JISEAS 전북대학교 동남아연구소
JEONBUK NATIONAL UNIVERSITY INSTITUTE FOR SOUTHEAST ASIAN STUDIES

코로나19에 맞서는 동남아시아

국가별 초기 대응과 초국적 협력에 관한 연구

전제성 · 김희숙 편



코로나19에 맞서는 동남아시아:
국가별 초기 대응과 초국적 협력에 관한 연구

전동연 학술총서 01

코로나19에 맞서는 동남아시아

국가별 초기 대응과 초국적 협력에 관한 연구

전제성 · 김희숙 편

JISEAS 전북대학교 동남아연구소
JEONBUK NATIONAL UNIVERSITY INSTITUTE FOR SOUTHEAST ASIAN STUDIES

이 학술총서는 2019년 대한민국 교육부와 한국연구재단의 지원을 받아 발행되었음
(NRF-2019S1A5C2A01080989).

머리말

이 책은 동남아의 코로나바이러스감염증-19(코로나19) 대응에 관한 국내 최초의 연구서적이자 전북대 동남아연구소(전동연)의 첫 단행본입니다. 신생의 전동연은 "사람 중심의 신남방정책 추진을 위한 동남아 노동·보건·복지 연구"라는 주제로 2019년 한국연구재단 인문사회연구소지원사업의 전략적 지역연구분야에서 6년간 지원 대상으로 선정되었는데, 이듬해 불어닥친 코로나19 대유행(pandemic)을 맞아 동남아의 대응에 관한 연구도 전개하게 되었습니다. 전동연은 2020년 4월 중순에 국내에서 처음으로 동남아의 코로나19 대응에 관한 연구 성과를 발간한 이래 총 일곱 편의 코로나19 관련 이슈페이퍼를 연이어 출간하였습니다. 감염병과 보건 연구에 관심을 가진 동남아지역연구자들을 불러모아 '전동연코로나대응포럼'을 결성하고 각종 학술대회 발표 패널 구성과 한국동남아학회지『동남아시아연구』특집 편성을 함께 하였습니다. 이 책은 그간의 연구 성과들을 선별하여 모아낸 결과입니다.

이 책은 크게 세 부분으로 구성되어 있습니다. 첫 부분은 '도입'으로서 공동연구를 제안하는 서설(제1장)과 코로나19 확산과 대유행에 직면하며 동남아가 펼친 초기 대응에 관한 비교분석(제2장)을 담았습니다. 이를 통해 책의 전반적 취지와 비교적 주안점을 파악하고 우리가 공동연구를 기획하던 2020년 초여름의 동남아 상황을 포괄적으로 조망할 수 있을 것입니다. 두 번째 부분은 '국가별 대응'에 관한 사례연구들로 편성했습니다. 동남아 11개 국가 중에서 주목할 만한 사례로 베트남(제3장), 싱가포르(제4장), 필리핀(제5장), 인도네시아(제6장), 미얀마(제7장)를 선정하여 코로나19 확산과 대응과정을 분석하고 평가한 논문들을 수록하였습니다. 2021년 늦봄까지 추적한 국가별 사례연구들을 읽

으면 이들 국가가 직면하게 된 곤경과 초반 대응의 성과 및 과제를 세부적으로 파악할 수 있을 것입니다. 세 번째 부분은 '초국적 협력'에 할애되었습니다. 동남아의 최대 플랫폼 기업인 그랩의 대응(제8장)과 동남아국가연합 아세안(ASEAN)의 지역적 협력(제9장)으로부터 교훈을 얻고 숙제를 파악코자 했고, 끝으로 이번 대유행이 글로벌 보건협력과 동남아시아연구에서 사람 중심성을 성찰하고 강화하는 전환점이 되어야 한다는 제안과 희망(제10장)을 결론으로 담았습니다.

이 책에 담긴 내용은 2020년 초부터 인도발 델타 변이의 세계적 확산 이전인 2021년 5월말까지 전개된, 여전히 '초기 대응'이라고 말할 수밖에 없는 과정에 대한 기록이고, 따라서 평가 역시 부분적이고 잠정적일 수밖에 없다는 한계를 안고 있습니다. 그렇지만 초기 대응이라고 가벼이 여겨서는 안 됩니다. 미지의 바이러스에 직면하여 치료제와 백신도 없이 오로지 기존의 경험으로 터득한 지혜에 따라 부족한 자원을 총동원하며 대응했던 시간이었습니다. 앞으로 우리가 또 다른 미지의 바이러스와 마주한다면 대유행 첫 국면의 대응은 이번과 유사할 것이라는 점에서 기억하고 교훈으로 삼아야 할 것입니다.

안타깝게도 우리는 여전히 팬데믹 와중에 있고 아직 출구가 보이질 않습니다. 팬데믹에서 벗어나는 어느 날이 왔을 때, 우리는 코로나19와 그의 대한 대응을 통하여 달라진 동남아의 새로운 일상들을 추가로 연구하여 '포스트코로나 동남아의 뉴노멀(New Normal)'에 관한 연구서를 후속편으로 발간할 계획을 갖고 있습니다. 코로나19 대유행에서 벗어나 후속편 발간 준비에 어서 돌입할 수 있기를 바라마지 않습니다.

이 책의 기획과 편집 과정에서 공동편저자로서 전동연 김희숙 박사의 수고가 많았습니다. 다년간 학회지 편집간사직을 맡아 눈이 밝은 김현경 연구원도 편집 실무에 큰 도움을 주었습니다. 전동연의 모든 연구진들이 미지의 감염병 대유행에 맞서 인류학, 정치학, 사회학, 지리학, 경영학, 간호학을 아우르는 학제적 융합연구를 실험하며 유례없이 바쁜 나날을 보내야 했습니다.

전동연 연구팀에 속하지 않지만 기꺼이 원고를 보내주신 외부 필진들에게 특별한 감사의 인사를 전합니다. 전동연은 '개방과 연대'의 정신으로 연구협력을 추진하고 있습니다. 우리나라 동남아학계의 부족한 연구 인력을 감안할 때 연구기관들이 고립적으로 행동한다면 동남아의 다양성과 역동성을 온전히 담아내는 연구를 적시에 수행하기 어렵다는 판단 때문입니다. 이러한 취지에 공감하고 지지하며 함께 해주신 모든 분들께 이번 기회를 빌어 감사의 마음을 표합니다. 특히 한국동남아학회지의 특집을 함께 기획했던 여운경 편집위원장의 협조에 감사드립니다. 임경택 원장을 비롯한 전북대 출판문화원 관계자들도 바쁜 일정 가운데 우선적으로 책의 발간을 도와주셨습니다.

이렇게 다각적인 지지와 성원으로 발간된 이 책이 수많은 이들을 죽음과 이별로 몰아간 코로나19에 맞서 싸운 동남아 전선의 기록이자 교훈의 집약으로서 현재와 미래의 안녕과 행복을 위한 참고 자료가 될 수 있다면 필진 모두의 큰 기쁨일 것입니다.

2021년 6월 8일

전북대 동남아연구소장 전 제 성

목차

머리말 **005**

제1부 도입

제1장 코로나19와 동남아시아: 공동 연구 서설 _ 전제성 **015**
제2장 동남아의 코로나19 초기대응 비교분석 _ 김희숙, 김현경, 김다혜, 유민지, 양영란, 전제성 **029**

제2부 국가별 대응

제3장 베트남의 코로나19 대응: 국가 규율과 방역 체계의 성과 _ 백용훈, 육수현 **067**
제4장 싱가포르의 코로나19 대응: 이원적 방역 전략의 빛과 그림자 _ 김희숙, 양영란 **106**
제5장 필리핀의 코로나19 대응: 선출된 권력의 권위주의적 대응 _ 엄은희 **141**
제6장 인도네시아의 코로나19 대응: 정부 정책과 코로나19 관련 담론 _ 김형준 **176**
제7장 미얀마의 코로나19 대응: 파국으로의 질주 _ 김희숙 **216**

제3부 초국적 협력

제8장 동남아 최대 플랫폼 기업 그랩의 코로나19 대응 _ 고영경 **253**
제9장 아세안 보건안보 협력의 제도화와 감염병 대응의 한계 _ 백용훈 **269**
제10장 대유행 시대 이전과 이후: 글로벌 보건과 동남아시아연구 _ 서보경 **307**

찾아보기 **339**
필진 소개 **345**

표목차

표 2-1. 동남아 각국의 코로나19 발병 및 검사 현황 47
표 2-2. 동남아 각국의 보건의료 서비스 지원 역량 현황 50
표 4-1. 팬데믹 전후 싱가포르의 취업비자 발급건수 변화 131
표 5-1. 필리핀의 구역별 방역 기준 및 CQ 수위 146
표 5-2. 필리핀의 봉쇄수위별 사회경제적 규제 사항 147
표 5-3. 4C 모델에 기초한 분석틀 159
표 5-4. 필리핀의 백신 제조국별 신뢰도 169
표 5-5. 필리핀 국민들의 백신 접종 의사 169
표 6-1. 인도네시아 연령대별 코로나19 확진자, 사망자 비율 181
표 6-2. 연령대별 코로나19 확진자, 사망자 비중: 인도네시아와 한국 181
표 6-3. 인도네시아의 코로나19 백신 접종 계획 183
표 6-4. 인도네시아 PSBB 주요 수칙 187
표 6-5. 인도네시아 AKB 방역수칙: 상업시설의 허용 인원 189
표 6-6. 인도네시아 정부의 방역 정책 비교 191
표 6-7. 인도네시아 국가경제회생정책(PEN)의 주요 프로그램과 예산 194
표 6-8. 인도네시아 사회적 보호 프로그램: 빈곤 가구 195
표 6-9. 인도네시아 사회적 보호 프로그램: 코로나 피해 가구 196
표 6-10. 인도네시아 사회적 보호 프로그램: 구직자와 학생 197
표 6-11. 인도네시아 2021년 PEN 예산 변경 200
표 9-1. 아세안 회원국별 건강 상태 지표 278
표 9-2. 아세안 회원국별 건강 위험 지표 279
표 9-3. 아세안 회원국별 보건의료의 질과 자원 280
표 9-4. 동남아시아 지역에 영향을 미친 주요 감염병 사례: 2000년대 이전 284
표 9-5. 동남아시아 지역에 영향을 미친 주요 감염병 사례: 2000년대 이후 287
표 9-6. 아세안의 보건협력(2004-2009): 보건장관회의 및 관련 체제를 중심으로 293

그림목차

그림 2-1. 동남아 각국의 코로나19 첫 확진 사례 발생일자 32
그림 2-2. 동남아 각국의 코로나19 누적확진건수 추이 35
그림 2-3. 동남아 각국의 입국 통제 강도 비교 39
그림 2-4. 누적확진건수별 동남아 각국 정부대책강도 비교 41
그림 2-5. 동남아 주요 국가의 코로나19 치명률 비교 49
그림 3-1. 베트남 코로나19 감염 추이: 일일 신규 확진자 수 69
그림 3-2. 베트남의 보건의료 체계 82
그림 3-3. 겐꼬비 노래 영상(좌)와 안무가 꽝당의 시연 모습(우) 84
그림 3-4. 호치민 의료부 포스터 87
그림 3-5. 히엡(Hiep)의 포스터 87
그림 3-6. 베트남 확진 사례별 총 검사 수 91
그림 3-7. 베트남의 바이러스 접촉 추적 방식과 격리 프로세스 93
그림 3-8. 베트남 1회 이상 백신 접종자 수 97
그림 4-1. 싱가포르의 감염 경로별 코로나19 역학 커브 114
그림 4-2. 동남아 각국 정부의 코로나19 대응강도 비교 118
그림 4-3. 감염경로별 싱가포르의 코로나19 발병 추이 128
그림 5-1. 필리핀 코로나19 확진자수(4주 평균) 추이(전국) 142
그림 5-2. 필리핀의 격리 범주 150
그림 5-3. 필리핀 NTF 운영을 위한 조직구조 168
그림 6-1. 인도네시아 코로나19 신규 확진자 추이 179
그림 6-2. 인도네시아 코로나19 사망자/확진자 비율 179
그림 6-3. 인도네시아 주별 코로나19 누적 확진자 180
그림 6-4. 인도네시아 코로나19 대응 정부 정책의 변화 187
그림 6-5. 인도네시아 대통령에 대한 만족도 206
그림 6-6. 인도네시아 방역수칙 준수 비율 209
그림 7-1. 미얀마 코로나19 발병 현황 221

그림 7-2. 미얀마 쿠데타 전후 일별 코로나19 확진건수와 사망건수 240
그림 8-1. 그랩 진출 동남아 국가와 시기 255
그림 8-2. 그랩의 비즈니스 포트폴리오와 주요 서비스 256
그림 8-3. 그랩푸드와 그랩카의 파트너 259
그림 8-4. 그랩 어시스턴트 261

제1부
도입

제1장 코로나19와 동남아시아: 공동 연구 서설
제2장 동남아의 코로나19 초기대응 비교분석

제1장 코로나19와 동남아시아: 공동 연구 서설*

전제성

> 앞으로 벌어질 일에 관해 누구도 장담할 수 없습니다. 코로나19는 우리가 얼마나 취약한지를 여실히 보여주었습니다. … 다만 우리가 경계하고 단호하며 단결한다면, 이 질병을 함께 극복할 것이라 확신합니다(Facebook: @leehsienloong).

2020년 3월 27일에 싱가포르 리셴룽 총리가 코로나19 대응을 위해 막대한 공적 자금을 투입하면서 국민들에게 전한 말이다. 그런데 이 말은 지금도 여전히 타당하다. 당시 '방역 모범' 사례로 일컬어지던 싱가포르는 바로 그 다음 달부터 건설직 이주노동자들 사이에서 감염이 급속히 확산됨에 따라 고전을 면치 못했다. 우리나라 역시 최초 감염자 발생 후 100일이 경과할 때 방역 성공사례로 세계의 주목을 받으며 자축하기도 했지만, 몇 개월 지나지 않아 감염의 두 번째 파도를 맞아 휘청거려야 했다. 코로나19 감염병 대유행의 현실이 얼마나 엄중한지, 그리고 그에 맞서려면 우리가 실로 주의하며 협력하고 적시에 결단해야 한다는 것을 절감하게 된다.

---

* 이 장은 한국동남아학회지 『동남아시아연구』 30권 3호(2020년 8월)에 게재한 "코로나19와 동남아시아: 특집 기획 서설"을 이 책의 기획에 맞추어 수정하고 보강한 것이다.

우리 모두는 감염병 대유행에서 자유롭지 못하고 앞으로 상당한 기간 동안 그러할 것이다. 나와 가족과 이웃의 생명과 건강을 지키기 위해 다함께 힘을 모아야 한다. 감염병 대응의 일선에 의료진과 질병관리본부가 있지만, 성공과 실패의 사례를 비교하여 교훈을 찾고 다각적 파장을 가늠하며 국제적 협력을 제안하는 학계의 대응도 시급히 이루어져야 한다. 더구나 동남아시아 지역은 가치사슬과 인간안보의 차원에서 우리와 긴밀히 연계되어 있기에 이 지역에서 코로나19의 전개는 정밀하고 꾸준하게 추적 관찰되어야 한다. 지리적으로 인접하고 문화적으로 유사한 환경에서 동남아시아 각국이 취한 대응 전략의 성패는 우리에게 실질적으로 유용한 교훈을 선사한다는 점에서 또한 중요하다. 동남아국가연합 아세안(ASEAN: Association of Southeast Asian Nations)은 보건의료 협력체계를 상설 운영하는 동아시아 역내 유일의 기구로서 감염병 대응을 위한 지역협력의 회랑을 제공하기에 우리가 그 동향에 각별히 관심을 기울여야 한다. 이런 취지에서 필자는 동남아지역연구자들에게 코로나19에 함께 맞서는 공동연구에 돌입할 것을 제안하였다.

Ⅰ. 우리 동남아학계의 코로나19 대응

동남아 코로나19 전개 및 대응에 관한 우리 학계의 첫 번째 연구 성과는 2020년 4월 17일에 전동연(전북대 동남아연구소) 이슈페이퍼 1호로 발간되었다(김희숙·유민지·김다혜·김현경·양영란·전제성 2020). 36쪽에 달하는 이 페이퍼는 6명의 전동연 연구자들이 긴급히 협력하여 동남아 11개국 전체의 동향을 비교한 포괄적이고 집단적인 연구 성과였고 국제적으로도 상당히 이른 출발이었다. 호주국립대에서 발간하는 저널『뉴만달라』(New Mandala)가 "코로나바이러스 시대의 동남아"(Southeast Asia in a Time of Coronavirus) 연재를 시작한 지 이틀 뒤였고, 교토대 동남아지역연구소(CSEAS: Center for Southeast Asian Studies)가 "코로나 연대기: 현지의 목소리들"(Corona Chronicles: Voices from the Field) 연재를 시

작하기 20일 전이었다. 이후 전동연은 코로나19 관련 이슈페이퍼들을 추가로 연속 발간하였다(서보경 2020; 고영경 2020; 양영란·김희숙 2020; 유민지 2020; 김희숙·이우철 2020; 김형준 2021).

한편 서강대 동아연구소도 웹진『서강동연』3호와 4호에 걸쳐 싱가포르, 베트남, 태국, 인도네시아, 캄보디아의 코로나19 대응 사례를 소개하는 글을 연재했다(김종호 2020a; 백용훈 2020a; 유예지 2020; 정정훈 2020; 고은비 2020). 서울대 사회과학연구원 VIP진출기업현지화지원사업단도 베트남, 인도네시아, 필리핀의 코로나19 대응과 기업환경 변화에 관한 정책보고서『로컬 인사이트』를 발간하였다(엄은희·육수현·이지혁 2020). 이렇듯 한국연구재단의 지원 과제를 수행하는 동남아연구 3개 기관의 선도적 작업은 동남아의 감염병 대응 연구자들끼리 모임을 결성하고 함께 공조하는 게 가능할 것이라는 기대를 낳았다.

협력 연구의 추진 기반을 마련하기 위해 '코로나대응포럼'이 전동연 주관으로 2020년 5월 19일에 출범하였다. 순차적으로 참여에 동의한 17명의 동남아 지역연구자들이 동남아 각국 및 아세안의 코로나 대응에 관한 모니터링을 분담하기로 하였다. 전동연이 주관하게 된 경위는 소극적인 이유와 적극적인 이유가 있다. 한국동남아학회가 국가별·주제별 연구위원회를 결성함으로써 학계의 포괄성을 높여야 한다는 것이 필자의 지론이다(전제성 2018). 이에 따라 필자는 한국동남아학회 산하 보건복지연구위원회를 시범적으로 결성코자 하였으나 여의하지 않아 전동연이 포럼을 운영하는 형식을 취하게 되었고 이것이 소극적인 이유라 할 수 있다. 반면에 적극적인 이유는 보건의료 문제가 전동연이 수행해야 하는 주요 연구영역 중에 하나라는 점이다. 전동연이 수주한 한국연구재단 과제가 "사람 중심의 신남방정책 추진을 위한 노동·보건·복지 연구"여서 연구진 전원이 코로나19 대응 연구에 참여하였고 관련 연구 성과들을 다양한 경로로 확산할 계획을 세우고 있었다. 이런 근거로 전동연이 포럼의 한시적 거점으로 기능하기에 적합할 것으로 판단했다. 물론 포럼 운영의 성과를 바탕으로 애초의 구상처럼 한국동남아학회 산하 보건복지연구위원회가 머지않아 출범할 수 있기를 희망한다.

우리 코로나대응포럼은 다양한 발표 기회를 통하여 연구 협력을 강화하고 성과 확산을 촉진했다. 2020년 5월 8일에 대한민국 외교부 아세안국의 외교관들을 대상으로 전동연이 동남아의 코로나 대응에 관한 설명회를 화상으로 개최하였다. 이어 5월 27일에 서울대 아시아연구소에서 주최한 신남방정책 출범 3주년 기념 전문가정책간담회 "'사람중심' 신남방정책의 새로운 도약"에서 보건협력 패널을 구성하여 참여했고, 8월 21일과 22일에 화상으로 개최된 한국동남아학회 연례학술대회에서 "코로나19와 동남아" 패널을 조직하여 참여했다. 10월 16일에 대외경제정책연구원이 개최한 제7회 신흥지역연구통합학술회의도 한국동남아학회의 이름으로 신남방지역의 코로나19 대응에 관한 패널을 구성하여 연구 성과를 발표하였다. 그리고 한국동남아학회지 『동남아시아연구』에 "코로나19와 동남아" 특집을 기획하여 30권 3호(2020년 8월)와 4호(2020년 11월)에 논문들을 연속으로 게재하였다(전제성 2020; 김형종 2020; 육수현 2020; 엄은희 2020; 김희숙 2020; 김종호 2020b; 백용훈 2020b). 한국동남아학회지의 특집은 전동연 이슈페이퍼 시리즈와 함께 이 책의 기반이 되었다.

II. 국가별 대응 사례 연구

우리의 우선적 관심은 동남아 국가별 코로나19 확산과 대응에 관한 것이었다. 동남아의 초기 대응은 국가별로 제각기 이루어졌기 때문이다. 지구적 차원에서 비교하자면 동남아 각국의 초기 대응은 대체로 양호한 사례에 속했다. 초기 과정에서 감염이 급속도로 확산되는 현상을 피할 수 있었고 미국이나 브라질, 스페인처럼 사망자 발생이 급증하지 않았다.

동남아 국가들의 대응 방식은 한국과 대만 사례까지를 포함하여 '동아시아 방역 모델'이라는 하나의 틀로 묶어 살펴볼 수 있을 것이다. 이런 표현은 한 시대를 풍미했던 '동아시아 발전 모델'을 연상시킨다. 그런데 동아시아 발전 모델과 달리 동아시아 방역 모델에서 동남아 국가들은 주변이 아니라 중심의 지위

를 차지한다는 점에서 다르다. 동아시아 발전 모델에서 한국과 대만 같은 동북아 국가들이 모델의 "핵심"(core) 사례에 속하고 싱가포르를 제외한 '나머지' 동남아 국가들은 "준발전국가"(semi-developmental state)로 불리며 주변적인 존재로 구분되곤 했다(Islam and Chowdhury 2000). 그렇지만 동아시아 방역 모델에서는 베트남과 태국 같은 '나머지' 동남아 국가들이 선도적 핵심으로 떠오르며 더 이상 주변성에 머물러 있지 않는 역량을 보여주었다. 물론 동아시아 발전 모델이 그러했듯이 새로운 환경에서 한계에 봉착하고 유연한 변신을 꾀하지 못해 위기에 빠져들 수도 있을 것이다.

2020년 여름의 시점에서 동남아시아 11개국은 '좋은 사례'(the good), '나쁜 사례'(the bad), '이상한 사례'(the mysterious) 세 부류로 나뉘는 것처럼 보였다. 동남아의 코로나 초기 대응에서 좋은 사례의 대표는 자타공인 베트남이었다. 브루나이와 태국도 상당히 양호한 편에 속했다. 싱가포르는 모범 사례로 칭송받다가 중대한 허점 지대, 즉 이주민 집단거주라는 일종의 앙클레이브(enclave)가 있는 복합적 사례로 간주되기 시작했다. 분명히 나쁜 사례는 필리핀과 인도네시아였고 말레이시아도 그에 버금가는 것처럼 보였다. 여러모로 취약한데 수치상으로 양호한 미스테리는 미얀마, 캄보디아, 라오스, 동티모르의 경우였다. 이렇게 초기 대응에서 나타난 현상의 국가간 비교와 잠정적 간파는 제2장에서 소개될 것이다.

우리는 세 가지 부류의 스펙트럼에서 대표적 사례로서 베트남과 싱가포르, 필리핀과 인도네시아, 그리고 미얀마를 선정하여 심층 연구에 돌입하였다. 베트남 사례연구(제3장)와 싱가포르 사례연구(제4장)를 통해 우리가 참고하고 응용할 정책들을 찾을 수 있고, 필리핀 사례연구(제5장)와 인도네시아 사례연구(제6장)를 통해서 우리가 피하거나 주의해야 할 사항들을 파악할 수 있을 것이라 기대하였다. 동남아에서 가장 늦게 확진 사례가 보고된 미얀마(제7장)는 중국과의 밀접성이나 의료역량의 취약성에도 불구하고 확진과 치명의 수가 적은 기이한 사례라서 연구 대상에 포함하였다. 그런데 2021년 2월 1일의 군사쿠데타가 전국적인 시민불복종운동을 촉발하고, 급기야 내전 국면으로까지 치닫는

상황이어서 미얀마의 코로나19 대응 미스테리는 헤어 나오기 어려운 미궁 속으로 빠져들고 있다. 이러한 국가별 대응에 관한 심층 사례 연구 성과들이 이 책의 제2부를 구성한다.

Ⅲ. 초국적 대응과 협력 연구

국가별로 긴박하게 이루어진 초기 대응의 이면에서 초국가적 대응과 협력이 구상되고 실천되기 시작한다. 다국적 기업은 사업이 운영되는 나라들의 정부 정책을 고려하면서도 독자적인 대응을 펼치는 중요한 행위자였다. 우리는 동남아 최대 플랫폼 기업으로서 8개국에서 사업을 펼치는 그랩(Grab)의 대응에 우선 주목하였다(제8장). 슈퍼앱 그랩이 비대면 상황에서 필수적인 연계성을 제공하고 파트너들을 돌보고 네트워크업체들의 사정을 고려하며 사회적 가치를 추구하는 선제적 조치들을 취함으로써 다른 기업들이 참조할 만한 선례를 보여주고 있다고 판단했기 때문이다. 동남아의 한인기업들도 현지에 방역물자를 지원하거나 자구적 방어대책을 마련하면서 적극적으로 대응했는데(박명준 외 2020), 그런 내용을 이 책에서 다 포괄할 수 없어서 아쉽다.

재난과 위기에 대한 동남아의 대응에서 중시해야 하는 것은 아세안의 존재와 역할이다. 아세안은 2020년 의장국 베트남의 주도로 회원국 간에, 그리고 주요 대화상대국(dialogue partner)과 코로나19 대응 협력을 위한 진지한 논의를 2월부터 4월까지 연속으로 진행하였다(Hoang Thi Ha 2020). 2020년 4월 14일 오전에 화상으로 이루어진 아세안정상회의, 그날 오후에 이어진 아세안+3특별정상회의(Special ASEAN Plus Three Summit on Coronavirus Disease 2019)의 공동성명 발표는 동아시아 차원의 코로나19 대응을 위한 지역협력을 본격 출범시킨 분수령이었다(김희숙 외 2020: 27–28; Retno 2020). 우리도 아세안과 아세안+3 틀 속에서 전개되는 역내 보건협력에 깊은 관심을 갖고 모니터링을 수행하기로 했다(제9장). 이런 협력 틀 속에서 아세안과 한국의 실질적이고 호혜적인 공

조가 이루어지길 바라는 희망도 담았다.

아세안 관련 연구는 아세안의 체계와 능력을 회의하고 비판하는 연구 경향이 한 편에 자리한다면 아세안의 가치와 가능성에 주목하는 연구 경향이 다른 한편을 차지한다고 다소 거칠게 대별할 수 있다. 이를테면 인도네시아 외교장관이었던 마티 나탈레가와(Marty Natalegawa)는 후자의 입장에서 아세안의 체계와 능력까지 옹호하는 긍정의 시각을 끈기 있게 설파한다(마티 2019). 지역적 차원의 방역 공조와 보건 협력을 강화하기 위해서는 아세안이 제공하는 각종 협의의 장을 거쳐야 하므로 우리는 후자의 시각을 취할 필요가 있다.

그런데 초국적 보건협력이 의료의 공공성을 강화하여 질병대응의 전반적 내공을 키우는 방향으로 전개되고 백신 및 치료제에 대한 약자의 접근성 강화를 위한 지구적 공조의 추진으로 이어지려면 우리가 지금 성찰하고 바꿔야 할 바가 적지 않다. 그래서 우리는 글로벌 보건(global health)의 시각은 무엇이며 당면한 도전은 어떠한지를 살펴보면서 "사람 중심"의 보건협력과 동남아시아 지역연구의 과제들에 관한 비판적 논의도 시작하려 한다(제10장).

Ⅳ. 비교적 시각과 연구 방법 제안

향후 우리 연구의 분석적 발전과 실천적 함의 도출을 위해서는 국가별 대응에 관심을 국한하지 말고 비교연구를 강화할 필요가 있다. 단일사례를 다루더라도 비교적 시각에서 접근해야 유용하고 설득력 있는 분석을 내놓을 수 있을 것이다. 국제비교의 시각으로 본다면 정치체제는 대응 성패의 결정적 변수가 아니라는 것을 파악할 수 있다. 즉, 민주주의냐 권위주의냐에 따라 감염병 대응 성패가 갈리지 않는다는 것이다(Kleinfeld 2020).

비교적 시각에서 우선적으로 떠오르는 주요 변수는 국가 역량(state capacity; state capability)이라고 불리는 것이다. 국가가 보유한 자원 자체보다 그것을 동원하는 체계와 관계에 더 관련된 개념이다. 따라서 국가 역량은 정적인 개념이

아니라 동적인 개념이라 할 수 있다. 이런 국가 특성을 따져갈 때 지방분권의 문제나 지방정부의 역량도 함께 고려해볼 수 있겠다. 그런데 국가 역량이 아무리 훌륭하더라도 적시에 동원을 결정하지 않는다면 효과를 발휘하기 어렵기 때문에 선제적인 정치리더십도 중요한 변수라 할 수 있다. 그리고 방역이 효과적이려면 사회의 수용적 협력도 필수적이다(Fenner 2020). 사회적 협력에 관한 연구는 덜 진전된 상태지만, 적어도 우리는 정부의 투명한 정보 제공과 소통이 사회적 협력을 이끌어내는 데 긍정적으로 작용할 것이라고 추정하고 있다. 투명성이 체제보다 중요하다는 것이다. 사회적 협력의 정도를 비교할 때 문화 변수까지 고려할 수 있을 것이다. 이를테면 개인주의와 방임의 문화가 우세한 나라에서 코로나19 감염과 치명의 비율이 더 높다는 가설이 제시된 바 있다(Pusic 2020).

글로벌 팬데믹이라 데이터도 글로벌 수준에서 쏟아지고 있다. 그래서 동남아 역외 지역을 포함하는 광역의 비교가 용이하다. 교차지역적 비교연구를 통해 우리는 동남아 각국의 국가 역량과 정치리더십에 대한 기존의 통념과 평가기준을 재검토하는 기회를 갖게 될 것이다. 방역은 특히 그 3요소인 물자·공간·인력의 체계적인 준비와 적시 배분이 결정적인 관건이다. 방역의 체계와 운영을 고찰함으로써 국가 역량과 리더십 특성을 파악할 수 있을 것이다. 구체적이고도 실질적인 판별을 기하려면 동남아 각국 질병관리본부의 구성과 운영체계를 들여다봐야 할 것이다. 방역담당기관에 관한 비교연구는 정책적 가치뿐만 아니라 각 국가의 성격을 이해하는 데 도움을 주는 학술적 가치도 지닐 것이다.

국회입법조사처가 소속 연구진 36명을 동원하여 집필 발간한 코로나19 대응 종합보고서는 각국의 감염병 대응체계를 상세히 소개하고 있다(국회입법조사처 2020). 그런데 미국, 영국, 독일, 중국, 일본의 사례를 소개하면서 동남아는 포괄하지 않아 아쉬움을 남긴다. 우리는 이런 연구를 동남아로 확장하는 작업을 시도해야 한다. 이때 체계뿐만 아니라 사람도 보아야 한다. 질병관리를 지휘하는 위치에 있는 이들의 비과학성은 체계의 작동을 방해하기 때문이다(Yohanes

2020; Mietzner 2020). 그런데 코로나로 가로막혀 우리가 현지조사를 직접 수행할 수 없는 상황이니 현지에 있는 전문가들과 협업하는 방식으로 조사를 추진해야 할 것이다. 팬데믹은 현지조사를 주된 방법으로 사용하는 지역연구자들도 곤경에 몰아넣고 있지만, 이에 맞서 현지인 전문가와의 협력 연구 방법을 적극 동원하다 보면 한국 학자와 현지인 조력자 사이의 호혜성(reciprocity)이 더 증진되는 긍정적 효과도 기대할 수 있다.

비교연구는 공간의 차원뿐만 아니라 시간의 차원에서도 고려되어야 한다. 즉 같은 나라에서 시기별 변화를 비교하자는 것이다. 사스나 메르스처럼 심각한 감염병 피해의 경험은 국가의 대응 역량 향상과 단호한 리더십 발휘에 긍정적인 영향을 준다고 추정되고 있다(Fenner 2020; Kok 2020; 오민호 2020). 그러므로 우리는 이전에 대유행했던 감염병 대응 경험과 그로 인한 변화를 파악해야 한다. 어떤 쓰라린 경험을 했는지, 그래서 어떤 교훈을 얻고 어떻게 방역 자원을 확충하고 체계를 가다듬었는지를 따져야 한다. 이러한 작업은 바로 직전 팬데믹과 비교하는 수준에서 수행될 수 있지만 한 세기가 넘는 시기에 걸쳐 동남아가 경험한 팬데믹들을 포괄하는 비교역사로 확장될 수도 있다.

그런데 시간의 차원에서 고려할 바가 한 가지 더 있다. 사스와 같은 다른 감염병 유행에서도 그랬듯이 이번도 여러 차례의 파도를 일으킬 것이다. 초기대응에 성공했더라도 방심하여 두 번째에 실패할 수 있고, 첫 파도 때 고생했더라도 학습하여 두 번째부터 잘 버틸 수도 있을 것이다. 우리는 하나의 팬데믹 내에서 파도별 대응 변화를 비교 연구하는 방향으로 파도를 타며 전진해야 한다. 이러한 팬데믹 내의 국면 간 비교는 역동적인 기술과 새로운 시사점 도출, 특히 정치적 변수 분석의 심화에 도움을 줄 것이다.

코로나19는 연구자들도 우울하게 만들 수 있다. 그러나 우리가 단지 '회복력'(resilience)이라는 방어적 담론에 머물지 말고 이번 바이러스의 대유행이 만들어낼 전환적이고 긍정적인 변화를 타진하고 탐구한다면 새로운 사회적 의제를 발굴하는 데 기여할 수도 있겠다. 이를테면 코로나19 시대의 집단적 경험이 보편적 건강보장(universal health coverage)을 향한 동남아의 지난한 역정에 어떤

결정적 자극을 줄 것인지, 단기적인 재난지원금 살포를 넘어서 어떻게 동남아 복지제도의 발전을 촉진할 것인지, 아세안과 동아시아 차원의 인간안보(human security) 협력을 얼마나 격상시킬지 연구해 보자는 것이다.

1997년부터 동아시아를 강타했던 경제위기를 되돌아보자. 인도네시아의 경제위기는 특히 파국적이었다. 분쟁이 빈발하고 많은 이들이 사망했다. 위기의 완전한 극복에 7년이나 걸렸는데, 그 대미에 국가사회보장제도법의 제정이 있었다(전제성 2007). 그런데 이 법의 제정은 오늘날 보편적 의료보장을 위한 대장정의 출발점이었다고 평가받고 있다(Nafsiah 2015; Ardila 2020). 우리 동남아학계는 동아시아 경제위기의 충격에 휩싸여 있을 당시, 서강대 동아연구소를 중심으로 2년간, 사단법인 한국동남아연구소를 기반으로 3년간, 도합 5년 동안 경제위기의 전개, 대응 및 파장에 관한 공동연구를 수행하여 7권의 총서를 연속으로 발간한 경험이 있다. 동아시아 경제위기가 그랬듯이 이번 대유행의 여파 역시 길게 이어질 것이다. 단기승부를 기대하지 말고 긴 호흡으로 우리가 서로 격려하고 연대하며 바이러스의 '의도하지 않은 결과'까지 끈질기게 추적하는 연구에 함께 임할 수 있기를 희망한다.

참고문헌

고영경. 2020. “동남아 슈퍼앱 그랩이 코로나19에 대처하는 방식.” 전동연 이슈페이퍼 3.

고은비. 2020. “코로나 시대 캄보디아의 관광.”『서강동연』4.

국회입법조사처. 2020.『코로나19(COVID-19) 대응 종합보고서』. 개정증보판(5월 30일).

김종호. 2020a. “싱가포르 코로나19 대응.”『서강동연』3.

_____. 2020b. “싱가포르 전염병 대응체계의 식민지적 기원: 해협식민지 기록으로 보는 식민시기 방역체제의 유산.”『동남아시아연구』30(4): 1-48

김형종. 2020. “코로나19 감염병 사태와 신남방정책: 아세안을 중심으로.”『동남아시아연구』30(3): 21-54.

김형준. 2021. “‘끝없는 1차 유행’: 인도네시아의 코로나19 전개와 정부의 대응.” 전동연 이슈페이퍼 12.

김희숙. 2020. “위기와 기회: 미얀마의 코로나19 대응 특징과 정치적 함의.”『동남아시아연구』30(4): 105-144.

김희숙·유민지·김다혜·김현경·양영란·전제성. 2020. “코로나19에 맞선 동남아의 대응: 초기 대처과정의 잠정적 함의.” 전동연 이슈페이퍼 1.

김희숙·이우철. 2020. “미얀마 코로나19 대응: 위기와 기회의 변곡점.” 전동연 이슈페이퍼 9.

마티 나탈레가와. 2019.『아세안은 중요한가?』. 서울: 문학사상.

박명준·김유빈·엄은희·이준구·전제성.『2020 인도네시아 노동체제와 한국기업의 적응에 관한 연구』. 한국노동연구원.

백용훈. 2020a. “베트남의 코로나19 대응과 한국-베트남 관계 격상을 위한 제언.”『서강동연』3.

_____. 2020b. “베트남의 코로나19 대응: 감염병 위기관리체계를 중심으로.”『동남아시아연구』30(4): 49-103.

서보경. 2020. “코로나19 위기 속의 동남아시아: 사람 중심의 보건 협력, 어떻게 할 것

인가?" 전동연 이슈페이퍼 2.
양영란·김희숙. 2020. "싱가포르 코로나19 대응의 빛과 그림자: 이원적 방역 전략과 그 함의." 전동연 이슈페이퍼 5.
오민호. 2020. "과거 우리나라 신종 감염병 대응 어땠나." 『병원신문』. 4월 20일.
유민지. 2020. "아시아 방역성공의 신화, 그리고 보이지 않는 노동." 전동연 이슈페이퍼 6.
유예지. 2020. "태국의 코로나19: 감염병에 대응하는 치앙마이의 사례." 『서강동연』 3.
육수현. 2020. "'전쟁 같은' 베트남의 코로나19 대응: 극단적이면서 합리적인." 『동남아시아연구』 30(3): 55-98.
엄은희. 2020. "재난관리 관점에서 본 필리핀의 코로나19 대응에 관한 비판적 분석." 『동남아시아연구』 30(4): 145-189.
엄은희·육수현·이지혁. 2020. 『VIP 3국의 코로나19 상황과 한인기업의 대응』. 서울대 사회과학연구원 비교문화연구소 VIP진출기업현지화지원사업단 정책보고서 로컬 인사이트 3.
전제성. 2007. "인도네시아의 총체적 위기와 메가와티의 정치 리더십." 박사명 외. 『위기 극복의 정치 리더십: 동남아 4개국 정치지도자 비교연구』. 서울: 이매진.
_____. 2018. "한국의 동남아연구 성장과 포괄성 문제." 『동남아시아연구』 28(4): 1-29.
_____. 2020. "코로나19와 동남아시아: 특집 기획 서설." 『동남아시아연구』 30(3): 1-19.
정정훈. 2020. "인도네시아의 코로나19 대응과 미래 전망." 『서강동연』 4.

Ardila Syakriah. 2020. "From Military to National Coverage: 75 Years of Indonesia's Health Insurance." *The Jakarta Post*. 12 August.
Corona Chronicles: Voices from the Field. https://covid-19chronicles.cseas.kyoto-u.ac.jp/ (검색일: 2020. 08.20.)
Fenner, Sofia. 2020. "State, Regime, Government, and Society in COVID-19

Response: Establishing Baseline Expectations." *Duck of Minerva*. March 17. https://duckofminerva.com /2020/03/state-regime-government-and-society-in-covid-19-response-establishing-baseline-expectations.html (검색일: 2020.08.21.)

Hoang Thi Ha. 2020. "The Coronavirus Could Be Vietnam's Biggest Stress Test in Its ASEAN Chairmanship." *The Diplomat*. April 9. (검색일: 2020.08.20.)

Islam, Iyanatul, and Anis Chowdhury. 2000. *The Political Economy of East Asia: Post-Crisis Debates*. Oxford and New York: Oxford University Press. Chapter 1: 1-42.

Jeon Je Seong. 2020. "South Korea: Openness, Transparency and Solidarity Coping with COVID-19." *CSEAS Newsletter* 78. https://covid-19chronicles.cseas.kyoto-u.ac.jp/post-008.html/ (검색일: 2020.08.20.)

Kleinfeld, Rachel. 2020. "Do Authoritarian or Democratic Countries Handle Pandemics Better?" Carnegie Endowment for Democracy and International Peace. Commentary. March 31. https://carnegieendowment.org/2020/03/31/do-authoritarian-or-democratic-countries-handle- pandemics-better-pub-81404 (검색일: 2020.08.22.)

Kok Xinghui. 2020. "Why are There So Few Coronavirus Infections in Singapore's Health Workers?" *South China Morning Post*. July 7.

Mietzner, Marcus. "Populist Anti-Scientism, Religious Polarisation, and Institutionalised Corruption: How Indonesia's Democratic Decline Shaped Its COVID-19 Response." *Journal of Current Southeast Asian Affairs*. August 5: 1 - 23.

Nafsiah Mboi. 2015. "Indonesia: On the Way to Universal Health Care." *Health Systems & Reform* 1(2): 91 - 97.

Pusic, Michael. 2020. "The Culture Factor in COVID-19." *Rabbit Hole*. May 13. https://rabbitholemag.com/the-culture-factor-in-covid-19/ (검색일: 2020.08.17.)

Retno LP Marsudi. 2020. "Building Regional Resilience against COVID-19." *The Jakarta Post*. April 14.

Southeast Asia in a Time of Coronavirus Series in *New Mandala: New Perspectives on Southeast Asia*. https://www.newmanda la.org/southeast-asia-in-a-time-of-coronavirus/ (검색일: 2020. 08.15.)

Yohanes Sulaiman. 2020. "Indonesia's Politicisation of the Virus is Stopping Effective Response." *Globe*. April 10. https://southeastasiaglobe.com/indonesia-covid-19-response/ (검색일: 2020.08.21.)

제2장 동남아의 코로나19 초기대응 비교분석*

김희숙 · 김현경 · 김다혜 · 유민지 · 양영란 · 전제성

Ⅰ. 들어가며

동남아는 코로나19 첫 집단 발병이 시작된 중국의 우한과 지리적으로 가까울 뿐만 아니라 연간 6,500만 명이 관광 및 노동 이주, 투자 등의 목적으로 양 지역을 이동하고 있어 감염 확산의 우려가 매우 높았던 지역이다. 그러나 이 같은 인구 흐름이 경제에 미치는 영향이 상당한 까닭에 방역을 위해 중국발 입국 통제 조치를 내려야 하는 각국 정부의 고심도 클 수밖에 없었다. 중국이 야심차게 추진하고 있는 일대일로(BRI: Belt and Road Initiative) 정책이 근래 동남아 각국에서 초대형 프로젝트와 경제적 지원으로 구체화되고 있는 점도 각국 정부가 선뜻 입국 통제 조치를 내놓지 못한 채 머뭇거린 한 이유였을 것이다. "어려움을 함께 하는 것이 진정한 우정"이라며 우한에 체류 중인 자국 유학생들의 본국 송환을 거부한 캄보디아 정부나(Tiezzi 2020), "외교 문제로 비화될 위험성"을 이유로 입국 제한 조치를 미룬 필리핀 정부(Jugo 2020; Heydarian 2020)

* 이 장은 『아시아연구』 23권 2호(2020년 5월)에 게재한 논문 "코로나19에 맞선 동남아의 대응: 초기 대처과정의 잠정적 함의"를 수정·보완한 것이다.

사례에서 국가 방역대책과 중국과의 외교관계 사이에서 고심해야 했던 동남아 국가들의 딜레마를 엿볼 수 있다.

우한에서 첫 모습을 드러낸 코로나19는 얼마 안 가 한국과 이탈리아, 이란 등지로 확산되었지만 2월 말까지도 동남아 국가들에서의 감염 사례는 일부 국가에, 그리고 비교적 낮은 수치에 머물러 상대적으로 선방하는 것으로 나타났다. 중국과의 관계가 초기에 지연요인으로 작용하긴 했지만 대체로 모든 국가가 첫 확진 사례 발생 이후 강도 높은 방역전략을 내놓은 덕분이었다. 하지만 유럽과 미국 등에서 폭발적인 확진건수를 기록하며 전 세계로 확산되어, 급기야 세계보건기구(WHO: World Health Organization)의 팬데믹 선언을 이끌어낸 코로나19의 두 번째 물결은 곧 동남아에도 상륙하여 각국에서 연일 하루최다 기록을 갱신하기에 이르렀다.

중국발 유입이 주가 되었던 초기와 달리 유럽과 미국 등지로부터의 입국과 동남아 역내 이동이 감염 확산의 주된 경로로 확인됨에 따라 동남아 각국은 더욱 강도 높은 후속대책을 내놓았다. 그런데 동남아 각국이 내놓은 코로나19 대응책의 강도와 성과는 각기 달랐다. 비교적 이른 시기에 중국 및 주요 감염국가로부터의 입국을 차단했음에도 국내 감염 확산을 막지 못하여 확진건수가 폭발적으로 증가한 국가가 있었고, 지역사회 감염 사태를 막지는 못했으나 확진환자의 사망률은 극히 낮은 수준으로 통제한 국가도 있었다. 베트남, 브루나이와 같이 감염 확산과 치명률을 모두 효과적으로 억제한 국가가 있는 등 동남아 각국의 코로나19 대응책의 성과는 국가별로 큰 편차를 보였다(Khan 2020; Searight 2020; South China Morning Post 2020/04/13).

동남아 각국의 코로나19 대응책이 어떤 이유로 각기 다른 성과를 내기에 이르렀는지를 몇 가지 요인으로 설명하기는 어렵다. 이와 유사한 사례로서 2002/2003년의 사스(SARS: Severe Acute Respiratory Syndrome) 사태 당시 동남아 국가들의 현황을 분석한 연구들이 있긴 하지만(예를 들어, Caballero-Anthony 2005; Coker et al. 2011; Curley and Tomas 2004; Horby et al. 2013 등) 동남아 각국의 대응책이 구체적으로 어떻게 전개되었는지를 비교분석한 예는 찾아보기 어

렵다. 이들 연구의 경우 감염병에 대한 동남아 지역의 취약성, 그리고 감염병 사태가 야기할 수 있는 사회적, 정치적, 경제적 타격을 고려하여 전통적인 안보 개념을 인간안보 차원으로 확장하여 보건안보 의제를 포함시켜야 한다는 제안이 주를 이루었다.

잠시 주춤거렸던 코로나19 확산세가 다시 재개된 3월 중순 이후에야 첫 확진 사례가 나타난 국가들이 있는가 하면, 같은 기간 동안에도 국가별로 성공사례와 실패사례가 교차하는 등 이 시기 동남아의 코로나19 현황과 성과는 제각각이었다. 싱가포르의 사례가 극적을 보여주었듯이 초기 대응에 성공한 경우라도 미지의, 또는 간과했던 변수들로 인해 확산이 재개될 가능성 또한 상존했다. 이러한 이유로 동남아 국가들이 내놓은 코로나19 대응책의 효과와 함의에 대한 종합적인 분석을 내놓기엔 아직 이르다. 하지만 코로나19의 방역성과가 감염 위험성에 대한 인식 및 그에 기초한 신속한 조기 대응과 밀접한 관련성이 있다는 사실은 팬데믹 사태를 맞은 각국의 사례를 통해 확인된 바다. 이 같은 사실에 주목할 때 감염 확산이 정점에 달하고, 이후 일정수준으로 확산이 억제되는 단계에 이르기 전 각국의 초기 대응을 분석하는 것은 필요하고도 중요한 일임이 자명하다. 각국의 대응책이 나온 시점과 내용, 강도, 적용 범위와 시행방법을 비교하고 그와 같은 대응책을 내놓게 된 배경을 살펴봄으로써 언제고 재발할 가능성이 높은 훗날의 감염병 사태에 대한 대응책을 마련하는 데 참조할 만한 시사점을 도출할 수 있을 것이기 때문이다.

비록 현 상황에서는 잠정적인 결론에 불과할지라도 동남아 각국이 보여준 대응책의 특징을 비교분석하려는 시도는 꼭 필요하다. 코로나19 상황에 관한 자료들을 수집할 수 있는 기회가 상시적으로 열려 있지는 않을 수 있다는 점을 고려하면 자료들에 접근 가능한 현 시점에서 이를 분석해야 할 이유는 더욱 분명해진다. 이에 이 글은 국가마다 편차는 있으나 아직 코로나19의 확산세가 정점에 달하지는 않았던 2020년 4월 중순까지의 시기를 동남아에서의 코로나19 확산 초기 국면으로 보고 동남아에서 첫 확진 사례가 보고된 1월 이후부터 이 시점까지의 상황을 분석하였다. 구체적으로 다음과 같은 사항을 살펴보고 각

국이 보여준 코로나19 대응책의 잠정적 함의를 도출하고자 하였다.

첫째, 감염 확산의 국가별 추이와 편차, 그리고 그 같은 차이가 나타나게 된 주된 요인으로, 이를 위해 동남아 각국에서 코로나19 첫 확진 사례가 등장한 시기부터 4월 중순까지의 발병 전개와 주된 특징을 살펴보았다. 둘째, 이러한 확산 상황에 대처하여 동남아 각국 정부가 감염 확산을 막기 위해 내놓은 방법과 그 특징이다. 여기서는 입국 통제, 지역 봉쇄, 이동 제한 및 사회적 거리두기 등의 방역조치들의 적용시기와 범위, 강도를 비교 검토하였다. 특히 싱가포르와 필리핀의 방역대책이 갖는 특징을 비교함으로써 감염병 억제의 주된 방법으로 도입된 사회 통제 조치의 효과와 파급효과를 고찰하였다. 세 번째로는 각국의 의료적 대응이 어떻게 이루어졌는지를 살펴보았다. 코로나19 검사건수와 확진건수, 그리고 사망건수의 국가별 편차를 살펴보고, 이러한 편차를 만들어내는 주요 변수로서 의료 자원의 준비와 동원 상황을 비교 검토하였다. 마지막으로 결론에서는 동남아 각국의 코로나19 대응책이 갖는 특징과 한계, 보완되어야 할 점을 언급하고 이와 관련한 후속연구의 과제를 제시하였다. 아울러 동아시아 차원의 감염병공동대응체계에 관한 논의가 최근 어떻게 수렴되어가고 있는지를 간략히 소개하였다.

II. 감염 확산 추이와 국가별 편차

〈그림 2-1〉 **동남아 각국의 코로나19 첫 확진 사례 발생일자**



동남아에서 코로나19 첫 확진 사례가 보고된 것은 2020년 1월 13일, 태국에서다. 이후 1월 23일에 베트남과 싱가포르, 캄보디아에서 첫 확진 사례가 나타났

고, 이어 말레이시아(1월 26일)와 필리핀(1월 30일)에서도 첫 사례가 보고되었다. 그러나 이후 2월 한 달간 동남아 국가들 가운데 코로나19 확진 사례는 보고되지 않아 이 시기 동남아는 중국이나 한국과 달리 바이러스로부터 상대적으로 안전한 지역으로 인식되기도 했다. 하지만 3월이 되자 동남아도 안심할 수 없는 상황이 되었다. 먼저 인도네시아에서 3월 2일 두 건의 첫 확진 사례가, 이어 3월 9일이 되자 브루나이에서도 최초 확진 사례가 나타났다. 이미 감염 사실이 보고된 국가들에서도 감염이 빠르게 확산되는 추세를 보였는데, 3월 11일 WHO가 팬데믹을 선언하기에 이를 정도로 전 세계에서 코로나19의 확산세가 뚜렷해진 시기의 일이다.

동남아 주요 국가들에서 빠른 속도로 감염이 확산되어가는 중에도 동티모르와 라오스, 미얀마에서는 3월 중순경까지 감염 사례가 보고되지 않았는데, 이처럼 늦게까지 이들 국가가 "코로나19 무풍지대"를 유지하는 데 대해서는 갖가지 추측이 나돌았다. 정부가 감염 사실을 숨기고 있다는 의심이 지배적이었는데, 특히 중국과 국경을 접하고 있을 뿐 아니라 근래 중국과 육로를 통한 교류가 활발히 이루어지고 있는 라오스와 미얀마에 의심이 집중되었다(정리나 2020; 정인환 2020; Robertson 2020; Thompson 2020). 국경지대 왕래가 항구나 공항을 통한 왕래보다 검역상의 허점이 많다는 사실은 차치하고라도 중국에 체류하고 있던 수많은 이주노동자들이 우한 봉쇄 이후 자국으로 귀환한 사실 등을 감안하면 이 같은 의심도 무리는 아니었다.

미얀마의 경우 2,227km에 이르는 긴 다공성의 국경을 중국과 맞대고 있을 뿐 아니라 중국과 마찬가지로 코로나19 발병 사례가 보고된 인도와 방글라데시, 태국과도 국경을 접하고 있는 까닭에 우려의 목소리가 더욱 높았다. 3월 24일 최초 확진 사례가 공식 발표되기 전까지 미얀마에서는 코로나19 의심 증상을 보이는 환자들이 잇따라 사망하는 일이 발생했다. 코로나19가 이미 미얀마에 상륙했다는 소문도 무성했지만 미얀마 정부는 이들의 사망원인을 패혈증과 같은 유사한 증상의 호흡기 질환에 의한 것이라며 코로나19와의 연관성을 부인했다. 소수민족과의 평화협상과 헌법 개정, 그리고 총선을 앞둔 국내 상황

이 미얀마 정부에게는 더 큰 관심사일 것임이 분명했기에, 여러 의심 정황에도 불구하고 감염 사실을 완강히 부인하는 정부 발표를 외부에서는 물론 그 국민들조차 믿지 못하는 분위기가 팽배했다(Robertson 2020).

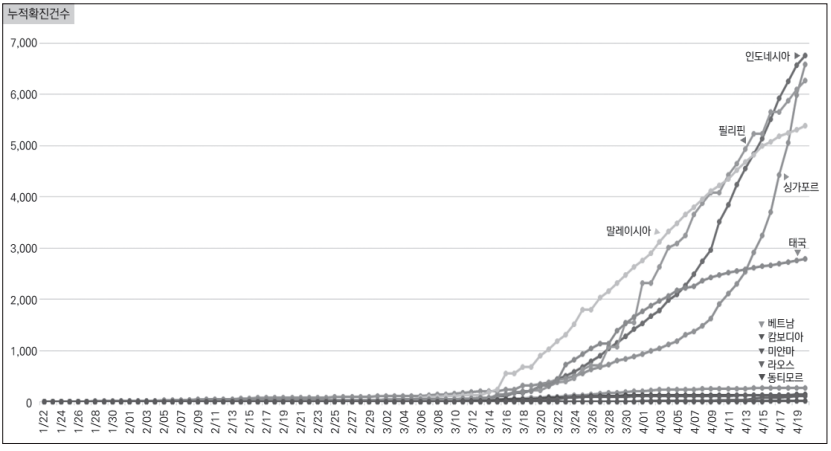
유럽과 미국에서 코로나19가 급속히 확산되기 시작한 3월에 들어서자 동남아 국가들에서도 발병 사례가 급증하였고, 이전과는 다른 기세로 전개되는 두 번째 파도는 결국 세 나라에도 와 닿았다. 3월 21일 동티모르에서 첫 확진 사례가 보고된 데 이어 23일이 되자 미얀마에서, 다시 하루 뒤인 24일엔 라오스에서도 각각 두 건의 확진 사례가 공식 발표되었다. 주변의 다른 국가들에 비하면 미미한 수준이었지만 이후 이들 국가에서도 확진건수는 빠르게 추가되었고, 3월 31일이 되자 미얀마에서도 첫 사망자가 나타났다. 아직 동티모르와 라오스, 베트남, 캄보디아에서는 사망 사례가 발생하지는 않았지만 팬데믹 선언 이후 각국에서 보고되는 코로나19의 확산 추세로 볼 때 동남아 역시도 미국과 유럽에서의 상황에 견주어 안도할 수만은 없게 되었다.

3월 들어 첫 확진 사례가 보고된 동남아 국가들의 경우 감염 경로가 이전에 보고된 사례들과 달라 바이러스의 확산 물결이 새로운 국면에 접어들었음을 알렸다. 2월 이전에 첫 확진 사례가 보고된 6개 국가들—말레이시아, 베트남, 싱가포르, 캄보디아, 태국, 필리핀—의 경우 첫 확진자가 모두 우한에 거주하거나 방문한 이력이 있는 중국인이라는 공통점이 있었다. 하지만 3월에 첫 확진 사례가 나타난 나머지 국가들—인도네시아, 브루나이, 동티모르, 라오스, 미얀마—의 경우 모두 유럽, 미국, 일본과 말레이시아 등으로 중국 이외 지역과 연관된 것이라는 특징을 보였다. 앞서 발병 사례가 보고된 국가들에서 추가로 보고된 확진사례의 감염 경로와 궤를 같이 하는 것으로서, 글로벌 팬데믹의 위세가 이를 통해 확인된다. 각국이 감염 확산 초기보다 강한 입국 통제 조치를 내놓게 된 배경이다.

4월 12일까지 일자별로 동남아 11개국에서 보고된 누적확진건수를 집계한 〈그림 2-2〉는 동남아 국가들에서의 코로나19 확산이 대체로 3월 중순 이후 두드러지게 증가했음을 보여준다. 3월 15일이 되자 이전까지 동남아 국가들 가

운데 가장 많은 확진건수를 기록한 싱가포르를 제치고 말레이시아가 선두에 섰다. 이와 같은 급증세를 보인 것은 말레이시아만이 아니었다. 필리핀과 태국, 인도네시아에서 확진 건수가 매우 큰 폭으로 증가했고, 이전까지 바이러스의 확산 속도를 제어하여 감염병 대응의 모범 사례로 국제사회의 주목을 끌었던 싱가포르에서도 다시 가파른 증가세를 기록하였다. 이보다 증가 폭은 작지만 나머지 국가들에서도 코로나19 확진건수는 눈에 띄게 증가하였다.

〈그림 2-2〉 **동남아 각국의 코로나19 누적확진건수 추이**(2020년 4월 20일 기준)



출처: WHO 제공 데이터를 시각화 자료로 가공

팬데믹 단계에 들어선 코로나19의 기세는 동남아 각국에서 중국 이외 지역으로부터 유래한 감염사례를 증가시키는 양상으로 가시화되었다. 2월까지 '코로나19 청정국'으로 관심을 모았던 동티모르와 라오스, 미얀마에서도 이 시기 최초 확진사례가 보고되었는데, 모든 사례에서 미국과 영국, 호주, 스위스, 싱가포르 등 해외지역 체류 이력이 확인되었다(Radio Free Asia 2020/03/18). 동남아 역내 이동도 주된 흐름을 이루었다. 2월까지 감염 사례가 보고되지 않았던 브루나이의 경우 말레이시아에서 개최된 이슬람부흥집회(Tabligh)에 참석한 이들이 첫 확진 사례로 기록되었다.

브루나이에서 첫 확진자를 발생시킨 이슬람부흥회는 2월 27일부터 3월 1일까지 말레이시아 쿠알라룸푸르에서 1만 6천여 명의 신도가 참석하는 대규모 집회로 개최되었다. 말레이시아인들이 다수를 구성했지만, 브루나이, 인도네시아, 미얀마, 베트남, 캄보디아 등지의 무슬림들도 참여했다. 이 부흥집회는 이내 말레이시아를 비롯하여 동남아 각국에서 코로나19 확진건수를 급증시키는 기폭제가 되었다(Roslan 2020).

말레이시아의 이슬람부흥집회는 대규모 종교집회를 집단 감염의 온상으로 지목하는 여론을 형성하였다. 그런데 WHO의 팬데믹 선언 이후 펼쳐진 각국의 현실을 보면 대규모 종교집회와 같이 '거리두기'가 어려운 사회활동만을 탓할 것도 없이 다양한 원인과 경로를 따라 동시 다발적으로 전개되는 양상을 띠었다. 동남아 국가들의 경우로 한정하여 보면 이러한 급증세는 해외 각지로부터 이어지는 자국민의 귀환이 더 큰 원인으로 작용하였다. 이러한 현상은 같은 시기 한국에서도 나타났는데, 동남아 국가들 가운데는 싱가포르가 그 전형을 보여주었다.

정부의 신속하며 세밀한 초기대응에 힘입어 이후 싱가포르의 확진건수는 2월 들어 소강국면으로 접어들었다. 한때는 일일 확진건수가 '0'을 기록하여 국제사회의 경탄을 자아내기도 했다. 하지만 유럽과 미국 등 중국 이외 국가들에서 확진 사례가 급증한 3월 중순 이후 다시 기세를 회복하여 확진건수가 급증하는 추세를 보였다. 3월 20일부터 27일까지 누적 확진 사례가 266건에서 558건으로 두 배 이상 증가했는데, 이 기간 중 보고된 신규 확진자의 대다수가 해외로부터 귀국한 자국민이었다. 그 중에서도 특히 해외 유학이나 인턴십 도중 귀국한 20대의 확진 판정 사례가 상당수를 차지하여 이 연령대 확진 사례의 80%를 차지하였다. 유럽이나 미국 등 서구권 국가들로부터의 유입 외에도 동남아를 포함한 아시아 지역 내 유학생과 이주노동자들의 본국 귀환도 바이러스 확산의 큰 흐름을 이루었다. 말레이시아 종교집회 참석자의 확진 사례 역시 역내 이동에 따른 것으로 분류할 수 있다(Ministry of Health Singapore 2020/03/25).

동남아 국가들에서의 코로나19 초기 확진 사례는 이처럼 해외로부터의 유입 사례가 주를 이루었다. 하지만 3월 중순 이후로는 급속히 가속도가 붙어 대규모 지역사회 감염으로 확산되는 양상을 보였다. 이에 따라 중국을 주요 감염원으로 인식하여 주로 중국발 입국 통제에 주력했던 초기 대응책에 수정이 불가피하게 되었고, 각국 정부는 앞 다투어 한층 강화된 후속대책들을 내놓았다. 동남아 각국이 코로나19의 감염 확산을 저지하기 위해 내놓았던 대응책은 무엇이었으며, 그것의 강도와 범위는 국가마다 어떤 차이를 보였는지, 그 성과는 어떻게 나타났는지를 살펴보자.

Ⅲ. 국가의 질병 통제 정책

일찍이 푸코(1993)는 질병이 개인의 몸을 떠나 사회 차원에서 관리되어야 할 문제로 전환되었다는 점이 근대의학의 발전과정에서 나타난 중요한 변화 중 하나라고 지적한바 있다. 그의 통찰이 그 어느 때보다 빛을 발하는 상황이 전개되고 있다. 중국과 한국, 그리고 이탈리아와 미국 등에서 확진 사례가 폭발적으로 증가해감에 따라 코로나19는 개인들을 대상으로 치료해야 할 질병이기에 앞서, 흡사 사이클론이나 쓰나미처럼 그것의 상륙 자체를 국가적인 재난 상황으로 여겨 정부가 강력한 지휘권을 행사하게 하는 사안이 되었다. 각국 정부가 영토 간 경계를 넘어 이동하는 사람들의 흐름을 제한하는 데 그치지 않고 사회에 대한 통제까지 필요불가결한 것으로 당연시하는 분위기에 시민들이 자발적으로 동조하도록 만들었다는 점에서, 코로나19는 가공할 만한 정치적 헤게모니를 국가기구에게 허용해주고 있기도 하다.

국가들마다 코로나19의 확산을 저지하기 위해 내놓은 대응책들은 여러 층위의 스펙트럼으로 구현되었다. 대부분의 국가에서 바이러스 유입을 차단하기 위해 입국 제한 조치를 발표하였고, 여기 더하여 국내 감염 확산을 막기 위한 지역 간 이동과 사회활동에 제한을 가하는 일련의 통제 조치를 병행하였다. 우

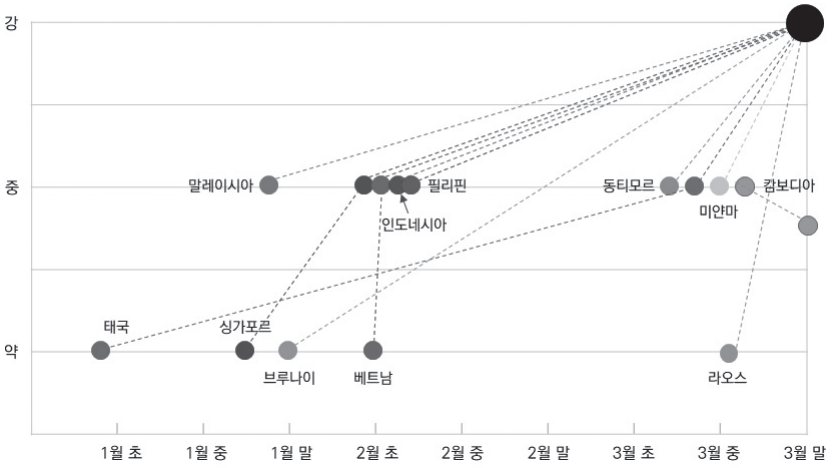
한으로부터 집단 발병 사태가 시작되었던 만큼 모든 국가들이 우선은 공통적으로 중국으로부터의 바이러스 유입을 차단하기 위한 조치들을 내놓았다. 하지만 대응책의 강도는 각국의 국내외적 변수와 맞물려 사뭇 다르게 전개되었다. 특히 동남아 각국이 중국과 맺는 관계의 성격과 의존도가 주된 변수로 작용하여, 가령 캄보디아의 경우 자국 국민의 안위보다는 중국과의 외교관계에 더 역점을 두는 훈센 총리의 행보가 눈길을 끌어 "코로나바이러스 시대의 사랑"과 같은 풍자적인 제목의 기사가 회자되기도 했다(Tiezzi 2020). 서로 무게를 비교하기 어려운, 국가의 안위와 국민의 안전 간의 우선순위를 둘러싼 근본적인 긴장이 코로나19 사태를 맞아 모습을 드러냈다.

코로나19 확산 초기 동남아 국가들의 입국 통제 조치는 아무런 제한 없이 개방 상태를 유지한 캄보디아를 제외하고 모두 중국인 또는 중국 방문 이력을 가진 외국인의 입국을 제한하는 조치로 나타났다. 통제의 범위와 강도는 국가마다 편차를 보여 중국 관련 입국자의 입국을 전면 제한한 국가도 있고(동티모르, 말레이시아, 베트남, 브루나이, 인도네시아, 필리핀), 입국은 허용하되 검사와 격리 의무를 부과한 국가도 있다(라오스, 싱가포르, 태국)(New Straits Times 2020/02/01; Techakiieranun 2020). 입국 통제 강도가 더욱 커진 것은 한국과 이탈리아, 이란에서 코로나19 감염 사례가 급증한 이후다. 많은 국가들에서 이들 국가를 추가로 위험감염지역으로 지정하여 입국 통제의 범위를 확장하였다. 이후 미국과 유럽 등 서구국가들에서 확진 사례가 급증하고, 그 여파로 동남아 국가들에서도 확진건수가 빠르게 증가하자 각국은 더욱 강도 높은 대응책을 내놓기 시작했다(고찬유 2020a; 민영규 2020; Regan 2020; Sullivan 2020). 〈그림 2-3〉은 팬데믹 선언 전후 각국 정부가 내놓은 입국 통제 조치의 시행시기와 강도 추이를 분석한 것이다.[1]

---

1 각국 정부가 내놓은 출입국 통제 강도는 입국 제한 및 금지조치의 적용범위와 시행수준에 따라 크게 세 단계(강, 중, 약)로 구분하였다. 가장 약한 수준의 조치인 '약'은 입국을 금지하지는 않되 항공편을 감축 운행하고 입국 시 검역과 격리조치를 시행하는 수준의 약한 수준의 제한을, '중'은 제한적 수준의 입국금지, 즉 주요 감염국가로부터의 입국을 금지하는

〈그림 2-3〉 **동남아 각국의 입국 통제 강도 비교**(2020년 3월 말 기준)



동남아 각국의 입국 통제 조치의 강도 변화를 살펴보면 의심환자나 확진환자가 발생한 시점을 기해 일부 국가에서 시행해오던 입국 통제가 WHO의 팬데믹 선언 이후 모든 국가로 확장되고 그 강도 또한 점증적으로 높아진 것이 확인된다. 1월 초부터 2월 초까지 태국과 싱가포르, 말레이시아, 브루나이, 베트남, 인도네시아, 필리핀 순으로 입국 제한 조치를 내놓았고, 팬데믹 선언 이후에는 나머지 국가들에서도 입국 통제 조치를 실시하였다.

입국 통제 조치의 시행 시기나 적용 범위, 강도는 국가별로 편차를 보였다. 브루나이의 경우 첫 확진 사례가 나타난 것은 3월 9일이었지만 이미 1월 말부터 입국 제한 조치를 시행하였고, 말레이시아는 첫 확진환자가 발생한 1월 중순부터 비교적 강한 수준의 입국 제한 조치를 취하였다. 2월 초부터 입국 제한 조치를 취한 베트남의 경우 가장 단기간에 그 강도를 중간 수준으로 높인 점이 눈에 띈다. 인도네시아와 필리핀은 주변 국가들이 입국 통제의 강도를 중간 수준으로 끌어올린 시점에 이르러 같은 수준의 첫 입국 제한 조치를 내놓았다. 캄

수준을 가리킨다. '강'은 모든 국가로부터의 입국을 금지하는 전면적인 통제를 의미한다.

보디아의 태도는 이들 국가와 사뭇 달랐다. 1월 23일 첫 확진 사례가 나타났음에도 불구하고 캄보디아는 3월 중순이 되어서야 중간 수준의 입국 통제 조치를 내놓았고, 이후로도 전면적인 입국 금지가 아닌 조건부 제한이라는 상대적으로 약한 통제 수위를 유지하였다. 라오스 역시 3월 하순이 되어서야 입국 통제 조치를 내놓았는데, 캄보디아와는 달리 곧 전면 금지로 통제의 수위를 높였다.

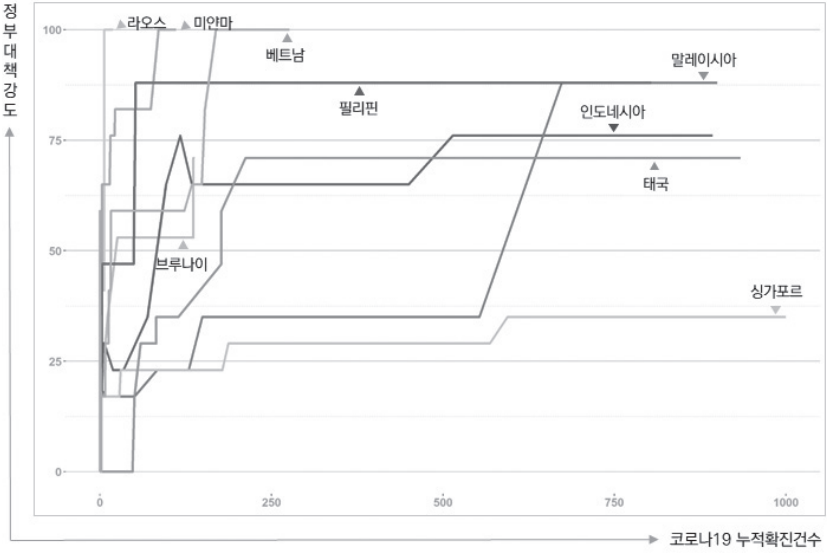
이처럼 동남아 각국은 첫 의심환자 또는 확진환자가 발생하는 시점을 기해 각기 다른 시기에, 그리고 다른 강도로 입국 제한 조치를 내놓았다. 하지만 입국 통제를 통한 방역의 실효성은 그리 크지 않았던 것 같다. 사람은 통과시키되 바이러스는 통과시키지 않는다는 것이 입국 통제의 목적이다. 하지만 검역 역량의 한계와 초기에 증상을 드러내지 않는 코로나바이러스 특유의 생존전략, 여기에 사람들의 회피수법과 거짓말까지 더해지면 입국 통제를 통한 바이러스의 유입 차단이란 현실적으로 불가능한 일이 되고 만다. 주요 감염국가를 방문하지 않은 이들에게서 감염 사실이 확인되고, 이내 지역사회로 확산되는 일은 그야말로 시간문제일 따름이다. 실제 3월 들어 뒤늦게 첫 확진자가 나타난 몇 개 국가 사례를 예외로 외부로부터의 바이러스 유입을 막기 위한 동남아 각국의 방어전선은 오래지 않아 뚫리고 말았다. 입국 통제는 내부 검역을 위한 시간을 조금 벌어주는 정도의 효과만 낸 채 실패로 돌아갔다(South China Morning Post 2020/04/13).

팬데믹 선언이 각국 정부 대응책의 강도 변화를 볼 수 있는 기준선이 되긴 하지만 실제 동남아 국가들에서 강화된 형태의 통제 조치가 이루어진 시점은 그보다 조금 지연되어, 대체로 3월 20일을 전후하여 이루어졌다. 이 같은 시간상의 지연은 각국 정부가 국내에서의 바이러스 감염 확산 추세를 얼마나 효과적으로 통제할 수 있었는지와 관련된 것이었다. 즉 각국 정부가 실시한 방역 조치의 효과가 판별되는 시점에 이르러 실패를 만회하기 위한 후속대책으로서 보다 강도 높은 대응책이 등장한 것이다.

적어도 1월 중 첫 확진 사례가 나타난 국가들의 경우 모두 중국발이었다는 사실이 분명했고, 따라서 그에 대한 대응은 모두 중국발 유입을 차단하는 쪽으

로 이루어졌다. 하지만 이후 중국 등 주요 감염국가 방문 이력이 없는 확진 사례, 다시 말해 지역사회 감염 사실이 확인됨에 따라 각국 정부는 거리두기와 지역 간 이동제한 등 사회 통제를 강화하는 쪽으로 대응책을 마련하였다. 각급 학교의 휴교, 종교 집회를 비롯한 대중 집회의 금지, 유흥업소의 휴업, 종교시설이나 영화관, 스포츠 시설 등의 폐쇄 명령 등이 그것이다. 이외에도 1~2m 이상의 간격 유지, 마스크 착용 등과 같은 거리두기 차원의 규정들이 강화되었는데, 일부 국가들(동티모르, 말레이시아, 태국, 필리핀)의 경우 지역 봉쇄 및 특정 시간대의 통행금지와 같은 보다 엄격한 통제 조치를 발령하기도 했다. 그런데 그와 같은 후속조치들의 강도는 확진 사례가 비교적 적었던 초기부터 정부가 어느 정도로 감염 확산을 통제했느냐에 따라 큰 차이를 보였다.

〈그림 2-4〉 **확진건수별 동남아 각국 정부대책강도 비교**(2020년 4월 20일 기준)



자료: Oxford COVID-19 Government Response Tracker 제공 데이터 가공

〈그림 2-4〉는 코로나19 확진건수가 증가하는 데 상응하여 동남아 각국 정부가 발표한 사회적 거리두기 대책의 강도를 비교한 것이다. 그림에 사용된 데이터는 옥스퍼드 대학의 연구팀이 코로나19에 대한 세계 각국의 대응을 추적하여 공개한 데이터베이스 "Variation in Government Responses to COVID-19 Version 4.0"(Hale et al. 2020) 중에서 동남아 국가 데이터만을 추출하여 가공한 것이다. 본래 옥스퍼드 대학 팀이 구성한 정부대응강도의 지표는 사회적 거리두기 조치와 더불어 출입국 통제, 긴급재정정책을 포괄한 11개 지표로 구성되어 있으나 여기서는 사회적 거리두기 지표로만 통제의 강도를 살펴보았다. 학교와 직장의 폐쇄, 대중교통 운행 중단, 국내 이동 제한, 공공행사 중단, 코로나 대응 공공홍보 캠페인의 실시 여부를 그 지표로 구성하였으며, 여기서 한 단계 더 세분하여 각 조치의 실시가 특정 집단에만 적용되는지 아니면 전국적으로 적용되는지를 구분하였다.[2]

그림을 보면 확진건수가 증가함에 따라 각국 정부가 내놓은 대응강도 또한 높아지는 경향을 보여, 확진자 수가 2,000명 이상을 기록한 필리핀과 인도네시아, 말레이시아, 태국에서 사회 통제 강도가 높게 나타났다. 인도네시아는 이러한 경향에 일관된 추이를 보이지 않은 유일한 경우에 해당한다. 이러한 현상은 인도네시아에서 분권적인 지방정부들이 제각기 대응 조치를 취하는 바람에 공동대응을 위한 협력이 이루어지지 않았던 데서 기인한 것으로 보인다. 분절적 대응 상황에서 기업들이 정부의 휴업 권고를 수용하지 않는 등의 일이 발생하고, 중앙정부도 이를 방관함에 따라 대응책이 일관성을 갖지 못하게 된 것이다. 이후 중앙정부가 자카르타 주정부의 고강도 사회통제 조치를 승인하여 수도권과 지방정부간에 공조가 이루어짐에 따라 정돈된 대응을 펼칠 수 있게 되었다.

---

2 정부대책강도 분류 지표에 관한 상세한 내용은 옥스퍼드 대학 연구팀이 구축한 데이터베이스 "Coronavirus Government Response Tracker"에서 제공하고 있는 Hale et al.(2020)의 "Variation in Government Responses to COVID-19 Version 4.0"자료를 참조하기 바란다(https://www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/coronavirus-government-response-tracker).

흥미로운 점은 싱가포르의 경우 대응강도를 극적으로 높이지 않고도 2020년 4월 초반까지 확진 사례 증가 속도를 일정 수준으로 제한하면서 사망자도 6명인 상태를 유지했다는 사실이다. 싱가포르와 달리 처음부터 대응강도를 높인 베트남의 사례도 흥미롭다. 베트남은 확진자가 10여 명인 상태에서 이미 학교 폐쇄, 공공행사 중단, 국내 이동 제한 등을 '전국적' 수준에서, 그리고 권고가 아닌 '강제규정'으로 실시하고 광범위한 홍보캠페인을 실시하는 등 강도 60 수준의 고강도 대응을 보여주었다. 얼마 안 가 마지막 남은 직장 폐쇄와 대중교통 운행 중단도 실시하여 대응강도를 최고조로 끌어올리는 등 조기에 강도 높은 거리두기 조치를 실시하였다(민영규 2020; 정리나 2020). 그 결과 베트남은 4월 5일 기준 확진환자 241명에 사망자 '0' 상태로 바이러스의 확산을 성공적으로 통제하였다.

주목할 점은 필리핀 역시 확진건수가 미미한 초기단계부터 강도 높은 규제를 실시했지만 감염 확산을 막지는 못했다는 사실이다. 필리핀은 2020년 1월 31일 첫 확진 사례가 나타난 이후 3월 8일까지 한 자릿수를 기록할 정도로 확진건수가 적었다. 반면 베트남은 1월 23일 첫 확진 사례가 보고된 이래 하루 1~5건의 확진 사례가 추가되었는데, 이후 필리핀이 빠른 속도로 앞질러 3월 12일경이 되자 두 국가의 순위가 뒤집혔다. 이처럼 두 국가의 확진건수에서 차이가 나타나게 된 유력한 이유는 검사건수에서의 차이일 가능성이 크다. 3절의 의료적 대응에서 살펴보겠지만 베트남의 경우 첫 확진 사례가 나타난 이후 광범위하게 검사를 실시한 것으로 확인된다. 반면 필리핀의 경우 3월 중순 이후로도 진단검사키트 부족을 호소하는 실정이어서 3월 20일까지 검사를 받은 사람이 1,269명에 불과한 수준이었다(The Straits Times 2020/03/10).

3월 중순 전까지 비교적 낮은 수준의 입국 제한 조치를 시행한 국가들 가운데 싱가포르와 필리핀 정부가 각각 내놓은 대응책은 감염병에 대한 국가의 관리 능력과 그 효과를 비교하기에 좋은 예를 제공해준다. 싱가포르의 경우 3월 20일 이전까지 입국 제한의 강도는 약했던 반면 입국자에 대해서는 매우 강력한 격리조치와 검사를 실시하고 확진자의 동선을 면밀히 추적하는 방식으로

조기에 코로나19의 확산을 억제하였다. 촘촘하게 구축된 CCTV와 택시앱 등의 ICT 기술이 최대로 활용되었다. 강력한 이동 제한 조치를 취하지 않고도 이미 구축되어 있던 사회 통제의 기술적, 법적 제재 방법을 충분히 활용하여 광범위한 지역사회 감염 사태를 막았다는 것이 싱가포르 정부의 대응책이 보여주는 특징이다(Sagar 2020).

필리핀 정부의 대응은 싱가포르와 극명한 대비를 이루었다. 필리핀은 1월 30일 첫 확진사례가 발표된 바로 다음날 사망자가 발생하여 중국 이외 지역에서 코로나19로 사망자가 발생한 첫 국가로 기록을 올렸다. 하지만 이후로도 필리핀 정부는 2월 한 달간 중국(홍콩, 마카오 포함)과 한국의 대구·경북지역 방문자의 입국을 제한하는 것 외에는 거의 아무런 조치도 취하지 않았다. 그보다는 '필리핀 신종 코로나 안전 여행지'라는 공식 성명서를 발표하여 해외 관광객을 붙드는 데 더 큰 노력을 쏟아 부었는데, 필리핀 경제에서 관광수익이 차지하는 비중과 관련한 경제적 계산이 질병 대응보다 우선시되었음을 말해준다. 이후 정부가 코로나19 대응자금으로 편성한 271억 페소의 예산 중 절반가량을 관광부문에 할당한 것도 같은 맥락이다(Campbell 2020).[3]

공식적으로 중국인에 대한 입국 금지 조치가 내려진 후로도 온라인 카지노 업계에 종사하는 중국인이 대거 불법으로 입국한 사실이 드러나는 등 필리핀 정부의 중국발 바이러스 유입 차단조치에는 빈틈이 많았다(CNA 2020/02/07). 이처럼 검역에 철저하지 못했던 필리핀 정부의 방만한 대처법은 뒤늦게 후폭풍을 몰고 왔다. 3월 들어 하루 확진건수가 두 자릿수로 느는 사태가 이어지자

---

3 필리핀 관광부에서 발표한 2019년도 집계 필리핀 방문 관광객 수는 820만 명이고, 국적별 입국 관광객 순위는 한국(1,989,322명), 중국(1,743,309명), 미국(1,064,440명), 일본(682,788명), 타이완(327,170명), 호주(286,170명) 등의 순이다. 한국과 중국으로부터 유입되는 관광객 수가 전체의 45.5%를 차지한다는 점을 고려할 때 이미 지난 2월 2일부터 중국과 홍콩, 마카오로부터 들어오는 모든 외국인의 입국을 금지한 상태에서 한국으로부터의 입국까지 전면 차단하기는 어려웠을 것으로 짐작된다. 필리핀 국가경제개발원(NEDA)에서는 코로나19 사태로 입국 관광객 수가 140여만 명 줄고, 그에 따라 최대 187억 페소의 손실이 발생할 것으로 추산하였다. 또한 그 여파로 3만~5만여 개의 일자리가 사라질 것으로 내다보았다(Campbell 2020; Mariano 2020).

정부는 3월 9일 공중보건 비상사태를 선포하여 메트로 마닐라 내 각급 학교에 휴교령을 내렸고, 이어 3월 14일에는 '적색경보 2단계'를 발령하여 3월 15일부터 한 달간 메트로 마닐라를 포함한 루손 섬 전체를 봉쇄하는 초강경 조치를 단행하였다. 그에 따라 필리핀 전체 인구의 절반가량인 5,700여만 명이 식료품과 의약품 등의 생필품을 사러 나가는 경우를 제외하고는 외부 집 밖으로 나갈 수 없게 되었고, 그마저도 저녁 8시부터 다음 날 5시까지는 통행금지로 묶여 옴짝달싹할 수 없는 처지에 놓였다. 대중교통이 중단되고 주요 생필품을 공급하는 업소와 수출업계를 제외하고는 모두 문을 닫게 하는 등의 강경조치들이 잇따르면서 마닐라 시내는 순식간에 유령도시처럼 기능이 정지되었다. 군경을 투입하여 위반자를 구금하는 필리핀 정부의 통제 수위도 점점 더 높아져갔다(허완 2020; Aben 2020; Ratcliffe and Fonbuena 2020; Ravelo 2020).

늑장대응으로 조기에 감염 확산을 저지하지 못하게 됨에 따라 필리핀 정부는 뒤늦게 루손 섬 전체를 봉쇄하는 극단적인 조치를 내놓기에 이르렀다. 그런데 필리핀의 코로나19 확진 사례가 대부분 메트로 마닐라 지역에서 발생하고 있었다는 점에서 보자면 이 대대적인 지역봉쇄 조치는 애초부터 그 효과를 기대하기 어려운 것이었다. 실제로 루손 섬 봉쇄가 시작된 3월 15일 이후 코로나19의 확진건수가 연일 하루최다 기록을 갱신해가며 급증하는 추세를 보였다. 이런 점에서 필리핀 사례는 단순히 사람들을 특정 공간 안에 가두어 통제한다고 하여 감염을 억제할 수 있는 건 아닐 수도 있다는 교훈을 남겼다.

늑장대응과 그에 따른 과잉대응이 야기한 이중고는 고스란히 시민들의 몫이 되었다. 지역 봉쇄와 이동 제한 조치는 단지 신체의 구속만이 아닌 생계활동의 중단까지 의미하는 것이어서 바이러스의 위협 못지않은 고통을 안겼다. 온 가족이 비좁은 집 안에 갇힘에 따라 거리두기의 효과를 기대하기는 고사하고 생활고까지 가중되는 이중고를 톡톡히 앓았다(Cornel 2020; Heydarian 2020; Ongcal 2020). "바이러스로 죽기 전에 먼저 굶거나 미쳐서 죽을 것"이라는 처절한 절규가 여기저기서 터져 나오는 실정이었으니, 사회 통제가 질병 통제의 유일한 방법으로 강요될 때의 위험성을 수많은 시민들의 고통을 통해 입증한 셈

이다.

싱가포르와 필리핀의 대응 방식이 갖는 차이는 국가시스템의 작동방식과 관련된 것이기도 하지만 감염병과 관련한 의료역량의 준비 수준에 따른 문제이기도 하다. 싱가포르의 경우 사스 사태 당시의 쓰라린 경험을 교훈 삼아 지속적으로 질병대응체계를 강화함으로써 매우 신속하고 효과적으로 코로나19 감염 확산을 억제하였다. 격리나 거리두기 조치 등을 위반했을 경우에 대한 강력한 처벌 규정을 마련해두긴 했지만 실제 시민들에 대한 이동 제한이나 사회활동에 대한 통제는 자제하면서 질병 대응에 성공한 사례라 할 수 있다. 반면 필리핀의 경우 루손 섬 봉쇄라는 극약처방을 내리는 상황에 이르기까지 의료적 준비가 제대로 되어 있지 않았던 예에 해당한다. 질병 통제가 이루어지지 않는 상황에 이르러 사회 통제를 강화함으로써 물리적으로 억제하려는 방법을 사용했지만, 그 효과는 의심스러웠다. 이런 점에서 볼 때 두 국가의 사례는 의료적 차원에서의 질병 통제와 사회 통제는, 설령 그 목적이 동일할지라도 신중히 구별될 필요가 있다는 점을 말해준다. 코로나19에 대한 동남아 각국의 대응책을 의료역량의 준비 수준에 초점을 맞추어 살펴봄으로써 양자의 관계를 다른 국가들에서도 확인할 수 있는지 알아보자.

Ⅳ. 의료 역량의 준비와 동원

3월 들어 동남아 국가들에서 코로나19의 확진건수가 급증한 데는 여러 요인들이 작용하였다. 정부의 확진자 동선 추적 범위를 넘어 지역사회 감염의 단계로 이행한 데 따른 것이 하나요, 엄격한 입국 제한에도 불구하고 예외조항으로 남겨둔 자국민의 귀환도 가벼이 볼 수 없는 원인으로 꼽힌다. 확진건수 증가 현상과 관련하여 한 가지는 분명하다. 각국의 검사능력이 점차 향상됨에 따라 확진건수도 그에 비례하여 증가했다는 점이다. 2020년 4월 5일 기준 동남아 각국의 코로나19 발병 현황과 검사건수를 표시한 〈표 2-1〉은 검사건수와 확진건

수 간의 상관관계를 보여준다.

〈표 2-1〉 **동남아 각국의 코로나19 발병 상황 및 검사 현황**

국가	총 확진건수	총 사망건수	확진건수/ 백만 명	사망건수/ 백만 명	총 검사건수	검사건수/ 백만 명	확진건수 /검사건수
싱가포르	8,014	11	1,370	2	94,796	16,616	8.5%
인도네시아	6,760	590	25	2	43,749	160	15.5%
필리핀	6,459	428	59	4	59,928	547	10.7%
말레이시아	5,425	89	168	3	108,216	3,344	5.0%
태국	2,792	47	40	0.7	42,257	2,043	6.6%
베트남	268	0	3	0	206,253	2,119	0.1%
브루나이	138	1	315	2	11,633	26,591	1.2%
캄보디아	122	0	7	0	5,768	345	2.1%
미얀마	119	5	2	0.09	4,692	86	2.5%
동티모르†	22	0	17.3	0	327	258	6.7%
라오스	19	0	3	0	1,349	185	1.4%

자료: Worldometer(2020.04.20. 기준)

†: 동티모르 관련 데이터는 Worldometer 집계 데이터에서는 누락되어 있어 별도로 동티모르 정부 사이트의 4월 20일 집계 현황과 인구수를 참조하여 계산함

〈표 2-1〉을 보면 팬데믹 선언 이후 확진건수가 급증한 국가들—싱가포르, 인도네시아, 필리핀, 말레이시아, 태국—이 대체로 검사건수도 많다는 것을 알 수 있다. 각국이 부족했던 의료장비를 확충하여 진단역량을 강화하고, 그에 따라 확진 사례를 발견할 가능성도 높아졌다는 의미다. 이 시기 확진건수가 급증한 국가들 가운데 가장 형편이 좋지 않았던 것은 인도네시아다. 총 6,760건의 확진 사례가 보고된 인도네시아의 경우 검사건수가 43,749건으로 확진건수가 높은 상위 다섯 국가들 가운데 가장 낮다. 인구 1백만 명당 검사건수로 환산하면 160명에 불과하여, 검사건수 자체가 적어 신뢰할 만한 통계로 보기 어려운 동티모르와 라오스, 미얀마, 캄보디아를 제외하면 동남아 국가들 가운데 가장 낮은 수준이다.

더욱 우려스러운 점은 검사건수 대비 확진건수 비율에서 인도네시아가 가장

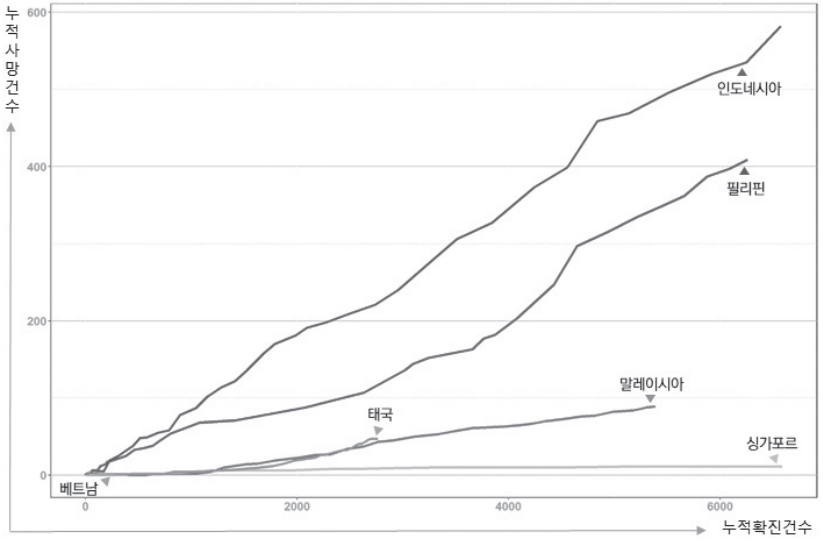
높은 수치를 기록했다는 사실이다. 이 비율은 검사를 실시한 의심환자들 가운데서 확진 판정이 나오는 비율로, 그 수치가 높다는 것은 이미 감염자가 널리 퍼져 있거나 증상이 나타난 의심환자를 중심으로 검사가 제한적으로 이루어졌을 가능성을 시사한다. 이는 곧 검사능력상의 한계뿐 아니라 밀접 접촉자를 포함하여 보다 포괄적인 수준에서 의심환자가 파악되지 않았을 가능성까지 내포하는 것이어서 이후 전망에 그림자를 드리웠다. 필리핀 역시 이와 유사한 수준으로, 정부가 노골적으로 진단키트를 비롯한 의료용품의 부족을 호소하며 의심환자들만을 대상으로 검사를 실시하겠다고 발표하기도 했다(The Straits Times 2020/03/10).

총 검사건수에서 가장 높은 수치를 기록한 베트남과, 1백만 명당 검사건수가 가장 높은 브루나이 사례는 눈여겨볼 만하다. 베트남은 총 확진건수가 268건으로, 1월 중에 첫 확진 사례가 보고된 국가들 가운데는 가장 낮은 수준의 발병률을 보였다. 베트남 사례에서 더욱 주목할 지점은 검사건수 대비 확진건수 비율이다. 베트남은 동남아 국가들 가운데 가장 낮은 0.1%를 기록하였는데, 이는 베트남 정부가 발병 가능성의 범위를 넓혀 보다 포괄적인 검사를 실시했음을 의미한다. 1백만 명당 검사건수로 보면 2,119명으로 그리 높은 편이 아니지만 초기 발병국가로서는 매우 낮은 수준의 확진건수를 기록하여 비교적 성공적으로 감염 확산을 억제한 것으로 평가할 수 있다. 3월 9일 첫 확진 사례를 기록한 브루나이의 경우도 매우 선방한 예로 꼽을 수 있다(Khan 2020). 브루나이는 특히 1백만 명당 검사건수로 환산한 수치에서는 26,591건으로 감염병 통제의 모범사례로 꼽히는 싱가포르(16,616건)를 훨씬 상회하는 검사역량을 보여주었다.

검사역량을 바탕으로 확진건수를 비교하는 것은 얼마나 광범한 수준에서 검사가 이루어졌는지, 그 결과 확진건수 통계를 어느 정도로 신뢰할 수 있는지를 판단하는 데는 유용하다. 하지만 그 자체가 감염병에 대비한 각국의 의료역량을 입증해주는 것은 아니기 때문에 다른 방법으로 그 수준을 가늠해볼 수밖에 없다. 확진건수 대비 사망건수의 비율을 보여주는 치명률은 확진환자에 대한

치료 역량을 보여준다는 점에서 유의미한 비교의 지표가 될 수 있다.

〈그림 2-5〉 **동남아 주요 국가의 코로나19 치명률 비교**(2020년 4월 20일 기준)



자료: Oxford COVID-19 Government Response Tracker 제공 데이터 가공

〈그림 2-5〉는 검사건수 자체가 적어 확진건수와 치명률 통계를 신뢰하기 어려운 캄보디아와 라오스, 미얀마, 그리고 확진건수(138건)와 사망건수(1건)가 상대적으로 매우 적어 시각적으로 잘 구분되지 않는 브루나이를 제외한 6개 국가들의 치명률을 표시한 것이다. 여전히 단 한 건의 사망사례로 나오지 않은 베트남을 제외하면 확진건수가 증가할수록 사망건수도 증가하는 양상을 보여주고 있다. 그런데 사망건수의 증가 속도를 보여주는 기울기는 국가마다 큰 차이를 보였다. 가장 빠른 속도로 사망자가 증가한 것은 인도네시아로, 초기엔 필리핀과 유사한 추이를 보였지만 확진건수가 1,000건을 넘어선 이후로는 큰 폭으로 필리핀을 앞질렀다. 인도네시아에 비해 양호한 편이긴 하지만 필리핀 역시 확진건수가 늘어남에 따라 사망 건수 또한 크게 증가한 것으로 확인된다. 확진건수가 약 5,000건일 때를 기준으로 보면 다음으로 치명률이 높은 말레이

시아보다 3배 이상 많은 수가 사망한 것으로 확인된다. 확진건수 자체가 훨씬 적기도 하지만 태국 역시 말레이시아와 유사한 수준으로 치명률을 억제한 것으로 나타난다.

베트남과 싱가포르는 나머지 국가들에 비해 검사건수가 월등히 높음에도 불구하고 확진건수와 사망건수 모두에서 낮은 수치를 기록하여, 적어도 초기 대응에서는 성공한 사례로서 주목받았다. 2020년 4월 11일을 기준으로 보았을 때 베트남의 경우 이때까지도 사망자가 없었고, 싱가포르는 3월 말부터 확진건수가 크게 증가했음에도 불구하고 사망건수는 6건으로 유지되었다. 외국인 노동자 기숙사에서의 집단 발병 문제가 야기한 거센 비난에 가려지긴 했지만, 적어도 의료적 대응이라는 측면에서 싱가포르가 거둔 방역 성과는 분명히 인정할 만한 것이었다.

〈표 2-2〉 **동남아 각국의 보건의료 서비스 지원 역량 현황**

	인구 1만 명당 보건의료 인력 확보 현황						보건지출비율(%), 2014년	
	의사 수	조사년도	병상 수	조사년도	간호사 수	조사년도	GDP 대비	정부 총지출 대비
동티모르	7.20	2017	59.00	2010	16.70	2017	1.48	2.44
라오스	5.00	2014	15.00	2012	9.76	2014	1.87	3.44
말레이시아	15.13	2015	18.60	2015	40.72	2015	4.17	6.45
미얀마	8.64	2017	9.00	2012	9.79	2017	2.28	3.59
브루나이	17.70	2015	27.40	2015	66.01	2015	2.65	6.47
싱가포르	23.06	2016	24.00	2015	72.14	2016	4.92	14.15
인도네시아	3.78	2017	12.10	2015	20.58	2017	2.85	5.73
베트남	8.20	2016	25.60	2014	14.32	2016	7.07	14.22
캄보디아	1.68	2014	8.33	2015	9.55	2014	5.68	6.13
태국	8.10	2017	21.00	2010	29.65	2017	4.12	13.28
필리핀	12.75	2010	10.00	2011	33.35	2010	4.71	10.01

자료: 세계보건기구(WHO), 세계은행(World Bank) 제공 데이터 취합

동남아 국가들 사이에서 확인되는 코로나19 치명률의 편차는 감염병 확산 사태에 대한 국가의 보건의료역량이 평소 어느 정도로 준비되어 있었는지를 보여주는 지표라 할 수 있다. 물론 감염병 통제를 위한 의료역량과 일반 질병에 대비한 그것에는 차이가 있다. 하지만 국가마다 가용한 의료자원(인력과 시설, 장비, 물품 등)을 코로나19 확산 저지에 총동원하는 상황이었다는 점에서 보면 그 차이는 별의미가 없다. 따라서 각국이 평소 어느 정도로 보건의료 기반을 갖추고 있었느냐를 코로나19 통제 역량을 가늠하는 기준으로 삼아도 무방하리라 본다. 〈표 2-2〉는 이를 위한 지표로서 동남아 각국의 보건의료 서비스 지원 역량 현황을 표시한 것이다.

의사와 간호사 등 보건의료 인력의 확보 면에서 가장 높은 수준에 도달한 나라는 싱가포르다. 인구 규모 대비 경제수준이 높아 국내총생산(GDP)에서 보건지출이 차지하는 비율은 여러 나라에 뒤처지지만 정부 총지출 대비 지출 비율은 베트남에 버금가는 수준으로 높다. 보건지출 비율은 비교적 낮지만 보건의료 인력 확보 면에서는 가장 높은 수준을 보여주고 있는 브루나이 역시 코로나19 대응에서 선방하여 유의미한 상관관계를 보여주었다. 인력 확보 수준은 아직 저조하지만 국내총생산과 정부 지출 대비 보건지출 비율이 가장 높은 베트남 역시 주목할 만하다. 인구 1만 명당 병상 수에서 브루나이, 싱가포르와 비슷한 수준을 갖춘 베트남은 코로나19 대응을 위해 3천여 명의 환자를 수용할 수 있는 의료시설을 신속히 확보하는 기민함을 보여주었다. 뿐만 아니라 군의학연구소와 민간기업이 손잡고 한 시간 내에 바이러스를 진단할 수 있는 키트를 개발하는 등의 기술적 역량도 발휘하였다(Dharmaraj 2020). 라오스와 캄보디아에 코로나19 예방통제에 필요한 의료장비와 물품을 지원하고 전문 의료팀까지 파견한 점 등으로 미루어볼 때 코로나19와 관련한 베트남의 의료적 대응역량은 이웃 국가들보다 단연 앞서는 것으로 보인다. 인도네시아와 필리핀 못지않게 높은 확진건수를 기록했지만 치명률은 훨씬 낮은 태국과 말레이시아 역시 평시의 의료역량 축적 수준과 감염병에 대한 의료적 대응역량 간의 상관관계를 입증해주는 사례로서 눈여겨볼 만하다.

문제는 뒤늦게 확진 사례가 나타난, 의료역량이 충분치 않은 동티모르와 라오스, 미얀마 등의 국가들이다. 감염병에 대한 이들 국가의 의료역량에 대한 우려는 아직 감염 사례가 보고되지 않았던 때부터 지속적으로 제기되어 왔던 터다. 첫 확진 사례가 보고된 이래 그 수가 점차 증가해가는 상황에서 이들 국가들이 우선적으로 해결해야 할 과제는 검사역량을 높이는 일이었다. 이들 국가의 경우 자체적으로 코로나19 검사를 수행할 수 있는 장비나 시약을 갖추지 못하여 태국(라오스, 미얀마)과 호주(동티모르)에 있는 WHO 실험실로 검체를 보내 일주일가량 검사 결과를 기다려야 하는 형편이었다. 미얀마의 경우 바이러스 검사용 PCR 분석기는 보유하고 있었으나 검사에 사용되는 시약이 없어 2월 초까지 의심환자의 검체를 방콕에 있는 WHO 실험실로 보내 분석 결과를 기다려야 했다. 이후 태국과 미국, 일본에서 약품을 지원해주어 자체 분석이 가능하게 되었지만 광범위한 검사는 진단키트 부족으로 인해 상당기간 동안 지체되었다(Radio Free Asia 2020/03/03). 동티모르와 라오스도 사정은 이와 유사하여 WHO를 비롯한 국제기구와 중국, 호주 등의 국가로부터 진단키트와 각종 의료용 장비, 물품을 지원 받았다. 이외에 필리핀과 인도네시아 등 다른 동남아 국가들에서도 진단키트와 의료용품의 공급부족 문제를 호소하였는데, 이후 중국과 한국, 싱가포르 등으로부터 지원을 받거나 공급 계약을 체결함에 따라 차츰 호전되어갔다(Lim 2020; The Straits Times 2020/3/10).

진단키트 부족 문제는 시간이 흐름에 따라 해결될 수 있는 사안이다. 검사역량이 향상됨에 따라 동남아 국가들에서의 코로나19 확진건수도 증가세를 유지하였다. 문제는 검사능력이 향상되는 데 비례하여 증가한 확진환자들을 수용하고 치료할 수 있는 의료역량이 곧 포화상태에 이를 것이라는 점이었다(Jerving 2020). 대체로 많은 국가들이 음압병실과 같은 전문병상을 충분히 갖추기는 고사하고 일반병상마저 포화상태에 이르러 공공시설이나 군 시설 등을 임시로 전용하는 실정이었다. 의료진의 안전 문제도 심각했다. 마스크에서부터 방호복에 이르기까지 감염 방지를 위해 필수적인 개인보호장비가 충분히 지급되지 못하는 상황이었기 때문이다(Arumugam 2020). 실제로 가뜩이나 부족

한 의료진의 감염 및 사망사례는 갈수록 늘어 각국의 의료역량 과부하 상태는 더욱 우려할 만한 수준이 되어갔다. 필리핀의 경우 3월 26일 하루 사망자 7명 가운데 6명이 의사여서 충격을 준바 있다(Bangkok Post 2020/03/26; Ratcliffe and Fonbuena 2020). 인도네시아에서는 4월 13일까지 40명의 의료진(의사 28명, 간호사 12명)이 사망했는데, 이는 코로나19로 인한 사망자의 10%에 달하는 높은 비율이었다(Barker and Souisa 2020; Perez-Amurao 2020; Reuters 2020/04/06).

필리핀, 인도네시아뿐만 아니라 질병과 싸우는 최전선에서 목숨을 잃는 의료진의 수는 얼마간 모든 국가에서 속출할 것으로 예상된다(CNA 2020/03/22; Bangkok Post 2020/03/26). 그에 따라 코로나19에 대한 의료적 대응도 더욱 더 힘에 부치게 될 것이다. 중국과 미국, 독일, 한국, 일본 등 각국 정부는 물론 세계보건기구(WHO)나 아시아개발은행(ADB) 등과 같은 국제기구, 그리고 민간재단 등을 통한 지원이 동남아 각국을 대상으로 이루어지긴 했지만 의료적 대응과 관련하여 가장 중요한 보건의료 인력의 부족 문제는 재정 지원만으로는 해결될 수 없기에 그 손실이 더욱 안타깝다. 이러한 현실로 볼 때 2003년의 사스 사태 당시의 뼈아픈 경험을 잊지 않고 의료용 물자의 배분 순위를 명확히 정한 싱가포르 정부의 지침은 모든 국가들이 귀감으로 삼을 만하다. 전체 238건의 감염 사례 중 의료 종사자의 감염건수가 무려 41%에 달했던 당시의 상황이 되풀이되지 않도록 싱가포르 정부는 의료진에게 개인용 보호장비를 충분히 공급하는 데 우선순위를 두어, 심지어 시민들에게 꼭 필요한 경우가 아니라면 마스크를 쓰지 말라고 권고하기도 했다. 감염병 확산 상황에서 수많은 시민들의 안전을 지키는 데 가장 중요한 것이 의료진 확보와 그들의 안전이라는 점을 싱가포르 정부는 뚜렷이 인지하고 있었던 것이다. 정부는 의료진의 안전이 확보될 때 시민들의 안전도 보장할 수 있다고 시민들을 설득하였고, 시민들 또한 정부를 신뢰하여 지침을 따랐다(Kok 2020).

광범위한 검사에도 불구하고 확진건수가 매우 낮을 뿐 아니라 단 한 명의 사망자도 발생하지 않은 베트남, 그리고 감염 사례가 급증함에도 불구하고 사망건수는 극히 적은 수로 유지한 싱가포르의 사례는 신속한 조기대응과 검역

관리라는 공통점 외에 사스를 비롯한 인수공통감염병(zoonosis)에 대비하여 수년 동안 대응체계를 마련해왔다는 또 다른 공통점도 갖고 있다. 싱가포르는 사스 경험 이후 의료 인력을 지속적으로 충원하는 한편 의료진의 감염을 최소화하기 위해 일정 수의 의료진이 진료는 물론 일상에서도 섞이지 않도록 팀을 이루어 진료에 임하도록 하는 모듈화된 진료방식을 도입하는 등의 감염병대응 전략을 마련해왔다(Kok and Sim 2020). 베트남 역시 사스와 조류독감, 메르스(MERS), 최근에는 아프리카 돼지열병까지 호되게 겪으며 감염병에 대한 대응 전략을 발전시켜온 것으로 확인된다. 십여 년에 걸쳐 감염병 역학조사 인력을 양성하고 발병상황에 대비한 시나리오별 대응계획을 마련하는 등 꾸준히 역량을 증강시켜온 점도 주목할 만하다(South China Morning Post 2020/04/13). 두 나라가 보여준 낮은 치명률은 이러한 노력이 뒷받침된 성과라 할 수 있다.

Ⅴ. 잠정적 평가와 과제

유럽과 미국 등지에서 들려오는 심각한 소식들에 비추어 보면, 적어도 초기 대응 국면에서 동남아는 상대적으로 선방했다고 평가할 수 있다. 특히 베트남과 싱가포르는 방역 모범사례로 전 세계의 주목을 받았다. 그렇지만 동남아 지역 내 국가별로는 편차가 커서 필리핀, 말레이시아, 인도네시아 등은 심각한 곤경을 맞았다. 이들 국가의 경우 지도자의 방치, 내각의 전문성 결여, 정권 교체 등 정치적 요인으로 인해 적시에 적절한 대응이 취해질 수 없었다는 점에서 정치리더십에 문제가 있다는 비판을 면하기 어렵다. 말레이시아와 필리핀에서 이루어진 강제적 이동 제한 조치와 그에 따른 시민의 고통은 초기 방역 실패의 이면이다.

조기 대응의 일환으로 시행된 입국 통제는 명백한 경제적 손실에도 불구하고 감염병 통제에서 일관된 상관성을 보여주지 못했다. 이 글에서 다룬 2020년 4월 말까지 방역에 성공적이었던 베트남의 경우 조기에 강도 높은 입국 통제를

단행한 것으로 확인되는데, 방역 성적이 좋지 않은 말레이시아, 필리핀, 인도네시아도 입국 통제 조치는 비교적 이른 시기에 내놓았다. 이런 점에서 볼 때 감염 차단을 위한 초기 대응에서 입국 통제보다 더 중요했던 것은 적극적 검진과 방역을 포함한 의료적 동원이었다고 볼 수 있을 것이다. 베트남, 싱가포르, 태국에서는 한국과 대만처럼 대규모 검진과 격리를 통해 감염을 조기에 적극 차단하려는 노력이 전개되었다. 이들 국가의 경우 코로나19 확산 상황을 비상히 여겨 조기에 감염병대응체계를 가동시키고 의료자원을 최대로 동원하였다.

그런데 우리의 관심은 아직 진단과 추적 조사 및 격리 조치에 국한되어 있다. 여기서 관심을 더 확장하여 이웃 국가들의 감염병대응체계를 들여다볼 필요가 있다. 그들이 상황을 위중하게 판단하고 비상행동에 돌입하는 결정이 어떻게 이루어졌는지, 제한된 의료인력·공간·물자를 포괄적으로 동원하고 배분하는 시스템은 어떻게 구축되고 가동되었는지, 공공병원과 민간병원의, 그리고 중앙정부와 지방정부의 협력은 어떠한 형태로 이루어졌는지까지 연구해야 한다. 이를 통해 우리는 국가별 감염병 대응과 공중보건체계를 발전시키는 데 참조할 만한 제도와 행동지침을 찾아낼 수 있을 것이다.

동남아 각국에서 현재의 감염병대응체계가 마련되는 데는 과거 감염병 확산의 경험이 가져다 준 학습효과를 무시할 수 없다. 2002년에 발생하여 2003년 전반기에 세계적으로 확산된 사스는 홍콩, 대만과 함께 싱가포르도 각성시켰다. 베트남은 이들 국가보다 더 혹독하게 인수공통감염병을 순차적으로 겪으며 10여년에 걸쳐 대응전략을 마련해왔다. 코로나19 확산 상황에서 이들 국가가 보여준 신속한 대응은 그와 같은 선행경험의 학습효과와 무관치 않을 것이다. 따라서 감염병대응체계 수립과 학습효과 사이의 상관성을 함께 살펴보는 것도 향후의 과제로 남았다.

동남아의 상대적 선방은 그 동안 동남아 각국이 추구한 보편적 건강보장 정책과 상관성이 있을 수 있다. 싱가포르와 브루나이는 물론이고 태국과 베트남이 보편적 건강보장을 위해 노력을 경주하여 지난 십여 년간 상당한 성과를 보여주고 있다고 평가를 받아왔다. 이러한 보편적 건강보장을 위한 투자는 당면

한 코로나19에 맞서는 긴급대응을 넘어서 장기전을 전개하는 데 유력하게 작용할 수 있다. 즉 확진자의 수용과 치료를 통해 치명률을 낮출 뿐만 아니라 의료과부하 없이 감염병 치료와 일반진료를 장기적으로 병행하는 데 효과를 발휘할 것이다. 동남아의 보편적 건강보장과 팬데믹 대응의 상관성은 앞으로 더 살펴봐야 할 것이며 이를 통해 우리가 교훈으로 삼을 만한 내용도 발견할 수 있을 것이다.

'끝날 때까지 끝난 것이 아니다.' 동남아 각국에서 우리처럼 강도 높은 거리두기가 시행되고 있다. 우리가 택하지 않은 전면 봉쇄의 길을 걷는 말레이시아와 필리핀 사례는 우리가 더 거친 파도를 만났을 때 고려해야 할 바를 알려준다. 우리와 같은 맥락에서 이동의 자유를 허용하면서 거리두기를 시행하고 있는 싱가포르의 실험은 우리에게 당장의 참고 사항들을 제시하고 있다. 싱가포르의 학교에서 발생한 감염은 우리에게 비대면수업을 연장하게 만들고 외국인 노동자 기숙사에서 발생한 집단감염은 '누구든 취약한 상태로 방치되어선 안 된다'는 교훈을 전해준다. 따라서 우리는 진행 중인 조치와 효과에 대한 지속적인 추적 조사와 비교연구를 수행해야 한다.

모든 이들의 관심은 코로나19 확진자와 사망자 수의 변화에 쏠려 있다. 그러나 팬데믹의 치명성을 살피려면 단지 코로나19 사망자에 국한해서는 안 된다. 검진을 받지 못하고 죽거나 일반 진료가 지연되어 죽는 이들이 포함되어야 한다. 예를 들어 인도네시아 자카르타의 2020년 3월 사망자 수는 전년도 같은 시기에 비해 40퍼센트나 더 많았다. 2019년 3월 자카르타에서 사망한 사람의 수는 3,099명이었지만 이듬해 3월에는 4,377명이 사망하여 전년도보다 1,278명이 더 사망하였다고 집계되었다. 그런데 자카르타에서 3월에 코로나19로 확진 받은 사망자는 90명뿐이었다(Allard et al. 2020). 이러한 격차는 코로나19 시대의 인명 손실이 코로나19로 인한 사망에만 국한할 것이 아니라 예년 대비 전체 사망자 수의 변화로 가늠되어야 할 것이라는 점을 적시하고 있다.

코로나19 확산과 대응과정의 조치들은 보건의료 영역을 넘어서는 막대한 재정투자를 요한다. 대량 실업과 소득 감소에 따른 생계위기를 막고 경기를 순환

시키기 위하여 싱가포르, 말레이시아, 인도네시아를 비롯한 동남아 각국도 막대한 재정 지출을 결정하거나 시행 계획을 수립하였다. 사회안전망을 위한 재정투자와 결합되지 않은 거리두기나 봉쇄는 시민들의 생계에 치명적인 결과를 낳고 국가경제를 파국으로 몰고 갈 수 있다. 보건의료 영역을 넘어서는 실업, 소득, 복지 정책 등 사회안전망 관련 국가별 위기대응 비교연구도 우리 앞에 과제로 대기하고 있다.

봉쇄는 단기적일 수밖에 없다. 장기전을 수행하려면 연대가 필수적이다. 이번 사태를 통해 우리는 서로 연결된 존재라는 사실을 실감하고 있는데, 우리와 동남아는 특히 더 그러하다. 동남아는 우리에게 중국에 이어 두 번째 교역상대국이고, 많은 동포들과 한인기업들이 진출해 있는 지역이기도 하다. 그래서 동남아의 경기순환뿐만 아니라 건강과 안전도 우리의 생계와 생활에 연동될 수밖에 없다. 가공할 코로나19와 그 엄청난 여파라는 공동의 적을 상대로 함께 맞서야 되는 상황에서 입국 통제 과정에서 빚어진 사건들을 곱씹으며 적대감을 키우는 태도는 지양되어야 한다.

저마다 긴급히 대응하고 닫아거는 바람에 뒤쳐졌던 국제 공조도 서서히 가동되고 있다. 아세안도 마찬가지다(Jakarta Globe 2020/04/14). 한국도 동아시아 지역협력의 틀 속에서 아세안과 함께 하고 있다. 아세안은 4월 14일에 의장국 베트남 주관으로 코로나19 대응을 위한 특별화상정상회의를 갖고 이어서 아세안+3(한·중·일) 특별화상정상회의도 진행했다. 코로나19에 공동으로 대응하고 사회경제적 충격을 완화하기 위한 포스트 팬데믹 회복계획을 마련할 목적으로 개최된 비상한 회의였다(ASEAN Secretariat 2020/04/14; Yasmin 2020).

아세안 10개국과 한국, 중국, 일본의 정상은 감염병 조기경보시스템 가동과 모범사례 교환 및 상호기술지원, 실시간 대응조치의 투명한 정보 공유, 코로나19 아세안대응기금(COVID-19 ASEAN Response Fund) 설립, 의료용품 비축제도 및 의약품 저장고 신설, 비상식량 비축, 공중보건 역량 및 인적자원 개발협력, 필수적 인력 이동과 공급 사슬의 지속을 통한 연계성 유지, 중앙은행 간 통화스왑협정인 치앙마이이니셔티브의 다자화(CMIM: Chiang Mai Initiative

Multilateralisation)를 통한 금융협력 강화 등을 골자로 하는 공동성명을 발표하였다(ASEAN Secretariat 2020/04/14).

아세안은 각종 감염병과 재난을 겪으며 이에 맞서는 공동대응체계도 발전시켜왔다. 그리고 이번 특별정상회의를 통하여 기존 공동대응체계를 확대 보강하는 합의를 이룩하였다. 이를 계기로 향후 중국, 일본과 한국은 아세안과 공조하면서 동아시아 전체의 위기공동대응체계를 형성하고 발전시킬 기회를 갖게 될 것이다. 코로나19 시대를 맞아 동아시아 지역은 '희망지대'로 주목받았다. 앞으로 사태가 어떻게 전개될지 장담할 순 없지만, 당장은 초국가적 지역협력을 논의할 여력이 우리에게 존재한다는 점은 분명하다. 여력이 있을 때, 그리고 더 큰 파도가 몰아치기 전에 우리는 더 적실한 공동대응 방안을 마련하고 실험해야 한다.

참고문헌

고찬유. 2020a. “도시 차단부터 자국민 출국 금지까지 … 동남아 코로나19 봉쇄 돌입.” 한국일보 3월 6일자.

_____. 2020b. “우비 입고 환자 이송, 진단키트 부족 … 인니, ‘형제국’ 한국에 SOS.” 한국일보 3월 20일자.

_____. 2020c. “‘10명 중 1명 숨진다는데’… 조코위 대통령은 왜 봉쇄를 망설일까?” 한국일보 4월 3일자.

_____. 2020d. “‘고온다습’ 인니는 어쩌다 코로나19 치명률 세계 최고가 됐나.” 한국일보 4월 6일자.

김희숙·유민지·김다혜·김현경·양영란·전제성. 2020. “코로나19에 맞선 동남아의 대응: 초기 대처과정의 잠정적 함의.”『아시아연구』23(2): 75−116.

민영규. 2020. “코로나19 확산 아시아 각국, ‘사회적 거리 두기’ 강화.” 매일경제 3월 27일자.

성혜미. 2020. “인도네시아, 코로나19 사망 25명 비상 … 적십자 ‘봉쇄 고려해야’.” 연합뉴스 3월 20일자.

왕길환. 2020. “미얀마 한인기업·NGO, 코로나19 의료장비 현지 정부에 기증.” 연합뉴스 3월 25일자.

정리나. 2020a. “라오스 신종코로나 의심 사망자 발생 … 쉬쉬하는 정부에 의구심↑.” 아시아투데이 2월 9일자.

_____. 2020b. “베트남, 코로나19 확진자 발생 마을 봉쇄 … 중국 외 첫 지역봉쇄사례.” 아시아투데이 2월 13일자.

정인환. 2020. “코로나19 무풍지대? 미얀마 첫 확진자 나와.” 한겨레 3월 24일자.

푸코, 미셸. 1993.『임상의학의 탄생』. 홍성민 옮김. 서울: 인간사랑.

허완. 2020. “코로나19 단속 : 필리핀에서 이동금지령을 어기면 현장에서 사살될 수도 있다.” Huffpost 4월 3일자.

Aben, Ellie. 2020. "Philippines Declares State of Emergency over Coronavirus." *Arab News*. March 10.

Allard, Tom, Kanupriya Kapoor, and Stanley Widianto. 2020. "Exclusive: Jump in Jakarta Funerals Raises Fears of Unreported Coronavirus Deaths." *Reuters* April 4.

Arumugam, Tharanya. 2020. "COVID-19: Doctors Call for Urgent Additional Funding for Health Ministry." *New Straits Times*. March 20.

ASEAN Secretariat. 2020. "Joint Statement of the Special ASEAN Plus Three Summit on Coronavirus Disease 2019(COVID-19)." *ASEAN*. March 14.

Bangkok Post. 2020. "Nine Doctors Die from Coronavirus in Philippines." March 26.

Barker, Anne and Hellena Souisa. 2020. "Coronavirus COVID-19 Death Rate in Indonesia is the Highest in the World. Experts Say It's Because Reported Case Numbers Are too Low." *ABC*. March 23.

Cabellero-Anthony, Mely. 2005. "SARS in Asia: Crisis, Vulnerabilities, and Regional Response." *Asian Survey* 45(3): 475-495.

Campbell, Charlie. 2020. "'It Will Be Catastrophic': Asia's Tourism Dependent Economies Are Being Hit Hard by the Coronavirus." *Time*. 13 February 13.

CNA. 2020a. "Malaysian Doctor who had COVID-19 Dies." March 22.

_____. 2020b. "Philippines Records First Community Transmission of Coronavirus, Now Has 6 Cases." February 7.

Coker, Richard J., Benjamin M. Hunter, James W. Rudge, Marco Liverani, Piya Hanvoravongchai. 2011. "Emerging Infectious Diseases in Southeast Asia: Regional Challenges to Control." *Lancet* 377: 599-609.

Cornel, Sheila. 2020. "Philippines: COVID-19 Will Devastate the Poor." *The Interpreter*. March 24.

Curley, Mellissa and Nicholas Tomas. 2004. "Human Secrity and Public Health in Southeast Asia: the SARS Outbreak." *Australian Journal for International Affairs* 58(1): 17-32.

Dharmaraj, Samaya. 2020. "Vietnam Scientists Create COVID-19 Test Kit." OpenGovAsia. March 20.

Heydarian, Richard. 2020. "Philippines Ignored Neighbors' Lessons on How to Tackle Coronavirus." *Nikkei Asian Review*. March 18.

Horby, Peter W., Dirk Pfeiffer, and Hitoshi Oshitani. 2013. "Prospects for Emerging Infections in East and Southeast Asia 10 Years after Severe Acute Respiratory Syndrome." *Emerging Infectious Diseases* 19(6): 853-860.

Jakarta Globe. 2020. "Asean to Set Up Covid-19 Relief Fund, Strengthen Cooperation during Pandemic." April 14.

Jerving, Sara. 2020. "Coronavirus Could Collapse Health Systems in South and Southeast Asia." *Devex*. February 21.

Jugo, Lita. 2020. "Philippine Health Chief Dismisses 'Ridiculous' Hoax That Novel Coronavirus Is a Type of Rabies." *AFP*. January 30.

Kanchanachitra, Churnrurtai, Magnus Lindelow, Timothy Johnston, Piya Hanvoravongchail, Fely Marilyn Lorenzo, Nguyen Lan Huong. 2011. "Human Resources for Health in Southeast Aia: Shortages, Distributional Challenges, and International Trade in Health Services." *Lancet* 377: 769-781.

Khan, Asif Ulah. 2020. "Brunei's Response to COVID-19." *The ASEAN Post*. April 19.

Kok Xinghui. 2020. "Why Are There So Few Coronavirus Infections in Singapore's Health Workers?" *South China Morning Post*. March 28.

Kok Xinghui and Dewey Sim. 2020. "The Singapore Way: Eight Steps to Fight the Coronavirus as Thousands Return Home." *South China Morning Post*. March 25.

Kyaw Ye Lynn. 2020. "COVID-19: Myanmar's Slow Response Faces Criticism." *AA*. March 27.

Lim, Ida. 2020. "China Donates 25,000 Masks, 1,200 Goggles for Malaysia's COVID-19 Medical Frontliners." *Malaymail*. March 24.

Ministry of Health, Singapore. 2020. "Statement by Mr. Gan Kim Yong, Minister for Health, at Parliament, on the Update on Whole-of-Government Response to COVID-19." March 25.

Ongcal, Alecs. 2020. "For Many Filipinos, Social Distancing is Not an Option." Vice. March 24.

Perez-Amurao, Analiza. 2020. "COVID-19 Panic Turns on Philippine Docs and Nurses." *Asia Times*. March 31.

Radio Free Asia. 2020. "No Positive Cases as Myanmar Tests for Coronavirus amid Health System Concerns." March 3.

Ratcliffe, Rebecca and Carmela Fonbuena. 2020. "Philippines Isolates Hundreds of Health Workers as Coronavirus Cases Rise in South-East Asia." *The Guardian*. March 23.

Ravelo, Jenny L. 2020. "To Contain the Spread of Coronavirus, Manila Grapples with Lockdown." Devex. March 24.

Regan, Helen. 2020. "Malaysia and Philippines Enact Sweeping Measure, as Coronavirus Cases Jump in Southeast Asia." *CNN*. March 17.

Reuters. 2020. "Indonesia Announces Biggest Daily Rise in Coronavirus Cases, 24 Doctors Now Dead." April 6.

Robertson, Phil. 2020. "Myanmar Denials Define COVID-19 Response." *Dispatches*. March 17.

Roslan, Suraya. 2020. "'Tabligh Event Attendees 12k, Not 16k'." *New Straits Times*. March 22.

Sagar, Mohit. 2020. "The Importance of Contact Tracing in Singapore and the Role Technology Plays." OpenGovAsia. March 17.

Searight, Amy. 2020. "Southeast Asian Responses to COVID-19: Diversity in the Face of Adversity." Center for Strategic and International Studies. March 27.

South China Morning Post. 2020. "Coronavirus: What's behind Vietnam's Containment

Success?" April 13.

Sullivan, Michael. 2020. "Southeast Asian Nations Tighten Restrictions to Help Contain Spread of Coronavirus." *NPR*. March 22.

Swee Kheng Khor. 2020. "How Will Malaysia Fight the Coronavirus with No Health Minister amid Political Turmoil?" *South China Morning Post*. February 26.

Techakitteranun, Hathai. 2020. "Thailand to Invoke Emergency Decree as Coronavirus Cases Soar." *The Straits Times*. March 24.

The Straits Times. 2020. "Philippines down to 2,000 Coronavirus Testing Kits as Number of Cases Surge." March 10.

Thompson, Nathan. 2020. "Claims of a Coronavirus-Free Laos Are Probably Fiction." *Vientiane Times*. March 20.

Tiezzi, Shannon. 2020. "China and Cambodia: Love in the Time of Coronavirus." *The Diplomat*. February 6.

Yasmin, Nur. 2020. "ASEAN to Set Up COVID-19 Relief Fund, Strengthen Cooperation during Pandemic." *Jakarta Globe*. April 14.

웹사이트

ASEAN Briefing. "The Coronavirus in Asian and ASEAN – Live Updates by Country." https://www.aseanbriefing.com/news/coronavirus-asia-asean-live-updates-by-country/

Blavatnik School of Government, University of Oxford. "Coronavirus Government Response Tracker." https://www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/coronavirus-government-response-tracker

Center for Strategic and International Studies(CSIS). "Southeast Asia Covid-19 Tracker." https://www.csis.org/programs/southeast-asia-program/projects/southeast-asia-covid-19-tracker

Our World in Data. COVID-19 페이지. https://ourworldindata.org/coronavirus

The Center for Systems Science and Engineering(CSSE) at Johns Hopkins University. https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6

Worldometer COVID-19 페이지. https://www.worldometers.info/coronavirus/

제2부
국가별 대응

제3장 베트남의 코로나19 대응:
국가 규율과 방역 체계의 성과
제4장 싱가포르의 코로나19 대응:
이원적 방역 전략의 빛과 그림자
제5장 필리핀의 코로나19 대응:
선출된 권력의 권위주의적 대응
제6장 인도네시아의 코로나19 대응:
정부 정책과 코로나19 관련 담론
제7장 미얀마의 코로나19 대응:
파국으로의 질주

제3장 베트남의 코로나19 대응:
국가 규율과 방역 체계의 성과*

백용훈·육수현

국가마다 코로나19 대응 방식의 결과, 즉 방역의 성패는 매일 집계되는 누적 확진자 및 사망자 수로 단순하게 드러난다. 하지만 그 내부에는 상당히 복잡한 양상이 얽혀 있다. 방역 성패는 감염 유무를 정확하게 판별할 수 있는 보건의료의 수준과 역학 추적 조사의 정밀함, 바이러스 유입과 감염 경로에 대한 정보 공개의 투명성, 그리고 정부의 방역 정책과 이를 국민들이 어떻게 이행하는가에 따라 달라진다. 따라서 코로나19 대응의 성공과 실패를 이해하기 위해서는 단순히 국가의 방역 정책과 제도적 체계뿐만 아니라 이를 어떻게 작동시켜 시민들의 참여를 이끌어냈는가에 대해서도 면밀히 파악해야 한다.

코로나19 대응을 위한 국가의 선제적인 조치와 그 효과는 규율(discipline)의 문제와 연관될 수 있다(푸코 2003[1975]). 강력한 규율적 장치를 통해 국민을 강압적으로 격리하는 등의 조치를 취할 경우 바이러스의 확산을 통제하여 방역에 성공할 수 있다고 가정할 수 있기 때문이다. 하지만, 국가가 아무리 강

* 이 장은 두 연구논문, "베트남의 코로나19 대응: 감염병 위기관리체계를 중심으로"(백용훈 2020b)와 "'전쟁 같은' 베트남의 코로나19 대응: 극단적이면서 합리적인"(육수현 2020)을 편집하고 수정한 것이다. 2020년 12월 이후 베트남의 3차 및 4차 유행 중 6월 초까지에 관한 내용을 보완하였다.

한 규율, 즉 엄격한 방역 지침과 감시, 격리, 봉쇄 정책을 실시한다고 하더라도 이를 따르는 국민들의 실천적 행동이 동반되지 않는다면 성공하기 어렵다.

예를 들어, 어떤 곳에서는 국민들이 국가로부터 감시와 통제를 받으면서도 보건 위기의 상황을 하루빨리 종식시키는 것을 지지하는가 하면, 다른 곳에서는 민족적 우월감, 낙관주의, 개인의 인권 그리고 백신 개발에 대한 기대감 등을 지향하면서 국가의 방역 조치를 회피하거나 거부하는 모습을 보인다. 이처럼 다양한 스펙트럼이 존재하는 이유는 시민들이 국가의 방역 정책을 따르고 거부하는 양상에 따라 수렴과 갈등이 교차하기 때문이다. 다시 말하면, 국가의 역량과 그 효과성은 규율의 문제와 연관되며, 이때 규율의 기능적 작동은 해당 사회의 질서를 견인하는 사회적 맥락에 따라 달라질 수 있다(양창원·백용훈 2021).

그렇다면, 두 가지 지점에 주목할 수 있겠다. 하나는 국민들 개개인의 다양한 요구가 존재하는 상황 속에서 "국가가 어떻게 방역 시스템을 효과적으로 작동시켰는가?"에 관한 것이고, 다른 하나는 "시스템에 대한 (혹은 시스템과 무관하게 작동하는) 국민들의 실천적 행동, 즉 사회적 반응이 어떠했는가?"이다. 결국 이 두 영역이 어떻게 상호작용하는가의 문제가 전염병 관리와 대응의 성패를 결정지을 수 있다. 감염병의 방역에서 국가 역량(state capacity), 선제적 조치와 리더십, 그리고 사회적 협력과 문화 등이 강조되는 이유가 바로 여기에 있다(Pusic 2020; 전제성 2020; 양창원·백용훈 2021). 베트남은 앞서 제기한 두 요소가 긍정적인 방향으로 시너지 효과를 발휘하여 성공한 대표적인 사례에 해당한다. 이 글에서 저자는 베트남에서 국가 규율과 방역 체계가 어떻게 코로나19 대응에 긍정적인 결과를 가져다주었는가를 상세히 검토하며 설명할 것이다.

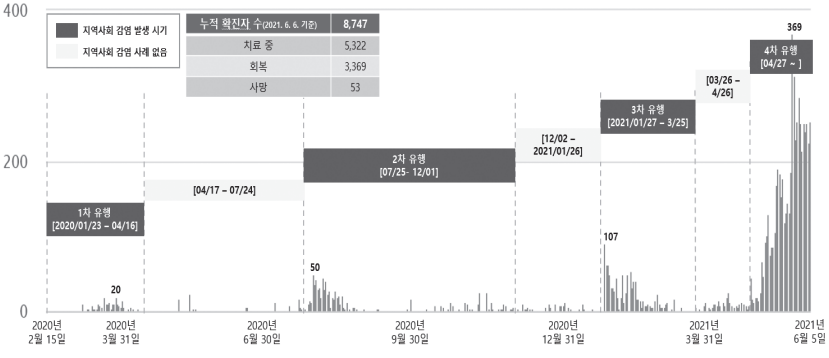
Ⅰ. 코로나19 확산 추이 및 경향

베트남 정부 발표에 따르면, 국내 지역사회 감염은 크게 네 차례의 유행 시기로 구분 가능하다. 2020년 1월 23일과 3월 6일에 각각 중국과 유럽으로부터 바

이러스가 유입되어 4월 16일까지 85일 간 지속된 1차 유행, 7월 25일 다낭시(Da Nang City)에서 발생하여 인근 지역으로 확산된 후 12월 1일까지 129일 간 전국으로 확대된 2차 유행, 2021년 1월 27일 하이즈엉성(Hai Duong Province)의 여성 노동자와 꽝닝성(Quang Ninh Province) 번돈(Van Don) 공항의 남성 보안요원의 감염 확인 후 3월 25일까지 57일 간 지속된 3차 유행, 그리고 베트남에 입국한 인도 전문가들과 이들이 격리 중이었던 호텔에서 근무하는 남자 직원이 4월 27일에 양성 판정을 받은 후 4차 유행이 이어지고 있다.

아래 〈그림 3-1〉은 2020년 2월 15일부터 2021년 6월 5일까지 각 유행 시기별 신규 확진 사례와 일일 기준 최대 규모의 확진자 수를 정리한 것이다. 지역사회 감염이 없는 구간에서 확진자 수는 해외 유입 사례를 의미한다. 4차 유행 시기를 제외하면 감염 초기에 최다 규모의 확진자가 발생하면서 급격히 증가하지만 그 구간이 짧고 이후에는 감소하는 경향을 발견할 수 있다. 그리고 각 유행 시기 사이에는 일정한 기간 동안 지역사회 감염이 발생하지 않았다. 이는 곧 각 시기별 방역 조치가 성공을 거두었다는 것을 의미한다. 다시 말하면, 감염이 발생했을 때 초기 대응이 적절하게 이루어졌고 이에 따라 바이러스의 확산을 막는 데 성공적이었다. 각 유행 시기별로 감염의 경로와 방역 조치를 면밀히 검토해보자.

〈그림 3-1〉 **베트남 코로나19 감염 추이: 일일 신규 확진자 수**



출처: Worldometer, 베트남 보건부(Trang Tin Về Dịch Bệnh Viêm Đường Hô Hấp Cấp COVID –19)를 바탕으로 필자 작성.

1. 1차 유행: 2020년 1월 23일 ~ 4월 16일

베트남에서 코로나19 감염 사례는 1월 23일에 중국 우한에서 입국한 중국 국적의 남성 2명에 의해 처음으로 발생했다. 이후에는 중국 우한을 방문한 가족, 친척 간 감염과 우한 공항을 경유하여 입국한 미국인과 호텔 직원의 감염으로 인한 국내 전파가 확인됐다. 확진 사례의 경로를 추적하여 중국에서의 감염을 주요 원인으로 파악한 베트남 정부는 중국과의 국경을 닫는 등의 조치를 취했다. 2월 1일에는 중국을 오가는 모든 항공편 운항을 중단했고 14일 간 중국을 방문한 모든 외국인에 대한 입국을 금지할 것을 항공사에 통보했다.

1월 30일부터 2월 13일까지 하노이 인근 지역에 위치한 빈푹성(Vinh Phuc Province) 빈쑤옌현(Binh Xuyen District) 선러이사(Son Loi Commune)에서 가족 및 친척 간 전염이 확인되었다. 빈푹성을 감염 지역으로 지정하는 수상(총리)의 결정(173/QĐ−TTg 2020/02/01)에 따라 빈푹성 인민위원회는 2월 13일부터 선러이사를 감염병 지역으로 구역화하고 봉쇄하는 작업에 관한 결정문(269/QĐ−UBND 2020/02/12)을 공식 발표했고, 격리 기간은 20일로 결정되었다(Onishi 2020).

2월 13일 기준 전국 누적 확진자 수는 16명이었고, 이 가운데 빈푹성의 경우 11명, 선러이사의 경우 6명에 불과했으며 사망한 사례는 없었다. 그럼에도 불구하고 하노이 인근 지역에서 바이러스가 확산되자 정부는 10,000명 규모의 사급(Commune level) 행정구역 전체를 통제하고 160명 이상의 의료진들을 파견하는 등의 조치를 취하면서 대도시로의 바이러스 확산 가능성을 차단시켰다. 세계적으로 봉쇄는 중국에 이어 두 번째로 이행된 것이다. 뿐만 아니라 정부는 음력설인 뗏(Tết) 이후로 예정되어 있던 개학(1월 말)을 3월 초로 미뤘다.

마침내 2월 26일 오전에 코로나19 바이러스에 감염된 마지막 환자가 퇴원하면서 베트남 내에 더 이상 신규 확진사례가 발생하지 않기를 기대했지만 바이러스는 유럽으로부터 또 다시 유입되었다. 3월 6일 이후 확진 사례의 증가는 영국, 이탈리아, 그리고 프랑스를 방문한 후 베트남으로 귀국한 '17번 확진자'

에 의한 집단 감염으로 인한 것이었다. 정부는 최초 발병 시기와 유사한 대응 조치를 취했다. 가장 먼저 유럽 항공편 중단 및 지역사회 봉쇄 조치를 단행했다. 3월 6일에 17번 확진자가 거주하는 66가구와 189명이 거주하는 규모의 쭉바익(Truc Bach) 거리를 폐쇄하였다(Vu and Tran 2020). 이후 3월 15일에는 셍겐(Schengen) 국가들과 영국에서 출발하는 항공편 운항이 중단되었고, 3월 18일에는 모든 비자 발급이 중지되었으며, 3월 22일에는 모든 국제선 항공편의 운항을 중단했다. 그리고 베트남은 국경을 폐쇄했다(Pollack et al. 2020).

한편, 3월 20일 하노이에 위치한 대형 병원 바익마이 병원에서 확진 사례가 발생했고 이후 병원에 입원 중인 환자, 의료진 및 환자의 가족, 급식 및 급수 업체 등 19명의 병원 관계자들이 연이어 확진 진단을 받으며 집단 감염이 확인되었다. 처음에는 병원 내 의료진에 의한 감염으로 추정됐지만 정확한 역학조사 과정에서 쯔엉신(Truong Sinh) 회사의 직원이 주요 감염원이라는 점을 식별했다(Bo Y Te[베트남 보건부] Benh Vien Bach Mai 2020b). 이후 45명이 추가로 양성 판정을 받은 후 바익마이 병원은 폐쇄(3월 28일부터 4월 11일까지)되었다. 이로 인하여 병원과 관련된 15,000명 이상의 사람들이 바이러스 검사를 받았고 폐쇄 이전에 병원을 방문했던 4만 명이 추적되었다(Boudreau and Nguyen 2020).

한편, 하노이 바익마이 병원 감염이 발생했던 유사한 시기에 호치민시에서는 부다바(Buddha Bar)에서 집단 감염 사례가 확인되었다. 영국 국적의 베트남 항공 조종사인 '91번 확진자'를 시작으로 이후 18명이 추가로 확진 판정을 받았다. 당국은 신속하게 바를 폐쇄했고 해당 건물에 있는 모든 사람들을 격리했으며 관련된 사람 총 4,000명이 진단 검사를 받았다(Barnes and Bui Thu 2020). 4월 16일까지 누적 확진자 수는 268명이었고 이 중 173명이 완치되었으며 사망자는 없었다.

하노이와 호치민시에서 각각 병원 내 감염과 시내 바에서의 확진 사례가 증가하자 3월 22일에 베트남 정부는 귀환 베트남 국민을 포함하여 외국인 입국을 중단했다. 베트남 최고 의료 기관 중 하나인 바익마이 병원에서 3월 28일에 확진 사례가 증가하자 3월 31일에 총리는 4월 1일부터 국가를 제한적으로 폐

쇄할 수 있는 지시 제16호(16/CT-TTg)를 발표했다. 이 지시문은 집에 머무르고, 집회를 금지하는 등 전국적인 수준의 격리 정책을 이행할 것을 강제했다. 식품, 은행, 병원, 공장 등 필수 시설을 제외한 모든 업소에 대해 4월 15일까지 영업을 중단시켰다. 이를 통해 코로나19를 막겠다는 것이 베트남 정부의 목표였다(Bo Y Te 2020b).

1차 유행 시기에 베트남 지도부는 국경 폐쇄, 감염 확산 가능성이 있는 지역사회 봉쇄, 개학 연기 등의 조치를 취하면서 바이러스를 조기에 차단할 수 있는 방안에 가장 중점을 두었고 이러한 지도부의 강력한 리더십과 선제적 조치를 통한 초기 대응은 결국 성공을 거두었다(백용훈 2020).

1월과 3월의 두 시기를 비교해보면 정부의 방역 조치에는 일정한 차이를 발견할 수 있다. 두 시기 모두 지역사회 감염의 확산 가능성이 발견된 곳에서 표적 봉쇄(targeted lockdown)가 진행됐지만, 1월에는 대규모 사급 행정 단위를 그리고 3월에는 하노이와 호치민시의 일부 거리로 제한하여 실시했다. 무조건적 봉쇄 조치가 아니라 역학 증거를 바탕으로 의심스러운 지역에서 대량 검역을 실시하기 위한 목적으로 진행된 것이다(Pollack et al. 2020). 3월에 발생한 사례와 관련한 정부 조치의 특징은 앞선 시기에 비해 감염이 증가하고 확산되자 전 국민을 대상으로 모바일 앱을 통해 온라인 의료 검진서를 제출하도록 했다는 점이다.

2. 2차 유행: 2020년 7월 25일 ~ 12월 1일

1차 유행 시기에는 외부로부터의 바이러스 유입이라는 정확한 감염원의 식별과 엄격한 격리의 효과로 인해 바이러스의 확산을 조기에 차단했지만, 2차 시기의 상황은 달랐다. 4월 17일부터 7월 24일까지 약 100일 간 국내 감염이 발생하지 않았다가 7월 25일에 베트남 중부에 위치한 유명 관광지인 다낭시에서 지역사회 감염 사례(416번)가 확인되었고, 이후 전국 15개 지역으로 확산되었다. 즉, 2차 시기는 베트남 지도부와 보건 당국의 방역 체계가 새로운 시험대

위에 오른 상황이었다.

이 시기 확산의 특징은 다음과 같다. 가장 큰 문제는 병원 내 감염이었다. 치료를 위해 병원을 방문한 사람들, 그리고 환자를 돌보는 가족과 간병인 등을 통한 감염이 발생한 후 곧 다낭시 인근지역, 즉 꽝남성(Quang Nam Province) 등으로 확산되었다. 다음으로 지역사회 감염이 없던 시기에 관광을 위하여 다낭을 방문한 사람들에 의해 여러 지역으로 확대되었고 이로 인해 국내 감염 사례가 급증했다. 매일 신규 확진 사례가 속출했지만 초기에는 감염의 원인을 파악하지 못했고 중국인 밀입국으로 인한 감염과 무증상 감염자에 의한 증상 발현 등의 가능성이 원인으로 제기되었다.

7월 23일 감염 의심 사례가 확인된 후부터 수십 명의 자원봉사자가 1일 4교대 근무를 통해서 동원됐다. 1차 유행 시기에 발표된 총리의 지시 제16호(16/CT-TTg)에 따라 다낭시 인민위원회는 7월 28일 0시부터 15일 간 6개 군(quận, district, 한국의 '구' 행정단위에 해당), 즉 하이쩌우(Hai Chau), 타인케(Thanh Khe), 선짜(Son Tra), 응우하인선(Ngu Hanh Son), 껌레(Cam Le), 리엔찌에우(Lien Chieu)에 대한 사회적 격리 조치를 발표(4930/UBND-SYT 2020/07/27)했다. 그리고 감염 사례가 발견된 3개 병원인 C 병원(보건부 소속), 다낭 병원, 다낭 정형외과 및 재활 병원과 꽝쭝(Quang Trung) 거리 등 다수의 도로 구역을 봉쇄했다(Tuoi Tre 2020/07/27).

7월 30일 오전, 부득담(Vu Duc Dam) 부총리는 과학자, 전문가, 그리고 자원봉사자와 협력하여 코로나19에 대한 데이터를 분석하고 역학조사를 실시했으며 각 전문가들은 보건부(Ministry of Health)가 다낭으로 파견한 "특수" 팀과 함께 온라인으로 데이터를 분석했다. 이 분석에 따르면, 주목할 점은 두 가지였다. 첫째, 질병의 원인이 다낭에서 처음 나타났을 가능성이 높은 것으로 확인되었고 다낭 외부에서 다른 발병 가능성의 정보가 발견되지 않았다는 점이다. 따라서 다낭에서 감염병이 시작된 것이라고 판단한 후 다낭 내 발병 지역을 봉쇄하는 방안을 마련했다.

둘째, 일부 지역사회 감염이 존재하지만, 3개 병원에서 집중적으로 발생했

다는 점이다. 그리고 병원 내에서도 몇몇 진료부서에 집중되었다. 상황은 이전 하노이 바익마이 병원 내 감염 사례와 유사했지만, 감염된 사람의 수가 훨씬 많을 것이고 특히 투석 환자의 경우 중증 사례의 수가 더 증가할 것으로 예측됐다(Bo Y Te 2020d). 7월 31일과 8월 1일에 신규 확진 사례는 코로나19 사태 이후 국내에서 사상 처음으로 각각 50명과 49명까지 증가했고 이후 8월 10일까지 최소 20명, 최고 45명의 확진 사례가 다낭시를 중심으로 속출했다. 7월 31일 기준 베트남에서는 처음으로 코로나19로 인한 사망자가 발생했고 이후 35명까지 증가했다. 이러한 사태가 발생하자 보건 당국은 병상 확보에 나섰다. 양성 사례와 직접 접촉한 사람들을 격리하는 데 사용하기 위하여 스포츠 경기장을 야전 병원으로 전환하였고, 이를 통해 1,000개의 병상을 확보했다. 그리고 보건부는 의료 전문가와 1,000명 이상의 보건인력으로 구성된 태스크포스(Task Force)를 다낭에 파견했다(Vu and Nguyen 2020).

다낭 보건 당국은 9월 3일부터 지역사회에 잠재되어 있는 코로나19 바이러스를 추적하기 위하여 검사를 받지 않은 가구 20만 가구를 대상으로 표본 검사를 실시했다. 가구 당 대표자의 검사 결과가 양성으로 의심되는 경우 가족 구성원 전체를 격리한 후 감염 여부를 확인하고 이를 통해 사회적 격리를 완화시킨다는 방침을 세웠다(VnExpress 2020/09/01).

2차 시기에서 주목할 점은 다음과 같다. 다낭발 재확산에 관한 정확한 감염원인은 사태 초기에 확인되지 않았지만 발생 경로와 추이를 명확히 파악한 후부터는 바이러스 확산 가능성이 있는 집단 발병지를 신속하게 봉쇄하는 동시에 접촉자를 광범위하게 추적했다. 특히, 1차 시기와 달리 단기간 동안에 일일 신규 확진자 수가 급격히 증가했음에도 불구하고 역학 조사가 신속하게 이루어졌다. 보건부 사이트에 매일 업데이트되는 신규 확진 사례와 감염 경로에 관한 조사 결과는 일부 특정 사례를 제외하면 국내 지역사회 감염과 해외 입국자 감염 사례를 구분하여 신속하고 정확하게 게시되었다.

3. 3차 유행: 2021년 1월 27일 ~ 3월 25일

2020년 12월 1일 이후 약 60일 만에 지역사회 감염이 확인됐다. 1월 27일 북부 하이즈엉성(Hai Duong Province)의 여성 노동자와 꽝닝성(Quang Ninh Province) 번 돈(Van Don) 공항의 남성 보안요원 2명이 코로나19 확진 판정을 받았다. 1552번 사례에 해당하는 34세 여성은 하이즈엉성 찌링(Chi Linh)시 거주자로 일본에서 확진 여성과 밀접 접촉한 것으로 확인됐다. 1553번 사례에 해당하는 31세 남성은 하롱(Ha Long)시에 거주하며 공항에서의 접촉을 통해 감염된 것으로 추정됐다.

2021년 1월 28에는 107명의 확진 사례가 발생했는데, 이는 베트남에서 코로나19 사태 이후 일일 기준 최다 확진자 수였다. 그리고 하노이와 인근 지역에서도 감염이 확인됐다. 부득담 부총리는 지난 1차와 2차 유행 시기에 실시한 지시 제16호(16/CT−TTg)에 따른 대응 지침을 발표했다. 우선 꽝닝성에 위치한 번돈 공항을 일시적으로 폐쇄하고 대중교통 운행을 잠정 중단했고, 단일 지역으로 최다 확진자가 속출한 하이즈엉성 찌링시의 격리 기간을 14일에서 21일로 연장했으며, 접촉 추적은 3차(F3) 및 4차(F4) 감염자(최초감염자가 F0, 이와 밀접 접촉하여 감염된 경우가 1차 감염(F1)에 해당함)까지로 확대됐다. 유치원을 포함하여 학교에 휴교령이 내려졌고 사회적 거리두기 하에 사람들이 붐비는 장소의 영업이 중지됐다. 그리고 하이즈엉성으로 출퇴근하는 노동자들이 밀집한 하노이시로의 바이러스 확산에 대한 위기감이 커지면서 당시 2월 2일까지 개최하기로 예정됐던 제13차 공산당 전국대표대회는 하루 일찍 폐회했다.

3차 유행의 특징은 기존과 다르게 베트남에서 바이러스의 확산이 급격하게 증가한 시기라는 점이다. 특히, 영국발 변이 바이러스가 유입된 것으로 확인됐다. 방역 당국은 감염 사례가 많을수록 추적이 어려워진다는 판단 하에 지역사회 코로나19 대응팀을 만들었고 무엇보다도 공안을 투입하여 추적 작업에 집중했다. 보건부는 공안이 각 지방과 도시에서 접촉 추적을 실시할 수 있도록 훈련시켰고 감염병이 발생할 경우 보건 부대, 경찰, 지역사회 코로나19

대응팀이 서로 협력하여 추적 및 격리를 위한 방안을 마련했다. 그리고 하이즈엉과 꽝닝에 각각 3개과 1개의 야전 병원을 설립하여 확진자를 수용했다(WHO Vietnam 2021/02/02).

4. 4차 유행: 2021년 4월 27일 이후

2021년 4월 27일에 4차 유행이 시작됐다. 베트남에 입국한 인도 전문가들과 이들이 격리 중이었던 호텔에서 근무하는 남자 직원이 확진 판정을 받았고 이후 일본에서 입국한 2899번 사례가 14일 격리를 완료한 후 4월 29일에 양성으로 확인됐다. 즉, 4차 유행은 격리 시설에서 시작되었거나 14일의 격리 기간을 마친 사례로부터 발생했다. (이 글을 쓰는 시점인) 6월 초를 기준으로 바이러스 확산 양상은 코로나19 사태 이후 베트남에서 가장 광범위하고 복잡하게 전개되고 있다. 감염의 특징은 다음과 같다. 첫째, 변이 바이러스에 의한 빠른 확산이다. 당초 베트남 보건부는 영국에서 발견된 알파변이와 인도에서 발견된 델타변이가 혼합된 신종 변이 바이러스가 발생했다고 발표했지만 WHO는 인도 델타변이의 돌연변이로 추가 모니터링이 필요하다고 밝힌 바 있다. 둘째, 산업 지역으로의 확산이다. 박장성(Bac Giang Province)과 박닝성(Bac Ninh Province)을 중심으로 곧 인근 지방으로 확대되었고, 특히 두 대도시, 즉 하노이와 호치민시까지 영향을 받았다. 일일 신규 확진자 수는 (2021년 6월 6일 기준) 지난 열흘 동안 매일 200명 이상을 기록하였으며 북부 지방을 중심으로 발생한 감염이 남부 호치민시까지 확산되어 더욱 우려스러운 상황으로 전개되고 있다.

부득담 부총리는 바이러스가 가장 광범위하게 확산되고 있는 두 지역, 박장성과 박닝성의 감염병 근절을 위한 네 가지 요건을 발표한 바 있다. 첫째, 기존 정부의 방역 지침에 의존하지 않는 강력한 해결책이 필요하다. 둘째, 보건부가 진단 테스트 업무를 지휘하며 최대한 지원하고 지방 보건당국은 작업자를 배치하여 샘플 채취 및 테스트를 빠르게 수행한다. 셋째, 박장에 위치한 노동자 주거 지역, 냐쪼(khu nhà trọ)가 너무 밀집해 있고 더운 날씨 상황 속에서 차단되

어 있어 교차 감염이 발생하기 쉽기 때문에 감염의 위험이 낮은 사람들을 다른 마을 혹은 공동체 시설로 이동하기 위하여 검사를 실시한다. 끝으로, 반복적인 진단 테스트를 통해 사례가 급증할 것으로 예상되므로 경증 환자와 중증 환자를 구분하여 치료할 수 있는 의료 시설과 병상을 확보해야 한다는 것이다. 이후 약 4만 명의 근로자들을 테스트하였고 샘플링은 3일 간격으로 이루어졌다.

현재까지 진행되고 있는 4차 감염에서 확인되는 정부의 대응은 이전 유행 시기와는 차이가 있다. 특히, 봉쇄와 사회적 거리두기 등 적극적인 방역 조치가 상대적으로 늦었다는 평가가 존재하는데, 이유는 다음과 같은 가능성이 존재한다. 첫째, 방역 시스템은 기존과 동일하지만 새로운 총리와 정부가 구성되었다는 점이 변수로 작용했을 가능성이다. 기존에 마련해 둔 방역 지침이 있다고 하더라도 이를 결정하는 주체는 지도부다. 새 지도부는 경제 성장에 보다 방점을 두고 있고, 이에 따라 "감염병 예방을 엄격하게 적용하고 생산 경영 활동에 미치는 영향을 조정하기 위한 대응책"을 발표한 바 있다(Bo Y Te 2021c). 방역에 대한 기존 경험과 백신 공급 등으로 인한 상황적 차이는 있지만 지난해 방역을 가장 우선시 한 지도부의 행보와는 온도 차가 존재한다.

둘째, 보다 강력한 방역 조치를 취할 수 없는 이유 중 하나는 산업단지에서 감염이 발생 및 확대되고 있기 때문이다. 베트남 경제에서는 수출입이 매우 중요한데 방역을 이유로 산업 생산이 중단될 경우 외국인투자 유치를 포함하여 경제 회복은 매우 어려워진다. 게다가 백신 접종률은 낮지만 꾸준하게 공급되고 있고 자국 백신에 대한 기대감을 가지고 있는 상황에서 더 이상 사회적 거리두기 조치 등의 방역에만 의존하지 않을 수 있다는 점 또한 주요 변수로 작용했다. 6월 5일 기준 인구 100명 당 백신 접종 1.28명(Our World in Data)으로 백신 접종률은 현저히 낮다. 베트남은 자국의 기업과 연구진이 개발한 코로나19 백신의 임상 실험을 진행 중이다. 새 지도부는 백신이 자국 내에서 생산되는 것을 기대하면서 정부와 외부 공급원으로부터 백신 구매를 가속화하는 정책을 동시에 취하고 있다. 특히, 기업이 백신 확보 지원에 투자하도록 요청하는 정책을 시작한 바 있다(BBC 2021/05/31).

한편, 4차 유행 이후 하노이와 호치민시 공항이 폐쇄되었지만 발표 며칠 만에 다시 개장했다. 정부는 해외유입으로 인한 발병보다 지역사회 감염이 주요 원인이라는 결과에 따라 해외입국자에 공항을 개방했는데, 이 점 역시 이전과는 다른 행보의 조치다(Tuoi Tre 2021/06/04). 대외적으로는 개방지향적인 반면에 대내적으로는 방역을 더욱 강화하는 방식으로의 변화를 감지할 수 있다.

II. 정부의 대응과 실행

1. 대응 조직의 구성과 운영 체계

베트남의 코로나19 대응 과정의 주요 특징은 정확한 감염의 경로 규명, 역학조사 결과에 기초한 감염 확산 지역의 표적 봉쇄, 그리고 포괄적인 추적 및 진단 검사 실시 등이다. 이 절에서는 이러한 대응을 가능하게 한 제도적 기반을 탐색한다. 베트남은 2003년 사스(SARS), 2004년 조류독감(H5N1), 그리고 2009년 신종인플루엔자A(H1N1) 등의 전염성 질병을 지속적으로 경험해왔고 국민들은 감염으로 인한 피해의 심각성과 위기의식을 공유하고 있다(Ohara 2004). 이러한 역사적 배경으로 인해 2007년에 관련법을 제정했고 세계보건기구(WHO) 및 기타 파트너 국가(기관)들의 지원으로 장기적인 계획을 수립해왔다.

2007년에 제정된 전염병 방지 및 예방법(03/2007/QH12, Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm) 제 46조는 전염병 방역지도위원회(Ban chỉ đạo chống dịch) 설립에 관한 규정을 명시하고 있다. 구체적인 내용은 다음과 같다. 전염병이 발표되는 즉시 방역지도위원회가 설립되어야 한다. 방역지도위원회의 구성은 보건, 재정, 정보통신, 외교, 국방, 공안, 그리고 기타 각 기관의 대표로 구성된다. 전염병이 발표된 지역의 범위와 전염병의 성격에 따라 총리는 자신을 혹은 부총리 중 한 명을 혹은 보건부장관을 국가지도위원회 위원장으로 임명할 수 있다. 이 법 규정에 근거하여 응우옌쑤언푹(Nguyen Xuan Phuc) 총리는 2020

년 1월 30일에 “신종 코로나 바이러스로 인한 호흡기 감염병 예방 및 통제를 위한 국가지도위원회(이하 국가지도위원회)”를 설립하기로 결정(170/QĐ−TTg 2020/01/30)했다.

국가지도위원회의 권한과 임무는 세 가지이다. 첫째, 총리를 지원하는 것이다. 전국적으로 신종 코로나 바이러스로 인한 급성 호흡기 감염 질병의 예방 및 통제에 있어서 각 부처, 부처급 기관, 정부 기관, 관련 및 지역 기관 간의 지시, 관리 및 조정한다. 보건부의 전염병 예방 및 통제의 비상 계획에 참여할 자원을 동원하고 실행을 지원하기 위하여 각 부처, 부처급 기관, 당 기관과 함께 정부 기관, 조국전선과 중앙에 속한 성시급 인민위원회간의 조정을 지시한다. 둘째, 실행을 담당하는 것이다. 부처, 분야, 지역 및 관련 기관에 총리의 지시를 이행하도록 촉구한다. 끝으로, 전염병의 상황에 대하여 총리와 관할 당국에 매일 보고하는 것이다.

국가지도위원회는 4개의 분과별 소위원회로 더욱 체계화되었다. 부득담 위원장은 분과별 방역 소위원회, 즉 관리감독(모니터링) 소위원회, 치료 소위원회, 커뮤니케이션 소위원회, 그리고 보급(지원) 소위원회의 설립 결정(80/QĐ−BCĐQG 2020/02/07)에 서명했다. 관리감독 소위원회의 위원장은 도쑤언뚜옌 보건부차관이며, 부위원장은 호앙당니에우(Hoang Dang Nhieu) 국방부 국경수비대 부사령관, 응우옌반통(Nguyen Van Thong) 공안부 출입국관리국 부국장이다. 관리감독 소위원회에는 보건부, 문화체육관광부와 분과 소위원장의 요청에 따라 관련된 기관의 장관 및 차관이 임명한 기타 위원이 포함된다. 치료 소위원회의 위원장은 응우옌쯔엉선(Nguyen Truong Son) 보건부 차관이며, 부위원장은 응우옌쑤언끼엔(Nguyen Xuan Kien) 국방부 보급(지원) 총국 군의료국장과 르엉 웅옥쿠에 보건부 건강진단 및 치료국장이다. 치료 분과 소위원회 위원에는 보건부, 국방부, 공안부, 교통운송부와 분과 소위원장의 요청에 따라 관련된 기관의 장관 및 차관이 임명한 기타 위원이 포함된다. 특히, 치료 소위원회는 코로나19 의료 진단 지원센터 설립, 신속한 대응을 위한 모바일팀 구성, 양성 사례 치료 채널 구분, 코로나19 감염의 안전한 예방을 위한 병원 기준 구축 및 공

포 등 많은 이니셔티브를 구현했다. 이를 통해 사망률을 최소화하고 치료 시설의 교차 감염률을 제한하는 등 코로나19 사례 치료의 성공률을 높였다. 코로나19의 치료 성공에 기여하는 요소는 환자의 발생 추이에 따라 사(Commune)급, 현(District)급, 성(Province)급, 그리고 중앙(Central)급으로 구분된 4개 수준의 치료 경로를 갖춘 합리적인 치료 라인의 구분이다. 만성 질환자에서부터 장애인을 위한 지침 등 37개의 병원안전 기준을 개발했고 세계보건기구에서 권장하는 진단 및 치료 지침과 전 세계 국가의 치료의 경험을 정기적으로 업데이트했다(Bo Y Te 2020f).

커뮤니케이션 소위원회의 위원장은 응우옌마인훙(Nguyen Manh Hung) 정보통신부 장관이며, 부위원장은 응우옌타인롱 보건부 차관이다. 커뮤니케이션 소위원회 회원은 정보통신부, 문화체육관광부, 중앙선교위원회, VTV(Vietnam Television), VOV(Voice of Vietnam), VNA(Vietnam News Agency)와 분과 소위원장의 요청에 따라 관련된 기관의 장관 및 차관이 임명한 기타 위원이 포함된다. 끝으로, 보급(지원) 소위원회의 위원장은 쯔엉꾸옥끄엉(Truong Quoc Cuong) 보건부 차관이며, 부위원장은 부티마이(Vu Thi Mai) 재무부 차관과 당호앙안(Dang Hoang An) 상공부 차관이다. 보급(지원) 소위원회 위원에는 보건부, 재정부, 상공부, 국방부, 공안부, 교통운송부와 분과 소위원장의 요청에 따라 관련된 기관의 장관 및 차관이 임명한 기타 위원이 포함된다.

2. 보건의료 체계와 지방 방역지도위원회의 구성

앞서 치료 소위원회에서 강조하는 4개 수준의 치료 경로는 중앙에서부터 지방까지 조직적으로 구성된 베트남 보건의료 체계에 따른 것이다(〈그림 3-2〉 참조). 가장 상층부에는 보건부(Ministry of Health)가 위치해 있다. 보건부는 국가 보건정책을 수립하는 동시에 공공 의료시스템, 특히 의료시설(국가(중앙)병원과 외국인투자병원)과 의·약학대학, 연구소, 그리고 제약회사 등을 관리 감독하는 역할을 한다. 프랑스 식민통치 기간 동안 후에 국립병원(1894년), 호치민시

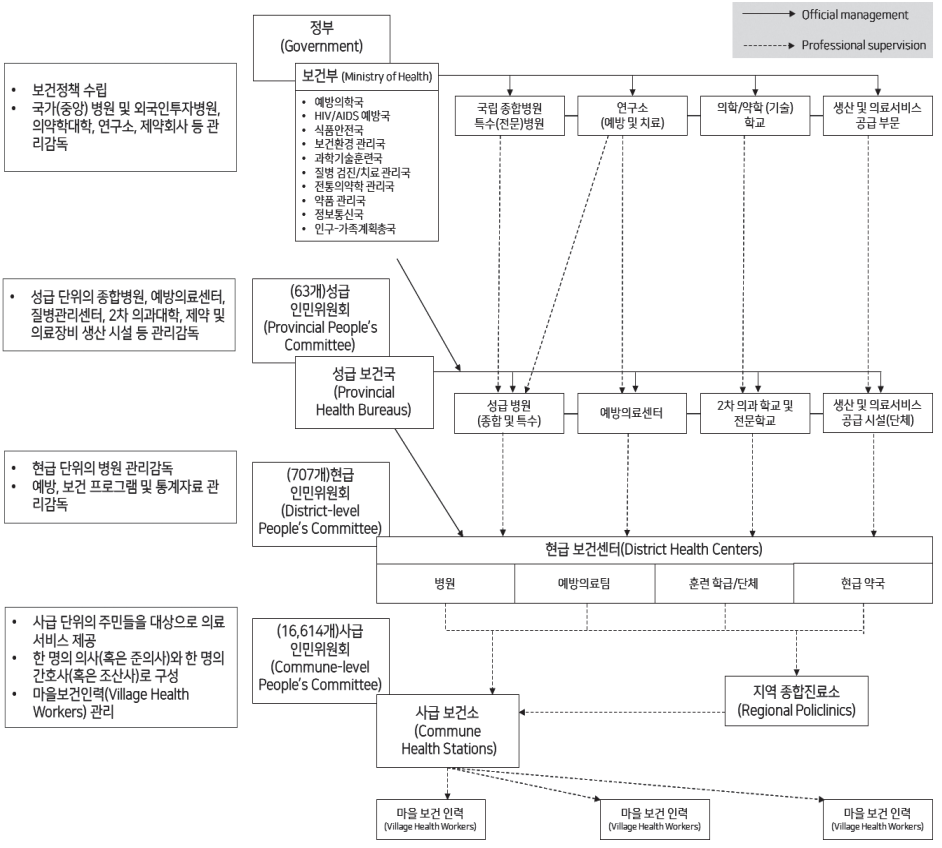
쩌러이병원(1900년), 그리고 하노이 바익마이병원(1911년) 등 다양한 근대 서양식 국립 연구소 및 병원이 설립되었다(Duy Nguyen 2020). 보건부는 10개의 부와 10개의 국 그리고 4개의 사업 조직으로 구성되어 있다. 이 가운데 예방의학국은 사무부, 전염병관리부, 비전염성질환관리부, 예방접종 및 생물학 안전부, 그리고 공중보건 및 영양부로 구성되어 있다. 그리고 질병 진단 및 치료 관리국은 사무부, 의약학병원 업무부, 간호 및 절제부, 재활 및 감식부, 건강진단 및 치료 실습 관리부, 멘토링부, 품질관리부, 간부 보호 및 보건부, 법제·감사부, 기타 사업 조직(건강 진단 및 치료 역량 개발 센터, 병원 잡지)로 구성되어 있다.

그 아래 단계에는 성급 보건국(Provincial Health Bureaus, Sở Y tế tỉnh)이 있다. 성급 보건국은 63개 성급 행정 단위에 위치한 종합병원(Provincial Hospital), 예방의료센터(Preventive Centres), 2차 의과 대학(Secondary Medical Schools), 그리고 제약 및 의료장비 생산 시설 등을 관리 감독한다. 다음으로 전국 707개 현급 행정 단위에 위치한 보건센터(District Health Centers, Trung tâm y tế huyện)는 치료활동, 예방프로그램, 보건프로그램 및 통계자료에 대한 관리감독의 책임을 지고 있다. 끝으로, 가장 하층부에 위치한 기관은 사급보건소(Commune Health Stations, Trạm y tế xã)이다. 전국 10,614개 의 각 사급 단위마나 하나씩 위치한 보건소는 약 7천명에서 9천명의 주민을 대상으로 의료서비스를 제공하고 있으며 베트남 공적의료체계에 있어서 가장 기초적이고 중요한 의료 시설이다(백용훈 2016).

베트남에서 1차 보건의료 시스템은 자치 마을(autonomous villages)과 강력한 로컬 세력(local forces)을 기반으로 한 전통 의료 시스템의 유산이며, 질병의 예방 및 통제에 있어서 중요한 역할을 담당하고 있다(Nguyen et al. 2017). 1950년대와 1960년대에 북베트남은 광범위한 사급(Commune) 보건소와 마을(Village) 보건인력 네트워크를 구축했고 1975년 재통일 이후 베트남 사회주의공화국 정부는 보건의료 서비스를 구축하고 모든 인구의 건강관리를 위하여 전국적인 보건소 네트워크에 집중하였다(Priwitzer 2012: 97). 이에 따라 북부를 중심으로

구축되어 있던 1차 의료시스템을 남부 지방으로 확장했다. 그리고 1980년대 후반 도이머이(Doi Moi, 쇄신)개혁개방 이후부터 정부는 사 단위의 마을보건소를 중심으로 예방적 보건서비스(preventive health services)를 제공하는데 집중하면서(Hoat 2008) 빈곤층과 차상위 빈곤층, 그리고 노인층의 건강지위를 개선시켜 나가고 있다(백용훈 2018).

〈그림 3-2〉 **베트남의 보건의료 체계**



출처: Hoat(2008: 39), Priwitzer(2012: 105), 백용훈(2018)을 종합하여 필자 작성.

베트남의 예방의료는 보건부와 국립영양연구소, 국립위생역학연구소(NIHE: National Institute of Hygiene and Epidemiology), 국립말라리아–기생충–곤충학 연구소(NIMPE: National Institute of Malariology, Parasitology and Entomology)를 포함한 여러 국립 연구소의 협조 하에 이루어진다. 이상과 같은 국가 기관은 성급(provincial) 수준의 예방의료센터(preventive medical centres)와 현급 수준(district-level)의 예방의료팀(preventive medical teams)의 지원을 받는다. 현급 예방보건팀의 경우 마을보건요원들(Village Health Workers)이 전염성 질병 및 비전염성 만성 질환을 추적하고 있다(Priwitzer 2012: 108).

코로나19 감염병 예방 국가지도위원회 하에 각 성, 현, 사급 방역지도위원회 역시 이상의 보건의료 체계에 따라 구성되었으며 여기에 보건, 재정, 정보통신, 군대, 공안, 그리고 기타 관련 기관의 대표가 포함되었다. 각 지방 행정단위의 방역지도위원장은 각급 인민위원회 위원장이다. 그리고 각급 의료기관이 지방 방역지도위원회의 상임기관에 해당한다.

3. 정부의 방역 리더십: 정보 소통과 전쟁 수사

중국과 유사한 정치체제를 가진 베트남은 미디어 검열과 정보 통제 측면에서 중국보다는 더 개방적이라고 알려졌지만, 2019년 1월 사이버보안법이 통과되면서 중국과 같은 정보의 검열이 있을 것으로 추측되었다. 하지만 코로나19 발병 초기 단계에서 중국의 질병 통계에 대한 의구심은 베트남 인터넷 커뮤니티에 영향을 주었고, 질병을 예방하기 위해 정확한 정보의 공유가 중요하다는 점을 베트남 정부나 시민사회가 깨닫게 되었다.

베트남 정부는 감염이 확산되는 것을 막기 위해서는 무엇보다도 국민의 인식 제고가 중요하다고 판단하였고 1월 초부터 중국에서 발생한 코로나19 관련 소식을 전국적으로 국민들에게 알렸다. 베트남의 공중보건 전문가들은 뗏 이후 베트남에도 확진자가 발생할 것으로 전망하면서, 정부가 WHO의 정보를 비롯하여 각종 국제적 정보를 파악하고 공중보건 응급운영센터와 위생·역학 연

구소의 경계 태세와 정확한 정보의 전달을 제안하였다. 그리고 베트남 정부는 코로나19 호흡기질환 감염에 관한 사이트(Trang Tin Về Dịch Bệnh Viêm Đường Hô Hấp Cấp COVID−19)를 개설하여 코로나19 발병 초기에 정부와 방역 당국 중심으로 감염 및 의심 환자의 국적, 이동 동선 등을 매일 공개하였다.

베트남 정부가 정보를 전달하는 방식은 이전의 다른 정책과는 다르게 신속하면서 시민 친화적이었다. 보건부, 정보통신부, 지방정부에 이르기까지 다양한 정보를 휴대폰 문자나 잘로(Zalo)와 같은 SNS 플랫폼을 이용해 전달하고 신속하게 업데이트했다(La 외 2020). 정부의 공식 홈페이지(chinhphu.vn)뿐만 아니라 베트남의 뚜오이쩨(Tuổi trẻ), 타잉니엔(Thanh Niên), 비엔익스프레스(Vnexpress), 껭14(Kenh14) 등과 같은 각종 뉴스 매체에서도 1월 초부터 구체적인 정보가 신속하게 공개되었다. 이러한 정보 전달은 현재까지 매일 국민에게 확진자의 수, 새로운 확진자의 정보뿐만 아니라 마스크 착용과 2m 거리 유지, 비누로 손 씻기, 세정제로 물품 소독하기, 60대 이상은 이동 자제 요청, 영양과 운동을 통한 건강 개선 등 복합적인 내용을 전달하고 있다.

〈그림 3-3〉 **껜꼬비 노래 영상**(좌)**와 안무가 꽝당의 시연 모습**(우)





출처: 구글(https://www.youtube.com/watch?v=BtulL3oArQw; https://www.youtube.com/watch?v=ctF5aMV05kM)

또한, 기초적인 방역 정보를 전달하고 의식을 개선하기 위해 창의적인 정보 전달 콘텐츠를 적극적으로 개발하고 유통하기도 하였다. 예를 들어 베트남 보건부는 코로나19 예방을 위해 노래 "겐꼬비(Ghen cô Vy, 코로나 싫어)"를 만들어 배포하였는데, 이 노래는 미국 TV토크쇼에서 방송된 이후에 세계 네티즌 사이에서 화제가 된 적도 있다. 3월 1일 미국 케이블채널 HBO "존 올리버(John Oliver) 쇼"에 소개된 노래 겐꼬비는 베트남 유명가수 민(Min)과 에릭(Eric)과 음악가 칵흥(Khac Hung) 등이 참여해 코로나 예방수칙을 재미있고 알기 쉽게 다룬 경쾌한 노래이다. 이 노래에 맞춰 안무가 꽝당(Quang Dang)이 기획한 "vũ điệu rửa tay(손 씻기 노래)"는 베트남 내 SNS에서 '챌린지' 형식으로 대중에게 인기를 얻었다.

베트남 정부의 정보 전달 과정에서 보인 또 다른 특징은 신뢰성 있는 정보를 만들기 위해 베트남의 과학계가 사실과 과학에 근거한 정보를 제공하기 위해 노력하였다는 점이다. 4월 3일, 베트남의 주요 대학교 중 하나인 국가경제대학(National Economic University)은 "COVID-19의 평가가 경제 및 정책에 미치는 영향"이라는 제목의 보고서를 발표하였다(Trường Đại học Kinh tế Quốc dân 2020/04/03). 또 다양한 과학자들이 개인 Facebook 계정에 과학적 지식에 기초한 질병 정보를 자주 업데이트하여 커뮤니티에 알리는 등 대중에게 신뢰도 있는 지식이 계속해서 제공됨으로써 각종 루머와 음모 이론에 대응하도록 도움을 줬다(Cohen 2020). 존스 홉킨스 대학교(Johns Hopkins University) 부교수인 쩐 쑤언바익(Tran Xuan Bach)의 페이스북 게시물 조회 수가 13,000건 이상일 정도로 대중에게 높은 관심을 받았다.[1]

과학적 발전이라는 면에서도 의미 있는 성과가 있었다. 군의학연구소(Military Medical Academy)와 비엣아 회사(Viet A Technology Joint Stock Company)가 공동으로 개발한 베트남의 코로나19 테스트 키트는 단 1시간 안에 감염 여부를 진단할 수 있다. WHO 및 미국 질병 통제 및 예방 표준 센터가 기준에 충족

1 https://www.facebook.com/biti84

된다고 발표한 이후 20개국에서 이 키트 제품을 구매하기 위해 협상이 진행되었다(Nhân Dân 2020/03/17). 이 외에도 3월 3일에 베트남과학기술아카데미는 공식적으로 SARS-CoV-2 바이러스 진단키트의 성공적인 제조를 발표하였고, 이외에도 하노이 과학기술대학 등과 같은 기관이 보다 빨리 진단할 수 있는 키트를 개발하는 프로젝트를 진행하였다. 특히 베트남에서 개발된 진단키트를 활용한다는 점에서 베트남 시민은 과학적 자부심이 생겨났다. 이러한 과학적 자부심과 더불어 정부의 과학적 정보에 기초한 소통이 코로나19에 따른 혼란을 해소하고 정부와 시민이 공동으로 코로나19에 대처하는 데 영향을 준 것이다.

활발한 정보 소통과 더불어 베트남 정부와 시민이 공동으로 코로나19에 대응할 수 있었던 데에는 베트남 역사에서 형성된 국가를 위한 '전쟁 수사'가 중요한 요인 중 하나로 작용했다. 국가를 위하는 마음과 국가를 위한 저항정신은 식민주의, 베트남 전쟁, SARS와 코로나19에 이르기까지 '성공적인' 역사를 만들어왔다. 통일성을 강조하는 사회 시스템에서 국민의 협동과 집단노력이 비롯되는 현상은 코로나19를 대응하는 과정에서도 드러났다. 식민지를 벗어나게 하고, 통일을 이뤄내고, 도이머이 이후 누구보다 빠른 경제성장을 가져온 중요한 동력으로 평가받는 베트남의 민족적 결사가 코로나19 대응에서도 힘을 발휘한 것이다.

응우옌쑤언푹 총리는 "모든 사업, 모든 시민, 모든 지역은 전염병을 예방하기 위한 요새가 되어야한다"(Tina Ngo 2020/04/06)라고 말하였다. 그러면서 그는 '전쟁'이라는 말을 강조하였는데, 이 말은 고난의 베트남 역사에서 늘 등장하던 수사로 사용되었다. 실제로 정부의 알림 문자에서도 "모든 시민은 전염병 예방 전선에 서 있는 군인(Mỗi người dân là một chiến sỹ trên mặt trận phòng chống dịch bệnh)"이라는 문장(〈그림 3-4〉 참조)을 사용하면서 베트남 국민에게 국가적 위기 상황이라는 점을 주지시켰다. 일방향적으로 국가가 원하는 방향으로만 생각하게 하는 것이 아니라 스스로 건강과 국가의 위기를 해결하기 위해 노력해야 함을 느끼고 심각한 상황임을 공감하게 되는 것이다.

〈그림 3–4〉 **호치민시 보건국 포스터**



[원본 URL] http://tytphuonganphu.medinet.gov.vn/phong-chong-cac-benh-truyen-nhiem/moi-nguoi-dan-la-mot-chien-si-phong-chong-dich-cmobile9396-26744.aspx

출처: Tram Y Te Phuong An Phu

〈그림 3–5〉 **히엡(Hiep)의 포스터**



[원본 URL] https://www.theguardian.com/global-development/2020/apr/09/in-a-war-we-draw-vietnams-artists-join-fight-against-covid-19

출처: The Guardian 2020/04/09

〈그림 3–5〉의 프로파간다는 코로나19와 관련된 실용적 목적을 지닌 예술적 결과물 중 하나인데, 예전부터 활용되어왔던 공산주의 정보부에서 전략적으로 만들어져 온 고풍스러운 선전 미학이기도 하다. 이외에도 르우옌테(Luu Yen The) 작가도 마스크 착용을 권장하는 선전 포스터를 만들어 대중에게 배포하기도 하였다. 베트남의 선전 포스터는 국가의 재결합과 사회주의 구축에 초점을 두던 1970년대부터 꾸준히 활용되고 있는 형태이며, 현재는 베트남 젊은이와 관광객에게 하나의 예술적 상품으로 받아들여진다. 히엡(Hiep) 작가가 제작한 포스터("집에 머무는 것이 나라를 사랑하는 것") 역시 베트남인에게 친숙한 선전

스타일을 선택하여 자연스럽게 전쟁 시대의 정서와 애국심을 자극하였다. 게다가 상당수의 '선전미술' 작가들이 자발적으로 이러한 작품을 내놓았다는 점에서 의미가 있다. 이같이 코로나19와 관련된 내용을 담은 베트남의 프로파간다는 베트남인에게 익숙한 선전방식으로 향수에 젖을 수 있는 여유와 빠른 전달력이 특징이다. 코로나19를 '전쟁'과 비유하는 정부의 수사와 자연스럽게 연결되면서 베트남 시민의 방역과 예방 의식에 영향을 미쳤을 것이다. 베트남 내 연구와 언론 보도를 종합하면, 코로나19와 관련된 정보의 생산 및 공개는 앱, SNS, 포스터, 춤, 유튜브 등 다양한 방식으로 이뤄졌다. 정부가 리더십을 발휘하고 시민 친화적인 소통방식으로 코로나19를 잘 통제하면 할수록 시민의 적극적인 동의를 불러왔다.

베트남 정부의 코로나19 대응 경험은 감염병 관련 대응체계를 재편하는 결과를 낳기도 하였다. 7월 발생한 2차 파동에서는 초기에 국가적으로 대응했었던 1차 확진자 발생했던 것과는 다르게 지자체 정부 수준에서 대응하는 방식도 도입되었다. 지역감염자가 더 나타나지 않는 상황 동안 중앙정부와 지방정부는 유기적으로 연계하여 지방정부의 대응능력을 강화하였다. 2차 파동이 빠르게 진정되었다는 점을 통해 대응법이 이미 규칙화되어 적용되고 있음을 알 수 있다. 검사 샘플 역시 예민하고 헷갈리지 않는 상황에서는 성 정부 차원으로 검사하고 대처하는 방식으로 바뀐 것이다. 예를 들어 하노이에서 확진자가 발생하면 해당 자치구나 군의 학교, 유치원 등의 생활 인프라의 일시 휴교 등은 해당 구가 알아서 정하게 하는 등 정부에서 일방적으로 전달하는 것이 아니라, 시의 자치구 또는 성 정부 차원에서 이동 제한을 요청하는 등 자체적 능력을 습득하게 되었다.

이처럼 코로나19를 대응하는 베트남 정부의 태도와 역량이 점차 달라지고 있다. 민주주의와 권위주의의 대립보다 민주주의의 질 혹은 좋은 민주주의에 대한 논의로의 진전처럼(김비환 2012: 34) 코로나19 대응에서 나타난 베트남 정부의 리더십은 일당적 권위주의가 확대되는 것으로만 볼 것이 아니라 베트남이라는 국가의 역량에 어떠한 변화를 주었는지도 판단해야 한다. 게다가 극단

적인 국경 봉쇄 상황 속에서 주요 경제 관계를 맺고 있는 국가들과 물류를 계속 유통하고 있었다는 점과 코로나19 감염병과 관련한 국가적 마찰이 있을 때조차 경제교류를 우선하고 있었다는 점에서 코로나19 대응에서 베트남의 역량과 리더십은 중요한 역할을 하고 있었다.

Ⅲ. 감시, 진단, 접촉 추적, 격리 방식, 그리고 봉쇄

1. 감시 체계와 자발적 감시

제도적으로 베트남은 미국 질병통제예방센터(CDC: Centers for Disease Control and Prevention)와 협력하여 2016년에 4개의 성급(provincial) 행정 단위에서 "사건 기반 감시(Event-Based Surveillance) 프로그램"을 시범 운영했고 긍정적인 결과를 바탕으로 2018년 전국적으로 확대했다. 사건 기반 감시란 교사, 약사, 종교 지도자, 지역사회 지도자, 그리고 전통의학치료사를 포함한 대중 구성원이 공중보건 사건을 보고할 수 있도록 하는 것이다. 이 프로그램의 목표는 유사한 증상을 보이는 사람들의 집단(clusters)을 식별하여 비정상적인 사태를 탐지하고 어떠한 종류의 질병이 원인인지 파악하기 전에 미리 확인하기 위한 것이다(US CDC 2019/04/30).

이상의 사건 기반 감시 프로그램에 더하여 3월 10일 보건부가 모비폰(MobiFone)과 협력하여 출시한 NCOVI는 "이웃 감시 시스템(Neighborhood Watch System)"이 가능하도록 하는 데 기여했다. 이를 통해 시민들에 의한 접촉 추적이 가능했고 질병 전파 속도를 늦추는 데 도움이 되었다. NCOVI는 감지된 사례 및 감염 집단의 지도가 포함되어 있으며, 사용자가 자신의 건강 상태를 선언하고 의심되는 사례를 보고하며 격리된 사람들의 실시간 이동을 확인할 수 있다(Nortajuddin 2020).

감시 문화는 앞서 언급한 프로파간다의 역할만큼 코로나19 대응에 많은 영

향을 미쳤다. 베트남에서 나타난 민간차원의 자발적 감시 체제는 자유와 개방성이 보장된 국가와 사회에서는 익숙하지 않겠지만, 코로나19 상황에서는 방역의 최전선으로서 역할을 했다. '감시'는 초기 조치와 지역사회 전염을 효과적으로 억제할 수 있었던 세밀한 '접촉 추적'과 관련되어 있다. 63개 성 정부에 CDC(질병통제센터), 700개 이상의 지구 수준의 CDC, 그리고 11,000개 이상의 보건소가 체계적으로 코로나19 접촉 상황을 추적하였다. 접촉자와 동선은 공공연하게 공개되는데, 직접적인 범위를 포함해 상당히 넓은 수준까지 접촉 범위가 공개되었다(CNN 2020/05/30).

과학 저널리즘에 기초한 정보 접근과 더불어, 시민이 공유하고 있는 강한 공권력 이미지와 국가의 강력한 통제는 수많은 사람이 격리되고 일상이 제한되는 어려움에도 시민 스스로 국가의 대응을 긍정적으로 평가하는 데 영향을 미쳤다. 코로나19 확진자가 줄어들고, 사망자가 나타나지 않는 객관적 사실은 국가를 위한 민족적 수사와 민간 감시 체계를 건강과 안전이라는 측면에서 긍정적으로 인식하도록 만들었다. 이러한 과정에서 일반 시민을 향한 공공연한 감시가 용인되어 오히려 국민의 합의 속에서 베트남 정부의 권위주의적 힘이 강화되는 현상이 나타나기도 한 것이다.

2. 포괄적이고 반복적인 진단 검사

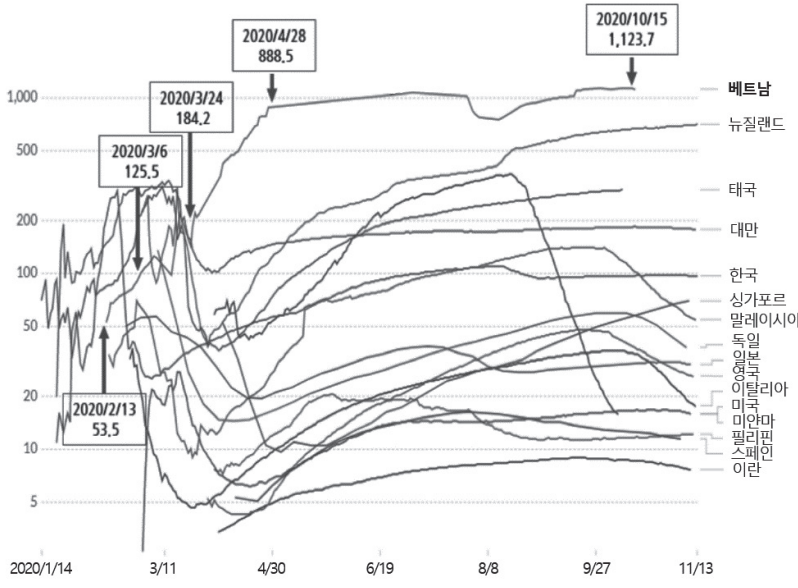
베트남의 1인당 검사 수는 전 세계 다른 국가들에 비해 상대적으로 낮은 수준이다. Our World in Data 자료에 따르면, 베트남에서 1,000명 당 검사 수는 2020년 3월 23일 기준 0.02였고 4월 29일 기준 0.11이다. 4월 29일 기준 전 세계 89개국의 평균은 0.51이다. 아랍에미리트연합이 2.59로 가장 높았고 덴마크가 2.46, 미국이 0.67, 싱가포르가 0.47, 말레이시아가 0.18, 한국이 0.11, 일본이 0.06, 대만이 0.03, 인도네시아가 0.01 수준이다.

하지만, 확진 사례에 대한 검사 수는 세계의 다른 어떤 국가보다 월등히 높다. 앞서 코로나19 확산 추이에서 확인했듯이 2월 중순 이후 신규 확진 사례가

없었던 베트남에서는 3월 6일 이후부터 감염 사례가 발견되기 시작했다. Our World in Data 자료에 따르면, 2020년 3월 6일 기준 베트남의 확진 사례별 총 검사 수는 125.5로 대만, 뉴질랜드, 태국 등 방역 모범국에 해당하는 국가들과 비교해볼 때 낮은 수준이지만 4월 1일과 4월 15일에 각각 318.2와 507.2를 기록한 후 4월 28일애는 888.5로 급격히 증가했다.

특히, 4월 15일 이후 베트남에서는 국내감염이 발생하지 않았음에도 불구하고 확진 사례에 대한 검사 수는 다른 국가들과 비교해볼 때 월등히 높은 수준이다. 즉, 확진자를 중심으로 접촉자를 추적하는 진단 검사를 상당히 포괄적으로 실시했다는 것을 확인할 수 있다. 의심되는 사례를 검사하고 재검사했으며 여러 번 음성 판정을 받은 사람들만 점차 격리 대상에서 해제되었다. 그리고 바이러스에 노출되었을 가능성이 있는 격리되지 않은 집단에 대해서도 여러 차례 진단 검사가 이루어졌다(Vu et al. 2020).

〈그림 3-6〉 **베트남 확진 사례별 총 검사 수**(2020/1/14~11/13)



출처: Our World in Data "Total COVID-19 tests for each confirmed case." (검색일: 2020.9.3.)

포괄적이고 반복적인 진단 검사가 가능했던 이유는 첫째, 진단 검사를 위한 키트가 충분히 공급되었고 둘째, 전국에서 진단 검사가 가능했기 때문이다. 1월 말에 베트남 과학기술부는 진단 검사 개발을 장려하기 위하여 바이러스 학자들과 회의를 주최했다. 2월 초부터 베트남의 공적 자금을 지원받은 기관들은 국방부와 국립위생역학연구소(NIHE)가 검증한 진단 키트를 개발했다.

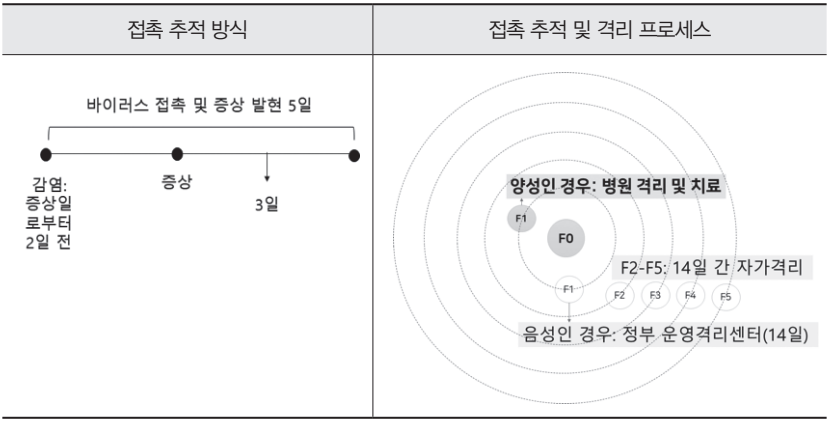
이후 비엣아(Viet A)와 타이즈엉(Thai Duong)과 같은 민간 기업 역시 진단 키트를 제조했다(Bo Y Te Benh Vien Bach Mai 2020a; Pollack et al. 2020). 비엣아 기업은 베트남 국영 군사의과대학 연구원들과 함께 진단 검사 키트를 설계했고 정부는 이 키트를 대량 생산할 수 있도록 민간 기업에 라이센스 권한을 넘겨주었다(Vu et al. 2020). 그리고 사오타이즈엉(Sao Thai Duong)과 메디콘(Medicon) 등의 기업들은 저렴한 비용으로 항원을 찾을 수 있는 빠른 검사 키트를 연구한 바 있다(Bo Y Te 2020e).

코로나19 사태 초기에 바이러스 진단 테스트는 중앙위생역학연구소, 호치민시 파스퇴르연구소, 냐짱 파스퇴르연구소의 실험실에서 실시됐다. 보건부 질병진단치료국은 신종코로나바이러스 검사가 확인 가능한 25개 병원을 보건부 지도부가 승인할 것을 강력하게 제안했고 이러한 작업은 감염병의 조기 확산 차단에 기여했다. 보건부는 2월 25일에 전국에 코로나19를 검사할 수 있는 약 30개의 실험실과 병원 등의 기관이 있다고 밝혔고(Bo Y Te 2020a), 이후 4월 29일 기준 51개, 6월 5일 기준 65개 그리고 8월 24일 기준 71개로 증가했다. 이로 인하여 코로나19 검사 시간 역시 4일에서 24시간으로 단축되었고, 7월 초 기준 진단 검사 결과를 확인하는데 소요되는 시간은 샘플 접수 시점에서부터 5시간 이내인 경우도 있었다(Bo Y Te 2020c). 1인당 검사가 상대적으로 낮음에도 불구하고, 세계의 다른 어떤 국가보다 확진자 당 검사를 더 많이 수행할 수 있었던 이유들 중 하나다.

3. 접촉 추적, 격리 방식 그리고 봉쇄

접촉 추적(contact tracing)과 격리(quarantine)는 전파차단(containment)의 핵심이다. 1차 유행부터 감시와 진단 검사의 확대는 철저한 접촉 추적 프로그램과 수만 명의 검역과 함께 진행되었다. 지역사회 전파가 감지되었을 때 정부는 연락 추적, 공동체(commune) 수준의 폐쇄, 그리고 광범위한 진단 검사를 통해서 신속하게 대응하여 누락된 사례가 없는지 확인했다. 〈그림 3-7〉과 같이 감염된 사람(F0)으로부터 F1(F0과 밀접하게 접촉했거나 감염된 것으로 의심되는 사람), F2(F1과의 밀접 접촉), 그리고 F5까지 접촉 정도를 추적한다. 바이러스 감염원을 추적하는 방식은 다음과 같다. 바이러스의 접촉과 증상이 발현되기까지의 잠복기는 평균 5일이다. 감염은 증상 2일 전에 시작된다. 따라서 3일의 시간 내에 접촉자를 찾고 격리를 해야 한다는 계산 하에 빠르게 움직이고 접촉 추적 조직을 동원하며, 위치를 파악하는 것이 중요하다는 계산 하에 움직인다(Pollack et al. 2020).

〈그림 3-7〉 **베트남의 바이러스 접촉 추적 방식과 격리 프로세스**



출처: Pollack et al(2020)의 내용을 기반으로 필자 직접 작성.

베트남의 접근 방식에서 주목을 받는 점 중 하나는 증상이 나타나는가의 여

부가 아니라 감염의 역학적 위험도(확인된 사례와 접촉했거나 코로나19 영향을 받은 국가로 여행한 경우)를 기반으로 의심되는 사례를 식별하고 격리했다는 점이다. 사스(SARS)의 경우 증상이 시작된 후에만 감염되기 때문에 증상이 있는 사람들을 식별하고 격리하는 전략이 효과적이었다. 하지만, 코로나19 바이러스는 증상이 시작되기 전이나 무증상인 경우에도 감염이 발생할 수 있기 때문에 사스 사태 당시의 전략은 적절하지 않았다(Pham et al. 2020b). 즉, 사스 시기와 다른 추적과 진단 방식이 초기 단계에서 바이러스의 지역사회 전파를 제한하는데 핵심적으로 기여했을 수 있다.

프로세스는 다음과 같다. 확진 사례(F0)가 확인되면, 보건 전문가, 보안 요원, 군대, 그리고 기타 공무원의 지원을 받아 지역 공중보건 공무원들이 환자와 협력하여 지난 14일 간 누구와 접촉하고 감염될 가능성이 있었는가를 확인한다. 확인된 사례에서 약 2미터 이내에 있거나 30분 이상 장기간 접촉한 사람으로 정의된 모든 밀접 접촉자(F1)는 이 프로세스에 의해 식별되고 진단 검사를 실시한다. F1이 바이러스에서 양성인 경우 병원에 격리된다. 모든 코로나19 환자는 증상에 관계없이 베트남에서 무료로 입원한다. F1이 음성이면 정부가 운영하는 격리센터에서 14일 동안 격리된다. 그리고 F2 이상의 단계에 해당하는 밀접접촉자들은 14일 동안 집에서 자가 격리된다.

Ⅳ. 사회의 대응 및 문화적 요인

코로나19 대응 양상과 실천에서 드러나는 베트남 사람들의 문화적 특성은 공동체를 위한 개인의 노력과 희생, 체면(thể diện), 이웃과의 조화 유지 등이다. 베트남은 유교문화의 공동체 지향을 실천한다. 베트남에는 “왕의 법도도 마을의 관습을 이기지 못한다”(phép vua thua lệ làng)라는 속담이 있다. 즉, 사람들은 그들과 가까운 공동체의 규범을 준수하기를 기대한다는 의미다. 따라서 이웃의 규칙을 어기는 것을 꺼리고 코로나19 격리 기간 동안 사회적 거리두기의 규

칙을 이행해야 할 때 해당 구성원들은 잘 따르려고 노력한다. 만약 그러한 규칙을 위반하는 경우 부드러운 알림에서부터 경고, 그리고 이웃 주민으로 구성된 위원회에 보고하는 등 다양한 채널로 알려지게 된다.

다음으로 체면 역시 베트남 사람들의 중요한 문화 가치에 해당한다. 베트남 사회에서 체면을 잃는다는 것은 다른 사람들로부터 자신의 명성과 존경을 잃는다는 것을 뜻한다. 코로나19 시기에 법을 위반한 사람들에 대한 처벌 중 하나는 TV, 지역 신문, 라디오 등의 언론 매체에 이름과 신상 정보를 공개했다는 것이다. 그리고 자신의 잘못에 대해 추가 처벌을 받기 위해 직장이나 학교에 보고되는 예도 있었다. 따라서 베트남 사람들은 자신과 가족의 체면을 유지하기 위해서 공개적인 수치심을 피하려고 노력했고, 이 규칙을 따르는 사람들은 영웅으로 칭찬을 받았다(Pham et al. 2020a).

또한 베트남 사람들은 이웃과의 조화를 유지하려고 노력하는 경향이 강하다. 사람들은 필요할 때 의지할 수 있는 주변 사람들을 신뢰한다. "멀리 사는 형제도 옆집 이웃만큼 당신을 도울 수 없다"(Bán anh em xa mua láng giềng gần) 혹은 "어두울 때 이웃이 서로 함께한다"(Hàng xóm tối lửa tắt đèn có nhau)라는 속담이 있다. 즉, 베트남 사람들은 가까운 지역 사회에 의존한다는 믿음을 반영하는 것이다. 뿐만 아니라 베트남 사람들은 가족에게 큰 중요성을 부여한다. 사람들은 자기 자신보다는 가족을 우선시하고, 사회 전체의 조화는 각 가정에 달려있다고 생각한다. 가족 구성원들 사이에서 순종, 절제, 그리고 자기 억제는 매우 중요한 가치에 해당한다(Earl 2020; Nguyen 2020; Pham 2020; Pollack et al. 2020).

이상의 문화적 가치와 특성들은 구체적인 사례 연구와 인터뷰 조사를 통해 확인된 바 있다. 한 연구에서는 베트남 사람들이 전쟁과 자연재해를 통해 여러 세대의 예기치 못한 죽음을 직·간접적으로 목격했기 때문에 위기 상황에 직면했을 경우 자신과 지역사회의 삶을 보호하기 위해 신속히 대응하고 용기를 가지고 행동한다는 점을 항상 유념하고 있다고 설명한다(Phan Thuong 2020). 또 다른 연구에서는 일상적인 시기에 오토바이를 이용하여 사람들이 대부분 집

밖에서 시간을 보내던 외향적인 도시, 하노이에서 사람들은 정부의 지시를 신속하게 따를 수 있었던 이유 중 하나로 두려움(fear)이라고 설명한다. 병원에 가는 것에 대한 두려움, 사회적 관계망(social network)을 통한 소문과 차별적 인식에 대한 두려움 등이다(Nguyen 2020).

Ⅴ. 백신 접종 및 개발 상황

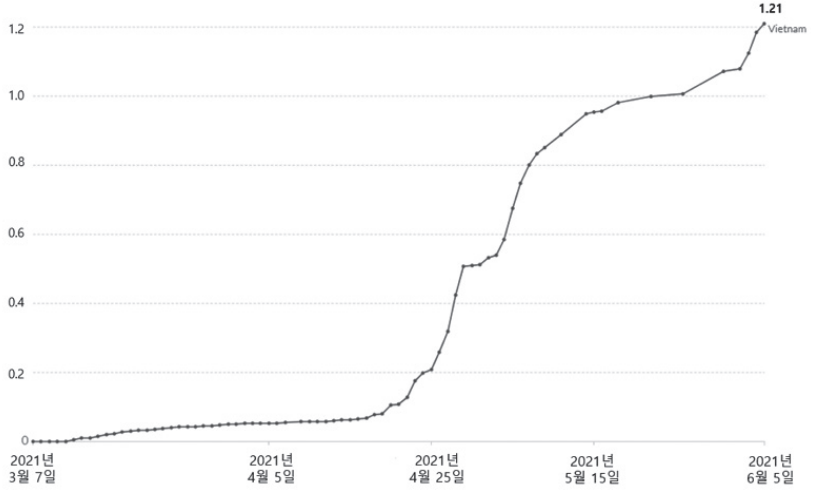
2021년 6월 5일 기준 베트남에서 1회 이상 백신 접종자 수는 약 121만 명이다(〈그림 3-8〉 참조). 베트남에서 백신의 1차 배포는 19개 성/시에 거주하는 약 5만 명을 대상으로 이루어졌다. 3월 초부터 하노이, 하이즈엉, 하이퐁, 호아빙, 흥옌, 하장, 디엔비엔, 호치민시 떠이닝에서 1차 접종이 먼저 시작됐고, 박닝, 다낭, 카잉호아, 자라이, 바리아붕따우, 빙즈엉, 롱안, 꽝닝, 동탑, 박장의 지역에서 그 다음으로 진행됐다. 즉, 경제활동 지역을 우선으로 백신 접종이 시작됐다. 이후 4월 7일 보건부는 백신 2차 배포에 관한 결정(No. 1821/QD-BYT)을 발표했다. 코박스(COVAX)가 후원하는 아스트라제네카(Astra Zeneca)의 물량 811,200개이며 10개 우선 대상(교사, 수도, 전기 서비스 공급과 같은 필수 서비스 종사자, 항공사 직원, 행정 직원 등)을 중심으로 접종이 진행됐다(Bo Y Te 2021b).

보건부의 결정에 따르면, 국립 위생 역학 연구소는 국가 및 지역 예방 접종 프로젝트의 규정에 따라 코로나19 백신 접종 시행을 위하여 품질 검사, 보관, 그리고 백신을 지방 및 시설로 즉시 운송하기 위한 샘플 수취 및 발송 영역을 확대한다. 성시급 보건국(Sở Y tế các tỉnh, thành phố)은 각 행정 단위에서 규정에 따라 백신 접종 및 보관 그리고 각 대상에 대해 백신 접종이 즉시 이루어지도록 지도한다. 2차 백신 접종은 5월 15일 이전에 완료되도록 한다(1차 접종을 받은 사람은 1차 접종일로부터 4주 이후에 2차 접종을 한다). 예방접종 결과는 보건부(예방의학국), 위생역학연구소, 파스퇴르 연구소에 보고된다. 국방부와 공안부는 중앙 및 지방군으로 구성된 관리 당국에 따라 대

상자를 위한 예방 접종을 접수받고 백신 접종을 실시한다(Bo Y Te 2021b).

〈그림 3-8〉 **베트남 1회 이상 백신 접종자 수**

(단위: 백만 명)



출처: Our World in Data를 기반으로 필자 작성.

한편 베트남은 자국에서 코로나19 백신 생산을 추진 중이다. 보건부는 2021년 감염병 방역과 사회경제발전에 대한 요구를 단계적으로 충족시키고 2022년부터 충분한 백신을 보장하는 목표를 제시했다. 전국적으로 4개의 제조사가 서로 다른 기술적 접근 방식으로 코로나19 백신을 연구하고 있다. 바비오테크(VABIOTECH: Công ty TNHH MTV vắc xin và sinh phẩm số 1)는 바큐로바이러스(Baculovirus) 세포 발현 시스템을 이용한다. IVAC(Viện Vắc xin và sinh phẩm Nha Trang)는 계절 독감 백신을 생산하기 위해 사용하는 기술과 유사한 달걀 배아 세포 기반의 생산 기술을 사용한다. 나노젠(Nanogen: Công ty Cổ phần Công nghệ sinh học Dược Nanogen)은 2개의 코로나19 백신 후보를 개발하고 있다. 하나는 S-단백질 소단위제(sub-unit)를 표적으로 하는 백신이고 다른 하나는 재조합

단백질 기술을 사용하는 VLP(바이러스 유사 입자) 기반의 백신 항원 제조 방법이다. 폴리박(홍역 백신 제조업체, POLYVAC: Trung tâm Nghiên cứu, sản xuất vắc xin và sinh phẩm y tế)은 홍역 바이러스에 SARS-CoV-2 설정 기술을 사용한다. 각 제조업체는 임상 시험의 초기 단계를 완료하기 위해 연구 속도를 높이고 있다(Bo Y Te 2021a).

Ⅵ. 결론

2000년 이후 과학기술의 발전으로 인하여 인구 증가와 함께 이동 속도 역시 빨라졌고, 신종바이러스의 출현과 전염병 유행의 주기가 더욱 빈번해지고 있다. 2003년 발발한 사스(SARS)의 경우 베트남에서는 63명의 감염과 5명의 사망 사례가 보고되었고 이외에도 조류독감(H5N1), 신종인플루엔자A(H1N1), 지카(Zika) 바이러스, 그리고 최근 아프리카 돼지 열병까지 경험하며 감염병에 대한 대응전략을 발전시켜왔다. 그동안의 감염병 발생 역사적 경험을 고려해볼 때 경제 및 보건의료 수준이 제한된 상황에서 선제적이고 치밀한 전략은 불가피한 선택이었음을 충분히 이해할 수 있다.

이러한 전략은 결과적으로 긍정적이었다. 비록 변이 바이러스로 인한 4차 유행이 심각한 양상으로 전개되고 있지만 3차 유행까지 경제적 피해는 최소화했고 국가 지도부와 국민은 통합과 단결력을 보여주며 성공적으로 대응했다. 국민들은 방역 수칙을 잘 준수하면서도 국가 규율에 적극적이고 능동적으로 참여했다. 베트남의 코로나19 대응에서 이룬 주요 성과는 다음과 같다. 첫째, 정부가 신속하고 선제적인 방역 정책을 펼쳤다. 둘째, 정부는 방역과 관련된 규율을 전쟁의 수사와 같은 적절한 메시지를 통해서 국민들에게 내면화시키는 데에 성공했다. 셋째, 국민들 개개인의 방역에 대한 인식은 사회적으로 확산되며 적극적인 참여로 이어졌고, 결국 국가의 방역정책은 성공적이었다. 다시 말하면 국가적 규율에 대한 전 국민적 동의와 사회적 참여가 이루어졌다는 것이다.

베트남 정부는 자체적으로 만들어 내는 정보를 지역사회에 전달하고 신뢰를 구축하기 위한 준비를 꾸준히 해오고 있다고 평가받는다. 정부의 투명성에 대한 국민의 인식이 느리기는 하지만 개선되고 있다. 정부 문서의 투명성에 대한 '지방성 거버넌스와 공공행정 수행지수'(PAPI: Provincial Governance and Public Administration Performance Index) 점수가 오르고 있다는 점이 이를 방증한다. 투명성을 위한 이러한 정부의 노력은 코로나19에 대한 정부 보고와 관련하여 등장하였던 회의론을 완화하였다(Trang Nguyen and Edmund Malesky 2020/05/20). 그리고 베트남 사람들은 감시 그리고 사회적 격리와 봉쇄를 당하면서도 바이러스를 극복해낼 수 있다는 희망과 정부의 대처에 대한 신뢰를 가지고 있었다. 영국 여론조사기관인 YouGov가 실시한 코로나19 사태의 정부 대처 인식에 관한 조사 결과에 따르면, 세계 26개국 중 베트남이 가장 높은 수준(11월 23일 기준 베트남 92%)으로 나타났다(YouGov 2020).

베트남의 사례는 엄격한 수준의 폐쇄와 통제, 격리, 진단 테스트가 방역에 효과적일 수 있겠지만 단순히 국가의 방역 역량 강화만이 답이 아니라는 것을 보여준다. 국가 지도자의 메시지를 국민이 받아들이는 내면화와 자발적 참여를 이끌어낼 수 있는 기제가 필요하다. 이러한 전략은 국가의 동원자원과 역량, 그리고 사회적 맥락의 차이로 인해 모든 국가에서 동일한 반응으로 나타나지 않을 것이다. 효과적인 방역을 위해서는 국가 규율이 사회적으로 확산되는 메커니즘이 작동해야 한다. 결국 어떠한 규율을 강하게 제시하는가가 아니라 해당 국가(혹은 사회)에 적합한 규율을 어떻게 작동시켰는가에 따라 그 효과는 달라질 수 있다.

참고문헌

백용훈. 2016. “제도의 성과와 사회적 배태성: 베트남 북부 남러이와 남부 미호아 마을 보건소 비교 연구.”『동아연구』35(1): 229–282.

_____. 2018. “보편적 건강보장을 향한 노정: 베트남 보건의료 부문의 역사·문화적 맥락을 중심으로.”『동남아시아연구』28 (1): 173–218.

_____. 2020a. “베트남의 코로나19 대응과 한국–베트남 관계 격상을 위한 제언.”『웹진 서강동연』03: 1–14.

_____. 2020b. “베트남의 코로나19 대응: 감염병 위기관리체계를 중심으로.”『동남아시아연구』30(4): 49–103.

베트남 보건부(Trang Tin Về Dịch Bệnh Viêm Đường Hô Hấp Cấp COVID–19). https://ncov.moh.gov.vn/ (검색일: 2021.06.07.)

전제성. 2020. “코로나19와 동남아시아: 특집 기획 서설.”『동남아시아연구』30(3): 1–19.

양창원·백용훈. 2021. “코로나19 대응에 왜 베트남은 성공하고 필리핀은 실패했는가: 규율 메커니즘의 비교분석.”『동아연구』40(1): 319–374.

육수현. 2020. “‘전쟁 같은’ 베트남의 코로나19 대응: 극단적이면서 합리적인.”『동남아시아연구』30(3): 55–98.

푸코, 미셸. 오생근 옮김. 2003[1975].『감시와 처벌: 감옥의 역사』. 서울: 나남.

Barnes, Oliver and Bui Thu. 2020. “Patient 91: How Vietnam Saved a British Pilot and Kept a Clean Covid–19 Sheet.” *BBC News*. June 27.

BBC. 2021. “Bà Phạm Chi Lan: Ưu tiên số một ở VN phải là tăng tốc tiêm chủng Covid.” May 31. (검색일: 2021.06.06.)

Bo Y Te. 2020a. “Các Phòng Xét Nghiệm Việt Nam có thể Xét Nghiệm COVID–19.” February 24. http://vncdc.gov.vn/vi/phong–chong– dich–benh–viem–phoi–cap–ncov/11871/cac–phong–xet–nghiem–viet–nam–co–the–xet–nghiem–

covid-19 (검색일: 2021.05.31.)

_____. 2020b. "Thủ Tướng Chỉ Thị: Cách Ly Toàn Xã Hội từ 0 giờ 1/4 trên Phạm Vi Toàn Quốc." March 31. https://moh.gov.vn/hoat-dong-cua-lanh-dao-bo/-/asset_publisher/TW6LTp1ZtwaN/content/thu-tuong-chi-thi-cach-ly-toan-xa-hoi-tu-0-gio-1-4-tren-pham-vi-toan-quoc (검색일: 2021.05.07.)

_____. 2020c. "Xét nghiệm COVID-19: Chậm Một Giây Làm Xét Nghiệm, Cả Nước Lo Âu." July 07. https://ncov.moh.gov.vn/-/ xet-nghiem-covid-19-cham-mot-giay-lam-xet-nghiem-ca-nuoc-lo-au (검색일: 2021.05.08.)

_____. 2020d. "Dịch COVID-19 ở Đà Nẵng: Nhận Định qua Phân Tích Dữ Liệu." July 31. https://moh.gov.vn/hoat-dong-cua-lanh- dao-bo/-/asset_publisher/TW6LTp1ZtwaN/content/dich-covid-19-o-a-nang-nhan-inh-qua-phan-tich-du-lieu (검색일: 2021.05.02.)

_____. 2020e. "Bộ Y tế sẽ Đặt Hàng DN Tổ Chức Xét Nghiệm tại Sân Bay." September 9. https://ncov.moh.gov.vn/en/-/6847912-8 (검색일: 2021.05.09.)

_____. 2020f. "Tỷ Lệ Điều Trị Khỏi COVID-19 ở Nước Ta trên 96%." November 07. https://ncov.moh.gov.vn/web/guest/-/6847912-31 (검색일: 2021.05.17.)

_____. 2021a. "3 tuần tới, Việt Nam sẽ có thêm hơn 811.000 liều vắc xin COVID-19 từ COVAX Facility." March 25. https://moh.gov.vn/tin-noi-bat/-/asset_publisher/3Yst7YhbkA5j/content/3-tuan-toi-viet-nam-se-co-them-hon-811-000-lieu-vac-xin-covid-19-tu-covax-facility (검색일: 2021.05.17.)

_____. 2021b. "Gần 50.000 người Việt Nam đã được tiêm vaccine COVID-19." April 1. https://ncov.moh.gov.vn/web/guest/-/6847426-2260 (검색일: 2021.05.17.)

_____. 2021c. "Thủ tướng: Chấn chỉnh việc áp dụng biện pháp phòng dịch cứng nhắc, ảnh hưởng sản xuất kinh doanh." June 5. https://ncov.moh.gov.vn/web/guest/-/6847912-234 (검색일: 2021.06.06.)

_____, Benh Vien Bach Mai. 2020a. "Bộ Y Tế Cấp Số Đăng Ký 2 Sinh Phẩm Xét Nghiệm COVID-19." March 5. http://bachmai.gov.vn/tin-tuc-va-su-kien/

cac-ky-thuat-moi-trien-khai/6081-bo-y- te-cap-so-dang-ky-2-sinh-pham-xet-nghiem-covid-19.html (검색일: 2021.05.07.)

_____, Benh Vien Bach Mai. 2020b. "Nguồn Lây Nhiễm Chính ở Bệnh Viện Bạch Mai là Từ Công Ty Trường Sinh." March 30. http://bachmai.gov.vn/tin-tuc-va-su-kien/y-hoc-thuong-thuc- menuleft-32/6154-nguon-lay-nhiem-chinh-o-benh-vien-bach-mai-la-tu-cong-ty-truong-sinh.html (검색일: 2021.05.02.)

Boudreau, John and Xuan Quynh Nguyen. 2020. "Hanoi's Largest Hospital Locked Cohen, Jon. 2020. "Scientists 'Strongly Condemn' Rumors and Conspiracy Theories about Origin of Coronavirus Outbreak." *Science*. February 19.

Duy Nguyen. 2020. "Top 10 Bệnh Viện Đa Khoa Nổi Tiếng tại Việt Nam." June 19. http://medicaljb.com/top-10-benh-vien-da-khoa-noi-tieng-tai-viet-nam/#Benh_vien_Bach_Mai (검색일: 2021.05.15.)

Earl, Catherine. 2020. "Living with Authoritarianism: Ho Chi Minh City during COVID-19 Lockdown." *City & Society*. DOI: 10.1111/CISO.12306 (검색일: 2021.05.22.)

ECDC. 2010. "ECDC Daily Update(PDF), European Centre for Disease Prevention and Control." January 8. (검색일: 2021.05.02.)

Hoat, Luu Ngoc. 2008. "Moving the Mountain: Renovating Medical Education in a Chaining Vietnam." Doctoral Thesis. Amsterdam: University of Amsterdam. http://dare.ubvu.vu.nl/bitstream/1871/12992/5/6955.pdf (검색일: 2021.05.11.)

La, Viet-Phuong and Thanh-Hang Pham and Manh-Toan Ho and Minh-Hoang Nguyen and Khanh-Linh P. Nguyen and Thu-Trang Vuong and Hong-Kong T. Nguyen and Trung Tran and Quy Khuc, and Manh-Tung Ho and Quan-Hoang Vuong. 2020. "Policy Response, Social Media and Science Journalism for the Sustainability of the Public Health System Amid the COVID-19 Outbreak: The

Vietnam Lessons." *Sustainability* 12(7).

Nguyen, Cong Thao. 2020. "Life in Hanoi during the Coronavirus Pandemic." *City & Society* DOI: 10.1111/CISO.12283 (검색일: 2021.05.23.)

Nortajuddin, Athira. 2020. "Vietnam's Exemplary Response to COVID-19." *The Asean Post*. April 9. https:// theaseanpost.com/article/vietnams-exemplary-response-covid-19 (검색일: 2021.05.08.)

Ohara, Hiroshi. 2004. "Experience and Review of SARS Control in Vietnam and China." *Tropical Medicine and Health* 32(3): 235-240.

Onishi, Tomoya. 2020. Vietnam Locks Down Son Loi District near Hanoi for 20 Days. *Nikkei Asian Review*. February 14.

Our World in Data. https://ourworldindata.org/

Pham, Thanh Thoi. "Ho Chi Minh City: The Front Line against COVID-19 in Vietnam." *City & Society*. DOI:10.1111/ciso.12284 (검색일: 2021.05.03.)

Pham, N. C., Li, Y., Schapsis, C., Hossain, T., Pham, H. H., Fischer, D., & Yang, J. 2020a. "Intrinsic Cultural Factors That Helped Vietnam Overcome the COVID-19 Pandemic Compared with Other Countries." *Asia Pacific Journal of Health Management* 15(3): 7-12.

Pham, Thai Quang, Maia Rabaa, Luong Huy Duong, Tan Quang Dang, Quang Dai Tran, Ha Linh Quach, Ngoc Anh Hoang, Dinh Cong Phung, Nghia Duy Ngu, Anh Tu Tran, Ngoc Quang La, My Phuc Tran, Chau Vinh, Khanh Cong Nguyen, Duc Anh Dang, Duong Nhu Tran, Guy E Thwaites, H Rogier van Doorn, Marc Choisy. 2020b. "The First 100 Days of SARS-CoV-2 Control in Vietnam." medRxiv [preprint]. https://doi.org/10.1101/2020.05.12.20099242 (검색일: 2021.05.03.)

Phan Thuong. 2020. "Từ Vụ 'Cô Gái Hà Nội Nhiễm Covid-19': Có thể Bị Phạt Tù vì Làm Lây Lan Dịch." Thanh Nien. March 7. https://thanhnien.vn/thoi-su/tu-vu-co-gai-ha-noi-nhiem-covid-19-co-the-bi-phat-tu-vi-lam-lay-

lan-dich-1192310.html (검색일: 2021.05.07.)

Pollack, Todd, Guy Thwaites, Maia Rabaa, Marc Choisy, Rogier van Doorn, Duong Huy Luong, Dang Quang Tan, Tran Dai Quang, Phung Cong Dinh, Ngu Duy Nghia, Tran Anh Tu, La Ngoc Quang, Nguyen Cong Khanh, Dang Duc Anh, Tran Nhu Duong, Sang Minh Le, Thai Pham Quang. 2020. "Emerging COVID-19 Success Story: Vietnam's Commitment to Containment." Our World in Data. June 30. https://ourworldindata.org/covid-exemplar-vietnam (검색일: 2021.05.25.)

Priwitzer, Kerstin. 2012. *The Vietnamese Health Care System in Change: A Policy Network Analysis of a Southeast Asian Welfare Regime*. Singapore: ISEAS.

Pusic, Michael. 2020. "The Culture Factor in COVID-19." Rabbit Hole. May 13. https://rabbitholemag.com/the-culture-factorin-covid-19/ (검색일: Thảo Lê. 2020. "20 nước đặt mua kít phát hiện Covid-19 của Việt Nam." *Nhân Dân*. March 17.

The Guardian. 2020. "'In a war, we draw': Vietnam's Artists Join Fight against Tina Ngo. 2020. "Why as No One in Vietnam Dies from Coronavirus?" *Liberation*. April 6.

Tram Y Te Phuong An Phu. "Moi nguoi dan la mot chien si phong chong dich." http://tytphuonganphu.medinet.gov.vn/phong-chong-cac-benh-truyen-nhiem/moi-nguoi-dan-la-mot-chien-si-phong-chong-dich-cmobile9396-26744.Trang Nguyen and Edmund Malesky. 2020. "Reopening Vietnam: How the Country's Improving Governance Helped It Weather the COVID-19 Pandemic." *Brookings*. May 20.

Trường Đại học Kinh tế Quốc dân. 2020. "Trường Đại học Kinh tế Quốc dân công bố báo cáo Đánh giá tác động của Covid-19 đến nền Kinh tế và các khuyến nghị chính sách." April 3.

Tuoi Tre. 2020. "Đà Nẵng sẽ 'Cách Ly Xã Hội' thế nào từ 0h ngày 28-7?" July 27. https://tuoitre.vn/da-nang-se-cach-ly-xa-hoi-the-nao-tu-0h-

ngay-28-7-20200727172441642.htm (검색일: 2021.05.07.)

Tuoi Tre. 2021. "Từ 0h ngày 5-6, người từ TP.HCM về Đồng Nai phải cách ly 21 ngày, tự trả phí." June 4. https://tuoitre.vn/tu-0h-ngay-5-6-nguoi-tu-tp-hcm-ve-dong-nai-phai-cach-ly-21-ngay-tu-tra-phi-20210604130027751.htm (검색일: 2021.06.06.)

US CDC(Centers for Disease Control and Prevention). 2019. "Vietnam Update: Community-based Surveillance Yields Results." April 30. https://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/fieldupdates/summer-2017/vietnam-community-surveillance.html (검색일: 2021.05.07.)

VnExpress. 2020. "Đà Nẵng Lên Kế Hoạch Xét Nghiệm Đại Diện 200.000 Hộ Dân." September 1. https://vnexpress.net/da-nang-len-ke-hoach-xet-nghiem-dai-dien-200-000-ho-dan-4155190.html (검색일: 2021.05.08.)

Vu, Khanh and Phuong Nguyen. 2020. "Vietnam Turns Danang Stadium into Field Hospital amid Virus Outbreak." *Reuters*. August 6. (검색일: 2021.05.16.)

Vu, Khanh, Phuong Nguyen, and James Pearson. 2020. "After Aggressive Mass Testing, Vietnam Says It Contains Coronavirus Outbreak." *Reuters*. April 30.

WHO Vietnam. 2021. "COVID-19 in Viet Nam Situation Report 28." February 2. https://www.who.int/vietnam/internal-publications-detail/covid-19-in-viet-nam-situation-report-28 (검색일: 2021.05.30.)

Worldometer. 2021. "Vietnam." June 6. https://www.worldometers.info/coronavirus/country/viet-nam/#graph-cases-daily (검색일: 2021.06.07.)

YouGov. 2020. "YouGov COVID-19 Tracker: Government Handling." https://yougov.co.uk/topics/international/articles-reports/2020/03/17/perception-government-handling-covid-19 (검색일: 2021.05.28.)

제4장 싱가포르의 코로나19 대응:
이원적 방역 전략의 빛과 그림자*

김희숙·양영란

Ⅰ. 들어가며

싱가포르는 중국과 한국에 이어 세계에서 세 번째로 코로나19 발병 사례가 보고된 나라다. 그러나 첫 확진 사례 이후 석 달이 넘도록 싱가포르는 확진건수를 1,000건 이하로 유지하여 '코로나19 모범 방역국'이라는 찬사를 받았다. 2003년의 사스(SARS) 사태를 계기로 확충된 의료역량과 감염병 확산 상황에 대비하여 구축한 신속하고 단계적인 방역체계가 주목을 받아, 선행 감염병 사태의 학습 효과를 아시아 국가들의 코로나19 선방 비결로 꼽는 '아시아적 방역 모델' 담론에서 대표주자로 거론되기도 했다.

코로나19 방역에서 싱가포르가 보여준 성과는 사스 발병 사태 이래 꾸준히 구축해온 감염병 대응체계에 국한된 것만은 아니었다. 감염병 확산 사태에 대응하는 국가의 거버넌스 역량, 특히 정부의 투명한 위기소통능력이 눈길을 끌어 시민의 신뢰와 호응이 뒷받침되는 방역 관리의 중요성을 일깨워 주기도 했

* 이 장은 『동아연구』 39권 2호에 게재한 "싱가포르의 이원적 코로나19 방역 전략과 그 함의"를 수정·보완한 것이다.

다. 주변 국가들과는 달리 강력한 지역 봉쇄와 이동 제한 조치 없이 지역사회 확산을 효율적으로 억제했던 만큼 싱가포르의 초기 성과에 대한 국제사회의 관심은 더욱 뜨거웠다.

하지만 2020년 3월 말부터 외국인 노동자 기숙사를 중심으로 확산된 코로나19 집단 발병 사태로 이 부유한 도시국가를 지탱하는 인적 기반, 즉 수십만 명의 외국인 노동자들이 방역 사각지대에서 살아가고 있었다는 사실이 드러났다. 동년 5월 이후 급속도로 증가한 코로나19 확진 환자의 93% 이상이 바로 이 외국인 노동자들이었고, 이에 사람들은 이 번듯한 도시국가의 '민낯'을 운운하며 싱가포르의 위계화된 사회구조가 가진 비인간적인 면모를 비난하기에 이르렀다. 동년 4월 2일까지 1,000건 내로 유지되던 싱가포르의 코로나19 확진건수는 이후 빠른 속도로 증가하여 4월 23일 10,000건을 넘어섰고, 2주 만에 그 수가 20,000건으로 배가되는 폭발적인 증가세를 보였다. 2020년 6월 23일 기준 싱가포르의 코로나19 확진건수는 42,313건으로, 전 세계 순위에서 32위를 차지하였다. 4월 20일을 기점으로 싱가포르는 초기 대응에서부터 실패 사례로 꼽히던 인도네시아를 앞질러 '동남아 최대의 코로나19 감염국가'라는 새로운 타이틀을 추가하기에 이르렀다.

모범방역의 역사적 선례로 기록될 수 있었을 싱가포르의 코로나19 초기대응은 외국인 노동자 기숙사에서의 집단감염 사태로 큰 오점을 남겼다. 집단 발병 사태로 드러난 외국인 노동자들의 취약성은 그간 싱가포르가 보여준 성과로 인해 한층 뚜렷이 대비되었다. 이에 싱가포르 정부는 전담 대응팀을 구성하여 외국인 노동자 기숙사에 대한 적극적인 방역에 나서는 한편 강력한 지역사회 거리두기 조치를 비롯한 한층 강화된 방역 태세를 갖추어 감염 확산을 막는 데 나섰다.

대규모 감염 사태에도 불구하고 사망건수를 미미한 수준으로 통제한 점은 싱가포르의 코로나19 방역이 보여준 매우 인상적인 측면이다. 하지만 사망자가 속출하는 지경에까지 내몰리지 않았다 하여 방역이 성공적이었다고 말하기에는 석연치 않은 지점이 있다. 싱가포르 시민권자들이 거주하는 지역사회의

코로나19 발병률이 빠르게 감소한 것과 달리 집단 발병 사태가 시작된 외국인 노동자 기숙사에서의 확산세는 두 달이 넘도록 잡히지 않았다는 점이다. 집단 발병 사실이 보고된 이후 외국인 노동자 기숙사를 신속하게 고립 격리시킨 싱가포르 정부의 대응 전략은 지역사회 확산을 방지하는 차원에서는 분명 주효한 것이었다. 하지만 감염 확산 초기 싱가포르 정부가 보여준 진단역량을 감안하면 그처럼 억제가 지연된 이유는 사뭇 이해하기 어려웠다. 일각에서는 정부가 적극적으로 진단 검사를 하지 않았기 때문이 아니냐는 의혹도 제기하였다(Yong 2020). 물론 정부는 이를 부인했지만 인도네시아가 확진건수 순위를 추월한 2020년 6월 18일 전까지 싱가포르는 동남아 최대 감염국가 순위를 지켰고, 확진건수의 대부분은 기숙사 거주 외국인 노동자 사례였다(Our World in Data 참조). 싱가포르 정부가 제공한 갖가지 혜택에도 불구하고 감염 확산이 장기화되는 가운데 고립된 기숙사에 갇힌 외국인 노동자들의 불안은 더욱 커져갔다(Han 2020).

싱가포르의 외국인 노동자 집단 감염 사태는 "개인의 인권과 공동체의 안전 사이 균형"(안병진 2020: 51)이 코로나19와 같은 감염병 사태를 맞아 어떻게 무너질 수 있는지를 매우 극적으로 보여준 사례라 할 수 있다. 싱가포르 사례에서 그 양단에 배치된 것은 외국인 노동자들의 거주공간과 싱가포르 거주권을 가진 이들이 살아가는 지역사회였다. 양자가 살아가는 공간에서 이루어지는 바이러스의 확산을 "별개의 감염(two separate infections)"으로 규정하여(SG Press Centre 2020/04/09; Han 2020) 각기 다른 성격의 대응 조치를 취한 싱가포르 정부의 이원적 방역 전략에 주목해야 할 이유가 여기에 있다. 일견 비슷한 접근법이라도 근본적으로 살아가는 환경 자체가 다른 대상을 달리하여 적용될 경우 그것이 갖는 함의는 완전히 달라질 수 있다. 기숙사 봉쇄(lockdown)와 서킷브레이커(circuit breaker)로 가시화된 싱가포르의 이원적 방역 전략에서는, 이 사태가 발단한 근본 원인이었다고 볼 수 있을, 싱가포르를 지탱하는 사회공학의 논리를 엿볼 수 있다. 이 글은 이 점에 주목하여 외국인 노동자 기숙사 집단 발병 사태를 계기로 도입된 이 이원적 방역 전략의 함의를 고찰하

고자 한다.

II. 싱가포르의 외국인고용정책과 외국인 노동자의 취약성

싱가포르는 외국인 노동력의 주요 수입국이다. 아세안 역내 이주노동자의 목적지로서는 말레이시아(35%), 태국(35%)에 이어 세 번째로 높은 비율(21%)로 외국인 노동력을 수입하고 있다. 전통적으로 싱가포르 외국인 노동력의 주요 공급원은 말레이시아였으며, 싱가포르와 국경을 접한 조호르로부터 기차와 버스, 자동차, 모터바이크 등을 이용하여 출퇴근하는 말레이시아인 외국인 노동자들은 부문에 구애 받지 않고 싱가포르의 전 직종에 취업할 수 있었다. 하지만 말레이시아의 경제 발전이 가속화됨에 따라 말레이시아인 노동자를 구하기는 점점 더 어려워졌다. 이에 싱가포르는 중국, 인도, 방글라데시 및 미얀마를 비롯한 동남아시아 국가들에도 노동시장을 개방하였고, 1990년대 이래 그 수는 갈수록 증가하는 추세다. 그에 따라 약 1,113,200명의 외국인 노동자가 싱가포르로 유입되었는데, 싱가포르 전체 노동인구의 약 35%에 달할 정도로 큰 비중을 차지한다. 이 중 685,400명이 반숙련 또는 미숙련 노동자들로, 주로 건설업(293,400명)과 조선업(131,000명) 분야에 종사하고 있다(Lee et al. 2014). 외국인 노동자의 1/3은 비영주권자고, 이들 중 90%가 워크퍼밋(Work Permit)으로 건설업, 제조업, 조선업 등의 부문에 취업해 있는 미숙련 저임금 노동자다(Bal 2017; Gerad and Bal 2020: 255에서 재인용). 4월 들어 폭발적으로 증가한 싱가포르 코로나19 확진건수의 대부분을 차지하는 것이 바로 이들 저임금 이주노동자, 특히 싱가포르 시민들과 분리된 생활공간에서 살아가고 있는 건설 부문 노동자들이다.

외국인 노동자 기숙사 집단 발병 사태의 배경으로서 주목해야 할 것이 싱가포르 정부의 외국인 노동자 정책이다. 전술했듯이 싱가포르의 외국인 노동력 의존도는 최근으로 올수록 더욱 커져, 출산율 저하로 급격히 감소해가는 싱가

포르의 총인구수를 견인하는 수준에까지 이르렀다. 하지만 전통적으로 이 도시국가의 외국인 노동자 정책은 철저하게 외국인 노동자의 수를 줄이고 노동력의 자국민화를 달성하는 데 초점이 맞춰져 왔다. 이러한 기조를 단적으로 보여주는 것이 리콴유 총리의 1982년 신년사로, 그는 싱가포르가 영국과 프랑스, 독일 등 유럽 국가들이 이민자들을 받아들임에 따라 직면하게 된 경험을 타산지석으로 삼아 이민자 수용으로 인한 사회적 비용을 최소화하면서 생산을 고도화할 수 있는 방향으로 나아가야 한다고 강조하였다(Bal 2017).

신흥공업국으로서 싱가포르의 산업 고도화를 꿈꾸던 리콴유 총리에게는 저숙련 및 미숙련 노동은 자국민으로 충당하고 고숙련 기술 인력에 한하여 외국인 노동력을 수입하는 일본의 외국인 고용 정책이 이상적인 모델이었다. 1991년까지 저숙련 외국인 노동자를 모두 본국으로 돌려보내고 싱가포르 노동력의 자국민화를 달성하겠다는 리콴유 총리의 포부는 고용 부담금 부과를 보조입법으로 명시한 1982년 고용규제법 개정으로 구체화되었다. 이후 1990년에 외국인근로자고용법으로 대체될 때까지 이 법은 노동 이동을 통제하는 법적 토대로 기능하였다(Lee 2018: 1–2).

오늘날 싱가포르의 높은 외국인 노동자 비율이 말해주듯이 싱가포르의 정책 입안자들은 이 목표를 달성하지 못했다. 경제 발전이 가속화됨에 따라 나타난 현실적인 문제, 즉 반복되는 노동력 부족과 임금 상승으로 인한 고용 비용 부담을 호소하는 고용주들의 요구가 빗발침에 따라 외국인 노동력의 수입이 불가피해진 것이다. 1985년 이래 외국인 노동력의 절대 수와 비율은 지속적으로 증가하였고, 1991년 말까지 대부분의 미숙련 외국인 노동자들을 본국으로 돌려보내겠다던 정부 정책은 조용히 철회되었다(Lee 2018: 1–2). 하지만 1982년 고용규제법 개정안에서부터 적시된 싱가포르의 외국인 노동자 정책의 기조는 현재까지도 여전히 유지되고 있다. 이를 분명히 보여주는 것이 1987년부터 도입된 외국인 노동자 고용 부담금 제도(Foreign Worker Levy System)이다(Bal 2017; Lee 2018: 2).

외국인 노동자 고용 부담금 제도는 외국인 노동력을 수입할 때 고용주에

게 세금을 부과하는 제도로서, 기본적으로 값싼 외국인 노동력에 대한 수요를 줄이기 위한 가격 결정 메커니즘의 일환으로 도입되었다. 이에 따라 해당 부문의 싱가포르인 고용주는 인도, 스리랑카, 방글라데시, 태국, 미얀마, 필리핀 등지의 외국인 노동자를 고용할 때 매달 700~950싱가포르달러(이하 SGD)를 납부해야만 하며, 여기에 더하여 고용주들은 개별 노동자들을 위해 1년에 15,000SGD 상당의 보험에도 가입해야만 한다(김종호 2020). 노동집약적 생산기법을 자본집약적 생산기법으로 대체한 싱가포르의 "제2차 산업혁명"과 맥을 같이하는 것으로서, 고용주로 하여금 노동 절약적 생산기법을 채택하도록 장려하는 것이 이 제도의 도입 목적이다(Yue 2011).

하지만 건설업, 조선업 등 저임금 외국인 노동력에 대한 수요가 큰 산업 부문에서 이 제도는 고용 비용에 대한 부담만 가중시켰다. 새로운 생산기법에 투자할 재원이 없어 값싼 외국인 노동력에 의존할 수밖에 없는 고용주들은 회피책을 찾아 나섰고, 그 결과 외국인 노동자 고용에 부과되는 부담금을 노동자들과 공유하는 방법을 고안해냈다. 즉 고용주가 부담해야 할 세금은 물론 식품, 공공요금, 주거비용, 의료비 등을 급여에서 공제하는 등의 방법으로 부담을 회피하게 된 것이다. 결과적으로 외국인 노동자를 적게 고용하면서 생산성을 높이기 위한 취지로 도입된 고용 부담금 제도는 고용주가 부담해야 하는 비용을 외국인 노동자들에게 전가하는 착취적인 고용 관행을 정착시켰다. 그리고 그로 인한 피해는 고스란히 상당한 중개 수수료를 빚으로 떠안으면서 취업하는 임시직 노동자들의 몫이 되었다. 미숙련 저임금 노동력의 고용을 한시적인 것으로서만 허용하는 싱가포르의 근로 허가 규정상 고용주는 고용관계를 일방적으로 종료하고 언제든지 노동자들을 돌려보낼 수 있는 전권을 쥐고 있어 이러한 착취적 관행에 노동자들이 저항하고 보상받을 수 있는 가능성은 거의 없다(Bal 2017).

4월 들어 코로나19 확진건수가 폭발적으로 증가한 외국인 노동자 기숙사 사태는 바로 이 같은 착취적 고용 관행의 산물이라 할 수 있다. 노동자에게 적절한 주거공간을 제공해야 할 의무가 있는 고용주들은 비용을 아끼기 위해 한 방

에 열 명에서 스무 명가량의 노동자를 밀어 넣었고, 이들을 수용하는 민간 기숙사 운영업체들은 법이 보장해주는 이 수익성 좋은 사업의 기회를 최대한 활용하였다. 노동자 한 사람당 300~400SGD의 숙박료를 고용주로부터 받고, 노동자들로부터는 하루 세 끼 식사비용으로 130SGD를 받는 이들 기숙사의 연간 매출액은, 43개의 대형 기숙사 중 하나로 상당수의 코로나19 확진자가 발생한 S11 기숙사가 가득 찰 경우를 기준으로, 5,500만 SGD에 달할 정도로 막대하다. 이처럼 높은 수익을 올리고 있는 것과는 달리 이들 기숙사의 주거환경과 위생 상태는 매우 열악할 뿐 아니라 절반가량이 주거환경 점검을 포함하여 매년 갱신해야 하는 라이센스를 위반하고 있었음이 이번 사태를 통해 드러났다 (Sim and Kok 2020).

코로나19 사태가 발발하기 전부터도 싱가포르 내 저임금 외국인 노동자들의 취약한 상태에 대한 우려의 목소리는 지속적으로 제기되어 왔다. 그러나 이러한 문제의 원인을 외국인 노동자 고용제도를 악용하는 고용주들이나 이를 이윤 추구의 기회로 삼는 기숙사 운영자들에게 돌리는 것은 보다 근본적인 문제는 덮어둔 채 표면만을 더듬는 격이다. 그보다는 저임금 노동력에 대한 현실적 수요를 외면하지 못하면서 이들의 고용을 임시적인 것으로 못 박아 두고 갖가지 제한을 가하는 정부의 외국인 노동자 정책에 자리하는 근본적인 모순에 주목하여 해법을 촉구함이 바람직할 것이다. 가령 경우에 따라선 외국인 노동자가 받을 수 있는 월급의 두 배가 넘는 고용 부담금을 징수하면서도 이들의 주거 문제를 고용주와 민간 사업자에게 일임한 채 위반 시 범칙금을 징수하는 것으로 불법적 관행을 방조해온 정부의 실책이나, 그렇게 징수한 부담금이 노동자들의 복지 개선에 사용되지 않고 있는 등의 문제가 공론화될 필요가 있다. 이번 사태의 주요 희생양이 된 외국인 노동자의 고용주들이 건설업이나 조선업 부문의 중소 하청업자들로, 대부분 정부기관이나 정부연계기업에 종사하는 이들이라는 점에서 특히 정부의 책임이 큰 사안이라는 점에서 더욱 그러하다 (Gerad and Bal 2020: 256).

하지만 외국인 노동자 집단 발병 사태 이후 전개된 싱가포르 정부의 방역

전략에서는 이에 대한 근본적인 성찰은 보이지 않는다. 그보다는 싱가포르 사회를 유지시키는 질서의 근간, 즉 이 사회의 정식 구성원으로서 인정되는 시민들과, 전체 인구의 35%라는 높은 비율과 무관하게 '비거주자'로서 일시적 체류만 허용되는 저임금 외국인 노동자들 간에는 누려야 할 권리도 차등적이라는 전제가 감염병 대응 전략에서도 그대로 유지되고 있음이 확인된다.

외국인 고용부담금 제도의 폐해가 건설직 외국인 노동자 기숙사 집단 발병 사태를 야기한 직접적인 원인이라면, 저임금 외국인 노동자들의 권익은 시민권이나 영주권이 있는 거주민들의 권익과 분리될 수 있다는 가정(Neo 2015: 140) 아래 후자의 안전을 우선시한 싱가포르 정부의 방역 전략은 이 사태에 간접적으로 기여한 원인이라 할 수 있다. 거주민 지역사회에 대한 방역 전략과 외국인 노동자 기숙사에 대한 방역 전략으로 이원화된 싱가포르 정부의 코로나19 대응 전략은 이러한 가정이 현실에서 어떻게 구현되었는지를 보여준다.

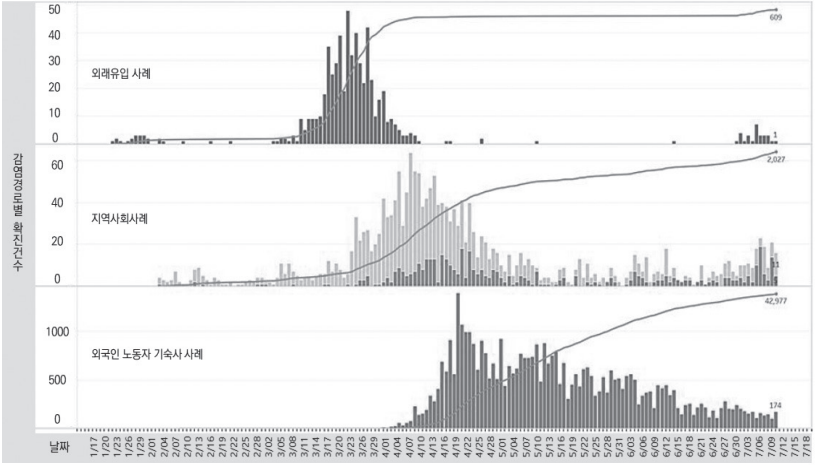
Ⅲ. 외국인 노동자 기숙사 감염사태에 대한 싱가포르 정부의 대응

1. 바이러스의 온상이 된 외국인 노동자 기숙사

싱가포르에서 코로나19 감염의 주요 경로는 〈그림 4-1〉에서 확인할 수 있듯이 외래 유입 → 지역사회 → 기숙사 비거주 외국인 노동자 → 기숙사 거주 외국인 노동자 순으로, 주요 감염군의 이동 추이가 뚜렷하게 나타났다. 각 감염군의 확산세가 최고조에 이르렀을 때 다음 단계 감염군으로 확산이 이루어졌고, 다시 지역사회 내에 감염 확산이 최대치를 기록한 때를 지나 기숙사 거주 외국인 노동자들에게서 집단 발병이 나타나는 전개를 보였다. 2020년 7월 10일 기준 싱가포르의 코로나19 확진건수는 지역사회 감염 사례가 2,027건으로 전체 인구 대비 유병률이 약 0.04%인 것으로 나타났다. 이와 대조적으

로 기숙사 거주 외국인 노동자 323,000명 중 확진건수는 42,977건에 달해 유병률이 13.31%에 달했다. 싱가포르 보건부가 주요 감염원별로 구분하여 공개하고 있는 코로나19 발병 현황 데이터를 보면 기숙사 거주 외국인 노동자의 확진건수가 전체(45,613건)의 94.2%에 달하는 높은 비율을 기록하였다(MOH 2020/07/10).

〈그림 4-1〉 **감염 경로별 싱가포르의 코로나19 역학 커브**(2020년 7월 10일 기준)



출처: MOH. 2020/07/10. "COVID-19 Interactive Situation Report."

싱가포르의 외국인 노동자 거주시설은 세 가지 형태로 구분된다. 그 첫 번째 형태는 외국인 노동자 단체 숙식을 목적으로 지어진 기숙사 전용시설(PBD: Purpose-Built Dormitory)로, 3천 명에서 2만 5천 명을 수용할 수 있는 대형시설이다. 총 43개 시설에 20여만 명의 노동자들이 거주하고 있었던 것으로 확인되며, 이번 코로나19 사태에서 절대 다수의 감염 사례가 이 공간에서 발생하였다. 두 번째는 공장 또는 창고 등 산업시설 일부를 외국인 노동자 수용 목적으로 개조한 중소형 공장 개조시설(FCD: Factory-Converted Dormitory)로, 약 9만 5천여 명의 노동자가 1,200여개 시설에 거주하고 있다. 세 번째는 건설 분

야에 종사하는 노동자를 위해 임시로 지은 건설현장임시시설(CTQ: Construction Temporary Quarter)이다(MOM 2020/06/01).

기숙사에 거주하는 외국인 노동자의 첫 확진 사례가 발생한 것은 싱가포르 국내 감염 확산 초기에 해당하는 2월 8일로, 건설현장에서 일하는 39세의 방글라데시 출신 남성 노동자가 첫 확진자로 보고되었다. 확진 판정을 받아 병원에 입원하기 전까지 이 노동자는 시내의 쇼핑센터를 방문하고 기숙사에 거주하면서 공사현장에 출근했다고 한다. 하지만 이후 그가 일한 작업장에서 다섯 건의 확진 사례가 추가로 발생하여 집단 감염의 전조를 보였지만 기숙사 집단 감염의 첫 사례가 보고된 3월 30일까지 정부 차원의 외국인 노동자 기숙사 관련 방역 대책은 시행되지 않았다(Sim and Kok 2020).

이처럼 외국인 노동자 숙소에 대한 정부 당국의 검역 관리가 무방비 상태로 지속된 데는 3월 들어 해외 각지로부터 귀국한 자국민에 의한 2차 확산의 영향이 컸던 것으로 보인다. 지역사회 확산세가 안정 국면에 들어서자마자 외부 유입에 의한 감염 건수가 다시 급증하자 정부는 이를 막는 데 총력을 기울였고, 그 사이 터질 때를 기다리는 시한폭탄이나 다를 바 없던 외국인 노동자 기숙사는 방치되었다(Kim et al. 2020). 철저한 입국 검사와 추적을 통한 검역 관리로 외부 유입에 의한 바이러스의 확산은 곧 통제되었지만, 최초로 외국인 노동자를 감염시킨 코로나19 바이러스는 이내 걷잡을 수 없는 속도로 전체 기숙사로 퍼져나갔다.

코로나19 사태 전부터도 외국인 노동자 기숙사의 열악한 환경은 여러 차례 사회문제로 불거진바 있다. 2012년 발발한 중국 출신 SMRT 버스 노동자 171명의 파업이 그 한 예로, 이들은 비좁고 위생 상태가 열악한 주거 환경과 말레이시아 국적 운전기사와 동일한 고용수당을 받지 못하는 데 대한 불만을 제기하며 이틀간의 파업에 들어갔다. 파업을 통해 노동자들은 운전자에 대한 보수 체계를 개정하여 모든 국적의 운전자들에게 동일하게 고용혜택을 확대하고 기숙사 환경도 개선케 하는 등 소기의 목적을 달성하였다. 하지만 싱가포르 정부는 이러한 개선이 파업을 통해 얻어진 성과로 해석되는 데 대해선 단호하게 선

을 그었다. 이 사태를 국가의 '화합적 산업관계'를 훼손하려는 '불법행위'로 규정하여 파업의 주동자들을 체포하여 기소하는 한편, 다른 참가자들은 재판도 없이 추방하는 등의 강경한 대응으로 응수한 데서 이를 엿볼 수 있다(Bal 2017). 정부는 이 사건을 싱가포르 사회에서 강력한 힘을 발휘하는 '안보' 프레임 안에 배치함으로써 이 같은 대응을 정당화하였고, 사태의 종결 방식이 외국인 노동자들에게 각인시키는 메시지는 매우 분명했던 듯 이후 집단적으로 전개된 노동자들의 저항은 나타나지 않았다.

값비싼 대가를 치르긴 했지만 SMRT 노동자들이 소기의 성과를 달성했던 것과 달리 건설업, 조선업 등 중소 하청업체에 고용된 외국인 노동자들은 저항의 여지도 없이 열악한 조건 속에 방치되었다. 비용 절감을 위해 정부 규정을 어기며 운영되는 열악한 기숙사 환경은 결국 코로나19 집단 발병 사태로 이어져 노동자들의 안전을 위협하기에 이르렀다. 이에 대한 싱가포르 정부의 대응은 노동자들의 파업에 대한 그것과는 분명히 달라서, 리셴룽 총리는 외국인 노동자들이 싱가포르에 기여한 공로를 치하하며 싱가포르 시민과 동등한 수준으로 이들을 돌보겠다고 약속하였다(Sim and Kok 2020).

코로나19 발병의 새로운 진원지가 된 외국인 노동자 기숙사에 대한 정부 대응은, 그러나 노동자들을 수용하기 위한 시설들을 확보하고 임금과 필수품, 의료 서비스를 제공하는 등 겉으로 드러나는 적극적인 지원책과는 별개로 철저하게 기숙사로부터 외부로 바이러스가 퍼져 나가지 않도록 하는 데 주력한다는 인상을 준다. 감염자를 건강한 사람들로부터 격리시키는 것이 감염 확산을 막기 위해 가장 우선적으로 적용되는 조치라는 점에서 보자면 기숙사로부터 바이러스가 퍼져 나가지 않도록 막으려는 싱가포르 정부의 노력은 이상할 게 없다. 그런데, 기존 확진 사례와의 연관성을 추적하여 제시해오던 것과는 달리 외국인 노동자 기숙사의 발병 건수를 구분하여 보여주는 정부의 확진건수 집계방식은, 의도한 것이었건 아니건, 외국인 노동자 기숙사를 코로나19 바이러스 발병의 온상으로 인식케 하는 효과를 생산해냈다. 결과적으로 이러한 방역전략은 시민권자들로 구성된 지역사회 감염을 억제하

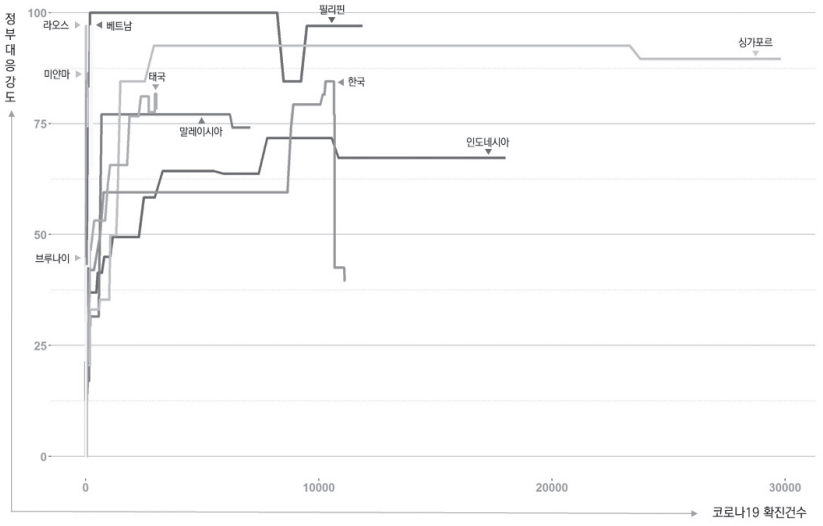
는 데 적지 않게 기여했던 것으로 보인다. 이어지는 글에서는 '서킷브레이커(circuit breaker)'와 외국인 노동자 기숙사 '봉쇄(lockdown)'로 구현된, 그 목적은 동일하나 적용 대상에 대한 차별적 인식에 기초한 싱가포르 정부의 이원적 방역전략을 살펴봄으로써 그와 같은 효과가 생산되는 방식에 대해 고찰하고자 한다.

2. '서킷브레이커'와 '봉쇄': 바이러스의 두 거처를 다스리는 법

(1) 서킷브레이커: 지역사회 대응 전략

코로나19 확산 사태를 맞아 주변 국가들이 지역 봉쇄와 이동제한 등 강력한 물리적 통제 조치를 시행했던 것과 달리 싱가포르는 예외적으로 그 강도가 매우 약해 통제에 따른 경제적, 사회적 타격을 최소화하면서 방역에 성공한 사례로 꼽힌다. 하지만 외국인 노동자 숙소에서 연일 대규모로 확진 사례가 보고됨에 따라 싱가포르 역시 보다 강도 높은 대책을 내놓기에 이르렀다. 서킷브레이커 전후 동남아 국가들의 정부 대응강도 수준을 비교해보면 이러한 전환이 확연히 드러난다. 옥스퍼드 대학의 연구팀이 국내 거리두기 대책의 수준을 수치로 환산하여 제공한 데이터를 가공한 〈그림 4-2〉를 보면 싱가포르는 확진건수가 1천 건을 넘어서기 전까지 동남아 국가들 가운데 가장 낮은 수준의 대응강도를 유지하였다. 광범위한 진단검사와 캠페인, 의료적 대응에 역점을 두는 대신 지역봉쇄와 이동 제한, 거리두기는 최소화한 결과다. 하지만 5월 22일 기준으로 정부 대응강도를 비교한 〈그림 4-2〉를 보면 싱가포르가 필리핀을 제외한 나머지 국가들보다 훨씬 강도 높은 정책을 시행했음을 알 수 있다. 필리핀 등 주변 국가들에서의 방역 성과에 비추어 볼 때 부정적인 인상을 주는 '봉쇄(lockdown)'라는 말을 피하긴 했지만, 그 내용은 사실상 거의 동일한 수준의 조치들이 서킷브레이커 기간 동안 시행되었다.

〈그림 4-2〉 **동남아 각국 정부의 코로나19 대응강도 변화 비교**(2020년 5월 22일 기준)



출처: Hale et al. 2020. "Variation in Government Responses to COVID-19." Version 6.0. 제공 데이터 분석·가공

코로나19 대응 범정부 태스크포스는 지역사회 감염 확산을 줄이기 위해 3월 26일부터 4월 30일까지 서비스업 영업, 교육 및 종교행사, 10명을 초과하는 모든 행사를 제한하는 강화된 사회적 거리두기 조치 시행을 매우 구체적으로 발표하였다. 술집, 영화관, 노래방, 극장, 나이트클럽 등 모든 유흥시설을 임시 폐쇄하였고 모든 학원, 심화학습 수업, 종교 활동을 중단하였다. 컨퍼런스, 전시회, 축제, 콘서트, 스포츠 행사 등 모든 행사 및 다중 집회는 규모에 관계없이 연기 또는 취소하였고 결혼식, 장례식 등을 포함한 사회활동도 가능한 참석자를 10명 이하로 제한할 것을 권고하였다. 4월 7일부터는 필수 서비스 및 핵심 경제 분야를 제외한 대부분의 직장을 임시 폐쇄하고 재택근무를 시행하도록 하였다.

서킷브레이커 시행 첫 2주 동안 지역사회 내 확진자 수 감소세는 기대에 못 미치게 더뎠다. 전문가들은 그 이유를 시민들이 정부 방침을 몰래 어기고 있

고, 서킷브레이커 적용을 받지 않는 필수업종 종사자들 사이에서 여전히 바이러스가 전파되고 있는 데 따른 것으로 분석하였다. 또한 감염경로를 추적할 수 없는 사례도 계속 발생하는 등 정부가 모든 감염 경로를 완벽하게 통제하지는 못하고 있다는 주장도 제기되었다. 이에 정부는 서킷브레이커를 6월 1일까지 4주를 더 연장하여 강화된 거리두기 조치를 이어갔다.

위반 사례가 지속적으로 발생하고, 그에 따라 개인이나 기업들에 대한 법적 제재 사례도 속출했지만 서킷브레이커는 지역사회 감염 사례를 현저히 감소시킴으로써 방역 목표를 달성하는 데 기여한 것으로 평가된다. 이러한 성과는 곧 감염병 사태에 대한 대응전략으로서 강력한 거리 두기만큼 효과적인 것은 없다는 사실을 방증하는 것으로서, 거리두기 자체가 불가능한 조건 속에서 감염 확산이 지속되고 있던 외국인 노동자 기숙사의 상황과 뚜렷한 대비를 이루었다. 다른 측면에서 보면 이러한 성과는 무더기 확진 사례를 쏟아내는 외국인 노동자 기숙사의 발병 현황을 시각적으로 뚜렷하게 가시화함으로써 얻어진 효과이기도 했다. 그룹별로 세분화되어 집계되는 코로나19 현황 보고를 통해 외국인 노동자 기숙사가 바이러스의 온상으로 인식되고 있는 상황에서 이 공간을 통제하는 것은 정부였고, 지역사회 거주자들의 안전은 거의 전적으로 정부 기능이 제대로 작동하느냐에 달린 문제가 되었기 때문이다. 억압적인 거리두기 조치가 개개인의 인권과 충돌하는 측면은 분명했지만, 지역사회 전체의 안전이 위협받고 있다고 느끼는 상황에서 시민들은 정부의 엄격한 통제조치에 순응했다. 서킷브레이커의 성과를 외국인 노동자 기숙사에 대한 통제의 효과라고 말할 수 있는 이유다.

(2) 봉쇄: 외국인 노동자 기숙사 대응 전략

외국인 노동자 기숙사에서 발병이 급속도로 확산되자 싱가포르 정부는 25개의 기숙사를 고립지역으로 지정하는 한편 블록 및 층간 이동을 제한하고 식사 및 레크리에이션 시간을 달리 편성하는 등과 같이 밀집된 기숙사 공간에서 최대한 사회적 접촉을 줄이기 위한 다양한 방책을 마련하였다. 기숙사를 격리구

역으로 지정하고 군·경찰·공무원으로 구성된 전담 지원팀을 배치하여 기숙사 내 식사 배분, 쓰레기 처리 등의 청결 및 위생 등을 관리하였다. 또한 격리기간 동안 외국인 노동자에게 전문 케이터링 업체를 통해 하루 세 끼의 식사와 재사용 가능 마스크, 체온계, 손 세정제 및 기타 생필품을 제공하였다. 일부 기숙사에서는 휴대용 화장실 및 샤워 시설을 공급하여 다른 근로자 집단이 별도의 화장실 시설을 사용할 수 있도록 지원하기도 하였다.

급증하는 외국인 노동자 확진자를 분산 수용하기 위한 임시숙소로 정부는 탄종파가(Tanjong Pagar) 터미널에 15,000명을 수용할 수 있는 대규모 시설을 건설하였고, 두 척의 크루즈선에 환기시스템을 설치하고 감염 관리 조치 검사를 시행하여 외국인 노동자 분산 수용 목적으로의 활용 가능성을 검토하였다. 고립지역으로 선포된 기숙사 외의 공동시설에서 거주할 가능성이 높은 건설업종사 외국인과 가족 18만여 명에게도 자택격리지침(SHN: Stay-Home Notice)에 따르도록 하는 등 밀집된 환경으로 인한 감염병 확산을 막기 위해 다양한 대책들을 내놓았다.

코로나19 확산에 대응하여 싱가포르 정부가 보여준 여러 형태의 대응책 가운데 이견의 여지없이 높이 평가되는 것이 의료적 대응이다. 증상과 심각도에 따라 의료자원을 배치하고 의료계획을 체계적으로 수립하여 의료시스템이 과부하 상태에 이르지 않도록 하는 한편 공공병원과 민간 부문 보건 서비스 공급자 간의 협업체계를 구축하여 코로나19 환자 외의 중증환자들을 치료할 수 있는 의료시설도 확충해갔다. 시설이나 물자를 동원하는 일과 달리 의료 인력은 단기간에 보강이 이루어지기 어려워 감염병 확산 국면에서 가장 문제가 되는 부분이다. 공공병원과 민간부문의 협업체계를 구축함으로써 얼마간 이 문제를 해소했지만 싱가포르 역시 감염이 급증하는 상황에 이르자 의료 인력의 절대적인 부족을 피하기 어렵게 되었다. 부족한 의료 인력을 보강하기 위해 정부는 더욱 적극적으로 민간의 협조를 촉구했는데, 보건부가 주도하여 꾸린 싱가포르보건단(SG Healthcare Corps)이 그 결실이다. 4월 7일 출범한 이래 모든 직업군에 걸쳐 약 3,000명의 의료 전문가 및 일반인 자원봉사자들이 가입하여 활동을

펼쳤고, 보건부는 이를 더욱 확대하기 위해 시민들의 참여를 적극 독려하였다.

의심환자의 감시와 추적에 확인되었던 정보통신기술은 시간과 비용을 절감하면서 의료 서비스를 효율적으로 제공하기 위해 적극 활용되었다. 진료용 키오스크(medical kiosks)를 설치하고 지역사회 돌봄시설(Community Care Facility)을 통해 24시간 원격 상담할 수 있도록 한 것 등이 그 예다. 코로나19 환자의 건강을 모니터링하기 위해 맥박산소포화도측정기 및 건강 앱과 같은 장치를 구축한 것도 의료 인력의 부족 문제를 경감하기 위한 대책으로 꼽을 수 있다.

이처럼 다양한 방법으로 보강된 의료 서비스 전략은 기숙사 거주 노동자에게도 적용되었다. 24시간 연중무휴로 외국인 노동자들에게 필요한 서비스를 지원하는 전방지원팀(FAST: Forward Assurance and Support Teams)을 배치한 것도 그 중 하나다. 총 127개로 편성된 FAST는 노동자들에게 급여와 식사를 제공하고, 나아가 위생관리와 의료 서비스를 지원하는 역할까지 수행하였다. 이외에도 정부는 적시에 적절한 의료 서비스를 이용할 수 있도록 기숙사에 현장 의료 포스트를 설치하는 한편 원격진료용 키오스크와 휴대전화를 통해 의사로부터 원격으로 진료상담 서비스를 받을 수 있게 하였다. 이외에도 기숙사 인근의 공중보건클리닉을 매칭하고 응급 구급차를 대기시켜 응급환자 발생 사태에도 대비하였다.

정부는 또한 적시에 효과적으로 노동자들의 건강상태를 모니터링할 수 있는 원격진료 기술도 도입하였다. 비업무 시간 동안 모바일 의료팀을 투입하여 증상을 호소하는 노동자에게 신속히 의료서비스를 제공하는 한편 개인 모바일 장치를 통한 원격상담으로 기숙사 내 모든 노동자가 개인 휴대전화를 통해 의료 서비스를 받을 수 있게 하였고, 필요한 경우 약도 배달해 주었다. 24시간 의사와의 화상상담이 가능한 원격진료용 키오스크는 혈압, 산소 포화도, 체온 등의 생체신호를 모니터링 장치에 연결하여 코로나19 감염 노동자에게 필요한 지원을 신속하게 제공하는 것을 가능케 했다. 이외에도 정부는 기숙사에 거주하는 코로나19 감염 노동자에게 약 8,000개의 맥박산소측정기를 배포하여 작업자가 자신의 건강 상태를 사전에 모니터링하고 필요한 의료 지원을 받을 수

있게 하였다.

한편 노동부에서는 노동자들이 매일 건강 상태를 스스로 모니터링하고 보고할 수 있도록 모바일 어플리케이션 "FWMOMCare"를 개발하여 배포하였다. 노동자들은 이 앱을 사용하여 하루 두 번 온도를 기록하고 기침, 인후염, 콧물 또는 호흡 곤란이 있는지를 표시해야 한다. 증상을 보고하면 앱에서 의료 지원을 요청하는 메시지가 전송되어 30분 이내에 의사와 직원과의 전화 상담이 이루어지게 하였다.

확진자가 증가함에 따라 의료체계에 과부하가 걸리는 상황에서 이 같은 의료 시스템을 구축한 것은 싱가포르 정부의 코로나19 대응에서 확인되는 특징적인 면모로서, 기술주의적 접근방식을 보여준다. 전·현직의 보건의료 인력을 총동원해야 했을 정도로 의료역량의 과부하가 뚜렷했던 만큼 원격 의료상담과 같은 기술적 방법이 기여한 바는 적지 않았을 것으로 추정된다. 연일 폭발적으로 증가하는 확진건수에도 불구하고 사망자 수를 극히 낮은 수준으로 유지할 수 있었던 데는 이처럼 싱가포르 정부가 신속하게 마련한 의료계획에 따라 적절히 의료자원을 투입한 데 따른 것이었다. 그럼에도 불구하고 의문은 남는다. 싱가포르가 초기 대응에서 보여준 신속하고도 포괄적인 진단역량을 감안할 때 외국인 노동자 기숙사에서의 감염 사태가 너무도 오래 지속되었다는 점이다. 그 사이 지역사회 감염은 거의 완전하게 통제되었다. 매우 뚜렷한 대비를 보여준 이 두 상황이야말로 싱가포르 정부의 코로나19 대응이 갖는 매우 인상적인 측면으로, '서킷브레이커'와 '봉쇄'로 구현된 이원적 방역 전략의 효과라고 볼 수 있는 것이다. 이어지는 절에서는 이에 대해 고찰해보겠다.

(3) 이원적 방역 전략의 함의

이주노동자 기숙사 발병 사태를 맞아 싱가포르 정부는, 총리의 말 그대로 싱가포르 시민과 동등한 것이었다고 보기는 어렵지만, 급여와 식사, 의료 지원 등 다방면에 걸쳐 기숙사에 고립되어 있는 노동자들을 돌보았다. 하지만 집단 발병이 확인된 지 두 달이 넘도록 여전히 기숙사에서 확진 사례가 속출하자 정부

가 외국인 노동자들에 대한 진단검사를 소홀히 하고 있다는 의혹도 제기되었다. 싱가포르 정부는 이러한 의혹을 일축하며 진단역량을 최대한으로 끌어올려 검사를 실시하고 있다고 발표했지만 전체 검사건수 가운데 노동자들을 대상으로 시행한 검사건수는 별도로 공개하지 않았기 때문에 얼마나 적극적으로 검사가 이루어졌는지는 알 수 없었다. 다만 기숙사 확진건수가 증가하는 데 반해 지역사회 감염 사례는 안정 국면에 들어선 것이 뚜렷했다. 요컨대 이 시기 정부의 방역 전략은 외국인 노동자 기숙사에서 바이러스가 계속 증식해가는 것을 막지는 못했지만 기숙사로부터 지역사회로 퍼져나가지 않도록 통제하는 데는 매우 성공적이었다.

해법의 차원에서 보자면 이처럼 기숙사에서의 감염이 억제되지 않은 채 계속 발생한 원인은 간단하다. 323,000명의 노동자들을 검사하는 데 필요한 역량이 부족해서가 아니라 바이러스의 배양접시나 다를 바 없는 기숙사에 여전히 노동자들을 가둬 두고 있었기 때문이다. 서킷브레이커의 효과가 말해주듯이 감염 사례를 줄이자면 싱가포르 시민들에게 촉구하는 것과 마찬가지로 안전한 거리를 유지할 수 있게 해주는 것이 우선이었다. 하지만 정부는 안전거리를 확보할 수 있게 하는 조치를 마련하기보다는 노동자들을 가두어두는 방법을 택했다. 기숙사에 갇힌 노동자들에게 필요한 물자와 서비스를 제공한다는 명분으로 배치한 군인과 경찰, 공무원을 파수꾼으로 세워 노동자들이 밖으로 나오지 않도록 하면서, 대신 기숙사 내에 시설을 마련하여 원격진료 등을 통해 건강상태를 체크하게 한 것이다. 진단역량을 총동원했다고는 보기 어려울 만큼 더디게 검사가 이루어지는 동안 노동자들 사이에서 감염은 계속 확산되었다.

기숙사 거주 외국인 노동자의 첫 확진 사례는 2월 8일에 보고되었지만 정부가 3월 말까지 첫 확진자가 근무하는 작업장과 기숙사를 폐쇄하지 않은 일을 이러한 실책의 출발점으로 보아야 할 것이다(Ang 2020; Ngerng 2020). 정부는 증상이 가벼워 감염 사실을 인지하지 못한 노동자들이 계속 일을 함에 따라 감염이 빠르게 확산된 것이라고 설명했지만(Sim and Kok 2020), 일찍부터 우려가

제기되었던 기숙사 상태를 미리서 점검하지 않고 방치한 책임을 면하기는 어렵다. 발병 가능성이 매우 높다는 점을 분명히 인지하고 있음에도 불구하고 노동자들을 계속 기숙사에 가두어 둔 일이야말로 이후 감염이 지속적으로 확산된 주요 원인이었다. 공공주택에서 살아가는 320만 싱가포르 시민들과 달리 노동자들에게 안전거리를 확보하게 해주자면 막대한 비용을 투입할 수밖에 없다는 계산이 앞섰던 것인지도 모른다. 그러나 단지 비용의 문제만도 아니었을 것이다.

기숙사 사례와 지역사회 사례를 분리하여 공개하는 정부의 확진건수 통계는 싱가포르 시민으로 하여금 서킷브레이커로 인한 고통을 감수하면서도 정부 조치에 따르지 않을 수 없도록 만드는, 어떤 캠페인보다도 강력한 통제 효과를 만들어냈던 것으로 보인다. 지역사회 확산이 성공적으로 통제되고, 이후 해외 유입에 의한 감염 확산이 주요 문제로 인식되었던 4월 초까지 싱가포르 정부의 코로나19 통계는 수입된 사례(imported cases)와 지역사회 사례(local cases)로 구분되어 집계되었다. 그러나 4월 9일부터는 여기에 새로운 항목이 추가되었다. 기숙사 사례(local dorm cases)와 기숙사 비거주자 사례(local non-dorm cases)가 그것으로, 외국인 노동자 기숙사 발병 사례 수를 그 외의 사례와 구분하여 표시하기 시작한 것이다. 여기서 더 나아가 4월 13일부터는 외국인 노동자 발병 사례를 한층 더 세분하여 기숙사 거주자 사례와 워크퍼밋을 소지한 기숙사 비거주자 사례로 구분하여 집계한 발병 현황 보고서를 공개하기 시작했다(MOH 2020/04/13 참고).

기숙사 거주 사례와 그 외의 사례를 비교할 수 있도록 보여주는 이 같은 집계 방식이 기숙사에 거주하는 외국인 노동자에게 갖는 의미는 거의 없다. 하지만 이것이 서킷브레이커 조치로 인해 활동에 제한을 받게 된 시민들의 인식에 미치는 영향은 매우 클 수 있다. 기숙사에서 감염자가 급속도로 불어나는 것과는 달리 지역사회 확진 사례는 거의 무시해도 좋을 정도로 적었다. 때문에 시민들은 기숙사만 잘 봉쇄하면 지역사회는 안전하리라고 확신할 수 있었을 것이다. 일견 비슷해 보이지만 그 속성은 전혀 다른 두 종류의 대응전략, 즉 지역

사회의 서킷브레이커와 기숙사 봉쇄 조치가 결과적으로 한 가지 목적에 복무하게 되는 방식이란 이런 것일 터다. 시민들은 무시무시하게 불어나는 기숙사 확진건수를 매일 눈으로 확인하면서 밖으로 나가서는 안 될 분명한 이유를 확인했을 것이다. 동시에 기숙사에 갇힌 외국인 노동자들의 처지를 모르는 것은 아니어서, 거리두기의 필요성에 대한 매우 확실한 교훈도 얻었을 것이다.

흡사 실험실처럼 통제된 환경에서 산출된 것 같은 이러한 결과로부터 이주노동자들을 바이러스 확산의 주범으로 보는 그릇된 인식이 뻗쳐 나오는 것도 그리 이상할 일은 아니다. 하지만 정부는 사회질서를 위해 이주노동자와 일반 시민들 간의 사회적 거리는 일정하게 유지하면서도, 여전히 이주노동자에 기대지 않을 수 없는 현실을 고려한 대책도 신속하게 내놓았다. 필수업종에 종사하는 건강한 노동자들을 재빨리 기숙사에서 빼내어 별도의 시설에 안전하게 대기시킨 것이 그것이다(SG Press Centre 2020/04/09). 비어 있는 공공주택과 별도로 마련한 각종 시설들에 이들을 다른 노동자들과 분리시켜 수용함으로써 싱가포르를 가동시키는 일을 중단하지는 않았던 것이다.

한국의 경우였다면 어땠을까? 가령 대구지역에서 지역사회 감염 사태가 발발했을 때 대구 시민들 가운데 바이러스를 전파할 가능성이 적은 건강한 시민들만을 별도로 선별하여 격리시키고 이들에게만 대구 이외 지역으로 빠져나가는 것을 허용하는 정책을 폈다면, 설사 그것이 의학적으로 가능한 옵션이었다 하더라도 사회적으로 용인될 수 있었을까? 현실적으로 실행 불가능한 정책 옵션이었을 것이다. 그러나 싱가포르에서는 이것이 가능했다.

외국인 노동자 집단감염 사태에 대한 싱가포르 정부의 대응과 이에 대한 싱가포르 시민들의 순응은 싱가포르 사회가 어떠한 사회적 합의에 기초하여 유지되고 있는지를 보여준다. 싱가포르의 정식 구성원으로서 거주할 수 있는 권리를 가진 자들과 그렇지 않은 자들 사이에는 법적으로나 정치적으로 엄연한 차이가 존재한다는 인식이 그와 같은 합의의 바탕을 이룬다. 워크퍼밋을 소지한 외국인 노동자들을 기숙사 거주자와 비거주자로 구분하여 보여주는 발병 현황표는 이런 점에서 한편으로는 외국인 노동자들을 감염자 집단으로 보게

하면서 다른 한편으로는 사회를 가동하는 데 꼭 필요한 수만큼은 안전하게 관리되고 있음을 보여주는 데 기여했다고 말할 수 있다.

그러나 사회의 필요에 따라 수용하는 외국인 노동자들의 건강과 안전이 보장되지 않고서는 이들이 제공하는 서비스에 의존하는 시민들의 건강 역시 장담하기 어렵게 되고 만다. 1918년, 일명 '스페인독감'으로 불렸던 인플루엔자성 감염병이 확산되는 상황에서 어떤 사람들이 주된 희생양이었는지를 분석한 한 연구가 이를 말해준다(Mamelund 2018).

노르웨이 베르겐에 남아 있는 오래된 기록을 분석한 이 연구에 따르면 1918년 여름에 밀려온 감염병의 첫 번째 물결은 비좁고 비위생적인 거주환경에서 살아가는 가난한 이들을 쓰러뜨렸다. 하지만 가을이 되어 닥친 두 번째 물결은 부유한 이들을 강타했다. 첫 번째 물결에서 바이러스에 노출되었던 이들의 경우 가을에 다시금 닥친 바이러스에 맞서 싸울 면역력을 갖게 되었을 가능성이 높아진 반면 첫 타격을 피할 수 있었던 부유한 이들은 그렇지 못했던 것이 그 이유였으리라고 저자는 말한다. 두 번째, 세 번째로 밀려닥친 감염의 성격이 어떻게 달랐는지에 대한 기록은 없다. 다만, 가난한 이들의 서비스를 받고 살아가는 부유한 이들에게 바이러스가 전파되었을 가능성이 있다고 본 듯 저자는 사회경제적으로 불리한 위치에 있는 사람들이야말로 감염병 확산 상황에서 최우선적으로 고려해야 할 대상이라고 강조한다.

코로나19 사태를 계기로 드러난 외국인 노동자들의 열악한 주거환경과 이러한 사태를 초래한 고용주와 기숙사 운영업체의 착취적 관행은 향후 어느 정도 개선될 여지도 있을 것이다. 하지만 이 사태의 근본적인 문제, 즉 외국인 노동자를 배제하면서도 항구적으로 임시 고용상태에 둔다는 조건 아래 필요한 노동력을 받아들이는 외국인 노동자 정책의 모순을 건드리는 수준으로까지 개선이 이루어질지는 미지수다. 오히려 제도 자체의 합리성을 포기할 수 없고, 그에 따른 착취적 고용행태 또한 근절할 수 없을 것이라면 더욱 완강하게 외국인 노동자의 이동을 통제하기 위한 장벽을 높이 세우는 방법이 도입될 수도 있을 것이다. 의심환자의 감시와 추적에, 원격 의료서비스 지원에, 그리고 안전거리

위반을 단속하기 위해 도입된 로봇 개를 통해 과시된 첨단기술 기반 산업구조로의 조정 움직임이 더욱 가속화될지도 모를 일이다.

Ⅳ. 서킷브레이커 종료, 그 후 일 년

1. '뉴노멀'로의 이행

2020년 5월 중순부터 지역사회 감염 사례가 급감하고 외국인 노동자 기숙사에서의 감염 확산세도 안정 국면에 접어들자 싱가포르 정부는 6월 1일 자로 서킷브레이커를 종료하고 '뉴노멀'로의 진입을 위한 3단계 지침—"안전한 재개(Safe Re-opening)"(1단계), "안전한 전환(Safe Transition)"(2단계), "안전한 국가(Safe Nation)"(3단계)—을 발표하였다.

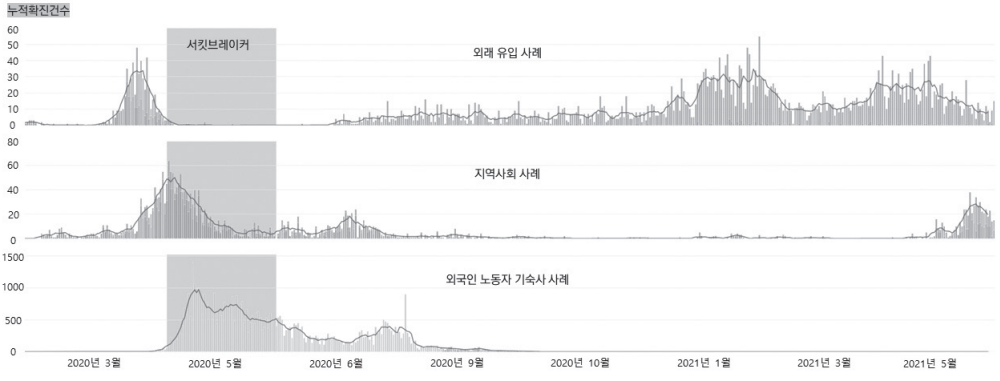
안전한 직장(Safe Work), 안전한 가정과 지역사회(Safe Home and Community), 안전한 학교(Safe School), 안전한 의료(Safe Care)를 내용으로 담은 1단계 지침에서는 서킷브레이커 기간 동안 중단되었던 사회생활의 재개를 위한 세부 수칙들이 제시되어 있다. 필수업종 외에 가동이 중단되었던 제조업을 비롯한 다른 직종의 가동도 재개하되 작업장 안전관리 조치를 준수하지 않을 시에는 다시 폐쇄될 수 있다는 점을 강조하였다. 대부분의 소매점과 기타 개인 서비스 업종은 1단계 재개장 직종에서 제외되거나 안전관리가 가능한 일부 서비스에 한해서만 개장을 허용하였다. 안전한 가정과 지역사회에 대해서는 제한을 부분적으로 풀어 가족 간의 왕래나 장례식과 같은 필수 활동은 허용하였다. 하지만 스포츠 및 레크리에이션 시설은 폐쇄하여 익명의 대중이 접촉할 수 있는 가능성은 차단하였다. 학교는 코호트별로 구분하여 출석과 가정학습을 병행하는 방식을 채택하였다. '안전한 관리'는 코로나19 집중 관리로 인해 서비스 제공이 제한적이었던 전문외래 환자 서비스나 지역사회 기반 서비스, 만성질환 관리와 같은 의료 서비스를 받을 수 있게 하였다. 그러나 감염에 취약한 노인 관련 서

비스는 안전하고 통제된 방식으로 일부 활동을 점진적으로 재개하도록 하였다.

2단계 '안전한 전환'으로의 이행은 사회 및 경제활동을 부분적으로 재개하는 1단계 시행 결과 지역사회 감염률이 몇 주간 낮게 유지되고 외국인 기숙사 상황이 통제된 후에 이루어진다. 이 단계에서는 소규모 사회 활동과 학교에서의 수업이 허용된다. 1단계에 비해 각종 규제를 완화하는 대신 정부는 작업장에서 안전관리 조치를 준수할 것과, 가능하다면 재택근무도 병행하여 감염 위험을 미연에 방지할 것을 권고하였다.

마지막 3단계는 코로나19에 대한 효과적인 백신 또는 치료법이 개발되기까지의 단계로, 사회 및 경제활동의 전반적인 재개가 허용된다. 사회, 문화, 종교 및 비즈니스 모임이나 행사는 재개되고 노인 활동, 장시간의 긴밀한 접촉이 이루어지거나(예를 들어 스파, 마사지) 밀폐된 공간(영화관, 술집, 나이트클럽 등)에서의 서비스와 활동이 허용된다. 다만 대규모 클러스터 발생을 방지하기 위한 모임 규모 제한은 유지되며, 엄격한 안전관리 조치를 준수한다는 조건은 유지된다. 학교로의 복귀가 증가함에 따라 예상되는 감염 확산 가능성에 대비하여 정부는 근무시간을 엇갈리게 편성하고 대중교통수단의 안전관리 조치를 강화한다는 권고와 지침도 마련하였다.

〈그림 4-3〉 **싱가포르의 감염원별 코로나19 발병 추이**(2021년 5월 28일 기준)



출처: 싱가포르 보건부 코로나19 현황보고서(https://www.moh.gov.sg/covid-19/situation-report)

〈그림 4-3〉을 통해 확인할 수 있듯이 서킷브레이커 기간을 거치면서 싱가포르의 코로나19 확진건수는 급격히 감소하였다. 외부로부터의 유입은 거의 통제되었고, 지역사회 감염 건수도 크게 줄었다. 그러나 외국인 노동자 기숙사에서의 감염 억제는 상대적으로 매우 더디게 이루어졌다. 확진건수 집계 규모도 외래 유입과 지역사회 사례가 10에서 20명 단위인 것과 대조적으로 외국인 노동자 기숙사 확진건수는 500명 단위로 커서, 추이만 보자면 유사해 보이지만 그 규모는 앞의 두 경우보다 훨씬 크다. 서킷브레이커가 종료되고 난 후 지역사회 감염이 최대 20명대를 넘지 않았던 것과 달리 외국인 노동자 기숙사 감염자 수는 이후로도 하루 최고 500명을 기록한 날이 있을 정도로 확산세는 9월이 다 될 때까지 지속되었다. 외국인 노동자 감염 건수는 10월이 다 되어서야 비로소 거의 억제되었다.

서킷브레이커 종료 후 사회생활 및 경제활동이 재개됨에 따라 외국인 노동자들을 위한 조치도 새로 마련되었다. 매우 엄격하게 활동을 통제하는 방식으로 작업장에서의 근무가 허용되었는데, 가령 휴일에 거주지를 이탈해서는 안 되며 출퇴근 시에는 고용주가 제공하는 지정된 교통수단만을 이용할 수 있게 하였다. 근로시간이 끝난 후에는 즉시 기숙사로 돌아가야 한다는 지침이 내려졌으며 기숙사 운영자에게는 모든 거주자의 최신 등록 정보를 인력부에 제공하고 엄격하게 출입을 통제하도록 하였다. 노동자들이 서로 섞이지 않도록 구역들을 물리적으로 분리하며, 감염이 발견될 경우 신속하게 격리할 수 있는 병실과 격리시설을 갖추어야 하다는 의무도 부과하였다. 고용주 또한 온라인 근로자 주소 서비스에서 근로자의 개인 정보를 업데이트하고, 작업을 재개할 수 있다는 승인 증명을 제시하도록 하였다. 또한 근로가 허용된 노동자들의 목록을 기숙사 운영자에게 제공해야 한다는 의무도 부과되었다. 노동자들은 인력부에서 제공하는 모바일앱을 통해 건강을 모니터링하고 일일 건강상태를 보고하게 하였다. 이후 뉴노멀 3단계로 진입하면 시차를 두고 서로 교차시키는 방식으로 외국인 노동자에게 휴일을 허용하고, 자격을 갖춘 노동자에게는 휴일에 더 오랜 시간 기숙사를 떠나 더 많은 장소를 이용할 수 있게

하였다(Darke 2020).

점진적으로 규제를 완화해가는 방식이기는 하지만 외국인 노동자들에 대한 뉴노멀 지침은 기본적으로 기숙사와 일터 두 공간에서의 생활과 이 둘 사이를 오가는 경로만을 허용하고 활동을 엄격히 감시·통제하며 싱가포르 지역사회와의 교류는 원칙적으로 차단하는 것을 골자로 한다. 근로자격을 갖추었는지 여부에 관계없이 고용주에게 노동자들에게 식량과 생필품을 제공하고 건강을 돌보기 위한 여러 조치들을 시행할 의무를 부과하긴 했지만, 여기서도 역시 '노동자'이기보다는 '노동력'으로 외국인 노동자를 관리하고 통제하려는 싱가포르 정부의 기본입장이 확인된다.

그러나 뉴노멀 조치가 외국인 노동자들에게 가한 타격은 한층 강화된 감시와 통제의 대상이 된다는 데 있지 않다. 그보다는 외국인 노동자 기숙사에서의 집단 감염 사태를 야기한 근본적인 원인을 제거하려 한 노력, 특히 고용주에게 부과한 압력이 싱가포르 정부가 오랫동안 꿈꾸었던 '노동력의 자국민화' 목표를 달성하는 방향으로의 이행을 촉진한 데서 나타난다. 즉 외국인 노동자들을 대폭 줄임으로써 이들을 정부 지침에 따라 관리하고 책임져야 하는 의무를 벗어나도록 추동하고 있다는 점이다.

서킷브레이커가 종료된 후 싱가포르에서는 외국인 및 현지 근로자의 정리해고 사례가 속출하였다. 이에 따른 실업자 수는 10만 명을 넘어서서, 2021년도 상반기 실업률이 2.8%에 달하는 것으로 나타났다. 특히 코로나19로 서비스업 및 건설업 부문 외국인 노동자가 대거 해고되어, 저숙련 노동자 대상 취업비자인 워크퍼밋 보유자 수가 큰 폭으로 하락하였다(〈표 4-1〉 참고). 이로 인해 싱가포르 내 총 외국인 수는 전년 동월 대비 2.1%가 감소하였고, 이는 싱가포르 전체 인구수의 감소로도 이어져 2020년 6월 기준 총 인구수의 0.3%가 감소한 569만 명을 기록하였다. 이처럼 인구수가 감소한 것은 10년 만의 일이다.

〈표 4-1〉 **싱가포르 취업비자 발급 건수 변화**

비자 유형	2019년 12월	2020년 6월
고용패스 (EP: Employment Pass)	193,700건	189,700건
S 패스(SP: S Pass)	200,000건	188,800건
취업허가(WP: Work Permit)	999,000건	940,200건

출처: 싱가포르 인력부(Ministry of Manpower, https://www.mom.gov.sg/)

외국인 노동자뿐만 아니라 자국민 실업률도 크게 상승하여 2020년 2분기 싱가포르의 전체 실업률은 2.8%에 달한 반면 자국민 실업률은 4.0%를 기록하였다. 사무직, 영업 및 서비스 직종 내 자국민 실업률은 전 분기 대비 9.1%로 가장 큰 폭으로 증가한 것으로 나타났다. 코로나19로 인한 경기 침체가 외국인 노동자뿐 아니라 자국민 고용시장의 폭도 크게 축소시킴에 따라 발생한 현상이다.

이러한 문제를 해결하기 위해 싱가포르 정부는 자국민 고용 장려를 위해 다양한 규제와 정책을 도입, 시행하고 있다. 그런데 그것이 외국인 근로자의 수를 줄이고 자국민 고용을 늘리는 방향으로 이루어지리라는 점은 자명하다. 실제 싱가포르 인력부는 2020년 9월 1일부로 외국인 취업비자인 EP와 SP 발급에 필요한 최소급여기준을 인상하였다. 특히 금융서비스직의 경우 12월 1일부터 EP를 위한 최소급여기준을 5,000SGD로 인상하였다. 이와 같이 특정 산업군에 대해 별도의 기준을 부과하여 그 수를 제한한 것은 처음 있는 일로, 이러한 조치는 금융서비스업이 다른 업계에 비해 높은 급여수준을 꾸준히 유지하여 구직자 선호 업종이 되고 있는 점을 노린 것이었다. 즉 자국민 취업을 장려하기 위한 목적으로 인기 직종에 대한 외국인 취업자격을 강화한 것이다. 해당 규제 도입 이후 싱가포르 의회에서는 정보통신과 전문 서비스(법률, 회계, 컨설팅 등) 분야의 외국인 취업비자 기준 또한 강화해야 한다는 소리를 높이고 있다. EP뿐 아니라 SP 신청에 필요한 최소급여기준도 2020년 10월 1일부터 2,400SGD에서 2,500SGD로 인상하였다. 이에 더하여 기존 신규 EP 발급신청 이전에만

적용되었던 자국민 대상 정부 구인 포털(MyCareersFuture.sg) 내 구인공고 게재 의무를 SP에도 적용하고 게재기간도 연장하는 등의 방식으로 자국민 취업의 기회를 넓히고 있다. WP에 대한 규정은 전과 동일하게 유지되었지만, 코로나19 발생 이후 취업 기회 자체가 큰 폭으로 줄어든 데 따른 타격을 가장 크게 받은 것은 이 유형의 비자로 취업한 저임금 노동자들이었다.

이러한 경향을 더욱 부추기는 것은 고용지원제도(Job Support Scheme)다. 싱가포르 정부는 지난해 4월 코로나19 피해가 큰 산업을 대상으로 싱가포르 시민권자와 영주권자의 월 임금 25~75%를 지원하는 정책을 실시한바 있다. 2020년 8월 17일 정부는 이를 이듬해 3월까지 연장하여 시민권자와 영주권자의 채용을 장려하겠다고 발표하였다. 이전 정책에 비해 월 임금의 10~50%로 지원 규모가 축소되긴 했지만 시민권자와 영주권자의 고용을 지속적으로 지원하고 있는 것과 달리 외국인 노동자 채용에 관한 지원은 없어 이들에 대한 해고 및 채용 감소는 불가피할 것으로 예상된다(KOTRA 2020/10/05).

2. 백신 접종

싱가포르 정부는 2020년 12월 화이자(Pfizer) 백신 사용을 승인하고 같은 달 22일 아시아 국가들 가운데 처음으로 백신을 국내로 반입하여 코로나19 집단면역 프로그램을 개시하였다. 코로나19 대응과정에서 싱가포르 정부가 가장 우선시한 것은 의료진의 안전이다. 백신 정책도 이를 따라, 방역의 최전방에서 일하는 실무자부터 우선적으로 접종한 후 이듬해 1월부터 일반 시민들을 대상으로 접종을 시작하였다. 이어 2월에는 백신 접종 속도를 높이기 위해 모더나(Moderna) 백신 접종을 추가 승인하여 현재 접종이 이루어지고 있다. 싱가포르 보건부 발표에 따르면 2021년 4월 18일 기준 싱가포르에서의 코로나19 백신 접종 인원은 136만 4,124명으로, 전체 인구의 약 24%에 이른다. 이 중 2회 이상 백신을 투여해 접종을 완료한 인원만도 85만여 명에 육박하여 총 인구의 15%에 달한다. 다른 동남아 국가들의 경우 백신 접종률이 10%에도 못 미치고

있는 점과 크게 대조되는 것으로서, 접종률 2위인 캄보디아도 4월 25일 기준 전체 인구의 약 8% 정도가 백신을 접종한 것과 큰 차이를 보인다. 싱가포르와 함께 코로나19 확산을 성공적으로 통제한 것으로 주목 받은 베트남도 최근 들어서야 백신 접종을 시작하여 전체 인구 대비 접종률이 0.27%에 지나지 않는다. 인구수를 감안하면 백분율 표기방식의 눈속임 효과가 큰 편이지만 그 속도면에서는 분명히 다른 국가들을 앞선다.

이처럼 싱가포르의 백신 접종이 빠르게 이루어진 데는 시민들의 적극적인 협조 또한 한몫했다. 백신 안정성에 대한 의구심이 지금보다 컸던 2021년 1월, 싱가포르 정부가 백신 접종 차례가 왔을 때 기회를 포기하면 이후 다시 차례가 돌아오기까지 많은 시간을 기다려야 할 것이라고 경고성 메시지를 던졌던 것도 이러한 분위기에 일조했을 터다. 싱가포르 정책연구소(Institute of Policy Studies) 설문조사 결과에 따르면 싱가포르 시민의 67%가 접종을 희망하였고, 20%는 특별한 거부감을 보이지 않는 중립적인 성향을 보여, 전반적으로 백신 접종에 긍정적이고 적극적인 태도를 가진 것으로 나타났다. 싱가포르 정부가 백신 접종을 원활히 진행할 수 있었던 것은 이처럼 빠른 백신 확보와 접종을 유도하는 정부 정책, 여기에 시민의 자발적 협력이 따른 데서 나타난 결과라 할 수 있다.

코로나19 방역을 위한 자원은 지역사회에 우선적으로 배분되었지만 백신 접종은 외국인 노동자들에게도 비교적 공평하게 이루어졌다. 2021년 3월 8일 싱가포르 정부는 가장 규모가 큰 기숙사에 거주하는 1만 명에서부터 시작하여 점진적으로 외국인 노동자들에 대한 백신 접종을 늘려갈 것이라고 밝혔다. 보건부는 외국인 노동자 기숙사야말로 코로나19가 대규모로 "지역사회에 전파될 위험이 높고 빠르게 발전하고 성장할 수 있는 곳"이며, 따라서 "기숙사에 거주하는 이주 노동자 예방접종은 모든 싱가포르인과 장기 거주자를 보호하기 위한 국가 코로나19 예방접종 전략의 일부"라며 그 이유를 설명하였다. 그러나 첫 접종 대상자로 분류된 노동자들은 이전에 코로나19에 감염된 적이 없는 이들이었다(CNA 2021/03/08). 기숙사 집단 발병 당시 필수업종에 종사하는 건강

한 노동자들을 선별하여 별도 공간에 격리하였던 것이나, 뉴노멀 단계에서도 정부 지침에서 규정하는 바의 자격을 갖춘 노동자들에 한하여 제한을 완화한 것 등과 크게 다르지 않은 이유다. 이후 정부는 코로나19 확진 판정을 받은 외국인 노동자들에게도 백신을 접종하여 기숙사 내에서 감염이 재개될 가능성을 미연에 방지하는 노력을 보여 주었다. 감염 확산을 억제하기 위한 싱가포르 정부의 의료적 판단과 대응은 칭찬할 만하지만 그 모든 이유들이 '싱가포르인들의 안전'으로 환원된다는 점은 다소 유감이다.

스위스 출신의 극작가 막스 프리쉬는 "우리는 노동력을 불렀는데 사람이 왔다"라는 말로 경제 호황기 노동력 부족 문제를 해결하기 위해 불러들인 이탈리아 노동자들에 대한 스위스 사회의 냉담한 시선을 꼬집은바 있다(Summermatter 2014). 싱가포르의 외국인 노동자 정책 역시 1960년대 스위스에서의 그것과 다르지 않았다. 코로나19 사태는 이들 외국인 노동자 역시 노동력이기에 앞서 '사람'이라는 사실을 망각해서는 안 된다는 점을 일깨워 주었다. 위기는 넘겼지만 싱가포르 정부에게 외국인 노동자는 여전히 노동력으로서만 다루어지고 있다는 인상을 받는다. 팬데믹에 따른 대규모 실업 문제를 해결하는 과정에서 외국인 노동자들은 우선 감축의 대상이 되고 있다. 이러한 변화가 향후 이들의 안전과 고용 조건, 사회적 지위에 미칠 영향에 관심을 기울일 필요가 있다. 싱가포르에만 국한되는 것은 아닐, 외국인 노동자와 함께 살아가는 모든 사회에서 일어날 일일 것이기에 그러하다.

Ⅴ. 결론

싱가포르의 코로나19 초기 성과는 감염병 확산 사태에 대한 정부의 정확한 상황 판단과 신속한 조치, 그리고 투명한 위기소통을 통해 정부 조치에 대한 시민의 호응을 이끌어내는 일이 관건이라는 점을 여실히 보여주었다. 단지 의료 역량의 준비 상태만이 아니라 이를 적기에 투입하는 판단력과 실행력이야말로

이 나라와 유사하거나 더 높은 의료 수준을 갖춘 선진 국가들과 달리 싱가포르가 매우 낮은 수준으로 치명률을 유지한 비결이었다고 볼 수 있을 것이다. 이러한 차이가 서구 국가들과의 차이로 가시화됨에 따라 정치체제와 코로나19 대응 성과의 연관성에 관한 논의를 이끌어내고 있기도 하다. 하지만 그보다 더 분명한 요인은 사스 사태 당시의 경험을 잊지 않고 꾸준하고 체계적으로 감염병 발발 사태에 대비한 시스템을 구축해왔다는 점일 것이다. 베트남의 성과가 이를 입증해주고 있기도 하다(Bismonte 2020).

하지만 오래가지 않아 싱가포르는 '방역 모범국가'라는 찬사 대신 '동남아 최대 코로나19 감염국가'라는 오명을 안게 되었다. 한 방에서 10명에서 20명이 함께 거주하는 밀집된 주거환경과 열악한 위생상태 등, 이 말끔하고 빛나는 도시국가의 이면에서 안전과 건강을 위협받으며 살아가는 외국인 노동자들의 처지가 공개되어 국제사회의 거센 비난을 받는 처지다. 싱가포르 정부가 이들이 거주하는 기숙사를 격리지역으로 지정하여 거주공간을 이탈하지 않게 하는 대신 급여와 세 끼 식사, 그리고 의료 지원을 비롯한 서비스를 제공하긴 했지만 감염 확산 사태는 9월이 다 될 때까지도 완전히 통제되지 않았다.

서킷브레이커와 이주노동자 기숙사 봉쇄로 분리되어 시행된 싱가포르 정부의 이원적 방역 전략은 싱가포르 사회의 특징을 매우 분명히 드러내주고 있다. 급여에 따라 고용조건과 권리가 차별적으로 규정된 싱가포르의 외국인 근로자 정책과 제도 틀 안에서 집단 발병 사태의 주요 희생자였던 건설부문 외국인 노동자들은 최하위에 자리하고 있다. 이들은 시민권을 가진 지역사회 거주민들과 동등한 혜택을 누릴 수 없었음은 물론이요, 코로나19 사태 속에서조차도 같은 수준으로 안전을 보장받지 못했다. 싱가포르 정부는 고립·격리되어 있는 이들에게 음식과 의료서비스 등 각종 서비스를 제공해주는 것은 물론 월급을 100% 보장해주고, 심지어 체불된 임금 문제까지 해결해주는 등 매우 호의적인 태도를 보여주었다. 하지만 정부 방역정책의 주안점은 이들이 살아가는 공간에서 창궐하는 바이러스가 지역사회로 확산되지 않도록 통제하면서 싱가포르 시민들에게 제공하는 서비스는 계속 공급케 하는 데 있었다. 필수업종에 종

사하는 건강한 노동자들을 선별하여 별도의 시설을 마련하여 격리시킨 데서도 그 의도는 명확히 드러났다.

그런데, 외국인 노동자에 대한 정책 일반으로 넓혀서 생각해보면 싱가포르처럼 가시적으로 주거지역을 통제하지는 않지만 대부분의 사회가 외국인 노동자를 다루는 정책들이 이와 다르지 않다. 외국인 노동자들이 제공하는 서비스는 안정적으로 수용하면서도 이들에게 일반시민과 동등한 권리를 부여하지는 않는다는 점에서 그러하다. 이런 점에서 외국인 노동자집단거주지에 대한 싱가포르의 코로나19 방역정책은 싱가포르의 특수성을 보여주기도 하지만 다른 한편으로 보자면 대다수 국가들의 외국인 노동자 정책이 가지는 보편적인 성격과도 연관되어 있음을 부정할 수 없다. 오늘날의 지구화된 국제사회에서 외국인 노동자가 보편적으로 존재하는 것이 현실이라면 싱가포르의 외국인 노동자 기숙사에서 발생한 문제는 향후 모든 국가들이 풀어야 할 핵심적 과제의 일면을 압축적으로 드러내 보여준 것이라고 하겠다.

요컨대 싱가포르에서 발생한 외국인 노동자 숙소에서의 집단 발병 사태는 외국인 노동자들이 거주하는 어느 공간에서나 발생할 수 있는, 지구화 과정에 편입된 세계 도처에서 어느 때고 발생할 가능성이 있는 문제의 국지적 사례로 보는 것이 타당하다. 싱가포르의 특수성이란 이러한 세계의 속성이 규모가 더 큰 사회에 비해 더 압축적으로 나타나게 한 조건을 구성할 뿐이다. 그렇다면 이 사태는 초국적 노동 분업을 가속화시킨 지구화의 이면과 그 위험성을 분명히 드러내는 사건으로서 동시대, 동일한 성격의 생활세계를 살아가는 우리 모두에게 경종을 울린 사건으로서 보는 것이 마땅하다. 한국 역시 이를 타산지석으로 삼아야 할 것이다. 코로나19 대응에 관한 한 한국은 상당히 양호하게 대처한 것으로 평가할 수 있지만 우리사회의 외국인 이주노동자들 문제 여전히 개선되지 않고 있는 점들이 많다. 부당한 대우와 낮은 임금, 위험한 근로환경과 열악한 거주환경 등 이들의 안전과 건강을 위협하는 요인들이 제거되지 않고 있다. 이들을 포함하여 사회경제적으로 취약한 이들이 안전하지 못할 때 나머지 성원들도 안전하지 못하다는 사실을 싱가포르의 경험을 통해 배울 수 있

을 것이다.

팬데믹 시대 이주노동자들의 문제는 감염병 대응전략과 관련한 지역적, 지구적 차원의 협력이 더 없이 시급한 과제라는 사실을 일깨워 주었다. 싱가포르 사례로 인해 잘 조명되진 않았지만 봉쇄 조치로 인해 돈을 벌기는 고사하고 생계조차 유지하기 힘들어진 미얀마와 캄보디아, 라오스 출신 이주노동자 6만여 명이 대거 태국을 탈출한 이후 이들 국가에서 확진건수가 늘어났던 사실도 기억해야 할 것이다. 바이러스의 긴 잠복기나 당시 코로나19 검사 역량이 부족했다는 점 등을 감안할 때 얼마나 많은 수의 이주노동자들이 코로나19의 매개체가 되었는지는 알 수 없지만, 이들이 본국으로 돌아간 후 코로나19 확진건수가 급증했고, 이들 국가의 열악한 보건의료 역량은 이 사태를 더욱 악화시켰을 것이라고 전문가들은 말한다. 결과적으로 태국의 국경 봉쇄는 자국 내 감염 확산을 억제하는 목적을 달성하는 데는 기여했을 수 있지만 더 큰 차원에서 아세안 지역을 위험에 빠뜨리는 결과를 초래했다고 볼 수 있다(Bismonte 2020).

코로나19는 3억 5천 550만 명의 노동력을 보호하고 육성하기 위한 아세안 지역 차원의 통일된 사회보호 시스템이 부재하다는 사실을 폭로했다. 국제노동기구(ILO)에 따르면 이주노동자 수용국의 경우 취약계층 근로자를 안전망 조항에서 제외하는 데 따른 잠재적 사회적 비용이 이들을 보호하는 데 드는 긴급재정 부담보다 훨씬 크다고 한다(Asadullah 2020; ILO 2020). 동남아시아 지역 내의 상호 연결된 노동시장을 감안할 때 역내 국가 간 이주노동자 관련 정책의 조율은 필수적이며, 팬데믹 시대를 맞아 감염병 대응전략 역시 이러한 문제의 틀 안에서 다루어져야 할 필요성 또한 더욱 커졌다. 아세안 역시 이 과제의 중요성을 인식하여 감염병 확산 사태가 사회적 약자들에게 미치는 차별적이고 불균등한 영향을 완화하기 위한 공동의 노력을 촉구하고 있다(ASEAN 2020; Ly 2020). 코로나19 사태를 계기로 새삼 더욱 절실한 것임이 드러난, 단지 노동력일 뿐인 게 아니라 사람인 까닭에 시민권을 가진 이들과 동등하게 보호받는 것이 마땅한 외국인 노동자의 건강권에 관한 후속 논의가 이러한 시도를 추동하는 힘이 되어주길 기대한다.

참고문헌

김종호. 2020. “싱가포르 코로나19 대응: 감염의 재확산과 이주노동자 문제.” 『서강동연』 3: 15–32.

김희숙·김다혜·김현경·유민지·양영란·전제성. 2020. “코로나19에 맞선 동남아의 대응: 초기 대처과정의 잠정적 함의.” 『아시아연구』 23(2): 75–116.

김희숙·양영란. 2020. “싱가포르의 이원적 코로나19 방역 전략과 그 함의.” 『동아연구』 39(2): 45–81.

대한무역투자진흥공사(KOTRA). 2020. “팬데믹 시대 대응한 싱가포르 정부의 고용노동정책.” 10월 5일.

_____. 2021. “싱가포르, 인도 변종 코로나 확산으로 입국제한 및 방역조치 강화.” 5월 21일.

안병진. 2020. “퇴조하는 서구와 상승하는 한국의 자유주의: 국내 질서의 혼돈과 넥스트 리더십.” 김석현 외 『코로나 19, 동향과 전망』. 서울: 지식공작소.

Ang, Katerina. 2020. “Invisible and Possibly Forgotten: Singapore’s Second Wave of Coronavirus Cases Prompts Soul Searching on the Conditions of Foreign Workers.” *MarketWatch*. April 29.

Asadullah, M. Niaz. 2020. “Is ASEAN’s COVID–19 Response Leaving Migrant Workers Behind?” *East Asia Forum*. May 21.

ASEAN. 2020. “Joint Statement of The ASEAN Ministerial Meeting on Social Welfare and Development Mitigating Impacts of Covid–19 on Vulnerable Groups in ASEAN.” June 11.

Bal, C. S. 2017. “Myths about Temporary Migrant Workers and the Depoliticisation of Migrant Worker Struggles.” Loh, K. S., P. J. Thum, and J. M. T. Chia, eds. *Living with Myths in Singapore*. Singapore: Ethos Books.

Bismonte, Camille. 2020. “The Disproportionate Effect of COVID–19 on Migrant

Workers in ASEAN." *The Diplomat*. May 22.

Darke, Afifah. 2020. "Migrant Workers in Dormitories Cleared of COVID-19 to Have Staggered Rest Days with Time Limit during Phase 2." *CNA*. May 30.

Gerard, Kelly and Charanpal S. Bal. 2020. "Labour Migration in Southeast Asia: The Political Economy of Poor and Uneven Governance." in Toby Carroll, Shahar Hameiri, and Lee Jones, eds. *The Political Economy of Southeast Asia: Politics and Uneven Development under Hyperglobalisation*. Cham, Switzerland: Palgrave Macmillan.

Guy, Jack and James Griffiths. 2020. "Singapore Threatens 6 Months in Jail for Breaking Social Distancing Laws." *CNN*. March 27.

Hale, Thomas, Anna Petherick, Toby Phillips, Samuel Webster. 2020. "Variation in Government Responses to COVID-19." Version 6.0. Blavatnik School of Government Working Paper. May 22.

Han, Kristen. 2020. "Singapore Is Trying to Forget Migrant Workers Are People." *Foreign Policy*. May 6.

ILO. 2020. "COVID-19: Impact on Migrant Workers and Country Response in Thailand." ILO Country Office for Thailand, Cambodia and Lao PDR. April 17.

Kim, Dongwoo, To Trieu Hai Ly, Daniela Rodrigues. 2020. "Pushed to the Margin: Vulnerable Groups in the Asia Pacific During COVID-19." Asia Pacific Foundation of Canada. June 14.

Leung, Hillary. 2020. "Singapore Was a Coronavirus Success Story—Until an Outbreak Showed How Vulnerable Workers Can Fall Through the Cracks." *Time*. April 29.

Ly, To Trieu Hai. 2020. "ASEAN Struggles to Be Effective in Its COVID-19 Response." Asia Pacific Foundation of Canada. June 3.

Mamelund, Svenn-Erik. 2018. "1918 Pandemic Morbidity: The First Wave Hits the Poor, the Second Wave Hits the Rich." *Influenza Other Respi Viruses* 12: 307-

313.

Ngerng, Roy. 2020. "Covid-19 Exposed the Rot at the Core of Singapore's Migrant Labor System." *The News Lens*. May 19.

SG Press Centre. 2020/04/09. "Remarks by Minister Lawrence Wong, Co-chair of the Multi-Ministry Taskforce on COVID-19, at Press Conference on COVID-19 at National Press Centre on 9 April 2020."

Sim, Dewey and Kok Xingui. 2020. "How Did Migrant Worker Dormitories Become Singapore's Biggest Coronavirus Cluster?" South China Morning Post. April 17.

Summermatter, Stefania. 2014. "Der Regisseur, Der Saisonniers Eine Stimme Gab." SWI swissinfo.ch. March 23.

VOA News. 2020. "Virus Surge Among Migrants Highlights Singapore's Two-Track Economy." May 5.

Yong, Michael. 2020. "No New Cases Linked to Singapore's Biggest COVID-19 Cluster for First Time since Apr 1." *CNA*. May 11.

Yue, Chia Siow. 2011. "Foreign Labor in Singapore: Trends, Policies, Impacts, and Challenges." Philippine Institute for Development Studies Discussion Paper Series No. 211-24.

웹사이트

Blavatnik School of Government·University of Oxford. "COVID-19 Government Response Tracker." https://www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/covid-19-government-response-tracker

Ministry of Health, Singapore. COVID-19 Situation Report. https://www.moh.gov.sg/covid-19/situation-report

Ministry of Manpower. https://www.mom.gov.sg/

Our World in Data. "Coronavirus Disease(COVID-19) Statistics and Research." https://ourworldindata.org/coronavirus

제5장 필리핀의 코로나19 대응:
선출된 권력의 권위주의적 대응*

엄은희

I. 들어가며

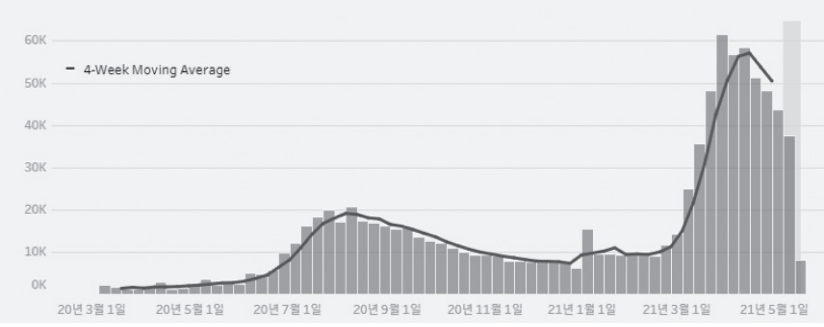
2019년 말 중국에서 발원한 코로나19가 전 지구적으로 여전히 맹위를 떨치고 있다. 이 감염성 질환은 지금껏 인류가 직면한 가장 심각한 공중보건상의 도전이다. 다행히 2020년 말 주요 선진국에서 유례없는 속도로 백신 개발에 성공하면서 인류는 팬데믹에서 벗어날 가능성에 한 발 더 다가가는 듯 보였다. 하지만 2021년 5월 현재 다수의 국가에서 접종의 속도를 넘어서는 변이의 발생과 통제되지 않는 감염 재확산이 현실화되고 있다. 인류가 코로나19의 종식을 선언하고 실질적으로 일상을 회복하기까지 아직 갈 길이 멀다.

현재까지의 방역 성적을 놓고 볼 때, 필리핀은 동남아시아 국가들 중 인도네시아와 함께 가장 심각하게 코로나19로 인한 보건의료 및 사회경제적 위기를 겪고 있다. 필리핀은 강력한 수준의 물리적 이동 제한–필리핀은 이 정책

* 이 장은 필자가 지난해 출간한 논문 "재난관리 관점에서 본 필리핀의 코로나19 대응에 관한 비판적 분석"(2020)을 대폭 수정·보완한 것이다. 2020년 10월 이후의 코로나19 전개상황과 백신정책 분석이 추가되었으며, 의료보건 영역을 넘어선 두테르테 정부의 특성에 대한 비판적 고찰도 보완되었다.

을 지역사회격리(CQ: Community Quarantine)로 명명함—을 동남아국가 중 최장기로 실시하였는데, 그러함에도 방역과 경제회복은 여전히 악화일로에 놓여 있다.

〈그림 5-1〉 **필리핀 코로나19 확진자수**(4주 평균) **추이**(전국)



출처: 필리핀보건부 https://doh.gov.ph/covid19tracker (접속일: 2021/05/15)

2021년 3월 이후 동남아시아 지역에서 관찰된 재확산 추세는 필리핀에서 가장 심각했다. 지난 해 8월 10일 일일확진자수 4,143명으로 정점을 찍었던 필리핀의 코로나19 상황은 2021년 4월 5일에는 13,942명으로 최고확진자수를 갱신하였다. 특히 3월 이후의 확산세는 집계를 비롯한 통합관리에도 어려움이 있을 정도로 매우 가파른 수준이어서, 3월 24일 이후에는 보건당국의 통계자료 발표에도 누락이 자주 발생하는 등 방역 관리의 문제점이 노출되었다.[1] 구체적인 수치를 살펴보면, 2021년 5월 17일 기준 필리핀의 총 누적 확진자는 1,149,925명이며, 총 누적 사망자는 19,262명이다. 올해 3~4월의 필리핀의 재확산세는 동남아 국가 중 가장 심각했는데, 이로 인해 강력한 봉쇄조치가 수도를 중심으로 다

1 필리핀 정부는 보건부 웹사이트(https://doh.gov.ph/2019-nCoV?page=1) 및 공식 대시보드(https://covid19.gov.ph/)를 통해 매일 오전 1차 집계 결과(COVID-19 Tracher)를 발표하고, 늦은 오후 구글 드라이브(https://drive.google.com/drive/folders/1Wxf8TbpSuWrGBOYitZCyFaG_NmdCooCa)를 통해 보다 정제된 상황보고서(Beat COVID-19 PH Situationer)를 공식적으로 제공한다. 상황인 악화된 3월 26일부터 일주일 이상 업로드가 되지 않았는데, 다행히 4월 초 상황은 개선되었고 누락된 일자의 통계수치도 소급되어 정리되었다.

시 부여되었다. 5월 중순 현재 여전히 일자별 신규확진자의 수가 불규칙하다는 점에서 코로나 위기는 끝날 때까지 끝날 수 없는 지난한 과제임을 상기시킨다.

본 연구는 필리핀의 코로나19 전개과정과 정부의 대응정책의 특성을 비판적으로 분석하려는 시도이다. 지난 1년 간 반복적이며 장기화된 강력한 격리제도의 운영에도 불구하고 필리핀의 코로나19 방역 및 위축된 경제상황은 매우 좋지 않다. 전임정부에서는 2003년 사스의 경험을 바탕으로 국제적 신종감염병에 관한 국가제도를 이미 갖추어 놓았음에도, 두테르테 정부는 과학과 의료 전문성에 기대어 이 제도를 활성화시키지 않고 병렬적인 새로운 조직을 발족시키고 관리역량을 집중시켰다. 또한 이 조직의 수장을 전직 군관료에게 맡김으로써 과학 및 의료적 대응이나 시민 참여보다는 강압적 격리정책을 중시하는 권위주의적 접근을 일관되게 유지하였다. 출범 초기부터 선출된 권위주의적 정부로 비판받던 두테르테 정부의 국정운영 스타일이 코로나19 상황 속에서 보다 적나라하게 드러난 것이라 볼 수 있다.

본 연구의 질문은 다음과 같다. 첫째, 필리핀에서 코로나19는 어떻게 전개되었으며, 시기별 특징은 무엇인가? 둘째, 필리핀 정부의 신종감염병 제도는 두테르테 정부 하에서 어떻게 변용되었는가? 셋째, 재난관리의 4C 모델을 두테르테 정부의 코로나19 대응 분석에 적용하면, 어떠한 문제점과 개선과제가 도출되는가? 마지막으로, 필리핀의 코로나19 대응에서 제기된 주요 이슈와 과제는 무엇이었으며, 향후 개선을 위해 재난대응 체계 구축과 적응에 있어 어떠한 변화가 요구되는가?

Ⅱ. 신종감염병 대응거버넌스와 두테르테 정부의 변칙적용

1. 사스 이후 필리핀의 신종감염병 정책

세계적으로 감염병이 다른 공중보건 이슈들과 더불어 국가안보의 문제로 인식

되기 시작한 것은 2000년 미국 정부가 HIV/AIDS를 국가안보 위협과 외교정책 과제의 일부로 발표한 이후였다(윤정현 2019). 특히 바이러스 변이에 의해 발생하는 신종감염병(EID: Emerging Infectious Disease)은 불확실성이 크기 때문에 더 큰 혼란과 위기를 가져올 수 있다.

코로나19 이전 세계를 긴장시킨 글로벌 신종감염병으로 중증급성호흡기증후군(Severe Acute Respiratory Syndrome), 일명 사스(SARS)를 꼽을 수 있다. 2002년 11월 중국 광둥 성에서 발생한 것으로 알려진 사스는 반 년 만에 세계 30개국 8,422명 이상의 환자를 발생시키고 812명의 사망자를 낳은 21세기 최초의 글로벌 감염병이었다(정진원·우준희 2003). 사스는 변종 바이러스의 발생 원인, 감염 경로, 백신과 치료법이 존재하지 않은 '신종' 감염병이었다. 확진자 중 사망률을 의미하는 치명률(CFR: a Case Fatality Rate)도 11%에 이른데다가, 심지어 공기를 통한 집단감염 가능성도 있는 비접촉성 감염병이었다는 점에서 세계 각지에서 공포를 양산하였다(Caballero-Anthony 2005). 동남아에서 사스는 싱가포르(235명), 베트남(63명), 필리핀(14명), 태국(9명), 말레이시아(5명), 인도네시아(2명)에서 총 331건의 감염 및 44명의 사망자를 낳았다. 사스의 피해는 보건의료적 차원을 넘어 관광 의존적인 동남아시아 국가들에게 큰 경제적 피해를 입혔다.

그런데 다른 측면에서 사스의 발발은 동남아시아 내에서 지역적 차원의 보건협력을 강화하기 위한 유의미한 계기로 작동하였다. 사스 이전까지 동남아 국가들은 보건의료 문제를 국내 사안으로 다루는 경향이 강했다. 또한 보건의료의 질은 개별국가의 경제적 수준과 직결되기에 사회경제적 격차가 큰 동남아의 상황에서 지역적 접근이 형성되기는 어려웠다. 하지만 사스를 겪으며 동남아 국가들은 주기적으로 발생하는 감염병(조류독감, H1N1, 코로나19 등)의 역내 이동 가능성이 크다는 점을 깨닫고 공동의 이해관계자로 묶이게 되었고, 이에 대응하기 위해 감염병의 예방과 통제를 포함한 보건 분야 지역협력의 제도적 틀을 출범시켰다.[2]

---

2 사스에 대응하는 아세안+3 협력 체제가 출범하는 데는 싱가포르의 기여가 중요했다.

필리핀도 사스 사태에 대한 역학적 대응에서 일정한 성과를 거두었다. 총 92건의 의심사례가 보고되었는데 그중 실제 확진자는 14명, 사망자는 2명이었다. 필리핀의 최초감염 사례는 캐나다에서 간호사로 일하던 해외노동자(OFW: Overseas Filipino Worker)가 귀환하면서 유입되었는데, 시기적으로 성주간(Holy Week) 휴일(부활절)이어서 대량의 접촉자가 발생할 가능성이 높은 위험한 상황이었다. 하지만, 당시 필리핀 국가역학센터는 최초환자가 체류한 마을의 접촉자를 광범위하게 추적하여 약 250명 정도의 접촉자 전원을 격리시키는 방역활동으로 바이러스의 확산을 효과적으로 막아낼 수 있었다(WHO 2006). 이러한 조처는 위험의 인지-검진-격리의 과정이 제대로 작동했음을 보여준다. 시기적으로 인적교류가 많은 기간이었으나 방역전문가들이 주도한 대응이 일정한 성과를 거둔 것이다.

나아가 2014년 필리핀 정부는 국내 및 지역적 차원에서 신종감염병 대응체계 제도화를 시도하였다. 전임 대통령인 베니뇨 아키노(Benigno Aquino III)가 발표한 행정명령(EO 168호)은 신종감염병의 국내발생 시 대응을 담당하는 '신종감염병범정부태스크포스(IATF-EID: Inter-Agency Task Force on Emerging Infectious Diseases, 이하 IATF)'를 설치하고 역학조사 실시 및 '격리(CQ)-완화(MCQ: Modified CQ)-뉴노멀(New Normal)'의 방역 수준의 계열화 등의 제도적 장치를 명문화하고 있다. IATF는 이름이 보여주듯 잠재적 감염병의 진단, 모니터링, 통제, 확산 방지를 목표로 하는 위기상황 대응 특별대응조직이다. 조직구조는 보건부장관을 의장으로 외교부, 내부무, 법무부, 노동고용부, 관광부, 교통부, 통상산업부, 농업부, 재정부 등 총 10개 부처로 구성된다. 이 조직은 해외 혹은 국내에서 신종감염병에 관한 정보가 보고되면 보건부 장관에 의해 소집될 수 있으며 상황 종료 시까지 신종감염병에 따른 국가 위기 상황에 대해 대처하도록 설계되었다.

싱가포르의 사스 대응에 관해서는 윤정현(2019)의 연구를 참고할 것.

2. 제도의 구상과 방역의 실제: 지역사회격리 vs. 도시봉쇄

필리핀에서 감염병 확산을 방지하기 위한 사회경제적 조치는 감염자 숫자에 따라 구역을 구분(zoning)하고, 각 구역별로 위험도를 평가하여 지역사회격리(CQ) 명령을 부여하는 방식으로 이루어진다. CQ는 사회적 이동규제이면서 동시에 공간통제 전략이다.

각 지역(주로 도시나 주단위)은 위험구역(CrZ)에서 버퍼존외곽(OBZ)까지 4단계로 구분되며, 지역별로 이동 및 사회경제적 활동에 규제를 가하는 지역사회격리(CQ)의 수위가 부여된다. 강도에 따라 지역사회 격리는 5단계, 구체적으로 ① 최고단계인 강화된 지역사회격리(ECQ: Enhanced Community Quarantine), ② 중상단계인 수정된 강력지역사회격리(MECQ: Modified Enhanced Community Quarantine), ③ 중간단계인 완화된 지역사회격리(GCQ: General Community Quarantine), ④ 중하단계인 수정된 완화지역사회격리(MGCQ: Modified General Community Quarantine), ⑤ 정상단계인 뉴노멀(New Normal)로 구분된다. 아래의 〈표 5-1〉는 구역구분 및 CQ의 수위를 정리한 것이며, 〈표 5-2〉은 각 격리 수위별로 사회경제적 규제조치의 가이드라인을 정리한 것이다.

〈표 5-1〉 **필리핀의 구역별 방역 기준 및 CQ 수위**

구역 / 방역항목	위험구역 (Cr Zone)	봉쇄구역 (C Zone)	버퍼존 (B Zone)	버퍼존외곽 (OB Zone)
기준선 (인구10만명 당 신규감염자)	20명 이상	1~19명	0명	0명
환자격리와 치료	의무적 격리 L2&L3급 병원으로 이동	의무적 격리	보건시스템 역량의 강화	보건시스템 역량의 강화
검진과 접촉추적	광범위한 PCR 항체검사	광범위한 PCR과 항체검사	랜덤 검진	민간영역의 검진 참여
손과 호흡기 위생관리	의무	의무	의무	의무
사회적 거리두기	의무	의무	엄격조치 부여	엄격 조치 부여
경계 통제	절대 통제	통제	출입지점 엄격통제	랜덤 체크
감시 전략	양성환자 발견 모든 검체의 실험실 검진	양성환자 발견 적극적 감시 모든 검체의 실험실 검진	적극적 감시 모든 검체의 실험실 검진	수동적 감시 모든 검체의 실험실 검진
지역사회격리수위	ECQ	MECQ	GCQ	MGCQ

출처: National Task Force Against COVID-19 "Omnibus Guidelines in MECQ"을 바탕으로 재구성

〈표 5-2〉 **필리핀의 봉쇄수위별 사회경제적 규제 사항**

봉쇄수위	이동 및 보건조처
ECQ (강화된 지역사회격리)	절대이동제한 연령과 건강상태와 무관한 이동제한 필수서비스(식량, 전력, 상수도) 및 핵심경제 부문을 제외한 경제활동의 최소화 유틸리티 서비스 제외 교통망 통제 휴교령
MECQ (수정된 강력지역사회격리)	구역 내 제한적 이동 필수서비스와 직업을 위한 제한적 이동만 허가 선택된 제조업 공장 가동 허가(최대인력의 25%만 출근) 필수 상품과 서비스를 위한 제한적 교통 허용 휴교령
GCQ (완화된 지역사회격리)	BZ와 OBZ의 제한적 경제활동 허용 관광서와 산업계 업무 재개(최대인력의 75%만 출근) 정부와 민간 활동 지원용 교통서비스의 제한적 허용 유연적 학습체계(역량에 따른 학급 운영)
MGCQ (수정된 완화지역사회격리)	최소한의 보건기준 하에 사회경제 활동 허용 사회적 거리두기 유지 장소별 차등화된 방역조치 유지 보건대응시스템 유지

출처: National Task Force Against COVID-19 "Omnibus Guidelines in MECQ"

2월 중국을 시작으로 많은 국가들에서 사회적 거리두기 정책이 도입되었지만, 초기에 과잉으로 여겨질 정도로 강력한 대응을 취한 국가들(중국, 한국, 대만, 베트남, 4월 이전의 싱가포르 등)만이 방역에서 일정한 성과를 거뒀다(The NY Times 2020/06/12). 반면, 필리핀은 2월 초 중국 밖 첫 사망자가 나온 국가임에도 방역에 적극성을 띄지 않다가 3월 이후 지역사회 감염에 이어 내국인 사망자가 발생한 이후 급작스럽게 최고 수준의 강력한 사회적 봉쇄 정책을 취하였다. 그런데 필리핀에서 실제 지역사회격리(CQ)의 부여와 전환은 명확한 기준에 의해 지정되었다고 보기 어렵다. 실제로 〈표 5-1〉나 〈표 5-2〉과 같은 ECQ에서 MGCQ까지 차별화된 방역 가이드라인은 ECQ가 최초 부여된 3월 중순이 아니라 단계 완화가 예고(6월 시행)되던 5월 중순에야 처음으로 공개되었다.

물론, 제도 설계당시에 필리핀 정부가 기준선으로 잡았던 인구대비 감염자 수에 따른 위험도 평가는 이번 코로나19 상황에 적용하기에는 현실적이지 못한 측면이 있었다. 신종감염병 제도 도입 이후 지역사회격리 조치가 발동된 것

은 이번 코로나19 사태가 처음이었고, 더군다나 기준에 비해 감염확산의 속도와 정도는 훨씬 심각한 수준으로 전개되었기 때문이다. 또한 격리단계의 조정은 감염확산 제어의 실제 성과 여부와는 관계없이 장기화된 격리로 경제위기 및 이로 인한 궁극적인 민심 이반에 대한 우려 때문에 인위적으로 완화되어왔다. 아직 코로나19가 언제 어떤 방식으로 종료될 수 있을지에 대해서는 그 누구도 장담하기 어려운 상황에서 필리핀 정부는 기한이 정해지지 않은 중하단계의 지역사회격리를 여전히 유지 중이다. 필리핀의 사회적 거리두기 정책은 '지역사회'격리라는 용어를 사용하지만, 현실의 공간통제 전략은 중앙정부가 통제권을 독점한 조건에서 전국 및 권역적 차원에서 결정되었다.

3. 방역 안보화

모든 신종감염병은 변이로 인한 새로운 질병이므로, 원인불명의 상태에서 시작하여 정보와 지식이 축적되고 공유되는 단계에 이른 뒤에서 이름을 얻고 국제적 대응책도 준비될 수 있다. 신종감염병에 대응하는 정부조직도 마찬가지이다. 다행스럽게 필리핀에는 다양한 종류의 신종감염병 발생에 대응하기 위한 제도적 장치인 IATF-EID에 관한 제도가 2014년에 이미 마련되어 있었다. 하지만 제도의 실행은 다른 방식으로 이루어졌다.

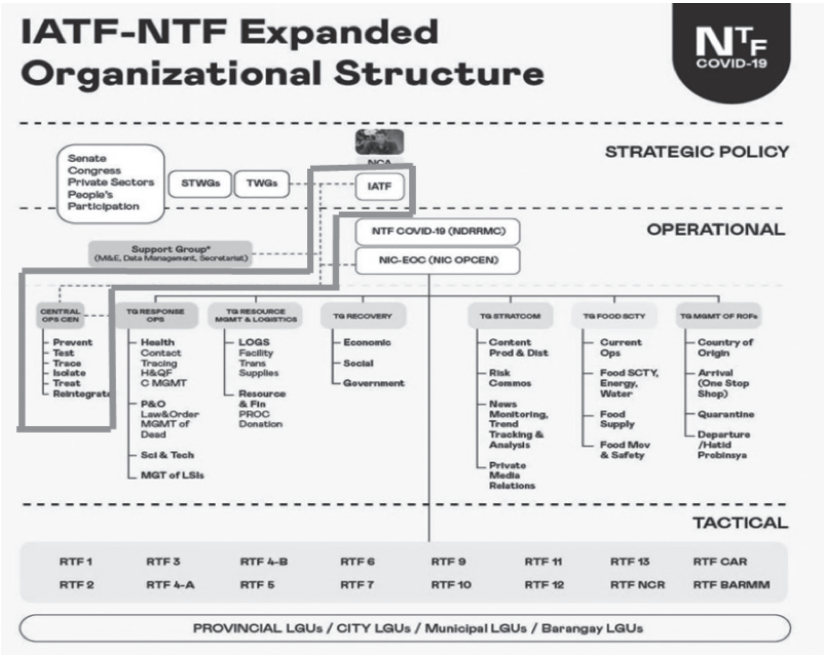
필리핀의 보건부(DOH)가 코로나19에 대해 인지하며 모니터링 활동을 시작한 것은 세계보건기구(WHO)가 우한지역에서 원인불명의 폐렴환자 클러스터 발생을 알린 후였다. 보건당국은 새해가 시작되고 1월 6일부터 입국자에 대한 심사를 시작하였다. 1월 중순 세부지역에서 첫 의심환자 신고가 들어온 이후 DOH는 1월 20일부터 자체 신종코로나 TF팀을 구성하였다. 확진 의심자들이 모두 외국인 혹은 해외의 자국민(OFWs)이었기에 주요 협의대상은 외교부(DAF)였다. 보건부장관이 IATF를 처음 소집한 것은 1월 28일로, 당시는 아직까지 국내발생은 보고되기 전이었다. 첫 회의는 중국의 우한 봉쇄에 따라 이 지역에 대한 여행금지 및 우환 내의 자국민의 귀환에 관한 내용들이 주로 논의

되었다(IATF Resolution 01 2020/01/28). 보건비상사태 선언(3월 8일) 전까지 IATF 회의는 총 9차례 소집되었는데, 주요 논의 안건은 코로나19 확산세가 심각한 국가로부터의 여행 금지(중국[본토, 홍콩, 마카오, 대만] 및 한국[대구, 경북]이 해당됨) 및 서아시아 지역 OFWs의 귀환 계획 등이었다.

3월 9일 소집된 10차 회의부터 IATF의 대응 수위는 달라졌다. 로컬 감염 확인 후 대통령의 보건비상사태 선언 이후 열린 회의였기 때문이다. 이제 코로나19 사태의 당사국으로 실질적인 방역 활동이 필요한 시기였다. WHO에 의한 글로벌 팬데믹 선언(3월 11일)–첫 로컬 사망자 발생(3월 12일) 등 사태가 급변하면서, 11차 회의(3월 12일)에는 곧 적색경보를 2단계로 상향시켰다. 3월 15일부터는 코로나19의 전국적 확산을 막기 위해 수도 메트로 마닐라의 도시봉쇄가 시작되었고, 하루 뒤 국적으로 다양한 수위의 지역사회 격리(CQ) 조처를 단행하였다. 이어서 3월 17일부터 6개월간 유효한 재난사태(state of calamity)가 선언되었다. 비상사태를 규율한 법적 제도로 3월 24일에는 재난대응 특별법인 바야니한법이 통과되었다.

그런데 3월 24일 이후 필리핀의 재난대응 거버넌스 체계에는 구조상 큰 변화가 만들어졌다. 이 날은 코로나19 대응 국가행동계획(NAP on COVID–19)이 발표되는 날로, 대통령이 직접 앞으로 국가대응에 대해 설명하는 장이 마련되었다. 그런데 이날 대통령의 옆에 선 사람은 IATF의 수장인 보건부 장관이 아니라 NAP에 따라 새롭게 구성된 코로나19국가태스크포스(National Task Force against COVID–19, 이하 NTF)의 수장인 델핀 로렌자나 국방부장관이었다. IATF라는 신종감염병 관련 법정기구가 있음에도 불구하고, 국방부장관을 수장으로 한 NTF의 조직을 별도로 출범시킨 것이다. 당국은 코로나19 재난 상황에서 IATF는 "운영관련 정책개발(policy–making body of operations)"의 업무를, NTF는 "운영 통제(operational command)"를 각각 담당한다고 설명하였다(Manila Bulletin News 2020/04/10).

〈그림 5-2〉 필리핀 NTF 운영을 위한 조직구조



출처: NTF 페이스북페이지(2020년 8월 6일 공개)

하지만 이러한 조처에 대해 국내외 학자들은 필리핀 정부가 코로나19 확산 저지를 위해 의료 및 과학적 접근보다 봉쇄와 규율 중심의 군사력과 경찰력에 기대는 방식을 택한 것이라며 비판하였다(Abuza 2020; Lasco 2020). 위의 〈그림 5-2〉는 NFT의 조직구조를 보여주는데, 상위의 전략 정책의 영역에는 IATF가, 운영의 영역에는 NTF가 위치해 있다. 하지만 IATF의 권한이 미치는 하위 운영체계는 중앙운영센터(Central OPs CEN)로 국한되는데, 이 조직에서 담당하는 업무는 코로나19 사례의 관리(방지, 검진, 추적, 고립, 치료, 재통합)만을 담당한다. 사실상 보건의료(보건인력 훈련, 의료장비 조달, 경제사회적 회복)에 관한 영역은 NTF 내에도 중복되어 존재하며, 그밖에 정보관리, 식량 안정성 관리, 지방정부별 방역 관리 등의 전 영역에 대한 실질적 권한은 국방장관을 수장으로 한 강제력을 갖춘 NTF에 집중되어 있음을 보여준다.

Ⅲ. 코로나19의 전개과정과 시기별 특성

1. 제1국면(2020년 1~2월): 최초 사례보고와 지연된 대응

필리핀에 중국발 신종바이러스와 집단폐렴 소식이 국제뉴스로 전해진 것은 2019년의 마지막 날이었다. 당시만 해도 대부분의 국가들은 우려를 표명하면서도, 중국의 특수한 사정으로 여겼을 뿐 글로벌 팬데믹으로 전개될 것을 예상하지 못했던 시점이었다. 필리핀도 마찬가지다. 필자가 2월에 직접 목격한 필리핀 정부와 시민들은 대체로 이 감염병을 건조한 겨울철 계절성 폐렴으로 받아들였고, (아)열대 지역은 상대적으로 안전하다고 믿는 것으로 보였다.

필리핀에서 코로나19 첫 번째 의심환자는 1월 중순에 발생했는데, 세부에 어학연수를 온 중국인 아동과 보호자였다. 당시 필리핀은 코로나19 감염 여부를 진단할 자체역량이 수립되기 전이었다. '특정하기 어려운 폐렴'을 진단받은 의심환자의 검체(검사대상물)는 호주로 보내졌고 삼일 뒤 다행스럽게 음성 판정이 내려졌다. 필리핀 보건부는 열대의학연구소(RITM: Research Institute for Tropical Medicine)를 통해 진단역량을 확보를 결정하였고, 국내 진단은 1월 30일부터 가능해졌다. 같은 날 필리핀 내 첫 확진자(우한 출신 중국인 관광객)가 발생했다. 그는 세부로 입국해서 이미 2주차 체류 중이었으며 복잡한 이동 경로를 거쳐 마닐라에서 최종 확진판정을 받았다. 곧이어 동행인도 2호 확진자로 진단되었다. 안타깝게 기저질환이 있던 1호 환자는 곧 사망하였고(2월 2일), 이는 '중국 밖의 첫 번째 코로나19 사망사례'로 기록되었다. 첫 환자가 보건당국의 직접관리나 통제가 어려운 외국인이었다는 점은 필리핀의 초기대응을 늦춘 원인이 되었다. 코로나19는 여전히 외국의 문제이자 특수한 경우로 인식하였고, 필리핀 정부는 그저 사태가 진정되기를 관망하는 상황이었다. 그나마 다행스러운 점은 1월 12일 수도권에 위치한 따알화산 분출로 화산재 피해가 발생(국가공항 일시 운영 중단)함에 따라, 수도권의 주민들에게 코로나19와 무관하게 '마스크' 착용이 독려되었다는 점이다.

2. 제2국면(2020년 3~5월): 글로벌 팬데믹 선언과 국가보건비상사태

3월 이후 필리핀의 코로나19 사태도 심각해졌다. 해외방문 이력이 없는 내국인의 지역사회 감염이 발생(3월 6일)하면서 코로나19 문제에서 필리핀도 당사국이 되었다. 보건부(DOH)의 건의에 따라 적색경보 1단계의 국가보건비상사태가 선언되었고, 학교 휴교와 재택근무가 권고되었다.[3] 하지만 초기 대응은 이미 늦은 상태였다. 3월 11일 WHO의 글로벌 팬데믹이 선언된 날 내국인 중 최초 사망자가 발생하였다. 이 시점에 되어서야 두테르테 대통령은 직접 국가비상사태를 선언하며 계엄령에 준하는 고강도 사회규제를 실시할 것을 결정하였다. 여행금지령이 전국으로 확대되고 강력한 이동통제 및 도시봉쇄령이 내려졌으며 60일간 모든 기본 생활필수품에 대한 가격동결 명령도 함께 내려졌다.

무엇보다 인구밀집도가 높고 외국과의 교류가 가장 빈번한 수도 메트로 마닐라의 확산 위험을 통제할 필요가 있었다. 3월 15일부터 한 달간 지역사회격리(CQ) 명령이 내려졌는데, 이 조치는 하루 뒤 인구의 60%가 거주하는 루손 섬 전지역(Luzon-wide Community Quarantine)으로 확대되었다. 3월 17일에는 특별재난사태 선언과 함께 강력한 지역사회격리(ECQ) 명령이 내려졌으며, 3월 20일부터는 모든 국제선 운행이 중단되었다. 재난사태를 근거로 정부는 6개월 간 계엄령에 준하는 강력한 통제를 실시할 것을 선언하였다. 24일에는 대통령이 일명 바야니한법(Bayanihan to Heal as One Act of 2020, 이하 바야니한법)[4]에 서명하였다. 같은 날 코로나19에 대응하는 국가행동계획도 발표되었고, 이 계획의 추진 체계에 IATF 이외에 코로나19 국가태스크포스(NTF against COVID-19)가 함께 등장하였다.

하지만 상황은 빠르게 악화되었다. 3월 마지막 날 필리핀의 확진자는 2천명

---

3 적색경보 1단계에서부터 보건당국은 "거부권 없음(No right to resist)"의 강력권한을 갖게 된다. 이는 바이러스 감염의심자의 경우 검사에 응할 의무가 있으며 검사를 거부할 경우 체포 및 벌금구형 가능한 비상한 권한이다.

4 바야니한(Bayanihan)은 협력적 노력(cooperative endeavor)라는 뜻을 지님.

에 도달했는데, 이는 3일 만에 2배로 증가한 수치였다. 경제적 압박을 먼저 느낀 도시빈민들은 봉쇄 2주차에 접어든 4월 첫날 퀘존시티에서 음식과 구호물품을 요구하며 거리시위에 나섰다가 규정 위반으로 일부가 구속되는 일도 벌어졌다. 일선의 의료진 부족이 문제가 되자, 정부는 4월 2일에 의료인의 해외 이탈을 금지시키는 행정명령을 내렸다. 애초 계획된 루손 섬 전역의 ECQ는 한 달로 예정되었으나 4월 9일과 4월 말 두 차례 연장되었다.

4월 말의 봉쇄 종료 시점이 다가왔을 때는 중앙정부보다 지방정부가 선제적으로 봉쇄연장을 결정하였다. 마닐라 남부의 산업지역인 카비테(Cavite Province)의 주지사가 5월 1일~15일 사이 자택격리 수준의 강화된 격리 명령을 자체 발령한 것이다. 그런데, 카비테 주지사의 이러한 결정은 권한 밖의 결정이자 중앙정부 방침에 위배되는 것이었다. 정부는 감염병 대응 일원화를 이유로, 내무부(DILG)와 협의만 거치면 지방정부(LGUs)가 자의로 격리조처를 발동할 수 있는 권한을 4월 24일에 이미 회수한 상태였다(Manila Bulletin 2020/04/24). 전국적으로 상황이 악화되고 있었기에 두테르테 대통령은 메트로 마닐라를 포함한 주요 도시 지역의 ECQ를 5월 15일까지 재연장하였고, 동시에 별도의 행정명령(EO 112호)을 통해 지방정부의 격리조치 권한을 직접 금지시켰다(Philippine News Agency 2020/05/01). 5월 16일부터 정부는 지역별 코로나19 위험도를 상, 중, 하로 구분하고 고위험지역(메트로 마닐라, 라구나주, 세부시)에는 수정된 강력지역사회격리(MECQ)가 5월말까지 연장하였으며, 그 외에 지역은 완화된 일반지역사회격리(GCQ)가 부여되어 대중교통과 상업시설의 일부 운영이 허용되었다. 하지만 5월 30일 필리핀의 일일 확진자 수가 처음으로 네 자리 수(1천 명)를 넘어선 상황에서 봉쇄의 기한 만료에 이르렀다.

3. **제3국면**(2020년 6~8월)**: 위험을 동반한 봉쇄 완화**

3월 15일부터 이미 세 차례 76일간 지역별로 수위를 달리하며 연장되었던 도시봉쇄는 6월 1일부터 메트로 마닐라를 비롯한 전국에서 일반지역사회격리

(GCQ)로 전환되었다. 그러나 이 결정은 도시봉쇄 완화조치가 방역 목표 달성에 따른 결과가 아니라 격리 장기화에 따라 국민들의 사회경제적 불만이 커져가는 상황 때문에 빗장을 연 것이었다. 문제는 봉쇄의 수위가 낮아진 것이지 봉쇄가 완전해제된 것은 아니었음에도, 많은 국민들이 이를 봉쇄해제에 준하는 조치로 받아들이게 만들었다.

완화조치 후 필리핀 제 2의 도시 세부를 포함한 중부 비사야스 지역(Region 7)이 새로운 위험지대(hot spot)로 부상하였다. 하지만 세부의 확산은 새로운 현상이라기보다 이미 감염병이 번진 상태에서 확인이 늦어졌다는 평가가 주를 이룬다.[5] 6월 이후 세부지역의 확진세가 심각해지자 두테르테 대통령이 직접 TV 방송을 통해 6월 25일부터 최고 수준의 사회통제인 ECQ를 재부여하고, 군인과 경찰을 파견하여 초소 감시를 재개하였다(The Inquirer 2020/06/25).

반면 메트로 마닐라의 경우도 확산세가 멈추지 않고 있으나 사회경제적 위기 발발을 고려하여 수도지역의 GCQ 수준을 유지하되 필요한 경우 국지적 수준에서 마을(barangay) 단위 ECQ를 부여하기로 결정되었다. 하지만 메트로 마닐라의 상황도 지속적으로 악화되었다. 핵심 대중교통수단이 MRT 3호선에서 170여명의 직원이 확진판정을 받아 결국 운행이 중단되었으며, 보니파시오신도시(BGC) 건설노동자들의 집단감염도 확인되었다. UP의 연구진들은 7월 초 새로운 예측보고서를 통해, 바이러스의 확산은 더욱 심화되어 8월 말에 확진자 수가 10만이 넘어설 것이라 전망하였다. 더 나아가 전문가들은 가정단위 격리는 더 이상 작동하지 않기 때문에 정부 대응의 '시스템' 차원에서의 변화를 요구하였다(Manila Bulletin 2020/07/07).

한편 필리핀 헌법에는 위기 상황에 허용되는 대통령의 비상권력(emergency power)은 3개월을 넘지 못한다는 규정이 있다. 따라서 3월 제정된 바야니한법

---

5 온라인 인터뷰에 응한 현지 언론인은 1호 확진자이자 사망자는 관광목적 입국자로, 그의 경로에 세부, 바콜로드 등이 포함되었음을 지적하며, 이미 2월부터 세부를 비롯한 비사야스 지역에 코로나19가 발발했을 것이란 의견을 밝혔다. 필리핀 정부가 전국 단위 검진 역량을 갖춘 것은 4월 이후였다.

의 효력도 6월 말 만료가 예정되었다. 이에 6월 초부터 상하원은 법안 연장이나 바야니한법(2) 제정을 요청했으나 두테르테 대통령은 상원의 휴회를 이유로 서명을 거부하였다. 하지만 현지의 반응은 바야니한법(2)의 제정이 미뤄진 가장 큰 배경으로 정부 재정 악화를 꼽는다(현지 언론인 A 인터뷰 2020/09/21).

7월에도 확산세가 잡히지 않고 치료나 격리를 요하는 감염자수(active case)가 많아지자 필리핀 보건부는 회복 실행계획(Oplan Recovery) 프로그램을 실시한다. 이 조처는 의료 및 격리시설의 한계를 고려하여 '시간 기반 회복'을 결정하는 것이다. 확진 후 14일이 경과한 무증상 및 경증환자는 별도의 검사 없이 격리에서 바로 해제하고 회복자로 분류하는 것을 내용으로 한다. 이 조치에 따른 첫 대량 회복자 분류집계는 7월 30일부터 시작되었다. 이 날의 회복자 수는 총 38,075명으로 이 조치 이후 필리핀 보건당국과 병상관리는 다시 감당 가능한 수준을 인위적으로 회복하였다(The Inquirer 2020/08/14). 이후 필리핀의 회복자 그래프는 계단식으로 누적되었다.

8월 들어 필리핀의 확진자 수는 10만 명을 넘어섰고, 일일 신규 확진자 수도 3천명 선을 넘기는 날이 많아졌다. 메트로 마닐라에 대한 ECQ 재지정을 요구하는 의료계의 요구가 나온 후, 정부는 8월 4일 메트로 마닐라와 Region 4A(남부수도권)에 MECQ 유지를 선언하였다. 8월 7일에는 인도네시아의 확진자 수를 넘어서 코로나19의 동남아 최대피해국이 되었다.

4. 제4국면(2020년 9월~2021년 2월): 안정된 관리기

9월 11일 두테르테 대통령은 일명 바야니한법(2)(Bayanihan to Recovery as One Act of 2020)을 발표하였으며, 일주일 뒤 국가재난사태를 2021년 9월까지 연장한다는 포고령을 발표하였다. 그나마 다행스럽게 필리핀의 코로나19 상황은 9월 중순 이후 일일 신규 확진자의 수가 2천명대로 낮아져 유지하는 듯 보였다.

정부는 3월 24일 고강도 통제 및 사회경제 지원을 위해 바야니한법(1)(Bayanihan to Heal as One Act of 2020)을 제정하였는데, 이 법안의 효력은 대통령

의 비상권력을 3개월로 제한하는 헌법상의 규정에 따라 6월 말에 만료되었다. 만료 직후 사회격리에 따른 빈곤층의 현금지원이 중단되었고, 필리핀에는 코로나19에 대응하기 위한 특별한 법적·제도적 프로그램이 부재한 상태가 되었다(Joaquin and Binana 2020). 9월 11일 두테르테 대통령은 일명 바야니한법(2)을 발표하였으며, 일주일 뒤 국가재난사태를 2021년 9월까지 연장한다는 포고령을 발표하였다. 그래도 다행스럽게 필리핀의 코로나19 상황은 2021년 2월까지는 일일 신규확진자의 수가 2천명 이하에서 유지 관리되어 왔다.

5. 제5국면(2021년 3월~현재): 급격한 감염 재확산기

지난해 12월 10일 영국을 시작으로 코로나19 백신 접종이 시작되었다. 백신은 코로나19 팬데믹을 종식시킬 수 있는 게임체인저(game changer)이다(Yoo 2021). 2019년 발생한 코로나19는 인수공통의 신종감염병이다. 모든 신종감염병은 변이로 인한 새로운 질병이므로, 원인불명의 상태에서 시작하여 어느 정도 정보와 지식이 축적되고 공유되는 단계에 이른 뒤에서 이름을 얻고 국제적 대응책도 준비될 수 있다.[6] 따라서 백신이나 치료제가 개발되기 전까지 신종감염병에 대한 대응은 사회적·물리적 회피와 같은 비의료적 방법에 의존할 수밖에 없다. 사실상 개발과 접종이 동시적으로 진행된 이번 코로나19 백신은 그래서 코로나 종식을 기대하게 만드는 기대조건이면서 동시에 안정성과 생산–접종–집단면역 형성에서 발생할 국가/지역/사회적 불균등에 대한 '인내'를 요구하는 갈등조건이기도 하다.

필리핀에서도 3월 1일을 기점으로 백신 접종이 개시되었다(Philippine News Agency 2021/03/01). 2021년 4월 11일 기준 필리핀의 백신 접종자는 약 1백10만 명(인구대비 0.92%)으로 동남아에서 인도네시아(1,470만 명/인구대비 3.66%), 싱

6 12월 중순 이후 원인불명의 폐렴으로 알려진 바이러스가 2월 11일에야 코로나19(COVID-19)로 명명되었다(WHO 2020/02/11).

가포르(170만 명/인구대비 19.34%)에 이어 세 번째로 많다. 하지만 백신 접종 개시라는 희망적 소식과는 정반대로 필리핀의 코로나19 확산세는 3월 들어 급증하고 있다. 2월 28일부터 일일 신규 확진자의 수가 2천명을 넘어선 후 확산세는 급속도로 증가하였다. 3월 한 달 동안만 17만 명 이상의 신규 확진 사례가 발생했으며, 급기야 필리핀 정부는 부활절을 기리는 성주간 휴일인 3월 29일에서 4월 4일까지 가장 높은 수준의 도시봉쇄인 ECQ를 메트로 마닐라와 남북 인근지역을 포함하는 광역수도권(NCR-Plus) 지역에 재부여하였다. 수도권의 격리의 수준은 4월 11일을 기점으로 MECQ로 한 단계 낮아진 채 4월 말, 다시 GCQ로 일부 조정되어 5월 중순인 현재 시점까지 강력한 격리 상태가 유지되고 있다.

Ⅳ. 재난관리 4C 모델에 기반한 필리핀의 코로나19 대응 분석

1. 재난관리 4C 모델: 학습 기반 제도개선을 위한 분석틀

재난을 통해(혹은 재난 이후) 무엇을 학습할 것인가? 재난관리 연구자로서 루이스 컴포트가 제기한 질문은 이것이다(Comfort 2007a). 그녀는 재난 이후의 기록이나 희생자 추모와 같은 작업은 재난대응의 정당화나 재난의 공포와 파괴를 감추는 상징적 행위라 일축하며, 재난으로부터 학습해야 하는 것은 회피와 기대가 아니라 재난에 대한 준비, 대응, 실제 일어난 일에 대한 분석을 통해 미래를 대비하는 효과적인 재난관리를 구축하는 것이라 주장한다.

위기와 비상상태는 환경 및 환경-체계 상호작용에 있어 기능이상이 발생한 것이므로, 정책결정자는 결과를 알 수 없는 불확실한 조건 하에서 의사결정을 내려야만 한다. 컴포트와 그의 동료들은 1990년대 이후로 전 세계의 지진이나 태풍 그리고 미국에서 주기적으로 발생한 허리케인 등의 재난 이후를 연구하면서, 재난을 통한 거버넌스 혹은 그 구성원들의 '학습과 적응'이 재난 대응력

증진에 기여할 수 있음을 보여주었다. 미국의 재난 거버넌스에 대한 그들의 관찰에 따르면, 허리케인에 의한 재난 이후 재난 인지-대응 정보기술과 인력양성에 투자한 지역(2005년 카트리나를 겪은 루이지애나의 2008년)은 큰 정책적 변화가 없었던 지역(2005년 리타를 겪은 텍사스의 2008)에 비해 다음 번 재난상황에서 보다 적응적 거버넌스를 보여주었다(Comfort et al 2019). 다시 말해, 재난 대응력은 과거의 경험을 기반으로 한 학습과 적절한 과학정보를 바탕으로 정책결정자가 개인, 집단, 조직의 자기조직적 대응행동(self-organizing reactions)을 촉발시킬 역량의 수준에 달려 있다(Comfort 2007a, 2007b).

현대사회의 재난은 국가안보적 차원의 대응을 요구하기 때문에, 많은 정부들이 재난대응을 위한 범정부재난관리팀(소위 TF)을 구축하고 운영을 위한 법과 제도를 마련하고 있다. 컴포트는 재난관리조직의 효과적인 구성과 운영을 위해서는 적응역량(capacity of adaptation)이 요구되며, 이러한 역량은 상호 연계된 4C의 과정, 구체적으로 인지(Cognition)-소통(Communication)-공조(Coordination)-통제(Control)의 절차를 충실히 이행할 때 가능하다.

정리하면, 위기상황 발생 시 적응적 관리역량은 a) 신속한 정책결정자의 인지에서 촉발된 의사소통, b) 원활한 의사소통에 기초한 자발적 공조, c) 생명과 재산의 보호 및 사회체계의 지속성 유지라는 목표의 공유, d) 재난 피해의 최소화 및 이해당사자들의 행동 통제라는 연속된 과정에 달려 있다고 볼 수 있다. 컴포트의 4C 모델은 재난관리 및 재난이후 체계를 분석적으로 볼 수 있는 유용한 틀이다. 〈표 5-3〉는 컴포트의 4C 모델을 필리핀의 코로나19 대응과정과 거버넌스의 구조와 운영방식을 평가하기 위해 수정한 것이다.

〈표 5-3〉 4C 모델에 기초한 분석틀

영역	목표	분석을 위한 질문
인지 (Cognition)	불확실성 하에서의 의사결정 권한과 책임의 정치적 분배	[과학: 전문가 집단] 시스템의 이상 징후는 어느 시점에 어떻게 발견되었는가? 어떻게 대응했는가? [정책: 의사결정자] 과학적 증거를 신뢰하는가? 비상대응 체계의 운영을 언제 어떻게 결정했는가?
소통 (Communication)	공유된 의미, 동일한 목표의 창출	[정부– 시민] 위기와 재난의 관한 정보와 지식의 정확성, 유용성, 접근성은? [정상 정부–비상 TF] 비상대응 거버넌스의 권한 및 운영 방식은 위계적인가 네트워크적인가?
공조 (Cordination)	자발적 조정의 촉진, 문 제행동에 대한 규율	[정부기구의 역할] 신뢰할 만한 가이드라인을 제시하는가? 문제행동을 어떻게 제어하는가? [시민의 역할] 재난 경감을 위해 자발적으로 행동 규범을 조정하는가? [전문가의 역할] 불확실성 해소를 위한 과학 정보와 지식을 생산하고 있는가? [국제 협력] 재난 대응 및 해소를 위해 국제사회와 협력하고 있는가?
통제 (Control)	피해의 최소화, 회복의 기획	재난에 따른 피해의 영향력은 줄어들고 있는가? 재난이 다른 영역으로 확산되는 것을 방어하고 있는가? 재난 이후는 기획되고 있는가? (시스템의 유지와 거버넌스의 개선)

2. 첫 번째 C(Cognition): 과학과 정책의 인지는 신속하고 대응은 조화롭게 이루어졌는가?

코로나19의 이상 징후가 필리핀에 공식 전달된 것은 1월 6일 중국보건당국의 알림을 통해서였고, 첫 번째 의심환자가 보고된 것은 1월 중순이었다. 1월 중에 코로나19는 아직은 국외(중국) 문제였으나, 필리핀 보건부는 1월 28일 제 1차 IATF 회의를 소집하였다. 회의의 목적은 “중국 내 필리피노 지원을 위해 정확하고 적절한 건강정보 및 관련 서비스를 제공”하는 것으로 명시되었다. 즉, 필리핀과 중국 간 인적교류의 안전한 관리를 위한 부처 간 회의였다(IAFT Resolution No 1 2020/01/28). 필리핀 국민의 지역사회 감염(해외여행 경험 없음)이 확인된 3월 9일 이전까지 IATF의 비상회의 및 결의안(Resolution) 채택은 총 9차례 진행되었다. 적어도 과학영역에서의 코로나19에 관한 인지적 대응은 이상

징후에 관한 (의료)과학적 접근을 보여주었다고 볼 수 있다.

하지만 초기 단계에서 최고의사결정자인 대통령의 재난 인지는 매우 부적절했다. 미국의 정치학자 아부자(Zachary Abuza)는 디플로맷에 기고한 글을 통해 2003년 사스를 겪은 동남아에서 코로나19는 '검은 백조(black swan)'보다는 '붉은 홍학(pink flamingo)'일 수 있었음을 지적하며, 필리핀을 비롯한 동남아 몇몇 국가지도자의 인식/판단과 낮은 정부역량이 방역 실패를 낳았다고 혹평한 바 있다(The Diplomat 2020/04/21).[7] 물론 여전히 확산일로에 있는 이 팬데믹의 세계적 상황을 고려하면, 코로나19 사태를 심각하게 고려하여 발생 초기부터 강력한 조처를 취한 국가들(중국, 한국, 대만, 베트남 등)의 사례가 오히려 예외적이라 볼 수도 있다. 그러함에도, 아부자의 지적처럼 필리핀에서 최고의사결정자의 1~2월의 행보는 과학 영역(보건부 및 IATF)의 대응과 합치되지 못했다. 대통령의 메시지는 호들갑 떨 필요 없이 기도를 열심히 하라거나 정부를 믿고 따르라는 식이었다.

더 아쉬운 점은 내국인 환자 발생 및 급속한 바이러스 확산이 시작된 3월 이후 필리핀 정부는 국민과 전문가의 참여를 포함하는 정책혼합적 태도 혹은 과학에 대한 신뢰보다 권력의 입장에서 가장 손쉬운 권위주의적 방식만이 일방적으로 선택되었다는 점이다. 재난인지의 차원에서 볼 때 최고의사결정자의 초기 인식은 안일했고, 비상대응 체계는 과학에 의존하기보다 과학과 불화했다(Lasco 2020). 결과적으로 대응은 늦어졌고, 국가와 사회가 감당해야 하는 사회경제적 비용은 커질 수밖에 없었다.

3. 두 번째 C(Communication): 정보공유와 공통된 의미체계가 만들어졌는가?

재난대응 과정에서 의사소통의 목표는 이해관계자들이 정보를 공유하고 공통

---

7 블랙스완(Black Swan)은 발생가능성은 낮지만 영향은 매우 심각한 경우(Unknown unknown)를 의미하고, 핑크 플라밍고(Pink Flamingo)는 발생가능성도 높고 영향도 심각한 경우(Known known)를 의미한다.

된 의미체계를 구성하는 것이다. 이를 위해 감염병에 대한 정보와 지식이 신뢰할 정도로 정확하고, 대응 행동에 적응할 수 있도록 유용하며, 정보 유통이 원활하도록 접근성도 확보될 필요가 있다. 신종전염병에 대한 보건의료적 대응은 3T, 즉 검진, 추적, 치료로 요약되는데, 충분한 정보가 축적되기 전까지는 검진을 통해 확진자를 추적 및 격리시키는 사회적(비의학적) 방식에 의존할 수밖에 없다. 치료는 치료제가 나오기 전까지 불가능하며, 사실상 사상자 발생 방지를 위한 관리에 가깝다.

감염병에 관한 정보생산은 검진에서 시작된다. 필리핀의 검진역량은 3월 중순까지 열대의학연구소(RITM) 한 곳에 불과했으나, 6월 이후에는 130곳 이상으로 확대되어 현재는 하루 3만 건 이상의 검사역량을 갖추게 되었다. 이를 위해 보건부는 지역정부와 협력 하에 대규모 검진 장소(Mega Swabbing Sites)를 구축하였다(Malingdong-Uy 2020). 문제는 검진 역량의 개선에도 불구하고 보건부가 생산하는 코로나19 관련 통계에 대한 정보 신뢰도가 낮다는 점이다. 검진가능 시설의 추가설치에도 불구하고 검진 결과는 24시간~3일까지 걸리는 경우가 많았고, 이에 필리핀의 코로나19 상황 집계에서는 백로그(baglog) 수정, 즉 일주일 이내 확진자의 수를 사후 정정하여 결과적으로 통계수치가 지속적으로 변동하는 문제가 자주 발생했다. 보건부의 역할은 검진과 병상관리 정도에 머무를 뿐, 2003년 사스 때와 같은 확진자 동선 관리나 경로추적의 권한은 주어지지 않았다. 급격한 감염확산 국면에서 정부의 대응 선택이 강력한 물리적 이동규제 외에 없었던 사정에는 이러한 배경이 있었다.

방역정책에서 가장 많이 사용된 '지역사회격리(CQ)' 제도 및 규제강도를 고려한 파생 개념(ECQ, MECQ, GCQ, MGCQ)이 재난대응 정보로서 적절하고 유용한지에 대해서도 질문해 볼 필요가 있다. 재난 대응의 신속성을 위해 유통되는 용어는 누구든 쉽게 이해되도록 설계될 필요가 있다. 이에 신호등과 같은 색깔 구분(위험-적색, 안전-녹색)이나 숫자(1~4단계) 등이 여러 국가에서 사용되었다. 하지만 필리핀의 경우 정부에서 생산한 지역사회격리의 용어는 그 자

체로 복잡한 개념어들로 구성되어 있으며 상당한 부대설명을 요한다.[8] 정보 생산의 주체에 대한 평가도 필요하다. 신종감염병에 대한 정보는 새로운 지식에 근거하여 생성되어야하므로 정보의 생산과 유통의 일차적인 책임은 정부에게 있다. 하지만 위험 의사소통의 구조는 전문가의 지식을 바탕으로 일방적 정책에서 대중의 사회적, 문화적 맥락을 고려한 양방향적 흐름으로 변화되어왔다(송해룡 외 2012). 필리핀의 경우에는 중앙정부만이 코로나19에 관한 정보의 생산과 유통을 독점하는 형태가 고착화되었고, 정보생산의 주체이자 방역의 협력자로 전문가와 시민이 참여할 기회는 애초부터 존재하기 어려웠다.

정책 일관성의 측면에서도 비판할 지점이 많다. 우선 정부의 재난대응 거버넌스 자체가 이원화되어 있다 보니 코로나19 관련 공신력 있는 정보채널도 다원적(보건부[DOH]와 대통령궁의 대변인, NTF, 지방정부가 각자의 채널을 활용함)이며 발표되는 정보가 서로 맞지 않은 문제가 종종 발생하였다. 한 번 발표된 정책이 상황에 따라 변경되는 문제도 자주 발생하였다. 예를 들어 코로나19 대응 국가체계를 정비할 수 있는 골든타임이었던 지난해 2월 중 IATF의 회의 안건을 살펴보면, 논의안건은 보건부가 주도하는 재난대응 보건의료적 준비가 아니라 외교부의 주도 하에 중국에 대한 여행제한과 해외노동자(OFWs) 관리에 맞춰졌다. 이에 따라 중국발 감염차단을 위한 여행금지국에 대만을 포함시켰다가(IATF Resolution No. 4 2020/02/14) 며칠 만에 해제하는 일이 벌어지기도 했다. 일부에서는 이러한 조처가 두테르테 대통령의 중국 중시 정책을 드러내려던 해프닝으로 해석한다.

---

8 지역사회격리라는 용어는 봉쇄(lockdown)에 비해 완화된 용어라는 이유로 채택된 것으로 보인다. 두테르테 대통령은 "그들은 그것(community quarantine)을 봉쇄라고 부르는 것을 두려워하지만, 그것은 봉쇄와 다르지 않다"(Venzon 2020/03/13)고 말했다. 논란이 커지자 대통령궁의 대변인은 CQ는 의료당국이 의미를 부여한 기술적 용어로 대중에게 공포를 심어주지 않기 위해 고안한 용어라고 부연 설명하였다(Cabico 2020/03/13).

4. 세 번째 C(Coordination): 새로운 행동규범과 자발적 행동 조정이 있었는가?

감염병은 발병의 원인과 유행 그리고 대응에 이르기까지 생물학적이면서 동시에 사회적인 특성이 상호 중첩될 수밖에 없다(김창엽 2020). 신종감염병의 특성상 기존에 없던 새로운 사건으로 백신과 치료제 개발에 시간이 소요되며, 이 시간 동안 정부의 의사결정자들은 이해당사자들의 적극적인 협조를 구할 필요가 있다. 즉, 코로나19 대응을 위해 모든 정부는 구조화된 정책대응과 가이드라인을 제시하면서 시민들의 자발적인 협조를 요청해야 했다. 컴포트 등이 구현하고자 했던 자기조직적(생산적) 대응 체계(Comfort et al 2019)는 바로 이러한 과정을 통해서 만들어 질 수 있다. 이 과정이 원활하게 진행되려면 가이드라인이 제시하는 조정된 행동규범이 명확하고, 규범을 벗어나는 행위를 어떻게 제재할 것인지에 대한 사회적 합의가 중요하다.

이러한 원칙에서 평가해볼 때, 필리핀의 코로나19 대응에서 정부부처 간 혹은 정부-시민 간 공조는 나타났다고 보기 어렵다. 무엇보다 정부기구의 이원화로 정책대응의 일관성이 확립되기 어려운 조건이었다. 국민들의 생활에 보다 가까운 행정단위는 지방정부(LGUs)이지만, 재정도 권한도 가질 수 없는 구조였기 때문이다. 권력의 배분과 행사 방식도 자발적 협력을 유도하기 보다는 강제력을 앞세운 규율도 일관되었는데, 이런 점에서 Lasco(2020)는 두테르테 정부의 코로나19 대응을 "의료파퓰리즘(medical populism)"이라 비판하였다. 그는 두테르테 정부의 대응이 팬데믹을 단순화하고, 자신의 대응을 극적으로 연출하고, 과학을 주장하면서도 선택적인 지식 주장(knowledge claim)을 구성적으로 내세운다는 점을 강하게 비판하였다.

권력의 작동방식이 자발적 동조 보다는 강압과 폭력에 기댔다는 점도 비판의 대상이다. 코로나19로 인한 위기상황에서 최고행정수반에게 특별한 권한이 주어지는 것은 시급성과 효율성의 차원에서 일정 수준까지는 용인되는 상황이다. 하지만 이러한 특수한 권력행동이 인권남용 문제로 이어질 수 있다는 점에서 사회적 논쟁이 따를 수밖에 없다. 두테르테 대통령은 4월 1일 라이브방송

에서 직접 ECQ의 규칙을 위반하거나 감독관들에게 위협을 하는 경우 경찰과 군은 위반자를 총으로 쏠 수 있다는 발언으로 논란을 낳기도 했다(CBS News 2020/04/01). 3일 뒤에는 실제로 한 60대 음주자가 경찰을 위협했다는 이유로 마닐라의 한 검문소에서 총에 맞아 사망하는 사건이 발생하기도 했다. 6월 초 통과된 반테러법의 제정은 이러한 논란에 불을 지폈다(Khaliq 2020; Recio et al 2020; ICHRP 2020). 국내외 시민사회는 코로나 시국에 이 법안 통과가 과연 시급한 과제였는지를 물으며 질서 있는 시위에 나섰다. 반테러법은 2007년 인간안보법을 수정한 것으로, 새 법은 정부의 행정부처의 추천인들로 구성된 반테러리즘협의회(Anti-Terrorism Council)를 구성할 수 있는데, 이 위원회의 결정에 따라 테러용의자에 대해서는 영장 없이 30일간 구금할 수 있으며, 장기간에 걸쳐 용의자 개인에 대한 도감청도 허용하는 내용이 포함되어 있다.

문제 행동에 대한 경찰 권력의 대응이 위반자의 사회경제적 지위에 따라 불평등한 적용될 때, 국민들의 자발적 협력 의지는 꺾일 수밖에 없다. 3~5월까지 ECQ 기간 동안 통행금지나 격리규정 위반으로 처벌받은 필리핀 국민의 수는 10만 명에 달한다(Recio et al 2020). 하지만 동일한 규정 위반에도 불구하고 공직자나 정치인에 대해서는 규제당국이 방어적인 태도(예: 마닐라 경찰서장의 격리기관 중 생일파티)를 보인 경우가 있었다. 도시봉쇄라는 극적인 조치는 보다 사회적인 조처(대량 테스트, 감염자 접촉 추적, 지역사회 건강관리) 등과 결합될 때만 효과를 낳을 수 있는데, 필리핀의 경우 전자는 있었으나 후자는 거의 없었기에 국민의 자발적 공조도 제한적이었다.

5. 네 번째 C(Control): 재난 피해의 경감과 경제사회적 회복의 기획은 충분한가?

6월 이후 필리핀 정부가 선택한 도시봉쇄의 완화조처의 결과는 심각한 방역 실패이자 사회경제적 위기로 번지고 있다. 봉쇄 수위 완화는 곧 봉쇄 해제로 이해되었고, 안전이 보장되지 않은 사회경제적 활동 재개는 감염확산으로 이어졌다. 코로나19는 필리핀의 국가적 취약성 즉, 보건 및 사회보호시스템의 빈

약함, 권위주의적 조치, 해외 의존적 경제구조의 취약성 등을 낳고 있다. 위기는 사회 불평등을 드러내고 사회 불평등은 위기 해결의 사회적 비용을 증대시킨다.

필리핀의 대표적인 사회조사기관인 사회기상청(SWS)은 5월 말과 6월 중순에 전국단위 설문조사를 통해 코로나19가 빈곤층에 미친 영향에 대한 결과를 발표하였다. 먼저 5월 조사가 밝힌 바는 지표상 전년도 4사분기에 비해 빈곤층의 비중이 2배(8.8%, 210만 가구 ⇒ 16.7%, 420만 가구) 가까이 늘어났으며, 특히 코로나 팬데믹 발생 이후 3개월 간 음식 부족으로 굶주림을 경험했다고 말하는 비율이 메트로 마닐라 전체 인구의 20.8%에 해당하는 63만 가구에 달했다. 또한 필리핀 국민들이 느끼는 코로나19로 인한 영향은 2003년의 사스(78%)나 2014년의 에볼라(82%) 때보다 훨씬 높은 87%나 되었다. 6월의 국민인식 조사의 결과는 보다 더 심각하다. 향후 삶의 질 개선에 대한 개인적 기대를 묻는 질문에 필리핀 국민은 코로나19로 인해 긍정과 부정이 크게 역전되었다(긍정적 24% 〈 부정적 43%). 실제 자신의 삶의 질의 변화를 묻는 질문에 패배자로 스스로를 규정하는 비율 대 승리자로 답한 비중이 83% 대 6%로 심각한 격차가 나타났다(SWS 2020/06/18). 9월의 사회기상청 실업률 조사 결과는 성인 국민 10명 중 한 명이 실업상태라는 점에서 심각성을 더하고 있다(SWS 2020/10/04).

길게는 2000년대 중반 이후부터 두테르테 정부 내내 경제성장과 삶의 질 개선에 대한 국민적 기대가 컸던 것에 비하면 코로나19로 인한 필리핀 사회의 위축과 부정적 영향은 심각한 수준이다. 현재로서는 보건의료상의 위기가 사회경제적 위기를 넘어 정치적 위기로 번지지는 않도록 최대한의 관리와 외부의 지원이 필요한 상황으로 판단된다. 그런데, 놀라운 점은 코로나19 방역실패와 심각한 경제위기에도 불구하고 두테르테 대통령에 대한 국정 지지도는 91%의 놀라운 수준을 유지하고 있다는 사실이다(Pulse Asia 2020/09/20). 현재 필리핀 국민들은 코로나19 관련 정보가 날마다 홍수처럼 쏟아지고 있는 가운데, 어떤 정보가 적절하거나 유용한지 판단하기 어려운 혼란한 상황에 처해 있다. 이런

상황에서 최근 매주 월요일 저녁 TV 방송을 통해 자신의 메시지를 전달하는 최상위권력자의 모습만이 국민들에게는 신뢰할 만하다고 여겨지는 것으로 보인다. 필리핀은 형식적 민주화 이후 민주주의 공고화에 실패하고 오히려 정치 후퇴가 일어나고 있는 대표적인 국가이다. 정치에 대한 국민 일반의 실망과 회의는 오히려 개인적 리더십에 대한 의존도 심화를 낳고 있다(김동엽 2016). 두테르테 대통령의 의료파퓰리즘적 행태가 이 와중에도 지지를 얻고 있는 이유가 바로 여기에 있다.

V. 백신 도입 이후

1. 필리핀 정부의 백신 정책

필리핀의 백신접종을 위한 국가계획인 〈국가백신프로그램이행계획 Philippine National Vaccination Program and Implementation Plan〉은 2020년 11월 6일 승인되었다. 같은 날 이 계획을 전담 집행하는 조직도 IATF-EID 산하 백신 클러스터(vaccine cluster)의 형식으로 구성되었으며, 이 조직의 최고책임자는 NTF의 수장 갈베즈(Carlito Galvez Jr.)로 백신정책을 총괄한다는 의미에서 미국과 마찬가지로 백신 짜르(vaccine czar)로 불린다. 국가 백신 프로그램에 따르면, 필리핀은 2월부터 중국이 지원하는 시노백과 코백스 퍼실리티(Covid-19 Vaccines Global Access, 이하 코백스)[9]를 통해 화이자 백신을 인도받는 것으로 예상되었고, 집단면역 시기는 2021년 말로 예상되었다. 일반적으로 식약청을 통한 약품

9 코로나19 백신 글로벌 접근의 줄임말로, 가비백신동맹, 역학준비혁신동맹(CEPI), 세계보건기구(WHO)가 공동으로 운용하는 글로벌 백신의 형평성 있는 공급을 위한 이니셔티브다. 개별국가의 경제적 사정에 맞춰 이니셔티브에 참여할 수 있으며, 2020년 7월까지 총 165개국이 참여하였다(WHO 2021/02/03). 이는 인류의 60% 참여가 선언된 셈이다. 하지만 현실에서 백신공급이 시작된 2021년 3월 이후 목표치는 38%에 머물고 있다(BBC 2021/04/10).

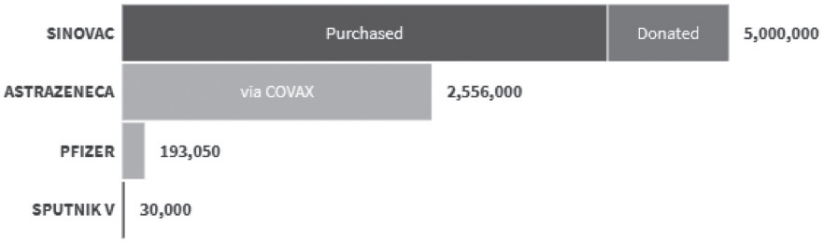
과 백신 승인은 6개월 이상에 소요되지만 코로나19의 시급성을 이유로 식약청은 긴급사용승인(EUA) 중이다(FDA 2020).

백신 도입을 위한 필리핀 중앙정부의 계획은 a) 제약사 직접 협상, b) 국가 간 협상, c) 국제적 기부, d) 3자 계약으로 구분된다. 계획상으로는 2021년 말까지 총 1억 4,800만 회분의 도입을 목표로 삼았다(CNN Philippines 2021/01/06). 필리핀 정부는 지난해 말부터 주요 해외 제약사(중국 시노백, 러시아 가마레야, 미국의 모더나와 화이자 및 노바백스)와 백신구입 협상을 시작하였다. 국가 간 협상은 인력 송출국이라는 필리핀의 특성을 반영하는 방식이다. 구체적으로 필리핀의 의료인력을 파송하는 조건으로 주요 선진국의 백신 잉여분을 제공받겠다는 것이다. 이 계획은 한 국제노동그룹(Migrante International)에 의해 독일과 영국을 상대로 제안되어 협상이 진행 중인데, 영국은 이 계획에 대해 전혀 고려하지 않고 있다고 밝힌바 있다(Business World 2021/03/04). 기부는 중국의 백신 외교와 글로벌 백신이니셔티브인 코백스 참여를 통해 얻는 방식이다. 〈그림 5-3〉의 백신의 종류별 도입 현황에서도 보듯, 필리핀 정부가 확보한 백신 중 중국의 기부량이 가장 많다. 필리핀은 코로나19로 인한 중국 밖 첫 번째 사망자가 나온 국가이자 그 사망자가 중국인 관광객이었다는 이유로 중국은 필리핀을 1순위 백신지원국 그룹으로 분류한 바 있다. 마지막으로 지방정부는 지방재정과 민간기업의 지원을 받아 아스트라제네카와 협상을 통해 약 260만 회분의 백신 협상에 나선 바 있다. 또한 민간기업들도 자체 백신 수급을 통해 직원들에게 접종을 하겠다는 계획을 밝힌 바 있다. 하지만 필리핀의 초기 백신 정책의 설계에 있어 지방정부가 직접 해외 백신사나 코백스에 참여하는 것이 불가능했고 따라서 민간기업이나 지방정부는 중앙정부 및 해외 백신 제조사와 3자 계약(tripartite deal)을 통해서만 백신의 도입이 가능한 상황이다(Inquirer 2021/01/13).

2. 접종 현황과 향후 과제

필리핀 식약청(FDA)는 현재까지 총 7종의 코로나19 백신에 대해 긴급사용(EUA)을 허용하였다. 각각은 화이자–바이오테크, 옥스퍼드–아스트라제네카, 시노백, 수푸트니크 V, 얀센, 코백신, 모더나 등이다. 그 밖에 8종의 백신에 대한 임상실험이 진행 중이다. 현재(5월 12일)까지 도입이 승인된 백신의 종류와 수량은 아래의 〈그림 5–3〉과 같다.

〈그림 5–3〉 **필리핀의 코로나19 백신 조달현황**(2021/05/12 기준)



출처: Rappler(2021/05/15)

필리핀의 코로나19 백신 접종은 3월 1일 시작되었다. 1호 접종자는 필리핀국립대학병원의 제라도 레가스피 병원장으로 접종백신은 중국계 제약사 시노백이 개발한 코로나백(CoronaVac)이었다. 같은 날 5만 명의 군인과 25만 명의 의료종사자들에 대한 1차 접종이 이루어졌다. 지역 차원의 접종은 3월 3일 메트로마닐라에서부터 시작되었다. 5월 13일 기준 총 13회차의 접종이 이루어졌으며, 이 중 1회차 접종자 수는 2,025,038명(전체 인구의 1.86%), 2회 차 접종까지 완료한 접종자 수는 514,655명(총 인구의 0.47%)이다. 현재까지 수도인 NCR 지역에 보급된 백신은 필리핀에 도입된 총 물량의 98.2%(총 2,539,693회분 중 2,495,970회분)를 차지할 정도로 지역적 편차가 크다. 다만 이는 현재 필리핀이 백신 접종 초기 단계이며, 정부의 우선순위 정책에 따라 의료당국, 의료진, 군인, 중앙정부 관료들에 대한 접종이 이루어지기 때문인 것으로 파악된다(NTF 2021/05/13).

〈표 5-4〉 **필리핀의 백신 제조국별 신뢰도**

	알고있음	신뢰함			중간	불신함		
		합계	매우신뢰	신뢰		합계	약간신뢰	신뢰안함
미국	99	44	8	36	34	22	15	7
러시아	97	25	4	21	40	35	23	12
영국	96	22	3	19	43	35	23	12
인도	93	11	1	10	43	45	27	18
중국	100	10	2	8	27	63	32	31

출처: Pulse Asia(2021/04/26)

그렇지만 백신 접종과 관련하여 필리핀 사회가 넘어야 할 산은 여러 개다. 먼저 일반 국민들 사이에서 백신에 대한 접종의사나 신뢰도는 매우 낮은 편이다. 펄스아시아가 4월 초 공개한 조사 결과에 따르면, 백신에 대한 신뢰도는 제조국에 따라 10~44%로 절반 이하에서 차별화되며, 일반 국민 중 접종을 원치 않는다고 밝힌 비중은 61%에 달한다. 무상으로 얻을 수 있는 중국산 백신에 대한 신뢰도가 특히 낮다는 점에서 향후 자발적 백신 접종율을 높이기 위한 특단의 조치가 필요해 보인다.

〈표 5-5〉 **필리핀 국민들의 백신 접종 의사**

	지역별					계층별*		
	전국	수도	기타루손	비사야스	민다나오	ABC	D	E
그렇다	16	2	13	16	20	14	17	12
아니다	61	63	63	56	58	68	59	62
무응답	23	15	24	28	23	18	23	26

*계층구분은 알파벳순으로 상층에서 하층으로 나뉨. ABC는 중산층 이상, D는 빈곤층, E는 홈리스를 포함하는 극빈층임. 출처: Pulse Asia(2021/04/26)

다른 한편, 정부의 조달 계획에서 벗어난 백신 블랙마켓이 존재하며(중국계 온라인 도박장 중심), 식약청의 허가를 받지 않은 가짜 백신에 대한 다양한 보도

가 이미 1월 이후부터 꾸준히 제기되고 있다(Asian Journal News 2021/01/20). 나아가 정부의 우선순위를 벗어나 중앙부처 공무원이나 재력이 있는 배우 등이 백신 새치기를 한 사실이 드러나 사회적 지탄을 받기도 했다. 더 큰 루머는 대통령 경호실이 이미 지난해 말 중국 정부가 제공한 백신을 접종받았다는 주장이 제기되었고, 이 논쟁은 상원회의에서도 격론을 불러일으켰다(Rappler 2021/01/06). 5월 초 두테르테 대통령은 중국산 시노팜 백신을 접종받았다. 하지만 4월 이후 남중국해를 둘러싼 국민적 갈등이 고조되는 상황에서 대통령이 중국산 백신을 공개 접종한 것은 대중국 유화책이라는 비난을 받았고, 더군다나 시노팜은 당시 식약청의 승인을 받지 않은 상태여서 논란은 더욱 비화되었다(Philippine Daily Inquirer 2021/05/03).

VI. 요약 및 결론

본 연구에서는 재난거버넌스의 적응력 개선을 위한 4C 과정 모델을 적용하여 필리핀의 코로나19 전개상황과 재난관리 거버넌스에 대한 비판적 분석을 수행하였다. 이 분석이 지닌 차별점은 두 가지인데, 하나는 방역 정책의 공간통제적 특성을 주목하는 것이며, 다른 하나는 두테르테라는 정치지도자 및 현 정부의 정치적 특성이 코로나 국면에서 어떻게 드러나는지를 살펴본 점이다. 또한 본 연구는 국가적 차원의 재난관리 체계에 대한 비판적 분석을 목표로 하며, 감염병에 대한 관리와 대응을 일차적으로 담당하는 필리핀의 의료체계에 대한 구체적 분석이나 경제적 조치의 효과 등에 대한 분석은 이루어지 않거나 미흡하다는 한계 역시 지닌다.

분석 결과 현재까지 필리핀의 코로나19 대응은 방역과 경제 양 측면에서 여전히 위기상황에서 벗어나지 못하고 있음을 보여준다. 방역 실패의 원인은 최고의사결정자의 재난 인지가 적절치 못했던 것에서 일차적 원인을 찾을 수 있으며, 그 외에 주요 대책의 실행이 강압적 방식에 의존함으로써 시민과 전문가

의 참여의 가능성을 배제한 점 역시 사회 전체의 공조에 기반한 재난대응 체계의 출현과 운영을 어렵게 만들었다. 그러함에도 두테르테 대통령의 국정지지도는 최고치를 갱신하는 기이한 현상이 이어지고 있는데, 이는 오히려 필리핀 사회의 정치 혐오의 뿌리가 얼마나 깊은지를 드러내는 것으로 해석할 수 있다.

감염병 재난은 다른 재난에 비해 시간적·공간적 불확실성이 높을 수밖에 없다. 발생국이나 선행적으로 경험한 국가, 지역, 집단이 제공하는 정보에 의존해야 하는 상황이기에 외부로부터 감염이 유입된 국가의 정책결정자들은 의사결정에 제약이 있을 수밖에 없다. 제약된 조건의 의사결정은 제한된 자원의 불균등한 분배를 낳고 그에 따라 다양한 사회적 갈등이 발생할 가능성이 있다. 그러함에도 갈등을 줄이기 위해서는 대중과의 의사소통과 합의의 과정을 잘 진행해야 할 것이다. 현재 시점에서 방역에 상대적으로 성공하고 있는 국가들의 공통된 특징은 정책결정자가 발생 초기부터 심각성을 인지하고, 신속한 재난거버넌스를 구축하며, 다양한 소통채널을 통해 감염병 관련 정보를 투명하고 정확하게 제공하며, 이를 통해 시민들과의 공조가 이루어졌다는 점이다.

코로나19는 세계사적이며 글로벌 차원의 위기이다. 그런데, 지난 1년 간 대부분의 국가가 국제협력에 나서기보다는 국가안보적 차원에서 보건의료 및 경제적 재난 사태에 대응하는데 급급한 상황으로 보인다. 재난으로부터 교훈을 얻고 거버넌스 체계를 전환하는 과제는 정부 역량(재정과 경험)과 정부–시민 간 신뢰와 협력수준이 낮은 개발도상국에게는 훨씬 어려운 과제일 것이다. 따라서 다른 나라의 코로나19 상황과 정부대응에 대해 평가는 조심스러운 과제이다. 그러함에도 첫째, 최근 다양한 층위의 거버넌스 실패(혹은 기능 이상)의 징후가 반복되고 있는 필리핀 사회의 변화를 위해, 둘째, 사스 이후 아세안 차원에서 구축되었던 보건의료 협력 메커니즘이 이번 코로나19 상황에서는 제대로 작동하지 못하고 있다는 점에서, 마지막으로 향후 한국사회의 양자 및 다자협력에서의 방향 설정을 위해서 현 단계에서 주요 협력국인 필리핀의 코로나19 재난관리 대응을 보다 구조적이고 분석적으로 검토한 것에서 본 연구의 의의를 찾을 수 있다.

본 연구의 목적은 한 국가의 방역 제도와 상황에 대한 일방적 비판에 있지 않으며, 오히려 이번 재난에서 무엇을 학습할 것이며, 다시 도래할 것이 자명한 감염병X들이나 기후변화에서 기인하는 재난 상황에 대응할 수 있는 적응력 있는 제도 개선을 위한 과제는 무엇인지를 도출하는 데 있다. 코로나19 재난 상황 이후 필리핀 사회에 요구되는 개선과제로는 첫째, 이미 존재하고 있는 재난대응 체계와 거버넌스의 개선할 것, 둘째 과학적 증거에 기반한 정책 결정과 운영의 가능성을 넓힐 것 등으로 제안해 볼 수 있다. 물론 이러한 과정을 위해서는 시민사회와 전문가의 역할이 강화되고, 현재의 권위주의적 퇴행을 막아낼 수 있는 국내 정치의 역동성 역시 되살아나야 할 것이다.

참고문헌

김동엽. 2016. “필리핀 민주주의 공고화의 이상과 현실.” 김호섭·이병택 편. 『민주화운동의 세계사적 배경』. 서울: 한울아카데미.

김창엽. 2020. “우리에게 코로나 19는 무엇인가.” 김수련 외. 『포스트코로나 사회: 팬데믹의 경험과 달라진 세계』. 서울: 글항아리.

송해룡·조항민·이윤경·김원제. 2012. “위험커뮤니케이션의 개념화, 구조 분석 및 영역 설정에 관한 연구.” 『분쟁해결연구』 10(1): 65–100.

엄은희. 2020. “재난관리 관점에서 본 필리핀의 코로나19 대응에 관한 비판적 분석.” 『동남아시아연구』 30(4): 145–189.

오윤경·류현숙·허준영·김황열·김대훈. 2020. “코로나19 감염증 사례로 본 감염병 재난 대응 이슈와 정책적 시사점.” 한국행정연구원 KIPA Issue Paper 87(2020–2).

윤정현. 2019. “신흥안보 거버넌스: 아세안의 초국가적 위험이슈에 대한 싱가포르의 전략.” 서울대학교 외교학과 박사학위 논문.

정진원·우준희. 2003. “급성호흡기증후군의 이해.” 『대한내과학회지』 65(2): 154–159

Abuza, Z. 2020. “Explaining Successful(and Unsuccessful) COVID–19 Responses in Southeast Asia.” *The Diplomat*. April 21.

Bremmer, I. 2020. “The Best Global Responses to COVID–19 Pandemic.” *The Time*. June 12. https://time.com/5851633/best–global–responses–covid–19/

Caballero–Anthony, M. 2005. “SARS in Asia: Crisis, Vulnerabilities, and Regional Responses.” *Asian Survey* 45(3): 475–495.

Comfort, L. 2007a. “Inter–Organizational Design for Disaster Management: Cognition, Communication, Coordination, and Control.” *Journal of Seismology and Earthquake Engineering* 9(1–2): 61–71.

Comfort, L. 2007b. “Crisis Management in Hindsight: Cognition, Communication,

Coordination, and Control." *Public Administration Review* 67(1): 189-197.

Comfort, L., T. Hassse, G. Ertan, and S.R. Scheinert. 2019. "The Dynamics of Change Following Extreme Events: Transition, Scale, and Adaptation in System under Stress." *Administration and Society* 52(6): 827-861.

Davide, G.,R.S. Rye, and M.P. Agbulos. 2020. "COVID-19 Forecasts in the Philippines: Insights for Policy Making." University of The Philippines. April 13. https://www.up.edu.ph/covid-19-forecasts-in-the-philippines-insights-for-policy-making-updated-as-of-april-22-2020/

Joaquin, J. J. B. and H. T. Biana. 2020. "Philippine Crimes of Dissent: Free Speech in the Time of COVID-19." *Crime, Media, Culture* 17(1): 37-41.

Malingdong-Uy, A. 2020. "Is The Philippines Winning Its COVID-19 Fight?" *The ASEAN Post*. May 31.

Khaliq, R. 2020. "Philippines to Enact New Anti-terror Bill Amid Protests." Anadolu Agency. June 10. https://www.aa.com.tr/en/asia-pacific/philippines-to-enact-new-anti-terror-bill-amid-protests/1872159

Lasco, G. 2020. "Medical Populism and the COVID-19 Pandemic." *Global Public Health* 15(10): 1417-1429.

Recio, Redento B, Ishita Chatterjee and Luftun Nahar Lata. 2020. "COVID-19 Reveals Unequal Urban Citizenship in Manila, Dhaka and Delhi." LSE COVID-19 Blog. June 5.

Yoo, J-H. 2021. "What We Do Know and Do Not Yet Know about COVID-19 Vaccines as of the Beginning of the Year 2021." *Journal of Korean Medical Science* 36(6): 1-17.

WHO. 2006. "SARS: How a Global Epidemic was Stopped." https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207501/9290612134_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

웹사이트

아세안 사무국(ASEAN Secretariat). http://asean.org/

주필리핀 대한민국대사관. http://overseas.mofa.go.kr/ph-ko/index.do

필리핀통계청(Philippine Statics Authority). https://psa.gov.ph/

필리핀 공보처. (Philippine News Agency). https://www.pna.gov.ph/

필리핀 코로나19 tracker. https://www.covid19.gov.ph/

필리핀 보건부 (Department of Health). http://www.doh.gov.ph

필리핀 관보 (Official Gazette of the Philippine). https://www.officialgazette.gov.ph/

아시아개발은행 (ADB). https://www.adb.org/countries/philippines/economy

인권와치 (Human Rights Watch). https://www.hrw.org/

필리핀사회기상청 (Social Weather Stations). http://www.sws.org.ph

펄스 아시아(Pulse Asia). http://www.pulseasia.ph/

ABS-CBN News. https://news.abs-cbn.com/

Asian Journal News. https://www.asianjournal.com/philippines/

Business World. https://www.bworldonline.com

Bloomberg. https://www.bloomberg.com

CBS News. https://www.cbsnews.com/news/

GMA News. https://www.gmanetwork.com/

The Philippine Daily Inquirer. http://www.inquirer.net

The Philippine Star. http://www.philstar.com

Rappler. https://www.rappler.com/

CNN Philippine. https://www.cnnphilippines.com

Manila Bulletin. https://www.manilabulletin.com

The One News. https://www.onenews.ph/

Philippine Primer. https://www.philippineprimer.com

제6장 인도네시아의 코로나19:
정부 정책과 코로나19 관련 담론*

김형준

I. 들어가는 말

'끝없는(계속되는) 1차 유행(endless first wave)'이라는 표현은 2020년 인도네시아의 코로나 상황을 요약적으로 정리한다. 감염자 수가 급증한 후 일정 기간 안정화 시기를 거치고 제2, 제3의 유행기를 맞이한 다른 나라와 달리, 인도네시아의 확진자 수는 2020년 말까지 큰 폭의 감소세 없이 꾸준히 증가하는 추세를 보였다. 첫 확진자가 보고되고 두 달여가 흐른 2020년 5월 초 하루 신규 확진자 수는 5백 명을 넘어섰다. 이후 확진자 수는 등락을 거듭했지만, 뚜렷한 감소세 없이 6월 초 천 명 선에 이르렀다. 그 후 한 달이 지난 7월 9일 2천 명을 돌파했고, 8월 28일 3천 명대에, 11월 13일 5천 명대에, 11월 29일 6천 명대에 올라섰다. 12월에 접어들자 천 명 증가에 걸리는 기간이 확연히 축소했고, 2021년 1월 30일 14,518명으로 정점을 찍었다. 이후 확진자 수는 꾸준히 감소하여 2021년 5월에는 4-5천 명 선을 수준을 유지하고 있다.[1]

---

* 이 장은 전북대 동남아연구소에서 발간한 전동연 이슈페이퍼 제12호 "끝없는 1차 유행: 인도네시아의 코로나 19 전개와 정부의 대응"을 수정하여 작성한 것이다.

1 인도네시아 코로나19 관리업무단 홈페이지. https://covid19.go.id/peta-sebaran-covid19

로이터 기자에 의해 처음 사용된 '끝없는 1차 유행'(Allard & Lamb 2020)은 다른 미디어에 의해 인용되며(Smith 2020; Sulaiman 2020), 인도네시아의 2020년 코로나 상황을 설명하는 대표적 표현으로 자리 잡았다. '끝없는'이라는 표현이 전달하는 것처럼, 이 말은 코로나에 대처하는 인도네시아 정부를 비판적으로 바라보고 있다. 기사의 부제인 "인도네시아가 어떻게 코로나바이러스 통제에 실패했는가?"는 이를 명시적으로 전달한다. 이 기사가 2020년 8월에 작성되었음을 고려해보면 비판적 논조는 타당한 듯하다. 1차 유행조차 통제하지 못한 상황이 긍정적으로 평가될 수 없기 때문이다. 1차 유행을 안정화한 유럽이나 미국과 비교해보면 더욱 설득력이 있어 보인다. 하지만, 2020년 전체를 놓고 보면 상이한 해석이 가능하다. 1차 유행을 통제했지만, 얼마 지나지 않아 2차 유행, 그리고 3차 유행에 직면한 국가와 비교할 때, 1차 유행이 지속하는 상황을 부정적으로만 평가할 수 없기 때문이다. 또한, 2021년 들어 '끝없는 1차 유행'이 1차 유행의 안정화 단계로 접어들었다는 사실 역시 중시되어야 한다.

상이한 평가를 제기할 수 있는 또 다른 이유는 인도네시아 인구가 2억 7천만 명에 이른다는 사실이다. '끝없는 1차 유행'이 정점에 이른 2021년 1월 중순, 인도네시아의 누적 감염자수는 세계 17위였지만, 백만 명당 누적 감염자 수는 3천 명대로 세계 137위였다. 이는 2021년 5월에도 큰 변화를 보이지 않았다. 5월 28일 기준 누적 감염자 수는 세계 18위이지만, 백만 명당 누적 감염자 수는 137위를 기록했다.[2] 누적 사망자 수 역시 유사한 추이를 보인다. 2021년 1월 13일 백만 명당 누적 사망자 수는 112위, 5월 28일 누적 사망자 수는 116위에 자리매김했다. 이러한 자료를 놓고 본다면, 코로나에 대한 인도네시아의 대응이 실패했다고 단언할 수는 없다. 급격한 상승세와 감소세를 몇 차례 경험한 국가와 비교할 때, '끝없는 1차 유행'을 거쳐 1차 유행의 안정화 단계에 도달한 상황은 급격한 변동이 가져올 심리적 불안감을 줄이면서 코로나 확산세를 안

2 https://covid19.who.int/table; https://www.worldometers.info/coronavirus/?utm_campaign=homeAdvegas1?

정적으로 관리했다는 평가를 가능하게 한다.

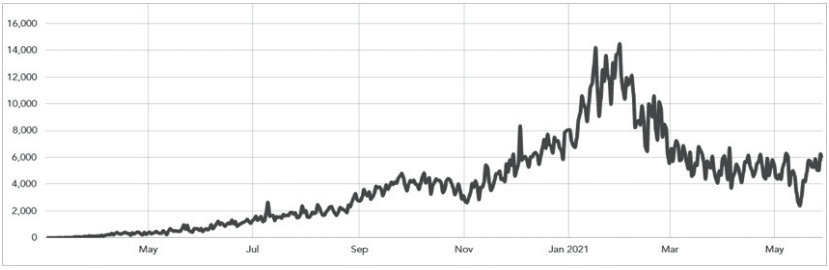
이 글의 목표는 2020년에 초점 맞추어 인도네시아의 코로나 확산 및 대응 양상을 살펴보는 것이다. 현재 전개되고 있는 사건을 분석하기는 쉽지 않기에 현실 분석보다는 현실의 상황을 개괄적으로 제시하는 작업이 주요 목표로 설정되었다. 이 글의 첫 파트에서는 2020년 초부터 2021년 5월까지의 인도네시아 코로나 상황을 확진자와 사망자 추이, 백신 접종 추이 등을 통해 살펴볼 것이다. 두 번째 파트에서는 코로나에 대한 인도네시아 정부의 방역 정책을 시기별로 알아볼 것이다. 세 번째 파트에서는 코로나에 대한 정부의 사회경제적 대응책인 '국가경제회생'(PEN: Pemulihan Ekonomi Nasional) 프로그램을 검토한 후, 코로나가 미친 경제적 영향을 개략적으로 살펴볼 것이다. 마지막 파트에서는 코로나 이후 제기된 이슈 중 코로나 확산 책임과 관련된 담론의 성격을 드러낼 것이다.

Ⅱ. 코로나 확산 추이

1. 확진자 및 사망자 추이

'끝없는 1차 유행'이 시사하듯, 인도네시아의 코로나 확진자 수는 2020년 동안 꾸준히 증가하는 추세를 보였다. 3월 2일 첫 확진자가 나온 후, 그 수는 3월 25일 1백 명대에 진입했고, 5월 9일 5백 명 대, 6월 9일 1천 명대를 돌파했다. WHO 자료에 따르면, 2020년 3월 초부터 2021년 1월까지 신규 확진자 수가 두 배가 되는 배가시간(doubling time)은 인도네시아의 경우 46.91일로서 한국(69.34일)보다 짧았지만, 말레이시아(45.43일)와 일본(42.93일)과 유사했다. 〈그림 6-1〉은 2020년 3월 초부터 2021년 5월 28일까지 일일 신규 확진자 수를 정리한 그래프이다.

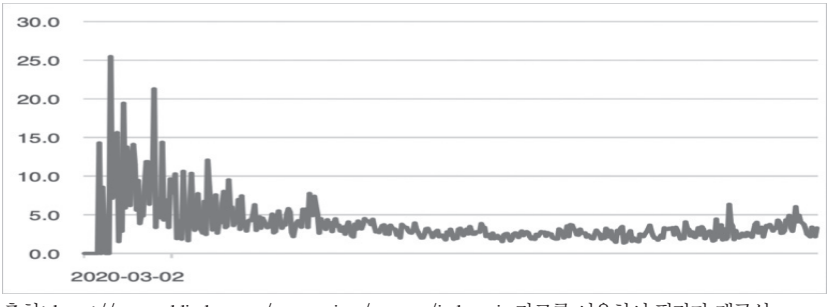
〈그림 6-1〉 **인도네시아 코로나19 신규 확진자 추이**(2020년 3월-2021년 5월)



출처: https://covid19.go.id/peta-sebaran-covid19

끝없는 1차 유행이 2021년 초까지 이어진 후, 1차 유행이 안정화되는 양상이 2021년 3-5월을 거치며 나타났다. 다른 국가와 마찬가지로 1차 유행 종식 후 2차 유행이 이어질 가능성은 존재하지만, 이와 관련되어 고려해야 할 점은 1차 유행의 안정화가 백신 접종과 함께 전개되었다는 것이다. 이는 2차 유행 없이 코로나 확산 안정세가 유지되리라는 전망을 가능하게 한다. 2020년 3월 11일 첫 사망자가 보고된 후, 누적 사망자가 천 명에 이르기까지 대략 석 달이 소요되었다. 천 명이 2천 명이 되는 데 한 달이, 2천 명이 3천 명으로 되는 데 20일, 3천 명이 4천 명으로 되는 데 15일이 소요됨으로써, 사망자 증가세가 꾸준히 높아지는 추이를 보였다. 그나마 다행인 점은 확진자 대비 사망자 비율이 감소했다는 점이다. 아래 〈그림 6-2〉를 살펴보면, 2020년 중반 10%를 상회하던 확진자 대비 사망자 비율은 이후 5% 이내에서 유지되었다.

〈그림 6-2〉 **인도네시아 코로나19 사망자/확진자 비율**(2020년 3월-2021년 5월)



출처: https://ourworldindata.org/coronavirus/country/indonesia 자료를 이용하여 필자가 재구성.

2. 확진자의 지역별, 연령별 분포

코로나 확산 상황을 지역별로 살펴보면, 대도시 특히 자까르따를 중심으로 확산세가 뚜렷함을 알 수 있다. 전체 514개 지방자치단체(시, 도, 구) 중 누적 확진자 규모가 가장 많은 10곳을 살펴보면, 자까르따 내 5개 구, 자까르따 인근 버까시(Bekasi)와 데뽁(Depok) 등 수도권 주변 7 지역이 포함되었다. 나머지 세 곳은 수라바야(Surabaya), 마까사르(Makassar), 스마랑(Semarang)이었다. 아래는 2021년 5월 23일 기준 주(provinsi)별 누적 확진자 분포이다.

〈그림 6-3〉 **인도네시아 주별 코로나19 누적 확진자**(2021년 5월 23일)



출처: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:COVID-19_pandemic_cases_in_Indonesia_map_(Density).svg

십만 명 이상의 누적 확진자가 보고된 지역은 자까르따와 서부 자바, 중부 자바, 동부 자바 등 4개 지역이다. 리아우, 동부 깔리만딴, 남부 술라웨시가 5만-10만 명 사이에 위치하며, 서부 수마뜨라, 북부 수마뜨라, 남부 깔리만딴, 반뜬, 발리, 족자까르따 등이 2만 5천-5만 사이에 놓여 있다. 전체적으로 자바를 중심으로 코로나가 가장 심각하게 퍼져 있음을 알 수 있다.

연령별로 본 코로나 확산의 특징은 60세 이상 노년층보다 청장년층 사이의 확진자 비율이 높고, 46-59세 사이 장년층 사망자 비율이 높다는 점이다.

2021년 5월 28일을 기준으로 한 연령별 확진자와 사망자 비중을 살펴보면 아래와 같다.

〈표 6-1〉 **인도네시아 연령대별 코로나19 확진자, 사망자 비율**(전체=100, 2021년 5월 28일 기준)

연령대	0-5	6-18	19-30	31-45	46-59	60 이상
확진자 비중	2.8	9.6	24.6	29.1	22.5	11.3
사망자 비중	0.6	0.7	2.7	11.2	35.5	49.4

출처: https://covid19.go.id/peta-sebaran-covid19

〈표 6-1〉에서 볼 수 있는 것처럼, 가장 많은 확진자가 분포하는 연령대는 31-45세로 전체의 29.1%를 차지했다. 46-59세 비중은 22.5%, 60세 이상의 비중은 11.5%였다. 이와 반대되는 양상이 사망자 연령대에서 나타나서, 60세 이상이 49.4%로 가장 높았고, 나이가 낮을수록 사망자 비중이 작아졌다. 연령대별 특징을 검토하기 위해 인도네시아 자료를 한국 자료와 개략적으로 비교했다.

〈표 6-2〉 **연령대별 코로나19 확진자, 사망자 비중: 인도네시아와 한국**(2021년 5월 28일 기준)

연령대	확진자 비중		사망자 비중		인구(2010)	
	인도네시아	한국*	인도네시아	한국	인도네시아	한국
0-18	12.4	11.5*	1.3	0	36.8	17.4**
19-30	24.6	15.0*	2.7	0.1	16.8	13.6
31-59	51.6	46.1*	46.7	4.7	37.8	46.8
60 이상	11.3	26.3	49.4	95.1	8.9	23.6

* 인도네시아와 한국의 통계 자료에서 이용하는 연령대 차이로 인해 한국 자료 중 0-18세는 0-19세 자료를, 19-30세는 20-29세 자료를, 31-59는 30-59세 자료를 이용하였음.
출처: https://covid19.go.id/peta-sebaran-covid19; http://ncov.mohw.go.kr/bdBoardList_Real.do?brdId=1&brdGubun=11&ncvContSeq=&contSeq=&board_id=&gubun= ; https://www.statista.com/statistics/604689/median-age-of-the-population-in-south-korea/ ; https://www.statista.com/statistics/319168/average-age-of-the-population-in-indonesia/

두 국가의 인구구조 차이로 인해 인도네시아 자료를 한국 자료와 직접 비교할 수는 없지만, 양자를 개략적으로 비교하는 작업은 가능하다. 60세 이상 인구와 확진자 비율을 놓고 보면, 한국과 인도네시아 모두 확진자 비중(각각 11.3%, 26.3%)이 인구 비중(각각 8.9%, 23.6%)보다 조금 높게 나타났다. 이를 통해 60세 이상 확진자 비율에서의 확연한 차이가 인구구조를 반영한다고 해석할 수 있다. 이와 비교할 때 눈에 띄는 차이는 연령대별 사망자 비율이다. 한국의 경우 전체 사망자 중 압도적 다수가 60세 이상인 반면, 인도네시아에서는 31−59세와 60세 이상의 사망자 비중이 46.7%와 49.4%로 큰 차이를 보이지 않는다.

60세 이상 사망자 비중이 작고 31−59세의 사망자 비중이 높은 이유를 밝히기는 쉽지 않다. 이를 위해서는 인도네시아의 보건, 사회경제적 상황에 대한 전반적인 검토가 이루어져야 할 것이다. 다만, 코로나에 대해 대처할 의료시설 부족으로 인해 청중장년층 확진자에 대한 치료가 적절하게 이루어지지 못함으로써, 이 연령대의 사망률이 한국과 비교하여 현저한 차이를 보인다고 추정할 수 있을 것이다.

3. 백신 접종

2021년 1월 13일 조꼬위 대통령이 코로나 백신을 접종하는 모습이 텔레비전을 통해 생중계되었다. 그가 맞은 백신은 중국의 시노백(Sinovac)사가 제조한 것이었다. 인도네시아는 시노백 백신의 임상시험이 진행된 6개 국가 중 하나였고 여기에 1,620명이 참여했다. 이러한 인연으로 인해 시노백 백신 1천 8백만 회 접종분이 2020년 12월 공수되었다. 식약처가 승인하고 '인도네시아 이슬람 지도자 위원회(MUI)'가 허용한 후 대통령을 필두로 하여 백신 접종이 시작되었다. 상당수 국가에서 나타난 시노백 백신의 유효성과 안정성 문제는 심각하게 제기되지 않았다. 화이자나 모더나 백신의 경우 구하기 어렵고 비용이 많이 들며 사용이 번거롭다는 문제를 가지고 있었다. 따라서, 이른 시일 내에 쉽게 구

할 수 있는 시노백 사용을 꺼릴 이유가 없다는 논리를 정부가 제시했고 대중에 의해 받아들여졌다. 접종은 전체 인구의 67%인 1억 8천여만 명을 대상으로 15개월 동안 진행될 예정이며, 집단 면역 형성을 목표로 했다. 백신 접종은 무료이며, 이를 위해 74조 루삐아가 예산으로 책정되었다. 백신 접종은 4단계로 나누어 이루어지도록 계획되었는데, 이를 살펴보면 아래와 같다.

〈표 6-3〉 **인도네시아의 코로나19 백신 접종 계획**

	기간	대상자	대상 인구
1단계	2021년 1-4월	보건의료 인력	백 4십만
2단계	2021년 1-4월	공공서비스 인력/ 60세 이상	3천 8백 9십만 (천 7백 4십만/2천 백 5십만)
3단계	2021년 4월 - 2022년 3월	코로나 유행 지역 거주자	6천 3백 9십만
4단계	2021년 4월 - 2022년 3월	타지역 거주자	7천 7백 4십만

2월 말까지 의료진을 대상으로 하여 하루 3-4만 명씩, 백 4십만 명의 접종을 계획했고, 이를 위한 시설이 인도네시아 전역에 구축되었다. 접종이 시작되고 한 달여가 지난 후 접종자 수가 백만 명을 넘어섬으로써 순조로운 진행을 보여줬다. 하지만, 이후 백신 대상이 공공서비스 인력과 60세 이상으로 확대되고, 백신 공급이 원활하게 이루어지지 않음에 따라 계획보다 훨씬 더딘 진행 상황이 야기되었다. 5월 28일을 기준으로 할 때, 1단계와 2단계 백신 접종 대상인 4천여만 명 중 일차 접종을 마친 인원은 천 6백 2십만 명으로 목표치의 40.16%, 이차 접종까지 완료한 인원은 천 5십만 명으로 26.16%에 불과했다.[3] 집단 간 백신 접종률에서의 차이는 일반인을 대상으로 한 3단계, 4단계 계획이 순조롭게 진행될 수 있을지를 의문시하도록 한다. 5월 28일을 기준으로 할 때 1단계, 2단계 접종 대상 중 보건의료 인력의 2차 접종 비중은 94.32%이지만, 공공서비스 인력의 경우 그 비율이 40.45%, 고령층의 경우 10.10%에 불과했다. 이는 정부가 일반인을 대상으로 한 백신 접종 네트워크를 효율적으로 구축

3 백신 접종 관련 자료는 다음 사이트를 참조할 것. https://vaksin.kemkes.go.id/#/vaccines

하지 못했음을 시사한다.

백신 접종에서 나타난 흥미로운 양상은 지역별 편차이다. 5월 28일 발리의 1차 백신 접종률은 계획 대비 162%에 이른 반면, 수마뜨라 아쩨의 경우 12.59%에 불과했다. 자까르따와 족자까르따, 리아우 군도의 접종률은 50% 이상을 기록했지만, 벙꿀루, 중부 술라웨시, 동남 술라웨시, 북 말루꾸, 람뿡의 접종률은 20% 이하였다. 이러한 차이는 지방 정부의 노력이 백신 접종에 있어 핵심 변수로 작용하고 있음을 추정하도록 한다. 관광 활동 재개를 강력하게 추구하는 발리에서 가장 높은 접종률이 나타난 점, 확진자 비율이 높은 서부 자바의 접종률이 30%에 미치지 못한 점 등은 지방 정부의 적극성이 미친 영향을 추정할 수 있도록 한다.

백신 접종을 가로막는 요인으로는 쉽게 고려해볼 만한 점들이 거론되었다: 백신 공급량 부족, 백신에 대한 오해 및 거부, 접종 일정의 불확실성, 접종 신청 과정의 어려움, 접종 관련 보건의료 체계 미비, 효율적 관리 체계 미비. 백신 접종에 영향을 미치는 요인에 대한 논의가 체계적으로 이루어지지 않음으로써, 접종률 제고가 가능할 수 있을지에 대한 회의론이 제기되었다(Iswara 2021). 백신 접종을 높이기 위한 방안으로 정부는 '고똥로용 백신 접종(Vaksinasi Gotong-Royong)' 정책을 선보였다. 민간 기업이 자부담으로 종업원을 대상으로 한 백신 접종을 수행하도록 허가한 것이다. 확진자 발생에 따른 생산 손실을 경험한 대규모 외국 기업에 있어 이 정책은 호의적으로 받아들여졌지만, 백신 비용이 기업에 전가됨으로써 중소기업에게 있어 이 정책이 얼마나 효과적으로 수용될 수 있을지 불투명하다. 또한, 일반인을 대상으로 한 백신 접종과 달리 강한 강제성이 부과됨으로써, 개인의 선택권이 무시되는 결과를 초래할 수 있다는 문제점을 내포하고 있다.

현재까지의 추이로 볼 때, 백신 접종률이 급속히 상승하리라고 기대하기는 쉽지 않다. 그럼에도 꾸준한 백신 접종은 2021년에 전개된 1차 유행 후 안정 단계를 지속할 요인으로 작용하리라 예상된다.

Ⅲ. 코로나 관련 정부의 방역 정책

1. 방역 정책 개괄

주변 국가와 비교할 때 인도네시아의 코로나 확산은 한발 늦게 시작되었다. 3월 초 첫 확진 사례가 보고되고 3월 중순이 지나서야 첫 사망자가 발생했다. 정부는 방역 준비를 위한 시간적 여유를 가졌지만, 이 기간을 효과적으로 이용하지 못했다. 인도네시아 상황에 대한 낙관론으로 인해 느슨한 검역과 방역 절차가 유지되었기 때문이었다. 당시의 분위기를 예시할 인물은 보건부 장관으로써, 그는 신의 축복으로 인해 확진자가 나타나지 않았다고 말했다. 확진자 부재를 진단검사 부재로 설명하는 외국 기관의 비판을 모욕적이라 일축하며, 그는 방역에 대한 자신감을 표현했다. 3월 하순에 이르자 확진자는 백 명 단위에 이르렀고, 사망자 역시 10명대로 증가했다. 인도네시아가 더는 코로나 안전지대가 아니라는 인식은 곧바로 패닉 반응을 가져왔다. 3월 22일 중부자바 떠갈(Tegal) 도지사가 전격적으로 지역 봉쇄(lockdown)를 발표했고, 서부자바 따식말라야(Tasikmalaya)에서도 같은 행보가 이어졌다. 지역봉쇄는 자바의 농촌 지역에서 이미 집행되고 있던 행보로서, 가장 낮은 행정단위인 두순(dusun)을 봉쇄하는 경우가 증가했다. 떠갈의 행보는 곧바로 논란거리로 부상했다. 향후 코로나 국면이 어떻게 전개될지 불투명한 상황에서 최후 수단인 지역봉쇄 적용이 적절한지에 대해 갑론을박이 이어졌다. 절차 역시 문제였다. 중앙정부의 허가 없이 도지사가 지역봉쇄를 단행할 수 있을지에 대한 공방이 벌어진 후, 코로나 방역 정책 선포의 최종권한이 중앙정부에 있다는 결론이 내려졌다. 지역봉쇄를 둘러싼 논란은 정부의 코로나 방역 준비가 미흡했음을 보여주는 사례로 이해되었다.

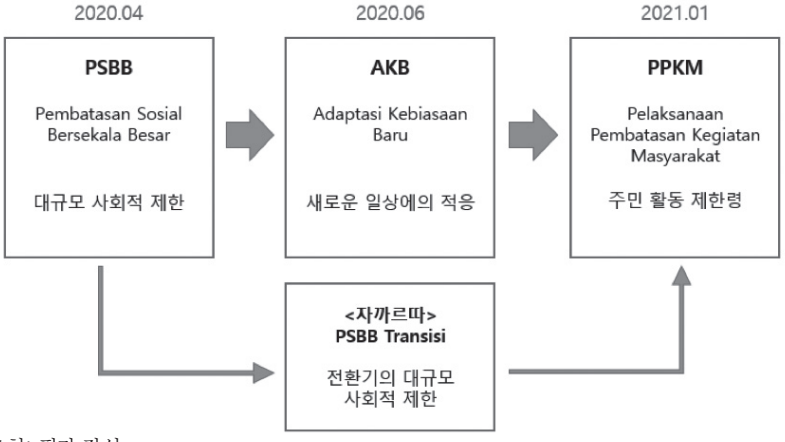
3월 말 정부는 '대규모 사회적 제한'(PSBB: Pembatasan Sosial Berskala Besar) 정책을 발표했다. 절차상으로 보면, 주지사, 도지사, 시장과 같은 지자체 장이나 정부에서 구성한 코로나19 대응팀이 중앙정부에 PSBB 시행을 요청하도록 규

정되었다. 보건부 장관은 관련 전문가들과의 협의를 통해 지자체의 요청 2일 이내에 허가 여부를 결정해야 했다. PSBB 시행을 둘러싸고 중앙정부와 자까르따 주정부 사이에 불협화음이 발생하기도 했지만, 자까르따를 필두로 해서 25개 내외의 주와 시도에서 PSBB가 시행되었다. 지자체의 PSBB 허가 요청이 이어진 5월에 접어들자 정부의 방역 정책에 일정한 변화가 감지되었다. '끝없는 1차 유행'이 이어지는 상황에서 조꼬위 대통령은 코로나와 공존하며 일상적 삶을 살아가는 '뉴노멀' 상황을 받아들이고 이에 적응할 방법을 모색해야 한다고 말했다. 이에 맞추어 보건부에서 발표한 뉴노멀 정책의 배경과 목표는 아래와 같았다(Kementerian Kesehatan 2020: 5).

> 코로나가 언제 끝날 수 있을지 여전히 불투명하며, 사회, 경제, 교육, 기타 영역에서 우리의 삶에 커다란 영향을 미치고 있다. 이로 인해, 정부는 국민이 전염병 속에서도 안전한 삶을 지속할 수 있도록 … 다양한 정책을 펼칠 필요가 있다. 이 중 하나는 '새로운 일상에의 적응'이다. 이는 코로나와의 싸움에서 굴복하지 않고 최적의 방식으로 방역수칙을 적용하여 안전하게 외부 활동을 지속하고자 하는 목적을 갖는다.

정부 문건에서 '뉴노멀'은 '새로운 일상'이라는 의미의 'kebiasaan baru'로 바뀌었고, '새로운 일상에의 적응'(AKB: Adaptasi Kebiasaan Baru)이 공식 명칭으로 채택되었다. 뉴노멀이라는 말의 불명확성 때문인지 아니면 정치적 이유 때문인지 자까르따 주지사 아니스 바스웨단(Anies Baswedan)은 뉴노멀을 'PSBB Transisi'로 이름을 변경해서 발표했다. '전이기'를 뜻하는 영어 'transition'의 인도네시아 차용어인 'transisi'가 추가된 이 표현은 '뉴노멀'보다 명확한 의미전달이 가능해서 자까르따 이외의 지역에서도 사용되었다. AKB는 '끝없는 1차 유행' 국면을 전환하는 데 있어 별다른 효과가 없었다. 연말에 접어들어 확진자가 급증하자 정부는 자바와 발리를 대상으로 하여 '주민 활동 제한령'(PPKM: Pelaksanaan Pembatasan Kegiatan Masyarakat)을 발표했다. 2020년 정부의 코로나 대책의 흐름은 〈그림 6-4〉와 같이 정리될 수 있다.

〈그림 6-4〉 **인도네시아 코로나19 대응 정부 정책의 변화**(~2021년 1월)



출처: 필자 작성

2. PSBB 정책의 주요 내용과 실행[4]

PSBB는 6개 영역을 주요 방역 대상으로 설정했다. 각각의 영역에 적용된 주요 수칙은 〈표 6-4〉와 같다.

〈표 6-4〉 **인도네시아 PSBB 주요 수칙**

영역	주요 수칙
교육	온라인 수업
직장	재택근무 원칙, 예외 사업장 제시 (공공영역, 필수품 관련, 수출입 관련 산업체 등)
종교	공공 종교시설 폐쇄, 가정 내 활동도 일부 규제
공공장소 및 시설	원칙적 폐쇄, 기본 생계활동과 관련된 예외 인정 (슈퍼마켓, 전통시장, 식당, 세탁소, 호텔 등)
사회문화활동	정치, 체육, 오락, 학술, 문화 활동 전면 금지 (할례, 결혼, 장례 등은 제한된 조건으로 용인)
교통	버스 등 운영시간 제한(06:00-18:00) 승객 제한(승용차는 3명, 개인 오토바이는 단독, 상업용은 2인)

4 방역 정책의 내용이 다양한 기사와 인터넷 자료에 기초하여 작성되었기에 본문에 따로 인용 표시를 하지 않음.

지자체의 PSBB 신청이 4월 초부터 5월 중순까지 이어져 자까르따를 포함한 몇몇 주와 수십 개 시도에서 PSBB 적용이 발표되었다. 6월 초를 기준으로 보면, 자까르따, 서부자바, 서부 수마뜨라, 고론딸로 주 등 4개 주에서, 자까르따와 인접한 땅그랑, 수라바야, 빨렘방, 그르식 등 10개 시도에서 PSBB가 실행되었다(CNN Indonesia 2020a). 코로나 확산세에 대한 두려움이 팽배한 상황에서 PSBB는 사회 활동을 실질적으로 제한하는 효과를 가져왔다. 코로나로 사망한 사람뿐 아니라 다른 병으로 사망한 사람의 마을 내 묘지 매장 거부, 외부인의 마을 출입 금지 등과 같이 미디어의 주목을 받은 사건은 이러한 사회적 분위기를 대변해준다. 이로 인해 PSBB를 신청하지 않은 지자체에서도 PSBB에 준하는 사회적 활동 제한을 부가하기도 했다.

사회적 활동 제한 정책은 시행 한 달여가 지난 후 조금씩 느슨해지는 경향을 보였다. 5월 7일 발표된 조꼬위 대통령의 뉴노멀 정책은 이러한 느슨함을 반영함과 동시에 코로나에 대한 경각심을 완화시켰다. 백신 개발 전까지 코로나와 공존할 방향으로 방역 정책을 개편하자는 정부의 제안은 사회적 제한이 수반한 경제적 타격을 완화하려는 목적을 가졌고, 경제적 피해를 실감하고 있던 대중들로부터 공감을 끌어낼 수 있었다. 하지만, 1차 유행의 종식 없이 방역 정책이 바뀜에 따라, '끝없는 1차 유행'이 지속될 기반 역시 강화되었다.

3. AKB(뉴노멀) 정책의 주요 내용과 실행

"코로나와 함께 평화롭게 살아보자"라는 대통령의 말처럼 뉴노멀 정책의 핵심은 코로나 확산에 적절하게 대처하면서 사회생활을 영위하는 것이다. 이러한 목표에 맞추어 정책의 핵심은 제한에서 제한적 허용으로 바뀌었고, '거리 두기', '마스크 착용', '손 씻기', '집합 자제', '개인의 면역력 향상'과 같은 개인 방역과 위생, 건강에 강조점이 주어졌다.

뉴노멀 방역수칙은 코로나 방역 업무를 총괄하는 '코비드19 관리업무단'(Satuan Tugas Penanganan Covid-19)'이 아닌 개별 부처에 의해 산발적으로 발

표되었다. PSBB가 기준으로 삼은 6개 영역을 살펴보면, 교육 분야에서는 비대면 수업과 강의를 원칙으로 하되, 강의의 성격에 따라 대학에서의 대면 요청이 가능해졌다. 직장의 경우 거리 두기와 방역수칙 준수라는 전제 하에 뚜렷한 제한이 부가되지 않았고, 종교시설 이용 역시 허용되었다. 쇼핑몰이나 관광지와 같은 공공장소나 시설 이용 역시 거리 두기와 인원 제한을 준수한다는 조건 하에 용인되었다. 교통수단 역시 거리 두기를 지킬 때 적극적으로 허용하는 방향으로 전환되었다. 각 부처에서 기준을 제시함으로써, 특정 영역 내, 영역 간 일관성 부족이 나타났는데, 상업부에서 발표한 상업 시설 허용 인원 기준이 좋은 예이다.

〈표 6-5〉 **인도네시아 AKB 방역수칙: 상업시설의 허용 인원**

	(최대 수용 대비) 허용 비율
전통시장	30%
미니마켓 등	40%
음식점	40%
쇼핑몰	35%
동물원	50%

출처: Menteri Perdagangan(2020)

같은 상업시설이라 하더라도 허용 가능 인원의 비율에서 차이가 나타났다. 전통시장은 최대 수용인원 대비 30%, 쇼핑몰은 35%, 미니마켓은 40%로 규정되었다. 다양한 요인이 고려되어 이런 차이가 발생한 듯하지만, 사용자 친화적이지 못한 수칙임을 부정하기는 쉽지 않다.

4. **자까르따의** PSBB Transisi

뉴노멀 방역수칙이 체계적으로 제시되지 않자, 일부 지자체에서는 뉴노멀에 맞춘 방역수칙을 자체적으로 발표했다. PSBB와 관련되어 중앙정부와 대립각을 세우던 자까르따 주지사 아니스 바스웨단은 새로운 수칙을 'PSBB

Transisi(전이기의 PSBB)'라 명명했다. 유사한 맥락에서 서부자바 주지사는 'PSBB Proporsional(비례적 PSBB)'이라는 명칭을 사용했고, 30여 개 활동에 대한 맞춤형 수칙을 제시했다. 사회적 활동 수칙을 간명하게 정리한 PSBB Transisi는 미디어의 집중조명을 받으며 다른 지역에도 영향을 미쳤다.[5] 뉴노멀 방역 정책은 제재보다는 사회적 활동의 정상화에 강조점을 두었다. 1차 유행이 지속하는 상황에서 제정된 수칙은 급격한 확진자 증가세가 일어나지 않으리라는 막연한 기대에 기반을 두고 만들어졌다는 인상을 준다. 이로 인해 정부의 기대와 달리 뉴노멀 정책은 1차 유행의 추세를 전환하지 못했다. 그런데도 '끝없는 1차 확산'을 종식할만한 정책이 중앙정부 차원에서 한동안 제시되지 않았다. 뉴노멀 정책에 대한 평가가 이루어지지 않은 상황에서, 이 정책의 실패를 부각하려는 움직임이 반뜬(Banten)과 자까르따에서 전개되었다. PSBB Transisi를 3개월여 유지하던 두 지역 주지사가 PSBB로 방역수칙을 환원하리라는 선언을 9월 초 발표했다. 8월 중순부터 가속화된 증가세가 꺾이지 않았기 때문이다.

PSBB 환원 후 한 달여가 흐른 뒤 자까르따 주지사는 돌연 PSBB transisi로의 재전환을 선언했다. 당시 확진자 규모를 보면 PSBB로 전환했던 시점과 비교하여 커다란 상황 변화가 나타나지 않았다. PSBB로 재전환이 이루어진 8월 29일–9월 11일 사이 일 평균 확진자는 1,011명이었고, 9월 11일–25일 사이의 확진자는 1,107명이었으며, 9월 25일부터 10월 9일 사이 확진자는 1,029명이었다.[6] 실질적인 감소세가 없었음에도 그는 방역 정책을 PSBB Transisi로 완화했고 이는 2020년 말까지 이어졌다. 12월에 접어들자 '끝없는 1차 유행'이 질적인 변화를 겪고 있다는 인상을 주는 상황이 전개되었다. 하루 확진자가 8천 명을 넘어섰고, 12월 중순에는 하루 평균 증가율이 2.5%에 이르렀다. 이는 버틸 수 있을 때까지 버텨보겠다는 식의 태도를 취하던 정부에게 있어서도 쉽게 간과할 수 없는 변화였다.

---

5 예를 들어 암본에서도 방역대책을 PSBB Transisi라 명명했다. https://ambon.go.id/psbb-transisi-2/

6 https://covid19.go.id/peta-sebaran-covid19

5. PPKM과 소규모 PPKM 방역대책

12월 말에 발표된 방역 정책은 PPKM이라는 이름으로 발표되었고, 그 적용 지역은 코로나 확산의 질적 변화가 감지되던 자바와 발리였다. PPKM은 '주민 활동 제한령' 정도의 의미가 있는데, 방역 수준은 PSBB와 뉴노멀의 중간 정도라 할 수 있다. 〈표 6-6〉은 PPKM에서 규정하는 사회적 제한을 PSBB, PSBB Transisi와 비교한 것이다.

〈표 6-6〉 **인도네시아 정부의 방역 정책 비교**

	PSBB	PSBB Transisi	PPKM
시작 시기	2020년 4월	2020년 6월~	2021년 1~2월
적용 지역	전역(중앙정부 허가)	자까르따	자바와 발리 (확진 정도에 맞추어)
사무실	재택 원칙	허용	25%(75% 재택)
쇼핑센터	폐쇄	50%	25%(밤 8시까지)
식당	일부 허용	50%	25%(밤 8시까지)
종교시설	폐쇄	50%	50%
필수시설	허용	허용	허용
학교	비대면	비대면 (제한적 대면허용)	비대면
교통	제한	제한	제한
공공장소, 사회문화 활동,	폐쇄, 금지	25%, 50%	폐쇄, 금지
산업	제한적 허용	허용	허용

출처: 필자 정리

PPKM의 사회적 제한 정도는 PSBB Transisi보다 강했고, PSBB보다 느슨했다. PSBB에서 사용이 전면 금지된 사무실은 25%로 제한되었다. 공공장소와 사회문화 활동은 폐쇄와 금지를 원칙으로 했지만 다른 영역에서는 25% 인원 제한이 가해졌다. 이러한 기준은 사회활동의 제한적 허용이라는 기조 아래 PPKM 정책이 수립되었음을 보여준다. 제한 정도를 급격하게 올리지 않음으

로써 PPKM은 12월부터 전개된 확진자 급증세를 효과적으로 막을 수 없었다. 이에 정부는 PPKM을 수정한 '소규모(skala mikro) PPKM'을 발표했고, 2월 10일을 전후로 한 시행을 지자체에 요구했다.

소규모 PPKM의 핵심은 방역수칙 관리의 주체를 도에서 통반(RT) 수준으로 낮추는 것이다.[7] 코로나 확산이 최고 단계에 도달한 적색 지역에서 RT가 사회적 활동 제한을 결정하도록 요구했다. 이를 위해 지역의 행정조직, 청년조직과 주부조직 같은 공식적 결사체, 비공식적 결사체, 종교지도자를 포함한 유력 주민 등이 함께 모여 관리감독기구를 구성하도록 했다. 소규모 PPKM이 어떻게 집행될지 불명확하지만 이 정책이 이전의 방역 정책과 상당히 다른 인식에 기반하고 있음은 명확하다. 즉, 마을 공동체 수준의 결사체를 동원하여 코로나 확산을 저지하겠다는 것이다. 마을 공동체를 방역의 대상이 아닌 동반자로 간주한다는 점에서 소규모 PPKM은 획기적인 인식 전환을 내재한 듯했다. 하지만, 현실에서 그것이 어떻게 시행될 수 있고 어떤 성과를 가져올 수 있을지 예측하기는 쉽지 않다.

주민의 삶에 영향을 미치는 마을 공동체를 방역의 파트너로 인정했지만 소규모 PPKM이 이전까지의 정책에 대한 반성적 평가에 기반을 두고 있는지는 불명확하다. 이러한 의문을 제기하는 이유는 소규모 PPKM 정책 하에서 확진자가 적은 지역은 사회적 제한을 완화하여 적용할 수 있기 때문이다. 쇼핑몰의 영업시간을 8시에서 9시로 연장하고, 사무실 근무 인원 역시 25%에서 50%로 확대할 수 있었다. 이러한 완화책은 정부 정책의 방점이 여전히 경제 활성화에 놓여 있음을 추정하도록 했다. 이러한 점을 고려해보면 소규모 PPKM이 대중을 방역의 동반자로 여기는 인식 전환에 기반하기보다는 방역의 책임을 낮은 행정단위로 떠넘기려는 의도를 내포하고 있다고 비판할 수 있다.

---

7 RT는 'Rukun Tetangga'의 약자로서, 가장 낮은 행정단위를 일컫는다. 몇 개의 RT가 모여 RW(Rukun Warga)를 구성하며, 몇 개의 RW가 모여 dusun을, dusun이 모여 kelurahan(혹은 desa)을 구성한다.

Ⅳ. 국가경제회생정책(PEN: Pemulihan Ekonomi Nasional)

1. 국가경제회생정책의 배경과 내용

코로나 확산에 대한 늦장 대응, 뉴노멀 정책으로의 재빠른 선회 모두 경제적 피해를 두려워한 정부의 태도가 반영된 것이다. 집권 2기를 맞이하여 본격적으로 경제 활성화 정책을 추진하려던 조꼬위 정부에게 있어 코로나는 보건의료적 재난임과 동시에 경제적 재난이었다. PSBB에 따른 방역대책이 시행되고 얼마 되지 않은 4월에도 코로나가 가져온 경제적 부작용을 감지할 수 있었다. 8만 7천 명을 대상으로 한 통계청 조사에 따르면, 취업상태에 있던 응답자 중 18%가 휴직 중이었고 3%가 해고되었다. 전체 응답자의 40%가 소득 감소를 호소했고, 휴직 중인 응답자의 60%가 소득 감소를 경험했다. 가장 낮은 소득 범주인 월소득 1백 7십만 루삐아 이하 집단에서 가장 큰 폭의 소득감소가 나타났고, 소득 수준이 높을수록 피해의 정도가 낮았다(BPS 2020: 10-16). PSBB가 본격화됨에 따라 고용 한파가 더욱 심해졌다. 5월 말까지 백 팔십 여만 명의 노동자가 해고되었다. 2020년 2월 4.99%이던 실업률이 연말까지 7.7~9.1%로 상승하고 실업자의 수가 2.9백만-5.2백만 증가하리라 예상되었다. 경제성장률이 마이너스로 추락할 때 빈곤층 역시 5백여만 명 증가하리라 추산되었다(Gusman 2020).

코로나 확산이 총체적 경제위기를 초래하리라는 예상 하에 재무부는 특단적 대책의 필요성을 역설했다. 이는 재정 적자 폭을 국내총생산(PDB)의 3% 내로 제한하는 재정 운용 원칙의 철회를 의미했다. 재무부는 미세 조정만으로는 경제 악화의 흐름을 막을 수 없다는 주장에 기반하여 8월 '국가경제회생(PEN: Pemulihan Ekonomi Nasional)' 정책을 발표했다. 첫 발표 시 재정투입 규모는 356조 루삐아였지만, 수정 과정을 거치며 695조 루삐아(미화 약 470억 달러, 한화 약 55조원)로 확대되었다. 이는 2020년 예산 2,020조 루삐아의 34%, 2019년 GDP 1조 천억 달러의 4%에 해당하는 규모였다. 재원은 기존 예산을 조정하고 국채 발행을 통해 충당하도록 계획되었다. 사회적 보호(230조 루삐아), 경제활동 지

원 인센티브(120조), 중소·영세 기업(116조), 보건의료(99조), 정부기관·지방정부(67조), 기업·공기업(69조) 등 6개 영역으로 나눠진 PEN의 주요 프로그램과 예산은 〈표 6-7〉과 같다.

〈표 6-7〉 **인도네시아 국가경제회생정책**(PEN)**의 주요 프로그램과 예산**

영역	전체 예산 (조 루삐아)	주요 프로그램과 예산(조 루삐아)	
사회적 보호	230.2	생필품 구매 카드(43.6) 저소득자 임금 지원(37.7) '빈곤가정'현금지원(37.4) 비수도권 거주자 현금지원(32.4) 농촌지역 현금지원(31.8) 구직자 훈련 지원(20)	전기요금 경감(6.9) 수도권 거주자 생필품 지원(6.8) '빈곤가정'외 생필품(현금) 지원(4.5) '빈곤가정'쌀 지급(2.7) 인터넷 데이터 지원(4.2)
경제활동 지원 인센티브	120.6	제조업 종사자 근로소득세 감면(39.6) 제조업체 수입 관세 감면(14.7) 법인세 축소(14.4) 부가가치세 조기 환급(20)	
중소 · 영세 기업	116.3	구조조정 비용(78) 이자 보조(35) 소규모 사업자 자금 지원(21) 중소기업 대출 보증 지원(5)	소득세 지원 (2.4) 운영자금 보증(1) 협동조합에 대한 투자(1)
보건의료	99.5	코로나 관련 의료용품 지원(65.8) 보건의료분야 세금 인센티브(9) 보건의료 인력 인센티브(5.9)	코로나 대응팀 예산(3.5) 의료보험료 보조(3) 사망위로금(0.3)
정부기관 · 지방정부	67.9	직접고용 프로그램(21) 지방정부 지원(18.8) 지방정부 환경개선사업 지원(7.3) 깔리만딴과 수마뜨라의 식량생산지역 지원(4.5)	방역우수지역 지원(5) 관광 분야 지원(2.8) 종교학교 지원(2.6) 주택 대출이자 지원(0.5)
기업 · 공기업	60.7	공기업 자본 출자(24) 공기업 단기운전자금 지원(19.6) 노동집약기업 대출보증 보상(5)	노동집약적 기업 구조조정 지원(3.4) 노동집약적 기업 단기운전자금 대출(1)

출처: 아래 자료에 기초하여 필자 작성. http://indonesiabaik.id/infografis/834-program-pen-2020-terealisasi; https://nasional.kontan.co.id/news/realisasi-penyerapan-sektor-kesehatan-mencapai-331-dari-total-pagu

PEN은 6개 주요 영역에 대한 지원을 통해 코로나로 타격받은 경제적 활력을 되찾으려는 목적을 가졌다. 코로나의 영향을 받는 개인과 가정, 기업을 그물망 형식으로 촘촘하게 지원하도록 설계되었는데, 이를 검토하기 위해 아래에서는 '사회적 보호' 영역에 해당하는 세부 프로그램을 분석할 것이다.

2. 사회적 보호 프로그램[8]

사회적 보호 영역은 11개 프로그램으로 구성되었다. 이처럼 그 프로그램 종류가 많았기에 누가 보조금을 받을 수 있을지 불명확했고, 일간지 기사의 프로그램 표기에 혼선이 야기되기까지 했다. 11개 프로그램은 기존 사회보장 프로그램의 연장인지, 아니면 코로나 피해를 본 개인과 집단을 주요 대상으로 설정했는지에 따라 구분될 수 있었다. 먼저 코로나 이전부터 빈곤층으로 등록된 가구를 대상으로 한 지원 프로그램을 살펴보도록 한다.

〈표 6-8〉 **인도네시아 사회적 보호 프로그램**: 빈곤 가구

수혜 대상	프로그램	규모(가구)	혜택
빈곤가구 I	희망가족프로그램 적용 가구 (PKH) 현금지원	1천만	기본 (550,000~1,000,000) 가족구성에 따른 차등지급 (예시) 유아=250,000루삐아/월 초등생=75,000루삐아/월 경로우대자=200,000루삐아/월
	희망가족프로그램 적용 가구 (PKH) 쌀 지급	1천만	15킬로 쌀/월
빈곤가구 I, II	생필품 구매 카드	2천만	200,000루삐아 생필품 카드/월
빈곤가구 II	희망가족프로그램 미적용 가구 생필품 현금지원	9백만	500,000루삐아(1회 지급)
기존 보조금 대상가구	전기요금 경감	3천 1백만	50~100%

8 관련 내용이 다양한 기사와 인터넷 자료에 기초하여 작성되었기에 본문에 따로 인용 표시를 하지 않음.

정부에 등록된 빈곤가구 중 임신한 여성, 유아, 초등~고등학교 학생, 장애인, 60세 이상 노인이 포함된 '희망가족프로그램'(PKH: Program Keluarga Harapan) 적용 가구의 규모는 1천만 가구 정도였다. 이들에게는 구성원에 맞춘 현금지원과 15㎏의 쌀이 매월 제공되었다. 코로나 이전과 같은 지원방식이 채택되었지만 코로나 상황이 고려되어 지원금 규모가 25% 정도 증가했다. 예를 들어 가구원 중 임신 여성에게 지급된 지원 규모는 2019년 2백 4십만 루삐아(1년)에서 2020년 3백만 루삐아로 인상되었다. 정부에 등록된 빈곤가구는 2천 2백여만 가구이며, 이 중 절반 정도가 PKH 적용을 받았다. PKH를 포함한 빈곤가구에는 2019년 매월 110,000루삐아 상당의 생필품 구매 카드가 주어졌는데, 이는 2020년 200,000루삐아로 거의 100% 상향되었다. 또한, 빈곤가구 중 PKH에 속하지 않는 가구에는 500,000루삐아의 현금이 한 차례 지급되었다. 정부에 등록된 빈곤 가구를 포함하는 저소득층 3천 1백만 가구를 대상으로 전기요금 보조 폭이 확대되었다. 450W 용량 가구에는 전액이 보전되었고, 900W 용량 가구에는 50%가 경감되었다. 코로나 피해를 보다 직접적으로 받은 저소득층을 돕기 위한 프로그램은 아래와 같다.

〈표 6-9〉 **인도네시아 사회적 보호 프로그램**: 코로나 피해 가구

프로그램	규모 (가구)	혜택
임금 지원(5백만 루삐아 이하 저소득자)	1천 7백만 명	600,000루삐아 x 4월
농촌지역 현금지원	8백만 가구	600,000루삐아 x 3 300,000루삐아 x 6월
수도권 거주자 생필품 지원	1백 9십만 가구	현물, 300,000루삐아 상당
비수도권 거주자 현금지원	9백만 가구	600,000루삐아 x 3월
비정규 교원 지원	2백만 명	1백 8십만 루삐아

'임금 지원' 프로그램은 5백만 루삐아 미만의 월급을 받는 저소득층 노동자를 대상으로 했다. 하지만, 사회보장관리공단(Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Ketenagakerjaan) 프로그램에 가입한 노동자만을 대상으로 설정함으로써 비공식

부문의 노동자에게는 혜택이 돌아가지 않았다. 교육 분야에 종사하는 비정규직 교사와 보조 인력 2백여만 명은 보조금 지급 대상으로 설정되었다. 비대면 교육으로 인해 이들이 직접 피해를 받은 집단임을 고려해보면, 코로나 피해에 대한 대응이라는 PEN 프로그램의 성격을 가장 명확하게 지니고 있었다. 농촌 지역 현금지원, 비수도권 거주자 현금지원, 수도권 거주자 생필품 지원 프로그램은 코로나로 피해를 보았지만, 빈곤가구 지원 혜택을 받지 못한 가구를 대상으로 했다. 이로 인해 프로그램 수혜자 선별 과정이 마을 단위의 행정 기관에 의해 진행되었다. 나머지 두 개 프로그램은 구직자 지원과 인터넷 데이터 지원이다. 구직자 지원은 조꼬위 대통령의 대선 공약으로 2020년에 실시될 예정이었다. 코로나 상황을 고려하여 지원 대상을 2백만 명에서 5백6십만 명으로 증가시켰다. 인터넷 데이터 지원은 관련자 모두를 대상으로 한 보편적 지원의 성격을 가졌다는 점에서 다른 프로그램과 차이를 보였다. 초등학교부터 대학교까지 학생과 교수자 모두에게 매월 일정한 양의 인터넷 데이터가 제공되었다.

〈표 6–10〉 **인도네시아 사회적 보호 프로그램**: 구직자와 학생

프로그램	규모	혜택
구직자 훈련 지원	5백 6십만 가구	백만 루삐아(훈련비) + 600,000루삐아 x 4월
학생과 교수자 인터넷 데이터 지원	3천 3백만 명 학생 + 2백만 교사와 교수	20–59 giga/월

사회적 보호 프로그램의 특징 중 하나는 과반 정도의 사업이 기존 사회보장 제도를 활용하여 이루어졌다는 것이다. 이로 인해 추가적 행정비용 없이 기존의 지원 네트워크를 이용한 신속한 집행이 가능했다. 기존의 사회보장 프로그램은 2015년 통계청에서 수집한 사회복지 통합자료(DTKS: Data Terpadu Kesejahteraan Sosial)에 기반을 두고 진행되었다. DTKS 자료는 소득뿐 아니라 나이, 직업, 가족구성, 생활 정도 등을 기준으로 전체 가구의 40%에 해당하는

2천 2백여만 가구를 빈곤가구로 분류했다. 이들은 다시 네 그룹으로 나뉘는데, 2015년 자료에 따르면, 빈곤의 정도가 가장 심한 하위 10%에 해당하는 가구는 6백 2십만 가구(2천 8백여만 명)였다.[9]

수혜 대상 선정에 더해 기존 사회보장 시스템의 활용이 지닌 또 다른 장점은 신속한 전달이었다. 2015년부터의 정책 집행 과정에서 빈곤가구에는 정부 지원금을 받을 은행 계좌와 인출 카드가 제공되었다. 기존에 구축된 방식을 활용함으로써 빈곤가구를 대상으로 한 지원은 신속하게 집행될 수 있었다. 학생과 구직자를 대상으로 한 프로그램 역시 신속한 집행이 가능했다. 학생 관련 데이터는 학교를 통해 수집되었고 구직자의 경우 본인이 등록하는 방식을 취했기에 집행이 용이했다. 하지만, 코로나 피해를 직접 입은 가구를 대상으로 한 프로그램 중 일부는 수혜 대상을 지역 행정 기관에서 새로 선정해야 했기에, 짧은 시간 내에 적절한 지원이 이루어졌을지 의문스럽다.

3. 국가경제 회생정책의 집행

코로나와 관련된 대규모 지원계획이 발표되었을 때부터, 그 실현 가능성에 대해 의문이 제기되었다. 695조 루삐아에 달하는 천문학적 금액을 몇 개월 내에 집행할 수 있을지 회의적인 시각이 우세했다. 정부에서 발표한 시기별 집행률을 먼저 살펴보도록 한다. PEN 발표가 8월이었지만, 그 이전부터 지출을 시작한 부문이 있었기에 집행률이 처음 발표된 8월 26일의 결과는 27.7%였다. 8월 말부터 12월말까지 집행률은 완만한 증가세를 보였다. 8월 26일에서 9월 30일까지 18.1%, 9월 30일부터 10월 26일까지 6.9%, 10월 26일부터 11월 25일까지 9.4%, 12월말까지 21.3%가 각각 증가해서 최종 집행률은 83.4%에 이르렀다. 목표치에는 도달하지 못했지만, 3/4 이상이 집행됨으로써 발표 당시 우세했던

---

9 DTKS 관련 자료는 아래 사이트에서 수집되었음. https://dtks.kemensos.go.id/faq-tanya-jawab-tentang-dtks

비판적 시각을 불식시킬 수 있었다.

PEN의 영역별 집행률에서는 격차가 뚜렷했다. 95% 이상의 예산 집행률은 4개 영역에서 나타났다. 기업과 공기업 영역이 가장 높은 100% 집행률을 보였는데, 이는 집행이 지지부진한 상태에서 그 대상을 바꾸어 일거에 해결하는 방식을 취했기 때문이다. 즉, 노동집약적 기업에 대한 지원 대신 15조 루삐아를 국부펀드(sovereign wealth fund)에 출자하는 것으로 대상을 변경했다. 이 펀드는 외국 자본의 인도네시아 투자를 촉진하려는 목적을 지녔는데, PEN 자금을 출자금으로 사용함으로써 펀드에 대한 신뢰도를 높이고자 했다. 사회적 보호, 중소·영세기업, 정부기관·지방정부 영역에서의 집행률은 95%를 넘어서서 성공적인 사업 수행을 보여주었다. 사회적 보호 영역과 마찬가지로 중소·영세기업, 정부기관·지방정부 영역의 프로그램 역시 기존 프로그램에 대한 지원을 확대하는 방식으로 진행되었다. 상대적으로 집행률이 낮은 영역은 보건의료와 경제활동 인센티브였다. 과거 시행 경험이 없는 프로그램이 주를 구성함으로써 집행에 어려움이 야기되었으리라 추정된다. 정부 발표에 프로그램의 세부 집행내역이 제시되어 있지 않기에 보건의료 영역에서 낮은 집행률을 야기한 원인을 확인할 수는 없다. PEN의 목적이 코로나에 대한 대응임을 고려해보면, 의료분야에서의 낮은 집행률은 쉽게 이해할 수 없는 결과라 할 수 있다. 이를 근거로 해서 일부 시민단체는 코로나에 대한 정부 지원이 경제를 우선시할 뿐만 아니라 비효율적이고 불투명하게 집행되었다고 주장했다(Maryono 2021).

집행률만을 놓고 본다면 상이한 평가가 가능하다. 인도네시아 관료제의 비효율성을 고려해보면, 83%에 이르는 집행률은 놀라운 결과라 할 수도 있다. 반면, 새로운 프로그램, 특히 코로나 대응의 핵심이라 할 수 있는 보건의료 분야의 낮은 집행률은 정부 대응의 비효율성을 비판할 수 있도록 한다. PEN의 핵심 문제는 단순 집행률이 아닌 집행의 효과성이다. 관련 자료를 얻기 쉽지 않은 상태에서 이를 검토하기는 불가능하다. 하지만, 그에 대한 부정적 평가를 회피할 수 없도록 하는 사건이 발생했다. 2020년 12월 부패방지위원회가 사회

부 장관과 네 명의 고위관료를 부패혐의로 체포한 것이다. 부패의 대상은 PEN의 사회적 보호 영역 프로그램 중 하나인 생필품 지원이었다. 현물로 지급된 생필품 패키지에는 30만 루삐아 상당의 물품이 포함되었는데 사회부 장관이 패키지 당 1만 루삐아를 갈취했다는 혐의를 받았다(CNN Indonesia 2020b). 사회부 장관의 부패 연루는 PEN 프로그램에 대한 신뢰를 실추시켰다. 그럼에도 조꼬위 대통령은 이 문제에 대한 사과 없이 사회부 장관을 신속하게 교체하는 선에서 문제를 봉합하려 했다.

4. 2022년 PEN 예산

PEN 정책은 2021년에도 계속되었다. 지원 영역에서 일부 차이가 나타났지만, 전체적으로 2020년의 틀이 그대로 유지되었다. 2021년 예산은 짧은 기간 동안 3차례나 수정 과정을 거치며, 정책 조율이 충분히 이루어지지 않았음을 드러냈다. 2021년 예산안 변경 결과를 살펴보면 아래와 같다.

〈표 6-11〉 **인도네시아 2021년 PEN 예산 변경**

영역	2020년 계획	2021년 계획		
		12월 21일	1월 4일	2월 3일
사회적 보호	230.2	110.2	110.2	148.66
중소 · 영세 기업	116.3	48.8	63.84	157.57
보건의료	99.5	25.4	25.4	133.07
경제활동 지원 인센티브	120.6	20.4	20.26	47.27
정부기관 · 지방정부	67.9	152.4	184.2*	141.36
기업 · 공기업	60.7	14.9		
합계	695.2	372.3	403.9	627.9
(정부 예산)	2,589	2,750		

* '우선 프로그램'이라고 명명됨

출처: https://finance.detik.com/berita-ekonomi-bisnis/d-5305199/anggaran-pemulihan-ekonomi-2021-capai-rp-372-t-ini-rinciannya; http://www.indonesiabaik.id/index.php/infografis/rp4039-t-untuk-pemulihan-ekonomi-nasional; https://money.kompas.com/read/2021/01/04/190134426/alokasi-anggaran-penanganan-covid-dan-pemulihan-ekonomi-tahun-ini-rp-4039; https://koran.tempo.co/read/ekonomi-dan-bisnis/462170/anggaran-pemulihan-ekonomi-naik

2020년 지원 대상으로 설정된 6개 영역 중 4개 영역은 유지된 반면, 정부기관·지방정부, 기업·공기업 영역은 하나로 병합되었고 '우선 프로그램'이라는 명칭이 부여되었다. 세 차례 예산 변경에 따라 전체 규모는 372조 루삐아에서 627조 루삐아로 대폭 증액되었다. 세 차례 예산안 변경 과정에서 가장 큰 차이를 보인 영역은 보건의료로, 25조 루삐아에 그쳤던 예산이 133조 루삐아로 상향되었다. 첫 예산안에서 보건의료 예산을 2020년보다 대폭 축소된 25조 루삐아로 계획했다는 사실은 PEN 프로그램의 우선순위가 경제회생에 놓여 있다는 비판을 뒷받침했다. 이런 식의 비판이 수용된 것인지는 불명확하지만, 이후 정부는 관련 예산을 대폭 증가시켰다.

5. 2020년 경제 상황과 2021년 전망[10]

코로나 증가세만큼 많은 관심을 받은 2020년 경제성장률은 −2.07로 발표되었다. 이는 1990년대 후반 외환위기 이후 인도네시아가 처음 경험한 마이너스 성장이었다. 2020년 2분기 −5.32%, 3분기 −3.04%, 4분기 −2.19% 등 마이너스 성장세가 완화되고 있다는 점이 그나마 긍정적 전망을 가능하게 했다. 부문별로 보았을 때에도 상황은 그리 좋지 않았다. 정부지출 부문만이 플러스(1.94%)를 기록했을 뿐 다른 부문 모두 마이너스 성장을 기록했고, 특히 수출입

10 2020년 경제상황 관련 서술은 아래의 자료에 기반을 두고 작성되었음.
https://www.pikiran-rakyat.com/ekonomi/pr-011388883/sepanjang-2020-ekonomi-indonesia-terkontraksi-minus-207-persen; https://ekonomi.bisnis.com/read/20210205/9/1352666/pertumbuhan-ekonomi-ri-2020-minus-207-persen-lebih-baik-dari-singapura-lho; https://investor.id/business/bi-perkirakan-pertumbuhan-ekonomi-2021-di-kisaran-4858; https://katadata.co.id/agustiyanti/finansial/601cc468efa57/ekonomi-resesi-rerata-pendapatan-penduduk-ri-turun-jadi-rp-56-9-juta?utm_source=Direct&utm_medium=Sub-Kanal%20Berita%20Nasional%20Detail&utm_campaign=Baca%20Juga%20Redaksi%20Pos%202; https://en.antaranews.com/news/165924/indonesias-trade-balance-recorded-us21-billion-surplus-in-dec-2020; https://www.cnbcindonesia.com/news/20210125142239-4-218523/proyeksi-ekonomi-ri-2021-dari-gubernur-bi-adakah-harapan

은 각각 −7.7%, −14.71%로 낙폭이 컸다. 마이너스 성장으로 인해 일 인당 소득 역시 2019년 5천 9백만 루삐아에서 5천 6백만 루삐아로 감소하리라 예상되었다. 감소폭이 3백만 루삐아였지만, 미국 달러로 환산했을 때 또 다른 의미를 전달했다. 2019년 미화 4천 달러를 넘어선 소득이 3천 달러대로 후퇴했기 때문이다. 코로나가 경제에 미친 악영향을 실감하도록 하는 수치였다. 2000년대 경험한 첫 마이너스 성장에도 불구하고, 그에 대한 평가는 전체적으로 부정적이지 않았다. 외국 기관이 예측한 감소폭보다 실제 감소폭이 낮았다는 것이 하나의 이유였다. 이보다 자주 거론된 측면은 코로나 피해가 심각하지 않은 주변국보다 인도네시아의 성장률 감소폭이 적었다는 사실이다. 싱가포르, 말레이시아, 필리핀의 경제성장률은 전년 대비 각기 −5.8%, −5.6%, −9.5%를 기록했다. 비교대상을 유럽연합(−6.4%)과 미국(−3.5%)으로 확대해도 인도네시아의 성적은 나쁜 편에 속하지 않았다. 이런 분위기로 인해 코로나 방역을 성공적으로 수행하면서도 2.91% 성장한 베트남의 사례는 거의 주목받지 못했다.

주변 국가보다 경제성장률 감소폭이 적었지만, 이를 현실에서 체감할 수 있었는지는 불확실하다. 고용의 측면에서 보면 심각한 타격을 확인할 수 있다. 2020년 초 6백 7십만 명이던 실업자는 연말에 이르러 9백 7십만 명으로 증가했다. 고용부 발표에 따르면, 코로나가 2천 9백만 명의 노동자에게 영향을 미쳤다. 2백 5십만 명 정도가 코로나로 인해 일자리를 잃었고, 2천 5백만 명이 노동시간을 줄여야 하는 상황에 처했다. 2019년 4분기 11만 4천 건에 달하던 직원채용 광고가 2020년 4분기 3만 4천 건으로 급속히 줄어들었다는 보고가 제시되기도 했다. 기업 관련 통계 역시 유사한 흐름을 보여서, 통계청 조사에 따르면 코로나로 인해 6.8%의 기업이 파산했고 18.7%가 기업 활동을 일시 멈추는 결정을 내렸다. 일반인에게 있어 그나마 우호적이었던 경제 환경은 인플레이션이었다. 2020년 물가가 1.68% 상승하는 데 그침으로써 지난 50여 년 동안 가장 낮은 수치를 기록했다. 코로나에 따른 구매력 감소가 수요 감소로 이어져 이런 결과를 가져왔으리라 추정되었다.

상대적으로 양호한 결과로 평가된 경제성장률로 인해 조꼬위 정부는 2021년

경제에 대한 낙관적인 전망을 제시할 수 있었다. 인도네시아은행 총재 역시 이를 뒷받침해서, 2021년 경제성장률을 4.8~5.8%로 예상했다. 1월 이후 확진자가 만 명을 넘어선 상황에서 제시된 낙관론은 '끝없는 1차 유행'을 심각한 변수로 고려하고 있지 않는 듯했다. 코로나 확산세가 계속되더라도 그것이 1차 유행의 범위 내에서 진행될 것이며, 위기의 일상화에 따라 경제발전 속도가 코로나 이전으로 환원될 수 있으리라 막연하게 기대되었다. 물론 여기에는 백신에 대한 기대감이 포함되어 있었다. 백신 접종으로 인해 '끝없는 1차 유행'의 상황을 적절하게 통제하면서 위기를 종식시킬 수 있으리라는 것이다.

V. 코로나 관련 담론: 책임 떠넘기기

1. 방역대책에 대한 평가: 비판과 책임 떠넘기기[11]

정부의 방역정책과 관련된 여러 차원의 문제제기가 미디어를 통해 표출되었다. 흥미로운 점은 코로나 확산 초기에 제기된 비판이 일 년여가 지난 2021년 초에도 거의 동일하게 반복되고 있다는 점이다. 이는 전문가와 시민사회의 문제제기가 정부에 의해 적절하게 수용되지 않았음을 시사한다. 정부 정책에 대한 가장 빈번한 비판은 방역 대신 경제를 우선시한다는 것이다. 정부의 초기 방역대책에 봉쇄정책이 고려되지 않았음은 이를 뒷받침하는 근거였다. 강력한 격리 정책이 고려되지 않음으로써 방역수칙 역시 느슨하게 집행될 수밖

---

11 방역대책 평가 관련 서술은 아래의 자료에 기반을 두고 작성되었음.
https://www.cnbcindonesia.com/news/20210127142137-4-219126/1-juta-kasus-covid-19-sejumlah-masalah-yang-belum-selesai/2; https://republika.co.id/berita/qjzbgz282/tarik-ulur-kebijakan-penanganan-covid19; https://nasional.tempo.co/read/1428508/kritik-untuk-jokowi-dalam-tangani-pandemi-bermain-istilah-sampai-minim-rencana; https://news.detik.com/berita/d-5239653/survei-lsi-578-responden-puas-dengan-kinerja-jokowi-tangani-pandemi-corona

에 없었다고 주장되었다. 봉쇄에 대한 정부의 알레르기적 반응의 결과를 국회의원 루시 꾸르니아사리(Lucy Kurniasari)는 아래와 같이 설명했다(Kiswondari 2021).

> PBSS와 PPKM같은 정부 정책은 방역과 경제 사이에서 중도를 걷고자 했기에 너무나 타협적이 되었다. 이러한 타협적 정책이 효과를 발휘하지 못한다는 사실은 이미 증명되었다.

6개 PEN 영역 중 보건의료 관련 예산 비중이 높지 않다는 점은 경제 우선 정책 기조를 드러내는 것으로 이해되었다. 2020년 12월 지자체장 선거를 강행한 점, 극심한 대중 시위가 예상됨에도 '옴니버스 법안'을 시행한 점 역시 정부가 방역에 관심을 가지고 있지 않음을 보여주는 사례로 거론되었다.

정부의 방역 정책은 전문가 집단으로부터 좋은 평가를 받지 못했다. 다른 국가와 마찬가지로 인도네시아 역시 검사–추적–치료를 핵심 단계로 설정했지만, 각 단계가 효율적으로 진행되지 못했다고 평가되었다. 코로나 확산 초기에는 낮은 검사율이 문제시되었다. 2020년 후반기에 접어들어 검사율이 WHO 권장치를 초과했지만, 일부에서는 이를 선제적 검사의 확대 결과가 아닌 철도와 배, 비행기 탑승 시 의무화된 미확진 검사서 제출의 결과로 해석했다. 확진자와 접촉한 사람에 대한 추적조사의 필요성은 코로나 확산 초기부터 제기되었지만, 적절하게 시행되지 않았다. WHO는 확진자와 접촉한 25명 이상의 추적조사를 권장했지만, 인도네시아 방역 당국이 이를 4명으로 축소함으로써 실질적 효과를 발휘할 수 없었다고 비판되었다.

치료와 관련된 가장 심각한 문제는 병상 부족이었다. 코로나 전담 병원을 지정하지 않고 기존 병상의 일부를 코로나 치료에 사용하도록 한 정책이 비판되었다. 상급 병원의 병상 부족은 경증 환자 치료를 전담한 하위 병원에 과부하를 가져왔을 뿐 아니라, 코로나 환자와 다른 환자가 분리되어 치료받지 못하는 상황을 야기했다고 지적되었다. 보건의료 전문가를 포함한 다양한 집단에서

제기된 방역 정책의 비효율성과 비효과성에 대한 지적이 미디어를 통해 꾸준히 제기되었다. 이러한 비판적 담론과 관련하여 고려해야 할 점은 비판의 대상인 조꼬위 대통령 역시 같은 비판을 제기했다는 점이다. 2021년 1월 31일 내각 회의를 주재하면서 조꼬위 대통령은 다음과 같이 말했다(Hakim 2021).

> 우리는 현재 상태가 어떤지 이야기해야 한다. [현재의 정책은] 효과적이지 않다. 실상 PPKM 정책의 핵심은 이동 제한이다. 정책의 이름조차 대중의 활동 제한이다. 하지만, 내가 보기에 정책의 실행은 단호하지도, 일관되지도 못했다.

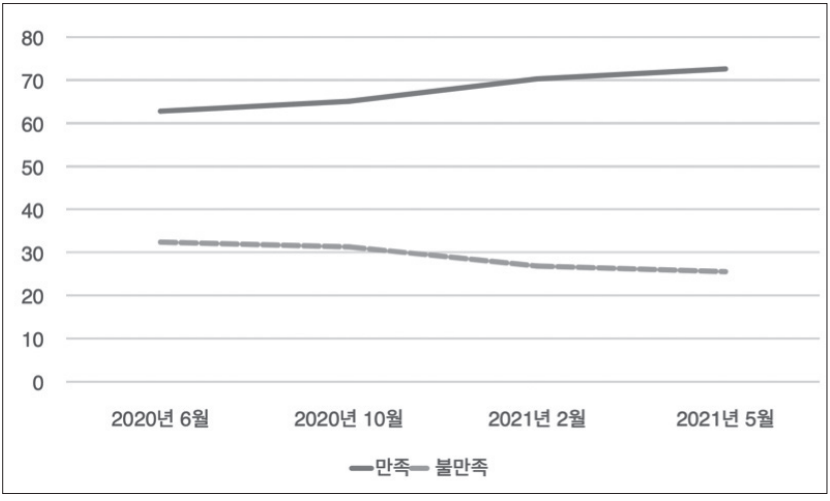
조꼬위 대통령에 따르면 정부의 방역 정책이 단호하고 일관되지 않게 집행됨으로써 소기의 성과를 가져올 수 없었다. 이를 다른 식으로 표현하면, 방역 정책 자체에는 문제가 없지만 그 집행에는 문제가 있다는 것이다. 정부 관료가 제 역할을 하지 못하고 있다는 것이다. 이러한 주장을 통해 조꼬위 대통령은 자신을 정책 수립과 연결 짓는 반면 정책 집행의 비효율성을 관료에게 떠넘기는 모습을 취했다. 조꼬위 대통령의 논리는 흥미롭게도 정부 관료에 의해서도 그대로 활용되었다. 이들은 방역 정책의 비효율성을 일반 대중의 탓으로 돌리는 경향을 보였다. 방역 정책을 제대로 집행하려고 노력했지만 일반 대중이 이를 준수하려 하지 않았기에 코로나 확산을 막을 수 없었다는 식이다.

코로나 관련 담론을 살펴보면, 대통령이 공무원에 대한, 공무원이 일반인에 대한, 일반인을 대신한 전문가가 정부에 대한 비판을 제기하는 순환적 상황이 코로나 확산 초기부터 현재까지 지속되는 경향을 찾을 수 있다. 이러한 식의 책임 떠넘기기는 문제 되는 요소의 개선을 가로막음으로써 방역 정책의 효율성을 제고하기 어렵게 했다.

3. 방역대책에 대한 평가: 일반인의 시각[12]

'끝없는 1차 유행'이 지속되고, 정부 정책의 문제점을 쉽게 접할 수 있었음에도 정부에 대한 일반 대중의 시각은 부정적이지 않았던 것처럼 보인다. 조꼬위 대통령에 대한 만족/불만족을 묻는 설문조사 결과는 아래와 같다.

〈그림 6-5〉 **인도네시아 대통령에 대한 만족도**



출처: Hakim S(2021)

설문조사 자료를 보면, 조꼬위 대통령에 대한 만족 비율은 상승하고, 불만족 비율은 하락하는 추세를 찾을 수 있다. 2017년 대통령에 대한 만족도가 71%,

---

12 방역대책에 대한 일반인의 시각은 아래의 자료에 기반을 두고 작성되었음. https://www.cnbcindonesia.com/news/20210127142137-4-219126/1-juta-kasus-covid-19-sejumlah-masalah-yang-belum-selesai/2; https://republika.co.id/berita/qjzbgz282/tarik-ulur-kebijakan-penanganan-covid19; https://nasional.tempo.co/read/1428508/kritik-untuk-jokowi-dalam-tangani-pandemi-bermain-istilah-sampai-minim-rencana; https://news.detik.com/berita/d-5239653/survei-lsi-578-responden-puas-dengan-kinerja-jokowi-tangani-pandemi-corona

2018년 70%, 2019년 10월 71%였음과 비교하면(Faris 2019), 코로나 확산 국면에서 잠시 주춤하던 만족 비율이 점차 회복되었다고 설명할 수 있다. 조사 시행 기관의 해석 역시 이와 차이를 보이지 않아서 "전체적으로 보건의료적 위기와 경제 회복 사이에서 균형을 지키려는 조꼬위의 정책이 대중의 지지를 계속 받고 있다"는 평가가 제시되었다(Hakim S. 2021). 설문조사 결과를 총괄하는 기사에서도 "조꼬위 대통령이 코로나 위기로 초래된 경제 위기에서 인도네시아를 탈출시킬 수 있으리라 믿는 경향이 2020년 5월−12월 조사 전체를 통해 강하게 표현되었다"라는 해석을 제시되었다(Astuti 2020b).

조꼬위 대통령이 아닌 정부의 코로나 대책에 대한 반응 역시 유사한 결과를 보였다. 10월 조사에서 57.8%에 달하던 만족 비율은 12월 후반 조사에서 67%로 상승했다(Siregar 2020). 조꼬위 대통령에 대한 높은 지지도는 정부가 전문가의 비판을 심각하게 고려하지 않아도 되는 환경을 정착시킬 수 있었다. 대중의 불만이 강하게 표출되지 않는 상황에서 기존 정책 기조를 전환할 뚜렷한 이유가 없기 때문이다. 또한, 높은 지지율은 코로나 유행의 원인을 일반인에게 귀속할 수 있는 근거로도 이용될 수 있었다. 정부의 방역수칙을 일반인이 준수하지 않기에 확산세가 수그러들지 않는다는 것이다. 방역수칙을 지키지 않는 대중으로 인해 코로나 확산이 억제될 수 없다는 식의 관점은 조꼬위 대통령에 의해 꾸준히 제기되었다(Lumbanrau 2020). 2021년에 들어서도 같은 시각이 반복적으로 표현되었는데, 주지사와의 회의에서 그는 다음과 같이 말했다(Nugraheny 2021).

> 요즘, 일반인에게 요구되는 방역수칙을 지키려는 경향이 줄고 있습니다. 마스크를 착용하고, 손을 씻고, 거리두기를 지키는 사람이 감소하고 있습니다. … 이런 이유로 저는 주지사들에게 방역수칙에 대한 규제와 집행을 강화하도록 다시 한 번 부탁드립니다.

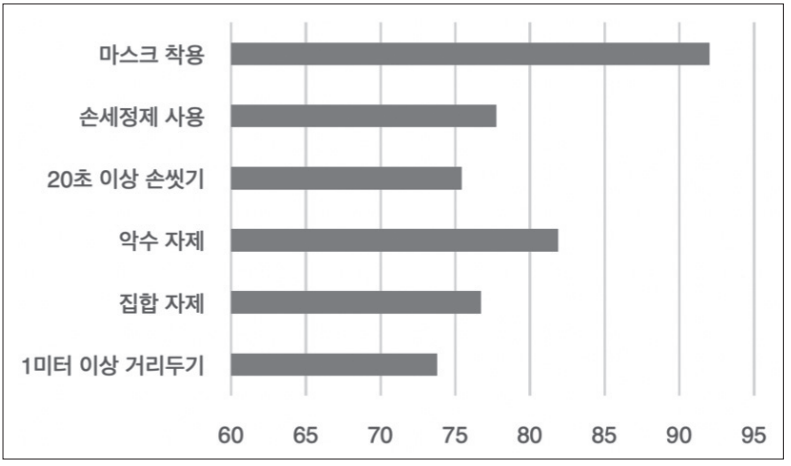
대통령의 시각은 보건부 장관에 의해서도 반복되었다. 그는 일반 대중이 방

역수칙을 중시하지 않고 자신들의 태도를 변화하지 않았기 때문에, 더 많은 의료진이 위험에 노출되고 더 많은 사망자가 나올 것이라 주장했다. 이에 대한 대안으로 그는 '주부 운동'을 제안했다. 남편이 부인의 말을 잘 듣기에 가족의 행동을 지키고 변화시키려는 운동을 주부들이 시작하자는 것이다(Putra 2021). 코로나 방역 위반과 관련되어 보도된 드라마틱한 상황은 코로나 확산을 일반인의 탓으로 돌리는 담론이 수용될 기반을 마련했다. 마스크 미착용으로 적발된 사람을 코로나19 사망자 시신이 묻힐 무덤 파기에 동원했다거나 관에 들어가도록 했다는 보도는 한국 신문에도 인용될 정도로 세계적인 유명세를 치렀다.

방역수칙 준수 여부와 관련된 조사 역시 일반인의 문제점을 부각하는 결과를 제시했다. '코비드19 관리업무단'에서 발표한 자료에 따르면 2020년 11월 말 마스크 착용 비율은 59%, 거리두기 준수율은 43%에 머물렀다. 2021년에 발표된 위원회의 자료는 더욱더 심각한 결과를 포함했다. 2020년 9월과 비교할 때 12월 마스크 착용률은 28%, 거리두기와 집합 자제 준수 비율은 20% 감소했다. 이는 코로나 확산세를 저지하는 데 있어 핵심적인 걸림돌로 이해되었다. "계속 이런 식이라면, 아주 많은 의료시설이 구비되더라도, 코로나 확산에 따른 환자 증가를 충족할 수 없다"고 관리업무단 대변인은 역설했다. 그는 일반 대중에게 방역수칙을 준수하고, 서로에게 위반 사실을 알려주고, 방역지침을 지키지 않는 가까운 사람을 훈계하도록 요구했다(Rizal 2020; Virdhani 2021). 방역지침을 지키지 않는 사람이 있고, 이들이 확산세의 한 요인임을 부정할 수는 없다. 하지만, 대통령을 포함한 정부 인사의 지적처럼, 일반 대중이 정부의 대응보다 더 부정적인 영향을 미쳤다고 단언하기는 쉽지 않다.

'코비드19 관리업무단'이 제시한 자료는 통계청 자료와 상당한 차이를 가지고 있다. 9만여 명이라는 대규모 표본을 대상으로 9월 7−14일 사이에 이루어진 설문조사 자료를 보면, 방역수칙 준수와 관련된 상이한 그림을 얻을 수 있다. 〈그림6−6〉은 6가지 수칙을 준수한다고 응답한 설문조사 대상자의 비율이다.

〈그림 6-6〉 **인도네시아 방역수칙 준수 비율**



출처: BPS(2020b: 5)

자료에서 볼 수 있는 것처럼, 응답자의 절대 다수는 마스크를 착용한다고 답했고, 5가지 방역수칙의 경우 긍정 응답은 75% 내외에 이르렀다. 자신이 방문한 곳에서 방역지침이 적절하게 적용되고 있는지를 묻는 질문에 대한 긍정 응답률 역시 높았다. 직장, 상점과 쇼핑몰, 종교시설, 공공시설 등에서 방역지침이 집행되고 있다는 응답률은 95% 이상이었으며, 전통시장의 경우에만 82%로 조사되었다(BPS 2020b: 20). 동일한 설문조사가 이후에 다시 시행되지 않았기에 방역수칙의 준수 추이를 확인할 길은 없다. 그럼에도 이 자료는 방역수칙 미준수 비율의 급격한 증가를 언급한 '코비드19 관리업무단'의 발표를 신뢰할 수 있을지 질문하도록 한다. 방역수칙 미준수를 '끝없는 1차 유행'의 핵심원인으로 규정하는 것이 적절한지 역시 논란거리이다.

이런 맥락에서 전염병 전문가 빤두 리오노(Pandu Riono)의 지적이 강조되어야 한다. 그는 "코로나 확산이 확대되는 상황에서 대중은 그 책임을 묻는 대상이었을 뿐이다"라고 평가한 후 정부와 대중이 코로나 확산을 저지하는 동반자가 되어야 한다고 주장했다(Iskana 2021). 빤두 리오노의 지적처럼, 대중을 대상화하고, 코로나 확산의 원인을 대중에게서 찾으려는 태도는 코로나 담론의 중

심축을 구성했다. 이로 인해, 쉽게 상상할 수 없는 이야기를 정부 관료가 거리낌 없이 말할 수 있는 분위기가 형성되었다. 예를 들어 해양과 자원분야 조정장관인 루훗 빈사르 빤자이딴(Luhut Binsar Pandjaitan)은 인도네시아 사람의 4분의 1이 코로나 바이러스의 존재를 믿고 있지 않다고 주장했다(Aldin 2021).

현실의 모습을 일정 정도 반영할지라도, 코로나에 대해 알지도 않고 알려고도 하지 않으며, 방역에 협조적이지 않고, 공익보다 자기 욕구 충족을 우선시하는 일반인의 이미지는 코로나 국면을 거치며 정부와 관료 집단에 의해 생산된 담론이었다. 이는 코로나 확산을 효과적으로 저지하지 못하는 정부의 무능력함, 저소득층에 돌아가야 할 지원품을 착복한 사회부 장관이 예시하는 엘리트 집단의 부정부패, 정보의 독점과 정보제공의 불투명성, 코로나를 빌미로 가해지는 권력기관의 억압과 통제 등으로부터 일반 대중의 관심을 돌리고, 그 책임을 이들에게 전가하는 효과를 가질 수 있다.

미국이나 유럽의 국가를 준거로 할 때, 코로나로 인한 인도네시아의 피해는 비교할 수 없을 정도로 작았다. 인도네시아의 열악한 위생, 보건, 의료 상황을 고려해보면, '끝없는 1차 유행'과 1차 유행의 안정화는 기적처럼 비추어지기도 한다. 하지만 이러한 기적의 주인공을 조꼬위 정부로 돌릴 수는 없다. 그 주인공은 코로나 확산의 주역으로 비난받고 코로나 피해를 가장 심각하게 받았지만 코로나 종식을 기원하며 묵묵히 방역수칙을 준수하는 일반 대중이라 할 수 있다.

Ⅵ. 맺음말

2021년 초까지 말레이시아의 코로나 상황은 인도네시아와 유사했다. '끝없는 1차 유행' 상황이 2020년 지속되었고, 2021년 초반을 지나며 1차 유행이 안정화되는 양상이 두 국가 모두에서 나타났다. 하지만, 이 글을 작성한 2021년 5월에 접어들어 두 국가의 차이가 현저해졌다. 1차 유행의 안정화 국면을 유지하

고 있는 인도네시아와 달리 말레이시아에서는 2차 유행이 발생해서, 5월 말 확진자가 1차 유행 시 최고 확진자의 두 배를 넘어섰다. 2021년 5월의 상황을 놓고 본다면, 인도네시아는 코로나 관리에 성공했지만, 말레이시아는 그렇지 못했다는 평가가 가능하다.

두 국가의 차이를 설명하기는 쉽지 않다. 이를 더욱 어렵게 만드는 이유는 보건의료 역량의 축적 수준과 전염병에 대한 의료적 대응역량 사이의 상관관계를 지지하는 주장(김희숙 외 2020: 18) 때문이다. 말레이시아와 인도네시아의 보건의료 역량은 차이를 보였다. 인구 1만 명당 의사 수의 경우, 말레이시아가 15.13명(2015년)인 반면, 인도네시아는 3.78명(2017년)에 불과했다. 간호사 수의 경우 말레이시아가 40.72명(2015년)이었던 반면, 인도네시아는 그 과반 정도인 20.58명(2017년)이었다. 말레이시아의 1만 명당 병상수는 2015년 18.60개지만, 인도네시아는 12.10개였다. 보건지출 비용에 있어서도 차이를 간과할 수 없다. 2014년을 기준으로 할 때 말레이시아의 경우 GDP 대비 보건지출비율이 4.17%인 반면, 인도네시아의 경우 2.85%에 불과했다(김희숙 외 2020: 17). 보건의료 인력과 보건지출을 기준으로 할 때, 말레이시아의 보건의료 역량이 인도네시아보다 훨씬 뛰어나다고 평가될 수 있었다.

열악한 보건의료 역량에도 불구하고 인도네시아가 이 글이 쓰인 2021년 5월까지 안정적인 단계를 유지할 수 있는 이유를 밝히기는 쉽지 않다. 하지만, 인도네시아의 사례는 코로나 상황에 대한 분석이 보건의료 역량의 차원으로 제한될 수 없음을 지적하는 듯하다. 전염병 문제가 인간의 삶의 방식과 긴밀하게 연관되어 있음을 고려해보면, 보건의료와 함께 그 외부적인 문제에 대한 검토를 통해서만 코로나 상황에 대한 통합적이고 균형적인 접근이 가능할 수 있다.

이 글의 목표가 인도네시아의 코로나 확산 및 대응 양상을 개괄적으로 살펴보는 것으로 제한되었기에, 코로나 국면 하에서 인도네시아 사람의 삶의 모습은 논의되지 못했다. 따라서, 이 글에 제시된 기본적 정보를 바탕으로 코로나 상황 하에서 전개된 인도네시아 사람의 삶의 제 국면에 관한 추가적 연구가 진행될 수 있기를 기대한다.

참고문헌

김희숙 외. 2020. "코로나 19에 맞선 동남아의 대응: 초기 대처과정의 잠정적 함의." 전북대 동남아연구소 이슈페이퍼 1.

Aldin, Ihya Ulum. 2021. "Masyarakat Abai Protokol Kesehatan, Luhut: 22% Tak Percaya Covid-19." February 13. Katadata.co.id. https://katadata.co.id/safrezifitra/berita/601a7cc36044d/masyarakat-abai-protokol-kesehatan-luhut-22-tak-percaya-covid-19

Allard, Tom & Lamb, Kate 2020. "Endless First Wave: How Indonesia Failed to Control Coronavirus." *Reuters*. August 20.

Astuti, Nur Azizah Riski. 2020a. "Pimpinan DPR RI: 18 Anggota Terpapar Virus Corona." DetikNews. October 6. https://news.detik.com/berita/d-5201966/pimpinan-dpr-ri-18-anggota-terpapar-virus-corona

_____. 2020b. "Survei LSI: 57,8% Responden Puas dengan Kinerja Jokowi Tangani Pandemi Corona." *DetikNews*. November 3. https://news.detik.com/berita/d-5239653/survei-lsi-578-responden-puas-dengan-kinerja-jokowi-tangani-pandemi-corona

Barker Anne. 2021. "Why Indonesia Will Target Young Workers below 60 Instead of the Elderly Population with COVID-19 Vaccine Jabs." *ABC News*. January 30. https://www.abc.net.au/news/2021-01-30/indonesia-targets-young-workers-with-covid-19-jabs/13099212

BPS(Badan Pusat Statistik). 2020a. *Hasil Survei Sosial Demografi Dampak Covid 19*. Jakarta: BPS.

_____. 2020b. *Perilaku Masyarakat Di Masa Pendemi Covid-19*. Jakarta: BPS.

CNN Indonesia. 2020a. "Infografis: Daftar Daerah Yang Masih Terapkan PSBB." June 8. https://www.cnnindonesia.com/nasional/20200608064817-23-510835/

infografis-daftar-daerah-yang-masih-terapkan-psbb

_____. 2020b. "Kronologi Mensos Juliari Jadi Tersangka Kasus Bansos Corona." December 6. https://www.cnnindonesia.com/nasional/20201206015241-12-578488/kronologi-mensos-juliari-jadi-tersangka-kasus-bansos-corona

Farisa, Fitria Chusna. 2019. "Survei LSI: Kepercayaan Rakyat terhadap Jokowi Paling Tinggi pada 2019." *Kompas*. November 3.

Gusman, Hanif. 2020. "Bagaimana Pandemi COVID-19 Memengaruhi Angka Pengangguran RI." Tirto.id. June 26. https://tirto.id/bagaimana-pandemi-covid-19-memengaruhi-angka-pengangguran-ri-fK3e

Hakim, Rahmat Nur. 2021. "Jokowi Akui PPKM Tak Efektif Tekan Penularan Covid-19." *Kompas*. January 31.

Hakim, Syaiful. 2021. "Survei: Tingkat Kepuasan Publik kepada Jokowi Meningkat." *Antara*. May 1.

Henschke Rebecca & Anugrah Pijar. 2021. "Indonesia Coronavirus: The Vaccination Drive Targeting Younger People." *BBC News*. January 13.

Iskana, Febrina Ratna. 2021. "Kasus Covid-19 RI Tembus 1 Juta, Pemerintah Kumpulkan Epidemiolog." Katadata.co.id. February 4. https://katadata.co.id/febrinaiskana/berita/601cc446077c6/kasus-covid-19-ri-tembus-1-juta-pemerintah-kumpulkan-epidemiolog?utm_source=Direct&utm_medium=Sub-Kanal%20Berita%20Nasional%20Detail&utm_campaign=Artikel%20Populer%20Pos%201

Iswara, Made Anthony. 2021. "Geliat Empat Bulan Vaksinasi COVID-19 di Indonesia." Tirto.id. May 7. https://tirto.id/geliat-empat-bulan-vaksinasi-covid-19-di-indonesia-ge57

Kementerian Kesehatan. 2020a. *Panduan Adaptasi Kebiasaan Baru dalam Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

_____. 2020b. "Kami Kemenkeu: Satu Keluarga, Satu Visi, Mengawal Pemulihan

Ekonomi." Jakarta: Kementerian Keuangan.

Kiswondarai. 2021. "Tembus 1 Juta Kasus, Demokrat Nilai Kebijakan Penanganan COVID-19 Penuh Kompromi." Sindonews.com. January 28. https://nasional.sindonews.com/read/316456/15/tembus-1-juta-kasus-demokrat-nilai-kebijakan-penanganan-covid-19-penuh-kompromi-1611799300

Lumbanrau, Raja Eben. 2020. "Covid-19 Indonesia Terus Naik: 'Orang yang Tak Taat Protokol Makin Banyak' Karena Masyarakat Menengah Bawah Tak Paham?" 8월 4일. BBC News Indonesia. https://www.bbc.com/indonesia/indonesia-53553408

Maryono. 2021. "Covid-19: Kinerja Anggaran Lamban, Transparansi Buruk." January 28. https://infoanggaran.com/detail/covid19-kinerja-anggaran-lamban-transparansi-buruk

Menteri Perdagangan. 2020. "Surat Edaran Nomor 12 Tahun 2020 tentang Pemulihan Aktivitas Perdagangan Yang Dilakukan pada Masa Pandemi Corona Virus Disease 2019 dan New Normal." https://covid19.go.id/p/regulasi/surat-edaran-menteri-perdagangan-nomor-12-tahun-2020

Nugraheny, Dian Erika. 2021. "Jokowi: Motivasi Masyarakat untuk Disiplin Protokol Kesehatan Berkurang." *Kompas*. January 6.

Pranita Ellyvon. 2020. "342 Tenaga Medis Meninggal karena Covid-19, IDI: Bukan Hoaks dan Konspirasi." *Kompas*. December 5.

Prastiwi, Devira. 2020. "Ini 4 Menteri Jokowi yang Terkonfirmasi Positif Covid-19." Liputan 6. December 5. https://www.liputan6.com/news/read/4425665/ini-4-menteri-jokowi-yang-terkonfirmasi-positif-covid-19

Putra, Dwi Aditya. 2021. "Tips Patuh Protokol Kesehatan dari Menkes: Gerakkan Ibu Rumah Tangga." Liputan 6. January 12. https://www.liputan6.com/bisnis/read/4455370/tips-patuh-protokol-kesehatan-dari-menkes-gerakkan-ibu-rumah-tangga

Rizal, Jawahir Gustav. 2020. "Kasus Covid-19 Terus Menanjak, Apa Penyebab Masyarakat Semakin Abai Protokol Kesehatan?" *Kompas*. December 4.

Sari Haryanti Puspa. 2021. "4 Anggota DPR RI Meninggal Dunia Selama Pandemi Covid-19." *Kompas*. January 4.

Siregar, Boyke. 2020. "Kepuasan Masyarakat Terhadap Kinerja Jokowi Atasi Pandemi Covid-19 Meningkat." *Warta Ekonomi*. December 29.

Smith, Nicola. 2020. "Face Mask Refuseniks in Indonesia Forced to Dig Graves of Coronavirus Victims." Telegraph. September 15. https://www.telegraph.co.uk/global-health/science-and-disease/face-mask-refuseniks-indonesia-forced-dig-graves-coronavirus/

Sulaiman, Yohanes. 2020. "Commentary: Indonesia's Haphazard Approach Created an 'Eendless First Wave'." *Channel News Asia*. December 10.

Virdhani, Marieska Harya. 2021. "Masyarakat Kian Abai Protokol Kesehatan, Picu Lonjakan Kasus Covid-19." *Jawa Pos*. January 7.

Walikota Semarang. 2020. "Peraturan Walikota Semarang Nomor 28 Tahun 2020 tentang Pedoman Pelaksanaan Pembatasan Kegiatan Masyarakat dalam Rangka Percepatan Penanganan Corona Virus Disease 2019 di Kota Semarang." https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/142189/perwali-kota-semarang-no-28-tahun-2020

제7장 미얀마의 코로나19 대응: 파국으로의 질주*

김희숙

Ⅰ. 들어가며

2008년 5월 3일, 사이클론 나르기스가 미얀마 남서부의 에야와디 델타 일대를 강타했다. 10년이 지난 현재까지도 기후 변화 위기에 가장 취약한 국가 순위 2위 자리를 여전히 지키게 할 만큼 나르기스가 이 나라에 입힌 타격은 컸다(Eckstein et al. 2020). 강풍과 해일은 14만여 명의 생명을 앗아갔고, 간신히 목숨을 부지한 250만여 명의 사람들도 회복이 어려울 정도로 치명적인 타격을 입었다. 사이클론의 직접 영향권에 속해 있던 지역의 전체 가옥 중 82%가 완전히 부서지거나 부분적인 손상을 입었고, 사람들은 극심한 정신적 스트레스에 시달렸다. 사이클론의 직접 영향권에 들지 않았던 대도시 양곤에서까지 견고한 콘크리트 건물들이 부서지고 나무와 전신주가 뽑히는 등 피해는 광범위하여, 언론을 통해 국제사회로 전달된 미얀마의 참상은 전 세계에 큰 충격을 안겼다(Stover and Vinck 2008).

* 이 장의 내용은 『동남아시아연구』 30권 4호에 게재한 "위기와 기회: 미얀마의 코로나19 대응 특징과 정치적 함의"를 수정·보완한 것이다.

그런데, 나르기스가 몰고 온 것은 단지 바람과 해일의 형태를 취한 폭풍만은 아니었다. 피해지역에 대한 미얀마 정부의 대응과 관련하여 쇄도한 국제사회의 거센 비난의 폭풍도 그에 못지않았다. 피해 상황을 접하자마자 즉각 미얀마로 향한 수많은 국제기구와 비정부기구, 각국에서 파견한 구호인력과 물자를 실은 선박들이 미얀마 정부의 입국 허가를 받지 못해 태국에서 발이 묶인 채 대기해야 했던 상황에 따른 것이었다. 신속한 구호와 치료, 복구 지원이 핵심인 재난 상황에서 미얀마 정부는 재빨리 나서서 사태를 수습하고 진두지휘하기는커녕 구호를 위해 달려온 이들이 피해지역에 접근하는 것을 막았다. 이런 상황이 지속되자 급기야 유엔 사무총장이, 매우 이례적으로, 직접 미얀마로 가 딴쉐 의장을 만난 후에야 지원 인력과 물자를 실은 배는 미얀마로 들어갈 수 있었다. 나르기스가 상륙한 지 3주가 훌쩍 지난 시점이었다(Stover and Vinck 2008; Taylor 2015; Tin Maung Maung Than 2009).

늑장대응이라는 거센 비난에 대해 미얀마 정부는 "대응이 늦었던 게 아니라 조용히 이루어졌을 뿐"이라며 맞섰다. 하지만 국제사회의 주된 여론은 미얀마 당국의 구호활동보다는 정부의 지연 대응에 초점이 맞추어져 이 나라의 힘없는 국민들이 처하게 된 인도적 위기 상황에 대한 염려와 군부에 대한 분노로 채워졌다(Taylor 2013). 나르기스가 상륙하기 직전 해인 2007년 발발한, 이 나라 국민들을 공포에 떨게 한 사프란 혁명의 충격이 사그라지지 않았을 뿐 아니라, 사이클론의 상흔이 아직 생생한 가운데 군부 주도 하에 제정된 신헌법 가결을 위한 국민투표가 연기 여론에도 불구하고 5월 10일 강행된 데 대한 분노도 크게 한몫했을 것이다. 부정의혹에도 불구하고 98.12%라는 놀라운 투표율에 92.48%의 찬성표를 얻어 통과된 이 헌법을 통해 군부는 합법적으로 지위와 권한을 보장받게 되었고, 반대세력의 수장인 아웅산수찌는 국민의 지지와 무관하게 대통령직에 선출될 수 있는 자격을 박탈당했다(Tin Maung Maung Than 2009).

"구호와 복구를 위한 국제사회의 지원은 고맙게 받겠지만 인도적 지원을 정치화해서는 안 된다"며 국내정치에 대한 국제사회의 개입 가능성을 사전에 차

단하려 한, 당시 총리로서 국가재난대응중앙위원회를 이끌었던 떼인세인 전 대통령의 말은, 역설적이게도 재난이라는 특수한 상황이 국내 및 국제정치 환경 아래 쉽게 정치화될 수 있다는 사실을 일깨워준다. 국민의 생명과 안전을 지키는 일이야말로 국가의 존재이유이자 정당성의 근간이기도 하다는 점에서 보자면, 나르기스와 같은 대규모 재난 상황이 정부의 의지와 역량을 평가하는 시험대로서 빠르게 정치적 에너지로 충전되리라는 점은 자명하다. 생명을 지키는 일이 최우선이 되어야 할 상황에서 재난 구호와 정치가 분리되어야 하는 것은 마땅한 일이지만, 구호와 복구가 더욱 효과적으로 이루어지기 위해서는 한 사회가 가진 자원을 동원할 수 있는 정치역량이 필수적으로 요구되는 것도 사실이다.

코로나19 사태는 다시금 정치적 장을 활성화시켰다. 나르기스 때와는 달리 코로나19 위기는 2015년 총선에서 승리하여 출범한 민간정부가 비로소 정상적인 국가로서 국민의 생명과 안전을 수호하는 방식이란 어떤 것인지를 보여주어야 한다는 과제를 안겼다. 2020년 11월로 예정된 총선은 그 이행 여부를 판정하는 시험대가 될 것이었다. 하지만 군부통치 기간 동안 지속적으로 침식된 미얀마의 공공의료체계는 정부의 코로나19 대응에 큰 부담을 안겼다. 선거를 앞두고 코로나19 방역을 정치 자원화하려는 군부의 도전에 맞서 방역관리의 주체로서 정부의 지휘권을 확립해야 하는 정치적 부담까지 가중되었다.

이러한 가운데 미얀마 정부가 내놓은 코로나19 대응 전략은 한편으로는 방역역량의 한계를 분명히 인식하면서 위험을 최소화하고, 다른 한편으로는 정치적 주도권을 확보하고 지난 5년간 달성하지 못한 개혁과제의 완수를 위한 조건을 만들어간 과정이었다고 평가할 만한 것이었다. 이를 살펴보기 위해 이 글은 먼저 미얀마에서 코로나19가 어떠한 전개 양상을 보였는지, 그리고 이러한 전개는 미얀마 정부의 방역 전략과 어떤 관련성을 갖는 것이었으며, 그 함의는 무엇인지를 분석할 것이다.

아울러 이 글은 2021년 2월 1일, 미얀마 군부가 감행한 쿠데타가 코로나19 대응에 미친 영향에 대해서도 분석할 것이다. 쿠데타 이후 미얀마의 코로나19

현황이나 이에 대한 대응이 어떻게 이루어지고 있는지를 알려주는 정보는 많지 않다. 정부 차원의 코로나19 대응체계가 정상적으로 가동되지 않는 가운데 군부에 의해 발표되고 있는 정보들을 신뢰할 수 없다는 문제도 있다. 그런데, 쿠데타가 발발한 이래 미얀마에서 나타나고 있는 여러 현상들은 전 지구적 차원의 위기로 그 중요도가 격상된 감염병에 대한 대응보다 정치적 안정이 더욱 시급하고도 중요한 일일 수 있다는 사실을 일깨워준다. 이런 이유로 이 글은 쿠데타 이후 시민들의 반 군부 민주화운동이 갖는 함의를 중심으로 이 문제를 사유하고자 한다.

II. 미얀마 코로나19 감염 확산 추이

미얀마에서 코로나19 첫 확진 사례가 보고된 것은 2020년 3월 23일로, 이튿날 첫 확진자가 발생한 라오스와 함께 동남아 국가들 가운데서도 가장 늦게 감염이 시작된 국가로 꼽힌다. 3월 27일 첫 지역사회 감염 사례로 기록된 여덟 번째 사례가 나타나기 전까지 미얀마의 초기 확진 사례는 모두 외국으로부터의 유입에 의한 것이었으며, 미국, 영국 등에서 출발하여 태국이나 싱가포르 등을 경유하여 입국한 이들이 초기 확진 사례의 주를 이루었다. 이후 외국인을 동반하여 유명 관광지를 다녀온 미얀마인 가이드가 첫 국내 감염 사례로 기록을 올렸고, 종교모임 등을 통한 집단 감염 사례가 그 뒤를 따라 지역사회 감염을 알리는 적신호가 켜졌다. 하지만 감염 확산 초기 미얀마의 코로나19 확진건수는 하루 10~20건 내외로, 첫 확진 사례가 나타날 즈음 주변 국가들에서 확진건수가 급증하였던 데 비하면 비교적 안정적으로 확산을 억제하고 있는 것으로 나타났다.

이처럼 국내 감염 확산은 일정 수준으로 통제하고 있었지만 주변 국가들에서 확진건수가 급증하는 상황은 미얀마에 큰 부담을 안겼다. 감염 확산을 막기 위해 주변 국가들이 국경을 폐쇄하고 경제활동을 잠정 중단하는 조치를 내림

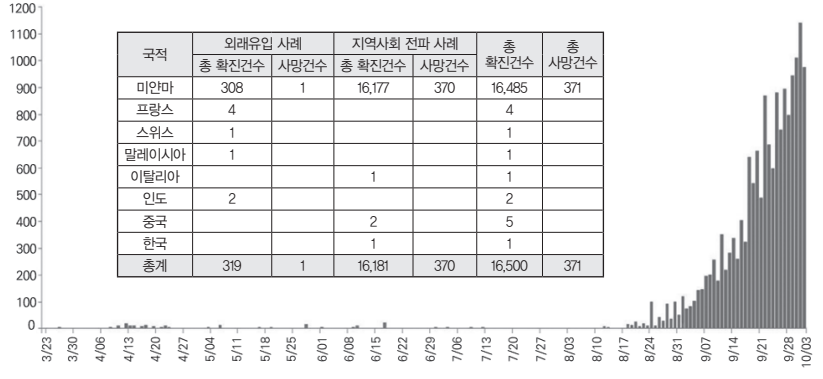
에 따라 해외 이주자들의 대규모 귀환이 예상되었기 때문이다. 이에 따라 수많은 입국자들을 검사하고 격리 수용할 방역 자원을 확보하는 일이 시급한 과제로 부상하였다. 이 단계에서 방역이 제대로 이루어지지 않을 경우 감염병이 미얀마 전체로 퍼지는 것은 그야말로 시간문제일 것이었다. 3월 20일 태국이 국경 폐쇄를 선언하면서 긴장은 더욱 고조되었는데, 동남아 최대 노동력 수입국인 태국의 전체 이주노동자 가운데 미얀마 출신 노동자가 차지하는 비율이 약 70.2%에 이르고 있다는 점이 이러한 긴장의 배경이다(2014년 미얀마 인구센서스 자료 기준; ILO 사이트 참고). 미등록 노동자까지 포함하면 300만을 훌쩍 넘을 것으로 추산되는 미얀마 이주자 가운데 최소 십만여 명이 실직으로 인해 귀국할 것으로 예상되었던 만큼 이에 대한 대비책을 마련하는 일이 시급했다.

2020년 중국 우한에서 원인불명의 폐렴 사례가 보고된 지 하루 만에 입국지점에 대한 감시를 시작하는 등 미얀마 정부의 코로나19 대응은 기민하게 이루어졌다(Deshpande et al. 2020b). 하지만 4월이 다 되도록 미얀마는 이들 이주자의 주된 유입 지점이 될 육로 관문 검역에 필요한 준비를 제대로 갖추지 못한 상태였다. 아웅산수찌 국가고문은 "공식, 비공식 여부를 불문하고 해외에 나가 있는 미얀마 국민은 모두 받아들여야 한다"며 해외 이주자들에 대한 무조건적 수용 입장을 밝혔지만, 검사는 고사하고 이들을 수용할 만한 격리시설조차 마련되지 않은 형편이었다. 이에 정부는 태국에 체류 중인 자국민에게 당분간 입국하지 말아달라고 호소하는 한편 태국 정부에도 격리시설이 준비될 4월 15일까지 이들의 출국을 막아달라고 요청했다(Zaw Zaw Htwe 2020). 이후 기한은 4월 30일까지 미루어졌고, 이윽고 5월이 되자 태국으로부터 귀환 노동자의 대규모 입국 행렬이 본격적으로 이어지기 시작했다. 국제이주기구(IOM: International Organization for Migration)의 집계에 따르면 3월 이래 미얀마로 입국한 해외 이주노동자의 수는 총 142,000명에 이르며, 이 중 97,342명이 태국으로부터 입국한 것으로 확인된다(OCHA 2020/08/10). 비공식 경로를 통한 입국자까지 포함하면 그 수는 이를 훨씬 상회할 것으로 예측되었다(IOM 2020/08/26).

해외 이주노동자들의 대규모 입국에 따른 국내 확산 우려는 매우 높았지만,

이 기간 중 미얀마의 코로나19 확진건수는 이전과 큰 차이 없이 낮은 수준으로 유지되었다. 더욱 인상적인 점은 귀환자들의 확진건수가 보고되는 사이 지역사회 감염 사례는 거의 보고되지 않았다는 사실이다. 첫 확진 사례가 발생한 시점부터 미얀마 보건체육부(MoHS: Ministry of Health and Sports, 이하 MoHS)가 매일 상세하게 공개해온 코로나19 현황보고서를 놓고 보면 미얀마는 지역사회 감염을 거의 성공적으로 통제한 가운데 해외 이주노동자들을 받아들였고, 이들 가운데서도 양성 판정을 받은 이는 많지 않았던 것으로 나타난다. 수치상으로만 보자면 미얀마는 비교적 성공적으로 코로나19 확산을 억제하고 있음이 분명했다(〈그림 7-1〉 참고).

〈그림 7-1〉 **미얀마 코로나19 발병 현황**(2020년 10월 3일 기준)



국적	외래유입 사례		지역사회 전파 사례		총 확진건수	총 사망건수
	총 확진건수	사망건수	총 확진건수	사망건수		
미얀마	308	1	16,177	370	16,485	371
프랑스	4				4	
스위스	1				1	
말레이시아	1				1	
이탈리아			1		1	
인도	2				2	
중국			2		5	
한국			1		1	
총계	319	1	16,181	370	16,500	371

출처: 미얀마 보건체육부(MoHS, https://mohs.gov.mm/page/9575, 검색일: 2020.10.4.) 제공 자료 가공

하지만 8월 16일부터 상황은 급반전을 이루어 지역사회 확산 사례가 해외 유입에 의한 전파 사례를 순식간에 따라잡았다. 뿐만 아니라 곳곳에서 무더기 감염 사례도 속출했다. 여카잉주(Rakhine State)의 시뜨웨(Sittwe)에서부터 시작된 이 두 번째 물결은 빠른 속도로 양곤 등 미얀마의 주요 도시로 퍼져나가 연일 하루 최다 기록을 갈아치웠다. 해외 이주노동자 귀환에 따른 감염 확산 고비를 가까스로 넘기고 난 후 재개된 지역사회 전파 속도는 매우 빨라, 첫 확

진 사례가 보고된 3월 23일 이후 8월 15일까지 374건에 불과하던 누적확진건수는 10월 20일 기준 37,196건을 기록하였다. 두 달여 만에 100배 가까이 그 수가 급증한 것이다. 이 중 36,850건이 지역사회 감염 사례로, 전체 확진 사례의 99%가량을 차지한다. 이후로도 확진건수는 빠른 속도로 증가하였고, 4월 3일 첫 사례가 보고된 이래 9월 3일까지 5개월 동안 6건으로 유지되었던 사망 건수도 9월 4일부터 급증하여 10월 20일 기준 913건을 기록하였다(MoHS 2020/08/16, 2020/10/20 및 〈그림 7-1〉 참고).

8월 16일 미얀마의 서북부로부터 시작되어 양곤과 만달레이 등의 주요 도시를 덮친 코로나19의 두 번째 물결이 최초에 어떤 경로의 감염원으로부터 유래한 것인지는 확인되지 않았다. 이 2차 감염사태는 해외 체류 이력도, 기존 확진자와 접촉한 적도 없는 한 은행 직원으로부터 시작되었는데, 곧 곳곳에서 동시다발적으로 유사한 발병 사례가 속출했다. 이러한 정황은 이미 지역사회 내에 널리 퍼져 있다가 뒤늦게 포착된 것일 수 있다는 불안감을 증폭시켰다. 한 달 동안 지역사회 감염 사례가 보고되지 않아 정부 규제에도 불구하고 시민들의 일상이 어느덧 발병 전과 유사한 수준으로 돌아가 있었던 터라 확진건수는 더욱 걷잡을 수 없이 증가할 것으로 예상되었다.

그러나 쉽게 경계를 풀어버린 시민들을 탓하기에 앞서 이 같은 전개의 근본적인 원인을 찾자면 사회적 통제 외에 진단검사를 비롯한 감염병 방역 관리가 제대로 이루어지지 않았다는 점에서 찾아야 할 것이다. 10월 5일까지도 미얀마의 코로나19 진단검사 건수는 총 291,484건에 불과했고 검사 정책 역시 감염 확산 초기와 마찬가지로 여전히 확진자와의 접촉사례와 의심환자들만을 대상으로 하는 제한적 수준을 유지하였다. 해외 입국자에서 지역사회 감염 사례로, 다시 귀환노동자들의 사례로 주요 감염집단의 범주가 이동해가는 발병 전개는 이러한 방역 역량의 한계와 밀접히 관련된 것이었다. 코로나19 사태에 대처할 수 있는 미얀마의 방역역량의 수준은 어느 정도였으며, 그러한 상황에서 미얀마 정부가 어떠한 방역 전략을 채택했는지를 들여다보는 것은 이 현상을 이해하는 데 도움이 될 것이다.

Ⅲ. 선택과 집중: 미얀마 정부의 코로나19 방역 전략

해외 입국자가 주가 되는 초기 감염 사례에서 지역사회 전파 사례로, 이후 귀환 이주노동자들 사례로 이행하는 감염 전개가 아주 이상한 것은 아니다. 상당수 국가들이 이와 유사한 경로를 따랐다. 미얀마 사례에서 특이점이란 주된 노동력 송출국가인 까닭에 코로나19 사태를 맞아 해외 이주자들이 대거 입국함에 따라 감염 우려가 높아졌다는 정도다. 하지만 미얀마에서의 감염 전개과정에서 나타난 이상한 점은 다른 경로의 감염 사례가 들어설 여지없이 지나치다 싶을 정도로 말끔하게 단일범주의 사례가 대부분을 차지한다는 사실이다. 이는 전체 확진건수 가운데 외국인 노동자 기숙사 감염 사례가 95%가량을 차지한 싱가포르에서나 볼 수 있었던 현상으로, 이 경우 집단 발병이 나타난 외국인 노동자 기숙사를 봉쇄한 채 지역사회 감염 확산을 막는 데 총력을 집중시킨 싱가포르 정부의 이원적 방역전략에 따른 결과였다. 이때 방역의 우선순위는 시민과 영주권자들로 이루어진 지역사회에 있었으며, 서킷브레이커에 따른 강화된 거리두기뿐 아니라 방역 자원을 우선적으로 배분하였던 점도 지역사회 확산을 성공적으로 억제하는 데 기여하였다(김희숙·양영란 2020).

미얀마의 경우는 싱가포르 사례와 달리 표적 집단이 된 귀환 노동자들에 대한 검역 관리에 방역 역량을 집중시킨 결과일 가능성이 크다. 가뜩이나 부족한 방역 역량을 지역사회에까지 할당할 만한 여력은 없는 상황에서 귀환 노동자들에게 검사 역량을 집중시키다 보니 이들의 확진 사례가 전체 확진건수의 대다수를 차지하게 된 것이다. 지역사회 사례가 대부분을 차지하는 최근의 감염 확산 사태는, 이런 점에서 방역 역량의 절대적 부족 상황에서 지역사회 방역은 미룬 채 위험 집단에 방역 역량을 집중시킨 정부의 '선택과 집중' 전략이 초래한 위기라 할 수 있다.

미얀마에서 자체적으로 코로나19 진단검사를 할 수 있는 역량을 갖추게 된 것은 2020년 2월부터다. 이전에도 미얀마는 코로나19 검사가 가능한 PCR 분석기는 보유하고 있었다. 하지만 시약이 없어 검사를 하지 못하는 형편이어서

태국의 WHO 실험실로 보내 검사 결과를 기다려야만 했다. 이후 태국과 미국, 일본에서 시약을 지원해주긴 했지만, 장비와 시약만 있다고 검사를 할 수 있는 것은 아니어서 보건체육부는 미국의 질병통제예방센터(CDC: Centers for Disease Control and Prevention)에서 보내준 기술자들로부터 검사 교육을 받고 난 2월 말부터서야 본격적으로 자체 검사를 실시할 수 있게 되었다. 검사 시행 초기에는 오류를 줄이기 위해 방콕의 WHO 실험실에도 샘플을 보내 이중으로 검사를 시행하기도 했다(애드쇼파르 2020/02/12).

UN, WHO 및 싱가포르, 태국, 중국, 일본 등으로부터 분석기와 진단키트, 시약을 지원 받고 민간부문으로부터도 의료진을 위한 개인보호구와 마스크를 지원 받아 미얀마의 검사 및 의료역량은 점차 증강되었다. 양곤의 국립보건연구소 외에도 만달레이와 몰라먀잉 등에도 추가로 코로나19 검사를 할 수 있는 실험실을 확충하여 3월 기준 한 개였던 시설은 8월이 되자 군 시설을 포함, 총 7개로 늘어났다(OCHA 2020; Deshpande et al. 20020a). 공공시설과 전국 각지의 학교, 사원 등을 동원하여 귀환 노동자들을 비롯하여 의심환자를 수용할 격리시설도 확보해가는 등 정부의 방역역량은 빠른 속도로 향상되었다. 하지만 이는 사실상 전무하던 상태에서 조금 나아진 정도지 충분한 수준이었다는 의미는 아니다. 실험실을 확충하여 검사능력은 높아졌지만 시약 부족으로 인해 검사는 이후로도 한동안 제한적인 수준에서만 이루어졌다. 확진 환자들을 수용하고 치료할 의료시설이 넉넉지 않은 상황이어서 환자 수를 늘리게 될 검사를 능력껏 할 수 있는 형편도 아니었을 것이다.

해외 이주노동자들의 입국이 본격화된 4월부터 7월까지 검사건수 대비 확진건수는 거의 무시해도 될 만큼 낮은 것으로 나타난다. 이 기간 중 가장 많이 검사가 이루어진 6월의 검사 규모조차 하루 1,000명에서 2,000명을 오가는 수준이었다. 8월 초순까지 미얀마에 설립되어 있는 5개 실험실을 모두 가동했을 때 하루에 2,000건 정도를 검사할 수 있는 수준이었으니 전체 기간 평균은 1,000건에도 미치지 못했을 것으로 추정된다(OCHA 2020). 미얀마 정부가 태국 정부에 육로 입국자를 하루 1,000명으로 제한해 달라고 요청한 사실로부터도 모든

입국자를 검사할 만한 역량을 갖추진 못하고 있었던 것으로 짐작된다. 실제 한 보건체육부 대변인과의 인터뷰 내용을 소개한 기사에서도 제한된 검사 역량으로 인해 입국자의 5~10%만이 검사를 받고 있다고 밝히기도 했다(Nyan Hlaing Lin 2020). 8월 중순 이후 확진 사례가 급증함에 따라 검사역량을 더욱 보강하여 10월 3일 기준 하루 3,200~3,700건 정도를 검사할 수 있게 되었지만(OCHA 2020), 감염환자의 증가세를 감안하면 여전히 충분치는 않다. 2020년 10월 기준 미얀마 전체 인구의 약 0.9%에 불과한 506,842명이 코로나19 진단검사를 받았는데, 이 중 확진 판정을 받는 비율이 15.1%에 이르렀다. 이미 상당한 인구가 코로나19에 감염된 상태임에도 불구하고 진단검사 역량은 이를 따라잡지 못하는 수준이었다는 사실이 이 수치를 통해 드러난다(Desphande et al. 2020a: 1).

지속적으로 격리시설을 확충해가긴 했지만 국경 관문에 모든 인원을 수용할 만한 여력은 없었던 터라 당국은 무증상자들을 각 출신지에 마련된 격리시설로 보냈다. 이렇게 돌려보내진 이들은 그곳에서 21일 동안의 격리 의무기간을 채운 후 집으로 돌아가 7일 동안 자가 격리를 하도록 했다. 검사 자체가 포괄적으로 이루어지지 않은 만큼 임시 격리시설로 동원된 전국 각지의 사원이나 학교 시설에서 격리 기간을 채운 후 증상 발현 없이 집으로 돌아간 수도 적지 않을 것이다. 고향으로 돌아갔지만 감염 가능성을 의심한 주민들이 마을 안으로 들어오는 것을 막아 마을 어귀 망고나무 위에서 2주간 격리 생활을 해야 했던 한 귀환노동자의 기사가 이목을 끈 일도 있다(Bangkok Post 2020/03/30).

8월 16일부터 급속히 증가하고 있는 지역사회 감염 사례는, 이런 점에서 미얀마 내에 이미 코로나바이러스가 널리 퍼져 있을 수 있다는 염려가 기우만은 아닐 수 있음을 시사한다. 이를 더욱 확증해주는 것은 검사건수 대비 확진건수 비율이다. 9월 초까지 1%를 넘지 않았던 이 비율은 10월 5일 기준 6.1%대로 높이 치솟았다. 검사 역량이 높아지는 속도보다 발병 확산이 더 빠르게 이루어지고 있음을 의미한다. 확진 환자의 접촉 범위 내에서 이루어진 제한적 검사의 결과가 이 정도고, 그 중 상당수는 증상이 없는 이들이라고 하니 실제 검사 대

상으로 포착되지 않은 무증상 감염자의 수는 어느 정도일지 가늠하기조차 어렵다.

미국 보건연구소에 따르면 미얀마의 보건의료역량은 오랜 군부통치 기간 중 지속적으로 약화되어, 2006년 이후 미얀마는 심각한 의료인력 부족 위험에 직면한 57개 위기국가 중 하나로 이름을 올렸다(Brennan 2017; Lintner 2020). 군부통치 하 미얀마의 정부 총지출 대비 보건지출 비율은 3%에도 미치지 못하여, 주변의 태국(6.1%), 중국(5.6%), 인도(6.1%), 캄보디아(12%) 등과 비교하기조차 무색한 수준이다. 무려 40%에 이르는 국방비 지출 비율과 비교하면 그 불균형은 더욱 두드러진다(Stover et al. 2006: 1). 주권 수호를 존립명분으로 강조해온 군부의 안보의식 속에서 국민의 건강은 거의 고려되지 않았음을 보여주는 일면이다.

개혁이 본격화된 2011년 이후 보건 부문에 대한 개선은 점진적으로 이루어졌다. 그 결과 2009년 국내총생산 대비 0.2%에도 못 미쳐 전 세계에서 최하위를 기록하였던 미얀마 정부의 보건지출 비율은 2014년부터 가까스로 1%를 넘겼지만 2016년부터는 다시 감소하여 0.7%대에 이른다(MoHS 2016; World Bank Data 참고). 보건지출이 이처럼 낮은 상황에서 의료 인력의 충원이 제대로 이루어졌을 리도 없다. 2016년 보건체육부 발표 자료에 따르면 보건당국 관할 하에 있는 전국 1,134개 공공병원에 근무하는 의료진의 수는 의사가 16,292명, 간호사가 36,054명인 것으로 나타났다. 그나마도 2006년 이래 지속적으로 감소하는 추세인데, 장시간 근무와 업무 과중, 열악한 근무환경과 낮은 보수 때문에 의료 종사자들이 공공의료 부문을 기피하게 된 것이 주원인이다. 이에 따라 민간부문 및 해외로의 두뇌 유출이 늘어 공중보건시스템을 구축하는 데 어려움이 더욱 커져가는 형편이다(Yu Mon Saw et al. 2018). 사정이 이러하니 코로나19 확산 사태에 대한 대응이 적절히 이루어지리라고는 애초부터 기대하기 어려웠다. 사스 등 아시아지역을 휩쓴 주요 감염병 위기를 경험하지 않은 탓에 감염병 대응체계가 제대로 갖추어지지 않은 점도 문제였다. 당시엔 국제사회로부터의 오랜 고립이 가져다 준 거의 유일한 이점이었을 것이나 현재로선 그러한

경험의 부재조차 아쉽다.

검사와 치료에 필요한 자원, 즉 의료인력과 물자, 시설이 절대적으로 부족한 처지에서 강구할 수 있는 최상의 방책은 예방일 수밖에 없다. 이런 점을 미얀마 정부도 잘 알고 있어 시민들에게 코로나19의 위험성을 알리고 예방 수칙을 전달하기 위한 캠페인에 힘을 쏟았다. 아웅산수찌가 직접 나서 손 씻는 방법을 시연하고 마스크 만들기 경연대회를 개최한 것도 그 일환이었다(Lwin Mar Htun 2020). 이에 대한 시민들의 협조도 잇따라, 수많은 개인이나 단체가 자발적으로 사람들이 많이 모이는 장소 곳곳에 손을 씻을 수 있는 설비를 설치하고 SNS 등을 통해 홍보하여 정부의 코로나19 예방 캠페인을 도왔다.

하지만 방역 역량이 절대적으로 부족한 만큼 코로나19에 대한 미얀마 정부의 대응은 지역 봉쇄(lockdown)나 이동 제한과 같은 통제조치에 크게 의존하는 양상을 보였다. 첫 확진 사례가 보고된 초기부터 미얀마 정부는 항공편 및 육로 입국을 제한하여 외부로부터의 바이러스 유입을 막는 한편 주요 감염지역에 봉쇄령과 통행금지령을 내려 지역사회 감염을 막는 데 주력하였다. 봉쇄령이 내려진 지역의 경우 직장 출근과 필수품 구입, 그리고 병원에 가기 위해서가 아니면 집밖 출입을 자제할 것을 당부하였고, 차량을 이용할 때도 운전사 외에 허용된 인원을 초과하여 탑승할 수 없게 하였다. 부득이하게 허용 인원을 초과하게 될 경우엔 거주지 관할관청의 승인을 거치도록 하였다. 밤 10시부터 이튿날 새벽 4시까지 야간통행금지령도 내려졌다. 이후 통금 시간은 자정부터로 조금 완화되었지만 종교행사 등을 통해 집단 감염 사례가 출현할 때마다 지역 봉쇄령과 통행금지령은 계속 연장되었다(Kyaw Soe Htet 2020; Mckenzie 2020).

국내 거리두기 조치를 비롯한 코로나19 방역 조치의 강도로 보면 미얀마는 동남아 국가들 가운데서도 상당히 높은 강도의 통제조치를 실시한 국가 중 하나로 꼽힌다. 코로나19 사태를 맞아 각국 정부가 내놓은 대응 조치를 수치로 환산하여 국가별 비교를 가능케 해주고 있는 옥스퍼드 연구팀의 자료에 따르면 미얀마에서 정부 대응강도가 최고 수준에 이르렀을 때의 환산 수치는

86.11(최고=100)로, 초기 국면이었던 4월 17일부터 5월 3일까지 미얀마는 이 수준을 유지하였다. 이 기간 중의 조치 내용을 보면 전체 휴교, 필수업종 외 직장 폐쇄, 공공행사 취소, 10명 미만으로 대중모임 제한, 대중교통 운행 중단, 재택 명령, 출입국 제한, 국내 지역 간 이동 제한 등으로, 통제조치와 관련한 모든 항목들이 강도 높게 실시되었다.[1] 대규모 종교모임으로 인한 집단 감염 사태를 경험한데다 태국과 중국 등지로부터 자국민 이주노동자들의 대규모 입국이 예상되는 상황에서 미얀마 정부의 지역사회 방역 전략은 이처럼 강도 높은 통제조치에 의존할 수밖에 없었다. 하지만 광범위한 검사와 방역을 위한 자원 할당 없이 통제조치에만 의존해서는 방역의 효과를 기대하기 어렵다. 오히려 시민들은 통제조치가 초래한 여러 형태의 부작용에 노출되어 있는 실정이다.

강도 높은 통제조치에 의존한 방역 관리의 사회경제적 영향, 특히 저소득층의 생계와 안전에 미치는 충격은 이미 전 세계 곳곳에서 보고되고 있다. 빈곤지수가 높은 미얀마에 대해서는 우려의 목소리가 더욱 크다. 감염 확산 초기 중국을 비롯하여 주요 교역 상대국이 봉쇄 조치를 내림에 따라 미얀마 경제는 큰 타격을 입었다. 특히 제조업과 관광업 부문에 대한 타격이 컸다. 첫 확진 사례가 발생하기 전부터 중국으로부터 원자재 공급이 중단됨에 따라 봉제업 등 주요 산업부문의 생산이 중단되었고, 유럽 등지로부터의 주문 자체가 급감하자 상당수 공장들이 휴업하거나 아예 문을 닫고 미얀마에서 빠져나갔다. ILO

---

1 옥스퍼드 연구팀에서 정부 대응강도 비교를 위해 구성한 항목은 세 가지로, 각종 통제조치(C), 경제정책(E), 보건정책(H)이다. 각 항목들은 다시 세부지표들로 구성되어 있는데, 통제조치의 경우 8개 지표(학교 폐쇄, 직장 폐쇄, 공공행사 취소, 대중모임 제한, 대중교통수단 운행 중지, 재택 명령, 국내 이동제한, 출입국 제한)로, 경제정책은 4개 지표(소득지원, 채무 경감, 재정조치, 국제 원조)로, 보건정책은 6개 지표(공공홍보 캠페인, 진단검사 정책, 밀접 추적, 보건부문 긴급투자, 백신투자, 안면보호구 착용 의무)로 세분되어 있다. 미얀마의 경우 두 차례에 걸쳐 취약계층을 대상으로 긴급생계지원금이 투입된 것과 보건정책에서 5월 14일부터 외부 활동 시 마스크 착용이 의무화된 것을 제외하고는 C와 E 항목은 거의 같은 수준을 유지하여, 대응강도 변화는 거의 전적으로 통제조치와 관련해서만 나타났다. 다른 동남아 국가들과 비교하여 미얀마의 대응강도가 어떠했는지를 보려면 이 책 중의 〈그림 2-4〉와 〈그림 4-2〉를 참고하기 바란다.

보고에 따르면 2020년 5월 18일 기준 공식 등록된 제조업체들 가운데 5,100개 업체가 코로나19로 인해 임시 휴업에 들어가 이들 사업장에 고용된 노동자 129,000여 명이 실업 상태에 처하게 되었다(ILO 2020). 몇 달째 임금을 체불하고 있던 일부 공장들이 이 사태를 틈타 몰래 공장 문을 닫고 야반도주하는 일까지 발생했다. 이에 노동자들이 정부당국에 휴업이나 폐업 신청을 하는 공장들을 대상으로 실사를 진행해 줄 것을 요구하는 시위를 벌이기도 했지만, 원자재 부족과 주문량 급감이라는 현실적 어려움이 자리하는 터라 제조업체들의 휴·폐업을 정부도 막지 못하는 실정이다. 이에 따라 대규모 실업 사태도 피할 수 없는 지경으로 치닫고 있다.

코로나19 사태가 야기한 대규모 실업이 노동자 가구의 생계는 물론 안전까지 위협하고 있음은 주요 발병지역의 분포를 통해서도 확인할 수 있다. 양곤의 흘라잉따야(Hlaingthayar), 쉐비따(Shwepyithar), 인세인(Insein), 띤간준(Thinganzun) 등이 그러한 지역들로, 이들 지역은 코로나19 확산 초기 국면부터 미얀마 정부가 실시한 부분봉쇄 대상지역으로 줄곧 이름을 올렸다. 공장 노동자들을 비롯하여 저소득층 및 소수민족 밀집 거주지역이기도 한 이들 지역의 거주환경은 거리두기는 고사하고 기본적인 위생시설조차 갖추지 못하고 있을 정도로 열악하다. 실업과 휴교, 통제조치로 인해 가구원 전원이 가건물에 가까운 허름하고 비좁은 공간에 갇혀 지내게 됨에 따라 감염 확산 위험은 더욱 커졌다. 9월 들어서는 주요 제조업 부문의 조업 중단 명령까지 내려진 상태라 방역을 위한 봉쇄조치가 이들 취약계층의 생계와 안전에 미칠 타격의 강도와 범위는 더욱 커질 것으로 예상된다.

관광업에 미친 타격도 제조업 부문 못지않다. 팬데믹 사태를 맞아 국제 관광이 전반적으로 급감한 데 따른 것이어서 미얀마 정부의 출입국 제한 조치를 탓할 일만도 아니다. 제조업 부문에 대한 충격이 주로 양곤지역에 한정되는 것과 달리 관광업에 대한 타격은 경제 여파가 전국적인 수준으로 확산된다는 것을 의미한다. 주요 관광지가 지역적으로 널리 분포하고 있는 까닭이다. 특히 별다른 생계 원천 없이 관광수익에 의존해온 소수민족 거주지 지역민들에 대한 타

격은 더욱 클 것이다.

코로나19로 인한 경기 침체와 시민들의 생계 곤란 문제에 직면하여 미얀마 정부는 4월 27일, 코로나19경제구호계획(CERP: COVID-19 Economic Relief Plan)을 수립하여 공중보건 및 경제 구호 조치에 나섰다(MoPFI 2020/04/27). 이 계획은 거시경제 환경 개선, 투자 및 교역, 금융 부문의 개선을 통한 민간부문에 대한 타격 완화, 노동자 가구 및 취약계층에 대한 지원, 보건의료체계 강화 등을 골자로 하는 7대 목표와 10대 전략, 36개 실행계획과 76개의 조치로 구성되어 있다. 정부는 세계은행(IBRD/IDA)을 비롯하여 아시아개발은행(ADB), 국제통화기금(IMF)의 국제금융기구와 일본 등으로부터 12억 5천만 달러에 이르는 대출을 받아 기금을 편성하였다. 이를 바탕으로 봉제업, 호텔관광업, 중소기업에 대한 1% 대출이자 제공 상환기한 연기, 면세 혜택 등을 제공하는 한편 최하위 소득그룹을 우선 대상으로 두 차례에 걸쳐 한화 약 1만 5천에서 2만 원 상당의 특별재난지원금을 배포하였다. 하지만 경제 활동 전반이 중단되고 기업이나 시민들에 대한 타격이 장기화되어가는 가운데 이 같은 일시적 지원책이 위기 극복에 기여하는 바는 극히 미미한 수준에 그쳤다(Gan et al. 2020; Nwet Kay Khine 2020).

코로나19로 인한 경제적 타격을 완화하기 위해 정부가 제공한 '당근'이 보잘것 없었던 데 반해 방역 수칙을 준수하도록 휘두른 '채찍'은 지나치게 가혹했다. 지역 봉쇄와 통행금지 조치, 마스크 착용 의무 규정을 위반하는 데 대한 처벌 강도가 너무 커서 감염병 대응에 역효과를 불러올 수 있다는 우려가 곳곳에서 제기되었다(Article 19 2020; Human Rights Watch 2020; Nwet Kay Khine 2020). 휴먼라이츠워치(Human Rights Watch)에 따르면 2020년 3월 말부터 미얀마에서 방역 수칙을 위반한 혐의로 최소 500명이 1개월에서 1년 사이의 징역형을 선고 받았다. 마스크 착용 위반혐의로 벌금형에 처해진 사람들의 수는 이보다 훨씬 더 많다. 국제인권법에서는 심각한 공중보건 위기 상황에서는 일부 권리에 대한 제한이 정당화될 수 있음을 인정하고 있다. 하지만 동법에는 이러한 조치가 과학적 증거에 근거한 합법적인 것이어야 하고 범위와 기간은 제한되어

야 하며 자의적이거나 차별적이지 않아야 한다고 명시되어 있다. 그러나 국가재난관리법(National Disaster Management Law), 감염병 예방 및 통제에 관한 법(Prevention and Control of Communicable Diseases Law) 등 다양한 형법 조항을 근거로 지자체마다 자의적으로, 차별적으로 부과된 처벌 내용은 이러한 원칙을 벗어나 있다(Human Rights Watch 2020). 엄격한 처벌이 불러온 방역의 역효과보다 더 염려스러운 것은 봉쇄로 인해 가뜩이나 어려운 처지에 빠진 시민들이 수감이나 벌금형 등으로 인해 한층 더 어려운 처지로 내몰리고 있는 점일 것이다.

미얀마 정부의 통제조치는 가짜뉴스가 유발할 공황에 대비한다는 명분으로 인터넷 사용을 제한하는 형태로도 나타났다. 4월에는 휴대전화의 심(SIM) 카드를 일제히 재등록케 하여 인터넷 사용자의 신원을 단속하는 조치도 내렸다. 이에 대한 시민들의 불만도 고조되어가는 상황이다. 이에 250여 개 시민사회단체가 비상시의 통제되지 않는 권력의 활용이 야기할 수 있는 인권 침해와 시민들의 삶에 미칠 수 있는 부작용에 대해 경고하는 성명서를 발표하기도 했다(Nwet Kay Khine 2020).

이보다 더 심각한 사례는 미얀마 정부가 2019년 6월부터 인터넷을 차단하고 있는 여카잉주와 친주의 9개 타운십 상황이다. 코로나19와 같은 감염병 위기 상황에서 정보에 대한 접근성은 미얀마와 같이 방역 역량이 부족한 국가일수록 특히 중요하다. 이들 지역을 근거지로 활동을 전개하고 있는 반군들에게 정보가 입수되는 것을 차단하고 허위정보로 인해 갈등이 심화되는 것을 막기 위한다는 명분으로 도입된 이 조치로 인해 해당 지역 주민들이 겪는 고통은 매우 심각하다. 외부 소식을 알 수 없는 상태에서 오히려 그릇된 정보들이 더욱 활개를 쳐, 코로나19에 감염되면 사이클론이 지나치는 섬에 유폐될 수 있다는 소문이 떠돌아 격리시설을 이탈하는 사람들도 생겨났다. 국제인권단체와 시민사회의 촉구로 5월부터 인터넷 차단은 해제되었지만 속도가 현저히 느린 2G, 3G 서비스만이 제공되어 지역 주민들이 감염병 예방 관련 정보에 접근하는 데는 어려움이 컸다(ICJ 2020/04/30; Kyaw Hsan Hlaing and Fishbein 2020).

Ⅳ. 방역관리 거버넌스의 수렴: 위기가 가져다준 기회

의료 인력과 시설, 물자, 검사능력과 격리시설 등 방역 자원이 전반적으로 부족한 상황에서 미얀마 정부는 대규모 확산의 우려가 있다고 인지한 집단에 역량을 총동원하는 선택과 집중 전략으로 방역에 나설 수밖에 없었다. 그 결과 경제활동 및 사회생활 전반이 중단되어 생계 압박은 더욱 가중되었다. 저소득층 및 취약계층, 특히 군과 반군의 무장충돌로 인해 고향을 잃은 채 임시정착지에서 살아가는 소수민족 실향민들(IDPs: Internally Displaced Persons)에게 가해지는 충격은 더욱 클 수밖에 없다. 국가 보건의료역량의 약화가 시민들의 건강은 물론 사회생활 전반에 미치는 파장이 얼마나 심대하고 광범위할 수 있는지를 미얀마에서보다 더 잘 보여줄 수 있는 사례도 드물 것이다.

그러나 코로나19 위기 상황이 마냥 비관적이기만 한 것은 아니었다. 감염의 위험성과 이에 대한 미얀마의 취약성에 대한 인식을 공유하여 여러 이해관계자들이 코로나19 공동 대응을 위한 연대에 나선 점은 분명 희망의 전조로 볼 만한 것이었다. 그 중에서도 특히 정부와 소수민족단체, 그리고 군부가 공조의 첫걸음을 내디딘 점은 매우 고무적인 것이었다. 미얀마군과 소수민족무장단체의 교전 상태가 지속되고 있는 상황에 대해서는 미얀마 국내는 물론 국제사회로부터도 큰 우려가 제기되어왔던 터다. 분쟁상태가 코로나19 팬데믹 사태로 위기에 처한 시민들의 안전을 더욱 극심한 지경으로 몰아넣을 것임은 자명했다. 이를 우려하여 안토니우 구테흐스 유엔 사무총장은 2020년 3월 23일, “우리 삶을 위협하는 진정한 싸움에 모두 집중하라”며 전 지구적 휴전을 호소하기도 했다.

미얀마에서 첫 확진 사례가 보고된 날이기도 한 이 날의 호소에 가장 먼저 응답한 것은 군과 교전상태에 있던 소수민족무장단체들이었다. 먼저 3월 26일 카렌민족연합(Karen National Union)이 코로나19와 싸우기 위해 모두가 협력할 수 있도록 무조건적이고 전국적인 휴전을 선언하라고 정부에 촉구했다. 친민족전선(Chin National Front)과 까레니민족진보당(Karenni National Progressive Party)

도 성명을 발표하며 이 대열에 합류했다. '형제동맹'(Brotherhood Alliance)으로도 알려져 있는, 최근까지도 미얀마군과 치열한 전투를 벌여온 아라칸군(Arakan Army)과 땅민족해방군(Ta'ang National Liberation Army), 미얀마민족민주동맹군(Myanmar National Democratic Alliance Army)의 연합체 역시 구테흐스의 요청을 지지한다는 성명을 발표하며 4월 말까지로 일방휴전 기간을 연장했다. 이러한 움직임에 호응하여 4월 1일 미얀마 주재 18명의 외국 대사들 역시 모든 분쟁 당사자들이 적대행위를 중단하고 분쟁지역에 대한 인도주의적 접근을 보장하라고 촉구하기도 했다(ICG 2020/05/19; Kyaw San Hlaing and Fishbein 2020; Weng 2020).

미얀마군은 이러한 제안이 "비현실적"이라며 거부했지만 5월 9일, 국내외에서 제기되는 압박에 결국 8월 31일까지 휴전을 선포하였다. 9월 30일 미얀마군은 다시 이를 10월 31일까지로 연장하여 코로나19 확산 사태를 통제하는 데 주력하는 태도를 보였다. 군의 휴전 범위는 "정부가 테러리스트로 규정한 집단이 자리 잡는 곳을 제외한 모든 지역"으로 한정된 것이어서, 3월 23일 정부가 공식적으로 테러 조직 및 불법 단체로 지정한 아라칸군과 이들의 활동 근거지인 여카잉주와 친주의 일부 지역은 휴전 대상지역에서 빠졌다. 다른 소수민족무장단체와의 교전이 거의 발생하지 않고 있는 상황에서 핵심 교전 상대를 배제한 것은 군의 휴전 선언이 분쟁 중단을 위한 실질적이고 의미 있는 시도라기보다는 정치적 제스처에 가까운 것으로 보아야 한다는 주장이 제기되는 배경이다(Sai Wanna 2020). 이후 형제동맹은 일방휴전기간을 8월 31일로 연장하는 한편 여카잉주를 휴전 대상 지역에서 배제해선 안 된다는 공동성명을 발표했지만 군은 이에 응하지 않은 채 6월에 세 단체가 제안한 평화협상 제안마저 거부하면서 강경한 입장을 고수하였다(Weng 2020; Radio Free Asia 2020/06/02).

미얀마군과 형제동맹 간의 대치상태는 여전히 지속되었지만 정부가 소수민족의료제공자들의 중요성을 인식하여 협력을 제안한 것은 코로나19 방역과 관련하여 의미 있는 진전을 거둔 것으로서 평가할 수 있다. 2020년 4월 21일 발표된 보건체육부의 코로나19 대응계획 최종버전에는 3월 발표된 초기버전에서

누락되었던 소수민족의료제공자를 도(Regions) 및 주(States) 수준의 조정기관 안에 포함시켜 분쟁 피해 지역의 취약한 인구를 치료하기 위한 신속대응팀과 이동진료소 배치 등에 관한 도움을 받는다는 내용이 담겨 있다. 4월 28일에는 코로나19 예방과 통제, 치료를 위한 소수민족무장단체와의 공동대응 위원회를 구성하여 협력관계를 공식화하기도 했다(ICG 2020/05/19).

코로나19 사태를 계기로 구체화된 소수민족단체와의 공조는 당장의 코로나19 위기 극복은 물론 향후 국가 보건의료역량을 강화하는 데도 적지 않게 기여할 것으로 기대되었다. 집단별 편차는 매우 큰 편이지만 몇몇 소수민족무장단체들은 비교적 잘 구축된 거버넌스 구조를 갖추고 있는 것으로 알려져 있다. 카렌민족연합(KNU)이나 연합와군(United Wa State Army), 까친독립기구(Kachin Independence Organization) 등이 그러한 단체들로, 특히 카렌민족연합의 카렌보건복지부(Karen Department of Health and Welfare, 이하 KDHW)는 1956년 설립된 이래 미얀마 남동부 지역의 카렌족(미얀마어로는 꺼잉족)에게 기초보건서비스를 제공하는 데 크게 기여해왔다. 1990년대 미얀마군의 압박 아래서 KDHW는 배낭의료팀(BPHWT: Backpack Health Worker Team), 버마의사협회(BMA: Burma Medical Association), 태국의 메타오클리닉(Mae Tao Clinic) 등의 의료단체 및 구호활동단체들과 함께 이동보건진료소 모델을 발전시키기도 했다. 오늘날 KDHW는 61개 진료소, 700여 명의 의료인력을 통해 미얀마 남동부 전역에 보건 서비스를 제공해오고 있다(Davis and Jolliffe 2016: 14; Si Tura and Schroeder 2018: 92).

카렌민족연합을 포함하여 네 개의 소수민족무장단체 보건부서와 세 개의 지역사회 기반 비정부기구(CBOs: Community Based Organizations)의 연합체를 일컫는 소수민족보건기구(Ethnic Health Organization, 이하 EHOs)는 군과 무장단체 간의 교전에 차별까지 더해져 더욱 취약한 상태에 놓여 있는 미얀마 남동부지역에서 일차 의료 공급자로서 중요한 역할을 수행해왔다. 하지만 미얀마군과 소수민족무장단체 간의 무력충돌이 지속되는 환경에서 이들은 정부의 공식 보건체계로부터 인정받지 못해왔다. 2012년 떼인세인 정부가 주도한 정전협정

과 2015년의 평화협상은 이들 소수민족보건기구와 정부 간의 보건협력에 관한 논의가 개시되는 계기가 되었다. 하지만 몇 개 단체가 서명을 거부함에 따라 불완전한 채로 종료된 평화협상과 신뢰 부족으로 인해 이러한 시도는 의미 있는 결실을 맺지 못했다. 하지만 이때 이루어진 여러 시도들은 2016년 출범한 NLD 정부가 공약으로 내걸었던 보편적 건강보장(Universal Health Care)의 목표 달성을 위해 EHOs 및 시민사회와 협력할 수 있게 하는 토대가 되어 주었다. 2016년 발표된 미얀마 국가보건계획(Myanmar National Health Plan 2017–2021, 이하 NHP)은 그 결실로, EHOs 대표로 KDHW가 이 계획의 수립 과정에 참여하기도 했다. NHP는 소수민족보건기구를 중요한 보건서비스 공급자로 인정하여 보편적 건강보장을 위한 국가보건체계 구축을 위해 협력하겠다는 내용을 공식화한 최초의 문서로서 역사적 의의를 갖는다(Si Thura and Schroeder 2018).

코로나19 사태를 맞아 정부 보건당국과 EHOs가 공동대응 위원회를 구성한 것은 이러한 과정을 거쳐 이루어진 것이었다. 이러한 협력관계는 특히 미얀마에서 코로나19 확산과 관련하여 최대 위험요인으로 인식된 귀환 이주노동자와, 분쟁으로 인해 발생한 50만여 명의 실향민들에 대한 방역과 치료에 더할 수 없이 긴요한 것이기도 하다. 2012년부터 시도된 정부와 소수민족무장단체 간의 보건협력 논의가 그간 정치적 갈등으로 인해 좌초되었던 경험으로 볼 때 앞으로도 쉽지 않은 노정이 기다리고 있을 것임은 분명하다. 협력관계의 정치화가 자칫 코로나19 대응을 위한 공조를 복잡하게 만들 수 있다는 점을 들어 정치를 배제하고 기술적 협력에 초점을 맞추어야 한다는 주장도 제기된다(ICG 2020/05/19). 보건협력 논의가 정부나 소수민족무장단체의 지도부 간 평화협상에 별다른 영향을 미치지 못해왔던 것은 사실이다. 그러나 국가보건계획 수립을 계기로 다시 시작되어 코로나19 사태를 맞아 더욱 구체화된 양자의 협력적 관계가 가져다줄 정치적 효과는 적지 않을 것이다. 무엇보다 정부와 군의 협상의지를 불신하는 소수민족들과의 관계에서 신뢰를 구축하는 데 크게 기여할 것이다. 코로나19 방역 위기는, 이런 점에서 정부와 소수민족 간의 관계가 얼마간 진전을 이룰 수 있는 기회가 될 것이었다.

정부와 소수민족집단 간에 코로나19 공동대응을 위한 협력이 이루어지고 있는 가운데 또 하나 눈길을 끌었던 것은 코로나19 방역을 위해 미얀마 정부를 구심점으로 국제기구 및 시민사회의 연대가 활발하게 이루어졌다는 점이다. 2017년 발생한 로힝자 사태를 계기로 여카잉주 및 분쟁피해지역 주민들이 겪게 된 인도주의 위기에 대한 국제사회의 관심은 고조되어왔다. 특히 2019년 유엔인권위원회가 발표한 보고서는 이들 지역에서 미얀마군과 소수민족무장단체 모두에 의해 자행되고 있는 인권 유린과 가혹행위의 실상을 낱낱이 드러내어 크나큰 충격을 안긴바 있다(UNHRC 2019).

코로나19 관련 국제연대는 특히 코로나19 발병 초기부터 미얀마의 최대 불안요소 중 하나이기도 했던 국내 실향민 캠프에서 코로나19 감염을 막는 데 크게 기여한 것으로 보인다. 2020년 12월 말 기준 미얀마 군과 소수민족무장단체 간의 교전으로 인해 발생한 미얀마 내 실향민 수는 50만여 명에 이른다(IDMC 사이트 참고). 13만여 명의 로힝자족이 거주하는 여카잉주의 실향민 캠프를 비롯하여 소수민족지역 곳곳에 설치된 수많은 캠프의 열악한 거주환경과 취약성을 감안하면 코로나19가 이들에게 미칠 영향은 가히 파괴적인 수준에 이를 것으로 예상되었다. 그러나 그 위험성을 인지한 미얀마 보건당국이 국제난민기구(UNHCR)와 유엔아동기금(UNICEF), 국제노동기구(ILO), 국제이주기구(IOM) 등의 국제기구 및 국내외 시민사회단체들과 공조한 덕분에 2020년 9월 말까지는 확진 사례는 발생하지 않았다. 10월 16일, 여카잉주의 실향민 캠프에서 두 명의 첫 확진 환자가 발생함에 따라 긴장이 감돌긴 했지만(Khin Myat Myat Wai 2020), 감염 확산 가능성이 큰 만큼 관심 또한 집중된 덕분에 크게 확산되지는 않아, 2020년 11월 말까지 확인된 확진 사례는 29건에 그쳤다(Human Rights Watch 2020/12/14).

실향민 캠프에 대한 지원 활동과 함께, 이들은 특히 이주노동자들의 대규모 귀환 행렬을 맞아 국경지대 방역에 적극 협력하여 격리 수용된 이주노동자에게 식량과 마스크 등의 위생용품을 나누어주는 등의 활동을 전개하였다. 이러한 활동이 자원 부족으로 어려움을 겪는 미얀마 정부의 방역 관리에 큰 도움이

되었을 것임은 굳이 언급할 필요도 없을 것이다.

국제적 연대가 가져다준 또 하나의 중요한 효과는 미얀마에서의 코로나19 발병 현황이 비교적 투명하게 모니터링 되었다는 점일 것이다. 특히 국제이주기구의 경우 방역 지원 외에도 국경을 통해 들어오는 귀환 이주노동자들의 수와 방역 현황을 꼼꼼히 파악하고 집계하여 미얀마의 코로나19 통계를 신뢰할 수 있게 해주었다. 이런 점에서 다른 국가들에 비해 상대적으로 적은 미얀마의 확진건수 수치는 정부가 은폐해서였다기보다는 검사역량의 한계에 따른 것이었다고 말할 수 있다.

전 세계 난민 및 분쟁피해지역 인구를 위한 국제사회의 지원이 새로운 것은 아니다. 하지만 미얀마에서는 이러한 지원이 대대적이고 눈에 띄게, 그리고 미얀마 정부와의 공조 아래 이루어졌다는 점에서 주목할 만하다. 로힝자 사태 이후 미얀마에 쏟아진 국제사회의 비난 여론은 2019년 감비아가 로힝자족에 대한 집단학살(genocide) 혐의로 국제사법재판소(ICJ: International Court of Justice)에 미얀마를 제소하면서 더욱 거세졌고, 아웅산수찌가 대표 발언자로 나서 혐의를 부인하면서 비난은 절정에 달했다. 이후 미얀마에서는 국제사회의 개입을 달가워하지 않는 분위기가 형성되어 있었다. 사실 미얀마에 대한 국제사회의 지원 노력은 그 역사가 오래되었고, 특히 소수민족 거주지역에 대한 보건 지원 노력은 여러 차례 시도된바 있다. 그러나 미얀마 군부는 국제사회와 소수민족 간의 직접적인 연결이 가져올 정치적 효과를 우려하여 이를 제약해 왔고, 그 결과 지원이 철회되는 일도 종종 있어왔다(Stover et al. 2007). 코로나19 위기는 이러한 관계가 일대 진전을 이를 수 있는 전기를 마련해 준 측면이 있다.

Ⅴ. 이중의 위기: 쿠데타와 코로나19

2008년 헌법상의 제약으로 인해 권력의 분점이라고 볼 수도 없을 만큼 국가 통

치에 관한 대부분의 실권을 군부에 빼앗긴 NLD 정부가 독자적으로 결정할 수 있는 일이란 거의 없었다. 이로 인해 선거 전 공약들은 제대로 이행되지 못했고, 소수민족 지역과의 관계는 오히려 역행하여 불신이 커져오기까지 했다. 소수민족들의 불만은 난립해 있던 소수민족 정당들이 연합하는 정치과정을 부추겼고, 그로 인해 2020년 11월 8일에 치러지게 될 총선의 판도도 크게 달라져 NLD의 압승을 기대하긴 어려울 것이라는 관측도 제기되어왔던 터다(김희숙 2020a).

총선 결과에 대한 이 예측은 빗나갔다. 소수민족지역에서 불만이 고조되어 가고 있었던 것과는 별개로 미얀마의 대다수 유권자들은 아웅산수찌와 NLD에게 다시 한 번 승리를 안겨 주었다. NLD는 하원(Pyithu Hluttaw) 의석 330석 가운데 258석, 상원(Amyotha Hluttaw) 의석 168석 가운데 138석으로 총 396석의 의석을 차지하여 선출의석의 83.2%를 차지하는 압승을 거두었다. 이에 반해 군부 대리정당인 USDP는 총 33석을 확보, 전체 의석의 6.9%를 차지하는 데 그쳤다. NLD가 얻은 의석수는 2015년 총선 때보다도 9석이나 많았는데, USDP가 차지하고 있던 기존 의석에 일부 소수민족정당의 의석까지 흡수한 결과였다(TNI 2020/12/24).

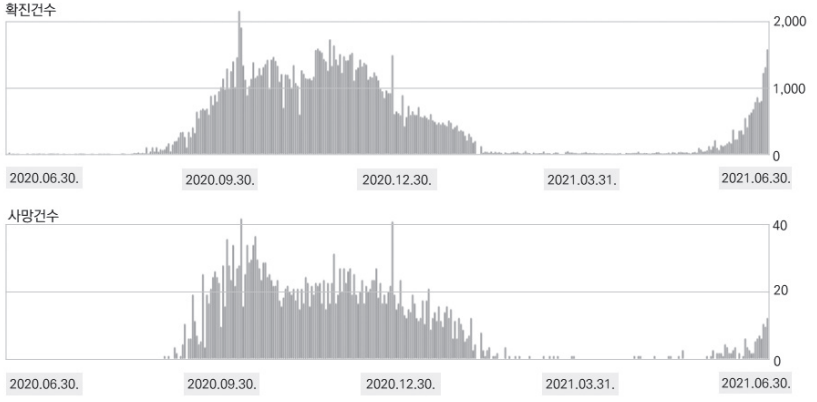
문제는 총선이 끝난 다음에 불거졌다. 군부가 NLD의 압승으로 끝난 총선 결과에 불복하여 1,050만 건 이상의 유권자 명부가 조작되었다며 선거부정 의혹을 제기하고 나선 것이다. 연방선거위원회(UEC: Union Election Commission)는 근거가 없다며 이를 기각했지만, 군부는 물러서지 않았다. 2021년 1월 26일, 한 언론 브리핑을 통해 선관위의 이러한 결정에 대해 '조치를 취하겠다'며 쿠데타 가능성을 내비친 군부는 일주일 뒤인 2월 1일, 실제로 쿠데타를 감행하여 네삐도를 장악했다. 윈민 대통령과 아웅산수찌를 비롯한 주요 정치인들을 구금하고 일 년간의 국가비상사태를 선포한 군부는 곧 내각을 새롭게 구성하고 국가행정평의회(SAC: State Administration Council)를 출범시켰다. 이로써 10년간의 짧은 자유를 맛본 끝에 미얀마는 다시 군부통치로 회귀하였다. 1958년, 군부가 당시 수상이었던 우 누를 압박하여 하야시키고 정권을 인수한 사건을 첫

쿠데타로 보면 미얀마에서 발발한 네 번째 쿠데타다.

쿠데타는 2011년 이래 미얀마가 이룩해온 거의 모든 성취를 한순간에 물거품으로 만들었다. 코로나19 대응도 그 중 하나다. 쿠데타를 감행한 군부는 주권을 수호하는 주체로서 자신들의 소임을 강조하며 선거가 야기한 분열 위기를 수습하고 코로나19 방역을 최우선 과제로 삼겠다고 발표했다. 하지만 쿠데타 이후 군부가 적절히 코로나19 대응에 나서고 있음을 보여주는 지표는 없다. 확진 사례별 감염경로와 지역 및 연령별 통계 등 상세정보를 담은 일일 현황보고는 2020년 12월 25일 이후 업데이트가 되지 않고 있다. 다만 누적확진건수와 사망자 수 등에 관한 기본적인 정보만 보건체육부 홈페이지에서 제공하고 있는데, 2021년 6월 30일 기준 미얀마의 코로나19 누적확진건수는 157,277건, 사망자 수는 3,334명인 것으로 확인된다. 2월 1일 쿠데타 발발 이후 코로나19 관련 통계에서 나타나는 주요한 특징은 확진건수나 사망자 수 모두 급감했다는 점이다. 확진건수의 경우 쿠데타가 발발한 2월 1일, 일주일 전에 비해 약 48%가 감소하였고, 이어 그 다음 주가 되자 다시 이 수치의 80%가량으로 확진자 수가 급감하였다. 사망자 수는 이미 확진 판정을 받은 환자들이 있는 상태였을 것이므로 그 감소율이 확진건수에 비해 낮게 나타났지만, 확진 건수 급감 상태가 지속됨에 따라 사망자 수 역시 나란히 감소해가는 추세를 보였다(〈그림 7-4〉 참고).

확진건수와 사망자 수에서 나타나는 이 같은 감소세는 실제 미얀마에서 코로나19의 확산세가 소강국면에 접어들었기 때문이어서가 아니라 쿠데타 발발 이후 진단검사 자체가 제대로 이루어지지 않은 데 따른 것으로 추정된다. 한 연구에 따르면 쿠데타 발발 일주일 후인 2월 8일 기준 미얀마의 코로나19 진단검사 건수는 1,987건으로, 그 전 주의 9,000건에 비해 현저히 감소하였다. 이 조차도 쿠데타 발발 일주일 전의 1일 17,000건에 비하면 절반가량 감소한 수치다. 쿠데타 발발 전 일평균 420건이었던 확진건수가 2월 8일 4건으로 대폭 감소한 것은 이처럼 진단검사 건수 자체가 급감한 데 따른 결과였음을 알 수 있다(Mahase 2021).

〈그림 7-2〉 **미얀마 쿠데타 전후 일별 코로나19 확진건수와 사망건수 추이**



출처: WHO(https://covid19.who.int/region/searo/country/mm, 검색일: 2021.5.30.)

2020년 선거를 몇 달 앞둔 시점부터 군부는 군이 보유한 의료시설과 인력 등을 동원하여 정부의 코로나19 방역에 공조하는 모습을 보여주었다. 하지만 군이 아무리 많은 자원을 보유하고 있더라도 국가적 수준에서 조직화된 의료체계를 대체할 수는 없는 일이다. 쿠데타 발발 후 미얀마의 코로나19 대응에서 나타난 근본적인 문제는 여기에 있다. 쿠데타 발발 이틀 후인 2월 3일부터 공공병원 의료진들은 불법으로 정권을 탈취한 군사정권 아래 복무할 수 없다며 시민불복종운동을 전개하기 시작한 것이다. 의료진들부터 시작된 시민불복종운동은 곧 각 부처 공무원들로까지 확산되었고, 이어 공공부문과 민간부문을 아우르는 전국적인 저항운동을 촉발시켰다. 이에 따라 코로나19 대응을 위한 거버넌스 체계가 사실상 가동되지 않는 상태에 이르렀다. 모든 의료 종사자들이 시민불복종운동에 참여함에 따라 코로나19 격리센터가 텅 비고, 코로나19 진단센터에는 진단검사를 수행할 직원이 없다. 쿠데타 전에 비해 진단검사 건수가 급감한 이유다.

미얀마의 공공의료시스템은 전체 병원 및 클리닉의 약 80%를 차지하며 5,400여만 국민의 건강을 책임지고 있다. 쿠데타 발발 이후 이 시스템은 가동을 멈추었고, 거의 붕괴지경에 이르렀다는 진단도 나온다(Marsh 2021). 연일 하

루 400여 명의 신규 확진 사례가 발생할 정도로 코로나19의 기세가 여전히 맹렬한 가운데 일어난 일이기에 그 여파는 가늠하기도 어려울 정도다. 그럼에도 불구하고 의료진들의 불복종운동을 코로나19 대응이라는 중차대한 임무를 방기한 것으로 매도할 수 없는 이유는 분명하다. 쿠데타에 반대하는 시민들이 보기에 그들의 생존을 더 위태롭게 하는 것은 코로나19가 아니라 군부라는 점이 자명하기 때문이다. 시민불복종운동에 참여하는 의료진들은 군부가 지휘하는 코로나19 대응이 아니라 민주주의를 외치며 거리에 나선, 군부의 유혈진압에 부상당한 시민들을 진료하는 쪽을 선택했다. 구체적인 수는 확인되지 않지만 시민불복종운동에 참여한 의료진들이 비밀진료소를 설치하여 환자들을 돕고 있다는 소식도 들려온다(Reuters 2021/05/30). 저항에 참여하는 이들이 있는가 하면 이에 반대하거나 방관하는 이들도 있다. 각기 다른 견해와 입장을 가진 만큼 사람들이 의료진의 파업에 대해 갖는 생각도 제각각일 것이다. 하지만 공공병원의 파업으로 암 치료를 중단할 수밖에 없게 된 한 53세 여성의 말은, 그것이 미얀마 국민 전체의 입장을 대변하는 것은 아니라 할지라도 가벼이 지나치기 어려운 깊은 울림을 만들어낸다.

> "설령 내가 암으로 죽게 된대도 받아들일 수 있어요. 미얀마의 나머지 사람들은 민주주의를 누려야 해요."(Marsh 2021)

정상적으로 2기 민간정부가 출범했더라면 미얀마에서는 2021년 초부터 백신접종프로그램이 개시되었을 것이다. 백신접종이 계획대로 이루어질 경우를 가정하여 국제통화기금(IMF)은 2021년 1월, 미얀마가 곧 연 6~7%의 경제성장률을 회복할 것이라고 전망하기도 했다(UNDP 2021: 8). 단지 코로나19만이었더라면 미얀마는 그랬을지도 모른다. 그러나 쿠데타는 모든 가능성을 무효화시켰다. 쿠데타 이후 미얀마에 관한 거의 모든 보고서들은 '붕괴', '파탄', '위기'라는 어휘들을 동원하여 미얀마의 암울한 미래를 전망한다.

유엔개발계획(UNDP)이 2021년 4월 30일 발간한 보고서에 따르면 코로나19

와 쿠데타로 인한 이중의 타격이 미얀마에 미칠 사회경제적 영향은 매우 광범위하면서도 심각할 것으로 예상된다. 보고서는 두 가지 위기의 결합 효과로 최대 1,200만 명이 빈곤 상태에 처하게 될 수 있으며, 사태가 지속될 경우 인구의 거의 절반에 해당하는 2,500만 명이 2022년 초까지 빈곤선 아래 놓이게 될 것이라고 경고한다. 코로나19로 인해 이미 전체 중 83.3%의 가구가 소득 손실을 경험한 상태에서 쿠데타로 인한 위기까지 겹친 데 따른 효과다. 이 보고서는 이러한 경제적 타격 못지않게 중요하며 심대한 위기에 대한 우려도 덧붙인다. 미얀마를 2005년 상태로 되돌아가게 할 정도의 이 이중의 위기가 초래할 더 장기적인 위험은 인간 개발, 즉 인간으로서의 역량과 자질을 발전시켜갈 기회를 앗아간다는 점이다(UNDP 2021). 과거 군부통치 시기 미얀마 사회의 모습이 어떠했는지를 상기해 보면 이 위기는, 아마도 코로나19가 야기한 빈곤보다 더 장기적으로 미얀마에 악영향을 미칠 것임이 분명하다. 쿠데타 세력에 저항하여 거리로 나선 청년들의 "군부가 통치하는 한 우리에게 미래는 없다"는 외침은, 바로 그러한 과거가 미얀마의 미래를 잠식해선 안 된다는 의지의 표명이다.

Ⅵ. 나가며

미얀마에서 첫 코로나19 확진 사례가 보고된 것은 2020년 3월 23일로, 동남아 국가들 가운데서는 물론이요 전 세계적으로도 매우 늦게 나타난 경우로 꼽힌다. 국제사회로부터의 오랜 고립으로 인해 미얀마는 그동안 주요한 감염병 위협으로부터는 비교적 안전한 지역이기도 했다. 하지만 2011년 경제 개방이 본격화된 이래 지난 10년간 미얀마 역시 글로벌 공급망을 통해 국제사회와 점점 더 긴밀히 연결되었고, 그로 인해 국경을 넘나드는 감염병 위협에 대해서도 안심할 수 없는 처지가 되었다. 특히 미얀마는 바이러스 확산의 진원지였던 중국을 비롯하여 다섯 개 국가들과 국경을 접하고 있는 까닭에 외부로부터의 전파 위험이 큰 지역이기도 했다. 뿐만 아니라 동남아 역내 최대 이주노동자 송출국

인 까닭에 주변 국가들의 코로나19 방역 조치로 인해 실직한 이주노동자의 대규모 입국으로 인한 감염 확산 우려가 매우 높았다. 이에 더하여 여카잉주를 비롯하여 미얀마군과 소수민족무장단체의 교전이 활발한 분쟁지역 실향민들 사이에 감염이 확산될 경우 그 피해를 감당하기 어려울 것이라는 관측도 컸다. 그럼에도 불구하고 8월 15일까지 미얀마는 확진 사례 374건, 사망자 수 6명으로, 이례적이다 싶을 정도의 양호한 성과를 보여주었다.

8월 16일 이후 맹렬한 기세로 전국적으로 확산된 두 번째 감염 물결은 미얀마의 코로나19 대응 전략이 가진 특징과 한계를 여실히 드러내 주었다. 오랜 군부독재 기간 동안 거의 붕괴되다시피 한 보건의료체계가 다발적인 위험에 직면했을 때 나올 수 있는 유일한 방법은 '선택과 집중'이라고 칭할 만한 것이었다. 부족한 방역 자원을 최대 위험요인에 우선적으로 배분하고 나머지 요인들은 물리적 통제에 의존하여 억제하는 전략이었다. 팬데믹 이후 미얀마의 최대 감염원으로 식별된 것은 해외 이주노동자들과 국내 분쟁 피해지역의 실향민들이었다. 해외입국자 사례에서 지역사회 전파 사례로, 그리고 귀환 이주노동자 사례로 주요 감염 집단의 범주가 순차적으로 이동해가는 미얀마의 코로나19 전개 양상은 이러한 전략의 결과였을 가능성이 크다. 그에 따라 주된 검사 대상 외에 다른 범주에서는 감염 사례가 나타나지 않았던 것이다.

주요 감염원으로 인지한 집단에 집중적으로 방역역량을 집중하는 미얀마 정부의 방역 전략의 이면은 지역사회에 대한 강도 높은 지역 봉쇄와 이동제한 조치로 나타났다. 봉쇄로 인한 심각한 사회경제적 충격을 예상하면서도 지역사회 방역에 필요한 자원을 배분할 여력이 없었던 탓에 통제 조치에 의존하여 감염 확산을 억제할 수밖에 없게 된 미얀마 정부의 고육지책이라 할 수 있다.

그러나 방역 역량의 절대적 부족에서 나온 이 같은 전략도 공중보건체계가 제대로 작동하지 않을 뿐 아니라 예방에 필수적인 거리두기가 불가능한 미얀마 대다수 시민들의 사회경제적 여건과 외부적 위험변수, 바이러스의 무시무시한 전파력 앞에선 제대로 된 성과를 내기 어렵다. 8월 16일 이후 나타나고 있는 지역사회 감염 사례의 급증 현상은, 이런 점에서 처음부터 예측 가능했던

전개라고 말할 수 있을 것이다.

코로나19가 미얀마 사회 전반에 안긴 타격은 대규모 실업과 생계난으로 가시화되었고, 엄격한 통제조치는 그 고통을 더욱 가중시켰다. 그럼에도 불구하고 코로나19 사태의 전개가 미얀마에 보여준 희망의 전조는 찾을 수 있었다. '거버넌스의 수렴'이라고 할 만한, 여러 이해주체들이 코로나19 공동대응을 위한 협력에 나선 점이다. 우선 미얀마군에 가장 적대적인 교전상대인 아라칸군 등의 몇몇 무장단체들과 그들의 활동지역이 제외된 불완전한 것이기는 했지만 군과 소수민족무장단체 간의 휴전 선언이 이루어진 점을 꼽을 수 있다. 이를 시작으로 정부와 소수민족무장단체가 손을 잡고 코로나19 공동대응을 위한 협력에 나선 점은 특히 고무적인 것이었다. 코로나19라는 공통의 적을 상대로 이루어진 이러한 공조가 평화협상에까지 긍정적인 바람을 불어넣어 주기엔 여러 험난한 장애들이 자리하고 있긴 하나(Aung Naing Oo 2020), 적어도 정부와 소수민족 간의 신뢰 구축에는 적지 않게 기여할 것이라는 기대를 불러 모았다. 이에 더하여 미얀마 정부를 구심점으로 한 국제사회 및 국내외 시민사회와의 연대도 주목할 만한 것이었다. 이러한 연대는, 직접적으로는 코로나19 방역에 크게 도움이 되었으며, 의도한 것이었든 아니든 코로나19와 같은 국가재난 사태를 맡아 무소불위의 전권을 행사할 가능성이 큰 군부를 견제하여 NLD 정부의 지휘권에 힘을 실어주는 부가적인 효과를 생산해냈다.

하지만 2021년 2월 1일 발발한 쿠데타는 이 모든 기대와 전망을 한순간에 뒤엎었다. 국민들에 의해 선출된 정부는 해산되었고, 그에 따라 코로나19 대응체계도 가동을 멈추었다. 쿠데타로 정권을 인수한 군부는 코로나19 대응과 경제 발전을 최우선 과제로 삼겠다고 발표했지만 둘 모두 나아질 조짐은 없다. 군부의 의지와 달리 이 모든 것들이 중단되고 만 것은 이들이 무력으로 인수한 국가를 가동시키는 주체, 즉 시민이 그들을 위해 복무하기를 거부했기 때문이다. 쿠데타 세력에 맞서 저항하는 미얀마 시민들은 코로나19 감염병의 파괴적인 힘과 그것이 야기하고 또한 쿠데타로 인해 더욱 심화된 경제적 곤궁에 굴복하기보다는 그들의 삶과 인간으로서의 가치가 존중받을 수 있는 미래를 선택

했다. 이들의 처절한 투쟁은 바이러스라는 자연과의 싸움보다는, 인간에 의해 만들어졌으나 인간을 억압하는 제도로 구현된 불의한 권력에 맞서 싸우는 일이 어째서 더 중요한지를 일깨워준다.

참고문헌

김희숙. 2020a. “미얀마 2019: 로힝자 위기 이후 국제관계의 변화와 총선을 향한 정치 과정.”『동남아시아연구』30(2): 1–37.

김희숙. 2020b. “위기와 기회: 미얀마의 코로나19 대응 특징과 정치적 함의.”『동남아시아연구』30(4): 105–144.

김희숙·양영란. 2020. “싱가포르의 이원적 코로나19 방역 전략과 그 함의.”『동아연구』39(2): 45–82.

애드쇼파르. 2020. “미얀마 코로나바이러스 자체 검사 가능.” 2월 12일.

Aung Naing Oo. 2020. “The Dire Consequences of Frozen Conflicts.” *Frontier Myanmar*. July 4.

Bangkok Post. 2020. “Myanmar Man Self–Isolates in Tree House.” March 30.

Beech, Hannah and Saw Nang. 2020. “Myanmar Election Delivers Another Decisive Win for Aung San Suu Kyi.” *The New York Times*. November 11.

Davis, Bill and Jolliffe, Kim. 2016. “Achieving Health Equity in Contested Areas of Southeast Myanmar.” The Asia Foundation.

Deshpande, Ashwini, Khaing Thandar Hnin, and Tom Traill. 2020. “Myanmar’s Response to the COVID–19 Pandemic.” Brookings Institute.

Eckstein, David, Vera Künzel, Laura Schäfer, Maik Winges. 2020. “Global Climate Risk Index 2020.” Berlin: Germanwatch e.v.

Gan, Andre, Kenneth See and Kimberly Ng. 2020. “Myanmar: The COVID–19 Economic Relief Plan.” *Global Compliance News*. May 18.

Human Rights Watch. 2020a. “Myanmar: Hundreds Jailed for Covid–19 Violations.” May 28.

_____. 2020b. “Human Rights Watch Statement: Impacts of Covid–19 on Internally Displaced People in Myanmar.” December 14.

ICG(International Crisis Group). 2020. "Conflict, Health Cooperation and COVID-19 in Myanmar." May 19.

ICJ. 2020. "COVID-19: Myanmar's Ongoing Internet Shutdown and Hostilities Threaten Right to Health." April 30.

ILO. 2015. *Labour Migration in Myanmar*. ILO in Myanmar.

_____. 2020. "COVID-19: Impact on Migrant Workers and County Response in Myanmar." ILO in Myanmar. June 22.

IOM. 2020. *IOM Myanmar COVID-19 Response Situation Report 11*. August 6.

Khin Myat Myat Wai. 2020. "First COVID-19 Case Detected in Rakhine IDP Camp." *Myanmar Times*. October 16.

Kyaw Hsan Hlaing and Fishbein, Emily. 2020. "To Fight the Coronavirus, Myanmar Needs a Cease-Fire in Rakhine." *Frontier Myanmar*. September 3.

Kyaw Soe Htet. 2020. "Health Ministry Issues Stay-at-Home Order for Seven Yangon Townships after Spike in Local Transmissions." *Myanmar Times*. September 1.

Lwin Mar Htun. 2020. "Daw Aung San Suu Kyi to Host Homemade Cloth Mask Contest to Curb COVID-19 Spread in Myanmar." The *Irrawaddy*. May 8.

Mahase, Elisabeth. 2021. "Covid-19: Military Coup in Myanmar Sees Virus Response Crumble As Doctors Are Arrested." BMJ 2021;372:n704. http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n704) (검색일: 2021.05.30.)

Marsh, Nick. 2020. "'I Will Not Return to Work': Myanmar Coup Cripples Healthcare System." *BBC*. April 26. https://www.bbc.com/news/world-asia-56827116 (검색일: 2021.06.01.)

Mckenzie, Baker. 2020. "Myanmar: COVID-19 Updates: New Stay- at-Home Orders and Mandatory Quarantine for Nay Pyi Taw." *Lexology*. September 4.

MoHS(Ministry of Health and Sports) 2016. Myanmar National Health Plan 2017-2021. Ministry of Health and Sports, The Republic of the Union of Myanmar.

MoPFI(Ministry of Planning, Finance and Industry, Myanmar). 2020. "Overcoming as

One. COVID-19 Economic Relief Plan." April 27.

Nyan Hlaing Lin. 2020. "New Laboratory and Machine May Mean Wider Covid-19 Testing - Health Ministry." *Myanmar Now*. April 21.

Nwet Kay Khine. 2020. "Hitting where It Hurts: Impacts of COVID-19 Measures on Myanmar Poor." Transnational Institute. July 6.

OCHA. 2020. "Myanmar: COVID-19 Situation Report." https://reliefweb.int/updates?primary_country=165&source=1503&format=10.5#content (검색일: 2020.09.03.)

Radio Free Asia. 2020. "Myanmar Army Rejects Cease-Fire Proposal from Arakan Army and Allies." June 2.

Reuters. 2021/5/30. "Myanmar Covid-19 Outbreak Hits Health System Shattered after Coup."

Sai Wanna. 2020. "Tatmadaw Extends Ceasefire until October 31." *The Myanmar Times*. September 30.

Shoon Naing and Zaw Naing Oo. 2020. "Myanmar Races to Build Field Hospital as Coronavirus Surge Stretches Health System." *Reuters*. September 16.

Si Tura and Tim Schroeder. 2018. "Health Service Delivery and Peacebuilding in Southeast Myanmar." in Justine Chambers, Gerard Mccarthy, Nicholas Farrelly, and Chit Win, eds. *Myanmar Transformed? People, Places and Politics*. Singapore: ISEAS Publishing.

Stover, Eric and Patrick Vinck. 2007. "Cyclone Nargis and the Politics of Relief and Reconstruction Aid in Burma(Myanmar)." *JAMA* 300(6): 729-731.

Stover, Eric, Voravit Suwanvanichkij, Andrew Moss, David Tuller, Thomas J. Lee, Emily Whichard, Rachel Shigekane, Chris Beyrer, David Scott Mathieson. 2007. *The Gathering Storm: Infectious Diseases and Human Rights in Burma*. California and Baltimore: Human Rights Center, University of California, Berkeley and Center for Public Health and Human Rights, Johns Hopkins

Bloomberg School of Public Health.

Taylor, Robert H. 2015. "Responding to Nargis: Political Storm or Humanitarian Rage?" *SOJOURN*(*Journal of Social Issues in Southeast Asia*) 30(3): 911–932.

Thiha Lwin. 2020. "Myanmar Military Offers More COVID-19 Quarantine Beds to Civilians." *The Irrawaddy*. September 17.

Tin Maung Maung Than. 2009. "Myanmar in 2008: Weathering the Storm." *Southeast Asian Affairs 2009*. Singapore: ISEAS. pp. 195–222.

TNI(Transnational Institute). 2020/12/24. "The 2020 General Election in Myanmar: A Time for Ethnic Reflection."

UNDP(United Nations Development Programme). 2021. "COVID-19, Coup D'etat and Poverty: Compounding Negative Shocks and Their Impact on Human Development in Myanmar." April 30.

UN Habitat. 2020. "Community Support Is Key to Successful Hand-Washing Stations to Combat COVID-19 in Myanmar." June 2.

UNHRC. 2019. "The Economic Interests of Myanmar Military: Independent International Fact-Finding Mission on Myanmar." UN Human Rights Council. August 5.

Weng, Lawi. 2020. "Myanmar Rebel Coalition Calls for Military to Extend Ceasefire to Rakhine." *The Irrawaddy*. May 11.

Yu Mon Saw, Thet Mon Than, Sandar Aung, Laura Wen-Shuan Shia, El Mon Win, Moe Khaing, Nyein Aye Tun, Shigemi Iriyama, Hla Hla Win, Kayako Sakisaka, Masamine Jimba, Nobuyuki Hamajima, Thu Nandar Saw. 2019. "Myanmar's Human Resources for Health: Current Situation and Its Challenges." Heliyon 5(3). March. https://doi.org/10.1016/j.*heliyon*.2019.e01390 (검색일: 2020.09.08.)

Zaw Zaw Htwe. "Myanmar Migrants' Return from Thailand Delayed Over Travel Hassles." *The Irrawaddy*. April 30.

웹사이트

Ministry of Health and Sports, Myanmar. https://mohs.gov.mm/Home

Blavatnik School of Government·University of Oxford｜ Coronavirus Government Response Tracker. https://www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/coronavirus-government-response-tracker

IDMC(Internal Displacement Monitoring Centre). https://www.internal-displacement.org/countries/myanmar(IDPs 현황)

Our World in Data. https://ourworldindata.org/coronavirus

Worldometers. https://www.worldometers.info/coronavirus/

WHO. https://covid19.who.int/region/searo/country/mm(쿠데타 발발 이후 코로나19 현황)

World Bank. https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.GD.ZS?locations=MM(미얀마 보건지출 비율 관련 정보)

제3부
초국적 협력

제8장 동남아 최대 플랫폼 기업 그랩의 코로나19 대응
제9장 아세안 보건안보 협력의 제도화와
감염병 대응의 한계
제10장 대유행 시대 이전과 이후:
글로벌 보건과 동남아시아연구

제8장 동남아 최대 플랫폼 기업 그랩의 코로나19 대응*

고영경

Ⅰ. 코로나19, 그리고 소셜 임팩트

전 세계를 강타한 코로나19 팬데믹은 글로벌 경제에 심각한 타격을 주었으며 우리의 일상 전반에 영향을 미치면서 "뉴노멀"[1]로의 전환을 가속화시켰다. 위기는 비단 우리의 일상뿐만 아니라 기업의 활동과 가치에 대해서도 다시 생각하는 계기를 가져왔다. 기업의 사회적 책임이나 사회공헌활동(CSR: Corporate Social Responsibility)은 기업의 이윤 일부를 사회에 환원하는 자선활동의 일환으로 규정되었으며, 이는 매우 협소한 개념의 기업윤리에 기반하고 있다. 기업윤리는 법률 및 사회적 규약에 대한 규범적 기준을 준수한다는 제한적 해석과 적용에 머물러 있었다. 이에 따라 기업은 구호단체에 기금을 내거나 취약계층을 돕는 일련의 행위를 기업홍보나 최소한의 CSR로 진행해왔다.

---

* 이 장은 전북대 동남아연구소에서 발간한 전동연 이슈페이퍼 3호 "동남아 슈퍼앱 그랩이 코로나19에 대처하는 방식"(2020)을 수정 보완하여 작성한 것이다.

1 이전에 경험했거나 수행한 것과 다르지만 일반적이거나 전형적이 될 것으로 예상되는 현재 상황, 사회적 관습 등 새로운 기준이 세상 변화를 주도하는 상태. 코로나19 팬데믹 이전의 상황과 달라지는 상태.

위기 상황에서 기업의 CSR은 이전과는 달라져야 한다는 인식을 소비자, 정부 그리고 기업 모두가 갖게 되었다. 가난과 불평등, 의료 소외 지역과 노동자들의 감염 노출 등 사회문제와 환경문제에 전인류가 직면하고 있음이 부각되었다(Lancet 2020; Lowrey 2020; He and Harris 2020). 기업이 더 오랜 기간 살아남고 발전하기 위해서는 수익성과 함께 다양한 이해관계자들과 협력하지 않을 수 없으며, 상호 이익이 되는 길로 나아가지 않으면 안 된다는 공감대가 이뤄지고 있다(He and Harris 2020; Crane and Matten 2020).

기업은 단순히 재무적 성과를 향상시켜 주주 가치의 극대화를 추구하는 데 그치지 않고 사회적 가치를 동시에 추구하는 것으로 그 목표가 달라졌다. CSR은 이제 소셜 임팩트 혹은 사회적 가치라는 용어로 대체되고 있다. 사회적 가치는 환경과 경제 등 다양한 영역에서 지역사회를 비롯한 공동체의 장기적 이익과 발전에 기여하는 가치이다. CSR이 일종의 구제활동에 멈춘 것이라면, 소셜 임팩트는 혁신적인 비즈니스를 통한 사회문제의 해결을 목표로 삼고 그 과정에서 사회와 보다 직접적으로 연결된 활동 및 그 성과를 통해 사회에 긍정적인 영향력을 전달한다는 보다 포괄적인 의미를 담고 있다(Grieshaber 2020; Evans and Shiesfeld 2020; BCG 2019).

CSR이 기업 가치에 긍정적인 영향을 미친다는 것은 여러 연구(Jo and Harjoto 2011; Scherer·Palazzo·Baumann 2006)를 통해 실증적으로 입증되었다. 서로 다른 이해관계자들을 만족시키는 적절한 CSR은 기업 이미지에 도움을 주고, 이러한 기업들이 자본시장에서 더 우호적인 평가를 받는다(Flammer 2013; Madsen and Rodgers 2015; Franco et al. 2020; Rhou and Singal 2020).

미국 마이크로소프트 창업자 빌 게이츠부터 중국 알리바바의 창업자 잭 마에 이르기까지 전세계 기업가들이 앞 다투어 자금을 냈고 기업의 사회적 책임을 강조했다. 특히 사회문제 해결에 목적을 두고 출발한 스타트업들의 경우 사회적 가치와 소셜 임팩트는 그들의 설립 목적과도 이어져 있으므로 코로나19 위기 대응에 더더욱 적극적으로 나서야만 한다.

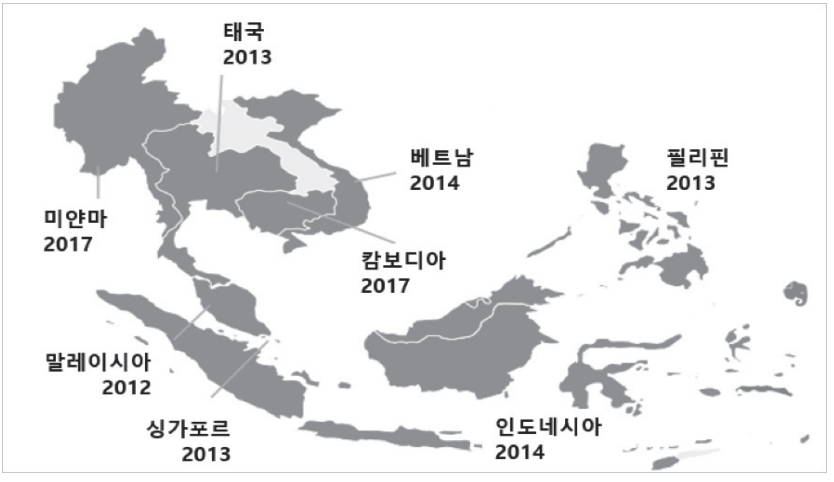
동남아 스타트업들은 과연 스스로 내세운 사회적 가치를 이행하고 있고 코

로나19에서 지역사회 및 이해관계자들과 함께 위기 대응을 해나가고 있는가라는 질문의 답을 그랩의 사례에서 찾아보고자 한다. 이어지는 절에서는 그랩이 어떤 기업인지, 이들이 어떻게 소셜 임팩트 활동을 해왔는지를 살펴볼 것이다. 그리고 코로나19에 대한 그랩의 대응과 소셜 임팩트가 그랩의 가치와 상장에 어떤 의미를 갖고 있는지 짚어본다.

II. 동남아 최대 플랫폼 그랩

그랩은 잘 알려진 대로 동남아시아에서 가장 성공한 스타트업이다. 2012년 택시 호출 서비스인 마이택시(MyTeksi)로 출발해서 그랩택시(GrabTaxi), 그랩카(GrabCar)를 거쳐 현재의 그랩(Grab)으로 성장해왔다. 말레이시아를 기반으로 시작했으나 초기부터 적극적인 해외진출을 도모한 그랩은 태국, 필리핀으로 나아간 후, 현재는 동남아시아 8개국 400개 이상의 도시에서 서비스를 제공하고 있다.

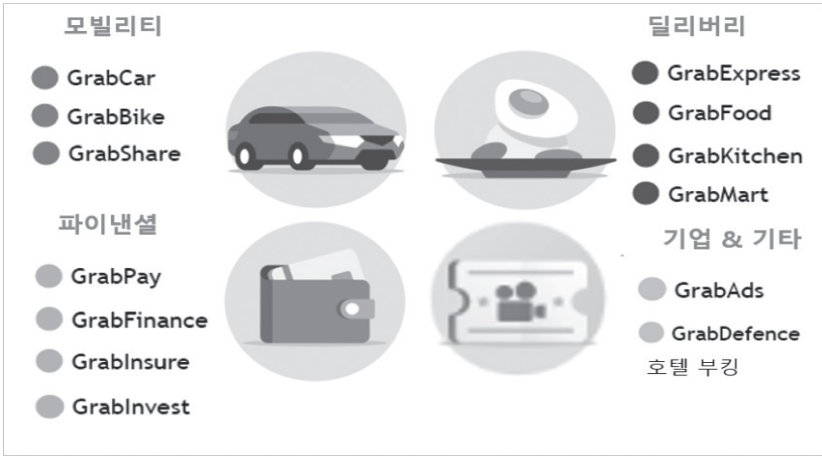
〈그림 8-1〉 **그랩 진출 동남아 국가와 시기**



출처: 그랩 홈페이지, 저자 정리

그랩의 주요 사업분야는 라이드-헤일링(ride-hailing)이며,[2] 이 플랫폼을 기반으로 음식배달 서비스인 그랩푸드(GrabFood), 디지털 결제 그랩페이(GrabPay)와 장보기 서비스 그랩마트(GrabMart)에서 각종 티켓 예약 서비스, 그리고 온라인 보험가입 그랩인슈어(GrabInsure)에 이르기까지 다양한 서비스 부문으로 사업영역을 확장해 갔다. 현재 동남아 라이드-헤일링과 딜리버리, 그리고 금융서비스 부문에서 모두 1위를 차지하며 하나의 플랫폼으로 일상생활에 필요한 여러 기능과 서비스를 제공하는 가장 강력한 슈퍼앱으로 자리매김했다(Grab Investor Presentation 2021).

〈그림 8-2〉 **그랩의 비즈니스 포트폴리오와 주요 서비스**



출처: 그랩 홈페이지, 저자 정리

---

2 공유차량 혹은 공유경제라는 광범위한 용어를 많이 사용했으나 다양한 서비스가 등장하면서 모빌리티 서비스라고 지칭한다. 모빌리티 서비스는 크게 셰어링과 헤일링으로 나눠진다. 카셰어링(car sharing), 라이드 셰어링(ride sharing)은 말 그대로 여러 사람이 공유하는 것으로 각각 하나의 자동차를 여러 사람이 공유하는 서비스, 카풀과 같이 한 운전자의 차량을 함께 타는 방식을 뜻한다. 공유자동차를 원하는 위치로 부르는 호출형 차량공유서비스는 카헤일링이며, 라이드-헤일링은 라이드셰어링과 카헤일링 서비스가 융합된 형태로, 이용자가 원하는 위치와 시간에 승차 서비스를 이용할 수 있도록 하는 호출형 승차공유 서비스이다. 그랩은 대표적인 라이드-헤일링 서비스 스타트업이지만 최근 전기차 카헤일링서비스도 시작했다(HMG Journal 2019/07/11).

그랩은 2021년 2월까지 총 33차례의 펀딩 라운드를 거쳐 121억 달러의 투자금을 유치했다. 주요 투자자로는 소프트뱅크와 디디(Didi), 토요타, 힐하우스 캐피탈, 중국투자공사 등이 있으며, 한국의 미래에셋 벤처투자와 SK, 현대자동차, 스틱인베스트먼트 등이 투자에 참여했다. 2020년 한 해 총 거래 금액은 125억 달러, 거래건수는 19억 건, 월간 유료 이용자 수가 2,500만 명이다(Grab Investor Presentation 2021a). 미국 주식시장에 상장을 앞두고 있는 그랩의 기업가치는 현재 395억 달러로 평가되고 있으며, 설립 8년 만에 명실상부 동남아시아 데카콘[3]으로 우뚝 섰다.

Ⅲ. 경제적 위치, 그리고 사회적 역할에 대한 그랩의 인식

그랩은 사회적 책임을 강조하고 꾸준히 실행해왔으며, 그 활동내역과 영향을 소셜 임팩트 리포트(Grab Social Impact Report)를 통해 알려왔다. 첫 번째 소셜 임팩트 리포트는 2019년에 발간되었는데 이는 상당히 이례적인 사건이었다. 그랩이 공식적으로 발행한 자료는 매우 간략한 회사 프로파일(Corporate Profile) 뿐인데 그에 비해 소셜 임팩트 보고서는 29페이지나 되는 분량으로 나왔기 때문이다. 비상장기업이라고 해도 기업규모에 비해 극도로 정보공개를 꺼리는 그랩은 2021년 주식시장 상장을 공식화 한 이후에야 기업 성과와 운영내용을 공개하였다. 두 번째 소셜 임팩트 리포트는 2021년 발간되었고, 36페이지에 걸쳐 코로나19 팬데믹 상황에서 그랩이 어떻게 사회적 책임을 다하기 위해 노력했는가를 보여주고 있다. 그만큼 그랩이 사회적 책임이나 사회적 가치를 실행하는 데 소홀히 하고 있지 않다는 점을 호소하고 있는 셈이다. 동남아 지역의 교통문제, 사회문제를 해결하는 솔루션을 제공하겠다는 그랩의 출발점은 소셜

3 유니콘은 기업가치 10억 달러, 데카콘은 기업가치 100억 달러 이상의 스타트업을 지칭한다.

임팩트의 정의 및 지향과 부합한다.

스타트업이 소셜 임팩트의 가치적 요소를 담고 있다고는 하나 그 활동이 지속적으로 이루어지기 위해서는 그 설립취지나 속성만으로는 가능하지 않다. 그랩 역시 스타트업으로 출발했으나 유니콘으로, 데카콘으로 성장한 거대한 기업이다. 그랩의 소셜 임팩트는 창업자의 가치관, 전략적 대응, 그리고 기업 이미지 제고라는 요인이 작용한 결과물이기도 하다. 그랩 창업자 안소니 탄과 후이링 탄은 마이택시를 시작할 때부터 교통 혼잡에 대한 해결책을 표방했다. 또한 그랩이 성장하는 과정에서는 교통뿐만 아니라 동남아 도시와 사회, 경제문제의 솔루션 제공 플랫폼이라는 보다 포괄적이고 거대한 비전을 "tech for good"이라는 슬로건에 담았다. 창업자들은 여러 인터뷰에서도 소셜 임팩트를 줄곧 강조해왔다(e27 2014/02/10; CNBC 2018/04/06; Grab 2019/09/24; Nikkei Asia 2020/04/30). 장애인 일자리, 실업자 구제와 빈곤계층의 소득증대, 중소기업의 온라인 진출 등에 그랩이 관심을 갖는 것은 창업의 근간과 맞닿아 있다고 볼 수 있다.

두 번째, 그랩의 사업 분야 및 시장 포지션에 따른 전략적 대응으로 사회적 책임활동을 강화할 수밖에 없다. 우버나 그랩카와 같은 라이드-헤일링 서비스가 처음 도입되었을 때 기존 택시 운전사와 마찰을 빚어왔고, 정확하게 불법도 합법도 아닌 회색지대에 놓여 있었다. 그러나 차량 호출서비스가 대중교통의 대체재가 되면서도 동시에 대중교통 이용을 늘리는 효과를 거두고, 일자리 창출에도 기여했기 때문에 정부는 결국 이를 허가하면서 사업조건을 추가했다. 국가별로 사정이 다르지만, 운전자들이 일정 수준의 교육을 받고 자격을 취득하거나 사업자가 고용조건을 보장하는 등의 단서조항을 달고 합법화되었다.

우버의 동남아 사업권을 인수한 직후부터는 압도적인 시장점유율을 가져간 탓에 독점적 지위가 문제로 제기됐다. 우버가 물러간 후 요금이 인상되자 이용자들도 그랩에 대한 부정적인 신호를 보내기 시작했다. 8개 국가에서 수많은 파트너와 이용자들과의 접점 최전선에 놓인 그랩으로서는 불편한 상황이 아닐 수 없었다. 결국 그랩은 싱가포르, 말레이시아, 베트남 등 각국 당국의 독점 여

부 조사 결과에 대해 법적 이의를 제기하기를 포기하고 과징금을 받아들였다. 우버 인수 이후 올라간 이용요금도 하향 조정되었다. 그리고 각국 경제에 대한 기여도를 내세우고 소셜 임팩트를 수치로 제시하는 등 적극적인 홍보로 대응에 나섰다.

〈그림 8-3〉 **그랩푸드와 그랩카의 파트너**



출처: Grab

1년 동안 그랩의 동남아 경제에 대한 기여도는 2019년 3월 말까지 58억 달러, 2020년 3월 말까지 85억 달러에 달한다고 그랩 스스로 밝히고 있다(Grab 2019b, 2021b).[4] 그랩 운전자 파트너는 5백만 명이 넘는데 그 중 21%는 그랩 합류 직전에 직장이 없었던 것으로 나타났다(Grab 2019b). 2020년 팬데믹 상황에서 이동이 감소하자 149,000명의 운전자 파트너들이 그랩푸드나 그랩마트, 그랩익스프레스 배달자로 전환해 소득을 이어갔으며, 115,000명은 신규 배달파트너로 유입되었다. 이는 그랩이 일자리 창출과 경제효과에 기여했다는 명확한 증거자료이다.

---

4 2020년 아세안 전체 GDP는 3.11조 달러(ASEAN Secretariat 2020), 인터넷 경제규모는 2020년 1천 50억 달러로 추산(Google & Temasek/Bain 2020).

그랩은 라이드-헤일링을 넘어서 슈퍼앱이자 디지털 은행을 아우르는 거대한 핀테크(FinTech) 기업으로 변신하는 중이다. 디지털은행 허가 여부는 정부 금융부처 소관이다. 플랫폼이 수익성을 내고 이 자리를 유지하려면 이용자들을 그만큼 유지해야 하고 추가된 서비스 모두에 이들을 붙잡아 둘 수 있어야 한다. 빅데이터 분석과 그에 기초한 마케팅 수단이 총동원되겠지만, 착한 기업 이미지도 그만큼 중요하다. 기업의 사회적 책임은 기업 이미지 제고에 도움을 주며, 궁극적으로는 소비자의 구매결정과 충성심에 영향을 미치기 때문이다(Bhattacharya and Sen 2004; Martin et al. 2009). 온라인상에서 이용자들이 경쟁앱이나 신규앱으로 갈아타는 것은 어려운 일이 아니며 전 세계 모든 소비자들과 마찬가지로 동남아인들도 윤리적이고 친환경의 사회적 책임을 다하는 기업을 선호한다.[5]

Ⅳ. 코로나19 대응

그랩은 동남아 8개국에서 교통과 음식배달 시장을 장악하고 있기 때문에 그랩 드라이버 파트너나 서비스 제공자들은 최종소비자와의 접점은 광범위할 수밖에 없다. 코로나19가 동남아 전역에서 발생하는 동안 그랩은 대면 접촉을 최소화하고 위생 및 안전 강화에 대한 노력을 기울였다.

매출의 가장 큰 부분을 차지하는 라이드-헤일링 서비스와 관련해서는 모든 차에 소독제를 비치하고 운전자의 마스크 착용을 의무화하는 한편 이용자 하차 후 환기를 하도록 하는 지침 등을 마련하였고, 권고사항을 차량에 부착하도록 했다. 건강 상태가 의심스럽다고 느끼는 운전자는 무료로 코로나19 진단검사를 받을 수 있도록 지원했다.

---

5 "Nielsen Global Corporate Sustainable Report"(2015)에 따르면 동남아시아 소비자 80%가 지속가능한 상품에 기꺼이 더 많은 비용을 지불할 용의가 있다고 밝혔다.

이용자가 원하는 컨시어지(concierge) 서비스를 제공하는 그랩어시스턴트(GrabAssistant)[6]는 그동안 싱가포르에서만 이용이 가능했으나 코로나19 확산을 계기로 필리핀, 인도네시아, 태국, 베트남 등 다른 지역으로도 확대되었다. 거동이 불편한 사람들에게 유용한 서비스였지만, 이동제한 상황에서 장애인이나 노인 등 많은 사람들에게 더욱 필요했기 때문이다.

〈그림 8-4〉 **그랩 어시스턴트**



출처: Grab 홈페이지

코로나19 상황이 예상보다 길어지면서 경제적으로 취약한 운전자나 식당 경영 자영업자나 소상공인 등 파트너들이 점점 위기상황에 내몰리자 직접적인 지원이 증가되었다. 그랩은 파트너 구호활동에 총 4천만 달러를 쏟았으며, 차량 렌탈에 5백만 달러의 보조금을 지급했다.

팬데믹 상황에서 가장 타격을 입은 업종은 식당과 카페 등 F&B 사업이다. 그랩푸드에 올라와 있는 파트너들을 지원하기 위해 '로컬 히어로즈(Local Heros)'라는 카테고리를 만들어 이용자들이 편리하게 더 많이 주문을 할 수 있

6 Grab 홈페이지. https://help.grab.com/passenger/en-vn/360026493271-What-is-GrabAssistant

도록 만들었고, 소비자가 직접 픽업하는 경우 일체의 수수료를 받지 않았다. 그랩푸드 파트너들이 수수료 리베이트를 받을 수 있도록 하고, 지불해야할 비용납부는 연기해주는 지원 패키지를 가동했다.

그랩의 주요한 서비스 파트너이면서 코로나19 사태로 누구보다 큰 어려움을 겪고 있는 부문은 소상공인과 음식점 등 자영업이다. 그랩은 온라인 사업전환과 마케팅 등을 지원해 자영업 매출을 높이고, 파트너들에게는 커미션 리베이트를 제공하거나 커미션 납입 연기, 마케팅 지원 등을 통해 현금흐름이 촉진될 수 있도록 도움을 주는 프로그램을 실시하고 있다. 문을 닫은 재래시장을 위해 온라인 판매가 가능하도록 돕거나 그랩푸드를 이용해서 주문한 뒤 주문자가 직접 픽업할 경우 수수료를 낮춰주거나 받지 않도록 조치했다.

지원프로그램은 운전자 파트너에게도 실행되었는데, 배송이나 차량 운전 서비스를 완료하면 리베이트나 인센티브를 지급하였다. 생계 위협을 받는 그랩 드라이버들에게는 운행 수익에 따른 커미션(수수료)을 절반으로 감면하고, 렌탈 수수료도 30% 삭감했으며, 6개월 동안 렌탈 비용의 20% 지불을 연기할 수 있도록 했다. 또한 정부의 협조 아래 라이드-헤일링 차량 운전자들이 음식배달이나 온라인쇼핑과 약국, 퀵배송 등의 배달 업무를 수행해 소득을 올릴 수 있도록 조치했다. 그 결과 말레이시아의 그랩카 운전자 18,000명이, 싱가포르에서는 운전자의 15%가 그랩 배송 서비스로 옮겨갔다. 이동금지 기간 동안 의약품 배달과 비응급 구급차 역할도 그랩카가 수행할 수 있었다. 각 국가마다 리베이트 금액은 다르지만 파트너들의 수입을 늘리고, 수요가 증가한 만큼 배송 파트너를 확보하는 데 유리하게 작용했다.

운전자나 배송파트너들의 감염을 대비해 싱가포르에서는 첩(Chubb) 보험사와 함께 무료 운전자 보험을 제공하기 시작했다. 싱가포르의 모든 그랩 운전자나 그랩푸드, 그랩익스프레스 파트너들이 혜택을 받을 수 있다. 또한 그랩 운전자가 코로나19에 감염되거나 자가격리가 될 경우, 재정적 지원을 받을 수 있다. 인도네시아의 경우 그랩 바이크나 그랩카 운전자가 확진되거나 자가격리 될 경우 한 차례 지원금을 받을 수 있으며, 만디리(Mandiri) 건강보험사로

부터 코로나19 관련 검사비와 진료비를 받을 수도 있다. 태국에서는 무엉타이(Muang Thai) 생명보험을 가입해 운전자들이 코로나19에 감염될 경우 최장 15일까지 보험금을 받고 추가적인 지원금도 받을 수 있게 하였다. 정부와의 협조하에 운전자들의 무료 건강 검진이 가능하며, 감염이 의심될 경우 그랩이 검진 보조금도 제공한다. 그 외 지역에서는 자가격리나 코로나19 치료를 받아야 하는 운전자들에 한해 수입 손실을 한차례 보전해주고 의료비 보조금도 지급된다. 말레이시아의 코로나19 확진 운전자에게는 재정 보조금을 일반 운전자들에게는 일일 가계지출에 도움을 주는 바우처를 지급했다. 필리핀에서는 확진 운전자의 의료비 지원을, 자가격리자에게는 한 차례 지원금이 지급된다. 베트남에서도 일부 운전자들에게 무료보험가입 혜택을 주고, 확진자에게는 의료비와 지원금이 지급을 약속했다. 미얀마에서도 확진 판정을 받거나 자가격리 조치에 취해진 운전자들이 1회의 재정 지원을 받을 수 있다. 이 외에도 렌트 보상금과 긴급지원금, 대출 상황 유예와 같은 지원도 그랩이 제공하고 있다. 베트남과 미얀마, 필리핀에서는 어려움에 처한 운전자들을 위해 총 576톤의 쌀을 배포했다. 코로나 방역에서 가장 큰 기여를 하고 있는 보건의료 분야의 종사자들을 위한 서비스도 내놓았다. 보건의료직 종사자들의 출퇴근을 돕고 이들에게 식사를 배달해주는 등 지원하는 일에 등록운전자 15,000명이 자발적으로 참여하겠다고 나섰다.

정부의 방역과 경기부양책 실행에도 그랩의 플랫폼이 활용되었다. 그랩이 사업을 진행하는 8개 국가에서 정부가 감염자 추적 조사를 지원하는 프레임워크 및 대시보드를 구축하여 감염확산 방지에 협력했다. 그 외 각국 정부와의 협력을 보면, 먼저 말레이시아 정부가 경제 부양 패키지에서 운전자 파트너들에게 배분하는 재정적 지원을 그랩 전자지갑을 통해 지급하였고, 5만 명의 운전자들이 이를 수령했다. 인도네시아에서는 사회부가 수십만 취약계층 가구에 일용품(sembako) 원조 패키지를 배송하는 일을 그랩이 도왔고, 농업부와 협력하여 식품이나 기타 필수재 공급과 배분업무를 지원했다. 필리핀 농업부와 협력해 메트로 마닐라 전역에서 고객들이 그랩익스프레스를 통해 농부들이 직접

생산한 신선 식품과 고기를 구매해 집에서 받을 수 있도록 협력 시스템을 가동했다. 이는 필리핀의 농업부문 창업자와 지방 농부들을 지원하는 방식의 일환이다.

Ⅴ. 그랩의 소셜 임팩트와 기업가치

2021년 그랩은 미국 주식시장에 상장을 예고함과 동시에 구체적인 계획을 발표했다(Reuters 2021/04/13). 코로나19 확산으로 동남아 각지에서 봉쇄나 사회적 거리두기가 강화되면서 사람들의 이동량이 급감했고 쇼핑몰과 식당의 이용이 제한되었다. 그랩 매출에 가장 큰 부분을 차지했던 모빌리티 부문은 이용자가 크게 줄어들었으나 반면에 딜리버리와 금융서비스는 이용자가 증가했고, 그랩헬스를 통한 온라인 상담은 2020년 2월부터 4월간 그 직전보다 무려 14배가 증가했다. 팬데믹의 충격을 감안하면 기대 이상의 실적을 거두었다고 볼 수 있으며 그랩이 2021년 기업공개자료를 발표할 수 있는 근간이 되었다.

주식시장에서 글로벌 투자자들에게 어떤 평가를 받을 것인지는 그랩뿐만 아니라 모든 기업에게 무엇보다 중요한 사안이다. 재무적 가치를 높이기 위해서 지금까지의 실적만큼이나 향후 비즈니스가 지속적으로 성장할 것이라는 확신을 투자자들에게 심어줄 수 있어야 하며, 또한 기업의 사회적 책임과 사회적 가치를 구현하는 활동을 보여줌으로써 기업 이미지와 브랜드 인식을 긍정적으로 강화시키는 행위도 중요하다. 특히 전 세계적으로 ESG(Enviornment, Social Value, Governance)를 강조하는 상황에서 글로벌 투자자들을 설득하는 데 소셜 임팩트는 중요한 요인으로 작용한다. 팬데믹 기간 동안 CSR 활동에 적극적으로 참여하는 기업의 기업가치가 더 높다고 분석한 연구도 있다(Qie et al. 2021; Arora et al 2021).

그랩은 소셜 임팩트는 2020년 이전에도 진행되었고, 팬데믹이라는 외부적 충격을 맞닥뜨려서도 수동적으로 대처하기보다는 지역사회와 함께 대처하기

위해 더 다양한 방법으로 노력했다. 운전자나 이용자 등 이해관계자와 파트너들을 지원을 신속하게 진행했고, 정부와의 협력을 통해 사회가 필요로 하는 기능을 지원하고, 온라인과 떨어져 있던 자영업자와 소상공인, 장애인 일자리의 디지털 전환을 가능하게 하는 상생을 도모했다. 이러한 그랩의 행위는 창업정신을 구현하는 과정이면서 동시에 이용자 혹은 잠재적 소비자들과 투자자들에게 그랩의 이미지와 브랜드를 긍정적으로 바라보게 만들 것이다. 재무적 이익을 극대화와 더불어 사회적 가치를 증대하는 데 최소한 부정적인 영향을 미치지는 않을 것으로 보인다.

상장 이전 가치평가(valuation)에서 390억 달러의 몸값을 갖는다고 평가받는 그랩이 적극적 위기대응과 소셜 임팩트로 인해 향후 기업가치가 더 높아진다면, 다른 동남아 스타트업들과 동남아에 진출한 한국기업들로 하여금 '착한 기업'을 지향하는 노력이 이 지역에서도 유의하다는 것을 깨닫게 해주는 분명한 사례가 될 것이다.

참고문헌

고영경. 2020. "동남아 슈퍼앱 그랩이 코로나19에 대처하는 방식." 전북대 동남아연구소 이슈페이퍼 3.

Arora, S., Sur, J. and Y. Chauhan. 2021. "Does Corporate Social Responsibility Affect Shareholder Value?: Evidence from the COVID-19 Crisis." *International Review of Finance* 2021: 1-10.

Bhattacharya, C., Sen, S. 2004. "Doing Better at Doing Good: When, Why, and How Consumers Respond to Corporate Social Initiatives." *California Management Review* 47(1): 8-24.

CNBC. 2018. "CNBC Transcript: Anthony Tan, Group CEO, Grab." April 6.

Cranem A., Matten, D. 2020. "Covid-19 and the Future of CSR Research." *Journal of Management Studies*. 10.1111/joms.12642

e27. 2014. "My First Venture was at 11, Says Anthony Tan, Who Traded Comics Then." February 10. https://e27.co/first-venture-11-says-anthony-tan-traded-comics-20210504/

Evans, Rhonda and Tony Shiesfeld. 2020. "Measuring the Business Value of Corporate Social Impact, Beyond Social Value to Enterprise Performance." *Deloitte Insights* 27: 139-153.

Flammer, C. 2013. "Corporate Social Responsibility and Shareholder Reaction: the Environmental Awareness of Investors." *Academy of Management Journal* 56(3): 758-781.

Franco, S., Croli, M., Del Chiappa, G. 2020. "Are you Good Enough?: CSR, Quality Management and Corporate Financial Performance in the Hospitality Industry." *International Journal of Hospitality Management* 88(102395): 1-12.

Grab. 2019a. "Grab Sets 2025 Goals to Use Tech for Good in Southeast Asia."

September 24. https://www.grab.com/sg/press/social-impact-safety/grab-sets-2025-goals-to-use-tech-for-good-in-southeast-asia/

_____. 2019b. "Social Impact Report 2018/2019."

_____. 2020. "Social Impact Report 2019/2020."

_____. 2021a. "Grab Investor Presentation."

_____. 2021b. "Grab Corporate Profile."

Grieshaber, Robbie. 2020. "Cutting through the Jargon: What's the Difference between CSR, Social Impact, and Social Value?" Impact. December 9. https://impactreporting.co.uk/difference-between-csr-social-impact-and-social-value/

He, H., Harris, L. 2020. "The Impact of Covid-19 Pandemic on Corporate Social Responsibility and Marketing Philosophy." *Journal of Business Research* 116: 176-182.

HMG Journal. 2019. "자동차 공유 서비스 어디까지 써봤니?" 7월 11일. https://news.hmgjournal.com/TALK/%EC%9E%90%EB%8F%99%EC%B0%A8-%EA%B3%B5%EC%9C%A0-%EC%84%9C%EB%B9%84%EC%8A%A4-%EC%96%B4%EB%94%94%EA%B9%8C%EC%A7%80-%EC%8D%A8%EB%B4%A4%EB%8B%88

Jo, H., Harjoto, M. 2011. "Corporate Governance and Firm Value: the Impact of Corporate Social Responsibility." *Journal of Business Ethics* 103(3): 351 - 383.

Lowrey, A. 2020. "Don't blame Econ 101 for the Plight of Essential Workers." *The Atlantic*. May 13.

Madsen, P., Rodgers, Z. 2015. "Looking Good by Doing Good: the Antecedents and Consequences of Stakeholder Attention to Corporate Disaster Relief." *Strategic Management Journal* 36(5): 776-794.

Martin, L., Martín, P., Rubio, A. 2009. "Doing Good and Different! The Mediation Effect of Innovation and Investment on the Influence of CSR

on Competitiveness." *Corporate Social Responsibility and Environmental Management* 24(2): 159-171.

Nikkei Asia. 2020. "Grab: From Business-school Project to Game-changer in Southeast Asia." April 30.

Qiu, S., Jiang, J., Liu, X., Chen, M., Yan, X. 202. "Can Corporate Social Responsibility Protect Firm Value during the COVID-19 Pandemic?" *International Journal of Hospitality Management* 93. https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2020.102759

Reuters. 2021. "Brief: Grab Plans to Go Public in Partnership with Altimeter." April 13.

Rhou, R., Singal, M. 2020. "A Review of the Business Case for CSR in the Hospitality Industry." *International Journal of Hospitality Management* 84(102330). 10.1016/j.ijhm.2019.102330

Scherer, A., Palazzo, G., Baumann, D. 2006. "Global Rules and Private Actors: Toward a New Role of the Transnational Corporation in Global Governance." *Business Ethics Quarterly* 16: 505 - 532.

Schewartz, A. 2017. "What is Social Impact Anyways?" The Center for Social Impact Strategy. August 30. https://csis.upenn.edu/news/what-is-social-impact-anyways/

The Lancet. 2020. "Editorial: The Plight of Essential Workers During the COVID-19 Pandemic." *The Lancet* 395(10237): 1587.

Young, D., Woods, W. and M. Reeves. 2019. "Optimize for Both Social and Business Value." BCG Henderson Institute. June 28. https://www.bcg.com/publications/2019/optimize-social-business-value

제9장 아세안 보건안보 협력의 제도화와 감염병 대응의 한계*

백용훈

기후, 환경, 지리적 위치 등의 측면에서 볼 때 동남아시아 사람들은 감염병의 위험이 높은 환경에 노출되는 상황을 자주 경험해왔다. 동남아시아는 고온다습한 아열대 지역에 위치해 있다. 아열대 지역은 각종 병원균 바이러스뿐만 아니라 모기 등 매개체의 활동에 유리하다. 이 때문에 말라리아, 뎅기열, 콜레라 등을 포함한 바이러스 감염의 발생 빈도가 높다(조한승 2018). 동남아시아의 농촌과 산악 지역에서는 동물의 사육과 인간의 거주가 같은 공간에서 이루어지는 경우가 빈번하다(Wilson 2014: 137). 가금류 등 동물의 사육 방식은 동물원성 병원체의 인간 감염, 즉 인수공통감염병(zoonosis)의 가능성과 신·변종 감염병의 등장에 직접적인 영향을 미친다.

전염의 속도와 범위는 높은 인구밀도와 함께 인구이동의 급증과 밀접한 관련이 있다. 동남아시아는 과거부터 동서 왕래의 관문 역할을 하면서 문화, 이주, 그리고 사상의 초국적이고 중층적인 양상이 지속된 곳이다. 1990년대 세계화로 인한 무역자유화와 지역통합은 국가 간 교류의 증가로 이어졌다. 2000년

* 이 장은 "아세안(ASEAN)의 보건 위기 대응과 협력: 감염병과 보건안보(Health Security)"(백용훈 2020)를 일부 수정 보완한 것이다. 2020년 7월 이후 아세안의 감염병 대응 상황을 추적하여 반영하였고 결론에는 보건안보 측면에서의 함의를 보충하였다.

이후 과학기술의 발전으로 인해 사람들의 이동이 더욱 증가하고 그 속도가 빨라지면서 국가의 경계를 넘는 감염병의 유행이 더욱 심각해지기 시작했다. 상대적으로 젊은 층의 인구가 풍부한 동남아시아 지역은 세계에서 가장 빠르게 발전하고, 산업화되고, 도시화되는 지역 중 하나다. 이에 따라 교역과 투자의 급증 그리고 저가 항공의 확대로 인해 노동, 사업, 관광, 교육 등을 목적으로 다양한 인구의 이동이 활발하게 이루어지고 있다.

2000년대 이후 발생한 사스(SARS), 조류독감(Avian Influenza), 인플루엔자 A(Influenza A) 등의 바이러스는 동남아시아 지역의 보건 문제에 심각한 위기의식을 불러일으켰다. 그리고 반복되는 자연재해와 기후 변화 역시 건강에 대한 위협의 요소로 작용하고 있다(Caballero-Anthony 2005; Lamy and Phua 2012; 이상환 2011; 민병원·진경인 2014). 뿐만 아니라, 인구학적 변동과 역학적 변천, 즉 생활방식, 식습관의 급속한 변화, 그리고 과체중 등으로 인하여 비전염성 만성 질환(non-communicable diseases)의 비중 역시 커지고 있다(OECD and WHO 2018: 40). 즉, 동남아시아 사람들은 감염병의 지속적인 위협과 함께 만성 질환으로 인한 질병의 이중 부담을 겪고 있다(백용훈 2020).

이상과 같은 동남아시아 지역의 지리적 위치와 환경, 감염병의 위험, 그리고 질병 부담 등의 상황에 주목하여 이 글은 10개 회원국(브루나이, 캄보디아, 인도네시아, 라오스, 말레이시아, 미얀마, 필리핀, 싱가포르, 태국, 베트남)으로 구성된 동남아시아국가연합, 즉 아세안(ASEAN: Association of Southeast Asian Nations)의 보건협력에 주목한다. 이 글의 목적은 1967년에 아세안이 창설된 이래 회원국들이 보건 이슈에 어떻게 대응해왔으며 협력이 어떠한 형태로 진행되어 왔는가를 파악하기 위한 것이다. 그리고 지역 수준에서의 협력이 코로나19의 대응 과정에서 어떠한 성과와 한계를 보여주었으며 향후 과제가 무엇인가를 검토해 보고자 한다.

연구 방법은 문헌 검토 및 분석이다. 동남아시아 주요 전염성 질병의 역사, 건강 상태 그리고 보건 수준에 관한 내용은 국·영문 단행본, 연구 논문, 그리고 인터넷 자료 등을 참고하여 정리하였다. 1967년부터 최근까지 아세안 회원

국들의 보건 이슈에 대한 대응 과정은 아세안 사무국(ASEAN Secretariat) 홈페이지에 게시되어 있는 아세안보건장관회의(ASEAN Health Ministers Meeting)의 의제와 선언문의 내용을 참고하였다.[1] 외교 정책 문서에서 사용되는 언어는 안보, 개발, 글로벌 공공재, 교역, 인권, 그리고 윤리 등 건강 문제를 다루는 방식을 이해하는 데 도움이 된다(Labonte and Gagnon 2010; Rushton 2010). 특히, 지역 조직이 역내 건강 문제를 관리하고 해결하는 방법, 협력을 촉진하거나 방해하는 이유를 파악하는 데 유용하다(Caballero-Anthony 2018).

1절에서는 우선 건강과 보건에 관한 글로벌 협력을 이해하는 데 있어서 중요한 보건안보(health security) 개념과 관련 선행연구를 살펴본다. 냉전체제 종식 후 비전통적 안보(Non-Traditional Security) 개념의 등장, 건강 및 공중보건이 비전통적 안보의 주요 논점으로 등장하게 된 배경, 감염병 확산 사태를 계기로 부상한 글로벌 보건 거버넌스 관련 논의의 주된 내용과 지역 간 협력의 필요성 등을 순차적으로 정리한 후 아세안 차원의 보건협력 현황과 한계에 대한 검토의 필요성을 제시할 것이다.

2절에서는 동남아시아 지역의 보건 분야에 대한 독자들의 기초적인 이해를 돕기 위하여 아세안 10개 회원국의 건강 및 보건의 질과 자원의 수준, 그리고 동남아시아 지역에서 발생한 주요 바이러스 감염병 유행 사례를 검토한다. 그리고 3절에서는 아세안 보건협력의 주요 거버넌스에 해당하는 아세안보건장관회의의 의제와 시기별 특징을 파악해보고자 한다. 4절에서는 아세안의 코로나19 대응 과정과 함께 사스 사태 이후 제도화된 아세안 보건협력 체계의 실질적

---

1 아세안의 보건협력 거버넌스와 이행 관련 핵심 구조는 아세안보건장관회의(AHMM: ASEAN Health Ministers' Meeting)와 아세안 보건 분야의 개발에 관한 고위급관료회의(SOMHD: Senior Officials' Meeting on Health Development)로 구성된다. 아세안보건장관회의는 아세안 보건 정책을 결정하고 고위급관료회의의 결정과 보고를 승인한다. 이 회의는 2년마다 개최되며 긴급한 문제를 논의하기 위하여 필요에 따라 특별 회의를 주최한다. 고위급관료회의는 목표를 달성할 수 있도록 전략적 관리를 책임진다. 일 년에 한 번 이상 소집되고 긴급한 문제를 논의하기 위해 특별 혹은 추가 회의가 소집될 수 있다(ASEAN Secretariat, "Overview").

성과와 한계를 논의하면서 보건안보 측면에서 아세안 보건협력의 과제를 제안한다.

Ⅰ. 보건안보, 감염병 그리고 지역협력

1. 냉전체제 종식 이후 보건안보 개념의 등장과 확대

보건안보(health security)는 인간 공동체의 유지와 안전의 측면에서 각종 질병의 예방, 처치, 그리고 대응에 접근하는 것을 의미한다. 즉, 보건안보는 공동체를 구성하거나 공동체와 상호 관계를 맺고 있는 개별 인간, 국가, 국제기구, NGO, 제도, 기술 등 다양한 요소들의 역할과 이들 간 상호작용을 모두 포괄하는 다차원적인 개념에 해당한다(정혜주 2016; 조한승 2018 재인용).

건강을 안보와 함께, 즉 보건안보(health security)의 용어로 이해하기 시작한 것은 1990년대 냉전체제 종식 이후부터였다. 선진국들을 중심으로 안보 개념이 재정립되었고, 그 일환으로 국가안보를 위협하는 국제보건 문제가 새롭게 각광을 받기 시작했다(민병원·진경인 2014). 당시 안보 연구는 환경 결핍 및 악화, 질병의 확산, 인구 과잉, 대량 난민 이동, 민족주의, 테러, 그리고 핵 재앙과 같은 비군사적 안보 위협의 주제로 확대되었는데, 안보 위협의 요소에 일반적으로는 건강 문제가 그리고 구체적으로는 전염병이 추가되면서 안보를 재정의하기 위한 시도로 이어진 것이다.

건강 및 공중보건이 비전통적 안보의 주요 논점으로 등장하게 된 배경은 다음과 같다. 인체면역결핍바이러스/후천성면역결핍증(HIV/AIDS: Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome)의 대유행, 신종 및 재유행 전염성 질병(emerging and re-emerging infectious diseases)의 글로벌 문제 인식, 테러리스트의 생물학적 무기 사용으로 인한 공포 증가 등의 문제는 공중보건(public health)의 관심사를 점차 국가안보(national security)의 문제로 고려해

야 한다는 논의로 확대되도록 만들었다. 이는 냉전 이후 개발도상국에서의 전염성 질병이 빈곤, 국가 실패, 그리고 국가 및 지역의 불안정에 영향을 미칠 수 있고 글로벌 시대에 국민국가의 안보에 직간접적인 위협의 요소가 될 수 있다는 주장에 따른 것이었다(Price-Smith 2002: 49-77).

공중보건은 전염성 질병 및 비전염성 만성 질환, 신체 및 정신 건강, 질병 예방 및 치료, 지역, 국가, 국제 및 세계적 차원의 정책 활동을 포괄하는 광범위한 분야이다. 개별 환자의 건강보다는 인구의 건강과 안전을, 치료 및 관리보다는 부상 및 질병의 예방을, 의사와 환자보다는 정부와 지역사회의 관계를, 개인 의료서비스보다는 공중보건의 과학적 방법론(생물 통계학 및 역학)에 기반한 인구 기반 서비스를 의미한다(Gostin and Gostin 2000; Fieler 2003: 798). 이러한 측면에서 볼 때 공중보건의 관심사가 국가안보의 문제로 고려된다는 것은 다양한 보건 분야의 문제를 인구 건강에 중점을 두고 건강에 대한 위협으로부터 인구를 보호하는 정부의 역할이 더욱 강조되는 것을 의미한다.

국제 사회에서 감염병이 안보의 문제로 실질적으로 받아들여지기 시작한 것은 미국 정부가 HIV/AIDS를 국가안보 위협과 외교 정책 과제의 구성 요소라고 발표하면서부터였다. 2000년 1월에 CIA(Central Intelligence Agency)의 국가정보위원회가 발표한 보고서(The Global Infectious Disease Threat and Its Implications for the United States)에 따르면, 전염성 질병을 미국에 대한 국가안보 위협으로 제시했다. 전염성 질병이 미국 외교 정책의 문제로 다루어져야 한다는 주장은 기존에도 제기되었지만, 전염병과 국가안보의 연계성을 강조하는 것은 이전과 다른 차별화된 정책 이니셔티브였다.

전염병을 안보 이슈화하는 주요 목적은 일국 내외에 있는 관련 행위자들에게 위험에 대한 경계심을 갖도록 하는 것에 있었다. 세계화와 함께 사람과 상품의 이동 규모, 속도, 그리고 그 범위는 국가마다 다양하며 이러한 과정에서 동반되는 감염병의 위험 등의 요소는 예측 불가능하다. 즉, 불확실성을 동반한 감염의 발생과 재발 등은 지역의 안정을 위협할 수 있는 요소이기 때문에 안보 이슈로 다루어져야 한다는 논리를 만든 것이다(Caballero-Anthony 2005: 489-495).

이와 함께 세계보건기구(WHO: World Health Organization)는 “글로벌 보건안보(Global Health Security)”라는 관점에서 전 세계적인 전염병 통제를 촉진하기 위하여 안보의 개념을 의식적으로 이용하기 시작했다. 이전에는 유엔(UN)이 세균(microbial foe)에 의해 야기된 안보 문제를 논의한 적이 없었지만, 1986년에 설립된 WHO를 통해 HIV/AIDS를 비롯한 전염성 질병의 퇴치를 위한 노력을 체계화하기 시작했다.

최근 등장한 글로벌 보건(Global Health) 개념은 WHO가 정의한 건강의 개념인 “완전한 신체적, 정신적, 사회적 웰빙 상태”(WHO 2018)를 넘어서 전 세계적 수준에서 무역, 여행, 식량 안보 등의 문제를 다루는 사람 및 제품의 이동과 같은 건강의 모든 부문 간 사회적 결정요인을 포함하도록 확장되었다(Woodward et al. 2001; Lamy and Phua 2012 재인용). 즉, 보건 개념은 단순히 질병의 부재뿐만 아니라 인권, 환경, 빈곤 등 사회적 및 환경적 권리까지 포함하는 “인간 안보”의 측면에서 확대 해석되었다. 그리고 보건 문제의 해결은 단순히 의학적 예방과 대응 차원에서만이 아니라 정책, 인프라, 문화 등 다양한 분야를 포괄하는 방식의 접근이 필요한 것으로 이해되고 있다. 즉, 보건 문제는 보건에 대한 접근이 개인의 ‘건강’뿐만 아니라 사회의 ‘안전보장’의 차원에서 다루어져야 한다는 것을 의미한다(조한승 2018).

최근 글로벌 보건 의제는 세계 각 국가가 빈곤을 줄이고 건강과 교육을 개선하며 평화, 인권, 성 평등, 그리고 환경의 지속가능성을 증진시키기 위하여 세계적인 파트너십을 촉구한다는 점을 강조하고 있다. 또한 강력하고 탄력적인 건강시스템 구축과 지속가능발전목표(SDGs: Sustainable Development Goals)의 주요 목표인 보편적 건강보장(UHC: Universal Health Coverage)에 특별한 주의를 기울인다(WHO and WB 2017: 5).

2. 보건안보와 보건협력

사스 등 최근 전염병 사례를 경험하면서 도출한 주요 함의는 보건과 안보 사이의 밀접한 연관성을 파악할 필요가 있다는 것이다. 전염병을 반복적으로 경험하면서 학문적 접근은 보건 위기를 더욱 안보의 측면에서 인식해오고 있다. 보다 넓은 의미를 포함하는 비전통안보(non-traditional security)와 신흥안보(emerging security) 등의 개념과 패러다임이 부상하면서 개별국가 차원을 넘어 지역 및 글로벌 차원에서 문제를 해결하기 위한 복합적인 거버넌스의 메커니즘을 모색해야 하는 필요성이 대두하였다. 최근 코로나19 신종 감염병의 전 세계적 대유행(Pandemic)으로 인하여 보건 문제는 더 이상 일국적 차원이 아닌 초국가적인 연대와 협력을 통해 해결해야 하는 방향으로 전환되고 있다.

보건안보에 관한 선행 연구들은 안보의 달성에 영향을 미치는 주요 요인들을 규명하는 작업을 진행해왔다. 다수의 선행연구들은 WHO와 같은 국제기구의 역할을 강조한다(Gupta and Guin 2010). 그리고 감염병 발생에 따라 보건 위기에 대응하는 방식과 그 효과성의 차이를 가져오는 국내 및 국제적인 요인들을 탐구하거나 글로벌 보건 거버넌스(global health governance)라는 포괄적인 개념의 틀에서 보건협력의 다양한 양상들을 분석하는 접근을 시도해왔다(신상범 2017).

보건위기가 국가 간 관계에 어떠한 영향을 미치고 국제사회가 공동의 위기에 어떻게 대응할 수 있는지에 관한 논의도 진행되었다. 그리고 점증하는 국제사회의 전염병 문제가 안보의 시각에서 이해될 필요가 있다는 주장과 함께 국제협력을 보다 공고히 모색해야 한다는 주장이 등장했다(이상환 2008, 2009; 민병원·진경인 2014 재인용). 특히, 실시간 질병 감시, 정보의 취합과 보고, 그리고 대응 등 감염병 대비의 전 과정에서 지역 및 초국가 기구의 끊임없는 교류와 협력이 필요하다는 것을 주장한다(최은경·이종구 2016). 이상의 연구들은 모두 세계화의 심화와 함께 국내 방역만으로는 전염병을 퇴치하기 어렵고 현대 의학으로 해결하기 힘든 변종 바이러스가 존재하기 때문에 초국적 협력 없이는

전염병으로부터 자유로울 수 없다는 인식을 토대로 협력의 틀을 강조한다.

한편, 일부 연구들은 개별 국가의 경제 발전, 민주성 그리고 정부의 능력과 같은 국내적인 변수에 초점을 맞추어 보건안보를 논의해왔다. 이효원·이수지·조화순(2019)은 중국을 사례로 데이터 분석을 통해 민주주의와 정부의 능력과 같은 국내 정치적인 변수가 국제적인 요인이나 경제적인 변수보다 보건안보의 달성에 중요한 요인이라는 점을 검증했다. 이상환(2011)은 동아시아 16개국, 즉 동북아(한국, 북한, 일본, 중국, 대만, 몽골) 지역과 동남아(태국, 필리핀, 인도네시아, 말레이시아, 브루나이, 베트남, 캄보디아, 라오스, 싱가포르, 미얀마)를 연구대상으로 하여 상호의존론(interdependence perspective)의 관점에서 세계화지수, 민주화지수, 소득양극화지수, 전염병발생 관련 지표, 보건의료 관련 지표 등을 토대로 경험적인 분석을 진행했다. 전염병 발생이 개별국가의 지역협력 필요성을 무조건 제고시키지 않았고 비민주적인 국가, 소득양극화가 심화된 국가에서는 정부의 관심사가 크지 않으며 시민사회 역시 정부에 이를 요구할 역량을 갖추지 못하고 있다는 점을 규명했다.

본 연구가 주목하는 동남아 지역 혹은 아세안의 보건협력에 관한 선행 연구는 상당히 부족하며 특히, 국내 학술지에서 적극적으로 다루어지지 않았다. 주요 연구는 동아시아 지역의 차원에서 사스 사태로 인한 보건협력의 함의, 보건 거버넌스의 강화를 위한 의제 그리고 보편적 건강보장(UHC)과 국가별 건강재정 메커니즘(Health Financing Mechanism)의 체계 등에 주목하였다(Caballero-Anthony 2005, 2008, 2018). 그리고 최근 코로나19 사태와 관련하여 아세안 회원국들의 위기 대응에 관한 연구논문 및 보고서가 출판되었다(김희숙 외 2020; Djalante 2020; OECD 2020/05/04).

한편, 아세안이 당면한 건강 문제와 장기적인 관점에서 지역협력, 조정 그리고 대응의 필요성에 주목한 연구들도 존재한다(Kumaresan and Huikuri 2015). 아세안 지역은 인구통계학적 및 역학적 전환으로 인해 중요한 건강 문제에 직면해 있다. 감염성 질병의 지속적인 위협과 함께 비전염성 만성 질환이 증가하면서 개발도상국에 일반적으로 존재하는 질병의 이중 부담에 직면해 있다. 아세

안은 회원국 간 경제적, 문화적, 정치적 차이가 존재하는데, 이러한 격차를 어떻게 해소하면서 효과적으로 협력해나갈 수 있는가에 관한 논의가 진행되었다.

대표적으로, 라미와 푸아(Lamy and Phua 2012)는 유럽연합(EU)의 회원국 간 실험되고 있는 개방형 정책 조정 방식(Open Method of Coordination)을 통해 아세안이 보다 효과적으로 협력할 수 있다고 주장했다. 아세안 회원국은 전염병의 시기에만 정치적 의지가 분명하게 나타났으며 회원국 간 격차로 인해서 단기 및 장기적인 건강 문제에 대하여 동등한 정치적 의지를 보여주지 않는다는 점을 문제로 지적했다. 장기적인 건강 위험을 해결하기 위한 지역적 대응, 특히 보건 정책 입안자 혹은 보건인력의 교육 그리고 역량 구축의 형태와 같이 공통의 표준을 달성하기 위한 지역협력이 필요하다는 점을 강조한다.

이상의 선행연구들은 아세안이 당면한 건강 문제와 보건협력의 필요성을 제기하고 있지만 다음과 같은 한계가 존재한다. 첫째, 아세안 지역의 건강 및 보건 상황을 이해하기 위한 국내 연구가 미진하다. 코로나19 사태로 인하여 동남아시아 지역의 보건 분야에 관한 관심이 보다 증가했지만 보건 관련 지표는 물론이고 동남아시아 지역에 영향을 미친 주요 감염병 사례에 관한 정보가 부족하다. 둘째, 아세안의 보건협력에 관한 분석의 범위는 주로 사스 사태 이전과 이후의 시기에 국한되어 있어 아세안 창설 이후부터 최근까지 진행되고 있는 보건협력에 관한 일련의 과정을 이해하는 데 한계가 있다.

II. 아세안 회원국의 보건 관련 지표와 주요 감염병의 역사

1. 아세안 회원국의 보건 관련 지표

(1) 건강 상태

OECD와 WHO(2018) 자료에 따르면, 국가별 건강 상태를 비교하는 데 사용되는 5가지 지표는 남성과 여성의 기대여명, 남성과 여성의 65세까지의 생존율,

그리고 출생아 1,000명당 5세 미만의 사망률이다. 건강 상태는 국가 경제 발전 수준에 따라 국가별로 일정한 차이를 보여준다. 아세안 10개국 중 브루나이와 싱가포르는 고소득 국가에, 말레이시아와 태국은 중상위 소득 국가에, 그리고 캄보디아, 인도네시아, 라오스, 미얀마, 필리핀, 그리고 베트남은 중하위 및 저소득 국가에 해당한다.

1인당 GDP가 가장 높은 수준인 싱가포르의 경우 기대여명은 남녀 평균 80세 이상이고, 65세까지의 생존율은 남녀 평균 90% 이상이며, 출생아 1,000명당 5세 미만 사망률은 2.8명이다. 반면, 1인당 GDP가 가장 낮은 수준인 미얀마의 경우 기대여명은 약 67세, 65세까지의 생존율은 약 68%, 그리고 출생아 1,000명당 5세 미만 사망률은 50.8명이다. 즉, 아세안 10개국의 경제발전 수준에 따라 건강 상태의 편차가 극심한 양상을 보여주고 있다.

〈표 9-1〉 **아세안 회원국별 건강 상태 지표**

국가	1인당 GDP (US$)	기대여명 (세)		65세까지의 생존율 (%)		5세 미만 사망률
		남	여	남	여	출생아 1,000명당
브루나이	29,711	75.3	77.6	83.6	88.2	9.9
캄보디아	1,389	67.3	71.2	67.3	76.6	30.6
인도네시아	3,875	67.3	71.4	67.1	76.5	26.4
라오스	2,542	64.2	67.4	65.0	71.8	63.9
말레이시아	9,812	73.2	77.6	76.5	86.2	8.3
미얀마	1,263	64.6	68.9	63.3	72.8	50.8
필리핀	2,976	66.2	72.6	61.6	77.9	27.1
싱가포르	57,713	80.8	85.0	89.6	93.6	2.8
태국	6,590	71.8	79.3	72.6	85.8	12.2
베트남	2,353	71.7	80.9	73.1	88.0	21.6

출처: OECD and WHO(2018: 15)

주: 국가 순서는 영문 알파벳 순. 1인당 GDP는 2017년 기준; 기대여명, 65세까지의 생존율, 5세 미만 사망률은 2016년 기준

(2) 건강 위험 요인

건강 위험 요인을 파악하기 위한 5가지 지표는 15세 이상의 연령을 표준화한

흡연 유병률 추정치, 15세 이상에서 1인당 알코올 소비량, 기본 위생시설 이용 인구 비중, 기본 식수 이용 인구 비중, 청소년의 과체중 유병률(가공하지 않은 추정치)이다. 흡연자 비율은 인도네시아가 33.6%로 가장 높고, 알코올 소비량은 태국이 1인당 6.4L로 다른 국가들과 비교해볼 때 상대적으로 높은 수준이다. 기본 위생시설과 기본 식수를 이용할 수 있는 인구의 경우 경제발전 수준이 높은 싱가포르, 브루나이, 말레이시아가 상대적으로 높은 것으로 나타났고, 10~19세 청소년 과체중의 경우 말레이시아와 브루나이가 각각 25.3%와 25.1%로 높은 수준이고 베트남이 8.6%로 낮은 수준이다.

〈표 9-2〉 **아세안 회원국별 건강 위험 지표**

국가	흡연	알코올 소비량	기본 위생시설 이용	기본 식수 이용	청소년 과체중
	흡연자 비율(%)	1인당 L	인구(%)	인구(%)	10~19세 인구(%)
브루나이	13.2	1.0	96	100	25.1
캄보디아	15.5	2.1	49	75	10.4
인도네시아	33.6	–	68	90	14.2
라오스	25.1	5.4	–	80	12.5
말레이시아	17.4	0.5	100	96	25.3
미얀마	16.2	0.7	65	68	10.7
필리핀	18.9	4.5	75	91	12.0
싱가포르	13.3	1.8	100	100	21.2
태국	16.9	6.4	95	98	20.4
베트남	18.7	4.1	78	91	8.6

출처: OECD and WHO(2018: 16)
주: 흡연, 알코올소비량, 기본 위생시설이용, 기본 식수이용의 경우 2015년 기준, 청소년 과체중의 경우 2016년 기준

(3) 보건의료의 질과 자원

OECD 자료에 따르면, 보건의료의 질은 5세 이상에서 유방암, 자궁경부암, 대장암의 5년 순 생존율과 1세 아동의 디프테리아, 파상풍, 백일해(DTP3)와 홍역(MCV) 예방접종률에 따라 국가별 양상을 파악한다. 이 가운데 5세 이상에서

유방암, 자궁경부암, 대장암의 5년 순 생존율의 경우 싱가포르, 말레이시아, 태국을 제외한 다른 7개 국가의 자료는 없었기 때문에 이 글에서는 예방접종 관련 자료만 정리하였다. 보건의료자원의 경우 1인당 의료비, 총 의료비 중 가계직접부담금 비중, 1인당 의약품비, 1,000명당 병상 수로 국가별 수준을 비교한다.

DTP3와 MCV 예방접종률의 경우 브루나이, 태국, 말레이시아, 싱가포르, 베트남은 95% 이상이며 인도네시아가 70%대로 가장 낮은 수준이다. 1인당 의료비는 경제발전 수준에 따라 일정한 차이를 보여준다. 가계직접부담금의 경우 브루나이와 태국이 각각 6.0%와 11.0%로 가장 낮고, 미얀마가 73.9%로 가장 높다. 1,000명당 병상 수의 경우 브루나이, 베트남, 그리고 태국이 높은 수준이며 필리핀, 캄보디아, 미얀마가 낮은 수준이다.

〈표 9-3〉 **아세안 회원국별 보건의료의 질과 자원**

국가	DTP3	MCV	의료비	가계직접 부담금	의약품비	1,000명당 병상
	예방접종률(%)	예방접종률(%)	1인당 USD	의료비 비중	1인당 USD	수
브루나이	99	98	2,083.4	6.0	–	2.8
캄보디아	90	81	209.6	59.4	64.8	0.8
인도네시아	79	76	369.3	48.3	–	1.2
라오스	82	76	165.8	45.4	23.4	1.5
말레이시아	98	96	1,063.9	36.7	–	1.3
미얀마	90	91	267.2	73.9	111.5	0.9
필리핀	86	80	322.8	53.5	137.8	0.5
싱가포르	97	95	3,681.3	31.6	232.7	1.8
태국	99	99	610.2	11.8	–	2.1
베트남	96	99	334.3	43.5	66.9	2.6

출처: OECD and WHO(2018: 17-18).
주: DTP3, MCV 예방접종률은 2016년 기준, 1인당 의료비, 총 의료비 중 가계직접부담금 비중, 1인당 의약품비는 2015년 기준, 1,000명당 병상 수는 2016년 기준

2. 동남아시아에 영향을 미친 주요 감염병

2000년 이후 과학기술의 발전으로 인하여 인구증가와 함께 인구이동의 속도가 빨라졌다. 이에 따라 신종 바이러스의 출현과 그 전염병 유행의 주기가 더욱 빈번해지고 있으며 비전통안보 및 신흥안보의 개념이 등장하면서 글로벌 보건 거버넌스나 지역 간 보건협력을 위한 노력의 필요성이 더욱 증대되고 있다. 아래에서는 2000년대를 중심으로 그 이전과 이후로 시기를 구분하여 감염병의 발생과 원인, 확산, 그리고 영향과 함의 등을 파악해보고자 한다.

(1) 2000년대 이전

동남아시아 지역은 과거부터 영국, 네덜란드, 프랑스의 제국주의 확대로 인한 무역의 증가와 이에 따른 지역 사람들의 이동으로 인하여 국경을 넘나드는 질병이 필연적으로 동반될 수밖에 없었다. 동남아시아와 인도양에서 오랜 기간 동안 존재해 온 전염병, 예를 들면 흑사병, 천연두, 콜레라 등은 인도와 중국의 상인, 이주노동자, 그리고 순례자들을 통해 동남아시아로 유입되었고 동남아시아는 역학 교환의 장소가 되었다(Arnold 1991).

2000년대 이전에 동남아시아에서는 린더페스트(우역 바이러스, Rinderpest), 각기병(Beriberi), 인플루엔자(H1N1) 대유행, 뎅기열(Dengue Virus), 치쿤군야(Chikungunya), 니파(Nipah), 후천성면역결핍증후군(HIV/AIDS) 등이 전파되었다. 린더페스트는 소에 의한 감염병이다. 2011년 5월에 WHO가 근절을 선포하기 전까지 수백 년 동안 발생 사례가 보고되어 온 역사상 최악의 질병 중 하나이다. 동남아시아 지역에서 린더페스트는 1887년 필리핀에서 처음 발생했는데, 인도차이나로부터 수입된 동물에 의한 것으로 간주된다. 인간을 직접 감염시키지 않지만 인간의 생계와 음식에 대한 접근성을 파괴할 수 있다는 점에 인간의 건강과 생존에 있어서 동물 질병의 중요한 함의를 찾을 수 있다. 농사에 이용되는 소의 감염과 폐사로 인하여 쌀 등의 생산물이 급격히 감소했고 이에 따라 영양실조가 악화되었다. 여기에 말라리아와 콜레라는 영양실조로 이미

쇠약한 인구에 더 심각한 영향을 주었다(메릴린 루싱크 2019: 128; Wilson 2014: 139).

각기병은 1902년과 1903년에 걸쳐 1만 명 이상의 사망자가 발생하면서 말라리아, 콜레라, 결핵, 설사병, 그리고 천연두에 이어 전염병으로 인한 사망의 6번째 주요 원인이 된 질병이다. 질병의 원인은 티아민(thiamine, 비타민 B1)의 결핍으로 인한 것이다. 쌀을 주식으로 하는 지역에서 발병률이 높았다. 필리핀에서 다수의 각기병 환자가 발생했는데, 식민지배 시기 동안 선박 및 항만 서비스의 발달과 쌀에서 설탕, 대마, 담배 등으로의 농업 생산 작물의 전환이 주요 원인이었다. 1900년대 초까지 매년 3억 킬로그램을 초과하는 쌀을 수입했는데, 현대식 정미 기계로 도정된 수입쌀에는 티아민이 부족했다. 당시 생선 등 다른 음식으로 티아민을 보충할 수 있었지만 사람들은 콜레라 전염병 등으로 인해서 생선을 먹는 것을 두려워했다. 따라서 가공된 쌀만 섭취한 가난한 계층의 사람들이 각기병에 걸렸다(Wilson 2014: 140).

제1차 세계대전 중 1918년에 확산된 인플루엔자 바이러스는 3년 간 세계 18억 명 중 5억 명을 감염시켰고 2,000만~1억 명이 사망했다. 1918년 6월과 7월에 말라야(Malaya), 네덜란드령 동인도(Netherlands East Indies, 현 인도네시아), 필리핀, 버마(Burma), 그리고 인도차이나(Indochina)에서 바이러스가 확산되었고, 같은 해 10월에 2차 독감이 발생했을 때 바이러스는 더욱 변이를 일으켜 지역 내 수백만 명이 감염되었다. 갑작스런 발병, 고열, 그리고 심한 두통이 특징이었고, 일반적으로 인후통과 마른기침뿐만 아니라 근육통이 동반되었다. 심한 경우에는 종종 메스꺼움 증상과 기침을 하면 피를 토하는 증상이 동반되었다. 치명적인 사례는 발병 후 며칠 내에 폐, 호흡기 합병증, 폐렴 등으로 발전했다(Walker 2014: 63–64).

뎅기열은 동남아시아 지역 전체에서 지속적이고 광범위하게 발생했다. RNA 바이러스로 인한 뎅기열 감염은 무증상 혹은 경증에서부터 사망에 이르는 출혈열에 이르기까지 다양하다. 뎅기열 바이러스의 주요 매개체는 이집트 숲모기(Aedes aegypti)다. 네 개의 혈청형(serotypes)이 존재하는데, 모두 동남

아시아에서 순환한다. 한 번 감염된 혈청형에 대해서는 평생면역을 가지지만, 다른 혈청형에 대한 재감염은 막지 못하기 때문에 재감염되는 경우 중증에서 위험도가 증가한다. 1950년대 출혈성 질환이 태국에서 산발적으로 나타났다. 1958년에 처음으로 전염성이 발견되었고 계절성과 주기적 패턴을 보이면서 약 3년마다 더욱 심각하게 발생했다. 철저한 감시 및 매개체 제어 프로그램을 가진 싱가포르에도 영향을 주었다. 뎅기열 사례의 증가를 촉진하는 요인은 열대 및 아열대 지역에서의 도시화와 인구 이동의 증가 그리고 말라리아인지 뎅기열인지 그 질병의 원인이 무엇인지 분명하지 않은 열악한 매개체 제어 및 감시 프로그램이다(Wilson 2014: 140–143).

치쿤군야 역시 이집트 숲모기에 의해 전염되는 질병이다. 바이러스의 기원은 아프리카이다. 1950년대 탄자니아에서 처음으로 발병 사례가 확인된 후 아시아 지역으로 확산되었다. 감염은 뎅기열과 유사한 열과 발진을 유발하지만, 중증의 관절 통증을 동반한다는 점이 특징이다. 치명적이지는 않지만 장애를 일으킬 수 있다. 동남아시아에서 역사적으로 1700년대 후반에 치쿤군야와 유사한 바이러스가 존재한 것으로 추정된다(Pulmanausahakul et al. 2011). 공식적으로는 1954년 필리핀에서 처음으로 발병 사례가 보고되었고 인근 지역으로 확대되었다. 1970년대에는 산발적 사태로 발생했고, 이후 1980년대 인도네시아, 1998년에 말레이시아, 그리고 2006년에 싱가포르에서 확인되었다(Wilson 2014: 144).

1999년 말레이시아와 싱가포르에서 처음 발생한 니파 바이러스 감염증은 과일 박쥐가 돼지 농장에 바이러스를 옮기면서 시작됐다(CDC 2014/03/20). 야생 과일 박쥐는 과일나무에 달린 과일들을 먹는데, 땅에 떨어진 이 과일들을 돼지가 먹으면서 과일에 묻어있던 박쥐의 침에 의해 돼지들이 바이러스에 감염되기 시작한 것으로 알려졌다. 감염된 돼지들 가까이에서 일하던 인간이 바이러스에 감염됐고, 이 중 100명 이상이 사망하는 등 사망률은 45~75%에 달했다(BBC 2020/06/10).

〈표 9-4〉 **동남아시아 지역에 영향을 미친 주요 감염병 사례: 2000년대 이전**

감염병	시기, 발생원인	확산	영향 및 함의
린더페스트 (Rinderpest)	1887년 필리핀에서 처음 발생, 소에 의한 감염	동물 수출입	동물의 질병과 인간의 건강 간 상관성, 농사에 이용되는 소의 감염과 폐사로 쌀 등 생산물 감소와 영양실조 악화
각기병 (Beriberi)	1902년 필리핀, 작물 전환과 도정된 수입쌀의 섭취, 티아민(thiamine)의 결핍	도정된 수입쌀만 섭취한 가난한 계층의 사람들	콜레라 등 다른 감염병의 위험으로 인한 영양분 미공급
인플루엔자 (Influenza) 대유행	1918년 스페인 독감의 영향	영국, 네덜란드, 프랑스 제국주의 확대로 인한 무역, 상업, 이동 증가	보건 및 의료 인프라에 대한 식민지 당국의 관심 증가, 위생 체제와 검역 시스템 도입, 질병에 관한 정보 수집, 독감으로 인한 쌀 가격 급등, 폭력, 강도 및 살인 증가
뎅기열 (Dengue virus)	1950년대 출혈성 질환이 태국에서 산발적으로 발생, 1958년에 전염 사례 관찰, RNA 바이러스, 주요 매개체는 이집트 숲모기	도시화, 인구 이동, 열악한 매개체 통제	높은 질병률, 재감염의 위험, 생산성 및 건강관리 상실로 인한 경제적 결과
치쿤군야 (Chikungunya virus)	1954년 필리핀에서 발생, 아프리카 영장류, 모기에 의한 전염	인구 이동, 도시화, 바이러스의 돌연변이	사망률은 낮지만 지속적인 관절통 장애가 일반적
니파 (Nipah virus)	1999년 말레이시아와 싱가포르 돼지농장 인근에서 발생, 야생 과일 박쥐에 의한 돼지의 감염, 돼지에 의한 인간 감염	야생동물과 인간의 접촉	45~75%의 높은 사망률 농장, 동물이 판매되는 시장 등 인간과 야생동물의 경계 지점
HIV/AIDS	아프리카 침팬지, 수십 년에 걸쳐 전 세계로 확산	영장류와 인간의 접촉, 사냥, 식용 야생동물; 여행; 의료, 성 접촉 등	2018년 기준 전 세계 3,790만 명의 감염 사례, 동남아시아에서는 170만 명 신규 사례, 77만 명 사망, 태국, 캄보디아, 미얀마에서 가장 심각함

출처: Walker 2014, 63-64; Wilson 2014, 139; ASEAN Biodiaspora Virtual Center(ABVC), CDC(Centers for Diseases) Control and Prevention, Dengue Virus Net 종합.

HIV/AIDS는 병리학적으로 1981년 미국에서 발견되어 유행하기 시작했다. 현재 유행하는 감염병 가운데 가장 많은 수의 사망자를 기록한 것으로 나타났다. 바이러스는 아프리카 침팬지로부터 연유한 것으로 밝혀졌다. 아세안 회원국 중에서 HIV/AIDS로 인한 장애보정 생존년수(DALYs: Disability-Adjusted Life Years)가 가장 심각한 국가는 태국, 캄보디아, 그리고 미얀마이다(Wilson 2014: 147).

(2) 2000년 이후

2000년 이후 동남아시아에서는 사스(SARS), 조류독감(H5N1), 신종인플루엔자 A(H1N1), 코로나바이러스감염증(COVID-19) 등이 확산되었다. 코로나 바이러스는 오랜 시간 사람에게 가벼운 감기 정도를 일으키는 바이러스로 알려졌다. 하지만, 2000년 이후 기존과는 전혀 다른 성질을 지닌 '신종' 바이러스가 나타나 큰 위협이 되고 있다(김우주 2020: 105). 21세기 첫 유행성 질병은 중증급성호흡기증후군으로 알려진 사스였다. 첫 사례는 2002년 11월 중국 광동성에서 발생했다. 이후 베이징, 싱가포르, 토론토 등 여러 주요 도시를 여행한 사람들에 의해 전 세계로 빠르게 확산되었고, 30개국에서 8,422건의 감염 사례와 916명의 사망자가 확인되었다. 사스는 사람 대 사람 간 전염으로 비행기를 타고 전 세계에서 가장 발전된 일부 도시, 예를 들면 홍콩, 토론토, 그리고 싱가포르 등을 오고 가는 사람들에 의해 전파되었다. 동남아시아에서는 싱가포르, 베트남, 태국, 말레이시아, 그리고 인도네시아에서 331건의 감염 사례와 44건의 사망자가 보고되었다. 사스는 박쥐에 있던 바이러스가 변종이 생기면서 사향고양이로 옮겨졌고, 이 사향고양이를 요리하던 요리사를 시작으로 사람에게 전파된 것으로 확인되었다. 즉, 야생 동물 사냥 및 양식과 새로운 지역의 인구 증가 및 개발, 그리고 전 세계적 인구 이동으로 인해 바이러스가 확산되었다. 사스 사태로 인하여 2005년에 WHO에 보고해야 할 질병을 지정하는 국제보건규정(International Health Regulation)이 개정되었다.

조류독감(H5N1)은 1997년 홍콩에서 처음 발견되었다. 18명이 심한 호흡기

증상을 보였고 이 중 6명이 사망하면서 조류로부터 사람으로의 감염이 처음으로 확인되었다. 당시 이 바이러스의 병원소(reservoir)를 제거하기 위하여 가금류를 폐사시켰고 이로 인해 인간의 감염은 일시적으로 중단되었지만 조류에서의 병원소는 제거되지 않았다. 조류의 체내에 있는 바이러스는 배설물을 통해 배출되어 환경을 오염시키고 철새에 의해 다른 장소로 전파되거나 시장을 통해 이동할 수 있다. 동남아시아에서는 캄보디아, 라오스, 미얀마, 태국, 그리고 베트남에서 조류독감이 보고되었다. 대부분의 발병 사례는 감염된 가금류와의 직접 및 간접적인 접촉으로 인한 것이었다. 2004년에는 베트남과 태국에서 조류로부터 인체감염 사례가 발생했다. 인간의 사망은 다른 인플루엔자 감염병에 비해 상대적으로 적지만 가금류 산업에 대한 피해는 심각하다(Wilson 2014: 145).

신종인플루엔자A(H1N1)는 2009년 6월에 세계보건기구(WHO)가 대유행(pandemic)을 선언한 호흡기 질환이다. 같은 해 4월 멕시코와 미국에서 발생하여 전 세계 214개국 이상에서 유행했고, 약 1만 9천여 명의 사망자가 발생했다. 바이러스의 유전자는 북미의 돼지, 사람 및 조류 바이러스와 유라시아의 돼지 바이러스가 섞여 있었다. 증상은 고열, 기침, 콧물, 인후통 등을 동반하면서 계절인플루엔자 A와 유사했지만 바이러스의 유전자 및 항원의 특성은 전혀 달랐으며, 노인 감염자보다 소아 및 젊은 성인에게 주로 발생했다는 점이 특징이다(김우주 2009). 인플루엔자 A로 인해 돼지 금수 조치와 여행 자제 조치 등이 내려지자 국가 간 갈등이 심화되는 양상이 나타났다(이상환 2020: 5).

신종 코로나바이러스감염증19(COVID-19, 이하 코로나19)는 2019년 12월 중국 우한(Wuhan)시에서 처음으로 확인되었다. 바이러스는 박쥐와 천산갑을 거치는 과정에서 유전적으로 진화하는 변화를 거쳐 사람에게 감염시키는 능력을 갖춘 것으로 추정된 바 있다(Lam et al. 2020). 중국과의 지리적 근접성, 비즈니스, 관광 그리고 공급망 연결 등으로 인하여 동남아시아 지역에서도 감염자가 증가했다. 코로나19 감염의 확진 사례는 2020년 1월 13일 태국에서 처음으로 확인되었다. 이후 1월 23일에 베트남, 싱가포르, 그리고 캄보디아에서, 그리고 1월 26일 말레이시아와 1월 30일 필리핀에서 보고되었다. 이후 2월 한 달

간 코로나19 확진 사례가 보고되지 않았지만, 3월 2일과 9일에 각각 인도네시아와 브루나이에서 확진 사례가 보고되었고, 3월 21일에 동티모르, 3월 23일과 24일에 미얀마와 라오스에서 확진 사례가 공식 발표되었다(김희숙 외 2020). 아세안 10개 회원국에서는 2021년 5월 21일 기준 3,771,345건의 감염 사례와 74,786명의 사망자가 발생했다(ASEAN Biodiaspora Virtual Center 2021/05/21).

〈표 9-5〉 **동남아시아 지역에 영향을 미친 주요 감염병 사례**: 2000년대 이후

감염병	시기, 발생원인	확산	영향 및 함의
사스 (SARS coronavirus)	2002년 중국 최초 사례 확인, 박쥐 → 사향고양이 → 사람에게 전파, 사람 간 전염, 야생 동물 사냥 및 양식과 새로운 지역의 인구 증가 및 개발	감염된 사람의 여행, 병원, 비행기 등 전 세계적 인구 이동	30개국에서 8,422건의 감염 사례와 916명의 사망자 발생, 동남아시아에서는 싱가포르, 베트남, 태국, 말레이시아, 그리고 인도네시아에서 331건의 감염 및 44건의 사망 사례 확인
조류독감 (H5N1, Influenza virus)	1997년 홍콩에서 처음 발생, 조류 숙주(닭, 오리 등), 2004년 일부 사람 대 사람 간 전염 사례 발견	가금류 거래, 조류의 이주, 아시아, 유럽과 아프리카의 조류 종에 제한적으로 산발적 확산	확산을 막기 위하여 수백만의 가금류 도태(culling)
신종 인플루엔자 A (H1N1)	2009년, 돼지독감 바이러스의 유전자 재조합	호흡기를 통해 전파, 설사 등 다른 체액에 의한 전파	노인 감염자보다 소아 및 젊은 성인에게 주로 발생, 돼지 금수 조치와 여행 자제 조치 등 국가 간 갈등 심화
신종 코로나바이러스감염증19 (COVID-19)	2019년 말 중국 우한시, 박쥐→중간 매개체 (천산갑 등 야생동물)를 통해 사람에게 전파된 것으로 추정	감염된 사람의 비말(침방울), 접촉을 통한 전파, 전 세계적 인구 이동	전 세계 167,492,769건의 감염, 3,482,907명 사망자 발생 (2021/5/27 기준) 아세안 회원국의 경우 3,771,345건의 감염 74,786명의 사망자 발생 (2021/5/21 기준)

출처: 김우주 2020, 105-109; 메릴린 루싱크 2019, 128; 이상환 2020; Wilson 2014, 139; ASEAN Biodiaspora Virtual Center (ABVC), WHO Coronavirus Disease(COVID-19) Dashboard 종합.

Ⅲ. 아세안의 보건위기 대응과 협력

아세안 차원에서 보건협력 논의의 전환은 사스 사태 이전과 이후로 구분된다. 아세안 설립 후 2000년까지 지역 내 보건협력은 보건의료에 대한 접근, 건강한 생활 습관 증진, 감염병 통제 능력 향상, 그리고 마약 퇴치 등과 같은 공통의 관심 분야를 "확인"하는 것에만 중점을 두었고 협력을 위한 제도적인 성과는 나타나지 않았다. 그 이유는 다음과 같다. 첫째, 보건 분야는 지극히 국내적인 문제로 인식되고 있었다. 아세안은 역내 회원국 간의 내정 불간섭(non-interference)과 합의에 의한 통치 규범을 주요 제도적 장치로 두고 있다(변창구 2011). 이러한 아세안 방식(ASEAN Way)은 회원국 사이의 집단행동에 제약을 가하며 국민의 건강과 관련된 민감한 문제를 다른 회원국과 협력 의제로 다루는 데 소극적이었다.

둘째, 건강은 주로 개별 국가의 발전과 경제 성장을 위한 중요한 문제로 고려되었고 자국민의 건강을 어떻게 관리하고 향상시킬 것인가의 문제로 귀결되었다. 1980년대와 2000년의 보건장관 선언문의 주요 내용을 살펴보면, 주로 국가와 국민의 건강 그리고 빈곤과 산업화 등의 문제에 주목하고 있다. 역내 회원국 간의 경제발전 격차로 인하여 건강과 보건의료 수준 역시 차이가 나는 상황에서 이에 대한 합의된 의견을 도출하기는 쉽지 않았다.

끝으로, 세계보건기구(WHO)가 개별 국가와의 양자 수준에서 건강 문제를 해결하는 데 주도적인 역할을 했기 때문이다(Stevenson and Cooper 2009; Lamy and Phua 2012). 1948년 4월 7일에 61개 국가가 WHO 헌장을 비준하여 정식 발족된 WHO는 7월에 유엔 전문기구가 되었다. 1978년 9월에 구소련에서 개최된 일차보건의료에 대한 알마아타 국제회의(Alma-Ata International Conference)에서 "모든 사람에게 건강을"(Health for All)이라는 표제 하에 2000년까지 일차보건의료를 이용한 인간의 건강 증진을 목표로 하였다. 동남아시아 지역은 항상 자연재해에 노출되어 있었고 지역 및 국가의 재난 대비 및 대응 프로그램을 체계화해야 했다. HIV/AIDS, 매종(yaws)[2], 말라리아 등에 대한 주의를 요구했다(WHO 2018: 65, 89-90).

1. 아세안 창설 이후 ~ 사스 사태 이전: 보건에 관한 공통의 관심 확인

1967년에 '방콕 선언'을 통해 창설된 아세안은 동남아시아 5개국(태국, 인도네시아, 말레이시아, 싱가포르, 필리핀) 간 느슨한 협의체로 출발했다. 설립 후 지역협력은 주로 경제발전을 증진시키고 역내 정치적 분쟁과 갈등을 피하는 데 중점을 두었다. 초기에는 정치 문제와 안보 문제들이 논의의 주요 이슈로 등장했지만, 1980년대 들어 아세안 회원국의 국내외 경제 환경이 급변하면서 경제협력의 필요성을 강조했다(변창구 1999: 226). 즉, 아세안 창설 후 회원국은 사회문화 분야에 해당하는 역내 보건 분야에 관한 협력의 제도화에 대해서는 소극적인 입장을 취했고, 2000년대 초까지 보건협력은 건강 문제를 지역 거버넌스를 위한 의제로 두려는 노력이 부재했다.

아세안의 보건협력은 1980년 7월 마닐라에서 처음으로 개최된 보건장관회의(AHMM: ASEAN Health Ministers Meeting)를 통해 시작되었다. 당시 아세안 회원국이었던 인도네시아, 말레이시아, 필리핀, 싱가포르, 태국의 5개국 보건장관들은 "아세안 회원국 간 건강에 대한 지역적 협력을 강화하는 선언문"을 채택하였다. 주요 내용은 ① 회원국 국민의 건강에 관심을 가지고, ② 건강 문제에 있어서 국가 간 유사성과 차이점을 확인하고, ③ 각 국가의 경험, 전문 지식, 그리고 자원을 공유함으로써 얻을 수 있는 이점을 인식하고, ④ 삶의 질을 향상시키는 데 있어서 건강의 중요한 역할을 고려한다는 것이었다(ASEAN Secretariat 2010/12/19)

이후 브루나이(1984년), 베트남(1995년), 라오스와 미얀마(1997년), 그리고 캄보디아(1999년)가 차례로 아세안에 가입했고, 2000년 4월에 10개국으로 구성된 제5차 아세안보건장관회의가 인도네시아 족자카르타에서 개최되었다. 아세안 보건장관들은 2020년까지 건강이 개발의 중심에 있고 건강에 대한 아세안 협력이 강화되어 국민이 안전한 환경에서 조화롭게 생활하도록 보장을 강화할 것이라고 강조하는 "건강한 아세안 2020(Healthy ASEAN 2020)"을 선언했다. 주요 내용은 ① 건강 문제는 빈곤, 도시화, 산업화, 환경오염, 생활 방식 관련 질

환, 그리고 스트레스 관련 문제라는 점을 충분히 인식하고, ② 세계화 및 무역 자유화로 인하여 발생하는 도전과 기회의 측면에서 보건 분야의 준비가 필요하다는 점을 확인하며, ③ 재정적 제약에도 불구하고 행동계획 및 프로그램을 공식화하고 건강 관련 역내 활동을 이행하는 것을 촉구하는 것이었다(ASEAN Secretariat 2012/08/16).

2. 사스 사태 ~ 2008년까지: 보건협력의 중요성 증대와 제도화

사스 사태 이후 처음으로 개최된 제7차 아세안보건장관회의가 2004년 4월에 말레이시아 페낭(Penang)에서 열렸다. 회의의 주제는 "국경 없는 보건(Health Without Frontiers)"이었다. 사람들의 이동이 증가하면서 국경 간 전염의 위험도가 증가했고, 감염성 질병의 발생에 대한 주의와 감시의 필요성이 강조되었다. 이에 따라 각 부문과 정부기관 간 더 깊은 협력 체제를 구축하는 것에 대한 중요성이 증대되었다(ASEAN Secretariat 2004/04/22).

이러한 배경은 2003년 10월 발리에서 개최된 제9차 아세안정상회의(ASEAN Summit)의 권고에 따른 것이다. 아세안 정상들은 경계의 구분이 없는(seamless) 아세안에서 보건협력이 변화와 확장의 위기에 처해 있고, 의료서비스 등을 우선 부문으로 협력을 가속화하고, HIV/AIDS, 사스, 그리고 조류 독감과 같은 감염병 예방 및 통제를 포함하여 공중보건 분야의 협력을 더욱 강화하며, 의약품에 대한 접근성을 높이기 위한 공동의 지역 행동을 지원하는 것에 합의하였다(ASEAN Secretariat 2012/05/11).

이때부터 아세안은 보건 이슈를 관리하기 위한 지역적 틀을 적극적으로 제도화하기 시작했다. 사스 사태 이후 시작된 많은 조치는 주로 국가 및 지역 차원에서 질병 발생 모니터링을 강화하기 위한 것이었고 이러한 작업은 2004년에 처음으로 개최된 아세안+3 보건장관회의로 인하여 더욱 가속화되었다. 대표적인 예를 들면, 2004년 12월에 아세안은 역내 조류 독감 확산을 감시하기 위하여 고병원성 조류 인플루엔자(HPAI: Highly Pathogenic Avian Influenza) 태스

크포스(Task Force)를 설립했고, 아세안을 창설한 5개 회원국에 특정한 역할을 수행하는 조직을 설치했다.

인도네시아는 백신 접종과 도태 절차(culling procedures)에 관한 업무를 맡았다. 말레이시아의 과제는 질병을 억제하고 비상 대비 태세를 강화하며 역내 질병 없는 지역(disease-free zones)을 구축하기 위한 행동계획 초안을 마련하는 것이었다. 필리핀과 싱가포르는 각각 문제에 대한 대중의 인식을 높이고, 정보 공유 시스템을 구축하는 일을 담당하였다. 그리고 태국의 임무는 질병을 탐지하고 바이러스 샘플의 빠른 교환 및 분석을 보장하는 감시 시스템을 구축하는 것이었다. 이후 이 계획은 2005년 10월에 조류 인플루엔자를 위한 지역 기금 설립과 3년간의 행동계획(2006-2008)으로 강화되었다. 이 기금은 고병원성 조류 인플루엔자 제어 및 퇴치를 위한 프레임워크(2008-2010) 하에 포함되었다(ASEAN Secretariat 2006/04/01).

8차 아세안보건장관의는 2006년 6월 미얀마 양곤에서 개최되었다. 회의 주제는 "보건 비상사태에서 아세안 통합(ASEAN Unity in Health Emergencies)"이었다. 자연재해, 생물 테러, 잠재적 인플루엔자 팬데믹을 포함한 전염병 발생과 같은 잠재적인 공중보건 비상사태를 이해하고 준비할 수 있도록 모든 노력을 기울여야 한다는 데 합의했다(ASEAN Secretariat 2006/06/21). 9차 보건장관회의는 2008년 10월 필리핀 마닐라에서 개최되었고, 회의 주제는 "무역자유화: 국경 없는 건강 문제에 대한 부정적 영향"이었다. 회원국의 보건부 장관들은 세계화와 무역자유화가 건강 부문에 긍정적이고 부정적인 영향을 줄 수 있다는 공통된 견해를 공유했다(ASEAN Secretariat 2008/10/10).

2007년 아세안 헌장은 건강과 환경, 교육, 복지 및 개발에 초점을 맞춘 ASEAN 사회문화공동체(ASCC: ASEAN Socio-Cultural Community) 기둥을 만들었다. 아세안은 "인간 발전, 사회 복지 및 정의를 위한 기회에 대한 공평한 접근을 제공함으로써 아세안 국민의 복지와 생계를 향상"시켜 보건 거버넌스에 점진적으로 참여하고 있다는 분명한 신호이자 집단적 노력을 통해 달성된 건강한 공동체에 달려 있음을 인식했다는 것을 의미한다(Tran 2011). ASCC 청사

진은 건강 거버넌스의 행동을 안내하기 위한 건강 및 개발(2010–2015)에 대한 전략적 프레임 워크를 설정하고 적절하고 저렴한 의료 서비스, 의료 서비스 및 의약품에 대한 접근, 건강한 라이프 스타일 증진에 중점을 둔다. 전염병 통제 능력을 향상시키고 식품 품질 관리에 새로운 관심을 기울인다. ASCC 기둥과 청사진의 탄생은 동남아시아에서보다 통합적인 의료 거버넌스 프레임 워크의 잠재력을 창출한다. 그럼에도 불구하고 현재 동남아시아의 보건협력 및 거버넌스 구조는 안정적인 제도적 프로파일에 도달하지 못한 새로운 정책 공간으로 남아 있다(Bradford and Linn 2007).

한편, 아세안의 전염병 퇴치에 관한 노력은 더 광범위한 아세안+3 틀 내에서 관련 이니셔티브에 의해 보완되었다. 사스 발생 기간 동안 아세안과 한국, 중국, 일본 세 국가의 지도자들은 특별보건정상회의를 소집하여 질병의 확산을 관리하기 위한 대응을 결정하고 국경 통제 및 이민 관련 문제를 해결해나가는 데 필요한 조치를 마련하도록 했다. 대표적으로 아세안+3 신종전염병(EID: Emerging Infectious Diseases) 프로그램이 설립되었다. 협력 프로그램 중 상당수는 질병 감시를 위한 국가 및 지역의 역량 강화와 모든 유행병 발생에 대비한 조기 대응 능력에 초점을 두고 있다(ASEAN Secretariat 2012/08/13a).

아세안+3 협력은 1997년 금융위기를 계기로 시작되었지만, 보건 분야에서의 실질적인 협력과 제도화가 이행된 시점은 2003년 이후부터다. 모자 보건뿐만 아니라 전염병 역학훈련 네트워크, 위험 커뮤니케이션, 파트너십 실험실, 동물 및 인간 건강 협력, 그리고 말라리아, 광견병, 뎅기열을 포함한 특정 질병 치료, 전통 의학, 그리고 사회 복지 및 개발 분야, 환경 분야 등 다양한 부문으로 확대되어서 진행되어왔다. 이에 따라 지역 감시 및 위험 커뮤니케이션, 역량 구축 등 보건안보 관련 다양한 메커니즘과 네트워크가 등장했다(Caballero-Anthony 2018).

이후 2010년 10차 회의에서는 다시 사스 이전, 즉 2000년 제5차 아세안보건장관회의에서 채택된 “건강한 아세안 2020(Healthy ASEAN 2020)”의 비전을 상기시켰다. 아세안 협력은 건강을 국민의 기본권으로 강조하면서 사회 정의와

형평성을 달성하기 위하여 노력한다는 점을 재확인했다. 그리고 이러한 관점은 2019년 14차 회의, "아세안 사람들의 건강 증진(Promoting Health of ASEAN People)"까지 지속되었다(ASEAN Secretariat 2012/08/13b).

〈표 9-6〉 **아세안의 보건협력**(2004-2019): 보건장관회의 및 관련 체제를 중심으로

시기	보건협력 관련 의제, 제도, 프로그램
2004	7차 아세안보건장관회의, "Health Without Frontiers[국경 없는 건강]" (말레이시아 페낭, 4월 22일)
2004	ASEAN+3 Emerging Infectious Disease (EID) Programme [신종 감염병 프로그램] (2004-2008)
2004	ASEAN Highly Pathogenic Avian Influenza (HPAI) Task Force [고병원성 인플루엔자 태스크포스]
2006	8차 아세안보건장관회의, "ASEAN Unity in Health Emergencies [보건 비상사태에서 아세안 통합]" (미얀마 양곤, 6월 21일)
2006	ASEAN Cooperation on Animal Health[동물 보건에 관한 아세안 협력]
2006	ASEAN Work Programme on HIV/AIDS III [3차 HIV/AIDS에 관한 아세안 업무 프로그램] (2006-2010)
2006	Regional Framework for Control and Eradication of HPAI [고병원성 조류 인플루엔자 제어 및 퇴치를 위한 지역 체제] (2006-2008)
2007	ASEAN Assessment of National Multi-Sectoral Pandemic Preparedness and Response [국가 다부문 팬데믹 준비 및 대응에 대한 아세안 평가] (2007-2010)
2008	9차 아세안보건장관회의, "Trade Liberalisation: Its Adverse Impact on our Borderless Health Problems [무역 자유화: 국경 없는 건강 문제에 관한 부정적 영향]" (필리핀 마닐라, 10월 10일)
2008	Regional Strategy for Progressive Eradication of HPAI [고병원성 조류 인플루엔자의 점진적 근절을 위한 지역 전략] (2008-2010)
2009	Memorandum of Understanding between ASEAN Secretariat and WHO [아세안 사무국과 세계보건기구 간 양해 각서]
2009	ASEAN Focal Points on Tobacco Control[담배 통제에 대한 아세안 초점]
2010	10차 아세안보건장관회의, "Healthy People, Healthy ASEAN [건강한 사람, 건강한 아세안]" (싱가포르, 7월 22일)
2010	Disaster Safety of Health Facilities in the ASEAN Agreement on Disaster Management and Emergency Response (AADMER) Work Programme [재난관리 및 비상 대응 작업 프로그램에 관한 아세안 협정에서 보건 시설의 재난 안전] (2010-2015)

2011	ASEAN Task Force on Traditional Medicine[전통 의학에 관한 아세안 태스크 포스]
2011	ASEAN Task Force on Maternal and Child Health [모자 보건에 관한 아세안 태스크 포스]
2011	ASEAN Task Force on Non-Communicable Diseases [비전염성 질병에 관한 아세안 태스크 포스]
2011	ASEAN Task Force on Mental Health[정신 건강에 관한 아세안 태스크 포스]
2011	ASEAN Work Programme on HIV/AIDS IV [4차 HIV/AIDS에 관한 아세안 작업 프로그램] (2011-2015)
2012	11차 아세안보건장관회의, "ASEAN Community 2015: Opportunities and Challenges to Health[아세안 공동체 2015: 건강에 관한 기회와 도전]" (태국 푸켓, 7월 2일)
2012	ASEAN Risk Communication Resource Centre[아세안 위험 커뮤니케이션 자원 센터]
2013	First ASEAN Regional Forum on Non-Communicable Diseases (NCDs) [비전염성 질병에 관한 첫 번째 아세안 지역 포럼]
2014	12차 아세안보건장관회의, "A Healthy, Caring, and Sustainable ASEAN Community [건강하고, 배려하며, 지속가능한 아세안 공동체]" (베트남 하노이, 9월 18일)
2014	ASEAN Risk Assessment Centre for Food Safety [식품 안전을 위한 아세안 위험 평가 센터]
2015	ASEAN Rabies Elimination Strategy[아세안 광견병 퇴치 전략]
2016	ASEAN Post-2015 Health Development Agenda [2015년 이후 아세안 건강 개발 아젠다] (2016-2020)
2017	13차 아세안보건장관회의, "Together Towards A Healthy ASEAN [건강한 아세안을 향하여 함께]" (브루나이 반다르 세리 베가완, 9월 6일)
2019	14차 아세안보건장관회의, "Promoting Health of ASEAN People [아세안 사람들의 건강 증진]" (캄보디아 시엠립, 8월 29일)

출처: Caballero-Anthony(2018: 607) 및 ASEAN Secretariat 자료 종합.

Ⅳ. 코로나19 대유행 시기 지역협력의 성과와 한계

아세안 개별 회원국이 실시한 코로나19의 초기 대응은 싱가포르 정부가 실시한 엄격한 폐쇄에서부터 라오스와 미얀마 등의 농촌 지역에서와 같이 평소와 다를 바 없는 대응에 이르기까지 다양했다. 국경 내에서 개별 국가의 사회, 경

제, 그리고 보건 역량에 따라 고군분투했으며 사스 이후 마련해 놓은 지역 보건협력의 플랫폼이 제대로 작동하지 않았다. 그 이유는 다음과 같다. 첫째, 코로나19 발생 초기에 지역 수준에서의 대응은 일관성이 결여되어 있었다. 예를 들면, 아세안은 기존 지역협력의 제도화를 기반으로 대응할 수 있는 체계가 있었음에도 불구하고 발병 초기에 동일한 수준에서 위협 평가 및 정보 공유가 적절하게 이루어지지 않았다.

둘째, 아세안 특별정상회의 선언 및 보건장관 회의 등 아세안 회원국 간의 위기 대응 및 지역 통합을 위한 대화는 있었지만 그 실질적인 대응과 협력은 자국을 보호하기 위한 측면에서 이루어졌다. 사스 사태 이후 제도화된 지역 보건협력을 통해 적극적으로 대응하기보다는 국경 폐쇄를 비롯한 민족주의적인 측면에서 바이러스의 유입과 확산을 차단하는 조치를 이행했다. 3월에 바이러스가 확산되어 급증하자 결국 폐쇄와 같은 비상조치가 이루어졌다. 국경 폐쇄로 인해 국가 보건 시스템의 내부 약점과 극심한 경제 및 사회적 위기 상황에 대처할 수 있는 정부의 다양한 능력이 드러났다.

그럼에도 불구하고 긍정적인 측면에서 아세안 수준의 대응은 감염 통계 및 대응 업데이트에 대한 회원국 간의 의사소통과 정보 공유가 이루어졌다는 것이다. 개별 국가가 전염병에 대처하기 위해 매우 다른 접근 방식을 취했지만 아세안 회원국은 일련의 국제 온라인 회의를 개최하며 의사소통을 위해 노력한 바 있다. 이러한 점에서 아세안의 대응은 긍정적이다. 코로나19 대유행 상황 속에서 아세안 보건장관회의가 2020년 4월 7일에 화상으로 개최되었다. 회원국들이 코로나19 감염병의 확산을 통제하고 그 영향을 완화하기 위한 조치로서 다양한 이해관계자들과의 지역협력을 강화하기 위한 것이었다. 주요 내용은 다음과 같다. ① 잘못된 정보와 가짜 뉴스를 방지하기 위하여 지역협력을 강화하고, ② 공개적(open)이고, 즉각적(real-time)이며, 투명한(transparent) 방식으로 정보 공유 및 연구 지속하고, ③ 국경 간 보건 대응 협조, 효율적인 정보 교환을 위한 디지털 기술 및 인공지능 이용의 확대하며, ④ 아세안의 준비, 감시, 예방, 발견(검출), 대응 메커니즘을 다른 파트너들과 함께 강화 및 제도화하

는 것이다(ASEAN Secretariat 2020/04/17).

그리고 4월 14일에 아세안 지도자들은 코로나19에 관한 아세안 특별정상회의 선언(Declaration of the Special ASEAN Summit on Covid-19)을 채택했다. 아세안 의장국을 맡고 있는 베트남의 응우옌쑤언푹(Nguyen Xuan Phuc) 총리는 "암울한 시기에 아세안 공동체의 연대가 어둠 속의 등불처럼 빛난다."라고 발표했다. 그리고 이러한 정서를 반영하여 아세안은 집단주의를 강화하며 코로나19에 대응하기로 합의했다. 캄보디아의 훈센 총리는 "이 질병의 격리는 한 국가 내에서 이루어질 수 없다. 코로나19 퇴치의 성공을 위해서는 분야 전반에 걸쳐 심층적이고 포괄적인 협력이 필요하다. 아세안이 코로나19 퇴치를 위하여 단결해야 한다"는 점을 강조했다. 특히 아세안 회원국들은 효율적인 협력을 보장하기 위해서 공중보건 비상사태를 위한 아세안 표준 운영 절차(SOP-PHE: ASEAN Standard Operating Procedures for Public Health Emergencies) 형성에 공식적으로 동의했다.

선언문에는 다음과 같은 세부 사항이 포함되어 있다. 아세안은 공중보건 조치뿐만 아니라 의약품, 의료 용품, 그리고 장비의 제공에 관한 협력을 강화하기로 약속했다. 그리고 사회안전망, 식량 안보, 그리고 경제 회복을 위한 계획 역시 포함되었다. 즉, 회원국은 코로나19와의 싸움에서 협력이 시급하다는 점을 인식했고 이에 따라 보건 협력 조치를 강화하고 정보를 공유하며 공급망을 개방해야 한다는 논의를 진행했다(ASEAN Secretariat 2020/04/14).

그리고 보건 분야의 발전에 관한 고위관료급회의(SOMHD)는 팬데믹 위기에 대응하기 위하여 다양한 메커니즘을 동원했다. 중국 보건당국이 질병에 대한 첫 번째 정보를 공유한 이후 말레이시아가 이끄는 아세안 공중보건위기에 관한 비상운영센터 네트워크(ASEAN Emergency Operations Centre[EOC] Network for public health emergencies)는 아세안 사무국의 지원으로 매일의 상황에 대한 정보를 공유했다. 아세안 회원국의 국가/지방(local) 핫라인/콜센터에서 편집한 다음 소셜 미디어를 통해 대중에게 공유하는 방식이다. 각 위기 센터 혹은 질병 예방 및 통제 센터에서 근무하는 아세안 개별 회원국 관료들이 정보를 적시에

공급받을 수 있도록 왓츠앱(WhatsApp) 모바일 애플리케이션과 같은 커뮤니케이션 메커니즘을 이용했다.

필리핀이 주도하는 빅 데이터 분석 및 시각화를 위한 아세안 바이오 디아스포라 가상 센터(ABVC: ASEAN BioDiaspora Regional Virtual Centre)는 글로벌/지역별/국가별 감염 상황 업데이트, 국가별 위험 평가, 준비 그리고 대응 계획 노력 등의 자료를 제시하고 2021년 5월 기준 최근까지 자료를 지속적으로 업로드하고 있다. 코로나 바이러스의 상황 개괄, 아세안 지역에서 바이러스의 잠재적 확산에 대한 위험 프로파일, 입국/출국 지점에서 바이러스의 유입에 대한 경감 조치의 필요성 등에 관한 보고서(Risk Assessment for International Dissemination of 2019−nCoV across ASEAN Region)를 발간했다.

그리고 아세안 회원국들은 태국이 주도하는 지역 보건소 실험실 네트워크(Regional Public Health Laboratories Network)를 통해 실험실 준비 및 대응 조치를 교환했다. 소셜 미디어에서 배포되는 거짓 뉴스 및 정보에 대한 대처를 포함하여 예방 및 통제 조치를 전파하기 위한 국가 위험 커뮤니케이션 행동은 말레이시아가 주최하는 아세안 위험 평가 및 위험 커뮤니케이션 센터(ASEAN Risk Assessment and Risk Communication Centre)의 준비 및 역량 구축 프로그램의 혜택을 받았다(OECD 2020/05/04).

이어 2020년 7월 15일에는 아세안조정위원회(ASEAN Coordinating Council)에 의해 공중보건 응급 상황을 위한 아세안 표준 운영 절차의 핵심 요소에 대한 개발이 이어졌고 SOP−PHE는 2020년 7월 17일 건강 개발에 관한 고위관료회의(SOMHD)에서 이 문서를 공식적으로 승인했다. 2020년 10월 17일 특별 회의에서 SOP−PHE는 공중보건 응급 상황에 대한 아세안 전략 프레임워크(the ASEAN Strategic Framework on Public Health Emergencies)로 명칭이 변경되었다. 이 프레임워크는 ASEAN 재난관리위원회(the ASEAN Committee on Disaster Management)의 우수 사례와 아세안 보건의 기존 메커니즘을 활용한다(ASEAN Secretariat 2020/11/10).

하지만, 이상과 같은 긍정적인 성과에도 불구하고 아세안의 보건안보 협력은

일관된 대응을 위하여 기존의 지역 보건 프레임워크를 활용하는 데 있어서 응집력이 부족했다는 측면에서 한계를 보여주었다. 사스 사태 이후 제도화된 지역협력의 프레임워크가 적절하게 조정된(coordinated) 방식으로 활용되지 못했다는 점에서 감염병 위기에 대한 아세안의 보건협력은 여전히 한계가 있다. 더군다나 코로나19 사태가 장기화되는 상황에서 지역적 연대와 협력보다는 개별 회원국들의 백신 수급을 통한 대응 및 극복에 더욱 의존하는 양상으로 전개되고 있다.

아세안 개별 회원국의 보건의료 수준을 감안한다면 코로나19 감염 발생에 관한 정보를 디지털 연계를 통해 공유하는 것만으로 지역협력을 위한 역량을 충분히 발휘하고 있다고 이해할 수도 있다. 아세안 회원국들이 다양성을 보유하고 있는 만큼 통합된(unified) 수준에서의 지역협력과 그 역할을 기대하는 것은 비현실적일 수 있을 것이다(Demetriadi 2020). 특히 국가 내 사회경제적 불평등에 관한 다양성의 수준, 예를 들면 비공식 부문, 여성, 이주 노동자 등 취약계층의 경우 감염병으로 인한 위기에 더욱 취약하다는 것이 드러났기 때문이다. 즉, 국가 간 개발 격차는 물론이고 개별 국가 내 계층 간 격차의 문제 앞에서 정부의 대응은 역내 회원국보다 국내 문제에 집중할 수밖에 없는 현실에 놓여 있다. 아세안의 보건협력은 국가적 행동을 대체하는 것이 아닌 보완하는 측면에서 이루어지고 있는 것이다.

앞서 언급했듯이 보건안보는 인간 공동체의 유지와 안전의 측면에서 각종 질병의 예방, 처치, 그리고 대응에 접근하는 것을 의미한다. 이러한 측면에서 볼 때 아세안은 다음과 같은 협력 체제를 구축해야 한다. 첫째, 국가별 구체적이고 지속 가능한 의료 시스템 복원력을 구축하기위한 재정적 약속에 의해 지원되는 명확한 정책 목표를 설정해야 한다. 보다 확장되는 지역 및 글로벌 건강 의제는 아세안이 감염병에 대한 대응뿐만 아니라 건강에 대한 보다 포괄적인 접근, 즉 인간안보의 측면에서 건강을 고려하는 것을 강요하고 있다. 2015년 이후 아세안 보건 개발 의제(APHDA: ASEAN Post-2015 Health Development Agenda)를 위하여 4개의 아세안 보건 클러스터가 만들어졌다. ① 건강한 생활방식 증진(Promoting Healthy Lifestyle), ② 모든 위험과 새로운 위협에 대한 대응

(Responding to All Hazards and Emerging Threats), ③ 보건 시스템 및 치료 접근성 강화(Strengthening Health Systems and Access to Care), ④ 식품 안전 보장(Ensuring Food Safety)이다(ASEAN Secretariat).

둘째, 무엇보다도 단기 및 장기 건강 문제에 대해 동등한 정치적 의지를 보여야 할 것이다. 지속가능개발(SDGs)에 대한 인식을 높이고 아세안 회원국 간 조정 및 협력을 개선해야 한다. 감염병뿐만 아니라 비전염성 만성 질환을 해결하고 보다 기후 변화 관련 문제 등 포괄적인 보건안보를 달성하기 위하여 공중보건 시스템 역량 구축 및 강화에 노력을 기울여야 할 것이다. 이러한 작업은 국가에만 국한되지 않고 비국가행위자와 민간 부문의 자원을 활용할 수 있어야 하겠다. 즉, 제도적 차원에서 볼 때 현재의 보건장관급 회의 수준을 넘어서 정부, 학술단체, 보건의료 기업, 관련 NGO 등 다양한 행위자가 참여 역시 제도화되어야 할 것이다.

끝으로, 아세안과 WHO 지부 간 장기적인 협력 메커니즘을 마련해야 한다. 보건협력을 위한 또 다른 장애 요소 중 하나는 아세안 회원국들이 WHO 동남아시아지역사무소(SEARO: Southeast Asia Regional Office)와 WHO 서태평양지역사무소(WPRO: Western Pacific Regional Office)에 속한다는 점이다. 이러한 구분은 국가보다 선행하는 역사 및 지리적 관계의 맥락이 반영되어 있다. 두 기관 간에 지속적인 지식 공유와 기술 자원, 그리고 전문 지식을 효과적으로 사용하여 상호 보완적인 제도화된 협력의 혜택을 누릴 수 있다는 장점이 존재하지만 연속적이고 구조화된 대화에 적합한 환경을 제공하지 못한다. 동아시아, 남아시아 등 지역을 중심으로 경제적, 정치적, 역학적 중요성이 커지고 있는 시점에서 이를 재검토할 필요가 있다.

참고문헌

김우주. 2020.『신종 바이러스의 습격: 신종플루, 메르스, 코로나19, 우리는 새로운 감염병과 어떻게 싸워야 하는가』. 서울: 반니.

김희숙·김다혜·김현경·양영란·유민지·전제성. 2020. "코로나19에 맞선 동남아의 대응: 초기 대처과정의 잠정적 함의."『아시아연구』23(2): 75-116.

메릴린 루싱크. 강영옥 옮김. 2019[2016].『바이러스: 우리가 알아야 할 지구의 숨은 권력자, 101가지 바이러스에 관한 모든 것』. 서울: 더숲.

민병원·진경인. 2014. "글로벌 보건거버넌스와 국제협력 메커니즘의 변화: 국제보건규칙 개정 사례를 중심으로."『국제·지역연구』23(4): 103-138.

변창구. 1999.『아세안과 동남아 국제정치』. 서울: 대왕사.

백용훈. 2020. "보편적 건강보장을 향한 신남방정책과 한-아세안 협력의 과제." KIEP EMERiCs. https://www.emerics.org:446/issueDetail.es?brdctsNo=305644&mid=a10200000000&&search_option=&search_keyword=&search_year=&search_month=&search_tagkeyword=&systemcode=03&search_region=&search_area=&currentPage=1&pageCnt=10 (검색일: 2021.05.01.)

신상범. 2017. "글로벌 보건과 국제정치학: 연구 성과와 향후 과제."『국제정치논총』57(3): 87-132.

이상환. 2008. "전염병과 인간안보, 그리고 국가안보."『국제지역연구』12(3): 229-246.

_____. 2009. "갈등과 협력의 국제 보건 관계: 최근 전염병 사례에 대한 국제사회의 초기 대응을 중심으로."『정치정보연구』12(2): 83-97.

_____. 2011. "세계화 시대의 동아시아 전염병 확산과 보건협력에 대한 경험적 연구: 세계화, 민주화, 소득양극화, 전염병확산, 보건협력의 상관관계에 대한 분석을 중심으로."『국가안보와 전략』11(3): 215-247.

_____. 2020. "감염병의 국제관계: 21세기 국제사회의 보건 갈등과 협력."『JPI 정책포럼』2: 1-26.

이효원·이수지·조화순. 2019. "보건안보에 영향을 미치는 정치적 요인분석."『동서연

구』 31(2): 169-196.

정혜주. 2016. "보건안보와 글로벌 거버넌스." 김상배 편. 『신흥안보의 미래전략』. 서울: 사회평론.

조한승. 2018. "동아시아 보건안보의 쟁점과 협력." 『한국동북아논총』 23(4): 5-28.

최은경·이종구. 2016. "2000년대 글로벌 전염병 거버넌스의 변화: 글로벌 보건 안보의 대두와 국내 전염병 관리 체계의 변화." *Korean J Med Hist* 25(3): 489-513.

Arnold, D. 1991. "The Indian Ocean as a Disease Zone, 1500-1950." South Asia: Journal of *South Asian Studies* 14: 1-21.

ASEAN Biodiaspora Virtual Center(ABVC). 2020. "Risk Assessment for International Dissemination of COVID-19 to the ASEAN Region." July 15. https://asean.org/storage/2020/02/COVID-19_Report-of-ASEAN-Bio Diaspora-Regional-Virtual-Center_15July2020.pdf (검색일: 2021.05.15.)

_____. 2021. "COVID-19 Situational Report in the ASEAN Region." May 21. https://asean.org/storage/COVID-19_Situational-Report_ASEAN-BioDiaspora-Regional-Virtual-Center_21May2021.pdf (검색일: 2021.05.21.)

ASEAN Secretariat. "Overview." https://asean.org/asean-socio-cultural/asean-health-ministers-meeting-ahmm/overview-2/ (검색일: 2021.05.17.)

_____. 2004. "Declaration of The 7th ASEAN Health Ministers Meeting, Health Without Frontiers, Penang, Malaysia." April 22. https://asean.org/declaration-of-the-7th-asean-health-ministers-meeting-health-without-frontiers-penang-malaysia/ (검색일: 2021.05.17.)

_____. 2006. "ASEAN Response to Combat Avian Influenza by ASEAN Secretariat." April 01. https://asean.org/?static_post=asean-response-to-combat-avian-influenza-by-asean-secretariat-3 (검색일: 2021.05.17.)

_____. 2006. “Declaration of The 8th ASEAN Health Ministers Meeting, ASEAN Unity in Health Emergencies, 21 June 2006, Yangon.” June 21.
https://www.asean.org/wp-content/uploads/images/archive/18494.pdf (검색일: 2021.05.17.).

_____. 2008. “Press Release: Third ASEAN Plus Three Health Ministers Meeting Manila.” October 10.
https://asean.org/press-release-third-asean-plus-three-health-ministers-meeting-manila/ (검색일: 2021.05.17.).

_____. 2010. “Declaration The ASEAN Health Ministers on Collaboration on Health Manila, 24 July 1980.” December 19.

_____. 2012. “Press Statement by The Chairperson of The 9th ASEAN Summit and The 7th ASEAN + 3 Summit Bali, Indonesia, 7 October 2003.” May 11.
https://asean.org/?static_post=press-statement-by-the-chairperson-of-the-9th-asean-summit-and-the-7th-asean-3-summit-bali-indonesia-7-october-2003 (검색일: 2021.05.17.)

_____. 2012a. “Joint Statement of the 4th ASEAN+3 Health Ministers Meeting Singapore, 23 July 2010.” August 13.
https://asean.org/?static_post=joint-statement-of-the-4th-asean3-health-ministers-meeting-singapore-23-july-2010 (검색일: 2021.05.17.)

_____. 2012b. “Joint Statement of the 10th ASEAN Health Ministers Meeting Singapore, 22 July 2010.” August 13.
https://asean.org/?static_post=joint-statement-of-the-10th-asean-health-ministers (검색일: 2021.05.14.)

_____. 2012c. “Declaration of the 5th ASEAN Health Ministers Meeting on Healthy ASEAN 2020 28-29 April 2000 Yogyakarta, Indonesia.” August 16.
https://asean.org/?static_post=declaration-of-the-5th-asean-health-ministers-meeting-on-healthy-asean-2020-28-29-april-2000-yogyakarta-indonesia

(검색일: 2021.05.17.)

_____. 2020a. "Declaration of the Special ASEAN Summit on Coronavirus Disease 2019(COVID-19)." April 14. https://asean.org/declaration-special-asean-summit-coronavirus-disease-2019-covid-19/#:~:text=(COVID%2D19)-,Declaration%20of%20the%20Special%20ASEAN%20Summit%20on%20Coronavirus%20Disease%202019,Summit%20was%20chaired%20by%20H.E. (검색일: 2021.05.18.)

_____. 2020b. "ASEAN Health Ministers Enhance Cooperation in Fighting COVID-19 Pandemic." April 17. https://asean.org/asean-health-ministers-enhance-cooperation-fighting-covid-19-pandemic/ (검색일: 2021.05.17.)

_____. 2020c. "ASEAN Strategic Framework for Public Health Emergencies." November 10. https://asean.org/storage/2020/11/4-ASEAN-Strategic-Framework-on-PHE_Final.pdf (검색일: 2021.05.31.)

BBC News. 2020. "코로나19는 '마지막 팬데믹'이 아니다." June 10. https://www.bbc.com/korean/international-52973778 (검색일: 2020.07.12.)

Bradford C, Linn J, editors. 2007. *Global governance Reform: Breaking the Stalemate*. Washington DC: Brookings.

Caballero-Anthony, Mely. 2005. "SARS in Asia: Crisis, Vulnerabilities, and Regional Responses." *Asian Survey* 45(3): 475-495.

_____. 2008. "Non-traditional Security and Infectious Diseases in ASEAN: Going Beyond the Rhetoric of Securitization to Deeper Institutionalization." *The Pacific Review* 21(4): 507-525.

_____. 2018. "Health and Human Security Challenges in Asia: New Agendas for Strengthening Regional Health Governance." *Australian Journal of International Affairs* 72(6): 602-616.

CDC(Centers for Disease) Control and Prevention. 2014. “Nipah Virus(NiV).” March 20. https://www.cdc.gov/vhf/nipah/index.html (검색일: 2021.05.14.)

Dengue Virus Net. “Dengue Epidemiology.” http://www.denguevirusnet.com/epidemiology.html (검색일: 2021.05.14.)

Demetriadi, Alexi. 2020. “ASEAN’s Covid-19 Response: United in Name, Divided in Practice.” *GLOBE*. May 15. https://southeastasiaglobe.com/asean-covid-19-response/ (검색일: 2021.05.31.)

Djalante, Riyanti, Jonatan A. Lassa, Laely Nurhidayah, and Hoang Van Minh. 2020. “The ASEAN’s Responses to COVID-19: A Policy Sciences Analysis.” https://www.researchgate.net/publication/341111475_The_ASEAN%27s_responses_to_COVID-19_A_policy_sciences_analysis?enrichId=rgreq-260fd2762e262b721305c739de289de0-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzM0MTExMTQ3NTtBUzo4OTA1NDc0OTM0MTI4NjVAMTU4OTMzNDQ3NjY3Nw%3D%3D&el=1_x_2&_esc=publicationCoverPdf (검색일: 2021.05.16.)

Fieler, David P. 2003. “Public Health and National Security in the Global Age: Infectious Diseases, Bioterrorism, and Realpolitik.” https://www.repository.law.indiana.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1418&context=facpub&httpsredir=1&referer= (검색일: 2021.05.10.)

Gostin, Larry O. and Lawrence O. Gostin. 2000. *Public Health Law: Power, Duty, Restraint*. Berkeley, California: University of California Press.

Gupta, Indrani and Pradeep Guin. 2010. “Communicable Diseases in the South-East Asia Region of the World Health Organization: Towards a More Effective Response.” *Bulletin of the World Health Organisation* 88(3): 199-205.

Kumaresan, Jacob and Suvi Huikuri. 2015. “Strengthening Regional Cooperation, Coordination, and Response to Health Concerns in the ASEAN Region: Status, Challenges, and Ways Forward.” ERIA Discussion Paper Series ERIA-

DP-2015-60.
https://www.eria.org/ERIA-DP-2015-60.pdf (검색일: 2021.05.03.).

Labonte, Ronald and Michelle I. Gagnon. 2010. "Framing Health and Foreign Policy: Lessons for Global Health Diplomacy." *Globalisation and Health* 6(14). https://doi.org/10.1186/1744-8603-6-14.

Lam, Tommy Tsan-Yuk, Na Jia, Ya-Wei Zhang, Marcus Ho-Hin Shum, Jia-Fu Jiang, Hua-Chen Zhu, Yi-Gang Tong, Yong-Xia Shi, Xue-Bing Ni, Yun-Shi Liao, Wen-Juan Li, Bao-Gui Jiang, Wei Wei, Ting-Ting Yuan, Kui Zheng, Xiao-Ming Cui, Jie Li, Guang-Qian Pei, Xin Qiang, William Yiu-Man Cheung, Lian-Feng Li, Fang-Fang Sun, Si Qin, Ji-Cheng Huang, Gabriel M. Leung, Edward C. Holmes, Yan-Ling Hu, Yi Guan & Wu-Chun Cao. 2020. "Identifying SARS-CoV-2-related Coronaviruses in Malayan Pangolins." *Nature* 583: 282 - 285.

Lamy, Marie and Kai Hong Phua. 2012. "Southeast Asian Cooperation in Health: A Comparative Perspective on Regional Health Governance in ASEAN and the EU." *Asia Europe Journal* 10(4): 1-19.

OECD. 2020. "COVID-19 Crisis Response in ASEAN Member States." May 4. http://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/covid-19-crisis-response-in-asean-member-states-02f828a2/ (검색일: 2021.05.16.)

OECD and World Health Organization. 2018. *Health at a Glance: Asia/Pacific* 2018. OECD Publishing. https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-asia-pacific-23054964.htm (검색일: 2021.05.02.)

Pulmanausahakul, Rojjanaporn, Sittiruk Roytrakul, Prasert Auewarakul, and Duncan R. Smith. 2011. "Chikungunya in Southeast Asia: Understanding the Emergence and Finding Solutions." *International Journal of Infectious Diseases* 15(1): e671-e676.

Price-Smith, Andrew T. 2002. *The Health of Nations: Infectious Disease, Environmental Change, and Their Effects on National Security and Development*. Cambridge: The MIT Press.

Rushton, S. 2010. "'Framing Aids: Securitisatin, Development-ization, Rights-ization." *Global Health Governance* 4(1): 1-17.

Stevenson, Michael and Andrew Cooper. 2009. "Overcoming Constraints of State Sovereignty: Global Health Governance in Asia." *Third World Quarterly* 30(7): 1379 - 1394.

Tran, DM. 2011. "ASEAN's Potential and Role: a Review." in Lee YY, ed. *ASEAN matters! Reflecting on the Association of Southeast Asian*. Singapore: Institute of Policy Studies and World Scientific Publishing.

Walker, Kirsty. 2014. "3. The Influenza Pandemic of 1918 in Southeast Asia." Tim Harper and Sunil S. Amrith eds. *Histories of Health in Southeast Asia: Perspectives on the Long Twentieth Century*. Bloomington: Indiana University Press.

WHO. 2018. "A Healthier South-East Asia 70 Years of WHO in the Region." https://apps.who.int/iris/handle/10665/274297 (검색일: 2021.05.17.)

WHO and WB. 2017. "Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report: Executive Summary." https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260522/WHO-HIS-HGF-17.2-eng.pdf?sequence=1 (검색일: 2021.05.31.)

Wilson, Mary. 2014. "8. Epidemic Disease in Modern and Contemporary Southeast Asia." Tim Harper and Sunil S. Amrith eds. *Histories of Health in Southeast Asia Perspectives on the Long Twentieth Century*. Bloomington: Indiana University Press.

Woodward D, Drager N, Beaglehole R, Lipson D. 2001. "Globalisation and Health: A Framework for Analysis and Action." *WHO Bulletin* 19(9): 87-88.

제10장 대유행 시대 이전과 이후:
글로벌 보건과 동남아시아연구

서보경

코로나바이러스감염증-19(이하 코로나19)의 대유행에 따라 전 지구적 차원에서 다양한 위기들이 생겨났다. 동남아시아연구에서도 새로운 위기에 따른 변화를 파악하기 위해 다양한 시도들이 등장하였다. 동남아시아연구에서 보건의료에 대한 의제가 중심을 차지하게 된 상황은 매우 환영할 만한 일이나, 이러한 관심이 지역의 보건 의료에 기여할 수 있는 학문적 성과로 열매 맺기 위해서는 보다 이론적이고 실증적인 접근이 필요하다. 각국의 방역 정책을 시간 순서로 정리하고 대응책의 특성을 파악한 기초 작업을 바탕으로 향후 어떤 연구들이 이어질 수 있을까? 코로나19 대유행의 경험을 동남아시아의 맥락에서 역사화하고, 이를 향후 지역연구의 중요한 준거점으로 삼을 수 있어야 할 것이다. 한국의 동남아시아연구에서 코로나19 대유행은 특히 '신남방정책'이라고 명명된 한국 정부의 외교정책과 맞물리면서 더욱 중요한 주제로 떠오른 듯하다. 이 글에서는 코로나19 대유행을 미증유의 사건으로 특수화하거나 정책적 기회로 접근하기보다는 이 공통의 위기 경험이 한국과 동남아시아의 관계를 재설정하고, 한국의 동남아시아연구 전반에 걸쳐 중요한 전환점으로 작동할 가능성을 탐색하고자 한다.

이를 위해서는 먼저 코로나19와 같은 신종 감염병의 대유행이 글로벌 보건

위기로 여겨지게 된 역사적 배경을 보다 비판적으로 이해할 필요가 있다. 코로나19가 전 세계 곳곳으로 퍼져나가는 양상은 감염성 질환의 확산이 전 지구적인, 즉 글로벌 의제라는 것을 직관적으로 받아들이게 한다. 그러나 질병에 대응하고 건강을 증진하기 위한 여러 실천들이 '글로벌 보건(global health)'이라는 영역으로 포괄되는 양상은 자연스러운 귀결이라기보다는 공중보건(public health)의 영역을 새롭게 구획하고자 하는 일련의 역사적 국면들을 통해 새롭게 출현하였다고 할 수 있다. 한국어로 '국제 보건'은 자국이 아닌 타국의 보건 상황에 대한 개입을 통칭하는 용어로 흔히 여겨지고, global health의 번역어로도 동시에 사용되지만, 엄밀히 말해 글로벌 보건이라는 용어는 이전의 국제 보건(international health) 체제와 대별되는 새로운 영역의 등장을 지칭하기 위해 도입되었다고 할 수 있다(Brown et al. 2016). 따라서 글로벌 보건은 국제 보건의 그저 다른 이름이 아니라 이전에 없던 정치적 지형의 형성을 의미하며, 코로나19 대유행에 대한 대응 역시 이 정치적 장의 속성과 변화를 통해 주조되고 있다.[1]

의료인류학은 글로벌 보건이라는 영역이 새롭게 등장하는 과정을 국제정치의 변화 속에서 면밀하게 추적해온 바 있다. 이 글에서는 동남아시아 지역에 대한 인류학적 연구를 중심으로 '글로벌 보건'이라는 장이 이 지역을 중심으로 어떻게 형성되어 왔는지를 먼저 살펴볼 것이다. 그리고 이러한 역사적 과정에 대한 이해를 바탕으로 코로나19의 대유행이 동남아시아에 끼친 영향을 파악하는 데 핵심적인 몇몇 지점들을 구체화 해보고자 한다.

2021년 6월 현재 우리가 코로나19 대유행의 어느 지점에 위치하고 있는지, 종결의 시점에 이미 다다르고 있는지 아니면 아직 끝이 보이지 않는 긴 터널의 한 가운데에 있는지 자신하기 어렵다. 결정적 순간에 미래를 위해 의지해야 할 가장 중요한 원칙을 꼽는다면 그것은 이 모든 대응의 중심에 바이러스가 아니라 사람이 놓여야 한다는 것이다. 우리가 어떤 시간을 거쳐왔는지 단언하기 어

1 코로나19 대유행과 생명 정치의 재조직화에 관한 보다 개괄적인 논의로는 서보경(2020)을, 또 한국의 감염병 역사의 맥락에서 주목해야 할 정치적 측면에 관해서는 서보경(2021a, 2021b)을 볼 것.

려운 때에, '사람 중심'이라는 가치가 글로벌 보건은 물론 지역연구에서 어떻게 구체화될 수 있을지에 대한 논의로 결론을 대신하고자 한다.

I. '글로벌 보건'이라는 장의 형성과 동남아시아

한국의 동남아시아 연구 지형에서 보건의료 분야는 상대적으로 새로운 주제로 여겨지고 있으나(전제성 2020), 동남아시아는 그간 역사학과 인류학 전반에서 의학과 보건에 부여된 의미의 변화를 파악하는 데 매우 중요한 사례들을 제공해왔다. 19세기와 20세기의 서구 제국주의의 팽창 속에서 등장한 열대의학(tropical medicine)의 발전에서부터 2차 세계대전 이후 등장한 국제 보건 체계, 그리고 현재의 글로벌 보건에 이르기까지의 변화를 동남아시아가 관통해왔기 때문이다. 열대가 의학의 주요 영역으로 새롭게 부상하는 과정과 양차 대전의 상처를 딛고 만들어진 국제 보건이라는 기치는 모두 글로벌 보건이라는 변형된 장(場)이 열리는 데 중요한 유산을 제공한 바 있다.

먼저 열대 지역의 생태학적 특성과 그에 따른 질병 발생의 특수성을 밝히는 열대의학이 생의학(biomedicine)의 주요 영역으로 성립되는 과정은 식민지가 되어야 한다고 상상되는 '미지'의 영역에 대한 두려움을 구체화하고, 이를 통해 인종적 차이를 정당화하는 과정과 긴밀하게 연결된 바 있다. 식민지 의학으로서 열대 의학은 서구에서 온 식민자의 건강을 우선적으로 보호하고, 식민 지배하에 있는 인구군의 경제적 생산성을 도모하고자 하였으며, 이 과정에서 열대로 여겨지는 식민지의 환경과 그 곳에 이미 살고 있는 인간 집단을 '과학적으로' 규명한다는 책무를 자임한다. 이때 동남아시아는 열대 의학의 핵심적 거점이었다. 의료인류학자인 레노어 맨더슨은 식민지 말라야에서 일어난 질병 통제에 대한 역사적 연구를 바탕으로 당대 보건의료 서비스의 발전이 정치경제학적 필요뿐만 아니라 영국의 식민 통치에 도덕적 질서를 부여하는 과정과 긴밀하게 연결되어 있었다는 것을 보여준 바 있다(Manderson 1996). 사학자인 워

릭 앤더슨은 20세기 초반 미국의 필리핀 지배 역사와 당시에 활발하기 이뤄진 열대 병원균에 대한 활발한 연구를 교직하면서, 위생과 면역에 대한 개념이 인종적, 문화적 차이를 구체화하면서 근대성의 기저를 이루는 양상을 보여준 바 있다(Anderson1996).

국제 보건은 냉전 체제 하에서 새롭게 구획된 원조 경제의 성립과 긴밀한 연결 속에서 형성되었으며, 여기서 보건은 전 방위적 개발 프로젝트의 일부분으로 국가 단위의 경제 개발과 인구 생산성의 증가를 위한 수단으로 기능하였다. 생의학(biomedicine)의 급속한 발전과 표준화는 근대적 위생 시설과 공중보건 제도를 확산시키고, 백신과 항생제를 통해 감염병에 따른 사망을 급격하게 감소시켰다. 동남아시아 국가들은 이 기간 동안 각기 다른 수준과 방식의 국제 원조를 경험하지만 생의학에 기반한 근대적 의학 교육 체계와 현대적 의약품의 확산이라는 변화를 공통적으로 경험한다. 예를 들어 캄보디아의 의료 체계 발전에서 프랑스의 식민주의 의학 이후로 중요한 영향을 끼친 것은 사회주의 이념에 기초한 보건 원조로 중국, 베트남과 같은 주변국은 물론 쿠바, 동독, 소비에트 연방으로부터 다양한 의약품과 의료 장비를 지원받은 바 있다(Ovesen and Trankell 2010: 122). 태국의 경우, 근대적 의료 체계의 성립에서 미국에서 의학 교육을 받은 왕실이 중요한 역할을 한 바 있으며(Dephanom Muangman 1987), 미국의 원조와 영향력은 정치 및 경제 체제 전반은 물론 보건 영역을 포괄하는 국가 개발 프로젝트에 중요한 영향을 끼쳤다. 태국은 1970년대 후반부터 WHO의 일차보건의료 개념을 선도적으로 받아들이고, 이를 전국적인 농촌 개발 프로젝트와 연결시킨 바 있다(Lyttleton 1996).

글로벌 보건이라는 새로운 명명은 냉전 체제 하에서 지배적이었던 국가 중심의 적대적 대립항에 기반한 동맹국 체제가 해체되고, 세계의 연결성에 대한 이해가 급속도로 변화하는 과정에서 등장한다. 여기서 '글로벌'은 단순히 지리학적 의미에서 전 지구적 포괄성을 의미하지 않으며, 제국주의와 자본주의 세계화의 현재적 지속(durée)과 변형이 일어나고 있는 정치적 진행형이라고 할 수 있다(Stoler 2016). 또한 글로벌 보건에서 '보건'의 의미 역시 단순히 기술적 차원

에서 의료와 관련 영역을 지칭하기 보다는 건강과 질병의 위협을 어떻게 정의할 것인지, 보건의 대상이 되는 공중(the public)의 범위를 어떻게 한정하고 확장할 것인지에 따라 그 의미가 달라지게 된다(Seo 2020).

무엇보다 새로운 감염병의 확산은 글로벌 보건이라는 장의 형성에 중대한 영향을 끼친 바 있다. 특히 1980년대 초반부터 시작된 HIV(Human Immunodeficiency Virus, 인간면역결핍바이러스)의 전 세계적인 유행은 급성감염병에서 만성질환 치료와 관리로 의학의 초점이 전환되는 양상에 제동을 걸었다. HIV는 1981년 처음 발생이 보고된 이후로 현재까지 무려 3,270만 명이 넘는 사람들이 AIDS(Acquired Immune Deficiency Syndrome, 후천성면역결핍증) 관련 질환으로 사망하였다고 추산되고 있으며(UNAIDS 2020), HIV의 급속한 확산은 세계화의 기치 아래 일어난 교역의 확대와 해외여행의 급속한 증가가 반드시 세계를 풍요롭게 만들기보다는 새로운 위험을 야기할 수 있다는 우려의 신호탄을 쏘아 올린다. 1990년대에 이르면 신종감염병(emerging infectious disease)이라는 개념이 본격적으로 등장하기 시작한다. 이미 질병의 기전이 알려진 지 오래된 감염원이라고 하더라도 새롭게 재출현하고 있는 경우에 주목해야 하며, 새로운 인수공통감염병(zoonosis)의 발생과 유형을 추적하고 감시해야 한다는 논의가 본격적으로 등장하기 시작한 것이다. 미국과 캐나다를 시작으로 새로운 감염병에 대응하기 위한 국제적인 연합이 시작되며, 95년에 이르면 세계보건기구는 감염병 조사와 국제 공조를 담당하기 위한 주요 기구를 설치하고 국제보건규칙을 개정하는 작업에 돌입하기 시작한다(최은경·이종구 2016).

WHO는 1948년 처음 성립된 이후로 보건을 전 지구적 차원의 의제로 확립하는데 중요한 역할을 하였다고 할 수 있으나, '글로벌 보건'을 핵심의제로 내세우는 변화는 1990년대 초반에 이르러서야 두드러진다. 이는 앞서 언급한 것처럼 감염성 질환의 확산이 새로운 안보 위협으로 떠오르게 되는 양상과 긴밀하게 연결되어 있으며, 동시에 지구 온난화와 그에 따른 생태환경의 파괴 및 인적 손실에 대처하기 위해서는 더 이상 일국적 대처에 기댈 수 없다는 환경 운동의 확산 역시 주요하게 작용하였다고 할 수 있다(Brown et al. 2006). 이

때, WHO가 '글로벌 파트너십'을 강조하면서 '글로벌 펀드'를 조성하는 과정은 국제기구로서 WHO가 고질적으로 안고 있던 재정적 한계를 극복하고, 조직 전반을 새롭게 재편하는 과정과 긴밀하게 연결되어 있다(Brown et al. 2006). WHO를 비롯하여 유니세프(UNICEF: United Nations Fund for Children), 유엔에이즈(UNAIDS: United Nations Program on HIV/AIDS)와 같은 유엔 기구들과 미국이 주도해 온 '에이즈 결핵 말라리아 퇴치를 위한 글로벌 펀드(The Global Fund to Fight AIDS Tuberculosis and Malaria)'와 같은 국제기구들은 이제 기아 퇴치나 질병 퇴치의 구호를 넘어 모두 '글로벌 보건'을 전면적인 목표로 내세우고 있다. 더불어 게이츠 재단(Bill and Melinda Gates Foundation)과 같은 초대형 NGO가 글로벌 보건의 주 행위자로 자임하면서 장의 질서를 장악하고 재편해왔다.

동남아시아의 많은 국가들은 이 새롭게 재편된 글로벌 보건 장(場)의 주요한 부분을 차지해왔다. '에이즈 결핵 말라리아 퇴치를 위한 글로벌 펀드'는 2000년대 초반부터 태국을 비롯한 아세안 국가들에서 HIV 치료를 처음 도입하고 결핵과 말라리아 치료 프로그램을 확립하는 데 핵심적인 재원을 제공한바 있다. 또한 유엔에이즈의 아시아태평양 지부는 방콕에 사무실을 두고 있으면서 지역에서 다양한 예방 및 치료프로젝트를 시행하고, 역내 국가들의 HIV/AIDS 관련 정책에 상당한 영향을 끼친바 있다. 이러한 역사적 경험 속에서 2011년 제19차 아세안정상회의에서는 HIV 감염과 이에 따른 차별과 사망을 종식하고자 하는 유엔에이즈의 'Getting to Zero' 선언이 정식 채택된 바 있다(UNAIDS 2011). 이외에도 유니세프는 지역의 이주 아동 및 미등록 아동의 건강보호, 필수적인 백신접종, 감염병의 예방과 치료, 난민 지원에 관한 주요한 재원이 되어왔다.

다른 한편으로 글로벌 보건영역의 부상은 보건의료의 시장화와 신자유주의화라는 큰 흐름과도 분리불가능하다. 특히 글로벌 제약시장의 확장은 세계무역기구(WTO: World Trade Organization) 체계 하에서 의약품의 생산과 분배방식의 기본적인 규칙이 전 세계적으로 새롭게 강제된 정치경제적 구조를 기반으로 한다. '무역에 관련된 지적 재산권(TRIPs: Trade Related Aspects of Intellectual

Property Rights)' 협정은 WTO의 모든 회원국들이 지적 재산권을 보호하도록 강제함으로써, 의약품 생산을 주도하는 제약회사들의 특허권이 개별 국가의 수준이 아니라 자유무역체계 전반에서 보호받을 수 있도록 하였다. 이러한 국제규범의 출현은 의약품 생산 능력을 갖추지 못하고 수입에 의존해야 하는 대다수의 국가들에서 복제 의약품의 생산과 공급을 불가능하게 함으로써 다국적 제약회사에 더욱 의존할 수밖에 없는 시장 구조를 만들어낸다. 또한 이러한 강력한 특허권 보호체계는 신약의 수익성을 독점적으로 보장하고, 신약 개발 그 자체를 막대한 자본 투자와 이윤 창출의 장으로 재구조화한다(안젤 2004; 서보경 2008; Standing 2016). 그리고 이러한 전 세계적인 의약 시장의 재편 속에서 특정 의약품에 접근할 수 있는지 없는지의 여부가 보건의료의 가장 중요한 문제로 등장하게 된다. AIDS는 1990년대 후반 효과적인 항레트로바이러스치료제(antiretroviral treatment)가 도입되면서 치료 가능한 질병이 되었지만, 치료제의 접근 가능성에 따라 계층적, 지역적으로 엄청난 격차를 발생시켰다. HIV 확산 초기에 치료제를 요구하는 사회 운동은 미국과 프랑스와 같은 부유한 국가들에서 시작되었으나, 이후 남아프리카 공화국, 브라질, 태국 등지로 확산된 바 있다. 태국은 HIV 치료제 중 가장 기초적인 2개의 1차 치료제와 그 외 5개의 필수 의약품에 대해 정부의 공적사용을 목적으로 하는 특허권 강제실시를 동남아시아 국가들 중에서 최초로 단행하고, 국영제약회사를 통해 복제 의약품을 생산한바 있다(서보경 2008). 태국을 비롯하여 베트남, 인도네시아, 미얀마, 캄보디아 등의 국가들은 대부분의 경우 국제 원조를 통해 HIV 치료를 도입하게 되었는데, 태국과 같이 원조가 아닌 자국의 보건 예산으로 보편적 HIV 치료를 달성하고자 하는 국가들은 결국 필수적인 의약품의 가격을 어떻게 통제할 것인가라는 문제에 공통적으로 직면하게 된다.

제약시장의 재편은 또한 이전의 국가 간 원조를 넘어서서 엄청난 자원 동원력을 가진 초거대 NGO와 WHO와 같은 국제기구가 다국적 제약회사와 보건적 개입이 필요한 국가들을 중개하는 역할을 자임하게 하였다. 이때 주목해야 할 점은 지역적, 국가적 구분에 더 이상 얽매이지 않고 HIV, 결핵, 말라리아와 같

이 특정 질병을 타겟으로 유병률을 낮추려는 시도들이 주를 이루게 되면서, 한 국가의 전반적인 보건 체계를 증진시키기 보다는 어느 지역에서나 적용 가능한 형식의 보건 프로젝트를 도입하게 하였다는 것이다(Whyte 2014). 그리고 이러한 단일화와 보편화 전략 속에서 보건의 약물화(pharmaceuticalization)라는 변화가 광범위하게 일어난다(Biehl 2007). 즉, 특정의약품에 접근 가능한지 여부가 글로벌 보건의 핵심 의제로 자리 잡게 된 것이다. 이는 미얀마와 같이 의료여건이 열악한 지역에서 HIV 감염 여부를 검사하기 위한 최첨단의 키트나 결핵 치료제가 광범위하게 일반화되는 것과 다르게 일반적인 질환을 치료하고 예방하기 위한 보건시설이나 인력은 크게 늘어나지 않는 모순을 발생시킨다. 더 나아가 초거대 다국적 제약회사들은 글로벌 보건 증진을 위한 재단과 프로그램을 직간접적으로 운영하기 시작하며, 이를 통해 보건 위기에 대응하기 위한 필수의약품을 공급한다는 도덕적 명분을 획득하는 동시에 신약에 대한 가격은 전 세계적으로 높게 유지하는 전략을 취하고 있다.

마지막으로 살펴볼 글로벌 보건의 주요 영역은 인도주의(humanitarianism)에 기반한 개입이다. 감염성 질환의 유행뿐만 아니라 대규모 무력 분쟁과 자연 재해의 발생 역시 글로벌 보건의 주요 영역이 되어왔다. 동남아시아 지역에서 발생한 국경 분쟁과 내전, 정치적 탄압은 무수히 많은 인명의 손실과 건강상의 위협을 야기한 바 있다. 동남아시아에서 특히 인도주의적 위기가 주목을 받은 시기는 1970년대에서 1990년대 중반, 즉 베트남 전쟁 종식 이후 지역 내 패권 질서에 큰 변화가 일어난 때라고 할 수 있다. 태국-캄보디아, 태국-버마 국경지대를 비롯하여, 캄보디아, 인도네시아, 말레이시아 등 지역 내 장기간 존재했던, 또 여전히 남아있는 난민 캠프들은 전쟁과 폭력으로 인해 많은 사람들이 생의 터전을 잃어야 했으며, 정치적 공동체에 속할 권리를 장기간 박탈당했다는 것을 역사적으로 입증한다. 의료인류학자들은 폭력과 전쟁이 그 어떤 질병보다 많은 사람들의 생명을 앗아간 병리(pathology)이며 따라서 보건의 문제로 접근해야 한다고 강조한 바 있다. 질병 퇴치에 인류가 많은 노력을 기울이고 있는 것처럼 전쟁과 폭력을 근절하고자 하는 시도 역시 체계적으로 이뤄져

야 한다는 것이다(Rylko-Bauer and Singer 2011). 30년간 인도네시아 아체지역에서 전개된 분쟁과 국가폭력이 지역주민들에게 남긴 깊은 상흔을 이들이 일상적으로 경험하고 있는 다양한 정신적 스트레스를 통해 규명한 인류학적 연구는(Good et al. 2007) 트라우마 개념의 정교화에 크게 기여한 것은 물론 건강과 정치적 삶이 얼마나 긴밀히 연결되어 있는지를 드러낸 바 있다. 전쟁의 폭력은 인명의 손실을 넘어 생태 환경 및 사회문화사 전반에 막대한 영향을 끼치며, 그 악영향은 장기간 여러 세대에 걸쳐 질병 부담(disease burden)을 가중시킨다.

과거 동남아시아에서 발생한 대규모 유민과 난민 사태가 지역 내 안보 문제의 일환으로 주로 다뤄졌다면, 글로벌 보건의 주요 영역으로 난민 보호가 등장하는 양상은 인도주의에 기반한 원조(humanitarian aid)가 국제교류의 핵심적 영역으로 자리매김하는 과정과 긴밀하게 연결되어 있다. 2013년부터 격화되기 시작한 로힝자 난민사태는 2017년 미얀마 정부군의 조직적인 공격으로 인해 더욱 악화되었으며, 수천 명의 사람들이 탈출을 감행하게 만들었다. 2017년 기준 동남아시아에는 무려 3백만 명이 넘는 사람들이 강제실향민, 난민 신청자, 난민, 무국적자의 상태에 놓여 있는 것으로 추산된다(Stange et al. 2019). 이들은 정치적 박해와 극심한 빈곤, 폭력에 노출되어 있으며, 기본적인 보건의료에 역시 접근할 수 없다. 이러한 상황은 유엔난민기구(UNHCR)와 같은 국제기구의 역할을 강화하는 동시에 전 세계적으로 인도주의에 기반한 다양한 단체들의 개입을 촉발하고 있으나, 역으로 시민권의 부여와 같이 국민국가 단위에서 가능한 해결을 모색하기보다는 응급 상황에 대한 임시적 대응을 장기화하는 효과를 낳는다.[2]

인도주의는 보건 영역에서 늘상 강조되어 온 가치인 것처럼 느껴지지만, 실상 인도주의가 국제 정치의 핵심적 쟁점으로 떠오르는 양상은 글로벌 보건이

2 2021년 미얀마에서 군부가 자행한 광범위한 폭력에 국제기구나 인도주의 단체들이 별다른 개입을 하지 못하였다는 점 역시 유의할 필요가 있다. 쿠데타에 반대하는 시민들에게 가해진 탄압과 폭력은 많은 생명의 손실로 이어지고 있지만, 이에 대한 본질적인 해결은 인도주의적 구호가 아닌 민주주의에 기반한 정치 질서의 회복을 통해서만이 가능하기 때문이다.

라고 하는 장이 고유의 정치적 영향력을 확보하는 과정과 깊이 연루되어 있다(Bornstein and Redfield 2010). 인류학자인 디디에 파상은 인류애, 즉 국적이나 인종적 차이, 물리적 거리와 관계없이 인간 일반의 생명과 건강을 마땅히 보호하고 증진해야 한다는 관념과 정동이 서구의 도덕적 사고를 이루는 근간이 되었으며, 글로벌 보건은 이러한 새로운 도덕적 가치 체계의 확장이라고 강조한다(Fassin 2011). 인도주의라는 도덕적 질서는 인도주의적 구호의 대상이 될 수 있는 고통의 성격과 형식을 근본적으로 제한하여, 이 속에서 역설적으로 구호의 대상이 되는 이들이 보편적 시민권을 획득하고 발휘할 수 있는 가능성은 더욱 요원해진다(Ticktin 2011). 인도주의에 기반한 구호와 보건은 보편적 인간성(universal humanity)을 수호하기보다는 그것을 특정한 방식으로 조형(造形)하는 정치적 효과를 발생시키며, 생명권력에 기반한 통치성을 더욱 정교화하고 전 지구적으로 확장시킨다.

글로벌 보건 장의 이러한 다양한 흐름들은 이 안에 서로 상충하는 입장과 윤리가 가득 차 있다는 것을 뜻한다. 외교 정책으로, 지역 안보의 수단으로, 새로운 투자처로, 자선의 대상으로 글로벌 보건이라는 기표가 동시적으로 활용될 때, 이 장은 상이한 관점과 이해관계를 지닌 다종의 행위자들로 채워져 왔다. 파상은 글로벌 보건이 넓게는 총 6개에 이르는 영역을 총칭하고 있다고 정리하기도 한다. 글로벌 보건은 ① 전 지구적 건강불평등의 심화라는 역학적 변화에 일차적으로 기인하는 동시에 ② 난민을 비롯한 하층의 대규모 인구 이동과 의료 투어리즘과 같은 상층의 인구 이동을 모두 포괄하며 ③ 의약품, 장기, 유전물질과 같은 새로운 경제적 자원과 상품의 생산과 순환을 기반으로 ④ 이를 활용하는 의료 체계가 초국가적으로 작동하는 현실을 반영하고 있으며 ⑤ 더불어 이 영역을 관장하는 복잡한 관료제가 국제기구, 대학, 자선 및 종교단체 등에 생겨나게 하며 ⑥ 마지막으로 이를 활용하는 다양한 사회적 네트워크가 전 지구적으로 생겨나는 현상을 총칭한다(Fassin 2012: 102–103).

따라서 '글로벌 보건 외교(global health diplomacy)'의 등장은 단순히 보건이 국제관계의 역학을 새롭게 재조정하는 데 핵심적인 쟁점으로 등장하게 되었다는

사실을 넘어 이 영역 자체에서 어떤 새로운 위계, 착취, 박탈, 지식 생산, 그리고 윤리적 전환이 일어나고 있는지를 보다 비판적으로 점검해야 한다는 것을 뜻한다. 동일한 보건 위기, 예를 들어 대규모 난민 발생이나 유행병의 발생은 글로벌 보건이라는 장 안에서 특정 인구집단 혹은 질병을 위협으로 규정하고 이에 대한 대비 체계를 만들고자 하는 위험 통제 중심의 안보개념을 강화하는 동시에 다른 한편으로는 고통을 경험하는 인간의 보편성과 이에 대한 응답의 필요성을 강조하는 정서적이고 도덕적인 가치를 구축하기도 한다. 따라서 글로벌 보건은 그 자체로 자명한 선(善)이 아니며, 단일한 목적이나 효과로 수렴되지도 않는다. 각기 다른 방향성과 시간성, 가치 체계를 지닌 다양한 힘들이 어디서 어떻게 합류하는지, 그 합류의 효과가 실제 사람들의 삶에 어떤 영향을 끼치고 있는지 보다 면밀하게 접근할 필요가 있다.

II. 코로나19 대유행 속의 동남아시아[3]

코로나19 대유행이 중차대한 위기로 선언되고 이에 대한 대응이 조직되는 양상은 글로벌 보건 위협이 구체화된 결과이자, 동시에 글로벌 보건 장의 새로운 변화를 추동하고 있다. 동남아시아의 코로나19 대유행 경험에서 무엇보다 주목해야 할 점은 권역 내 국가들의 대응에서 큰 격차가 나타났다는 점이다. 이는 코로나19 대유행이 새로운 바이러스의 등장 그 자체로 정의되는 단일한 성격의 위기라기보다는 지역의 맥락에 따라 각기 다른 여러 위기를 동시에 발생시키고 있다는 것을 뜻한다. 2020년부터 우리가 경험한 이 다중의 위기들은 글로벌 보건의 정치적 중요성을 더욱 강화하는 동시에 향후 이 영역의 범위와 성격, 개입의 정도를 변화시키는 데 큰 영향을 줄 것으로 보인다.

---

3 이 장의 내용 일부는 전동연 이슈페이퍼 2호, "코로나19 위기 속의 동남아시아: 사람 중심의 보건 협력, 어떻게 할 것인가"(2020)를 통해 발표된 바 있다.

1. 원조에 기반한 글로벌 보건 대응의 한계

라오스, 캄보디아, 미얀마와 같은 국가들은 코로나19 위기 이전부터 자국민에게 기본적인 필수 의료를 충분히 제공하지 못하고 있었다. 이미 높은 질병 부담을 안고 있는 이들 국가들이 신종 감염병에 대한 추가적인 대응을 하는 것을 기대하기 매우 어려운 실정이다. 무엇보다 이들 국가들은 코로나19 위기 상황 이전부터 해외원조를 통해 자국의 부족한 보건 의료 자원을 메꾸어왔다. 이러한 상황에서 특히 주목해야 할 지점은 이들 국가들이 중국의 투자와 개발에 상당 부분 영향을 받고 있으며, 보건 협력을 기반으로 하는 중국의 새로운 외교 정책에 이미 깊숙이 결부되어 있다는 것이다. 2020년 3월 당시 라오스에서 가장 유서 깊은 병원 중에 하나인 마호솟 병원은 600병상 규모의 최신식 병원으로 증축을 앞두고 있었는데, 이는 모두 중국의 투자를 통해서 이루어졌다(Feng 2018/03/14). 캄보디아 역시 코로나19 사태 이후 중국 보건 전문가의 자문을 받은 바 있다. 이들 국가들에서 이루어진 국경 통제 및 이동 제한의 방식은 중국의 영향력으로부터 결코 자유로울 수 없는 상황이다.

중국뿐만 아니라 다양한 국제기구와 국가들의 원조가 코로나19 대유행을 기점으로 이뤄지고 있지만, 과연 이러한 해외원조가 위기 대응에 어떤 효과를 발생시켰는지 보다 면밀히 추적할 필요가 있다. 캄보디아의 경우 코로나19 대응을 위해 WHO, USAIDS, E-QIP, UNICEF의 원조와 기술 지원을 받기 시작하였으며, 세계은행은 2천 만 달러 상당의 차관을 진단 기술과 보건위기 대응 향상을 위해 제공할 예정이라고 발표한 바 있다. 일본의 아시아개발은행 역시 2천 만 달러의 차관 제공을 시사하였으며, 인도, 프랑스 역시 캄보디아의 병원에 기술 원조를 제공하기로 약속하였다(Pordié 2020). 그러나 캄보디아처럼 정부의 재정 투명도가 매우 낮고, 부패 지수 역시 매우 높은 국가에서 이러한 원조와 차관이 과연 얼마나 보건의료 체계의 증진에 직접적으로 활용될 수 있을지 확신하기 어렵다.

여러 인류학자들은 아프리카에서의 에볼라 대응과 관련하여 에볼라 바이러

스 확산 차단만을 목표로 하는 글로벌 보건 프로그램의 개입이 실질적으로 해당 국가들의 보건 의료 수준을 높이는 데는 크게 기여하지 못했으며, 긴급 대응을 위한 투자가 장기적인 위기 대응 능력의 향상으로 이어지지 못했다는 점을 지적한 바 있다(Nguyen 2014). 또 해외 원조에 기반한 여러 사업들이 지역 내 에볼라의 확산 차단을 위해 지나치게 강력한 이동 통제 및 방역 수칙을 제시하면서 오히려 지역민의 협조를 끌어내기 어렵게 하였다는 평가 역시 주목할 필요가 있다(Park 2017). 코로나19 대응에서 동남아시아 빈곤국들이 해외 원조에 기댈 수밖에 없다고 할 때, 긴급 대응을 위해 마련된 자원들이 어떤 조건을 걸고 있는지 면밀하게 따져볼 필요가 있다. 또한 유행병 통제를 이유로 공여국이 수원국의 경제적, 사회적 상황을 고려하지 않는 과도한 조치들을 요구하지는 않았는지 역시 주의 깊게 살펴볼 필요가 있다. 글로벌 보건위기에 대한 지금까지의 프로젝트성 개입이 저소득 국가들에서 위기 대응에 일부 기여하기는 하나 전반적인 의료 공공성을 높이고 보건의료 체계의 지속성을 확보하는 데 크게 기여하지 못했다는 점을 감안할 때, 코로나19의 유행 통제와 예방 그 자체만을 목적으로 하는 개입은 실제 보건의료체계를 강화하는 데 큰 역할을 하지 못할 가능성이 크다.

2. 장기적 대응과 변화를 위한 기반을 어떻게 확보할 것인가?: 의료 공공성의 중요성

코로나19가 계절성 풍토병으로 남을 가능성이 높다는 일각의 주장을 염두에 둘 때, 결국 가장 중요한 과제는 어떻게 하면 전반적인 보건의료체계를 강화하고 이를 통해 지역 내 의료 불평등을 완화할 것인가라고 할 수 있을 것이다. 코로나19 대유행은 건강 불평등의 완화에서 무엇보다 의료 공공성의 확보가 중요하다는 점을 입증하고 있다. 싱가포르를 비롯한 몇몇 국가들을 제외한 대부분의 동남아시아 국가들에서 의료 자원이 충분치 않다고 할 때, 특히 태국의 대응은 공공의료자원이 위기 상황에서 얼마나 중요한 역할을 할 수 있는지를

잘 보여준다.

태국은 전 국민을 포괄하는 보편적 건강보장을 일찍이 달성하였을 뿐만 아니라 전달 체계에서 역시 공공성을 폭넓게 확보하고 있다. 태국은 싱가포르 다음으로 아세안 국가들 중에 평균 기대 수명이 가장 긴 나라이며, 2019년 Economic Intelligence Unit의 연구에 따르면 세계에서 6번째로 감염병 위기 대응에 잘 준비되어 있는 나라로 평가받은 바 있다. 이는 한국보다도 높은 평가이다(Global Health Security Index 2019). 태국은 전 국민 의료보험 수립 과정에서부터 보건의료 전문가와 행정가, 시민단체, 국제보건 관련 기구들과 긴밀한 협력 관계를 만들어 온 바 있으며, 이번 코로나19 위기 대응에서 역시 보건의료 전문가 그룹이 중요한 역할을 한 것으로 보인다. 태국은 2020년 발생 초기 사회적 거리두기 캠페인을 광범위하게 벌인 것은 물론 해외 유입자를 위한 격리 치료 시설을 빠른 기간 내에 효과적으로 마련한 바 있다. 이때 태국의 경험에서 무엇보다 주목해야 할 것은 검사와 치료에 투여할 자원이 한국에 비해 상대적으로 부족함에도 불구하고 전국적 수준의 대응을 신속하게 마련하였다는 점이다. 태국은 인구 1천 명당 병상 수가 2개 정도로 한국의 11.55개에 비교하면 의료 자원의 공급 측면에서는 여전히 크게 미흡하다고 할 수 있다.[4] 그러나 태국은 전체 병상의 80%가 국가에서 직접 운영하는 공공병원에 속해 있으며, 이를 이용해 위기 상황에서 매우 효과적인 대응을 할 수 있었다. 한국과 비교하자면, 한국은 의료 자원은 풍부하지만 실제 공적 역할을 수행하는 공공 의료기관은 극소수에 불과하며, 결국 위기 상황에서 운영 주체인 민간 의료기관의 협력을 이끌어내기 위해서는 매우 복잡한 과정을 거쳐야만 했다. 그러나 태국은 대부분의 의료기관이 보건부의 직접적인 통제를 받는 공공기관이며, 이에 따라 감염병 대응에 대한 필수적인 조치들을 전국적으로 매우 빠르게, 또 일관되게 적용할 수 있었다.

또한 태국의 공공병원들은 행정 단위별로 마련되어 있으며, 전국적인 감염

4 https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.BEDS.ZS

병 감시체계를 수립하는 데에도 매우 중요한 기능을 수행해온 바 있다. 면 단위 소재의 공공병원들도 평소에 HIV 감염인을 비롯하여 결핵 환자와 같은 감염성 질환 환자들을 일상적으로 진료한 경험을 가지고 있으며 감염병 위기 대응과 병원 내 감염관리에 이미 축적된 경험이 있는 의료진을 잘 확보하고 있다. 또한 태국은 공공보험 체계 내에서 내에서 일차의료기관과 상급종합병원 사이의 진료 연계를 일상적으로 수행하고 있기 때문에, 위기 상황에서 병상자원의 배분과 중증환자의 연계를 효과적으로 이어갈 수 있었다.[5]

이외에도 공공병원들을 마을 단위의 보건소와 행정적으로는 물론 일상적 운영 과정에서 역시 긴밀하게 협력해온 바 있다. 태국은 보건소를 통한 마을 보건 사업을 1970년대부터 시작하여 현재까지 지속하고 있으며, 보건자원봉사자 제도를 통해 뎅기열 및 기타 감염성 발생을 보고하도록 하는 등 마을 단위의 보건협력 사업을 오랫동안 진행해왔다. 이번 코로나19 상황에서도 마을 단위의 보건 자원봉사자들이 접촉자 파악과 보고에 중요한 역할을 한 것은 물론 자가격리자에게 필요한 물품을 전달하고 마을 단위에서 코로나19 관련 위생수칙들을 교육하는 데 중요한 기여를 하였다고 한다(Termsak Chalermpalanupap 2020). 공공병상의 충분한 확보와 튼튼한 일차 의료가 위기 상황에서 무엇보다 빛을 발한 것이다. 그러나 코로나19 대유행의 장기화 속에서 백신 개발과 공급에만 큰 관심이 쏠리면서, 현재의 위기를 동남아시아 국가들의 의료 공공성 전반을 강화할 기회로 삼을 동력이 충분히 확보되지 못하고 있다.

3. 의료 자원의 배분이냐 쟁탈이냐?: 글로벌 백신 경쟁 속의 동남아시아

의료 전달 체계의 공공성뿐만 아니라 의료용품과 의약품 시장에 국가가 얼마나 개입하고 통제할 수 있는지 역시 중요한 변수로 떠올랐다. 특히 코로나19의 대응과정에서 중요한 위기로 떠오른 것 중 하나는 마스크를 비롯한 개인보호

5 태국의 공공의료체계가 작동하는 방식에 관한 문화기술지적 연구로는 Seo(2020)을 볼 것.

장구(Personal Protective Equipment)의 확보 문제였다. 동남아시아 국가들 상당수가 제조업에 기반을 둔 국가들로 마스크를 비롯한 개인보호장구의 생산지이지만, 대유행 초기에는 지역 내 여러 국가에서 필수의료용품들이 충분히 공급되지는 못한 것으로 보인다. 인도네시아의 경우 대유행 초기인 2020년 4월에 이미 무려 32명에 달하는 의사와 12명의 간호사들이 코로나19로 사망한 것으로 알려져 있으며, 이는 인도네시아 정부가 전국적인 차원에서 개인보호장구를 충분히 확보하지 못했다는 사실을 뼈아프게 상기시킨다(Lane 2020). 태국의 경우 2월 4일부터 발 빠르게 마스크와 손소독제를 통제물품으로 고시하고, 의료기관에 필요 물품들이 우선 공급될 수 있도록 하여 가격 상승을 통제한 바 있다(Termsak Chalermpalanupap 2020).

마스크와 같은 보호 장구 부족 위기가 생산증대를 통해 비교적 빠르게 대응 가능하였던 것에 비해, 코로나19의 치료와 예방에 필요한 의약품을 어떻게 생산하고 공급할 것인지는 이와 비교할 수 없는 복잡한 갈등을 야기하고 있다. 코로나19 백신은 백신 개발의 역사를 새롭게 써내려가며 천문학적인 투자 속에 개발되었으며, 예상보다 훨씬 더 빨리 전세계에 공급 가능하게 되었다. 이에 따라 백신을 자국의 정치적 영향력을 확장하는 외교 무기로 삼고자 하는 시도 역시 노골화 되었으며, 의약품 생산능력을 결여하고 있는 동남아시아의 여러 국가들이 이 백신 외교의 타겟으로 등장하였다. 동남아시아에서 코로나19 백신 개발을 시도한 나라는 싱가포르, 인도네시아, 태국, 베트남으로, 이 중 자체적으로 임상시험 단계까지 개발을 진행하고 대량 생산을 할 수 있는 나라는 싱가포르와 태국에 불과하다(Strangjo 2020). 2020년 코로나19 백신의 임상시험 단계에서부터 백신을 둘러싼 외교 경쟁은 이미 치열해졌다. 호주는 세계백신면역연합(Global Alliance for Vaccines and Immunization, GAVI)을 통해 약 6천만 달러 상당의 접종분을 인접국인 아세안 국가들에 제공하고 코로나19 위기 극복에 기여하겠다고 밝힌 바 있다(Strangio 2020). 미국 역시 트럼프 행정부에서 이미 동남아시아에 대한 백신 지원을 8천만 달러 상당으로 증액하겠다고 밝힌 바 있으며, 바이든 행정부 역시 쿼드 연합체를 통해 동남아시아에서 백신 외교를

주도하고자 의도를 밝힌 바 있다(Reuters 2021/06/21).

그러나 백신 개발이 완료된 시점에서 배분 상황은 기대에 크게 못 미치고 있다. 태국 정부는 옥스퍼드대학과의 협력을 통해 아스트라제네카(AstraZeneca) 3차 임상시험에 참여한 바 있으나, 2021년 6월 현재 백신 접종을 완료한 인구는 전체의 2.5%에 그치고 있다.[6] 다수의 국가들이 백신 생산 능력이 없는 상황에서 중국은 자체 개발한 백신을 동남아시아 지역에 적극 공급하고 있으며, 미얀마, 캄보디아, 필리핀과 같이 중국의 해외 원조가 큰 비중을 차지하고 있는 나라들이 여기에 크게 의존하고 있는 상황이다.

국경 간 이동성이 높은 동남아시아 지역에서 집단 면역의 달성은 특정 국가의 차원에서 완성될 수 없으며, 지역 전체 수준에서 접종이 확대될 때만이 대유행 종식의 효과를 도모할 수 있다. 결국 코로나19의 예방과 억제, 치료에서 접근권의 확대와 격차를 줄이기 위한 가장 근본적인 방법은 특허 통제를 통해 약가 인하가 전 지구적으로 일어나게 하는 것이라고 할 수 있다. 접종 확대를 위해서는 백신에 부여된 독점적 특허를 일부 제한할 필요가 있다는 주장은 대유행 초기부터 제기된 바 있다. 인도와 남아프리카공화국은 이미 WTO에 코로나19 대응을 위한 의약품 관련 지적 재산권에 관한 협정(TRIPs)의 특정 조항을 유예하자고 제안한 바 있으며(Rupali Mukherjee 2020), 전 세계의 많은 시민단체들과 전문들이 이에 대한 지지안을 제시한 바 있다(MSF 2020/10/07). 2021년 5월 미국의 조 바이든 대통령은 백신 특허권을 일시적으로 유예하는 데에 찬성한다는 입장을 밝힌 바 있으나, 독일과 백신 제조 제약사들은 이에 크게 반대하고 있어 실제로 백신 특허권에 대한 직접적인 통제가 일어날 가능성은 현재까지는 매우 낮아 보인다(Fletcher 2020).

감염병 예방에서 백신의 중요성은 반박의 여지가 없다. 그러나 현재의 백신 확보 경쟁은 코로나19로 인해 촉발된 다중의 위기를 마치 백신 하나로 해결할

---

6 Reuters Covid-19Tracker 웹페이지.
https://graphics.reuters.com/world-coronavirus-tracker-and-maps/countries-and-territories/thailand/

수 있을 것처럼 축소한다는 점에서 보다 면밀하게 접근할 필요가 있다. 이러한 방식은 지금까지 게이츠재단 방식(Gates approach)이라고 비판 받아온 글로벌 보건 전략의 반복이라고도 할 수 있다(Storeng 2014). 즉, 특정 질병의 정복을 유일한 목표로 설정하고 백신만을 유일한 해결책으로 제시하고 있는 것이다. 백신 확보 혹은 백신 접종 그 자체가 국가의 보건 의무를 다하는 것으로 오용될 수 있는 상황에서 이같은 접근이 실제 지역의 보건 상황에 어떤 영향을 끼치고 있는지 비판적으로 접근할 필요가 있다. 또한 GAVI를 통한 백신 개발 및 공급이 이전부터 시도되어 왔지만, 뎅기열, 말라리아와 같은 소외 질환(neglected disease)에 대한 백신 개발은 장기간 부진을 면치 못했던 과거 역시 다시 생각할 필요가 있다. GAVI를 통해 출범된 COVAX(COVID-19 Vaccines Global Access)는 WHO와 유럽연합이 주축이 되어 코로나19 대응에서 의약품 접근권을 높이기 위해 2020년 4월 새롭게 창설된 기구로 글로벌 보건에서 의약품 접근권의 문제가 한층 중요해진 신호로 읽을 수도 있다. 그러나 지금까지 GAVI 이사회가 강대국 중심의 국제 네트워크로 기능하며 다국적 제약회사의 독점적 지위를 보호하고 실제 감염성 질환의 확산에서 가장 고통 받고 있는 저소득 국가들의 입장은 충분히 반영하지 못한다는 구조적 한계 역시 지속적으로 지적된 바 있다(Storeng 2014). 동남아시아 여러 국가들이 단시간 내에 백신 접종을 완료할 수 있는 보건 역량을 갖추지 못하고 있으며, 바이러스의 변이 주기 역시 빨라지고 있다는 점을 감안할 때, 백신만으로 코로나19의 완전한 종식을 기대할 수 없는 것은 자명하다. 취약 집단을 충분히 보호할 수 있는 공적 보건의료체계를 보강하는 것이야말로 이 위기를 돌파할 가장 확실하지만 어려운 길로 남아 있다.

4. 코로나19 신데믹(syndemic)

동남아시아 각국의 진단검사 역량, 통계자료 작성 방식에 큰 편차가 있는 상황에서 코로나19 관련 통계자료를 어떻게 해석해야 할지 보다 심도 깊게 접근할 필요가 있다. 2021년 6월 현재 동남아시아는 남아메리카나 서남아시아 지역에

비해 상대적으로 안정된 상황에 놓여 있는 것처럼 보인다. WHO는 2020년 한 해 동안 코로나19로 인한 사망자 수는 약 180만 명 정도로 집계되었으나, 실제 이 기간 동안 사망한 사람들은 최소 300만 명에 이를 것으로 추산한 바 있다(WHO 2020). 많은 나라에서 코로나19 검사를 받지 못한 채로 사망한 사람들이 다수 존재하는 것은 물론 코로나 19에 따른 사망 보고 역시 지연되고 있으며, 봉쇄 조치 등으로 인해 꼭 필요한 의료 서비스를 받지 못해 사망한 사람들의 수를 모두 고려할 때 직간접 사망자 수는 훨씬 더 많다는 것이다. 동남아시아에서 역시 많은 초과 사망이 발생했을 것으로 추정된다.

동남아시아의 지역적 상황에서 무엇보다 주목해야하는 점은 빈곤과 고립이 지역 내 사람들의 생명과 건강에 심대한 위협을 끼쳤다는 사실이다. 코로나19 대유행 하에서 이루어진 전 지구적인 여행 금지와 이동 통제는 관광업이 지역 경제에 중요한 위치를 점하는 동남아시아의 여러 국가들에게 큰 경제적 타격을 주었다. 태국은 전체 GDP의 16%를 관광업이 차지하고 있으며, 전체 해외여행자 중 28%가 중국인에 달할 정도로 중국 관광객의 급증을 경험하던 와중에 코로나 사태를 맞게 되었다(Termsak Chalermpalanupap 2020). 캄보디아의 경우 관광업 축소에 따른 손실뿐만 아니라 섬유산업에서 역시 심각한 피해가 발생하였다. 중국에서 원자재를 수입하여 유럽, 미국에 수출하는 중간 역할을 하고 있던 캄보디아에서는 양쪽 모두에서 수요가 크게 줄면서 수많은 제조업 노동자들이 일자리를 잃었다(Pierson 2020).

사회보장의 확대가 충분치 못하고, 불안정 노동, 이주 노동 및 한시적 노동자의 비중이 매우 큰 동남아시아에서 대규모 실업과 이동통제는 심각한 수준의 빈곤으로 이어졌다. 인구 집결 및 이동을 제한하는 각국의 정책들은 바이러스의 전파를 통제하기 위해 특정 시점에서는 필수적인 조치일 수 있으나, 이 과정에서 이동하지 않고는 생계를 유지할 수 없는 수많은 사람들의 삶이 극단적으로 위협받았다. 말레이시아의 경우 2020년 3월 18일 국경 봉쇄를 시작으로 이동 제한명령을 내리면서 대형슈퍼마켓 체인과 규모가 큰 식당에만 영업을 허락하고, 재래시장과 가판대 판매는 완전히 금지시켰다(Rahman 2020). 이

러한 조처들은 결국 소규모 사업자들, 또 주업은 농업이지만 시장에서의 소규모 판매로 현금을 확보해온 수많은 사람들에게 크나큰 경제적 위협으로 다가왔다.

태국의 한 빈곤 관련단체는 2020년 4월 한 달간의 신문기사 분석을 통해 이 기간 동안 무려 38건의 코로나19 관련 자살이 일어났다고 분석한 바 있다(Prachatai 2020/04/25). 이들의 평균 연령은 40세로 자살 시도자의 대부분이 자영업자이거나 피고용자인 것으로 나타났다. 실업 사태가 지속되면서 가족들의 생계를 책임져야하는 사람들이 부담을 이기지 못해 결국 극단적 선택에 내몰린 것이다. 한 50대 중반 여성은 긴급 지원금 신청 이후에도 아무런 응답이 없자 재무부 앞에서 음독을 시도하기도 하였으며, 19살의 미혼모 여성이 자살 직전 총리를 향해 페이스북에 올린 메시지가 사회에 큰 반향을 일으키기도 하였다(Supalak Ganjanakhundee 2020).

지역 내 실업과 빈곤이 심각해지면서 이에 대한 경제적 지원 역시 여러 지역에서 현실화되었다. 태국 정부는 대유행 초기 3개월간 1천 4백 만 명의 빈곤층에게 매달 5,000바트의 현금을 지급하겠다는 방안을 도입한 바 있으며, 말레이시아 정부 역시 채무 변제, 빈곤층을 위한 집세면제 등의 정책을 제시하는 한편 고용보장기금(Employees Provident Fund)을 활용하여 빈곤층의 경우 최대 500RM까지 출금 가능하도록 하는 정책을 제시한 바 있다(Rahman 2020). 그러나 문제는 얼마나 많은 사람들이 신속하게 이러한 혜택을 받을 수 있었는가이다. 이동 제한 조치로 은행이나 ATM까지 접근이 용이하지 않은 상황, 또 심각한 도농 간 행정 및 정보 격차 등의 문제 역시 신속한 대응을 어렵게 하였다. 인도네시아의 경우 경제위기에 대한 우려 때문에 초기 대응이 적극적이지 못하였다는 비판이 나오고 있는 가운데, 이슬람을 기반으로 한 시민사회의 대응이 두드러진다. 무하마디야(Muhammadiyah)를 비롯한 이슬람 시민사회 조직들은 다양한 모금 활동을 전개한 바 있으며, 코로나19 대응을 위한 공공 병상의 제공에도 적극 나선 바 있다고 한다(Hasyim 2020). 말레이시아에서 역시 다양한 시민사회 단체들이 모금활동과 긴급 구호활동을 벌였으며, 특히 직접적인 현

물 지급을 통해 당장에 도움이 필요한 사람들에게 국가적 대책이 닿기 전에 필요한 도움을 제공하였다고 한다(Rahman 2020).

감염병 통제를 위한 여러 정책들은 심각한 경제적, 사회적, 정치적 위협과 위해를 야기하였으며, 이는 현 상황을 코로나19라는 단일 질병의 대유행이 아니라 신데믹(syndemic) 위기로 바라볼 필요가 있다는 점을 다시금 환기시킨다. 신데믹은 '복합유행'이라고도 번역할 수 있는데, 의료 인류학자인 메릴 싱어가 처음 제안한 개념으로 "한 인구군 안에서 두 개 이상의 질병 혹은 다른 건강상에 영향을 끼치는 조건들이 서로 상호작용하거나 집중됨으로써 유해한 결과를 초래하는 상황, 특히 사회적 불평등과 권력의 부정의한(injustice) 작용에 의해 생겨난 결과"를 파악하기 위해 제시된 바 있다(Singer 2009). 기존의 팬데믹, 대유행 개념이 의학적이고 역학적인 차원에서 감염병의 원인이 되는 병원체에 대한 대응에 주로 초점을 맞췄다면, 신데믹 개념은 질병을 생물사회적 복합체(biosocial complex)로 파악하고 병원체와 사회적, 환경적 요소들의 상호작용이 어떤 시너지 효과를 만들어내는지에 초점을 맞춘다(Singer et al. 2017). 신데믹은 단순히 두 개 이상의 유행병이 동시에 출현하는 현상을 지칭하지 않으며 오히려 "위험을 촉발하는 요인들과 환경적 조건"을 충분히 파악하는 것을 목적으로 한다(Nichter 2008: 157). 이 개념은 감염병의 유행을 심화시키고 그에 따른 질병 부담을 가중하는 사회, 정치, 경제적 요건을 질병 대응에 필수적인 요소로 포함시키기 위하여 제안되었다. 신데믹 상황에 대한 대표적인 연구로는 미국에서 HIV 감염과 약물 사용, 가정 및 공동체 내의 폭력 경험이 어떻게 상호 작용하는지에 대한 연구 등을 들 수 있다(Cook et al. 2008; Singer 2006).

신데믹 개념은 생물학적 변화와 사회적 현상을 동시에 파악하고 그에 따라 적절한 개입의 지점을 찾는 것을 목표로 한다는 점에서 현재의 코로나19 위기의 다중성을 이해하는 데 특히 유효하다. 신데믹 개념은 특히 환경적 요소의 중요성을 강조하고, 인간과 동물, 인간과 자연환경과의 상호 작용이 질병 발생과 확산에 어떤 영향을 끼치는지를 상세히 추적해왔다는 점에서 코로나19와 같은 인수공통감염병의 통제와 대응에 중요한 관점을 제공한다. 동남아시아는

급속한 도시화와 인구 이동, 습지 및 산림 파괴를 심각하게 경험한 지역이며, 최근에 심화된 메콩 강의 극심한 가뭄과 그에 따른 지역의 어업, 농업 패턴의 변화는 새로운 인수공통감염병의 출현은 물론 환경 저하에 따른 다양한 질병의 발생을 염려하지 않을 수 없게 한다. 더불어 신데믹 개념은 건강 불평등을 야기하는 다양한 요인들, 빈곤, 스트레스, 낙인화와 같은 문제를 감염병 유행의 부수적 효과가 아니라 직접적인 원인으로 파악하고 개입할 것을 촉구한다. 코로나19 감염의 위험이 지역에 따라, 연령, 성별, 직업, 계층에 따라 매우 불균등하게 나타나고 있다는 점을 고려할 때, 취약성의 차이를 질병 예방과 대응의 중심에 두도록 하는 신데믹 개념을 더욱 적극적으로 활용할 필요가 있다.

코로나19와 함께 어떤 복합적 질병 부담과 사회적 고통이 양산되고 있는지 향후 의학적, 보건학적 연구와 함께 인류학적, 지역학적 연구의 상호 작용이 보다 긴밀하게 이뤄져야 할 것이다. 코로나19 대유행이 정신 건강에 끼치는 심각한 영향에 관한 여러 보도들은 단순히 우울증과 같은 정신적 고통을 호소하는 사람들이 부수적으로 늘어난다는 차원을 넘어서서 특정 지역사회에서 경제적 불평등, 사회적 고립의 조건들이 어떤 새로운 질병 부담을 야기하고 있는지 종합적으로 파악할 필요가 있다는 것을 의미한다. 보다 구체적으로 코로나19 이외 다른 만성 질환 및 감염성 질환의 치료가 어떻게 달라지고 있는지, 또 기존의 인종주의적, 종족주의적 차별 및 성차별적 구조가 지역 내에서 감염병에 대한 취약성을 어떻게 재구조화하고 있는지, 주거 환경과 직업 환경의 차이에 따라 감염병의 전파와 정도가 어떻게 달라지는지, 지역 내에 존재하는 무수히 많은 미등록이주자와 국적 없는 사람들, 난민들, 국가 폭력에 노출된 시민들이 어떤 복합 유행의 위기 속에 놓여 있는지가 밝혀져야 한다. 동남아시아 지역의 구체적 맥락과 실제 사람들의 삶에 천착하는 접근이 그 어느 때보다 필요하다고 할 수 있다.

III. 결어: '사람 중심'의 가치와 글로벌 보건

한국의 동남아시아연구에서 보건 분야에 대한 관심이 증대하였다면, 이는 코로나19 대유행 이전에 이미 발표된 '신남방정책'에 부합하고자 하는 학계의 움직임을 일부 반영한다고 할 수 있다. 지역학 연구의 방향이 외교정책의 변화에 따라 좌지우지되는 것이 과연 적절한지 여부는 보다 많은 논쟁이 필요할 것이다. 다만 문재인 정부의 신남방정책은 평화, 공동번영, 사람의 가치를 아세안공동체와의 협력에서 가장 중요한 요소로 제시하면서 '사람 중심(people-centered) 접근'을 주요 가치로 제시하였다는 점에서 보다 실천적인 차원에서 재고될 여지가 있다. 이때 신남방정책이 '사람 중심 접근'을 정책적으로 제시하였다는 것과 실제로 한국의 아세안 정책 및 보건의료 협력에서 이러한 가치가 실현되고 있는가는 전혀 다른 문제라고 할 수 있다. 현재 한-아세안 정책에서 이 개념은 정치와 경제 영역이 아닌 사회문화 분야의 협력을 지칭하는 범주 개념으로 축소되어 있으며, 코로나19 상황 하에서는 진단 키트나 방역 용품을 전달하는 활동 정도로 실현되고 있는 듯하다. '사람 중심 접근'을 보다 구체적으로 개념화하기 위해서 이를 인간안보(human security)의 측면으로 정의하고, 향후 인간 개발(human development)에 대한 권리로 확장하자는 논의 역시 제시된 바 있다(김형종 2020). 그러나 인간안보 개념 자체가 글로벌 보건외교를 통해 구체화된 개념이라는 점을 감안할 때(Chattu et al. 2019), 이 개념 역시 앞서 제시한 글로벌 보건의 여러 모순을 내재하고 있다고 할 수 있다. 이러한 맥락에서 외려 긴급하게 요청되는 질문은 과연 여기서 '사람'은 어떤 존재, 어떤 의미와 가치를 지닌 존재를 지칭하는가에 대한 것이다. 도덕적 수사의 차원을 넘어 나와는 다른 지역에 살고 있는 사람들, 언어적, 역사적, 문화적으로 이질적이라고 여겨지는 사람의 관점에서부터 건강을 공통의 문제로 파악하고 개입한다는 것이 어떻게 가능한지에 관해 보다 근본적인 질문을 던질 필요가 있다.

'사람을 중심에 둔 접근'은 그간 글로벌 보건 분야에서 인류학자들이 가장 강력하게 주장해 온 관점이라고 할 수 있다. 많은 의료인류학자들은 앞서 살

펴본 것처럼 글로벌 보건을 서로 상충하는 현실과 관점이 충돌하는 역동적인 장으로 규정하고, 여기서 표면적으로는 '모두의 건강'을 추구한다고 할 때 누가 이 '모두'가 될 자격과 근거를 가지게 되는지, 또 여기서 무엇이 '건강'으로 규정되고, 측정되고, 증진되고 있는지를 실증적으로 접근하고자 하였다(Fan and Uretshky 2017). 글로벌 보건이 일종의 관료제적 시스템이자 자본주의 시장의 핵심 투자처, 그리고 정치적 요구와 변화를 정치 이외의 영역으로 흡수하는 반-정치 장치(anti-political machine)로 작동할 가능성을 모두 담지하고 있을 때, 비판적 의료인류학자들은 그럼에도 불구하고 이 장이 평등과 정의를 실현할 수 있다면 그것은 오직 사람이 중심이 되었을 때라고 강조해왔다(Biehl and Petryna 2013). 이는 추상적인 차원에서 사람의 가치를 옹호하기보다는 구체적인 지역의 맥락에서 살아 숨 쉬는 인간의 경험, 개인적이고 집합적인 고통과 이를 살아나가고자 하는 투쟁을 중심에 두고 건강과 질병의 문제를 파악하고 개입하고자 하는 시도라고 할 수 있다.[7] 사람을 중심에 둔다는 것은 사람 그 자체의 가치, 사람이 그 어떤 수단이나 목적으로 환원될 수 없는 그 자체로 고유한 가치를 지닌다는 전제 하에 개별적 필요의 복잡성과 차이를 인식하고자 하는 태도라고 할 수 있다. 건강이 사람의 삶을 구성하는 중요한 기반이라고 할 때, 이를 실현하기 위해서는 어떤 권리가 확보되어야 하는지, 또 이를 통해 어떤 정의가 상상되고 실현되고 있는지를 폭넓게 살펴야 한다.

이에 따라 여러 의료인류학자들은 문화기술지적 연구(ethnographic research)야 말로 글로벌 보건이라고 하는 복잡한 장을 사람을 중심에 두고 파악하는 데 가장 적합한 방법론일 수 있다고 주장한 바 있다(Biehl 2016; Biehl and Petryna 2013). 이러한 주장은 단순히 인류학의 자기존재 증명에 대한 것이 아니다. 글로벌 보건이라는 장 안에서 다양한 종류의 질병과 고통, 의료 제도와 기술, 관료제적 장치와 도구, 또 변화하는 생태환경의 문제와 각기 다른 윤리적 입장들

4 의료인류학에서 강조하는 '사람 중심성'은 보건의료 분야에서 전문 의료인과의 관계를 염두에 두고 개별 환자의 요구와 선호를 존중해야 한다는 환자 권리 차원의 논의와는 결을 달리 한다. 의학 분야의 환자 중심 개념에 관해서는 Shaller(2007)를 볼 것.

이 복잡하게 얽혀 들어갈 때, 여기서 사람 중심의 접근을 하기 위해서는 무엇보다 이를 겪어낸 사람들의 개별적이고 집합적인 삶에 가깝게 다가가고자 하는 노력이 요구된다. 문화기술지는 이를 가능하게 하는 가장 효과적인 방법론으로 역할해왔다.

한국과 동남아시아의 관계를 '사람 중심의 접근과 가치'로 접근하고자 하는 시도는 신남방정책의 향배와 무관하게 동남아시아연구의 중요한 토대로 자리잡아야 할 것이다. 코로나19 대유행과 같은 공통의 경험은 보건, 노동, 복지와 같이 서로 긴밀한 영향을 끼칠 수밖에 없는 영역을 통합적으로 이해할 필요성을 더욱 강조하고 있으며, 여기서 새로운 연구 주제 역시 더욱 많이 발굴될 수 있을 것이다. 특히 코로나19 대유행은 다음과 같은 주제들이 한국의 동남아시아 연구에서 문화기술지적 접근을 통해 보다 깊이 있게 연구될 필요가 있다는 것을 확인시켜 주었다.

1) 건강 불평등에 대한 포괄적인 연구: 젠더 불평등, 시민권의 제약과 같은 사회적, 정치적 권리의 제한과 건강 사이의 관계
2) 방역, 진단 체계의 기술적 변동에 관한 연구: 코로나19 관련 보건 프로젝트의 확산이 지역 내 보건 인프라스트럭쳐의 변모에 끼친 영향에 대한 연구
3) 신데믹 관점에서의 포스트 코로나19 연구: 결핵, 말라리아, HIV와 같은 주요 감염성 질환 및 만성 질환의 치료 지연과 제한이 끼친 여파에 대한 연구, 빈곤과 영양, 만성 질환과의 연관성 속에서 나타나는 코로나19의 여파를 탐색하는 연구
4) 기후 위기에 따른 생태학적 변화와 원 헬쓰(one health)개념에 입각한 연구: 인수공통감염병 발생 패턴의 변화와 감시 및 대비 체계의 변화
5) 정신 건강 및 산업 안전 보건과 같이 저소득국가의 보건의료체계에서 충분히 다뤄지지 못한 보건 영역에 대한 연구

위와 같은 글로벌 보건 영역에 대한 연구들은 지금까지 한국의 동남아시아 연구에서 충분히 다뤄지지 않은 주제일 뿐만 아니라 더 나아가 지역학의 성격

과 범위가 무엇이어야 하는지에 관해 중요한 도전을 제기한다. 이 영역들은 글로벌한 차원에서 벌어지는 기술적, 제도적 변화와 함께 구체적인 지역의 맥락에서 어떤 일이 벌어지고 있는지를 역동적으로 파악하는 작업을 요구하고 있으며, 이는 여전히 국가 단위를 중요한 분석 기준으로 삼고 있는 현재의 지역학적 실천과 본질적으로 긴장관계에 놓여 있다고 할 수 있다(Cohen 2012). 글로벌 보건에 대한 연구는 동남아시아 지역연구 내부에 오랫동안 자리 잡고 있었던 학술적 역할 분담의 방식, 또 질적 연구와 양적 연구, 사료 중심 접근과 현장 중심 접근의 구분과 같은 익숙한 대비를 해체하는 방법론적, 이론적 혁신을 필연적으로 요청하고 있다. 코로나19 대유행으로 글로벌 보건에 대한 관심이 증대되었다면, 이 새롭게 집적된 에너지가 지역 내에서 실질적인 변화를 일으킬 수 있는 정치적 동력으로 전환되는 것은 물론 지역학의 다른 미래를 모색하기 위한 발판으로도 활용되기를 기대하는 바이다.

참고문헌

김형종. 2020. “코로나19 감염병 사태와 신남방정책: 아세안을 중심으로.”『동남아시아연구』30(3): 21−54.

서보경. 2008. “태국 에이즈 감염인의 의약품 접근권 운동.” 서울대학교 석사학위논문.

_____. 2020. “서둘러 떠나지 않는다면: 코로나19와 아직 도래하지 않은 돌봄의 생명정치.”『문학과 사회』가을호: 23−41.

_____. 2021a. “감염과 오명, 보복하지 않는 정의에 대하여.”『마스크가 답하지 못한 질문들』. 서울: 창비.

_____. 2021b. “재난과 무명의 죽음: 코로나19와 HIV의 공유 영역에 관하여.”『문학들』63: 42−64.

안젤, 마르시아. 2007[2004].『제약회사들은 어떻게 우리 주머니를 털었나』. 서울: 청년의사.

전제성. 2020. “코로나19와 동남아시아: 특집기획서설.”『동남아시아연구』30(3): 1−19.

최은경·이종구. 2016. “2000년대 글로벌 전염병 거버넌스의 변화: 글로벌 보건 안보의 대두와 국내 전염병 관리 체계의 변화.”『의사학』25(3): 489−518.

Anderson, Warwick. 1996. “Immunities of Empire: Race, Disease, and the New Tropical Medicine, 1900 – 1920.” *Bulletin of the History of Medicine* 70(1): 94 – 118.

Biehl, João. 2007. “Pharmaceuticalization: AIDS Treatment and Global Health Politics.” *Anthropological Quarterly* 80(4): 1083−1126.

_____. and Adriana Petryna. 2013. *When People Come First: Critical Studies in Global Health*. Princeton: Princeton University Press.

_____. 2016. “Theorizing Global Health.” *Medicine Anthropology Theory* 3(2): 127−142.

Bornstein, Erica and Peter Redfield. 2010. *Forces of Compassion: Humanitarianism Between Ethics and Politics*. Santa Fe: SAR Press.

Brown et al. 2006. "The World Health Organization and the Transition from 'International' to 'Global' Public Health." *American Journal of Public Health* 96(1): 62–72.

Brown, Hannah, and Alex M Nading. "Introduction: Human Animal Health in Medical Anthropology." *Medical Anthropology Quarterly* 33(1): 5–23.

Chattu Vijay Kumar et al. 2019. "Global Health Diplomacy Fingerprints on Human Security." *International Journal of Preventive Medicine* 10(204).

Cohen, Lawrence. 2012. "Making Peasants Protestant and Other Projects: Medical Anthropology and Its Global Condition." M. Inhorn and E. Wentzell (eds.). *Medical Anthropology at the Intersections*. Durham: Duke University Press. 65–94.

Cook, Judith et al. 2008. "Crack Cocaine, Disease Progression, and Mortality in a Multicenter Cohort of HIV–1Positive Women." *AIDS* 22(11): 1355–1363.

Dephanom Muangman. 1987. "Prince Mahidol: Father of Public Health and Modern Medicine in Thailand." *Asia Pacific Journal of Public Health* 1(4): 72–75.

Fan, Elsa and Elanah Uretsky. 2017. "In Search of Results: Anthropological Interrogationsof Evidence–based Global Health." *Critical Public Health* 27(2): 157–162.

Fassin, Didier. 2011. *Humanitarian Reason: A Moral History of the Present*. Berkley: University of California Press.

_____. 2012. "That Obscure Object of Global Health." M. Inhorn and E. Wentzell (eds.). *Medical Anthropology at the Intersections*. Durham: Duke University Press. pp. 95–115.

Feng, Coco. 2018. "China to Give Century–old Laos Hospital New Lease of Life." *Caixin*. March 14. https://www.caixinglobal.com/2018–03–14/china–to–give–century–old–laos–hospital–new–lease–of–life–101221413.html

Fletcher, Elaine Ruth. 2020. "World Trade Organization Enters COVID Pandemic Fray with Dispute Brewing over Patent Rights." *Health Policy Watch*. October 14.

https://healthpolicy-watch.news/world-trade-organization-enters-covid-pandemic-fray-with-dispute-brewing-over-patent-rights/

Global Health Security Index. 2019. *Global Health Security Index: Building Collective Action and Accountability*.

Good, Mary-Jo DelVecchio et al. 2007. "A Phychosocial Needs Assessment of Communities in 14 Conflict-Affected Districts in Aceh." Geneva: International Organization for Migration.

Hasyim, Syafiq. 2020. "Covid-19, Islamic Civil Society and State Capacity in Indonesia." *Perspective*. Singapore: ISEAS.

Lane, Max. 2020. "The Politics of National and Local Responses to the COVID-19 Pandemic in Indonesia." *Perspective*. Singapore: ISEAS.

Lyttleton, Chris.1996. "Health and Development: Knowledge Systems and Local Practice in Rural Thailand." *Health Transition Review* 6(1): 25-48.

Manderson, Lenore. 1996. *Sickness and the State: Health and Illness in Colonial Malaya, 1870-1940*. New York: Cambridge University Press.

MSF(MedicinesSans Frontiers). 2020. "MSF Supports India and South Africa ask to Waive COVID-19 Patent Rights." October 7. https://www.msf.org/msf-supports-india-and-south-africa-ask-waive-coronavirus-drug-patent-rights

Muangman, D. 1987. "Price Mahidol: Father of Public Health and Modern Medicine in Thailand." *Asia Pacific Journal of Public Health* 1(4): 72-75.

Nguyen, Vinh-Kim. 2014. "How We Became Unprepared, and What Might Come Next." Hot Spots, Fieldsights. October 7. https://culanth.org/fieldsights/ebola-how-we-became-unprepared-and-what-might-come-next

Nichter, Mark. 2008. *Global Heath: Why Cultural Perceptions, Social Representations, and Biopolitics Matter*. Tuscon: The University of Arizona Press.

Ovesen, Jan and Ing-Britt Trankell. 2010. *Cambodians and Their Doctors: a Medical Anthropology of Colonial and Postcolonial Cambodia*. Copenhagen: NIAS.

Park, Sung Jun. 2017. "They Overworked Us: Humiliation and Claims to Recognition of Volunteer Nurses in the Aftermath of the Ebola Epidemic in Sierra Leone." *Medicine Theory Anthropology* 4(3): 21-40.

Pierson, D. 2020. "New Clothes Pile up at Cambodian Factories. Coronavirus Forces U.S. Brands to Cancel Orders." *Los Angeles Times*. April15.

Pordié, Laurent. 2020. "Aid, Diplomacy, Autocracy: Entering the COVID-19 Crisis in Cambodia." Somatosphere. May7. http://somatosphere.net/forumpost/aid-diplomacy-autocracy-covid19-cambodia/

Prachatai. 2020. "37 Suicides and Attempted Suicides Reported as Virus Control also Kills People." April 25. https://prachatai.com/english/node/8483

Rahman, Serina. 2020. "Overcoming the Odds and Filling the Gaps: Malaysian Civil Society Responses to COVID-19." *Perspective*. Singapore: ISEAS.

Rupali Mukherjee. 2020. "India, South Africa seek Waiver of Patents, Intellectual Property for Covid-19 Drugs." *The Time of India*. October 3. https://timesofindia.indiatimes.com/business/india-business/india-south-africa-seek-waiver-of-patents-intellectual-property-for-covid-19-drugs/articleshow/78460692.cms

Reuters. 2021. "Biden Asia chief 'relatively confident' on billion vaccine timing despite India crisis." June 9. https://www.reuters.com/world/india/biden-asia-chief-relatively-confident-billion-vaccine-timing-despite-india-2021-06-08/

Rylko-Bauer, Barbara and MerrillSinger. 2011. "Political Violence, War, and Medical Anthropology." M. Singer and P. Erickson(eds). *A Companion to Medical Anthropology*. pp. 219-249.

Shaller, Dale. 2007. "Patient-centered Care: What does it Take?" Washington, DC: The Commonwealth Fund.

Seo, Bo Kyeong. 2020. *Eliciting Care: Health and Power in Northern Thailand*. Wisconsin: The University of Wisconsin Press.

Singer, Merrill. 2006. "A does of Drugs, A Touch of Violence, A Case of AIDS, Part2: Further Conceptualizing the SAVA Syndemic." *Free Inquiry in Creative Sociology* 24(2): 99–110.

_____. 2009. *Introduction to Syndemics: A System Approach to Public and Community Health*. San Francisco: Jossey–Bass.

Singer, Merrill et al. 2017. "Syndemics and the Biosocial Conception of Health." *The Lancet* 389(10072): 941–950.

Standing, Guy. 2016. *The Corruption of Capitalism: Why Rentiers Thrive and Work Does Not Pay*. Biteback.

Stange, Gunnar e t al. 2019. "Forced Migration in Southeast Asia." *Austrian Journal of South–East Asian Studies* 12(2): 249–265.

Stoler, AnnLaura. 2016. *Duress: Imperial Durabilities in Our Times*. Durham: Duke University Press.

Storeng, Katerini T. 2014. "The GAVI Alliance and the 'Gates Approach'to Health System Strengthening." *Global Public Health* 9(8): 865–879.

Strangjo, Sebastian. 2020. "Southeast Asia's Coming Covid–10 Vaccine Windfall." *The Diplomat*. September 4.

Supalak Ganjanakhundee. 2020. "Covid–19 in Thailand: Prayut Tighten Grip on Power." *Commentary*. May 8. https://www.iseas.edu.sg/media/commentaries/covid–19–in–thailand–prayut–tightens–grip–on–power/

Termsak Chalermpalanupap. 2020. "COVID–19: Prayut's Dilemma – Save Lives or Jobs." *Perspective*. Singapore: ISEAS.

Ticktin, Miriam. 2011. *The Causalities of Care: Immigration and the Politics of Humanitarianism in France*. Berkley: University of California Press.

UNAIDS. 2011. "ASEAN Leaders Commit to 'Getting to Zero'." November 22. https://www.unaids.org/en/keywords/asean

_____. 2020. "Global HIV & AID Statistics: 2020 Fact Sheet." https://www.unaids.

org/en/resources/fact-sheet

WHO. 2020. "COVID-19 Responsible for at Least 3 Million Excess Death in 2020." May 20. https://www.who.int/news-room/spotlight/the-impact-of-covid-19-on-global-health-goals?fbclid=IwAR3g2yDiQXKZ2Uyuzp2-1KdIcNolnFZPHBEyhugAWXgaJXQ_UEvk8AE9cTA

Whyte, Susan Reynolds. 2014. *Second Chances: Surviving AIDS in Uganda*. Durham: Duke University Press.

국문

ㄱ

각기병 283, 284, 286
감시 68, 89, 90, 93, 99, 121, 126, 130, 146, 154, 221, 277, 285, 292, 293, 294, 313, 323, 333
감염병대응체계 55
감염병 예방 및 통제에 관한 법 232
거버넌스 99, 106, 143, 149, 157, 158, 159, 162, 170, 171, 172, 233, 235, 241, 245, 273, 277, 278, 283, 291, 293, 294
건강상태 121, 123, 129, 147
경제성장률 193, 202, 203, 242
경제위기 24, 148, 165, 193, 328
고똥로용 백신 접종 184
고용 부담금 110, 111, 112
공공병원 55, 120, 227, 241, 242, 322, 323
공중보건 45, 55, 57, 81, 83, 89, 94, 121, 141, 143, 227, 231, 244, 273, 274, 275, 292, 293, 298, 299, 301, 310, 312
교토대 동남아지역연구소 16
국가경제회생정책(PEN) 178, 193, 194, 195, 197, 199, 200, 201, 204
국가보건계획 236
국가 역량 21, 22, 68
국가재난관리법 232
국가지도위원회 78, 79, 83
국제기구 52, 53, 218, 237, 274, 277, 314, 315, 317, 318, 320
국제 보건 310, 311, 312
군부 218, 219, 220, 227, 233, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 317
권위주의 21, 88, 90, 141, 143, 160, 165, 172
그랩 6, 20, 255, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267
글로벌 보건 6, 21, 273, 276, 277, 283, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 326, 331, 332, 333, 334
기업윤리 255

ㄴ

나르기스 217, 218, 219
뉴노멀 6, 127, 129, 130, 134, 145, 146, 186, 188, 189, 190, 191, 193, 255
뉴만달라 16
니파 283, 285, 286

ㄷ

대규모 사회적 제한(PSBB) 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 193
대화상대국 20
뎅기열 271, 283, 284, 285, 286, 294, 323, 326
동아시아 발전 모델 18, 19

ㄹ

라이드-헤일링(ride-hailing) 258, 260, 262, 264
로힝자 237, 238, 317
리더십 22, 23, 54, 68, 72, 83, 88, 89, 166
리센룽 15, 116
린디페스트 283, 286

ㅁ

모빌리티 서비스 258
민주주의 21, 88, 166, 242, 278, 317

ㅂ

바야니한법 149, 153, 155, 156
방역지도위원회 78, 80, 83
백신 6, 21, 68, 77, 96, 97, 98, 128, 132, 133, 134, 141, 144, 156, 157, 163, 166, 167, 168, 169, 170, 178, 179, 182, 183, 184, 188, 203, 229, 242, 293, 300, 312, 314, 323, 324, 325, 326
보건 수준 272
보건안보 31, 271, 273, 274, 276, 277, 278, 294, 300, 301
보건의 약물화 316
보건지출 50, 51, 211, 212, 227
보건협력 6, 18, 20, 21, 144, 236, 272, 273, 274, 277, 278, 279, 283, 290, 291, 292, 294, 295, 297, 300, 301, 323
보편적 건강보장(UHC) 23, 55, 56, 236, 276, 278, 322
비과학성 22
비교연구 21, 22, 23, 56, 57
비전통적 안보 273, 274

ㅅ

사람 중심 5, 6, 17, 18, 21, 311, 319, 331, 332, 333
사례연구 5, 19
사스(SARS) 23, 30, 46, 53, 54, 55, 78, 86, 94, 98, 106, 135, 143, 144, 145, 160, 161, 165, 171, 227, 272, 273, 277, 278, 279, 287, 289, 290, 291, 292, 294, 297, 300
사회공헌활동(CSR) 255, 256, 266
사회적 가치 20, 256, 259, 266, 267
사회적 거리두기 32, 42, 75, 77, 94, 118, 146, 147, 148, 266, 322
사회적 맥락 68, 99
사회적 책임 255, 256, 259, 260, 262, 266
사회적 협력 22, 68
사회 통제 32, 41, 42, 44, 45, 46
서킷브레이커(circuit breaker) 108, 117, 118, 119, 122, 123, 124, 125, 127, 129, 130, 135, 224
선택과 집중 224, 233, 244
세계보건기구(WHO) 30, 33, 35, 36, 39, 50, 52, 53, 76, 78, 80, 83, 85, 145, 148, 149, 152, 156, 166, 178, 205, 225, 241, 272, 276, 277, 279, 280, 281, 282, 283, 287, 288, 289, 290, 295, 301, 312, 313, 314, 315, 320, 326, 327

소수민족무장단체(EAOs) 233, 234, 235, 236, 237, 244, 245
소수민족보건기구(EHOs) 235, 236
시노백 166, 167, 168, 182
시민권 107, 113, 116, 132, 135, 137, 317, 318, 333
시민불복종운동 19, 241, 242
신남방정책 5, 17, 18, 309, 331, 333
신데믹(syndemic) 326, 329, 330, 333
신종감염병(EID) 143, 144, 145, 147, 148, 149, 156, 162, 163, 166, 294, 295, 313
신종인플루엔자A 78, 98, 287, 288
실업률 130, 131, 165, 193
실천적 행동 68

ㅇ

아세안+3 20, 57, 144, 292, 294
아세안 공중보건위기에 관한 비상운영센터 네트워크 298
아세안 바이오 디아스포라 가상 센터 299
아세안보건장관회의 273, 291, 292, 295, 296
아세안 위험 평가 및 위험 커뮤니케이션 센터 299
아세안 특별정상회의 297, 298
아웅산수찌 218, 221, 228, 238, 239
에볼라 165, 320, 321
열대의학 151, 161, 311
외국인 노동자 정책 109, 110, 112, 126, 134, 136
워크퍼밋(Work Permit) 109, 124, 125, 130, 131
위기소통 106, 134
의료역량 19, 46, 48, 51, 52, 53, 106, 122, 134, 225, 277, 233, 235
이동 제한 32, 42, 43, 44, 45, 46, 54, 88, 107, 117, 141, 205, 228, 229, 320, 327, 328
이원적 방역 전략 106, 108, 122, 135
이주노동자 15, 33, 36, 109, 122, 125, 136, 137, 221, 222, 224, 225, 229, 236, 237, 238, 243, 244, 283
인간안보 16, 24, 31, 164, 331
인도네시아 이슬람지도자 위원회(MUI) 182
인도주의 234, 237, 316, 317, 318
인수공통감염병 54, 55, 271, 313, 329, 330, 333
입국 통제 29, 32, 34, 37, 38, 39, 40, 42, 54, 55, 57

ㅈ

재난관리 141, 143, 157, 158, 170, 171, 232, 299
전동연 이슈페이퍼 18, 176, 255, 319
전쟁 67, 83, 86, 88, 95, 98, 316, 317
정전협정 235
정치체제 21, 83, 135
조꼬위(Jokowi) 182, 186, 188, 193, 197, 200, 203, 205, 206, 207, 208
조류독감 54, 78, 98, 144, 272, 287, 288, 289
조화 94, 95
주민활동제한령(PPKM) 186, 191, 192, 204, 205
지시 제16호 72, 73, 75
지역 보건소 실험실 네트워크 299
지역 봉쇄(lockdown) 32, 41, 45, 107, 117, 162, 185, 228, 231, 244
질병관리본부 16,22

ㅊ

체면 94, 95
총선 33, 219, 239, 247, 348
치앙마이이니셔티브 57
치쿤군야 283, 285, 286

ㅋ

코로나19경제구호계획(CERP) 231
코로나19 아세안대응기금 57
코로나대응포럼 5, 17, 18
쿠데타 19, 219, 220, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 245, 317

ㅌ

특허 통제 325

ㅍ

평화협상 33, 234, 236, 245

ㅎ

한국동남아학회 5, 7, 15, 17, 18
헌법 33, 155, 156, 218, 238

영문

4C 143, 157, 158, 159, 170
CQ 142, 145, 146, 147, 149, 152, 153, 154, 155, 157, 161, 162, 164
HIV/AIDS 144, 274, 275, 276, 283, 285, 286, 287, 290, 292, 295, 296, 313, 314, 315, 316, 323, 329, 333
IATF 145, 148, 149, 150, 152, 159, 160, 162, 166
NLD 236, 239, 245
NTF 149, 150, 152, 162, 166, 168
TRIPs 314, 325

전제성 서울대에서 민주주의 이행기 인도네시아 노동운동에 관한 논문으로 정치학 박사학위를 받았으며, 서강대 동아연구소와 한국동남아연구소를 거쳐 현재 전북대 정치외교학과 교수로 재직 중이고, 전북대 동남아연구소 소장과 동아시아·다문화융복합연계전공 주임교수를 겸하고 있다. 최근 연구 성과로 『한국의 동남아시아연구: 역사, 현황 및 분석』, 『인도네시아 노동체제와 한국기업의 적응에 관한 연구』, "한국 대학의 동남아시아 관련 교육과정: 현황과 대안" 등을 함께 저술한 바 있다.

김희숙 전북대에서 미얀마 새마을운동 ODA 사업 현장의 정치과정에 관한 논문으로 인류학 박사학위를 받았으며, 부산외대 동남아지역원 인문한국(HK) 연구교수를 거쳐 현재 전북대 동남아연구소 전임연구원으로 재직 중이다. 최근 연구 성과로 "미얀마 2019: 로힝자 위기 이후 국제관계의 변화와 총선을 향한 정치과정", "위기와 기회: 미얀마의 코로나19 대응 특징과 정치적 함의", 『아시아 체제 전환국 사회보장체계 연구: 베트남, 미얀마, 캄보디아를 중심으로』(공저) 등이 있다.

김현경 전북대에서 정치학 박사과정을 수료하고 전북대 동남아연구소 객원연구원으로 근무하며 인도네시아와 미얀마의 종교 및 정치에 관한 학위논문을 작성 중이다. 주요 연구 관심분야는 종교와 정치, 종교 갈등, 동남아 민주주의 등이며, 연구 성과로는 "인도네시아 시민윤리교육 교과서에서의 민주주의 교육", "코로나19에 맞선 동남아의 대응: 초기 대처과정의 잠정적 함의"(공저), "한국 대학의 동남아시아 관련 교육과정: 현황과 대안"(공저), 『동남아시아 농업분야 개발협력사업 성공요인 분석: 지역사회 개발협력 사례 중심으로』(공저)가 있다.

김다혜 전북대에서 정치학 박사과정을 수료하였으며, 한국의 국제개발협력과 책무성(accountability)에 관한 주제로 학위논문을 작성 중이다. 전북대 동남아연구소 객원연구원이자 일반사회교육과 시간강사로도 활동하고 있다. 주요 연구 분야는 국제개발협력, 국제관계, 책무성, 시민사회 등이며, 최근 연구 성과로 『동남아시아 농업분야 개발협력사업 성공요인 분석: 지역사회 개발협력 사례 중심으로』(공저), "코로나19에 맞선 동남아의 대응: 초기 대처과정의 잠정적 함의"(공저) 등이 있다.

유민지 영국 맨체스터대학의 인도주의·분쟁대응연구소(Humanitarian and Conflict Response Institute)에서 분쟁 후 국가인 동티모르의 국가형성에 대한 논문으로 박사학위를 받았으며, 전북대 동남아연구소 전임연구원을 거쳐 현재는 객원연구원으로 연구를 이어가고 있다. 글로벌 거버넌스 체제 속에서 동티모르의 로컬이라 불리는 사람들이 만들어가는 정치체를 '권위'라는 개념으로 설명하는 작업에 집중하고 있으며, 이밖에도 아시아태평양 지역질서, 노동 문화를 연구한다. 최근 연구 성과로는 "동티모르 2019: 교착상태의 국내외 정치", "아시아 방역성공의 신화, 그리고 보이지 않는 노동", "코로나19에 맞선 동남아의 대응: 초기 대처과정의 잠정적 함의"(공저) 등이 있다.

양영란 워싱턴대(University of Washington)에서 '캄보디아 배우자간 HIV 전염 경험'에 대한 질적연구로 간호학 박사학위를 받았으며 현재 전북대 간호학과 교수로 재직 중이다. 코이카 해외봉사단원으로 캄보디아 보건부에서 활동하였으며 이 후 캄보디아 라이프대(Life University)에서 간호대학 부학장으로 일한 바 있다. 최근 연구 성과로는 "외국인 근로자 건강관련 연구동향과 연구 주체 네트워크 분석", "배우자간 HIV 예방을 위한 제안 연구", "성 외도(sexual infidelity)에 대한 캄보디아 청소년의 인식", "캄보디아 농촌지역 청소년의 위험한 성행위에 대한 부모의 감시 역할" 등이 있다.

백용훈 연세대에서 베트남 농촌 마을의 보건복지에 관한 연구로 사회학 박사학위를 받았으며, 서강대 동아연구소 연구교수를 거쳐 현재 단국대 아시아중동학부 베트남학전공 조교수로 재직 중이다. 주요 연구 분야는 비교사회학, 사회자본, 보건복지, 베트

남 지역연구 등이다. 최근 주요 연구 성과로 "코로나19 대응에 왜 베트남은 성공하고 필리핀을 실패했는가? 규율 메커니즘의 비교분석"(공저), "베트남 2020: 재난 극복 과정에서 발휘된 대내외 리더십과 단결력", "베트남 2019: 지속적 경제성장의 기대와 전방위적 숙정작업"(공저) 등의 논문을 집필하였다.

육수현 전북대에서 베트남 청년세대의 사회이동에 관한 연구로 인류학 박사학위를 받았으며, 현재 서울대 사회과학연구원 선임연구원으로 근무하면서 베트남 진출 한국기업의 특징과 로컬사회와의 상호작용을 연구하고 있다. 이밖에 한국 내 이주, 이민, 문화다양성, 베트남의 젊은 세대 여성의 다면적 모습도 연구하고 있다. 주요 연구 성과로 『한국기업의 VIP(베트남, 인도네시아, 필리핀) 국가 투자진출: 지역전문가의 조언』(공저), "'전쟁 같은' 베트남의 코로나19 대응: 극단적이면서 합리적인", "시대적 맥락에 따른 문화다양성 개념의 해석과 실천: 전라북도 사례로 본 문화다양성의 지역화와 맥락적 정책 방향", "본국가족초청제도가 결혼이주여성의 삶에 질에 미치는 영향: 베트남 결혼이주여성의 사례를 중심으로" 등의 논문을 집필하였다.

엄은희 서울대에서 필리핀 광산개발의 정치생태학에 관한 연구로 지리교육학 박사학위를 받았으며, 성공회대 동아시아연구소와 부산대 로컬리티연구단을 거쳐 현재 서울대 사회과학연구원 및 아시아연구소의 선임연구원으로 재직 중이다. 최근 연구 성과로 『여성 연구자, 선을 넘다』(공저), 『한국기업의 VIP 국가 투자진출: 지역전문가의 조언』(공저), "필리핀 2019: 행동하는 파퓰리즘의 명암" 등이 있다.

김형준 호주국립대에서 인도네시아 자바 농촌의 사회종교적 변화에 관한 논문으로 인류학 박사학위를 받았으며, 현재 강원대 문화인류학과 교수로 재직 중이다. 최근 연구 성과로 『이슬람과 민주주의: 인도네시아 이슬람 단체 무함마디야의 민주적 전통』, 『인류학자들, 동남아를 말하다: 호혜성, 공공성, 공동체의 인류학』(공저), 『히잡은 패션이다: 인도네시아 무슬림여성의 미적 인식과 실천』 등이 있다.

고영경 말레이시아 선웨이대 경영대학원(Sunway University Business School)에서 겸임교수로 재직 중이다. 연세대 사회학과 학사와 지역학협동과정 동남아지역 전공 석

사, 고려대 경영학과 재무전공 박사학위를 취득하였다. 2012년부터 말레이시아에 체류하며 툰쿠압둘라흐만대(Universiti Tunku Abdul Rahman)와 유니타인터내셔널대(UNITAR International University) 경영학과 조교수를 역임했으며, 말레이시아 교육부와 거버넌스연구소 등의 프로젝트에 참여하였다. 한국과 아세안의 자본시장과 대기업, 스타트업을 연구하며 Journal of Banking and Finance를 비롯한 국내외 저널에 논문을 게재하였고, 단행본 『미래의 성장 시장 아세안』을 공저로 발간하였다. 역서로 『유럽 2020 전략보고서』를 출간했고, 서울대 아시아연구소에서 "말레이시아, 인도네시아 디지털 경제 현황과 전망" 보고서를 발간하였다. 동남아 해외진출 기업 어드바이저, 컨설팅 및 투자 프로젝트를 수행했으며 미디어와 강연을 통해 동남아 현지 비즈니스 환경과 기업 사례 등을 소개하고 있다.

서보경 몸의 경험을 중심으로 삶과 정치 사이의 관계를 탐구하고자 하는 인류학자이다. 보건 의료, 빈곤, 이주 노동, 젠더와 섹슈얼리티에 관심을 두고 태국과 한국에서 현장 연구를 해왔다. 주요 논문으로는 "Patient Waiting: Care as a Gift and Debt in the Thai Healthcare System"과 "Populist Becoming: The Red Shirt Movement and Political Affliction in Thailand"가 있으며, 돌봄의 윤리와 정치적 함의를 분배 정치의 맥락에서 다룬 *Eliciting Care: Health and Power in Northern Thailand*(The University of Wisconsin Press)를 쓴 바 있다. 현재 연세대 문화인류학과 부교수로 재직 중이다.

코로나19에 맞서는 동남아시아:
국가별 초기 대응과 초국적 협력에 관한 연구

엮은이 전제성, 김희숙
지은이 전제성, 김희숙, 김현경, 김다혜, 유민지, 양영란,
백용훈, 육수현, 엄은희, 김형준, 고영경, 서보경
펴낸이 김동원
펴낸곳 전북대학교출판문화원

초판 1쇄 인쇄 2021. 8. 23.
초판 1쇄 발행 2021. 8. 31.

전북대학교 출판문화원 전라북도 전주시 완산구 어진길 32 (풍남동2가)
전화 (063) 219-5319~2
FAX (063) 219-5323
출판등록 2012년 8월 20일 제465-2012-000021호

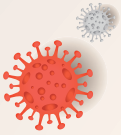
전북대학교 동남아연구소 전라북도 전주시 덕진구 백제대로 567 제2후생관(건지원 1-10) 203호
전화 (063) 219-5600~1
FAX (063) 219-5602
홈페이지 http://jiseas.jbnu.ac.kr

전북대학교 동남아연구소는 이 책의 PDF 판본을 연구소 홈페이지를 통해 **무료로 배포합니다.**

비매품

ISBN 979-11-6372-135-2 93300

전동연 학술총서 01



코로나19에 맞서는 동남아시아



국가별 초기 대응과 초국적 협력에 관한 연구

제1부 도입

제1장 코로나19와 동남아시아: 공동 연구 서설 _ 전제성

제2장 동남아의 코로나19 초기대응 비교분석 _ 김희숙, 김현경, 김다혜, 유민지, 양영란, 전제성

제2부 국가별 대응

제3장 베트남의 코로나19 대응: 국가 규율과 방역 체계의 성과 _ 백용훈, 육수현

제4장 싱가포르의 코로나19 대응: 이원적 방역 전략의 빛과 그림자 _ 김희숙, 양영란

제5장 필리핀의 코로나19 대응: 선출된 권력의 권위주의적 대응 _ 엄은희

제6장 인도네시아의 코로나19 대응: 정부 정책과 코로나19 관련 담론 _ 김형준

제7장 미얀마의 코로나19 대응: 파국으로의 질주 _ 김희숙

제3부 초국적 협력

제8장 동남아 최대 플랫폼 기업 그랩의 코로나19 대응 _ 고영경

제9장 아세안 보건안보 협력의 제도화와 감염병 대응의 한계 _ 백용훈

제10장 대유행 시대 이전과 이후: 글로벌 보건과 동남아시아연구 _ 서보경



비매품

93300

9 791163 721352

ISBN 979-11-6372-135-2