



시민건강이슈 2020-05

PHI Issue Paper 2020-05

**코로나3법, 건강권의 확대인가
자유권의 억압인가
- 감염병예방법을 중심으로 -**



- 감염병예방법 개정을 중심으로 -

[illegible]

펴낸 곳 (사) 시민건강연구소
 서울시 동작구 사당로 13길 36, 2층
 전화: 02-535-1848 팩스: 02 581-0339
 누리집: www.health.re.kr
 전자우편: phikorea@gmail.com

< 차례 >

1. 감염병의 오래된 질문, 혼돈과 억압	1
2. 코로나 3법과 개정안의 긍정성	2
3. 진단받을 권리와 처벌받을 의무 - ‘감염병 의심자’는 누구인가?	4
4. 자발 격리와 강제 격리의 균형	6
5. 보건학적 균형점의 잣대 - 선별 검사	8
6. 자발적 자가격리의 가능성	12
7. 마치며	14
참고문헌	15

< 표 차례 >

<표 1> 코로나 3법 개정의 배경과 주요 내용	2
----------------------------------	---

< 그림 차례 >

<그림 1> 가상의 코로나19 선별검사 양성예측도, 음성예측도 시나리오	10
---	----

1. 감염병의 오래된 질문, 혼돈과 억압

코로나19로 많은 것이 멈추었다. 국내 추가 확진자가 나오지 않은 날도 있었지만, 중소규모 집단감염과 지역사회감염이 지속된다. 2015년 메르스를 마주한 시민들은 평생 겪어 보지 못한 질병의 양상과 불확실한 공포가 버스, 지하철, 직장 곳곳에 만연한 상황을 기억한다. 이번은 또 다르다. 70이 훌쩍 넘은 노인은 지금을 어린 시절 한국전쟁에 비교한다. 경제학자들은 1920년대 세계대공황을 이야기한다. 전국적, 아니 전 세계적 혼돈의 현장을 우리는 함께 견디어 내고 있다.

국가의 총역량을 아니 전 세계의 모든 힘을 집중해서 이 상황을 헤쳐나가야 할 이 엄중한 시기에, 우리는 감염병을 둘러싼 자유권을 검토한다. 감염병의 공포가 지역의 곳곳을 뒤덮은 지금, 공공의 건강을 위해 개인의 자유권을 어느 정도 제한하는 것은 받아들일 수 있는 조치일 수 있다. 하지만, ‘어느 정도’는 ‘내 마음대로’와는 다른 개념이다. ‘어느 정도’를 규정할 만큼 - 혹은 사회적으로 논의할 만큼 - 한가한 시기가 아니라고 말할 수 있다. 하지만, 감염병의 역사에서 혼돈의 시기 끝이 억압으로 손쉽게 정리된 경험¹⁾을 기억하는 이들도 있다.

1) 리처드 코커(Richard Coker)는 그의 책 『From Chaos to Coercion(혼돈으로부터 억압으로)』, St. Marins Press(2000)에서 1990년대 뉴욕시의 다제내성결핵 유행에서의 자유권의 억압과 비자발적 강제 정책이 도입되는 과정을 분석하며, 혼란이 찾아오니 손쉽게 억압정책이 이어진다고 비판한다.

2. 코로나 3법과 개정안의 긍정성

2월 26일 국회에서는 코로나 19에 대응하기 위한 감염병 예방·관리에 관한 법률(이하 감염병예방법), 의료법, 검역법 개정안이 통과되었다²⁾. 국내 첫 코로나19 감염인이 1월 20일에 확인되었으니, 약 한달 남짓 시간이 흘렀고, 31번째 환자 확진(2월 19일) 이후 일주일 만이다.

코로나 3법 개정의 배경과 내용을 간략히 살펴보면 표1과 같다.

[표 1] 코로나 3법 개정의 배경과 주요 내용

	배경	개정 내용
감염병예방법	코로나19 확산에 따라 국가의 적극적 대처 요구	1. 감염병 대비 의약품·장비 비축 및 관리 2. 환자의 이동 경로 등 정보공개 범위 3. 강제처분 권한 강화 4. 역학조사관 규모 확대
검역법	코로나19 확산에 따라 신종감염병의 국내 유입 방지하기 위한 국가의 적극적 대처 요구	1. 출입국 금지 또는 정지 요청 대상 확대 2. 검역환경 변화 반영한 검역 체계 개선
의료법	의료기관 내 감염사고로부터 국민의 안전과 생명 보호	1. 의료기관 내 의료관련감염 감시 시스템 및 자율보고 제도

일부의 내용은 코로나19의 유행 이전부터 준비하고 있던 내용이지만, 코로나19의 유행과 정부의 대처를 강화하기 위한 내용이 상당 부분 포함되었다. 법 개정의 취지를 이해하고 시민의 관점에서 긍정적인 변화의 일부를 살펴보자.

감염병예방법은 감염병 발생 현황을 국민에게 공개할 의무를 규정하면서 알 권리의 보장을 확대했다. 의약품/의약외품 등의 가격 상승이나 공급 부족 사태에 정부가 개입할 수 있는 근거를 포함하여 민간시장의 공적 통제가 가능해졌다. 더불어 국가가 감염취약계층에게 마스크 지급 등의 조치를 하도록 했다. 또한, 역학조사관의 수를 늘리는 등 인력문제 해결의 의지도 담

2) 한겨레. 2020.02.26. [‘코로나 3법’ 국회 통과... “입원 또는 치료 거부하면 처벌”](#)

왔다.

검역법에는 인권의 측면에서 큰 변화가 있었다. 종전에 검역법은 국민에게 협조의 의무만을 부여했다. 하지만, 이번 개정안에는 국민의 알 권리와 피해보상을 받을 권리³⁾를 포함했다.

하지만, 시민의 권리를 확장하는 긍정적 변화만을 담고 있는 것은 아니다.

3) 제3조의 2(국민의 권리와 의무) ①국민은 검역감염병 발생상황, 예방 및 관리 등에 대한 정보와 대응 방법을 알 권리가 있다. ② 국민은 검역감염병으로 격리 등을 받은 경우 이로 인한 피해를 보상받을 수 있다.

3. 진단받을 권리와 처벌받을 의무

- ‘감염병 의심자’는 누구인가?

코로나 3법이 함께 개정되었지만, 시행 시점이 서로 다르다. 당장 우리의 일상에 가장 큰 영향을 주고 있는 감염병예방법을 중심으로 살펴본다. 감염병예방법의 제2조에는 법에서 사용되는 용어의 정의가 내려져 있다. 진단을 받은 ‘감염병환자’는 누구인지, ‘감염병의사환자’와 ‘병원체보유자’와는 어떻게 구별 짓는지 설명한다. 대부분 증상(1)과 공인받은 진단결과(2)로 구별한다. (1)증상과 (2)공인받은 진단결과 모두가 있으면 ‘감염병환자’, (1)만 있으면 ‘감염병의사환자’, (2)만 있으면 ‘병원체보유자’ - 흔히 무증상 감염인을 의미 - 이다. 개정안에는 새로운 정의가 추가되었다.

‘감염병의심자’는 다음 중 어느 하나에 해당하는 사람이다. 첫째, 감염병환자, 감염병의사환자, 병원체보유자(이하 “감염병환자 등”)와 접촉하거나 접촉이 의심되는 사람, 둘째, 검역관리지역 또는 중점검역관리지역에 체류하거나 그 지역을 경유한 사람으로서 감염이 우려되는 사람, 셋째, 감염병병원체 등 위험요인에 노출되어 감염이 우려되는 사람 등이다.

비슷한 단어와 한자어 조합으로 이해가 어렵다. 하지만, 이렇게 질문을 만들어 보자. 감염병환자 등과 접촉이 “의심”되는 사람은 누구일까? 접촉한 사람은 역학조사를 통해 확인하기 어렵지 않다. 하지만, 접촉이 의심되는 사람은 누가 어떻게 판단할 수 있을까? 다른 질문도 비슷하다. 감염이 우려되는 사람은 누구일까? 중국에서 귀국한, 유럽에서 귀국한, 미국에서 귀국한 국민은 모두 감염이 우려되는 사람인가? 그렇다면, 수백명의 환자가 발생한 서울에 살고 있는 나는 감염이 우려되는 사람이 아닌가?

물론, 법률로 모든 것을 명확하게 정의하기란 어렵다. 그래서 시행령, 시행규칙, 혹은 고시와 지침이 있다. 보건복지부에서 배포한 ‘코로나바이러스감염증-19 대응지침(지자체용 제7판)’에서 ‘사례정의’는 확진환자, 의사환자, 조사대상 유증상자로 구분한다. 감염병예방법에서 정의한 ‘감염병의심자’는 대응지침에 없는 존재다.

하지만, 우리는 이미 보건복지부 대응지침 이상의 검진이 이루어지고 있음을 알고 있다. 지

침에 따라 단지 ‘증상’이 있는 사람뿐만 아니라, 개정법에 따라, 감염이 ‘의심’되는 사람은 모두 검진 대상에 포함된다. 검진을 거부할 경우 300만원 이하의 벌금을 받는다. 처벌 규정은 지상파 방송의 자막으로 매일 흘러나온다. 격리를 거부한 사람은 ‘환자’뿐 아니라, ‘감염병의심자’라 하더라도 1년 이하, 천만 원 이하의 벌금형을 받게 된다. 정부 조치를 따라야 할 강제성은 처벌 규정에서 분명해진다.

대구에서 유증상을 보이는 장애인은 ‘진단받을 권리’를 박탈당했다.⁴⁾ ‘감염병의심자’로 분류되지 못했기 때문이다. 하지만 국내 집단 발생과 명시적인 역학적 연관성이 없고 증상이 없다 하더라도 특정 종교인들은 ‘감염병의심자’로 분류되었다. 이를 따르지 않는 경우 ‘처벌받을 의무’가 부여된 순간이다. ‘의심자’에 대한 모호한 정의 탓에 당장 진단과 치료가 필요한 사람들이 외면당하고, 일부는 강제로 검사를 받고 이를 거부하면 처벌을 받는 사회가 현실이 되었다. 대형병원의 진료를 받거나 입원을 하기 위해서 혹은 출입을 위해서, 역학적 연관성이나 증상이 전혀 없는 사람들에게 코로나 진단검사를 요구하는 상황은 청와대 국민청원으로도 올라왔다.⁵⁾ 그/녀도 모두 잠재적 감염의 위험을 가진 ‘감염병 의심자’인 것인가?

감염병 유행 시 특정집단에서 - 학교일 수도 있고, 직장일 수도 있으며, 병원일 수도 있다 - 대규모 확산이 우려될 경우, 증상 유무와 관계없이 적극적 검사를 시행할 수 있다. 이럴 때 자유권의 제한을 피하기 어렵다. 자유권의 제한이 가져올 편익과 위해, 자유권 제한의 원칙과 방식에 대한 사회적 숙고가 필요하다. 또 다른 측면도 있다. 한정된 보건자원에서 두 집단 중 한 집단을 검진할 역량만이 존재한다면, 어떤 집단을 선택할 것인가? 중증 장애인들이 모여있는 요양원이 되어야 할지, 밀폐된 일터에서 함께 일한 노동자들이 되어야 할지, 초등학교 교실이 되어야 할지 쉽지 않은 결정이다.

모든 결정은 어렵다. 일반적으로 비례의 원칙을 언급하며, 더욱 취약하고 위험이 큰 집단에 우선순위를 둔다. 하지만 현실에서는 비례의 원칙을 판단할 준거가 부족한 경우도 많다. 판단은 어렵지만, 처벌규정을 마련하기는 상대적으로 쉬워 보인다. 우리의 문제의식은 여기에 있다. 감염병예방법의 개정안 취지는 ‘관리대상의 확대’와 ‘처벌과 결부된 의무’ 중 어느 것에 무게 중심을 두어야 할지 현재로선 명확하지 않다. 더 깊은 사회적 논의가 필요한 대목이다.

4) 시사인. 2020.03.27. [대구의 코로나19 상처와 경험, 연대의 기억으로 남을까](#)

5) 청년의사. 2020. 04. 27. [암환자 ‘코로나19 검사비’ 자비부담 너무해... “정부는 뭐하나?”](#)

4. 자발 격리와 강제 격리의 균형

‘감염병 의심자’ 개념이 필요한 이유에는 검진 대상자를 규정하는 것 말고도 ‘격리자’의 범위를 법으로 한정하기 위한 것도 포함된다. 이미 많은 시민들에게 ‘격리’는 익숙한 단어가 되었다. ‘시설 격리’ 혹은 ‘자가격리’라는 단어는 하루에도 수백 수천 번 언론에 등장한다. 뉴스가 아니더라도 드라마나 예능 프로그램 방송 중에 자막으로 흐르는 단어다. ‘자가격리 어길 서 1년 이하의 징역 혹은 1천만원 이하의 벌금’이라는 자막은 일상이 되었다. ‘자가(자택)’ 격리는 감염예방법 개정 이전에는 ‘자발(적) 격리’였다. 하지만, 개정 이후에는 ‘강제 격리’와 다른 없는 개념이 되었다. 개정법에서 보건복지부 장관이나 시도지사, 시장/군수/구청장은 ‘감염병 의심자’에게 ‘자가(자택)격리’를 조치할 수 있게 되었고, 이를 거부하는 시민은 처벌의 대상이 되었다. 강제격리의 적용을 받는 대상집단이 ‘감염병 의심자’까지 법적으로 대폭 확대된 것이다.

‘방역체계를 무너뜨린’ 이들에게 손해배상을 청구하겠다는 지방정부의 공언⁶⁾도 이미 현실이다. 조사대상 유증상자로 검사를 받은 수 가 74만명을 넘었다. 증상이 없어 자가격리를 경험한 수는 더 많을 것으로 예상된다. 많은 수의 자가 격리자들 중에서, 격리에 이르게 된 사연, 격리 중의 생활과 처한 조건은 수없이 다를 것이며 일일이 나열할 수조차 없다. 하지만, 1% 미만의 자가격리 이탈자의 사연은 하나하나 언론을 통해 알려진다. 급기야 정부는 ‘전자팔찌’⁷⁾라는 수단을 꺼내 들었다. 이후 전자팔찌는 자가격리를 어긴 사람들에게 개별 동의를 받고 안심밴드를 착용하는 것으로 결론맺는다. 안심밴드 착용을 동의하지 않으면, 시설 격리를 받게 된다. 이 과정도 인권단체의 즉각적인 자유권 제한에 대한 문제제기⁸⁾가 없었다면, 더 강압적 방식 - 사전 동의가 없거나 동의 거부 시 대안적 방안이 없는 - 으로 결론이 났을지도 모른다.

법의 개정과 그에 뒤따르는 조치와 논란의 흐름을 따라왔다. 이어지는 글에서는 공중보건의 관점에서 감염병 통제와 자유권 제약의 균형점에 대해 논의해 보겠다. 우리는 미국의 일부 집

6) 노컷뉴스. 2020. 03. 29. [제주도, ‘코로나 증상’ 여행객 손해배상 예고... 쟁점은?](#)
 7) 연합뉴스. 2020.04.06. [정부, 자가격리자에 ‘전자팔찌’ 착용 가다...‘무단이탈’ 강력차단](#)
 8) 경향신문. 2020.04.25. [“코로나 전자팔찌, 디지털 감시사회로 가는 반인권적 발상”](#)

단이 주장하는 것처럼 감염병에 걸려도 좋으니 자유권을 보장하라, 우리의 자유를 국가가 절대 제한해서는 안된다고⁹⁾ 이야기하려는 것이 아니다. 수많은 사람들의 생명과 삶에 커다란 영향을 미치는 감염병 유행에 직면해서도 개인의 절대 자유만을 옹호하는 것이 부적절한 것처럼, 집합적 선(goods)을 달성하기 하기 위해 개인의 자유를 전면적으로 유보해야 한다는 주장도 우리는 경계해야 한다는 것이다.

9) 한겨레. 2020.04.19. [미국 곳곳서 코로나 봉쇄령 해제 시위…트럼프가 부추겨?](#)

5. 보건학적 균형점의 잣대 - 선별 검사

모든 것이 새로운 하루 하루를 전세계 시민들은 살아내고 있다. 하지만, 감염인에 대한 강제적 조치는 그렇게 새롭지 않다. 과거와 현재의 가장 큰 차이점은 비감염인에게도 같은 수준의 강제적 조치가 합법이 되었다는 것이다. ‘에이즈예방법’에서 감염인에 대한 강제격리 조항은 1999년이 되어서야 삭제¹⁰⁾되었다. HIV 감염 진단검사는 1983년 처음 개발되었다(Alexander, 2016). 모든 검사법이 그러하듯, 초기 HIV 감염진단키트는 정확도 논란이 있었다. 감염인을 최대한 발견해내기 위해 민감도¹¹⁾가 매우 높게 개발되었고, 결과적으로 위험도가 낮은 집단에게 시행할 경우 가짜양성의 가능성이 높았다. 광범위하게 강압적으로 검사를 실시하게 될 경우, 적지 않은 수의 시민들이 양성인 아님에도 거짓양성으로 감염인 판정을 받았다. 1980년대에 HIV 감염인으로 밝혀지는 순간을 상상해보자. 아직도 HIV 감염인에 대한 차별과 편견에서 자유롭지 않은 세상이다. 비교적 최근 국내에서도 HIV 선별검사 거짓양성으로 고통 받은 시민의 이야기가 있었다¹²⁾. 당시에는 더 심했다. 한 번의 검사 오류는 한 사람의 삶에 중대한 변화를 가져왔을 것이다. 또한, 진단은 가능했지만, 마땅한 치료법이 없던 시절이었다. 당시에는 이와 같은 이유로 광범위한 강압적 진단검사는 정당화되지 않았다(Bayer 등, 1986). 이후 진단법의 개선과 치료법의 발견으로 HIV 진단에 대한 논의는 복합적으로 발전했다. 인간존중과 전파를 통한 공공에 위해를 가하는 정도, 편익과 위험 사이의 균형, 그리고 사회정의 관점에서 진단법의 광범위한 적용은 다양한 질문을 던졌다(Levine and Bayer, 1989). 그리고 보건학적 타당성과 윤리적 정당성에 대한 수많은 질문에 답을 찾아가며 다음과 같은 다섯 가지의 원칙을 도출해냈다(UNAIDS, 2004). 첫째, 진단의 모든 절차에서 윤리적 원칙을 숙지하기. 둘째, 검사 ‘양성’의 의미 - 지속적 치료 보장과 차별 받지 않을 권리 - 를 잘 설명하기. 셋째, 모든 단계에서 HIV/AIDS 관련 낙인과 차별을 줄이려는 노력하기. 넷째, 법적, 정책적지원 체계를 구축하기. 다섯째, 위의 원칙을 유지할 수 있을 만큼의 보건의료 인프라를

10) 한겨레21. 2001.12.05. [깊어만 가는 에이즈 공포](#)

11) 민감도(sensitivity)란 어떤 검사법이 실제 환자들 중에서 양성으로 진단해내는 사람들의 분율을 말한다. 예컨대 100명의 코로나19 환자가 있는데, 검사를 통해 이 중 97명이 양성 진단을 받게 되면 이 검사법의 민감도는 97%가 된다. 실제 환자임에도 불구하고 검사에서 놓쳐버린 3%는 ‘거짓 음성(false-negative)’이라고 부른다. 반대로 환자가 아님에도 검사에서 양성으로 판정되는 경우를 ‘거짓 양성(false-positive)’라고 하며, 환자가 아닌 사람이 제대로 음성 판정을 받는 분율을 ‘특이도(specificity)’라고 한다. 100명의 비감염인에게 검사를 시행했는데 그 중 98명은 제대로 음성 판정을 받고 2명은 코로나19 양성으로 잘못 판정된 경우, 이 검사의 특이도는 98%, 거짓양성은 2%가 된다.

12) 동아일보. 2019.07.23. [“양성 한마디에 가정 풍비박산”... AIDS 선별검사 ‘거짓 양성’ 논란](#)

유지하기. 어려운 원칙의 나열이라 생각할 수 있다. 그만큼, 인류의 보건사에서 강압적 수단이 인간의 존엄을 말살한 경험이 많았기 때문이다. 모든 원칙이 자발성에 기초를 두고 있다는 사실은 무엇보다 중요하다.

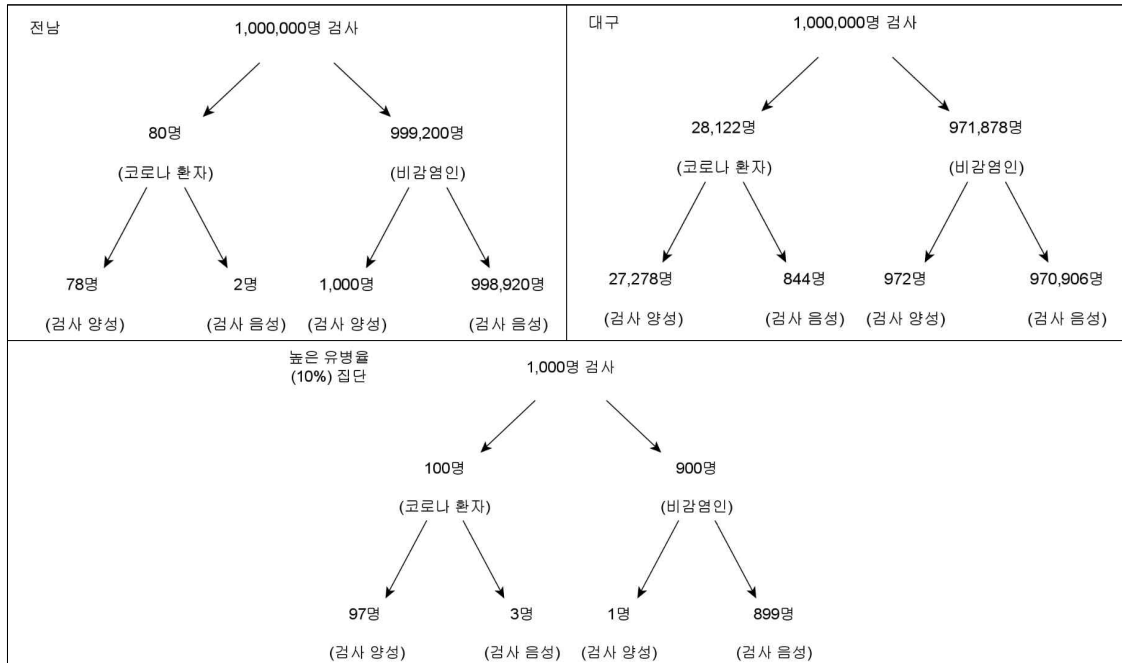
선별진료소라는 단어도 코로나19로 인해 많은 이들에게 친숙해졌다. 환자와 비환자를 초기에 구분하는 진료소라는 의미다. 선별검사는 환자와 비환자를 초기에 간단한 방법으로 구분하는 검사법이다. 다양한 질병의 선별검사법이 발전하면서 조기진단과 질병 정복이라는 과학적 열광이 퍼져있던 시절이 있었다. 하지만, 선별검사법도 문제가 드러났다. 검사법의 정확도와 대상 집단의 유병율에 따라 거짓양성과 거짓음성의 비율이 달라질 수 있기 때문이다. 또한, 마땅한 치료법이 없어서 조기진단의 편익이 크지 않은 예도 있었다. 정확성을 확신할 수 없는 선별검사에서 양성 통보를 받은 개인들에게는 경제적 문제 - 직업 상실과 같은 - 뿐만 아니라, 심리적 타격도 일어날 수 있다. 진단 검사의 정확도와 조기 치료 등에 대한 편익은 곧바로 윤리 문제와 연결된다(Mant and Fowler, 1990). 성매개감염병 중 하나인 2형 단순포진 바이러스 감염(이하 단순포진) 사례도 비슷한 논쟁을 거쳤다. 현재까지 완치방법이 없는 무증상 단순포진 감염인에게 조기 진단법을 적용하는 것이 윤리적 논쟁을 일으켰다. 검사법의 정확도와 해당인구 집단의 유병률에 따라, 선별검사서 양성 판정받은 경우에 많게는 40%까지 거짓양성이었다는 연구 결과가 발표되기도 했다. 굳이 윤리의 원칙을 고려하지 않더라도, 무증상 단순포진 감염인을 진단하기 위한 강압적 조치는 정당화되기 어려웠다(Krantz 등, 2004).

이러한 선행 사례들을 코로나19에 바로 적용하기는 어렵겠지만, 코로나19와 인권 문제를 논의하는 데 시사하는 바가 있다. 코로나19 검사법의 역사는 수개월에 지나지 않는다. 앞선 사례들과 같이 정확도를 예측하기 어렵다. 하지만 접촉력 같은 역학적 연관, 증상 호소 등 임상적 연관성이 분명하다면, 거짓양성의 가능성은 매우 낮아질 것이다. 유병율이 높은 집단이기 때문이다.¹³⁾ 따라서, 앞서 살펴본 보건당국 지침에서 말한 조사대상 유증상자 기준이 적절하다. 하지만 감염병 예방법에서 말하는 감염병의심자는 지나치게 광범위하다. 검사 대상을 광범위한 집단으로 확대하면 그만큼 유병율은 낮아지고, 유병율이 낮아지면 그만큼 거짓양성의 가능성도 높아진다.

한 가지 가정을 해보자. 4월 29일 시점에 코로나19 발생률이 가장 낮은 시도는 전라남도로 10만 명 당 0.8명이었다. 가장 높은 곳은 대구시로 발생률이 10만 명 당 281명이었다.. 발생률을 유병률이라고 가정해보자. 그리고, 현재 사용하는 검사법의 민감도를 97%, 특이도를

13) 양성예측도(positive predictive value)는 검사법에서 양성으로 확인된 사례 중 정말 질병을 가진 사례의 비율이다. 이는 해당 질병의 유병율에 따라서 값이 변화하는데, 일반적으로 유병율이 낮은 질병은 양성예측도가 낮아지는 경향이 있다. 이 경우, 거짓 양성 사례가 상대적으로 늘어나게 된다.

99.9%라고 가정하고, 해당 두 지역의 전체 거주자를 대상으로 검사를 시행하면 다음과 같은 결과가 도출된다.



[그림 1] 가상의 코로나19 선별검사 양성예측도, 음성예측도 시나리오

유병률이 낮은 전남지역 백 만명 무작위 검사에서 2명은 코로나19 환자이지만 진단을 놓치게 된다. 반면, 1,000명은 코로나19 환자가 아니지만, 선별검사서 양성으로 추가 검사가 필요해진다. 대구에서 진단을 놓치게 되는 숫자는 844명으로 늘어나지만, 거짓 양성으로 추가 검사가 필요한 사례는 30명 정도 줄어든 972명이다. 약 10%의 높은 유병율을 보이는 가상의 집단을 생각해보자. 집단시설 발병사례를 생각하면 쉽다. 요양병원에서 함께 생활한 100명 중 10%에서 감염이 일어난 사례이다. 이 경우 1,000명 검사에서 3명의 환자를 놓치고, 1명의 환자는 거짓양성 판정을 받는다. 이 사례는 가상의 시나리오에 불과하다. 실제 현실은 어떨지 지금은 선불리 단정할 수 없다. 방역당국이 2차, 3차 검사를 시행하고, 역학적 연관성을 따져보며, 임상증상도 함께 고려한다. 2중 3중의 안전장치를 마련해 두었더라도 기술력의 한계도 무시하기 어렵다. 그럼에도 불구하고, 감염병예방법은 불필요하고 과도하게 관리 의무대상자를 확대했다. 경우에 따라서는 더 많은 거짓 양성과 거짓 음성자가 늘어나게 될 수 있는 방향이다. 보건학적 관점에서 ‘감염병의심자’의 추가가 가져다 줄 이득은 불확실하다. 다른 한편으로 누구나 차별받지 않고, 진단 받을 수 있는 환경을 제공하는 것은 중요한 인권의 한 측면이다.

맥락에 따라 다르지만, 국외 많은 국가에서 진단 검사를 적절히 공급하지 못해 발생한 사례들을 보더라도 한국에서의 진단은 괄목할만한 성과를 보였다. 우려하는 점은 진단받을 권리의 확대가 감염병예방법에서 그 대상 범위를 ‘감염병의심자’까지 확대했기 때문이라는 오해다. 하지만, 적절한 진단받을 권리의 보장은 사례정의의 확대만으로도 충분하다¹⁴⁾. 그렇다면, 이제 남아있는 법 개정이 취지는 ‘처벌하기 위한 조건’ 구성 외에 없다.

14) 의협신문. 2020.05.12. [방역당국 “적극 검사”... 코로나19 대응지침8판 시행](#)

6. 자발적 자가격리의 가능성

코로나19로 인한 자가격리는 다양한 임상적 상황에 놓인 사람들에게 이루어진다. 대구시의 폭발적 유행 사례처럼, 의료체계가 감당하지 못할 만큼의 환자가 발생한 경우, 증상이 경미한 환자들은 - 이들은 모두 (감염병) 확진환자다 - 자가격리되었다. 최근 해외에서 귀국한 사람들에게 - 이들은 모두 감염병의심자다 - 자가격리라는 단어가 자주 등장한다. 자가격리의 공중보건학적 필요성은 분명하다. 만에 하나 감염인이란, 예방 가능한 전파 가능성을 사전에 차단하겠다는 것이다. 그렇다면, (일정한 공간 외부로의 이동을 제한하는 자가격리 자체가 아니라) 전파 가능성의 차단이 궁극적 목표다. 감염병에서의 강제적 조치를 언급할 때 빠지지 않고 인용되는 기준이 시라쿠사의 원칙이다(UN Commission on Human Rights, 1984). 세계보건기구가 1984년에 제시한 인권보장을 위한 국제사회의 원칙이다. 시라쿠사의 원칙에 따르면, 감염병 유행 등의 상황에서 격리조치는 가능한 자발적 동의하에 ‘최소한’으로 이루어져야 한다. 강제적 조치는 모든 동원 가능한 수단을 쓰고도 문제를 해결할 수 없는 경우에 ‘마지막 보루’로서 행해져야 한다. 그렇다면 질문은 쉬워진다. 우리 사회는 자가격리 이탈자들에게 손목 밴드와 법적 고발조치 이전에 동원 가능한 모든 수단을 써 본 것인가? 주변의 다른 사례를 살펴보자. 정신질환자들에 대한 강제입원조치에 대한 논란은 우리 사회의 오랜 화두였다. 2016년 헌법재판소에서 강제입원제도인 보호입원제도의 위헌이 결정되기까지 논란이 지속되었다(신권철, 2017).

다른 감염병 사례도 있다. 결핵예방법에는 법령에 환자의 권리보호에 대한 문구가 없다. 더구나 사문화되었던 입원명령제도가 2010년에 부활하고 뒤이어 경찰력 동원을 통한 강제격리 제도까지 법제화되었다. 환자를 질병극복의 주체이자, 보건당국과 협력해야할 당사자가 아니라 통제의 ‘대상’으로 바라보는 시각이다(진석이, 2016). 지금도 한 해에 수백 명의 결핵환자가 입원명령을 받는다.

다시 논의로 돌아가자. 정신질환자에 대한 강제격리는 사회적 논의를 통해 개인의 자유권을 최대한 적게 침해하면서 공중보건학적 위해와 편익의 균형을 찾으려는 노력이 일부 시도되었다. 이 과정은 바로 ‘동원 가능한 모든 수단’을 써 보려는 노력이다. 반면 결핵에서의 강제격리 제도에는 ‘동원 가능한 모든 수단’이 보이지 않는다. 기존의 보건의료체계에서는 진단, 치료, 병원 중심의 사례관리를 넘어서는 다른 수단이 부족하다.¹⁵⁾ 코로나19 대응에서 자가격리를 축

15) 2019년 정부는 결핵예방관리 강화대책을 발표하면서 취약계층 환자 치료지원 강화안을 포함하며, 일

진하기 위해 ‘동원 가능한 다른 수단’은 어떤 것이 있을까 생각해볼 문제다. 현재는 담당 공무원을 지정하고, 이탈 방지를 위해 주기적으로 소통하고, 혼자 할 수 있는 취미생활 등 기타 필요한 지원이 진행 중이다. 자발적 격리를 응원하는 협력과 연대, 자발적 격리의 어려움을 느끼고 이탈한 사람들에게 이유를 묻고, 이유를 해결하기 위한 지원을 준비하는 돌봄체계, 혹은 또 다른 ‘동원 가능한 수단’은 없을지 물어야 한다. 중요한 것은 불확실한 감염병 위험 때문이라는 회피의 논리가 아니라, 도울 방법은 무엇인지 찾아보는 협력과 지원의 논리가 부족하다는 것이다.

부 개선된 노력을 보이고 있다.

7. 마치며

감염인을 피해자가 아니라 전파자로 바라보는 시각은 손쉽게 ‘말 안 듣는 격리 거부자’라는 인식으로 대치될 수 있다. 혐오와 차별의 시선이 감염인에게, 심지어 ‘의심자’에게까지 향하는 사회가 이미 도래했다. 개정된 감염병예방법은 감염의 가능성이 있을 것으로 추정되는 감염병 의심자라는 새로운 개념을 제시하고, 확진자에 준하는 법적 조치를 강제한다. 미래의 방향을 어디로 이끌어 갈지는 지금 우리 사회가 고민할 문제다. 감염내과 전문의이자 의료인류학자인 리처드 코커는 “자유권과 공공의 이익 균형점에 대한 논의가 부족한 채 시행되는 강제적 조치는 ... (실제 상황이) 좋아지고 있다는 연막(smokescreen)이 될 수 있다”고 경고한다(Coker, 2001). 알 권리와 격리 등 검역조치로 발생한 피해에 대한 보상의 권리를 명문화한 검역법의 개정은 바람직하다. 검진 대상자의 확대는 접근권을 폭넓게 보장하는 건강권의 확대다. 하지만, 모호한 사례 정의에 근거를 둔 대상자 확대는 정작 검사 및 지원을 절실히 필요로 하는 또 다른 누군가를 배제하는 결과를 만들 수 있다. 사례정의를 역학적 연관성과 밝혀진 과학적 사실에 준거를 두어야 한다. 동시에, 대상자 확대의 사회적 논의에 우선하여 처벌 규정을 먼저 만들고 범죄화를 시도하는 것은 공공의 건강을 위한 자유권의 제한 범위를 넘어서는 문제일 수 있다. 그래서 세계보건기구는 ‘의심’을 뜻하는 서스펙트(suspect)라는 단어를 쓰지 말라 권고한 지 오래다. ‘의심’은 형법의 언어이지, 감염병의 언어는 아니기 때문이다.

§. 참고문헌

- Alexander T. S. (2016). Human Immunodeficiency Virus Diagnostic Testing: 30 Years of Evolution. *Clinical and vaccine immunology*, 23(4), 249 - 253.
- Bayer R, Levine C, Wolf SM. (1986). HIV Antibody Screening: An Ethical Framework for Evaluating Proposed Programs. *JAMA*. 256(13):1768 - 1774
- Coker, R. (2001). Just coercion? Detention of nonadherent tuberculosis patients. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 953(1), 216-223
- Krantz, I., Löwhagen, G. B., Ahlberg, B. M., & Nilstun, T. (2004). Ethics of screening for asymptomatic herpes virus type 2 infection. *BMJ*, 329(7466), 618 - 621
- Levine, C., & Bayer, R. (1989). The ethics of screening for early intervention in HIV disease. *American journal of public health*, 79(12), 1661 - 1667
- Mant, D., & Fowler, G. (1990). Mass screening: theory and ethics. *BMJ*, 300(6729), 916 - 918
- UNAIDS. 2004. [UNAIDS/WHO Policy Statement on HIV Testing](#)
- UN Commission on Human Rights,. 1984. The Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights. <http://www.refworld.org/docid/4672bc122.html>
- 신권철. (2017). 강제입원 위헌(헌법불합치)결정의 의미와 향후 과제. *서울법학*, 24(4), 1-45.
- 진석이. (2016). 시민건강이슈 - 한국의 결핵정책, 그 방향을 묻는다!. 시민건강연구소

시민건강이슈는...

시민건강연구소의 상근연구원 뿐 아니라

회원/비회원도 필자로 참여할 수 있습니다.

제기하고 싶은 주장, 함께 대안을 모색하고 싶은 문제가 있으면,
논점을 정리하여 제안해 주시기 바랍니다.



주소 : 서울시 동작구 사당로 13길 36, 2층

전화 : 02-535-1848 / Fax : 02-581-0339

홈페이지 : <http://health.re.kr> / 전자우편 : people@health.re.kr

후원계좌 : 하나은행 199-910004-60804 (사)시민건강연구소