

신종인플루엔자 대책, 인권적 관점에서의 진단과 대안



일시 2009. 9. 8(화) 14:00~18:00

장소 국가인권위원회 인권교육센터(10층)

신종인플루엔자 대책, 인권적 관점에서의 진단과 대안

1. 일정 : 2009. 9. 8.(화) 14:00
2. 장소 : 위원회 인권교육센터(10층)
3. 세부내용

시간	순서	내용		
14:00-14:05		토론회 개최, 진행순서 소개	김형완, 국가인권위 인권정책과 과장	
14:15-14:20		인사말 및 참석자 소개	최경숙, 국가인권위 상임위원	
14:20-17:00	60분	주제발표 1 전염성인플루엔자의 원인과 대응	박상표, 국민건강을위한수의사연대	
		주제발표 2 신종플루 관련 정부대응 평가 및 대안	우석균, 보건의료단체연합	
		주제발표 3 신종플루 치료제 접근권 보장 방안	변진옥, 이윤을넘어서는의약품공동행동	
	10분	휴식		
	90분	지정토론		
		신종플루 관련 정책과 의약품 공급계획	신상숙, 질병관리본부 공중보건위기대응과 과장	
건강권 보호를 위한 대안적 정책 제안		문정림, 대한의사협회 의무이사 가톨릭의대 재활의학과 현정희, 공공노조 의료연대본부과장		
신종플루 치료제 수급을 위한 정책대안		조대진, 일약약품 중앙연구소 수석연구원 정정훈, 변호사		
		종합토론	참석자 전체	

목 차

주제발표 1

- 전염성인플루엔자의 원인과 대응 1
박상표, 국민건강을위한수의사연대

주제발표 2

- 신종플루 관련 정부대응 평가 및 대안 29
우석균, 보건의료단체연합

주제발표 3

- 신종플루 치료제 접근권 보장 방안 57
변진옥, 이윤을넘어서는의약품공동행동

지정토론

- 신종플루 관련 정책과 의약품 공급계획
신상숙, 질병관리본부 공중보건위기대응과 과장 / 79
- 건강권 보호를 위한 대안적 정책 제언
문정림, 대한의사협회 의무이사, 가톨릭의대 재활의학과 / 93
현정희, 공공노조 의료연대분과장 / 99
- 신종플루 치료제 수급을 위한 정책대안
조대진, 일약약품 중앙연구소 수석연구원 / 101
정정훈, 변호사 / 103



2009 Swine Influenza A 대유행의 원인과 대응

박 상 표

국민건강을위한수의사연대

1

주제발표

2009 Swine Influenza A 대유행의 원인과 대응

박 상 표 (국민건강을위한수의사연대)

지난 8월 14일, Margaret Chan WHO 사무총장은 돼지독감(신종플루) 대유행 2차 파고 (swine flu pandemic's second wave)를 경고했다. 국내에서도 9월 2일 4번째 사망자가 발생하면서 대중들의 공포가 점점 극심해지고 있는 상황이다.

현재까지 과학적으로 규명된 사실은 이번 인플루엔자 대유행의 원인이 'Swine Influenza H1N1 virus'라는 것이다. 과학자들은 아직까지 돼지의 바이러스가 어떤 경로를 통해 중간장벽을 뛰어 넘어 인체에 전염된 후 인간 대 인간(person-to-person) 전염능력을 획득하여 대유행(pandemic)에 이르게 되었는지를 확실히 규명하지 못한 상황이다.

2009 인플루엔자 대유행의 대책을 세우기 위해서는 전염병의 의학·수의학적 배경뿐만 아니라 정치경제학적 배경을 이해하는 것이 중요하다. 이 글에서는 2009년 돼지 인플루엔자 A H1N1 바이러스 대유행의 원인과 명명법을 둘러싼 암투, 그리고 이러한 암투의 정치경제학적 배경 및 그 대응에 관해서 살펴보고자 한다.

1. 명칭을 둘러싼 암투 : 돼지독감 → 멕시코독감 → 신종플루

2009년 돼지독감 대유행 바이러스의 기원은 아직도 미궁 속에 빠져 있는 상황이지만, 지금까지 알려진 내용으로 불완전하나마 재구성을 해보면 다음과 같다.

Swine Influenza Virus (H1N1)는 최소한 1998년 이후부터 10년 이상 북미대륙의 돼지농장을 떠돌고 있었다. 그러다가 2009년 2월 멕시코의 베라크루스주 라글로리아 지역에서 집단적인 감기 및 발열 증상이 발생했다.¹⁾ 멕시코 보건당국은 3월 23일 라글로리아 지역

1) Veratect(April 24, 2009), 「Swine Flu in Mexico- Timeline of Events」
(<http://biosurveillance.typepad.com/biosurveillance/2009/04/swine-flu-in-mexico-timeline-of-events.html>)

주민들을 대상으로 검사를 실시했으며, 4월 13일 38세 멕시코인이 처음으로 사망했다.

3월 15일~4월 19일 멕시코시티에서 산발적인 감염자가 증가하기 시작했으며, 돼지 인플루엔자 바이러스가 인간 대 인간 전염능력을 유지하게 되었다. 4월 5일~29일 때마침 부활절 연휴 기간이었는데, 많은 사람들이 휴가에서 돌아온 이후 감염자가 급증하기 시작했다. 최근 북미지역의 돼지 인플루엔자 초기 감염에 관한 통계역학 연구결과에 따르면, 바이러스에 감염된 모든 사람은 기침이나 고열, 그 밖의 다른 증상이 나타나기 전 3일 동안 다른 1.5명의 사람에게 바이러스를 전염시킬 수 있다. 따라서 이번 돼지독감 바이러스는 1957년 독감이나 1968년 독감, 또는 2003년 사스(Sudden Acute Respiratory Syndrome) 만큼이나 전염속도가 빠르다고 볼 수 있다.²⁾

비슷한 시기 미국에서도 돼지독감 증상이 나타나기 시작했다. 3월 28일~30일 미국 캘리포니아주의 샌디에고 지역에서 10세 소년과 9세 소녀가 심한 기침과 고열 증상을 보였다.³⁾

따라서 멕시코와 미국 중 어디에서 먼저 돼지독감 환자가 발생했는지 논란이 될 수 있으며, 미국 정부와 멕시코 정부 사이에 최초 발생지를 둘러싸고 팽팽한 신경전이 벌어지기도 했다.

미 CDC가 Swine Influenza Virus (H1N1) 환자를 공식 확인한 것은 지난 4월 15일이다. 당연히 바이러스 명칭도 돼지 인플루엔자(Swine Influenza)라고 불렀으며, 언론들은 이를 줄여서 돼지독감(Swine Flu)이라고 불렀다. 그런데 미국 축산업계와 농무부 등이 경제적 이유 때문에 명칭의 변경을 요구했다.

축산업계와 미 농무부 등의 이해를 대변한 국제수역사무국(OIE)도 4월 28일 “A형(고병원성) H1N1 혈청형 돼지독감의 인간발병에 대해 식품을 통한 바이러스의 전염 사례가 없으며, 동물로부터 바이러스의 검출이 확인되지 않았으므로 과학적 근거에 기반해서 돼지독감(swine influenza)로 부르지 말아야 한다.”는 성명을 냈다.⁴⁾

2) Babak Pourbohloul et al(18 August 2009), 「Initial human transmission dynamics of the pandemic (H1N1) 2009 virus in North America」, 《Influenza and Other Respiratory Viruses》 3(5), 215 - 222.

3) CDC(March-April 2009), 「Swine influenza A (H1N1) infection in two children -- Southern California」, 《Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) Rep》 2009;58:400-b-402

4) OIE(April 28 2009), 「OIE position on safety of international trade of pigs and products of pig origin」, (http://www.oie.int/eng/press/en_090428.htm)

OIE의 이러한 발 빠른 대응은 역사적 경험을 반영하고 있는 것으로 보인다. 1918년 스페인 독감이 유행할 때도 미군 병사들의 발병원인이 돼지 농장으로 지목되자 양돈업자들이 국제수역사무국(OIE) 성명서 내용과 유사한 주장을 한 바 있다.

한국정부 내에서도 명칭을 둘러싼 갈등이 드러나기도 했다. 보건복지부는 Swine Influenza(SI)라 명명했고, 농식품부는 Mexico Flu(MI)라고 명칭을 바꾸기도 했다.

미국 정부, OIE, 세계식량기구(FAO) 등으로부터 압력을 받은 WHO는 4월 30일 Swine Influenza라는 명칭을 Influenza A(H1N1)로 바꿨다. 이에 따라 한국 정부도 ‘신종 플루’라고 명칭을 바꾸고 혼선을 빚었던 정부 부처 간 이견을 해소했다. 사실 ‘신종 플루’는 새로운 용어가 아니다. 정부는 1997년 이후 동남아시아를 중심으로 조류독감(Avian influenza A H5N1) 유행으로 사람 간 전파능력 획득도 시간문제라고 예측하고 대유행에 대비하여 「신종 인플루엔자 대유행 대비 대응 계획」을 수립하기도 했다.⁵⁾

그러나 아이러니하게도 WHO가 정치적 결정을 통해 명칭을 바꾼 바로 그 시점에 과학자들은 바이러스의 유전자 분석을 통해 돼지 독감(Swine influenza) 바이러스임을 확인하였다. 과학잡지《사이언스》의 홈페이지에는 이러한 상황을 “돼지독감의 명명법이 돼지독감 그 자체보다도 더 빨리 진화했다”⁶⁾고 조롱하는 글이 게재되기도 했다.

현재 WHO와 각국 정부가 공식 채택하고 있는 ‘신종플루’ 또는 ‘Influenza A(H1N1)’는 돼지의 호흡기 상피세포에 사람, 돼지, 조류의 인플루엔자 바이러스 수용체가 있다는 사실을 간과하고 있다. 이러한 사실 때문에 돼지를 바이러스의 혼합 도가니(mixing vessel)라고 부르고 있으며, 인플루엔자에 감염된 돼지는 3개월 간 무증상 상태에서 carrier로서 역할을 할 수 있는 점⁷⁾도 간과해서는 안 된다.

조류는 3~4주 동안 분변에서 바이러스를 배설하고, 혈액이나 비장, 신장, 내장 등에서 바이러스가 분리되며, 표층수를 통한 분변-구강 감염 경로를 통해 전염이 된다. 다행이 돼지는 호흡기를 제외하고 나머지 다른 장기나 기관에서 바이러스가 분리되지 않는다. 그렇지만 돼지가 혼합 도가니의 역할을 함으로써 인플루엔자 바이러스가 인체 혹은 조

5) 보건복지부 질병관리본부(2006), 「신종 인플루엔자 대유행 대비 대응 계획」, 2006.8

6) Martin Enserink(May 8, 2009), 「Swine Flu Names Evolving Faster Than Swine Flu Itself」
(<http://blogs.sciencemag.org/scienceinsider/2009/05/swine-flu-names.html#more>)

7) AVMA(April 29, 2009), 「Swine Influenza Background」,
(http://www.avma.org/reference/backgrounders/swine_bgnd.pdf)

류에서 적응(adaptation)하는 능력을 충분히 획득한다면 강력한 병원성을 지닌 돌연변이 바이러스가 나타날 수 있다. 이 돌연변이 바이러스는 중간장벽을 뛰어넘어 수많은 인간의 생명을 앗아가는 대유행을 불러일으킬 가능성이 존재한다.⁸⁾

3중 조합 돼지 인플루엔자 A (H1N1) 바이러스는 1998~2009년 사이에 중간 장벽을 뛰어넘어 사람에게 산발적으로 전염되었는데, 감염자들은 모두 돼지와 밀접한 관련이 있는 사람들이었다. 3중 조합 돼지 인플루엔자 A (H1N1) 바이러스의 인체 전염이 처음 보고된 것은 2005년 위스콘신 주의 도축장에서 돼지에게 노출된 17세 소년이었다.⁹⁾ ‘Swine influenza A/Wisconsin/87/2005 (H1N1)’로 명명된 돼지독감 바이러스에 감염된 소년은 두통, 설사, 허리 통증, 기침 등의 증상을 보였으나 열은 높지 않았다. 그는 11월 11일 불활성 독감 예방주사를 비강으로 접종받았으나 12월 7일 독감 증상이 나타났고, 12월 8일 신속검사키트를 이용하여 인플루엔자 A에 감염된 사실이 확인되었다. 이후 2005년~2009년 동안 3중 조합 돼지 인플루엔자 A (H1N1) 바이러스에 감염된 사람이 11건 보고되었으며, 이 환자들은 모두 돼지에 노출된 적이 있었다.¹⁰⁾ 이렇듯 역사적 관점에서 인플루엔자 A 바이러스의 진화 과정을 고찰해 보았을 때, 2009년 돼지 독감 바이러스는 돼지에게서 인간에게 전염된 것이다. ¹¹⁾

돼지농장의 노동자들, 돼지 도축장의 노동자들, 농장주들과 그 가족들뿐만 아니라 돼지의 질병을 예방하고 치료하는 의사들도 돼지독감 바이러스의 전염원이 되었을 가능

-
- 8) ① Scholtissek C.(1990), ‘Pigs as ‘mixing vessels’ for the creation of new pandemic influenza A viruses’. <<Med Princ Pract>> 1990;2, pp 65-71.
 ② Ito T, Couceiro JN, Kelm S, et al.(1998), ‘Molecular basis for the generation in pigs of influenza A viruses with pandemic potential’. <<J Virol>> 1998;72, pp 7367-7373
 ③ Ma W, Kahn RE, Richt JA(2009). ‘The pig as a mixing vessel for influenza viruses: human and veterinary implications’. <<J Mol Genet Med>> 2009;3, pp 158-66.
- 9) Newman AP, Reisdorf E, Beinemann J, et al.(2008), ‘Human case of swine influenza A (H2N1) triple reassortant virus infection, Wisconsin’. <<Emerg Infect Dis>>, 2008;14, pp 1470-1472.
 (<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=18760023>)
- 10) Shinde V, Bridges CB, Uyeki TM, et al.(2009), ‘Triple-reassortant swine influenza A (H1) in humans in the United States, 2005-2009’. <<N Engl J Med>> 2009;360, pp.2616-2625.
 (http://content.nejm.org/cgi/content/abstract/360/25/2616?ikey=0e741710a18db27b3a768feb0b998f77ad7feaa6&keytype2=tf_ipsecsha)
- 11) Shanta M. Zimmer, Donald S. Burke(2009), ‘Historical Perspective - Emergence of Influenza A (H1N1) Viruses’, <<N Engl J Med>>. 2009 Jul 16;361(3), pp 279-285

성이 있다. 지난 5월, 아이오와대학 연구팀은 수의사들이 동물로부터 바이러스나 세균에 감염된 후 동물 병원체를 인체로 옮겨지는 매개체 역할을 할 수 있다는 연구 결과를 《미국 수의사협회지》에 발표하기도 했다.¹²⁾

그런데 WHO, OIE, FAO 등 국제기구들과 축산업계 및 각국 정부들은 의도적인지 비의도적인지 확실하지는 않지만 2009년 돼지 독감 대유행의 원인으로 돼지를 과소평가하는 우를 범하고 있다. 양돈 산업의 경제적 이해관계 때문에 돼지 농장의 역학조사가 광범위하게 실시되지 못했으며, 질병의 명칭까지도 돼지독감에서 신종플루라고 바뀌어서 부르게 되었다.

지난 6월, 멕시코의 Gerardo Nava 교수팀은 2009 대유행 인플루엔자 바이러스 단백질의 혈청분석(Protein homology analysis)과 계통발생적 분석(Phylogenetic analysis) 등의 분석을 통하여 이 바이러스의 기원이 돼지 인플루엔자 바이러스임을 밝혀냈다.¹³⁾ 연구를 주도한 멕시코의 Gerardo Nava 교수는 로이터통신과의 인터뷰에서 “이번 연구결과는 북미의 양돈이 이번 바이러스를 발생시키고 유지하는데 중요한 역할을 할 수 있다는 점을 시사한다”고 밝혔다.¹⁴⁾

2009 대유행 돼지 독감 바이러스는 지난 20년 동안 북미대륙에서 돌연변이를 거듭하면서 진화해왔다. 특히 미국, 캐나다, 멕시코의 공장형 돼지농장에서 지속적으로 돌연변이를 거듭했을 것으로 추정된다. 양돈업계에서는 돼지들에서 병원성이 약하거나 불현성 감염이 일어나는 등 실질적인 경제적 피해를 끼치지 않았기 때문에 돼지독감 바이러스의 감시 및 방역활동에 크게 관심을 기울이지 않은 측면이 있다. 그 사이 돼지 독감 바이러스는 공장형 돼지농장에서 일하는 노동자들, 농장주, 수의사, 도축장 노동자들과의 접촉을 통하여 인체에 전염될 수 있는 능력을 획득했으며, 그 가족들을 통해 지역사회에 전파된 것으로 추정된다. 그러나 아직까지 이에 대한 역학조사 등 과학적 조사가 제대로 이루어지지 않은 상태이다. 어떻게 돼지독감 바이러스가 광범위하게 인간 대 인간 전염

12) Whitney S. Baker, Gregory C. Gray(May 15, 2009), 「A review of published reports regarding zoonotic pathogen infection in veterinarians」, 《Journal of the American Veterinary Medical Association》, Vol. 234, No. 10, pp 1271-1278

13) G M Nava et al(2009), 「Origins of the new influenza A(H1N1) virus: time to take action」, 《Eurosurveillance》, Volume 14, Issue 22, 04 June 2009
(<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19228>)

14) Maggie Fox(2009), 「Pigs an underestimated source of flu: study」, 《Reuters》, Jun 4 2009.

능력을 획득하여 지역사회에 전염되었는지를 과학적으로 규명하기 위해서는 스미스필드, 타이슨푸드, 카길, 스위트 등 초국적 거대 축산기업의 돼지농장에 대한 역학조사가 필수적이라고 할 수 있다.

2. 2009 돼지 인플루엔자 대유행의 원인

멕시코와 미국에서 발생하여 전 세계적으로 퍼져나간 독감의 원인체가 돼지 인플루엔자 바이러스라는 사실이 과학적으로 규명되었다. 그런데 과학자들 사이에 미묘한 입장 차이가 존재한다. 《The New England Journal of Medicine》 같은 의학저널을 보더라도 사람, 돼지, 조류의 3중 조합 바이러스(triple-reassortant swine influenza A (H1) viruses)¹⁵⁾ 임을 강조하는 입장이 있으며, 최근 사람 사이의 전염이 되고 있는 신종 바이러스(Novel Swine-Origin Influenza A (H1N1) Virus ; S-OIV)¹⁶⁾ 임을 강조하는 입장도 있었다. 3중 조합을 강조하는 경우 사람과 사람 사이의 전염이 효율적이지 않기 때문에 대유행이 일어나지 않을 것이라는 입장으로 해석할 수 있고, S-OIV를 강조하는 전문가들은 대유행에 더 방점을 찍었다고 볼 수 있다.¹⁷⁾ 이후 여러 대륙에서 광범위한 지역사회 전파가 일어남에 따라 WHO가 대유행 6단계를 발표함으로써 원인에 대한 과학적 논쟁은 뒤로 미루어진 상태다. 현재는 항바이러스제 투여를 통한 치료대책이나 백신을 이용한 예방대책에 관심이 집중되어 있다. 치료약 다량 비축을 위한 강제실시 가능 여부 논쟁, 거점병원 지정 및 격리병동 마련 등 진료체계 구축, 백신 우선 접종대상자 선정 등의 현안에 대처하기 바쁜 상황이다.

15) Shinde V, Bridges CB, Uyeki TM, et al.(2009), 「Triple-reassortant swine influenza A (H1) in humans in the United States, 2005 - 2009」, 《N Engl J Med》 2009;361

16) Novel Swine-Origin Influenza A (H1N1) Virus Investigation Team(June 18, 2009), 「Emergence of a Novel Swine-Origin Influenza A (H1N1) Virus in Humans」, 《The New England Journal of Medicine》, Volume 360, pp 2605-2615

17) Robert B. Belshe(May 7, 2009), 「Implications of the Emergence of a Novel H1 Influenza Virus」, 《The New England Journal of Medicine》(<http://content.nejm.org/cgi/content/full/NEJMe0903995>)

1) 미 CDC의 바이러스 유전자 분석 결과

지난 4월 30일 미 콜럼비아대학의 Raul Rabadan 박사팀은 “인간에게 감염을 일으킨 최근 돼지 인플루엔자 바이러스 H1N1의 기원”이라는 긴급 분석결과를 《Eurosurveillance》에 발표했다.¹⁸⁾

미국 CDC가 의뢰한 연구를 수행한 라마단 박사팀의 분석 결과에 따르면, 이번에 문제가 된 바이러스는 모든 유전자 조각들이 돼지 인플루엔자 바이러스와 밀접한 유사성을 포함하고 있다. 8개의 유전자 조각 가운데 6개는 북미지역에서 발생했던 돼지독감으로부터 유래한 것이고, 나머지 2개(NA and M)는 유라시아 지역에서 발원한 돼지 인플루엔자 바이러스였다.¹⁹⁾

북미 지역에서 발생했던 돼지독감으로부터 유래한 6개의 유전적 조각은 1998년 이후 북미지역에서 분리된 H1N2형과 H3N2형의 돼지 인플루엔자 바이러스와 관련이 있으며, 특히 1998년에 분리된 swine H3N2는 조류와 돼지와 인간의 인플루엔자 바이러스의 3중 조합으로 확인되었다.

미 CDC에서 real-time RT-PCR assays를 통해 진단한 642명의 환자 샘플을 제공받아 분석한 결과를 보면, A/California/04/2009 환자의 샘플은 북미지역에서 유행하였던 삼중조합 돼지 인플루엔자 바이러스의 6개 유전자 조각(PB2, PB1, PA, HA, NP, and NS)이 유사하며, 유라시아 유래의 2개 유전자(NA, M)도 유사함이 확인되었다.

그런데 그동안 북미지역에서 유행했던 삼중조합 돼지 인플루엔자 바이러스는 HA, NP, NA, M, NS로 구성되어 있었으며, PB2와 PA는 북미의 조류 인플루엔자 바이러스 유래였으며, PB1은 인간 인플루엔자 A 바이러스 유래였다. 이번에 확인된 H1N1 S-OIV와는 유전적 구성에서 차이가 있으며, 예전에 확인된 적이 없었다.

그리고 유라시아 유래의 유전자는 A/swine/Belgium/1/83 H1N1와 유사하지만 이번 삼중조합 돼지 인플루엔자 바이러스는 북미 돼지 유래의 NA를 가지고 있는 점이 특이했다. NA의 아미노산을 비교해 보았을 때 북미 돼지 인플루엔자 바이러스와 유라시아 돼

18) V Trifonov, H Khiabani, B Greenbaum, R Rabadan(30 April 2009), 「The origin of the recent swine influenza A(H1N1) virus infecting humans」, 《Eurosurveillance》, Volume 14, Issue 17.
(<http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V14N17/art19193.pdf>)

19) GenBank sequences from 2009 H1N1 influenza outbreak.
(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/genomes/FLU/SwineFlu.html>.)

지인플루엔자 바이러스는 77개의 차이가 존재한다. 환자 1과 2의 가검물로부터 분리된 바이러스는 2개의 nucleotides와 1개의 아미노산의 차이가 확인되었다.

또한 M gene of A/California/04/2009도 유라시아 돼지 인플루엔자 바이러스와 유사성이 확인되었다.

1998년 북미대륙에서 확인된 H1N1 subtype은 classical SIV X triple reassortant로 밝혀졌다. 당시 학자들은 돌연변이가 일어난 바이러스가 언젠가는 다시 인간을 위협할 것이라고 예상하기도 했다. 인간에게 분리된 돼지 인플루엔자 바이러스 H1N1 subtype은 1976년 뉴저지, 1979년 텍사스, 1980년 텍사스, 1982년 네바다, 1988년 위스콘신, 1991년 메릴랜드, 1995년 미네소타, 1997년 위스콘신에서 임상발병 사례가 있는 것으로 보고되기도 했다.²⁰⁾

2) 신종 돼지-기원 인플루엔자 A (H1N1) 바이러스조사팀의 연구 결과

신종 돼지-기원 인플루엔자 A (H1N1) 바이러스조사팀은 5월 7일자 《The New England Journal of Medicine》에 이번에 문제가 된 바이러스를 ‘인간, 돼지, 조류 인플루엔자 A 바이러스 유전자를 포함하고 있는 삼중조합 돼지 인플루엔자 바이러스 (Triple-reassortant swine influenza viruses, which contain genes from human, swine, and avian influenza A viruses)라고 밝히면서, 이번 독감바이러스를 ‘돼지 유래 인플루엔자 A(H1N1) 바이러스(swine-origin influenza A (H1N1) virus (S-OIV))라고 명명했다.²¹⁾

3) 영국 국립의학연구소의 연구 결과

WHO의 협력실험실인 영국의 국립의학연구소(National Institute for Medical Research)는 이번 바이러스는 북미와 유라시아 지역에서 유래한 돼지 인플루엔자 A(H1N1)과 관련이 있으며, 6개의 유전자는 북미의 3중 조합 돼지 인플루엔자 바이러스(“triple reassortant”

20) Van Reeth, K. (2007). 「Avian and swine influenza viruses: our current understanding of the zoonotic risk」, 《Veterinary Research》 38 (2), pp.243-260

21) Novel Swine-Origin Influenza A (H1N1) Virus Investigation Team(June 18, 2009), 「Emergence of a Novel Swine-Origin Influenza A (H1N1) Virus in Humans」, 《The New England Journal of Medicine》, Volume 360, pp.2605-2615

swine viruses)와 유사하고, 2개의 유전자는 유라시아 돼지 바이러스와 유사하다고 밝혔다.²²⁾

영국 국립의학연구소 책임자인 Alan Hay박사는 미국 CDC의 바이러스 유전자 분석결과를 전하면서 “swine-like human influenza A H1N1”이라는 표현을 사용했다.²³⁾

4) 돌연변이 및 내성 감시 : 2차 대유행 가능성을 주시해야

현재까지 미국, 캐나다, 덴마크, 홍콩, 일본 등에서 타미플루 내성 돼지독감 바이러스가 검출되었다.²⁴⁾ 지난 8월 21일에는 칠레에서 돼지독감 바이러스가 중간장벽을 뛰어넘어 조류에게 전염된 사실이 확인되었다. 칠레의 보건당국은 산티아고 북서쪽 140Km 지점에 있는 항구도시 발파라이소(Valparaiso) 외곽에 있는 2곳의 칠면조 농장에서 돼지 인플루엔자 바이러스에 감염된 칠면조를 유전자 검사를 통해 확정 진단하였다. 돼지독감 바이러스에 감염된 칠면조들은 가벼운 임상증상만을 보였으며, 아직까지는 야생 조류에 바이러스가 전염되었다거나 치명적인 돌연변이가 발생했다는 징후는 없다.²⁵⁾

미국 CDC의 항바이러스제 내성검사 결과를 보더라도 아직까지 타미플루 내성 바이러스가 널리 퍼졌다고 보기 힘들다. 미 CDC는 2008년 10월부터 최근까지 계절성 인플루엔자 A (H1N1) 바이러스 1,148건, 안플루엔자 A (H3N2) 바이러스 253건, 인플루엔자 B 바이러스 651건, 2009 돼지독감 A(H1N1) 바이러스 1,022건에 대해 타미플루 및 릴렌자 내성검사를 실시했다.

22) National Institute for Medical Research(2009), 「Emergence and spread of a new influenza A (H1N1) virus」, 7th May 2009 (<http://www.nimr.mrc.ac.uk/wic/>)

23) Alan Hay(2009), 「NIMR scientists discuss swine-like human influenza A H1N1」, May 2, 2009. (http://www.nimr.mrc.ac.uk/news/2009/h1n1_02may09/)

24) AFP(2009), 「Tamiflu-resistant swine flu found on US-Mexico border」, 《AFP》, Aug 3, 2009.

25) Federico Quilodran(2009), 「Chile confirms swine flu in turkeys」, 《AP》, Aug 22, 2009.

타미플루 및 릴렌자 내성 바이러스 비율²⁶⁾

	검사 샘플 수	타미플루 내성	릴렌자 내성
계절성 독감 A (H1N1)	1,148	1,143 (99.6%)	0 (0%)
인플루엔자 A (H3N2)	253	0 (0%)	0 (0%)
인플루엔자 B	651	0 (0%)	0 (0%)
2009 돼지독감 A (H1N1)	1,022	6 (0.6%)	0 (0%)

계절성 독감 A (H1N1) 바이러스는 검사 샘플의 99.6%에서 타미플루 내성을 보였으며, 2009 돼지독감 A(H1N1) 바이러스의 타미플루 내성률은 0.6%로 나타났다. 반면 릴렌자는 아직까지 내성 바이러스가 나타나지 않았다.

한편 프랑스 연구팀은 최근 《Eurosurveillance》에 「2009 H1N1 인플루엔자 관련 사망 사례 역학조사」 결과를 발표했다. 이들은 지난 7월 16일까지 28개국 돼지 독감 바이러스 사망자 574명을 분석했다. 그 결과 보고된 사례 당 사망자수(치명율)는 0.6%이며, 사망자가 발생한 국가별 치명율은 0.1%~ 5.1%였다. 성별 사망자 수는 남성 257명, 여성 246명으로 거의 비슷했는데, 남성이 약간 높았다. 20~49세 젊은 층에서 사망자의 51%가 발생했으며, 60세 이상 사망자는 12%로 상대적으로 비율이 낮은 것으로 확인되었다. 사망자의 50% 이상은 다른 질병에 걸린 상태였으며, 임산부, 대사성 질환자, 비만한 사람 등이 돼지독감 바이러스에 더 취약한 것으로 드러났다.²⁷⁾

현재까지의 과학적 연구결과에 따르면, 2009년 돼지독감은 20세기에 세 차례 발생한 인플루엔자 대유행보다 치명율이 높지 않은 것으로 나타났다. 1918~19년 인플루엔자 대유행 당시 치명율은 2~3%로 아주 높았으며, 건강한 젊은 성인층의 희생자가 많았다.²⁸⁾

계절성 독감 바이러스의 경우는 2009 돼지독감 바이러스보다 치명율은 낮거나 비슷하다. 그러나 계절성 독감으로 인해 매년 300만~500만 명이 고열, 인후통, 폐렴 등의 심한

26) CDC(2009), 「FluView : 2008-2009 Influenza Season Week 33 ending August 22, 2009」.
(<http://www.cdc.gov/flu/weekly/>)

27) L Vaillant(2009), 「Epidemiology of fatal cases associated with pandemic H1N1 influenza 2009」,
《Eurosurveillance》, Volume 14, Issue 33, 20 August 2009.
(<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19309>)

28) The European Scientific Working Group on influenza(2009), 「Pandemics of the 20th Century」.
(<http://www.flucentre.org/files/Pandemics%20of%20the%2020th%20century.pdf>.)

임상증상으로 진행되는 등 이환율이 아주 높고, 전 세계적으로 해마다 25만~50만 명이 사망하고 있다.²⁹⁾

한편 2008년 한국의 총 사망자 수는 24만6천113명이었는데, 이를 인구 10만 명 당 사망자 수인 조사망률로 환산하면 498.2명이다. 총 사망자 중 70.4%는 악성신생물(암), 뇌혈관 질환, 심장 질환, 고의적 자해(자살), 당뇨병, 만성하기도 질환, 운수 사고, 간 질환, 폐렴, 고혈압성 질환으로 사망했다. 이 중 폐렴은 9번째로 많은 사망자가 발생한 사망원인으로 조사망률은 11.1명이었다. 2008년 폐렴 사망자는 5434명으로 2005년 4186명에 비해 상대적으로 많이 늘어났다.³⁰⁾ 미국에서도 매년 6만여 명이 폐렴으로 사망하고 있다.

미 CDC 및 하버드-매사추세츠대 공동 연구팀이 지난 7월 《사이언스》에 돼지 인플루엔자 바이러스 H1N1의 표면에 존재하는 단백질이 인간의 호흡기 상피세포의 수용체에 결합하는 능력이 별로 뛰어나지 않다는 연구결과를 발표했다.³¹⁾ 페릿과 생쥐를 이용하여 실험한 결과, 돼지독감 바이러스는 폐와 위에 감염이 일어났다. 반면 계절성 독감 바이러스는 폐에만 감염이 일어났다. 따라서 돼지독감 바이러스가 인체 전염능력을 가지고 있다고 하더라도 그 전파는 제한적일 것이라고 추정했다. 다만 연구팀은 인플루엔자 바이러스는 돌연변이가 빠른데다 이번 바이러스는 위장 내에서 오랫동안 머무를 수 있는 특성이 있어 쉽게 전파될 수 있기 때문에 경계를 늦추어선 안 된다고 밝혔다.

메릴랜드대 연구팀도 미 국립보건원(NIH)의 지원을 받아 돼지 인플루엔자 바이러스의 돌연변이 가능성에 대한 동물실험을 실시했다. 페릿을 실험동물로 이용하여 돼지독감 바이러스와 계절성 독감 바이러스를 동시에 감염시킨 실험을 실시한 결과, 두 바이러스의 strains이 서로 원활하게 조합이 이루어지지 않는 것으로 밝혀졌다.³²⁾ 이들의 실험결

29) WHO(2009), 「World Health Organization. Influenza (seasonal) factsheet」. April 2009.
(<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/en/>)

30) 통계청(2009), 「2008년 사망원인통계 결과」, 2009.8.30
(http://www.nso.go.kr/nso2006/k04__0000/k04b__0000/k04ba_0000/k04ba_0000.html?method=view&board_id=144&seq=85&num=85)

31) Taronna R. Ma et al(2009), 「Transmission and Pathogenesis of Swine-Origin 2009 A(H1N1) Influenza Viruses in Ferrets and Mice」, 《Science》Vol. 325. no. 5939, 2 July 2009, pp.484-487

32) Daniel Perez et al(2009), 「Fitness of Pandemic H1N1 and Seasonal influenza A viruses during Co-infection: Evidence of competitive advantage of pandemic H1N1 influenza versus seasonal influenza」, 《PLoS Currents: Influenza》, 2009 Aug 25 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/rn/RRN1011>)

과도 이번 겨울에 돌연변이가 나타날 가능성이 희박하다는 점을 시사한다.

이와 같은 상황을 고려할 때 현재까지 나타난 2009 돼지독감 바이러스는 그 위험성이 약간 과대평가된 측면이 있다고 볼 수 있다. 오히려 돼지독감 백신 생산에 지나치게 치중하다 계절성 독감 백신 생산량이 줄어들어 더 큰 피해가 발생할 우려도 제기되고 있다.

그러나 2009 돼지독감 대유행은 아직 끝나지 않았으며 현재 진행형이기 때문에 어느 누구도 결과를 명확히 예측할 수 없다. 이러한 불확실한 상황에서는 사전 예방의 원칙에 따라서 돌연변이에 의한 2차 대유행 가능성에 대비하여 백신과 치료제를 확보하고 적절한 대응책을 마련하는 것이 반드시 필요하다.

3. 돼지 인플루엔자 대유행의 정치경제학

1) 공장식 축산과 북미자유무역협정 독감(NAFTA Flu)

돼지 인플루엔자 대유행이 시작되기 전부터 독감사태의 진정한 배후는 신자유주의라는 주장이 제기되었다. 미네소타대학교에서 지리학 교수로 재직 중인 로버트 윌리스는 4월 29일 독립언론 《지금 민주주의를》과 대담에서 이번 돼지독감 바이러스 유행을 “북미자유무역협정(NAFTA) 인플루엔자”로 명명했다.³³⁾ 그는 소농이 몰락하고 기업형(공장형) 축산으로 집중이 이루어지는 과정에서 서구화와 대형화를 통한 신자유주의 농업방식으로 개편되는 과정에서 전염병도 세계화시대를 맞이하게 되었다고 주장했다.

특히 제2차 세계대전 이후 가금류와 양돈이 크게 변화했다. 축산업이 발전함에 따라 미국의 남동쪽 몇 개 주에 축산도시가 생겨났다. 축사의 규모는 더욱 대형화되어 한꺼번에 3만 마리까지 수용할 수 있도록 설계되었다. 이러한 공장식 축산업은 자유무역협정과 같은 미국 주도 신자유주의 정책의 힘을 빌려 3세계로 전파되었으며, 인플루엔자의 돌연변이와 전염마저도 신자유주의 시대를 맞게 된 것이다.

윌리스 교수는 미국이 주도한 IMF와 세계은행의 신자유주의적 경제 구조조정 정책이

33) Robert Wallace(April 28, 2009), 「The NAFTA Flu」, 《DemocracyNow》
(http://www.democracynow.org/2009/4/29/the_nafta_flu)

농축산업 분야를 포함한 제3세계의 시장과 투자를 개방하는 데로 유도했다고 밝혔다. 이에 따라 가난한 국가의 농축산업은 다국적 거대기업의 먹잇감이 돼 값싼 노동력이나 땅을 제공하는 수준으로 전락했다는 것이다.

타이슨 푸드는 닭고기 부문 매출 1위, 쇠고기 부문 매출 1위, 돼지고기 부문 매출 2위를 기록하고 있는 미국 최대의 육류업체이다. 카길과 스위프트는 쇠고기 부문의 2위와 3위의 매출을 기록하고 있으며, 그 뒤를 이어서 미국 제4위의 육류가공업체가 스미스필드 푸드이다.

미국의 상위 10대 육류가공업체³⁴⁾

(매출액 기준, 단위: 100만달러)

순위	업체명	금액	주품목
1	Tyson Foods INC.	26,400	닭고기, 쇠고기, 돼지고기
2	Cargill Meat Solutions (Excel)	13,000	쇠고기, 돼지고기, 칠면조
3	Swift & Co.(ConAgra)	9,900	쇠고기, 돼지고기
4	Smithfield Foods Inc.	9,300	돼지고기, 가공육
5	Pilgrim's Pride Corp.	5,300	닭고기, 칠면조
6	Sara Lee Corp.	4,200	돼지고기, 닭고기, 쇠고기
7	National Beef Packing Co. LLC	3,500	쇠고기
8	Hormel Foods Corp.	3,300	돼지고기, 가공육
9	OSI Group LLC	3,300	쇠고기, 돼지고기, 닭고기
10	ConAgra Foods Inc.	3,000	쇠고기, 돼지고기, 닭고기

현재 미국의 돼지고기 시장은 상위 5개 업체가 70%의 시장을 점유하고 있다. 2006년 기준으로 스미스필드³⁵⁾는 26.5%의 시장점유율을 기록하고 있으며, 타이슨 푸드가

34) The Food Institute, Food Industry Review, 2005 (윤병선, 「한미 FTA에 숨어 있는 괴물 : 초국적 농식품 복합체」, 《농민과 사회》, 2006년 봄 재인용)

35) 스미스필드(Smithfield)는 영국 런던의 북서부 지역에 있는 육류시장에서 따온 이름으로 추정된다. 1183년에 이미 스미스필드에 시장이 형성되어 있었다는 기록이 있다. 중세시대 이곳 시장은 사람들이 많이 모이는 장소였기 때문에 다양한 정치, 종교, 문화 행사들이 열렸다. 기사들이 마창시합을 벌이기도 했으며, 종교개혁 시기에는 이곳에서 마녀들을 화형 시키기도 했다. 또한 이곳에는 12세기부터 세인트

17.4%, 스위트가 10.9%, 카질이 8.7%, 호멜이 8.4%를 점유하고 있다.

1년 매출이 110억 달러에 이르는 세계 양돈산업 1위 업체인 스미스필드는 미국 26개 주와 전 세계 9개국에 작업장을 가지고 있으며, 전 세계적으로 57,000명을 고용하고 있다. 또한 스미스필드는 매년 1400만 두의 돼지를 직접 사육하고 있으며, 연간 2700만 두의 돼지를 도축하고 있다. 1년 동안 스미스필드가 생산하는 돼지고기는 무려 59억 파운드에 이른다. 또한 50개 이상 브랜드의 돼지고기 및 칠면조 고기 제품과 200개 이상의 고급 음식 제품을 판매하고 있다.³⁶⁾

멕시코에서 최초로 독감환자가 발생한 것으로 알려진 베라크루스 주의 라 글로리아 (La Gloria) 마을 근처에도 세계 최대의 다국적 양돈기업인 스미스필드의 돼지농장이 자리 잡고 있다. 스미스필드는 지난 2000년 돼지 분뇨를 농장 근처의 강에 불법으로 배출한 사실이 적발돼 미 대법원에서 1260만\$의 벌금을 납부하라는 판결을 받기도 했다. 라 글로리아 주민들은 “돼지농장에서 나오는 배설물과 파리 떼가 결국 문제를 일으켰다”고 주장하고 있다. 이러한 주장은 톰 필포트가 지난 4월 28일 “돼지독감 발생이 스미스 필드의 공장식 양돈농장과 관련이 있을 수 있다”는 글을 발표함으로써 널리 알려졌다.³⁷⁾

바솔로뮤 교회와 세인트바솔로뮤 병원이 세워지기도 했다.

36) Smithfield Foods(2009), 「About Smithfield Foods」 (<http://www.smithfieldfoods.com/>)

37) Tom Philpott(28 Apr 2009), 「Symptom: swine flu. Diagnosis: industrial agriculture?」, 《Grist food》 (<http://www.grist.org/article/2009-04-28-more-smithfield-swine/>)

미국 돼지고기 생산업체의 시장 점유율³⁸⁾

기업	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Smithfield	18.8	20.4	19.9	22.5	26.1	25.1	26.5
Tyson	17.6	17.7	18.0	18.0	18.5	17.7	17.4
Swift	10.5	10.2	10.7	11.5	10.8	10.8	10.9
Cargill	9.7	8.4	8.5	9.2	8.9	9.0	8.7
Hormel	8.0	8.0	7.0	6.9	7.0	7.0	8.4
상위 5개 업체 합계	64.6	64.7	64.1	68.1	71.3	69.8	71.9

공장식 양돈농장은 ‘과학축산’이라는 허울을 쓰고 좀 더 빨리 살을 찌우거나 더 많은 새끼 돼지를 생산하여 이윤 극대화하고 있는 것으로 악명 높다. 공장형 양돈농장에서 돼지의 평균 수명은 160~180일에 불과하다. 공장식 양돈농장에서 돼지는 가장 육질이 좋은 110kg으로 5~6개월 동안 비육하여 도축되며, 어미 돼지는 6~7차례 출산 후 번식 능력이 퇴화되는 3~4년에 도축이 된다. 현대 공장형 양돈업은 그 이상 돼지를 기르는 것은 사료비, 약값, 난방비, 인건비 등을 고려할 때 경제적인 낭비로 간주한다.

이윤을 극대화하기 위해 좁은 공간에 돼지를 밀집 사육하며, 감옥의 독방이나 다름없는 스톨(stall)에 가두어 놓는다. 특히 새끼에게 젖을 먹이는 어미돼지는 옆드린 자세에서 일어나 앉는 정도의 움직임만 가능하며, 사지를 쭉 펴고 눕거나 그 자리에 서서 한 바퀴 도는 정도의 기본적인 움직임조차도 불가능한 상황이다.

뿐만 아니라 어미 돼지의 유방을 보호하고 새끼 돼지들 사이의 싸움으로 부상을 입는 것을 방지하기 위한 목적으로 송곳니를 자르며, 갇혀서 사육당하는 스트레스로 인한 공격성의 표출로 꼬리를 물어뜯는 행위를 예방하기 위한 목적으로 꼬리를 자른다.

그리고 공장식 양돈농장은 밀집사육으로 인한 질병예방을 목적으로 다량의 항생제를 사료에 섞어서 먹이거나 질병치료를 목적으로 항생제를 빈번하게 사용하기 때문에 항생

38) 미국 육류수출협회(<http://www.usmef.co.kr>) 통계(해당 업체가 제공한 수치를 참조하여 미 농무부가 집계한 통계 자료. 미국 내 전체 돼지 도축두수 대비 업체별 돼지 도축두수 비율을 나타낸 것)

제 오남용 및 내성균 문제의 온상으로 지탄을 받고 있다. 게다가 공장식 양돈농장의 분뇨 문제는 심각한 환경문제를 일으키고 있다. 돼지 5만두를 사육하는 농장에서 하루 배출되는 분뇨양은 무려 227톤에 이른다. 양돈농장은 저절로 코를 막게 만드는 지독한 냄새, 구역질나는 구더기와 파리들, 농장주변의 하천, 우물, 바다, 토지를 오염시킴으로써 초래되는 엄청난 환경재앙 등으로 사회적 지탄을 받아 왔다.

올 2월 독감 유행 당시 스미스필드 양돈농장 인근의 라 글로리아 마을 주민 1800명 중 60% 가량이 독감에 감염되었으며, 3명의 어린이가 사망했다. 스미스필드나 베라크루스 주 당국은 그 관련성을 부인하고 있지만, 지난 5월 4일 돼지독감에 감염된 미국 내 거주 미국인 가운데 최초로 사망한 Judy Dominguez Trunnell의 남편인 Steven Trunnell은 텍사스주 정부에 미국 버지니아에서 본사를 둔 세계 최대의 다국적 양돈기업인 스미스필드 푸즈를 조사해달라는 청원서를 제출했다.³⁹⁾ 그의 부인은 33세로 특수학교 교사였다. 그녀는 임신 8개월에 돼지독감 바이러스에 감염되어 사망했다. 스티븐 트루넬씨는 스미스필드 농장에서 최초로 돼지 인플루엔자 감염증이 발병했으며, 이 양돈농장의 ‘끔찍하게 비위생적인’ 조건이 인플루엔자 바이러스 발병의 원인이었을 것으로 주장하고 있다.

이번 사례는 사법의 역사에서 아주 중요한 기록으로 남을 것으로 예상된다. 만일 스티븐 트루넬씨의 이번 법적 조치가 텍사스 주 정부당국에 의해 받아들여진다면 비의도적이고 부주의한 전염병 창출에 대해 기업의 책임을 따져 묻는 최초의 사례가 될 것이다.

2) 치료제와 백신 : 누가 얼마나 이윤을 가져가나?

2009년 돼지독감 대유행의 최대 수혜자는 항바이러스제(타미플루, 릴렌자)와 백신을 생산하는 거대 제약회사와 WHO라고 할 수 있다. 제약회사는 새로운 시장을 만들어 냈으며, WHO는 국제기구로서 자신의 존재감과 위상을 높이는 계기가 되었다.

과학계는 1990년 초까지 인플루엔자 대유행과 관련된 연구를 거의 하지 않았으나, 1992년부터 특허와 관련 연구가 급증하기 시작했다. 미국의 길리어드가 타미플루의 원료인 오셀타미비르(Oseltamivir)의 특허를 신청한 것은 1996년이다. 오셀타미바르는 중국

39) Bryan Walsh(2009), 「H1N1 Virus: The First Legal Action Targets a Pig Farm」, 《Time》, May. 15, 2009 (<http://www.time.com/time/health/article/0,8599,1898977,00.html?xid=rss-topstories>)

의 토착 향료식물인 ‘스타아니스(staranise)’란 나무에서 추출한 성분으로 개발되었다. 길리어드는 스위스의 다국적 제약회사 로슈에 특허사용권을 판매했으며, 로슈는 판매액의 14~22%를 길리어드에 로열티로 지불하고 있다.⁴⁰⁾

럼스펠드(Rumsfeld)는 1988년부터 길리어드 이사로 재직했으며, 1997년부터는 길리어드의 회장으로 최고경영자(CEO)가 되었다. 2001년 부시 행정부의 국방장관을 맡은 후 길리어드 회장에서 물러났지만 대주주 지위는 그대로 유지했다. 2005년 연방 고위공무원 재산공개 당시 그가 보유하고 있던 길리어드의 주식 가치는 최저 5백만\$에서 최고 2500만\$에 이르렀다. 부시 행정부에서 국무장관을 지냈던 조지 슐츠와 전 캘리포니아 주지사 피트 월슨의 부인도 길리어드의 이사 출신이었다.

그런데 2005년 7월 미 국방부는 전 세계에 주둔하고 있는 미군이 응급 시에 투약할 목적으로 5800백만 \$어치를 주문했다. 미 국방부의 대량주문으로 로슈는 급성장하기 시작했다. 2004년에 2억 5800만\$에 불과하던 타미플루 매출액은 2005년에 10억\$로 치솟았다. 당연히 럼스펠트와 조지 슐츠 전임 미 국무장관은 주식 부자의 반열에 오르게 되었다. 슐츠는 2005년에만 7백만\$ 이상의 길리어드 주식을 팔아치워 엄청난 수익을 남겼다.⁴¹⁾

40) Staff(2005), 「Roche, Gilead End Tamiflu Feud」, 《Red Herring》. November 16, 2005.
(<http://redherring.com/Home/14507>)

41) Nelson D. Schwartz(2005), 「Rumsfeld's growing stake in Tamiflu」, 《CNN》October 31, 2005.
(http://money.cnn.com/2005/10/31/news/newsmakers/fortune_rumsfeld/?source=aol_quote)

세계 10대 제약회사(매출액 기준, 2004)⁴²⁾

제약회사명	매출액(2004, 백만\$)	순익(2004, 백만\$)	순익 순위
1. fizer	46,133	11,361	1
2. GlaxoSmithKline	32,853	8,095	4
3. Sanofi-Aventis	32,208	10,122	2
4. Johnson & Johnson	22,128	8,509	3
5. Merck & Co.	21,494	5,813	5
6. AstraZeneca	21,426	3,813	8
7. F. Hoffman-La Roche	19,115	5,344	7
8. Novartis	18,497	5,767	6
9. Bristol-Meyers Squibb	15,482	2,381	9
10. Wyeth	13,964	1,234	10
총 계	243,300	62,439	

Source: Scrip's Pharmaceutical League Tables 2005 provided by PJB Publications; company profit data (not necessarily limited to pharma sales) from 2005 Fortune Global 500.

물론 길리어드로부터 독점 생산 및 판매권을 사들인 로슈도 엄청난 수익을 올렸다. 타미플루는 정부 비축용 항바이러스제 시장의 90%를 점유하고 있으며, 2007년 22억\$어치가 팔렸다. 로슈는 2004년 191억\$의 매출을 올려 세계 제약시장의 제7위였으나 올 3월에 바이오 제약업체의 선두주자 제넨텍을 인수하여 세계 제약시장의 제2위로 도약했다.⁴³⁾ 제넨텍은 유전자 조작(GM) 기술을 이용해 각종 약물을 생산하는 회사로 1978년 최초로 대장균에서 인슐린을 합성하는 데 성공한 것으로 유명하다.

로슈는 2009년 돼지독감 유행으로 상반기에만 9억 3800만\$ 어치의 타미플루를 판매했으며, 정부와 기업에 비축용으로 판매한 타미플루 판매액이 6억 1250만 \$에 이르렀다.

42) etc group(2006), 「Oligopoly Inc.2005」, p 2 (http://www.etcgroup.org/upload/publication/pdf_file/44)

43) Andrew Pollack(2009), 「Roche Agrees to Buy Genentech for \$46.8 Billion」, 《New York Times》, March 12, 2009 (<http://www.nytimes.com/2009/03/13/business/worldbusiness/13drugs.html?em>)

2009년 다국적 거대 제약회사들 간의 인수합병으로 제약시장의 판도가 변했는데, 세계 제1위의 제약회사는 와이어스를 인수한 화이자(2008년 기준 매출액 591억\$)이며, 세계 제3위의 제약회사는 세링-플라우를 인수한 머크(2008년 기준 매출액 396억\$)가 되었다.

로슈의 타미플루 판매는 2008년에 비해 2009년 상반기에 203% 성장했다. 타미플루의 엄청난 판매에 힘입어 로슈그룹 전체 판매액은 전 세계적인 경제위기 속에서도 무려 9.0% 성장을 기록했다.⁴⁴⁾ 돼지독감이 전 세계적으로 더욱 확산됨에 따라 하반기에는 타미플루의 수요가 더욱 늘어날 것이므로 그 판매액도 더욱 가파르게 상승할 것으로 예상된다. 로슈는 2010년까지 매년 현재 생산량의 약 4배 수준인 4억 팩을 생산할 계획을 밝힌 바 있다.

한편 글락소-스미스-클라인(GSK)은 얼마 전 연간 1억 9천만 팩까지 릴렌자를 생산하기 위한 시설증설을 발표했다. 2004년 매출액 기준으로 세계 제2위의 제약회사인 GSK는 인플루엔자 치료제인 릴렌자(자나미비르)를 독점 생산하고 있으며, 인플루엔자 백신도 생산하고 있다.

인플루엔자 백신 시장은 2007년부터 연평균 8.2%의 성장률 기록했다. 세계 7개 주요 시장에서 계절성 독감 백신을 포함한 인플루엔자 백신 시장은 2006년에 약 22억 달러에 불과했다. Frost&Sullivan이 최근 발표한 분석에 따르면 2007년 백신시장 매출액은 45억 달러를 기록 했는데 2014년에는 98억 5천만 달러에 도달할 것으로 추정됐다.⁴⁵⁾ 2009년 돼지독감의 대유행은 이러한 예상을 뛰어 넘는 전망들이 쏟아지고 있다. 증권가에서는 판데믹 백신 시장이 약 100억 달러 이상의 시장 규모 창출이 가능할 것으로 전망하고 있다.

그렇기 때문에 돼지독감 피해 예측을 과장하여 제약회사에 황금알을 낳아 줄 거위라고 할 수 있는 백신정책을 밀어붙이려 한다는 비판이 제기되고 있으며, 돼지독감 바이러스가 실험실 사고에 의해 누출되었다는 주장까지 나왔다.

캔버라에 소재한 호주국립대학교(Australian National University)에서 39년간 바이러스를 연구하다가 은퇴한 애드리언 깁스(Adrian Gibbs, 75세) 교수는 2009 돼지독감 바이러스의 유전자를 분석하여 추적해본 결과, 유정란을 이용하여 백신을 만드는 제약회사의 실험실에서 바이러스 유출 사고가 발생했다는 결론에 도달했다고 주장했다.⁴⁶⁾ 그는 로

44) AFP(2009), 「Swine flu boosts Tamiflu sales by 203pct: Roche」, 《AFP》, Thu Jul 23, 2009

45) 정은선(2009), 「2014년 백신시장 99억\$ 규모」, 《팜뉴스》, 2009.1.20.
(<http://koreavaccine.com/notice/read.php?code=news&no=843>)

46) Jason Gale, Simeon Bennett(2009), 「Swine Flu May Be Human Error, Scientist Says; WHO Probes Claim」, 《Bloomberg》, May 12, 2009.

슈의 타미플루를 개발하는데 공동연구자로 일했으며, 250편이 넘는 바이러스 연구 논문을 발표한 원로 과학자로 유명하다. 따라서 그의 이러한 주장은 아마추어의 단순한 음모론으로 무시할 수 없었다. 급기야 후쿠다 게이 지 WHO 사무차장이 직접 나서서 “돼지독감 바이러스는 실험실 사고와 무관하다.”는 해명 기자회견까지 하도록 만들었다.⁴⁷⁾ 이러한 해명에도 불구하고 김스 교수가 WHO 제출한 문서와 그에 대한 반론이 공개되지 않았기 때문에 인터넷 공간을 통하여 다양한 내용의 음모론이 계속 제기되고 있다.

사실 음모론은 돼지독감 대유행 전부터 벌써 유행하기 시작했다. 4월 28일, 시티 파딜라 수파리(Siti Fadilah Supari) 인도네시아 보건장관은 기자회견을 통해 “100% 확실할 순 없지만 돼지 인플루엔자 바이러스가 (선진국 제약회사들의 이익을 위해) 인위적으로 만들어졌을 수도 있다”는 주장을 공개적으로 제기하였다.⁴⁸⁾ 그는 올해 봄 『세계가 바뀌어야 할 때: 조류독감 뒤의 신의 손』라는 제목의 책을 출간하여 조류 독감 바이러스 샘플을 공유하지 않는 미국 등을 비판하며 백신 개발 배후에 숨겨져 있는 세계보건기구(WHO)와 미국 등 강대국의 음모론을 지속적으로 제기해왔다. 물론 음모론은 사실 여부를 확인하기 곤란하며, 구체적 근거를 통해 그러한 주장이 사실로 입증된 적도 거의 없다.

이러한 음모론이 돼지 독감 바이러스보다 더 빨리 퍼져 나가는 동안 국내의 백신시장은 더욱 급성장할 것으로 예상된다. 증권가에서는 돼지독감(신종플루) 백신 단가를 현재 독감백신 단가 대비 약 1.5~2.5배의 가격으로 가정할 경우 창출될 수 있는 시장 규모는 약 750억~1260억 원에 이를 것으로 예상했다.⁴⁹⁾

그리스, 네덜란드, 캐나다, 이스라엘 등은 전 국민이 2회 접종할 수 있는 분량의 백신을 확보했다. 독일, 미국, 영국, 프랑스 등은 전체 인구의 30~78%에 접종할 수 있는 분량의 백신을 주문했다. 반면 한국의 백신 비축량은 현재 전 국민 대비 약 0.08% 수준에

(<http://www.bloomberg.com/apps/news?pid=20601087&sid=afdrATVXPEAk&refer=home>)

47) Donald G. McNeil Jr(2009), 「Swine Flu Not an Accident From a Lab, W.H.O. Says」, 《The New York Times》, May 14, 2009.

(<http://www.nytimes.com/2009/05/15/health/policy/15flu.html>)

48) AFP(2009), 「Swine flu could be man-made」, 《AFP》, April 28, 2009

49) 광도훈(2009), 「녹십자, 1200억원대 국내 신종플루 백신시장 ‘독주」, 《이투데이》, 2009.6.8

(<http://www.etoday.kr/news/section/newsview.php?TM=news&SM=0401&idxno=233251>)

불과한 상황이다.

이명박 정부는 올 11월~12월에 GSK 캐나다 제조시설로부터 300만 도즈의 돼지독감 백신을 수입하기로 했으며, 녹십자 전남 화순 공장에서 700만 도즈를 연내에 생산할 계획이다. 그런데 보건당국이 발표한 우선 접종 대상자만 1336만 명(인구의 27%)에 이르기 때문에 우선 접종 대상자에게 기본 2회 투여할 백신은 2672만 도즈에 달한다. 이러한 문제를 해결하기 위해 보건당국은 녹십자가 내년 2월까지 추가 생산 가능한 백신 500만 도즈에 항원보강제를 사용하여 백신 항원의 양과 접종 횟수를 2회에서 1회로 줄이는 방안을 제시하고 있다. 항원보강제 사용은 백신 부작용 등의 안전성 문제와 백신의 효과가 떨어질 우려가 있다는 점 때문에 현재 논란이 일고 있다.

한편 전 세계적으로 안전성 검사를 대폭 생략하고 직접 사람을 대상으로 임상실험 하듯이 긴급하게 돼지 독감 백신을 주사할 경우 1970년대 말 미국에서처럼 임신한 여성이나 어린이에게서 길랭-바레 증후군(Guillain - Barré Syndrome) 같은 부작용이 발생하여 많은 사람이 목숨을 잃는 불행한 사태가 일어날 위험도 있다.⁵⁰⁾ 1976년 미국 정부는 4500만 명의 국민들에게 돼지독감 예방주사를 접종했다. 그런데 그 중 500명에게서 말초신경 장애를 초래하는 드문 질환인 길랭-바레 증후군이 나타났다. 결국 25명이 호흡과 관련된 흉부근육이 마비되어 산소부족으로 사망하고 말았다. 당시 미국에서 돼지독감으로 사망한 사람은 1명에 불과했지만, 돼지독감 예방주사 부작용으로 사망한 사람은 25명이나 되었다.

4. 21세기 전염병 대재앙을 막기 위한 대응 : 전 지구적 협력과 노력 필요

2008년 기준으로 68억에 이르는 세계인구의 약 50% 가량이 도시에 거주하고 있다. 현재의 도시화 추세가 지속된다면 중국의 경우 향후 10년 내에 인구의 절반 이상인 8억 5천만 명이 도시에서 살게 될 것이다. 도시로 인구가 집중하게 되면 슬럼지역이 형성되며 심각한 건강문제가 발생한다.⁵¹⁾

50) Simon Cox(2009), 「Flu jabs not tested on children」, 《BBC》, 6 August 2009 (<http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/8185897.stm>)

51) Ronak B. Patel, Thomas F. Burke(2009), 「Urbanization - An Emerging Humanitarian Disaster」, 《The

전 세계 68억 인구의 80%는 제3세계 122개국에게 거주하고 있다. 유엔 식량농업기구(FAO)에 따르면, 2009년 전 세계 기아인구는 10억 2000만 명으로 추정된다.⁵²⁾ 2003년~2005년 8억 4800만 명 수준이던 기아인구가 2008년에 9억 2300만 명으로 늘어났으며, 2009년에는 처음으로 10억 명을 넘어섰다. 최근 기아인구가 급격하게 증가한 이유는 식량생산량이 감소했기 때문이 아니며, 세계경제위기로 인해 수입이 줄어들고 실업률이 증가했기 때문이다. 이러한 인위적인 재앙에 의해 식량가격은 폭등했으며, 빈부격차는 더욱 벌어졌다. 그 결과 2008년만 하더라도 식량폭동이 발생한 나라가 30개국이 넘었다.

기아인구 10억 명 중 무려 9억 1500만 명이 개발도상국에 살고 있다. 그 내용을 좀 더 구체적으로 살펴보면, 6억 4200만 명은 아시아-태평양 지역에 거주하며, 2억 6500만 명은 사하라 사막 이남의 아프리카 지역에 살고 있으며, 5300만 명은 라틴 아메리카와 카리브해 연안 지역에 삶의 터전이 있으며, 4200만 명은 중동과 북아프리카 지역의 주민이다.⁵³⁾

2003년~2005년 기아인구의 65%가 인도, 중국, 콩고, 방글라데시, 인도네시아, 파키스탄, 에티오피아 등 단 7개국에 살고 있다. 뿐만 아니라 매일 25,000명이 굶거나 기아와 관련된 원인 때문에 죽는다.⁵⁴⁾ 특히 어린이들의 경우는 굶주림이나 그와 관련된 원인에 6초 마다 1명씩 죽어가고 있다.⁵⁵⁾

기아 문제뿐만 아니라 흡연에 의한 사망도 심각하다. 세계폐재단(WLF)과 미국암학회(ACS)는 최근 『담배지표도(The Tobacco Atlas)』 3판에서 “2009년 550만 명이 흡연에 따른 질환으로 사망할 것으로 예상한다.”고 밝혔다.⁵⁶⁾

2008년 에이즈(HIV/AIDS) 감염 환자 중에서 180만 명~230만 명(평균 200만 명)이 사

New England Journal of Medicine >> vol.361, Aug 20 2009, pp.741-743.

(<http://content.nejm.org/cgi/reprint/361/8/741.pdf>)

52) FAO(2009), 「1.02 billion people hungry」, 19 June 2009.

53) WFP(2009), 「Who are the hungry?」(<http://www.wfp.org/hunger/who-are>)

54) FAO(2008), 『The State of Food Insecurity in the World』.
(<http://www.fao.org/docrep/011/i0291e/i0291e00.htm>)

55) FAO(2004), 『The State of Food Insecurity in the World』.
(<http://www.fao.org/docrep/007/y5650e/y5650e00.htm>)

56) The American Cancer Society and World Lung Foundation(2009), 『The Tobacco Atlas』 Third Edition, August 25, 2009

망한 것으로 추정된다. 특히 전체 사망자의 75%에 해당하는 150만 명이 사하라 이남의 아프리카 지역에서 사망했으며, 약 27만 명의 어린이들이 에이즈로 목숨을 잃었다.⁵⁷⁾

세계보건기구의 통계에 따르면, 2006년 말라리아로 사망한 사람이 61만 명~121만 2천 명(평균 88만 1천명)으로 추정된다. 전체 사망자의 91%에 해당하는 80만 1천 명이 아프리카 지역 주민이며, 사망자의 85%는 5세 이하의 어린이로 밝혀졌다.⁵⁸⁾

뿐만 아니라 결핵도 많은 사람들의 생명을 앗아가고 있다. 2007년 AIDS에 감염되지 않은 132만 명의 사람들이 결핵으로 사망하였으며, AIDS 감염자 중에서 45만 6천 명이 추가로 결핵에 걸려 사망했다.⁵⁹⁾

이러한 상황 속에서 동남아시아, 사하라 이남의 아프리카, 북한, 남미 등 제3세계 가난한 국가들은 대규모의 재정을 투입해 다국적 거대 제약회사들로부터 항바이러스제 및 돼지독감 백신을 구입하여 비축할 여력이 거의 없는 실정이다.

그런데도 2009 돼지독감 대유행으로 막대한 이윤을 누리고 있는 노바티스 같은 제약 회사는 제 3세계 개발도상국의 가난한 사람들을 위해 독감백신을 기부해달라는 WHO의 요구를 거부했다.⁶⁰⁾ 생명보다 이윤을 앞세우는 노바티스의 이러한 태도를 통해 의료가 상업화될 경우 어떠한 폐해가 나타나는지를 알 수 있다. 노바티스는 한국 정부와 희귀의약품 글리벡의 약값을 협상하면서 자신들이 제시한 가격을 받아들이지 않을 경우 글리벡 판매를 중단하고 철수할 것이라고 압박함으로써 백혈병 환자들의 생명을 담보로 지나친 이윤을 추구한다는 비판을 받기도 했다.

2009 돼지 독감 대유행을 이용하여 몇몇 다국적 거대 제약기업, 소수 강대국과 국제기구 등이 ‘황금 독감시대’를 향유하는 불행한 사태가 발생하지 않기 위해서는 2009 독감 대유행의 원인을 명확하게 규명해야 것이 최우선적으로 필요하다. 원인이 확실하게 밝

57) UNAIDS/WHO(2008), 「2008 Report on the global AIDS epidemic」, July 2008

58) WHO(2008), 「World Malaria Report 2008」, October 20 2008, p.12
(<http://apps.who.int/malaria/wmr2008/malaria2008.pdf>)

59) WHO(2009), 「Global tuberculosis control - epidemiology, strategy, financing」, p.12
(http://www.who.int/entity/tb/publications/global_report/2009/pdf/full_report.pdf)
한국의 경우도 결핵으로 인한 사망자가 2004년 2,948명, 2005년 2,893명, 2006년 2,733명 등 OECD 국가 중 결핵 발병율과 사망률이 가장 높은 편에 속한다.

60) Andrew Jack(2009), 「Novartis rejects call for vaccine donations」, 《Financial Times》 June 14 2009.
(http://www.ft.com/cms/s/0/875066ae-5902-11de-80b3-00144feabdc0.html?nclick_check=1)

허져야 과학적 위험평가에 기초하여 적절한 대비책을 세울 수 있다. 대중들에게 위험정보를 투명하게 공개해야 불확실성에 기인한 대중들의 공포를 완화시킬 수 있으며, 우선순위에 따라 한정된 자원을 적재적소에 배분할 수 있다.

만일 WHO나 각국 정부의 인플루엔자 대유행 위험예측이 현실화될 가능성이 높다고 한다면 ‘강제실시’를 통한 치료제와 백신 확보를 WHO 차원에서 고민해야 할 것이다. 반면 위험예측이 과장되었다면 기아, HIV/AIDS, 말라리아, 결핵, 흡연 등의 더 긴급한 사안에 재정을 투입하는 것이 바람직할 것이다.

국내에서도 공공의 이익을 위해 특히 필요한 경우 특허청에 강제실시 청구를 할 수 있도록 규정한 「특허법」 제107조 제1항 제3호⁶¹⁾, 공중보건, 특히 의약품의 접근성 증진을 위해 개별 국가들이 강제실시 여부를 결정할 수 있음을 인정하고 있는 세계무역기구(WTO) 무역관련지적재산권협정(Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights, TRIPs협정) 제31조, 회원국은 강제실시권을 부여할 권리를 가지며 강제실시권을 부여할 사유를 결정할 자유가 있음을 인정한 TRIPs 협정과 공중보건에 관한 선언문(Declaring on the TRIPs Agreement and Public Health, WTO 각료회의 특별선언문) 및 사회권규약 제12조와 사회권위원회 일반논평 14와 「헌법」 제36조 제3항에 근거하여 항바이러스제와 백신의 강제실시 여부를 신중하게 결정해야 할 것이다. 최근 국가인권위원회는 이러한 국내법 및 국제법 조항에 근거하여 HIV/AIDS의 치료약 푸제온에 관한 강제실시에 관한 의견표명을 하기도 했다.⁶²⁾

전염병의 원인체인 세균이나 바이러스 같은 미생물들은 인류보다도 더 오랜 진화의 역사를 가지고 있으며, 인간과 미생물은 오랜 기간 동안 상호적응을 하면서 환경 속에서 공존해왔다.

그런데 산업혁명 이후 급격한 도시화와 기술 발달에 의해 인구가 도시에 집중되고, 비행기와 고속열차 등을 통한 인적·물적 교류가 활발해짐에 따라 전염병의 세계화가 급속도로 진행되었다. 현재 우리가 살고 있는 세상은 생태계 파괴로 인한 기후변화, 가

61) 정부의 강제실시요건을 전쟁이나 이에 준하는 비상상황으로 매우 좁게 규정하고 있는 한국의 현행 특허법을 개정할 필요성도 있다. 특허의 정부사용의 경우에는 비상업적 공익적 목적일 경우 일단 특허를 사용한 후 특허권자에게 그 사용료를 지불하면 된다. 따라서 특허의 일시정지가 아니기 때문에 특허권자의 특허를 침해할 우려도 없으며, 미국 정부도 이러한 특허의 정부사용을 전 세계에서 가장 빈번하게 채택하고 있다.

62) 국가인권위원회(2009), 「푸제온 관련 특허발명의 강제실시에 대한 의견표명」, 2009.6.15

뭍·폭염·홍수·지진 등의 자연재해, 초국적 거대기업 중심의 공장식 축산업, 전쟁과 내란 등 사회적 혼란, 지나친 신자유주의적 이윤 추구로 인한 경제위기, 이러한 모든 문제들이 결합되어 발생한 가난과 기아 등으로 인해 전염병 방어체계가 붕괴되어 새로운 전염병들이 계속 창궐하고 있는 상황이다.

식량생산량의 부족 때문에 기아문제가 발생하는 것이 아니듯이 2009 돼지독감 대재앙도 과학기술의 미발달이나 치료약 및 예방약의 부족 때문에 발생하는 것이 아닐 것이다. 21세기 전염병 대재앙은 인간의 손에 의해 만들어진 재앙일 가능성이 높으며, 이러한 대재앙을 막기 위해서는 인류 전체가 현재와 같은 삶의 방식에 대한 근본적 성찰과 전 지구적 협력과 노력이 필요하다고 생각한다.



신종플루 관련 정부대응 평가 및 대안

우 석 균
보건의료단체연합

2

주제발표

신종 인플루엔자에 대한 정부 대책의 문제점과 대안

우 석 균 (보건의료단체연합 정책실장)

1. 서

전염병의 대유행은 한 사회의 보건의료체계와 사회안전망, 나아가 한 사회의 건전성에 대한 시험대로서 기능할 때가 많다. 최근의 신종 인플루엔자(이하 신종플루) 사태에서도 우리는 한국사회의 보건의료체계와 사회안전망의 취약성과 그리고 나아가 한국사회의 시스템의 취약성을 거의 매일 목도하고 있다.

2000년대 초부터 계속된 신종인플루엔자의 세계적 대유행에 대한 경고에 따른, 2005년부터 비축하라고 세계보건기구에서 권고한 한 항바이러스제 비축량은 정부 스스로가 설정한 목표량인 20%는커녕 아직 인구의 5%수준이며 백신생산시설이나 준비 정도도 마찬가지이다. 어떤 면에서는 더 중요하다고 할 수 있는 의료대응체계는 이른바 ‘455개 거점병원’이라는 곳의 현실에서 드러나듯 혼란 그 자체이다. 국민들의 불안을 해소해주어야 할 정부의 신종플루에 대한 홍보는 부족했고 정부관계자는 대책의 정당성 홍보에 급급했다. 사회적 대책은 한마디로 무대책이거나 7-80년대식 대처라고 보이지 않는다. 대표적으로 등교하는 학생들 전체를 줄 세워놓고 열은 재는 것은 학생들이 스스로 자신의 증상에 대해 이야기하지 않는다는 사실을 전제로 한 것으로 전시행정, 반인권적 행정에 다름 아니었고 그 효과도 사실상 전무한 것이었다.

한마디로 신종플루 사태에 대한 한국정부의 대처는 지금까지 낙제점으로 밖에 볼 수 없다. 지금까지의 신종플루 대처는 한국의 전염병 방역체계, 보건의료체계, 사회안전망의 후진성을 그대로 보여주고 있고 이는 건강권과 안전할 권리에 대한 한국 정부의 후진적 인식과 정책을 그대로 반영하는 것으로 보인다. 이는 한국사회에서의 인권으로서의 건강권과 안전할 권리가 지켜지지 못하고 있음을 그대로 드러내고 있다.

이 글은 현재 한국정부가 신종플루대책으로 세우고 있는 대책들에 대해 비판적으로 고찰하고 이에 대한 대안적 대책을 찾아봄으로서 건강권과 안전할 권리를 신장시키고자 하는데 그 목적이 있다. 정부의 대책을 시기적으로 살펴보고 이를 체계적으로 비판하는 것이 체계적 고찰을 위해 필요하겠으나 주어진 시간이 짧아 주요 사항별로 간략한 평가만을 하게되었다. 신종플루사태는 앞으로 일정기간 계속 될 것으로 예상되기에 추후 보다 상세한 평가를 할 시간이 주어지기를 기대한다. 여기에서 논하고 있는 논점들과 자료들은 보건의료단체연합 정책위원회에서의 토론 내용과 준비된 자료들에 크게 빚지고 있으며 그 외 사회단체들의 논의에서도 도움을 받았다. 보건의료단체연합회의 자료들은 가능한 각주로 그 출처를 밝혔다.

2. 한국 정부 알고도 준비하지 않았다.

2006년 8월 한국정부는 보건복지부와 질병관리본부 명의로 “신종인플루엔자 대비·대응계획”⁶³⁾이라는 문서를 발간한다. 이 문서에는 세계보건기구의 지침에 따른 한국의 2006년 당시의 대비계획이 나름대로 상세하게 정리되어 있다.

이 문서는 문서의 목적을 “인플루엔자 대유행에 대비하여 광범위하고도 통합적인 대응을 체계적으로 수행하기 위한 우리 정부의 기본방침(National Framework)을 정하고 자 함”이라고 서술하면서 상황에 대한 설명과 “우리 정부가 사전 준비하여야 할 사항”과 “대유행 위기 단계별로 취하여야 할 조치”를 설명하고 있다. 예를 들어 인플루엔자 대비의 중요성에 대해 이 문서는 다음과 같이 서술한다.

63) 보건복지부, 질병관리본부. “신종 인플루엔자 대유행 대비·대응 계획 2006.8”

③ 인플루엔자 대유행 대비의 중요성

가. 세계적인 인플루엔자 대유행 대비 현황

- 세계보건기구(이하 WHO)는 각국에 인플루엔자 대유행에 대한 국가적 대비를 강력히 촉구하는 한편, 2005년 5월에는 기존의 대유행단계와 지침을 대폭 수정한 대유행지침을 발표하였으며, 이에 따라 세계 각국은 자국의 상황에 맞는 대유행 지침을 만들고 대비를 서두르고 있음
- 인플루엔자 대유행은 전세계적인 문제로, 이미 많은 나라들은 오래 전부터 이에 대한 대비를 하여왔음

나. 인플루엔자 대유행 피해의 최소화

- 인플루엔자 대유행은 갑작스럽게 출현, 매우 빠른 속도로 전세계에 큰 피해를 끼쳐왔는데 그 피해정도는 대유행을 야기한 바이러스의 감염력, 병원성, 독력, 그리고 사회의 준비정도에 따라서 달랐음
- 과거에 비해서 의학의 비약적 발전, 예방접종기술의 발전, 항바이러스제의 사용 등이 좋아진 점이지만, 환자의 급증에 따른 의료자원은 여전히 부족하며, 대유행전까지 예방백신의 개발이 어려운 점, 항바이러스제의 비축과 사용에 제한이 있다는 문제를 극복하지 못하고 있음
- 여기에 도시화로 인한 인구밀집도 증가, 노인인구의 증가, 교통 및 국제적 교류 증가로 인한 전파속도의 증가, 만성질환을 가진 인구비율의 증가로 인해 대유행시 더 큰 피해를 가져올 수 있음
- 대유행 단계별로 필요한 활동을 미리 계획하고 자원을 확보함으로써 대유행 단계별로 필요한 방역조치를 즉각적으로 시행함으로써 환자발생과 사망자 발생을 최소화할 수 있음
- 사회전반에 예상되는 피해에 대한 대비를 통해서 대유행시에도 경제활동의 유지와 기업 활동을 통한 사회경제적 피해의 최소화

이 문서에서는 세계보건기구의 대유행단계와 우리나라의 대유행단계를 구분하고(각각 6단계), 국내전문가 10인에 의한 기본데이터 산정과 FluAid 2.0 모형에 따라 대유행시 피해추계를 낸 후 각 분야별 계획을 통해 대유행시 통제 및 관리, 위해 정보공유공유

및 의사소통, 감시, 의료서비스제공, 백신 및 항바이러스제, 공중보건조치, 교육 및 연구 등 6개 분야별로 준비해야 할 내용을 적시하고 각 단계별 대응계획을 수립해 놓고 있다. 문제는 대비계획이 없었던 것이 아니다. 정작 문제는 정부가 이러한 계획대로 준비를 하지 않았다는 것이다.

예를 들어 항바이러스제에 대해서 2006년 당시 자문위원회가 이미 “약 천만명분의 항바이러스제 비축의 필요성을 제안한 바 있음”이라고 명시한다. (표 1)

표 1 2006년 정부 신종인플루엔자 대응대비계획 항바이러스제 비축권고안

- 대유행 6단계(일반인구에서 유행)의 우선 투약 대상자
 - 대유행 6단계는 일반 인구 사이에서 유행하므로 항바이러스제 부족이 예상되며 이시기는 확보되어 있는 항바이러스제 양에 따라 우선순위별로 투약함
 - 인플루엔자 자문위원회는 표 33과 같이 우선순위를 권고하였으며, 대유행시 치료에 따른 소요량 약 820만명분과 대유행경보기(제 3~5단계)에 발생할 수 있는 예방투약 등 수요를 감안하여 약 천만명의 항바이러스제 비축의 필요성을 제안한 바 있음

또한 백신문제에 대해서도 최소한 약 1,300만명분의 백신의 확보를 권고하였고 우선순위가 고려될 경우 법적·윤리적 문제까지 있을 수 있음을 인지하였음을 보여준다.(표 2)

표 2 2006년 정부 신종인플루엔자 대비·대응계획의 백신접종 우선순위 안

표29. 백신 접종 우선 순위 안		
구 분	투 약 근 거	세 부 내 용
의료인 및 초 동대응요원	<ul style="list-style-type: none"> · 의료인은 감염의 최고 위험집단이며 환자에게 전파시킬 수 있음 · 의료인은 필수 서비스 제공인력임 · 건강한 의료인은 사망률 감소를 위한 환자의 치료에 필수적임 	<ul style="list-style-type: none"> · 의료인(병의원 종사자) · 1차 대응요원(환자관리, 격리, 역학조사, 검역) · 요양시설 종사자 · 119구급대
필수서비스 유지 인력	<ul style="list-style-type: none"> · 필수 서비스 유지 	<ul style="list-style-type: none"> · 경찰, 소방공무원, 전력 및 수도 공급 인력 · 통신 및 언론 종사자, 교통 및 수송 인력 · 필수행정요원(지방직 공무원 포함), · 군대 · 장의사 및 장제서비스종사자
고 위 험 집 단	<ul style="list-style-type: none"> · 환자발생과 사망 감소 · 환자발생감소로 의료서비스 요구 감소 	<ul style="list-style-type: none"> · 요양시설 수용자, 기저질환자(심폐질환 등), · 임신부, 6-23개월 유아
기 타	<ul style="list-style-type: none"> · 전파를 일으키는 주요 집단으로 전파차단 	<ul style="list-style-type: none"> · 건강한 2-18세 청소년 및 소아 · 건강한 성인

이 뿐만이 아니다. 거점병원의 준비 및 교육은 물론 격리병상, 격리중환자실까지 준비 사항으로 되어있고 정부홍보의 중요성, 사회적 대응책 문제 등 생각할 수 있는 여러 방안들이 이미 서술되어있다. 즉 백신과 항바이러스 치료제는 물론 여러 대응체계를 미리 갖출 수 있었다는 것이 을 미리 준비할 수 있었다는 것이 정부의 신종인플루엔자 대비·대응계획에 잘 드러나고 있다.

다시 말하면 한국사회의 신종 인플루엔자에 대한 준비부족사태는 자연재해에 의한 어쩔 수 없는 성격의 것이 아니라 준비를 하지 못한 인재다.

3. 항바이러스 치료제와 백신준비에 있어 정부 대응의 문제

정부 대응책의 문제점을 보다 상세히 지적해보면 다음과 같다.

(1) 타미플루 등 항바이러스제의 비축 부족으로 인한 신종 플루 대응전략의 혼란

1) 항바이러스제 비축의 중요성

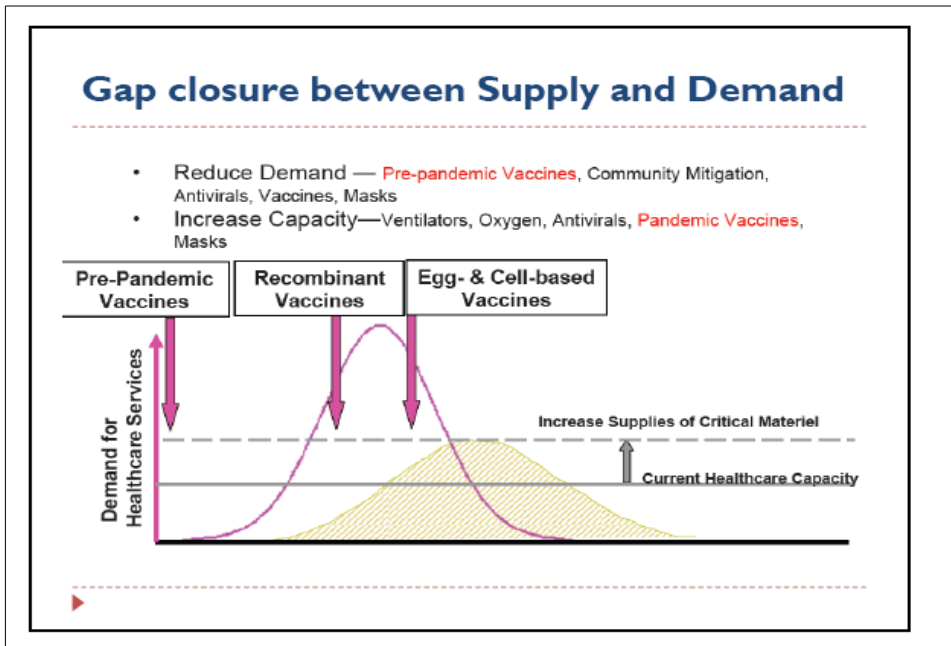
항바이러스제의 용도는 정부의 대응계획에서도 지적하듯이 단지 치료목적이 아니라 환자와 접촉한 의료인 및 지역주민과의 화학적 예방도 포함된다. (표 3)

표 3 2006년 정부 “신종 인플루엔자 대비·대응 계획” 대유행시 항바이러스 투약 우선순위

<p>나. 국내에서 발생한 경우</p> <ul style="list-style-type: none">○ 대유행 1단계 ~ 3단계의 투약대상자<ul style="list-style-type: none">- 환자나 의심환자의 치료- 환자나 의심환자와 직접 접촉한 역학조사자, 검역 등 방역관계자, 의료인의 화학적 예방- 감염된 동물과의 접촉자(살처분자 포함)의 화학적 예방- 기타 역학적으로 연관된 노출자의 화학적 예방○ 대유행 4~5단계와 6단계 초기까지의 투약대상자<ul style="list-style-type: none">- 환자나 의심환자의 치료- 환자나 의심환자와 직접 접촉한 역학조사자, 검역 등 방역관계자, 의료인의 화학적 예방- 감염된 동물과의 접촉자(살처분자 포함)의 화학적 예방- 기타 역학적으로 연관된 노출자의 화학적 예방- 지역봉쇄를 위한 지역내 주민과 접촉자의 화학적 예방(필요하다는 충분한 증거가 있는 경우에만 해당) <p>※ 이 시기에 만약 유형의 집락이 지역적으로 국소되어 있고, 타 지역으로의 전파가 지극히 제한되어 있으며, 인플루엔자 바이러스의 감염력이 충분히 낮아, 지역봉쇄로 대유행 출현을 막거나 확산 속도를 늦출 수 있다고 판단되는 경우 초동대응을 위한 지역봉쇄 및 항바이러스제 투여를 고려할 수 있음</p>

이러한 항바이러스제의 예방적 목적의 사용은 신종 인플루엔자의 대유행시 예방백신의 생산이 4-6개월 걸릴 것으로 예상되는 상황에서 전염병의 속도가 이 백신 생산보다 빠를 것이라는 예측 때문에 중요하다. 인구대상으로 대량으로 백신을 접종할 수 있는 시기가 대체로 전염병의 1차 파고가 지나간 시점일 것이라는 점, 그리고 한국의 경우 백신 생산에 있어 백신을 통한 pre-pandemic vaccine 등의 전략을 사용할 수 없어 유행의 정점에 도달할 때 까지는 사회적 거리와 개인위생 등의 방법과 항바이러스제의 사용밖에는 선택할 대응전략이 없기 때문이다.(표 4)⁶⁴⁾

표 4 인플루엔자 대유행시 의료공급과 수요격차 및 이를 줄이는 방법



64) 신종 인플루엔자 현황 및 대응방안, 고대 의대 천병철, 2009

표 5 항바이러스제의 효용

항바이러스제 Antiviral drugs
<ul style="list-style-type: none">▶ 타미플루(Oseltamivir)가 현재 WHO에서 권장하는 치료제▶ 예방효과도 있기 때문에 필요 시 단기간 처방가능▶ 대유행시 백신이 나오기까지 가장 현실적인 대응방안

간단히 말해 어느 때나 가능한 방법을 제외하고는 대유행시 준비할 수 있는 보건의료적 대응으로는 의료자원을 늘이거나 항바이러스제의 준비외에는 다른 방법이 없다는 것이다. 천병철은 이에 대해 대유행시 백신이 나오기까지 가장 현실적인 대응방안이라고 요약한 바 있다.(표 5)

2) 항바이러스제 비축의 부족으로 인한 정부 신종플루 대응책의 혼란

주지하다시피 한국정부는 충분한 준비시간이 있었음에도 불구하고 항바이러스제를 준비하지 못했다. 이는 다음의 몇 가지 점에서 한국정부가 변명의 여지가 없다.

우선 정부는 목표 비축량에 대해서는 부족하지만 이번 신종플루 사태에 대응하는 것으로는 비축량이 충분하였기 때문에 문제가 없는 것처럼 이야기한다. 그러나 타미플루 등의 항바이러스제의 부족은 신종플루 대응전략의 선택을 협소화했고 혼란을 초래했음이 분명하다.

첫째 예방적 목적으로 항바이러스제를 사용할 여지를 매우 좁혔다. 즉 충분한 항바이러스제를 확보하지 못했을 경우 치료제로서 사용하기 위해 예방적 목적으로의 사용을 제한하게 만들었다는 것이다. 비축량 부족은 한국정부가 8월 21일 항바이러스제 사용 지침을 바꾸어 예방적 목적으로의 사용을 대폭제한 하였던 것에 영향을 미쳤던 것으로 보인다.

이는 영국 정부가 예방적 목적으로의 사용을 제한하지 않고 지역적 차단목적으로도 사용하였던 것과는 대조를 이룬다. 영국정부의 경우 타미플루를 의사의 직접적 진단 없이 소프트웨어를 통해 진단하고 타미플루 처방을 발행했다⁶⁵⁾. 이는 영국정부가 타미플루를 이번 신종 인플루엔자 사태 이전에 타미플루 등의 항바이러스제를 인구대비 50% 비축하고 4월 이후에 비축량을 인구대비 80%까지 늘이는 등 충분한 비축량을 확보한 것에 근거한 것이다. 이 때문에 영국에서는 7월 말 이후 타미플루 처방이 급증했고 이 때문에 타미플루의 공격적 사용에 대한 남용가능성에 대한 논쟁까지 진행되었다. 영국의 경우 남용가능성이 문제가 된 상황에서 한국정부는 영국의 비축량의 1/10에 불과한 비축량 때문에 타미플루의 예방적 사용을 제한하는 조치까지 취해졌던 것이다.

둘째 신종플루 대비전략이 갈팡질팡하는 혼란을 초래했다. 초기의 타미플루 사용지침은 광범위한 사용이었다가 8월 21일로 예방적 목적 사용이 대폭 제한되었다. 그러나 지난 주말 이 지침이 다시 바뀌어 예방적 목적의 타미플루 사용이 일부 확대되었으며 예방적 목적의 사용이 더 확대되어 지역적 확산 차단의 사용까지 고려되고 있다.

이는 정부가 8월 21일부터 지난주까지 타미플루의 예방적 목적을 제한했던 지침과 비교해보았을 때 분명한 혼란으로 보인다. 지금까지 신종플루는 지속적으로 확산되어 왔을 뿐 정부지침이 달라질 이유가 없었기 때문이다. 이러한 혼란은 타미플루 비축량 부족으로 한국정부가 신종플루를 대처함에 있어 한계를 가질 수밖에 없음을 보여주는 것이고 이로 인한 환자의 추가발생이나 사망자의 추가발생 가능성은 당연히 정부의 책임이다.

3) 항바이러스제의 부족을 해결하려는 정부의 노력 부족

정부는 또한 이러한 혼란을 초래한 항바이러스제의 부족사태에 대해 취할 수 있는 충분한 조치를 취하지 않았다.

첫째 정부는 2005년부터 항바이러스제가 부족하다는 전문가들의 경고에도 불구하고 아무런 조치를 취하지 않았다.

둘째 정부는 올해 4월 항바이러스제의 부족이 시급한 현안이 되었음에도 이에 대한 적극적 확보노력을 게을리 했다. 올해 4월 신종플루가 전세계적 대유행이 될 것이라는 세계보건기구 등 여러 기구의 경고가 있었고 다른 나라 정부들은 이미 인구대비 30-50%의 비축량을 더 늘리기 위해 노력했다. 이는 신종 인플루엔자의 사망률이 매우

65) www.direct.gov.uk

높다는 초기 보고가 있었던 상황에서 매우 시급한 문제였다. 그러나 한국정부는 일상적인 주문만 냈을 뿐 충분한 비축량을 확보하려는 노력을 기울이지 않았다. 그 결과 현재도 한국의 비축량은 4% 정도에 불과한 190만 명 분일 뿐이다.

그림 1 현재 항바이러스제 비축현황 (곽정숙 의원실)

○ 항바이러스제 국가 비축현황

(‘09.08.31. 기준 / 단위: 명분)

구분		구매	불출	잔고
타미플루	75mg	1,882,000	389,671	1,492,329
	45mg	88,000	26,157	61,843
	30mg	87,000	26,760	60,240
	소계	2,057,000	442,588	1,614,412
렘렌자		486,000	148,905	337,095
총계		2,543,000	591,493	1,951,507

셋째 정부는 타미플루의 확보에 대해 “특허권의 정부 사용”등의 강제특허시행을 하지 않고 있다.

현재 타미플루의 부족은 앞서서도 살펴보았듯이 이미 정부의 신종플루 대응에 있어 혼란을 초래하고 있다. 상황이 이러한데도 정부가 타미플루의 부족은 없으니 문제가 없다고 말할 상황이 아니라는 것이다. 그런데도 정부는 특허권의 정부 사용을 시행할 생각을 하지 않고 있다. 보건의료단체연합 등의 시민단체는 2005년부터 그리고 올해 4월에 정부에게 신종플루 강제실시, 특히 정부의 특허권 강제사용을 요구한 바 있다. 그러나 이에 대해 정부는 그때도 지금도 강제실시에 대해 납득할 수 없는 수준의 답변만을 내놓으면서 문제를 해결하지 못하고 있다.

4) 타미플루 특허권의 정부사용에 대한 정부의 거짓말

이 부분은 다른 발제문에서 자세히 다룰 것이므로 여기서는 정부가 이야기하는, 그리고 일부 보수언론이 말하는 특허의 사회적 사용, 즉 강제실시에 대해 몇 가지 오해만 간

단히만 다루겠다.⁶⁶⁾

가) 특허를 보호해야 하므로 강제실시를 할 수 없다?

특허를 보호한다는 것이 특허권자의 허락이 떨어질 때까지 아무도 그 기술을 사용하지 말아야 한다는 의미는 아니다. 특허법은 기술 혁신을 위한 법인데, 만약 특허법을 운영하는 사회가 기술 혁신으로부터 혜택을 얻지 못한다면 그 사회에서는 특허를 보호할 필요가 없다.

또한 강제실시를 하더라도 특허를 보호하는 것이다. 강제실시를 해서 정부가 특허기술을 사용하더라도 특허권자는 경제적으로 손해를 보지 않는다. 왜냐하면 특허권자에게 ‘정당한’ 보상금을 지급해야 하기 때문이다.⁶⁷⁾ 여기서 정당한 보상은 정부사용의 경제적 가치를 고려해야 한 보상금을 말한다.

예를 들어 로슈가 약을 추가로 공급하려면 생산비용이 드는데 이 비용을 국내 제약사가 부담하고 약을 공급했을 때 얻는 이윤을 국내 제약사가 지불한다면 이것도 특허를 보호하는 조치이다.

나) 국제신인도의 문제가 된다?

국제 신인도 문제와 강제실시는 아무런 관련이 없다. 세계무역기구조차 이들은 관련이 없어야 한다고 천명했다. 한국정부도 서명을 한 2001년 도하각료선언은 어떤 경우에 강제실시를 할 것인지는 각국의 주권사항이라고 분명히 한 바 있다⁶⁸⁾. 따라서 국제적 신뢰 문제나 무역마찰, 통상보복 따위를 고려하지 않고 강제실시를 발동할 수 있다.

그리고 더 중요한 점은 도하 선언문 4항은 “회원국이 공중의 건강을 보호하기 위한 조치를 TRIPS 협정이 방해하지 않으며 방해할 수 없다(We agree that the TRIPS Agreement does not and should not prevent Members from taking measures to protect public health.)”고 했다는 점이다. 따라서 한국의 특허법은 보건복지부 장관이

66) 남희섭, “강제실시에 대한 오해와 이해” 2009. 8 에서 대부분 인용하였음

67) 특허법 제106조 제3항 “정부 또는 정부외의 자는 제1항의 규정에 의하여 특허권을 수용하거나 특허발명을 실시하는 경우에는 특허권자·전용실시권자 또는 통상실시권자에 대하여 정당한 보상금을 지급하여야 한다.”

68) 도하선언문 5(b)항: Each Member has the right to grant compulsory licences and the freedom to determine the grounds upon which such licences are granted

국민 건강을 보호하기 위한 조치를 방해할 수 없다.

다) 특허가 정지된다?

강제실시를 하더라도 특허권은 그대로 유효하게 살아있다. 특허권자는 정부를 상대로 보상금을 청구할 수 있고, 다만 정부의 사용을 막을 수 없을 뿐이다. 국민들에게 필요한 치료약을 생산하고 특허권자에게 정당한 보상금을 지급하겠다는데, 이를 특허권자가 못하게 한다면 그러한 권리 자체가 이상한 것이다.

강제실시를 마치 특허를 정지시키는 것처럼 얘기하는 이유는 특허제도를 잘못 이해한 외국의 일부 언론들이 “suspend patent” 또는 “break patent”이란 용어를 쓰기 때문이기도 한데 세계지적재산권기구(WIPO)에서도 강제실시는 국제법에 보장되어 있는 조치를 활용한 정부의 권한이라고 설명하고 있다⁶⁹⁾.

특히 전재희 장관이 표현한 것 처럼 한 나라의 보건복지부 장관이 강제실시를 잘못 이해하여 특허 정지라고 표현하는 것은 문제가 크다고 보인다.

라) 가난한 나라에서나 하는 것이다?

정부사용을 위한 강제실시를 가장 많이 하는 나라는 미국이다. 미국의 법률(사법절차법 제1428조, Judiciary and Judicial Procedure Act)은 한국 특허법과 달리 비상사태 요건도 없다. 특허가 있는지 없는지 미리 조사할 필요도 없다. 특허기술을 사용하다가 특허권이 존재한다는 점을 알게 되면 특허권자에게 보상금을 지급하면 그만이다.

영국도 미국과 비슷한 수준의 규정을 특허법에 두고 있다. 그래서 영국과 미국에서는 얼마나 많은 강제실시(정부사용)이 이루어지고 있는지 정확한 통계가 있을 수가 없다. 통계가 잡히는 시점은 특허권자가 보상금에 불만이 있어서 법원에 소송을 제기한 경우인데 미국의 경우, 1917년부터 1994년 1/4분기까지 이 소송 사건은 279건이다.

호주, 뉴질랜드, 캐나다 등도 특별한 요건을 제한하지 않고 보상금 지급을 전제로 한 정부사용을 허용하고 있다. 프랑스에서는 특정 의약품이 공중의 복지를 위해 필요하고 의약품의 공급이 불충분하거나 가격이 너무 높은 경우에도 정부사용이 가능하도록 하고

69) But let us clarify the terminology: "Breaking the patent" actually refers to government authorities using the flexibilities permitted within international IP law. These allow a government in certain situations to decide to issue a compulsory license, or a government use authorization, for production of the patented product without the consent of the rights holder.

있다. 한국처럼 전쟁에 준하는 비상사태일 때에만 정부사용이 가능하도록 한 외국의 예는 찾아보기 힘들다.

미국이나 영국처럼 정부사용을 폭넓게 인정하는 제도는 국제조약(TRIPS 협정 제31조, 제44조)에서 보장하고 있기도 하다.

간단히 말해 한국정부는 국민의 생명과 안전을 위해 시행하여야 할 조치를 온갖 억설로 하지 않고 있는 것이다. 이는 다국적 제약사의 이익을 국민의 권리 앞에, 건강과 생명 앞에 두는 행위이다.

(2) 계획생산이 가능한 국내백신생산시설 확보와 신종인플루엔자 백신확보 실패

백신은 만약 전인구에 대해 유효하고 안전한 백신을 접종한다면 바이러스의 변이가 발생하지 않는한 유행을 최종적으로 막을 수 있는 방책으로 가장 유효한 대응책이다. 영국, 캐나다 등에서는 인구의 100%, 대부분의 OECD국가에서 인구의 50% 분량을 이미 몇 년 전부터 확보했다. 올해 11월 정도면 대부분의 OECD 국가에서 신종플루 사태는 실질적으로 끝난다. 이는 각국의 생산능력과 무관한 것이다.

그러나 한국에서는 올해 확보할 수 있는 양이 정부의 발표를 다 믿는다 하더라도 올해 내 약 1000만 명 정도에 대해 1차 접종을 끝낼 수 있는 양 정도이다. 다른 나라에서는 신종플루사태가 끝나는 시점에서 한국에서는 신종플루가 끝난 것이 아니다.

문제는 정부가 준비를 하지 못할 상황이 아니었다는 것이다. 한국의 수년전부터 시작된 선구매분량은 극히 제한되어있어 몇만 도즈 분량일 뿐이다. 물론 한국의 구입이 제한되어 있는 상황은 결코 아니었다. 국내백신 생산의 경우에도 2009년의 녹십자 화순공장 완공도 이 완공을 앞당길 수 있었다. 따라서 국내생산시설을 계획적으로 확보할 수도 있었다는 것이다. 2005년 당시 정부는 신종인플루엔자 백신을 국내생산시설에서 2008년부터 확보할 수 있다고 2005년 11월 2일 발표한 바도 있다.

심지어 올해 6월 주문을 함에 있어서도 지금보다 많은 양의 준비를 할 수 있었다. 올해 6월 정부는 백신확보경쟁이 치열한 상황에서 평소와 똑같은 가격과 입찰방식으로 주문을 했고 백신 확보에 실패했다. 백신확보를 우선으로 하고 계획생산을 전제조건으로 해야 한다는 응급상황에서의 백신확보에 대한 ABC를 지키지 않았다. 한국정부는 일상적 시기의 계절독감 백신방식으로 주문을 했고 이는 경쟁이 치열한 상태에서 다국적 제

약회사들이 판매를 거절하는 좋은 구실이 되었다. 가격문제가 주된 것으로 알려지고 있으나 정작 문제는 6월 당시 백신문제에 대한 정부의 근본적으로 안이한 대처가 문제였고 올해의 백신주문의 실패는 현재 상황을 더욱 악화시켰다.

급기야는 질병관리본부장이 백신을 구하러 외국 제약회사를 방문하는 상황까지 벌어졌고 거의 구걸에 가까운 방식으로 최소수량만 제약회사가 부르는 값으로 사올 수밖에 없었다. 정부가 백신과 항바이러스를 뒤늦게 구입함으로써 이번 백신과 항바이러스제 구입에만 약 3000억원의 예산이 추가소요된 것으로 알려졌다. 연간 5000만 도즈 생산시설의 백신공장을 세우는데 든 돈이 약 1000억 원이다. 정부의 부족으로 백신은 백신대로 부족하고 예산낭비는 예산낭비대로 하는 일이 벌어진 것이다.

보다 자세한 내용은 다른 발제가 있고 앞으로 국회 국정감사 등에서 더 밝혀지겠지만 백신확보가 늦어지고 부족하여 발생하는 신종플루사태의 책임은 전적으로 정부의 책임인 것은 너무도 분명하다.

(3) 의료대응체계의 문제

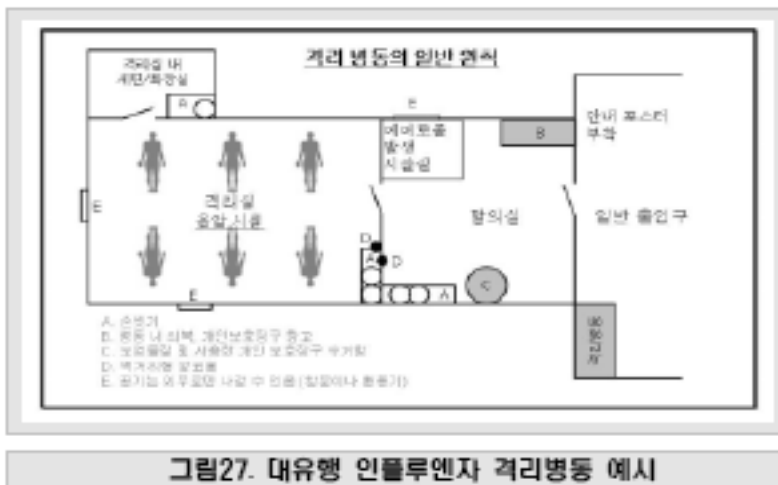
1) 거점병원 지정 및 준비의 부족

정부는 신종 인플루엔자 거점병원 455 곳을 8월 21일 발표했다. 금요일부터 대 혼란이 일어났다. 정부의 신종인플루엔자 대응·대비계획에 따르면 거점병원은 사전준비는 물론이고 병원의 의료진이 사전교육이 되어있어야 함에도 불구하고 이는 전혀 지켜지지 않았다.

보건의료산업노동조합이 8월 18일부터 8월 27일까지 시행한 신종플루 거점병원 실태 조사 중간조사를 보면 거점병원의 경우 대형병원에서 조차 제대로 시행되지 않고 있음을 잘 보여준다. 의료진의 격리는 제대로 이루어져있지 않고 의료진에 대한 안전조치는 제대로 시행되지 않고 있다. 격리병실이 운영되지 않고 있는 곳은 물론이다. 당연히 격리중환자실 등은 아직 엄두도 내지 못하고 있다. 현재 상태에서 신종 인플루엔자가 더 확산되어 입원 환자수가 늘어난다면 거점병원 중 대형병원도 제대로 기능하지 못할 수도 있다.

③ 적절한 격리병동 (입원실) 조건

- 일반 병동과 분리된 격리 공간이 필요함
 - 가급적이면 병원의 한쪽 구역(wing)과 같이 구획으로 나누어 격리 공간으로 만들
- 가능하다면 음압시설이 포함된 별도의 환기 시스템이 갖추어져야 함
- 격리 병동 내에 에어로졸이 발생하는 시술을 위한 처치실이 있어야 함
- 환자 처치 후 의료진의 소독, 샤워, 환의를 위한 공간이 제공되어야 함
- 응급이 아닌 경우 격리 병동 내에서만 사용할 수 있는 의료 장비가 갖추어져야 함
- 대유행기에 음압시설을 갖춘 병실이 없거나 있더라도 사용할 수 없을 경우에는 별도의 병실을 분리수용(cohorting)을 위한 방으로 만들어 타 질환자는 입원시키지 않고 인플루엔자 환자만 수용하도록 함(환자 간 간격은 1m 이상)



8월 26일 질병관리본부가 신종플루 거점지정병원 455곳 가운데 23개 병원을 대상으로 한 모니터링 결과, 격리치료를 위한 별도공간을 확보하지 않은 의료기관이 7곳으로 조사대상의 30%에 달하는 것으로 나타났다. 문제는 이 병원들은 주로 대형병원 중심이라는 것이다.

더 큰 문제는 중소병원들이다. 서울만 하더라도 대학병원급이 아닌 중소병원들이 25개가 넘어 서울의 54개 거점병원 중 반수에 해당한다. 당장 지역의 광역시만 보아도 상황은 심각하다. 광주에는 15개 거점병원 중 4곳을 제외한 곳이 중소병원이고 울산에는 9개 거점병원을 제외한 8개 병원이 대학병원이 아니다. 나아가 강원도에는 31개 치료거점병원 중 2개만이 대학병원이고 충청북도에도 21개의 거점병원 중 2개만이 대학병원이다. 심지어는 지방의 거점병원 중에는 의원급도 존재한다.

이러한 일이 발생한 이유에는 정부가 거점병원 등의 의료대응체계를 준비하지 않은 것이 가장 크다. 또한 거점병원을 정부가 사회적 요구에 따라 지정한 것이 아니라 지원을 받고 이를 추후에 지정했기 때문이다. 이 때문에 서울대병원이 처음에 거점병원을 신청하지 않아 명단에서 빠졌고 지금도 중요 대학병원들이 거점병원에서 제외되어 있으며 거점 병원 지정이 지역적·전국적 의료수용에 따라 지정되어있지 않다. 또 거점병원 지정을 할 수 있는 법적인 장치도 없어 병원들이 거점병원 지정을 거부하더라도 이를 강제로 지정할 수 있는 방법이 없다. 또 거점병원에서 적절한 시설을 마련하지 않았을 경우 이를 제재할 수 있는 방법도 없다.

2) 격리병상, 격리중환자실, 인공호흡기 등의 준비부족

치료 거점병원의 준비정도가 전반적으로 미흡하다보니 전국적으로 격리병실의 수요는 물론이고 격리중환자실, 인공호흡기 등의 부족은 아직 파악도 되지 않은 상태이다. 전국적으로 격리중환자실은 각 병원마다 수 곳에 불과하고 또 이는 현재 병원들이 백혈병 환자나 장기이식환자 등 기존의 중환자 용도로 사용하고 있는 곳이다. 간단히 말해 전세계적 인플루엔자를 대비한 격리중환자실은 5개 국립의료원을 제외하고는 준비되어 있지 않은 상태이다.

정부는 지금 음압설비가 되어있는 격리중환자실의 실태를 파악하고 당장 이를 증설해야 한다.

(4) 사회적 대응체계의 부족

영국정부의 경우 4월 신종 인플루엔자가 예견된 상황에서부터 각 가정마다 신종 인플루엔자 예방대책을 담은 홍보물을 배포했고 TV를 통해 유명배우들이 등장하는 캠페인을 시작했으며 신종플루 증상이 있는 사람은 누구나 핫라인으로 전화를 걸거나 웹사이트

트⁷⁰⁾를 통해 자세한 증상을 설명하면 즉각 감염 여부를 통보받는다. 감염자에게는 고유 번호가 부여되고 감염자는 가족이나 친구를 지명해 집에서 가까운 특정 장소에서 타미플루 등 항바이러스 의약품을 타다가 복용하고 있다. 임신부나 지병이 있는 사람, 1세 미만 갓난아기에 대해서는 담당 의사가 직접 감염 여부를 진단한다.

보건 당국은 핫라인을 통한 정확한 진단이 이뤄지도록 상담원 1천500명을 동원, 신종플루 증상을 담은 소프트웨어를 활용해 감염 여부를 판단하도록 하고 있다. 전화 상담은 일단 오전 8시부터 자정까지 운영되고 핫라인은 신종플루가 크게 확산될 것으로 우려되는 겨울까지 6개월가량 운영할 예정이다.

TV 광고는 “캐치 잇, 빈 잇, 킬 잇(Catch it, Bin it, Kill it)”으로 기침이나 재채기를 할 때 티슈 등을 이용해 침이나 콧물 등이 튀는 것을 막고(Catch it), 휴지통에 버리고(Bin it), 손을 비누로 깨끗이 닦아 신종플루 바이러스를 박멸하자(Kill it)는 내용이다.⁷¹⁾

그림 2 영국정부 신종플루 공식 사이트

PANDEMIC FLU

Find swine flu information

0800 1 513 513

Northern Ireland
 Health information
 > www.dhsspni.gov.uk
 Public information
 > www.nidirect.gov.uk
 Business information
 > www.nibusinessinfo.co.uk

Scotland
 Health information
 > www.nhs24.com
 Public information
 > www.scotland.gov.uk
 Business information
 > www.bgateway.com

Wales > Cymraeg
 Health information
 > www.nhsdirect.wales.nhs.uk
 Public information
 > www.wales.gov.uk
 Business information
 > www.business-support-wales.gov.uk

England
 Health information
 > www.nhs.uk
 Public information
 > www.direct.gov.uk
 Business information
 > www.businesslink.gov.uk

Get swine flu treatment and further advice

If you have flu-like symptoms and are concerned:

<p>In England:</p> <p>NATIONAL PANDEMIC FLU SERVICE</p> <ul style="list-style-type: none"> Stay at home Click here for your symptoms to be assessed <p>You can also call one of the numbers below:</p> <p>Tel: 0800 1 513 100</p> <p>Textphone for people who are deaf or hard of hearing: 0800 1 513 200</p>	<p>In Scotland:</p> <ul style="list-style-type: none"> Stay at home Contact your GP or NHS 24 <p>NHS 24: 08454 24 24 24</p>	<p>In Wales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Stay at home Contact your GP Contact NHS Direct Wales for further advice <p>NHS Direct Wales: 0845 46 47</p>	<p>In Northern Ireland:</p> <ul style="list-style-type: none"> Stay at home Contact your GP if you are concerned For further advice, contact the Northern Ireland Swine Flu Helpline <p>Northern Ireland Swine Flu Helpline: 0800 0514 142 (Monday to Friday, 9am to 5pm)</p>
---	---	---	--

70) www.direct.gov.uk/pandemicflu

71) 연합뉴스 8월 19일

한국의 경우 1500개 핫라인을 통한 신종플루 진단 및 처방까지는 바라지 않는다고 하더라도 최소한 국민들의 불안과 궁금증 해소에는 적극적으로 나설 수 있는 상황이다. 그러나 현재 많은 국민들이 불안해하고 있음에도 불구하고 신종플루에 대한 궁금증을 해소할 수 있는 정부사이트는 찾기 힘들고 찾아도 알기 쉬운 설명은 찾을 수 없으며 인터넷에 신종플루라고 치면 온갖 확인할 수 없는 정보들의 모음이 가장 먼저 인터넷을 장식한다. 전화를 통한 궁금증 해소도 표준화되어있지 않으며 제공되는 정보의 질도 믿기 힘들다.

정부는 언론들이 공포를 확산시킨다고 말하지만 이는 정부가 가지고 있는 다양한 언론 채널이나 홍보예산을 감안한다면 정부가 불안이나 궁금증을 채워주는데 실패했다는 것을 자인하는 것일 뿐이다.

하다못해 “pandemic flu”와 “신종플루”를 검색엔진에서 쳐보면 나타나는 첫 윈도우는 전자는 미국정부 공식사이트이지만 한국에서는 엉뚱한 사이트만 나온다. 정부의 대처가 다름을 알 수 있는 대표적 예다.

사회적 대응체계의 문제는 사실 신종플루 대처방안만의 문제가 아니다. 예를 들어 정부는 신종플루 감염의심자의 경우 가택격리를 권유하고 있지만 한국에서 감기몸살이 있다고 직장에 나가지 않는 것은 사실상 불가능한 일이다. 또는 학교에서도 열이 나면 가택격리를 권유하고 심지어는 학생들이 학교에 나가고 싶어 안달하는 것으로 취급하고 열까지 재고 있지만 집으로 돌아갔을 때 누가 아이들을 데리고 있을 것인가의 문제가 남는다. 물론 정부가 당장 할 수 있는 일은 인플루엔자 휴가를 부여하여 직장인이나 학생, 학부모에게 쓸 수 있는 권리를 부여할 수도 있겠다. 그러나 더 중요한 것은 평소 한국사회가 질병휴가나 상병수당 등의 질병에 대한 사회보장체계가 전혀 갖추어져있지 못하다는 것의 반증이다.

표 6 신종플루와 pandemic flu를 검색엔진에 쳤을 경우 뜨는 첫 윈도우



(5) 치료비대책의 부재로 인한 신종플루 양극화 초래

이번 신종플루사태에서 보이는 것은 한국의 건강보험의 취약성이기도 하다. 현재 정부는 타미플루만을 부상으로 공급하고 있다. 그러나 타미플루는 치료비 중의 가장 작은 부분이다. 타미플루의 치료약값은 약 5만원이며 이는 보험적용이 되면 본인부담은 1만 원에서 1만5천원에 불과하다. 정부가 추가부담하고 있는 것은 이 정도이다. 나머지 진단 및 치료비는 정부가 부담하고 있지 않다. 당장 진단 비용만 해도 대학병원급에서는 본인 부담만 15~20만원 정도가 들며 입원을 할 경우에는 전염병으로 격리병동만 1인실 등의 부담이 제외될 뿐 중환자실이나 입원비등의 부담경감대책은 전혀 없다.

이번 신종플루사태에서 고위험군이 만성질환을 앓고 있는 사람들이고 이들 중 상당수가 저소득층임을 고려해본다면 신종플루에 대해 서민층이 부유층보다 더 취약하다고 판단할 수 있으며 이는 신종플루에 대한 백신이 접종된 이후에는 더 명확해질 것이다. 이러한 예견되는 신종플루 양극화사태에서 정부가 할 수 있는 일은 최소한 신종플루 치료비를 전액 정부가 보장하거나 감면하는 것이다. 그러나 정부는 이러한 대책을 타미플루 무상공급과 진단비용 건강보험보장만으로 할 일을 다 했다는 듯 처신한다. 이러한 자세로는 신종플루 양극화를 막을 수 없다

(6) 병원의 공익성확보와 공공의료기관의 중요성 확인, 거꾸로 가는 의료민영화

이번 신종플루사태에서 명확히 드러나는 것은 병원이 공익적인 성격을 띠어야 한다는 것이다. 신종플루사태 초기 신종플루 환자에 대한 의료기관들의 치료거부가 줄을 이었던 것은 병원의 공익성이 가장 중요함을 분명히 보여주는 것이었다. 정부가 거점병원장들과 간담회를 가진 자리에서 ‘정부가 거점병원지정을 취소해주는 것이 가장 좋겠다’라는 한 병원장의 말에 가장 큰 박수가 나온 현실은 한국의 병원이 공익성을 담보하지 못했음을 의미한다. 이는 한국의 공공병원 비율이 OECD 평균인 74%에 비해 1/10정도인 8%에 불과하다는 현실을 반영한 것이다.

그러나 정부의 현실정책은 지금 신종플루사태에서도 명백히 거꾸로 가고 있다. 기존의 공공병원을 구조조정하려 한다. 당장 거점병원으로 지정되어있는 적십자병원을 하나는 없애고 또 하나는 구조조정하려하고 있다. 또 다른 공공병원인 보훈병원이나 한일병원, 원자력병원도 모두 구조조정 대상이다. 이번 신종플루사태에서도 거점병원이 지정되

기 전까지는 보건소와 5개 국립의료원등의 공공의료체계가 초기대응을 전담했었다. 정부의 공공병원 구조조정은 가뜩이나 부족한 것이 드러난 그 나머의 공공병원마저 더 줄이겠다는 것이다.

또 기존의 민간병원을 더 시장원리에 맡기겠다는 것이 정부의 정책이다. 바로 의료법 개정과 채권발행법, 영리병원 허용 정책 등이다. 이번 거점병원명단에는 영리병원 허용을 앞장서서 주장하는 대한네트워크병원협의회(회장 박인출) 소속 병원들은 보이지 않는다. 왜 가장 환자들이에 대한 서비스가 앞서있다고 주장하던 병원들이 거점병원에는 속하지 않는가? 정작 긴급할 때 필요한 중환자실도 응급실도 갖추지 않고 오직 수익을 위한 운영만 하는 것이 영리병원이기 때문이다.

또 실질적인 영리병원네트워크를 허용하려는 정부의 의료법 개정안의 병원경영지원사업(MSO)를 허용하고 민간병원의 채권발행을 허용하면 어떻게 되겠는가? 가뜩이나 비영리성과 공익성 추구가 불확실한 한국의 대형병원들은 수익성 추구를 보다 노골화할 것이다. 거점병원에 지정되면 환자가 안 온다고 수익이 떨어진다고 지금도 정부에게 공개적으로 지정을 철회해달라고 이야기하는 병원들인데 채권자나 주주가 병원의 수익성을 문제삼는다고 한다면 지금처럼 거점병원명단에나 들어가 있을까?

결국 신종플루사태에서 보이는 것은 병원의 서비스질의 확보와 환자에게 필요한 것을 제공하는 역량의 확보는 다름아닌 병원의 공익성 확보와 시장원리로부터의 보호에 있다는 것이다. 정부의 의료민영화는 이에 완전히 역행하는 것이며 가뜩이나 취약한 한국의 의료체계를 더욱 악화시키는 것임이 분명하다. 당장 의료민영화 정책을 중단해야 한다.

이번 신종플루사태에서는 정부가 지금껏 이야기해온 의료산업화의 허구 또한 드러났다. 당장 국민들에게 백신하나 제공하지 못하는 의료산업화가 무슨 소용인가? 황우석 사태때부터 백신공장이라도 짓기 시작했다면 오늘날 이러한 일은 일어나지 않았을 것이다. 바이오산업이나 제약산업 등을 이야기하면서 정부가 추진하던 의료산업화 정책은 이윤을 중심으로 하는 것이 아니라 국민들의 실제적 요구를 충족하는 방향으로 근본적으로 변화하지 않으면 안된다는 것을 신종플루사태는 명확히 보여준다.

4. 국민의 생명과 안전을 담보하기 위한 대안

신종 인플루엔자(H1N1 influenza 2009, novel influenza, 이하 신종 플루)가 한국사회

에서 계속 확산되면서 시민들의 공포와 불안도 확산되고 있다. 이런 상황에서 국민들의 불안과 공포는 당연한 상황이다. 그러나 이러한 시민들의 불안에 답해야 할 정부는 이에 대한 답을 내놓지 못하고 있다. 한국 정부는 시민사회단체의 수년전부터의 지속적인 요구에도 불구하고 전혀 대비를 하지 못해 결국 국민들을 위협에 노출시키는 상황을 자초했다. 수년의 기간이 있었음에도 인플루엔자 치료제에 대한 확보노력을 하지 않아 비축 의약품을 턱없이 부족한 현실이 됐고, 국영백신생산시설 확보 시기가 늦어 결국 국민들에게 적절한 시기에 백신을 제공할 수 없는 상태에 놓여졌다.

또한 확산단계에 접어든 신종플루에 대해 정부가 지금 당장 해야 하는 일은 치료시설의 충분한 확보다. 그러나 정부가 발표한 455곳을 중심으로 한 거점병원들의 신종플루 대응 준비는 한마디로 혼란이고 정부의 대응도 전혀 효율적이지 못하다. 진단이나 방역 체계도 혼란 그 자체이다. 국민들은 이 상황에서 누구를 믿어야 할까? 우리는 정부가 예고된 재난상황에 대한 준비를 하지 않았다는 점에서 그리고 재난이 임박한 현재 상황에서도 국민들의 혼란을 자처하고 있다는 점에서 국민의 엄중한 비판을 면할 수 없다고 판단하며 다음과 같은 정부의 대책과 근본적인 입장 변화를 요구한다.

(1) 혼란스러운 신종플루 의료 대응체계를 실질적인 대응능력을 갖추도록 재조직해야 한다.

정부는 아무런 준비없이 455개 거점병원을 지정해놓고 마치 의료대응체계가 완비된 것처럼 이야기한다. 그러나 지금 거점병원의 상황은 혼란 그 자체이다. 보건소는 대응체계에서 빠져있고 거점병원도 적절한 대응체계를 갖추지 못하고 있고 정부의 구체적 지침도 없다.

첫째 현재 대응능력을 갖춘 대형종합병원을 모두 강제로 지정하고 이를 위한 법적·제도적 대응책을 갖추어야 한다. 전국적 역량동원으로 모자랄 현 상황에서 일부병원의 자발적 지원만으로는 앞으로의 상황을 헤쳐나갈 수 없다. 455개라는 숫자가 중요한 것이 아니라 중환자실, 감염내과 등을 갖춘 대형병원전체의 강제지정이 핵심이다.

둘째 정부의 대응체계가 국립대병원을 비롯한 국공립의료자원을 기본대응의료체계의 뼈대로 삼아야 한다. 8월 21일부터 국립의료원과 보건소를 중심으로 한 공공의료체계의 역할이 갑자기 민간병원으로 넘겨졌다. 보건소들은 지금까지의 업무를 모두 중단하고

모든 환자를 거점병원에 넘기는 일만 하고 있다. 신종플루앞에서 공공의료체계가 백기 투항을 하고 민간병원으로 책임을 떠 넘긴 꼴이다. 그러나 현재 민간병원에 자신의 지침을 강제할 수 있는 어떤 제도도 없다. 또한 민간병원은 실제로 위기가 닥쳤을 때는 거점병원의 의무를 이행하지 않을 수도 있다. 따라서 정부는 국립대병원들과 대형 국공립병원들이 각 광역지구의 핵심거점병원이 되고 중소 국공립의료기관들이 지역거점이 되며 보건소들이 자신의 역할을 맡는 공공의료대응체계를 신종플루 대응의 기본뼈대로 삼아야만 한다.

셋째 안심하라는 홍보가 필요한 것이 아니라 문제를 파악하고 실제 필요한 자원을 지원해야만 한다. 당장 지금 당장 중환자가 발생하면 격리중환자실이 필수적이지만 전국적으로 격리중환자실은 턱없이 모자라다. 당장 증설이 필요하다. 확진검사가 필요한 환자수가 폭발적으로 증가하고 있지만 검사장비와 인력이 모자라다. 당장 필요한 것은 이러한 필수시설과 장비, 인력에 대한 지원이다. 그러나 정부는 이에 대한 대책을 전혀 내놓고 있지 않다.

(2) 의료민영화정책을 당장 중단하고 공공보건의료체계 구조조정을 중단하라.

신종플루사태로 명확히 드러나고 있는 것은 의료기관의 공익성 확보이다. 현재도 많은 의료기관들이 공익성 확보보다는 의료기관의 이해에 급급하고 있음이 여러 사례를 통해 확인되고 있다. 또 이번 신종플루사태에서 우리가 보고 있는 것은 플루와 같은 당면한 건강위험에 대해 국민의 생명을 지킬 수 있는 보건의료시스템을 갖추지 못하고 있는 상태라는 것이다.

그런데 정부가 지금 해야 할 일이 영리병원을 허용하고 채권을 발행할 수 있도록 해주고 실질적 영리병원네트워크가 가능하도록 병원경영지원 사업을 합법화시키는 의료법 개정을 하려는 것인가? 국민들의 생명을 지키는 데 필요한 것은 영리병원이나 의료를 시장에 맡기는 정책이 아니라 정부가 확실히 책임질 수 있는 국공립의료체계의 강화와 비영리병원 체계라는 것은 이번 신종플루사태를 통해 명확히 드러나고 있다.

또한 적십자병원, 보훈병원, 한일병원, 원자력 병원 등 중요 공공병원은 모두 거점병원으로 지정하면서도 이들 모두가 구고조정 대상이 되는 모순된 공공병원 구조조정 정책은 중단되어야 한다. 유사시기에 믿을 수 있는 유일한 버팀목은 이번 신종플루사태 초기에도 국립의료원 등의 5개 의료원이었다. 정부가 해야 할 일은 다른 OECD 나라에 비

해 1/10인 수준인 한국의 국공립의료체계를 강화하는 것이지 이를 구조조정하는 일이 아니다.

(3) 정부는 당장 특허권 정부사용을 통한 신종플루 치료제확보에 나서고 특허법을 개정해야 한다.

WHO는 2005년부터 신종 인플루엔자에 대비하여 최소한 인구대비 20%의 치료제확보를 권고하였다. 우리 단체도 이러한 내용을 4년 전부터 주장하였고 많은 한국의 감염 전문가들도 같은 내용을 정부에게 요구했다. 그러나 다른 나라들이 오셀타미비르(타미플루) 등 치료제를 전 인구의 30-50% 확보하는 상황에서 한국은 지금 인구대비 4%를 비축하였고 연말까지 치료제 11%를 확보할 수 있는 상황이다.

지금 신종플루 치료제확보를 할 수 있는 방법이 없는 것이 아니다. 바로 특허권의 정부사용이다. 정부는 아직도 약이 남아있고 앞으로 구할 예정이며 또 비상상황이 아니므로 강제실시를 할 때가 아니라고 말하지만 이미 정부의 신종플루 대응전략은 항바이러스제 부족으로 혼란을 겪고 있다. 또 정부가 말하는 '비상상황'이 되면 약 생산에 시간이 걸리는 만큼 이미 때가 늦을 뿐만 아니라 지금이 비상상황이 아니라면 도대체 언제가 비상상황이란 말인가?

또한 차제에 정부의 강제실시요건을 전쟁이나 이에 준하는 비상상황으로 매우 좁게 규정하고 있는 특허법을 개정해야만 한다. WTO 도하 특별선언에서도 명백히 하듯이 각국정부는 비상업적 공익적 목적이라면 일단 특허를 사용하고 나중에 특허권자에게 그 사용료를 지불하면 된다. 특허보호가 가장 엄격하다는 미국의 법도 특허의 정부사용을 한정하고 있지 않다. 정부의 특허사용은 특허의 일시중단이 아니라 특허사용료를 나중에 지불하는 것이고 후진국이나 하는 것이 아니라 미국정부가 전 세계 나라 중에서 가장 많이 하는 일이다. 국민의 생명을 우선시하는 정부라면 비상상황 운운하는 말로 문제를 회피할 것이 아니라 당장 타미플루나 리렌자에 대한 특허 정부강제사용을 통해 저렴한 비용으로 치료제를 확보하여야 하고 특허법도 개정하여야만 한다.

(4) 백신확보에 시급히 나서고 차제에 국영백신 생산시설을 확보해야 한다.

지금 OECD 국가들은 국민1인당 2회분의 백신을 확보했거나 또는 인구의 50%정도에

해당하는 2회 접종 분량을 최소한 확보한 상태이다. 그러나 한국정부는 뒤늦게 질병관리본부장을 백신을 구입하기 위해 외국에 파견하였고 백신우선접종대상자 1300만 명조차 연내에 접종할 수 없다. 다른 나라들과는 달리 1차 예방백신 없이 1차 대유행시기를 맞이할 가능성이 크며 다른 나라들은 신종플루사태가 종식된 이후에도 한국은 신종플루 위험에 노출되어있을 가능성이 크다. 또한 당장 백신접종 우선순위 문제가 심각한 문제가 될 것이다.

도대체 국민들의 생명을 지키기 위한 백신하나 만들 시설도 갖추지 못하는 지금까지의 “의료산업화”정책, 의료민영화 정책은 도대체 무엇이었던가?

정부는 국민들을 위한 백신확보에 최선을 다해야만 한다. 또한 차제에 정부가 백신 생산을 계획하고 그 공급을 저렴하고 안정적으로 담보할 수 있는 정부 직접관할의 백신 생산시설을 확보해야만 한다. 1000억 원 정도면 지을 수 있는 것이 백신공장이다. 그런데 정부는 4대강 예산에는 22조원을 쓰면서 지금껏 국민생명을 지키기 위한 백신생산시설에는 연 몇 백 억원을 아깝다고 쓰지 않아 공장설립이 지연되었고 지금의 백신부족상황을 야기했다.

(5) 신종플루 진단 및 치료비용을 정부가 보장해야 한다.

전염병 예방과 치료는 기본적으로 정부의 책임이다. 그러나 현재 신종플루에 의한 대응문제에 있어 정부는 병원지원은 이야기하지만 국민들의 진단 및 치료비용에 대해서는 언급하지 않고 있다. 정부가 현재 하고 있는 것은 타미플루 무상지급이지만 타미플루는 치료비의 가장 적은 부분이다. 진단비용만으로도 약 20만원의 비용이 들며 입원환자나 중증환자의 치료비는 현재 개인이 부담할 수밖에 없다. 정부가 치료비에 대해 책임지지 않으면 저소득층의 경우 치료를 받지 못하는 경우가 발생할 수밖에 없고 국가가 책임질 문제 때문에 가난한 사람들이 더 위험에 노출될 수밖에 없다.

애초에 전염병 방역과 치료는 정부가 전적으로 책임져야 할 부분이라는 점에서 그리고 정부의 방역대책이나 치료제부족, 백신부족으로 국민들의 환자발생이 크게 늘어날 수밖에 없다는 점에서, 또한 저소득층이 신종플루에 더 위험한 신종플루 양극화를 최소한 완화시키기 위해 치료비전액 또는 일부를 국가가 부담하겠다는 방침을 밝혀야만 한다

(6) 정부대책에 대한 홍보가 아니라 국민들의 불안해소와 실질적 대책을 마련해야 한다

정부는 대책홍보가 아니라 국민들의 불안과 궁금증 을 해소하기 위한 실질적 대책마련, 궁금증에 대한 홍보강화, 사회적 대응체계 등을 마련해야한다. 적절한 홍보사이트와 전화홍보가 이루어져야 한다. 차제에 학교보건체계 및 직장보건체계의 정비가 이루어져야 하며 상병수당 등 건강보험대책도 마련되어야만 한다.

우리는 정부가 지금 상황에서 다른 나라에 비해 절대적으로 준비부족인 상황을 솔직히 인정하고 국민과의 신뢰를 회복하는 것이 이번 신종플루사태를 해결하기 위한 출발점이라고 판단한다. 또한 정부는 국제사회의 준비정도에 비해 낙제점인 현재 상황에서라도 지금이라도 할 수 있는 공공의료체계를 중심으로 한 대형병원 강제지정 및 격리중환자실 설치 등의 대응의료체계 재조직, 백신의 확보, 항바이러스제 강제실시, 진단 및 치료비 전액정부보장 등의 조치를 즉시 시행하여 한다. 이와 더불어 정부는 지금의 사태를 교훈삼아 의료민영화 중단, 정부계획 백신생산시설 확보, 국공립의료체계 강화 등 정책의 근본적인 전환을 해야만 한다. 만일 정부가 이러한 즉시 시행할 수 있는 조치들을 미루고 현재사태를 악화시킨 정부의 기본정책을 변화시키지 않는다면 정부는 국민생명을 팽개치고 포기한 정부로 국민들에게 인식될 것이다.(끝)



신종플루가 가진 위험의 본질: 치료제 독점

변진옥

이윤을넘어서는의약품공동행동

1. 판데믹(pandemic), 그리고 의약품 특허독점

전 세계적으로 의약품에 대한 특허가 강화되면서 한국사회도 필수적 의약품의 가격과 공급문제를 겪어 온바 있다. 이러한 문제가 표면화 되었던 것이 백혈병 치료제 글리벡의 높은 가격에 대한 환자들의 저항과 2004년부터 지속된 에이즈 치료제 푸제온의 공급 문제였다¹⁾.

- 1) 글리벡의 특허권자 노바티스는 2001년 4월 20일에 글리벡 시판허가 신청을 내면서 동정적사용법(EAP, Expanded Access Program)¹⁾을 통해 일부 백혈병환자에게 공급하기 시작했다. 2001년 6월 20일 한국의 식약청은 글리벡에 대한 국내 임상시험이 완료되지 않은 채로 이례적으로 빠른 허가를 부여하였다. 노바티스는 전 세계에 동일하게 글리벡 1알당 25,000원 내외의 약값을 요구하였다. 약제전문위원회가 글리벡의 보험약가를 17,055원으로 잠정결정하자 노바티스는 거부했다. 그래서 약제전문위원회는 17,862원으로 인상하였고, 2001년 11월 19일에 복지부는 17,862원(월 200~510만원)으로 보험약가를 고시했다. 그러자 노바티스는 바로 2001년 11월 27일부터 글리벡 공급을 중단해 버린다. 환자들은 거리로 나섰고, 이러한 환자들의 활동에 시민단체들이 결합하면서 이들은 노티스와 무상공급을 지속하기로 합의에 이르러 12월 10일부터 공급이 재개되었다. 그러나 노바티스는 보험약가에 합의하지 않고 2002년 3월 4일에 24,055원으로 약가재신청을 하였다. 환자들은 시민단체들은 '약값인하'와 '보험적용확대'를 요구하였으며 불안한 무상공급이 지속되는 가운데 시민단체로 이루어진 '글리벡 문제해결과 의약품 공공성 확대를 위한 공동대책위'는 소속단체인 인도주의실천의사협의회, 건강사회를위한약사회, 민중의료연합을 청구인으로 하여 2002년 1월 30일 특허법 제107조 제1항 제3호의 규정에 의거, 강제실시를 청구하였다. 그러나 1년을 넘게 재정을 미루어 오던 강제실시 청구는 기각되었고, 복지부는 노바티스의 요구대로 선진7개국(미국, 영국, 독일, 프랑스, 스위스, 일본, 이탈리아)의 가격을 기준으로 글리벡의 약값을 결정하는 대신, 환자의 본인부담금을 30%에서 20%로 인하하고 20%중 10%를 노바티스가 부담하기로 합의했다. 결국 글리벡 한달 약값은 270~690만원(용량에 따라)이 되었고, 이중 80%는 건강보험재정에서, 10%는 노바티스가, 10%는 환자들이 부담하게 되었다.

푸제온은 2004년 5월에 허가되었고, 같은해 11월에 1병당 24,996원으로 보험등재되었다. 그러나 로슈는 2004년 이후 강제실시 청구시점까지 푸제온을 공급하지 않았다. 이유는 로슈가 A7(미국, 일본, 독일, 스위스, 프랑스, 이탈리아, 영국)조정평균가격인 43,235원을 고집하여 공단과의 협상가인 25,000원을 받아들이지 않았기 때문이다. 그 뒤 로슈가 2005년에 이어 2007년에 다시 약가·인상·조정신청을 냈고 여기서 30,970원을 요구하였다. 이 과정 중에 한국은 위에서 언급한 약제비적정화 방안을 시행하게 되고 약가결정 방식에 변화가 있게 된다. 약제비 적정화 방안 이전까지는, 일부 혁신적 신약에 대해서는 A7 평균가(선진 7개국 조정평균가)를 부여하고, 그 외 신약에 대해서는 상대비교가를 적용하

오늘 논의하게 될 타미플루는 한국을 비롯해 전 세계 환자들이 겪고 있는 특허독점의 문제를 가장 극적으로 드러내고 있다. 가격과 생산량이 독점적으로 통제되는 상황에서는 몇몇 가장 잘사는 나라-이들 나라들은 다국적 제약기업과 본질적으로 이해관계를 같이하고 있기도 하다-를 제외하고 필요한 시기에 필요한 양만큼 의약품에 접근할 수 없기 때문이다.

타미플루의 활성성분인 오셀타미비어(Oseltamivir)는 체내에서 세포 간 인플루엔자 바이러스의 확산 속도를 늦추는 항바이러스 약이다. 오셀타미비어는 1996년 개발되었고, 2002년 동남아시아를 중심으로 H5N1 인플루엔자 조류독감의 치료제로서 급부상하였다. 물론 같은 기전을 가진(neuraminidase inhibitor) 자나미비어(zanamivir)도 있지만, 이를 활성성분으로 하는 GSK의 리렌자는 흡입제로서 사용이 용이하지 않고 호흡기 질환 환자에게는 사용할 수 없다는 점 때문에 오셀타미비어가 조류독감 당시부터 더 선호되었다. 따라서 특허독점 상태인데다 국제적인 항바이러스 비축 대상으로서, 또한 상대적으로 선호되는 의약품으로서 오셀타미비어는 경제학적으로 ‘희소한’ 자원이다.

특허권은 그 소유자에게 생산과 수익에 있어 배타적 권리를 부여한다. 독점공급이라는 조건하에서 특허소유자는 생산품의 가격과 양을 결정한다. 독점권자들은 이윤을 가장 극대화하는 위치에서 가격을 결정하고 그 가격에서 최대 이윤이 되는 양만큼을 생산하게 된다. 이는 경쟁이 있는 조건보다 더 높은 가격 그리고 그 가격에 판매가 가능한 한정된 양을 의미하게 된다. 이것은 필연적인 비극을 만드는데 바로 의약품에 대한 접근에서의 불평등 문제다.

이것이 단적으로 드러나는 것이 신종플루에 대비한 전세계 항바이러스제 비축량의 차이이다. 돼지독감 발생에 가장 큰 위협을 받을 것으로 보이는 가난한 나라들이 항바이러스 의약품 비축량이 가장 적은 것으로 드러났다. 일본, 영국 및 미국과 같은 부유한 나라들은 인구집단의 25-50%를 커버할 수 있는 양을 비축하고 있는 반면에, 과테말라, 인

였다. 그런데 약제비적정화 방안에서는 급여대상 여부의 판단을 건강보험심사평가원이 하게 되고 그에 따른 약가협상은 국민건강보험공단이 맡아서 협상에 따른 가격결정으로 변화되었다. 푸제온은 변화된 의약품등재 및 가격결정에 따라서 반드시 보험등재 되어야 할 필수약제로 판정되어 급여대상으로 결정되었지만, 공단과의 의약품 협상은 결렬되었다. 로슈가 제시한 가격은 여전히 A7 평균가로서 환율변동에 따라 조정된 것뿐이고 건강보험공단은 푸제온 약가의 인상근거가 없기 때문에 기존 협상가를 변동할 수 없다고 결정한 것이다. 환자와 시민단체는 로슈가 푸제온 공급을 계속해서 거부하는 상황에서 정부가 할 수 있는 정당한 의약품 공급방안으로서 강제실시를 청구하기에 이르렀고, 2009년 6월 기각 결정이 내려졌다.

도네시아, 인도와 같은 개발도상국가들은 인구의 2% 정도밖에 비축하고 있지 못하다²⁾. 이러한 차이는 발생하지 않을 수도 있는 미래의 전염병을 위해 값비싼 의약품을 비축 및 보관하는 비용을 고려해 보면 당연한 일일지도 모른다. 게다가 이들 나라들은 미래의 확실하지 않은 전염병보다 현재 국가적 보건문제인 말라리아나 HIV 치료제의 확보도 어려운 마당이다.

○ 항바이러스제 비축의 불평등³⁾

국가	인구대비 비축량%	국가	인구대비 비축량%
캐나다	100% 초과	칠레 ⁴⁾	5.6%
프랑스	60%	인도 ⁵⁾	2.7%
영국	50%	인도네시아	2%
오스트리아	47%	필리핀	1% 미만
스위스	40%	태국 ⁶⁾	1% 미만
스웨덴	22%	일본	45%
미국	25%	호주	41%

2) LONDON (AP) Tamiflu stockpiles vary widely throughout world May 02, 2009

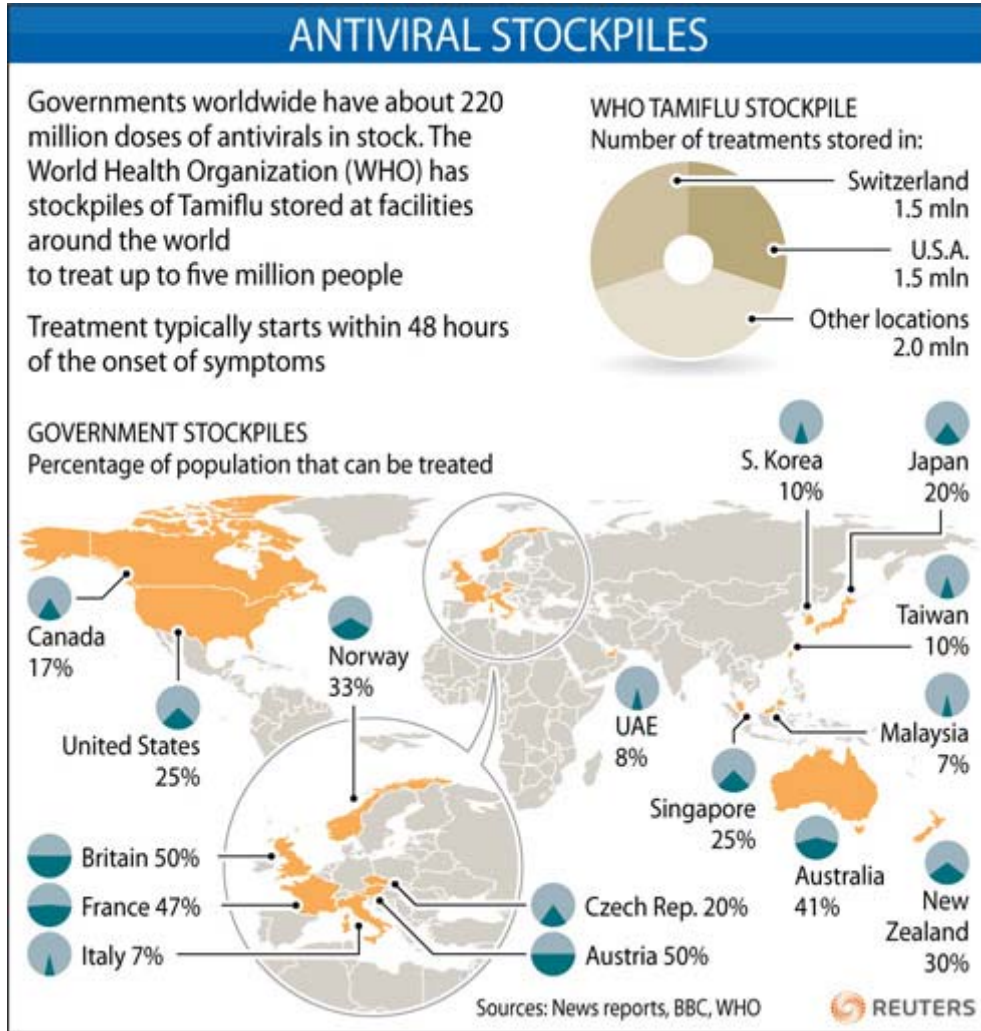
3) Brussel, 2007. 6. European Parliament, Pandemic influenza of EU: Are we sufficiently prepared? 상의 유럽 국가 2007년 비축분량/ 및 각주 2번의 기사/
http://www.straitstimes.com/Breaking%2BNews/World/Story/STISStory_370610.html

4) http://en.wikipedia.org/wiki/Stockpiling_antiviral_medications_for_pandemic_influenza

5) 2009년 9월 2일, 란박시로부터 90만병분을 추가로 확보하여 총 3000만명분 확보

6) 태국은국영제약사 GPO를 통해 타미플루 제네릭을 생산하기로 함.

○ 2009년 4월 30일 Reouter.com의 그림7)



거대제약기업 로슈는 타미플루 생산 특허를 소유함으로써 독점가격을 행사하여 전세계 공급을 통제하고 있다. 위 자료에서 볼 수 있듯, 대부분의 선진국은 자국 인구의 20%를 커버하는 비축량을 가지고 있고 비용으로는 평균적으로 이들 국가의 연간 보건의료재정의 1% 정도에 해당한다. 만약 중국이 이만큼을 확보하려면 중국 연간 보건의료 재

7) <http://blogs.reuters.com/from-reuterscom/2009/04/30/graphic-antiviral-stockpiles/>

정의 28%가 소요된다. 더 가난한 나라들은 더 심각하다. 캄보디아라면 54%, 인도네시아는 67%, 베트남의 75%, 라오스는 173%에 달하는 연간 보건의료재정을 여기에 쏟아 부어야 한다⁸⁾. 이것은 불가능한 금액이다. 로슈는 2005년에만 이 약으로 연 기업 판매고의 3/4인 200억 달러어치를 팔아치웠다. 우리나라의 경우, 정부가 내년까지 마련한다는 약 1000만명 분의 항바이러스제 구입을 위해서 약 2천 5백억의 예산이 소요되는데, 이는 연간 건강보험 재정⁹⁾의 약 0.94%에 달한다. 현재 로슈는 2억 2천만명분이 각국에 비축되어 있다고 말하고 있는데, 비교적 타미플루 가격이 낮다고 하는 한국의 가격으로만 계산해도 55조에 달하는 금액이다.

전세계가 로슈의 독점공급에 의존하기 때문에 발생하는 비축량 즉, 공급의 불평등은 독점공급의 결과이기도 하면서 또한 의약품으로부터의 이윤이 다시 분배되는 과정의 불평등에도 그대로 반영된다. 소위 희소자원이 된 의약품에 대해 각국의 확보 경쟁력이 다르다는 것은 주지의 사실이다. 다국적 제약기업과 국가들이 정치경제적 그리고 역사적으로 구축해온 관계들은 이러한 능력에 그대로 반영된다. 소위 인구의 20%-40%, 심지어 많게는 100% 이상을 비축한 북미와 유럽 및 일본은 유럽을 근거로 한 다국적 기업인 로슈의 주요한 시장이다. 이들 국가와 로슈 등 거대 다국적 기업들은 의약품에 대한 전세계적 규제라는 정치적 차원에서, 그리고 주요한 시장으로서의 경제적 차원에서 복잡한 연결망의 함께 구성하고 있는 부분들이다¹⁰⁾. 이러한 망에 속한 국가들이 상당수 의약품을 선점하고 있으며¹¹⁾, 이 의약품으로부터 나오는 이윤과 관련된 이해관계와도 밀접하다. 오셀타미비어의 개발사인 미국 기업 Gilead Science는 타미플루라는 상품명으로 유럽 기반의 다국적 제약기업 로슈에게 판권을 넘기면서 판매이익의 15%-20% 정도를 로알티로 흡수하고 있다. 일본에서는 추가이 제약회사가 타미플루의 판권을 가지고 있는데, 추가이는 주식의 50% 이상을 로슈가 소유하고 있는 기업이다. 타미플루는 정확히 말해서

8) Burton B. 2005. Generic drugs only answer to bird flu in Asia. IPS-Inter Press Service, October 27. <http://ipsnews.net/news.asp?idnews=30788>.

9) 2008년 한국의 건강보험재정 중 관리비를 제한 보험급여비는 약 26조 5천억원이었다.

10) 다국적 제약기업들은 주로 이들 국가들에 근거하고 있으며, 제약산업과 이들 국가들은 특허제도 및 안전성 규제 등 의약품에 관련된 각종 제도들의 세계적 조화에 함께 하고 있다.

11) Buddhima Lokuge, Peter Drahos and Warwick Neville, Pandemics, antiviral stockpiles and biosecurity in Australia: what about the generic option?, The Medical Journal of Australia 2006; 184 (1): 16-20.

미국과 유럽과 일본이 지분을 갖고 있는 약이다.

반면 실제로 유행병의 잠재적 원천이 될 대부분의 국가들은 독점가격에 국가적 비축 전략을 추구할 수 없을 뿐 아니라 망 속의 기업 및 국가들 이윤잔치의 희생양이다. 원천 지역에서 초기 통제되어야 하는 관점에서 볼 때, 국제적 노력은 지구적으로 이렇게 자원이 희소한 나라에 집중되어야 한다. 그러나 로슈가 특별히 싸게 공급한다는 프로그램 상의 가격에도 이들 국가들이 접근하기는 쉽지 않다¹²⁾. 더군다나 과거 H5N1 발생이 일어났던 아시아 지역, 그리고 현재 신종플루 위기의 시작이 되었던 라틴아메리카, 그리고 열악한 사회경제적 환경으로 판데믹의 위험을 항상 안고 있는 아프리카에 있는 국가들이 선진국들에서와 같은 비축량을 가진다면 그들의 요구량은 거의 10억 명분에 가까운 양이 필요하게 된다.

로슈가 전세계가 필요한 양을 생산할 수 있는지에 대해서는 로슈의 말이 곧 답인 상황이다. 전세계 보건의료의 중요한 위기인 판데믹 상황에서 로슈의 “충분하다”는 말 한마디 외에 우리가 들을 수 있는 정확한 정보는 없다. 로슈는 자신의 생산역량을 ‘상업적으로 민감한’ 정보라고 하면서 심지어 WHO에도 노출하고 싶어 하지 않는다.¹³⁾

2005년에 로슈는 생산역량의 문제와 국제사회의 비난을 달래기 위해 소위 ‘판데믹 프로그램’의 일환으로 다른 생산업체들에게 라이선싱을 하기 시작했다. 로슈¹⁴⁾에 따르면, 타미플루는 로슈 이외에도 10개국 15개 제약사(Ampac Fine Chemicals LLC, API Corporation, Clariant, DSM, FIS, Martek, Novasep/Dynamit Nobel, PHT International, PPG Industries, Sanofi-Aventis, Shaanxi Jiahe Phytochem Co and Siegfried Ltd)가 생산하고 있다. 또한 아래 국가에 다음과 같은 라이선싱 조치를 취하였다.

- China: Roche has granted sub-licenses to Shanghai Pharmaceutical Group and to HEC Group for the overall production of oseltamivir for pandemic use in China.
- Taiwan: Roche will be in a position to deliver requested quantities during 2006.
- Vietnam: Roche has offered to provide either capsules or active pharmaceutical

12) http://www.roche.com/media/media_releases/med-cor-2009-07-01.htm ‘5 to 6 Euros per 75 mg pack’

13) Russell S. 2005. Bird flu drug maker won't share patent. San Francisco Chronicle, October 13.

14) http://www.roche.com/med_mbtamiflu05e.pdf

ingredient for third parties to encapsulate locally.

- Korea and Malaysia: Roche is providing capsules.
- India: Roche has granted a sub-license to India' Hetero Drugs to make oseltamivir for India and developing countries.

그러나 비싼 라이선스 비용의 문제는 차치하고라도¹⁵⁾ 그 라이선싱은 로슈의 특허독점 하에서 통제되는 생산이다. 같은 자료에서 로슈는 2006년 말까지 생산능력을 연간 4억 명 분까지 끌어올리겠다고 했지만, 이러한 조치는 여전히 최빈국과 저개발국의 필요를 배제하고 있으며, 한국의 타미플루 확보과정을 보더라도 로슈가 전 세계의 필요량을 공급할 수 없을 것이란 예상이 사실임을 알 수 있다.

2. 정부의 항바이러스제 확보대책

정부는 항바이러스제 비축과 관련해서 충분한 량이 확보되어 있다고 주장하고 있다. 정부는 기존 비축량 2,543,000명 분 중 59만여명분(8월에 2차례에 걸쳐)을 시중에 유통시켰기 때문에 현재는 195만 여명 분을 가지고 있다.

○ 항바이러스제 비축현황

(8.24 현재, 단위 : 명분)

제품	구매수량 (2008년 까지)	배포량 ^{주1)}	현 재고량(A)	비 고
타미플루	2,057,000	442,388	1,614,612	시·도 및 검역소, 격리치료의료기관 배포
리렌자	486,000	148,905	337,095	
합 계	2,543,000	591,293	1,951,707	

주1) 시·도 및 검역소, 의료기관 배포

※ 현재 국가비축 항바이러스제는 중앙에서 일괄관리하고 있어 지역별, 장소별 구분은 하지 않음

15) Baker M. 2005. If Roche sneezes, the pharmaceutical industry catches a cold. Business Respect, October 30.

2009년 말까지 약 3백여만 명분이 추가확보 될 계획인데 이 중 타미플루는 1,325,510 명분이다. 따라서 연말까지 타미플루 비축량은 2백 9십만명 분으로 인구대비 약 6%이다. 8월 23일 500만명 추가확보 지시에 따라 원래 추가확보 계획량 250만명분에 250만명분이 더 들어올 것으로 보인다. 그런데, 이 추가량 500만명분은 빨라도 내년 1월경에나 국내에 들어올 가능성이 있다. 조달청 보도자료에 따르면¹⁶⁾ 국무회의에서 예비비 지출을 의결한 뒤 조달청과의 계약기간 및 이후 행정처리 기간을 감안하면 현재 시점에서 5개월 뒤인 1월경에나 입고가 가능해 진다는 계산이 나오기 때문이다.

○ 2009년내 항바이러스제 확보계획

(단위 : 명분)

제품	추후확보계획 (2009년)(B)	2009년 말 비축 예정량(A+B)
타미플루	1,325,510	2,940,122
리렌자	1,718,493	2,055,588
합 계	3,044,003	4,995,710

※ 2009년 신종인플루엔자의 세계적인 유행으로 인하여 **긴급 추경 625억원을 편성**하여 항바이러스제를 추가 확보(**약 300만명분**)하여 금년 12월말까지 납품예정임.
가을철 유행에 대비하기위해 **추가비축(500만명분)**을 위한 **예비비 확보**함

연내 비축량의 40% 이상이 리렌자(흡입기)인데, 리렌자는 ‘천식, 만성 폐쇄성 폐질환을 앓은 적이 있는 환자들에게 사용할 경우, 중대한 호흡기계 문제나 기관지 경련을 일으킬 수 있으며, 이러한 환자들에게서는 인플루엔자 치료 기간을 줄이는데도 효과를 보이지 못하므로 이와같은 만성 호흡기 질환자에게서는 리렌자를 사용하는 것을 추천하지

16) [참고: 조달청 2009.5.20 보도자료] 기존 비축 포함 국내인구 10%인 500만명분 비축

조달청이 최근 유행하고 있는 신종플루와 맞물려 세계적으로 품귀현상을 보이고 있는 항바이러스제를 대량 확보하게 됐다. 조달청(청장 권태균)은 최근 신종 인플루엔자A(H1N1, 신종 플루)와 AI 치료에 효과가 있는 항바이러스제인 타미플루(127만명분)와 리렌자(151만명분) 등 2종류 278만명 분을 한국로슈(주)와 (주)글락소스미스클라인(GSK)과 각각 계약을 체결했다고 5월20일 밝혔다. - 우리나라는 당초 올해 48만 5천명분을 확보할 계획이었으나, 최근 급격히 확산되고 있는 신종플루와 관련 이번에 278만명분으로 구매량을 늘림에 따라 현재 비축량 240만명분을 포함하는 경우 인구의 10%인 총 약 500만명분의 물량을 사전 확보하게 됐다. 이번에 조달청과 계약 체결한 항바이러스제 추가 비축물량(278만명분)은 운송과 국내 행정 절차에 걸리는 시간을 고려할 때 5개월 정도면 확보하게 된다.

않는다'17)고 되어있으며, 흡입기 사용은 제한적이고 사용의 불편하며 올바른 사용이 힘들어서 실제로 제 용량을 다 사용했다고 보기 힘들다. 이전 비축분에서는 타미플루와 리렌자의 비율이 통상의 수준18)으로 보이는데, 2009년 확보계획량에서 리렌자의 비율이 56%를 상회하고 있는 것도 특이하다.

결론적으로 우리나라에서 환절기인 10월까지 인구19)대비 5%, 그리고 올 12월까지 인구의 약 10%수준의 비축량이 전부이다. 경제적인 구매능력으로는 크게 무리가 없다고 주장하는 우리 정부의 타미플루 비축량의 수준이 왜 기대에 훨씬 미치지 못하고 있는 것인지에 대해 정부는 '충분하다'는 공허한 추정 이외에 마땅히 내놓은 답은 없는 것 같다.

3. 5-10%가 충분한 비축량?

2009년 8월 28일, WHO(World Health Organisation)는 지금까지의 전세계 신종플루 발생상황을 모니터 하고 향후 몇 달간 신종플루 유행이 어떻게 전개될 것인지에 대해 임시전망을 내 놓았다20). 결론적으로 북반구의 국가들이 유행병의 두 번째 파동(wave)을 준비해야 한다고 권고하였다. H1N1 바이러스가 여전히 전세계적으로 향후 몇 달간 위력을 지속할 것이며 계속 전파될 것이라는 것이다. 다행히 이 바이러스의 독성이 더 강해지거나 위험한 형태로 변종되지는 않고 있다고 밝히면서, 그럼에도 불구하고 인구집단의 대량 감염 가능성이 여전히 있다고 경고하고 있다.

현재까지 신종플루에 대처할 수 있는 방식은 개인위생 및 공중접촉의 최소화와 같은 개인적 조치, 백신접종, 그리고 항바이러스제 복용이다. 이 중 가장 효과적인 것은 백신이라고 할 수 있고 이는 개인 및 인구집단이 인플루엔자를 방어하는 주요한 수단이다. 그러나 백신은 이미 이번 신종플루의 유행에 있어 최선의 방책으로서의 가능성을 상실하였다고 볼 수 있다. 백신의 효과는 2회 접종 후 2주가 지나서 발생한다. 1회 접종부터

17) GSK 홈페이지 참조

18) 미국의 경우 타미플루 내성에 대비해서 타미플루와 리렌자 비율을 80: 20으로 비축

19) 통계청. 2009년 7월1일 현재 4874만명

20) http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1_second_wave_20090828/en/index.html

2회 접종까지 3주가 걸리는 점을 감안하면, 1회 접종후 5주가 지나서야 면역효과가 발생하는 것이다. 그런데 문제는 현재 백신을 이용할 방법은 전혀 없다는 것이다. 이미 100% 확보를 해놓은 선진국가들도 생산공장에서의 백신 수출이 예상보다 낮아지면서 공급시기와 공급량에 제한을 받고 계획을 수정하고 있다.

우리나라의 경우에도 녹십자 화순공장의 설립 지연, 수출미달 등으로 해서 처음 계획했던 10월말 공급계획이 불투명한 상황이다. 11월경 공급이 시작된다 하더라도 아주 한정된 인구집단만 우선순위로 접종가능하다. 그렇다면 결국 9월에서 12월까지 집단면역의 생성은 거의 불가능에 가깝다.

이렇게 백신으로 인한 집단면역이 어려운 상황에서 가능한 방법이 항바이러스제이다. 백신은 실제 효과가 발생하기 까지 시간이 많이 걸리는(a time lag before protection)데 비해 항바이러스제는 즉각적 효과를 가진다. 약은 백신보다 유효기간도 길고 저장이 상대적으로 쉽고 따라서 많은 국가에서 유행병 준비계획에서 우선에 두고 있다.

항바이러스제는 단지 감염된 환자의 치료에만 국한된 효과를 가지는 것이 아니다. 항바이러스를 복용한 감염인은 virus shedding(바이러스 체외 유출)이 감소되어 다른 사람으로의 감염성이 낮아지게 된다. 따라서 항바이러스제는 사망률(mortality)과 질병에 걸린 사람수(morbidity)를 낮출뿐만 아니라 전파와 대규모 발생 혹은 전지구적 유행을 막을 수도 있다.²¹⁾ 먼저 발생한 사람, 먼저 발생된 지역에 시기에 맞는 항바이러스제가 충분히 이용가능해야만이 현재의 신종플루에 효과적으로 대처하고 큰 유행으로 번지는 것을 막을 수 있는 것이다. 즉, 의약품의 적절한 그리고 적기 사용은 전파의 가능성을 낮출 뿐만 아니라 지역사회 유행이나 확진환자와 직접 접촉한 환자에게 투여함으로써 예방의 효과를 얻을 수 있다. 또한 치료 혹은 입원기간을 단축시키고 폐렴과 같은 중증으로의 진행을 막아 사망위험을 현저히 감소시킨다.

오셀타미비어는 증상이 심할 경우 48시간 이내 즉시 투여할 것이 권고되고 있다. 신종플루는 특히 이전에 건강했던 어린이 및 대개 50세 이하의 성인에서 중증 증상의 40%가 발생하고 있는 것으로 알려져 있다. 기존 위험인구집단인 고령자와 더불어 이들에게도 신속한 의약품 투여가 이루어져야할 경우가 많아진다. 다른 합병증이 없는 건강한 환자

21) Feguson, N.M., et al., Strategies for containing and merging influenza pandemic in Southeast Asia. Nature, 2005 Sep 8; 437(7056):209-14.

들은 항바이러스제를 투약할 필요는 없다고는 하지만, WHO의 권고에 의하면 지역사회 내에 바이러스가 광범위하게 돌고 있는 지역에서 독감 유사 질환을 가진 환자들은 신종플루 환자로 가정하고 확진검사 없이도 항바이러스약을 투여할 수 있도록 하고 있으며²²⁾ 현재 한국 질병관리본부도 의심환자에게 항바이러스제를 투약하도록 지침을 변경하였다.

그렇다면 과연 얼마만큼의 의약품이 필요할까? 사실 유행이 어떻게 번질지, 그 독성이 어떻게 변화할지에 대해 누구도 명확한 답을 할 수는 없다. 그러나 적어도 올 12월 내에 우리나라는 WHO가 비축하도록 권고한 20%에 훨씬 미치지 못하는 항바이러스제를 가지고 있다는 것은 분명하다. 일본 후생성도 역학모델을 통해 20% 정도의 감염률을 예상한 바 있다²³⁾. 일부 학자들에서는 통상 계절성 인플루엔자 유행시 인구집단의 10%가 감염되는 것과 비교하여 집단면역이 없는 신종 인플루엔자의 감염율을 30-40% 정도로 보고 이 정도를 필요로 한다는 의견도 있다²⁴⁾.

그럼에도 불구하고 로슈가 공급을 통제하는 특허독점 상황은 정부의 안이한 대응과 맞물려 국민의 필요를 제약회사의 약값과 공급에 끼워 맞추고 있는 격이다. 사회역사학자인 Mike Davis의 말을 인용하자면 “전세계는 지금 로슈의 지적재산권에 인질로 잡혔다.”²⁵⁾

22) http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1_use_antivirals_20090820/en/index.html

23) <http://headlines.yahoo.co.jp/hl?a=20090828-00000021-maip-soci>
<毎日新聞> 8월 28일자에 의하면, 후생노동성은 이번 신형 인플루엔자에 의한 국내 환자수가 연내 약 2500만명, 전체인구의 20%에 이른다는 추계이환율에 근거하는 '유행 시나리오'를 발표했다. 시나리오의 과거의 계절성 인플루엔자 감염 상황이나 지금까지 확인된 신형환자의 추이, 전문가 의견등을 참고로 (1) 이환율 (2) 입원율 (3) 중증화율 (4) 유행동태를 추계했다. 시나리오에 의하면 "입원환자가 최다가 되는 것은 10주째로, 4만 6400명정도로 추측했다. 연령대별 내역은 0 - 5세 3500명, 6 - 15세 1만 1800명, 16 - 64세 2만명, 65세이상 1만 1100명이다.

24) <http://www.northjersey.com/news/national/51661462.html>
<http://www.latimes.com/features/health/la-sci-swine-flu25-2009jul25.0.3387335.story>

25) Democracy Now. 2005. Transcript-Mike Davis on The Monster at Our Door: The Global Threat of Avian Flu. Democracy Now. October 19. <http://democracynow.org/article.pl?sid=05/10/19/1332209>.

4. 한국의 제약산업의 오셀타미비어 생산능력

로슈는 타미플루가 화학적으로 매우 복잡하고 원료도 구하기 힘들어서 제네릭 기업이 만들기 힘들다고 주장해 왔다²⁶⁾. 그러나 인도의 제약기업 시플라가 이미 생산을 시작했고 더 싼 가격에 판매하고 있다. 한국의 제약기업들도 마찬가지다. 이미 2005년도 식품의약품안전청이 한국에서 타미플루 생산 가능 기업 13개의 리스트를 작성하였고 해당 기업 중 몇몇 회사들은 그 과정에서 식약청에 타미플루 복제약의 시제품을 제출한 바 있다.

현재 그 기업들 중 당시 로슈의 ‘판데믹 프로그램’에 편입된 유한양행은 현재 타미플루 원료를 수출하고 있다²⁷⁾. 그리고 SK케미컬은 인도 회사와 250만명분을 만들 수 있는 원료 공급 계약을 체결하였고, 대웅제약은 중국에서 오셀타미비어 합성의 원료물질인 ‘시킵산(shikimic acid)’ 1톤을 공급받기로 계약이 완료된 상태이다. SK케미컬과 종근당은 식품의약품 안전청에 허가 관련 자료 심사를 받고 있다. 그 외에 일동제약도 복제약품의 제제연구 및 원료선 확보가 완료된 상태이며, 일양약품은 월 100만명 분량의 생산을 할 수 있는 준비를 갖춘 상태이다. 이들 제약회사는 ‘강제실시 발동여부’와 ‘허가과정의 단축’에 따라 생산시기와 생산량을 조절할 수 있다고 하였다. 원료를 구하기 어렵다는 로슈의 주장과 달리 중국과 인도에서 ‘시킵산’ 내지 ‘활성성분(오셀타미비르)’ 등의 원료를 충분히 들여올 수 있으며 이를 제제로 만드는 과정은 국내 제약기술로 충분하다는 게 공통된 의견이다.

위와 같은 상황은 단지 언론기사가 아니라, 현재 즉시 시행능력을 파악하기 위해 시민사회단체에서 보낸 질의에 답변을 한 제약회사들만을 언급한 것이다. 언론을 통해 가능성을 내비친 수십여 개 제약사는 논외로 하고, 답변을 해 온 제약사만으로 타미플루 복제약을 생산하더라도 매달 최소 약 400만명분을 생산할 수 있는 상황이다. WHO의 비축권고량 뿐만아니라 그 이상을 확보하는데 아무 문제가 없고, 생산량과 생산시기, 가격을

26) 2005. The threat of and planning for pandemic flu. Hearing of the Health Subcommittee of the House and Commerce Committee. Federal News Service, May 26.

27) 로슈가 타미플루의 공동생산 업체로 한국의 한 업체를 지정한 것은 2006년 3월 10일이다. 원료를 공급한다는 우리나라 언론의 보도와는 달리 로슈의 2006년 11월 자료에서 한국에는 캡슐을 공급한다고만 언급되어 있다.

조절할 수 있다. 더 나아가 생산시설이나 기술이 없는 나라에 수출이나 기부를 할 수도 있다.

[식약청에서 조승수의원실에 제출한 자료]

2008년 5월 이후, 국내 제약사가 식약청에 제출한 신종플루 항바이러스제 생산 관련 허가신청서 등의 자료

○ 허가심사조정과 박인숙 연구관 (전화 : 380-1703)

- (주)씨티씨바이오 씨티씨오셀타미비르캡슐75mg 및 에스케이케미칼(주) 에스케이오셀타미비르캡슐75mg
 - 2009.07.29 생물학적동등성시험 계획서 및 기준및시험방법 심사요청
 - 2009.08.19 기준및시험방법 검토 결과 통지
 - 2009.08.27 생물학적동등성시험계획서 승인
- (주)종근당 종근당인산오셀타미비르캡슐75mg
 - 2009.08.28. 생물학적동등성시험계획서 심사요청

특허청은 정부가 106조를 통한 강제실시 신청시에 신속한 결정을 위해 정부간 협조에 만전을 기하고 있으며 1주일이면 결정을 내릴 수 있는 준비를 갖추었다고 하였다. 식품의약품 안전청장도 8월 20일 당정협의를에서 “필요하다고 판단되면(신속심사 규정²⁸⁾을 적용해) 시판허가 신청 후 15일 만에 허가를 내줄 수 있다”고 말했다. 이와 같은 조치 및 절차를 따른다면, 강제실시 절차와 식품의약품 허가절차를 동시에 진행하면서 빠르면 2

28) 의약품등의 품목허가신고심사규정(식약청고시) 제58조(신속심사 등)

- ① 식약청장은 생명을 위협하는 질병 또는 비가역적 질병에 대하여 임상적 효과를 기대할 수 있는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 신개념 의약품에 대하여는 제7조제1항 및 제8조에 따른 제출자료의 일부를 시판 후 제출하도록 할 수 있으며, 우선적으로 신속하게 심사하여 허가할 수 있다.
 1. AIDS, 암 등 생명을 위협하거나 심각한 질병에 대하여 치료효과를 기대할 수 있는 의약품
 2. 내성이 발현되는 등 현존하는 치료법으로는 치료가 불가능하여 신속한 도입이 필요하다고 판단되는 의약품
 3. 기타 항암제, 희귀의약품, DNA칩 등 환자치료 또는 산업발전을 위하여 식약청장이 필요하다고 판단하는 의약품

주에서 한달정도면 완제품이 시중에 나올 수 있다. 즉, 지금 당장 정부가 강제실시 결정을 내리고 이를 특허청에 신청한다면 대유행시기로 예상되는 9월말부터 지속적으로 오셀타미비어를 안정적으로 공급할 수 있다.

로슈의 독점적 공급에 얽매이지 않고 국내의 제약기술로 충분히 생산량을 확보하면서 다국적 제약기업의 독점이윤을 위해 소중한 국가재원이 사용되지 않도록 할 수 있는 이러한 절차 중 준비되지 않은 것은 정부의 특허사용을 위한 강제실시 ‘결정’뿐이다.

5. 국내 강제실시의 법률 검토

조승수 의원실에 보고된 자료에 따르면, 타미플루의 강제실시에 대해 복지부는 「특허법」 제106조²⁹⁾에 따라 특허 강제실시권은 전시·사변 또는 이에 준하는 사태로서 공공 이익을 위해 불가피한 경우에 발동할 수 있으며, 발동 시 국제 통상 관계를 고려하여 신중히 결정해야 한다는 점과 항바이러스제 추가확보와 관련하여 연말까지 물량 조달에 큰 문제가 없을 것으로 보이며, 현 상황으로는 특허를 무력화시키는 강제실시권을 발동할 단계는 아니라고 판단된다’고 하였다. 그러나 TRIPS와 도하선언이 규정하고 있는 바에 따르면 지금의 상황은 강제실시가 필요한 바로 그 시점이다.

남희섭 변리사의 타미플루 강제실시의 법률적 검토³⁰⁾에 의하면 정부가 특허권을 수용하거나 사용하려면 특허법 제106조 규정에 따라 2가지 요건이 필요하게 된다. 첫째, 조류 독감이 ‘전시·사변 또는 이에 준하는 비상시’인지에 대해 판단하여야 하고 둘째, ‘공공의 이익을 위한 비상업적’ 사용(public non-commercial use)이어야 한다. 전시·사변에

29) 제106조 (특허권의 수용등) ①정부는 특허발명이 전시·사변 또는 이에 준하는 비상시에 있어서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 특허권을 수용하거나(제1호의 경우에 한한다)특허발명을 실시하거나 정부외의 자로 하여금 실시하게 할 수 있다. <개정 1995.12.29, 2005.5.31>

1. 국방상 필요한 때
2. 공공의 이익을 위하여 비상업적으로 실시할 필요가 있을 때
- ②특허권이 수용되는 때에는 그 특허발명에 관한 특허권외의 권리는 소멸된다.
- ③정부 또는 정부외의 자는 제1항의 규정에 의하여 특허권을 수용하거나 특허발명을 실시하는 경우에는 특허권자·전용실시권자 또는 통상실시권자에 대하여 정당한 보상금을 지급하여야 한다.
- ④특허권의 수용·실시 및 보상금의 지급에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

30) 남희섭, <http://www.ipleft.or.kr/node/2486>

준하는 비상시가 아닌 경우에는 ‘공공의 이익’을 위한 강제실시 제도가 있으나, 이것은 정부가 사용하는 것이 아니고 제3자(식약청 등 정부기관도 포함)가 특허조사를 한 후 해당 특허에 대해 특허법 제107조에 따라 특허청장에게 강제실시를 청구하는 절차를 거쳐야 하는데, 현재 이 조항을 적용하는 것은 시간적으로 무리가 있을 뿐 아니라, 어떤 방식이든 최종적으로는 정부의 의지가 중요하다는 점에서 여기서는 106조에 한해서만 다루기로 한다.

○ ‘비상시’에 대한 해석³¹⁾

TRIPs 협정은 강제실시권이 승인될 수 있는 이유(ground)를 한정하지 않고, 강제실시권이 승인되는 조건(condition)을 규정하는 방식을 취하고 있다. TRIPs 협정 제31조 b와 c³²⁾는 국가 긴급사태 및 공적인 비상업적 사용(public non-commercial use)을 위한 강제실시를 규정하고 있는데, 이 때의 ‘긴급상황’의 해석에 대해서는 2001. 11. 14. 카타르 도하에서 발표된 세계무역기구(WTO)의 ‘TRIPs 협정과 공중의 건강에 대한 각료선언문(도하선언)’을 참고할 수 있다. 도하선언은 공중의 건강을 보호하기 위한, 특히 의약품에 대한 접근권을 높이기 위한 WTO 회원국의 권리를 지지하는 방식으로 협정이 해석되고 이행될 수 있다는 점을 분명히 선언하고 있다³³⁾. 또한 공중의 건강을 보호하기 위한 조치로

31) 정정훈, 2009, **강제실시의 법률적 측면, 필수약품 공급제도 개선방안 마련 토론회, 국가인권위원회에서 발췌 인용하였음.**

32) 제31조 권리자의 승인없는 기타 사용
회원국의 법률이 정부 또는 정부의 승인을 받은 제3자에 의한 사용을 포함하여 권리자의 승인없이 특허대상의 다른 사용¹⁾을 허용하는 경우, 아래의 규정이 준수된다.

b. 이러한 사용은, 동 사용에 앞서 사용예정자가 합리적인 상업적 조건하에 권리자로부터 승인을 얻기 위한 노력을 하고 이러한 노력이 합리적인 기간내에 성공하지 아니하는 경우에 한하여 허용될 수 있다. 이러한 요건은 국가 비상사태, 극도의 긴급 상황 또는 공공의 비상업적 사용의 경우에 회원국에 의하여 면제될 수 있다. 그럼에도 불구하고 국가 비상사태 또는 그 밖의 극도의 긴급상황의 경우 권리자는 합리적으로 가능한 빠른 시간내에 통보를 받는다. 공공의 비상업적 사용의 경우 정부 또는 계약자가 유효한 특허가 정부에 의해 또는 정부를 위해서 사용되거나 사용될 것이라는 사실을 특허 검색 없이 알거나 알만한 입증할 수 있는 근거가 있는 경우 권리자는 신속히 통보 받는다.

c. 이러한 사용의 범위 및 기간은 동 사용이 승인된 목적에 한정되며, 반도체기술의 경우에는 공공의 비상업적 사용, 또는 사법 혹은 행정절차의 결과 반경쟁적이라고 판정된 관행을 교정하는 것에 한정된다.

33) 4. 우리가 TRIPs 협정이 공중 보건을 보호하기 위한 조치를 취하는 것을 방해하지 않으며 방해 할 수 없다는 것에 동의한다. 따라서 TRIPs 협정에 대한 우리의 서약을 되풀이하며 우리는 협정이 공중 보

서 도하선언문은, (a) **회원국은 강제실시권을 부여할 권리를 가지고 강제실시권을 부여할 조건을 결정할 자유**가 있으며, (b) 강제실시권을 부여할 수 있는 조건의 하나인 국가의 비상사태나 극도의 위기상황이 HIV/AIDS, 결핵, 말라리아와 같은 **유행병에 적용**된다고 하였다.

도하선언 5(c)³⁴절에서 ‘공중의 건강이 위기에 처한 상황’을 ‘국가 긴급사태나 기타 극도의 위기 상황’을 의미한다고 선언한 것은, 어느 회원국이 국가 긴급사태를 선포한 경우 이를 둘러싼 분쟁에서 국가 긴급 사태의 규명 자체를 둘러싼 논란을 차단하기 위한 것이며, 또한 각료 선언문 5(c)절에서 ‘각 회원국(Each Member)’이란 용어를 사용함으로써, 국가 긴급사태를 결정하는 것은 다른 회원국의 개입 없이 각 회원국의 주권적 재량에 따라 독자적으로 가능하다는 것을 확인하고 있다.

○ 비상업적 사용

‘공공의 비상업적 사용’의 구체적인 예는 협정에 나타나 있지 않으나, TRIPs 협정 제1조1항 및 제8조1항에 기초하면, 당사국은 ‘공중의 건강과 영양을 보호하고’ 또는 ‘사회경제적 및 기술적 발전에 극히 중요한 분야에서 공공의 이익을 촉진하기’ 위한 강제실시를 할 수 있다는 의미로 해석할 수 있다. 다만, 더 엄격하게 ‘비상업적’이라는 측면을 인정한다 하더라도 타미플루의 경우 국내 제약사와 정부의 관계에 따라 ‘비상업적’ 사용인지 여부가 결정된다. 제약사를 통하지 않고 정부 기관이 직접 약을 공급하고, 최소한의 경비만큼의 약가를 책정한다면 ‘비상업적’ 사용이라고 볼 수 있다³⁵).

○ 통상마찰 가능성

도하선언에서 회원국이 공중의 건강을 보호하기 위한 조치를 TRIPs 협정이 ‘방해하지

건을 보호하기 위한 특히 의약품에 대한 접근성을 촉진하기 위한 WTO 회원국들의 권리를 지지하는 방식으로 해석되어야 하며 이행되어야 한다고 단언한다.

34) 5. 따라서 위의 4.의 관점에서 TRIPs 협정에 대한 우리의 서약을 유지하면서 우리는 이러한 유연성이 다음과 같은 것을 포함한다는 것을 인정한다: c) 각 회원국은 국가적 응급상황 또는 극도의 비상상태의 상황 구성을 결정할 수 권리가 있다. 이것은 HIV/AIDS, 결핵, 말라리아와 다른 유행병과 관련되는 공중 보건 위기가 국가 응급상황 또는 극도의 비상상태상황을 나타낼 수 있다는 것으로 이해될 수 있다.

35) 남희섭, <http://www.ipleft.or.kr/node/2486>

않으며 방해할 수 없다(does not and should not prevent)’고 규정하고 있다. 그러나 강제실시는 전 세계적으로 빈번하게 활용되는 합법적인 조치이며, 특정 국가의 강제실시의 시행이 TRIPS 협정에 대한 위반이라는 이유로 기소된 경우는 극히 드물 뿐만 아니라³⁶⁾, 특히 강제실시에 따른 분쟁이 WTO 분쟁 해결 제도를 통해 공식적으로 논의된 사례 역시 찾아보기 어렵다³⁷⁾.

6. 강제실시는 특허제도의 보완

언론에 인용된 정부 관계자의 표현을 사용하면 “시중에 당장 약이 없어 아우성 하는 것도 아니고”라며, 시중에 당장 약이 없는 상태나 되어야 강제실시를 고려해 볼 수 있다는 의미로 발언한 바 있다. 그러나 상식적으로, 제약회사가 거의 모든 준비가 되어 있다는 전제하에서도 특허청 및 식품의약품 안전청의 절차에 2주 정도가 걸린다는 점을 감안해 볼 때, 이것은 국민을 약이 없는 상태에 방치할 수도 있다는 불안감을 안겨준다. 이렇게 되는 순간은 약의 효과적인 전염병 통제 능력을 상실한 상황이 될 뿐 아니라, 그 시기 국민의 생명은 어떻게 보호 받아야 하며, 국민들 불안으로 인해 발생하는 사회적 비용은 어떻게 할 것인가?

강제실시는 그럴 때 하는 것이 아니다. 필요하다고 판단되는 시기, 지금 바로 해야만 하는 것이다. 강제실시를 규정하고 있는 TRIPS협정의 어디에도 강제실시가 ‘최후의 수단’임을 언급하지도 암시하지도 않았다. 국가가 ‘국민의 공중보건을 위해 필요하다고 판단’되면 하는 것이다. 더군다나 강제실시를 하는 것이 국가의 위신을 좀먹는 것이라거나 통상마찰이 우려된다는 일각의 의견은 실로 무지의 소치이다. 의약품 강제실시라는 이름으로 무역협상에서 최소한의 배려로 언급된 이후의 강제실시 이전에도 다양한 형태로 특허의 독점을 허용하지 않는 조치는 선진국들이 더 많이 시행해온 방식이다.

강제실시제도는 특허에 대한 도전이 아니라, 특허제도의 본질 즉, 보호받아야 할 발명

36) Chaudhuri, S. The WTO and India's Pharmaceuticals Industry: Patent Protection, Trips, and Developing Countries. New Delhi: Oxford University Press.

37) Ho, C. M. 2009. “Patent Breaking or Balancing? Separating Strands of Fact from Fiction Under TRIPS”. North Carolina Journal of International Law and Commercial Regulation, Vol. 34.

과 기술발전이라는 목표를 완성시키는 보완적 제도이다. 왜냐하면 특허제도는 특허받은 기술이 “널리 사용되도록 하기 위해” 그 기술의 “독점을 허용”한다는 일종의 모순이 들어있으며, 정작 특허의 본질이 ‘독점의 허용’에 있는 것이 아니라 기술이 ‘널리 사용되도록’하는데 있기 때문이다.

어떤 제도이든지 간에 그것은 개인, 기업, 그리고 사회에 효용과 비용을 모두 유발시킨다. 특허제도의 경우 그로인해 고무될 수 있는 발명이 사회에 효용을 발생시킬 수 있는 반면 또한 그 발명의 사용자들(개인, 기업, 사회모두)에게는 비용을 지불시키는 것이다. 강제실시는 사적기업의 발명보호로 인해 과도한 비용이 지불되는 것을 최소화하는 안전장치다.

7. 진정으로 신종플루를 위험하게 만드는 것

인플루엔자의 위험을 과장할 필요는 없다. 다만 이렇게 우왕좌왕한 대응과 수많은 불확실성에 국민들이 불안해하고 있는 것은 분명하다. 이번에 유행할 인플루엔자의 치명성은 아직 예측하기 힘들다. 하지만 사망자가 계속 발생하고 있는 시점에서 그저 국민들의 손씻기 등 개인위생만을 강조하는 것은 국가의 책무를 다하는 것이 결코 아니다.

국가의 대응이 이미 늦었다는 것을 모든 국민들은 알고 있고, 그래서 자신들이 할 수 있는 최대한의 방어를 위해 노력하는 와중, 시중의 손세정제는 바닥나고 마스크 구하기도 힘든 지경이 되었다. 국민을 패닉에 몰아넣은 것은 인플루엔자의 치명성이 아니라 국가의 안이한 대처에 대한 불신이다. 국가는 국민의 건강과 생명을 적극적으로 보호할 의무를 다하여야 하며 강제실시는 이를 위해 국가가 취할 수 있는 합법적이며 합리적인 수단이다. 이렇게 마땅한 수단이 존재함에도 불구하고 정부가 이러한 보편적 인권에의 요구를 무시하는 것은 헌법과 국제인권규약이 규정하는 국가의 의무를 방기하는 것이다³⁸⁾.

38) 대한민국 헌법 제36조③ 모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다.

UN 경제사회이사회는 규약 제12조 건강권에 관한 일반논평 14. 제43항 에서 당사국이 필수적 1차 보건의료를 포함하여 규약에 명시된 모든 권리가 적어도 최소한 필수적인 수준으로 충족되도록 보장할 핵심의무가 있음을 확인하고, ‘필수의약품에 관한 세계보건기구(WHO) 행동계획’에 정의된 것을 포함한 **필수의약품 제공**, 모든 보건시설과 상품 및 서비스에 대한 평등한 배분, **유행성 질병과 풍토병의 예방 치료 및 통제**는 국가가 국민의 건강권을 보호함에 있어서 이행하여야 할 핵심의무로 확인하고 있다.



토 론 문

- **신종플루 관련 정책과 의약품 공급계획**
신상숙,
질병관리본부 공중보건위기대응과 과장
- **건강권 보호를 위한 대안적 정책 제안**
문정림, 대한의사협회 의무이사
가톨릭의대 재활의학과
현정희, 공공노조 의료연대본부과장
- **신종플루 치료제 수급을 위한 정책대안**
조대진, 일양약품 중앙연구소 수석연구원
정정훈, 변호사

신종플루 관련 정책과 의약품 공급계획

신 상 숙, 질병관리본부 공중보건위기대응과 과장

질병관리본부

질병관리본부에
오신것을 환영합니다.

The Korean National Institute of Health plays an important role
in the public health training and the study of
disease control and epidemiological sciences and national research
and management of diseases.

국가 신종인플루엔자 관리

질병관리본부 공중보건위기대응과장
신 상 숙

신종인플루엔자 발생현황

• 국내현황

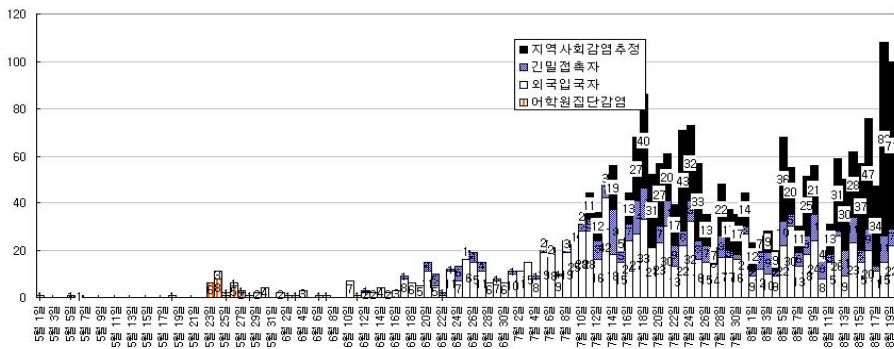
- '09.9.5. 확진환자 6,184명
- 지역사회감염 사례 증가
- 사망자 5명 발생

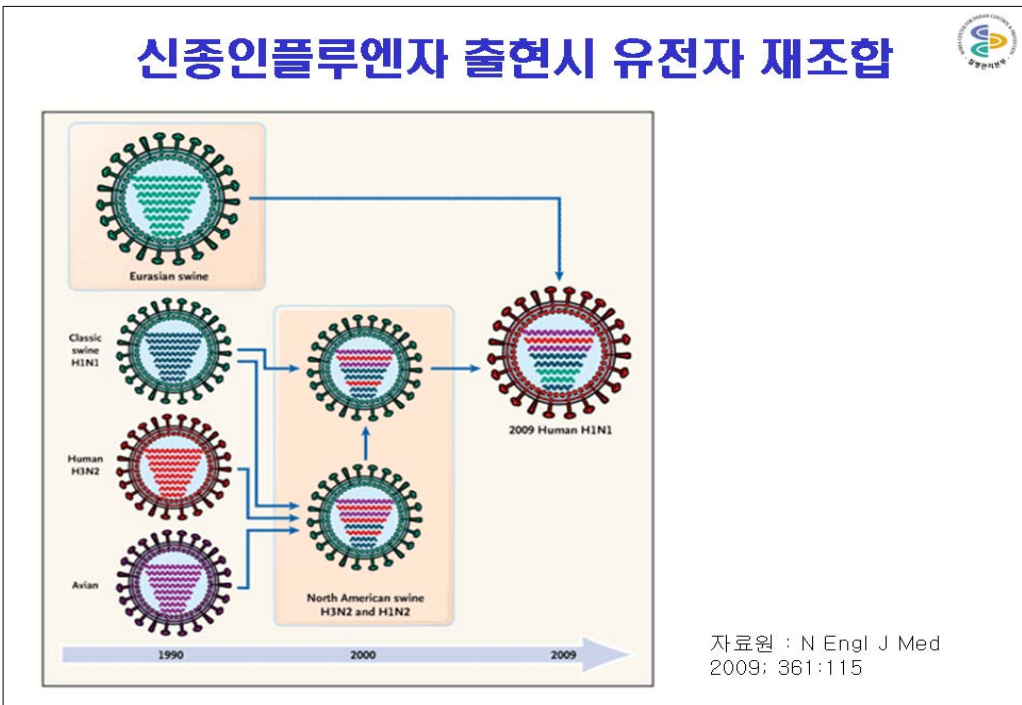
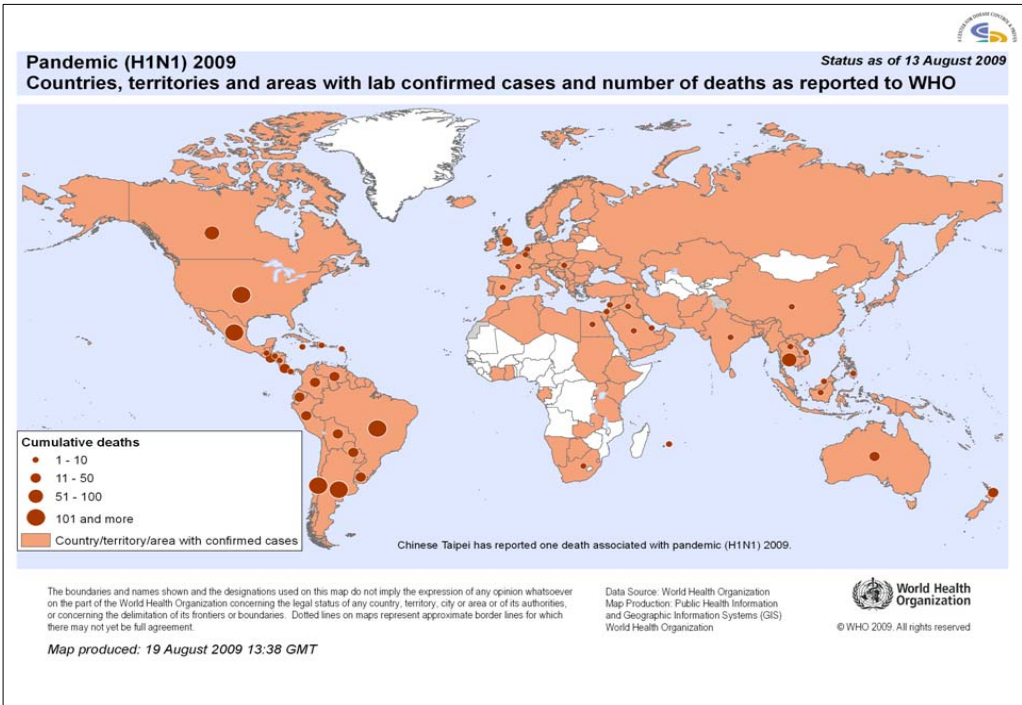
• 국외현황

- '09.8.21. 총 182,166명(사망 1,799명) 보고
- WHO 환자 현황발표 중지 ('09.7.6.)
- WHO 대유행 6단계 선언 ('09.6.11.)

감염경로별 발생현황

8월 19일 기준





2009년 신종인플루엔자 특징

- **지역사회 유행 가능**
 - 계절인플루엔자와 같이 유행
 - 여행과 관련된 초발환자를 놓쳐서 유행 발생
- **다른 기저질환이 있는 사람이 입원 또는 사망**
 - 만성질환자, 임신부, 아동
- **청년층에서 많이 발생**
- **기존의 계절백신은 방어효과가 없음**
- **전체환자수 산출 불가능**

신종인플루엔자 대유행 사례

대유행 사례	발생년도	사망자수
스페인 독감	1918-20	4000만명
아시아 독감	1957-58	100~150만명
홍콩 독감	1968	75~100만명

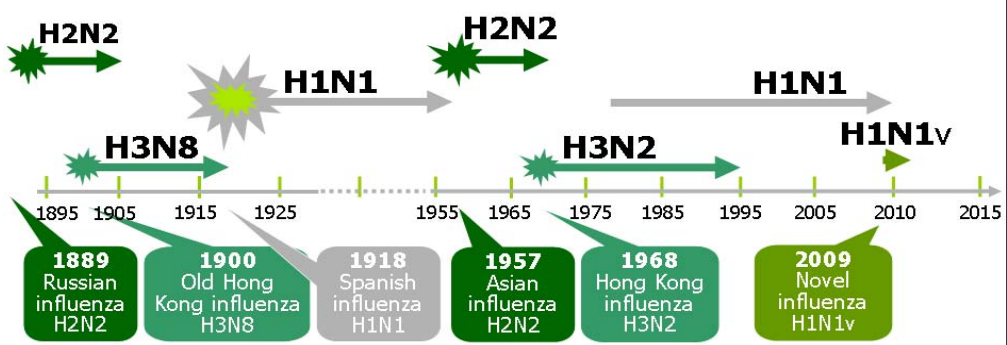


1957년 대유행시 미국의 경제성장률: 1957년 +2.0%에서 1958년 △1.0%로 하락
 1968년 대유행시 미국의 경제성장률: 1968년 +3.1%에서 1970년 +0.2%로 급락

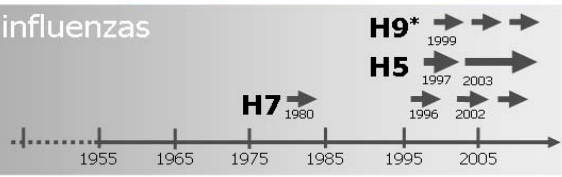


인플루엔자 대유행

Recorded human pandemic influenza (early sub-types inferred)

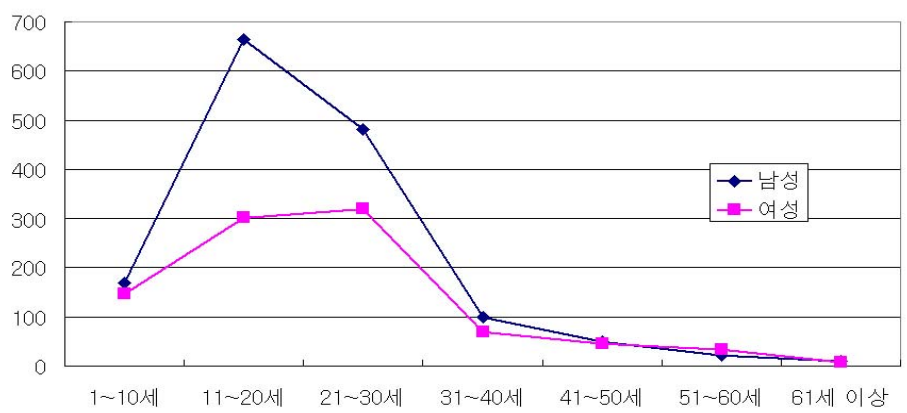


Recorded new avian influenzas



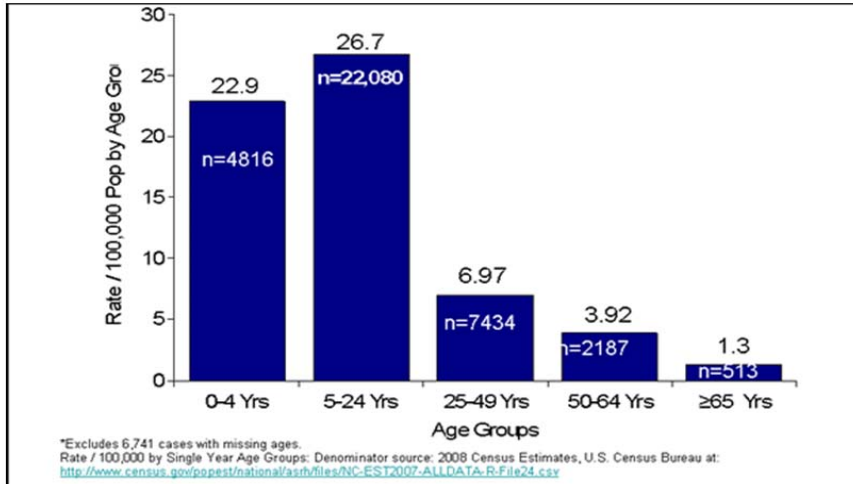
확진환자 연령분포

8월 19일 기준





연령별 환자 수 (미국)



증상

7월 20일 기준

항목	빈도 (%)
고 열	760 (82.4%)
체 온	37.9 °C
해열제	375 (40.7%)
콧물	375 (40.7%)
인후통	442 (47.9%)
기침	704 (76.4%)
숨가쁨	36 (3.9%)
결막염	16 (1.7%)
코피	10 (1.1%)

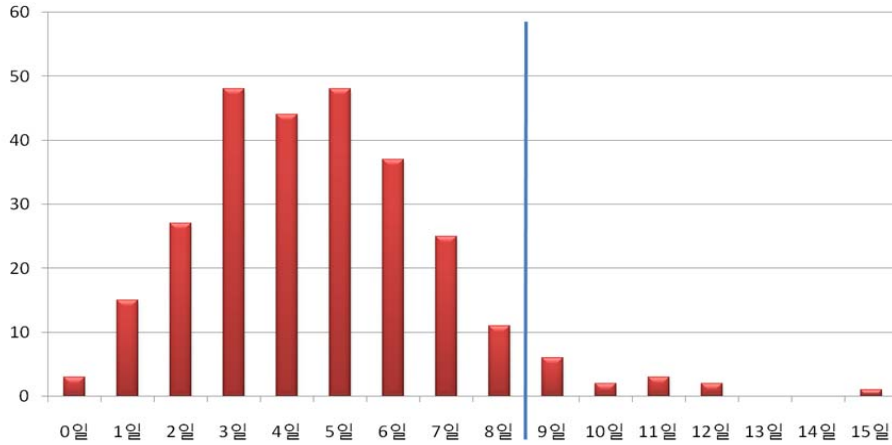
항목	빈도
설사	84 (9.1%)
메스꺼움	76 (8.2%)
구토	42 (4.6%)
두통	338 (36.7%)
발작	2 (0.2%)
의식소실	2 (0.2%)
근육통	222 (24.1%)
관절통	40 (4.3%)
Abdominal pain, generalized weakness, etc	

* 발열에는 12시간 이전에 해열제를 복용한 적이 있는 사람도 포함.



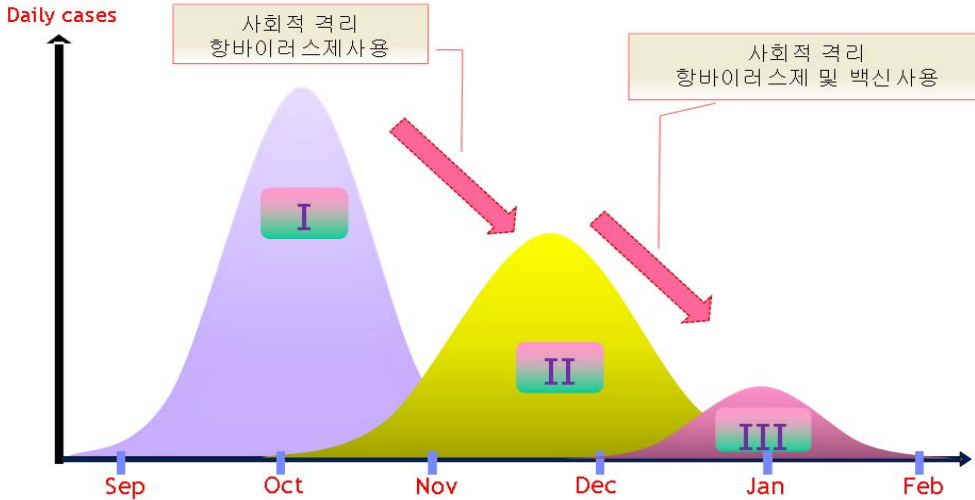
증상 지속 기간

7월 20일 기준

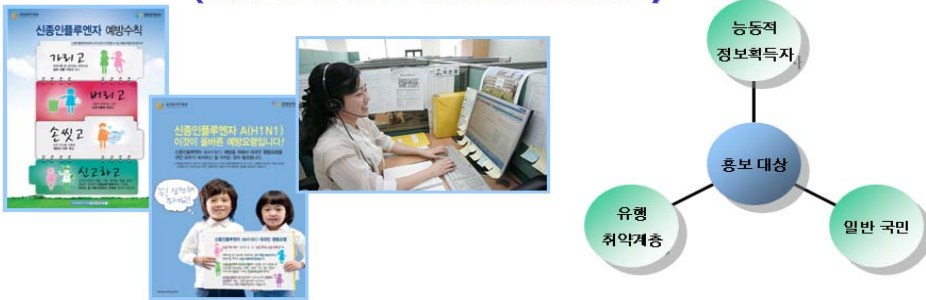


정부의 신종인플루엔자 대응

차단전략사용에 따른 유행추이




1. 국민과의 소통 강화 (Risk Communication)




◆ 신종인플루엔자 홍보 메시지 핵심

- 경증 환자의 경우에는 치료제 없이도 자가격리 및 휴식으로 치유 가능
- 고위험계층의 경우 조기 발견 투약 받도록 함
- 평소 손씻기, 기침 예절 그리고 증상 발현 시 즉시 신고
- 고위험계층의 경우 되도록 해외여행이나 다중 모임 참석 자제
- 위험계층이나 치료되지 않는 경우에는 치료거점병원에서 치료 진행



보건복지가족부



질병관리본부
www.cdc.go.kr




함께 지켜주세요

우리가 모두 안심할 수 있는 신종인플루엔자 행동요령


개인위생을 철저히!
의술 후에도, 평소에도 손 씻기를 습관화하십시오.



에어컨도 잘 지키고!
기침이나 재채기가 나면, 휴지나 손수건으로 가리는 에티켓을 지켜주세요!



사람 많은 곳은 조심조심!
발열이나 호흡기 증상이 있다면, 사람이 많은 장소는 되도록 피하십시오.



걱정없이 회복을!
신종인플루엔자는 가벼운 병을 유발하기 때문에 경증의 건강한 사람은 항바이러스제 치료 없이 회복됩니다.



편히 쉬고, 많은 양의 수분을!
건강한 사람은 의사의 판단에 따라 충분한 휴식과 수분섭취로 회복되기도 하지만, 증상이 호전되지 않을 경우에는 반드시 의사의 진료가 필요합니다.



반드시 진료로!
만성심폐질환, 임신, 당뇨, 비만, 임신부나 노인 분들은 인플루엔자 유사증상이 있으면 의사의 진료를 받는 것이 좋습니다.






보건복지가족부




질병관리본부
www.cdc.go.kr



2. 사회적 격리로 유행 지연



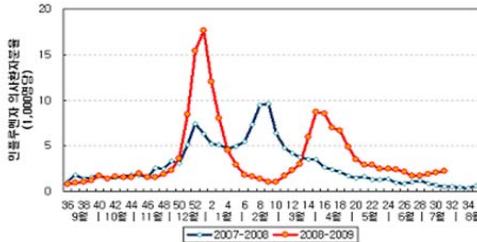




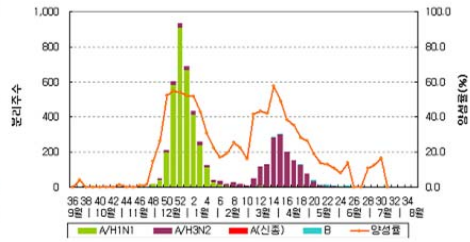

◆ 유행 초기에 가용 자원과 정책을 집중하여 실시함

- 학교의 경우, 초기에는 적극적으로 휴업 또는 휴교 권고
- 기타 밀집 생활기관에 대해서도 적극적 감시와 관리 철저
- 각 검역소를 통한 유입 방지 노력도 지속
- 고위험계층에 대해서는 대중 모임 참석을 자제토록 함

3. 효율적인 감시체계 운영



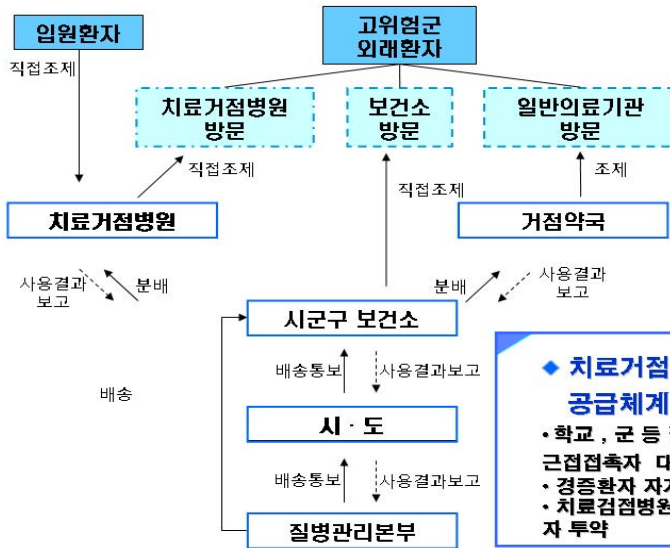
<주별 인플루엔자 환자 수, 2007-2008년 ~ 2008-2009년>



<주별 인플루엔자 바이러스 분리현황, 2008-2009년>

- ◆ 8월말 이후 본격 대유행으로 이행하여 정식으로 “심각”단계 선언 시
 - 확진은 실험실 검사없이 임상적으로 시행하되
 - 중증과 사망환자에 대해서만 개별 신고받고, 일반 경증의 경우에는 인플루엔자 유사증상자 표본감시체계로 대체
 - 표본 대상 유사증상자 중 주간 단위 1일 10%에 대해서만 군주 검사 실시
 - 질병관리본부는 계속 변이와 내성 출현 여부를 실험실적으로 감시함

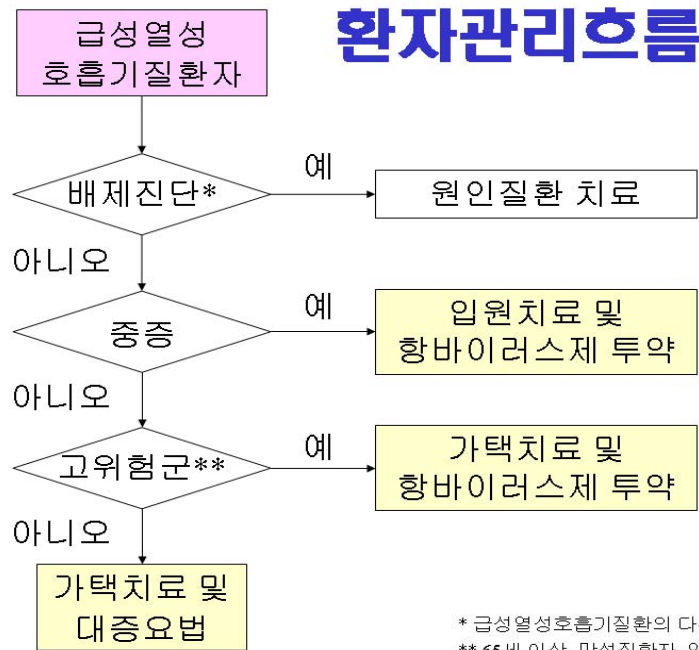
4. 항바이러스제 공급 확립



- ◆ 치료거점병원 및 항바이러스제 공급체계 구축
 - 학교, 군 등 집단발열환자 신속진단 및 조기치료, 근접접촉자 대상투약으로 전파 차단
 - 경증환자 자가치료(무투약)
 - 치료거점병원 지정(455개소) - 입원 및 외래 환자 투약



환자관리흐름도



* 급성열성호흡기질환의 다른 원인 배제
 ** 65세 이상, 만성질환자, 임신부, 59개월 이하

5. 신종인플루엔자 백신 확보 및 접종대책



◆ 접종대상

- 의료인 및 방역요원 등 전염병 대응요원, 군인(167만)
- 6개월 ~ 18세 (910만)
- 임신부, 노인 등 취약계층(259만)



◆ 신종인플루엔자의 지역사회 내 전파감소와 환자 및 사망자 발생감소를 위하여,

- 금년 11월부터 신종인플루엔자 백신접종 시행을 목표로 하되
- 8월말 성공적으로 유행을 막더라도 10월중 유행이 시작될 경우를 감안하여 최대한 빨리 백신 확보를 계획해야 함
- **접종대상 : 약 1,336만명(전국민 대비 27% 수준)**
- **소요예산 : 약 3,014억원**



전문가 의견

(8.25 동아일보)

- 환자의 99.9%는 저절로 회복
- 경증 환자는 치료제와 검사 불필요
- 모든 환자에게 치료제 투여 시 내성 바이러스 출현 경고
- 우리나라 보다 훨씬 많은 환자가 발생한 미국, 캐나다, 유럽의 사회 분위기는 오히려 차분
- 침착하고 이성적인 대처가 필요



시설 신종인플루엔자 예방



예방조치(1)

• 개인위생 홍보

- 입소자 대상 손씻기, 기침예절 홍보 및 교육

• 발열감시

- 입소자나 시설종사자가 발열(37.8℃이상) 또는 호흡기증상(기침, 콧물, 인후통 중 1개)이 있으면 즉시 관리사무소로 신고



예방조치(2)

• 의심환자 발생 시 조치

- 즉시 소재지 보건소로 신고
- 의심환자는 마스크 착용 및 별도의 분리된 공간에 수용
- 대량의 급성열성호흡기질환 환자 발생 시 행사취소 및 귀가조치
 - 귀가시 마스크 착용하도록 조치
- 수건, 침대시트 등은 따뜻한 물에 빨아 바싹 말림

감사합니다.



신종 플루, 인권적 대처 방안은 무엇인가?

- 건강권 보호를 위한 대안적 정책 제안 -

문 정 립, 대한의사협회 의무이사, 가톨릭의대 재활의학과

1. 서론

- 주제 발표자들의 발표내용은 주로 인권보호 차원에서 신종플루 대유행에 대비한 백신 및 치료제 확보를 주장하고 있음.
- 특히, 박상표 대표가 우리가 간과하고 있던 신종플루의 원인 규명을 철저히 해서 과학적 위험평가에 기초한 적절한 대비책을 주장한 내용에 대해 공감을 표함.
- 또한 발제자 모두가 공통되게 주장하는 신종플루 위험성의 과장에 따른 국가적 패닉상태가 오히려 더 큰 문제가 될 수 있다고 지적한 것도 바람직한 지적이며, 이에 대한 냉정한 평가와 예측이 필요하다는 데 동의함.
- 그러나, 항바이러스제 확보를 위한 강제실시권 발동에 대한 주장은 귀중한 생명을 보호하고자 하는 기본적 인권보호 차원에서는 이해가 되지만, 항바이러스제를 백신을 대체할 예방적 성격으로 확신하고, 특허를 무력화시키면서까지 강제실시권을 발동해야 한다는 주장에 대해서는 다소 견해의 차이가 있음.
- 그 사유로서는, 현재 정부가 백신 확보를 위해 노력중이며, 국내 제약사 등에서 항원보강제를 이용하여 확보량을 늘리기 위해 동분서주하고 있는 상황에서, 항바이러스제는 치료 목적으로 사용하면서, 예방 접종은 현재 예방접종심의위에서 우선순위를 두고 있는 군에 대해, 우선 접종하여 대비한다면, 원천적 문제는 해결이 가능할 것이라 판단함.
- 본회는 정부와 공조하여 다양한 대응책을 마련중이며, 금번 신종플루 사태를 계기로 국가적 방역대책을 근본적으로 수립하여 향후 전염병 대유행에 장기적으로 대응할 방안을 마련하는 것이 중요하다고 생각하여 다음과 같은 본회의 대응 현황과 정부에의 건의 사항을 말씀드리고자 함.

2. 대한의사협회 신종플루 대응 경과 및 현황

□ 5월 2일 이후, 8월 15, 16일 이전:

지난 5월 2일 국내에서 처음으로 신종플루 확진환자가 발생함에 따라 본회를 비롯한 의료계는 정부의 지침에 충실히 협조하는 한편, 신종플루 관리 및 예방지침 대회원 홍보와 확산방지 대책을 마련하고, 회원들에게 의료계 지침을 배포하며, 신종플루 의심환자가 의료기관 내원 시 즉시 보건소 등 방역당국에 신고하도록 수차례 안내하는 등 적극적으로 대응하여 왔음.

□ 8월 15, 16일 이후 :

8월 15일과 16일, 연달아 사망사례가 2건 발생하고 불안감이 확대되는 상황에서 현재까지의 소극적 대응 체계에서 벗어나, 실질적인 진료와 치료 위주의 대책 마련이 시급한 시점으로 판단, 국가적 재난사태에 주도적으로 대처하기 위해, 질병관리본부와의 협조하에, 의사협회 산하의 신종플루비상대책본부를 발족, 8월 16일 긴급 대책회의를 시작으로 신종플루 극복을 위해 총력을 경주하고 있음.

□ 본회 신종플루비상대책본부에서는 질병관리본부에서 발간한 신종플루 진료지침을 기반으로 하여, 실제 진료현장에서 적용할 수 있는, 실질적이고 명료한 ‘지침’과 ‘진료과정 흐름도’를 포함한 “일반의료기관용 신종플루 환자 진료 안내서”를 발간, 회원들에게 배포하여 신종플루 진료에 만전을 기하도록 조치하고 있음.

□ 의사에 대한 신뢰를 바탕으로 의사의 지시에 따라 위기를 극복하자는 대국민 메시지 전달을 위한 기자회견을 개최하는 한편, 주요 언론 인터뷰 등을 통해 정부의 방역대책에 대한 문제점과 공조 방안 등을 제시하고, 신종플루의 가을철 대유행에 대비하여 대국민 홍보용 리플렛 및 포스터를 제작하여 신종플루 예방 방법 등을 안내하고 있으며, 또한 대한의사협회는, 서울특별시, 서울시의사회, 경희대학병원과 공동 주최하에, 신종플루 상담소를 설치하여 운영하는 등 다각적인 대응대책을 추진하고 있음.

3. 신종플루 가을철 대유행 대비 대응책

1) 방역시스템 구축 및 재정비

- 미국, 영국, 일본 등 선진국의 경우 전염병의 대유행(pandemic)에 대비한 국가적 차원의 방역대책을 미리 마련하고, 예방 백신 개발을 위한 지속적 연구와 백신 확보계획 등이 수립되어 있음. 그러나, 우리나라 보건당국은 전염병 확산 방지를 위한 대책이 매우 미흡한 실정에 있었다고 판단됨.
- 이와 같은 정부의 대처로 인해 과거 전염병 창궐은 물론, 최근 몇 년 사이에 세계적 전염위기를 불러일으킨 사스(SARS), 조류독감(AI) 등의 대유행 때에도 정부차원의 별다른 대책이 없다는 생각에 국민들에게 막연한 불안감과 공포가 확산됨.
- 현재 유행중인 신종플루도 전세계적, 특히 아시아권을 중심으로 확산될 위기에 처해 있고, 가을철 대유행이 예고되고 있음에도 불구하고, 정부가 초기 대응부터 예산 및 인력을 충분히 확보하지 못하는 등의 문제점을 노출함으로써, 국가방역시스템의 체계적 가동에 대한 불신이나 국민의 불안을 초래한 측면이 있음.
- 금번 사태를 계기로, 정부가 별도의 예비비를 확보하여 전염병 대유행에 대비한 대폭적인 방역 체계 재편 및 준비를 통해 향후 전염병 유행에 대해 국민들이 동요하지 않고 차분히 대응할 수 있는 근본적 대책을 마련해야 함.

(1) “신종플루 합동대책본부”의 합리적 운영 및

“중앙재난 안전대책본부”로의 시기 적절한 전환의 필요성:

특히, 정부는 사태의 심각성을 철저히 인식하고 현재 “신종플루 합동대책본부”를 적절한 시기에 “중앙재난 안전대책본부”로 격상하여 범정부 차원의 대응에 나서야 할 것으로 사료됨.

(2) '신종 플루 지역치료집중센터'(혹은 신종 플루 치료거점센터:가칭):

보건소, 일반의료기관, 치료거점병원, 거점약국 등 현장에서 검사나 치료를 위해 배회하는 환자의 어려움을 막고, 지역 확산을 방지하며, 치료의 효율성을 증대하기 위해, 시, 도 산하 군, 구 등에 지자체별로 보건소 등의 일정 장소를 지정하고 보건소의 의사와 함께 지자체에 속한 의료기관의 의사들이 순번제, 혹은 당번제로 지역치료집중센터 혹은 치료거점센터에 와서 진료를 하는 형태의 가칭, '지역치료집중센터'를 설치하여 운영하는 방안을 제안함.

이는 신종 플루의 대유행에 따라, 규모 및 장소 등을 확대 운영할 수 있음.

2) 방역사업 및 예방중심으로의 보건소 기능 재편

- 정부는 보건소와 공항검역소를 중심으로 초기 2개월간 '예방'중심의 대응책을 펼쳐 환자 발생 억제에는 성공했지만, 지역사회 감염자 발생에 따른 방역체계가 전환됨에 따라 미흡한 준비와 느장 대응으로 국민의 불신감을 고조시킴.
- 아울러, 사망환자의 사례에서 보듯이 1차 국가방역시스템의 선봉이 되어야 할 보건소가 단지 의료기관의 신고에만 의존하는 등 소극적이고 행정 편의주의적 모습을 노출시킨 바 있음.
- 특히, 신종플루 비상사태 중에 일반진료를 수행하느라, 방역사업에 집중하지 못하는 등의 문제점이 노출된 것은, 앞으로도 국가방역사업의 중심에 있어야 할 보건소의 역할에 대한 재정비 필요성을 돌아보게 함.
- 즉, 현 상황에서 지침에 따르면, 보건소는 평일에는 일반 진료를 수행하면서, 전염병 관리 차원에서 집단시설에서의 환자 발생 부분에 대한 신고 및 치료에 관여할 뿐, 개인에게 발생하는 신종플루에 대해서는 진단 및 치료에 여력이 없는 모습을 보임.
- 또한 비상사태인 현재 주말에 신종 플루 환자에 대한 진료를 하지 않고 휴무를 하는 등의 문제를 초래하고 있음.

- 신종 플루 비상 사태 하에서 일부 시도의 비의사 보건소장들과 직원들의 관광성 해외연수 등의 사례는, 지자체 산하 보건소의 도덕적 해이 뿐 아니라, 보건소의 역할 및 임명권자의 감독권 문제 등을 돌아보게 함.
- 이에, 정부는 보건소로 하여금, 일반진료를 중단하고 신종 플루 집중 진료의 체제로 전환하여, 국가방역시스템의 가동율을 최대화하도록 하는 체제를 마련하는 것이 바람직할 것으로 사료됨.
- 이번 기회에 국회는 보건소가 본연의 기능인 국가 방역사업과 예방활동에 전념할 수 있도록, 보건소 조직 체계와 기능을 재정비하는 지역보건법 개정 등에 대해 검토할 필요성이 있음.

3) 의원급에의 타미플루 직접 공급

- 의원급에서의 타미플루 직접 공급을 고려해 볼 수 있음.
- 이는, 격리 공간 등 치료 준비가 미흡한 치료거점병원의 상황을 고려하고, 소수의 거점약국에서 투약을 받기 위해 환자들이 이동하다 타인에게 전염시킬 우려가 있음을 감안한 것임.
- 즉, 타미플루 등 치료제를 환자 접근성이 높은 1차 의료기관에까지 공급하여 의약분업과 관계없이 직접 투약할 수 있게 하는 방법을 고려해야 할 것임.

※ 신종플루의 특성을 감안, 1차의료기관에서 타미플루를 직접 투약해야 전파를 최대한 둔화시킬 수 있을 것임.

4) 공익광고 등을 통한 대국민 홍보 및 불안감 해소

- 가을철 대유행이 예고되고 있으며, 현재 신종플루의 대유행 초기인 바, 무엇보다 대국민 홍보를 통해 예방 교육을 실시해야 함. 이에 TV 공익광고 등을 통한 감염방지 방법, 철저한 개인위생 관리법 등 다양한 예방법을 자세하게 안내하는 대대적인 대국민 홍보를 강화하도록 해야 함.

- 특히, 지침에 맞는 확진검사와 항바이러스제의 투여, 예방적 백신 사용 등의 적절한 적응증에 대한 대국민 홍보로 진료 현장에서 갈등이 없고, 백신과 항바이러스제의 효율적 사용이 이루어지도록 해야 할 것임.
- 신종플루에 대한 정보 부족에 따른 감염 확산을 방지하고, 국민의 정부 및 의료인에 대한 불신 없이, 신종플루에 대한 막연한 공포감과 불안감을 해소할 수 있도록 해야 할 것임.

5) 의료인 감염 방지에 대한 대책

- 현재, 급성열성호흡기질환자와 1차적으로 접촉이 가장 빈번할 수 있으며, 감염시 환자에게 감염을 확산시킬 수 있고, 1차 의료 인력으로서 역할을 담당해야 하는 일반의료기관의 의료인을 비롯한 의료인력에 대한 보호대책이 필요함.

4. 결 론

- 본회는 보건복지부, 질병관리본부 등 정부 부처와 협력하여, 치료거점병원, 일반의료기관, 보건소, 약국 등의 신종 플루에 관여하는 기관들과의 유기적인 관계로, 신종 플루에 대한 예방과 함께, 효과적이고 안전한 진료가 이루어지도록 노력할 것임.
- 이에, 국민의 건강권 회복을 위해, 전 의료계의 힘을 모아 신종플루 위기 상황을 극복할 수 있도록 노력할 것임.
- 국민 여러분의 신뢰와 협조를 당부드립니다.

건강권 보호를 위한 대안적 정책 제안

현 정 희, 공공노조 의료연대본부장

1. 신종플루 관련 공공부문 사업장 상황 사례

- 인천공항지역지부: 8월 19일 현재 공항에서 보안검색 업무를 주로 담당하고 있는 노동자 11명이 신종 신종플루 감염 확인됨. 이곳은 외국환승객과 외국항공사 직원과 접촉할 수 있는 기회가 많음에도 불구하고 열감지기, 귀 체온계 등 기본적인 검사장비도 불비.
- 항공사업장: 아시아나 항공의 경우 8월말 현재 2명 감염확인됨. 사측은 마스크를 착용할 수 있도록 하였으나, 실제 기내에서는 착용 안하기도 함.(승객들이 착용한 사람에 대한 기피현상이 있음, 지하철의 경우에도 비슷한 분위기 있음)
- 병원사업장: 병원노동자들의 감염사례가 속속 보고 되고 있음. 감염이 확인된 병원노동자는 귀가조치를 하고 있는 상태여서 가족감염에 대해 2차 대책이 필요함. 신종플루에 대한 교육이 진행되고, 일부병원에서 응급실을 중심으로 타미플루를 지급하고 있으나 용역등 비정규직 노동자는 해당병원에서 지급하지 않고 있음.
- 보육사업장: 노조 소속 사업장 중 감염보고 사례는 없으나, 영유아에 대해서는 구청에서 공지사항을 보내오고 있는 상태. 보육노동자의 감염대비책은 전혀 없는 상황.

2. 신종플루 감염 가능성 높은 사업장의 문제점과 대책

- 신종플루에 대한 교육 부족: 전체노동자들을 대상으로 신종플루에 대한 정확한 정보 (해당사업장 감염 실태 포함)와 예방교육 필요.
- 예방장비 및 시설: 방진(수술)마스크에서부터 자동수도 시설 및 세척액, 열센스기 등 부족.
- 인력: 대체인력에 대한 대책이 없고, 병원의 경우 감염환자를 돌보는 인력 부족.(병원 사업장의 경우 24시간 운영되는 별도 진료실과 음압유지되는 병실 과 별도 담당 인력 필요)
- 검사비 및 치료비: 본인부담금에 대한 해결책 필요.(현재 일부 사업장은 전액 사용자가 부담하고 있으나 산재를 적용하더라도 임금등의 손실에 대한 보상이 필요함.)
- 정부차원에서 시설, 장비, 인력, 의약품에 대한 지원이 절대적으로 부족한 상태: 전세계적으로 국가가 총체적인 대응을 하여 감염율 및 사망률을 낮추고 있음에도 불구하고 한국의 경우에는 총체적으로 그대응이 부실. 거점의료기관의 경우에도 그 비용(검사비 및 치료비)을 개인이나 기관에 떠넘기는 것이 아니라 정부차원에서 종합대책을 세울 필요가 있음. 더불어 제대도 되고 있는지에 대해 정기적인 점검이 필요함.

신종플루 치료제 수급을 위한 정책대안

조 대 진, 일양약품 중앙연구소 수석연구원

신종플루 치료제 수급을 위한 정책대안

정 정 훈, 변호사

신종인플루엔자 대책, 인권적 관점에서의 진단과 대안

| 인 쇄 | 2009년 9월

| 발 행 | 2009년 9월

| 발행인 | **현 병 철**

| 발행처 | **국가인권위원회 정책교육국 인권정책과**

| 주 소 | (100-842) 서울특별시 중구 무교동길 41
금세기B/D (을지로1가 16번지)

| 전 화 | (02) 2125-9753 | F A X | (02) 2125-9748

| Homepage | www.humanrights.go.kr

| 인쇄처 | 도서출판 **한학문화**

| 전 화 | (02) 313-7593 | F A X | (02) 393-3016

발간등록번호 11-1620000-000176-01
사전승인 없이 본 내용의 무단복제를 금함