

2006 국정감사 정책자료집 시리즈 #1

AIDS정책, 이대로 좋은가?

현장탐방, AIDS환자와의 인터뷰를 통한 정책제언

2006. 10. 13.

국회의원 안 명 옥

우리나라에서는 1985년에 처음 에이즈 감염인이 확인된 이후 감염인의 수가 매년 증가하여 현재는 4천2백여명에 달하고 있습니다. 초기에는 해외 성접촉에 의한 감염이 대부분이었지만, 점점 내국인간의 성접촉에 의한 감염도 늘어나고 있습니다. 특히 최근에는 이성간·동성간 성접촉, 외국인 에이즈 감염자에 의한 감염 등 감염경로가 다양해지고 있습니다.

정부는 1987년에 「후천성면역결핍증예방법」을 제정하여 에이즈의 예방과 감염인의 보호 및 관리를 위한 나름대로의 노력을 기울이고 있으며, 대한에이즈예방협회, 한국에이즈퇴치연맹, 구세군 등 민간단체들도 10년이 넘는 기간 동안 감염인 인권과 복지를 위한 다양한 지원사업을 실시해오고 있습니다.

그러나 아직도 대부분의 감염인들은 질병의 고통, 사회적 낙인, 가난이라는 3중고 속에 고통스런 나날을 보내고 있습니다. 이러한 문제가 해결되지 않는 근본적인 이유는 아직도 에이즈라는 질환 자체에 대한 고착화된 국민적 편견과 이 질환에 대한 정책적 관심 부족 때문이라고 생각합니다. 우리나라는 더 이상 에이즈 안전지대는 아닙니다. 개방화 등 변화하는 시대적 흐름에 따라 에이즈가 지속적으로 확산될 수밖에 없는 게 현실입니다. 이러한 현실을 직시하고 에이즈를 사회적인 문제로 인식하고 해결해 나가려는 패러다임 전환이 필요합니다.

본 자료집은 에이즈 감염인 요양쉼터에서 생활하고 있는 감염인들과의 인터뷰를 바탕으로 제작되었습니다. 감염인의 시각에서 보는 정부의 에이즈 정책에 대한 생생한 의견들을 담고자 노력하였습니다. 실제로 만난 감염인들의 삶은 ‘아픔’의 연속이었습니다. 질병으로 인한 아픔, 경제적인 아픔, 인간관계의 단절로 인한 아픔, 사회적 낙인으로 인한 아픔, 외로운 죽음을 기다리는 아픔 등 하나의 인간으로서는 감당하기 어려운 아픔이었습니다.

국가는 에이즈 예방을 통해 질환의 확산 방지를 위해 기본적인 노력을 기울여야 하지만, 감염인들도 차별받지 않고, 기본적인 인권을 누리며, 충분한 치료와 요양을 받을 수 있도록 여건을 만들어 주어야 합니다. 비교적 건강한 사람은 온전한 사회 구성원으로서 제 몫을 다할 수 있도록 도와주어야 하고, 중증에 처한 감염인들은 행복하고 편안하게 생을 마감할 수 있도록 지원해야 할 것입니다.

감염자 개개인이 인간의 존엄성과 권리를 가지고 사회의 한 구성원으로 살아갈 수 있도록 국가가 세심하게 보듬어 안아야 합니다. 국민 모두가 이들의 아픔을 이해하고 뜨겁게 끌어안아 치유할 수 있도록 사회적 분위기를 만들어 나가야 합니다.

본 자료집을 통해 정책 담당자들이 감염인들의 입장에서 관련 정책을 입안할 수 있고, 모든 이들의 뜻과 지혜가 모아져 감염자들의 인권과 행복이 조금이나마 개선되고 증진될 수 있는 계기가 되었으면 하는 마음 간절합니다.

2006년 10월

국회의원 **안 명 옥**

I. HIV/AIDS 개요 및 감염현황	1
1. AIDS란 무엇인가?	3
가. AIDS의 정의	3
나. AIDS 감염의 특성 및 증상	4
2. HIV/AIDS 감염 현황	7
가. HIV/AIDS 감염인의 지속 증가	7
나. HIV/AIDS 감염 유형별 현황	9
3. 외국인 HIV/AIDS 감염 현황	12
가. 외국인 HIV/AIDS 연도별 현황	12
나. 외국인 HIV/AIDS 국가별 현황	13
II. AIDS에 대한 한국인의 인식 및 행태	17
1. AIDS에 관한 지식수준	19
가. AIDS에 관한 일반적 지식	19
나. AIDS에 관한 오해와 편견	21
2. 성 가치관 및 행태	25
가. 성 인식 및 가치관	25
나. 성관계 유형별 현황	26
III. 우리나라 HIV/AIDS 관리 실태와 문제점	31
1. HIV/AIDS 정책 수립의 실태와 문제점	33
가. 국가 중, 장기적 예방 목표 설정 부재	33
나. 예방을 위한 R&D 지원 사업 미약	34
다. 정부와 민간단체, 민간단체 간 역할 중복	34
라. 정부 부처간 긴밀한 협조 부재	35
2. HIV/AIDS 역학조사의 실태와 문제점	37
가. HIV/AIDS 역학조사의 제한사항	37
나. 통계지표·용어 정립의 필요성	37

3. HIV 검진사업의 실태와 문제점	38
가. 우리나라 HIV 검진사업의 한계	38
나. 신속진단키트를 활용한 HIV 검사	42
4. HIV/AIDS 감염인의 보건의료 및 복지서비스 제공의 실태와 문제점	47
가. AIDS 환자에 대한 보건의료서비스의 제공	47
나. AIDS 환자를 위한 복지서비스의 제공	52
5. HIV/AIDS 감염인의 인권침해 실태와 문제점	56
가. HIV/AIDS 감염인의 인권침해	56
나. AIDS 포비아(Phobia)의 확산	60
IV. 외국의 HIV/AIDS 관리 정책 사례	63
1. 선진국의 HIV/AIDS 정책 분석	65
가. 캐나다	66
나. 영 국	72
다. 미 국	79
라. 일 본	86
마. 호 주	95
2. 외국의 AIDS 관리사업 성공 사례	99
가. 태 국	99
나. 캄보디아	102
다. 우간다	103
V. 효과적인 AIDS 관리를 위한 정책 과제	105
1. 효과적인 HIV/AIDS 정책수립을 위한 제언	107
2. HIV/AIDS의 예방 및 감시체계 강화	108
3. AIDS 환자에 대한 포괄적 보건의료서비스의 제공	112
4. AIDS 환자의 인권침해 방지 대책	115
※ 부 록	
I. 사진으로 보는 감염인 지원 (한국)	117
II. 사진으로 보는 감염인 지원 (태국)	123
III. 감염인들과의 인터뷰 (감염인 쉼터)	133
참고문헌	139

AIDS정책, 이대로 좋은가?

I

HIV/AIDS 개요 및 감염현황



1. AIDS란 무엇인가?1)

가. AIDS의 정의

- 에이즈(AIDS)란 Acquired Immune Deficiency Syndrome의 약어로 우리 말로는 '후천성면역결핍증'이라고 함. 에이즈는 에이즈 바이러스(HIV : Human Immunodeficiency Virus, 인간면역결핍바이러스)가 몸속에 침입하여 우리 몸의 면역세포(CD4+T세포)를 파괴시켜 면역기능이 저하되면 정상상태에서는 거의 발생하지 않는 각종 감염병이나 암 등이 생겨서 사망하게 되는 질병임.
- 에이즈 바이러스가 우리 몸에 들어와도 일반적으로 6주~12주 정도가 지나야만 항체가 형성되고 항체가 형성되어야만 검사로서 감염여부를 알 수 있으며, 에이즈증세가 나타나는 환자로 진전되면 거의 2년 이내에 사망하게 됨.

<HIV감염인>

에이즈 바이러스(HIV)의 침입으로 검사결과 항체가 형성된 자로서 외관상 건강해 보이나 타인에게 전파력이 있으며, 에이즈감염인, HIV항체양성자, 보균자라고도 함.

<AIDS환자>

에이즈 바이러스(HIV)가 침입하여 면역기능이 현저히 저하되어 폐렴, 수막염, 암의 일종인 카포시육종 등이 발생하여 에이즈 환자 판정 기준에 속하는 자

1) 2006년 HIV/AIDS 관리지침 재정리, 질병관리본부

나. AIDS 감염의 특성 및 증상

1) 전과경로

- HIV감염인과 성접촉(동성애 포함)
- HIV에 감염된 혈액 수혈로 인한 수혈감염
- HIV에 감염된 혈액제제 주사에 의한 감염
- HIV에 감염된 주사기나 주사침 등의 사용에 의한 감염
- HIV에 감염된 산모로부터 태어나는 신생아에게 수직감염

- 외국의 에이즈 주요 감염경로는 감염된 사람과의 성접촉(동성애 포함, 성인의 75%이상), 감염된 혈액 수혈에 의한 수혈감염, 감염된 혈액제제 주사에 의한 감염, 감염된 산모로부터 출생하는 신생아 등으로 확인됨. 초기에는 마약중독자, 동성애자등에 의한 감염이 대부분이었으나 현재는 이성간의 성접촉이 대부분임.
- 우리나라의 에이즈 감염경로를 살펴보면 해외성접촉 감염에서 내국인간의 성접촉에 의한 감염으로 전환되고, 다양한 직종에서 증가 추세임. 2005년12월말 현재 감염인 3,829명중 감염경로가 확인된 경우는 3,256명이며, 이중 이성간 성접촉에 의한 감염이 1,954(60.0%), 남성 동성간 성접촉이 1,249명(38.4%)임.
- 에이즈는 다른 전염병과 달리 공기나 물에 의하여 옮기지 않으며, 악수, 포옹, 가벼운 입맞춤, 음식물 같이 먹기, 술잔 돌리기, 손잡이, 공중목욕탕, 화장실 변기의 공동사용 및 모기 등 곤충에 의해서는 옮겨지지 않음. 따라서 직장, 학교, 가정 등 생활속의 일상적인 접촉으로는 감염되지 않음.

2) AIDS의 증상

- 초기에는 다른 질병군에서도 나타날 수 있는 비특이적 증상으로 체중 감소(평균체중의 10%), 원인 모를 만성설사, 발열, 지속적인 마른기침, 전신피로 등이 나타남.
- 질병이 진행되면 피부염과 물집, 구강 및 식도염, 대상포진, 임파선 종창 등이 나타날 수 있고, 뉴모시스티스카리니(또는 뉴모시스지로베시) 폐렴 등 기회감염이나 카포시육종(피부암의 일종), 임파종 등이 발현됨. 치료하지 않을 경우 감염 후 대부분 10년 내에 50%이상이 에이즈 환자로 발병되며, 환자로 진단되면 치료하지 않을 경우 거의 2년 이내 사망함.

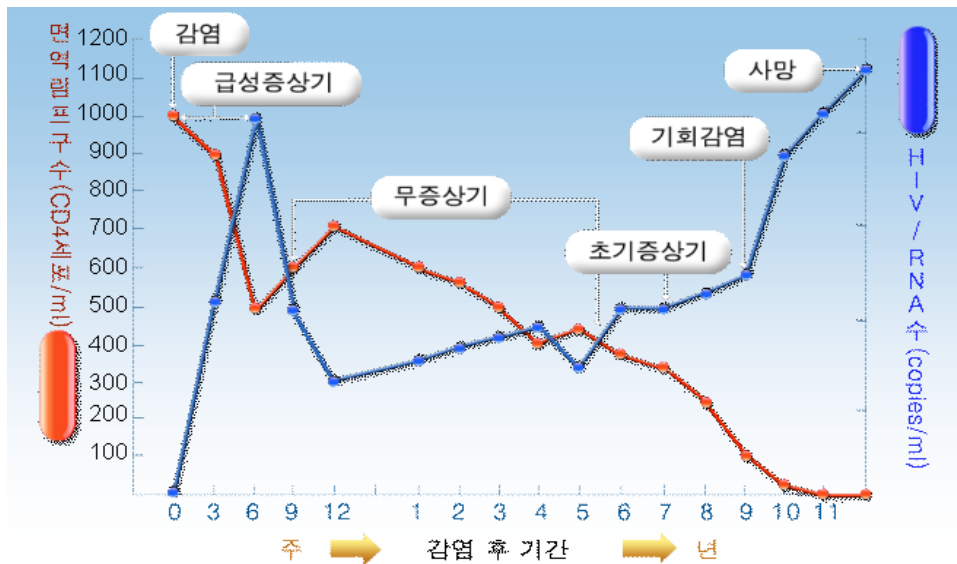
• • AIDS 감염 후 주요증상²⁾ • •



2) 자료 : 대한에이즈예방협회 제공

3) 사망률 및 평균 생존기간³⁾

• • AIDS 감염 후 진행경과⁴⁾ • •



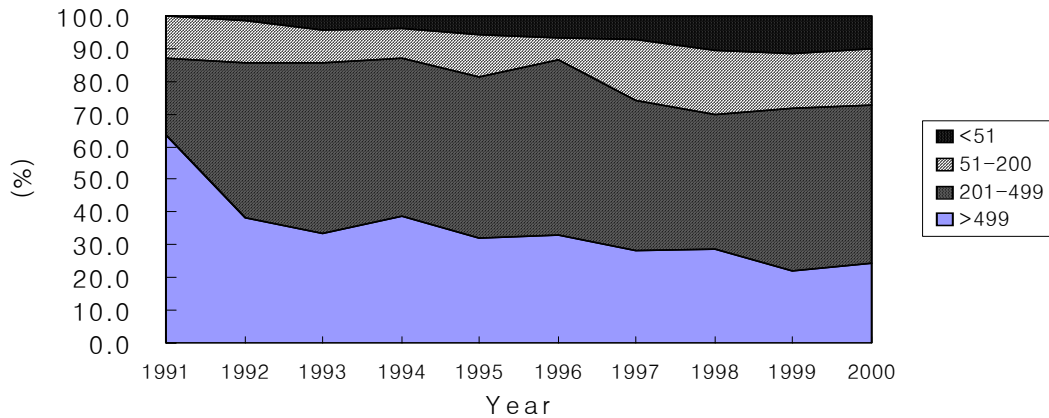
- HIV감염시기(seroconversion date)로부터 사망까지의 생존기간을 구하기는 어려움. HIV 감염진전의 지표로 사용되었던 CD4+ 임파구수로 HIV감염진전을 예측하여 우리나라 HIV감염인들의 생존률을 분석한 국내 한 연구(2000년)에 의하면, 84%는 5년 이상 생존하였으며, 65%는 10년 이상 생존함.
- 즉, $200/\text{mm}^3$ 이하와 $200\sim349/\text{mm}^3$ 군의 10년 이상 생존률은 20.1%와 61.4%인 반면 $350\sim499/\text{mm}^3$, $500\sim799/\text{mm}^3$, $800/\text{mm}^3$ 이상에서의 10년까지의 생존률은 각각 78.4%, 72.9%, 79.8% 이상이었음. 또한 감염인의 발견당시의 CD4+ T 세포수의 분포는 1997년 이후 $500/\text{mm}^3$ 이상인 경우가 30% 이하로 감소하고, $200/\text{mm}^3$ 미만인 경우가 25.6~31.5%로 증가하는 양상을 보여줌.

3) 안명옥의원 요구자료 재인용, 2006.7, 질병관리본부

4) 자료 : 대한에이즈예방협회 제공

- 이는 최근에 면역기능이 저하된 상태에서 발견되는 경우가 증가함을 반영하며 이는 최근 발견자의 생존기간에 영향을 미침.

• • 감염인의 발견연도별 CD4 + T-세포수의 분포⁵⁾ • •



2. HIV/AIDS 감염 현황

가. HIV/AIDS 감염의 지속 증가

1) HIV/AIDS 감염 현황

- 1985년~2006.6월말까지 발견된 전체 에이즈 병원체 감염인은 4,227명이며, 이중 남성이 3,842명이 여성은 385명임. 전체 감염인 수는 매년 꾸준히 증가하는 추세임.

5) 안명옥의원원 요구자료, 「에이즈 감염 후 평균 생존기간」 2006.2, 질병관리본부 <김 등의 연구, 2000 재인용>

• • 연도별 에이즈(HIV/AIDS) 감염인 보고현황⁶⁾ • •

(단위 : 명)

구 분	계	'85-'94	'95	'96	'97	'98	'99	'00	'01	'02	'03	'04	'05	'06.6
계	4,227	410	107	105	124	129	186	219	327	398	534	610	680	398
남자(명)	3,842	365	88	93	107	111	160	194	292	363	502	557	640	370
여자(명)	385	45	19	12	17	18	26	25	35	35	32	53	40	28

※ 본 통계는 확진 보고년도 기준의 2006년 6월말 통계이며, 향후 역학조사에 의해 수치가 변경 가능

- 1985년~2006.6월말까지 발견된 에이즈 병원체 감염인 4,227명 중 773명이 사망함. 이 중 에이즈에 의한 사망자는 541명이었으며, 232명은 에이즈 외에 기타 이유로 사망함.

• • 연도별 에이즈(HIV/AIDS) 감염인 사망 보고 현황⁷⁾ • •

(단위 : 명)

구 분	계	'87-'94	'95	'96	'97	'98	'99	'00	'01	'02	'03	'04	'05	'06.6
계	773	55	21	33	36	46	43	52	58	76	96	114	91	52
환자사망	541	23	14	25	30	37	34	32	42	58	63	81	65	37
기타사망	232	32	7	8	6	9	9	20	16	18	33	33	26	15

※ 환자사망 : 에이즈에 의한 사망, 기타사망 : 에이즈 이외의 원인에 의한 사망

6) 안명옥의원 요구자료, 「국내 에이즈 감염인 현황」, 2006. 7, 질병관리본부

7) 안명옥의원 요구자료, 「국내 에이즈 감염인 사망자 현황」, 2006. 7, 질병관리본부

나. HIV/AIDS 감염 유형별 현황

1) HIV/AIDS 감염 경로별 현황

□ 2002년 이후 에이즈 감염인 중 감염경로가 밝혀진 2,118명에 대한 감염경로를 분석해 보면, 이성간 성접촉이 1,135명으로 53.5%를 차지하였고, 동성간 성접촉은 972명으로 45.8%를 차지함. 수혈에 의한 감염과 수직감염은 드문 것으로 나타남.

• • 에이즈 감염인(HIV/AIDS) 감염경로별 누적분포현황⁸⁾ • •

(단위 : 명)

감염경로	계	2002	2003	2004	2005	2006.6
이성간 성접촉	1,135	202	236	274	305	118
동성간 성접촉	972	145	230	247	266	84
수혈감염*	8	2	4	1	1	0
수직감염	3	1	2	0	0	0
계	2,118	350	472	522	572	202

※ 발견년도이며, 감염경로가 밝혀진 2,118명에 대한 통계임(기타, 무응답 등은 제외)

* 수혈감염 : 국내수혈, 국외수혈

** 국내수혈 : 헌혈액 모두 HIV선별검사에서 음성으로 나온 경우임.

2) HIV/AIDS 성별, 연령대별 현황

□ 2002년 이후 발생한 에이즈 감염인의 성별·연령별 현황을 살펴보면, 30대 남성이 32%로 가장 많았으며, 40대 남성이 22.2%, 20대 남성이

8) 안명옥의원 요구자료, 「국내 에이즈 감염경로별 현황」, 2006. 7, 질병관리본부

20.5%로 나타남. 동 기간 여성 감염인들은 전체 감염인의 18.6%를 차지하고 있음.

• • 에이즈(HIV/AIDS)감염인 성별 연령별 현황⁹⁾ • •

(단위 : 명)

구 분	2002		2003		2004		2005		2006.6	
	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여
00-09	1	·	·	1	·	·	·	·	·	·
10-19	2	3	5	1	8	4	15	1	7	·
20-29	88	10	116	10	131	14	133	5	68	5
30-39	113	8	191	6	191	12	218	10	125	8
40-49	96	6	116	6	136	9	146	14	90	6
50-59	45	7	50	6	61	8	91	6	49	6
60이상	18	1	24	2	30	6	37	4	31	3
소 계	363	35	502	32	557	53	640	40	370	28
합 계	398		534		610		680		398	

※ 발견 당시 연령임

3) HIV/AIDS 지역별 현황

- 질병관리본부는 감염인들은 질병의 사회적 특성상 노출에 대한 두려움으로 대도시 등 익명성이 보장되는 지역으로 이동하므로 시·도별 파악의 의미가 없으며, 이에 따라 지역별 현황은 파악조차 하고 있지 않다고 밝히고 있음.

9) 안명옥의원 요구자료, 「국내 에이즈 감염인 성별·연령별 현황」, 2006. 7, 질병관리본부

- 그러나 질병관리본부에서는 감염인의 거주지 및 지역별 현황을 파악하고 있으며, 감염인들의 인권보호와 지역별 넘비현황을 우려하여 동 자료를 대외비로 분류하여 관리하고 있음.
- 시·도별 감염인 관리현황이 통계로서 제시될 때 감염인에 대한 사회적 차별과 편견을 증폭시킬 우려가 있는 것은 사실임. 이는 2005년 전국민 성행태 및 에이즈 의식에 대한 연구결과에서도 나타나고 있음.(감염인 격리필요하다 : 40.2%) 그러나 일각에서는 감염인에 대한 정보의 접근부족이 질병의 예방 및 관리정책 수립 시 제한사항으로 작용한다고 지적하고 있음.

4) HIV/AIDS 발견 방법별 현황

- 2002년 이후 발생한 에이즈 감염인을 검사기관별로 분석한 결과, 병원에서 발견된 경우가 1,782건으로 68%였으며, 보건소가 643건으로 24.5%, 혈액원이 195건으로 7.4%를 차지함.

• • 1차 검사기관별 에이즈(HIV/AIDS)감염인 발견 현황¹⁰⁾(2002~2006.6) • •

(단위 : 건, %)

구 분	계	2002	2003	2004	2005	2006.6
병 원	1,782(68%)	233	341	444	507	257
보건소	643(68%)	130	161	129	119	104
혈액원	195(24.5%)	35	32	37	54	37
계	2,620(100%)	398	534	610	680	398

10) 안명옥의원 요구자료, 「국내 에이즈 검사기관별 분류」, 2006. 7, 질병관리본부

3. 외국인 HIV/AIDS 감염 현황

가. 외국인 HIV/AIDS 연도별 현황

- 외국인 입국자 수의 증가로 인해 국내 유입 전염병에 대한 우려의 목소리가 커지고 있음. 에이즈에 감염된 외국인이 매년 74명꼴로 입국하고 있는 것으로 나타남. 국내 체류중인 외국인 AIDS감염인에 대한 현황을 분석한 결과 2001년부터 2006년 6월까지 53개국에서 407명의 에이즈 환자가 입국한 것으로 확인됨.
- 외국인 감염인은 연도별로 매년 50여명이 신규발생하고 있으며, 불법체류자에 대한 합법화조치를 실시한(2003년9월~11월) 직후인 2004년에는 전년 대비 2.6배나 급증한 153명의 감염인이 확인됨.

• • 국내 HIV/AIDS감염 외국인 연도별 현황(2001~2006.6)¹¹⁾ • •

(단위 : 명)

구 분	계	2001	2002	2003	2004	2005	2006.6
인 원	407	57	59	59	153*	54	25

* 2003.9월~11월 4년 미만 불법체류자 합법화조치로 18만 명이 합법화되면서, 이들에 대한 검진증가로 2004년 에이즈 감염인 급증

- 이들의 성별현황을 살펴보면, 407명의 감염인 중 남성이 288명으로 71%, 여성은 119명으로 29%의 비율을 나타냄. 이는 동 기간 국내 여성 감염인 비율이 7.6%(2947명 중 223명)에 불과한 것과 비교했을 때 여성 감염인의 비율이 4배가량 높은 수치임. 연령별로는 남성은 20~40대, 여성은 20~30대에 집중되어 있으며, 특히 30대 남성은 141명으로 전체의 35%를 차지하고 있음.

11) 안명옥의원 요구자료, 「국내 HIV/AIDS감염 외국인 현황」, 2006. 8, 질병관리본부

• • 국내 AIDS감염 외국인 성별·연령별 현황(2001~2006.6)¹²⁾ • •

(단위 : 명)

구 분	계	10대	20대	30대	40대	50대	60대 이상	미상*
남 성	288	1	79	141	50	7	2	8
여 성	119	7	49	48	9	2	1	3

* 미상 : 연령 미 확인자

나. 외국인 HIV/AIDS 국가별 현황

- 외국인 감염인들의 국가별 현황을 분석한 결과 태국이 93명으로 전체 외국인 감염인 중 23%를 차지하고 있으며, 나이지리아 37명, 인도네시아 31명, 중국 26명 순으로 나타남.
- 외국인 감염인들의 입국사유를 분석하는 것은 제한됨. 그러나 여성감염인이 차지하는 비율이 국내의 4배에 달하고 전체 감염인의 23.8%에 해당하는 97명이 20~30대의 젊은 여성들이어서, 내국인과의 혼인이나 유흥업소 취업 등을 목적으로 입국한 경우를 배제할 수 없는 실정임.

12) 안명옥의원 요구자료, 「국내 HIV/AIDS감염 외국인 현황」, 2006. 8, 질병관리본부

• • 국내 AIDS감염 외국인 국가별 현황(2001~2006.6)¹³⁾ • •

(단위 : 명)

국 적	2001	2002	2003	2004	2005	2006.6	계
가 나	1	6	1	5	2	1	16
가 붕				1			1
고려인					1		1
나이지리아	10	5	6	13	2	1	37
남아프리카공화국	1	2			2		5
네 팔	1						1
뉴질랜드	1				1		2
대 만		1				2	3
라이베리아					1		1
러시아	2	2	4	5	4	1	18
말레이시아		1		2	1		4
모르코					1	1	2
몽 골		1			1		2
미 국	1	1	3	4	1		10
미얀마	7	2		8	1	4	22
방글라데시	1	1		4			6
베트남		1	4	5	5	2	17
벨로루시					1		1
스리랑카				1			1
시에라리온			1				1
아일랜드				1			1
아프리카					1		1
오스트리아						1	1
우간다	1		1		3	1	6
우즈베키스탄	5	5	2	7	3		22
우크라이나			1				1
이디오피아	1				1		2
이 란				1			1
이탈리아						1	1
인 도	2		2	5	2	1	12
인도네시아	4	1	7	17	2		31
일 본	1	1		1	1		4
자메이카			1				1
조선족				1	1		2
중 국		2	4	16	4		26
카메룬	2	2	2	2	2		10
카자흐스탄				2			2
캄보디아				1			1
캐나다		2		1			3
케냐		1				2	3
코스타리카		1					1
코트디부와르			1		2		3
콩 고				2			2
키리바시			1				1
탄자니아	1				1		2
태 국	11	17	12	43	7	3	93
토 고			1				1
파키스탄		1				1	2
페 루	1		1				2
프랑스						1	1
필란드		1	1			1	3
필리핀	2	1	3	4			10
호 주				1		1	2
미 상	1	1					2
계	57	59	59	153	54	25	407

13) 안명옥의원 요구자료, 「국내 HIV/AIDS감염 외국인 현황」, 2006. 8, 질병관리본부

- 외국인 감염인에 대한 강제퇴거 조치 현황을 살펴보면, 통계상 확인 가능한 2003년 이후 감염인 291명 중 88명(30%)이 퇴거조치 된 것으로 확인됨. 법정전염병 환자인 외국인은 출입국관리법 제46조(강제퇴거의 대상자)의 강제퇴거 대상자에 해당되며, 도주하거나 도주할 우려가 있는 경우에는 출입국관리법 제51조(보호)제1항의 규정에 의하여 출입국관리사무소장 또는 외국인보호소장이 보호명령서를 발부하여 보호하고 있음.

• • 국내 AIDS감염 외국인 중 강제 퇴거자 현황(2003~2006.6)¹⁴⁾ • •

(단위 : 명)

구 분	계	2003	2004	2005	2006.6
계	88	31	50	4	3
태 국	23	8	15	·	·
중 국	10	5	5	·	·
인도네시아	15	5	10	·	·
우즈벡	4	1	3	·	·
러시아	7	1	5	1	·
나이지리아	9	5	4		·
몽 골	1	·	·	1	·
방글라데시	1	·	1	·	·
기 타	18	6	7	2	3

- 외국인 노동자, 국제결혼 희망자 등이 증가함에 따라 매년 입국하는 외국인 수가 증가하고 있지만, 국내로 유입되는 전염병에 대한 관리체계는 미흡한 실정임. 특히 에이즈, 결핵, 한센병을 제외한 모든 법정전염병은 전염병환자 발생 신고¹⁵⁾ 시 국적이 표기되지 않아 외국인 전염병 환자 수를 추정조차 못하고 있는 실정임.

14) 안명옥의원 요구자료, 「AIDS감염 외국인 강제퇴거 현황」 2006. 8, 법무부 출입국관리국

15) 전염병예방법 시행규칙 「별지 제1호 서식」 상 환자의 국적 항목 미포함.

- 2003년 외국인 불법체류자 합법화조치 이후에 감염인이 무려 2.6배나 증가한 것은 국내 체류 중인 외국인 중 다수가 검진대상에서 제외되고 있음을 보여주는 예임. 국민과 국내에 체류중인 외국인 모두의 건강을 위해 검진의 사각지대에 놓여있는 외국인에 대한 검진율을 높이고, 질병관리 안전망을 구축해야 할 것임.

II

AIDS에 대한 한국인의 인식 및 행태¹⁶⁾

16) 본 장은 「에이즈에 대한 지식, 태도, 신념 및 행태조사, 2005, 서울대학교 보건대학원, 조병희 외」을 인용하여 재구성한 것임.

1. AIDS에 관한 지식수준

가. AIDS에 관한 일반적 지식

- 서울대학교 보건대학원에서 실시한 <에이즈에 대한 지식, 태도, 신념 및 행태조사>에 따르면, 전체적으로 에이즈에 대한 정확한 지식은 아직도 많이 부족한 것으로 보임.
- '에이즈는 주로 동성애 때문에 생긴다'라는 질문에 응답자의 36%만이 정답을 선택하였으며, '에이즈도 제대로 치료하면 오랫동안 생존할 수 있다'라는 질문의 정답율도 58.8%에 불과하였음.

• • 에이즈에 관한 일반적 지식정도¹⁷⁾ • •

(단위 : %)

구 분	전체	맞다	틀리다	모름
성관계시 항상 콘돔을 사용하면 에이즈를 예방할 수 있다(참)	100	62.6	23.3	14.1
건강하게 보이는 사람도 에이즈에 걸렸을 수 있다(참)	100	90.4	3.8	5.8
에이즈 바이러스에 감염되면 몇 달 안에 죽게 된다(거짓)	100	12.5	69.6	17.9
에이즈도 제대로 치료하면 오랫동안 생존할 수 있다(참)	100	58.8	19.6	21.6
에이즈는 주로 동성애 때문에 생긴다(거짓)	100	46.8	36.0	17.2

- 에이즈에 관한 지식수준은 성경험의 유무에 따라 차이가 있는 것으로 나타났는데, 일반적으로 성경험이 없을 경우 에이즈에 대한 일반적 지식이 성경험이 있는 집단보다 낮았음. 그러나 외도경험 유무에 따라서는 큰 차이가 없었음.

17) 「에이즈에 대한 지식, 태도, 신념 및 행태조사」 2005, 서울대 보건대학원, 조병희 외

- ‘에이즈 바이러스에 감염되면 몇 달 안에 죽게 된다’와 ‘항상 콘돔을 사용하면 에이즈를 예방할 수 있다’라는 문항에서는 성경험이 없는 집단과 외도 경험이 있는 집단과 10%이상 차이를 보였음.

● ● 성경험과 외도경험 유무에 따른 일반적 에이즈 지식 정답률¹⁸⁾ ● ●

(단위 : %)

구 분	성경험×	성경험○ / 외도×	성경험○ / 외도○
성관계시 항상 콘돔을 사용하면 에이즈를 예방할 수 있다	57.4	63.0	71.2
건강하게 보이는 사람도 에이즈에 걸렸을 수 있다	87.2	90.9	89.9
에이즈 바이러스에 감염되면 몇 달 안에 죽게 된다	60.3	71.4	70.1
에이즈도 제대로 치료하면 오랫동안 생존할 수 있다	68.1	72.7	70.1
에이즈는 주로 동성애 때문에 생긴다	28.2	35.7	36.6

- 콘돔을 사용하면 HIV 위험이 없다고 믿는 비율의 경우 우리나라는 프랑스, 서독, 네덜란드 등 서구국가에 비해 상대적으로 낮은 것으로 분석됨. 특히, 이들 국가의 자료가 10여 년 전 자료임을 감안하였을 때, 우리나라는 콘돔사용에 대해 더욱 적극적인 홍보가 필요한 것으로 보임.

● ● 콘돔을 사용하면 HIV위험이 없다고 믿는 비율¹⁹⁾ ● ●

(단위 : %)

벨기에	프랑스	독일(동독)	독일(서독)	네덜란드	한국
1993년	1992년	1993년	1993년	1989년	2005년
56.5%	72.6%	59.9%	76.9%	86.3%	62.6%

18) 「에이즈에 대한 지식, 태도, 신념 및 행태조사」 2005, 서울대 보건대학원, 조병희 외

19) 「에이즈에 대한 지식, 태도, 신념 및 행태조사」 2005, 서울대 보건대학원, 조병희 외 (Hubert et al<1998 : 344> 재인용)

나. AIDS에 관한 오해와 편견

1) AIDS에 관한 오해

- 에이즈 지식을 성경험과 외도경험 유무에 따른 일반적인 에이즈 지식 정도를 보면 모든 문항에서 성경험이 없는 집단이 에이즈 감염경로에 대한 지식은 성경험이 있는 집단보다 낮은 것으로 나타남. 성경험이 있는 집단 중 외도 경험에 따라서는 지식수준에 큰 차이가 없었음.
- 약수·주사기·수직감염·일상생활 등과 관련된 감염경로에 대한 지식이 상대적으로 높은 반면, 키스·모기물림·물잔 공동사용 등은 정답률이 30~40%에 불과함.
- 약수나 직장생활을 같이하는 정도로는 감염위험이 없다고 보는 반면 키스, 모기물림, 물잔 공동사용은 혈액이나 침 등이 전달될 수 있기 때문에 혹시 감염이 되지 않을까 하는 우려를 하고 있는 것으로 보임. 따라서 이러한 사항에 대한 교육 및 홍보가 강화되어야 할 것임.

• • 성경험과 외도경험 유무에 따른 에이즈 감염경로 지식 정답률²⁰⁾ • •

(단위 : %)

구 분	성경험X	성경험O / 외도X	성경험O / 외도O
에이즈 감염자와 키스를 하면 에이즈에 감염될 수 있다	42.0	49.3	48.0
에이즈 감염자와 번기를 같이 사용하면 에이즈에 감염될 수 있다	54.0	62.7	65.7
에이즈 감염자와 약수를 하면 에이즈에 감염될 수 있다	83.5	89.0	90.1
에이즈 감염자와 물 잔을 같이 사용하면 에이즈에 감염될 수 있다	52.4	60.5	58.8
에이즈 감염자와 주사기를 같이 사용하면 감염될 수 있다.	92.0	95.3	94.3
에이즈는 모기에 물리면 감염될 수 있다.	35.3	41.9	43.1
엄마가 에이즈에 감염된 후 출산 한 아이도 감염될 수 있다	84.0	88.8	85.0
에이즈도 제대로 치료하면 오랫동안 생존할 수 있다	56.9	58.9	62.5

20) 「에이즈에 대한 지식, 태도, 신념 및 행태조사」 2005, 서울대 보건대학원, 조병희 외

- 국가간의 비교를 하면 키스의 경우 영국, 독일, 스페인은 80%이상이 키스가 HIV의 감염위험이 없다고 인지하고 있으나 우리나라는 불과 50%정도밖에 되지 않음. 모기에 대한 HIV 감염위험은 다른 나라의 지식률도 떨어짐.
- 그러나 프랑스나 독일 같은 나라는 70%정도가 감염위험이 없다고 인지하고 있으나 우리나라는 불과 40%정도밖에 되지 않는 것으로 나타나 이에 대한 교육이 필요한 것으로 보임.

• • 키스는 HIV의 위험이 없다고 믿는 비율²¹⁾ • •

(단위 : %)

영국	프랑스	독일	네덜란드	스페인	한국
1993	1992	1993	1989	1990	2005
85.6	62.9	83.1	38.9	93.4	48.4

2) AIDS에 관한 차별의식

- AIDS 감염인에 대한 차별의식을 조사한 결과, '자녀가 에이즈 감염인과 같은 학교에 다니도록 허용하겠느냐'라는 질문과, '같은 병원, 같은 층에 AIDS환자가 입원해 있다면 같은 병동에 입원하겠느냐'라는 질문에 각각 51.8%와 56.9%가 '아니오'라고 대답하여, 조사문항 중 가장 높은 차별의식을 보임.
- 또한 'AIDS감염이 본인 책임이냐'는 질문에 대해서는 44.7%가 '그렇다'고 응답하였고, 'AIDS감염인을 격리시켜야 하느냐'는 질문에 대해 40.2%가 '그렇다'고 응답함. 특히, 'AIDS감염인을 격리시켜야 하느냐'는 질문에 대해서는 벨기에와 프랑스가 5%이내의 찬성율을 보인 것과 비

21) 「에이즈에 대한 지식, 태도, 신념 및 행태조사」 2005, 서울대 보건대학원, 조병희 외 (Hubert et al<1998 : 338> 재인용)

교해 한국은 10배가량 높은 차별의식을 보여줌.

- 반면, '가족 중에 에이즈 감염자가 생긴다면 함께 지낼 수 있느냐'는 질문과 '같은 동네에 에이즈 감염자가 있다면 어울려 살 수 있느냐'는 질문에는 각각 49.9%와 38.3%가 '그렇다'고 답변함으로써, '아니오'의 부정적인 답변(26.9%, 33.4%)보다 긍정적인 답변이 높은 것으로 나타남.
- 또한 '감염인을 직장에서 쫓아내야 하는가'에 대해서도 57.4%의 사람이 '아니오'라고 응답한 반면, '그렇다'라고 응답한 사람은 15.5%에 불과하였음. 이는 전반적으로 평소에 친하게 지내던 사람인가의 여부에 따라 차별의식도 달리 적용되는 것을 보여줌. 즉, 차별의식은 '모르는 사람'일 경우에 유난히 크게 적용되고 가족이나 이웃일 경우에는 상당히 완화되는 경향을 보이고 있음.

• • AIDS에 대한 차별의식 • •

내 용	(명)	전체	예	아니오	모름
당신의 자녀가 (없을 경우 '있다'고 가정) 에이즈 감염자와 같은 학교에 다니도록 허용하시겠습니까?	(2022)	100.0	24.0	51.8	24.2
같은 병원, 같은 층에 에이즈 환자가 입원해 있다면 당신은 이 병동에 입원하시겠습니까?	(2000)	100.0	24.8	56.9	18.4
에이즈 감염자는 본인이 응분의 책임을 져야합니까?	(2024)	100.0	44.7	34.3	21.0
에이즈 감염자가 같은 직장에 다닌다면 쫓아내야 됩니까?	(2020)	100.0	15.5	57.4	27.1
에이즈 감염자는 다른 사람과 격리시켜 수용시설에 보내야 합니까?	(2021)	100.0	40.2	40.5	19.2
당신은 에이즈 감염자와 식사를 함께 할 수 있습니까?	(2022)	100.0	32.9	44.1	23.0
당신의 가족 중에 에이즈 감염자가 생긴다면 집에서 함께 지내실 수 있습니까?	(2020)	100.0	49.9	26.9	23.2
같은 동네에 에이즈 감염자가 있다면 같이 어울려 살 수 있습니까?	(2024)	100.0	38.3	33.4	28.2

• • AIDS에 대한 차별의식(국가별) • •

차별의식	벨기에	프랑스	한국
	1993	1992	2005
에이즈 환자는 격리시켜야 한다	4.7%	5.6	40.2
에이즈 치료병원을 이웃에 설립하는 것은 불가	17.0	9.2	15.5
내 아이를 감염 아동과 같은 학교에 다니는 것은 불허	33.0	20.7	51.8

자료: Hubert et al(1998: 365)

- 차별의식을 연도별로 분석해 보면, ‘자녀 같은 학교 재학 허용’ 문제를 제외하고는 차별의식이 조금씩 약화되고 있는 모습을 보임. ‘직장에서 추방’은 2002년의 31.8%에서 2005년에 15.5%로 낮아졌으며, ‘본인책임’과 ‘사회적 격리’에서도 각각 12%와 8%씩 차별의식이 완화되었음.

• • AIDS차별의식의 연도별 비교 • •

	2002년	2003년	2005년
같은 학교 불가	(자료없음)	50.4	51.8
직장에서 추방	31.8%	28.1	15.5
본인 책임	56.9	52.0	44.7
사회적 격리	48.7	48.5	40.2

- 성경험과 외도경험 유무에 따라서는 성경험은 있으나 외도경험이 없는 집단에서 차별의식이 가장 높은 것으로 나타났고, 특히 ‘같은 병원, 같은 층에 에이즈 환자가 입원해 있다면 당신은 이 병동에 입원할 의사가 있는지’에 대한 질문(59.7%)과 ‘에이즈 감염자는 본인이 응분의 책임을 져야한다’(48.1%)라는 질문의 차별의식이 높았음.
- 외도경험이 있는 집단은 ‘에이즈 감염자와 식사를 하지 못한다’는 응답이 다른 집단에 비하여 높았으며, 성경험이 없는 집단은 ‘에이즈 감염

자와 함께 사는 것과 같은 동네에 사는 것'에 대해서 더 꺼리는 것으로 나타남.

• • 성경험과 외도경험 유무에 따른 AIDS에 대한 차별의식 • •

내 용	성경험X	성경험O /외도X	성경험O /외도O
당신의 자녀가 (없을 경우 '있다'고 가정) 에이즈감염자와 같은 학교에 다니도록 허용하시겠습니까? (아니오)	52.1	52.5	51.1
같은 병원, 같은 층에 에이즈 환자가 입원해 있다면 당신은 이 병동에 입원하시겠습니까? (아니오)	51.6	59.7	51.9
에이즈 감염자는 본인이 응분의 책임을 져야합니까? (예)	44.7	48.1	41.6
에이즈 감염자가 같은 직장에 다닌다면 쫓아내야 됩니까?(예)	16.0	17.2	16.2
에이즈 감염자는 다른 사람과 격리시켜 수용시설에 보내야 합니까?(예)	40.9	45.0	38.6
당신은 에이즈 감염자와 식사를 함께 할 수 있습니까?(아니오)	32.3	30.9	37.6
당신의 가족 중에 에이즈 감염자가 생긴다면 집에서 함께 지내실 수 있습니까?(아니오)	29.4	28.2	24.8
같은 동네에 에이즈 감염자가 있다면 같이 어울려 살 수 있습니까? (아니오)	38.8	33.8	33.7

2. 성 가치관 및 행태

가. 성 인식 및 가치관

- '결혼 전에 사랑하는 사이라면 성관계를 가져도 된다.'는 질문에 대해 57.5%의 응답자가 동의하였고, 38.0%가 반대하였음. 성별에 따른 응답률의 차이를 보면 남자가 67.8% 동의하였고, 여자는 28.6% 동의하여 남자가 여자보다 혼전 성관계를 허용하는 비율이 더 높았음.
- 연령에 따른 차이는 20대 68.2%, 30대 64.3%, 40대 50.3%, 50대 이상 39.4%로 연령이 증가할수록 보수적인 성향을 나타냄. 결혼 상태에 따

른 차이는 미혼 67.8%, 기혼 52.8%로 미혼이 기혼보다 동의하는 비율이 더 높았음. 그러나 미혼과 기혼의 인식차이는 미혼자가 기혼자에 비해 상대적으로 연령이 낮기 때문인 것으로 보임.

- 연도별 응답률의 변화추이를 살펴보면, 2005년도 조사에서는 전체의 57.5%가 동의한다고 응답하였으며(남자의 경우 67.8%, 여자의 경우 46.8%가 동의 한다고 응답), 2003년과 비교해 불 경우 혼전 성관계를 허용한다는 전체 비율은 8.1%나 증가한 것으로 나타남. 또한 2002년도의 조사와 비교해 불 경우 9.1%나 증가하여 지속적으로 증가하는 추세를 보이고 있음.

● ● 혼전성관계에 대한 태도²²⁾ ● ●

(단위 : 명, %)

	(N)	허용	불허용	모름
총 계	(2010)	57.5	38.0	4.5
성 별				
남 자	(1025)	67.8	28.6	3.6
여 자	(985)	46.8	47.7	5.5
연령별				
19~29세	(531)	68.2	27.3	4.5
30~39세	(597)	64.3	32.2	3.5
40~49세	(551)	50.3	44.3	5.4
50 이상	(325)	39.4	55.7	4.9
결혼상태별				
미혼	(650)	67.8	28.0	4.2
기혼/동거	(1310)	52.8	42.5	4.7

주: 분석 시 '모름'은 제외

나. 성관계 유형별 현황

- '최근 1년 동안 배우자(미혼일 경우 애인) 이외의 다른 사람과 성관계를 가진 적이 있는가'라는 질문에 30.8%(남자 45.1%, 여자 13.7%)의 응

22) 「에이즈에 대한 지식, 태도, 신념 및 행태조사」 2005, 서울대 보건대학원, 조병희 외

답자가 외도 상대자가 '있다'고 답하였으며, 69.2%의 응답자가 '없다'고 대답함.

- 혼인상태별로 나누어보면 남자는 미혼 62.8%, 기혼 38.9%로 결혼여부와 관계없이 40%에 가까운 응답자가 외도의 경험이 있었음. 여자는 미혼 29.5%, 기혼 11.1%로 남자보다는 외도의 경험이 낮았지만, 적지 않은 수가 배우자(애인) 이외에 상대와 성관계를 하고 있는 것으로 드러남. 배우자이외의 외도 성관계 경험은 여자보다 남자가, 연령이 낮을수록 증가하는 경향을 보였음.

• • 최근 1년간 외도 경험률²³⁾ • •

(단위 : 명, %)

	(N)	없	다	있	다
전 체	(1569)	(1086)	69.2	(483)	30.8
성 별					
남 자	(853)	(468)	54.9	(385)	45.1
여 자	(716)	(618)	86.3	(98)	13.7
연령별					
19~29	(286)	(157)	54.9	(129)	45.1
30~39	(515)	(361)	70.1	(154)	29.9
40~49	(497)	(361)	72.6	(136)	27.4
50 이상	(268)	(203)	75.7	(65)	24.3
결혼상태별					
미혼	(336)	(160)	47.6	(176)	52.4
-미혼남	(231)	(86)	37.2	(145)	62.8
-미혼녀	(105)	(74)	70.5	(31)	29.5
기혼/동거	(1194)	(894)	74.9	(300)	25.1
-기혼남	(599)	(366)	61.1	(233)	38.9
-기혼녀	(592)	(526)	88.9	(66)	11.1

- 외도 대상자가 누구였는지에 대한 응답으로 '평소 알던 사람'이 68.6%로 가장 많았으며, '유홍업소 종사자' 36.0%, '우연히 만난사람' 33.5% 순으로 나타남.

23) 「에이즈에 대한 지식, 태도, 신념 및 행태조사」 2005, 서울대 보건대학원, 조병희 외

- 미혼 남성의 경우 평소 알던 사람(69.8%), 유흥업소 종사자(44.5%), 채팅·부킹 등으로 우연히 만난 사람(40.7%) 순으로 나타남. 미혼 여성의 경우 평소 알던 사람(72.7%)이 가장 많았으며, 채팅·부킹을 통해 우연히 만난 사람(16.1%)과 유흥업소 종사자(6.2%)를 통해서도 외도 성관계를 갖는 것으로 나타남.
- 기혼 남자의 경우에는 평소 알던 사람(65.4%), 유흥업소 종사자(43.2%), 우연히 만난 사람(34.4%)의 순으로 응답하였고, 기혼 여자의 경우 미혼 여자와 마찬가지로 평소 알던 사람(74.2%)이 주된 외도 대상자였으며 채팅·부킹을 통한 우연히 만난 사람(22.9%)을 통해서도 외도가 이루어지고 있었음.

• • 성별, 혼인상태별 최근 1년간 외도 대상자²⁴⁾ • •

	전체		남자		여자	
	인원	비율	미혼	기혼	미혼	기혼
평소 알던 사람	(303)	68.6	(90) 69.8	(140) 65.4	(24) 72.7	(49) 74.2
우연히 만난 사람	(128)	33.5	(50) 40.7	(62) 34.4	(5) 16.1	(11) 22.9
유흥업소 종사자	(140)	36.0	(57) 44.5	(79) 43.2	(2) 6.7	(2) 4.2

주: 복수응답

- 지난 1년간 배우자(미혼일 경우 애인) 이외에 외도한 경험을 분석한 결과, 외도 경험이 없는 사람이 69.2%였으며, 31.8%는 외도 경험이 있는 것으로 나타남. 외도 상대자의 수를 살펴보면, 1명 13.8%, 2명 7.6%, 3명 4.5%, 4명 1.4%, 5명 1.3%, 6명 0.3%, 7~10명 0.4%, 10명이상 1.5%로 나타남. 외도 상대자가 1명 이상인 비율은 남자는 45.2%인데 반해 여자는 13.7%로 나타나 남자가 월등히 높았음.

24) 「에이즈에 대한 지식, 태도, 신념 및 행태조사」 2005, 서울대 보건대학원, 조병희 외

- 이러한 결과는 최근 1년간 성상대자 수를 국가별로 비교하였을 때 우리나라의 외도 경험률이 다른 나라에 비하여 남녀 모두 현저히 높다는 것을 의미함. 남자의 경우 외국의 외도 경험률이 대략 15% 전후인 것에 반해, 우리나라는 이보다 약 3배 높은 45.1%나 됨.
- 여자의 외도 경험률은 다른 나라도 남자에 비하여 낮아 대략 5~7% 정도인 것으로 나타나고 있으나, 우리나라는 이보다 약 2배가량 높은 13.7%를 보이고 있음.

• • 성별 지난 1년간 외도 상대자 수²⁵⁾ • •

구 분	남자		여자		전체	
0명	(468)	54.9	(618)	86.3	(1086)	69.2
1명 이상	(363)	42.6	(96)	13.4	(459)	29.3
1명	(149)	17.5	(68)	9.5	(217)	13.8
2명	(101)	11.8	(19)	2.7	(120)	7.6
3명	(62)	7.3	(8)	1.1	(70)	4.5
4명	(22)	2.6	(0)	0.0	(22)	1.4
5명	(19)	2.2	(1)	0.1	(20)	1.3
6명	(4)	0.5	(0)	0.0	(4)	0.3
7명	(2)	0.2	(0)	0.0	(2)	0.1
9명	(4)	0.5	(0)	0.0	(4)	0.3
10명 이상	(22)	2.6	(2)	0.3	(24)	1.5
전체	(853)	100.0	(716)	100.0	(1569)	100.0

25) 「에이즈에 대한 지식, 태도, 신념 및 행태조사」 2005, 서울대 보건대학원, 조병희 외

• • 최근 1년간 성상대자 수를 국가 간 비교²⁶⁾ • •

국 가	벨기에	프랑스	독일(서독)	영국	한국	
년 도	1993	1992	1990	1991	-	
남자	성상대자=0	1.9%	4.1	3.0	5.6	-
	성상대자=1	81.9	80.4	85.1	77.4	54.9
	외도	16.2	15.5	11.9	17.0	45.1
여자	성상대자=0	4.1	4.7	1.2	5.8	-
	성상대자=1	90.0	88.3	93.6	86.5	86.3
	외도	5.9	7.0	5.2	7.7	13.7

26) 「에이즈에 대한 지식, 태도, 신념 및 행태조사」 2005, 서울대 보건대학원, 조병희 외 (Hubert et al<1998 : 183> 재인용)

AIDS 정책, 이대로 좋은가?



우리나라 HIV/AIDS 관리 실태와 문제점



1. HIV/AIDS 정책 수립의 실태와 문제점

가. 국가 중·장기적 예방 목표 설정 부재

- 정부 차원의 에이즈 예방사업의 총괄적 목표제시가 불분명함. 새국민 건강증진종합계획수립²⁷⁾에서 ①HIV/AIDS 신규 감염인 증가 속도를 2001년 49.3%에서 2005년 35.0%, 2010년 30%로 완화시키고 ②성인의 에이즈에 대한 긍정적 태도 향상을 2003년 20.6%, 2004년 20.5%, 2010년 30%로 향상시키고 ③청소년 에이즈에 대한 긍정적 태도 향상을 2003년 17.3%, 2004년 28.4%에서 2010년 30%로 향상시키고 ④동성애자 대상 콘돔 사용율을 2003년 23.7%에서 2004년 35%에서 2010년 45%로 높이고 ⑤일반성인 대상 처음 만난 사람과 성관계시 콘돔 사용율을 2003년 10.8%에서 2010년에 25%로 높이는 것을 목표로 제시하였음.
- 감염인 증가속도 완화, 에이즈에 대한 긍정적 태도 향상, 콘돔 사용율 향상 등은 국가적 지표로 설정하기에는 부적절한 것들임. 미국의 에이즈 예방전략을 살펴볼 필요가 있음. 미 CDC는 1998년부터 2년여에 걸쳐 HIV 예방 전략 5개년 계획²⁸⁾(2001년~2005년)을 수립하였으며, 그 내용을 보면 국가 전체 목표를 2005년까지 연간 신규 추정 발생자 수를 4만명에서 2만명으로 줄이는 것을 목표로 삼고 있음.
- 미국은 이를 위해 2005년까지 고위험 행위를 하는 사람들의 수를 현재보다 50%이상 줄이고, 자신의 감염사실을 알고 있는 사람의 수를 70%에서 95%로 올리며, 적절한 예방과 치료 그리고 지원 서비스를 받는

27) 새국민건강증진종합계획수립, 보건복지부, 한국보건사회연구원, P. 420, P. 441-445, 2005년

28) HIV Prevention Strategic Plan Through 2005, 미 CDC, 2001 발행

감염인의 수를 현재의 50%에서 80%로 올리며, 마지막으로 효과적인 예방 사업에 대한 개발과 실행에 있어 모니터링, 평가를 강화하는 것을 세부 목표로 삼고 있음.

- 이에 비추어 우리나라 정부의 에이즈 예방 중·장기적 목표는 상대적으로 허술한 것이 사실임. 따라서 보건복지부와 질병관리본부는 달성해야 할 연도별 목표를 구체적으로 세우는데 주력해야 할 것임.

나. 예방을 위한 R&D 지원 사업 미약

- 현재 에이즈 사업 진행에 있어 R & D에 투입하는 비율이 매우 저조하며 이는 근본적으로 과학적이며 객관적인 사업의 효과분석이 떨어져 예산 낭비의 요소가 될 수 있음.
- 미국의 2000년도 에이즈 사업 예산 분석²⁹⁾을 보면 연구사업으로 전체 예산의 25%를 사용하였으며 예방에 10%, 치료에 65%를 투입하였음. 이에 R&D 지원 사업은 매우 부족한 실정임.

다. 정부와 민간단체, 민간단체 간 역할 중복

- 현재 정부의 에이즈 사업에 있어 정부 차원의 예방사업(에이즈 결핵과 자체 홍보사업)과 민간지원 사업과 중복이 있으며, 민간단체 간에도 사업의 중복이 있어 효율적 예산사용이 제한되는 실정임.

29) HIV Prevention Strategic Plan Through 2005, 미 CDC, 2001 발행

- 효율적 예산 편성 및 집행을 위해서는 종합적인 역할 분담이 선행되어야 할 것임. 정부의 역할과 민간단체의 역할, 그리고 민간단체 간에도 대상별 역할 분담이 필요함. 예를 들어 감염인 및 의료인 대상 예방과 복지 지원사업, 고위험군 예방사업과 일반대중 예방사업 등을 고려하여 단체별로 특성화되게 역할 분담을 구분지어 주는 것이 필요함.

라. 정부 부처간 긴밀한 협조 부재

- 에이즈 고위험군으로 분류되어 있는 성매매 여성이나 성구매자에 대한 홍보교육이 중요하며 현재 법무부에서 성구매자 일부를 대상으로 존스쿨 프로그램을 통해 에이즈 및 성 건강 교육을 실시하지만 매우 미약함. 그리고 민간단체를 통해 집창촌 성매매 여성에 대한 홍보교육을 실시하고 있지만 이를 효과적으로 실시하기 위해서는 관련 정부 부처간 조율이 필요함.
- 언론을 통해³⁰⁾ 성병 정기검진자 수가 줄어들어 성병확산이 늘어날 것으로 우려된다는 분석 기사가 나온 후 여성부에서 해명서를 내는 등, 질병관리본부와의 시각차를 보여준 예도 그러한 경우임.

30) 연합뉴스, 2006년 7월 13일자

• • 에이즈 예방 및 홍보 실시현황³¹⁾ • •

사업명	2002년	2003년	2004년	2005년
의료인, 중간교육자, 간병인 및 상담요원 교육·양성	8회(564명)	28회 (4,878명)	43회 (7,784명)	52회 (3,364명)
에이즈 예방 집단교육	466회(143,819명)	747회 (205,957명)	-	1,280 (268,715명)
교육전문지 “레드리본” 발행	6회(24,000부)	6회 (60,000부)	6회 (32,000부)	6회 (18,000부)
세계에이즈의 날 행사 개최	1회(1,350명)	1회(300명)	1회(200명)	1회(300명)
교육홍보자료	19종(805,920개)	9종 (92,200개)	10종 (29,800개)	22종 (9,584,700개)
영상홍보차량 홍보활동	139일 운행	120일 운행	141일 운행	22일 운행
에이즈 예방 캠페인 이벤트	20회	56회	61회	46회
청소년 홍보대사 양성, 홍보인원	188명, 14,153명	212명, 19,829명	275명, 582,159명	273명 (373,299명)
청소년 대상 집단교육	350회 (103,768명)	7회(584명)	326회 (94,876명)	501회 (137,119명)
동성애자 단체 예방홍보교육		8회(290명)	5회(290명)	1회(10명)
전화/온라인/면접 상담	13,404건	16,538건	15,716건	36,877건
에이즈정보센터 운영		연 23,524명 접속	연 147,095명 접속	연 64,822명 접속
감염인 동료상담	-	143회	294회	90회
동료상담원 훈련교육	-	2회(45명)		-
간병지원	-	2,280시간	6,625시간	7,863시간
홈케어 실시	-		1,083회	1,433회
재가감염인지원	-		95가정	129가정
요양쉼터 운영	4개소	5개소	5개소	7개소
콘돔자판기 설치	2,300대	17,900대	200대	-
콘돔 무료 배포			2,290,000개	8,000천개
TV 지상파 광고	-	-	101회	120회
옥외광고 등	-	-	121,485,288회	686,000회
감염인 거점 상담소 운영			1개소	1개소
감염인 문예공모			1회	1회
감염인 대상 훈련(에이즈바로알기)			32회	8회(비기금)
감염인소식지 발행		2회	4회	-

31) 안명옥의원 요구자료, 「에이즈 예방 및 홍보 실시 현황」, 2006. 7, 질병관리본부

2. HIV/AIDS 역학조사의 실태와 문제점

가. HIV/AIDS 역학조사의 제한사항

- 현재 질병 관리본부의 에이즈 역학자료는 보건소나 의료기관에서의 검사를 통해 발견된 에이즈 양성자들을 대상으로 한 설문자료만을 가지고 분석하는 ‘사례 분석’ 수준에 머무르고 있음.
- 이러한 감시체계는 여러 감시체계 단계 중에서 가장 하위 감시체계로써 그 신뢰도가 매우 낮은 수준임. 또한 에이즈 환자에 대한 사회적·제도적 차별로 인해 환자들이 검사받기를 꺼려하고 있는 우리나라의 실정에서는 그 정확도가 더욱 낮아질 수밖에 없음.
- 이 때문에 질병관리본부에서는 에이즈 코호트³²⁾ 사업³³⁾을 올해부터 단계적으로 실행할 계획을 갖고 있으나, 필요성에 대한 인식 부족으로 인해 적절한 수준의 예산을 편성 받지 못하는 등 난항을 겪고 있음.

나. 통계지표·용어 정립의 필요성

- 질병관리본부의 에이즈 관련 각종 통계/조사 자료에선 보건소나 의료기관에서 감염이 확인된 사람들만을 통계처리 하였음에도 그들

32) 위험요인을 동시에 경험한 집단으로써 일정기간동안 추적조사 대상자들

33) 2005년 에이즈 코호트 사업 목적 < HIV, C형 간염바이러스 감염에 의한 중증만성질환(에이즈, 간암)의 질병진전 자연사, 치료효과 등의 기반연구 강화로 효과적인 건강증진 전략 사업 개발·평가로 국가 사회·경제적 부담을 최소화 함>, 에이즈코호트증장기계획, 질병관리본부 김성순 팀장

HIV '감염자' 또는 HIV '보균자'라고 발표하고 있는데 이것은 잘못된 표현임. HIV '감염자'와 '감염 확인자'는 엄연히 다른 것이고 통계 사용에 있어서도 전혀 다른 자료로서 쓰이게 되는데 이를 혼용해서 사용하고 있음.

- 이것은 자칫 현실을 왜곡시켜 국내 에이즈 감염현황을 실제보다 절하시킬 우려가 있음. 따라서 검사 결과 감염사실이 확인된 사람들은 '감염 발견자' 혹은 '확인자'라고 명하고, 발생자는 각종 자료를 분석해 추정한 결과를 토대로 '예상 감염인'이라고 명해야 옳은 표현임.

3. HIV 검진사업의 실태와 문제점

가. 우리나라 HIV 검진사업의 한계

1) 익명검사의 중요성

- 2005년 6월에 개최된 『2005년 National HIV Prevention Conference』에선 에이즈 감염인이 자신의 감염 사실을 알았을 경우 타인에게 바이러스를 전파시킬 확률은 약 1.3%이나, 감염사실을 모르고 전파시킬 확률은 그 열배에 해당하는 13% 가량 된다고 발표함³⁴⁾.
- 동 연구 결과는 에이즈 예방 사업에 있어서 시사하는 바가 매우 큼. 감염방지를 위한 다른 어떠한 노력 없이 단지 감염사실을 모르고 있는 감염인 한명을 검사로 유도하기만 하면, 결과적으로 열명 중 아홉 명

34) 2005 National HIV Prevention Conference, June 12-15, 2005

이 감염되는 것을 예방하게 될 뿐 아니라 경제적으로도 약 6억원 가량의 비용 창출 효과가 있다는 것임³⁵⁾.

- 이러한 장점 때문에 미국의 에이즈 예방사업은 감염인 발견에 상당한 비중을 두고 실행해 오고 있고 그 결과 현재 감염인의 약 70% 정도가 자신의 감염사실을 알게 되었다고 보고하고 있으며 나머지 30%를 위한 Home Test 실시도 검토 중임³⁶⁾.

2) 국내 익명검사의 한계

- 우리나라도 최근 익명검사 제도를 활성화하기 위하여 2005년 12월을 ‘에이즈 검사의 달’로 지정하고 감염인들을 검사장으로 유도하기 위해 노력하고 있음. 또한 정부가 최근 국회에 제출한 「후천성면역결핍증예방법 일부개정법률안」에도 익명검사가 가능하도록 하는 근거조항이 포함되어 있음.

• • 후천성면역결핍증 예방법 일부개정법률안³⁷⁾ • •

· 제14조 (치료권고)
 보건복지부장관, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 인체면역결핍 바이러스의 전염을 방지하기 위하여 감염인 중 타인에게 감염시킬 우려가 있는 자 등 대통령령이 정하는 자에 대하여 제13조에 따른 전문 진료기관 또는 제16조에 따른 요양시설에서 치료 또는 요양을 받도록 권고할 수 있다.

35) 2005년 질병관리본부가 발행한 ‘에이즈로 인한 사회 경제적 영향-국제 에이즈 심포지엄 결과 보고서’, 에 따르면 우리나라에서 30세 남자가 HIV에 감염되었을 때 생애 비용은 644,912,713인 것으로 조사됨.

36) CDC (Centers for Disease Control and Prevention), <<http://www.cdc.gov>>

37) 후천성면역결핍증 일부개정법률안 중 발췌 (의안번호 5027, 2006. 9. 26제출, 정부)

- 그러나 보건소나 일반 병원에서의 익명검사는 감염사실로 인해 충격에 빠질 감염인들에 대한 상담이 체계적으로 이루어지지 않아 궁극적인 에이즈 예방을 위한 효과는 떨어지고 있음.
- 보다 효과적인 익명검사를 위해서는 익명검사 실시 전·후에 전문 상담원과의 상담이 이루어져 익명 검사자에 대한 충분한 교육과 홍보가 이루어질 수 있도록 하여야 함. 그러나 현재 일반 병원이나 보건소에서 전문 상담원을 두고 검사자들을 일일이 상담하는 것은 현실상 불가능한 일임.

• • 연도별 보건소 HIV 익명검사 실적³⁸⁾(’01~’05) • •

(단위 : 건)

구 분	’01	’02	’03	’04	’05.6
검사건수	14,441	23,831	26,629	25,997	10,997

• • 에이즈상담소 사업 실적³⁹⁾(2005년) • •

(2005. 12월말 기준)

내 용		사업 계획	실 적
에이즈상담소 개소		11개소	11개소
에이즈 전문상담원 양성 교육		-	2회
동성애자 대상	HIV 검사	200건	303건
	방문 상담	200건	317건
	전화 상담	250건	480건
	인터넷 상담	1,000건	620건
	채팅 상담	900건	617건
일반인 대상 상담	전화 상담	9,000건	11,996건
	이메일 상담		12,296건
	내방 상담		1,038건
	익명 검사		987건

38) 안명옥의원 요구자료, 「연도별 보건소 HIV 익명검사 실적」, 2006. 7, 질병관리본부

39) 안명옥의원 요구자료, 「2005년 에이즈상담소 상담 실적」, 2006. 7, 질병관리본부

- 에이즈 상담소는 2006년 6월 현재 전국 13개소에서 운영 중에 있음. 동성애자 대상 에이즈상담소는 서울, 부산 2개소를 운영중에 있으며, 일반인 대상 에이즈상담소는 서울, 대구, 광주, 창원 등 검진상담소 4개소를 포함한 11개소를 운영하고 있음.

● ● 전국 에이즈 검진 및 상담소 운영현황⁴⁰⁾ ● ●

구 분 (운영단체)	총시설수		비 고
	'05	'06	
동성애자 대상 (한국에이즈퇴치연맹)	1	2	- 검진상담소 2
일반인 대상 (대한에이즈예방협회)	10	11	- 검진상담소 4 (서울,대구,광주,창원) - 일반상담소 7

※ 검진상담소 : 에이즈 선별검사 실시

● ● 에이즈 검진 및 상담소 인력 현황⁴¹⁾ ● ●

구 분	상근인력	비상근인력
동성애자 대상 에이즈상담소	- 상담원 7 - 검사요원 2 - 관리/홍보 3	- 의사 7 - 임상병리사 2
일반인 대상 에이즈상담소	- 상담원 13 - 검사요원 4 - 관리/홍보 1	- 의사 4 - 검사요원 1

40) 안명옥의원 요구자료, 「2005년 에이즈상담소 일반현황」, 2006. 8, 질병관리본부

41) 안명옥의원 요구자료, 「2005년 에이즈상담소 일반현황」, 2006. 8, 질병관리본부

• • 에이즈 검진 및 상담소 교육현황⁴²⁾ • •

구 분	내 용	비 고
에이즈상담소 검진·상담원 양성교육	<ul style="list-style-type: none"> - 에이즈 관련 최신정보를 습득 - 상반기교육 실시('06.6.1) · 정부 HIV/AIDS 지원현황 및 전망 · 에이즈포비아에 대한 이해 · 성문제상담 · AIDS검사법 개요 · 에이즈진단, 임상증상 및 치료 	질병관리본부 주최 (년 2회)
에이즈상담소 HIV검사요원 교육·훈련	<ul style="list-style-type: none"> - VCT상담소 내 검사요원을 대상으로 교육 및 훈련과 철저한 정도관리체계를 통하여 질 높은 검사서비스 제공 · 검사매뉴얼 개발 · 검사요원 교육훈련 및 평가 실시 	학술연구용역
에이즈상담소 상담원 전문성 개발	<ul style="list-style-type: none"> - 상담훈련 프로그램개발 및 실시를 통해 상담원의 전문성 증진 · 상담훈련프로그램 개발 · 3박4일 과정의 상담교육 프로그램 실시 예정 	학술연구용역

나. 신속진단키트를 활용한 HIV 검사

- 익명 검사로의 접근성을 높이고 이들에 대한 상담을 실시하기 위해서는 현재 전문 상담시스템이 비교적 잘 갖추어져 있는 에이즈 관련 민간단체들을 적극 활용하는 것이 효과적임.
- 작년부터 종로에 위치한 동성애 상담소에서 실시하고 있는 에이즈 익명 검사는 상당히 성공적으로 시행되고 있으나 검사를 실시하기 위해서는 현행법⁴³⁾상 의사가 있어야 하기 때문에 시간적·경제적 제약이 따름.

42) 안명옥의원 요구자료, 「2005년 에이즈상담소 일반현황」, 2006. 8, 질병관리본부

43) 지역보건법 제18조 (건강진단등의 신고) 의료기관이 아닌 자가 지역주민 다수를 대상으로

- 현행 「전염병예방법」에서는 의사가 없거나 의료기관이 아닌 경우 진단을 위한 검사를 금지하고 있음. 그러나 이 규정에서는 결핵과 한센병에 대해서만은 예외를 적용하여 보건복지부령에서 정하는 기관에서도 진단을 받을 수 있도록 허용하고⁴⁴⁾ 있음. 그러나 이러한 경우에도 의사가 없어도 진단이 가능하다는 예외조항은 없음.
- HIV 감염 1차 검사를 위해서는 혈당 측정할 때 필요한 정도의 혈액만 채취하면 되는 검사법인 ‘OraQuick HIV-1 항체 테스트’가 있으며, 입안의 가검물을 채취하여 검사할 수 있는 진단키트도 개발되어 있음.
- 일선 상담소에서는 이 검사법을 통해 의사가 아닌 일정 교육을 이수하고 증명서를 취득한 상담원이 검사할 수 있도록 해달라고 요구하고 있음. 그러나 에이즈라는 질병의 특성상 혈액 자체가 감염체이기 때문에 상담원이 위험에 처할 수 있으므로 매우 신중히 접근해야 할 문제임.

건강진단·예방접종 또는 순회진료 등 주민의 건강에 영향을 미치는 행위(이하 "건강진단등"이라 한다)를 하고자 하는 경우에는 보건복지부령이 정하는 바에 의하여 건강진단등을 하고자 하는 지역을 관할하는 보건소장에게 신고하여야 한다. 의료기관이 의료기관외의 장소에서 지역주민 다수를 대상으로 건강진단등을 하고자 하는 경우에도 또한 같다.

지역보건법 시행규칙 제11조 (건강진단등의 신고) 법 제18조의 규정에 의하여 지역주민 다수를 대상으로 건강진단·예방접종 또는 순회진료 등 주민의 건강에 영향을 미치는 행위(이하 "건강진단등"이라 한다)를 하고자 하는 자는 건강진단등을 실시하기 3일전까지 별지 제3호서식의 건강진단등 신고서에 다음 각호의 서류를 첨부하여 관할 보건소장에게 신고하여야 한다. 1. 의사·치과의사 또는 한의사 면허증 사본 1부 2. 의료기관 개설허가증 또는 신고증 사본 1부(의료기관에 한한다)

44) 전염병예방법 제2조 (정의) ②“전염병환자”라 함은 전염병의 병원체가 인체내에 침입하여 증상을 나타내는 자로서 제4조제2항의 진단기준에 의한 의사의 진단 또는 보건복지부령이 정하는 기관의 실험실 검사를 통하여 확인된 자를 말한다.

전염병예방법시행규칙 제1조의3 (전염병환자 및 전염병의사환자를 진단할 수 있는 기관)
 1. 질병관리본부 2. 국립검역소 3. 특별시·광역시·도(이하 "시·도"라 한다) 보건환경연구원 4. 지역보건법 제7조의 규정에 의한 시·군·구(자치구의 구를 말한다. 이하 같다) 보건소 5. 의료법 제3조의 규정에 의한 의료기관중 임상병리과 전문의가 상근하는 기관 6. 의과대학 7. 결핵환자 및 결핵의사환자를 진단하는 경우에는 결핵예방법 제32조의 규정에 의하여 설립된 대한결핵협회(시·도지부를 포함한다) 8. 한센병환자 및 한센병의사환자를 진단하는 경우에는 민법 제32조의 규정에 의하여 한센병환자 등의 치료·재활을 지원할 목적으로 설립된 기관(시·도지부를 포함한다)

- 이에 대해 임상병리사들은 위음성률(잘못된 음성률)로 인해 감염자를 놓치거나 위양성률로 인해 환자가 충격을 받고 심하게는 자살까지도 하게 될 수 있으며, 전문적 의료지식을 가지지 아니한 상담자들이 감염인과 환자들을 상대한다는 건 적절치 않다는 점을 지적하고 있음.⁴⁵⁾
- 그럼에도 불구하고 OraQuick test는 민감도(sensitivity) 99.6%, 특이도 (specificity) 100%⁴⁶⁾의 매우 신뢰할 수 있는 검사인만큼, 일정 교육을 마치고 제조사에서 제공하는 안전지침⁴⁷⁾만 숙지한다면 검사의 정확도는 매우 높을 것으로 판단됨.
- 실제로 일반 의원이나 보건소에서는 이 제품에 대한 교육과정 없이 매뉴얼만 숙지한 의료인이 검사를 실시하고 검사결과를 상담 없이 통보해 주고 있고, 서울 종로에 위치한 에이즈 상담소 iSHAP에서도 검사는 간호사나 임상병리사가 하고 검사의 감독과 의료 상담만 의사가 하고 있음⁴⁸⁾.
- 전문적 의료지식은 없지만, 에이즈의 감염경로와 예방법을 정확히 알고 있으며 감염인들의 의료 외적 정보 제공까지도 가능한 상담원들이 1차 검사를 하고 그 결과를 바로 알려주기 전에 충분한 상담을 한 후 확진을 위한 2차 검사와 적절한 치료를 위해 의료기관까지 유도할 수 있다면 검사 결과만 통보해줄 수밖에 없는 현행 익명검사 이상의 효과도 기대해 볼 만함.
- 미국에서도 이 제품이 처음 나왔을 때 특정 검사법의 사용 범위를 제한하는 임상실험개선 수정법(CLIA)⁴⁹⁾에 의거 병원과 대형 보건소에서

45) 대한임상병리사협회, <http://www.kamt.or.kr/>

46) Rapid HIV Testing: 2005 Update, http://www.cdc.gov/hiv/rapid_testing/materials/USCA_Branson.pdf

47) Quality Assurance Guidelines for Testing Using the OraQuick Rapid HIV-1 Antibody Test, http://www.cdc.gov/hiv/rapid_testing/materials/QA-Guide.htm

48) 한국에이즈퇴치연맹 iSHAP 팀장 김현구, <http://www.ishap.org/Html/Main.php>

만 사용될 수 있었으나 OraQuick에 대한 CLIA 면제 신청(wave 제도⁵⁰)를 마련하여 social worker들이 일정 프로그램을 이수한 후 VCT(Voluntary Counselling & Testing) service 센터에서 상담과 검사를 동시에 실시할 수 있도록 하고 있음.⁵¹)

- 우리나라도 이를 도입하여 상담소나 캠페인장에서 감염 의심자들을 검사 전에 상담 하고 나서 에이즈 감염 1차 테스트를 실시, 양성으로 나왔을 경우 검사 후 상담을 다시 한 후에 확진과 치료를 위해 전문의 료기관을 연계해 줄 수 있도록 하여 감염인들의 검사에 대한 접근성을 높일 수 있는 방안을 검토해 볼 필요는 있음.
- 현행법의 테두리 안에서 일선 상담소 및 검진소에서 보다 효율적인 검진이 이루어지도록 하기 위한 보다 확실한 방안은 공중보건의를 배치하는 것임. 그러나 이 경우 의료인력 활용의 효율성 측면에서 적정배치가 이루어지도록 충분한 검토가 선행되어야 할 것임.

49) CLIA <Clinical Laboratory Improvements Amendments> which established standards for all laboratory testing to ensure the accuracy, reliability, and timeliness of test results regardless of where a test is performed.

50) 미국 CDC (Centers for Disease Control and Prevention) clia law,
http://www.phppo.cdc.gov/clia/pdf/PHSA_353.pdf,
<http://www.phppo.cdc.gov/clia/>
http://www.cdc.gov/hiv/pubs/labtest_clia.htm

51) CDC <http://www.cdc.gov/hiv/topics/prev_prog/AHP/resources/qa/oraquickfaq.htm>, The OraQuick Rapid HIV-1 Antibody Test was categorized as a waived test by the Food and Drug Administration on January 31, 2003. The OraQuick test is simple to use and accurate. Under the waived category, the OraQuick rapid test will face less strict federal controls and can be used at a larger number of clinical and nonclinical testing sites. This categorization will allow nonclinical testing sites to provide the test by applying for a CLIA certificate of waiver or agreeing to work under an organization that has a certificate of waiver. For tests categorized as waived, less stringent guidelines apply. However, before offering testing, an organization that has received a certificate of waiver must have a quality assurance plan and must provide training to ensure that the manufacturer's instructions are followed. For more information on the CLIA waived category and other CLIA categories

• • HIV 항체 테스트기 • •

OraQuick rapid HIV-1 Antibody Test



Instruction for Use



How to read the result

Positive Result



Negative Result



4. HIV/AIDS 감염인의 보건의료 및 복지서비스 제공의 실태와 문제점

가. AIDS 환자에 대한 보건의료서비스의 제공

- 에이즈 환자 치료를 위한 별도의 전문 진료기관은 지정되어 있지 않으며, 내과(감염내과) 등의 병원에서 진료 및 치료를 받아야 하는 실정임. 현재 전국 49개 병원에서 에이즈 환자의 진료가 가능하며, 서울·경기 등 대도시에 집중되어 있음.
- 에이즈 환자의 진료가 가능한 병원의 세부 현황은 다음과 같음.

• • AIDS 환자의 진료가 가능한 병원 현황(감염내과)⁵²⁾ • •

<서울 : 18개소>

강북삼성병원, 서울대학교병원, 순천향대학교병원, 중앙대학교병원(용산), 한양대학교병원, 건국대학교병원, 경희대의대부속병원, 고려대학교안암병원, 신촌세브란스병원, 국립의료원, 서울아산병원, 강남성모병원, 이대목동병원, 고대구로병원, 한강성심병원, 삼성서울병원, 영동세브란스병원, 강동성심병원

<부산 : 2개소> 부산대병원, 동아대병원

<인천 : 3개소> 인하대학교부속병원, 길병원, 성모자애병원,

<대구 : 1개소> 경북대학교병원

<광주 : 2개소> 전남대학교병원, 조선대학교병원

<대전 : 2개소> 충남대학교병원, 을지대학교병원

<울산 : 1개소> 울산대학교병원

52) 안명옥의원 요구자료, 「AIDS 환자의 진료가 가능한 병원 현황」, 2006. 10, 질병관리본부

<경기 : 14개소>

아주대병원, 성빈센트병원, 분당서울대학교병원, 분당차병원, 순천향대학교 부천병원, 가톨릭대학교성가병원, 한림대성심병원, 고대부속안산병원, 명지병원, 동국대학교불교병원, 국민건강보험공단일산병원, 인제대학교일산백병원, 의정부성모병원, 동두천중앙성모의원

<강원 : 1개소> 연세대학교원주기독병원

<충북 : 1개소> 충북대학교병원

<충남 : 1개소> 단국대학교천안병원

<전북 : 1개소> 전북대학교병원

<경남 : 1개소> 경상대학교병원

<제주 : 1개소> 제주대학교병원

- 2005년 1월부터 동년 6월까지 에이즈 환자가 진료받은 의료기관을 분석한 결과, 총 73개의 병원에서 입원치료를 받았으며 총 131개 병의원에서 외래진료를 받은 것으로 파악됨.
- 감염인들에게는 충분한 치료와 영양을 받을 기회를 만들어 주는 것이 필요하지만, 현재 감염인들을 위한 영양시설은 전무한 수준이며 실질적 치료가 가능한 의료기관도 3~4개 기관에 한정됨. 그나마 이 병원들도 감염내과 등에서 감염자를 1차로 진료할 수 있는 여건은 마련되어 있지만, 치과 등 여타의 질환을 치료할 수 있는 기반은 확립되어 있지 못한 실정임.
- 특히, 국가 중앙의료원이자 저소득층 에이즈 환자의 내원이 많은 국립의료원조차 감염내과·내과·피부과로 진료과목이 한정되어 있어 환자들이 큰 어려움을 겪고 있음. 또한 에이즈로 인해 유발되는 복합질환에 대한 치료시기를 놓치는 경우도 빈번하게 발생하고 있는 실정임.

• • AIDS 환자 입원 · 외래 진료 현황(2005년1월~6월)53) • •

<입원진료 현황>

의료기관명	세부 진료과목
서울	
강남성모병원	감염내과
강남성모외과의원	일반외과
강동성심병원	내과
고대구로병원	감염내과
고대안암병원	감염내과, 안과
국립의료원	감염내과, 내과
삼성서울병원	감염내과
서울대병원	감염내과, 내분비내과, 산부인과, 비뇨기과, 안과, 혈액종양내과
서울아산병원	감염내과
송도병원	일반외과
순천향대학병원	감염내과
신촌세브란스병원	감염내과
영동세브란스병원	감염내과
아주대학교의료원	호흡기 내과
원주기독병원	감염내과
전북대학교병원	신경과
중앙대학교의료원	감염내과
부산	
부산대학교병원	감염내과, 혈액종양내과
서울대학교병원	감염내과, 혈액종양내과
대구	
경북대학교병원	감염내과
서울대학교병원	감염내과, 혈액종양내과
인천	
서울대학교병원	감염내과, 안과
가천의과대학길병원	감염내과
신촌세브란스병원	감염내과
인하대병원	감염내과
광주	
전남대학교병원	감염내과, 피부과
조선대학교병원	감염내과, 정신과
국립나주정신병원	정신과
대전	
충남대학교병원	감염내과
경기	
삼성의료원	감염내과
서울아산병원	감염내과, 안과
영동세브란스병원	감염내과

<외래진료 현황>

의료기관명	세부 진료과목
서울	
강남성모병원	감염내과, 내과
강동성심병원	감염내과, 피부과
고대구로병원	감염내과, 소화기내과, 안과
고대안암병원	감염내과, 비뇨기과, 혈액종양내과, 피부과, 안과
국립의료원	감염내과, 내과, 피부과
도티기념병원	내과
중구보건소	내과
서울대병원	감염내과, 내분비내과, 내과, 외과, 정형외과, 비뇨기과, 안과, 호흡기내과, 피부과, 이비후과, 산부인과, 신경과, 소화기내과
삼성서울병원	감염내과, 안과, 피부과
삼성병원	감염내과
부산대학교병원	감염내과
서울아산병원	감염내과, 신경과, 이비인후과, 안과, 정형외과, 피부과
성빈센트병원	내과
세브란스병원	감염내과, 피부과
솔빛신경정신과의원	신경정신과
순천향대학교병원	감염내과, 안과, 소화기내과
아주대학교의료원	호흡기내과
신촌세브란스병원	감염내과, 방사선종양학과, 비뇨기과, 안과, 소화기내과, 피부과, 산부인과, 정형외과
영동세브란스병원	신경과, 감염내과
원주기독병원	감염내과
이대부속목동병원	감염내과, 알레르기내과, 혈액종양내과
전북대학교병원	감염내과
충남대학교병원	감염내과
한강성심병원	감염내과
한양대학교병원	감염내과
부산	
부산대학교병원	감염내과
서울대학교병원	감염내과
경상대학교병원	감염내과
대구	
경북대학교병원	감염내과
서울대학교병원	혈액종양내과
신피부과의원	피부과
이상홍이비인후과의원	이비인후과
도내과의원	내과

53) 안명옥의원 요구자료, 「AIDS 환자 입원 · 외래 진료 현황」, 2006. 2, 질병관리본부

<입원진료 현황>

의료기관명	세부 진료과목
분당차병원	감염내과
국립의료원	감염내과
한강성심병원	내과
서울하사랑외과의원	외과
연세대학교의료원	산부인과, 감염내과
안양병원	정형외과
고대안산병원	감염내과, 이비인후과
아주대학병원	호흡기내과
분당서울대학병원	감염내과
한양대병원	감염내과
고대구로병원	감염내과
성빈센트병원	감염내과
서울대병원	감염내과, 혈액종양내과, 호흡기내과
강동성심병원	감염내과
명지병원	감염내과, 혈액종양내과, 응급의학과
부산대학병원	감염내과
인하대학병원	감염내과
강 원	
서울대학교병원	외과
강릉아산병원	소화기내과
공주의료원	내과
충 북	
서울아산병원	감염내과
충북대학교병원	감염내과
충 남	
서울대학교병원	감염내과
강동 성심병원	감염내과
인하대학교병원	혈액종양내과, 감염내과
한양대학교병원	감염내과
전 북	
전주 21세기 병원	신경외과
전북대학교병원	감염내과
조선대학교병원	감염내과
전 남	
전남대학교병원	감염내과
조선대학교병원	감염내과
목포중앙병원	내과
부천세종병원	내과
경 북	

<외래진료 현황>

의료기관명	세부 진료과목
인 천	
가천의과대학길병원	감염내과
강남 성모 병원	감염내과
고대 구로병원	감염내과
국립의료원	감염내과
서울대학교병원	감염내과
서울중앙병원	감염내과
신촌세브란스병원	감염내과
인하대병원	감염내과, 비뇨기과, 피부과, 치과
포천중문분당차병원	감염내과
광 주	
전남대학교병원	감염내과, 피부과, 정신과, 신경과
조선대학교병원	감염내과, 정신과
대 전	
서울대학교병원	감염내과, 알레르기내과
서울아산병원	감염내과
충남대학교병원	감염내과, 피부과, 안과
신촌세브란스병원	감염내과
울 산	
울산대학교병원	감염내과, 이비인후과
서울대학교병원	감염내과
부산대학교병원	감염내과
경 기	
서울대학병원	감염내과, 내분비내과, 피부과, 혈액종양내과, 안과, 외과
서울중앙병원	호흡기내과
아주대학병원	감염내과, 호흡기내과
고대구로병원	감염내과
삼성서울병원	감염내과
시립은평병원	정신과
강남성모병원	감염내과, 호흡기내과, 내분비내과
성빈센트병원	감염내과, 호흡기내과
신촌세브란스 병원	감염내과, 일반내과, 안과
영동세브란스병원	감염내과
분당서울대학병원	감염내과
분당차병원	감염내과
서울아산병원	감염내과
인하대학교병원	감염내과
원주기독병원	감염내과

<입원진료 현황>

의료기관명	세부 진료과목
경북대학교병원	감염내과
안동병원	내과
안동의료원	외과
충남대학교병원	감염내과
안동류병원	신경과
경 남	
부산대학교병원	감염내과, 안과, 산부인과
경상대학교병원	감염내과
김해중앙병원	신경정신과

<외래진료 현황>

의료기관명	세부 진료과목
한림대성심병원	감염내과
고대안산병원	감염내과
한강성심병원	감염내과
강동성심병원	감염내과, 내과
명지병원	감염내과, 응급의학과
성베드로 의원	정신과
일산백병원	감염내과
한양대구리병원	감염내과
강 원	
서울대학교병원	감염내과, 외과
원주기독병원	감염내과, 안과
강남성모병원	감염내과
춘천연세의원	내과
속초조관식안과의원	안과
속초조피부과의원	피부과
서울아산병원	감염내과
신촌 세브란스병원	감염내과
충 북	
충북대학교병원	감염내과, 피부과, 이비인후과, 안과, 비뇨기과, 호흡기내과
삼성서울병원	감염내과, 이비인후과
원주기독병원	감염내과
강남성모병원	감염내과
연세대병원	감염내과
분당차병원	감염내과
서울대학교병원	감염내과
충남대학교	감염내과
한양대학교	감염내과
충 남	
서울대학교병원	감염내과
단국대학교병원	감염내과, 피부과
삼성서울병원	감염내과, 산부인과
강남성모병원	감염내과, 외과
신촌 세브란스병원	감염내과
충남대학교병원	감염내과
서울아산병원	감염내과
한양대학교병원	감염내과
전 북	
삼성서울병원	피부과, 감염내과, 안과
전북대학교병원	소화기내과, 호흡기알레르기내과, 일반내과, 감염내과
조선대학교병원	감염내과
세브란스병원	감염내과, 안과
한양대학교병원	감염내과
부산대학교병원	감염내과, 안과
고려대학교의료원	호흡기내과, 감염내과, 응급의학과
전 남	
전남대학교병원	감염내과, 피부과, 안과

<입원진료 현황>

의료기관명	세부 진료과목
-------	---------

<외래진료 현황>

의료기관명	세부 진료과목
조선대학교병원	감염내과
목포한국병원	안과
광주요한병원	피부과
경 북	
경북대학교병원	알레르기 내과, 감염내과, 치과
대구파티마병원	정신과
참편한내과	내과
충남대학교병원	감염내과
경 남	
부산대학교병원	감염내과, 혈액내과, 산부인과
경상대학교병원	감염내과
세광병원	응급실, 감염내과
강남병원	정형외과
김해중앙병원	신경정신과
연대세브란스병원	감염내과
경북대학교병원	감염내과
남해병원	응급실(신경과)
손치과	치과
장원치과	치과
진성의원	가정의학과
예일안과	안과
김소영안과	안과
김철우의원	가정의학과
제 주	
서울대학교병원	감염내과, 안과, 피부과
삼성서울병원	감염내과
세브란스병원	감염내과, 안과, 피부과

나. AIDS 환자를 위한 복지서비스의 제공⁵⁴⁾

- 에이즈 환자의 직업교육을 위한 별도의 기관은 운영하고 있지 않으며, 에이즈 환자를 위한 쉼터를 전국 8개소 운영하고 있으며, 현황은 다음과 같음.

54) 본 장은 「2005년 에이즈감염인 요양쉼터운영사업 최종결과보고서, 2006. 1, 대한에이즈예방협회」를 인용·재구성한 것임.

• • AIDS 감염인 요양쉼터 현황⁵⁵⁾ • •

(단위 : 명, 연인원)

시 설 명	적정인원 (1일최대)	'02	'03	'04	'05
총인원	46(61)	7,825	10,635	13,664	6,706
1일 평균인원(시설당)		6	6	6	8
서울쉼터('99. 4 개설)	10(12)	4,114	4,499	4,276	1,730
여성쉼터('01. 1 개설)	8(10)	1,318	1,544	2,179	1,090
부산쉼터('00. 10개설)	5(7)	1,460	2,191	1,620	899
인천쉼터('02. 7 개설)	5(7)	933	2,002	1,684	732
광주쉼터('03. 7 개설)	7(10)	-	399	2,347	939
강원쉼터('04. 6 개설)*	3(5)	-	-	644	1,316
호스피스센터('04. 1 개설)*	5(5)	-	-	914	
대구쉼터('05. 8 개설)	3(5)				-

* 여성쉼터 : 서울소재

* 강원쉼터, 호스피스센터 : '04년도 자체예산, '05년도 기금 지원
('05년도 예산서상 동2개소를 1개소로 취급하여 총 7개소 지원으로 되어있음.)

□ 감염인 쉼터는 감염인의 건강 회복을 통한 사회 재진출 및 복지증진에 기여하기 위해 설립됨. 현재 경제적으로 어렵고 무의무탁한 감염인의 인권 및 복지 증진, 감염인의 사회 재적응 지원, 방기된 감염인의 에이즈 전파 방지, 무연고 환자의 요양부터 장례에 이르는 지원활동 등을 실시하고 있음.

□ 기본적으로 감염인(2005년, 94명)에게 숙식을 제공함으로써 그들이 안정감과 희망을 가지고 생활할 수 있도록 돕고 있음. 특히, 종교단체와의 연계운동을 통해 자원봉사자 수급, 호스피스 지원 등 사업도 하고 있음.

55) 안명옥의원 요구자료, 「AIDS감염인 요양쉼터 현황」 2006. 8, 질병관리본부

- 센터에는 전문 의료진의 정기 방문·상담이 이루어지고 있으며, 전문 진료기관과의 연계시스템을 통해 감염인들의 건강관리를 돕고 있음. 또한 종교단체의 훈련된 지도자(신부, 수녀, 수사, 신도)들의 자원봉사 활동으로 효과적인 심리상담 및 사회적응상담이 실시되고 있음. 이는 감염인들이 심리적으로 안정을 찾고, 투병의지를 향상시키는데 크게 도움을 주고 있는 것으로 보임.

- 특히, 자활프로그램을 통해 감염인들이 직업을 갖고 사회 구성원으로 돌아갈 수 있도록 각종 교육프로그램을 운영하고, 직업알선 및 사회적응 훈련을 실시하고 있음. 특히, 간병인 교육이수 후 간병인 활동을 적극적으로 수행하고 있는데, 이는 일반인들이 에이즈환자 간병을 꺼리는 상황에서 감염인 간병에 큰 도움이 되고 있음.

- 에이즈 요양센터의 주요 활동내용은 다음과 같음.

• • 에이즈 요양쉼터의 주요 활동내용⁵⁶⁾ • •

프로그램 명	사 업 내 용
숙식 및 휴식장소 제공	<ul style="list-style-type: none"> · 적절한 휴식과 청결한 환경 제공 · 면역기능을 유지시키기 위한 영양식 · 체류자간의 상호교감과 대화의 장 마련 · 감염인/환자간의 위안과 격려 · 질병과 가난으로 인한 자포자기성 범죄의 예방
정기방문의료 지도 프로그램	<ul style="list-style-type: none"> · 방문의료지도팀의 구성(에이즈/정신과 전문의 등) · 정기방문의료지도 실시(문진 및 전문의 상담) · 적절한 간호지도 · 전문진료기관과의 연계
전문상담 프로그램	<ul style="list-style-type: none"> · 심리상담(환자와 가족의 정신적 고통감소) · 건강상담(건강교육 및 면역기능유지) · 의사와 간호사의 전문상담 · 동료상담(교육받은 감염인 상담원) · 인권복지 상담(협회선임 인권 변호사)
교육 프로그램	<ul style="list-style-type: none"> · 건강교육 : 건강과 면역기능유지, 개인위생관리 · 에이즈교육 : 에이즈의 역학, 현황, 증상, 기회감염증, 치료 등 · 자기간호 : 일상이나 응급 시 환자 스스로 철할 수 있는 의료행위 등 · 가정간호 : 감염인/환자의 가족과 보호자를 위한 가정에서의 보호 및 간호, 부부생활 및 일상생활 요령 · 안전한 성행위 : 감염인의 성적 욕구와 안전한 성행위의 의무에 대한 예방교육으로 제3이 전파로 인한 확산 방지 · 대체의학 : 각종 대체요법 및 민간요법, 운동 요법 등 건강과 신체기능을 유지시키는 치료요법
자활 프로그램	<ul style="list-style-type: none"> · 직업알선 · 부업 및 일감 제공을 통한 자활모색 · 생활보호대상자 지정관련 업무대행 지원 · 필요시 자활단체에 연계 · 후생비 지원
호스피스 연계프로그램	<ul style="list-style-type: none"> · 말기환자들에 대한 호스피스 기관으로의 연계 · 호스피스병상 운영 · 호스피스 자원봉사자 교육 · 전담 간호사의 지원 · 연계단체 및 협조 가능한 인력자원

56) 2006년 HIV/AIDS 관리지침, 질병관리본부

- AIDS 감염인 쉼터 운영에 있어서는 부족한 입소시설이 가장 큰 제한 사항으로 작용함. 매년 급격한 신규감염인 증가와 맞물려 쉼터이용을 희망하는 감염인들이 증가하고 있으나, 입소시설의 제한된 여건으로 인하여 경제적으로 어려운 감염인만 선별하여 입소에 응하고 있는 상황임.
- 현재 쉼터 사업을 주관하고 있는 대한에이즈예방협회측은 쉼터에서 보호해야 할 대상을 전체 감염인의 10%수준인 300여명 정도로 추계하고 있음⁵⁷⁾. 그러나 현재는 1/6수준인 50명 정도만 보호받고 있는 실정임.
- 또한, 건강한 감염인의 경우에도 쉼터에서의 생활을 통해 감염인으로서 살아가기 위한 적응기간이 절실히 필요하여 이를 통한 충격극복기를 단축시킬 수 있으므로 지속적인 쉼터 시설의 확충과 감염인을 위한 프로그램의 개발이 필요할 것으로 봄.

5. HIV/AIDS 감염인의 인권침해 실태와 문제점

가. HIV/AIDS 감염인의 인권침해⁵⁸⁾

- 우리나라에서 HIV/AIDS 감염인은 상대적으로 소수이지만 그에 대한 과도한 공포 및 낙인이 분명 존재하고 있음. 감염인에 대한 사회적 낙인의 정도는 그 국가 또는 공동체 구성원들의 인권에 대한 의식 수준

57) 이창우, 대한에이즈예방협회 사무총장

58) 본 장은 「에이즈로 인한 사회 경제적 영향 국제 에이즈 심포지엄 결과 보고서, 조병희, 2004」을 인용하여 재구성한 것임.

과 맞닿아 있음. 우리나라 국민들의 인권 의식은 아직 선진국 수준에 크게 미치지 못하며 그것은 특정 질환자와 관련해 그대로 드러나고 있음.

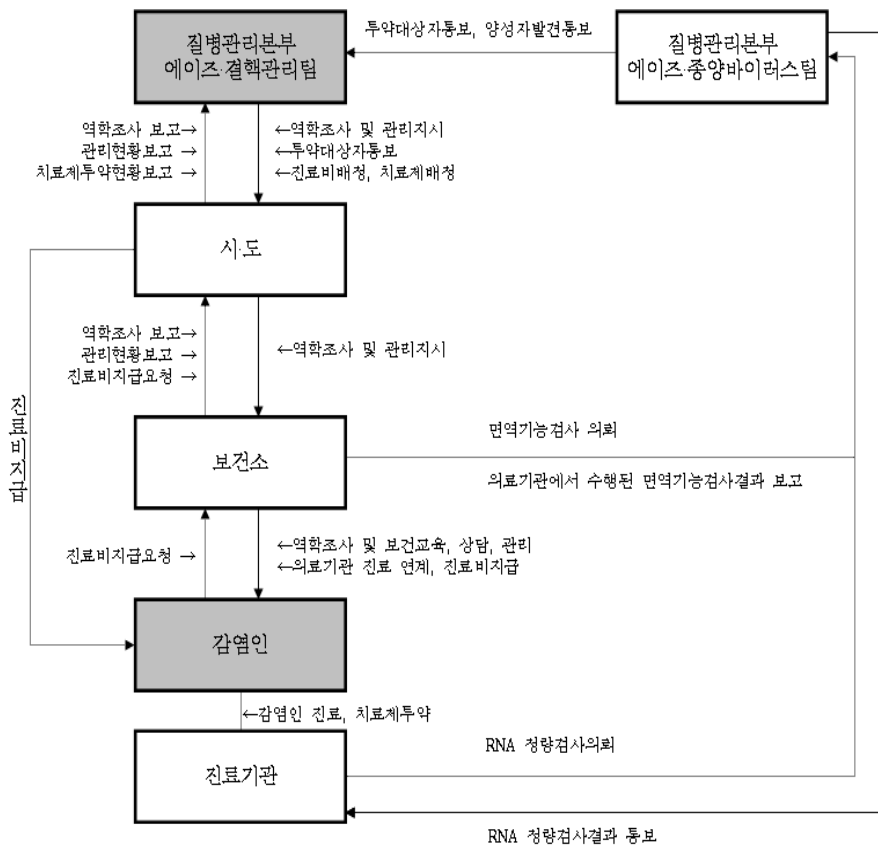
- 에이즈 관리가 감염인에 대한 통제 위주로 진행됨에 따라 개인의 비밀 보호 원칙과 충돌하게 됨. 에이즈 운동과 같은 집단공동체적 방어막이 없거나 미약한 상황에서 사회적으로는 HIV/AIDS에 대한 편견과 낙인이 강력하게 존재하기 때문에 감염인들은 개별적으로 그러한 사실을 은폐하면서 차별을 회피하려는 성향을 보임. 그러나 정부의 질병관리 체계는 관료제적 통제를 위주로 하기 때문에 이러한 과정에서 이들의 개인정보가 노출되는 사례가 발생함.
- 물론 법적으로는 감염인에 관한 사항들이 비밀로 보호되어야 하고 이를 위반하면 처벌받게 되어 있지만 이러한 비밀보호를 보장하기에는 완벽하지 못한 실정임.

1) 검사, 신고, 보고 등 관리과정

- 현행 후천성면역결핍증예방법은接客업소 여성종사자에 대하여 6개월 간격으로 연 2회 강제검진을 실시하도록 규정하고 있고 이에 응하지 않는 경우 1년 이하의 징역 또는 300만원 이하의 벌금에 처하도록 하고 있음. 또한 '감염인의 배우자 및 동거가족'도 검진에 응하도록 되어 있음.
- 성매매에 종사하거나 그럴 가능성이 있는 여성들을 대상으로 국가가 강제검진을 실시하는 것은 국가가 성매매를 사실상 인정 내지 지원하는 효과를 낼 수 있음. 이미 국제적으로는 이와 같은 강제검진은 개인의 신체의 자유를 위배하는 것으로 판정되고 있음.

- 또한 현재 보건소 운영의 이원적 관리체계로 인해 「후천성면역결핍증 예방법」상 감염인에 대한 보고가 반드시 시도를 거치도록 되어 있어 보고과정에서 신분노출의 위험이 있음. 감염인과 가장 실제적 접촉을 많이 하게 되는 보건소담당자의 잦은 교체, 검진통지서등의 발급 시에 대상자 부재중일 경우 불시방문 등으로 감염사실이 알려지는 등 비밀이 실질적으로 보장되기 위한 담당공무원의 업무상 규제가 없는 것도 문제임.
- 따라서, 미국의 경우와 같이 에이즈 관리의 최일선에 있는 담당자만 실명을 알 수 있도록 하고 상부로의 보고는 모두 익명 또는 암호 처리 하여 알 수 없도록 하는 방법을 검토해 볼 수 있음.

• • AIDS 감염인 관리 체계도⁵⁹⁾ • •



59) 2006년 HIV/AIDS 관리지침, p49, 질병관리본부

2) 에이즈 환자 정보 공개 관련

- 에이즈 감염인과 관련한 자료는 개인의 비밀보호와 이로 인한 불이익을 당하지 않도록 하기 위하여 공문 등 관련서류를 전부 대외비 업무로 처리하는 등 보안유지가 될 수 있도록 하고 있음.
- 이처럼, 에이즈 감염인에게는 사생활상의 비밀이나 프라이버시의 보호가 각별히 요구되나 감염인에 대한 행정기관의 보고체계에 따라 명부를 작성하고 있어 본 체계에 의해 정보노출이 우려되고 보건소의 담당자가 빈번히 교체되므로 감염인 정보노출의 가능성이 상존함.
- 따라서, 시·도 및 보건소 등 관련기관의 감염인 자료보안 교육 및 담당자의 빈번한 교체를 지양해야 하며, 감염인 등록관리 업무를 단순화하는 것이 필요함. (보건소에서 질병관리본부로 보고토록 조정 등)

• • 에이즈 환자 정보공개 처리 현황⁶⁰⁾ • •

구 분	건 수	청구방법	사용목적	공개내용	비공개사유
2003	1	등기우편	쟁송	교도소 내 에이즈 환자 관리와 치료·예방	법무부이송 (법무부처리사항)
2005	1	인터넷	학술연구	에이즈 현황 및 대책	공개

• • 감염인이 말하는 인권침해 사례⁶¹⁾ • •

※ 다음 내용은 '06. 10. 2(월) 안명옥의원이 쉼터를 방문하여 감염인과 직접 인터뷰한 내용을 요약·정리한 것임.

<사례1 - 님비현상>

60) 안명옥의원 요구자료, 「에이즈 환자 정보공개 처리 현황」, 2006. 7

61) 일시 : '06.10.2(월), 장소 : 감염인 쉼터(서울), 취재 : 안명옥의원

- 감염인1 : 우리가 지금 가장 간절히 바라는 것이 있다면, 작은 텃밭을 가꾸는 일이다. 집밖에서 산책이라도 하고 싶지만, 지역주민들이 감염인이 머무는 곳이라는 사실을 알게 될까 두려워 집안에서만 활동하고 있다. 이웃들은 우리가 단순한 장애인으로만 알고 있는데도 입주당시 반대가 엄청났다. 지금도 저녁시간에는 큰 소리로 떠들지도 못하는 상황이다.

<사례2 - 진료거부>

- 감염인2 : 국립의료원에서 2달간 입원진료를 받았다. 입원 중 기회감염으로 인해 갑자기 CMV⁶²⁾가 발생하였고, 시력을 잃어갔다. 안과진료를 수차례 신청했으나, 안과전문의는 감염인이라는 이유로 진료를 거부하였고 결국 실명하게 되었다. 이후 서울대학교병원에서 안과진료를 받았고, 시력을 조금 회복할 수 있었다. 하지만 물체구분조차 할 수 없는 처지여서, 자활이 막막하다. 조금만 더 일찍 치료받았으면 회복했을 거라는 서울대병원 담당의사의 소견이 나를 더욱 절망케 했다.

<사례3 - 사생활침해>

- 감염인3 : 모든 일이 다 내 잘못이라고 생각하니 누구도 원망스럽지 않다. 감염인을 경계하는 것도 당연한 일이라고 생각한다. 그러나 빈번하게 주소가 바뀌고 보건소·병원 담당자들이 바뀌게 되면서, 새로운 사람들에게 감염인임을 알려야 하고, 했던 얘기들을 몇 번이고 반복해야 하는 것이 괴롭다. 좋은 기억도 아닌데 말이다. 쉽터도 가족처럼 보살펴주어 정말 좋지만, 개인적 공간이 있었으면 한다. 나이 40넘어 처음 보는 사람들과 같은 방을 쓰다보면 크고작은 갈등이 생기게 마련이다.

나. AIDS포비아의 확산

● ● 처음 상담 및 재상담에 따른 상담현황 비교⁶³⁾ ● ●

구 분	2005년						2006년 (6월말 현재)					
	계		전화		인터넷		계		전화		인터넷	
	건수	%	건수	%	건수	%	건수	%	건수	%	건수	%
처음상담	4,913	42.0	2,683	32.0	2,230	71.0	2,574	45.0	1,633	37.0	941	68.0

62) cytomegalovirus(사이토메갈로[거세포] 바이러스) : 헤르페스 바이러스의 일종으로 조직의 변화를 초래함.

구 분	2005년						2006년 (6월말 현재)					
	계		전화		인터넷		계		전화		인터넷	
	건수	%	건수	%	건수	%	건수	%	건수	%	건수	%
재 상담	5,261	45.0	4,476	53.0	785	25.0	2,936	51.0	2,561	59.0	375	27.0
미확인	498	4.0	498	6.0	-	-	24	0.5	24	1.0	-	-
무응답	906	8.0	781	9.0	125	4.0	185	4.0	120	3.0	65	5.0
계	11,578	100.0	8,438	100.0	3,140	100.0	5,719	100.0	8,438	100.0	1,381	100.0

- 위의 표에서 나타난 것과 같이 전반적으로 상담 건수가 계속 증가하고 있으며, 처음 상담에 비해 재상담 건수가 더욱 증가하고 있는 양상임.
- 국내에서 에이즈가 발견될 당시에 현대인의 흑사병이라는 충격적인 보도와 함께 에이즈 환자의 죽음으로 치닫는 모습에 대한 각인이 사람들에게 막연한 불안과 공포를 야기시켰음. 특히, 우리나라는 전통적인 보수적 성 윤리로 HIV 감염인과 에이즈 환자를 차별하고 배척하기 때문에 질병자체에 대한 공포보다도 이로 인한 사회적 낙인을 더 두려워하고 있음.
- 에이즈 포비아는 지속적으로 늘어날 것으로 추정됨. 위의 표에서 보듯이 상담 받는 내담자의 50%이상이 재상담을 하는 것을 볼 때 정보적인 측면보다는 심리적인 측면이 많다는 점을 볼 수 있음. 따라서 상담원도 단순 정보 제공자로서의 역할이 아닌 포비아를 대처할 수 있도록 전문가들이 담당해야 할 것으로 봄.

• • 포비아 관련 기사⁶⁴⁾ • •

혹시 내가 AIDS에....

- 30대 후반의 A씨는 얼마전 AIDS환자가 늘고 있다는 TV뉴스를 본 뒤 갑자기 불안감을 느꼈다. 지난번 출장에서 술김에 성매매 여성과 성관계를 가진 사실이 떠올랐기 때문이다. A씨는 AIDS에 걸렸을지도 모른다는 두려움과 가족에게도 옮겼을 수 있다는 걱정 때문에 AIDS검사만 십여차례 받았다. A씨는 “문제가 없을 거라고 생각하면서도 두려움이 가시지 않는다”며 걱정을 감추지 못했다.
- 헤어진 남자친구가 성적으로 문란했다는 소문을 들은 20대 중반의 B씨도 몸에 이상만 생기면 수십여차례 상담전화를 걸어 자신이 AIDS에 걸렸는지 여부를 확인한다. B씨는 “몸에 조그만 반점이 생기거나 약간의 몸살 기운만 있어도 AIDS 초기 단계라는 생각이 들어 무섭다”고 고통을 토로했다.
- 대한AIDS예방협회에 따르면 AIDS 전화상담 건수가 2004년 6,000여건에서 2005년 9,000여건으로 급증하는 등 최근 4, 5년새 AIDS포비아 환자가 3배 가까이 증가했다. 김민동 대한AIDS예방협회 상담실장은 “상담전화의 90%가 AIDS 포비아 때문”이라며 “언론의 관련 보도가 늘면서 인터넷 등을 통해 잘못된 지식을 접한 이들이 막연한 불안감을 갖기 때문에 포비아가 늘고 있다”고 말했다.
- AIDS 포비아 환자들의 증상은 상담전화로 끝나지 않는다. 문제는 이들 대부분이 AIDS에 걸리지 않았다는 것을 알면서도 막연한 두려움 때문에 지속적으로 자기 확인을 한다는 점이다. 이런 집착 증세가 심해지면 대인공포증이 생겨 정상적인 사회생활을 할 수 없게 된다.

64) 문화일보, 19면, 2006. 4. 22(토)

AIDS 정책, 이대로 좋은가?

IV

외국의 HIV/AIDS 관리 정책 사례



1. 선진국의 HIV/AIDS 정책 분석

- 선진국의 에이즈 정책의 초점은 고위험군에 집중하되 자발적인 참여를 특징으로 하고 있으며, 이를 위하여 지역사회 프로그램과 민간의 참여를 최대한 촉진하는 것에 맞추어져 있음.
- 캐나다에서는 사회적 약자 그룹 또는 고위험 그룹에 맞추어 예방 전략을 수립하여 직접적인 예방 개입을 실시하고 있음. HIV 감염 검사는 지역보건센터, 공립 건강클리닉, 성 건강센터, 일부 개원병원 등 다양한 시설에서 저렴하게, 또는 무료로 익명 검사가 제공됨. 또한 임산부의 출산 전 HIV 감염 검사도 강제는 아니지만 폭넓게 행해지고 있음. 또한 NGO의 역할이 적극적이어서 정부와 협력을 강화하고 있으며 정부에 대한 정책적 요구도 활발함.
- 영국의 경우 진단되지 않은 HIV 감염인의 발견을 위하여 대상별 HIV 감염 검사 캠페인이나 팸플렛 작성을 실시하고 있고, 임산부에 대한 출산 전 HIV 감염 검사에도 주력하고 있음. 등록되어 있는 일반의원(GP) 및 모든 비뇨기과에서 무료로 검사와 상담을 받을 수 있음. 검사와 상담을 실시하는 보건의로 종사자를 위하여 지침을 만들고 있는 것도 중요한 사업 중 하나임. 이용환자의 증가 때문이긴 하지만, NHS가 재택요법을 급여범위에 포함하였으며 지역에서 GP를 적극적으로 활용하려고 시도하고 있음.
- 미국 에이즈 정책의 특징은 HIV/AIDS 대책이 각주에서 독자적으로 행해지고 있다는 점임. HIV 감염인의 보고도 전국 수준에서의 보고 제도는 없고, 주에 따라 독자적인 체계를 운영하고 있음. NGO의 규모가 매우 크고, HIV 감염 확대 방지, 치료 및 케어, 사회적 지지 등 여

러 분야에서 전국적·국제적으로 폭넓게 활약하고 있음.

- 일본에서는 HIV/AIDS에 관한 법률 및 지침의 공포가 이루어지고 있음. HIV감염 검사는 보건소에 한정되어 무료 익명 검사를 하고 있으며, 거점 병원, 일부 산부인과, 성병 클리닉에서는 검사는 가능하지만 일부 비용을 부담하여야 함. 일본의 에이즈 의료제공의 특징으로는 거점병원과 광역거점병원 체계를 들 수 있음. 비영리민간기관은 규모가 확대되고 있지만, 전국적인 조직이 부족하고 정부와의 연결도 약한 것으로 평가됨.
- 호주는 최근 새롭게 감염되는 사람의 수가 계속해서 감소하고 있는 추세임. 에이즈가 만성질환화 되어감에 따라 에이즈 감염인에 대한 치료 및 보호에 있어 지속적인 구조적 보완이 이루어지고 있음.
- 각 국가별 HIV/AIDS 정책의 세부 현황은 다음과 같음.

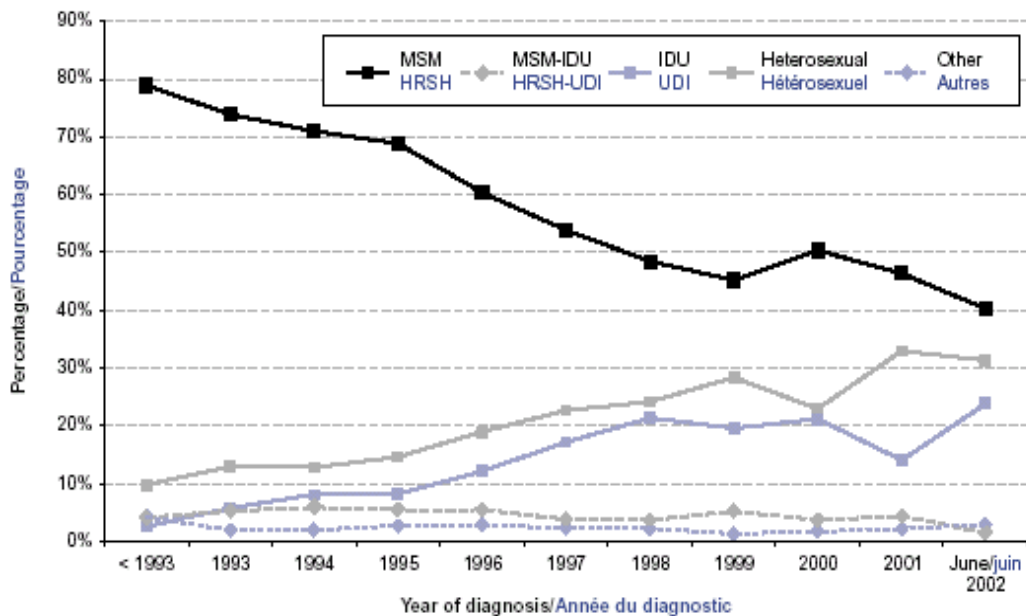
가. 캐나다

1) 감염인 현황

- CIDPC(캐나다 전염병예방 통제 센터)의 보고에 의하면, 2002년 6월 30일 현재 HIV 양성자 수는 51,470명이었으며 이중 여성이 26%를 차지하고 있다. 가장 감염률이 높은 연령층은 15-29세임. 에이즈 예방 활동의 강화로 1995년 이래 2000년까지는 신규 HIV 감염인의 감소가 있었지만 2001년에는 약간 증가하였음.

- 감염경로를 살펴보면, 동성접촉(MSM : men who have sex with men)이 40%, 이성 접촉이 30.6%, IDU(injection drug user) 23.3% 정도임. HIV/AIDS의 유행은 초기에는 주로 남성 동성애자 및 수혈을 통하여 나타났으며 1997년 이후 최근에는 마약사용자, 남성 동성애자, 그리고 여성에서의 감염이 증가하고 있음.
- AIDS 환자는 1982년 첫 번째 환자가 발견된 이래로 1999년 12월까지 16,913명의 에이즈 환자가 캐나다 보건부(Health Canada)에 보고되었으나, 보고되지 않은 환자와 보고가 지연된 환자 수를 포함하면 약 20,000명 정도로 추정되고 있음. 해마다 여성이 차지한 비율이 상승해, 1993년까지는 5.8%정도였지만, 2002년에는 16.7%까지 상승함.⁶⁵⁾

• • Proportion of reported adult
(≥ 15 years) AIDS cases by exposure category and year of diagnosis⁶⁶⁾ • •



65) HIV and AIDS in Canada. Surveillance Report to June 30, 2002

66) HIV and AIDS in Canada, Surveillance Report to June 30, 2002

2) 정책관리 및 현황

가) 보건의료자원

- HIV 감염의 치료는 일차 의료를 담당하는 진료소(clinic)와 병원에서 제공되고 있음. 캐나다에는 30명 이상의 환자를 담당한 전문의가 약 200명 있는데, 오타와에서는 14명의 전문의(병원 7명, 지역사회 7명)가 1,200~1,500명의 환자를 진료하고, 오타와 대학병원(University of Ottawa Health Services)에서도 STD와 HIV 감염증 치료를 담당하고 있음.
- 한편, 브리티시컬럼비아(British Columbia)주에서는 COE(British Columbia Center for Excellence in HIV/AIDS)에 HIV 감염인이 집중되고 있음. 그러나 항HIV 약의 보급에 의하여 HIV 감염증이 만성질환화 됨에 따라, 일반의(GP)를 활용하려는 시도가 늘어나고 있음.⁶⁷⁾

나) 보건의료서비스 제공

- 캐나다에서 에이즈 관련 보건의료 서비스를 제공하는 기본적인 원칙은 케어의 연속선상에서 서비스를 강화한다는 것임.⁶⁸⁾ 이에 따라 ①생존 가능성(sustainability)의 향상과 통합적 서비스, ②고위험 집단에 초점, ③공공의 책임성 강화 등의 세 가지 원칙을 표명하고 있음.

(1) HIV 감염 검사

- HIV 감염 검사결과는 주별로 법률에 근거해 보고됨. 익명검사는 주별

67) 高西優子. 海外をモデルとしたH I V感染症の医療提供体制の確立に関する研究. 金澤大學大學院, 2003

68) Health Canada, National AIDS Strategy(Phase II), Spring 2003

로 개업 의사, 지역보건 센터, 공립 클리닉, 성병 클리닉, 성 건강 유니트, 요양소 등에서 행해지고 있음. 자의에 의한 익명검사가 매우 잘 정비되어 있으므로 강제적인 검사는 없으며, 임산부의 인권과 프라이버시의 문제 등에 의해, 출산 전 HIV 감염 검사도 법률로 강제하지 않고 있음.

(2) 치료와 보호

- HIV 감염의 치료는 일차 진료시설과 병원이 담당하며, 브리티시컬럼비아 주에서는 HIV 감염증이 만성 질환화함에 따라 일반의(GP)의 활용을 시도하고 있음. 경험이 적은 단골의사는 HIV 전문의에게 담당 환자의 검사 방법, 검사치, 처방 등을 상담하며 필요에 따라서 환자에게 전문의의 진찰을 받도록 하는 등 협력진료(Shared Care)를 실시하고 있음.
- 일반적인 상담은 전국적으로 무료전화(1-800 Support) 시스템을 사용하여 치료에 관한 정보를 영어와 불어로 상담하고 있음. 훈련받은 교육 전문가가 의학적 치료, AIDS 서비스 이용 방법에 대한 상담을 맡고 있음.⁶⁹⁾
- 캐나다의 HIV/AIDS 전략은 광대한 국토에 흩어져있는 HIV 감염인에게 대응할 수 있는 체제를 구축하는 것을 초점으로 함. 자택 요양, 청소, 쇼핑, 식사 서비스 등은 주 정부가 운영하고 있으며, 성감염증 및 가족계획 상담, 검사(무기명 또는 익명), 치료, HIV 및 성감염증 예방(주사바늘 교환) 등의 사업을 실시하고 있음. 또한, 약사에 대한 가이드라인도 만들어져 있고, HIV 전문 약사의 간에 최신 약제정보를 교환하거나 상담을 하는 웹이 개설되어 있음.⁷⁰⁾

69) 高西優子, 앞의 책

70) www.arthritisw.ca

다) 재원기)

- 정부는 비정부 조직(NGOs), 지역사회 조직, HIV/AIDS 감염인 등과의 협의를 통하여, 정책과 예산지원의 우선순위를 정하고 있음. 우선순위는 가장 필요가 큰 영역에 사업이 집중될 수 있도록 정기적으로 다시 정해짐.
- 2003 회계 연도의 주요 영역별 예산지원 현황을 예시로 제시함.

• • 2003년 캐나다의 주요 영역별 에이즈 예산 • •

영역	예산(캐나다 달러, 백만)
예방	3.9
지역사회 개발 및 NGOs 지원	10.0
치료와 감염인 지원보호	4.75
연구	13.15
감시체계(Surveillance) 운영	4.3
국제 협력	0.3
법률, 윤리, 인권사업	0.7
원주민 보건 및 개발	2.6
교정시설	0.6
상담, 평가, 모니터링과 보고	1.9
계	42.2

- 또한, 캐나다의 정부는 다른 연방 부서 및 기관(예: 국제개발기구-CIDA(\$17M)와 캐나다의 의학연구위원회-MRC(\$2M) 등)에 대하여 매년 재정을 제공하고 있음. 주정부도 HIV/AIDS와 관련된 건강관리 서비스, 연구와 예방 활동에 재정을 지원함.

라) 정책과 관리⁷²⁾⁷³⁾

(1) 정책의 틀

- 캐나다의 보건의료 제도에 있어 연방정부의 역할은 보건의료 제도의 원칙, 또는 기준을 마련하여 실행해 나가는 것임. 여기에는 각 주에서 실시되고 있는 보건의료 서비스를 국가 예산을 통해 재정적으로 지원하고 법률상으로 정해진 임무를 수행하는 일 등이 포함됨.
- 에이즈에 대해서는 1982년 이후 연방 정부가 연구, 감시, 지역사회 개발 활동 등을 지원함. 1990년에는 국가 AIDS 전략(National AIDS Strategy(NAS))을 개시하였고, 1993년에는 예산을 37억 3천만 캐나다 달러로 하였으며 5년간 42억 2천만 달러로 증액함. 이러한 국가 AIDS 전략은 1998년 3월 31일에 2단계가 종료되었는데, 이것은 에이즈와 관련된 연방정부의 역할에 대한 틀을 제공한 것임.
- 1998년 3월부터는 「Canadian Strategy on HIV/AIDS(CSHA)」를 국가 정책으로 설정하고, 모든 주 정부 및 지방정부, 지역사회, 비정부 조직, 전문가 그룹, 민간 부문이 참여하는 협력사업의 모형을 수립함.
- CSHA의 주요 목표는 ①캐나다에의 HIV 감염 확대 방지, ②치료법의 개발, ③유효한 백신, 약제, 치료법의 개발과 공급, ④치료와 보호지원의 보장, ⑤개인과 지역사회에서 HIV/AIDS에 의한 영향 최소화, ⑥고위험군에 대한 사회적·경제적 악영향의 최소화 등임. 이를 위하여 남성 동성애자, 원주민, 약물주사 사용자, 청년층, 여성, 죄수 등을 주요 목표 집단으로 삼아 각각 적합한 예방 전략을 수립함.

72) Health Canada, National AIDS Strategy(Phase II), Spring 2003

73) HIV/AIDS LESSONS LEARNED Canadian 's Report on HIV/AIDS 2002

- 예를 들어, 주사약 사용자에게는 주사바늘 교환 프로그램을 수립하고 약물주사 사용자의 위험행동을 모니터링하고 있으며, 청년층에 대해서는 보건부와 교육부가 협력하여 HIV 예방 교육을 강화하고 있음. 여성에 대해서는, 사회·경제적 약자라는 점, 성적 학대 등을 고려한 HIV/AIDS 예방 프로그램을 우선적으로 마련함.

(2) 감시체계

- HIV 감염 검사는, 브리티시 컬럼비아주와 퀘벡주를 제외한 8개 주와 3개 준주에서 법률에 근거해 보고되고 있지만, 주에 따라 검사 방법, 보고의 방법이 상이함. 보고는 진단한 의사, 검사소로부터 지방센터로 모아져 Bureau of HIV/AIDS STD and TB Centre for Infectious Disease Prevention and Control(CIDPC)에 보고됨.
- 또한, HIV sub-type 의 감시를 실시하는 The Canadian Strain and Drug Resistance Program (CHSDRSP)라고 하는 국가 감시 (surveillance) 프로그램도 있음.

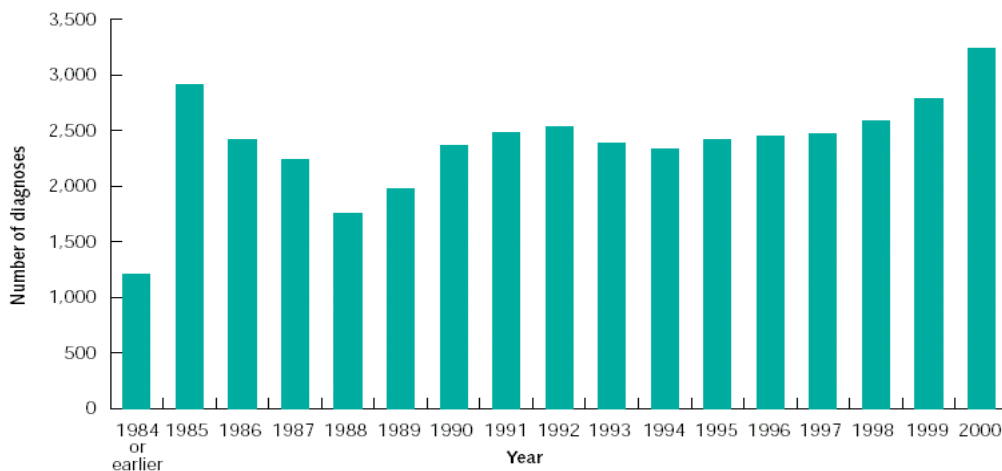
나. 영 국

1) 감염인 현황

- 영국에서 2002년 10월 말까지의 HIV 감염인수는 52,729명이었으며, 여성 감염인수는 11,600명으로 전체의 22%를 차지함. 감염 진단 시의 평균 연령은 남성 33세, 여성 31세로 일반적으로 여성 쪽이 감염 연령이 낮음.

- 연간 약 400명이 에이즈로 사망하고 있으며 2000년 이후 이성애자, 동성애자 신규감염의 발견이 크게 증가하고 있음. 그러나 이성애자의 3/4이 해외에서 유입된 것으로, 국내에서는 여전히 남성 동성애로 인한 감염이 주된 전염 경로임.
- The Annual Survey of Prevalent HIV Infections Diagnosed(SOPHID)에 의하면, HIV 감염인으로 어떠한 케어도 받았던 적이 없는 사람이 2000년에 23,017명이었으며 2005년에는 33,930명으로 추정됨. 이것은 향후 영국에서 중요한 문제로 대두될 것으로 전망됨.⁷⁴⁾

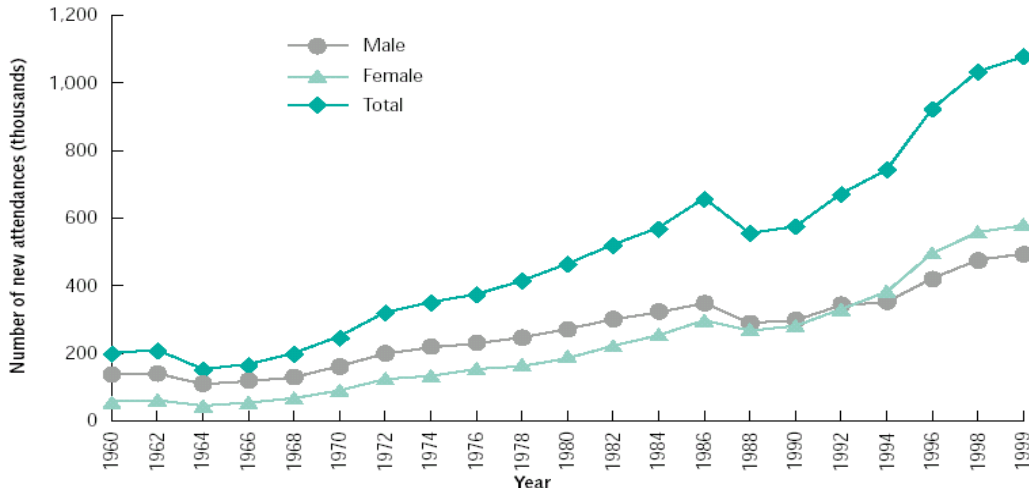
• • Number of newly reported HIV infection in England by year of diagnosis(data to end March 2001)⁷⁵⁾ • •



74) Department of Health. The national strategy for sexual health and HIV. 2002

75) Department of Health. The national strategy for sexual health and HIV. 2002

• • New Attendance at GUM(Genito-urinary Medicine) Clinics. England. 1960-1999⁷⁶⁾ • •



2) 정책관리 및 현황

가) 보건의료자원

- 영국의 국가보건의료체계(National Health Service, NHS) 하에서는, 일반의(General Practitioner, GP)에 등록하는 것이 의무로 되어 있으므로, 이 병에 걸리면 우선 GP가 진찰하고 이후에 전문의에게 진료를 받음. GP를 통하지 않고 전문의의 진료를 받으면 진료비 전액을 환자가 부담해야 함.
- 그러나 HIV 감염 검사로 양성인 경우가 확정되었을 경우에는, GP를 통하지 않고 직접 HIV를 전문으로 하는 병원의 진료과에서 치료를 받는 것이 가능함. 런던에서는 주변 환경 혹은 HIV 감염 환자의 감염 경로의 특징이 있기 때문에, 병원별로 다음과 같은 특징이 있음.⁷⁷⁾

76) Department of Health. The national strategy for sexual health and HIV. 2002

77) 高西優子, 앞의 책

<Chelsea and Westminster Hospital(C&W)>

동성애자 환자가 많다. 유럽 최대의 치료 시설로 10명의 전문의가 3,000명의 HIV 감염인을 진료함. 환자는 통상 3개월에 1회의 비율로 진료를 받음. 입원 병상은 21개, 데이케어 병상은 6개가 있음.

<St. Mary's Hospital>

동성애자 환자가 많음(C&W 보다 소규모).

<Royal Free Hospital>

혈우병 환자가 많음.

<Kings Hospital>

아프리카 여성 환자가 많음.

- 영국에서 성병과 HIV에 관한 치료(외래, 입원, 진단, 관리)는 비뇨기과 클리닉에서 행해지고 있는데, 비뇨기과는 누구나 이용할 수 있으며 성병에 관한 치료비는 무료임. 그러나 최근 HIV 환자의 증가로 인해, 비뇨기과 클리닉의 수용 한계를 넘어서고 있음. 클리닉 방문 총 수는, 1990년부터 1999년까지 624,269건에서 1,169,537건으로 2배에 달하고 있음.
- 이처럼 진료량이 늘어나면서 대기열이 길어지는 문제가 발생하고 있는데, 2002년에는 대기일이 남성에서는 평균 14일 여성에서는 12일이었음. 아울러 서비스 제공에 지역차가 있는 문제도 나타나고 있는데, 종래에는 GP는 HIV 진료에 관여하지 않았음. 그러나 2000년 9월부터 재택 요법에도 NHS를 적용하게 되어, HIV 의료에 대해서도 지역의 GP 활용이 시도되고 있음.
- 보건의료 지식에 대한 제공은 영국 HIV 협회(British HIV Association, BHIVA)가 항 HIV 요법의 가이드라인인 「BHIVA Guidelines for the Treatment of HIV Infected Adults with Anti-Retroviral Therapy. HIV Medicine」를 공표하고 있고, 지식의 발전을 고려하여 최하 1년에 1회 개정하는 것을 원칙으로 하고 있음.

- 동 지침의 목적은 HIV 치료 센터를 높은 수준에서 통합하고, 최근의 연구 성과를 평가하며, 검사, 환자보호, 치료에 대해서 환자와 의료제공자 사이의 논의에 도움이 되고자 하는 것임. 또한, 진료의 질 감시 (medical audit)의 근거가 되고 담당 의사에게는 참고서 역할을 함.

나) 보건의료 제공⁷⁸⁾⁷⁹⁾

(1) 예 방

- 보건부(DH)에서 National information campaign을 시작하였으며, 이를 통하여 부주의한 성 접촉의 위험에 대한 정보를 제공하고 있음. 민간 부문과 협력 하에 이루어지며 보건부가 재정을 지원하고 평가함. 또한 각 지역의 세미나를 통해 근거(evidences)의 보급을 위해 노력하고 있으며, 1차 진료팀(Primary care teams, PCTs)에서 대중을 위한 정보와 자문을 제공하는 역할을 맡고 있음.
- 또한 보건부에서는 상담전화(helplines)의 질 향상을 위하여 새로운 모형을 개발하고 있으며, 각 지역의 상담전화와 인터넷 홈 페이지의 효과적이고 적절한 사용에 대한 지원사업을 수행하고 있음. 또 오명(stigma)과 차별을 줄이기 위한 교육사업도 진행하고 있음.
- 보건부가 역점사업으로 진행하고 있는 것은 전국과 각 지역 차원에서 민간부문과의 협력을 통한 위험집단 관리임. 특히 2001년 새로 감염된 사람의 60%와 이성애를 통해 감염된 사람의 80% 이상이 해외에서(주로 사하라 사막 이남)유입된 것으로, 아프리카 출신자 집단의 관리에 대한 중요성이 대두되면서 국제개발부(Department for International

78) Department of Health. Better sexual health, The national strategy for sexual health and HIV Implementation action plan.

79) Department of Health, The national strategy for sexual health and HIV, 2002

Development)에서는 아프리카의 HIV/AIDS 관련 사업을 지원하는데 10년 이상에 걸쳐 5억 5천만 파운드를 투자할 계획을 수립함.

(2) HIV/AIDS 감시체계

- HIV/AIDS의 검사, 진단 결과는 의사나 미생물 검사 시설로부터 공중 보건 임상검사 서비스(Public Health Laboratory Service: PHLS)에 보고됨. 보고에 대한 법적 강제는 없지만, 80% 정도는 보고되는 것으로 알려져 있음.

(3) HIV 감염 검사

- 영국에서는 HIV 감염 검사를 강제로 시행할 의무가 없음. 영국에 거주하고 있는 사람은 HIV 감염 검사를 자신의 GP나 모든 비뇨기과 클리닉에서 무료로 받을 수 있음.
- HIV 양성 여성의 출산이 증가함에 따라 임산부전용의 검사 팜플렛 등으로 검사를 장려하고 모자 감염을 감소시키고자 하고 있음. 진단되지 않은 HIV 감염인의 수검률을 올리기 위해, 모든 비뇨기과 클리닉에서 임의 검사를 확대시키는 것도 중요한 사업으로 분석하고 있음.

(4) 치료 등의 서비스

- 영국에서 연간 일인당 필요로 하는 HIV 치료비는 10,000~15,000 파운드이며, 약 50%가 의약품비용으로 추산되고 있음. 2000/2001년도에 NHS가 HIV/AIDS의 치료와 및 케어에 배당한 예산은 약 1억 8,430만 파운드에 이르고 있음.

- 보건부에서는 전문가, 서비스 이용자와의 협력을 통하여 서비스 기준을 마련하고 진료지침의 실행을 지원하고 있음. 또한 피임서비스의 개선, 비뇨기과 서비스의 개선, 감염검사의 확대 실시, 종합서비스(one stop shops, 피임, 비뇨기과 서비스, 성 보건 서비스 등)의 개발과 평가 등을 맡고 있음. 한편, 1차 진료팀은 성 보건 서비스(GP, 간호사, 1차 진료팀, 외래서비스 등)의 제공, 서비스 접근에 대한 형평성 확보 등을 관할함.

다) 재 정

- 보건부가 자체적으로 사용하는 2002년~2003년 에이즈 관련 예산은 약 1,400만 파운드, 향후 2년간 약 4,750만 파운드를 새로 투자할 예정임. 예산의 세부내역은 아래와 같음.⁸⁰⁾

- 비뇨기과 진료의 개선: £ 600 만
- 클라미디아의 스크리닝 계획: £ 150 만
- 전국적인 정보 제공 캠페인: £ 200 만
- 대상별 HIV 감염 검사 캠페인, 팜플렛 제작: £ 70 만
- 약물주사자 대상 캠페인·£ 100 만
- B형 간염 바이러스 백신 접종 의 보급·확대 : £ 100 만
- 시범사업(one stop shops): £ 30 만
- 서비스 기준의 향상, 훈련: £ 60 만
- 클라미디아 재감염 증례의 조사, 감시체계의 개선 : £ 90 만

라) 국가보건의료체계의 관리

- 보건부는 2001년 7월, 성 보건과 HIV에 대한 국가 전략(The national strategy for sexual health and HIV)을 처음으로 실시함. 이 전략의 실행에는 4,750만 파운드가 투자됨.⁸¹⁾ 이 사업의 목표는 다음과 같음.

80) Department of Health, The national strategy for sexual health and HIV, 2002

81) Department of Health, The national strategy for sexual health and HIV, 2002

- HIV와 STIs 감염 확대 방지
- 진단되지 않은 HIV나 STIs의 감염인 수 감소
- 원하지 않는 임신의 비율 감소
- HIV와 STIs 에 관한 낙인 해소

□ 이를 실행하기 위한 실행계획은 다음과 같음.

- 2007년까지, HIV와 매독의 신규 감염을 25% 감소
- 비뇨기과 서비스의 국가 기준을 정해 진단되지 않은 HIV 나 STIs 환자 수를 감소
- 중절에 관한 법률을 제정하고, 원하지 않는 임신을 감소

다. 미 국

1) 감염인 현황

- 1981년 6월 첫 감염인이 보고된 이후 80년대에 사망자 및 감염인 수가 급속히 증가하여 1981년에서 2001년 사이 HIV 감염인이 130~140만, 에이즈 환자가 816,149명, 사망자가 467,910명으로 CDC에 보고됨.
- 1990년대 후반, 복합 항바이러스 치료법(combination antiretroviral therapy)의 도입으로 새로 발견된 감염인 및 사망자의 수가 어느 정도 감소하고 있는 추세이며 1995년부터 1998년까지 AIDS 발생수는 38%, 사망수는 63% 감소함.
- 태아감염으로 인한 어린이 감염인수는 1992년 954명으로 최고치를 기록하였으나 2001년에는 101명으로 89% 감소함. HIV 감염인의 연간 에이즈 발생 수 및 사망자수는 1998년 이후로 안정적인 추세이나 1999년

에서 2001년 사이 남성 동성애자에서 HIV로 진단받은 수가 14%, 이성애자에서 10%가 증가함.⁸²⁾

2) 정책관리 및 현황

가) 보건의료자원

- 단골의사가 있어 HIV에 감염이 되어도 그대로 그곳에서 치료를 계속하는 경우와 전문의로 옮기는 경우가 있음. 전문 시설은 HIV Linkages List에 기재 되어 있음. 이 리스트에는 의료 기관의 명칭, 주소, 개업 시간, 환자 자격, 서비스 내용, 취급하는 보험의 종류·요금·사용언어·예약의 유무 등이 기재되어 있음.

나) 보건의료제공

(1) 예방활동

- 지금까지 CDC는 위험행동(sexual, drug-using)을 감소시키기 위한 목적의 CBOs(non-governmental community based organizations)프로그램에 의해 HIV에 감염될 위험이 있는 사람들에게 대한 예방노력을 주로 해 왔음. HIV 예방 사업은 예방활동에 대한 지역사회의 지원을 통해 이루어짐.⁸³⁾ 여기에는 예방사업을 개선하기 위한 다음과 같은 4가지 전략이 포함되어 있음.

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

83) CDC. Advancing HIV Prevention: New Strategies for a Changing Epidemic-United States 2003. MMWR 2003;52(15):329-332.

- HIV 검사를 진료의 한 과정으로 함.
- 진료 환경 밖에서 HIV감염을 진단하는 새로운 모델의 실행(OraQuickR)
: 2003년 CDC는 OraQuickR을 사용한 새로운 시범사업을 실시하고 파트너 상담 및 의뢰를 강화.
- HIV로 진단된 사람들과 그들의 파트너들과 함께 협력함으로써 새로운 감염을 예방
: 2003년 CDC는 HRSA, NIH, HIV Medical Association of the Infectious Diseases Society of America와 협력하여 HIV 예방에 관한 지침서를 출간할 예정이다. 또한 파트너에 대한 고지(Partner notification)를 강조하고 이의 새로운 모델(감염인의 파트너에게 빨리 HIV 검사를 받도록 하고 동료를 이용한 예방행동 및 상담, 의뢰 등 포함)을 지원함.
- 태아감염의 감소
: American college of Obstetricians and Gynecologist, American Academy of Pediatric, American Academy of Family physicians, American college of Nurse-midwives 등과 함께 안내서를 개발하고 태아 검사를 수행하는 공급자에 대한 훈련을 실시함. 2003년에는 진료과정에 태아검사를 통합시키는 것을 모니터하는 활동을 확장함.

- 이 밖에 CDC National AIDS Hotline (NAH)는, 익명, 24 시간 연중무휴, 무료로 전화 상담을 실시함. 훈련된 전문가가 치료 기술, 적절한 서비스에 대한 접근 방법에 대한 정보 제공을 실시하고 있으며, 매일 3,000건 정도의 문의가 이루어지고 있음.

(2) 감염인 관리

- 감염인 관리는 여러 정부기관 및 비정부기관, 병원간의 협력을 통해 이루어짐. 일반적으로 의심되는 환자가 발견되면 그 환자는 클리닉이나 병원의 감염내과로 의뢰됨. 그곳에서 검사 전 상담을 받게 되는데, 환자와 주치의(primary care provider)가 모든 가능성에 대해 이야기한 후 검사 승낙서를 환자로부터 받아 혈액을 채취하게 됨.

- 환자는 일정 시간이 지난 후 클리닉으로 돌아와 검사결과에 상관없이 검사 후 상담을 받고 검사 결과가 음성이면 주로 안전한 성 접촉 (safety sex practice)에 대해, 양성이면 환자, 병의 원리, 예후 등 전반적인 사항에 관해 상담을 받음.
- 이 때 환자에게는 사회복지사가 지정되며, 사회복지사는 파트너에 대한 고지(Partner Notification)에 대해 알려주어야 하며 환자의 필요에 따라 Medicaid, Medicare, ADAP Plus(AIDS Drug Assistance Program) 등 각종 사회적인 도움을 받을 수 있도록 설명해 줌.
- 처음 환자가 발생하면 환자는 모든 과에 보내져 기본평가(baseline collection)을 받도록 해주며 환자가 그 지역사회에 있는 민간단체(self help group)에 가입하도록 적극 권장함. HIV 감염인이면 6개월에 한번씩 병원을 방문하도록 하고 환자의 상태가 AIDS로 전환되거나 약을 복용하기 시작하면 3개월에 한번씩 병원에 오도록 함.⁸⁴⁾

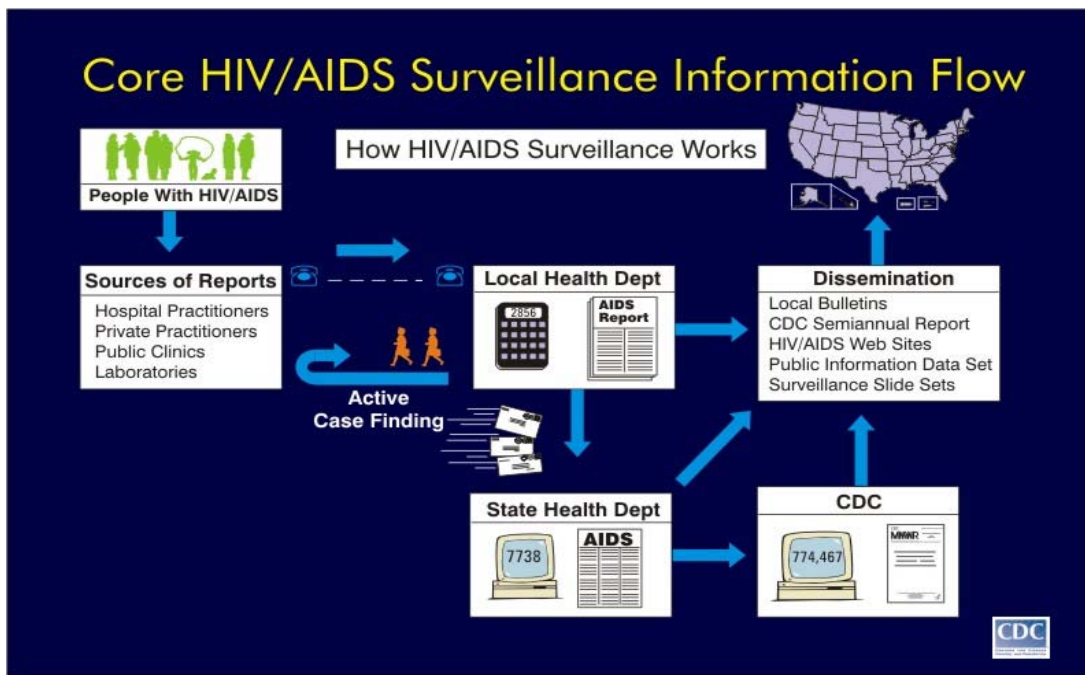
(3) 감시체계 : NNDSS(Nationally notifiable disease surveillance system)

- 임상 의사는 지역 방역당국(local health authority)에 신고하고 지역 방역당국은 주 보건국(state health department)으로 보고하고, 다시 보건국은 그 내용을 미국 질병관리센터(CDC: Center for Diseases Control and Prevention)로 보고함.
- 주 보건국에서 CDC에 보고하는 내용에서 개인 신상 자료는 삭제하고 보고하도록 되어 있으며, 모든 보고는 1984년부터 개발을 시작하여 1990년도에 완성된 NETSS(National Electronic Telecommunications System for Surveillance)를 통하도록 함.

84) 한국에이즈퇴치연맹, 2001 UN AIDS특별총회 참가결과 보고서, 2001.

- 또한 CDC에 보고된 자료를 가공하여 매주 MMWR를 통해 배포하며, 동시에 대부분의 주 보건당국은 주간 또는 월간 소식지를 통해 의료인들에게 감시체계 자료와 정보를 제공함.

• • 미국의 HIV/AIDS 감시체계⁸⁵⁾ • •



(4) HIV 감염 검사

- 형사범 이외에는 HIV 감염 검사는 임의로 실시됨. 그러나 매사추세츠 주에서는 임산부에 대하여 출산전 임의 HIV 감염 검사와 카운슬링을 일반화하려고 준비중임.
- 군(County)에서 운영하는 익명 검사소(Anonymous Testing Services: ATS)에서 무료로 검사를 시행할 수 있으며, HIV 감염 검사 결과의 증명서를 갖고 싶은 경우에는, 비밀 기명 검사(Confidential HIV Testing

85) <http://www.cdc.gov/hiv/graphics/methods.htm>

Service: CTS)를 받을 수 있음. 이는 여러 시설, 진료소, 병원 등에서 무료~\$9 정도로 받을 수 있음.

(5) 치 료

□ Ryan White CARE (Comprehensive AIDS Resources Emergency) Act
: 보험에 가입하고 있지 않은 보험 대상 외의 HIV/AIDS 환자와 그 가족을 대상으로, Health Resources and Services Administration (HRAS)에 의해 주·군 단위로 운영되고 있음. 병원에서의 외래·입원 치료, 개업 의사, 처방약, 검사 등을 보장하고 있으며, 연간 예산은 12억 달러 이상임. 의약품에의 접근은 AIDS Drug Assistance Program (ADAP)에 의해 보장되고 있으며, 의약품 리스트는 주에 따라 20~100 종류로 다양함.

□ 재향군인
: 퇴역군인을 대상으로 치료를 지원하고 있고, 연방 정부의 원조에 의해 장기 요양, 처방약 등을 보장함. 2000년도의 예산은 4억 1,700만 달러였음.

□ 지역보건센터 외
: 보험이 없는 저소득자와 그 가족, Medicaid 가입자를 대상으로 하고 있음. 개업의사, 입원치료, 응급의료 등이 보장되며, 지역사회, 이민자 건강센터, 공립병원, 사립의 무료병원 등을 통해 제공됨.

다) 법 률

(1) California의 HIV/AIDS Laws 2000

□ 각 주별로 에이즈 관련 법률이 다른데, 가장 적극적으로 AIDS 대책을

마련하고 있는 주로 캘리포니아주를 꼽을 수 있음. 여기에서 제정된 법률이 HIV/AIDS Laws 2000이며, 주요 내용은 다음과 같음.

<HIV 검사 관련>

- 취직이나 보험 가입 시 HIV 강제 검사의 금지
- 익명 검사의 장려
- 비밀을 폭로할 경우 벌금 부과

<HIV/AIDS 와 혈액 공급>

- 모든 혈액제제에 대해서 HIV 감염 검사를 실시
- HIV 양성자의 개인정보와 이름을 Department of Health 에 보고

<HIV/AIDS 교육>

- 7~12학년생 대상으로 2 회 실시

(2) 심신장애자법 : Americans with Disabilities Acts: ADA

- HIV/AIDS로 진단된 사람은 장애자로 간주되어 고용, 공적 서비스 및 공적 시설에서의 차별을 금지하고 있음. 일부 주에서는 연방 ADA 의 요구를 포함함과 동시에, HIV 감염인의 차별 금지에 대한 독자적인 근거를 더하고 있으며 그 범위를 확대하고 있음.

라) 재 정

(1) 연방정부 재원

- 2001년 현재 HIV/AIDS 관련 예산은 약 139억 달러로 국가 예산의 0.7%를 차지함. 내역으로는 연구비가 16.8%, 예방 활동 6.6%, 국제 원 조 4.2%, 치료가 72.3%를 차지함.⁸⁶⁾

86) 高西優子, 앞의 책

(2) Medicare와 Medicaid

- 2000년 현재 Medicaid의 HIV/AIDS 관련 예산은 약 41억 달러로 연방 정부가 22억 달러, 주 정부가 19억 달러를 부담함. 2000년 현재 Medicare 예산은 약 17억 달러임.

라. 일 본

1) 감염인 현황

- 2002년 12월 29일 현재의 총 HIV 감염인수는 5,121 명(남성 3,605 명, 여성 1,516명), AIDS 환자는 총 2,549 명(남성 2,189 명, 여성 360 명) 임. HIV 감염인은 1996년 이후 증가가 계속되어, 2002년에는 일본국적, 외국 국적을 합해 614건으로 전년(621건)과 거의 동수가 됨. 일본국적 예는 521건, 외국 국적 예는 93건이었음.
- HIV 감염경로는, 동성 사이의 성적 접촉이 329건(53.6%), 이성 사이의 성적 접촉이 203건(33.1%)으로 성적 접촉에 의한 감염이 532건(86.7%)을 차지함. 일본국적에서는, 남성 동성 사이의 성적 접촉이 305건으로 사상 최고 수준을 보임. 또한, 남성의 이성 사이의 성적 접촉도 130건으로 전년에 비해 증가해 최고치를 기록함. 일본국적 여성의 이성 접촉에 의한 HIV 감염인은 30건이며 증가 추세에 있음.
- 연령별로는 20~30대가 차지하는 비율이 가장 높았으며, 최근 들어 10대의 성병 증가가 나타나 젊은이의 사이에서의 HIV 감염의 확대가 우려되고 있으며, 이에 대한 예방 대책을 시급한 과제로 꼽고 있음.⁸⁷⁾

87) 후생노동성에이즈동향위원회, 헤세이 14년(2002년) 에이즈 발생 동향.

2) 정책관리 및 현황

가) 보건의료자원

(1) 보건의료인력(Health manpower)

- 일본 노동후생성 질병대책과 산하에 에이즈계가 있으며 계장 1명, 계원 2명, 보좌 1명이 일하고 있음. 1987년 정부로부터 재단법인 승인을 받은 일본에이즈예방재단은 상근 지원인력 12명이 근무하고 있으며, 에이즈 치료연구 개발센터(ACC)에는 치료전문 코디네이터 7명(1인당 100-500명의 환자 담당, 외래환자는 평균 10명을 한사람의 코디네이터가 맡음)이 근무하고 있음.
- 전문 코디네이터 훈련과정은 1개월 연수, 2-3개월 실습으로 이루어지며 환자 1명당 의사, 치료전문코디네이터가 함께 치료를 시작함. 민간단체인 HIV 감염인 인권 센터에서는 500여명정도가 정회원으로 활동하고 있으며 직원은 전국적으로 17명(본부 6명, 시간제 등까지 합하면 23명 정도)임.⁸⁸⁾

(2) 보건의료시설(Health facilities)⁸⁹⁾⁹⁰⁾

- 전국의 47개 보건소에서 HIV 검사 및 관련 업무를 담당하고 있음. 초기에는 HIV감염인 및 에이즈환자에 대한 차별 편견이 매우 강하여 의료종사자가 HIV 진료를 거부하는 예가 있었음. 그 대책으로 후생성은 1993년에 「에이즈 거점 진료 병원의 정비에 대해」의 규정을 마련하고, 1998년부터 거점병원을 정하기 시작함.

88) 한국에이즈퇴치연맹, 국내 에이즈 정책 개발을 위한 일본 스터디 투어결과 보고서, 2002. 12

89) 高西優子, 앞의 책

90) 한국에이즈퇴치연맹, 국내 에이즈 정책 개발을 위한 일본 스터디 투어결과 보고서, 2002. 12.

- 2002년 현재 전국에 367개의 병원이 지정되어 있는데, 관리의 효율성을 위하여 에이즈 거점 병원의 치료나 연구의 중심이 되도록 지역을 8개의 광역(블록)으로 나누어 관리하고 있음. 이러한 광역 거점병원은 HIV 진료에서 중요한 역할을 담당해 왔지만, 현재는 거점 병원간의 치료 기술이나 설비의 격차가 나타나, 지역별로 감염인이 집중해 수용능력을 초과하는 병원과 진료 경험이 거의 없는 병원으로 나뉘어 환자의 수요에 맞는 공급이 이루어지지 않고 있는 문제가 있음.
- 한편, 1997년 4월 국립 국제의료센터 병원 내에, ACC(AIDS Clinical Center, 에이즈 치료·연구개발 센터)가 설치되어 거점 병원의 핵심으로서 진료와 연구, 국제적 원조 등을 실시하고 있음. HIV 진료 지원 네트워크 시스템(A-net)을 정비하여, ACC가 중심이 되어 광역 거점병원과 거점병원간을 컴퓨터 네트워크로 연결하고 있음.

나) 의료보장제도

- 일본은 전 국민 의료보험제도를 채택하고 있어, 이 범위 내에서 HIV/AIDS 치료도 보장되어 있음. 국민건강보험, 사회보험 등 보험의 종류, 연령 등에 따라 보장 내용은 다르지만, 전반적으로 본인 부담은 30% 미만임.
- 또한 고액의 치료비를 부담할 수 있는 제도가 있는데, 기존의 의료보장제도 이외에도 복지정책의 하나로 에이즈 환자들에게 장애인 혜택을 주어 등급제로 차등 지원하는 것임. 주요 내용은 다음과 같음.

- **고액 의료비 용자 제도**

: 고액 요양비는 신청 후 약 3 개월 후에 지급되며, 의료비를 무이자로 용자함.

- **신체장애자 수첩**

: 검사결과에 의해 장애 1~4 급이 인정되면 의료비 지원을 포함한 서비스를 받을 수 있음. 예를 들면, 철도, 버스, 택시 고속도로 요금의 할인이나 세의 감면, 문화 시설 입장료의 할인을 받게 됨.

- **중증 심신장애 의료비**

: 장애자 수첩 1~2 급 소지자에 해당되며 비용의 보험 적용분의 본인 부담액을 지원하는 이외에, 갱생 의료, 생활보호, 질병 수당, 장애연금 등이 보장됨.

다) 보건의료제공

(1) 예방활동

- 지자체를 통한 예방활동을 강화하고 있으며, 정부에서는 에이즈 예방 재단에 직접 지원하고 나머지는 지자체를 통해 민간단체에 간접으로 지원하여 실시함. 민간단체는 정부의 지원보다는 민간부문의 기부를 통해 치료 및 예방 사업을 하고 있음.
- 에이즈 예방을 위한 중점 홍보계층은 청소년, 외국인, 동성애자, 매춘 여성 등이며, 콘돔사용을 강조하는 것이 홍보의 중심 내용임. 2002년에는 전광판뉴스와 휴대전화를 사용해, 에이즈 예방에 관한 정부 홍보를 실시함(2002년 7월 14일로부터 7월 20일까지).⁹¹⁾

(2) 감염인 관리 및 감시체계

- 일본은 미국과 달리 에이즈 익명검사소가 보건소에서 운영되고 있음.

91) 일본 에이즈예방 정보넷 <http://api-net.jfap.or.jp/>

에이즈가 의심되면 보건소나 병원을 찾게 되고 보건소는 에이즈 감염 여부만을 알려주며 관련 상담을 제공함.

- 일본은 의사가 역학조사 및 그 결과를 지자체 장을 통해 후생성에 보고하도록 되어 있음. 또한 이러한 보고 내용을 바탕으로 2개월마다 외부 전문가로 이루어진 에이즈동향위원회를 개최하여 에이즈 발생 상황을 종합하고 있음.
- 의사가 감염자 확인 후 법정기간 6일 이내에 직접 지자체 장에게 보고하도록 하고 있는데, 이처럼 의사들만 보고체계를 가지도록 한 이유는 환자와 감염인의 구분이 전문의를 통해 가능하고 역학조사를 의사가 실시함으로써 정확한 결과를 얻으려고 하는 것임.
- 또한 전문상담원(치료, 영양담당, 정신, 복지담당)을 두고 있으며, 환자를 면역지수에 따라 장애등급을 지정하여 차등적으로 복지 혜택을 받도록 하고 있음. 외국인에 대한 지원은 합법적인 사람은 내국인에 준하여 지원하고, 불법적인 사람은 본국으로 자진 출국하도록 종용하고 있음.
- 한편, 의료기관에서 정부에 보고하는 내용에는 성별, 나이, 국적, 임상 단계, 진단일, 검사 실시 방법, 증상, 추정감염경로, 감염지역 등이 포함되어 있음.

(3) HIV 감염 검사

- 보건소에서 무료·익명으로 검사를 받을 수가 있는데, 전국 어느 곳의 보건소에서도 검사 가능하지만 접수 시간은 매우 한정되어 있음(주에 1, 2 일). 토요일이나 야간에 검사가 가능한 시설도 있음.

- 그 밖에 일부 거점 병원이나 산부인과 의원 등에서도 검사를 받을 수 있으며, 의료기관에서는 실명으로 실시되고 있음. 비용은 보험을 적용하면 3,500엔 정도이며, 전액 본인이 부담하는 경우에는 5,000~10,000엔 정도임.
- 그러나 이러한 HIV 감염 검사 체제는 충분하다고는 할 수 없으며, 검사시간이 길고, 검사에 대해 지식이 부족하고, 위기감이 줄어드는 등의 이유로 검사율의 정체가 계속되고 있음.⁹²⁾

(4) 감염인 치료

- 감염인 및 환자들의 의료혜택을 높이기 위해 각 지역별로 거점병원을 지정하여 의료기기 설비, 전용 병실 및 전용 진료실 확보사업 등 각종 시설 투자를 함으로써 환자 진료의 수준을 높이고 있음.
- 특히 의사, 간호사, 검사실 요원에 대한 교육훈련사업 등이 활발히 이루어지고 있음. 일본은 각 지역(현)별로 여러 개의 병원이 에이즈 전문 병원으로 지정되어 운영되고 있으며, 지정을 원할 경우에는 특별한 자격요건이 필요함.
- 또한 이러한 지정병원간의 유기적 공조 체계를 강화하여 환자들의 중복진료를 피하고 있음. 특히 요양소에 대한 에이즈진료 체제도 강화하여 말기 환자에 대한 대처도 효과적으로 실시하고 있음.
- 일본에서의 HIV 감염인 일인당 연간 의료비는 250만엔, 생애 의료비는 5,000만~7,000만엔 정도이며, 치료비는 의료보험과 개인 부담으로 이루어지고 있음. 혈우병 감염인 및 환자에 대해서는 특별관리를 하고 있

92) 高西優子, 앞의 책

는데, 녹십자에서 전액 치료비와 생활비를 지급하고 있음.

라) 재 정

- 정부에서는 에이즈 예방재단에 직접 지원하고 나머지는 지자체를 통해 민간단체에 간접으로 지원하여 실시하고 있으며, 민간단체는 정부의 지원보다는 민간부문의 기부를 통해 치료 및 예방 사업을 실시하고 있음. 2002년 현재 일본 정부의 에이즈 관련 예산의 세부 내역은 다음과 같음.

<p>총계 11,558,000,000엔</p> <p>예산 세부 내역</p> <p>1. 감염원인 규명 및 예방 사업 - 1,223</p> <ul style="list-style-type: none"> - 에이즈 역학 조사(5) - 혈우병환자 실태조사(14) - HIV 감염인 등 보건복지 상담(85) - 에이즈 환자에 대한 사회적 지원(7) - 개인별 사례별 상담요령 책자 발간(1) - 자원봉사자 지도자 육성(3) - 상담원 양성 연수(20) - 상담체제 특별 강화사업(3) - 검사체제 특별 강화사업(1) - 검역소 검사 실시(3) - 국립공중 위생원 연수(18) - 일본 에이즈 예방재단 직원 배치(32) - 보건소의 개별 상담실(외국인 포함), 혈액검사 시설 확충 등(780) - 보건소의 검사 및 상담사업(250) <p>2. 환자의료지원사업 - 2,374</p> <ul style="list-style-type: none"> - 에이즈 거점병원 의료기기 설비, 개별병실 확보(742) - 에이즈 거점병원진료지원사업(3) - 에이즈 치료 연구정보망 구축(36) - 에이즈 거점병원의료종사자 해외 현장 연수(26) - 에이즈 거점병원지역별 병원장 회의 개최(2) - 8개 지방 거점병원 정비 촉진 사업(200) - 에이즈 치료 연구기관 센터 시설(533) - 국립병원/요양소에 대한 에이즈 진료체제 시설(488)]

- 의사, 간호사, 검사실 직원 연수(60)
 - HIV 진료의사 정보망 지원 사업(22)
 - 치과의료관계자 예방교육(3)
 - 의료지원체제 확보사업(25)
 - 혈우병환자 치료 연구 사업(234)
3. 연구개발 촉진 사업 - 4,674
- 에이즈 대책 연구(1,105)
 - 신약 등 건강과학 종합연구(에이즈 의약품 개발)(1,945)
 - 에이즈 발병 예방에 필요한 혈액제제로 인한 감염인에 대한 연구조사사업(470)
 - 에이즈결핵합병증 치료연구사업(36)
 - 외국인 연구자 초청 등 연구추진사업(656)
 - 기초연구추진 출자사업(100)
 - 에이즈연구센터 경비(172)
 - 공동이용 가능한 고가연구기계 시설 구입(178)
4. 국제협력추진사업 - 773
- 아시아지역 에이즈 전문가 연수사업(82)
 - 미, 일 의학협력연구사업(10)
 - UNAIDS 기부금(616)
 - 에이즈 국제협력사업검토(11)
 - 개발도상국 에이즈, 인구대책인재양성사업(32)
 - 에이즈 국제회의 연구자 파견사업(18)
 - 에이즈 국제회의 개최지원(신규)(3)
5. 인권존중 교육홍보사업(일반인 중심) - 2,114
- 에이즈 지식개발보급사업(청소년, 동성애자 대상 예방사업 신규추가)(6)
 - 세계 에이즈의날 행사 캠페인사업(37)
 - 홍보물 개발, 보급사업(2,031)
 - 공항에서의 영상홍보사업(8)
 - 에이즈 사업 평가 경비(7)
 - 에이즈정보센터사업(10)
 - 혈액제제 안전성 정보체제 사업(6)
6. 지자체등에 대한 에이즈 대응 활성화 사업- 400
(다음과 같은 사업에 전체 사업비의 1/2보조)
- 에이즈 대책 추진을 위한 양성사업

- 각종 홍보활동
- 지역별 거점병원 치료 촉진 사업
- 에이즈 거점병원 의료종사자 현장 연수 사업
- 에이즈 거점병원 상담원 배치사업
- 지역조직 등 활동 촉진사업

마) 법 률

- 일본에서는 1985년 첫 에이즈환자가 발견된 후, 1987년 에이즈통제를 위한 각료회의를 실시하여 효과적인 에이즈예방 활동방안 등 총체적인 에이즈 전략의 기본 틀을 마련함. 이어서 1989년 에이즈보고체계 등을 담은 에이즈예방법을 제정함.
- 그러나 1999년 4월 1일 새롭게 전염병예방법이 만들어지면서 에이즈예방법은 폐지되고 이 법의 일부로 포함됨. 이 법률은 감염증을 위험의 정도에 따라 4종류로 나누고 감염증 정보의 수집 분석 및 대국민 발표 등 예방활동에 중점을 두고 있으며 환자·감염인의 인권 존중에 대한 내용을 포함하고 있음.
- 이 법률에 의하면 HIV는, 성병, 황열, 홍역, 말라리아, 인플루엔자 등과 함께 4 류 감염증으로서 분류되고 있음. 4류 감염증은 국가에서 감염 발생 동향 조사를 실시해, 그 결과에 근거해 필요한 정보를 일반 국민이나 의료 기관에 제공·공개함으로써 질병의 발생·확대를 방지해야 하는 전염병을 의미함.
- 1999년 10월 4일에는 「후천성 면역부전 증후군에 관한 특정 감염증 예방 지침」이 공포됨. 동 지침은 일본에서의 HIV 감염 확대의 억제, 환자에 대한 인권존중, 양질의 적절한 의료 서비스의 제공 등을 위하

여 마련된 것임.

- 후천성 면역부전 증후군에 대한 예방의 종합적인 지침을 도모하기 위해 국가, 지방공공단체, 의료 관계자 및 NGO 등이 모두 협력해 진행시켜 나가도록 하며, 5년마다 재검토함. 내용은 성인성 질환 예방, 감염 확대 방지, 검사·카운셀링, 감염인에 대한 의료제공 촉진, 보급개발·교육, 연구개발, 차별 해소, NGO와의 제휴, 국제적 감시·협력 등을 포함함. 이는 전반적인 목표만이 기재되어 있는 지침일 뿐 구체적인 목표 등은 쓰여 있지 않음.⁹³⁾

마. 호 주

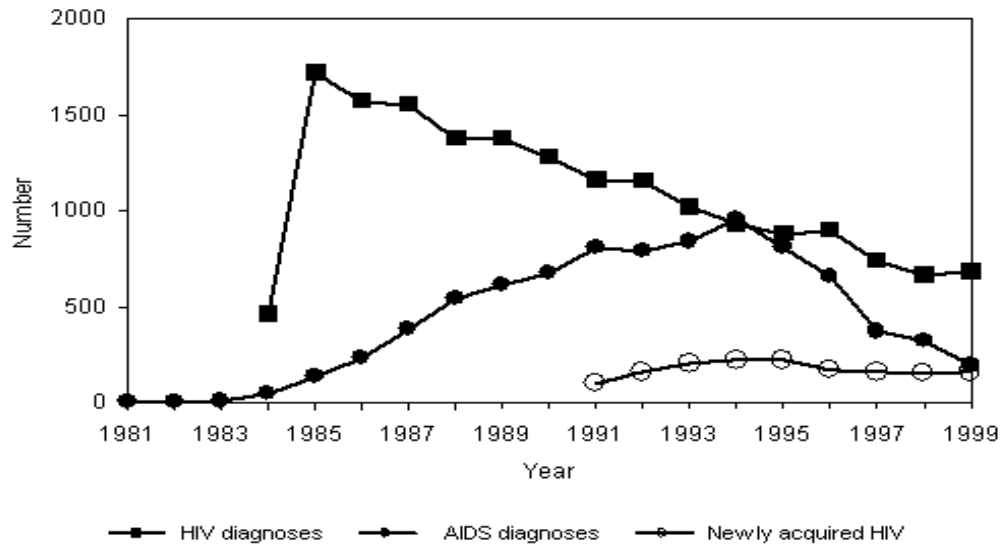
1) 감염인 현황

- 최근 HIV에 새롭게 감염되는 사람의 수가 계속 감소하고 있는 추세임. 남성 동성애에 의한 감염이 아직까지 대부분이며, HIV 감염의 연간 발생률은 1983년에서 1984년 사이에 급격히 증가한 이후 1999년 말까지 계속 감소하고 있는 것으로 추정됨. 에이즈 진단은 1994년에 950명으로 최고를 기록하였고 1999년에는 196명으로 감소하였음.
- 1999년까지 호주의 누적 HIV 감염인 수는 18,000여명으로 추정되고 있으며, 새로운 치료법의 적용이 에이즈의 발생률 및 사망률을 떨어뜨리는데 중요한 역할을 한 것으로 보임.⁹⁴⁾

93) 高西優子, 앞의 책

94) National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (NCHECR), The Report of HIV/AIDS and Related Diseases in Australia: Annual Surveillance Report, 2000.

• • HIV diagnoses adjusted for multiple reporting⁹⁵⁾ • •



2) 보건의료제공

- 호주에서는 대부분의 1차적인 진료서비스를 개인 개업의(GP)가 담당하며 공공병원에서도 담당하고 있음. 호주의 의료기관은 주에 따라 기능과 규모가 일부 다르며 기능에 따라 공공병원과 사립병원, 공공요양병원, 사립요양병원, 정신병원, 보훈병원, 기타 특수 의료기관 등으로 나눌 수 있음.

가) 치료와 보호

- 복합요법의 효능으로 HIV/AIDS감염인의 급성기 진료에 대한 요구는 감소하였고, 외래, 일반진료, 지역에서의 보호 및 지원서비스에 대한 요구는 증가하고 있음. 이러한 변화에 대응하기 위한 구조적 보완이

95) 출처 : HIV/AIDS, Hepatitis C and Sexually Transmissible Infections in Australia Annual Surveillance Report 2000 published by the National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, University of New South Wales, Sydney, NSW

계속되고 있음.

- 서비스는 급성기치료로부터 지역사회 환경으로 바뀌어 나가고 있고, 이는 복잡한 치료 결정에 대한 지원, 치료에 대한 지지, 부작용의 관리, 건강유지 등에 대한 요구를 증가시키고 있음.
- 최근에는 HIV와 함께 살아가는 사람들 중 정신건강과 관련된 문제가 있는 사람들의 숫자가 많아지고 있다는 점이 중요한 이슈임. 이에 호주의 2003~2004년 국가 에이즈 전략에서는 정신보건과 관련된 사항들도 포함하고 있음.

나) 국가 감시 체계

- 1986년 연방정부는 시드니의 New South Wales 대학의 국립연구센터에 HIV/AIDS 국가 감시 체계의 조정을 위한 연구 자금을 지원하였고, 1990년부터 National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (NCHECR)가 주, 지방 정부 및 다른 보건기관과 함께 HIV/AIDS와 관련된 감시 프로토콜을 발전시키고 수행하는 역할을 해왔음. HIV/AIDS의 국가 감시체계는 호주의 National HIV/AIDS Strategy의 전체 틀 안에서 수행됨.
- NCHECR은 연 4회 보고서(Surveillance report)를 출간하고 있는데, 여기에는 HIV 및 에이즈 진단의 경향과 패턴, HIV 감염의 위험요인에 대한 분석, 성적 활동, 주사약 사용 등과 관련된 행태에 대한 감시, 다른 성관련 질환 및 혈액전파 바이러스에 대한 조사 등이 이루어짐. 이렇게 조사된 국가 감시 활동에 대한 결과는 규칙적으로 국내, 국제적인 저널에 게재됨.

3) 재 정

- 1998년-1999년 호주 정부의 보건의료 서비스 부문의 지출에서 에이즈와 관련된 서비스에 대한 지출은 1.3%로, 1990년대 초반에 비하여 점차 줄어들고 있는 추세임. 다음 표는 연도별 부문별 지출현황임.

● ● 호주의 보건서비스 분야별 지출 현황 ● ●

Table S46: Recurrent expenditure on health services (current prices), 1989-90 to 1998-99 (per cent)

Health service type	1989-90	1990-91	1991-92	1992-93	1993-94	1994-95	1995-96	1996-97	1997-98	1998-99
<i>Total institutional</i>	50.5	50.3	49.8	48.3	47.2	46.6	46.7	46.5	47.2	48.0
Hospitals	40.6	40.1	39.7	38.6	37.7	37.6	37.5	37.6	37.8	38.0
Public (non-psychiatric) hospitals	32.3	31.3	30.7	29.8	28.8	28.5	28.3	28.3	28.8	28.8
Public psychiatric hospitals	2.0	1.9	1.8	1.6	1.4	1.3	1.1	1.0	0.9	0.8
Private hospitals	6.3	6.9	7.2	7.3	7.5	7.8	8.1	8.3	8.2	8.3
High-level residential aged care	8.3	8.6	8.4	8.1	7.8	7.5	7.5	7.6	7.9	8.6
Ambulance	1.5	1.4	1.4	1.4	1.4	1.2	1.3	1.2	1.4	1.5
Other institutional (nec)	0.2	0.2	0.2	0.2	0.3	0.3	0.4	—	—	—
<i>Total non-institutional</i>	49.5	49.7	50.2	51.7	52.8	53.4	53.3	53.5	52.8	52.0
Medical services	18.4	18.7	19.0	19.6	20.0	20.2	20.0	19.4	19.1	19.0
Other health professionals	3.7	3.9	3.7	3.7	3.6	3.6	3.4	3.8	3.7	3.9
Pharmaceuticals	9.3	9.5	9.9	10.4	11.0	11.6	11.8	12.0	12.0	12.3
Benefit-paid items	5.4	5.0	5.2	6.0	6.6	7.0	7.6	7.7	7.6	7.8
All other items	3.9	4.5	4.7	4.5	4.4	4.6	4.2	4.2	4.4	4.5
Aids and appliances	2.1	2.2	2.2	2.2	2.2	2.1	2.0	2.0	1.8	1.3
Other non-institutional services ^(a)	14.4	13.8	13.8	14.4	14.4	14.3	14.5	14.7	14.7	14.0
Community/public health ^(b)	5.6	4.7	4.4	4.9	5.2	4.7	5.1	5.6	5.7	5.9
Dental services	5.1	5.3	5.3	5.9	6.0	5.9	6.0	6.0	5.8	5.4
Health administration	3.7	3.8	4.1	3.6	3.2	3.6	3.3	3.0	3.2	2.7
Research ^(c)	1.5	1.5	1.5	1.5	1.6	1.6	1.6	1.6	1.5	1.5
Total recurrent expenditure	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

nec Not elsewhere classified

(a) 'Other non-institutional services' is a summary of community and public health, dental services and administration.

(b) Includes expenditure that was previously classified as 'other non-institutional (nec)' as well as expenditure on community and public health services.

(c) Health services research expenditure has been allocated according to the level of government or the private sector organisation that actually undertakes the research activity, not according to source of funds.

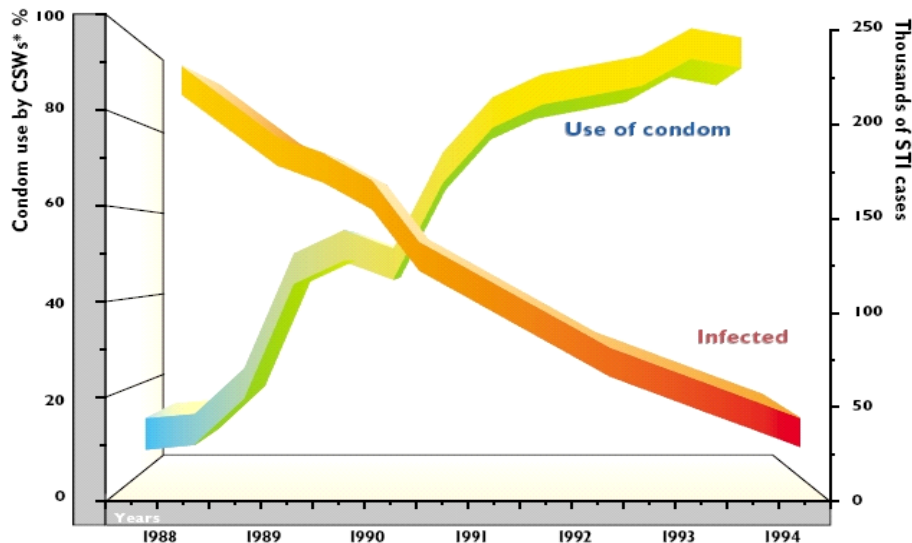
Source: AIHW Health Expenditure Database.

2. 외국의 에이즈 관리사업 성공 사례⁹⁶⁾

가. 태 국

- 태국은 집창촌에서 100% 콘돔을 사용하도록 하고 학교, 매스미디어, 직장에서 HIV 예방 캠페인을 널리 접할 수 있도록 함으로써, HIV/AIDS 감염률을 지속적으로 감소시켰음.

● ● 성매매 여성의 콘돔 사용률과 성병발생 추이⁹⁷⁾ ● ●



- 태국은 HIV/AIDS 조절 프로그램을 효과적이고 성공적으로 실시한 대표적인 나라로서, 감염관리를 효과적으로 성공한 최초의 개발도상국임. 태국의 에이즈관리에 대해 세계은행은 다음과 같이 평가하고 있음.

96) 질병관리본부로부터 제출받은 안명옥의원 요구자료를 재구성하여 인용한 것임.

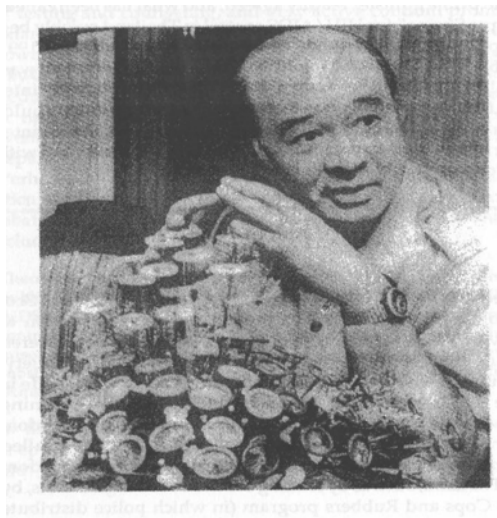
97) 안명옥의원 요구자료, 「외국의 에이즈 감염관리 성공사례」, 2006. 7, 질병관리본부

전 세계적으로 HIV/AIDS의 확산을 국가적인 규모로 예방한 보건 정책을 효과적으로 수행한 나라는 몇 개국이 되지 않음. 태국은 HIV 예방을 위해 대대적인 프로그램 실행으로 CSW를 찾는 사람의 수를 절반이하로 줄이고 콘돔 사용을 증가시켜 STDs를 극적으로 줄였고, 새로운 HIV의 감염을 실제적으로 줄이는데 성공한 나라 중 하나임.

1) Minister Mechai

- 태국은 HIV/AIDS를 주된 문제로 인식한 아시아 최초 나라임. 그럼에도 불구하고 태국은 전염병의 통제를 늦게 시작하였음. 아무런 대책없이 7년의 시간을 보냈으나, Mechai Viravaidya라는 열정적인 활동가에 의해 1991년에서 1992년 사이에 집중적인 퇴치 작전을 펼쳤음.
- 그는 국립 AIDS Prevention and Control Program의 책임자가 되어 사업을 시작하였는데, 1991년 2월부터 1992년 10월까지 총 20개월의 짧은 시간동안 태국 내 HIV/AIDS 조절에 성공하였다는 평가를 받음.

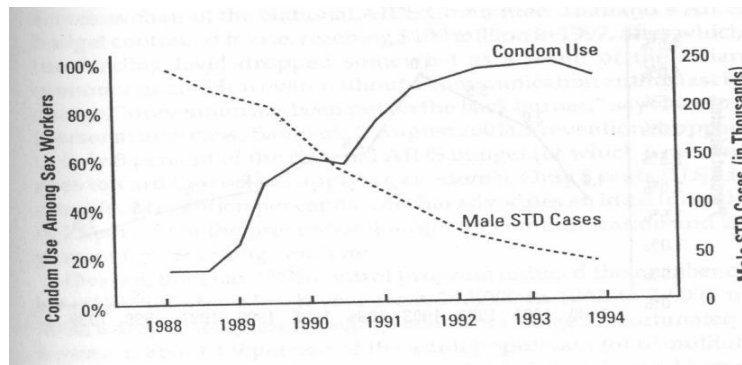
• • Mechai Viravaidya, “Condom King” • •



2) The 100 Percent Condom Program

- 태국에서 Anti -AIDS 캠페인이 성공할 수 있었던 가장 중요한 요인 중의 하나가 태국 보건당국이 추진한 100 Percent Condom Program 임. 태국 내 감염인의 약 83%가 성접촉에 의해 감염되었는데, 특히 CSW(Certified Social Worker)의 HIV 감염 위험은 보통 태국 시민보다 약 1000배정도 감염의 위험을 가지고 있음.

• • 태국에서 1988~1994년까지 콘돔의 사용 증가와 STD의 감소⁹⁸⁾ • •



- 1989년에 지역의 건강 검사관들은 CSW들에게 자신의 고객들에게 콘돔을 사용할 것을 요구하도록 교육하였으며, 보건복지부는 CSW들에게 무료로 콘돔을 배포하였음. 1992년 중반에는 이 100 Percent Condom Program은 태국 내 모든 주로 확산되었음.
- 태국 내 HIV 전염은 주로 이성간의 성접촉에 의해서 일어나는 경우가 많은데 대부분이 매춘부와의 관계 속에서 일어나는 있음. 100 Percent Condom Program은 시행초기에 어려움이 많았으나, 콘돔의 무료배포가 큰 효과를 거둬으로써 성공적인 결과를 이룰 수 있었음.

98) 안명옥의원 요구자료, 「외국의 에이즈 감염관리 성공사례」, 2006. 7, 질병관리본부

- 대대적인 콘돔 홍보캠페인 결과, 감염 비율이 1993년 4%에서 4년 만에 절반으로 감소하였음. 또한 콘돔을 사용하는 집창촌도 90%로 증가하였으며, STIs 비유역시 90%감소하는 성과를 거두었음.

나. 캄보디아

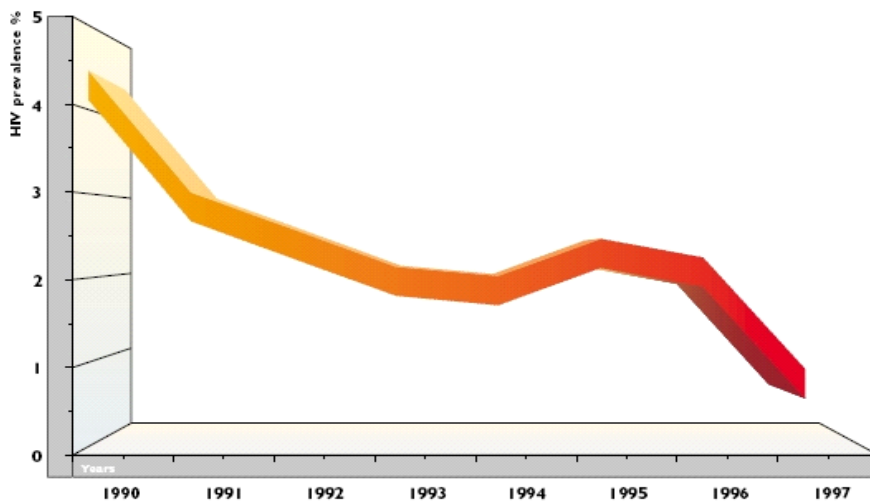
- 1991년에 최초의 HIV 양성반응자가 보고된 이래로, 캄보디아 보건복지부에서는 HIV의 증가수를 파악하여, 보건복지부 장관과 수상에게 자료를 분석하여 제시함. 또한 고위관료들과 국립병원에 있는 AIDS 환자들을 만날 수 있게 하였고, 정치적인 위원회를 설립함으로써 AIDS에 대해 신속하게 반응할 수 있었음.
- 1993년에 캄보디아 수상이 국립 AIDS 위원회의 회장직을 맡게 되었고, Sihanouk 국왕은 이 프로그램을 적극적으로 지원함. 캠페인도 방송을 통해서 실시하였음. 1998년에는 태국의 100 Percent Condom Program 정책을 사용하였는데, 1998년에 캄보디아의 항구도시에서 실시됨.
- 지방 관료들은 집창촌 사장들을 직접 대면하고, 그들에게 이 프로그램을 잘 따라줄 것을 요청하였음. 이어 “성매매 여성들과 친하게”라는 진료소를 개설하였는데, 정기적인 CSW의 건강검진을 위한 곳으로 자리잡게 됨.
- 만약 집창촌이 정책을 따르지 않을 경우에는 첫 번째로 경고장을 발부하고, 그래도 시정되지 않을 경우 일주일간 폐쇄 명령을 내렸음. 세 번째는 한 달간 폐쇄를 명령하고, 계속 경고가 누적될 경우 영구 폐쇄조치 하는 등의 정책을 펼쳤음.

- 2001년에는 약 80%의 CSW와 고객이 콘돔을 사용하게 되었음. 이로써 HIV의 감염 비율도 1997년 3.2%에서 2000년에는 2.2%로 감소하였고, 캄보디아의 AIDS 정책은 성공을 거두게 됨.

다. 우간다

- 우간다는 에이즈의 조류를 바꾸어 놓음. 우간다가 높은 HIV 감염률을 줄이는데 성공한 것은 에이즈 예방 및 돌봄에 대하여 유관단체와의 긴밀한 협조체제 유지와 높은 수준의 정치적 위임이 있었기 때문으로 분석됨.
- 성교육 프로그램으로 뒷받침된 상태에서 HIV 검사결과의 당일 통보, 콘돔 및 성병 자가 치료 키트에 대한 사회 마케팅(social marketing)을 통하여 매우 높았던 HIV 감염률을 감소시킬 수 있었음.

• • 우간다 Masaka의 13-19세 HIV 유병률 추이⁹⁹⁾ • •



99) 안명옥의원 요구자료, 「외국의 에이즈 감염관리 성공사례」, 2006. 7, 질병관리본부

AIDS정책, 이대로 좋은가?



효과적인 AIDS 관리를 위한 정책 과제



1. 효과적인 HIV/AIDS 정책수립을 위한 제언

가. 국가 중·장기적 계획 수립

- AIDS 감염인이 급속히 증가하고 있는 시점임을 감안하여, 종합대책이 시급히 마련되어야 함¹⁰⁰⁾. 이를 위해 보건복지부나 질병관리본부 산하에 AIDS 장기 정책 수립을 위한 위원회를 구성하여 최소 2년여에 걸쳐 정확한 진단과 함께 종합계획을 수립하는 것이 필요함. 위원회에는 학자, 전문가, 공무원, 일반 국민 등을 포함시키고, 특히 감염인이 참여할 수 있도록 해야 함.

나. 효과적인 예방과 치료를 위한 R&D 지원 사업 확대

- 예방사업에 있어 국제적으로 검증된 프로그램 등을 도입하여 현장에서 적용, 평가 후 보완하여 사업을 효과적으로 확대해 가는 것이 필요함. 따라서 사업 대상별 모델 개발을 위한 연구사업 등이 다양하게 이루어져야 하며 이를 위해 정부차원에서 적극적으로 지원하여야 할 것임.

다. 정부와 민간단체, 민간단체 간 역할 분담

- 정부와 민간단체의 역할과 민간단체들 간의 명확한 임무분담과 책임설정이 필요함. 이를 위해 지금까지 각 단체나 정부가 추진해 온 사업들을 재검토하고 사업대상을 선정하며 역할을 분담하여야 할 것임.

100) 현재 질병관리본부에서 연구용역 추진 중
(과제명 : HIV/AIDS 예방 및 대응 국가전략 개발, 연구기간 : '06.5.26~'06.11.25)

- 대상별 사업을 크게 분류하면 확인된 감염인 사례관리 체계 구축(의료인 포함)과 비감염인(확인되지 않는 감염인 포함)대상 예방사업으로 나눌 수 있는데, 확인된 감염인이나 비감염인(미확인된 감염인 포함)을 포함한 사업은 각각 One-stop service를 제공하여야 함.

- 확인된 감염인에게는 종합적 사례관리체계 구축(치료 및 예방 상담, 의료지원, 복지서비스, 재활프로그램 지원 등)과 비감염인이나 미확인된 감염인에게는 익명검사와 연계한 One-stop service(홍보, 교육, 상담, 검사 서비스 지원)를 실시하는 것이 효율적이어서 역할 분담과 함께 사업내용도 그에 준하여 지원하는 것이 타당할 것으로 봄.

라. 정부 부처간 긴밀한 협조 구축

- 성매매 여성이나 성구매자에 대한 에이즈 예방 전략에 있어 정부 부처간 이견이 있을 수 있으므로, 이를 위해 정부와 민간이 함께 참여하여 그 방향성을 설정하고 전략을 세우는 것이 필요함. 만일 이러한 노력이 없이 자체적으로 사업을 실시한다면 정책의 방향성을 잃어버려 문제가 발생할 수 있음.

2. HIV/AIDS 예방 및 감시체계 강화

가. HIV/AIDS 예방을 위한 대책

1) 콘돔사용 활성화를 통한 예방

- 성행위를 통한 에이즈 전파 방지를 위해 가장 효과적인 방법 중 하나

는 올바른 콘돔 사용임. 최근 에이즈 환자와 사망자가 격감한 태국의 경우에도 적극적인 콘돔의 보급이 에이즈 예방에 크게 기여함¹⁰¹⁾.

- 제IV장에서 전술한 바와 같이, 태국은 The 100 Percent Condom Program을 통한 콘돔무료배포 사업과 대대적인 홍보를 통해 에이즈를 비롯한 각종 성병의 발생률을 획기적으로 감소시켰음.
- 우리나라는 과거에 비해 성문화가 많이 개방되었으나, 아직도 콘돔을 구입하는 것이 부끄러운 일로 인식되고 있음. 실제로 한 설문조사¹⁰²⁾에서 '콘돔을 구입하는 것이 부끄러운가?'라는 질문에 응답자의 29%가 '그렇다'고 답변하였음.
- 콘돔 사용 활성화를 위해서는 콘돔을 사는 것에 대한 거리낌을 없애야 함. 이를 위해 공공장소나 길거리에 콘돔 자판기를 설치하여 공공으로 노출시킴으로써 대중들이 콘돔을 자주 접하도록 해야 함¹⁰³⁾.
- 이를 통해, 성병과 에이즈 예방이라는 콘돔의 장점을 부각시켜 콘돔에 대한 혐오 이미지를 벗도록 유도하여야 함. 또한 실제로 콘돔이 자주 사용되는 숙박업소에 콘돔자판기 비치의 의무화하는 등의 적극적 개입도 대안이 될 수 있음.
- 또한 제II장에서 전술한 바와 같이, 우리나라는 콘돔을 사용하면 HIV 위험이 없다고 믿는 비율이 프랑스, 독일, 네덜란드 등 서구국가에 비해 상대적으로 낮은 수준임. 따라서 콘돔 사용의 필요성과 효과에 대한 지식수준을 높이기 위한 활동을 병행하여야 함.

101) 태국의 2005년도 에이즈 사망자는 1,640명으로 2004년도의 5,020명에 비해 2/3가량 감소하였으며, 신규 감염인도 2004년도 13,364명에서 2005년도 8,681명으로 크게 감소함.

102) 2003년 전국민 성행태 및 에이즈 의식연구, (사)한국에이즈퇴치연맹

103) 노출치료 요법 : 공포나 거리낌의 대상 또는 상황에 실제 노출시키되 환자가 거기에 적응할 때까지 노출시킨다는 인지치료 요법 (최신정신의학 632p, 연세대학교 의과대학 정신과 편찬, 1999년)

2) 역학조사 결과에 따른 대상별·특성별 홍보실시

- 질병의 예방을 위해서는 인구 집단을 대상으로 그 안에서 발생하는 질병, 사망 등의 사건 발생 양상을 밝히고 이를 결정하는 요인, 나아가 원인을 찾아서 이를 예방하는 것¹⁰⁴⁾이 가장 효과적임.
- 이를 위해서는 유병률에 대한 정확한 정보수집과 흐름 파악이 무엇보다도 중요함. 어떠한 사업을 실행함에 있어서 과거의 자료와 현재의 트렌드 분석을 통한 미래 구상이 필수이듯이, 효과적인 에이즈 예방 사업을 위해서도 정보를 수집하고 분석할 시스템의 확립이 필수임.
- 정부는 현재 일선 에이즈예방 민간단체들에게 일정 지원금을 지급하고 각 단체가 홍보 대상을 정하고 그에 맞춰 자체적으로 평가지표를 개발하여 홍보하라¹⁰⁵⁾고 함. 이러한 방식은 한정된 예산의 범위 내에서 우선적으로 고위험 그룹으로 추정되는 대상들에 대한 포괄적 홍보만 하게 하는 추세로 고착화될 수밖에 없음.
- 그러나 이러한 홍보 방법은 그 효과를 측정하기 어려우며, 홍보효과에 대한 모니터링 자체에도 어려움이 따름. 따라서 정부차원에서의 에이즈 전문 감시체계를 설립하여 확인된 감염인에 대한 역학 조사를 실시하여야 함.
- 이를 통해 현 감염의 트렌드를 파악하여 홍보와 교육이 필요한 타깃 그룹과 각 그룹 내 감염 경로에 대한 정보를 산출하고, 정확한 대상별 평가지표를 개발하여야 함. 축적된 데이터를 바탕으로 민간단체에서는

104) 역학의 정의, 오희철, 연세대학교 예방의학과 교수

105) 김훈수, 한국에이즈퇴치연맹 사업국장

감염인에 대한 맞춤형 홍보사업을 실시하고, 정부는 홍보사업에 대한 평가를 실시함으로써 사업의 성과를 높여나가야 함.

나. HIV/AIDS 감시 및 진단체계 효율화 방안

- 익명 검사로의 접근성을 높이고 이들에 대한 상담을 실시하기 위해서는 현재 전문 상담시스템이 비교적 잘 갖추어져 있는 에이즈 관련 민간단체들을 적극 활용해야 함. 작년부터 종로에 위치한 동성애 상담소에서 실시하고 있는 에이즈 익명검사는 상당히 성공적으로 시행되고 있으나, 검사를 실시하기 위해서는 현행법상 의사가 있어야 하기 때문에 시간적·경제적 제약이 따른다고 함.¹⁰⁶⁾
- 따라서 제Ⅲ장에서 언급한 바와 같이, 신속진단키트를 통해 검진율을 제고시키는 방안을 검토할 필요가 있음. 제품의 신뢰성이 이미 입증되었고, 일선 상담소에서 활용함으로써 감염진단에 큰 효과를 거둔 미국의 선례가 있는 만큼 감염학자, 임상병리학자, 상담전문가 등 전문직역간의 심도 깊은 논의를 통해 합리적 개선책이 도출되어야 할 것임.
- 검진을 위한 의사의 비치를 의무화하고 있는 현행법의 테두리 안에서 검진의 효율성을 높이기 위해서, 상담소에 공중보건의를 배치하는 방안을 적극 검토해야 함.

106) 김훈수, 한국에이즈퇴치연맹 사업국장

3. AIDS 환자에 대한 포괄적 보건의료서비스의 제공

가. 관리에서 지원으로

- 보건소망을 중심으로 한 개인추적관리, 국가중심의 관리 방식이 개선되어야 함. 즉, '강압적'인 관리 제도를 개선하여 감염인의 복지와 인권을 고려한 관리와 보호사업이 이루어져야 함. 이 문제가 개선되지 않으면 감염의 은폐, 관리대상자의 탈락 등은 불가피할 것임.
- 이러한 관리방법의 초점은 감염인을 격리하는 것이 아니라, 감염인을 지원·보호하는 서비스가 중심이 되어야 한다는 것임. 즉, 재정 혹은 서비스 측면에서 필요한 서비스를 공급함으로써 추적에서 탈락되거나 감염을 은폐시키는 것을 줄여야 함.
- 구체적으로는 보건소 직원보다는 동료 감염인이나 전문 상담원 등을 활용한 상담, 지원 기능이 활성화되어 한 감염인에 대한 지속적인 관리체계를 만드는 것이 중요함.¹⁰⁷⁾ 취약한 감염인을 미리 파악하여 복지 서비스를 제공하고, 필요한 서비스를 지속적으로 제공함으로써 사회적인 문제를 최소화할 수 있음.
- 필요한 서비스란 의료보장 서비스, 민간차원의 전문상담, 숙식의 제공 등을 말하는데, 이러한 관리방식이 수행되기 위해서는 민간기관의 역할이 지금보다 강화되어야 할 것임.¹⁰⁸⁾
- 민간기구의 역할을 대폭적으로 강화하면, 장기적으로 정부는 기본적인

107) 김훈수, 우리나라 HIV & AIDS 관리 개선 방향성 연구

108) 양봉민, AIDS 검진사업의 경제성

지침과 정책방향의 제시, 재정지원, 사업의 평가와 모니터링 등의 역할을 주로 담당하고, 상담과 정기면역검사, 정신사회적 지원, 홍보와 교육 등 대부분의 구체적인 사업은 민간단체에서 수행하게 될 것임.¹⁰⁹⁾

- 이러한 민간위주의 관리방식은 감염인들이 적극적으로 동의하는 방향이기도 함. 1996년 감염인 137명을 대상으로 조사한 결과, 대부분의 감염인이 정부위주의 관리체계가 아닌 감염인 위주의 자율적인 관리체제로 바뀌어야 한다는 의견을 개진하였음.¹¹⁰⁾

나. 감염인 치료 및 재활을 위한 대책¹¹¹⁾

- 에이즈 치료제의 발전으로 환자의 생존기간이 늘어나고 있지만 건강회복을 위한 기간은 오랜 시간이 소요 되고 있어, 조기에 건강을 회복시키기 위한 지원방안이 필요함.
- 이를 위한 지원사업으로 감염인 요양 쉼터 사업이 큰 효과를 거두고 있음. 그러나 시설과 예산상의 문제로 인해 입소대상자들의 1/6수준(50명/300명)만이 보호받고 있는 실정임. 따라서 쉼터 시설의 확충과 운영 프로그램에 대한 다양한 지원이 이루어져야 함. 특히 감염인들의 경제능력은 자활을 가능하게 하는 핵심요소이므로, 쉼터에 머무는 동안 다양한 직업재활 훈련을 받을 수 있도록 지원이 확대되어야 함.
- 또한, 쉼터와 별도로 운영 중인 요양호스피스전문센터 역시 11개 병상에 의료 인력은 간호사 1명과 간병인 2명뿐인 열악한 상황임. 따라서

109) 권관우, 에이즈 관련 NGO의 역할 및 활동. 한국에이즈퇴치연맹, 1999

110) 조성익, 에이즈 감염자 자료 분석

111) 「2005년 에이즈감염인 요양쉼터운영사업 최종결과보고서, 2006. 1, 대한에이즈예방협회」 참조

「후천성면역결핍증예방법」 및 동법 시행규칙에 규정되어있는 의료인력(의사 1명이상과 간호사2명, 상근관리자 3명으로 편성된 예산)의 지원이 반드시 지켜져야 할 것임.

다. HIV/AIDS 전문병원의 설립

- 제Ⅲ장에서 언급한 바와 같이, 현재 에이즈 환자 치료를 위한 전문병원이나 별도의 전문 진료기관은 지정되어 있지 않으며, 내과(감염내과) 등의 병의원에서 진료 및 치료를 받아야 하는 실정임. 전국 49개 병원에서 에이즈 환자의 진료가 가능한 것으로 파악되었으나 서울·경기 등 대도시에 집중되어 있음.
- 또한 대부분의 환자가 각종 합병증을 동반하므로 복합증상에 대한 종합적인 치료가 가능한 병원이 확보되어야 하나 현재는 극히 일부에 한정되어 있음. 특히, 감염인들과의 인터뷰 과정에서 국가의 중앙의료기관인 국립의료원조차 감염인에 대한 치료를 회피했다는 사실을 볼 때 일반 의료기관 등에서의 감염인에 대한 진료거부 등 차별이 심각함을 추정할 수 있음.
- 국가는 감염인들이 차별받거나 눈치 보지 않고 충분한 치료와 요양을 받을 기회를 만들어 주어야 함. 또한 중증에 처한 감염인들도 행복하고 편안하게 생을 마감할 수 있도록 지원해야 함. 이를 위해서는 단기적으로는 현재의 요양쉼터형태에서 장기요양과 치료가 가능한 호스피스형태로 쉼터형태가 확대되어야 하며, 중장기적으로는 호스피스에서 AIDS 전문병원의 형태로 감염인 요양서비스를 발전시켜 나가야 할 것임¹¹²⁾.

112) 이창우, 대한에이즈예방협회 사무총장

4. AIDS 환자의 인권침해 방지 대책

가. 차별극복을 위한 AIDS지식수준 향상 대책¹¹³⁾

- 감염인에 대한 사회적 낙인과 차별은 전세계적으로 공통된 현상임. 그러나 제II장에서 언급한 바와 같이, 우리나라에서 감염인에 대한 차별은 외국에 비해 훨씬 심각한 것으로 나타남. 또한 전반적으로 에이즈의 질환 자체에 대한 정확한 지식수준도 많이 부족한 것으로 보임.
- 감염인에 대한 차별은 일차적으로 지식함양을 통하여 낮아질 수 있는 것이므로 에이즈 지식을 높이기 위한 여러 가지 프로그램이 필요함. 퀴즈식 또는 게임식 교육 등과 함께, 유명 인사들을 통해 에이즈 환자를 포용하는 모습을 광고할 필요도 있음. 에이즈가 더 이상 공포의 질병이 아니라 만성병 일뿐이라고 선언하고 있는 유럽 국가들의 사례도 집중적으로 홍보해야 함.
- 또한, 성 경험률이 급격히 높아지고 또한 성경험 연령이 10대 후반으로 낮아지고 있는 상황이기 때문에 10대 초반, 즉 초등학생에 대한 체계적 성교육이 무엇보다 시급함. 특히, 성교육 프로그램에는 AIDS를 포함한 성매개질환에 대한 교육을 반드시 포함시켜야 함. 이 경우에도 성병에 대한 막연한 두려움을 갖도록 하기 보다는 올바른 지식을 갖고 예방할 수 있도록 하는데 초점을 맞추어야 함.

113) 「에이즈에 대한 지식, 태도, 신념 및 행태조사」 2005, 서울대 보건대학원, 조병희 외

나. 감염인 개인정보보호 강화 방안¹¹⁴⁾¹¹⁵⁾

- 우리나라는 현재 법적으로 감염자에 관한 사항들을 비밀로 보호하도록 하고 있으며, 이를 위반하면 처벌받도록 하고 있음. 특히, 감염인 개개인에 관한 인적사항은 현재 질병관리본부에서 대외비로 등록하여 관리하고 있음. 그러나 감염인들은 아직도 검사, 신고, 등록 등의 과정에서 완벽한 비밀이 보장되지 않는다고 느끼고 있음.
- 특히 제Ⅲ장에서 밝힌 바와 같이, 감염인에 대한 보고가 보건소에서 반드시 시·도 등 지자체를 거치도록 되어 있어 보고과정에서 신분노출 위험이 상존함. 또한 감염인과 가장 접촉을 많이 하는 보건소담당자의 잦은 교체, 검진통지서등의 발급 시 대상자 부재중일 경우 불시 방문 등으로 감염사실이 알려지는 경우도 감염인들이 느끼는 부담 중 하나임.
- 따라서 미국의 경우와 같이 에이즈 관리의 최일선에 있는 담당자만 실명을 알 수 있도록 하고, 상부로의 보고는 모두 익명 또는 암호로 처리하여 알 수 없도록 하는 방법을 검토해야 함. 또한 감염인 보고과정을 단순화하여 보건소에서 지자체를 거치지 않고 질병관리본부로 직접 보고하도록 하는 방안도 대안이 될 수 있음.
- 또한 감염인 정보를 접하는 모든 담당공무원에 대해 감염자 비밀보호 준수 및 그에 관한 직무교육을 강화하여야 할 것임. 이와 함께 감염사실의 노출시 담당공무원의 업무상 과실에 대한 책임소재를 명확히 하고, 사안과 경중에 따라 징계조치를 하는 적극적 방안도 검토되어야 함.

114) 에이즈로 인한 사회 경제적 영향 국제 에이즈 심포지엄 결과 보고서, 2004, 조병희

115) 감염인과의 인터뷰, '06.10.2, 안명옥의원

AIDS 정책, 이대로 좋은가?

부록 I

사진으로 보는 감염인 지원(한국)

- 감염인 쉼터를 중심으로 -



AIDS 감염인과 자원봉사자



쉼터 운영자와의 대화



보조기구를 이용해 운동중인 감염인



재활을 위한 치료기구



침터 내부 모습(주방)



침터 내부 모습(화장실)



침터 내부 모습(병상)



침터 내부 모습(입원실)



AIDS 정책, 이대로 좋은가?

부록 Ⅱ

사진으로 보는 감염인 지원(태국)

머시센터의 HIV감염 어린이들



머시센터의 AIDS환자



태국의 AIDS환자 요양소



가족단위 쉼터



요양소 AIDS 환자



요양소 AIDS 환자



요양소 AIDS 환자



일본인 자원봉사자(여대생)



매춘여성의 미이라 사진



게이 미이라 사진



수직 감염된 아기 미이라



미이라 전시관



화장장과 교육장




쌓여진 유골 더미



AIDS 정책, 이대로 좋은가?

부록 Ⅲ

감염인들과의 인터뷰(감염인 쉼터)



일시 : '06.10.2(월) 장소 : 감염인쉼터(서울) 취재 : 안명옥의원

※ 아래 내용은 감염인들의 동의하에 인터뷰한 내용을 요약하여 정리한 것입니다.

<안명옥의원> 감염인으로서 이 사회에서 살아간다는 것에 대해 어떠한 어려움이 있는가? 허심탄회하게 이야기를 해주었으면 한다.

<감염인 1> 쉼터에서는 자활프로그램을 운영하고 있다. 컴퓨터 교육, 원하는 분야의 학원 등에 다닐 수 있도록 도와준다. 학원 등에 나가보고 했는데 밖에 나가서 자립준비를 한다는 것이 쉽지가 않다. 건강문제라든가 약을 복용하는 것을 보는 다른 사람들의 이목이 굉장히 신경쓰인다. 그리고 겉으로 건강해 보이지만, 조금만 무리해도 다음날 많이 아프게 된다. 경제적인 문제를 해결해 나갈 수 있는 구체적인 방법들이 있었으면 한다. 또 쉼터는 6개월 후 퇴소하도록 되어 있다. 물론 몸 상태가 안 좋으면 더 연장할 수 있도록 도와주기는 한다. 쉼터 운영자들이 우리 감염인들의 몸 상태를 가장 잘 알기 때문에 운영자들에게 입퇴소와 관련해서는 운영자님들에게 맡겨 주셨으면 한다.

<안명옥의원> 기간은 어느 정도가 적당하다고 생각하는가?

<감염인 1> case by case가 되어야 할 문제이다.

<운영자> 실제적으로 6개월 내 준비를 마칠 수 있는 사람이 많지가 않다.

<감염인 1> 쉼터를 나간 이후에도 자활에 성공하는 사람이 드물다. 내가 직접 만든 목주다. 핸드폰 고리인데, 방문기념으로 주겠다. 이런 것을 만들어 조금씩 경제활동을 하고 있다.

<감염인 2> 올해 2월에 병을 알게 되었다. 노숙인을 대상으로 한 수요 무료검진시에 검진을 받고 병을 알게 되었다. 폐에 물이차서 시립서북병원과 국립의료원을 왔다갔다 했다. 수술을 받았는데 11시간이나 걸려서 모두들 내가 죽은 줄 알았다 했다. 원래는 3시간이면 끝나는 수술이라고 하더라. 몸을 조금 회복하고 다시 일을 시작했는데, 금방 몸이 안 좋아져서 일을 그만 둘 수 밖에 없었다.

<안명옥의원> 쉼터에 들어온 후 좋은 점은?

<감염인 2> 모두가 형제처럼 느껴지고 너무 좋다. 모든게 좋다.

<감염인 3> 나는 감염이 되고나서 한 쪽 눈이 시력을 잃고 다리가 성치 않다. 사람들이 휠체어 타지 않으면, 정상인으로 보지만 몸 상태가 많이 안 좋다. 사실 감염된 것은 자업자득이라고 생각한다. 누구를 원망하겠나? 그래도 염치 없지만 바라는 바가 있다. 감염인들이 대부분 생활보호대상자인데, 일반인 생활보호대상자보다 조금 더 돈을 더 받았으면 좋겠다. 월세, 약값, 교통비 정도만 있으면 좋겠다. 일을 못해도 최저생활이 가능한 정도만 근근히 생활이 가능한 정도만 됐으면 한다. 아직 생을 포기하기엔 너무 아깝다.

<안명옥의원> 의료급여대상자이면 약값은 무료 아닌가?

<감염인 3> 입원하거나 특진하게 되면, 1종 의료급여대상자임에도 약값이 무료고 진료비, 체혈 등이 3~4만원 돈 들어간다.

<안명옥의원> 원래는 무슨 일을 했나?

<감염인 3> 부끄럽지만 원래는 나이트클럽에서 밴드활동을 했는데, 베이스를 연주했다. 기회가 되면 돌아가고 싶은데 어려울 듯 하고, 몸이 좀 더 회복되면 막일이라도 하고 싶다.

<감염인 4> 나는 감염사실을 알자마자 시력을 완전히 잃었다. 처음 쉽터를 안 좋게 생각했다. 방송을 통해 보고 겁을 많이 냈다. 그런데 입소해서 정말 큰 도움을 얻었다. 컴퓨터, 책을 볼 수도 있고 영화도 보고, 여러 사람들을 만나면서 의지가 되고 큰 도움을 얻었다.

<안명옥의원> 좀 더 개선되었으면 하는 점이 있다면?

<감염인 4> 특별히 불편한 것 없다. 서로서로 도움을 주고받으면서 마음을 위로하면서 살아가고 있다.

<안명옥의원> 하고 싶은 일은 무엇인가?

<감염인 4> 안마일을 하려고 노력했으나, 시각장애인이기 앞서 감염인이기 때문에 할 수 없었다. 보건증도 있어야 한다. 하고 싶은 일을 논하기 전에 할 수

있는 일이 전혀 없다.

<안명옥의원> 어떤 일을 할 수 있겠는지 우리 모두 고민해야 할 문제이다. 나도 힘을 보탤 수 있도록 노력하겠다.

<감염인 5> 말이 좀 어눌하니 이해해 달라. 몇 달 전 교통사고를 당했다. 거동을 할 수 없어서 고민하던 중에 쉼터를 소개받고 입소하게 됐다. 수녀님도 엄마 같이 잘해주고, 다른 감염인들도 도와주어서 편하게 지내고 있다.

<감염인 6> 나에게 가장 큰 문제가 있다면 두 눈이 보이지 않는 것이다. 신문, 책 등을 전혀 읽을 수 없고, 아주 큰 글씨만 희미하게 보인다. 올해 3월 국립의료원에 입원을 했는데, 그 병원에서는 감염인들을 환영을 안한다. 당시 증상이 치아가 흔들거렸고, 눈이 좋지 않았는데, 1개월 동안 안과진료를 봐 주지 않더라. 안과를 가고 싶은데 선생님한테 그렇게 부탁을 해도 안과에서는 진료를 안해 주었다. 그래서 퇴원을 했고, 잠시 뒤에 눈이 완전히 보이지 않게 되었고, 그런데도 진료를 안 해 줬다. 그 후 서울대병원으로 입원을 해서 정확한 치료를 받게 됐다. 그 외에 경제적인 문제가 가장 힘들게 했다.

<안명옥의원> 가족들은 어떻게 지내나?

<감염인6> 그나마 누나들이 조금씩 도움을 주어서 버텼는데, 그렇게 해서 살 마음이 없더라. 경제적으로 누나들의 도움을 받으면 살 수 있는데, 의욕이 없었다. 그래서 그 돈으로 음란비디오를 사거나, 게임에 손을 댔다. 요즘에 바다이야기 얘기가 나오는데, 그 게임을 시작해서 돈을 다 쓰게 됐다. 이후 쉼터에 오게 됐는데, 격리된 채 살아야 된다는 생각에 쉼터에 오기가 싫었는데 6월 초에 입소한 이후 진작 왔으면 좋았을 걸 하고 후회했다. 치료도 좀 더 빨리 의지를 갖고 받았어야 했다.

<안명옥의원> 운영자 입장에서 개선되었으면 하는 점이 있다면?

<운영자> 사실은 알코올 중독자 중 입소자가 있었는데, 정말 관리하기가 어려웠다. 공동체로 살아가고 있는데, 다른 사람들에게 자꾸 피해를 주기 때문에 모두가 힘들었다. 이러한 문제를 해소하기 위해서는 질환의 중증도별, 질환별(정신질환, 알코올질환 등) 특성에 따라 다른 시설이 마련되어야 할 것이다.

<안명옥의원> 마지막으로 하고 싶은 말은?

<감염인 1> 컴퓨터 이용에 있어서 현재는 방을 3명 정도씩 사용하고 있다. 나이도 있어서 혼자 사용하는 개인적인 공간이 있으면 한다. 각자 살아온 방식과 방법이 달라 조금씩의 갈등이 있기 마련이다.

<운영자> 사실은 이것이 우리의 꿈이기도 하다. 집을 구할 때 많이 고민했는데 재정적인 문제로 인해 이루지 못했다. 또 하나의 문제점은 주소지 문제이다. 여기에 있는 사람들 중에는 주소가 말소된 사람이 있다. 그래서 봉사자들에게 주소 등록을 부탁하기도 하는데 한계가 있다. 또한 컴퓨터에 입소하게 되면 기초수급자로서의 혜택이 끊이기 때문에 주소지를 원래 주소로 남겨두려고 하는데 이것도 어렵다. 3개월에서 6개월 후면 돌아가야 할 사람들이고, 조금의 혜택이라도 더 받고자 하는 교육지책으로 이해해줬으면 한다.

- 서울대학교 보건대학원, 「에이즈에 대한 지식, 태도, 신념 및 행태조사」, 2005.12
- 서울대학교 보건대학원, 「에이즈 대응 정책 개선을 위한 연구」, 2003.7
- 질병관리본부, 「에이즈로 인한 사회 경제적 영향」 (국제 에이즈 심포지엄 결과 보고서), 2004.11
- 강문원. 에이즈의 치료전망. 서울특별시 에이즈 관리개선 및 검진활성화 워킹그룹. 한국에이즈퇴치연맹, 1999
- 강춘. HIV/AIDS 검사방법. 에이즈전문 상담원 양성연수. 사단법인 한국에이즈퇴치연맹, 2000
- 고승덕. HIV감염자의 임신과 인권토의. 국회인권포럼 제4회 정책 심포지움 AIDS 감염인의 인권과 정책방향. 국회인권포럼, 1998
- 국립보건원 방역과. 우리나라 HIV/STI관리정책. 에이즈전문 상담원 양성연수. 사단법인 한국에이즈퇴치연맹, 2000
- 권관우. 쉼터의 현황 향후 방향. 서울특별시 에이즈 관리개선 및 검진활성화 워킹그룹. 한국에이즈퇴치연맹, 1999
- 권관우. 에이즈 감염인을 위한 쉼터 활성화 방안. 서울특별시 에이즈 관리개선 워킹그룹 결과보고서. 한국에이즈퇴치연맹, 2000
- 권관우. 효과적인 21세기 에이즈 홍보전략. 에이즈 홍보 전략과 HIV/STI 감시체계 발전을 위한 워킹그룹. 대한에이즈예방협회, 한국에이즈퇴치연맹, 2000
- 권관우. 에이즈 관리사업 추진전략.

- 권관우. 한국 에이즈 관리전략 개선을 위한 제언. 한국에이즈퇴치연맹.
- 기미경. 한국의 에이즈 검진 활성화 방안 모색. 서울특별시 에이즈 관리개선 및 검진활성화 워킹샵. 한국에이즈퇴치연맹, 1999
- 김덕현. HIV 감염인의 임신과 인권. 국회인권포럼 제4회 정책 심포지움 AIDS 감염인의 인권과 정책방향. 국회인권포럼, 1998
- 김만두 편역. 효과적인 복지서비스를 위한 사례관리실천론. 홍익재, 1993
- 김민중. 에이즈(AIDS)감염자 관리의 효율적 방안과 인권. 국회인권포럼 제4회 정책 심포지움 AIDS 감염인의 인권과 정책방향. 국회인권포럼, 1998
- 김상원. 청소년 성문화와 올바른 성교육 방법. 서울특별시 에이즈 관리개선 워킹샵 결과보고서. 한국에이즈퇴치연맹, 2001
- 김용세. 서울특별시 에이즈감염인 설문조사 결과. 서울특별시 에이즈 관리개선 및 검진활성화 워킹샵. 한국에이즈퇴치연맹, 1999
- 김정순. 에이즈 효과적 연구 및 관리전략. 에이즈예방 전문요원 교육 및 워킹샵. 사단법인 한국에이즈퇴치연맹, 1997
- 김창엽. 공공 보건의료정책의 과제와 발전방향. 보건행정학회 전기 학술대회 연제집, 2003
- 김훈수. 우리나라의 에이즈 상담 실태 및 문제점. 효과적인 에이즈 상담요원 양성 및 운영을 위한 워킹샵. 대한감염학회, 대한에이즈예방협회, 1997
- 김훈수. 우리나라 HIV/AIDS 관리 개선 방향성 연구. 서울특별시 에이즈 관리개선 워킹샵자료. 한국에이즈퇴치연맹.2002.

- 김훈수. 에이즈예방홍보활동의 효율성을 위하여 드리는 의견. 한국에이즈퇴치연맹.
- 대한에이즈예방협회. 에이즈 상담원을 위한 전문상담교재. 대한에이즈예방협회, 2000
- 대한에이즈예방협회. 희망과 도움의 손길. 대한에이즈예방협회, 2002
문옥륜외. 의료보장론. 신광출판사, 2001
- 박승미. 에이즈 상담요령. 에이즈예방 전문요원 교육 및 워샵. 사단법인 한국에이즈퇴치연맹, 1997
- 박정은. 한국 매춘여성의 실태와 문제점. 매매춘을 통한 에이즈 감염 세미나. 사단법인 한국에이즈퇴치연맹, 1996
- 신남현, 외국의 컴퓨터운영사례, 대한에이즈예방협회 사업과
- 신상현. 사회 및 종교단체에서의 복지후생지원. 에이즈 예방 심포지엄 바람직한 AIDS관리 및 복지정책. 대한에이즈예방협회, 1998
- 오대규. 향후정부의 에이즈 관리정책. 효과적인 AIDS 상담요원 및 운영 위한 워샵. 대한감염학회, 대한에이즈예방협회, 1997
- 오현숙, 강영실. ADIS 환자에 대한 간호사들의 지식과 태도 조사. 대한보건협회지 1995;21(2):27-41
- 유병희. 우리나라의 HIV/STI 관리정책. 서울특별시 에이즈 관리개선 워샵 결과보고서. 구세군에이즈예방사업단, 2003
- 이선자. 에이즈의 효과적 상담을 위한 원리와 대응. 에이즈예방 전문요원 교육 및 워샵. 사단법인 한국에이즈연맹, 1997

- 이종구. 국가 HIV/STI관리정책 및 감시체계 운영방안. 2002년 월드컵대비 에이즈 홍보전략수립 및 HIV/STI감시체계운영 평가회. 한국에이즈퇴치연맹, 2001
- 이창우. 에이즈 감염자 복지증진을 위한 컴퓨터운영의 활성화 방안. 에이즈 홍보 전략과 HIV/STI감시체계 발전을 위한 워크샵. 대한에이즈예방협회, 한국에이즈퇴치연맹, 2000
- 이창우. 국내실정에 알맞은 감염자 컴퓨터의 운영. 에이즈 예방 심포지엄 바람직한 AIDS관리 및 복지정책. 대한에이즈예방협회, 1998
- 정현미. 후천성면역결핍증(에이즈)과 형법. 의료와 형법 제 22회 정책세미나. 한국형사정책연구원, 1998
- 정현미. 에이즈감염자 관리의 의도적 성관계의 형법상의 문제와 인권. 국회인권포럼 제4회 정책 심포지움 AIDS 감염인의 인권과 정책방향. 국회인권포럼, 1998
- 조병희. 2002년 전 국민 성 행태 및 에이즈 의식 연구 조사. 서울대학교 보건대학원, 2002
- 조성역. 외국인근로자 검진실태와 개선방안. 2002년 월드컵대비 에이즈 홍보 전략수립 및 HIV/STI감시체계운영 평가회. 한국에이즈퇴치연맹, 2001
- 조인재. 효과적인 에이즈 상담요원 양성을 위한 교육내용. 효과적인 에이즈 상담요원 양성 및 운영을 위한 워크샵. 대한감염학회, 대한에이즈예방협회, 1997
- 한국에이즈퇴치연맹. 국내 에이즈 민간단체의 올바른 방향성 정립을 바라며. 한국에이즈퇴치연맹, 2001
- 한채운. 남성동성애자와 에이즈. 2002년 월드컵대비 에이즈 홍보 전략 수립 및 HIV/STI감시체계운영 평가회. 한국에이즈퇴치연맹, 2001

-
- Arvind Singhal, Everett M. Gogers. *Combating AIDS Communication Strategies in Action*, 2003
 - UNAIDS. *Report on the global AIDS epidemic*, 2006
 - Ainsworth M et al. *AIDS and Public policy : the Lessons and Challenges of success in Thailand*. *Health Policy* 2003;64(1);13-37.
 - Alexander P. *Mandatory Testing of Prostitutes Will Not Prevent AIDS*. In Abt CC, Hardy KM (eds). *AIDS and the Courts*. pp. 132-139, Abt Books Inc., 1990
 - Bowleg L. *Unjust Punishments: Mandatory HIV Testing of Women Sex Workers and Pregnant Women*. Center for Women Policy Studies, National Resource Center on Women and AIDS, 1992
 - Canadian HIV/AIDS Legal Network & Canadian AIDS Society. *HIV Testing and Confidentiality: Final Report*. 2nd ed., 2001
 - Conviser R. *A brief history of the Oregon Health Plan and its features*. Unpublished manuscript. <http://www.ohppr.state.or.us/docs/pdf/histofplan.pdf>
 - Grunseit A, Kippax S. *Effects of sex education on young people's sexual behavior*. WHO, 1993
 - John Kaldor and Ann McDonald. *HIV/AIDS Surveillance Systems in Australia*. *JAIDS* 2003;32:S18-S23
 - Mann J, Tarantola DJM(Ed.). *AIDS in the World II: Global Dimensions, Social Roots, and Responses: The Global AIDS Policy Coalition*. 2nd ed., Oxford University Press, 1996

- National AIDS Control Organization (NACO). Guidelines on HIV Testing. <http://www.naco.nic.in/nacp/policies.htm>
- National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (NCHECR). the report HIV/AIDS and Related Diseases in Australia: Annual Surveillance Report 2000.
- Newmeyer J, Rosenbaum M. Voices from the trenches: harm reduction and public policy. *Research in Social Policy* 1998;6:103-118.
- NIH. Interventions to Prevent HIV Risk Behaviors, Consensus Statements 15(2), February 11-13, 1997
- OHPPR Health Services Commission. Prioritization of Health Services. 2001
- Phoolcharoen W, Detels R. Acquired immunodeficiency syndrome. In Detels R, et al. (eds). *Oxford Textbook of Public Health*, 4th ed., pp.1453-1477, Oxford University Press, 2002
- Schenker II, Nyirenda JM. Preventing HIV/AIDS in schools. International Academy of Education, 2002
- Theodoulou SZ. Responding to AIDS: Governmental Policy Responses. In Theodoulou SZ(ed.). *AIDS: the Politics and Policy of Disease*. Prentice-Hall, Inc., 1996
- UNAIDS. Handbook for Legislators on HIV/AIDS, Law and Human Rights, 1999
- Yonemoto, Shohei. AIDS Policy in Japan : Integration With in Structured Partnalism. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 1997;14(2);pp17-21.
- 高西優子. 海外をモデルとしたH I V感染症の医療提供体制の確立に関する研究. 金澤大學大學院, 2003