조)을 주요 내용으로 하고 있다.

현행 검역법의 검역감염병은 주로 국가 간 감염병의 이동과 관련하여 발생할 수 있는 공중보건의 위기를 예방하기 위해 지정된 급성 감염병위주의 질병군으로 결핵은 포함되어 있지 않다. 그러나 현재 국내 결핵의 발병률과 발생역학을 고려할 때, 결핵의 외부유입을 감시 관리하기 위해 검역법상에 결핵을 검역감염병으로 지정하는 것에 대해 논의해 볼 필요가 있다.

후천성면역결핍증예방법은 후천성면역결핍증에 감염된 자의 보호·관리를 목적으로 1987년 제정되었다. 동 법은 입법 당시부터 후천성면역결핍증의 전파방지 및 감염자의 보호·치료를 목적으로 하여 감염자중 대통령이 정하는

자에 대하여는 보호시설에서 보호 및 치료를 받도록 하는 조항을 두고 있었다. 이후 여러 차례의 일부개정을 거쳐 2008년 가. 감염인에 대한 사용자의 차별금지규정 신설(법 제3조제5항 신설), 나. 감염인 진단·검안사실 및 사망의 신고(법 제5조), 다. 감염인 명부의 작성·비치 및 보고의무의 폐지(현행 제6조 삭제), 라. 익명검진제도 도입(법 제8조제4항 신설), 마. 검진결과 통보의 제한(법 제8조의2 신설), 바. 치료권고제도의 신설(법 제14조 및 제15조)을 주요 내용으로 하는 개정을 하였다. 이에 따라 제14조(치료지시)조항이 제14조(치료권고) 조항으로 개정되었으나 제15조(치료 및 보호조치 등)를²⁰⁷⁾ 통하여 오히려 치료강제를 규정하는 내용을 추가 하였다.

또한 후천성면역결핍증 예방법 시행령 제2조(임상증상)에서 ‘「후천성면역결핍증 예방법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제2호에서 "대통령령으로 정하는 후천성면역결핍증 특유의 임상증상"이란 세포면역기능에 결함이 있고, 주폐포자충폐렴(住肺胞子蟲肺炎), 결핵 등의 기회감염 또는 기회질환이 있는 경우를 말한다.’라고 후천성면역결핍증 예방법 제2조(정의)의 내용을 설명하며 결핵을 언급하고 있다²⁰⁸⁾.

207) 후천성면역결핍증예방법 제15조(치료 및 보호조치 등) ① 보건복지가족부장관, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 제14조의 치료권고에 응하지 아니하는 감염인 중 감염인의 주의능력과 주위환경 등으로 보아 타인에게 감염시킬 우려가 높은 자로 인정된 때에는 치료 및 보호조치를 강제할 수 있다.

② 제1항에 따라 강제할 경우 그 권한을 나타내는 증표를 지니고 이를 관계인에게 내보여야 한다.

208)증상은 환자가 보이는 주관적 호소인데, 따라서 이 법상에서 ‘후천성면역결핍증 특유의 임상증상'이란 세포면역기능에 결함이 있고, 주폐포자충폐렴(住肺胞子蟲肺炎), 결핵 등의 기회감염 또는 기회질환이 있는 경우를 말한다.’라고 임상증상을 설명하는 것은 맞지 않다. 주폐포자충폐렴(住肺胞子蟲肺炎), 결핵은 진단명이고, 내용상 기침, 가래, 호흡곤란이라는 증상을 말하는 것으로 보인다.

4.1.3. 결핵예방법의 입법과 경과

결핵예방법은 1967년 전염병예방법으로 관리되던 결핵의 관리를 위하여 결핵의 예방과 결핵환자에 대한 적절한 의료를 실시함으로써 결핵으로 인하여 생기는 개인적이거나 사회적인 피해를 방지하여 공공복지증진과 국민보건향상에 기여하고자 제정된 법률이다. 이후 1979년 일부 소폭개정이 있는 후, 1993년 전염병예방법의 개정내용에 맞추어 결핵환자에 대한 기본권제한의 범위를 축소시키는 개정이 이루어졌다.

1993년 개정에서 주목할 점은 ‘결핵’이라는 단일한 요건으로 규제해오던 여러 사항들을 전염성 결핵과 비전염성 결핵으로 나누어 기본권 침해의 소지를 최소화하고자 노력했다는 점이다²⁰⁹⁾. 1999년 개정에서는 또한 규제적 요소로 작용했던 각급 학교, 사업주 및 시설의 장이 학생, 직원 또는 수용자등에 대하여 결핵의 감염여부를 검사하여야 하는 의무 등 관련 규제를 결핵치료약제의 발달과 의료기회의 확대 및 결핵 유병률 감소를 이유로 폐지하였다. 2002년 개정에서는 환자의 개인정보 보호 위반에 관한 벌칙을 강화하였고, 신생아에 대한 의무적 예방접종을 출생 후 1년 미만인 유아에서 1월 미만인 유아로 앞당겨 실시하도록 하여 결핵예방접종의 효과를 높이도록 하였다.

2010년 전면 개정에서는 2000년 이후 결핵환자의 발생이 감소하지 않고 신규 결핵환자 및 사망자가 계속 발생하는 동시에 다제내성 결핵환자가 증가하고 집단생활자 등을 대상으로 결핵이 유행함에 따라, 결핵퇴치를 위한 결핵관리종합계획을 수립하였다. 결핵통계사업 및 결핵환자 관리사업을 통하여 지속적으로 결핵을 관리하고 취약계층에 대한 결핵검진을 실시하여 결핵을 예방하

209) 개정내용을 살펴보면 다음과 같다.

결핵환자에 대한 취업제한을 완화하여 비전염성 환자의 경우 취업이 가능하도록 하고, 결핵환자라는 이유로 취업이 정지된 자는 전염성이 소실되면 재취업할 수 있도록 고용주에게 복직허용의무를 부과하였고, 교도소에 재소중인 결핵환자라 하더라도 전염성환자에 한하여 격리수용하도록 하였다.

고 결핵확산을 방지하기 위한 조치를 강화하였고, 현행 제도를 운영하는 데서 나타난 미비점을 전반적으로 개선·보완하고자 하였다. 주요 개정내용은 가. 결핵관련 용어 정의 신설(법 제2조제2호부터 제5호까지), 나. 결핵관리종합계획 및 시행계획의 수립·시행(법 제5조) 다. 결핵통계사업 및 결핵사례관리 시스템 구축(법 제6조 및 제7조) 라. 결핵검진 실시(법 제11조) 마. 전염성 결핵환자 접촉자의 관리(법 제19조) 이다. 2010년 전면개정에서 특히 주목할 만한 부분은 결핵환자, 결핵의사환자, 전염성결핵환자 및 잠복결핵감염자에 대한 용어 정의를 신설하여 이 법 규율 대상의 범위를 명확히 함으로써 법 집행의 명확성과 합리성을 확보하고자 하였다는 점이다.

2014년 결핵예방법은 그간의 관리노력에도 불구하고 OECD 국가에 비해 높은 사망률과 신환 발생률을 보이는 결핵관리의 문제점을 해결하기 위한 방안으로 결핵환자에 대한 신고의무자의 범위를 확대하고 결핵환자 관리 등을 강화하는 방안으로의 개정이 이루어졌는데 특히, 기존 제15조(입원명령)상의 입원 명령에 더하여 격리치료와 경찰서장에 대한 협조요청을 포함하는 내용이 신설되었다.²¹⁰⁾ 또한 기존 제16조(입원명령 등을 받은 결핵환자 등의 생활보호)에 더하여 결핵환자의 생활보호와 관련하여 결핵 환자 및 그 가족의 소득과 재산에 관한 다양한 조사를 할 권한을 신설하였다.²¹¹⁾

210) 결핵예방법 제15조의2(입원명령거부자 등에 대한 조치)
결핵예방법 제15조의3(면회제한 등)

211) 결핵예방법 제16조의2(생활보호조치에 관한 조사)

4.1.4. 결핵예방법 개정과 결핵관리에 대한 인식

일제강점기로부터 한국전쟁 전후의 열악한 사회경제적 환경 및 위생상태 그리고 항결핵제의 부족은 결핵환자를 폭발적으로 증가시켜, 1950년대에는 결핵이 사망률 1위일 정도로 심각하였다. 이러한 여건에서 국가재정 여건상 결핵 퇴치는 민간과 외국의 지원사업 위주로 이루어졌다.

1962년에서야 보건소를 대상으로 한 국가결핵체계가 구축되었으며, 1965년부터 전국적으로 결핵실태조사가 5년 간격으로 시행되었다. 이후 국가와 민간의 결핵퇴치노력과 전반적인 사회경제적 여건 및 위생과 영양 상태의 개선과 더불어 2000년에 이르기 까지 결핵의 유병률은 급감하였다.

이러한 결핵관리의 성과와 의료체계개선에 힘입어 2000년 이후부터는 인터넷에 기반 한 실시간 신고체계를 확립하고, 결핵실태를 좀 더 효율적으로 관리, 확인할 수 있게 되었다. 그러나 이러한 결핵관리의 성과와, 사회경제적 발전 및 의료에 대한 접근성의 개선은 결핵이라는 감염병에 대한 국민의 인식을 약화시키는 방향으로 작용하는 결과를 가져왔다. 또한 최근 10여 년 간의 결핵에 대한 사회적 인식의 약화와 더불어²¹²⁾, 높은 결핵 유병률을 보이는 북한 이탈주민, 외국인 입국자, 기타 취약계층의 증가와 같은 실체적 원인과 의료기관을 통한 신고율의 증가와 같은 형식적 원인을 포함한 다양한 이유로 다

212) 김명연의원이 2013.6월 대표 발의한 ‘결핵예방법 일부개정법률안 검토보고’의 제안 이유에서 이러한 인식이 다음과 같이 잘 드러나 있다.

결핵예방법 일부 개정법률안 검토보고

1. 제안이유

우리나라의 결핵발병률과 결핵사망률은 경제협력개발기구(OECD) 회원국 중 1위를 차지하고 있음에도 불구하고 효율적인 결핵관리가 이루어지지 않고 있어 결핵퇴치에 어려움을 겪고 있음. 특히 과거에 비하여 결핵에 대한 국민의 경각심이 낮아져 치료약 복용과 격리 치료 등에 대한 환자의무를 경시하는 경향이 많아짐에 따라, 결핵환자 중 일부는 결핵이 완치되기 전에 치료를 중단하는 사례가 빈번하게 발생하고 있음. 이러한 경우 두 가지 이상의 치료약에 내성이 생겨 치료하기가 힘든 다제내성결핵으로 진전되거나 다른 사람에게 결핵을 전염시킬 우려가 높아 결핵치료를 위한 의무를 강화할 필요가 있음. 따라서 결핵환자에 대한 신고의무자의 범위를 확대하고 결핵환자관리 등을 강화하는 결핵통합관리체계를 마련함으로써 결핵을 조기퇴치하고 국민건강을 보호하려는 것임.

른 OECD 국가들과 비교하여 결핵의 유병율과 발생율이 여전히 높은 상태를 유지하고 있는 실정이다. 이러한 배경에서 결핵에 대한 사회적 경각심과 효율적 결핵관리의 필요성에 대한 인식이 제기되고 있다.

신환자 발생수는 2013년에서 2014년의 경우 인구 10만 명당 71.4명에서 68.7명으로 3.8% 감소하였으나, 2000년 이후를 전반적으로 살펴보면 2003년이 63.5명으로 최저였고, 오히려 2014년이 증가하였다. 이러한 결핵관리의 현황을 근거로 2014년 국회에서는 다음의 개정사유를 들어 결핵관련 관리의무 및 환자의무를 강화한 결핵예방법 개정안을 통과시기에 이르렀다. 첫째, 우리나라의 결핵발병률과 결핵사망률은 경제협력개발기구(OECD) 회원국 중 1위를 차지하고 있음에도 불구하고 효율적인 결핵관리가 이루어지지 않고 있어 결핵퇴치에 어려움을 겪고 있다. 둘째, 특히 과거에 비하여 결핵에 대한 국민의 경각심이 낮아져 치료약 복용과 격리치료 등에 대한 환자의무를 경시하는 경향이 많아지고 있어 결핵치료를 위한 의무를 강화할 필요가 있다. 셋째, 결핵환자에 대한 신고의무자의 범위를 확대하고 결핵환자 관리 등을 강화하는 결핵통합관리체계를 마련함으로써 결핵을 조기에 퇴치하고 국민건강을 보호할 필요가 있다.

4.2. 기본권 보장을 위한 결핵관리 법률의 비교법적 검토

4.2.1. 미국의 결핵관리 법률에 있어서의 강제조항

미국에서의 결핵에 대한 관리의 법률은 전염병 일반에 관한 법률(general communicable disease control law)과 결핵에 관한 특별 법률(express TB control law)로 이분되고, 관리의 주체나 법적 권한에 따라 연방정부(federal

law)와 주나 지역(state or local law)의 이원화된 구조로 나누어 볼 수 있다.

미국의 경우 주(state)가 광범위한 전염병을 예방하고 관리하는데 있어 광범위한 권한을 갖고 있기는 하지만, 연방정부 또한 제한된 범위에서 결핵과 같은 전염성질환에 대한 입법과 관리 권한을 가지고 있다. 연방정부의 전염병 관리에 관한 법률(Federal Communicable Disease Control Law)이 갖는 권한의 정당성은 일차적으로 두 개의 헌법적 연원을 가지고 있는데, 통상조항과 이민 및 귀화(commerce clause and migration and naturalization clause)에 관한 연방헌법조항이다.

통상조항에서는 결핵과 관련하여 공공보건법(PHSA: Public Health Service Act)의 근거를 제공해주고 있다. 이 법에서 보건복지부 장관(Secretary of Health and Human Service)이 외국으로부터 미국내의 주로(state) 혹은 국내의 주간의(interstate) 전염병의 침입이나 전달, 확산을 예방하는데 필요한 법규를 만들어 강제할 권한의 정당성을 부여하고 있다. 이러한 권한을 위임받아 CDC(Centers for Disease Control)는 주가 적절한 수단을 동원할 수 없거나 주가 연방의 도움을 요청하는 경우에, 결핵을 비롯하여 지정된 전염병의 전염상황에서와 전염상황 이전(pre-communicable)이라도 공중보건의 위기가 야기될 수 있는 경우에 격리와 검역에 관한 권한을 발동할 수 있다.

미연방대법원은(The Supreme Court) 연방헌법의 이민 및 귀화조항을 통하여 연방정부가 이민과 귀화에 관하여 폭넓고 배타적인 권한을 허용하는 태도를 보여 왔다. 이와 함께 미 의회는 이러한 권한을 연방기관들에 부여하여 외국으로부터 유입될 수 있는 확인된 전염성 질환을 예방하도록 하고 있고, 연방기관들은 이에 따라 이민입국자들을 대상으로 하는 광범위한 검진프로그램 관련²¹³⁾ 법규들을 시행하고 있다.

213) The Centers for Law and the Public's Health: A Collaborative at Johns Hopkins and Georgetown Universities, Tuberculosis Control Laws and Policies: A Handbook for

IHR 2005와 같은 국제법적인 전염병관리 조항들도 전 세계적인 전염병과 결핵관리와 관련하여 국제적 공중보건위기상황(PHEIC: public health emergency of international concern) 및 이러한 상황으로 확산될 만한 근거가 있는 경우에 연방정부의 법률과 함께 적용될 수 있다.

미국 내 모든 주들이 전염병관리와 관련된 일반적인 법률상의 공중보건체계를 갖고 있는데 일리노이 주의 경우를 예로 들면, 공중보건부는 감염성 질병을 억제하기 위하여, 질병이 만연하던지 혹은 만연할 위험성이 있으면 언제나 공공보건을 보호하는데 필요한 수단을 강제할 수 있다고 규정하고, 매릴랜드 주도 질병이 확산을 적절히 예방하기 위하여 주내의 공공보건을 위협할 수 있는 감염성이나 전염성 질병을 가졌다고 의심되는 사람에게 적절한 수단을 취할 수 있도록 하고 있다.

이러한 수단에는 표본감시(surveillance), 신고 및 보고(reporting), 검사 및 검진(testing and screening), 예방접종(vaccination), 진찰과 치료(medical examination and treatment) 과 직접복약확인지도(DOT: directly observed therapy), 구류(detention), 검역과 격리(quarantine and isolation)등이 있다. 이러한 내용들은 구류를 제외하고는 감염병과 결핵에 관한 우리 현행 법률들에 담겨있는 기본적인 관리 내용과 유사하다.

구류의 경우 우리나라는 격리의 실제적 형식인 입원치료나 격리 명령이 해당 법률 내에 조항으로 포함되어 있는데 비하여, 미국에서는 구류법률(detention law)에서 별도로 관리하고 있다. 이러한 구류조항에 근거하여 보건당국이 개인을 의학적 소견에 따라 적절히 보건의료기관에 구금(confine)할 수 있다. 그러나 이러한 구류는 개인의 자유에 대한 중대한 침해에 해당함으로써 일반적으로 법원은 해당 법률이 적법(due process)한지와 무관하게 절차

Public Health and Legal Practitioners(CDC,2009), 19쪽 방사선검사 사진 상 현성 결핵(presence of TB)이 의심되는 경우 해당인에게 흉부방사선 검사와 결핵균배양검사를 포함하는 광범위한 의학적 검사를 지시할 수 있다.

적 적법성(procedural due process) 만족하도록 요구할 수 있다.

강제치료가 구류를 동반한다고 생각될 수 있으나, 항상 그런 것은 아니다. 예를 들면, 주거가 없는 결핵환자의 경우 뉴저지 주의 경우 법원이 구류를 명할 수는 있으나 환자가 검사를 받던지 치료를 받던지 하는 것은 환자의 권리라고 확인하고 있다²¹⁴⁾.

국가나 주정부가 공중보건을 위해 개입한다하더라도 개인의 권리(individual rights)와 자유(freedoms and liberties)²¹⁵⁾를 침해하는 것은 제한된다. 즉 국민을 보호하기 위한 국가나 주정부의 법률적 행위(actions)가 개인의 이익과 자율성을 침해하여 충돌(tension)이 발생하는 경우, 인구집단을 토대로 이루어진 법규와 개인의 권리사이에는 이익형량(trade-off)이²¹⁶⁾ 필요하다고 본다²¹⁷⁾.

이러한 문제와 관련하여 미 연방대법원은 Jacobson v. Massachusetts 판결에서 강제접종이 비합리적이고, 임의적이며, 가혹하므로 실체적 적법절차(substantial due process)에 내재된 자유의 원칙에 따라 불법적이라는(unreasonable, arbitrary, and oppressive, and therefore unlawful) 주장에 대하여 연방헌법에서 보장하는 자유가 모든 시간과 모든 상황에서 각 개인

214) The Centers for Law and the Public's Health: A Collaborative at Johns Hopkins and Georgetown Universities, Tuberculosis Control Laws and Policies: A Handbook for Public Health and Legal Practitioners (CDC, 2009), 18쪽

성낙인, 전게서, 965쪽

우리헌법은 절대적 기본권을 명시하고 있지는 않으나 본질적 내용의 침해금지를 과잉금지 원칙의 내용으로 포섭할 수 있을 것이라고 보는 견해도 있다.

215) freedom과 liberties는 미 연방헌법상의 freedom과 liberties를 말한다.

216) 성낙인, 전게서, 962쪽 (d)법익의 균형성 “입법에 의하여 보호하려는 공익과 침해되는 사익을 비교 형량할 때 보호되는 공익이 더 커야 한다” (헌재1990.9.3. 89헌가95 국세기본법 제35조 제1항 제3호의 위헌심판) 재인용.

217) 이러한 비교형량은 두 가지 측면에서 가능한 데 하나는 공익과 사익이 충돌하는 경우, 또 다른 하나는 사익과 사익이 충돌하는 경우이다. 조건과 관련해서는 두 가지 측면이 다 가능하다. 즉 국가의 공중보건을 위한 법률이 보호하고자 하는 공익과 감염병을 근거로 한 강제에 의한 신체의 구속에서의 공익과 사익의 대립, 건강한 국민이 감염병으로부터 건강권을 보장받을 개인적 기본권으로서의 건강권이라는 신체의 자유를 침해받지 않을 기본권으로서의 자유권의 대립이 있을 수 있다. 건강권과 자유권 중 어느 것을 우선하느냐는 기본권의 순위나 비교형량의 문제를 통하여 살펴보아야 하겠다.

에게 절대적인 권리를 부여하는 것은 아니며, 공동의 선을 위해서 필요한 다양한 제한이 있을 수 있다고 하고, 정부는 합리적인 제한의 범위 내에서 공공의 건강을 보호하고자 할 때 과학에 기초한 개입을 통하여 개인의 권리를 제한할 수 있다고 판결하였다.

이에 따라, 공공보건에 관한 법률을 근거로 연방정부나 주정부는 헌법에서 위임된 범위 내에서 결핵의 확산방지를 목적으로 하는 결핵환자의 외래(outpatient) 검사나 치료, DOT, 입원, 주거지 격리를 강제할 수 있다. 그러나 이런 경우에도 적법절차, 이동, 결사와 같은 절대적 기본권을 침해하는 경우에는 법원은 회피할 수 없는 (주)정부의 이익(compelling state interest)을 넘어서고 있지 않은지와 덜 제한적인 대안이 없는지를 검토할 수 있다고 본다²¹⁸⁾.

실체적 적법절차조항과 절차적 적법조항 및 평등권(procedural due process and equal protection)을 근거로 공중보건 법률의 기본권 침해 가능성으로부터 개인의 권리를 보호하고자하는 것이 미국의 헌법 정신이다.

미국 내 많은 주들이 결핵을 별도의 법률로서 특별히 관리하고 있다. 결핵에 대한 특정한 법률적 권한과 지침을 다루고 있다. CDC는 이러한 각 주정부의 결핵관리에 관한 법률들을 검토하여 “Express Tuberculosis Control Laws in Selected U.S. Jurisdictions” 라는 연구보고서를 발간하였다²¹⁹⁾. Express Tuberculosis Control Laws에서 express라는 개념은 ‘특정하다’ 는 의미로서, 기본적으로 우리 법률들에 붙은 명칭 중 ‘특별’ 과²²⁰⁾ 비슷한 의미를 지니는 것이다. 이러한 법률들과 규정들은 결핵자체를 직접 다루고 있는 것으로

218) The Centers for Law and the Public’ s Health: A Collaborative at Johns Hopkins and Georgetown Universities, Tuberculosis Control Laws and Policies: A Handbook for Public Health and Legal Practitioners(CDC,2009), 14쪽

219) Cabrera, OA, Hodge, JG, Gostin, LO. Express Tuberculosis Control Laws in Selected U.S. Jurisdictions Centers for Law and the Public’ s Health, Draft as of August 26, 2008: 1-55쪽 참고

220) 그러나 우리나라의 법률 중 ‘특별’ 이 붙어 있는 경우 법제처 영어 번역은 ‘special’ 로 되어 있다.

서 다른 감염성 질병의 관리가 아니라(not the control of other communicable disease) 결핵의 관리에만 그 목적이 제한된다는 의미이다.

연구보고서에서는 A. 결핵 예방, B. 결핵의 동정(확인), C. 결핵 관리, D. 권리보호, E. 특정집단에 대한 규정, F. 사법관할권과 타법규정의 연계성의 6가지 기준 내용들을 위주로 각 주의 결핵관리에 관한 법률들을 살펴보고 있다. 결핵 예방에 관한 장에서는 결핵예방이나 전파를 방지하는 결핵통제프로그램조항의 유무를, 결핵의 동정에서는 1. 검진(screening), 2. 신체검사(examination)와 검사(testing), 3. 신고(reporting) 조항을 살펴보고 있다. 결핵의 관리에서는 1. 관찰(investigation), 2. 치료와 직접복약확인지도(treatment and DOT)²²¹), 3. 통제수단(specific measurements), 4. 통제수단의 강제성 등의 유무와 그 내용을 다루고 있다. 특히 결핵관리를 위한 통제수단과 관련해서 긴급구류(emergency detention), 검역(quarantine), 격리(isolation), 행동제한(restricted activities)을 살펴보고, 그 수단의 강제력이 법률 속에 포함되어 있는 지를 검토하고 있다. 권리보호에서는 권리와 자유에 대한 보호를 다루는데 1. 적법절차, 2. 비밀보장과 프라이버시, 3. 차별금지, 4. 종교적 면책 등의 조항여부를 살펴본다. 마지막으로 특정 인구 집단에 대한 조항²²²)과 사법관할권과 타법규정을 검토하였다.

보고서 내용 중 강제 수단에 관한 내용들을 자세히 살펴볼 필요가 있다. 긴급구류(emergency detention)와 관련하여 25개 연구대상 주 중에서 17 개 주가 조항을 가지고 있었고, 이것은 사전예방의 원칙을 그 근거로 하고 있다.

주에 따라 특정한 실체적 요건을 갖추면 구류가 가능한데, 절차적으로는 아리조나는 보건당국이 그 권한을 가지고 있고, 캘리포니아는 사전승인은 요구되지 않으나 구류의 지속여부를 결정하기 위한 청문이 72 시간 내에 이루어져

221) 직접복약지도의 경우 검토대상 25개주 중, 13개주 법률에서 조항이 있었고, DOT의 시행은 조금씩 상이함이 있었는데, 아리조나주와 몬타나주는 법원의 허가를 요건으로 하고 있다.

222) 수형자, 아동, 비영어사용자 등을 말한다.

야 한다. 조지아 주, 몬타나 주, 사우스 캐롤라이나 주는 구류에 앞서 법원의 허가가 있어야 한다. 매사추세츠 주에서는 관찰을 위한 단기 구류의 권한을 보건당국이 가지고 있으나, 구류를 유지하려면 법원의 허가를 얻어야 한다.

검역(quarantine)의 경우 격리(isolation)와 혼용되어 사용되고 있으나 엄밀한 의미에서의 무증상 사전격리에 해당하는 검역(quarantine)을 강제하고 있는 주는 미시시피 한개 주뿐이다.

격리는 25개 주 중 22개 주에서 조항에 규정하고 있는데 각 주마다 요건이 상이하다. 인디애나 주와 매사추세츠 주는 감염자 격리와 관련하여, 전반적인 권한을 보건당국에 부여하고 있으나 루이지애나 주에서는 결핵환자가 DOT에 순응하지 않거나 자발적인 치료과정에 따르지 않는 경우에 격리조항의 적용이 가능하고, 플로리다 주와 아리조나 주, 뉴욕 주에서는 법원의 허가를 통하여만 격리가 가능하다. 이러한 격리명령이나 각 조항의 집행은 서면으로(writing) 이루어지고, 6개월을 초과하지 못하도록 하고 있다. 콜로라도 주에서는 다제내성결핵(MDR-TB) 환자가 치료에 순응하지 않을 때 격리를 가능하도록 하고 있고, 이러한 격리는 자가격리와(home) 의료기관 격리를 모두 포함하고 있다. 격리의 강제성은 주들이 주 보건당국의 필요한 지시에 순응하지 않는 환자들에 대하여 인정하고 있다. 캘리포니아 주, 콜로라도 주, 사우스 캐롤라이나 주, 아리조나 주에서는 보건 당국의 명령에 따르지 않는 경우 경범죄(misdemeanor) 다루고 있었고, 플로리다 주에서는 명령위반(contempt proceeding)으로 처벌하거나, 루이지애나 주에서는 형사책임을(criminal charges) 부과하고 있었다.

지금까지는 미국의 결핵관리와 관련된 격리조항의 내용들을 살펴보았다. 이와 더불어 시민의 권리와 자유로서 보장받아야 할 내용들이 보고서를 통하여 다루어지고 있어 검토해 보기로 한다. 결핵을 관리하기 위한 법률들 내에는 감염병으로서의 결핵을 관리하기 위한 수단만 규정된 것이 아니라, 이러한 관

리의 과정에서 침해될 수 있는 환자의 기본권적 요소에 대해서도 규정하고 있다. 적법절차규정, 비밀보장, 프라이버시, 차별금지. 종교적 예외규정들이 여기에 속한다²²³⁾.

주에 따라 상이하기는 하지만 몇몇 주들은 사전에 법원의 승인을 받아야 하는 경우가 있었고, 몇몇 주들에서는 사후에 법원의 승인을 받아야하는 경우가 있었다. 아리조나 주에서는 환자가 변호사를 고용할 여유가 없으면 법원이 결핵환자의 권리를 대리할 변호사를 임명할 수 있도록 되어 있다.

이상의 미국의 결핵관련법령을 검토하는 과정을 통하여 관리에 있어서 강제성은 특정한 요건 하에서 즉 감염확진 환자 중 감염력이 있으며, 절차에 따른 치료과정을 위반하는 비순응 결핵환자와 다제내성 결핵(MDR-TB)환자로 제한하고, 격리나 구류를 기본적으로 인신구속에 해당하는 개념으로 보고 법원의 판단을 구하는 경우가 있고, 또한 긴급구류가 불가피한 경우라 하더라도 일정시간 내에 그 합법성과 합목적성을 법원을 통하여 승인받는 절차를 갖추고 있는 경우가 많았다.

이는 결핵관리의 권한을 가진 보건당국의 지시에 불응하는 결핵환자를 결핵 특별법조항의 위반으로 처벌하는 문제와는 별도로 미연방수정헌법에 규정된 기본권(individual rights)에 기초하여 달성하고자하는 인권의 확보라는 측면에서 중요한 역할을 하고 있다.

4.2.2. 호주 건강법 1911의 결핵관련 강제조항

호주도 미국과 같이 보건의료 관련 법률을 주(state)에 위임하여 헌법상의 목적을 달성하고자하는 법률체계를 가지고 있으나, 감염병과 관련하여서는 호

223) Oscar A. Cabrera, James G. Hodge, Lawrence O. Gostin, Express Tuberculosis Control Laws in Selected U.S. Jurisdictions, A Report to the CDC(CDC,2008), 16쪽

주정부가 그 권한을 법률을 통하여 직접 행사하고 있다.

호주는 결핵에 관련된 특정한 법률은 존재하지 않고, 건강법(Health Act 1911)내에서 감염병 관련 법률조항에 이어 결핵을 하나의 장(Part)으로 다루고 있다. 결핵관련 장은 6조항(Section 290-296)으로 이루어져 있고, 이에 따른 시행령(Regulation)으로 결핵을 관리하고 있다.

이 법률에 따른 다양한 지침과 규정들이 행정부인 보건부(Department of Health)를 통하여 결핵관리의 목적으로 집행되고 있다. 294조에서 결핵환자의 강제입원규정을 다루고 있는데, (1)(a)(i) 타인에 대한 감염의 위험성이 있으나 적절한 치료를 받지 않는 사람, (1)(b)(ii) 전향의 상태로 결핵에 감염되어 증상이 있으며, 알코올이나 마약에 중독된 상태를 요건으로 어느 경우나 비자발적인 환자에 대하여 보건부의 장관의 명령을 서면으로 하여 환자를 치료를 위하여 입원시킬 수 있다. 자발적인 환자라도 다른 환자에게 유해한 행동을 하거나 탈원(脫院) 시도를 하는 경우 이 조항에 따라 억류할(restraint) 수 있다고 하고 있다. 앞의 입원 조항에 따르지 않는 경우 보건부장관은 294조 (5)에 따른 명령의 집행을(application for an order) 관할치안법원(the Magistrates Court)에 절차에 따라 요청할 수 있다.

법률 조항의 요건에 합당한 경우 해당 환자를 지정환자로(declared patient) 선고하여(adjudge) 병원에 입원할 것을 판결하고, 12개월을 초과하지 않는 기간 내에서 입원기간을 유지할 수 있도록 하고 있으며, 신체의 구속 에 상응하는 격리와 관련된 강제 조항들의 법 적용은 법원의 절차를 통하여 이루어진다. 일반적인 감염성질환자의 관리와 관련된 조항들은 4장(Part IX) 248-289에서 다루어지고 있는데 특히 263조에서 별도로 입원관련 규정들이 다루어지고 있다.

4.2.3. 일본 감염병 관리 법률과 결핵

일본은 2007년 기존의 결핵예방법을 폐지하고 감염병관련 법률에 결핵관리를 포함시켰다. 폐지 이유와 관련하여 결핵예방법을 새로이 포함하게 된 ‘결핵의 예방과 감염병환자에 대한 의료에 관한 법률(感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律)’에서는 인권을 존중하고 감염관련 질환관리의 통합을 이념으로 하고 있다고 밝히고 있다²²⁴⁾.

일본 결핵의 예방과 감염병환자에 대한 의료에 관한 법률은 제2조 ‘정의 등’에서 결핵을 2류 감염증(二類感染症)에 포함시키고 있다. 일본에서는 결핵예방법이 폐지되고, 결핵의 예방과 감염병 환자에 대한 의료에 관한 법률 내에 결핵이 포함됨으로서 일반적인 감염병 관리의 조향을 따르는 방식으로 결핵관리가 이루어지고 있다.

결핵의 예방과 감염병환자에 대한 의료에 관한 법률은 감염관리에 있어 기본이 되는 원칙을 법 제22조 2에서 최소한도의 조치(最小限度の措置)로 표현하고 있다. 이러한 원칙에 따라 17조부터 21조에 걸친 입원과 퇴원에 대한 조항들이 권고를 중심으로 시행된다. 일반적인 감염관리의 조향과 함께 결핵의 예방과 감염병 환자에 대한 의료에 관한 법률은 결핵을 별도의 조향으로 하여 규정하고 있다.

‘제9장 결핵’에서 다루어지는 부분은 주로 검진과 신고에 관련된 부분이다. 입원이나 격리의 강제나 경찰력의 동원에 관한 내용은 없다. 환자의 인권을 존중하는 입원절차의 시행을 목적으로 감염 질환자에 관한 일반적인 입원,

224) 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(the Act Regarding Infectious Disease Prevention and Medical Care for the Patients)

(基本理念)

第二条 感染症の発生の予防及びそのまん延の防止を目的として国及び地方公共団体が講ずる施策は、これらを目的とする施策に関する国際的動向を踏まえつつ、保健医療を取り巻く環境の変化、国際交流の進展等に即応し、新感染症その他の感染症に迅速かつ適確に対応することができるよう、感染症の患者等が置かれている状況を深く認識し、これらの者の人権を尊重しつつ、総合的かつ計画的に推進されることを基本理念とする。

퇴원 조항도 ‘권고’를 주로하고 있고, 기타 관리의 핵심적인 내용은 주로 의료비 지원과 보건당국과 의료기관의 의무와 규정이다.

인권존중과 최소한도 조치의 원칙 하에서, 감염병 유형에 따른 업무제한과 입원, 환자의 결정에 기초한 입원 권고시스템의 도입, 보건당국의 명령에 의한 72시간까지의 입원, 입원기간 10일마다(결핵은 30일마다) 관리위원회를 통한 감염검진의 청문, 입원에 대한 이의의 보고, (30일이상입원환자의)이의에 대해 5일 이내의 결정통보, 긴급 상황에서 입원환자에 대한 정부의 지역당국에 대한 지침하달 등의 내용을 규정하고 있다.

4.3.4. WHO와 결핵환자의 인권보장

WHO는 감염과 관련된 법률이 감염병을 물리치기 위한 법적인 토대를 제공해야 한다는 것을 강조하면서 이러한 수단은 다음의 요건을 갖추어야 한다고 언급한다²²⁵⁾.

질병의 전염을 예방할 수 있어야 한다.

의학적 관점에서 정당한 것이야 한다.

감염된 사람들에게 불필요하거나 불합리한 피해를 주어서는 안 된다

감염된 사람들의 자발적인 참여가 항상 추구되어야 한다.

확산을 예방할 필요가 있을 때에는 강제될 수 있다.

WHO는 법률은 건강과 인권의 상승효과를 명백히 하도록 입법되어야 한다고 밝히면서 건강의 증진은 취약한 개인들과 집단들의 인권을 보호하는 수단이 되어야 한다고 지적하고 있다²²⁶⁾. 이것은 결핵과 관련하여 결핵관련 법률들이

225) WHO, Good Practice in Legislation and Regulations for TB Control: An Indicator of Political Will, 22쪽

226) WHO, Good Practice in Legislation and Regulations for TB Control: An Indicator

결핵이라는 질병의 차단을 목적으로 하는 것이 아니라, 취약하고 소외된 사람들의 건강을 보장해야 하는 것이고, 결핵이 뚜렷하지 않은 증상으로 나타나므로 국가가 보건의 의무를 다하지 않으면 이들의 건강권이 위협받고 이러한 위협은 결국 이들이 보장 받아야 할 인권의 침해로 이어질 수 있다는 점을 강조하는 것이다.

2014년 WHO는 2015년 이후 세계보건의 목표를 Millennium Development Goals에서 Sustainable Development Goals로 변경하면서, 결핵관리도 「Stop TB」 Strategy에서 「End TB」 Strategy로 변화될 것임을 언급하고 있다²²⁷⁾. 이를 위한 전략과 그 전략의 성공을 위한 4가지 원칙을 제시하고 있는데 핵심적인 내용에는 환자 중심의 치유와 예방 전략과 인권, 윤리, 평등의 보호와 증진이 포함되어 있다²²⁸⁾.



4.3. 우리나라 결핵관리 법률의 내용

결핵예방법은 33조 및 부칙으로 이루어져 있다. 하위법령은 결핵예방법시행령과 결핵예방법시행규칙 및 행정규칙으로 이루어져 있고, 행정규칙의 내용으로 ‘입원 및 격리치료 명령 결핵환자 본인 또는 그 부양가족 생활보호조치에 관한 고시’가 있다. 결핵예방법의 33개 조항의 내용을 간략히 살펴보면 1. 결핵의 관리에 관한 조항(제4에서 제7조) 2. 결핵발생의 신고에 관한 조항

of Political Will, 13쪽

227) WHO, Global tuberculosis report 2015 (WHO,2015), 1쪽

228) WHO, Tuberculosis, Fact sheet N° 104 Updated October 2015.

The Strategy outlines 3 strategic pillars that need to be put in place to effectively end the epidemic:

Pillar 1: **integrated patient-centred care and prevention**

Pillar 2: bold policies and supportive systems

Pillar 3: intensified research and innovation.

및 관련조항(제8조 및 제8조의2), 3. 결핵검진과 예방에 관한 조항(제11조 및 제12조), 4. 결핵환자의 전염과 관련한 강제조항(제13조부터 제16조의2까지), 5. 결핵환자의 의료에 관한 조항(제17조부터 제20조), 기타 결핵협회, 비용, 비밀누설에 관한 조항들로 나누어 볼 수 있다.

형식상으로 보면 결핵과 관련하여 법률을 통하여 국가가 국민에게 헌법상에서 보장하고자 하는 내용들이 구체적으로 명시되어 있다. 결핵의 관리에 관한 조항들을 통하여 일반 국민의 보건권 및 결핵환자의 건강권을 보장함과 동시에, 결핵환자들의 실질적 건강권이 확보될 수 있도록 의료에 관한 권리 보장과 지원에 관한 조항들을 갖추고 있다고 할 수 있다.

미국의 경우 50개 주 중 약 25개주가 결핵관리를 특별법으로 다루고 있고, 일본은 결핵예방법을 폐지하고 ‘감염증의 예방 및 감염증 환자에 대한 의료에 관한 법률’로 일원화 시켰고, 호주의 경우도 결핵에 관한 법령을 별도로 두지 않고 ‘건강법 1911’ 내에 국가가 관리하는 질병들을 개별 조항을 통하여 다루면서 결핵을 관리하고 있다.

전반적인 결핵관련 법령 입법의 추세는 감염병 관리 내에서 결핵을 관리하는 방향으로 나아가고 있고, 실제 결핵을 관리에 있어서는 하위법령이나 관련 지침을 별도로 세분화하여, 구체적이고도 명시적으로 결핵을 관리하고 있는데, 이러한 과정을 통하여 결핵의 의학적 특성을 최대한 반영하고 있다.

결핵은 이미 과학적으로는 규명되어 있고 치료약이 있는 만성 감염병으로서, 근대에 경험했던 공중보건의 위기를 야기할 가능성이 약해졌다는 점과 감염병의 전반적 틀 속에서 관리하는 것이 감염병 관리의 일관성 면에서 유리하다는 판단한 결과로 보인다.

또한 비순응 다제내성 결핵환자의 전염성 관리에 있어, 격리와 같이 기본권 침해의 소지가 있는 조항들은 감염병 관련 법률상에는 격리의 법률상 요건만을 명시하고 있다. 나머지 내용과 법의 집행은 통상적인 인신구속절차에 규정

된 바대로 살펴보게 되므로 결핵예방법 자체가 별도로 관리해야 할 만한 내용이 없기 때문이다.

이는 마치 만연한 기생충 질환으로 고통 받던 시대에 기생충관리를 위해 만들어진 기생충질환예방법이, 사회의 발전과 기생충에 대한 이해와 치료방법의 개발로 폐지되어 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률로 편입된 것과 같다. 결핵예방법이라는 법률의 존재가치가 서서히 사라지고 있는 것은 아닌지 별도의 연구를 통하여 검토해 보아야 할 것이다.

4.3.1. 결핵예방법상의 환자의 분류

결핵예방법상 제2조(정의)에서는 법률의 관리를 받는 환자를 결핵환자, 결핵의사환자, 전염성결핵환자, 잠복결핵환자로 나누어 정의하고 있다. 그러나 법률상 정의되어 있는 환자군으로는 실제로 법률이 달성하고자 하는 결핵관리의 핵심적인 목적을 달성할 수 없기 때문에, 추가적인 환자 및 관리대상에 대한 고려가 필요하고 추후 개정과정을 통하여 보완하여야 할 것으로 보인다.

이와 관련한 범주화된 결핵관리의 내용이 제5조 (결핵관리종합계획의 수립·시행)에 나타난다. 제5조 제2항 5에서는 다제내성 결핵[아이소니아지드(isoniazid) 및 리팜피신(rifampicin)을 포함하는 2개 이상의 항결핵제에 내성을 가진 결핵균에 감염된 것을 말한다]을 설명하고 있다. 이도 결국 결핵관리의 대상을 정하고 이에 감염된 자를 관리하기 위한 전제개념이므로 다제내성 결핵환자도 결핵관리를 위한 법령에서 구체적으로 분류해야 할 환자의 유형이다.

제19조(전염성결핵환자 접촉자의 관리)에서 ‘전염성결핵환자와 접촉하여 결핵에 감염되기 쉬운 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자’ 라 하여 접촉

자를 특별히 관리하고자하는 입법취지가 드러난다. 따라서 접촉자를 명확히 의학적 근거에 의하여 규정하는 것도 필요하다. 결핵관리는 다른 유형의 감염병 관리와는 달리, 감염자와 접촉을 하였으나 증상이 나타나지 않은 자로서 사전격리인 검역의 대상이 되는 의심자(의사자:suspect)를 격리하여 관리한다는 개념보다는, 접촉자로서 확인하여 감염여부의 확인 및 잠복감염으로 이행을 차단하는 관리개념을 사용하고 있기 때문이다.

끝으로 제11조(결핵검진등)에서 ‘결핵발생의 우려가 높은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자’라 하여 특별히 결핵의 조기 발견을 목적으로 결핵검진을 시행할 수 있는 대상을 명시하고 있는데, ‘1. 「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설에 수용되어 있는 자 및 그 시설의 직원, 2. 부랑인, 노숙인, 미신고 시설 수용자 등 집단생활을 하는 자’는 어느 특정 할 수 있지만, ‘3. 결핵에 감염될 상당한 우려가 있다고 인정하여 학교의 장이 요청하는 자, 4. 그 밖에 결핵에 감염될 상당한 우려가 있다고 특별자치시장·특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장이 인정하는 자’는 개별적이고 특정하기 어렵다.

따라서 대상의 특정이 어렵고 구체적이지 않으면 결핵관리의 입법목적을 효율적이고 설득력 있게 달성하기 어려우므로, 결핵관리와 관련하여 역학적으로 감염에 취약하다고 평가되어 관리하고 있는 ‘결핵감염에 취약한 집단에 속한 자²²⁹⁾’라 하여 특정하고, 해당 법률이 있는 경우 해당법률의 정함을 받는 자로 규정하여 관리하는 것이 합리적이다.

특히 이러한 계층에 속하여 객관적인 감염의 증거가 없음에도 불구하고 검진의 대상이 되는 경우, 사회계층이나 국적에 따라 검진대상의 자의적 지정이 확대되면 인권 침해의 소지가 있으므로 법률상 이를 분명히 하여 오해의 소지

229) 관련 법률을 살펴보면, 결핵감염에 취약한 노숙인(노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률), 외국인근로자(외국인근로자의 고용 등에 관한 법률, 재한외국인 처우 기본법, 난민법), 다문화가족의 여성(다문화가족지원법), 장애인복지시설(장애인복지법), 중증노인복지시설(노인복지법), 북한이탈주민(북한이탈주민의 보호 및 정착지원에 관한 법률)등이 있다.

를 피할 필요가 있다.

따라서 결핵예방법상의 관리 대상이 되는 자의 분류에는 우선 1.치료의 대상이 되는 환자, 2. 감염여부의 확인을 요하는 접촉자, 3. 사전검진의 대상이 되는 취약계층에 속한 자로 분류하여, 결핵관리의 대상을 정리하는 것이 필요할 것으로 본다.

4.3.2. 검진을 통한 결핵환자의 발견

환자의 발견은 두 경우를 통하여 이루어진다. 우선은 환자가 증상이 있어 내원하여 발견되는 경우이다. 두 번째는 검진을 통해서이다. 검진은 두 가지의 경우로 나누어 질 수 있는데, 결핵과 상관없이 여러 법률의 규정에 의하여 이루어지는 일반검진과, 결핵예방법상의 결핵검진 대상자로서 검진이 있다. 이러한 과정을 거쳐 결핵환자가 발견되면 법률에 정해진 바대로 신고가 이루어진다.

결핵예방법 제8조(의료기관 등의 신고의무)는 의사 및 그 밖의 의료기관 종사자는 의료기관의 장에게 의료기관의 장은 보건소장에게 1. 결핵환자 등을 진단 및 치료한 경우, 2. 결핵환자 등이 사망하였거나 그 사체를 검안(檢案)한 경우 신고하도록 의무를 부과하고 있다. 신고는 제7조(결핵관리사업 등)를 통한 결핵관리의 가장 핵심적인 요소라 할 수 있다. 결핵환자의 관리는 의사의 진단으로 시작하여 법률에 정해진 신고과정을 거쳐 제3조(국가·지방자치단체 및 의사 등의 의무)의 결핵관리업무의 규정을 따라 이루어지게 된다.

신고 된 감염자에 대한 치료 및 관리와는 별도로 결핵예방법 제19조(전염성 결핵환자 접촉자의 관리)에 따라 접촉자의 관리가 이루어진다. 접촉자는 ‘1. 전염성결핵환자의 가족 및 최근 접촉자, 2. 전염성결핵환자가 소속한 학교,

군부대, 사회복지시설 등의 집단생활시설에서 생활을 같이한 자’로 규정되어 있는데, 결핵관리지침에서는 전염성 결핵환자(index case)의 전염성(도말 양성 여부, 기침, 가래와 같은 결핵의 증상의 유무), 접촉자와 결핵환자와의 접촉의 정도와 기간, 접촉자의 면역억제 정도, 나이 등을 고려하여 접촉자 검진의 우선순위를 정하고 접촉자 검진대상을 선정한다. 결핵환자 집단발병 시 역학조사와 접촉자 검진의 대상 및 방법은 국가 결핵관리지침(질병관리본부)에 따른다.²³⁰⁾

4.3.3. 결핵환자의 신고

감염병 관리의 핵심은 신고이다. 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률에서는 제11조(의사 등의 신고) 및 제12조(그 밖의 신고의무자)에서 감염병의 신고를 규정하고 있고, 이를 위반 할 시는 제81조(벌칙)로 200만 원 이하의 벌금에 처하도록 하고 있다. 결핵예방법상에는 제8조(의료기관 등의 신고의무)에서 의료기관의 의무로만 규정하고, 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제11조, 제12조, 제13조, 제15조를 준용하도록 하여 결핵예방법상의 신고의무자인 의료기관 외에도 신고의무를 부과하고 있다.

결핵예방법상의 신고 조항만을 고려해 본다면 ‘1. 결핵환자 등을 진단 및 치료한 경우와 2. 결핵환자 등이 사망하였거나 그 사체를 검안한 경우’가 구체적으로 신고의 대상이 되는 경우에 속하게 될 것이다. 결핵환자 등이 사망하였거나 그 사체를 검안한 경우에서의 환자는 사실상 이미 신고된 환자일 것이고, 사체 또한 그러한 경우에 속할 것이다. 현실적으로 신고가 되어 있지 않은 환자에 있어서 그 사망선고의 시점에 결핵검사를 시행하는 것이 용이하

230) 박재석 외, 전제서, 209쪽

지 않고, 사체의 경우 사자에게 결핵검사를 한다는 것도 법률상 사체에 대한 부검이나²³¹⁾ 구체적인 사자에 대한 검사조항이 없다면, 윤리적인 의료행위라고 보기 힘들기 때문이다.

진단이나 치료가 있는 경우 결핵예방법 시행규칙의 제3조의 조항에 따라 신고를 하게 되는 데, 별지서식의 내용을 살펴보면 우선 제8조에서 신고의 기한을 ‘지체없이’ 라고 하였기 때문에 시행규칙의 별지서식에는 사실상 ‘나. 검사, 진단, 치료 정보 (13)초회 검사 종류’ 중²³²⁾ 흉부X선 검사만이 기입 가능한 상황이다. 나머지 검사들은 그 결과의 보고에 일정 시간이상의 기간을 요하는 것들이다. 따라서 최근에는 폐결핵이 의심스러운 경우 즉시 흉부 CT(Computed Tomography)검사를 시행하게 되는데, 따라서 CT의 판독 결과는 즉시 결과를 볼 수 있으므로 이에 대한 기입이 가능하도록 개정하여야 할 것이다.

결핵환자 등 신고·보고 개요의 3. 신고대상 중 나. 결핵의사환자와 관련하여서는, 개념의 오류와 관련하여 논의한 바를 제외하더라도, ‘의사환자’라는 개념이 ‘의심스럽지만 확진되지 않은 경우’ 라고 한다면 이러한 개념과 규정을 두는 이유가 조기에 결핵가능성이 있는 환자를 구분해 내고 관리하여 결핵이 확산될 가능성을 차단하는데 그 의미가 있다고 할 것인데, 이것이 오히려 환자에게 시행된 모든 검사결과를 전부 확인하여야만 가능한 것이라면 관리의 이익이 없는 경우에 해당할 것이다.

따라서 방사선검사의 결과를 기준으로 검사의 결과가 결핵이나 결핵의심으로 나오는 경우를 우선 의심자(suspect)로 관리하는 것이 취약계층을 포함하여 전반적인 결핵의 조기관리에 도움이 될 것이다.

231) 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제20조(해부명령)

① 질병관리본부장은 국민 건강에 중대한 위협을 미칠 우려가 있는 감염병으로 사망한 것으로 의심이 되어 시체를 해부(解剖)하지 아니하고는 감염병 여부의 진단과 사망의 원인 규명을 할 수 없다고 인정하면 그 시체의 해부를 명할 수 있다.

232) 흉부X선검사, 도말검사, 배양검사, 핵산증폭검사, 조직검사

폐외결핵의 경우 주로 흉막이나 림프절의 결핵이 방사선 검사 상 보고되는 경우에 의심되는데, 이러한 경우 결핵질병코드에서 A16을 입력하게 되고, 조직검사를 해당기관에서 시행하지 못하고 의뢰하는 경우 의심기관의 의뢰를 받아 조직검사를 시행한 상급의료기관의 신고에 A15로 입력되어 신고 되는 등의 문제가 생길 수 있으므로 이에 대한 분명한 기준이 있어야 할 것으로 보인다²³³⁾.

4.3.4. 접촉자의 개념과 관리

접촉자에 대한 관리는 다른 감염성 질환에 있어 보다 결핵에서 특히 중요하다. 결핵예방법은 제19조(전염성결핵환자 접촉자관리)에서 전염성결핵환자와 접촉한 경우 보건복지부령에 따라 결핵검진을 하도록 하고 있다. 그러나 접촉자의 정의에 대해 법률상 명확한 조항이 없다. 시행규칙 제9조(전염성결핵환자 접촉자 검진) 제2항에서 ‘제1항에 따른 검진대상 접촉자의 구체적인 범위는 결핵 감염의 위험 정도 등을 고려하여 보건복지부장관이 정한다.’ 라고 하고 있고, 국가결핵관리지침 상 결핵검진의 대상이 되는 자로서 결핵환자(특히 전염성결핵 환자)의 접촉자로서 1) 가족 및 동거인, 2) 집단시설 생활자, 3) 동료 및 친구 등을 들고 있다²³⁴⁾.

대한결핵 및 호흡기내과 학회 결핵진료지침에서는 접촉자를 밀폐된 공간에서 장시간 접촉한 밀접 가족접촉자(close household contact)와 밀접 비가족 접촉자를 포함한 밀접접촉자와 이외의 접촉력이 있는 일상접촉자로 나누고 있

233) 또한 장결핵의 경우 통상 검진과정에서 장내시경 중 의심되어 조직검사 시행 후 검체가 의뢰되는데 이때 조직검사의 결과가 보고와 관련하여 결핵관리의 효율을 높이기 위한 보고 체계가 필요할 것으로 보인다.

234) 2015 국가결핵관리지침, 48쪽

다²³⁵⁾.

접촉자는 20-30%가량이 잠복감염상태로 최종적으로는 10%의 발병으로 이어진다는 보고가 있으므로 잠재적 결핵환자의 범주에서 관리해야할 대상이 된다. 이러한 접촉자 중에서 검진대상이 되는 사람은 결핵진료지침에서 앞서 언급한 것처럼 전염성 결핵환자의 전염성, 접촉자와 결핵환자와의 접촉의 정도와 기간, 접촉자의 면역억제정도, 나이 등을 고려하여 접촉자 검진의 우선순위를 정하고 접촉자 검진대상을 선정하도록 하고 있다.

접촉자 검진대상자의 선정 범위와 방법은 각 나라의 역학 및 경제여건에 따라 다르게 적용된다. 한국의 경우는 호흡기 결핵환자의 밀접접촉자에 대하여 접촉자 검진을 실시하고, 예외적으로 8세 이하 소아의 경우 폐외결핵이라 하더라도 접촉자검진을 시행한다²³⁶⁾.

접촉자 검진을 통하여 활동성결핵이 아닌 통상검사에서 음성이 나온 35세 이하로서 잠복결핵감염에서 활동성으로 갈 소지가 있는 대상은 결핵감염검사를²³⁷⁾ 시행한다. 우리나라 결핵진료지침에서는 잠복결핵감염치료의 중요성이 강조됨에 따라 잠복결핵감염 치료대상을 확대하여 밀접접촉자의 경우 35세 이하 모두와 35세 초과인 경우 결핵발병 위험군에 대해 잠복결핵감염 검사와 치료를 우선적으로 권고하고 있다. 35세 초과 시에도 접촉강도가 높으면 검사와 치료를 우선 고려한다.

보건복지부 사업장결핵관리(2015)에서는 결핵예방법 제10조(결핵 집단발생시의 조치), 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제18조(역학조사)²³⁸⁾에 근거하여, 환자의 전염성 기간(최장 3개월)에 동일 실내공간에서 함께 일한 동료, 가족, 동거인은 밀접

235) 박재석 외, 전게서, 208-209쪽

236) 박재석 외, 전게서, 209쪽

237) 결핵감염검사는 TST와 IGRA를 말한다. 이 검사를 1차 검사로 하지 않는 것은 두 검사가 결핵균을 직접검출하거나 병변을 확인하는 것이 아니라 결핵균에 대한 세포매개성 면역반응을 간접적으로 확인하는 방법으로서 이러한 면역반응이 일어나기 위해서는 감염 후 약 8주라는 일정한 기간이 지나야 결과를 확인 할 수 있기 때문이다. 따라서 감염이 되었다 하더라도 8주 이전에 검사를 시행하면 위음성으로 나올 수 있다.

238) 산업안전보건기준에 관한 규칙 제602조(노출 후 관리)도 포함

접촉자로서 결핵 및 잠복결핵감염 검진을 통해 결핵의 조기발견 및 발병 차단 필요가 있다고 설명하고 있다²³⁹⁾.

접촉자검진은 두 가지 측면에서 중요성을 가지는데 우선은 전염성 결핵환자라고 확인된 환자가 첫 유발자인지, 아니면 접촉자에 속한 타인에 의해 감염된 것인지를 확인해야한다는 점이고, 두 번째는 첫 유발자라고 한다면 접촉자들의 감염여부를 확인하여 잠복감염상태를 최대한 빠른 시간 내에 파악해야 한다는 점이다. 증상을 중심으로 접촉자 중 전염성결핵환자가 있는지를 감별하기 위한 검사가 빠른 시간 내에 이루어지도록 하고, 무증상인 경우는 잠복결핵감염을 확인하는 것이 접촉자 감염의 관리의 핵심이다.

4.3.5. 결핵환자의 격리

결핵예방법에 나타난 환자에 대한 직접적인 강제조항은 살펴보면 제15조(입원명령), 제15조의2(입원명령거부자 등에 대한 조치) 제15조의3(면회제한 등)이다. 각각의 내용을 살펴보도록 한다. 현행 제15조(입원명령) ‘① 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 결핵환자가 동거자 또는 제3자에게 결핵을 전염시킬 우려가 있다고 인정할 때에는 결핵의 예방을 위하여 결핵환자에게 일정 기간 보건복지부령으로 정하는 의료기관에 입원할 것을 명할 수 있다.

이 경우 입원명령의 통지는 결핵환자 또는 그 보호자에게 하여야 한다.’의 내용에 나타나는 입원명령 조항은 법제정시의 ‘제25조(입원명령) ① 보건사회부장관은 결핵예방상 동거자 또는 제삼자에게 결핵을 전염시킬 우려가 있다고 인정할 때에는 환자 또는 그 보호자에게 일정한 기간을 정하여 결핵병원(요양소·부설결핵병동을 포함한다. 이하 같다)에 입원할 것을 명할 수 있

239) 보건복지부, 질병관리본부,

다.’ 라는 내용과 별반 다르지 않다²⁴⁰⁾. 명령의 주체만 보건사회부 장관에서 시·도지사 또는 시장·군수·구청장으로 달라졌을 뿐, 입원명령의 요건이나 효력은 동일하다.

그러나 2014년 개정을 통하여 인신구속에 해당하는 수준의 격리치료명령과 경찰력사용 및 면회제한의 내용이 제15조의2(입원명령거부자 등에 대한 조치)와 제15조의3(면회제한 등)을 통하여 신설되었다. 제15조의 입원명령에 대한 거부자 등에 대한 조치에 있어 격리치료명령은²⁴¹⁾ ‘제15조제1항에 따른 입원명령을 거부한 경우, 2. 입원치료 중 임의로 퇴원하거나 치료 중단 또는 무단 외출 등으로 공중(公衆)에 결핵을 전파시킬 우려가 있는 경우’를 요건으로 하고 있다.

절차적 요건은 ‘시행령 제4조(입원 또는 격리치료의 절차) ① 「결핵예방법」(이하 "법"이라 한다) 제15조제1항 또는 제15조의2제1항에 따라 특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사·특별자치도지사(이하 "시·도지사"라 한다) 또는 시장·군수·구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)이 입원 또는 격리치료를 명할 때에는 별지 서식에 따른 입원명령서 또는 격리치료명령서를 서면 또는 전자문서로 결핵환자 또는 그 보호자에게 통지하여야 한다.’에 규정되어 있다. 기타 사항에 관하여서는 시행령 제4조 ‘③ 제1항 및 제2항에서 규정한 사항 외에 입원 또는 격리치료의 절차에 관하여는 「감염병

240) 일제강점기 전염병예방령상에서도 전염병환자의 병원 혹은 병사 격리(제7조) 병독감염이 의심되는 자의 격리(제8조)만 규정되어 있었다. 실제 시행에 있어서는 당연히 현재보다 더 강한 인권침해가 있었을 것이나 우선, 법률상 드러난 내용만을 살펴본다. 1915년 시행 전염병예방령에서는 전염병관리의 주체가 경무부장(제17조)이었고, 1928년 전염병예방령에서는 도지사(제17조)라는 차이가 있다. ‘제7조 당해 이원은 전염병 예방상 필요하다고 인정하는 때에는 전염병 환자를 전염병원 또는 격리병사에 들어가게 할 수 있다.’ ‘제8조 당해 이원은 필요하다고 인정하는 때에는 일정한 날짜·시간에 전염병 환자가 있는 집이나 장소 또는 전염병의 병독에 오염되거나 오염이 의심되는 집 또는 장소의 교통을 차단하거나 병독 감염이 의심되는 자를 격리소 기타 적당한 장소에 격리할 수 있다.’

241) 격리치료명령 대상자는 입원·격리치료명령 대상자 중 입원명령을 3회 이상 거부하거나 입원치료 중 임의로 퇴원하거나 치료 중단 또는 무단 외출 등으로 공중에 결핵을 전파시킬 우려가 있는 경우

의 예방 및 관리에 관한 법률 시행령」 별표 2 제4호를 준용한다. 이 경우 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행령」 별표 2 제4호 중 "입원치료"는 "입원 또는 격리치료"로 본다.' 라고 부연하고 있다. 결핵관리에 있어서 인적 관리의 핵심내용이 격리이다.

4.3.6. 결핵환자의 생활보호조치

결핵예방법상으로 입원명령이나 격리치료명령의 기간이 명확하게 명시되어 있지는 않지만 임상의학에서는 통상 객담도말검사 양성 결핵환자의 격리를 치료를 시작하여 임상증상의 개선과 균 음전까지 시행하는 데, 통상 2주를 고려한다.

이 때 환자의 상태에 따라 상이하기는 하나, 이러한 기간 동안 환자는 자신 뿐 아니라, 자신의 부양을 받고 있는 가족들의 생계를 위한 활동을 할 수 없게 된다. 또한 장기간의 입원으로 인한 입원비용과 퇴원후의 약제비용등에 대한 부담도 발생하게 된다. 이러한 생계활동의 단절로 인한 곤란과 과다한 치료비의 발생으로 결핵치료에 비협조하는 것을 방지하여 국가결핵관리의 완성하고자 하는 목적으로, 결핵예방법 제20조(결핵환자등과 잠복결핵감염자에 대한 지원)에서 예산의 범위 내에서 결핵치료에 드는 비용을 지원하고, 제16조(입원명령 등을 받은 결핵환자 등의 생활보호)에서는 입원명령 또는 격리치료명령을 받은 결핵환자가, 의료기관에 입원·치료 중일 경우, 생계유지가 곤란하다고 인정될 때, 비용 지원 등 생활보호에 필요한 조치를 하도록 하고 있다.

결핵치료와 관련하여 국가가 환자를 대신하여 부담하는 것에는 1. 입원·격리치료명령 대상자에 대한 입원 격리치료명령 비용지원, 2. 입원·격리치료명

령 기간 중 호흡기 내과, 결핵과, 감염내과 전문의로부터 다음과 같은 경우로 전액본인부담(100/100) 및 비급여 항결핵제를 처방받은 경우의 환자본인부담 약제비, 3.입원·격리치료명령을 받아 입원 치료 중인 결핵환자로 기초생활수급자를 제외한 2014년도 가구별 최저생계비 소득수준의 300% 미만(환자가구)인 경우의 부양가족 생활보호비, 4. 치매 환자·지체장애1급··뇌병변장애1급 등록자·폐절제 등으로 인한 호흡곤란, 뇌졸중·고령 거동불편자, 그 외 환자(정신질환 등) 등에 대한 간병비가 있다²⁴²⁾.

이러한 법률에 명시된 입원명령이나 격리치료명령 대상자의 입원격리 명령 환자 지원 이외에도 결핵안심벨트 지원사업에 따른 취약계층 결핵환자 지원과²⁴³⁾ 건강보험가입자 중 산정특례에 등록된 결핵환자를 대상으로 한 결핵환자 진료비 지원사업이 현재 시행되고 있는 결핵관련 비용 지원의 예들이 다²⁴⁴⁾.



242) 자세한 내용은 2015 국가결핵관리지침, 105-114쪽, 3. 입원 격리치료명령 비용지원 참조
 243) 결핵안심벨트 지원사업 사업기관을 통한 경우에 한하여 지원되며, 결핵안심벨트 지원사업 사업기관으로는 국립마산병원,국립목포병원,서울특별시서북병원,국립중앙의료원이 있다.
 244) 질병관리본부홈페이지, 질병예방>국가결핵사업

제5장 결핵환자의 인권향상을 위한 법률 개선 방안

5.1. 결핵예방법상의 개념의 오류와 개선방향

법률은 그 목적을 달성하기 위하여 실체적 사실의 객관적이고 과학적인 근거에 기초해야 한다. 또한 이를 법률로서 포섭하기 위해서 사용하는 개념이 명확하고 정당한 것이어야 한다. 결핵예방법과 같이 의학적 이해를 전제로 하는 법률은 그 개념이 실체적 사실이나 의학적 체계에 근거하지 않으면 법률의 존재 가치를 부정당할 수 있는 심각한 상황에 이를 수 있다. 또한 관련 법률 간의 개념적 일치가 이루어지지 않으면 이러한 법률을 근거로 이루어지는 법 집행간에 충돌로 인하여 법률로서 이루어지는 기본권 제한의 정당성에 문제가 발생할 수 있다.

5.1.1. ‘결핵의사(擬似)환자’의 정의(定義)

우선 제2조(정의)에 있어 제3항 “결핵의사(擬似)환자”란 임상적, 방사선학적 또는 조직학적 소견 상 결핵에 해당하지만 결핵균검사에서 양성으로 확인되지 아니한 자를 말한다.’에서 ‘의사(擬似)’ 및 ‘결핵의사(擬似)환자’라는 개념은 타 법률의 개념규정과 맞지 않고, 조항내의 설명이 의학적 사실에 일치하지 않는다.

우선 ‘의사’라는 개념은 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률과 검역법에서도 동시에 나타나는데 두 법률에서 ‘의사(擬似)’의 의미는 영어번역이 보여주는 바와 같이 ‘(patient) suspected’로서 감염병의 예방 및 관리에 관한

법률에서는 제2조(정의) 14.에서 “감염병의사환자”란 감염병병원체가 인체에 침입한 것으로 의심이 되나 감염병환자로 확인되기 전 단계에 있는 사람을 말한다.’ 라고 하고, 검역법에서는 제2조(정의) 4.에서 “검역감염병 의사환자”란 검역감염병 병원체가 인체에 침입한 것으로 의심되나 검역감염병 환자로 확인되기 전 단계에 있는 사람을 말한다.’ 라고 설명하고 있다.

즉 통상적으로 ‘의사(suspected)’는 해당 감염병 환자와 접촉한 경험이 있거나 역학적으로 의심되는 장소를 경유하여 사전격리조치로서의 검역이 필요한 집단을 지칭하고자 감염자나 일반인과 구분하여 쓰는 용어이다. 감염병에 관한 두 법률에서 ‘의사’라는 개념을 이렇게 쓰고 있고, 국제간 공중보건의 위기에 대응하기 위해 나온 WHO IHR 2005에서도 ‘suspect’는 ‘공중보건 위험에 노출되었거나 노출되었을 가능성이 있고, 가능한 질병의 확산원이 될 수 있는 사람이나 등’으로 정의되어 있다.²⁴⁵⁾ 결핵예방법에서는 ‘의사’를 영문법령에서 ‘pseudo-(tuberculosis patient)’로 번역하여 놓고 있다. 이것이 각 법률 간의 개정예 영문번역의 기술적인 불일치인지는 알 수 없으나, 여하튼 통상적인 감염병의 역학에서 통용되고 있는 용어와 일치하지 않고 있다.

이 용어가 문제가 되는 것은 ‘의사환자’는 사전격리의 대상이 될 수 있기 때문이다. 결핵환자 관리에 있어 의사환자를 인정하면 결핵예방법상 사전격리의 원칙인 검역을 철저히 하는 것이 결핵관리의 핵심이 되기 때문이다. 메르스나 사스의 경우는 이러한 관리의 대상이 된다. 그러나 결핵은 만성 세균 감염병으로 검역의 필요성이 강하지 않다.

더욱 의학 개념상 일치하는 않는 내용이 ‘임상적, 방사선학적 또는 조직학적 소견 상 결핵에 해당하지만 결핵균검사서 양성으로 확인되지 아니한

245) PART I - DEFINITIONS, PURPOSE AND SCOPE, PRINCIPLES AND RESPONSIBLE AUTHORITIES *Article 1 Definitions*

“suspect” means those persons, baggage, cargo, containers, conveyances, goods or postal parcels considered by a State Party as having been exposed, or possibly exposed, to a public health risk and that could be a possible source of spread of disease;

자’를 결핵의사환자라고 한다는 내용이다. 이 내용의 영문을 보면 ‘a person who has not been tested positive in the examination of tuberculosis bacteria although his/her condition is diagnosed as tuberculosis in view of clinical, radiological or histological examinations.’ 이라고 되어 있는데 ‘결핵균검사에서 양성으로 확인되지 아니한 자’와 ‘has not been tested positive in the examination of tuberculosis bacteria’는 객담도말검사와, TST, TB-PCR, IGRA(Interferon Gamma releasing assay)등에서 모두 음성이었다는 것을 의미하는데, 이 의미와 조직학적 검사에서 진단되었다는(diagnosed in view of histological examinations)는 내용은 상반되는 것이다.

통상 기초의학이나 임상의학에서 조직학적 검사 결과는 가장 확실한 과학적 근거가 된다. 종양의 경우에도 조직학적 (유소견)검사 결과는 확진을 의미한다. 결핵에 있어서는 또한 이러한 경우에 의사자로 결정되는 것이 아니고, 임상증상과 방사선학적 소견에서 폐결핵이 의심되나, 결핵도말검사와 결핵균 핵산증폭검사도 음성이면서 광범위 항생제에도 반응하지 않는 경우 ‘도말음성 폐결핵’이라고 정의하고 치료한다. 즉 결핵환자로 진단되어 치료에 들어가게 되는 것이다²⁴⁶⁾.

이후 배양결과가 결핵균 양성으로 나오면 결핵으로 진단하고 치료를 계속하고, 배양검사결과가 음성으로 나오더라도 임상증상과 방사선학적 소견 상호 전이 있으면 결핵으로 진단하고 계속 치료하게 된다. 이런 경우를 ‘배양음성 폐결핵’이라고 정의 한다.

따라서 추후 개정 시 해당 조항을 삭제하던지, ‘조직학적’이라는 내용을 삭제하고 ‘도말음성폐결핵’, ‘배양음성폐결핵’²⁴⁷⁾이라는 개념을 삽입하는 것이 바람직할 것으로 보인다.

246) 박재석 외, 전게서, 43쪽,

247) 박재석 외, 전게서, 42-43쪽

이와 더불어 결핵관리에 있어 중요한 ‘접촉자’에 대한 정의를 신설하여 법률상 이루어지는 접촉자 관리의 근거로 삼아야 할 것이다.

5.1.2. ‘의료에 관한 지도’ 권한의 주체

제9조(의료에 관한 지도)에서 의료에 관한 적절한 지도의 권한을 보건소장이 행사하도록 되어 있다. 그런데 의료법상의 의료에 관한 권한은 의료인이 가지는 것으로 특히 의사가 가지는 권한이다. 의료법 제2조(정의) 1.에 ‘의사는 의료와 보건지도를 임무로 한다.’라고 명시되어 있다. 실제로 조항의 내용을 보면 의료행위에 관한 지시가 아니라 결핵환자의 관리에 관한 내용으로 제8조에 이미 신고된 결핵환자를 대상으로 이루어지는 것으로 1.가정이나 의료기관을 방문하여, 2. 환자의 상태를 확인하거나 보건교육 등을 하도록 하는 것으로 의료의 지도라고 볼 내용이 아닐뿐더러, 의료의 내용이 포함된다고 한다면 보건소장이 의사가 아닌 경우 의료법과 상충된다고 볼 수 있다²⁴⁸⁾. 따라서 결핵관리에 관한 지도 정도가 합당하겠다.

5.1.3. ‘전염성의 소실’의 판정기준

제13조(업무중사의 일시제한)과 제14조(전염성 소실과 재취업)에서 전염성의 소실과 관련하여 전염성의 소실이라 함은 전염성이 완전히 사라진다는 것인데, 우선 인신과 관련하여 취업을 제한하거나 규제하여 직업선택의 자유를

248) 필요하다면 2016.1.7.일 시행되는 감염병예방 및 관리에 관한 법률 제60조의2에 규정된 역학조사관의 요건이 적용되어야 할 것이다.

제한하는 중요한 법령의 내용임에도 이에 대한 명확한 법적인 정의나 기준이 제시되어 있지 않다.²⁴⁹⁾ 법률의 내용상 전염성의 소실이라는 것의²⁵⁰⁾ 의미는 전염가능성이 없다는 상태를 말한다 하더라도, 또한 이는 의학적 격리해제의 개념과 맞지 않고 사용하지 않는 개념이다.

의학적 격리의 해제 기준에 따르자면²⁵¹⁾, 객담도말검사에서 양성으로 판정 받아 전염성이 있다고 간주되는 경우, 첫 투약 후 최소 2주간의 항결핵제 치료를 시행하고, 임상적으로 호전이 보이면서 추구(follow up) 객담도말검사에서 항산균이 검출되지 않는 상태를 균 음전(negative conversion)이라 하고, 이때 객담도말검사 양성 환자의 격리를 해제를 할 수 있다.

그러나 이것이 전염성의 소실을 의미하는 것은 아니고, 언제든지 환자의 비순응이나 상태에 따라서 전염성 상태로 변화할 수 있는 것이고, 이런 경우 개념상 전염성이 소실되지 않았다고하여 제한 없이 무한히 법률조항의 효력을 확장시킬 수는 없는 것이다.

객담도말검사 음성이나 임상적으로 격리된 환자의 경우 최소 1주 일 간의 결핵치료를 시행하고, 임상소견이 호전되어 퇴원이 가능할 경우 객담도말검사

249) 결핵예방법 제13조의 보건복지부령으로 정하는 바에 따른 전염성의 소실의 판정은 결핵예방법 시행규칙 제6조(전염성 소실의 판정절차)에 따르면 ‘법 제13조제1항 및 제14조제1항에 따른 전염성 소실(消失) 여부는 객담검사의 결과에 따라 의사가 판정한다’ 라고 되어 있고, 의사 판정의 구체적 내용이 명시되어 있지 않으나, 이는 내용상 의학적 기준을 따른다고 볼 수 있다.

250) 권영성, 전게서, 798쪽.

‘입법권의 행사는 또한 명확성의 원칙에 위배되어서는 안 된다. 따라서 건전한 상식과 통상적인 법감정을 가진 사람이라면 충분히 이해할 수 있을 정도로 법률의 내용은 명확한 것 이어야 한다.’

성낙인, 전게서, 1145쪽 (다) 명확성의 이론(막연하기 때문에 무효의 이론)과 합헌성추정의 배제원인. 지나치게 막연하고 넓은 범위의 내용을 담고 있는 법률은 법원의 판단을 기다릴 필요 없이 무효(void on its face)이며’를 참고하면, ‘전염성의 소실’이라는 개념은 직업과 업무의 제한을 가하는 기본권제한의 사유로서 ‘건전한 상식과 통상적인 법감정을 가진 사람이라면 충분히 이해할 수 있을 정도’를 만족시킬 수 없다. 왜냐하면 시행규칙상 ‘객담검사의 결과에 따라 의사가 판정한다.’ 라고 되어있어, 의사는 어쩔 수 없이 법률조항에 따르지 못하고 의학적 기준 중 합당한 기준을 근거로 삼아 격리의 해제를 하게 될 것인데 이에다 다양한 기준이 있고, ‘소실’이라는 개념에 대한 정의가 없는 상태에서 의사가 이를 법률조항의 ‘소실’로 명확히 포섭하기가 쉽지 않기 때문이다.

251) 박재석 외, 전게서, 219쪽

와 무관하게 요건을²⁵²⁾ 갖춘 경우 퇴원하여 집에서 군이 음전될 때까지 격리 치료를 할 수 있다. 따라서 ‘전염성의 소실’은 ‘임상증상의 호전과 군 음전’으로 개념을 명확히 해야 한다.

제15조(입원명령)과 제15조의2(입원명령거부자 등에 대한 조치) 조항에서 제15조의 입원명령과 제15조의2에서의 격리치료 명령은 임상적 상황에서 그 의미를 구분해내기가 어렵다. 법률상 ‘입원명령’과 ‘격리치료’명령으로 나누어져 있으나 실제로 이들 효력을 발생시키기 위한 요건이 ‘결핵을 전염시킬 우려가 있다고 인정할 때에는’과 ‘결핵을 전파시킬 우려가 있는 경우’로 동일하고, 단지 제15조의2는 제15조의 입원명령을 거부한 경우라는 조항이 있는데 전염성 결핵환자의 의학적 입원의 경우에도 ‘1인실 격리’와 ‘군 음전 일 때까지의 치료’를 전제로 하는 것이고, 따라서 법률상의 입원명령이던 격리치료명령이던 동일한 내용으로 이루어진 것인데, 입원명령과 격리치료명령을 별도로 하여 전자는 ‘명할 수 있다.’ 후자는 ‘명하여야 한다.’는 의미 없는 서술상의 차이만을 두어 기본권제한의 강제성의 근거로 삼고자 하는 것은 헌법정신에 합당하지 않다²⁵³⁾. 따라서 제15조의2 제1항은 환자의 관리와 관련하여 의학적 근거나 사실과는 무관하게 경찰력 동원이라는 제2항의 근거로 삼기위한 외관상의 조항에 지나지 않는다.

252) 박재석 외, 전게서, 219쪽

- 1) 결핵관리 전담간호사와 연계되어 외래에서 적절하게 치료가 가능해야 한다.
- 2) 환자의 집에 6세 미만의 소아 또는 에이즈와 같은 면역억제환자가 없어야 한다.
- 3) 환기가 잘되는 독립도니 공간이 있어야 한다.

253) 성낙인, 전게서, 952쪽

제37조 제2항은 “국민의 모든 자유와 권리는 -를 위하여 필요한 경우에 한하여”라고 규정하고 있다. 여기서 “필요한 경우”란 국가안전보장·질서유지·공공복리를 위하여 기본권의 제한이 불가피한 경우에(보충성의 원칙), 그 제한이 최소한으로 그쳐야 하며(최소침해의 원칙), 그 제한은 보호하고자하는 법익을 구현하는 데 적합하여야 하며(적합성의 원칙), 보호하려는 법익과 제한의 기본권 사이에 상당한 비례관계가 있어야 한다(비례의 원칙)는 의미이다.

5.2. 결핵환자의 발견 및 신고의 문제점과 개선방향

5.2.1. 결핵환자 확인을 위한 주거 진입의 요건강화

행정명령에 의한 강제격리치료 및 면회제한 이외에도 감염병 관리와 함께 기본권 제한을 넘어 기본권 침해의 소지가 있을 수 있는 것이 ‘주거에 대한 진입과 동행’이다.

감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제42조(감염병에 관한 강제처분)는 제1항에 ‘보건복지부장관, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 해당 공무원으로 하여금 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 감염병환자등이 있다고 인정되는 주거시설, 선박·항공기·열차 등 운송수단 또는 그 밖의 장소에 들어가 필요한 조사나 진찰을 하게 할 수 있으며, 그 진찰 결과 감염병환자등으로 인정될 때에는 동행하여 치료받게 하거나 입원시킬 수 있다.’라고 하고 있고, 이는 결핵환자에게도 적용되는 조항이다.

우리 헌법 제16조에서는 ‘모든 국민은 주거의 자유를 침해받지 아니한다. 주거에 대한 압수나 수색을 할 때에는 검사의 신청에 의하여 법관이 발부한 영장을 제시하여야 한다.’라고 하여 주거의 자유와 영장주의를 채택하고 있다.

주거 자유의 문제를 제외하고, 공권력의 개인 주거(residence)²⁵⁴⁾의 출입만을 놓고 본다면, 영장주의를 원칙으로 하여 현행범인 경우와 행정상 즉시강제의 경우 영장주의의 예외로 하고 있고, 전염병의 예방과 같은 행정상 즉시

254) 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 영문법령에서 주거를 ‘residence’로 번역하고 있다. 우리 헌법에서도 residence라고 하고 있다. 주거란 형식상 house이면서 내용상 home이라고 볼 수 있다. home의 법률적 지위에 대한 미국법 사상과 관련하여서는 석지영, 법의 재발견(서울:W미디어, 2011) 참고. 20-21 비합리적인 수색과 압수로부터 보호받을 권리, 정당한 법적 절차를 보장받을 권리 및 무기를 소지할 수 있는 권리를 포함한 헌법 권리들을 표현하는 중심에 집(home)이 있다.

강제의²⁵⁵⁾ 경우 예외로 본다.

또한 경찰관 직무집행법제7조(위험 방지를 위한 출입) 제1항에 ‘경찰관은 제5조제1항·제2항 및 제6조에 따른 위험한 사태가 발생하여 사람의 생명·신체 또는 재산에 대한 위해가 임박한 때에 그 위해를 방지하거나 피해자를 구조하기 위하여 부득이하다고 인정하면 합리적으로 판단하여 필요한 한도에서 다른 사람의 토지·건물·배 또는 차에 출입할 수 있다.’고 명시하고 있다.

그러나 우선 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제42조와 경찰관 직무집행법제7조가 법률상의 효력을 발생하기 위해서는 그 요건이 갖추어져야 할 것이다. 결핵의 경우 사안이 급박하다거나, 목적을 이를 다른 수단이 없다거나 하는 것은 아니고, 주거의 경우 새로운 위험에 급박하게 노출될 공중(公衆)이 있는 것도 아니다. 따라서 행정상 즉시강제의 경우로 간주하여 주거에 진입, 동행을²⁵⁶⁾ 명하는 것은 환자 개인의 기본권 침해일 뿐 아니라 동거하는 가족의 행복추구²⁵⁷⁾와 주거의 평온과 불가침²⁵⁸⁾이라는 기본권을 제한할 수 있는 국가안전보장, 질서유지, 공공복리를 위하여 필요한 경우라고 볼 수 없다. 이러한 논지에 따른다고 보면, 해당 조항에서 결핵을 삭제하거나, 헌법 제37조 제 2항에²⁵⁹⁾ 따른 사후의 적법절차를 법률에 명시하여야 한다.

255) 권영성, 전게서, 459쪽 다수설인 절충설이 타당하다고 본다.

256) 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제42조의 해당공무원의 자격 또한 문제가 된다. 의료법상 진찰은 의사만 할 수 있도록 되어 있다.

257) 대한민국헌법 제10조

모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며, 행복을 추구할 권리를 가진다. 국가는 개인이 가지는 불가침의 기본적 인권을 확인하고 이를 보장할 의무를 진다.

258) 대한민국헌법 제16조 모든 국민은 주거의 자유를 침해받지 아니한다.

259) 성낙인, 전게서, 1218쪽

대한민국헌법 제37조

②국민의 모든 자유와 권리는 국가안전보장·질서유지 또는 공공복리를 위하여 필요한 경우에 한하여 법률로써 제한할 수 있으며, 제한하는 경우에도 자유와 권리의 본질적인 내용을 침해할 수 없다.

5.2.2. 1차 의료기관의 결핵환자 발견 및 신고 향상

공공 민간부분의 신고 기관별 2001-2014년 결핵환자 신환수를 살펴보면 총 신고 인원은 큰 변동이 없는 가운데 보건소 신고인원이 2001년 비교 2014년에 15,728명에서 2,994명으로 현격히 감소하였고, 이에 비례하여 민간의료기관의 신고인원이 18,395명에서 27,502명으로 증가하였다.

그런데 민간의료기관 중 1차 의료기관인 의원급은 점차 감소하는 추세이고, 병원은 일정범위 내에서 큰 변동이 없는 수치를 보이나 종합병원급에서 만 11,724명에서 27,502명으로 현격한 증가를 보이고 이 수치는 총 신고 인원 중 79%를 차지하는 것으로, 민간의료기관 신고수의 86%에 달한다. 이는 2001년의 34%와 63%에 비해 큰 폭의 증가를 보이고 있는 것이다.

결국 1차 의료기관의 역할을 하는 공공 기관인 보건소의 환자신고가 1차 의료기관인 의원급으로 이동하지 않고 수치상으로만 본다면 종합병원 급으로 이동한 것으로 보이는데, 이러한 원인에 대하여 PPM사업 이외의 내부적 원인들이 있는지에 대한 깊이 있는 연구가 수행되어야 할 것으로 보인다.

이러한 결과의 원인으로 우선 PPM사업의 활성화로 인한 것이 가능성이 있기는 하다. 그러나 기본적으로 초기 결핵의 증상이면 의료의 접근성에 따라 의원급 의료기관을 통하여 진료가 이루어지는 것이 대체적인 경우다. 그럼에도 불구하고 상급기관의 결핵 신고률이 월등히 높다는 것은 결국 1차 의료기관에서 결핵이 진단되지 못한 상태에서 보존적 치료를 받다가 증상 악화로 인하여 전원, 의뢰되어 결핵을 진단받게 되었을 가능성이 있다는 것을 의미한다.

그렇다면 지금 현재에도 잠복감염의 경우를 포함하여 일정 증상이 뚜렷하지 않은 경우 1차 의료기관인 의원급에서 진단되지 않은 채로 일정 수 이상의 결핵환자가 계속 감염상태로 지내고 있을 가능성이 있다.

이와 관련하여 호흡기감염이나 요로감염에 사용되는 퀴놀론계(Quinolones)

항생제의 항균효과에²⁶⁰⁾ 의해 결핵의 활성도가 저하된 상태로 잠복된 환자가 있을 가능성이 일정 부분 있을 수도 있다. 특히 우선은 호흡기 감염이나 요로 감염과 관련하여 퀴놀론계를 사용한 1차 의료기관 내원 환자를 대상으로 한 결핵 유병률 조사가 필요할 것으로 보인다. 이 부분에 대한 표본조사 및 구체적인 연구가 결핵퇴치를 위한 장기적 관점에서 요구된다.

5.2.3. 요양급여비용 심사 및 지급 정지 조항의 개정

앞서 살펴본바와 같이, 결핵환자의 신고와 관련된 조항들이 자세히 살펴보면 법률조항이 명확하지 않고 국내 임상의학의 수준을 합리적이고 과학적으로 수용할 만한 규정체계를 갖추지 못한 상태에서 ‘지체없이’ 신고하지 않으면 과해지는 제8조의2 요양급여비용 심사 등의 정지 요청은 결핵관리에 있어 공공민간협력의 목적과 방향에 배치되는 조항이다.

요양급여지불의 정지와 관련하여 결핵예방법은 제8조의2(요양급여비용 심사 등의 정지 요청) 제1항에 ‘보건복지부장관은 의사 또는 의료기관의 장이 제8조에 따른 신고를 하지 아니하는 경우에는 그 의사 또는 의료기관의 장이 신고할 때까지 「국민건강보험법」에 따른 건강보험심사평가원 및 국민건강보험공단에게 「국민건강보험법」 제47조에 따른 요양급여비용에 관한 심사 및 지급을 정지할 것을 요청하여 결핵환자등과 잠복결핵감염자에 대하여 제20조에 따른 결핵 치료에 드는 비용 지원을 보류할 수 있다. ② 제1항에 따른 요청을 받은 자는 정당한 사유가 없으면 이에 따라야 한다.’ 라고 규정하고 있다.

260) 박재석 외, 전게서, 53쪽 7. 퀴놀론 참조

류우진 외, 결핵 진료 지침(서울:결핵지침개정위원회, 2005), 99-100쪽, 2) 2차 항결핵제, 3) 기타 항결핵제 참조.

심태선 외, 활동성 결핵 환자에서 퀴놀론 항생제의 사용 현황 및 치료효과(대한결핵 및 호흡기학회, 2012), 제114차 대한결핵 및 호흡기학회 추계학술대회 TP-65

그러나 실제로 국민건강보험법 제47조의2(요양급여비용의 지급 보류)에는 ‘「의료법」 제33조제2항 또는 「약사법」 제20조제1항을 위반’ 한 경우를 제외하고는 요양급여의 지급을 정지하는 조항이나 규정이 없다. 또한 이 규정도 요양급여비용의 지급 보류에 관한 것일 뿐으로, 보류된 급여에 대해서도 제2항과 제3항에서 각각 지급 보류 전에 의견 제출 기회를 주고, 지급보류의 사유가 해소되면 이자를 가산하여 지급하도록 규정하고 있다²⁶¹⁾.

결핵예방법상에는 이러한 지급정지 혹은 보류 뿐 아니라, 급여의 심사를 정지할 것을 요청할 수 있도록 하고 있다. 이는 의료기관의 재정적 여건을 압박함으로써 신고를 간접 강제하겠다는 것을 의미한다.²⁶²⁾ 이미 제7조(결핵관리사업 등)제3항에서²⁶³⁾ 보건복지부장관이 의료기관의 모든 자료를 제출 받을 권한을 갖고 있으며, 결핵예방법 제8조(의료기관 등의 신고의무) 제1항에서 ‘의사 및 그 밖의 의료기관 종사자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 지체 없이 소속된 의료기관의 장에게 보고하여야 한다.’ 라고 하여 신고를 강제하고 있다. 또한 결핵신고와 관련하여 제33조(벌칙)에²⁶⁴⁾ 따른 벌칙

261) 국민건강보험법

② 공단은 제1항에 따라 요양급여비용의 지급을 보류하기 전에 해당 요양기관에 의견 제출의 기회를 주어야 한다.

③ 법원의 무죄 판결이 확정되는 등 대통령령으로 정하는 사유로 제1항에 따른 요양기관이 「의료법」 제33조제2항 또는 「약사법」 제20조제1항을 위반한 혐의가 입증되지 아니한 경우에는 공단은 지급 보류된 요양급여비용에 지급 보류된 기간 동안의 이자를 가산하여 해당 요양기관에 지급하여야 한다.

262) 결핵예방법_법률 제12358호_입법경과 내용

신고의무 위반 시 현행 벌칙은 이 법 제33조의 규정에 의하여 ‘500만 원 이하의 벌금’ 이 부과되고 있어서 그 실효성이 적다는 점을 감안하면 개정안과 같이 ‘결핵환자 등 및 잠복결핵감염자의 치료에 드는 비용 지원’ 을 잠정적으로 중단함으로써 의사 또는 의료기관의 장의 신고율을 제고할 필요성이 크다고 봄.

263) 결핵예방법 제7조 제3항

‘보건복지부장관은 결핵환자를 진단·치료하는 의료인 또는 의료기관 및 검사기관, 관계중앙행정기관의 장, 「국민건강보험법」에 따른 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원, 통계청 및 그 밖에 결핵에 관한 사업을 하는 법인·기관·단체의 장에게 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 결핵관리사업에 필요한 자료의 제출을 요청할 수 있다. 이 경우 자료 제출을 요구받은 자는 정당한 사유가 없는 한 이에 따라야 한다.’

264) 결핵예방법 제33조 ‘다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 500만 원 이하의 벌금에 처한다. 1. 제8조제1항부터 제3항에 따른 보고 또는 신고의무를 위반한 자 ‘

조항을 두고 있다는 점에서 요양급여비용 심사 및 지급 정지는 과잉입법이라고 생각된다.

이러한 건강보험 요양급여비용 심사 및 지급 정지는 결핵환자의 의료에 대한 권리의 간접적인 침해로 간주될 수도 있다. 결핵관리에 있어 국민의 건강권 및 의료에 대한 권리의 보호 주체는 국가이지 의료기관이 아니기 때문이다. 의료급여법에 따른 환자는 별론하고, 특히 국민건강보험법의 가입자로서나 피부양자로서 결격사유가 없는 국민은 당연히 본인에게 이루어진 의료기관의 실제적 의료행위에 대하여 국민건강보험법상의 지급기관인 국민건강보험공단에 대하여 채권을 가진다고 볼 수도 있다. 따라서 이러한 지급의 정지나 보류를 통한 잠재적 기본권의 침해가능성과 권리의 침해는 개정을 통하여 해소되어야 한다고 본다.



5.3. 격리치료와 면회제한 조항의 문제점과 개선방향

5.3.1. 격리대상 결핵환자에 대한 인권적 접근

감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제41조(감염병환자등의 관리)에서 ‘① 감염병 중 특히 전파 위험이 높은 감염병으로서 보건복지부장관이 고시한 감염병에 걸린 감염병환자등은 감염병 관리기관에서 입원치료를 받아야 한다²⁶⁵⁾.’ 라고 하고 있다. 제42조(감염병에 관한 강제처분)에서는 ‘그 진찰 결과 감염병환자등으로 인정될 때에는 동행하여 치료받게 하거나 입원시킬 수

265) 2015 국가결핵사업, 100쪽,

1) 입원·격리치료명령 대상자

가) 다제내성(광범위약제내성 포함) 전염성 호흡기 결핵환자

나) 치료 비순응 환자

다) 이 외에 시·도지사 또는 시장·군수·구청장이 필요하다고 인정할 때

있다.’ 라고 하여 보건복지 당국이 입원치료를 명령할 수 있도록 되어 있다.

결핵은 제3종 감염병으로 제41조 제1항에 따른 지정 감염병이며, 제42조 강제처분의 대상이 되는 감염병이다. 이에 따라 자가 격리 혹은 치료 혹은 입원 치료를 하도록 하고 제41조 제1항과 제42조를 위반하는 경우 벌금에 처하도록 규정하고 있다²⁶⁶⁾.

그러나 법률조항을 구체적으로 살펴보면, 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제41조 제3항의 경우는 결핵에는 적용될 필요가 없는 조항이다. 조항의 내용이 감염병 전반에 걸쳐 적용할 것을 규정하고 있는 듯하나, 결핵의 경우 본 논문의 전반에서 살펴보았듯이 의학적으로 사전격리조치 즉 검역이(quarantine)이 필요한 감염병에 속하지 않는다고 보는 것이 옳을 것이다.

또한 외국의 사례에서도 접촉자에 대한 일반검진의 권고가 있을 뿐이고, 결핵환자 접촉자에 대한 입원치료를 규정하는 조항은 찾을 수가 없다. 감염병 관리에 있어 법률상 일반조항과 특별조항이 명확히 정리되어야 할 필요가 있다. 또한 제41조 제3항의 ‘자가(自家) 또는 감염병 관리 시설에서 치료’도 법률상 ‘자가격리치료 또는 감염병관리 시설에서 격리치료’라고 하여 의미를 명확히 할 필요가 있다.

다음으로 제42조와 관련하여, 결핵감염의 진단이나 확진은²⁶⁷⁾ 단순히 진찰로 할 수 있는 것이 아니고, 의학적 기준에 합당한 근거에 의해 이루어지는 것이며, 결핵이 공중보건의 재난을 유발할 개연성 있는 감염병이 아니므로, 제 42조의 조항을 결핵관리에 적용하는 것은 합리적이지 못하다. 결핵과 관련하여 이러한 조항의 시행이 공공의 이익에 특별히 기여하는 바도 없고, 오히

266) 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제80조(벌칙) 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 300만원 이하의 벌금에 처한다. 2. 제41조제1항을 위반하여 입원치료를 받지 아니하거나 같은 조 제2항 및 제3항을 위반하여 입원 또는 치료를 거부한 자, 3. 제42조에 따른 강제처분에 따르지 아니한 자

267) 본 논문의 ‘결핵의 진단 및 치료과정’에서 살펴본 바처럼, 결핵환자 중 격리대상은 AFB 도말양성 및 TB-PCR양성인 경우이며, 치료대상은 1. 격리대상과 2. AFB 음성 및 TB-PCR양성, 3. 임상적으로는 결핵이 의심되나 AFB 도말음성 및 TB-PCR 음성인 경우이다.

러 개인의 기본권침해 가능성만 있다. 따라서 결핵은 제42조 제1항의 3에서 배제하는 것이 타당하다. 결핵예방법이 별도로 있어 결핵과 관련한 특별법 효력을 더 강하게 드러내고 있기는 하지만, 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률의 각 조항들내에 결핵이 그 효력의 대상이 되는 질병으로 제시되고 있기 때문에 이러한 내용은 차후 개정의 필요성이 있다.

감염병에 있어 격리라는 법률적 강제 수단을 동원할 때는 또한 인권과 기본권, 국가개입의 적법성, 안전과 자유의 적절한 균형을 기초로 하여 정당한 근거위에서 시행되어야 한다. 이는 의학적 격리와 다른 것이다. 앞선 장에서 설명한 의학적 격리의 필요성은 감염병과 관련된 의학적 치료과정의 일부로서 이루어지는 격리의 개념이고 의학적으로 강제할 수 있는 의료인의 권한은 없다. 충분한 설명과 이에 대한 동의를 통하여 자발적인 협조에 기초해 이루어지는 격리인 것이다.

그러나 이러한 의학적이고 개별적인 격리의 범위를 넘어서는 감염성 질병과 관련된 환자의 강제적인 격리는 사전예방의 원칙에 기초해서 이루어져야 하는데, 사전예방의 원칙은 투명성을²⁶⁸⁾ 전제로 한다. 공중보건의 위기에서 사전예방의 원칙에 따른 강제력을 사용할 수 있는 경우는 공중보건의 위기를 해결할 과학적 방법을 갖고 있지 못하는 경우와 과학적 방법이 없는 경우로 나누어진다. 과학적으로 설명할 수 있는 수단과 내용이 존재하지 않음에도 불구하고, 닥쳐오는 사회에 대한 위험과 그 결과의 가능성이 지대한 경우, 이러한 상황에서 국가는 국민을 보호하기 위해 사전예방의 원칙을 기본권제한의 방법으로 사용할 개입가능성을 갖게 되는 것이다.

그러나 결핵이라는 질병이 해결되지 않는 국가의 과제로서 국민에게 위협한 감염병임에는 틀림없으나 공중보건의 위기를 야기할 정도의 긴박성을 지닌 관

268) Lawrence O. Gostin, 전거서, 70쪽

Transparency, literally truthfulness and openness to view, has no fixed meaning, but most definitions include the following overlapping features: open governance, free flow of information, civic participation, and public accountability

리대상인지는 앞서 기술한 여러 내용들을 고려하여 의문이 든다. 우선 만성 감염병으로 분류되어 있고, 감염자와의 접촉을 통해 실제 감염에 이르는 정도가 메르스나 사스 등 호흡기 바이러스 감염병에 비해 낮은 편이며, 치사율 또한 높지 않다. 따라서 결핵은 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제34조의 재난상황을 유발할 수 있는 감염병 관리의 대상이 되지 않는다고 보는 것이 합당하다. 즉 사전예방의 원칙을 적용할 대상은 아니다.

이러한 상황에서 장기간의 질병감시대상이 된다는 사실은 기본권이나 인권 침해에 대한 감수성을 자극하게 된다. 또한 비순응 환자의 경우에서처럼 비협조적이 될 가능성이 있다. 이로 인한 결핵치료의 실패는 다시 전염성 있는 재발로 이어지고, 다제내성 결핵으로 이행할 가능성이 있다.

결핵예방법에서는 결핵치료의 실패가 ‘개인적·사회적 피해를’ 일으키는 사회의 위해요소가 되는 것으로 간주하고 이러한 비협조적인 환자에 대한 격리를 입법으로 해결하기 위하여, 결핵예방법 제15조(입원명령)에 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 결핵환자에게 입원명령과 이러한 명령에 불응하는 경우 제15조의2(입원명령거부자 등에 대한 조치)에 따라 경찰력의 협조를 통하여 해결할 수 있다고 하고 있다.

그러나 결국 이러한 강제조항들은 질병에 대한 퇴치를 목적으로 할 뿐으로, ‘국민의 건강증진에 이바지함’이라는 결핵예방법의 본질적인 목적의 수단으로 선택된, ‘결핵환자에 대한 적절한 의료’의 본질을 침해하게 되는 상황을 야기하여, 오히려 법률의 목적을 달성하는 데 지장을 가져 올 수 있을 뿐 아니라, 헌법에 보장된 기본권과 인권 침해의 요소를 가지게 된다.

5.3.2. 적법절차에 따른 격리치료명령의 시행

법안의 신설에 있어 입안부터 개정안 통과에 이르기까지 제15조의2(입원명령 거부자 등에 대한 조치)의 내용에 대한 헌법 제12조 제1항 위반이나 인권 침해의 소지에 대한 검토를 찾아보기 힘들고, 외국 입법례에 대한 검토 또한 명확히 드러나 있지 않다.²⁶⁹⁾

이와 더불어 어떠한 사유로 재난상황의 요건을²⁷⁰⁾ 갖추지 않았고, 통상 이루어지는 경찰관 직무의 범위라고²⁷¹⁾ 보기에 불명확한 사안임에도 시·도지사 또는 시장·군수·구청장이 격리치료를 명할 경우, 경찰력을 동원할 수 있다고 규정하고 있는 조항의 법률적 타당성에 대한 검토도 제시되고 있지 않다. 기존의 법률로는 전염병관리의 실효성이 없다는 것이 신설의 이유로 제시된

269) 대한민국국회도서관 법률쟁점서비스

검토보고서_김명연의원 대표발의안(2013.6) 1904931

제316회 국회(임시회) 보건복지위원회 제1차 전체회의 회의록(2013.6.17)

제321회 국회(임시회) 보건복지위원회 법안심사소위원회 제2차 회의록(2013.12.19)

제321회 국회(임시회) 보건복지위원회 제2차 전체회의 회의록(2013.12.20)

제321회 국회(임시회) 법제사법위원회 제6차 전체회의 회의록(2013.12.20)

제321회 국회(임시회) 제3차 본회의 회의록(2013.12.31.)

체제자구 검토보고서

심사보고서_김명연의원 대표발의안(2014.12) 1904931

270) 재난 및 안전관리 기본법 제3조(정의) 1 나. 사회재난 중, 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 감염병 또는 「가축전염병예방법」에 따른 가축전염병의 확산 등으로 인한 피해 이 법에 따르면 ‘확산 등으로 인한 피해’를 사회재난의 요건으로 한다.

271) 경찰관직무 집행법 제2조(직무의 범위) 중 1. 국민의 생명·신체 및 재산의 보호 및 7. 그 밖에 공공의 안녕과 질서 유지를 적용한다고 하여도 제1조(목적)에 규정된 ‘② 이 법에 규정된 경찰관의 직권은 그 직무 수행에 필요한 최소한도에서 행사되어야 하며 남용되어서는 아니 된다.’고 한 입법목적에도 합당하지 않다.

경찰관직무 집행법

제2조(직무의 범위) 경찰관은 다음 각 호의 직무를 수행한다.

1. 국민의 생명·신체 및 재산의 보호

2. 범죄의 예방·진압 및 수사

3. 경비, 주요 인사(人士) 경호 및 대간첩·대테러 작전 수행

4. 치안정보의 수집·작성 및 배포

5. 교통 단속과 교통 위해(危害)의 방지

6. 외국 정부기관 및 국제기구와의 국제협력

7. 그 밖에 공공의 안녕과 질서 유지

내용이다.²⁷²⁾

결핵예방법상의 입원치료 등은 감염병환자 등의 의사에 반하여 강제로 신체적 거동을 제한하는 것으로서 그 목적이나 동기와 관계없이 인신구속에 해당한다²⁷³⁾. 특히 결핵예방법 제15조의2(입원명령거부자 등에 대한 조치)는 당연히 할 뿐 아니라, 제15조(입원명령) 또한 일반적으로 의사가 입원치료를 권고하였음에도 협조하지 않아 이루어지는 행정명령일 것이므로 직접강제에 해당할 것이다²⁷⁴⁾.

우리 헌법은 이러한 신체의 자유에 대한 침해로부터 그 기본권을 보장하기 위해 대륙법계에서 볼 수 있는 법치주의(실체적 보장)와²⁷⁵⁾ 영미법계에서 볼 수 있는 적법절차(절차적 보장)를 명시하고 있다²⁷⁶⁾. 실체적 보장과 관련하여

272) 대한민국국회도서관 법률쟁점서비스결핵예방법_법률 제12358호_입법경과

우리나라 인구 10만 명 당 결핵발생률(12.7명)과 사망률(0.8명)이 OECD 회원국 중 1위를 차지하고 있음에도, 국민의 경각심이 낮아 효율적인 결핵관리가 이루어지지 않고 결핵퇴치에 어려움을 겪고 있음

-또한, 결핵환자의 입원명령 거부에 대한 현행 벌칙도 이 법 제33조의 규정에 의하여 ‘500 만원 이하의 벌금 부과’ 로 규정되어 있어 그 실효성이 적음

-이에 개정안과 같이 결핵환자가 입원명령을 거부하거나 입원치료 중 임의 퇴원, 치료중단, 무단외출 등으로 공중에 결핵을 전파시킬 우려가 있는 경우, 의료기관에 격리치료를 명할 수 있도록 함으로써 공중에 대한 전염위험을 해소할 필요성이 있다고 봄(보건복지부도 같은 의견임)

273) 하명호, 전제서, 43쪽

274) 하명호, 전제서, 22쪽

이는 자유로운 의사에 반하여 신체적 거동이 제한되고 있다면 명령의 여하를 불문하고 구제의 대상이 되는 체포, 구속에 해당된다. 인신보호법 제2조 제1항 본문에는 ‘수용·보호 또는 감금’을 예시하고 있고, 일본 인신보호 규칙 제3조에서는 ‘체포, 억류, 구금’을 예시하고 있다.

275) 권영성, 전제서, 416쪽 IV 신체의 자유의 실체적 보장

권영성, 전제서, 421쪽 V 신체의 자유의 절차적 보장

276) Melisa L. Thombley, JD, MPH., Daniel D. Stier, JD., Menu of Suggested Provisions for State Tuberculosis Prevention and Control Laws(CDC,2010),54쪽

VI. Protection of Individual Rights A. Due Process

The due process clause of the Fourteenth Amendment to the U.S. Constitution prohibits state governments from depriving individuals of life, liberty, or property without due process of law. Due process has both substantive and procedural components. “Substantive due process” generally requires the government to have adequate justification for implementing laws or taking other official actions that deprive individuals of life, liberty, or property. “Procedural due process” requires the government to use fair and reasonable

결핵예방법상의 강제 격리치료와 경찰력 동원은 비례의 원칙 내지 과잉금지의 원칙에 위배된다.

우선 입원명령은 제외하도록 하고, 격리는 타인에 대한 위해의 가능성이 명백해야 하는데 결핵이라는 만성 감염병의 특성을 고려할 때²⁷⁷⁾, 입원명령의 거부로서 타인에 대한 위해나 공공보건에 대한 침해가 즉시 발생한다고 볼 수 없다. 이는 본 논문의 전반에서 결핵의 의학적 특성을 살펴보았던 결핵의 역학적 특성을 고려하고, 현재 질병관리본부에서 제시하고 있는 전염성 결핵 환자의 전염력²⁷⁸⁾을 참고할 때 과한 면이 있다.

또한 격리입원명령을 넘어서 치료를 명하는 경우 의료기관은 당연히 치료에 임해야할 의무가 있다고 하겠으나 이는 어디까지나 환자의 동의를 전제로 의료적 수단을 취할 수 있다는 데 머무는 것이지, 치료를 실제로 의료기관이나 의사가 강제할 수 있다는 것은 아니다. 따라서 치료를 명령하여 그 목적을 달성하도록 강제해서는 안된다.

절차적으로 보면 격리치료와 관련된 적법절차에 대한 명확한 규정이 없다. 입원명령과 관련하여 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙 [별지 제22호서식] 입원치료 통지서를²⁷⁹⁾ 살펴보더라도, 통상 행정처분이나 명령에서

procedures when restraining a person's liberty.

277) 치료기간이 장기간이고, 재발율이 높다. 따라서 환자의 자발적인 협조와 국가의 적극적인 배려와 사회경제적 지원이 없으면, 결핵은 수많은 환자를 격리의 대상으로 내 몰 것이고, 또한 결핵환자라는 이유로 범법자가 되는 상황의 차별을 야기 할 수도 있다.

Melisa L. Thombley, JD, MPH., Daniel D. Stier, JD., Menu of Suggested Provisions for State Tuberculosis Prevention and Control Laws(CDC,2010),41쪽 D. Isolation Individuals who are latently infected with TB pose no risk of transmission; therefore, quarantine is not an appropriate disease control measure for TB.

278) 질병관리본부 홈페이지 '결핵환자 입원·격리치료명령 지원사업' 에서 '치료받지 않은 전염성 결핵환자 1명이 1년 동안 10명 이상을 감염시키므로 타인의 결핵균 전파를 방지하기 위해 전염력을 갖는 기간 동안 격리가 필요합니다.' 라는 내용을 볼 때 격리의 의학적 필요성은 인정되고 입원을 권고하거나 명령하는 데에 이를 수는 있다하겠으나 입원명령의 거부를 즉시 강제 격리 치료하도록 규정하는 것은 과잉입법이다.

279) 대상 환자의 이름, 주민등록번호와 입원일, 기간, 장소를 명기하고 하단에 다음의 내용이 있는 것으로 가름하고 있다.

내용은 위 사람은 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제41조 및 제43조에 따라 입원 및 치료가 필요하여 입원치료됨을 통지합니다.

제시해야할 명확한 사유나 근거를 제시하고 있지 않다.

격리치료명령이 형사상 수사기관의 체포나 구속에 해당하지는 않는다하더라도, 사실상 인신보호법 제2조의 제1항의 ‘의료시설’로의 강제적 인신구속으로 해석된다고 본다면 명칭은 별론 하고, 인신을 구속하는데 있어 최소한 구속영장의 기재내용에²⁸⁰⁾ 상응하는 정도의 제시는 있어야 할 것이다.

이와 더불어 인신구속의 최소한의 구제에 대한 절차나 규정이 법률상에 제시되고 있지 못한 점도 적법절차의 원칙을 위배하는 것이다²⁸¹⁾. 결핵예방법상에 구제절차가 없으므로 인신보호법 제3조(구제청구)에 따라 구제청구를 할 수 있을 것으로 고려되나, 결핵예방법상에 인신보호법 제3조의 2(구제청구의 고지 등)에 규정된 수용자인 의료기관의 피수용자에 대한 고지의무를 명확히 하고 있지 않다. 따라서 격리치료명령에 따라 강제 입원된 환자가 구제의 청구를 실제로 보장받을 수 있을지 의문이 제기된다.

또한 수용자로 볼 수 있는 의료기관이 결핵예방법상의 명령행위의 주체가 되는 것도 아니고, 따라서 구제의 실효를 위해서는 명령행위 당사자에게 구제의 청구를 구하여야 할 것인데 이 부분에 대해서도 명확히 할 필요성이 있다.

국가인권위원회법을 통한 구제의 절차도 고려해 볼 수 있겠으나 제2조(정의) 2. ‘구금·보호시설’ 중 ‘마’의 대통령령으로 정하는 바에 따르면 의료

※ 입원치료에 따르지 않으면 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제80조제2호에 따라 300만원 이하의 벌금형에 처할 수 있습니다.

280) 형사소송법 제75조(구속영장의 방식) ① 구속영장에는 피고인의 성명, 주거, 죄명, 공소사실의 요지, 인치 구금할 장소, 발부년월일, 그 유효기간과 그 기간을 경과하면 집행에 착수하지 못하며 영장을 반환하여야 할 취지를 기재하고 재판장 또는 수명법관이 서명날인하여야 한다.

구속영장의 기재내용을 참고하여 입원명령의 내용을 살펴본다면, 명령의 명확한 법적 근거와(결핵예방법) 의학적 근거(검사결과)및 격리치료명령이 내려지게 된 구체적 사유를 제시해야 한다.

281) 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행령 [별표 2] 자가치료 및 입원치료의 방법 및 절차 등(제23조 관련)에서도 환자의 권리에 대한 조항이나 내용은 전혀 없으며, 특히 결핵의 특성을 고려한 내용과는 동떨어진다. 결핵이 접촉자 사전격리인 검역의 필요성이나 효과가 없다고 할 수 있는 만성감염병임에도 불구하고, 그 내용인 ‘마지막 접촉 시점부터 해당 감염병의 최대 잠복기간까지로 한다.’는 자가격리기간을 설정하는 것은 대단히 불합리하다.

기관은 시행령 상 제2조(다수인 보호시설)에 속하지 않는다²⁸²⁾. 그러나 국가인권위원회의 업무와 관련하여 제19조(업무)에²⁸³⁾ 따르면 결핵환자의 강제 격리치료명령과 경찰력 사용의 조항은 국가인권위원회의 소관업무로 볼 수 있다.

미국의 경우 주의 법률로서 이러한 적법절차를 규정하고 있거나 법원의 검토나 판결을 통하여 이를 확인하고 있다. 우선 활동성 결핵이 확인되었거나, 활동성 결핵이 있다고 믿을 만한 합리적인 근거가 있는 결핵환자가 공중보건 일반이나 특정한 사람에게 위험을 발생시킬 수 있는 경우, 이를 보호할 필요가 있다고 간주하고 명령을 내릴 수 있으며, 이 명령의 강제를 법원에 청구할 수 있다. 이 명령은 반드시 서면으로 이루어져야 하고, 권한이 있는 보건당국자는 대상이 1. 활동성 결핵환자인지, 2. 환자가 (결핵관리와 관련된) 법률적 규정을 위반하였는지 이 규정이 적법한 보건당국자에 의해 이루어진 것인지, 환자가 다른 사람들을 긴급한 감염의 위험에 노출시키는 실제적인 위험을 제공하고 있는 지를 고려하여야 한다. 모든 명령에는 1. 환자의 이름, 2. 초기 격리기간(6개월을 초과할 수 없다.) 3. 격리의 장소, 4. 이유나 요건을 명시하고²⁸⁴⁾, 구금명령의 철회 요청에 대한 권리와 법원이 구금의 계속을 인정하지

282) 국가인권위원회법 시행령 제2조(다수인 보호시설)에 속하는 의료기관은 「정신보건법」 제3조제3호부터 제5호까지의 규정에 따른 정신의료기관(수용시설을 갖추고 있는 것만 해당한다), 정신질환자사회복지시설 및 정신요양시설 ‘로만 규정되어 있다.

283) 국가인권위원회법 제19조(업무) 위원회는 다음 각 호의 업무를 수행한다.

1. 인권에 관한 법령(입법과정 중에 있는 법령안을 포함한다)·제도·정책·관행의 조사와 연구 및 그 개선이 필요한 사항에 관한 권고 또는 의견의 표명
2. 인권침해행위에 대한 조사와 구제
3. 차별행위에 대한 조사와 구제
4. 인권상황에 대한 실태 조사
5. 인권에 관한 교육 및 홍보
6. 인권침해의 유형, 판단 기준 및 그 예방 조치 등에 관한 지침의 제시 및 권고
7. 국제인권조약 가입 및 그 조약의 이행에 관한 연구와 권고 또는 의견의 표명
8. 인권의 옹호와 신장을 위하여 활동하는 단체 및 개인과의 협력
9. 인권과 관련된 국제기구 및 외국 인권기구와의 교류·협력
10. 그 밖에 인권의 보장과 향상을 위하여 필요하다고 인정하는 사항

284) City of Newark v. J.S., 652 A.2d 265 (N.J. Super. Ct. Law Div. 1993). 환자가

않는 경우 5일 이상 구금할 수 없다는 사실을 고지하여야 한다²⁸⁵⁾. 또한, 첫 명령의 통보로 이루어진 구금이 종결되는 일자에 결핵의 활동성에 대해 재판정(reexamination)이 이루어져야 한다. 이상과 같은 내용으로 활동성 결핵환자에 대한 격리의 절차가 이루어지는데²⁸⁶⁾, 긴급 구금(emergency detention)의 경우 긴급구금관련 법률(emergency detention laws)에 따라 법원의 사전 명령(prior court order)이나 청문(hearing)없이 구금이 가능하지만 대상 환자가 요청하거나 법률상 명기되어 있는 경우, 첫 구금으로부터 일정 시간 내에 청문을 실시하여야 한다²⁸⁷⁾.

active TB환자이고, 공중을 위협에 처하게 할 수 있다는 Clear and convincing evidence를 입증하였으므로 구금이 타당하다는 판결을 법원이 하였는데, 법원은 환자가 주거가 없으며(homeless), 환자나 변호인이 병원 이외의 덜 제한적인 환자격리의 거소를 제시하지 못하였으므로 병원에 격리되어야 한다고 결정하였다.

State v. Snow, 324 S.W.2d 532, 230 Ark. 746 (Ark. 1959).

보건당국이 요양소에 격리를 청구하여 1심에서(probate court) 기각된 사안의 2심에서 법원은 보건당국이 환자를 요양소에 격리시키기 위하는데 필요한 다음과 같은 사유의 sufficient and competent evidence를 입증하는데 실패하였다는 이유로 1심이 판결한 내용을 지지하였다. 1. 전염 혹은 감염기의 결핵이라는 것, 2. 현재의 상황이 적절한 격리를 위해 적합하지 않다는 것, 3. 타인에 대한 위협이 있다는 것, 4. 반드시 요양소에 가야한다는 것.

285) City of New York v. Doe, 205 A.D.2d 469, 614 N.Y.S.2d 8 (N.Y. App. Div.,1 Dept.1994).

MDR-TB인 여성환자가 자신의 구금연장에 대하여 법원에 소를 제기한 내용에 대하여, 이러한 연장의 타당성이 “Clear and convincing evidence of respondent’s inability”하게 입증되었다며 기각하고 있는데 그 입증의 근거로 1. history of drug abuse, 2. unstable or uncertain housing accommodations, 3. apparent inability as demonstrated by her own testimony, to understand the nature and seriousness of her condition, 4. refusal to cooperate with petitioner's repeated efforts to have her participate in voluntary forms of directly observed therapy 를 들고 있다.

286) Melisa L. Thombley, JD, MPH., Daniel D. Stier, JD., Menu of Suggested Provisions for State Tuberculosis Prevention and Control Laws(CDC,2010) 41-42 D. Isolation

287) Melisa L. Thombley, JD, MPH., Daniel D. Stier, JD., Menu of Suggested Provisions for State Tuberculosis Prevention and Control Laws(CDC,2010) 43 E.. Emergency Detention

이러한 결핵환자의 격리와 관련하여, 미국은 주 의회의 권한에 따라 입법된 다양한 기준의 법률을 근거로 한 소송과 헌법상의 권리에 대한 소송들이 있다.

Levin v. Adalberto M., 156 Cal. App. 4th 288, 67 Cal. Rptr. 3d 277 (Cal. Ct. App. 2 Dist.2007).에서는 해당 결핵환자가 구금명령을 정당화할 수 있는, 환자의 비순응이 합리적인 의심의 범위를 넘어선다는, 증명의 여부를 다룰 시민구금청문회에서 적절절차의 권리를 갖지 못했다고 판결하였다.

이상에서 살펴본 바와 같이 미국과 호주의²⁸⁸⁾ 경우 통상 결핵환자에 대한 요건을 갖춘 긴급구급의 경우는 사후, 혹은 사전에 보건당국이 법원의 판단을 요청하여야 하고, 환자가 이러한 격리에 대하여 이의가 있는 경우 법원의 판단절차를 통하여 그 절차적 정당성을 확인하는 인신구급에 대한 사법절차를 구현하고 있었다.

우리의 경우는 감염성질환에 대한 격리에 있어서 강제와 인권 침해적 요소에 대한 구제의 문제에 대한 논의가 아직 활성화되어 있지는 못하는데, 폭넓게 보건의료와 관련하여서는 정신보건법상의 강제입원에 관련하여 강제입원의 요건과 구제절차 등이 일부 다루어져 왔다. 그러나 강제격리치료라는 조항이 결핵예방법상에 존재하고 형식적으로 경찰력의 동원이 가능한 법률의 내용상 이러한 헌법에 보장된 기본권의 측면에서 보다 깊이 논의되어야 할 필요가 있다.

인신의 격리와 같은 강제집행과 관련하여 우리는 적법절차를 헌법의 기본이념으로 하고 있으므로 학설상 논의의 여지가 있기는 하지만²⁸⁹⁾, 행정상 즉시 강제를 할 때에도 행정목적 달성을 위하여 불가피하고 합리적인 이유가 있는 경우를 예외적으로 하고 영장주의가 필요할 것이다. 예외적인 경우라 하더라도 사후의 적법절차를 통하여 사전의 긴급성을 입증하여야 할 것으로 본다.²⁹⁰⁾

288) 호주건강법(Health Act 1911) Part X Tuberculosis Section 294 Proceedings on complaint(3),(4),(5)참고

(3) The application shall be made to the Magistrates Court in accordance with that court's rules of court.

289) 하명호, 전제서, 103-104쪽

행정상 강제에 대한 영장불요설, 영장필요설, 절충설이 있다.

영장주의에 대한 대법원1997.6.13.선고96다56115 판결 참고

사전영장주의는 인신보호를 위한 헌법상의 기속원리이기 때문에 인신의 자유를 제한하는 모든 국가작용의 영역에서 존중되어야 할 것이지만, 헌법 제12조 제3항 단서도 사전영장주의의 예외를 인정하고 있는 것처럼 사전영장주의를 고수하다가는 도저히 행정목적 달성을 할 수 없는 지극히 예외적인 경우에는 형사절차에서와 같은 예외가 인정된다고 할 것이므로 구법 제11조 소정의 동행보호규정은 재범의 위험성이 현저한 자를 상대로 긴급히 보호할 필요가 있는 경우에 한하여 단기간의 동행보호를 허용한 것으로서 그 요건을 엄격히 해석하는 한, 동 규정 자체가 사전영장주의를 규정한 헌법규정에 반한다고 볼 수는 없다.

290) 정신보건법 제26조(응급입원)에서는 정신질환자의 응급입원에 대한 적법절차의 내용을 명

5.3.4. 격리과정에서의 경찰협조 조항의 폐지

경찰력의 사용과 관련하여²⁹¹⁾ 제15조의2에서 입원명령거부자에 대해 시·도지사 또는 시장·군수·구청장이 경찰서장에게 이에 필요한 협조를²⁹²⁾ 요청할 수 있다고 하고 정당한 사유가 없다면 이에 따르도록 하고 있다. 국내 전체 보건의료법령 중 경찰력을 사용하도록 하고 있는 경우는 정신보건법 응급입원의 경우와 결핵예방법상 격리치료명령 협조이다²⁹³⁾.

결핵이라는 감염병이 공중보건의 목적 달성을 위한 신체의 격리의 분명하고도 납득할 만한 전제가 되지 못하기 때문에, 격리를 결핵관리에서 완전히

시하고 있다.

③정신의료기관의 장은 제1항의 규정에 의하여 입원의뢰된 자에 대하여 72시간의 범위내에서 응급입원을 시킬 수 있다.

④제3항의 규정에 의하여 입원 의뢰된 자에 대한 정신건강의학과전문의의 진단결과 자신 또는 타인을 해할 위험으로 인하여 계속입원이 필요한 때에는 제23조 내지 제25조의 규정에 의하여 입원을 시켜야 한다.

⑤정신의료기관의 장은 제4항의 규정에 의한 정신건강의학과전문의의 진단결과 계속입원이 필요하지 아니하는 경우에는 즉시 퇴원시켜야 한다.

⑥ 정신의료기관의 장은 제3항에 따른 응급입원을 시킨 때에는 당해 정신질환자의 보호의 무자 또는 보호를 하고 있는 자에 대하여 지체 없이 입원사유·기간 및 장소를 서면 또는 전자문서로 통지하여야 한다.

291) 여인석 외, 전거서, 259-264쪽

결핵예방법 제15조의 2 ②에 명시된 경찰력의 개입은 1894년 갑오개혁때 도입된 위생경찰 제도를 생각나게 한다. 위생국이 상징적인 의미에서 위생업무를 총괄하였으나, 실무적인 차원에서 위생업무를 담당했던 것이 위생경찰이었다. 주로 콜레라와 같은 감염성질환의 사무를 담당하였고, 해방이후 직제상 위생경찰은 폐지되었으나 1960년대까지도 일시적으로 위생경찰의 단속업무는 계속되었다.

292) 구체적인 경찰에 대한 협조와 절차의 실질적인 내용은 2015 국가결핵관리지침, 104쪽에 제시되어 있는데 구급차가 환자를 탑승시키고 출발할 때까지로서, 단순 명령거부나 구급차탑승거부에 대해 강제력을 발휘할 수 없다고 하고, 내용을 살펴보면 명령을 집행하는 것은 아니고 집행자인 보건담당공무원의 보호가 주요 임무에 포함되어 있다.

293) 정신보건법 응급입원의 경우에도 경찰력의 필요성을 인정하고 있으나 이 경우에도 경찰관의 동의를 요건으로하고, 당해인의 호송으로 그 경찰력을 명확히 하고 있다.

제26조(응급입원) ① 정신질환자로 추정되는 자로서 자신 또는 타인을 해할 위험이 큰 자를 발견한 자는 그 상황이 매우 급박하여 제23조 내지 제25조의 규정에 의한 입원을 시킬 수 없는 때에는 의사와 경찰관의 동의를 얻어 정신의료기관에 당해인에 대한 응급입원을 의뢰할 수 있다.

②제1항의 규정에 의하여 입원을 의뢰할 때에는 이에 동의한 경찰관 또는 소방기본법 제35조의 규정에 따른 구급대의 대원은 정신의료기관까지 당해인을 호송한다.

배제할 수는 없더라도 결핵을 법률로서 관리하고자 할 때는 역사를 통하여 반복되어온 격리의 효과와 한계를 충분히 고려해야 할 필요가 있다.

문제해결의 방안으로서 격리치료와 경찰력 강제를 명문화하는 것은 문제의 본질을 제대로 파악하지 못하고 역사를 제대로 검토하지 않은 결과라고 볼 수 밖에 없다.

비순응환자에 대한 문제점과 개선방향을 지적한 연구인 이지연의 ‘치료 비순응 환자관리의 문제점 및 향후 개선방향(국립중앙의료원 호흡기내과, 2015)’에서도²⁹⁴⁾ 2013년 7월1일부터 2014년 12월 31일 까지 총 18개월간의 비순응환자 의뢰 건을 모두 분석, 신고 건수 2022건 중 사실관계 확인 후 최종 검토대상이 된 778명에서 입원 명령 시행군과²⁹⁵⁾ 입원명령 미시행군의 치료 성공률을 검토하여 보고하였는데 각각 27.3%(48명중 6명), 43%(730명중 225명)으로 미시행군에서 치료 성공률이 높았고, 사망률은 입원 명령 시행군에서 높았다.

해당 연구는 입원 명령 시행한 환자들의 경우, 시행하지 않은 환자들에 비해 결핵치료 성공률이 유의하게 낮은 반면 사망률은 높았다고 결론을 내리고, 최종 결핵치료성과 관련된 요인으로 과거 결핵 치료 성공률이 있는 경우, 교육실시 권고 횟수가 많은 경우에 치료 성공률이 유의하게 높았고, 재발자, 공동이 있는 경우, 다제내성, 결핵신고지 수가 2곳 이상인 경우, 과거 2차 약제 사용력이 있는 경우, 비순응 관리내역 중 전화횟수가 많은 경우 치료 성공률이 유의하게 낮았다고 보고 하였다. 또한 이러한 분석과 함께 제시한 제안에서 결핵환자의 행정적 강제입원명령치료의 필요성을 제시하고 있지 않았다. 과학적, 의학적, 역학적 근거가 없이 신설된 결핵환자의 강제 입원치료

294) 대한결핵 및 호흡기 학회의 ‘2015년 민간·공공협력(PPM) 국가결핵관리사업연찬회’ 자료 중, 이지연, ‘치료 비순응 환자관리의 문제점 및 향후 개선방향(국립중앙의료원 호흡기내과, 2015)’

295) 대한결핵 및 호흡기 학회의 ‘2015년 민간·공공협력(PPM) 국가결핵관리사업연찬회’ 자료 중, 양병국, ‘국가결핵관리사업의 오늘과 내일(질병관리본부)’에서 2013년 입원명령 571건, 2014년 620건으로 보고하고 있다.

명령조항과 경찰력의 협조는 이러한 이유에서 개정 삭제되어야 할 것으로 판단된다.²⁹⁶⁾

5.3.5. 격리대상 결핵환자의 면회제한 개선

결핵예방법 제15조의3(면회제한 등)에는 ‘① 제15조의2제1항에 따라 격리치료를 하는 의료기관의 장은 격리치료 명령을 받은 결핵환자에게 결핵치료에 필요하다고 인정하는 경우에 한정하여 면회를 제한할 수 있다.’ 라고 규정하고 있다.

의학적 판단에 의하여 실제로 감염병 혹은 결핵이외에도 의료인인 의사가 면회를 제한하는 경우가 있다. 대부분의 경우는 임상의학의 과학적 사실과 임상윤리적 기준으로 통상 간주되는 해악금지의 원칙(non-maleficience)과 유익의 원칙(beneficience) 및, 환자의 자율성의(autonomy) 기초가 되는 의사능력(capacity)을 고려하여²⁹⁷⁾ 면회의 제한이 이루어진다.

정신보건법상의 정신질환자에 대한 행동제한을 제외하고, 임상 의료 기관에서는 수술직후 집중관리를 위한 중환자실 격리 중 환자 면회의 제한이 의료기

296) 기타 감염병과 관련한 입원명령의 적법성은 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률상의 해당 감염병의 종류에 따라 상이하게 판단되어야 할 것으로 보인다.

297) 벨몬트보고서(1979)는 기본적 윤리 원칙들로 인간 존중의 원칙, 선행의 원칙, 그리고 정의의 원칙을 제시하고, ‘인간 존중은 최소 두 가지의 윤리적 신념을 하나로 묶는다. 첫째 인간은 자율적 존재로 취급되어야 하며, 둘째 자율 능력이 부족한 인간은 보호를 받을 권리가 있다는 것이다. 그러므로 인간 존중의 원칙은 두 가지 서로 다른 도덕적 요구로 분리된다. 그 하나는 자율성 인정에 대한 요구이고 다른 하나는 자율성이 부족한 인간에 대한 보호의 요구이다.’ 라고 언급하고 있다. 벨몬트보고서가 인간 피험자를 포함하는 연구 윤리와 관련이 깊기는 하지만, 이 보고서가 제시하는 기본 원칙들은 기본적으로 인권과 의료에 대한 권리에 동일하게 적용될 수 있는 개념이다. 우리는 의료에 있어서, 의사능력이 구비되지 않은 이들의 의사를 대리하여 그들의 최상의 이익을 위한 선택을 할 윤리적 근거를 이 기본개념에서 획득하고, 이를 인간을 위한 하나의 권리로서 인권으로 규정지을 수 있다. 즉 의료에 있어 의사의 대리를 인정받을 권리도 하나의 인권으로 설정할 수 있게 되는 것이다.

관에서 이루어지는 가장 일반적인 면회의 제한이다²⁹⁸⁾. 이러한 경우 의학적으로 동일한 기준과 의사의 판단에 따라 관찰(investigation)의 개념으로 면회의 제한이 이루어진다.

또한 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률이나 결핵예방법의 집행과는 무관하게 의료기관에서는 환자의 질병과 상태를 의학적으로 고려하여 격리나 면회 제한 등을 시행하고 있다. 이러한 경우 그 판단의 기준은 의학적으로 이루어지고 대개 동일한 범위에서 일관성 있게 이루어지는 것이다. 서로가 목적하는 질병의 치유를 위해 가장 합당하면서, 이의 전제가 되는 의사-환자의 관계를 유지하기 위해서도 대단히 중요하다.

그러나 결핵예방법상의 면회의 제한에 있어 그 조건이 ‘제15조의2제1항에 따라 격리치료를 하는 의료기관의 장은 격리치료 명령을 받은 결핵환자’라는 요건으로 규정한다고 한다면, 동일한 질환의 상태를 보이는 결핵환자와 비교하여 형평성에 맞지 않다. 결핵이라는 만성 감염병이 최소 6개월에서 장기 수년간의 치료기간을 거쳐야 하는 과정에서 이러한 요건으로 면회를 의료기관이 제한하도록 법률상 강제한다면, 형식상 ‘의료기관의 장은’ 이라고 되어 있으나 실체적으로는 ‘의사는’의 내용으로서, 특히 결핵관리의료기관에서 이러한 면회제한의 사유로 인한 의사-환자관계의 손상과 이와 관련한 인권침해가 발생할 개연성이 충분하다.

외국의 입법이나 결핵관리의 규정에서도 면회의 제한은 찾아보기 힘들다²⁹⁹⁾. 결핵환자를 관리하고 규정하는데 있어, ‘활동성으로 현재 전염력이나

298) 정신보건법상의 면회의 제한

제45조(행동제한의 금지) ① 정신의료기관 등의 장은 정신질환자에 대하여 의료를 위하여 필요한 경우에 한하여 통신의 자유, 면회의 자유 기타 대통령령이 정하는 행동의 자유를 제한할 수 있다.

②정신의료기관 등의 장이 제1항의 행동을 제한하는 경우에는 최소한의 범위안에서 이를 행하여야 하며 그 이유를 진료기록부에 기재하여야 한다.

299) 회의록을 보면 그나마 이도 입안 당시보다는 완화된 형태로 보인다. 입안에서는 다음과 같이 ‘행동의 자유를 제한’ 하는 것으로 되어 있었다.

제321회 국회(임시회) 보건복지위원회 법안심사소위원회 제2차 회의록(2013.12.19.)

라. 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 결핵환자가 입원명령을 거부하거나 무단외출

감염력이 있느냐와 그와 관련한 여러 조건들로³⁰⁰⁾ 타인에 대한 현저한 감염가능성이 있느냐'를 제외한 나머지의 조건으로 요건을 삼아 결핵환자를 법률상 관리하는 것은 실질적인 결핵관리에 도움이 되지 않는다. 면회를 제한할 때는 또한 강제격리치료에서와 동일하게 차별에 근거하지 않은 제한의 정당성을 제시할 수 있어야 한다.

5.4. 생활보호조치 조항의 문제점과 개선방향

5.4.1. 생활보호조치 내용의 확대

제16조(입원명령 등을 받은 결핵환자 등의 생활보호)에서는 입원명령 또는 격리치료명령을 받은 결핵환자가, 의료기관에 입원·치료 중일 경우, 생계유지가 곤란하다고 인정될 때, 비용 지원 등 생활보호에 필요한 조치를 하도록 하고 있다. 입원·격리치료명령의 대상이 되는 환자는 비순응환자를 포함하여, 다제내성(광범위약제내성 포함) 전염성 호흡기 결핵환자, 기타 필요하다고 인정되는 경우까지이다. 이들 중 다시 입원명령을 3회 이상 거부하거나 입원치료 중 임의로 퇴원하거나 치료 중단 또는 무단 외출 등으로 공중에 결핵을 전파시킬 우려가 있는 환자는 격리치료명령 대상자가 된다.

법률에 따른 대상자중 결핵예방법 시행령 제5조의 2(결핵환자 등의 생활보호조치 실시 등)에서는 가계 내 소득원(所得源)이 상실된 것으로 인정되는 경우로 한정하여, 신청을 요건으로 입원 또는 격리치료 명령을 받은 기간의 범

등으로 공중(公衆)에 결핵을 전파시킬 우려가 있는 경우에는 의료기관에 격리치료를 명하여야 하며, 격리치료를 하는 의료기관의 장은 격리치료 명령을 받은 결핵환자에게 결핵 치료에 필요하다고 인정하는 경우에 한정하여 면회의 자유 등 대통령령으로 정하는 행동의 자유를 제한할 수 있도록 함(안 제15조의2 및 제15조의3 신설).

300) 노숙이나 주거불명 단체생활 등

위에서 생활보호조치가 실시되도록 규정하고 있다. 또한 유사한 보호나 지원을 받고 있는 사람에 대하여는 그 보호 또는 지원에 상당하는 생활보호조치를 제한하고 있다. 이러한 까다로운 요건으로 제공되는 지원이 대상 환자의 결핵 관리에 실질적인 도움이 될 수 있는지에 대한 검토가 필요하다고 보인다.

2013년 7월에서 2014년 12월까지 총 798명이 비순응 의뢰되었는데, 이 중 48명이 입원·격리치료명령을 받았다. 2014년 결핵환자의 현황으로 보면 전체 결핵환자 중 객담도말 양성인 환자 즉 결핵치료를 위해 입원격리가 필요한 환자 수가 2014년 만 하더라도 폐외결핵을 제외하고 폐결핵 신환자 27,906명중 10,446명이었다. 이는 10,446명이 입원격리치료가 필요하다는 것을 의미한다.

이러한 전체 전염성 결핵환자의 수에 비하여 실제로 이 조항의 적용을 받아 격리치료대상이 되어 법률에 정한 바 생활보호대상이 될 수 있는 실제 환자는 살펴보는 바와 같이 미미하다. 즉 결핵관리에 있어 이 법률 조항이 미치는 관리 효과는 높지 않을 것으로 보인다. 또한 치료기관의 입원 및 격리에 협조하여 순응하는 환자의 경우는 이 조항의 적용을 수 없다는 것은 논리적으로 모순이다.

이 조항이 결핵관리에 있어 실질적인 효과를 발휘하려면 지원의 대상과 요건을 합리적으로 개정하여야 할 것으로 보인다. 다제내성 결핵환자이면서, 전염성이 있고, 격리입원치료의 필요성이 있는 일정 소득이하 혹은 일정 수 이상의 부양가족이 있는 경우 환자에 대하여서는 입원·격리치료명령과는 무관하게 생활보호조치를 제공하여야 할 것이다.

5.4.2. 결핵환자 관리에서의 개인정보의 보호

개인정보 보호와 관련하여 결핵예방법 제16조의2(생활보호조치에 관한 조

사)를 살펴보면 제1항 ‘시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 제16조에 따른 생활보호조치의 대상임을 조사하기 위하여 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 생활보호조치를 받으려는 결핵환자와 그 부양가족에게 필요한 서류나 그 밖에 소득·재산 등에 관한 자료의 제출을 요구할 수 있다.’ 라고 하고 제2항, 제3항, 제4항에 걸쳐 그 자료의 내용을 열거하고 있다.³⁰¹⁾, 제2항에서 본인이나 가족의 동의 없이 환자를 포함한 모든 부양가족의 개인정보를 ‘정당한 사유가 없으면’ 이라는 단서도 없이 거의 무제한 열람할 수 있는 권한을 규정하고 있고, 제3항에서는 ‘자료제출의 거부’를 ‘생활보호조치를 취소·중지 또는 변경’의 요건으로 하고 있다.

그러나 거부의 내용이 제1항에 근거하여 제2항에서 환자나 가족의 의사와 무관하게 관계 기관의 장에게 요청이 가능하고 이러한 요청에 정당한 사유가 없으면 이에 따라야 한다고 명시하고 있기 때문에 제3항의 내용과 조항은 동일한 내용에 대한 불필요한 형식적 조항이다. 따라서 개인정보 활용의 동의를 제2항의 요청 요건으로 삽입해야 할 것으로 보인다.

자료요청의 형식적인 문제는 이러한 방식으로 해결이 가능하다고 보더라도 요구되는 실체적 내용이 제한적이지 않다는 점에서 이는 환자뿐 아니라 그 가족 개개인의 사생활의 비밀과 자유의 권리가 갖는 본질적인 내용을 침해한다고 볼 수 있고, 국가안전보장, 질서유지, 공공복리를 위한 자기정보관리통제권의 제한 범위를 현격히 넘어서는 것이다³⁰²⁾.

301) 결핵예방법 제16조

- ② 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 제1항에 따른 조사를 하기 위하여 주민등록전산정보, 가족관계증명, 국세·지방세, 국민건강보험 및 고용보험 등의 자료 제공을 관계 기관의 장에게 요청할 수 있다. 이 경우 관계 기관의 장은 정당한 사유가 없으면 이에 따라야 한다.
- ③ 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 생활보호조치를 받으려는 결핵환자 또는 그 부양가족이 제1항에 따른 서류 또는 자료의 제출을 거부하는 경우에는 생활보호조치를 취소·중지 또는 변경할 수 있다.
- ④ 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 제1항에 따른 서류 또는 자료의 조사를 위하여 「사회복지사업법」 제6조의2제2항에 따른 정보시스템 또는 「사회보장기본법」 제37조제2항에 따른 사회보장정보시스템을 연계하여 사용할 수 있다.

개인정보 보호법 제12조(개인정보 보호지침)에 따른 표준 개인정보 보호지침 제4조(개인정보 보호 원칙) ①에서는 ‘개인정보를 수집하는 목적은 수집 당시에 명확히 특정되어 있어야 하고 개인정보 처리자는 그 특정된 목적을 달성하기 위하여 직접적으로 필요한 범위 내에서만 개인정보를 처리하여야 한다³⁰²⁾.’ 라고 명시하고 있다. 이에 따른다고 한다면, 법률상 제공을 요청하는 개인의 정보의 내용이 특정되어야 할 것인데, 제16조의2 제1항에서는 ‘필요한 서류나 그 밖에 소득·재산 등에 관한 자료’ 라고 하여 사실상 개인정보에 해당하는 요청자료에 대한 특정이 없다. 이러한 특정이 없는 상황에서 제3항에서는 시·도지사 또는 시장·군수·구청장이 취소·중지 또는 변경을 할 수 있도록 한 것은 행정처분의 재량범위를 과다하게 확장시켜 놓은 조항이라고 보인다. 이와 같이 자료나 정보의 내용이 특정되지 않고, 행정처분의 재량권이 과다하면 이러한 법률조항이 사실상 실제로 유령무실해지거나, 혹은 적극적으로 조항이 시행된다면 이를 부담으로 생활보호조치를 받고자 의도할 환자나 그 가족이 이러한 조치 자체를 회피하게 될 가능성이 크다. 이로 인하여 국민의 기본권으로서의 보건과 의료에 대한 권리가 간접적으로 제약당하는 결과에 이를 수도 있어, 중국에는 결핵환자에 대한 적절한 의료를 실시함으로써 국민의 건강증진에 이바지함을 이루고자 하는 법률상의 목적을 달성하는데 지장을 줄 수도 있다.

302) 권영성, 전거서, 452쪽 자기정보통제권은 무제한 일 수 없으며, 국가안전보장·질서유지·공공복리 등을 위하여 불가피한 경우에는 제한을 받게 된다(대한민국헌법 제37조 제2항). 다만 그 제한은 법률에 의하되 그 조건·범위·제한의 내용등이 명확히 그리고 한정적으로 규정되어야 하고 과잉금지의 원칙이 존중되어야 한다.

303) 개인정보 보호법

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2014.3.24.>

1. "개인정보"란 살아 있는 개인에 관한 정보로서 성명, 주민등록번호 및 영상 등을 통하여 개인을 알아볼 수 있는 정보(해당 정보만으로는 특정 개인을 알아볼 수 없더라도 다른 정보와 쉽게 결합하여 알아볼 수 있는 것을 포함한다)를 말한다.
2. "처리"란 개인정보의 수집, 생성, 연계, 연동, 기록, 저장, 보유, 가공, 편집, 검색, 출력, 정정(訂正), 복구, 이용, 제공, 공개, 파기(破棄), 그 밖에 이와 유사한 행위를 말한다.

결핵예방법의 각 조항들을 목적은 제1조에 담겨진 의미를 구현하고자 하는 것이고, 또한 결핵관리에 대한 협조와 관심을 높여서, 본질적으로 결핵이라는 감염병을 퇴치하고자 하는 데 있는 것이지, 법률조항에 협조적이지 않은 환자의 처벌이나 규제가 목적이 아니기 때문이다. 결핵예방법의 법익을 결핵환자의 건강권과 일반국민의 보건권 확보라고 본다면, 이 두 권리가 충돌하는 경우에 국가가 개입하는 것은 타당하지만 그 개입이 어느 한 쪽의 본질적인 권리를 침해해서는 안 된다.



제6장 결론

현재 결핵관리의 법적인 핵심을 이루는 결핵예방법은 여러 측면에서 과도하게 결핵환자의 기본권을 제한하여, 환자 및 그 가족의 인권을 침해하고 있다. 또한 법률의 내용면에서도 개념의 오류가 여러 군데에서 나타나고 있다. 결핵이라는 질병의 의학적 특성에 대한 이해가 결여되어 있을 뿐 아니라, 국내 결핵 환자의 사회경제적 특성을 반영하고 있지 못하다. 다양하게 보고되고 있는 전문가들의 실체적 연구 보고들에 대한 입법적 접근도 미흡하다. 본론에서 살펴본 바와 같이 여러 기본권 제한의 조항에 대한 헌법적 근거가 불충분하고 그 구제의 방법과 절차도 명확하지 않다.

환자관리와 관련하여 인권 침해적 요소가 있었던 정신보건법을 비롯한 여러 법률들이 발전적으로 개정된 현실을 고려하고, 예전의 B형 간염환자에 대한 사회적 차별이 바이러스 간염에 대한 사회의학적 이해를 통하여 해소된 역사적 경과를 이해한다면, 현행 결핵예방법은 인권적 입법방향에 역행하고 있다고 판단할 수 있다.

질병에 대한 개별 입법은 그 질병에 대한 과학적 이해의 정도에 따른다. 즉 과학적 이해의 한계가 클수록 사회적 이해를 중요시하여, 의학적 관리의 한계를 법률이라는 사회적 관리방식을 통하여 해결하고자 하는 경향이 있다. 따라서 결핵을 별도의 입법으로 관리하고자 하는 전근대적인 사고는 결핵에 대한 과학적 이해가 충분히 이루어진 현재, 지양되어야 한다.

결핵의 의학적 특성과 결핵환자의 사회경제적 특성을 이해한다면, 현행 결핵예방법은 그 존재가치가 높지 않다. 일본의 경우에서처럼 국내 결핵관리도 현행 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 내에서 충분히 관리가 가능할 것이다. 후천성면역결핍증 예방법의 경우도 동일하다고 본다. 결핵과 후천성면역결핍증은(B형 간염을 포함하여) 만성 세균성 감염병으로 이들 질병에 대한 국

가의 의무는 주로 관리영역에 집중되어 있기 때문이다.

결론적으로 현행 결핵예방법은 일부 관리의 내용을 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률에 삽입하여 남겨두고, 전면 폐지하는 것이 합리적일 것이다.

이러한 결핵예방법의 향후 전망과는 별도로 결핵의 관리라는 측면에서 몇 가지 비판과 개선방안을 결론에 제시하고자 한다.

결핵관리가 현재와 같은 상황으로 개선된 것은 의학의 발전이 이룬 공이 가장 크다. 현대의학의 발전이 없었더라면 특히 항균제의 발명과 사용이 없었더라면, 어떠한 사회적 관리방식과 강제력이 동원되어 시행되었다하더라도 지금에 이르는 수준의 사망률 감소와 유병률 감소 그리고 결핵환자의 삶이 개선되었을 가능성은 없었을 것이다. 이러한 사실은 앞으로도 결핵관리의 핵심은 여전히 의학적 발전과 노력이 중심이라는 것을 살펴볼 수 있게 해준다.

결핵은 호흡기 바이러스 질환에 비해 감염력이 낮고 치료약이 존재하며, 단기간에 치명적인 상태에 도달하지 않는다. 그러나 장기간의 치료를 요하며, 재발률이 높으며, 치료약이 있기는 하나 다제내성으로 효과적인 치료가 어려운 경우가 많고, 일반적으로 잘 드러나지 않는 지속되는 잠복결핵의 유병률이 높다. 또한 우리의 경우 해마다 3 만 명 이상의 새로운 환자가 나타나는 역학적 특성이 있다. 관리에 있어서 사전 격리인 검역이 필요 없고, 감염자라 하더라도 반드시 격리를 필요로 하지 않는다.

최근에 다양한 결핵치료제들이 개발되고 있다. 다제내성 결핵에 효과가 있는 것으로 개발되어 시판되고 있는 제제와³⁰⁴⁾ 기존 4제를 한 알로 만들어 복용이나 용량을 간편하게 한 약제³⁰⁵⁾ 등이 결핵관리의 효과를 개선시키고 있다. 이러한 노력들이 전제되지 않는 한 결핵이라는 질병은 어떤 사회적인 방식을 사용하더라도 효과적으로 관리하기 어려울 것이다.

이것은 근대의 결핵관리 상황을 보면 여실히 드러난다. 현대사회보다 더 강

304) 서튜러

305) 튜비스

력한 통제력과 처벌력을 가지고 있었던 근대 사회 어느 국가에서도 현대의 결핵관리수준에 도달하지 못했다. 북한의 예를 보더라도 한국보다 훨씬 더 폐쇄적이고 강력한 인권통제를 하고 있지만 결핵을 통제하고 있지 못하다.

따라서 결핵예방법에서는 이러한 약제 개발과 관련하여 국가가 지원할 수 있는 구체적인 근거조항을 신설해야 할 것이다³⁰⁶⁾. 결핵퇴치에 대한 국가의 의지를 드러내기 위해서는 이러한 분야의 연구와 발전에 대한 구체적인 검토가 요구된다고 하겠다. 이러한 관점에서 결핵예방법이 결핵의 관리를 인적 관리를 위한 강제력 강화에 무게를 두고 있다는 사실은 안타까운 일이다.

앞서 언급한 의과학적인 노력과 더불어 보건학적인 관점에서 국제적인 결핵 역학연구 역량의 강화가 요구된다. 국내 결핵발병의 외부요인이라고 볼 수 있는, 결핵 유병률 상위 국가출신의 국내거주 외국인들의 결핵관리와, 이들이 미치는 영향을 장기적으로 최소화하기 위해서는 해당국가 및 WHO와 협조하여 해당국가의 결핵의 유전적 역학적 특성을 직접 연구하여 국내 결핵관리의 근거로 삼을 필요가 있다. 이는 북한의 경우도 동일하게 적용되어야 할 것으로 보인다.

외국인의 결핵발병률이 급속히 증가하고 있는 속도를 볼 때, 세균학적 변이나 상이한 특성을 나타나게 되는 경우 기존의 국내 결핵관리에 대한 치명적인 위기가 될 수도 있기 때문이다. 따라서 외국인의 결핵관리와 관련해서는 OECD 국가들의 결핵에 대한 대응방식을 수용하여 좀 더 체계적으로 보완 개선시킬 필요가 있다.

외국인을 비롯한 기타 취약계층의 결핵관리를 표본감시가 아니라 전면 검진을 일정기간을 두고 시행할 필요가 있다. 이러한 경우에 모든 가능성 있는 결핵 취약계층의 협조를 얻기 위해서는 불법 체류자나 건강검진 미가입자, 기타 범죄관련 도피자 등 고려 가능한 모든 요인들을 충분히 변인으로 처리하여 연

306) 현행 법률상 나타나는 조사, 연구 등은 대체로 신약개발의 연구라기보다는 관리의 개선을 위한 연구를 주로 말하고 있다.

구에 반영할 필요가 있다.

또한 집단시설이나 취약계층을 결핵관리와 관련하여 좀 더 구체적으로 결핵 예방법상에 명시하여, 그 관리가 결핵예방법의 체계내에서 일원화되어 일관성 있게 이루어질 수 있도록 하든지, 미래에 가능하다면 감염병 관리 전반과 연동하여 타 감염병의 관리와 일관성 있게 결핵관리가 이루어질 수 있도록 하는 법적 근거의 보완이 있어야 할 것이다.

다제내성 결핵환자의 관리에 있어서도 그 순응도를 높이고, 환자 스스로가 자신의 건강을 자발적으로 관리할 수 있도록 하는 다양한 관리방법과 지원이 요구된다. 애플프로그램을 통한 간접적인 DOTS 프로그램을 활성화하고 이를 현재의 PPM사업과 체계적으로 연동할 필요가 있다.

결핵의 사회적 관리에 있어 가장 중요한 것이 신고이다. 이러한 신고를 증상발생 수준에서 효과적으로 이루어질 수 있도록 하는 간편한 접근방식이 필요할 것으로 보인다. 국가의 지원이나 원격 관독 시스템을 구성하여, 일부 공공기관에 제한되어 시행되는 영상관독지원과 같은 체계를 1차 의료기관에서 확대할 필요가 있고, 1차 의료기관의 결핵발견을 높일 수 있는 다양한 초기단계의 노력이 필요하다.

일반적으로 법률은 헌법이 허용하는 범위 내에서 요건에 따라 강제적인 조치를 취할 수 있는 권한을 규정함으로써 개인의 선택과 자유를 규제할 수 있다. 이러한 원칙은 의료나 공중보건의 영역에서도 일관성 있게 통용될 수 있다. 그러나 표면적으로는 정당한 법적 근거위에서 이루어지는 보건의료체계의 구현이라 하더라도, 격리와 같은 조치는 개별 질환자나 관리체계의 대상이 되는 개인들의 입장에서 보면 기본권 혹은 인권의 제한 혹은 침해라고 인식할 소지가 있고, 실제로 침해할 개연성도 존재한다. 법률의 입법은 이루고자하는 입법목적의 구현을 위하여 현실을 충분히 고려하여, 혹은 고려에 어려움이 있을 경우에는 다양한 가치를 수단으로 하여, 공감된 추론의 결과를 바탕으로

이루려져야 한다.

그러나 의학 분야처럼 극히 전문성이 요구되어 일반적인 추론이나 공감의 방식으로서는 문제의 본질을 파악하고 대처하기 힘든 경우에는 강제력을 동원하기에 앞서 법률의 시행이 가져올 수 있는 인권침해의 요소와 더불어 의학계에서 질병의 관리에 있어 근거중심의 의학기준으로 받아들여지고 있는 내용들을 더욱 자세하고 광범위하게 검토할 필요가 있다.

질병이나 공중보건의 관리에 있어 표면적인 문제해결의 방식으로 강제력을 일단 동원하고 나면, 그 다음 수단이라는 것이 더욱 강화된 강제력이외에는 대안이 없다는 염려가 제기되기 때문이다. 또한 공중보건에 있어 강제력을 동원한 일시적인 통제가 효과를 발휘하게 되면, 이를 인권침해의 정당성을 주장하는 근거로 삼아, 그 결과의 지속을 기대하며 다양한 접근을 차단한 가능성을 지니고 있기 때문이기도 하다.

현재의 결핵예방법과 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률은, 공중보건관리라는 일방의 관점으로 접근하여 결핵 및 감염병을 관리하고자 하는, 국가 개입의 목적을 중심으로 한 관리의 방향을 설정하고 있다. 공중보건의 위험으로부터 국가가 국민을 보호하고자하는 것은 당연하지만, 다양한 감염병이 있는 만큼 다양한 관리방법과 치료방법이 있다.

특히 감염병 관리를 법률로서 규정하고자 할 때는 해당 감염병의 의학적 특성에 근거해, 감염병에 대한 국가사회적 접근의 역사와 외국의 사례를 충분히 고려한 다음, 국민의 인권과 기본권 전반에 미치는 영향을 꼼꼼히 살펴서 입법하는 것이 필요하다. 이러한 관점에서 볼 때 우리의 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률을 포함하여 특히 결핵예방법은 많은 아쉬움이 있다.

현행 결핵예방법의 내용을 살펴보면, 의료기관 등에는 건강보험급여의 정지 및 환자 관리와 관련된 불편부당한 조항의 신설과³⁰⁷⁾ 개별 환자 등에 대한 강

307) 결핵예방법 제8조(의료기관 등의 신고의무)

③ 의료기관에 소속되지 아니한 의사 또는 제2항에 따른 의료기관의 장은 제1항제1호에

제 격리치료 및 경찰력 동원과³⁰⁸⁾ 같은 조항이 신설되어 국민에 대한 국가적 극적인 보건의에 대한 의무를 의료기관과 환자 개인에게 전가하는 태도를 보이고 있으며, 오히려 실제적인 보건의과 의료에 관한 지원과 책임은 요건의 강화를³⁰⁹⁾ 통하여 회피하고 있는 양상을 관찰할 수 있다.

이러한 통제방식 위주의 법률은 감염병 관리와 관련하여 전근대적 전염병관리방식에서 이미 경험한 바 있는 인권침해의 가능성을 염려케 한다. 또한 의료행위에 대한 환자의 의사결정에 있어, 이러한 결핵예방법상의 강제조항들은 자유권적 건강권의 기초위에서 자율성을 가지고 참여할 수 있도록 하고자 하는 사회적 흐름과 상충된다.

결핵관리의 전반적인 지표의 호전이 있음에도 불구하고, OECD의 지표를 이용한 상대적 수준의 수치를 결핵환자의 비협조적 행위의 결과와 연관 지어 강제격리치료나 경찰력의 동원과 같은 인권 침해적 방식을 법률로서 규정한다는 것은 현재의 입법자들이 가지고 있는 결핵관리에 대한 인식 수준을 반영하는 것이다. 이러한 인식의 가장 큰 문제는 현재 우리의 결핵관리 있어 핵심적인 문제 양상인 새로운 환자의 지속적 출현에 대해서는 아무런 답을 줄 수 없다는 점이다.

감염자이건 감염의 위험에 노출된 일반 국민이건 피차간에, 의료에 대한 국민의 권리는 국가가 보장하는 것이 당연하고, 국민으로서 인간으로서 이러한 의료에 대한 권리를 침해받지 않은 것은 물론하고, 생명권, 보건권, 건강권과 같은 기본권도 침해받을 수 없는 것이다. 그러나 이러한 권리의 보장이 새로

해당하여 신고한 결핵환자등을 치료한 결과를 관할 보건소장에게 보고하여야 한다.

제8조의2(요양급여비용 심사 등의 정지 요청)

제32조(벌칙) 3. 제15조의3제1항에 따른 면회제한 외에 결핵환자의 면회를 제한한 자

제33조(벌칙) 4. 제15조의3제2항을 위반하여 면회제한의 이유를 진료기록부에 기재하지 아니하거나 거짓으로 기재한 자

308) 결핵예방법 제15조의2(입원명령거부자 등에 대한 조치)

결핵예방법 제15조의3(면회제한 등)

309) 결핵예방법 제16조(입원명령 등을 받은 결핵환자 등의 생활보호)

결핵예방법 제16조의2(생활보호조치에 관한 조사)

운 기본권 제한과 인권침해의 요소를 전제로 한다면 이는 대단히 유감스러운 일이 될 것이다.

결핵 관리가 불가피하게 일정 부분의 기본권 제한을 전제한다고 하더라도, 이는 헌법과 법률에 따라 정당한 근거와 절차에 의해, 결핵의 완치와 퇴치는 목적에 합치되는 방식으로 이루어져야 한다. 격리를 포함한 강제조항들은 필수적인 최소한으로 제한하고, 환자의 자율성에 기초한 동의의 방식으로 적법절차에 따라 기본권을 보장하는 법률의 명확성과 투명성이 담보되어야 한다.

결핵은 단순히 한국만의 문제가 아니다. 국가의 정치경제적 수준과는 무관하게 결핵은 세계 각국의 공중보건을 위협하는 존재로 간주되어 관리의 대상이 되어 왔다. 미국은 의료에 관한 권한을 각 주가 행사하고 있는 까닭에 많은 주에서 법률을 통하여 감염병 관리와는 별도로 결핵을 관리하고 있고, 호주나 일본도 감염병 관리의 영역 내에서 결핵관리를 입법화하고 다양한 지침을 통하여 결핵을 예방하고 퇴치하기 위해 노력하고 있다.

WHO 또한 인간의 삶을 파괴시키는 이런 감염병을 올바르게 퇴치할 수 있도록 많은 권고와 지침을 발표하고 있다. WHO는 감염병 관리 특히 결핵관리에 있어서 인권의 중요성을 강조한다. 인권적 측면에서 질병으로부터 자유로울 인간의 권리에 대한 강조는, 사법절차상의 기본권에 대한 강조와는 다른 의미이다. 결핵이 갖는 의학적 특성상 이들 환자에 대한 인권의 보장이 자발적 협조를 통하여 결핵을 퇴치하는데 본질적이라는 것이다.

CDC는 감염병 관리에 있어 인권에 바탕 한, 각 개인과 사회그룹의 지속 및 상호 보완적인 협조를 중요하게 언급하고 있다. 일본은 감염병 관리에 있어 인권보호에 기초한 최소 침해의 원칙 언급하며 결핵예방법을 폐지하고, 결핵관리를 감염병 관리의 법률내로 편입시켰다. 이러한 다양한 국제적인 노력과 결과들을 우리도 반영하여야 할 것이다.

감염병관리가 인권적 토대위에서 이루어지기 위해서는 반드시 그 관리가 의학적이고 과학적인 근거와 사실을 기초로 하여 이루어져야 한다. 일견 합리적이고 절차적 정당성을 띄는 것처럼 보인다하여도, 만약 질병의 관리가 의학적이고 과학적 근거가 충분히 검토되지 않은 상태에서 법률로서 이루어진다면, 그 자체로서 반인권적이라고 할 수 있다.

비록 법률상 공중보건의 관리라는 측면에서 기본권 충돌에 입각한 기본권의 제한의 법리를 주장하며, 인권에 반하는 명시적 조항이 없다하더라도, 국민의 건강을 보호하고 보건을 관리해야 할 법률이 국민의 건강과 안녕을 보호 하지 못하는 피상적인 상태에 이르러 있다면, 그 자체로 헌법이 보장하는 국민의 권리를 구현하지 못한 것으로, 오히려 방해하는 결과에 이르게 할 것이기 때문이다.



참고문헌

국내 단행본

- 권영성, 헌법학원론(서울:법문사,2006)
- 김대규, 한국결핵사(서울:대한결핵협회,1998), 122
- 미셸린 이사이지음/조효재역, 세계인권사상사(서울:도서출판 길,2010)
- 성낙인, 헌법학(서울:법문사,2015)
- 여인석, 한국의학사(서울:KMA의료정책연구소,2012)
- 유진홍, 감염학(서울:군자출판사,2014)
- 임재홍·류은숙·염형국, 인권법(서울:한국방송통신대학교출판문화원,2014)
- 임재홍·정경수, 국제인권법(서울:한국방송통신대학교출판문화원,2014)
- 전광석, 한국헌법론(서울:집현재,2015)
- 최인홍 외, 의학미생물학(서울:엘스비어코리아,2014)
- 최제창, 한미의학사(서울,영림카디널,1996)
- 하명호, 신체의 자유와 인신보호절차(서울:고려대학교출판부,2013)

국내 논문 및 지침

논문

- 김병주, 국내 다제내성 결핵의 실태(마산:보건복지부,2006),410쪽
- 김선영, 국내 다제내성 및 광범위내성결핵의 최근 현황(서울:대한결핵 및 호흡기내과학회,2010)
- 김희진, 북한이탈주민에서의 결핵의 임상적 고찰(서울:한국결핵연구소, 2006)

- 김희진, 취약계층 청소년 폐결핵 환자의 관리체계연구(서울:대한결핵협회, 2011)
- 김희진, 한국에서의 결핵현황(서울:대한결핵협회, 2012), 대한내과학회지 제82권 제3호
- 류우진, 결핵관리를 위한 민간과 공공 의료협력(서울:대한결핵협회, 2003), 대한결핵 및 호흡기학회 추계학술대회
- 류성원, 항결핵제 내성률 및 내성 유전자 변이조사(6차년도)(서울:결핵연구원, 2011)
- 성정엽, 기본권충돌에 대한 헌법이론적 접근(서울:한국비교공법학회, 1999), 공법학연구, 1, 89-110
- 신의철, 취약계층에 대한 결핵환자 현황 및 역학적 특성 파악(서울:카톨릭 대학교의과대학, 2011)
- 안형식, 국내유입 외국인결핵환자관리를 위한 정책개발(서울:고려대학교, 2012)
- 오경현, 북한의 결핵현황과 관리실태(세종, 한국개발연구원, 2015)
- 임재준, 노숙인 폐결핵 유병률 및 결핵감염률 조사(서울:서울대학교 의과대학 내과학교실, 2010)
- 정은옥, 한국형 결핵발생 예측모형 개발과 결핵퇴치정책의 효과분석(서울:건국대학교 이과대 학수학과, 2011)
- 최홍조, 결핵의 사회적 결정요인 관점에서 바라본 한국결핵의 현재와 향후 방향(서울:고려대학교대학원보건학과, 2014)보건과 사회과학 제35집 145-174쪽
- 표명환, 기본권적 보호이익의 침해에 대한 승낙과 그 한계(서울:한국비교공법학회, 2008), 공법학연구, 9(2), 161-181
- 허관희, 국립결핵연구소 설립 및 운영계획 수립에 관한 연구(서울:헤브론스

타, 2013)

지침

김남중, 국내 HIV 감염인의 기회감염증 치료와 예방에 관한 임상진료지침

권고안 (서울:대한에이즈학회, 2012)

박재석, 결핵 진료 지침(오송, 결핵지침개정위원회, 2014)

정은경, 2014년 결핵환자 신고현황 연보(충청북도:질병관리본부, 2015)

보건복지부, 2015년 국가결핵관리지침

대한민국국회도서관 법률쟁점서비스

외국 단행본

Lawrence O. Gostin, Public Health Law power, duty, restraint(Berkeley:
UC Press, 2008)

Barry R. Furrow, Health Law, cases, materials and problems, 7th
edition(MN:West, 2013)

외국 논문 및 지침

The Centers for Law and the Public's Health: A Collaborative at Johns
Hopkins and Georgetown Universities, Tuberculosis Control Laws and
Policies: A Handbook for Public Health and Legal Practitioners(CDC, 2009)

Oscar A. Cabrera, James G. Hodge, Lawrence O. Gostin, Express
Tuberculosis Control Laws in Selected U.S. Jurisdictions, A Report to

the CDC(CDC,2008)

Melisa L. Thombly, JD, MPH., Daniel D. Stier, JD., Menu of Suggested Provisions for State Tuberculosis Prevention and Control Laws(CDC,2010)

WHO, Global tuberculosis report 2015 (WHO,2015)

WHO, 25 Questions and Answers on Health and Human Rights(WHO,2002)

WHO, Guidelines on the management of latent tuberculosis infection

WHO, Good Practice in Legislation and Regulations for TB Control: An Indicator of Political Will

Declaration by United Nations(연합국선언)

Chapter of The United Nations(유엔헌장)

The Declaration of Human Rights(세계인권선언)

The Convention for the Amelioration of the condition of the Wounded in Armies in the Field(부상병의 처우 개선을 위한 협약)

외국법률

Health Act 1911(호주)

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律

Abstract

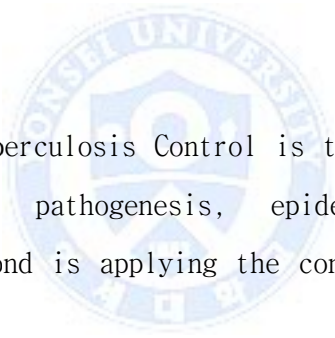
Legal Considerations for Improving Human Rights of Patients with Tuberculosis

Lee, Segyeong

Dept. of Medical Law
and Ethics

The Graduate School

Yonsei University



The first step for Tuberculosis Control is the medical understanding of Tuberculosis (the pathogenesis, epidemiology, and medical treatment), and the second is applying the concept of Human Rights to the control system.

The most valuable scientific result of medicine in the 20th century is the discovery of antibiotic agents against the microbes. Before this age, when people were infected with Mycobacterium Tuberculosis, many of them were died without medication of treatment. The method for curing the patients was to wait for natural healing with a conservative care. And if a person was confirmed or suspected as the patients with Tuberculosis, he/she was isolated in a separated room. But after the antibiotics with the understanding of the pathogenesis, impersonal isolation of patients with Tuberculosis was improved and also the

advance of this situation contributed to Human Rights

Many bacterial infectious diseases were controlled well with the antibiotic agents, but unfortunately, new microbes like corona virus were identified which there are no effective drugs against. Therefore, people have had the anxiety especially against SARS and then MERS(AIDS is a blood-born viral pathogen, so the aspect of people's anxiety is different from that against Tuberculosis). The anxiety make people and society confused between Tuberculosis and viral respiratory infectious diseases. For the control of airborne viral respiratory diseases, precautionary principle is needed because we have no definite drugs against them and their spread may result in the pandemic phase at which people fall into critical risk of public health.

Most of all countries and WHO know that the forced isolation of persons with infectious diseases and the legislation of it help the disease control, but also, public health authorities must keep the procedure due process and respect Human Rights of the patients. Accordingly in the plan for the eradication of Tuberculosis, it is critical for the nation to balance between the liberty of the infected and the health of the uninfected. It takes a long time to treat Tuberculosis patient with medication. If not cooperated with patient, plan will be useless for the purpose.

In 2014, the Koreans with Tuberculosis were total 43,088 persons reported by the Korean Center for Disease Control and Prevention(KCDC). Among total persons with Tuberculosis, the number of new patients was 34,869, the prevalence of population was 101 persons, the incidence was

86 persons, and the death rate was 3.8 persons.

Non-complianced patients, MDR-TB(multi-drug resistant Tuberculosis) patients, and vulnerable population against Tuberculosis make it difficult to control Tuberculosis

There are various population vulnerable to Tuberculosis like foreign worker, North Korean refugees, ethnic Korean from China. Most of populations from abroad come from the countries which WHO declares as High Burden Country. In addition, North Korea's Tuberculosis data are very critical in our controlling Tuberculosis.

Compared with other OECD nations, Korea have the high population with Tuberculosis. All indices of data related to Tuberculosis are much improved but much more effort is needed for the eradication of Tuberculosis. In this situation Korean health authorities try to control Tuberculosis as chronic infectious disease. The Korean Congress amended TUBERCULOSIS PREVENTION ACT in 2014 on its 14th. The members seemed to believe that the cause of the high prevalence was the non-complianced activities of the patients, so they intensified the isolation of the patients with communicable Tuberculosis.

In the Act Article 15, there is Hospitalization Orders against the patients (not controlled by a doctor), but when patients do not follow it, the head of a Si/Gun/Gu can order the isolated treatment according to the second of Article 15. By the third of Article 15, patients contact with others except medical persons can be restricted (if needed) by the chief of the medical institution.

These much enforced Articles are due to the anxiety against the

potential explosive spread. Communicable respiratory diseases have a risk on the population. Especially, Acute respiratory viral diseases like MERS(Middle East Respiratory Syndrome) and SARS(Severe Acute Respiratory Syndrom) are critical to the population. they have a epidemic and pandemic risk when not controlled by the individuals' immune system and the public health system of the society.

In any cases like these, a strong control system and laws are important and the restriction of the activities like forced isolated-treatment is valuable. We have not the definitive drug of treatment against them. So, it is important to prevent and vaccinate, and in suspicious or confirmed pandemic situations isolation method is also good choice. Of course, although strong isolation in the pandemic situation, Human Right must be protected for patients

But Tuberculosis is not like MERS or SARS. Tuberculosis is a chronic respiratory bacterial disease. Chronic means 'slow and long progressive'. We must treat Tuberculosis according to disease characteristics properly. There are the definite drugs of treatment like rifampicin and others. We know the pathogenesis and transmissible pathway. The last we need is the patients' voluntary compliance to medical controls.

A variety of persons is in the world and there are patients it is difficult to control in relation to transmission, and they must be harmful to the population including their families and colleagues. And then we must feel the need of isolation against the non-complianced patients. In many reports the transmissible power of Tuberculosis is

not as strong as MERS or SARS, because Tuberculosis is not viral but bacterial. The contact transmission of Tuberculosis is not prompt.

The main theme in this paper does not deny the need of the isolation for the control against Tuberculosis. In fact, isolation without the medical and epidemiological understanding of Tuberculosis is violate to Human Right of patients with Tuberculosis.

With regard to the control of infectious disease, human efforts have the limitation in the choice in the aspect of medicine and law. But in order to improve the control system of Tuberculosis, it is necessary to establish a legal base with rationality.

Even if laws enacted within the delegated scope of the Constitution, conflicts of interests between patients and population(liberty and health) give us many dilemmas. After forced methods have effects, the longtime control methods based on Human Rights can be given up. In this prospect, it is really regrettable that Korean TUBERCULOSIS PREVENTION ACT in 2014 on its 14th was amended in the direction for more violation to the fundamental right of patients, compelling the Articles.

So, this paper, focused on TUBERCULOSIS PREVENTION ACT and National Tuberculosis Control System, reviews the protection of Human Rights and the fundamental rights and the reflexion of medical and epidemiological understanding on Tuberculosis, and proposes several considerations critically for improving the control system of Tuberculosis and protecting Human Right of patients,

The 2nd Chapter is about review on Human Rights and The fundamental rights in Tuberculosis Control Program. General history and concepts of

Human Right was reviewed. In addition, restriction, conflict, and protection of it was discussed in relation to Tuberculosis. When managing Tuberculosis system, public health authorities must review the system may violate and can protect Human Rights of the person concerned. This points of view are described on Rights for health and medicine and the necessity of patients's Human Rights

The 3rd Chapter is about review on medical understanding of Tuberculosis and the Korean present data on Tuberculosis reported by KCDC. For establishing the effective system of Tuberculosis control, We must understand scientific characteristics and the present data of Tuberculosis and it's issues. Issues on controlling Tuberculosis in Korea include problems on active Tuberculosis patients and it's communication, MDR-TB patients, latent TB infection(LTBI), co-infection with HIV, non-complianced patients.

The 4th Chapter is about review on the legal system for controlling Tuberculosis. History and trends are described in details of laws about the control of infectious diseases, laws about the control of Tuberculosis in foreign countries are reviewed, and the Korean Acts controlling Tuberculosis are discussed mainly on each Article of report, isolation, and support of Tuberculosis patients.

The 5th Chapter is about plans upgrading the laws for improving Human Rights of Tuberculosis patients. In this chapter, In relation to various problems reviewed above, plans are proposed in order to improve the control system of Tuberculosis and patients, criticizing the reports of patients, the medical diagnosis by entering the residence,

the penalties against delayed reports of patients, the order of the isolation-treatment against uncontrolled patients, the ban of contact with others, the limits to protect the livelihood of the dependent family, and the privacy of patients and their families.

The Last Chapter is the summary for considerations on the new directions of the laws for improving Human Rights and the Tuberculosis control system.



Key words : Fundamental Right, Human Rights, Infection, Isolation, Patient with Tuberculosis, Public Health, Right to Health, Tuberculosis, Tuberculosis Prevention Act, Vulnerable Groups