
감염병 예방 및 대응체계에 관한 법제 개선방안 연구

이준서



감염병 예방 및 대응체계에 관한 법제개선방안 연구

A Study on Improvement of Infectious Disease Control and Prevention
Act and System

연구자 : 이준서(연구위원)
Lee, Jun-Seo

2018. 10. 31.

연 구 진

연구책임 이준서 연구위원

심의회원 이세정 선임연구위원

김은정 연구위원

왕승혜 부연구위원

오선영 숭실대학교 교수

연구보조원 안수길 한양대학교 법학연구소 연구원

요 약 문

I. 배경 및 목적

▶ 감염병 관련 법적 쟁점 검토의 필요성

- 메르스 사태를 통해 알 수 있다시피, 감염병 확산방지를 위한 정부의 검역·방역조치는, 그것이 작위이든 부작위이든, 그와 관련된 다양한 법적 쟁점들을 포함하고 있다. 지난 2015년의 메르스 사태에 대응하면서 발생하였던 문제점들인 검역체계의 미비, 감염병 관리체계에 관한 정부·지자체의 거버넌스, 방역조치에 대한 정부의 책임, 의료정보시스템의 미비, 의료 관련 감염 대응책의 미비 등의 문제와 더불어 감염병 관련 리스크 커뮤니케이션, 감염의심자의 인권 보장, 자가격리 위반에 대한 처벌의 실효성, 손실보상 등의 문제점들에 대한 법제적 접근이 필요하다.
- ‘감염병의 예방 및 관리에 관한 기본계획’에 포함된 중점과제와 세부과제가 추구하는 방향은 앞서 메르스 사태를 통한 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」의 체계 개편 필요성과 크게 다르지 않다. 감염병 대응·대비 체계 강화, 원헬스(one health) 협력체계 구축, 감염병 예방관리 대책 강화, 감염병 대응기술 혁신플랫폼 구축, 감염병 대응·대비 인프라 강화를 위한 법제 개선방안이 필요하겠지만, 리스크 커뮤니케이션, 감염의심자의 인권 보장, 자가격리 위반에 대한 처벌의 실효성, 손실보상의 적정성 등 그 밖의 법적인 문제점들을 정리하고 개편할 필요가 있다. 본 연구에서는 그동안의 국내 대규모 감염병에 관한 사례들을 쟁점별로 분석하고, 이 쟁점들과 관련된 개선방안들을 검토하고자 한다.

II. 주요 내용

▶ 감염병 관련 법령과 사례분석을 통한 현행 법제의 문제점

○ 감염병의 예방 및 관리에 관한 법령 분석

- 「전염병예방법」이 현행과 같은 체계를 갖추게 된 것은 2003년 사스(Severe Acute Respiratory Syndrome: SARS)의 유행을 겪은 후 질병관리본부가 출범하고, 2009년 동법을 ‘감염병의 예방 및 관리에 관한 법률’이라는 명칭으로 전부개정하면서이다.
- 메르스 종료 후인 2015년 말에는 동법의 개정이 추가적으로 추진되었는데, 보건복지부 장관이 예방접종통합관리시스템을 구축·운영하도록 법적 근거를 마련하고, 예방접종통합관리시스템의 구축·운영을 위하여 예방접종 대상자의 인적사항 등 필요한 자료를 수집·관리·보유할 수 있도록 하였다.
- 감염병예방법의 특징은 법정감염병의 등록에 따라 방역조치가 이루어질 수 있다는 것과 국가 및 지방자치단체의 책무 규정이 다른 법률의 규정과는 달리 열거적인 형태를 보인다는 것, 검역과 방역에 대한 명확한 구분이 이루어지고 있지 않은 채 사용되고 있다는 것, 법률의 구성에 예방접종과 고위험병원체 관리에 관한 사항이 포함되어 전체적으로 방역조치의 순서에 맞추어져 있지 않다는 점이다.

○ 국내 대규모 감염병 대응 사례 분석

- 사례분석은 메르스 대응조직과 운영체계, 지방자치단체의 대응체계, 격리병상 및 의료자원 확보, 메르스 대응에 따른 역학조사, 격리조치와 인권보호, 의료관련 감염, 리스크커뮤니케이션, 보상과 배상 등으로 구분하였다.

○ 감염병 관련 법령과 사례분석을 통한 현행 법제의 문제점

- 「검역법」과 「감염병예방법」에서는 감염병 전파를 막기 위한 방역조치의 하나로서 증상이 있는 환자가 어떤 질병이 진단된 후의 조치인 ‘격리’(isolation)와 전파 가능성이 있다고 우려할만한 증상은 있으나 확진되기 전에 격리 등의 조치를 취하기 위한 ‘검역’(quarantine)이라는 용어에 대하여 명시적인 법적 구분을 하지 않고 있다.
- 「감염병예방법」상 의료관련감염병은 “환자나 임산부 등이 의료행위를 적용받는 과정에서 발생한 감염병으로서 감시활동이 필요하여 보건복지부 장관이 고시하는 감염병”으로 정하고 있을 뿐, 의료관련감염의 예방 및 관리를 위한 규정은 마련되어 있지 않다. 한편, 「의료법」에서는 의료관련감염이 아닌 ‘병원감염’이라는 다른 용어를 사용하고 있다.
- 자가격리는 격리의 적당한 장소를 ‘환자 각자의 집’으로 하고 있는데, 보건당국이 자신들이 제공하거나 알선해야 할 적당한 장소를 확보하지 못한 채 혹은 정작 중요한 병원·병동격리조치를 취하지 않으면서 자가격리에 의존한다는 점은 문제가 있다.
- 모호한 법적 개념과 범위의 불명확성이 지휘체계 혼선과 절차적 정당성 문제를 야기했다면, 이 법률에 따른 행정규칙에서도 여전히 문제는 존재한다. 메르스 발생기간 동안 질병관리본부의 감염병관리 지침은 수차례 개정되었다. 하지만 행정작용에 대한 내용만 있을 뿐 밀접접촉자의 정의, 접촉거리, 시간 등의 세부 기준이 불분명하였고, 일정하지 않아 현장에서의 공무수행은 여전히 혼란스럽다

▶ 감염병 관련 법적 쟁점에 관한 비교법적 검토

○ 감염병 예방 및 대응에 관한 조직 체계

- CDC는 건강에 위협이 되는 요인을 감지, 대응, 억제하며, 사고와 질병, 돌연사를 예방하고, 과학과 첨단기술을 통해 대중의 건강증진방법을 모색함으로써 국가와 세계를 보호함을 주된 임무로 하고 있다.
- 로베르트코흐연구소(Robert Koch-Institut)는 주 보건관청의 요청이 있으면 중대한 전염병의 예방·인지·확산방지를 위한 조치에 관하여, 요청을 한 주의 최상위 보건관청에 대해서는 주의 경계를 넘어서서 취해야 할 조치, 중대한 전염병의 발생위험의 평가결과에 관하여 조언을 해야 한다.
- 일본 국립감염증연구소의 업무의 목적은 감염증을 제압하고 국민의 보건의료향상을 도모할 예방의학의 입장에서 널리 감염증에 관한 연구를 선도적·독창적·종합적으로 행하고, 국가의 보건의료행정의 과학적 근거를 명확히 하고, 이를 지원하는 것에 있다.

○ 검역, 방역, 격리

- 미국 CDC는 감염병의 확산을 막기 위해 병을 옮길 것으로 의심되는 환자를 격리하거나 검역할 수 있는데, 격리와 검역의 차이는 규칙의 정의조항에서 명확히 규정하고 있다. 『IHR 2005』에서도 양자를 구분하고 있다.
- 독일이나 일본에서는 법률에서 검역에 해당하는 용어나 규정이 별도로 존재하지 않는 것으로 보인다. 우리나라에서는 “우리나라로 들어오거나 외국으로 나가는 운송수단, 사람 및 화물을 검역하는 절차와 감염병을 예방하기 위한 조치에 관한 사항을 규정하여 국내외로 감염병이 번지는 것을 방지”하는 것으로 검역으로 보고 있다.

○ 의료관련감염

- 독일 「감염병예방법」의 개정으로 병원운영자들에게 병원위생을 위한 표준을 유지할 의무가 부과되었다. 종래에는 로베르트 코흐 연구소 내의 병원위생과 감염예방을 위한 위원회에서 병원위생준칙을 권고하였으나, 이는 법적 구속력이 없었다. 그러나 새로운 「감염병예방법」에서는 병원, 응급의료기관, 요양 및 재활기관 등의 의료기관장에게 병원감염을 예방하고 병원균, 특히 내성을 가진 병원균의 확산을 방지하기 위하여 현재의 의학수준에 상응하는 조치를 시행하여야 한다.
- 프랑스 「공공보건법전」 제R.6144-2조 및 제R.6164-3조는 의료위원회가 의료의 질과 안전성의 지속적 향상에 관한 정책의 수립에 기여하게 하였는데, 특히 ‘의료관련감염’과 의원성 질병을 예방하고 처리하는 것, 병원내의 다양한 활동에 기인한 원치 않는 사고 등에 관한 예방대책을 의료위원회에서 수립하도록 하였다.

○ 손실보상과 국가배상

- 독일의 손실보상액은 감염자 등의 소득감소가 기준이 되며, 첫 6주는 소득감소의 최고액에 따르고, 제7주부터는 소득감소가 법정보험의무의 기준이 되는 연간노동임금의 한계를 넘지 않는 한도에서 사회법전에 따른 질병보조금을 적용받는다.
- 일본 「헌법」 제17조(누구든지 공무원의 불법행위에 의해 손해를 받은 때는 법률이 정하는 바에 따라 국가 또는 공공단체에게 그 배상을 요구할 수 있다)는 국가와 지방자치단체의 책임을 명문화하고 국가배상법을 제정하였는데, 「국가배상법」의 법적 성격은 「민법」의 불법행위책임의 특칙으로 이해되고 있다.

○ 감염병 관련 국제공조

- 각 당사국은 일정한 기한 내에 사태를 탐지·평가·통보·보고할 수 있는 역량 및 공중보건 위협과 국제적 관심사항인 공중보건 비상사태에 대해서 즉각적·효과적으로 대응할 수 있는 역량을 개발·강화·유지하여야 한다. 이와 관련하여, WHO는 당사국들을 지원하여야 하며, 공중보건 대응역량을 개발하는데 있어서 당사국들을 지원하기 위한 지침을 제공해야 한다.

▶ **감염병 예방 및 대응체계에 관한 법제개선방안**

○ 유사 입법과의 관계

- 「감염병예방법」을 통해서도 충분히 수용될 수 있는 정도의 조치라면 감염병과 관련하여 별도의 독립적인 법률의 통합 여부를 장기적인 관점에서 고려해볼 수 있다. 고위험병원체 관련해서도 병원체자원의 관리에 관한 사항은 「병원체자원법」에서 관리하는 것이 적절할지 검토가 필요하다.

○ 검역·방역조치 대상으로서의 법정감염병

- 검역조사와 검역조치의 내용과 유입단계, 예방단계, 확산단계 등으로 구분하고, 감염병 관련 사태 발생에 따라 ‘신고 및 보고 → 감염병감시 및 역학조사 → 예방 조치 → 감염병 전파의 차단 조치’의 순서로 단계별 위험순위 판단 및 적절 조치에 대한 대응력을 상세하게 정비해야 한다.

○ 공중보건 위기 시 대응 기관의 권한강화 및 전문인력 양성

- 역학조사 교육·훈련을 실시할 수 있도록 재량의 여지를 두면서도, 동 교육·훈련과정을 이수한 사람을 역학조사관으로 임명하도록 하고 있다. 역학조사의 교육·훈련과 역학조사관의 지정·운용에 대한 상호관계를 보다 명확히 할 필요가 있다.

○ 의료관련감염

- 권역별 전문병원 설치의 경우 「감염병예방법」 제7장(감염 전파의 차단 조치)에 해당하는 감염병 위기관리대책, 감염병관리기관의 지정, 감염병 위기 시 감염병관리기관의 설치 등의 조문을 검토하여, 지역적·기능적 역할을 설정하는 개선안 검토할 수 있다.

○ 피해자의 인권문제

- 격리자에게는 의식주와 치료조치 등의 환경이 제공되어야 하고, 격리와 관련한 부당한 피해가 있을 때는 피해보상이 마련되어야 한다. 한편으로 격리조치 중의 생계 지원, 심리 치료 지원 및 지원책이 필요하다. 이러한 필요성들은 대한변협인권위원회가 시설격리경험자에 대한 심층면접을 토대로 한 메르스 격리로 인한 부당한 침해 사례의 예시를 통해서 그 근거가 제시되고 있다.

Ⅲ. 기대효과

- 현행법상 행정기관이 감염병에 대응하기 위한 조치들을 구체화하고, 그 조치에 대한 정당성과 더불어 조치의 적정성·타당성 여부에 따라 발생하는 법적 쟁점을 검토 보다 발전된 감염병 대응체계를 구축할 수 있다.
- 관련 법령의 검토는 물론 사례 분석을 통하여 그동안 우리나라의 감염병 대응체계의 문제점과 법제 개선으로 발전시킬 수 있다.

▶ 주제어 : 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률(감염병예방법), 법정감염병, 메르스 대응, 의료관련 감염, 방역조치와 인권

Abstract

I. Backgrounds and Purposes

▶ Necessity of reviewing legal issues related to infectious diseases

- The government's quarantine measures to prevent the spread of infectious diseases include various legal issues related to it, whether it is innocent or not. The lack of a quarantine system, the governance of governments and municipal governments regarding the infection control system, the government's responsibility for the prevention of diseases, the lack of medical information systems, In addition to legal issues such as infectious disease related risk communication, the protection of human rights of suspected victims, the effectiveness of punishment for self - isolation, compensation for loss, etc.
- In this study, I analyze the cases of domestic large - scale infectious diseases by issues and examine the improvement methods related to these issues.

II. Major Content

▶ Problems of current legislation through laws and cases analysis of infectious diseases

- Statutory analysis on prevention and management of infectious diseases

- At the end of 2015, the revision of the Act was further implemented. In order to establish a legal basis for the establishment and operation of the integrated vaccination management system, the Ministry of Health and Welfare established a vaccination management system, To collect, manage, and retain necessary data such as personal information.
- Case analysis of domestic large-scale infectious disease
 - Case analysis is based on the MERS response organization, the operating system, the response system of local governments, the securing of isolated medical beds and medical resources, the epidemiological survey based on MERS response, the isolation and human rights protection, the medical infection, the risk communication, Respectively.
- Problems of current legal system through laws and case analysis related to infectious diseases
 - There is no explicit legal distinction between the terms 'isolation' and 'quarantine'.
 - There are no provisions for the prevention and management of medical-related infections. On the other hand, in the Medical Law, other terms such as "hospital infection" are used instead of medical related infections.
 - In addition to self-isolation, the health authorities should ensure that they have a suitable place to provide or mediate.
 - The guidelines for the management of infectious diseases have been revised several times during the period of the disease. However, only the content of the administration is described, but the detailed criteria such as the definition of contact person, contact distance, and time are unclear, and the performance of the official work in the field is still confused.

▶ Improving Legislation of Infection Prevention and Response System

- The contents of preventive and preventive measures can be divided into quarantine inspection and quarantine measures, influent phase, prevention phase, and diffusion phase.
- It is necessary to clarify the relationship between education and training of epidemiological survey and designation and operation of epidemiologist.
- In the event of an infectious disease crisis, the review of articles such as the establishment of an infectious disease control agency may be reviewed to review the improvement plan setting regional and functional roles.
- The quarantine must be provided with an environment such as food, shelter, and remedial measures, and damage compensation should be provided when there is unjustified damage related to quarantine. On the other hand, there is a need for livelihood support, psychotherapy support and support measures in isolation measures.

III. Expected Effects

- Under the current law, administrative agencies can specify the measures to respond to infectious diseases and establish a system for dealing with infectious diseases that is more developed than just review legal issues arising from the appropriateness of the measures.

○ In addition to reviewing related laws and case analysis, it is possible to develop the problems of the infectious disease response system in Korea and improvement of legal system.

▶ **Key Words** : Infectious Disease Control and Prevention Act, Legal Infectious Disease, Response to the MERS, Medical Infection, Prevention Measures and Human Rights

목차

감염병 예방 및 대응체계에 관한
법제개선방안 연구

korea legislation research institute

요약문	5
Abstract	13

제1장 서론 / 19

제1절 연구의 필요성 및 목적	21
제2절 연구의 범위 및 방법	30

제2장 감염병 관련 법령과 사례분석을 통한 현행 법제의 문제점 분석 / 41

제1절 감염병의 예방 및 관리에 관한 법령의 쟁점	43
I. 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률의 변천	43
II. 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률의 쟁점	47
제2절 국내 대규모 감염병 대응 사례의 분석과 쟁점	68
I. 격리조치의 쟁점	68
II. 의료관련감염의 쟁점	74
III. 행정규칙의 위임에 대한 쟁점	79
IV. 리스크 커뮤니케이션의 쟁점	81
V. 손실보상과 국가배상의 문제	87

제3장 감염병 관련 법적 쟁점에 관한 비교법적 검토 / 93

제1절 감염병 관련 법적 쟁점에 관한 비교법 개관	95
I. 국제보건규칙	95
III. 감염병 예방·관리에 관한 주요국의 법제	102
제2절 감염병 관련 법적 쟁점에 대한 비교법적 검토	112
I. 감염병 예방 및 대응에 관한 행정 체계	112

목차

감염병 예방 및 대응체계에 관한
법제개선방안 연구

korea legislation research institute

II. 검역·방역·격리의 구분	121
III. 의료관련감염	130
III. 손실보상과 국가배상의 문제	144
V. 감염병 관련 국제공조	148
VI. 비교법적 시사점 검토	154

제4장 감염병 예방 및 대응체계에 관한 법제개선방안 / 159

I. 법률의 구성과 유사 입법과의 관계	161
II. 검역·방역조치 대상으로서의 법정감염병	165
III. 공중보건 위기 시 대응 기관의 권한강화 및 전문인력 양성	171
IV. 의료 관련 감염	174
V. 국가배상에서의 공법원리 적용	178
VI. 격리대상자의 인권보장을 위한 절차	180

제5장 결 론 / 187

참고문헌	191
------------	-----

korea
legislation
research
institute

제1장 서론

제1절 연구의 필요성 및 목적

제2절 연구의 범위 및 방법

제1장 서론

제1절 연구의 필요성 및 목적

2017년 12월 발생한 이대목동병원 신생아 사망사건, 2015년 건국대학교 실험실에서의 집단 폐렴균 감염 사건, 같은 해 발생한 삼성서울병원·서울아산병원과 같은 대형의료기관 내에서의 메르스(Middle East Respiratory Syndrome: MERS) 감염·확산 사태¹⁾ 등은 우리나라의 감염병²⁾ 관리체계에 적지 않은 문제들이 내재되어 있었음을 방증하는 사례들이다. 특히, 메르스 같이 당시에 적절한 치료제나 백신을 마련할 수 없는 경우,³⁾ 정부 입장에서는 감염병 확산에 따른 피해를 방지하기 위해서 감염병 의심자를 감시하거나 격리시키는 검역조치를 하고, 감염병 (확진)환자를 격리하거나 감염병 병원체에 오염된 장소를 폐쇄하는 등의 방역조치를 우선시 할 수밖에 없다.⁴⁾ 그런데 이러한 검역·방역조치는 그 조치에 대한 정당성과 더불어 조치의 적정성·타당성 여부에 따라 파생적으로 다수의 법적 쟁점을 야기할 수 있다.

- 1) 메르스는 ‘중동 호흡기 증후군’이라는 질환명이며, 이러한 메르스를 일으키는 원인균은 메르스 코로나 바이러스(MERS-Coronavirus: MERS-CoV)이다. 메르스 코로나 바이러스는 2012년 9월 국제 전염병기구 소식지인 ‘프로메드 메일(ProMED-mail)’에 처음으로 보고되었고, 이후 2014년 5월까지 537건의 추가 사례가 보고되었고, 이 중 145명이 사망했다. 강유민·김가연·김연재·김재윤·신형식·진범식, 현대인과 바이러스, 국립중앙의료원, 2016, 20면.
- 2) 감염(infection)이란 병원체가 생물체에 침입하여 알맞은 기관에 자리 잡고, 발육 또는 증식하여 조직반응이 나타나는 것을 뜻한다. 병원체가 숙주에게 단순히 부착한 오염(contamination)의 경우 숙주가 반응하지 않지만, 감염이 되면 면역반응(immune response)이나 염증(inflammation)과 같은 반응이 일어난다. 이러한 감염으로 일어나는 질병을 ‘감염병(infectious disease)’이라 한다. 배시에, 감염병학, 대왕사, 2014, 35면.
- 3) 현재까지 메르스 바이러스 감염 예방을 위한 백신은 없고, 치료를 위한 항바이러스제도 개발되지는 않아 감염환자에 대하여는 대증적 치료를 할 수밖에 없으며, 중증인 경우 인공호흡기, 투석 치료 등을 시행한다.
- 4) “올해 들어 한국을 비롯해 중동 외 지역에서도 메르스 환자가 발생했다. 올해 1월에는 말레이시아에서, 8월엔 영국에서 메르스 환자가 발생했다. 영국과 말레이시아는 환자에 대한 신속한 격리조치를 통해 메르스가 추가 확산되는 것을 막았다.” 주간경향, “메르스 대응, 신속한 격리가 최선”, 2018. 10. 1. 기사.

일례로, 2015년 메르스 사태 당시에는 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률(이하 “감염병예방법”이라 한다)」을 포함한 실정법은 즉시강제와 관련하여서는 그 권한을 가지는 행정기관에 대해서만 규정하고 있을 뿐⁵⁾ 즉시강제의 발동요건이나 절차 수용 중인 환자 등에 대한 처우 및 조치 등에 관하여는 명확히 규정하고 있지 않았다.⁶⁾ 또한 즉시강제의 대상이 되는 감염병(제1군, 제3군, 제4군감염병 중 법령에서 정한 것)에 메르스가 포함되어 있지도 않았다.⁷⁾ 즉시강제의 특성상 포괄적인 입법을 해야 할 불가피한 경우도 있다는 것을 감안하더라도,⁸⁾ 2015년 메르스 사태 당시 정부의 즉시강제조치는 법률유보의 원칙에 관한 문제점을 내포하고 있다.⁹⁾

정부의 적극적인 조치가 문제된 위의 사항과 달리, 정부의 부작위에 대한 위법성 문제도 발생할 수 있다. 메르스 사태가 종식되자¹⁰⁾ 국가 또는 지방자치단체를 상대로 다수의 소송이 제기되기 시작했는데, 이 중에는 방역조치에 대한 정부의 과실이나 부작위에 대한 위법을 확인하기 위한 소송도 포함되어 있다.¹¹⁾ 부작위위법확인이 인정된 판례는 아직까

5) 메르스 사태 당시 「감염병예방법(법률 제12444호, 2014. 3. 18., 일부개정된 것을 말한다)」에서는 “보건복지부장관, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 해당 공무원으로 하여금 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 감염병환자 등이 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(제42조 제1항).”고만 규정하고 있을 뿐, 현행과 같이 조사거부자에 대한 조치, 관할 경찰서의 협조, 자가 또는 감염병관리시설에의 격리·치료·입원 조치, 격리조치의 해제, 치료·입원에 대한 통지, 정당한 사유 없는 격리조치 미해제에 따른 구제청구 등의 내용은 마련되어 있지 않았다.

6) 대한변호사협회, 2015 인권보고서[제30집], 2016, 18면.

7) 당시 「감염병예방법 시행규칙」에서는 제4군감염병에 페스트, 황열, 뎅기열, 바이러스성 출혈열, 두창, 보툴리눔 독소증, 중증 급성호흡기 증후군(SARS), 동물인플루엔자 인체감염증, 신종인플루엔자, 야토병, 큐열(Q熱), 웨스트나일열, 신종감염병증후군, 라임병, 진드기매개뇌염, 유비저(類鼻疽), 치쿤구니아열, 중증열성혈소판감소증후군(SFTS)을 포함시키고 있었다(제2조).

8) 즉시강제의 특성상 포괄적인 실효행사권한을 인정하고 있는 경우가 많다. 행정상 즉시강제 요건의 판단이나 실효행사의 정도·양태·방법 등에 관하여는 행정청에 일용 광범위한 재량이 부여되고 있다고 볼 수 있기 때문이다. 김동희, 행정법 I, 박영사, 494면.

9) 사실행위에도 조직법상 근거 외에 작용법적 근거가 필요한지에 대하여는 법률유보의 범위에 대하여 어느 견해를 취하는가에 따라 의견이 나누어질 수 있지만, 적어도 권력적·침익적 사실행위의 경우에는 반드시 법률의 근거가 필요하다. 김동희, 앞의 책, 202면.

10) 2015년 5월 중동 지역을 여행하고 귀국한 남성이 메르스 확진을 받고, 이후 환자와 접촉한 사람들 중 2차 감염인이 발생했고, 2차 감염인이 방문한 병원들에서 추가 감염인이 발생했다. 결국 16,752명이 격리되었다가 해제되었고, 2015년 7월 28일 정부가 메르스 종식을 선언할 때까지 총 186명이 감염되었으며, 이 중 38명이 사망하였다. 강유민 외, 앞의 책, 18면.

11) 이 소송의 청구취지는 「감염병예방법」 제6조 제2항에도 불구하고, 정부에서 메르스 환자가 거쳐 간 병원과 의료기관을 공개하지 않아 국민의 알 권리를 박탈했고, 국가가 국민에게 감염병 발생 상황을 알리는 하위법령에 구체적인

지 않지만, 공무원들의 과실로 인하여 메르스에 감염되어 이에 따른 위자료를 청구한 사건¹²⁾에서 재판부는 “질병관리본부가 환자에 대한 메르스 의심 환자 신고를 받고도 지체 없이 진단 검사와 역학조사를 하지 않고 지연한 것은 현저하게 불합리하다”며 국가의 책임을 인정했다.¹³⁾

가장 최근인 2018년 9월에 발생하여 10월 종료된 메르스 사태의 경우¹⁴⁾ 확진자는 최초 발견자 1명뿐이었으며, 밀접접촉자는 21명에서 멈췄고 밀접접촉자 중 2차 감염자는 없었다. 정부는 해당 의심자의 메르스 확진판정 직후 국제적인 협조체계를 구축하고,¹⁵⁾ 메르스 비상대책 TF를 가동¹⁶⁾하는 한편, 환자의 정보 공개와 밀접접촉자들을 격리¹⁷⁾하는 등

절차를 두고 있지 않아, 이는 입법 부작위에 해당한다는 것이다(국제신문, “‘정부에 메르스 초기대응 부실 책임’ 첫 소송…‘부작위 위법확인 청구의 소’”, 2015. 6. 22. 기사; 글로벌이코노믹, “첫 소송 제기, 메르스 초기대응 실패한 정부 이는 ‘입법부작위에 해당돼’”, 2016. 6. 22. 기사). 그러나 법원은 「행정소송법」상 부작위위법확인소송의 취지에 따른 원고·피고의 적격, 부작위의 내용 등을 이유로 청구를 각하하였다(뉴시스, “法, ‘메르스 초기 대응 실패’ 국가 상대 소송 각하”, 2015. 11. 6. 기사; 연합뉴스, “‘메르스 초기대응 부실’ 국가상대 행정소송 패소”, 2015. 11. 6. 기사). 이에 따르면, ① 부작위위법확인소송은 당사자가 자신의 권리에 따라 행정청에 요청한 사실을 해당 기관이 처분 및 조치를 해야 할 의무가 있음에도 하지 않아 위법하다는 것을 확인 받는 소송이므로, 「행정소송법」에 따라 법규 등에 근거한 권리를 가진 당사자가 해당 행정청에 청구해야 하는데, 청구인이 메르스 확진 환자가 거쳐 간 병원 등에 관한 정보공개를 청구했다는 증거도 없고 따라서 원고적격도 없으며, ② 행정청인 보건복지부장관이 아닌 피고적격이 없는 대한민국을 상대로 소송을 제기한 것도 부적합하고, ③ 국민의 알 권리를 구체적으로 실현하기 위한 행정입법의 부작위와 같이 추상적인 법령의 제정 여부를 다투는 것은 행정소송의 대상이 될 수 없다는 것이다.

12) 원고(A)는 2015년 5월 오른쪽 발목을 다쳐 대전 대청병원에서 수술을 받은 뒤 메르스 ‘16번 환자’와 같은 병실에 입원했다가 감염됐다. 보건당국 조사 결과 경기도 평택성모병원에서 메르스 최초 감염자인 ‘1번 환자’로부터 감염된 16번 환자가 A와 같은 병실을 쓴 사실이 드러났다. 2015년 5월 18일 강남구 보건소는 A를 메르스 의심자로 신고했지만, 당시 질병관리본부는 동 의심자가 방문했던 바레인(Bahrain)이 메르스 발생 국가가 아니라는 이유로 검사 요청을 거부했다. 이어서 삼성서울병원이 재차 진단 검사를 요청하자 검사를 실시했고, 같은 달 20일이 돼서야 A에게 메르스 확진 판정을 내렸다. 세계일보, “메르스 감염자, 국가 손배소 승소…정부 방역부실 첫 인정”, 2018. 2. 18. 기사; 서울신문, “‘메르스 초기 대응 실패’ 국가 배상 첫 판결”, 2018. 2. 19. 기사.

13) 서울중앙지법 민사합소4부(부장판사 송인권)는 메르스에 걸려 ‘30번 환자’로 분류됐다 완치된 A씨가 정부를 상대로 낸 손해배상 청구소송 항소심에서 원고 패소 판결한 1심을 깨고 “정부는 이씨에게 1000만원을 지급해야 한다”고 원고 승소 판결했다. “정부 책임을 입증할 증거가 부족하다”는 1심의 기각사유에 대하여, 항소심 재판부는 “질병관리본부가 서둘러 대처했다면 메르스 확산을 막을 수 있었다”며 정부 책임을 인정했다. 세계일보, “메르스 감염자, 국가 손배소 승소…정부 방역부실 첫 인정”, 2018. 2. 18. 기사.

14) 2018년 9월 7일 쿠웨이트에서 두바이를 거쳐 입국한 서울 거주자가 설사 증상으로 삼성서울병원 응급실에 입원한 후 메르스 의심 증상을 보이자, 서울대병원으로 이송 후 메르스 양성 판정을 받았다. 이에 따라 이와 관련된 밀접접촉자 21명이 2차에 걸쳐 메르스 검사를 받았고, 음성 판정이 난 이후 격리가 해제되었다.

15) 외교부 본부에 재외국민보호대책반을 마련하고, 주 쿠웨이트대사관에 현지 상황반을 마련하였다.

16) 국립중앙의료원은 지난 9월 9일 ‘메르스 비상대책 TF’ 가동하고, 긴급회의를 진행하는 등 추가 확산 대응에 나섰으며 전남대병원, 전북대병원, 강동경희대병원, 한양대병원 등에서도 모든 병원출입을 중앙 출입구로 일원 화해 병원에 들어오는 모든 사람에 대해 역학조사 및 발열 스크리닝을 실시했다.

17) 질병관리본부와 서울시는 의심환자 신고 접수 후 인천공항검역소, 서울시 등과 함께 항공기 탑승객 등 환자의

신속하게 대처하였다. 검역체계의 허점에 대한 지적이 없지는 않으나,¹⁸⁾ 3년 전 질병관리 본부가 메르스 환자의 동선과 감염된 병원의 명칭을 공개하지 않아 사태를 더욱 확산시켰다는 비난에 비추어보면,¹⁹⁾ 이번에는 정부·지자체의 대응이 상당히 신속하고 적극적이었다고 평가를 받고 있다.²⁰⁾

A씨는 8월16일~9월6일 업무 차 쿠웨이트 출장을 갔다가 7일 인천국제공항을 통해 귀국했다. A씨가 메르스로 확진된 것은 그 다음 날인 8일 오후 4시쯤이다. 오후 6시쯤 메르스 환자 발생 사실이 공개되면서 2015년 '메르스 악몽'이 재연되는 것 아니냐는 우려가 확산했다. 그러나 A씨가 기침, 가래 등 호흡기 증상이 심하지 않아 바이러스를 전파할 가능성이 크지 않았고, 조기 격리되면서 추가 확산을 막는 데 일조했다. 환자가 방문했던 병원과 동선도 신속히 공개됐다. A씨는 입국 당시 공항에 26분가량 체류했으나 화장실 등 편의시설을 이용하지 않고 곧바로 리무진 택시를 타고 삼성서울병원으로 이동했다. 삼성서울병원은 환자의 중동 방문력을 확인하고 환자를 처음부터 응급실과 격리된 음압진료실에서 진료, 다른 환자와의 접촉도 없었다. 이후 보건당국에 메르스 의심환자로 신고했다. A씨는 이후 국가 지정격리병상인 서울대병원으로 이동해 8일 최종적으로 메르스 양성으로 확인됐으며 계속 치료를 받아왔다.

접촉자 조사를 실시해 대응했다.

- 18) JTBC, “‘설사증세’ 자진신고에도 검역 통과…방역체계 ‘구멍’”, 2018. 9. 19. 보도자료. 대한의사협회는 “메르스 환자 접촉 범위가 공항 관계자, 병원 의료진, 택시기사 등으로 늘어나 메르스 확산의 위기를 초래할 수 있었던 상황은 국가 방역체계에 대한 허점이 노출된 것”이라며 “2015년과 2018년의 메르스 사태를 철저히 평가·점검하여 메르스 의심 지역 방문자에 대한 예방 교육과 지침을 마련하는 한편 의료계와 긴밀하게 협조하여 감염병 대응체계를 마련”을 촉구했다(의협신문, “메르스 사태, 보강된 국가 방역체계와 허점 동시에 보여졌다”, 2018. 9. 21. 기사). 검역 매뉴얼 상 메르스 의심 기준은 중동 지역 입국자면서, 발열과 호흡기 증상이 함께 나타날 때인데, 설사 증상만 있었던 메르스 환자를 검역 매뉴얼만으로는 걸러낼 수 없었다는 지적도 있다(뉴스광장, “메르스 사실상 종료…확산 막았지만 검역은 허점”, 2018. 9. 22. 뉴스).
- 19) 필요한 정보를 차단하는 것이 오히려 문제의 확산을 유발한다는 차원에서, 2015년 메르스 사태에서 정부가 메르스 대응 초기 단계에서부터 병원에 대한 정보를 비공개 한 것이 잘못된 정보를 발생하게 하는 원인이 되었다는 평가가 있다. 대한변호사협회, 앞의 보고서, 7면.
- 20) 대한의사협회는 “정부에서 신속하게 접촉자를 파악해 격리조치하고 적극적인 감시 등의 발 빠른 대응을 통해 메르스 확산을 막은 것은 2015년 메르스 사태 이후 국가 방역체계가 일정 부분 보강되었다”고 평가하였고(보건신문, “메르스 사태 교훈, 대응 지침 보강 필요”, 2018. 10. 1. 기사; 메디파나뉴스, “메르스 격리해제 ‘국민, 의료진, 보건당국 합심 극복’”, 2018. 9. 22. 기사), 2015년 메르스 사태 당시 대한감염학회 이사장으로 복지부 즉각대응팀 팀장을 맡았던 고려의대 감염내과 김우주 교수는 “밀접접촉을 최소화해 확진자는 1명, 밀접접촉자는 21명 나왔지만 2차 감염자가 없었다. 의료기관 내 감염도 없었다. 이게 이번 메르스 사태의 성적표”라고 평가했다(청년 의사, “3년만에 왔다 간 ‘메르스’, 다음 대비할 발판돼야 22일 밀접접촉자 격리해제로 사실상 종식…‘대처 잘했다’ 긍정 평가”, 2018. 9. 27. 기사). 마이크 라이언 WHO 긴급준비대응 사무차장보는 “(한국에서) 신속하고 광범위하게 효율적인 조치들이 취해졌다. 환자 격리, 접촉 위험군 선별, 감시 등 한국 보건당국이 취한 조치들은 적절했다”고 평가했다(노컷뉴스, “WHO 전문가 ‘한국 메르스 확산위험 낮아…쿠웨이트서 조사중’”, 2018. 9. 14. 기사).

2015년 메르스 사태와는 분명 다른 모습이었다. 당시엔 첫 환자가 입국한 후 확진 판정을 받을 때까지 보름이 넘는 시간이 걸렸다. 확진을 받기까지 환자는 병원 4곳을 돌아다니며 바이러스를 퍼뜨렸다. 정부는 당시 환자가 거쳐 간 병원을 공개하지 않아 불안감을 더욱 키웠다. 이로 인해 186명의 환자가 발생했고 이중 38명이 사망했다. 가족 감염 2명, 지역사회 감염 1명을 제외한 대부분이 병원 내에서 감염됐다. 그러나 이번에는 추가 감염자와 사망자는 나오지 않았다.

이 과정에서 보건당국은 발 빠르게 대응했다. A씨의 공항 내 검역, 구급차 이송 과정 등 일부 허점이 있긴 했지만 전반적으로 3년 전과는 확연히 달랐다. CCTV 등을 통해 A씨의 밀접 접촉자 21명을 파악해 격리조치했고 일상접촉자도 빠르게 추려냈다. 일상접촉자도 수동감시가 아닌 능동형 감시로 전환해 적극 감시에 나섰다.

출처: 아시아경제, “[메르스가 남긴 것] 초기 대응, 3년 전과는 달랐다”, 2018. 9. 22. 기사.

관련 지방자치단체의 장 또한 “능장대응보다 과잉대응이 나은 법”이라며,²¹⁾ 메르스와 관련된 신속하고 투명한 정보공개를 강조하기도 했다. 그러나 서울시의 메르스 대책회의가 페이스북(facebook)을 통해 생중계 되면서,²²⁾ 서울시 소속 역학조사관의 질병관리본부 역학조사관과 사전 협의되지 않은 내용의 공개²³⁾에 따른 사회적 불안감

-
- 21) 서울경제, “서울시 메르스 대책반 가동... 박원순 시장 ‘능장대응 보단 과잉대응’”, 2018. 9. 8. 기사.
- 22) 페이스북 라이브에서는 박원순 서울시장의 “(메르스 환자가 쿠웨이트에서) 의료기관을 두 번 방문했는데, 질병관리본부는 한 차례 방문한 것으로 발표했다”며 질문을 꼬집었고, 시청에서는 나백주 서울시 시민건강국장이 “메르스 환자가 공항에서 삼성서울병원으로 이동하며 자가용으로 마중 나온 부인과 다른 차량을 이용했다”고 설명했다. 질문이 환자가 부인과 같은 차량으로 병원에 탔었다는 식의 말을 한 뒤였다. 박 시장은 페이스북 라이브를 통해 “메르스 환자가 진실을 충분히 이야기하지 않을 가능성을 대비해야 한다”며 “역학조사가 치밀해야 한다”고 말하기도 했다. 이 또한 박능후 보건복지부 장관이 “메르스는 통제 가능한 범위에서 관리되고 있다”며 “과도하게 불안해할 필요없다”고 말한 이후였다. 헤럴드 경제, “3년 전과 다르다던 정부·서울시, ‘메르스’ 엇박자·기싸움 여전”, 2018. 9. 11. 기사.
- 23) 서울시 시민건강국 소속 역학조사관은 이날 생중계로 공개된 긴급대책회의에서 메르스 확진 환자에 대해 “노출력(메르스와 관련해 어떠한 환경에 노출됐는지 내용)을 물어도 끝까지 말을 하지 않았다”며 “다수가 레지던스 형태 단독주택에서 숙식했는데 왜 혼자만 설사와 복통이 있었는지 물어도 별다른 답변을 받지 못했다”고 말하는 등 확진자 관련 이력을 드러낸 것으로 알려졌다. 또한 서울시 역학조사관은 이날 회의에서 “(환자가) 의료기관을 2번 갔다”라며 “8월 28일부터 아파서 현장에 나가지 않았고, 9월 4일 입국할 계획이었는데 몸이 아파서 연기하고 이날 쿠웨이트 망가프에 있는 병원에서 약을 처방받고 수액을 맞았다고 이야기를 했다”는 등 확진 환자가 귀국 당일 수액을 맞고서 공항에 갔고 병원이동시 리무진 택시를 따로 타고 간 점과 마스크 착용 동기 등에 대해 날날이 밝힌 것으로 전해졌다. 질병관리본부 관계자는 “폐쇄회로(CCTV) 영상을 비롯해 카드 사용내역, 휴대전화 위치 추적 등을 통해 추가 조사를 마친 후 발표했어야 하는데 마구잡이로 발표해 혼란을 일으켰다”고

확대²⁴), 환자의 개인정보의 노출²⁵), 환자에 대한 사회적 비난²⁶) 및 인권보호의 문제²⁷)가 제기되었다. 서울시는 이후의 대책회의 관련 생중계 입장을 철회하였으나,²⁸) 보건당국과 지방자치단체의 엇박자 문제는 여전하다는 지적이다.²⁹)

비판했고, 보건복지부는 10일 오전 서울시에 항의한 뒤 이날 오후 뒤늦게 중간조사결과를 발표했다. 미디어펜, “메르스 회의 생중계로 정보 노출…서울시, 질본과 또 갈등 우려”, 2018. 9. 11. 기사; 중앙일보, “협의를 없이 환자 정보 공개”…서울시·질본 또 메르스 충돌”, 2018. 9. 10. 기사.

- 24) 이와 관련하여, “긴급대책회의를 언제 어떻게 하든 질본과의 사전 협의의 거치지 않은 정보들이 여과없이 대중에게 노출되어선 안된다”며 “생중계를 결정하기에 앞서 질본과 논의 후 어느 선까지 대책회의 내용을 공개할지 선을 그어야 한다”는 지적이 있다. 아직 2차 검사를 대기하고 있는 인원들이 다수일 뿐더러 확진자에 대한 밀접접촉자는 21명, 일상접촉자는 417명에 이른 시점에서 질병관리본부와 사전 협의 없는 메르스 추적 이력이 공개될수록 시민들은 더 불안해질 수 있다는 것이다. 정부 대응은 적극적이어야 하지만 시민 불안감을 부추기는 것은 바람직하지 않다는 지적이다. 미디어펜, “메르스 회의 생중계로 정보 노출…서울시, 질본과 또 갈등 우려”, 2018. 9. 11. 기사.
- 25) 이와 관련하여, “격리 범위나 접촉 상황 등 사실 여부가 분명하게 가려지지 않은 정보에 대해 SNS 생중계로 그대로 알린다는 것은 몰지각해보인다”며 “지난 2015년 메르스 당시에도 이와 같은 무차별적인 개인정보 노출이나 사생활 공개를 우려해 보건당국 추적조사에 협조하지 않는 사람들이 다수 있었다”는 비판이 있다. 미디어펜, “메르스 회의 생중계로 정보 노출…서울시, 질본과 또 갈등 우려”, 2018. 9. 11. 기사.
- 26) 이전 서울시의 대책회의 중계를 통해, 메르스 확진 환자가 부인에게 공항에 나올 때 마스크를 쓰라고 말한 사실과 부인과 따로 택시를 타고 병원으로 이동한 사실이 드러났고, 이후 그가 메르스 감염 가능성을 알면서 숨긴 것 아니냐는 비난 여론이 들끓었다. 서울시는 이후 메르스 대책회의를 페이스북으로 생중계할 계획이 없음을 밝혔다. 연합뉴스, “들끓는 환자 비난…서울시 메르스 대책회의 중계 중단”, 2018. 9. 11. 보도자료.
- 27) 2015년의 메르스 유행 경험 때문에 정보 공개가 중요하다고 판단해 투명성을 높이려고 회의과정을 생방송으로 진행하면서, 역학조사 내용이 언급됐고 환자의 상황이 여과 없이 방송되면서 환자의 인권에 대한 배려가 없었던 점은 문제가 있다는 지적이 있다(이재갑, “메르스 3년 만에 또 발병, 초기 대응 뭐가 달라졌나”, 2018. 9. 13. 중앙일보 시론). 반대로, 국민의 생명과 안전보다 더 중요한 가치는 없으며, 감염병 발생 시 국민에게 신속하고 투명한 정보공개는 필수적이라는 주장도 강하게 맞서고 있다(매일경제, “메르스 국민의 생명과 건강이 최우선”, 2018. 9. 12. 기사).
- 28) “역학조사 내용이 언급됐고 환자의 상황이 여과 없이 방송됐다. 감염병 위기 관련 정보공개를 제때 하지 않아 상황을 악화시켰던 2015년의 메르스 유행 경험 때문에 정보 공개가 중요하다고 판단해 투명성을 높이려고 회의 과정을 생방송으로 진행한 것으로 보인다. 그런데도 환자의 인권에 대한 배려가 빠진 것은 아주 아쉬운 대목이다.” 중앙일보, “메르스 3년 만에 또 발병, 초기 대응 뭐가 달라졌나”, 2018. 9. 13. 시론. “서울시가 적극적으로 정보공개에 나선 것은 바람직하지만, 정리되지 않은 확진자 관련 정보가 그대로 나가 혼란이 커졌다는 지적이 나온다. 서울시는 결국 앞으로 메르스 회의 생중계를 할 계획이 없다는 입장을 11일 밝혔다.” 연합뉴스, “환자에게 쏟아진 비난…서울시, 메르스회의 생중계 안하기로”, 2018. 9. 11. 기사.
- 29) 서울시는 A씨가 공항에 마중 나온 부인에게 마스크를 쓰라고 미리 권유한 것과 삼성서울병원 이동 시 부인의 자가용을 타지 않았다는 사실을 공개했다. 이에 질병관리본부는 10일 오후 메르스 확진 환자(A씨)가 부인에게 마스크를 권유한 것은 지인인 삼성서울병원 의사의 권고에 의한 것이라고 발표했다. A씨가 리무진 택시를 탄 것도 단지 몸이 불편했기 때문이란 설명이다. 또한 서울시는 A씨가 입국 당일 쿠웨이트 현지에서 수액을 맞았으며, 이 때문에 인천공항 검역 당시 체온이 36.3도로 낮게 나온 것이라고 분석했다. 그러나 질병관리본부는 A씨가 쿠웨이트 현지에서 수액을 맞았는지를 여부를 아직 확인할 수 없고, 체온 변화의 원인을 수액으로 보는 것도 무리가 있다는 입장이다. 질병관리본부 관계자는 “역학조사를 할 때 환자의 진술과 더불어 객관적인 자료를 확보해야 한다”며 “A씨가 수액을 맞았다는 자료도 없고, 삼성서울병원 기록에도 관련 내용은 없다”고 말했다. 같은 내용을 놓고 보건당국과 서울시가 다른 분석을 내놓은 것이다. 뉴스핌, “정부-서울시 메르스 대응 불협화음?...어긋나는 발표”, 2018. 9. 10. 기사.

이상에서 살펴본 사례와 같이, 감염병 확산방지를 위한 정부의 검역·방역조치는, 그것이 작위이든 부작위이든, 그와 관련된 다양한 법적 쟁점들을 포함하고 있다. 이번 메르스 사태는 큰 피해 없이 종식되었지만, 지난 2015년의 메르스 사태에 대응하면서 발생하였던 문제점들에 대한 일부 논의는 2018년인 지금도 여전히 유효하다. 검역체계의 미비, 감염병 관리체계에 관한 정부·지자체의 거버넌스, 방역조치에 대한 정부의 책임, 의료 관련 감염 대응책의 미비 등의 문제가 해결되지 않은 상황이기 때문이다. 이에 더하여 감염병 관련 리스크 커뮤니케이션, 감염의심자의 인권 보장, 자가격리 위반에 대한 처벌의 실효성, 손실보상 등의 문제점들이 제기되기도 하였다.

한편, 「감염병예방법」에 따르면, 감염병의 예방 및 관리에 관한 기본계획을 5년마다 수립·시행하여야 한다. 마침 올해는 ‘제1차 감염병의 예방 및 관리에 관한 기본계획(이하 “제1차 기본계획”이라 한다)’이 종료되고, ‘제2차 감염병 예방관리 기본계획(이하 “제2차 기본계획”이라 한다)’이 수립된 시점이다. 제1차 기본계획에서는 ① 현장 초등 대응 능력 제고, ② 예방접종 지원 확대, ③ 공중보건 위기 대비·대응 역량 강화, ④ 환자 안전 증진과 의료관련 감염 관리 선진화, ⑤ 감염병별 맞춤형 대응 및 리스크 커뮤니케이션, ⑥ 국제 협력 추진, ⑦ 질병관리에 기반한 바이오산업 육성과 창조경제 기여라는 정책 추진방향을 설정하고,³⁰⁾ 감염병별 맞춤형 대응, 감염병 대응 인프라 강화³¹⁾, 대내외 역량강화 및 협력³²⁾이라는 추진전략을 제시한 바 있다. 이번 제2차 기본계획에서는 제1차 기본계획의 성과로 홍역·풍진퇴치 인증, 폴리오 국내박멸 유지, 결핵 환자 발생 감소, 예방접종 비용 및 대상백신 확대, 생물안전특수복합시설·고도격리시설 구축 등을 제시하는 한편, 감염병의 종류와 범위가 확대됨에 따라 감염병 발생총량이 증가하고 있으므로

30) 보건복지부·질병관리본부, 감염병의 예방 및 관리에 관한 기본계획 2013~2017(이하 “제1차 기본계획”이라 한다), (2013. 8), 52면.

31) 감염병 대응 인프라 강화에 있어서는 ① 감염병 신속 대응을 위한 감시 강화, ② 미래환경 대비 선제적 역학조사 및 역량 강화, ③ 시·도 감염병 관리본부 설치, ④ 감염병 대응을 위한 국가 전략적 예방·관리 연구 강화, ⑤ 감염병 병원체 국가안전관리 운영 강화, ⑥ 병원체 연구자원의 인프라 구축, ⑦ 검역 체계 선진화를 세부전략으로 두고 있었다. 보건복지부·질병관리본부, 제1차 기본계획, 52면.

32) 대내외 역량강화 및 협력에 있어서는 ① 감염병 예방관리 대북사업 지원, ② 국제기구와의 유기적 협력체계 구축 등 국제협력 강화, ③ 감염병 예방 관리를 위한 대국민 캠페인, ④ 질병관리본부 전문 인력 정규직 충원을 세부전략으로 두고 있었다. 보건복지부·질병관리본부, 제1차 기본계획, 80면.

사회적 재난으로서의 다부처·다기관·다분야의 협력을 통한 대응체계 강화 필요성을 제기하였다.³³⁾

제2차 기본계획은 제1차에 비하여 중점과제와 세부과제를 체계적으로 정리한 것으로 보인다. ① 감염병 대응·대비 체계 강화, ② 원헬스(one health) 협력체계 구축, ③ 감염병 예방관리 대책 강화, ④ 감염병 대응기술 혁신플랫폼 구축, ⑤ 감염병 대응·대비 인프라 강화 등 총 5개의 중점과제 하에 각각 4-5개 정도의 세부과제를 포함시켰는데, 이 중 앞서 제기하였던 문제점들에 대한 해결방안을 포함시킨 것이 있다. 예컨대, 신종 감염병 대응 역량강화(1-1)는 2015년 당시 메르스와 같이 법정감염병으로 지정되지 않아 방역 조치에 허점을 보였던 문제점들을 해결하기 위하여 감염병 위기대응 관련 지침 및 계획 정비(특히, 미래위협 감염병 대비)를 추진계획에 포함시켰고,³⁴⁾ 2022년까지 고위험 감염병 및 원인미상 질환 대응을 위한 시설·장비·인력을 갖춘 중앙·권역별 감염병 전문병원 설치라는 국정과제³⁵⁾를 반영한 권역 감염병전문병원 운영을 포함시키기도 하였다.³⁶⁾ 이밖에도 검역체계의 미비(5-3. 철저한 검역으로 국내유입 차단), 감염병 관리체계에 관한 정부·지자체의 거버넌스(1-4. 원인불명 질환 집단발생 대응체계 구축, 1-5. 재난 및 군중행사 감염병 대응체계 구축), 정책 당국의 책임, 의료정보시스템의 미비(4-1. 신속·정확한 감시체계 구축, 4-2. 차세대 감염병 정보시스템 구축), 의료 관련 감염 대응책의 미비(3-1. 의료관련감염 예방관리 강화), 감염병 관련 리스크 커뮤니케이션(5-4. 감염병 위기소통 역량강화) 등에 대한 대응책이 마련되어 있다.³⁷⁾

그런데 이처럼 다양한 대응책을 마련하기 위한 근거로 추진된 법률 개정은 그 내용이 나 정도에 있어 상대적으로 부족해 보인다. 제2차 기본계획 수립과 더불어 추진된 법률 개정³⁸⁾은 ① 감염병 분류체계를 군(群)에서 급(級)으로 개편, ② 감염병 위기발생시 컨트

33) 보건복지부·질병관리본부, 제2차 감염병 예방관리 기본계획 - 원헬스(one health) 기반 공동 대응체계 강화 2018-2022 (이하 “제2차 기본계획”이라 한다) -, (2018. 6), 9면.

34) 보건복지부·질병관리본부, 제2차 기본계획, 17면.

35) 국정기획자문위원회, “문재인정부 국정운영 5개년 계획”, (2017. 7), 77면.

36) 보건복지부·질병관리본부, 제2차 기본계획, 17-18면.

37) 각 대응책의 목록 및 내용은 보건복지부·질병관리본부, 제2차 기본계획의 내용이다.

38) 법률 제15534호, 2018. 3. 27. 일부개정, 2020. 1. 1. 시행예정인 것을 말한다.

를타워(긴급상황실) 설치, ③ 감염병관리위원회 위원장을 질병관리본부장으로 변경, ④ 정기예방접종을 필수예방접종으로 변경, ⑤ 감염병환자와 접촉한 자를 격리하기 위한 시·도별 격리시설 지정, ⑥ 시·도 역학조사관 중 1인은 의사로 임명하도록 한 것이다.³⁹⁾ 감염병관리위원회 위원장을 보건복지부차관에서 질병관리본부장으로 변경한 것이나, 정기예방접종의 명칭을 변경한 것, 감염병환자와의 접촉자를 격리하기 위한 시설의 근거를 마련하고, 시·도 역학조사관에 의사를 필수적으로 포함시킨 것 등은 법률의 체계 변경 없이 방역단계에서 필요한 실무 의견을 반영한 것이라고 볼 수 있다. 보다 큰 범위의 체계 개편에는 감염병의 분류체계나 긴급상황실을 설치한 개정이 될 것이다. 그러나 이러한 사항들이 지금까지 제기된 법적 미비나 흠결에 관한 문제점들을 충분히 반영한 것이라고 보기는 어렵다.

본래 ‘감염병의 예방 및 관리에 관한 기본계획’은 「감염병예방법」이라는 법률을 근거로 수립·시행되는 것이지만, 역(逆)으로 본 기본계획을 정책적으로 추진하기 위하여 법률의 개정이 필요하기도 하다. 기본계획의 내용을 구성하는 목표, 추진방향, 사업계획, 대응방안 등이 법률의 구체적인 내용을 마련함으로써 추진되는 경우도 있기 때문이다. 한편, 기본계획에 포함된 중점과제와 세부과제가 추구하는 방향은 앞서 메르스 사태를 통한 「감염병예방법」의 체계 개편 필요성과 크게 다르지 않다. 감염병 대응·대비 체계 강화, 원헬스(one health) 협력체계 구축, 감염병 예방관리 대책 강화, 감염병 대응기술 혁신플랫폼 구축, 감염병 대응·대비 인프라 강화를 위한 법제 개선방안이 필요하겠지만, 리스크 커뮤니케이션, 감염의심자의 인권 보장, 자가격리 위반에 대한 처벌의 실효성, 손실보상의 적정성 등 그 밖의 법적인 문제점들을 정리하고 개편할 필요가 있다. 이하에서는 그동안의 국내 대규모 감염병에 관한 사례들을 쟁점별로 분석하고, 이 쟁점들과 관련된 개선방안들을 검토하고자 한다. 제2차 기본계획의 일부를 반영한 개정 「감염병예방법」과 더불어, 개선이 필요한 사항들을 추가적으로 발굴·검토하여 감염병 관련 법령 개편의 대안을 마련하도록 한다.

39) 보건복지부·질병관리본부, 제2차 기본계획, 10면; 국가법령정보센터, 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 개정이유. <<http://law.go.kr/lInfoP.do?lsiSeq=202892&lsId=&efYd=20200101&chrClsCd=010202&urlMode=lsEInfoR&viewCls=lsRvsDocInfoR#0000>> (2018. 5. 17. 방문).

제2절 연구의 범위 및 방법

I. 연구의 범위

1. 감염병 관련된 법률의 검토

(1) 감염병 관련 법률 목록

감염병과 관련된 일련의 행정작용을 포함하고 있는 가장 대표적인 법률은 「감염병예방법」이라고 할 수 있으나, 정부가 감염병을 사전에 예방하거나 감염병이 발생한 경우 이에 대응하기 위한 검역 및 방역조치에 관한 근거 법률은 「감염병예방법」 외에도 「검역법」이 있다. 「검역법」상 검역감염병에는 메르스가 포함되어 있는데(제2조 제1호), 보건복지부장관은 공중보건 위기관리 대상이 되는 감염병환자가 발생하고 있는 지역을 오염지역으로 지정하여 관리할 수 있고(법 제5조 및 제6조), 검역조사(제12조), 검역조치(제15조), 검역감염병 환자의 격리(제16조), 검역감염병 의심자에 대한 감시(제17조), 검역감염병 외의 감염병에 대한 예방조치(제20조) 등에 관한 사항도 규정하고 있다.

「감염병예방법」에 따른 감염병에 포함되어 있지만, 특정 감염병을 독립된 법률을 통하여 관리를 하고 있는 경우는 「결핵예방법」, 「후천성면역결핍증 예방법」이 있다. 이들 법률상의 신고·검진·치료·보호 등은 「감염병예방법」에 따른 방역조치와 관련이 있다.

감염병 관련 조문들은 보건의료에 관한 사항과도 연결되는데, 「보건의료기본법」에 따른 국가와 지방자치단체의 책무, 「공공보건의료에 관한 법률」에 따른 공공보건의료기관의 의무, 「지역보건법」·「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 등에 따른 보건소와 공중보건의사의 역할 등이 관련 있다.

감염병환자를 치료하는 의료기관이나 의약품 등과 관련하여서는 「의료법」과 「약사법」, 환자의 안전과 관련하여서는 「환자안전법」이 있다.

취학 전 영유아의 건강과 관련하여서는 「영유아보육법」, 학생의 보건과 학교의 환경위생과 관련하여서는 「학교보건법」, 근로자의 보건과 작업환경과 관련하여서는 「산업안전보건법」, 군보건의료 체계와 정책에 관련하여서는 「군보건의료에 관한 법률」, 가축의 전염성 질병의 예방 및 관리에 관련하여서는 「가축전염병 예방법」에서 각각 다루고 있다.

이 밖에도 고위험병원체의 분리·이동·반입·안전관리에 관한 조문이 있는데, 이러한 사항은 2017년 제정된 「병원체자원의 수집·관리 및 활용 촉진에 관한 법률(이하 “병원체자원법”이라 한다)」과 관련이 있다.

(2) 각 법률의 감염병 예방 및 대응과의 관련성 검토

「보건의료기본법」은 보건의료에 관한 국민의 권리·의무와 국가 및 지방자치단체의 책임, 보건의료에 관한 기본적인 사항을 규정한 것으로 “국가와 지방자치단체는 감염병의 발생과 유행을 방지하고 감염병환자에 대하여 적절한 보건의료를 제공하고 관리하기 위하여 필요한 시책을 수립·시행하여야 한다(제40조)”는 선언적 규정 외에는 사실상의 실제적 규정이 없는 법률이고, 「공공보건의료에 관한 법률」은 국민에게 양질의 공공보건의료를 효과적으로 제공하기 위한 것으로, 이 또한 감염병과 관련해서는 공공보건의료가 감염병에 신속히 대응하여야 한다(제7조)는 의무를 선언하는 정도로서의 의미만이 있는 법률이다.

「지역보건법」의 경우, 보건소의 기능 및 업무에 감염병의 예방 및 관리에 관한 항목을 포함시키고 있다(제11조 제1항 제5호). 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에서는 감염병 발생 등의 사유로 의료 인력이 긴급히 필요하다고 인정할 때에는 공중보건의를 다른 지역·기관 또는 시설에 파견하여 근무할 수 있게 하고 있다(제6조의2 제1항). 공중보건의사는 감염병 등으로 많은 환자가 발생하거나 그 밖에 이에 준하는 사유가 발생한 경우에는 근무지역의 이탈이 금지될 수 있다(제8조 제2항). 보건진료 전담공무원의 경우도 동일하게 관할구역 이탈이 금지될 수 있다(제20조 제1항).

「의료법」에서는 병원감염을 예방하기 위한 의료인과 의료기관의 장의 의무(제4조 제1항), 의료기관의 개설자와 의료기관세탁물처리업자의 세탁물의 처리업무에 종사하는 사

람에 대한 감염 예방 교육 실시 및 기록 유지 의무(제16조 제3항), 감염병의 역학조사 및 예방접종에 관한 역학조사를 위하여 필요한 경우 의료기관의 장의 감염병환자등의 진료기록 제출 의무(제21조 제3항), 감염병환자 등의 진료 기준의 준수 의무(제36조 제9호) 등을 두고 있다. 병원감염과 관련하여서는 별도의 조문을 두고 있는데, 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 하도록 하였다(제47조 제1항). 또한 「감염병예방법」에 따른 감염병이 유행하는 경우 환자, 환자의 보호자, 의료인, 의료기관 종사자 및 경비원 등 해당 의료기관 내에서 업무를 수행하는 사람에게 감염병의 예방을 위하여 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 필요한 정보를 제공하거나 관련 교육을 실시할 의무를 부여하고 있다(동조 제2항).

「약사법」에서는 감염병이 집단으로 발생하거나 발생할 우려가 있다고 보건복지부장관이 인정하여 경구용(經口用) 감염병 예방접종약을 판매하는 경우 의사나 치과의사의 처방전 없이도 약사가 전문의약품·일반의약품을 조제할 수 있고(제23조 제3항), 약사 및 한약사만이 의약품을 조제할 수 있도록 한 원칙의 예외로 제1군감염병환자에게는 의사 또는 치과의사가 직접 조제할 수 있도록 하였다(제23조 제4항). 「감염병예방법」에 따른 생물테러감염병 및 그 밖의 감염병의 대유행 상황이 발생한 경우 의약품의 제조업자나 수입업자로 하여금 이 법에 따른 식품의약품안전처장의 품목허가나 품목신고 없이 의약품을 제조·수입하는 행위를 허용하도록 하고 있다(제85조의2 제1항).

「환자안전법」에서는 감염병과 관련된 직접적인 조문은 없으나, 보건복지부장관이 정해야 하는 환자안전기준에는 보건의료기관의 시설·장비, 관리체계, 보건의료활동에 관한 준수 사항등이 포함되는데(법 제9조 제1항 및 동법 시행령 제6조 제1항), 이 준수사항에 감염병의 예방 및 관리에 관한 사항이 포함되어 있다.

「영유아보육법」은 어린이집 원장의 보수교육 내용에 감염병의 예방에 관한 사항을 포함시키고(제23조 제4항 제3호), 어린이집 원장으로 하여금 질병에 감염되었거나 감염될

우려가 있는 영유아에 대하여 질병의 치료와 예방이 필요한 조치를 하거나(제32조 제1항), 어린이집으로부터 격리시키는 등의 필요한 조치를 할 수 있도록 하고 있으나(제32조 제2항), 이는 질병의 감염에 관한 사항으로 「감염병예방법」에서의 감염병과 관련하여 그 이상의 내용은 존재하지 않는다.

「학교보건법」은 교육부장관으로 하여금 행정안전부장관 및 보건복지부장관과 협의하여 감염병의 예방 관리 및 후속조치에 관한 사항, 감염병 대응 관련 매뉴얼에 관한 사항, 감염병과 관련한 학교의 보건·위생에 관한 사항, 감염병 예방·관리에 필요한 교육에 관한 사항, 감염병 대응 능력 강화를 위한 도상연습 등 실제 상황 대비 훈련에 관한 사항, 감염병 방역에 필요한 물품의 비축 및 시설의 구비에 관한 사항 등이 포함된 대책을 마련하고(법 제14조의3 제1항 및 동법 시행령 제22조의2 제1항), 감염병 유행에 따른 대응 매뉴얼을 배포하도록 하고 있다(제14조의4 제1항). 한편, 학교장으로 하여금 「감염병예방법」에 따른 예방접종증명서의 기록(제10조 제1항), 질병에 감염되었거나 감염될 우려가 있는 학생에 대하여 질병의 치료 및 예방에 필요한 조치(제11조 제1항)를 포함하여, 감염병(「감염병예방법」에 따른 감염병 및 그 외의 감염성이 강한 질환)에 감염되었거나 감염된 것으로 의심되거나 감염될 우려가 있는 학생 및 교직원에 대하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 등교를 중지시킬 수 있도록 하고 있다(제8조).

「산업안전보건법」에서는 사업주가 전염될 우려가 있는 질병에 걸린 자에게 의사의 진단에 따라 근로를 금지하거나 제한하도록 하고 있으나(제45조), 이때의 질병을 「감염병예방법」상의 감염병이라고 특정하지는 않고 있다(동법 시행규칙 제116조 제1항).

「군보건의료에 관한 법률」에서는 국방부장관이 군에서의 감염병의 발생 여부와 실태를 파악하기 위하여 실태조사를 실시할 수 있는 근거를 마련하고(제12조 제2항), 감염병을 예방하기 위하여 필요한 예방접종을 실시하도록 하고 있다(동조 제3항). 감염병이 발생하여 유행할 우려가 있다고 인정하면 지체 없이 역학조사반을 설치하고 역학조사를 하도록 규정하고 있다(동조 제4항).

「가축전염병 예방법」은 가축의 전염성 질병을 방지하기 위한 목적이지만 「감염병예방법」에 따른 인수공통감염병⁴⁰⁾의 경우에는 가축전염병임에도 불구하고 신고를 받은 행정기관의 장으로 하여금 질병관리본부장에게 통보하도록 하고 있다(제11조 제5항). 그러나 통보 이후의 조치에 대해서는 이 법률에서 별도로 다루지 않고 있다.

「병원체자원법」은 병원체자원의 수집·관리·활용을 위한 일련의 절차를 정하고 있는데, 이 법에서는 병원체자원을 ① 인간에게 감염병을 일으키는 세균·진균·바이러스·원충 등의 병원체 및 관련 정보, ② 병원체로부터 유래하여 자연적으로 존재하는 세포물질·항원·항체 등의 파생물질 및 관련 정보로서 보건의료의 연구 또는 산업을 위하여 실제적이거나 잠재적인 가치가 있는 자원으로 보고 있을 뿐(제2조), 고위험병원체에 대한 별도의 구분은 하지 않고 있다.

2. 연구 대상 법률

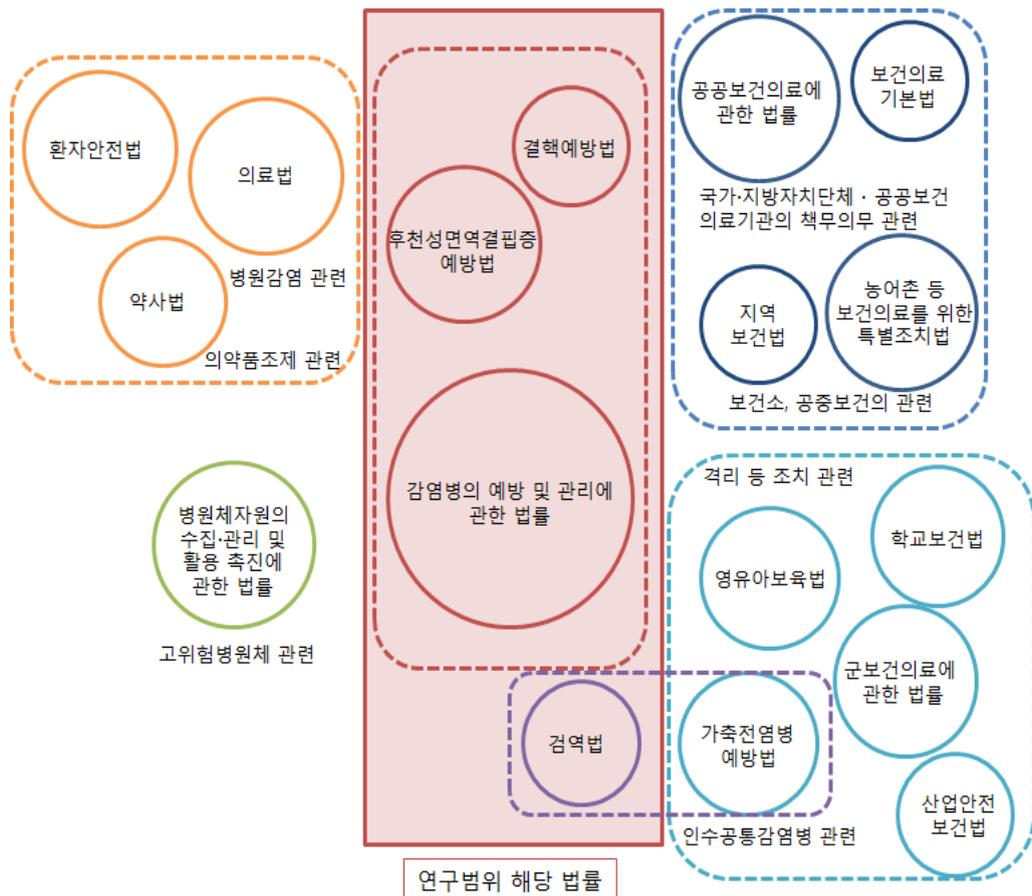
이상에서 살펴본 감염병 예방 및 관리와 관련된 법률 중 「보건의료기본법」과 「공공보건의료에 관한 법률」 등은 기본법적 성격으로 인하여 감염병과 관련된 실제적 규정이 존재하지 않으며, 「지역보건법」과 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」은 보건소의 기능이나 공중보건직의사의 파견 등에 관한 규정으로 인하여 감염병의 검역·방역에 대한 규정은 존재하지 않는다. 「의료법」은 의료감염의 예방과 감염병환자에 대한 정보 관리, 「약사법」은 감염병 발생시 의약품의 처방과 조제, 품목허가·품목신고에 관한 예외를 두고 있는 것이어서 감염병에 따른 검역·방제조치와의 직접적인 관련성은 적다.

「영유아보육법」, 「학교보건법」, 「산업안전보건법」, 「군보건의료에 관한 법률」, 「가축전염병 예방법」 등은 해당 법률의 대상(영유아, 학생, 근로자, 군인, 가축)에 따라 관련

40) “인수공통감염병의 병원체는 바이러스, 리케치아, 클라미디아, 세균, 원충, 기생충을 합쳐서 세계적으로 수백 개 이상이며 이들을 보유하고 있는 숙주와 매개체 역시 매우 다양하다. 또한 감염경로도 직접전파, 매개충 또는 매개체에 의한 전파 등 다양한 편이다. 우리나라의 경우, 최근 10년 내에 크게 문제가 된 인수공통감염병은 공수병, 브루셀라, 조류인플루엔자 등이다.” 박미연, “인수(人獸)공통 감염병”, 대한수의사회지, (2011. 5), 432면.

질병 및 감염병에 관한 조치의 일부 근거를 담고 있으나, 「감염병예방법」에 준하는 검역 또는 방역조치에 관한 규정은 두고 있지 않아, 감염병의 발생 인지 시점 이후 「감염병예방법」을 따르거나, 동법의 적용 이전에 감염의 확산을 방지하기 위한 1차적인 격리조치 또는 역학조사에 대한 근거를 두는 정도의 수준에 머물러 있다.

<그림 1> 감염병 관련 법률



따라서 「보건의료기본법」, 「공공보건의료에 관한 법률」, 「지역보건법」, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」, 「의료법」, 「약사법」, 「영유아보육법」, 「학교보건법」, 「산업안전

보건법」, 「군보건의료에 관한 법률」, 「가축전염병 예방법」 등은 연구의 주된 범위에서는 제외하고, 필요한 조문에 한해서만 간단히 검토하도록 한다. 본 연구의 주된 대상은 감염병과 관련된 예방 및 관리의 근거법이라 할 수 있는 「감염병예방법」을 중심으로 이루어진다. 「검역법」 역시 검역감염병과 관련된 검역조사·검역조치에 관한 사항을 구체적으로 제시하고 있으므로 관련 조문과 관련하여서는 연구범위에 포함시키도록 한다.

결핵과 후천성면역결핍증은 각각 「감염병예방법」상 제2급감염병·제3급감염병에 해당한다. 그럼에도 불구하고, 「감염병예방법」과는 별도로 「결핵예방법」, 「후천성면역결핍증 예방법」을 두고 있는데, 이에 관하여는 감염병과 관련된 조치보다는 3개의 법률 사이의 체계적 검토를 추가하고자 한다. 그런데 단순히 해당 감염병이 「감염병예방법」에 포함된 것이고, 각 법률상 관련 조치들이 유사하다는 이유만으로 「결핵예방법」, 「후천성면역결핍증 예방법」의 두 법률을 「감염병예방법」에 통합하자고 선불리 주장을 하는 것은 무리가 있다. 이 두 감염병을 별도의 법률로 다루어야 할 사회적 필요성 또한 고려하여 체계 개선방안을 마련하도록 한다.

II. 연구의 방법

1. 문헌 연구

본 연구에서는 문헌연구방법을 기본으로 하고 있다. 「감염병예방법」 및 관련 법령에 관한 법체계와 주요 조문의 내용을 분석하고, 국내외 선행연구와 참고자료를 검토하며, 본 연구의 목적인 법제 개선을 위해 필요한 쟁점들을 제시하려 한다. 선행연구와 관련해서는 ‘감염병’, ‘메르스’, ‘검역’, ‘방역’이라는 4가지 키워드를 중심으로 연관 검색된 ‘감염병의 예방 및 관리에 관한 법률’과 관계되는 키워드를 기반으로 한 연구보고서 및 논문을 검색·분석하였다.

<그림 2> 연구 관련 연관 키워드



기존 연구에서는 이미 「감염병예방법」의 본질적 한계, 감염병에 관한 위기대응체계, 대규모 감염병 발생 시 의료체계, 병원 감염관리체계, 감염병에 관한 거버넌스, 감염병 관련 법적 분쟁, 감염병 대응 관련 언론보도와 개인정보보호, 감염병환자의 인권, 감염병 관련 국내 의료시설의 기준과 현황, 감염병 전문병원 설치의 필요성, 의료관련감염에 대한 문제 등 다양한 쟁점들이 제기된 바 있다. 이러한 쟁점 중 본 연구의 목적에 부합하고 현행 법제의 개정을 통해 개선할 수 있는 사항들을 선별하여 깊이 있는 검토와 개선안을 도출하도록 한다.

2. 사례 연구

감염병 대응에 관한 가장 중요한 사례라고 할 수 있는 2015년과 2018년 메르스 사태에 대한 사례연구를 통하여 법적 쟁점을 도출하고자 한다. 2015년 메르스와 관련해서는 이미 ‘메르스 백서’가 발간되었으므로 이에 포함된 내용을 활용하도록 하고, 2018년 메르스에

대해서는 아직 사후적 분석이 마련되어 있지 않으므로 뉴스 보도자료와 기사를 통하여 관련 사례를 참고하였다.

3. 비교법 연구

본 연구에서는 감염병 관련 다양한 문제점들 대한 시사점과 개선방향을 파악하기 위하여, 감염병의 예방 및 관리에 관한 해외 입법례를 비교·검토하도록 한다. 1969년 제정되어 2005년 개정된 「국제보건규칙(International Health Regulations)」에 관해서는 이미 충분한 분석연구가 수행되었지만, 동 규정과 관련된 추가적인 논의와 동향을 추가하기로 하고, 이와 더불어 미국·독일·프랑스·일본에서의 감염병 관련 법제를 연계 검토하려한다. 본 연구가 새로운 법률의 도입을 전제로 하는 것이라기보다는, 현행 법률과 관련된 각 쟁점에 대한 구체적인 내용을 분석하기 위한 것이므로, 국제규범을 비롯한 다른 국가의 법령에 대한 배경보다는 각 쟁점과 관련된 구성과 내용, 적용례 및 최근의 동향에 대한 논의들을 중심으로 분석하여 우리 입법화에 참고할 수 있을지를 검토하도록 한다.

4. 전문가 의견수렴

본 연구의 주제와 관련된 전문가 워크숍 형식의 자문과 전문가회의 형식의 의견청취 방식을 통하여 연구 성과물의 전문성 및 객관성 확보하고자 한다. 전문가의 의견들은 현행 제도의 문제점을 발굴하거나 비교법적 시사점을 제시하는 한편 이를 해결하기 위한 연구의 방향 설정에 반영한다. 다양한 전문가들의 의견을 수용하여 감염병과 관련한 법적·제도적·실무적 문제점을 개선하기 위한 구체적인 대안을 도출하는데 활용하였다.

<표 1> 본 연구 관련 워크숍 및 전문가회의 개최 현황

구분	주 제
1차	감염병 예방 및 관리를 위한 국제규범체계에 관한 고찰
	감염병 예방·관리를 위한 형사정책적 대응방안
	인수공통감염병 예방 및 관리의 법적 문제

구분	주 제
	감염병으로부터 근로자의 건강보호를 위한 법적 과제
2차	미국의 감염병 예방 및 관리 법제
	독일의 감염병 예방 및 관리 법제
	프랑스의 감염병 예방 및 관리 법제
3차	감염병 관리제도의 문제점과 대응사례: 2015 메르스 대응 요약
	감염병 관리 개선을 위한 정책 쟁점과 제도 개선 방향
4차	일본의 검역 및 감염병 예방·관리의 쟁점
	독일의 검역 및 감염병 예방·관리의 쟁점
	프랑스의 검역 및 감염병 예방·관리의 쟁점
전문가 회의	『감염병예방법』 개정방향에 대한 전문가 의견 수렴

제2장

감염병 관련 법령과 사례분석을 통한 현행 법제의 문제점 분석

제1절 감염병의 예방 및 관리에 관한 법령의 쟁점

제2절 국내 대규모 감염병 대응 사례의 분석과 쟁점

제2장

감염병 관련 법령과 사례분석을 통한 현행 법제의 쟁점 분석

제1절 감염병의 예방 및 관리에 관한 법령의 쟁점

I. 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률의 변천

1. 전염병예방법의 제정과 개정(2009년)

「감염병예방법」의 전신(前身)인 「전염병예방법」은 1954년 2월에 제정되어 2009년 전부개정되기 전까지 총 15차례 개정되었다(타법개정 제외). 비교적 큰 개편이라 할 수 있는 개정은 2000년에 이루어졌는데, 기존 제1종·제2종·제3종으로 구분되어 있던 전염병을 그 위급성 정도나 의학적 체계에 따라 제1군·제2군·제3군·제4군전염병 및 지정 전염병으로 재분류하여 체계적이고 전문적인 전염병관리가 가능하도록 하였다. 이러한 분류작업은 총 75개의 법정전염병을 전염속도, 위해정도, 유행 가능성, 예방·관리 가능성, 국내유입 우려 등에 따라 구분하고, 이를 방역(긴급방역), 예방접종, 감시와 같은 대책에 따라 분류한 것이다. 특히, 2000년 개정에서는 감염병을 예방하고 관리하기 위한 국가와 지방자치단체의 책무와 역할에 대한 조문이 비로소 마련되었다(제3조의2).

「전염병예방법」이 현행과 같은 체계를 갖추게 된 것은 2003년 사스(Severe Acute Respiratory Syndrome: SARS)의 유행을 겪은 후 질병관리본부가 출범하고, 2009년 동법을 ‘감염병의 예방 및 관리에 관한 법률’이라는 명칭으로 전부개정하면서이다. 2009. 12. 구 「전염병예방법」을 전부개정한 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」은 그 개정이유에서 “감염병의 예방 및 관리를 효율적으로 수행하기 위하여 「기생충질환 예방법」과 「전염병

예방법』을 통합하여 법 제명을 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」로 바꾸고, 전염병이라는 용어를 사람들 사이에 전파되지 않는 질환을 포괄할 수 있는 감염병이라는 용어로 정비”한다는 취지를 밝히고 있다.⁴¹⁾ 그밖에도 “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”을 개정이유로 삼고 있다.⁴²⁾ 개정된 「감염병예방법」은 이 시기에 「국제보건규칙」의 전면 개편 등 변화하는 국제보건환경을 고려하여 감염병의 예방과 관리를 위한 법체계를 비로소 갖추게 되었다.⁴³⁾

2. 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률의 개정(2015년)

「감염병예방법」은 감염병의 발생과 유행을 방지하고, 그 예방 및 관리를 위하여 필요한 사항을 규정함을 목적으로 하고 있다(제1조). 초기 「감염병예방법」의 상당부분이 현행과 같은 체계로 개편을 하게 된 계기는 2015년 발생한 메르스 사태라고 할 수 있다. 메르스가 발생하자 이에 대한 대응책의 일환으로 감염병에 대한 정보 공유와 행정기관의 방역조치의 권한에 대한 조문이 강화되어, 국가와 지방자치단체 상호 감염병의 효율적 치료 및 확산방지를 위해 질병의 정보, 발생 및 전파 상황을 공유하고 상호 협력하도록 하였다(제4조제3항 신설).

41) 국가법령정보센터, 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제정이유. <<http://law.go.kr/LSW/lsRvsRsnList.do?lsId=001792&chrClsCd=010102&lsRvsGubun=all>> (2018. 5. 17. 방문).

42) 국가법령정보센터, 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제정이유. <<http://law.go.kr/LSW/lsRvsRsnList.do?lsId=001792&chrClsCd=010102&lsRvsGubun=all>> (2018. 5. 17. 방문).

43) 천병철, “우리나라 감염병 관련 법률 및 정책의 변천과 전망”, *Infect Chemother*, 43(6), 2011, 474-484면의 내용을 요약한 것임.

구체적인 조치로는 보건복지부장관으로 하여금 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 하고(제34조의2 신설), 긴급한 대처가 필요한 경우 방역관이 감염병의 예방·방역대책, 감염병환자등의 진료·보호를 수행하기 위하여 통행의 제한 및 주민의 대피, 감염병의 매개가 되는 음식물·물건 등의 폐기·소각, 의료인 등 감염병 관리인력에 대한 임무부여 및 방역물자의 배치 등 감염병 발생지역의 현장에 대한 조치를 할 수 있도록 하였다(제60조). 감염병 역학조사에 관한 사무를 처리하기 위하여 역학조사관을 보건복지부에 30명, 시·도에 각각 2명 이상 두도록 하고,44) 긴급한 상황으로서 즉시 조치를 취하지 않으면 감염병이 확산되어 공중위생에 심각한 피해를 가할 것으로 우려되는 경우 역학조사관이 감염병환자가 있는 장소의 일시적 폐쇄 등의 조치를 할 수 있도록 하였다(제60조의2 신설).

3. 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률의 개정(2018년)

메르스 종료 후인 2015년 말에는 동법의 개정이 추가적으로 추진되었는데, 보건복지부장관이 예방접종통합관리시스템을 구축·운영하도록 법적 근거를 마련하고, 예방접종통합관리시스템의 구축·운영을 위하여 예방접종 대상자의 인적사항 등 필요한 자료를 수집·관리·보유할 수 있도록 하였다(제33조의2제1항 및 제2항 신설).

메르스와 같은 신종감염병의 국내유입에 대비하여 감염병 연구·예방, 환자의 진료 및 치료 등을 전문적으로 담당하는 감염병 전문병원 또는 연구병원을 설립·지정하여 운영하도록 하고(제36조의2 신설), 감염병 확산을 방지하기 위해 감염병 확인 조사·진찰을 거부하는 사람에 대하여 강제 조사·진찰, 격리 등 조치를 취할 수 있도록 하였다(제42조

44) 이는 메르스 대처 과정에서 대부분의 역학조사관이 공보의라는 문제가 드러나면서 입법화된 것이다. 박형욱, “감염병예방법의 기능과 본질적 과제”, 의정연구 제21권 제3호(통권 제46호), 한국의회발전연구회, (2015. 12), 159면.

제2항부터 제8항까지 신설). 이에 따라 입원 또는 격리된 사람에 대하여 예산의 범위 내에서 생활지원 및 그 밖의 재정적 지원을 할 수 있도록 하고(제70조의4 신설), 이 법에 따른 감염병의 발생 감시, 예방·관리 및 역학조사업무에 조력한 의료인 또는 의료기관 개설자에 대하여 예산의 범위 내에서 재정적 지원을 할 수 있도록 하였다(제70조의3).

이밖에도 환자 진료로 인하여 해당병원의 병동 폐쇄 및 진료중단 등의 조치로 손실을 입은 의료기관 등에 대하여 손실보상심의위원회의 심의·의결에 따라 그 손실에 상당하는 금액을 보상할 수 있도록 하는 등(제70조, 안 제70조의2 신설) 신종감염병에 대한 연구 등 준비 단계부터 환자의 관리 및 감염병 대응, 손실보상까지의 일련의 감염병 관리 체계를 구축하였다.

가장 최근인 2018. 3. 개정에서는 질환의 특성에 따라 현재 제1군부터 제5군까지 ‘군(群)’별로 구분되어 있는 감염병 분류체계를 감염병의 심각도·전파력·격리수준·신고시기 등을 중심으로 한 ‘급(級)’별 분류체제로 개편하였다(제2조). 이에 따르면, 치명률이 높거나 집단 발생의 우려가 커서 발생 또는 유행 즉시 신고하여야 하고 음압격리와 같은 높은 수준의 격리가 필요한 감염병은 제1급, 발생 또는 유행 시 24시간 이내에 신고하여야 하고 격리가 필요한 감염병은 제2급, 발생 또는 유행 시 24시간 이내에 신고하여야 하는 감염병은 제3급, 유행 여부를 조사하기 위하여 표본감시 활동이 필요한 감염병을 제4급으로 각각 분류된다.

2015년 메르스 사태 중 이를 책임 있게 관리해야 할 컨트롤타워가 불명확하다는 지적이 불거지기 시작하였는데,⁴⁵⁾ 그 이후에도 감염병 관련 위기상황에 대한 컨트롤타워 논란은 명확하게 해소되지 않았다. 이에 개정법에서는 감염병 정보의 수집·전파, 상황관리, 감염병이 유입되거나 유행하는 긴급한 경우의 초동조치 및 지휘 등 이른바 컨트롤타워의 역할을 수행할 수 있는 긴급상황실을 설치·운영할 수 있는 법적 근거를 마련하였

45) 2015년 메르스 사태 당시 이에 대한 대응을 맡은 정부 조직은 보건복지부장관 책임의 중앙메르스관리대책본부, 국민안전처장관 책임의 범정부메르스대책지원본부, 민관 합동대응 태스크포스(TF) 등이었다. 여기에 청와대 비서실의 긴급대책반과 대통령 지시로 구성된 전문가 중심의 즉각대응팀도 있었다. YTN, “너무 많은 메르스 컨트롤타워, 최고 책임자는 누구?”, 2015. 6. 9. 보도자료.

다(제8조의5 신설). 감염병의 예방 및 관리에 관한 주요 시책을 심의하기 위한 기구인 감염병관리위원회 위원장을 보건복지부차관에서 질병관리본부장으로 변경하고, 위원 수를 현행 20명 이내에서 30명 이내로 확대하여 구성과 운영에 내실과 효율을 기했다(제10조). 또한 감염병환자와 접촉한 자를 격리할 수 있는 접촉자격리시설의 지정을 위한 법적 근거를 마련하였고(제39조의3 신설), 시·도 소속 2명 이상의 역학조사관 중 1명 이상은 의사로 임명하도록 하였다(제60조의2).

II. 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률의 쟁점

1. 검역·방역조치 대상으로서의 법정감염병

(1) 감염병의 분류와 범위

현행 「감염병예방법」에서는 집단 발생의 우려, 방역대책 수립의 긴급성, 국가예방접종사업의 대상 여부, 국내에서 새롭게 발생하였거나 국내 유입이 우려되는 해외 유행성 등을 고려하여 감염병을 제1군에서 제5군까지로 분류·지정하고 있는데, 메르스(중동 호흡기 증후군)는 제4군감염병에 해당한다. 제4군감염병은 국내에서 새롭게 발생하였거나 발생할 우려가 있는 감염병 또는 국내 유입이 우려되는 해외 유행 감염병을 말한다(제2조 제5호). 동 조문에서는 “다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급히 예방·관리가 필요하여 보건복지부장관이 지정하는 감염병을 포함한다”라는 단서를 두고 있는데, 이는 감염병을 법령에 목록화한 것에 따른 경직성을 대비하기 위하여 고시를 통하여 추가적인 감염병을 지정할 수 있도록 한 것으로 보인다.

2015년 메르스 사태 당시의 구 「감염병예방법」⁴⁶⁾ 제2조, 같은 법 시행규칙 제2조 및 제3조, 지정감염병 등을 규정한 보건복지부고시⁴⁷⁾ 등 관련 법규에 메르스는 포함되어 있지 않았다. 당시 메르스는 명시적으로 법정감염병에 포함되지는 않았지만, 정

46) 법률 제12444호, 2014. 3. 18. 일부개정된 것을 말한다.

47) 지정감염병 등의 종류, [시행 2013.12.31.] [보건복지부고시 제2013-211호, 2013.12.26., 타법 개정].

부는 구 「감염병예방법 시행규칙」⁴⁸⁾ 제2조 제13호에서 정한 제4군감염병⁴⁹⁾ 중 ‘신종 감염병증후군’에 메르스가 포함된다⁵⁰⁾고 해석하였다.⁵¹⁾ 그러나 2015. 7. 6. 개정된 「감염병예방법」 제2조 제5호에서 ‘신종감염병증후군’(파목)과 ‘중등 호흡기 증후군(MERS)’(머목)을 별도의 감염병으로 규정한 것으로 보아 메르스가 신종감염병증후군에 해당하였다는 당시 정부의 주장은 설득력이 떨어진다.⁵²⁾ 이러한 문제점을 고려하여, 2015년 메르스 사태 이전에는 제4군감염병에 해당되는 감염병을 법률에 열거하지 않고 보건복지부령으로만 정하였으나, 2015. 7. 법률 개정에는 페스트, 황열, 뎅기열 등에 해당하는 제4군감염병에 메르스를 포함하였고, “갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급히 예방·관리가 필요하여 보건복지부장관이 지정하는 감염병을 포함한다”는 단서를 신설하여(제2조 제5호) 메르스 사태 때와 같이 법정감염병으로 지정하지 않은 감염병에 대하여 방역조치를 하게 되는 입법적 공백을 대비하도록 한 것이다.

(2) 검역·방역조치 대상으로서의 법정감염병

감염병의 정의와 분류가 중요한 이유는 법정감염병에 포함되는 감염병에 대해서는 구 「감염병예방법」상의 감염병관리기관에서의 입원치료(제41조 제1항), 감염병관리

48) 보건복지부령 제331호, 2015. 7. 7. 일부개정된 것을 말한다.

49) 당시 시행규칙에서는 제4군감염병을 페스트, 황열, 뎅기열, 바이러스성 출혈열, 두창, 보툴리눔독소증, 중등 급성호흡기 증후군(SARS), 동물인플루엔자 인체감염증, 신종인플루엔자, 야토병, 규열(Q熱), 웨스트나일열, 신종감염병증후군, 라임병, 진드기매개뇌염, 유비저(類鼻疽), 치쿤구니아열, 중증열성혈소판감소증후군(SFTS) 등 18종류를 포함하고 있었다. 「감염병예방법 시행규칙」 제2조.

50) 한겨레21, “정보 비공개 결정, 누가 했을까 : 예방의학 전공 의사 출신 김용익 의원의 정부 대처 진단 ‘수동, 소극, 축소 지향, 사후 대책’”, (2015. 6. 29.), 36면.; 강기홍, “메르스 사태와 중앙·지방 간 법적 거버넌스”, 인권과 정의제452호, (2015. 9.), 24면.

51) 다른 해석으로 메르스의 정식 명칭이 ‘메르스 코로나바이러스에 의한 호흡기감염증’이라는 점을 들어 보건복지부고시 「지정감염병 등의 종류」 제1조 거항에서 규정하고 있는 ‘급성호흡기감염증’ 중 ‘사람 코로나 바이러스 감염증(질병관리본부, 법정감염병 분류체계 및 신고범위(2015. 3. 26.))’이라는 해석이 가능하다는 주장도 있을 수 있다. 그러나 ‘급성호흡기감염증’에 포함된다는 주장 역시 「감염병예방법」에서 ‘중등 급성 호흡기 증후군(SARS)’(사목) 등을 별도로 규정하고 있고 당시 법 개정 후에도 ‘사람 코로나 바이러스 감염증’이 여전히 별도의 병명으로 존재하고 있는 상황(질병관리본부, 법정감염병 분류체계 및 신고범위(2015. 8. 24.)) 등을 보았을 때 무리한 주장일 수 있다. 청년의사, “[특별기고] 메르스(MERS)가 재난이 아닌 이유 : 충남대의전원 유인술 교수 ‘법으로 정한 재난 정의와 감염병에 메르스는 포함 안돼’”, 2015. 6. 17.

52) 대한변호사협회, 2015 인권보고서[제30집], 2016, 237면.

시설에서의 치료(제41조 제3항), 치료·입원에 대한 강제처분(제42조 제1항), 차단·입원·격리·폐기·소독 등의 방역조치(제47조)가 가능했기 때문이다. 이때 입원·치료를 거부하거나 강제처분에 따르지 않으면 처벌을 받게 된다. 동법에 따르면, “제41조제1항을 위반하여 입원치료를 받지 아니하거나 같은 조 제2항 및 제3항을 위반하여 입원 또는 치료를 거부한 자”(제80조 제2호)와 “제42조에 따른 강제처분에 따르지 아니한 자”(제80조 제3호)에 대하여 300만원 이하의 벌금에 처하도록 하고 있었다. 제41조에 의하면 “감염병 중 특히 전파 위험이 높은 감염병으로서 보건복지부장관이 고시한 감염병에 걸린 감염병환자등은 감염병관리기관에서 입원치료”를 받을 의무가 있고, 제42조에 의하면 제1군에서 제4군까지의 감염병 중 일부 또는 보건복지부장관이 정하는 감염병에 해당하는 감염병환자에 대해서는 출입조사·진찰·동행치료·입원 등의 강제처분을 할 수 있고, 이를 위반할 경우 역시 300만원 이하 벌금의 대상이 된다(제80조).

2015년 당시 정부의 해석과 같이 메르스를 신종감염병증후군에 해당한다고 해석하였다고 하더라도, 신종감염병증후군의 경우 제41조 및 제42조의 적용대상에는 해당하지 않았다. 메르스가 신종감염병증후군에 포함된다는 정부의 해석에 따라 이것이 제4군감염병에 해당한다고 전제할 경우, 가능한 조치는 감염병 유행에 대한 방역 조치로서의 차단·입원·격리(제47조) 또는 감염병의 예방 조치로서의 차단·집회금지·이동제한·입원·격리(제49조 제1항) 등이다. 이 두 조문은 감염병 중 ‘일부’를 특정한 것이 아니라 감염병 ‘전체’를 대상으로 하고 있기 때문이다. 메르스를 전파 위험이 높은 감염병으로 보는지, 강제처분의 대상이 되는 한정적 대상으로서의 감염병으로 보는지, 법정감염병에 해당한다고 보는지에 따라서 관련 조치의 근거는 다르지만, 해당 조치에 대한 위반은 300만원 이하의 벌금으로 동일했다(제80조 제5호).

(3) 법정감염병의 분류

「감염병예방법」 제2조제6호에서는 다른 감염병과 달리 감염병 목록의 제시 없이 “보건복지부장관이 지정하는 감염병”을 대상으로 하고 있다. 법정감염병의 대상 일부를 행정

규칙으로 위임하여 즉시적으로 대비할 법체계를 갖춘다고 하더라도, 감염병 발생에 따른 즉각적인 대응이 어렵기 때문이다. 가장 최근인 2018. 3. 개정에서는 질환의 특성에 따라 현재 제1군부터 제5군까지 ‘군(群)’별로 구분되어 있는 감염병 분류체계를 감염병의 심각도·전파력·격리수준·신고시기 등을 중심으로 한 ‘급(級)’별 분류체제로 개편하였다(제2조). 이에 따르면, 치명률이 높거나 집단 발생의 우려가 커서 발생 또는 유행 즉시 신고하여야 하고 음압격리와 같은 높은 수준의 격리가 필요한 감염병은 제1급, 발생 또는 유행 시 24시간 이내에 신고하여야 하고 격리가 필요한 감염병은 제2급, 발생 또는 유행 시 24시간 이내에 신고하여야 하는 감염병은 제3급, 유행 여부를 조사하기 위하여 표본감시 활동이 필요한 감염병을 제4급으로 각각 분류된다.

기존의 제1군부터 제5군까지의 분류가 매개, 집단발생의 우려, 접촉을 통한 예방 가능성, 간헐적 유행성, 국내 유입의 우려 등 군별로 정리되지 않은 특성을 기준으로 한 것에 비하여, 제1급부터 제4급까지 순차적으로 등급별 차이를 두어 보다 용이하게 구별할 수 있도록 개정되었다.⁵³⁾ 이를테면, 제4급감염병의 경우 “제1급감염병부터 제3급감염병까지의 감염병 외에 유행 여부를 조사하기 위하여 표본감시 활동이 필요”하다는 정의 규정의 내용대로 법률에 따른 감염병 표본감시의 대상이 된다(제16조 제6항). 한편, 메르스는 사스(SARS)와 함께 개정법상 제1급감염병의 목록에 포함되어 있다(제2조 제2호).

감염병의 범위에 관한 법적근거 미비는 「검역법」에서도 나타나는데, 이 법에서는 동물을 포함한 감염병 유입에 대해서는 구체적인 검역방법을 명시하지 않고 있다. WHO의 국제보건규칙(International Health Regulations 2005)에서는 해외에서 유입되는 감염병으로 인한 공중보건위기 상황에 공동대응하기 위하여 여러 국가와 국제기구, 비정부기구가 협력할 방안을 마련하는 것을 의무화하고 있다.⁵⁴⁾ 하지만 세계보건기구 감시와

53) 예컨대, 기존 제2군감염병은 제3군감염병보다 신속한 방역대책이 필요한 것이 아니라 국가예방접종사업의 대상이 되는 감염병이고, 제4군감염병은 제3군감염병에 비하여 유행성이 낮은 것이 아니라 국내 유입이 우려되는 감염병이었다.

54) 건강 검진, 예방 접종, 기타 조치(제25.3 및 25.4)에 대한 사전 동의; 공중 보건 조치(제40조)에 대한 여행자 협의 권한 및 제한; Report to the Director-General of the Review Committee on Second Extensions for Establishing National Public Health Capacities and on IHR Implementation; Prior informed consent for medical

보고 대상 감염병을 신속한 대응이 필요한 국내 법정 감염병으로 재분류하여 적절하게 법적 형식을 갖추지 못한 것이라 할 수 있다.⁵⁵⁾

2. 국가 및 지방자치단체의 책무 규정의 실효성

대다수의 법률과 마찬가지로 이 법에도 국가 및 지방자치단체의 책무 규정을 두고 있다. 이에 따라 국가 및 지방자치단체는 감염병의 예방 및 관리를 위하여 다음의 사업을 수행하여야 한다. ① 감염병의 예방 및 방역대책, ② 감염병환자등의 진료 및 보호, ③ 감염병 예방을 위한 예방접종계획의 수립 및 시행, ④ 감염병에 관한 교육 및 홍보, ⑤ 감염병에 관한 정보의 수집·분석 및 제공, ⑥ 감염병에 관한 조사·연구, ⑦ 감염병병원체 검사·보존·관리 및 약제내성 감시(藥劑耐性 監視), ⑧ 감염병 예방을 위한 전문인력의 양성, ⑨ 감염병 관리정보 교류 등을 위한 국제협력, ⑩ 감염병의 치료 및 예방을 위한 약품 등의 비축, ⑪ 감염병 관리사업의 평가, ⑫ 기후변화, 저출산·고령화 등 인구변동 요인에 따른 감염병 발생조사·연구 및 예방대책 수립, ⑬ 한센병의 예방 및 진료 업무를 수행하는 법인 또는 단체에 대한 지원, ⑭ 감염병 예방 및 관리를 위한 정보시스템의 구축 및 운영, ⑮ 해외 신종감염병의 국내 유입에 대비한 계획 준비, 교육 및 훈련, ⑯ 해외 신종감염병 발생 동향의 지속적 파악, 위험성 평가 및 관리대상 해외 신종감염병의 지정, ⑰ 관리대상 해외 신종감염병에 대한 병원체 등 정보 수집, 특성 분석, 연구를 통한 예방과 대응체계 마련, 보고서 발간 및 지침(매뉴얼 포함) 고시(제4조 제2항).

대부분의 법률에서는 국가 또는 지방자치단체의 책무 관련 규정들을 추상적·선언적 수준으로 유지하는 것에 비하여,⁵⁶⁾ 이 법에서는 국가 및 지방자치단체의 책무를 매우 상세히 열거하고 있다는 점이 특징이다. 조사·연구·사업 수행, 인력양성, 시스

examinations, vaccination, other measures (Articles 25.3 and 25.4); Authorizations and restrictions on charges to travelers for public health measures (Article 40). November 2014 참조.

55) 이은영·이미진·이선규, “국제보건규칙(2005)에 따른 전염병예방법 및 검역법 개정 방향 연구”, 한국의료법학회지, 14(1), 2006, 62-65면.

56) 예컨대, 「검역법」에서는 “국가는 검역감염병이 국내외로 번지는 것에 신속하게 대처하기 위한 대응 방안을 수립하여야 한다”로 추상적인 책무만을 확인하는 정도이다(제3조 제2항).

템 구축·운영, 정보수집, 대응체계 마련과 같은 행정행위는 법률 본칙에 각각 별도로 두는 것이 보통인데,⁵⁷⁾ 이 법에서는 책무규정에 포함된 각 호의 내용들이 곧 사업시행의 근거 조문으로 기능하기도 한다. 이는 해당 사업에 대한 예산 또는 경비 관련 조문과 대응을 해보면 더욱 명확해진다. 동법에서는 특별자치도·시·군·구가 부담할 경비(제64조), 시·도가 부담할 경비(제65조), 시·도가 보조할 경비(제66조), 국고 부담 경비(제67조)를 각각 구분하고 있는데, 예컨대 국고 부담 경비는 제4조 제2항 제2호에 따른 감염병환자등의 진료 및 보호에 드는 경비, 제4조제2항제4호에 따른 감염병 교육 및 홍보를 위한 경비, 제4조 제2항 제8호에 따른 감염병 예방을 위한 전문 인력의 양성에 드는 경비를 국가가 부담하여야 하고(제67조 제1호부터 제3호), 제4조 제2항 제13호에 따른 한센병의 예방 및 진료 업무를 수행하는 법인 또는 단체에 대한 지원 경비의 일부는 국가에서 보조하여야 한다(제68조 제1호). 이 조문들에 의하여 경비 부담 및 보조가 되는 조치 및 사업은 앞서 살펴본 바와 같이 국가 및 지방자치단체의 책무에 포함되어 있으며, 별도의 조문을 두고 있지는 않다.

3. 검역조치와 방역조치의 법적 성질과 관계

(1) 검역·방역조치의 법적 성질

행정기관의 행위는 직접적인 법적 효과의 발생 여부를 기준으로 법률행위와 사실행위로 구분되는데, 특히 행정목적의 달성하기 위하여 행해지는 물리력의 행사를 행정상 사실행위라고 한다.⁵⁸⁾ 이러한 사실행위의 ‘처분성’에 관하여는 긍정설⁵⁹⁾과 부정설, 수인

57) 예컨대, 「결핵예방법」에서도 국가·지방자치단체의 책무(의무)와 관련하여서는 “국가와 지방자치단체는 결핵예방과 결핵환자의 조기발견 및 적절한 치료, 결핵퇴치를 위한 조사·연구 등을 수행하여야 한다”는 추상적인 조문을 두고 있을 뿐이며(제3조 제1항), 실제 시행하게 될 사업에 대해서는 결핵통계사업(제6조), 결핵관리사업(제7조)은 별도의 조문으로 구성하고 있다.

58) 박균성, 행정법강의, 박영사, 2015, 349면.

59) 당사자소송으로 금지소송이나 이행소송이 인정되지 않고 있는 현행법 하에서 실효적인 권리구제를 위해서는 사실행위를 처분으로 보아 항고쟁송의 대상으로 하는 것이 타당하고, 항고쟁송에서의 취소를 위법상태를 시정하여 원상을 회복시키는 것으로 이해하면 사실행위에 대한 취소는 불가하다는 부정설과 달리 사실행위의 취소도 가능하다는 입장이다. 박균성, 앞의 책, 350면.

하명설⁶⁰⁾ 등의 견해가 있지만, 「행정심판법」과 「행정소송법」은 행정쟁송의 대상인 처분을 “행정청이 행하는 구체적 사실에 관한 법집행으로서의 공권력의 행사 또는 그 거부와 그 밖에 이에 준하는 행정작용”이라고 정의하고 있으므로(「행정심판법」 제2조 제1호 및 「행정소송법」 제2조 제1항 제1호) 사실행위 중 권력적 사실행위는 이론의 여지없이 동법상의 처분에 해당하는 취소심판·소송의 대상이 된다.⁶¹⁾ 사실행위를 「행정소송법」상 처분이라고 명시한 대법원 판례는 아직 없지만, 권력적 사실행위에 해당하는 단수처분⁶²⁾, 교도소재소자의 이송조치⁶³⁾의 처분성을 인정한 사례가 있다.

행정상 사실행위에 처분성이 인정되어도 대집행의 실행과 같이 그 행위가 일시에 완료되어 버렸기 때문에 항고쟁송으로 구제할 만한 이익이 없는 경우에는 소(訴)의 이익이 없다.⁶⁴⁾ 그러나 사실행위가 완료되었더라도 계속적·반복적으로 행하여지는 경우에는 소의 이익이 인정되는 것으로 보아야 한다. 따라서 감염병환자의 입원·격리조치와 같이 계속적인 사실행위에 대해서는 항고쟁송으로 다룰 소의 이익이 인정되고, 나아가 이러한 권력적 사실행위의 처분이 보충성원칙에 대한 예외에 해당하는 경우 헌법소원의 대상이 된다.⁶⁵⁾

(2) 검역조치와 방역조치의 관계

사전적(辭典的) 의미의 검역(檢疫)은 “해외에서 전염병이나 해충이 들어오는 것을 막기 위하여 공항과 항구에서 하는 일”을 통칭하는 것이고, 방역(坊役)은 “전염병이 발생하거나 유행하는 것을 미리 막는 것”으로 설명하고 있다.⁶⁶⁾ 대개의 법률에서는

60) 수인하명설은 권력적 사실행위에 결합되어 있는 행정행위인 수인하면을 처분으로 보는 것으로, 수인하면을 수반하지 않는 권력적 사실행위 및 비권력적 사실행위는 항고소송의 대상이 될 수 없다. 홍정선, 행정법 특강, 박영사, 2014, 327면.

61) 김동희, 행정법 I, 박영사, 2015, 201면; 홍정선, 행정법원론(상), 박영사, 2015, 520면.

62) 대법원 1979. 12. 29. 선고 79누218 판결.

63) 대법원 1992. 8. 7. 선고 92두30 결정.

64) 박균성, 앞의 책, 351면.

65) 마약류 수용자에 대한 소변채위를 헌법소원심판의 대상이 되는 권력적 사실행위로 보아 「헌법」 제68조 제1항의 대상이 되는 공권력의 행사라고 본 판결이 있다. 헌법재판소 2006. 7. 27. 선고 2005헌마277결정.

66) 국립국어원 표준국어대사전. <<http://stdweb2.korean.go.kr>> (2018. 3. 15. 방문).

그와 관련된 법률에서 쓰고 있는 용어 중 개념상 중요한 용어나 일반적으로 쓰는 용어와 다른 의미로 사용되는 용어에 대하여 그 의미를 명확하게 할 목적으로 정의 규정을 두는데,⁶⁷⁾ 「검역법」과 「감염병예방법」에서는 ‘검역’ 또는 ‘방역’이 무엇인지에 대해서 별도의 정의를 두고 있지 않다.

「검역법」 제12조 제1항에 따른 검역조사와 제15조 제1항에 따른 검역조치의 내용을 통해 동법상의 검역의 범위를 유추해볼 수 있을 뿐이다. 동 조문에서는 ① 운송수단의 보건·위생 상태에 대한 경과와 현황, ② 승객, 승무원 및 육로로 걸어서 출입하려는 사람에 대한 검역감염병의 예방관리에 관한 사항, ③ 운송수단의 식품 보관 상태 및 화물의 실린 상태, ④ 감염병 매개체의 서식 유무와 번식 상태를 검역조사의 대상으로 열거하고 있다.

동법에서는 검역조사와는 별도로 검역조치를 다음과 같이 열거하고 있다. ① 검역감염병 환자와 검역감염병 의사환자를 격리시키는 것, ② 검역감염병 의심자를 감시하거나 격리시키는 것, ③ 검역감염병 병원체에 오염되었거나 오염된 것으로 의심되는 화물을 소독 또는 폐기하거나 옮기지 못하게 하는 것, ④ 검역감염병 병원체에 오염되었거나 오염된 것으로 의심되는 곳을 소독하거나 사용을 금지 또는 제한하는 것, ⑤ 검역감염병에 감염되었거나 감염된 것으로 의심되는 시체를 검사하기 위하여 해부하는 것, ⑥ 운송수단과 화물을 소독하고 감염병 매개체를 없애도록 운송수단의 장이나 화물의 소유자 또는 관리자에게 명하는 것, ⑦ 검역감염병의 감염 여부를 확인할 필요가 있다고 인정되는 사람을 진찰하거나 검사하는 것, ⑧ 검역감염병의 예방이 필요한 사람에게 예방접종을 하는 것(제15조 제1항)이 검역조치에 해당한다.

한편, 「감염병예방법」에서는 방역조치를 다음과 같이 열거하고 있다. ① 감염병환자등이 있는 장소나 감염병병원체에 오염되었다고 인정되는 장소에 대한 조치(일시적 폐쇄, 일반 공중의 출입금지, 해당 장소 내 이동제한, 그 밖에 통행차단을 위하여 필요한 조치),

67) 법제처, 법령입안·심사기준, 2017, 53면.

② 의료기관에 대한 업무 정지, ③ 감염병병원체에 감염되었다고 의심되는 사람을 적당한 장소에 일정한 기간 입원 또는 격리시키는 것, ④ 감염병병원체에 오염되었거나 오염되었다고 의심되는 물건을 사용·접수·이동하거나 버리는 행위 또는 해당 물건의 세척을 금지하거나 태우거나 폐기처분하는 것, ⑤ 감염병병원체에 오염된 장소에 대한 소독이나 그 밖에 필요한 조치를 명하는 것, ⑥ 일정한 장소에서 세탁하는 것을 막거나 오물을 일정한 장소에서 처리하도록 명하는 것(제47조). 이상 각 법률에 제시된 검역 및 방역에 관한 조치를 도식화하면 다음 <표>와 같다.

<표 2> 검역조사, 검역조치, 예방조치, 방역조치

대상	검역법		감염병예방법	
	검역조사	검역조치	예방조치	방역조치
사람	승객·승무원 등의 예방관리	감염 여부 확인을 위한 진찰·검사	의료인·의료업자·의료관계요원 동원	병원체 감염 의심자에 대한 입원·격리
		검역감염병의심자 감시·격리	감염 의심자의 입원·격리	
		검역감염병 (의사)환자 등 격리	살처분에 참여한 사람 또는 인수공통감염병에 드러난 사람 등에 대한 예방조치	
		검역감염병 감염/감염의심 시체 검사	건강진단, 시체 검안 또는 해부	
		감염예방을 위한 접종	홍행, 집회, 제례 또는 그 밖의 여러 사람의 집합 제한	
매개체	감염병 매개체의 서식·번식 검사	운송수단·화물 소독, 감염병 매개체 제거 명령	감염병 전파의 매개가 되는 물건의 소지·이동 제한·금지, 폐기·소각	(오염/오염의심 물건이 매개체에 해당할 경우 사용금지 및 폐기)

대상	검역법		감염병예방법	
	검역조사	검역조치	예방조치	방역조치
			감염병 매개동물의 구제, 구제시설의 설치	
			감염병 매개의 중간 숙주가 되는 동물류의 포획·생식 금지	
운송 수단	운송수단의 보건·위생 검사		관할 지역에 대한 교통의 전부·일부 차단	
화물	운송수단 내 식품·화물 보관상태 검사	병원체 오염/오염의심 화물의 소독·폐기	감염병 전파의 위험성이 있는 음식물의 판매·수령 금지·폐기	병원체 오염/오염의심 물건에 대한 사용 등의 금지, 폐기
장소		병원체 오염/오염의심 장소의 소독, 사용금지·제한	운송 수단, 사업장 또는 그 밖에 여러 사람이 모이는 장소에 의사·시설 배치	병원체 오염장소에 대한 조치 (폐쇄·출입금지·이 동제한·통행차단)
			오염된 건물에 대한 소독, 필요한 조치	병원체 오염장소에 대한 소독 등 필요한 조치
			공중위생에 관계있는 시설·장소에 대한 소독	의료기관에 대한 업무 정지
			특정 장소에서의 어로(漁撈)·수영· 우물의 사용 제한·금지	특정 장소에서의 세탁·오물처리의 제한

「검역법」과 「감염병예방법」상의 검역·방역조치는 그 대상에 따라 사람⁶⁸⁾, 매개체⁶⁹⁾, 운송수단, 화물(물건), 장소로 구분할 수 있다. 검역은 국내외로의 이동성에 초점을 맞춘 것으로 사람이나 운송수단에 비하여 장소와 관련된 조치는 상대적으로 약하다. 반면 방역은 검역 이후 국내에서의 감염병 확산을 방지하려는 것으로 장소와 관련된 조치가 강하다. 사람과 관련하여 검역조사·조치는 예방접종·예방관리, 진찰·감시·격리, 시체 검사까지 매우 광범위한 영역에의 조치가 포함되는데 비해, 방역조치는 입원·격리라는 단순한 조치만이 언급되어 있다.

「감염병예방법」에서는 구성상 감염 전파의 차단 조치를 방역조치로 보고 있으며, 별도의 예방조치에는 검역조치에 해당하는 건강진단, 시체 검안·해부, 감염병 전파의 위험성이 있는 음식물의 판매·수령금지·폐기, 인수공통감염병에 드러난 사람 등에 대한 예방조치, 감염병 전파의 매개가 되는 물건의 소지·이동의 제한·금지, 폐기·소각·처분, 공중위생에 관계있는 시설·장소에 대한 소독, 감염병 매개동물의 구제(驅除), 구제시설의 설치, 감염병병원체에 오염된 건물에 대한 소독 및 그 밖에 필요한 조치, 감염병병원체 감염의심자를 적당한 장소에 일정한 기간 입원·격리시키는 것 등을 포함하고 있다(제49조 제1항). 동법의 구성상 제42조부터 제50조까지의 조치들은 치료·입원 등의 강제처분, 입원통지, 수감 중인 환자의 관리, 업무종사의 일시제한, 건강진단 및 예방접종 조치, 방역조치, 오염장소 등의 소독조치, 예방조치로 각각 구분되어 있으나, 이러한 조치의 경계가 명확한 것은 아니어서 조문의 구성과 명칭의 차이에도 불구하고 예방조치와 방역조치는 상호 포섭적 관계라고 볼 수 있다. 결국 「검역법」상의 검역과 「감염병예방법」상의 방역은 국내 유입단계에서의 조치인지 그 이후의 조치인지에 대한 선후관계의 시점만 다를 뿐 동일한 조치들로 구성되어 있다.

68) 사람-사람 간 메르스 코로나바이러스 감염은 공기 감염과 접촉매개물로 인한 가능성도 배제할 수는 없으나 대부분 비말 접촉에 기인한 것으로 알려졌다. 중앙메르스관리대책본부·보건복지부 메르스 후속조치 TF, 2015 메르스 백서 - 메르스로부터 교훈을 얻다! - (이하 “메르스백서”라 한다), 보건복지부, 2016, 43면.

69) 예컨대, 메르스에 감염된 낙타로부터 얻은 멸균되지 않은 우유, 날고기, 소변(약물로 사용) 등의 섭취로 인해 사람에게 전파될 가능성이 있다고 한다. 지난 10년간 사우디아라비아의 도시 지역 근처에서 낙타 농장이 증가했는데 이로 인해 낙타와 사람 간 메르스 감염 위험이 커진다는 연구 결과도 있었다. 중앙메르스 관리대책본부·보건복지부 메르스 후속조치 TF, 메르스백서, 42면.

4. 감염병 예방 및 관리에 관한 법률의 구성

(1) 감염병 예방·관리 조치의 순서에 따른 조문 배치 검토

「감염병예방법」은 총 12장 83개 조문으로 구성되어 있다. 제1장 총칙과 제2장 기본계획 및 사업은 법률 구성에 있어 전형적인 순서이므로 특별한 점이 발견되지는 않는다. 제3장 이후에는 감염병의 예방 및 관리에 관한 절차들을 순서상 나열한 것으로 보이는데, 감염병 관련 사태가 발생하게 되면 ‘신고 및 보고 → 감염병감시 및 역학조사 → 예방 조치 → 감염병 전파의 차단 조치’의 순서로 관련 절차가 진행될 것이 예상된다. 동법은 감염병에 대응하기 위한 행정작용을 중심으로 구성되어 있으나, 이때의 행정작용의 상시성/긴급성을 기준으로 보면 제3장(신고 및 보고), 제4장(감염병감시 및 역학조사 등), 제7장(감염 전파의 차단 조치), 제8장(예방 조치)은 비상시적이고 긴급함을 요하는 단계에서의 절차를 나타낸 것인 반면, 제5장(고위험병원체)과 제6장(예방접종)은 통상적이고 일반적인 상황에 대한 것으로 보인다. 명확히 양분할 수는 없지만 전자가 감염병의 관리에 관한 것이라면 후자는 감염병의 예방에 관한 사항으로 이해할 수 있다.

<표 3> 감염병 예방 및 관리에 관한 법률의 구성

장	조
제1장 총칙	제1조 목적 제2조 정의 제3조 다른 법률과의 관계 제4조 국가 및 지방자치단체의 책무 제5조 의료인 등의 책무와 권리 제6조 국민의 권리와 의무
제2장 기본계획 및 사업	제7조 감염병 예방 및 관리 계획의 수립 등 제8조 감염병관리사업지원기구의 운영 제8조의2 감염병병원

장	조
	제8조의3 내성균 관리대책 제8조의4 업무의 협조 제8조의5 긴급상황실 제9조 감염병관리위원회 제10조 위원회의 구성
제3장 신고 및 보고	제11조 의사 등의 신고 제12조 그 밖의 신고의무자 제13조 보건소장 등의 보고 제14조 인수공통감염병의 통보 제15조 감염병환자등의 파악 및 관리
제4장 감염병감시 및 역학조사 등	제16조 감염병 표본감시 등 제17조 실태조사 제18조 역학조사 제18조의2 역학조사의 요청 제18조의3 역학조사인력의 양성 제18조의4 자료제출 요구 등 제19조 건강진단 제20조 해부명령 제20조의2 시신의 장사방법 등
제5장 고위험병원체	제21조 고위험병원체의 분리 및 이동 신고 등 제22조 고위험병원체의 반입 허가 등 제23조 고위험병원체의 안전관리 등 제23조의2 고위험병원체 취급시설의 허가취소 등
제6장 예방접종	제24조 필수예방접종 제25조 임시예방접종 제26조 예방접종의 공고 제26조의2 예방접종 내역의 사전확인 제27조 예방접종증명서 제28조 예방접종 기록의 보존 및 보고 등 제29조 예방접종에 관한 역학조사

장	조
	제30조 예방접종피해조사반 제31조 예방접종 완료 여부의 확인 제32조 예방접종의 실시주간 및 실시기준 등 제33조 예방접종약품의 계획 생산 제33조의2 예방접종통합관리시스템의 구축·운영 등
제7장 감염 전파의 차단 조치	제34조 감염병 위기관리대책의 수립·시행 제34조의2 감염병위기 시 정보공개 제35조 시·도별 감염병 위기관리대책의 수립 등 제35조의2 재난 시 의료인에 대한 거짓 진술 등의 금지 제36조 감염병관리기관의 지정 등 제37조 감염병위기 시 감염병관리기관의 설치 등 제38조 감염병환자등의 입소 거부 금지 제39조 감염병관리시설 등의 설치 및 관리방법 제39조의2 감염병관리시설 평가 제39조의3 접촉자 격리시설 지정 제40조 생물테러감염병 등에 대비한 의약품 및 장비의 비축 제40조의2 감염병 대비 의약품 공급의 우선순위 등 분배기준 제41조 감염병환자등의 관리 제41조의2 사업주의 협조의무 제42조 감염병에 관한 강제처분 제43조 감염병환자등의 입원 통지 제44조 수감 중인 환자의 관리 제45조 업무 종사의 일시 제한 제46조 건강진단 및 예방접종 등의 조치 제47조 감염병 유행에 대한 방역 조치 제48조 오염장소 등의 소독 조치
제8장 예방 조치	제49조 감염병의 예방 조치 제50조 그 밖의 감염병 예방 조치 제51조 소독 의무 제52조 소독업의 신고 등

장	조
	제53조 소독업의 휴업 등의 신고 제54조 소독의 실시 등 제55조 소독업자 등에 대한 교육 제56조 소독업무의 대행 제57조 서류제출 및 검사 등 제58조 시정명령 제59조 영업정지 등
제9장 방역관, 역학조사관, 검역위원 및 예방위원 등	제60조 방역관 제60조의2 역학조사관 제60조의3 한시적 종사명령 제61조 검역위원 제62조 예방위원 제63조 한국건강관리협회
제10장 경비	제64조 특별자치도·시·군·구가 부담할 경비 제65조 시·도가 부담할 경비 제66조 시·도가 보조할 경비 제67조 국고 부담 경비 제68조 국가가 보조할 경비 제69조 본인으로부터 징수할 수 있는 경비 제70조 손실보상 제70조의2 손실보상심의위원회 제70조의3 의료인 또는 의료기관 개설자에 대한 재정적 지원 제70조의4 감염병환자등에 대한 생활지원 제71조 예방접종 등에 따른 피해의 국가보상 제72조 손해배상청구권과의 관계 등 제73조 국가보상을 받을 권리의 양도 등 금지
제11장 보칙	제74조 비밀누설의 금지 제74조의2 자료의 제공 요청 및 검사 제75조 청문 제76조 위임 및 위탁 제76조의2 정보 제공 요청 등

장	조
제12장 벌칙	제77조 벌칙 제78조 벌칙 제79조 벌칙 제79조의2 벌칙 제80조 벌칙 제81조 벌칙 제82조 양벌규정 제83조 과태료

법률의 체계와 관련 조문들의 연속성을 위해서는 감염병의 예방과 관리에 관한 사항을 각각 구분하여 해당 조치 중 선행(先行)하는 사항을 법률의 앞에 위치시키고 관리에 관한 사항을 뒷부분으로 이동하는 등의 순차적 구성을 하거나, 감염예방과 같은 통상적인 사항을 비상시적인 조치들과 구분하여 조문을 구성하는 것도 고려해볼 수 있다.

(2) 병원체 관리에 관한 법체계

고위험병원체는 넓은 의미에서는 감염병의 예방을 위한 진단 또는 연구의 목적으로 반입하여 검사·보존·관리하려는 것이지만, 법률상 고위험병원체를 반입할 수 있는 경우를 진단 및 학술 연구 등으로 제한하고 있다면, 이를 반드시 감염병의 예방의 범위에 포함시켜야 할 필요는 없다. 장기적인 관점에서 고위험병원체를 수집·관리하기 위한 별도의 체계를 갖추는 것도 고려해볼만 하다.

5. 감염병 관련 유사 법률의 구성 및 체계

「감염병예방법」상 감염병에 포함되어 있으면서도 별도의 법률로 제정되어 있는 것이 결핵과 후천성면역결핍증에 관한 예방법이다.

최근 5년간 우리나라 직장인의 결핵 판정이 약 5만건으로 밝혀졌고,⁷⁰⁾ 2016년을 기준으로 우리나라 인구 10만명 당 결핵 발생자 수 평균 77명, 결핵 사망자 수는 평균 5.2명으로 OECD 국가의 평균인 17.7명과 2.1명을 훨씬 웃도는 수치로 나타났다.⁷¹⁾ 세계적으로 결핵환자가 증가하고 있는 추세이고,⁷²⁾ OECD 국가 중 우리나라 결핵 발생률 및 사망률 1위를 차지하고 있다는 통계는 결핵과 관련된 대책마련이 필요하다는 정책적 필요성을 정당화한다. 보건복지부에서는 지난 8월 1일 ‘제2기 결핵관리종합계획’을 발표하여, 국내 외국인 밀집지역, 노인 결핵 다수 발생지역, 결핵 감염에 취약한 영유아, 청소년, 노인 등과의 접촉빈도가 높은 직업군의 결핵 검진을 강화하는 내용을 포함시켰으나, 결핵 환자의 다수를 차지하는 직장인 결핵환자에 대한 계획은 포함하지 않았다. 보건복지부에서는 동 계획을 재검토한다는 입장이다.⁷³⁾

후천성면역결핍증의 경우도 최근 5년간 확진 판정을 받은 장병이 165명에 이를 정도로 그 위험성이 매우 높다는 배경이 있다.⁷⁴⁾ 그러나 단순히 해당 감염병의 유행성이나 위험성이 높다고 해서 별도의 입법을 해야 하는 것은 아니며 그럴 수도 없다. 「감염병예방법」의 행정작용과는 차별되지만 공유할 수 없는 조문이 있다면, 해당 감염병이 「감염병예방법」상 감염병에 포함되는지 여부와 관계없이 독립된 입법을 구성하여야 할 것이다. 그러나 「감염병예방법」을 통해서도 충분히 수용될 수 있는 정도의 조치라면 양 법률을 서로 통합하여 입법의 경제성을 도모하는 편이 수범자에게도 도움이 된다.

70) 2018년 국정감사에서 제출된 건강보험공단 자료(최근 5년간 직장가입자의 결핵증상 진료 현황)와 질병관리본부 질병보건통합관리시스템에 따르면 2013년부터 올해 6월까지 결핵증상으로 확진 받은 환자 17만 4270명 중 27.5%인 4만 7856명이 직장가입자로 나타났다.

71) 데일리팝, “5년간 약 5만명 직장인 결핵 환자 발생…OECD 1위”, 2018. 10. 10. 기사.

72) 2017년 전 세계에서 새로 결핵으로 진단을 받은 환자는 1000만명으로 추정된다고 유엔 뉴스(UN news)가 보도했다. 2017년 세계 각국에서 결핵으로 인한 사망자 수는 160만명에 이르렀다. 2000년 이래 5400만명이 결핵으로 목숨을 잃었다. WHO는 18일 제네바에서 발표한 보고서를 인용해 이같이 전하며 결핵 추가발병이 감소 경향에 있지만 이런 추세로는 2030년까지 결핵 유행을 종식시킨다는 유엔 목표의 달성이 요원하다고 지적했다. 뉴시스, “2017년 세계 결핵환자 1000만명 추가발병…2030년 박멸 난망” WHO, 2018. 9. 19. 기사.

73) 뉴스핌, “박능후 ‘결핵 문제 심각…5개년 관리종합계획 다시 짚다’”, 2018. 10. 10. 기사; 메디파나뉴스, “심각성 높아진 ‘직장인 결핵환자’ 5년간 환자 5만명 발생”, 2018. 10. 10. 기사.

74) 국민일보, “軍 에이즈 확진 강제전역자 5년간 152명”, 2018. 10. 7. 기사; 메디컬투데이, “최근 5년간 에이즈 확진 판정 받은 장병 165명”, 2018. 10. 9. 기사.

<표 4> 감염병 예방 및 관리에 관한 법률, 결핵예방법, 후천성면역결핍증 예방법의 비교

감염병예방법	결핵예방법	후천성면역결핍증 예방법
제1장 총칙 제1조 목적 제2조 정의 제3조 다른 법률과의 관계 제4조 국가 및 지방자치단체의 책무 제5조 의료인 등의 책무와 권리 제6조 국민의 권리와 의무	제1조 목적 제2조 정의 제3조 국가·지방자치단체 및 의사 등의 의무	제1장 총칙 제1조 목적 제2조 정의 제3조 국가·지방자치단체 및 국민의 의무 제4조 삭제
제2장 기본계획 및 사업 제7조 감염병 예방 및 관리 계획의 수립 등 제8조 감염병관리사업 지원기구의 운영 제8조의2-제8조의5 (생략) 제9조·제10조 (생략)	제4조 결핵예방의 날 제5조 결핵관리종합계획의 수립·시행 제6조 결핵통계사업 제7조 결핵관리사업 등	
제3장 신고 및 보고 제11조 의사 등의 신고 제12조 그 밖의 신고의무자 제13조 보건소장 등의 보고 제14조·제15조 (생략)	제8조 의료기관 등의 신고의무	제2장 신고 및 보고 제5조 의사 또는 의료기관 등의 신고 제6조 삭제 제7조 비밀 누설 금지
제4장 감염병감시 및 역학조사 등 제16조 감염병 표본감시 등 제17조 실태조사 제18조 역학조사 제18조의2 역학조사의 요청 제18조의3 역학조사인력의 양성	제8조의2 요양급여비용 심사 등의 정지 요청 제9조 결핵환자등 발생 시 조치 제10조 결핵 집단발생 시의 조치	제3장 검진 제8조 검진 제8조의2 검진 결과의 통보 제9조 혈액·장기·조직 등의 검사 제10조 역학조사

감염병예방법	결핵예방법	후천성면역결핍증 예방법
제18조의4 자료제출 요구 등 제19조 건강진단 제20조 해부명령 제20조의2 시신의 장사방법 등	제11조 결핵검진등 제11조의2 준수사항	제11조 증표 제시 제12조 증명서 발급
제5장 고위험병원체 (생략)		
제6장 예방접종 제24조 필수예방접종 제25조 임시예방접종 제26조- 33조의2 (생략)	제12조 결핵예방접종	
제7장 감염 전파의 차단 조치 제34조-제35조의2 (생략) 제36조 감염병관리기관의 지정 등 제37조 감염병위기 시 감염병관리기관의 설치 등 제38조-제39조의2 (생략) 제39조의3 접촉자 격리시설 지정 제40조·제40조의2 (생략) 제41조 감염병환자등의 관리 제41조의2 사업주의 협조의무 제42조 감염병에 관한 강제처분 제43조 감염병환자등의 입원 통지 제44조 수감 중인 환자의 관리 제45조 업무 중사의 일시 제한 제46조 건강진단 및 예방접종 등의 조치 제47조 감염병 유행에 대한 방역 조치	제13조 업무중사의 일시 제한 제14조 전염성 소실과 재취업 제15조 입원명령 제15조의2 입원명령거부자 등에 대한 조치 제15조의3 면회제한 등 제16조 입원명령 등을 받은 결핵환자 등의 생활보호 제16조의2 생활보호조치에 관한 조사 제17조 재소 중인 전염성결핵환자에 대한 조치 제18조 결핵환자등의 의료 제19조 전염성결핵환자 접촉자의 관리 제20조 결핵환자등과 잠복결핵감염자에 대한 지원	제4장 감염인의 보호·지원 제13조 전문진료기관 등의 설치 제14조 치료 권고 제14조의2 삭제 제15조 치료 및 보호조치 등 제16조 요양시설 등의 설치·운영 제17조 삭제 제17조의2 예방치료기술의 확보 등 제18조 취업의 제한 제19조 전파매개행위의 금지

감염병 예방법	결핵 예방법	후천성면역결핍증 예방법
제48조 (생략)		
제8장 예방 조치 제49조-제59조 (생략)		
제9장 방역관, 역학조사관, 검역위원 및 예방위원 등 제60조 방역관 제60조의2 역학조사관 제60조의3 한시적 종사명령 제61조 검역위원 제62조 예방위원 제63조 한국건강관리협회	제21조 대한결핵협회 제22조 정관 기재사항	
제10장 경비 제64조 특별자치도·시·군·구가 부담할 경비 제65조 시·도가 부담할 경비 제66조 시·도가 보조할 경비 제67조 국고 부담 경비 제68조 국가가 보조할 경비 제69조 본인으로부터 징수할 수 있는 경비 제70조 손실보상 제70조의2 손실보상심의위원회 제70조의3 의료인 또는 의료기관 개설자에 대한 재정적 지원 제70조의4 감염병환자등에 대한 생활지원 제71조 예방접종 등에 따른 피해의 국가보상	제23조 경비 보조 제24조 국유재산의 사용·수익 제25조 모금 등 제26조 특별자치시·특별자치도 또는 시·군·구가 부담하는 경비 제27조 시·도가 부담하는 경비 및 보조금 제28조 국가가 부담하는 경비 및 보조금	

감염병예방법	결핵예방법	후천성면역결핍증 예방법
제72조 손해배상청구권과의 관계 등 제73조 국가보상을 받을 권리의 양도 등 금지		
제11장 보칙 제74조 비밀누설의 금지 제74조의2 자료의 제공 요청 및 검사 제75조 청문 제76조 위임 및 위탁 제76조의2 정보 제공 요청 등	제29조 비밀누설 금지 제30조 권한의 위임·위탁	제5장 보칙 제20조 부양가족의 보호 제21조 협조 의무 제22조 비용 부담 제23조 권한의 위임·위탁 제24조 삭제
제12장 벌칙 제77조-제83조 (생략)	제31조-제34조 (생략)	제6장 벌칙 제25조-제28조 (생략)

「감염병예방법」, 「결핵예방법」, 「후천성면역결핍증 예방법」의 구성을 상호 비교 검토해보면, 「결핵예방법」의 경우 결핵예방의 날(제4조), 감염병 예방 및 관리 계획과는 별도의 결핵관리종합계획 수립(제5조), 통계사업(제6조), 업무종사의 일시 제한(제13조), 전염성 소실과 재취업(제14조), 입원명령 등을 받은 결핵환자 등의 생활보호(제16조), 대한결핵협회(제21조) 등 「감염병예방법」에 따른 예방 및 관리 조치와는 차별화된 내용들이 상당히 많다. 반면, 「후천성면역결핍증 예방법」의 경우 「감염병 예방법」과 유사한 구조를 취하고 있다. 의사 또는 의료기관 등의 신고(제5조), 검진(제8조), 역학조사(제10조), 치료권고(제14조), 치료 및 보호조치 등(제15조)의 조문이 이에 해당한다. 법률의 구성이나 내용상 이들 법률이 별도의 개별법으로 존재해야 할지의 여부도 검토할 필요가 있다.

제2절 국내 대규모 감염병 대응 사례의 분석과 쟁점

I. 격리조치의 쟁점

1. 용어의 불명확성

「검역법」과 「감염병예방법」에서는 감염병 전파를 막기 위한 방역조치의 하나로서 증상이 있는 환자가 어떤 질병이 진단된 후의 조치인 ‘격리(isolation)’와 전파 가능성이 있다고 우려할만한 증상은 있으나 확진되기 전에 격리 등의 조치를 취하기 위한 ‘검역(quarantine)’이라는 용어에 대하여 명시적인 법적 구분을 하지 않고 있다.⁷⁵⁾ 격리라는 것은 이미 질병을 가지고 있거나 균을 가지고 있는 환자나 보균자를 대상으로 질병의 감염 가능 기간 즉 균 배출 기간 동안 환자를 다른 사람으로부터 떼어 놓은 것을 말한다. 따라서 현행 법률상 ‘자가격리’라고 표현하는 것은 개념상으로는 격리가 아니라 검역이라고 보아야 한다.⁷⁶⁾

「검역법」에서의 검역이 병원체의 국내 유입에 대한 차단을 의미하는 것임에 비해, 「감염병예방법」에서의 검역은 병원체의 해당 시·도의 유입을 차단이라는 의미로 이해할 수 있다.⁷⁷⁾ 그러나 공항이나 항만에서 국외에서 국내로의 병원체 유입을 차단하는 것과 별도의 물리적 경계와 검역시설이 갖추어져 있지 않은 시·도 단위에서 운송수단을 검역하는 것은 동일한 개념과 그에 따른 조치를 상정할 수 있는 것은 아니다. 이러한 개념의 불명확성은 「감염병예방법」이라는 법률 안에서도 강제처분으로서의 격리(제42조 제5항)와

75) 박미정·이종구, “메르스 대응조치에 나타난 법률의 문제점 고찰과 개선방안”, 한국의료법학회지 제23권 제2호, 2015, 194면. 본문의 구분은 미국 질병통제예방센터(CDC)에 따른 구분이다. <<http://www.cdc.gov/quarantine/index.html>> (2018. 9. 20. 방문).

76) 천병철, “감염병 위기대응체계 개선 - 감염 의심자 및 노출자 격리 관리 -”, 의료정책포럼 제13권 제3호, 대한의사협회 의료정책연구소, (2015. 10), 150면.

77) 「감염병예방법」에서 ‘검역’이라는 용어를 사용하고 있는 조문이 있다. 이에 따르면, 시·도지사는 감염병을 예방하기 위하여 필요하면 검역위원을 두고 검역에 관한 사무를 담당하게 하며, 특별히 필요하면 운송수단 등을 검역하게 할 수 있다(제61조 제1항).

방역조치로서의 격리(제47조 제3호), 예방조치로서의 격리(제29조 제1항 제14호)의 기준과 방법을 모호하게 한다. 예컨대 “검역구역에 대기하거나 격리할 것을 조건으로 승객, 승무원 및 화물을 내리게 할 수 있다(제11조)”는 「검역법」의 조문에서 검역의 시작과 격리조치를 구분하기란 사실상 어렵다.⁷⁸⁾ 「감염병예방법」상 검역 개념 사용의 적정성에 대한 검토가 필요하다.

「감염병예방법」상 감염병의 전파를 막기 위하여 필요한 조치로서는 통행제한뿐만 아니라 일시적 폐쇄와 의료기관에 대한 업무 정지를 추가하였는데, “감염병 전파를 막기 위하여 다음 각 호에 해당하는 모든 조치를 하거나 그에 필요한 일부 조치를 하여야 한다(제47조)”는 대상에 해당하는 “감염병환자등이 있는 장소나 감염병병원체에 오염되었다고 인정되는 장소(제47조제1호)” 또는 “감염병병원체에 감염되었다고 의심되는 사람을 적당한 장소(제47조제3호)”와 같은 장소에 대한 표현은 당연한 해석상 구체적인 범위로 보이지 않아 검역 조치와 어떻게 연관성을 가져야 하는지 불분명하다.⁷⁹⁾

법적근거의 불명확성은 「감염병예방법」과 다른 법률과의 관계에서도 나타난다. 예컨대, 「산업안전보건법」에서는 고용노동부령으로 정하는 질병에 걸린 자에게 의사의 진단에 따라 근로를 금지하거나 제한할 수 있도록 하고 있고(제45조), 「학교보건법」에서는 대통령령으로 정하는 바에 따라 등교를 중지시킬 수 있는 반면, 학교의 휴업은 감독청장 혹은 학교의 장이 결정할 수 있도록 되어 있다(제8조, 제11조, 제14조).

2. 자가격리의 타당성

감염병이 발생하면, 밀접접촉자로 판단된 경우에는 최대 잠복기 14일 동안 자택격리를 통해 증상발생 여부를 확인하게 되는데, 이것을 자가격리라고 한다. 그리고 이들 중 고령이나 만성질환자 또는 환자가 발생한 병원 입원자에 대해 코호트(cohort) 격리를 실시하는

78) 박미정·이종구, 앞의 논문, 194면.

79) 박미정·이종구, 앞의 논문, 194면.

것을 시설격리라고 한다. 그리고 밀접접촉자는 아니지만 기타 접촉자의 최대 잠복기 14일 동안 증상여부를 확인하는 것을 능동 모니터링 혹은 능동감시라고 한다.⁸⁰⁾ 접촉자는 질병관리본부로 보고된 후 관할 보건소의 관리 하에 자가격리가 이루어진다. 보건소는 해당 지역 보건소의 관리 인력이 검역소로부터 통보받은 밀접접촉자에게 주의사항을 안내하고, 자가격리대상자에 대해 능동모니터링을 실시하고 질병관리본부로 보고하여 관리하는 체계가 자가격리체계이다.

메르스 사태 때 자가격리는 격리의 적당한 장소가 ‘환자 각자의 집’이었다는 점은 공공 보건당국이 자신들이 제공하거나 알선해야 할 적당한 장소를 확보하지 못한 채 혹은 정작 중요한 병원·병동격리조치를 취하지 않으면서 자가격리라는 편법을 동원하고 이에 불응하면 벌금을 강제한다는 점에서 지나친 행정편의주의적 발상에 지나지 않는다는 지적⁸¹⁾은 수긍할 만하다. 더 큰 문제는 감염병이 감염의심자의 거주지에만 머물러 있지 않고 행정구역의 구분에 맞추어 전파되기도 않기 때문에 거주지기준의 전파차단조치는 신속대응에 저해요소가 될 수 있다는 것이다.⁸²⁾ 더욱이 자가격리 수칙은 오로지 대상자의 자율적 협조에 의존하여 이루어지는데, 격리대상자의 올바른 이해와 수칙 준수가 뒤따르지 않는다면 효과적인 감염병 전파의 차단도 어려워진다.

감염병 발생 후 검역, 격리조치, 치료 등으로 이어지는 일련의 방역조치는 그 조치의 신속함도 중요하지만, 조치의 근거나 절차적 정당성 또한 충분히 갖추어져야 한다. 법률에 의해 위임을 받아 정한 지침에 의해서 정책이 집행될 경우에는 신속성은 도모할 수 있을지 모르지만, 사전에 예측 가능한 내용으로 명시되지 않은 지침으로는 감염환자는 물론 검역 대상자의 자발적인 협조를 얻기에 취약할 수밖에 없다.⁸³⁾ 방역초기에 격리대

80) 천병철, 앞의 논문, 150면.

81) 이계수, “메르스와 법: 전염병의 법률학”, 민주법학 제58호, (2015. 7.), 241면.

82) 예컨대 메르스 유행 시기에는 1일 최고 6,729명의 의심환자가 검사결과가 나올 때까지 자가격리되었는데, 격리대상자의 주소지관할 해당보건소 인력이 매일 격리대상자들을 모니터링 하였다. 격리대상자가 거주하고 있는 해당보건소는 서울시의 일괄적 인 통솔이 아닌 각 자치구의 행정절차에 따라 대응했기 때문에 지체와 혼선은 피하기 어려웠다. 박미정·이종구, 앞의 논문, 196면.

83) 실제로 자가격리를 실시하기 전에 밀접접촉자들의 주거환경요인 등을 사전에 검토하거나 격리대상자들에게 격리조치를 위한 고지절차나 이를 수행하기 위한 법률에 근거한 공무수행 가이드라인도 없었다. 박미정·이종구,

상자 선정기준은 미국 질병관리통제센터(CDC)의 가이드라인을 따라던 것과는 대조적으로 검역과 격리 원칙은 미국의 엄격한 기준을 고려한 흔적은 보이지 않는다.⁸⁴⁾ 이는 국내 유입이 우려되는 해외 유행 감염병을 공무 수행자들만 알아야 할 사항으로 간주한 것으로서 격리나 검역 대상자의 권리를 고려하지 않은 감염병 관리체계라고 할 수 있다.⁸⁵⁾

3. 격리처분의 정당성

<사례 1> 격리조치와 인권보호

“제발 한 사람의 기본적인 권리를 찾게 해주세요. 제 남편 좀 살려 주세요.”

25일 오전 서울대병원에서 숨을 거둔 80번째 메르스(중동호흡기증후군) 환자(35)의 부인이 지난 12일 한 포털사이트의 게시판에 올린 글이다. 부인은 게시글에서 보건당국이 ‘전염력이 없다’고 판단하면서도 남편의 격리를 해제하지 않은 데 대해 “(남편의) 기저질환인 악성 림프종 치료를 위해 형제 동종이식을 해야 하고, 동종이식 전 처치를 하려면 음압실에서 나와야 하는데 격리돼 있어 제대로 된 치료를 받지 못하고 있다”고 절규했다. ‘국내 마지막 메르스 환자’였던 그의 남편은 결국 아내의 절규를 뒤로하고 2주도 안 돼 영영 눈을 감았다.

질병관리본부(이하 질병본)는 이날 “80번째 환자가 6월7일 메르스 확진판정을 받은 이후 서울대병원에서 격리치료를 받아 오다 유전자검사상 음성과 양성 이 반복됐고, 기저질환인 악성 림프종 치료 중 경과가 급격히 악화돼 사망했다”고 발표했다. 유족들의 절규와 항의에는 “격리조치가 진단과 검사에 불편함을 줄 수는 있지만 치료를 방기하지 않았고 이러한 사실을 환자 가족들에게 여러 번 설명했다”고 해명했다. 할 만큼 했다는 얘기다.

과연 그럴까. 80번째 환자는 지난해 4월 악성 림프종 진단을 받은 뒤 항암치료와 자가조혈모세포 이식을 통해 회복됐다. 하지만 지난 5월 말 감기 증상이 심해 삼성서울병원을 찾았다가

앞의 논문, 196면.

84) Title 42 - The Public Health and Welfare, Chapter 6A - Public Health Service, Sub chapter II - General Powers and Duties, Part G - Quarantine and Inspection. <<http://www.cdc.gov/quarantine/index.html>> (2018. 9. 20. 방문).

85) 박미정·이종구, 앞의 논문, 196면. 이점은 다수 공중의 정당한 목적을 위한 제한을 명문화한 시라쿠사원칙(Siracusa Principle)에도 위배된다고 할 수 있다. 시라쿠사 원칙 : ① 해당 제한은 법의 의거하여 명시되고 이행된다. ② 제한은 합당한 일반이익목표(legitimate objective of general interest)를 위해서이다. ③ 제한은 그러한 목표를 달성하기 위해 민주주의 사회에서 필요하다. ④ 동일한 목표에 도달하기 위해 활용할 수 있는 상대적으로 침해나 제한의 성격이 다른 수단이 존재하지 않을 때이다. ⑤ 자의적으로, 즉 비합리적이거나 다른 형태의 차별적인 방식으로 선택 혹은 부과되지 않는다. United Nations, Economic and Social Council, Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights; U.N. Doc. E/CN.4/1985/4.

<사례 1> 격리조치와 인권보호

입원실 부족으로 사흘간 응급실에서 대기하다 메르스에 감염됐다. 정부 당국이 메르스 감염환자가 발생한 병원 공개를 주저하던 시기다. 만약 삼성서울병원 응급실에서 메르스 환자가 진료를 받았다는 사실을 80번째 환자가 알았더라면 그는 다른 병원으로 갔고 메르스가 들러붙지도 않았을 것이다.

정부가 전염병관리법에 따라 환자를 시설(병원)격리조치할 경우 격리대상자는 인신보호법에 따라 구제를 청구할 수 있고, 이러한 내용을 고지받아야 하지만 80번째 환자는 그런 내용도 고지받지 못했다. 메르스 사태 당시 병원에 격리됐던 상당수 환자도 마찬가지다. 당국의 책임이 크다는 얘기다. 결과적으로 메르스 조기 파악 실패와 격리조치로 인한 적절한 치료 지연 문제는 80번째 환자뿐만 아니라 메르스로 숨진 38명의 희생자 모두에게 해당하는 것이란 지적이 나오는 이유다. 이제 국내 메르스 환자는 0명이다. 우리 사회가 메르스의 공포에서 ‘격리 해제’된 셈이다. 하지만 메르스 피해자들의 인권에 소홀했던 당국의 미숙한 대응이 개선되지 않는 한 마냥 안도할 수 없을 것 같다.

출처: 세계일보, “[현장메모] 인권까지 격리된 메르스 환자” 2015. 11. 25. 기사.

앞서 살펴본 바와 같이, 2015년 메르스 사태 당시 「감염병예방법」을 포함한 실정법은 격리조치라는 행정상 즉시강제⁸⁶⁾와 관련하여서는 그 권한의 주체인 행정기관에 대해서만 규정하고 있을 뿐 즉시강제의 발동요건이나 절차, 환자 등에 대한 처우 및 조치 등에 관하여는 명확히 규정하고 있지 않았다. 또한 격리조치가 있던 2015년 당시 「감염병예방법」을 비롯한 같은 법 시행규칙, 보건복지부고시에도 ‘중동 호흡기 증후군(MERS)’을 법정감염병으로 정하고 있지 않았다. 결국 메르스를 제4군감염병에 포함시킨 2015. 7. 6. 개정⁸⁷⁾ 전의 모든 강제입원 및 격리조치는 법적 근거가 없는 위법부당한 자의적 구금이

86) 행정강제는 미리 의무를 명하고 그 의무의 불이행을 이유로 행정청이 강제조치를 하도록 하는 통상적인 유형의 행정상 강제집행과 미리 의무를 명할 수 없는 경우에 강제조치를 하는 행정상 즉시강제로 구분된다. 전자는 행정법상의 의무불이행을 전제로 그 의무의 이행을 강제하는 것인데 반하여, 후자는 의무를 명할 수 없는 급박한 상황 하에서 행하여지는 강제이므로 행정법상의 의무불이행을 전제로 하지 않는다는 점에서 양자는 서로 구별된다. 이준서·양태건, 행정의 실효성 확보 수단에 관한 법제 정비방안 연구, 한국법제연구원, 2017, 18면.

87) 「감염병예방법」 제47조는 메르스 유행 기간이었던 2015년 7월 6일에 “보건복지부장관, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 감염병이 유행하면 감염병 전파를 막기 위하여 ... 모든 조치를 하거나 그에 필요한

었다고 평가될 수밖에 없다.⁸⁸⁾ 물론 즉시강제는 급박한 행정상 장애를 제거할 필요가 있는 경우 또는 미리 의무를 명할 시간적 여유가 없을 때 구체적 위험을 제거하기 위한 목적으로 활용되기 때문에 상세한 요건이나 절차를 정하기가 용이하지 않으나, 실체법상의 한계로서의 비례의 원칙의 적용은 즉시강제의 정당성 인정 여부를 판단하는 기준이 된다. 이와 관련하여, 메르스 사태 당시에는 밀접접촉의 의미가 불분명하고 잠복기가 지나서 전염력이 없는 무증상접촉자에게도 일괄적으로 격리조치가 이루어졌다는 점에서 비례의 원칙이 고려되지 않았다는 평가가 가능하다. 이와 더불어 격리조치를 해야 하는 요건에 해당하는지를 판단함에 있어서 그 기준이 불분명하고 명확하지 않다는 비판도 있었다.⁸⁹⁾

감염병 환자나 감염병 의심 환자에 대한 강제입원·격리조치는 개인의 권리보호와 공중의 보호라는 양자 모두를 위하여 필요한 조치이지만, 결국 국가가 사회의 이익을 위하여 개인의 기본권을 심각하게 제한하는 결과를 초래한다.⁹⁰⁾ 이러한 조치는 환자나 격리자 등에 대한 낙인과 편견을 일으키기도 한다.⁹¹⁾ 따라서 「감염병예방법」에서의 대인적 강제수단인 강제입원이나 격리조치 등은 행정상의 즉시강제의 일종으로서 신체의 자유 등 국민의 기본권을 침해할 소지가 크다는 점에서 신중한 접근이 필요하다.⁹²⁾ 그러나 「감염병예방법」을 포함하여 현행 실정법상에서는 즉시강제와 관련하여서는 그 권한을 가지는 행정기관에 대해서만 규정하고 있을 뿐 즉시강제의 발동요건이나 절차, 수용 중인 환자 등에 대한 처우 및 조치 등에 관하여는 대체적으로 구체적이거나 명확하게 규정하지 않고 있다.⁹³⁾

일부 조치를 하여야 한다”로 개정되었다.

88) 대한변호사협회, 앞의 보고서, 18면.

89) 대한변호사협회, 앞의 보고서, 19면.

90) 박정일, “감염병으로 인한 격리조치에 관한 소고”, 의료법학제16권 제1호 (2015), 290면.

91) 조준성, “감염병과 환자의 인권”, 생명윤리포럼제4권 제3호 (2015), 3면.

92) 이천현, 실효적인 감염병 예방 및 관리를 위한 형사정책적 대응방안 연구, 한국형사정책연구원, 2015, 111면.

93) 이천현, “전염병 예방 및 관리를 위한 형사정책”, 한국형사정책연구원·법무연수원, 제6회 형사사법포럼 : 재난 없는 안전사회를 위한 형사정책적 과제(2015. 9. 3.), 54면.

II. 의료관련감염의 쟁점

1. 용어의 혼동

『감염병예방법』에서는 제1군 내지 제5군감염병 외에도 지정감염병, 세계보건기구 감시대상 감염병, 생물테러감염병, 성매개감염병, 인수(人獸)공통감염병 및 의료관련감염병에 대한 정의를 하고 있다(제2조). 지정감염병을 비롯한 감염병들의 구체적인 목록은 보건복지부 고시인 『지정감염병 등의 종류(보건복지부고시 제2017-99호)』에서 구체적으로 열거 되어 있다. 이 중 의료관련감염에 대해서는 최근 별도의 대책(의료관련감염 예방관리 종합대책)⁹⁴⁾을 수립·시행할 정도로 관리의 필요성이 강화되는 추세이나, 『감염병예방법』상 의료관련감염병은 “환자나 임산부 등이 의료행위를 적용받는 과정에서 발생한 감염병으로서 감시활동이 필요하여 보건복지부장관이 고시하는 감염병”으로 정하고 있을 뿐(제2조 제12호), 의료관련감염의 예방 및 관리를 위한 규정은 마련되어 있지 않다.

한편, 『의료법』에서는 의료관련감염이 아닌 ‘병원감염’이라는 다른 용어를 사용하고 있다. 병원감염이란 ‘hospital acquired infection’ 혹은 ‘nosocomial infection’을 우리말화한 것으로 용어 자체가 갖는 의미는 ‘병원에서 획득된 감염’이다. 『의료법』에서는 병원감염에 대한 정의를 하고 있지 않는데, 실무상으로는 “입원 당시에는 증상이 없고 잠복 상태도 아니었던 감염증이 입원 후에 혹은 퇴원 후에 발생한 경우”라고 통용되고 있다.⁹⁵⁾ 그러나 미생물의 특성상 잠복기가 다양하고 임상적으로 판단이 모호한 경우도 많아 병원감염을 진단하기 어려운 경우가 적지 않다. 『의료법』에서는 병원감염과 관련된 정의를 따로 두지 않은 채 의료인과 의료기관의 장에 대한 병원감염 예방의 책무(제4조 제1항), 병원감염 예방을 위한 감염관리위원회의 감염관리실의 설치·운영(제47조 제1항)에 관한 조문을 두고 있다. 『감염병예방법』상 의료관련감염병을 예방·관리하기 위한 별도의 조치가 미비되어 있고, 의료관련감염과 『의료법』상 병원감염과의 관계가 불명확하다.

94) 보건복지부, 안전의료, 건강한 국민을 위한 의료관련감염 예방관리 종합대책(2018-2022), (2018. 6).

95) 최정현, “병원감염의 법적 측면”, 대한내과학회지 제76권 부록 2호, 2009, S286면.

병원감염의 개념은 ‘의료관련감염(healthcare associated infection)’이라는 용어로 대체·확대되고 있는 추세인데, 이는 입원 당시에 없었으며 잠복하고 있지 않던 감염이 입원기간 중에 발생한 것으로, 일반적으로 환자가 입원한지 48시간 후에 발생한 감염을 말한다. 시기상으로 입원기간 입원뿐만 아니라 외래진료를 포함하여 의료와 관련되어 발생하는 감염을 의미하며, 환자, 병원직원, 병원 출입자에게 발생하는 감염을 모두 포함하는 것으로⁹⁶⁾ 병원 내에서의 감염을 의미하는 「의료법」에서의 개념보다 포괄적이며 「감염병예방법」의 예방·관리조치의 취지에 적합하다. 병원감염의 경우 의료진의 책임과 관련하여 장소적 한정 차원에서 ‘병원’이라는 용어를 포함한 것일 수 있으나, 종국적으로는 의료관련감염에 대한 대책을 지향하는 것이 바람직하다.

2. 의료관련감염의 문제

우리나라에서 의료관련감염 대책은 1980년대 초 서울의 한 병원에서 발생한 레지오넬라증의 집단발생에 따라 1990년대 초 일부 대학병원에서 자발적으로 감염관리실을 설치하고 전담자를 배치하면서 시작되었다. 1992년 제정된 「병원감염관리 준칙」에서는 80병상 이상의 병원에 대하여 병원감염관리위원회 설치 및 감염관리전담요원을 배치·운영하고 자율적으로 관리하도록 하였고, 2003년 개정된 「의료법」에서는 300병상 이상의 종합병원의 장은 병원감염예방을 위하여 감염대책위원회를 설치하고, 감염관리실과 필요한 전문인력을 확보하도록 하였다(제37조의3). 2012년 「의료법」의 개정으로 200병상 이상인 병원과 종합병원으로서 중환자실을 운영하는 의료기관의 장은 병원감염 예방을 위하여 감염관리위원회와 감염관리실을 설치·운영하도록 하고 관련 업무를 법령에 명시하였다(제47조). 또한 감염관리 전담인력에 대한 구체적인 직종과 교육기준에 대한 사항도 추가하였다.

메르스 사태 후 개정된 2016년 「의료법 시행규칙」에서는 감염관리실에서 감염관리 업무 수행에 필요한 인력기준과 배치기준을 제시하였다(제43조). 이들은 의료관련감염의 발생을

96) 김경미·김승주·박진희·손정아·유소연·이미향·이지영·장백희·장운숙·차경숙·최정실·한수하·한계경, 알기 쉬운 감염관리, 정담미디어, 2016, 2면.

감시하고, 의료관련 감염관리 실적을 분석·평가하며, 직원의 감염관리 교육과 그 밖에 필요한 사항들을 점검해야 한다.

<사례 2> 병원감염에 따른 2차 메르스 유행

중앙방역대책본부의 예상과 다르게 여섯 번째 환자는 첫 환자와 동일 병실에 입원하지 않았지만 2015. 5. 28. 메르스로 확진되었고, 이후에도 추가 확진환자가 나왔다. 이 외에도 세 번째 환자의 딸이 5. 20. 에는 발열 증상이 없어서 격리대상자가 아니었지만 수일 후 확진 판정을 받았다. 또한 밀접접촉자가 격리되지 않고 출국하여 중국 보건당국에서 메르스 확진을 받은 사건이 발생하였다.

정부가 방역전략과 대응 체계를 정비하고 있는 동안 삼성서울병원에서 메르스 유행이 발생하였다. 평택성모병원에 폐렴 증상으로 입원해있던 35세 남자 환자는 삼성서울병원 응급실을 방문하였고, 14 번째 메르스 환자로 확진되었다. 14번째 메르스 환자는 밀집된 응급실 환 에서 수많은 사람들과 접촉하였으며 수십 명의 2차 감염자가 발생하였다. 삼성서울병원은 5월 31일 새벽에 보건복지부로 노출자 명단을 보냈으나 전체 노출자 명단이 일시에 제공되지 못하였다. 밀접접촉자를 파악하는 과정에서 환자의 병원 내 이동 범위가 충분히 고려되지 못했으며, 접촉자 명단에서 빠져있던 사람들 가운데 메르스 확진환자가 나타났다.

메르스 유행의 추가적 확산을 막기 위해 병원에 대한 집중관리가 핵심 과제로 대두되었다. 2015. 6. 중순 이후 중앙메르스관리대책본부는 전담팀을 신설하였고 처음에는 13개 병원을 집중관리병원으로 지정하였으며, 이후 3개 병원이 추가되었다.

집중관리병원에 즉각대응팀과 즉각이행팀이 파견되어 역학조사에 기반을 둔 감염경로 차단과 격리자 통제 등의 작업을 수행하였다. 환자 발생과 병원 여건에 따라 병원폐쇄 유형과 격리 방식 등에 차이가 있었으며, 격리조치에는 코호트 격리와 1인 격리 등이 사용되었다. 삼성서울병원에서는 대규모 유행이 발생하여 집중관리를 위한 시도가 여러 차례 반복되었다. 지속적인 의료진 감염 문제 발생으로 삼성서울병원에 있던 메르스 확진환자는 음압격리병실이 있는 국·공립병원으로 이송되었다.

집중관리병원 방식은 병원 내 감염 전파 차단에 필요한 조치였으나 해당 병원에서는 많은 어려움이 있었다. 병원에 입원해있던 일반 환자들의 불안과 공포가 심했으며, 일반 환자를 다른 병원으로 전원하는 과정에 많은 우여곡절을 겪어야 했다. 의료진 역시 메르스 감염에 대한 공포와 맞서야 했으며 일반 환자와 다른 진료 과정에서 많은 스트레스를 받았다. 또한 진료 중단으로 인한 병원의 경영 손실 문제가 발생하였다.

<사례 2> 병원감염에 따른 2차 메르스 유행

16개 집중관리병원 사례는 국내 병원들이 호흡기 바이러스 감염에 취약한 상태임을 보여주고 있다. 메르스 대응 과정에서 ‘감염병의 예방 및 관리에 관한 법률’ 일부가 개정되어 정부가 의료기관에서 방역조치를 할 수 있는 근거가 마련되었다.

출처: 중앙메르스관리대책본부·보건복지부 메르스 후속조치 TF, 2015 메르스 백서 - 메르스로부터 교훈을 얻다! - (이하 본문에서 “메르스 백서”라 함), 보건복지부, 2016, 6면, 7면, 13면

대부분 종합병원의 병상 가동률과 회전율이 높다는 사실은 의료관련감염 관리체계에 있어 해결하기 어려운 문제점으로 지적되고 있다. 병상 가동률과 병상 회전율은 수익과 직접적인 관련이 있기 때문에 입원과 퇴원을 신속하게 처리하는 것에 중점을 두게 되면 제대로 된 감염 관리가 이루어질 수 없다. 병상의 과밀은 환자, 보호자, 의료인 등에 대한 의료 관련 감염 가능성이 높아진다는 것을 의미한다.⁹⁷⁾ 메르스 감염 확진환자들의 감염 특성은 의료기관 방문자와 응급실·병실 환자들이 대부분이라는 점이다.⁹⁸⁾ 이는 2014년 사우디아라비아 지다(Jeddah)에서 발생한 메르스 환자들의 주요 감염 경로라고 알려진 병원감염의 원인과 소위 슈퍼감염 사건(super spreading event)⁹⁹⁾이라고 불리는 확산에 해당한다.¹⁰⁰⁾

97) 이천현, 앞의 보고서, 22-23면.

98) “메르스 확진 판정을 받은 186명의 감염자 중에서 최초환자로부터 감염된 것으로 판단되는 2차 감염자는 30명이고, 3차 감염자는 94명이다. 또한 환자와 동일한 병동에 입원하였다가 감염된 사람이 62명, 환자의 가족 혹은 보호자가 22명, 이외에도 환자가 입원한 병원에 방문하였거나 머물렀던 사람 들 중에서 감염 확진환자는 31명이다.” 메르스 포털 사이트, ‘환자 발생 및 경유 의료기관’ <http://www.mers.go.kr/mers/html/jsp/Menu_H/content_H1.jsp?fid=5769&cid=63450> (2018. 5. 21. 방문).

99) Oboho IK, Tomczyk SM, Al-Asmari AM, Banjar AA, Al-Mugti H, Aloraini MS, et. al, 2014 MERS-CoV outbreak in Jeddah: a link to health care facilities, N Engl J Med., 372(9), 2015, pp.846-854.

100) WHO의 메르스 태스크포스팀(MERS TF)을 이끌고 있는 피터 벤 엠바렉(Peter Ben Embarek)박사는 슈퍼 전파에 대한 원인을 “병원에서 감염통제조치가 지연되었기 때문”이라고 설명했다. ‘South Korea's MERS outbreak should be wake-up call, WHO expert says’ <<http://www.cbc.ca/m/touch/health/story/1.3110802>> (2018. 5. 21. 방문).

국내 병원들이 의료 관련 감염에 취약한 근본 원인은 간호사 등 의료인 부족¹⁰¹⁾ 과 이들의 업무량 과다와 관련되어 있다. 업무량이 많고 직무 스트레스가 증가하면 집중력과 주의력이 감소해 오류가 증가할 수밖에 없고, 이는 필연적으로 의료 관련 감염률을 높이기 때문이다. 한국 병동의 간호사가 담당하는 환자수가 OECD 국가의 3-4배 수준인 것은 이미 잘 알려져 있다. 미국 등에서 일반 병동에서 간호사 1인이 담당하는 환자 수는 4-5명에 불과하다. 그러나 한국은 간호사가 가장 많다는 간호 등급 1등급 병원조차 간호사 1인이 담당하는 환자수가 8-10명에 달한다. 한국에서 간호 등급 1등급인 병원은 많지 않고, 대부분이 2-4등급인데, 이러한 병원에서 간호사 1인이 담당하는 환자 수는 12-20명에 달한다.¹⁰²⁾

메르스 감염원인의 특성으로 인하여 정부는 최초 감염자와 추정 슈퍼전파자의 격리가 가장 중요하다고 판단하였고, 격리조치와 검역에 집중하였다.¹⁰³⁾ 문제는 병원 내에서의 밀접접촉자에 대한 정의를 미국 질병통제예방센터(Centers for Disease Control and Prevention: CDC)에서 권고한 밀접접촉(close contact)의 기준을 그대로 적용하여 ① 2m 이내 접촉 또는 가운, 장갑, 호흡기, 고글 등의 개인보호 장비(Personal Protective Equipment)를 착용하지 않은 상태에서 장기간 동안 입원실 또는 같은 치료 공간 안에 머무른 의료진이나 가족의 경우, ② 가운, 장갑, 호흡기, 고글 등의 보호 장비를 착용하지 않은 상태에서 기침과 같은 전염성 분비물과 직접 접촉한 사람에 한정하였다는 점이다.¹⁰⁴⁾ 이러한 기준에 의한 초기 방역조치는 2m 이내 공간 이외의 입원실과 응급실에 머물렀던

101) 병원에서 일하는 간호사가 적으면 한 간호사가 맡아야 되는 업무량이 많아지면서 감염 관리에 신경 쓸 여력이 없어진다. 병원 구조 조정이 이루어지면서 간호사의 업무량이 많아지자 의료 관련 감염률이 증가하는 것으로 나타났다. 2002년에 노르웨이 오슬로의 3차병원에서 간호사 구조 조정이 이루어져 간호사 1인이 맡는 환자수가 30% 가량 증가했다. 구조조정 전과 후를 비교했을 때 2002년부터 2007년까지의 5년 동안의 의료 관련 감염률이 그 이전 5년 동안 보다 눈에 띄게 증가하는 것으로 나타났다. 이상윤, “이대목동병원 신생아 사망 사건 이후 달라져야 할 것들 - 의료 관련 감염 예방을 위한 구조변화가 필요하다”, 의료와 사회, (2018. 2), 163면.

102) 이상윤, 앞의 논문, 163면.

103) Gian Franco Gensini et al., The concept of quarantine in history: from plague to SARS, *Journal of Infection*, *Journal of Infection* 49(4), 2004, pp.257-261.

104) 보건복지부, 메르스대응 행정지침, (2015. 6. 15.), 99면.

훨씬 많은 접촉자가 역학적 검토대상자에서 제외되는 결과를 낳았으며, 병원 내에서 바이러스가 계속 전파되고 확산되기에 이르렀다.

Ⅲ. 행정규칙의 위임에 대한 쟁점

모호한 법적 개념과 범위의 불명확성이 지휘체계 혼선과 절차적 정당성 문제를 야기했다면, 이 법률에 따른 행정규칙에서도 여전히 문제는 존재한다. 메르스 발생기간 동안 질병관리본부의 「감염병관리지침」은 수차례 개정되었다.¹⁰⁵⁾ 하지만 행정작용에 대한 내용만 있을 뿐 밀접접촉자의 정의, 접촉거리, 시간 등의 세부 기준이 불분명하여¹⁰⁶⁾ 현장에서 격리조치와 검역 업무에 혼란이 가중되었다. 중앙방역대책본부는 첫 환자와 관련해서 이 기준을 적용하여 밀접접촉자에 대한 격리를 수행하였으나, 메르스 사태 당시 평택성모병원의 메르스 유행을 조사하는 과정에서 메르스 바이러스 감염력이 예상과 다르게 나타남에 따라서 메르스 바이러스 전파가능성을 최대한 줄이기 위해서 밀접접촉자 판정 기준에서 ‘1시간’이라는 노출 기간이 삭제되었다. 또한 관련 지침에 제시된 38.0℃ 이상이라는 발열 기준에 부합하지 않은 확진된 사례가 있어, 조기 발견 목적으로 발열 기준도 37.5℃ 이상으로 변경되었다.¹⁰⁷⁾

감염병의 신고·보고 및 역학조사 체계는 「감염병관리 사업지침」에 명시되어 있다.¹⁰⁸⁾ 감염병은 질병별로, 또는 같은 질병이라도 개별 발생한 경우와 집단 발생한 경우 역학조사 책임이 바뀌고, 격리대상자 관리내용은 질병마다 다를 수 있다. 그러나 이 지침에 의하면,

105) 메르스 발생 기간 동안 메르스 대응지침은 통합행정지침 1-2판, 대응지침 3-5판, 학교대응 매뉴얼(유초중등용, 대학용)로 모두 7 종류가 있었다. <<http://cdc.go.kr/CDC/info/CdcKrHealth0295.jsp?menuIds=HOME001-MNU1132-MNU1013-MNU1509-MNU1915>> (2018. 5. 21. 방문).

106) 초기 역학조사에서 감염 가능성이 높은 밀접접촉자를 판단하는 기준은 ① 확진 또는 의심 환자와 신체적 접촉을 한 사람, ② 환자가 증상이 있는 동안 2m 이내 공간에 1시간 이상 함께 머문 사람이었다. 우리나라가 따르고 있는 밀접접촉자에 대한 기준은 미국 질병관리본부 기준을 번역한 것인데, WHO의 밀접접촉자 기준은 2012년 사스가 중동에서 유행했을 때 역학조사 후에 실제로 환자와 접촉한 모든 의료인들, 가족들, 같은 공간에 머무르거나 같이 산 사람은 모두 밀접접촉자라고 정하였는데, 범위가 굉장히 넓었다. 천병철, 앞의 논문, 152면.

107) 중앙메르스관리대책본부·보건복지부 메르스 후속조치 TF, 메르스백서, 6면.

108) 질병관리본부, 감염병관리사업 지침, 2015, 62-96면.

질병별로 상이한 특징을 상세히 명시하여 발생현장에서 공무수행에 적용할 수 있도록 명시되어있지 않고, 단지 확진된 환자들의 격리기간과 입원치료만이 언급되어있다.

감염전파의 차단조치에 관한 근거는 “보건복지부장관은 감염병의 확산 또는 해외 신종 감염병의 국내 유입으로 인한 재난상황에 대처하기 위하여 위원회의 심의를 거쳐 감염병 위기관리대책을 수립·시행하여야 한다”는 조문이다(『감염병예방법』 제34조 제1항). 그런데 2015. 7. 6. 동 법률은 개정을 통하여 제34조 제4항 “감염병 위기관리대책의 수립 및 시행 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다”로 변경되었다. 감염병의 위기관리대책 수립의 권한이 대통령으로 변화였다고 하더라도 메르스와 같은 해외유입 감염병이 불가항력적이고도 돌발적인 성격의 감염병인지를 판단하는 기준과 내용이 명시되어 있지 않다면 책임 소재를 다룰 수 없다. 감염병에 관한 방역조치에 따른 국가와 의료기관의 행정작용에 과실이 있는지 여부를 판단하기 위해서는 보다 구체적이고 명확한 기준이 마련되어야 할 것이다.

제34조(감염병 위기관리대책의 수립·시행) ① 보건복지부장관은 감염병의 확산 또는 해외 신종 감염병의 국내 유입으로 인한 재난상황에 대처하기 위하여 위원회의 심의를 거쳐 감염병 위기관리대책(이하 “감염병 위기관리대책”이라 한다)을 수립·시행하여야 한다.

② 감염병 위기관리대책에는 다음 각 호의 사항이 포함되어야 한다.

1. 재난상황 발생 및 해외 신종감염병 유입에 대한 대응체계 및 기관별 역할
 2. 재난 및 위기상황의 판단, 위기경보 결정 및 관리체계
 3. 감염병위기 시 동원하여야 할 의료인 등 전문인력, 시설, 의료기관의 명부 작성
 4. 의료용품의 비축방안 및 조달방안
 5. 재난 및 위기상황별 국민행동요령, 동원 대상 인력, 시설, 기관에 대한 교육 및 도상연습 등 실제 상황대비 훈련
 6. 그 밖에 재난상황 및 위기상황 극복을 위하여 필요하다고 보건복지부장관이 인정하는 사항
- ③ 보건복지부장관은 감염병 위기관리대책에 따른 정기적인 훈련을 실시하여야 한다.
- ④ 감염병 위기관리대책의 수립 및 시행 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

IV. 리스크 커뮤니케이션의 쟁점

1. 정보미공개에 따른 국민 불안

감염병이 발생하면 그 위기 단계별로 중앙부처 혹은 지방자치단체에서 대책본부를 마련하고 관련 정보가 포함된 보도자료를 언론에 배포하면서 리스크 커뮤니케이션을 실시하게 된다. 보도자료의 내용은 병원체 정보와 발생현황, 감염자 현황, 개인이나 지역사회에서 감염을 예방하는 방법, 정부의 대책 등 다양한데, 이러한 내용에 대한 신뢰성을 높이기 위해서 국가질병감시체계에서 모니터링 되는 정보이외에도 초기 데이터 확보를 위해 다양한 출처에서의 감시정보를 수집하여 분석하기도 한다.¹⁰⁹⁾

<사례 3> 국민 불안과 인터넷 괴담

평택성모병원에서 첫 확진환자와 동일 병실에 있지 않았던 사람들이 확진환자로 판정되면 서, 5월 말부터 인터넷과 소셜네트워크서비스(SNS)에서 괴담이 급속히 유포되었다. 정부는 SNS를 통해 괴담 내용이 근거 없음을 전파하고 포털, 지식백과, 콘텐츠 검색 코너 등을 활용하여 괴담과 관련된 사실 정보를 제공하였으며, 2015. 6. 1. 부터 정례브리핑을 시작하였다. 하지만 확진환자 발생·경유 의료기관명 공개와 같이 국민이 궁금해 하는 사항에 대해 적시에 대응을 하지 못해 국민의 불신은 높아져 갔으며, 기존의 리스크 커뮤니케이션 방식으로 대응하는 데 한계가 노출되었다.

메르스 유행에 대한 국민의 불안과 정보 공개에 대한 요구는 커졌으며, 메르스 확진환자가 발생한 의료기관 정보 공개가 핵심 쟁점으로 떠올랐다. 중앙메르스관리대책본부는 민관합동대책반 회의를 통해 확진환자 관련 지역, 의료기관명 및 노출일 정보를 ‘감염내과 전문의와 감염관리실’로 제한해서 제공하기로 하였다. 2015. 6. 3. 대통령 주재 메르스 대응 민관합동 긴급점검회의에서 메르스 관련 정보의 신속하고 투명한 공개 지시가 있었다.

한편 중앙과 지방자치단체 간 격리자 관리를 둘러싼 갈등이 표출되었다. 서울시는 보건복지부와 사전 협의를 거치지 않고 2015. 6. 4. 심야 브리핑에서 삼성서울병원 의사인 35 번째 환자가 주택조합 총회에 참석한 사실을 공개하였으며, 주택조합 총회 참석자의 자발적 가택격리를

109) 박미정, “감염병 대응관련 언론보도와 개인정보보호”, 언론과법 15(3), 한국언론법학회, 2016, 295면.

<사례 3> 국민 불안과 인터넷 괴담

추진한다고 발표하였다. 반면에 중앙메르스관리대책본부는 35 번째 환자의 전파 위험이 낮으므로 주택조합 총회 참석자들의 접촉 정도를 분류하여 관리해야 된다는 의견을 표명하였다.

중앙메르스관리대책본부는 메르스 민관종합대응TF 회의에서 선제적 방역조치 필요성을 논의하였으며, 6. 5. 평택성모병원을 공개하였다. 이후 지방자치단체장과 연석회의를 통해 제2차 의료기관 명단 공개 추진에 합의하였고, 2015. 6. 7. 24개 의료기관명을 공개하였다. 의료기관 정보 공개 이후, 선별진료소 설치, 국민안심병원 운영 등과 같은 대책을 차례로 발표하였고 메르스 핫라인을 운영하였으며, 예방수칙과 병원이용 시 주의사항 등이 학교나 공공장소 등에 노출될 수 있도록 홍보하였다.

중앙메르스관리대책본부는 국민의 메르스에 대한 정보 요구를 충족하고 방역조치를 원활하게 수행하기 위해 국민에게 모든 사항을 최대한 투명하게 공개하고자 노력하였다. 정부의 메르스 정례브리핑은 2015. 7. 17. 까지 지속되었으며, 모든 언론에 동시에 메르스 발생 상황과 관리 대책에 대해 정리된 자료를 제공하였다. 메르스 포털(www.mers.go.kr)은 발표된 자료를 한곳에 모은 정보 창구로서 확진환자 발생 의료기관, 선별진료소 및 국민안심병원 운영 등의 주요 사항과 진료 지침 등을 제공하였으며, 인터넷을 이용한 정보 제공도 지속하였다. 24시간 운영된 메르스 핫라인(109)은 국민이 의심 증상이나 궁금한 점이 있을 때 가장 먼저 물어볼 수 있는 민원창구로서 주요한 역할을 담당하였다.

출처: 중앙메르스관리대책본부·보건복지부 메르스 후속조치 TF, 메르스백서, 7면, 8면, 11면.

리스크 커뮤니케이션을 감염시작점(onset)에서 조금이라도 빨리 시작할수록 감염병 대응조치의 효과를 높일 수 있다.¹¹⁰⁾ 2015년 정부(법무부)가 메르스 유언비어 유포 행의에 대해 엄단하겠다는 방침을 밝히면서,¹¹¹⁾ 이러한 정부 방침의 적정성과 관련된 공방이 발생하였다.¹¹²⁾ 2015. 6. 5. 법무부는 긴급 브리핑을 열고 “메르스와 관련해 악의적으로 허위사실이나 괴담을 유포하는 사범에 대해서는 관련 법에 따라 엄단하도록 검찰에 지시했다”고 밝혔다. 법무부는 위 발표당시 “① 특정병원이나 기업 등에 대한 메르스 발병 관련

110) WHO, Effective Media Communication during Public Health Emergencies, WHO Field Guide, 2005, pp.33-42.

111) 세계일보, “법무부 ‘메르스 관련 유언비어 유포 엄단하겠다’”, 2015. 6. 5. 기사; 뉴스1, “법무부 ‘메르스 관련 유언비어·괴담 엄단 지시’”, 2015. 6. 5. 기사.

112) 뉴스1, “국회 법사위, 법무부 메르스 유언비어 엄단 방침 공방”, 2015. 6. 15. 기사.

허위사실을 게시하는 경우, ② 특정인에 대한 메르스 발병 관련 허위사실을 유포하는 경우, ③ 관공서 등에 대한 허위신고 등 허위사실을 유포하는 사범 등에 대해 명예훼손죄, 업무방해죄, 위계에 의한 공무집행방해죄 등을 적용하겠다”고 밝혔다.¹¹³⁾

잘못된 정보는 사회적 혼란이나 국민들에 대한 불안을 야기한다는 차원에서 막아야 하겠지만, 검찰·경찰 등의 수사기관의 강압적 여론 통제는 사건과 관련된 올바른 정보의 요구가 묵살되거나 잘못된 정부 정책에 대한 비판이 위축된다는 부작용이 있다. 특히 감염환자 발생 초기인 2015년 6월 초에는 ‘메르스 전염이 우려되는 병원’, 즉 ‘메르스 환자를 진료한 병원’이나 ‘메르스 환자가 입원한 병원’이 어디냐가 국민들의 초미의 관심사였다. 그런데 정부는 초기에는 환자들의 병원 이용 상의 우려와 혼란을 방지하기 위한 목적으로 위 병원들에 대한 정보를 공개하지 않겠다는 방침을 세웠다.¹¹⁴⁾ 하지만 ‘병원 비공개’ 방침은 오히려 국민들의 의혹을 증폭시키고 불안을 가중시키는 결과가 되고 말았다. 정부는 결국 2015년 6월 7일 ‘실제 감염 경로가 병원을 중심으로 이뤄지고 있어서 병원에 대한 강력한 통제가 불가피하다’면서 병원 명단 전체를 공개하기에 이르렀다.¹¹⁵⁾

정부의 이와 같은 입장이 반영된 탓인지, 방송통신심의위원회는 ‘메르스(중동호흡기증후군, MERS)’와 관련한 표현물에 대해서도 적극 단속 방침을 밝혔다. 동 위원회는 2015. 6. 11. 자 보도자료에서 “전국가적으로 메르스 대응을 위한 총력을 기울이고 있는 시점에서, 국민적 관심이 높다는 점을 악용해 이미 허위로 확인되었거나 사실과 동떨어진 개연성 없는 괴담성 정보가 인터넷상에 무분별하게 유포되는 것은 국민들의 혼란과 불안감만을 고조시키는 등 불필요한 사회적 혼란을 야기할 우려가 높다는 점을 고려, 경찰청 등 유관기관과 함께 적극 대응해 나갈 방침이다”라고 밝혔다.¹¹⁶⁾ 방송통신심의위원회에서는 2015. 6. 11. 제42차 통신심의 소위에서 ‘메르스 확산은 미국 또는 국정원에 의한 것’이라는 의혹을 제기하는 인터넷 게시물(위 글 하단에서는 글이 ‘소설’이라고 칭하며 허구라고

113) 뉴스시, “법무·검찰, 메르스 관련 유언비어 유포 엄단”, 2015. 6. 5. 기사.

114) 민주사회를 위한 변호사모임, 2015 한국인권보고서, 2015, 447면.

115) 민주사회를 위한 변호사모임, 앞의 보고서, 447면.

116) 방송통신심의위원회, “메르스관련 괴담성 게시물, 의견진술 결정”, 2015. 6. 11. 보도자료.

스스로 밝히고 있다)에 대해 ‘사회적 혼란을 현저히 야기할 우려가 있는 내용’의 정보에 해당한다는 이유로 삭제를 의결하기도 했다.¹¹⁷⁾

2. 정보공개에 따른 사회적 낙인

WHO와 각국에서는 공중보건 위기상황에 맞는 리스크 커뮤니케이션 전략을 준비하여 시행하고 있는데, WHO의 공중보건 리스크 커뮤니케이션 전략은 신뢰성, 정보공표의 시기, 투명성, 국민의 두려움을 경청, 준비 등과 관련된 5가지 원칙이다.¹¹⁸⁾ 미국 질병통제 예방센터(CDC)는 리스크 커뮤니케이션의 원칙으로서 신속하게, 정확하게, 솔직하고 진실하게, 적시에, 대중의 두려움을 공감하며, 일관된 메시지를 전달할 것을 권고한다.¹¹⁹⁾

<사례 4-1> 메르스 대책회의 생중계

서울시는 2018. 9. 9. 오후 8시 20분부터 1시간 남짓 박원순 시장 주재로 열린 메르스 회의의 박 시장의 페이스북 계정에서 생중계했다. 이 자리에서 확진자가 부인에게 “공향으로 마중 나올 때 마스크를 착용하라”고 말한 점이 최초로 공개돼 논란이 됐다. 서울시 역학조사관은 당시 “확진 환자 부인이 자가용으로 공향에 왔는데 막상 병원으로 이동할 때 부인과는 따로 리무진 택시를 타고 이동했다”고 밝혔다. 이후 확진자가 메르스 감염 가능성을 알면서 숨졌다는 비판 여론이 일며 청와대 국민청원 게시판에는 A씨를 구속수사해야 한다는 등 비난하는 청원이 10건 이상 올라오기도 했다.

논란이 커지자 질병관리본부는 확진자 역학조사 중간결과를 발표하며 A씨 부인이 마스크를 쓰고 별도 차량으로 움직인 데 대해 “삼성서울병원에 있는 지인의 권고가 있었다”고 설명해야 했다. 리무진 택시를 확진자 혼자 이용한 이유에 대해선 “몸이 너무 불편해 누워서 갈 수 있는 넓은 밴형의 차를 불렀다”고 추가 설명했다. 택시로 병원까지 이동하는 과정에서 A씨는 마스크를 끼고 있지 않았다는 사실도 확인됐다.

117) 이태일리, “오픈넷, ‘방심위 메르스 괴담 글 삭제 의결...위헌소지’”, 2015. 6. 17. 기사; 대한변호사협회, 앞의 보고서, 72면.

118) WHO, Outbreak communication: best practices for communicating with the public during an outbreak. Geneva, WHO, 2004. <http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_2005_32web.pdf> (2018. 8. 1. 방문).

119) US. CDC, Crisis and emergency risk communication, Quick Guide 2008, p.11.

<사례 4-1> 메르스 대책회의 생중계

A씨 대응이 아쉬운 것은 사실이다. 여러 정황상 그가 스스로 감염 가능성을 의심하고 있었다고 추정할 수 있는 만큼 공항 검역소에서 알렸다면 접촉자 수가 많이 줄어들 수 있었기 때문이다. 그러나 쿠웨이트가 ‘메르스 오염지역’에 포함되어 있지 않고, 설사 등 소화기 증상 위주인 A씨 증상이 일반적인 메르스 증상과 달랐기에 그가 감염 위험을 정확하게 인지하지 못했을 가능성은 여전히 있다. A씨의 행적 정보를 정확하게 확인하고, 사실 여부를 분명히 가려 서울시·정부가 한목소리를 내야 한다는 지적이 이어졌다.

박 시장은 전날 밤 KBS 프로그램에 출연해 “환자분이 공항에서 나와 버스를 탔다든지, 지하철을 탄 게 아니고 본인이 택시를 이용해 병원으로 갔다”며 “접촉한 사람을 최소화한 것”이라고 말했다. 이어 “(환자의 이런 행동은) 아마 지난번 메르스의 교훈이 일반 시민에게도 영향을 미친 상황으로 보인다”고 했다.

서울시 관계자는 “회의 생중계 계획은 당분간 없지만 질병관리본부와 공조해 국민이 추가로 궁금해하는 정보를 투명하게 공개하겠다”고 밝혔다.

출처: 연합뉴스, “환자에게 쏟아진 비난…서울시, 메르스회의 생중계 안하기로”, 2018. 9. 11. 기사

<사례 4-2> 메르스 관련 보도

2018. 9. 8. 질병관리본부는 메르스 확진판정을 받은 A씨가 입국 전 현지 의료기관 만을 방문했다고 발표한 바 있다. 하지만 이후 서울시장이 SNS를 통해 공개한 회의에서 보건환경연구원 소속의 한 역학조사관은 집요하게 캐묻자 의료기관을 2번 갔으며, 여러 명이 레지던스 단독주택에서 동일하게 식당에서 밥을 먹었지만 본인만 증상이 있었다고 답했다고 밝힌 바 있다. 또한 A씨가 “설사 증상이 괜찮아졌다”고 말해 인천공항 검역장을 통과했고 보건당국 역시 “A씨가 스스로 메르스라고 예측했다고 보기는 힘들다”는 입장을 보인 것과 달리, 서울시장이 공개한 회의에서 역학조사관은 “호흡기 질환이나 발열이 없었다고 했지만 아내에게는 공항으로 마중 나올 때 마스크를 착용하고 오라고 했다”고 밝혔다. 특히 A씨 아내가 공항까지 자가용을 끌고 왔지만 정작 병원으로 이동할 때는 A씨는 리무진 택시를, A씨의 아내는 자가용을 이용한 것으로 전했다. 이에 질병관리본부는 역학조사관이 발언한 내용에 대해 사실관계를 밝혔다. 먼저 마스크와 관련해 환자 가족은 삼성서울병원 의사의 권유(중동입국자 일반적인 위험성 안내 및 마스크 권유)로 일반마스크를 착용했다고 밝혔다. A씨가 쿠웨이트에서 병원을 방문한 것은 2번이 맞다고 인정했다. 28일에 증상이 발현됐고, 이후 의료기관에 2회 방문했다는 것, 앞서 3년 전에도 늦장대응으로 여론의 도마 위에 올랐던 질병관리본부가 이번에도 정보 등을 뒤늦게 공개해 질타를 받고 있다.

<사례 4-2> 메르스 관련 보도

출처: 메디컬투데이, “정책 메르스에 엇박 타는 질본과 서울시…혼란스러운 국민들”, 2018. 9. 13. 기사.

감염병 관련 언론보도의 내용은 감염병의 발생현황이지만 결과적으로 병원체에 감염된 개인의 사적사항이라고 할 수 있다. 문제는 감염자와 밀접접촉한 사람들이 누군지 식별할 수 있는 정보가 개인의 동의 없이 공개되어 사생활의 부당한 공표가 될 수 있다는 점이다.¹²⁰⁾ 말하자면, 공중보건위기 상황에서 공익을 위해서 수인되는 일정부분의 침해가 언론보도로 그대로 이어져 사생활의 자유까지 침해된다는 것이다.¹²¹⁾ 감염환자나 격리대상자가 누구인지 알게 되면 따돌림으로 이어지고, 복잡한 감염스토리가 노출되어 특정인, 특정 집단이 낙인이나 차별을 당하기도 한다는 것이다.¹²²⁾

격리대상자는 사회로부터 격리해야 할 범죄자가 아닌 감염병으로부터 보호할 대상임에도, 단지 메르스 환자와의 접촉 혹은 접촉가능성을 이유로 순식간에 범죄자 또는 공공의 적이 된다.¹²³⁾ 정부는 격리대상자들에 대한 출국 제한 조치¹²⁴⁾ 및 휴대전화 위치추적에 대한 방침을 발표하고,¹²⁵⁾ 메르스 의심환자에게 성범죄자와 같은 위치추적장치를 부착하게 하는 법안이 발의된다.¹²⁶⁾ 자가격리자의 무단이탈에 대해 당국이 경찰에 고발하고¹²⁷⁾ 이러한 격리자의 무단이탈에 대해 경찰은 강력한 대응방침을 발표한다.¹²⁸⁾ 격리대상자는 본인들의 잘못이 전혀 없이 치사율 20%의 전염병에 노출된 피해자이자 감금을

120) 박미정, 앞의 논문, 299면.

121) 박미정, 앞의 논문, 299면.

122) Gostin, Lawrence O., Scott Burris, and Zita Lazzarini. “The law and the public's health: a study of infectious disease law in the United States.” *Columbia Law Review* 99(1), 1999, pp.59-128.

123) 이은환, 메르스 격리자, 공공의 적이었나, 경기연구원, 2015, 15면.

124) 연합뉴스, “메르스 격리자 682명으로 급증... ‘출국 제한 조치 예정’”, 2015. 6. 1. 기사.

125) 아주경제, “부산·부천·시흥 등 전국 메르스 확산, 최경환 ‘격리자 휴대전화 위치추적’”, 2015. 6. 8. 기사.

126) 경향신문, “‘메르스 의심자’에 위치추적장치?”, 2015. 6. 25. 기사.

127) 매일경제, “메르스TM 자가격리자 4명, 무단 이탈로 경찰 고발”, 2015. 6. 16. 기사.

128) KBS, “경찰, 메르스 자가격리 무단이탈 엄정 대응”, 2015. 6. 16. 기사.

통해 가정, 직장, 사회생활 모두가 급작스럽게 중단되어 그 누구보다도 도움을 절실히 필요로 하지만, 생존을 위해 국가에 매달려야 하기 때문에 자신의 목소리를 내는 것이 심리적·구조적으로 차단되어 있어 숨죽인 채 오열할 수밖에 없는 가장 취약한 최악의 피해자다. 그러나 격리대상자는 최악의 피해자가 되는 순간 감염병을 다른 사람에게 전파시킬 위험이 있는 최악의 (잠재적) 가해자, 죄인¹²⁹⁾으로 사회적 낙인이 찍힌다.¹³⁰⁾

V. 손실보상과 국가배상의 문제

1. 손실보상

<사례 5> 경제적지원과 보상(1)

중앙메르스관리대책본부는 메르스 유행 확산을 차단하는 과정에서 확진환자에게 치료를 보장하고, 격리자 등에 대한 지원과 보상을 시작하였다. 메르스 확진환자는 치료 과정에서 발생한 진료비를 지원받았으며, 심리 지원과 함께 가구원 수에 따른 긴급 생계 지원을 받았다. 메르스 감염으로 인해 사망한 환자의 유가족은 심리 지원 및 장례비 지원을 받았다. 또한 격리자 중 자택 격리자는 심리 지원과 한 달간의 긴급 생계 지원 및 지방자치단체로부터 생계 물품 지원을 받았으며 병원 격리자는 심리 지원, 병원 내 격리에서 소요된 진료비와 함께 한 달간의 긴급 생계 지원을 받았다. 마지막으로 메르스 감염으로 인한 의료기관의 손실을 보상하기 위한 지원이 이루어졌다.

메르스로 인한 의료기관 등의 손실보상금은 총 1,781억 원으로 확정되었다. 메르스 환자를 치료 혹은 격리하였거나 병동을 폐쇄하는 등 정부와 협조하여 메르스 확산 방지를 위한 조치를 취한 의료기관 176개소, 정부가 건물을 폐쇄하였거나 지방자치단체가 명단 공개, 휴업, 자가 격리 등을 지시하여 휴업한 약국·상점 57개소로 정하였다. 다만 삼성서울병원에 대해서는 검찰 수사와 감사원 감사 결과에 따라 보상 여부 및 규모를 결정하기로 하였다.

출처: 중앙메르스관리대책본부·보건복지부 메르스 후속조치 TF, 메르스백서, 14면, 15면

129) 한겨레, “메르스환자는 ‘죄인’이 아니다”, 2015. 6. 30. 기사.

130) 대한변호사협회, 앞의 보고서, 232면.

<사례 6> 경제적 지원과 보상(2)

복지부는 이씨와 접촉한 뒤 메르스 추가 감염 위험이 높은 밀접접촉자 21명, 감염 위험이 낮은 일상접촉자 399명을 계속 모니터링하고 있다. 더 이상 환자가 발생하지 않고, 20일 밀접접촉자 대상 메르스 검사에서 모두 음성 판정이 나오면 22일 0시에 모두 격리 해제된다. 세계보건기구(WHO) 기준에 따라 메르스 종료 선언은 다음달 16일 할 수 있다. 이씨는 지난해 사우디아라비아에서 유행한 것과 비슷한 바이러스에 감염됐다. 변이 여부는 확인되지 않았다. 복지부는 메르스 환자와 밀접접촉자의 치료 입원비, 생활비를 지원하고 심리상담도 할 계획이다.

출처: 한국경제, “‘메르스 공포’ 상황 종료… 확진환자 완치 판정”, 2018. 9. 18. 기사.

손실보상의 법적근거는 「헌법」 제23조 제3항의 “공공필요에 의한 재산권의 수용·사용 또는 제한 및 그에 대한 보상은 법률로써 하되, 정당한 보상을 지급하여야 한다.”는 규정이다. 이러한 대한민국헌법 규정에 따라 다수의 개별법이 “공공필요에 의한 재산권의 수용, 사용 또는 제한”에 관한 일반적 요건을 규정하고 있고, 그 재산권이 침해된 자는 손실보상을 청구할 수 있는 것이다.

감염병 발생 기간 동안 격리된 사람들에 대한 보상과 일시영업정지를 했던 의료기관에 대한 보상은 이러한 손실보상의 논리에서 「감염병예방법」에 근거하여 이루어졌다.¹³¹⁾ 이 법에서는 손실보상 또는 경제적 지원이라는 측면에서 의료인과 국민에 대한 피해 보상 규정을 신설하였다. 법 제5조 제1항은 의료인 및 의료기관의 장 등은 감염병 환자의 진료에 관한 정보를 제공받을 권리가 있고, 감염병 환자의 진단 및 치료 등으로 인하여 발생한 피해에 대하여 보상받을 수 있다고 규정하고 있다. 또한 법 제6조 제1항은 국민은 감염병으로 격리 및 치료 등을 받은 경우 이로 인한 피해를 보상받을 수 있다고 규정하고 있으며, 동조 제3항은 국민은 의료기관에서 이 법에 따른 감염병에 대한 진단 및 치료를 받을 권리가 있고, 국가와 지방자치단체는 이에 소요되는 비용을 부담하여야 한다고 규정하고 있다.

131) 중앙 메르스 관리대책본부 보도자료, “2015년 국내 발생한 메르스의 경우, 메르스 관련 병원 대상 160억원 지원”, 2015. 7. 4.

법 제70조에서는 손실보상이라는 조명(條名)하에 제36조·제37조에 따라 의료기관이 감염병관리기관·격리소로 지정·설치·운영됨에 따라 발생한 손실과 방역조치(제47조), 소독조치(제48조), 예방조치(제49조) 등으로 발생한 손실에 대하여 손실보상심의위원회의 심의·의결에 따라 그 손실을 보상하도록 하고 있다. 이러한 손실보상의 권리 규정은 과거보다는 진일보했지만 실제 적용에서는 어려움이 예상된다. 예를 들어 환자와 관련하여 어떠한 감염병을 대상으로 어떠한 비용을 국가와 지방자치단체가 부담하는 것인지 명확하지 않다. B형 간염, 풍진 등의 제2군 감염병이나 보건복지부 장관이 고시하는 성매개감염병의 진단 및 치료에 소요되는 비용도 국가와 지방자치단체가 모두 부담할 수는 없는 일이다.¹³²⁾ 궁극적으로 이러한 문제점은 감염병 분류가 국가 개입의 필요성의 정도라는 관점과 무관하다는 점과 관련이 깊다. 결국 법에서는 “이 법에 따른 감염병”이라는 포괄적 용어를 사용할 수밖에 없었고 이는 보상과 관련하여 대상 감염병의 범위에 문제를 야기한 것이다.¹³³⁾

2. 국가배상

<사례 7> 국가배상

2015년 메르스(중동호흡기증후군) 사태 당시 정부의 방역체계에 문제가 있었다고 인정한 법원 판결이 처음으로 나왔다. 정부가 허술한 방역으로 피해자들에게 손해배상액을 물어주게 생겼다. 당시 186명이 메르스에 감염돼 38명이 숨지고 1만6693명이 격리(자가격리 포함)된 점을 감안하면 앞으로 소송이 줄어 이를 전망이다.

A는 오른쪽 발목을 접질려서 2015. 5. 22. 15:30경 대전에 있는 M병원 응급실에 내원하여 정형외과에서 우 족관절 외과 분쇄 골절 등의 진단을 받고 같은 날 18:10경 병실에 입원하였고, 2015. 5. 26. 관혈적 정복술 및 금속판과 나사못을 이용한 내고정 수술을 받았다. A는 입원 중인 2015. 5. 30. 아침부터 기침, 가래, 콧물, 열감, 인후통, 재채기 등의 증상이 발생하여 이비인후과와 협진치료를 받고 같은 날 19:00 체온이 38℃ 이상으로 오른 후 발열이 계속되어

132) 박형욱, 앞의 논문, 160면.

133) 박형욱, 앞의 논문, 160면.

<사례 7> 국가배상

2015. 6. 1. 메르스 의증으로 乙병원으로 전원되었고 2015. 6. 2. 메르스로 확진되었다(메르스 확진 순서에 따르면 A는 30번 환자이다). A는 2015. 7. 5. 메르스 완치로 판정되어 甲병원으로 전원하여 수술한 발목의 정형외과 치료를 받고 2015. 7. 11. 퇴원하였다.

B는 2015. 4. 24.부터 2015. 5. 3.경까지 중동지역 국가인 바레인 등에 체류하다가 2015. 5. 4. 경 카타르 도하를 경유하여 인천공항으로 입국하였다. 2015. 5. 11.부터 몸살, 근육통, 발열 증상이 있어 2015. 5. 12.부터 2015. 5. 15.까지 서울 송파구에 있는 丁의원에서 외래진료를 받았고, 2015. 5. 15.부터 2015. 5. 17. 10:00경 퇴원할 때까지 평택시에 있는 의료법인 양진의료재단 丙병원에서 입원치료를 받았으며, 2015. 5. 17. 서울 강동구에 있는 戊의원 및 서울 강남구에 있는 사회복지법인 삼성생명공익재단 己병원 응급실에 순차 내원하였다가 귀가하였다. B환자는 2015. 5. 18. 10:00경 己병원에 내원하여 입원하였고 2015. 5. 20. 06:00경 메르스 확진 판정을 받아 같은 날 13:26경 庚의료원으로 전원되었다.

C는 2014. 8. 대장전절제술(total colectomy)을 받은 환자로서 2015. 5. 1.부터 2015. 5. 4.까지 丙병원에 입원하여 직장 부위의 용종제거술을 받았고, 2015. 5. 15. 남은 용종을 제거하기 위하여 丙원에 다시 내원하여 당시 1번 환자가 입원해 있던 위 병원 8층의 다른 병실에 입원하였으며, 용종제거술을 받은 후 2015. 5. 18. 퇴원하였다. 2015. 5. 19. 부터 C환자에게 오한, 기침, 가래, 열감, 설사, 전신위약, 근육통 등의 증상이 나타났다. C환자는 증상이 계속되어 2015. 5. 22. 새벽 38℃ 이상의 고열 증상이 나타나자 2015. 5. 22. 20:25경 甲병원 응급실로 내원하여 22:50경 원고가 입원해 있던 〇〇〇호 병실에 입원하였다. C 환자는 발열과 설사 증상이 지속되고 폐렴 증상이 악화되자 2015. 5. 28. 申병원으로 전원되었다. 위 환자는 38℃ 내외의 발열 증상이 지속되고 2015. 5. 30. 39℃의 발열 증상이 나타나 메르스 의증으로 乙병원으로 전원되었으며 2015. 5. 31. 메르스 확진되었다.

출처: 서울중앙지방법원 2018. 2. 9. 선고 2017나9229 판결.

서울중앙지법 민사항소4부(부장판사 송인권)는 메르스 ‘30번 환자’로 분류됐다가 완치된 A가 정부를 상대로 낸 손해배상 청구소송 항소심에서 원고 패소 판결한 1심을 깨고 “정부는 이씨에게 1000만원을 지급해야 한다”고 원고 승소 판결했다. A는 2015년 5월 오른쪽 발목을 다쳐 대전 대청병원에서 수술을 받은 뒤 메르스 ‘16번 환자’와 같은 병실에 입원했다가 감염됐다. 보건당국 조사 결과 경기도 평택성모병원에서 메르스 최초

감염자인 1번 환자로부터 감염된 16번 환자가 이씨와 같은 병실을 쓴 사실이 드러났다. 1번과 16번 환자는 20명 넘는 환자에게 메르스를 옮긴 ‘슈퍼 전파자’였다. A는 “정부가 메르스 방역체계를 부실하게 관리한 탓에 감염됐다”며 소송을 냈지만 1심은 “정부 책임을 입증할 증거가 부족하다”고 기각했다.

항소심 재판부는 “질병관리본부가 서둘러 대처했다면 메르스 확산을 막을 수 있었다”며 정부 책임을 인정했다. 항소심은 2015년 5월 18일 삼성서울병원에 입원 중이던 1번 환자에 대한 메르스 의심 신고를 받고서도 즉각 살피지 않은 점을 지적했다. 당국은 병원 측이 먼저 검사 요청을 했는데도 조건을 달아 늦췄고 1번 환자는 2주일이 지나서야 메르스 확진 판정을 받았다. 재판부는 “검사 거절과 지연으로 의심환자 신고 후 약 33시간 뒤 검체를 채취했고, 이 과정에서 접촉자도 제대로 파악하지 못했다”고 꼬집었다. 재판부는 1번 환자가 거쳐간 병원을 정밀하게 조사하지 않은 보건당국의 책임도 물었다. 당국은 1번 환자가 거친 병원들 중 2박3일간 입원한 평택성모병원의 경우 ‘환자가 병실에만 머물렀다’고 여겨 극소수 인원만 조사했다. 재판부는 “환자는 당시 채혈이나 검사 등을 위해 병실 밖을 수차례 옮겨다녔다”고 지적했다. 재판부는 아울러 “1번 환자에 대한 심층 역학 조사가 늦어졌더라도 평택성모병원을 제대로 조사했더라면 16번 환자를 격리 치료할 수 있었을 것”이라고 판단했다.

『헌법』 제29조 제1항은 “공무원의 직무상 불법행위로 손해를 받은 국민은 법률이 정하는 바에 의하여 국가 또는 공공단체에 정당한 배상을 청구할 수 있다”고 규정하고 있다. 『헌법』상의 “법률이 정하는 바에 의하여”라는 법률유보조항에 따라 국가 또는 지방자치단체의 배상책임에 관한 일반법으로 제정된 것이 『국가배상법』이다. 『국가배상법』 제2조 제1항은 공무원이 고의·과실로 타인에게 손해를 입힌 경우 국가가 이를 배상하도록 하고 있다. 일반국민은 정부를 상대로 한 대부분의 손해배상 소송에서 『국가배상법』의 손해배상책임규정에 근거해 재산상·정신상 손해배상을 청구한다.¹³⁴⁾ 하지만 지금까지 국가 배상제도가 민사상의 손해배상제도와 달리 공법적 독자성에 의한 구체적인 제시는 없다.

134) 『헌법』 제26조 제1항 단서 참조.

대법원은 「국가배상법」을 「민법」 제750조 일반불법행위에 대한 특별규정으로 해석하여 국가배상책임은 민사상 손해배상책임의 일종으로 보고 있다.¹³⁵⁾¹³⁶⁾ 「국가배상법」에서 공무원의 ‘고의 또는 과실’에 의한 위법한 직무집행을 매개로하여 행정주체의 책임을 인정하도록 명문의 규정을 두고 있지만, “공무원의 직무상 불법행위로 손해를 받은 국민이 국가 또는 공공단체에 배상을 청구하는 경우 국가 또는 공공단체에 대하여 그의 불법행위를 이유로 손해배상을 청구함은 국가배상법이 정한 바에 따른다 하여도 이 역시 민사상의 손해배상책임을 특별법이 정한데 불과하다”는 것이 판례의 입장이다.¹³⁷⁾ 「국가배상법」 제2조제1항의 ‘법령에 위반하여’라는 요건을 엄격한 의미의 법령위반뿐만 아니라 당해직무행위가 객관적으로 정당성을 결여한 경우도 포함하는 것으로 해석하여 공무원의 부작위가 메르스 사태의 손해로 이끌게 되었다고 판단하기 위해서는 그 인과관계의 여부가 필요하다.¹³⁸⁾

135) 대법원 1972. 10. 10. 선고 69다701 판결.

136) 김도훈·김슬기·김정환, 입법절차와 사법절차, 세창출판사, 2009, 153-165면.

137) 대법원 1972. 10. 10. 선고 69다701 판결; 대법원 1971. 4. 6. 선고 70다2955 판결.

138) 예를 들어 메르스의 예방-대응-최소화의 과정에서 메르스 확진환자의 경우에 대입해보면, ‘보건당국이 필요한 검사를 적시에 해주지 않아서, 일부 밀접접촉자에 의하여 메르스가 전파되었고, 그 사이 본인도 상태가 나빠졌다’라는 식의 일련의 과정과 감염을 직접적인 원인과 결과의 상관관계로 치환할 수 있겠는가를 검토해야 한다. 박미정·이종구, 앞의 논문, 199면.

제3장

감염병 관련 법적 쟁점에 • 관한 비교법적 검토

제1절 감염병 관련 법적 쟁점에 관한 비교법 개관

제2절 감염병 관련 법적 쟁점에 대한 비교법적 검토

제3장

감염병 관련 법적 쟁점에 관한 비교법적 검토

제1절 감염병 관련 법적 쟁점에 관한 비교법 개관

I. 국제보건규칙

1. 배경

감염병은 지정학 또는 영토상 경계에 구애받지 않으며, 국경을 초월하는 감염병의 확산은 인류의 생존에 치명적이다. 이처럼 감염병의 확산으로 야기될 수 있는 공중보건에 대한 심각한 위협과 감염병의 초국가적인 특성은 국제사회에 ‘공중보건의 세계화(globalization of public health)’에 관한 논의를 촉발시켰고,¹³⁹⁾ 그 결과, 감염병의 예방·관리에 관해서는 전통적인 국제법상의 주권 또는 주권국가 관념이 그만큼 약화되었다. 이는 감염병의 예방·관리에 관한 국제법적 대응이 더욱 구체화되고 체계화될수록 각국의 국내관할권의 범위는 불가피하게 축소될 수밖에 없고, 이는 결국 주권 또는 국가주권 관념의 제약·약화로 이어지게 된다는 것을 의미한다. 따라서 감염병의 예방·관리에 관한 국제규범체계는 특히, 국가주권에 대한 국제법적 제한의 정당성과 한계 문제와 관련해서도 주요 논쟁거리를 제공하고 있다.¹⁴⁰⁾

139) Obijiofor Aginam, International law and communicable diseases, Bulletin of the World Health Organization, 80 (12), 2002, p.947.

140) 심영규, “감염병 예방 및 관리를 위한 국제규범체계에 관한 고찰 - 구범조화적 관점에서 -, 한국법제연구원 워크숍 자료집, (2018. 6. 1.), 3면.

급진전된 세계화의 여파는 감염병의 예방·관리에 관한 국제규범체계에 대해서도 많은 영향을 미치고 있으며, 관련 국제규범 역시 이에 대응하여 변화의 양상을 보이고 있다. 초국경적 성격의 감염병의 예방 및 관리에 대해서는 세계보건기구(World Health Organization, 이하 “WHO”라 한다)의 「국제보건규칙(International Health Regulations, 이하 “IHR”이라 한다)」을 가장 핵심적인 규범으로 볼 수 있다. 그러나 IHR을 중심으로 하는 현재의 국제보건법체제¹⁴¹⁾가 그 자체로 감염병의 세계화에 효과적으로 대응할 수 있는 완전한 규범체계를 갖추지 못하였기 때문에, 동 규칙 외에도 무역자유화에 관한 세계무역기구(World Trade Organization: WTO) 협정체제의 부속협정, 개인의 생명권·건강권 등 인권적 차원에서 감염병의 예방·관리에 관한 규범적 근거와 방향을 제시하고 있는 다수의 인권조약, 감염병의 주요 발생요인 및 확산통로가 되고 있는 환경오염의 방지에 관한 분야별 다자간환경협약(Multilateral Environmental Agreements: MEAs) 등 다양한 분야의 국제법이 직·간접적으로 영향을 미치고 있다.¹⁴²⁾ 감염병의 예방·관리의 문제는 각 국가의 주권적 권능의 범위를 초월하여 초국가적 대응을 필요로 하므로 그에 대한 효과적인 대응 수단으로서 오늘날 다양한 분야의 국제법의 역할이 강조되고 있다.¹⁴³⁾

감염병의 예방·관리 문제와 관련하여, 1948년 WHO가 설립된 이후 1951년 「국제위생규칙(International Sanitary Regulations: ISR)」이 채택되었고, 이를 개정·대체하여

141) 심영규, “감염병 예방 및 관리를 위한 국제규범체계에 관한 고찰”, 해사법연구 Vol. 30, No. 2, 한국해사법학회, 2018, 191-192면. 감염병을 주요 규제대상으로 다루는 국제보건법(International (Public) Health Law)의 형성과 발전, 독자적인 지위에 대한 이해의 필요성 등에 관한 자세한 내용은 박진아, 전염병과 국제법, 삼우사, 2012, 30-31면.

142) 이 밖에도, 무력충돌 시 적용되는 전쟁법규, 국제인도법, 국제해양·해사법, 지적재산권법, 생명윤리에 관한 국제규범 등도 감염병의 예방·관리에 관한 다자간 규범체계에 있어서 국제법의 하위 범주에 속하는 것으로 거론되고 있다. A. L. Taylor, “International Law, and Public Health Policy”, in *International Encyclopedia of Public Health*, Vol. 3, Elsevier, 2008, pp.670-677; Obijiofor Aginam, *supra* note 129, p.947.

143) 오늘날 감염병의 예방·관리 등 글로벌 공중보건 환경의 조성 및 증진을 위한 효과적인 도구로서 특히, 국내법적·국제법적 접근·대응 및 활용의 중요성이 강조되고 있으며, 그에 따라 아시아·태평양 지역에서 국제사회의 공동의 노력과 협력이 일환으로 보건으로 증진을 위한 법의 활용 방안 마련 및 전략 수립을 위한 연구가 진행된 바 있다. 이종욱, 글로벌의학센터, 입법공조 연구, 글로벌 보건증진을 위한 효과적 도구로서의 법 <<http://jwleecenter.org/2014/09/26/입법공조-연구-글로벌-보건증진을-위한-효과적-도구/>> (2018. 5. 20. 방문). 역사적으로도, 초국가적 속성을 가지고 있는 감염병에 관한 문제를 해결하기 위해 국가들이 양자간·다자간 조약을 다양하게 이용함으로써 국제법이 중요한 역할을 해온 것으로 평가받고 있다. 심영규, 앞의 논문, 192면; Obijiofor Aginam, *id.*, p.947.

1969년 IHR이 채택된 이후(IHR 1969) 두 차례의 일부 개정을 거쳐, 2005년 전면 개정된 바 있다(IHR 2005). 따라서 현재로서는 「IHR 2005」가 감염병의 예방·관리에 관하여 직접적으로 적용되는 가장 중요한 국제실정법규라 할 수 있다. 동 규칙은 1969년 「조약법에 관한 비엔나협약(Vienna Convention on the Law of Treaties)」상 “(…) 그 특성의 명칭에 관계없이, 서면형식으로 국가 간에 체결되며 또한 국제법에 의하여 규율되는 국제적 합의”¹⁴⁴⁾로서, 전형적으로 「조약법에 관한 비엔나협약」의 적용대상이 되는 조약임은 명백하다.¹⁴⁵⁾ 따라서 당사국 간 합의를 통해 동 규칙에 별도로 규정된 사항을 제외하고는 규칙 전반에 관한 사항에 대해서 「조약법에 관한 비엔나협약」 상 일반규칙이 적용된다.¹⁴⁶⁾

2. 「IHR 2005」의 개관

2005년 개정된 「IHR 2005」는 인간 감염병 전반을 규율하는 유일한 일반원칙이자,¹⁴⁷⁾ 법적 구속력이 있는 국제적 합의이다.¹⁴⁸⁾ 「IHR 2005」는 이전의 「IHR 1969」의 기본적인 틀은 유지하였으나, 여러가지 측면에서 전통적인 국제보건 레짐과는 차별되는 혁신적인 접근방식을 채택함으로써 기존의 국제보건체제를 전면적으로 바꾼 것으로 평가받고 있다.¹⁴⁹⁾ 따라서 양자는 여러 측면에서 서로 비교·대비되고 있으며, 「IHR 2005」는 이전 「IHR 1969」에 비해서 여러 혁신적인 특징을 가지고 있는 것으로 평가되고 있다.¹⁵⁰⁾

144) 「비엔나 조약법협약」 제2조 제1항 (a)호.

145) A. L. Taylor, *supra* note 132, p.671.

146) 박진아, 앞의 책, 49-50면.

147) 이경화, “‘공중 보건’ 문제에 대한 국제법적 대응 - WHO 및 UN에서의 논의를 중심으로”, 환경법연구 제37권 제2호, 한국환경법학회, (2015. 8), 35면.

148) Lawrence O. Gostin, Mary C. DeBartolo and Eric A. Friedman, *The International Health Regulations 10 years on: the governing framework for global health security, viewpoint* Vol. 386, Issues 10009, 2015, p.2222.

149) 박진아, 앞의 책, 96면. 또한, 비록 「IHR 2005」는 그 이전 버전인 「IHR 1969」와 본질적으로 동일한 목적을 유지하고 있지만, 근본적으로 차별화된 수단을 통해 같은 최종 목적의 달성을 추구하고 있다는 점이 주요 변화로 꼽히고 있다. Eric Mack, *The World Health Organization's New International Health Regulations: Incursion on State Sovereignty and Ill-Fated Response to Global Health Issues*, *Chicago Journal of International Law*, Volume 7, Number 1, 2006, p.369.

150) David P. Fidler 교수에 따르면, 「IHR 2005」의 다음의 5가지를 주요 변화와 특징으로 정리, 제시하고 있다:

「IHR 2005」는 2005. 5. 23. 제58차 세계보건총회(World Health Assembly, 이하 “WHA”라 한다)¹⁵¹⁾에서 채택되었고, 2년이 경과한 2007년 6월 15일자로 발효되었으며, 이후 2014년 WHA 제67차 회의를 통해 부속서 7(Annex 7)에 대한 부분 수정을 거쳐 현재에 이르고 있다.¹⁵²⁾ 「IHR 2005」의 핵심 내용은 치명적인 감염병의 발생·확산 등 국제적 관심사항인 공중보건 비상사태에 대한 각 개별 당사국들이 이행해야 할 의무의 방향과 내용을 제시해주고, 그러한 상황 하에서 가장 책임 있는 국제기구로서 WHO의 역할과 책무의 기본지침을 설정·제공하는 것이라 할 수 있다.¹⁵³⁾

① IHR의 적용범위를 극적으로 확대; ② 당사국들에게 최소한의 핵심 감시 및 대응능력을 개발할 의무를 창설·부과; ③ 감시와 관련하여, 비정부 주체로부터의 정보에 접근하고 이용할 수 있는 권한을 WHO에 부여; ④ 국제적 관심사항인 공중보건 비상사태의 존재를 선언하고, 그러한 비상사태와 일상적인 공중보건 위험상황에 당사국들이 대처해야 하는 방법에 관한 권고를 행할 수 있는 권한을 WHO에 부여; ⑤ 당사국들이 IHR을 이행하는데 있어서 인권 관념을 도입·명시. Fidler 교수는 이상의 5가지 주요 변화와 특징을 그 주제와 내용별로 다시 적용범위(scope), 주권(sovcreignty), 통합(synthesis)의 3가지로 재범주화하고, 각각에 대해서 세부적으로 분석 및 논평하고 있다. David P. Fidler, From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations, Chinese Journal of International Law, Vol 4, Issue 2, 2005, pp.358-388.

또한 ① 적용대상이 되는 감염병(질병)의 범위의 사실상 무제한 확대, ② 당사국의 최소한의 핵심 감시와 대응능력 개발 의무, ③ 국제적 관심사항인 공중보건 비상사태 발생 시 WHO에 대한 당사국의 통보의무, ④ 국제적 관심사항인 공중보건 비상사태에 대해서 WHO가 비공식 보고서를 고려하고 당사국으로부터 인증을 받을 수 있는 권한, ⑤ 국제적 관심사항에 대한 WHO 사무총장의 의사결정 절차 및 대응을 위한 WHO의 권고, ⑥ 사람과 여행자의 인권 보호, ⑦ 당사국 간 및 WHO와의 긴급 통신을 위한 국가 IHR 대표기관(Focal Points)·책임당국(authorities)과 WHO IHR 연락기관(Contact Points)의 설치·운영 등을 주요 변화와 특징으로 들기도 한다. World Health Organization, International Health Regulations(2005), 2016, pp.1-2.

이 밖에, ① IHR 적용대상 질병 범위의 획기적 확대, ② WHO 감시체계의 보완·강화를 위한 비공식적 정보의 사용권한 및 ‘국제적 관심의 공중보건 비상사태’(PHEIC)를 선언하고 상시·임시권고를 할 권한을 부여함으로써 전염병 통제를 위한 WHO 역할 강화, ③ 당사국에게 최소한의 핵심적 감시와 대응능력을 강화하기 위한 의무 부여, ④ 당사국이 「IHR 2005」를 이행하는 과정에서 인권을 보호하도록 하기 위해 인권 보호의 원칙과 내용 조문화, 4가지를 주요 변화와 특징으로 들기도 한다. 그러나 그 세부적인 내용은 거의 대동소이하다고 할 것이다. 민병원·진경인, “글로벌 보건거버넌스와 국제협력 메커니즘의 변화: 국제보건 규칙 개정 사례를 중심으로”, 국제·지역연구, 23권 4호, 2014, 125-128면; 박진아, 앞의 책, 96-121면.

151) WHA는 WHO의 최상위 의사결정기관으로서 「WHO 헌장」을 근거로 설치·운영되고 있다. 동 총회는 WHO 전 회원국 대표로 구성되며, 집행기구인 집행위원회(Executive Board)에 의해 준비되는 특정 보건 의제들을 집중적으로 다루고 있다. WHA는 특히, WHO의 보건정책의 결정을 주요 권능의 하나로 하고 있으며, IHR의 제정·채택도 바로 그러한 권능의 일부라 할 수 있다. 「WHO 헌장」 제9조~제23조. WHO, About WHO, Governance, World Health Assembly <<http://www.who.int/about/governance/en/>> (2018. 5. 21. 방문). 따라서 WHA는 WHO의 최상위 의사결정기관인 동시에 입법기관에 해당한다고 할 수 있다.

152) WHO, *supra* note 140, pp.1-2.

153) Eric Mack, *supra* note 139, p.369.

동 규칙은 2016년 현재 총 당사국 수가 196개국에 이를 정도로¹⁵⁴⁾ 지구촌 거의 대부분의 국가가 참여하고 있어 감염병의 예방·관리 분야의 보편조약이라 할 수 있다. 다만, 조약은 그 당사국만을 구속한다는 국제법의 일반원칙¹⁵⁵⁾ 상 「IHR 2005」에 따른 감염병 예방·관리 의무를 비당사국에 대해서까지 강제할 수 없다는 점은 한계로 지적되고 있다. 비록 전 세계 대부분의 국가가 당사국으로 참여하고 있으나, 「IHR 2005」가 다루고 있는 문제가 전염성이 강한 감염병의 예방·관리에 관한 것임을 감안한다면 소수의 미가입국으로 인해 감염병의 발병·확산이 효과적으로 통제될 수 없다는 문제가 남기 때문이다. 이와는 별도로, 국제법상 의무의 이행과 준수 확보 등 규범적인 측면에서도 「IHR 2005」의 실효성 문제는 여전히 하나의 난제로 남아있다.¹⁵⁶⁾

한편, 역사적으로 질병의 국제적 확산을 통제하기 위한 글로벌 레짐의 창설 및 관리·운영에 있어서 중심적인 역할을 수행해온 WHO의 설립문서인 「세계보건기구 헌장 (Constitution of the World Health Organization, 이하 “WHO 헌장”이라 한다)」 역시 감염병 예방·관리에 관한 주요 국제실정법규라고 할 수 있다. 동 헌장은 제19조부터 제23조까지에 걸쳐 WHO의 최상위 의사결정기관인 WHA에 감염병의 예방·관리에 관한 협정이나 협약, 규칙, 권고 등을 체결·채택할 수 있는 일종의 입법권능을 부여하고 있다. 특히, 동 헌장 제21조(a)와 제22조는 WHA에게 질병의 국제적 확산을 방지하기 위한 위생·검역 요건 및 기타 절차에 관한 규칙을 제정·채택할 수 있는 권능을 부여하고 있으며, 이에 따라 채택된 규칙은 일정한 통보절차를 거쳐 WHO 회원국들에게 발효되도록 하고 있다. 바로 이 규정에 근거하여 1951년 「국제위생규칙(ISR)」, 「IHR 1969」, 「IHR 2005」가 차례대로 제정·채택 되고 개정되어 온 것이다.¹⁵⁷⁾

154) WHO, Strengthening health security by implementing the International Health Regulations (2005), States Parties to the International Health Regulations (2005) <http://www.who.int/ihr/legal_issues/states_parties/en/> (2018. 5. 21. 방문); 「IHR 2005」 부속서 1(Annex 1).

155) 「비엔나 조약법협약」 제26조: “유효한 모든 조약은 그 당사국을 구속하며 또한 당사국에 의하여 성실히 이행되어야 한다.”

156) 박진아, 앞의 책, 51면.

157) 이상, WHO, *supra* note 140, pp.1-2.

이 밖에도 「WHO 헌장」은 감염병의 예방·관리를 위한 여러 원칙적 규정을 담고 있어 「IHR 2005」와 더불어 감염병의 예방·관리에 관한 국제법의 주요 법원을 구성하고 있다.¹⁵⁸⁾ 「IHR 2005」는 국제무역에 대한 불필요한 방해의 회피, 국제무역과의 조화 등을 본문 여러 군데서 거듭 강조하고 있어 감염병의 예방·관리에 관한 문제가 특히, 국제통상법과 매우 밀접한 연과관계에 있음을 시사하고 있다.¹⁵⁹⁾ 국제인권법 분야의 경우 개인의 생명권, 건강권, 차별금지, 의약품에 대한 접근권 등을 다루고 있는 다수의 인권조약들 역시 직·간접적으로 감염병 예방·관리에 관한 국제법적 근거를 제공하고 있다.¹⁶⁰⁾ 수질, 대기, 기후·오존층, 해양, 생태계, 유해물질 등 다양한 분야에 걸쳐서 채택·적용되고 있는 다수의 다자간환경협약(MEAs)도 감염병의 발생·확산의 원인이자 경로가 되고 있는 환경오염의 규제 문제를 다룸으로써 감염병 예방·관리 문제에 직·간접적으로 영향을 미치고 있다.¹⁶¹⁾ 다만, 이상의 「IHR 2005」 이외의 조약들의 경우 감염병의 예방·

158) 이 밖에 통상, 지적재산권, 인권, 환경 등 국제법의 여러 분야에서 체결·발효되고 있는 다양한 조약들도 감염병의 예방·관리 문제에 관하여 직·간접적으로 적용될 수 있는 국제실정법규들이다. 예컨대, 국제통상법과 지적재산권 분야의 경우 「1994년 관세 및 무역에 관한 일반협정(General Agreement on Tariffs and Trade 1994: GATT 1994)」의 건강·환경 보호 관련 일반적 예외에 관한 제20조 규정, 인간, 동물 또는 식물의 생명 또는 건강을 보호하기 위한 조치로서 국제무역에 직·간접적으로 영향을 미칠 수 있는 위생 및 식물위생조치 문제를 다루고 있는 「위생 및 식물위생 조치의 적용에 관한 협정(Agreement on the Application of Sanitary and Phytosanitary Measures: SPS Agreement)」, 감염병 예방·관리에 관한 주요 사안 중 하나인 의약품 접근 문제를 규율하고 있는 「무역 관련 지적재산권에 관한 협정(Agreement on Trade-Related Aspects on Intellectual Property Rights: TRIPS Agreement)」 등이 대표적이다. 이들 모두는 WTO협정체제를 구성하고 있는 부속 협정들이다. 또한 WTO협정체제를 구성하고 있는 또 다른 부속협정들로서 「무역에 대한 기술장벽에 관한 협정(Agreement on Technical Barriers to Trade: TBT Agreement)」과 「서비스 교역에 관한 일반협정(General Agreement on Trade in Services: GATS)」도 감염병의 통제와 관련된 국제통상법 분야의 조약으로 거론되고 있다. 박진아, 앞의 책, 31면, 128-162면.

159) WHO, *supra* note 140, p.2.

160) 예컨대, “모든 사람의 건강과 안녕에 대한 권리”를 선언함으로써 건강권을 명시하고 있는 1948년 「세계인권선언」(Universal Declaration of Human Rights) 제25조, 감염병, 풍토병, 직업병 기타 질병을 예방, 치료 및 통제해야 할 국가의무를 규정함으로써 건강권을 구체화하고 있는 1966년 「경제적·사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약」(International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) 제12조 등. 박진아, 앞의 책, 31면, 163-188면; 이경화, 앞의 논문, 33면; 박진아, “국제보건규칙(2005) 상의 감염병 통제 보건조치와 인권의 보호”, 국제법학회논총, 제57권 제2호, 대한국제법학회, 2012, 80면.

161) 기타 생물무기 사용 및 생물테러, 무력충돌 시 공격대상 규제, 무력충돌 희생자의 보호 등을 다루고 있는 무력충돌 분야의 조약, 감염병의 국제적 창궐·확산을 재난의 관점에서 접근을 시도하고 있는 재난 분야의 조약, 감염병 발생·확산으로 인한 피해에 대해서 국가책임의 문제로 다루고자 하는 국가책임법(초안), 감염병의 발생·확산을 개인의 국제법 상 행사책임 문제로 규율하고자 하는 국제형사재판소 규정 등도 감염병 통제에 관하여 직·간접적으로 근거가 되는 조약들로 거론되고 있다. 박진아, 앞의 책, 31면, 189-228면.

관리 문제에 대해서는 아무래도 「IHR 2005」보다는 그 직접적 적용성 측면에서 상대적으로 다소 제한적일 수밖에 없다. 감염병의 예방·관리에 관한 대부분의 실체법적·절차법적 세부 사항들은 「IHR 2005」 규정을 통해 직접 규율되고 있기 때문에 「IHR 2005」가 가장 주된 실정법규임은 분명하다.¹⁶²⁾

「IHR 2005」는 총 10편(Part), 66개 조항(Article)과 9개 부속서(Annex)로 구성되어 있다. 2005년 개정의 특징을 살펴보면, 감염병과 재난사태에 대한 신고·보고를 강화하였는데, 각 당사국은 관할지역 안에서 본 규칙에 따른 보건 조치의 시행을 담당하는 국가 IHR 담당 부서와 기관을 지정 또는 설립해야 한다.¹⁶³⁾ 각 당사국은 자국 영토 안에서 국제 공중보건 위기상황이 될 수 있는 일체의 사건과 이에 대응해 시행한 보건 대책 일체에 대해 동 결정 기준에 따라 공중보건 정보를 평가한 후 24시간 이내에 가용한 가장 효율적 통신 수단을 이용하여 국가 IHR 담당 부서를 통해 WHO에 통보해야 한다.¹⁶⁴⁾ 당사국이 원인이나 출처와 관계없이 자국 영토 안에서 국제 공중보건 위기상황이 될 수도 있는, 예상치 못하거나 흔치 않은 공중보건 사건에 대한 증거를 발견할 경우 WHO에 관련 공중보건 정보를 모두 공개해야 한다.¹⁶⁵⁾ WHO는 이 규칙에 따라 통보받은 공중보건 위협에 관한 정보를 모든 당사국에게 전달해야 하며, 필요한 경우 관련 정부 간 기구에게 최대한 신속하게 가장 효율적인 수단으로 기밀을 유지하여 동 정보를 전달하여야 한다.¹⁶⁶⁾ WHO는 이 규칙을 시행하기 위하여 필요하다면 협약과 기타 유사한 협정의 체결을 포함해 여타 관할 정부 간 기구 또는 국제기구와 활동을 공조하여야 한다.¹⁶⁷⁾

162) 박진아, 앞의 책, 51면. 이 밖에, 보건 문제와 관련한 국제사회의 보편적인 규범으로서, UN의 목적으로서 “보다 나은 생활수준(higher standard of living), 보건 및 관련 문제의 해결(solution of health, and related problems)”을 명시하고 있는 「UN 헌장」(Charter of the United Nations) 제55조도 관련 국제실정법규정의 하나로 거론되고 있다. 이경화, 앞의 논문, 32-33면.

163) Art 4.1.

164) Art. 6.1.

165) Art. 7.

166) Art. 11.1.

167) Art. 14.1.

Ⅲ. 감염병 예방·관리에 관한 주요국의 법제

1. 미 국

미국은 1944년 제정된 「공중보건서비스법(Public Health Service Act)」을 기반으로 하여 연방 정부가 감염병을 통제하고 국민의 건강과 안전을 보장하고 있었다. 50개 주의 보건법은 제각기 발전하였으며 그 결과 질병을 탐지하고 통제하고 예방하는 구조·실체·절차가 크게 다르다. 주마다 접근 방식이 다르다고 문제될 것은 없으나 서로 차이가 크면 주의 경계를 넘는 공중보건 비상사태가 발생할 시 효율적인 대응이 불가능하거나 지연될 수도 있다. 감염성 질환은 관할지역 한 곳에 국한되는 일이 드물고 지역 또는 국가 전체를 위협에 빠뜨린다. 주와 국가 당국 간 협조가 중요한데, 법체계가 다르면 지장을 받게 된다.¹⁶⁸⁾ 이에 따라 보건복지부(Department of Health and Human Services, 이하 “HHS”라 한다)는 ‘Healthy People 2010’을 통해 공중보건 인프라의 핵심 요소로 강력한 법제의 필요성을 주장하면서 각 주 정부에게 법제를 개혁할 것을 주문하였다.¹⁶⁹⁾ HHS 산하 질병통제예방센터(Center for Disease Control and Prevention, 이하 “CDC”라 한다)는 HHS의 권고를 기초로 “보건 관련 부처는 모두 공중보건 기본 서비스를 수행할 수 있을 만큼 충분한 공중보건법과 권한을 지녀야 한다”고 조언하였다.¹⁷⁰⁾ 실제로, CDC 생물테러 준비태세 프로그램 가운데 공중보건 부문의 주요 목표는 “주와 지방의 공중보건 시스템에게 충분한 법적 기반을 마련해주는 것”이다.¹⁷¹⁾

168) Lawrence O. Gostin, Jason W. Sapsin, Stephen P. Teret, Scott Burris, Julie Samia Mair, James G. Hodge, Jr. and Jon S. Vernick, The Model State Emergency Health Power Act: Planning for and Response to Bioterrorism and Naturally Occurring Infectious Diseases, *Journal of American Medical Association*, Vol. 288, No. 5, 2002, p.624.

169) 2 U.S. DEPT OF HEALTH & HUMAN SERVS., HEALTHY PEOPLE 2010, 23-18 (2000).
<<http://www.health.gov/healthypeople/document/tableofcontents.htm>> (2018. 9. 20. 방문).

170) CTRS. FOR DISEASE CONTROL & PREVENTION, PUBLIC HEALTH'S INFRASTRUCTURE: A STATUS REPORT, at V (2002), <<http://www.naccho.org/files/Infrastructure.pdf>> (2018. 9. 20. 방문).

171) CTRS. FOR DISEASE CONTROL & PREVENTION, PUBLIC HEALTH LEGAL PREPAREDNESS PROGRAM (July 17, 2002) (미발표).

「공중보건 전환 모델법(The Turning Point Model Public Health Act)」이라는 제명의 필수 공중보건 서비스와 기능의 구성과 전달, 자금 확보에 초점을 맞춘 입법 작업이 진행되고 있었으나, 2001. 9. 11. 이후 높아진 정치적 사회적 안보수요를 충족시키기에는 진척이 너무 느렸다.¹⁷²⁾ 이에, 미국보건복지부는 각 주에서 공중보건 인프라를 개선할 수 있도록 신속 프로세스를 마련하였다.¹⁷³⁾ 9.11 테러와 연이은 탄저균테러에 대한 대응으로 국제적인 협조를 도모하는 ‘국제보건안보아젠다(Global Health Security Agenda)’를 연방정부에서 적극 수용하여 생물·화학·방사능테러(Cheical, Biologicak, Radiological, and Nuclear: CBRN)와 인플루엔자로부터의 대응책을 모색하고 협력하기 시작했으며,¹⁷⁴⁾ 감염병 위기 발생 등 응급상황을 효과적으로 통제하고 대처하기 위해 각 주에서 위기 시 비슷한 수준의 권한을 행사할 수 있도록 법률을 도입, 이행할 것을 권장하며 『주 정부의 긴급보건권한에 관한 모델법(Model State Emergency Health Powers Act, 이하 “모델법”이라 한다)』을 제시하였다.¹⁷⁵⁾ 국민의 건강을 지키기 위해 행사하는 권한은 헌법상 일차적으로 경찰력을 지닌 각 주에 있으므로, 모델법은 연방이 아니라 주의 입법 시 참고용으로 만들어졌다. 모델법은 각 주의 책임자에게 재난으로 이어질 가능성이 있는 질병을 탐지하고 봉쇄할 권한을 부여하는 동시에 개인의 권리와 자유를 보호하고 있다.¹⁷⁶⁾

172) Lawrence O. Gostin, *The Model State Emergency Health Powers Act: Public Health and Civil Liberties in a Time of Terrorism*, 13 *Health Matrix* 3, 2013, p.15.

173) Press Release, Statement by HHS Secretary Tommy G. Thompson Regarding the Model Emergency Health Powers Act, Dep't Health & Human Servs. (2001. 10. 30.), <<http://www.hhs.gov/news/press/2001pres/20011030.html>> (2018. 9. 20. 방문).

174) 2001년 9월 11일 이후 일어난 생물학 테러의 위협과 그 해 가을에 벌어진 탄저균의 의도적 살포, 신종 또는 기존 감염질환(웨스트 나일 바이러스, SARS, 인플루엔자, 조류독감 등)의 출현, 정주형 생활습관과 잘못된 식습관, 흡연과 관련된 질병(예: 심장병, 당뇨, 암)의 급증 모두 공중보건의 중요성을 일깨우는 계기가 되었다. 미국 정부는 그 동안 국민의 건강과 안전, 보안을 위해 예산 확대와 조직 개편, 신규 정책을 통해 앞세워 이에 대응하였다. 정치권과 일반 국민은 공중보건을 개선하는 데 법의 역할이 중요하다는 것을 명확히 인식하고 있다. 입법가 및 정책입안자, 공중보건 관계자들은 수십 년이 흐르도록 많은 공중보건법이 제대로 개혁되지 못했음을 인정하고 공중보건의 법적 토대를 수립하는 데 주력하였다. James G. Hodge, Lawrence O. Gostin, Kristine Gebbie, and Deborah L. Erickson, *Transforming Public Health Law: The Turning Point Model State Public Health Act*, *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 2006, p.77.

175) 최지연, “미국의 감염병 관리 체계 및 법령”, *감염병 예방 및 관리를 위한 쟁점의 비교법적 분석*, 한국법제연구원 워크숍 자료집, (2018. 8. 17.), 9면.

176) Lawrence O. Gostin et al., *supra* note 153, p.622.

모델법의 목적은 공중보건상 비상사태에 대비한 감시와 관리, 방역을 촉진하는 한편 국민과 그 이익을 적절히 보호하는 것이다. 모델법은 다음의 5가지 공중보건 기본 기능을 반영하도록 구성되어 있다: ① 공중보건 비상사태에 대한 대비 태세와 포괄적 계획 수립, ② 공중보건 비상사태를 탐지하고 추적하기 위한 감시와 대책, ③ 재산 관리를 통한 백신과 의약품, 병원 확보와 공중보건 위협을 완화할 권한 부여, ④ 인명의 보호, 명백히 필요할 경우 접촉과 검사, 치료, 격리, 검역을 강제할 수 있는 권한, ⑤ 국민에게 분명하고 권위 있는 정보를 제공하기 위한 통신.¹⁷⁷⁾

모델법에서는 두 종류의 공중보건 권한과 임무를 명시하고 있다. 하나는 비상사태 이전 환경에 존재하는 것(제Ⅱ절과 제Ⅲ절에 수록된 선포 전 권한(predeclaration power))이고 다른 하나는 주지사가 공중보건 비상사태를 선포한 이후에만 발효되는 별도의 권한과 임무(제Ⅴ절부터 제Ⅷ절의 선포 후 권한(postdeclaration power))이다.¹⁷⁸⁾ 선포 후 권한은 범위가 더 넓고 더 강력하다. 제Ⅳ절에서 주지사는 일련의 까다로운 조건이 충족될 때에만 공중보건 비상사태를 선포할 수 있다. 즉 (i) 질병 또는 건강 상태의 위협발생 또는 발생이 임박한 상황으로서, (ii) 생물테러, 신종 감염원, 생물독소, 과거에 통제된 감염원 또는 생물독소의 재출현이 원인이 되고, (iii) 다수의 사망자, 다수의 영구 장애 또는 오랜 장애가 발생하거나 다수의 사람들에게 중대한 해를 끼칠 위험이 있는 감염성 또는 독성 제제에 광범위하게 노출될 확률이 높아야 한다. 모델법안의 적용 대상은 감염성 질환의 계속된 위협을 인정하여 생물테러 비상사태에 국한되지 않는다. 자연적으로 발생한 대규모 감염병이라고 해도 모델법의 규정을 발동시킬 만큼 심각해 질 수 있기 때문이다. 그러므로 각 주에서는 모델법 발동의 기준을 강화하고 더 보장할 수도 있다.

선포 전 권한과 의무는 공중보건 비상사태에 대비하고 비상사태를 즉시 파악하는 데 필요한 것이다. 제Ⅱ절(공중보건 비상사태 계획)에서는 주지사가 임명하는 공중보건비상사태 계획위원회가 공중보건 비상사태 발생 시 서비스의 공조, 필요한 물자와 용품의 조달,

177) *Id.*

178) *Id.*, p.625.

이재민을 위한 주택과 식량, 간호(신체적·문화적·사회적 요구사항 반영), 개인을 대상으로 한 접종과 치료 등이 수록된 계획을 마련하도록 하고 있다. 제Ⅲ절(공중보건 비상사태의 감시와 추적을 위한 조치)은 의료기관, 약국, 동물병원, 실험실에 대한 즉시(24시간) 보고 요건을 비롯해 공중보건 비상사태의 최초 탐지와 이후 추적에 필요한 조치 사항을 다루고 있다. 공중보건 전문가가 공중보건 비상사태를 야기할 수도 있는 병에 노출된 사람과 그 접촉자를 면접하고 상담해야 한다. 또한 공중보건 당국은 국민의 건강을 위협하는 물질이나 시설을 조사해야 한다. 모델법은 주요 기관 간 관련 정보의 교환이 국민의 건강과 안전 확보에 없어서는 안 된다는 것을 인정하고 있다. 그러므로 공중보건·비상사태 관리 및 공공안전 책임 당국은 공중보건 비상사태의 예방이나 처리·통제·조사에 필요한 정보를 공유해야 한다.

모델법에서는 주지사가 공중보건 비상사태를 선포한 후에만 사용할 수 있는 ‘특별 권한’을 명시하고 있다. 제Ⅴ절(재산의 관리)에서는 주에서 지정한 공중보건 당국이 공중보건 비상사태에 대응하고, 감염성 폐기물을 안전하게 처리하며 의료용품을 동원하기 위해 관련 시설을 폐쇄하거나 오염된 시설과 물건을 정화할 수 있다고 명시하고 있다. 해당 공중보건 당국은 문화적·종교적 신념과 현실을 존중하여 권한을 행사해야 한다. 제Ⅵ절(인명의 보호)에 수록된 인명의 보호 관련 규정은 특히 민감한 부분을 다루고 있다. 모델법에서는 공중보건 당국에게 필요시 질병의 진단 또는 치료를 위해 개인의 신체를 검진하거나 검사할 권한, 감염성 질환을 예방하거나 개선하기 위해 개인을 접종하거나 치료할 권한, 감염병의 전파를 막거나 제한하기 위해 개인을 격리하거나 검역할 권한을 부여하고 있다. 공중보건 당국은 또 의료 전문가의 면허 요건을 면제하고 환자의 접종과 검사·진료·치료지원을 할 수 있다.

제Ⅶ절(공중보건 비상사태에 관한 정보의 공개)에서는 정보의 공개와 전파를 보장하기 위해 선포 후 권한과 임무를 명시하고 있다. 공중보건 당국은 비상사태에 관하여 국민에게 정보를 공개해야 한다. 당국에서 강구한 방역대책이나 정신건강 지원 서비스 관련 정보 등이 그것이다. 모델법은 또 정부 공무원이나 보건 전문가 등이 심각한 보건 위협을

예방하고 이에 대처할 의무를 수행할 때 배상책임의 부담을 지지 않아야 한다는 점도 인정하고 있다. 이에 따라 권한을 행사하는 자는 중과실이나 고의가 아닌 한 책임을 면제하고 있다.

2. 독일

독일의 「인간 감염병의 예방 및 퇴치를 위한 법률(Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen, IfSG: Infektionsschutzgesetz, 이하 “감염병예방법”이라 한다)」은 2000년 7월 20일에 공포되어¹⁷⁹⁾ 2001년 1월 1일부터 시행되고 있다. 2017년 7월 17일 「감염병의 역학적 감시의 현대화를 위한 법률(Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten)」¹⁸⁰⁾에 의해 개정되어 현재에 이르고 있다. 총 16개 장, 80개 조문으로 구성되어 있다.

독일 「감염병예방법」의 규율대상은 인간의 감염병이다. 동식물의 전염병은 다른 법률에서 규율한다. 「동물 전염병의 예방 및 퇴치를 위한 법률(Gesetz zur Vorbeugung vor und Bekämpfung von Tierseuchen)」과 「식품, 생필품 및 사료에 관한 법전(Lebensmittel-, Bedarfsgegenstände- und Futtermittelgesetzbuch)」 등이 그것이다. 「감염병예방법」이 시행되면서 인간 감염병에 관한 기존의 주요 법규들은 폐지되었다. 「연방전염병법(Bundes.-Seuchengesetz)」, 「성병퇴치법(Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheit)」, 「실험실보고규칙(Laborberichtsverordnung)」 등이 그 대표적인 예다. 이러한 사실은 「감염병예방법」이 인간 감염병에 관한 규정을 총괄하는 법률임을 의미한다.

「감염병예방법」은 주의 권한사항인 위험방지(Gefahrenabwehr) 분야를 연방법으로 규율한다. 감염병은 주의 경계를 넘어 매우 빠른 속도로 확산할 수 있기 때문에, 이를 방지

179) Bundesgesetzblatt Teil I, Nr. 33. vom 25. 07. 2000, Gesetz zur Neuordnung seuchenrechtlicher Vorschriften (Seuchenrechtsneuordnungsgesetz — SeuchRNeuG), S. 1045 ff.

180) <https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s2615.pdf%27%5D#_bgbl__%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s2615.pdf%27%5D__1528076531866> (2018. 7. 9. 방문).

하는 것은 주의 권한사항임에도, 연방 차원에서 규율하는 것이다. 이 법의 특징은 위험방지를 위해 「기본법(Grundgesetz: GG)」 제19조에 따라 기본권을 제한할 수 있다는 사실이다. 「감염병예방법」에 따라 명령된 조치들에 의해 제한될 수 있는 기본권은 신체의 불가침권 및 신체의 자유(제2조), 집회의 자유(제8조), 서신·우편의 자유(제10조), 거주이전의 자유(제11조), 주거의 불가침권(제13조), 직업 활동의 자유(제12조)다.

「감염병예방법」은 제1장 총칙에서는 목적(제1조)과 개인정보의 처리(제1조a), 정의(제2조), 홍보를 통한 예방(제3조)에 대한 내용이 있다. 제2장 임무의 조정 및 질병의 조기인지에서는 연방과 주의 정보교환(제5조)에 대하여, 제3장 역학적 감시에서는 신고대상질병과 신고대상병원체(제6조 및 제7조), 신고의무자(제8조), 성명을 적시한 또는 성명을 적시하지 않은 신고와 전자신고·정보시스템(제9조, 제10조 및 제14조), 국제법 및 유럽연합법의 규정에 따른 전달 및 통지(제12조), 기타의 역학적 감시(제13조)에 대하여 다루고 있다. 제4장과 제5장은 각각 감염병 예방과 퇴치에 대한 조문으로 구성되어 있는데, 관할 관청의 일반조치와 특별조치(제16조 및 제17조), 관청이 명령한 소독조치 및 매개동물·진드기·이의 퇴치를 위한 조치(제18조), 특수한 사안에서 보건소의 임무(제19조), 예방접종 및 그 밖의 특수한 예방조치(제20조), 백신(제21조), 예방접종카드(제22조), 병원 내 감염과 내성균(제23조), 개인정보(제23조a), 감염병 치료(제24조), 조사(제25조), 보건소의 통지의무(제27조), 보호조치(제28조), 관찰·격리·직업활동금지(제29조-제31)에 대하여 다루고 있다. 제6장 특정한 시설·기업 및 사람과 관련한 감염예방으로 공공시설(제33조), 보건소의 보건규칙, 협력, 책무(제34조), 아동과 청소년을 돌보는 사람에 대한 교육(제35조), 특정한 시설, 회사 및 사람에 대한 감염예방(제36조)에 대하여 다루고 있다. 제7장은 물(사람이 사용하는 물, 수영이나 목욕에 사용하는 물, 하수)의 위생에 대하여 다루고 있고, 제8장은 식품을 다루는 사람에 관한 보건상의 요건, 제9장은 병원체 관련 활동, 제12장은 보상, 제13장은 비용에 대하여 각각 다루고 있다.

3. 프랑스

프랑스의 공중보건에 관한 사항을 정하는 법률은 「공공보건법전(Code de la santé publique: CSP)」이다.¹⁸¹⁾ 현행 「공공보건법전」에서 Partie는 6개로 이루어져 있으며, 일반적 보건관련 규정, 성(性)·출산, 여성의 권리 및 유아, 아동, 청소년의 건강 보호, 질병 및 중독 대응, 보건관련 직종에 관한 사항, 건강 관련 제품, 보건기관에 관한 사항으로 각각 규율되고 있다. 이 중에서 감염병의 예방 및 관리에 관한 사항은 주로 세 번째 Partie인 “질병 및 중독 대응(Lutte contre les maladies et dépendances)” 중에서 첫 번째 Livre인 “감염병 대응(Lutte contre les maladies transmissibles)”에서 규율하고 있으며, 총 3개의 Titre로 구성되어 있다. Titre 1은 전염병 및 감염성 질병 대응, Titre 2는 인체에 면역 체계가 없는 바이러스 및 성적인 경로에 의한 감염에 대한 규정, Titre 3은 보건상 중대한 위협이 있을 경우에 관한 조문들로 구성되어 있다. 이 중에서 Titre 1은 다시 예방접종(제L.3111-1조 ~ 제L.3111-11조), 결핵 및 한센병(제L.3112-1조 ~ 제L.3112-3조), 보건당국에 신고해야 하는 의무(제L.3113-1조), 기타 대응조치(제L.3114-1조 ~ 제L.3114-7조), 국제적 감염병 확산에 대응하기 위한 규정(제L.3115-1조 ~ 제L.3115-13조) 및 벌칙조항(제L.3116-1조 ~ 제L.3116-6조)에 관한 Chapitre로 구분된다. Titre2 는 성적 매개에 의한 감염 및 인체에 면역 체계가 없는 바이러스에 의한 감염에 대한 사항을 규율하고 있으며 일반적 규정 및 감염된 환자에 대한 손실보상을 규정하고 있다. 마지막으로 Titre3은 보건 위생상 심각한 위협이 있을 경우에 해당하는 규정으로 긴급한 조치에 관한 규정(제L.3131-1조 ~ 제L.3131-11조), 보건 관련 종사자에 대한 동원조직 및 구성에 관한 사항(제L.3132-1조 ~ 제L.3132-3조), 동원된 보건 관련 종사자에 관한 특별규정(제L.3133-1조 ~ 제L.3133-7조), 동원된 인력의 활용에 관한 사항(제L.3134-1조 ~ 제L.3134-3조), 특수한

181) 「공공보건법전」은 헌법에 따라 입법편(Partie législative)과 행정입법편(Partie réglementaire)으로 구분되고, 입법편과 행정입법편은 각각 Partie, Livre, Titre, Chapitre, Section으로 구성되며, Section의 하부단위는 조문들로 이루어져 있다. 이러한 체계 내에서 입법편의 조문들은 L. 로 표시되며, 행정입법편의 조문들은 R.로 표시된다. 법률을 법전의 형태로 구성하기 시작한 것은 1950년대부터이며, 2000대 초반에 지금과 같은 형태의 법전들이 정립되었다.

위험에 대응하기 위한 조치(제L.3135-1조 ~ 제L.3135-3조)¹⁸²⁾ 및 벌칙 규정(제L.3136-1조)으로 구성된다.

4. 일본

일본에서는 전염병에 관한 상황이 심각하게 변화하는 경우에 대처하기 위하여 종전에 있었던 「전염병예방법(伝染病予防法)」을 대신하여,¹⁸³⁾ 1999년 4월 1일부터 「감염증의 예방 및 감염증 환자에 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, 이하 “감염증법(感染症法)”이라 한다)」을 제정·시행되면서 감염증 예방을 위한 여러 가지 시책과 환자의 인권에 대한 배려를 조화시킨 감염증대책을 마련하고 있다. 2002년 11월부터 이듬해 7월 초순에 걸쳐 동아시아를 중심으로 세계 각국으로 퍼진 SARS(重症急性呼吸器症候群) 등의 해외 감염병의 발생, 이듬해의 발발에 따라 사람과 물자의 이동이 신곡하고 활발하게 이루어지는 현실, 보건의료를 둘러싼 환경변화 등에 대응하기 위해 「감염증법」은 2003. 10. 16. 개정(2003. 11. 5. 시행)되었고, 2007. 4. 1. 개정되어 「결핵예방법(結核予防法)」과 통합되었다. 또한 고병원성 조류 인플루엔자(H5N1)의 전염확대와 신형 인플루엔자가 발생하여 만연하는 경우에 대비하여 2008. 5. 2. 개정(2008. 5. 12. 시행)되었다.

「감염증법」에서는 증상의 경중, 병원체의 감염력 등에 따라 감염증을 1류(一類)에서 5류(五類)까지 5종의 감염증과 지정감염증(指定感染症), 신감염증(新感染症) 등 7종류로

182) 예를 들어 백신 등의 강제실시에 관한 규정을 포함하고 있다.

183) 「전염병예방법」이 1897년에 제정된 이래 100년 이상 경과하였고 상황이 크게 변화되었는데, 의학의 발달로 천연두가 근절되고 하수도의 정비와 공중위생수준의 향상, 예방접종의 보급되면서 polio(유행성 소아마비), 이질(赤痢), 장티푸스, 일본뇌염, 디프테리아, 결핵 등 악성 전염병이 격멸되었다. 한편, 제2차 세계대전 이후의 사회경제변화로 강제격리입원치료와 주거·근무처·학교 등의 소독에 대해서 환자와 가족의 인권존중을 요구하는 목소리가 높아졌다. 더욱이 항공기에 의한 국제간 교류의 증대는 아프리카 오지에서 발생한 감염증이라도 일본국내에 집입할 가능성이 높아지는 상황이 되었다. 현재 에볼라출혈열, 에이즈, C형간염 등 신흥 감염증과 콜레라, 말라리아 등 재출현(再興) 감염증이 세계적인 문제가 되어 지구전체적인 차원의 감염증대책이 필요해졌다. 이에 따라 감염증대책을 위한 법률은 101년 만에 검토되어 당시 저널리스트나 법률가들의 비판적인 의견도 있었지만 구체적인 문제점에 대해서는 5년마다 개정하기로 하면서 신법이 성립되었다.

분류하고 있다. 2008년 5월의 개정에서는 ‘신형 인플루엔자 등 감염증’이 추가되었다. 감염증의 종류에 따라 의료기관의 대처법도 다르며, 각각의 위험도에 대응한 대책이 가능하도록 하고 있다. 병원 내 감염(院内感染)이 발생한 약제내성균(藥劑耐性菌) *Acinetobacter* 감염증이 5류 감염증(五類感染症)에, 모기를 매개체로 하는 Chikungunya fever(チクングニア熱)가 4류 감염증(四類感染症)에 추가되어 있다.

2012년부터 중동을 중심으로 감염사례의 보고가 지속되고 있는 중동호흡기증후군(MERS)과 2013년 이후에 사람에게 감염이 확인된 H7N9형 조류인플루엔자에 대해서, 그 병원성(病原性)과 감염력을 고려하여 조류인플루엔자(H5N1)와 같은 2류감염증(二類感染症)으로 지정하였다. 이처럼 변화하는 감염증에 대응하여 법체계를 정비하고 충실한 대책을 강구하려고 노력하고 있다.¹⁸⁴⁾ 신종 인플루엔자와 같이 위험성 높은 신종 감염병에 효과적으로 대처하기 위해서 2012년 「신종인플루엔자 등 대책 특별 조치법(新型インフルエンザ等対策特別措置法)」을 제정, 2014년 「감염병 예방 및 감염병 환자에 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)」 및 「검역법(檢疫法)」을 개정하여, 법정전염병, 지정전염병, 계출전염병, 검역전염병, 학교전염병 등으로 구분하여 관리하고, 결핵·감염증 등 신고대상질병으로 지정하여 정점의료기관으로 하여금 보고 및 관리를 하고 있으며, 검사실 정보를 위생연구소를 통해 수집·분석하는 체계를 마련하였다.

2009년 4월 신종 인플루엔자(A/H1N1)가 멕시코에서 확인된 후 세계적인 유행과 함께 일본에서도 약 2천만 명의 환자가 발생한 것으로 추계하였으며, 일시적인 의료자원 부족 현상을 경험하였다. 이에 더욱 실효성 있는 법률의 필요성이 제기되었고, 2012년 「신종 인플루엔자 등 대책 특별 조치법(2012. 5. 11, 법률 제31호, 이하 “특조법”이라 한다)」을 제정하기에 이르렀다. 이 법은 신종 인플루엔자와 같이 감염성이 높은 감염병에 대비하기 위한 위기관리 법률의 성격을 가진다. 「특조법」의 주요 내용을 살펴보면, ① 정부, 도도부현 지사, 시정촌장, 법에서 정하고 있는 지정 공공기관, 지정 지방 공공기관의 장은 감염

184) <<https://www.seirogan.co.jp/fun/infection-control/infection/japan.html>> (2018. 7. 9. 방문).

병 발생에 대비한 행동계획 또는 업무계획을 작성하여야 하며, 감염병 발생 시 서로 인력 및 재정 등을 협조·지원해야 할 의무를 진다(제6조 내지 제9조). ② 의료업 관계자 또는 국민 생활 및 경제의 안정에 기여하는 업무를 담당하는 사업자(사전 후생노동성에 등록), 감염병 대응 업무를 담당하는 공무원에 대해서는 임시로 예방접종을 할 수 있다(제28조). ③ 외국에서 감염병이 발생한 경우, 해당 국가와 관련된 공항, 항구 등에 강화된 검역 조치를 시행할 수 있으며, 특정한 항공기, 선박 등의 내항을 제한할 수 있다(제29조). ④ 도도부현 지사는 감염병에 걸렸거나 감염될 우려가 있는 자에게 필요한 의료의 제공을 의료인에게 요청할 수 있다(제31조). ⑤ 감염병으로 인한 국가위기상황으로 판단될 경우 정부대책본부장은 ‘비상사태’를 선언하고, 법에서 정한 행정기관, 지방행정기관, 도도부현 지사, 공공기관 등에 필요한 조치를 지시할 수 있다(제32조). ⑥ 도도부현 지사는 감염병 확산을 방지하기 위해 해당 지역 주민에게 외출금지, 시설 사용 금지, 예방 접종 등의 협조를 요청할 수 있다(제45조 내지 제46조). ⑦ 도도부현 지사는 의료제공에 필요한 시설, 토지, 의약품 등의 확보를 위한 조치를 할 수 있다. 이 밖에도 물자운송, 시신의 매장 및 화장, 감염병으로 인한 손실 보전 및 손해 배상 등에 대해 규정하고 있다(제47조 내지 제48조). 다만, 모든 감염병에 대하여 이러한 조치들이 반드시 이행되어야 하는 것은 아니며, 정부 또는 해당 기관이 이러한 조치들을 시행하면서 제한되는 국민의 자유와 권리가 최소한에 그치도록 해야 한다(제5조).

후생노동성은 「후생노동성 건강 위기관리 기본지침(厚生労働省健康危機管理基本指針)」 및 이에 기초한 「감염병 건강 위기관리 실시요령(感染症健康危機管理実施要領)」을 작성하고 이에 따라 각종 감염병에 대응하고 있다. 감염병에 의해 심각한 건강피해가 발생하거나 발생할 우려가 있는 경우 내각정보조사실에 상황을 통보하고, 후생노동성대책본부를 설치하여 전문적인 현지조사가 필요한 경우 현지대책본부를 설치할 수 있다. 내각위기관리감(内閣危機管理監)은 관계부처와 긴급협의를 거쳐 내각총리대신에게 보고, 관계부처 대책회의를 개최하여 정부의 초동 대처하여야 한다.

제2절 감염병 관련 법적 쟁점에 대한 비교법적 검토

I. 감염병 예방 및 대응에 관한 행정 체계

1. 미 국

(1) 연방 정부

HHS 산하 CDC는 미국 국민의 건강과 안전을 책임지고, 감염병의 정보 수집과 분석, 관리에서부터 확산을 방지하기 위한 대응 및 예방의 책임도 지고 있다. CDC는 건강에 위협이 되는 요인을 감지·대응·억제하며, 사고와 질병, 돌연사를 예방하고, 과학과 첨단기술을 통해 대중의 건강증진방법을 모색함으로써 국가와 세계를 보호함을 주된 임무로 하고 있다.¹⁸⁵⁾ 연간 예산 120억 달러와 직원 13,000명의 규모를 가진 기관으로, 조지아(Georgia)주 애틀랜타(Atlanta)에 본사를 두고 있으며, 14개 실(Office)¹⁸⁶⁾와 각 실에 속한 9개 센터,¹⁸⁷⁾ 그리고 어떤 실에 속하지 않고 독립적으로 운영되는 글로벌보건센터(Center for Global Health)와 국립산업안전보건연구원(National Institute for Occupational Safety and Health)으로 구성되어 운영되고 있다. CDC의 센터장은 내부에서 승진도 가능하지만 대부분의 경우 상원의 동의가 필요 없는 대통령의 임명으로 이루어지는데, 이렇게 임명된 CDC의 센터장은 독성물질과 질병등록청(The Agency for Toxic Substances and Disease Registry)의 청장을 겸직한다.

185) <<https://www.cdc.gov/about/organization/strategic-framework/index.html>> (2018. 8. 12. 방문).

186) CDC Washington Office, Office for State, Tribal, Local and Territorial Support, Office of Equal Employment Opportunity, Office of Infectious Diseases, Office of Minority Health and Health Equity, Office of Noncommunicable Diseases, Injury and Environmental Health, Office of Public Health Preparedness and Response, Office of Public Health Scientific Services, Office of the Associate Director for Communication, Office of the Associate Director for Laboratory Science and Safety, Office of the Associate Director for Policy, Office of the Associate Director for Science, Office of the Chief of Staff, Office of the Chief Operating Officer.

187) National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases, National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention, National Center for Immunization and Respiratory Diseases, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, National Center for Environmental Health/Agency for Toxic Substances and Disease Registry, National Center for Injury Prevention and Control, National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities, Center for Surveillance, Epidemiology and Laboratory Services, National Center for Health Statistics.

미국의 국립법정전염병감독시스템(National Notifiable Diseases Surveillance System: NNDSS)은 미국 전역에서 발생하는 감염병에 대한 정보를 수집하여 저장하는 시스템으로, 이와 같은 체계의 책임기관은 CDC의 감염병실(Office of Infectious Diseases: OID), 정책연구기관은 주와 영토의 유행병학자위원회(Council of State and Territorial Epidemiologists: CSTE), 정보수집을 전담하는 기관은 CDC · 주정부보건국 · 지역보건국, 정보관리를 담당하는 곳은 주정부보건국 · 지역보건국의 보건정보학과 감독부(Division of Health informatics and Surveillance)로 각각의 역할에 따라 체계적으로 담당기관이 나뉘어 있다.

CDC의 OID는 NNDSS에서 감염병관리를 연방정부차원에서 이끌어나가는 역할을 하고 있다. CDC의 OID는 미국과 전 세계의 감염병을 줄이기 위한 과학기술, 프로그램, 정책을 개발하고 이끌어가는 것을 주요 임무로 한다.¹⁸⁸⁾ CSTE는 독립적으로 운영되는 비영리연구기관으로 CDC와 긴밀히 협조하여 업무를 진행한다. CSTE는 협력관계에 있는 기관들과 CDC와 같은 연방보건당국에 기술적인 지원과 자문을 제공하며, 해마다 신고대상질환목록을 작성하고 수정할 의무가 있다.¹⁸⁹⁾ CDC는 주정부 보건국과 지역보건국과 협력하여 지방과 주 정부 단계에서 감염병에 대한 충분한 정보가 신속히 수집되어 관리되도록 중앙차원의 관리역할을 담당한다. 병원에서 수집된 환자의 인구통계학적 정보, 치료정보, 실험결과, 예방접종, 감염병과 제약정보 등이 지역 보건국에 보고되면 주 보건국을 거쳐 CDC로 전달된다.

188) <<https://www.cdc.gov/oid>> (2018. 8. 12. 방문).

189) National Electronic Disease Surveillance System Working Group. National Electronic Disease Surveillance System(NEDSS), A standards-based approach to connect public health and clinical medicine. J Public Health Manag Pract 7(6), 2001, pp.43-50; Centers for Disease Control and Prevention (CDC), State electronic disease surveillance systems - United States, 2007 and 2010. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 60(41), 2011, pp.1421-1423.; Hossein Bagherian et al., National Communicable Disease Surveillance System: A review on Information and Organizational Structures in Developed Countries, REVIEW/ACTA INFORM MED. 25(4), 2017, pp.271-276.

(2) 주 정부

감염병 대응과 관련한 일차적인 책임 및 권한은 주정부에게 있으며 주에 따라 주의 보건당국이 책임 및 권한을 가지는 경우가 있음. 대응과 관련한 권한은 재난 관리를 위한 연방차원의 기본법인, Stafford Act에 따라 주에서 자체적으로 조례를 통해 책임 및 권한을 규정하고 있다.¹⁹⁰⁾

주의 역량을 벗어나는 경우 연방에 도움을 요청하며, 사안에 따라 CDC, 보건인적서비스부, 연방위기관리처(FEMA) 등으로부터 인력, 기술적 지원을 받는다. 미국 주정부 내에 자체 역학조사관을 가지고 있으며, 자체 감염병 관련 조직에서 진단 및 감염병 대응한다.¹⁹¹⁾

2. 독일

(1) 연방 정부

연방정부는 연방상원(Bundesrat)의 동의하에 일반행정규칙(allgemeine Verwaltungsvorschrift)¹⁹²⁾의 형식으로 감염병과 관련한 중요한 사안에 대해서 연방과 주의 정보교환계획을 수립할 수 있다. 여기서 일반행정규정의 목적은 다음과 같다. 첫째, 위험한 전염병(bedrohliche übertragbare Krankheit)¹⁹³⁾이 독일로 유입되거나 독일에서 확산되는 것을 방지하는 것이다. 둘째, 일정기간, 일정장소에서 위험한 전염병이나 병원체가 원인으로 추정되는 위험한 질병이 빈발하여 주의 경계를 넘어 확산될 것으로 우려되는 경우에 필요한 조치를 준비하는 것이다(『감염병예방법』 제5조). 이를 위해 연방에는 『감염병예방법』 제4조에 따라 감염병의 예방, 감염병 발생 사실의 조기 발견 및 확산방지를 목적으로 로베르트코흐연구소

190) 김남순·박은자·전진아·김대중·정진욱·김정선·김동진·송은솔·최성은·김대은·최지희, 감염병 관리 체계의 문제와 개선방안, 한국보건사회연구원, 2015, 33-34면.

191) 김남순 외, 앞의 보고서, 35면.

192) 일반행정규칙으로 연방과 주의 관계관청 및 기타 관련기관 간의 협력에 관한 사항도 규율할 수 있다.

193) ‘위험한 감염병’이란 그 진행형식이나 확산방식을 역학적으로 평가해 볼 때 공중에 중대한 위험을 야기할 수 있는 감염병을 말한다(제2조 제3호a).

(Robert Koch-Institut)가 설립되어 있다. 이 연구소는 연방보건부(Bundesministerium für Gesundheit)에 소속되어 있는 연방연구소이다.¹⁹⁴⁾

(2) 주 정부

주정부는 「감염병예방법」 제16조 및 제17조 제1항에서 정한 요건을 준수하는 한에서 법령으로 전염병의 예방을 위한 명령 및 금지사항을 규정할 수 있고,¹⁹⁵⁾ 이 권한을 법령을 통해 다른 부서에 이전할 수도 있다. 주정부는 주법에 관련규정이 없는 경우에는 법령으로 「감염병예방법」에 따른 임무를 관할하는 관청을 정한다. 법령에서 주정부는 「감염병예방법」이 주의 최상위 보건관청이 관할하도록 한 임무의 전부 또는 일부를 주의 하위 관청으로 하여금 실행하게 하고 주의 최상위 관청의 동의권한을 삭제할 것을 규정할 수도 있다(제54조).

주의 관할관청은 감염병의 발생을 야기할 수 있는 사실이 확인되었거나 감염병이 이미 발생했다고 추정할 만한 사실이 있는 경우 보건소의 제안을 받은 경우 개인이나 공중에 대한 위험을 방지하기 위해 필요한 조치를 취해야 한다. 관할관청은 보건소의 제안을 적시에 따를 수 없는 때에는 시행한 조치에 관하여 지체 없이 보건소에 통보해야 한다. 관할관청은 보건소가 내린 명령을 변경하거나 중단할 수 있다. 역학조사를 위해 필요한 경우 관할관청은 조사자료를 연구 또는 보존 목적으로 보건소 또는 주가 정한 기타기관에 인도할 것을 명령할 수 있다(제16조). 또한 관할관청은 어떤 물건이 신고대상병원체에 감염되었거나 감염되었다고 추정할 수 있고 그로 인해 질병이 확산될 우려가 있는 경우,

194) <https://www.rki.de/DE/Content/Institut/institut_node.html> (2018. 9. 20. 방문).

195) 예를 들어, 주정부는 전염병의 예방 및 퇴치를 위해 매개동물, 음진드기, 머릿니의 확인 및 퇴치에 관한 법령을 제정할 수 있다. 주정부는 이 권한을 법령으로 다른 부서에 이전할 수 있다. 법령으로 정할 수 있는 사항은 특히 다음과 같다. ① 물건의 소유자, 수익권자 또는 물건을 사실상 관리하거나 유지할 의무가 있는 사람에게 매개동물로 인한 피해를 확인하거나 확인하게 하거나 관할관청에 알릴 의무 또는 매개동물을 퇴치하거나 퇴치하게 할 의무를 부과하고, ② 지방자치단체에 매개동물을 확인·퇴치하고 퇴치결과를 확인할 권한과 의무를 부과하며, ③ 퇴치작업의 종류 및 범위, 전문가의 투입, 허용되는 퇴치수단 및 퇴치절차, 퇴치수단의 잔류물 최소화 및 제거, 퇴치의 종료, 결과를 관할관청에 전달하고 그 결과를 전문가를 통하여 확인할 의무 및 ④ 조치에 협력하거나 조치를 용인하여야 할 의무를 부과한다.

해당 위험을 방지하는 데 필요한 조치를 취해야 한다. 다른 조치로는 충분하지 않다고 판단되는 때에는 그 물건의 폐기를 명령할 수 있다(제17조). 또한 관할관청은 폐렴 또는 인간 사이에서 전염되는 출혈열의 환자 또는 의심환자를 지체 없이 병원 또는 그러한 질병을 적절히 다룰 수 있는 시설에 격리(Quarantäne)할 것을 명령할 수 있다(제30조).

(3) 로베르트코흐연구소

「감염병예방법」 제4조에 따라 전염병의 예방·조기인지·확산방지에 관한 계획을 수립하는 임무는 로베르트코흐연구소(Robert Koch-Institut)에서 담당한다. 이 연구소에서 수립하는 계획에는 감염병의 원인·진단법·예방법을 연구·분석하는 방안이 포함되어야 한다.¹⁹⁶⁾ 이 연구소는 주의 최상위 보건관청(die oberste Landesgesundheitsbehörde)의 요청이 있으면 중대한 전염병의 예방·인지·확산방지를 위한 조치에 관하여 관할관청에 조언을 해야 하며, 요청을 한 주의 최상위 보건관청에 대해서는 주의 경계를 넘어서서 취해야 할 조치, 중대한 전염병의 발생위험의 평가결과에 관하여 조언을 해야 한다.

로베르트코흐연구소의 구체적인 임무는 다음과 같다. 첫째, 연방의 관할관청들과 협조하여 감염병 관련 업무에 종사하는 사람들을 위해 감염병의 예방·인지·확산방지에 관한 지침·안내서 등을 작성한다. 둘째, 이 법 및 「국제보건규칙시행법(IGV-Durchführungsgesetz)」에 따라 로베르트코흐연구소에 전달된, 신고대상질병(meldepflichtige Krankheit) 및 확인된 신고대상병원체(meldepflichtiger Nachweis von Krankheitserreger)에 관한 자료를 역학적으로 평가한다.¹⁹⁷⁾ 셋째, 연방의 관할관청 등 특정 관련기관에 역학적 평가 결과를 제공한다. 넷째, 역학적 평가의 결과를 정기적으로 공개한다. 다섯째, 주 및 기타 관계자들이 「감염병예방법」에 따른 역학적 감시와 관련하여 수행하는 임무를 지원한다(제4조 제2항).

196) 관련 계획이 인수공통전염병과 미생물에 의한 식중독에 관한 것인 때에는 연방위해평가원(Bundesinstitut für Risikobewertung)이 함께 참여해야 한다.

197) 법 제12조에 따르면 로베르트코흐연구소는 국제보건규칙(International Health Regulations)에서 정한 국제 공중보건 비상사태에 해당할 수 있는 전염병의 경우 주의 관할관청으로부터 지체 없이 전달받은 사항을 전달하도록 하고 있다. 주의 관할관청이 로베르트코흐연구소에 해야 하는 전달에 관한 기술적인 사항은 로베르트코흐연구소가 지침으로 정할 수 있다. 로베르트코흐연구소는 전달받은 내용을 「국제보건규칙」에 따라 평가하고 「국제보건규칙의 시행을 위한 법률」이 정한 임무를 수행한다.

로베르트코흐연구소는 관련 업무들을 수행하기 위해 여러 위원회를 두고 있다. 예방접종 및 그 밖의 특수한 감염병 예방조치의 시행과 관련한 기준 마련을 위해 상설예방접종위원회(Ständige Impfkommision)¹⁹⁸⁾를 두고 있으며, 병원감염과 관련하여서는 병원위생·감염예방위원회(Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention)와 항감염·내성균·치료법위원회(Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie)¹⁹⁹⁾를 두고 있다.

또한 로베르트코흐연구소는 「감염병예방법」의 목적을 달성하기 위해 연방과 주의 관할관청, 국내의 관할기관, 기타 학술기관, 전문가집단 협력할 뿐만 아니라, 국제보건분야에서 외국기관, 국제기구, 세계보건기구 및 그 밖의 국제조직들과 협력하여 업무능력을 함양해야 한다. 특히 감염병이 국경을 넘어서 확산되는 것을 예방하며, 이러한 확산의 위험을 조기에 인지하고 방지하는 조치를 마련하는 능력을 강화해야 한다. 이를 위해 지속적으로 외국의 기관들과 학문적인 협력을 할 수도 있고, 위험을 평가·관리하는 분야에서 협력국의 관계자들에게 교육을 제공할 수도 있다(제4조 제3항).

(4) 보건소

감염병 예방 및 통제를 위한 실질적인 각종 업무를 수행하는 주체는 기본적으로 각 주의 보건소(Gesundheitsamt)이다(제2조 14호). 감염병 예방과 관련하여 감염병의 발생을 야기할 수 있는 사실이 확인되었거나 감염병이 이미 발생했다고 추정할 만한 사실이 있는 경우 보건소는 관할관청에 그 사실을 지체 없이 통보해야 한다.²⁰⁰⁾ 하지만 절박한 위험이 있는 경우에는 필요한 조치를 보건소가 직접 명령할 수 있다(제16조). 이 외에 보건소는 성매개감염병과 결핵에 관한 조인과 조사를 하고 이를 위해 다른 의료시설과 협력해야 하며(제19조 제1항), 감염병에 관련한 각종 통지의무를 지고 있으며(제27조), 특정 시설 등에서의 감염병예방과 관련한 업무를 담당하고 있다(제34조).

198) 「감염병예방법」 제20조 제2항.

199) 「감염병예방법」 제23조 제1항, 2항.

200) 신고대상질병과 신고대상병원체와 관련하여 처리한 정보와 관련하여 관할 보건소는 늦어도 평가를 한 날의 다음 근무일까지 주의 관할관청에 해당인의 성별·생년월 등 해당인에 관한 정보, 관할 보건소, 보고 일에 관한 사항 등을 전달해야 한다. 주의 관할관청은 전달받은 내용을 늦어도 전달받은 날의 다음 근무일까지는 로베르트코흐연구소에 전달해야 한다. 「감염병예방법」 제11조.

(5) 의료기관

독일에서는 「감염병예방법」의 개정으로 병원운영자들에게 병원위생을 위한 표준을 유지할 의무를 부과하였다. 종래에는 로베르트 코흐 연구소 내의 병원위생과 감염예방을 위한 위원회에서 병원위생준칙을 권고하였으나, 이는 법적 구속력이 없었다. 그러나 새로운 「감염병예방법」에서는 병원, 응급의료기관, 요양 및 재활기관 등의 의료기관장에게 병원내 감염을 예방하고 병원균, 특히 내성을 가진 병원균의 확산을 방지하기 위하여 현재의 의학수준에 상응하는 조치를 시행하여야 한다(제23조 제3항). 이를 예방조치라고 한다. 감염예방을 위한 조치는 의학의 현재수준에 상응하여야 하고, 로베르트 코흐 연구소에 설치된 병원위생및감염예방위원회와 항감염·내성균·치료법위원회의 권고에 근거하여야 한다(제2문).²⁰¹⁾ 예를 들면, 이 위원회는 2010년에는 폐렴감염에 대한 권고를 제정하였다.

의료기관 등의 장은 병원 내 감염, 특수한 내성을 지닌 병원균의 발생을 지속적으로 별도로 기록하고, 평가하고 필요한 예방조치와 관련한 결과추적을 행해야 하고, 필요한 예방조치를 의료인력에게 통지하고, 시행되도록 하여야 하는 법적 의무가 부과되어 있다(제4항 제2문). 이를 의료기관장의 기록의무(Aufzeichnungspflicht)라고 한다.²⁰²⁾

「감염병예방법」상 규정된 식중독 등 18개 질병의 발병, 발병의 우려, 사망과 치료가 필요한 결핵의 발병과 그에 따른 사망이 발생한 경우에는 세균학적인 증거가 없어도 주 보건행정청에 신고해야 한다(제6조 제1항). 따라서 의료기관 등에 감염병 예방과 관련하여 신고의무가 부과되어 있는 것이다. 한편 「감염병예방법」상 아데노바이러스 등 51개의 병원균의 실제 감염이 발생한 경우에는 그 환자의 성명과 함께 주 보건행정청에 통보해야 한다(제7조 제1항).

201) Stefan Hagel, Krankenhausinfektion, DZKF 2012, 3/4, S. 3.

202) Häberle, IfSG § 23, in: Erbs/Kohlhaas, Strafrechtliche Nebengesetze, 220. EL Juli 2018.

3. 일 본

(1) 국립감염증연구소의 설립 연혁

종전 후 일본의 위생상태는 매우 열악하였고 결핵, 장티푸스, 이질, 디프테리아, 일본뇌염, 기생충병 등 다수의 감염증이 만연하였기 때문에, 감염증대책은 일본의 시급한 과제로 인식되었다. 이에 따라 기초·응용연구기반을 마련하고, 항생물질과 백신 등의 개발과 이들의 품질관리에 주도적 역할을 하는 후생성의 부속실험연구기관으로서 1947년에 국립감염증연구소(旧国立予防衛生研究所)가 설립되었다.²⁰³⁾ 처음에는 동경대학부속 전염병연구소(現東京大学 医科学研究所)의 청사 내에 설치되어 3부와 서무과의 태세로 업무를 개시하였다. 1950년대에 들어서 후생성조직규정(厚生省組織規程)에 따라 그 조직은 세균, 바이러스, 결핵 등 12 연구부로 확대되었다.²⁰⁴⁾

1988년에는 새로운 감염증인 에이즈문제에 대응하기 하기 위해 에이즈연구센터가 신설되었다. 1997년 1월에 설립한 국립다마연구소(国立多摩研究所)를 같은 해 4월에는 연구소설치목적보다 분명히 하기 위해 현재의 국립감염증연구소(国立感染症研究所)로 명칭을 바꾸었고, 국내 감염증의 발생을 한곳에서 파악하여 신속한 대책을 세울 수 있도록 할 목적으로 감염증역학부(感染症疫学部)가 감염증정보센터(感染症情報センター)로 개편되었다.²⁰⁵⁾ 2002년 4월에는 후생노동성이 추진하는 21세기를 향한 후생과학연구의 종합적인 추진에 의거한 시험연구기관의 중점정비·재구축의 일환으로서, 연구체제를 정비하고 연구의 촉진 및 충실을 도모하기 위하여 조직이 개편되었다.²⁰⁶⁾

2007년 4월에는 생물학적제제(生物学的製剤) 및 항균성물질제제의 국가검정·검사의 신뢰성을 확보하기 위해 무라야마청사에 검정검사품질보증실이 설치되었고, 2008년 10월

203) 国立感染症研究所 <<https://www.niid.go.jp/niid/ja/aboutniid.html>> (2018. 10. 9. 방문).

204) 강영기, “일본의 전염병 관리 법령체계와 관련하여”, 한국법제연구원 워크숍 자료집, (2018. 11. 9.), 82면.

205) 강영기, 앞의 자료, 82면.

206) 강영기, 앞의 자료, 82면.

에는 신종 인플루엔자(新型インフルエンザ) 등에 대응하기 위해 바이러스 제3부에 제6실이 신설되었으며, 2009년 4월에는 인플루엔자 바이러스에 관한 연구의 확대와 발전을 도모하기 위해 새로이 직원의 증원을 도모하고 인플루엔자 바이러스 연구센터가 발족되면서, 바이러스 제3부가 개편되어 마진(麻疹), 풍진(風疹), mumps(유행성 이하선염)의 각 바이러스 및 인플루엔자 이외의 호흡기 바이러스 감염증을 취급하게 되었다.²⁰⁷⁾

(2) 국립감염증연구소의 업무

국립감염증연구소의 설립의 목적은 감염증을 제압하고 국민의 보건의료향상을 도모할 예방의학의 입장에서 널리 감염증에 관한 연구를 선도적·독창적·종합적으로 수행하고, 국가의 보건의료행정의 과학적 근거를 명확히 하는 한편, 이를 지원하는 것에 있다. 동 연구소의 기능은 구체적으로 ① 연구업무, ② 감염증의 레퍼런스(reference)업무, ③ 감염증의 감시(surveillance)업무, ④ 국가검정·검사업무, ⑤ 국제협력관계 업무, ⑥ 연수업무 등으로 나눌 수 있다.

1) 감염증에 관한 기초·응용연구

감염증 및 면역기구가 관여하는 난치병에 관한 기초응용연구를 한다. 근래에는 유전자 치료에 관한 유전자운반체(vector)개발과 안전성평가 등에 대해서도 연구영역이 확대되고 있다. 현재 감염증과 관련된 중요과제는 에이즈, 결핵, 말라리아, 인플루엔자 등이다.

2) 감염증의 레퍼런스(reference)업무

감염증의 레퍼런스업무는 감염증에 관한 검사시스템을 확보하기 위해 필요한 모든 활동이 대상이다. 구체적으로는 병원체 등(병원미생물 및 그 산물, 기생동물, 매개동물)의 보관, 감염증의 진단·검사, 역학조사 등에 이용할 시약의 표준화 및 표준품의 제조, 전문 기술자의 교육, 정보교환 등이다.

207) 강영기, 앞의 자료, 83면.

3) 감염증의 감시(surveillance)업무와 감염증정보의 수집·해석·제공

전국의 지방위생연구소들의 병원체검출보고 및 감염증법에 따른 진료소들의 환자발생 상황을 집계평가하고, 그 결과를 주보(週報(IDWR)) 및 월보(月報(IASR))로서 국민에게 제공한다. 감염증의 유행과 집단발병 시에는 그 역학조사 및 외국의 감염증정보기관과 정보를 교환한다.

4) 국가검정·검사업무와 생물학적 제제, 항생물질 등의 품질관리에 관한 연구

감염증 등의 예방·치료·진단에 관한 백신 등 생물학적 제제의 유효성과 안전성, 균질성을 보장하기 위해 국가검정을 실시하고, 연구의 발달로 대량생산이 가능하도록 예방약, 진단용 항원 및 항혈청의 시험제조도 실시한다.

5) 국제협력관계 업무

일본의 WHO가맹으로 1951년 4월에 WHO 인플루엔자 협력센터로 지정된 이후, WHO의 협력센터(reference laboratory)로서 병원체의 분리 및 역학조사, 표준품의 조정·제조공급, 실험실진단법의 개발·표준화, 기술자·전문가의 기술지도, 역학(疫学) 및 병원체정보의 제공, 감염증제어대책의 실시 등 국제적으로 중요한 책무를 담당하고 있다.

6) 연수업무

해외기술연수원에 대해서는 에이즈, 폴리오 및 한센병 등에 관한 집단기술연수와 기타 개별연수를 실시한다. 그리고 국내의 연구기관 등의 직원에 대한 연수사업도 기획·실시한다.

II. 검역·방역·격리의 구분

우리 「검역법」에서는 “우리나라로 들어오거나 외국으로 나가는 운송수단, 사람 및 화물을 검역하는 절차와 감염병을 예방하기 위한 조치에 관한 사항을 규정하여 국내외로

감염병이 번지는 것을 방지”하는 것으로 검역으로 보고 있다(제1조). 이러한 의미에서 「검역법」은 검역감염병 7종을 규정하고 나머지는 긴급검역조치로 고시하도록 규정하고 있다(제2조 제1호). 한편 「감염병예방법」은 감염병을 “제1군감염병, 제2군감염병, 제3군감염병, 제4군감염병, 제5군감염병, 지정감염병, 세계보건기구 감시대상 감염병, 생물테러감염병, 성매개감염병, 인수(人獸)공통감염병 및 의료관련감염병”이라고 규정하고 있고(제2조 제1호), “국민 건강에 위해가 되는 감염병의 발생과 유행을 방지하고 그 예방 및 관리를 위하여 국민 건강의 증진 및 유지에 이바지함”을 감염병예방의 목적으로 하고(제1조), 감염병의 예방과 방역대책을 규정한다(제4조 제2항 제1호).

1. IHR 2005

WHO가 사람에 대하여 발하는 권고에는 ① 의심 대상인 사람에 대한 검역 및 기타 보건 대책과 ② 필요 시 영향을 받은 사람을 격리 및 치료, ③ 영향을 받은 지역으로부터의 사람에 대해 출국 검역 및 제한이 포함된다.²⁰⁸⁾ 동 규칙의 정의 규정에 따르면, “격리(isolation)”란 환자 혹은 오염된 사람이나 영향을 받은 수하물, 컨테이너, 운송수단, 상품 및 소포우편물을 감염 또는 오염이 확산되지 않도록 다른 것과 분리하는 것을 의미하고, “검역(quarantine)”이란 감염이나 오염의 확산을 막기 위해 현재 확진상태는 아니지만 의심 대상인 사람에 대한 활동 제한 및 분리, 의심되는 수하물, 컨테이너, 운송수단 및 상품에 대한 이동 제한 및 분리하는 것을 의미한다.²⁰⁹⁾

2. 미 국

미국의 보건복지부장관은 『공공보건서비스법』에 따라 외국으로부터 미국 국내로, 또는 국내 주와 주 사이에서 감염병이 유입되거나 확산되는 것을 방지할 조치를 취할 수 있다.²¹⁰⁾ 이와 같은 기능은 CDC에서 수행하는데, CDC는 연방규칙 42권 70장, 71장에서

208) 「IHR 2005」 Art. 18.1.

209) 「IHR 2005」 Art. 1.1.

210) 제361조(42 U.S.C. §264).

해외에서 국내로 입국하고자 하거나 주와 주 사이를 여행하는 사람 중 해당 감염병에 걸린 것으로 의심되는 사람을 역류, 검사, 석방할 수 있는 권한을 부여받았다.

(1) 연방 규칙 상 격리와 검역

CDC가 감염병의 확산을 막기 위해 병을 옮길 것으로 의심되는 환자를 격리하거나 검역할 수 있는데, 격리와 검역의 차이는 규칙의 정의조항에서 명확히 규정하고 있다.

<표 5> 42 C.F.R §70.1 일반정의

용어	정의
격리(isolation)	검역대상인 전염병의 확산을 방지하기 위하여 검역대상인 전염병에 감염된 것으로 합리적으로 믿을 수 있는 사람이나 단체를 건강한 사람으로부터 구분하는 것
검역(quarantine)	검역대상인 전염병의 확산가능성을 방지하기 위하여 검역대상인 전염병에 노출되었다고 합리적으로 믿을 수 있지만 아직 병들지는 않은 개인이나 단체를 그렇게 노출되지 않은 다른 이로부터 구분하는 것

출처: 최지연, “미국의 감염병 관리 체계 및 법령”, 감염병 예방 및 관리를 위한 쟁점의 비교법적 분석, 한국법제연구원 워크숍 자료집, (2018. 8. 17.), 18면(일부 수정).

이렇게 격리와 검역의 구분을 명확히 두어 검역과 격리대상자를 구분 선정하는 데 있어 적용될 기준을 제시하고는 있지만, 검역과 격리를 할 권한도 ‘할 수 있다(may authorize)’로,²¹¹⁾ 주정부나 지방정부의 대처가 미흡한 경우 CDC가 개입하여 질병의 확산을 막는 경우에도 ‘개입할 수 있다(may take measures)’로,²¹²⁾ 공항이나 터미널 등에서 감염병의 감지를 위해 취하는 조치도 ‘할 수 있다(may conduct)’로²¹³⁾ 두는 등 감염병의 검역과 확산을 방지하기 위한 공무원의 의무는 모두 강제성이 없이 규정되어 있다.²¹⁴⁾

211) 42 C.F.R. §70.6

212) 42 C.F.R. §70.2

213) 42 C.F.R. §70.10

214) 최지연, 앞의 자료, 19면.

이러한 방식은 행정권의 부작위에 대한 행정청의 책임을 일정부분 제외하는 기능을 하게 된다.

연방정부를 대신하여 직원 등이 행하거나 생략한 행위에 의한 손해에 대해 연방정부를 상대로 손해배상청구를 할 수 있는 「연방불법행위배상법(Federal Tort Claims Act)」이 「공공보건서비스법」에서는 부분적으로 예외적용규정²¹⁵⁾을 두어 연방정부를 대상으로 민사소송이 불가능한 경우를 제시하고 있다. 하지만 이는 일부에 한정되고, 이와 같은 일부 예외를 제외한다면 검역과 격리 등의 조치를 취하거나 취하지 않는 공무원의 행위에 의해 손해가 발생한 경우 연방정부를 상대로 의무의 해태 또는 부작위, 오적용 등을 들어 민사소송을 제기할 수 있어야 한다. 하지만 연방정부가 취하는 감염병 확산 예방의 조치가 모두 강제성이 있는 의무조항이 아니라 ‘할 수 있다’를 기본으로 하는 조항이라면, 의무의 불이행을 들어 이후에 민사적으로 책임을 묻기는 힘들 것으로 보인다.²¹⁶⁾

또한 대통령령으로 정한 검역대상질병이라고 하더라도, 실제로 검역 또는 격리를 위해서는 CDC에서 검역 또는 격리 명령을 발부해야 하는데, 명령을 발부해서 실제로 연방정부 차원의 격리와 검역이 이루어지는 것은 매우 드문 일로, 가장 최근에 행해졌던 연방 차원의 격리와 검역은 1918년-1919년에 있었던 스페인독감(Spanish Flu - Influenza)이었고 이후 100년 동안 연방정부의 격리와 검역 사례는 없었다.²¹⁷⁾

42 C.F.R. §70.18 벌칙

- (a) 본 조항의 위반자는 위반으로 인하여 사망이 야기되지 않은 경우 \$100,000 이하의 벌금이나 1년의 징역, 또는 둘 다에 처한다. 위반으로 인하여 사망이 야기된 경우 \$250,000 이하의 벌금이나 1년의 징역, 또는 둘 다, 또는 법에 따로 정한 바에 따른다.
- (b) 기관에 의한 위반은 위반으로 인하여 사망이 야기되지 않은 경우 위반건당 \$200,000 벌금, 사망이 야기된 경우 \$500,000이하의 벌금, 또는 법에 따로 정한 바에 따른다.

215) 42 C.F.R. Part 6 Federal Tort Claims Act Coverage of Certain Grantees and Individuals.

216) 최지연, 앞의 자료, 19면.

217) 최지연, 앞의 자료, 19면.

주와 주 사이의 이동시 적용되는 검역의 경우 다음과 같이 규정위반자에 대한 벌칙 규정이 있다.

하지만 본 벌칙 조항은 감염병 보균자 또는 병자의 신고의무 등에 적용되는 규정위반조항으로, 행정청의 감독의무나 조치 위반 등에 대한 벌칙 조항은 따로 없는 것으로 보인다.

(2) 주 긴급 보건권한 표준법 상 격리와 검역

1) 검역조치의 근거

연방법과 규칙에서 격리와 검역이 연방정부가 취할 수 있는 조치이며 의무가 아니라는 점은 감염병이 발병 시 적절한 격리와 검역이 이루어지지 않았다고 하더라도 연방정부에 그로 인한 피해에 대한 책임을 물을 수 없게 되는 결과로 이어진다. 이는 각 주의 감염병 통제 관련 주법의 기초가 되는 모델법에도 마찬가지로 볼 수 있는데, 검사와 심사 단계에서도 필요한 경우 절차를 설정할 수 있다(may establish)로 두었고,²¹⁸⁾ 검역과 격리 단계에서도 필요한 경우 이와 같은 조치를 취할 수 있다(may isolate or quarantine)²¹⁹⁾로 두는 것에서 잘 드러난다.

모델법에서 검역과 격리의 조건과 원칙에 대해 설정한 규정에 따르면 검역과 격리를 통해 전염병의 확산을 막기 위한 가장 최소한의 제한이 이루어져야 하고, 이를 위해 검역과 격리의 장소가 사적인 집이 될 수도 있도록 규정을 두고 있다.²²⁰⁾ 하지만 같은 규정에서 또한 의료기관이 아닌 외부의 격리/검역장소를 사용하는 경우 안전하고 위생적인 환경이 유지되어야 한다²²¹⁾고 함으로써 본인의 집에서 자가격리하는 경우 그 장소마저 병원에 버금가는 위생적인 환경으로 유지, 관리할 것을 요구하고 있다.

모델법 제8-104조에서는 형사벌 조항을 두어 공공보건요원이 의무의 불이행 또는 방해의 경우 달리 벌칙 규정을 정해두지 않은 이상 경범죄로 처리하고 \$1,000이하의 벌금 또는

218) MSEHPA §5-106.

219) MSEHPA §5-108.

220) MSEHPA §5-108(b)(1).

221) MSEHPA §5-108(b)(7).

1년 이하의 징역, 또는 둘 다에 처하는 것으로 규정한다. 이는 공공보건요원의 위반 경우와 공공보건요원이 아닌 일반인이 격리의무를 위반했다거나 하는 등 규정을 위반했을 시와 동일한 수준에 벌이 주어지는 것이다. 규정 위반 후 동일한 규정 위반이 다시 일어날 경우, 벌칙은 두 배가 된다.²²²⁾ 제8-105조에서는 민사적 배상이 규정되는데, 위반사실로 인해 야기된 손해의 배상을 청구할 수 있고, 의도적이고 극심히 부주의한 행동에 의한 위반일 경우 징벌적 손해배상까지 청구할 수 있도록 한다.²²³⁾ 또한 규정을 위반하는 사람에 대하여 주 정부나 지역정부에서 법조항을 이행하도록 집행을 구하는 민사소송을 진행할 수도 있다.

2) 면책조항

모델법은 제8-107조에서 법의 이행 과정 중 발생한 죽음, 재산 손해 등에 대해 책임을 지지 않도록 면책 조항을 두었다. 이는 기본적으로 주정부나 지역공공정부에만 적용된다. 따라서 주 정부와 협업하는 민간기관의 업무나 의무불이행 등으로 야기되는 죽음이나 재산의 손실 등에 대해서는 정부에서 책임지지 않는다. 또한 공공보건기관내에서도 공공보건요원의 법위반사실에 대해 업무 책임자나 감독관의 위치에 있는 다른 공공보건요원은 책임지지 않는다.²²⁴⁾ 다만, 감독자인 공공보건요원이 이전에 그런 공공보건요원이 위반에 대해 인지하지 못하고 있었으며 법위반사실을 방지하는 책임이 있는 직원이 아니었음을 보여야 한다.

3. 독일

(1) 검역과 방역의 구분

독일에서는 검역에 해당하는 용어나 규정이 별도로 존재하지 않는 것으로 보인다.

222) MSEHPA §8-104(c).

223) MSEHPA §8-105.

224) MSEHPA §8-107.

(2) 보호조치

독일 「감염병예방법」에서는 감염병과 관련하여 환자, 의사환자, 감염의심자, 보균자로 확인되거나 사망자가 환자, 감염의심자, 보균자인 경우에는 주의 관할 보건행정청이 감염병의 확산방지에 필요한 조치를 할 수 있다(제28조 제1항 제1문). 감염병 환자 등에 대한 보호조치는 크게 1) 보호조치일반(제28조), 2) 관찰(제29조), 3) 격리(제30조), 4) 직업활동의 금지(제31조)로 행해진다. 우선 보호조치로서 주 보건행정청은 환자 등에 대하여 거주이전의 자유를 제한하여 공공장소에 출입을 제한하거나 거주지 이탈을 금지할 수 있다. 따라서 신체의 자유, 집회의 자유, 주거의 불가침성이 제한될 수 있다. 우리나라에서 말하는 자가격리는 독일에서는 「감염병 예방법」 제28조 제1항에 따른 보호조치의 한 내용인 거주지 이탈금지에 해당한다고 볼 수 있다.

(3) 관 찰

환자 등에 해당되는 경우는 주 보건관청을 해당 자를 관찰할 수 있고, 환자 등은 이에 대한 업무수탁인의 필요한 조사를 수인하고 보건행정청의 명령에 따라야 한다(제19조, 제1항, 제2항). 이는 자가격리자의 의무에 해당된다. 환자 등은 이러한 관찰당할 의무(자가격리자의 의무)에 따라 주 보건행정청이나 그 업무수탁인에 대하여 질문이나 조사목적으로 주거에 출입을 허용하여야 하며, 모든 건강상태에 관한 정보를 제공하여야 하며, 주거의 변경은 신고에 따른 허가시에만 허용된다. 따라서 환자등이 국민으로서 향유하는 기본권인 신체의 불가침성, 신체의 자유, 주거의 불가침성은 제한된다.

(4) 격 리

독일의 「감염병 예방법」 제30조에서 규정하는 격리(quaränte)는 강제격리 내지 격리조치에 해당된다. 주 보건행정청은 감염병과 관련하여 환자 등을 그 질병에 적합한 병원이나 그 밖에 적합한 시설로 적합한 방식으로 격리할 수 있다(absondern). 다만 보균자(Ausscheider)는 다른 보호조치를 준수하지 않는 경우에만 격리될 수 있다(제1항). 이는

격리명령이다. 주 보건행정청의 격리명령에 따르지 않는 경우에 주 보건행정청은 강제로 관련자를 폐쇄된 병원이나 병원 내 폐쇄시설로 격리할 수 있다(제2항). 강제격리이다. 주 보건행정청은 격리에 필요한 공간, 시설, 운송수단을 부담해야만 한다(제6항). 우선적으로는 관할 지방자치단체가 부담해야 하나, 비상시에는 주가 직접 부담할 수 있다(제7항).

격리시설의 운영자는 투입된 의료인력에 대하여 감염병에 대한 예방접종과 예방조치를 행해야 한다(제5항). 격리시설 운영자의 행동지침 등에 대하여는 로베르트 코흐 연구소의 지침 등에서 자세하게 규정하고 있다. 격리된 자의 의무는 병원 및 격리시설의 명령에 복종하여야 하며, 시설목적에 따른 조치를 준수해야 한다. 격리된 자는 서신이나 소포의 발신이나 수령도 제한된다. 다만, 법원 등의 우편만 제한되지 않는다(제3항). 격리된 자는 직업활동도 당연히 금지된다(제31조).

4. 일 본

일본 「감염증법」에서 검역(quarantine)이란 특정 국가나 시설에 출입하는 사람, 수출입되는 동물이나 식물 및 식품, 사료 등 기타 생물을 원재료로 하는 물품과 생물이 포함될 가능성이 있는 토양·암석 등을 일정기간 동안 격리된 상황에 두고 전염병의 병원체 등에 오염되어 있는지 여부를 확인하고 검사하는 것을 가리킨다. 일본에 있어서의 검역 절차는 검역법(1951년 6월 6일 법률 제201호) 등의 법령에 따른다. 검역법은 평상시에 국내에 있지 않은 감염증의 병원체가 일본국내에 침입하는 것을 방지하는 것 등을 목적으로 하여 제정되어 있다(검역법 제1조).

방역이란 본래 전염병의 예방(control)과 동의어로서, 행정기구의 측면에서 보면 1897년의 ‘전염병예방법’의 제정에 따라 내무성위생국 ‘방역과(防疫課)’가 설치된 것이 최초의 것이다. 그러나 이보다 앞서 1877년과 1879년의 콜레라 대유행을 계기로 하여 제정된 ‘전염병예방규칙(1880)’과 관련하여 방역이라는 말이 사용되었다. 전염병예방규칙은 전염병(epidemic)을 콜레라, 장티푸스, 이질, 디프테리아, 발진티푸스, 천연두의 6종류로 나누고, 특히 치명적이고 전파력이 강한 급성전염병을 ‘역병(疫病)’이라 하면서 그것을 효과적으로

예방하기 위해서 국가 및 지방자치단체가 조직적으로 활동하는 것을 ‘방역(防疫)이라 칭하였다. 방역은 평상시와 발생시로 나뉘며, 전파성 및 치명성이 낮은 전염병과 결핵, 성병과 같이 사회성이 강한 것은 별개로 취급하고 있었다. 그러나 이들 질병이 격감하면서, 방역이라는 말보다는 ‘전염병대책’이라는 말이 일반적으로 사용되었고, 보다 광의의 ‘감염증대책’이라는 포괄적인 용어가 사용되게 되었다. 이를 반영하여 방역과(防疫課, 구 후생성)도 1975년에 ‘보건정보과(保健情報課)로, 1985년에는 ‘결핵난병감염과 감염증대책실(結核難病感染症課感染症対策室)’로 명칭이 변경되었고, 현재는 후생노동성 ‘결핵감염증과(結核感染症課)’가 되어 있다. 그리고 법률적으로도 전염병예방법은 1999년에 폐지되고 감염증예방·의료법(감염증법)이 시행되고 있어서, 현재 방역이라고 하는 경우에는 급성전염병발생시의 대책에 한정시켜 사용되는 것이 보통이다. 또한 외래전염병의 침입 방지는 검역행정으로서 취급되어 국내방역과는 구별된다.

전염병발생의 조건은 ‘병원체’ ‘전파경로’ ‘숙주(宿主)의 감수성’의 3가지 요인인데, 일본에서 근대의학에 기초한 방역은 천연두(痘瘡)에 대한 우두접종(牛痘接種, 1848~1854), 1858년의 종두관(種痘館, 種痘所)에 의한 종두의 보급 등 감수성대책(예방접종) 등이 시작이었다. 그리고 1877년과 1879년의 콜레라 대유행으로 인하여 검역을 포함한 병원체대책, 경로대책(생활환경대책)이 도입된 결과, 천연두와 폴리오의 방역은 예방접종이 우선되었고, 콜레라와 이질(赤痢)은 환경대책이, 장티푸스는 이러한 대책들에 더하여 병원체대책이 중점이 되었다. 즉, 질병별로 방역내용과 중점이 다르다.

현대의 방역은 질병의 정보수집과 상시감시제도(surveillance)의 확립이 원칙으로 되어, 세계보건기구(WHO)를 중심으로 한 국제협력사업은 물론 국내에서의 유행예측사업, 감염증 surveillance 사업 등이 추진되고 있다. 세계보건기구가 중심이 되어 성공한 사례가 천연두의 근절계획이고, 일본에서의 성과로는 생(生)백신에 의한 폴리오대책 등이 있다. (출전: 小学館 日本大百科全書(ニッポニカ))

Ⅲ. 의료관련감염

1. 미 국

감염관리체계가 발달한 미국의 경우에는 1970년부터 National Nosocomial Infections Surveillance(NNIS)의 운영에 115개 병원들이 자발적으로 참여하였다.²²⁵⁾ NNIS에 참여한 병원들은 NNIS를 통해 제시된 감시방식을 통하여 병원감염에 대한 감시를 실시하고, 그 결과를 CDC HIP(Hospital Infection Program)으로 제출하게 된다. 국가 주도적으로 상당한 재원과 노력을 투입한 결과 병원감염 발생률을 5% 이내로 유지하는 효과적인 체계가 확립되었다.²²⁶⁾

CDC에서는 2008년 기존의 병원감염(Nosocomial Infection)이라는 용어를 보다 포괄적인 용어인 의료관련감염(Healthcare-associated Infection: HAI)로 대체하고, 임상적 패혈증(clinical sepsis)의 기준과 혈류감염의 기준 일부를 조정하였고, 수술부위감염(surgical site infection) 기준의 하나인 이식물(implant)의 정의를 변경하였다.²²⁷⁾ 의료관련감염의 정의에 있어서는 모든 의료관련감염은 감염성물질(infectious agent) 또는 감염성물질로 인한 독소 반응(toxin)에 의해서 야기되는 국소적 또는 전신적 상태이며, 급성질환치료병원 입원당시 감염이 있거나 잠복기에 있다는 증거가 없어야 함을 요소로 하고 있다.²²⁸⁾

2. 독 일

(1) 병원감염 관련 조치의 근거

독일에서는 병원감염에 대하여 2001년에 제정된 「감염병예방법」 제23조에 규정되어 있다. 물론 동물과 관련하여서는 「동물전염병예방법」에서 규정하고 있다. 물론 이 법에서

225) 김영권·김태운·강태숙·권필승·김선희·김수정·김양호·박창은·박훈희·성희경·송현제·양병선·엄용빈·염종화·육근돌·윤승기·이장호·장인호·정무상·조혜현·주세익·최원창·허성호·허지혜·홍성노·홍승복, 병원감염관리학, 고려의학, 2017, 20면.

226) 김영권 외, 앞의 책, 21면.

227) 대한감염관리간호사회, 감염관리학, 현문사, 2012, 187면.

228) 대한감염관리간호사회, 앞의 책, 188면.

는 법적용대상인 의료기관등을 자세히 규정하고 있고, 주로 예방조치를 중심으로 규정하고 있다. 독일에서는 병원입법의 틀에서, 특히 「감염병예방법」 제23조 제8항에 따라 각 주별로 「병원위생령(Krankenhausverordnung)」이 제정되었다. 베를린, 브레멘, 노트라인베스트팔렌, 자알란트, 작센 주에 이어 2010년에 바이에른 주가, 2011년에 바덴뷔르템베르크 주가 제정하였다. 특히 2012년까지는 모든 연방 주가 병원위생을 위하여 그리고 의료기관에서 저항력있는 병원균을 예방하기 위한 명령을 제정하여야 한다.²²⁹⁾ 예를 들면, 「튀빙겐주 의료위생령」(Thüringer medizinische Hygieneverordnung)이다. 이 의료위생령에서는 병원감염과 내성있는 병원균의 확산을 방지하고 인식하고 작성하고 극복하기 위하여 필요한 각각의 조치들을 규정하고, 의료기관의 건축, 장비, 운영에 대한 위생상의 최소요구, 위생전문인력, 위생품질관리, 위생교육 등을 규정하며, 독일의 개인정보보호감독관처럼 각 병원 등이 병원감염을 막기 위한 위생감독의사(수탁인)를 지명하여 관리하도록 하고 있다.²³⁰⁾ 의료문제에 대하여는 통상 주가 관할권을 갖는데, 연방은 주가 제정하여야 할 특정한 내용을 미리 제시하였다. 물론 이러한 16개의 연방 주가 상이한 내용의 위생령을 갖는 것이 부적절하다는 비판도 있다.²³¹⁾

위의 연방법률과 주의 위생령 외에도 보건과 관련된 다양한 보험주체, 관련 이원회, 단체, 협회 등에 의한 기술기준, 준칙, 지침, 품질보증합의 등에 의하여 공법적으로 통제되고 있다.²³²⁾ 병원감염을 예방하기 위하여는 의료기관 등에게 예방조치를 수행할 행위 의무를 부과하여야 하므로 이는 국가가 법령의 차원에서 규정하는 것이 타당하지만, 모든 자세한 행위 기준이나 세목을 법령에서 다 규율할 수는 없으므로 이는 규범의 체계 및 단계구조에 따라 법률과 법규명령 그리고 하위의 기술기준 등으로 분담되어야 할 것이다.²³³⁾ 한편 독일에서는 2012년에 시행된 「환자권법」(Patientenrechtegesetz)에 따라 위생불량에 따른 병원감염에 대하여 손해배상이 가능할 수 있다.²³⁴⁾

229) Stefan Hagel, Krankenhausinfektion, DZKF 2012, 3/4, S. 2.

230) Axel Kramer/Jörg Ansorg/Claus Batels/Volker Großkopf/Michael Schanz, RDG 2015, S. 170.

231) 길준규, “독일의 감염병법에 대한 법적 문제”, 한국법제연구원 워크숍 자료집, (2018. 11. 9.), 61면.

232) Axel Kramer/Jörg Ansorg/Claus Batels/Volker Großkopf/Michael Schanz, RDG 2015, S. 168 f.

233) 길준규, 앞의 자료, 61면.

234) M. Werhern, Nosokomiale Infektionen - Verschärfte Haftung nach Patientenrechtegesetz?, Gefäßchirurgie, 2014.

(2) 관련 조직

병원감염에 대하여는 당연히 연방차원에서 연방보건부가 연방법의 입법이나 정책결정은 관할하지만, 실제 의료기관에 대한 감독은 주의 보건부 내지 보건행정청이 관할한다. 아울러 병원감염은 기술 및 의학적인 지식에 근거하고 있으므로 이러한 감염학 내지 역학적인 내용을 지원하기 위하여 연방 보건부 산하에 로베르트 코흐연구소를 두어 지원하고 있다.²³⁵⁾

병원감염과 관련하여 독일에서는 이미 1996년에 국가병원위생보증센터(Nationale Referenzentrum für Krankenhaushygiene)와 로베르트 코흐연구소(Robert Koch-Institut)가 공동으로 ‘병원감염감시시스템’(Krankenhaus-Infektion-Serveillance-System, KISS)을 구축하였다. 이는 병원감염을 이 시스템을 통하여 통일적인 방법으로 지속적으로 감시하기 위한 것이다. 또한 이러한 자료를 기반으로 병원위생에 기여하기 위한 것이다.²³⁶⁾

연방보건부 산하의 로베르트 코흐연구소에 병원위생및감염예방위원회(Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, KORINKO)가 설치되어 있고(제23조 제1항 제1문),²³⁷⁾ 이 위원회는 연방보건부의 승인하에 업무규정(Geschäftsordnung)을 제정한다(제2문). 이 위원회는 병원감염의 예방, 병원 및 기타 의료시설 내에서의 위생에 대한 경영-조직적 및 건축-기능적 조치, 응급조치기관으로서 의료시설을 평가하기 위한 기준과 절차 등에 대한 권고(Empfehlung)를 한다(제3문, 제4문). 이를 줄여서 코린코권고(KORINKO-Empfehlung)라고 한다. 위원회의 권고는 당대의 감염역학적 평가결과를 고려하여 지속적으로 발전시켜야 하고, 그 내용은 로베르트코흐연구소에 의하여 공개된다(제5문).

S. 737.

235) 독일은 연방 행정부처 산하에 우리식의 외청을 두기도 하고, 도시계획 등처럼 전문지식이 필요한 분야에서는 연구소를 두기도 한다.

236) Stefan Hagel, Krankenhausinfektion, DZKF 2012, 3/4, S. 2.

237) 위원회의 위원은 연방보건부가 주의 최상위 보건관청과 협의하여 임명한다. 연방보건부, 주의 최상급관청, 로베르트코흐연구소의 대표자들은 심의권을 가지고 위원회의 회의에 참석한다. 감염병예방법 제23조 제1항 제6문, 제7문.

이 위원회의 권고는 각 분야의 위생인력을 확충하고, 병원감염 예방, 내성균의 확산 방지 등에 중요한 구속력있는 근거가 되고 있다.²³⁸⁾ 실제로 충분한 교육을 받은 전문인력을 고용하거나 배치하지 않고서는 법률상 규정된 병원감염을 막기 위한 예방조치를 사안에 맞게 그리고 전문지식에 맞게 수행하기 어렵기 때문이다. 특히 충분히 교육받은 인력의 투입여부는 병원감염에 따른 민형사적인 책임을 묻는 경우에 판례에 따라 의료기관의 조직적인 의무의 범주에 속한다.²³⁹⁾ 이 권고를 위반하여 치료행위에 하자가 발생한 경우에는 의료기관은 배상책임을 진다.²⁴⁰⁾

위의 입법개정 외에도 독일에서는 2013년부터 항감염, 내성균, 치료법위원회(Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie)가 로베르트 코흐연구소 내에 설치되어 있다(제23조 제2항 제1문). 이 위원회도 연방보건부의 승인하에 업무규정(Geschäftsordnung)을 작성한다(제2문). 이 위원회의 주요임무는 병원감염과 관련하여 특히 내성균의 감염과 관련한 진단법과 항균요법의 일반원칙을 포함한 권고를 하는 것이다.²⁴¹⁾ 나머지 내용은 위의 위원회와 같다

(3) 병원 등의 관련 의무

1) 감염예방조치

「감염병예방법」의 개정으로 병원운영자들에게 병원위생을 위한 표준을 유지할 의무가 부과되었다. 종래에는 로베르트 코흐 연구소 내의 병원위생과 감염예방을 위한 위원회에서 병원위생준칙을 권고하였으나, 이는 법적 구속력이 없었다. 그러나 새로운 「감염병예방법」에서는 병원, 응급의료기관, 요양 및 재활기관 등의 의료기관장에게 병원감염을 예방하고 병원균, 특히 내성을 가진 병원균의 확산을 방지하기 위하여 현재의 의학수준에 상응하는 조치를 시행하여야 한다(제23조 제3항). 이를 예방조치라고 한다. 감염예방을

238) Axel Kramer/Jörg Ansorg/Claus Batels/Volker Großkopf/Michael Schanz, RDG 2015, S. 169.

239) *Id.*

240) *Id.*, S. 171.

241) Stefan Hagel, Krankenhausinfektion, DZKF 2012, 3/4, S. 3.

위한 조치는 의학의 현재수준에 상응하여야 하고, 로베르트 코흐 연구소에 설치된 병원위생및감염예방위원회와 항감염·내성균·치료법위원회의 권고에 근거하여야 한다(제2문).²⁴²⁾ 2010년에는 폐렴감염에 대한 권고를 제정하였다.

의료기관 등의 장은 병원감염, 특수한 내성을 지닌 병원균의 발생을 지속적으로 별도로 기록하고, 평가하고 필요한 예방조치와 관련한 결과추적을 행해야 하고, 필요한 예방조치를 의료인력에게 통지하고, 시행되도록 하여야 한다(제4항 제2문). 이를 의료기관장의 기록의무(Aufzeichnungspflicht)라고 한다.²⁴³⁾

2) 의료기관의 통보의무와 조사

「감염병예방법」상 규정된 식중독 등 18개 질병의 발병, 발병의 우려, 사망과 치료가 필요한 결핵의 발병과 그에 따른 사망이 발생한 경우에는 세균학적인 증거가 없어도 주 보건행정청에 신고해야 한다(제6조 제1항).

한편 「감염병예방법」상 아데노바이러스 등 51개의 병원균의 실제 감염이 발생한 경우에는 그 성명과 함께 주 보건행정청에 통보해야 한다(제7조 제1항). 의료기관의 감염병 관련 통보의무에 따른 통보에 따라 주 보건행정청은 「감염병예방법」 제25조 제1하에 따른 자체 조사를 시행하여야 한다. 또한 주 보건행정청은 해당 사실을 모든 의료기관 등에 전파하여야 한다(제11조 제1항).

3) 항생제 사용기록 유지 - 항생제 사용 감시

독일에서는 항생제의 사용에 대한 감시가 엄격하게 이루어지고 있다. 따라서 항생제사용에 대한 감시(Surveillance)의 방법에 대하여 로베르크 코흐 연구소가 확정하고 있다.²⁴⁴⁾ 「감염병예방법」에 따르면, 의료기관의 장은 항생제사용의 종류와 범위에 대한 데이터를 지속적으로 요약된 서식으로 표시하고, 지역적인 내성의 상황을 고려하여 평가하고, 사안

242) Stefan Hagel, Krankenhausinfektion, DZKF 2012, 3/4, S. 3.

243) Häberle, IfSG § 23, in: Erbs/Kohlhaas, Strafrechtliche Nebengesetze, 220. EL Juli 2018.

244) Christine Geffers, Nosokomiale Infektionen: Die Fakten, S. 3.

에 맞는 항생제 투입과 관련한 결과추적을 행해야 하고, 항생제투입에 따른 필요한 적응성을 의료인력에게 통지해야 하고, 시행되도록 해야 한다(제3문). 관련 기록은 작성 후 10년간 보존되어야만 하며, 관할 보건행정청은 작성, 평가, 결과추적에 대한 열람요구에 응해야 한다.

4) 병원감염 등의 기록목록 공표

로베르트 코흐연구소는 병원감염과 특별한 내성을 지닌 병원균을 확정한다. 「감염병예방법」에 따르면, 로베르트 코흐연구소는 의료기관 등의 장에 의하여 작성된 병원감염, 특수한 내성이나 다제내성을 지닌 병원체, 항생제사용의 종류의 방법을 각기의 역학적 지식에 따라 확정하여야만 한다. 그 확정은 연방보건공보(Bundesgesundheitsblatt)에 하나의 목록으로 공개되어야만 한다. 목록은 최신상황을 유지해야 한다(감염병예방법 제23조 제4a항).

5) 병원감염방지를 위한 감염위생절차 확정

의료기관의 장은 위생계획(Hygieneplan)을 수립하는데, 그 안에 시설 내 감염위생을 위한 절차방식이 확정되도록 하여야 한다(제5항 제1문). 주정부는 의료기관의 장들에게 위생계획에서 시설 내 감염위생에 관한 절차방식을 확정되도록 법규명령을 제정할 수 있다. 주정부는 이 권한을 법규명령에 의하여 다른 기관에게 위임할 수 있다(감염병예방법 제23조 제5항 제2문).

6) 주 보건청에 의한 위생감시

주 보건관청은 병원 등 의료기관에 대하여 감독권한을 가지고 감염위생감시(infektionshygienische Überwachung)를 한다(감염병예방법 제23조 제6항). 감염위생감시를 위임받은 사람은 임무를 수행하는 데 필요한 경우에는 감시 대상 기관의 운영시간 중에 업무용 토지, 업무용 공간, 운영에 필요한 시설, 운송수단 등에 출입, 검열, 서적 및 자료의 열람, 복사, 촬영하거나 그 내용을 발췌할 수 있으며, 그 밖의 대상을 조사하고 그 표본을 요청하거나 채취할 수 있다(제7항). 해당 기관의 관리자는 감염위생감시를 위임받은 사람의 출입을 허용

해야 하며 요청이 있는 경우에는 필요한 정보를 제공하고 관련서류를 제출해야 한다. 다만 답변을 하는 것이 자신이나 「민사소송법」 제383조 제1항 제1호 내지 제3호에서 열거한 가족에 대한 형사소추나 질서위반법상의 절차가 개시될 위험을 초래할 수 있는 경우에는 정보제공 또는 관련서류의 제출을 거부할 수 있다(감염병예방법 제23조 제7항).

주 정부는 의료기관이 병원감염 및 내성균의 예방, 인지, 조사 및 퇴치를 위해 필요한 각각의 조치를 법규명령으로 규정해야만 한다. 이러한 규정의 권한을 주정부는 법규명령으로 다른 기관에 위임할 수 있다(감염병예방법 제23조 제8항).

7) 위반에 대한 처벌

「감염병 예방법」에 따라서 감염기록을 확보하지 않거나 예방조치가 미흡한 경우에는 2만5천유로의 과태료를 부과하도록 하였다(제73조 제2항). 또한 새 감염병예방법 개정으로 병원관리자에게 병원위생으로 환자에게 손해가 발생한 경우에는 형사책임을 묻도록 되어 있다.²⁴⁵⁾

2. 프랑스

(1) 병원감염 관련 조치의 근거

「공공보건법전」 제R.6144-2조 및 제R.6164-3조는 의료위원회(Commission médicale d'établissement: CME)가 의료의 질과 안전성의 지속적 향상에 관한 정책의 수립에 기여하도록 규정하고 있는바, 특히 의료관련감염(Infections associées aux soins: IAS)과 의원성(iatrogénie) 질병을 예방 및 처리하는 것, 병원내의 다양한 활동에 기인한 원치 않는 사고(les événements indésirables liés aux activités de l'établissement) 등에 관한 예방 대책을 수립하도록 하고 있다.²⁴⁶⁾

245) Stefan Hagel, Krankenhausinfektion, DZKF 2012, 3/4, S. 3.

246) 1996년 National Point Prevalence Survey에 따른 hospital-wide surveillance 결과 프랑스의 병원감염률은 6.7%였다. 김영권 외, 앞의 책, 22면.

(2) 병원 내부적 대응 체계

「공공보건법전」 제L.6111-2조에 따르면, “의료기관(Les établissements de santé)은 의료의 질 및 안전성에 관한 지속적 향상 정책 및 ‘예기치 못한 사고(événements indésirable)’의 예방 및 대응을 위한 리스크 관리에 관한 정책을 수립하고 실행한다. 이와 같은 범위 내에서 의료기관은 ‘예기치 못한 사고(événements indésirable)’, ‘의료관련감염(les infections associées aux soins: IAS)’ 및 의원성 질병에 대응하여야 하며, 약제, 의료기구멸균 정책을 수립하여야 하고, 의료기구 멸균의 질을 확보하기 위한 제도적 장치를 도입한다”고 규정하고 있다.

제R.6111-1조에서는 동 법전 제L.6111-2조상의 규정을 보다 자세하게 정하고 있는데, 동 규정은 “의료 관련 예기치 못한 사고(événement indésirable associé aux soins)는 예방, 의료검사, 치료 행위 시에 병원에 입원한 환자에게 손해를 입힌 사고를 의미한다”고 하면서, “의료 관련 리스크의 관리는 의료관련 예기치 못한 사고를 예방하고, 이와 같은 사고가 발생했을 시에는 원인을 규명하고 분석하며, 환자에게 발생한 손해의 효과를 경감하거나 제거하며, 이러한 사고의 재발을 방지하기 위한 조치의 수립을 목적으로 한다”고 규정하고 있다.²⁴⁷⁾

제R.6111-2조는 의료기관의 법적 대표자에게 의료위원회 또는 의료협의회(Conférence médicale d'établissement: CfME)의 장과 협의를 거쳐 ‘의료 관련 예기치 못한 사고(événement indésirable associé aux soins)’에 대응하기 위한 조직의 구성을 의무화 하고 있다.²⁴⁸⁾ 이렇게 구성된 조직(Organisation de la lutte contre les événements indésirables)은 첫째, 병원내 안전한 문화를 향상시키기 위한 병원 내 인력에 대한 교육 및 환자와의 상호소통 개선, 둘째, 의료관련위험의 관리방법에 관한 전문가의 배치, 셋째, 의료위원회 혹은 의료협의회의 감염예방에 관한 계획 및 대응방안 수립 시 필요한 수단의 지원, 넷째,

247) 김지영, “병원내 감염 대응을 위한 공법적 고찰 - 프랑스 사례를 중심으로 -”, 법과 정책연구 제18집 제3호, 한국법정책학회, (2018. 9), 46면.

248) 김지영, 앞의 논문, 46면.

의료위원회 혹은 의료협회의 의료관련감염 예방 등에 관한 보고서 작성 시 필요한 수단들의 지원, 다섯째, ‘의료 관련 예기치 못한 사고(événement indésirable associé aux soins)’에 대응하기 위한 인력의 긴밀성 확보 등의 기능을 수행한다.²⁴⁹⁾ 『공공보건법전』 제R.6111-2조에 의해 구성되는 조직은 법률이 그 명칭을 명시하고 있지는 않지만, 실무적으로 기존에 각급 병원에 설치되어 있던 병원감염 대응위원회(Comités de Lutte contre l’Infection Nosocomiale: CLIN)가 이를 담당하고 있다.²⁵⁰⁾

『병원 개혁 및 환자, 건강, 지역에 관한 2009년 7월 21일 법률(HPST)』²⁵¹⁾에 의한 의료위원회와 의료협회의 도입으로 인해, 기존의 병원감염 대응위원회에서 수행하던 병원감염 관련 업무의 권한은 의료위원회와 의료협회의 분과위원회에서 당해 업무를 관장하게 된다. 『병원 개혁 및 환자, 건강, 지역에 관한 법률』은 더 이상 병원 감염 대응위원회의 구성을 의무화 하지 않았지만 현재 프랑스의 다수 의료기관에서는 의료위원회와 의료협회의 하부 위원회로 병원감염 대응위원회를 병원 내에 존치하고, 이 경우에 병원감염에 관하여 법률이 의료위원회와 의료협회에 부여한 임무와 권한을 병원감염 대응위원회가 담당하게 된다.²⁵²⁾

『공공보건법전』 제R.6111-3조는 의료위원회 혹은 의료협회가 동 법전 제L.6144-1조 및 제L.6161-2-2조에 근거하여 의료의 질적 향상 및 안전성 확보와 환자의 접대 및 관리에 관한 정책을 수립한 경우에는 의료기관의 법적 대표자가 이에 상응하는 구체적인 조치를 취하도록 규정하고 있다. 제R.6111-4조에 따르면, 의료기관의 법적 대표자는 의료위원회 혹은 의료협회의 장과 협의를 거쳐 동 법전 제R.6111-2조에 규정한 목적을 달성하기 위하여, ‘의료 관련 리스크 관리 총괄책임자(coordonnateur de la gestion des risques associés

249) 김지영, “병원내 감염 예방을 위한 법적 고찰 - 프랑스를 중심으로 -”, 한국법제연구원 워크숍 자료집, (2018. 8. 17.), 73-74면.

250) Haut Conseil de la santé publique, Évaluation du Programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013, 2014., p. 14.

251) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l’hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

252) Haut Conseil de la santé publique, op. cit., p. 14.

aux soins)’를 임명해야 한다. 이 경우에 총괄책임자(coordonnateur)는 임무 달성을 위해 일정한 조직을 활용할 수 있다. 총괄책임자의 주요 임무는 의료관련감염 등에 있어서 병원 전체적으로 당해 업무를 감시하게 된다.

이를 종합하면, 「병원 개혁 및 환자, 건강, 지역에 관한 법률」 이전의 병원감염에 관한 대응 체계는 병원감염 대응위원회와 “병원위생전담팀(équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière: EOHH)”의 구조로 되어 있었다면, 동 법률 제정 이후에는 병원감염의 범위 확장 및 각각 조직의 법적 책임관계가 보다 명확하게 규정되었다.²⁵³⁾ 우선, ‘병원감염’에서 ‘의료관련감염’으로 범위를 확장하였고, 의료관련감염의 법적 책임도 명확해졌다. 의료위원회 혹은 의료협의회에서 의료관련감염을 예방하기 위한 계획과 평가지표를 제안하면, 의료기관의 법적 책임자는 이에 상응하는 조치를 취해야 하며, 의료기관의 장이 임명한 의료 관련 리스크 관리 총괄책임자는 병원 내에서의 리스크를 총괄하게 된다.²⁵⁴⁾

1) 의료위원회와 의료협의회

프랑스에서도 병원은 공공병원과 민간병원으로 구분할 수 있다. 이에 따라 관련 법제도도 이를 구분하고 있다. 「병원 개혁 및 환자, 건강, 지역에 관한 법률」은 병원내의 조직을 간소화함으로써, 병원의 자율성을 제고하고 이에 책임을 부여하는 방식으로 전환하였는데, 이 법에 의해 병원 내의 의사정책에 있어서 중요한 기능을 담당하게 된 것이, 공공병원에서는 의료위원회가 되고, 민간병원에서는 의료협의회가 된다.

「공중보건법전」 제L.6144-2조는 의료위원회의 구성은 의사, 치과 의사, 산과 의사 및 약사들의 대표자로 구성된다고 규정하고, 이들 중에서 위원장을 선출하도록 하고 있다. 민간병원의 경우에는 「공중보건법전」 제L.6161-2조 이하에서 의료협의회 구성에 관한 규정을 두고 있다. 의료협의회의 권한은 동 법전 제L.6161-2-2조에서 규정하고 있다.

253) 김지영, 앞의 자료, 75면.

254) 김지영, 앞의 자료, 75면.

「공중보건법전」의 행정입법편(Partie réglementaire)에서는 입법편에서 규정한 내용을 보다 구체적으로 규정하고 있다. 의료위원회에 대해서는 「공중보건법전」 제R.6144-1조 이하에서 규정하고 있고, 의료협의회에 대해서는 동 법전 제R.6164-1조 이하에 규정을 두고 있다. 의료위원회의 경우 그 구성에 있어서도 「공중보건법전」이 규정을 하고 있지만 민간병원의 의료협회의 구성은 자율에 맡겨져 있다. 공공병원의 의료위원회에는 민간병원의 의료협회의에 보다 더 많은 권한이 부여되어 있지만, 의료 관련 병원 내 중요한 의사결정에 있어서는 대체로 그 기능이 유사하다.

「공중보건법전」 제R.6144-2조는 의료의 질과 안정성을 향상시키기 위한 정책의 수립이 의료위원회에게 부여되어 있고, 특히 의료관련감염의 예방 및 관리 체계의 수립을 의료위원회의 권한으로 규정하고 있다. 민간병원의 의료협의회에 대해서는 동 법전 제 R.6164-3조에서 의료관련감염 등에 대해서 의료협회가 이에 대한 병원내 대응방안을 수립하도록 규정하고 있다. 즉, 의료위원회와 의료협회는 의료의 질과 안전성에 관한 대응방안을 강구하고, 이를 정량화하기 위한 평가지표들을 정하게 된다.

2) 위생전담팀

동 법전 제R.6111-7조는 “동법전 제L.6144-1조 및 제L.6161-2-2조에 의해 수립한 행동 계획에는 병원감염에 대응하기 위한 조치들을 포함되어야 한다.”고 규정하고, 동조 제2문은 “병원감염 대응을 위하여 각각의 병원에 병원장이 공공의료기관에서는 의료위원회의 대표자, 민간병원에서는 의료협회 대표자와 협의를 거쳐 의사 혹은 약사 및 간호사로 구성되는 위생전담팀(équipe opérationnelle d'hygiène: EOH)을 임명 한다”고 규정하고 있다. 위생전담팀은 병원감염에 대응하기 위한 교육을 받아야 한다. 위생전담팀은 의료위원회 혹은 의료협회의의 의료관련감염을 예방하기 위한 계획과 평가지표 개발을 보좌해야 하며, 병원 이용자의 민원이나 고충에 관한 자료나 정보에 접근할 수 있다.

실무적으로는 의료위원회와 의료협회 내에 구성된 병원감염 대응위원회의 감독 하에 위생전담팀은 병원감염, 항생제에 내성이 있는 미생물 등에 대한 역학적 감시, 병원감

염 발생 시 감독기관에 신고, 평가지표의 실행, 항생제의 올바른 사용 감독, 병원 내 환경의 통제, 실무적 가이드 라인의 수립, 혈류감염예방, 병원 내 사용자들에게 정보전달, 교육의 임무를 담당하고 있다. 또한 위생전담팀은 병원감염 대응위원회가 수립한 병원감염병 예방 정책을 병원 전체적 차원에서 실행한다면, 병원 내에 의료과별, 물리치료, 진단 및 병리학 부서 등 다양한 부서별로 1차적인 감염 예방을 실행하는 ‘병원위생담당자 (Correspondants en hygiène hospitalière)’와 협력파트너의 기능을 수행한다.

3) 병원위생담당자

「의료기관 내에서 병원감염 대응을 위한 조직에 관한 2000년 12월 29일 훈령」²⁵⁵⁾에 의해 도입된 병원위생담당자는 실제 병원 내의 진료담당부서별 병원감염 대응 체계를 전달하는 기능을 수행한다. 병원의 각각 섹터, 예를 들면, 진료, 수술, 설비, 산모 및 여아, 노인 병 등의 영역에 의료담당자(correspondant médical) 및 의료 외 치료담당자(correspondant paramédical)를 각각 1인씩 지명하여, 병원감염의 예방 및 감시 기능을 수행하게 되었다. 주로 병원감염의 예방, 새로운 지침, 조치 등의 정보 전달, 위생전담팀에 대하여 새로운 병원감염병 절차의 적용상 어려운 점의 전달 등의 역할을 수행한다. 각각의 영역별 의료담당자 및 의료 외 치료담당자의 인적사항, 임무 기간, 활동 범위 등은 의료위원회와 의료협의회에 보고된다.

(3) 병원 외부적 대응 체계

상술한 바와 같이, “병원감염 대응 협력센터(Centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales: CCLIN)”은 권역별로 병원감염을 예방하기 위한 정책의 수립, 협력, 지원 기능을 담당하게 되고, 5곳의 권역별 병원감염 대응 협력센터는 지역별로 보다 근접한 임무를 수행하기 위하여 26 곳의 지역별 병원감염대응센터(Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales: ARLIN)를 갖추고 있었다. 이와 같은 권역별-지역

255) Circulaire DGS/DHOS/E2 - N° 645 du 29 décembre 2000, relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.

별 병원감염 및 의료관련감염의 감시체계는 2017년 다시 재조직화 되었다. 5곳의 병원감염 대응 협력센터와 26곳의 지역별 병원감염대응센터는 “의료관련감염 예방에 관한 2017년 2월 3일 데크레²⁵⁶⁾”에 의해서 17 곳의 의료관련감염예방지원센터(Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins: CPias)로 재편되었다. 의료관련감염예방지원센터는 보건부의 감독 하에 대학병원에 설치되어 병원감염과 의료관련감염의 예방 및 다내성 박테리아를 관리 등에 관한 국가적 정책을 실행하게 된다. 동 조직은 의료기관, 재활기관 및 개인병원 등에 있어서 조사 및 지원 업무를 담당한다.²⁵⁷⁾

보건부 산하 의료제공총국(Direction générale de l'offre de soins: DGOS) 내에 의료안전과는 병원감염의 국가행정기관이 된다. 의료안전과는 의료관련감염예방프로그램평가위원회(Commission de suivi des programmes de prévention des infections associées aux soins: COSPIN)의 지원을 받아 의료관련감염에 대한 국가 계획의 실행 및 조사를 담당하고, 의료관련감염예방지원센터(Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins: CPias)를 감독한다.

2001년부터 병원감염 등에 관한 정보를 수집하기 위한 국가 단위에서의 정보망이 도입되었는데 이것이 “병원감염 조사 및 감시 국가경보망(Réseau national d'Alerte d'Investigation et de Surveillance des IN: RAISIN)”이다. RAISIN은 “위생감시원(Institut de veille sanitaire: InVS)”과 5곳의 권역별 병원감염 대응 협력센터의 협력 하에 이루어진다.

다음으로 2010년에 최초로 창설된 레지옹 보건청(Agences régionales de santé: ARS)²⁵⁸⁾은 지역별로 다양한 병원감염 등에 대한 통제 기능을 수행한다. 감염병 발생 시에 일차적인 신고접수를 받게 되는 동 보건청은 전염병 혹은 예기치 못한 심각한 사건의 발생 시에 통제 기능을 수행하게 된다. 동 조직은 또한 레지옹별 보건, 의료복지, 의사들에 대한 개입 권한을 가지고 있다. 『공공보건법전』 제L.1431-1조 및 제L.1431-2조는 보건

256) Décret no 2017-129 du 3 février 2017 relatif à la prévention des infections associées aux soins.

257) <<http://www.cpias.fr/quisommesnous.html>> (2018. 8. 2. 방문).

258) Décret n°2010-225 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé.

청의 레지옹 내에서의 광범위한 권한을 인정하고 있다. 레지옹 단위에서 보건청은 국가의료정책의 실행 및 감시 권한을 행사하게 된다.

위생감시원(Institut de veille sanitaire: InVS)은 병원감염 감시 기능도 수행한다. 병원감염 발생 시에 레지옹 보건청(Agences régionales de santé: ARS)을 통해 감염병 발생 사실을 접수하게 되고, 동 기관은 전염병, 사망사고와 같이 광범위하거나 심각한 병원감염 사건의 조사를 위해 병원감염 대응 협력센터와 지역별 병원감염대응센터를 지원할 수 있다. 레지옹 보건청과 별도로 위생감시원(InVS)은 17개의 전염병 감시 조직(Cellule interrégionale d'épidémiologie: CIRE)을 운영하고 있다.

3. 일본

일본의 감염대책과 관련된 가이드라인으로는 ‘의료시설에서의 원내감염의 방지에 대해서(医療施設における院内感染の防止について)’²⁵⁹⁾ ‘의료법시행규칙의 일부를 개정하는 성령의 시행에 대해서(医療法施行規則の一部を改正する省令の施行について)’²⁶⁰⁾ 등이 존재한다. 전자의 내용은 원내감염대책위원회의 설치와 조직화 및 매뉴얼 정비, 표준 예방책과 감염경로별 예방책의 실시, 속건성수지소독약(速乾性手指消毒薬) 또는 외용소독약(外用消毒薬)을 이용한 손의 소독 등을 들고 있다. 한편, 만연하고 있는 소독약의 분무(噴霧)·살포(散布)·훈증(薰蒸)·자외선투사(紫外線照射)를 부정하며, 점착매트 및 약품침투(藥液浸漬)매트의 사용에 대해서도 원칙적으로 부정하고 있다. 이 통지에 따라 ‘의료시설에서의 원내감염의 방지에 대해서(1991년 6월 26일자 指第46号厚生省健康政策局指導課長通知)’는 폐지되었다.

259) 2005. 2. 1. 후생노동성의정국 지도과장 통지(厚生労働省医政局指導課長通知). 2003년도 후생노동과학연구비 보조금(후생노동과학 특별연구사업)에 의한 ‘국가, 지방자치단체를 포함한 원내감염대책 전체의 제도설계에 관한 긴급특별연구(주임연구자: 小林寛伊·NTT東日本関東病院名誉院長)’의 분담연구보고서인 ‘의료시설에서의 원내감염(병원감염)의 방지에 대해서(분담연구자: 大久保憲·NTT西日本東海病院外科部長)’를 참고로 한 원내감염방지에 관한 유의사항으로서 ‘의료시설에서의 원내감염의 방지에 대해서(2005년 2월 1일자 医政指発第0201004号厚生労働省医政局指導課長通知)’가 통지되었다.

260) 2005. 2. 1. 후생노동성의정국통지(厚生労働省医政局通知)

전술한 분담연구보고에서 수술시의 손 세척에 사용하는 물에 대해서 수돗물과 멸균수(滅菌水) 사이에 손 세척의 효과에 특별한 차이가 없다는 견해가 있었기 때문에, 의료법 시행규칙 제20조 제3호의 손 세척설비의 규정을 개정하는 성령(省令)이 2005년 2월 1일에 공포·시행되고 ‘멸균 손 세척(滅菌手洗い)’이 ‘청결한 손 세척(清潔な手洗い)’으로 바뀌었다. 이 개정 성령의 시행에 따라 ‘의료법시행규칙의 일부를 개정하는 성령의 시행에 대해서(2005년 2월 1일자 医政発第0201004号厚生労働省医政局通知)’가 통지되고 손 세척설비의 필요사항이 제시되었다.

일본도 미국과 같은 자격 및 교육을 실시하고 있는데, 일본감염관리학회와 일본환경감염학회가 주관하는 연수교육을 비롯하여, ICD제도협의회·일본간호협회가 주관하는 감염관리인정간호사, 감염제어 전문인정약사, 임상미생물검사기사제도 협의회가 주관하는 인정임상미생물검사기사(Infection Control Microbiological Technologist: ICMT) 등 효율적인 병원감염관리를 위한 전문자격제도가 운영되고 있다.²⁶¹⁾ 이 중 인정임상미생물검사기사는 시설 내 오염상황 파악 및 감염제어, 의료환경오염의 관리, 감염제어활동 향상을 위한 학술활동 등의 업무를 수행하게 된다.

Ⅲ. 손실보상과 국가배상의 문제

1. 독일

(1) 손실보상

독일 「감염병예방법」 제56조는 감염자, 감염의심자, 질병의심자, 그밖에 보균자의 직업활동의 금지나 소득감소가 발생한 경우, 감염자와 감염의심자가격리조치를 당한 경우에 금전보상을 청구할 수 있다(제1항). 이는 법 제31조에 따라 주 관할 보건행정청이 감염자 등의 직업활동을 금지할 수 있도록 규정하고 있으므로 국가에 대한 손실보상이다.²⁶²⁾

261) 김영권 외, 앞의 책, 22-23면.

262) 길준규, 앞의 자료, 71면.

손실보상액은 감염자 등의 소득감소가 기준이 되며, 첫 6주는 소득감소의 최고액에 따르고, 제7주부터는 소득감소가 법정보험의무의 기준이 되는 연간노동임금의 한계를 넘지 않는 한도에서 사회법전 제5편 제47조 제1항에 따른 질병보조금에 따른다(제2항). 생계곤란자(Existenzgefährdung)인 경우에는 보상권리자가 소득감소기간에 발생한 지출초과를 신청에 의하여 적절한 범위에서 관할 행정청이 보상한다(제3항). 노동자의 경우에는 고용주가 최장 6주간 관할 행정청을 위하여 지급한다(제4항). 보상권자가 노동무능력자인 경우에는 노동무능력에 들어간 시점에 지급받았던 금액이 기준이 된다(제7항).

한편 「감염병예방법」에 따라 명령되거나 또는 다른 법령에서 규정되거나 주 관할 보건행정청이 공개적으로 권고한 예방접종이나 다른 특별한 예방조치에 의하여 건강피해가 발생한 경우에도 손실보상을 받을 수 있다(제60조).

(2) 손해배상

독일에서는 일반 민법에 따라 의료인은 환자를 원칙에 맞게 치료하도록 의무지워져 있다(제630a조). 특히 민법전 제630a조 제2항에 따르면, 치료의 시점에 존재하는 일반적으로 승인된 전문적인 표준에 따르도록 규정하고 있다. 따라서 의료인은 위생적인 사전예방을 준수하여야 한다. 따라서 치료에 하자가 발생하면, 의료인은 계약상 책임뿐만 아니라 불법행위법상의 책임도 부담하는 것이다.²⁶³⁾ 나아가 의료인뿐만 아니라 의료보조인력도 마찬가지로 위생표준을 준수해야 한다. 이러한 점에서 위생확보의무는 조직의무로서 의료기관의 장에게 「감염병예방법」 제23조 제4항 제1문에 명문으로 부과되어 있다. 이외에도 감염병에 대한 기록의무 등의 다양한 예방조치의무가 부과되어 있다.²⁶⁴⁾

한편 2012년 「환자법」의 제정에 따라 의료기관의 위생하자에 따른 병원감염의 발병에 대한 인과관계에 대한 입증문제의 전환이 도입되었다. 따라서 병원내에서 환자가 감염이

263) 길준규, 앞의 자료, 72면.

264) Bernd-Rüdiger Kern/Marcel Reuter, Haftung für Hygienemängel - unter besonderer Berücksichtigung der aktuellen Rechtsprechung und des Patientenrechtsgesetzes, MedR 2014, S. 785.

된 경우에는 의료기관이 감염에 의한 것이 아니라는 것을 거꾸로 입증하도록 손해배상소송이 바뀐 것이다.²⁶⁵⁾

2. 일본

일본의 「예방접종법」에서는 국가가 공중위생을 유지·증진시키는 관점에서 정책적으로 국민에 대한 예방접종을 시행하는 것을 인정함과 아울러 예방접종의 개념을 명확히 하고 있다.²⁶⁶⁾ 그러나 예방접종의 목적이 아무리 국민전체의 공중위생의 유지와 증진에 있다고 하더라도 불가피하게 발생하는 피해에 대해서 국가에 의한 구제대책이 있어야 한다는 의견이 있어 왔고, 「예방접종법」의 개정으로 국가의 과실여부를 불문하는 ‘예방접종 건강피해보상제도’가 마련되었다.²⁶⁷⁾ 예방접종의 실시주체는 국가 또는 지방자치단체이고(제3조) 객체는 국민이기 때문에, 예방접종의 실시방법에 대해서 규정하는 이 법은 국가와 국민의 관계에 대해서 규율하는 공법규범에 속하는 법규라고 할 수 있다. 예방접종이 공권력행사의 일환으로 실시되는 것이라고 본다면, 피접종자인 국민의 신체에 좋지 않은 결과가 발생한 경우에는 국가나 지방자치단체의 법률상의 책임 유무가 문제가 될 수 있다.²⁶⁸⁾

현행 「헌법(日本国憲法)」 제17조(누구든지 공무원의 불법행위에 의해 손해를 받은 때는 법률이 정하는 바에 따라 국가 또는 공공단체에게 그 배상을 요구할 수 있다)는 국가와 지방자치단체의 책임을 명문화하고 국가배상법을 제정하였는데, 「국가배상법」의 법적

265) M. Werhem, Nosokomiale Infektionen - Verschärfte Haftung nach Patientenrechtegesetz?, Gefäßchirurgie, 2014, S. 737.

266) 동법에서는 그 목적을 “이 법률은 전염의 염려가 있는 질병의 발생 및 만연을 예방하기 위하여 예방접종을 실시하고, 공중위생의 향상 및 증진에 기여함과 동시에 예방접종에 의한 건강피해의 신속한 구제를 도모하는 것을 목적으로 한다”고 규정하고(제1조), “이 법률에서 예방접종이란 질병에 대해서 면역의 효과를 거두도록 하기 위해 질병의 예방에 유효하다는 사실이 확인되어 있는 백신을 인체에 주사하거나 또는 접종하는 것을 말한다”고 규정하고 있다(제2조).

267) 1976년, 1994년의 2차례 개정으로 보상액의 상한이 인상되었지만, 보상금액이 충분하지 않다는 비판이 있다. 강영기, 앞의 자료, 112면.

268) “일찍이 종전헌법(大日本帝国憲法)의 통치 하에서는 국가행위에 의한 피해에 대해서는 국가에 책임이 없다는 인식(国家無答責の原則)이 타당하다고 보면서 국가의 책임을 부정하는 견해가 있었지만, 개인의 존엄과 기본적 인권의 존중을 규정한 현행헌법(日本国憲法) 하에서는 국가도 사인과 마찬가지로 국민에게 발생한 피해를 전보할 법률상의 의무가 있다고 할 수 있다.” 강영기, 앞의 자료, 112면.

성격은 「민법」의 불법행위책임(제709조 이하)의 특칙으로 이해되고 있고, 그 태양과 성립요건 등에 대해서는 민법의 일반원칙을 준용하고 있다. 즉, 과실책임의 원칙에 따라 국가의 배상책임을 분명히 한 제도라고 할 수 있다. 따라서 그 성립요건으로서 공권력의 행사로 말미암은 위법한 가해행위의 존재, 손해의 발생, 가해행위와 손해 사이의 인과관계의 존재, 고의 또는 과실의 존재가 필요하다.²⁶⁹⁾ 더구나 예방접종을 실시하는 때에는 이를 실제의 임상(臨床)으로서 실시하는 피용자인 담당의사와 그 실시주체로서 사용자인 국가와 지방자치단체가 있는데, 국가 등의 사용자책임을 구성하려면 담당의사의 접종행위에 일반적 불법행위의 성립요건(「민법」 제709조 이하)이 필요하기 때문에, 의료수준과의 적합성, 즉 담당의사가 당해 환자에 대해서 접종행위를 하는 때에 적절한 금기식별의무(禁忌識別義務)를 다하였는지 여부를 피접종자인 국민 측에서 주장하고 입증하여야 하는바, 그 입증이 용이하지 않다. 그리고 사용자책임이 아닌 국가 등의 불법행위책임을 직접 묻고자 하면, 예방접종제도 자체에 대한 하자, 즉 제도의 마련과 운영에 대한 주의의무위반을 이유로 해야 하는데 이 또한 의료수준에 대한 입증의 어려움이 있다. 국가의 정책에 따른 예방접종사고나 의약품사고에도 이러한 내용을 유추적용 할 수 있겠지만, 본래 재산권의 손실보상에 관한 수권규정에 불과한 헌법조항을 국민의 생명과 신체에 관한 손실보상의 문제에 유추적용 하는 것에 관한 본질적인 문제가 있어서 여전히 담보상태에 있다.

한편, 피해자인 피접종자가 제소하는 이유로서는 낮은 보상금액에 대한 불복이 대부분이고, 청구의 태양으로서도 이를 반영하여 본인이 충분하다고 생각하는 금액과 보상액의

269) “과실책임주의가 아니라 가해자의 고의·과실의 존재를 요건으로 하지 않는 손해전보제도, 즉 국가행위의 적법·위법을 불문하고 손해전보제도의 범주의 문제로 파악하려는 견해가 있는데, 손실보상에 대해서는 불법행위책임(국가배상법)과 같은 일반적 규제규범이 존재하지 않기 때문에, 국가 등은 각 예방접종사고에 따른 증상사례에 따라 개별 법률을 제정·시행하여 규제하여야 하므로, 피해를 받은 피접종자에 대해 개별적이고 구체적인 규제를 하는 데는 엄청난 시간이 소요될 것이다. 그래서 규제규범이 없는 경우에도 기존 법령의 해석을 통해 실질적인 손실보상을 청구할 수 있는지가 문제되는데, 기존 법령으로서는 국가배상기본법과 같은 사후적 규제에 관한 일반법이 제정되어 있지 않기 때문에, 최고법규인 「헌법」에 근거할 수밖에 없다. 헌법의 해석에서 국민의 생명과 신체에 관한 공공을 위한 특별손실의 규제방법에 대해서, 예방접종관련사고는 아니고 재산권제한법령에 보상규정이 없는 경우에 당해 법령이 개인의 재산권을 침해하는 법령이라고 보아 즉시 위헌무효가 되는지, 혹은 헌법 각 조문의 해석을 통해 직접 보상청구를 할 수 있다고 해석하여 합헌으로 볼 것인지의 문제로 파악한 내용으로서 헌법상의 재산권의 손실보상에 관한 조항에 구체적인 권리성을 인정하면서 직접청구가 가능하다고 판시한 판결도 있었다고 한다.” 강영기, 앞의 자료, 113-114면.

차액청구소송이 대부분이며, 주위적 청구로서 담당의사의 과실의 입증은 전제로 한 국가의 사용자책임을 묻고(『국가배상법』 제1조, 민법 제715조), 과실의 입증이 여의치 않은 경우에 대비하여 예비적 청구로서 손실보상을 청구하는 경우가 있다. 다만 보상과 배상을 동시에 청구하는 소송에 대해서는 찬반양론으로 견해가 나뉘는데, 긍정하는 견해에서는 생명과 신체의 안전은 재산권보장을 넘어서는 중요한 인권으로 파악해야 하기에 상당한 보상이 아닌 완전보상의 원칙에 따라야 마땅하다고 보면서, 완전보상이 헌법의 요청이며 보상청구권은 헌법규정의 해석을 통해 직접 적용될 수 있기 때문에 예방접종법에 규정된 건강피해보상제도가 명기한 상한에 제한되지 않고 배상을 함께 청구할 수 있다고 한다.²⁷⁰⁾ 그리고 다른 구제방법으로서 『행정사건소송법』에 규정된 항고소송(제3조, 8조)에 따라 예방접종의 사전금지나 취소를 요청하는 것도 생각해볼 수 있겠지만, 접종거부를 인정하는 경우에는 예방접종제도 전체의 실효성을 해칠 수 있을 것이고, 피해가 발생한 경우에는 취소를 통한 어떠한 구제도 있을 수 없으므로 현실성이 없다.

V. 감염병 관련 국제공조

1. IHR 2005에 따른 당사국의 권한과 의무

『IHR 2005』는 “공중보건 위협에 상응하고 또한 그에 한정하는 방식으로 질병의 국제적 확산을 예방, 방지, 통제하고 공중보건 대응을 제공하면서, 국제교통과 무역에 불필요한 방해로 회피할 것”을 목적으로 선언하고 있다.²⁷¹⁾ 이전 『IHR 1969』의 경우 “국제이동을 최소한으로 제한하면서 질병의 국제적 확산에 대항하여 최대한 방지하는 것”을 목적으로 제시했던 것에 비추어 그 기본 취지와 내용은 크게 달라지지 않았다고 할 수 있다. 그러나 규정내용 상 이전에 비해서 그 적용·규율 대상이 되는 질병의 범위는 획기적으로 확대된 것으로 평가받고 있다. 병원성 세균(pathogenic microbes)의 국가 간 이동을 규

270) 학설은 긍정하는 입장이 유력하다. 강영기, 앞의 자료, 114면.

271) 『IHR 2005』 Art. 2.

제하고자 하였던 「IHR 1969」가 특히, 콜레라(cholera), 흑사병(plague), 황열병(yellow fever)의 3가지 특정 감염병에 대해서만 한정적이고 폐쇄적으로 다루었던데 비해서, 「IHR 2005」는 그러한 제한적 규정방식을 탈피하여 적용·규율 대상 질병을 특별히 한정하지 않음으로써 사실상 보건위험을 초래하는, 현재의 또는 장래의 모든 종류의 감염병을 대상 범위로 확대하였기 때문이다.²⁷²⁾ 한편, 「IHR 2005」는 목적 달성을 위한 이행 원칙으로서 ① 인간의 존엄, 인권 및 기본적 자유의 완전한 존중, ② 「UN 헌장」과 「WHO 헌장」에 따른 이행, ③ 질병의 국제적 확산으로부터 전 세계 모든 사람들을 보호하기 위한 규칙의 보편적 적용, ④ 보건정책을 수행하기 위한 법률의 제정과 시행에 있어서 각국은 「UN 헌장」과 국제법의 원칙에 따라 주권을 보유·행사한다는 4가지 원칙을 명시하고 있다.²⁷³⁾

상기 목적을 달성하고 원칙에 따른 규칙의 이행 및 준수를 위하여 「IHR 2005」는 여러 측면에서 당사국들에게 다양한 권한과 의무를 창설하거나 확대·강화하고 있다. 우선, 각 당사국은 일정한 기한 내에 사태를 탐지, 평가, 통보 및 보고할 수 있는 역량²⁷⁴⁾ 및 공중보건 위험과 국제적 관심사항인 공중보건 비상사태에 대해서 즉각적이고 효과적으로 대응할 수 있는 역량²⁷⁵⁾을 개발, 강화 및 유지하여야 한다. 이와 관련하여, WHO는 요청에 따라 그러한 역량을 개발, 강화 및 유지하는데 있어서 당사국들을 지원하여야 하며,²⁷⁶⁾ 공중보건 대응역량을 개발하는데 있어서 당사국들을 지원하기 위한 지침을 제공해야 한다.²⁷⁷⁾ 이때 각각 개발, 강화 및 유지해야 하는 대응역량의 구체적 사항과 내용은 부속서 1(Annex 1)에서 제시하고 있는데, 그 의무의 내용과 범위는 상당히 넓다.²⁷⁸⁾

272) 민병원·진경인, 앞의 논문, 125면; 박진아, 앞의 책, 99-102면; 이경화, 앞의 논문, 35면; David P. Fidler, *supra* note 140, pp.361-365.

273) 「IHR 2005」 Art. 3.

274) 「IHR 2005」 Art. 5.1.

275) 「IHR 2005」 Art. 13.1.

276) 「IHR 2005」 Art. 5.3.

277) 「IHR 2005」 Art. 13.1.

278) 「IHR 2005」 ANNEX 1, A. CORE CAPACITY REQUIREMENTS FOR SURVEILLANCE AND RESPONSE; B. CORE CAPACITY REQUIREMENTS FOR DESIGNATED AIRPORTS, PORTS AND GROUND CROSSINGS 참조.

모든 당사국은 부속서 2(Annex 2)에서 제시하고 있는 「국제적 관심사항인 공중보건 비상사태를 구성하는 사태의 평가 및 통보에 관한 결정도구(DECISION INSTRUMENT FOR THE ASSESSMENT AND NOTIFICATION OF EVENTS THAT MAY CONSTITUTE A PUBLIC HEALTH EMERGENCY OF INTERNATIONAL CONCERN)」를 이용하여 자국 영역 내에서의 질병 발생상황을 평가하고, 그 결과에 따라 국제적 관심사항인 공중보건 비상사태를 구성할 수 있는 모든 사태와 그에 대응하여 시행되는 모든 보건조치에 대해서 WHO에 통보하여야 한다.²⁷⁹⁾ 또한 통보 이후에도 해당 당사국은 시의적절하면서도 충분히 관련 공중보건 정보에 대해서 WHO와 상호 소통을 유지하여야 한다.²⁸⁰⁾ 당사국은 자국 영역 내에서 예상되지 않았거나 이례적인 공중보건 사태로서 국제적 관심사항인 공중보건 비상사태를 구성할 수 있는 사태에 대한 증거가 있는 경우에도 그 기원이나 원천 여부에 상관없이 모든 관련 공중보건 정보를 WHO에 제공하여야 한다.²⁸¹⁾ 이 밖에, 당사국이 「IHR 2005」를 이행함에 있어서 개인의 존엄과 인권, 기본적 자유를 완전히 존중해야 한다는 원칙,²⁸²⁾ 개별 조항에 따른 조치를 시행함에 있어서 인권을 존중하고 보호해야 할 의무, WHO IHR 연락기관(Contact Points)과의 상시 연락·소통을 위해 각 개별 당사국이 자국의 IHR 대표기관(Focal Points)과 책임당국(authorities)을 지정·운영하고 그에 관한 정보를 제공해야 할 의무,²⁸³⁾ 「IHR 2005」의 발효 시까지 또는 WHO가 허여한 일정한 기한 내에 「IHR 2005」의 이행에 필요한 국내입법과 행정체계를 개정하고 정비해야 할 의무²⁸⁴⁾ 등이 당사국의 주요

279) 「IHR 2005」 Art. 6.1.

280) 「IHR 2005」 Art. 6.2.

281) 「IHR 2005」 Art. 7.

282) 「IHR 2005」 Art. 3.1.

283) 「IHR 2005」 Art. 4.1, 4.2, 4.4.

284) 「IHR 2005」 Art. 59.3. 이때 당사국은 이러한 입법과 시행에 있어서 「UN 헌장」과 국제법에 따른 주권이 인정되지만, 그러한 입법과 시행은 「IHR 2005」의 목적에 따라야 함은 물론이다. 「IHR 2005」 제3조 제4항. 이처럼 「IHR 2005」의 이행과 관련 있는 국내입법 영역으로는 “환경, 공중보건, 항만·공항·국경(검역 포함), 관세, 식품안전, 농업(동물 건강 포함), 방사선 안전, 화학물질 안전, 교통(위험물질 이송 포함), 공중보건 정보의 수집과 배포, 정부당국 또는 관련 기관의 공중보건 활동” 등 매우 포괄적이고 광범위하며 다양하며 예시된 바 있다. WHO, *International Health Regulations (2005): A brief introduction to implementation in international legislation*, 2009, p.4.

의무로 거론되고 있다.²⁸⁵⁾

이번 메르스 사태는 종결 수순을 밟게 됐지만 감염지와 감염원에 대한 의문점은 여전히 풀리지 않고 있다. 보건당국은 메르스 확진 환자 발생 초기에 감염지를 쿠웨이트로 지목했다. 그러나 쿠웨이트 보건부가 “감염지가 아니다”고 반박에 나서면서 우리 보건당국은 ‘아직은 감염지를 쿠웨이트라 확정할 수 없다’로 입장을 정정했다. 감염원과 감염경로에 대해 각국이 이견을 보이면서 보건당국은 역학조사관을 현지에 파견해 조사를 진행중이다. 보건당국은 질병관리본부 역학조사관 2명, 민간전문가 1명을 쿠웨이트에 파견했다. 이에 철저한 역학조사를 통해 감염 경로를 파악하는 것이 중요하다. 중동 전체의 메르스 위험에 대한 평가는 세계보건기구(WHO)가 담당하고 있어 긴밀한 국제 공조는 필수다. 감염지와 감염원에 대한 명확한 경위를 파악해 제3의 메르스 유입을 차단하는 것은 최우선 과제로 남게 됐다.

아시아경제, “메르스가 남긴 것” 국제공조 감염지 파악 형식적 검역체계 개선 ‘사급’, 2018. 9. 22. 기사.

2. IHR 2005에 따른 WHO의 역할과 책무

「IHR 2005」는 국가가 아닌 다른 행위 주체, 즉 비정부기관, 학계, 단체, 개인 등으로부터 관련 정보를 제공받고 수집하며, 또 그에 근거하여 행동할 수 있도록 하는 등 WHO의 권한과 책임을 확대·강화하였다.²⁸⁶⁾ 이처럼 WHO가 국가 이외의 타 주체로부터도 보건 위험에 관한 정보를 획득하고 활용할 수 있는 권한을 가지게 됨으로써 국가주권에 따른 제한을 넘어 글로벌 보건안보 차원에서 WHO와 당사국 간 감시 및 관리·감독체계를 동태적으로 변화시킨 것으로 평가받고 있다.²⁸⁷⁾ 한편, 정보 획득·수집 및 활용에 관한 WHO의 권한 확대에 비례하여, 해당 정보의 정확성에 관한 증명을 당사국에게 요청할 의무, 정보의 정확성을 확인하고 입증할 의무 등이 동시에 부과됨으로써²⁸⁸⁾ 책임도 그만큼 강화되었다. 이처럼 비국가 주체로부터의 정보의 획득 및 활용, 정보의 정확성에 관한

285) 이상, 민병원·진경인, 앞의 논문, 126-128면; 박진아, 앞의 책, 116-121면; 이정화, 앞의 논문, 37-38면; Eric Mack, *supra* note 139, pp.369-370.

286) 「IHR 2005」 Art. 9.1.

287) 박진아, 앞의 책, 103면.

288) 「IHR 2005」 Art. 10.

확인과 증명에 관한 조항은 감염병의 예방·관리에 관한 전통적인 접근방식을 탈피하여 근본적인 혁신을 가져온 요체로 평가받고 있다.²⁸⁹⁾

국무총리는 2015. 6. 7. 에 정부가 추진하는 메르스 유행 차단 방역전략과 메르스는 공기 감염을 통해 전파되지 않는다는 메시지를 발표하였다. 이 발표에서 정부는 방역조치를 추진함에 있어 메르스의 실제 감염 경로가 의료기관을 중심으로 이루어지고 있어 의료기관에 대한 강력한 통제가 필요하며, 격리자 전원을 보건소 및 지방자치단체 공무원과 1 대 1로 매칭하여 관리하는 체제로 간다고 하였다. 다음으로 메르스 대응 관련 정보는 최대한 공개하되, 창구는 보건복지부로 일원화하였으며 지방자치단체와 교육청과의 협조를 강화하였다. 또한 국제사회와 공조를 강화하기 위해 외교부와 관계부처가 공동으로 세계보건기구(WHO)와 메르스 합동 평가를 수행하였다.

한국·WHO 메르스 합동평가단은 5일간의 메르스 유행 진단을 바탕으로 2015. 6. 13. 핵심 메시지로서 ‘메르스 유행에 대한 진단과 정부에 대한 권고’를 발표하였다. 한국·WHO 메르스 합동평가단은 의료진이 메르스에 익숙하지 않고 의료기관 내 감염 예방 조치가 최적화되지 않았다는 점과 응급실의 지나친 혼잡, 다인 병실이 병원감염 확산의 주요인으로 작용했다고 진단하였다. 또한 메르스 바이러스가 전염력이 강한 바이러스로 변이되었거나 지역사회 전파 증거는 없다고 발표하였다.

한국·WHO 메르스 합동평가단은 정부에게 의료기관 등에서의 감염 예방 및 통제 조치 강화, 지방자치단체의 적극적 참여와 학교수업 재개를 권고하였다. 또한 지속적인 대응과 기존 투입 인력의 휴식을 위한 추가 인력 투입, 급증 환자 대응 능력 확보, 메르스와 관련해 밝혀지지 않은 정보를 파악할 수 있도록 포괄적 연구 조사 완료와 공개를 권고하였다. 마지막으로 미래 전염병 발생에 대한 최적의 대응 능력 확보를 정부에 권고하였다.

출처: 중앙메르스관리대책본부·보건복지부 메르스 후속조치 TF, 메르스백서, 9면, 11면.

「IHR 2005」는 ‘국제적 관심사항인 공중보건 비상사태’(public health emergency of international concern: PHEIC)²⁹⁰⁾ 제도를 창설하였다. WHO 사무총장이 관련 정보를 근거로

289) 박진아, 앞의 책, 103면; Eric Mack, *supra* note 139, pp.373-374.

290) 「IHR 2005」에 따르면, 규제의 대상이 되는 질병을 특정하는 대신, 사안의 규모나 심각성에 따라 그 단계를 질병(disease), 사태(event), 공중보건위험(public health risks), PHEIC의 4단계로 구분하여 공중보건 상 문제를 단계적이고 탄력적으로 판단·대응할 수 있도록 하였다. PHEIC는 바로 가장 심각한 마지막 4단계 위험상황으로서, ① 질병의 국제적 확산으로 인해 타 국가들에게 공중보건 위험을 구성하고, 또한 ② 잠재적으로 협력적인

일정한 기준과 절차에 따른 평가, 해당 당사국과의 협의, 일정한 사항들에 대한 고려를 거쳐 PHEIC 여부를 판단·결정하게 된다.²⁹¹⁾ 일단 사태가 PHIEC에 해당한다고 결정되는 경우 사무총장이 ‘임시 권고’(temporary recommendations)를 발령함으로써 당사국들이 이행해야 하는 보건조치 등을 권고할 수 있다.²⁹²⁾ 또한 WHO는 질병의 국제적 확산을 방지하거나 감소시키고 국제교통에 대한 불필요한 방해물 최소화하기 위하여, 진행 중인 특정 공중보건 위험에 대해 일상적이고 정기적으로 적용될 수 있는 적절한 보건조치에 관하여 ‘상시 권고’(standing recommendations)를 할 수 있는 권한도 갖는다.²⁹³⁾ 이러한 권고를 발령하거나 수정할 때의 기준, 권고의 종류에 관해서는 「IHR 2005」 제17조와 제18조에서 각각 별도로 상세히 규정하고 있다. 이상의 권고들은 비록 ‘비구속적’(non-binding) 성격의 것이긴 하지만, WHO가 과학적·공중보건적·규범적 관점에서 가장 적절하고 균형 있는 보건조치에 대해서 내리는 권한 있는 지침으로서, 그 준수가 유도됨으로써 실효성이 제고되고 있다.²⁹⁴⁾ 이러한 권고 권한은 상기 비국가 주체로부터의 정보의 획득·활용, PHEIC의 판단·결정 및 선언과 더불어 과거의 전통적인 국제보건 레짐과는 확연히 구별되는 혁신적인 제도의 하나로 평가받고 있다. 이는 또한 WHO의 위상과 역할을 제고하고, 비록 제한적이긴 하지만 각국의 주권적 관할사항에 머물렀던 보건 문제에 대한 국제법의 개입·간섭의 정당성을 위한 주요 법적 근거를 제공함으로써 WHO가 글로벌 보건 거버넌스의 핵심이 되는데 크게 기여하고 있다고 할 것이다.²⁹⁵⁾

이 밖에, WHO의 주요 역할과 책무로는 관련 규정에 따라 제공받고 획득한 공중보건 정보를 당사국들이 공중보건 위험에 대응할 수 있도록 제공해야 할 의무,²⁹⁶⁾ 「IHR

국제대응을 필요로 하는 상황으로서, 「IHR 2005」에서 규정한 바에 따라 결정되는 비정상적인 사태를 말한다. 「IHR 2005」 제1조. 민병원·진경인, 앞의 논문, 125면; 박진아, 앞의 책, 99-100면; 이경화, 앞의 논문, 36면.

291) 「IHR 2005」 Art. 12.

292) 「IHR 2005」 Art. 1, 15.

293) 「IHR 2005」 Art. 1, 16.

294) 민병원·진경인, 앞의 논문, 126-127면; 이경화, 앞의 논문, 36면.

295) David P. Fidler, *supra* note 140, pp.377-385; David P. Fidler and Lawrence O. Gostin, The New International Health Regulations: An Historic Development for International Law and Public Health, *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 2006, pp.90-91; Eric Mack, *supra* note 32, pp.376-377.;

296) 「IHR 2005」 Art. 11.

2005」를 이행하는데 있어서, 협정 또는 기타 합의의 체결을 포함하여, 권한 있는 정부간 기구 또는 기타 국제기구와 협력하고 공조할 의무,²⁹⁷⁾ 사무총장이 PHEIC 여부를 결정하고 임시 권고를 행함에 있어서 조언 역할을 담당할 조직으로서 비상위원회(Emergency Committee)를 설치·운영할 의무,²⁹⁸⁾ 각 당사국의 국가 IHR 대표기관(Focal Points)과 상시 연락·소통할 수 있는 WHO IHR 연락기관(Contact Points)을 지정·운영할 의무²⁹⁹⁾ 등을 들 수 있다.³⁰⁰⁾

VI. 비교법적 시사점 검토

1. 미국

미국의 경우에는 검역과 격리의 구분을 엄격히 하고 국외에서 국내로 유입되는 경우와 주 간 이동의 경우로 나누어 검역소를 규칙에 자세히 두어 법정전염병의 발병 시 검역과 격리의 법적 근거를 명확히 둔 것이 특징적이다. 다만 확고한 법적 근거를 이미 마련해 둔 것과 관계없이 감염병 발병 시 검역과 격리 명령이 발부되는 것에는 국민의 자유 침해라는 상당한 부담이 있고 비판의 여론도 거세어 실제로 검역과 격리 명령이 발부, 집행되는 경우는 상당히 드물다는 점이 특징적이다.

우리나라의 경우 자가격리를 환자 각자의 집에서 이행하도록 하는 것이 격리장소 확보의 미흡 및 거주지를 격리장소로 사용하는 것의 적정성, 관리의 부실 등의 문제로 지적되고 있다. 이는 미국의 경우 권장 표준 주법의 내용에서 공공의료기관 이외의 장소도 격리의 장소로 사용할 수 있고, 이는 거주지도 포함하는 것으로 명시되어있다는 점과 대비된다. 그러나 거주지를 격리의 장소로 사용하여 자가격리하도록 하는 것에 있어 미국 법령의 기본 전제는 본인의 집에서 자가격리하는 경우 집의 위생 환경이 병원에 버금가는

297) 「IHR 2005」 Art. 14.

298) 「IHR 2005」 Art. 48, 49.

299) 「IHR 2005」 Art. 4.3.

300) 심영규, 앞의 논문, 204-205면.

안전하고 위생적인 환경으로 유지, 관리하도록 하는 것으로, 결국 우리나라의 경우 자가 격리가 보건당국의 조치미흡 또는 관리능력미비에 기인한 미봉책이었다는 것을 생각해 보면, 격리의 장소가 환자 본인의 집이 되더라도 격리장소를 안전하고 위생적인 장소로 유지관리하도록 하는 미국의 경우가 우리의 거주지 자가격리의 경우와는 다르다는 것을 알 수 있다.³⁰¹⁾ 자가격리를 강제하도록 하기 위해서는 먼저 거주지의 안전과 위생을 보건당국에서 담보하고, 이를 바탕으로 환자의 편의를 위한 거주지 자가격리이행으로 이어지는 것이 보다 바람직할 것이다.

마지막으로 행정의 부작위 문제와 공무원 면책 등의 문제에 있어서는 미국법이 오히려 정부당국의 책임을 명확하게 두지 않는 것으로 보인다. 행정규칙에서 검역이나 격리 등의 조치 명령을 따르지 않는 사인에게 부과되는 벌칙은 자세히 규정되는 반면, 행정청은 안전과 예방을 위한 조치를 취할 수 있도록 두며 강제하지 않으며 연방정부에 대한 민사소송의 가능성도 차단해두고 있어 국가의 책임을 최소한으로 두는 것으로 해석할 수 있다. 이는 행정의 재량을 넓게 두어 적극적으로 조치를 취할 수는 있도록 법적 근거는 남겨두되, 이와 같은 강제적 조치를 당국이 이행해야만 하는 것으로 두어 시민의 자유권과 직접적으로 법규에 배치되는 것을 최대한 피하고자 하는 노력에 기인한 것으로 이해할 수도 있을 것이다.

2. 독일

독일의 경우 감염병 예방과 관련하여 특히 식중독·콜레라 등 특정 질병의 발발이나 특정 병원체의 금성 감염의 경우 등의 감염병 발생을 야기할 수 있는 사실의 확인을 1차적으로 보건소에서 진행하도록 하고 있다. 이러한 사실의 확인 있는 경우 보건소는 관할 관청에 지체없이 통보하도록 하고 있으며, 관할관청은 다시 관련 사항을 로베르트코흐연구소에 보고하도록 하고 있다. 이러한 보고가 들어오면 로베르트코흐연구소는 역학적 요건을 기준으로 하여 질병사례 또는 사망사례를 평가 및 병원체 등을 확인하여, 관련 사례 정의를 작성하여 다시 관할 보건소로 정보를 전달하도록 하고 있다.

301) 최지연, 앞의 자료, 22면.

위험한 전염병의 독일로의 유입이나 확산방지를 위해서는 연방정부가 관련 행정규칙을 정하도록하고 있지만, 개인이나 공중의 감염병에 대한 위험을 방지하기 위한 필요한 실질적인 조치들은 보건소, 관할관청, 로베르트코흐연구소의 유기적인 정보전달과 의사소통을 통해 이루어진다.

병원감염과 관련하여서도 로베르트코흐연구소가 중요한 역할을 감당한다. 이 연구소 산하 병원위생·감염예방위원회에서 병원 내 감염병의 예방, 병원 및 기타 의료시설의 위생을 위한 조치에 대해 조언하도록 하고 있다. 물론 위원회의 위원은 연방보건부가 주의 최상위 보건관청과 협의하여 임명하지만 위원회의 권고의 내용은 로베르트코흐연구소가 공개하도록 하고 있다. 또한 항감염·내성균·치료법위원회를 두어 내성균의 감염과 관련한 진단법과 항균요법의 일반원칙을 수립하고 권고하도록 하고 있다. 종합병원, 외래진료시설 등의 의료기관 장들은 병원 내 감염을 예방하고 특히 내성있는 병원체의 확산방지를 위해 이 두 위원회에서 공개한 최신의 권고를 따른 경우 현재의 의학지식을 따른 것으로 추정하고 있다. 이는 로베르트코흐연구소 산하 두 위원회의 권고가 병원감염 예방을 위한 가이드라인으로 적용되고 있음을 알 수 있다.

감염병이 급속히 확산되는 비상상황에서 인권과 규제의 균형을 위해서는 어떻게 규제할 것인가가 해결하기 어려운 숙제였다. 독일의 경우 질병의 환자, 의심환자, 감염의심자, 병원체보유자에 대해 관할관청은 격리를 명할 수 있다. 해당자가격리명령을 따르지 않거나 따르지 않을 것으로 예상되는 경우에는 그를 폐쇄된 병원 또는 병원 내의 폐쇄된 일부 공간에 강제로 수용하여 격리할 수 있도록 하고 있다. 이 경우는 「기본법」 제2조 제2항 제1문에서 정하고 있는 신체의 불가침권이 제한 될 수 있고, 이로 인해 직업활동을 금지당했거나 금지당하고 있어 소득에 손실이 생긴 경우는 금전보상이 가능하도록 정하고 있다. 국민의 생명과 건강의 보호를 위해 국가가 행사하는 조치들은 때로는 강제적인 성격을 가지게 되나, 이로 인해 생기는 불가피한 손실의 경우는 금전보상이 가능하도록 하고 있다.³⁰²⁾

302) 윤진아, “독일 감염병 예방 및 관리 법제 고찰”, 한국법제연구원 워크숍 자료집, (2018. 8. 17.), 47면.

3. 일 본

일본에서도 격리는 감염증의 메커니즘과 치료방법이 불분명한 시대에 가장 효과적인 방법으로 여겨졌으나, 특수병상에는 사회적 목적과 수단이 변화함에 따라 성쇠가 결정되는 특징이 있고 항생제 등 의료기술의 진보에 의해 격리방법을 취할 필요가 없어지면 인권보장의 측면에서도 특수병상에서의 대응에서 일반병상의 대응으로 바뀌기 때문에 특수병상의 수는 감소했다. 일본에서는 오래전부터 감염증의 유행은 있었지만 1874년에 제정된 의제(医制)에서도 의무단속과 戶長(메이지시대 초기의 행정사무를 맡아보던 관리로서 면장 정도의 지위)에 대한 신고의무 등이 있었을 뿐, 공중위생정책은 명확하지 않았는데, 1870년대에 콜레라가 크게 유행하였기 때문에 메이지정부는 급성전염병대책을 마련하였다. 1877년 내무성의 ‘콜레라병예방지침(虎列刺病予防法心得)’에서 환자의 신고와 피병원(避病院)³⁰³의 설치가 규정되었는데, 전염병예방법이 제정되자 ‘전염병원(伝染病院)으로, 전염병예방법이 제정되자 ‘감염증지정의료기관(感染症指定医療機関)으로 바뀌어 그 역할을 수행하고 있다. 1895년에는 칙령 제14호(전염병예방상 필요한 제비용에 관한 건(伝染病予防上必要諸費ニ関スル件)에서는 광역자치단체장(府県知事)은 명령으로 피병원, 격리병실, 격리소의 비용을 기초자치단체(市町村)에 부담시킬 수 있다고 규정하였다. 1897년 전염병예방법에 의해 피병원(避病院)은 전염병원으로 바뀌고, 기초자치단체(市町村)는 지방장관(地方長官)의 지시에 따라 전염병원, 격리병사, 격리소 또는 소독소(消毒所)를 설치하도록 하고 그 제반 경비는 기초자치단체(市町村)의 부담이 되었다. 1999년 감염증의 예방 및 감염증 환자에 대한 의료에 관한 법률에 의해 전염병원은 폐지되고, 전염병상은 감염증지정의료기관의 격리병동의 감염병병상이 담당하게 되었다.

303) 여기서 말하는 피병원은 메이지시대에 만들어진 일본의 전염병전문병원이다.

제4장 감염병 예방 및 대응체계에 관한 법제개선방안

- I. 법률의 구성과 유사 입법과의 관계
- II. 권역·방역조치 대상으로서의 법정감염병
- III. 공중보건 위기 시 대응 기관의 권한강화 및 전문인력 양성
- IV. 의료 관련 감염
- V. 국가배상에서의 공법원리 적용
- VI. 격리대상자의 인권보장을 위한 절차

제4장

감염병 예방 및 대응체계에 관한 법제개선방안

I. 법률의 구성과 유사 입법과의 관계

「감염병예방법」상 감염병에 해당하는 결핵과 후천성면역결핍증에 관련한 별도의 법체계 존치 여부와 관련하여, 「결핵예방법」의 경우 결핵예방의 날(제4조), 감염병 예방 및 관리 계획과는 별도의 결핵관리종합계획 수립(제5조), 통계사업(제6조), 업무종사의 일시 제한(제13조), 전염성 소실과 재취업(제14조), 입원명령 등을 받은 결핵환자 등의 생활보호(제16조), 대한결핵협회(제21조) 등 「감염병예방법」에 따른 예방 및 관리 조치와는 차별화된 구조와 체계, 관련 기구 등의 내용이 많은 반면, 「후천성면역결핍증 예방법」의 경우 「감염병 예방법」과 유사한 구조를 취하고 있으며, 각 장별 조문의 구성에 있어서도 의사 또는 의료기관 등의 신고(제5조), 검진(제8조), 역학조사(제10조), 치료권고(제14조), 치료 및 보호조치 등(제15조)의 내용은 「감염병 예방법」상 조치들에 포함되는 내용이다.

일본의 경우 종래에는 「癩予防に関する法律(1907년 3월 19일 법률 제11호, 1953년 8월 15일 법률 제214호 폐지),らい(나병, 한센병, leprosy)予防法(1953년 8월 15일 법률 제214호, 1996년 3월 31일 법률 제28호 폐지), 後天性免疫不全症候群の予防に関する法律(에이즈예방법)(1989년 1월 17일 법률 제2호, 1998년 10월 2일 법률 제114호 폐지), 結核予防法(1951년 3월 31일 법률 제96호, 2006년 12월 8일 호외법률 제106호 폐지), 花柳病予防法(1927년 4월 5일 법률 제48호, 1948년 7월 15일 법률 제167호 폐지), 性病予防法(1948년 7월 15일 법률 제167호, 1998년 10월 2일 법률 제114호 폐지), 寄生虫病予防法(1931년 4월 2일 법률 제59호, 1994년 11월 11일 법률 제97호 폐지), 伝染病予防法(1897년 4월 1일 법률 제36호, 1998년 10월 2일 법률 제114호 폐지) 등의 개별 법률이 있었으나

지금은 ‘감염증의 예방 및 감염증의 환자에 대한 의료에 관한 법률(1998년 10월 2일 법률 제114호, 통칭: 감염증법, 감염증예방법, 감염증예방·의료법)만이 존재한다.

<표 6> 감염병 예방 및 관리에 관한 법률, 결핵예방법, 후천성면역결핍증 예방법의 비교

감염병예방법	후천성면역결핍증 예방법
제1장 총칙 (생략)	제1장 총칙 (생략)
제2장 기본계획 및 사업 (생략)	
제3장 신고 및 보고 제11조 의사 등의 신고 제12조 그 밖의 신고의무자 제13조 보건소장 등의 보고 제14조 인수공통감염병의 통보 제15조 감염병환자등의 파악 및 관리	제2장 신고 및 보고 제5조 의사 또는 의료기관 등의 신고 제6조 삭제 제7조 비밀 누설 금지
제4장 감염병감시 및 역학조사 등 제16조 감염병 표본감시 등 제17조 실태조사 제18조 역학조사 제18조의2 역학조사의 요청 제18조의3 역학조사인력의 양성 제18조의4 자료제출 요구 등 제19조 건강진단 제20조 해부명령 제20조의2 시신의 장사방법 등	제3장 검진 제8조 검진 제8조의2 검진 결과의 통보 제9조 혈액·장기·조직 등의 검사 제10조 역학조사 제11조 증표 제시 제12조 증명서 발급
제5장 고위험병원체 (생략)	
제6장 예방접종 (생략)	

감염병예방법	후천성면역결핍증 예방법
<p>제7장 감염 전파의 차단 조치</p> <p>제34조 감염병 위기관리대책의 수립·시행</p> <p>제34조의2 감염병위기 시 정보공개</p> <p>제35조 시·도별 감염병 위기관리대책의 수립 등</p> <p>제35조의2 재난 시 의료인에 대한 거짓 진술 등의 금지</p> <p>제36조 감염병관리기관의 지정 등</p> <p>제37조 감염병위기 시 감염병관리기관의 설치 등</p> <p>제38조 감염병환자등의 입소 거부 금지</p> <p>제39조 감염병관리시설 등의 설치 및 관리방법</p> <p>제39조의2 감염병관리시설 평가</p> <p>제39조의3 접촉자 격리시설 지정</p> <p>제40조 생물테러감염병 등에 대비한 의약품 및 장비의 비축</p> <p>제40조의2 감염병 대비 의약품 공급의 우선순위 등 분배기준</p> <p>제41조 감염병환자등의 관리</p> <p>제41조의2 사업주의 협조 의무</p> <p>제42조 감염병에 관한 강제처분</p> <p>제43조 감염병환자등의 입원 통지</p> <p>제44조 수감 중인 환자의 관리</p> <p>제45조 업무 종사의 일시 제한</p> <p>제46조 건강진단 및 예방접종 등의 조치</p> <p>제47조 감염병 유행에 대한 방역 조치</p> <p>제48조 오염장소 등의 소독 조치</p>	<p>제4장 감염인의 보호·지원</p> <p>제13조 전문진료기관 등의 설치</p> <p>제14조 치료 권고</p> <p>제14조의2 삭제</p> <p>제15조 치료 및 보호조치 등</p> <p>제16조 요양시설 등의 설치·운영</p> <p>제17조 삭제</p> <p>제17조의2 예방치료기술의 확보 등</p> <p>제18조 취업의 제한</p> <p>제19조 전파매개행위의 금지</p>
<p>제8장 예방 조치</p> <p>(생략)</p>	
<p>제9장 방역관, 역학조사관, 검역위원 및 예방위원 등</p> <p>(생략)</p>	

감염병예방법	후천성면역결핍증 예방법
<p style="text-align: center;">제10장 경비</p> 제64조 특별자치도·시·군·구가 부담할 경비 제65조 시·도가 부담할 경비 제66조 시·도가 보조할 경비 제67조 국고 부담 경비 제68조 국가가 보조할 경비 제69조 본인으로부터 징수할 수 있는 경비 제70조 손실보상 제70조의2 손실보상심의위원회 제70조의3 의료인 또는 의료기관 개설자에 대한 재정적 지원 제70조의4 감염병환자등에 대한 생활지원 제71조 예방접종 등에 따른 피해의 국가보상 제72조 손해배상청구권과의 관계 등 제73조 국가보상을 받을 권리의 양도 등 금지	
<p style="text-align: center;">제11장 보칙</p> 제74조 비밀누설의 금지 제74조의2 자료의 제공 요청 및 검사 제75조 청문 제76조 위임 및 위탁 제76조의2 정보 제공 요청 등	<p style="text-align: center;">제5장 보칙</p> 제20조 부양가족의 보호 제21조 협조 의무 제22조 비용 부담 제23조 권한의 위임·위탁 제24조 삭제
<p style="text-align: center;">제12장 벌칙</p> (생략)	<p style="text-align: center;">제6장 벌칙</p> (생략)

「감염병예방법」을 통해서도 충분히 수용될 수 있는 정도의 조치라면, 장기적인 관점에서 양 법률을 서로 통합하는 방식도 고려해볼 여지는 있다. 그 전에 각 법률의 특성과 존치에 대한 장단점, 법률적 통합의 타당성 여부는 충분히 검토되어야 할 것이다. 다만, 단순한 통합이 아니라 상호 보완적인 조문(예: 「후천성면역결핍증 예방법 제20조」은 「감염병예방법」으로 이동하여 물리적 통합에 따른 공백이 없도록 준비할 필요가 있다.

제20조(부양가족의 보호) 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수 또는 구청장은 감염인 중 그 부양가족의 생계유지가 곤란하다고 인정할 때에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 부양가족의 생활보호에 필요한 조치를 하여야 한다.

감염병의 예방에 관련된 조문이지만 제6장(예방접종)은 통상적이고 제8장(예방 조치)은 그렇지 않다. 감염병의 관리에 관련된 조문이지만 제7장(감염 전파의 차단 조치)의 조치들은 제8장(예방 조치)의 조치들에 비하여 사후적으로 이루어져야 할 조치들이다. 예방조치가 시간상 감염병의 전파 이전에 이루어지는 것이 보통이고, 예방조치가 방역조치에 비해 범용적으로 활용될 수 있는 점에 비추어 순서상 감염 전파의 차단 조치(제7장)가 예방 조치(제8장) 뒤에 위치하는 것이 보다 완결된 체계에 도움이 되리라 생각한다.

병원체자원의 수집·관리·활용과 관련하여서는 2016. 2. 3. 제정되어 현재 시행되고 있는 「병원체자원의 수집·관리 및 활용 촉진에 관한 법률」이 있다. 다만, 이 법은 제목에서 밝히고 있는 바와 같이 병원체자원에 대한 접근 및 이용을 촉진하기 위한 목적이고, 태생 배경이 「유전자원에 대한 접근 및 그 이용으로부터 발생하는 이익의 공정하고 공평한 공유에 관한 생물다양성에 관한 협약 나고야 의정서」의 발효에 따른 유전자원 중 여타의 생명연구자원·농업생명자원·야생생물 분야 생물자원·해양수산생명자원과 같이 별도의 국가책임기관을 통하여 유전자원을 관리하려는데 있으므로, 현행 조문상으로는 고위험병원체에 대해서 적용하기 곤란한 사항도 있다. 장기적 시각에서 병원체자원과 고위험병원체자원 관리의 일원화를 타진해볼 필요가 있다.

II. 검역·방역조치 대상으로서의 법정감염병

1. 검역·방역의 개념적·유형적 구분

외부로부터 감염병의 유입을 차단하기 위한 조치로서의 검역과 이미 내부에서 전파가능성이 있는 단계에서의 조치인 방역을 구분하고, 미국의 예처럼 검역대상인 감염병의 확산 가능성을 방지하기 위한 초기단계 조치로서의 검역·방역과 감염병의 확산을 방지

하기 위한 조치로서 감염병 확진 환자 등을 다른 사람으로부터 구분하여 차단하는 격리를 구분하여, 각각의 개념과 단계에 맞는 조치의 내용과 절차를 정리할 필요가 있다.

앞서 검토하였듯이, 「검역법」과 「감염병예방법」상의 검역·방역조치는 그 대상에 따라 사람, 매개체, 운송수단, 화물(물건), 장소로 구분할 수 있다. 검역은 국내외로의 이동성에 초점을 맞춘 것으로 사람이나 운송수단에 비하여 장소와 관련된 조치는 상대적으로 약하게 내용을 구성하고, 방역은 검역 이후 국내에서의 감염병 확산을 방지하려는 것으로 장소와 관련된 조치를 강하게 구성하는 방식으로 재편이 가능하다. 사람과 관련하여 검역조사·조치는 예방접종·예방관리, 진찰·감시·격리, 시체 검사까지 매우 광범위한 영역에의 조치가 포함되는데 비해, 방역조치는 입원·격리라는 단순한 조치만이 언급되어 있다.

「감염병예방법」에서 치료·입원 등의 강제처분, 입원통지, 수감 중인 환자의 관리, 업무중사의 일시제한, 건강진단 및 예방접종 조치, 방역조치, 오염장소 등의 소독조치, 예방조치로 각각 구분되어 있는 제42조부터 제50조까지의 조치들을 개념과 상황별로 분류하고, 「검역법」의 검역조사에 대응하는 개념으로 현행 「감염병예방법」상 예방조치의 개념을 설정하고, 예방조치와 방역조치의 내용이 검역조사와 검역조치의 내용과 유입단계, 예방단계, 확산단계 등으로 구분할 수 있을 것이다. 감염병 관련 사태 발생에 따라 ‘신고 및 보고 → 감염병감시 및 역학조사 → 예방 조치 → 감염병 전파의 차단 조치’의 순서로 관련 조치들을 구분하여, 단계별 위험순위 판단 및 적절 조치에 대한 대응력을 상세하게 정비해야 한다.

이러한 조치의 단계별 구성은 법률의 체계와 관련 조문들의 배치와도 관련성이 있다. 감염병의 예방에 관련된 조문이지만 제6장(예방접종)은 통상적이고 제8장(예방 조치)은 그렇지 않다. 감염병의 관리에 관련된 조문이지만 제7장(감염 전파의 차단 조치)의 조치들은 제8장(예방 조치)의 조치들에 비하여 사후적으로 이루어져야 할 조치들이다. 예방조치가 시간상 감염병의 전파 이전에 이루어지는 것이 보통이고, 예방조치가 방역조치에 비해 범용적으로 활용될 수 있는 점에 비추어 순서상 감염 전파의 차단 조치(제7장)를 예방 조치(제8장) 뒤에 위치하도록 개편한다.

<표 7> 감염병 예방 및 관리에 관한 법률의 구성

장	조
제1장 총칙	(생략)
제2장 기본계획 및 사업	(생략)
제3장 예방접종	제24조 필수예방접종 제25조 임신예방접종 제26조 예방접종의 공고 제26조의2 예방접종 내역의 사전확인 제27조 예방접종증명서 제28조 예방접종 기록의 보존 및 보고 등 제29조 예방접종에 관한 역학조사 제30조 예방접종피해조사반 제31조 예방접종 완료 여부의 확인 제32조 예방접종의 실시주간 및 실시기준 등 제33조 예방접종약품의 계획 생산 제33조의2 예방접종통합관리시스템의 구축·운영 등
제4장 신고 및 보고	제11조 의사 등의 신고 제12조 그 밖의 신고의무자 제13조 보건소장 등의 보고 제14조 인수공통감염병의 통보 제15조 감염병환자등의 파악 및 관리
제5장 감염병감시 및 역학조사 등	제16조 감염병 표본감시 등 제17조 실태조사 제18조 역학조사 제18조의2 역학조사의 요청 제18조의3 역학조사인력의 양성 제18조의4 자료제출 요구 등 제19조 건강진단 제20조 해부명령 제20조의2 시신의 장사방법 등

장	조
제5장 고위험병원체	삭제(타법으로 이동)
제6장 예방 조치	제49조 감염병의 예방 조치 제50조 그 밖의 감염병 예방 조치 제51조 소독 의무 제52조 소독업의 신고 등 제53조 소독업의 휴업 등의 신고 제54조 소독의 실시 등 제55조 소독업자 등에 대한 교육 제56조 소독업무의 대행 제57조 서류제출 및 검사 등 제58조 시정명령 제59조 영업정지 등
제7장 감염 전파의 차단 조치	제34조 감염병 위기관리대책의 수립·시행 제34조의2 감염병위기 시 정보공개 제35조 시·도별 감염병 위기관리대책의 수립 등 제35조의2 재난 시 의료인에 대한 거짓 진술 등의 금지 제36조 감염병관리기관의 지정 등 제37조 감염병위기 시 감염병관리기관의 설치 등 제38조 감염병환자등의 입소 거부 금지 제39조 감염병관리시설 등의 설치 및 관리방법 제39조의2 감염병관리시설 평가 제39조의3 접촉자 격리시설 지정 제40조 생물테러감염병 등에 대비한 의약품 및 장비의 비축 제40조의2 감염병 대비 의약품 공급의 우선순위 등 분배기준 제41조 감염병환자등의 관리 제41조의2 사업주의 협조 의무 제42조 감염병에 관한 강제처분 제43조 감염병환자등의 입원 통지 제44조 수감 중인 환자의 관리 제45조 업무 종사의 일시 제한 제46조 건강진단 및 예방접종 등의 조치 제47조 감염병 유행에 대한 방역 조치 제48조 오염장소 등의 소독 조치

장	조
제8장 방역관, 역학조사관, 검역위원 및 예방위원 등	(생략)
제9장 경비	(생략)
제10장 보칙	(생략)
제11장 벌칙	(생략)

고위험병원체는 넓은 의미에서는 감염병의 예방을 위한 진단 또는 연구의 목적으로 반입하여 검사·보존·관리하려는 것이지만, 법률상 고위험병원체를 반입할 수 있는 경우를 진단 및 학술 연구 등으로 제한하고 있다면 감염병의 예방의 범위에 포함시켜야 할 필요는 없다. 장기적 시각에서 병원체자원과 고위험병원체자원 관리의 일원화를 타진해볼 필요가 있다.

2. 격리·입원조치의 위반과 제재

법률상 감염병환자등에 대하여 감염병의 예방 및 확산방지를 위한 수단은 크게 2가지로 구분된다. 하나는 법 제41조에 따른 감염병환자등에 대한 입원치료 등 의무부과이고,³⁰⁴⁾ 다른 하나는 법 제42조에 따른 강제처분이다.³⁰⁵⁾ 이 2가지 조치는 그 본질에서 차이가 있지만, 이에 각각 위반하여 입원치료나 자가격리를 거부한 경우 또는 강제입원조치에 따르지 않은 경우 모두 “300만원 이하의 벌금”이 부과된다(감염병예방법 제80조 제2호 및 제3호). 이에 대하여는 전 국민을 감염공포로 몰아넣을 수 있는 감염병 전파의 위험성을 고려하면 그 처벌이 과도하게 경하기 때문에 이를 강화해야

304) 감염병 중 특히 전파 위험이 높은 일정한 감염병에 걸린 감염병환자등은 감염병관리기관 등에서 입원치료를 받도록 하고(법 제41조 제1항 및 제2항), 그 밖에 이러한 입원치료 대상자가 아니거나 감염병환자등과 접촉하여 감염병이 감염되거나 전파될 우려가 있는 사람에 대하여는 자가격리 등을 할 수 있다(법 제41조 제3항).

305) 특정한 감염병에 해당하는 감염병환자등에 대하여는 강제진찰을 할 수 있고 그 진찰 결과 감염병환자등으로 인정될 때에는 강제입원을 시킬 수 있다(법 제42조 제1항).

한다는 주장이 제기되기도 하였다.³⁰⁶⁾

제41조에 따른 격리조치는 - 강제조치가 아니기 때문에 - 감염병환자등이 입원을 거부하거나 자가치료를 거부하는 경우 300만원 이하의 벌금에 처하도록 하는 것만으로는 그 격리에 따르도록 하는데 한계가 있다.³⁰⁷⁾ 따라서 제41조와 제42조의 관계를 재정립하여 규정할 필요가 있다. 즉 ① 제41조의 내용을 제42조와 통합하여 강제처분으로 규정하는 방법이나, ② 제41조에 따른 조치를 1차적 조치로 하고 이에 응하지 않은 경우 제42조에 따른 강제조치로 이행하도록 양 규정을 연동시키는 방법 등을 생각해 볼 수 있다.³⁰⁸⁾

3. 법정감염병의 구성

일본 「감염증법」에서는 증상의 경중, 병원체의 감염력 등에 따라 감염증을 1류(一類)에서 5류(五類)까지 5종의 감염증과 지정감염증(指定感染症), 신감염증(新感染症) 등 7종류로 분류하고 있다. 2008년 5월의 개정에서는 ‘신형 인플루엔자 등 감염증’이 추가되었다. 감염증의 종류에 따라 의료기관의 대처법도 다르며, 각각의 위험도에 대응한 대책이 가능하도록 하고 있다. 병원감염(院内感染)이 발생한 약제내성균(藥劑耐性菌) *Acinetobacter* 감염증이 5류 감염증(五類感染症)에, 모기를 매개체로 하는 Chikungunya fever(チクングニア熱)가 4류 감염증(四類感染症)에 추가되어 있다. 감염증을 분류함에 있어서 그 종류와 대처에 따르고 있다. 2012년부터 중동을 중심으로 감염사례의 보고가 지속되고 있는 중동호흡기증후군(MERS)과 2013년 이후에 사람에의 감염이 확인된 H7N9형 조류인플루엔자에 대해서, 그 병원성(病原性)과 감염력을 고려하여 조류인플루엔자(H5N1)와 같은 2류 감염증(二類感染症)으로 지정하였다. 이처럼 변화하는 감염증에 대응하여 법체계를 정비하고 충실한 대책을 강구하려고 노력하고 있다.

306) 연합뉴스, “자가격리 비판여론에 결국 ‘메르스 고위험자’ 시설격리”, 2015. 5. 31. 기사.

307) 이천현, “감염병 예방·관리를 위한 형사정책적 대응방안”, 한국법제연구원 워크숍 자료집, (2018. 6. 1.), 56면.

308) 이천현, 앞의 자료, 56면.

2018. 3. 27. 개정 「감염병예방법」 이후 우리 법정감염병의 분류도 보다 체계화 되고 있지만, 국제적인 분류기준이나 주변 국가로부터 유입될 가능성이 높은 감염병에 대하여 적절한 분류를 하고 그에 따른 대응책을 마련하고 있는지 지속적으로 확인 및 정비할 필요가 있다.

Ⅲ. 공중보건 위기 시 대응 기관의 권한강화 및 전문인력 양성

1. 지방자치단체의 지휘체계 강화

「감염병예방법」에 의하면, 감염병이 유행하면 그 전파를 막는 주체는 ‘보건복지부장관, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장’이며, 이 들이 필요한 조치를 하게 되어 있다(제47조). 여기서 필요한 조치의 범위는 감염병환자등이 있는 장소나 감염병병원체에 오염되었다고 인정되는 장소이며, 교통을 일정기간 차단하는 것이다. 그런데 자가격리의 모니터링은 해당 관할지역의 보건소에서 하므로 지방자치단체장이 보건소에 직접 지시하고 모니터링 결과를 보고 받을 수 있는 지휘체계가 필요하다.

감염병의 확산정도가 전국적 수준일 수도 있지만, 메르스와 같이 국지적으로 발생했을 때는 행정관할 권한이 지방자치단체장에게 위임되어 신속한 조치와 관계기관의 유기적인 수평관계를 구성하여 협조체계를 갖추는 것이 더 효율적일 수 있다. 예를 들어 국내의 구(區)는 자치구와 일반구가 있는데, 자치구는 특별시와 광역시에 설치되고, 일반구는 인구 50만 명 이상 도시에서 정부가 승인한 행정구역이다. 서울시의 경우 25개 자치구에 각 보건소가 소속되어 있지만, 공중보건위기 상황에는 구 단위가 아닌 시 차원에서 포괄적인 지휘·통솔을 받는다면, 보다 나은 지역 사회의 협조와 효율적인 방역조치로 이어질 수 있다. 이는 공중보건 위기 대응 단계에서 뿐만 아니라 감염병이 소멸된 이후에 신속한 지역사회의 건강성 회복기간에도 행정관할 권한 위임에 따른 긍정적 효과가 미칠 수 있을 것이다.

외국 입법례의 경우, 미국에서 2001년 입법제안 된 모델법은 공중보건비상 사태에 생물테러를 포함하고, 감염병 예방과 대응체계를 효율적으로 보장하기 위해 질병예방센터의

지휘권 강화, 공중보건위기단계의 선언과 조정을 주지사(Governor)의 권한 등이 주요 내용이다.³⁰⁹⁾ 이 입법 제안은 이후 “Turning Point Model State Public Health Act”로 개명되어 2006년 7월 15일 현재, 44개 주에서 법안(Bills) 또는 결의안(Resolutions)으로 도입되었다.³¹⁰⁾

2. 역학조사관의 육성 및 처우 개선

질병관리본부에 따르면 감염병 원인과 발생 경로를 추적하고 방역을 담당하는 역학조사관은 중앙에 30명, 각 시도에 2명 이상씩 배치돼야 한다.³¹¹⁾ 2015년 메르스 사태를 겪으며 전문 인력의 중요성을 체감한 후 「감염병 예방법」을 개정해 최소 인원을 지정한 것으로, 의사나 간호인 등 의료인이나 전문 교육·훈련을 이수한 공무원 등이 맡는다. 이러한 역학조사관은 올해 8월말 기준 중앙 57명, 광역자치단체 53명이 있다. 메르스 사태 이후 역학조사관 숫자는 증가하였지만 전문성 있는 인력을 확보하는 것은 여전히 쉽지 않다고 한다.

현행 「감염병예방법」	개정안
제18조의3(역학조사인력의 양성) ① 보건복지부장관은 제60조의2제2항 각 호에 해당하는 사람에 대하여 정기적으로 역학조사에 관한 교육·훈련을 실시할 수 있다. ② 제1항에 따른 교육·훈련 과정 및 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.	제18조의3(역학조사인력의 양성) ① 보건복지부장관 또는 시·도지사는 제60조의2제1항에 따라 보건복지부 소속 공무원, 시·도 소속 공무원을 역학조사관으로 임명할 경우 역학조사에 관한 교육·훈련을 실시하여야 한다. ② 제1항에 따른 교육의 종류, 훈련 과정 및 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

309)MODEL STATE EMERGENCY HEALTH POWERS ACT, 21 Dec. 2001, Art.4 §401.

310) 44개 주는 각 지역의 상황에 맞게 변형되어 주 법으로 제정되었는데, 해당 주는 워싱턴 DC, 앨라배마, 알래스카, 애리조나, 캘리포니아, 코네티컷, 플로리다, 조지아, 하와이, 일리노이, 인디애나, 아이오와, 루지애나, 메인, 메릴랜드, 미네소타, 미주리, 몬태나, 네바다, 뉴햄프셔, 뉴저지, 뉴멕시코, 노스 캐롤라이나, 테네시, 텍사스, 유타, 버몬트, 버지니아, 위스콘신, 와이오밍, 콜롬비아 특별구, 북 Mariannas 제도 등이다.
<<http://www.publichealthlaw.net/ModelLaws/MSEHPA.php>> (2018. 9. 20. 방문).

311) “중등호흡기중후군(메르스·MERS) 환자가 1명만 나와도 일선 공무원들은 일손이 부족해 아노미(혼돈) 상태입니다. 감염병이 발생하면 전염 경로를 파악하고, 예방 및 추가 확산 방지 업무를 맡아야 하는 역학조사관이 인원은 현재 1명뿐이에요. 이 1명이 시민 295만명 안전을 살펴야 하는데, 만약 메르스 추가 감염자가 나왔다면 어땠는지, 생각만 해도 아찔합니다.” 연합뉴스, “메르스 3년 만에 재발 ‘시민 295만명에 역학조사관 1명뿐… 메르스 감염 확산 상상만 해도 아찔’”, 2018. 9. 27. 기사

「감염병예방법」에서는 감염병 예방 및 관리 계획에 ‘감염병 전문인력의 양성 방안’을 포함하고 있고, 역학조사인의 교육·훈련에 관한 조문을 두고 있지만, 역학조사 교육·훈련을 실시할 수 있도록 재량의 여지를 두면서도(제18조의3 제1항), 동 교육·훈련과정을 이수한 사람을 역학조사관으로 임명하도록 하고 있다(제60조의2 제2항). 역학조사의 교육·훈련과 역학조사관의 지정·운용에 대한 상호관계를 보다 명확히 할 필요가 있다.

현재 질병관리본부 소속으로 교육을 받고 있는 역학조사관을 포함한 57명 중 의사 등 전문임기제는 27명이고, 일반직 공무원 30명은 교육중이다. 역학조사관 2명 중 1명은 ‘비전문인’이다. 지역도 상황은 크게 다르지 않다. 의료인들의 지원이 없어 대부분 임상 경험이 적은 공중보건외과가 담당하고 일반 공무원들이 간단한 교육만 받은 후 투입되는 실정이다. 실제 강원도는 소속 역학조사관 3명 중 2명은 일반직 공무원, 1명은 공중보건외과. 경기도는 인구가 1,287만명에 이르는 만큼 법정 기준보다 3배 많은 6명 채용을 목표로 했지만, 최근 의사인 역학조사관 1명이 해외 연구소로 떠나 공중보건의 2명과 일반직 공무원 3명 등 5명만 근무한다. 경기도 감염병관리과 관계자는 “수도권은 그래도 사정이 나은 편”이라며 “지방으로 갈수록 의료인력들이 근무하기를 꺼려 의사 면허가 있는 역학조사관이 1명도 없는 곳들도 많다”고 한다.³¹²⁾ 이 때문에 역학조사관도 우수 인력이 지원할 수 있는 일자리로 만들어야 한다는 지적이 나온다.³¹³⁾

더욱이 이러한 역학조사에 대한 거부행위 등에 대하여는 법률상 제재가 부과된다. 법률에서는 처벌의 대상이 되는 행위유형을 종래의 “역학조사의 거부, 방해, 회피행위” 이

312) 메르스 외에도 결핵, C형간염, 콜레라 등 관리해야 할 법정 감염병이 80종에 이르지만 인력이 부족하다 보니 일선 의료기관의 감염관리는 구멍이 뚫릴 수밖에 없다. 현재 인천시는 지난 3일 남동구 A의원에서 수액주사를 맞은 60대 여성이 사망한 사건이 의료관련 감염으로 파악돼 원인을 파악하고 있다. 인천시 보건정책과 관계자는 “평소 관리해야 할 의료기관만 3,000개가 넘는데 감염관리 사고가 터져도 감당해야 할 역학조사관은 1명 뿐”이라며 “역학조사시 임상 경험이 없는 일반 공무원들은 문헌을 공부하며 원인을 찾아야 하는 상황이라 전문 지식이 풍부한 의료인 출신이 충원되길 바라지만 인력을 찾기 쉽지 않다”고 하소연했다. 한국일보, “시민 295만명에 역학조사관 1명뿐…메르스 감염 확산 상상만 해도 아찔”, 2018. 9. 17. 기사.

313) “이재갑 한림성심병원 감염내과 교수는 “역학조사관은 의료인력, 특히 의사들이 기대하는 임금 수준보다 낮고 격무에 시달리니 우수 인력이 모일 수 없는 구조”라며 “2년짜리 전문임기제여서 일본 내에서 승진을 기대하기 어려운 ‘무늬만 정규직’인 현재의 고용형태를 개선해, 조직에 뿌리내릴 수 있는 역학조사관을 길러야 한다”고 지적했다. “한국일보, “시민 295만명에 역학조사관 1명뿐…메르스 감염 확산 상상만 해도 아찔”, 2018. 9. 17. 기사.

외에 ① 거짓 진술 또는 거짓 자료 제출행위와 ② 고의적인 사실 누락·은폐행위를 추가하여 규정하였고, 이에 위반하는 경우 ‘2년 이하의 징역 또는 2천만원 이하의 벌금’에 처하도록 법정형을 대폭 상향조정하였다(감염병예방법 제18조 제3항 및 제79조 제1호). 이와 관련하여 과잉형벌화의 우려, 「후천성면역결핍증 예방법」과의 균형성 미흡 등을 이유로 문제점을 제기하는 의견이 있는데,³¹⁴⁾ 감염병예방법상 역학조사 거부 등 행위에 대한 처벌규정은 협력의무 대상을 제한적으로 규정하거나 법정형을 다소 하향조정할 필요가 있다는 주장을 검토할 필요가 있다.³¹⁵⁾

IV. 의료 관련 감염

병원감염을 의료관련감염으로 변경할 필요가 있다. 종래와 달리 의료행위와 관련된 감염이 병원에만 국한된 것이 아니며, 퇴원 후 요양시설이나 타 의료기관, 지역사회까지 파급될 수 있기 때문에 보다 포괄적인 용어를 활용하는 것이 타당하다. 의료관련감염의 정의는 입원 당시에 없었으며 잠복하고 있지 않던 감염이 입원 기간 중에 발생한 것을 말한다. 통상적으로 환자가 입원한 지 48시간 후에 발생한 감염을 일컬으며, 퇴원 후 14일 이내에 발생하는 감염, 그리고 수술 후 30일 이내에 발생하는 수술부위감염도 의료관련감염에 포함된다.³¹⁶⁾

우리나라의 경우, 1992년 「병원감염 관리준칙」에 따라 80병상 이상의 병원에 병원감염에 관한 지침이 적용되기는 하였으나 실효성이 높지는 않았다. 2015년 「환자안전법」 제정 이후 환자안전에 대한 사회적 관심이 점차 높아지고 있으나, 법령을 비롯한 실무상 지침 등에 관한 개선이 필요한 시점이다. 1996년 정부가 처음으로 국내 병원감염발생률과 감염관리실태를 조사한 결과, 15개 병원의 모든 환자에서 3.7%의 병원감염이 발생하였다.³¹⁷⁾

314) 이천현, 앞의 자료, 43-44면.

315) 이천현, 앞의 자료, 45면.

316) 대한의료관련감염관리학회, 의료기관의 감염관리, 한미의학, 2017, 3면.

317) 김영권·김태운·강태숙·권필승·김선희·김수정·김양호·박창은·박훈희·성희경·송현제·양병선·엄용빈·염종화·육근돌·윤승기·이장호·장인호·정무상·조혜현·주세익·최원창·허성호·히지혜·홍성노·홍승복, 병원감염관리학, 고려의학, 2017, 19면.

1990년대 후반 병원감염에 대한 통계에서 모든 환자에서의 감염률은 5.8~15.5%, ICU 환자에서의 감염률은 10.5~39.7%, 외과환자에서의 수술 후 창상감염률은 5.6~9.8%로 보고되어 있다.³¹⁸⁾

환자안전 문제는 상급종합병원이나 급성기 의료기관은 물론 요양병원에 이르기까지 매우 포괄적인 사안이다. 환자안전과 관련된 사안은 예외적인 경우를 제외하고 시스템의 부재나 미비에 의해 발생하기 때문에 각 병원에 자율적으로 맡기고 추후 책임을 묻는 것 외에도 관련 규범의 정비가 필요하다. 1970년대부터 1980년대까지 약 10년간 미국 정부의 주도로 시행된 Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control(SENIC) Project에 따라, 약 6,000개 병원의 85%가 참여한 조사 결과 효율적인 병원감염의 관리를 위해서는³¹⁹⁾ ① 병원감염 감시체계의 구축 및 병원감염 관리정책의 개발, ② 지속적이고 체계적인 병원감염 감시의 시행,³²⁰⁾ ③ 병원감염 예방을 위한 체계적인 시스템의 구축이 필요하다는 결론이 제시되었다.³²¹⁾

현행 「감염병예방법」	개정안
<p>제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.</p> <p>12. “의료관련감염병”이란 환자나 임산부 등이 의료행위를 적용받는 과정에서 발생한 감염병으로서 감시활동이 필요하여 보건복지부장관이 고시하는 감염병을 말한다.</p>	<p>12. “의료관련감염병”이란 환자나 임산부 등이 입원 당시에 확인 또는 잠복하고 있지 않던 감염병이 의료행위를 적용받는 과정에서 발생한 것으로, 환자나 임산부 등이 입원 중에 또는 퇴원한지 48시간 이후에 발생한 감염병을 말한다.</p>

318) 김영권 외, 앞의 책, 20면. 대한병원감염관리학회에 따르면, 입원환자의 5~10% 병원감염 또는 의료감염관련 발생하고 있다는 통계가 있으며(미국 5~6%, 독일 3.6%: 대한병원감염관리학회, 2011), 의료기관 종사자의 위생 이행률이 43.8%로 저조하다는 지적이 있다(개별의료기관 보고자료, 병원 감염 관리, 2012).

319) 이 프로젝트에 따르면 효과적인 감염관리를 시행하는 경우 전체 의료관련감염의 약1/3을 감소시킬 수 있다. 대한의료관련감염관리학회, 앞의 책, 10면.

320) 이를 위해서 250병상 당 1명 이상의 감염관리실무자를 두고, 감염관리 프로그램을 운영하기 위한 전문인력을 배치하여야 한다.

321) 김영권 외, 앞의 책, 20면.

의료관련감염에 관한 CDC의 정의³²²⁾와 National Nosocomial Infections Surveillance(NNIS)의 매뉴얼에 따르면, 의료관련감염은 입원 48시간 이후에 발생한 감염이나 잠복기가 아니어야 하고, 입원 시에 이미 있었던 감염의 연장이나 부작용과 관련된 감염, 임상적 증상이나 증후가 없는 경우, 화학물질과 같은 비감염성 요인에 의한 자극 또는 상해에 대한 조직 반응의 결과로 나타나는 염증 등은 의료관련감염이 아니다.³²³⁾

감염관리 및 역학전문가 협회(Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology: APIC)가 감염관리 전문가(Infection Control Practitioner: ICP)의 자격을 인정하고 있다. 감염관리 전문가의 주요 임무는 환자와 의료 종사자의 감염 리스크를 판정하고 예방에 관한 감염감시 활동을 조정하는 것이다.³²⁴⁾ 대상에는, 감염관리 전문가 육성을 위한 프로그램에 임상 의사, 간호사, 미생물 담당 임상병리사, 역학 담당자도 포함되어 있다. 자격인정 교육은 감염관리 업무에 종사하면서 APIC 본부나 지역 지부가 주최하는 교육과정을 수료하는 것으로 이루어진다. 교육 내용은 역학과 통계, 임상미생물학, 감염 질환, 멸균, 소독, 살균, 환자관리활동 등이다.³²⁵⁾

현행 「의료법」	개정안
<p>제47조(병원감염 예방) ①보건복지부령으로 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.</p>	<p>제47조(의료관련감염 예방) ①보건복지부령으로 정하는 일정 규모 이상의 병원급 의료기관의 장은 의료관련감염의 예방을 위하여 해당 기관 내 의료관련감염 예방계획 및 위생기준을 수립·시행하여야 한다.</p>

322) “입원당시에 없었던 혹은 잠복하고 있지 않았던 감염이 입원기간 중, 혹은 외과수술환자의 경우 퇴원 후 30일 이내에 발생하는 것”을 말한다.

323) 김영권 외, 앞의 책, 15면.

324) 김영권 외, 앞의 책, 21면.

325) 김영권 외, 앞의 책, 21면.

현행 「의료법」	개정안
<p>② 의료기관의 장은 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 감염병이 유행하는 경우 환자, 환자의 보호자, 의료인, 의료기관 종사자 및 「경비업법」 제2조제3호에 따른 경비원 등 해당 의료기관 내에서 업무를 수행하는 사람에게 감염병의 예방을 위하여 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 필요한 정보를 제공하거나 관련 교육을 실시하여야 한다.</p> <p>③ 제1항에 따른 감염관리위원회의 구성과 운영, 감염관리실 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p>	<p>② 의료기관의 장은 의료관련감염의 예방을 위하여 감염관리위원회와 감염관리실을 설치·운영하고 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 감염관리 업무를 수행하는 전담 인력을 두는 등 필요한 조치를 하여야 한다.</p> <p>③ <u>의료기관의 장이 지정한 감염관리 전담 인력은 제1항에 따른 의료관련감염 예방계획 및 위생기준의 이행여부를 점검하여야 한다.</u></p> <p>④ 의료기관의 장은 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 감염병이 유행하는 경우 환자, 환자의 보호자, 의료인, 의료기관 종사자 및 「경비업법」 제2조제3호에 따른 경비원 등 해당 의료기관 내에서 업무를 수행하는 사람에게 감염병의 예방을 위하여 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 필요한 정보를 제공하거나 관련 교육을 실시하여야 한다.</p> <p>③ (생략)</p>

감염관리위원회를 비롯한 감염예방관리 전담부서의 전문인력 확충, 감염예방관리 프로그램과 관련하여 감염감시를 포함한 중요 자료와 정보의 수집·관리, 지침 및 정책의 개발, 감염 전파 예방을 위한 활동, 의료기관 종사자·환자·비의료행위 제공자에 대한 교육과 훈련이 필요하다.³²⁶⁾

326) 한감염관리간호사회, 감염관리학, 현문사, 2012, 4면.

V. 국가배상에서의 공법원리 적용

백신과 치료제가 없었던 메르스의 전파차단과 피해최소화를 위한 가장 강력한 대응방법이 검역과 격리조치였다면, 이 과정에서 공역무집행과 감염병감염의 인과관계를 살피는 일이 필요하다. 방역당국은 메르스의 전파차단을 위해서 법률에 의해 권한이 부여되지 아니한 여러 공중보건조치를 했다. 현행 법률의 범위가 메르스라는 신종 감염병을 대응하기에 너무 제한적이었기 때문이다. 그러므로 인과관계가 부정되는 것은 아니지만 공역무를 얼마나 구체적으로 요구하느냐의 기대치에 따라서 그리고 예견 가능했는지에 따라서 판단은 달라질 수 있다. 따라서 부작위에 의한 위법에 해당하는 기준은 그 법적 의무규정이 없었기 때문이라고 할 수 있을 것이다.³²⁷⁾

지금까지 소송실무에서는 과실이란 ‘공무원이 그 직무를 수행함에 있어 당해 직무를 담당하는 평균인이 통상 갖추어야 할 주의의무를 게을리 한 것’을 의미했다.³²⁸⁾ 국가배상책임 인정요건으로서의 과실개념은 이렇듯 주관적인 것으로 이해되고 있다. 국가배상법에 의하면 국가의 배상책임은 ‘위법과 과실’ 두 가지 요건으로 하고 있으며, 국가배상책임에 있어서 공무원의 가해행위는 법령에 위반한 것이어야 하고, 법령 위반이라 함은 엄격한 의미의 법령 위반뿐만 아니라 인권존중, 권력남용금지, 신의성실, 공서양속 등의 위반까지 널리 포함³²⁹⁾ 하고 있으므로 그 행위에 대한 인과관계를 판단하기에 용이한 객관적 개념이 결여되어 있다고 할 수 있다. 따라서 어떤 조건에서 공중보건조치를 수행할 수 있는지 명문화하고, 과실 여부를 판단할 수 있는 절차적 정당성을 갖추는 것이 무엇보다 중요할 것이다.³³⁰⁾

327) 박미정·이종구, 앞의 논문, 201면.

328) 대법원 1987. 9. 22. 선고 87다카11164 판결.

329) 대법원 2009. 12. 24. 선고 2009다70180 판결.

330) 박미정·이종구, 앞의 논문, 202면.

검역과 격리의 효과는 직접적인 생명침해가 발생하기 전에도 생명보호를 위해 필요한 조치로서, 개인 혹은 집단적 법익에 대한 현재의 위험뿐만 아니라 개연성을 지닌 미래의 위험에도 방치되지 않도록 하는 것이다. 감염병의 예방과 관리가 국민의 안전을 도모하기 위한 국가행정작용으로서 기본권 보호의무로 이해된다면, 공중보건을 위하여 공중보건 관련 법규에 부여된 일정한 강제권은 정당하고, 이를 통하여 결과적으로 국민의 기본권을 보호한다고 할 것이다. 중요한 것은 국민의 권리와 메르스 환자의 인권이 동등하게 보호될 수 있는 균형점을 찾는 것이므로, 가능한 한 공중보건 조치의 절차를 개선하고, 효과적인 조치를 결정할 수 있는 구체적인 내용이 사전에 준비되어야 하고 필요한 정보를 순환시켜야 한다. 국민 개개인의 입장에서도 최소한의 예방적인 개인행동을 통하여 국민이 처한 중대한 위험을 효과적으로 예방할 수 있고, 집단건강의 이득에 영향을 준다면, 개인적인 예방수칙 준수가 기본적인 사회적 책임이라고 납득할 수 있을 것이기 때문이다.³³¹⁾

공중보건에 대한 책임은 국가의 의무이며, 이는 대한민국헌법으로부터 도출되는 의무이다(제36조제3항).³³²⁾ 따라서 국가책임의 개념은 공익적·윤리적 권력의 비대칭적 관계를 규율하는 공법의 논리를 따라야 함이 적절해 보인다. 국가와 국민의 관계에서 공중보건이라는 공익과 감염병으로 인해 침해당한 사인의 권리를 형량하는 것으로서 국가배상으로서 자리매김 될 필요가 있다고 본다. 국가작용과 관련하여 발생하는 손해에 대한 배상제도가 되기 위해서는 공중보건위기 대응에 고지제도를 도입하고, 행정심판을 통한 권리구제 방안을 마련하는 것이 바람직하다. 이러한 제도 도입은 일반법에서 규정하는 것이 합리적으로 보인다. 왜냐하면 시간적인 관점에서 볼 때, 고지제도는 앞으로의 다툼에 관한 절차는 알려주는 행위이므로 검역이나 격리대상자에 대한 조치와 동시에 이루어질 수 있기 때문이다. 이는 향후 격리대상자 혹은 환자들을 위한 개인의 권리구제로 이어질 수 있을 것이다.³³³⁾

331) 박미정·이종구, 앞의 논문, 202면.

332) 송석윤, “기본권으로서의 안전권에 관한 이론적 연구”, 법학논집 8권 1호, 이화여자대학교 법학연구소, 2004, 24면.

333) 김동희, 행정법(Ⅰ), 박영사, 2015, 240-284면.

국가책임제도(Régime de la responsabilité administrative)³³⁴⁾를 가지고 있는 프랑스의 경우, 그 실정법적근거는 법의 일반원리³³⁵⁾의 하나인 공역무에 대한 평등원칙(Principe de l'égalité des citoyens devant les charges publiques)이다.³³⁶⁾ 이 원칙은 행정은 국민전체의 이익을 위한 것이므로 행정작용으로 인하여 특정인에 손해가 발생하는 경우, 이들은 전체이익을 위하여 부당하게 희생되는 결과가 된다. 따라서 이러한 부당한 불평등상태는 그 손해의 배상에 의하여 다시 평등상태로 회복되어야 한다는 논리이다. 우리나라도 이러한 사실의 구체적 내용에 따라 국가책임 또는 공무원의 개인책임을 경합하고³³⁷⁾³³⁸⁾, 이를 위해 객관화된 공무원의 과실을 인정하는 방식을 채택함이 필요할 것이다.³³⁹⁾

VI. 격리대상자의 인권보장을 위한 절차

메르스와 같은 신종 감염병의 대응·대비를 위하여 「IHR 2005」는 여러 국가 간의 상호의존적으로 변화된 무역 현황과 다양한 국제정세를 고려하여 대상 질병과 필요한 조치, 적용범위를 확대하였다.³⁴⁰⁾ 또한 공중보건 역량강화 요건으로서 법과 제도를 강조하고 있으며, 생물학적 화학적 또는 방사능 위협요소까지도 감염병의 범위에도 포섭하고 있다. 그리고 이 규칙에 근거하여 회원국에 대하여 감시와 통보의무, 감염병에 대한 대응조치능

334) 국가배상책임에 관한 판례는 Blanco 판결에 기원한다; 김동희, “한국과 프랑스의 국가보상제도의 비교고찰”, 서울대학교 법학, 26(1), 서울대학교 법학연구소, 1985, 204면.

335) 프랑스의 법의 일반원리는 전통적으로 Conseil d'Etat의 판례에 의하여, 1969년 이후에는 헌법위원회의 판례와 함께 계속하여 정립되고 있다; 김동희, “행정법의 일반원리에 관한 고찰”, 서울대학교 법학, 30(1·2), 서울대학교 법학연구소, 1989, 75~77면.

336) France C.E. 9 mars 1951, Société des concerts du conservatoire; France, Cour administrative d'appel de Lyon, 1ère chambre - formation à 3, 20 octobre 2009, 04LY00824.

337) France Conseil d'Etat의 판례에서 인과 관계(la causalité adéquate)는 ① 행정결정의 유효기간이 지난 경우, ② 행정결정이 형식상의 하자를 이유로 취소되었으나 내용상으로는 적법한 경우, ③ 소송대상이 된 당해 결정이 적용될 수 없는 법규에 의한 것임을 이유로 취소되었으나 다른 법규를 근거로 행해질 수 있었던 경우, ④ 결정이 유효하지 않은 사실상의 사유에 근거하였음을 이유로 취소되었으나 결정의 근거가 될 수 있는 다른 사유들이 존재하는 경우를 참조한다.

338) 손해가 단일사유에 기인한 것이고 또한 그것이 개인과실로서의 성격을 가지는 것인데도 일정한 경우에 국가 책임과 공무원책임이 경합적으로 인정되는 논리이다. Jean Rivero, Droit administratif, 20é ed, Paris:DALLOZ; 2004, pp.230-299.

339) 박미정·이종구, 앞의 논문, 203면.

340) 「IHR 2005」, Art. 1, Annex 2.

력의 개발과 유지 등 강제적인 각종 의무를 부과하였다.³⁴¹⁾ 하지만 범유행성 전염병(pandemic)에 대한 대응방안이 늘 국제적 규약과 같은 형태로 선포될 수는 없다. 개별국의 법률체계와 국제기구의 개입노력 간에는 상당한 차이가 상존하기 때문이다.³⁴²⁾

메르스의 국내 전파는 이제까지 사우디아라비아에 한정하여 국소적으로 발생하였던 감염병에 대한 시각을 전면적으로 수정할 것을 요구하였고, 우리나라 보건의 취약성에 대해 반성하는 계기가 되었다. 문제는 국제적으로 교역 및 여행증가에 따라 또 다른 신종(emerging) 감염병이 국내에 유입될 수 있으며, 공중보건 위기 대응능력을 갖추지 못한 나라들로부터 언제든지 국가경계를 넘어 전파될 수 있다는 것이다. 그래서 세계 주요국은 감염병 예방과 대응·대비를 위해서 행정수반의 강력한 리더십이 전면에서 나서고 있다. 생물테러를 포함하여 감염병 유행에 의한 공중보건위기가 대규모의 재난으로 이어지며 국가 안보에도 영향을 미치기 때문이다. 그래서 신종 감염병 대응·대비를 위한 전략을 마련하기 위해 ‘글로벌 보건안보구상(Global Health Security Agenda)’과 같이 글로벌 수준에서 여러 나라가 공동 대응하는 실천방안을 합의하고 있다.³⁴³⁾

정부 간 기구(intergovernmental agency)로서 WHO는 각국과의 공동대응체계 기반을 조성하기 위하여 글로벌 신종보건안보 위협요소를 고려한 예방-조기탐지-대응-피해최소화-회복의 전 과정을 포괄하여 감염병의 국제적 확산을 확인하고 대응조치를 취하는데 적용될 수 있는 공중보건위기 대응계획 수립을 강조하고 있다.³⁴⁴⁾ 그리고 그 방법론으로서 국제법적 전략(international legal strategy)을 권고하고 있다. 이 전략의 요지는 인권보호, 환경보호, 국가 안보를 강조하면서³⁴⁵⁾ 감염성질병통제와 예방으로 인해 국제교통과 무역을

341) WHO, IHR Core Capacity Monitoring Framework: Questionnaire for Monitoring progress in the Implementation of IHR Core Capacities in States Parties, 2013, p.5.

342) 박미정·이종구, 앞의 논문, 199-200면.

343) 미국이 주도되어 우리나라를 포함하여 전 세계 44개국이 참여하고 있다. 2015년 10월에는 고위급 회의가 서울에서 개최되었다; Global Health Security Agenda, 2015 High-Level Meeting in Seoul, <<http://www.yonhapnews.co.kr/bulletin/2015/09/09/0200000000AKR20150909139400017.HTML>> (2018. 10. 9. 방문).

344) 서울대학교, 과학기술기반 신종안보 대응방안, 국가과학기술자문회의, 2015 참조.

345) Gostin, L., World Health Law: Toward a New Conception of Global Health Governance for the 21st Century, Yale Journal of Health Policy Law & Ethics Vol. 5, No. 1, 2005, pp.413-424.

방해해서는 아니 되므로 다자간 글로벌 거버넌스의 형성이 필요하다는 것이다.³⁴⁶⁾ 법률적 국제공조 사례로서 호주의 경우를 보면, 연방 정부와 지방 정부 간 그리고 연방 정부 내에서도 다양한 부처 간에 독립적이지만 공중보건위기와 같은 국가 비상시에는 인접 국가인 뉴질랜드와 네트워크(Communicable Diseases Network Australia New Zealand)를 구축하여 검역업무공조를 수행하고 있다.³⁴⁷⁾

국가의 보건조치에 의한 인권의 제한에 대한 구체적인 기준은 국제인권법에서 찾을 수 있는데, 특히 「시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약의 제한과 예외에 관한 시라쿠사 원칙」(The Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights)의 5가지 조건이 적합한 기준이 될 수 있다. 즉 ① 해당 제한은 법에 의거하여 명시되고 이행되어야 하고, ② 제한은 합당한 일반이익 목표(legitimate objective of general interest)를 위해 이루어져야 하고, ③ 제한은 그러한 목표를 달성하기 위해 민주사회에서 반드시 필요한 것이어야 하고, ④ 동일한 목표를 도달하기 위해 활용할 수 있는, 상대적으로 침해나 제한의 성격이 약한 다른 수단이 존재하지 않아야 하고, ⑤ 제한은 자의적으로, 다시 말해, 비합리적이거나 다른 형태의 차별적인 방식으로 선택되거나 부과되지 않아야 한다.³⁴⁸⁾ 이 원칙에 따라 국가는 감염병 통제를 위한 보건조치를 통해 얻는 공공의 이익과 이 조치로 인하여 제한되는 개인의 권리 간의 비례성을 신중하게 심사해야 한다.³⁴⁹⁾

신체적 자유를 제한하는 격리조치는 감염병 방지를 위해서 최소한에 그쳐야 하고, 부득이하게 필요할 경우라고 하더라도 기본권의 침해가 없도록 해야 한다는 원칙이 우선적으로 천명되어야 한다.³⁵⁰⁾ 기본적인 원칙과 더불어 격리조치를 함에 있어서도 실질적인

346) World Health Assembly, Revision of the International Health Regulations, 2005, p.3.

347) 박인경·김소운·이세경, “통합적 검역체계 구축을 위한 법정정책 측면에서의 호주 검역법 연구”, 한국의료법학회지, 19(1), 2011, 170-172면.

348) UN Commission on Human Rights, 28 September 1984, UN Doc. E/CN.4/1985/4; World Health Organization, 25 Questions and Answers on Health and Human Rights, (2002).

349) 박진아, “국제보건규칙(2005)상의 전염병 통제 보건조치와 인권의 보호”, 국제법학회논총 제57권 제2호, 2012, 83면.

350) 2015. 7. 6 개정된 「감염병예방법」은 4개의 항으로 구성된 국민의 권리와 의무를 제시하고 있는데, ① 국민은

위험성이 있는 경우로 최소화 할 수 있는 기준과 절차가 명확히 정립되어야 한다. 예컨대, 시설격리 시에 최소한의 제한을 가하여 한다는 점에서 확진가능성과 함께 도주의 우려, 주거부정 등의 요건이 있을 때에 격리조치시키는 것을 검토하여야 한다.³⁵¹⁾ 메르스 사태에서 드러난 격리조치에 있어 인권보호를 위한 절차적 규정의 부재는 이와 관련된 입법을 위한 논의의 필요성을 말해준다. 격리자에게는 의식주와 치료조치 등의 환경이 제공되어야 하고, 격리와 관련한 부당한 피해가 있을 때는 피해보상이 마련되어야 한다.³⁵²⁾

현행 「감염병예방법」	개정안
<p>제42조(감염병에 관한 강제처분) ⑤ 보건복지부장관, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 조사거부자를 자가 또는 감염병관리시설에 격리할 수 있으며, 제2항에 따른 조사·진찰 결과 감염병환자등으로 인정될 때에는 감염병관리시설에서 치료받게 하거나 입원시켜야 한다.</p> <p>⑥ 보건복지부장관, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 조사거부자가 감염병환자등이 아닌 것으로 인정되면 제5항에 따른 격리조치를 즉시 해제하여야 한다.</p> <p>⑦ 보건복지부장관, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 제5항에 따라 조사거부자를 치료·입원시킨 경우 그 사실을 조사거부자의 보호자에게 통지하여야 한다.</p>	<p>제42조(감염병에 관한 처분) ⑤ 보건복지부장관, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 조사거부자에게 자가격리 및 <u>조사·진찰을 권고할 수 있다. 다만, 조사거부자가 자가격리 도중 이 법에 따른 감염병의 감염이 확인될 경우 감염병관리시설에 격리할 수 있다.</u></p> <p>⑥ 보건복지부장관, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 조사거부자가 제5항에 따른 자가격리 및 <u>조사·진찰에 수차례 불응하는 경우 감염병관리시설 격리를 권고할 수 있다.</u></p> <p>⑦ <u>제2항에 따른 조사·진찰 결과 감염병환자등으로 인정될 경우가 아니면 감염병환자등에는 감염병관리시설에서 치료받게 하거나 입원·격리시키는 등의 제한을 할 수 없다.</u></p>

감염병으로 격리 및 치료 등을 받은 경우 이로 인한 피해를 보상받을 수 있다. ② 국민은 감염병 발생 상황, 감염병 예방 및 관리 등에 관한 정보와 대응방법을 알 권리가 있고, 국가와 지방자치단체는 신속하게 정보를 공개하여야 한다. ③ 국민은 의료기관에서 이 법에 따른 감염병에 대한 진단 및 치료를 받을 권리가 있고, 국가와 지방자치단체는 이에 소요되는 비용을 부담하여야 한다. ④ 국민은 치료 및 격리조치 등 국가와 지방자치단체의 감염병 예방 및 관리를 위한 활동에 적극 협조하여야 한다는 것이 이에 해당한다(제6조).

351) 대한변호사협회, 2015 인권보고서[제30집], 2016, 19면.

352) 대한변호사협회, 앞의 보고서, 20면.

현행 「감염병예방법」	개정안
<p>⑧ 제6항에도 불구하고 정당한 사유 없이 격리조치가 해제되지 아니하는 경우 조사거부자는 구제청구를 할 수 있으며, 그 절차 및 방법 등에 대해서는 「인신보호법」을 준용한다. 이 경우 “조사거부자”는 “피수용자”로, 격리조치를 명한 “보건복지부장관, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장”은 “수용자”로 본다(다만, 「인신보호법」 제6조제1항제3호는 적용을 제외한다).</p>	<p>⑧ 보건복지부장관, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 조사거부자가 감염병환자등이 아닌 것으로 인정되면 제5항에 따른 격리조치를 즉시 해제하여야 한다.</p> <p>⑨ 보건복지부장관, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 제5항에 따라 조사거부자를 치료·입원시킨 경우 그 사실을 조사거부자의 보호자에게 통지하여야 한다.</p> <p>⑩ 제6항에도 불구하고 정당한 사유 없이 격리조치가 해제되지 아니하는 경우 조사거부자는 구제청구를 할 수 있으며, 그 절차 및 방법 등에 대해서는 「인신보호법」을 준용한다. 이 경우 “조사거부자”는 “피수용자”로, 격리조치를 명한 “보건복지부장관, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장”은 “수용자”로 본다(다만, 「인신보호법」 제6조제1항제3호는 적용을 제외한다).</p>

2015년 메르스 사태 때 삼성서울병원 응급실에 사흘간 머물면서 85명에게 메르스를 감염시킨 14번 환자, 30명을 감염시킨 1번 환자, 23명을 감염시킨 16번 환자. 이들은 메르스 '슈퍼 전파자'라는 불명예를 안았다. 이들이 슈퍼 전파자가 됐던 것에는 여러 가지 복합적인 배경이 자리잡고 있다. 메르스라는 신종감염병에 대한 정보 부족, 의료 전달체계가 부재한 가운데 대형병원의 응급실 과밀화, 보건당국의 부실한 방역 대응 등이 뒤섞이면서 이들은 자신도 모르는 사이에 메르스 바이러스를 확산하는 슈퍼 전파자가 됐고 감염력은 증폭됐다. 그럼에도 사람들의 비난은 슈퍼 전파자에게로 집중

됐다. 그들은 메르스라는 신종감염병에 노출된 환자이자 부실한 방역과 의료체계의 피해자였음에도 불구하고 감염병을 확산한 가해자로 지목됐다. 그들에게 책임을 물어야 한다는 주장도 나왔다.³⁵³⁾ 메르스와 같은 감염병 유행시 방역조치에 적극적으로 협조하여야 한다는 국민들의 입법준수 의식이 필요하다. 그러나 이러한 의식은 제도의 보완과 같이 이루어져야 한다. 감염병으로 격리조치가 됐을 때 국가가 적절한 수준의 생계비를 지원하고, 격리조치나 입원치료를 위해 휴무를 했을 때 유급휴가를 인정하여 직장 내 불이익에 대한 불안이 없도록 해야 하는 등 감염병 환자라는 이유로 일신상의 불이익을 받는 일이 없도록 법제가 우선적으로 갖추어져야 한다.

353) 3년 만에 메르스 확진환자가 발생하면서 예전에 경험했던 불안과 공포가 반복되었다. 다행히 이번에는 신속한 초기 대응과 방역으로 환자가 입국한 지 수 시간 만에 격리조치와 함께 접촉자 파악이 이루어졌다. 3년 전 메르스 사태를 계기로 국가 방역체계와 병원의 감염관리 시스템을 강화했기 때문이다. 그러나 한 가지 변함없는 게 있다. 바로 메르스라는 감염병을 바라보는 왜곡된 시선이다. 3년 전 슈퍼 전파자를 향했던 것과 비슷한 비난이 메르스 확진자를 향하고 있다. 단초는 서울시가 제공했다. 지난 9일 서울시가 메르스 대책회의를 생중계하는 과정에서 메르스 환자 A씨의 행적이 공개됐다. A씨가 공항에 마중 나온 부인에게 '마스크 착용'을 당부했고 자신은 공항 택시를 타고 삼성서울병원으로 이동했다는 게 확인되면서 A씨를 향한 비난이 쏟아지고 있다.

이 때문에 A씨가 사전에 메르스 감염을 우려해 자신의 가족만 보호하고, 무책임하게 대중교통을 이용하면서 다수의 접촉자를 양산했다는 비난이 쏟아지고 있다. 공항 입국절차 과정에서 메르스 감염이 의심된다는 점을 숨긴 게 아니냐는 의심도 받고 있다. 질병관리본부가 지난 10일 발표한 '메르스 환자 이동 동선, 접촉자 중간조사 결과'에 따르면 이 확진자는 입국절차를 위해 총 26분간 공항에 체류하면서 검역을 받을 때 실사, 근육통이 있다고 기재한 건강상태질문서를 제출했다. 검역관 조사시 10일전에 설사증상이 있었고, 약물복용은 하지 않았다고 응답했다. 당시 그의 체온은 정상(36.3℃) 범위였다. 인천공항 검역관이 메르스 증상 중 하나인 설사를 했다는 점에 좀 더 주의를 기울이고 신중하게 판단했으면 좋았을 텐데, 아쉽게도 이 환자는 추가적인 검역 절차를 거치지 않고 입국절차를 마쳤다.

청와대 국민청원게시판에는 A씨의 행동을 비판하면서 조사와 처벌을 촉구하는 국민청원글이 잇따라 올라왔다. 메르스 감염을 인지하고도 자신의 차량이 아닌 대중교통을 이용함 점이 의심스럽고 엄벌해야 한다는 청원글도 눈에 띈다. 그러나 이런 주장은 3년 전 슈퍼 전파자들을 향해 쏟아졌던 비난과 다를 바 없다. 따져보자. 자신이 이 환자의 처지였다고 가정할 때 과연 감염병 예방수칙을 떠올리고 이성적인 판단만으로 행동할 수 있었을까. A씨가 머물렀던 쿠웨이트는 질병관리본부가 지정한 메르스 오염지역도 아니었다. 그의 말대로라면 입국 당시까지 기침이나 발열과 같은 호흡기 증상 없이 설사 증상만 있었다고 하니 메르스 감염을 의심하기도 쉽지 않았을 것으로 보인다.

질병관리본부에 따르면 2017년 한 해 동안 국내 메르스 의심환자 신고는 총 1,248건이 접수됐다. 이 중 의심환자로 분류된 사례는 220명이며, 확진 검사를 한 결과 모두 음성으로 확인됐다. 의심환자로 분류된 220명은 모두 바레인, 쿠웨이트, 사우디아라비아 등의 중동지역 국가를 방문한 여행력이 있었던 사람들이다. 그런데 이들 중 환자가 내원해 검사를 받고 의료기관이 신고한 경우가 99명(45%)이었다. 만일 이 99명 중 메르스 확진환자가 있었다면 어떻게 됐을까. 다행히 그들은 메르스에 감염되지 않았다. 만일 A씨도 의료기관에서 검사를 받고 음성으로 나왔다면 그저 2018년의 메르스 의심환자 중 한 명으로 통계에 남았을 것이다. 하지만 그는 운이 나쁘게도 메르스 바이러스에 감염됐다. 그를 비난한다면 작년에 중동지역 국가를 방문하고 메르스 의심증상으로 직접 병원을 찾아 검사를 받은 의심환자들 역시 마찬가지로 비난을 받아야 한다. 감염 확산의 우려가 있음에도 의료기관을 직접 내원했고 그 과정에서 많은 접촉자를 만들어 냈을 것이기 때문이다. 라포르시안, “그 메르스 환자를 향한 비난은 온당한가”, 2018. 9. 12 기사.

korea
legislation
research
institute

제5장

결론

제5장

결론

본 연구는 현 법상 행정기관이 감염병에 대응하기 위한 조치들을 구체화하고, 그 조치에 대한 정당성과 더불어 조치의 적정성·타당성 여부에 따라 발생하는 법적 쟁점을 검토하여, 보다 발전된 감염병 대응체계를 구축하고자 하였다. 이를 위하여 관련 법령의 검토는 물론 사례 분석을 통하여 그동안 우리나라의 감염병 대응체계의 문제점과 법제 개선으로 발전시킬 수 있는 사항을 정리하였다.

본문에서는 검역체계의 미비, 감염병 관리체계에 관한 정부·지자체의 거버넌스, 방역 조치에 대한 정부의 책임, 의료정보시스템의 미비, 의료 관련 감염 대응책의 미비, 감염병 관련 리스크 커뮤니케이션, 감염의심자의 인권 보장, 자가격리 위반에 대한 처벌의 실효성, 손실보상 등의 문제점들을 필요에 따라 일정부분 검토하였다. 감염병 관련 현행 법제와 실무적 문제점들에 대한 본 연구의 제안을 정리하면 다음과 같다.

감염병 관련 법령의 체계 정비를 위한 유사 입법은 통합하고, 법정감염병 중심의 대응 체계가 정비하여야 한다. 검역·방역 단계에서의 예방·격리조치를 보다 세밀하게 구분하여, 각 단계와 상황별 명확한 집행이 필요하다. 법정감염병은 그 범위에 포함되는 시점부터 검역·방역조치 등 즉시강제 대상이 될 수 있으므로, 법정감염병에 포함되지 않는 감염병이 발병했을 상황을 대비한 예비적 조치는 필요하지만, 법정감염병에 포함되지 않는 감염병에 대한 과잉조치에 대해서는 자제해야 할 필요가 있다. 이를 위해서는 감염병과 관련된 국제적 동향이나 인접 국가들의 상황을 지속적으로 모니터링 하며 관리하여야 한다. 중앙뿐 아니라 지방자치단체의 지휘체계의 강화와 전문인력의 확보가 필요하다. 역학조사관의 육성 및 처우 개선이 여기에 포함된다. 의료관련감염에 대한 정의 규정 개

정 외에도 이를 실무적으로 적용할 수 있는 기준과 같은 실체적 조문이 필요하고, 「감염병예방법」과 「의료법」 등 법체계상 연계도 검토해야 한다. 환자 및 격리대상자의 인권 보장 등의 문제는 단기 혹은 장기적으로라도 반드시 개선되어야 할 숙제이다.

연구기간 중인 2018년 9월 국내에는 또 다시 메르스가 발발하였는데, 3년 전에 비추어 질병관리본부를 비롯한 지방자치단체의 대응, 감염병에 대한 국민들의 인식과 관심은 매우 향상되었다고 평가할 수 있다. 그럼에도 불구하고, 감염병 확산방지를 위한 정부의 검역·방역조치에 수반하는 법적 쟁점들은 여전히 촉발 대기 중인 상황이다. 법제 개선만으로 이러한 법적 문제점들을 일거에 해소할 수는 없지만, 개선이 필요한 사항에 대해서는 지속적인 검토와 대안이 필요하다.

보건당국의 적극적인 조치는 반대 측면에서의 과잉과 인권의 문제를 남긴다. 그동안 수면 위로 논의되지 않았던 격리대상자의 인권보장의 문제는, 감염병 관련 행정체계의 정비와 적극적 대응에만 급급하였던 우리에게 추가적인 논의를 제공한다. 아직까지 감염병 환자의 기본권 보호 측면에서 우리의 법제와 인식은 부족한 점이 적지 않다. 국가방역 체계와 병원의 감염관리 시스템을 더 강화하고, 동시에 생활환경 및 노동환경의 개선과 사회안전망을 확충해야 감염병 예방이나 방역을 위한 적극적인 협조가 가능하다. 감염병에 감염된 개인을 격리하거나 이를 위반할 경우 처벌하는 것이 능사가 아니다. 격리대상자를 마치 범죄인과 같이 취급하고, 그에게 책임을 묻는 방향은 국민의 생명과 건강권을 보장해야 한다는 국가의 의무는 해태(懈怠)한 채, 국민들이 재난으로부터 스스로를 지켜야 한다는 것과 다를 바 없다. 감염병의 예방과 관리를 위한 국가차원의 적극적 대응이 소수를 배제하고 차별하기 위한 방향으로 제시되어서는 안 될 것이다.

korea
legislation
research
institute

참고문헌

참고문헌

I. 국내문헌

1. 단행본

김남순 · 박은자 · 전진아 · 김대중 · 정진욱 · 김정선 · 김동진 · 송은솔 · 최성은 · 김대은 · 최지희, 감염병 관리체계의 문제와 개선방안, 한국보건사회연구원, 2015.

김영권 · 김태운 · 강태숙 · 권필승 · 김선희 · 김수정 · 김양호 · 박창은 · 박훈희 · 성희경 · 송현제 · 양병선 · 엄용빈 · 염종화 · 육근돌 · 윤승기 · 이장호 · 장인호 · 정무상 · 조혜현 · 주세익 · 최원창 · 허성호 · 허지혜 · 홍성노 · 홍승복, 병원감염관리학, 고려의학, 2017.

강유민 · 김가연 · 김연재 · 김재윤 · 신형식 · 진범식, 현대인과 바이러스, 국립중앙의료원, 2016.

김경미 · 김승주 · 박진희 · 손정아 · 유소연 · 이미향 · 이지영 · 장백희 · 장운숙 · 차경숙 · 최정실 · 한수하 · 한계경, 알기 쉬운 감염관리, 정담미디어, 2016.

김도훈 · 김슬기 · 김정환, 입법절차와 사법절차, 서울: 세창출판사; 2009.

김동희, 행정법 I, 박영사, 2015.

대한감염관리간호사회, 감염관리학, 현문사, 2012.

대한변호사협회, 2015 인권보고서[제30집], 2016.

대한의료관련감염관리학회, 의료기관의 감염관리, 한미의학, 2017.

- 민주사회를 위한 변호사모임, 2015 한국인권보고서, 2015.
- 박균성, 행정법강의, 박영사, 2015.
- 박진아, 전염병과 국제법, 삼우사, 2012.
- 배시애, 감염병학, 대왕사, 2014.
- 법제처, 법령입안·심사기준, 2017.
- 이은환, 메르스 격리자, 공공의 적이었나, 경기연구원, 2015..
- 이준서·양태건, 행정의 실효성 확보 수단에 관한 법제 정비방안 연구, 한국법제연구원, 2017.
- 이천현, 실효적인 감염병 예방 및 관리를 위한 형사정책적 대응방안 연구, 한국형사정책연구원, 2015.
- 중앙메르스관리대책본부·보건복지부 메르스 후속조치 TF, 2015 메르스 백서 - 메르스로부터 교훈을 얻다! -, 보건복지부, 2016.
- 홍정선, 행정법원론(상), 박영사, 2015.
- 홍정선, 행정법특강, 박영사, 2014.

2. 논문 및 발표자료

- 강기홍, “메르스 사태와 중앙·지방 간 법적 거버넌스”, 인권과 정의 제452호, 2015.
- 길준규, “독일의 감염병법에 대한 법적 문제”, 한국법제연구원 워크숍 자료집, 2018.
- 김동희, “한국과 프랑스의 국가보상제도의 비교고찰”, 서울대학교 법학, 26(1), 서울대학교 법학연구소, 1985.

- 김동희, “행정법의 일반원리에 관한 고찰”, 서울대학교 법학, 30(1·2), 서울대학교 법학 연구소, 1989.
- 김지영, “병원감염 예방을 위한 법적 고찰 - 프랑스를 중심으로 -”, 감염병 예방 및 관리를 위한 쟁점의 비교법적 분석, 한국법제연구원 워크숍 자료집, 2018.
- 민병원·진경인, “글로벌 보건거버넌스와 국제협력 메커니즘의 변화: 국제보건규칙 개정 사례를 중심으로”, 국제·지역연구, 23권 4호, 2014.
- 박미연, “인수(人獸)공통 감염병”, 대한수의사회지, 2011.
- 박미정, “감염병 대응관련 언론보도와 개인정보보호”, 언론과법 15(3), 한국언론법학회, 2016.
- 박미정·이종구, “메르스 대응조치에 나타난 법률의 문제점 고찰과 개선방안”, 한국의료 법학회지 제23권 제2호, 2015.
- 박인경·김소운·이세경, “통합적 검역체계 구축을 위한 법정책적 측면에서의 호주 검역법 연구”, 한국의료법학회지, 2011.
- 박정일, “감염병으로 인한 격리조치에 관한 소고”, 의료법학제16권 제1호, 2015.
- 박진아, “국제보건규칙(2005)상의 전염병 통제 보건조치와 인권의 보호”, 국제법학회논총 제57권 제2호, 2012.
- 박형욱, “감염병예방법의 기능과 본질적 과제”, 의정연구 제21권 제3호(통권 제46호), 한국의회발전연구회, 2015.
- 송석윤, “기본권으로서의 안전권에 관한 시론적 연구”, 법학논집, 이화여자대학교 법학 연구소, 2004.

- 심영규, “감염병 예방 및 관리를 위한 국제규범체계에 관한 고찰 - 구범조화적 관점에서 -, 한국법제연구원 워크숍 자료집, 2018.
- 윤진아, “독일 감염병 예방 및 관리 법제 고찰”, 한국법제연구원 워크숍 자료집, 2018.
- 이경화, “‘공중 보건’ 문제에 대한 국제법적 대응 - WHO 및 UN에서의 논의를 중심으로 -”, 환경법연구, 제37권 제2호, 한국환경법학회, 2015.
- 이계수, “메르스와 법: 전염병의 법률학”, 민주법학 제58호, 2015.
- 이상윤, “이대목동병원 신생아 사망 사건 이후 달라져야 할 것들 - 의료 관련 감염 예방을 위한 구조변화가 필요하다”, 의료와 사회, 2018.
- 이은영 · 이미진 · 이선규, “국제보건규칙(2005)에 따른 전염병예방법 및 검역법 개정 방향 연구”, 한국의료법학회지, 2006.
- 이천현, “감염병 예방 · 관리를 위한 형사정책적 대응방안”, 한국법제연구원 워크숍 자료집, 2018.
- 이천현, “전염병 예방 및 관리를 위한 형사정책”, 한국형사정책연구원·법무연수원, 제6회 형사사법포럼 : 재난 없는 안전사회를 위한 형사정책적 과제, 2015.
- 조준성, “감염병과 환자의 인권”, 생명윤리포럼 제4권 제3호, 2015.
- 천병철, “감염병 위기대응체계 개선 - 감염 의심자 및 노출자 격리 관리 -”, 의료정책 포럼 제13권 제3호, 대한의사협회 의료정책연구소, 2015.
- 천병철, “우리나라 감염병 관련 법률 및 정책의 변천과 전망”, *Infect Chemother*, 43(6), 2011.
- 최정현, “병원감염의 법적 측면”, 대한내과학회지 제76권 부록 2호, 2009.

최지연, “미국의 감염병 관리 체계 및 법령”, 감염병 예방 및 관리를 위한 쟁점의 비교 법적 분석, 한국법제연구원 워크숍 자료집, 2018.

3. 판례

대법원 1972.10.10, 69다701; 대법원 1971.4.6, 70다2955 판결.

대법원 1972.10.10. 선고 69다701 판결.

대법원 1979. 12. 29. 선고 79누218 판결.

대법원 1987. 9. 22. 선고 87다카11164 판결.

대법원 1992. 8. 7. 선고 92두30 결정.

대법원 2009. 12. 24. 선고 2009다70180 판결.

헌법재판소 2006. 7. 27. 선고 2005헌마277결정.

4. 보도자료 및 기사

BBS News, “메르스 컨트롤타워 혼선…여야 한목소리로 문제점 지적”, 2015. 6. 9. 뉴스.

KBS, “경찰, 메르스 자가격리 무단이탈 엄정 대응”, 2015. 6. 16.

YTN, “너무 많은 메르스 컨트롤타워, 최고 책임자는 누구?”, 2015. 6. 9. 보도자료.

건복지부·질병관리본부, 제2차 감염병 예방관리 기본계획 - 원헬스(one health) 기반 공동 대응체계 강화 2018-2022 (이하 “제2차 기본계획”이라 한다) -, (2018. 6.)

경향신문, “‘메르스 의심자’에 위치추적장치?”, 2015. 6. 25. 기사.

- 국민일보, “軍 에이즈 확진 강제전역자 5년간 152명”, 2018. 10. 7. 기사.
- 국정기획자문위원회, “문재인정부 국정운영 5개년 계획”, (2017. 7), 77면.
- 국제신문, “‘정부에 메르스 초기대응 부실 책임’ 첫 소송…‘부작위 위법확인 청구의 소’”, 2015. 6. 22. 기사.
- 글로벌이코노믹, “첫 소송 제기, 메르스 초기대응 실패한 정부 이는 ‘입법부작위에 해당돼’”, 2016. 6. 22. 기사.
- 노컷뉴스, “WHO 전문가 ‘한국 메르스 확산위험 낮아…쿠웨이트서 조사중’”, 2018. 9. 14. 기사.
- 뉴스1, “국회 법사위, 법무부 메르스 유언비어 엄단 방침 공방”, 2015. 6. 15. 기사.
- 뉴스1, “법무부 ‘메르스 관련 유언비어·괴담 엄단 지시’”, 2015. 6. 5. 기사.
- 뉴스1, “與, 경제대책·컨트롤타워 촉구…메르스 총력 체제 유지”, 2015. 6. 9. 기사.
- 뉴스1, “정무위, 총리실 메르스 컨트롤타워 부재 질타”, 2015. 6. 16. 기사.
- 뉴스광장, “메르스 사실상 종료…확산 막았지만 검역은 허점”, 2018. 9. 22. 뉴스.
- 뉴스핌, “박능후 ‘결핵 문제 심각…5개년 관리종합계획 다시 짚다’”, 2018. 10. 10. 기사.
- 뉴스핌, “정부-서울시 메르스 대응 불협화음?…어긋나는 발표”, 2018. 9. 10. 기사.
- 뉴스1, “2017년 세계 결핵환자 1000만명 추가발병…2030년 박멸 난망” WHO, 2018. 9. 19. 기사.
- 뉴스1, “法, ‘메르스 초기 대응 실패’ 국가 상대 소송 각하”, 2015. 11. 6. 기사.
- 뉴스1, “법무·검찰, 메르스 관련 유언비어 유포 엄단”, 2015. 6. 5. 기사.

- 데일리팝, “5년간 약 5만명 직장인 결핵 환자 발생…OECD 1위”, 2018. 10. 10. 기사.
- 라포르시안, “그 메르스 환자를 향한 비난은 온당한가”, 2018. 9. 12. 기사.
- 매일경제, “메르스TM 자가격리자 4명, 무단 이탈로 경찰 고발”, 2015. 6. 16. 기사.
- 매일경제, “메르스 국민의 생명과 건강이 최우선”, 2018. 9. 12. 기사.
- 메디컬투데이, “정책 메르스에 엇박 타는 일본과 서울시…혼란스러운 국민들”, 2018. 9. 13. 기사.
- 메디컬투데이, “최근 5년간 에이즈 확진 판정 받은 장병 165명”, 2018. 10. 9. 기사.
- 메디파나뉴스, “메르스 격리해제 ‘국민, 의료진, 보건당국 합심 극복’”, 2018. 9. 22. 기사.
- 메디파나뉴스, “심각성 높아진 ‘직장인 결핵환자’ 5년간 환자 5만명 발생”, 2018. 10. 10. 기사.
- 미디어펜, “메르스 회의 생중계로 정보 노출…서울시, 일본과 또 갈등 우려”, 2018. 9. 11. 기사.
- 보건복지부, 메르스대응 행정지침, 2015. 6. 15.
- 보건복지부, 안전의료, 건강한 국민을 위한 의료관련감염 예방관리 종합대책(2018-2022), (2018. 6).
- 보건복지부·질병관리본부, 감염병의 예방 및 관리에 관한 기본계획 2013~2017(이하 “제1차 기본계획”이라 한다), (2013. 8).
- 보건신문, “메르스 사태 교훈, 대응 지침 보강 필요”, 2018. 10. 1. 기사.
- 서울경제, “서울시 메르스 대책반 가동… 박원순 시장 ‘능장대응 보단 과잉대응’”, 2018. 9. 8. 기사.

서울대학교, 과학기술기반 신흥안보 대응방안, 서울: 국가과학기술자문회의, 2015.

서울신문, “‘메르스 초기 대응 실패’ 국가 배상 첫 판결”, 2018. 2. 19. 기사.

세계일보, “메르스 감염자, 국가 손해소 승소…정부 방역부실 첫 인정”, 2018. 2. 18. 기사.

세계일보, “메르스 감염자, 국가 손해소 승소…정부 방역부실 첫 인정”, 2018. 2. 18. 기사.

세계일보, “법무부 ‘메르스 관련 유언비어 유포 엄단하겠다’”, 2015. 6. 5. 기사.

아주경제, “부산·부천·시흥 등 전국 메르스 확산, 최경환 ‘격리자 휴대전화 위치추적’”, 2015. 6. 8.

연합TV뉴스, “들끓는 환자 비난…서울시 메르스 대책회의 중계 중단”, 2018. 9. 11. 보도 자료.

연합TV뉴스, “환자에게 쏟아진 비난…서울시, 메르스회의 생중계 안하기로”, 2018. 9. 11. 기사.

연합뉴스, “‘메르스 초기대응 부실’ 국가상대 행정소송 패소”, 2015. 11. 6. 기사.

연합뉴스, “메르스 3년 만에 재발 ‘시민 295만명에 역학조사관 1명뿐… 메르스 감염 확산 상상만 해도 아찔’”, 2018. 9. 27. 기사.

연합뉴스, “메르스 격리자 682명으로 급증… ‘출국 제한 조치 예정’ ”, 2015. 6. 1. 기사.

의협신문, “메르스 사태, 보강된 국가 방역체계와 허점 동시에 보여줬다”, 2018. 9. 21. 기사.

이데일리, “오픈넷, ‘방심위 메르스 괴담 글 삭제 의결…위헌소지’ ”, 2015. 6. 17. 기사.

일요신문, “메르스 골든타임 놓쳤나?...정부 메르스 확산 속 컨트롤타워 부재 드러나”,
2015. 6. 7. 기사.

전남일보, “여야 ‘메르스 컨트롤타워 혼신’ 한목소리 질타”, 2015. 6. 10. 기사.

주간경향, “메르스 대응, 신속한 격리가 최선”, 2018. 10. 1. 기사.

중앙일보, “‘협이 없이 환자 정보 공개’...서울시·질본 또 메르스 충돌”, 2018. 9. 10. 기사.

중앙일보, “메르스 3년 만에 또 발병, 초기 대응 뭐가 달라졌나”, 2018. 9. 13. 시론.

질병관리본부, 감염병관리사업 지침, 2015.

청년의사, “[특별기고] 메르스(MERS)가 재난이 아닌 이유 : 충남대의전원 유인솔 교수
‘법으로 정한 재난 정의와 감염병에 메르스는 포함 안돼’”, 2015. 6. 17.

청년의사, “3년만에 왔다 간 ‘메르스’, 다음 대비할 발판돼야22일 밀접접촉자 격리 해제로
사실상 종식...‘대처 잘했다’ 긍정 평가”, 2018. 9. 27. 기사.

한겨레, “메르스 컨트롤타워, 20일 만에 총리 대행 주재 ‘점검회의’로 가닥”, 2015. 6. 9.
기사.

한겨레, “메르스환자는 ‘죄인’이 아니다”, 2015. 6. 30.

한겨레21, “정보 비공개 결정, 누가 했을까 : 예방의학 전공 의사 출신 김용익 의원의
정부 대처 진단 ‘수동, 소극, 축소 지향, 사후 대책’ ”, 2015. 6. 29.

한국일보, “시민 295만명에 역학조사관 1명뿐...메르스 감염 확산 상상만 해도 아찔”,
2018. 9. 17. 기사.

헤럴드 경제, “3년 전과 다르다던 정부·서울시, ‘메르스’ 엇박자·기싸움 여전”, 2018.
9. 11. 기사.

II. 해외문헌

1. 단행본

A. L. Taylor, International Law, and Public Health Policy, (in) International Encyclopedia of Public Health, Vol. 3, Elsevier, 2008.

Axel Kramer/Jörg Ansorg/Claus Batels/Volker Großkopf/Michael Schanz, RDG 2015.

Bernd-Rüdiger Kern/Marcel Reuter, Haftung für Hygienemängel - unter besonderer Berücksichtigung der aktuellen Rechtsprechung und des Patientenrechtsgesetzes, MedR 2014.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). State electronic disease surveillance systems - United States, 2007 and 2010. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 60(41), 2011.

Christine Geffers, Nosokomiale Infektionen: Die Fakten, S. 3.

Häberle, IfSG § 23, in: Erbs/Kohlhaas, Strafrechtliche Nebengesetze, 220. EL Juli 2018.

Jean Rivero, Droit administratif, 20^e ed, Paris:DALLOZ; 2004.

Lawrence O. Gostin, Mary C. DeBartolo and Eric A. Friedman, The International Health Regulations 10 years on: the governing framework for global health security, viewpoint Vol. 386, Issues 10009, 2015.

M. Werhern, Nosokomiale Infektionen - Verschärfte Haftung nach Patientenrechtegesetz?, Gefäßchirurgie, 2014.

Oboho IK, Tomczyk SM, Al-Asmari AM, Banjar AA, Al-Mugti H, Aloraini MS, et. al, 2014 MERS-CoV outbreak in Jeddah: a link to health care facilities, *N Engl J Med.*, 372(9), 2015.

Report to the Director-General of the Review Committee on Second Extensions for Establishing National Public Health Capacities and on IHR Implementation; Prior informed consent for medical examinations, vaccination, other measures (Articles 25.3 and 25.4); Authorizations and restrictions on charges to travelers for public health measures (Article 40), November 2014.

Stefan Hagel, *Krankenhausinfektion*, DZKF 2012.

United Nations, Economic and Social Council, Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights; U.N. Doc. E/CN.4/1985/4.

US. CDC, Crisis and emergency risk communication, Quick Guide 2008.

WHO, Effective Media Communication during Public Health Emergencies, WHO Field Guide, 2005

WHO, IHR Core Capacity Monitoring Framework: Questionnaire for Monitoring progress in the Implementation of IHR Core Capacities in States Parties, 2013.

WHO, International Health Regulations (2005): A brief introduction to implementation in international legislation, 2009.

WHO, International Health Regulations(2005), Third Edition, 2016.

World Health Assembly, Revision of the International Health Regulations, 2005.

2. 논문 및 발표자료

A. L. Taylor, International Law, and Public Health Policy, (in) International Encyclopedia of Public Health, Vol. 3, Elsevier, 2008.

Buchanan, David R. Autonomy, paternalism, and justice: ethical priorities in public health, *American Journal of Public Health*, 98(1), 2008.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), State electronic disease surveillance systems - United States, 2007 and 2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 60 (41, 2011).

David P. Fidler and Lawrence O. Gostin, The New International Health Regulations: An Historic Development for International Law and Public Health, *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 2006.

David P. Fidler, From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations, *Chinese Journal of International Law*, Vol 4, Issue 2, 2005.

Eric Mack, The World Health Organization's New International Health Regulations: Incursion on State Sovereignty and Ill-Fated Response to Global Health Issues, *Chicago Journal of International Law*, Volume 7, Number 1, 2006.

Gian Franco Gensini et al., The concept of quarantine in history: from plague to SARS, *Journal of Infection*, *Journal of Infection* 49(4), 2004.

Gostin, Lawrence O., Scott Burris, and Zita Lazzarini. "The law and the public's health: a study of infectious disease law in the United States." *Columbia Law Review* 99(1), 1999.

Gostin, L., World Health Law: Toward a New Conception of Global Health Governance for the 21st Century, *Yale Journal of Health Policy Law & Ethics*, 2005.

Hossein Bagherian et al., National Communicable Disease Surveillance System: A review on Information and Organizational Structures in Developed Countries, *REVIEW/ACTA INFORM MED.* 25(4), 2017.

James G. Hodge, Lawrence O. Gostin, Kristine Gebbie, and Deborah L. Erickson, Transforming Public Health Law: The Turning Point Model State Public Health Act, *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 2006.

Lawrence O. Gostin, Jason W. Sapsin, Stephen P. Teret, Scott Burris, Julie Samia Mair, James G. Hodge, Jr. and Jon S. Vernick, The Model State Emergency Health Power Act: Planning for and Response to Bioterrorism and Naturally Occurring Infectious Diseases, *Journal of American Medical Association*, Vol. 288, No. 5, 2002.

Lawrence O. Gostin, The Model State Emergency Health Powers Act: Public Health and Civil Liberties in a Time of Terrorism, *13 Health Matrix* 3, 2013.

National Electronic Disease Surveillance System Working Group. National Electronic Disease Surveillance System(NEDSS): a standards-based approach to connect public health and clinical medicine. *J Public Health Manag Pract.* 7(6), 2001.

Obijiofor Aginam, International law and communicable diseases, *Bulletin of the World Health Organization*, 80 (12), 2002.

Oboho IK, Tomczyk SM, Al-Asmari AM, Banjar AA, Al-Mugti H, Aloraini MS, et. al, 2014 MERS-CoV outbreak in Jeddah: a link to health care facilities, *N Engl J Med.*, 372(9), 2015.

United Nations, Economic and Social Council, Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights; U.N. Doc. E/CN.4/1985/4.

연구보고 18-08

감염병 예방 및 대응체계에 관한
법제개선방안 연구

2018년 10월 28일 인쇄

2018년 10월 31일 발행

발행인 | 이익현

발행처 | 한국법제연구원

세종특별자치시 국책연구원로 15

(반곡동, 한국법제연구원)

전화 : (044)861-0300

등록번호 | 1981.8.11. 제2014-000009호

홈페이지 | <http://www.klri.re.kr>

값 9,000원

1. 본원의 승인없이 전재 또는 역제를 금함. ©
2. 이 보고서의 내용은 본원의 공식적인 견해가 아님.

ISBN : 978-89-6684-891-1 93360

이준서(책임)

한양대학교 법학박사
(현) 한국법제연구원 연구위원

주요 연구실적

행정의 실효성 확보 수단에 관한 법제 정비
방안 연구(2017)
기후변화 적응을 위한 지방자치단체의 표준
조례안 연구(2015)
기후변화 대응을 위한 유럽연합의 재생에너지
법제와 정책 분석(2014, 2015)

이준서
감염병 예방 및 대응체계에 관한 법제 개선방안 연구

KLRI KOREA LEGISLATION
RESEARCH INSTITUTE



ISBN 978-89-6684-891-1

93360
2000'6 12