정책 보고
eISSN 2586-0860
https://doi.org/10.56786/PHWR.2025.18.25.2

PHWR
Public Health Weekly Report

결핵환자 입원명령 제도의 주요 연혁 및 운영 현황(2011–2024년)

한지연, 김재태, 전진환, 서순영, 박영준*

질병관리청 감염병정책국 결핵정책과

초 록

목적: 결핵은 대표적인 호흡기 감염병으로 치료 기간이 길고 치료 중단 위험이 있는 법정 감염병이다. 이런 이유로 전염성 결핵환자가 치료에 비순응할 경우, 공중보건 측면에서 국가의 제도적 개입은 불가피하다. 본 연구에서는 결핵환자 '입원명령 제도' 도입 배경과 주요 연혁 및 운영 현황을 살펴보고자 하였다.

방법: 「결핵예방법」의 관련 조항 연혁, 국가 결핵관리 주요 추진계획, 결핵관리지침 등 관련 문헌을 검토하였다. 입원명령 현황 분석은 결핵통합관리시스템을 통해 수집된 결핵 신고 자료와 입원명령 실시자 등록자료를 활용하였다.

결과: 「결핵예방법」은 1967년 제정되었고, '입원명령' 조항이 있었으나 세부 시행 기준이나 경제적 지원 조항은 없었다. 2006년부터 2008년까지 격리 치료 운영 및 진료비 지원을 위한 시행계획을 수립하고 2010년 법률 정비 및 예산 확보 후 2011년에 '입원명령 결핵환자 지원사업'을 본격 추진하였다. 2011년부터 연평균 300명(163–620명)에게 입원명령이 시행되었고, 2024년까지 합계는 5,400명으로 이는 연간 전체 결핵환자 평균 1% (0.7–1.4%)였다. 제도 운영 초기인 2012–2015년에는 '다제내성결핵환자(71.0–80.4%)'가 대상의 주를 이루었다. 2016년 7월 결핵 산정특례 확대 적용으로 의료비의 본인부담이 전액 면제된 이후부터 지자체의 장이 입원명령이 필요하다고 인정한 '그 외 유형'이 지속적으로 증가(1.6%→36.8%)하는 추세이다.

결론: 결핵 입원명령 제도는 결핵환자의 치료순응도 향상이라는 주요 목적과 함께 이를 효과적으로 달성하기 위해 행정명령과 더불어 의료비 및 생활보호비 등의 경제적 지원 정책을 병행하였다. 이로써 환자의 결핵 완치를 돕고 지역사회의 결핵 전파 억제에 기여하였다. 또한 이후의 취약계층 결핵환자 관리 및 지원 정책 수립에 주요한 전략을 제공하였다.

주요 검색어: 결핵; 다제내성결핵; 입원명령; 격리 치료; 생활보호 조치

서 론

결핵은 기침, 재채기, 대화, 노래 등 일상적인 생활에서 호흡기를 통해 전파될 수 있다. 치료 기간이 최소 6개월 이상 소요되는 대표적인 만성 호흡기 감염병이다. 이러한 이유로 정부는 결핵 퇴치를 목표로 5년마다 결핵관리 종합계획을 수립

Received March 17, 2025 Revised May 15, 2025 Accepted May 19, 2025
*Corresponding author: 박영준, Tel: +82-43-719-7140, E-mail: pahmun@korea.kr
한지연 현재 소속: 질병관리청 건강위해대응관 기후보건 · 건강위해대비과
서순영 · 박영준 현재 소속: 질병관리청 감염병정책국 감염병관리과

Copyright © Korea Disease Control and Prevention Agency
This is an Open Access aritcle distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) which permits unrestricted distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.
KDCA Korea Disease Control and Prevention Agency

핵심요약

① 이전에 알려진 내용은?

2011년부터 「결핵예방법」에 따라 다제내성결핵 및 치료 비순응 환자 등에게 입원명령을 실시하고 이때 발생하는 의료비, 비급여 약제비 및 필요시 생활보호비를 지원하고 있다.

② 새로이 알게 된 내용은?

2011년부터 연평균 약 300명에게 입원명령을 실시했다. 2015년까지 실시자의 다수(최대 80%)가 다제내성결핵환자였으나 2016년 결핵산정특례 확대 및 2017년 전액본인부담 결핵약제비의 본인부담이 없어지면서 다제내성결핵환자 유형이 감소하고 '그 외 유형'의 환자가 증가 추세(1.6%→36.8%)에 있다.

③ 시사점은?

입원명령 제도는 치료비순응 결핵환자에게 행정명령과 경제적 지원을 통해 결핵 완치를 돕고 지역사회 전파를 최소화하는 역할을 수행하였다. 또한 취약계층 결핵환자(결핵안심벨트) 지원사업에 경제적 지원 모형을 적용하여 사업을 수행하는데 기반이 되었다.

하여 결핵환자를 관리하고 있으며 현재 「제3차 결핵관리 종합계획(2023-2027년)」 3차 년도 시행계획을 수행 중이다[1].

그러나 긴 치료 기간, 약물 부작용 등의 요인에 의해 치료 중단이 발생할 수 있다. 이때 결핵은 본인뿐 아니라 공중보건 측면에서 결핵균을 전파하는 문제를 일으킨다. 따라서 환자의 치료 거부권은 더 이상 개인의 문제에 국한되지 않으며 공공복리를 위한 기본권 제한 사유(헌법 제37조 제2항)가 될 수 있다[2]. 이에 최소한의 제도적 개입이 요구되는데, 치료 비순응 환자의 결핵균 전파를 차단하기 위한 '입원명령 제도'가 그런 수단 중 하나이다. 그러나 입원명령 제도는 공공을 위해 부득이하게 개인의 기본권을 제한하는 만큼 사회적 지원이 함께 뒤따라야 한다.

이와 관련하여, 우리나라는 1967년 제정된 「결핵예방법」에 '입원명령' 조항을 포함하고 있었지만 상당 기간 세부 시행기준이 마련되지 않았다. 2011년 4월부터 중앙에서 체계적인 관리 · 지원 제도가 시작되었다[3]. 이번 보고서에서는 2011년 추진하게 된 결핵환자 대상 '입원명령 제도' 도입 배경과 지금까지의 주요 연혁 및 운영 현황을 살펴보고자 한다.

방 법

결핵 입원명령 제도 연혁을 살펴보기 위해 「결핵예방법」 및 「부양가족 생활보호 조치 관련 고시」 등 법률 자료 및 「결핵 퇴치 2030 기본 계획」, 「결핵 퇴치 2030 Revision」 등 주요 시행계획, 연도별 「국가결핵관리지침」 및 「결핵 진료지침」을 검토하였다. 또한, 입원명령 실시자 현황 분석을 위해서 결핵통합관리시스템을 통해 수집된 결핵 신고 자료와 입원명령 실시자 등록자료를 활용하였다. 이를 통해 연도별 입원명령 실시자 수, 전체 결핵환자 중 실시자 비율, 세부 유형 구분에 따른 빈도와 비율을 살펴보았다.

결 과

1. 입원명령 제도의 주요 연혁

「결핵예방법」은 1967년 제정되어 1968년 1월 공포되었다. 당시 법률에 '입원명령' 조항이 있었지만, 구체적인 시행방법 및 경제적 지원 등의 내용이 없었다.

치료 비순응 환자의 치료순응도 향상을 위해서는 '입원명령'이라는 강제적 행정조치에 뒤따르는 경제적 지원책 마련의 필요성이 제기되었다. 또한 치료 기간이 감수성결핵보다 3배 이상 긴 다제내성결핵환자가 증가하는 상황은 '입원명령 제도'의 시행에 있어 경제적 지원책 마련의 중요성이 부각 될 수밖에 없었다. 이에 따라 2006년 「결핵퇴치 2030 계획」을 통해 다제내성 결핵환자의 치료순응도 향상 방안으로 약제비 지원 계획을 수립하였고, 2008년 3월, 이를 개정한 「결핵퇴치 2030 Revision」에서 치료 비순응자, 다제내성결핵환자의 격리 치료 및 진료비 지원을 위한 기본 계획을 수립하였다[4].

이후 2010년 「결핵예방법」 전부개정을 통해 입원명령의 대상과 경제적 지원에 대한 세부 시행 기준을 마련하였고, 이를 근거로 그 해 말 '입원명령 결핵환자 지원사업' 예산을 확보하였다.

지원 근거와 예산이 마련되면서 2011년 4월부터 「결핵예방법」 제15조(입원명령)에 따라 '입원명령 결핵환자 지원사업'을 본격적으로 추진하였다. 이와 함께 「입원 및 격리치료 명령 결핵환자 본인 또는 그 부양가족 생활보호조치에 관한 고시」를 제정함으로써 입원 격리로 인한 소득 손실 보전책을 마련하였다[5].

2014년에는 「결핵예방법」 일부 개정을 통해 입원명령 거부자 및 입원치료 중 임의 퇴원 등의 환자에게 '격리치료명령' 의무가 부과되고 지자체의 경찰 협조 요청이 가능해진다(제15조의 2).

격리치료명령 신설 외에도 부양가족 생활보호 조치 대상자 확인을 위한 조사가 제도에 포함되었다(제16조의 2).

2. 입원명령 실시자 지원 사항 관련 주요 연혁

세계보건기구(World Health Organization)는 결핵환자 치료 관리에서 '비자발적인 격리조치(involuntary isolation)'에 대해 다른 모든 조치를 시도한 이후에 최후의 수단으로 허용할 것을 권고하였다[6]. 따라서, 입원명령 제도 시행에는 기본권 제한 조치에 대한 부가적 조치가 수반된다. 입원명령 실시자에게 지원하는 주요 비용은 크게 입원비(간병비 포함), 환자본인부담 약제비, 부양가족생활보호비 등이다. 입원비(간병비) 및 약제비는 입원 격리 치료 기간 발생하는 의료비용에 해당하고 부양가족생활보호비는 격리 치료 기간 상실된 소득을 일부 보전하는 제도로 정부의 사회복지 서비스에 포함된다. 이들 지원은 2011년 제도 추진과 함께 시작되었으며, 이후 지속적인 지원 확대를 통해 환자의 경제적 부담을 최소화하는 방향으로 개정되었다(표 1).

1) 입원비

최초 제도 추진 시 입원비는 입원명령을 받고 입원한 기간 동안 소요된 법정본인부담금 전액과 비급여 비용 일부를 국가예산으로 지원하였다. 비급여 비용은 결핵 종류에 따라 상한액을 정하여 지원하였다.

표 1. 입원명령 결핵환자 지원 사항

구분	① 입원비	② 간병비	③ 환자본인부담 약제비	④ 부양가족 생활보호비
2011. 4.	- 법정본인부담금 전액 - 비급여[a] · 전액본인부담[b] 연간 상한범위 내 · 다제내성결핵환자 (300-500만원) · 치료비순응(70만원)	- 1일 1만원 (①의 비급여 상한 금액 내)	- 비급여 항결핵제비	- (선정) 당해연도 가구별 최저생계비 300% 미만 - (지급) 당해연도 가구별 최저생계비 현금급여 기준
2013. 1.	※ 치료비순응환자 상한만 상향 (70→100만원)	동일	※ 지원 확대 - 전액본인부담약제비 · 리네졸리드(1일 7만원, 최대 2년까지)	동일
2016. 7.	- 법정본인부담금 면제 (결핵 산정특례)	동일	동일	- (선정) 당해연도 가구별 중위소득 120% 미만
2017. 9.	동일	동일	- 전액본인부담약제비(리네졸리드) 요양급여 기준 확대	동일
2019. 1.	동일	1일 최대 10만원	동일	동일
2020. 1.	동일	1일 최대 15만원	동일	동일
2024. 1.	동일	※ 상한 신설	동일	동일

[a]당시 대표적인 비급여 항목은 선택진료비와 상급병실차액료, 간병비 등. [b]보험급여가 적용되는 비용의 일부가 아닌 전액을 본인이 부담하는 급여비용.

다제내성결핵환자 중 만성배균자와 치료비순응 등 장기 치료가 필요한 환자의 경우, 운영 초기부터 국가결핵관리지침을 통해 국립결핵병원으로 입 · 전원 치료를 권고하고 운영하였다. 이를 통해 장기 치료자와 취약계층 환자도 치료비 부담 없이 전염성 소실 시까지 입원 치료가 가능해졌다. 이후, 2016년 7월부터 3차 건강보험 중기 보장성 강화계획(2014-2018)에 따라 본인 일부부담금 산정특례에 따라 결핵 의료비의 본인부담금이 전액이 면제되면서 지금에 이른다(그림 1).

2) 간병비

최초 간병비 지원은 입원 기간 소요되는 간병비를 일일 1만원 수준(월 30만원 정액)에서 지원하도록 설계되어 2018년까지 유지되었다. 이후 결핵환자의 고령화에 따라 간병비 수요가 증가하고 민간 의료기관 입원 격리 시 개인 간병비 단가가 급격히 높아지면서 지급단가 현실화 요구에 직면하게 된다. 이에 따라 2019년, 2020년 두 차례 지침 개정을 통해 단가를 상향하여 일일 15만원까지 지원하고 있다.

2016년 7월 결핵 산정특례 적용 확대로 결핵 의료비의 본인 일부부담금이 전액 면제되고 비급여 비용은 사업비로 지원하는 만큼 사실상 환자의 의료비 부담은 거의 무상이었다. 간병비는 비급여 영역으로 단가가 현실화되기 전까지 환자의 비용 부담이 상당하였다.

국가결핵예방 민간경상보조사업으로 수행된 취약계층 결핵환자(결핵안심벨트) 지원사업을 통해 치료비 지원을 받은 환자(2014-2018년)의 치료성공률을 분석한 연구에서는, 동반 질환이 있는 경우가 없는 경우보다, 동반 질환이 있는 경우 동반 질환 수가 많을수록 치료 성공 가능성이 낮은 것으로 보고하였다[7]. 동반 질환이 있는 환자들은 실제 국립결핵병원 입원 수용 측면에서도 일정의 한계가 존재 했다. 이에 대응하기 위해서는 결핵 외 동반질환의 진료 및 치료 가능한 적정 의료기관을 선정하여 입원 조치하고 취약계층은 간병수요에 대비하는 지원 체계가 필요하다. 현재의 취약계층 결핵환자 지원제도가 전국 단위로 정착되기 전까지 입원명령 제도가 이러한 환자의 수요를 일정 부분 수용한 것으로 보인다.

3) 환자 본인부담 약제비

결핵 치료를 위한 핵심 약제에 내성이 있는 다제내성결핵은 추가 내성에 따라 치료약제 선택의 폭이 좁고 치료 기간이

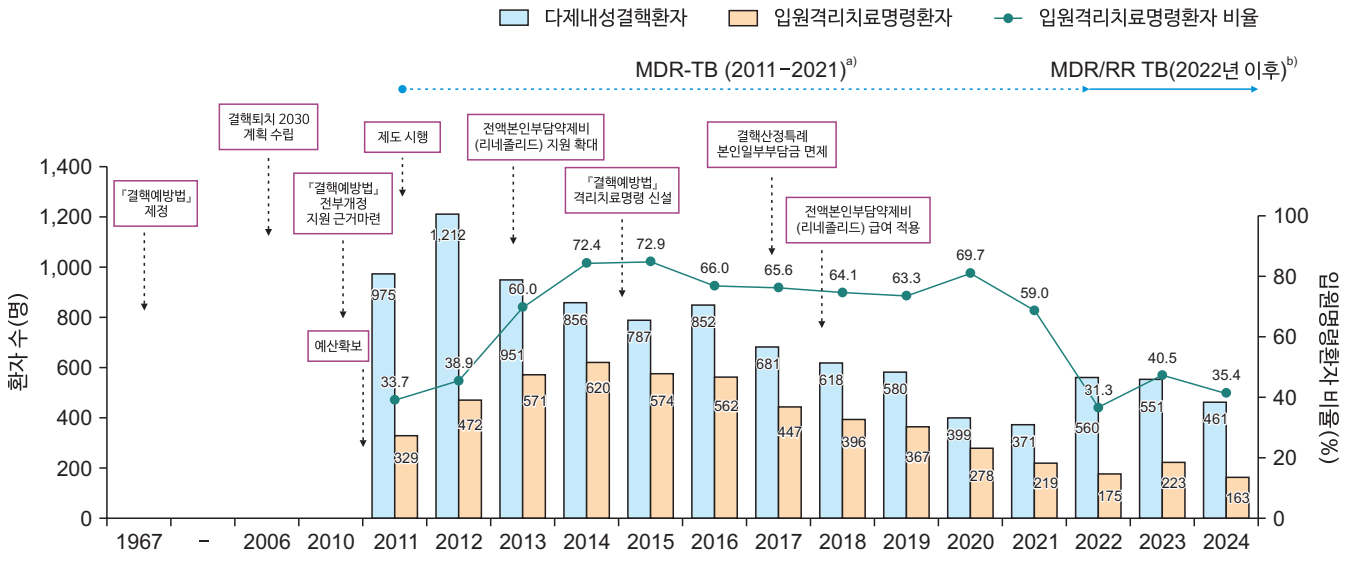

그림 1. 다제내성결핵환자 중 입원명령 실시자 현황

MDR-TB=multidrug-resistant tuberculosis; RR TB=rifampicin-resistant tuberculosis. a)MDR-TB (2011-2021): 리팜핀과 이소니아지드 약제에 모두 내성을 보이는 결핵. b)MDR/RR TB (2022년 이후): 리팜핀 약제에 내성을 보이거나 리팜핀과 이소니아지드 약제에 모두 내성을 보이는 결핵.

2년 이상 소요되어 환자와 의료진 모두에게 치료와 관리 부담이 큰 질환이다. 당시 진료지침에 따른 결핵치료 약제군 5군인 '리네졸리드(전액본인부담)'나 '클로파지민(비급여)' 등의 약제는 표준 요법으로 채택되지 않아 난치성 결핵 시 제한적으로 선택되는 약제였으며 약제 처방 시 환자가 전액을 부담해야 했다[8].

환자 본인부담 약제비 지원은 이렇게 다제내성결핵(광범위약제내성 결핵 포함)으로 입원명령 기간 중 처방된 고가의 급여 전액본인부담 약제 및 비급여항결핵제 비용을 지원하는 것으로 이를 통해 다제내성결핵환자 치료 성공에 핵심적인 역할을 하였다.

2013년 해당 전액본인부담 약제비를 1일 7만원, 지원 기간 최대 2년까지(퇴원 후 포함)로 국비 지원을 확대하여 환자의 약제비 부담을 해소하였다. 2017년 9월 리네졸리드의 급여기준 개정으로 결핵 산정특례를 적용함에 따라 다제내성결핵환자의 약제비 보장성이 크게 확대된다.

4) 부양가족생활보호비

부양가족생활보호비 지원 목적은 입원명령을 받은 결핵환자(가구)의 격리 기간 동안 상실된 소득을 보전하기 위한 것으로, 「결핵예방법」에서는 입원명령을 받은 환자에게 해당 조치를 하도록 명시되어 있다(제16조). 이에 따라, 입원명령을 받아 주 소득원(결핵환자)이 상실된 것으로 인정될 경우, 매년 복지부에서 고시하는 당해 연도 가구별 최저생계비 급여 기준에 따라 생활보호비를 지급하고 있다. 생활보호비 지급을 위해서는 사전 소득조사를 통해 지원 대상자를 선정하는데 이 선정 기준은 최초에 '가구별 최저생계비'에서 2016년 1월부터 '중위소득'으로 개정되었다. 이에 따라 전체 복지대상자 선정 기준이 '중위소득'으로 통일되고 이때부터 결핵환자 입원명령 시 부양가족생활보호비 선정 기준도 '중위소득'을 적용하게 되었다(가구별 최저생계비 300% 미만→중위소득 120% 미만).

3. 사업 수행 체계

입원명령의 실시 주체는 「결핵예방법」 제15조 및 제15조의 2에 따른 자치단체(시 · 도 및 시 · 군 · 구)의 장이며 관리체계는 그림 2와 같다.

사업 수행 체계 내 관여하는 주요 주체는 결핵환자의 주소지 관할 보건소(환자관리 보건소), 입원 및 격리치료를 수행하는 의료기관 및 입원명령 대상자이다.

주요 수행 절차는 1) 환자관리 보건소가 의료기관으로 부터 입원명령 대상자 알림을 받아 검토 후 입원명령을 확정하면 실시 대상자에게 입원명령서를 통보하고 조치에 대해 안내한다. 2) 대상자는 입원명령 준수사항을 숙지 후 입원 조치에 따라 해제 통보를 받기 전까지 격리 치료를 받게 된다. 3) 입원 및 격리 치료 수행 의료기관은 대상자의 전염성 소실 시까지 결핵을 치료하고 결핵균 검사를 수행 후 입원명령 해제소견서를 환자관리보건소에 통보한다. 4) 마지막으로 환자관리보건소는 의료기관으로부터 받은 해제소견서를 최종 확인 후 대상자의 입원명령을 해제한다.

4. 입원명령 실시 현황

본 보고서의 분석 대상인 '입원명령 현황'은 지자체의 장이 「결핵예방법」에 따라 행정명령(입원명령서 발부)을 내린 '입원명령 실시자'를 기준으로 하였다.

입원명령 현황 분석을 위해서 결핵통합관리시스템을 통해 수집된 결핵 신고 자료와 입원명령 실시자 등록자료를 활용하여 먼저, 2011년부터 2023년까지 연도별 입원명령 실시자 규모를 전체 결핵환자 수와 비교하였다. 결핵환자는 매년 3월 「결핵환자 신고현황 연보」에 확정된 전체 결핵환자 수를 기준으로 하였다[9].

제도 운영을 시작한 2011년부터 2024년까지 「결핵예방법」 제15조에 따라 자치단체의 장이 실시한 입원명령 현황은 표 2와 같다. 2011년부터 연평균 300명(최소 163명, 최대 620명)에게 입원명령이 시행되었고, 2024년까지 합계는

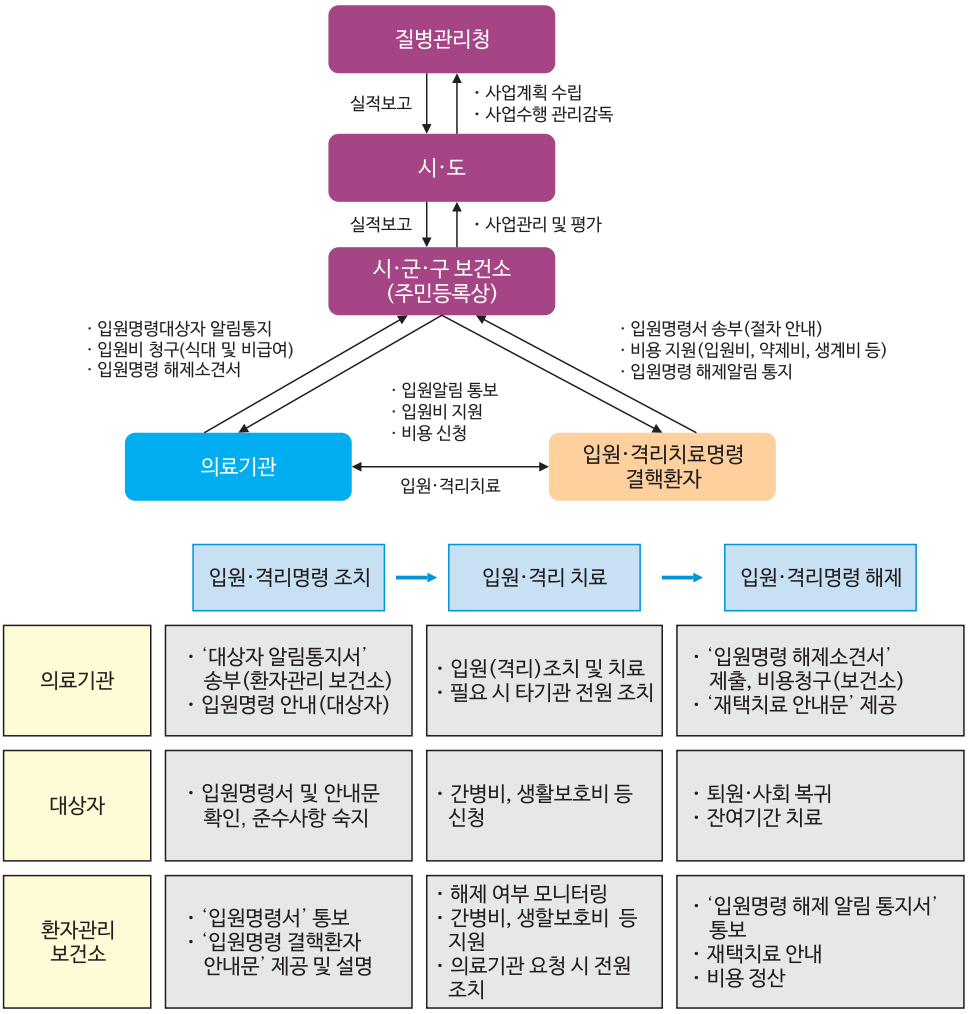

그림 2. 입원명령 관리 체계 및 시행 절차

5,400명으로 이는 연간 전체 결핵환자 평균 1% (0.7–1.4%)였다.

다음으로, 「국가결핵관리지침」의 기준에 따라 입원명령 실시자 유형을 '다제내성결핵', '치료 비순응 환자', '그 외'로 분류하여 연도별 규모와 비율을 확인하였다. '그 외' 유형 현황은 결핵통합관리시스템을 통해 2016년부터 별도 수집하였다. 유형별 연도별 현황은 표 2와 같다.

2023년의 경우, 전체 결핵환자 19,540명 중 223명(1.1%)의 결핵환자가 입원명령을 받았다. 유형별 실시 대상은 다제내성결핵환자가 125명(56.1%), 치료 비순응환자 31명(13.9%), 그 외 자치단체의 장이 입원명령이 필요하다고 판단한 경우가 67명(30.0%)이었다.

2011년부터 실시 대상의 유형별 추이를 살펴보면, 제도 설계 당시 「결핵퇴치 2030 계획」 및 「결핵퇴치 2030 Revision」에서 다제내성결핵환자에 대한 격리치료 및 치료비 지원 방안이 기본 계획이었던 만큼, 2015년까지는 전체 실시자 중 다제내성결핵환자가 최대 80%까지 차지하였다. 이후 적용 실행 과정에서 치료비순응 환자와 그 외 유형의 환자 비중이 점차 높아졌다. 이는 2016년 7월 결핵 산정특례 확대 적용으로 결핵 의료비 본인부담금이 전액 면제되고 특히, 2017년 전액본인부담 결핵약제(리네졸리드)의 급여기준 개정으로 약제비 부담이 없어지면서 다제내성결핵환자의 입원명령 실시자 수가 감소하고, 인구구조의 고령화로 입원수요가 높은 고령 결핵환자의 비중이 커지면서 그 외 유형의 감수성 결핵

표 2. 결핵환자 수 및 유형별 입원명령 실시 현황

구 분	전체		입원명령 실시자							
			소계		다제내성 결핵		치료비순응 환자		그 외[a]	
	환자 수	입원명령	건	비율	건	비율	건	비율	건	비율
2011	50,491	329 (0.7)	329	100	184	55.9	145	44.1	-	-
2012	49,532	472 (1.0)	472	100	335	71.0	137	29.0	-	-
2013	45,292	571 (1.3)	571	100	459	80.4	112	19.6	-	-
2014	43,088	620 (1.4)	620	100	497	80.2	123	19.8	-	-
2015	40,847	574 (1.4)	574	100	425	74.0	149	26.0	-	-
2016	39,245	562 (1.4)	562	100	383	68.1	170	30.2	9	1.6
2017	36,044	447 (1.2)	447	100	303	67.8	96	21.5	48	10.7
2018	33,796	396 (1.2)	396	100	276	69.7	83	21.0	37	9.3
2019	30,304	367 (1.2)	367	100	225	61.3	85	23.2	57	15.5
2020	25,350	278 (1.1)	278	100	163	58.6	63	22.7	52	18.7
2021	22,904	219 (1.0)	219	100	140	63.9	45	20.6	34	15.5
2022	20,383	175 (0.9)	175	100	119	68.0	22	12.6	34	19.4
2023	19,540	223 (1.1)	223	100	125	56.1	31	13.9	67	30.0
2024	17,944	163 (0.9)	163	100	79	48.5	24	14.7	60	36.8

단위: 건(%). [a]시·도지사 또는 시장·군수·구청장이 입원명령이 필요하다고 인정한 경우(도말양성 감수성 결핵환자로 고령환자 등 관리 취약환자).

환자 비중이 높아진 것으로 추정된다.

한편, 「결핵예방법」 제15조의 2에 따라 '격리치료명령 대상자'에게 실시한 '격리치료명령 실시' 현황은 2014년부터 현황이 수집되었고 2024년까지 연평균 2명(전체 20명)에게 실시하였다.

논 의

본 연구에서는 결핵환자 대상 입원명령 제도 도입 배경과 주요 연혁 및 운영 현황을 살펴보았다.

결핵은 치료 기간이 수개월에서 수년이 소요되기 때문에, 타인의 전파를 최소화하기 위해서는 조기에 진단하고 정확한 약제 처방 하에 치료 완료 시까지 중단하지 않고 치료하는 것이 매우 중요하다. 특히, 약제 내성 결핵은 치료가 어려울 뿐 아니라 다제내성균의 전파는 공중보건 측면에서 철저히 차단해야 하는 만큼 국가의 제도적 개입이 불가피하다.

우리나라 역시 2011년부터 결핵환자에 대해 입원 격리제도를 도입해 운영하고 있다. 자치단체의 장이 「결핵예방법」 제15조 및 제15조의 2에 따라 다제내성결핵환자나 치료비순응 환자 등을 대상으로 입원명령을 내릴 수 있고 대상자는 격리 치료를 받는 동안 지정된 의료기관에서 결핵 산정특례와 입원 · 격리치료 제도 지원을 통해 거의 무상으로 치료를 받는다.

치료 기간 발생하는 입원비 및 약제비 등의 의료비용 뿐 아니라 격리 기간 발생하는 소득 상실을 보전하는 생활보호조치까지 받을 수 있어서 치료 단절이 많은 일용직 등도 격리 치료에 전념할 수 있게 되었다.

제도의 근거법은 「결핵예방법」으로 격리제도에 해당하는 법 조항은 제정 당시부터 있었으나, 격리 치료 운영과 치료비 지원 기본계획은 2006년과 2008년 「결핵퇴치 2030 계획」 및 「결핵퇴치 2030 Revision」을 통해 수립되었다. 이를 바탕으로 2010년 「결핵예방법」 전부개정으로 세부 기준을 마련하고 예산을 확보하면서 2011년에 제도를 본격 추진하였다. 2014년에는 「결핵예방법」에 입원명령 거부자에 대한 조치를 신설하여 '격리치료명령'을 실시하고 경찰의 협조를 받을 수 있게 되었다.

지원 범위도 꾸준히 개선되었다. 2016년 결핵 산정특례 확대 적용으로 급여 본인부담 전액이 면제되었다. 2017년에는 고부담 2차 치료약제인 리네졸리드도 산정특례에 적용되면서 결핵 급여 혜택이 모든 범위로 확대되었다. 또한, 환자에게 부담이 컸던 간병비의 단가를 두 차례에 걸쳐 실비 수준으로 인상하면서 환자의 입원 격리 시 경제적 부담이 완화되었다.

이렇게 「결핵예방법」의 입원명령 제도는 행정명령과 함께 경제적 지원을 통해 환자의 결핵 완치를 돕고 지역사회 전파를 최소화하는 역할을 수행하였다. 또한, 취약계층 결핵환자(결핵안심벨트) 지원사업에 경제적 지원 모형을 적용하여 안정적으로 사업을 수행하는데 기여한 것으로 평가된다.

다만, 이번 연구는 「결핵예방법」 제정 이후 입원명령 제도의 도입 배경과 운영 현황에 중점을 둔 연구로서 입원명령 제도의 치료성공률 기여 효과나 이후 정책 방향성에 대한 내용을 다루지 못했다. 향후 추가 연구를 통해 개선책 도출과 정책 제언이 필요할 것으로 보인다.

Declarations

Ethics Statement: Not applicable.

Funding Source: None.

Acknowledgments: None.

Conflict of Interest: Young-Joon Park is an editorial board member of the journal, but was not involved in the review process of this manuscript. Otherwise, there is no conflicts of interest to declare.

Author Contributions: Conceptualization: YJP, JYH. Data curation: JTK. Formal analysis: JYH, JTK. Investigation: JYH. Methodology: YJP, JYH. Visualization: JYH. Writing-original draft: JYH. Writing-review & editing: JHJ, SYS, YJP.

References

1. Korea Disease Control and Prevention Agency (KDCA). The third national strategic plan for TB control (2023-2027) [Internet]. KDCA; 2023 [cited 2025 Mar 24]. Available from: https://www.stoptbk.org/wtbday_2023/camp/images/2023/file_Down1.pdf
2. Kim JH. The implementation and limits of involuntary detention of the tuberculosis prevention act. Korean Soc Law Med 2015;16:55-84.
3. Guidelines for Supporting Tuberculosis Patients with Hospitalization Orders. Cheongju: Korea Disease Control and Prevention Agency; 2011. Report No.: 11-1352159-000042-10.
4. Korea Disease Control and Prevention Agency (KDCA). National TB Elimination 2030 Revision. KDCA; 2008.
5. Ministry of Health and Welfare (MOHW). Notice on the protection of the lives of tuberculosis patients and their dependents subject to hospitalization and isolation treatment [Internet]. MOHW; 2011 [cited 2025 Mar 24]. Available from: https://law.go.kr/admRulSc.do?menuId=5&subMenuId=41&tabMenuId=183&eventGubun=060115#liBgcolor0
6. World Health Organization (WHO). Ethics guidance for the implementation of the End TB strategy. WHO; 2020.
7. Kim Y, Lee JY, Jeong I, et al. Factors related to successful tuberculosis treatment in vulnerable groups. Korean J Med 2022;97:50-9.
8. Joint Committee for the Development of Korean Guidelines for Tuberculosis. Korean guidelines for tuberculosis [Internet]. The Korean Academy of Tuberculosis and Respiratory Diseases; 2016 [cited 2025 Mar 24]. Available from: https:///www.lungkorea.org/bbs/index.html?code=guide&category=&gubun=&page=1&number=3470&mode=view&keyfield=subject&key
9. Korea Disease Control and Prevention Agency (KDCA). Annual report on the notified tuberculosis in Korea, 2023. KDCA; 2024.

PHWR
Public Health Weekly Report

Policy Note

History and Trends in Hospitalization Orders for Tuberculosis Patients in the Republic of Korea (2011–2024)

Ji yeon Han, Jaetae Kim, Jin-Hwan Jeon, Soon-young Seo, Young-Joon Park*

Division of Tuberculosis Policy, Department of Infectious Disease Policy, Korea Disease Control and Prevention Agency, Cheongju, Korea

ABSTRACT

Objectives: Tuberculosis (TB) is a common infectious respiratory disease requiring long-term treatment, which increases the risk of treatment discontinuation. State institutional intervention is thus inevitable. We reviewed the background, history and current implementation status of hospitalization orders for patients with TB in the Republic of Korea.

Methods: We analyzed historical legislation and regulations within The Tuberculosis Prevention Act, national TB control plans, and management guidelines. Additionally, we reviewed data on hospitalization orders from the Korea Tuberculosis Surveillance System (KTB-Surv) and collected by the Korea Tuberculosis Network (KTB-Net).

Results: Hospitalization orders were issued for approximately 1% (0.7–1.4%) of annual TB cases from 2011 to 2023. Multidrug-resistant-TB was the dominant diagnosis associated with such orders in the early years (2012–2015) of the program. After 2016, following the full waiver of out-of-pocket medical expenses for TB treatment, the proportion of cases classified as "other diagnoses" (including severely vulnerable and elderly patients) increased significantly from 1.6% to 36.8%.

Conclusions: The hospitalization order system plays a critical role in improving treatment compliance and prevent TB transmission within communities. It also provides active support for medical and living expenses during inpatient isolation. Strategic reforms are needed to ensure the system adapts to future challenges, including those precipitated by population aging and changing family structures.

Key words: Tuberculosis (TB); Multidrug-resistant TB (MDR-TB); Hospitalization order; Isolation treatment; Livelihood protection measures

*Corresponding author: Young-Joon Park, Tel: +82-43-719-7140, E-mail: pahmun@korea.kr
Ji yeon Han's current affiliation: Division of Climate Change and Health Hazard, Department of Health Hazard Response, Korea Disease Control and Prevention Agency.
Soon-young Seo & Young-Joon Park's current affiliation: Division of Infectious Disease Control, Department of Infectious Disease Policy, Korea Disease Control and Prevention Agency.

Introduction

Tuberculosis (TB) is an infectious disease transmitted through the respiratory tract during common activities such as coughing, sneezing, talking, and singing. As a leading cause of chronic respiratory infections, TB requires a minimum of 6 months of treatment. To combat this challenge, the Korean government develops a comprehensive TB control plan every 5

Key messages

① What is known previously?

Since 2011, hospitalization orders has been issued for patients with multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB) or non-compliant to treatment, and to cover medical expenses, non-paying drug expenses and living expenses.

② What new information is presented?

Since 2011 hospitalization orders were carried out to 300 patients per year. A large number of the subjects were MDR-TB patients (Max 80%). As the number of patients with MDR-TB decreased and the elderly increased since 2016 the proportion of "others type" has steadily increased.

③ What are implications?

The program has helped cure non-compliant TB patients through executive order and financial support and minimize TB transmission. The economic support model was applied to "TB Relief Belt for Support Project".

years to manage TB cases and ultimately eradicate the disease. Currently, the country is in the third year of implementing its "Third Comprehensive TB Control Plan (2023–2027)" [1].

However, patients may discontinue treatment due to factors such as prolonged treatment duration and therapy-associated adverse effects. In such cases, TB becomes not just a personal issue but a public health concern, as the bacteria can be transmitted to others. Consequently, the right to refuse treatment is no longer solely an individual matter but can be a ground for restricting fundamental rights in the interest of public welfare (Article 37, Paragraph 2 of the Constitution) [2]. This situation requires a minimal level of institutional intervention, such as the hospitalization order system, which aims to prevent the spread of TB among non-compliant patients. However, since this measure inevitably restricts individuals' rights for the greater public good, it must be supported by appropriate social assistance.

In this context, although the Republic of Korea (ROK) incorporated a "hospitalization order" clause in the Tuberculosis Prevention Act enacted in 1967, specific implementation guidelines were lacking for a considerable period. It was not until April 2011 that a centralized, systematic management and support system was officially launched [3]. This report aims to explore the background of the hospitalization order system for patients with TB introduced in 2011, its key milestones, and its current state of implementation.

Methods

To explore the history of the TB hospitalization order system, a review was conducted of key legal documents, including the Tuberculosis Prevention Act and the Public Notice on Measures to Protect the Livelihood of Dependents. Major policy initiatives, such as Eradicating Tuberculosis 2030 and its revision, were also examined. Additionally, annual editions of the National Tuberculosis Management Guidelines and Tuberculosis Treatment Guidelines were analyzed. To assess the current status of those who issued hospitalization orders, TB report data from the Integrated Tuberculosis Management System and issuer registration data were collected. This information was used to evaluate the annual number of hospitalization orders, their proportion relative to all TB cases, and the frequency and distribution of each case type.

Results

1. Key Milestones of the Hospitalization Order System

The Tuberculosis Prevention Act was enacted in 1967 and came into effect in January 1968. Although the law included a provision for issuing a "hospitalization order," it lacked detailed guidelines for implementation and economic support measures.

To improve treatment adherence among non-compliant patients, the need arose for economic support to accompany the mandatory administrative action of hospitalization orders. This need became more pressing with the increasing number of patients with multidrug-resistant TB (MDR-TB), whose treatment duration is more than three times longer than that of drug-susceptible TB (DS-TB). In response, Eradicating Tuberculosis 2030 was introduced in 2006 to provide financial support for medication, thereby improving treatment adherence among patients with MDR-TB. In March 2008, the Eradicating Tuberculosis 2030 Revision established a basic plan to cover medical expenses, including isolation treatment for non-compliant patients and those with MDR-TB [4].

In 2010, the Tuberculosis Prevention Act was comprehensively revised to include detailed standards for implementing hospitalization orders and economic support. Following this revision, a budget for the Support Program for Patients with Tuberculosis under Hospitalization Order was secured by the end of the year.

With both legal and financial frameworks in place, the Support Program for Patients with Tuberculosis under Hospitalization Order was officially launched in April 2011 under Article 15 (Hospitalization Order) of the Tuberculosis Prevention Act. Furthermore, the Notification on Livelihood Protection Measures for Patients with Tuberculosis Under Hospitalization or Isolation Orders and Their Dependents was enacted, offering compensation for income loss due to hospitalization or isolation treatment [5].

In 2014, a partial amendment to the Tuberculosis Prevention Act made it mandatory for patients who refused hospitalization or were discharged against medical advice to comply with an "isolation treatment order." It also authorized local governments to request police assistance in enforcing this order (Article 15-2).

Moreover, the amendment introduced an investigation process to identify dependents eligible for livelihood protection measures (Article 16-2).

2. Key Milestones Related to Support for Individuals Subject to Hospitalization Orders

The World Health Organization permits involuntary isolation of patients with TB only after all other measures have been exhausted [6]. Therefore, the implementation of the hospitalization order system must be accompanied by supplementary measures that address the associated restriction of basic rights. The main forms of financial support provided to individuals under hospitalization orders include coverage of hospitalization costs (including nursing care), out-of-pocket medication expenses, and livelihood support for dependent family members. Hospitalization and medication costs are considered medical expenses incurred during the period of isolation treatment. Livelihood support for dependents is a government-provided social welfare benefit that partially compensates for income lost during the treatment period. These measures were introduced alongside the launch of the system in 2011 and

have since been revised with ongoing expansions to minimize the financial burden on patients (Table 1).

1) Hospitalization Costs

When the system was first implemented, the government fully covered the statutory out-of-pocket expenses, as well as a portion of non-covered expenses incurred during the mandated hospitalization period. The coverage of non-covered expenses was capped based on the type of TB.

For patients with MDR-TB, particularly chronic carriers and non-compliant patients who require long-term treatment, national TB guidelines recommend early admission to and treatment at national TB hospitals. This approach enables vulnerable patients to remain hospitalized and receive treatment until they are no longer infectious without facing additional financial burdens. Beginning in July 2016, as part of the third phase of the National Health Insurance Mid-term Coverage Expansion Plan (2014–2018), co-payment exemptions were introduced for TB-related medical expenses. This policy effectively eliminated all out-of-pocket costs under a special case provision (Figure 1).

2) Nursing Care Costs

Initially, support for nursing care costs was provided at a fixed monthly rate of 300,000 KRW, equivalent to approximately 10,000 KRW per day. This rate was maintained until

Table 1. Support for TB patients with hospitalization order

Category	① Medical expenses (unit: ten thousand won)	② Caregiver's cost (unit: won)	③ Drug expenses (full out-of-pocket)	④ Living expenses for dependents
2011. 4.	- Co-payment - Non-covered service[a] · full out-of-pocket[b] : within upper limit/yr · MDR-TB (300–500/yr) · Non-compliant (70/yr)	- 10,000/day (① within upper limit/yr)	- Non-covered anti-TB drug costs	- (Criteria) less than 300% of minimum cost of living (by household) - (Benefit) cash benefit of minimum cost of living
2013. 1.	※ Non-compliant: rasing the upper limit (70→100/yr)	Same	※ Support expansion - Linezolid drug cost (cost) 70,000 won/day, (duration) maximum untill 2 yr	Same
2016. 7.	- Exemption from co-payment (benefit extension policy to TB)	Same	Same	- (Criteria) less than 120% of median income (by household)
2017. 9.	Same	Same	- Full covered under the national health insurance	Same
2019. 1.	Same	- 100,000/day	Same	Same
2020. 1.	Same	- 150,000/day	Same	Same
2024. 1.	Same	※ Setting the upper limit/yr	Same	Same

TB=tuberculosis; MDR-TB=multidrug-resistant TB. [a]Physician surcharge, advanced room charges, caregiver's cost etc. [b]Payroll expenses where you pay the full cost of covered expenses.

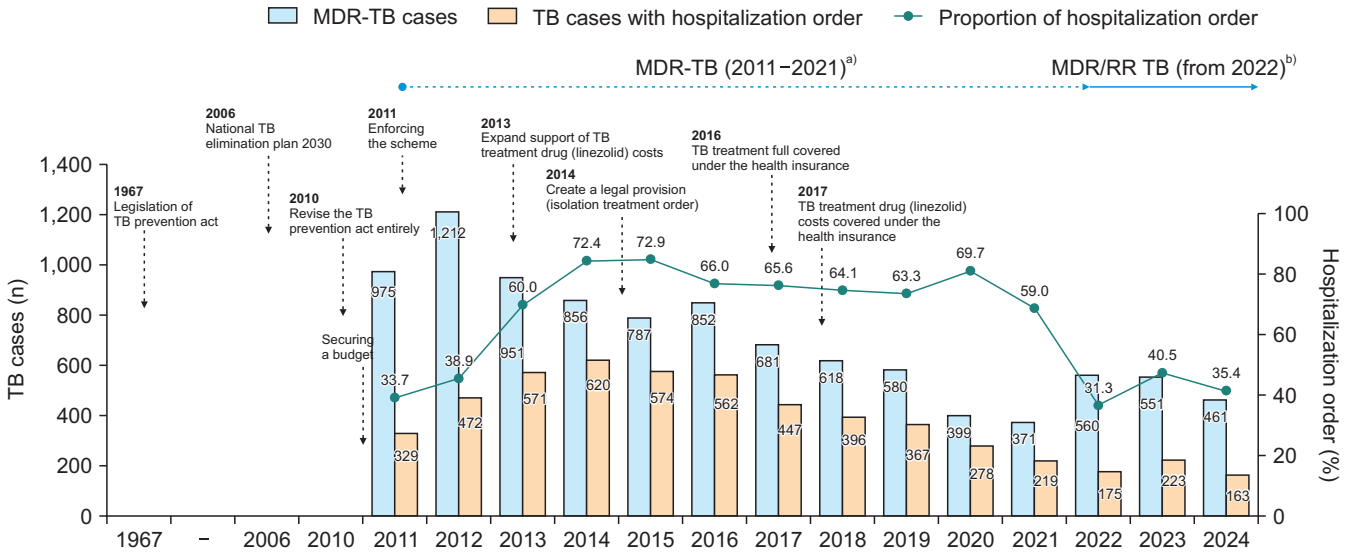

Figure 1. The numbers and portion of the hospitalization order with MDR-TB cases

TB=tuberculosis; MDR-TB=multidrug-resistant TB; RR TB=rifampicin-resistant tuberculosis. a)MDR-TB (2011–2021): TB resistant to both rifampicin and isoniazid. b)MDR/RR TB (from 2022): TB resistant to rifampicin alone or both rifampicin and isoniazid.

2018. However, as the population of patients with TB patient aged and the demand for nursing care increased, alongside a sharp rise in private care costs due to isolation treatment at private medical institutions, the need to revise the payment rate became evident. Following two guideline revisions in 2019 and 2020, the rate was raised to 150,000 KRW per day.

Since July 2016, all out-of-pocket medical expenses have been fully waived under the expanded special co-payment exemption policy for TB, with non-covered costs supported through the program budget. Consequently, patients now bore minimal to no financial burden for medical expenses. However, nursing care costs were not included in this exemption, and until the payment rate was adjusted, patients incurred considerable out-of-pocket expenses for nursing services.

A study analyzing treatment success rates among vulnerable patients with TB, supported under the Tuberculosis Safety Belt Project, part of the National Tuberculosis Prevention Private Support Program (2014–2018), revealed that patients with comorbidities had lower treatment success rates than those without. The study also found that the likelihood of treatment success decreased as the number of comorbid conditions increased [7]. Moreover, patients with comorbidities faced challenges in gaining admission to national TB hospitals. To address this issue, it is necessary to designate suitable medical institutions capable of diagnosing and treating both TB and accompanying conditions, provide appropriate hospitalization services, and establish a support system tailored to the needs of vulnerable patients. Until a nationwide support system for vulnerable patients with TB is fully established, the hospitalization order system appears to have only partially met their needs.

3) Out-of-pocket Medication Costs

MDR-TB poses a significant treatment and management challenge for both patients and medical staff due to the limited range of effective medications and the typically prolonged treatment period, which often exceeds 2 years. At the time, medications such as linezolid (entirely out-of-pocket) and clofazimine (not covered), classified as Group 5 drugs under the

treatment guidelines, were not part of the standard regimen and were used selectively for intractable TB cases. Patients prescribed these medications were responsible for the full cost [8].

Providing financial support for these high-cost medications, both reimbursed and non-reimbursed anti-TB drugs has been critical to the successful treatment of MDR-TB, including extensively drug-resistant TB.

In 2013, government funding was expanded to cover these out-of-pocket medication costs at a rate of 70,000 KRW per day for up to 2 years (including post-discharge). This review significantly reduced the financial burden on patients. In September 2017, a revision of the reimbursement standards for linezolid, along with the application of a special co-payment exemption policy for TB, significantly expanded medication cost coverage for patients with MDR-TB.

4) Livelihood Support for Dependent Family Members

The purpose of providing support for dependent family members is to compensate for income lost during the isolation period of a patient with TB (or household) subject to a hospitalization order. The Tuberculosis Prevention Act mandates that such measures be taken for individuals under the hospitalization order (Article 16). If the hospitalized patient is determined to be the primary income earner and has experienced income loss, livelihood support is provided based on the minimum cost of living standards for each household, as announced annually by the Ministry of Health and Welfare. Eligibility for this support is determined through a prior income assessment. Initially, the selection criteria were based on the "minimum cost of living per household," but in January 2016, this standard was revised to "median income." As a result, eligibility criteria for all welfare recipients, including families of patients with TB under hospitalization orders, were unified under the median income standard. Specifically, the threshold for receiving livelihood changed from "less than 300% of the minimum cost of living per household" to "less than 120% of median income."

3. Program Implementation System

According to Articles 15 and 15-2 of the Tuberculosis Prevention Act, the entities responsible for issuing hospitalization orders are the heads of the local governments, including provinces, cities, counties, and districts. The management system for hospitalization orders is illustrated in Figure 2.

The main stakeholders involved include the public health centers responsible for managing patients with TB based on their registered address (hereinafter referred to as the patient management health center), medical institutions providing inpatient and isolation treatment, and individuals subject to hospitalization orders.

The procedures of the program are as follows: 1) The patient management health center receives a notification from a medical institution regarding an individual TB case. 2) The center reviews the case and confirms the need for hospitalization. 3) If hospitalization is deemed necessary, the patient is issued a hospitalization order and provided with guidance on the required steps. 4) The patient then undergoes isolation treatment until an official notice of release is issued. 5) The medical institution provides treatment until the patient is no longer infectious, conducts TB testing, and submits a hospitalization order release opinion to the patient management health center. 6) The center reviews the release opinion and, upon confirmation, officially terminates the hospitalization order.

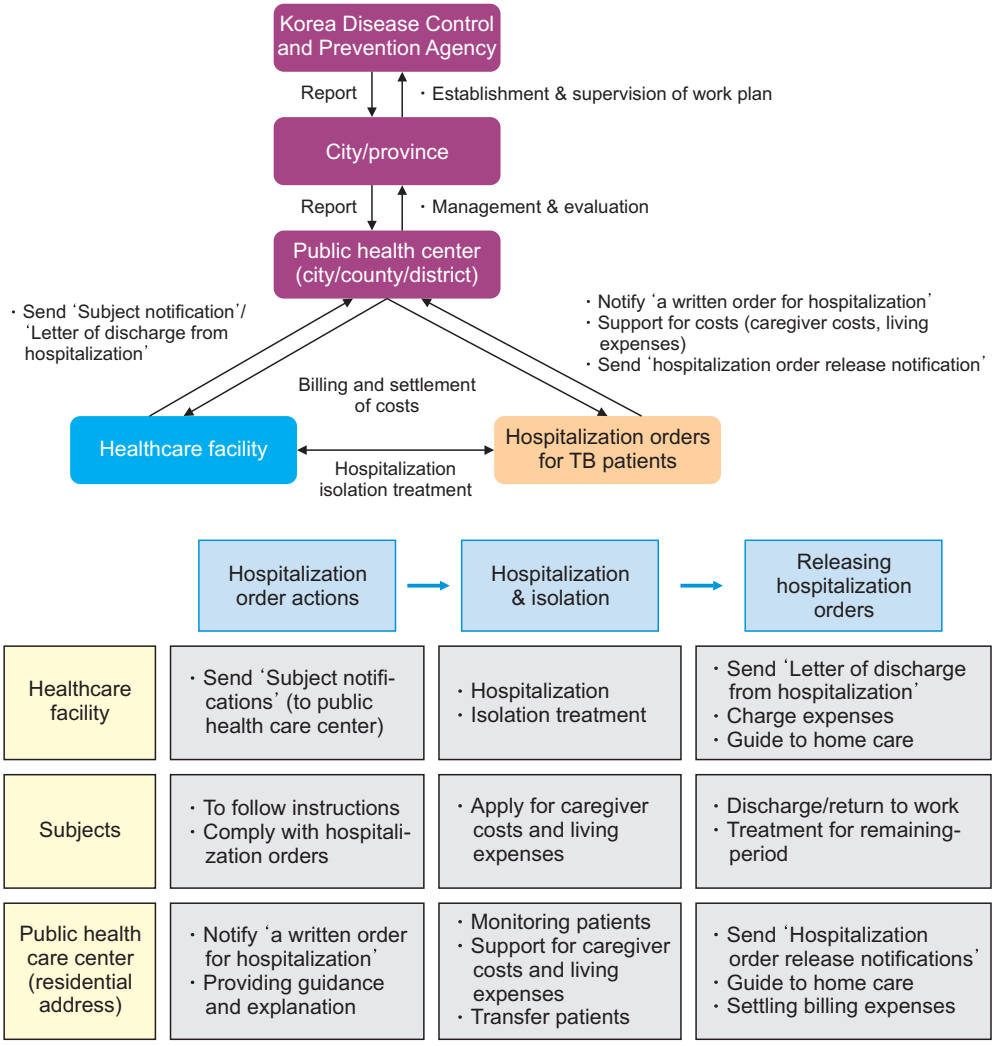

Figure 2. Governance and procedure of hospitalization orders with TB patients
TB=tuberculosis.

4. Current Status of the Hospitalization Order System

This report focuses on the current status of the hospitalization order system, specifically cases where the head of a local government issued an administrative order in accordance with the Tuberculosis Prevention Act.

To assess this, TB case reports and hospitalization order registries collected through the Integrated Tuberculosis Management System were analyzed. The number of hospitalization order cases from 2011 to 2023 was compared with the total number of TB cases each year, as reported in the Annual Report on Tuberculosis Notifications published every March [9].

Table 2 presents the number of hospitalization orders issued by heads of local governments under Article 15 of the Tuberculosis Prevention Act from the system's launch in 2011 through 2024. Since 2011, an average of 300 individuals (range: 163–620) have been hospitalized annually, totaling approximately 5,400 patients by 2024. This figure represents an average of 1% (range: 0.7–1.4%) of the annual population of

Table 2. TB cases and number of hospitalization orders by type

Category	Total		Hospitalization ordered							
			Sub total		MDR-TB		Non-compliant		Others[a]	
	TB cases	Hospitalization orders	n	%	n	%	n	%	n	%
2011	50,491	329 (0.7)	329	100	184	55.9	145	44.1	-	-
2012	49,532	472 (1.0)	472	100	335	71.0	137	29.0	-	-
2013	45,292	571 (1.3)	571	100	459	80.4	112	19.6	-	-
2014	43,088	620 (1.4)	620	100	497	80.2	123	19.8	-	-
2015	40,847	574 (1.4)	574	100	425	74.0	149	26.0	-	-
2016	39,245	562 (1.4)	562	100	383	68.1	170	30.2	9	1.6
2017	36,044	447 (1.2)	447	100	303	67.8	96	21.5	48	10.7
2018	33,796	396 (1.2)	396	100	276	69.7	83	21.0	37	9.3
2019	30,304	367 (1.2)	367	100	225	61.3	85	23.2	57	15.5
2020	25,350	278 (1.1)	278	100	163	58.6	63	22.7	52	18.7
2021	22,904	219 (1.0)	219	100	140	63.9	45	20.6	34	15.5
2022	20,383	175 (0.9)	175	100	119	68.0	22	12.6	34	19.4
2023	19,540	223 (1.1)	223	100	125	56.1	31	13.9	67	30.0
2024	17,944	163 (0.9)	163	100	79	48.5	24	14.7	60	36.8

Unit: number (%). TB=tuberculosis; MDR-TB=multidrug-resistant TB. [a]Where the Mayor/Do Governor or the head of each city/county/district deems that a TB patient need to be hospitalized for isolation treatment at a medical institution (a vulnerable Patient with acid fast bacilli positive susceptible TB, including elderly).

patients with TB.

Based on the classification standards in the National Tuberculosis Management Guidelines, individuals subject to hospitalization orders are grouped into three categories: patients with MDR-TB, non-compliant patients, and others. The "others" category, cases in which the local government determines the necessity of hospitalization, has been tracked separately in the Integrated Tuberculosis Management System since 2016. Table 2 provides the annual breakdown by type.

In 2023, 223 (1.1%) out of 19,540 total patients with TB were issued hospitalization orders. Among them, 125 patients (56.1%) had MDR-TB, 31 (13.9%) were non-compliant, and 67 cases (30.0%) were classified as "others" by the local government.

From 2011 through 2015, patients with MDR-TB accounted for up to 80% of all hospitalization orders. This trend aligns with the objectives outlined in Eradicating Tuberculosis 2030 and its revision, which prioritized support for patients with MDR-TB. However, during the subsequent implementation process, the proportion of non-compliant patients and those classified as "others" gradually increased. This shift is largely attributed to the July 2016 expansion of the TB special co-payment exemption, which eliminated out-of-pocket costs for TB management. Additionally, in 2017, linezolid, a costly second-line drug, was included under reimbursement, significantly reducing the financial burden on patients with MDR-TB and leading to a decline in hospitalization orders for this group. Moreover, the aging population potentially contributed to an increase in older patients with DS-TB requiring hospitalization.

Meanwhile, isolation treatment orders issued under Article 15-2 of the Tuberculosis Prevention Act have been tracked since 2014, with an average of two cases per year, totaling 20

by 2024.

Discussion

This report examined the background, key milestones, and operational status of the hospitalization order system for patients with TB.

Given that TB treatment can take several months to years, early diagnosis and uninterrupted treatment with appropriate medications are critical to minimizing transmission. In particular, drug-resistant TB presents significant treatment challenges, and the spread of MDR strains poses a major public health risk, necessitating institutional intervention.

Since 2011, ROK has implemented a hospitalization and isolation system for patients with TB. Under Articles 15 and 15-2 of the Tuberculosis Prevention Act, local government heads may issue hospitalization orders for patients with MDR-TB or non-compliant patients. During isolation, patients may receive treatment at designated medical institutions almost free of charge, supported by special co-payment exemptions and the isolation treatment support system.

Financial support is also available for hospitalization, medications, and income loss during isolation. This support enables even day laborers, who are at risk of treatment interruption, to complete their treatment without undue financial burden.

Although the Tuberculosis Prevention Act originally included provisions for isolation orders, detailed operational and financial support plans were established in the 2006 Eradicating Tuberculosis 2030 and its 2008 revision. These plans laid the groundwork for the full revision of the law in 2010, budget allocation, and system implementation in 2011. In 2014, the Tuberculosis Prevention Act was further amended to include provisions for isolation treatment orders for those who refused hospitalization orders and to allow for police cooperation in such cases.

The scope of support has steadily expanded. For instance, the 2016 expansion of TB special co-payment exemptions eliminated all out-of-pocket medical expenses for patients. In 2017, the inclusion of costly second-line drugs such as linezolid under the exemption extended benefits further. Nursing care costs, which had posed a significant financial burden, were also adjusted in 2019 and 2020 to more realistic levels, reducing financial pressure on isolated inpatients.

By combining administrative enforcement with economic support, the hospitalization order system under the Tuberculosis Prevention Act has played a critical role in ensuring treatment completion and preventing community transmission. Moreover, it contributed to the stable implementation of support programs for vulnerable patients with TB (e.g., the "Tuberculosis Safety Belt" project), serving as a model for financial aid.

However, this report is limited in scope, focusing only on the background and operation of the hospitalization order system following the enactment of the Tuberculosis Prevention Act. It did not assess the system's impact on treatment success rates or suggest future policy directions. Further research is needed to develop improvement measures and inform policy recommendations.

Declarations

Ethics Statement: Not applicable.

Funding Source: None.

Acknowledgments: None.

Conflict of Interest: Young-Joon Park is an editorial board member of the journal, but was not involved in the review process of this manuscript. Otherwise, there is no conflicts of interest to declare.

Author Contributions: Conceptualization: YJP, JYH. Data curation: JTK. Formal analysis: JYH, JTK. Investigation: JYH. Methodology: YJP, JYH. Visualization: JYH. Writing–original draft: JYH. Writing–review & editing: JHJ, SYS, YJP.

References

1. Korea Disease Control and Prevention Agency (KDCA). The third national strategic plan for TB control (2023-2027) [Internet]. KDCA; 2023 [cited 2025 Mar 24]. Available from: https://www.stoptbk.org/wtbday_2023/camp/images/2023/file_Down1.pdf
2. Kim JH. The implementation and limits of involuntary detention of the tuberculosis prevention act. Korean Soc Law Med 2015;16:55-84.
3. Guidelines for Supporting Tuberculosis Patients with Hospitalization Orders. Cheongju: Korea Disease Control and Prevention Agency; 2011. Report No.: 11-1352159-000042-10.
4. Korea Disease Control and Prevention Agency (KDCA). National TB Elimination 2030 Revision. KDCA; 2008.
5. Ministry of Health and Welfare (MOHW). Notice on the protection of the lives of tuberculosis patients and their dependents subject to hospitalization and isolation treatment [Internet]. MOHW; 2011 [cited 2025 Mar 24]. Available from: https://law.go.kr/admRulSc.do?menuId=5&subMenuId=41&tabMenuId=183&eventGubun=060115#liBgcolor0
6. World Health Organization (WHO). Ethics guidance for the implementation of the End TB strategy. WHO; 2020.
7. Kim Y, Lee JY, Jeong I, et al. Factors related to successful tuberculosis treatment in vulnerable groups. Korean J Med 2022;97:50-9.
8. Joint Committee for the Development of Korean Guidelines for Tuberculosis. Korean guidelines for tuberculosis [Internet]. The Korean Academy of Tuberculosis and Respiratory Diseases; 2016 [cited 2025 Mar 24]. Available from: https:///www.lungkorea.org/bbs/index.html?code=guide&category=&gubun=&page=1&number=3470&mode=view&keyfield=subject&key
9. Korea Disease Control and Prevention Agency (KDCA). Annual report on the notified tuberculosis in Korea, 2023. KDCA; 2024.