

질병관리본부
연구용역사업

AIDS 감염자·환자의 인권보장을 위한 법·제도 개선방안

2005년

순 천 향 대 학 교
질 병 관 리 본 부

이 보고서는 질병관리본부에서 주관하는 연구용역사업에 의해 수행된 것이며, 이 보고서에 수록된 내용은 연구자 개인적인 의견이며 질병관리본부의 공식견해가 아님을 밝혀드립니다.

제 출 문

질병관리본부 본부장 귀하

이 보고서를 “AIDS 감염자·환자의 인권보장을 위한 법·제도 개선방안” 과제의 최종보고서로 제출합니다.

2005. 11. 18

주관연구기관명: 순천향대학교

연구책임자 : 박윤형

연 구 원 : 장원기

연 구 원 : 양충모

연구보조원 : 정민아

목 차

요 약 문	1
제1장 서 론	13
제1절 연구 목적 및 필요성	13
제2절 연구방법 및 범위	17
제2장 HIV/AIDS 현황과 예방관리대책	19
제1절 HIV 및 AIDS의 개념	19
1. HIV 및 AIDS의 개념	19
2. HIV 및 AIDS의 특성	20
제2절 HIV/AIDS 유행 및 관리현황	24
1. 세계적 유행현황	24
2. 아시아에서의 급격한 확산	28
3. 우리나라의 HIV/AIDS 현황	31
4. HIV/AIDS 관리현황	34
제3절 HIV/AIDS 감염인의 인권문제	37
1. 중국의 자원봉사자 사례	38
2. 타이의 마약과의 전쟁	39

3. 하남성 혈액 파동	42
제3장 HIV 감염인의 기본적 인권에 대한 고찰	45
제1절 기본적 인권의 개념 및 특성	45
제2절 인권에 근거한 HIV 감염인의 보호요구권	46
제3절 HIV 감염인의 특수성과 인권보장의 필요성	48
1. 개인적 차원의 특성과 인권	48
2. 사회적 차원의 특성과 인권	51
제4절 HIV 감염인에 대한 우선적 처우의 헌법적 정당성	53
1. 사회적 약자에 대한 우선적 처우의 헌법적 정당성	53
2. HIV 감염인에 대한 우선적 배려를 통한 적극적 평등실현	55
3. 우선적 처우의 하나로서 고용상의 배려	56
제4장 HIV 감염인의 인권보호에 관한 국제규범과 외국의 제도	58
제1절 HIV 감염인의 인권보호에 대한 국제규범	58
1. 유엔인권위원회의 권고	58
2. HIV/AIDS와 인권에 관한 국제가이드라인	59
3. 직장에서의 HIV/AIDS 대책에 관한 WHO와 ILO의 지침	61
제2절 외국의 HIV/AIDS 관리 정책	64
1. 미국의 현황 및 지원정책	64

2. 영국의 현황 및 지원정책	67
3. 일본의 현황 및 관리법제	70
4. 태국의 현황 및 관리법제	72
제5장 HIV/AIDS 관련 법제도와 인권침해현황	74
제1절 후천성면역결핍증예방법과 관련된 인권침해 사례	76
제2절 제도 및 정책과 관련된 인권침해 사례	80
제3절 의료기관 및 사회적인 인권침해 사례들	83
1. 의료기관에서의 진료거부 및 편견	83
2. 사회생활에서 겪는 차별사례	86
제4절 언론의 보도와 관련된 감염인 인권침해	88
1. HIV 감염인 차별사례	88
2. 언론의 보도내용	91
제6장 인권보장을 위한 법·제도 개선의 기본원리	95
제1절 법제도개선의 기본원리	95
1. 인권보장의 방법적 기초로서의 平等權	96
2. 입법기준으로서 生命權 保障의 原則	98
3. 사생활영역에서 HIV 감염인의 인권보장원리	99
4. 적정한 사회적 보호의 원리	104

5. 보건에 관한 인권보장의 원리	106
6. HIV 감염인의 기본권 제한 원리	108
제7장 HIV 감염인의 인권보장을 위한 법·제도 개선 방안	112
제1절 HIV/AIDS 예방법제의 내용과 문제점	112
1. AIDS 예방법제의 목적과 기능	112
2. AIDS 예방법의 내용 및 한계	113
제2절 AIDS 예방법의 개선방안	127
1. AIDS 예방법의 개선방향 및 개정의 주요골자	127
2. HIV 감염인의 차별방지를 위한 개선방안	131
3. 사생활보호관련 규정의 개선방안	135
4. 강제처분의 문제점 및 개선방안	145
5. 인간다운 생활권의 보장을 위한 개선방안	150
제8장 결 론	154
제1절 결과의 요약	154
제2절 후천성면역결핍증예방법의 개선방안	157
참고문헌	160

<표 차례>

표 1. 전세계 HIV/AIDS 유행현황(2004)	24
표 2. 지역별 HIV/AIDS 유행 현황 (2004년)	25
표 3. 아시아 HIV/AIDS 유행 현황	29
표 4. 2005년 내국인 신규 HIV감염인 성별·연령별 분포	32
표 5. 2005년 내국인 신규 HIV감염인 감염경로별 분포	32
표 6. 연도별 HIV감염인 보고현황 (2005.6월말 현재)	33
표 7. 연도별 HIV감염인 보고 현황(2005.6월말 현재)	33
표 8. 연도별 HIV감염인 사망 보고 현황	34
표 9. 연도별 치료비 지원 현황	35
표 10. 연도별 HIV/AIDS 관련 예산 현황	36

<그림 차례>

그림 1. 연구의 구성	17
그림 2. 지역별 연간 신규 HIV 감염인 수 추정	26

용 어 례

- AIDS(Acquired Immune Deficiency Syndrome) : 에이즈
- HIV (Human Immunodeficiency Virus) : 인간면역결핍바이러스
- 에이즈바이러스 : HIV와 동의어(표현의 중복을 피하기 위하여 부분적으로 이 용어를 사용하였음).
- HIV/AIDS : 에이즈 바이러스 및 에이즈
- 후천성면역결핍증예방법 : 후천성면역결핍증 예방에 관한 법률 및 관련 제도

□ 용어사용의 기본원칙

1. 목차정리에 있어서는 용어의 경제성 우선의 원칙에 따라 영문약자 우선 적용
2. 본문의 경우 동일 단어(특히 명사)의 3회 이상 반복시 문맥의 유연성 및 동의어 반복을 피하기 위하여 동일의미군의 유사단어 혼용.
예) HIV 감염자 및 AIDS 환자 = 에이즈 감염인 및 환자 = AIDS 감염인(환자)

요 약 문

□ HIV/AIDS 현황과 현행 예방관리대책의 한계

- 세계적 HIV/AIDS 현황
 - HIV 감염인수는 세계적으로 계속 증가하고 있으며, 2004년에는 3940만 명에 달하는 것으로 추산되고 있음.
 - 이 중 490만 명은 2004년 한 해 동안 새로 HIV에 감염된 것으로 파악되는데, 이러한 전세계적 HIV/AIDS 유행으로 사망한 사람은 2003년에만 310만 명에 이름.

- 우리나라의 HIV/AIDS 현황
 - 이와는 대조적으로 우리나라의 HIV/AIDS 관리는 비교적 잘 행해지고 있는 편임.
 - 질병관리본부에 따르면 2005년 6월말 현재 내국인 누적 HIV 감염인수는 3,468명이며 이중 680명이 사망하여 2,788명이 생존해있음.
 - 2005년 1월부터 6월말까지 6개월간 내국인 신규 HIV 감염인은 317명으로 보고 되었는데, 지난해 같은 기간(302명) 대비 5.0% 증가한 수치임. 동 기간 외국인 신규 HIV 감염인은 21명으로 보고 되었음.

- 우리나라 예방관리의 문제점
 - 세계적 추세에 비하여 HIV 감염율이 높지 않음에도 국가 HIV/AIDS 관리 사업에서 주로 사용되는 방법은 HIV 감염인에 대한 철저한 감시와 통제라고 할 수 있음.
 - 유흥업소 종사 종업원들은 6개월에 한 번씩 의무적으로 HIV/AIDS 검사를 받아야 하며, 심지어 그런 직종에 종사하지 않거나 HIV감염의 고위험군에 해당하지 않는 사람들에게 행하여지는 각종 신체검사들에도 HIV/AIDS 검사의 항목이 포함되어

있음.

- HIV 감염인은 발견 즉시 보건 당국에 보고하도록 법제화 되어 있어, HIV 감염인들의 신분은 대중에게 노출되기 쉬운 환경에 처해지게 됨. 이러한 환경은 신분 노출로 인한 직장에서의 해고와 더 나아가 사회적 관계에서의 고립의 상황까지 초래하게 되었음.
- 이렇듯 철저한 국가 HIV/AIDS 관리와 감시체제로 인해 HIV/AIDS의 전파가 효율적으로 관리되어 온 점을 간과할 수는 없으나, 지나치게 심한 감시로 인해 HIV 감염인들의 사생활이 침해당하고 그들이 사회적 낙인과 차별로 고통 받고 있다는 사실 또한 부인할 수는 없는 실정임.

□ 헌법 및 국제인권규범상의 HIV 감염인의 인권보장이념

○ 헌법상의 HIV 감염인의 인권보장이념

- 인권 또는 인간의 권리라 함은 “인간이 인간으로서 당연히 누리는 권리”를 말함.
- HIV 감염인도 인간인 이상 이러한 의미에서의 인권은 최대한 보장되어야 하며, 이러한 기본권에 근거하여 HIV/AIDS에 감염되지 않은 사람들과 동일하게 국가에 대하여 다음과 같은 보호를 주장할 수 있음.
 - HIV 감염인의 인권문제 또한 이들도 모두 인간이라는 관점에서 보면 일반인이 누리는 인권인 법 앞의 평등, 생존권, 건강권, 거주이전의 자유, 사생활의 권리, 결혼하여 가정을 가질 권리, 교육받을 권리 등의 기본권을 누릴 수 있다는 데 의문은 없음. 그러나 HIV 감염인들은 주거, 교육, 고용 및 치료 등에 있어서 차별대우를 받기 쉬우며, 어떤 감염인은 결혼할 권리마저 부인당하고 있음. 따라서 합리적 이유 없는 차별에 적극 대처하는 헌법적 보장원리가 필요함.

- 다른 한편으로 HIV/AIDS 문제는 빈곤, 마약, 매매춘, 보건·의료체계 등 사회생활의 다양한 영역과 연관되어 있음. 따라서 사회복지정책, 교육정책, 경제정책은 물론 도덕과 윤리, 나아가 인간의 권리를 포함한 전체적 시각에서 접근하여야 할 것임.
- 마지막으로 HIV 감염인은 일정 사회 내에서 소수이며 약자라는 특수성이 충분히 고려되어야 하므로 HIV 감염인의 인권보장의 문제는 그들이 소수자이며 사회적 · 정신적 · 육체적 약자라는 것이 전제되어야 의미를 가질 수 있음. 이러한 전제를 근거로 이들을 위한 보장의 범위, 보장강도(우선적 효력의 인정여부) 등이 배려되어야 함.

○ 국제인권기구들의 HIV 감염인에 대한 인권보장이념

- 국제규범에서는 HIV 감염인에 대한 불이익 취급과 차별대우를 철저히 반대하면서 국가 및 고용주가 이들을 적극적으로 지원하고 이들의 건강회복에 협조하는 것이야말로 HIV/AIDS라는 도전에 대한 가장 효과적인 대응방안이라는 것을 밝히고 있음.

▶ 유엔인권위원회의 권고

- 차별과 낙인을 철폐하기 위한 조치를 마련할 것
- 각국의 업무와 정책, 관행 등이 HIV 감염인의 인권을 보장하고 차별을 방지할 수 있도록 정비할 것
- 법률구조를 비롯한 다양한 서비스 체계를 개발하고, 그 개발을 지원할 것
- 적절한 교육과 훈련, 미디어 프로그램을 개발할 것
- HIV 감염인의 시민적 · 정치적 · 경제적 · 사회적 · 문화적 권리의 완전한 향유를 보장할 것 등의 내용으로 되어 있음.

▶ HIV/AIDS와 인권에 관한 국제가이드라인

- 국가는 모든 정부기구를 총망라한 HIV/AIDS 정책과 프로그램에 관한 의무를 통합하여 HIV/AIDS에 대처하기 위한 조화되고, 참여적이며, 투명하고, 책임 있는 접근이 보장된 효과적인 국가기구를 설립하여야 함.
 - 국가는 HIV/AIDS에 관한 정책기획 및 프로그램 이행과 평가의 모든 단계에서 지역사회 협의체와 지역사회 기관들이 윤리, 법, 인권에 관한 분야를 포함한 그들의 활동분야를 효과적으로 이행하도록 정치적 · 경제적 지원을 통하여 보장하여야 함.
 - 국가는 공중보건법을 검토 · 개혁하여 HIV/AIDS와 관련한 공중보건문제들에 적절히 대처하며 다른 전염병에 관한 적합한 법규정들이 HIV/AIDS에 부적절하게 적용되지 않도록 하며, 국제인권의무조항에 부합되도록 하여야 함.
 - HIV 감염인의 공·사적 분야에서 무능력자를 보호하기 위한 차별반대조항을 입법화하거나 다른 보호법익들을 강화하며 사생활의 비밀, 인간을 대상으로 한 조사에서 도덕성을 보장하여야 하며, 교육과 함께 쌍방간의 조정을 강조하며 빠르고 효과 있는 행정적 · 사회적 구제책을 마련하여야 한다는 것 등을 그 내용으로 하고 있음.
- ▶ 직장에서의 HIV/AIDS 대책에 관한 WHO와 ILO의 지침
- 1988년에 세계보건기구(WHO)와 국제노동기구(ILO)가 공동회의를 개최하고 <에이즈와 직장에 관한 성명>을 발표하였다. 그 후 공동의 팸플릿 <에이즈와 직장 에이즈에 관하여 알아둘 일>을 제작하였다. 그 대표적 내용을 요약하면
 - HIV에 감염되었으나 건강한 근로자는 다른 동료와 동등하게 대우하여야 함.
 - AIDS가 발병한 근로자나 HIV에 감염되어 건강상태가 좋지 않은 근로자는 다른 질병에 걸린 근로자와 동일한 처우를 받

아야 한다는 것 등임.

□ 헌법 및 국제인권규범에 위반한 인권침해사례

- 후천성면역결핍증예방법과 관련된 인권침해사례
 - HIV 감염인 A씨는 말기암으로 진단되어 대학병원에 입원하였다가 AIDS 진단을 받았음.
 - 당시 AIDS 환자는 의식이 명료하고 판단력이 있는 상태였지만 담당의는 사전에 환자에게 동의를 구하거나 의논하는 일 없이 A씨의 HIV 감염사실을 어머니와 형제들에게 고지하였고 그 사실을 알게 된 가족들이 A씨의 간병을 거부하여 고통을 당하였으며 HIV/IDS 유관단체의 도움으로 간병인을 파견 받아 간병인의 도움으로 투병생활을 하다 2005년 8월 사망하였음.
 - 그러나 어머니는 사망한 A씨의 사후처리 조차 거부하여 A씨는 죽음 후에도 보건소 담당자의 손에 맡겨질 수밖에 없었음.

- 제도 및 정책과 관련된 인권침해사례
 - HIV 감염인 E씨는 2002년 일식당 주방에 취직하여 일하던 중 에이즈 감염을 의심한 사용주가 모보건소에 HIV/AIDS 항체검사를 포함한 건강검진을 의뢰하고 그 결과를 문의하였음. 검사 결과의 확인과정에서 결과를 통보하던 보건소 직원이 비감염인의 검사결과를 먼저 문의하자 '이상이 없습니다.'라고 대답을 하였고 뒤이어 감염인의 결과를 문의하자 HIV 감염사실을 노출시키지 않기 위하여 '본인이 아니면 말할 수 없습니다.'라고 대답하였으나 결과적으로는 양성판정이 나왔음을 간접적으로 알려주는 결과가 되어 E씨는 그날로 해고되었음.
 - 2003년에 모교도소에 수감되었던 감염인 L씨는 교도소 측에서 예산부족을 이유로 항바이러스제 투약을 해 줄 수 없다며 정부에서 무상으로 보급하고 있는 지도부딘만을 관할 보건소를 통

해 받아서 복용하거나, 가족들이 월 200만원의 진료비를 부담할 것을 요구하였음. 그러나 항바이러스제의 복용은 약제의 내성을 방지하고 효과를 높이기 위하여 기본적으로 3제병용요법을 적용하거나 그렇지 않다면 차라리 복용을 모두 중단하는 것이 감염인의 장기적인 치료계획에 도움이 된다는 감염내과 담당의의 처방으로 애가 탄 가족들이 대책을 찾아 헤매었으나 찾지 못하여 L씨는 수감되어 있는 기간 동안 항바이러스제를 복용하지 못하였음.

○ 의료기관에서의 진료거부 및 편견

- 2003년 6월 부천시 소재 모의원에서 HIV 감염인으로 발견된 최모씨의 경우 감염내과가 있는 대학병원으로 가기 위해 필요한 진료의뢰서의 발급을 의뢰하자 의뢰서에 자신의 의료기관의 이름이 기재되면 AIDS 환자가 발견된 병원이라고 소문이 나서 환자가 줄어들 것이라는 이유를 들어 진료의뢰서의 발급을 거부하기도 하였음.
- HIV 감염인이 입원을 하는 경우에 지나칠 정도로 눈에 띄는 표식을 차트, 링거병 등에 붙이거나 식기를 방사성폐기물봉투에 넣어 내어놓게 하는 등 주변의 사람들로 하여금 의심의 눈초리를 받을 수 있게 하는 경우도 쉽게 볼 수 있음. 또한 인체를 벗어나면 비활성화되는 HIV의 특성으로 인해 HIV 감염인이 사용한 병실의 청소 및 식기소독 등에 특별한 조치가 요구되지 않음에도 병원의 청소원에게조차 병실의 청소 및 소독을 이유로 HIV 감염인을 노출시키고 있음.

○ 사회생활에서 겪는 인권침해사례

- AIDS 말기 환자로 정기적인 진료나 투약을 소홀히 하던 T씨는 2005년 7월 갑자기 몸이 이상하다고 느끼자 자신의 감염사실을 알지 못하는 가족들에게 도움을 청하지 못하고 집 근처의 병원

을 찾아가 감염사실을 밝힌 후 살려달라고 도움을 청하였음. 결국 의사는 T씨의 호소를 받아들여 진료에 임했으나 T씨는 결국 사망하였음. T씨의 사후에 이 사실이 동네에 알려졌고 주민들은 HIV 감염인과 함께 거주하였다는 이유로 경찰서로 몰려가 T씨 가족들을 격리해 달라고 요청하였음. 관할 보건소는 T씨의 어머니와 두 동생에게 항체검사를 실시하였고 음성의 결과를 근거로 주민들을 설득하여 무마되었음.

- 2003년 4월에는 서울 컴퓨터에 체류하고 있던 HIV 감염인 S씨의 장녀가 아버지의 감염사실이 알려지자 가문의 수치라며 이혼을 요구받은 경우도 있음.

○ 언론의 보도와 관련된 인권침해사례

- HIV 감염인의 인권보호를 위한 비밀유지 원칙에도 불구하고 여수 구모여인의 인상착의가 언론에 공개 됨, “본지가 경찰과 보건당국 관계자들을 대상으로 취재한 결과 얼굴이 약간 둥글고 구씨는 배에 특이한 신체적 특성을 갖고 있다”[굿데이 2002.06.07]
- HIV 감염인임이 밝혀진 여성 감염인에 대한 마을주민들의 부정적인 반응이나 핍박은 간과한 채 감염인을 이상 행위자로 단정 지은 편파적인 보도, “지난해 다수의 남성과 성관계를 가졌다 구속된 S씨가 형 집행정지로 풀려난 뒤 최근 귀향해 엽기적인 행동으로 주민들을 공포에 몰아넣고 있는 일까지 발생 환자관리 강화가 절실하다는 지적이다”[무등일보 2003.05.13]
- HIV 감염인이 급격히 증가하고 있는데도 이들에 대한 사후관리에 구멍이 뚫려 AIDS 확산에 무방비라는 주장이 제기, 42명의 HIV 감염인의 소재가 파악되지 않아 보건당국의 관리에서 벗어난 것으로 확인돼 이들에 대한 AIDS 전파가 우려된다고 보도하여 HIV 감염인은 국가관리가 없이는 모두 AIDS를 전파하는 비양심적인 사람들로 매도. [미디어다음 2003. 09. 30]

- 결국 HIV 감염인에게 있어서는 신분의 노출이나 경제적 빈곤, 건강의 악화는 모두 생존과 직결되는 문제로 서로 상관성을 가지고 악순환함. 신분노출과 건강의 악화 등으로 인한 사회생활의 중단은 단순히 그 자체의 문제뿐 아니라 경제적 빈곤을 초래하고 빈곤은 치료 및 건강관리를 불가능하게 하여 HIV 감염인의 생명권을 박탈하는 결과를 초래함. 이는 언론 등의 매스 미디어에 의하여 유발되는 편견에 의하여 더욱 촉진될 수 있음.

□ 법률개정을 위한 입법기준으로서의 기본원리

- 인권보장을 위한 기본원리로서 헌법상의 기본권
 - HIV 감염인의 인권이 침해되고 있으며, 이들의 인권을 보장하여야 한다는 말을 법적인 개념으로 이해한다면,
 - 이는 우리나라 헌법이 모든 국민에 대해서 보장하고 있는 기본권을 충실하게 보장하여야 한다는 말과 동일한 의미가 됨.
 - 또한 헌법은 국가의 최고규범으로서 입법 · 사법 · 행정을 규율하며, 이러한 최고규범으로서의 성질 내지 기능에 의하여 입법부에서 법률을 제정할 경우 헌법의 이념 내지 기본권에 기속된다는 의미에서 법률 개정의 지도원리 내지 기본원리로서 작용하게 됨.
- 기본원리로서 작용하는 기본권의 내용
 - 따라서 이러한 헌법원리를 근거로 후천성면역결핍증예방법 개정상의 기본원리를 논의한다면,
 - 우선 HIV 감염인의 기본권 보장원리로서 평등권, 생명권, 주거 및 거주이전의 자유, 사생활의 자유, 인간다운 생활을 할 권리 등을 들 수 있고,

- HIV 감염인의 기본권 제한원리로는 보건에 관한 권리를 들 수 있으며,
- 더 나아가 기본권제한의 기본원리로서 비례의 원칙 등이 있음.

□ 후천성면역결핍증예방법의 한계와 개선방향

- 획일 · 강행적인 예방위주의 정책운영
 - 현행법은 지나치게 강제검진을 통하여 에이즈의 확산을 방지하고자 하는데 치중하고 있음.
 - 이러한 결과는 특수한 업소나 유흥접객원 등 이른바 ‘고위험군’을 대상으로 정기 및 수시 검진을 통해 HIV 감염인을 색출 · 격리하는데 정책의 초점을 두게 됨으로써 반인권적인 색채가 강한 법이라는 비판에 직면하게 되었음.
 - ※ 이들 고위험군 대상의 검진사업과 그 구체적인 범위에 관하여는 AIDS 예방법 제8조와 동법 시행령 제10조에 규정을 두고 있음.
 - 그러나 이러한 방식에 의하여 발견되는 HIV 감염인의 수는 그 출발부터 일정한 한계를 가지고 있음.
 - 더욱이 HIV 감염인을 발견한 경우에 감염확산을 효과적으로 감시하고 저지하는 방법 또한 반인권적인 강제적 격리 이외에는 다른 수단이 강구되어 있지 못함.
 - ▶ 따라서 개인의 자각을 전제로 한 예방홍보활동이 HIV 감염대책의 기본이 되어야 할 것임.
- HIV 감염인의 사생활보장의 미비
 - 다음으로 HIV 감염인의 사생활보장은 이미 살펴 본 바와 같이 여전히 미흡한 점을 드러내고 있음.
 - 동법 제5조에서 의사에게 부과되고 있는 HIV 감염인 실명신고(성명 · 주민등록번호 · 주소 · 직업 등) 의무는 환자의 인적 사

항을 관할 보건소장에게 신고하도록 규정하고 있어서 사실상 개인의 인적관련정보가 그대로 노출될 위험이 있으며,

- 신고시 전화나 팩스의 사용도 허용하고 있어 이러한 위험은 더욱 크다 할 수 있음.
- 의사의 HIV 감염인 보고의무, 특수 업태부나 유흥접객원 등 이른바 위험집단에 대한 강제적 HIV/AIDS 검사, 행정기관의 HIV 감염인 명부작성과 비치의무 등은 감염인의 사생활을 상당 부분 침해하고 있는 것으로 드러나고 있음.
- 이들 관련조항을 다른 정보보호법에서의 보호수준 이상으로 강조하고 보장할 필요가 있음.

○ HIV 감염인의 생활권 보장(사회적 보호)의 미흡

- HIV 감염인의 대부분은 사회·경제적 측면에서의 약자일 뿐만 아니라 사회적 소수자이기도 함.
- 그러나 HIV 감염인에 대한 종합적 지원 대책은 아직 미흡한 실정임.
- HIV 감염인에 대해서는 감염검사, 상담, 의료비용 제공과 더불어 심리적·사회적 지원이 중요함.
- HIV 감염인은 죽음에 대한 공포와 더불어 사회적 관계의 고립이라는 문제에 직면함으로써 치료와 간호, 상담, 생활지원이 한번에 이루어질 수 있는 자활프로그램 및 그 수행기관이 필요함.
- ▶ 이는 HIV 감염인에 대한 정책을 관리 및 감시체계로부터 생활지원 및 정상적인 사회화지원이라는 방향으로의 전환을 의미하는 것임.

□ 후천성면역결핍증예방법 개정의 주요내용

○ 법률명칭 및 용어정의 개정방안

- AIDS 예방법의 법률명칭이 <후천성면역결핍증예방법>이라고

함으로써 AIDS 환자의 격리·관리라는 개념만 너무 강조되는 인상을 줄뿐만 아니라, 이것이 차별과 편견의 원인이 될 수 있다는 점에서, 이를 <HIV 감염인의 지원과 후천성면역결핍증의 예방에 관한 법률>로의 명칭 변경이 바람직해 보임.

- 또한 HIV감염인의 법적 구별을 위하여 법 제2조의 개선도 필요하다고 보았음.

○ 후천성면역결핍증예방법 제3조의 개정

- 후천성면역결핍증예방법 제3조에 의하면, 감염인은 국가나 지방자치단체 및 국민으로부터 기본적 권리를 보호받는다라고 규정하고 있다. 그러나 실제로 법의 내용을 보면 이러한 내용을 찾기가 그리 용이한 것이 아님.
- 또한 후천성면역결핍증예방법이 제정되고 오늘에 이르기까지 부당한 편견과 차별은 오히려 더욱 공고해진 면도 있음.
- 따라서 동법 제3조 상에서는 이러한 사회적 차별과 편견을 제거하기 위한 국가의 의무를 보다 명시적으로 규정함으로써 사회의식을 환기시킬 필요가 있음.

○ 사생활 및 취업의 보장

- 최근의 사례나 통계를 검토하여 보면, HIV 감염인들이 검사를 거부하거나 잠적하는 사례가 늘고 있음.
- 이는 HIV 감염인의 사회적 요구를 배제한 채, 신고·보고(법 제5조 내지 제6조), 격리 및 취업제한(법 제18조) 등을 강조한 예방법의 한계성에 기인한 면이 있음.
- 따라서 이들 관련 조항의 대폭적인 개선방향 및 개정내용을 제시하였음.
→ 신고·보고와 관련하여서는 신고·보고상의 내용면에서, 보고되는 개인인적관련정보의 범위를 필요 최소한도로 제한하였으며,

- 광역자치단체장의 명부작성 및 관리의무를 폐지하였고, 감염인의 개인정보를 보유하게 되는 관계인의 비밀준수의무를 강조하였음(개정안 제5조 및 제7조).
 - 또한 HIV 감염인의 사생활보호 측면에서 성관계시 콘돔사용을 규정한 부분을 삭제하였음.
 - 취업제한과 관련하여서는 특수한 업소를 제외한 나머지 영역에서의 차별폐지를 명문의 규정으로 신설하였으며, 취업자에 대한 집단적 스크리닝의 방지를 위한 근거조항을 마련하였음(개정안 제7조).
 - 전파가능성이 높은 고위험자에 대한 대가택 조사 및 강제격리 처분에 대해서는 그 수단에 있어 절차적 민주성을 강화하여 감염인의 인권을 보장할 수 있도록 개정하였음(개정안 제14조 내지 제15조).
- HIV 감염인의 인간다운 생활권의 보장
- 예방법 제20조에서는 부양가족의 사회적 보호를 위하여 HIV 감염인이 전문치료기관에서 치료를 받는 기간 동안 그 부양가족의 생계가 곤란할 때에는 생활보호에 필요한 조치가 이루어지도록 하고 있음.
 - 그러나 이러한 보호를 받기 위해서는 자신의 신분을 노출하여야만 하기 때문에 많은 HIV 감염인 및 그 가족들은 자신의 신분 및 병명의 노출을 꺼려 예방법 제20조의 실효성이 문제되었음.
 - 이러한 약점을 보완하기 위한 자활원 형태의 지원기관(생활지원, 상담, 치료, 직업능력개발 지원 등을 모두 수행하는 종합 지원기관)을 신설할 법적 근거를 마련하였음(개정안 제16조 제3호).

제1장 서론

제1절 연구목적 및 필요성

UNAIDS의 자료에 의하면 2004년 현재 전세계 HIV 감염인 수는 3940만명에 달하는 것으로 추산되고 있다. 이 중 490만 명은 2004년 한 해 동안 새로 HIV에 감염된 것으로 파악되는데, 이러한 전세계적 HIV/AIDS 유행으로 사망한 사람은 2003년에는 310만 명에 이른다.

HIV/AIDS는 사회 붕괴의 가능성의 관점에서 볼 때, 단순히 질병이 아니라 재난의 수준으로 인식되어 왔다. 특히 사하라 이남 지역에서의 재난에 가까운 파괴력은 놀라울 만한 수준이다. UNAIDS의 자료에 의하면, 이 지역에서만 2,440만 명에 이르는 사람이 HIV에 감염되어 있는 것으로 추정되고 있으며, 이는 전세계 HIV 감염 인구의 약 64%에 해당하는 수준이며, 전 지역인구의 7.4% 정도의 감염율을 보이고 있다.

이와는 대조적으로 우리나라의 HIV/AIDS 관리는 비교적 잘 행해지고 있는 편이다. 질병관리본부에 따르면 2005년 6월말 현재 내국인 누적 HIV 감염인 수는 3,468명이며, 이 중 680명이 사망하여 2,788명이 생존해있다(질병관리본부, 2005). 즉, 우리나라는 0.1% 미만의 HIV 감염율을 가진 나라에 속하며, 실제 수치로는 더욱 낮은 수준에 머무르고 있다고 하겠다.

우리나라는 1987년 11월에 후천성면역결핍증예방법을 제정하여 시행하였으며, 이는 같은 해 9월에 이를 시행한 오스트리아에 이어 세계에서 두 번째이다. 국가 HIV/AIDS 관리 사업에서 주로 사용되는 방법은 HIV 감염인에 대한 철저한 감시와 통제라고 할 수 있다. 유흥업소 종사 종업원들은 6개월에 한 번씩 의무적으로 HIV/AIDS 검사를 받아야 하며, 심지어 그런 직종에 종사하지 않거나 HIV 감염의 고위험군에 해당하지 않는 사람들에게 행하여지는 각종 신체검사들에도 HIV/AIDS 검사의 항목이 포함되어 있다. HIV 감염인은 발견 즉시 보건 당국에

보고하도록 법제화 되어 있어, HIV 감염인들의 신분은 대중에게 노출되기 쉬운 환경에 처해지게 된다. 이러한 환경은 신분 노출로 인한 직장에서의 해고와 더 나아가 사회적 관계에서의 고립 상황까지 초래하게 된다. 이렇듯 철저한 국가의 관리와 감시체계로 인해 HIV/AIDS의 전파가 효율적으로 관리되어 온 점을 간과할 수는 없으나, HIV 감염인에 대한 지나친 감시로 인해 이들의 사생활이 침해되고 있으며, 불합리한 사회적 낙인과 차별로 인하여 심각한 고통을 받고 있다는 사실 또한 부인할 수는 없다.

일반 국민들은 HIV/AIDS에 대한 허튼 안전감(false safety)에 젖어 있으며, 이성간 HIV 감염율이 증가하고 있는데도 HIV/AIDS는 동성애자, 마약중독자 등 이질적인 집단에만 해당되는 질환으로 인식하면서 정확한 지식이 없이 공포감만 있는 상태이다.

현대의학의 발전에 따라 HIV/AIDS가 만성질환과 같은 수준으로 변화해 가고 있으나, HIV 감염인의 대부분은 사회적 낙인과 차별로 고통을 받고 있다. 그들은 신분과 병명의 노출을 극도로 꺼리고 있으며, 심지어 배우자에게 알려주지 않는 경우도 많다고 한다. 그러나 HIV 감염인들이 신분의 노출을 피하는데 필사적임에도 불구하고 그들의 병명과 신분 노출의 위험성은 커져가고 있는 상황이다. 보건소의 HIV/AIDS 담당자가 자주 교체되면서 이들에 대한 교육이 제대로 이루어지지 않아, 이들의 부주의로 HIV 감염인들의 사생활이 대중에 노출되게 되는 경우가 빈번히 지적되고 있는데, 이로 인해 HIV 감염인들은 더 이상 보건당국을 신뢰하지 않게 되고, 이는 HIV 감염인들을 정부의 통제에서 벗어나 음지로 숨어들어 가게 만든다. 일단 그들의 신분이 사회에 알려지게 되면, 보통의 경우 회사로부터 해고 통보를 받게 되고, 이는 경제적 어려움을 초래하여 정부 보조금에 의지하여 근근이 연명하는 자포자기 상태를 만들게 된다. 이들은 병원에서 치료 받기조차 힘든 상황에 처하게 되고 가족조차 그들을 돌보지 않는 경우마저 생겨나게 된다.

이러한 문제점들을 극복하기 위해서는 국가의 HIV/AIDS 관리정책

을 전향적으로 전환할 필요가 있는데, 이는 다음의 네 가지 측면에서 논의될 수 있다.

첫째로, HIV 감염인 관리 위주의 정책에서 벗어나 HIV/AIDS 예방과 교육, 홍보를 강화하는 방향으로의 전환이 필요하다. HIV/AIDS에 관한 홍보는 일반 대중의 HIV/AIDS에 대한 오해를 바로잡는데 효과적인 방법이다. 예로 들어 HIV 감염인도 직업을 가지고 일할 수 있다는 것을 홍보할 수 있다. HIV/AIDS는 동성애자, 마약중독자만의 치명적인 병이라는 생각과 HIV/AIDS는 본인이 책임을 다하지 못하여 발생하는 병이라는 오해 또한 적극적인 홍보와 교육을 통하여 좀 더 긍정적이고 올바른 관점으로 전환될 수 있다. HIV/AIDS도 계속 치료한다면 당뇨병이나 고혈압 등의 기존의 만성 질환처럼 관리가 가능한 질병이라는 점을 주지시켜야 한다.

둘째로, HIV 감염인에 대한 사회적 낙인과 차별을 해소하기 위한 정책이 개발되어야 한다. 각종 신체검사시 일괄적으로 받도록 되어 있는 HIV/AIDS 검사의 항목을 본인의 의사에 따른 추가 검사 항목으로 전환하는 것도 고려해볼 수 있으며, 익명 검사를 활성화 하는 방안도 감염인의 사생활 보호를 위해 추천될 만하다. 또한 보건소의 HIV 감염인 담당 관리인 외에는 다른 사람이 감염인의 인적 사항을 볼 수 없도록 이를 코드화하자는 의견도 환자의 비밀 보호의 관점에서 볼 때 실용화할만하다. 이는 HIV 감염인과 보건소의 관리 담당자간의 신뢰를 높이는 데에도 긍정적으로 작용할 수 있다.

셋째로, HIV 감염인들이 국가의 보조에만 치료와 생활을 의존하던 것에서 벗어나 직업을 가지고 스스로의 생계를 유지할 수 있도록 정책적인 뒷받침이 필요하다. 이는 HIV 감염인에 대한 사회전체의 비용을 절감시키는 효과가 있겠지만, 그 보다는 HIV 감염인 자신이 경제상태의 호전으로 삶의 질을 높이는 것이 주목적이 될 것이다.

넷째로, 기존의 비전문적인 방역조치에 의한 관리는 전문 인력에 의해 전문화하는 방향으로 전환하여야 한다. 유관단체 등에서 전문요원을 각 보건소에 파견하여 HIV 감염인 관리를 담당하도록 추진하는 것

도 지역별로 생각해 볼 수 있는데, 이러한 노력에 의해 HIV/AIDS 관리가 전문성, 연속성, 지속성을 보장하게 될 수 있다는 점을 기대하는 것이다. 이러한 관리적 측면의 전문성 못지않게 중요한 것이 HIV 감염인의 진료에 대한 접근성과 지속성을 높이는 일이다. 국가 또는 협회에서 HIV/AIDS 전담 의료기관을 설치하여 AIDS 진료와 치료 및 연구 등을 실시하게 하는 것도 날로 늘어가는 HIV 감염인 수에 대한 실질적인 대책의 하나가 될 수 있을 것이다.

동 연구보고서는 이상에서 제기한 HIV 감염인의 인권침해현황 및 관리정책상의 문제점을 기반으로 하여 법·제도적 관점에서 이를 극복하기 위한 방안에 관하여 논하고자 한다.

제2절 연구방법 및 범위

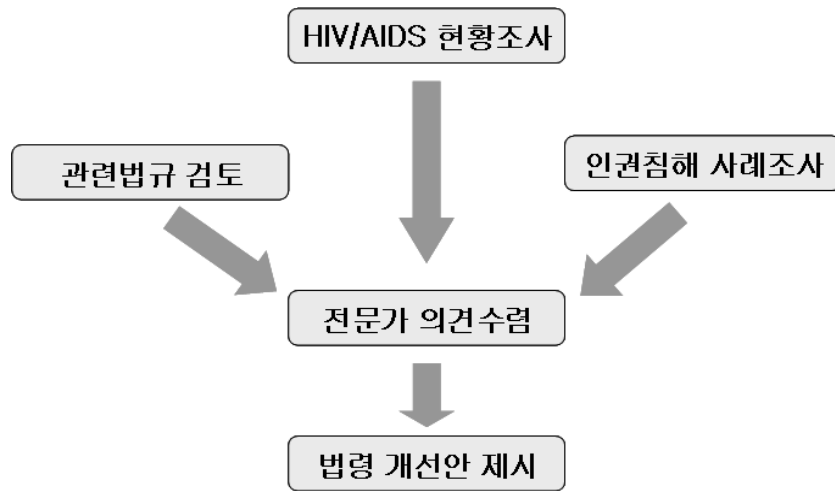


그림 1) 연구의 구성

연구는 그 범위를 다음과 같이 설정하여 수행하였다.

첫째 HIV/AIDS 현황 및 관리체계를 조사하였다. HIV/AIDS가 세계적 유행이라는 점에 중점을 두어 외국의 현황을 조사하고 우리나라의 특성을 알아보았다. 또한 UNAIDS를 중심으로 한 HIV 전파 방지 노력을 알아보고, 시사점을 알아보았다.

둘째 HIV/AIDS 관련 인권침해 문제의 내용에 대하여 조사하였다. 이와 관련하여서는 전체적인 사회문제와 HIV/AIDS 관련 인권문제의 연관성에 대하여 조망하고, 가급적 구체적 사례를 통하여 인권문제의 현주소를 알아보도록 하였다. 특히 여성과 어린이의 문제, 마약사용자 및 성매매종사자들의 문제, 동성애자에 대한 편견문제, 기타 교도소 등 인권 침해 위험이 높은 인구집단의 문제가 주안점이 되었다. 이후의 법제도적 문제의 연구와 관련하여 HIV/AIDS 인권문제 관련한 법적 제도적 현황을 다른 나라의 사례를 통하여 알아보도록 하였다.

셋째, HIV 감염인 인권관련 법제도 개선 방안 연구와 관련하여서는, 법규와 지침 중에서 인권침해 관련 사항의 개선방안을 제시하고, 외국의 법령과 제도를 연구하여 우리나라의 법규와 비교 검토하고자 하였다. 구체적 법조항의 분석을 통하여 실제 HIV/AIDS 관련 인권문제의 해결을 위한 제도적 장치에 대하여 연구하였다.

이러한 연구의 수행방법으로 가장 적절한 것은 다양한 국내외 사례 조사와 그에 기반한 법제도 검토가 될 것이다. 따라서 우선 외국의 현황과 인권침해 사례에 대하여 UNAIDS와 Human Rights Watch 등의 문헌을 고찰하여 정보를 수집하였으며, 국내의 관련 단체의 활동과 인권침해 사례에 대하여 조사하였다. 법제도적 검토를 위하여 의학적 및 보건정책 관련 전문가의 자문을 받았으며 다양한 의견을 종합하여 합리적 법제도 개선방안을 구상하였다.

제2장 HIV/AIDS 현황과 예방관리대책

제1절 HIV 및 AIDS의 개념

1. HIV 및 AIDS의 개념

후천성면역결핍증(AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome, 이하 'AIDS'라 함)은 인간면역결핍바이러스(HIV: Human Immunodeficiency Virus, 이하 'HIV'라 함)가 우리 몸의 면역세포(CD4+T세포)를 파괴하여 면역기능을 저하시킨 결과, 보통의 상태에서는 발생하기 어려운 각종 감염증이나 암으로 인해 사망하는 질병이다¹⁾. AIDS의 병원체는 1983년 5월 프랑스의 유명한 Pasteur연구소의 연구팀장인 Luc Montagnier박사가 LAV(Lymphadenopathy associated Virus)를 발견하였으며, 그 후 미국의 암연구소의 Gallo박사가 HTLV-III(Human T- Lymphatropic Virus)를 발견하였다. 그리고 두 바이러스는 모두 같은 것으로 판명되어 1986년에는 그 명칭이 HIV로 통칭되었다.

인간의 면역기능을 후천적으로 파괴하는 HIV에 감염되어 AIDS로 진전되는 경우는 15~30% 정도이다. 따라서 HIV와 AIDS는 엄격하게 구분되어야 한다. 정확한 개념 구분은 단순히 이론상의 문제가 아니라 감염의 진전 단계에 대응하는 사회적 지원의 방법이나 정책의 대응방향을 구체적으로 모색하기 위한 작업의 시작이기 때문이다. HIV를 병원체로 하는 감염의 모든 과정을 일컬어 'HIV 감염증'이라 한다. 'AIDS'(AIDS)는 HIV 감염증이 진행하는 가운데 면역저하감염, 2차 악

1) 따라서 후천성면역결핍증(AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome)의 용어적 개념을 분설하면, 우선 ① 후천적(Acquired)인 것으로 출생시부터 생긴 것이 아니라는 것을 의미하며, ② 면역(Immune)은 자체의 병원 침입에 대항하는 방어기제를 말하는 것이고, ③ 결핍(Deficiency)은 면역기능이 잘 작동하지 않는 것을, ④ 증후군(Syndrome)은 일군이 증상을 의미하는 것이다. 이에 관하여, R. L. Baker, The Social Work Dictionary, Washington D.C: NASW Press, 1995, p. 308.

성종양, 신경장애가 특별히 발증하는 것에 한정되는 개념이다²⁾.

2. HIV 및 AIDS의 특성

가. HIV 전파경로상의 특징

HIV는 유전되지는 않으며, 열에도 약하고 인체를 벗어나면 바로 불활성화 되지만 성관계 등의 전파경로를 타고 빠르게 확산되고 있는 전염병이다. HIV는 주로 성접촉(HIV는 상처가 없이 점막으로도 침투가능), 오염된 혈액이나, 비가열처리된 혈액제제 그리고 오염된 주사기의 공동사용 등을 통하여 감염될 수 있다. 또한 HIV에 감염된 임산부로부터 태아에게 수직 감염될 수 있고, 모유로부터도 감염될 수 있으며, HIV에 감염된 장기·조직에 의한 장기이식 또는 인공수정을 통해서도 감염될 수 있다. 이밖에도 의료기관이나 HIV를 연구하는 기관에 종사하는 사람들에게 직업적 특성에 의해서 전파되는 경우도 있다. 이 중에서 성접촉에 의한 HIV의 감염이 AIDS의 가장 중요한 전파경로이다.

나. AIDS 발병상의 특징

HIV 감염의 주요한 특징으로는 ① HIV에 감염되면 치료없이 자연 상태에서 감염 후 발병지의 잠복기간이 평균 10년으로, ② 발증을 지연시키는 치료법이나 발증 후 기회감염증 등에 대한 치료법은 존재할 지라도 HIV 감염 자체에 대한 치료법은 존재하지 않는다는 점, ③ 발병에 이르지 않은 無症候感染者에게도 감염력은 존재한다는 것, ④ HIV의 감염을 예방할 수 있는 백신이 없다는 점을 들 수 있다.

다. AIDS의 질병으로서의 특성

2) Fan, H./R.F. Conner, Aids - Science and Society, Jones and Bartlett Publisher, 1996, pp. 2~5.

일반적으로 HIV의 감염 후 항체반응을 일으킬 때까지의 기간을 Window Period(항체미형성기간)라 하는데, 이 시기에 개인은 감염되어 있기는 하지만 항체검사에서 발견되어지지 않는다. HIV 감염은 다음의 4단계를 거쳐 진행된다.

- 첫 번째 단계는 HIV에 감염된 사람이 건강해 보이지만 감염되어 있는 기간으로 몇 개월에서 수년이 소요된다.
- 두 번째 단계에서는 체중감소, 피로 등의 경미한 증상들이 나타난다.
- AIDS관련성 콤플렉스(AIDS-Related Complex; ARC)라 불리는 세 번째 단계에서는 폐결핵, 폐렴, 계속되는 열, 과도한 체중손실 등의 기타 증상들이 나타난다.
- 네 번째 단계에서는 HIV/AIDS의 진단이 내려지는 단계이다. 면역체계가 너무나 약해져 몸은 감염과 싸울 수 없게 된다³⁾. 특이한 점은 인체내에 감염되는 과정이 독특하여 치료나 예방백신을 개발하는 것은 매우 어려운 과제로 남아 있다는 점이다. HIV에 감염된 사람의 혈액 속에서 추출된 항체들은 AIDS가 실제로 발병할 때에는 효력을 발휘할 수 없다.

HIV/AIDS의 이러한 질병상의 현실은 HIV에의 감염은 영구적인 것으로 일생동안 HIV 전염인으로 생존할 때까지 남게 될 뿐만 아니라 또한 그의 일생을 통하여 타인에게 감염시키는 역할까지 하게 된다는 것이다.

다음으로 HIV/AIDS는 만성으로 서서히 진행될 뿐만 아니라 난치병이라는 특징을 가지고 있다. 이는 HIV 감염인에게 엄청난 고통을 준다. 또한 HIV 감염인뿐 아니라 미감염인도 감염 가능성에 대한 공포를 유발하게 된다. 따라서 의료인이 진료를 거부하거나 미검사자가 검사 자체를 회피하게 되어 HIV/AIDS 예방을 위한 검사 자체에 어려운 상황이 발생할 수 있다.

3) R. L. Baker, op. cit., p. 308.

마지막으로 고려되어야 할 특징은 HIV 감염경로가 성행위, 임신, 분만과 같은 사람의 기본적인 생활에 밀착해 있기 때문에 외부의 관리와 시스템을 동원하는데 한계가 있을 수 있다는 점과 첫 번째와 세 번째 단계까지는 HIV 감염인 자신이나 의료전문가도 HIV 감염인임을 외견상 알 수 없다는 점이다. 이는 많은 사람에게 공포로 다가오며 HIV/AIDS 염임을 적극적으로 사회로부터 격리시키게 되는 요인으로 작용하게 된다.

라. AIDS 관리정책상의 특징

앞에서 언급한 바와 같이 HIV/AIDS는 ① 예방백신이나 완치제가 나오지 않은 난치병이며, ② 전염성 질환으로, ③ 동성애자 및 정맥주입 마약주사 사용자들 사이에 널리 확산되고 있는 특징으로 인하여 사회적인 회피의 대상이 되었다. 이러한 사회적 요구와 더불어 HIV/AIDS의 확산 초기에 동성애자들은 공공 및 정부의 관심과 HIV 감염인들의 이해를 정책에 적극 반영하도록 요구하였다⁴⁾. 따라서 양자 사이에 상이한 요구와 이해가 충돌하는 양상을 보였으며, 이러한 모습은 오늘날에도 유지되고 있다.

따라서 HIV/AIDS에 대한 정책은 HIV 감염인의 프라이버시 보장 등과 같은 기본권 보장의 요구와 HIV/AIDS의 확산을 방지하는 지역 사회의 보건당국 및 전파의 예방과 관리에 필요한 자원 및 서비스를 분배하여야 하는 정부의 이해가 상치하는 상황 하에서 개발될 수밖에 없었다.

현재 대부분의 국가들은 미국에서 시행하고 있는 국가적인 관리체계를 모형으로 각국의 여건에 따라서 이를 일부 수정하여 운영하고 있으며, 대체로 HIV 감염인 및 AIDS 환자에 대해 ① 발생보고체계, ② 사망통계, ③ 감염매개 행위양상, ④ 관리체계의 유효성 평가 등에 주안점이 주어지고 있다⁵⁾. 따라서 HIV/AIDS에 대한 공공의 관심은 ① 신

4) Nakashima/Freming, Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 2003; 32: pp. 68~85.

규 감염인 및 환자의 발생양상, ② 감염인의 전파 확산 행동양태, ③ 사회적 비용의 부담 추이 등으로 HIV 감염이나 AIDS 환자의 인간으로서 국가가 보장하여야 할 기본적 권리나 그 보장의 필요성에 대한 구체적인 논의는 미약한 실정이라 할 수 있다. 따라서 HIV/AIDS 관리 정책은 HIV 감염인의 인권보장의 범위가 어디까지인가? 하는 문제에서 출발하여 재구성되어야 할 필요성을 요구받고 있다.

5) 김명훈, HIV/AIDS 환자에 대한 Hospice Care의 사회사업 접근, 한국 호스피스·완화의료학회지, 2005, 125면.

제2절 HIV/AIDS 유행 및 관리현황

1. 세계적 유행현황

HIV에 감염된 인구는 세계적으로 계속 증가하고 있으며, 2004년에는 3940만 명에 달하는 것으로 추산되고 있다. 이 중 490만 명은 2004년 한 해 동안 새로 HIV에 감염된 것으로 파악되는데, 이러한 전세계적 HIV/AIDS 유행으로 사망한 사람은 2003년에만 310만 명에 이른다.

표 1) 전세계 HIV/AIDS 유행현황(2004)

HIV 감염인 수	전체	3900만명
	성인	3720만명
	여성	1760만명
	아동(15세미만)	220만명
연간 신규 감염인 수	전체	490만명
	성인	430만명
	아동(15세미만)	64만명
AIDS 사망수	전체	310만명
	성인	260만명
	아동(15세미만)	51만명

자료: UNAIDS, 2004

HIV에 감염된 인구는 사하라이남 아프리카 지역에 집중적으로 몰려있다. 전체의 64%인 2440만 명의 HIV 감염인이 이 곳에 있으며, 이는 전 지역인구의 7.4% 정도의 HIV 항체양성율을 보이면서 어느 정도 안정되어 있는 상황이다. 하지만 이런 안정이란 결국 2004년만 해도 230만명이 사망하고 310만명이 새로 감염되는 내용을 본다면 실로 비참하다 아니할 수 없다. 사하라이남 아프리카 다음으로 HIV 항체양성율이 높은 지역은 카리브해 국가들이다. HIV/AIDS는 이들 나라에서 2%가 넘는 HIV 항체양성율을 보이고 있으며, 젊은 성인(15~44세)의 사망원인 중 1위를 차지하고 있다.

HIV/AIDS 유행의 규모가 이렇게 크기 때문에 많은 HIV 감염인이 사하라이남 아프리카에 몰려있다고 하더라도 세계의 다른 지역에서의 문제 또한 작지 않게 된다. 실제로 현대의 HIV/AIDS 유행은 전세계적인 문제인 바, 그 동안 상대적으로 HIV/AIDS 유행을 피해 있었던 지역들에서 최근 급격한 증가세를 보이고 있다. 동아시아, 동부유럽 및 중앙아시아 지역은 최근 2년 동안 가장 가파른 증가세를 보이고 있는 지역들이다. 특히 동아시아는 중국의 영향으로 인하여 2002년부터 2004년간 50%의 증가를 기록하였으며, 우크라이나와 러시아의 영향을 받은 동유럽 및 중앙아시아 지역도 40%의 증가를 보였다.

표 2) 지역별 HIV/AIDS 유행 현황 (2004년)

	HIV 감염인 (만명)	연간 신규 감염인 (만명)	성인 HIV 항체양성율 (%)	AIDS 사망자 수 (만명)	성인 감염인 중 여성의 비율 (%)
전체	3,940	490	1.1	310	47
사하라이남 아프리카	2,540	310	7.4	230	57
북아프리카 및 중동	54	9.2	0.3	2.8	48
남아시아 및 동남아시아	710	89	0.6	49	30
동아시아	110	29	0.1	5.1	22
오세아니아	35	0.5	0.2	0.07	21
라틴아메리 카	170	24	0.6	9.5	36
카리비안	44	5.3	2.3	3.6	49
동유럽 및 중앙아시아	140	21	0.8	6	34
서유럽 및 중부유럽	61	2.1	0.3	0.65	25
북아메리카	100	4.4	0.6	1.6	25



자료: UNAIDS, 2004

그림 2) 지역별 연간 신규 HIV 감염인 수 추정 (2004, 단위:명)
 자료: UNAIDS, 2004

여성의 HIV 감염은 이성간 성행위가 주요한 HIV 전파 방식인 지역에서 특히 문제가 된다. 이것은 사하라이남 아프리카와 카리브해 지역에서도 그러하다. 성인 감염인 중 여성의 비율이 57%에 이르는 것이 사하라이남 아프리카의 경우인데, 이는 전 세계 여성 감염인의 3/4에 달하는 수치이다. 잠비아, 짐바브웨 등 이 지역의 나라들에서는 특히 15세에서 24세 사이의 젊은 여성이 남성에 비하여 3배 내지 6배 높은 감염위험에 처해 있다. 카리브해 지역의 젊은 여성 역시 마찬가지로 남성에 비하여 2배 높은 감염위험에 노출되어 있다.

이들 지역에서의 젊은 여성들은 성관계를 갖기 시작하자마자 HIV에

감염된다고 보고 되고 있다. 잠비아에서는 성관계를 시작한지 1년 이내의 여성들 중 18%가 바이러스 양성으로 판정되었고, 남아프리카공화국의 경우 역시 16세에서 18세 사이 여성의 21%가 HIV 양성 판정을 받았다. 이들 지역에서의 여성 감염은 사회적 특성과도 밀접히 관련을 맺고 있는데, 특이한 점은 성 상대자의 나이가 많을수록 높은 HIV 감염 위험을 보인다는 점이다. 짐바브웨에서는 성 상대자의 나이가 10세 이상 많은 경우, 5세 미만 차이를 보이는 경우보다 감염위험이 두 배 증가하였음이 보고 되었다. 케냐의 한 지역 연구에서는 3세 미만의 나이 차이 인 경우 HIV 감염인이 전혀 발견되지 않았지만 10세 이상 나이 차이인 경우에는 50%의 여성 HIV 감염인으로 밝혀졌다.

사회적 특성이 여성의 HIV 감염에 영향을 미치는 것은 저개발국뿐만이 아니다. 미국과 같은 선진국에서도 여성 감염 문제가 사회적 계층문제와 중복되어 나타난다. 아프리카계 미국 여성과 히스파닉계 여성의 경우 미국 전체 여성인구의 1/4이 되지 않는데도 불구하고, HIV 감염에서는 여성 감염인의 80%를 차지하고 있다는 점이 이를 증명한다.

여성과 AIDS에 관한 세계 연대(The Global Coalition on Women and AIDS)

여성과 AIDS에 관한 세계 연대는 여성에 대한 AIDS의 영향을 부각시키고 이에 대한 효과적 대응을 촉구하기 위하여 UNAIDS에 의해 2004년 발족되었다. 이는 새로운 조직이 아니라 사람들, 네트워크, 조직들의 연합된 운동체라 할 것인 바, 정부 대표를 포함한 민관이 모든 활동가들에 의해 지지되고 있다. 그 업무는 다음과 같다.

- 청소년기 여성의 AIDS 감염 예방
- 여성 폭력 감소
- 여성의 재산과 상속권 보호
- AIDS 치료에 대한 여성의 동등한 접근 보장
- 여성에 초점을 맞춘 지역사회 기반의 치료 지원
- 여성콘돔과 살균제를 포함한 새로운 예방법에 대한 접근 증진
- 여성 교육 확대 노력 지원

2. 아시아에서의 급격한 확산

아시아 여러나라의 AIDS 문제는 다른 나라들 특히 아프리카에 비한다면 매우 낮은 편이다. 하지만 아시아 여러 나라들의 인구가 다른 지역에 비하여 많다는 점을 고려한다면 낮은 HIV 항체양성율이라도 실제로는 큰 문제라 할 것이다.

최근의 추정치를 보면 2004년 말 기준 HIV 감염인이 820만에 이르며 일년간 120만명의 신규 감염인이 발생하였다. 이런 신규감염의 증가 속도는 다른 어느 지역보다도 급격한 것이다.

아시아 지역은 넓이나 인구에서도 크지만 또한 그만큼 나라마다 다른 양상을 보인다. 아시아 여러 나라들은 AIDS 유행양상에 따라 몇 개의 군으로 나뉘어질 수 있는데, 캄보디아, 미얀마, 타이 등은 다른 지역보다 먼저 문제가 시작된 나라들이며, 인도네시아, 네팔, 베트남, 중국의 몇몇 성 등은 새로이 문제가 발생하는 나라들이다. 그리고 그 외에 극

히 낮은 HIV 항체양성율을 보이고 있는 나라들이 있는데, 방글라데시, 동티모르, 라오스 파키스탄, 필리핀 등이며, 이들 나라에서는 감염 고위험 집단에서도 낮은 감염율을 보이고 있기 때문에 심각한 유행을 미연에 차단하는 노력을 기울일 절호의 기회를 맞고 있다고 하겠다.

표 3) 아시아 HIV 유행 현황

연도	HIV 감염인구	HIV 감염 여성	연간 신규 감염인 수	성인 HIV 항체양성율 (%)	AIDS 사망자 수
2004	820만	230만	120만	0.4	54만
2002	720만	190만	110만	0.4	47만

자료: UNAIDS, 2004

아시아에서의 HIV 감염인 급증은 많은 부분 중국에 기인하는데, 지역별 차이는 있지만 중국의 31개 성과 자치주 모두에 걸쳐 확산되고 있다. 해남성, 안휘성, 산둥성의 경우는 이미 10년 전부터 매혈자들 사이에서 확산되기 시작하였으며, 다른 지역에서는 마약사용자와 성매매 종사자들을 중심으로 퍼지기 시작하였다. 광둥, 광서 두개 성의 일부 도시에서 2002년 조사한 바에 따르면 18%에서 56%의 마약사용자들이 HIV를 가지고 있었으며, 2003년 운남성에서는 마약사용자의 21%에서 HIV 양성반응이 나타났다.

마약사용자들의 HIV 감염은 이들이 생계나 마약 구입을 목적으로 성매매를 하는 것으로 인하여 일반인들에게 퍼지게 되는데, 이 것이 중국의 빠른 감염 확산을 설명하는 중요한 요인으로 지적되고 있다. 여성 마약사용자 중 사천성에서는 47%, 운남성에서는 21%가 성매매를 한 것으로 보고되었다.

성매매종사자들에게 있어서 콘돔의 사용은 아직 문제가 있는 바, 2003년 광서성 성매매종사자 조사에서는 1/4의 종사자가 콘돔을 사용한 적이 없으며, 1/2이 가끔 사용하는 것으로 나타났다. 2002년 사천성에서는 콘돔을 항상 사용하는 경우가 40%로 보고되었다.

중국의 HIV 전파에서 남성의 동성간 성행위의 역할에 대해서는 아직 알려진 바가 적다. 2001년에서 2002년 사이 북경에서 이루어진 조사에 의하면 남성 동성애자의 3%에서 HIV 감염이 발견되었다.

HIV 감염 증가는 HIV/AIDS 노출위험이 높은 행태를 보이는 집단을 중심으로 이루어진다. 이들은 마약사용자, 성매매종사자와 이용자, 남성 동성애자 집단이다. 인도네시아, 네팔, 베트남과 중국의 일부에서는 급격한 마약사용자의 HIV 감염증가가 성 관련 위험 행태를 보이는 마약 비사용자의 HIV 감염을 촉발시키는 현상(kick-starting)이 보고되었다. 마약사용자에서 HIV 항체양성율의 급증 시기가 성매매종사자들의 HIV 감염이 문제되기 시작되는 시기와 일치하는 현상을 보이고 있기 때문이다.

베트남 호치민시에서의 한 연구에 따르면 성매매종사자의 38%가 마약사용자였으며, 이 중 49%가 HIV에 감염되어 있었다. 마약사용과 성매매의 결합은 HIV 전파에 결정적인 호조건을 제공해주는 것으로 보인다.

반면 인도네시아 파푸아 지역의 경우 HIV 전파가 마약사용자나 성매매종사자의 범주를 넘어선 것으로 보인다. 이 지역의 한 조사에서는 HIV 감염인이 주민의 1%에 달하였는데, 이 지역의 젊은 남녀들은 다른 지역에 비하여 마약사용자는 훨씬 적으며, 대신 성적 활동이 왕성한 것으로 파악되었다. 이러한 현상은 사람들 사이의 복잡한 성적인연계가 파푸아에서의 HIV 확산에 결정적인 것으로 해석되는 것을 가능하게 해 준다.

인도, 미얀마, 남서부 중국은 HIV 전파는 감염 위험이 높은 집단에서 일반 인구로 이미 확산되어 버린 경우이다. 마약사용자나 성매매 이용자(구매자)를 통하여 일반 가정의 단 한명의 정상대자를 가지고 있는 여성들에게 전파되어 그 HIV 항체양성율이 점차 높아지고 있는 실정이다. 미얀마에서는 2003년 29개 검사지역 중 12곳에서 임신 여성의 2% 이상이 HIV에 감염된 것으로 보고 되었으며, 군대의 신병 중에서 2% 정도가 HIV 양성으로 판정되었다.

일본에서의 HIV 전파는 남성의 경우 공혈자들 사이에서 꾸준히 확산되고 있으며, 여성의 경우는 상대적으로 안정되어 있다. 이는 HIV 전파가 주로 남성 동성애자들 사이에서 이루어지고 있으며, 그 일부는 여성 정상대자에게 전파시키는 것을 의미하는데, 2003년 남성 신규 HIV 감염인의 경우 이성애에 의한 경우보다 동성애에 의한 경우가 3배 많은 것으로 나타났다.

캄보디아와 타이의 경우 예방프로그램으로 HIV 전파를 방지하는 성과를 거둔 것으로 보고 되고 있다. 캄보디아의 경우 성매매 이용 남성의 수가 감소하였으며, 콘돔 사용이 크게 증가하였는데, 이 두 가지는 성매매 HIV 전염병의 급격한 감소와, HIV 항체양성율의 지속적인 감소를 가능하게 하였다. 타이 역시 정치적 지지를 받는 실용적인 예방프로그램의 시행으로 큰 성과를 거두어 성인 HIV 항체양성율을 2003년에는 1.5% 수준까지 떨어뜨렸다.

3. 우리나라의 HIV/AIDS 현황

질병관리본부에 따르면 2005년 6월말 현재 내국인 누적 HIV 감염인 수는 3,468명이며 이중 680명이 사망하여 2,788명이 생존해있다. 2005년 1월부터 6월말까지 6개월간 내국인 신규 HIV 감염인은 317명으로 보고되었는데, 지난해 같은 기간(302명) 대비 5.0% 증가한 수치이다. 동 기간 외국인 신규 감염인은 21명으로 보고되었다.

내국인 신규 HIV 감염인은 남성 300명(94.6%), 여성 17명(5.4%)으로 남성이 여성보다 17.6배 높게 나타났으며, 연령별로는 30대가 102명(32.2%)으로 가장 많았고, 40대 85명(26.8%), 20대 55명(17.3%), 50대 54명(17.0%) 등의 순이었다.

역학조사수행 결과 HIV 감염경로가 밝혀진 경우는 188명이며 모두 성접촉에 의한 감염으로서 이중 남성(175명)은 이성간성접촉 92명(52.6%), 동성간성접촉 83명(47.4%)이고, 여성(13명)은 모두 이성간성접촉이었다.

표 4) 2005년 내국인 신규 HIV 감염인 성별·연령별 분포(2005.1~6)

연령	계		남자		여자	
	HIV 감염인수 (명)	백분율 (%)	HIV 감염인수 (명)	백분율 (%)	HIV 감염인수 (명)	백분율 (%)
계	317	100.0	300	100.0	17	100.0
14세이하	0	0.0	0	0.0	0	0.0
15-19	4	1.3	4	1.3	0	0.0
20-29	55	17.3	53	17.7	2	11.8
30-39	102	32.2	100	33.3	2	11.8
40-49	85	26.8	78	26.0	7	41.2
50-59	54	17.0	51	17.0	3	17.6
60세이상	17	5.4	14	4.7	3	17.6

주: 발견당시 연령임

자료: 질병관리본부, 2005.

표5) 2005년 내국인 HIV 감염인 감염경로별 분포(2005.1~6)

구분	계		남자		여자	
	HIV 감염인수 (명)	백분율 (%)	HIV 감염인수 (명)	백분율 (%)	HIV 감염인수 (명)	백분율 (%)
계	188	100.0	175	100.0	13	100.0
이성간성접촉	105	55.9	92	52.6	13	100.0
동성간성접촉	83	44.1	83	47.4	0	0.0

주: 감염경로가 밝혀진 188명에 대한 통계임

자료: 질병관리본부, 2005.

2005년 6월말까지 내국인 HIV/AIDS 누적감염 현황을 성별로 구분해 보면 남성 3,134명(90.4%), 여성 334명(9.6%)으로 남성이 여성보다 9.4배 높게 나타났다. 이 중 HIV 감염경로가 밝혀진 경우는 2,962명이며 성접촉에 의한 감염이 2,911명(98.3%)이다.

연도별 HIV 감염 현황을 보면 수치가 매년 지속적으로 증가하고 있

는 것을 알 수 있다. 우리나라가 비록 HIV 항체양성율이 매우 낮은 나라로 분류되고 있으나, AIDS 유행에서 멀리 떨어져있는 나라는 아니라는 점을 시사하는 대목이다.

표6) 연도별 HIV 감염인 보고현황 (2005.6월말 현재)

(단위:명)

구분	계	'85-' '94	'95	'96	'97	'98	'99	'00	'01	'02	'03	'04	'05. 6
계	3,468	410	107	105	124	129	186	219	327	398	534	612	317
남자	3,134	365	88	93	107	111	160	194	292	363	502	559	300
여자	334	45	19	12	17	18	26	25	35	35	32	53	17

표7) 연도별 AIDS환자(AIDS) 보고 현황(2005.6월말 현재)

(단위: 명)

계	'87-' 94	'95	'96	'97	'98	'99	'00	'01	'02	'03	'04	'05. 6
506	27	14	22	33	35	34	32	42	88	62	79	38

HIV 감염인 중 AIDS 환자로 보고된 사람은 모두 506명(누계)이며, 2005년 상반기에 신규 환자수는 38명 이었다. HIV 감염인 중 사망한 경우도 AIDS 발병에 의해 사망한 경우가 전체의 70.3%이었으며, 기타 원인에 의한 사망이 나머지를 차지한다. 2005년 상반기 중 새로 보고된 HIV 감염인 중 AIDS 발병에 의한 사망은 39건이 보고되었다.

표8) 연도별 HIV 감염인 사망 보고 현황(2005.6월말 현재)

(단위:명)

구 분	계	'87- '94	'95	'96	'97	'98	'99	'00	'01	'02	'03	'04	'05. 6
계	680	55	21	33	36	46	43	52	58	76	96	114	50
환자사망	478	23	14	25	30	37	34	32	42	58	63	81	39
기타사망	202	32	7	8	6	9	9	20	16	18	33	33	11

주: 환자사망은 AIDS에 의한 사망, 기타사망은 AIDS 이외의 원인에 의한 사망을 가리킴.

자료: 질병관리본부. 2005.

4. HIV/AIDS 관리현황

세계적으로 HIV/AIDS 유행의 확산으로 인해 조달되는 재원의 규모 또한 급격히 확대되었는데, HIV/AIDS 관리를 위한 재원 규모는 2001년의 21억US 달러에서 2004년에는 61억 US달러로 급증하였다. 이 재정 규모는 각 국가별 재원과 UN이나 세계은행 등 국제기구 및 민간단체의 출연금을 포함하고 있다. 하지만 이러한 재정 증가에도 불구하고 HIV 감염인 관리 는 불균등하게 이루어지고 있는 것이 현실인데, 중-저소득 국가의 국민 중 항바이러스 치료를 받는 사람의 수는 2004년 6월 현재 44만에 불과하여, 필요한 사람의 10분의 1 정도만이 치료를 받고 있는 실정이다. 이 같은 치료 부족은 앞으로 2년 사이에 5백만에서 6백만 명의 사망자를 예상하게 하고 있다(UNAIDS, 2004).

한편 HIV 감염인에 대한 항바이러스제 각테일 치료법 도입으로 AIDS 관리가 어느정도 가능해짐에 따라 HIV 감염인 관리위주 정책에서 감염인 에 대한 사회적 차별과 편견을 줄이고 대국민 홍보·교육을 강화하는 방 향으로 AIDS 관리정책을 전환할 필요성이 제기되었다(질병관리본부, 2004). 우리나라에서는 HIV 감염인 등록 및 지원을 주소지 관할 보건소에

서 담당하고 있으며, HIV 감염인의 진료비 중 보험 비급여를 제외한 본인 부담금을 국가에서 지원하고 있다.

표 9) 연도별 치료비 지원 현황

(단위: 천원,명)

연도	예산		진료		1인당 진료비
	예산	집행	대상인원	연인원	
1998	210,799	298,139	279	668	446
1999	251,599	441,392	414	1,221	361
2000	465,000	653,258	348	1,595	409
2001	465,000	1,038,515	639	2,560	405
2002	553,000	1,336,341	802	3,374	396
2003	1,476,800	1,413,090	1,350	4,433	319

HIV 감염인에 대한 지원은 이 외에도 경제적으로 어려운 HIV 감염인의 경우 국민기초생활 수급권자로 선정하여 지원하도록 하고 있으며, 국민건강증진기금의 지원 하에 HIV 감염을 AIDS 상담요원 및 교육요원으로 양성하는 프로그램을 운영하고 있다. 또한 AIDS 환자에게 숙식제공, 치료, 보건교육, 상담서비스를 제공하는 요양쉼터 5개소의 운영비를 지원하고 있다(질병관리본부, 2004)

우리나라는 아직 HIV 감염인 수가 다른 나라에 비하여 매우 적기 때문에 그 확산을 미연에 방지하는 것이 매우 중요한 일이 된다. 이를 위하여 정부에서는 교육과 홍보를 통한 전파 억제 전략을 취하고 있으며, 특히 콘돔사용에 중점을 둔 예방활동을 펼치고 있는데 이는 우리나라 HIV 전파가 주로 성접촉에 의한 것으로 파악되었고 그 중 이성간 성접촉에 절반 이상을 차지하고 있기 때문이다. 질병관리본부는 콘돔사용을 통해 AIDS를 예방할 수 있음을 알리기 위하여 콘돔사용을 권장하는 포스터를 게시하고, 보건소, AIDS 예방단체 등을 통해 콘돔을 무료배포 하고 있다.

정부의 AIDS 관리 활동은 TV, 버스, 지하철 등에 동영상을 통한 일반인 대중 홍보 사업, AIDS 정보센터 및 상담소 운영(www.aidsinfo.or.kr, www.aids114.org), 청소년 홍보교육사업, 게이바를 중심으로 한 동성애자

홍보교육사업, HIV/AIDS 감염 외국인에 대한 상담소 운영 등의 활동으로서, 활동의 내용 상 교육 및 홍보사업이 중심을 이루고 있음을 알 수 있다.

그 외에 AIDS 관련 민간단체에 대한 예산 지원을 하고 있는데, 1993년부터 1998년까지는 국고보조로 지원하였으나, 1999년부터는 건강증진기금에서 지원하는 것으로 전환되었다. 대한AIDS예방협회, 한국AIDS퇴치연맹, 구세군레드리본센터가 이에 해당된다. 대한AIDS예방협회는 AIDS 예방교육사업에 주력하고 있으며, 사업의 일환으로 집단교육 및 중간교육자들을 대상으로 AIDS 상담 및 교육전문가 야영 프로그램을 실시하고 있다. 한국AIDS퇴치연맹은 역시 AIDS 예방홍보사업에 주력하고 있는 단체이며, 대중매체를 통한 홍보 및 각종 캠페인을 실시하고 전화 및 인터넷을 통한 AIDS 상담을 하고 있다. 그 외에 외국인 밀집지역에 상담소를 운영하고 있으며 성매매종사자 및 동성애자를 대상으로 콘돔 배포 사업 등을 시행하고 있다(질병관리본부, 2004).

정부의 HIV/AIDS 관리를 위한 예산의 추이를 보면 매년 증가하고는 있으나 전반적으로 규모가 충분치 않은 것으로 판단된다. 하지만 국가의 보건사업 중 이러한 교육 및 홍보사업의 경우 예산사용에 따른 효과를 직접 계량하기 어렵다는 문제점이 있으며, HIV 감염인 쉼터 운영비 등의 고정적인 비용 중심으로 편성되기 쉬운 예산 책정상의 난점 또한 존재한다.

표 10) 연도별 HIV/AIDS 관련 예산 현황

(단위:백만원)

구분	1999	2000	2001	2002	2003	2004
계	1,965	2,474	2,611	3,763	6,853	7,071
일반예산	1,371	1,580	1,717	2,751	3,343	3,472
건강증진 기금	594	894	894	1,012	3,510	3,599

주: 2004.7.14 현재

자료: 질병관리본부, 2004

제3절 HIV/AIDS 인권문제

HIV/AIDS의 확산이 진행되면서 HIV/AIDS가 단순히 하나의 질병으로서 뿐만 아니라 사회의 제반 문제를 비추는 거울로서 사람들에게 인식되기 시작하였다. 이는 HIV/AIDS가 마약사용자, 동성애자, 성매매종사자 등 일부 사회적 취약 집단에서부터 문제가 과급되기 시작한 점도 있지만, 이후 일반인구로 전파되는 양상이 여성에 대한 폭력, 아동 학대 등 사회적 약자의 문제와 결합되면서 전파의 폭을 넓혀왔기 때문이다. 이 절에서는 전반적인 사회문제 내지 인권문제와 HIV/AIDS가 결합되어 나타나는 모습을 간략하게나마 살펴보고자 한다.

HIV/AIDS 유행의 측면에서 인권 보호 및 증진과 건강보호 및 증진은 근본적으로 연결되어 있다. 인권이 보호받지 못하는 상황에서 HIV 전파 예방은 그만큼 더 어려워지기 때문이다.

- 여성과 소녀 - 가정폭력, 성적 강제, 성적 교섭력 부족 등으로 감염에 대한 정보, 자원 및 서비스에 대한 접근도에 문제가 있으며, 이로 인해 HIV 감염 위험이 증가한다.
- 남녀 동성애자 및 양성애자, 성전환자에 대한 적대감이 그들의 존재를 침묵하게 하고, 개인적 또는 사회적 발달에 장애로 작용하며, 결국 HIV에 대한 감염 위험을 증가시킨다.
- 토착민 지배에 따라 남겨진 유산으로서 문화적 소외, 정치적 배제, 가난, 폭력, 약물남용 등의 문제는 높은 질병 HIV 항체양성율을 야기하였으며 HIV 감염 역시 이에 포함된다.
- 수감자에 대해서는 국가가 질병 예방, 사생활 보호, 폭력으로부터의 보호를 책임지게 되는데, 이러한 예방활동이 충분치 않을 경우 HIV 전파 방지에 문제가 발생하게 된다.
- 마약사용자나 성매매종사자에 대한 형사법적 접근의 지나친 강조는 불법행위라는 낙인과 함께 행위가 더욱 음성적으로 이루어지도록 함으로써 교육과 홍보 등 다른 수단의 효과적 활용을 어렵게 할 수 있다.

따라서 이러한 HIV 감염 취약 집단의 인권문제를 별개의 문제로 바

라보는 상태에서는 효과적인 HIV 전파 억제 정책을 기대하기 어렵다. 인권에 대한 고려와 함께 정책 수립시에 기본적으로 고려되어야 할 점은 다음과 같이 생각해볼 수 있다.

- HIV 전파 방식 및 전파 예방 수단에 대한 정보 접근도 향상(교육, 홍보)
- HIV 감염인의 적절한 의학적 처치, 영양, 쉼터, 수입 등
- 예방 프로그램에 HIV 감염인의 참여

1. 중국의 자원봉사자 사례⁶⁾

공(Kong)은 30대 후반의 남자로서 화가이다. 그는 고향 마을에서 HIV/AIDS 관련 자원봉사를 시작하였다. 일을 하던 중 그는 AIDS 환자를 위한 쉼터를 만들 생각을 굳히게 되었다. AIDS 환자들은 특히 마약사용자일 경우 차별을 받는다. 어떤 직업도 구할 수 없다. 그들의 친구와 가족이 그들을 버렸고, 수입도 없기 때문에, 치료를 받을 수 없다. 자원봉사를 하는 동안 그는 많은 AIDS 환자들이 죽어가는 것을 보고만 있어야 했는데, 다른 마을 사람들은 AIDS 환자를 돌보려고 하지 않았으며 자신의 일도 전혀 도와주지 않았다. 그는 쉼터를 세우고 작은 당에 채소를 심고 가축을 키우고, AIDS 환자들에게 직물 짜는 법을 가르쳐 가게에 옷감을 팔수 있도록 하였다. 약 열명의 AIDS 환자들이 이 쉼터에 참여하였다.

문제는 그가 국제조직에 기금지원을 요청하여 이것이 받아들여졌을 때부터 발생하였다. 국제조직에서 제공된 프로젝트 기금은 지방정부를 통하여 그에게 전달되어야 했는데, 처음에는 관할 지방정부에서도 동의를 하였으나 실제로 돈은 전달되지 않았다. 지방정부에서는 소액의 임대비용만을 건내주었고, 나머지 기금은 지방정부 자체에서 관리하겠다고 하면서 전해주지 않았는데, 실제로 지방정부가 그 기금으로 무슨 일을 했는지는 알 수가 없다(그에 의하면 아무 일도 한 것이 없다고

6) Human Rights Watch interview with Kong, Kunming, Yunnan, 2002

한다).

이러한 상태에서 그는 컴퓨터 운영 등 활동에 필요한 재원을 조달하기 위하여 그가 무슨 일을 하고 있으며, 그 일이 얼마나 중요한 일인지를 설명하는 동영상 제작, 배포하였는데, 이로 인해 사람들이 그의 일을 알게 되었다. 이것은 그에게 따돌림으로 돌아왔다. AIDS 환자와 접촉하는 일을 하는 그를 그의 부모, 형제, 친구들 모두 꺼려하였으며, 식사조차 같이 하려고 하지 않았다. 심지어 HIV 감염인조차 그와 같이 있는 것이 다른 사람의 눈에 띄게 될까 두려워하여 그를 피하게 되었다.

고향 마을에서 이러한 처지가 된 그는 활동을 중단하고 고향을 떠나 운남성 곤명으로 가게 되는데, 여기서 자신이 마약사용자의 대열에 들게 된다. 인권감시기구와의 면담 이후 고향으로 돌아간 그는 마약관련 혐의로 수감되었다고 전해진다.

2. 타이의 마약과의 전쟁⁷⁾

타이의 '마약과의 전쟁'은 2003년 2월에 메트암페타민 사용 급증에 대한 공식적 대응으로 시작되었다. 타이는 전통적으로 버마, 타이, 라오스를 연결하는 황금의 삼각(Golden Triangle)이라 불리는 광대한 산악지역을 통한 헤로인 밀수와 연결되어 있다. 1993년에서 2001년 사이 타이에서의 메트암페타민 사용은 1,000 퍼센트 증가하여 헤로인 사용을 압도하게 되었다. 대부분의 메트암페타민은 버마에서 생산, 밀수되고, 일부는 라오스에서 들어온다. 2002년까지 타이의 12세부터 65세 사이 인구의 2.4%가 메트암페타민을 사용하게 되었다.

2002년 12월, 타이의 부미볼 국왕은 정부에 메트암페타민 문제에 대한 대책을 요구하였고, 이는 탁신 총리에게 '마약과의 전쟁'을 선포할 기회를 제공하는 것이 되었다. 이후 3개월간 2천명 이상의 사망자가 나올 정도로 이 마약과의 전쟁은 실제 전쟁을 방불케 하는 것이었다.

7) Human Rights Watch, vol 16, no 18(C)

그리고 우리가 주목하는 것은 이 과정에서의 인권 침해이며, 이는 정부 주도의 폭력, 비사법적 처형, 정당한 절차에 따르지 않은 블랙리스트 등재, 협박 등이다.

2003년 1월 28일 총리명령으로 내려진 마약과의 전쟁은 마약 거래의 엄금과 이에 대한 최대한의 무거운 벌칙을 규정하게 된다. 총리명령 문서에 따르면 마약 관련하여 고발된 사람은 “사회와 국가의 안보를 위협하는 위협한 인물로 간주”될 것으로 규정하고 있다. 내무부에서는 각 지방에 마약 관련 사범 체포에 대한 목표 인원을 하달하였는데, 이 목표와 관련하여 경찰과 관련 공무원들은 체포에 따른 현금 포상이 제공되었고, 주지사나 경찰청장 등 고위 공무원에게는 목표 미달에 따른 직위 박탈의 위험이 생기게 되었다. 탁신 총리의 표현에 따르면 현금 포상이 메트암페타민 한 알 당 3 바트(US\$ 0.07)나 되므로 정부 공무원들이 백만장자가 될 수 있다고 하였다.

이러한 방향으로의 정책은 부미불 국왕이 처음 대책을 요청했을 때 의 원하던 바와는 달랐던 것으로 보인다. 탁신 총리와 그의 정부는 마약에 대한 강도 높은 대응이 정치적 이익을 낳을 것이라고 판단한 것이다. 탁신의 인기도는 급상승하였다. 정부와 미디어는 탁신 주도의 이 캠페인의 이미지가 위협한 범죄자들만을 목표로 하는 것이며 일반 국민들에게는 영향이 없다는 점을 강조하였다.

탁신과 여타 정부 지도자들은 마약 거래자로 의심되는 사람들에 대한 폭력 사용을 계속 용인하는 발언을 하는데, “이 전쟁에서 마약 딜러들은 죽어야 한다”라는 식이다. 탁신은 이후 2003년 8월에는 버마 마약밀수입자들을 타이 땅에서 만날 경우 경찰들은 그들을 “사살” 할 것이라고 말하여 그의 의도를 보다 명백히 하였다.

마약과의 전쟁이 시작된 이후 2003년 2월부터 3개월간 타이 경찰을 통하여 2,275명의 마약사범이 사망하였다고 보도되었는데 대부분이 소총으로 사살된 경우였다. 그 해 12월에는 이 수치가 줄어 2월부터 1,329명의 사망을 공식 확인하였으며, 이 중 72건이 경찰에 의해 사살된 것이라고 밝혔다.

인권감시기구의 목격자 면담 사실에 따르면, 첫 살인은 마약과의 전쟁을 공식 출범하기 수 시간 전인 2003년 1월 31일 발생하였다. 분추아이와 유핀 운통 부부는 8살난 아들 지라삭과 가족 오토바이를 타고 집으로 돌아오는 길이었다. 도중에 스키마스크를 쓰고 오토바이를 모는 남자가 나타나 유핀을 쏘았고 분추아이는 아들 지라삭을 타일러 도망치도록 하였다. 지라삭은 담장 뒤에 숨어서 총을 단 남자가 분추아이에 다가 그의 머리에 총을 쏘는 것을 보게 된다. 마약과 관련하여 분추아이는 당시 18개월형을 마치고 출소한 상태였다. 유핀과 분추아이가 정부의 블랙리스트에 올라 있었다는 것은 곧 밝혀졌다.

마약과의 전쟁 첫날인 2월 1일 4명 사살, 2월 5일까지 6명 사살, 1주 후에는 87명으로 올라선 사망자수는 15일이 지나서는 내무부 발표에 따르면 596명에 이르게 되었다. 정부는 사망자에 대하여 국영 TV 등을 통하여 공개하였는데, 정부 주장에 따르면 이러한 사망은 마약 사범들끼리의 살인으로서, 정부에 정보를 누설하는 것을 미연에 막기 위하여 이루어졌다고 하였다.

하지만 이러한 사망들에 대한 경찰의 조사의지는 보이지 않았다. 검시 관련자는 부검이 허락되지 않았으며 총탄이 사체에서 제거되어있는 상태였다고 증언한다. 타이 법의학협회에서는 마약과의 전쟁 이전과는 달리 경찰이 협회에 범죄 살인과 탈법적 처형을 구별하도록 요청하지 않았다고 말한다.

2003년 3월 초, 탁신 총리는 마약과의 전쟁에서의 승리를 선언하고, 그 해 말까지의 제2기 캠페인을 시작하였다. 그 때 까지 타이 경찰은 2,275명이 사망하였으며, 이 중 51명만이 경찰의 자위를 위한 발포에 의해 사망했다고 발표하였다. 지방행정부(Department of Local Administration)과 타이 경찰은 지방의 행정장관이나 경찰에 대하여 목표 미달성 관련 해고와 훈육 등 징계를 행하였으며, 압류된 마약에 대한 현금 포상도 계속되었다. 2003년 12월 2일, 탁신 총리는 다시금 마약과의 전쟁 제2기가 성공적으로 이루어졌다고 선언하고 다음해에 걸쳐 10개월간의 제3기 시작을 천명하였다.

캠페인의 전 기간에 걸쳐 탁신 총리와 그의 정부는 탈법적 처형 문제를 부정하였는데, 2004년 2월 미국 국무성은 타이의 인권문제가 탈법적 처형과 임의 체포와 관련하여 악화되었으며 범죄혐의자에 대한 처형이 심각히 증가하여 마약과의 전쟁 시작 직후 3개월간 2천명 이상의 마약 혐의자들이 경찰과 대치한 상태에서 살해되었다고 보고하였다.

3. 하남성 혈액 파동⁸⁾

세계적으로 HIV/AIDS 관련 가장 큰 재앙 중 하나가 하남성에서 발생하였는데 수십만이 넘는 시민이 매혈제도의 결과 HIV에 노출되는 사태가 일어났다.

2000년 여름 중국의 한 지방신문이 하남성 시골마을에서의 매혈로 인하여 HIV가 광범위하게 전파되었다고 보고하였다. 매혈은 중국에 있어서 높은 이익을 올리는 혈장 무역을 위하여 이루어진다. 중국의 생물학적 제제를 생산하는 기업들은 중국 정부의 매혈 권장 캠페인에 기대어 높은 수익을 올리고 있었다. 하남성 역시 정부 관리들이 주민들에게 공혈의 필요성과 건강에 문제가 발생하지 않다는 것을 선전하였다. 일부 보건관련 공직자들은 개인적으로 이 산업에 뛰어들었고 이익을 취했다.

하지만 선진국의 혈장 채취는 공혈자의 피를 뽑은 그 자리에서 혈장 성분을 뺀 혈구를 다시 공혈자에게 주입하는 순환방식으로 이루어지는데, 중국에서 이루어진 혈장 채취방식은 여러 공혈자에게서 뽑은 피를 수거하여 한군데로 모은 후 혈장과 혈구를 분리하고 이 중 혈구를 다시 공혈자들에게 주입하는 방법이었다. 공혈자들은 며칠 후 다시 공혈하는 방식으로 계속 반복적으로 혈장을 제공할 것을 권유받는다. 여러 사람의 피를 하나로 모은 후 다시 주입을 하게 되니 마을의 한 사람이

8) Human Rights Watch, Sep 2003, vol 15, 7(C)

라도 HIV 감염인이 있으면 이것이 전 주민에게 퍼지는 것은 시간문제가 된다. 여기에 주사바늘 등 채혈에 사용되는 기구의 적절한 소독이 이루어지지 않는 것도 문제가 되었다. 1999년 보건성에 따르면 호북성에서 사용되는 주사 중 88%가 멸균 등의 문제로 인해 안전하지 않은 것으로 밝혀졌다.

한 익명의 HIV/AIDS 활동가에 의하면 사건의 시작은 1993년으로 거슬러 올라간다. 1993년 하남성 보건국장 류 관시가 하남성 주민이 매혈을 하여 생물학적 제제 제조회사에 피를 제공하게 하면 회사의 수익을 기대할 수 있으며 가난한 주민들도 경제적으로 혜택을 받을 수 있다고 주장하면서 채혈소 설립을 지지하기 시작하였다. 주장에 따르면 류 관시와 그의 가족들 역시 6군데의 채혈소를 설립하였다고 한다. 1995년에서 1996년에 이르기까지 의료 종사자들이 일부 공혈자에서 HIV/AIDS 양성반응이 있음을 보고하기 시작하였으며, 1996년에는 류 관시 역시 HIV/AIDS 조사를 하여 지역의 많은 HIV 감염인이 있음을 알게 되었으나 이를 은폐하였다고 한다.

1990년대 후반에 하남성 정부는 정부지원 혈액은행의 문을 닫았다. 하지만 많은 시골 주민들은 이미 매혈로 인한 수입에 의존하게 되어버린 상황이었으며, 이리하여 불법 혈액은행의 확산이 이루어졌다.

문제의 발생을 부정하고 외부로의 사실 폭로를 막던 중국 정부는 이를 이후 일부 시인하게 되는데, 2001년 보건부차관은 처음으로 불법 채혈소가 HIV 확산을 야기하였으며 일부에서 지방 관리가 관련되었다는 것을 인정하게 된다. 하지만 그는 이러한 문제가 1996년경 중단되었다고 주장하였다. 또한 중앙정부의 입장에서 볼 때 지방정부의 관리들이 가진 HIV에 대한 무지가 문제를 어렵게 한다는 점을 지적하였는데, 일부 지방에서는 주민들조차 HIV 감염사실이 외부에 알려질 경우 수입이 감소될 것을 우려하여 이를 밝히지 않으려 한다고 말하였다.

2001년 전국적인 HIV/AIDS 예방 계획이 발표되었는데 여기서도 불법 채혈행위가 단속에도 불구하고 계속 이루어지고 있으며 다른 성으로도 문제가 파급되어 있을 가능성을 언급하고 있다. 2003년 정부관리

가 포함된 위원회에서 지구기금(Global Fund)에 보고한 자료에 의하면 하북, 호북, 산둥, 산서, 섬서, 안휘의 6개성 역시 매혈에 의한 HIV 전파에 희생된 지역으로 나타났다. 이 자료에서는 하남성을 포함한 이 7개성에 25만명의 HIV 감염인이 있는 것으로만 보고하고 있으나, 이는 다른 조사들의 결과와는 부합하지 않는다. 일부 공혈자 조사 결과에 따르면 하남성에서의 HIV 항체양성율을 18~40%로 추정하고 있으며, 하북성이 4~10%, 호북성이 25%, 산둥성이 2~6%, 안휘성이 15%, 산서성이 1.6~39%, 섬서성이 1~5.5%로 추정되고 있다.

제3장 HIV 감염인의 기본적 인권에 대한 고찰

제1절 기본적 인권의 개념 및 특성

인권 또는 인간의 권리(Menschenrecht)라 함은 “인간이 인간으로서 당연히 누리는 권리”를 말한다⁹⁾. 이러한 기본권에는 다음과 같은 특징이 있다.

- 우선 인권은 인종 · 성별 · 신앙 · 사회적 신분 등에 구애받지 아니하고 모든 인간이 보편적으로 누리는 권리이다(보편성).
- 인권은 인간이 인간으로서 생존하기 위해 당연히 누려야 할 인간에게 고유한 권리지 국가나 헌법에 의하여 창설된 권리가 아니다(천부성).
- 인권은 일정 기간에만 보장되는 권리가 아니라 영구히 보장되고 박탈당하지 아니하는 항구적 권리이다(항구성).
- 인권은 인간이 향유하는 불가침의 권리이다(불가침성). 그러므로 국가권력은 인간의 기본적 인권을 최대한 존중하고 보장할 의무를 지며, 기본적 인권의 본질적 내용은 어떠한 경우에도 침해될 수 없다.

HIV 감염인 및 AIDS 환자도 인간으로서 위와 같은 의미에서의 인권은 최대한 보장되어야 하며, 이러한 기본권에 근거하여 HIV에 감염되지 않은 사람들과 동일하게 국가에 대하여 다음과 같은 보호요구권을 주장할 수 있다.

9) 권영성, 헌법학원론, 법문사, 2000, 273면.

제2절 인권에 근거한 HIV 감염인의 보호요구권

독일연방헌법재판소는 국가에게 보호의무를 부과하고 이 보호를 요구할 수 있는 권리를 개인에게 인정하여야 할 필요가 있음을 여러 가지 맥락에서 인정하고 있다¹⁰⁾.

- 1) 누구에 의해서든 그리고 어떤 원인에 의해서든 항상 인간의 삶과 인간의 건강이 위협받고 있는 경우에는 기본권의 고차적 가치가 기본권보호를 위하여 개입할 의무를 국가에게 부과하고 있다¹¹⁾. 이러한 보호요구권에 의하여 HIV 감염인 및 AIDS 환자는 그들의 건강을 회복하기 위한 제반의 요구를 국가에게 할 수 있으며, 일반인은 HIV 전파를 적극적으로 방지하여 줄 것을 국가에 요구할 수 있다.
- 2) 국가의 제도가 대외적으로 중요한 사회적 기능을 이행하여야 하고, 대내적으로는 갈등과 충돌을 일으키는 관련자들의 기본권적 이익과 병존할 수밖에 없는 경우에는 국가는 관련 기본권이 보호됨과 동시에 그 제도의 기능이 보장될 수 있도록 관련 기본권을 돌보아야 한다¹²⁾. 따라서 국가는 정상인의 요구와 HIV 감염인의 요구가 충돌하는 경우에 이에 대한 합리적인 정책적 타협점을 제시하고 국가적 정책으로 시행하여야 함을 나타내는 것이라 할 수 있다.
- 3) 기본권이 그 존속을 전제로 하고 있고 또 기본권이 존재할 때 보호를 받게 되는 사회적 기구들이 [개별적으로만이 아니라 전반적으로] 자력으로 존립할 수 없는 경우에는 국가는 이 기구들을 보호할 의무를 진다¹³⁾. 이는 HIV/AIDS 퇴치를 위한 각종 시민단체에 대한 국가적 지원과 보장이 국가의 의무임을 천명한 것이라 볼 수 있다.

10) 정태호 譯, 독일기본권개론, 헌법재판소, 2000, 29~30면.

11) 정태호 譯, 전계서, 29면.

12) 정태호 譯, 전계서, 29면.

13) 정태호 譯, 전계서, 29면.

- 4) 私法的 葛藤의 상황이 기본적으로 보호되는 일방의 이익이 타방에 대하여 관찰될 수 있는 가능성이 없을 정도로 불평등한 경우에 국가는 관찰의 가망성이 없는 기본권을 위한 보호의무를 진다¹⁴⁾. 이와 같은 요구권을 근거로 HIV 감염인 및 AIDS환자에 대한 우선적인 기본권 보장이 정당화 될 수 있다.

14) 정태호 譯, 전게서, 30면.

제3절 HIV 감염인의 특수성과 인권보장의 필요성

HIV/AIDS 환자의 인권문제 또한 이들도 모두 인간이라는 관점에서 보면 모든 사람들이 누리는 인권인 법 앞의 평등, 생존권, 건강권, 거주이전의 자유, 사생활의 권리, 결혼하여 가정을 가질 권리, 교육받을 권리 등의 기본권을 누릴 수 있다는데 의문은 없다. 그러나 HIV 감염인들은 주거, 교육, 고용 및 치료 등에 있어서 차별대우를 받기 쉬우며, 어떤 감염인 들은 결혼할 권리마저 부인당하고 있다. 만약 HIV 감염인이라는 이유만으로 차별대우를 받게 된다면 HIV 감염인은 자신이 감염되었다는 사실을 숨기려고 노력할 것이고 이로 인하여 HIV/AIDS의 확산위험이 높아질 것이다. 따라서 합리적 이유 없는 차별에 적극 대처하는 헌법적 보장원리가 필요하다.

다른 한편으로 HIV/AIDS 문제는 빈곤, 마약, 매매춘, 보건·의료체계 등 사회생활의 다양한 영역과 연관되어 있다. 따라서 보건 및 의료 영역에 한정하여 논의될 수 없다는 것을 의미한다. 사회복지정책, 교육정책, 경제정책은 물론 도덕과 윤리, 나아가 인간의 권리를 포함한 전체적 시각에서 접근하여야 할 것이다¹⁵⁾. 그리고 HIV 감염인 및 AIDS 환자들은 일정 사회 내에서 소수이며 약자라는 특수성이 충분히 고려되어야 한다. 따라서 HIV 감염인 및 AIDS 환자의 인권보장의 문제는 그들이 소수자이며 사회적·정신적·육체적 약자라는 것이 전제되어야 의미를 가질 수 있으며, 이러한 전제를 근거로 이들을 위한 보장의 범위, 보장강도(우선적 효력의 인정여부) 및 보장하는 경우 그 한계 등의 문제를 논의할 필요가 있다.

1. 개인적 차원의 특성과 인권

가. 취업에서의 차별과 경제적 어려움

15) 이에 관하여 상세히는 Almond, AIDS A Moral Issue - The Ethical, Legal and Social Aspects. ST. Martin Press INC., 1996. 참조.

HIV 감염인들은 사회적인 도편추방 현상과 개인의 심적 고통 등으로 정상적인 사회생활에 참여하기에 곤란한 상태이고, 그로인해 다양한 어려움을 겪고 있다. 국내 HIV 감염인을 대상으로 한 연구에 따르면¹⁶⁾, HIV 감염인들은 경제문제(69.1%)로 가장 큰 어려움을 겪고 있으며, 신분·병명노출(14.1%)과 건강문제(12.1%) 등으로 고통을 받고 있다.

HIV 감염인들은 경제적 어려움에 대해서 61.6%가 스스로 생각하기에 매우 어려운 상태라고 느끼고 있으며, 22.1%는 약간 어렵다고 응답해 절대 다수가 경제적 어려움을 겪고 있는 것으로 나타나고 있다. 감염인 중에서 17.4%만이 정기적으로 월급을 받는 직업을 갖고 있는 상태여서 상당수 HIV 감염인이 정부에서 지급하는 보조금에 의존하며 생활하고 있는 것으로 조사됐다. 이는 HIV 감염인이 사회적 차별에 의하여 취업이 극도로 제한받고 있음을 의미한다. 따라서 취업에 있어서의 적극적인 평등권의 보장이 요구된다.

나. 사생활의 자유 및 개인정보보호의 문제

개인의 정서적 반응의 측면을 살펴보면, 미감염인이 감염이 확인되면 관할 보건소의 관리대상이 됨으로써 가족들에게 HIV 감염사실이 노출되는 계기가 되기도 한다. 가족들에게 알려야 하나 그리고 어떻게 가족들에게 알려야 하나를 고민하다가 관할 보건소 직원의 방문을 계기로 본인이 먼저 가족들에게 감염사실을 털어 놓든가 보건소 직원이 고지하여 가족들이 알게 되는 경우도 있다. 가족들에게 노출된 후 가족들이 감싸주면서 위로하는 경우가 있는 반면 가족들이 감염위험 및 사회적 오명을 두려워하여 HIV 감염인을 부담스럽게 느끼거나 심한 경우 가족들로부터 버림받을 수도 있기 때문에 HIV 감염사실노출에 심적 부담이 매우 큰 것으로 보고되고 있다¹⁷⁾.

16) 이주열, 고위험군성행태 및 AIDS 의식조사, 한국AIDS퇴치연맹(내부자료), 2003.

12.(이에 관하여, 김명훈, 상계논문, 125~127면 재인용).

17) 김명훈, 상계논문, 126면.

따라서 최소한 ① 감염사실 등 신상비밀이 HIV 감염인보호관리업무 종사자, 진단간호에 참여한 자, 기록을 유지·관리하는 자 이외에는 알려지지 않게 보장하여야 하며, 개인의 인적관련정보(개인정보)의 수집 또한 필요최소한도에 그쳐야 한다. ② 더불어 HIV 감염인의 가족에게 감염사실을 통보하여야 하는 경우에도 그 시기 및 방법은 본인의 자기 결정권을 존중하여 감염인 스스로가 결정하도록 하여야 할 것이다.

다. 인간존엄권 및 행복추구권관련 문제

HIV 감염사실이 노출되고 난 후 HIV 감염인은 가정에서나 사회에서나 물리적으로 같은 공간에서 생활하나 심적으로 늘 혼자라는 고립감을 느끼게 된다. HIV 감염으로 인해 함께 어울릴 수 있는 활동에도 스스로 제약이 많이 느끼게 되고 점차 혼자 지내는 것을 편안하게 느끼게 된다. 이러한 고립감으로 인해 어두운 방에서 커튼을 친 상태로 어두운 분위기에서 지내는 것이 HIV 감염인의 전형적인 생활모습의 일부가 되고 있다¹⁸⁾.

그러므로 HIV 감염인에게 요구되는 것은 최소한의 인간으로서의 존엄을 보장받고 향유하는 것이다. 현행 헌법 제10조는 “모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 가진다”고 하였으며, 이는 “고립된 개체로서의 개인주의적 인간상이나 국가권력의 객체로서의 인간상이 아니라 개인 대 사회라는 관계에서 인간 고유의 가치를 훼손당하지 아니하면서 사회관계성 내지 사회구속성을 수용하는 인간상”을 의미한다¹⁹⁾. 따라서 감염인의 인간존엄권이란 사회 속에서 인간으로서 인격과 대우를 받아야 하는 것을 의미하며, 국가는 이를 위한 정책을 시행하여야 할 의무를 가진다고 볼 수 있다. 이러한 토대위에 자신의 생활관계를 스스로 결정함으로써 인간으로서 행복을 추구하고 건강을 추구할 수 있도록 하여야 할 것이다. 따라서 감염인의 인권보장은 고립된 HIV 감염인 개인의 문제이기 보다는 사회구조와 국가제도가 밀접하게 결합된 문제라 할 수 있다.

18) 김명훈, 상계서, 126면.

19) BVerfGE 4, 7, 15.

2. 사회적 차원의 특성과 인권

AIDS 환자가 겪고 있는 인권침해의 사회적 특성을 파악하기 위해서는 다음과 같은 문제의 상호 연관성에 관심을 기울일 필요가 있다.

첫째, AIDS 문제를 빈곤·마약·매매춘 문제와 관련하여 살피는 것이다. 현재 세계적 규모로 진행되고 있는 AIDS 확산 배경에는 우선 선진국 내부의 빈곤층 중에서 그 대부분을 차지하는 「마이너리티」(소수집단)의 문제가 자리한다²⁰⁾. 또한 경제가 발전과정에 있거나 뒤쳐진 나라의 부유한 경제력을 가진 국가에 대한 상대적 빈곤문제인 남·북문제가 있다. 1994년 일본 요코하마에서 열린 제10회 '국제AIDS회의'에서 우간다 대표의 주장은 AIDS문제가 남·북문제의 한 현상으로 위치하고 있음을 상징적으로 나타낸다. 즉, HIV 감염 여성에게 AZT(azidothymidine)라는 치료제를 투여함으로써 어머니로부터 아이에 대한 수직감염 가능성을 낮출 수 있다는 프랑스 측의 주장에 대해 그는 다음과 같이 반박하였다. "그러면 AZT가 아프리카 여성의 손에 전달되는 것은 도대체 언제인가?" 이처럼 경제적으로 여유 있는 선진국과 달리 빈곤한 나라의 AIDS 대응책이 갖는 모순은 치료제 부담의 문제 뿐 아니라 콘돔과 같은 간단한 AIDS 예방수단 역시 구입하기 어려운 경제적 빈곤의 문제임이 강조되고 있다. 아울러 HIV 감염이 세계 여러 나라에서 빈곤층, 마약사용자, 매매춘 종사자에게서 확산되는 것도 빈곤과 마약과 매춘이 서로 밀접하게 연결되어 있다는 것을 의미한다²¹⁾.

두 번째는 AIDS 문제를 성문화와 연관시켜 보는 것이다. 이는 AIDS를 빈곤, 마약, 매매춘과 더불어 특정 지역과 시대성을 담고 있는 사회·문화 현상으로 이해하여야 함을 강조하는 것이다. 실제로 전 세계 HIV 감염인의 약 80% 가까이는 이성간 혹은 동성간의 성행위에 의해 감염된 것이다. 특히 아프리카 지역에서 일반적인 일부다처제와 같은

20) Price, Shattered Mirrors, Harvard Univ. Press, 1989, pp. 66~79.

21) 오세근, AIDS감염인 및 환자에 대한 예방·관리체제분석과 사회적 지원체제 수립 방향에 관한 연구, 사회복지정책 제12집, 한국사회복지정책학회, 2001. 6., 82면.

복수의 성행위 상대자, 개방적 성관념, 할례와 같은 성풍습이 HIV 감염의 확대를 가져오고 있다²²⁾. AIDS 은염인은 다시 그의 처나 성행위 상대자를 감염시키고 처의 HIV 감염은 母子 감염으로 이어지고 있다. 달리 말하면 AIDS 문제를 파악함에 있어 개별 지역의 성행위 문화 혹은 기존 사회규범의 붕괴 및 대체 규범의 불안정한 지배라는 문제 역시 무시할 수 없는 변수라 할 수 있다.

마지막으로 사회적 편견 및 차별의 문제와 관련지어 보는 것이다. AIDS 환자가 사회생활에서 부딪치게 되는 문제는 차별로써 이는 병에 대한 무지와 이미 존재해온 편견과 그 맥을 같이 한다. AIDS가 일상생활을 하거나 사회생활에 의하여 병원체를 전파시키지 않음에도 불구하고 대부분의 사람들은 일하는 도중에 HIV에 감염될 위험이 있다고 믿는다. 직장에서의 부당한 처우는 AIDS 환자의 생계유지와 밀접한 관련을 가진다. 또한 이러한 사회적 편견은 HIV 감염인과 AIDS 환자들을 사회로부터 소외시키고, 다른 한편으로 AIDS 환자들이 직장 동료를 잃게 되고, 친지·친구 및 애인으로부터 버림받게 될 것을 두려워하게 하는 중요한 요인으로 작용한다. 또한 AIDS가 섹스와 관련된 질병이라는 사회적 편견은 사회단체로부터 AIDS 환자들이 도움을 받기 어렵게 만들기도 한다.

이와 같은 AIDS 환자와 관련된 사회적 차원의 특성을 살펴볼 때, HIV 감염인 및 AIDS 환자의 문제는 빈곤, 마약, 매매춘, 성문화, 보건의료체계 등 사회의 다양한 영역과 연관되어 있는 것으로 이해된다. 또한 이중에서도 헌법상의 인권보장과 관련하여 특히 강조되는 것은 HIV 감염인 및 AIDS 환자에 대한 적극적인 평등권의 보장, 즉 합리적 이유 없이 사회 각 영역(보건·복지문제, 성문제, 경제, 교육, 취업 등 인간생활의 거의 모든 영역)에서 차별을 하는 경우 국가가 여기에 적극적으로 개입함으로써 AIDS환자의 인권을 우선적으로 고려하여야 한다는 점이다.

22) エイズ對策研究會編, エイズ對策 - 理論と實踐のすべて, 東京法規出版, 1995, 24~35 頁

제4절 HIV 감염인에 대한 우선적 처우의 헌법적 정당성

HIV 감염인 및 AIDS 환자도 인간인 이상 인간이 누려야 할 모든 기본적 인권을 향유할 수 있다는 데는 의문의 여지가 없으나, 위에서 언급한 바와 같이 이들 감염인의 특수한 개인적·사회적 상황을 고려한 기본권보장의 특수성에 관하여는 아직 구체적이고 개별적인 연구가 충분히 진행되어 있다고 보기 어렵다. 따라서 이하에서는 AIDS 과염인과 그 처한 상황이 유사한 장애인에 대한 인권보장의 특수성을 기준으로 하여 HIV 감염인 및 AIDS 환자의 인권보장원리에 관하여 살피고자 한다.

1. 사회적 약자에 대한 우선적 처우의 헌법적 정당성

가. HIV 감염인의 차별금지에 관한 기본원칙

현행 헌법 제11조 제1항은 법 앞의 평등과 모든 영역에서의 차별금을 규정하고 있다. 그리고 장애인복지법은 제3조 제2항에서 “누구든지 장애를 이유로 정치적·경제적·사회적·문화적 생활의 모든 영역에 있어 차별을 받지 아니한다”고 규정하고 있다. 따라서 장애인도 평등권의 주체로서 법 앞에서 일반인과 평등하며, 어떠한 영역에서도 장애를 이유로 하는 부당한 차별은 용납되지 않는다. 이와 관련하여 현행 후천성면역결핍증 예방법 제3조 제3항에서 “... 국가·지방자치단체 및 국민은 감염인의 인간으로서의 존엄과 가치를 존중하고 그 기본적 권리를 보호하며 이 법에서 정한 이외의 불이익을 주거나 차별대우를 하여서는 아니된다”고 함으로써 장애인에 대한 평등처우의 의무는 AIDS 환자에 대해서도 동일하게 적용됨을 알 수 있다.

그러나 HIV 감염인에 대한 차별금지는 개인의 능력과 자질에 따른 합리적 차별은 허용될 수 있음을 의미하는 상대적 차별의 개념에 입각하고 있다. 따라서 일정 정도의 육체적·정신적 능력이 필연적으로 요구되는 영역에 있어서 육체적·정신적 장애는 합리적인 차별의 사유가

될 수 있다(예; AIDS 환자가 유흥업소에 취업하여 일하는 경우). 따라서 HIV 감염이나 AIDS 환자의 평등권 침해는 주로 이러한 질병이 특별히 영향을 미치지 않는 영역에서 장애를 이유로 하는 차별이 이루어지거나 차별이 필연적인 영역이라 하더라도 그 정도가 합리적인 범위를 넘어서는 경우에 문제가 된다.

나. 합리적 이유 있는 차별의 판단기준

<장애인에 대한 일반적 권고>²³⁾에 의하면 “그 차별화의 기준이 합리적이고 객관적이라면 그리고 그 계획이 정당한 목적을 달성하기 위한 것일 때에 어떤 사람을 다른 사람보다 덜 호의적으로 취급하는 것”이 허용될 수 있을 뿐 이라고 한다(General Comment No. 18). 원래 이 기준은 유럽인권재판소의 Belgian Linguistic case에 의하여 발전되었다²⁴⁾. 동 재판소는 “그 구별이 객관적이고 합리적인 정당성을 전혀 갖지 못할 경우에 처우의 평등에 관한 원칙은 침해된다. 그러한 정당성의 존재는 고려중인 당해 조치의 목적 · 효과와 관련하여 평가되어야 하며, 일반적으로 민주사회에서 지배하는 원칙을 갖고 있는가를 주목하여야 한다. 유럽인권협약에 규정된 권리의 행사에 있어서 상이한 처우는 단지 정당한 목적만을 기준으로 삼아서는 안된다. 동원된 수단과 의도된 목적 사이의 합리적인 비례관계가 없다는 판단이 명백히 입증되는 경우에는 평등권은 침해된 것으로 보아야 한다”고 하였다.

이러한 기준에 따를 때, HIV 감염인의 차별 또한 일단 이념상 인간 존엄성에 부합하고 달성하려는 목적이 정당한 동시에 그 수단이 적절할 때에는 합리성이 인정될 수 있다고 본다. 그러므로 HIV 항체양성을 이유로 하는 차별이 인간으로서의 존엄과 가치를 존중하는 바탕 위

23) [Draft] General Comment(1993), UN Doc E/c. 12/1993/WP. 26, 2 December 1993.

24) Belgian Linguistic case, 23 July 1968, Public. ECHR, Series A, No. 5~6(Hendriks, "The Significance of Equality and Non-Discrimination for the Protection of the Right and Dignity of Disabled Persons", Human Rights and Disabled Persons, Martinus Nijhoff Publishers, 1995, pp. 54~55)

에 이루어지지 않고 HIV 감염인에 대한 극단적인 편견이나 혐오, 멸시, 조롱 등에서 비롯되는 것일 경우에는 결코 합리적인 차별이라 할 수 없을 것이다. 또한 그 차별이 능력과 자질을 가진 일반인에게 우선적인 기회를 부여하기 위해 불가피하게 취해진 조치라 하더라도 HIV 감염인의 기회를 필요 이상으로 제약하는 수단으로서 사용될 때에는 역시 그 합리성이 긍정될 수 없을 것이다.

다른 한편으로 현행 헌법상의 평등권은 HIV 감염인에 대한 합리적인 차별은 금지되지 않는다는 소극적 의미에 그치는 것이 아니라, 경우에 따라서는 그 차별화가 오히려 요청되기도 한다는 적극적 측면도 내포하고 있다²⁵⁾. 환언하면 HIV 감염인에게 보장하여야 할 평등의 의미는 결과적 평등 혹은 사실상의 평등(fraktische Gleichheit), 출발의 평등(Startengleichheit)이라는 관점에서 파악되어야 한다는 것이다²⁶⁾. 이는 사회적 약자로서의 HIV 감염인에게 실질적인 평등을 보장하기 위해서는 우선적 배려가 적극적으로 실시될 필요가 있다는 것을 의미한다.

2. HIV 감염인에 대한 우선적 배려를 통한 적극적 평등실현

ILO협약 제159호(1983)는 제4조에서 “……장애인과 다른 근로자간의 기회 및 대우에 있어서의 효과적인 동등을 위한 특별조치는 다른 근로자들에 대한 차별대우로 간주되어서는 아니된다”라고 규정하고 있다. 장애인은 과거부터 누적되어 온 차별로 인해 다방면에 걸쳐 불이익을 받아왔고 그 결과 오랫동안 열악한 생존환경에 처해 있었다. 이러한 사정에서 장애인이 일반인과 동일한 조건에서 자유롭게 경쟁한다는 것은 오히려 불평등을 더욱 심화시키는 결과를 낳을 뿐이다. 장애인의 실질적 평등을 보장하기 위해서는 단순히 기회의 균등이 아니라 결과의 평등(Equality of Results), 출발의 평등을 지향하여야 한다. 장애인에 대해 일정 정도 우선적 배려를 해줄 때에 비로소 일반인과의 공정

25) Hendriks, op. cit., p. 61.

26) 전광석, 한국사회보장법론, 법문사, 1997, 122면.

한 경쟁이 이루어질 수 있으므로 국가는 장애인의 평등을 효과적으로 실현하기 위한 적극적인 조치를 취해야 한다²⁷⁾.

이는 HIV 감염인 및 AIDS 환자에게도 동일하게 적용된다고 보아야 한다. <직장에서의 AIDS 대책에 관한 WHO와 ILO의 지침>의 기본원칙에 따르면 “① HIV에 감염되었으나 건강한 근로자는 다른 동료와 동등하게 대우한다. ② AIDS가 발병한 근로자나 HIV에 감염되어 건강상태가 좋지 않은 근로자는 다른 질병에 걸린 근로자와 동일한 처우를 받아야 한다”고 규정함으로써 HIV 감염인에 대해서도 다른 근로자와 차별하지 말아야 한다는 것이 ILO 및 세계보건기구의 입장이고, 후천성면역결핍증 예방법 제3조 제3항의 규정 또한 이러한 취지로 보이기 때문이다. 따라서 위에서 설명한 국가의 우선적 처우의 의무는 HIV 감염인에 대해서도 유효하게 적용된다.

3. 우선적 처우의 하나로서 고용상의 배려

현재 장애인에 대해서는 <장애인고용촉진 및 직업재활법>에서 장애인할당제를 도입하는 이외에 장애인고용촉진공단을 두어 장애인의 취업기회를 증진시키는데 기여하도록 하고 있으며, 국가나 지방자치단체로 하여금 장애인채용전람회 등을 주관하도록 하고 있다. 이 법률은 국가와 지방자치단체나 일정한 사기업체에 대하여 장애인고용의무를 부과하고 있다.

그러나 이러한 보장조치가 HIV 감염인나 AIDS 환자에게는 이루어지고 있지 않다. 앞서 언급한 바와 같이 HIV 감염인들의 인권상황을 고려할 때 헌법상의 보장이 장애인에 비하여 부족하거나 차별되어야 할 이유가 없으므로 HIV 감염인나 AIDS 환자에 대해서 일반 장애인

27) 적극적 평등실현 조치는 공적·사적 기관이 역사적으로 불이익을 받아온 집단에게 차별지표로 사용된 속성을 정치적·경제적·사회적·교육적 영역에서의 기회제공에 고려함으로써 차별의 결과를 구제하고 실질적 평등을 실현하기 위해 계획된 우선적·잠정적·보상적인 평등실현정책으로 그 개념이 정의되기도 한다. 김영환, 적극적 평등실현조치에 관한 연구, 영남대박사학위논문, 1992, 34면.

과 동일한 국가의 배려가 요구된다. 따라서 <장애인고용촉진 및 직업재활법>의 일부 규정을 개정하여, HIV 감염인에게도 동 법률이 적용될 수 있도록 하거나, 아니면 이와 동등한 수준의 법제도적 뒷받침이 필요하다고 본다.

이상에서 살핀 바와 같이 HIV 감염인은 국가로부터 자의적인 차별을 받지 않을 뿐 아니라 국가의 부당한 차별을 배제해줄 것을 적극적으로 청구할 수 있다. 이러한 HIV 감염인의 평등권은 모든 국가기관을 직접적으로 구속한다. 따라서 법의 적용은 물론 입법에 있어서도 HIV 감염인에 대한 자의적인 차별이 금지된다. 만약 국가기관이 이를 어길 경우 HIV 감염인은 헌법상의 평등권을 직접적인 근거로 해서 국가에 대하여 차별철폐를 요구할 수 있으며, 특히 헌법재판소나 법원에 그 헌법위반 여부의 심사를 청구할 수 있다.

제4장 HIV 감염인의 인권보호에 관한 국제규범과 외국의 제도

HIV/AIDS 확산 초기에 이루어진 각국의 공중보건정책은 격리, 강제 검사, 검역 등이었다. 그러나 이러한 정책이 HIV 감염인과 환자들에게 차별을 초래하며 그로 인하여 공중보건의 예방활동의 효율성이 감소될 뿐만 아니라 비생산적임을 인식하게 되었다. 이에 따라서 오늘날의 세계적인 정책적 추이는 HIV 감염인과 환자에 대한 차별금지가 AIDS 확산을 억제하는 최선의 방법으로 받아들여졌다²⁸⁾. 이것이 이후 AIDS 정책의 기본적인 지침으로 반영되기 시작하였다.

제1절 HIV 감염인의 인권보호에 관한 국제규범

1. 유엔인권위원회의 권고

1999년 유엔인권위원회(Commission on Human Rights)는 <HIV/AIDS에 관한 결의안>을 통해 각국 정부에게 다음과 같이 권고하였다. 그 내용은 다음과 같다.

- 차별과 낙인을 철폐하기 위한 조치를 마련할 것
- 각국의 업무와 정책, 관행 등이 감염인의 인권을 보장하고 차별을 방지할 수 있도록 정비할 것
- 법률구조를 비롯한 다양한 서비스 체계를 개발하고, 그 개발을 지원할 것
- 적절한 교육과 훈련, 미디어 프로그램을 개발할 것,
- HIV 감염인의 시민적 · 정치적 · 경제적 · 사회적 · 문화적 권리의

28) 정현미, AIDS와 관련된 형사법적 문제와 예방대책, 한국형사정책연구원, 1999, 118면.

완전한 향유를 보장할 것

- 조약기구들의 보고서를 심의할 때 HIV/AIDS 관련 인권문제에 관심을 기울이고 각국 정부보고서도 이 분야의 내용을 담도록 할 것,
- 특별보고관이나 작업집단의 작업에 HIV/AIDS와 관련된 인권을 보장할 수 있는 방안을 통합시켜 연구할 것 등이다.

2. HIV/AIDS와 인권에 관한 국제가이드라인

1996년 9월 유엔 인권센터와 UNAIDS에 의하여 소집된 <HIV/AIDS와 인권에 관한 제2차 세계전문가회의>에서 ‘HIV/AIDS와 인권에 관한 국제가이드라인’이 제안되었다. 동 제안은 1997년 유엔인권위원회에 받아들여졌다. 동 국제가이드라인의 내용을 개관하면 아래와 같다²⁹⁾.

- 지침1 : 국가는 모든 정부기구를 총망라한 HIV 및 AIDS 정책과 프로그램에 관한 의무를 통합하여 HIV 및 AIDS에 대처하기 위한 조화되고, 참여적이며, 투명하고, 책임 있는 접근이 보장된 효과적인 국가기구를 설립하여야 한다.
- 지침2 : 국가는 HIV 및 AIDS에 관한 정책기획 및 프로그램 이행과 평가의 모든 단계에서 지역사회 협의체와 지역사회 기관들이 윤리, 법, 인권에 관한 분야를 포함한 그들의 활동 분야를 효과적으로 이행하도록 정치적 · 경제적 지원을 통하여 보장하여야 한다.
- 지침3 : 국가는 공중보건법을 검토 · 개혁하여 HIV 및 AIDS와 관련한 공중보건문제들에 적절히 대처하며 다른 전염병에 관한 적합한 법규정들이 HIV 및 AIDS에 부적절하게 적

29) 유엔인권위원회는 동 가이드라인을 “The protection of human rights in the context of human immunodeficiency virus (HIV) and acquired immunodeficiency syndrome(AIDS)”라는 표제 하에 1997년 4월 11일 제57차 회의에서 투표 없이 채택하였다. 이에 관하여, 유엔인권위원회 고등판무관 자료, www.unhcr.ch/html/menu2/7/b/maids.htm.(정현미, 전게서, 119면 이하 재인용).

용되지 않도록 하며, 국제인권무조항에 부합되도록 하여야 한다.

- 지침4 : 국가는 형법과 교정체계를 검토·개혁하여 인권의무조항에 부합하게 하고 HIV 및 AIDS와 관련하여 악용하거나 면역결핍자를 표적으로 삼지 않을 것을 보장하여야 한다.
- 지침5 : HIV 감염인 및 AIDS 환자들의 공·사적 분야에서 무능력자를 보호하기 위한 차별반대조항을 입법화하거나 다른 보호법익들을 강화하며 사생활의 비밀, 인간을 대상으로 한 조사에서 도덕성을 보장하여야 하며, 교육과 함께 쌍방간의 조정을 강조하며 빠르고 효과 있는 행정적·사회적 구제책을 마련하여야 한다.
- 지침6 : 국가는 폭넓고 유용한 보호조치와 서비스, 적절한 HIV/AIDS 예방과 보호를 위한 자료와 적절한 가격에 안전하고 효과적인 의약품의 공급을 보장하기 위하여 HIV/AIDS 관련 상품, 서비스, 정보에 관한 것을 규정하여야 한다.
- 지침7 : 국가는 HIV 감염인 및 AIDS 환자들에게 그들의 권리에 대해서 교육할 법률지원서비스의 이행과 지원을 하여야 하며, 그들의 권리를 실현하기 위한 무료법률서비스를 제공함과 동시에, HIV/AIDS에 관련된 법률적인 문제들에 대한 식견을 키워주어야 하고, 법원뿐만 아니라 사법부의 각 기관들, 민간조사관, 진료소, 인권위원회 등의 보호수단을 이용할 수 있도록 하여야 한다.
- 지침8 : 국가는 지역사회와 협동으로 지역사회의 기관, 특별히 기획된 사회와 보건서비스를 통해 근본적인 편견과 불평등을 언급함으로써 여성, 아이들, 면역결핍자를 위한 유익한 환경을 조성하고 아울러 지역사회의 단체들을 지원하여야 한다.
- 지침9 : 국가는 HIV 및 AIDS에 관련된 차별이나 비난의 태도를

바꾸고 이해하고 받아들일 수 있도록 확실하게 기획된 창의적인 교육, 훈련, 미디어 프로그램들이 널리 이용되도록 하여야 한다.

- 지침10 : 국가는 HIV 및 AIDS에 관한 행동의 규약들을 국가기관 및 민간단체가 이행할 수 있도록 보장하여야 한다.
- 지침11 : 국가는 HIV 및 AIDS 환자와 그들의 가족 및 지역사회를 포함한 HIV/AIDS와 관련된 인권보호를 보장하기 위한 감시와 이를 보장할 기관을 설치하여야 한다.
- 지침12 : 국가는 모든 관련 프로그램과 유엔AIDS를 포함한 유엔의 기관들을 통하여 HIV/AIDS에 관한 인권문제와 관련지식과 경험을 공유하도록 협력하여야 하며, HIV 및 AIDS 관련조항 속에 국제적 기준에서 인권문제를 보호하고 효과적인 기관들을 보장하여야 한다.

3. 직장에서의 HIV/AIDS 대책에 관한 WHO와 ILO의 지침

1988년에 세계보건기구(WHO)와 국제노동기구(ILO)가 공동회의를 개최하고 <AIDS와 직장에 관한 성명>을 발표하였다. 그 후 공동의 팸플렛 <AIDS와 직장 AIDS에 관하여 알아 둘 일>을 제작하였다. 그 내용을 요약하면 다음과 같다.

가. 기본원칙

- ① HIV에 감염되었으나 건강한 근로자는 다른 동료와 동등하게 대우한다.
- ② AIDS가 발병한 근로자나 HIV에 감염되어 건강상태가 좋지 않은 근로자는 다른 질병에 걸린 근로자와 동일한 처우를 받아야 한다.

나. 구체적인 내용

- ① 스크리닝(집단검사) : HIV 감염 자체는 근로자의 직무 수행상의 능력에 아무런 영향을 주지 않는다. 보통의 경우 HIV 감염인이 직장의 동료에게 감염시키는 일은 없으므로 채용시 또는 채용전에 HIV/AIDS 검사나 스크리닝을 실시할 필요는 없으며 이를 요구해서도 안된다(여기서 말하는 '스크리닝'이라 함은 혈액검사와 같이 직접적 방법에 의하는 것과 감염시킬 가능성이 있는 행위의 유무를 질문하거나 혈액검사의 결과에 대하여 질문하는 간접적인 방법 모두를 말한다).
- ② 동료에 대한 정보제공 : 모든 보건의료기관은 AIDS 환자 및 HIV 감염인에 관한 정보는 비밀로 취급하여야 한다. 성접촉과 주사바늘을 공동으로 사용하지 않는 한 직장에서 감염되는 일은 없기 때문이다.
- ③ 고용자에 대한 정보제공 : 피고용자가 스스로 HIV 감염이나 AIDS 발병을 고용자에게 알릴 의무는 없다. HIV 감염인은 통상 직장동료에게 감염위험성에 대한 정보를 제공할 책임도 없다.
- ④ 노동형태와 내용 : HIV에 감염되었다 하더라도 일을 하는데 지장은 없으므로 노동의 형태나 내용을 변경할 필요는 없다. 그러나 만일 발병하여 쇠약해진 경우 그 피고용자가 일을 계속할 수 있도록 적절한 노동형태나 내용을 변경하여야 한다.
- ⑤ 해 고 : HIV 감염은 고용관계를 종료시켜야 할 이유가 될 수 없다. 발병한 HIV 감염인은 그 사람이 의학적으로 가능하고 적절한 능력을 갖는 한 가급적 장기간 계속적으로 일을 할 수 있도록 하여야 한다.
- ⑥ 복리후생 : HIV에 감염된 피고용자도 사회보장이나 사회보험급부를 포함한 노동에 대한 보수와 제수당을 받을 수 있어야 한다.
- ⑦ 교 육 : 정보와 교육은 AIDS에 도전하는 유효한 방법이므로 노동자와 그 가족은 HIV/AIDS에 관한 지식과 교육프로그램을

무료로 수강할 기회를 가져야 한다.

- ⑧ 차별의 방지 : HIV에 감염된 노동자나 주위로부터 그렇게 의심 받고 있는 노동자는 동료, 노동조합, 고용자, 고객으로부터 어떠한 차별이나 모욕으로부터도 보호받아야 한다. 정보와 교육은 HIV 감염인가 편견 없이 동료로부터 수용받을 수 있는 기본요소이다. HIV 감염인과 AIDS 환자를 두려워할 아무런 이유가 없다. 그들이 육체적 · 정신적 고통을 이겨낼 수 있도록 지원하여야 한다.
- ⑨ 직장에서의 AIDS 대책 : HIV/AIDS에 대한 대책의 입안이나 시행에 있어 고용자와 노동자는 서로 협조하여야 한다.

이상에서 살핀 바와 같이 국제규범에서는 AIDS 환자 및 HIV 감염인에 대한 불이익 취급과 차별대우를 철저히 반대하면서 국가 및 고용주가 이들을 적극적으로 지원하고 이들의 건강회복에 협조하는 것이야말로 AIDS라는 도전에 대한 가장 효과적인 대응방안이라는 것을 밝히고 있다³⁰⁾.

30) 김성수, AIDS 관련 현행법의 문제점과 개선방안, 계간 사회비평, 2002 가을호, 77~78면.

제2절 외국의 HIV/AIDS 관리정책

심각한 사회문제인 AIDS에 대응하기 위하여 대부분의 나라들은 국가차원의 AIDS 예방·통제·보호 프로그램을 수립하고, 상담과 심리치료, 시민단체의 지지집단형성, 재정적·법적 지원, 정신보건서비스 제공 등의 정책 시행에 나서고 있다. 이하에서는 AIDS 대응에 대한 입법정책적 방안을 탐구하는 한 방안으로 미국·영국 등 선진국의 관리현황을 비교제도론적 관점에서 살펴보고자 한다.

또한 아시아 각국에서도 AIDS의 확산에 대응하여 다양한 대책마련을 위하여 노력을 기울이고 있다. 이들 국가 중에서 우리나라와 지리적으로나 문화적으로 가깝고, 우리보다 먼저 이 문제에 직면하였던 일본, 태국 등의 현황도 아울러 살펴보기로 한다³¹⁾.

1. 미국의 현황 및 지원정책

가. HIV 감염현황

CDC 보고에 따르면 2001년 말 현재 90만 명이 감염되어 있는 것으로 추정하고 있으며, 2002년 말 현재 공식 보고된 AIDS 환자 수는 859,000명인 것으로 나왔다³²⁾. 연간 평균 4만 명이 발생하고 있다. 미국의 AIDS 환자는 의료보험, 의료보호, 정부지원, 개인 부담, 민간차원의 지원 등으로 치료 수혜를 받고 있다.

미국의 AIDS 위원회에 의하면 미국 AIDS 환자의 절반 이상이 집이 없는 떠돌이라고 한다. 1998년 기준으로 미 전역의 AIDS 환자 전용 쉼터는 120여 명을 수용할 수 있지만 300여 명의 사람들이 쉼터가 필요한 것으로 보고 되었다. 또한 한 달 수입 600불 미만으로 생존해 가는 AIDS 환자들이 1,200명에 달해 이들은 언제든지 집을 잃고 거리로 내몰릴 수 있는 실정이라고 한다. 미국의 AIDS 쉼터들은 비교적 시설이 잘 되어 있고 기본적인 숙식·상담에서부터 호스피스까지 종합적인 서비스를 제공한다.

31) 이에 관하여, 한국AIDS퇴치연맹 정책자료실(<http://aids114.org>) 참조.

32) CDC, HIV/AIDS Surveillance Report, Mid-Year ed., Vol.13 No.1, 2002

나. HIV/AIDS 관리정책

1981년 AIDS 환자가 처음 보고된 후 미국에서는 우선 발병과정 규명을 위한 의학적 연구에 중점을 두어 AIDS는 HIV 감염의 최종단계임을 밝혔다. 그러나 HIV 감염인이 동성애자에게서 처음 나타났고 마약중독자나 매춘여성과 같은 사회적 소수집단에서 빈번하게 발견되었기 때문에 사회적 낙인을 받아 의료서비스는 물론 사회적지지 서비스 역시 지연되었다. 그러나 의학계가 HIV/AIDS의 임상역학에 대한 의학적 규명을 해나감에 따라 사회정책 측면에서도 HIV 감염인의 사회적·심리적 욕구에 대응하는 대책을 마련해 나가기 시작한다. 그동안 진행된 사회적 대응의 내용을 주요 영역별로 정리하면 다음과 같다³³⁾.

(1) HIV/AIDS에 대한 지식보급과 태도 변화

HIV/AIDS에 대한 이해를 통해 HIV 감염인이 겪는 사회적 낙인을 해소하는데 우선 주력한다. 동시에 HIV/AIDS에 대한 바른 지식을 교육하고 보급함으로써 예방사업을 강화한다. 이러한 사업 시행에 따라 HIV/AIDS 문제를 해결하는 데는 성, 인종, 종족, 빈곤, 약물남용문제에 대한 총체적 이해가 필요하다는 점을 확인한다.

(2) HIV/AIDS의 사회적·경제적 결과에 대한 대응

HIV 감염을 예방하고 HIV 감염인을 보호하는 프로그램을 개발하여 시행하는데 필요한 사회적 비용은 어떻게 마련하며, 사회적 지원은 어느 수준이 적절한가? 등에 관한 논의를 전개한다. 사회적 비용 논의는 보험정책과 사회서비스 및 보건체계의 증대된 의무에 관한 내용이 중심을 이룬다.

(3) HIV 감염인의 심리·사회적 문제 개입

HIV 감염인에 대한 의료서비스 제공과 더불어 심리적·사회적 지원을 시행한다. 이에 의해, HIV 감염인이 스트레스나 죽음의 공포로부터

33) 오세근, 상계논문, 85면.

벗어나 생활방식을 변화시키고 사회참가를 적극적으로 하도록 도움을 준다.

(4) HIV 감염인에 대한 차별의 극복

HIV 감염인을 보호하는 보건업무 관련 종사자의 HIV/AIDS에 대한 교육과 지식확대를 통해 의료인 스스로의 편견을 극복하고 두려움을 지양하는 한편, 1990년 HIV/AIDS를 장애인법(American for Disabilities Act)의 장애조건의 하나로 규정하여 정책적 지원의 법적 근거를 마련한다. 이에 의해 직업 활동이나 주택분양 · 공공서비스 혜택에서 차별을 받지 않을 권리를 보장하였다.

다. HIV 감염인의 지원체계

미국의 HIV/AIDS care는 여러 정부기관과 비정부기관 그리고 병원 간의 협력으로 이뤄진다. 일반적으로 일단 의심되는 환자가 발견되면, 그 환자는 클리닉이나 병원의 감염내과로 의뢰된다. 그곳에서 HIV 검사를 받기 전에 pre-testing counseling을 받게 된다. 환자와 PCP(primary care provider : 주치의)가 마주앉아 모든 가능성에 관해 이야기 한 후 검사 승락서를 환자로부터 받은 후 혈액을 채취하게 된다.

환자는 Clinic으로 돌아와 검사결과에 상관없이 post-testing counseling을 받게 된다. 결과가 양성이면 환자와 병의 원리와 prognosis 등 전반적인 사항에 대해 이야기 한다. 이 때 환자에게 사회복지사가 지정된다. PCP나 사회복지사는 partner notification(배우자에게 환자의 감염상태를 통보해 주는 것으로 환자가 하지 않을 때에는 주정부에서 하여야 한다)의 방법을 환자에게 알려주어야 한다. 이 시기에 환자는 사회복지사를 배정받게 되고, 사회복지사는 그 환자의 필요에 따라 Medicaid(생활보호대상자), Medicare (65세 이상, 장애인) 혹은 ADAP(AIDS Drug Assistance Program)등 각종 사회적인 도움을 받을 수 있도록 설명해준다. ADAD PLUS(primary care)와 AIDS home

care program 등에도 역시 환자가 필요시 등록하도록 도움을 준다.

환자는 또한 1년에 한 번씩, 안과, 치과, 산부인과(여성인 경우)에 방문하도록 하고 있다. 환자가 정신과적인 도움을 요청하거나, PCP의 판단에 의해서 필요에 따라 정신과 진료를 받도록 도와준다. 처음에 환자가 발견되었을 때에는 환자를 이 모든 과에 보내어 기본평가(base-line data collection)를 받도록 해준다. 또한 환자가 그 지역사회에 있는 민간단체(self-help group)에 가입하도록 적극 권장해준다. HIV 감염인인 경우에는 6개월에 한 번씩 병원에 방문하도록 하고, HIV 감염인의 상태가 AIDS로 전환되거나 약을 복용하기 시작하면 3개월에 한 번씩 병원에 방문토록 하고 있다.

2. 영국의 현황 및 지원정책

가. HIV 감염현황

영국은 서구사회 중에서도 상대적으로 보수성이 강한 나라이며 HIV/AIDS에 대한 부정적 시각으로 인한 차별과 편견이 아직도 구석 구석에 남아있다. HIV/AIDS 관련 단체 또한 주위의 시선을 의식하여 정확히 목적을 밝히지 않고 비밀리에 일하는 경우가 있을 정도로 주위의 차별을 두려워하는 분위기이다. 그리고 최근 들어 급증하는 난민, 특히 아프리카에서 오는 외국인 때문에 더욱 심각한 상황을 맞고 있다. 수 년 전까지는 그리 큰 증가를 보이지 않던 HIV/AIDS가 난민들 때문에 급속한 증가를 보이고 있다.

나. HIV/AIDS 관리정책

영국에서 AIDS 환자가 처음 보고된 것은 1982년이다. 영국의 HIV/AIDS 대책은 기존의 성병대책의 연장선상에서 이루어진다. 영국 정부의 HIV/AIDS에 대한 기본적인 입장을 확인할 수 있는 자료는 <국민건강백서>(Health of Nation, 1992)이다. 여기에서는 순환기질환,

암, 정신질환과 같은 수준의 중요성을 갖는 질환으로 받아들여야 함을 강조한다. 이러한 기본적 입장을 전제로 영국은 HIV 감염인에 대한 사회적 지원을 다음과 같은 영역에서 폭넓게 시행하고 있다³⁴⁾.

(1) HIV 감염인에 대한 상담활동과 감염사실 통보

HIV 감염인은 감염사실을 알았을 때, 대체로 두려움, 분노, 무력감, 죄악감 등의 심리적 충격을 받는다. 따라서 HIV/AIDS 검사 전에 충분한 상담을 통해 그 위험을 낮춘다. 아울러 간호사, 사회복지사, 임상심리사 등의 전문가는 HIV/AIDS 검사결과 양성반응을 나타낸 HIV 감염인이 결과를 혼자서 수용하기 어렵다고 판단한 경우에는 배우자, 가족, 친구 등과 함께 사실을 알 수 있도록 하고 있다. 특히 임상심리사는 HIV 감염검사를 전후한 상담은 물론 죽음을 앞둔 AIDS 환자의 불안을 줄이고 위기를 해소하는데 중요한 역할을 한다.

(2) HIV 감염인을 둘러싼 팀 케어(team care)

HIV 감염인에 대해 가정의, 성병 전문의, 상담사, 간호사, 사회복지사 등이 참여하는 네트워크를 형성하여 환자와 그 가족이 직면한 문제 해결에 나서고 있다.

(3) HIV 감염인에 대한 자원봉사활동

HIV 감염인에게 감염사실을 알린 다음 반드시 적절한 자원봉사원을 생활과 건강유지 조력자로 소개한다. HIV 감염 후 생활을 격려하고 지원하는 자원봉사원에 의해 심리적인 충격을 벗어나 안정감을 갖을 수 있는 것이다.

(4) HIV 감염인의 건강관리에 핵심인 간호사

지역 보건소에 HIV 감염인의 지역 케어를 담당하는 전임 간호사를 배치한다. 이들은 의사, 자원봉사자와 상호 연계하여 HIV 감염인의 건

34) The Secretary of State for Health, The Health of Nation: A Strategy for Health in England, London: HMSO, 1993 (오세근, 상계논문, 86면에서 재인용).

강관리와 일상생활 유지에 도움을 제공한다.

(5) 생활지원의 중심자로서의 사회복지사

HIV 감염인에 대한 사회복지사의 역할은 지역에 따라 차이가 있다. 그러나 일반적으로 HIV 감염인이 필요로 하는 사회적 서비스의 내용과 예산분배에 대한 권한을 가지고 재택서비스, 단기입소 서비스, 보호시설 서비스, 주간보호 서비스 등을 제공한다. 또한 생활비 지원, 거주할 공간 확보에 대한 책임을 진다.

다. 민간단체 활동현황

영국은 보건의료체계 자체가 국민보건서비스(national health service)로서 AIDS 환자 누구나 무료로 진료를 받을 수 있다. 또한 공공부문과 민간부문의 협조뿐만 아니라 다른 기관과도 공조체계가 잘 유지되고 있으며 환자진료체계가 GUM(Genito-urinary Medicine: 비뇨생식기과)에서 총괄하여 체계적이고 유기적으로 갖추어져 있어 AIDS 환자의 불편이 최소화되고 있다.

이러한 여건 하에서도 민간단체의 활동 및 그 역할은 상당히 높이 평가된다. 이들 중 가장 대표적인 단체가 Terrence Higgins(THT)이다³⁵⁾. 1982년에 설립되어 질 높은 서비스의 제공과 다른 AIDS 조직과의 제휴 등을 목적으로 활동하여 왔으며 현재 영국의 HIV/AIDS 관련 NGO의 중심적 역할을 수행하고 있다. 재원은 개인, 기업으로부터의 기부, 정부기관의 지원으로 조달되고 있다. 2001~2003년 사이에 약 18,000여 명에게 서비스를 제공했다.

주요 서비스 내용으로는 전화 상담과 카운슬링, 기타 지원 등이 있다. THT Direct Helpline은 전국적인 무료전화 서비스로 HIV서비스에 대한 접근성 향상을 목적으로 한다. 이밖에도 지역사회 등에서 정신적, 사회적 지원 프로그램을 실시하고 있으며, 주로 HIV 감염인이 자주적

35) 이에 관하여, <http://www.tht.uk> 참조.

인 생활을 할 수 있도록 생활면에서의 지원에 초점을 맞추고 있다.

3. 일본의 현황 및 관리법제

가. HIV 감염현황

일본 에이즈동향위원회에서 발표한 자료에 의하면, 2000년 10월을 기준으로 총 HIV 감염인수(내·외국인 포함)는 5,226명이며, 이 중에서 AIDS 환자로 발병한 사람은 2,503명에 이른다. HIV 감염경로를 보면 이성접촉이 1,730명, 동성접촉이 1,073명, 마약주사사용 23명, 모자감염이 25명, 불명 873명, 기타 70명, 혈우병감염(형액제제) 1,432명 등으로 나왔다. 특히 최근 발견자 수가 계속 증가하고 있어 실제 HIV 감염률도 증가하는 것으로 추정하고 있으며, 그 대책으로 청소년, 외국인, 동성애자, 유흥업소 종업원과 손님 등, 계층별 홍보활동을 강화할 것을 권고하였다.

나. 관련법령현황

일본에서는 우리나라보다 먼저 1987년 3월 1일 <후천성면역부전증후군의 예방에 관한 법률>(이하 'AIDS예방법'이라 함)이 국회에 제출되었으나, 인권침해 문제가 제기되면서 난항을 거듭하다가 1988년 12월에 통과되어 1989년 1월 17일 공포되었다. 결국 우리나라보다 좀 더 많은 시간을 두고 입법적 검토를 한 관계로 상대적으로 문제가 적었다. 그러나 이와 같은 법률도 1998년 10월 12일 폐지되고 대신에 우리나라의 전염병예방법에 상응하는 <감염증의 예방 및 감염증 환자에 대한 의료에 관한 법률>(이하 '감염증예방법'이라 함)에 통합되었다. 나아가 1999년 10월 4일부터 후생성 고시로 <후천성면역부전증후군에 관한 특정 감염증 예방지침>을 제정하여 시행하고 있다.

다. 구체적인 대책현황

일본은 의사만이 역학조사 및 그 결과를 지자체장을 통해 후생성에 보고하게 되어 있다. 또한 이렇게 보고된 내용을 바탕으로 2개월마다

외부전문가로 이루어진 에이즈동향위원회를 개최하여 HIV/AIDS 발생 상황을 수시로 감시하고 그 결과를 관계당국에 보고한다. 의사는 HIV 감염확인 후 법정기간 7일 이내에 지자체장에게 보고하여야 한다(감염증예방법 제2조제2호). 보고내용에는 성별, 나이, 국적, 임상단계, 진단일, 검사실시방법, 증상, 추정감염경로, HIV 감염지역(국내·외) 등으로 이루어져 있으며, 성명이나 연락처 등을 밝히지 않는 등 개인의 비밀을 확실히 보장하고 있다.

일반 보건소에서는 무료 익명검사와 상담을 주업무로 실시하고 있다³⁶⁾. 결과통보는 면접을 통해 알려주며 일체 전화통보는 없다. 또한 필요한 사람에 한하여 검사결과증도 발행한다. 그리고 HIV 감염인의 의료혜택을 높이기 위해 각 지역별로 거점병원을 지정하여 의료기기설비, 전용병실 및 전용진료실 확보사업 등 각종 시설투자를 함으로써 환자진료의 수준을 높이고 있다.

따라서 일본의 HIV/AIDS 정책은 HIV 감염인의 비밀을 철저히 보호하면서 치료 및 상담을 주로 하고 있으며, HIV 감염인의 예방조치 없는 성행위의 처벌을 내용으로 하는 특별한 규정을 두고 있지는 않다.

라. 민간단체의 활동현황

일본은 HIV 감염인을 위한 활발히 이루어져 현재 100여 개 이상의 HIV/AIDS 관련 민간단체가 활동하고 있다. 각 단체는 각기 특성을 가지고 세분화되어 있다. 예를 들어 치료정보제공을 위한 단체, 예방을 위주로 하는 단체, 국제 HIV/AIDS 활동을 하는 단체 등 다양하다. 정부는 정부산하 민간단체인 일본 HIV/AIDS 예방재단에 예산의 전액을 지급하고 이 재단이 각 시민단체에 지급하는 일도 한다.

36) 실례로 도쿄 이케부끄로 보건소에서는 검사날짜를 매월 둘째, 넷째 주 화요일 13:00~15:00(남성), 15:00~15:30(여성), 야간검사는 매월 넷째주 화요일 18:30~20:00(남성), 18:00~18:30(여성)으로 정하여 운영하고 있다. 이에 관하여, 김성수, 상계논문, 80면.

4. 태국의 현황 및 관리법제

가. HIV 감염 현황

태국에서는 1996년 말에 공식적으로 보고된 HIV 감염인만 90만여 명에 이르고 1997년에는 100만 명 이상에 달하였다. 태국은 매춘산업과 향락산업의 발달로 HIV 감염인이 급증하여 아시아에서 가장 높은 HIV 감염발생률을 보이고 있으나, 현재 검사·상담·예방·홍보 등을 체계적이고 전문적으로 행하고 있어 큰 효과를 올리고 있는 것으로 알려져 있다.

나. HIV/AIDS 보고체계의 변화

- 실명에서 익명으로 -

태국 정부는 초기단계에 HIV 감염인 모두 의무적으로 실명으로 보고하는 체계를 시작하였지만, 곧 이를 변경하였다³⁷⁾. 왜냐하면 이러한 실명보고체계가 치료서비스를 제공하지 않는 한 비효과적이며 불필요하다고 보았기 때문이다. 또한 국민들의 차별과 편견이 계속되는 상황에서 실명보고는 예방에도 크게 도움이 되지 못하며, 비밀누설 등으로 HIV 감염인들이 자살하는 경우가 나타나면서 태국의 감시체계는 전염병 흐름을 전반적으로 파악하는 수준으로 한정되었다. 전반적으로 익명방식으로 이루어지는 태국의 감시체계는 개발도상국들 중에서 가장 높이 인정받는 HIV/AIDS 관리정책 중의 하나로 알려져 있다³⁸⁾.

다. 민간단체의 활동현황

비영리 민간단체로서 치앙마이와 콘켄에 지부를 두고 HIV 감염인, 불우한 여성, 매 맞는 아내, 성폭행 피해자, 미혼모, 10대 청소년, 파경

37) 유엔 AIDS 한국정보센터 정책자료실(<http://aids114.org>)참조. (이에 관하여, 김성수, 상계논문, 81면에서 재인용).

38) 이창우, 태국의 AIDS 관리 실태, 대한AIDS예방협회 (<http://www.aids.or.kr>) 사이버강의실 참조.

위기의 부부 등을 대상으로 상담한다. 하루 평균 80 내지 120건의 상담을 하는데 방콕에서는 HIV/AIDS 상담이 전체의 30% 정도를 차지하고 치앙마이에서는 80% 정도라고 한다³⁹⁾.

39) 정현미, 상계서, 113면.

제5장 HIV/AIDS 관련 법제도와 인권침해현황

후천성면역결핍증, AIDS는 발생 초창기의 그릇된 대응으로 인하여 우리나라 뿐 아니라 전 세계적으로 감염된 사람들의 인권에 큰 문제가 제기되고 있다. 1981년 미국에서 첫 환자가 보고된 이래로 HIV가 발견되기까지의 기간동안 원인도 모르는 채 걸잡을 수 없이 확산되는 질병의 전파를 막기 위하여 HIV/AIDS는 공포스러운 문구들을 동반한 언론의 보도를 통하여 동성애자들의 질병으로, 성적으로 문란한 사람들만의 병으로 폐스트를 능가하는 천형, 죽음의 병으로 각인되었으며 전 세계의 목적은 오직 HIV/AIDS의 퇴치에만 집중되었다. 그 결과 HIV 감염인은 자신의 쾌락을 위하여 무서운 질병을 만들어 내고 타인에게 전파하는 파렴치한 죄인으로 치부되었으며 사회일반의 이러한 인식은 HIV가 발견되고 전파경로가 확실해 진 오늘날에도 HIV/AIDS에 대한 공포와 함께 HIV 감염인들의 삶을 음지로 몰아가는 사회적인 편견과 낙인으로 뿌리내리고 있다.

우리나라의 대응도 예외가 아니어서 1985년 12월 첫 HIV 감염인이 발생한 후 HIV/AIDS에 대한 국민들의 경각심을 높이고 HIV/AIDS를 예방하기 위하여 언론을 통하여 질병에 대한 공포를 조장하였고 1987년 후천성면역결핍증 예방법을 제정하였으나 후천성면역결핍증 예방법은 명칭 그대로 HIV/AIDS의 예방을 목적으로 HIV 감염인을 관리, 보호하는 법률로 당시의 사회분위기 상 HIV/AIDS의 예방이라는 공공의 이익을 위하여 어느 만큼의 HIV 감염인에 대한 인권침해는 용인되었다. 그 대표적인 예가 HIV 감염인을 격리하고 강제치료를 가능케 하는 조항 등이다.

1986년 초창기 환자를 격리하여 관리하던 모시립병원에 근무하였던 K씨의 말에 의하면 당시에 HIV 감염인들은 마치 중죄를 짓고 독방에 수감되던 죄수들과 마찬가지로의 대접을 받았으며 식사도 격리실 문에 뚫린 작은 창구를 통하여 전달되었고 HIV 감염인을 돌보던 사람들은

보안경과 마스크 등으로 완전무장을 한 상태에서 HIV 감염인을 만났고 나와서는 샤워를 하는 등 HIV 감염인은 가히 살아서 움직이는 바이러스 덩어리처럼 기괴의 대상이었다.

1988년 세계보건기구(WHO)가 세계에이즈예방의 날을 제정하였을 당시에도 초점은 HIV/AIDS의 예방을 위하여 AIDS는 얼마나 무서운 병인가를 강조하고 홍보하는데 있었다. 제 2회 세계에이즈예방의 날 보도된 기사내용을 살펴보면 「우리의 삶, 우리의 세계 서로 돌봅시다」라는 주제로 HIV/AIDS에 노출이 심한 청년들을 중시하여 ▶ HIV/AIDS가 어떤 무서운 병인가를 스스로 이해하도록 돕고 ▶ HIV/AIDS의 위험은 사람이 어떤 행위를 하는가에 의해 결정됨을 주지시키며 ▶ 이미 HIV에 감염된 사람과 그 가족을 우리의 이웃으로 돌보자는 내용을 가르침으로써 날로 확산되어 가는 HIV/AIDS를 예방하자⁴⁰⁾는 내용으로 질병에 대한 공포와 자신의 행위의 결과로서의 HIV/AIDS를 강조하였다.

전 세계의 이러한 강력한 대응이 있었음에도 불구하고 HIV/AIDS는 놀라운 속도로 확산되어 UNAIDS와 세계보건기구는 HIV 감염인수가 전 세계적으로 약 7,000만명에 이르며 그 중 생존자는 4,000만명, 사망자 수는 3,000만명으로 추정하고 있다.⁴¹⁾ 우리나라도 첫 내국인 HIV 감염인 발생 20년 만에 정부에 등록되어 관리되고 있는 HIV 감염인 수가 총 3,657명이고 증가율도 11.2%⁴²⁾로 꾸준한 확산추세가 지속된다. 그러나 무엇보다 큰 문제로 지적되는 것은 검사를 통해 HIV 감염이 확인된 사람들 외에도 미확인 HIV 감염인을 포함한 전체 HIV 감염인 수가 약 8,000명 정도로 추정되고 있으며 이들은 스스로도 HIV에 감염된 사실을 모르고 있는 경우가 많아 개인적으로는 HIV/AIDS에 대한 정확한 지식도 부족하고 건강관리도 되지 않으므로 쉽게 AIDS 환자로 이행되는 문제가 있고 사회적으로는 올바른 예방교육이 되지 않아 전

40) 조선일보 1998년 12월 1일

41) 2004년말 세계 감염인 현황(추정) UNAIDS

42) 보도자료, 2005년 1월~9월말까지 내국인 신규 AIDS(HIV/AIDS) 감염 현황, 질병관리본부 AIDS결핵관리팀

과에 있어서도 무방비 상태라는 점이다. 이러한 미확인 감염인의 증가는 사회적인 편견, 차별과도 무관하지 않아 HIV 감염인임이 드러나게 될 때 예상되는 여러 가지 불이익으로 인하여 HIV 감염이 우려되는 행위가 있었다고 하더라도 검사를 기피하는 사람들을 전화상담이나 인터넷 상담 등을 통하여 상담수 만날 수 있어 그 심각성을 더한다.

제1절 후천성면역결핍증 예방법과 관련된 인권침해 사례

후천성면역결핍증 예방법은 1999년 일부 개정 시에 감염인의 인권을 침해하는 대표적 조항들이 삭제되었음에도 아직도 상당부분 인권침해 요소를 안고 있다.

경상북도에 거주하는 감염인 A씨는 말기암으로 진단되어 대학병원에 입원하였다가 AIDS 진단을 받았다. 당시 환자는 의식이 명료하고 판단력이 있는 상태였지만 담당의는 사전에 환자에게 동의를 구하거나 의논하는 일 없이 A씨의 HIV 감염사실을 어머니와 형제들에게 고지하였고 그 사실을 알게 된 가족들이 A씨의 간병을 거부하여 고통을 당하였으며 AIDS 유관단체의 도움으로 간병인을 파견받아 간병인의 도움으로 투병생활을 하다 2005년 8월 사망하였다. 그러나 어머니는 사망한 A씨의 사후처리 조차 거부하여 A씨는 죽음 후에도 보건소 담당자의 손에 맡겨질 수밖에 없었다.

60대인 B씨는 정신을 잃고 쓰러져 실려간 의료기관에서 HIV 감염 사실이 확인되어 본인과 가족에게 통보되었다. 병원에서 퇴원한 후 아들과 며느리가 함께 살기가 어려워니 따로 나가 살아달라고 종용하여 독거상태로 살아오다 건강이 다시 악화되고 자식들이 그리워 집으로 돌아갔으나 가족들의 계속되는 냉대를 이기지 못하고 결국 2003년 스스로 목숨을 끊었다.

C씨는 시립병원에서 AIDS를 진단받고 대학병원으로 이송 과정에서 의료진에 의해 가족들이 알게 된 사례로 감염사실을 알고나자 의료관련 직종에 종사하던 C씨의 한 동생은 병원 복도에서 마주치자 도망을 쳤고, 역시 의료관련업을 하던 동생은 형이 찾아올 수 없도록 이사 후 연락을 끊었다고 한다. C씨는 입원이 길어지자 또 다른 동생의 집에 자신의 짐을 맡겼는데 짐조차 집안에 들여주지 않고 사람들이 오가는 통로인 계단에 쌓아두어 분실되어 퇴원 후 가재도구가 없어 불편을 겪었으며 현재는 가족들과 단절된 채 기초생활수급자로 책정되어 홀로 살고 있다.

AIDS는 그 전과경로가 수혈, HIV 감염인인 어머니가 출산 시 자녀를 감염시키는 수직감염, 성관계로 밝히 드러나 있는 질병이다. 즉 일상생활을 통해서도 전파될 수 없다는 말이다. 그럼에도 현 후천성면역결핍증 예방법에는 의료인이나 보건소 담당자가 동거가족에게까지 감염사실을 알릴 수 있도록 간접적으로 시사함으로써 감염사실의 노출이 죽음보다 더 두렵다는 HIV 감염인들이 가족 관계 안에서 어려움을 겪거나 가족과 단절되는 계기를 제공하고 있다. 후천성면역결핍증에는 'HIV 감염인을 진단하거나 HIV 감염인의 사체를 검안한 의사 또는 의료기관은 HIV 감염인, 그 동거인 또는 그 가족에게 후천성면역결핍증의 전파 방지에 필요한 사항을 준수하도록 지도⁴³⁾하라'고 규정되어 있고, 동법 제 8조 2항에서도 '보건복지부장관 · 시 · 도지사 · 시장 · 군수 또는 구청장은 후천성면역결핍증에 감염되었다고 판단되는 충분한 사유가 있는 자 또는 후천성면역결핍증에 감염되기 쉬운 환경에 있는 자로서 대통령령이 정하는 자에 대하여 후천성면역결핍증에 관한 검진을 실시할 수 있다'고 하여 의료인이나 보건소 담당자들이 HIV 감염인과의 성관계를 통해 감염위험에 노출될 수 있는 배우자가 아닌 HIV 감염인과 함께 생활하는 것만으로는 감염의 우려가 없는 가족들에게까

43) 후천성면역결핍증 예방법 제 5조 1항

지도 HIV 감염사실을 통보할 수 있도록 범위를 확대해 놓고 있다. 8조 2항에서 말하는 후천성면역결핍증에 감염되기 쉬운 환경에 있는 자로 대통령령이 정하는 자라 함은 감염인의 배우자 및 동거가족⁴⁴⁾을 말한다.

후천성면역결핍증은 완치제가 없는 질병이다. HIV의 증식을 억제하여 HIV 감염인의 질병의 진행 및 HIV 감염인에서 AIDS 환자로의 이행을 늦추는 항바이러스제의 개발의 성과는 HIV 감염인의 생명을 연장해 놓았지만 항바이러스제의 부작용은 심각하여 많은 경우에서 항암제를 복용했을 때와 같은 일상생활을 방해할 만큼의 심한 부작용을 호소하기도 한다. 따라서 감염내과의 전문의가 환자의 상태에 따라 항바이러스제의 투약을 결정하였다고 하더라도 한번 시작한 약은 완치제가 나오지 않는 한 평생 복용해야 한다는 점, 부작용을 감수해야 한다는 점 등을 이유로 환자의 복약의지를 판단하고 감염인 스스로의 의견을 존중하여 투약여부를 결정하게 되는 것이다. 후천성면역결핍증 예방법은 제 14조 치료지시의 조항을 두어 '인간면역결핍바이러스의 전염을 방지하기 위하여 HIV 감염인의 치료가 공익상 필요하다고 인정할 경우에는 타인에게 감염시킬 우려가 높은 자등 대통령령이 정하는 HIV 감염인에 대하여 전문진료기관에서 치료를 받도록 할 수 있는 규정을 두고 있다. 제 14조는 임의규정이지만 제15조 강제처분에서 치료지시를 받은 HIV 감염인이 이에 응하지 아니할 경우 소속 공무원으로 하여금 그 HIV 감염인이 있다고 인정되는 거소 기타 장소에 들어가 필요한 조사를 실시하고, HIV 감염인에 대하여 치료를 받게 할 수 있다고 다시 규정하고 있으며 이에 응하지 않을 경우 1년이하의 징역 또는 300만원 이하의 벌금에 처한다는 벌칙규정을 두고 있다. 이 역시 신체의 권리와 사생활의 권리를 침해하는 과도한 규정이라고 볼 수 있다.⁴⁵⁾

HIV 감염인 D씨는 5, 6년 전 면역수치가 200정도에서 항바이러스제

44) 후천성면역결핍증 예방법 시행령 10조 2항

45) 정부관리정책과 감염인 인권, 2004년 토론회 자료집 AIDS 인권모임 나누리+

의 투약을 시작하였다. 항바이러스제의 복용은 면역수치를 곧 상승시켰고 건강이 회복되는 듯 하였으나 항바이러스제의 부작용으로 인한 구토와 지속되는 설사로 체중이 심하게 감소하고 수혈을 요할 만큼 빈혈이 심각해지면서 결국 항바이러스제를 교체해야만 했다. 교체한 항바이러스제는 이번에는 채식염을 유발하였고 다시 교체하기를 반복하여 현재는 우리나라에는 D씨에게 적용되는 항바이러스제가 없다는 담당의의 통보를 받고 내성이 생긴 약제를 재복용하며 신약의 개발을 기다리고 있다. D씨가 겪은 부작용은 심지어 정신적으로도 문제를 일으켜 이상행동으로 인해 D씨는 결국 다니던 직장에서마저 권고사직을 당하였다. D씨의 이상행동은 약제의 복용을 중단하면서 회복되었다.

학원강사인 HIV 감염인 G씨는 항바이러스제 중 스토크린을 복용하면서 우울증이 갈수록 심해졌고 충동적인 성격을 보여 폭행을 하기도 하였으며 2003년 3월에는 치료를 위해 받아온 항바이러스제 1개월분을 한꺼번에 먹고 자살을 시도하였으나 이웃에게 발견되어 응급실에서 생명을 건졌다. 항바이러스제를 교체한 후 G씨의 생활은 안정되었고 자살사고나 충동적인 행동들은 항바이러스제의 부작용으로 인한 것으로 밝혀졌다.

개인차는 있겠으나 항바이러스제의 부작용이 심각하게 나타나는 경우 HIV 감염인은 응급실에 실려 가기도 하고 일상생활에 어려움을 느낄 뿐 아니라 약제에 따라서는 우울증 및 자살충동을 일으키게 되기도 한다. 이러한 심각한 부작용을 나타낼 수 있는 약제를 본인의 의지와 관계없이 '인간면역결핍바이러스의 전염을 방지하기 위하여 타인에게 감염시킬 우려가 높은 사람에게 공익상 필요하다고 인정될 경우에 치료를 지시할 수 있다'는 조항은 타인을 보호하기 위하여 HIV 감염인은 건강상의 어떤 피해를 받아도 어쩔 수 없다는 뜻으로 해석될 경우 인권침해적 소지가 있다. 만약 판단력이 부족하여 제어할 능력없이 감염행위를 하는 HIV 감염인에게 투약을 함으로써 혈중바이러스농도를 낮추어 주어 단지 감염율을 감소시켜 전파를 막아보자는 의도가 아니라

법조항의 목적이 HIV 감염인의 치료 및 보호를 전제로 한다면 제 14 조 치료지시의 내용은 HIV 감염인 보호 및 지원을 포함한 내용으로 바뀌어 표현되어야 할 것이다.

제2절 제도 및 정책과 관련된 인권침해 사례

보건소의 HIV 감염인 관리담당자의 경우 업무가 맡겨지면 아무런 직무교육 없이 투입되어 정보의 부족으로 인해 HIV 감염인에 대한 실질적인 지원이 어렵고 담당자 스스로의 편견이나 두려움이 극복되지 않은 상태에서 역학조사 등 면담이 진행될 때 감염인과의 신뢰관계 형성에도 문제가 있어 담당자와 감염인 모두 어려움을 호소하고 있다. 또한 HIV/AIDS 관리는 기피업무이고 근무기간도 3개월에서 3년으로 담당자의 잦은 교체로 인하여 상담의 연속성이 떨어져 HIV 감염인들은 담당자가 바뀔 때마다 새로이 자신의 상황을 설명하고 도움을 청해야 하는 등 올바른 지원이 어려운 실정이다. 다음의 사례는 담당자에 대한 직무교육의 부재를 단적으로 입증한다.

감염인 E씨는 2002년 일식당 주방에 취직하여 일하던 중 HIV 감염을 의심한 사용주가 모보건소에 AIDS 항체검사를 포함한 건강검진을 의뢰하고 그 결과를 문의하였다. 검사결과의 확인과정에서 결과를 통보하던 보건소 직원이 비감염인의 검사결과를 먼저 문의하자 '이상이 없습니다.'라고 대답을 하였고 뒤이어 감염인의 결과를 문의하자 감염 사실을 노출시키지 않기 위하여 '본인이 아니면 말할 수 없습니다.'라고 대답하였으나 결과적으로는 양성판정이 나왔음을 간접적으로 알려주는 결과가 되어 E씨는 그날로 해고되었다.

지역에 따라 다소의 차이가 있겠으나 서울시의 모보건소의 경우 진료비 지급절차가 진행되면서 영수증을 확인하고 심사하는 부서와 지급하는 부서 등에 감염인의 개인정보가 노출될 수 있는 서류가 오고 가

면서 대외비 문서로 취급되지 않고 있어 이 과정에서 감염인의 개인정보가 노출될 위험이 있으며 이와 같은 행정절차 상의 노출은 병역면제에 부분에서 공익요원의 소집해제와 관련하여서도 발생하고 있다. 공익요원으로 근무하던 중 HIV 감염사실이 확인되었을 때 HIV 감염인이 소집을 해제받기 위해서는 HIV 감염인이 근무하는 기관의 장이 해당 지방병무청에 신체검사 재신청을 요청하는 공문을 발송하여 신체검사의 결과로 감염이 확인되거나 혹은 재신체검사 시 담당자에게 보건소나 질병관리본부의 감염확인서를 제출하면 소집이 해제되도록 하고 있어 그 과정에서 공익요원의 감염사실이 기관의 장에게 노출되기도 한다. 이는 대도시를 벗어나 익명성의 보장이 어려운 지방에서는 HIV 감염인을 주변인, 혹은 가족들에게까지 노출시키는 결과로 연결되기도 한다.

서울시 모구청의 공익요원으로 근무하고 있는 F씨는 소집 후 얼마 지나지 않아 HIV 감염사실이 확인되었다. 감염내과 진료결과 항바이러스제의 투약이 결정되었고 약의 부작용 등으로 공익근무가 어려운 상황이 되어 소집해제를 원하였으나 해당 구청장의 공문이 요구되었으므로 고민하다 결국 자신의 감염사실을 알리고 소집을 해제 절차를 밟았고 F씨는 이 과정에서 구청에서 함께 근무하던 가까운 친구에게 HIV 감염사실이 노출되었다.

직장에서 실시하는 정기건강검진도 본인의 동의없이, 본인도 모르는 채 검사가 실시되고 사용주에게 일괄통보되는 관행으로 인하여 HIV 감염사실이 직장에 노출되고 이로 인해 권고사직을 당하거나 주변의 시선과 따돌림을 느낀 HIV 감염인이 스스로 직장을 사직하게 되기도 한다. AIDS 검사가 포함된 직장건강검진은 직장을 가진 HIV 감염인들이 직장을 잃고 경제적 어려움을 겪게하는 중요한 요인의 하나로 작용되고 있으며 HIV 감염인들은 실제로 건강검진에 AIDS 항체검사가 포함되어 있어 결과에서 감염사실이 노출되어 직장을 그만 두기도 하고

감염인 스스로 감염사실이 노출될까 우려하여 미리 직장을 사직하는 경우도 있다.

HIV 감염인 H씨는 직장건강검진에서 AIDS 양성판정을 받았다. 총무부의 담당자로부터 이런 사실이 통보되었고 다행히도 직장에서는 더 이상의 어떤 조치나 추궁없이 일이 마무리 되었다. 그러나 그 후 총무부의 담당직원이 H씨에게 돈을 빌려달라고 요구해 왔고 상황이 여의치 않아 거절하자 HIV 감염사실을 폭로하겠다고 협박하여 H씨는 직장을 사직하고 말았다.

대기업에 근무하는 중견간부인 HIV 감염인 J씨는 봄에 실시되는 건강검진목록에 AIDS 항체검사가 포함되었다는 것을 알게 되었다. 회사 측은 중년기 이상의 직원들을 대상으로 회사 측에서 비용을 부담하는 정밀검사를 실시하는데 이 가운데 HIV/AIDS 검사가 포함되어 있는 것이다. J씨는 내년 봄 검사이전에 HIV 감염사실을 알리지 않고 명예롭게 자신의 직장을 퇴직하고 싶다고 생각하지만 평생을 근무해 온 직장을 그만두고 이직하는 것이 쉽지도 않고 두 자녀가 대학과 고등학교에 재학 중으로 생계유지와 경제적인 문제 앞에서 이리지도 저리지도 못하는 어려움을 겪고 있다.

제3절 의료기관 및 사회적인 인권침해 사례들

1. 의료기관에서의 진료거부 및 편견

후천성면역결핍증은 면역이 결핍되어 여러 가지 질병 및 기회질환이 발생하는 증후군으로 HIV 감염인에게 의료기관은 건강의 유지 및 생존을 위하여 늘 가까이 하여야 하는 곳이다. 그러나 실제로 많은 HIV 감염인들이 의료기관에서의 편견과 차별로 인하여 자신이 HIV 감염인이라는 것을 뚜렷이 확인하고 있다. 의료기관의 편견은 감염내과가 있는 3차병원들의 경우에는 감염인의 증가와 HIV/AIDS에 대한 교육 및 경험을 통하여 점차 개선되어 가고 있으나 중소병원들의 경우에는 아직도 심각한 수준이다.

2003년 6월 부천시 소재 모의원에서 HIV 감염인으로 발견된 최모씨의 경우 감염내과가 있는 대학병원으로 가기 위해 필요한 진료의뢰서의 발급을 의뢰하자 의뢰서에 자신의 의료기관의 이름이 기재되면 AIDS 환자가 발견된 병원이라고 소문이 나서 환자가 줄어들 것이라는 이유를 들어 진료의뢰서의 발급을 거부하기도 하였다.⁴⁶⁾

서울의 모대학병원에서는 국민기초생활수급자의 입원 시에 재산세를 내고 있는 사람의 연대보증이 되지 않으면 입원이 거부되고 있으며 심지어는 HIV 감염인에 대하여 보호자가 특수질환자 신변인수각서를 쓰도록 하고 있어 HIV 감염인에게 비참함을 느끼게 하고 있다.

HIV 감염인이 입원을 하는 경우에도 지나칠 정도로 눈에 띄는 표식을 차트, 링거병 등에 붙이고 모대학병원의 경우에는 식기를 방사성폐기물봉투에 넣어 내어놓게 하는 등 주변의 사람들로 하여금 의심의 눈초리를 받을 수 있게 하는 경우도 쉽게 볼 수 있다. 또한 인체를 벗어나면 비활성화되는 HIV의 특성으로 인해 HIV 감염인이 사용한 병실의 청소 및 식기소독 등에 특별한 조치가 요구되지 않음에도 병원의 청소원에게조차 병실의 청소 및 소독을 이유로 HIV 감염인을 노출시

46) 2004 인권백서 제1집 국가인권위원회

키고 있다.

의료기관의 편견으로 인해 특히 영향을 받는 그룹은 정신질환자 HIV 감염인들과 장애를 가진 HIV 감염인들이다. AIDS는 말기로 갈수록 면역수치가 떨어지고 바이러스는 증가하면서 HIV가 침범하는 부위에 따라 경미한 증상으로부터 일상생활활동이 불가능하고 장애가 고정되는 중증에 이르기까지 HIV 감염인이 겪어야 하는 증상이 다양하며 이미 밝혀진 통계들에 근거하면 질병이 진행될수록 환자의 약 30%에서 바이러스가 뇌 등 중추신경계를 침범하여⁴⁷⁾ 환자는 마비, 편마비 등 장애를 겪게 되고, 약 15%에서는 치매⁴⁸⁾를, 10%정도에서는 거대망막세포바이러스로 인한 실명⁴⁹⁾이 보고 되고 있다.

그럼에도 HIV/AIDS는 격리가 필요치 않은 질병이고 아직은 그 범위가 소수자라는 이유로 항바이러스제의 비용을 제외하고는 환자 본인과 가족에게 모든 책임이 떠맡겨지고 있는 실정이다. HIV 감염인이 정신질환이나 장애를 가진 경우이면 어려움은 더욱 심각하여 HIV 감염인 정신질환자를 받아 주는 병원은 전국에 한 두 곳에 불과하고 실제로 많은 정신질환자 HIV 감염인들이 그대로 방치되고 있다. 특히 정신질환자 감염인의 경우는 HIV 감염인 본인의 올바른 판단을 기대하기 어려운 상황에서 방치될 경우 전과우려 또한 심각하다.⁵⁰⁾

정신질환을 앓고 있던 여성 M씨는 2001년 4월 가출 후 임신 및 HIV/AIDS 감염상태로 발견되었다. 출산을 위하여 서울의 여성감염인 쉼터에서 생활하던 M씨는 출산 후 아기를 때리는 등의 행동을 보이고 쉼터의 공동생활에 적응치 못하여 정신질환자를 받아줄 요양기관을 찾았으나 받아주는 곳이 없어 다시 귀가조치 되었다. 정신질환으로 인한

47) Harrison's Principles of Internal Medicine 15th. Edition Vol.2 McGraw-Hill, 2001, p1890-1895

48) HR Davis, RL Skolasky Jr., DA Selnes, DM Burgess, JC McArthur (2002) Assessing HIV-associated dementia : Modified HIV Dementia scale Versus the Grooved Pegboard, *The AIDS Reader*, 12(1), 29-38,

49) JP Dunn, DF Martin(2003) Treatment of Cytomegalovirus Retinitis in ths Era of Highly Active Antiretroviral Therapy available at www.medscape.com

50) 2004 인권백서 제 1집 국가인권위원회

증상이 악화될 때마다 수차례 가출을 시도하였던 M씨의 상황으로 미루어 보아 정신질환으로 인해 다시 가출한다면 앞으로의 가출은 HIV/AIDS의 전파행위가 될 것으로 예측된다.

감염인 N씨도 2003년 11월 만성 정신분열증으로 인해 가슴에 못을 박는 자해행위 후 모대학병원 응급실에 실려가 HIV 감염이 확인되었으나 수용될 정신병원 및 요양기관의 부재로 가족들에게 맡겨진 채 방치되다 현재는 HIV 감염인 광주쉼터에서 보호되고 있다. 그러나 정신질환을 가진 HIV 감염인의 쉼터체류는 쉼터의 특성상 장기적인 대책이 되지 못하고 있다.

부모와 함께 살고있는 HIV 감염인 정신질환자 O씨의 경우는 폭력적인 성향이 심하여 가족이 돌보기가 어려울 뿐만 아니라 성관계가 통제되지 않아 전파의 문제가 심각하게 지적되고 있다.

광주에 거주하던 감염인 K씨는 만성 정신분열병을 앓는 상태에서 HIV에 감염되었다. 항바르스제의 복용으로 건강을 유지하고 있던 중에 2004년 10월부터 정신적인 증상이 악화되면서 거주하던 쉼터를 나와 어머니가 계신 집으로 돌아갔고 정신과 약을 임의로 중단하면서 증상은 더욱 악화되어 2005년 1월 경에는 자신의 손가락을 찢러 피를 내어 어머니의 밥과 국에 섞어 먹으라고 하는 등 난폭한 행동을 보이게 되었다. 가족들은 K씨를 정신병원에 입원시켜 치료하기를 원했으나 K씨를 받아주는 병원이 없어 관계기관에 수없이 진정한 끝에 3개월의 입원치료를 받고 퇴원하였으나 집으로 돌아온 후 증상이 즉시 악화되어 퇴원 후 한달을 넘기지 못하고 2005년 6월 홀로 방치된 상황에서 자살하여 시신이 부패된 상태에서 주민들의 신고로 발견되었다.

상황이 어려운 것은 장애가 있으나 HIV 감염인이라는 이유로 요양시설에 입소할 수 없는 장애 감염인도 마찬가지로 2003년 말기의 환자로 발견되어 실명과 편마비 등 중증의 장애를 입은 P씨의 경우도 마땅한 요양기관이 없어 재활에 어려움을 겪을 뿐 아니라 갑작스럽게 중복 장애를 입은 환자를 아무런 지지체계 없이 돌보아야 하는 가족들의 고통 또한 극심하다.

참여정부 들어 정부는 이미 노인성 치매환자의 경우 가족의 힘만으로는 그 돌봄이 어렵다며 정부의 적극지원을 약속한 바 있다. 그렇다면 사회적인 차별로 인해 신분노출을 죽음보다 꺼리게 된다는 HIV 감염에 치매나 마비 등 중증의 장애를 가져 이삼중의 고통을 겪는 감염인 및 그 가족에 대한 배려 또한 외면해서는 안될 것이다.

2. 사회생활에서 겪는 차별사례

우리나라에서 HIV 감염인이 된다는 것은 이미 사회적으로 죽은 자임을 의미한다. 대한에이즈예방협회 서울특별시회가 2003년 실시한 서울시 HIV 감염인 생존자 실태분석에서 ‘가장 두려운 것이 무엇이나?’는 설문에 37%가 신분노출이라고 대답하여 경제적 곤란이 29%로 건강악화 27%보다 더 높게 나타났다. 이처럼 사회일반의 차별과 낙인으로 인하여 HIV 감염인이라는 것을 밝히고는 직장은 물론 학교생활조차 어려운 실정이다. 2003년말 발생한 감염인 살인사건에 있어서도 친구의 HIV 감염사실을 알고 있던 사망자가 HIV 감염인과의 관계가 나빠지자 이를 약점으로 이용하고 HIV 감염인이 활동하고 있던 인터넷 동호회 등에 폭로하여 감염인임을 노출시키자 삶의 터전을 모두 잃게 되었던 HIV 감염인이 격분하여 살인을 저지르고 말았던 사건인데, 세인의 관심은 살인의 동기나 문제들에 있지 않고 HIV 감염인과 이웃하여 살고 있었다는 것 자체가 더 큰 파장을 불러 일으켰다.

AIDS 말기 환자로 정기적인 진료나 투약을 소홀히 하던 T씨는 2005년 7월 갑자기 몸이 이상하다고 느끼자 자신의 HIV 감염사실을 알지 못하는 가족들에게 도움을 청하지 못하고 집 근처의 병원을 찾아가 감염사실을 밝힌 후 살려달라고 도움을 청하였다. 결국 의사는 T씨의 호소를 받아들여 진료에 임했으나 T씨는 결국 사망하였다. T씨의 사후에 이 사실이 동네에 알려졌고 주민들은 HIV 감염인과 함께 거주하였다는 이유로 경찰서로 몰려가 T씨 가족들을 격리해 달라고 요청하였다.

관할 보건소는 T씨의 어머니와 두 동생에게 항체검사를 실시하였고 음성의 결과를 근거로 주민들을 설득하여 무마되었다.

위의 사례들로 미루어 보아도 HIV 감염인의 사회생활은 결코 쉽지 않다. 하루에 수차례 복용해야 하는 항바이러스제를 동료나 이웃의 눈을 피해 화장실에서 복용하거나 직장생활에 방해가 된다는 이유로 투약을 중단했다가 중증의 기회질환에 노출되거나 혹은 생명을 단축하게 되는 경우도 적지 않게 접할 수 있는 일이다. 또 HIV 감염인들에 대한 복지나 건강에 대한 배려가 전무한 현실이고 보니 자신의 건강유지를 위한 노력도 오직 개인적인 부담으로만 남게 된다. 지속적인 구토, 설사, 무기력 등 항암제와 같은 정도의 부작용을 보인다는 항바이러스제 복용과 사회생활을 병용해 나가야 하는 어려움, HIV 감염인으로 살아가기 위해 필수적인 정기적인 의료기관의 방문에 따른 직장에서의 부담감은 물론이고 HIV 감염인으로서 피해야 할 직종, 즉 건강에 위해를 주는 지나치게 피곤하거나 체력소모를 요하는 직업, 먼지가 많이 나는 직업 등은 감염인 자신의 건강상태를 배려하여 피하는 것이 좋아 직업 선택도 자유롭지 못한 상황이다.

결국 HIV 감염인에게 있어서는 신분의 노출이나 경제적 빈곤, 건강의 악화는 모두 생존과 직결되는 문제로 서로 상관성을 가지고 악순환한다. 신분노출과 건강의 악화 등으로 인한 사회생활의 중단은 단순히 그 자체의 문제뿐 아니라 경제적 빈곤을 초래하고 빈곤은 치료 및 건강관리를 불가능하게 하여 어떤 경우라도 죽음과 맞닿아 있는 결과를 초래하기 때문이다. 더욱이 HIV 감염인에 대한 사회적 편견은 감염인 자신에서만 그치지 않고 가족에게까지 영향을 미쳐 2003년 4월에는 서울 첩터에 체류하고 있던 감염인 S씨의 장녀가 아버지의 감염사실이 알려지자 가문의 수치라며 이혼을 요구받는 지경에까지 이르고 있다.⁵¹⁾

51) 2004 인권백서 제1집 국가인권위원회

제4절 언론의 보도와 관련된 HIV 감염인 인권침해

HIV가 발견된 후 HIV/AIDS를 퇴치하고자 하는 인류의 노력에 힘입어 HIV/AIDS의 감염경로가 밝혀지고 오해의 소지가 되었던 많은 정보가 수정되었음에도 불구하고 언론의 보도태도는 여전히 초창기의 그것으로 남아있어 HIV 감염인들에 대한 사회의 편견이나 낙인 역시 변화되지 못한 채 여전하다. HIV/AIDS에 대한 공포와 함께 각인된 그릇된 정보를 수정하고 HIV 감염인과 더불어 살아가는 사회적 분위기를 조성하기 위해서도 언론의 HIV/AIDS에 대한 부정적인 보도태도는 하루빨리 시정되어야 한다.

1. HIV 감염인 차별사례

- ▶ 2003년 6월 부천시 소재 모의원에서 HIV 감염인으로 발견된 최모씨의 경우 감염내과가 있는 대학병원으로 가기 위해 필요한 진료의뢰서의 발급을 의뢰하자 의뢰서에 자신의 의료기관의 이름이 들어가면 AIDS 환자가 발견된 병원이라며 환자들이 진료를 기피할 것이라며 진료의뢰서 발급을 거부.
- ▶ 서울의 S대학병원에서는 HIV 감염인들의 수술일을 일주일에 단 하루로 제한함으로써 HIV 감염인들이 수술이 늦어지고 경우에 따라서는 몇 번씩 입원과 퇴원을 반복하게 하여 건강상의 위해는 물론 경제적 손실을 겪게 함.
- ▶ 제주도에 거주하는 HIV 감염인 안모씨의 경우 제주도에는 감염내과를 둔 병원이 없으므로 배나 비행기 등을 이용해 서울로 올라와서 진료를 받아야 하는 불편을 겪음.
- ▶ 2003년 4월 사망한 HIV 감염인 이모씨의 경우 가족들이 환자를 모대학병원에 입원시킨 후 가족들의 집 전화는 물론 휴대전화 등 연락을 모두 끊고 잠적함.

- ▶ 독거자로 홀로 살아오던 HIV 감염인 김모씨가 2003년 9월 행려자로 서울 모병원에서 사망한 것을 확인.
- ▶ 2003년 사망한 HIV 감염인 이모씨의 감염사실이 주변에 알려지자 결혼한 만딸이 친정아버지가 HIV 감염인이라는 이유로 이혼을 요구받음.
- ▶ 2002년 일식당 주방에서 일하던 HIV 감염인 김모씨가 감염 사실이 알려지자 당일로 해고 당함. 직장에서 HIV 감염사실을 의심하여 Y보건소에 건강검진 및 HIV/AIDS검사를 의뢰하고 사용주가 그 결과를 문의하자 교육이 제대로 되지 않았던 담당자가 먼저 문의된 비감염인의 검사결과는 '이상 없습니다.'로 HIV 감염인의 결과는 '본인이 아니고는 말씀드릴 수 없습니다.'라고 응대하여 HIV 감염사실이 사용주에게 노출됨. 우리나라의 직장 건강검진은 사용주에게 그 내용이 일괄통보될 수 있어 HIV 감염사실이 노출되기 쉬움.
- ▶ 2001년 4월 발견된 HIV 감염인 정신질환자 채모씨의 경우는 가출한 상태에서 미혼모로 발견되었으나 출산 후 환자를 수용할 요양기관이 없어 다시 귀가조치 되어 올바른 판단을 기대할 수 없는 상태에서 다시 가출할 경우 HIV/AIDS의 전파가 우려됨.
- ▶ 2004년 발견된 HIV 감염인 맹모씨는 만성 정신분열증을 앓고 있으나 수용될 정신병원 및 요양기관의 부재로 가족들에 맡겨진 채 방치되고 있음.
- ▶ 정신질환자 HIV 감염인 표모씨의 경우는 폭력적인 성향까지 있어 가족이 돌보기가 어려우나 복합질환자의 정신병원 수용이 어렵다고 거부되어 관계기관에 수차례 진정을 통하여 입원치료를 받음.
- ▶ 2000년 HIV 감염사실이 확인된 정신질환자 감염인 곽모씨는 2004년 10월부터 정신과 약의 복용을 거부하면서 증상이 나빠져 가족들의 식사에 자신의 피를 섞어주는 등의 이상행동을 보여 입원관리가 요구되는 상황이었으나 정신병원에서는 감염내과나 격리실이 없다는 이유 등을 들어 입원이 거부되어 가족들이 보건복

지부, 청와대 진정을 통하여 1월 모정신병원에 입원되었다. 3개월 만에 퇴원하였으나 퇴원 직후 다시 어머니의 목을 조르고 항바이러스제를 억지로 먹이는 등 증상이 나빠졌고 다시 입원시킬 병원을 찾기가 어려웠던 상태에서 두려움을 느낀 가족들이 모두 집을 떠나 환자는 2개월을 홀로 방치된 후 결국 2005년 5월 말 스스로 목숨을 끊었고 사망 10여일 후인 6월 9일 시신이 부패된 상태로 이웃주민의 연락으로 집에서 발견되었다.

- ▶ 광주 북구에 거주하고 있는 HIV 감염인 알콜중독자 배모씨는 술을 마신 상태에서 가족들을 폭행하고 말리는 이웃 주민에게 자신이 AIDS 환자라며 HIV 감염을 시키겠다고 협박하는 등 술을 마실 때마다 난폭한 행동을 하고 있다. 가족과 주민의 신고로 경찰이 출동하였으나 배모씨가 AIDS 환자라며 협박하자 경찰조차 두려움에 철수하였다. 기초생활수급대상자인 배모씨의 가족은 인근 국립정신병원에 입원시켜 줄 것을 호소하였으나 감염내과가 없다는 이유로 거부되었고 모대학병원에 입원을 하였으나 입원비가 한 달에 200만원 가까이 발생하여 경제적인 이유로 환자를 돌보기에 어려움을 호소하고 있다.
- ▶ 2005년 초에 HIV 감염사실이 확인된 김모씨는 대구의 한 병원에 입원치료 후 3년 전 자신이 가입하여 있던 건강보험에 보상을 요구하였으나 HIV/AIDS는 보험회사의 면책질환으로 규정되어 있음을 이유로 보상이 거부되었다. 한 질병이 개개의 보험상품별 면책이 아니라 보험회사의 면책사항일 경우에는 가입 후에 질병이 확인되어도 보상하지 않는다는 회사 측의 설명이었다.

2. 언론의 보도내용

- ▶ 전직 교사인 화모씨가 자신과 딸 몸에 반점 생기자 AIDS로 오인 딸 살해하여 암매장하고 자신은 수면제를 먹고 동반자살을 기도했으나 미수에 그침.[세계일보 1995.04.27]
- ▶ AIDS에 대한 사회의 공포심리를 이용한 범죄 '부산지검 강력부는 출소를 목적으로 AIDS에 고의 감염된 무기수 김모씨와 김씨를 도와 고의 감염을 시도한 재소자 황모씨를 후천성면역결핍증 예방법 위반 등의 혐의로 추가기소 및 기소하였다.'[연합뉴스 2002.02.06]
- ▶ 감염인의 인권보호를 위한 비밀유지 원칙에도 불구하고 여수 구모여인의 인상착의가 언론에 공개 됨, '본지가 경찰과 보건당국 관계자들을 대상으로 취재한 결과 얼굴이 약간 둥글고 구씨는 배에 특이한 신체적 특성을 갖고 있다.[굿데이 2002.06.07]
- ▶ '또 AIDS 테러' AIDS 감염사실을 숨기고 불특정 다수와 성관계를 해 온 30대 여자가 전남 진도에서 적발된 사건을 보도하면서 본인의 의사확인 절차와 무관하게 테러로 규정 감염인에 대한 부정적 인식을 강화.[굿데이 2002.06.12]
- ▶ 소재가 불명확한 AIDS 감염인을 위험그룹 혹은 범죄 가능집단으로 언론에 오도함, 'AIDS감염인 가운데 6월 현재 소재가 파악되지 않고 있는 사람은 여성 3명을 포함 28명인 것으로 나타났다.'[동아일보 2002.06.17]
- ▶ 인권위에 따르면 진주교도소 교도관 심모씨는 수용자 이모씨가 AIDS 치료를 받게 해 달라며 낸 진정과 관련해 이씨를 면담하면서 인권위 진정을 취하지 않으면 방을 옮기겠다며 진정신청을 방해.[연합뉴스 2002.09.02]
- ▶ 국립보건원은 2002년 12월 1일 세계AIDS의 날을 앞두고 병원이나 가족이 치료를 외면하는 AIDS 말기환자를 간호하기 위해 내년에 서울에 처음으로 AIDS환자 호스피스 시설을 운영할 계획이라고 밝혔으나 1년여가 훨씬 지난 현재까지 추진되지 않고 있으며 갈 곳이 없는

중증의, 말기 AIDS환자들은 여전히 방치되고 있다.[동아일보 2002.11.29]

- ▶ 제주도의 후천성면역결핍증 환자 관리가 부실한 것으로 지적됐다. AIDS가 급속 확산되고 있는데도 보호, 관리가 미흡하고 법적으로 보호하게 된 AIDS환자에 대한 국민기초생활수급권자 지정, 보호도 단 3명에 불과하며 감염인 면담 실적도 평균 분기당 1회에 불과 환자관리가 형식적으로 이뤄지고 있다.[제주=연합뉴스 2002.12.02]
- ▶ 감염인임이 밝혀진 여성 감염인에 대한 마을주민들의 부정적인 반응이나 핍박은 간과한 채 감염인을 이상 행위자로 단정지는 편파적인 보도, '지난해 다수의 남성과 성관계를 가졌다 구속된 S씨가 형 집행 정지로 풀려난 뒤 최근 귀향해 엽기적인 행동으로 주민들을 공포에 몰아넣고 있는 일까지 발생 환자관리 강화가 절실하다는 지적이다. [무등일보 2003.05.13]
- ▶ 수혈로 AIDS에 감염된 사람과 헌혈자 그리고 그가족들의 이름, 주민등록번호, 주소, 전화번호 등이 자세하게 적힌 공문서가 공개 유포돼 가족들이 인권침해라며 적십자사에 항의.[한겨레 2003.08.26]
- ▶ 충남 천안시가 관내 외국인 근로자 전원을 대상으로 내국인들에게는 인권을 이유로 본인의 동의없이 실시하지 않는 AIDS 및 성병 등의 감염여부를 검진키로 해 인권침해 논란을 빚고 있다.[중앙일보 2003.09.05]
- ▶ 일부 대형병원들이 환자에게 법률로 금지된 입원보증금 명목으로 선수금을 요구해 온 것으로 드러나 물의를 빚고 있다. 서울 Y병원과 S병원 등은 백혈병과 후천성면역결핍증(AIDS)환자 등에게 300만-3,000만원의 입원보증금을 요구한 것으로 드러났다.[문화일보 2003.09.26]
- ▶ AIDS 감염인이 급격히 증가하고 있는데도 이들에 대한 사후관리에 구멍이 뚫려 AIDS 확산에 무방비라는 주장이 제기, 42명의 AIDS 감염인의 소재가 파악되지 않아 보건당국의 관리에서 벗어난 것으로 확인돼 이들에 대한 AIDS 전파가 우려된다고 보도하여 감염인들은 국가관리가 없이는 모두 AIDS를 전파하는 비양심적인 사람들로 매

도.[미디어다음 2003.09.30]

- ▶ AIDS 감염 알고도 출산 충격, 현행 AIDS예방법은 AIDS 감염인이 아이를 낳지 못하도록 강제할 근거가 없다는 식의 보도로 감염인에게는 인간의 고유한 권리인 임신과 출산에 대해서도 강제하는 것이 마땅한 것처럼 여론을 유도.[2003. 10.18]
- ▶ AIDS 감염인의 군 복무를 면제하는 것은 감염인의 건강관리를 위한 배려이지 AIDS 감염을 막기 위한 방역의 목적이 아니어야 마땅함에도 'AIDS 감염인 1명과 감염이 심각히 우려되는 판정보류자 5명이 현재 군부대에서 복무를 하고 있거나 최근 제대한 것으로 밝혀져 AIDS 방역에 구멍이 뚫린 것으로 드러났다고 일방적인 보도.[YTN 2003.10.18]
- ▶ AIDS 감염을 비판해 온 50대 남자가 자녀들이 감염사실을 알까 고민하다 스스로 목숨을 끊었다.[연합뉴스 2003.10.22]
- ▶ AIDS 감염을 비판한 40대 남자가 자신의 집에서 스스로 목숨을 끊음.[2003.11.03]
- ▶ 입원 중이던 AIDS환자가 실종되자 경찰에서 수배를 내렸고 언론에서 감염인은 당연히 고위험 행위자로 수배를 내리는 것이 당연하다는 논조로 감염인을 범죄자인 듯이 다룸, 그러나 환자는 이를 후 감염사실을 비판하여 투신자살한 상태로 발견.[YTN 2003.11.03]
- ▶ 경기도내 후천성면역결핍증 감염인 수가 매년 늘어나고 있지만 감염인의 전출입이 비교적 자유롭고 AIDS를 법정전염병 3군으로 구분, 관리하는 등 방역체계에 우려를 표시하는 목소리가 높다.[수원=뉴시스 2003.11.22]
- ▶ 'AIDS 편견 한국은 중증' 우리나라 사람들의 AIDS에 대한 차별의식은 유럽 사람들에 비해 훨씬 심한 것으로 나타났다. 감염인 격리를 48%로 유럽 10%선과 대조.[한겨레신문 2003.11.30]
- ▶ 이 세상에 병 걸리고 싶어 걸리는 환자가 있을까? 그러나 한국에선 병자가 죄인 취급을 받는다. 후천성면역결핍증은 천형으로 불렸던 한센씨병 만큼이나 공포의 대상이어서 현대판 천형의 이름까지 얻었

다..... 일반의 인식은 아직 원시적 수준이다.[세계일보 2003.12.01]

- ▶ '병원도 못가는 AIDS 환자' 2003년 12월 복통을 호소하며 응급실을 찾은 20대의 한 감염인이 대학병원 등 서너곳의 문을 두드렸으나 의사들이 바쁘다는 핑계로 거부당하거나 심지어 수술이 약속되었다가 감염사실 알고는 태도 돌변하여 수술거부.[YTN 2003.12.13]
- ▶ 아파트에 모여 사는 환자들인데 치료비가 없으니 돈을 입금하지 않으면 AIDS를 퍼뜨리겠다는 내용의 협박 편지가 관공서에 배달돼, AIDS에 대한 사회의 부정적 인식과 공포를 이용해 일어난 사건.[중앙일보 2003.12.25]

전 인류는 힘을 합하여 한 목소리로 HIV/AIDS의 예방과 퇴치를 외치고 거액의 예산을 투입하여 치료제나 예방약의 개발에 힘쓰고 있다. 이러한 현실에서 HIV/AIDS에 대한 오해가 사라지고 HIV 감염인의 인권이 회복되어 HIV 감염인들이 스스로 HIV 감염사실을 밝히는 사회 분위기가 조성되어야 하는 가장 큰 이유는 HIV 감염인들의 사람으로서의 당연한 권리이기도 하려니와 HIV/AIDS의 예방을 위한 첩경이다. 서두에서도 언급한 것처럼 우리나라의 HIV 감염인은 정부의 공식통계로 파악되는 수에 미확인 HIV 감염인 수가 더 많을 것이라고 추정되고 있다. 이는 모르는 상태에서 HIV/AIDS를 전파하는 수가 더 많다는 의미이다. AIDS는 HIV 감염인으로부터 전파된다. HIV 감염사실을 밝히고도 질적인 삶이 보장되어야 만이 사회일반은 HIV/AIDS 검사에 두려움 없이 응할 것이며 스스로 검사를 통해 감염사실을 확인하고 전파방지에 힘쓰게 될 것이다.

제6장 인권보장을 위한 법·제도 개선의 기본원리

제1절 법제도개선의 기본원리

일반론적인 의미에서, HIV 감염인의 인권이 침해되고 있으며, 이들의 인권을 보장하여야 한다는 말을 법적인 개념으로 이해한다면, 이는 우리나라 헌법이 모든 국민에 대해서 보장하고 있는 기본권을 충실하게 보장하여야 한다는 말과 동일한 의미가 된다. 또한 헌법은 국가의 최고규범으로서 입법·사법·행정을 규율하며, 이러한 최고규범으로서의 성질에 의하여 입법부에서 법률을 제정할 경우 헌법의 이념 및 기본권에 기속된다는 의미에서 법률 개정의 기본원리로서 작용하게 된다.

우리나라 헌법이 보장하고 있는 기본권의 분류와 관련해서는 학자마다 다소간의 차이는 있으나 개괄적으로 분류하면 크게, ① 포괄적 기본권, ② 자유권적 기본권, ③ 생존권적 기본권, ④ 청구권적 기본권, ⑤ 참정권적 기본권으로 분류할 수 있다.

- 1) 포괄적 기본권에는 ① 인간존엄권(행복추구권, 생명권, 성적자기결정권)과 ② 평등권이 있으며,
- 2) 자유권적 기본권에는 ① 신체의 자유, ② 사회·경제의 자유(거주 이전의 자유, 주거의 자유, 직업선택의 자유, 사생활의 비밀과 자유), ③ 정신적 자유가 포함되고,
- 3) 생존권적 기본권 속에는 ① 인간다운 생활을 할 권리, ② 교육을 받을 권리, ③ 근로의 권리, ④ 보건에 관한 권리가 그 대표적인 내용을 이루고,
- 4) 청구권적 기본권에는 ① 청원권, ② 재판청구권, ③ 국가배상청구권이 있으며,
- 5) 참정권적 기본권으로는 ① 선거권, ② 공무담임권 등을 들 수 있다.

이 중에서 HIV 감염인의 인권상황과 관련이 깊은 기본권인 평등권, 생명권, 주거 및 거주이전의 자유, 사생활의 자유, 보건의 관련 권리, 인간다운 생활을 할 권리 등을 중심으로 HIV/AIDS 예방법 개정의 기준 내지 방향을 제시하는 지도원리에 관하여 논의하고, 마지막으로 공중보건의 보장을 위한 HIV 감염인의 기본권제한 원리에 관하여 살펴 고자 한다.

1. 인권보장의 방법적 기초로서의 平等權

가. 입법기준으로서의 평등원리의 의의

HIV 감염인의 인권과 관련하여 가장 큰 문제로 지적되고 있는 것이 사회적 차별과 낙인의 문제이다. 우리 헌법은 ‘인간으로서의 존엄과 가치’를 그 핵으로 하면서, 이의 실현을 증대시키기 위하여 “누구든지 성별, 종교, 또는 사회적 신분에 의하여 정치적·경제적·사회적·문화적 생활의 모든 영역에 있어서 차별을 받지 아니”하고(헌법 제11조제1항), 모든 생활영역에 균등하게 참여할 수 있는 기회를 보장함으로써 기본권실현의 방법적 기초가 어디에 있으며 기본권실현의 방향이 어떠해야 하는 것인가를 분명히 밝히고 있다.

따라서 HIV 감염인이라는 이유만으로 이들을 차별하는 법령이나 제도가 존재한다면 이는 마땅히 개선되어야 할 것이다.

나. 평등권의 내용과 기능

기본권실현의 방법적 기초인 동시에 기본권실현의 방향을 제시해 주는 평등권은 모든 국민에게 여러 생활 영역에서 균등한 기회를 보장해 주는 것을 그 내용으로 한다. 평등권을 통해서 모든 국민에게 기회균등을 보장하는 것은 모든 국민으로 하여금 사회통합과정에 능동적으로 참여케 함으로써 기본권의 생활규범성을 높이고 사회통합을 증대시키는 기능을 한다. 이처럼 평등권은 기회균등을 그 내용으로 하기 때문

에 기회균등의 요청에 반하는 어떠한 자의적인 공권력의 발동도 용납하지 않는다. 또한 기회의 부여에 있어서 실질적 평등을 실현하기 위하여 약자에게는 적극적인 배려를 요구하게 된다⁵²⁾.

다. 평등권의 입법기속 여부

연혁적으로 볼 때 평등권은 법률을 집행하거나 적용하는 과정에서 국가의 공권력으로부터 차별대우를 받지 않을 것을 그 주된 내용으로 했었다. 그러나 1925년을 전후해서 평등권은 집행권과 사법권뿐만 아니라 입법권까지 기속하는 것으로 인식되기 시작해서 오늘날에 와서는 당연히 입법권까지 기속한다는 인식이 하나의 정설이 되었다⁵³⁾. 다만 평등권이 요구하는 평등은 절대적 평등이 아니고 상대적 평등을 뜻하기 때문에 ‘같은 것’과 ‘같지 않은 것’, ‘같이 취급할 사항’과 ‘다르게 취급할 사항’을 결정할 수 있는 넓은 형성의 자유가 입법권자에게 허용된다고 하는 점에 대해서는 이론이 없다⁵⁴⁾. 그러나 입법권자의 형성의 자유가 무제한한 것은 아니기 때문에 정의의 관점에서 자의적이라고 평가될 수 있는 경우까지 형성의 자유에 의해서 정당화되는 것은 아니다⁵⁵⁾.

HIV 감염인의 인권과 관련하여 본다면, 우선 1999년 유엔인권위원회의 <HIV/AIDS에 관한 결의안>에서 “각국은 차별과 낙인을 철폐하기 위한 조치를 마련하여야 한다”는 점을 결의하였고, <직장에서의 HIV/AIDS 대책에 관한 WHO와 ILO의 지침>에 따르면 기본원칙에서 “① HIV에 감염되었으나 건강한 근로자는 다른 동료와 동등하게 대우한다. ② AIDS가 발병한 근로자나 HIV에 감염되어 건강상태가 좋지 않은 근로자는 다른 질병에 걸린 근로자와 동일한 처우를 받아야 한다”고 규정하고 있다. 이것이 입법원리으로서의 평등원칙의 구체적인 기준이 될 수 있을 것으로 본다.

52) 허 영, 헌법이론과 헌법, 박영사, 2000, 465~466면.

53) 허 영, 전제서, 468면.

54) BVerfGE 45, 367, 393.

55) BVerfGE 33, 367, 384; 54, 11, 25.

2. 입법기준으로서 生命權 保障의 原則

가. 인권보장원리로서의 이념적 기초

생명권이라 함은 말 그대로 “삶을 영위할 권리”를 의미한다. 독일과는 달리 생명권에 관해서는 우리 헌법에 명문규정이 없지만 ‘생명권’은 신체적 완전성 및 ‘신체활동의 임의성’을 보장하는 ‘신체의 자유’의 당연한 전제일 뿐 아니라, ‘인간의 존엄성’을 그 가치적인 핵으로 하는 우리나라 기본권질서의 논리적인 기초이다⁵⁶⁾. 인간생존의 가장 기초가 되는 ‘생명에 관한 권리’를 부인하면서 ‘인간의 존엄성’을 논할 수 없고, 생명권이 인정되지 않는 경우에는 신체의 자유를 비롯한 기타의 기본권보장은 실질적으로 무의미해지기 때문이다. 인간의 생명과 유리된 인간의 존엄성을 생각할 수 없는 것처럼, 생명이 없는 인간의 자유와 권리도 생각할 수 없기 때문에, 인간의 존엄성이 기본권적 가치질서의 핵심으로 보장되고, 이러한 인간의 존엄성을 실현시키기 위한 여러 가지의 기본권이 보장되는 헌법질서 내에서 생명권은 명문규정의 유무에 관계없이 당연히 헌법상 보장된 기본적 인권으로서 인정된다⁵⁷⁾.

나. 인간생명의 존귀성과 HIV/AIDS

생명권을 헌법상의 권리로 인정하는 가장 큰 의의는 인간의 생명은 어떠한 경우에도 국가목적의 단순한 수단일 수 없다는 점을 분명히 밝히는데 있다. 따라서 생명권이 보호되는 헌법질서 내에서는 이른바 ‘보호가치 없는 생명’ (Schutzunwürdiges Leben), ‘생존가치 없는 생명’(lebensunwertes Leben)이라는 개념이 정책결정의 동인이 되어서는 안된다. 일례로 독일연방헌법재판소의 판례에 따르면 “태아의 생명권을 경시하는 입법은 무효”라고 판시한 바도 있다. 즉 생명권은 출생이

56) 헌재 1996. 11. 28. 95 헌바 1.

57) 허영, 전거서, 477~478면.

전부터 시작되고 사망함으로써 소멸된다⁵⁸⁾. 아직 온전한 인간으로 태어나지도 못한 태아의 생명권도 보호되고 있는 이상 HIV 감염인 및 환자의 생명권 또한 최대한 보장 받아야 함은 의문의 여지가 없다. 따라서 이들의 생명권을 경시하는 입법은 위헌으로서 무효라 할 것이다.

다. 생명권 침해의 기준과 한계

HIV 감염인의 인권과 관련하여, 법률에 의한 생명권의 침해는 언제나 다른 생명을 보호하기 위한 경우에 국한되어야 하고, 그것도 과잉 금지의 원리에 따라 비례의 원칙, 최소침해의 원칙이 존중되는 선에서 그쳐야 한다. 결국 국가권력이 법률에 의해서 생명권을 침해하는 것은 다른 인간의 생명을 구하기 위한 불가피한 경우에는 비례의 원칙과 최소침해의 원칙이 존중되어야 함은 물론이고 그 침해방법과 절차 면에서도 인간의 존엄성을 존중하는 길을 택하여야 할 것이다. 더 나아가 '특수한 신분관계'(이른바 특별권력관계)에 있는 교도소의 제조자가 HIV 감염인 내지는 환자라 할지라도 이러한 원칙은 존중되어야 한다.

3. 사생활영역에서 AIDS 감염인의 인권보장원리

우리 헌법은 모든 국민의 사생활영역에서 인간의 존엄성이 침해되는 일이 없도록 주거의 자유(제16조), 사생활의 비밀과 자유(제17조) 그리고 통신의 비밀(제18조) 등을 보장함으로써 국민의 사생활이 공간적으로, 내용적으로 최대한으로 보호될 수 있도록 노력하고 있다. 또 개인의 존엄이 존중되는 혼인과 가족생활을 제도적으로 보장하고 있는 것도(제36조제1항) 사생활영역의 보호와 불가분의 관계에 있다.

가. HIV 감염인과 주거의 자유

58) BVerfGE 88, 203, 251.

현행 헌법은 국민의 사생활을 우선 공간적으로 보호해 주기 위하여 주거의 자유를 침해받지 아니할 자유를 규정하면서 주거에 대한 압수나 수색을 할 때에는 반드시 법관이 발부한 영장을 제시하도록 하고 있다. 오늘날 주거의 범위를 되도록 넓게 인정해서 '공간적으로 외부와 구획이 된 모든 사적인 생활공간으로 이해하는 것도 사생활의 양상이 옛날과 달라져서 주택이외의 생활공간으로 확산되어 나가기 때문에 이들 생활공간에서 이루어지는 사생활의 내용도 함께 보호해야 할 필요성이 증대되었기 때문이다. 따라서 주거의 개념에는 거주용의 주택은 물론이요, 호텔의 객실·상점·공장·회사·학교·작업장까지도 포함 된다⁵⁹⁾.

주거의 자유는 사적인 생활공간을 권한 없는 침해로부터 보호하는 것을 그 내용으로 한다. 따라서 거주자의 동의 없이 그의 사적인 생활공간에 들어가는 것은 주거의 자유에 대한 침해이다. 다만, 법치국가적 요청을 충족한다면 행정공무원이 경찰·소방·위생·영업감독 등의 목적으로 개인의 주거에 들어가는 것은 그것이 법률에 근거가 있고 그 행위가 행정상의 목적달성을 위해서 꼭 필요한 합리적인 범위 내의 일이라고 평가될 수 있는 경우에는 주거의 자유에 대한 침해라 할 수 없다⁶⁰⁾.

따라서 HIV/AIDS 관련 예방법제가 주거의 자유를 제한하거나 침해하는 규정(예; HIV 감염인의 거소에 들어가 필요한 조사를 수행하는 경우 또는 거주이전시 반드시 신고하도록 규정하는 경우 등)을 두었다면 이것을 정당화하기 위한 합리적인 이유와 그 행사방법 및 범위가 목적달성을 위하여 필요최소한의 것이어야 한다.

59) 주거의 범위를 이처럼 넓혀서 이해하는 경우 공장·회사·학교·작업장 등에서 구체적으로 누가 주거의 자유의 주체가 되는가의 문제가 되는데, 원칙적으로 그 생활공간의 장(공장장·사장·학교장 등)이 주거의 자유의 주체가 된다고 하는 것이 지배적인 견해이다. 그러나 주택과 호텔 객실의 경우에는 반드시 그 주택이나 호텔의 소유자가 아니라도 현실적인 거주자가 주거의 자유의 주체가 된다(허영, 전게서, 499면.; 권영성, 헌법학원론, 법문사, 2000, 436면).

60) 허영, 전게서, 501면.

나. AIDS 감염인 및 환자의 사생활자유권의 보장원리

프라이버시는 오랫동안 ‘홀로남아 있을 권리’ 혹은 ‘사생활의 보호’라는 좁은 의미로 해석되었으나 최근에는 정보주체의 자기정보결정권이라는 의미로 해석되고 있다. 즉 개인이 자신의 어떤 정보가, 누구에 의해, 어떻게 수집되고, 어떻게 보관되며 어떻게 이용되는가에 대해 스스로 결정할 수 있는 권리로 인식되고 있다. 진료정보와 관련되어 프라이버시에 대한 사항은 아직 본격적으로 논의되지 않고 있으며, 정보통신분야 등에서는 정보통신사업자의 회원 모집시 주민등록번호 대신 전자서명인증으로 대체하는 방안, 프라이버시 영향평가제 도입방안, 독립적인 프라이버시 보호기구의 설치, NEIS 갈등에서 제기된, “자기정보삭제청구권제도 도입, 사전에 동의 받은 사람들만 대상으로 스팸메일을 보낼 수 있는 옵트-인(opt-in)제도 도입 등의 제도화가 검토되고 있다. 보건의료분야에서는 프라이버시에 대하여는 미국의 HIPAA(Health Insurance Portability and Accountability Act, 1996)의 사례를 자주 인용한다⁶¹⁾.

HIPPA의 프라이버시규정은 환자의 의무기록사용권과 공개를 제한할 권리, 의료정보가 공개될 경우 통지를 받을 권리, 의무기록의 사본을 받을 수 있는 권리, 기록 공개의 이유를 설명받을 권리, 그리고 자신의 의무기록의 수정을 요청할 권리 등이 주요 내용이라고 하겠다⁶²⁾. 이러한 사생활의 비

-
- 61) 박윤형, 진료정보와 국민사생활보호정책의 현황과 전망, 한일의료법세미나 자료집 (2005. 3. 24), 한국의료법학회, 7면.; 의료정보의 공개 및 보호와 관련하여 상세히는, 양충모, 진료정보에 관한 법적 연구, 의료정책연구소 연구보고서, 2004. 2., 참조.
- 62) 이의 내용을 구체적으로 살펴보면, ① 환자들이 자신의 의무기록을 보고, 수정을 요구하고 자료를 가질 권리인 환자의 권한(Consumer Control) ② 환자의 프라이버시를 침해했을 때는 25만달러 이하의 벌금 또는 10년이하의 징역에 처하는 법적인 책임(Accountability) ③ 공중위생보호, 의학연구의 수행, 치료의 질향상, 의료사기의 방지 등 국가적으로 우선시되는 사항은 프라이버시 보호 보다 먼저 공적인 의무(Public responsibility)를 이행하도록 한다. ④ 환자의 신원정보의 사용은 치료와 지불을 포함한 의료의 목적으로만 제한되며 고용·해고·진급과 같은 비의료의 목적으로 사용되는 것을 제한하는 사용제한의 범위(Boundaries) 설정 ⑤ 의료정보를 위탁받은 기관은 명확한 절차를 수립하는 보안(Security)대책을 수립하는 것의 5가지 원칙에 의하여 운영되고 있다(박윤형, 상계논문, 8면).

밀과 자유는 HIV 감염인의 인권과 관련하여서도 커다란 의미를 가지며, 중요한 기본권 중에 하나라 할 수 있다. 왜냐하면 HIV 감염인이 가장 꺼리는 것 중의 하나가 자신의 병명이 노출되어 사회적 차별과 낙인에 시달리는 것이기 때문이다.

(1) 사생활의 비밀과 자유의 의의

사람은 누구나 자기 스스로의 뜻에 따라 삶을 영위해 나가면서 개성을 신장시키기를 바라고 때문에 사생활의 내용에 대한 외부적인 간섭을 원치 않을 뿐 아니라, 다른 사람에게 알리고 싶지 않은 '나만의 영역'을 혼자 소중히 간직하기를 바라고 때문에 나만의 영역이 자신의 의사에 반해서 남에게 알려지는 것을 원치 않는다. 이처럼 사생활의 내용과 양상이 나의 뜻에 따라 정해지고 '나만의 영역'이 나에게만 간직될 수 있는 것을 사생활의 자유와 비밀이라고 말한다⁶³⁾.

이와 같은 사생활의 비밀과 자유는 인간의 최소한의 조건이다. 따라서 사생활의 내용에 대해서 외부의 간섭을 받게 되고, 나만의 영역이 타인에 의해서 외부에 공표되었을 때, 사람은 누구나 인간의 존엄성에 대한 침해 내지 인격적인 수모를 느끼게 된다. 따라서 HIV 감염인 자신의 질병에 관한 비밀은 사적인 비밀로서 최대한 보호되어야 한다. 그 구체적 내용으로는 사생활의 비밀의 불가침과 사생활의 자유의 불가침이 있다.

(2) 사생활의 비밀의 불가침

사생활의 비밀은 사생활을 공개당하지 아니할 권리로서, ① 사적 사항(공개하고 싶지 않은 것)의 공개, ② 명예나 신용을 훼손하는 공표⁶⁴⁾, ③ 인격적 징표(본인에게 고유한 속성)의 타인에 의한 이용 등 비밀영역 또는 인격적 영역의 불가침을 그 내용으로 한다⁶⁵⁾.

63) 허 영, 전게서, 502면.

64) 이는 허구의 사실을 공표하거나 사실을 과장 또는 왜곡하여 공표함으로써 세상 사람으로 하여금 특정인을 오해하도록 하여서는 아니된다는 것을 의미한다. 그 오해의 정도는 社會通念上 受忍할 수 없는 정도의 것이라야 한다

65) 권영성, 전게서, 426면.

이중 특히 개인에 관한 난처한 사적 사항의 불가침의 원칙은 본인이 비밀로 하고자 하는 개인에 관한 사적 사항은 신문 · 잡지 · 영화 · TV 등 매스미디어가 사실을 사실대로 공개하는 것도 ‘원칙적으로’ 허용되지 아니한다는 것을 의미한다. 이는 특히 AIDS 환자와 관련된 언론상의 각종 보도나 공표와 관련하여 의미가 있다.

(3) 사생활의 자유의 불가침

사생활의 자유는 사생활의 자유로운 형성과 전개를 방해받지 아니할 권리로서, ① 자신의 원하는 방식의 사생활을 적극적으로 형성하고 전개하는 것과 ② 평온한 사생활의 유지를 방해 또는 간섭받지 아니하는 것(도청 · 감시 · 도촬 등으로부터의 자유)을 내용으로 한다⁶⁶⁾.

(4) 개인정보보호 및 자기정보의 관리통제

프라이버시(Privacy)가 자신의 정보가 다른 사람에게 알려지지 않을 권리라면, 개인 정보보호의무(Confidentiality)는 개인 정보를 다루는 관련 전문가가 다른 사람의 정보를 보호해야 하는 의무이다. 개인정보보호의무는 여러 사람이 data를 공유할 때 발생하는 문제이기 때문에 법제도적 측면과 아울러 정보통신의 기술적 측면에서도 보장되어야 한다⁶⁷⁾.

또한 넓은 의미에서의 자기정보관리통제권이라 함은 자신에 관한 정보를 보호받기 위하여 자신에 관한 정보를 자율적으로 결정하고 관리할 수 있는 권리를 말한다⁶⁸⁾. 이러한 의미에서의 자기정보관리통제권은 ① 자신에 관한 정보를 함부로 침해당하지 아니하고(자기에 관한 정보의 자율적 결정권 또는 자기에 관한 정보를 수집 · 분석 · 처리하는 행위를 배제해 주도록 청구할 수 있는 권리), ② 자신에 관한 정보를 자유로이 열람하며(자기정보접근권 · 자기정보열람권), ③ 자신에 관한 정보의 정정 · 사용중지 · 삭제 등을 요구할 수 있고, ④ 이러한

66) 권영성, 전거서, 427면.

67) Vgl. S. Hetmank, Einführung in das Recht Datenschutzes, JurPC Web-Dok. 67/2002. Abs. 1. (<http://www.jurpc.de/aufsatz/20020067.htm>).

68) 권영성, 전거서, 428면.

요구가 수용되지 않을 경우에 불복신청이나 손해배상을 청구할 수 있음을 그 내용으로 한다⁶⁹⁾.

의료분야에서의 일반적인 개인정보보호의 문제에 관하여 살펴보면, 진료정보의 경우 의료법(제19조)에 “의료·조산 또는 간호에 있어서 지득한 타인의 비밀을 누설하거나 발표하지 못한다”고 규정되어 있고, 동법 제20조에는 “의료인 또는 의료기관의 종사자는 환자에 관한 기록의 열람, 사본교부 등 그 내용확인에 응하여서는 아니 된다”는 규정을 두고 있다⁷⁰⁾. 이러한 보호는 HIV 감염인의 경우 더욱 강하게 보장받아야 한다. 왜냐하면 이들은 일반적인 환자에 비하여 그 사회적 차별이나 낙인이 더욱 심하기 때문이다. 더욱이 HIV/AIDS 예방법에는 HIV 감염인에 대한 다양한 감시체계와 신고 보고체계를 법으로 규정하고 있으나 이러한 정보에 대해서 감염인 자신의 정보통제권에 관하여는 전혀 그 법적인 근거를 두고 있지 않다.

4. 적정한 사회적 보호의 원리

가. 사회적 보호의 필요성

HIV 감염인이 생활하다 보면 여러 가지 예기치 못한 위험(예컨대 질병·상해·실업 등)을 당하게 되거나 또는 그 위험이 비록 예기할 수 있는 경우라 하더라도 이를 피할 수 없는 경우가 있다. 이와 같은 사회적 위험을 당면하게 되는 사람이 피부양가족을 가지고 있는 경우에 그 파급되는 영향은 더욱 크다. 여기에서 이와 같은 사회적 위험으로부터 개인과 그의 피부양가족을 보호하여 위와 같은 사회적 위험이 현실화 된다 하더라도 당황함이 없이 계속 인간의 존엄성을 유지할 수 있게 하여 줄 필요성이 존재한다. 왜냐하면 사회는 결국 이러한 개인들로 구성되어 있는 것이고, 그 구성원인 개인의 안정 없이는 사회의

69) 개인정보보호와 관련하여 상세히는 길준규, 정보사회에서의 개인정보보호, 호남대학교 출판부, 2004. 참조.

70) 박윤형, 전계논문, 9면.; 양충모, 전계서, 38면 이하 참조.

안정 또한 확보할 수 없기 때문이다.

또한 HIV 감염인의 경우에는 사회적 약자인 경우가 많다. 예컨대 심신의 장애(장애자, 노인, 마약중독자 등)나 사회적·문화적 조건(미혼모, 윤락여성 등) 등으로 생활능력이 없거나 자기와 피부양자의 부양에 필요한 소득을 갖지 못하는 수가 있다. 이러한 사회적 약자들은 사회적 보호 없이는 사회로부터 소외되어 있게 되며 사회구성원으로서의 지위를 갖기 어렵게 된다. 이러한 사회적 약자는 그들 스스로의 힘으로는 그러한 요보호상태로부터 벗어나기 어려운 경우가 많기 때문에 국가가 그들의 보호를 위하여 적극 관여하여야 한다⁷¹⁾.

그러므로 HIV 감염인에 대한 사회적 제위험으로부터의 보호는 현재 직업을 가지고 있는 자이거나 가지고 있지 못한 사회적 약자이거나를 불문하고 모두에게 적용된다. 다만 그 보호의 범위 및 한계가 어디까지 인가하는 점이 문제된다.

나. 사회적 보호의 허용범위로서 「인간다운 생활의 보장」

HIV 감염인의 인권보장의 문제로서 사회적 보호의 허용범위는 헌법이 규정한 ‘인간다운 생활의 보장’(헌법 제34조제1항)에 있다. 그러나 인간다운 생활이란 구체적으로 무엇을 의미하는가 하는 것이 문제된다. 통상 사회보장법이 목표로 하고 있는 인간다운 생활의 보장이란 의료보장과 소득보장이 그 중심 개념이 되며 또 사회적 약자로 하여금 사회에 복귀할 수 있게 함을 의미한다.

여기서 의료보장이란 사후치료뿐만 아니라 사전예방도 포함하므로 이것은 결국 건강보장을 의미하며, 소득보장은 적어도 인간의 존엄성을 유지할 수 있도록 하는 생활비의 보장이며, 더 나아가 인격의 개발이란 교육과 직업의 기회균등을 의미한다⁷²⁾.

따라서 HIV 감염인에 대해서도 이러한 인간다운 생활권의 보장은 필수적인 것이며, 이러한 보장체계를 갖추지 못한 HIV/AIDS 예방법제

71) 이상광, 사회법, 박영사, 2002, 366면.

72) 이상광, 전게서, 367면.

는 위헌적인 것이라 할 수 있다.

다. 사회적 보호의 시간적 범위로서 「예방적 보호」

사회적 보호는 要保護狀態가 발생한 이후에야 비로소 관여하게 되는 사후적인 것인가 또는 요보호상태가 발생하기 이전이라도 그를 미연에 방지하기 위하여 사회적 보호를 이유로 개인생활에 관여할 수 있는 사전적인 것인가의 문제가 발생한다. 이 문제는 자유권의 제한과 관련하여 ‘사회보호의 법적 한계’를 결정짓는 중요한 문제이다⁷³⁾.

사회적 보호는 대부분의 경우 사후적이다. 그러나 사회적 보호를 사후적으로만 본다면 사회보장의 재정이 불필요하게 확대될 것이다. 따라서 요보호상태의 발생을 사전에 방지함으로써 나중에 필요하게 될 비용의 증가를 피할 수 있게 된다. 오늘날 예방의학의 발달, 사회예방 조치의 발달 등은 요보호상태 발생의 방지를 위한 개별적·집단적 조치를 취하는데 커다란 도움이 되고 있으며, 그것은 나아가 장기적인 안목에서 볼 때 사회보장의 재정을 절약시키는 효과가 있다 (HIV/AIDS에 관한 바른 홍보, 예방교육, 감염인의 직업알선 및 직업 훈련 등).

다만, 여기서 주의할 점은 예방적 성격을 가진 사회적 보호가 HIV 감염인에게 강제와 결부되어 이루어지는 경우에는 그것이 자유권의 침해로 가져올 수 있다는 점이다. 그러므로 사회적 보호의 예방성은 당해 당사자의 자유권적 기본권을 침해하지 않는 일정한 한계 내에서 이루어져야 한다.

5. 보건에 관한 인권보장의 원리

우리 헌법은 국민의 건강한 생활을 보장하기 위해서 보건에 관한 규정을 두고 있다. “모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다”(헌법

73) 이상광, 전거서, 371면.

제36조 제3항)고 한 것이 바로 그것이다.

가. 보건에 관한 기본권보장의 의의

국민보건에 관한 이 헌법적 배려는 우리 헌법질서의 핵심적인 가치라 볼 수 있는 인간의 존엄과 가치를 건강생활영역에서도 존중하기 위한 구체적인 표현이라고 볼 수 있다. 그뿐 아니라 모든 국민이 건강하고 쾌적한 환경에서 생활을 누리는 것은 개인적인 행복추구의 한 내용이 될 수도 있기 때문에 ‘보건에 관한 권리’(Grundrecht auf Gesundheit)는 헌법이 보장하고 있는 행복추구권과도 불가분의 이념적 관련을 가지고 있다. 따라서 보건에 관한 헌법규정은 건강하고 위생적인 생활환경을 조성함으로써 모든 국민이 가정과 사회에서 ‘질병의 노예’가 되지 않고 개성을 신장시키며 행복을 추구할 수 있도록 적극적인 보건정책을 펴나갈 국가의 의무를 수반하는 국민의 권리라고 보아야 한다⁷⁴⁾.

나. 보건에 관한 권리의 내용

보건에 관한 권리는 국민이 자신과 가족의 건강생활에 대해서 국가의 보호를 받을 수 있는 것을 그 내용으로 한다. 구체적으로는 국가권력에 의한 건강생활의 침해금지와 건강생활의 침해에 대한 국가의 적극적인 보호 의무를 그 내용으로 한다. 따라서 국가는 그 스스로의 공권력작용에 의해서 국민의 건강한 생활을 침해하지 말아야 함은 물론이고, 필요한 경우에는 그 형벌권을 발동해서라도 국민의 건강생활을 해치는 행위를 막아 주어야 한다⁷⁵⁾.

예컨대, 각종 전염병에 대한 예방접종을 실시하고, 전염병환자를 격리시키고, 전염병오염지역에 대해서 소독을 실시하며, 보건경찰상의 이유로 전염병지역에서의 집회를 금지하고,接客업소 종업원들에게 정기적인 건강진단을 실시하는 등의 행위도 같은 맥락에서 이해할 수 있다. 또한 현행 모

74) 허 영, 전거서, 560~561면.

75) 허 영, 전거서, 561면.

자보건법이 嬰幼兒의 건전한 발육을 도모하기 위해서 그 건강관리에 필요 적절한 조치를 국가에게 명하고(제3조, 제5조), 임신부의 안전분만과 건강을 위해서 국가가 협조하도록 정하고 있는 것(제11조)도 모두 국가의 적극적인 건강보호의무에서 나오는 당연한 결과를 규정한 것이다.

다. 보건에 관한 권리주체의 의무

‘보건에 관한 권리’를 가지는 모든 기본권주체는 나의 생활영역으로부터 타인의 건강을 해치는 원인이 발생하지 않도록 국가의 국민보건을 위한 여러 가지 시책에 협조하고 국가의 조치를 감수할 의무를 진다. 그 이유는 그렇게 하는 것이 바로 나의 건강을 지키는 길인 동시에 국민건강에 도움이 되기 때문이다. 예컨대, 전염병예방법에 따라 실시되는 건강진단과 예방접종(제8조제2항과 제9조)을 受忍하고 申告義務(제5조)를 이행하며, 결핵 예방법에 따른 환자의 就業制限措置(제23조)를 감수하는 것 등이 그것이다.

그러나 공중 보건과 관련하여 국민에게 과하여지는 여러 가지 의무는 국민보건의 관점에서 합리적이라고 판단될 수 있는 필요최소한에 그쳐야 한다는 원칙은 철저히 준수되어야 한다. 따라서 이와 유사한 조치가 국민보건의 견지에서 HIV 감염인에게 부과될 수 있지만, 이 경우에도 기본권의 본질적 내용을 침해함으로써, HIV 감염인의 기본권을 유명무실하게 한다면, 이는 위헌적인 입법이자 위헌적인 행정처분이 될 것이다. 그러므로 헌법의 범위 내에서 인정될 수 있는 HIV 감염인의 기본권 제한원리가 입법정책에 있어서 매우 중요한 원리로 논의되게 된다.

6. HIV 감염인의 기본권 제한 원리

가. 기본권제한의 필요성

국민의 기본권은 국가의 안전보장 · 질서유지 및 공공복리를 위하여 ‘필요한 경우’에 한하여 법률로서 제한될 수 있다. 따라서 HIV/AIDS

의 인권 또한 공공복리나 질서유지와 같은 사유에 의해서 제한될 수 있다. 그러나 이러한 경우에 있어 문제되는 것은 필요한 경우의 범위를 어떻게 판단할 것인가 하는 문제이다. 여기서 필요한 경우는 국가 안전보장·질서유지·공공복리를 위하여 그 제한이 불가피한 경우이어야 하며, 또 제한이 최소한으로 그쳐야 한다는 것을 의미한다. 이것을 기본권제한에 있어서 비례의 원칙이라고 한다⁷⁶⁾.

나. 기본권제한의 판단원리로서 비례의 원칙

개인의 기본권과 공익(공공복리)과의 조정을 위한 이론으로는 기본권을 보장하는 경우에 발생하는 개인적 이익과 기본권을 제한하는 경우에 발생하는 사회적 이익을 비교하여 양자간의 균형을 유지하려고 하는 이익형량의 이론이나, 경제적 자유에 대한 정신적 자유의 우월적 지위를 인정하여 특히 그 제한을 엄격히 하려는 사전억제금지, 기본권 제한입법의 명확성과 합리성의 요구, 명백하고 현존하는 위협의 범리 등이 제시되고 있다.

이 중에서 우리 헌법재판소는 비례의 원칙을 과잉금지의 원칙이라고도 부르면서 과잉금지의 원칙의 네 가지 요소로서 ① 목적의 정당성, ② 방법의 적절성, ③ 피해의 최소성, ④ 법익의 균형성을 들고 있다⁷⁷⁾.

특히 국가작용 중 입법작용에 있어서의 과잉입법금지의 원칙이라 함은 “국가가 국민의 기본권을 제한하는 내용의 입법활동을 함에 있어서 준수하여야 할 기본원칙 내지 입법활동의 한계를 의미하는 것으로서 국민의 기본권을 제한하려는 입법의 목적이 헌법 및 법률의 체계상 그 정당성이 인정되어야 하고(목적의 정당성), 그 목적의 달성을 위하여 그 방법이 효과적이고 적절하여야 하며(방법의 적절성), 입법권자가 선

76) F. Ossenbühl, Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit in der Verwaltungsgerichte, Jura 1997, S. 618ff.

77) 행정처분에 있어서의 비례의 원칙과 관련하여 상세히는 장태주, 행정법개론, 현암사, 2005, 56면 이하 참조.

택한 기본권제한의 조치가 입법목적달성을 위하여 설사 적당하다 할지라도 가능한 한 보다 완화된 형태나 방법을 모색함으로써 기본권의 제한을 필요최소한도에 그치도록 하여야 하며(피해의 최소성), 그 입법에 의하여 보호하려는 公益과 私益을 비교형량할 때 보호되는 법익이 더 커야 한다(법익의 균형성)⁷⁸⁾는 것을 의미 한다⁷⁸⁾.

다. 이익형량의 구체적인 방법

HIV 감염인의 이익과 공공이익이 충돌하는 경우 일반적인 판단에 따르면 다수인의 공익을 우선시하게 된다. 그러나 HIV 감염인은 항상 소수이며 사회적 계층구조라는 측면에서도 상위의 우월한 지위를 점하고 있다고 볼 수 없다. 따라서 이러한 경우에는 특수한 이익형량이 이루어질 수밖에 없다. 이러한 이익형량의 기준으로는 이중기준의 이론과 자유우선의 이론 등이 고려될 수 있다⁷⁹⁾.

(1) 二重基準의 理論

이것은 United States v. Carolene Products Co. 사건(304 U.S. 144)에서 Stone판사가 주장한 이론이다. 이에 따르면 “정신적 자유는 민주적인 정치과정에 불가결의 권리이므로 이를 규제하는 부당한 입법이 제정되면 민주정치의 과정 그 자체에 의하여 교정하는 것은 불가능하다. 따라서 법원이 위헌심사를 함에 있어서는 민주정치의 과정에 의한 부당한 입법의 개폐를 기대할 수 있는 경제적 자유를 규제하는 입법의 경우와는 합헌성추정의 원칙과 결부된 합리성의 기준은 타당하지 않으며 보다 엄격한 기준에 의하여 심사되어지지 않으면 안된다. 또 소수자의 권리를 제약하는 입법에 있어서도 같은 고려가 행하여진다”고 하였다. 따라서 사회적 소수자 내지 약자에 관련한 입법에 있어서는 우선적 효력이 인정된다.

78) 헌재 1992. 12. 24. 92헌가8; 헌재 1997. 3. 27. 95헌가17.

79) 김철수, 헌법학개론, 박영사, 2000, 320~321면.

(2) 自由優先理論

자유주의적 인권관을 채택하고 있는 사람은 자유와 평등, 자유와 생존 등이 충돌하는 경우 의심스러울 때에는 자유를 우선시켜야 한다고 주장한다. 이러한 in dubio pro liberta의 원칙은 사회적 법치주의, 복리주의를 취하고 있는 오늘날에는 일정한 변화를 보이고 있다. 즉 자유와 평등이 충돌하는 경우 자유와 평등을 조화시키는 것이 우리 헌법의 입장이라고 할 것이다⁸⁰).

(3) 必要最小限度의 規制手段의 선택이론

기본권의 제한은 필요최소한도의 규제수단(less restrictive alternative)을 채택하여야 한다는 원리이다. 이 원칙은 표현의 자유의 제한이론에서 나온 것이지만 헌법재판소는 “입법자는 공익실현을 위하여 기본권을 제한하는 경우에도 입법목적 실현하기에 적합한 여러 수단 중에서 되도록 국민의 기본권을 가장 존중하고 기본권을 최소로 침해하는 수단을 선택하여야 한다”고 하여, 이 원칙을 일반적으로 적용하고 있다⁸¹).

80) 김철수, 상계서, 321면.

81) 헌재 1998. 5. 28. 96헌가5.

제7장 HIV 감염인의 인권보장을 위한 법·제도 개선 방안

제1절 AIDS 예방법의 내용과 문제점

1. AIDS 예방법제의 목적과 기능

에이즈예방법제⁸²⁾의 첫째 목적은 HIV 감염인의 인권보장과 HIV/AIDS의 예방을 통하여 국민의 건강권을 확보하는 것이다. HIV 감염인의 인권과 관련하여 가장 중요하게 다루어지는 것은 감염인의 평등권을 적극적으로 실현하여 줌으로써 인간존엄과 가치를 보장하여 주는데 있다. 이를 통하여 HIV감염인도 HIV에 감염되지 않은 비감염인과 다름없이 행복을 추구하고 스스로의 사생활을 보장받으며 삶을 영위하도록 하는데 있다. 더불어 지속적인 HIV/AIDS 예방활동을 통하여 HIV/AIDS의 확산을 방지하는 것이 또 하나의 목적이라 하겠다.

이러한 헌법적 요구에 따라서 현행 후천성면역결핍증예방법 제1조에는 동법의 목적을 “후천성면역결핍증의 예방과 그 감염인의 보호·관리에 관하여 필요한 사항을 정함으로써 국민건강의 보호에 두고 있음”을 분명히 밝히고 있다. 따라서 에이즈예방법제는 AIDS의 예방뿐만 아니라 HIV 감염인의 인권보장에 충실하여야 한다. 이하에서는 이러한 목적 및 제5장 제1절에서 살펴본 법제도개선의 기본원칙을 준거로 하여 HIV/AIDS 관련 법제의 한계 및 개선방향에 관하여 논하고자 한다.

82) 이 보고서에서 에이즈예방법제라 함은 후천성면역결핍증의 예방과 관련된 법률 및 제도를 의미하고, 에이즈 예방법이라 함은 후천성면역결핍증 예방법을 의미한다.

2. AIDS 예방법의 내용 및 한계

가. AIDS 예방법의 연혁

우리나라는 1987년 11월 18일 법률 제3943호로 <후천성면역결핍증예방법>(이하 'AIDS 예방법'이라 함)을 제정한 이래 최근 동 법률을 개정(1999. 2. 8)하였다. 후천성면역결핍증 예방법의 개정연혁을 보면,

- 1987. 11. 28. 법률 제3943호로 제정 · 공포되어
- 1988. 12. 31. 법률 제4077호로 1차 개정되었으며,
- 1995. 12. 30. 법률 제5135호로 다시금 개정되어,
- 1999. 02. 08. 법률 제5840호의 제3차 개정 법률에 의하여 오늘에 이르고 있다.

이와 같이 많은 문제의 개선을 위하여 제정 이후 3차례에 걸친 개정이 이루어졌음에도 불구하고 아직도 끊임없이 인권침해에 대한 위헌논란 및 문제제기가 이루어지고 있다. 이하에서는 AIDS 예방법의 중요내용 및 이러한 문제제기의 주요 내용을 개관하여 보고자 한다.

나. AIDS 예방법의 적용범위(HIV 감염인의 범위)

동법 제2조에서는 '인간면역결핍바이러스에 감염된 자'에 대하여 다음과 같이 분류하고 있다.

- ① 후천성면역결핍증환자 : 인간면역결핍바이러스에 감염된 후 인체의 면역기능이 저하되어 대통령령이 정하는 후천성면역결핍증 특유의 임상증상이 나타난 자
- ② 병원체보유자 : 인간면역결핍바이러스를 보유하고 있는 자
- ③ 항체양성반응자 : 인간면역결핍바이러스에 감염되어 항체가 형성된 자.

따라서 AIDS 예방법은 AIDS 환자는 물론이고 HIV에 감염된 자 모두를 '인간면역결핍바이러스에 감염된 자'라고 정의 할 뿐만 아니라 적

용상에 있어서도 동일하게 취급함으로써 AIDS 환자와 HIV 감염인 모두가 동일한 위험과 피해를 가지고 있다는 사회적 편견을 유발할 위험을 내포하고 있다는 문제가 있다.

다. AIDS 예방법의 법률관계

AIDS 예방법은 그 법적 성질이 행정법에 속하며, 주된 법률관계는 ① 국가와 지방자치단체 상호간의 행정조직법적 관계, ② 국가 및 자치단체와 HIV 감염인 상호간의 공법상의 권리·의무관계를 정한 행정작용법적 관계로 이루어져있다. 또한 동법의 주된 특징은 국가와 HIV 감염인과의 관계는 행정형벌 및 행정상의 실효성확보수단(대가택 조사와 치료지시, 강제격리 등) 등을 근거로 한 권력관계가 주종을 이루고 있다는 점이다⁸³⁾.

이와 같이 권력관계를 그 주요 내용으로 하는 법률은 국민에 대한 기본권 침해의 가능성이 높기 때문에 반드시 국가가 일정한 조치를 행하기 위해서는 명시적인 법적 근거를 요하며, 국가가 일정한 조치를 행할 수 있는 근거법률의 내용 또한 매우 구체적이고 명확하며 헌법에 반하지 않아야 한다는 제한이 따른다. 이러한 요건에 흠결이 있는 경우에 그 근거 법률은 위헌적인 것이 된다. 이하에서는 국가·지방자치단체와 HIV 감염인 상호간의 권리의무관계인 행정작용법적 관계를 중심으로 그 내용을 살피고자 한다.

라. HIV 감염인의 권리와 의무

(1) HIV 감염인의 권리

(가) 인간으로서의 존엄과 가치를 보장받을 권리

이는 헌법상의 평등권과 인간존엄권을 AIDS 예방법이 확인한 것으

83) 행정상 법률관계에 관하여 상세히는 장태주, 행정법개론, 현암사, 2005, 109면 이하 참조.

로 동법 제3조 제3항은 “국가·지방자치단체 및 국민은 감염인의 인간으로서의 존엄과 가치를 존중하고 그 기본적 권리를 보호하며 이 법에서 정한 이외의 불이익을 주거나 차별대우를 하여서는 아니된다”고 하였다. 따라서 HIV 감염인을 관리하는 국가나 지방자치단체는 이들의 기본적 권리를 최대한 보장하여야 한다.

그러나 이 규정은 단지 선언적인 규정에 불과하여 이러한 규정의 내용을 강제하기 위한 제재수단은 존재하지 않는다. 단지 이 규정은 예방법의 존재의 내지 존재목적을 선언한 것이므로 이하의 다른 법령이 이러한 취지를 살리고 있을 때 현실적인 의미를 가지게 된다. 하지만 예방법상의 다른 법조항을 살필 때 제3조 제3항을 구체화하고 보장하기 위한 규정이 미비한 것이 현실이다. 또한 「이 법에서 정한 이외의 불이익」이라는 표현을 사용함으로써 “AIDS 예방법은 HIV 감염인에 대한 불이익을 정한 법”이라는 사회적 오해를 낳을 수 있다.

(나) 사생활의 자유와 비밀을 보장받을 권리

동법 제7조에서 “HIV 감염인은 감염사실 등의 신상비밀이 관련자, 즉 감염인보호관리업무종사자, 진단간호에 참여한 자, 기록을 유지·관리하는 자 이외에는 알려지지 않도록 보호받을 권리가 있다”고 하고 있다. 이는 헌법상의 프라이버시권을 헌법적 근거로 하여 규정된 것으로, 일종의 자기정보 통제권으로서의 성질을 가진다. 그러나 <공공기관의 개인정보보호에 관한 법률>이나 의료법상의 유사규정, 헌법상 프라이버시권의 보장범위와 비교하여 볼 때 그 보장의 정도가 너무 형식적이며, 그 범위 또한 좁게 규정되어 있다.

가장 대표적인 것이 자기정보통제권의 미흡한 보장을 들 수 있다. 예를 들면 HIV 감염인을 진단한 의사는 당해 감염인의 민감한 인적관련정보⁸⁴⁾를

84) 개인정보는 일반적인 인적관련정보와 민감한 정보로 나누어지는데 진료정보는 매우 민감한 정보로 분류되어 보다 특별한 헌법상 법률상의 보호를 받는다. 이에 관하여, 김일환, 일반행정분야의 개인정보보호, 개인정보보호 정책 Form, 정부혁신 지방분권위원회 포럼자료집, 2004. 6., 19면 이하; 김일환, 일반행정분야의 개인정보보호, 개인정보보호 정책 Form, 정부혁신 지방분권위원회 포럼자료집, 2004. 6., 5면 이하; 양충모, 진료정보에 관한 법적 연구, 의료정책연구소, 2004. 2., 132면 이하 참조.

보건소장에게 신고하도록 되어있고 그 내용은 성명, 주민등록번호, 직업 등으로 되어 있으며, 방법은 전화를 통한 구두로 하여도 가능한 것으로 되어 있다. 이러한 신고에 대한 당해 HIV 감염인의 자기정보통제권, 즉 동의권 내지 신고 내용 중 일부를 거부할 수 있는 권리는 전혀 주어져 있지 않다. 이는 다른 정보보호법과 비교하여 볼 때 매우 위험적인 소지를 가지고 있다. HIV에 감염되었다는 사실 때문에 인간으로서의 기본적 권리를 전혀 보장받을 수 없다고 이해할 만한 헌법적 근거가 없는 이상 이는 위험이라고 보아야 할 것이다. 왜냐하면 현행 「공공기관의 개인정보보호에 관한 법률」에 따르면 HIV 감염사실과 같은 민감한 정보의 수집은 특단의 경우를 제외하고는 금지되고 있기 때문이다⁸⁵⁾. 일반진료기관에서 일반적인 주의의무를 다하여 HIV/AIDS에 관한 치료를 받고 있는 HIV 감염인이라면 굳이 그의 직업 이름 주민등록번호 등의 정보를 모두 보건소장이 수집·관리하여야 하는지 의문이다.

(다) 생활보호수급권

예방법 제20조에서는 “시장·군수 또는 구청장은 감염인 중 부양가족의 생계유지가 곤란하다고 인정될 때에는 대통령령이 정하는 바에 의하여 부양가족의 생활보호에 필요한 조치를 하여야 한다”고 함으로

85) 현행 개인정보보호법은 공적분야의 개인정보보호를 위하여 정보의 수집단계에서 동법 제4조상에 민감한 정보의 수집을 금지하고 있다. 따라서 공공기관의 장은 사상·신조 등의 개인의 기본적 인권을 현저하게 침해할 우려가 있는 개인정보를 수집하여서는 안된다(개인정보보호법 제4조). 그러나 민감한 정보의 경우에도 정보주체의 동의나 다른 법률에 의하여 수집대상인 개인정보라고 명시되어 있는 경우에는 동법 동조의 단서를 통하여 허용된다. 미국의 프로서(William Prosser)는 보통법상의 프라이버시 침해소송에 관련된 판례를 4가지로 분류하였다. “내밀한 사실의 불합리한 노출(unreasonable disclosure of private facts)”라고 하는 전형적인 사생활 영역 이외에 “외부의 반응에 민감하고 난처한 개인정보”까지 이에 포함시켜 「보통법 프라이버시」(common law privacy)로 정리하였다. 구체적인 내용으로는 ① 내밀한 사실의 노출(disclosure of private facts), ② 안온의 침범(intrusion upon seclusion), 오인을 유발하는 記述(portrayal in a false light), ③ 상업적 專用(appropriation for commercial purposes), ④ 명성권(the right of publicity) 등이다. 이러한 분류에 따를 때, HIV의 감염사실은 전형적인 사생활 권에 해당하는 정보로서 내밀한 사실에 포함되는 일종의 민감한 정보로 분류된다.

써, 부양가족의 인간다운 생활권(생존권)을 보호하기 위하여 HIV 감염인이 전문치료기관에서 치료를 받는 기간 동안 그 부양가족의 생계가 곤란할 때에는 기초생활을 보장하기 위한 조치가 이루어지도록 하고 있다. 이는 헌법상의 인간다운 생활을 할 권리 내지 생존권보장의 이념을 근거로 하여 감염인 및 그 가족의 생존권을 보장하기 위한 취지의 규정이다. 그러나 이러한 제도의 한계는 감염인 자신이나 그 가족이 자신들의 신분이나 병명의 노출을 꺼린다면 어떠한 실효성도 거둘 수 없다는 문제가 있다. 이에 대한 보완이 요구된다.

(2) 감염인의 의무

AIDS 예방법에서는 헌법상의 공중보건에 관한 국민의 의무를 근거로 하여 ① 전파매개행위 금지의무, ② 취업제한규정 준수 의무, ③ 거주 이전시 신고의무 등을 HIV 감염인 및 AIDS 환자에게 부과하고 있다. 또한 특정업소의 종사자에 대해서 강제검진 받을 의무를 규정하고 있는데 이는 HIV 감염인에 대한 의무의 부과는 아니라는 점에 유의하여야 한다. 이들 의무를 앞에서 설명한 헌법상의 기본권 보장에 관한 기본원칙과 관련하여 그 내용을 살펴보면 아래와 같다.

(가) 전파매개행위 금지의무

동법 제19조에 따르면 ① 대통령령이 정하는 감염의 예방조치(시행령 제23조상의 성행위시 콘돔의 사용의무) 없이 행하는 성행위, ② 혈액 또는 체액을 통하여 타인에게 전파할 수 있는 행위를 전파매개행위라고 하여 금지하고 있으며, 동법 동조에 위반하는 경우 3년 이하의 처벌을 과할 수 있도록 하고 있다.

(나) 취업제한규정 준수 의무

HIV 감염인은 제8조 제1항의 규정에 의하여 그 종사자가 정기검진을 받아야 하는 업소에 종사할 수 없고(제18조제1항), 제8조제1항의 규정에 의한 업소를 경영하는 자는 감염인 또는 검진을 받지 아니한 자

를 그 업소에 종사할 수 없도록 하고 있다(제2항). 여기서 “정기검진을 받아야 하는 업소의 종사자”라 함은 다방의 여종업원, 유흥접객원, 안마시술소의 여자종업원, 보건복지부장관이 특별히 인정한 특수업태부등을 말한다. 위 규정에 위반하여 취업을 하거나 고용하는 사용자는 1년 이하의 징역 또는 300만 원 이하의 벌금에 처하도록 정하고 있다. (제27조제5호).

(다) 거주 이전시 신고의무

감염인(환자)은 거주이전의 자유 또한 일정부분 제한을 받고 있다. 동법 제5조 제3항에서는 감염자가 입원·퇴원·사망한 경우에는 의사 또는 의료기관이, 감염자가 주소를 이전한 경우에는 당해 감염자 또는 그 동거인 내지 가족이, 사망한 경우에는 그 세대주 혹은 감염자의 가족이 신고하도록 하고 있다. 이에 위반하는 경우에도 3년 이하의 징역 또는 1,000만 원이하의 벌금을 부과하도록 하여 동 규정의 실효성을 행정형벌에 의하여 강제하고 있다.

(라) 정기 및 수시검진 받을 의무

AIDS 예방법에서는 보건복지부장관 등은 공중과 접촉이 많은 업소에 종사하는 자로서 대통령령이 정하는 자에 대하여 후천성면역결핍증에 관한 정기 또는 수시 검진을 실시하도록 하고 있다(제8조). 여기서 “대통령령이 정하는 검진대상자”는 동법 시행령 제10조, 전염병예방법 제8조, 위생분야종사자의 건강진단규칙 제3조<별표1>에 규정된 “성병에 관한 정기 건강진단 대상자”(다방의 여종업원, 유흥접객원, 안마시술소의 여자종업원 등)를 말하며, AIDS검사는 6개월에 1회씩 하도록 규정되어 있다.

(마) HIV 감염인의 의무에 대한 위헌성 여부

이상에서 살핀바와 같은 예방법상의 전파매개행위 금지의무, 취업제한, 신고의무 등은 헌법상의 보건에 관한 국민의 의무에 기인하는 것이다. 즉, ‘보건에 관한 권리’를 가지는 모든 기본권주체는 나의 생활영

역으로부터 타인의 건강을 해치는 원인이 발생하지 않도록 국가의 국민보건을 위한 여러 가지 시책에 협조하고 국가의 조치를 감수할 의무를 진다. 예컨대, 전염병예방법에 따라 실시되는 건강진단과 예방접종(제8조제2항과 제9조)을 受忍하고 申告義務(제5조)를 이행하는 것 등이 그것이다. 그러나 공중 보건과 관련하여 국민에게 과하여지는 여러 가지 의무는 국민보건의 관점에서 합리적이라고 판단될 수 있는 필요최소한에 그쳐야 한다는 원칙이 철저히 준수되어야 한다. 따라서 이와 유사한 조치가 국민보건의 견지에서 HIV 감염인에게 부과될 수 있지만, 이 경우에도 기본권의 본질적 내용을 침해함으로써, HIV 감염인의 기본권을 유명무실하게 한다면, 이는 위헌적인 입법이 되는 것이다.

일예로 전파매개금지의무를 검토하여 보면, 우선 성행위는 일정하게 제한된 장소에서 은밀하게 이루어지는 것이 일반적이다. 이러한 행위는 사생활의 자유 중 주거의 자유라고 하는 기본권에 의하여 일차적으로 보호되며, 이러한 주거의 자유 속에서 이루어지는 성행위는 한 번 더 사생활 및 성적자기결정권에 의하여 두텁게 보호되는 영역이다. 이러한 점에도 이를 법률로 규제한다는 것은 이러한 규제가 오히려 HIV 감염인에 대한 사회적 오해를 유발하고 사생활의 자유를 지나치게 침해한다는 문제를 유발할 수 있다.

마. 국가 및 지방자치 단체의 처분권

(1) 치료지시

AIDS 예방법 제14조에서는 “보건복지부장관 또는 시·도지사는 인간면역결핍바이러스의 전염을 방지하기 위하여 감염인의 치료가 공익상 필요하다고 인정할 경우에는 타인에게 감염시킬 우려가 높은 자 등 대통령령이 정하는 감염인에 대하여 제13조의 규정에 의한 전문진료기관에서 치료를 받도록 할 수 있다”고 규정하고 있다⁸⁶⁾. 여기서 동법 동

86) 개정 전에는 치료지시 외에 HIV 감염인을 보호시설에 강제 격리할 수 있다는 규정이 있었으나 인권침해의 가능성을 우려하여 1999년 개정 시에 삭제되었다.

조에서 말하는 ‘대통령령이 정하는 감염인’라 함은 동법 시행령 제15조에 규정된 치료대상자를 말한다. 이를 살펴보면 아래와 같다.

- 정기검진 대상자 중 검진결과 HIV 감염인으로 판명된 자로서 검진을 받아야 할 업소에 종사할 가능성이 높은 사람
- 감염인의 주의능력과 주위환경 등으로 보아 타인에게 감염시킬 우려가 있다고 인정되는 사람
- 생계유지능력이 없는 으로서인로서 타인에 의하여 부양 또는 보호를 받고 있지 아니한 사람

동법 제14조에서 규정하고 있는 치료지시는 행정법상의 개념 및 성질로 본다면 일종의 「作爲下命」에 해당하는 것으로 행정처분(행정행위)이다. 여기서 ‘하명’이라 함은 “개인의 자유를 제한하고 의무를 부과하는 것을 내용으로 하는 행정처분으로 일정한 작위(예; 무허가건물철거명령), 부작위(예; 도로통행금지), 급부, 수인의 의무를 부과하는 행위”를 의미한다⁸⁷⁾. 따라서 하명은 국민의 자유를 제한하거나 새로운 의무를 부과하는 것을 내용으로 하는 국민에 대한 침해적인 성질을 가지는 것이므로 반드시 법률의 근거에 의해서 조치가 행하여져야 하며, 그러한 근거법률의 내용 또한 헌법상의 과잉금지의 원칙 내지 비례의 원칙이 철저히 준수되어야 한다. 그러나 동 예방법상의 하명처분에는 HIV 감염인과 AIDS 환자 사이에 사실상 그 위해 및 위험의 급박성이 상이함에도 이에 대한 구분을 하지 않고 있다. 이러한 점은 과잉금지의 원칙이나 비례의 원칙에 근거하여 볼 때 문제가 있다.

(2) AIDS 예방의 실효성 확보수단으로서 강제처분

또한 예방법은 치료지시의 실효성을 확보하기 위하여 행정조사(대가택 조사 및 대인적 조사) 및 직접강제(직접 치료를 받도록 하는)라고 하는 행정상 강제집행 수단(강제처분)을 규정하고 있다. 동법 제15조에 따르면, “법 제14조에 의한 치료지시를 받은 HIV 감염자가 이에 응하

87) 장태주, 전거서, 181~182면 참조.

지 아니할 경우 보건복지부장관 또는 시·도지사는 소속공무원으로 하여금 그 HIV 감염자가 있다고 인정되는 거소 기타 장소에 들어가 필요한 조사를 실시하고 감염인에 대하여 치료를 받게 할 수 있다. 이에 불응하는 자는 1년 이하의 징역 또는 300만 원 이하의 벌금에 처한다(제27조제4호)”고 정하고 있다.

동법 제5조의 규정 중에서 前段에 규정하고 있는 “당해 HIV 감염인이 있다고 인정되는 거소 기타 장소에 들어가 필요한 조사를 실시하고”라고 규정한 부분은 행정조사 중에서 강제조사 대한 근거법이 된다⁸⁸⁾. 여기서 ‘행정조사’란 “행정기관이 행정작용을 위해 필요한 정보나 자료 등을 수집하는 일체의 행정활동”을 말하며, 이러한 행정조사 중에서 ‘강제조사’라 함은 “국민이 행정기관의 명령이나 지시에 따르지 않는 경우에 벌칙이 적용되는 행정조사로서 권력적인 성질을 가지는 것”을 의미한다. 이러한 조사는 국민의 재산인 家宅과 사람의 신체에 대해서, 당해 HIV 감염인나 그 관계자의 동의와 관계없이, 직접 국가가 實力을 행사하는 것임으로 일정한 제한이 필수적이다. 즉, 이러한 처분을 실행하기 위해서는 강제조사라는 수단을 사용하지 않으면 필요한 행정목적 달성을 할 수 없는 경우에 예외적으로 행사되어야 하며, 당해 행정의 목적달성과 그로 인한 관계자(당해 감염인 및 환자 포함)의 권익침해 사이에 적정한 비례가 유지되어야 함은 물론 당해 강제조사에 있어서 합리적인 이유 없이 조사받는 자를 차별하여서는 아니된다. 이는 현행 헌법이 국민의 기본권을 보장하기 위하여 입법자 및 행정에 대해서 요구하고 있는 일반원칙이라 할 수 있다. 그러나 HIV/AIDS 예방법의 全體系를 검토하여 볼 때 이러한 요구가 충실히 반영되어 있는지는 의문이다.

또한 동법 제5조 後段에서 정하고 있는 “HIV 감염인에 대하여 치료를 받게 할 수 있다”라고 한 부분은 이를 위반한 경우 행정형벌을 과할 수 있다는 규정과 결부하여 행정상 직접강제에 해당한다. ‘행정상 직접강제’(unmittelbare Zwang)라 함은 “관계 행정청이 당해 HIV 감염

88) 장태주, 전게서, 537~539면 참조.

인이 치료받을 의무를 이행하지 않을 경우에 직접 의무자(HIV 감염인)의 신체 또는 재산에 실력을 가하여 의무의 이행이 있었던 상태(치료받을 의무의 이행)를 실현하는 것”을 의미한다⁸⁹⁾. 이러한 강제집행에 있어서 우리 헌법이 요구하고 있는 기본권보장원리는 직접강제라는 수단은 행정의 실효성 확보수단 중에서 가장 강력한 수단이므로 국민의 기본권을 침해할 가능성이 높기 때문에 비례의 원칙과 더불어 위협의 급박성, 직접강제권 발동상의 형태와 절차의 적절한 통제를 통한 남용의 위협의 방지 등을 요구하고 있다. 그러나 현행 예방법이 그러한 요구를 적절히 반영하고 있는지 의문이다.

바. 국가 및 지방자치 단체 등의 책무

(1) 비밀누설금지

우리 헌법이 모든 국민에 대하여 보장하고 있는 사생활의 자유 및 비밀의 보호라고 하는 자유권적 기본권을 보장하기 위하여 예방법 제7조에서는 “국가 또는 지방자치단체에서 후천성면역결핍증의 예방과 그 감염자의 보호·관리에 관한 사무에 종사하고 있는 자, 감염자의 진단·검안 및 간호에 참여한 자와 감염자에 관한 기록을 유지·관리하는 자는 재직 중은 물론 퇴직 후에도 정당한 사유없이 감염자에 관하여 업무상 알게 된 비밀을 누설하여서는 안된다”고 하고 있으며, 이를 위반한 자는 3년 이하의 징역 또는 1천만 원 이하의 벌금에 처하도록 정하고 있다(동법 제26조).

동 규정에 있어서 문제점은 우선 의무의 부과를 의료기관이나 의료법인에게는 부과하고 있지 않다는 점이다. 예컨대 의료기관에서 감염인의 진료에 있어 HIV/AIDS 등의 표식을 한다든지 아니면 HIV/AIDS 병실이나 HIV/AIDS 병동과 같은 표식을 하여 감염인의 병명에 대한 노출이 될 경우 이에 대한 구체방안이 흠결되어 있다.

또한 비밀준수의무에 대한 예외를 ‘정당한 사유’라고 하여 예외의 범

89) 장태주, 전거서, 550면.

위가 지나치게 포괄적으로 규정됨으로써 비밀준수의무의 실효성을 삭감시키고 더 나아가서는 감염인의 프라이버시권 특히 당해 감염인의 정보적 자기결정권을 심각하게 침해할 위험이 있다. 동법 동조의 내용을 <공공기관의 개인정보보호에 관한 법률>(이하 '정보보호법'이라 함)과 비교하여 보면, 정보보호법 제11조(개인정보취급자의 의무)에서는 “개인정보의 처리를 행하는 공공기관의 직원이나 직원이었던 자 또는 공공기관으로부터 개인정보의 처리업무를 위탁받아 그 업무에 종사하거나 종사하였던 자는 직무상 알게 된 개인정보를 누설 또는 권한 없이 처리하거나 타인의 이용에 제공하는 등 부당한 목적을 위하여 사용하여서는 아니된다”고 하여 전혀 예외규정을 두고 있지 않다. 더 나아가 동법 제10조(처리정보의 이용 및 제공의 제한)에서도 “① 보유기관의 장은 다른 법률에 의하여 보유기관의 내부에서 이용하거나 보유기관외의 자에게 제공하는 경우를 제외하고는 당해 개인정보화일의 보유목적외의 목적으로 처리정보를 이용하거나 다른 기관에 제공하여서는 아니된다”고 하면서, 이에 대한 예외규정도 “② 보유기관의 장은 제1항의 규정에 불구하고 다음 각 호의 1에 해당하는 경우에는 당해 개인정보화일의 보유목적외의 목적으로 처리정보를 이용하거나 다른 기관에 제공할 수 있다. 다만, 다음 각 호의 1에 해당하는 경우에도 정보주체 또는 제3자의 권리와 이익을 부당하게 침해할 우려가 있다고 인정되는 때에는 그러하지 아니하다”고 함으로써 정보주체자에게 불리한 경우에는 애초 공개를 금지하고 있다. 그리고 정보보호의 예외사유 또한

- 정보주체의 동의가 있거나 정보주체에게 제공하는 경우
- 다른 법률에서 정하는 소관업무를 수행하기 위하여 당해 처리정보를 이용할 상당한 이유가 있는 경우
- 조약 기타 국제협정의 이행을 위하여 외국정부 또는 국제기구에 제공하는 경우 등으로 매우 구체적으로 명시하여 명확하게 개인정보를 보호하고 있다.

이와 비교하여 볼 때 예방법상의 비밀준수의무는 지나치게 포괄적이

며 추상적이다.

(2) HIV 감염인의 보호·관리의무

AIDS 예방법이 정하고 있는 국가 및 지방자치단체의 감염인에 대한 보호 내지 관리의무로는 ① 불이익 및 차별대우금지, ② 진료기관의 설치·운영, ③ 요양시설 및 쉼터의 설치·운영 등의 의무를 부과하고 있다. 이는 헌법상의 보건에 관한 권리, 인간존엄권, 생명권, 인간다운 생활을 할 권리 등이 결합되어 나타나는 요구를 반영한 것이라고 할 수 있다.

(가) 불이익 및 차별대우금지

HIV 감염의 예방과 관련된 업무를 수행하는 경우에 “국가·지방자치단체 및 국민은 HIV 감염인의 인간으로서의 존엄과 가치를 존중하고 그 기본적 권리를 보호하며, 이 법에서 정한 이외의 불이익을 주거나 차별대우를 하여서는 안된다”고 하여 차별대우를 금지하고 있다(제3조 제3항). 이는 실효성을 담보하기 위한 처벌규정 등을 두고 있지 않은 선언 규정이며, AIDS 예방법 및 HIV/AIDS 관련 행정기관이 정책적으로 지향하여야 할 방향을 제시한 것이라 할 수 있을 것이다.

(나) 진료기관의 설치·운영

예방법 제13조 제1항에서 “보건복지부장관은 후천성면역결핍증의 예방과 그 감염인의 보호·관리 또는 치료를 위하여 필요한 연구기관 또는 진료기관을 설치·운영할 수 있다”고 하여, 국가의 진료기관설치의무를 규정하고 있다. 동규정은 舊AIDS 예방법에서 보건복지부장관은 후천성면역결핍증의 예방과 그 감염인의 보호·관리 또는 치료를 위하여 필요한 연구기관 또는 전문의료기관을 지정할 수 있도록 규정함으로써 일부 의료기관이 지정기관이 아니라는 이유로 치료를 거부하는 사례가 있어서 1999년 개정 시에 지정에 관한 규정은 삭제되고 설치·운영에 관한 규정을 둔 것이다. 다만 “설치·운영할 수 있다”라고 하는 식으로 규정형식 자체가 보건복지부장관의 재량을 인정하고 있기 때문에 HIV

감염이나 HIV 감염인 단체가 이를 법적으로 강제하는 데는 일정한 한계가 있어 보인다.

(다) 요양시설 및 쉼터의 설치·운영

요양시설 및 쉼터의 설치에 관한 근거를 AIDS 예방법 제16조에 규정하고 있다. 동 조항은 개정이전의 보호시설규정을 인권보호의 차원에서 폐지하고 1999년 개정법률에서 신설한 것이다. 그 내용을 살펴보면 보건복지부장관 또는 시·도지사는 감염인의 요양 및 치료 등을 위한 시설(이하 '요양시설'이라 함)과 HIV 감염인에 대한 정보제공 및 상담 등을 위한 시설(이하 '쉼터'라 함)을 설치·운영할 수 있도록 규정하고 있다(제16조).

사. 의사 등의 신고 및 보고, 감염인 명부의 작성 등

여기에서 논의되는 신고·보고 및 명부작성의무는 앞에서 논의한 국가의 책무(의무)와는 그 성질을 달리하는 것이다. 즉 의사의 신고는 기본적인 법률관계가 국가와 HIV 감염인을 진료한 의사 사이의 관계이기 때문에 HIV 감염인이 이러한 행위를 통하여 자신의 권리를 침해 받은 경우에도 이를 행정소송을 통하여 구제받는데 한계가 있으며, 지방자치단체의 명부작성의무는 국민에 대한 처분이 아니라는 점에서, 또한 보고의무는 중앙정부의 지방정부에 대한 지휘감독권 내지는 통제권에 근거해서 성립하는 국가행정조직 내부의 법률관계라는 측면에서 감염인의 재판을 통한 권리구제의 길이 없다는 점에서 그 주의가 요구되는 내용들이다.

AIDS 예방법 제5조에 따르면, “진료 등을 통하여 HIV 감염인을 진단하거나 HIV 감염인의 사체를 검안한 의사 또는 의료기관, 학술연구 또는 혈액 및 혈액제제에 대한 검사에 의하여 HIV 감염인을 발견한 자나 당해 연구 또는 검사를 실시한 기관의 장은 즉시 관할 보건소장에게 신고하여야 한다. 신고를 받은 보건소장은 시장, 군수, 구청장에게 보고하여야 하고, 이는 다시 시·도지사에게 보고하여야 한다”고 규

정하고 있다. 또한 이와 같은 보고를 받은 시·도지사는 관할구역 안에 거주하는 HIV 감염인에 관한 명부를 작성·비치하고 이를 보건복지부장관에게 보고하도록 하고 있다(제6조). 이와 같은 신고·보고의무는 감염인의 민감한 정보인 HIV 감염에 관한 개인의 인적관련정보를 그 내용으로 하고 있다는 점에서 감염인의 개인정보보호, 그 중에서도 특히 정보적 자기결정권 내지 통제권과 관련하여 심도 있고 면밀한 검토가 요구된다.

제2절 AIDS 예방법의 개선방안

1. AIDS 예방법의 개선방향 및 개정의 주요골자

가. AIDS 예방법의 한계와 개선방향

앞서 논의한 바와 같이 HIV 감염인에 대한 법정책적 측면의 내용·체계 및 이들의 인권상황에 관하여 살펴보면, 현재 시행하고 있는 HIV/AIDS 관리정책 및 제도는 사회복지, 보건·의료, 법률, 제도적인 면에서 인권침해적인 요소를 상당히 개선한 것도 사실이지만 아직도 다음과 같은 문제점이 지적되고 있다.

(1) 획일·강행적인 예방위주의 정책운영

현행법은 지나치게 강제검진을 통하여 HIV/AIDS의 확산을 방지하고자 하는데 치중하고 있다. HIV/AIDS 치료제나 예방백신이 개발되지 않은 상황에서 국가의 주요정책이 HIV의 감염과 확산을 방지하고자 하는 취지의 예방홍보활동만을 강조하고 있는 것이다. 이러한 결과는 특수한 업소나 유흥접객원 등 이른바 '고위험군'을 대상으로 정기 및 수시 검진을 통해 HIV 감염인을 색출·격리하는데 정책의 초점을 두게 됨으로써 반인권적인 색채가 강한 법이라는 비판에 직면하게 되었다. 이들 고위험군 대상의 검진사업과 그 구체적인 범위에 관하여는 AIDS 예방법 제8조와 동법 시행령 제10조에 규정을 두고 있다. 그러나 이러한 방식에 의하여 발견되는 HIV 감염인의 수는 그 출발부터 일정한 한계를 가지고 있다. 더욱이 HIV 감염인을 발견한 경우에 감염확산을 효과적으로 감시하고 저지하는 방법 또한 반인권적인 강제적 격리 이외에는 다른 수단이 강구되어 있지 못하다. 따라서 개인의 자각을 전제로 한 예방홍보활동이 HIV 감염대책의 기본이 되어야 할 것이다.

(2) HIV 감염인의 사생활보장의 미비

다음으로 HIV 감염인의 인권보장은 이미 살펴 본 바와 같이 여전히

미흡한 점을 드러내고 있다. 동법 제5조에서 의사에게 부과되고 있는 감염인 실명신고(성명·주민등록번호·주소·직업 등) 의무는 환자의 인적 사항을 관할 보건소장에게 신고하도록 규정하고 있어서 사실상 개인의 인적관련정보가 그대로 노출될 위험이 있으며, 신고시 전화나 팩스의 사용도 허용하고 있어 이러한 위험은 더욱 크다.

의사의 HIV 감염인 보고의무, 특수 업태부나 유흥접객원 등 이른바 위험집단에 대한 강제적 HIV/AIDS 검사, 행정기관의 HIV 감염인 명부작성과 비치의무 등은 감염인의 사생활 및 영업권을 상당 부분 침해하고 있는 것으로 드러나고 있다.

(3) HIV 감염인의 생활권 보장의 미흡

앞서 인권현황에서 살핀 바와 같이 HIV 감염인 및 환자의 대부분은 사회·경제적 측면에서의 약자일 뿐만 아니라 사회적 소수자이기도 하다. 그러나 HIV 감염인에 대한 종합적 지원 대책은 아직 미흡한 실정이다. HIV 감염인에 대해서는 감염검사, 상담, 의료비용 제공과 더불어 심리적·사회적 지원이 중요하다. HIV 감염인은 죽음에 대한 공포와 더불어 사회적 관계의 고립이라는 문제에 직면함으로써 치료와 간호, 상담, 생활지원이 한 번에 이루어질 수 있는 자활프로그램 및 그 수행기관이 필요하다. 이는 HIV 감염인에 대한 정책을 관리 및 감시체계로부터 생활지원 및 정상적인 사회화지원이라는 방향으로의 전환을 의미하는 것이다.

이상에서 논의한 AIDS 예방법제 한계 및 문제점을 근거로 그 개선의 기본방향을 개관하면 아래와 같다.

나. AIDS 예방법 개정의 주요골자

HIV 감염인이 처해있는 현실과 인권상황을 고려한다면, HIV/AIDS가 무섭고 치명적인 질병이라 할지라도, 윤리적·사회적 비난의 시각이 사회의 다수를 점하고 있다고 할지라도, HIV 감염인에 대한 법적

문제(특히 헌법이 보장하고 있는 기본권의 침해문제), 사회적 문제(감염인에 대한 차별과 편견으로부터 도피하기 위하여 잠적하거나 전파의 가능성이 높은 행위를 계속하는 것), 경제적 문제(감당하기 어려운 의료비용, 해고·실직, 구직의 어려움 등) 등을 고려할 때, 이들에 대한 사회적 편견을 근거로 한 강제격리, 강제검진 등 강제조치에 의존하는 HIV/AIDS 예방대책은 한계가 있음이 분명하다.

이러한 문제를 개선하기 위한 AIDS 예방법제 개선의 주요골자를 살펴보면 아래와 같다.

- (1) AIDS 예방법의 법률명칭이 <후천성면역결핍증 예방법>이라고 함으로써 AIDS 환자의 격리·관리라는 개념만 너무 강조되는 인상을 줄뿐만 아니라, 이것이 차별과 편견의 원인이 될 수 있다는 점에서, 이를 <HIV 감염인 및 AIDS 환자의 지원과 후천성면역결핍증의 예방에 관한 법률>로의 명칭 변경을 제안하였다. 또한 감염인과 AIDS 환자의 법적 구별을 위하여 법 제2조의 개선도 필요하다고 보았다.
- (2) AIDS 예방법 제3조에 의하면, HIV 감염인은 국가나 지방자치단체 및 국민으로부터 기본적 권리를 보호받는다고 규정하고 있다. 그러나 실제로 법의 내용을 보면 이러한 내용을 찾기가 그리 용이한 것이 아니다. 또한 AIDS 예방법이 제정되고 오늘에 이르기까지 부당한 편견과 차별은 오히려 더욱 공고해진 면도 있다. 감염인이 도덕적으로 지탄을 받게 되거나, 특정계층이 AIDS의 주범으로 몰리는 사회적 인식, HIV 감염인이라는 이유로 사회적인 제재와 국가의 감시를 받는 것이 당연하다는 논리 등이 바로 차별과 편견의 원인이요 결과라 할 수 있다. 따라서 동법 제3조 상에서는 이러한 사회적 차별과 편견을 제거하기 위한 국가의 의무를 강화할 필요가 있으며 이를 구체적으로 명기하였다.
- (3) 최근의 사례나 통계를 검토하여 보면, HIV 감염인들이 검사를

거부하거나 잠적하는 사례가 늘고 있다. 이는 HIV 감염인의 사회적 요구를 배제한 채, 신고·보고(법 제5조 내지 제6조), 격리 및 취업제한(법 제18조) 등을 강조한 예방법의 한계성에 기인한 면이 있다. 따라서 이들 관련 조항의 대폭적인 개선방향 및 개정 내용을 제시하였다.

- ① 신고·보고와 관련하여서는 신고·보고상의 내용면에서, 보고되는 개인정보의 범위를 필요 최소한도로 제한하였으며, 광역자치단체장의 명부작성 및 관리의무를 폐지하였고, HIV 감염인에 대한 개인정보를 보유하게 되는 관계인의 비밀준수의무를 강조하였다(개정안 제5조 및 제7조). 또한 감염인의 사생활보호 측면에서 성관계시 콘돔사용을 규정한 부분을 삭제하였다.
- ② 취업제한과 관련하여서는 특수한 업소를 제외한 나머지 영역에서의 차별폐지를 명문의 규정으로 신설하였으며, 취업자에 대한 집단적 스크리닝의 방지를 위한 근거조항을 마련하였다(개정안 제7조).
- ③ 전파가능성이 높은 고위험자에 대한 대가택 조사 및 강제격리처분에 대해서는 그 수단에 있어 절차적 민주성을 강화하여 감염인의 인권을 보장할 수 있도록 개정하였다(개정안 제14조 내지 제15조).

(4) 또한 예방법 제20조에서는 부양가족의 사회적 보호를 위하여 HIV 감염인이 전문치료기관에서 치료를 받는 기간 동안 그 부양가족의 생계가 곤란할 때에는 생활보호에 필요한 조치가 이루어지도록 하고 있다. 하지만 이러한 보호를 받기 위해서는 자신의 신분을 노출하여야만 가능하다. 그러나 많은 HIV 감염인 및 그 가족들은 자신의 신분 및 병명의 노출을 꺼리기 때문에 실질적으로 이러한 보호를 받는 경우는 미약한 실정이다. 따라서 이러한 약점을 보완하기 위한 자활원 형태의 지원기관(생활지원, 상담, 치료, 직업능력개발 지원 등을 모두 수행하는 종합 지원기관)을 신설할 법적 근거를 마련하였다(개정안 제16조 제3호).

2. HIV 감염인의 차별방지를 위한 개선방안

가. 법률명칭 개정의 필요성

1985년 첫 HIV 감염인 발생이후 정부는 HIV/AIDS 확산방지를 위한 대책을 강구하였으며 1993년 '한국에이즈퇴치연맹'과 '대한에이즈협회'가 발족하면서 정부와 민간차원의 공동대응이 시작되었다. 그러나 국내에서 HIV/AIDS에 대한 접근은 대부분이 HIV/AIDS로부터 사회를 보호한다는 입장에서 사회방어적이고 차별적인 성격을 띠었다. 이 중 가장 큰 문제가 HIV 감염인에 대한 사회적 편견과 냉대이다. HIV/AIDS는 고위험군이 아니라 일반계층에서도 발생할 수 있는 것이고 개인의 잘못이 아니라 사회 경제적인 요인에 의해 발생하는 경우가 상당함에도 불구하고 HIV/AIDS에 대한 사회적 인식은 변태적 행위자에 대한 처벌이라는 편견이 팽배해 있다는 것을 부인하기 어렵다⁹⁰⁾.

따라서 이러한 사회적 차별과 낙인에 대처하는 방안으로 현행 법률의 법률명칭을 <HIV감염인 및 AIDS환자의 지원과 후천성면역결핍증의 예방에 관한 법률>로 변경하는 것이 타당하다고 본다.

나. 법 제2조 용어정의의 개선방안

주지하는 바와 같이 AIDS는 HIV의 감염으로 인체의 세포성 면역에 관계하는 CD4+T 림프구 파괴로 인체의 면역기능이 저하되어 바이러스, 진균, 기생충 및 원충 그리고 세균 등에 의한 기회감염이나 카포지육종 및 악성 임파종과 같은 악성종양이 유발되는 증후군이다. 즉 AIDS란 기회감염, 악성종양 등 면역기능저하로 인한 여러 가지 증상을 보이는 증후군을 말하는 것으로, HIV 감염과는 구별될 필요가 있다. 실제로 HIV 감염인의 경우에는 8~10년 동안은 AIDS 증상 없이 건강

90) 김소영, AIDS에 대한 차별과 편견을 넘어 인권으로, 사회진보연대 통권 제47호, 2004. 7·8, 95~96면.

하게 생활할 수 있으며, 일부는 15년 넘게 AIDS 증상을 보이지 않고 건강하게 생활하기도 한다. 또한 최근의 각종 치료제의 개발로 감염인과 환자의 생존기간은 20여 년 이상으로 연장되고 있다. 따라서 HIV 감염도 고혈압이나 당뇨병과 같이 혈압이나 혈당을 조절하면서 인간으로서의 기본권에 제한을 받지 아니하고 생활하듯 HIV 감염인 또한 이러한 생활을 영위할 수 있어야 한다. 그러함에도 AIDS 예방법에서는 이러한 위험성 및 병상의 차이를 구분하지 않고 모두 HIV 감염인이라고 함으로써 지나친 인권침해와 사회적 편견의 원인이 되고 있다. 따라서 HIV 감염인과 AIDS 환자 사이에는 병상 및 예후, 그 위해의 정도에 있어 차이가 현저함으로 이러한 차이를 반영한 제도적 운영이 요구된다.

이상에서 살핀 바와 같이 HIV 감염인과 AIDS 환자는 그 병상 및 질병상의 위험성이 서로 상이함에도 불구하고 이들 모두를 “인간면역결핍바이러스에 감염된 자”로 구분하여 항체양성반응자나 HIV 감염인에게 불필요한 행정처분이나 행정상의 규제가 과하여질 수 있고, 다른 한편으로 AIDS 환자로서 특유의 합병증이 유발된 자는 특별한 보호와 치료가 요구됨에도 항체양성반응자와 동일한 처우를 하게 되는 불합리가 초래될 수 있다. 또한 이들을 모두 동일한 HIV 감염인이라고 정의한 후, HIV와 AIDS를 분리하여 규정할 경우에는 항체양성반응자나 병원체보유자 모두를 AIDS 환자와 동일하게 이해시킴으로서 불필요한 사회적 낙인과 차별을 초래하는 원인이 될 수도 있다. 따라서 이러한 혼란을 피할 수 있는 용어정리가 필요하다고 본다.

□ 관련법의 개정내용

현 행	개 정 (안)
<p>제2조(정의) 이 법에서 "인간면역결핍바이러스에 감염된 자"라 함은 다음 각호의 1에 해당하는 자를 말한다.</p> <p>1. 후천성면역결핍증환자: 인간면역결핍바이러스에 감염된 후 인체의 면역기능이 저하되어 대통령령이 정하는 후천성면역결핍증 특유의 임상증상이 나타난 자</p> <p>2. 병원체보유자: 인간면역결핍바이러스를 보유하고 있는 자</p> <p>3. 항체양성반응자: 인간면역결핍바이러스에 감염되어 항체가 형성된 자</p> <p>② <신 설></p>	<p>제2조(정의) ① 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.</p> <p>1. 후천성면역결핍증환자: <현행과 동일></p> <p>2. 병원체보유자: <현행과 동일></p> <p>3. 항체양성반응자: <현행과 동일></p> <p>② 이 법에서 ‘인간면역결핍바이러스에 감염된 자’라 함은 1호 내지 3호 중 각호의 1에 해당하는 자를 말한다.</p>

다. 차별금지조항의 실효성 제고 방안

법 제3조 제3항에 의하면 “국가·지방자치단체 및 국민은 감염인의 인간으로서의 존엄과 가치를 존중하고 그 기본적 권리를 보호하며 이 법에서 정한 이외의 불이익을 주거나 차별대우를 하여서는 아니된다”고 규정하고 있다. 그러나 이 규정은 단지 선언적인 규정일 뿐 이에 관한 구체적인 실효성을 담보할만한 제재수단을 규정하고 있지 않다. 뿐만 아니라 제3조 제1항의 국가·지방자치단체의 의무에는 HIV 감염인의 보호·관리의무와 예방의무만 규정할 뿐 사회적 차별 및 편견의 시정을 위한 노력의무가 함결되어 있다.

HIV/AIDS는 다른 불치의 질병과 유사점이 있는 반면 차이점도 많음을 발견하게 된다. 예를 들어 HIV/AIDS와 관련된 불안, 공포, 두려

움, 죄의식들의 반응은 많은 혼란을 야기한다. 게다가 고위험군의 HIV 감염행위에 대한 사회적 비난은 HIV/AIDS를 다른 질병과 분리하려는 경향을 가지게 되었고, 오직 감염인의 격리가 가장 안전한 예방책이라는 여론을 형성하게 되었다. HIV/AIDS가 일상생활에서는 감염이 되지 않을 뿐만 아니라 일정기간 격리한다고 치료되는 병이 아니기 때문에 격리조치는 사실상 기본적 권리의 침해일 수도 있다.

또한 HIV 감염인들의 검사를 거부하거나 잠적하는 사례가 보고되고 있다. 이는 HIV 감염인들이 사회적 요구를 배제한 채, 신고·보고·격리 및 취업제한 등을 강조한 AIDS 예방법의 한계성에 그 일차적 요인이 있다고 본다. 따라서 제3조의 관련규정의 개정이 요구된다.

□ 관련법의 개정내용

현 행	개 정 (안)
<p>제3조(국가·지방자치단체 및 국민의 의무) ① 국가와 지방자치단체는 후천성면역결핍증의 예방과 인간면역결핍 바이러스에 감염된 자(이하 "감염자"라 한다)의 <u>보호·관리를</u> 위한 대책을 수립하고 시행하며 <u>예방에</u> 필요한 지식을 적극적으로 국민에게 홍보하여야 한다.</p> <p>② <생 략></p> <p>③ 제1항 및 제2항의 경우에 국가·지방자치단체 및 국민은 감염자의 인간으로서의 존엄과 가치를 존중하고 그 기본적 권리를 <u>보호하며</u> 이 법에서 정한 <u>이외의 불이익을</u> 주거나 차별대우를 하여서는 아니된다.</p>	<p>제3조 ① ----- ----- ----- 보호·관리 및 차별의 시정을 위한 대책을 수립하고 시행하며, 예방 및 감염자에 대한 차별과 편견을 제거하기 위한 지식을 적극적으로 ----- -----.</p> <p>② <현행과 동일></p> <p>③ ----- ----- 보호하며 합리적인 이 유 없이 불이익을 주거나 ----- -----.</p>

- ※ 제1항의 개정사유 : 앞서 인권침해사례에서 살핀 바와 같이 HIV 감염자가 겪는 어려움 중에서 가장 큰 고통이 사회적 차별이며, 이러한 차별을 의식하여 치료를 기피하거나 신분의 노출 등을 꺼림으로서 보다 많은 위험을 초래할 수 있다. 따라서 AIDS 감염인의 차별시정이 국가의 책무 중 중요한 부분임을 법률로서 선언하고 국가의 임무로 규정할 필요가 있다.
- ※ 제3항의 개정사유 : 현행 법령과 같이 “... 이 법에서 정한 이외의 불이익을 주거나 ...”와 같은 규정을 두는 경우 국민과 HIV 감염인들에게 AIDS 예방법은 AIDS 환자에게 불이익과 차별을 예정하고 있는 법이라는 인상을 줌으로써 국민은 AIDS 환자에 대한 편견과 차별이 오히려 당연한 것이라는 선입견을 줄 수 있고, HIV 감염인들에게도 같은 인상을 줌으로써 국가의 지원 및 치료·관리에 오히려 소극적인 반응을 보일 수 있다. 따라서 위와 같은 내용은 삭제하는 것이 바람직하다. 다만, 동법에서 일정한 경우 취업을 제한하거나 검진을 실시하는 것과 같은 기본권제한은 국민이 공중보건에 관한 권리 및 공중보건의 유지를 위한 국민의 의무에 비추어 볼 때, 어느 정도 그 필요성이 인정되며, 이러한 경우는 개정(안)의 합리적 이유가 있는 경우에 해당함으로써 현행법과 그 적용상의 차이는 없다.

3. 사생활보호관련 규정의 개선방안

가. HIV 감염인 신고 및 보고체계의 개선방안

전염병이 발견될 경우 신고 및 보고조항을 두어 국가가 관리하는 것은 일반적인 보건정책이다. 전염병의 발생양상과 추이는 전염병을 관리하기 위한 대책마련의 기준이 되며 정책평가와 개선의 근거가 된다. 그러나 이를 위해 감염인 개개인의 정보를 모두 국가가 관리할 필요는 없다. 더욱이 HIV 감염인 개개인의 정보가 신고·보고되는 과정에서 비밀이 누설됨으로써 인권침해가 발생하고 이러한 위험성이 오히려 HIV 감염인을 공중보건체계로부터 도피하도록 하는 원인이 되고 있다. 이는 HIV 감염인의 사생활의 자유와 비밀을 과도하게 침해하는 결과가 되며, 다른 한편으로 HIV/AIDS의 예방에도 결코 바람직한 것이라

할 수 없다⁹¹⁾. 따라서 신고 및 보고에 있어서 당해 HIV 감염인의 인적 관련정보(개인정보)의 내용은 최소한으로 하고 보고상의 단계를 되도록 간소화하는 방향의 개정이 요구된다.

(1) 신고·보고와 관련된 범조항

동법 제5조 제1항에 따르면 “감염자를 진단하거나 감염자의 시체를 검안한 의사 또는 의료기관은 감염자, 그 동거인 또는 그 가족에게 후천성면역결핍증의 전파방지에 관하여 필요한 사항을 준수하도록 지도하고 보건복지부령이 정하는 바에 의하여 보건소장에게 신고하여야 한다”고 하고 있으며, 동법 제6조에서는 “제5조의 규정에 의하여 보고를 받은 도지사는 보건복지부령이 정하는 바에 따라 관할구역 안에 거주하는 감염자에 관한 명부를 작성·비치하고 이를 보건복지부장관에게 보고하여야 한다”고 하여 시·도지사의 감염인 명부의 작성·보고의무를 규정하고 있다.

또한 제5조 제3항에서는 감염자가 주소를 이전하거나 사망한 경우는 세대주까지 신고의무를 지도록 하고 있다. 따라서 HIV/AIDS 검사를 통하여 항체 양성자로 판정된 사람들은 현행법에 의하면 평생 국가의 관리 대상이 된다.

(2) 현행 보고체계의 문제점

양성 판정을 받고 국가에 등록되면 HIV 감염인은 상담 및 치료를 통한 부조의 혜택을 제공받지만 자신의 사생활의 비밀과 자유라고 하는 헌법이 보장하는 또 하나의 기본권을 포기하게 된다. 2003년 AIDS 예방협회의 보고서에 의하면 HIV 감염인들은 가장 어려운 점이 신분과 병명의 노출인 것으로 나왔다(34.2%)⁹²⁾. 이러한 부담에도 불구하고 현 관리체계 하에서는 신분노출이 이루어질 수밖에 없는 상황이다.

91) 미국 LA의 경우 인권증진책으로 비밀보호법을 제정하면서 비밀보호의 권리의 의미를 다음과 같이 설명하였다. 첫째 HIV/AIDS 상태를 다른 사람에게 말하지 않을 권리, 둘째 자신의 HIV/AIDS 상태를 다른 사람이 말하는 것을 중단시킬 권리, 셋째 자신의 동의 없이 HIV/AIDS 검사를 받지 않을 권리가 그것이다.

92) 대한AIDS예방협회 서울시지회, 서울시 HIV감염 생존자 실태분석, 2003.

현행 보건소운영의 2원적체계(보건복지부와 지방행정기관의 관리감독)로 인해 예방법은 시·도를 거쳐 보건복지부로 HIV 감염인을 보고하도록 하고 있다. 이러한 보고체계가 HIV/AIDS관리정책을 수립·개선하기 위해 마련된 것이라면 행정기관이나 보건복지부가 감염인 개개인에 대한 정보를 모두 가지고 있어야 할 이유는 없다. HIV 감염인이 적절한 서비스를 받을 수 있도록 지원하는 기관에서 꼭 필요한 정보들만 가지고 있더라도 소정의 행정목적은 달성하는 데는 문제가 되지 않는다⁹³⁾.

미국의 경우 임상 의사는 지역방역당국에 신고하고 지역방역당국은 주 보건국으로, 다시 주 보건국은 미국 질병관리센터로 보고하는 체계를 갖추고 있다. 이 때 주 보건국에서 질병관리센터로 보고하는 개인 신상자료는 삭제하도록 되어 있다. 태국의 경우에는 초기에는 실명으로 보고하도록 하는 제도를 운영하다가 이후 HIV 전파방지에 실효가 없자 익명으로 보고하도록 제도를 개선하였다⁹⁴⁾. 국민의 차별과 편견이 계속되는 상황에서 실명보고체계가 예방에도 크게 도움이 되지 않기 때문에 태국의 감시체계는 전염병의 흐름을 전반적으로 파악하는 수준으로 한정되었다. 일본은 우리나라와 비슷한 보고체계를 가지고 있다. '감염증 예방 및 감염증환자에 대한 의료법'은 HIV 감염인이라 진단될 경우 가까운 보건소장을 경유하여 도도부현지사(각 자치단체장)에게 신고하도록 하며 이 내용을 후생노동장관에게 보고하도록 하고 있다. 그러나 연령, 성별 등을 신고할 뿐, 성명은 신고하지 않도록 하여 불필요한 인권침해를 방지하고 있다.

(3) HIV 감염인 보고·신고와 사생활보호방안

현행법은 HIV 감염인에 대하여 의사 등이 신고 및 보고를 할 의무를 규정하고 있으며 특히 시도지사는 감염인 명부를 작성·비치하도록

93) 미 류, AIDS예방법과 인권, 6면.

94) 태국의 익명검사소는 1991년 7월에 개원하였으며 처음에는 HIV 감염인으로 판정된 사람을 정부에 보고하였으나 이 때문에 검사받기를 원하지 않자 지금은 보고하지 않고 있다. 검사는 반드시 익명으로 하고 번호만 사용하여 연령, 성별, 결혼, 직업, 교육사항을 기재하고 있다. 현재 태국 전체 76개 도에서 100여개의 익명검사소가 운영되고 있다. 김창엽, AIDS 대응정책 개선을 위한 연구, 50~51면.

록 하고 있다(법제6조, 시행규칙 제4조제1항 별지 제1호 서식). 이 과정에서 HIV 감염인의 성명, 주민등록번호, 주소, 직업, 전화번호, 심지어는 가족들의 성명과 성별, 연령, 직업까지도 기재하는 등 감염인의 사생활이 필요 이상으로 침해되고 있다. HIV에 감염되더라도 증상이 위중한 단계에 접어들지 않는 한 일상생활에 지장이나 일상적인 행위를 통한 전염의 위험이 없으며, 특히 잠복기가 길어 때로는 10년 내지 15년까지 특별한 증상 없이 생활하는 사람도 많이 있다.

최근의 각테일 치료법의 발달로 AIDS에 관한 이른바 만성병 개념이 등장한 사정을 고려한다면 감염이 확인되더라도 지속적인 직장생활 및 사생활을 유지할 수 있도록 철저히 개인의 비밀이 보장되어야 한다.

또한 HIV 감염과 관련된 사항을 보고하여 보건을 담당하는 국가기관이 전반적인 관리를 담당하는 것은 HIV/AIDS와 관련한 국내 현황을 신속하게 파악하고 적절한 대책을 신속하게 수립하기 위함일 것이다. 그러나 이를 파악하기 위해서 반드시 감염인의 실명과 주민등록번호를 알아야 하는 것은 아니다. 오히려 개인신상정보의 과도한 노출이 HIV 감염인 또는 HIV 감염이 확인되지 않은 개인이 적극적인 검사와 치료 등의 권리를 요구하는데 장벽이 되고 있다. 따라서 동 조항은 개 개인의 권리보호와 국가의 행정목적이 조화와 균형을 이룰 수 있도록 개정될 필요가 있다.

더 나아가 보건관련 행정기관은 HIV 감염인 신고를 통하여 신분을 확인하여 감시의 단서로 활용하기 보다는 HIV/AIDS의 역학조사를 위한 자료로 활용하는데 그쳐야 한다. 그 대신 HIV 감염인에 대한 상담과 치료보조를 통하여 HIV 감염인의 자발적인 참여에 의한 HIV 감염 예방에 주력하여야 할 것이다. 이미 우리나라보다 HIV/AIDS 문제에 먼저 직면한 태국이나 일본의 경우에도 신고의무를 두고 있지만 HIV 감염인의 이름을 익명으로 처리함으로써 사생활이 침해되지 않도록 한다는 점을 참고하여야 한다.

그러므로 HIV 감염인을 진료하는 보건소와 의료기관 및 의료인에 대해서는 비밀준수의무를 엄격히 적용하고, 이와 관련이 적은 자치단

체나 관련 행정청에 대해서는 보고받거나 신고 받을 수 있는 개인의 인적관련정보를 필요최소한으로 제한하여야 할 것이다. 이와 더불어 이러한 신고·보고의 규정에도 불구하고 피검사자가 원할 경우 익명으로 HIV/AIDS 검사를 받을 수 있는 근거규정의 신설도 요구된다.

□ 관련 AIDS 예방법의 개정내용

현행	개정(안)
<p>제5조(의사 또는 의료기관 등의 신고) ① 감염자를 진단하거나 감염자의 사체를 검안한 의사 또는 의료기관은 감염자, 그 동거인 또는 그 가족에게 후천성 면역결핍증의 전파방지에 관하여 필요한 사항을 준수하도록 지도하고 보건복지부령이 정하는 바에 의하여 즉시 보건소장에게 신고하여야 한다.</p> <p>② <생략> ③ 감염자가 입원·퇴원·사망한 경우에는 이를 처리한 의사 또는 의료기관이, 감염자가 주소를 이전하거나 사망(호적법 제87조제3항에 해당되는 경우에 한한다)한 경우에는 감염자 또는 그 세대주(세대주가 감염자 본인이거나 부재중인 경우에는 동일세대내 가족중 성년자)가 보건복지부령이 정하는 바에 의하여 즉시 관할보건소장에</p>	<p>제5조(의사 또는 의료기관 등의 신고) ① ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- 한다. 의사 또는 의료기관이 감염자를 진단하고 그 동거인 또는 그 가족에게 필요한 사항을 준수하도록 지도하는 경우에는 감염자와 그 시기·방법 및 범위에 관하여 충분히 협의하고 동의를 구하여야 한다.</p> <p>② <현행과 동일> ③ ----- 이염자가 주소를 이전한 경우에는 감염자(감염자 본인이 부재중인 경우에는 동일세대내 가족중 성년자)가 -----</p>

<p>게 신고하여야 한다.</p> <p>④ 제1항 내지 제3항의 규정에 의하여 신고를 받은 보건소장은 시장·군수 또는 구청장에게 이를 보고하여야 하고, 보고를 받은 시장·군수·구청장은 이를 특별시장·광역시장 또는 도지사(이하 '시·도지사'라 한다)에게 보고하여야 한다.</p>	<p>④ ----- ----- ----- 하고, 보고를 받은 시장·군수·구청장은 이를 특별시장·광역시장 또는 도지사를 거쳐 보건복지부령이 정하는 바에 의하여 보건복지부장관에게 보고하여야 한다.</p>
<p>제5조의2 <신 설></p> <p>제6조(감염자 명부의 작성·보고) 제5조의 규정에 의하여 보고를 받은 시·도지사는 보건복지부령이 정하는 바에 따라 관할구역안에 거주하는 감염자에 관한 명부를 작성·비치하고 이를 보건복지부장관에게 보고하여야 한다.</p>	<p>제5조의2(익명검사) 후천성면역결핍증의 감염여부와 관련한 검사에 있어서 피검사자가 익명을 요구하는 경우 보건복지부령이 정하는 바에 의하여 익명으로 검사하여야 한다.</p> <p>제6조 <삭 제></p>

□ 관련 법령의 개정내용

현 행	개 정 (안)
<p>동법 시행규칙 제2조(의사 또는 의료기관등의 신고) ① <생 략> 1~6호 <생 략> 7. <신 설></p> <p>② <생 략> ③ 제1항 및 제2항의 신고는 서면의 방법외에 구두·전화 또는 전신등의 방법으로 할 수 있다.</p> <p>동법 시행규칙 제3조 ① <생 략></p>	<p>동법 시행규칙 제2조(의사 또는 의료기관등의 신고) ① <현행과 동일> 1~6호 <현행과 동일> 7. 감염자의 개인정보보호에 관한 비밀준수 각서</p> <p>② <현행과 동일> ③ 제1항 및 제2항의 신고는 서면으로 하여야 한다.</p> <p>동법 시행규칙 제3조 ① <생 략></p>

<p>1. 감염자의 성명 · 주민등록번호 및 직업</p> <p>2. 신고인의 성명 · 주민등록번호 및 직업</p> <p>3. <생략></p> <p>4. <생략></p> <p>동법시행규칙 제4조(감염자명부의 작성·보고) ① 법 제6조의 규정에 의하여 특별시장 · 광역시장 또는 도지사(이하 '시·도지사'라 한다)는 별지 제1호의 서식에 의한 감염자관리명부를 작성하고 그 내용을 지체없이 보건복지부장관에게 보고하여야 한다.</p> <p>② 법 제10조의 규정에 의하여 검진 또는 역학조사 결과 감염자가 있는 때에는 별지 제1호 서식에 의한 감염인관리명부를 작성 · 관리하고, 그 내용을 지체없이 시·도지사를 거쳐 보건복지부장관에게 보고하여야 한다.</p>	<p>1. 감염자의 성명 · 주민등록번호</p> <p>2. 신고인의 성명 · 주민등록번호</p> <p>3. <현행과 동일></p> <p>4. <현행과 동일></p> <p>동법시행규칙 제4조(감염자 보고) ① 법 제5조제4항의 규정 또는 법 제10조의 규정에 의한 검진 또는 역학조사 결과 감염자가 있는 경우에 시장 · 군수 · 구청장은 별지 제1호의 서식에 의한 감염자 명부를 작성하고, 그 내용을 지체 없이 특별시장 · 광역시장 또는 도지사(이하 '시·도지사'라 한다)를 거쳐 보건복지부장관에게 보고하여야 한다.</p> <p>② <삭제></p>
--	---

※ 동법 시행규칙 제3조에 있어 굳이 직업을 작성토록 하여야 할 필요는 없는 것으로 보이며 이를 작성하도록 함으로써 오히려 사생활의 침해영역의 확대라는 문제와 더불어 감염인의 근로의 권리를 부당하게 위축시킬 위험이 있으므로 이를 삭제하였음.

나. 비밀누설금지의무의 강화

동법 제7조에서는 감염사실에 대한 비밀누설금지제도를 규정하고 있다. 하지만 이러한 프라이버시 보장조항은 많은 부문에서 침해되고 있다. 그 예로 HIV 감염인이 병원에 입원했을 때 입원실 입구에 HIV/AIDS를 표시함으로써 주변 사람이 쉽게 알 수 있도록 하는 예가 그것이다. 그리고 종종 의료인과 기타 의료관계자의 부주의로 HIV 감

염사실이 주변에 알려지는 경우도 있으며, 보건소 직원들에 의해 HIV 감염사실이 주위에 알려지는 경우도 있다⁹⁵⁾. 따라서 의료인 및 기타 관계자의 비밀준수의무의 강화가 요구된다.

또한 동법에서 예외로 인정하고 있는 “정당한 사유”라 함은 일종의 불확정 개념으로 매우 모호한 것이다. 법이론적인 측면에서 볼 때 비밀 누설을 허용하는 「정당한 사유에 해당하는지의 여부」는 불확정 개념⁹⁶⁾이기 때문에 결국 법원의 판결에 의하여 확정되게 된다. 따라서 HIV 감염인의 비밀이 모두 누설된 이후에 이러한 누설행위가 합법한 정당한 행위인지의 여부를 법적으로 판단하게 된다는 모순이 있다. 그러므로 이러한 개념(정당한 사유)은 본 규정의 입법취지로 볼 때 타당하지 않을 뿐만 아니라 HIV 감염인의 프라이버시권을 심하게 침해하게 된다.

미국 캘리포니아주는 감염사실을 다른 사람에게 알리기 위해 HIV 감염인의 서면동의서를 받게 하는 등 비밀누설금지를 위한 구체적인 대책을 마련하고 있다. 또한 우리나라 헌법상의 프라이버시권에 근거하여 볼 때(또는 공공기관의 개인정보보호에 관한 법률의 내용을 보건대), 정보주체자(AIDS 예방법에서는 감염인 본인)에게 인정된 권리로 는 ① 자신의 정보에 대한 안내받을 권리, ② 자신의 정보를 정정받을 권리, ③ 정보차단에 대한 권리를 보장하고 있다⁹⁷⁾. 또한 이러한 권리의 예외로는 ① 정보주체자의 동의가 있는 경우와 ② 법령이 허용한 경우로 한정하고 있다⁹⁸⁾.

그러나 우리나라의 경우에는 지나치게 애매하고 광범위한 예외규정을 두어 비밀누설금지 의무를 무력화하고 있으며 이것이 일선 담당자들의 불감증과 맞물린다면 HIV 감염인에게 매우 큰 피해를 줄 수 있다.

95) 임태훈, 바람직한 AIDS 정책, 사회비평(2002. 가을호), 63면.

96) 장태주, 행정법개론, 현암사, 2005, 83면 이하.

97) 박윤형, 전계논문, 8~9면.; 양충모, 진료정보에 관한 법적 연구, 의료정책연구소, 2004. 2., 15면 이하.; Simitis/Dammann/Geiger/Mallmann/Walz, Kommentar zum Bundesdatenschutzgesetz, 4. Aufl., 1998, §19 Rn. 1.; P. Schaar, Datenschutz im Internet, C. H. Beck, 2002, Rn. 487.

98) 양충모, 상계서, 18면.; Walz, Simitis/Dammann/Geiger/Mallmann/Walz, a.a.O., § 4 Rn. 9.; N. Dash, Die Einwilligung zum Eingriff in das recht am eingenen Bild, 1990, S. 102f.

따라서 현행법 제7조는 개인정보보호의 일반적 원리에 어긋나는 것으로 헌법이 보장하는 프라이버시권을 유명무실하게 할 위험이 있다.

□ 관련규정의 개정내용

현 행	개 정 (안)
<p>제7조(비밀누설금지) 국가 또는 지방자치단체에서 후천성면역결핍증의 예방과 그 감염자의 보호·관리에 관한 사무에 종사하는 자, 감염자의 진단·검안 및 간호에 참여한 자와 감염자에 관한 기록을 유지·관리하는 자는 재직 중에는 물론 퇴직후에도 <u>정당한 사유없이</u> 감염자에 관하여 업무상 알게 된 비밀을 누설하여서는 아니된다.</p>	<p>제7조(비밀누설금지) 다음 각호의 1에 해당하는 자는 감염자의 보호·관리 및 진료의 과정 중에 타인이 감염 사실을 알게 하여서는 아니되며, 재직 중에는 물론 퇴직 후에도 감염자에 관하여 업무상 알게 된 비밀을 누설하여서는 아니된다. 다만 이 법령이 정하고 있는 경우나 본인의 동의가 있는 경우에는 그러하지 아니하다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 국가 또는 지방자치단체에서 후천성면역결핍증의 예방과 그 감염자의 보호·관리에 관한 사무에 종사하는 자 2. 감염자의 진단·검안·진료 및 간호에 참여한 자 내지 그 법인 3. 감염자에 관한 기록을 유지·관리하는 자 내지 그 법인

※ 진료과정 중에도 의료인이 비밀누설금지 의무를 준수토록 한 이유는 진료시 의료기관에서 HIV/AIDS 등의 표시를 함으로써 타인이 이를 알게 하는 것을 방지하기 위한 취지이다.

※ 본 개정(안)에서 예외를 이 법령이 정한 경우로 한정 한 이유는 타 법령에 의하여 취업근로자를 대상으로 한 HIV/AIDS에 관한 집단적 검진(스크리닝)으로부터 HIV 감염자를 보호하기 위한 취지이다.

다. 전파매개행위 규정의 삭제

동법 제19조제1호, 동법 시행령 제23조는 콘돔을 사용하지 아니한 상태에서 성행위를 하는 HIV 감염인을 처벌함으로써 모든 HIV 감염인에게 안전한 성행위를 할 것을 법적인 의무로 규정하고 있다. HIV 감염인이 성행위를 할 때에는 반드시 콘돔 사용과 같은 예방조치를 취하도록 하는 것이 HIV/AIDS 예방의 방책인 동시에 최선의 조치임은 사실이다.

그러나 과연 이를 실현하기 위해서 현행법처럼 형벌에 의한 제재로써 위협하는 것이 필요한지는 의문이다. 즉, 성행위로 인한 상대방의 감염 등 구체적 피해가 발생한 경우에는 처벌을 검토하여야 하겠지만 예방조치 없는 성행위 그 자체를 처벌하는 이른바 추상적 위험범 규정은 적어도 HIV/AIDS 영역에서는 실효성을 거두기 어렵다는 것이 유력한 견해이다.

특히 지극히 사적이고 은밀히 행하여지는 성행위에 대해서 콘돔을 사용하지 않은 HIV 감염인을 색출하기란 불가능에 가까운 것이 현실이다. 더욱이 현행 형법만으로도 감염인의 예방조치 없는 성행위로 인하여 상대방이 HIV에 감염된 경우에는 상해죄로 처벌할 수 있음은 물론 감염이 발생하지 않은 경우에도 형법상 처벌이 가능하다. 그럼에도 불구하고 이러한 규정을 둠으로써 HIV 감염인들은 더욱 자신의 감염 사실과 신분, 행적을 숨기려하는 등 부작용을 유발할 가능성이 높다. 잠재적 HIV 감염인들은 감염검사결과에 따른 불이익을 두려워하여 검사 자체를 회피하려고 할 것이고 그러한 상태에서 더욱 많은 사람에게 HIV 감염을 유발할 수 있다. 이런 경우에 동 규정은 입법취지와 달리 HIV 감염의 예방을 조장하기는커녕 오히려 방해하는 구실을 할 수 있다. 실제로도 최근 바로셀로나에서 개최된 국제 AIDS 총회에서 보고한 내용에 따르면 성관계, 헌혈 혹은 마약주사바늘 공유를 통해 HIV를 감염시키는 사람에게 실형을 선고하는 법들은 HIV/AIDS확산을 부추기고 있다고 보도하였다⁹⁹⁾.

99) 처벌을 이용하는 것은 그 사람에 대한 낙인을 찍게 함으로써 HIV 확산을 예방하고자 하는 것이지만, 이럴 경우 사람들은 HIV 검사 받기를 꺼릴 것이며, 성접촉시 상대방에게 자신의 HIV 감염 상태를 말하지 않게 된다고 하였다. 이에 관하여, 유

따라서 위와 같은 현행법상의 처벌 규정은 삭제하고 그 행위로 인하여 감염이 초래되었을 경우에 한하여 현행 형법의 관련규정을 적용하는 것이 바람직할 것이다.

□ 관련법의 개정내용

현 행	개 정 (안)
<p>법 제19조 (전파매개행위의 금지) 은 감염자는 다음 각 호의 전파매개행위를 하여서는 아니된다.</p> <p>1. 대통령령이 정하는 감염의 예방조 치없이 행하는 성행위 2. 혈액 또는 체액을 통하여 타인에 게 전파할 수 있는 행위</p> <p>동법 시행령 제23조(감염의 예방조치) 법 제19조제1호에서 “대통령령이 정하 는 감염의 예방조치”라 함은 콘돔의 사용으로 타인에게 전파를 방지하는 것을 말한다.</p>	<p>법 제19조(전파매개행위의 금지) 은 감염자는 타인에게 혈액 또는 체액에 의 한 감염이 발생하지 않도록 필요한 예 방조치를 다하여야 한다.</p> <p>1. <삭 제> 2. <삭 제></p> <p>동법 시행령 제23조 <삭 제></p>

4. 강제처분 문제점 및 개선방안

가. 강제처분의 문제점

국내에서의 HIV/AIDS 관련정책은 1999년 2월 8일 강제격리조항의 삭제, 요양 및 치료시설의 설치, 생활보호 조항 신설 등의 내용을 포함하여 후천성면역결핍증 예방법을 개정하였다. 그러나 예방법 제14조는 “보건복지부장관 또는 시·도지사는 인간면역결핍바이러스의 전염을 방지하기 위하여 필요하다고 인정할 경우에는 타인에게 감염시킬 우려가

엔AIDS 한국정보센터(<http://aidsnews.net/korean/index.htm>) 중 Hot News 참조.

높은 자 등 대통령령이 정하는 감염자에 대하여 제13조의 규정에 의하여 전문진료기관에서 치료를 받도록 할 수 있다”고 하고, 이에 대한 실효성을 확보하기 위하여, 행정조사 및 직접강제에 관한 규정을 동법 제15조에 규정하고 있다. 동법 제15조에 따르면 “제14조의 규정에 의한 치료지시를 받은 감염자가 이에 응하지 아니할 경우 보건복지부장관 또는 시·도지사는 소속 공무원으로 하여금 그 감염자가 있다고 인정되는 거소 기타 장소에 들어가 필요한 조사를 실시하고, 감염자에 대하여 치료를 받게 할 수 있다”고 하고, 이에 응하지 않을 경우 1년 이하의 징역 또는 300만 원 이하의 벌금에 처하도록 하고 있다.

동 규정은 AIDS 예방법이 가지는 공중보건의 보장기능이라는 목적을 달성하기 위하여 전파가능성이 높은 HIV 감염인에 대해서 행정상 직접강제¹⁰⁰⁾와 행정형벌¹⁰¹⁾을 규정하고 있다. 행정법규가 일정한 행정 목적을 달성하기 위하여 필요한 경우 행정강제, 행정조사 및 행정형벌을 규정한 것은 행정법규의 한 특징이다. 그러나 이러한 행정상의 강제조치를 취하기 위해서는 비례의 원칙 및 적법절차의 원리, 개인의 법익에 대한 최소침해의 원칙이 준수되어야 한다.

나. 위험도에 따른 단계적 처분의 필요성

통상 행정법에서 위험에 대하여 행정조치를 할 경우에, 특히 이러한 조치가 국민의 기본권과 관련될 때에는 일반적으로 행정법상 과잉금지의 원칙 내지 비례의 원칙이 적용된다.

일반적으로 행정법상의 비례의 원칙(Verhältnismäßigkeit)은 국가나 지방자치단체 등이 구체적인 행정목적 실현함에 있어서 그 “목적 실현과 수단 사이에 합리적인 비례관계”가 유지되어야 한다는 것을 말한다¹⁰²⁾. 즉 HIV/AIDS의 예방을 위한 조치나 AIDS 환자의 치료를 위한

100) 장태주, 상계서, 500면 이하.

101) 장태주, 상계서, 537면 이하.

102) F. Ossenbühl, Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit in der Rechtsprechung der Verwaltungsgerichte, Jura 1997, S. 618ff.

조치를 할 경우에는 이에 의하여 희생되는 HIV 감염인의 침해되는 인 권과 일반시민이 얻게 되는 이익을 비교하여 일반시민의 공공이익이 월 등하고 HIV 감염인의 인권침해가 최소화되는 방향으로 행정조치를 하여 야 한다는 원리이다. 그 구체적 내용으로는 제1단계 목적심사, 제2단계 방법심사, 제3단계 결과심사 및 제4단계 관련성심사로 이루어진다¹⁰³).

이러한 원칙의 요청에 부응하고 시민의 기본권을 최대한 보장하기 위하여 국가가 일정한 행정적 조치를 행하는 경우에 위험관리에 관한 행정법규 (verwaltungsrechtliche Risikovorsorge)들은 리스크 평가를 과학적 수준에 따라 진행하고, 각각의 위험도에 따라 국가의 개입정도 및 범위, 그 요건 등을 달리하는 것이 일반적이다. 즉, 매우 위험한 위 해가 예상되는 경우에는 강한 국가의 개입을 허용하고, 약한 위험에는 국가의 개입을 최소화하는 방식이다¹⁰⁴).

다. 강제처분에 대한 개선방안

행정상의 의무를 확보하기 위하여 시민의 신체나 재산에 직접 실력 을 행사하여 행정목적의 달성과자 하는 행정조치를 취하고자 하는 경우에는 시민의 자유와 권리를 최대한 보장하면서, 이와 더불어 관계

103) 구체적 내용을 살펴보면, 우선 ① 제1단계심사는 1차적으로 행정기관에 의해 추구 되는 목적이 정당한 것인지의 여부가 밝혀져야 한다는 것이며, ② 제2단계 심사는 행정기관이 취한 조치 또는 수단은 정당한 행정목적의 달성에 있어 적절한 것이어야 하고, ③ 제3단계 심사는 특정한 수단을 통해 이루어진 행정조치의 결과 가 여러 적합한 수단 중에서도 당사자의 권리나 자유에 가장 적은 침해만을 입히 는 수단이 되어야 한다는 원칙이며, ④ 제4단계심사는 행정작용은 적합하고 최소 한의 침해를 수반하는 조치라 해도 추구하는 목적과 침해의 정도·사안의 중요성 과 근거 및 다른 공익상의 요청 등의 제 요소들 사이에 전체적으로 상당한 균형을 유지하여야 한다는 원칙을 말한다. 이에 관하여, 장태주, 행정법개론, 현암사, 2005, 56~58면.

104) 예를 들면, 독일의 <遺傳子工學法>(GenTG)의 경우에는 안전성 평가를 안전성 1 단계에서 안전성 4단계까지 그 위험도를 각각 분류하고 법적 처리도 달리하고 있 다. 그 분류의 내용을 보면 안전성 1단계(리스크 없음), 안전성 2단계(경미한 리 스크), 안전성 3단계(상당한 리스크), 안전성 4단계(고도의 리스크) 등으로 되어 있다.

법령이 정하고 있는 일정한 행정목적 달성을 위하여, 그러한 강제 조치를 취함에 있어 일정한 제한이 따른다. 예를 들면, ① 그 위험이 매우 급박하며, ② 다른 위해방지조치를 취할 시간이나 수단이 없는 경우, ③ 행정기관은 HIV 감염인에게 최소한의 침해가 가해지는 수단을 선택하여 이를 행할 수 있다.

따라서 일정한 HIV 감염인에게 이러한 강제조치를 취하기 위해서는 행정지도 등의 부드러운 수단을 먼저 사용하고, 이후 그 위해의 정도에 따라 신체에 대한 직접성이 강한 수단을 동원하는 방향으로 관련법령을 개정하여야 할 것이다.

□ 관련 법률의 개정내용

현 행	개 정 (안)
<p>제14조 (치료지시) 보건복지부장관, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 인간면역결핍바이러스의 전염을 방지하기 위하여 감염자의 치료가 공익상 필요하다고 인정할 경우에는 타인에게 감염시킬 우려가 높은 자등 대통령이 정하는 감염자에 대하여 제13조의 규정에 의한 전문진료기관에서 치료를 받도록 할 수 있다.</p>	<p>제14조(치료의 권고 및 조언) ① --- ----- ----- ----- -----타인에게 감염시킬 우려가 높은 자에 대하여 제13조의 규정에 의한 전문진료기관 또는 제16조의 규정에 의한 요양시설 등에서 치료 내지 보호를 받도록 권고 및 조언을 할 수 있다.</p>
<p>② <신 설></p>	<p>② 제1항의 규정에 의하여 권고 및 조언을 하는 경우, 그 방법과 절차에 관하여는 행정절차법 제48조 내지 제50조의 규정을 준용한다.</p>
<p>제15조 (강제처분) ① 제14조의 규정에 의한 치료지시를 받은 이염자가 이에 응하지 아니할 경우 보건복지부장관, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 소속공무원으로 하여금 그 감염자가 있다고 인정되는 거소 기타 장소에 들</p>	<p>제15조(강제처분) ① 보건복지부장관, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 인간면역결핍바이러스의 전염을 방지하기 위하여 또는 감염자의 치료가 공익상 필요하다고 인정할 경우에는 타인에게 감염시킬 우려가 높은 자등 대통</p>

<p>어가 필요한 조사를 실시하고, 감염자에 대하여 치료를 받게 할 수 있다.</p>	<p>령령이 정하는 감염자에 대하여 제13조의 규정에 의한 전문진료기관 또는 제16조의 요양시설 등에서 치료를 명할 수 있다.</p>
<p>② 제11조의 규정은 제1항의 경우에 이를 준용한다.</p>	<p>② 제1항의 규정에 의하여 치료의 지시를 받은 감염자중 제2조 제1호에 해당하는 자가 이에 응하지 아니할 경우 보건복지부장관, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 소속공무원으로 하여금 그 감염자가 있다고 인정되는 거소 기타 장소에 들어가 필요한 조사를 실시하고, 감염자에 대하여 치료를 받게 할 수 있다.</p>
	<p>③ 제1항의 규정에 의하여 치료의 지시를 받은 감염자중 제2조 제2호 내지 제3호에 해당하는 자가 이에 응하지 아니할 경우 보건복지부장관, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 제14조의 조언과 권고를 하여야 한다.</p>
	<p>④ 제3항의 조언과 권고에 응하지 아니한 감염자 중 타인에 대한 전파의 위험이 현저하고 달리 감염자의 보호·치료 및 타인에 대한 전파를 방지할 수 없다고 판단되는 경우에는 그 감염자가 있다고 인정되는 거소 기타 장소에 들어가 필요한 조사를 실시하고, 감염자에 대하여 치료를 받게 할 수 있다.</p>
	<p>⑤ 제11조의 규정은 제2항 및 제4항의 경우에 이를 준용한다.</p>

5. 인간다운 생활권의 보장을 위한 개선방안

가. 취업제한조치의 문제점과 개선방안

현행법은 감염인의 경우에 일정한 업무에 일체 종사할 수 없도록 규정하고 있다(동법 제18조). 그러나 HIV 감염인 중에서 일부는 위와 같은 직업에 종사하다가 HIV에 감염되어 달리 전업이 곤란한 경우가 발생할 수 있다. 이러한 경우에 단지 감염인 상태일 뿐 발병에 이르지 아니하였음에도 불구하고 획일적으로 특정 직업의 수행을 금지하는 것은 사실상 관련자의 생계를 박탈하는 결과를 초래한다. 이러한 경우가 아닐지라도 HIV 감염인은 다양한 이유로 노동권을 침해받게 된다. 먼저 감염사실이 알려지는 경우 직장에서의 전직, 해고 등 불합리한 조치들이 취해진다. 노동할 권리는 생계의 유지를 위해서도 필요하지만 인간의 사회적 관계가 노동을 통해서 형성된다는 점에서 인간의 삶을 형성하는 핵심적인 활동 중의 하나이다.

따라서 노동현장에서 HIV 감염인의 노동권을 실질적으로 보장하기 위한 입법적 노력이 필요하다. 또한 국가가 적절한 직업재활대책 마련 등의 구제조치도 없이 HIV 감염인에게 일정한 업소(법 제18조제1항)의 취업을 원천봉쇄하는 경우 HIV 감염인들은 더욱 관리가 곤란한 불법영업으로 내몰릴 수밖에 없을 것이다. 이러한 경우에는 오히려 전업의 위험성을 높일 수 있고, AIDS 예방법의 입법취지에도 반하는 결과가 될 것이다. 이러한 점을 고려하여 HIV 감염인에 대한 현실적인 직업을 제공하기 위한 노력을 선행하여야 할 것이다.

□ 관련법률의 개정내용

현 행	개 정 (안)
제18조 (취업의 제한) ① 감염자는 제8조제1항의 규정에 의하여 그 종사자가 정기검진을 받아야 하는 업소에	제18조(근로권의 보장과 그 제한) ① 제2조 제2호 내지 제3호에 해당하는 자로서 건강한 자에 대해서 사용자는

<p>종사할 수 없다.</p> <p>② 제8조제1항의 규정에 의한 업소를 경영하는 자는 감염자 또는 검진을 받지 아니한 자를 그 업소에 종사하게 하여서는 아니된다.</p>	<p>근로관계에 있어서 다른 근로자와 균등한 처우를 하여야 한다.</p> <p>② 제2조 제1호 내지 제2호에 해당하는 자로서 건강상태가 좋지 못한 자에 대해서 사용자는 근로관계에 있어서 다른 질병에 걸린 근로자와 균등한 처우를 하여야 한다.</p> <p>③ 제1항 내지 제2항의 규정에 위반한 사용자에게 대해서는 근로기준법 제5조를 위반한 것으로 본다. 다만, 제8조 제1항의 규정에 의한 업소를 경영하는 자는 감염자 또는 검진을 받지 아니한 자를 그 업소에 종사하게 하여서는 아니된다.</p> <p>④ 감염자는 제1항 내지 제2항의 규정에 불구하고 제8조제1항의 규정에 의하여 그 종사자가 정기검진을 받아야 하는 업소에는 종사할 수 없다.</p>
---	---

나. HIV 감염인의 기초생활보호의 강화방안

비밀누설금지 및 사생활보호의 제도적 운영에도 불구하고 HIV 감염인의 취업은 사실상 제한되고 있으며, 이들의 가장 큰 어려움은 경제적 생활기반의 상실에 있다. 대부분의 HIV 감염인들은 가족들의 무지와 편견으로 인해 쫓겨나거나 가출하여 살고 있다. 따라서 이들의 의료비 및 생활보호가 절실한 상황이라 할 수 있다.

동법 제20조에서는 부양가족의 보호책으로 감염인이 전문치료기관에서 치료를 받는 기간 동안 그 부양가족의 생계가 곤란한 때에는 생활보호 등의 필요한 조치가 이루어지도록 하고 있다. 이에 따라서 HIV 감염인은 기초생활보장법상의 수급권자가 될 수 있다. 기초생활보장법

제5조는 대통령령을 통해 감염인을 “부양의무자가 있어도 부양능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 경우”로 인정해 수급권자의 범위를 다소 넓히고 있다. 그러나 수급권자 신청을 하기 위해서는 시장·군수·구청장에게 급여를 신청하여야 하며, 사회복지전담공무원으로 하여금 급여의 실시에도 필요한 사항을 조사받아야 한다. 이 과정에서 HIV 감염인의 감염사실은 자연 노출되게 된다. 이러한 문제로 인하여 HIV 감염인들은 경제적인 어려움에도 불구하고 기초생활수급권자의 신청을 기피하는 이유가 되고 있다¹⁰⁵⁾.

따라서 HIV 감염인을 위한 쉼터 이외에도 이들의 치료와 재활을 도모할 수 있는 자활원을 통한 지원 및 보호가 절실하다고 본다.

□ 관련법령의 개정내용

현 행	개 정 (안)
제16조 (요양시설등의 설치·운영) ① 보건복지부장관 또는 시·도지사는 감염자의 요양 및 치료등을 위한 시설(이하 "요양시설"이라 한다)과 감염자에 대한 정보제공 및 상담등을 위한 시설(이하 "쉼터"라 한다)을 설치·운영할 수 있다.	제16조 (요양시설등의 설치·운영) ① 보건복지부장관 또는 시·도지사는 감염자의 치료·보호 및 재활촉진을 위하여 다음 각호의 시설을 설치·운영하여야 한다. 1. 감염자의 요양 및 치료등을 위한 시설(이하 "요양시설"이라 한다) 2. 감염자에 대한 정보제공 및 상담등을 위한 시설(이하 "쉼터"라 한다) 3. 감염자의 재활촉진 및 요양, 상담등을 위한 시설(이하 "자활원"이라 한다)
②제1항의 규정에 의한 요양시설 및 쉼터의 설치·운영에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.	②제1항 제1호 내지 제3호에서 규정한 시설의 설치 및 운영에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.
제22조 (비용부담) 다음 각호의 1에 해당하는 비용은 …… 중 략 …… 전	제22조(비용부담) ----- -----

105) AIDS예방협회 서울지회, 서울시 HIV감염 생존자 실태분석, 2003.

<p>부 또는 일부를 보조한다.</p> <p>1. ~ 6 <생 략></p> <p>7. 제23조제3항의 규정에 의하여 위탁받은 단체 및 기관의 요양시설 및 컴퓨터의 설치·운영 비용</p> <p>제23조 (권한의 위임·위탁)</p> <p>① <생 략></p> <p>② <생 략></p> <p>③ 보건복지부장관 또는 시·도지사는 대통령령이 정하는 바에 의하여 요양시설 및 컴퓨터의 설치·운영을 민간단체 또는 관계전문기관에 위탁할 수 있다.</p>	<p>-----.</p> <p>1 ~ 6 <현행과 동일></p> <p>7. 제23조제3항의 규정에 의하여 위탁받은 단체 또는 기관의 요양시설, 컴퓨터 및 자활원의 설치·운영 비용</p> <p>제23조 (권한의 위임·위탁)</p> <p>① <현행과 동일></p> <p>② <현행과 동일></p> <p>③ -----</p> <p>----- 요양시설, 컴퓨터 및 자활원의 설치·운영을 민간단체 또는 관계전문기관에 위탁할 수 있다.</p>
--	---

제8장 결 론

제1절 결과의 요약

(1) 동 연구 보고서는 그간 진행된 HIV/AIDS 관리정책에 의하여 HIV 감염인의 인권이 어느 정도 침해되고 있었는가를 살피고 이들이 침해당하고 있는 인권 중에서 현행 헌법 및 국제인권규범 등에 비추어 볼 때, 그 개선이 반드시 이루어짐으로써 HIV 감염인의 침해된 인권을 구제하고 보장할 수 있는 정책방향 및 관련법령의 개선방안을 제시하는데 그 목적이 있다.

(2) 후천성면역결핍증은 인간면역결핍바이러스가 우리 몸의 면역세포(CD4+T세포)를 파괴하여 면역기능을 저하시킨 결과, 보통의 상태에서는 발생하기 어려운 각종 감염증이나 암으로 인해 사망하는 질병이다. 따라서 HIV 자체에 의하여 사망하는 것이 아니라 합병증에 의하여 사망하는 질병이라 할 수 있다. HIV/AIDS의 특성을 살펴보면, 우선 ① 그 전파 경로에 있어서 HIV는 유전되지는 않으며, 열에도 약하고 인체를 벗어나면 바로 불활성화 되지만 성관계 등의 전파경로를 타고 빠르게 확산되고 있는 전염병이다. HIV는 주로 성접촉, 오염된 혈액이나, 비가열처리된 혈액 제제 그리고 오염된 주사기의 공동사용 등을 통하여 감염될 수 있다. 또한 HIV에 감염된 임산모로부터 태아에게 수직 감염될 수 있다. 이 중에서 성접촉에 의한 HIV의 감염이 HIV/AIDS의 가장 중요한 전파경로이다. 또한 주사기의 공동사용에 의하여 전파된다는 특성에 기인하여 마약중독자들 사이에 발생하는 질병이라는 편견을 발생시키기도 한다. ② HIV/AIDS 발병상의 주요한 특징으로는 HIV에 감염되면 감염 후 발병까지의 잠복기간의 평균 10년 이상으로 장기간이지만 발병한 후 적절한 치료가 없으면 사망으로 이어진다는 점, 발병을 지연시키는 치료법이나 발병 후 기회감염증 등에 대한 치료법은 존재할지라도 HIV 감염 자체에 대한 치료법은

존재하지 않는다는 점, 발병에 이르지 않은 無症候感染者에게도 감염력은 존재한다는 것, HIV의 감염을 예방할 수 있는 백신이 없다는 점을 들 수 있고 이러한 특징에 기인하여 HIV/AIDS는 항상 공포의 대상이 되어왔다. ③ 또한 관리정책상의 특징으로는 HIV/AIDS는 예방백신이나 완치제가 나오지 않은 난치병이며, 전염성 질환으로, 동성애자 및 정맥주입 마약주사 사용자들 사이에 널리 확산되고 있는 특징으로 인하여 사회적인 회피의 대상이 되었다. 이러한 사회적 요구와 더불어 HIV/AIDS의 확산 초기에 동성애자들은 공공 및 정부의 관심과 HIV 감염인들의 이해를 정책에 적극 반영하도록 요구하였다. 따라서 양자 사이에 상이한 요구와 이해가 충돌하는 양상을 보였으며, 이러한 모습은 오늘날에도 유지되고 있다. 이러한 상반된 이해는 결국 HIV/AIDS 관리정책에 있어서 HIV 감염인의 인권보장의 범위가 어디까지인가? 하는 문제에 대해서 그 해답을 구하는데 많은 어려움을 야기하고 있다.

(3) 이와 같은 특징을 가지고 있는 HIV/AIDS의 발병추이를 살펴보면, HIV에 감염된 인구는 세계적으로 계속 증가하고 있으며, 2004년에는 3940만 명에 달하는 것으로 추산되고 있다. 이 중에서 490만 명은 2004년 한 해 동안 새로 HIV에 감염된 것으로 파악되는데, 이러한 전세계적 HIV/AIDS 유행으로 사망한 사람은 2003년에만 310만 명에 이른다. 이와는 대조적으로 우리나라의 HIV/AIDS 관리는 비교적 잘 행해지고 있는 편으로 질병관리본부에 따르면 2005년 6월말 현재 내국인 누적 HIV 감염인 수는 3,468명이며 이중 680명이 사망하여 2,788명이 생존해있다. 2005년 1월부터 6월말까지 6개월간 내국인 신규 HIV 감염인은 317명으로 보고되었는데, 지난해 같은 기간(302명) 대비 5.0% 증가한 수치에 불과하다. 이러한 결과에서 알 수 있는 것은 우리나라의 경우 세계적 추세에 비하여 그 HIV 항체양성율이 그리 높은 편이 아님에도 정부의 HIV/AIDS 관리정책에서 주로 사용되는 방법은 HIV 감염인에 대한 철저한 감시와 통제로 일관함으로써 HIV 감염인의 인권을 지나치게 제한 내지 침해하고 있다는 문제점을 유발하고 있다. 유흥업소 종사 종업원들은 6개월에 한 번씩 의무적으로 HIV/AIDS 검사를 받아야 하며, 심지어 그런 직종에 종사하지 않거나 HIV 감염의 고위험군에 해당하지 않는 사람들에게 행하여지는 각

중 신체검사들에도 HIV/AIDS 검사의 항목이 포함되어 있다. 더 나아가 HIV 감염인은 발견 즉시 보건 당국에 보고하도록 법제화 되어 있어, HIV 감염인의 신분은 대중에게 노출되기 쉬운 환경에 처해지게 되고, 이러한 환경은 신분 노출로 인한 직장에서의 해고와 사회적 관계에서의 고립이라는 상황까지 초래하게 되었다. 이렇듯 철저한 국가의 HIV/AIDS 관리와 감시체제로 인해 HIV/AIDS의 전파가 효율적으로 관리되어 온 점을 간과할 수는 없으나, 지나치게 심한 감시로 인해 HIV 감염인의 사생활이 침해당하고 그들이 사회적 낙인과 차별로 고통 받고 있다는 사실 또한 부인할 수는 없는 실정이다.

(4) HIV 감염인에 대한 헌법 및 국제인권규범상의 인권보장의 범위를 살펴보면, 헌법상의 인권이라 함은 “인간이 인간으로서 당연히 누리는 권리”로써 HIV 감염인도 인간인 이상 이러한 의미에서의 인권은 최대한 보장되어야 하며, 이러한 기본권에 근거하여 비감염인과 동일하게 법 앞의 평등, 생존권, 건강권, 거주이전의 자유, 사생활의 권리, 결혼하여 가정을 가질 권리, 교육받을 권리 등의 기본권을 누릴 수 있다는데 의문은 없음을 살펴보았다. 그러나 HIV 감염인들은 주거, 교육, 고용 및 치료 등에 있어서 차별대우를 받기 쉬우며, 어떤 HIV 감염인들은 결혼할 권리마저 부인당하고 있는 것이 현실이며 이러한 결과는 합리적 이유 없는 차별에 적극 대처하는 헌법적 보장원리가 필요함을 알 수 있었다. 또한 AIDS 문제는 외국의 경우를 원용하여 살펴보면, 빈곤, 마약, 매매춘, 보건·의료체계 등 사회생활의 다양한 영역과 연관되어 있다는 것을 알 수 있으므로 사회복지정책, 교육정책, 경제정책은 물론 도덕과 윤리, 나아가 인간의 권리를 포함한 전체적 시각에서 접근하여야 할 것임을 필요로 함을 알 수 있었다. 더불어 HIV 감염인들은 일정 사회 내에서 소수이며 약자라는 특수성이 충분히 고려되어야 하므로 HIV 감염인의 인권보장의 문제는 그들이 소수자이며 사회적·정신적·육체적 약자라는 것이 전제되어야 의미를 가질 수 있었다. 이러한 전제를 근거로 이들을 위한 인권보장의 범위, 인권보장강도(우선적 효력의 인정여부) 등에서 일정할 특수성이 배려되어야 함을 논증하였다. 또한 국제인권기구들의 HIV 감염인에 대한 인권보장 원리 내지 내용을 살펴보면, 국제규범에서는 HIV 감염인에 대한 차별대우를

철저히 반대하면서 국가 및 고용주가 이들을 적극적으로 지원하고 이들의 건강회복에 협조하는 것이야말로 AIDS라는 도전에 대한 가장 효과적인 대응방안이라는 것을 밝히고 있다. 그 주요한 것으로는 유엔인권위원회의 권고, HIV/AIDS와 인권에 관한 국제가이드라인 및 직장에서의 HIV/AIDS 대책에 관한 WHO와 ILO의 지침 등을 살펴보았다.

(5) 헌법 및 국제인권규범에서 알 수 있는 HIV 감염인 인권보장의 기본 원칙을 기준으로 하여 우리나라 HIV 감염인의 인권침해의 현황을 살펴본 결과 일상생활 속에서의 차별과 낙인, 병원현장에서의 차별, 직장에서의 차별, 가족 내에서의 고립 내지 냉대, 경제적 어려움과 이에 따른 치료의 어려움 등으로 나타났다. 또한 신분노출과 건강의 악화 등으로 인한 사회생활의 중단은 단순히 그 자체의 문제뿐 아니라 경제적 빈곤을 초래하고 빈곤은 치료 및 건강관리를 불가능하게 하여 감염인의 생명권을 박탈하는 결과를 초래하고 있으며, 더 나아가 언론 등의 매스미디어에 의하여 유발되는 편견에 의하여 더욱 더 이러한 현상이 촉진·공고화 된다는 점도 발견할 수 있었다.

(6) 이러한 문제점을 극복하기 위해서는 헌법상의 기본권 중에서 평등권, 생명권, 주거 및 거주이전의 자유, 사생활의 자유, 인간다운 생활을 할 권리 등을 강조하고 이러한 기본권을 보다 효율적이고 실효성 있게 보장하기 위한 관련법령의 개선이 필요함을 알 수 있었다.

제2절 후천성면역결핍증예방법의 개선방안

이상에서 논의된 문제점을 바탕으로 HIV 감염인의 인권보장을 위한 후천성면역결핍증 예방법의 개정방안을 요약하면 아래와 같다.

(1) 법률명칭 및 용어정의 개정

AIDS 예방법의 법률명칭이 <후천성면역결핍증예방법>이라고 함으로써 AIDS 환자의 격리·관리라는 개념만 너무 강조되는 인상을 줄뿐만 아니라,

이것이 차별과 편견의 원인이 될 수 있다는 점에서, 이를 <HIV 감염인 및 AIDS 환자의 지원과 그 예방에 관한 법률>로의 명칭 변경이 바람직하다고 보았으며, HIV 감염인과 AIDS 환자의 차이를 분명히 하기 위하여 법 제2조(용어의 정의)의 개선도 필요하다고 보았다.

(2) 예방법 제3조의 개정

AIDS 예방법 제3조에 의하면, 감염인은 국가나 지방자치단체 및 국민으로부터 기본적 권리를 보호받는다고 규정하고 있다. 그러나 실제로 법의 내용을 보면 이러한 내용을 찾기가 그리 용이한 것이 아니며, 후천성 면역결핍증예방법이 제정되고 오늘에 이르기까지 부당한 편견과 차별은 오히려 더욱 공고해진 면도 있다. 따라서 동법 제3조 상에서는 이러한 사회적 차별과 편견을 제거하기 위한 국가의 의무를 보다 명시적으로 규정함으로써 사회의식을 환기시킬 필요가 있음을 지적하였다.

(3) 사생활 및 취업의 보장

최근의 사례나 통계를 검토하여 보면, HIV 감염인들이 검사를 거부하거나 잠적하는 사례가 늘고 있다. 이는 HIV 감염인의 사회적 요구를 배제한 채, 신고·보고(법 제5조 내지 제6조), 격리 및 취업제한(법 제18조) 등을 강조한 예방법의 한계성에 기인한 면이 있다. 따라서 이들 관련 조항의 대폭적인 개선방향 및 개정내용을 제시하였다.

구체적으로 신고·보고와 관련하여서는 신고·보고의 내용에 있어서, 보고되는 개인인적관련정보의 범위를 필요 최소한도로 제한하였으며, 광역자치단체장의 명부작성 및 관리의무를 폐지하였고, HIV 감염인의 개인정보를 보유하게 되는 관계인의 비밀준수의무를 강조하였으며(개정안 제5조 및 제7조), 익명검사제도에 대한 근거규정을 새로이 설치하였다.

취업제한과 관련하여서는 특수한 업소를 제외한 나머지 영역에서의 차별폐지를 명문의 규정으로 신설하였으며, 취업자에 대한 집단적 스크리닝의 방지를 위한 근거조항을 마련하였다(개정안 제7조).

더불어 전파가능성이 높은 고위험자에 대한 대가택 조사 및 강제격리처분에 대해서는 그 수단에 있어 철차적 민주성을 강화하여 HIV 감염인의 인권을 보장할 수 있도록 개정하였다(개정안 제14조 내지 제15조).

(4) HIV 감염인의 인간다운 생활권의 보장

예방법 제20조에서는 부양가족의 사회적 보호를 위하여 감염자가 전문 치료기관에서 치료를 받는 기간 동안 그 부양가족의 생계가 곤란할 때에는 생활보호에 필요한 조치가 이루어지도록 하고 있다. 그러나 이러한 보호를 받기 위해서는 자신의 신분을 노출하여야만 하기 때문에 많은 HIV 감염인 및 그 가족들은 자신의 신분 및 병명의 노출을 꺼려 예방법 제20조의 실효성이 의문시 되었다. 이러한 약점을 보완하기 위하여 동 보고서에서는 자활원 형태의 지원기관(생활지원, 상담, 치료, 직업능력개발 지원 등을 모두 수행하는 종합지원기관)을 신설할 필요가 있음을 살펴보았으며, 이에 관한 법적 근거를 마련하였다(개정안 제16조 제3호).

참 고 문 헌

- 권영성, 헌법학원론, 법문사, 2000.
- 김명훈, HIV/AIDS 환자에 대한 Hospice Care의 사회사업 접근, 한국 호스피스·완화의료학회지, 2005, 125면.
- 김성수, AIDS 관련 현행법의 문제점과 개선방안, 계간 사회비평, 2002 가을호, 77~78면.
- 김소영, 에이즈에 대한 차별과 편견을 넘어 인권으로, 사회진보연대 통권 제 47호, 2004.
- 김영환, 적극적 평등실현조치에 관한 연구, 영남대박사학위논문, 1992.
- 김창엽, 에이즈 대응정책 개선을 위한 연구, 50~51면.
- 김철수, 헌법학개론, 박영사.
- 길준규, 정보사회에서의 개인정보보호, 호남대학교 출판부, 2004.
- 미 류, 에이즈예방법과 인권, 6면.
- 박윤형, 진료정보와 국민사생활보호정책의 현황과 전망, 한일의료법세미나 자료집(2005. 3. 24), 한국의료법학회, 7면.
- 양충모, 진료정보에 관한 법적 연구, 의료정책연구소, 2004. 2.
- 이상광, 사회법, 박영사, 2002.
- 이주열, 고위험군성행태 및 에이즈 의식조사, 한국에이즈퇴치연맹(내부자료), 2003. 12.
- 이창우, 태국의 에이즈 관리 실태, 대한에이즈예방협회 사이버강의실 참조.
- 임태훈, 바람직한 AIDS 정책, 사회비평(2002. 가을호), 63면.
- 오세근, 에이즈감염자 및 환자에 대한 예방·관리체제분석과 사회적 지원체제 수립 방향에 관한 연구, 사회복지정책 제12집, 한국사회복지정책학회, 2001. 6., 82면.
- 장태주, 행정법개론, 현암사, 2005.
- 전광석, 한국사회보장법론, 법문사, 1997.
- 정현미, AIDS와 관련된 형사법적 문제와 예방대책, 한국형사정책연구원, 1999.
- 정태호 譯, 독일기본권개론, 헌법재판소, 2000.
- 허 영, 헌법이론과 헌법, 박영사, 2000.

- 대한에이즈예방협회 서울지회, 서울시 HIV감염 생존자 실태분석, 2003.
- 에이즈예방협회 서울지회, 서울시 HIV감염 생존자 실태분석, 2003.
- 유엔 에이즈 한국정보센터 정책자료실(<http://aids114.org>).
- 정부혁신지방분권위원회 포럼자료집, 2004. 6
- 정부관리정책과 감염인 인권, 2004년 토론회 자료집 에이즈 인권모임 나누리
질병관리본부 에이즈결핵관리과, 2004.7.14 국가 에이즈 관리정책 추진방향.
사회정책비서실 보고자료
- 질병관리본부 에이즈결핵관리과, 2004.7.26 에이즈 현황 및 예방관리대책.
사회정책비서실 보고자료
- 질병관리본부 에이즈결핵관리팀, 2005년 1월~9월말까지 내국인 신규 에이즈
(HIV/AIDS) 감염 현황
- 한국에이즈퇴치연맹 정책자료실(<http://aids114.org>).
- 2004 인권백서 제1집 국가인권위원회
-
- Almond, AIDS A Moral Issue - The Ethical, Legal and Social Aspects.
ST. Martin Press INC., 1996.
- Baker, The Social Work Dictionary, Washington D.C: NASW Press,
1995, p. 308.
- Belgian Linguistic case, 23 July 1968, Public. ECHR, Series A, No.
5~6
- CDC, HIV/AIDS Surveillance Report, Mid-Year ed., Vol.13 No.1, 2002
- Davis, Skolasky Jr., DA Selnes, DM Burgess, JC McArthur (2002)
Assessing HIV-associated dementia : Modified HIV Dementia
scale Versus the Grooved Pegboard, The AIDS Reader, 12(1),
29-38,
- Dash, Die Einwilligung zum Eingriff in das recht am eingenen Bild,
1990.
- Dunn, DF Martin(2003) Treatment of Cytomegalovirus Retinitis in ths
Era of Highly Active Antiretroviral Therapy available at
www.medscape.com/viewprogram/663
- General Comment(1993), UN Doc E/c. 12/1993/WP. 26, 2 December
1993.
- Fan/Conner, Aids - Science and Society, Jones and Bartlett Publisher,

- 1996, pp. 2~5.
- Nakashima/Freming, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2003; 32: pp. 68~85.
- Hendriks, "The Significance of Equality and Non-Discrimination for the Protection of the Right and Dignity of Disabled Persons", *Human Rights and Disabled Persons*, Martinus Nijhoff Publishers, 1995.
- Hetmank, Einführung in das Recht Datenschutzes, *JurPC Web-Dok.* 67/2002. Abs. 1. (<http://www.jurpc.de>).
- Human Rights Watch, Interview with Kong, Kunming, Yunnan, 2002
- Human Rights Watch, vol 16, no 18(C)
- Human Rights Watch, Sep 2003, vol 15, 7(C)
- Harrison's Principles of Internal Medicine 15th. Edition Vol.2 McGraw-Hill, 2001, p1890-1895
- Ossenbühl, Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit in der Verwaltungsgerichte, *Jura* 1997, S. 618ff.
- Price, *Shattered Mirrors*, Harvard Univ. Press, 1989.
- Simitis/Dammann/Geiger/Mallmann/Walz, Kommentar zum Bundesdatenschutzgesetz, 4. Aufl., 1998, §19 Rn. 1.; P. Schaar, *Datenschutz im Internet*, C. H. Beck, 2002, Rn.
- The Secretary of State for Health, *The Health of Nation: A Strategy for Health in England*, London: HMSO, 1993.
- UNAIDS, *AIDS epidemic update: 2004*. Geneva, Switzerland
- エイズ対策研究会編, *エイズ対策 - 理論と実践のすべて*, 東京法規出版, 1995.