

공중보건 비상사태와 윤리적 대응: 2015년 한국 메르스 유행을 중심으로

최은경*

요약

본 논문은 2015년 한국에서 발생한 메르스 유행을 공중보건 비상사태의 윤리성의 관점으로 고찰한다. 공중보건 비상사태는 공중보건에 대한 심각하고 긴급한, 예상치 못한 위협으로써 사회의 일상적 기능에 실질적인 위협이 될 수 있을 정도의 위협을 의미한다. 공중보건 비상사태가 발생하면 개인의 자율성과 법적 권리가 제한될 수 있다. 윤리 원칙 중 공중보건 비상사태와 관련된 중요한 원칙으로는 공공을 위해로부터 보호하는 원칙, 평등과 정의의 원칙, 자율성과 존중의 원칙, 상호 호혜의 원칙, 치료의 의무 등이다. 본 논문은 2015년 메르스 유행이 야기한 윤리적 이슈로 1) 공중보건 비상사태에서 윤리적 숙려의 필요성 2) 사생활 보호와 투명성 사이의 균형, 3) 격리 상황에서 개인의 자율성 존중, 4) 치료의 의무에 대한 존중 보장 등이 있음을 논하였다.

색인어

2015년 한국 메르스 유행, 공중보건 비상사태, 정의의 원칙, 투명성, 자율성과 존중의 원칙, 치료의 의무

I. 서론

한국의 메르스 유행은 2015년 5월 20일 첫 확진이 이루어진 이래 2016년 1월 26일에 이르기까지 총 186명의 환자가 발생하였고 38명이 사망하는 결과를 초래하였다. 2015년 6월에는 15개 병원이 중앙정부의 집중관리 대상이 되어 사실상 휴·폐업조치가 이루어졌고 격리 대상자 수가 최고 6,729명에 이르렀다. 근래에 이처럼 한국의 의료시스템을 일시적으로 마비시킨 사례가 없다는 점에서 2015년 메르스 유행이 남긴 후과는 만만치 않다. 갑작스럽게 공중보건과 사회의 기능이 위협받는 상황에서 올바른 대처가 무엇인지 그리고 지켜나가야 할 가치와 방향이 무엇인지 쉽게 답하기 어려운 과제가 남아 있다.

2000년대 들어 생물학적 테러, SARS, 신종인플루엔자, 에볼라 등 신종감염병의 유행을 경험한 구미 각국과 World Health Organization (WHO)에서는 갑작스러운 전염병 유행을 언제나 도래할 수 있는 공중보건 비상사태(public health emergency)로 규정하고 구체적인 대응 계획을 마련해 왔다. 구미 각국과 WHO의 계획에서는 공중보건 비상사태에 대한 과학적 대응 메뉴얼뿐 아니라 비상사태의 대응에서 필수적으로 고려해야 할 윤리적 사항들이 포함되어 있는 것이 특징이다. 국제사회가 제시하는 윤리적 고려사항은 공중보건 비상사태에 있어 의사 결정의 윤리적 원칙이면서 동시에 의사결정권자들이 참고할 수 있는 판단 기준이 되고 있다.

2015년 한국의 메르스 유행에 대한 대응에는 이러한 윤리적 고려가 이루어졌다고 보기 어렵다. 우선 더 많은 위험을 막을 수 있는 초동 대응이 실패하였다. 그 뿐만 아니라 불투명한 정보의 유통, 컨트롤타워의 부재로 사태의 혼란이 커졌다. 이 모든 것이 투명성과 책임감이라는 비상사

태 대응 원칙에 미흡한 것이었다. 혼란을 수습해 가는 과정에서 벌어진 무분별한 정보의 공개, 과도한 자가 격리의 확대는 메르스 피해자들에게 쉽게 지워지지 않는 상흔을 남겼다. 윤리적 측면에서 2015년 한국 메르스 유행을 평가하는 것은 본 사건이 한국사회에 남긴 상흔을 극복해 나가는 시작이 될 수 있다.

본 글은 일반적인 공중보건 비상사태의 특징과 윤리적 특징, 그리고 공중보건 비상사태의 윤리적 원칙을 논하고 이를 바탕으로 한국 메르스 유행이 남긴 이슈를 평가하고자 한다. 공중보건 비상사태의 윤리적 고려사항으로 공공을 위해로부터 보호하는 원칙, 정의의 원칙, 자율성과 존중의 원칙 등을 다루고 이에 비추어 한국 메르스 유행 대응을 반성한다. 이를 통해 결론적으로 향후 논의가 필요한 윤리적 과제가 무엇인지 도출할 것이다. 이와 같은 논의가 향후 공중보건 비상사태 대응 방향에 관한 논의에 긍정적으로 기여할 수 있을 것으로 기대한다.

II. 공중보건 비상사태와 윤리적 개입의 필요성

1. 공중보건 비상사태의 개념과 특징

공중보건 비상사태(public health emergency)는 통상 공중보건 위기(public health risk)를 가져올 수 있는 비상적 상황으로 정의되는 개념이다. 공중보건 비상사태를 법률로 정의한 미국의 ‘보건비상사태대응력모범주법(Model State Emergency Health Powers Act)’ 초안에서는 “생물학적 테러, 유행병 또는 판데믹, 생물학적 독소, 매우 치명적인 감염 독소 등으로 직접적인 질병의 발생 위협, 또는 건강 상태 위협이 발생하여 인간 사회의 기능 불능과 치명적 사건, 실질적 위협을 초

래하는 것”으로 정의한다[1]. 공중보건 비상사태의 정의는 인구의 보건 상태로 말미암아 전반적으로 사회의 일상적 기능에 위협이 가해질 수 있다는 데에 초점이 있다[2].

공중보건 비상사태의 선언은 일국적 차원에서 먼저 이루어진다. 한 국가의 공중보건 비상사태 선언은 국가의 법률과 규칙을 일시적으로 유예하고 정부 기관의 기능을 변화시킬 수도 있다. 미국에서는 보건부 장관이 보건서비스법(Public Health Service Act)에 따라 어떤 질병이나 건강 상태가 공중보건 비상에 해당된다고 결정하면 최대 90일 동안 해당 상태를 유지할 수 있다. 이 기간 동안 비상에 상응하는 조치를 취하되, 보험이나 건강정보보호법 등의 법률 요구조건을 면제한다[3].

공중보건 비상사태는 전염성 질환을 주요하게 포함하나 꼭 전염성 질환에만 국한되지 않는다. 전파력이 높은 생물학적 질환 이외에도 자연재해, 위험한 화학물질 누출, 핵물질의 누출 등도 공중보건의 비상적인 위기에 해당된다. 2002년 38개주에서 도입된 미국의 보건비상사태대응력모범주법의 공중보건 비상사태 개념은 2001년 탄저균 테러 사건으로 우려가 된 생물학적 테러를 염두에 둔 개념이었다. 본 법에서는 생물학적 테러 또는 신종 감염병 등으로 인해다수의 사망 또는 심각한 후유증을 가져올 수 있는 경우로서 공중보건 비상사태(public health emergency)로 개념화한다[4,5].¹⁾

주로 일국적 차원의 대응이 공중보건 비상사태 규정의 근간을 이루나 최근에는 국가 간 협조와 공동대응의 필요성이 대두되는 것이 특징이다. 국제보건규약 International Health Regulation (IHR) (2005)의 정의에 따르면 “국제적으로 고려해야 할 공중보건 비상사태(public health emergency of international concern)”는 “(1) 질병이 국제적으로 전파됨으로써 다른 국가의 공중 보건 위기를 가져올 수 있으며 (2) 잠재적으로 국제 대응 협조를 필요로 하는 비상적 상황”으로 정의된다. 같은 조항에서 공중보건 위기(public health risk)는 인구 건강에 부정적 영향을 미칠 수 있는 사건으로서 국제적으로 전파될 수 있거나 심각하고 직접적 위협이 생길 수 있는 사건이라고 정의하고 있다. 즉, 심각하고 급작스러운, 예측되지 않는 비상적 상황으로서 한 국가의 국경을 넘어 공중보건에 중대한 영향을 미칠 수 있는 사건이라는 의미를 담고 있다. IHR의 규정은 국제 공조 체제 구축을 위해 정의된 개념이며, 보다 넓게 해석되어 일국의 경계를 넘어 광범위한 행동을 취할 수 있다는 점이 특징이다[6].²⁾

2. 공중보건 비상사태의 윤리적 개입의 특징

공중보건 비상사태의 윤리를 논하기 위해서 공중보건 윤리 프레임의 특징을 논할 필요가 있다. 공중보건 윤리는 일상적인 의료윤리와 몇 가

1) 그러나 공중보건 위험에는 비상적 상황만 있는 것은 아니다. 일상적으로 인구는 흡연, 불건강한 식이, 안전치 못한 성관계 등 수 많은 위험에 노출되어 있고, 건강에 위협이 될 수 있다. 어떤 이들은 이러한 일상적 위험으로 인한 질병(비만, 흡연) 등도 유행성(epidemic)으로 포함될 수 있다고 간주하고 공중보건 비상사태(emergency)를 선포해야 한다고 주장한다. 그럼에도 이러한 전파력 없는 질병(noncommunicable disease)의 경우 실질적인 사회적 부담이 다른 전파력이 있는 질병보다 크더라도 급박하고 예측 불가능한 것이 아니며, 이들 질병까지 비상 상황으로 간주되면 지나친 권력 남용으로 이어질 수 있다고 반박되고 있다. 즉, 비상사태는 효과적인 개입이 무엇보다 필요하며 법적인 예외상황으로서 자유권을 제약할 수 있는 상황이며 그 전체로 갑작스러운 발생과 예측불가능성이 사건의 성격이어야 함을 알 수 있다[4,5].

2) 2005년 새로이 개정된 International Health Regulation (IHR)은 일국의 주권을 넘어선 광범위한 개정 내용을 포함하고 있어 주목할 필요가 있다. 2005년 개정된 IHR은 모든 협약 체결국이 공중보건 비상사태의 조사, 대응, 주의의 요건을 법률 체계에 갖추고 주의할 만한 사건은 24시간 이내에 WHO에 보고할 것을 명시하고 있다. 체결국은 WHO에 단지 사건 발생 자체만이 아니라 가능한 한 모든 과학적 근거와 관련 정보를 제공해야 한다. 과거 IHR (1969/1981)은 특정 질병만 보고하도록 하였으나 새로운 IHR은 전 세계적으로 공중보건 위험을 유행시킬 수 있는 어떠한 질병 사건도 보고하도록 하여 취합하는 정보양은 더욱 많다[6].

지 측면에서 차이를 보인다. 일상적인 의료윤리는 환자 개인과 의사 간의 윤리와 환자 개인의 이익, 손실, 자율성에 초점을 둔다면 공중보건 윤리에서 공중보건은 집단 수준에서 이득을 증진하는 데에 목적을 둔다. 그러므로 공중보건 윤리는 1) 공중보건 정책을 행하는 주체-정부나 정책결정자, 전문가, 그 외 공중보건 역할을 담당하는 민간 주체들의 공동체 내에서의 역할이 어떤 것인지[7],³⁾ 2) 개인의 자유 제한이 윤리적으로 정당화될 수 있는 범위가 어디까지인지가 문제가 된다. 일상적인 의료윤리가 개인의 자유를 존중하며 ‘해를 가하지 말 것(Do no harm)’에 방점을 두고 있다면 공중보건 윤리는 개인의 자유 제한이 허용될 수 있는 수준과 조건에 방점을 두고 있는 것이다[8].⁴⁾

공중보건 비상사태의 윤리적 개입은 공중보건에 대한 윤리적 개입의 필요성과 크게 다르지 않다. 그러나 일상적인 공중보건보다도 공중보건 비상사태는 법률체계가 무력화할 가능성이 높다. 이를테면 공중보건 비상사태에서는 협의의 과정 없이 급작스러운 격리 조치가 취해질 수 있고, 의료인들이 자신이 처할 위험을 무릅쓰고 위험한 질병을 치료해야할 의무가 부과될 수 있다. AMA 윤리강령에서도 의료인들은 “안전, 건강, 생명에 대한 일상적 위험 이상의 위험에 처할 상황에서도 응급상황에 대응하고 지원할 윤리적 의무”를 규정하고 있다[9]. 이는 일상적인 의료인

에 대한 윤리적 의무 범주를 넘어서는 것이라 할 수 있다. 즉 공중보건 비상사태에서는 충분한 사회적 공감 없이 통상적 윤리적 고려에서는 존재하기 어려운 수준으로 개인의 자율성과 존엄성을 제한하거나 희생해야 할 상황을 염두에 둔다. 비상사태에서는 불완전한 과학적 근거에 근거하여 강력한 의사결정에 도달해야 한다는 어려움이 있기 때문에 일상적인 의료윤리 환경과 다른 조건들이 더욱 첨예해진다.

그렇기 때문에 공중보건 비상사태에 대한 윤리적 관심과 개입이 더욱 요청된다고 볼 수 있다. 다수의 국가에서 공중보건 비상사태 대응 계획을 마련하면서 비상사태를 예측하고 분석하며 대응 계획을 마련하는 단계에서부터 시민 참여와 숙의를 거치도록 규정한 것은 치명적인 윤리 위반을 최소화하기 위함이다. 비상사태에서는 공동체의 이익을 최선의 목적으로 두면서 공동체 구성원의 부담을 함께 고려해야 윤리적 성취가 가능하다고 할 수 있기 때문이다.

공중보건 비상사태에서는 실용적인 측면에서 윤리적 성취 중 어떤 것을 우선할 것인가를 결정한다. 그렇기 때문에 의사결정의 질문과 프레임이 더욱 중요하게 받아들여진다. 카스(Kass N. E.) [10]의 제안처럼 공중보건 의사결정의 윤리적 프레임을 통한 접근법은 공중보건 비상사태와 같은 복잡한 상황에서 우선 순위를 정하고 효과적으로 대응할 수 있게 해준다.⁵⁾ 그러므로 공중보건

3) 영국 누필드 위원회는 공중보건 윤리에 있어 자율성 모델의 한계가 크다고 보고 공중보건을 실천하는 주체 유형으로 관리위임 모델(stewardship model)을 제안한다. 즉 국가 또는 정부는 그 구성원들 개인 또는 집단의 중요한 필요를 대리하여 관리하는 역할을 부여받았다는 것이다. 이는 미국의 예외적 부권주의 모델(paternalism model)보다 효과적으로 작동할 수 있다고 보고 있다[7].

4) 칠드레스 등은 개인의 자율성, 때로는 정의보다 공중보건의 이익을 우선하여 옹호할 수 있는 ‘정당화할 수 있는 조건(justificatory conditions)’으로 다섯 가지를 제안하고 있다. 효율성(Effectiveness), 비례성(Proportionality), 필요성(Necessity), 최소한의 침해성(Least infringement), 공적 정당성(Public justification), 이 중 공적 정당성은 투명성(transparency), 즉 정책적 결정의 책임성과 연결된다[8].

5) 카스는 윤리적 의사결정 프레임을 통한 접근법이 공중보건에 있어 더욱 유용하다고 주장한다. 그녀는 공중보건 의사결정 시 6가지 질문을 다룰 것을 제시하는데, 다음과 같다. 1) 프로그램의 공중보건 상의 목적이 무엇인가? 2) 목적을 성취하는데 프로그램이 얼마나 효과적인가? 3) 프로그램에 대해 알려진 또는 가능성 있는 부담으로는 어떠한 것이 있는가? 4) 부담은 최소화될 수 있는가? 대안적인 접근이 존재하는가? 5) 프로그램은 공평하게 시행되고 있는가? 6) 프로그램의 이익과 부담은 공평하게 균형을 이룰 수 있는가? 이들 질문은 공중보건 비상사태에서도 유용하다[10].

비상사태의 윤리적 고려사항은 전통적인 생명윤리 4원칙처럼 고수해야 할 성격의 원칙으로 제안되지 않는다. 예를 들어, 전통적인 생명윤리 4원칙 하에서 공중보건은 전통 원칙 준수의 예외 상황처럼 여겨진다. 일상적으로는 환자의 자율성을 존중해야 하는 것이 원칙이지만 공중보건이 위협에 처한 상황에서는 예외가 될 수 있는 것처럼 논의되고 있다. 그러나 공중보건에 대한 정책적 결정과 개입의 윤리적 함의가 덜하다고 볼 수는 없다. 그러므로 공중보건 비상사태의 윤리 원칙은 우선적으로 정책결정자, 전문가 등 공중보건 비상사태의 행위자가 의사결정을 할 때 참고할 수 있는 지침과 분석틀로 기능할 수 있어야 한다. 공중보건 전문가들이 먼저 공중보건 비상사태 시 의사결정의 윤리적 함의를 이해하고 다룰 수 있어야 하는 것이다. 그렇기 때문에 공중보건 비상사태에서는 원칙적 접근이 아닌 ‘프레임워크’ ‘고려사항’으로의 접근을 더 선호하고 있다.

III. 공중보건 비상사태 대응의 윤리적 고려사항

2004년 아시아 지역을 중심으로 H5N1 인플루엔자 유행이 터지면서 각국과 WHO에서 인플루엔자 대유행에 대비한 대응 계획(Pandemic Influenza Preparedness Plan)을 앞다투어 만들었다. 인플루엔자바이러스는 전파력이 빠르고 심각성을 예측할 수 없다는 점에서 대유행이 가능한 바이러스 일순위로 손꼽혀 왔고 선결해서 대응해야 할 과제로 여겨졌다. 각국은 인플루엔자 대응 방향을 정하면서 SARS 유행과 생물학적 테러 등 예기치 못한 유행병 경험으로부터 교훈을 얻으

며 새로운 유행병 발생 상황에 대응할 수 있도록 하고 있다. 그러므로 공중보건 비상사태에 대한 대응 방향을 살펴봄에 있어 인플루엔자 대유행에 대한 각국의 계획은 중요한 사례가 된다.⁶⁾ 각국 정부와 연구자들, 정책전문가들은 인플루엔자 대유행 대응에 있어 윤리적 의사결정 프레임워크를 함께 정하거나 윤리적 고려사항을 필수적으로 담고 있는데, 공중보건 비상사태 일반에 적용될 수 있는 윤리적 고려사항이 된다.

2004년 이후 각국 정부 및 연구 집단이 정리한 인플루엔자 대유행 대응의 윤리적 고려사항을 유사한 종류별로 분류하면 <Table 1> [11-17]과 같다. 공통적으로 지적하는 윤리적 고려사항은 1) 공공을 위해로부터 보호하고 건강을 증진하는 원칙, 유용성의 원칙, 효율성의 원칙, 2) 평등과 정의의 원칙, 3) 자유와 존중의 원칙이라고 할 수 있다. 그 외에 치료의 의무, 상호 호혜의 원칙, 투명성과 책임감의 원칙, 연대의 원칙 등이 중요한 원칙으로 거론되고 있다. 각각을 논하면 다음과 같다.

1. 공공을 위해로부터 보호하는 원칙

공공을 위해로부터 보호하는 것은 공중보건 정책의 궁극적 목표 중 하나이며, 공리주의 이론과 연결될 수 있다. 이때의 위해로는 전염병 위협이 당연히 포함되나 그에 국한되지 않는다. 정책 실시로 인해 사회가 짊어지는 부담(burden) 또한 해당된다. 카스는 정책 실시로 발생하는 부담을 3가지로 나누어 사생활과 기밀 유지 침해로 인한 위협, 격리 등으로 인해 자유와 자기결정권을 침해하는 데에 따르는 위협, 사회정의를 해칠 수 있

6) 캐나다 보건성이 2006년 펴낸 “The Canadian Pandemic Influenza Plan for the Health Sector”, WHO가 2007년에 작성한 “Ethical Considerations in Developing a Public Health Response to Pandemic Influenza”, 영국 보건부가 2007년에 발행한 “Responding to Pandemic Influenza: The Ethical Framework for Policy and Planning”, 미국 CDC가 2007년 작성한 “Ethical Guidelines in Pandemic Influenza” 등이 대표적이다.

<Table 1> The Ethical Considerations in Influenza Pandemic Proposed by Each Countries and Research Groups

Overall goal	Evidence-based science	Duty to care	Utility	Stewardship	Proportionality	Equity, justice (fairness)	Liberty & privacy	Reciprocity	Solidarity	Transparency	Trust	Flexibility
Capron (2007)*		Principle of utility: act so as to produce the greatest good	Principle of efficiency:			Principle of fairness: treat like cases alike and avoid unfair discrimination	Principle of liberty:					
Canada (2006)†		Protect and promote the public's health		Stewardship	Optimize the risk/benefit ratio	Ensure equity and distributive justice	Respect the inherent dignity of all persons	Reciprocity		Work with transparency and accountability	Trust	
Thompson (2006)‡		Duty to provide care	Protection of the public from harm	Stewardship	Proportionality	Equity	Individual liberty	Reciprocity	Solidarity		Trust	
WHO (2007)§		Utility/efficiency				Equity	Liberty	Reciprocity	Solidarity			
UK (2007)¶		Minimizing harm				Equal concern and respect	Respect	Reciprocity		Working together		Flexibility
CDC (2007)¶¶	Sound guidelines should be based on the best available scientific evidence	A responsibility to maximize preparedness				Fair process	Balancing of individual liberty and community interests		Importance of working with and learning from preparedness efforts globally	Public engagement and involvement		
Kass (2008)**	The responsibility: to be evidence-based	Minimizing harms and burdens				Distributional fairness	Procedural fairness		Diversity in ethical decision making	Transparency		

*Capron A. Ethical considerations in international preparedness planning efforts. In: Ethical and Legal Considerations in Mitigating Pandemic Disease: Workshop Summary, ed by Institute of Medicine (US) Forum on Microbial Threats. Washington : National Academies Press, 2007. [11]

†Public Health Agency of Canada, 2006. The Canadian Pandemic Influenza Plan for the Health Sector (CPIP). Available from: http://www.icid.com/files/Marg_top_Influenza/1_Canadian_Pandemic_Influenza_Plan_for_the_Health_Sector.pdf [cited 2016 Apr 25] [12]

‡Thompson AK, Faith K, Gibson JL, et al. Pandemic influenza preparedness: an ethical framework to guide decision-making. BMC Med Ethics 2006; 7(1): E12. [13]

§World Health Organization (WHO). Ethical considerations in developing a public health response to pandemic influenza. Geneva: WHO, 2007. [14]

¶UK Department of Health, Responding to Pandemic Influenza: The Ethical Framework for Policy and Planning, 2007. Available from: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_080729.pdf [cited 2016 Apr 25] [15]

¶¶Kniaw K, Levine R. Ethical guidelines in pandemic influenza. Ethics Subcommittee of the Advisory Committee to the Director, Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2007. [16]

**Kass NE, O'Brien D, et al. Ethics and severe pandemic influenza: maintaining essential functions through a fair and considered response. Biosecure Bioterror 2008; 6(3): 227-236. [17]

는 위협으로 구분한다[7]. 정책 실시로 기대되는 효과는 그에 따른 부담과 적절하게 균형을 이루어야 하는데, 정책의 사회적 부담이 크면 클수록 정책 실시의 효과도 커야한다.

여기서 중요한 것은 사회 전체가 감내해야 하는 위협이 감염의심자나 감염인을 비롯한 특정 개인에게 집중될 때 사회 전체적으로는 이익과 위협의 균형이 이루어졌을지라도 해당 개인에게는 균형이 이루어졌다고 볼 수 있는지이다. 이 문제는 정의의 원칙으로 연결될 수 있다. 또한 전염병 대유행의 상황에서 최소한의 자원으로 최대한의 이익을 얻는 것, 즉 유용성과 효율성의 원칙이 중요해지는데 이는 자원의 낭비를 최소화하는 것을 골자로 한다. 이 때의 이익 역시 특정 개인이 얻을 수 있는 이익과 사회 전체가 얻을 수 있는 이익이 구분되어야 한다. 유용성의 원칙에 대한 가장 큰 비판 중 하나는 이익의 총량과 규모에만 집중하면 이익이 소수에게 독점될 수 있다는 것이다. 만약 격리의 대상이 된 개인이 필요한 의료적 이득을 얻지 못하거나 우선적으로 치료가 공급되지 못한다면 해당 개인에게 이익/위해의 정도는 극도로 불균형해질 것이다.

2. 평등과 정의의 원칙

전염병 대유행 상황에서 공동체적 노력을 강조될 수밖에 없고 평등과 정의의 원칙은 더욱 중요해진다. 이 때 추구해야 할 정의로는 세 가지 종류가 있다고 얘기된다[11]. 하나는 보상적 정의(compensatory justice)로서, 개인이 전염병 상황에서 감수하는 부담을 보상해야 한다는 개념이다. 다른 하나는 분배적 정의(distributive justice)

이며, 공정하고 정의롭고 평등하게 혜택이 분배되어야 하며, 사회적으로 혜택을 덜 받는 집단에게 보다 더 혜택이 주어져야한다는 개념이다. 비침과 칠드레스는 분배적 정의를 “사회 협력의 견지에서 정당화된 개념으로 결정되는 공정하고 평등한, 적절한 분배”라고 정의 내린다[18]. CIOMS [19]는 분배 정의가 부담과 혜택이 평등하게 분배됨을 보장하고 취약한 인구집단에게 부담이 불평등하게 지워지지 않아야 한다는 의미라고 적고 있다. 이는 공중보건 정책에서도 같이 적용될 수 있다. 만약 공중보건 이득을 위해 강제적 억제력을 행사한다면, 취약한 집단에게 불공평하게 부담이 지워지지 않도록 주의해야 한다. 만약 백신과 같은 약제의 수량이 제한되어 있다면 필요에 따라 공평한 방향으로 분배되어야 한다. 마지막은 절차적 정의(procedural justice)로서 공정한 절차(fair process)로도 번역된다. 다니엘스(Daniels N.) [20,21]는 넓은 사회적 합의가 마련되기 어려운 상황에서 의사결정이 공정하게 이루어진다면 결과도 정당하게 받아들여질 수 있음을 주장하여 공개성(publicity), 관련성(relevance), 수정 가능성 및 항소 메커니즘(revisability and appeals mechanism), 앞의 3가지 실현을 위한 규제(enforcement) 등 공정한 절차를 이론적으로 강조하였다[22,23].⁷⁾ 이 개념은 긴급한 전염병 대유행 상황에서 더 유용한 것으로 받아들여지고 있다[14]. 톰슨(Thompson A.K.) 등[13]도 다니엘스의 개념을 받아들여 전염병 대유행 상황에 윤리적 의사결정 요소로 책임성(accountability), 포괄성(inclusiveness), 개방성 및 투명성(openness & transparency), 합리성(reasonableness), 반응성(responsiveness) 등을 제시하고 있다.

7) 참고문헌 20, 21 다니엘스(Daniels)와 사빈(Sabin)의 “합당함을 해명할 책임(Accountability for Reasonableness, A4R)” 프레임은 제한된 조건에서 자원 분배의 우선순위를 결정할 때 유용한 프레임으로 널리 받아들여져 왔다. 그러나 “합당함을 해명할 책임(Accountability for Reasonableness)” 프레임은 한정된 순수한 절차상의 정의로만 한정되어야 한다는 반론, ‘관련성 있는 근거’를 조합하는 것을 속의로 대체할 수 없다는 반론도 존재한다[22,23].

3. 자율성과 존중의 원칙

자율성(liberty)과 존중(respect)은 보건의료에 있어 기본적으로 존중해야 할 원칙이나, 전염병 대유행을 비롯한 공중보건 비상사태에서 개인의 자유는 즉각적으로 제한의 대상이 되기 쉽다. 통상 의료윤리에서는 개별 환자들을 외부 위해로부터 보호하는 이익과 개인의 자유 존중을 균형 짓는다. 그러나 전염병 대유행 상황에서는 공공을 위해로부터 보호하기 위해 개별 환자들의 자유를 제한한다.

가능한 방향은 자율성과 존중의 제한을 최소한으로 하면서 공공을 위해로부터 보호하고 이익을 도모하는 방향이다. 킨로우(Kinlaw K.) 등[24]은 개인의 자유를 제한할 때에는 크게 주의를 기울여야 하며 대유행에서 최소한의 공공적 목표를 실현할 만한 효과적인 대안이 없을 때에만 가능하다고 적고 있다. 또한 개인의 자유 제한 정도는 공공위해와 위험에 비례적이어야 하고, 공공의 이익과 관련하여 필요한 일이어야 하며, 최소한의 제한적 방법을 사용해야 하고, 차별이 없어야 한다.

가장 자율성과 존중의 원칙이 다른 공공선과 긴장을 일으키는 사례로는 격리(quarantine)가 대표적이다. 격리는 전통적으로 14세기 때부터 채택한 공중보건의 기본적 조치이며, 2003년 SARS 대유행때에도 광범위하게 행해졌다. 격리는 기본적으로 개인의 자기결정권과 자유를 침해하는 것이기 때문에 공공의 이익 정도에 비례하여 정당화되어야 한다. 국제 사회는 1985년 공중보건에 관한 시라쿠사 원칙(Siracusa principle)을 채택하면서 이를 분명히 하고 있는데, 법률에 의거하여, 합법적 목적에 따라, 최소한의 격리 정책을 사용하도록 하고 있다[25]. 또한 격리 정책의

실행 과정은 임의적이거나 비합리적이거나 차별적이어서는 안 된다. 사법시스템이 작동하고 있으면 정책 대상자들이 항소할 수 있는 절차를 열어두는 것이 바람직하다.

사생활 보호(privacy)와 기밀유지(confidentiality) 또한 전염병 대유행 상황에서 갈등을 일으킬 수 있는 윤리이슈이다. 전염병 대유행 상황에서 환자, 여행자, 이민자나 취약 집단의 의료 정보는 민감하지만 반드시 수집해야 하는 정보이다. 때로는 공공의 불안을 안심시키기 위해 민감한 의료정보를 예외적으로 공개, 공유할 때도 있다. 이 경우 의심자의 식별가능한 개인정보는 가능한 한 보호해야 하며, 의료정보는 가능한 한 제한된 공중보건 전문가들 사이에서만 공유되어야 한다. 선별검사도 사생활 침해 가능성이 있으며, 자발적인 방식이 아닌 의무적인 방식으로 실시할 필요가 있는 경우도 있다. 이 경우도 의무적 선별검사가 공공의 이익 보호에 분명히 효과적이어야 하고 침해가 최소화되어야 한다[26].

4. 기타

이상의 윤리 원칙 이외에 그 외 치료의 의무, 상호 호혜의 원칙, 투명성과 책임감의 원칙, 연대의 원칙 등이 공중보건 비상사태 대응 윤리 원칙으로 제안된다.

1) 치료의 의무(duty to care): 치료의 의무는 주로 전염병 유행에 대응하는 의료진에게 부과되는 의무이다. 의료진들은 일반적으로 어떠한 상황에서도 치료의 의무를 다할 것이 요구되나 캐나다 SARS 유행에서 대유행 시 의료기관 종사자들이 전부 전염병 대응 업무에 종사할 의무가 있는지 논란이 불거진 바 있다[27,28].⁸⁾ 전염병 대응 상

8) 2003년 SARS 유행 때 캐나다 보건의료종사자들이 치료에 주저하는 양상을 보임에 따라 전염병 대유행 시 치료의 의무에 관해 서구에서는 활발히 재논의되는 양상이다. 전염병 대유행 때 보건의료종사자들의 치료의 의무에 관한 인식에 관한 연구도 많이 이루어지고 있으며, 생명윤리그룹에서 치료의 의무 근거를 도출하고 제안하기도 한다[27,28].

황에서의 치료의 의무가 어디까지, 어떤 정도로 정당화되는지 정의내리는 것은 어려운 작업이나 대유행 시 공공의 피해가 확산되는 것을 막기 위해 필요하다.

2) 상호 호혜의 원칙(reciprocity): 업셔(Upshur, R.E.G.)[29]는 전통적인 의료윤리 원칙-자율성 존중, 악행금지 및 선행, 정의의 원칙 4가지가 공중보건 비상사태에서는 활용되기 어렵다고 보고 위해의 원칙, 최소한의 제한 원칙, 상호호혜의 원칙, 투명성의 원칙을 대안적으로 제시한 바 있다. 상호호혜의 원칙은 공중 보건 정책으로 개인이나 특정 집단이 다른 집단보다 더 큰 부담을 짊어지게 될 때 사회는 그 부담을 해소하기 위해 노력해야 하고 불공평한 불이익을 당하지 않도록 해야 한다는 것이다. 특히 의료기관 종사자들에게 적용되는 윤리로서, 의료기관이 전염병 대유행시 직원들을 위해 가져야 할 윤리적 의무가 된다.⁹⁾

3) 투명성과 책임감의 원칙(transparency and accountability): 공중보건관련 의사 결정은 투명하고 책임감 있게 이루어져야 한다. WHO는 2008년 발간한 의사소통 계획 가이드(Outbreak Communication Planning Guide)에서 정보 투명성은 위기 상황에서 신뢰를 유지하는 데에 핵심적으로 중요하다고 강조한 바 있다[30]. 윤리적 관점에서 전염병 대유행 상황에서 효과적인 의사소통은 공공선의 핵심 중 하나이며, 의사소통의 핵심으로 이루어지는 것은 중요하다. 이를테면 감염 우려가 있는 집단에게는 미리 이를 공지해야 하며, 환자나 감염 위험 집단의 우려를 이유로 정보를 비공개하는 것은 정당화될 수 없다.

4) 연대의 원칙(solidarity): 이해 당사자들 간의 의사소통과 개방적 협력을 의미하며, SARS 유행

에서 도출된 교훈이다. 오늘날 일국에서만, 또는 한 개의 기관에서만 전염병 유행을 대처하는 것은 더 이상 어렵다. 다수의 국가와 이해당사자들은 전염병 유행 상황에서 자기이해의 윤리성보다 연대와 협력의 윤리성을 중시할 필요가 있다. 궁극적으로 연대의 원칙은 전 지구적 불평등을 다루고 공평한 대응을 촉구한다.

IV. 한국의 메르스 사태와 윤리적 관점에서의 평가

2015년 메르스 유행이 발발했을 때 질병관리본부를 중심으로 전염병 유행 대응반은 꾸려져 있었으나 전염병 대유행 윤리 프레임이 마련되어 있지 않았다. 또한 초기 대응에 실패한 후 유행이 확대되면서 격리 대상 급증, 광범위한 조사로 비롯된 사생활 침해, 휴교, 병원휴업 등 사회 전체적으로 짊어져야 할 부담은 커졌다. 과학적인 초기 대응의 성공이 부담 대비 효과가 커야 한다는 윤리 원칙에 있어서도 중요함을 보여주는 사례라 할 수 있다. 전염병 대응 컨트롤 타워의 부재, 늦장 대응, 과밀한 병원 응급실과 3차 진료기관의 포화 등의 문제는 이미 많이 지적되었으나, 전염병 유행 상황에서 부담 대비 효과가 크고 적절했는지, 부담이 정의롭게 분배되었는지 등 윤리적 관점에서의 평가는 별반 이루어지고 있지 않다. 오늘날 전염병 대응의 윤리적 고려사항에 비추어 2015년 메르스 사태의 여러 장면들을 평가해 볼 필요가 있다.

9) 상호 호혜의 원칙과 평등과 정의의 원칙은 유사하게 보이나 후자가 더 광의의 개념이라 할 수 있다. 평등과 정의의 원칙은 이익, 위험의 균등하고 정의로운 분배이며 상호 호혜의 원칙은 불균등한 위험 노출 집단에 대한 정의로운 보상의 문제이다. 상호 호혜의 원칙은 정의의 내용에 포함될 수 있으나 일반적인 정의의 원칙에 비해 공중보건 비상사태에서 더 강조되는 원칙이라 할 수 있다.

1. 초기 대응 실패와 정보 공개의 지연: 공공을 위해로 부터 보호하는 원칙, 투명성과 책임성의 원칙

2015년 메르스 사태의 확산은 초기 대응에 실패한 측면이 크다. 2015년 5월 20일 1번 메르스 환자가 처음 확인되었을 때 메르스 환자와 접촉하여 격리되어야 할 대상 범위를 2m 이내 1시간 이상 접촉한 사람으로 좁게 설정함으로써 확산의 빌미를 제공하였고, 중동 지역 입국자에 대한 사전 안내에도 소홀히 하였으며, 보건소에서는 초기 신고 환자 진단 검사를 거부하였다[31]. 보건복지부는 메르스가 발발한지 16일이 지난 후에 병원명을 공개하였고, 최초 격리 조치가 잘못된 것을 알게 된 후에도 병원명 공개를 검토하지 않았다[31]. 5월 31일 삼성서울병원으로부터 14번째 환자 접촉자 명단을 제출받고서도 7일이 지난 후에야 명단을 시, 도 보건소에 배포했다[32]. 이러한 정부의 조치 부실은 메르스 대응이 투명하고 책임감 있게 진행되지 못한다는 대중의 불신을 키웠다. 최소한의 부담으로 위해보부터의 보호 효과를 높여야 한다는 점을 고려할 때 초기 대응 실패는 부담을 최소화할 수 있는 기회를 놓친 것으로 볼 수 있다.

메르스 대응 과정에서 병원명 공개 수위는 줄곧 논란의 대상이 되어 왔다. 7월 8일 국회 메르스 특별위원회에서 병원명을 왜 즉시 공개하지 않고 2주 후에 공개했는가 하는 질문에 김우주 민관합동 메르스즉각대응팀장은 “메르스 환자 정보를 의료진에게 제공하는 것으로 결정됐지만 이를 국민들에게는 공개하지 않기로 결정한 것이 맞다”고 말한 바 있다[33]. 이에 대해 많은 언론에서는 미국에서는 전염병이 발발한 즉시 병원명을 공개하는 것이 상식이며, 이러한 결정이 납득하지 않는다고 질타하였다[34].

병원명 공개는 환자명 공개와 같은 수준의 사

생활 침해를 가져오지 않는다. 이미 문제가 된 병원의 휴업이 이루어진 상황에서 병원명의 일반인 대상 공개로 예측되는 부담은 해당 병원 방문자, 종사자에 대한 일시적 낙인일 것이다. 부담이 치명적이진 않지만 병원명을 일반인 대상으로 공개하는 것이 방역상 큰 효과를 가져온다고 보기도 어렵다. 유행이 매우 커진 상황에서 병원명과 환자명, 접촉의심자 명단을 의료인들에게 공개하는 것은 추가 의심자를 걸러내기 위해서 필수적이라고 볼 수 있다. 그러나 일반인 대상 병원명 공개를 통해 얻을 수 있는 효과는 일반인의 해당 병원 방문을 회피하고, 문제가 되었던 병원을 방문했던 경우 자진 신고를 유도할 수 있다는 점 정도이다. 이는 문제가 된 병원을 임시 휴업하게 하거나 문제가 된 병원을 방문한 이들을 재접촉하고 증상 유무를 확인하는 조치보다 더 효과 있다고 보기는 어렵다.

문제는 삼성서울병원과 같은 일일 평균 외래환자 수가 8천여 명에 달하는 대형병원이 발병의 진원지가 되었고, 전염병 유행 상황에서 이를 통제하기가 여의치 않은 데에 있다. 삼성서울병원의 임시 휴업을 유도하거나 방문자를 재접촉해야 하는 부담이 지나치게 큰 것이다. 그러므로 이 경우에는 삼성서울병원의 병원명 공개를 통해 방문을 제한하고 방문자의 자진 신고를 유도하는 것이 부담을 감소시키는 데에 더 유리했다고 볼 수 있다. 그러한 고려가 없는 도식적인 병원명 비공개 원칙은 투명성과 책임감을 훼손하고 부담을 최소화하고 공공을 위해로부터 보호하는 목표를 이루기에 부족했다.

2. 서울시장 및 성남시장의 정보 공개:

사생활 보호 vs 공공을 위해로부터 보호하는 원칙

메르스 유행이 확산되던 6월 4일 밤에 서울시

장은 긴급브리핑을 통해 ‘메르스 확진판정을 받은 의료진 1인이 1천5백여 명이 넘는 인원이 모인 대규모 행사에 참석함으로써 많은 서울시민의 안전이 위협에 처하게 되었다.’고 밝혔다[35]. 서울시장의 기자회견에 대해 해당 환자는 ‘메르스 확진 판정을 받고도 대형 행사를 참석한 것은 사실 무근’이라고 반박하였다[36]. 서울시는 해당 행사 참여자 1,298명에 대해 자가격리 조치를 취했으나 잠복기가 지날 때까지 환자가 나오지 않았다. 이 경우 일반인 대상으로 접촉 경로를 공개하는 부담에 비해 충분히 공공을 위해로부터 보호하는 효과를 얻었다고 볼 수 있을까. 6월 6일 성남시장은 SNS를 통해 메르스 1차양성 판정 환자의 거주 지역 아파트 실명, 의료인이라는 직업, 자녀가 다니는 학교 실명을 공개하였다[37]. 이 역시 과도한 사생활 공개라는 비판을 받았으나 시장은 당연한 조치라는 반응을 보였다.

환자 접촉 직후부터 능동감시 조치를 취할 수 있었다면 추가적인 정보 공개에 따른 논란은 최소화될 수 있었을 것이다. 그러므로 접촉 직후부터 관리가 되지 않았던 초기 상황에서 취할 수 있었던 조치라고도 볼 수 있다. 그러나 성남시 환자는 증상 발현 즉시 예방 차원에서 환자 자녀가 등교하지 않았고, 마스크를 쓰고 환자와 접촉을 하지 않았기 때문에 추가 공개를 통한 이익은 없다[38]. 서울시 환자의 경우에는 증상발현시기에 대해 논란의 여지가 있으나 접촉 경로가 직접 접촉의 여지가 적은 공개행사장이라는 점에서 추가 공개의 이익은 불분명하다. 그럼에도 불구하고 전염병 유행 대응 단위에서 환자 정보를 과도하게 공개한 것은 비판의 여지가 크다. 성남시 환자의 정보 공개는 설사 성남시장의 언급대로 ‘이름과 주민번호, 주소’를 공개하지 않아 사생활 침해의 여지가 없다고 하더라도 이미 공개된 정보만으로 개인을 특정할 수 있게 추적 가능한 내용들

이다. 그 뿐만 아니라 성남시 환자나 서울시 환자 모두 의료진으로서 직접 접촉과 자가 격리의 부담을 먼저 짊어지고 있었음에도 공개에 따른 부담까지 더했다는 점에서 부담의 정의로운 분배를 위배했다고 볼 수 있다.

3. 의료진에게 부과된 위험: 치료의 의무(duty of care), 평등과 정의의 원칙

메르스 유행 내내 의료진들은 메르스 퇴치 전선의 영웅으로 칭송의 대상이 된 반면 전파의 온상으로 회피와 낙인의 대상이 되기도 하였다. 전체 확진자 186명 중 40명(21.5%)이 의료진이었을 정도로 메르스 전파로 인한 피해가 집중되었다. 메르스 사태를 직간접적으로 경험한 의료진들은 28%가 우울감을 경험하고 8%가 외상후 스트레스 장애를 경험하고 있다는 조사 결과가 나오기도 하였다[39]. 메르스 퇴치의 의무와 자가 격리 및 낙인의 부담을 동시에 짊어져야 했던 의료진들에게 주어진 사회적 부담은 매우 크다고 할 수 있다.

치료의 의무 견지에서 볼 때 여타 의료기관 종사자보다 독점적 면허 체계를 갖고 있는 의사나 간호사 등 의료진들에게 전염병 상황에서 의무가 더 부과된다고 볼 수 있다. 그러나 이 치료의 의무는 절대적이라고 하기는 어렵고 적절한 보상과 보호, 혜택이 주어진 위에 의무와 부담을 정당화할 수 있다. 그러나 정부에서는 지원책이 마련되기 전에 의료기관이 메르스 혹은 의심환자의 진료를 거부할 경우 강한 처벌을 적용하겠다고 밝힘으로써 의료진의 반발을 초래하였다[40]. 이 조치가 진료거부에 대한 두려움으로 환자가 의료기관을 찾지 않는 것을 우려하여 이루어진 조치라 할지라도 과도한 것이라 볼 수 있다

한국의 특수한 의료 현실에서 존재해온 직업인

간병인이나 요양보호사가 감염의 위험에 쉽게 노출되었다는 점도 특기할 만하다. 간병인과 요양보호사는 총 9명이 메르스 확진 판정을 받아 의사 확진자 수와 유사하게 확진받았고, 1명은 사망하였다. 특히 이들 직종은 고령의 노동자가 종사하는 경우가 많고, 메르스 감염의 위험에 취약하였다. 이들은 의료기관 종사자 중 위험에 취약한 인구집단이라는 점에서 보호의 대상이 될 필요가 있었으나 전염병 관련정보를 제때 전달받거나 보호장비조차 지급되지 못할 정도로 방치된 집단이었다[41]. 전염병유행에 있어 의료 기관 내 평등한 의무와 보호의 분배라는 숙제를 남긴 사례라 할 수 있다.

4. 자가 격리의 적절성: 자율성(liberty) 제한의 근거, 자원의 분배와 낙인

정부는 메르스 유행 확산 방지를 위해 환자가 증상이 발현된 후 격리되기 전까지 이동한 공간에 함께한 이들 모두 자가 격리 조치를 취해 잠복기가 완전히 지날 때까지 격리 상태로 두었다. 5월 메르스 발발 후 총 1만6천752명이 자가격리 대상자로 분류되어 격리 조치되었다.

대부분의 격리 대상자들이 단순히 환자와 접촉한 이들로서, 증상발현이 되어야 감염 가능성이 있다는 점에서 격리를 꼭 취해야 한다는 임상적 근거는 부족하다. 증상이 있는지 확인하는 능동 감시로도 충분한 경우가 많았으나 메르스 유행 때에는 자가 격리가 우선 원칙이 되었다. 2009년 신종플루 대유행 때에는 국내에서 약 260명(치명률 0.2%)이 사망했으나 격리자 수는 400명에 불과한 반면 2016년 메르스 대유행 때에는 38명 사

망(치명률 20%)에 격리자 수는 1만6천명에 달하였다. 질병의 전파 양상, 유행 정도, 치명률에 따라 격리 조치의 기준은 달라질 수 있으나, 메르스 대유행의 경우 적극적 자가격리 조치가 적절했는지 검토해 볼 필요가 있다. 정부는 감염환자 외에 파악된 모든 접촉자를 전원 격리조치 하였는데, 경기도연구원이 밝혔듯이, 접촉자에 대한 격리의 법적, 임상적 판단 기준이 모호하다. 감염병 예방법에서는 접촉자에 대해 “감염병 환자 등과 접촉하여 감염병이 감염되거나 전파될 우려가 있는 사람”으로 정의하고 있다(제41조2항). 환자가 아닌 단순 접촉자들도 격리 대상이 되었으므로 제41조2항을 과다하게 적용한 것으로 볼 수 있으나, 격리의 근거는 불명확하다[42].¹⁰⁾

메르스 유행 당시 자가 격리 대상자에 대해 쏟아진 낙인과 보상의 부재는 격리 대상자의 부담을 가중시켰다. 자가 격리 대상자는 기본적인 경제의 대상이 되었고[43], 자가 격리 대상자가 무단 이탈하여 지역마다 ‘메르스 공포’에 휩싸였다[44]. 질병에 대한 공포가 격리 대상자에게로 집중된 것이라 할 수 있다. 무단이탈한 격리대상자 대상으로 핸드폰 위치 추적을 실시하거나 이탈에 대한 법적 고발 조치 또한 뒤따랐다[45]. 격리조치의 임의성에 비해 과도한 법적 부담의 대상이 된 것이다. 격리대상자의 자율성 제한이 과도했던 반면 보상은 부족했다. 격리 실시 당시에는 생계비 지원 예산이 없어 지자체에서 긴급하게 생계비를 편성하였다[46]. 보건복지부에서는 감염병 전파를 막기 위해 입원 치료나 강제 격리 처분을 받은 이들에게 유급 휴가 등 보상이 가능하도록 감염병예방법 시행령 개정안을 2016년 4월부터 입법예고 하였다[47]. 이는 바람직한 개정이

10) 본 조항의 ‘전파될 우려’가 ‘감염병에 걸릴 우려’를 뜻하는 것이라면, 격리 대상자는 의심/확진 환자가 있는 해당 지역의 전체 인구를 확대될 수 있으나 ‘전파될 우려’가 ‘감염병을 퍼뜨릴 우려’를 의미한다면, 그 대상자는 감염자로 축소되고, 그 중에서도 잠복기가 끝난 감염자로 한정된다[42].

나 직장 근로자가 아닌 자영업자에 대한 보상 기준은 아직 모호하다고 볼 수 있다.

V. 결론을 대신하며: 2015년 메르스 유행에서 도출되는 윤리적 과제

2015년 메르스 유행은 2004년 사스 유행 이후 가장 큰 공중보건 비상사태라 할 수 있다. 그러나 무력한 초기 대응 탓에 많은 후과를 남겼고, 공중보건 위기에 대응하기 위한 종합적인 윤리적 프레임은 부재하였다. 메르스 유행 사태 전체에 걸쳐 작동한 프레임은 적극적 자율성 제한(격리와 정보 공개)을 통해 전체의 이득을 추구하는 것이었다. 이 또한 하나의 윤리적 기준에 따른 판단이라 볼 수 있으나, 얼마나 효과적인지, 부담이 합리적이고 최소화된 것인지는 검토된 바 없다.

앞으로도 신종플루와 같은 신종감염병의 발흥이나 생물학적테러 등 공중보건 위기를 야기할 만한 사건은 얼마든지 발생 가능하다. 메르스 유행 경험을 바탕으로 공중보건 위기 대응 체계를 마련하는 동시에 대응 체계의 윤리적 프레임을 만들기 위한 노력이 필요하다. 2015년 메르스 유행 경험에 비추었을 때 향후 다음의 윤리적 법적 과제를 제기해볼 수 있다.

1. 공중보건 비상사태에 대비한 윤리적 고려사항의 검토

각국의 공중보건 비상사태 대응 계획에서는 공통적으로 전문가들이 의사 결정할 때 참고할 필요가 있는 핵심 윤리적 이슈, 윤리성 가치와 관점들을 함께 싣고 있다. WHO에서는 전염병 대유행 대응 계획 입안부터 대중의 참여와 투명한 소통이 이루어져야 함을 강조하고 있으며, 특히 격리 등 자율성 침해 조치나 희귀 백신 분배 지침에 대해 입안할 때 대중의 참여와 논의가 있어야 한

다고 적고 있다[14]. 캐나다에서는 전염병 대응 계획 세부 지침으로 백신 분배 프레임워크에서 윤리적 고려사항과 우선순위 지침을 조합, 적용하고 있다[48]. 국내에서는 아직 공중보건 비상사태에 관한 윤리적 고려사항과 세부지침이 마련된 바 없으며, 논의가 필요하다.

2. 개인 정보 보호와 투명성 간의 균형

메르스 대유행이 일어나는 동안 병원명 공개나 감염의심자 거주지 공개 등 정보의 공개 정도가 적절인가 논란이 계속되었다. 정보와 의사소통의 투명성 차원에서 필요한 정보를 공개하는 것도 중요한 윤리 원칙이나, 과도한 정보 공개는 개인의 사생활권을 침해하는 결과를 낳는다. 오말리(O'Malley) 등[49]은 투명성이 정책적으로 구현되기 위해서는 공개를 제한해야 하는 정보의 종류와 충분히 공개되어 소통될 필요성이 있는 정보의 종류를 구분해야 한다고 주장한다. 이를테면, 불필요하게 개인의 사생활을 침해하거나 특정 집단을 낙인화할 수 있는 정보는 공개를 제한할 수 있되, 대중이 위기 관리 결정을 이해하고 행동을 촉진할 수 있는 정보는 적극적으로 공개할 수 있는 것이다. 국내에서도 어떠한 정보의 공개가 바람직하며 어떠한 정보는 법적으로 윤리적으로 비공개가 바람직한지 결정할 필요가 있다.

3. 일방적인 격리가 아닌 개인의 자율성과의 균형

대규모 자가 격리는 메르스 유행을 종식시킬 수 있었던 가장 중요한 정책 중 하나로 손꼽히나, 앞서 보았듯이 법적 임상적 근거가 부족하다. 메르스처럼 백신이나 치료제가 없는 질병의 경우 격리를 통한 통제는 중요한 공중보건의 수단이다. 그러므로 격리라는 수단을 사용함에 있어 합

리적인 근거를 갖고 개인의 부담을 최소화하는 방향을 꼭 고려해야 할 것이다. 후속 논의를 통해 적절한 격리 범위를 결정하는 법적 근거, 격리대상을 낙인화시키지 않을 조치, 격리에 대한 보상, 부당한 격리는 항소할 수 있는 조치 등이 마련될 필요가 있다.

4. 상호호혜의 관점에서 치료의 의무를 구현할 수 있는 방향

금번 메르스 유행에서 의료인을 비롯한 의료기관 종사자들은 가장 일선에서 메르스에 대응하는 부담을 짊어지는 한편 가장 직접적으로 유행의 피해자가 되어야 했다. 한편으로는 메르스를 퇴치하는 영웅이 되었으나 사회적으로는 전염병을 전파하는 매개원이라는 낙인의 대상이 되기도 하였다. 상호호혜의 관점에서는 전염병 대유행 때 의료기관 종사자들에게 치료의 의무라는 사회적 부담이 주어진다면 그와 비례하여 사회적 지원과 보호가 제공되어야 한다. 여기에는 전염병 치료 자원의 충분한 공급, 의료기관 종사자 간 균등한 자원 및 부담 분배 등이 포함될 수 있을 것이다.

본 글에서는 2015년 한국 메르스 유행의 윤리적 함의를 논하기 위해 우선 메르스 유행이 해당될 수 있는 공중보건 비상사태의 특징과 윤리적 특징을 살펴보았다. 그리고 공중보건 비상사태의 윤리적 원칙을 논하고 이에 근거하여 한국 메르스 유행 대응을 평가하였다. 한국 사회 공중보건 윤리의 한 단면을 보여준다는 점에서 2015년 메르스 유행 경험은 논의의 좋은 출발이 될 수 있다. 후속 연구를 통해 공중보건 위기와 윤리적 대응에 대한 고찰이 필요하며, 이는 메르스 유행이 남긴 과제일 것이다. ㉞

REFERENCES

- 1) The Model State Emergency Health Powers Act: as of October 23, 2001, Atlanta : Centers for Disease Control and Prevention, 2001. Available from: <http://biotech.law.lsu.edu/blaw/bt/MSEHPA.pdf> [cited 2016 Apr 22]
- 2) Nelson C, Lurie N, Wasserman J, et al. Conceptualizing and defining public health emergency preparedness. *Am J Public Health* 2007 ; 97 Suppl 1(Supplement_1) : S9-S11.
- 3) “Public Health Emergency Declaration” Available from: <http://www.phe.gov/Preparedness/legal/Pages/phedeclaration.aspx> [cited 2016 Apr 22]
- 4) Gostin LO. Public health emergencies: what counts? *Hastings Cent Rep* 2014 ; 44(6) : 36-37.
- 5) Haffajee R, Parmet WE, Mello MM. What is a public health “emergency”? *New Engl J Med* 2014 ; 371(11) : 986-988.
- 6) Wilson K, McDougall C, Upshur R. The new international health regulations and the federalism dilemma. *PLoS Medicine* 2006.
- 7) Hepple B, Nuffield Council on B. *Public Health: Ethical Issues*. London : Nuffield Council on Bioethics, 2007.
- 8) Childress JF, Faden RR, Gaare RD, et al. Public health ethics: mapping the terrain. *J Law Med Ethics* 2002 ; 30(2) : 170-178.
- 9) AMA Code of Medical Ethics: Opinion 9.067 – Physician Obligation in Disaster Preparedness and Response. Available from: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion9067.page> [cited 2016 Apr 22]
- 10) Kass NE. An ethics framework for public health. *Am J Public Health* 2001 ; 91(11) : 1776-1782.
- 11) Capron A. Ethical considerations in international preparedness planning efforts. In: *Ethical and Legal Considerations in Mitigating Pandemic Disease: Workshop Summary*, ed by Institute of Medicine (US) Forum on Microbial Threats. Washington : National Academies Press, 2007.
- 12) Public Health Agency of Canada, 2006. *The*

- Canadian Pandemic Influenza Plan for the Health Sector (CPIP). Available from: http://www.icid.com/files/Marg_Pop_Influenza/1_Canadian_Pandemic_Influenza_Plan_for_the_Health_Sector.pdf [cited 2016 Apr 25]
- 13) Thompson AK, Faith K, Gibson JL, et al. Pandemic influenza preparedness: an ethical framework to guide decision-making. *BMC Med Ethics* 2006 ; 7(1) : E12.
 - 14) World Health Organization (WHO). Ethical considerations in developing a public health response to pandemic influenza. Geneva : 2007.
 - 15) UK Department of Health, Responding to Pandemic Influenza: The Ethical Framework for Policy and Planning, 2007. Available from: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_080729.pdf [cited 2016 Apr 25]
 - 16) Kinlaw K, Levine R. Ethical guidelines in pandemic influenza. Ethics Subcommittee of the Advisory Committee to the Director, Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2007.
 - 17) Kass NE, Otto J, O'Brien D, et al. Ethics and severe pandemic influenza: maintaining essential functions through a fair and considered response. *Biosecur Bioterror* 2008 ; 6(3) : 227-236.
 - 18) Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. New York : Oxford University Press, 1979.
 - 19) Council for International Organizations of Medical Science (CIOMS), International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects, 2002. Available from: http://www.cioms.ch/publications/layout_guide2002.pdf [cited 2016 Apr 22]
 - 20) Daniels N. Accountability for reasonableness. *BMJ* 2000 ; 321(7272) : 1300-1301.
 - 21) Daniels N, Sabin J. Setting Limits Fairly. New York : Oxford University Press, 2002.
 - 22) Rid A. Justice and procedure: how does "accountability for reasonableness" result in fair limit-setting decisions? *J Med Ethics* 2009 ; 35(1) : 12-16.
 - 23) Friedman A. Beyond accountability for reasonableness. *Bioethics* 2008 ; 22(2) : 101-112.
 - 24) Kinlaw K, Barrett DH, Levine RJ. Ethical guidelines in pandemic influenza: recommendations of the Ethics Subcommittee of the Advisory Committee of the Director, Centers for Disease Control and Prevention. *Disaster Med Public Health Prep* 2009 ; 3 Suppl 2 : S185-S192.
 - 25) Siracusa Principles on the limitation and derogation provisions in the international covenant on civil and political rights. United Nations Economic and Social Council, 1985, UN Doc. E/CN.4/1985/4, Annex.
 - 26) Gostin LO, Berkman BE. Pandemic influenza: ethics, law, and the public's health. *Georgetown Public Law and Legal Theory Research Paper* 2007 ; 59 : 121-175.
 - 27) Bensimon CM, Tracy CS, Bernstein M, et al. A qualitative study of the duty to care in communicable disease outbreaks. *Soc Sci Med* 2007 ; 65(12) : 2566-2575.
 - 28) Upshur REG, Joint Centre for Bioethics Pandemic Ethics Working G. The duty to care in a pandemic. *Am J Bioeth* 2008 ; 8(8) : 31-33.
 - 29) Upshur REG. Principles for the justification of public health intervention. *Can J Public Health* 2002 ; 93(2) : 101-103.
 - 30) World Health Organization. Outbreak communication planning guide. Geneva : World Health Organization, 2008. Available from: <http://www.who.int/ihr/elibrary/WHOOutbreakCommsPlanngGuide.pdf> [cited 2016 Apr 22]
 - 31) 감사원. 감사보고서-메르스예방 및 대응 실태. 감사원, 2016.
 - 32) 삼성병원 확진자 90명중 40명 '메르스환자 접촉' 파악 안 했다. 경향신문. 2016년 1월14일.
 - 33) 병원 공개 왜 늦었나? 메르스 초기 대응 질타. 한국일보. 2015년 7월 8일.
 - 34) [메르스종식-中]韓심리방역 실패...美병원명부터 공개했다. 아시아경제 2015년 12월 27일.
 - 35) 서울시 "메르스의심 의사,대형 행사참석" 연합 뉴스. 2015년 6월 4일.
 - 36) [단독]"1500명에게 메르스?난 무개념 아니다!" 프레시안. 2015년 6월 5일.
 - 37) 성남시장 이재명, 메르스 환자정보 공개 논란. 동아일보. 2015년 6월 8일.

- 38) 이재명 성남시장, 메르스 환자정보 공개 “환자 이동 경로는?” 서울신문, 2015년 6월 7일.
- 39) “메르스확진 병원 의료진 정신건강 위험수위” 의협신문, 2016년 2월 11일.
- 40) 메르스사태...‘의료인처벌’이능사는 아냐. 오마이뉴스, 2015년 6월 11일.
- 41) [생생포커스]“메르스사각지대가 된 병원내 비정규직”-이상윤보건의료단체연합 정책국장. YTN라디오, 2015년 6월 16일.
- 42) 경기연구원. 『메르스격리자, 공공의 적이었나?』 2015년 12월.
- 43) “자가격리동안 죄인 취급당하는 게 힘들었습니다” SBS뉴스, 2015년 7월 29일.
- 44) “남편만나러... 답답해서” 메르스 자가격리자 무단이탈 속출. 쿠키뉴스, 2015년 6월 17일.
- 45) ‘무단이탈’ 메르스자택격리자 첫 고발...300만 원벌금. 머니투데이, 2015년 6월 16일; 메르스 격리 환자 잇단 무단 이탈...경찰위치추적 9일간 133건. 헤럴드경제, 2015년 6월 14일.
- 46) 격리에 따른 보상 조치가 준비되지 않아 격리 대상자 중 4명 중 1명이 유급휴가를 받지 못하는 결과를 초래하였다.(메르스 격리자 4명중 1명, 유급휴가 못받아. CBS노컷뉴스, 2015년 9월 7일)
- 47) 『감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행령 일부개정안 입법예고』 Available from: http://www.mohw.go.kr/front_new/jb/sjb04071s.jsp?PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=030407 45번 [cited 2016 Apr 22]
- 48) Public Health Agency of Canada, Pandemic Vaccine Prioritization Framework, 2016. Available from: <http://www.phac-aspc.gc.ca/cpip-pclcpi/ann-vf-eng.php> [cited 2016 Apr 22]
- 49) O’Malley P, Rainford J, Thompson A. Transparency during public health emergencies: from rhetoric to reality. Bull World Health Organ 2009 ; 87(8) : 614-618.

Ethical Responses to Public Health Emergencies: The 2015 MERS Outbreak in South Korea

CHOI Eun Kyung*

Abstract

This article examines the 2015 MERS outbreak in South Korea in terms of the ethics of public health emergencies. A public health emergency is defined as a severe, sudden, and unpredictable threat to public health, which poses a substantial risk to normal social functioning. In response to public health emergencies legal rights may be suspended and individual liberties may be violated. Among the many ethical principles that are relevant in public health emergencies are protecting the public from harm, justice and fairness, liberty and respect, reciprocity, and duty to treat. The 2015 MERS outbreak raised several ethical issues, including the following, which are discussed in this article: 1) Ethical deliberation in preparing for public health emergencies, 2) balancing privacy and transparency, 3) respecting individual liberty in quarantine, and 4) ensuring that the duty to treat is respected.

Keywords

2015 MERS outbreak in South Korea, public health emergencies, justice and fairness, transparency, liberty and respect, duty to treat

* *Institute of Medical History and Culture, Seoul National University Hospital: Corresponding Author*