



연구보고서 2020-10

PHI Research Report 2020-10

인권중심 코로나19 시민백서
: 코로나19 시대 시민의 삶, 우리의 권리

The People's report on the COVID-19
pandemic in South Korea



인권중심 코로나19 시민백서

: 코로나19 시대 시민의 삶, 우리의 권리

출판일 || 2020년 10월 22일

편집인 || 김명희 시민건강연구소
김성이 시민건강연구소
김정우 시민건강연구소

필진 || 김성이 시민건강연구소
(가나다순) 김세라 고려대 보건과학과 박사과정
김영선 한국노동안전보건연구소 노동시간센터
김정우 시민건강연구소
김정욱 시민건강연구소
김준혁 연세대학교 치과대학 치의학교육연구센터
김지민 시민건강연구소 회원
김진환 서울대 보건대학원 박사과정
김창엽 시민건강연구소
명숙 인권운동네트워크 바람
박유경 강원대학교병원 예방의학과
손효정 시민건강연구소 회원
양영실 건강세상네트워크
이도연 서울대 보건대학원 박사과정
이연호 서울시 통합건강증진사업지원단
임선희 카톨릭대학교 의과대학
정혜승 법무법인 반우
최은경 경북대학교 의과대학
최혁규 문화사회연구소
최홍조 건양대학교 의과대학

펴낸 곳 (사) 시민건강연구소
서울시 동작구 사당로 13길 36, 2층
전화: 02-535-1848 팩스: 02 581-0339
누리집: www.health.re.kr
전자우편: people@health.re.kr

ISBN 979-11-87195-13-9

< 차례 >

Abstract	i
요약	iii
1. 서문 - 시민백서의 관점	1
1.1. 코로나19 유행의 사회적 성격	2
1.2. 코로나19 유행은 국가/국제 정치경제와 분리할 수 없다	3
(1) 신종 감염병 발생의 원인과 지구 정치경제	3
(2) 팬데믹의 정치경제	4
(3) 한국의 코로나19 유행과 불평등	5
1.3. 코로나19 유행에 대응하는 체계(시스템)와 그 권력 관계	6
(1) 보건의료체계의 공공성과 공공보건의료	6
(2) 사회정책 또는 사회체제의 공공성	8
1.4. 사람 중심 관점	10
(1) 국가권력에 대한 비판	10
(2) 경제권력에 대한 비판	11
(3) 전문가(전문성) 권력에 대한 비판	12
2. 팬데믹 현장에서 확인한 위험불평등	13
2.1. 감염위험	13
(1) 코로나19와 사회적 배제의 역설	13
(2) 인간 존엄성을 지킬 수 없는 환경, 남아있는 감염위험	15
2.2. 의료접근성	21
(1) 취약계층은 어떻게 의료서비스에 접근하는가?	21
(2) 코로나19 - 높아진 병원 진입장벽과 의료공백	22
2.3. 생계위험	26
(1) 코로나19 유행과 생계위험	26
(2) 사람들을 배제하는 사회안전망	30
(3) 더 열악한 사람은 빚겨가는 코로나19 대책	32
2.4. 정보접근성	34
(1) 생존과 직결되는 코로나19 상황에서의 정보접근성	34

(2) 코로나19 재난 정보 소외로 고통스러운 사람들	35
(3) 자발적 정보획득	39
2.5. 열악한 노동	41
(1) 박탈되는 노동	41
(2) 이미 과로, 가중되는 노동	45
(3) 무력화된 노동권리	47
2.6. 자유의 억압	49
(1) 재가장애인에 대한 활동지원정책 없는 조치로 생존과 존엄의 위협	50
(2) 시설 코호트 격리에 따른 자유권의 총체적 박탈	52
(3) 기업주에 의한 이주노동자의 자유권 침해	55
(4) 차별적인 자의적인 집회시위의 권리 제한	56
2.7. 소결	57
3. 기रो에 선 시민의 자유권	61
3.1. 배경	61
3.2. 감염병 유행과 공중보건 위기 상황의 미시적 추적 및 관리체계의 윤리적 근거 고찰	62
(1) 문제 제기 및 연구 목적	62
(2) 연구 내용	62
(3) 결론	75
3.3. 코로나3법을 통해 살펴 본 공중보건위기에서의 자유권과 정보인권	76
(1) 코로나 3법의 개정 배경	76
(2) ‘감염병 의심자’의 모호함	77
(3) 감염병환자와 감염병의심자에 대한 강제조치와 영장주의 - 법률적 검토	79
(4) ‘자발 격리’와 ‘강제 격리’의 균형	81
(5) 보건학적 균형점 - 선별 검사	82
(6) 자발적 자가격리의 가능성	86
(7) 정보는 적법하게 수집되고 관리되며 공개되는가	87
(8) 결론	89
3.4. 방역 과정에서 벌어진 권리 침해 - 사례조사를 중심으로	90
(1) 역학조사와 동선공개과정에서 일어난 권리 침해	90
(2) 치료와 격리과정에서 일어난 권리 침해	93
(3) 역학조사관이 말하는 K-방역의 실제	94
3.5. 코로나19 주변의 자유권 침해 현장	95
(1) 개인의 자유권 침해를 담보로 한 방역체계	95
(2) 코로나19와 집회금지 조치	95
(3) 집회 및 시위의 ‘금지’ 가능성	98

3.6. 소결	99
4. 보건의료/돌봄 인프라에도 사람중심이 필요하다	102
4.1. 신종감염병 유행에서 사람중심 준비와 대응의 원칙	102
4.2. 코로나19로 드러난 보건의료 서비스와 인프라의 한계	105
(1) 의료기관	105
(2) 사회복지시설	120
(3) 생활(요양/보호)시설	126
(4) 거주/격리공간	135
(5) 집단별 특수필요	139
4.3. 소결	148
(1) 기존 대응방식과 한계	148
(2) 개선방향	153
5. 공중보건위기에서의 재난거버넌스	158
5.1. 들어가는 글	158
5.2. 한국의 사회적 재난으로부터의 교훈	161
(1) 현대사회의 재난의 성격과 시민사회의 역할	161
(2) 재난관리 패러다임의 변화	164
(3) 사회적 재난에서 거버넌스 접근의 의의	165
(4) 좋은 재난거버넌스의 요건들	170
5.3. 공중보건위기에서 어떤 재난거버넌스가 필요한가	174
(1) 국가와 시민사회의 역할 강화	174
(2) 공중보건 재난거버넌스의 프레임워크	179
(3) 코로나19 유행의 공중보건 재난거버넌스 돌아보기	183
5.4. 소결	222
(1) 결론	222
(2) 권고	223
6. 결론 및 권고	226
참고문헌	229
부록	235
1) 마스크정책 경과	235
2) 코로나19 타임라인(2019.12.31.~2020.08.31.)	238
3) 확진자-사망자 수(1월23일 ~ 8월31일)	247

< 표 차례 >

표 1 특별연장근로 인가 현황	46
표 2 세계보건기구의 코로나19 핵심 대비, 준비, 대응 전략 중 접촉 추적 부분	64
표 3 유럽연합의 유행규모에 따른 접촉 추적 전략	64
표 4 코로나 3법 개정의 배경과 주요 내용	76
표 5 재난 위험 관리에서 하향식 접근과 사람중심 접근의 차이(Scolobic et al., 2015)	104
표 6 전국 음압병상 현황(2019년 12월 기준)	106
표 7 전국 국민안심병원현황(2020년 8월 16일 기준)	109
표 8 외국인근로자 등 의료지원 사업시행 지정 의료기관 현황(2019년 1월 기준)	116
표 9 노숙인 진료시설 지정 의료급여기관 현황(2017년 7월 기준)	117
표 10 사회복지시설의 종류(출처: 코로나바이러스감염증-19유행 대비 사회복지관 대응지침)	120
표 11 (예방적) 코호트격리 시행현황	127
표 12 코로나19 유행 대응을 위해 발표된 취약계층 관련 지침	140
표 13 기존 장애인 활동지원서비스의 문제점	144
표 14 인권을 고려한 코로나19 대응 체크리스트 목록의 예	155
표 15 재난 패러다임의 비교	164
표 16 시민적 인프라의 재난 단계별 기대효과	166
표 17 취약성을 유발하는 요인들	169
표 18 좋은 거버넌스의 특징	171
표 19 국가와 시민의 효과적인 거버넌스 구축의 핵심요소 (UN DESA)	175
표 20 코로나19 대응 주요 시민사회운동	177
표 21 위험 특성에 따른 이해관계자의 참여	180
표 22 CDC의 6가지 위기 커뮤니케이션 6개 원칙	182
표 23 중환자 가용 병상수 집계 차이	193
표 24 수도권 코로나19 단계별 병상공동대응 방식	195
표 25 정부 부처와 대한의사협회의 일반인 마스크착용 가이드라인 혼선	210
표 26 WHO의 일반인들의 마스크 착용에 대한 가이드라인(2020년 1월~8월)	211
표 27 대리구매 대상자의 확대	215
표 28 전국 광역시·도 의료자원 분포	218

< 그림 차례 >

그림 1 코로나19 유행 상황에서 취약집단의 어려움과 영향요인	59
그림 2 가상의 코로나19 선별검사 양성예측도, 음성예측도 시나리오	85
그림 3 서울지역 집회금지 일지	97
그림 4 사람 중심의 응급상황 대비를 위한 역량 고리	103
그림 5 코로나19 유행 확산에 따른 보건소 업무중단 안내 사례	120
그림 6 외국인보호소 별 보호 외국인 수의 변화(단위: 명)	134
그림 7 코로나19 유행에 대한 정부의 대응과 사람들의 필요 미충족 모식도	149
그림 8 위기경보 심각단계에서 한국정부 대응체계(2020.02.25.)	159
그림 9 방역수칙 단계별 조치내용(연합뉴스 2020.08.14.)	160
그림 10 시민사회의 성격에 따른 인구 백 만명당 확진자 수와 사망자 분포	163
그림 11 일다(didaro.com) 2020년 5월 20일자	168
그림 12 코로나19 판데믹에서 정치와 경제 담론에서 확장된 공간	176
그림 13 코로나19 사회경제위기대응 시민사회대책위원회 활동	177
그림 14 공중보건 재난거버넌스 프레임워크	184
그림 15 코로나19 성소수자 긴급대책본부 활동	185
그림 16 장애인단체의 코로나19 대책 요구활동	187
그림 17 장애인을 위한 코로나19 안내서	189
그림 18 중앙방역대책본부 코로나19 정보공개	191
그림 19 서울시 시민참여형 방역 활동	202
그림 20 대구시 ‘범시민대책위원회’와 ‘코로나19 대구공동행동’	204
그림 21 마스크 수급현황(식품의약품안전처 보도자료, 2020.03.02.)	207
그림 22 WHO 사무총장 트위터(2020.09.03.)	212
그림 23 식품의약품안전처의 마스크 사용안내서	213
그림 24 마스크 구입을 위한 줄서기(KBS뉴스 2020.02.28.)	214
그림 25 시민들의 마스크 제작, 보급 활동	215
그림 26 시도별 확진환자 현황(9.4. 기준)	217
그림 27 서부경남 공공병원 조기신축을 위한 민·관 공동추진기구	219

Abstract

The People's Health Institute, while watching the first two months of the COVID-19 pandemic, decided to document how this new infectious disease affects people's lives and our society, and what are the problems in the government response to the pandemic from the beginning not after the pandemic is over. Even in the spring of 2020 when we began the study, and even now, no one can assure when the pandemic could be kept under control and end. We hope that this People's Report could help propose desirable alternatives based on the principles of social justice and human rights so that the lives of those who have to go through the COVID-19 pandemic would not be pushed back for national security or public health safety reasons.

We interviewed a variety of people including workers, civil society activists, frontline healthcare workers, and public officials from the central and local governments, and documented their voices on the ground. We also conducted an extensive review of the literature including the governments' guidance documents for COVID-19, related laws, press releases, and academic literature.

This project is a study *for* and *with* fellow citizens. The People's Health Institute posted notices about the project on its website and social media, asking for voluntary participation of individuals and organizations sympathetic to the need for the study. Upon hearing the news, not only members of the Institute, but also activists of other civil society organizations, researchers, university professors, lawyers, and medical personnel have welcomed the project and have voiced their willingness to participate.

The project addresses four themes in relation to the COVID-19 pandemic : risk inequities, protection for ICT Human Rights and right to freedom, evaluation of health care services and infrastructure, and analysis of disaster governance. The findings from our study are as follows:

First, the new order in the era of COVID-19 pandemic needs to be established by challenging current knowledge and power and pursuing new alternatives and changes in a wide range of areas

from infection control and health care to human rights and social systems, rather than by maintaining the status quo.

Second, the COVID-19 pandemic is deeply embedded in the political economy at the national, regional, and global levels. In particular, the reduction of the infection and related inequalities depends on the degree to which social policy responses address all the risk factors of socioeconomic inequality such as social class, income, race, labor, gender, education, migration, disability, and health care.

Third, the response to the COVID-19 pandemic is inevitably the response of the entire Korean health care system. The Korean model of controlling COVID-19, known as 3T+1P (test, track, treat + participation), which has received relatively good evaluation so far, has been made possibly by the centralized pandemic response system of public health authorities and the support of the city, district, and county governments, public health centers, medical institutions, government finances and the national health insurance system. To address overburdened public health system and ensure the access to high-quality, essential health services amid the surge in COVID-19 cases, the ‘publicness’ in health and health care and public health care system needs to be strengthened. Fourth, the capacity of democratic publicness should be accumulated at various levels of the social systems including the health care system, in order to curb the spread of the COVID-19 and reduce socioeconomic damage to a minimum. We insist that public health crisis can be overcome through participatory governance between the government and citizens.

We hope that the People’s Report is widely read by policy makers, government officials, activists of civil society organizations, and researchers, and provides a foundation for a fruitful discussion on people’s stories of COVID-19 pandemic not covered in this report. The ultimate goal of the People’s Report is to contribute to helping make the lives of citizens in the era of COVID-19 safer and more equal.

요약

1. 연구의 배경

2019년 12월 말 중국 우한에서 원인불명 신종폐렴이 보고된 이후, 한국을 비롯하여 전세계로 퍼져나간 코로나19는 지금까지 확진자 3천 957만 명, 사망자 1백 10만 명을 넘어서고 있다(2020.10.19.기준). 전체 확진자의 절반을 넘는 미국과 인도, 브라질에서의 확산세가 줄어들지 않고 있으며, 유럽 각국에서는 지난 3월보다 더 심각한 수준의 재유행이라는 암울한 소식도 들려오고 있다. 반면 한국에서는 1월 20일 첫 확진자가 나온 후, 특정 지역이나 시설, 집회 등을 중심으로 확진자가 급격히 늘어났다가 줄어드는 추세가 반복되고 있으나, 방역당국의 투명한 정보공개와 감염병위험 수준에 따른 방역지침에 적극적으로 협조하는 시민들 덕분에 그 어느 때보다 위험스럽고 불안한 이 신종감염병의 시대를 건너가는 중이다.

시민건강연구소에서는 코로나19 유행 초기 2개월을 지켜보면서, 이미 경험했던 2003년 사스(SARS)나 2009년 신종플루(H1N1), 2015년 메르스(MERS)의 뒤를 이어 나타난 이 신종감염병이 시민들의 삶과 우리 사회에 어떤 영향을 미치는지, 그리고 그 대응의 문제점은 무엇인지를 사태가 종결되고 난 후가 아니라 처음부터 기록해보기로 하였다. 연구를 시작하던 봄에도 그리고 지금도 여전히 언제쯤 코로나19의 유행이 통제되고 인류에게서 종식될 수 있을지 아무도 확언할 수 없다. 그렇지만 코로나19를 겪어내야 하는 사람들의 삶이 국가의 안보나 공중보건상의 안전을 이유로 뒤로 밀리지 않고, 위기 속의 삶은 그 삶대로 존중받을 수 있도록 사회정의와 인권의 원칙에 기초하여 바람직한 대안을 제안하는데 이 시민백서가 일조할 수 있기를 바랐다. 동시에 이 백서는 코로나19의 영향을 받아 취약해지고 위태로워진 한 시민의 특수한 곤경과 경험‘들’을 보고하는 데에서 머물지 않고, 그 모든 개별적 삶이 실은 우리 모두가 발 딛고 있는 구조와 역사에서 비롯된 것이며, 그렇기 때문에 이 위기를 타개하기 위해서는 전면적인 체제의 변혁까지 모색하는 급진적인 상상이 필요하다는 것을 주장하고 싶었다. 연구를 위하여 삶과 노동현장의 시민들과 시민사회 활동가들을 비롯하여 방역현장의 의료진과 중앙과 지방 정부의 공무원들을 만나 다양한 현장의 목소리를 기록하고 정부의 대응지침과 법률을 검토하였으며, 언론보도자료와 학술문헌을 폭넓게 검토하였다.

이 연구는 동료 시민들에 대한 연구이기도 하지만, 시민이 참여하고 수행한 연구이기도 하다. 시민건강연구소는 연구의 취지를 알리며 연구의 필요에 공감하는 개인과 단체의 자발적 참여

와 제보를 부탁하는 공지를 홈페이지와 페이스북 등에 올렸다. 이 소식을 듣고 연구소의 회원들 뿐만 아니라 다른 시민사회단체 활동가, 학술연구자, 대학교수, 변호사, 의료인 등 다양한 분야에서 활동하는 분들이 흔쾌히 참여의 뜻을 밝혀주셨다. 연구는 처음 기획 단계에서 코로나19 유행을 검토하기 위한 4가지 주제로 위험불평등 사례연구, 정보인권과 자유권 보호, 보건의료 서비스와 인프라 평가, 재난거버넌스 분석으로 정하였다. 연구참여자들은 각자 관심있는 주제의 연구팀에 합류하여, 이후 약 7개월간 시간과 노력을 들여 연구가 완성될 수 있도록 기여해주었다. 다양한 영역에서 활동하시는 여러분들의 참여 덕분에 이 글의 분석과 기술의 시야가 넓어지고 치밀해질 수 있었음을 밝힌다. 따라서 이 보고서는 연구진 모두가 함께 만들어낸 결과물이다. 정책결정자와 관련부처 공무원, 시민사회단체와 활동가, 연구자들을 통해 더 널리 읽혀지고, 이 보고서에서 다루지 못한 이야기들이 더 풍부하게 논의되어 코로나19시대 시민의 삶을 더 안전하고 평등하게 만드는데 도움이 될 수 있기를 바란다.

2. 주요 연구결과

2.1 팬데믹 현장에서 확인한 위험불평등

코로나19라는 신종감염병이 전 세계적으로 유행하면서 많은 사람이 건강뿐만 아니라 사회경제적으로도 큰 어려움을 경험하고 있다. 각국의 정상과 고위관료들이 확진자가 되기도 하고, 피해의 규모가 일부 지역이나 영역에 한정되지 않는 것을 보면 모든 사람이 감염병으로부터 고통받는 것처럼 보인다. 그러나 코로나19가 야기하는 다양한 차원의 위험은 공평하게 분배되지 않는다. 어떤 집단은 다른 집단에 비해 감염병으로 인해 의학적, 사회적으로 더 큰 고통을 경험하고 있다.

이 장에서는 코로나19 유행 시기에 장애인, 이주노동자, 홈리스, 불안정 노동자를 중심으로 사회적으로 취약한 집단이 감염위험, 의료접근성, 생계위협, 정보접근성, 열악한 노동, 자유의 억압 등의 차원에서 어떠한 어려움을 경험하고 있는지 살펴보았다.

먼저 감염위험 측면에서 살펴보면, 이주노동자, 노숙인 등은 이미 사회에서 거리 두어진 사람들이다. 평소 소외돼 있던 사람들은 타인과의 접촉이 적어 확진자가 크게 늘어나지 않는 배경의 역설이 있었다. 하지만 수용시설의 집단감염 사례에서 보듯이 감염으로부터 취약한 환경에 노출되면서, 한 명이 감염되면 그 파급력이 훨씬 컸다. 감염 이외에 의료접근성 측면에서도

코로나19의 영향을 더 크게 받았다. 기존에 공공의료기관과 시민단체에서 제공하는 의료에 의존하던 사람들은 공공의료기관이 코로나19 전담병원이 되고, 시민단체에서 사회적 거리두기로 진료를 중단하면서 필수의료의 공백을 더 크게 체감할 수밖에 없었다. 기존 건강상태도 더 좋지 못한 상태였다는 것을 감안하면 문제는 더욱 심각하다.

코로나19 유행으로 건강의 문제만 나타난 것은 아니다. 시장에서 안정적이고 충분한 수입을 얻지 못하던 사람들은 가장 먼저 심각한 생계의 위협을 겪었다. 기존의 복지제도가 많은 사람들을 배제하는 방식으로 설계 및 운영되고, 코로나19에 대응하기 위한 여러 정부 조치들 역시 크게 다르지 않아 여전히 많은 사람들이 경제 위기를 온몸으로 경험하고 있었다. 소득감소의 위험은 노동자를 더욱 열악한 노동으로 내몰았다. 더 절박해진 노동자는 쉬지 못하고 일하고, 아프면 집에 머물라는 방역수칙은 제도적 보장 없이 지켜지기 어려웠다. 실적과 이윤 중심의 일터에서 노동의 권리는 찾아보기 어려웠다. 코로나19로 업무가 증가한 업종에서는 노동자의 업무 시간과 강도가 크게 증가했고, 사용자는 노동자 보호에 노력을 기울이기는커녕 보호 의무를 최대한 회피했다.

감염병에 적응되어가면서는 디지털 기기를 이용한 비대면 생활문화가 빠른 속도로 확대되었다. 그러나 이런 정보와 비대면 생활문화로부터 소외된 사람들은 불편함을 넘어 생존의 위협과 공포를 느꼈다. 이주민, 장애인 등 자국어 혹은 수어로 된 재난 정보가 제한적이라서 불안감이 더 높았다. 사회와 단절된 노숙인 역시 정보가 제한적이기는 마찬가지였다. 긴급 재난지원금을 비롯한 복지 정보는 정보에 접근하더라도 내용을 이해하기 어려워 제도를 활용하기 어려웠다.

일괄적인 사회적 거리두기와 자가격리 조치는 혼자 생활하기 어려운 장애인에게는 더욱 큰 고립감과 불안감, 더 나아가 생존을 위협했지만, 이에 대한 고려는 부족했다. 이른바 예방적 코호트 격리는 시설 이용자와 가족, 그리고 종사자의 자유와 안전을 박탈함으로써 외부의 안전을 도모한 것과 다름없었다. 한편에서는 노동권이 잘 보장되지 않는 상황에서, 사업주가 이주노동자를 거의 감금하다시피 외출을 금지하기도 하였다. 법률에 의한 조치가 아니었다. 사업주 자의적 판단으로 신체의 자유를 침해한 것이다.

코로나19 위협의 다차원적 불평등은 갑자기 생겨난 것이 아니다. 이전부터 우리 사회의 여러 구조들이 작용하면서 불평등이 발현되고 있었다. 그리고 이러한 기존 문제들은 신종감염병 위기 상황에서 더욱 심화되고, 다른 형태로 나타났다. 코로나19에 대한 각 주체들의 대응 역시 현재 상황에 크게 영향을 미쳤다. 각 개인과 이주민 커뮤니티를 비롯한 시민단체, 노조 등은 맞닥뜨린 감염병 위기 상황에서 스스로를 보호하기 위한 대책을 모색했다. 기업은 각 업체에

따라 노동자들을 보호하는 조치를 하기도 했지만, 경제 위기 상황에서 노동자들에게 무급휴가를 강요하거나 해고 조치를 하기도 했다. 공중보건과 사회경제적 위기 상황에서 가장 큰 책임을 가지고 있는 정부는 사람들이 코로나19로 인한 충격을 완화하는 역할을 했지만, 기존의 구조에서 벗어나지 못한 대응은 여전히 우선순위에서 밀리는 취약집단을 배제하였다.

위험의 불평등을 완화하기 위해서는, 기본적으로 감염병의 여러 차원의 위험에 대한 정부의 대응에서 배제되는 사람이 없어야 하고, 필요와 상황에 따른 섬세한 조치가 필요하다. 이를 위해서는 취약집단의 목소리를 반영할 수 있는 협력적 거버넌스가 뒷받침되어야 한다. 최소한 위기상황에서 안전을 보장할만한 노동 및 주거 환경을 보장하고, 성장과 실적 중심의 시장에서 노동자의 건강과 생계를 보호할 수 있는 조치 역시 중요하다. 또한 공공병원의 코로나19 전담병원화로 발생한 의료공백을 최소화하는 조치들이 시급하다.

2.2 기로에 선 시민의 자유권

인류가 투쟁으로 쟁취한 많은 인권의 원칙들은 코로나19와 같은 공중보건위기 상황을 마주하며 잠시 유보할 수 있다. 하지만, 사회가 공중보건위기를 벗어나기 위해 합의한 과정은 무조건적인 인권침해 과정이 돼서는 안 된다. 한편으로는 인권의 원칙이 가지는 가치 때문이지만, 다른 한편으로는 사람을 지키는 노력이 바로 공중보건위기를 돌파하는 노력과 같은 말이기 때문이다. 인권을 보장하는 것이 코로나19를 극복하기 위한 중요한 동력이다. 이와 같은 문제의식에서 정보인권과 자유권 전반의 내용을 검토해 보았다. 첫 번째로 K방역으로 칭송하는 감염병 환자와 접촉자의 추적 관리체계는 윤리적으로 어떻게 해석해야 하는지 살펴보았다. 두 번째로 정부의 방역 조치에 법적 정당성을 부여한 코로나3법이 급하게 도입된 과정과 문제점을 살펴보았다. 세 번째로 방역과정에서 방역의 주체인 역학조사관과 방역의 대상이 되었던 확진 환자, 접촉자, 자가격리자 등의 인터뷰를 통해 코로나19를 둘러싸고 벌어진 인권침해의 현장을 기록했다. 마지막으로 감염병을 이유로 유보되고 있는 집회/결사의 자유에 대한 현황을 분석했다.

우선, 감염원 접촉 추적과 관리체계의 보건학적 효과는 명확하다. 하지만, 추적과 관리체계를 시민의 자발성에 근거를 둘 것인지 비자발적 조치들을 동원할 것인지, 비자발적 조치들은 어떤 조건에서 사용할 것인지 등 윤리적 문제는 이미 발생하고 있다. 현재 코로나19의 추적과 관리체계는 과도하게 중앙집권화된 방식이며 한번 노출되고 공개된 개인정보는 지속적인 낙인과 차별의 피해로 이어지고 있다. 그런데도 이에 대한 구체적인 구체 조치는 마련되지 않았다.

시민의 자발적 참여에 기반한 탈중앙집권적 추적체계에 대한 논의가 필요하고, 개인정보공개의 원칙만 마련하는데 그치지 않고, 공개 이후 발생 가능한 인권침해를 최소화하고 보상할 수 있는 대책이 필요하다.

다음으로 감염병 예방법은 ‘감염병의심자’라는 모호한 집단을 정의에 포함하였고, 이들을 포함하여 환자와 감염인들에 대한 광범위한 처벌 규정을 담고 있다. 불확실성이 높은 신종감염병 대응과정에서 공공의 안전과 인권의 충돌은 피하기 어렵고, 둘 사이의 균형점을 찾아가는 노력이 필요하다. 특히, 공공의 안전을 목적으로 다른 선택 가능한 대안을 고려하지 않고 곧바로 처벌의 잣대를 들이대는 것은 인권의 원칙에도 맞지 않을뿐더러, 방역 본연의 목적을 달성하는 데도 도움이 되지 않는다. 따라서, ‘감염병의심자’라는 모호한 정의를 법률에서 제외되어야 하며, 동시에 검사 거부와 격리 거부인들에게는 덜 강압적인 대안적 조치들을 우선 권고하고 사회적 지원을 아끼지 않아야 한다. 예를 들어, 검사 권고를 수용하기 어려운 형편에 놓인 사람들에게 자발적 자가격리를 우선 권고하거나, 자가격리조차 어려운 경우 시설 격리를 권고하는 방법이 있을 수 있다. 그리고 단계적으로 강제적 격리와 검사조치를 시행하고, 최종적으로 법률적 처벌을 고려할 수 있다. 또한, 동의에 기반한 개인정보접근이 고려되어야 한다. 일부 예외적인 상황을 제외한다면 대부분의 역학조사 과정은 역학조사관과 확진환자가 함께 기억을 찾아가는 과정이다. 동선을 의도적으로 숨기는 일부 사례가 일반적인 확진환자의 사례라고 확대해석하는 것을 경계한다. ‘함께 기억 찾기’의 과정에서 확진환자에게 동의를 구하는 것은 실현가능한 인권친화적 과정이다. 정보인권을 유보하는 조치는 이 이후에 고려하여도 방역의 목적 달성에 해를 끼치지 않는다.

마지막으로, 차단과 거리두기의 원칙을 넘어 만남과 대면의 원칙을 마련해야 한다. 사회적 거리두기 원칙은 단계별 기준과 조치사항을 담고 있다. 조치사항의 대부분은 어떤 행위에 대한 금지다. 하지만, 금지의 조건은 모두에게 공평하지 않다. 사회적 거리두기가 많은 대면 노동자들의 땀에 빗지고 있다는 사실을 모르는 이는 적다. 재택근무가 불가능한 업종에서 일하는 사람들이 있다. 사회적 약자들을 향한 공권력의 철거는 정당화되면서 이에 항의하는 이들의 집회와 결사의 자유는 방역을 이유로 제한한다. 정부의 목적과 행위가 일치하지 않는다. 정부는 만남과 대면의 원칙도 함께 마련해야 한다. 사회적 거리두기를 적극적으로 권고하면서도 이를 지키기 어려운 상황에 놓인 이들을 위한 원칙이 동시에 필요하다. 예를 들어, 정부의 지침에는 접촉자를 판단하는 역학조사의 기준이 있다. 역학조사 과정에서는 마스크 착용여부, 체류기간, 노출상황, 시기 등을 종합적으로 검토하여 접촉자를 확정한다. 반대로 말하면 마스크 착용과, 일정 거리를 유지하고, 특정 시간 미만으로 체류하며, 함께 식사를 하지 않는 상황은

만남 혹은 대면 노동의 원칙이 될 수 있다. 이 같은 원칙을 수립하고 그 원칙이 실현될 수 있도록 필요한 지원체계를 마련해야 한다.

2.3 보건의료/돌봄 인프라에도 사람중심이 필요하다

코로나19 유행을 막는 것은 중요하지만, 그것은 사람들을 지키기 위한 것이어야 한다. 코로나19로 인한 직, 간접적 고통과 어려움은 감염병 영역에만 국한되지 않으며, 정부는 사회 구성원의 필요에 부응하고 고통을 경감시킬 책무가 있다. 사람중심의 관점에서 서비스와 인프라를 중심으로 현장 실무자와 다양한 소외 집단의 인터뷰, 정부의 대응, 언론 기사를 검토한 결과 코로나 이외의 영역에 대한 대응이 부족하고 사회경제적으로 취약한 집단이 소외되고 있음을 확인하였다.

우선 코로나19 방역과 치료 영역 자체에서도 이주민과 장애인에 대한 접근성과 차별이 존재했다. 코로나 대응을 위해 보건의료인프라가 대거 투입된 탓에 기존의 의료필요가 해결되지 못하는 공백의 문제가 가뭄지 않음에도 제대로 된 대안적 시스템을 마련하지 못하고 있다. 특히 공공의료기관에 많은 부분을 기댈 수밖에 없는 이주민, 홈리스의 의료공백에 대한 방안은 거의 전무한 수준이었다. 사회복지시설을 통한 식사, 돌봄, 재활, 사회적 관계 형성은 누군가에게는 삶의 질을 높이는 정도의 필요일지 몰라도 누군가에게는 일상을 유지하고 생존에 필수적이기도 하다. 그러나 4개월이 넘는 사회복지시설의 휴관기간 동안 일부 비대면 서비스나 긴급 돌봄만 겨우 유지되었으며, 이는 결국 개인과 가족의 돌봄부담을 증가시키고, 나아가 당사자들의 건강이 악화되는 결과로 이어졌다. 요양/보호시설의 (예방적) 코호트 격리 조치는 과학적 근거에 기반하지도, 민주적 절차에 기반하지도 실효성 있게 관리되지도 못했다. 그 안의 사람들을 보호하기 위한 조치가 아니라 배제하는 정부 조치는 이들과 이들을 돌보는 종사자들에 대한 차별과 낙인을 오히려 강화했다. 돌봄이 필요한 장애인의 일상을 돌보고 자가격리시 필수적인 활동지원사에 대한 부실한 지원과 관리도 문제로 나타났다.

정부의 코로나19 대응은 ‘사람중심 관점’보다는 ‘행정편의적 관점’에 가까웠고, 이는 실질적인 대응의 한계로 나타났다. 서비스를 제공하는 공간을 차단하기보다는, 안전대책을 강화하여 돌봄과 의료서비스를 유지하면서 감염위험을 줄이기 위한 국가적 책임에 소홀했다.

코로나19 유행에서 경험한 의료문제는 신종감염병 대응에 필요한 직접 인프라뿐 아니라 본래 공공의료 인프라 자체의 취약함을 부각시켰고, 인프라의 보완은 필수적이다. 다만 인프라에 관한 대안은 대체로 장기적이며 서비스의 생산과 적합한 배분으로 이어지는 데에는 여러 사회

적 결정요인과 연결고리가 작동하기에, 그 대안이 정말로 사람들의 고통을 줄일 수 있을 것이라는 논리와 근거가 탄탄해야 하고, 당장 근거가 없더라도 섬세한 계획과 모니터링이 필요하다. 코로나19 유행 상황의 영향을 완충할 수 있는 대응체계의 역량 강화가 필요하다. 물론 가장 취약한 집단에까지 닿아야 한다. 더불어, 장기적인 대안 외에도 그사이에 유발된 공백을 메우고 변화된 체계에서 발생한 새로운 고통을 줄이기 위한 중단기 대안을 현장의 필요를 중심으로 빠르게 마련해나가야 한다. 이를 위해 다음과 같이 권고한다.

첫째, 신종감염병 유행을 준비하고 대응하는 프레임을 확장해야 한다. 신종감염병 대응 대책을 논하는 것은 부처 수준에서는 가능한 이야기이지만 국가 수준에서는 그보다 넓은 영역을 다루어야 한다.

둘째, 신종감염병 유행을 준비하고 대응하는 체계의 관점 전환이 필요하다. 행정중심의 관점이 기존 행정체계에서 확인 가능하고 동원 가능한 인력, 시설, 장비를 기준으로 확진자와 사망자를 최소화는 전략과 지침이 중심이라면, 사람중심의 관점은 ‘누가 어떤 필요가 있는지, 누가 어떤 변화를 겪는지, 누가 어떤 피해를 입고 있는지’라는 질문에서 배제되는 사람이 없는 것을 관심에 둔다. 중앙집중적 지침과 대응은 현장과 사람들의 필요를 섬세하게 파악하기 어려울 수밖에 없다. 기존의 행정 루트 외에도 시민단체, 주민들의 의견을 논의하고 모을 수 있는 통로가 필요하다.

셋째, 인권관점에 기초한 대응이 필요하다. 신종감염병 대응지침은 정규 직장과 가족과 집이 있는 사회적, 개인적 안전망이 갖추어진 사람만을 기준으로 삼아서는 안된다. 지침은 이 사회의 구성원 누구도 배제되지 않도록, 예컨대, 장애인, 이주민, 홈리스 등 취약집단을 처음부터 포괄해야 한다. 지침 배포 이전에 이와 같은 목록에 기초한 사전점검 절차를 거치고 취약집단에 대한 필요 등 현황 파악과 일선 실무자와 활동가의 의견을 의사결정에 반영할 수 있는 피드백 채널을 마련해야 하며, 사후 현장 점검이나 지원 등이 뒤따라야 한다.

넷째, 포괄적 돌봄체계와 돌봄의 (재)공공화가 필요하다. 커뮤니티케어의 기반으로 검토되고 있는 사회서비스원을 비롯하여, 공공이 직접 돌봄서비스를 제공하는 방식으로 전환할 수 있는 상상력의 발휘가 필요하다. 사람중심 위기 대응은 행정과 사람 사이를 이어주는 인력이 없다면 달성하기 어렵다. 이를 위해서라도 돌봄서비스를 제공하는 주체인 돌봄인력에 대한 공식적인 체계 마련은 필수적이다. 적정 수준의 돌봄노동자 고용/운영모델을 확립하여 긴급돌봄이나 코호트 격리 등에 투입되고 있는 돌봄종사자에 대한 안정적인 고용과 보호, 훈련, 지원이 필요하다.

2.4 공중보건위기에서의 재난거버넌스

지금까지 정부 당국은 투명하고 신속하게 정보를 제공하며 확진자의 검사, 추적, 치료 및 필요한 사회적 조치들을 발표했고, 해외에 비하여 확진자가 급등하지 않고 잘 관리되는 상황을 성공적인 ‘K-방역’이라고 자평해왔다. 그러나 감염병정책은 숙주와 병원체 요인뿐만 아니라 더욱 광범위한 환경적 요인이 작용하는 감염병의 속성상 보건의료정책과 사회정책으로 공동 대응해야 확산 억제와 통제라는 목표를 이룰 수 있다. 따라서 환자 추적감시나 치료제와 백신 개발에 못지않게 중요한 것은, 과학적 지식 자체가 부족한 신종감염병에 대한 시민들의 불안과 공포를 이해하고, 사회적 거리두기(social distancing)라는 물리적 조치를 따를 수 없는 사회 곳곳에서의 위험에 대응하는 것이다. 또한 노동자, 학생, 학부모, 돌봄제공자, 취약계층 등 방역정책의 영향을 받는 모든 사람들이 세부적인 방식에 대해 의견을 내고, 이를 반영할 수 있도록 사회적 소통과 합의의 과정이 필요하다. 우리는 정부 방역당국과 전문가, 시민들이 참여하는 이런 전체 과정을 재난거버넌스라고 명명한다. 그리고 재난거버넌스는 공적가치와 공공성의 추구, 정부의 책무성 실천, 시민의 민주적 참여 보장, 위기커뮤니케이션, 사회적 맥락을 핵심 요건으로 달성될 수 있다고 주장한다.

모든 사람들의 삶에 ‘일단 멈춤’의 사회적 명령이 내려지고 있는 이 시기에 우리는 정부와 지역·시민사회가 했던 각각의 역할들을 복기하고 평가함으로써, 코로나19의 재유행 혹은 또 다른 형태의 신종감염병 공중보건위기 상황에서의 교훈을 찾고자 했다. 그동안 한국에서 일어났던 사회적 재난에 대한 시민건강연구소의 연구 성과를 바탕으로 코로나19 유행과정을 검토하고 실질적인 재난거버넌스를 위하여 정부와 시민사회에 다음과 같은 권고안을 제안한다.

[정부]

1. 코로나19 판데믹은 각국 정부로 하여금 시민의 건강과 안전을 보호하고, 감염병 대응에 필수적인 의료서비스를 제공하며 취약한 시민들을 보호할 것을 요구한다. 정부는 재난을 다룰 수 있는 권력, 자원, 권위를 가진 유일한 존재로서 이러한 정치적, 법적 책임을 다하기 위하여 최선을 다해야 한다.

2. 코로나19 대응에서는 시민사회단체 상시적인 관계가 있었던 분야와 없던 분야의 대응속도와 내용에 차이가 있었다. 가령 상시적인 정책 카운터파트(장애인단체-복지부 장애인정책과, 직장갑질119-노동부)가 있는 단체는 현장의 문제를 취합해서 요구사항을 전달하는데 절차상의

문제가 없었지만, 성소수자단체는 정부와의 네트워크가 전혀 없었기 때문에 이태원 클럽발 집단감염 발생시 접촉창구를 찾는데 시간이 걸렸다. 사실 그보다는 정부가 지금까지 성소수자단체를 공식적인 정책 협력파트너로 인정하지 않다가 사회 안전에 위협이 된다고 느끼고서야 논의의 대상으로 보기 시작했다는 점이 본질적인 문제일 수 있다. 정부는 공공의 이익을 추구하며 민주적으로 운영하는 다양한 시민사회조직의 존재를 인정하고, 이들과 상시적으로 교류하며 운동의 제도화를 지원하고 위기발생시 함께 협력해 나가야 한다.

3. 위험부담의 불평등을 완화하는 중요한 경로중 하나가 취약한 조건에 처한 이들 혹은 위험 피해의 주체들을 재난거버넌스 과정에 참여시키는 것이다. 그럼으로써 피해 주체들은 새로운 위험으로부터 보호받을 수 있는 자원을 확보할 수 있다. 코로나19 대응과정에서도 시민단체들은 신종감염병이 초래하는 위험을 드러내고, 정부에서 미리 대비하지 못한 부분까지 당사자들에게 필요한 대책을 직접 만들고 정책으로 수용되도록 협력했다. 중앙/지방정부는 시민사회를 전시적 행정을 위한 동원대상으로만 생각할 것이 아니라, 실제적인 정책협력을 할 수 있는 파트너로 인정해야 한다.

4. 치료제와 백신이 없는 코로나19 팬데믹을 맞아 전 세계적으로 연구개발이 한창 진행 중이다. 효과와 안전성이 확보된 의약품의 생산과 공급도 중요하지만, 모든 인류에게 필요한 만큼 충분히 공급되기 이전까지는 한정된 백신과 치료제라는 자원을 누구에게 우선적으로 배분할 것인지에 대한 합의는 중요한 사회적 과제이다. 치료제나 백신뿐만 아니라, 병상, 진단키트, 중증환자치료기기, 마스크 등 모든 보건의료자원에 공통되는 사실이다. 지난 몇 달 동안 한국 사회는 ‘마스크대란’을 겪으면서, 환자폭증 지역과 취약계층에 대한 별도 지급, 선착순이나 생년월에 따른 구매일자 지정, 매수제한 등의 개입을 통해 시장실패에 따른 공적 생산과 통제를 실시한 바 있다. 그러나 그 과정에서 한정된 보건의료자원을 어떻게 생산, 공급할 것인가에 대한 사회적 논의를 진전시키지는 못하였다. 우리는 능력에 따른 부담과 필요에 따른 보편적이고 공평한 접근 원칙은 국내뿐만 아니라 글로벌 수준에서도 적용되어야 한다고 생각한다. 정부는 코로나19 백신과 치료제가 글로벌 공공재로 보급될 수 있어야 한다는 대통령의 73차 세계보건총회의 약속을 지킬 것을 촉구한다. 또한 이를 위하여 정부가 국경을 넘는 시민사회와 공공의 연대를 더욱 강화할 수 있도록 지원할 것을 요청한다.

5. 지역사회라는 사회적 맥락은 공중보건위기에서 중요한 요소가 되었다. 재난대응의 실행 책임이 있는 지역정부는 지역사회의 의료자원, 시민 네트워크, 지역의 정치와 문화 등을 잘 파악해야 하며, 공중보건위기가 초래하는 지역사회의 위험을 감시하고 지역의 행정을 견제하며 지역에서 활동하는 시민사회를 육성해야 한다.

[시민사회]

1. 시민사회 활동은 개별단체만의 독자적인 활동으로서가 아니라 같은 사회적 이슈에 대한 공적 해결을 추구하려는 다른 단체와의 연대를 통해 활동의 정당성과 사회적 지지를 얻을 수 있다. 그러므로 시민단체는 상호 신뢰와 상대조직에 대한 이해를 바탕으로 한 연대를 지속하는 것이 중요하다. 이번 코로나19 유행동안 장애인단체, 성소수자단체, 노동단체 등은 각 부분별, 지역별 옹호단체와의 연대를 통해 다양한 현장 정보를 취합하고 당사자들이 처한 문제를 사회 이슈화하고 대책을 촉구하기 위해 코로나19 대응 네트워크를 운영했고, 이런 기민한 대응들은 정부의 대책들을 이끌어내는데 중요한 역할을 했다.

2. 시민사회단체들은 내부적으로 단체 회원 중에 포함된 전문가나 외부의 전문가나 연구자들과의 자문과 협력을 통해 합리적인 정책대안을 요구하는 수준에 이르고 있다. 코로나19 국면에서도 시민단체들이 이슈를 의제화하는 것을 넘어 수용성이 높은 정책대안을 정부에 직접 제안하고 협상함으로써 시민참여의 질적 향상을 도모하고 있다. 코로나19 유행에 활발하게 활동한 시민단체들은 조직운영에서 다음과 같은 공통점을 몇 가지를 찾을 수 있었다. 조직 내부의 공통 학습, 신입활동가에 대한 교육프로그램 운영, 활동가들의 정례회의를 통한 사안공유, 외부 조직들(언론, 학회, 국회의원실, 소셜네트워크서비스, 전문가단체, 다른 시민사회 등)과의 네트워킹 강화, 현장과의 접점 유지, 사안에 따른 이슈화 전략 선별 등이다. 시민사회조직들은 스스로 역량을 강화할 수 있도록 공부와 조직 활동을 지속해야 한다.

1. 서문 - 시민백서의 관점

2020년 10월 초 기준으로 한국의 코로나바이러스감염증-19(이하 ‘코로나19’) 확진자 수는 2만 4천여 명, 사망자는 420여 명에 이른다. 세계적으로는 확진자 3천 4백만 명에 사망자가 1백만 명을 넘었다. 어떤 기준으로 판단하더라도 1918년의 인플루엔자(스페인 독감) 대유행에 비견할 만한 ‘팬데믹’이라 하겠다. 지금도 중요하고 미래도 중요하다. 안전하고 효과적인 백신이 개발되더라도 최소 1~2년 이상 유행이 종식되지 않는다는 전망이 우세한 만큼, 가장 낙관적인 시나리오로도 큰 인명 피해와 사회경제적 후유증을 피하기 어려울 것이다.

사태는 유동적이면서도 ‘변혁적(transformative)’이다. 유행이 계속되는 상황에서 코로나 유행의 전체 경과와 결과, 사회경제적 영향 등을 결론짓기는 이르다. 장기적으로는 수십 년 이상 영향을 미칠 수도 있으니 서둘러 예측하고 전망하는 일은 선부르다. 지금도 새로운 지식이 생성되고 지난 시간의 오류가 밝혀지는 중이다. 한편 과거의 권력을 되찾으려는 힘이 강고하지만, 새 질서를 구축하려는 저항도 세계 곳곳에서 꿈틀거린다. 코로나19를 경험하는 사람들과 사회는 멈추어 있지 않으며, 새로운 세계를 만들어가고 있다.

아직 모르고 불확실한 것이 많지만, 모든 지식과 비판은 현재에 개입한다. 현실을 비판하는 작업은 곧 오랜 질서에 대한 저항이고 새로운 대안을 향한 돌파구이며 변화를 기획하는 사회적 실천이다. 코로나19 유행의 참혹한 불평등을 비판하는 것은 불평등을 가능하게 하는 구조에 저항하는 것인 동시에 새로운 꿈을 꾸는 것이며, 이는 다시 현재와 현실로 되돌아오면서 ‘예시적(prefigurative)’ 정치와 실천을 가능하게 한다.

이 시민백서는 2015년 중동호흡기증후군(메르스) 유행에 대한 우리의 평가 작업(<인권 중심의 위기대응: 시민, 2015 메르스 유행을 말하다>¹⁾)의 연장선 위에 있다. 문제의식과 원칙은 비슷하되, 우리는 코로나19의 시민백서가 한 걸음 더 나아갔다고 자평한다. 유행의 크기와 범위가 훨씬 커졌으니 어쩌면 당연한 결과일 수도 있으나, 시민의 역량이 성장한 만큼 이해와 진단, 평가와 대안이 좀 더 발전했다고 평가하고 싶다.

코로나19 팬데믹이 모든 분야에 영향을 미친 만큼 시민백서가 다루는 영역은 방역과 의료로부터 인권과 체계에 이르기까지 넓고 다양하다. 한 가지 목표와 방법으로 전체를 통일하기는 어려웠으나, 다음과 같은 몇 가지 관점은 대체로 모든 영역에 공통된 것임을 밝혀 둔다.

1) <http://health.re.kr/?p=2751>

1.1. 코로나19 유행의 사회적 성격

질병과 건강은 생물학적 또는 의학적 현상이지만, 흔히 생각하는 것 이상으로 ‘사회적 결정 요인(social determinants)’의 영향이 강하다. 빈곤, 비정규 노동, 학력, 좋지 않은 노동 조건, 주거 등이 건강에 영향을 미치는 대표적인 사회적 결정요인으로, 한 나라 안에서 또 국가 사이에 사회적 요인의 차이에 따라 건강과 질병이 달라진다.

감염병에 대한 대응, 그리고 그 중심에 있는 보건과 의료는 그 자체로 사회적 현상이며 실천이다. 코로나19를 비롯한 모든 인간 감염병(나아가 모든 질병) 또한 ‘생물학적인 것(the biological)’과 ‘사회적인 것(the social)’의 ‘발현(emergence)’이라 할 수 있다. 심층 구조(예: 바이러스 vs. 타인 접촉)에서 기인한 두 가지 요소가 작용해 감염병이 생기지만, 이 감염병이 바이러스 또는 인간관계로 환원되지 않는다. 수소와 산소가 화학적으로 결합한 물의 특성이 수소 또는 산소와 완전히 다른 것과 같다(“수소와 산소가 발현한 결과가 물”이라고 표현한다). 감염병 발생과 유행은 생물학적인 것이고 예방 방법이나 결과는 사회적인 것으로 나눌 수 없다.

일반적으로 생물학적이거나 의학(의료)적인 것으로 이해하는 감염병 발생, 전파, 유행도 사실은 사회적인 것과의 상호작용이거나 두 가지 속성을 함께 포함한다. 감염병의 확산 속도와 범위를 결정하는 ‘감염력’이 좋은 예이다. 감염병 유행과 확산 정도를 결정하는 데는 세 가지 요소가 작용하는데, 이는 ① 감염자가 얼마나 많은 사람을 접촉하는지(접촉률), ② 다른 사람에게 얼마나 쉽게 옮기는지(전파 확률), ③ 얼마 동안이나 전파할 수 있는지(감염 기간) 등이다.

감염병 확산 여부에 결정적으로 중요한 이 세 가지 요소에는 생물학적인 것과 사회적인 것이 통합되어 있다. 한 사람의 감염자가 얼마나 많은 사람을 만났는지(접촉률)는 거의 전적으로 사회적인 것으로, 이동을 금지하거나 집에서 외출하지 않는 사회적 실천에 따라 접촉률은 크게 달라진다. 전파 확률은 세균이나 바이러스의 특성이기도 하지만, 사람 사이의 거리가 얼마나 가까운지, 말을 많이 했는지 아닌지, 다른 사람과 대화할 때 마스크를 썼는지 아닌지 등 인간의 사회적 행동과 밀접한 관련이 있다. 이처럼 개인행동을 비롯한 사회적인 것을 빼고는 감염병의 유행과 확산을 말하기 어렵다.

유행에 대한 대응은 좀 더 넓은 의미의 사회적인 특성, 즉 정치와 경제적 특성이 더 강하게 드러난다. 유행 초기에 한국이 국경을 막지 않았던 데는 대외 개방성이 강한 한국 경제의 특성이 영향을 미쳤다는 해석이 일반적이다. 모든 나라가 가장 효과적인 방역 방법으로 받아들인

이른바 ‘사회적 거리 두기’는 말 그대로 사회적 행동이며 관계이자 구조다.

감염병 유행의 결과, 예를 들어 경기침체나 실업과 같은 경제적 영향 또한 사회적인 것이다. 세계 여러 나라는 이미 코로나19 유행의 결과, 즉 대규모 실업과 임금 감소, 소비와 생산 위축, 교역 감소 등으로 경제적 위기를 겪는 중이다. 봉쇄를 끝내라고 요구하는 시위에서 보듯, 경제 위기는 곧 정치적, 사회적 위기로 직결된다. 그뿐만 아니라, ‘뉴노멀’이 불가피하다는 주장에서 알 수 있듯이 관점에 따라서는 새로운 정치, 경제, 사회로 변화하는 계기 또는 기회일 수도 있다.

감염병의 사회경제적 영향은 사후적일 뿐 아니라 현재의 감염병 대응에 직접 관련된다. 예를 들어, 사회적 거리 두기에 따라 일을 쉬고 그 결과 임금 감소로 생계가 어렵다면, 해당 노동자는 위험을 무릅쓰고 일을 계속할 것이다. 이 노동자의 소득을 보장하는 다른 방법이 없는 한 사회적 거리 두기를 실천할 수 없다. 이때 소득 보장은 현재 구조인 동시에 미래의 가능성이며, 이 미래는 다시 현재에 개입한다.

따라서 백신 개발이나 중환자실 확보만으로는 생물학적 삶과 사회적 삶을 온전하게 보호하고 회복하기 어렵다. 사회적 요인들을 이해하고 이를 건강과 질병에 개입하는 결정요인으로 파악해야 코로나19 대응에 성과를 거둘 수 있다.

1.2. 코로나19 유행은 국가/국제 정치경제와 분리할 수 없다

(1) 신종 감염병 발생의 원인과 지구 정치경제

사스, 중동호흡기증후군, 신종인플루엔자A(H1N1), 코로나19 등은 모두 인수공통감염병(人獸共通感染病)으로, 이는 동물이 자연 숙주인 병원체가 인간에게 전파되어 감염을 일으킬 때 그 감염병을 일컫는 말이다. 이 감염병들은 또한 ‘신종(emerging)’으로 분류되는데, 이는 그동안 인간에게 해를 입히지 않던 병원체가 새로 감염병을 일으킨다는 뜻이다.

감염병 발생의 정치경제는 질병 발생의 원인(遠因)에 주목한다. 여기서 ‘원인’이란 좀 더 구조적이고 근본적인 요인이란 뜻으로, 직접 원인과는 대조적인 개념이다. 결핵의 직접 원인이 결핵균이라면, 원인은 타고난 신체적 소인 또는 빈곤과 같은 사회적 요인을 가리킨다. 어느 지역의 식습관이나 환경 조건을 특정 감염병 사건(예를 들어 코로나19)의 직접 원인으로 지목할 수 있으나, 이로써 사스, 중동호흡기증후군, 신종인플루엔자A, 코로나19 등 신종 감염병이 연속 발생하는 경향성을 설명하기는 어렵다.

오래전부터 인류와 공존해온 인수공통감염병이 그것도 신종의 형태로 늘어나는 이유가 무엇일까? 대부분 전문가들은 인간과 동물의 접촉이 빠른 속도로 증가한 것에서 ‘원인’을 찾는다. 전에 없던 대규모 산림 파괴와 경지개발 등이 사람과 동물이 더 자주 밀접하게 접촉하도록 부추기고, 그 결과 동물에 있던 병원체가 더 쉽게 인간으로 전파된다는 것이다. 생태계가 달라지면서 병원체의 변이가 더 쉽게 일어나는 것도 중요하다.

인수공통감염병이 유행하기 쉬운 조건, 즉 산림을 없애고 경지를 확대하며 숲속에 축산 농장(공장)을 짓는 일은 각 경제 주체의 동기나 행동만으로 설명할 수 없다. 이런 현실 변화의 심층에는 지구적 규모의 정치경제 구조가 실재한다. 대상과 영역이 농업, 임업, 축산업 그 무엇이든 한마디로 말해 세계적 규모로 구축된 불평등한 국제분업체계의 직접적 결과물이다. 아마존 열대우림을 대규모로 파괴한 후(여러 감염병 발생과 유행의 ‘원인’ 중 하나로 추정한다) 바이오 연료 생산용 작물을 재배하는 이유는 세계적 에너지 생산-소비 체제를 빼고는 설명하기 어렵다. 에볼라의 ‘체제성’을 연구한 일부 연구자는 이런 감염병 레짐을 가리켜 ‘신자유주의적 에볼라(neoliberal ebola)’라 부를 정도다.

(2) 팬데믹의 정치경제

국제적 확산의 정치경제도 중요하다. 현재의 세계화된 자본주의 시장경제체제는 작은 유행병(epidemic)이 지구적 범유행(팬데믹, pandemic)으로 퍼지는 좋은 조건을 제공한다. 세계화로 국가 간 교역과 인구 이동이 극적으로 증가했을 뿐 아니라, 상호의존성과 상호연결성이 커지면서 감염병 확산의 양상도 달라졌다. 과거와 같은 국경에서의 ‘검역’만으로는 확산을 막기 어렵다.

예를 들어, 코로나19가 유행한 이탈리아 북부는 의류와 섬유산업을 중심으로 중국(특히 우한지역)과 긴밀하게 연결된 지역으로, 교류가 빈번하고 인구 이동이 많아 중국 내 유행이 알려지기 전부터 이미 신종 감염병이 전파, 확산했을 가능성이 크다고 한다. 세계화된 경제체제에 편입된 이상 어느 국가도 이동과 연결의 조건, 그리고 상호작용과 상호의존을 벗어날 수 없으므로, 감염병 유행과 확산은 국제 정치경제와 불가분의 관계에 있다.

현재까지 입국 금지나 봉쇄와 같은 방역 기술(과학)로는 유행과 확산을 막기 어렵다는 것이 정설이다. 이동을 막는 것은 검역의 부담을 줄이는 의미 이상이 되기 어렵고, 많은 경우 감염 유입을 방지하는 정책을 실행하는 것도 불가능에 가깝다. 감염병의 특성상 감염 발생을 확인하기 상당 기간 전부터 이미 유행이 진행되었을 가능성이 크다는 점이 가장 중요하다.

한국에서 논란을 빚었던 중국 경유자 입국 금지 문제만 해도 그렇다. 당시도 그랬고 지금 판단도 마찬가지로, 입국 금지 요구가 나오기 전 이미 감염이 유입되었을 가능성이 크다. 중국이 코로나19 발생을 세계보건기구에 보고하기 전에 이미 프랑스에 환자가 발생했다는 연구가 발표되었고, 유전자 분석 결과 세계 여러 나라에서 2019년 말부터 유행이 시작되었다는 분석도 있다.

과학적 근거가 약해도 국가 간 이동을 금지하는 조치를 택하는 것은 주로 정치적 목적, 그것도 주로 국내 정치용이다. 전통적으로 감염병 대응과 그 결과는 국가권력과 정부의 책임으로 인식되었고, 코로나19 유행에서도 대부분 국가에서 국가권력의 유능함이 정치적 의제로 등장했다. 팬데믹, 그리고 외래 감염병일수록 감염병의 원인을 외부로 돌려 국가권력과 정부의 정치적 책임을 회피하려는 동기가 생긴다. 국경 봉쇄와 이동 금지는 감염병의 ‘타자화’를 위해 가장 직접적이고 가시적인 대응 조치로, 세계화 시대에도 국민국가의 국가권력이 동원할 수 있는 가장 강력한 개입 수단이다.

감염병 확산과 유행을 촉진하는 중요한 요인 중 하나로 도시화를 꼽지 않을 수 없다. 이때 도시는 단지 인구가 많고 밀집한다는 물리적 조건의 의미를 뛰어넘는다. 현대 도시는 세계화와 밀접한 관련이 있으며, 특히 신자유주의적 세계화가 도시를 기반으로 진행된다는 점이 중요하다. 감염병 확산의 온상이라 할 수 있는 도시가 날로 늘어나고 커지는 것이 세계적 추세다.

(3) 한국의 코로나19 유행과 불평등

감염병 전파와 확산(그리고 건강 피해)의 구조와 메커니즘은 한 사회의 사회경제적 불평등을 그대로 반영한다. 청도대남병원, 콜센터, 물류 센터 등의 집단감염에서 ‘감염병 레짐’의 불평등을 확인할 수 있다. 모든 ‘위험요인’은 사회계급, 소득, 노동, 인종, 젠더, 교육, 이주, 장애, 보건의료 등의 불평등 구조를 벗어나지 못한다.

감염병 대응과 정책의 불평등 구조가 감염과 확산의 불평등을 키운다는 점이 중요하다. 실업자에 대한 소득 보장 장치가 허약하면 많은 노동자가 감염의 위험을 감수하고 노동을 계속해야 하며, 다른 보완 프로그램 없이 학교를 닫으면 저소득층 학생이 더 큰 감염 위험에 노출된다.

1.3. 코로나19 유행에 대응하는 체계(시스템)와 그 권력 관계

국가와 사회가 코로나 19 유행에 대응하는 것은 체계(시스템)의 산물이다. 보건과 의료, 나아가 다른 사회적 대응 모두 시스템에 토대를 두고, 그 안에서 실천이 이루어지며, 또한 그 계약을 받는다. 감염 여부를 판단하는 데는 바이러스 검사가 전부인 것처럼 보이지만, 잘 짜이고 작동하는 체계(시스템)가 없으면 최종 산출물로서의 검사는 불가능하다. 여러 사람을 검사하는 것은 더 말할 필요도 없으나 한 사람을 검사하는 것도 다르지 않다. 연구를 통해 미리 검사법이 개발되어 있어야 하고, 실용 제품을 생산하고 보급할 수 있어야 하며, 여러 전문인력, 장소와 시설, 관련 지식, 그리고 무엇보다 중요한 자원(돈)이 있어야 한다. 이들 요소가 그냥 존재할 뿐 아니라 계획, 연계, 관리, 규제, 지침 등이 함께 ‘체계’를 이루어 작동한다.

이러한 관점에 기초하면 문제의 이해와 대안 모두 시스템에 토대를 두어야 하고 시스템을 통해야 한다. 시스템은 여러 세부 요소가 있고, 그 요소 사이에 상호작용이 있으며, 상당 기간 지속하면서 안정되는 특성이 있다. 코로나19에 대응하는 시스템도 마찬가지이며, 이를 개선하거나 개혁하는 데도 이러한 특성을 고려해야 한다.

(1) 보건의료체계의 공공성과 공공보건의료

코로나 유행에 대한 대응은 곧 한국 보건의료체계 전체의 대응일 수밖에 없다. 체계의 핵심 요소이자 행위자에 속하는 질병관리본부는 널리 알려졌다가, 체계의 나머지 요소는 명확하게 드러나기 어렵다. 시민이 볼 수 있었던 것은 주로 체계가 작동한 결과, 최종 산출물이다.

2020년 6월 현재 비교적 좋은 평가를 받은 요소는 초기부터 적극적으로 감염자를 찾아내고(검사, 확진), 추가 접촉을 최소화하며(추적, 역학조사), 해당자에 따라 격리 또는 치료하는 방역 프로그램을 가동했다는 것이다. 보건의료체계라는 시각에서 보면 이러한 방역은 전체 상황을 지휘하는 질병관리본부와 보건복지부, 검사와 역학조사에서 중요한 역할을 한 보건소와 시군구 정부, 일부 검사와 치료를 맡은 의료기관 등이 제 역할을 제대로 했기 때문에 가능했다. 정부 재정과 건강보험이라는 재원이 뒷받침되었기 때문에 각 주체가 기능할 수 있었다는 점도 무시하기 어렵다.

코로나19 유행이 과거 감염병 유행과 가장 다른 점은 지역사회 감염을 통해 감염병 유행이 ‘전국화’했다는 것과 치료가 필요한 환자가 많아 주로 종합병원을 중심으로 진료를 하는 데 ‘과부담’(또는 ‘과부하’)이 생겼다는 것이다. 다른 많은 나라에서도 비슷한 문제가 나타났는데,

특히 환자가 일시에 발생해 평시 의료체계가 사실상 마비된 국가와 지역이 속출했다. 중국의 우한, 이탈리아 북부 지역, 미국의 큰 도시들, 스페인 등이 이에 해당한다. 한국에서는 대구 지역에서 환자가 대규모로 발생해 한때 2천 명 이상의 확진자가 입원하지 못하고 자각 격리 상태에 있었다.

감염병 확진자, 특히 중증 환자를 제대로 치료하지 못하면 당연히 인명 피해가 커진다. 유럽의 여러 국가와 미국의 뉴욕, 브라질 등에서는 많은 환자가 발생했으나 의료 시설(예를 들어 중환자실)과 병상, 전문인력, 호흡기 등의 장비가 부족해 많은 사망자가 나왔다. 부족한 자원을 배분하기 위해 우선순위가 낮은 환자(중증이나 고령 등)는 치료를 포기하는 사태까지 벌어졌다.

보건의료체계에 부담이 가중되어 제대로 작동하지 못하면 코로나19 환자를 제대로 치료할 수 없을 뿐 아니라 치료가 필요한 다른 환자도 영향을 받는다. 응급실과 중환자실에서 일반 환자 치료 기능이 줄어들고, 감염에 취약한 병원 기능(예를 들어 중증 기저질환을 앓는 환자에 대한 치료)은 중지될 수 있다. 취약성이나 위험 인식이 높은 많은 환자는 스스로 의료이용을 피하거나 알맞은 의료기관을 찾아 평시보다 더 많은 부담을 지게 된다.

코로나19 유행에 따른 직접적인 건강 피해는 대부분 ‘의료체계’의 특성과 문제점에서 나온 것이라 해야 한다. 시설과 인력 등 보건의료체계의 각 요소의 양과 질이 필요(요구 또는 수요)보다 부족하면 건강 피해가 커질 수밖에 없다. 유의할 것은 이때 말하는 ‘부족’이 상대적이라는 점이다. 지역 내에 충분한 자원이 없을 때는 말할 것도 없지만, 충분한 자원이 있어도 감염병 환자가 이를 활용할 수 없거나 총량보다 필요와 요구가 더 크면 대응은 실패한다.

한국의 보건의료와 그 체계가 민간 중심이라는 사실은 널리 알려졌지만, ‘민간형’보다는 ‘시장형’ 체계라고 불러야 더 정확하다. 건강보험을 제외하면 대부분 보건의료 서비스는 일반 시장의 재화나 서비스와 크게 다르지 않은 원리에 기초해 있다. 문제는 감염병을 비롯한 상당수 건강문제와 보건의료가 이러한 시장원리와 잘 조화하지 않는 점에 있다. 코로나19 유행으로 드러난 체계의 문제점을 공공성과 공공보건의료 강화로 해결해야 한다는 주장이 설득력이 있는 이유다.

코로나19 유행에서 교훈을 얻은 첫 번째 공공성 강화 방안은 공공보건의료 인프라를 적정 수준 이상으로 확대하는 것, 즉 기본 ‘양’을 확보하는 일이다. 이미 대구에서 경험한 것과 같이 어느 정도 숫자의 공공병원과 병상, 장비, 이를 책임질 인력이 모자라면 비상시 진단과 치료가 늦어지고 중환자도 적시에 치료를 받지 못한다. 때로는 단순한 혼란과 불안을 넘어 생사가 갈릴 수도 있다. 초기에 기본 토대가 즉시 가동해야 하며 초기 충격을 완화하는 역할을 해야 한

다.

또 한 가지 중요한 인프라는 ‘공공보건의료 시스템’ 강화라고 부를 수 있는데, 이 또한 대구의 경험에서 교훈을 얻을 수 있다. 공공병원이나 병상의 기본선을 확보해도 필요와 요구가 넘치면 공공뿐 아니라 시장원리의 지배를 받는 민간도 마치 공공처럼 기능해야 한다. 민간 자원을 동원하고, 행정 구역을 넘어 협력하여 환자를 이송할 수 있어야 하며, 관리 주체와 무관하게 연수원이나 숙박시설까지 활용할 수 있어야 한다. 유행하는 감염병 외의 의료 기능을 유지하는 것도 대응의 (부수적 과제가 아니라) 체계의 필수 요소에 포함된다.

인력이나 시설 등 개별 요소로 나누어 접근하는 것으로는 시스템이 제대로 작동하기 어렵다. 예를 들어 여러 주체, 자원, 책임, 소통이 조정, 연계, 통합되어야 이런 종합적 대응이 가능하다. 흔히 말하는 공공-민간 협력이 아니라 민간 부문까지 공적 체계로 편입하여 통합적으로 운용해야 하니, 이를 공적 시스템 강화라 부를 수 있으며 사회적 결정요인, 비공식, 개인, 문화요인 등까지 포함하면 ‘공공레짐’ 강화라고 할 수도 있다.

감염이 전국화하는 경향을 보였다고 했지만, 이는 아울러 ‘지역화’와 함께 진행된다. 대구를 비롯해 단기간에 많은 환자가 발생한 지역이 있는가 하면, 일부 지역은 확진자와 중환자가 적어 병원 수요가 미미한 곳도 있었다. 지역화란 점에서는 전통적 방역과 사회적 거리 두기도 마찬가지인데, 지역에 따라 위험이 다르므로 대응 방법도 지역 맞춤형이어야 한다. 대응에 필요한 자원과 역량도 당연히 지역 차가 나타난다. 이런 맥락에서, 앞서 말한 공공성 강화의 두 가지 전략, 즉 공공보건의료의 기본 ‘양’을 확보하고 공공보건의료 시스템을 강화하는 실천의 장(場)도 지역화가 불가피하다.

(2) 사회정책 또는 사회체제의 공공성

코로나19 대응 과정에서 계속 드러나는 문제는 감염병의 특성과 대응의 방법 때문에 다른 사회적 기능이 중지, 위축, 왜곡된다는 점이다. 학교가 개학을 연기하면서 가정의 양육 부담이 가중되고 아동학대가 늘어난다. 요양시설에서는 면회가 금지되고 돌봄 서비스가 중단되었으며 ‘다문화가족지원센터’도 문을 닫았다. 보건소 또한 방역을 제외한 대부분 사업이 연기되거나 축소된다. 정치적 또는 사회적으로 ‘방역’ 대책이 주류가 되면 다른 사회정책이나 프로그램은 ‘부수적(collateral)’인 수준을 넘어 ‘본질적’ 영향을 받는 것이 현실이다.

사회정책의 중요성은 보건의료체계를 넘어 여러 사회체계가 통합적으로 기능해야 감염병에 대응할 수 있다는 점에 있다. 예를 들어, 지금 유력한 감염병 대응 수단인 ‘사회적 거리 두기’

정책을 제대로 실천하려면 방역 당국과 보건의료 당국뿐 아니라 정부의 여러 부처가 참여해야 한다. 중앙정부의 지휘, 통괄 기능과 아울러 영역별로 보건복지부-의료, 요양, 복지기관, 교육부-학교, 고용노동부-사업장, 국방부-군대, 지방정부-소규모 사업장과 업체 등으로 구분해 개입할 수밖에 없다.

문제는 현재의 사회체계/체제 그리고 이에 바탕을 둔 사회정책이 감염병에 대응할 수 있는 역할이 제한적이라는 점이다. 예를 들어, 교육 당국은 학교를 닫음으로써 감염병 유행을 억제하는 데 이바지했지만, 교육제도 때문에 일정 기간 이상 사회적 거리 두기를 할 수 없는 딜레마에 직면해 있다. 이런 상황에서는 유행이 길어질수록 사회적 거리 두기의 ‘불가능성’은 점점 더 뚜렷해질 것이다.

콜센터나 물류 센터를 통한 감염병 확산을 막으려면 작업환경이나 노동조건을 근본적으로 바꾸어야 하지만, 현재의 시장경쟁과 노동시장 구조를 그냥 두고는 대안을 찾기 어렵다. 사실, 사회적 거리 두기를 비롯한 ‘비약물적(사회적)’ 방역은 체제의 근간을 흔든다. 모든 사회구성원이 ‘완전한’ 사회적 거리 두기를 실천할 수 있고 그 결과 공장과 직장까지 멈추면, 결국 자본주의 시장경제체제가 위기에 빠진다. 이런 체제적 모순이 사회적인 것의 본질이다.

구조적으로는 ‘권력관계’의 불평등과 불균형이 핵심이라는 점을 지적하고자 한다. 자본주의 시장 경제에서 학교, 종교단체, 자산가와 부유층, 전문직 등은 비교적 쉽게 이 방법을 실천할 수 있으나, 노동자나 영세 자영자, 중소기업 등은 상대적으로 사회적 거리 두기를 실천하기 어렵다. 노동을 강제하거나 소득 감소를 보전하는 데는 예외 없이 권력 문제가 개입하기 때문이다. 미국의 많은 노동자는 시간제 임금을 받거나 유급휴가가 없어 일을 쉴 수 없고, 따라서 이들에게 일터에 나가지 않는 사회적 거리 두기는 실천할 수 없는 방역 기술이다.

사회체계/체제에 내재한 권력 관계의 한계를 넘을 때 앞서 강조한 ‘사회적인 것’의 역할이 도약할 수 있다. 상병수당이 충분하다면 아플 때 직장을 쉬자는 방역 지침을 훨씬 쉽게 실천할 수 있고, 노동자의 권리가 보장될수록 작업장 환경을 좀 더 안전하게 고칠 수 있다. 이는 감염병 유행을 예방하거나 억제하는 데, 또는 사회경제적 피해를 최소한으로 줄이는 데 사회체제 여러 층위에서 민주주의 또는 ‘민주적 공공성’의 역량이 축적되고 발휘되어야 한다는 것을 뜻한다. 민주적 공공성은 감염병 확산을 억제하는 유력한 방법일 뿐 아니라(도구적 가치), 사회 구성원과 당사자가 스스로 중요한 의사결정과 실천 방법에 직접 참여한다는 의의가 있다(내재적 가치).

1.4. 사람 중심 관점

이 시민백서는 최대한 ‘사람 중심 관점(people’s perspective)’을 택하고 유지하려 했다. 사람 중심의 관점은 주로 실무와 기술 수준에 머무는 ‘사람 중심성(people centeredness)’ 개념을 포함하면서도 이에 그치지 않는다. 일치보다는 차이를 더 강조하고 싶다.

사람 중심 관점은 시간과 공간적 맥락과 분리된 실질적 내용(substance)보다는 역사적, 정치적인 구성물에 대한 비판의 성격이 더 강하다. 즉, 우리가 의도적으로 또는 의식하지 않고 받아들이는 전체, 가치, 규범, 이데올로기, 습관 등을 해체하고 전복하는 기준이 바로 ‘사람 중심 관점’이다. 따라서 사람 중심 관점의 실질적 내용은 어떤 대상을 어떻게 비판하는지에 따라 달라진다.

사람 중심 관점은 코로나19를 비롯한 한국의 건강, 보건, 의료, 나아가 이와 관련된 사회적 결정요인을 비판하려는 틀로, 적어도 다음 네 가지 비판을 포함한다.

- 사회적인 것으로서의 코로나19
- 국가권력에 대한 비판
- 경제권력에 대한 비판
- 전문가 중심성에 대한 비판

코로나19의 사회적 성격에 대해서는 앞에서 다루었으므로 여기서는 나머지 세 가지 비판을 요약한다.

(1) 국가권력에 대한 비판

코로나19 유행에 대한 사람 중심 시각은 국가권력에 치우친 가치, 목표, 정책, 대응 방법, 평가 등에 거리를 두려 한다. 국가권력이 관심을 두는 것은 일차적으로 안정된 통치이며, ‘국민’ 한 사람 한 사람의 생명과 안전을 보장하는 과업은 부차적이다. 얼마나 많은 사람이 생명을 잃었는지도 흔히 통치의 관점에서 해석되고 피통치자가 이를 어떻게 받아들이는지가 더 중요하다. 예를 들어, 아무리 피해가 커도 국가권력이 ‘최선을 다한 결과’라고 정당성을 인정받으면 통치는 ‘안전하다’.

처음부터 코로나19 팬데믹의 국가 책임은 정치화되었고, 현재는 주로 국가 간 비교를 통해

국가권력의 성과와 정당성이 결정되는 양상을 보인다. 한국은 상대적으로 적은 확진자 수 때문에 국가권력이 앞장서 ‘K-방역’을 내세울 정도로 ‘성공했다’. 아직 경제 영역의 부작용, 주로 총량 지표로 나타나는 국가 수준 성과(예를 들어 경제성장률)가 괜찮다는 점도 중요하게 작용한다.

국가권력은 성공했는지 모르지만 사람 중심 관점은 다르다. 병상이 부족한 지역 주민들은 불안에 떨었으며, 국가권력이 세계에 자랑하는 촌촌한 동선추적은 일상적으로 기본권을 침해하기 쉽다. 경제성장률이 상대적으로 양호하다고 하지만, 그 성장은 누구를 희생하고 누구를 살린 결과인가? 사람 중심 관점을 취하면, 경제성장률보다 비정규직의 소득 삭감이 더 중요하다.

(2) 경제권력에 대한 비판

현재 한국의 경제권력은 국가권력까지 압도할 수준에 이르렀다. 특정 재벌이 힘이 세다는 의미라기보다 정치, 경제, 사회적으로 모든 의사결정을 지배하는 힘이 경제권력에서 나온다는 뜻이다. 건강과 보건의료에서도 마찬가지다. 병원 경영이 손해를 보면 중환자실을 내놓기 싫어하고, 효율성 논리를 내세우며 인구가 적은 지역에는 응급의료기관이나 공공병원도 두기 어렵다. 코로나19 대응 과정에서도 경제권력이 명시적으로 때로 암묵적으로 강한 영향을 미친다.

무엇보다 중요한 것은 경제가 사회적 토대에서 빠져나와 스스로 절대 권력이 되었다는 점이다. 임금 삭감과 실직은 개인 사정이며, 콜센터와 물류센터의 노동 조건 또한 노동시장에서 결정된다. 우리의 상상력은 임금을 일시적으로 국가가 보전하겠다는 일부 국가의 긴급조치에도 미치지 못할 정도다.

지금 경제권력의 힘이 그대로 유지되면 더 엄격한 사회적 거리 두기는 불가능하다. 선언하고 공권력을 동원해도 ‘먹고 살아야’ 하는 사람들 때문에 실효가 없을 것이다. 완전한 사회적 거리 두기는 실로 체제와 모순 관계를 이룬다.

코로나19의 사회경제적 영향도 중요하지만 경제권력이 방역의 조건을 결정한다는 점에서, 사람 중심 관점은 지금보다 훨씬 더 급진적일 수밖에 없다. 현행(신자유주의적) 자본주의 사회경제체제의 지속 가능성을 의심해야 한다.

(3) 전문가(전문성) 권력에 대한 비판

이에 대해서는 자세한 설명이 필요하지 않을 것이나, 특히 사람 중심 관점에서 생의학적 (biomedical) 전문성을 비판하는 작업은 필요하다. 단적인 예로, 환자의 검사 수치보다 건강 회복과 삶의 질이 더 중요한 것이 아닌가? 확진자를 분리해야 한다고 판단할 때, 환자의 사회적 삶과 가족, 심리를 얼마나 고려하는가? 노인이 더 위험하고 악화할 가능성이 크다고 할 때, 백신이나 호흡기 배분의 우선순위를 낮출 것인가?

사람 중심 관점에서는 건강과 질병, 이에 대한 대응을 생의학적 기준만으로 판단하고 실천할 수 없다. 사회문제, 보건 또는 정책 전문가의 시각도 절대적 기준이 되지 못한다. 모든 개인을 스스로 삶의 의미를 성취하려는 정치적 주체로 인정한다면, 사람 중심 관점은 지루하고 비효율적인 민주주의와 민주적 참여를 옹호한다.

이와 같은 문제의식과 관점에서 출발한 시민백서는 다음과 같은 순서로 구성된다. 서문에 이어지는 2장에서는 팬데믹 현장에서 확인된 위험불평등의 다양한 사례들을 감염위험, 의료접근성, 생계위험, 정보접근성, 열악한 노동, 자유의 억압 측면에서 살펴본다. 3장은 감염병환자와 접촉자 추적관리체계를 윤리적 측면에서 검토하고, 공중보건 위기상황에서 유보되기 쉬운 정보인권과 자유권을 잘 보장하는 것이 오히려 공중보건위기를 돌파하는 동력이라는 주장을 담았다. 4장은 현재의 보건의료와 돌봄서비스와 인프라가 사람중심관점에서 볼 때 코로나 이외의 영역에서 대응이 부족하고 사회경제적으로 취약한 집단을 여전히 소외시키고 있음을 지적하였다. 5장은 코로나19의 위험이 사회집단간에 불평등하게 분배되지 않기 위한 방안으로 공중보건위기에서 민주적인 재난거버넌스의 강화를 제안하였다. 마지막 6장에서는 논의를 종합하여 결론과 권고를 담았다.

2. 팬데믹 현장에서 확인한 위험불평등

코로나19라는 신종감염병이 전 세계적으로 유행하면서 많은 사람이 건강뿐만 아니라 사회경제적으로도 큰 어려움을 경험하고 있다. 각국의 정상과 고위관료들이 확진자가 되기도 하고, 피해의 규모가 일부 지역이나 영역에 한정되지 않는 것을 보면 모든 사람이 감염병으로부터 고통받는 것처럼 보인다. 그러나 코로나19가 야기하는 다양한 차원의 위험은 공평하게 분배되지 않는다.

어떤 집단은 다른 집단에 비해 감염병으로 인해 더 큰 고통을 경험하고 있다. 유럽질병예방통제센터(ECDC)에서는 의학적으로 취약한 집단과 사회적으로 취약한 집단을 구분한다. 노인과 고혈압, 비만, 당뇨 등의 건강 문제를 가지고 있는 사람들은 의학적으로 더 취약하다. 사회적으로 취약한 사람들로선 신체적, 정신적, 지적, 감각 등의 장애를 가지고 있는 사람, 홈리스, 가정학대를 받는 사람들, 소수민족, 성노동자, LGBT, 비정기 이주민을 꼽는다(ECDC, 2020).

여러 차원의 취약성을 동시에 가지고 있는 사람들이 있고, 명확하게 나눌 수 있는 것은 아니지만, 이 장에서는 주로 의학적인 측면보다는 사회적으로 취약한 집단에 초점을 맞추고자 한다. 그중에서도 장애인, 이주노동자, 홈리스, 불안정 노동자를 중심으로 사회적 취약집단이 코로나19 유행 상황에서 어떠한 어려움을 경험하고 있는지 살펴보았다. 이를 위해 배달노동자, 통신A/S노동자, 콜센터 노동자, 공항면세점 노동자, 퀵서비스 노동자, 보육교사, 영화제노동자, 물류센터 해고노동자, 대리운전 노동자, 이주노동조합, 홈리스, 노숙인종합센터 근무자, 사회복지활동가, 쪽방활동가, 장애인활동지원사, 장애인 활동가 등과 개인 및 집단 면담을 진행했다. 그리고 이들의 경험을 감염위험, 의료접근성, 생계위험, 정보접근성, 열악한 노동, 자유의 억압 등의 차원에서 정리하였다.

2.1. 감염위험

(1) 코로나19와 사회적 배제의 역설

코로나19의 유행이 시작된 이후 ‘사회적 거리두기’는 우리에게 가장 익숙한 용어가 되었다. 그러나 코로나19가 발생하기 이전으로 시계의 태엽을 감아보면, 이미 우리 사회에는 사회로부

터 ‘거리 두어진’ 사람들이 있었다. 이들에게 코로나19 상황에서의 사회적 거리두기는 사회적 단절의 되풀이일 뿐이었다.

이주노동자, 장애인, 쪽방촌 거주민, 노숙인 등은 코로나19가 유행하기 이전부터 사회로부터 배제되어 온 취약집단이였다. 이들은 사회, 경제, 정치 영역의 전반에서 참여의 기회를 박탈당하고 물질적·정신적 고통을 경험해왔으며 공장 기숙사와 농촌의 임시 가건물에서, 요양병원과 같은 폐쇄형 집단거주시설에서, 그리고 쪽방촌과 거리에서 타인과의 교류가 단절된 채 살아왔다. 그러나 코로나19 바이러스가 개인 대 개인의 밀접 접촉을 통해 전염되는 만큼, 이미 끊어져있던 사회와의 연결고리는 오히려 이들의 바이러스 감염 가능성을 낮추는 역설을 낳았다.

“이미 대부분의 이주 노동자들은 사회적으로 이렇게 배제되어 있었다, 한국 사회에서. 이게 무슨 말이나면, 이게 사람들의 살아 있는 사람의 몸 속에 있는 바이러스가 다른 사람의 몸 속으로 가는 거잖아요. 전염이라는 게. 살아 있는 사람의 몸 속에 있는. 그런데 살아 있는 사람으로서의 이주 노동자들은 사회적 관계를 맺고 있지 않아요. 거의 없어요. 사회적 관계가. 한국 사회의 어떤 사회 조직과 관계망 속에서의 관계가 없다고요. 특히 농업 노동자들. 대부분은 한 달에 이틀이 휴일이예요. 나머지 전부 소나 돼지 팔기랑만 지내요.” (이주노동활동가 1)

“이분(쪽방촌 주민)들이 사회적으로 좀 메인스트림은 아니잖아요. 그러다 보니까 교류를 하는 게 좀 한계가 있어요. 만난 사람들이 거의 다 이 동네에서 만나고, 기껏 이분들이 돌아다녀봤자 식당에서 보는 건데. 식당에서 후줄근한 모습으로 식사를 하고 있는데 사람들이 호감 있게 다가오지는 않겠죠. 마지못해 손님이니까 뭐 이렇게 해 주겠죠. 그러다 보니까 외부의 그런 교류 같은 것도 활발하지 않은 편이니까, 실제로 그런 부분에 있어서 오히려 폐쇄적, 폐쇄적이라고 해야 되나? 아무튼 지역사회로부터 격리된 그런 효과? 어떤 그런 현상들이 있었다. 그래서 오히려 그것들이 코로나나 이런 것들로부터는 조금 거리를 두게 하는 요인이 되지 않았을까 라는 생각이 들어요.” (쪽방활동가 2)

“사람들이 그러더라고, 서울역 광장에서. 되려 홈리스는 더 안 걸린다고 그러더라고. (면담자: 왜요?) 왜 안 걸리냐면 홈리스들은 서로 접근하거나 밀착해 있지 않거든요. 서로 누구랑 붙어있지도 않거든요. (중략) 그래서 사람들이 그러더라고요. 그래서 더 안 걸린다고. 많이 접촉하지 않고, 밥 먹을 때, 줄은 서죠.” (홈리스 1)

이렇듯 취약집단에게 사회적 거리두기는 코로나19 유행 이전부터 이미 강제되고 있었다. 그럼에도 불구하고 이들은 사회에서 잠재적인 바이러스 전파자로 취급되며 차별과 이중낙인을 경험해야 했다. 코로나19라는 전례 없는 위기를 맞이하면서 약자에 대한 혐오는 바이러스와 함께 재생산되었고, 전염의 책임은 취약집단에게 전가하는 상황이 초래되었다. 특히 세계보건

기구에서 신종 감염병의 이름으로 사회적 낙인을 찍을 수 있는 용어를 사용하지 말 것을 강조했음에도 불구하고, 코로나19를 지칭하는 용어로서 ‘우한폐렴’이 광범위하게 쓰이면서 중국인 이주민과 외국인 전반에 대한 혐오가 무분별하게 확산되었다.

“그래서 일단 작년에 중국 우한에서 환자 발생하고 위기 경보 관심 주의 상향되면서 우한 폐렴이라고 했잖아요. 그리고 뉴스에도 중국 국기가 이렇게 딱 나오면서 이게 전염병이 돈다. 역병이 돈다 이렇게 하니까 중국 사람들 못 들어오게 해야 된다. 76만 명이 청원에 동의를 하고 초기에 굉장히 중국 출신 이주민분들이 느끼는 혐오나 이런 게 굉장히 컸고. 그때 당시에 목욕탕이나 가게나 이런 데서 들어오지 말라고. 외국인 출입금지 이런 거 붙여가지고. 실제로 중국분이 아닌 외국인분들도 식당에서 밥 먹으려고 하는데 좀 다른 데로 가달라. 늘 가던 목욕탕이고 중국 사람도 아닌데 다른 사람들이 불편해하니까 외국인인게 표가 나니까 나가라고 해서, (중략) 또 한분은 통역하는 분이었는데 의료원에, 병원에 통역을 하러 갔는데 (중략) 직원분이 어느 나라 사람이예요? 외국 사람이죠. 엘리베이터 타지 말고 계단으로 가세요. 이렇게 얘기를 했다는 거야.” (이주노동활동가 2)

“신체적으로 좀 모습이 다르잖아요. 그것 자체로 이미 잠재적 코로나 확진자로 대하는 사람들이 있는 거예요. 길거리에서. 이게 기적의 논린데, 야 너 장애인이지? 그러면 너 코로나 나니? 이렇게 되는 거예요. (중략) 하다 못해서 어떤 장애인은 호흡기에 장애가 있는 분들은 말을 할 때 이렇게 좀 쉼쉼거리는 소리가 나거든요. 그러면 갑자기 주변에서 분위기가 완전 달라지고 무서워하거나 심지어 욕하고, 너 왜 밖에 나왔냐 이런 식이 되어 버리는 문제들? 그런데 이 사람은 코로나 이전부터 그냥 쉼쉼거리는 소리가 있었던 사람이거든요. 그런데 이게 지금 갑자기 코로나데 왜 돌아 다니냐.” (장애인활동가 1)

(2) 인간 존엄성을 지킬 수 없는 환경, 남아있는 감염위험

사회로부터의 단절은 코로나19 유행 상황에서 취약집단들의 감염위험을 줄이는 역설을 낳았지만, 동시에 코로나19는 취약집단에게 가장 두려운 존재이기도 했다. 이들이 살아가고 일을 하는 공간은 인간의 존엄성을 지킬 수 없는 환경이었다. 일상생활과 일터에서 기본적인 위생과 방역 지침을 따르는 것이 불가능했다. 외부 사회와의 접촉은 없었지만, 공동체 내에서는 최소한의 물리적 거리두기조차 유지하기 어려웠다. 예를 들어, 공장에서 일을 하는 이주노동자들은 주로 공장 내부와 같은 작업장 부속 공간이나 컨테이너와 같은 임시 가건물 내 좁은 방에서 여러 명이 함께 거주했다. 농촌 이주노동자들은 주택으로 등록되지 않은 비닐하우스에서 거주하는 등 최소한의 위생시설조차 갖추지 못한 곳에서 지내야 했다. 쪽방촌 주민들 역시 좁은 공간에 다수의 사람들이 공동생활을 함에 따라 내부 감염의 위험이 매우 높은 것으로 드러났다. ‘고립되어 있다’는 것은 달리 말해 ‘간혀 있는 것’이기도 했다. 사회로부터 고립된 공동

체는 바이러스 감염에 취약한 물리적 환경에 놓여 있었고, 따라서 공동체 내 단 한 명의 확진은 모두의 확진으로 이어질 수 있었다.

“회사마다 다른데, 대체로 1인 1실의 경우는 저희는 본 적이 없고요. 본 적이 없고, 그렇죠 뭐. 사실 방이 작으면 2명이고 방이 좀 크면 5명, 7명. 이렇게 있고, 거울에 이불 깔려 있는 거 보면 이렇게 이렇게 깔려 있고 입구 있고 짐 놔두고 이런 식들.” (이주노동활동가 3)

“쪽방은 그나마 농담 반으로 이야기했지만, 방 자체는 독립이 되어 있는데 결국에는 공용 공간을 사용하는 구조다 보니까 누구 하나가 걸려서 들어오면 뭐, 어차피 퍼지는 동선을 다 같이 공유하니까.” (쪽방활동가 1)

“그리고 그 대신에, 내가 있는 일터에 누구 한 사람이 병에 걸리면, 거기 고립되어 있는 것은 감혀 있는 거이기도 해요.” (이주노동활동가 1)

지난 2월 경북 청도 대남병원의 집단감염 사례는 취약집단들의 수많은 감염위험 사례의 시작이었다. 코로나19의 첫 사망자가 발생했고 동시에 첫 코호트 격리가 시행되었던 청도 대남병원은 집단거주시설이 감염병에 얼마나 취약한 구조였는지를 되짚어 주었다. 청도 대남병원에서의 잇따른 죽음은 열악한 시설 상황과 반인권적인 거주환경을 적나라하게 보여주었고, 코호트 격리 조치는 이러한 집단거주시설의 구조적 문제를 외면한 채 관리의 편의성만을 위한 방침일 뿐이었다.

“시설 장애인들이 확실히 그 안이 환기가 되지 않는 공간이라는 거는 2017년 국가인권위원회 시설 자료만 봐도 너무나 명백하게 나오는 거죠. 환기가 안 되고 화장실을 다 같이 여러 명이 쓰고 이런 문제들이 있어서, 저희가 여기에 대해서 어떻게 대응을 할 수 있는가 계속 그걸 보도자료를 썼어요. 그 사이에 건물이 바뀌진 않았을 텐데 환기도 안 되고 화장실도 여러 명이 쓰고 그리고 사실 시설에 가면 지금은 조금 괜찮을 수 있는데 강원도 이런 데 가면은 이렇게 한 열 명이 살잖아요, 그러면 밥을 여기 세숫대야에 다 같이 말아서 줘요. 여기에 수저 넣고 다 같이 퍼먹는 거예요, 그렇게 먹거든요. 약간 강아지 밥처럼 먹는데, 그런데 어쨌건 그런 것들이 분명히 감염에 엄청 취약할 상황일 수밖에 없고 비인권은 둘째 치고, 그래서 그런 것들에 대해서 우리가 좀 알고 싶다는 이야기를 계속 OOO(단체이름)에서 하고 있지만 모니터링은 사전적으로 완전히 차단되어 있다.” (장애인활동가 1)

노숙인은 고정된 주거공간이 없고 주로 야외에서 생활하기 때문에 기본적인 위생 수칙을 지키기 어렵다는 점에서 코로나19의 감염위험이 높다. 다만, 노숙인의 경우 강도 높은 사회적 거리두기 시행으로 인해 식사 제공과 같은 노숙인 지원 사업이 모두 중단됨에 따라 위생 문제보

다 생존 위협의 문제가 더 큰 것으로 나타나기도 했다.

“거리 노숙인 같으면 실제로 비말 감염이고 이제 대면 접촉이잖아요. 노숙인한테 누가 가서 말 걸 사람 없어요. (중략) 거리 노숙인의 가장 큰 문제는 생활적인 문제예요. 먹는 문제, 개인위생적인 문제. 모든 게 다 스톱됐거든요. 그런 상황에서 코로나는 사실 그분들 입장에서는 이차적인 문제예요. (중략) 저는 거리 노숙인이 코로나에 대해서는 안전한 것 같애 싶지만서도 객사할 가능성이 크거든요.” (노숙인종합센터 근무자 2)

코로나19의 불평등한 감염위험은 비정규직, 특수고용노동자, 돌봄 노동자, 이주노동자들도 피해가지 않았다. 이들의 근무지에서는 감염 예방을 위한 최소한의 방역 지침조차 지켜지지 않았다. 이주노동자들이 일하는 공장 내부에는 환기나 청소 시스템조차 존재하지 않았고, 따라서 코로나19 상황에서도 방역은 생각조차 할 수 없었다. 집단 감염이 발생했던 물류센터에서는 최대한의 물량 처리를 위해 노동자들로 하여금 하루에도 4-5번씩 공정을 옮겨 다니게 했으며, 이러한 업무구조 때문에 물류센터 내 확진자가 발생했을 때에도 개개인의 동선조차 제대로 파악할 수 없었다. 사측은 물류센터 내 확진자가 발생한 당일에도 노동자들에게 제대로 된 정보 제공을 하지 않은 채 연장근무를 시행했고, 별다른 방역 지침 없이 확진자와 자가격리 대상자가 빠진 자리를 일용직으로 메꾸었다. 확진자가 발생했음에도 불구하고, 여전히 사측에게는 노동자들의 감염위험 문제가 물량 처리보다 우선이 되지 못했다.

“그런데 실제로 이주노동자들이 일하는 현장이 되게 조그마해요. 큰 공장들이 없어요. 방역인지 뭔지 한 20명 데리고 일하는 공장이고. 그런 공장에서 청소도 안 하고 뭐가 없어요 시스템이. 그래서 그 친구들이 방역은 생각도 못해요.” (이주노동자 4)

“뭐, 작업대에 손 소독제 하나도 비치지 안 되어 있고. 그리고 3교대잖아요. (...) 여기는 계속 돌아가고 있는 거예요. 그러니까 소독할 시간이 어디 있어요. (...) 환기는 아예 구조적으로 안 되는 거고, 창문이 없으니까. (중략) 네, 방한복도 다 돌려 입었어요. (중략) 여기는 안전화도 돌려 신고 옷도 돌려 입어요. 가끔 어떤 건 입으면 축축해요.” (물류센터 해고노동자)

“하루에 4-5번 공정을 옮겨요. 집품을 하다가 6층에서 아니 5층 냉동에서 집품 하다가 거기가 일이 좀 줄어들면 주문량은 실시간으로 바뀌기 때문에 다른 층에 가서 또 집품 하다가 밑으로 끌려가서 포장하다가 또 올라와서 다른 거 하고. 코로나 시대에 이게. 말이 안 되는 거잖아요. 그래서 최종적으로 이제명 지사가 얘기했을 때 나중에 전원 격리한 거예요, 검사하고. 이게 자기들도 (동선이) 파악이 안 될 정도니까. 지금도 또 그렇다고 하더라고.” (물류센터 해고노동자)

“그리고 통근 버스를 관리하는 통근 왓처(안전관리사)가 있어요. 셔틀 왓처. 계약직 사원이나 HR이나 이렇게 해서 거의 계약직 사원이 하죠. 그건 사람들 탑승할 때 열 재고 명단 체크하고 마스크 쓰나 안 쓰나, 거리두기 제대로 하나. 그렇게 하는 거예요. 그런데 (통근 왓처가) 탑승 안 하고 운행하는 케이스가 많아요. (중략) (면담자: 언론에는 안전관리사 해서 방역에 철저. 이렇게 기사가 나왔던데.) 원래대로라면 그게 자격증 사람, 안전관리 자격증 다 있어야 되는데, 그냥, 알바예요. 알바 뽑아서, 왓처가 잘하는 사람도 있어요. 그런데 젊은 좀 어린 직원들 같은 경우는 앉아서 쉬다가 욕먹는 경우도 있고.” (물류센터 해고노동자)

구로 콜센터 집단감염 사례 역시 좁은 공간에서 마스크조차 쓰지 못한 채 일을 할 수밖에 없었던 열악한 근무환경이 얼마나 감염병에 취약했는지를 보여준다. 고객과의 대면을 전제로 하는 배달노동자나 가정방문 A/S 노동자 역시 사측으로부터 제대로 된 보호장비를 제공받거나 업무 조정을 할 수 없었을뿐더러, 오히려 고객으로부터 잠재적 바이러스 전파자 취급을 받기도 했다. 실적 중심의 노동 구조는 손을 씻거나 마스크를 착용하는 등의 기본적인 위생 수칙마저도 지킬 수 없는 혹독한 환경을 만들어냈다.

“그나마 노동조합이 있는 콜센터는 코로나 사태가 벌어지면서 2월에도 그렇고 계속 코로나 19 대책을 마련해야 한다고 했는데, 대부분의 사측은, 노조 오래 활동한 곳 같은 경우도 노사면담을 안 했어요. 자기들이 알아서 하겠다. 또 하나는, 재택근무는 절대 불가다, 그리고 마스크 쓰고 하면 고객이 민원 제기하니까 마스크 쓸 수 없다. 이렇게 하고 있던 찰나에 구로 콜센터 감염 사태가 터지고, 다음날 정부에서 이런저런 걸 하니까 그제서야 마스크 알아보겠다. 1층에 경찰들 점검하러 왔으니 빨리 마스크 쓰세요! 나눠준 적도 없으면서, 그런 일을 막 수습하기 시작했죠.” (콜센터 노동자)

“○○○ 콜센터의 경우, □□□을 이용하거나 설치해달라는 고객이 전화하면 콜센터 상담사가 받아요. 그런데 그분이 자가격리자인지 위험 지역인지 모를 때 고객의 이야기만 들을 수밖에 없는데, 콜센터 관리자들이 상담사들을 쪼아요. 최대한 많은 건수를 해야 하니 빨리 연결하라고. 그런데 현장기사들은 반신반의하면서도 콜센터 상담사를 통해 업무가 끝하니까, 위험한지 아닌지 알 수 없으니까 그런데 얘기는 안 해주니까 무작정 갔다가, 폐쇄된 곳 아니면 자가격리자인 거예요.” (통신A/S 노동자)

“그래야 조금 더 대면해서 내 안전을 확보하면서 작업을 하고, 이동 시에 손도 좀 씻고, 옷도 좀 털고, 내 자신을 보호할 수 있는 내 스스로의 행동을 할 수 있고, 그리고 다른 고객을 방문을 해야 하는데, 오히려 고객 방문하면 고객이 스프레이를 뿌려요, 기사를 세워놓고, 우리는 잠재적 보균자인 것처럼.” (통신A/S 노동자)

장애인 활동지원사, 요양보호사 등 돌봄노동자 역시 이용자와 가장 밀접하게 접촉하는 직군

임에도 불구하고 중개기관으로부터 제대로 된 보호구를 제공받지 못했다. 오히려 이들은 자신들이 이용자들에게 바이러스 전파자가 될 수 있다는 불안감을 가지고 일을 했다. 활동지원사와 장애인 이용자가 자가격리 통보를 받았을 때, 활동지원사로 하여금 이용자와 함께 격리하며 활동지원을 할 것을 요구한 사례도 있었다. 돌봄 노동에 대한 사회의 인식이 여실히 드러나는 사례였다.

“사실은 활동지원사분들이 처음에는 대구에 굉장히 빠르게 코로나가 확산됐는데도 마스크 지급이 거의 안 됐었어요. 그래서 이 방문 노동이기 때문에 사실 출근을 하는 과정에서 대부분 일하시는 분들이 50대 중년 여성이 많으시고 대중교통을 많이 이용하는데, 그런데 전혀 마스크 지급이 안 되고 보호장구나 이런 것에 대해서 아무런 조치가 없었고, 그런 점에서 굉장히 불안했고 그런데, 이게 마스크 구입이 너무 힘들었기 때문에 사실, 같은 마스크를 계속 껴야 하고 집에 일하러 갔을 때도 그런 것들이 굉장히 불편한 거죠. 본인이 스스로 장갑, 비닐장갑 같은 것까지 다 챙겨서 일을 하고 혼자서 알아서 해야만 하는 상황?” (장애인활동지원사)

“실제로 저희 조합원분한테도 자기 이용자분이 밀접 접촉인데 그래서 자기도 자가격리를 들어갔고 보건소 가서 검사를 받아야 하는 상황이었는데 그 분한테 연락해서 지금 어차피 자가격리 중이니까 연락해서 자가격리 이용자에게 좀 일을 할 수 있겠냐고 기관에서 전화를 하고 (중략) 사회적 재난이 벌어졌을 때, 이 사람들이 원래도 열악한 노동 조건이 완전히 상황에 따라서 그냥 감당할 수 없는 정도의 요구를 받았던 거죠.” (장애인활동지원사)

이러한 상황에도 불구하고 취약집단들은 그들이 가지고 있는 한정된 자원 내에서 감염 예방을 위한 최대한의 노력을 하고 있었다. 공적마스크를 구하지 못한 이주노동자들은 면 마스크를 재사용하거나 일회용 마스크를 여러 겹 착용하곤 했으며, 재가 장애인들과 쪽방촌 주민들도 바깥 외출을 삼가고 마스크를 착용하는 등 개인의 방역 수칙을 지키는 모습이었다.

“나오는 친구들은 보통 들어보면 마스크가 없으니까 겨울에 쓰던 면 마스크, 두 겹 세 겹, 라텍스 장갑, 이걸 자기가 구입한 게 아니라 공장에서 쓰는 라텍스 장갑에 밖에 면장갑 이렇게 쓰거든요. 안에 오일 안 들어가게 하기 위해서, 그런 걸 쓰고 길에 나오는 거죠. 걸리면 죽는 다. 나가지 마. 나와야 되면 마스크 세 겹씩 쓰고, 차도르 쓰는 사람들은 그거라도 쓰고.” (이주노동활동가 3)

“그리고 소독이나 이런 것도 저희는 자체적으로 했어요. (중략) 저희는 그 코로나 사태 터졌을 때, 소독기를 구매를 했어요. 그래서 소독약을 쪽방상담소에서 빌려가지고 좀 달라고 그래서 계속하고, 하여튼 굉장히 민감하게 대처를 했습니다. 그렇게 민감하게 반응을 했고, 외부인들도 안 받았어요. 외부인들도 오지 마시라고.” (쪽방활동가 2)

“주위에서도 얘기를 해요. 마스크 안 껴네? 가끔 그냥 나올 때 있어요, 자기도 모르게. 그러면 옆에서 마스크 껴야 된다고. 그러면 거기에 대해서 뭐라 안 하고 들어가서 마스크 끼고 나와

요. (중략) 복지관이나 어디나 다 그런 게 되어 있어서 사람들이 습관이 됐어. 마스크 안 쓰면 욕 먹어. 이걸 습관이 됐어요.” (쪽방주민 3)

“가난할수록 오히려 자기들끼리 다 상황을 아니까 나누고 상황을 잘 견뎌내보자 이런 것들이 있고, 그 개인들이 위생을 잘 관리하고 내가 외부에 피해를 줄 수 있다 이런 것들이 인식 속에 있으셨던 것 같아요. 지금도 그렇고. 그런 것들을 새롭게 좀 경험하게 되는, 주민들에 대한 모습이었죠.” (쪽방활동가 1)

동시에 이들은 공동체 내 확진자가 발생한다면 해당 공간이 봉쇄될 것이라는 두려움, 그리고 이러한 격리 조치에 따른 사회적 재낙인에 대한 우려를 가지고 있었다.

“여기(쪽방촌)에서 만약 확진자가 한 명 생겼어요. 그러면 여기를 봉쇄하지 않을까? 그런 생각을 하게 돼요. (중략) 얼핏 보기에는 사회적 안전망 잘 되어 있는 좋은 나라라고 얘기했지만, 그 앞에 이게 낙인이 붙겠죠. ○○동 쪽방촌에서 이게(코로나19) 발생해서 전수조사를 했다. 그러면 먼저 집주인이 제일 싫어하겠구나. 생각해 보니까 그러네? 그런데 일단은 사회적 낙인 같은 더 강화될 거다.” (쪽방활동가 2)

또한 마스크 확보에 있어서도 어려움을 겪고 있었다. 정부에서 취약계층을 대상으로 마스크를 지급했지만, 이는 마스크가 가장 필요했던 시기가 지나고 난 이후였다. 장애인이거나 이주노동자와 같이 신체적, 신분상 제약으로 인해 여전히 공적마스크를 구입하기 어려운 경우도 많았다. 특히 신체적 제약을 가진 사람들을 위해 마스크 대리 구매 제도가 마련되었지만, 이마저도 약국에 가서 마스크를 구매해줄 수 있는 대리인이 없는 사람들에게는 소용이 없었다. 미등록 외국인노동자 등 건강보험에 가입되지 않은 외국인노동자들은 공적마스크 5부제가 실시된 지 한 달이 지나서야 공적마스크를 구입할 수 있었다. 그러나 사측에서 감염위험에 대한 우려로 공장 앞에 CCTV를 설치해서 근무시간 외에는 공장 밖으로 한 발자국도 나가지 못하게 한다거나, 고용주에게 외국인등록증 카드를 빼앗겨서 약국에 가서도 자신을 증명할 수 없는 이들에게는 여전히 공적마스크는 허락되지 않았다.

“마스크를 사러 가는 것도 힘든 거예요. 줄 서서 사야하는데 나갈 수도 없고 거기 가서 있기도 힘들고. (중략) 기다릴 수 없는 사람들은 대신 누구를 보내라고도 하는데, (면담자: 보낼 사람 없으면 어떻게 해요?) 네. 그래서 활동지원사들이 내내 가서 거기서 가서 있을 수도 없고. (중략) 처음에는 마스크를, 처음에는 마스크 한 번 쓰고 버리라고 그랬는데, 우리는 한 번 쓰고 버릴 수가 없었어요. 아껴야 했어요.” (장애인활동가 2)

“지금 정부에서 미등록한테도 약국 가면 살 수 있다고 하지만 그렇지 않아요. 그렇지 않아요. 그러니까 등록증이 있어야 해요. 그런데 어업 비자로 오고 배 타는 친구들은 처음에 올 때 제일 먼저 빼앗아 놓는 게 통장하고 카드를 빼앗아요. 도망 못 가게. 그 친구들이 그 고통에서

빠져나오는 길은 등록증 카드를 포기하고 도망 나오는 거예요. 그런 이주노동자들은 등록증이 없어요, 예를 들면.” (이주노동활동가 3)

2.2. 의료접근성

현재 진행되고 있는 코로나19 유행은 감염 위험, 방역, 치료 등에 있어 모든 시민이 같은 경험을 하고 있지 않다는 사실을 보여주고 있다. 이 중 ‘의료접근성’은 빼놓을 수 없는 이슈 중 하나로 정부가 코로나19 선별검사와 치료에 몰두하는 동안 장애인, 홈리스, 쪽방촌 주민, 이주노동자 등 사회적 취약집단들은 의도치 않은 피해를 경험했다.

(1) 취약계층은 어떻게 의료서비스에 접근하는가?

불안정 노동자, 장애인, 홈리스, 쪽방촌 거주민, 이주노동자 등은 평소 공공의료기관이나 지자체 혹은 시민사회에서 제공하는 무료 진료를 통해서 의료서비스를 이용해왔다. 이번 코로나19 감염병전담병원 중 많은 비중을 차지한 지방의료원은 대표적인 공공의료기관이다. 이 병원들은 평소 공공의료사업을 통하여 의료 사각지대에 놓인 취약계층이 의료서비스를 이용할 수 있도록 의료지원, 의료비 지원, 무료이동진료 등의 사업을 운영하고 있다. 공공의료기관 외에도 ‘다시서기’와 같은 노숙인 자활센터, ‘인도주의실천의사협의회’, ‘행동하는 의사회’ 등 정부 위탁기관이나 전문 의료인으로 구성된 시민단체에서 장애인, 노숙인, 쪽방촌, 이주노동자, 저소득 차상위계층 등 의료 사각지대에 놓인 사람들에게 무료 진료를 제공하고 있다. 이와 더불어 ‘이주민과 함께’, ‘홈리스 행동’ 등과 같은 단체에서도 연대를 통해 무료 진료와 건강검진을 제공하고 있다.

전국민 건강보험제도를 시행하고 있지만 본인 부담률이 높고, 까다로운 선정기준으로 의료급여 수급권자가 되기 어려운 상황에서 공공의료기관이나 시민사회에서 제공하는 의료서비스는 중요한 역할을 하고 있었다. 그러나 이러한 제도적/사회적 지원책에도 취약집단은 건강보험료 체납, 건강보험 미가입, 생계 곤란 등의 이유로 적시에 제대로 된 치료를 받지 못해 건강이 악화되고 있었다. 이주노동자들은 회사를 그만두는 순간 지역가입자가 되고, 높아진 건강보험료를 감당할 수 없어 아파도 고국에 돌아갈 때까지 참는 경우도 있었다.

“(중략) 그것도 그거지만 가면 약값, 보통 우리가 자기가 자기 병 안다고 보통 딱 가면 처방전 갖고 약국에 가면 얼마 내는 거 있잖아요. 그 돈이 잘 안 되면 병원 가는 날짜가 미

뽕진다니까요. 왜. 만약에 약값이 보통 한 5만 7천 원 정도 들어가는데 내가 접수하고 그러면 7만원 가지고 있어야 해요. 주머니에 3-4만 원밖에 없으면 못 가는 거예요. 그냥. 그러면 또 미뤄서 일하러 갔다 와서 병원 가야지 하다 보면 그 날짜가 뒤로 자꾸 미뤄지는 거라고. 일이 없으니까. 그러다 보니까 나도 모르게 내 병은 커지는 거고.”(쪽방주민 3)

“농업 노동자들은 아까 말했죠. 이를 일하고 월 노동시간이 280시간, 290시간 그런데, 병원 갈 시간도 없지 사실. 아파도 가서 일하고 떼고 붙이고 일하고. 그날 빠지면 일당이 까지면 더 떨어지는 거예요. 그렇게 지내고 있는데, 부과를 했어. 아무 생각 없이 부과했다고 봐야해. 이게 그거래요. 내국인 건강보험료 평균이래요. (사회자 1: 12만 원이요?) 네. 나는 4만 5천 원이거든요? (웃음) 근데 이 사람들이 실업자일 때도 있단 말이야. 우리 센터에 오는 사람들은 실업이거나 아니면 임금을 못 받았거나.”(이주노동활동가 1)

대리기사 같은 불안정 노동자들은 생계에 쫓겨 제때 치료를 받지 못하고 미루다 보면 병증이 더욱 악화되었고, 의사소통이 어려운 장애인의 경우에는 병원 시설 이용 면에서도 어려움을 겪고 있었다.

“실제로 대리기사들이 몸이 점점 안 좋아지는데, 그때그때마다 검진해서 대응을 하고 치료를 해야 되는데, 대부분 생계에 쫓기다 보니까 대응을 하지 못하고 미루는 경우가 많아요. 그래서 병을 키우는 경우가 많고. 어느 시점이 지나면 병을 치료하는 데 자기가 부담할 수 있는 임계치가 넘는 경우가 많아서, 굉장히 병을 악화시키는 경우가 많아요.”(대리운전 노동자1)

“병원 올 때마다 장애인들을 위한 병원 시스템이 많이 취약해요. 또 엘리베이터가 고장이 났는데 안에 갇히게 되면 언어 장애인들은 소통이 잘 안 되어서 119를 부르지도 못해요. 의사소통 장애인들은 병원, 치료 시스템 안에서 더욱 소외돼요.” (뇌병변장애인)

(2) 코로나19 - 높아진 병원 진입장벽과 의료공백

코로나19 유행 이후 취약계층의 병원 진입장벽은 훨씬 더 높아졌으며 의료공백이 현실화 되었다. 유행이 확산되며 감염병 상담을 할 수 있는 1339 콜센터는 마비되었고, 지역 보건소, 지방의료원에 선별진료소가 설치되었다. 지방의료원이 코로나전담병원으로 지정되면서 코로나 19 환자를 위한 병상 확보는 마련했지만, 문제는 이로 인해 일반 응급환자와 기존에 공공의료 기관에 의지하던 취약계층이 의료서비스 이용에 어려움을 겪게 되었다는 것이다. 코로나19 확산 방지를 위한 정부의 대책은 이들에 대한 대비책 없이 이루어져 또 다른 모습의 고통이 되었다.

① 공공의료기관의 코로나19 전담병원화

특히 대구·경북 지역의 경우 신천지 관련 집단 감염이 확산되어 대부분의 지방의료원이 코로나전담병원으로 지정되었다. 사실상 홈리스, 이주민들로서는 유일하게 이용할 수 있었던 지방의료원을 이용하기 어려워졌고, 다른 지역도 사정은 마찬가지이기 때문에 중증환자라 하더라도 전원조차 쉽지 않았다.

“문제는 이주노동자들은 지정병원이 하나예요. 대구의료원 밖에 없어요. 그래서 지금 그런데 대구의료원이 막혀가지고 이주노동자들 의료 문제가 심각해요. (중략) 코로나 하나까 코로나로 우르르 가버리니까 사실 여기는 대구 지역에서 사회 취약 계층들이 갈 수 있는 병원인데 취약 계층들이 다 밀려버리는 거죠. 갈 데가 없어진 거죠. 여기에 대한 대비책이 없이 했다는 거죠. 지금도.”(이주노동활동가 3)

“갓 출산해가지고 아기가 한 달도 안 됐는데 경주에 계신 분이었고 연락이 와서 일단 부산으로 오시라 했는데 결핵 소견이 나온 거죠. 그래서 치료를 받고 있다 비워야 하나까 갈 데를 찾아봤는데 부산, 경남, 경북, 다 없고 목포에는 가능하다고 해서 목포로 전원을 하고”(이주노동활동가 2)

“다른 한 분은 항암치료 말기였어요. (중략) 당시 병원 비워야 할 때 6차 항암을 하려고 입원을 했는데 열이 좀 난 거예요. 그래서 이미 약간 위험해서 항암도 못 들어가고 입원했는데 상태를 열 잡는 중이었는데 비워야 된다고 그러는 거죠. 그래서 알아봤는데 그 정도 말기암 환자는 2차 병원급에서 못 받는 거예요. 3차 병원으로 가야 되는데 00대 병원에 병실이 없고. 그래서 처음에는 의료원 쪽에서도 여러 군데 많이 알아보고 전원을 해야 되는 상황이라고 판단을 했는데 받을 수 있는 데가 없으니까.”(이주노동활동가 2)

② 코로나19 이후 의료접근성 제한과 의료공백

의료기관에서 확진자 및 접촉자가 발생한 경우 “의료기관 폐쇄 여부 및 폐쇄 범위는 확진자가 체류한 장소 및 동선의 범위, 의료기관의 구조적 특성 및 감염관리 역량 등에 따라 중앙 및 시도 즉각대응팀에서 판단한다”는 원칙²⁾이 있지만 사실상 확진자 발생만으로 의료기관이 폐쇄되는 경우가 부지기수였다. 또한 코로나19 의심 증상이 없어도 대구처럼 감염 확산 지역에서 온 환자들은 코로나 검사부터 받아야 하기 때문에 정작 필요한 치료는 제때 받지 못하는 상황이었고, 일부 의료기관의 진료/전원거부로 환자들은 이들을 치료해주는 병원을 만날 때까지

2) 「코로나바이러스감염증-19 확진자 발생 의료기관 감염예방·관리」 중앙사고수습본부·중앙방역대책본부 (2020.3.10.)

지 전전해야 했다.

“그런 상황에 있어서 그때 어쨌든 저희 사무실에서 내려오다가 발이 골절되었거든요. 처음에 그 상황에서 발이 아파서 했는데 구급대원이랑 얘기하다가 대구 갔다 왔다고 하니까 발 치료는 안 하고 코로나 검사부터 한다고 해서 부산에서도 바로 처음에 2차 병원 한 군데 갔다가 사람 많아서 안 되고 00대학교 병원으로 갔거든요. 00대학교 병원에서 코로나 검사하고 다행히 그 병원에서 1인실 격리해놓은 상태인데 그때 동안에도 발 골절된 건 검사를 안 했어요. 2주 동안 그냥 방치됐어요.” (노숙인종합센터 근무자 1)

“이게 조금 부연 설명을 드리면, 감염병 전담 병원으로 지정을 하고 2주간 퇴원 전원 과정을 거쳤는데, 이게 어느 누군가의 연계가 있었다는 것보다 이걸 00의료원의 책임으로 모든 걸 다 넘겨 버린 거예요. 그러니까 의료원에서 일일이 병원을 다 찾아서 전원 요청을 한 거죠. 근데 그렇게 찾다 찾다 안 돼서 남은 분이 세 분이 그렇게 되셨던 거고, 그분은 수술을 당장 해야 되는데 의료원에서는 수술을 못 한다는 원칙이었고, 이런 환자인데 받아줄 수 없냐고 했더니 의료원에서 왔으니까 민간 병원에서는 일단 다 안 받고 보는 거예요. 코로나 환자 왔다 갔다 했던 병원이니깐, 그런 소문이 퍼지면 병원 운영에 어려움이 생기겠죠.”(사회복지활동가)

“제일 안타까웠던 사례 중 하나가 2월달이었던 것 같아요. 부산에 (중략) 원래 질환이 있으셨던 분인데, 고열 증상이었고 유사 증상이 있다는 이유로 7개 병원에 앰블런스 타고 돌아다니시다가 받는 병원이 없어서 집으로 가셨어요. 그다음 날 집에서 돌아가셨습니다. 유사 증상이 있다는 이유로 진료 거부를 당하는 사례가 정말 너무 많았어요.”(사회복지활동가)

“문제는 코로나 그 자체가 아니라 합병증이에요. 코로나는 문제가 지금 생각보다 많지 않은데, 제가 장애인의 통원이 안 되는 게 지금 제일 큰 문제예요. 그 안에서 그 장애와 겹쳐진 합병증들이 계속 생기는 거예요. (중략) 신장장애인협회의 발언에 따르면 제가 알기로 이 신장 합병증으로 사망한 장애인이 10명 내외로 알고 있거든요, 이번 코로나 기간 동안. 그러니까 이게 투석을 하러 갈 수가 없는 거예요. (중략) 투석이 너무 많이 노출이 되다 보니까 감염 위험성 같은 것 때문에 투석실을 일시 폐쇄해 놓은 병원도 되게 많고, 그래서 제가 장애인들의 가장 큰 문제는 통원 권리가 완전히 사라졌다는 거 그런 문제들이 있어서 건강 불평등이 심하고.” (장애인활동가 1)

더구나 일부 의료기관의 진료/전원 거부로 제대로 된 진료조차 보지 못하고 사망한 사례까지 발생하였지만 책임 소재가 분명치 않아 손해배상도 쉽지 않을 것으로 보인다. 정부가 민간 병원을 일사분란하게 정부 방역 체계에 편입시킬 수 없다는 점은 이미 메르스 유행 과정에서 확인되었다(시민건강연구소, 2016). 5년이 지난 지금도 그때와 다를 바가 없어 보인다.

“그 사람이 그다음 날 죽었는데도 일곱 개 병원에 대한 책임을 아무도 물을 수가 없는 거죠. 왜 진료하지 않았어? 이렇게 말할 수가 없는 거예요. (중략) 민간 의료기관도, 지금 시기에 적

절한 말인지 모르겠습니다만, 이 사태를 봤을 때는 민간 의료기관도 어느 정도 역할을 해야 됩니다. 차라리 못 할 거, 코로나 감염병 안 볼 거면 이 호흡기 질환이 아닌 비호흡기 질환 환자들은 민간에서 그래도 감당해야 되는 게 아니냐 이런 울분이 나오는 거예요.”(사회복지활동가)

또한 간호직 등 보건의료 종사자들은 기존 업무에 방역, 선별검사, 확진자 치료 업무가 과중되었고 인력부족 문제는 결국 입원 환자들에게도 고스란히 전가되었다.

“통역자분이 가보니까 시트며 환의며 전부 배설물로 오염이 되어 있는데, 자기가 있던 몇 십 분 동안도 안 갈아주더라는 거예요. 그러니까 병원도 어려움이 많겠죠.”(이주노동활동가 2)

③ 무료진료와 사회복지시설 중단

코로나19 확산 방지를 위한 사회적 거리두기는 무료진료뿐만 아니라 지역 정신보건센터 상담을 비롯한 사회복지 서비스 중단으로 이어졌다. 이들 시설에 생계, 치료 등을 의지해왔던 환자와 장애인 등은 사실상 방치된 것이나 다름이 없었고 건강상태가 악화된 것은 물론이었다. 이들을 돌보는 가족들에게도 돌봄 부담은 증가하였다.

“그런데 코로나 때문에 또 스톱되고, 행동하는 의사회도 못 왔고. 그리고 얼마 전에 인의협에서 고맙게도 와주셔서 그때 한번 400분 정도 간단하게 이렇게 진료도 해주신 게 있었고요. 그런데 그런 것들이 일단은 평상시에 사회적 취약 계층들을 위해서 하던 그런 의료 서비스들이 중단되니까, 아 이게 조금 전 보다는 어려운 건 사실이에요.”(쪽방활동가 2)

“지금 정신보건센터는, 사실은 이런 현장에 살고 있는, 그러니까 어떤 지역 사회 안에서 어우러져서 살고 있는 정신장애인들, 혹은 정신질환자들에 대한 접근성이 좀 한계가 좀 많다. 그런 생각이 많이 들어요. (중략) 그런데 지금도 정신보건센터가 내가 얘기를 했는데, 코로나 때문에 또 와서 상담을 못 한다는 거예요.”(쪽방활동가 2)

“그리고 복지관이나 센터도 쉬잖아요. 그래서 포항 지역에 복지관 이용시설에 가면서 몸이 굳는대든지 운동 계속 치료받아야 되는 사람들은 수영이라든가 그런 데가 문을 다 닫아서 몸이 굳어 가지고 집에만 있으니까 더 아프다고 하더라고요.”(장애인자립생활센터 근무자 1)

코로나19 이후 인터뷰와 언론을 통해 살펴본 사회적 소수자들의 의료 안전망의 취약성은 여실히 드러났다. 공공의료기관이나 무료 진료라는 한정된 의료서비스를 이용하던 홈리스, 쪽방

촌 주민, 이주민 등 의료 취약계층은 위기 상황에서 대비책 없이 배제되었다. 평소 사회복지시설을 통해 삶을 유지해왔던 장애인들은 장기간의 시설 휴관으로 방치된 것이나 마찬가지였다. 또한 일부 의료기관의 진료/전원 거부로 제대로 된 진료조차 보지 못하고 사망한 사례까지 발생하였지만 당하는 사람의 입장에서는 속수무책이었다.

인터뷰에 응했던 사람들은 위기 상황에서 취약계층의 건강권이 더욱더 보장받기 힘든 상황을 토로하였다. 이들은 공공의료기관의 부족과 민간의료기관의 공적 역할을 강조하며 결국 공공/민간 여부에 상관없이 그리고 대상이 누구냐에 따라 차별받지 않고 진료받을 권리를 강조했다.

“(중략)이 사태를 봤을 때는 민간 의료기관도 어느 정도 역할을 해야 됩니다. 차라리 못할 거, 코로나 감염병 안 볼 거면 이 호흡기 질환이 아닌 비호흡기 질환 환자들은 민간에서 그래도 감당해야 되는 게 아니냐 이런 울분이 나오는 거예요.(중략) 열만 나도 진료를 안 본다는 게. 그래서 사망까지 이르는 사례가 있었다는 게. 전체적으로 저는 공공 의료기관을 늘리는 것도 중요하지만 이 민간 의료기관이 어떻게 공적 역할을 할 수 있게 만들 것인가에 대한 고민도 있어야 될 것 같아요 (중략) 왜냐하면 워낙 공공 의료기관이 없다 보니까, 그건 맞는 이야기지만 좀 차제에 이야기하고, 일단 없는 공공 의료기관부터 늘리자는 말이 많았는데. 저도 현장에서 봤을 때 결국 그 끝에는 의료기관이 공공이냐 민간이냐 여부와 상관없이 누구나 다 치료를 받을 수 있게 만들어 줘야 되기 때문에.” (사회복지활동가)

2.3. 생계위협

(1) 코로나19 유행과 생계위협

코로나19는 사람들의 건강을 위협할 뿐 아니라 생계의 어려움을 초래했다. 각종 경제지표가 하락하고, 경제적 어려움을 호소하는 사람들이 급증했다. 그러나 이러한 경제적 충격이 모든 사람에게 동일한 영향을 미치는 것은 아니었다. 코로나19로 인한 소득감소는 고소득층보다 저소득층에서 더 크게 나타났고³⁾, 불안정 노동자, 장애인, 이주민, 홈리스 등을 비롯해 구조적 불평등으로 이미 취약한 이들은 더 큰 생계위협에 노출됐다.

최근 몇년간 플랫폼 노동자가 늘어나면서 전통적인 고용관계 밖에 놓이게 된 노동자들이 증가했다. 플랫폼화 되면서 노동자가 간섭을 덜 받으며 일하는 것처럼 보이지만, 실상은 생계를

3) 한겨레. 2020.8.20. [빈곤층에 더 가혹한 코로나...근로소득 감소율 '최상위의 4.5배'](#)

위해 쉬지 못하고 일하는 사람이 대부분이다. 사업주가 제시하는 불리한 조건을 거부하지 못하고 착취 당하거나, 열악한 노동 환경에서 스스로를 착취할 수 밖에 없다. 기업은 코로나19로 어려우면 어렵다는 이유로, 호황을 맞이하면 이윤을 극대화 하기 위해 노동자에게 희생을 강요했다. 코로나19로 더 절박해진 노동자에게 선택권은 없었다.

예컨대, 쉐어서비스 노동자와 대리운전 노동자는 애플리케이션이 등장하면서 고용관계가 더 유연해졌다. 이전에는 하나의 업체에 속해 있던 노동자들이 현재는 대부분 여러 업체에 속해서 일하게 됐고, 각 업체는 노동자들이 자신의 회사 소속이 아니라며 사회보험료 등 노동자에 대한 책임을 지지 않는다. 노동자들은 각 업체의 애플리케이션에 대한 수수료와 출근비를 내고 있었다. 또한 오토바이 보험과 대리운전 보험료 명목으로 회사에 매년 큰돈을 보험료로 납부한다. 이 보험료는 각 업체의 돈벌이 수단이 되어, 노동자에게 원래 보험료보다 약 50만원 가량을 덧붙여서 납부할 것을 요구했다. 게다가 회사마다 보험 가입을 요구하기 때문에 노동자의 부담이 상당히 커질수 밖에 없었다. 이처럼 노동자로서 보호는 받지 못하면서 업체가 적지 않은 고정비용을 노동자에게 전가하니 감염병 유행으로 인한 경제적 타격은 더욱 커질 수 밖에 없었다. 결국 코로나19로 일이 줄어드는 가운데 노동자는 회사의 착취를 거부할 수 없고, 스스로도 생계를 위해 더 오랜 시간 노동을 할 수밖에 없는 실정이다.

“요즘에 코로나로 인해서 사무실에서 일방적으로, 자기들은 고용주가 아니라고 하면서도 사진을 캡처도 했었어요. 뭐라고 했냐면 전체 공지를 해서 ‘실장입니다’로 시작해서 ‘금일 지연 배송으로 300 몇 번 기사님 퇴출 조치하였습니다.’ (사회자: 그냥 패널티도 아니고 그냥 퇴출해버려요?) 네. (사회자: 그냥 잘라버리는 거예요?) 네, 4월 1일에 공지 하나 이렇게 딱 올라와요. (사회자: 아니, 해고도 아니고 그냥 퇴출하면 끝인) 네. 이것도 딱 보면 6일 날. 업무 지시. ‘기사님 GPS 보니까, 기사님 아직까지 강남에 계십니까?’ 전에는 전혀 그런 일이 없었어요.”(쉐어서비스노동자)

“(정부 지원을 받기 위해서) 그런 기준, 소득기준이라든가 이런 절차가 까다롭고, 그리고 소득기준 같은 경우에도 자기가 줄어든 걸 입증해야 되는데, 그러니까 3, 4, 5월 소득과 그 이전 기간의 소득을 비교를 한단 말이죠. 그러면 증명 자료가 있어야 될 거 아니에요. 그런데 이 소득 증명 자료를 업체가 떼줘야 하는데 업체가 협조를 제대로 안 해요. 그리고 협조를 안 할 뿐만 아니라, 어떤 업체는 떼줄 테니까 떼주는 값으로 5천 원씩 내라는 업체도 있었고.”(대리운전 노동자)

코로나19의 생계 위협은 주거가 불안정한 사람들의 생활에서도 두드러진다. 쪽방 주민들중 일용직 일자리를 통해 생계를 유지하던 사람들은 코로나19로 경기가 위축되면서 지체없이 수입이 감소했다. 일을 구하기 어려워지면서 평소 작업장에서 해결하던 식사비 지출이 늘어나고,

식사를 거르는 경우도 많아졌다. 아침에 나갔다가 일을 찾지 못하고 돌아와서 무료함과 우울감, 절망감에 음주를 하는 날도 늘었다. 일당을 받아 쪽방에 매일 일세를 내고 거주하는 사람들은 일세를 밀리게 되면서 결국 집에서 쫓겨날 상황에 처하기도 했다.

“만약에 방세가 밀리면 그냥, 물론 그 집에서 몇 년 살았어도 그냥 며칠은 봐줘요. 보름? 그거 넘어가면 뉘달해요. 그러다 보면 방 빼라고 그런다니까. 뭐, 어떻게 할 거야. 여름에는 그래도 괜찮아. 겨울엔 어떻게 할 거야. 그리고 코로나 때문에 힘들다는 것도 자기들도 알아. 내가 그런 말도 했어요. 방세 만 원 깎자. 어디서 턱도 없는 소리 하냐고.”(쪽방주민3)

“분명히 이분들도 방값이 밀려있을 거고, 상황이 어려워져 있을 거다. 조사를 했더니만 한 3-40%는 방값 체납되어 있고 두 달 50만 원 정도? 250 케이스 조사해보니까.”(쪽방활동가 1)

거리의 노숙인은 코로나19 유행과 함께 당장 끼니를 해결하는 것이 어려워졌다. 2월 중순 신규 확진자가 큰 폭으로 증가하면서 민간에서 운영하는 무료 급식소들이 문을 닫았다. 홈리스행동의 실태조사⁴⁾에 따르면, 지난 3월 7일 기준 서울 지역 무료급식소 33곳 중 25곳을 민간에서 운영하고 있고, 이 중 절반 가량인 13곳은 급식을 중단한 상태이거나 중단한 적이 있었다. 결국 노숙인들 사이에서 식사를 둘러싼 경쟁이 벌어지고, 먼 길을 걸어가도 식사를 못 하는 경우가 생겼다. 더군다나 이 시기에는 노숙인시설에서 감염 위험 때문에 신규 입소를 받지 않아 노숙인의 어려움이 더 가중됐다. 만약 겨울이 끝나는 시점이 아니었다면 훨씬 더 위험할 수도 있는 상황이었다.

“거리 노숙인이 코로나에 대해서는 안전한 것 같으나 싶지만서도 객사할 가능성도 크거든요. 이게 동절기 끝날 무렵이라서 다행인 거지, 이게 동절기 시작 시점이었다든지 중간이었으면요, 어휴 사실 끔찍해요. 대구가 그나마 동사하는 사람들이 거의 없었거든요. 하나의 자부심으로 갖고 있어요. (웃음) 그런데 이런 상황 같으면 우리가 어떻게 할 수가 없어요. 엄청난 거죠.”(노숙인종합센터 근무자2)

한국인 정주노동자도 코로나19 유행 이후 무급휴가로 많이 내몰렸지만, 이주노동자는 고용허가제의 족쇄 때문에 더욱 무급휴가를 피하기 어려웠다. 언어의 장벽이 아니더라도 비자 연장이 사업주의 손에 달려있어 부당한 조치에 항의하기 어려운 탓이다. 무급휴가로 소득은 사

4) 비마이너, 2020.3.10. [코로나19로 서울지역 노숙인 무료급식소 39% 중단... 모두 민간단체](#)

라져도 공장 작업장에 떨어진 기숙사비는 계속 지급해야 한다. 그나마도 해고를 당하면 당장 살 곳을 찾기 어려워진다.

“너 비자 연장할 테니까 3개월 동안 일이 없으니까 돈을 안 준다 그렇게 계약을 해서 비자 연장하는 것도 있고. 방글라데시에 9월에 가야 되는데 이 사장이랑 재계약해서 와야 되는데 지금 회사에 일이 없으니까 다른 데 가지도 못하고 계속 월급은 못 받고 공장 기숙사에만 있고. 그 노동자 입장에서는 내가 뭐라고 하려다가 다른 회사 가면 다시 못 오니까 차라리 몇 개월 동안 여기에 있다가 돈을 받자.”(이주노동활동가 4)

“휴업을 해도, 소득은 없지만 월세 내라고 기숙사비 내라는 거예요. 그래서 원룸인데 27만 원 씩 나가는데 지금 두 달 동안 소득도 없고 이걸 계속 내야 된다 이렇게 하는 분들이 있고. 어쨌든 해고되거나 직장 옮겨야 되는 상황이어서 나오면 일단 갈 데가 없잖아요. 그런데 방을 갑자기 계약하기도 어렵고, 그다음에 컴퓨터들은 지금 안 받거나 이미 꼭 찢거나 이래서 들어갈 수 없고. 심지어 모텔 같은 데 가려고 해도 외국인은 안 받는다고 하는 데도 있는 거예요.”(이주노동활동가 2)

이주노동자에게 해고는 주거의 상실이면서 동시에 건강보험료 부담의 증가를 의미하기도 한다. 수입이 없어지면 보험료도 감소하는 것이 마땅하지만, 이주민이 해고를 당하면 건강보험 자격이 직장가입자에서 지역가입자로 전환돼 오히려 12만원 가량으로 보험료가 오른다. 지역가입자 이주민의 보험료는 재산, 소득이 적어도 전년도 전체 가입자 보험료 평균으로 책정되기 때문이다. 수입이 없는 상태에서 매달 12만원의 건강보험료는 부담하기 어려운 금액이다. 건강보험 체납이 한국 체류자격에도 영향을 미치기 때문에 그 압박감은 더욱 심하다. 사업자 등록을 하지 않은 소규모 농업에 종사하는 이주민은 일을 하고 있더라도 직장가입자로 분류되지 않아, 최저임금 수준의 수입에서 12만원의 보험료를 납부해 역시 부담이 큰 상황이다.

“건강보험. 의무가입. 코로나 국면에서 격리된 사람도 12만 원. 월급은 120, 150만 원에 건강보험료 12만 원. 실직하거나 휴직하거나 수입이 떨어지면 그것도 떨어지거든, 그래도 12만 원이야.”(이주노동활동가 1)

코로나19 이전부터 장애인의 빈곤율은 상당히 높았다. 2017년 장애인 가구의 상대빈곤율은 52.1%였고, 가구주가 장애인이 가구주인 경우에는 58.5%로, 장애인이 가구원인 가구의 상대빈곤율 39.8%보다 크게 올라갔다(이선우, 2018). 장애인에게 취업의 장벽이 매우 높고, 취업을 하더라도 임금 수준이 전체 임금근로자보다 한참 떨어지기 때문이다. 중증장애인은 아예 법적으로 최저임금 적용에서 제외돼 있다. 수입은 적지만, 의료비, 보조기기, 간병비, 교통비

등 장애로 인한 추가 비용이 소요되는 경우가 많아 경제적 부담이 더 큰 형편이다.

이러한 상황에서 코로나19는 그렇지 않아도 양질의 일자리라고 할 수 없는 장애인의 일자리를 더욱 위태롭게 만들었다. 코로나19로 인한 실업이 5명 미만 사업장에서 속출했는데, 장애인 노동자의 1/3 이상이 5명 미만 사업장에서 일하고 있다. 특히 기업에서 동료 노동자를 안마해 주는 헬스키퍼나 네일아트 등의 직종은 재택근무를 할 수도 없고, 장애인 노동자들이 일자리를 잃게 되는 경우가 많은 것으로 나타났다⁵⁾. 정부에서 제공하는 일자리 역시 크게 영향을 받았다. 장애인직업재활시설도 문을 닫거나 최소한의 인력만 근무하면서 장애인의 수입이 끊긴 상황이다⁶⁾.

장애인이 가구주로서 가구 수입을 책임져야 하는 경우가 아니라고 해서 생계의 위협을 느끼지 않은 것은 아니었다. 지난 2월 대구에서는 장애인과 장애인활동지원사 감염사례가 잇따랐다. 이러한 가운데 부모들이 장애인활동지원사를 구하지 못하거나, 감염에 대한 공포 등의 이유로 일을 그만두고 중증장애인을 직접 돌보게 되면서 경제적 어려움을 겪고 있었다.

“생계 위협은 너무 심각한데요. 음... 일단 생계 위협은 제일 큰 건, 장애인 부모들. 사실 장애인 당사자는 이미 네 애초에 국가가 뭐 돈을 벌 기회가 없었으니까 그런데, 장애인 부모들이 일을 그만둔 사례는 지금 너무 많이 늘어나고 있어요. 이게 아까랑 연결되는데 활동지원사가 안 구해지거나 불신하거나 하면 안 되겠다. 야 이 코로나 국면 속에서는 일단 생존이 우선이다. 내가 일 그만두고 너 살리고 일 다 끝나면 내가 다시 어디 주방이든 어디든 다시 취업하면 되니까 우리 가족 일단 살자 해서, 특히 어머니들이죠. 압도적으로 여성이 많이 그만두시죠. 그만두고 나면 이제 소득이 계속 안 잡히니까 그러면 그런 사례들이 또 저희한테 올라와요. 아, 여기는 진짜 소위 말해서 쌀 사 먹을 돈이 없다.” (장애인활동가 1)

(2) 사람들을 배제하는 사회안전망

사회복지의 증진에 노력할 의무가 있는 국가는 여러 복지제도를 마련했다. 그러나 코로나19로 시장에서 노동을 판매해 생활을 영위하는 데 제약이 있는 집단들이 생계의 위협을 겪어도 복지의 대상이 되지 못하는 경우가 많았다. 사회안전망의 커다란 사각지대가 다시 부각되었다.

가장 많이 이슈화 된 것은 고용보험이다. 일자리를 잃어도 고용보험이 적용되지 않는 특수고용노동자들은 실업급여를 받을 수 없다. 실업급여는커녕 특별한 해고절차도 없이 하루아침에 일이 끊기기도 한다. 사업주가 경영이 어려워져 휴업에 들어갈 때, 정부는 고용유지지원금

5) 매일노동뉴스. 2020.9.1. “자진퇴사할래, 휴직할래” 코로나19에 우는 장애인 노동자

6) 경기일보. 2020.9.3. 코로나19에 고립된 장애인직업재활시설… 매출도 생계도 감감

을 통해 사업주가 노동자에게 지급할 휴업수당을 지원하지만 이 역시 해당되지 않는다. 특수 고용노동자와 달리 '근로자'로 인정받는다 고 모두 고용보험의 적용을 받는 것도 아니다. 원칙적으로는 근로자를 고용하는 모든 사업 또는 사업장의 사업주는 고용보험의 당연가입대상이지만, 사업장의 규모를 고려해서 고용보험 당연가입에서 제외하는 경우도 있다. 이 때문에 5인 미만 업체 종사자의 63%는 고용보험에 가입되지 않아 마찬가지로 지원을 받지 못하는 형편이다).

코로나19를 계기로 정부는 이전부터 논의했던 전국민 고용보험을 추진하겠다고 밝혔다. 하지만 정부의 자의적 판단으로 전속성이 높은 일부 특수고용노동자들을 조금씩 포함시키는 것으로는 여전히 불안정노동자를 보호하기에 부족하다. 한편 전국민 고용보험이 의제화 되는 가운데에도 '국민'이 아닌 이주노동자는 낱 틈이 없다. 이주노동자 역시 고용보험 임의가입 대상이다. 바로 옆의 한국인 정주노동자는 휴업수당을 받아도 이주노동자는 아무런 지원을 받지 못하고 있었다.

“그다음에 이제 회사에서 휴업하는 곳들이 많이 생기죠? 미등록 이주민 같은 경우에는 휴업도 아니고 그냥 해고죠. 그냥 바로 해고고, 그런데 다른 일자리를 찾기도 어렵고. 당장 생계의 어려움을 호소하는 분들이 많고. 그런데 무급 휴업을 하는 곳 같은 경우는 그 한국인분들은 고용 보험이 있어가지고 지원금을 받는데, 이주노동자는 임의 가입이어서 가입이 안 되면 못 받는 거예요. 같은 사업장 안에 있어도.” (이주노동활동가 2)

“사실은 노동을 해서 먹고 살기 때문에 일자리가 없으면 치명적이죠. (사회자: 노동을 못하는데) 그러니까요. 여타 보조적으로 지원책이 없기 때문에 노동에 의존할 수밖에 없죠. 그런 가운데서 사실 코로나로 인해서 자동차를 비롯해서 조업들이 많이 중단되었고, 중단되면 하청까지 쪽 내려오잖아요. 그래서 일정 기간 휴업하는 공장들이 많아요. 많은데, 한국인들은 고용보험을 들기 때문에 고용 유지 훈련금, 그렇죠? 그걸 지원을 받아요. 평균적으로 70%를 지급을 해요. 그게 평소에 받던 정도의 임금이에요. 그래서 사실은 이제 이렇게 노동자들은 타격은 별로 없죠. 정주 노동자들은 타격이 별로 없는데, 이주노동자들은 고용보험에 가입이 안 되어 있잖아요? 그래서 이게 해당되지 않아요. 자, 그러면 법률적으로는 휴업 수당을 지급하게 되어 있어요. 회사의 이유로 조업을 못 할 때 휴업 수당을 지급하게 되어 있는데, 휴업 수당 제도를 알고 있는 이주노동자들이 얼마나 될까?” (이주노동활동가 3)

이주노동자는 제도로부터 제외되는 것이 전부가 아니다. 앞에서 살펴봤듯이 이주민은 건강보험 보험료 산정에서도 차별을 받는다. 소득이 없으면 한 달에 1, 2만원의 보험료도 부담스

7) 조선비즈. 2020.4.8. [휴업수당·실업급여는 남의 얘기... 영세업체 직원 379만명의 눈물](#)

럽지만, 가입자격이 직장가입자에서 지역가입자로 분류되면서 12만원이 넘는 보험료가 책정된다. 소득수준이 낮아도 높은 보험료를 책정하다보니, 건강과 소득 보장을 목표로 하는 제도가 오히려 생계를 위협하고 있었다.

코로나19의 여파로 생계의 위협을 받고있는 사람이 늘어나고 있다는 것은 기초생활보장 수급자가 늘어난 것으로도 확인할 수 있다. 코로나19 유행 이후 5월말까지 기초생활보장 수급자가 10만 명 넘게 증가했다⁸⁾. 이를 보면 기초생활보장제도가 어려워진 사람들을 촘촘하게 지원하는 것 같지만, 배제된 사람들 역시 크게 증가했을 가능성이 높다. 2018년 현재 생계의 어려움이 있지만 생계, 의료급여를 받지 못한 사람들이 73만 명이나 되었다. 2022년까지 단계적으로 생계급여에서 부양의무자 기준을 폐지함으로써 약 26만 명이 새로 생계급여를 받는다 하더라도 여전히 의료급여에서는 부양의무자 기준이 유지되고, 많은 사람들이 사각지대에 남아있을 것으로 보인다.⁹⁾

(3) 더 열악한 사람은 빗겨가는 코로나19 대책

기존 사회안전망이 한계를 드러내는 가운데 정부는 여러 가지 코로나19 대책을 마련했다. 정부는 전국민에게 긴급재난지원금을 지급하였고, 각 지자체 역시 재난기본소득, 재난 긴급생활비 등의 명목으로 지원금을 지급했다. 또한 고용유지지원금, 긴급복지지원제도와 같은 기존 제도들의 대상 기준을 완화하고, 지원 금액을 확대했다. 정부의 코로나19 대책들은 당장 생계가 급한 사람들에게 단비같은 조치들이었다. 하지만 문제는 더 열악한 사람들이 여전히 사각지대가 남아있다는 것이다.

가장 대표적인 코로나19 대책인 긴급재난지원금은 '전 국민'을 대상으로 하기 때문에 사각지대라는 말이 어울리지 않아 보인다. 하지만 제도의 대상이면서 지원을 받지 못하는 사람들, 혹은 지원을 받아도 실질적으로 활용하지 못하는 사람들이 있다. 지난 5월 홈리스행동이 서울역 인근 노숙인 102명을 설문한 결과에 따르면, 주소지가 떨어져서(27%), 신청 방법을 몰라서(26%), 거주불명등록자라서(23%) 재난지원금을 신청조차 하지 않았다는 노숙인이 77.5%에 달했다¹⁰⁾. 또한 지원금을 수령한다 하더라도 수령하는 곳과 생활하는 곳이 달라 사용하기 어렵고, 당장 급한 월세나 공과금을 낼 수 없다는 것은 아쉬운 점이었다.

8) 중앙일보. 2020.7.8. '[코로나 여파' 기초수급자, 넉 달 만에 10만 늘어 200만 명 육박](#)

9) 보건복지부 보도자료. 2020.8.10. [앞으로의 3년, "더 많은 국민의, 더 나은 기본생활 보장"을 위해 나아가겠습니다](#)

10) 비마이너. 2020.5.13. [코로나19 대책에서 배제된 빈곤층, 어떻게 개선될 수 있나](#)

“일 자리를 뭐 대구, 포항, 구미에 있는데 주소지가 여기서 노숙을 하거나 쪽방이 있어요. 그런 사람들은, 재난 지원금 같은 경우도 저기 가면 탈 수 있다 저기 가서 타면 되지 않느냐 하는데, 와이프나 아이들이 다 탔거나, 설령 탔다 그랬는데 구미사랑상품권. 나는 대구 쪽방에서 살고 노숙하는데, 구미 상품권을 주면 어떡해요. 그래서 안 가는 거예요. 일 자리가 마찬가지로. 거기서만 해야 되니까. 그런 고리들을 좀 열어 주는 것들이 필요한 거죠.” (쪽방활동가 1)

처음부터 제도의 대상조차 되지 못하는 사람들도 있다. 형편이 여유로워서 지원이 필요 없는 것이 아니다. 기존 제도에서도 제외되던 이주민은 ‘국민’을 대상으로 하는 코로나19 대책에서 다시 배제되었다. 이는 국적과 무관하게 지원금을 지급하는 미국, 일본, 독일 등 다른 나라의 사례들과는 대조적이다. 국내에 주소를 둔 외국인인 내국인과 마찬가지로 '주민'이고, 방역 조치에 협조 의무도 동일한데 재난지원금에서 배제되는 것은 인종주의 말고는 설명이 어렵다.

“그리고 한 가지는 어마어마하게 차별이라는 거는, 우리 사회에서는 이주노동자하고 한국인이 차이 난다. 이주노동자는 다른 존재. 재난지원금 하나 때문에 알 수 있어요. 그거 하나만 따져 봐도 애들은 다른 쪽이야. 우리가 애들을 챙길 수 없다고 생각하는 거죠. 결국 한국인들은 다 재난지원금 받을 수 있으면, 이주노동자 빼놓은 거 자체가. 또 다문화가정도 쫓잖아요. 다문화가정이 우리 가족이야. 그런데 이주노동자는 우리가 아니야. 그냥 다른 사람이야. 그건 국가가 차별하는 거잖아요. 국가가 차별을 하고 사람들이 그걸 받아들여서, 코로나 끝나면서 앞으로 우리 사회가 조금 더 힘들어지고 경제 쪽으로, 그때 어떤 차별을 들어오는지 알 수가 없는 거죠.” (이주노동자활동가 4)

전 국민을 대상으로 하는 긴급재난지원금의 상황이 이러하니, 다른 제도 역시 크게 다르지 않다. 물론 목적에 따라 설계된 각각의 제도가 서로를 보완하기도 한다. 코로나19 긴급고용안정지원금은 고용보험에 가입하지 않은 특수고용노동자, 영세 자영업자들을 지원한다. 그러나 이 역시 정보접근성이 떨어지는 사람들은 지원하기 힘들고, 까다로운 기준과 절차 때문에 제외되는 사람들이 많았다.

“전반적으로 정부 지원 정책에 대해서 정보에서 소외되어 있는 분들이 있어요. (사회자 1: 정보 접근이 안 되는?) 네. 컴퓨터 잘 못 하시고 사회 관계가 단절되어 있어서 정보 접근이 안 되는 분들, 그다음에 원래 이러면 안 되는데 여러 가지 우리 한국사회가 보이지 않는 장벽이 있어요. 신용불량이 걸려있거나, 이런 케이스로 신청하는 걸 부담스러워 하시는 분들. 그다음에 아예 정보가 전달이 안 되는 분들 있죠? 하는지 안 하는지 모르는 분들. 그래서 절반 이상은 사실 신청을 못 했음에도 불구하고 정부 예상치를 뛰어넘을 정도로 어려웠던 건데,” (대리운전노동자 1)

코로나19 대응으로 인한 재정 부담을 사회에서 잘 보이지 않는 취약집단에게 전가시키는 것도 큰 문제다. 정부의 3차 추경 예산안에는 장애인 지원 예산이 1천 576억 원이 삭감됐다¹¹⁾. 장애인에 대한 지원 예산이 늘어나야 할 시기에 오히려 장애인의 사업 예산은 우선순위에서 밀리고 있었다.

“더 우선순위가 밀리는 건 분명히 있어요. 더 우선순위가 밀리는 건 있죠. 뭐 예컨대 당장 3차 추경안이라고 해서 코로나가 지금 1차, 2차 추경 나오잖아요. 3차 추경안 보시면 발달장애 예산이 100억이 깎였어요. 그런데 제가 봤을 땐 정부가 발달장애인 필요 없어가 아니라, 이게 우선순위에서 밀려서 깎인 거거든요. 아랫돌 빼서 윗돌을 얻다 보니까 여기서 100억이 깎인 거 같아요. 그런데 이런 식의 예산안만 봐도 일단, 그 불평등은 정말 명정하게 보여요.” (장애인활동가 1)

정부에서는 포용 국가를 표방하며, 코로나19 위기를 불평등을 줄이는 기회로 삼겠다고 했다.¹²⁾ 하지만 정작 제도는 보편적인 시민권을 보장하기보다 사람들을 배제하는 방식으로 설계되어 있다. 제도를 운영하는 과정에서도 충분한 예산을 투입하지 않으면서 권리 보장이 제대로 이뤄지지 못하고 있다. 잔여적 복지체계, 최대한 예산을 적게 투입하며 관리하는 운영 방식, 그리고 제도화된 인종주의가 결합하였고, 코로나19 대응 역시 그 연장 선상에서 이뤄지면서 취약집단은 여전히 배제되고 있다.

2.4. 정보접근성

(1) 생존과 직결되는 코로나19 상황에서의 정보접근성

코로나19 유행을 기점으로 디지털 기기를 이용한 원격 영상 회의, 온라인 강의와 토론, 배달 앱 이용, 비대면 은행·비대면 계좌 개설, 재택근무 등 비대면 생활문화는 빠른 속도로 확대되고 있다.

정부와 지방자치단체 또한 각 지역의 코로나19 확진자 정보를 재난문자로 발송하고 있으며 재난 지침이나 교육용 영상을 유튜브를 통해 제공하고 있다. 재난문자 수신을 위해 15개 재난 안전정보를 통합·연계하여 모바일 재난 안전정보 포털 앱 ‘안전디딤돌’¹³⁾ 설치도 권장하고 있

11) 소셜포커스. 2020.6.29. [장애인예산 감액한 3차 추경... "벼룩의 간까지 빼먹나](#)

12) 경향신문. 2020.6.9. [문 대통령 “위기를 오히려 불평등 줄이는 기회로 삼겠다”](#)

13) 정부24, 2020.6.1. [모바일 재난 안전정보 포털 앱 안전디딤돌](#)

다.

스마트 폰이 보편화된 지금, 스마트 폰을 활용하는 서비스 제공은 당연하다고 생각할 수 있지만 여전히 2G, 3G폰을 사용하는 사람들이 존재한다. 단말기의 기술적 한계로 인해 재난문자를 받을 수 없는 휴대전화도 122만 5천여대(2019년 7월 기준)에 달하고 있으며 앱 설치 자체가 불가능한 폰도 96만 1천대에 달한다.¹⁴⁾ 정보취약계층¹⁵⁾의 경우 디지털정보 활용수준과 이용능력은 평균적 수준의 약 60% 정도¹⁶⁾이다.

신형 디지털 기기를 보유하고 있지 않거나 기기 조작성 미숙한 사람, 한국어나 한글의 이해력이 낮은 사람들의 경우, 코로나19 재난정보 접근에 있어 제한되거나 배제되는 문제가 발생한다. 코로나19 유행 이전에도 이들은 정보 소외로 인한 불편과 불이익 심화, 생존권 위협을 감수하며 살고 있었다. 이러한 조건 속에서도 사회 구성원으로 자신의 자리에서 삶을 이어갈 수밖에 없었던 이들의 상황이 코로나19를 통해 극적으로 드러났다. 코로나19 대유행은 그 자체로서 위기의 성격을 지니지만, 다른 한편으로 이 사회가 갖고 있던 구조적 모순과 한계, 위기의 징후들을 명징하게 드러낸 계기이기도 했다.

정보접근권은 개인정보보호권이나 공공정보 열람·이용권한 등을 모두 아우르는 '정보기본권'의 일종이다. 정보화 사회에서는 누구나 시간과 장소에 구애받지 않고 원할 때 온라인상의 정보에 접근하고 이용할 수 있는 권리를 '기본권'으로 보장받아야 인간답게 살 수 있다는 현실 인식에서 출발했지만 아직 기본권으로서의 지위를 확보하지 못하고 있다.¹⁷⁾ 설 새 없이 오는 재난문자이지만 읽지 못하고, 내용을 이해하지 못하고 정보의 접근이 불가능한 사람들에게 정보 접근권은 요원해 보인다.

(2) 코로나19 재난 정보 소외로 고통스러운 사람들

코로나19가 확산되면서 정부와 지방자치단체들에서는 확진자 정보 등 재난 관련 정보를 하루에 몇 차례씩 문자로 내보내고 있다. 하지만 그 문자를 받지 못한 사람, 문자는 받고 있지만 내용 이해가 어려운 사람, 내용을 이해하더라도 소통이 불가능한 사람들이 있었다.

코로나19 유행 상황에서 생존과 직결되는 정보와 차단된 상태에 있었던 사람들이 경험한 불안감과 공포심은 매우 높았다.

14) TV 서울, 2020.8.20 [박완수 의원, “국민 휴대전화 122만대 재난문자방송 못 받아.. 대책마련 시급”](#)

15) "정보취약계층"이란 장애인·고령자 등 신체적·사회적·기술적 제약 등으로 인하여 정보통신서비스에 접근하거나 이용하기 어려운 계층 (서울특별시 정보취약계층 정보접근성 향상을 위한 조례)

16) 과학기술정보통신부 2019 디지털정보격차 실태조사

17) 뉴시스, 2020.4.9. [코로나가 들춘 정보격차...“헌법에 정보기본권 명시할 때”](#)

“이 긴급 문자는 또 길어요. 어려운 한자어예요. 이주노동자들이 이걸 읽을 수가 없어요. 알 수 없는 문자는 계속 올리죠. 어디 누가 감염되어 출입국 갔다가 잡혀갔다더라. 코로나 의심이 걱정돼서 병원에 갔는데 출입국으로 가서 추방당했다더라. 누가 죽었다더라 벌써 2명째 죽었다더라. 그런 건 언론에도 안 나온다. 이렇게 나오는 거죠. 이런 얘기들이 있으니까 사실 공포 그 자체예요.”(이주노동활동가3)

“아무래도 잘 접할 수가 없으니까, 사람들이 물어보면 얘기해 주기도 하고, 아 이거 너무 모르는구나 그렇게 생각할 때가 있지요. 이걸 좀 더 알아야겠구나. (중략) 어디서 죽는다고 그러고 나 같은 사람은 잘 돌아다니는데 격리시키면 큰일이거든요. 꼼짝 말고 보름 있으면 큰일이죠. 병원에도 오래 있으면 큰일이고. 맨날 돌아다니고 그러는데, 알긴 알아야겠으니까 뉴스를 잘 알아야겠다 생각을 하죠.(중략) 그래서 사람들에게 물어보기도 하고”(홈리스1)

“의사소통 장애인들은 병원, 치료 시스템 안에서 더욱 소외돼요. 특히 코로나 때는 선별 진료소부터 자가격리까지 소통이 안 돼서 어떻게 접근해야 할지 막막해요. 저의 동료들은 뇌성마비로 손 사용이 어려워져 긴급재난문자도 볼 수 없어요. 정보 제공이 아예 안 되고, 검사를 받으려고 해도 소통이 안 되기 때문에 답답해요.”(뇌병변장애인 활동가)

코로나19 유행 초기, 이주노동자 대상의 재난정보 번역 외국어는 영어와 중국어 정도였다. 고용허가제로 입국한 16개국가 이주노동자들 대부분은 한국정부가 직접 제공하는 코로나19 재난정보로부터 제한되었다. 정확한 코로나19 재난 정보를 알 수 없었던 이주노동자들은 서너 겹의 마스크와 공장에서 사용하는 라텍스 장갑 두 겹씩을 끼고 여성의 경우 차도르까지 두르고 생필품을 사러 갔다. 그들의 공포심과 불안감이 어느 정도였는지 추측된다. 미등록 이주민들도 증상이 있으면 단속 위험없이 검사를 받을 수 있다는 정부방침을 마련했지만 이를 아는 미등록 이주민들은 별로 없었다.

“전철이나 버스 이용할 때 다 무서우니까 정류장 하나 지나가는 게. 그리고 나가면 코로나 사람 죽는데 이렇게 하면, 남의 나라고 정보가 더 부족하고 그 나라 언어도 잘 식별을 못하고 그러면 더 두렵지 않겠어요? 그리고 우리가 그 나라가 자기를 존중하는 나라도 아니고, 그럴 때는 더 공포가 있겠죠. 그러니까 바짝 더 긴장해서 다니는 거죠.”(이주노동활동가3)

“(재난지원금) 안내를 어떻게 할까? (중략) 아마 다언어로 제공을 안 했을 건데. 정부도 지금 안 하잖아요. 당연히 구 차원에서 그런 생각은 안 했겠죠. 이런 거는 또 이제 결혼이주민 분들은 당연히 지금 되는 분위기라면 전국에 2백 개가 넘게 다문화 가정지원센터가 있는데 거기서 할 수 있거든요. 근데 왜 그걸 빨리 안 할까라고 하는 생각이 좀 들고. 4

월 중순쯤에 여성가족부에 그런 정보 제공을 하라고 얘기도 있어 가지고 그때 조금 예방 수칙이나 생활 방역 지침이 거기서 번역이 되기 시작했는데, 늘 좀 늦는 거죠. 이걸 8월 까지 써야 되고 신청 안 하면 기부금 되고, 근데 그거를 나중에 알게 됐다고 그런 것도 이제 소소하지만 차별이라고 볼 수 있을 것 같아요.”(이주노동활동가2)

사회와 단절된 채 살아가는 노숙인의 경우, 코로나19 재난정보와도 단절되어 정보를 뒤늦게 접하거나 정보를 접하지 못하는 경우도 있었다. 코로나19 방역지침인 사람간 거리두기를 노숙인에 대한 차별로 오해하는 일도 있었다.

“그 사람들에게 내가 얘기를 안 해 봤지만, 사람들은 어떤 인맥이라든가 그런 게 없기 때문에 전혀 그런 걸 모르는 사람도 있어요. 어딜 다니고 길에 다녀야지 뭘 보고 누가 핸드폰으로 연락도 해주고 그러는데, 그런 게 없으니까 그런 게 있었냐고 그러는 사람도 있고 (중략) 이런 사람들은 집도 근거지도 없고 전화도 없지. 그렇다고 그 사람들(공무원들)이 찾아다니지는 않지. 찾을 수도 없고, 왔다 갔다 다니니까. 그렇죠. 원래는 집이 있어야 전화번호가 있어야 연락이 오니까.” (홈리스 1)

“사회적 관계랄까. 쪽방 주민들은, 거리 노숙인들이 말할 사람이 없다는 것처럼, 주민들 사회적 관계를 조사해보면 거의 다 단절이거든요. 그래도 급할 때 친한 사람이 있으면 옆방 누구, 2층 누구. 집주인. 그러니까 결국 돈이 없어서도 그렇지만 돈이 있더라도 밖에 나가도 진짜 많이 나가는 게 동네 대포집. 거기에 다 모여서 먹고, 그 동선이 빠른 상황으로 몇 달을 사는 것 같아요.” (쪽방활동가 1)

- 사회자 1: 거리에 계신 분들은 코로나 관련 정보를 어디에서 얻을 수 있죠?
- 홈리스 1: 사람들 안 만나니까 잘 모르죠. 앉아만 있고, 지하철 역 밖에 있다가 밤에 문 닫을 시간 9-10시에 내려오거든요. TV안 보거나, 신문. 아 신문 보는 사람이 있긴 있어요.
- 사회자 1: 신문은 어떻게 구해요?
- 홈리스 1: 누가 놓고 가거나 그런 거로 보는 거죠. 용산이나 서울역, 영등포에는 TV가 있죠. 그런 데서 뉴스 보거나. 그런 걸 안 보는 사람들은 누가 얘기를 안 해주면 모르는 거죠. 나도 몰랐지. 나더러 대중교통 타고 다닌다고 띄엄띄엄 앉으라고 왜 나한테 그런 소리 하지? 그리고 기분이 나빴죠. 차별한다고 생각했지 (웃음) 그랬더니 그게 한참 후에 보니까 그게 방송에 계속 나왔더라고

직접 신청해야 하는 긴급재난지원금, 안내문부터 이해하기 힘든 단어로 가득하다. 장애인은 긴급재난지원금 안내문을 이해하는 것에서부터 신청하고 사용하기까지 쉽지 않은 몇 가지 관문들을 통과해야 한다. 특히 장애를 가진 노인들은 누가 직접 설명하고 알려주지 않으면 정보를 이해하기 어렵다.

“기본적으로 직접 신청해야 하고, 여기에 당연히 안 들어온 사람들이 늘 있죠. 수급자가 아닌데 빈곤한 장애인, 연금은 안 받지만 빈곤한 장애인, 이런 분들은 주민센터에서 연락이 와도 사실되게 어렵고, 그 지침 한 장짜리, 안내문인가? 말도 어려운 데다가 뭐 소득 기준에, 그때 그거 뜨고 나서 상담자들이 굉장히 많이 왔어요. 일일이 주민센터에서 확인하기도 힘들고, 주민센터는 인력이 적어서 너무 바빠요. 결국은 경산은 따로 신청 없이, 수급자의 경우에 장애연금 받거나 이러면 방문만 하면 카드를 주는 걸로 했는데, 이 정보도 알기 힘들신 분들이 있어요. 이 카드가 아니라 상품권으로 받는 분들은 어디에 어떻게 써야 하는지도 몰라서 종이 채로 가지고 계시는 분들도 계시고...”(장애인 활동지원사)

“(장애가 있는 노인들은) TV 뉴스에 나와도 무슨 말인지 이해를 잘 못해요. 설명해주지 않으면. 그래서 아, 이런 건 어떻게 해야 되죠? 요즘에 홍수가 나서 피난하고 그러잖아요. 사람들 일일이 노인들 가서 지금 홍수 났다 빨리 피해야 된다고 누군가가 끌어내주지 않으면 무슨 말인지 방송이 나와도 못 알아 들으신다고. 왜냐하면 시골 노인들 다 7-80대 노인들이시고, 그런 문제가 있다고 그러시더라고요. 공무원들이 직접 가가호호 다 방문해서 일일이 모시고 나와야 된다고 얘기하는 것처럼 코로나도 그렇죠.”(장애인활동가 2)

상품권으로 받은 사람들은 사용방법을 몰라 상품권을 그대로 갖고 있는 경우도 있었고 카드로 받은 사람들은 사용 가능한 매장을 구분하는데 어려움이 있었다. 당시 언제 문을 열지 모르는 재래시장에서만 사용 가능한 상품권을 받기도 했다.

“무슨 말인지 잘 이해를 못하는 사람들이 있어요. 재난지원금이다. 이게 무슨 말이야? 이런 분들도 있으시더라고요....그걸 모르셔서 못 찾으시는 분들도 좀 있으시고, 가서 어떻게 해야 되냐? 사실 재난지원금을 주는데 어디는 되고, 어디는 안 된다 종이에 적어서 다 주긴 했지만... 예를 들면 이마트는 쓸 수 있고, 아니 없고, 동네 마트는 되고, 그것도 지역마다 또 달라요. 그런데 아시는 분들은 자기가 이걸(재난지원금을) 받긴 받았는데 어디에서 쓰는지 모르겠다. 어느 마트는 되고 어느 마트는 안 되고 어디는 되고 어디는 안 되는 거냐.”(장애인활동가 2)

“카드 말고 상품권 주는 경우는 어디에서 사용하는지 모르는 것도 있고, 제 주변에 어떤 가게가 되고 안 되고 시켜 먹을 때도 어디가 안 되고 전혀 안내가 없으니까 헛갈리더라고요.”(장애인자립생활센터 근무자1)

“경기도랑 서울도 다르고, 그래서 SH 공사에서는 온누리상품권을 줬어요. 온누리상품권은 재래시장에 가서 써야 되거든요. 그런데 재래시장은 거의 다 문 닫았잖아요. (웃음) 그래서 이거 주면 뭐하니? (웃음) 재래시장 코로나 때문에 문 닫았는데 어디 가서 써. 뭘다가 써야겠다 그러니까 기한이 있는 거 아니야? (장애인활동가 2)

노숙인의 경우 긴급재난지원금을 받고 싶어도 주민등록지에 살지 않는 거주불명자이기 때문

에 받을 수 없는 사람이 많다. 찾아갈 주민센터도 없고, 휴대전화와 카드도 없어 지원금을 신청할 방법이 없다. 시민사회단체의 지적이 잇따르자 행정안전부는 거주불명자인 노숙인이 가까운 주민센터 어디서든 지원금을 신청할 수 있도록 개선하기로 했다.¹⁸⁾

“그것(재난지원금)도 어디 걸려있는 데가 없으니까. 우리 같은 경우에는 얼른 주민등록증을 만들어라. 그렇게 하는 거죠. 한 보름 걸리거든요. 그게 아마 1차가 5월 15일까지인가 그럴 거예요. 지금 며칠 안 남았는데. 그래도 제 생각에는 사진을 대조해야지 아무나 줄 순 없잖아요. 민증이 있으면 그걸 확인해서 자격이 되면 타는 거죠.... 하는 사람도 있고, 어떤 사람은 다 알려줘도 그거를 안 하는 사람도 있고 그래요. 아직도 모르는 사람도 많은 것 같고. 그런데 그 사람들 중에서 어떤 사람은 핸드폰 갖고 보는 사람은 좀 아는 사람도 있고...”(홈리스 1)

여전히 재난대응체계는 비장애인 중심이다. 질병관리본부 코로나 상황 발표시 장애인체에서 청각장애인을 위해 수어통역을 요구하여 수어통역사를 세우기는 했지만 TV 화면에 나오지 않은 위치에서 수어 통역을 하게 한 사건은 단순한 실수가 아니라 장애 문제를 대하는 감수성이 그대로 드러난 것이라 볼 수 있다.

“질병본부에서 발표할 때도 수어통역사가 없다고 저희가 있어야 된다고 막 요구했더니 수어통역사를 처음에 어디다 세웠냐 하면, 본부장이 TV에 나오는데 그 쪽 옆에 기자들을 위해서 세워놔서 저쪽 구석에서 수어를 통역하는 거예요. 어, 저게 뭐니? 그래 가지고 바꾸라고 수어통역사에 방송에 같이 나와야 된다. 그래야 청각장애인이 같이 정보를 접할 수 있다라고 다시 애길 해가지고, 어떻게 그렇게 개념이 없고 생각이 없는지 모르겠어요. 아니, 우리가 수어통역사 세워달라고 할 때 기자들을 위해서 세우라고 하겠어요? 방송을 보는 다른 청각장애국민들을 위해서 세우라는 거죠. 아, 진짜. 지금 나오는 것도 옆에서 같이 하는 거 보고 있으면, 아 제발 여기만이 아니라 다른 데도 좀 저렇게 써줬으면 이런 바람이 생겨요.(장애인활동가 2)”

(3) 자발적 정보획득

코로나19와 관련된 정보는 이주노동자와 장애인의 경우 페이스북 등 SNS나 커뮤니티를 통해 얻는 경우가 많았으며 노숙인의 경우 TV나 사람들이 버리고 간 신문을 통해 정보를 얻는 경우가 많았다.

“다 페이스북 통해서. 우리가 생각하기는 것에 대해서도, 뭐냐면 나는 어떤 뉴스를 받게

18) KBS 뉴스. 2020.6.8. “[당장 하루가 급한데](#)”...긴급재난지원금 못 받는 노숙인들

TV에서 보지만 그중에는 페이스북에 올라오는 것도 많아요. (중략) (이주민) 센터가 많잖아요. 이주민 센터들이 많으니까 정부 지침을 내리면 센터에서 나라마다 번역을 해서 그 나라 커뮤니티에 올리면 그걸 또 사람들이 공유하고 많이 셰어링이 돼요.”(이주노동활동가 4)

“우리는 통화하거나 만나면, 그러니까 뉴스라든가 누가 정식으로 알려줘서 아는 게 아니라 주변 사람들, 지인을 통해서 접하는 분들이 많아요. 저는 계속 집에서 있으면서 전화비만 엄청 올랐거든요. 계속 사람들이랑 통화해서. 뭐가 되는데 거긴 받았어? 얼마 나왔어?...노인들이 더 심하죠.” (장애인활동가 2)

“코로나 정보를 사람들에게 듣기도 하고, 신문 같은 거 보기도 하고, 어쨌든 지금 세상이 망할 때가 됐구나. 이건 보통 일이 아니다. TV서 누가 보고 그러더라고요. 가끔 TV에 나오잖아요. TV 보고 조금씩 알고 사람들에게 물어도 보고, 몰랐다가도 교회 가니까 누가 그러더라고요.” (홈리스 1)

이주노동자의 경우 한국사회와 관계를 맺고 있고 한국어 소통이 가능한 사람들이 SNS에 게시물을 올리면서 이주민 커뮤니티 내 코로나19 정보가 공유됐다. 빠른 정보공유라는 긍정적 측면도 있었지만 일부 정보의 오류도 있었다. 이주민에게 우호적이지 않은 한국 정부에 대한 불신이 있고, 정보가 제한적일 때 가짜뉴스의 파급력이 커졌다. 그리고 그 가짜뉴스는 이주노동자들의 공포감을 키우는 기폭제 역할을 했다.

“가짜 뉴스는 개인 대 개인의 SNS로 만들어지는, 특정 누가 만들었다기보다는, 우리도 그렇잖아요. 우리도 출처 불명으로 돌잖아요. 코로나와 관련해서. 주로 죽었다 이런 얘기들. 본인들이 생각할 수 있는 고립감이 이루 말할 수 없죠. 예를들면 여기 와 있는 이주노동자들은 죽어도 숫자도 안 나온다. 이런 절망감들이 있을 거라고 생각해요. 안 나온다고 얘기하면 이건 뭐....(이주노동활동가 3)

“그분이 페이스북 동영상으로 이런 예방 수칙이 있고, 그런데 본인도 약간 이런 걸 받는 걸 좋아하는 것도 있지만 그걸 통해서 많은 사람들이 받아가기 때문에 또 하는 거예요. 그렇게 해서 정보 제공을 하는데 문제는 그분들은 좋은 뜻에서 하죠. 그리고 그게 거의 유일하게 빠른 정보 제공 경로이긴 한데, 잘못 번역을 하는 경우가 생겨요. 왜냐하면 공식적인 정보 제공 채널이 아니기 때문에, 그래서 얼마 전에도 베트남분 중에 뭘 올렸는데 약간 문구가 잘못되어서 왜곡된 정보가 간 거예요. 그래서 댓글이 아, 저건 잘못됐다 그래서 시정도 되긴 하는데, 그렇게 했을 때 받아들이는 분이 잘못된 정보만 인식하고 있는 경우도 있고. 어쨌든 정확한 정보가 빨리 정확한 번역으로 안 되었다. 지금도 마찬가지 상황이고요.”(이주노동활동가 2)

“이번에 보면 일본에서 투명하게 공개하고 해서 사실 정보가 뉴스에서 실시간으로 듣고

있잖아요. 그런데 사실 이게 스리랑카로 가서 다시 돌아올 때는 굉장히 왜곡되어서 돌아오는 거예요. 정확한 정보가 아닌. 들려오는 얘기로는, 뭐, 경산에서 파키스탄 누가 죽었다더라.... 주로 가짜 뉴스는 여기 다양한 커뮤니티들이 있잖아요, 그 속에서 만들어지는 거죠. 그런데 뭐 두렵고 공포심이 있기 때문에 그런 가짜 뉴스가 훨씬 더 전파력이 있는 거죠.”(이주노동활동가 3)

“그리고 나가면 코로나 사람 죽는데 이렇게 하면, 남의 나라고 정보가 더 부족하고 그 나라 언어도 잘 식별을 못하고 그러면 더 두렵지 않겠어요? 그리고 우리가 그 나라가 자기를 존중하는 나라도 아니고, 그럴 때는 더 공포가 있겠죠.” (이주노동활동가 1)

2.5. 열악한 노동

(1) 박탈되는 노동

코로나19 이후 연차강요, 무급휴가, 무급휴직, 권고사직, 희망퇴직, 정리해고로 이어지는 구조조정의 사이클이 전면화됐다. 이러한 노동으로부터의 박탈은 비정규 노동자, 하청 및 자회사 노동자들에게 두드러졌다. 우선 노동의 박탈과 관련해 가장 일반적으로 발견되는 양상은 강제적인 연차휴가 및 무급휴가 사례다. 이러한 휴가 소진은 시간권리의 자율성이 발현됐다고는 볼 수 없을 것이다. 휴가 사용은 권리의 양식이 아닌 희생의 방식으로 기업의 부담을 완화하는 수단으로 동원됐을 뿐이다. 코로나19로 인한 기업의 비용 절감이 노동자에게 전가되는 양상인 것이다. 경영악화를 이유로 연차 강요→무급휴가·휴직→권고사직·해고로 이어지는 인원감축 사이클을 제어하는 선제적인 제도 조치가 필요하다.

“대놓고 하는 데는 대부분 노동조합이 없으니까 무급 1주일씩 쓰세요. 그러면 양반인 거예요. 돌아가면서 무급 1주일씩 하고 최소 인원으로 출근하세요. 그러면 양반이고, 심한 데는 한 달씩 돌아가요.”(공항면세점 노동자)

“사회적 거리두기 두 번째로 넘어가는 그쯤에 다 해고 통보를 하는 거죠. 왜냐하면 계약서에 수습 기간이 명시되어 있기 때문에 그건 부당해고도 아니예요. 그리고 일도 안 했잖아요, 실질적으로 그러니까. 그냥 해고로 이어지고 있고”(보육교사)

권고사직 및 해고도 비밀비재했다. 비정규직인 탓에 언제 해고될지 모르는 불안감은 엄습한 코로나19의 공포만큼이나 컸다. 해고 위협은 노동권이 취약한 계층, 이를테면 이주노동자 등의 취약계층에게 더욱 직접적으로 관통했고 아무런 제어 조치 없이 자행됐다.페이백(지급한

월급을 현금 등으로 돌려받는 행위) 같은 불법적 행위나 기타 불이익도 잦았다¹⁹⁾. 독일(해고 없는 노동시간 단축), 이탈리아(합리적 사유가 있을 경우에도 2개월 간 해고 금지), 스페인(최소 6개월 간 해고 금지) 등의 사례와 같이 대량 해고 방지 및 고용 유지를 위한 선제적 프로그램들이 적극 모색되어야 할 것이다.

“코로나로 관련되어서페이백을 당한다든지 아니면 해고를 당하든지 고용을 조건으로 해서페이백을 하든가 아니면 해고가 되든가 이런 상황이죠.”(보육교사)

“미등록 이주민 같은 경우에는 휴업도 아니고 그냥 해고죠. 그냥 바로 해고고, 그런데 다른 일자리를 찾기도 어렵고. 당장 생계의 어려움을 호소하는 분들이 많고. 그런데 무급 휴업을 하는 곳 같은 경우는 그 한국인분들은 고용 보험이 있어가지고 지원금을 받는데, 이주노동자는 임의 가입이어서 가입이 안 되면 못 받는 거예요. 같은 사업장 안에 있어도.”(이주노동활동가 2)

“아예 3개월 무급 휴가라고 해서 사인받는 거 있고. 그다음에 회사에서 지금 이 친구가 비자 연장을 해야 되는데 너 비자 연장할 테니까 3개월 동안 일이 없으니까 돈을 안 준다 그렇게 계약을 해서 비자 연장하는 것도 있고. 방글라데시에 9월에 가야 되는데 이 사장 이랑 제계약해서 와야 되는데 지금 회사에 일이 없으니까 다른 데 가지도 못하고 계속 월급은 못 받고 공장 기숙사에만 있고. 그 노동자 입장에서 내가 뭐라고 하다가 다른 회사 가면 다시 못 오니까 차라리 몇 개월 동안 여기에 있다가 돈을 받자.”(이주노동활동가 4)

초단기계약노동자나 계절노동자, 특수고용 노동자의 경우, 일감으로부터의 박탈은 위 사례와 성격은 달리하지만 생계를 위협하는 충격임에는 크게 다르지 않았다. 대부분 3개월 또는 6개월 단위로 쪼개서 계약을 하던 영화제 노동자의 경우, 코로나 재난으로 계약을 잇지 못하고 그대로 해지되는 경우가 다반사였다. 계약 해지는 법적으로 문제가 없다 하더라도 어떠한 안전 조치 없이 빚어지는 해지는 이미 유연할대로 유연해진 노동시장에서 취약 노동자가 겪게 되는 불안정성을 고스란히 보여준다. 퀵노동자의 경우, 통상 일감이 늘었다고는 이야기하지만 정작 현장에서는 소득 감소 경향을 피할 수 없다고 호소한다. 대리기사의 경우도 기존 수익의

19) 민중의소리. 2020.4.8. [“월급 현금으로 반납해”...어린이집 보육교사 ‘페이백’ 코로나19 틈타 기승](#)
공공운수노조 보육지부가 4월초 온라인으로 실시한 <보육교사 페이백 실태조사>를 보면, 민간·가정 어린이집 응답자의 12.9%(131명)가 페이백을 직접 경험했으며, 25.4%(258명)는 직접은 아니지만 원장으로부터 페이백을 권유받거나 동료교사가 권유받는 것을 목격했다고 답했다. 페이백 수법을 보면, ‘현금을 인출해서 원장에게 직접 가져다 준 경우’가 68.4%(240명)였으며 이외에 ‘원장이 지정한 다른 사람의 계좌로 송금한 경우’(7.4%, 26명)와 ‘현금을 인출해서 동료교사 등 원장이 지정한 사람에게 가져다 주는 경우’(2.8%, 10명)도 있었다.

6~70%에 불과하다고 토로한다. 그는 감염위험이 높음에도 위험을 감수하고라도 생계 때문에 일할 수밖에 없다고 말했다. 적절한 소득 보장 없이는 사회적 거리두기도 일하는 사람이 안전할 권리도 무효화될 수 있음을 보여주는 지점이다.

“최근 코로나 상황 때문에 다시 계약을 하지 못한 상황입니다. ... 이번에 코로나 터지면서 사실 문화예술 공연 분야는 다 없었잖아요. ... 그때 대부분의 영화제들이 다 일정을 뒤로 미루고, 비단 영화제가 아니라고 해도 극장이라든가 아니면 영화 제작사, 수입사, 배급사 할 것 없이 거의 대부분이 지금 거의 다 무너져 내리고 있는 상황이라”(영화제노동자)

“평상시에 오더를 다섯 개를 가지고 이동을 해요. 한번 이동하는데 다섯 개를 가지고 이동해서 그거를 픽업부터 완료 시까지 예를 들어서 3시간을 간다하면, 이 3시간에서 수수료 떼고 수입이 발생되어야만 내 수입이 되는데, 이게 30% 일거리가 감하면서 5개를 가지고 갈 수 없고, 2개에서 많이 가져가면 3개. 이렇게 이동을 하니 시간은 똑같은데. 저희들한테 떨어지는 수익은 절반 정도도 안 된다. 심지어는 1개 가지고 갈 때도 있다. 이런 면에서 저희들이 수입이 떨어지고 있다는 것을 얘기를 했고요.”(퀵서비스 노동자)

“대리운전 같은 경우는 코로나 19 터졌을 때 처음에 심각할 때는, 전체 수입이 절반 정도로 줄었어요. 콜이. 사회적 거리두기를 하니까, 대구 경북 같은 경우는 아예 콜이 없었죠. 거긴 심각했으니까. ... 수익은 아직까지는 6~70% 수준에 있다고 봐야 되는데, 이제 이렇게 되니까, 대리운전 기사들이 굉장히 힘들어진 게 뭐냐면, 이게 특수노동의 문제인데 대리기사들이 갑자기 일이 없어요. 당장 생계가 급하니까 당장 생계를 유지하기 힘든 거예요. 생계를 유지하기 힘들면 저축이나 신용이 있으면, 돈을 어쨌든 뭐 쓰거나 아니면 빌려서라도 생계를 유지할 수 있는데, 그것조차도 사실 대리기사들은 힘든 거죠. 당장 생계 위기에 내몰리는 거죠. 그래서 콜이 없는 줄 알면서도 거리로 나오는 거예요, 한 푼이라도 더 벌어야 되니까. 그러다 보니까 나와서 그 코로나 어쨌든, 대리운전이 사실은 확진 위험이 되게 높거든요. 차 안에서 같이 짧게는 30분, 1시간씩 다녀야 되는데, 그걸 다 감수하고 가족들 생계를 위해서 일을 하는 거고.”(대리운전 노동자 1)

생활방역 5대 수칙의 첫 번째는 ‘아프면 3~4일 집에 머물기’다. 현실적으로 가능한가에 대한 회의적인 입장들이 많았다. 직장인 2,065명을 대상으로 ‘아프면 3~4일 쉬기 수칙’에 대한 조사를 보면, 상당수(87.2%)가 긍정적으로 생각하고는 있지만 현실적으로 쉬기 어렵다는 응답이 64.6%로 높았다.²⁰⁾ 인터뷰 대상자인 어느 물류노동자는 지적한다. 어떤 이유에서든 쉬은 곧 ‘문자 안 옴’이라고. 계약직인 본인의 경우, ‘연차도 날아가고’ ‘주휴수당도 안 나온다’며 ‘아프

20) BreakNews. 2020.6.9. [코로나19 방역수칙 ‘아프면 3~4일 쉬기’ 회의적..직장인 눈치보인다](#)

아파도 쉬기 어려운 이유로 ‘회사나 상사에 눈치가 보여서’(72.3%)가 가장 높았다. 다음으로 ‘대신 일 해줄 사람이 없어서’(43%), ‘동료들에게 피해가 갈 것 같아서’(42.9%), ‘쉬고 난 후 업무 부담이 더 심해서’(33.6%), ‘인사고과 등 결국 피해가 나에게 돌아와서’(33%), ‘연차 소진이 싫어서’(32.2%) 순으로 나타났다.

면 된다’는 생활방역 수칙이 현장에서 특히 비정규 노동자에게는 뜬구름 잡는 탁상공론에 불과한 조치임을 토로했다. 생활방역 수칙으로만 머무는 것이 아니라 ‘아프면 쉴 권리’를 제도적으로 보장할 필요가 있다. 일하는 사람이 아프면 쉬면서 치료를 받고 일터에 복귀할 수 있도록 하는 유급병가·상병수당 도입이 그것이다. 물론 취약노동자를 배제하는 제도 도입은 또 다른 차별을 낳을 것이라는 사실을 유념해야 할 것이다.

“문자로든 다 와요. ‘아프면 출근하지 말아라’고 ... 그런데 내가 아파졌어. 몸이 안 좋아졌어. 오늘 못 나갈 것 같다고 하잖아요? 그러면 다음부터 출근 문자 안 와요. 쿠팡은 그런 거 더 심하고, 블랙 관리하는 거죠. 그리고 이걸 본인이 약속을 어기게 되는 거니까. 만약에 그게 정확히, 아 제가 몸이 좀 몸살기도 있고 코로나인 것 같아서 오늘은 못 갈 것 같습니다. 이렇게 되어야 하는데, 그래버리면, 코로나 글자 들어가면 쓰겠어요? 그렇잖아요. 허울인 거죠. 계약직은 3개월 계약직이에요. 제가 일단 무단으로 처리가 되면 연차도 날아가고 주휴수당도 안 나와요.”(물류센터 해고노동자)

코로나19로 연차강요, 무급휴직, 부당해고 등이 고용형태, 성별 등에 따라 차별적으로 벌어지고 있음은 여러 조사를 통해서도 확인된다. 이를테면, 직장인 1,000명을 대상으로 한 직장잡질119의 설문조사 <코로나19 6개월, 직장생활 변화>를 통해 보고되었듯이, ‘본인의 의지와 무관하게 실직을 경험했다’는 응답이 12.9%였다. 정규직이 4%인 것에 비해 비정규직은 26.3%로 고용형태별 차이가 상당히 컸다. 이외에 여성(17.1%)은 남성(9.8%)에 비해 2배 가량, 저임금노동자(25.8%)는 고임금노동자(2.5%)에 비해 10배 이상 실직 경험이 높았다. 위기 때마다 가장 먼저 고통받고 쓰러지는 계층이 누구인지를 다시 한번 확인케 하는 대목이다. 고용은 보장되지만 소득을 감소시키는 ‘유급휴직’, 노동시간 단축 및 소득감소 등으로 나타난 ‘부분실업’, 해고, 권고사직, 계약해지, 희망퇴직의 방식으로 진행되는 ‘실업’ 등 코로나19 재난으로 야기된 후폭풍은 취약계층을 중심으로 확산되고 있음을 확인할 수 있다.

노동자연구소의 <코로나 재확산, 고용위기는 어디서 얼마나?>에 따르면, 지난 3~7월 사라진 일자리는 모두 275만 7,000개로 추정된다. 기업규모별로 보면 5인 미만 사업장에서 지난해 같은 기간보다 171만 3,000명(3.4%)의 취업자가 줄었고 5인 이상~300인 미만 사업장에서 104만 4,000명(1.4%)이 줄어들었다. 반면 300명 이상 사업장에서는 1,000명이 늘어났다. 실직의 측면에서 코로나19 위기는 2008년 금융위기보다 훨씬 더 심각한 1998년 외환위기에 비견할 수 있는데, 그 충격은 규모가 작은 사업장 그리고 비정규직에게 가해지는 상황인 것이다.

(2) 이미 과로, 가중되는 노동

과로의 가중 또한 기존의 열악한 노동 상태가 코로나19로 전면화된 지점일 것이다. 물류노동자의 인터뷰에 따르면, 업체의 물량이 하루 180만 건에서 310만 건으로 증가했다. ‘단 1초의 유희인력’도 남겨두지 않을 정도로 빠듯하게 인력을 운용하는 상황에서, 늘어난 물량은 곧 감내의 한계치를 넘어서는 노동강도의 강화로 이어질 수밖에 없다.

“기존에 물량이 180만 건 정도 됐어요, 하루 물량이. 센터 하나가 아니라 전 OO 물류에 대한. OO 물류 풀필먼트서비스를 약자로 CFS라고 그래요. OO 풀필먼트서비스라고 해서. CFS의 물량이 하루에 180만? 170만 그렇게 되는데, 3월쯤에는 늘었어요. 310만 건으로.”(물류센터 해고노동자)

“의자 없어요, 앉을 수 있는 데가. 앉을 수도 없고. 의자가 어디 있어요. 의자는 그 밖에 복도 이쪽에 휴게실 같은 게 있지. 그런데 그거 수용인원도 다 안 되고, 일하다가 어떻게 나와서 쉬어요. 쉬는 시간이 없는데 무슨 의자가. 그리고 의자가 없어요. 무슨 의자가, 누가 내부에 의자가 있다고 그러나 모르겠지만.”(물류센터 해고노동자)

‘한 달에 이틀 휴일이 (고작이고) 나머지는 전부 소나 돼지 팔기랑만 지낸다’는 농어촌 이주노동자의 경우, 과로 위험은 더욱 높아졌다. 농어촌 이주노동자들은 주거비 명목으로 매일 2시간 가량의 무료노동으로 해왔다. ‘2시간 분의 무료노동을 까고’ 제공받는 숙소는 컨테이너 또는 비닐하우스 같은 비주거시설인 경우가 대부분이다. 코로나19 이전에도 과도한 노동을 한 달에 28~29일 가량을 하고 있었다. 이런 과도한 노동이 가능한 것은 근로기준법 63조(근로시간 적용 예외) ‘덕분’일 것이다. 더욱 문제는 ‘10시간 일하던 상황’에서 계절 수요에 따라 들어오던 외국인 계절노동자들이 코로나19 이후 들어오지 못하게 되면서 ‘11시간’ 넘게 일하게 됐다는 것이다.

“한 달에 이틀 휴일이 (고작이고) 나머지는 전부 소나 돼지 팔기랑만 지낸다... 근로계약서에는 8시간 일한다고 했지만 통상 10시간 일을 해요. 그런데 10시간 일하는 것을 이분들이 한 달에 이틀 쉬다고 했잖아요. 그러니까 28일, 혹은 29일 일을 하게 되는 거죠. ... (출입국이 전부 막혀서 농촌 인력난 문제 때문에) 아, 지금 11시간 일한대. 10시간 일하던 사람들이 11시간.”(이주노동활동가 1)

코로나19가 격발시킨 과로 위험은 과로사 같은 극단적인 사건으로도 표출됐다. 택배 물량이 늘어나면서 발생한 택배노동자의 연이은 과로사를 들 수 있다. 일련의 사건들은 별개의 사건

들인가?

법적으로 개인사업자로 분류되는 택배노동자는 국내에 택배사업이 도입된지 28년 만에 처음으로 첫 휴가를 부여받았다. 8월 14일을 ‘택배 없는 날’로 정하면서다. 그런데 그 날에도 경북 예천에서 택배를 배달하는 택배기사(46세)가 물류터미널에서 쓰러진 채 발견됐다. 망자는 한 달 평소 1만 개의 물량을 처리하고 매일 밤 10~11시까지 일하는 게 다반사였다. ‘택배노동자 과로사 대책위원회’가 밝힌 과로사는 2020년 상반기에만 12명에 달한다. 서울노동권익센터의 조사(2017년)에 따르면, 이미 택배노동자들의 평균 노동시간은 ‘주당 74시간’²¹⁾으로 주6일 근무로 환산하더라도 하루에 12시간이 넘게 일하는 셈이었다(서울노동권익센터, 2017). 이러한 상황에서 코로나19로 인한 물량 증가를 택배노동자의 연이은 과로사의 원인으로 지목하는 것은 이상하지 않다.

특별연장근로를 확대한 업체의 경우, 주52시간 상한제가 무색할 정도로 과로 위험에 노출되는 모습을 보일 것이다. 코로나 사태 초기부터 지금까지 5대 그룹 등 경제계, 자동차산업협회, 경총, 해외건설협회, 한국수출입은행 등의 금융기관, 대한건설협회 등은 계속해서 특별연장근로 인가를 건의하고 승인을 위한 처리절차를 밟아 왔다. 주52시간 상한제를 사실상 무력화하고 과로위험을 배가시킬 것이 분명함에도, ‘특별한 사정’에 대한 이유가 더 크게 작동하는 형국이다. 코로나가 유발한 ‘특별한 사정’으로 ‘과로위험의 또 다른 희생자’가 발생할 수도 있는 우려스런 대목이다.

표 1 특별연장근로 인가 현황

년도	처리	인가	불인가(반려 포함)
2015	9	6	3
2016	13	4	9
2017	22	15	7
2018	270	204	66
2019. 9. 15	382	357	25
2020 상반기	—	1,665 ²²⁾	—

출처: 특별연장근로 인가현황(고용노동부 임금근로시간과, 2019), 아웃소싱타임스(2020.7.15.).

21) 응답자의 96.6%는 주당 60시간 이상 일하고 있으며, 주당 70시간을 초과하는 비율도 56.9%로 나타나 절대 다수가 장시간 노동에 노출되어 있었다. 명절 같이 택배물량이 급격히 증가하는 시기에는 주당 평균노동시간이 86시간 23분에 달했다. 한달 평균 근무일수는 25.3일이었는데, 일요일 제외하고 월요일부터 토요일까지 주 6일 일하는 상황이었다.

22) 아웃소싱타임스. 2020. 7. 15. ['리셋'된 상반기 특별연장근로 인가..하반기에도 90일 사용 가능](#)
인가 사유별로 보면 재난(834건, 50.15%), 업무폭증(638건, 38.3%), 인명보호(159건, 9.5%), 돌발상황(28건, 1.7%), 연구개발(6건, 0.4%) 순이었고, 이 가운데 방역, 마스크 및 진단키트 생산 등의 인가 사

(3) 무력화된 노동권리

코로나19 이후 취약했던 노동의 권리는 더욱 무력화되는 양상이다. 일터에서 기존에도 문제화됐던 반인권적인 사항들이 여전히 반복되고 있고 심지어는 더 야만적인 형태를 띄기도 한다.

코로나19로 직장인 61.6%가 재택근무를 했다. 향후 재택근무에 대한 의향도 81.8%에 달했다²³⁾. ‘안전’을 점점으로 공간 유연화가 더욱 손쉬워질 수 있는 지점이다. 업무협조가 적은 경우, 실적 평가의 계량화가 쉬운 경우, 보안위험이 덜 한 경우부터 확대될 것으로 예상된다. 언택트를 뉴노멀로 내세우는 시대적 규정들이 재택근무의 확대를 더욱 정당화해 나가는 상황이다. 그런데 문제는 안전 명목의 재택근무가 업무 공간을 안전 친화적인 방식으로 재편하는 것(‘닭장’ 노동의 문제에 대한 해법으로 밀집도를 낮추는 방식)이라기보다는 사실상 손쉬운 방식의 유연화에 그친다는 점이다. 재택근무로 형식은 바뀌었다지만 반인권적인 화출·화착 등 노동인권의 침해는 그대로라는 지적을 곱씹을 필요가 있다. 이러한 문제들을 그대로 둔 채의 재택근무 확대는 업무 과정 상의 위험들(장비 등 업무환경의 편차, 위험의 감수, 감시통제의 개별화, 일-생활의 불균형, 고립감, 관계의 파편화 등)을 사적인 문제로 처리할 가능성만 높인다.

화출·화착의 사례는 물류센터 사례에서도 반복 발견됐다. 일터에서 노동자들이 어떻게 취급받고 있는지를 보여주는 대목이라 할 수 있다. 노동권리가 취약한 불안정 노동자일수록 위기 상황에서 노동인권 침해 경험 정도가 높은 것으로 보인다.

“재택근무자들도 중간에 화장실 갈 때 누르고 가야 돼요. 콜센터에서 근무를 하든 재택근무를 하든 상시적으로 감시 통제를 당하니까, 왜 빨리 안 돌아옵니까, 화장실 갈 때 가 있는 사람 있느니 줄 서서 가십시오. 관리자 허락을 받고 가십시오. 이걸 작년 말 감정노동자보호법 1주년 맞이할 때도 그렇고 올해 초에도 그렇고, 계속 비인권적인 콜센터 상담사들 노동 현실이 다뤄졌는데, 이번 코로나 계기로 또 환기가 되고 있죠.”(콜센터 노동자)

“화장실은 전에는, 이름 적고 가야되요. 이름이랑 핸드폰 번호 적고 나가는 시간 적고. 저 같은 남자들은 상관없는데, 그리고 저는 그런 거 아예 싫어서 일하면서 딱 두 번 갔어요. 정말 급할 때만. 참았어요, 일부러. 왜냐하면 쓰기도 싫고, 듣기 싫어서 그런 소리.”(물류센터 해고노동자)

유가 1,274건(76.5%)를 차지했다.

23) 서울경제, 2020.4.17. [직장인 10명 중 8명 “코로나19 이후에도 재택근무 의향있다”](#)

“원래 환경이 다칠 수밖에 없는 환경이고, 코로나 때문에 위험도 더 높아졌죠. 빨리빨리만 생각하니까. 여기는 방역이고 뭐고 없어요. 그냥, 그전까지는 빨리빨리였어요. 이것만 처리하면 돼요. 사람이 죽건 말건 다치건 말건 코로나가 어떻게 되건. 관리자들 마스크 다 내놓고 다니면서 옆에서 느리면 침 튀기면서 막 쪼아요. 소리 지르고. 이렇게 할 거면 내일 나오지 말라고 그러고, 그것 때문에 여성분들 우는 사람도 있어요. 왜냐하면 혼자 아기 2명 키우는 사람도 있어요. 자기가 가장이에요. 그런데 나오지 말라고 그러면, 나는 열심히 하는데. 내가 잘못된 것 같고 생계도 걱정되고, 내부 블랙리스트가 존재하기 때문에 애들이 적어버리면 답이 없는 거예요.”(물류센터 해고노동자)

이주노동자에 취해진 현장의 방역 조치들은 ‘좌우당간 외출금지’로 요약할 수 있는데, 이는 노동권리가 무력화된 지점에서 발생할 수밖에 없는 양상이라고 말할 수 있다. 일터 현장에서 취해진 조치들은 격리와 감금 수준의 조치와 크게 다르지 않았다. 감금 수준의 생활이 어떤지를 보여주겠다며 인터뷰이가 꺼낸 사진에는 몇 개월째 이발과 면도를 하지 않은 채의 SNS 이미지가 담겨 있었다. 덩수룩한 수염은 게으름의 표식이 아니라 석 달째 어디 나가지도 못하고 숙소에서 지낼 수밖에 없었던 처지를 기록하기 위함이었다고 한다. 그런데 이러한 감금 수준의 생활이 기존 일상생활과 크게 다르지 않는다는 자조적인 내용의 인터뷰는 고용허가제에 ‘묶인’ 이주노동자의 상태가 어떠한지를 가늠케 한다. 노예 노동을 강제하는 고용허가제를 폐지하고 이주노동자의 기본적인 노동권을 보장하는 노동허가제를 실시해야 한다는 목소리는 오랫동안 계속됐다. 사업주에게 이직 자유를 빼앗긴 이주노동자의 열악한 상황은 ‘좌우당간 외출금지’ 같은 야만적인 상태에 굴종할 수밖에 없는 상태를 낳는다. 확진자만 발생하지 않았을 뿐 코로나19가 야기하는 ‘드러나지 않는’ 고통들이 이주노동자를 어떻게 짓누르고 있는지 더욱 드러내야 할 것이다. 비가시화되는 고통들을 이주노동자 스스로의 목소리로 드러낼 수 있도록 하는 제도적 조치가 더욱 필요한 시점이다.

“그분들이 너무 심하게 방역을 시키지, 아~주. ... 좌우간 외출 금지. 외출 금지야. 노동자들 사실 가본 곳이 여기 그 방하고, 그 방밖에 없어요 어디서 자 본 곳이야. ... 왕래도 제한, 만남 자체도 제한. 불편하긴 하죠. 불편하긴 하지만 지금까지 겪어왔던 여러 불편에서 크게 더 불편한 것은 아닌 (것이다)”(이주노동활동가 1)

“코로나 되면서 공장에서 아예 회사 밖에 못 나가게. 만약에 네가 나가면 그날로 해고다. 그런 경우가 있고.”(이주노동활동가 4)

한편, 실적을 앞세우는 건수 중심의 일터에서 위험 노동에 대한 거부권 없음은 노동자의 안전을 취약하게 한다. 아래 케이블 설치기사의 인터뷰는 위험 노동에 대한 거부권이 없음과 동

시에 평점체계에 간혀 있어 감염위험 상황에서도 일을 처리할 수밖에 없었던 사례다. 위험노동에 대한 거부할 권리의 부재와 감염위험 간의 상관성이 있고, 이윤중심의 성과주의 작업장 체제가 이러한 상관성을 높이고 있음을 유추할 수 있는 지점이다. 코로나19와 같은 ‘특별한 시기’에는 방역을 위해서라도 로켓배송, 콜수, 해피콜, 실적목표치 등 성과지향적 생산시스템을 조정해야 한다는 현장의 목소리에 귀를 기울일 필요가 있다.

“회사의 지표 관리, 해피콜. 제대로 설치받았는지에 대한 해피콜. 이게 1:1 대면을 하다 보니 아무리 내가 고객에게 잘해 준다하더라도 고객이 느끼는 감정에서 자기 수준에서 떨어지면, 점수를 알 수 없잖아요. 그런데 완전 월급제 형태로 임금을 받아가는 협력사 직원들이 있는가 하면 설치 건당 베이스, 한 건을 하면 몇 포인트, 이 몇 포인트를 모아서 기준 포인트가 넘어야 임금을 좀 더 받아가고 건당 수수료도 높아지는, 이런 구조를 가지는 업체들은 이 해피콜이나 지표에 상당히 영향을 많이 받아요. 이게 임금하고 계속 연관이 되어 있어서 하다 보니까 노동에 있어 스트레스가 굉장히 심화되어 있고”(통신A/S 노동자)

“콜센터 관리자들이 상담사들을 쪼아요. 최대한 많은 건수를 해야 하니 빨리 연결하라고. 그런데 현장기사들은 반신반의하면서도 콜센터 상담사를 통해 업무가 쫓히니까, 위험한지 아닌지 알 수 없으니까 그런데 얘기는 안 해주니까 무작정 갔다가, 폐쇄된 곳 아니면 자가격리자인 거예요. ... 그냥 무심코 초인종을 누르게 되는 건데. 실제 예로, 문을 열어주면서 고객이 제가 자가격리중인데 설치해줄 수 있으세요? 답답한 거죠. 그러면 노조에 물어보면 하면 우리가 어떻게 대답하겠습니까. 하지 마! 하지 마! 그러는데 그제 또 하나의 실적인 사람들은 어쩔 수 없이 처리를 해야 하는 부분도 있는 거고. 상당히 좀 그래요.” (통신A/S 노동자)

“지금은 전시 상황이에요. 어떻게 보면. 코로나 상황의 비상 상황이라서, 한시적으로라도 그런 걸 줄여야 된다고 봐요.... 안전하게 가는 게 중요하니까. 그리고 가장 중요한 건 이 로켓배송이고 뭐고 이런 거, 시간당, 이거 없애야 돼요. 코로나 기간이라도 잠깐적으로 하루 한 번만 딱 하계끔. 무슨 아침 7시까지 마감이 있고, 또 저녁 6시 2차. 이건 코로나 기간에 저녁 오후 6시까지 이게 신규로 생겼어요. 3월에. 이게 무슨 개빠다귀 뜯어먹는 것도 아니고. 있던 것도 아니고, 생겼어!”(물류센터 해고노동자)

2.6. 자유의 억압

코로나19와 같은 전 세계적 감염병 위기 상황에서 사회구성원의 안전을 지키기 위한 자유의 제한은 있을 수 있다. 그러나 그 제한의 잣대가 자의적이거나 범위나 시기가 무제한적일 수는 없다. 사람들이 일상생활을 영위하려면 이동의 자유, 신체의 자유, 사생활의 자유, 표현의 자유

가 보장되어야 한다. 그래서 헌법상의 기본권을 제약할 때는 기본권 제한으로 얻어지는 이익과 불이익이 최소한의 균형을 이룰 수 있도록 과잉금지 원칙, 비례성의 원칙을 지켜야 하며, 기본권 제한이 필요 최소한의 범위가 되고, 다른 대체 수단을 모색할 수 있도록 최소침해의 원칙 등이 있는 것이다. 즉, 아무리 공공의 이익을 목적으로 기본권을 제한할지라도 한계와 절차가 있어야 한다.

재난 상황에서 위험이 사회적 소수자집단, 권리 취약집단에게 더 큰 위험을 안겨줬듯이, 인권의 제한도 불평등하게 이루어졌다. 코로나19 시기 자유권적 권리의 제한은 특정 사회적 소수집단에 대해서 차별적으로 이루어졌으며, 자유의 제한은 국가권력만이 아니라 기업주(시설장)에 의해 자의적으로 이루어진 특징이 나타났다. 자유의 제한이 억압으로 느껴질 정도로 자유권 제약이 자의적이고 불평등하게 이루어짐으로써 자유권을 제한받은 당사자, 사회적 소수집단은 오히려 자유권 제한의 목적인 감염으로부터의 보호, 질병으로부터의 보호를 받지 못하는 경우도 있었다. 결국 사회적 소수자들의 인권을 제한해서 주류집단의 감염을 막고 있는 조치인 셈이었다. 국가와 기업은 사회를 보호하기 위해 사회적 소수자집단을 희생시키는 방식으로 감염대책을 세운 것이다.

끝으로 사회적 소수집단은 집회시위의 권리조차 차별적으로 박탈되었다. 대규모 종교집회나 행사는 가능하지만, 해고된 노동자들과 비정규직 노동자들은 소규모 집회조차 하지 못했다. 위험상황에 처한 집단이나 개인이 할 수 있는 주요 수단 중 하나가 집회시위의 권리다. 다른 장에서 집회시위의 권리에 대해 다뤘으므로 여기서는 차별적인 조치에 대해서만 다루고자 한다.

(1) 재가장애인에 대한 활동지원정책 없는 조치로 생존과 존엄의 위협

팬데믹 상황에서 정부는 감염병 확산을 막기 위한 사회적 거리두기(물리적 거리두기) 등의 조치를 했다. 그 외에도 코로나19 선별진료소를 지정하며 감염이 의심되는 사람들이 진단을 받고 자가격리 및 격리, 치료를 받을 수 있도록 했다. 그런데 이러한 일률적인 자가격리 조치는 활동지원이 없는 일상생활을 할 수 없는 사람들, 중증재가장애인을 더욱 고립시키고 인간으로서 존엄을 박탈하는 결과를 낳았다. 식사 및 배변, 이동 등 일상생활을 할 수 없어 생존의 위협까지 느껴야 했다.

“중국에서 뇌병변 장애인이 부모님이 코로나로 가시게 되면서 혼자 있다가 죽는 사건이 있었죠. 그 사건 뉴스가 딱 나올 순간에, 아, 바로 저게 내 문제다. 만약에 내가 지금 할

동지원사 오시는 분이 가족 중에 누군가 생겼다고 하면, 완전히 격리될 거고, 그렇게 되면 나는 어떻게 해야 되나? 대안이 없어요.” (장애인활동가 2)

“저도 거의 자가격리 상태죠. 누가 시키지 않아도 자가격리를 했어요. (중략) 아예 활동지원사가 24시간 안 되니까, 직장 일하거나 식당도 못 가고 그러니까 집에 와서 밥을 먹어야 하는데 밥을 혼자 먹을 수가 없는 거예요. 그래서 빵으로 버텼다는 친구들도 있고, 그 기간동안 저녁마다 빵 먹었다고. 아예 한 박스 사다가 밤마다 똑같은 빵 먹었다고. (장애인활동가 2)

“의료 기관 가는 거 말고는 장콜 못 해 주겠다는 거예요. 그런데 문제는 쌀도 사러 가야 되고 라면도 사러 가야 되는데 병원에 간 영수증을 캡처해서 카카오톡으로 보내면 콜택시를 연결해줬어요. 경북에서. 쉽게 말하면 그거 없이 콜택시 부르면 안 되는, 못 가는. 이동권이 완전히 제약된 거죠. 너 병원 가는 거 말고 외출 하지 마. 이렇게 된 거죠.” (장애인활동가1)

장애인들에 대한 대안 없는 격리조치는 장애인들에게 건강과 생명을 지킬 수 없다는 극도의 불안감을 주었다. 활동지원사 없이는 병원에 갈 수도 없는 상황에서 활동지원사가 코로나에 감염되면 치료조차 받기 힘들다.

“지금도 불안하죠. 계속 불안하죠. 왜냐하면 활동지원사 문제도 있고, 활동지원사가 걸렸 다. 내가 아는 사람이 걸렸다. 그러면 나도 자가격리를 해야겠네. 그런 순간부터는 누군가가 나를 위해서 선택을 해야 하는 상황이 되고, 그러면 내가 2주 동안 어떻게 버틸 것인가. 정말 2주만 버티면 되나? 그다음은 어떻게 해야 하지? 사실 지금 8월 말에 병원에 입원하러 가야 하는데, 이 친구도 호흡기 때문에 병원 입원하러 갔더니 병원에서도조차도 진찰, 검사받을 때는 침대에서 도와주는 사람들이 있고 간호사 말고 보조하는 사람도 있다고 그랬는데, 병원에 입원하니까 그런 사람이 없으니까 보호자가 가서 이 사람은 업고 들고 옮기고 그래야만이 병원 안에서 진찰을 받을 수 있다고 하더라고요. 그래서 병원 입원도 걱정이다. 도와줄 사람이 없어서.” (장애인활동가 2)

“발달장애인분들을 지원하거나 소통, 이해하려고 하거나 이런 노력이나 그런 게 없이 다 일단 나오지도 말라고 이러니까, 혼자 사시는 발달장애인분들이나 이런 분들은 확실히 그 기간에 스트레스가 높으셨거든요. 고립.”- (장애인자립생활센터 근무자 2)

가족이 없는 장애인들의 경우 동료활동가들이나 단체 활동가의 지원을 통해 병원에 가거나 생활을 하기도 했다. 그러나 소수의 장애인권단체들이 이를 다 해결할 수는 없는 상황이다. 이미 메르스 때 장애인관련 매뉴얼을 제시했음에도 진전된 것이 없었다. 이는 여전히 재난시 위기대응이 비장애인에게 맞춰져 있음을 드러낸 것이기도 하며, 돌봄서비스의 국가책임에 대한

정부정책의 공백을 드러내는 것이기도 하다. 장애를 고려한 감염병 관련 매뉴얼이나 공공서비스 체계의 부재는 장애인의 자유권을 넘어서 생존까지 위협하고 있었다.

“대구에서도 그래서 활동가들이 자기 본인들이 결의해서 가서 격리되면서 같이 장애인들 하고 있어야 되나. 활동가들은 그렇게 결의 안 하면 할 수가 없는 상황인 거죠. 그러니까 누군가의 희생과 봉사가 요구되는 상황에 놓여지는 거죠. (중략) 온전히 혼자 살 수 없는 사람들은. 그리고 자가격리라고 말은 하는데, 자가격리도 혼자 살 수 있는 사람만 할 수 있는 거지, 혼자 살 수 없는 사람은 자가격리할 수 없죠.” (장애인활동가 2)

“저희는 메르스 때도 얘기를 했었거든요. 메르스 때도 이미 투석하시는 분이 병원을 다녔는데 병원에서 확진자가 나왔던 거예요. 그래서 이분은 혹시나 하는 것 때문에 격리를 들어갔는데, 그 병원에서 격리하라고 그래서 집에서 자가격리를 하는데 활동지원사가 못 오는 거예요. 그래서 이분은 80 넘으신 어머님이 뇌병변 장애였는데 수발을 들어야 되는 상황이죠. 그래서 복지부에 얘기하고 센터들이 이분을 위해서 어떻게 방법을 찾아주려고 했는데 방법이 없다는 거예요. 그래서 병원에 입원하겠다고. 병원에 들어가게 해달라. 병원에 차라리 있으면 먹는 거라도 먹지 않겠냐. 어머니가 도저히 수발할 수 없으니까, 그랬는데 병원에서는 입원 안 된다고. 그래서 혼자 버텨야 하는 상황에서, 이것에 대해서, 그러다가 어찌어찌해서 병원에 입원했던 상황이 있었고. 그런 문제에 대해서, 이런 중증장애인들에 대한 국가적인 대책이 필요하다고 하는데, 안 되니까. 그래서 법원에 쪽 계속 소송하는데, 복지부나 질병본부나 어디에서나 이거에 대해서 아무도 대책이 없어요. 법원에서도 중재를 해라. 중재하는 자리까지 만들었지만, 복지부 변호사가 나와서 그건 지금 당장 우리가 할 수 있는 게 없다 이런 얘길 하고.” (장애인활동가 2)

“결국에는 이걸 작동시키는 건 사람이 하는 일이라는 생각을 최근에 많이 해요. 사람에 대한 대책이 되게 중요하고, 코호트 된 곳도 그렇고, 사회, 국가, 정부에서 책임지는 시스템이 이때까지 없었기 때문에 이런 상황이 벌어지면 진짜 감당이 안 되는 수준으로 언제까지 이 일을 반복하고 풀어나갈지. 또 대유행이 있다는데 그때도 한쪽에서는 거의 구호 활동 수준으로 이렇게 하고, 또 한편에서는 감당이 안 되니까 다 코호트 해서 또 우리가 잘했다고 홍보를 내고. (중략) 사회서비스나 돌봄노동하는 사람들이 이 사람들이 편안하고 안전하고 또 이용자들에게 대한 시스템도 이렇게 아주 최소 비용으로 민간 자원을 활용해서 막 알아서 하게끔이 아니라, 독거하시는 분들도 지역에 나와서 살 수 있게 공공 의료, 건강 지원 체계, 일상생활 지원 체계, 이게 아주 책임 있는 계획으로 나와야 할 것 같아요.” (장애인활동지원사)

(2) 시설 코호트 격리에 따른 자유권의 총체적 박탈

재가장애인에 대한 활동지원서비스의 부재, 감염병 같은 재난상황에서 장애인에 대한 대책 부재로 자유권이 제한되는 결과는 낡은 것 외에도 시설장애인에 대한 자유권의 제한은 더

심각하고 노골적인 침해조치였다. 청도 대남병원의 폐쇄된 정신병동 입원환자 103명이 전원이 집단감염되고 첫 사망자가 나온 이후 집단수용시설에 대한 코호트격리(동일집단 격리)조치가 대안인양 여러 곳에서 코호트격리를 했다. 이에 대해 전국장애인차별철폐연대(전장연) 등 12개 시민사회단체는 2월 26일 국가인권위원회에 보건복지부 장관과 경상북도지사, 청도군수, 청도대남병원장, 밀알사랑의집 원장을 진정하고 긴급구제를 요청했다. 전장연은 인권위에 ① 두 시설에 있는 사람들에게 적절한 음식물의 공급과 위생, 충분한 의료진의 투입과, ②코호트 격리가 아닌, 적절한 치료가 가능한 외부 의료기관으로의 이송, ③전국의 정신병원 및 장애인 거주시설이 감염병으로부터 취약한 원인을 파악하고 대책을 마련할 것을 요구했다. 그러나 인권위는 배달업체 변경 및 보조인력 충원 등으로 위생문제와 식사 문제가 일부 해소됐고 다수의 확진자가 다른 병원으로 이송됐다고 긴급구제 결정은 하지 않았다. 인권위의 이 같은 결정이 코호트격리가 적절한 조치였다는 의미는 아니다. 2월 21일 첫 사망자가 발생한 다음 날 청도대남병원에 코호트 격리를 시행하였고, 그 결과 청도대남병원 내의 확진자 수가 기하급수적으로 늘어나 모든 환자를 다른 병원으로 이송했기에 각하했을 뿐이다.

장애인단체들은 정신병원과 장애인수용시설에서 감염관리나 위생 통제가 전혀 이루어지지 않음에도 코호트 격리를 함으로써 경증을 중증으로 만들고 있다고 규탄했다.²⁴⁾ 하지만 여러 지방정부는 아랑곳하지 않고 코호트격리가 마치 코로나19 예방 조치인양 지방자치단체장들이 선포하고 나서기까지 했다. 3월 2일 경기도는 노인요양시설, 장애인 거주시설, 요양병원, 정신요양기관 등 1,800여곳을 대상으로 2주간 필수 종사자와 입소자 모두 면회와 외출, 외박을 금지해 외부와 격리된 채 생활하는 “예방적 차원의 코호트격리를 실시”한다고 발표했다. 이어 경상북도도 3월 9일부터 22일까지 2주간 밀알의 집 같은 집단시설에서 집단감염이 확산될 수 있다며 사회복지시설 573곳에 대해 '예방적 코호트 격리'를 결정했다. 심지어 코호트 격리를 위반할 경우 벌금 2천만원 이하, 징역 2년 이하 처벌도 가능한 강제조치였다. 이러한 분위기에 서 대구시도 코호트격리를 준비하겠다고 했으며, 인천시는 노인·장애인 등의 생활시설과 의료기관 총 540개소에 대한 ‘예방적 코호트 격리에 준하는 시설 안심보호 조치와 공무원 1대 1 밀접전담제’를 실시한다고 밝혔다.²⁵⁾

그런데 이것이 감염 예방에 얼마나 효과가 있는지는 의심스럽다. 시설은 대부분 큰 방에 여러 명을 수용하는 방식으로, 즉 개인별 독립공간이 없는 집단시설인 병원이나 장애인시설에서 감염병 확산을 자력으로 막기는 어렵다. 또한 감염 예방에 필요한 의료인력과 장비가 거의 없

24) 비마이너. 2020.2.26. [“장애인거주시설 코호트 격리는 집단감염 키우는 꼴” 인권위 진정](#)

25) 중앙일보. 2020.3.10. [경북 ‘선제적 코호트 격리’에 뒷집지던 대구 10일부터 추진](#)

는데 코호트격리가 예방적 조치로 기능하기는 어렵다. 또한 시설생활자들에게는 코호트 격리를 하고는 근무자들이 비공식적으로 외부 출입을 하는 상황에서는 코호트 격리의 필요성에 대해 더욱 의문을 가질 수밖에 없다. 더군다나 시설 안에 확진자가 있는지 확인조차 하지 않고 코호트 격리에 들어가는 데, 만약 그 안에 확진자가 있다면 오히려 매우 위험한 상황이 될 수도 있는 상황이다.

예방적 코호트 격리보다는 집단적으로 수용하는 시설정책을 재고하고, 시설환경 개선에 관심이 필요하다. 대남병원 폐쇄 병동에서 집단으로 감염이 된 이유는 병동의 위생적이지 못한 환경, 과밀수용, 환기 없는 시설, 장기간의 입원으로 인한 건강 악화, 돌봄노동인력의 부족이었다. 3월 3일 인권위가 청도 대남병원에 대한 긴급구제를 기각하면서 인권위원장의 입장을 밝힌 보도자료에도 “과도한 장기입원 및 건강관리 소홀, 채광과 환기가 원활하지 않은 시설환경, 적절한 운동시설의 부족 등은 적극적인 개선이 필요한 사안”이라고 했다. 결국 정작 필요한 것은 다루지 않고 임시방편의 대책을 내놓은 것이다.

“코호트 격리가 발표가 난 뒤에 그 다음에 이제 지자체별로 선제적 코호트, 예방적 코호트, 이름이 되게 많은데 결국은 다 똑같은 건데 결국은 그냥 그 코호트 증상이 없더라도 그냥 할 수 있는 코호트들을 많이 발표 했잖아요. 경기도도 발표하고, 실제로 코호트는 하나도 안 하면서. 이런 것들을 발표하고 나서 시설 종사자들도 출입 금지가 됐었어요. 오고 가는 게. 그런데 이거는 어디까지 공식적으로 오고 가는 게 금지된 거고, 따로 들어보니까 오고 갔더라고요. (웃음) 왜냐하면 애네도 답답해서 못 있겠는 거야. 나보고 이 시설에만 살라고? 그러니까 이쯤 되면 드는 생각은 야 이거 진짜 감염병 관리를 위한 코호트 정책이 맞는 거야? 아니면 그냥 보여주기인 거야? 이런 헛갈림이 있었어요. 그런 게 하나가 있고, 두 번째로는 이제 시설 장애인들이 확실히 그 안이 환기가 되지 않는 공간이라는 거는 2017년 국가인권위원회 시설 자료만 봐도 너무나 명백하게 나오는 거죠. 환기가 안 되고 화장실을 다 같이 여러 명이 쓰고 이런 문제들이 있어서, 저희가 여기에 대해서 어떻게 대응을 할 수 있는가. 계속 그거를 보도자료를 썼어요. 그 사이에 건물이 바뀌진 않았을 텐데 환기도 안 되고 화장실도 여러 명이 쓰고 그리고 사실 시설에 가면 지금은 조금 편찮을 수 있는데 강원도 이런 데 가면은 이렇게 한 열 명이 살잖아요, 그러면 밥을 여기 세숫대야에 다 같이 말아서 줘요. 여기에 수저 넣고 다 같이 퍼먹는 거예요, 그렇게 먹거든요. 약간 강아지 밥 처럼 먹는데, 그런데 어쨌건 그런 것들이 분명히 감염에 엄청 취약할 상황일 수밖에 없고 비인권은 둘째치고, 그래서 그런 것들에 대해서 우리가 좀 알고 싶다는 이야기를 계속 전장연에서 하고 있지만 모니터링은 사전적으로 완전히 차단되어 있어서.” (장애인활동가 1)

“자기도 또 집에 돌봐야 되는 가족이 있거나 환자가 있거나 연세 많으신 부모님, 이런 특별한 경우에는 예외를 하고 그렇지 않은 경우에는 코호트에 들어갔죠. 그게 기관장들 중심으로만 도에서 논의를 해서 매우 급하게 결정이 됐어요. 대구시는 시설별로 전수조사를

거친 다음에 그 결과를 보고 예를 들어서 양성이든 이런 게 있으면 코호트를 들어가는 데 그 과정도 내부 논의를 거쳐서 했는데, 경북 같은 경우에는 기관장들과 도가 협의해서 그냥 바로 코호트 조치를 해서, 그게 경북이 또 요양 병원에서 그때 계속 확진자가 발생되던 상황이었어요. 그러니까 그게 인권위였나요, 병원이나 기관이 이를 공개를 하지 않도록 하는 지침이 나왔어요. 그러니까 처음 몇 개까지는 어디 어디에서 확진자 나온다고 됐지만 사실 수십 개 시설에서 확진자가 발생된 거죠. 그게 바로 전체, 전수조사 없이 그게 정점인 것 같아요, 전수조사도 없이 코호트에 들어갔다는 거. 확진자가 있는지도 모르는 상태에서”(장애인활동지원사)

코호트 격리에 따른 이차적인 부정적 효과도 고려해야 한다. 수용된 장애인들과 노인들, 시설 직원들의 이동의 자유를 제한하는 조치는 사회와의 소통, 인간관계의 단절 등 사회로부터 고립을 야기한다. 한국사회복지사협회는 “감염병 예방을 통한 시민의 건강권 확보가 중요하듯 시설 거주인과 직원, 가족의 인권도 동일한 관점으로 다뤄야 한다”고 심각한 우려를 표명했다. 시설종사자의 이동 동선을 최소화하고, 시설에는 발열감지기 설치와 종사자용 마스크를 배부하는 등 잠재적 감염원과의 접촉을 차단하는 것이 현실적 방법이라는 것이다. 현장에서는 종사자들이 숙식 가능 여부나 종사자의 가족이 돌봄이 필요한지 여부에 대한 검토도 없이 코호트 격리가 이루어지는 문제가 있었다. 또한 수용시설을 코호트 격리하고 ‘위험구역’이라고 표시한 경우도 있었는데, 이는 재난 취약계층을 위험요인으로 보는 낙인효과를 낳는다는 우려도 있었다.

“재난 취약 계층을 오히려 혐오하게 만드는 그런 코호트 들어간다고 하면서 이렇게 당신들은 여기에 있어야 만이 우리 사회가 안전해진다는 인식이 한편에서는 만들어지는 거 같아요. 그 코호트 조치를 하면서 실제로 그 앞에 위험 구역이라고 써 붙여 놔거든요. 왜 위험 구역이냐? 조사조차도 안 해놓고, 거기에 진짜로 위험이 있는지 아닌지조차도 확인하지 않았으면서, 거기에 모든 시설 앞마다 그렇게 써놓고 출입 통제하고 했던 것들이 사실상 재난 취약 계층에 낙인. 뭔가 사회에 위협을 가할 수 있다. 그래서 여기는 더 통제하는 것이 당연하다는 것들이 사실 지금까지 그렇게 통제해왔던 것들을 합리화하고 가리고 그러면서 줘.” (장애인자립생활센터 근무자 2)

(3) 기업주에 의한 이주노동자의 자유권 침해

이주노동자들의 감염이 정주노동자들에 비해 적은 것은 그동안 그들이 사회로부터 격리된 상태를 역설적으로 보여주는 것임과 동시에 이주노동자에 대한 통제가 매우 심각했음을 의미한다. 기업주(사용주)들은 농어촌에서 일하는 이주노동자뿐만이 아니라 도시에서 제조업에 종사하는 이주노동자들에 대해서도 바깥 출입을 못하게 하고, 면회 및 방문을 막았다. 출입을 통

제하기 위해 CCTV를 통해 감시하기까지 했다.

이로 인해 이주노동자들은 인간으로서 기본적인 일상을 누리지 못한 채 기숙사와 공장에서만 갇힌 채 지냈다. 이동의 자유만이 아니라 사생활의 자유, 표현의 자유 등 의식주 모든 면에서 제한을 받아야 했다. 사실상의 코호트 격리 조치였다. 그러나 이에 항의하기 어려웠던 것은 고용허가제로 인해 사업장 이동의 자유가 없기 때문이었다. 고용허가제로 인해 사용자가 해고하고, 이주노동자가 다른 사업장을 찾지 못하면 미등록상태가 되므로, 이주노동자가 기본권침해를 호소하기 어려운 조건이었다. 또한 정보접근의 한계로 기업주의 조치가 과도한 조치가 위법한 조치라는 것을 알기 어려웠다.

“대구에 있었던 노동자들, 어쨌든 아 왜 이주노동자들이 사회적 거리두기, 물리적 거리두기가 전혀 되지 않음에도 불구하고 코로나 안 걸려서 다행인데 왜 그럴까? 저희들끼리 얘기해보면 하나는 완전히 코호트 격리를 당했으니까. 회사에서 CCTV를 기숙사 입구나 회사 정문에 해봐요. 못 나가게 하는 거죠. 기숙사 입구에도 설치하기도 하고 아니면 카메라 방향으로 조정해서 설치해놓은 거죠. 누가 나갔는지 체크해서 못 나가게 하는 거죠.” (이주노동활동가 3)

“기숙사. 회사 내 기숙사. 그러니까 우리 표현으로 의료진 없는 코호트 격리라고 하는데 통째로 그러는 거죠. 야, 코로나 걸리면 다 죽어. 미등록은 강제 추방당해. 짧게 그렇게 얘기하는 거죠. 나가지 마. 나가면 팔라. 그렇게 되는 거죠. 그러면 마스크 없는 시기에는 마스크도 없죠, 나가지도 못하죠. 가족들은 전화 와서 울고불고 오라고 하죠.” (이주노동활동가 3)

(4) 차별적인 자의적인 집회시위의 권리 제한

생존권 위협에 대한 대책을 내놓을 것을 정부에 촉구하기 위해서도 집회시위의 권리가 보장돼야 한다. 코로나19로 인한 경제위기를 심각하게 느끼는 집단은 빈민, 비정규직 특수고용노동자들이다. 많은 기업들이 특수고용노동자나 비정규직 노동자들에게 무급휴직을 강요하거나 해고하여 그들은 생계의 위협을 받고 있다. 그러나 서울시를 비롯한 여러 지방자치단체는 감염병예방법을 근거로 집회규모나 방식, 방역지침 등을 고려하지 않고 일률적으로 집회를 전면 금지했다. 반면 사람들이 대규모로 모이는 종교행사나 추모행사는 8월까지 허용됐다.²⁶⁾²⁷⁾

5월 11일 정리해고 된 아시안나케이오지부의 경우, 해고노동자들의 본사가 있는 종로 금호재단 앞이 집회금지 구역이 아니었음에도 종로구청은 농성천막을 철거했다. 비정규직인 아시

26) 경향신문, 2020.7.13. [두 분향소가 드러낸 '추모의 불평등'](#),

27) 종교행사가 전면 금지된 것은 8월 22일로 그 이전까지는 다중이 모이는 행사에 공직자들도 참여하였다.

아나케이오지부에서 해고된 사람이 8명이고 상주인원도 8명 내외였으나 초기부터 철거해서 항공재별 눈치보기라는 비판을 받았다. 심지어 철거할 법적 근거가 없어 위법 여지가 있다고 보고 종로구청은 농성 장소를 집회금지구역으로 정했다.²⁸⁾²⁹⁾ 반면 서울시나 대구시, 인천시는 집회는 금지하면서도, 철거지역에서 철거용역들이 밀착해 주민들이나 상인들의 코로나19 감염 위험을 높이는 것은 무시하고 철거를 강행했다.³⁰⁾ 즉 정부는 비정규직이나 철거민들의 모이고 외칠 권리를 자의적이고 차별적으로 빼앗았다.³¹⁾

사회적 소수자의 집회시위의 자유를 원천적으로 박탈하는 것은 정부나 기업에게 위협으로부터 벗어날 수 있는 대책을 요구할 수 없게 만들고, 불평등을 완화시킬 수단이 사라진다는 점에서 위협의 불평등을 가중시키는 요소라 할 수 있다.

2.7. 소결

코로나19로 인한 위험은 공평하게 분배되지 않는다. 이주노동자, 노숙인 등 평소 소외돼 있던 사람들은 타인과의 접촉이 적어 예상 외로 확진자가 크게 늘어나지 않는 배제의 역설이 있었다. 하지만 수용시설의 집단감염 사례에서 보듯이 감염으로부터 취약한 환경에 노출되면서, 한 명이 감염되면 그 파급력이 훨씬 컸다. 감염 이외에 의료접근성 측면에서도 코로나19의 영향을 더 크게 받았다. 기존에 공공의료기관과 시민단체에서 제공하는 의료에 의존하던 사람들은 공공의료기관이 코로나19 전담병원이 되고, 시민단체에서 사회적 거리두기로 진료를 중단하면서 필수의료의 공백을 더 크게 체감할 수밖에 없었다. 기존 건강상태도 더 좋지 못한 상태였다는 것을 감안하면 문제는 더욱 심각하다.

코로나19 유행으로 건강의 문제만 나타난 것은 아니다. 시장에서 안정적이고 충분한 수입을 얻지 못하던 사람들은 가장 먼저 심각한 생계의 위협을 겪었다. 기존의 복지제도가 많은 사람들을 배제하는 방식으로 설계 및 운영되고, 코로나19에 대응하기 위한 여러 정부 조치들 역시 크게 다르지 않아 여전히 많은 사람들이 경제 위기를 온몸으로 경험하고 있었다. 소득감소의 위험은 노동자를 더욱 열악한 노동으로 내몰았다. 더 절박해진 노동자는 쉬지 못하고 일하고, 아프면 집에 머물라는 방역수칙은 제도적 보장 없이 지켜지기 어려웠다. 실적과 이윤 중심의

28) 경향신문, 2020.6.17. [아시아나KO 해고노동자 “코로나 빌미로 농성천막 강제철거는 인권 침해”](#)

29) 레디앙, 2020.6.9. [코로나19 빌미 집회금지, 아시아나 하청노동자, 인권위 진정](#)

30) expo7, 2020.2.24. [민중당 오인환 “박원순 시장에게...코로나19 확산...노량진수산시장 상인 강제집행 공개질의”](#)

31) 뉴스민, 2020.03.30. [동인동 재개발 강제철거 집행...철거민들 망루 짓고 저항,철거 지역 주민, 철거 인력 등 다수 밀집...“이중жат대” 지적.](#)

일터에서 노동의 권리는 찾아보기 어려웠다. 코로나19로 업무가 증가한 업종에서는 노동자의 업무 시간과 강도가 크게 증가했고, 사용자는 노동자 보호에 노력을 기울이지는커녕 보호 의무를 최대한 회피했다.

감염병에 적응되어가면서는 디지털 기기를 이용한 비대면 생활문화가 빠른 속도로 확대되었다. 그러나 이런 정보와 비대면 생활문화로부터 소외된 사람들은 불편함을 넘어 생존의 위협과 공포를 느꼈다. 이주민, 장애인은 자국어 혹은 수어로 된 재난 정보가 제한적이고 늦어져 불안감이 높았다. 사회와 단절된 노숙인 역시 정보가 제한적이기는 마찬가지였다. 긴급 재난지원금을 비롯한 복지 정보는 정보에 접근하더라도 내용을 이해하기 어려워 제도를 활용하는 데 어려움을 겪기도 했다.

감염병의 유행 상황에서 시민들의 자유권을 일부 제약하는 것은 불가피한 측면이 있다. 그러나 사회적 거리두기와 자가격리의 일괄적 조치는 장애인과 같이 혼자 생활하기 어려운 집단에게는 더욱 큰 고립감과 불안감, 더 나아가 생존을 위협하기도 하지만, 이에 대한 고려는 부족했다. 이른바 예방적 코호트 격리는 시설 이용자와 가족, 그리고 종사자의 자유와 안전을 박탈함으로써 외부의 안전을 도모한 것과 다름없었다. 한편에서는 노동권이 잘 보장되지 않는 상황에서, 사업주가 자의적으로 이주노동자를 거의 감금하다시피 외출을 금지하기도 하였다.

코로나19 위협의 다차원적 불평등은 갑자기 생겨난 것이 아니다. 이전부터 우리 사회의 여러 구조들이 작용하면서 불평등이 발현되고 있었다. 예컨대 고용허가제와 사회보험 등 인종차별적인 제도와 문화가 코로나19 이전에도 이주노동자의 경제적 어려움, 차별과 배제, 열악한 노동과 물리적 환경을 만들어내고 있었다. 그리고 이런 기존의 문제들은 신종감염병 위기 상황에 영향을 미쳤다. 차별과 배제는 사람들의 접촉을 줄이면서 역설적으로 감염의 위험을 낮추는 것으로 보이나, 재난 정보로부터 소외시키기도 했다. 기존의 경제적 어려움은 감염병 위기로 인한 경제위기 상황에서 심각한 생계의 위협이 되었다.

이러한 가운데 코로나19에 대한 각 주체들의 대응이 현재 상황에 영향을 미쳤다. 위기 상황을 극복하기 위한 개인적 노력과 노조, 시민단체, 각 커뮤니티의 집단적 대응이 있었다. 고용유지지원금을 통해 직원을 유지하거나, 혹은 무급휴직, 해고 조치 등을 사업주의 대응도 있었다. 정부는 사회적 거리두기와 같은 방역 조치부터 긴급재난지원금 지급, 코로나19 긴급고용안정지원금 등 경제적 대응까지 코로나19 대응의 핵심적 역할을 하였다. 정부의 대응은 사람들이 코로나19로 인한 충격을 완화하는 역할을 했지만, 기존의 구조에서 벗어나지 못한 대응은 여전히 우선순위에서 밀리는 취약집단을 배제하였다.

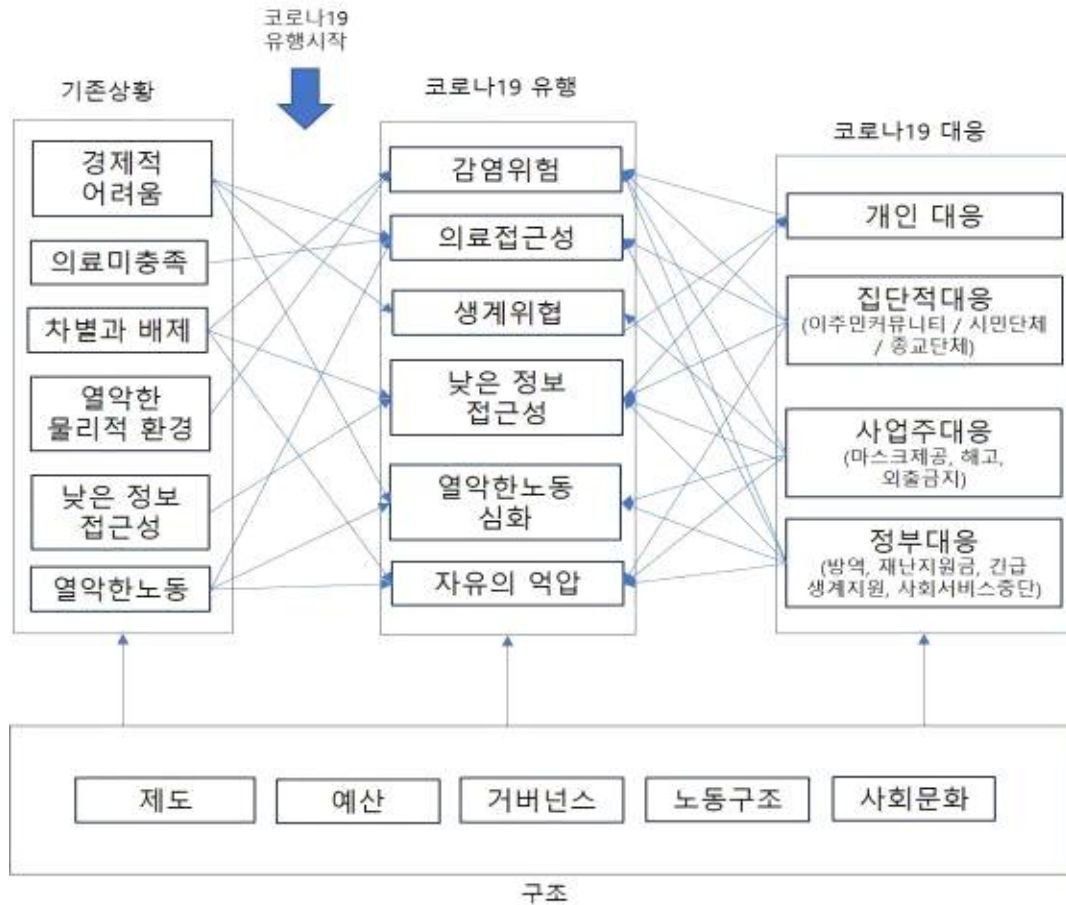


그림 2 코로나19 유행 상황에서 취약집단의 어려움과 영향요인

위험의 불평등을 완화하기 위해서는 우선적으로 감염병의 여러 차원의 위험에 대한 정부의 대응이 포괄적이고, 배제하는 사람이 없어야 한다. 정책 대상의 자격 기준을 완화하고, 정보 접근, 신청, 활용까지 쉽게하여, 노숙인이나 이주민, 불안정 노동자 등이 실질적으로 배제되지 않고 생계의 어려움을 상쇄시킬 수 있어야 한다. 또한 행정 편의적인 일괄적 조치를 벗어나 사람들의 필요와 상황에 따른 섬세한 조치가 필요하다. 감염을 우려해 사회서비스를 일괄적으로 중단하는 것은 어떤 사람들에게는 생존의 문제일 수 있다. 전통적인 하향식의 의사결정 구조로는 필요와 상황에 맞춘 조치를 하기에 한계가 있다. 정책 결정에 영향을 받는 다양한 이해당사자, 특히 취약집단의 목소리를 반영할 수 있는 협력적인 거버넌스가 뒷받침되어야 할 것이다.³²⁾

최소한의 안전을 보장할만한 노동 및 주거 환경을 보장해야 한다. 중장기적으로는 이주노동

32) 자세한 내용은 5장 ‘공중보건위기에서의 재난거버넌스’ 참조

자 숙소 그리고 장애인이나 노인들이 수용돼 있는 시설에 대한 기준과 감독을 강화해야 한다. 이주노동자들이 더이상 집이 아닌 곳에 거주하게 해서는 안 된다. 시설의 코호트 격리보다는 탈시설 및 지역사회 지원 방안을 모색해야 한다. 주거가 불안정한 사람들에게 공공임대주택 제공을 확대하는 것과 같이 적정 주거를 보장할 수 있는 제도적 변화도 필요하다. 단기적으로는 숙박시설을 임대해 주거가 불안정한 사람들에게 생활할 수 있도록 지원하면서, 감염위험뿐만 아니라 폭염과 혹한의 위험으로부터도 안전을 보장할 수 있다. 동시에 한계에 몰려 집세를 내지 못한 사람들이 강제 퇴거 당하는 것을 방지해야 한다.

성장과 실적 중심의 시장에서 노동자의 건강과 생계를 보호할 수 있는 조치가 필요하다. 이주노동자가 스스로의 권리를 위해 목소리 조차 낼 수 없게 만드는 고용허가제 대신 노동허가제를 도입하는 것, 좀 더 많은 노동자들이 법적인 보호를 받고, 중대한 재해에 대해 기업의 책임을 강화하기 위해 이른바 ‘전태일3법’³³⁾을 논의하는 것, 상병수당을 도입 하는 것 등이 노동자를 보호하는 장치가 될 수 있다.

많은 공공병원이 코로나19 전담병원이 되면서 취약집단의 의료이용이 어려워졌다. 중장기적으로 이들이 공공과 민간을 가리지 않고 부담없이 의료 이용을 할 수 있어야 한다. 단기적으로는 취약집단에게 의료 제공할 수 있는 의료기관을 다시 지정한다든지 당장의 의료공백을 최소화할 수 있는 조치가 시급하다.

33) 경향신문. 2020.9.19. [‘전태일 3법’ 이제 국회서 논의한다…국민청원 10만명 동의](#)

3. 기로에 선 시민의 자유권

3.1. 배경

2015년 메르스 유행을 경험하고 수행한 연구인 ‘인권 중심의 위기대응: 시민 2015 메르스 유행을 말하다(시민건강증진연구소와 건강세상네트워크, 2015)’의 머리말을 다음과 같이 시작한다.

「지난 메르스 유행 과정에서 ‘공중’의 보호를 위해 많은 이들이 자신의 안전과 건강을 유보했고, 또 일부는 원하지 않는 위협과 차별, 배제, 프라이버시의 침해를 경험했다. 상황의 긴박함이라는 해명만으로는 충분하지 않다」

법적인 근거가 부족했지만 격리와 검역 조치, 감시와 접촉자 추적이 이루어졌던 그 시기의 문제제기는 2020년 코로나19를 마주하고서 상당 부분 변화를 겪었다. 무엇보다 큰 변화는 법적으로 자유권 침해와 개인정보보호가 유보되는 것이 정당화되었다. 또한, 메르스와는 달리 코로나19는 전세계적 대유행을 경험하고 있어서 그 규모가 다르다. 그 과정에서 한국의 초기 방역조치 - 자유권과 정보인권의 심각한 침해를 전제한 - 가 소위 ‘K-방역’이란 단어로 포장되었고, 심지어 수출되고 있다. 이처럼 큰 변화에도 불구하고, 시민들이 ‘공공의 안전’을 위해 유보한 자유의 권리와 개인정보보호의 권리가 적절한 조치인지, 특히 윤리적으로 정당한지, 보건학적으로 방역에 도움이 되는지 따져보고 살펴보는 노력은 부족한 것 같다.

이 같은 문제의식을 본 절에 답았다. 우선 K-방역으로 칭송하는 감염병 환자와 접촉자의 추적 관리체계는 윤리적으로 어떻게 해석해야 하는지 살펴보았다. 두 번째로 정부의 방역 조치에 법적 정당성을 부여한 코로나3법이 급하게 도입된 과정과 문제점을 살펴보았다. 세 번째로 방역과정에서 방역의 주체인 역학조사관과 방역의 대상이 되었던 확진환자, 접촉자, 자가격리자 등의 인터뷰를 통해 코로나19를 둘러싸고 벌어진 인권침해의 현장을 기록했다. 마지막으로 감염병을 이유로 유보되고 있는 집회/결사의 자유에 대한 현황을 분석했다.

주로 문헌을 검토하고 언론 등 2차 자료원을 살펴보았다. 필요한 경우, 현장의 당사자를 직접 면담하고 문헌에서 확인하기 어려운 구체적 자료를 수집했다.

3.2. 감염병 유행과 공중보건 위기 상황의 미시적 추적 및 관리체계의 윤리적 근거 고찰

(1) 문제 제기 및 연구 목적

기존에 알려지지 않은 ‘신종’ 전염병의 등장은 기존의 공중보건 개입 메커니즘 중 가장 강도 높은 요구에 직면한다. 이 중 전통적인 격리와 사회적 거리두기, 전면봉쇄(락다운, lockdown)만이 아닌 유전자 PCR 검사, 인식 기술, 경로 추적, 데이터베이스 추적 분석 등 첨단 테크놀로지 결합을 강화시키는 방식이 등장하고 있다. 또한, 인체의 증상과 접촉을 미시적으로 추적하고 격리하는 ‘접촉 추적과 격리’시스템이 등장한다. 한국에서 새로운 기술을 접목한 ‘접촉 추적과 격리’는 여행 제한, 이동 제한 등 전통적인 강제력 행사보다 나은 대안으로 각광받고 있다.

기술을 활용한 ‘접촉 추적과 격리’는 상당수의 개인정보의 동의 없는 습득, 결합, 활용, 그리고 대중에게의 노출을 필연적으로 수반한다. 그러나 이에 관하여 공중보건적 효과의 정당화, 윤리적 정당화 근거가 충분히 검토되었는지는 살펴볼 필요가 있다. 본 절에서는 한국 공중보건위기 상황에서 ‘접촉 추적과 격리’ 시스템의 공중보건적 효과와 윤리성의 정당화 근거를 살펴보는 것을 목표로 한다.

(2) 연구 내용

① 접촉 추적 및 관리체계의 공중보건학적 효과

전염병 방역의 맥락에서 접촉 추적(Contact tracing)은 ‘바이러스에 감염된 사람과 접촉했을 수 있는 사람을 확인하고 추적하는 것’으로 정의된다.³⁴⁾ 접촉 추적의 목표는 새로운 감염 사례를 확인하고 시의적절하게 대응함으로써 질병의 추가 전파를 막는 것이다. 국제보건규약에서는 제18항에서 각국이 감염병 전파 통제를 위해 도입될 수 있는 효과적인 절차 중 하나로 정의된다(WHO, 2016). WHO에서는 긴급한 공중보건 사건의 빠른 감지, 평가, 대응의 방법 중 하나로 접촉 추적을 논한다(WHO, 2014).

접촉 추적은 크게 3가지 단계로 이루어진다. 하나는 접촉자 확인(Contact Identification)이

34) <https://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/contact-tracing-guidelines/en/>

다. 이때 질병 발생 이후 감염자의 활동과 역할을 역추적하며 감염자와 접촉한 누구라도 접촉자가 될 수 있다. 둘째는 접촉자 목록화(Contact listing)이며 이때 감염자에게 필요한 정보를 제공하거나 검역 또는 격리 등의 조치가 취해진다. 셋째는 접촉자 추적관리(Contact follow-up)이며 증상을 모니터링하고 감염의 증후가 나타나면 검사를 수행하게 된다. 접촉 추적은 반드시 기술과 결합하여 이루어지는 것은 아니다. 역학조사관이 확진환자를 면담하고, 동선을 파악하며 현장조사 등을 통해 접촉자를 확인, 목록화, 추적관리 하는 과정으로 기술의 활용한 접촉 추적은 이 과정을 수행하는 한 방법으로 볼 수 있다.

코로나19의 맥락에서 광범위한 진단검사와 결합된 접촉 추적은 일부 국가 - 싱가포르와 중국 일부 지역에서 초기 발생규모를 낮추는 데에 큰 공헌을 하였다(Pung et al., 2020). 또 중국, 한국 등 일부 국가에서는 지속적이고 광범위한 전파에서 질병 전파 속도를 감소시키는 데에 중요한 역할을 수행하였다(Morady & Vaezi, 2020; Oh et al., 2020). 접촉 추적은 증상 발현 전에 사례를 확인할 수 있게 함으로써 증상 발현과 격리 사이의 시간을 감축시키고 전파량을 낮추는 효과를 가져 왔다. 비록 다른 공중보건 수단(사회적 거리두기)과 결합된 상황에서 접촉 추적만의 효과를 측정하기가 어려우나, 코로나19 유행에서는 무증상 전파의 영향이 크므로 밀접 접촉자의 빠른 격리가 전파 예방에 중요한 것으로 알려져 있다(Wei et al., 2020). 또한 접촉 추적으로부터 얻은 데이터는 코로나19의 질병역학 이해에 도움이 되고 전파에 영향을 주는 요소와 완화 수단의 효과를 검증하는 데에 도움이 되었다.

확진자와 접촉자의 격리가 코로나19의 통제를 가능하게 할지 시연해 본 결과, 초기 확진자가 40명이고 기초감염재생산지수(R_0)³⁵⁾가 2.5나 3.5인 경우에는 증상 발현 전 1% 이하의 전파만 일어났을 때 접촉 추적과 격리가 유행 통제에 효과적이었다. 초기 확진자가 적을 때, R_0 가 2.5라면 70% 확진자가 추적될 수 있으면 유행이 통제 가능하다. 대부분 시나리오에서 높은 수위의 접촉 추적과 확진자 격리를 통해 3달 내에 새로운 발발이 통제 가능한 것으로 나타났다(Hellewell et al., 2020). 그러나 무증상 전파가 많은 코로나19의 성격상 접촉 추적, 특히 기술을 활용한 자동화된 접촉 추적의 효과에만 의존하는 것은 전파 규모를 낮출 수 없다는 시뮬레이션 역시 존재한다(Kim & Paul, 2020).

세계보건기구(WHO)와 유럽연합(EU)에서는 유행 규모에 따라서 접촉 추적의 전략을 달리 할 것을 권고한다. 주로 자원 분배 차원에서 효과적인 전략을 달리 보는 것으로 볼 수 있다.

35) 감염자가 없는 인구집단에 처음으로 감염자가 발생하였을 때 첫 감염자가 평균적으로 감염시킬 수 있는 2차 감염자의 수를 나타낸 것이다.

표 2 세계보건기구의 코로나19 핵심 대비, 준비, 대응 전략 중 접촉 추적 부분

	확진 사례 없음	산발적 환자 발생	군집 확진 사례	지역사회 전파
사례 발견, 접촉 추적과 관리	능동적 사례 발견, 접촉 추적과 모니터링, 접촉자 격리 및 확진자 격리	능동적 사례 발견 강화, 접촉 추적과 모니터링, 접촉자 격리	강도 높은 사례 발견, 접촉 추적과 모니터링, 접촉자 격리	사례 발견 지속, 가능한 한 접촉 추적 특히 새로이 감염된 지역에서 접촉자 격리, 확진자 격리, 유증상 개인자가격리 적용

표 3 유럽연합의 유행규모에 따른 접촉 추적 전략

	10건/일 발생	250건/일 발생	1,000건/일 발생
전체 체계	공중보건인력이 접촉 추적 수행 일부 인력은 접촉 관리 소프트웨어 이용	공중보건인력이 접촉 추적을 주도하고 감독 하나 넓게는 훈련받은 자원봉사자나 비공중 보건인력이 수행 일부 인력들은 콜센터로 근무 일부 인력들은 접촉 관리 소프트웨어 이용	공중보건인력이 접촉 추적을 주도하고 감독 하나 넓게는 훈련받은 자원봉사자나 비공중 보건인력이 수행 일부 인력들은 콜센터로 근무 일부 인력들은 접촉 관리 소프트웨어 이용. 일부는 웹 기반 툴을 이용(웹 기반 툴, 앱을 이용하고자 하는 확진자의 경우)
추적 강도	모든 확진자는 전화 또는 대면으로 인터뷰 모든 접촉자들은 전화 접촉 밀접 접촉자들은 매일 추적 전화 접촉	모든 확진자는 전화 또는 대면으로 인터뷰 모든 접촉자들은 전화 접촉 접촉자들은 매일 추적 전화 접촉	모든 확진자에게 웹 기반 툴에 연락처 정보를 기입할 것을 요청받음. 앱 활용이 어렵거나 다수의 사람에게 감염을 전파시킬 위험이 높은 이에게는 전화 접촉자들은 웹으로 정보를 받거나 전화로 연락받음 매일 사례 추적이 일어나지는 않음

검사	증상이 있는 접촉자는 지역 검사 시설로	증상이 있는 접촉자는 지역 검사 시설로	증상이 있는 접촉자는 지역 검사 시설로
	허락된다면 무증상 접 촉자의 검사 필요	허락된다면 무증상 접 촉자의 검사 필요	허락된다면 무증상 접 촉자의 검사 필요
	우선순위는 보건의료 인력, 장기요양시설 근무자, 취약 그룹 접 촉자	우선순위는 보건의료 인력, 장기요양시설 근무자, 취약 그룹 접 촉자	우선순위는 보건의료 인력, 장기요양시설 근무자, 취약 그룹 접 촉자
인력 자원	3-7명의 전일제 인력 필요	76-180명의 전일제 인 력 필요	151-399명의 전일제 인력 필요

② 접촉 추적 및 관리체계의 윤리적 정당성

접촉 추적에 관하여 특별히 정리된 윤리적 검토는 아직 없다. HIV/AIDS의 유행에 있어 성병 노출에 따른 낙인과 파트너 간 성적 권력 차이에 대한 고려를 윤리적으로 검토한 Nancy Kass의 논의 정도만 존재한다(Kass & Gielen, 1998).

전통적인 방법의 접촉 추적은 감염인의 진술을 기초로 접촉자 확인으로 이어진다. 이러한 접촉 추적은 주로 풍토병 환경에서 인터뷰하는 것 위주로 이루어진다. 프라이버시 침해, 그리고 성병의 경우 기밀 유지의 파괴를 이유로 반대하는 경향이 있으나 법적인 의무 부과는 없으며 자발적인 환경에서 이루어지는 것이다.

그러나 코로나19 대유행 시기의 접촉 추적은 전염병의 가공할 만한 전파 속도 때문에, 그리고 인력의 효과적인 사용을 위해 기술을 활용한다. 감염자의 동의 없이 디지털 정보를 활용하는 등 다양한 방식의 동원이 이루어진다. 홍콩의 경우 격리 중인 사람의 움직임을 위치 추적할 수 있게 하고 있으며 싱가포르의 트레이스투게더(TraceTogether)이라는 어플을 개발하여 잠재적 감염자의 목록을 구축, 감염자와 2미터 이내 최소 30분 이상 노출된 이들을 확인할 수 있게 하고 있다. 앱 다운로드를 자발적이지만 정부는 시민들이 다운받을 수 있도록 독려한다.³⁶⁾ 만약 동의를 제공하지 않으면 싱가포르 감염병법에 따라 처벌할 수 있다. 회사나 정부에서 휴대전화 위치를 추적할 수 있게 하는 방법은 유럽과 미국에서도 논의되고 있는 방식이다. 중국의 어플과 같은 디지털 접촉 추적 방식이 충분한 사람들이 활용하는 환경이 만들어진다면 환자의 진술에 의존하는 전통적 방식에 비하여 빠르게 접촉자 파악이 가능할 것이라는 주장이

36) CNET. 2020.3.21. [Coronavirus pandemic changes how your privacy is protected](#)

있다. 특히, 서구에서는 이와 같은 조건에서 전면봉쇄를 비롯한 대규모 격리 없이 전파를 통제할 수 있을 것으로 생각하고 연구 중이다(Ferretti et al., 2020). 이 때 감염자의 신원은 익명으로 보호된다. 싱가포르와 한국 사례가 비교 분석되고 있으며 GPS 위치 추적보다는 블루투스를 이용한 추적 방식이 프라이버시 보호 측면에서 더 유리할 것으로 분석되고 있다. 다만 블루투스 방식은 핸드폰 번호의 정부 기관 등록을 필요로 한다.³⁷⁾

공공보건의 위기라는 미증유의 상황에서 방역당국에 의한 프라이버시권의 포기 경향은 더욱 가속화될 전망이다.³⁸⁾ 유럽연합 자료보호 전문관(EU data protection supervisor)은 프라이버시권이 절대적 권리가 아님을 선언하며 유럽형 코로나19 모바일 어플리케이션 개발을 요구하고 있으며³⁹⁾ 유럽연합 디지털 개인정보 위원회 의장(EU digital privacy board chair) 역시 익명화 자료를 사용하는 모바일 데이터 활용은 가능하다고 해석하고 있다.⁴⁰⁾

접촉 추적은 일반적인 공중보건의 윤리적 원칙에 비추어서 검토될 수 있을 것으로 생각된다. 우선, 공공을 위해로부터 보호하기, 평등과 정의, 자율성과 존중 등이 기본적인 가치로 거론된다(최은경, 2016). 이를 운영하는 원칙으로는 투명성, 상호호혜성, 비례성, 필수불가결성, 포괄성 등이 거론된다. 공중보건 위해로부터의 보호는 부담과 혜택이 평등하게 분배됨을 보장하고 취약한 인구 집단에게 부담이 불평등하게 지워지지 않도록 주의해야 하는 것이다. 그 외 공중보건 위해는 이익과 비용 간의 관계 속에서 최대화되어야 하며 권리 침해는 최소화되어야 하는 것, 그리고 정당화 등의 과정이 필요하다. 그 외, 접촉자 추적의 윤리는 감시 윤리(Surveillance ethics)의 선례를 참조할 수 있다. 공중 보건 감시(Public health surveillance)는 “질병 또는 상해의 예방과 통제 또는 공중보건적 중요성을 지닌 비밀상적인 사건을 확인하기 위해 수행하는 건강 관련 데이터의 지속적인, 체계적인 수집, 분석, 해석이며 그 후 공중보건 행동을 위해 이들 정보를 배포하고 활용하는 것” 이라고 정의된다(CDC, 1986). 감시 윤리는 공중 보건 윤리의 연장선에서 공통선(Common Good), 평등(Equity), 인간에 대한 존중(Respect for Persons), 선한 거버넌스(Good Governance) 등을 다룬다. 공중 보건 감시는 접촉 추적에 비해 일상적인 활동에 중점을 찍고 있으나 신종플루 대유행(Pandemic influenza)과 같은 공중보건의 위기(public health emergency) 상황에서도 적용되는 것으로

37) The Atlantic. 2020.4.7. [The Technology That Could Free America From Quarantine](#)

38) Stat. 2020.4.8. [After 9/11, we gave up privacy for security. Will we make the same trade-off after Covid-19?](#)

The Atlantic. 2020.4.7. [The Technology That Could Free America From Quarantine](#)

39) [EU Digital Solidarity: a call for a pan-European approach against the pandemic](#)

40) [Statement by the EDPB Chair on the processing of personal data in the context of the COVID-19 outbreak](#)

간주되고 있어, 유사성을 지닌다. 공중 보건 감시는 글로벌 차원의 데이터 공유까지 포함하는 개념이며 정보 제공을 통해 올바른 데이터 기반 공중보건 행위를 계획하고 유도할 수 있다는 점에서 개인에게 제공되는 직접적 선행보다는 사회 전체의 선에 가깝다는 특징을 지닌다. 반면 접촉 추적은 감염자와 접촉한 이에게 감염의 위험을 알리고 직접적으로 검사 및 치료의 기회를 제공할 수 있다는 점에서 개인적인 이익의 제공도 중요하다는 특징을 지닌다. 두 가지 행위의 목적과 특징을 비교하며 윤리적 적합성과 정당성은 다를 수 있다.

감염병 대유행 상황의 감시 윤리와 접촉 추적 윤리의 가치를 고찰해 보면 다음과 같다.

■ 공통선(common good): 공통선은 한 사회의 공중 보건 및 건강의 증진이며, 또한 자신 또는 타인을 위험에 처하지 않도록 하는 것이다. 공유된 가치라는 점에서 정당화되나 다수로 결정되는 것은 아니다. 사회 전체에 대한 이익(benefit)이라는 점에서 공리주의(utilitarianism)와도 연결될 수 있으나, 공동체주의적 입장에서는 공통선은 그 자체로 내재적 가치를 지니는 것으로도 이해될 수 있어 공리주의와 구분될 수 있다. 즉 무엇이 ‘좋은 것’ 인지 여부에 대하여 공동체 자체의 가치가 있다는 것이다. 일부 공중 보건 윤리 논의에서는 상호호혜성(reciprocity), stewardship으로도 표현된다(WHO, 2010). 감시체계(surveillance)가 전체의 공통 이익(Health for all)을 목적으로 한 수단으로 정당화되는 것처럼 접촉 추적 또한 공통 이익으로 정당화될 수 있다. 접촉 추적의 공통 이익은 질병 유행 정도를 감소시키는 것, 전파를 막거나 예방하는 것, 전파될 가능성 있는 사회 구성원 누구나 자신의 질병 이환 상태를 알 수 있게 하는 것 등이다.

감시 윤리 차원에서는 ‘사회 전체의 질병 통제’가 ‘사회 전체의 이익’을 안겨줄 수 있는 공통선(Common good)으로 간주된다. 개인과 집단의 정보가 제공됨으로써 전체의 이익으로 공유될 수 있다는 전제가 감시 활동에 깔려 있다. 제공되는 정보를 적절하고도 안전한 방법으로 보관하고 분석하고 활용, 배포하는 시스템을 개발할 책임이 공중보건당국에게 부과된다(Surveillance Ethics Guideline 1). 그러나 만약 정보를 제공한 개인과 집단에게 감시체계 활동의 결과가 이익으로 돌아오지 않는다면 이를 공통선(Common good)으로 간주하기 어렵다. 2006년 신종플루 유행 당시 Global Influenza Surveillance Network(GISN)에 인도네시아가 샘플 제공을 거부하면서 부유한 국가 및 산업계가약품과 다른 혜택을 공유할 것을 요구한 것이 하나의 사례가 된다. 만약 접촉 추적의 결과 정보를 제공한 개인에게 치료의 혜택이 주어지지 않거나 개인과 가까운 이들이 검사받을 수 있는 기회를 제공하지 않는다면 공통선으로 이해되기 어렵다.

■ **평등과 정의(equity and justice)**: 평등은 오랫동안 윤리의 기본적 가치로 받아들여져 왔다. 공중보건윤리에서는 불평등이 공중보건에 이롭지 못하다는 생각 뿐 아니라 불평등 그 자체가 도덕적으로 수용되기 어렵다는 생각 둘 다 수용된다. 평등 가치는 구체적으로 취약한 인구 집단에 대한 보호, 위협의 공평한 분배 등을 포함한다. 공중보건 행위의 결과는 건강 평등을 증진시킬 수 있어야 한다. 또는 위협과 이익이 공평하게 분배되어야 한다. 그리고 절차적으로 영향 받는 이들이 참여할 수 있는 절차적 정의가 필요하다.

감시 윤리 차원에서는 평등은 개인 또는 집단의 건강 상태에 대한 공평한 접근을 보장하는 것 뿐만 아니라 기존에 불균형하게 자원이 분배되었던 취약한 개인 또는 집단에게 충분한 건강 자원 배분이 이루어지게 할 수 있도록 이들이 갖고 있는 건강 문제를 확인, 교정하는 작업을 필요로 한다. 즉, 공중보건감시 활동은 취약 집단의 건강 문제가 과학적인 근거를 통해 다루어짐으로써 이에 대한 혜택이 돌아올 수 있음을 약속할 수 있어야 한다. 이는 취약 집단을 감시 활동 포함에 고려할 때 처음부터 참여와 협력을 보장하는 절차를 갖추는 것을 포함한다.⁴¹⁾ 또한 불필요한 추가적인 부담을 없도록 신중하게 조사가 이루어져야 한다.⁴²⁾

접촉 추적에서도 적극적인 평등 원칙을 고려할 수 있다. 즉, 감염에 취약한 집단에서 사례가 발생할 경우 검사에 보다 용이하고 안전하게 응하며 치료와 이후 돌봄에 대한 혜택이 약속될 수 있도록 하며, 접촉 추적 활동에 대한 집단적 차원의 참여와 협력을 보장하는 방식 등을 고려하는 것이다.

■ **상호호혜성(Reciprocation)**: 공중보건을 목적으로 한 제한적 수단을 합당화할 수 있는 조건으로 독립적으로 간주하기도 한다. 업슈르(Upshur)는 공중보건윤리 프레임워크의 4 원칙을 논하면서 그 중 하나로 상호호혜성을 들고 있다. 즉 사회는 개인에게 의무를 부과하는 만큼 그에 따른 보상을 제공해야 한다는 의미이며, 공중보건윤리의 입장에서는 적극적으로 ‘호혜적 관계’를 선취해야 한다는 의미이다(Upshur, 2002). Viens 등도 신종감염병과 같은 상황에서 제한적 수단을 정당화하는 ‘유일한’ 근거로 과학적 근거를 통상 논하나 그것만으로는 불충분함을 논하면서 정당화 근거로 상호호혜성을 논한다(Selgelid, 2011). 왜냐하면 신종감염병에 게 있어 불확실성은 피할 수 없기 때문이다(Bensimon & Upshur, 2007).⁴³⁾ 이 때 상호호혜성

41) Surveillance Ethics Guideline 7

42) Surveillance Ethics Guideline 9

43) 팬데믹 상황에서 의사결정에서 개인의 권리 침해는 ‘효과적임’이 입증될 때에만 정당화될 수 있다는 것이 Kass를 비롯한 공중보건윤리 프레임워크 대다수의 견해임. 그러나 이는 신종감염병이라는 불확실성의 상황에서 ‘효과적’이라는 견해는 객관적으로 측정 불가능한 상호주관적인 영역이 되는 경우가 많으며, 그보다는 ‘합리적 추론 과정을 거친’, ‘숙고된 정당화’ 과정을 통해서 정당화될 수 있으며 ‘협소한’ 과학적 정의 이상의 개념을 요청함.

은 설사 과학적 근거가 불충분하더라도 일정 수준 사회가 의무를 부과할 수 있으며, 이는 호혜적 관계에 의거 보상을 약속한다는 의미가 된다. 상호호혜성의 실패는 각 주체(개인, 국가)에게 교정할 행동(개인에 대한 비난이나 법적 부과, 시민 불복종)에 나설 근거를 제공한다. 다만, 상호호혜성은 의무를 감당할 수 있는 환경 위에서만 적용 가능한 개념이다.

접촉 추적에서도 상호호혜성을 고려할 수 있으며 이는 감염병 예방 및 관리에 관한 법률에 의거하여 정보를 제공하고 이동을 제한할 의무를 부과할 때 이와 유사한 수준의 보상을 제공될 수 있다. 예를 들어, 어느 정도 수준의 접촉자를 추적할 것인지에 대해 과학적 근거가 불확실할 수 있으나 이들에게 추적에 대한 보상(안전하게 치료받을 권리, 안전하게 정보가 취급된다는 보장) 등이 적절하게 주어진다면 윤리적으로 정당할 수 있다고 보는 것이다. 만약 상호호혜적 관계가 실패한다면 공중보건 당국의 의무 부과에 대한 거부의 권리 역시 주어질 수 있다.

■ 인간에 대한 존중(respect for person): 개인의 자발성에 대한 존중은 공중보건윤리(공중보건 윤리)에서는 중요하며, 여기에는 사생활 존중, 자율성 등이 포함된다.

감시 윤리 차원에서는 개인의 권리에 대한 존중은 개인의 결정 과정에 대한 참여로 자발성 침해나 프라이버시 침해가 최소화되어야 한다는 것 등으로 이해된다. 예컨대, 영국 NHS digital data 에서 opt-out 권리를 보장하는 등 동의 요건을 규정하거나 충분히 공통의 이익을 위하여 데이터 수집이 필요하고 일정한 데이터 보호의 요건을 갖춘다는 조건 하에서 동의 요건을 면제하는 등의 조건을 제시할 수 있다. 즉, 감시 윤리에 의거하여 권리 침해가 이루어지더라도 필요에 따라 최소한으로만 이루어져야 한다는 것이다. 접촉 추적에서도 인간에 대한 존중(respect for person)을 고려함이 당연하며, 불필요하고 광범위하게 개인정보를 제공하고 있지 않은지, 광범위한 개인정보 제공이 효과적인지 등을 살펴 볼 필요가 있다.

■ 선한 거버넌스(Good governance)와 그 요소(Accountability, Responsibility, transparency): 책임성(Responsibility)은 공중 보건 윤리의 근간이 될 수 있는 윤리 원칙으로 간주된다. 이는 임상 윤리나 연구 윤리의 핵심으로 간주되어 왔던 자율성이 공중 보건 분야에서는 갈등을 일으키는 원칙이 되고 어느 정도 제한될 수 있다고 간주되는 반면 책임성의 원칙(principle of responsibility)은 이를 적절하게 대체할 수 있다고 보기 때문이다(Tuoldo, 2009). 책임성은 개인에게도, 공중보건 당국(public health authority)에 전부 적용될 수 있는 개념이다.

투명성(Transparency)은 공공 신뢰를 증진시키는 차원에서 유용한 개념이 된다. 공중 보건 윤리 차원에서는 세계보건기구는 투명성의 두 가지 요소를 정의한다. 하나는 커뮤니케이션의 질(사실적 정확성, 시일 적절성, 쉬운 이해가능성)이고 다른 하나는 의사결정과정을 이해할 수

있도록 신뢰를 증진하는 것이다(WHO, 2008). 이렇듯 의사결정과정에 대한 정보를 투명하게 공개함으로써 사회적 신뢰를 증진시킬 수 있으나 어느 정도 수위까지의 정보를 공개할 수 있을지에 관해서는 논란이 있을 수 있으며, 숙고가 필요하다(O' Malley & Thompson, 2009).⁴⁴⁾

감시 윤리 차원에서는 데이터의 수집을 요구하고 관장하는 공중 보건 당국이 데이터 거버넌스의 책임을 지는 단위가 되며 그 목표는 보건 당국의 공중보건 증진이라는 목적으로 정당화될 수 있다고 본다(Lee et al., 2012). 다만 개인에 관한 데이터의 수집이 기꺼이 이루어지기 위해서는 데이터를 관장하는 주체 및 책임 당국의 책임성, 책무성, 좋은 응답성 프레임이 필요하다.

접촉 추적에서도 접촉 추적 활동을 책임지고 관리하는 공중보건당국의 프레임 설계가 필요하며 접촉 추적에 관한 주요한 결정 사항, 방향 등을时时각각 대중 및 접촉 추적 당사자와 소통할 필요가 있다. 이는 대중의 ‘알 권리’와 감염자의 접촉 노출자의 사생활 보호 사이의 긴장과 갈등을 인정하고 균형을 맞추는 역할을 필요로 한다.

③ 접촉 추적 및 관리 체계의 공중보건윤리 프레임워크에 따른 분석

공중보건윤리에서 많이 거론되는 Nancy Kass의 공중 보건 윤리 분석 도구용 질문은 다음으로 구성된다.

- (1) “현재 제시된 프로그램의 공중 보건적 목표는 무엇인가?”
- (2) “언급된 목표를 달성하기 위해 프로그램이 효과적인가?” (목적 대비 효율성)
- (3) “프로그램에 대해 이미 알려진 또는 잠재적 부담은 무엇인가?”
- (4) “부담은 최소화될 수 있는가 또는 대안적 접근법이 있는가?” (위해의 최소화성)
- (5) “프로그램은 공평하게 입안되었는가?” (부담의 공평성)
- (6) “프로그램의 이익과 부담이 어떻게 공평하게 균형을 이룰 수 있는가?”

Nancy Kass의 프레임워크는 일반적인 공중보건 정책 설계 단계에서는 유용한 접근이 될 수 있다. 그러나 공중 보건 감시와 접촉 추적과 같은 데이터 보안 및 프라이버시 등의 이슈가 결

⁴⁴⁾ 부적절하게 개인의 프라이버시나 기밀유지를 침해하거나 부적절하게 집단이나 개인에게 낙인을 유도하는 것 등은 공중보건의 transparency에 대해 한계를 가할 대표적인 사례로 거론됨. 그 뿐만 아니라 공중보건연구와 감시 차원에서 정보를 공유할 때 어느 수준까지 공유하는 것이 바람직할 것인지에 대해서도 논란이 있을 수 있다. 이를테면 연구 결과를 연구 참여자들에게 개인 수준에서 공유하는 것이 바람직하다는 견해(Lunshof et al, 2014)와 그것이 기밀유지를 침해할 것이라는 비판도 있음.

부된 공중보건 정책에 있어서 중요한 시스템 설계와 책임의 구성에 있어서는 구체적이지 못하다는 한계가 있다.

반면 감시와 같은 데이터 프라이버시 이슈에 관해서 유용한 원칙으로 캐나다 보건 연구소(Canadian Institutes of Health Research)에서는 “A tool for ethical analysis of public health surveillance plans” 에서 11가지 분류를 제시한 바 있다(Désy et al., 2012).⁴⁵⁾

■ 비례성(proportionality): 프라이버시 침해는 그 이익에 비례하여 정당화되어야 함. 만약 감시 대상의 숫자가 많으면 비례성의 문제가 더 커진다.

■ 유용성(Usefulness): 감시 프로그램은 공중보건 개선의 잠재성이 있어야 한다.

■ 투명성(Transparency): 감시 프로그램의 목적은 분명해야 한다.

■ 대표성(Representativeness): a) 건강 결정인자와 문제들을 정확히 반영할 수 있는 현상
b) 인구가 동등하게 연구될 때 감시 프로그램은 대표성을 지닌다고 할 수 있다.

■ 평등성(Equity): 관심을 받아야 할 하위 집단에게 공평하게 관심을 기울여야 한다.

■ 참여(Participation): 대상 그룹의 참여를 통해 더 나은 공중보건 프로그램 구성한다.

■ 독립(Independence): 보건시스템 외부의 행위자로서 감시프로그램의 독립적 평가가 가능해야 한다.

■ 낙인화(Stigmatisation): 상대적으로 소규모의 인구 집단이나 좁은 지리적 위치에 분포한 지표는 낙인으로 이어질 수 있다.

■ 설명 동의(Informed Consent): 익명화되어 사용하는 경우 외에 사전 동의가 필요하다.

■ 이해가능성(Understandability): 대중이 이해할 수 있는 방법으로 정보를 배포해야 한다.

45) 이외 Pounder의 9가지 원칙이 있다.

- 1) 정당화의 원칙: 감시를 포함하는 법규에 관하여 대의기구에서 공적 조사가 가능하도록 정보를 제공하고 감시(데이터 수집)가 사회적 필요와 결과의 차원에서 정당화될 수 있어야 함
- 2) 승인의 원칙: 감시는 대의기구가 사전 승인한 목적에만 국한되어야 함.
- 3) 분리의 원칙: 감시 활동을 승인하는 절차는 감시 활동을 실제 수행하는 절차와 분리되어야 함.
- 4) 고수의 원칙: 감시 활동을 승인하는 절차는 전문적으로 관리되고 감사의 대상이 되어야 함
- 5) 보고의 원칙: 입법자는 통계 기록을 포함한 어떤 기록이 유지, 관리되어야 할지 결정해야 함
- 6) 독립 감독의 원칙: 감시 활동 감독 시스템은 정부로부터 독립적으로 구성되고 재정적인 지원이 충분해야 한다.
- 7) 프라이버시의 원칙: 개인들은 데이터 보호 감독관의 집행에 의거 개인정보 프라이버시에 관한 권한을 보장받을 수 있어야 한다. 또한 적절한 환경에서 개인 정보를 처리하는 것을 반대하는 권리를 지녀야 한다.
- 8) 보상의 원칙: 만약 감시 활동이 정당치 못한 손실이나 곤경, 손상을 초래했을 때에는 보상받아야 한다.
- 9) 불수용의 원칙: 만약 위의 원칙이 충족되지 않는다면 합리적인 시간 내에 a) 활동을 중단하거나 b) 원칙에 합치되는 활동을 가져오는 대안적 단계를 밟거나 c) 대의기구에서 관련 원칙에 준수하지 않았음을 승인해야 함

이들 원칙과 개념을 고려하여 한국의 코로나19 접촉 추적의 맥락에서 질문을 구성, 분석해보면 다음과 같다.

(1) “현재 제시된 프로그램- 접촉 추적의 공중 보건적 목표는 무엇인가, 그 목표는 투명하게 공개되어 있는가?”

접촉 추적의 공중보건적 목표는 감염성 질환 코로나19의 발전을 예방하고 새로운 감염원을 가능한 한 빠르게 찾아내는 것이라 할 수 있다. 즉, 현재 한국의 접촉 추적의 목표 또한 대중에게 충분히 알려져 있다고 볼 수 있으며, 일부를 제외하고 목표에 대한 이의는 많이 존재하지 않는다.

(2) “언급된 목표를 달성하기 위해 접촉 추적이 효과적인가?”

접촉 추적은 발발 초기 단계에서 특별한 치료책이 없을 때 중요한 대응책으로 알려져 있다. 이로 인해 SARS나 에볼라 등 신종전염병 발발 때 유용한 방법이 되나 유병률이 높은 질병이거나 공기 전파 등 전파 경로를 특정하기 어려운 질병인 경우 효과가 제한적이다. 코로나19 같은 경우에는 전파력이 높은 부담이 존재하는 편이며, 다수의 전파력을 보유한 질병의 경우 극도의 노동 집약적, 소모적 과정이 될 수 있고 ‘빠르게 2차 감염자를 찾아내기’가 불가능할 수 있다. 한국은 전통적인 접촉 추적이 아니라 디지털 기술을 이용하여 노동 집약적 과정을 단축시킴으로써 이를 효과적으로 해낼 수 있었던 것으로 알려져 있다. Ferretti 등의 논문은 전통적인 접촉 추적과 록 다운을 결합한 방식과 비교했을 때 이러한 디지털 접촉 추적은 전통적인 방법만큼 효과적인 것으로 추정된다(Ferretti et al., 2020). 그러나 이는 디지털 기술에 대한 과대 포장에 가까울 것으로 생각되며 디지털 기술의 공중보건학적 효과는 현재로서는 확인되기 어렵다(WHO, 2020).

(3) “접촉 추적에 대해 이미 알려진 또는 잠재적 부담은 무엇이며, 부담은 최소화될 수 있는가 또는 대안적 접근법이 있는가?”

한국의 코로나19 접촉 추적은 중앙화된 방식으로서 시 도지사 및 보건복지부장관 등 보건당국이 신용카드 데이터, 스마트폰 위치정보 등을 열람하여 추적하도록 하는 방식이다. 이는 감염병 예방법 제76조의 2에 의거한 조치이나 지나치게 자의적인 범위로 정보를 수집하거나 중앙정부에 의해 목적 외 너무 광범위한 정보를 수집하게 할 수 있다는 우려를 낳고 있다. 아무

리 프라이버시 보호에 만전을 기한다고 하더라도 중앙정부에 의한 강제적 감시라는 점은 달라지지 않으며, 데이터 누출의 가능성은 상존하며, 집약된 데이터가 차후에 어떻게 사용될 것인지에 대해서는 투명하게 알려진 바 없다. 한번 노출되고 공개화된 확진자 및 감염의심자의 프라이버시는 회복되기 어렵다는 점도 부담이다. 특히 감염 경로가 신천지 집회장소나 게이클럽과 같은 낙인의 대상이 되기 쉬운 장소일 경우, 누출 후 낙인과 차별 가능성이 밀접하게 연결되어 있다는 점도 부담이 된다.

디지털 접촉 추적 방법이라고 하여 모두 다 이러한 방법을 활용하지 않는다. Ferreti 등이 고찰한 방법은 스마트폰을 이용한 플랫폼으로서 분산화된 방식으로 원하는 사람이 자발적으로 동의한 플랫폼을 이용한 방법이다. “contact-tracing app”은 감염된 이와 신체적 접촉한 것으로 고지되면 격리할 수 있도록 하는 방식으로 블루투스나 위치정보를 활용한다. Contact-tracing app 옹호자들은 목적 달성 외의 데이터 수집, 처리 또는 전파를 가능하지 않게 하며 앱 설계 전체적으로 투명하는 등의 원칙을 제시하고 있다. 46)

(4) “접촉 추적의 이익과 부담이 공평하게 집단별로, 전체 공동체 차원에서 균형을 이루었는가? 접촉 추적 프로그램은 그 대상 집단 선정과 결과 발표에 있어 공정한가?”

현재 접촉 추적 프로그램은 사전에 집단을 선별해서 접촉 추적을 실시하지 않으며 전파 이벤트가 발생한 장소와 확진자의 동선을 중심으로 접촉 추적을 실시한다. 이태원, 사랑제일교회와 같이 대규모 전파 이벤트가 발생한 곳은 전파 대상 집단을 선정하여 조사를 수행하긴 하나 사례마다 다르다. 사례의 선정부터 부담이 불공평하게 부담된다고 보기는 어려우나, 접촉 추적 과정과 이후의 부담이 공평하게 부담되고 있는지는 의문이다. (3) 번에서 검토된 접촉 추적 과정에서의 낙인과 사생활 침해가 추가적인 피해 없이 보호되거나 피해가 발생한 후 적절한 구제 방안이 존재하지 않는다. tracing 이후 감염인/환자 차별 구제 조치 등이 필요하다.

(5) “접촉추적프로그램 후 문제 발생시 보상 또는 회복(recovery) 절차가 마련되었는가?”

(4)와 동일한 맥락에서 피해가 발생한 후 적절한 구제 방안이 현재로서 충분히 존재하지 않는다는 단점이 존재한다.

그 외 캐나다 보건 연구소(Canadian Institutes of Health Research)에서 제시한 윤리 원칙 중 접촉 추적 프로그램에서 고려해야 할 내용을 살펴보면 다음과 같다.

46) [Joint Statement on Contact Tracing: Date 19th April 2020](#)

■ 참여(Participation): 접촉 추적 대상자 집단(성소수자, 교인, 자영업자, 집단 시설 노무 종사자, 시설 수용자 등)이 접촉 추적 의사 결정 과정에 참여할 수 있도록 보장함으로써 협조를 이끌어내는 한편 알맞은 수위의 정보 제공에 대한 집단적 동의를 제공하고 있는지 확인할 필요가 있다. 참여의 범위에는 접촉 추적 프로그램 시작 뿐 아니라 프로그램 결과에 대한 환류까지 포함될 수 있다.

■ 독립(Independence): 접촉 추적 프로그램은 적절한 행정 권력 감시 기구-의회나 개인정보보호위원회, 그 외 각종 보건의료 관련 위원회, 혹은 접촉 대상자 집단 대표자, 시민사회단체로 구성된 감시 패널 등에 의해 독립적으로 감시될 필요가 있다. 감시의 내용은 접촉 추적 활동의 적절성, 추적 활동의 효과, 기술 도입의 적절성, 데이터 보호 및 관리의 적절성 등이 될 수 있다.

■ 낙인화(Stigmatisation): 전염병 유행에 있어 접촉 추적은 분명한 낙인 효과를 가져올 수 있으며, 이에 대한 대응이 마련되어야 한다. 낙인 방지를 위한 사생활 공개의 최소화, 차별 구제 등의 적극적 조치가 강구되어야 하며, 낙인 효과에 대한 지속적인 모니터링 및 연구 등도 낙인화 대응에 포함될 수 있다.

■ 설명 동의(Informed Consent): 접촉 추적을 통해 수집된 정보는 익명화되어 사용하는 경우 외에 개인정보보호법에 따라 사전 동의가 필요하다. 사전 동의에는 수집되는 데이터의 종류, 수집 목적, 수집 기간, 수집 목적 외 제3자 이용 가능성, 목적이 달성된 후 폐기 방안 등이 포함되어야 한다.

그 뿐 아니라 데이터가 익명화되더라도 광범위한 수준의 개인 정보 수집은 높은 식별가능성을 수반한다. 익명화된 데이터의 이용 방침 및 방향에 관해서는 투명하게 대중들에게 공개되어야 하며, 이는 근거 없는 데이터 미래에 대한 낙관으로 이해되어서는 안 된다. 즉, 데이터 수집이 가져올 수 있는 단기적 효과, 그리고 한계, 정보 보안을 위한 조치 등이 포함되어야 한다. 또한 익명화된 데이터의 활용은 제3의 독립적 기구를 통해 적절히 감시되어야 한다.

④ 디지털 접촉 추적 기술의 윤리적 고려사항

미시적 추적 및 관리 체계에서 디지털 접촉 추적 기술은 하나의 요소이다. 여기에는 한국 정부에서 입안한 미시적 추적 및 관리 체계 전반에 관하여 살펴보겠다. 관리체계는 인력 운영, 정부에 수집된 데이터의 활용, 이를 가능하게 한 법체계 전체를 포함한다. 본 글에서는 확진자의 확인 후 접촉자를 확인하고, 필요한 경우 자가격리를 권고하며 격리가 해제되는 시기까

지를 검토한다. 편의상 격리의 내용을 구체적으로 다루지는 않겠다. 디지털 접촉 추적 기술은 이 체계 내 하나의 요소이며, 기술이 곧 접촉 추적을 의미하지는 않는다.

해외에서는 디지털 접촉 추적 기술이 윤리적으로 수용 가능한지에 관한 논의가 활발하다. 일반적으로 디지털 접촉 추적 기술은 임시적인 조치여야 한다는 점, 시험과 기술 효과 평가 검증이 필요하다는 점, 비례적이어야 한다는 점, 데이터 수집이 최소화되어야 한다는 점, 데이터 사용이 제한적이어야 한다는 점, 자발적이어야 한다는 점, 투명성 및 이용자 친화성을 갖춰야 한다는 점, 데이터 보관에 있어 프라이버시를 유지해야 한다는 점, 감염 보고가 정확해야 한다는 점, 고지에 있어 감염자 신원이 노출되지 않고 정보의 공개로 불이익이 없어야 한다는 점, 검사 양성 후에는 개인의 동선을 추적하지 않아야 한다는 점, 정확도, 책임성, 독립된 감독, 시민사회 참여 등을 주로 논의한다.⁴⁷⁾

한국의 미시적 추적 및 관리 체계에 관한 분석은 해외의 논의 중 몇 가지 분석결과를 활용할 수 있다. 즉 미시적 추적 및 관리 체계에 대한 효과 평가 검증이 필요하며, 데이터 수집은 최소화되어야 하며, 사용이 제한적이고 자발적 동의 요건을 갖추어야 한다는 점, 정보 공개에 따른 불이익이 없어야 한다는 점, 수집된 데이터의 독립된 감독이 필요하다는 점 등이다. 이는 Nancy Kass의 공중보건윤리 프레임워크의 ‘부담을 최소화할 수 있는가?’라는 질문과 연결될 수 있다.

(3) 결론

접촉 추적 및 관리체계는 새로운 감염 사례를 확인하고 시의적절하게 대응함으로써 질병의 추가 전파를 막는 공중보건학적 조치이다. 만약 초기 확진자가 적을 때 기초감염재생산지수(R0)가 2.5 정도라면 유행이 통제 가능하다. 그러나 전파 규모가 커지고 확진자 추적이 어려워지면 접촉 추적 및 관리만으로는 효과적 통제가 어렵다.

접촉 추적 및 관리의 윤리적 정당성은 목적으로서의 공통선, 목적 대비 효용성, 평등과 정의, 인간에 대한 존중 등의 원칙에 비추어 검토될 수 있다. 접촉 추적 및 관리는 투여되는 자원 대비 공중보건적 효과가 충분히 타당한 상황에서 정당화될 수 있으나, 그 과정에서 평등과 정의, 상호호혜성, 인간에 대한 존중 등의 가치가 구현되어야 한다. 만약 부담과 혜택의 정의로운 분배가 이루어지지 않는다면 목적 대비 효용성에 따라 정당화되더라도 충분한 윤리적 정

47) Ethical Guidelines for SARS-CoV-2 Digital Tracking and Tracing Systems, Ethical considerations to guide the use of digital proximity tracking technologies for COVID-19 contact tracing

당성을 갖추기 어렵다.

한국의 코로나19 접촉 추적 및 관리 체계는 윤리적 원칙에 따른 프레임에 따라 검토했을 때 접촉 추적 및 관리의 목표는 충분히 공개되어 있으나 현재 극도로 노동집약적 과정이 되어 자원 분배가 충분히 타당한지 추가적인 검토가 필요하다. 또한 목표에 비해 과도하게 중앙화된 방식이며 한번 노출되고 공개된 프라이버시 침해에 따른 낙인과 차별로부터 구체적인 구제 조치가 없다는 점이 문제가 될 수 있다. 이는 집단의 부담에 대한 정의로운 분배 원칙에서 어긋나는 결과를 초래할 수 있다. 접촉 추적 및 관리 체계 뿐 아니라 디지털 접촉 추적 기술 도입과 활용을 둘러싼 윤리적 문제점까지 검토할 필요가 있다.

3.3. 코로나3법을 통해 살펴 본 공중보건위기에서의 자유권과 정보인권

(1) 코로나 3법의 개정 배경

2월 26일 국회에서는 코로나 19에 대응하기 위한 감염병 예방·관리에 관한 법률(이하 감염병예방법), 의료법, 검역법 개정안이 통과되었다⁴⁸⁾. 국내 첫 코로나19 감염인이 1월 20일에 확인되었으니, 약 한달 남짓 시간이 흘렀고, 31번째 환자 확진(2월 19일) 이후 일주일 만이다.

코로나 3법 개정의 배경과 내용을 간략히 살펴보면 표4와 같다.

표 4 코로나 3법 개정의 배경과 주요 내용

	배경	개정 내용
감염병예방법	코로나19 확산에 따라 국가의 적극적 대처 요구	1. “감염병의심자” 정의 추가 1. 감염병 대비 의약품·장비 비축 및 관리 1. 환자의 이동 경로 등 정보공개 범위 1. 강제처분 권한 강화 1. 역학조사관 규모 확대
검역법	코로나19 확산에 따라 신종감염병의 국내 유입 방지하기 위한 국가의 적극적 대처 요구	1. 출입국 금지 또는 정지 요청 대상 확대 1. 검역환경 변화 반영한 검역 체계 개선
의료법	의료기관 내 감염사고로부터 국민의 안전과 생명 보호	1. 의료기관 내 의료관련감염 감시 시스템 및 자율보고 제도

48) 한겨레. 2020.02.26. ‘코로나 3법’ 국회 통과... “입원 또는 치료 거부하면 처벌”

일부의 내용은 코로나19의 유행 이전부터 준비하고 있던 내용이지만, 코로나19의 유행과 정부의 대처를 강화하기 위한 내용이 상당 부분 포함되었다. 법 개정의 취지를 이해하고 시민의 관점에서 긍정적인 변화의 일부를 살펴보자.

감염병예방법은 감염병 발생 현황을 국민에게 공개할 의무를 규정하면서 알 권리의 보장을 확대했다. 의약품/의약외품 등의 가격 상승이나 공급 부족 사태에 정부가 개입할 수 있는 근거를 포함하여 민간시장의 공적 통제가 가능해졌다. 더불어 국가가 감염취약계층에게 마스크 지급 등의 조치를 하도록 했다. 또한, 역학조사관의 수를 늘리는 등 인력문제 해결의 의지도 담았다.

검역법에는 인권의 측면에서 큰 변화가 있었다. 종전에 검역법은 국민에게 협조의 의무만을 부여했다. 하지만, 이번 개정안에는 국민의 알 권리와 피해보상을 받을 권리⁴⁹⁾를 포함했다.

하지만, 시민의 권리를 확장하는 긍정적 변화만을 담고 있는 것은 아니다.

(2) ‘감염병 의심자’의 모호함

코로나 3법이 함께 개정되었지만, 시행 시점이 서로 다르다. 당장 우리의 일상에 가장 큰 영향을 주고 있는 감염병예방법을 중심으로 살펴본다. 감염병예방법의 제2조에는 법에서 사용되는 용어의 정의가 내려져 있다. 진단을 받은 ‘감염병환자’는 누구인지, ‘감염병의사환자’와 ‘병원체보유자’와는 어떻게 구별 짓는지 설명한다. 대부분 증상(1)과 공인받은 진단결과(2)로 구별한다. (1)증상과 (2)공인받은 진단결과 모두가 있으면 ‘감염병환자’, (1)만 있으면 ‘감염병의사환자’, (2)만 있으면 ‘병원체보유자’ - 흔히 무증상 감염인을 의미 - 이다. 개정안에는 새로운 정의가 추가되었다.

‘감염병의심자’는 다음 중 어느 하나에 해당하는 사람이다. 첫째, 감염병환자, 감염병의사환자, 병원체보유자(이하 “감염병환자 등”)와 접촉하거나 접촉이 의심되는 사람, 둘째, 검역관리지역 또는 중점검역관리지역에 체류하거나 그 지역을 경유한 사람으로서 감염이 우려되는 사람, 셋째, 감염병병원체 등 위험요인에 노출되어 감염이 우려되는 사람 등이다.

비슷한 단어와 한자어 조합으로 이해가 어렵다. 하지만, 이렇게 질문을 만들어 보자. “접촉”으로 인정되는 범위는 어디까지일까? 감염병 환자 등과 접촉이 “의심”되는 사람은 누구일까?

49) 제3조의 2(국민의 권리와 의무) ①국민은 검역감염병 발생상황, 예방 및 관리 등에 대한 정보와 대응 방법을 알 권리가 있다. ② 국민은 검역감염병으로 격리 등을 받은 경우 이로 인한 피해를 보상받을 수 있다.

“접촉”의 정의만 분명하다면 접촉한 사람은 역학조사를 통해 확인하기 어렵지 않다. 하지만, 접촉이 의심되는 사람은 누가 어떻게 판단할 수 있을까? 다른 질문도 비슷하다. 감염이 우려되는 사람은 누구일까? 중국에서 귀국한, 유럽에서 귀국한, 미국에서 귀국한 국민은 모두 감염이 우려되는 사람인가? 그렇다면, 수백명의 환자가 발생한 서울에 살고 있는 나는 감염이 우려되는 사람이 아닌가? 그리고 감염병병원체도 눈에 보이지 않아 “노출”여부를 확인하기 어려운데 감염병병원체 “등” “위험요인”이란 대체 어디까지를 의미하는 것일까?

2020년 5월, 이태원의 클럽에 확진자들이 방문하였다는 이유로 서울시가 4월 24일부터 5월 6일 사이 자정에서 오전 5시 사이 이태원 클럽 주변 기지국에 접속한 사람들 가운데 30분 이상 체류한 자의 통신정보를 제공한 일이 있다. 정보 제공의 근거는 이들이 바로 위 ‘감염병의심자’로 분류되었기 때문이다. 민주사회를 위한 변호사모임은 ‘감염병의심자’ 정의 조항에 따라 “접촉”이 “의심”되는 사람의 범위가 불명확하다는 취지로 동 조항 등에 대하여 헌법소원을 제기하기도 했다.⁵⁰⁾

물론, 법률로 모든 것을 명확하게 정의하기란 어렵다. 그래서 헌법재판소도 명확성의 원칙이란 최대한이 아닌 최소한의 명확성을 요구하는 것이고, 법문언의 해석을 통해서, 즉 법관의 보충적인 가치판단을 통해서 그 의미내용을 확인해낼 수 있고 그러한 보충적 해석이 해석자의 개인적인 취향에 따라 좌우될 가능성이 없다면 명확성의 원칙에 반하지 않는다는 취지로 판단하고 있다.⁵¹⁾ 감염병예방법에도 관련한 시행령, 시행규칙, 혹은 고시와 지침이 있다. 보건복지부에서 배포한 ‘코로나바이러스감염증-19 대응지침’지자체용 제7판’에서 ‘사례정의’는 확진환자, 의사환자, 조사대상 유증상자로 구분한다. 감염병예방법에서 정의한 ‘감염병의심자’는 대응지침에 없는 존재다.

하지만, 우리는 이미 보건복지부 대응지침 이상의 검진이 이루어지고 있음을 알고 있다. 그리고 감염병예방법에 따르면 “감염병의심자”에게 부과되는 의무가 매우 많을 뿐만 아니라 “감염병의심자”의 신체나 거주이전의 자유가 제한되고 형사처벌까지 가해진다. 예컨대 지침에 따라 단지 ‘증상’이 있는 사람뿐만 아니라, 개정법에 따라, 감염이 ‘의심’되는 사람은 모두 검진 대상에 포함된다. 검진을 거부할 경우 300만원 이하의 벌금을 받는다. 처벌 규정은 지상과 방송의 자막으로 매일 흘러나온다. 격리를 거부한 사람은 ‘환자’뿐 아니라, ‘감염병의심자’라 하더라도 1년 이하, 천만 원 이하의 벌금형을 받게 된다. 정부 조치를 따라야 할 강제성은 처벌

50) [코로나 19 관련 이태원 기지국 접속정보 처리 및 동의 없는 위치추적 법률에 대한 헌법소원 청구](#)

51) 헌법재판소 1998. 4. 30. 95헌가16 등

규정에서 분명해진다.

반면, 대구에서 유증상을 보이는 장애인은 ‘진단받을 권리’를 박탈당했다.⁵²⁾ ‘감염병의심자’로 분류되지 못했기 때문이다. 하지만 국내 집단 발생과 명시적인 역학적 연관성이 없고 증상이 없다 하더라도 특정 종교인들은 ‘감염병의심자’로 분류되었다. 이를 따르지 않는 경우 ‘처벌받을 의무’가 부여된 순간이다. ‘의심자’에 대한 모호한 정의 탓에 당장 진단과 치료가 필요한 사람들이 외면당하고, 일부는 강제로 검사를 받고 이를 거부하면 처벌을 받는 사회가 현실이 되었다. 대형병원의 진료를 받거나 입원을 하기 위해서 혹은 출입을 위해서, 역학적 연관성이나 증상이 전혀 없는 사람들에게 코로나 진단검사를 요구하는 상황은 청와대 국민청원으로 올라왔다.⁵³⁾ 이들이 모두 잠재적 감염의 위험을 가진 ‘감염병 의심자’인 것인가? 질문에 쉽게 답하지 못한다. 법률적 검토를 조금 더 이어나가 보자.

(3) 감염병환자와 감염병의심자에 대한 강제조치와 영장주의 - 법률적 검토

현대 국가들에게는 시민의 기본권을 보호할 의무가 있다. 대한민국 헌법 제10조 후문도 ‘국가는 개인이 가지는 불가침의 기본적 인권을 확인하고 이를 보장할 의무를 진다’고 하며 국가의 기본권보장의무에 대하여 규정하고 있다. 구체적으로 헌법재판소도 국가에게는 국민의 생명 및 신체를 보호할 의무가 있다고 판단하고 있다. 감염병예방법이 감염병환자와 감염병의심자에게 각종 강제조치를 규정한 것도 바로 이 국가의 기본권보호의무에서 비롯된 것이다. 그러나 국가의 기본권보호의무가 지나치게 강조된다면 침해될 가능성만 있는 추상적인 시민들의 기본권을 보장하기 위하여 특정 시민의 구체적인 기본권을 과도하게 침해할 우려가 있다.

감염병예방법은 감염병의심자가 감염병병원체 검사를 거부하는 경우 보건복지부장관, 시·도지사, 시장·군수·구청장은 검사를 ‘하게 할 수’ 있고, 감염병환자등이 있다고 인정되는 주거시설, 선박·항공기·열차 등 운송수단 또는 그 밖의 장소에 들어가 필요한 조사나 진찰을 하게 할 수 있으며, 그 진찰 결과 감염병환자등으로 인정될 때에는 동행하여 치료받게 하거나 입원시킬 수 있다. 또한, 감염병의심자를 자가 또는 시설에 격리시키고 유선·무선 통신, 정보통신기술을 활용한 기기 등을 이용한 감염병의 증상 유무를 확인하여 감염병환자등으로 인정된 사람은 동행하여 치료받게 하거나 입원시킬 수 있다. 조사를 거부하는 경우, 역시 동행하여 조사나 진찰을 받게 할 수 있고 나아가 이러한 과정에서 관할 경찰서장에 협조까지 요청할 수 있다. 조사거부자를 진찰하여 감염병환자등으로 인정될 때에는 ‘보호자’⁵⁴⁾에게 그 사실을 통지하여

52) 시사인. 2020.03.27. [대구의 코로나19 상처와 경험, 연대의 기억으로 남을까](#)

53) 청년의사. 2020. 04. 27. [암환자 ‘코로나19 검사비’ 자비부담 너무해... “정부는 뭐하나?”](#)

야 하고, 조사거부자가 치료가 완료된 후에도 정당한 사유 없이 격리조치가 해제되지 아니할 때에 비로소 인신보호법 등에 준용하여 이의제기가 가능하다. 또한 이러한 격리의무, 검사 및 치료를 받을 의무를 위반했을 때에는 형사처벌이 가해진다.

코로나19 사태 발발 이후 대부분의 감염병환자 및 감염병의심자로 분류된 시민들은 자발적으로 강제조치에 따랐다. 시민들의 자발성이 돋보이는 대목이다. 그러나 그 자발성이 과연 진정한 자유의사에서 비롯되었는지는 의문이다. 감염병예방법이 감염병환자 및 그 정의도 모호한 감염병의심자들에게 매우 높은 수준으로 신체 및 이전의 자유를 제한하고 있지만 그 내용 및 절차가 헌법에 부합하는지에 대한 논의는 전무하다. 신체의 자유는 근대국가에서부터 중시된 기본권이다. 그렇기 때문에 대한민국 헌법도 제12조 제1항 후문과 제3항에서 명시적으로 ‘누구든지 법률과 적법한 절차에 의하지 아니하고는 처벌·보안처분 또는 강제노역을 받지 아니한다’고 하여 적법절차의 원칙을 규정하고, ‘체포·구속·압수·수색을 할 때에는 적법한 절차에 따라 검사의 신청에 의하여 법관이 발부한 영장을 제시하여야 한다’고 하여 영장주의를 규정하고 있다. 감염병예방법상 강제조치들은 감염병환자등이 있다고 ‘인정’되는 주거시설 등에 들어가 ‘수색’행위를 할 수 있도록 하고 감염병의심자조차 ‘동행’ 및 ‘격리’가 가능하도록 하며, 이를 거부할 때 경찰력까지 동원받는다. 헌법재판소는 유사한 사례들(음주측정불응 시 형사처벌하는 사례⁵⁵⁾, 지문채취거부 시 형사처벌하는 사례⁵⁶⁾)에서 음주측정 및 지문채취가 직접 물리적 강제력을 행사하여 행위를 강제할 수 있는 것이 아니며 어디까지나 당사자의 자발적 협조가 필수적인 것이므로, 협조하지 않았을 때 형사처벌한다는 이유만으로 헌법상 영장주의에 반하는 것은 아니라고 판단해왔다. 이 견해에 따른다면 헌법재판소는 감염병예방법에 따른 강제조치들 역시 ‘물리적 강제력’을 행사할 수는 없기 때문에 불응 시 형사처벌을 규정한 것에 불과하여 합헌이라고 판단할 가능성이 높다. 그러나 과연 일반 시민이 경찰력이 동원되고 형사처벌까지 예정된 강제조치에 ‘물리적 강제력’이 없다고 불응할 수 있을까?

헌법재판소는 음주측정불응 시 형사처벌하는 사례에서 합헌 판단의 근거로 목적의 중대성에 비추어 음주측정의 불가피성(유일한 방법), 국민에게 부과되는 부담의 정도(경미하고 간편함), 정확성에 대한 제도적 보완(혈액채취에 따른 재측정 보장), 처벌의 요건과 처벌의 정도(측정 불응죄의 행위주체를 엄격히 제한) 등에 비추어 합리성과 정당성을 갖추었기 때문이라고 하였

54) 형사소송법 등에서 피의자를 체포 또는 구금할 때 가족이나 변호인 등 피의자가 지정한 자에게 이 사실을 통지하도록 한 규정과 같이 절차적 정의를 수호하기 위하여 규정한 것으로 파악되나, ‘보호자’라는 개념은 법률에 없다. 차라리 형사소송법과 유사하게 조사거부자가 지정하는 자에게 그 사실을 통지하도록 하는 것이 바람직할 것이다.

55) 헌법재판소 1997. 3. 27. 96헌가11

56) 헌법재판소 2004. 9. 23. 2002헌가17등

고, 지문채취거부 시 형사처벌하는 사례에서도 신원확인을 위한 다른 수단이 없을 때 보충적으로 사용하였으며 피해를 최소화하기 위한 고려를 하였기 때문에 합헌이라고 판단하였다. 2020년 8월 세상을 떠들썩하게 한 소위 ‘사랑제일교회 교인’ 및 ‘광복절 광화문 집회’ 사건에서 살펴볼 수 있는바와 같이 시민들에 대한 직접적이고 현재하는 위협이 발생할 정도로 감염병환자등이 자발적으로 협조하지 않는 사례도 물론 있다. 그러나 과연 감염병예방법이 비례원칙에 합당한 정도로만 시민의 신체의 자유를 제한하고 있는지, 절차적으로 더 보장하거나 덜어낼 것은 없는지에 대한 시민적 합의가 반드시 필요할 것이다.

감염병 유행 시 특정집단에서 - 학교일 수도 있고, 직장일 수도 있으며, 병원일 수도 있다 - 대규모 확산이 우려될 경우, 증상 유무와 관계없이 적극적 검사를 시행할 수 있다. 이럴 때 자유권의 제한을 피하기 어렵다. 자유권의 제한이 가져올 편익과 위해, 자유권 제한의 원칙과 방식에 대한 사회적 숙고가 필요하다. 또 다른 측면도 있다. 한정된 보건자원에서 두 집단 중 한 집단을 검진할 역량만이 존재한다면, 어떤 집단을 선택할 것인가? 중증 장애인들이 모여있는 요양원이 되어야 할지, 밀폐된 일터에서 함께 일한 노동자들이 되어야 할지, 초등학교 교실이 되어야 할지 쉽지 않은 결정이다.

모든 결정은 어렵다. 일반적으로 비례의 원칙을 언급하며, 더욱 취약하고 위험이 큰 집단에 우선순위를 둔다. 하지만 현실에서는 비례의 원칙을 판단할 준거가 부족한 경우도 많다. 판단은 어렵지만, 처벌규정을 마련하기는 상대적으로 쉬워 보인다. 우리의 문제의식은 여기에 있다. 감염병예방법의 개정안 취지는 ‘관리대상의 확대’와 ‘처벌과 결부된 의무’ 중 어느 것에 무게 중심을 두어야 할지 현재로선 명확하지 않다. 더 깊은 사회적 논의가 필요한 대목이다.

(4) ‘자발 격리’와 ‘강제 격리’의 균형

‘감염병 의심자’ 개념이 필요한 이유에는 검진 대상자를 규정하는 것 말고도 ‘격리자’의 범위를 법으로 한정하기 위한 것도 포함된다. 이미 많은 시민들에게 ‘격리’는 익숙한 단어가 되었다. ‘시설 격리’ 혹은 ‘자가격리’라는 단어는 하루에도 수백 수천 번 언론에 등장한다. 뉴스가 아니더라도 드라마나 예능 프로그램 방송 중에 자막으로 흐르는 단어다. ‘자가격리 어길 서 1년 이하의 징역 혹은 1천만원 이하의 벌금’이라는 자막은 일상이 되었다. ‘자가(자택)’ 격리는 감염예방법 개정 이전에는 ‘자발(적) 격리’였다. 하지만, 개정 이후에는 ‘강제 격리’와 다른 없는 개념이 되었다. 개정법에서 보건복지부 장관이나 시도지사, 시장/군수/구청장은 ‘감염병 의심자’에게 ‘자가(자택)격리’를 조치할 수 있게 되었고, 이를 거부하는 시민은 처벌의 대상이

되었다. 강제격리의 적용을 받는 대상집단이 ‘감염병 의심자’까지 법적으로 대폭 확대된 것이다.

‘방역체계를 무너뜨린’ 이들에게 손해배상을 청구하겠다는 지방정부의 공언⁵⁷⁾도 이미 현실이다. 조사대상 유증상자로 검사를 받은 수 가 74만명을 넘었다. 증상이 없어 자가격리를 경험한 수는 더 많을 것으로 예상된다. 많은 수의 자가 격리자들 중에서, 격리에 이르게 된 사연, 격리 중의 생활과 처한 조건은 수없이 다를 것이며 일일이 나열할 수조차 없다. 하지만, 1% 미만의 자가격리 이탈자의 사연은 하나하나 언론을 통해 알려진다. 급기야 정부는 ‘전자팔찌’⁵⁸⁾라는 수단을 꺼내 들었다. 이후 전자팔찌는 자가격리를 어긴 사람들에게 개별 동의를 받고 안심밴드를 착용하는 것으로 결론맺는다. 안심밴드 착용을 동의하지 않으면, 시설 격리를 받게 된다. 이 과정도 인권단체의 즉각적인 자유권 제한에 대한 문제제기⁵⁹⁾가 없었다면, 더 강압적 방식 - 사전 동의가 없거나 동의 거부 시 대안적 방안이 없는 - 으로 결론이 났을지도 모른다.

법의 개정과 그에 뒤따르는 조치와 논란의 흐름을 따라왔다. 이어지는 글에서는 공중보건의 관점에서 감염병 통제와 자유권 제약의 균형점에 대해 논의해 보겠다. 우리는 미국의 일부 집단이 주장하는 것처럼감염병에 걸려도 좋으니 자유권을 보장하라, 우리의 자유를 국가가 절대 제한해서는 안된다고⁶⁰⁾ 이야기하려는 것이 아니다. 수많은 사람들의 생명과 삶에 커다란 영향을 미치는 감염병 유행에 직면해서도 개인의 절대 자유만을 옹호하는 것이 부적절한 것처럼, 집합적 선(goods)을 달성하기 하기 위해 개인의 자유를 전면적으로 유보해야 한다는 주장도 우리는 경계해야 한다는 것이다.

(5) 보건학적 균형점 - 선별 검사

모든 것이 새로운 하루 하루를 전세계 시민들은 살아내고 있다. 하지만, 감염인에 대한 강제적 조치는 그렇게 새롭지 않다. 과거와 현재의 가장 큰 차이점은 비감염인에게도 같은 수준의 강제적 조치가 합법이 되었다는 것이다. ‘에이즈예방법’에서 감염인에 대한 강제격리 조항은 1999년이 되어서야 삭제⁶¹⁾되었다. HIV 감염 진단검사는 1983년 처음 개발되었다 (Alexander, 2016). 모든 검사법이 그러하듯, 초기 HIV 감염진단키트는 정확도 논란이 있었

57) 노컷뉴스. 2020. 03. 29. [제주도, ‘코로나 증상’ 여행객 손해배상 예고... 쟁점은?](#)

58) 연합뉴스. 2020.04.06. [정부, 자가격리자에 ‘전자팔찌’ 착용 가닥...‘무단이탈’ 강력차단](#)

59) 경향신문. 2020.04.25. [“코로나 전자팔찌, 디지털 감시사회로 가는 반인권적 발상”](#)

60) 한겨레. 2020.04.19. [미국 곳곳서 코로나 봉쇄령 해제 시위...트럼프가 부추겨?](#)

61) 한겨레21. 2001.12.05. [깊어만 가는 에이즈 공포](#)

다. 감염인을 최대한 발견해내기 위해 민감도⁶²⁾가 매우 높게 개발되었고, 결과적으로 위험도가 낮은 집단에게 시행할 경우 가짜양성의 가능성이 높았다. 광범위하게 강압적으로 검사를 실시하게 될 경우, 적지 않은 수의 시민들이 양성인 아님에도 거짓양성으로 감염인 판정을 받았다. 1980년대에 HIV 감염인으로 밝혀지는 순간을 상상해보자. 아직도 HIV 감염인에 대한 차별과 편견에서 자유롭지 않은 세상이다. 비교적 최근 국내에서도 HIV 선별검사 거짓양성으로 고통 받은 시민의 이야기가 있었다⁶³⁾. 당시에는 더 심했다. 한 번의 검사 오류는 한 사람의 삶에 중대한 변화를 가져왔을 것이다. 또한, 진단은 가능했지만, 마땅한 치료법이 없던 시절이었다. 당시에는 이와 같은 이유로 광범위한 강압적 진단검사는 정당화되지 않았다(Bayer et al., 1986). 이후 진단법의 개선과 치료법의 발견으로 HIV 진단에 대한 논의는 복합적으로 발전했다. 인간존중과 전파를 통한 공공에 위해를 가하는 정도, 편익과 위험 사이의 균형, 그리고 사회정의 관점에서 진단법의 광범위한 적용은 다양한 질문을 던졌다(Levine and Bayer, 1989). 그리고 보건학적 타당성과 윤리적 정당성에 대한 수많은 질문에 답을 찾아가며 다음과 같은 다섯 가지의 원칙을 도출해냈다(UNAIDS, 2004). 첫째, 진단의 모든 절차에서 윤리적 원칙을 숙지하기. 둘째, 검사 ‘양성’의 의미 - 지속적 치료 보장과 차별 받지 않을 권리 - 를 잘 설명하기. 셋째, 모든 단계에서 HIV/AIDS 관련 낙인과 차별을 줄이려는 노력하기. 넷째, 법적, 정책적 지원 체계를 구축하기. 다섯째, 위의 원칙을 유지할 수 있을 만큼의 보건의료 인프라를 유지하기. 어려운 원칙의 나열이라 생각할 수 있다. 그만큼, 인류의 보건사에서 강압적 수단이 인간의 존엄을 말살한 경험이 많았기 때문이다. 모든 원칙이 자발성에 기초를 두고 있다는 사실은 무엇보다 중요하다.

선별진료소라는 단어도 코로나19로 인해 많은 이들에게 친숙해졌다. 환자와 비환자를 초기에 구분하는 진료소라는 의미다. 선별검사는 환자와 비환자를 초기에 간단한 방법으로 구분하는 검사법이다. 다양한 질병의 선별검사법이 발전하면서 조기진단과 질병 정복이라는 과학적 열광이 퍼져있던 시절이 있었다. 하지만, 선별검사법도 문제가 드러났다. 검사법의 정확도와 대상집단의 유병율에 따라 거짓양성과 거짓음성의 비율이 달라질 수 있기 때문이다. 또한, 마땅한 치료법이 없어서 조기진단의 편익이 크지 않은 예도 있었다. 정확성을 확신할 수 없는 선

62) 민감도(sensitivity)란 어떤 검사법이 실제 환자들 중에서 양성으로 진단해내는 사람들의 분율을 말한다. 예컨대 100명의 코로나19 환자가 있는데, 검사를 통해 이 중 97명이 양성 진단을 받게 되면 이 검사법의 민감도는 97%가 된다. 실제 환자임에도 불구하고 검사에서 놓쳐버린 3%는 ‘거짓 음성(false-negative)’이라고 부른다. 반대로 환자가 아님에도 검사에서 양성으로 판정되는 경우를 ‘거짓 양성(false-positive)’이라고 하며, 환자가 아닌 사람이 제대로 음성 판정을 받는 분율을 ‘특이도(specificity)’라고 한다. 100명의 비감염인에게 검사를 시행했는데 그 중 98명은 제대로 음성 판정을 받고 2명은 코로나19 양성으로 잘못 판정된 경우, 이 검사의 특이도는 98%, 거짓양성은 2%가 된다.

63) 동아일보. 2019.07.23. [“양성 한마디에 가정 풍비박산”... AIDS 선별검사 ‘거짓 양성’ 논란](#)

별검사에서 양성 통보를 받은 개인들에게는 경제적 문제 - 직업 상실과 같은 - 뿐만 아니라, 심리적 타격도 일어날 수 있다. 진단 검사의 정확도와 조기 치료 등에 대한 편익은 곧바로 윤리 문제와 연결된다(Mant and Fowler, 1990). 성매개감염병 중 하나인 2형 단순포진 바이러스 감염(이하 단순포진) 사례도 비슷한 논쟁을 거쳤다. 현재까지 완치방법이 없는 무증상 단순포진 감염인에게 조기 진단법을 적용하는 것이 윤리적 논쟁을 일으켰다. 검사법의 정확도와 해당인구 집단의 유병률에 따라, 선별검사에서 양성을 판정받은 경우에 많게는 40%까지 거짓양성이었다는 연구 결과가 발표되기도 했다. 굳이 윤리의 원칙을 고려하지 않더라도, 무증상 단순포진 감염인을 진단하기 위한 강압적 조치는 정당화되기 어려웠다(Krantz et al., 2004).

이러한 선행 사례들을 코로나19에 바로 적용하기는 어렵겠지만, 코로나19와 인권 문제를 논의하는 데 시사하는 바가 있다. 코로나19 검사법의 역사는 수개월에 지나지 않는다. 앞선 사례들과 같이 정확도를 예측하기 어렵다. 하지만 접촉력 같은 역학적 연관, 증상 호소 등 임상적 연관성이 분명하다면, 거짓양성의 가능성은 매우 낮아질 것이다. 유병율이 높은 집단이기 때문이다.⁶⁴⁾ 따라서, 앞서 살펴본 보건당국 지침에서 말한 조사대상 유증상자 기준이 적절하다. 하지만 감염병 예방법에서 말하는 감염병의심자는 지나치게 광범위하다. 검사 대상을 광범위한 집단으로 확대하면 그만큼 유병율은 낮아지고, 유병율이 낮아지면 그만큼 거짓양성의 가능성도 높아진다.

한 가지 가정을 해보자. 4월 29일 시점에 코로나19 발생률이 가장 낮은 시도는 전라남도로 10만 명 당 0.8명이었다. 가장 높은 곳은 대구시로 발생률이 10만 명 당 281명이었다.. 발생률을 유병율이라고 가정해보자. 그리고, 현재 사용하는 검사법의 민감도를 97%, 특이도를 99.9%라고 가정하고, 해당 두 지역의 전체 거주자를 대상으로 검사를 시행하면 다음과 같은 결과가 도출된다.

64) 양성예측도(positive predictive value)는 검사법에서 양성으로 확인된 사례 중 정말 질병을 가진 사례의 비율이다. 이는 해당 질병의 유병율에 따라서 값이 변화하는데, 일반적으로 유병율이 낮은 질병은 양성예측도가 낮아지는 경향이 있다. 이 경우, 거짓 양성 사례가 상대적으로 늘어나게 된다.

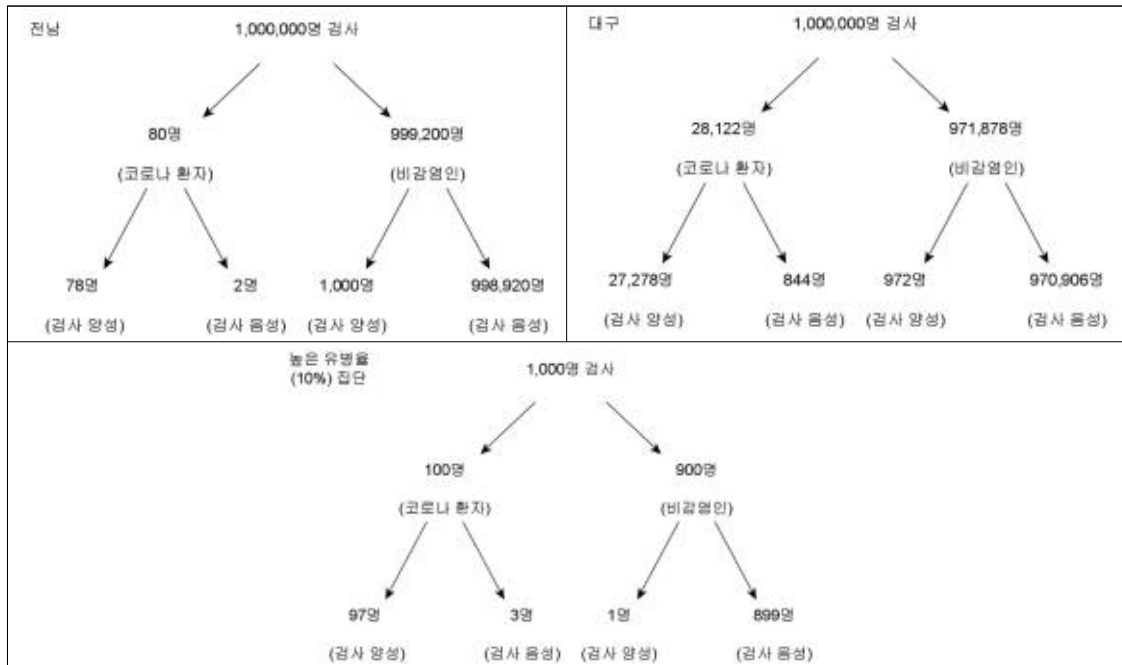


그림 2 가상의 코로나19 선별검사 양성예측도, 음성예측도 시나리오

유병률이 낮은 전남지역 백만명 무작위 검사에서 2명은 코로나19 환자이지만 진단을 놓치게 된다. 반면, 1,000명은 코로나19 환자가 아니지만, 선별검사서 양성으로 추가 검사가 필요해진다. 대구에서 진단을 놓치게 되는 숫자는 844명으로 늘어나지만, 거짓 양성으로 추가 검사가 필요한 사례는 30명 정도 줄어든 972명이다. 약 10%의 높은 유병율을 보이는 가상의 집단을 생각해보자. 집단시설 발병사례를 생각하면 쉽다. 요양병원에서 함께 생활한 100명 중 10%에서 감염이 일어난 사례이다. 이 경우 1,000명 검사에서 3명의 환자를 놓치고, 1명의 환자는 거짓양성 판정을 받는다. 이 사례는 가상의 시나리오에 불과하다. 실제 현실은 어떨지 지금은 선불리 단정할 수 없다. 방역당국이 2차, 3차 검사를 시행하고, 역학적 연관성을 따져보며, 임상증상도 함께 고려한다. 2중 3중의 안전장치를 마련해 두었다라도 기술력의 한계도 무시하기 어렵다. 그럼에도 불구하고, 감염병예방법은 불필요하고 과도하게 관리 의무대상자를 확대했다. 경우에 따라서는 더 많은 거짓 양성과 거짓 음성자가 늘어나게 될 수 있는 방향이다. 보건학적 관점에서 ‘감염병의심자’의 추가가 가져다 줄 이득은 불확실하다. 다른 한편으로 누구나 차별받지 않고, 진단 받을 수 있는 환경을 제공하는 것은 중요한 인권의 한 측면이다. 맥락에 따라 다르지만, 국외 많은 국가에서 진단 검사를 적절히 공급하지 못해 발생한 사례들을 보더라도 한국에서의 진단은 괄목할만한 성과를 보였다. 우려하는 점은 진단받을 권리의 확대가 감염병예방법에서 그 대상 범위를 ‘감염병의심자’까지 확대했기 때문이라는 오해다. 하

지만, 적절한 진단받을 권리의 보장은 사례정의의 확대만으로도 충분하다⁶⁵⁾. 그렇다면, 이제 남아있는 법 개정이 취지는 ‘차별하기 위한 조건’ 구성 외에 없다.

(6) 자발적 자가격리의 가능성

코로나19로 인한 자가격리는 다양한 임상적 상황에 놓인 사람들에게 이루어진다. 대구시의 폭발적 유행 사례처럼, 의료체계가 감당하지 못할 만큼의 환자가 발생한 경우, 증상이 경미한 환자들은 - 이들은 모두 (감염병) 확진환자다 - 자가격리되었다. 최근 해외에서 귀국한 사람들에게 - 이들은 모두 감염병의심자다 - 자가격리라는 단어가 자주 등장한다. 자가격리의 공중보건학적 필요성은 분명하다. 만에 하나 감염인이란, 예방 가능한 전파 가능성을 사전에 차단하겠다는 것이다. 그렇다면, (일정한 공간 외부로의 이동을 제한하는 자가격리 자체가 아니라) 전파 가능성의 차단이 궁극적 목표다. 감염병에서의 강제적 조치를 언급할 때 빠지지 않고 인용되는 기준이 시라쿠사의 원칙이다(UN Commission on Human Rights, 1984). 세계보건기구가 1984년에 제시한 인권보장을 위한 국제사회의 원칙이다. 시라쿠사의 원칙에 따르면, 감염병 유행 등의 상황에서 격리조치는 가능한 자발적 동의하에 ‘최소한’으로 이루어져야 한다. 강제적 조치는 모든 동원 가능한 수단을 쓰고도 문제를 해결할 수 없는 경우에 ‘마지막 보루’로서 행해져야 한다. 그렇다면 질문은 쉬워진다. 우리 사회는 자가격리 이탈자들에게 손목 밴드와 법적 고발조치 이전에 동원 가능한 모든 수단을 써 본 것인가? 주변의 다른 사례를 살펴보자. 정신질환자들에 대한 강제입원조치에 대한 논란은 우리 사회의 오랜 화두였다. 2016년 헌법재판소에서 강제입원제도인 보호입원제도의 위헌이 결정되기까지 논란이 지속되었다(신권철, 2017).

다른 감염병 사례도 있다. 결핵예방법에는 법령에 환자의 권리보호에 대한 문구가 없다. 더구나 사문화되었던 입원명령제도가 2010년에 부활하고 뒤이어 경찰력 동원을 통한 강제격리 제도까지 법제화되었다. 환자를 질병극복의 주체이자, 보건당국과 협력해야할 당사자가 아니라 통제의 ‘대상’으로 바라보는 시각이다(진석이, 2016). 지금도 한 해에 수백 명의 결핵환자가 입원명령을 받는다.

다시 논의로 돌아가자. 정신질환자에 대한 강제격리는 사회적 논의를 통해 개인의 자유권을 최대한 적게 침해하면서 공중보건학적 위해와 편익의 균형을 찾으려는 노력이 일부 시도되었다. 이 과정은 바로 ‘동원 가능한 모든 수단’을 써 보려는 노력이다. 반면 결핵에서의 강제격리

65) 의협신문. 2020.05.12. [방역당국 “적극 검사”... 코로나19 대응지침8판 시행](#)

제도에는 ‘동원 가능한 모든 수단’이 보이지 않는다. 기존의 보건의료체계에서는 진단, 치료, 병원 중심의 사례관리를 넘어서는 다른 수단이 부족하다.⁶⁶⁾ 코로나19 대응에서 자가격리를 촉진하기 위해 ‘동원 가능한 다른 수단’은 어떤 것이 있을까 생각해볼 문제다. 현재는 담당 공무원을 지정하고, 이탈 방지를 위해 주기적으로 소통하고, 혼자 할 수 있는 취미생활 등 기타 필요한 지원이 진행 중이다. 자발적 격리를 응원하는 협력과 연대, 자발적 격리의 어려움을 느끼고 이탈한 사람들에게 이유를 묻고, 이유를 해결하기 위한 지원을 준비하는 돌봄체계, 혹은 또 다른 ‘동원 가능한 수단’은 없을지 물어야 한다. 중요한 것은 불확실한 감염병 위험 때문이라는 회피의 논리가 아니라, 도울 방법은 무엇인지 찾아보는 협력과 지원의 논리가 부족하다는 것이다.

(7) 정보는 적법하게 수집되고 관리되며 공개되는가

감염병예방법은 보건복지부장관과 질병관리본부장으로 하여금 감염병 예방 및 감염 전파의 차단을 위하여 필요한 경우 중앙행정기관의 장, 지자체장, 공공기관, 의료기관 및 약국, 법인·단체·개인에 대하여 이름, 주민번호, 주소, 전화번호, 진료기록, 출입국관리기록 신용카드 등 사용명세, 교통카드 이용명세, 영상정보를 요청할 수 있고 요청을 받은 이는 이에 따라야 한다고 규정한다. 사실상 대한민국의 행정력이 미치는 모든 사람에 대하여 광범위한 정보제공이 강제된 셈이다. 나아가 감염병예방법은 보건복지부장관, 시·도지사, 시장·군수·구청장으로 하여금 감염병 예방 및 감염 전파의 차단을 위하여 감염병환자등 및 감염병의심자의 위치정보를 경찰청 등에 요청할 수 있도록 하였고, 경찰관서의 장은 요청을 받으면 개인정보위치사업자, 전기통신사업자에게 위치정보를 요청할 수 있고, 요청을 받은 사업자는 정당한 이유가 없으면 이에 따라야 한다. 그리고 보건복지부장관은 이와 같이 수집한 정보들(위치정보 포함)을 중앙행정기관의 장, 지자체장, 국민건강보험공단 이사장, 건강보험심사평가원 원장, 보건의료기관 및 그 밖의 단체에 제공까지 할 수 있다.

역학조사를 위하여, 그리고 환자의 치료를 위하여 정보를 수집하고 관리할 필요성은 있다. 그러나 헌법에서 도출되는 개인정보자기결정권에 따르면 개인정보의 열람청구권 및 자기 정보의 정정·삭제청구권, 처리금지권이 인정되고 이를 바탕으로 개인정보에 관한 기본법인 개인정보보호법이 시행되고 있다. 감염병예방법도 개인정보 및 위치정보 수집 시 해당 정보가 수집

66) 2019년 정부는 결핵예방관리 강화대책을 발표하면서 취약계층 환자 치료지원 강화안을 포함하며, 일부 개선된 노력을 보이고 있다.

된 사실과 목적, 정보를 다른 기관에 제공할 경우 그 사실, 다른 목적으로 사용이 불가하며 업무 종료 시 지체 없이 파기된다는 사실정도는 정보주체에 통지하도록 하고 있고, 개인정보를 제공받은 중앙행정기관의 장, 국민건강보험공단 이사장 등이 감염병예방법에 따른 규정에 위반할 경우 개인정보보호법에 따라 처벌하도록 규정하고는 있다. 그러나 급박한 사정 때문에 폭넓게 수집한 정보를 보유하고 있을 보건복지부장관, 질병관리본부장, 위치정보를 수집한 지자체장 등에 대한 의무규정, 정보관리규정은 특별히 두고 있지 않다. 물론, 위기상황에서 방역을 위해 최선을 다할 주체들을 신뢰하는 것이 우선이다. 그러나 방역 및 역학조사를 위해 수집되는 정보는 더욱 구체적이고 특정 개인의 사생활이 선명하게 드러날 가능성이 크다. 의도하지 않은 유출, 일부 구성원의 일탈로 인한 유출이 있을 경우 해당 개인의 사생활이 심각하게 침해될 가능성이 높은 것이다. 이미 확진자들의 동선이 공식 공개 이전에 보건소 직원을 통해 유출된 사례, 이태원 기지국 추적 당시 원치 않는 아웃팅을 당할지 모른다는 성소수자들의 우려 사례 등에서 과도한 정보수집 및 부실한 관리의 문제점이 노출된바 있다.

또한, 수집된 정보가 적절히 공개되고 있는지도 문제다. 감염병예방법은 보건복지부장관으로 하여금 일정 이상의 위기경보 발령 시 감염병환자의 이동경로, 이동수단, 진료의료기관 및 접촉자 현황 등 국민들이 감염병 예방을 위하여 알아야 하는 정보를 정보통신망 게재 또는 보도자료 배포 등의 방법으로 신속히 공개하도록 하고 있다. 물론 일반 시민들의 알권리 및 스스로를 위협으로부터 보호할 권리를 위하여 정보는 투명하게 공개되어야 한다. 그러나 그 공개의 범위와 방법에 대한 충분한 논의 없이 정보공개가 이루어져 앞에서 서술된바와 같은 각종 기본권 침해 및 가해행위가 빈발했다. 감염병예방법은 매우 폭넓게 ‘감염병 예방을 위하여 알아야 하는 정보’를 공개할 수 있다고만 규정하고, 구체적인 범위는 보건복지부령에 위임했다. 보건복지부령인 시행규칙은 다시 질병관리본부장에게 ‘감염병 위기상황, 감염병의 특성 및 역학적 필요성을 고려’하여 공개하는 정보의 범위를 결정하도록 했다. 이에 따라 중앙방역대책본부는 ‘확진자 동선 등 정보공개 안내’라는 제목의 가이드라인을 2020년 8월 현재 총 3회에 걸쳐 배포하여 지자체들로 하여금 이를 지키도록 권고하고 있는 실정이다. 원칙 없는 공개에 따른 문제점이 발견되자 이에 대한 사후 처방을 하는 식으로 기준이 만들어진 셈인데, 보건복지부가 공개한 확진자 동선자료들은 지방자치단체 뿐 아니라 무수한 사인들을 통해 재배포되었다. 정보의 공개는 어디까지나 ‘감염병 예방을 위하여 알아야 하는 정보’에 한정되었지만 재배포된 정보들은 여전히 인터넷 세상을 떠돌며 확진자들에 대한 낙인이 되고 있다. 뒤늦게 각 지자체가 동선이 게시된 게시판 등에 삭제 요청을 하고 있지만, 표현의 자유가 보장된 대한민국에서 법률의 근거 없이 게시글의 삭제가 강제되는 것도 아니다. 조금 더 법률을 세심하게 만

들었다면, 필요한 범위에서 정해진 자들에게만 해당 정보를 배포하여 시민들이 이를 주지할 수 있도록 하고, 필요한 기한 경과 시 공개되었던 정보를 모두 삭제하며 법률의 근거 없이 재 배포된 정보가 있다면 삭제조치할 수 있도록 규정할 수 있었을 것이다.

(8) 결론

감염인을 피해자가 아니라 전파자로 바라보는 시각은 손쉽게 ‘말 안 듣는 격리 거부자’라는 인식으로 대치될 수 있다. 혐오와 차별의 시선이 감염인에게, 심지어 ‘의심자’에게까지 향하는 사회가 이미 도래했다. 개정된 감염병예방법은 감염의 가능성이 있을 것으로 추정되는 감염병 의심자라는 새로운 개념을 제시하고, 확진자에 준하는 법적 조치를 강제한다. 미래의 방향을 어디로 이끌어 갈지는 지금 우리 사회가 고민할 문제다. 감염내과 전문의이자 의료인류학자인 리처드 코커는 “자유권과 공공의 이익 균형점에 대한 논의가 부족한 채 시행되는 강제적 조치는 ... (실제 상황이) 좋아지고 있다는 연막(smokescreen)이 될 수 있다”고 경고한다(Coker, 2001). 알 권리와 격리 등 검역조치로 발생한 피해에 대한 보상의 권리를 명문화한 검역법의 개정은 바람직하다. 검진 대상자의 확대는 접근권을 폭넓게 보장하는 건강권의 확대다. 하지만, 모호한 사례 정의에 근거를 둔 대상자 확대는 정작 검사 및 지원을 절실히 필요로 하는 또 다른 누군가를 배제하는 결과를 만들 수 있다. 사례정의를 역학적 연관성과 밝혀진 과학적 사실에 준거를 두어야 한다. 동시에, 대상자 확대의 사회적 논의에 우선하여 처벌 규정을 먼저 만들고 범죄화를 시도하는 것은 공공의 건강을 위한 자유권의 제한 범위를 넘어서는 문제일 수 있다. 그래서 세계보건기구는 ‘의심’을 뜻하는 서스펙트(suspect)라는 단어를 쓰지 말라 권고한 지 오래다. ‘의심’은 형법의 언어이지, 감염병의 언어는 아니기 때문이다.

3.4. 방역 과정에서 벌어진 권리 침해 - 사례조사를 중심으로

코로나19 유행이 시작되면서 방역이 지상 과제가 되면서 감염 확진자와 밀접 접촉자 등에 대한 역학조사와 동선 추적이 적극적으로 수행되었다. 확진자가 급증하면서 동선 추적의 방식은 다각화되었고 수집되는 정보의 수준과 양도 대폭 증가하였다. 감염병 예방법 등 법적인 근거를 가지고 시행된 조치가 있고 그렇지 않은 조치도 있었다.

방역 과정 중에 발생한 프라이버시, 정보인권, 자유권 등 인권 침해 여부를 확인하기 위해 확진 검사와 자가 격리, 치료를 경험한 확진자 1인(A), 그의 밀접 접촉자 1인(B), 이태원 클럽 밀접 접촉자 1인(C), PC방 확진자 밀접 접촉자 1인(D)을 대상으로 5월과 7월에 인터뷰를 시행하였다. 또한 방역 과정을 수행하는 또 하나의 주체인 역학조사관의 입장에서 상황을 확인하기 위해 일선 역학조사관 4명을 추가 면담했다.

(1) 역학조사와 동선공개과정에서 일어난 권리 침해

확진자 A씨의 경우, 구청 블로그를 통해 동선이 공개 되면서 프라이버시권을 상당히 침해당했다고 한다. 동선 정보가 여느 블로그 글과 마찬가지로 댓글을 허용하고 있어, 비난 댓글이 다수 작성된 것은 물론, 확진자의 신상과 직업에 대한 추측성 글이 난무하고 신원을 파악하려는 시도가 있었으며, 확진자의 거주지 또는 직장을 추적하여 테러를 시도하겠다는 댓글도 있었다. 확진자가 감염 여부를 알리지 않았던 지인이 동선과 댓글을 보고 확진자임을 식별하여 연락을 하기도 하였다고 한다. 또한, 확진 2개월여가 지난 인터뷰 시점에도 지자체(구청) 블로그에 동선 정보가 게시되어 있어 삭제요청을 했으나 지워주지 않았다고 한다. 이는 수집된 정보의 활용과 보관, 폐기를 부적절하게 함으로써 확진자의 정보인권을 침해한 것이다. 동선공개로 인해 정신적인 고통이 막대했다. 밀접 접촉자 중 추가 확진자가 나오지는 않았는데 역학조사에서 확진자가 거론하여 격리되었던 사람들과의 인간관계도 부정적인 영향을 받았다. 밀접 접촉자로 격리되었던 사람이 지인들에게 불평하는 중에 확진자의 실명 등 개인 식별 정보를 유출하기도 하였다.

이태원 클럽 확진자와 같은 날, 같은 클럽에 방문하여 격리되었던 C씨의 경우, 방문 시 연락처 등도 모두 기록하였음에도 불구하고 신용카드 사용 내역을 통해 밀접 접촉자로 규정되어 격리 대상이 되었는데, 신용카드 사용내역과 기지국 정보 등을 통해 검사-격리 대상자를 선별하는 것이 전파를 최소화하기 위한 목적이라는 것은 이해 하지만 확진자와 같은 시간, 같은 장

소에 있었을 가능성이 희박한 사람들까지 검사·격리 대상으로 규정한 것은 과도하다고 생각하고 있었다. 이러한 정보 수집 방식은 방역이라는 목적을 생각해도 과도하게 정보인권을 침해한다고 생각할 수밖에 없다. 이와 관련하여 2020년 7월 29일, 보건복지부장관, 질병관리본부장, 서울특별시장, 서울지방경찰청장(이하 "보건복지부장관 등")이 지난 5월 18일 코로나 19 대응을 명목으로 이태원을 방문한 약 1만 명의 사람들의 휴대전화 기지국 접속정보를 요청하고 수집·처리한 행위(이하 "이 사건 기지국 정보처리 행위")가 개인정보자기결정권, 사생활의 비밀과 자유, 통신의 비밀과 자유, 일반적 행동자유권을 침해하므로 위헌이라는 결정을 구하는 헌법소원이 청구된 바 있다.⁶⁷⁾

또한, 이태원 클럽 방문자 중 성소수자의 경우, 밀접 접촉자가 되어 격리되는 것 자체가 아웃팅을 의미하는 상황이었기에 프라이버시권 침해의 정도가 훨씬 심각했다. 이는 방역 활동 자체보다 일부 언론이 방역과는 무관한 정보를 과도하게 담은 보도를 하여 프라이버시권 침해를 악화시킨 경우인데, 특히 가정이나 직장에 성 정체성이 알려지는 것을 감당할 수 없었던 사람에게 극도의 정신적 스트레스를 유발하였고 언론 보도 이후 분출된 성소수자에 대한 혐오까지 더해져 확진 검사 자체를 기피하게 만들 가능성이 있었다. 즉, 방역에도 해가 되고 당사자의 건강권도 침해할 가능성이 높아진 것이다. 이러한 상황에서 정부, 서울시, 방역당국은 코로나19 성소수자 긴급대책본부 등과 소통하며 “차별과 혐오는 질병 예방과 공중보건에 도움이 되지 않는다”는 메시지를 냈고 몇몇 지자체에서는 익명 검사를 시작했으며, 중대본에서도 확진자나 접촉자에 대한 무분별한 비난과 낙인찍기를 멈춰달라고 호소하며 동선 공개 방식을 변경하였다. 이미 권리 침해가 상당히 일어난 다음이었지만 늦게나마 그런 변화가 있었던 점에 대해 C씨는 “언론 보다 방역 당국이 더 의지가 되었다”고 말했다.

방역에 대한 사회적 논의나 합의가 없었음에도 불구하고 방역이 개인의 어떠한 권리에 우선하는 최고의 가치가 되면서 성소수자 커뮤니티 내부에서도 클럽 방문자들에 대한 비난이 쏟아지고 성소수자의 인권을 지켜주기 위해 만들어진 단체가 검사를 받도록 독려하는 것을 보며 상당히 절망감을 느꼈다고도 하였다.

이렇게 무책임한 언론 보도가 나오는 원인에 대해 한 레거시 언론의 기자는 이러한 수준 미달의 기사가 쏟아져 나오는 것은 이른바 “조희수 올리기”에 여념이 없는 인터넷 언론사 혹은 레거시 언론사의 온라인 전담팀이 우후죽순 생겨난 것과 무관하지 않으며, 레거시 언론사에서 평소 인권에 대한 감수성을 높이는 전사적인 노력이 없고, 데스크와 기사에 대한 사후 평가가 제대로 이루어지지 않으면 기사의 질을 담보하기 어렵다고 하였다. 최근에는 광고주의 영향,

67) [코로나 19 관련 이태원 기지국 접속정보 처리 및 동의 없는 위치추적 법률에 대한 헌법소원 청구](#)

독자들의 댓글, 악플의 영향도 무시할 수 없다고 하였다. 또한 무수하게 쏟아져 나온 기사들 중 정보인권, 프라이버시권을 침해한 기사들을 사후에 수정하거나 삭제하는 작업은 현재 거의 진행되고 있지 않다고 하였다. 방역당국, 정부가 수집한 정보를 보관, 활용, 폐기하는 것만 감시해서는 충분하지 않고 언론에 대해서도 모니터링이 필요하다고 생각된다.

확진자의 동선을 공개하는 근거는 감염병예방법 제34조의 2에 있다. 보건복지부장관으로 하여금 감염병 환자의 이동경로, 이동수단, 진료의료기관 및 접촉자 현황 등 국민들이 감염병 예방을 위하여 알아야 하는 정보를 정보통신망 게재 또는 보도자료 배포 등의 방법으로 신속하게 공개하여야 한다고 규정한 것이다. 법률의 규정만 보면 공개 가능한 정보의 범위는 전적으로 보건복지부장관의 판단에 달려 있다. 동선 등 공개는 보건복지부가 자료를 제공하면 각 지자체(시·군·자치구)가 각자 홈페이지 혹은 블로그에 관할과 관계된 동선 내용을 안내하는 방법으로 이루어지고 있다. 동선을 어디까지 공개할지 여부에 대해 중앙방역대책본부는 ‘확진자 동선 등 정보공개 안내’라는 제목의 가이드라인을 2020년 8월 현재 총 3회에 걸쳐 배포하여 동선 공개 과정에서 나타난 부작용들을 최대한 수정하고 있기는 하다. 한편, 개인정보보호법에 따르면 국민의 개인정보를 안전하게 보호하고 감독하는 것을 주 임무로 하는 합의제 중앙행정기관인 ‘개인정보보호위원회’를 두고 있다. 개인정보보호법 제7조의 8에 따르면 보호위원회는 개인정보 보호와 관련된 정책·제도·계획 수립·집행에 관한 사항에 관한 사무를 수행하고 개인정보 보호와 관련된 정책·제도 및 법령의 개선에 관한 사항을 심의·의결한다. 감염병예방법이 감염병 확산을 막기 위해 여러 가지 개인정보에 대한 제한 및 침해가능한 조치들을 취하고 있고, 방역과정에서 실제 침해 행위들이 다수 나타났음에도 개인정보보호위원회가 어떠한 의견을 표명하거나 심의하였다는 소식은 없다. 개인정보보호위원회 홈페이지에서 2020. 2. 경부터 보호위원회의 의결사항, 보도자료, 공지사항을 살펴보더라도 현 상황에 대한 그 어떠한 내용도 없다. 보건복지부가 동선공개에 관한 정책을 시행하며 개인정보 보호와 관련하여 어떤 기관과 어떤 협의를 하고 자문을 받았는지도 알 길이 없다. 각 지방자치단체의 자치법령으로 만들어진 개인정보보호 관련 위원회들도 마찬가지다. 서울특별시의 경우 각 자치구마다 블로그 등을 통해 확진자의 동선을 공개해 왔는데, 어떤 자치구의 경우 블로그에 동선만 공개하고 댓글창은 닫아 불필요한 논란을 줄인 반면, 어떤 자치구는 댓글창을 통해 확진자에 대한 불필요한 정보가 퍼지는 것을 사실상 방조하기도 했다. 서울특별시 차원에서 자치구들에 대해 어떠한 지침이나 기준을 제시한 일은 없는 것으로 확인된다.

이 백서를 작성하는 2020년 8월 현재는 각 자치구에서 ‘확진자 동선 등 정보공개 안내’ 가이드라인 제3판의 내용을 토대로 확진자의 동선을 가급적 적게 표시하고 있고 댓글창도 거의

단은 상태다. 그러나 그 동안 불필요하게 정보가 많이 게시되어 확진자들이 받은 침해는 이제 와서 주워 담을 수 없을 것이다.

(2) 치료와 격리과정에서 일어난 권리 침해

확진자 A씨는 병원에서 격리하였는데 확진자가 사용한 물품의 처리에 혼선이 있었다고 한다. 병원에서 지급한 물품은 소각 처리하는데 확진자가 반입한 물품은 퇴원 시 가지고 나갈 수 있었다고 한다.

과학적으로 증명된 치료법이 없는 상황이다 보니 환자들 중 일부에게 항바이러스 효과를 위해 “에이즈약품”을 처방하였고, 이 약을 복용한 환자들 중 일부에서 부작용이 나타나 나머지 환자들 약 복용 치료를 거부하는 소동도 있었다고 한다. 환자들에게 임상시험에 가까운 치료를 하려면 해당 진료에 대한 충분한 설명을 통해 동의를 얻어야 하는데 코로나19 치료 과정에서 이와 같은 충분한 설명과 진정한 의사에 기한 동의가 이루어졌는지 확인되어야 할 부분이다.

확진자 A씨의 밀접 접촉자 B씨의 경우, 부모님 댁에서 자가 격리를 하였는데, 이전부터 치료 받고 있던 다른 질환 때문에 진료를 받으러 가야 했으나 절대 밖에 나가면 안 되며 진료를 위한 외출도 예외가 아니라는 안내를 받아서 결국 부모님이 대리 처방을 해 오긴 했지만 건강권을 침해 받은 것은 분명하다.

PC방에서 확진자를 접촉하여 격리되었던 D씨의 경우 격리 대상자라는 연락을 받고 직장에 그 사실을 알렸을 때, 건강에 대한 걱정보다는 병가가 유급으로 처리 될 수 있는지 여부가 확실하지 않아 격리로 유발 될 경제적 손실이 상당히 부담스러웠다고 말했다. 그리고 고시원에서 거주하고 있기 때문에 자가 격리가 원천적으로 불가능한 상황이었어서 해당 구의 숙박업소에서 격리를 시행해야 했는데 숙박비 자체도 상당히 부담스러웠다고 한다. 결국 유급 병가 처리가 되어서 자비로 격리를 한 것이었는데, 유급 처리가 되지 않는 경우 자치단체에서 지원해 줄 수 있다고 하는 금액이 워낙 작아서 선택의 여지가 없었다고 한다. 격리에 대한 재정적인 지원은 부모와 자녀 2인으로 구성된 4인 “정상” 가정을 기준으로 설정이 되어 있어, 그 액수를 단순히 4분의 1로 나눈 액수의 지원은 1인 가구에게 실질적인 도움이 되기는 어렵다는 의견을 제시하였다.

(3) 역학조사관이 말하는 K-방역의 실제

“시간이 오래 걸려서 (역학조사 할 때 카드사용내역과 GPS 정보가) 미리 준비되어 있지 않아요. 역학조사 하고 있으면 관련 정보가 제공되요. 그런데, 그 때는 이미 확진자의 구두진술로 웬만한 정보는 다 확인된 경우가 많아요” (역학조사관)

정부는 10분이면 확진환자의 동선 추적을 완료한다고 세계에 자랑한다⁶⁸⁾. 하지만, 역학조사 현장의 목소리는 다르다. 감염병예방법에 근거한 개인정보의 자유로운 열람에 대한 인권적 측면의 문제를 고려하기 이전에, 이것이 실제하는 과정인지 살펴볼 필요가 있다. 개인정보의 동의 없는 열람과 활용은 실제하는 상황이다. 하지만, 이 개인정보가 역학조사과정에 효과적으로 활용되는지는 따져보아야 할 문제다. 그럴수도 있고, 그렇지 않을 수도 있다면 개인정보의 동의 없는 활용은 최소한으로 제한되어야 하고, 방역의 목적 달성에 필수적이라는 정당성이 동반되어야 한다.

“역학조사 서식에 환자가 카드번호와 통장번호를 알려주지 않으면 저희는 알 방법이 없어요...(중략)... 예를 들어, 언제 무슨 카드를 썼다고 환자가 구두 진술을 하고 기억에 자신이 없어야 하면, 카드 사용 내역이 정말 그날인지 확인하려고 정보 요청을 하는 거죠...(중략)... 활동량이 매우 많은 사람은 카드정보 조회 없이는 동선을 확인하기 어려워요. 본인도 기억을 못하거든요.” (역학조사관)

역학조사의 과정은 기본적으로 확진환자와 역학조사관의 협조적 관계를 전제한다. 확진환자가 의도적으로 동선을 숨기는 상황이 쉽게 기사화되어 대중들의 입에 오르내린다. 하지만, 대부분의 확진환자는 동선을 기억하려 애쓰고, 혹여 누군가가 감염되었을까 걱정한다. 이 과정을 역학조사관은 함께한다. 그렇다면, 동의에 기반하지 않은 개인정보 공개는 어떤 의미인지 되물어야 한다. 위의 면담 내용에서 환자에게 동의를 받고 개인정보를 조회하지 못할 이유는 없다. 기본적 접근은 동의에 기반한 개인정보 활용이고, 일부 예외적인 경우 인권을 잠시 유보하는 조치가 필요한 근거가 바로 여기에 있다.

“접촉자 조사는 끝났어요. (A공간에서는) 접촉자가 없어서 역학조사는 그렇게 마무리했는데, SNS에 그곳이 이미 오르내리는 거죠. 환자가 다녀갔다더라고. 그러면, 지자체에서는 어쩔 수 없이 공개해요...(중략)...(역학조사의 목적으로는) 시민이 그렇게 자세한 이동경로를 알 필요는 없을 것 같아요. 언론이 문제인 것 같아요.” (역학조사관)

68) 연합뉴스. 2020.4.10. [10분내 확진자 동선추적... 세계가 주목한 코로나 역학조사 시스템](#)

무분별한 동선공개의 문제는 이미 정부도 개선을 약속하고 시행한 바 있다. 동선확인의 가장 중요한 보건학적 목표는 추가 접촉자의 확인이다. 하지만, 대중이 원하는 동선공개는 이와는 동떨어진 무조건적 알 권리에 대한 요구다. 동시에 이 요구를 합리적으로 거부하지 못하는 지방자치단체의 정치는 방역 과정에서 많은 확진환자들과 주변인들에게 고통을 전가한다. 이것이 우리가 지금 이순간도 경험하고 있는 K-방역의 실체인 것이다.

3.5. 코로나19 주변의 자유권 침해 현장

(1) 개인의 자유권 침해를 담보로 한 방역체계

자유권은 국가 권력에 의해 자신의 자유에 대해 간섭이나 침해를 받지 않을 권리로 가장 기본적인 권리 중 하나다. 대한민국은 헌법 제12조에서 22조까지 자유권을 정의하고, 신체의 자유, 거주·이전의 자유, 직업 선택의 자유, 주거의 자유, 사생활의 비밀과 자유, 통신의 비밀 보장, 양심의 자유, 종교의 자유, 언론·출판·집회·결사의 자유, 학문과 예술의 자유 등을 포함한다. 하지만 코로나19라는 감염병이 확산되고 국가적 차원에서 방역을 위해 여러 조치들을 취하면서 자유권을 침해하는 사례들이 발생하고 있다. 보다 구체적으로는 예방을 위한 사회적 거리두기, 확진자 역학조사와 동선 공개, 그리고 치료 및 격리 조치 등의 방역 과정에서 국가 권력에 의해 자유가 간섭되거나 침해받는다.

이러한 국가 중심적 방역체계는 전지구적 위기 상황이라는 명목 하에 정당화되고 있고, 이 과정에서 시민들의 정치적 자유가 통제되고 억압한다. 특히 집회는 정치 권력에 저항하는 민중과 시민들의 힘을 보여주는 가장 기본적인 행위다. 민주주의 국가에서 대의제 민주주의의 한계를 극복하기 위한 직접적인 정치적 행위는 집회와 같은 시민들의 집단행동인 것이다. 이러한 정치적 자유가 위기 상황을 효율적으로 관리하고 통제하기 위한 ‘사회적 거리두기’와 같은 지침 등을 통해 침해되고 있는 상황에서 이를 근거로 저항의 무력화를 동반하는 집회·결사의 자유 침해 사례를 살펴보고자 한다.

(2) 코로나19와 집회금지 조치

대한민국 헌법은 ‘집회·결사의 자유’와 관련해서 다음과 같이 규정한다. 2항에 적시된 “집회·결사에 대한 허가는 인정되지 아니한다”는 문구는 집회·결사 행위를 원칙적으로 금지하거

나 허가할 수 없다는 의미이다.

헌법 제21조

1. 모든 국민은 언론·출판의 자유와 집회·결사의 자유를 가진다.
2. 언론·출판에 대한 허가나 검열과 집회·결사에 대한 허가는 인정되지 아니한다.
3. 통신·방송의 시설기준과 신문의 기능을 보장하기 위하여 필요한 사항은 법률로 정한다.
4. 언론·출판은 타인의 명예나 권리 또는 공중도덕이나 사회윤리를 침해하여서는 아니된다. 언론·출판이 타인의 명예나 권리를 침해한 때에는 피해자는 이에 대한 피해의 배상을 청구할 수 있다.

집회 및 시위에 관한 법률(이하 집시법)에 따르면, 집회는 신고제로 진행하기 때문에 집회 시작 720시간 전부터 48시간 전까지 관할 경찰관서에 옥외집회(시위·행진)신고서를 제출하면 집회 가능하다. 하지만 지난 2월 21일 서울시장은 긴급 브리핑을 통해 시민 건강을 위해 집회 금지를 통보하였다. 박원순 서울시장은 2월 24일 대구 신천지 교회에서 확산된 코로나19에 대해 언급하면서, 한기총 전광훈 목사가 이끄는 범투본 집회를 언급하면서 이는 비상사태에서 시민의 안전과 국민의 건강을 위해서 용납할 수 없는 행위이고, 감염병법에 따라 서울지방경찰청에 요청해서 집회가 불가능하도록 해산시킬 예정이라고 밝혔다. 집회·시위의 자유가 중요한 권리이지만 국가의 초비상상황이기 때문에 그 권리가 제한될 수밖에 없다고 말한다.⁶⁹⁾ 27일에는 서울역 광장에서 서울광장, 청계광장, 광화문광장, 효자동삼거리로 이어지는 광장 도로 및 주변 인도 등에 집회 금지를 고시했다.

이러한 과정에서 서울시에서 시민안전과 공중보건을 이유로 진행된 집회금지 상황은 다음과 같다.⁷⁰⁾

69) KBS NEWS. 2020.2.24. [\[김경례의 최강시사\] 박원순 “집회강행, 온전한 정신인가…공권력 행사해서라도 막을 것”](#)

70) 참세상. 2020.7.2. [잇따른 집회금지 조치, 정말 방역을 위한 것일까](#)

[서울지역 집회금지 일시]

일자	내용
2월 21일	동작구청, 노량진구수산시장 상인들을 상대로 행정대집행
2월 21일	서울시, ▲광화문광장 ▲서울광장 ▲청계광장과 주변 차도와 인도에 집회금지를 통보하고 집회예정 17개 단체에 집회금지 공문을 발송
2월 24일	서울시, 문재인하야법국민투쟁본부와 전광훈 목사 등 관계자 10명을 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 위반 혐의로 서울 종로경찰서에 고발
2월 26일	서울시, ▲서울역광장에서 서울광장, 청계광장, 광화문광장, 효자동삼거리(청와대 앞길)로 이어지는 광장 도로 및 주변 인도 ▲신문로(경희궁~광화문광장) 및 주변인도 ▲종로1가 도로 및 주변 인도 ▲광화문광장에서 국무총리공관(삼청동)까지의 도로 및 주변 인도 등을 집회 제한 구역으로 새로 추가
2월 27일	서울시와 종로구, 문재인하야법국민투쟁본부(법투본), 고 문중원 기수 시민대책위원회 등 4개 단체가 설치한 천막 7개 등과 집회물품 철거
2월 28일	동작구, 3월 31일까지 ▲노량진역광장▲노량진로▲장승배기로▲구청주변 차도·인도 및 광장 집회금지
3월 12일	서울시, 광화문 광장 '전두환 심판' 농성 천막 철거
3월 14일	영등포구 ▲의사당대로 ▲은행로 ▲국회대로 ▲여의공원로 ▲당산로 일부 집회금지
3월 18일	동대문구 ▲청량리역 광장 ▲동대문구청 주변 ▲청량리4구역 주변 ▲청량리역 한양수자인 현장 주변 4월 30일까지 집회금지
3월 24일	서초구 4월 5일까지 서초구 전 지역에서 일체의 집회 금지
3월 31일	동작구 ▲노량진역광장 ▲노량진로▲장승배기로▲구청주변 등 집회·시위 행위 금지 1개월 연장
5월 6일	서울시, 미술관·박물관 단계적 개방하지만 집회·시위는 계속 금지 유지
5월 11일	서울시 강남구 방배5구역 강제철거
5월 15일	강남구 ▲영동대로 ▲봉은사로 ▲강남대로 ▲테헤란로 ▲학동로 전체 및 인도에서 집회·시위 금지
5월 18일	종로구청, 아시아나 항공기 청소노동자 천막 농성장 강제철거(1차)
5월 26일	종로구 ▲종로1가~종로6가 주변 도로 및 인도 ▲대학로 일대 ▲우정국로~안국로터리 주변 및 인도 ▲종로구청 앞~종로구청 입구 교차로 주변 도로 및 인도를 포함하는 7구간에 대해 집회금지
6월 16일	종로구청, 아시아나 항공기 청소노동자 천막 농성장 강제철거(2차)
6월 23일	종로구청, 아시아나 항공기 청소노동자 천막 농성장 강제철거(3차)

▲ 서울지역 집회금지 일시 [출처: 공공운수노조 및 공권력감시대응팀, 다산인권센터 등 13개 시민사회단체 (기자회견 주최 측)]

그림 4 서울지역 집회금지 일시

이에 대한 대응으로 6월 9일 공공운수노조는 국가인권위원회에 공권력 남용이자 기본권 침해를 이유로 종로구청의 집회 금지 조치가 철저히 권고를 요청한다.⁷¹⁾ 이어 7월 2일 공공운

71) 경향신문. 2020.6.10. [노동단체 '종로구 집회금지 철회' 인권위 진정서](#)

수노조 및 13개 시민사회단체는 서울시청 앞에서 기자회견을 열고 집회금지 조치를 철회해야 한다고 주장했다. 이어 7월 2일 권수정 서울시 의원은 제295회 정례회 5차 본회의서 서울시의 과잉 집회금지 및 농성장 철거 규탄하며 재난 상황에서도 집회자유를 보장할 수 있는 제도적 방안 마련이 필요하다고 말한다.⁷²⁾

집회·시위의 자유를 둘러싼 대치 속에서 8월 15일 광복절에 문재인 대통령의 탄핵을 주장하는 보수 단체가 대규모 집회 진행했다. 여러 집회 주최자들이 집회 신청을 했으나 법원은 광화문 광장이 아닌 동화면세점 앞과 을지로 일대에서 소수의 인원이 참석할 것이라고 한 일파만파애국자총연합과 4.15부정선거국민투쟁본부의 신청만을 허가했다. 하지만 사랑제일교회 등 집회 허가를 받지 못한 단체가 대규모로 참석하면서 코로나19 확진자가 발생하고 이들을 중심으로 코로나19가 급속도로 전파되었다는 논란이 야기되었다. 이 과정에서 집회 개최를 허가한 법원과 집회 참가자를 비난하는 여론 형성되고 있다.

많은 인권운동가들은 방역과 집회의 자유는 대립하지 않는다고 주장한다.⁷³⁾⁷⁴⁾⁷⁵⁾ 오히려 코로나19와 같은 위기를 해결하기 위해서는 방역 대 집회라는 잘못된 프레임을 극복할 수 있도록 해야 한다. 나아가 시민들의 기본적인 자유를 보장하면서 서로가 사회적 책임을 다할 수 있도록 하는 제도적 방안을 설계하는 것이 필요하다.

(3) 집회 및 시위의 ‘금지’ 가능성

코로나19가 온 사회의 이슈를 뒤덮은 이후, 광화문 주변을 지날 때마다 마음을 불편하게 하는 현수막이 있다. 대략 서울시는 코로나19의 확산 방지를 위하여 광화문 일대의 모든 시위를 금지하겠다는 내용이다. 그러나 집회와 시위는 ‘금지’될 수 없다. 대한민국 헌법 제21조는 제2항에서 ‘집회 결사에 대한 허가는 인정되지 아니한다’고 천명하기 때문이다. ‘허가’란 금지된 것을 예외적으로 풀어주는 것을 의미한다, 즉, 우리나라에서 집회와 결사는 그 누구도 원칙적으로 ‘금지’할 수 없으며 단지 사회질서를 보호하기 위해 옥외집회의 경우 미리 ‘신고’하도록 하고, 교통이나 안전 상 이유가 있을 때에만 금지 또는 제한할 수 있을 뿐이다. 물론, 코로나19의 확산 방지를 위해서는 사람들이 모이지 않는 편이 이롭다. 그러나 특정 집회가 어디서 어떻게 열릴지 알 수 없음에도 서울시가 선제적으로 ‘광화문에서의 집회를 금지합니다’라고 공표

72) 서울뉴스. 2020.7.2. [권수정 서울시의원 “코로나19 발미 집회·농성 탄압은 인권 위기”](#)

73) 프레시안. 2020.5.2. [집회 금지가 코로나19 때문일까](#)

74) 민중의소리. 2020.5.27. [이제 집회·시위의 자유는 없다](#)

75) 오마이뉴스. 2020.7.23. [코로나 때문에 집회금지? 프랑스는 달랐다](#)

하는 것은 헌법과 법률에도 맞지 않을 뿐 아니라 시민의 기본권을 보장해야 하는 지방자치단체로서 적절하지 않은 행위이다.

특히 우리나라는 집회 및 시위의 자유가 헌법상 보장되어 있음에도 시민들이 이를 누리기 위해 많은 어려움을 겪었다. 어려운 상황에 시민들이 자발적으로 집회와 시위 개최를 자제하고 있지만 그럼에도 불구하고 집회와 시위가 필요한 순간은 올 수 있다. 2020년 8월, 소위 ‘광복절 광화문 집회’의 경우 경찰이 여러 건의 집회신고에 금지통고를 하였고 각 주최자들은 법원에 이 금지통고에 대한 ‘집행정지’신청을 했다. 법원은 2개 주최자의 신청을 받아들였고 결국 광화문 집회가 성사되었다. 이들은 당초 광화문이 아닌 곳에서 소수의 인원이 참석할 것이라는 취지로 신고를 하였고 법원도 이를 신뢰하여 금지통고에 대한 집행을 정지하여 주었으나, 실제 많은 인파가 이 집회로 몰려들었고 그 과정에서 방역상 문제점들이 도출되었다. 이에 대해 많은 시민들은 집회 개최를 가능하게 한 법원을 비난하고 집회 참가자들을 비난하였다. 물론, 이들이 소수의 사람만이 방역수칙을 지킬 것이라고 하면서 법원을 속여 본래 원했던 집회를 강행하였다면 크게 비난을 받을 일이다. 그러나 집회 및 시위에 관한 법률 상 사전신고제가 사실상 집회 허가제로 악용되던 우리나라 현실에서 집회의 자유는 누구에게나 소중하다. 다른 시민들과의 약속을 어긴 점에 대한 비난을 넘어 우리 모두의 집회의 자유를 부당하게 침해할 염려가 있는 비난은 자제되어야 할 것이다.

3.6. 소결

본 절에서는 코로나19를 둘러싸고 형성된 자유권과 정보인권 분야 쟁점들을 검토했다. 2015년 메르스에 비하여 한국사회는 분명 진일보한 점이 있다. 하지만, 세계적 대유행과 끝을 알 수 없는 상황을 목도하며, 잠시 유보되었던 인권의 원칙들을 다시 살펴보는 것은 중요한 과업이었다. 윤리적 원칙과 보건학적 효과를 함께 고려하고 당사자들의 목소리를 직접 수집했다. 그 결과 우리는 완성되지는 않았지만, 다음과 같은 몇 가지 지점에 도달할 수 있다.

① 인권 친화적 추적과 관리 체계 마련

감염원 접촉 추적과 관리 체계의 보건학적 효과는 명확하다. 하지만, 추적과 관리 체계를 시민의 자발성에 근거를 둘 것인지 비자발적 조치들을 동원할 것인지, 비자발적 조치들은 어떤 조건에서 사용할 것인지 등 윤리적 문제는 이미 발생하고 있다. 현재 코로나19의 추적과 관리

체계는 과도하게 중앙집권화된 방식이며 한번 노출되고 공개된 개인정보는 지속적인 낙인과 차별의 피해로 이어지고 있다. 그런데도 이에 대한 구체적인 구제 조치는 마련되지 않았다. 시민의 자발적 참여에 기반한 탈중앙집권적 추적체계에 대한 논의가 필요하고, 개인정보공개의 원칙만 마련하는데 그치지 않고, 공개 이후 발생가능한 인권침해를 최소화하고 보상할 수 있는 대책이 필요하다.

② 단계적 인권 유보 접근 반영

감염병 예방법은 ‘감염병의심자’라는 모호한 집단을 정의에 포함하였고, 이들을 포함하여 환자와 감염인들에 대한 광범위한 처벌 규정을 담고 있다. 불확실성이 높은 신종감염병 대응 과정에서 공공의 안전과 인권의 충돌은 피하기 어렵고, 둘 사이의 균형점을 찾아가는 노력이 필요하다. 특히, 공공의 안전을 목적으로 다른 선택 가능한 대안을 고려하지 않고 곧바로 처벌의 잣대를 들이대는 것은 인권의 원칙에도 맞지 않을뿐더러, 방역 본연의 목적을 달성하는 데도 도움이 되지 않는다. 따라서, ‘감염병의심자’라는 모호한 정의를 법률에서 제외되어야 하며, 동시에 검사 거부와 격리 거부인들에게는 덜 강압적인 대안적 조치들을 우선 권고하고 사회적 지원을 아끼지 않아야 한다. 예를 들어, 검사 권고를 수용하기 어려운 형편에 놓인 사람들에게 자발적 자가 격리를 우선 권고하거나, 자가 격리조차 어려운 경우 시설 격리를 권고하는 방법이 있을 수 있다. 그리고 단계적으로 강제적 격리와 검사조치를 시행하고, 최종적으로 법률적 처벌을 고려할 수 있다. 또한, 동의에 기반한 개인정보접근이 고려되어야 한다. 일부 예외적인 상황을 제외한다면 대부분의 역학조사 과정은 역학조사관과 확진환자가 함께 기억을 찾아가는 과정이다. 동선을 의도적으로 숨기는 일부 사례가 일반적인 확진환자의 사례라고 확대해석하는 것을 경계한다. ‘함께 기억 찾기’의 과정에서 확진환자에게 동의를 구하는 것은 실현가능한 인권친화적 과정이다. 정보인권을 유보하는 조치는 이 이후에 고려하여도 방역의 목적 달성에 해를 끼치지 않는다.

③ 차단과 거리두기의 원칙을 넘어 만남과 대면의 원칙을 마련

사회적 거리두기 원칙은 단계별 기준과 조치사항을 담고 있다. 조치사항의 대부분은 어떤 행위에 대한 금지다. 하지만, 금지의 조건은 모두에게 공평하지 않다. 사회적 거리두기가 많은 대면 노동자들의 땀에 빗지고 있다는 사실을 모르는 이는 적다. 재택근무가 불가능한 업종에

서 일하는 사람들이 있다. 사회적 약자들을 향한 공권력의 철거는 정당화되면서 이에 항의하는 이들의 집회와 결사의 자유는 방역을 이유로 제한한다. 정부의 목적과 행위가 일치하지 않는다. 정부는 만남과 대면의 원칙도 함께 마련해야 한다. 사회적 거리두기를 적극적으로 권고하면서도 이를 지키기 어려운 상황에 놓인 이들을 위한 원칙이 동시에 필요하다. 예를 들어, 정부의 지침에는 접촉자를 판단하는 역학조사의 기준이 있다. 역학조사 과정에서는 마스크 착용여부, 체류기간, 노출상황, 시기 등을 종합적으로 검토하여 접촉자를 확정한다. 반대로 말하면 마스크 착용과, 일정 거리를 유지하고, 특정 시간 미만으로 체류하며, 함께 식사를 하지 않는 상황은 만남 혹은 대면 노동의 원칙이 될 수 있다. 이 같은 원칙을 수립하고 그 원칙이 실현될 수 있도록 필요한 지원체계를 마련해야 한다.

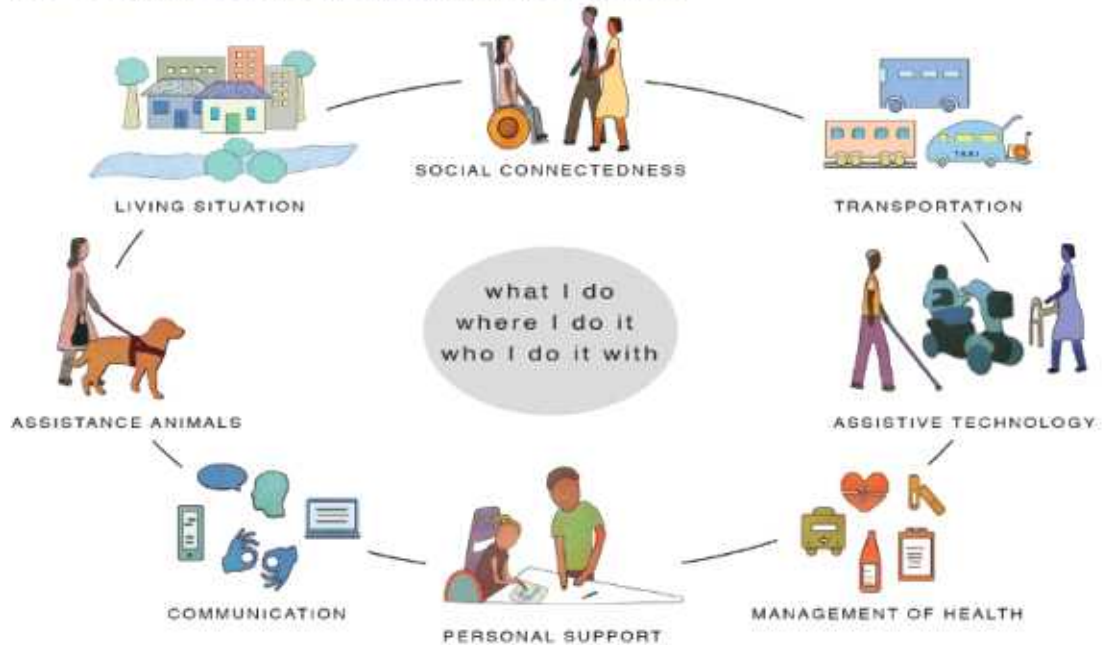
4. 보건의료/돌봄 인프라에도 사람중심이 필요하다

4.1. 신종감염병 유행에서 사람중심 준비와 대응의 원칙

8월 현재까지도 산발적인 집단감염이 발생하고 있지만 다른 국가들과 비교할 때 한국의 코로나19 방역은 여전히 성공적인 것으로 평가받고 있다. 방역을 평가하는 기준이 확진자와 사망자로 제한되는 것은 나름의 문제가 있지만, 여전히 코로나에 감염된 사람과 그 결과로 사망하는 사람을 줄이는 것은 중요하다. 유행이 잘 잡히지 않아 사회적 거리두기와 방역 조치가 강화되면 가장 큰 피해를 입는 것은 방역 조치에 따라 중단되거나 방역업무로 전환되기 쉬운 공적 인프라와 서비스에 기댈 수밖에 없는 사람들, 사회적 거리두기가 강화되면 생계가 불안정해지는 사람들, 중단된 서비스를 대신할 가족이나 개인적 자원이 없는 취약한 사람들이기 때문이다.

코로나19의 유행을 억제하는 일은 중요하지만, 그것은 확진자 수나 사망자 수와 같은 숫자를 줄이기 위한 것이 아니라 사람들을 지키기 위한 것이어야 한다. 그러나 현장 실무자와 당사자를 인터뷰하고, 정부 대응과 언론 기사를 검토한 결과, 현실은 코로나 대응에 집중하다가 오히려 보호받아야 할 사람들이 소외되고 있음을 확인했다. 코로나19로 인한 직, 간접적 고통과 어려움은 감염병 영역에만 국한되지 않으며, 국가는 사회 구성원의 필요에 부응하고 고통을 경감시킬 책무가 있다. 특히 코로나19 확산을 막기 위해서 정부가 무엇인가를 하거나, 하지 못하게 하거나, 의도적으로든 의도하지 않았든 하지 않았던 일들로 인한 영향이 어느 수준과 어떤 차원에서 일어나고 있는지를 주의 깊게 살펴야 한다. 그렇지 않으면 목소리 없는 이들의 고통 위에 만들어낸 성공이라는 비판을 피하기 어려울 것이다.

The PCEP helps you break down planning into eight areas:



Person-Centred Emergency Preparedness Capability Wheel (Re-printed with permission)

그림 5 사람 중심의 응급상황 대비를 위한 역량 고리

호주의 퀸즈랜드 주정부와 시드니대학이 제안한 <COVID-19를 위한 사람 중심 응급상황 대비 계획(Person-Centered Emergency Preparedness Planning for COVID-19)> 지침은 ‘사람들이 안전하게 오랜 기간 집에 머무르기 위해, 또는 본인이나 주변 사람이 COVID-19 증상을 보일 때 어떻게 할지’를 가장 먼저 묻는다(그림 4). 이를 위해서는 그가 평상시 일상생활에서 ‘무엇을 할 수 있는지’, ‘어디에서 무엇을 하고자 하는지’, ‘누구와 하는지’ 등의 질문이 동반된다. 이를 그림 1과 같은 필수 역량 요소를 기준으로 각각의 체크리스트로 확인하고 필요한 것을 지원하는 방식이다. 그 과정은 다음과 같은 절차를 포함한다. ▲ 사람들이 위기에 대해 어느 정도로 준비된 상태인지 파악한다. ▲ 사람들이 어디에서 무엇을 누구와 하고, 무엇이 그들에게 중요한지를 배운다. ▲ 사람들이 자신들의 필수적 역량과 지지적 필요가 무엇인지 파악할 수 있게 돕는다. ▲ 자연재해 또는 감염병 유행과 같은 위기상황에 대해 서로 배운다. ▲ 위기 시기에 사람들의 특수한 지지적 필요를 파악하고, 긴급상황 당시와 그 이후에 어떤 장애물이 있을지 예상해본다. ▲ 사람들이 지지 연결망을 통해 서로 각자의 필수 역량을 확보해나갈 수 있도록 돕는다. ▲ 이 모든 과정을 어렵게 만드는 장애물들을 파악한다.

이 지침은 사람중심 접근의 가장 낮은(distal) 단계에 해당하며, 지침의 내용을 실천하려면 특히 건강과 사회경제적 자원이 취약한 집단에 대해 직접 정보를 전달하고 의견을 교환하며

문제를 파악할 수 있으면서 행정 사이의 커뮤니케이션을 도울 실무자(facilitator)가 필요하다. 그러나 더 상위 수준에서도 이러한 접근법을 취할 수 있다. 가장 중요한 것은 관점의 전환이다. 실질적인 변화를 위해서 Scolobic 등(2015)이 제시한 재난위험 관리에서 사람중심 접근의 특성과 기존 하향식 방식과의 차이를 참고할 수 있다. 표 5의 기본 가정에서 언급한 것처럼, 현재 정부가 코로나19 대응을 완전히 통제·관리하고 있다고 보기 어렵다. 단지 정부 역량의 문제를 넘어 근본적으로 신종감염병 대응체계 자체의 속성상 정부가 온전히 통제하고 모든 것을 파악할 수 없다는 점을 인정하면서 현장과 시민의 목소리에 귀 기울일 필요가 있다.

표 5 재난 위험 관리에서 하향식 접근과 사람중심 접근의 차이(Scolobic et al., 2015)

하향식(Top-down)		사람 중심(People-centred)
기본 가정	시스템을 잘 알고 이해하고 있으므로 일정 수준까지 통제 가능함. 공무원과 관련 전문가가 어떤 상황에서 최선의 반응이 무엇인지 알고 있음	시스템을 충분히 잘 알고 이해하기에는 너무 복잡하며, 완전히 통제될 수 없음. 어떤 상황에 대한 최선의 반응은 알 수 없는 것이며, 의사결정 선택은 과학적 관점을 포함한 많은 관점에 의한 정보에 기초함
	문제	지침에 기반함
접근 방식	해결	기술적, 결정론적, 합리적 분석, 경제적으로 가장 효과적인 전략에 집중
	의사 결정	기술관료 중심, 위계적, 중재전문가
	자료 수집과 분석	양적 자료와 질적 자료와 방법론을 혼합
	책임성	‘책임을 맡은 당국’에 있음
	정부	안전을 단독으로 보증, 명령과 통제
주체	대중	수동적, 운명론적
	과학전문가	의사결정에 필요한 근거에 기반한 정보 제공, 우월함에 대한 전문가적 태도
	민간부문 (NGO포함)	의사결정에 소극적 역할
	의사소통	일방향, 결합 모델에 기초
과정	정보권	제한된 투명성 - 정부에 대한 신뢰는 투명성의 필요를 제한
	지식 생산	전문가가 생산하여 지역 당국과 대중에게로 전달
		모든 이해관계자가 참여하여 공동생산

이 장에서는 사람중심 관점에서 출발하여 사람들의 일상에서 경험하는 장소와 시설 등 인프라를 중심으로 코로나19와 관련해 어떤 일들이 벌어졌는지를 살펴본다. 집, 학교, 병원, 직장 등 사람들이 살아가는 공간은 다양하지만, 여기에서는 특히 개인의 힘으로 위기상황을 극복할 자원이 취약한 집단에서 일상의 유지와 건강, 돌봄을 위해 필요한 서비스와 인프라를 중심으로 살펴본다.

4.2. 코로나19로 드러난 보건의료 서비스와 인프라의 한계

(1) 의료기관

① 코로나19 선별검사와 치료

코로나19 유행 초기에는 선별진료소가 어디에 있는지, 검사는 얼마나 빨리 되는지, 입원 치료가 가능한 음압격리병실은 충분한지가 사람들의 주요 관심사였다. 코로나 의심증상이 있을 때 바로 연락할 수 있는 1339 콜센터는 유행 초기 전화가 몰리면서 필요한 응답을 듣기 어려웠다. 지역 보건소는 그나마 시군구 단위로 수요가 분산되어 상황이 나았고, 보건소마다 선별진료소를 설치하고 지역에 따라 드라이브스루 선별진료소 등을 추가로 설치하면서 하루 이틀 사이에 확진 여부의 확인이 가능해졌다.

메르스의 경험에 기초해 대응하던 유행 초기에는 중증도에 무관하게 환자가 확인되는 대로 모두 음압격리 병상에 입원시켰지만, 하루에 수백 명씩 신규 확진자가 발생하자 모든 환자를 입원시킬 수 없었고 그 과정에서 자택에서 대기하다가 사망하는 환자가 발생하기도 했다. 큰 유행이 발생한 지 2주쯤이 지나서야 중증도를 분류해 상태에 따라 환자를 감염병전담병원, 국가지정 입원치료기관, 생활치료센터 등으로 분산하게 되었다. 기존에 확보한 음압병상은 확진자 발생 속도에 한참 못 미치는 것이어서 코로나19 중앙사고수습본부가 밝힌 내용에 따르면 음압병상은 2019년 12월 기준 국가지정병원 198개소에 총 1,027개에 불과했다.⁷⁶⁾

76) 중앙일보. 2020.2.29. [대구 확진자 1579명인데, 국고 투입 음압병상 10개뿐](#)

표 6 전국 음압병상 현황(2019년 12월 기준)

지역	음압병상			
	병상(개)	비율(%)	국가지정병원(개소)	비율
전국	1027	100.0	198	100.0
서울	383	37.3	43	21.7
부산	90	8.8	10	5.1
대구	54	5.3	10	5.1
인천	54	5.3	16	8.1
광주	16	1.6	12	6.1
대전	27	2.6	8	4.0
울산	8	0.8	5	2.5
세종	0	0.0	0	0.0
경기	143	13.9	28	14.1
강원	32	3.1	8	4.0
충북	23	2.2	9	4.5
충남	26	2.5	7	3.5
전북	23	2.2	11	5.6
전남	26	2.5	10	5.1
경북	34	3.3	5	2.5
경남	71	6.9	7	3.5
제주	17	1.7	9	4.5

이에 중앙재난안전대책본부는 기존 병상을 비우고 확보하여 중증의 코로나19 감염환자를 전담으로 치료하는 병원을 지속 확대 지정하여 최대 74개 감염병전담병원을 지정해 1만 병상 가까운 병상을 확보한 바 있다. 그러나 지역마다 준비된 수준이 달랐고 확진자 발생 수준이 달라 지역 내에서 해결이 불가능한 경우도 발생했다. 대구의 경우 신천지 관련 집단감염이 발생한 이후 긴급히 민간병원인 대구동산병원을 지정병원으로 삼았으나, 지정 결정이 이루어진 지 반나절 만에 기존의 환자를 모두 내보내고 코로나 환자를 받아야 할 정도로 모든 과정이 급하게 이루어졌다. 공공병원의 병상 확보가 비교적 용이했기 때문에, 감염병전담병원은 74개소 중 공공병원이 56개소로 대부분을 차지했다. 대부분의 지방의료원이 코로나전담병원으로 지정되면서 일반 응급환자를 받아 입원시킬 수 있는 응급실을 운영할 수 없는 경우가 대부분이었고, 이후 의료공백을 우려한 복지부에서 응급실을 운영할 것을 지침으로 내려보냈음에도 불구하고 실질적으로 일반환자를 받는 것이 불가능했다.⁷⁷⁾ 이에 대해 지방의료원 관계자는 작은 규모의 의료원에서 이동형 엑스레이, CT, MRI 등이 한 대씩밖에 없고, 중환자실, 인공호흡기

77) 메디게이트뉴스, 2020.2.29. "[복지부, 코로나19 전담병원이라도 응급실은 정상 운영하라](#)" 공문 논란

등의 설비나 인력도 부족하므로 동선을 분리하여 코로나 환자와 일반환자를 따로 볼 수가 없다며 어려움을 토로했다.

보건소는 시군구 수준의 재난안전대책본부에서 보건소장이 보통 통제관 역할을 맡고, 지역에 따라 다소 차이가 있지만 방역, 긴급구호, 총괄대응과 지원, 선별지원소 운영과 자가격리자 모니터링 등의 역할을 맡게 되었다. 2월 말부터 중앙에서 공문이 내려오면서부터는 보건소가 통상적으로 수행하던 다른 건강증진 및 일반진료 업무가 대부분 중단되었다. 특히 도시지역의 보건소에서 진료기능이 점차 축소되는 경향 때문에 선별진료소 운영에 적합한 인력과 설비가 충분하지 않은 곳이 많았음에도 불구하고, 달리 선별진료소로 기능할 수 있는 공공인프라가 없었기 때문에 유행이 본격화되면서 보건소가 선별진료소를 운영할 수밖에 없었다.

“우리는 결핵관리를 하기 위해서 엑스레이가 2층에 있었지. 그니까.. 초기에는 엑스레이를 찍으려면 1층에서 진료받고 보건소를 다 가로질러서 2층을 가고 3층을 갔다 와야 하는. 초기에는 감별진단이 엑스레이를 찍은 다음에 폐렴이 의심됐을 때 검체를 채취하라는 거였거든요. 검체채취 양이 적어가지고, 그래서 엑스레이 반드시 해야 하는데. 물론 2월 초 중순 지나면서, 진단키트가 많아지면서 엑스레이 안 하고 다 진단검사 하게 됐는데. 그 전에는 엑스레이 찍어야되는 상황에서 도저히 보건소에서 답이 안 나와가지고 급하게 막. 처음에 물품 구입했던, 가장 급했던 게 열화상 카메라랑 이동형 엑스레이였어요. 이동형 엑스레이를 구입했어요, 결국. 아직 어떻게 써먹어야 할지 모르겠는데.(웃음) 그런 식으로 진료 동선이라든지 인력이라든지, 이런 게 진료에 최적화된 시스템이 아닌데. (중략) 근데 이제 저희들은 고민 중에 하나는, 두 분 다 70세가 넘는 분들이어가지고 그분들 자체가 고위험군이예요. 고위험군을 검체채취 하는 데로 보내는게 이제 윤리적으로 맞나. 그래서 의사를 한 명 뽑으려고 계속 공고를 냈어요. 근데 그거는 계속 안 되고. 워낙 페이를 못 맞춰주니까 못 구했어요, 못 구했고.” (보건소장 1)

대구의 경우 기존 정규 간호직 인력들이 방역과 원내·외 선별검사에 투입되면서 기존 업무가 중단되는 수준을 넘어 코로나 관련 업무만으로도 업무량을 감당할 수 없게 되기도 했다. 선별진료소로 몰려드는 주민들을 검사하기 위해 보건소는 물론이고 보건진료소에 있는 간호사까지도 동원되어야 했다.

“저는 자택 환자방문, 요양병원 방문 직접 나갔어요. **요양병원에 레벨 D 옷을 입고 가서 검체 채취를 같이 수행하는데 환경 자체가 공간 분리가 안되어 있는 요양병원이고 피로도 쌓이고 시간은 지연되고 4시간 정도 걸려서 대면서비스 인력들이 더 힘들었죠. 간호직렬이 다른 행정업무로도 차출돼서 40일 중에 2-3일 쉬고, 24시간 근무, 대기근무. 간호직은 의료 인력이지만 보건소에서 법적으로 제한받지 않는 업무 모두 수행해야 해서 피로도가 누적된거죠. 보건소 조직이 정규인력이 너무 적어요.” (보건소 간호사)

② 코로나 이외의 의료 미충족 문제

코로나에 감염되지 않은 환자들에 대한 의료공백 문제는 유행 초기부터 지적되어 왔지만 이에 대한 적극적인 조치는 거의 이루어지지 않았고, 그 사이에 많은 이들이 소리 없이 고통받았다. 이 연구에서 주로 면담한 대상은 흔히 취약계층이라고 불리는 이들이었기 때문에, 사회경제적 조건이 대단히 열악하지 않으면서 접촉자나 확진자가 아니었던 사람들의 이야기를 직접 듣기는 어려웠다. 다만, 장애인, 이주민, 거리노숙인/쥬방주민 등의 사례에서 더 잘 드러났을 뿐, 이들에게도 일상의 위기는 존재했다. 코로나에 감염된 환자와 유사하게 발열이나 기침 증상을 보이는 환자는 그 사람이 가지고 있는 건강문제가 얼마나 심각하느냐와 무관하게 병원에 가기 어려웠다. 코로나 전담병원으로 지정된 대부분의 공공병원은 일반 응급환자 진료를 축소하거나 응급실을 폐쇄해야 했고, 일반 민간병원도 환자가 열이 나면 혹시 모를 감염위험을 우려해 일반환자의 수술을 꺼렸다. 유행 6개월째에 접어든 지금도 상황은 크게 다르지 않아서 발열과 호흡기 증상을 보이는 환자만을 전담하여 맡는 호흡기클리닉이 제안되었지만 설치가 지지부진한 상태다. 3월 중순 코로나 감염증과 비슷한 폐렴 증상을 보이다가 사망한 10대 청소년의 이야기 정도가 알려져 있지만, 일선의 보건의료인들은 비슷한 환자의 어려움을 여러 경로로 전해 듣고 있었다.

“초기에는, 요양원 환자였는데 약간 발열 증상이 생기면 몇 번 돌아요, 세 바퀴 돌고. 이제, 오늘 통화했던 어떤 요양원에서 들었던 얘인데, 발열증상 때문에 내원을 거부해서 어르신이 OO병원 갔다가 OOO병원 OO병원 갔다가 했다는 이야기는 들었어요.” (방문의료의원)

일부 만성질환의 경우 전화상담 방식을 포함한 원격진료로 부분적으로나마 관리가 이루어졌다는 주장이 존재하지만, 투석을 받는 만성 신장질환 환자처럼 정기적으로 병원을 방문해야 하는 이들은 대단히 곤란한 처지에 놓이게 되었다. 대구에서 큰 유행이 발생했던 2월 말에 투석 치료를 받다가 코로나19 확진 판정을 받은 환자가 대구에서 인천까지 이송되어야 했던 사건이 발생했던 것은 이런 어려움을 단적으로 드러낸다.⁷⁸⁾ 투석을 받던 환자가 보건의료노동자에게, 또 환자끼리 감염되는 사례가 발생하면서 투석환자 관리에 비상이 걸렸던 것은 코로나 유행 속에서 일상을 지켜내는 일이 얼마나 어려운지를 단적으로 드러낸다. 또한, 코로나19에 감염된 당뇨 환자의 수술을 위해서 모든 수술실을 비우고 격리 상태에서 수술을 진행한 성남

78) 연합뉴스. 2020.2.25. [대구서 인천으로 이송된 코로나19 확진자 길병원서 치료](#)

시의료원의 사례를 살펴볼 만하다. 7월 중순 이루어진 이 수술은, 코로나 유행이 길어지면서 사람들도, 언론도 유행에 익숙해진 결과로 가려진 일상적 치료의 어려움을 다시 상기시킨다.⁷⁹⁾

“투석만 얘기할게요. 복잡하니까. 확진자의 투석기관이 필요하고 노출자의 투석기관이 필요하잖아요. 그리고 노출기관은 보통 하면 되지만 노출기관에 의료인이 자가 격리 들어가는 게 기본 값이라면 근데 이게 너무 되게 어려운 일 같아요. 그러니까 병원 안에서, 이렇게 병원이 감염소스가되고 이러면 될 것 같은데 병원이 폐쇄되는 일이 많이 있잖아요. 투석실이 있는 곳도, 경기도의료원에는 불행하게도 투석실이 있는 병원이 하나도 없어요. 그래서 못하는데, 투석실이 있는 병원들에서 또 어떤 문제가 있냐면 이런 방역에 협조하거나 적극적으로 참여하는 사람들은 감염의사들이에요. 감염관리실. 근데 이걸 신장내과잖아요. 그래서 이 병원 안에서 또 이 한 부서 건너가면서 뭔가 같이 일하기가 되게 어렵고 그래서 잘 안 돼요. 그래서 현재까지 그냥 000는 그냥 중환자실 치료공간에 투석을 할 수 있도록 좀 도와주세요. 하면서 한 개, 두 개 병원이 수도공사를 좀 해주셨고, 이게 투석기 연결을 하려면 수도가 있어야 되거든요. 그 공사를 해준 곳이 조금 있어서 경기도는 확진자를 위한 투석기는 최대 다섯 개까지 확보해놨는데, 처음에 두 개였다가. 근데 이제 아까 말씀하신대로 대량의 접촉자들이 동선 분리를 위해서 할 수 있는 곳은 현재 없고, 임기응변적으로 대처하고 있고 그래서 OO내과 이번에 했을 때 어떻게 했느냐면 간호사들 자가격리 시켰는데, 의사랑, 의사한테 자가격리자가 있는 거예요. 하루에 한 번 출근을 하는 자가 있는 거예요. 대처할 인력이 없으니까. 환자는 받아야 되고. 궁여지책인 거죠. 그러다 결국 또 확진자가 나왔어요. 간호사 중에. 그럼 또 방역이 흐트러지잖아요. 그래서 이런 투석실 이런 부분들은 더 세밀한 정책이 나와야 되는데, 어떻게 생각하면 벌써 세 달인데 그런 의제가 나온 지도, 어떤 선생님이 말한 지도 벌써 두 세 달인데 전혀 진도가 안 나가잖아요. 그러니까 어떤 논의들이 좀 딱, 딱 매듭지게 못 가는 것 같아요.” (지방의료원장)

유행 6개월 째에 접어든 지금도 상황은 크게 다르지 않다. 발열과 호흡기 증상을 보이는 환자만을 전담하여 맡는 호흡기 클리닉이 제안되었고, 정부는 보건소와 의원을 중심으로 호흡기 클리닉을 설치하겠다고는 입장이지만, 보건소로 감기 환자가 가게 된다는 이유로 반대에 부딪힌 채 원활하게 진행되지 않고 있다.⁸⁰⁾⁸¹⁾ 국민안심병원을 지정하고 있지만 사람들이 기존에 다니던 병원을 옮기는 것은 녹록하지 않은 일이고, 지역 간 인프라의 차이도 적지 않은 상황이다.

79) KBS 뉴스. 2020.8.11. [“수술실 다 비우고 코로나19 중환자 수술”](#)

80) 메디게이트뉴스. 2020.7.19. [호흡기전담클리닉 보건소에 500개 설치 논란 예고](#)

81) 청년의사. 2020.7.24. [호흡기전담클리닉, 이대로 좌초?...^{81\)} 醫, 논의·참여 중단 선언](#)

표 7 전국 국민안심병원현황(2020년 8월 16일 기준)

지역	외래진료 유형(개)	비율(%)	외래진료 및 입원 유형(개)	비율(%)
전국	235	100.0	92	100.0
서울	41	17.4	22	19.3
부산	23	9.8	3	8.0
대구	14	6.0	1	1.1
인천	16	6.8	9	9.8
광주	3	1.3	2	2.2
대전	2	0.9	4	4.3
울산	7	3.0	1	1.1
세종	1	0.4	0	0
경기	47	20.0	28	30.4
강원	6	2.6	2	2.2
충북	9	3.8	2	2.2
충남	9	3.8	4	4.3
전북	10	4.3	1	1.1
전남	7	3.0	5	5.4
경북	16	6.8	2	2.2
경남	22	9.4	4	4.3
제주	2	0.9	2	2.2

더 문제가 되는 것은 여러 이유로 평소에 민간병원보다 공공병원을 이용할 수밖에 없어서 선택이 제한되는 이들의 의료이용이었다.

● 장애인의 의료이용

2017년 장애인실태조사에 따르면 전체 장애인 중 82.3%(약 212만명으로 추정)가 치료, 재활, 건강관리 목적의 정기적인 진료를 받는 중인 것으로 나타났다. 장애인들의 의료서비스 수요가 이토록 높음에도 불구하고, 코로나19 유행 이전부터 이러한 필요는 충분히 충족되지 못했다. 의료기관 중에 휠체어가 접근하기 어려운 위치와 구조인 곳도 많고, 의사소통에 어려움을 겪는 장애인들과의 소통방법이나 장애인이 비상상황에 처할 시에 대한 대비책을 마련해둔 곳도 매우 적기 때문이다. 또 종사자들의 장애에 대한 이해를 돕는 교육·훈련의 부재는 때로 의료진의 진료 기피나 거부 발생으로 이어지기도 한다. 이러한 이유로 정기적인 진료의 필요성을 느끼더라도 진료를 받지 않는 장애인들도 많은 것으로 나타났다.⁸²⁾ 이처럼 지리적 위치

82) 김성희 외 12명. 2017. 『2017년 장애인실태조사.』 보건복지부·한국보건사회연구원.

나머지 27.7%가 정기적인 진료를 받지 않는 주된 이유로 꼽은 내용은 다음과 같다. ‘정기적인 진료를 받을 필요성이 없다고 생각해서(84.8%)’, ‘진료받기 싫어서(5.1%)’, ‘경제적인 이유로(4.3%)’, ‘시간이

와 물리적 구조, 의사소통 체계, 교육·훈련 등 병원의 시스템 전반이 장애를 충분히 고려하지 못한 방식으로 구성되면서, 장애인들은 코로나19 유행 이전부터 계속 의료서비스 접근에 제약을 경험하고 있었다.

“저도 한마디 하고 싶어요. 제 경험이에요. 12월 초부터 음식 먹을 때 기침이 나고 사레가 잘 들려요. 내시경 검사가 다 취소됐어요. 그런데 온다고 의사 선생님이 많이 불안하셨나 봐요. 병원 올 때마다 장애인들을 위한 병원 시스템이 많이 취약해요. 또 엘리베이터가 고장이 났는데 안에 갇히게 되면 언어 장애인들은 소통이 잘 안 되어서 119를 부르지도 못해요. 의사소통 장애인들은 병원, 치료 시스템 안에서 더욱 소외돼요. 특히 코로나 때는 선별진료소부터 자가격리까지 소통이 안 돼서 어떻게 접근해야 할지 막막해요. 저의 동료들은 뇌성마비로 손 사용이 어려워서 긴급재난문자도 볼 수 없어요. 정보제공이 아예 안 되고, 검사를 받으려고 해도 소통이 안 되기 때문에 답답해요.” (뇌병변장애 활동가)

코로나19 유행 이후 장애인들은 더더욱 의료서비스 접근에 취약해졌다. 코로나19 예방과 치료가 장애인을 고려하지 않은 채 고안되었고, 공공보건의료서비스가 비대면 혹은 코로나19 관련 서비스로 전환하면서 일반진료와 방문간호가 축소되었기 때문이다. 이로 인해 장애인들은 현재 감염의 위험과 건강의 악화라는 이중의 위기를 겪고 있다.

우선 장애인은 코로나19 의심증상이 있을 때 신속히 상담이나 지원을 받지 못하고 있다.⁸³⁾ 문제가 커지자 상당한 시간이 지난 후 선별진료소 등에 ‘보완대체의사소통(Augmentative Alternative Communication, AAC)’ 그림·글자판이 보급되었지만,⁸⁴⁾ 여러 장애 유형을 고려한 복잡한 의사소통, 가령 증상이나 동선에 대한 구체적인 상담, 검사절차에 대한 안내 등에는 여전히 제약이 있는 것으로 보인다. 또한, 코로나19 경증환자를 수용하는 생활치료센터를 설치할 때 시설의 접근성이나 상주하는 지원인력 배치에서 장애를 고려하지 않으면서, 결국 장애인은 코로나19 경증환자여도 생활치료센터 입소대상에서 제외되었다.

없어서(바빠서)(3.3%)’, ‘병·의원까지 방문하기 불편해서(0.9%)’, ‘의사소통에 어려움이 있어서(0.9%)’, ‘의사(의료진)의 장애에 대한 이해 부족(진료 거부) (0.3%)’, ‘의료기관의 장애인시설 설치 미비로 이용이 불편해서(0.2%)’, ‘기타(0.2%)’ 순

83) 이데일리. 2020.3.29. [“의사소통 안돼 끌려다니다 왔네요”...코로나 검사 '높은 장애의 벽.'](#)

84) 경기도재활공학서비스연구지원센터. 2020.04.02. [의사소통 어려움 있는 사람들을 위한 코로나 19 의사소통 그림 글자판 보급.](#)

청각장애인 A씨는 최근 열과 기침이 나 신종 코로나바이러스 감염증(코로나19) 검사를 받기 위해 인근 보건소를 방문했다. 하지만 의료진과 신속하게 의사소통을 할 수 없어 어려움을 겪었다. A씨는 “장애인을 위해 영상통화와 문자 서비스를 제공한다고 하지만 1339 카카오톡방에 문자를 보냈을 때도 다음날 연락이 오는 등 신속한 지원을 받지 못했다”며 “진료소를 갔을 때도 검사에 대한 내용이나 절차를 안내받기 힘들었다”고 토로했다.

공공보건의료서비스 역시 코로나19 유행에 따라 축소되었다. 장애인 중에서도 특히 경제적으로 취약하거나 이동이 어려운 이들은 주로 보건소를 통해 진료와 기본 건강관리, 건강 모니터링, 만성질환 관리 및 합병증 예방, 노인 허약예방 관리, 장애인 재활 관리와 같은 다양한 방문건강관리 서비스를 받아왔다.⁸⁵⁾ 그러나 코로나19 유행 이후 보건소가 일반진료를 축소하거나 중단하고,⁸⁶⁾⁸⁷⁾ 방문건강관리서비스는 비대면으로 전환하면서 장애인들은 문제를 겪고 있다.⁸⁸⁾ 7월에도 여전히 보건소 차원의 직접 방문은 이루어지지 않고, 전화 모니터링을 하면서 일부 지역에서 비대면으로 건강꾸러미를 전달하는 정도인 상황으로 보인다.⁸⁹⁾⁹⁰⁾⁹¹⁾⁹²⁾

“보건소가 선별 진료로 전환을 하면서 아예 모든 일반 진료부터 서비스를 거의 안 하게 되면서, 그 일을 저희가 하게 된 경우가 있었고, (중략) 보건소 진료가 취약계층이 그래도 이용하는 비율이 높다 보니, 그게 공백이 생겨버리니까 이분들이 다른 일반 의원을 가야 하는데 장애인이잖아요, 갑자기 다른 의원에 2층에 올라가기 어려운 거잖아요, 그런 경우는 좀 있었던 것 같고.”(방문의료의원)

“저희도 ○○보건소 지역사회재활팀이랑 협업을 해요. 그런데 몇 달째 저한테 전화가 와요, 선생님들은 방문 잘하고 계세요? 저희는 못가서 너무 죄송해요. 못 가는 거예요, 이제.” (방문의료의원)

장애인 등 의료취약계층의 건강을 지원하는 공공보건의료서비스의 역할 강화가 특히 요청되고 있는 시기이지만, 역설적으로 현재 이 역할은 ‘공백’이고 대안도 충분하지 못한 상황이다. 지금 공공에서는 비대면 모니터링만 하고 있고, 실제 의료서비스의 제공은 민간에 맡겨져 있다. 하지만 민간 병·의원은 공공 보건의료기관보다 의료비, 이동 약자를 고려한 편의시설 등

85) 보건복지부. [지역사회 통합건강증진사업안내\(방문건강관리분야\)](#)

86) 연합뉴스. 2020.2.13. [코로나19 대응 ‘최선선’ 보건소...일반진료 축소에 주민 ‘아쉬움’](#)

87) 대한의사협회. 2020.5.8. [보건소는 일반진료 재개 즉시 중단하고 코로나19 환자 급증에 대비하라](#)

88) 보건복지부 보도자료. 2020.4.7. [보건소 방문건강관리, 전화로 어르신 코로나19 의심증상 확인한다](#)

89) 전북투데이. 2020.7.17. [방문건강관리 모니터링으로 폭염대비 건강수칙당부](#)

90) 경상매일신문. 2020.7.14. [달서구, 폭염예방 비대면 방문건강관리 추진](#)

91) 뉴스피크. 2020.7.17. [평택시, 취약계층 어르신 ‘비대면 건강관리’](#)

92) 경기북부탐뉴스. 2020.7.8. [의정부시보건소, 코로나19 극복 건강꾸러미 전달](#)

취약계층이 접근하기에는 부담이나 제약이 있는 상태이다.

● 이주노동자의 의료이용

한국의 의료인프라와 의료이용 정도는 세계적으로 비교할 때에도 매우 높은 수준이다. 연간 외래 이용 횟수가 OECD 국가 중에서도 상위인 한국에서 사람들은 코로나19 유행으로 인해 의료 접근성이 낮아지는 낯선 경험을 하게 되었다. 군 지역도 아니고 도시에서 간단한 맹장수술, 골절사고에도 쉽게 응급실에 들러 수술 받지 못하고 수 차례 병원을 전전할 수밖에 없었던 경험은 당황스러웠을 것이다.

한국인에게도 그러한데 이주민 노동자에게는 얼마나 더 가혹했을까. 코로나19가 유행하기 전에도 이미 이주민에게 의료이용은 그리 쉬운 일이 아니었다. 국내 체류 외국인 약 250만 명 중 이주노동자는 등록, 미등록을 합쳐 100만 명 정도다. 이주민 노동자 안에서도 의료접근성은 동일하지 않다. 가장 크게는 등록이주민과 미등록이주민으로 구분된다. 미등록이주민은 당연히 건강보험 가입이 불가하며, 이들은 비용, 단속 우려 등의 이유로 의료에 쉽게 접근할 수 없다. 한 실태조사에서는 미등록 이주노동자의 59%가 몸이 아파도 병원에 갈 가지 않는다고 응답했다(신유나 등, 2019). 2018년 12월 기준 국민건강보험공단에 따르면, 등록이주민의 40%가 국민건강보험에 가입되어 있지 않다.⁹³⁾ 등록이주민은 건강보험에 의무적으로 가입하게 되어 있으나, 사용자가 직장가입 신청을 하지 않거나 사업자 등록이 되지 않은 사업장에 고용되는 등의 이유로 건강보험이 없는 경우도 적지 않다(김사강, 2019). 건강보험 가입 여부와 관계없이 이주민 노동자는 근로기준법상 노동시간 제한에 예외를 두는 농업 등에 종사하는 경우 특히 긴 노동시간에 시달린다. 농업 종사 여성이주민 200여명을 대상으로 한 조사에서 하루 평균 노동시간은 9.5시간(최소 8시간, 최대 14시간)이고 월 평균 휴가일은 고작 2.8일에 불과해 주 1회도 채 쉬지 못하는 경우가 허다한 것으로 나타났다(허오영숙, 2017). 이들은 아파도 병원에 갈 수 있는 여유시간 자체가 별로 없다.

“노동자들한테는 얘기했어요. 보건소! 그다음에 1369인가? 무조건 전화하고 보건소 가라고, 만약에 이런 증상이 있을 때. (사회자: 그렇게 하면 잘 대응이 될까요?) 기본적으로 전화로 뭔가 얘기하긴 힘들고. 음... 무증상 감염자도 있을 수가 있겠죠. 다 젊으니까 머리가 아파서 이러면 전화할 곳도 없고 몸살기가 있어. 한국은 적극적으로 의심 증상이 있으면 열심히 검사한다고 자랑하고 있지만, 의료기관 접촉 자체가 한 2-3년 되는 동안 한 번도 없는 사람도 있을 거예요.” (이주노동활동가 1)

93) 가톨릭뉴스. 2020.3.24. [코로나19로 확인된 이주민 인권 현주소](#)

이주민이 건강보험을 적용받지 않고 의료이용을 할 수 있는 경로는 비공식적으로는 이주민 단체나 일부 의료기관에서 운영하는 무료진료소를 이용하는 방법이 있다. 무료진료소는 꼭 건강보험이 없는 이주민만 이용하는 것이 아니라, 평일에 병·의원을 가기 어려운 노동자들이 찾기도 하며, 특히 건강보험 적용이 잘 되지 않아 부담스러운 치과 진료의 수요가 높다. 그러나 이번 코로나19 유행이 심각해지면서 특히 대구와 같은 지역에서 인력과 안전 문제로 문을 닫는 곳이 적지 않았으며, 이는 무료진료소 외에 다른 의료이용 방법이 없는 이주민 노동자들의 의료접근성을 심각하게 위협했다.

“미등록체류자인 F는 불법 취업 단속 과정에서 무리한 단속으로 높은 곳에서 떨어져 무릎인대가 파열되는 등 부상을 입었다. 이를 치료하기 위해 일시보호해제 허가를 받아 병원에 다녔지만 제대로 치료되지 않았다. 그 밖에도 보호소에 있으면서 발생한 안과질환과 신장 질환으로 정기적인 병원 진료가 필요하여 외국인 무료진료소를 다녔으나, 최근 코로나로 인하여 6개월 넘게 진료가 되지 않으면서 치료를 받지 못해 건강상태가 갈수록 악화되고 있다.” (참고자료 중 사례6. 미등록 체류자의 건강 악화)⁹⁴⁾

“‘이주민과 함께’에서는 다문화 인권 교육, 학교에도 나가고, 의료팀, 진료소를 운영하고 있으니까 미등록 이주민하고 보험이 있어도 평일에 가기 어려운 분들이 계시고, 치과도 굉장히 수요가 많아요. 보험이 있어도 비용이 많이 들기 때문에, 거기에 작년 같은 경우는 2,000건 정도. 일요일만 하는데도 그 정도로. (사회자: 아, 그러니까 의료기관 형태로 하는 건 아니고 주말에 열어 두고?) 그래서 치과 같은 경우에는 15명까지 받고. 왜냐하면 진료 시간이 더 많이 걸리니까. 건강검진도 1년에 두 번 정도 하면 200명씩 오시거든요. 얘기가 나오겠지만 1차 의료기관이 꼭 필요하다, 진료소 같은 경우도 코로나가 이런 상황이 되면 민간에서 그냥 할 수가 없잖아요. 그래서 문을 닫을 수밖에 없었고, 그분들은 갈 수 있는 데가 없는 거죠.” (이주노동활동가 2)

이주민의 의료 접근성을 높이기 위한 공식적인 제도로 ‘외국인 근로자 등 의료지원 복지사업’이 있다. 이 사업에 따르면 외국인근로자 및 그 자녀, 국적 취득 전 결혼 이민자 및 그 자녀, 난민 및 그 자녀 등에 대해 1회당 500만원 범위 내에서 입원부터 퇴원까지 발생한 진료비를 지원한다. 단, 지원을 받기 위해서는 지정 의료기관에서만 가능하다. 이 사업은 한계가 명확한데, 첫째는 외래진료는 해당하지 않아 정기적인 외래진료 관리나 투약이 필요한 만성질환

94) 이주민방송MWTB. 2020.7.1. [전국 이주민단체 공동기자회견- 코로나 사태 장기화 속에 차별로 고통받는 이주민들의 목소리 - 차별과 배제가 아니라 생존과 체류를 보장하라](#)

은 오롯이 비보험 수가를 감당하거나 무료진료소를 찾아야 한다. 둘째로, 지정 의료기관이 제한적이어서 시군구 내 지정된 의료기관이 없는 곳도 많으며, 지역 내 지정 의료기관에서 제공하지 않는 서비스의 경우(예: 신생아 중환 등) 제대로 서비스나 지원을 받기 어렵다는 문제가 있다. 셋째로, 예산이 제한적이어서 대개 1년 중 상반기에 다 고갈되어 하반기에는 지원을 받기 어렵다⁹⁵⁾.

이주민 의료지원이 가능한 지정 의료기관은 주로 공공병원으로, 코로나 전담병원 전환으로 인해 이용이 불가해진 상황이 대부분이다. 결핵과 같은 다른 감염병이 있는 이주민의 경우 치료받을 수 있는 병원이 제한적이어서 마산에서 목포까지 전원된 사례도 있었으며, 항암치료와 같은 중증질환에서 특히 의료기관 이용이 어려워지면서 사망에 이른 사례도 확인되었다.

“사실 평소에도 지정의료기관만으로도 부족하긴 하지만 특히 이렇게 공공병원이 혹 넘어가게 되면 어디 갈 데가 없는. (...) 아플 때 솔직히 이주민들 갈 수 있는 병원이 한 군데라는 거죠. 저 끝에서 또 와야 돼. 말이 안 된다는 거예요. (...) 사실 크게 보면 갈 수 있는 병원이 늘어나야 되는 거죠. 그런 부분이 필요한데. 제일 안타까웠던 사례 중 하나가 2월달이었던 것 같아요. 부산에 뒀지, 기억이 안 나네. 무슨 병이었죠? (참여자 2: 결핵?) 아니, 아니. 원래 질환이 있으셨던 분인데, 고열 증상이었고 유사 증상이 있다는 이유로 7개 병원에 애플런스 타고 돌아다니시다가 받는 병원이 없어서 집으로 가셨어요. 그다음 날 집에서 돌아가셨습니다. 유사 증상이 있다는 이유로 진료 거부를 당하는 사례가 정말 너무 많았어요. ” (이주노동활동가 2)

외국인근로자 등 의료지원 사업시행 지정 의료기관 현황에 의하면 2019년 1월 기준 총 109개의 지정병원 중 공공병원은 65개, 민간병원은 44개이다. 지정병원이 공공병원만으로 이루어진 시·도는 대구, 강원, 충남, 전남, 제주로, 이번 유행과 같이 공공병원이 불가피하게 특정 업무로 전환하거나 집중해야 하는 경우 이주민이 갈 수 있는 병원이 통째로 사라질 위험이 크다. 대구는 1개소뿐이며 세종은 지정기관이 없다. 공공병원 중에서도 국립대학병원이나 근로복지공단 병원 등은 당연지정에서 제외되며, 이들과 민간병원은 협약에 따라 지정기간 만료 후 변동의 여지가 있으므로 안정적이라고 보기 어렵다.

95) 평화뉴스. 2019. 6. 5. [아프고 다쳐도 ‘대구의료원’에서도 치료 못 받는 이주민들...왜?](#)

표 8 외국인근로자 등 의료지원 사업시행 지정 의료기관 현황(2019년 1월 기준)

시/도	공공 (당연지정)	민간	계
서울	8 (3)	5	13
부산	2 (1)	4	6
대구	1 (1)	0	1
인천	2 (2)	8	10
광주	2 (0)	4	6
대전	2 (0)	5	7
세종	0 (0)	0	0
경기	8 (6)	10	18
강원	9 (5)	0	9
충북	3 (2)	1	4
충남	4 (4)	0	4
전북	4 (3)	3	7
전남	6 (3)	0	6
경북	5 (5)	2	7
경남	6 (3)	2	8
제주	3 (2)	0	3

이들이 마지막으로 선택할 수 있는 것이 그나마 지역에 위치한 일선 보건소이지만, 통역을 비롯한 여타 조건이 여의치 않아 충분히 커버하고 있지 못한 것으로 보인다.

“이제 이분들이 그림에도 불구하고 계속 사각지대에 있어요. 왜냐하면 예전에 무료진료소들이 제법 있었고, 커뮤니티별로. 지금 무료진료소 다 문 닫았거든요. 무료진료소들이 감염관리가 전혀 안 되기 때문에 무료진료소에서 감염이 확산될 가능성이 있어서 다 닫았는데. 그분들이 갈 수 있는 진료소가 없어요. 그러면은 약국에서 약으로 때우시던지 아니면 비싼 돈 내고 병원 가셔야 되는데. 웬만하면 집에서 때우시는 거 같고. 무료진료소는 감염관리가 안 되니까 어렵고, 근데 병의원은 이제 언어장벽도 있고 익숙하지도 않고 문화장벽도 있고 차별도 있고 그러니까 다양한 이유로 접근하기가 어렵고. 특히 주말 같은 경우는 응급실에서 응급관리로 내야 하니까 어려운 상황이어서. 이 두 개를.. 해결하려면은.. 무료진료소인데 감염관리를 잘 되는 무료진료소를 하나 세팅하던지, 선별진료급 외국인 무료진료소 세팅을 하든지. 아니면 기존에 있는 국민안심병원이나 무료진료소에 외국인들이 편하게 올 수 있도록 무료, 경제적 장벽도 내려주고 언어적 장벽도 내려주고 자원봉사자를 통해 문화적 장벽도 내려주거나 이런 식으로 좀 하든지 해야 하는데 둘다 안 되고 있다가 보니까 어려워서 절충안으로 일단 다 보건소로 오시는 거예요. 보건소도 이제 언어나 이런 게 잘 준비가 안 돼 있어요. 말로는 중앙정부에서 1393인지 뭔지 연락하면 통역해준다는데 그것도 잘 안 터지고. 사람도 없고.” (보건소장 1)

이주민이 의료접근성은 시설 자체만으로도 이미 큰 제약을 받았지만 실질적으로는 시설의 문제를 넘어선다. 한국공공사회학회에서 발간한 ‘미등록 이주민의 건강 현황 분석과 보건의료

서비스 접근성 향상을 위한 제언'(2019)에 따르면 미등록 이주민이 몸이 아파도 병원에 갈 수 없는 이유로 신분노출에 대한 두려움(59.0%), 비싼 의료비(55.6%), 의사소통의 어려움(52.1%)을 들었다. 이주민의 의료이용에 통역은 핵심적인 요소지만 코로나19 유행으로 인해 의료 통역 봉사자 활동이 중단되면서 이주민의 어려움이 가중되었다.

“사실 코로나 19가 확산되기 시작하고 당장 병원에서 저희가 고정해서 배치를 했었거든. 올해부터 부산의료원하고 부산대 병원에 몇 개 언어로 늘 계시는 분들이 있었어요. 그런데 병원에서 그걸 중단해달라 하니까. 그분들은 못 가게 되고, 그분 플러스 알파로 몇십 명이 병원에 가시는 분들은 미리 약속을 잡아서 가시는 그런 시스템이었는데, 병원에 파견을 못 하게 하고 본인들도 대부분 이제 풀타임이 아닌 일을 하시는 분들은 어린아이를 보고 있는 엄마들이 많단 말이죠. 나도 그렇죠. 당장 가족들이 그거 너가 한다고 뭐 40만원 50만 원 받는데 가지 마라. 이렇게 얘기가 나오는 거예요. 본인이 가고 싶어도 그런 어려움이 있고, 그리고 본인들도 불안감이 있고.” (이주노동활동가 2)

● 거리노숙인, 쪽방주민

쪽방 거주민이나 홈리스가 다니던 병원은 의료급여 환자를 진료하는 공공병원인 경우가 흔했다. 이 병원들은 코로나 유행에 대응하는 과정에서 전담병원이 되거나 안심병원으로 지정되면서 이용이 불가능해졌다. 표 9는 2017년 7월 기준 노숙인 진료시설로 지정된 의료급여기관을 보여준다. 대부분이 코로나 유행에 직접 참여한 보건기관, 공공의료원이고 남아있는 병원 중 일부는 국민안심병원으로 지정되어 코로나 유행 시기에 이용이 불가능했다.⁹⁶⁾

표 9 노숙인 진료시설 지정 의료급여기관 현황(2017년 7월 기준)

연번	시도	명칭	유형	세부종별	차수	비고
1	경기	의료법인 영문의료재단 다보스병원	의료법인	종합병원	2차	국민안심병원
2	경기	의정부힐링스병원	개인	의료기관	2차	
3	경기	새하늘병원	개인	병원	2차	
4	대전	의료법인대전선병원	의료법인	종합병원	2차	국민안심병원
5	경남	새한솔병원	재단법인	병원	2차	
6	울산	울산 제일병원	의료법인	병원	2차	

* 코로나 유행 대응에 직접 참여한 보건기관(보건의료원, 보건(지)소), 공공의료원은 표기하지 않음

“노숙인 의료 급여로 할 수 있는 병원이에요. OO의료원하고 O병원 두개 거든요. 이번에 OO의료

96) 건강보험심사평가원. 2017.8.4. [노숙인진료시설 지정기관 현황\(2017.7월 기준\)](#)

원이 확진자, 두 군데 다 확진이 나서 아예 병원 이용이 안 됐어요. 지금은 0병원이 안심 병원으로 지정돼서 그쪽에서 외래 진료가 가능하고, 그러니까 그런 부분도 실제로 계속해서 노숙 지정병원 폐쇄되면 어쩌라고. 수급자들이 병원 가는데 병원 지정해서 가느냐. 만들어 놓고 왜 병원을 갈 수 있는 병원을 제한시켜 놓느냐는 걸 계속했는데 (중략) 지정병원 체계가 있음으로 해서 병원을 이용하기 위한 편리는 있을지 모르지만, 이런 상황에서 갈 수 있는 병원 자체가 사라지는 거예요.” (노숙인종합센터 근무자 2)

“그러니까 이걸 00 애한테, 00가 코로나 국면에서 00의료원이 공공 의료에서 그런 역할을 했다. 긍정적이에요, 맞아요. 그런데 골목 축구가 되는 거죠. 코로나 하니까 코로나로 우르르 가버리니까 사실 여기는 00 지역에서 사회 취약 계층들이 갈 수 있는 병원인데 취약 계층들이 다 밀려버리는 거죠. 갈 데가 없어진 거죠. 여기에 대한 대책이 없이 했다는 거죠. 지금도.” (이주노동활동가 3)

이 와중에 부정확한 정보가 흘러다니면서 적절하게 의료서비스를 이용하는 일은 더욱 요원해졌다.

“어디 다니면 안된다, 다니면 옮으니까 가만~히 있어야 된다고 그러더라고. (면담자: 병원 더 안 가고?) 네. 가면 되려 옮아온다고 그래서.” (홈리스1)

메르스 유행 때도 그랬듯, 병원에서 쫓겨난 경우도 있었다. 의료급여 환자를 치료하던 병원들이 코로나 전담병원이나 안심병원으로 지정되면서 환자들이 퇴원해야 했고, 이들은 더 많은 돌봄이 필요함에도 불구하고 병원에도, 시설에도 가지 못한 채 길거리를 전전해야 했다.

“야간 시간대는 센터로 오는데, 한동안 병원 퇴원을 했는데 갈 데가 없다고 전화 온 적이 꽤 많았어요. 그런데 그분들 대부분이 수급자분들이 많았는데 대부분 장기입원 환자인데 코로나 때문에 병실이 모자라니까 장기입원 환자들 퇴원을 시킨 거예요. (중략) 기초생활 수급자가 병원에 입원을 하잖아요? 그러면 주민센터가 사례 관리를 안 해요. (중략) 본인이 퇴원해서 주민센터 가서 퇴원했다고 얘기하지 않으면 주민센터는 모르는 거예요. 그래서 이제 그런데 그분 중 상당수가 저한테 연락 온 이유가 뭐냐면 병원에서 나와서 갈 데가 없으니까 거리에 있다는 얘기예요. 거리에 있으니까 경찰이 발견하고 우리한테 연락이 오는 거거든요. 그 장기입원자가 퇴원했을 때 입원에 대한 그다음을 안 하는 거예요, 지자체가. 그런 체계도 없고.” (노숙인종합센터 근무자 2)

● 취약노인

취약노인에서 의료이용은 일반/만성의료이용 상황과 크게 다르지 않으나, 공공보건기관에서 제공하는 방문진료나 방문간호서비스의 중단, 치매안심센터의 휴관으로 인한 영향을 받았다. 보건소, 보건진료소 등 공공보건기관은 노인을 위한 방문진료/간호 외에도 저렴한 본인부담금

의 도움을 필요로 하는 취약계층 노인들의 만성질환 관리, 건강증진을 위한 단체 프로그램 등을 진행하고 있었다. 코로나19 유행과 더불어 보건소가 지역 방역과 선별관리를 위한 전담대응 기관으로 전환되면서 그 외의 서비스 대부분이 축소/중단되었다(그림 5). 방문건강관리는 기준이 되는 대상에 한정된 전화모니터링을 지속하는 경우가 많기는 했으나 비대면으로 확인하거나 관리 가능한 정도는 제한적일 수밖에 없어 기존에 서비스를 받던 독거노인과 기저질환 취약노인의 건강 악화를 우려할 수밖에 없는 상황이다. 전국의 치매안심센터 역시 보건소와 마찬가지로 2월 26일부터 상황이 종료될 때까지 휴관중이며 센터의 재량에 따라 온라인 교육, 영상 시청, 조호물품 전달, 전화 상담 등의 비대면 서비스만 제공 중이다. 그러나 치매안심센터에서 그나마 치매노인 가족의 부담을 덜어주는 데 가장 크게 기여했던 주간보호 등의 서비스를 중단하는 것은 가족들에게 커다란 부담이 될 수밖에 없다.

“2월 말이나 3월 초쯤에 보건소에 일반진료 기능이나 건강증진을 중단하라는 공문이 질병관리본부에서 보건복지부에서 내려왔고요. 그래서 일반진료는 다 중단했고. 건강증진 중에서도 아주 일부, 1:1로 하는 예를 들면 금연상담 정도는 하지만, 대부분의 집합교육은 다 없어졌고. 그리고 이렇게 선별진료라든지 모니터링으로 업무가 다 전환되면서 이제, 기존 업무는 안 하고 있죠. (면담자: 그러면 방문간호라든지 지역사회에 나가서 사람들하고 접촉해야 하는 것들은 현재 안 하고 계신가요?) 방문간호도 초기에는 일단 어른들이고. 중단하진 않았고요. 전화로는 계속 관리를 하는데. 근데 오지 말라는 분들이 많으시고. 옳을 까봐. 보건소에 근무하는 사람들도 일종의 병균 취급을(웃음). 방문을.. 제가 횡수는 안 따져 봤는데.. 한 1/5 내지는 1/10로 줄었을 것 같아요. 저희가 열 대여섯명 정도 방문간호사가 각자가 하루에 한 7~8건씩 가는데. 제 생각엔 [지금은] 1~2건 (중략) 그치만 전화 관리는 계속 하고 있어요.” (보건소장 1)

- 코로나바이러스감염증-19 확산에 따른 -
보건소 업무 중단 안내

✓ 기간 : 2020. 2. 27.(목) ~ 상황 종료 시

✓ 운영 및 중단 내용

구 분	해당 업무			
운 영	(09:00~12:00) 식품위생 인·허가 등 신고 업무, 의료비 지원사업			
중 단	1차 진료	건강진단(결과)서	임상병리	물리치료
	X-ray실	결핵관련업무	구강진료(치과)	건강검진
	각종 검사	골밀도검사	예방접종	토요열린보건소

✓ 선별진료소는 24시간 운영합니다.

그림 6 코로나19 유행 확산에 따른 보건소 업무중단 안내 사례

(2) 사회복지시설

사회복지서비스는 대체로 필수서비스로 여기지 않는다. 사회의 복지수준이 올라가면서 더 높은 삶의 질을 위한 추가적인 서비스 정도로만 본다면 사회복지시설은 코로나19 유행이라는 초유의 사태 속에 전체 사회를 위해 중단되는 것이 마땅할지 모른다. 그러나 사회복지서비스를 제공하는 시설은 매우 다양한 집단에 생각보다 중요한 삶의 요소를 채워주고 있었으며, 이번 코로나19로 인한 장기간 사회복지시설 휴관으로 인한 누군가들의 삶의 변화에 초점을 맞추면 이는 잠시 불편함을 참으면 되는 정도의 문제가 아니라는 것을 보여준다.

중대본은 코로나19 확산 방지를 위해 2020년 2월 28일부터 사회복지시설에 휴관을 권고했고, 전국의 사회복지시설 11만537개소 중 약 99%가 4월까지 문을 닫았으며, 73.5%에 달하는 8만 1,279개소가 4개월 넘게 휴관을 유지했다.⁹⁷⁾ 7월 말이 되어서야 운영 재개를 위한 논의가 진행되었으나, 8월 중순 사회적 거리두기 2단계 격상으로 다시 운영이 축소되는 등 유행의 흐름에 따라 불안정할 수밖에 없는 상황이다.

97) 메디게이트뉴스, 2020.4.14. [코로나19로 커뮤니티케어 중단·요양병원 신규 입원 제한 등 노인복지서비스 울스툼](#).

표 10 사회복지시설의 종류(출처: 코로나바이러스감염증-19유행 대비 사회복지관 대응지침)

소관 부처	시설종류	세부종류		관련법
		생활시설	이용시설	
보건 복지부	노인복지시설	- 노인주거복지시설 - 노인의료복지시설 - 학대피해노인전용쉼터	- 재가노인복지시설 - 노인여가복지시설 - 노인보호전문기관 - 노인일자리지원기관	「노인복지법」
	복합노인복지시설	농어촌에 지역에 한해 「노인복지법」 제31조 노인복지시설을 종합적으로 배치한 복합노인복지시설을 설치·운영 가능		「농어촌주민의 보건복지 증진을 위한 특별법」
	아동복지시설	- 아동양육시설 - 아동일시보호시설 - 아동보호치료시설 - 자립지원시설 - 공동생활가정	- 아동상담소 - 아동전용시설 - 지역아동센터 - 아동보호전문기관 - 가정위탁지원센터	「아동복지법」
	장애인복지시설	- 장애유형별 거주시설 - 중증장애인 거주시설 - 장애영유아 거주시설 - 장애인단기 거주시설 - 장애인공동생활가정 - 피해장애인쉼터	- 장애인지역사회재활시설 - 장애인직업재활시설 - 장애인의료재활시설 - 장애인생산품판매시설	「장애인복지법」
	어린이집		어린이집	「영유아보육법」
	정신보건시설	- 정신요양시설 - 정신재활시설 중 생활시설	정신재활시설 중 이용시설	「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」
	노숙인시설	- 노숙인자활시설 - 노숙인재활시설 - 노숙인요양시설	- 노숙인종합지원센터 - 노숙인일시보호시설 - 노숙인급식시설 - 노숙인진료시설 - 쪽방상담소	「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」
	사회복지관 결핵·한센시설	결핵·한센시설	사회복지관	「사회복지사업법」
	지역자활센터		지역자활센터	「국민기초생활 보장법」
	다함께돌봄센터		다함께돌봄센터	「아동복지법」
여성 가족부	성매매피해지원 시설	- 일반지원시설 - 청소년지원시설 - 외국인지원시설 - 자립지원공동생활시설	- 자활지원센터 - 성매매피해상담소	「성매매방지 및 피해자 보호 등에 관한 법률」
	성폭력피해보호 시설	성폭력피해자보호시설	성폭력피해상담소	「성폭력방지 및 피해자 보호 등에 관한 법률」
	가정폭력보호시 설	가정폭력피해자보호시설	- 가정폭력상담소 - 긴급전화센터	「가정폭력 방지 및 피해자 보호 등에 관한 법률」
	한부모가족복지 시설	- 모자가족복지시설 (기본, 공동, 자립) - 부자가족복지시설 (기본, 공동, 자립) - 미혼모자가족복지시설 (기본, 공동) - 일시지원복지시설	한부모가족복지 상담소	「한부모가족지원법」
	다문화가족지원 센터		다문화가족지원센터	「다문화가족지원법」
	건강가정지원센 터		건강가정지원센터	「건강가정기본법」
	청소년복지시설	- 청소년쉼터 - 청소년자립지원관 - 청소년치료재활센터 - 청소년회복지원시설		「청소년복지 지원법」

● 취약노인

사회복지시설은 무료급식, 다양한 단체 프로그램, 공간 활용 등을 통해 재가 생활을 유지하고자 하는 노인들에 다양한 복지, 돌봄서비스와 사회적 관계의 장을 제공해왔다. 사회(노인)복지시설이 운영을 중단하면서 가장 큰 문제가 된 것은 무료급식 등 식사 돌봄 서비스가 중단된 것이다. 특히 무료급식은 주로 취약계층 노인들이 이용해왔기 때문에 더욱 문제가 될 수 있다.⁹⁸⁾ 대신 간편식을 배분하거나 반찬배달 서비스는 유지한다고 하더라도 충분한 영양을 공급하기에는 부족하며, 하루종일 집에만 있어야 하는 독거노인에게 식당에서의 한 끼는 유일한 사회관계의 수단일 수 있어 충분한 대안이 될 수 없다.

특히 고령화율이 높은 군의 면 단위 지역은 경로당이나 마을회관, 보건진료소(고령의 주민들이 이용할 수 있도록 안마기, 찜질방 등의 시설을 갖추고 있는 경우가 많다)가 노인들의 여가생활 또는 일을 하기 어려운 노인들의 일상생활에 중요한 거점이지만 노인층 집단감염을 막기 위해 경로당, 마을회관을 비롯해 노인복지회관, 노인대학, 경로식당, 공중목욕장 등의 시설과 프로그램 운영이 전면 중단되면서 노인들이 고립감과 우울감을 느끼기 쉽다.⁹⁹⁾¹⁰⁰⁾

활동가들은 이러한 복지시설의 휴관조치가 행정기관 사이의 책임 미루기라고 본다. 민간이 운영하더라도 공적 지원을 받거나 위탁받는 경우가 많은 복지시설은 문제가 생겼을 때 공적 책임을 질 수 있기 때문이다. 이는 동일한 수준 또는 더 심한 위험을 내포한 민간시설이나 돌봄에 대해서는 어떠한 조치나 관리를 위한 지원이 없는 것을 통해 반증된다.

“그게 끊어지는 게 결국 지역사회 내에서 역할을 해야 되는 사회복지 기존 시설들이 해야 되는데 지침 자체가 무기한 휴관으로 나왔고, 이게 방역이란 책임을 어떻게 보면 모든 사회복지 시설들이 대부분 위탁 구조이다 보니까 ‘만약에 지역 사회를 돌아다니다가 감염이 되면 그게 너희들 책임이야’라는 게 일련의 과정들이었거든요. 휴관 이후부터. 그러다 보니까 우리는 지침대로만 한다. 원칙대로만 한다는 게 너무 무서운 거예요. 그러니까 다 문 닫아 버리고 전화로만 안부를 묻고, 아프다고 해도 그냥 대충 확인하고 죽었는지 살았는지 정도만 확인할 뿐이지, 그동안 해왔던 사례관리의 깊이가 전혀 작동이 안 되는 거죠.” (사회복지활동가)

● 장애인

사회복지시설은 생계, 식사, 운동 및 재활·치료, 교육, 취미·여가, 다양한 활동과 사회적 관계의 장 마련 등 장애인들의 삶에도 필수적인 서비스들을 제공해왔다. 그러나 이 서비스들은

98) 이로운넷. 2020.2.26. [돌봄 공백 만든 코로나19 "노인돌봄 중단 못해...마스크부터 필요합니다"](#)

99) 연합뉴스. 2020.3.20. ["코로나보다 더 무서운게 외로움"...전염병이 바꾼 농촌마을 풍경](#)

100) 충청투데이. 2020.6.3. ["고립" 생활 반경 좁은 노인들 코로나 경로당 폐쇄로 '우울감 주의보'](#)

코로나19 유행 이후 대부분 제공이 제한 또는 중단되었고, 이는 장애인들이 사회경제적·심리적 어려움과 건강의 악화를 경험할 가능성을 증가시켰다.

우선 사회경제적·심리적 어려움을 살펴보면, 평소 사회복지시설에서 밥을 먹고 사람들을 만나 교류하거나 여러 활동들을 해온 장애인들은 ‘일상이 무너짐’을 경험하고 타인과의 관계가 단절되면서 고립감과 우울감을 느끼기 쉬운 상황에 직면했다. 또, 보호작업장 등에서 일하던 장애인들은 이곳에서의 일이 무기한 중단되면서 급여를 받지 못하는 경우도 발생했다.

“제 입장에서는 우울감이나 그런 게 크게 보이고 있거든요. 다행히 저는 왔는데, 그분이 해야 할 여러 활동을 못 함으로써 [그분이] 저한테 호소하는 불편 우울감이 굉장히 크고, 그게 아마 지속되고, 그분들의 삶에 많이 남을 거라는 우려를 좀 하고 있긴 해요. (중략) 저희가 만난 중증장애인들의 삶은, 점심때는 복지관에서 식사를 하고 그러면서 사람을 만나고 대화를 하고 자신의 존재를 증명하는 시간이거든요, 그 시간은, 단순히 밥 먹는 시간 이상의 의미를 갖는 경우가 많거든요. 그게 대체가 불가능하다는 게 확실히 드러났어요, 이번에.” (방문의료의원)

“지역에서 나와서 사시는 분들 중에는 독거이신데 가족이 안 계시는, 중복 장애인분들. 이분들이 특히 사각지대에 많이 있었던 것 같아요. 코로나 터지고 식당도 문 닫고, 일상을 상시로 지원하는 체계가 없는 상황에서, 당장 밥 먹는 것부터 일상 보내는 게 무너지다 보니까 다들 많이 고립이 되고, 뭐 마스크도 앞뒷면이나 방역 수칙을 숙지하기가 되게 힘든데, 그냥 방치가 되고 있는 상황이고 그렇죠.” (장애인활동지원사 1)

“저희는 일자리에서, 경산에 보호 작업장이 있는데 계원들이 출근하면서 하여튼 일자리고 뭐고 간테 싹 다 진행이 중단되고 무한정으로 계속 쉬고 있었죠. 그러니까 그런 일자리에서 일하시는 분들은 일을 안 하니까 시간제로 받았는데 근로가 안 하게 되면서 무급 형태가 되었죠.” (장애인자립생활센터 근무자 1)

장애인들은 현재 거리 두기로 인해 운동과 외출량이 줄어들었을 뿐 아니라, 장애인재활치료 시설과 장애인체육관 등의 운영이 중단되면서 건강이 크게 나빠지고 있다. 치료 중단으로 인해 걷기, 계단 오르내리기, 음식 소화하기, 대화하기 등마저 불가능할 정도로 심각한 수준의 건강 악화를 경험하는 이들도 존재했다.

“몸이 굳는다든지 운동 계속 치료받아야 되는 사람들은 수영이라든가 그런 데가 문을 다 닫아서 몸이 굳어가지고 집에만 있으니까 더 아프다고 하더라고요.” (장애인자립생활센터 근무자 1)

“발달장애인에게 복지관은 유일한 숨구멍이에요, 복지관에 가서 30분 물리치료를 받고, 언어치료사와 눈을 맞추고 감각을 깨우는 게 유진이에겐 절대적인 시간이에요. 사회와 접촉하고 소통하는 시간이죠. 5개월 동안 유진이는 정말 누워서 숨만 쉬는 거예요”¹⁰¹⁾

이선헤 양(16·가명)은 1급 발달장애인이다. 엘리베이터가 없는 건물 4층에서 살고 있다. (중략) 계단을 한번 오를 때마다 최소 두 번은 숨을 고르는 시간이 필요하다. 내려갈 땐 더 힘들다. 허벅지 근력이 떨어져 두 손으로 난간을 붙잡고 발을 내디뎌야 하기 때문이다. 이 양은 평소 재활병원에서 물리치료와 더불어 재활운동을 병행했다. 하지만 올 2월 이 병원 에서 코로나19 확진자가 발생해 두 달 가까이 치료를 받지 못했다. 감염 우려로 외부활동 도 크게 줄었다. (중략) 김은태 씨(23·가명)도 코로나19 이후 건강이 악화됐다. (중략) 김 씨가 다니던 장애인용 체육센터도 2월 말부터 문을 닫았다. (중략) 그가 다니던 재활병원 작업치료사가 올 2월 확진판정을 받은 뒤 치료는 중단됐다. (중략) 2018년 퇴원 이후 재활 운동으로 소화기능을 일부 회복했지만 코로나19로 위기를 맞았다. 평소 80kg이던 김 씨의 몸무게는 코로나19 사태 이후 56kg까지 줄었다. 한 끼에 밥 반 공기를 소화하기도 쉽지 않 아서다.¹⁰²⁾

사회복지시설의 휴관으로 인해 장애인들은 보통 사람보다 더 큰 고통에 시달리고 있었고, 그 결과 주로 돌봄을 제공하는 가족들 역시 돌봄 부담이 크게 증가하면서 극단적인 선택을 하는 일도 있었다.¹⁰³⁾¹⁰⁴⁾

- 사회자: 지방 도시에서 발달장애 자녀를 둔 부모님이 너무 힘들어서 자살하시는 일 있었잖아요. 그럼 집에 있으면 서비스를 전혀 제공하지 않아도 되는 거예요? 웬지 가서 도와 드려야 될 것 같은데. 활동지원 서비스가 더 필요할 것 같은데요.
- 장애인활동지원사 2: 그렇죠. 발달장애인 분들이 시간을 많이 받는 경우가 별로 없어서 그러다 보니까 아껴서 아껴서 등하교 시에만. 등하교하고 학교에 있을 때는 죽이 되든 밥이 되든 선생님이 알아서 해주겠지 하는 생각으로 하는 거죠. 그러니까 뭐 서비스가 필요 없어서 그렇게 안 쓰는 건 아니고요. 부족해서 못 쓰시는 거라고 봐야죠.

주의할 점은 사회복지이용시설이 모든 취약계층을 포괄하고 있는 것은 아니라는 점이다. 이 용시설의 정원이 다 차서 대기해야 하는 경우, 프로그램 이용 기한이 다 되어 나가야 하는 경

101) 오마이뉴스. 2020.7.1. [“5개월 째 복지관 휴관, 제 딸은 지금 눈만 깜빡입니다.”](#)

102) 동아일보. 2020.4.19. [“운동량 줄고 재활치료까지 중단… 코로나에 더 힘겨워진 장애인들.”](#)

103) KBS 뉴스. 2020.3.19. [“코로나19 속 자폐 아들과 엄마 죽음이 남긴 과제는?”](#)

104) 한겨레. 2020.6.5. [“제주 이어 광주서도 발달장애인 가족 ‘극단적 선택’…왜?”](#)

우, 그 외에도 다양한 이유로 서비스 제공의 사각지대에 있는 이들이 존재하기 때문에, 재난의 시기에 장애인들의 취약함이 더욱 섬세하게 고려될 수 있어야 한다.

● 홈리스, 쪽방주민

국가가 민간에 던져놓은 일상적 서비스의 중단도 이들을 어렵게 했다. 대표적인 것이 식사였다. 평소에도 무료급식은 갑작스럽게 취소되거나, 들쭉날쭉하게 운영되는 일이 흔했는데 코로나 유행으로 인해 아예 급식소 자체를 닫게 되면서 식사에 어려움을 겪게 되었다. 제공되는 식사의 양이 줄어들면서 몸이 불편하거나 이동이 어려운 사람들은 무료식사에 접근하는 일이 더 어려워지는 문제도 발생했다.

“아니어도 평소에도 그렇죠. 왜냐하면 다 봉사나 그렇게 하는 거기 때문에 어떤 사정이 있으면 안 될 수도 있죠. 그러니까 먹는 게 시간도 그렇고 들쭉날쭉하고 그렇죠. (홈리스1) 거기에서 밥이 안 나오잖아요. (면담자: 식비가 더 들겠네요) 그렇죠. 그 전에는 어디 000도 가고 00도 가고 했는데, 지금 그런 데는 다 끊겼죠. 끊기고 그랬죠. (면담자: 끊긴 만큼 식비가 더 들어가고)” (홈리스1)

“걸어 다니는 게 불편한 사람들도 있거든요. 걸지를 못해서 못 먹으러 가는 사람이 있거든요. 그러면 누가 갖다 주기도 하고. (중략) 잘 안 주죠. 본인이 오라고 그러고, 누구 것 하나 더 달라고 그래도 안 주지.” (홈리스1)

● 결혼이주여성

결혼이주여성에게 다양한 교육과 생활 지원 서비스를 제공해온 건강가정·다문화가족지원센터 등 각종 다문화센터의 휴관, 프로그램 운영 중단은 주 대상인 이들의 삶에서 어느 정도의 비중을 차지할까? 단지 있으면 편하지만 없어도 생활하는데는 문제가 없는 곳일까? 105)106) 다문화가족지원센터에 따르면 외국인 결혼이주 여성들이 겪는 고충은 여러가지가 있지만 그중 문화적·정서적 차이가 가장 큰 비중을 차지한다. 특히 의사소통의 문제가 갈등의 근본으로 자리잡고 있는데, 코로나19로 인해 온 식구가 한 집안에 모여 있을 수밖에 없는 상황이 지속되면서 더 갈등이 커지고 있다는 것이다. 다문화가족지원센터는 한글과 한국 문화를 배우고 이해하는데 도움을 주는 것 외에도 이들이 가정 밖에서 정당한 시간을 보내고 비슷한 상황의 사람들을 만나 정서적 지지를 나누는 공간이었다. 당사자들의 스트레스 해소와 가족 간의 원활

105) 연합뉴스. 2020.02.26. [코로나19 심각단계...다문화시설 무더기 휴관](#)

106) 뉴스원. 2020.06.19. [코로나19로 악화?...“다문화 가정폭력 도와주세요.”](#)

한 생활 자체에까지 영향을 미칠 수 있다. 이는 코로나19로 인해 섣다운을 시행한 다른 국가들에서 나타난 것과 같이 가정 내 폭력으로까지 이어질 수 있으므로 대안이 필요하지만, 영상 교육자료 제공과 같은 비대면 서비스 제공 이외에 별다른 보완책은 보이지 않는다.

(3) 생활(요양/보호)시설

● 장애인 생활(요양/보호)시설

2월 19일 청도 대남병원에서 첫 확진자가 발생하였고, 코호트 격리가 시작된 2월 22일에는 시설 종사자와 환자 전체 256명 중 111명이 확진(종사자 9명, 환자 102명) 판정을 받아 집단 감염 문제가 한국 사회에 처음 크게 불거졌다.¹⁰⁷⁾ 총 120명의 확진환자가 발생했고 그 중 7명이 사망해 충격을 가져온 청도 대남병원 집단감염 이후로도, 한사랑요양병원(확진자 128명), 제2미주병원(확진자 196명) 등 노인이나 중증장애인이 생활하고 있는 시설에서 여러 차례 대규모 집단감염 사례가 발생했다.¹⁰⁸⁾ 이에 대한 대응으로 다른 방법에 대한 논의나 코호트 격리 시행의 필요성에 대한 고민 과정 없이, ‘(예방적) 코호트 격리’¹⁰⁹⁾가 집단감염에 대한 대책으로 급부상하였다. 예방적 코호트 격리는 대구, 경북, 경기에서 시행되었으며 특히 경북과 경기 지역에서는 예방적 코호트 격리가 지역 내 대부분의 생활시설에서 이루어졌다.¹¹⁰⁾
111)112)113)

107) 동아일보. 2020.2.22. [“청도대남병원 정신병동 내 확진자, 처음으로 코호트 격리한다.”](#)

108) 질병관리본부. 2020.4.24. [“코로나바이러스감염증-19 국내 발생 현황\(4월 24일, 정례브리핑\)”](#)

109) 웰페어뉴스. 2020.3.3. [“경기도, 취약계층 의료·거주시설 ‘예방적 코호트 격리.’”](#)

코호트 격리: 감염자가 발생한 기관을 통째로 봉쇄하는 조치

예방적 코호트: 감염자가 없는 취약시설을 외부 감염 유입으로부터 보호하기 위해 일정 기간 격리하는 예방적 조치

110) 웰페어이슈. 2020.3.9. [“대구시도 사회복지시설 ‘예방적 코호트 격리’ 시행”](#)

111) 웰페어이슈. 2020.4.5. [“대구 사회복지시설 코호트 격리, 8일 해제…49개 시설, 1천705명 참여.”](#)

112) 경상북도 보도자료. 2020.3.23. [“경북도, 복지시설 예방적 코호트 격리! 집단감염 차단 해법제시.”](#)

113) 웰페어이슈. 2020.3.17. [“경기도, 29일까지 예방적 코호트 격리 연장”](#)

표 11 (예방적) 코호트격리 시행현황

	대구	경북	경기
시행기간	3월 18일~4월 8일	3월 9일~3월 22일	3월 2일~3월 29일
시행대상	신청한 시설에 한함	전체 581개소 강제 시행	관내 의료·거주시설 1,824곳
실제 시행 규모	49개소 (그중 7개소는 사후 코호트 격리)	564개소 (97%) (그중 4개소는 사후 코호트 격리)	13개소(0.7%)

그러나 시설을 통째로 봉쇄하는 코호트 격리 과정에서 적어도 6가지의 문제점이 나타났다.

첫째, 코호트 격리 시행 자체가 필요했느냐 하는 의문이 존재한다. 다른 방법에 대한 고민 없이 코호트 격리가 ‘손쉽게’ 대안으로 채택된 것은, 시설 생활인이나 종사자에 대한 고려보다는 바이러스가 외부로 새어 나와 ‘일반인’에게 퍼질 것을 가장 우려했다는 것, 즉 이 결정에서 우선순위가 시설 외부에 있었다는 점을 의미한다. 시설 상태에 대한 고려가 미흡했던 점, 즉 감염 취약군이 밀집되어 있고 음압시설 등이 부족한 시설을 봉쇄하기로 한 조치는 결국 사망자를 증가시키는 요인이 되었다. 보건당국은 청도대남병원에서 사망자가 7명이나 발생한 후에야 “음압시설이 없고 전문인력이나 전문치료장비가 부족”¹¹⁴⁾했다고 인정하고 남아있던 60명의 환자를 다른 곳으로 이송·분산하였다. 즉, 코호트 격리는 실제로 시설 내에서 생활하고 있던 이들을 보호하지 못하였으며, 시설 바깥에서는 이들이 죽어가고 있다는 걸 알기 어려운 상황을 만들었다.

“분산을 시켰으면 그렇게 안 됐을 건데, 네.”(장애인활동지원사 1)

“초반 사망자가 속출하고 그랬는데요. 아까 얘기하신, 정답은 뭔지 모르겠지만, 일괄 문닫고 몰아서 코호트 시키는 게 사실 중간에 문제 제기가 되니까 중간에서나 이송을 했거든요. 이런 과정을 잘 바로 했었으면 초기 사망자를 막을 수도 있었을 부분인데, 뭐 좀, 그냥 다 안 보이는 데로 몰아서 할 수 있는 조치를 실행해볼 기회 자체가 없는, 그러면 뭐가 바뀌어야 되는지, 휴관 문제도 마찬가지고.” (장애인자립생활센터 근무자 2)

더불어 일부 지역에서는 코로나19 전수조사를 거치지 않아 내부에 확진자가 있는지 없는지 확인도 되지 않은 채 코호트 격리를 시행해 집단감염의 위험을 더욱 증가시켰다.

114) MBC뉴스. 2020.2.28. [사망자 속출 '대남병원'...남은 환자 전원 이송](#)

- 장애인활동지원사 1: 대구시는 시설별로 전수조사를 거친 다음에 그 결과를 보고 예를 들어서 양성이든 이런 게 있으면 코호트를 들어가는데 그 과정도 내부 논의를 거쳐서 했는데, 경북 같은 경우에는 기관장들과 도과 협의해서 그냥 바로 코호트 조치를 해서, 그게 경북이 또 요양병원에서 그때 계속 확진자가 발생되던 상황이었어요. 그러니까 그게 인권위였나요, 병원이나 기관이 이름 공개를 하지 않도록 하는 지침이 나왔어요. 그러니까 처음 몇 개까지는 어디 어디에서 확진자 나온다고 됐지만 사실 수십 개 시설에서 확진자가 발생된 거죠. 그게 바로 전체, 전수조사 없이 그게 쟁점인 것 같아요, 전수조사도 없이 코호트에 들어갔다는 거.
- 장애인자립생활센터 근무자 1: 그런데 모범적 사례처럼-
- 장애인활동지원사 1: 그렇죠.
- 사회자: 확진자가 있는지도 모르는 상태에서-
- 장애인활동지원사 1: 그렇죠. 동시에 들어간 거죠.

둘째, 코호트 격리는 시설 생활인 등 재난 취약계층에 대한 사회적 낙인과 혐오를 조장하는 효과를 발생시켰다. 전수조사를 거치지 않아 실제로 감염의 위험이 있는지 확인되지 않은 경우를 포함해 코호트 격리를 하는 시설들 앞에 “위험 구역”이라고 써 붙이고 출입을 통제하는 모습은, 재난에 취약한 이들이 ‘감염원’이 될 위험이 있고 그러므로 이들을 “통제하는 것이 당연”하다는 인식을 ‘자연화’ 할 수 있다는 문제가 있다.

“재난 취약계층을 오히려 혐오하게 만드는 그런 코호트 들어간다고 하면서 이렇게 당신들은 여기에 있어야 만이 우리 사회가 안전해진다는 인식이 한편에서는 만들어지는 거잖아요. 그 코호트 조치를 하면서 실제로 그 앞에 위험 구역이라고 써 붙여 놔거든요. 왜 위험 구역이냐? 조사조차도 안 해놓고, 거기에 진짜로 위험이 있는지 아닌지조차도 확인하지 않았으면서, 거기에 모든 시설 앞에다가 그렇게 써놓고 출입 통제하고 했던 것들이 사실 상 재난 취약계층에 낙인. 뭔가 사회에 위협을 가할 수 있다. 그래서 여기는 더 통제하는 것이 당연하다는 것들이 사실 지금까지 그렇게 통제해왔던 것들을 합리화하고 가리고 그러면서 좀, 경북 지역에서는 상당히 이게 문제가 있다고 생각하고 성명을 같이 냈었죠, 경북 지역 단체들이.” (장애인자립생활센터 근무자 2)

셋째, 종사자에게 정확한 정보 공유와 동의를 구하는 논의 과정 없이 예방적 코호트 격리가 강행된 사례가 존재한다. 대구의 한 장애인 생활시설 종사자들은 예방적 코호트 격리를 시행하는 이유에 대해 전혀 설명을 듣지 못한 채, 4일 뒤부터 격리를 시행한다고 카카오톡으로 통보받았다. 구체적인 지침도 정확하게 전달되지 못했는데, 처음에는 종사자 전원이 코호트 격리에 참여해야 한다고 하였지만, 격리 시행 당일에 “나가실 분들 나가라”고 하여 준비를 하고 온

일부 종사자들이 시설 밖으로 나간 경우도 발생했다. 또 코호트 격리는 2주간 시행됨에도 종사자들은 처음에 “일주일 하는 줄 알고” 왔다고 하는 등 정확한 기간도 고지되지 못하였으며, 코호트 격리에 참여하는 종사자들에게 식사가 지원됨에도 불구하고 사측은 일부러 도시락을 알아서 준비해오라고 하는 모습까지 보였다.

- 사회자 2: 코호트 격리 처음에 한다고 할 때 왜 한다는지 설명은-
- 생활재활교사 1: 없었어요.
- 생활재활교사 2: 하나도 없었어요.
- 생활재활교사 1: 그냥 코호트 한다. 끝.

“여기는 좀 전달 체계가 전체적으로 오는 게 아니라, 그냥 각 팀장님한테 전화하면 저희가 전달을 받는 식이었거든요. 그래서 그때도 저희 나가 있을 때 연락이 공문이 카톡에 올라 오고 그랬어요. 격리한다고. 그런데 처음에는 진짜 몇 명 빼고는 전원이라고 했거든요? 그래서 전원 들어왔는데, 월요일 저녁에 나가실 분들 나가라고. 그렇게 얘기하더라고요. 그래서 이미 짐 다 싸서 왔는데 또 나가라고. 그래서 선생님들 대부분이 했어요 코호트 격리.” (생활재활교사 1)

- 생활재활교사 1: 저희가 월요일부터 코호트 들어갔거든요, 맞죠? 그런데 저희가 안 건 목요일인가? 그때 공문이 내려왔다 해야 된다 이렇게 듣기만 했어요. (중략)
- 생활재활교사 2: 저희 일주일 하는 줄 알고 사측에서 어떻게 하냐면, 너희들 먹을 거 다 싸온다. (중략)
- 생활재활교사 1: 그걸 일주일 치를 다 싸 오는.
- 생활재활교사 2: 그래서 저희들이 그거에 대해서 뭐라고 했더니 나중에 보니까 다 나 오는 거였더라고요. 그냥 저희들 사측에서 골탕 먹이려고.
- 생활재활교사 1: 그래서 저희 도시락.
- 사회자 1: 삼시 세끼를?
- 생활재활교사 1: 도시락으로 해결했죠.

넷째, 코호트 격리의 목적인 거리 두기와 외부 유입 차단이 제대로 지켜지지 않거나 이를 지키기 어려운 조건으로 인해 격리의 실효성에 의문이 제기된다. 대구의 한 장애인 생활시설에서는 예방적 코호트 격리 중 한 방에 6명의 인원이 함께 생활했는데, 한 사람이 발열 증상을 보이면 나머지 5명의 인원을 옆 방으로 이동시켜 총 11명이 좁은 방에서 같이 지냈다. 보건소에서 온 의료진은 발열 증상을 보인 당사자만을 검사하였고, 그와 같은 방에 있었던 이들이나 밀접접촉자들에 대해서는 따로 검사하지 않았다. 심지어, 이사장 등 외부인이 시설에 계속 왕래한 경우도 있었다. 이렇듯 시설 내부에서 거리 두기가 지켜지지 못하고, 의심증상이 있었던

이들과 밀접접촉했던 사람들에게 대한 파악과 검사가 이루어지지 않았으며, 외부 유입이 자주 있었던 것은 코호트 격리가 오히려 생활인과 종사자의 집단감염 위험을 높이는 방식으로 작동했다는 점을 보여준다.

- 생활재활교사 1: 선생님 방이었나? 그때 열나는 폐렴환자가 생겼어요. 그래서 그 방 격리하고 또 다 옆 방으로 가고. 그땐 병원을 못 가니까 보건소인가 병원에서 나와서 직접 검사를 하더라고요. 그때까지. 그때가 좀 심했던 게 저희 층에 세 방이 비었어요. 세 명이 있어서.
 - 사회자 2: 아, 열나는 사람이 세 명이 있어서?
 - 생활재활교사 1: 네, 그래서 한 방, 한 방, 한 방 해서 세 방이.
 - 사회자 2: 하나, 하나, 하나, 열하나, 열하나, 열하나.
 - 생활재활교사 1: 네. 그렇게 다 묻고. 그때가 제일 기억나요.
 - 사회자 2: 그러면 보건소에서 와서 다 검사했어요? 대부분을?
- (중략)
- 생활재활교사 1: 아니요. 그분들만. 증상 있는 분만.
 - 사회자 2: 보건소에서 왔을 때는 어떻게 왔던가요?
 - 생활재활교사 1: 방호복 다 입고 오셨고-
 - 사회자 1: 선생님들은 그냥?
 - 생활재활교사 1: 네, 저희는 그냥. 열나면 그 방에 생활했던 분들도 다 검사해야 되잖아요. 그런데 그분들은 다 쪽 빼고 이분만 검사하고 가고.

“그리고 코호트를 하면 아무도 못 들어와야 되잖아요. 그리고 코로나 때문에 시설이 폐쇄 돼서 외부인이 웬만하면 못 들어와야 되잖아요. 그런데 뭐 이사장 다 계속 들어오고. (중략) 코호트 때는 아니고 지나자마자 바로 들어와서 뭐. 지금도 들어와요. 그런데 우리가 외부인이 들어온다고 하면 거기에 대해서 열체크 까다롭게 하는데 이사장은 그냥 들어오고. 매일 와서 앉아 있고.” (생활재활교사 1)

다섯째, (예방적) 코호트 격리에 관한 구체적인 지침이나 지원이 미흡하였다. 코호트 격리가 시행되면 일부 종사자들은 격리에 참여하고 나머지 종사자들은 시설 밖에서 대기하여야 하는데, 이 대기인원은 격리 기간 중 문제가 발생하거나 격리 기간이 연장될 경우 코호트 격리에 대신 참여하여야 한다. 또, 격리가 무사히 종료되면 격리에 참여한 종사자들이 쉬는 동안 일을 교대해주어야 한다. 이러한 이유로 코호트 격리 시 시설 밖 대기인원에 대한 고려도 이루어져야 하지만, 실제로는 대기인원에 대한 별도의 지침이나 관리 등은 전혀 없었던 것으로 보인다.

- 사회자 1: 대기는 집에 있는 거예요?
- 생활재활교사 2: 어디 가면 안 돼요.

- 생활재활교사 3: 지침이나 이런 게 없었거든요. 그런데 동선만 그날그날 확인하고 그랬는데, 조금 자유로웠었는데 나중에 동선만 너무 멀리하지 않으면 자유롭게 그냥 있었죠. 밖에서.

코호트 격리 시 시설 내부 인원들에 대한 지원도 미흡했다. 대구에서 코호트 격리를 시행한 한 시설에서는 생활인과 종사자에게 지급되어야 할 식량이나 구호 물품을 격리 해제 이후 받을 수 있었다. 코호트 격리 중에는 종사자들이 직접 사비를 모아 시설 밖에서 대기하던 종사자들에게 과일을 구매해 달라고 부탁해야 했다.

- 사회자 2: 코호트 격리에 들어간다고 해서 특별히 지원나온 건 없어요?
- 생활재활교사 2: 미리 줘야될 물품들이 있잖아요. 구호물품.
- 생활재활교사 1: 퇴소할 때 주시더라고요. 식량이나 과자나 급하게 먹을 수 있는 식량들?
- 생활재활교사 2: 그리고 이런 거 있어요. 저희들이 식사를 거기에서 제공을 안 해주니까 바깥 음식이 들어오잖아요. 짜고 그런데 과일이라도 좀 먹고 그래야 되는데, 과일도 선생님들 밖에 나가계신 분들이 어느 장소에 두면 들고 들어오면. (중략) 아니요. 선생님들이 돈을 모아서. 십시일반 다 모아서. 과일 좀 어디에 갖다놔달라. 이렇게 해서. 2주 동안 그렇게 했어요. 고생 많이 하셨어요. (중략) 그런데 다른 시설에서는 과일도 나오고 그랬다던데, 저희들은.
- 생활재활교사 3: 저희는 그때 물품이 지금 나오고 있어요. (웃음)
- 생활재활교사 1: 직원들 것도 있는데 이용인들 것도 있잖아요. 그건 지금. 그때 것들이 지금 간식으로 나와요.

여섯째, 코호트 격리에 참여한 종사자들의 노동권 보장이 부족했다. 종사자들은 코호트 격리 때의 노동이 “상상을 못 하”게 힘들었으며, 이로 인해 몸이 아팠던 종사자도 있다고 하였다. 그러나 종사자들은 건강하게 일을 하거나 건강을 위해 일을 중단할 권리를 보장받지 못했으며, 사측은 격리 중 아파서 병원으로 나가는 종사자를 “되게 안 좋게” 보는 등 “눈치”를 주기도 하였다.

- 생활재활교사 1: (중략) 그리고 저희 거기에 있으면서 일주일 코호트하시고 대상포진 걸려서 중간에 나가신 선생님도 계세요. (사회자 2: 그런 사례 좋네요.) (사회자 1: 힘드셨구나.) 네. 너무 힘드셔서.
- 사회자 1: 그제 평소 근무하실 때 보다 코호트 격리 때가 훨씬 더 힘들었던.
- 생활재활교사 2: 더 힘들죠. 상상을 못 하죠. 씻기도 못하고 아무것도, 운동도 못 하고. 나가는 것도 눈치 보이죠. 그때는 노조도 안 되어 있었거든요.

- 생활재활교사 1: 그래서 그 선생님 나갈 때도 사측이랑 많이 안 좋게 나갔어요. 병원 간다고 나가는 것도 되게 안 좋게. (사회자 1: 아니, 왜요? 대상포진인데)
- 생활재활교사 3: 그 선생님이 나가면 다른 선생님이 일을 더 해야 되니까 눈치도 보이고.

종사자들에게 지급된 격리수당도 지역마다 다르고, 일부 지역에서의 보상은 매우 부족한 수준인 것으로 나타났다. 코호트 격리에 참여한 종사자들에게 주어진 수당은 경북 130만 원(식사비 공제하고 실수령액 120만 원), 대구는 50만 원이었고 경기도에서는 지급이 불분명한 것으로 보인다.¹¹⁵⁾

- 생활재활교사 1: ... 아 저희는 경북이라서 130만 원 나왔고, 대구는 제가 전에 있던 시설 선생님들한테 통화해보니까 거긴 2주에 50만 원. (사회자 1: 2주간 50만 원이요?) 네. 지원금이.

(중략)

- 생활재활교사 1: ... 금액 차이가 지역마다 커요. 경기도에 있는 친구, 저희보다 코호트 먼저 한 친구는 아예 못 받았대요. 원래는 경기도 지사가 준다고 했는데 없다 안 주겠다 해서.
- 사회자 2: 130만 원은 코호트 격리에 대한 수당인가요?
- 생활재활교사 1: 네, 위로금.
- 생활재활교사 2: 뭐, 식사비 10만 원 빼고 120 받는 거지.

이처럼 코로나19 유행 중 이루어진 (예방적) 코호트 격리는 생활인과 종사자의 인권 및 노동권에 대한 충분한 고려, 당사자들과의 충분한 사전 협의, 사전 전수조사 없이 ‘봉쇄’를 목적으로 이루어졌다. 이 과정에서 감염병 취약계층에 대한 혐오와 낙인을 강화하는 효과가 발생하였다. 또 시설의 구조나 조건상 내부에서 거리 두기가 충분히 지켜지기 어려웠다는지, 코호트 격리 중 의심증상자가 발생해 보건소에서 의료진이 와도 증상자에 대해서만 검사를 진행하고 접촉자에 대한 파악과 검사 등이 이루어지지 않는 등 감염 예방이라는 목적을 달성하기에도 미흡한 경우가 많은 것으로 파악된다.

115) 경기도는 2020년 3월 1일, 관내 의료·거주시설에 대해 예방적 코호트 격리를 시행하고 “종사자 시간 외수당, 식비·간식비 등 격리로 인해 발생하는 손실에 대해 보상할 방침(경기도뉴스포털. 2020.3.1. 「경기도, 노인·장애인 등 감염병 취약계층 의료·거주시설 대상 ‘예방적 코호트 격리’ 시행」)”이라고 밝혔지만, 그 이후 구체적인 방침은 발표되지 않았다. 대구·경북 지역의 경우 예방적 코호트 격리 방침을 발표할 때부터 이미 종사자에게 지급될 수당액을 명시하였다. 종사자 인터뷰를 통해 경기도에서 코호트 격리에 참여한 종사자들은 수당을 받지 못한 것으로 추측할 수 있다.

● 이주민

코로나 유행 시기에 취업상태가 불안정한 이주민이 주로 있게 되는 곳은 교회나 시민단체가 운영하는 외국인 쉼터나 국가가 운영하는 외국인 보호소였다. 이주민 노동자는 취업비자를 받고 들어오더라도 거주 안정성이나 일자리 안정성이 높지 않다. 막 입국했거나 일터에서 여러 이유로 쫓겨나는 경우 이들은 쉼터를 찾게 되는데, 대부분의 외국인 쉼터는 교회나 시민단체가 운영한다. 쉼터는 밀집된 환경에서 공동생활을 하면서 충분한 정보를 얻기 어려워 감염에 취약하지만 공공시설이 아니므로, 일부 지자체의 보조금을 받는 경우가 아닌 이상 당국이나 지자체의 관리에서 벗어나 있었다. 당연히 이러한 집단거주 시설에 대한 중대본의 지침도 없었으나 2020년 6월 중순에 외국인 쉼터에 속하는 중국동포교회에서 집단감염이 확인되면서 현황조사가 이제야 시작된 실정이다.¹¹⁶⁾ 이들 쉼터는 필요한 이들에게는 생존에 직결되는 공간이어서 폐쇄가 실질적으로 불가하므로 더욱 주의 깊은 관리와 감염 예방을 위한 지원이 필요하지만, 현황 파악조차 제대로 되지 않은 것으로 보인다. 이는 기존의 인식을 반영하는 방역 정책이 충분히 포괄적이지 못함으로서 실패할 위험을 안고 있다는 사실을 보여준다.

외국인 보호소는 「출입국관리법」에 따라 국내법 등을 위반해 강제 퇴거 대상에 오른 외국인이 본국으로 출국하기 전까지 머무는 시설이다. 특히 코로나19 유행으로 인해 일거리가 줄어든 이주민 노동자들이 취약한 고용제도로 인해 실업, 퇴거로 인한 미등록 상황에 처하게 되는 상황이 늘어나고 있다. 이러한 상황은 외국인 보호소의 수용인원 증가 상황으로 나타내는데, 여기에는 코로나19 영향으로 입국 금지 조치, 항공편 중단 등의 문제가 겹치면서 출국을 하고 싶어도 머물 수밖에 없는 이들이 크게 증가하면서 정원 초과가 임박했다는 분석도 나온다. 화성·충북 청주 외국인 보호소와 전남 여수 출입국·외국인 사무소 현황을 보면 6월 말 현재 전체 수용인원은 706명으로 3달 전보다 300명 넘게 늘었다(그림 6).¹¹⁷⁾ 특히 전국 최대 수용 규모를 갖춘 화성 보호소의 경우, 6월 말 345명으로 한 달 전에 비해 약 10% 감소했으나 코로나19가 본격 확산하기 시작한 3월보다는 80% 넘게 증가했다. 본래 장기 수용을 목적으로 한 시설이 아니어서 의료인프라의 양과 질이 충분하지 않은 시설이어서 감염관리나 의료문제 발생 시 취약할 수밖에 없음에도 제대로 된 지침이나 대응이 이루어지지 않고 있다.¹¹⁸⁾¹¹⁹⁾

116) 연합뉴스. 2020.6.13. ["한 방에 6~7명 다닥다닥"...집단감염 불안한 이주민 쉼터](#)

117) 연합뉴스. 2020.7.9. [\[포화상태 외국인보호소\] ① 급증한 수용자...주먹다툼 빈번해져](#)

118) 난민인권센터. 2020.3.20. [\[성명\]외국인보호소 보호외국인코로나19 바이러스 집단감염을 막기 위해 특단의 대책을 요구한다.](#)

119) KBS뉴스. 2020.7.15. ["더는 못 받아요" 코로나19에 외국인보호소 '포화'](#)

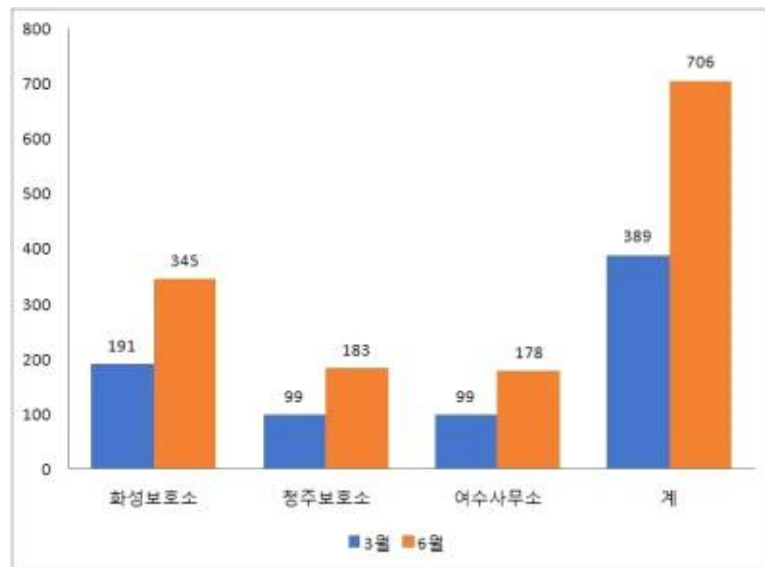


그림 6 외국인보호소 별 보호 외국인 수의 변화(단위: 명)

● 취약노인

노인은 거동 불편, 인지능력과 일상생활유지를 위한 기능 저하 등을 동반한 경우가 많아 일반 성인과 달리 의료와 돌봄필요가 밀접하게 관련되어 있다. 필요에 따라 다양한 시설/재가 돌봄 서비스와 복지 시설이 노인의 생활과 삶의 질에 중요하나 대면서비스나 집단시설인 경우가 많아 코로나19 유행 동안 서비스가 중단되거나 시설이 폐쇄되는 일이 많았다. 코로나19 이후 노인층의 일상생활에 나타난 변화도 조사한 결과, 경제활동 중단이나 소득감소 등 경제적 변화가 45.7%로 가장 높았고, 외출 제한으로 갑갑하고 외로움(33.8%), 경로당이나 복지관 이용이 어려워 불편함(21%)이 뒤를 이었다.¹²⁰⁾

사회복지생활시설은 그 중에서도 필수서비스 제공에 가까우면서도 밀집된 환경으로 감염병에 취약할 수 있는 어려운 상황에 놓여있다. 대면서비스가 필수적이어서 ‘물리적 거리두기’가 현실적으로 불가능함에도 불구하고 서비스가 중단되면 기본적인 일상생활 유지에 위협을 받을 수밖에 없다. 예를 들어 치매환자를 돌보는 주야간 보호센터는 휴관 권고에도 불구하고 휴관한 곳이 많지 않다. 센터에서 보호자들에게 가정돌봄을 권유하는 공지를 했지만 보호자의 사정상 도저히 가정돌봄이 불가능한 상황인 경우가 많아 절반 이상이 계속 센터를 방문하기 때문이다.¹²¹⁾ 동시에 기저질환이나 기능 저하집단 생활시설에서는 종종 집단감염 위험이 높기

120) 메디포뉴스. (20.06.04.) 포스트 코로나시대 커뮤니티케어 필요성 제시.

<https://www.medifonews.com/mobile/article.html?no=153431>

121) 동아일보. (20.06.15.) 서울시 ‘휴관 권고’에...요양시설 “어르신 방치하란거냐”.

<https://www.donga.com/news/Society/article/all/20200615/101505622/1>

때문에 이들 시설은 상충된 목표와 그에 따른 위험에 직면해 더욱 어려운 상황이다(안수란, 2020).

(4) 거주/격리공간

감염병 유행의 시기에 집은 스스로를 보호할 수 있는 안전한 공간이자, 스스로를 격리해야 하는 상황에서 동원할 수 있는 독립된 생활공간이다. 똑같은 자가격리라도 혼자 사는 사람과 여럿이 사는 사람의 상황과 위험과 곤란은 또 다르고, 본인이 돌봄을 받는 쪽이 아닌 돌보는 역할인 경우의 어려움 또 다르다. 한편, 집은 누군가에게는 당연하게 있는 것이지만 누군가에게는 없거나, 있어도 위태롭고 쉬이 옮겨지며 스스로 선택할 수 없는 공간이었다. 한국사회에서 주거는 아직 좀처럼 공공의 책무로 여겨지지 않으며, 사적 공간이기 때문에 공적으로 개입하기 어렵고 동시에 개인의 책임으로 미루어지기도 쉬웠다. 대표적으로 장애인, 홈리스와 쪽방 주민, 그리고 이주민의 사례를 볼 수 있었다.

● 장애인

중앙정부와 지자체는 코로나19 경증환자들이 입소하여 생활 및 의료지원을 받을 수 있는 생활치료센터를 운영하였는데,¹²²⁾ 대구·경북 지역에서만 3천여 명의 경증환자들이 이곳에서 치료를 받았다. 그러나 생활치료센터를 설치하는 과정에서 공간의 구성이 장애인이 충분히 이용할 수 있는 방식인지에 대한 확인이 이루어지지 않았고 또 장애인을 지원할 수 있는 필요인력도 배치되지 않아, 장애인 경증환자들은 생활치료센터 입소대상에서 제외되었다. 즉, 같은 코로나19 경증환자여도 비장애인이면 이곳에서 생활과 의료지원을 받을 수 있었지만, 이러한 지원을 더더욱 필요로 하는 장애인들은 집에서 자가격리하며 스스로, 혹은 건강한 비장애 성인으로 가정되는 동거인이 돌보도록 ‘방치’되었다.

“생활지원센터를 만들었잖아요. (중략) 대구 경북 지역에서 제일 빨리 만들었는데, 그러면 이곳이 장애인분들이 거길 이용할 수 있는 정도로 편의시설이 갖춰져 있다. 이런 부분에 대한 점검도 없었어요. (중략) 이런 것들이 초반에 확인이 없었기 때문에 일단 지자체에

122) 대구경북 지역에서 코로나19 환자가 급증하던 시기에, 중앙정부는 코로나19 환자의 중증도에 따라 중증 환자는 감염병전담병원에서, 경증환자는 생활치료센터에서 치료받도록 하였다. 중앙정부가 운영한 생활치료센터는 누적 18개소였으며, 그중 2개소가 해외입국 환자를 위한 곳이고 나머지 16개소는 대구·경북 지역의 경증환자를 지원하였다. 대구·경북 지역의 환자가 감소함에 따라 16개 생활치료센터는 4월 30일로 모두 운영을 종료하였다. 현재는 지방자치단체별로 상황에 따라 자체적으로 생활치료센터를 운영하고 있다.

자료: 중앙사고수습본부. 2020.5.14. 「코로나바이러스감염증-19 중앙재난안전대책본부 정례브리핑 (5월 14일)」 보건복지부. <http://bitly.kr/0CQaIy97gcU>

서는 그런 곳[생활지원센터]에 가는 것보다, 가급적 집에 있었으면 하는.” (장애인활동지원사 1)

“(중략) 코로나 초기 때는 너무 심각했어요. 이게 생활지원센터라고 하나요? 예, 맞아요. 그분들이 가는 곳들이 장애인 환자에게는 아예 제공이 안 됐었어요. (중략) 장애인 환자는 어차피 기저질환이 더 있을 수도 있을 것 같고, 또 추가적인 인력 구성이 더 필요하니까, 그냥 집에서 자가 격리해라 아니면 자가 치료해라.” (장애인활동가 1)

● 홈리스와 쪽방주민

코로나 시대 쪽방 거주민과 홈리스의 삶도 크게 달라졌다. 코로나 바이러스는 경제활동이 활발하게 이루어지는 공간을 중심으로 전파되었고, 이 때문에 아직까지는 쪽방과 거리를 비켜 지나가고 있는 것처럼 보인다. 건강불평등을 설명하는 건강의 사회적 결정요인 모형은 사회경제적 맥락과 정치적 맥락 같은 구조적 요인이 물질적 환경, 건강행태, 사회심리적 요인과 같은 중재요인과 보건의료를 거쳐 건강결과의 차이로 이어진다고 설명한다. 이들의 삶이 곧 보통 사람의 삶이고 삶의 고통에 순위는 없지만, 이들은 대체로 건강결과로 이어지는 사회경제적 또는 정치적 맥락에 영향을 미칠 정도의 정치적 목소리를 얻지 못했다. 이들은 닥쳐온 위기를 넘기기 위한 국가의 의사결정에서 거의 고려되지 못했고, 이들의 삶을 돕던 사람과 조직 역시 코로나19 유행으로 인한 어려움을 스스로 헤쳐나가는 상황에 내몰렸다.

지금 홈리스와 쪽방 주민들이 겪고 있는 어려움은 삶을 영위하게 하던 기반의 ‘부재(absence)’에서 기인한다. ‘부재’는 이들의 삶의 기반이 국가가 책무를 외면한 가운데 민간 영역의 선의(善意) 위에 아슬아슬하게 놓여있기 때문에 쉽게 발생한다. 이미 여러 보고서와 신문기사의 형태로 쪽방 거주민과 홈리스의 삶은 잘 알려져 있지만, 코로나19 감염증이 한창 유행하던 2020년 상반기에 진행된 인터뷰는 그 삶을 지탱하던 기반이 얼마나 허약한 것이었는지를 드러낸다. 특히 쪽방 거주민과 홈리스가 겪고 있는 어려움은 물리적 환경에 집중되어 있다. 사람들이 이들을 묶어 부르는 호칭이 보여주듯 주거공간의 문제는 삶의 어려움의 상당 부분을 설명한다. 코로나 유행으로 쪽방 또는 쉼터에 신규 입소할 수 없게 되면서 주거공간의 문제가 발생하였다. 신규 입소를 제한하는 조치는 별다른 근거가 없는 것이었지만 감염병 유행의 틈을 타 어렵지 않게 시행되었고, 모두를 보호하기 위해 입소 전 감염 여부를 확인하려는 노력도 지침과 규정 앞에 무산되었다. 8월이 되어서야 서울시만이 쪽방촌 주민과 홈리스를 대상으로 코로나 검사를 시행하였지만, 그들의 삶을 낮게 하기 위한 목적이라기보다는 지역사회감염을 사전에 차단하기 위한 목적이 더 크다는 점에서 한계는 뚜렷했다.¹²³⁾

123) 뉴스토마토. 2020.8.10. [노숙인·쪽방촌 코로나19 전원 음성](#).

“거리에 계시는 분들이 지금은 모든 시설에 들어가지도 못하고 병원도 못 들어가고 그런 상황이라서 얼음땀 하듯이 있어야 해요.” (쪽방활동가 1)

“지금 무증상자가 검사를 받으면 8-10만 원이에요. 무료로 받으려고 하면 보건소로 가야 되는데 보건소는 증상자만 검사를 해줘요, 공식적으로. 이걸 우리가 지금 경우에는 무증상자를 검사해야 하는 거거든요. 그러려면 지자체에서 일단 지침이 있고 협의가 되어야 된다는 거죠.” (노숙인종합센터 근무자 2)

“지금 상태에서는 다른 쉼터에 입소가 안 되죠. 코로나 때문에. 시에서 일단 입소를 받지 말라고 그랬대요. 신규 입소자들.” (홈리스2)

쪽방 거주민이나 홈리스와 직접적으로 연관되지 않은 일상적 서비스의 중단도 주거공간의 문제를 심화시켰다. 공항버스의 운행이 중단되면서 그 공간에서 쫓겨난 이들이, 비슷한 이유로 기차역에서도 쫓겨나게 되면서 비공식적 주거공간의 소실을 경험했다. 코로나 유행 확산을 방지하기 위해 대면접수 방식의 서류 신청이 중단되면서 홈리스에게 제공되던 주거지원의 신청 접수가 중단되는 일도 있었다.

“00에서 공항버스가 없어졌어요. (중략) 그러니까 10시 이후부터 버스가 없는 거예요. 00 밀집 지역 중 하나가 000역하고 옆에 있는 환승센터거든요. 거기가 작년에 저희가 조사해 봤을 때 5-60명 정도까지 있었거든요. 그런데 10시에 거기가 문을 닫으면서 안에 있는 사람들이 다 나온 거예요. 일부는 동대구역으로 피신하고, 일부는 자기가 피할 수 있는 자리를 찾아서 움직이시고, 그러다가 얼마 지나고 나서 동대구역이 자정부터 시설 청결 유지한다면서 닫아버렸어요. 그러면서 거의 한 새벽 4시까지 이용을 못 하게 했거든요. 그리고 4월, 중순 이후부터 00역도 똑같이 했어요, 000역처럼.” (노숙인종합센터 근무자 2)

“코로나 때문에 안 한다고 중지래요 (중략) 어려운 사람한테 집을 주든지 보통 사람한테 주든지, 신청하고 들어가는데 (중략) 코로나 기간에는 중지한다고 그러더라고요.” (홈리스 1)

건강이 안 좋아 다른 이의 돌봄을 필요로 하는 경우도 많았는데, 주거공간을 확보하지 못하는 일은 단순히 몸 누일 곳이 없는 문제를 넘어 삶을 영위하는데 필요한 여러 자원에 접근할 수 있는 경로를 잃어버리는 일이었다.

“5월 셋째 주인이 넷째 주에 그분 퇴원하시는데 그 사람 방 없다. 아무도 안 받아준다. 저희는 근처에 구해보고 있는데. 그런데 이분은 혼자 생활을 못 해요, 장애가 있으셔서. 그

런 거에 대한 대안이 없거든요.” (쪽방활동가 1)

“일반 간단한 치료 같은 거는 거기 시설에 입소가 되어있으면 시설에서 해주고, 크게 돈 들어가는 일은 없어요. 일을 한다든지 그러면 본인이 돈을 내야 되는 거고.” (홈리스2)

주거공간을 확보한 사람도 나름의 고충을 겪어야만 했다. 주간에 활용할 수 있는 공간은 코로나 유행을 방지한다는 명목으로 고시원이나 쪽방에 거주하는 사람들의 이용을 어렵게 만들었고, 안전을 확보하기에 기존의 거주공간은 여러가지로 부족함이 많았다. 코로나 유행이 피해 갔음에도 불구하고 고시원이나 쪽방에 거주하는 사람들은 코로나 유행 전에 존재하던 사회적 차별에 더해 코로나 환자라는 의심까지 받아야 했다.

“00역에 가면 홈리스들을 위한 건물이 있어요. 그걸 000이 지었다고 하더라고요. 지었는데, 가령 우리들이 주간 보호 센터처럼 아침 6시에 열면 저녁 11시까지 거기가 열려있어요. 거기서 씻기도 하고 옷도 입어다 입기도 하고, TV도 보고 즐기도 하고 그랬거든요. 그런데 코로나 크게 썩 붙었어요. 코로나 기간에는 오지 말라고, 고시원, 쪽방 있는 사람들 여기 자제하고 그 기간에 오지 말라고 썩 붙였더라고요. 다 명단 쓰고 열 재고 화장실 간다고 하면 들어왔다가 얼른 가라고 그러고. (중략) 말하자면 노숙하고 신원 확인해서 노숙하는 사람들. (중략) 만약에 이제 쪽방에 있다거나 고시원에 있다거나 그러면, 나오지 말고 거기서, 고시원도 사람 들락날락 못 하게 하지. 그 식구만 오고 다른 사람 오지 말라고 하는 거지. 왜냐하면 병 옮는다고.” (홈리스1)

“(면담자: 화장실이나 이런 게) 다 공용이지요. (중략) 원래 처음 한 달은 (창문) 없는 데 저 밑에서 한 달을 살았는데 (중략) (면담자: 손 소독제나 이런 게 고시원에 비치되어 있거나 그렇지 않죠?) 아니요, 전혀 없어요.” (홈리스2)

“누구 한분이 돌아가셨는데 돌아가시기 전에 굉장히 기침을 많이 했다는 거야. 그래서 그 분이 돌아가시고 나서 그런 얘기를 듣고 경찰이 그 방에 안 들어왔어요. 그래가지고 중앙 의료원 그쪽에다 얘기했나, 보건소에다 얘기했나. 그렇게 가서 방에 가서 채취해서 한 4시간 후에 그분이 코로나 아녜니다라고 해서. 이게 그런 것들이 발생을 계속하게 되면 사회적 낙인감들이나 그로 인한 두려움들은 좀 없을 거다. 별도의 어떤 접근성 높은, 어떻게 보면 역차별이라고도 얘기할 수 있겠지만, 내가 옆에서 봐서는 정서적으로 그들을 좀 보듬어주는 배려가 필요하다.” (쪽방활동가 2)

● 이주민

이주민 노동자에게는 발열이나 호흡기 증상이 발생하거나 선별검사 후 대기하는 과정, 혹은 자가격리가 필요해졌을 때 다른 사람들과 같이 마음 편히 머무를 수 있는 주거공간조차 당연

하지 않았다. 국가인권위 농축산업 이주노동자 인권상황 실태조사(2013)에 의하면 이들의 숙소형태는 단열과 보온이 잘 되지 않는 컨테이너나 패널로 지은 가건물이 67.7%로 가장 많았고, 별도의 집이나 건물에 마련된 숙소가 22.4%였다. 44.7%는 욕실과 침실에 안전한 잠금장치가 없었다. 다른 주거환경 실태조사(2013)에 의하면 사용자가 제공하는 숙소의 59.1%가 화장실, 주방, 샤워실 등의 편의시설을 기숙사 외부에 설치하였고, 80%가 2-3명(64.9%), 4-5명(8.0%), 6명 이상(2.6%)씩 한 방에서 공동생활을 하는 것으로 드러났다(한국외국인력지원센터 등, 2013). 애초에 여럿이 거주하고 시설 자체가 취약하여 감염 위험으로부터도 보호받기 어려운 상황이다보니 자가격리를 할 수 있는 상황도 아니고, 사업주로부터 쉽게 거부당할 수 있는 위치에 있다는 점이 이들의 어려움을 가중시킨다. 취업, 비자, 휴가 등으로 한국에 재입국했을 때에 어쩔 수 없이 자가격리 시설을 이용할 경우 이주민노동자의 월급으로는 감당하기 어려운 높은 비용이 발생한다는 점도 문제로 지적된다.¹²⁴⁾

“경기도의 한 농장에서 일하는 이주노동자 썸밧(가명·26)에겐 요즘 잠자리가 가시방석이다. 고향인 캄보디아에서 휴가를 보내고 지난 18일 한국에 돌아온 썸밧은 지방자치단체가 소개해준 하룻밤 10만원짜리 숙박시설에서 ‘자가격리’ 중이다. 한국 정부가 모든 입국자에게 14일 격리를 의무화해서다. 18일 입국을 앞두고 이 사실을 알게 된 썸밧은 농장주에게 휴가를 연장해달라고 요청했지만 농장주는 거절했다. 농장 숙소엔 방이 넉넉했지만 농장주는 입국한 썸밧에게 다른 사람이 감염될 수 있으니 숙소로 오지 말라며 숙소 사용마저 불허했다. 다행히 지자체가 비용의 절반을 지원해서 썸밧은 14일 동안 70만원의 숙박비를 물게 됐다. 하지만 월급 140만원의 절반은 날린 셈이 됐다.”

(5) 집단별 특수필요

① 장애인 재가서비스와 활동지원

코로나19 유행 시기 정부가 취약계층과 관련해 발표한 지침은 표 12와 같다.

124) 한겨레. 2020.04.28. [“월급 절반이 숙박비로”...머물곳 여의치 않은 자가격리 이주노동자](#)

표 12 코로나19 유행 대응을 위해 발표된 취약계층 관련 지침

제목(기관, 일시)	주요 내용
「코로나바이러스감염증-19 유행대비 사회복지시설 대응지침(5판)」 (보건복지부, 2020.5.) 「코로나바이러스감염증-19 유행대비 사회복지관 대응지침(5판)」 (보건복지부, 2020.5.) 「코로나바이러스감염증-19 유행대비 아동복지시설 대응 지침 [3판]」 (보건복지부, 2020.2.26.) 「코로나바이러스감염증-19 유행대비 지역아동센터 및 다함께돌봄센터 대응 지침 [4-1판]」 (보건복지부 인구정책총괄과, 2020.3.30.) 「코로나바이러스감염증-19 유행대비 노인여가복지시설 대응 지침 [4판]」 (보건복지부, 2020.3.13.) 「신종 코로나바이러스 감염증 관련 노인맞춤돌봄서비스 업무지침 추가 안내」 (보건복지부 노인정책과, 2020.2.1.) 「코로나19(-19) 상황별 대응방안 시나리오 - 장기요양기관(입소, 재가)용」 (국민건강보험, 2020.2.20.) 「코로나바이러스감염증-19 유행대비 장애인복지시설 대응 지침」 (보건복지부 장애인서비스과, 2020.2.21.)	‘시설’ 관리에 관한 유의사항 및 지침으로 시설 내부 공간 청결, 출입자 관리 강화 (발열 스크리닝 등), 휴관(원) 시, 긴급돌봄서비스 유지 방안 마련·운영 등의 내용을 다루고 있어 긴급돌봄서비스 운영에 관한 기준·방침 제시, 정책적 지원이나 현장 점검 등은 이루어지지 않음. - 시설 유형별 지침은 ‘사회복지시설 대응지침’에서 ‘사회복지시설’을 구체적인 시설 유형으로(예: 아동복지시설) 바꾸었을 뿐이고 내용은 모두 같음. - 최신 지침인 5판에는 ‘운영 재개’ 시 고려할 점 추가되었으며, 시설 유형별로 추가된 내용은 다음과 같음 ✓ (아동) 내부 프로그램 강화를 통한 심리·정서적 지지 강화, 대체인력 지원, 종사자 탄력적 배치를 통한 서비스 유지 ✓ (노인) 도시락 배달 유지, 안전수칙을 준수한 재가 서비스 제공, 종사자 교육 상황 모니터링 및 지원 강화, 이용/생활 시설에서 발생 가능한 감염 위험 시나리오에 따른 대응절차 제시(국민건강보험) ✓ (장애인) 기존 지침에서 새롭게 추가된 내용 전혀 없음 → 장애인 활동지원서비스에 관한 개별지침이 추가 발표됨 - 장애인이 자가격리 대상자인 경우 - 시·도별 격리시설 이동을 통한 돌봄이 원칙. 각 격리시설에 돌봄서비스가 가능한 의료인, 사회복지사, 활동복지사 배치 - 시설격리가 어려울 시 자택 격리하고 활동보조, 방문간호, 응급안전알림서비스 제공 → 활동지원사를 구하기 어려울 경우 가족에게 급여 제공 - 장애인의 가족·동거인이 자가격리 대상인 경우 - 자가격리대상 가족·동거인과 장애인 분리 및 기존 제공급여 활용 - 기존 제공급여가 부족할 경우 ‘보호자 일시부재 특별급여(월 20시간)’ 제공 - 특별급여로도 부족하면 시·도 주관 ‘긴급지원급여’ 별도 협의 - 장애인과 가족·동거인 모두 자가격리 대상인 경우 - 장애인은 격리시설 이동을 통한 돌봄이 원칙 - 시설격리가 어려울 경우 가족과 함께 자택 격리하되, 이는 다른 가족 혹은 활동지원사의 돌봄이 가능한 경우로 한정

감염병이 유행하는 시기에 장애인은 자가격리를 해야 하거나 코로나에 감염되지 않더라도 여러 가지 생활의 어려움을 겪게 되는데, 현재 정부의 지침은 자가격리 대상자만을 중심으로 고려하고 있을 뿐 장애인 전반을 포괄하지 못하고 있다. 먼저 자가격리 대상자는 아니지만 장애나 질병 등으로 인해 치료, 재활, 건강관리 등을 위해 꾸준히 의료서비스를 받아야 하는 경우에도, 일부 지역에서는 이들의 병원 방문을 위한 이동의 권리가 제한되기도 했다. 대구·경북 지역에서 확진자가 급속히 증가하던 시기에도 비장애인이 지역 간 이동을 하는 버스, 기차 등의 탑승은 제한되지 않았지만, 이 시기 장애인의 이동, 심지어 일부는 병원 방문 목적의 이동을 돕는 장애인 콜택시 운행은 중단되었다.

- 장애인자립생활센터 근무자 2: 병원이 코로나 사회적 거리두기 시행되고 나서 원래 이용자가 대중교통이니까 가고 싶은 곳으로 이동해야 되는데, 병원 목적 빼고는 다 아예 올스톱시키고 어떤 지역은 아예 병원까지도 막았었어요.
- 사회자: 장애인 콜택시요?
- 장애인자립생활센터 근무자 2: 네. 어디였지? 청송이었나? 영천이었나? 아예 관내 이동 자체를 중단시켜버리고, 그 기간에 중요하게 이동해야 하는 분들이 있었는데-
- 장애인자립생활센터 근무자 1: 그 장애인 뭐 때문에 증명서 떼어서, 가는 것조차 안 되었었던거ですよ. 그 다음에 그.... 계속 꾸준히 먹어야 하는 약이 있잖아요. 본인이 직접 가서 약 받아야 되는데 그런 게 조금 저도 많이 힘들었고, 심야 시간에 콜센터가 운행을 안 하니까 갑자기 다치더라도 예약제다 보니까 이제 저녁 9시까지 전화 받는다고는 하지만 그게 이용을 못 해서 전화 안 받아서 편의점에 가서 응급 구급약 사서 막 해야 되어가지고, 시청에 담당 전화번호로 막 해서 좀 당일 근무하시는 야간 시간에 기사님한테 전화번호라도 좀 알아내려고 했는데도 불가능해서.

“아까 얘기하신 게 진짜 공무원들이 한 얘데요. 장애인 콜택시 중단한 이유를 이렇게 설명했어요. (웃음) 그쪽에서 오는 거 싫어하고 혹시 퍼뜨리면 어떡하냐고. 버스 감차는 해도 기차 다 다니는데 장애인 콜택시만 굉장히 차별적인 행정이죠. 이게 문제라고 인식을 못 해요. 뭐... 아까 얘기하신 당사자도 세브란스 병원에서 오지 말라고 경북.” (장애인자립생활센터 근무자 2)

자가격리 대상이 되었을 때의 대응도 각 지자체에 던져놓았을 뿐 구체적인 대안을 마련해 놓지 않았다. 지침에서는 장애인이 자가격리 대상자가 되면 시·도별 격리시설 이동을 통한 돌봄을 원칙으로 하되, 시설격리가 어려울 시 자택격리 하고 활동지원사나 가족/동거인이 지원할 것을 명시하고 있다. 그런데 실제로 각 시·도에서 장애인이 갈 수 있는 격리시설은 마련되지 않은 실정이다. 그 결과 현재 자가격리 장애인에 대한 공적인 지원은 공백이고, 감염의 위험에

처한 장애인을 돌보는 일은 가족/동거인의 노력 혹은 활동지원사 개인의 헌신 등 사적으로 해결하도록 전가되었다.¹²⁵⁾

앞서도 살펴보았듯 코로나19 유행으로 인해 감염되지 않았더라도 장애인과 그 가족/동거인이 겪는 어려움이 무척 커졌다. 그런데도 정부는 지침에서 활동지원사가 없을 경우 자가격리 장애인을 가족/동거인이 돌보도록 하고, 돌봄 시간에 대해 활동지원사 시급만큼의 급여를 지급하겠다고만 할 뿐 충분한 지원대책은 수립하지 않았다. 오히려 정부의 지침은 은연중에 격리 중인 장애인에게 돌봄을 주로 제공할 동거인으로 ‘건강한 비장애 성인’을 가정하고 있어서, 실제로 벌어지고 있는 여러 곤란한 상황을 고려하지 못하고 있다.¹²⁶⁾

노들장애인자립생활센터 자립생활주택에 거주하는 중증장애인 이혜미(37세, 지적·지체장애)씨가 신종 코로나바이러스 감염증(코로나19)에 대한 장애인 대책 없이 지난 2주간 ‘감감’한 시간을 보냈다. 확진자와 같은 공간에 있었지만, 그가 지원받은 것은 마스크 50개와 손소독제 1개가 전부였다. 재난에 의한 활동지원 중단에 대한 정부의 뚜렷한 대책 없이 ‘방치’ 당한 것. (중략) 노들장애인자립생활센터 김필순 사무국장은 “구청과 자가격리 형태로 소통했지만, 자립생활주택 특성상 중증장애인 3명과 함께 이용하는 공간이며, 다른 활동지원사도 함께 하는 곳에서 자가격리를 어떻게 해야 할지 혼란스러웠다”면서 “복지부의 공문서에서는 자가격리하고, 가능하다고 하면 가족 활동지원을 하는 내용밖에 없었다. 가족 활동지원이 불가능한 상황에서 대체인력 투입도 방법을 찾기 힘들었다”고 토로했다.

그 결과 실제로는 장애인이 갈 수 있는 격리시설도 없고, 돌봐줄 가족이나 동거인도 없고, 활동지원사도 없어서 장애인 혼자 자가격리하며 어려움을 겪은 사례도 발생했다.¹²⁷⁾¹²⁸⁾¹²⁹⁾¹³⁰⁾

125) 한겨레. 2020.3.3. [“홀로 자가격리·불안한 집단생활 ... 장애인 대책은 아직 감감.”](#)

126) 에이블뉴스. 2020.2.17. [“‘코로나19’ 장애인활동지원 대책 구멍”](#)

127) 비마이너. 2020.3.19. [“중증장애인, 활동지원사 없이 홀로 버틴 11일의 자가격리.”](#)

128) 웰페어뉴스. 2020.3.2. [“코로나19 자가격리 되는 장애인 ‘지원인력도 대책도 없어’”](#)

129) 뉴스1. 2020.3.24. [“‘아이도 함께 확진되게 해주세요’ 발달장애인 엄마의 기도.”](#)

130) 중앙일보. 2020.3.1. [““생활 구호물품 주고 가버렸다” 자가격리 1급 장애인들 사투”](#)

뇌병변장애인 김성민 씨(가명, 38세)는 “감염병보다 더 무서운 것은 활동지원 없이 혼자 갇혀 지낸 시간이었다”라고 말한다. (중략) 성민 씨는 자신에게 들이닥친 약 2주의 격리기간이 어두운 터널에 갇힌 것처럼 느껴졌다고 말한다. 신체 중에서 오른손 하나를 겨우 움직일 수 있는 그에게 가장 먼저 닥친 문제는 배고픔이었다. (중략) 오랫동안 제대로 씻지 못하면서 생긴 고충도 있었다. (중략) “오른손으로 세수와 머리만 감는 데 1시간이 걸렸다”라고 말했다. 이어 “손이 닿지 않는 부분인 엉덩이에는 진물이나 살이 벗겨질 정도였다”라고 당시 상황을 전했다. … “나를 정말 불안하게 하는 것은 보건소에 닿지 않는 전화였고, 내게 정말 필요한 것은 코로나19 확진검사를 받는 것이었다”라고 말했다. 고립 7일째인 3월 1일까지도 보건소에 계속 연락을 시도했지만, 통화 중이거나 연락이 닿지 않았다.

정부는 활동지원사에게 장애인의 일상생활 지원을 넘어 감염병 유행 시 자가격리 대상자를 지원하는 역할까지 부여하면서도, 이와 관련한 교육·훈련, 구체적인 매뉴얼 및 지침 제시, 감염병 보호 대책 및 감염 예방 물품 지원, 종사자 안전·건강 모니터링, 위험수당 지급 등의 방침도 마련하지 않았다. 결국, 활동지원사들은 공적인 지원 없이 오로지 자신의 노력과 헌신만으로 장애인의 자가격리와 입원 등을 지원하여야 했다. 또 자가격리 장애인을 활동지원사가 지원할 경우 식대가 지급되지 않지만, 사회서비스원의 정직원 등이 투입될 경우 이들에게는 식대가 지급되는 등 처우에서도 차별이 발생한 것으로 나타났다.

“우리 활동지원사는 일상생활 지원이지만, 이게 질병, 감염병 상황에서 그런 지원이 동일하게 된다고는 보면 안 되는 부분이 있는 거죠. 그래서 그때는 그냥 일상생활 건강한 상태, 장애인이 아니고, 특별히 더 신경을 쓰고, 굉장히 많잖아요. 자가격리에 들어가면 발열 체크부터 시작해서 거리 두기나 이런 게 굉장히 복잡한데, 그런 거에 맞는 회복이라든지, 최대한 적절하게 지원될 수 있도록 할 수 있는 게 이미 매뉴얼화 되어 있어야 하는데 그런 게 없었다는 거?” (장애인활동지원사 1)

“(중략) 자가격리가 보통 2주 정도니까, 24시간 14일 근무로 공고를 냈었어요. 그러면서 그제 활동지원사가 투입됐을 때는 식대를 지급을 안 하는데, 만약에 기관 직원이, 정규직 직원이 만약에 활동지원사가 없어서 자가격리자 장애인 지원에 들어가게 되고 식대를 준 다든지. 그러니까 어떤 급여적인 면에서도 또 차이가 있고 (중략)” (장애인활동지원사 1)

지난달 29일 새벽 5시, 대구의 한 장애인단체 활동가인 정지원(31)씨는 전날 밤 지역 장애인 가운데 처음 코로나19 확진 판정을 받은 지적장애 2급 ㄱ(48)씨의 상태를 살피려고, 레벨D 방호복을 입은 채 장애인 자립주택에 들어갔다. 입원병상이 없어 집에서 대기 중이던 ㄱ씨의 체온을 재고 집을 소독했다. 환자에게 상황을 설명하고 짐을 싸는 등 입원 전 준비도 그의 몫이었다. ... 이처럼 코로나19에 노출된 장애인의 입원과 자가격리 과정은 오롯이 공적 대응체계가 아닌 민간단체의 몫으로 진행되고 있다. ... 특히 의사 표현에 어려움을 겪는 경우엔 코로나19에 감염돼도 자신의 증상을 표현하는 데 한계가 있어, 누군가가 함께 생활하며 건강 상태를 확인하지 않으면 검사나 치료를 받기도 전에 증상이 급속도로 나빠질 수 있다.¹³¹⁾

장애인이 자가격리 하지 않더라도, 이들의 일상을 지원하는 것은 코로나19 시기에 더욱 어려워졌다. 우선 기존 장애인 활동지원서비스의 문제점은 아래 표 13과 같다(김철, 2017).

표 13. 기존 장애인 활동지원서비스의 문제점

장애인(수요자) 차원	활동지원사(공급자) 차원		
• 상황과 필요를 고려하지 않은 일괄적 활동지원 시간(바우처) 제공 → 활동지원서비스 시간이 부족한 경우 발생 • 자신의 상황에 맞는 활동지원사를 구하기 어려운 경우(미스매칭) 발생 • 최종증장애인, 짧은 시간만을 필요로 하는 경증장애인 등	• 낮은 서비스 단가		
	2020년 1시간당 수가	활동지원기관 운영 비 (간접인건비) *최대 25% 권장	활동지원사 직접인건비 *최소 75% 권장
	13,500원	3,375원	10,125원
	• 수가 분배비율은 ‘권장’이기 때문에 중개기관이 더 많이 가져갈 수도 있음¹³²⁾ • 중개기관의 수입은 오로지 바우처 → 운영비 확보가 어려워 활동지원사의 수당을 제한하거나 수요자를 늘리기 위한 양적 경쟁에 치우칠 수 있음		

코로나19 유행 중 활동지원사들은 다음과 같은 문제를 겪고 있는 것으로 나타났다.

● 감염 예방 및 안전을 위한 조치 미흡

활동지원사들은 평소와 달리 코로나19가 유행하는 시기에 감염 취약집단의 생활을 지원하는데도, 이와 관련한 구체적인 지침이나 정보, 마스크와 같이 감염 예방에 필요한 최소한의 물품 등도 전혀 전달받지 못한 채 일하고 있었다.

131) 한겨레. 2020.3.3. “홀로 자가격리·불안한 집단생활 ... 장애인 대책은 아직 감감.”

132) 에이블뉴스. 2020.4.27. “활동지원사 임금비율 슬쩍 고친 복지부.”

“대구에 굉장히 빠르게 코로나가 확산됐는데도 마스크 지급이 거의 안 됐었어요. (중략) 본인이 스스로 장갑, 비닐장갑 같은 것까지 다 챙겨서 일을 하고 혼자서 알아서 해야만 하는 상황? 어떤 구체적인 지침이라든지 혹은 지원이 전혀 없이(후략)” (장애인활동지원사 1)

“제가 ○○구에 있는 기관에서 일하고 있는데요. 여섯 장, 여태까지. (질: 네? 유행이 시작되고요?) 네. 이때까지 여섯 장. 구에서만 한 장이 나왔을 거고 그때 ◇◇시에서 한 번, 전에 뉴스가 한 번 났어요, 그래서 한번 5장을 받았어요.” (장애인활동지원사 2)

“그런데 사실 따지고 보면 노동자들이 코로나에 감염되지 않도록 하기 위한 지원은 전혀 없고. 사실 정보도 안 줘요. 저도 이야기를 전해들은 건데, 대구에서는 이용자분이 확진자가 다녀간 장소에 갔고 그런데 그 이용자분에 대해 활동지원사 여러 분이 투입되는데 [그 이용자를 원래 담당해 그와 밀접히 접촉해왔던] 활동지원사는 그것에 대한 정보가 안 주어져요. 이용자가 혹시라도 위험이 있다고 한다면, 활동지원사가 마스크는 지급 못 받아도 알고라도 있으면 하다못해 자기 돈으로라도 방호구라도 하나 사입고 들어가서 할 수는 있을 텐데. 물론 방호구 같은 건 당연히 지급받아야 하지만. 그런데 그런 것들에 대한 정보도 전혀 안 주어지는 거죠.” (장애인활동지원사 2)

● 경제적 어려움

코로나19 유행으로 사회복지시설 휴관 등 서비스 대상자들이 외부 활동을 자제하면서 활동지원사들 중 일하는 시간과 급여가 줄어든 경우도 있었다. 그러나 활동지원사들은 정부의 노동자 생계지원 대책 대상에서 제외되면서 경제적인 어려움의 여파를 고스란히 맞게 되었다.

“외부에서 오는 인력이고 여러 사람 만나서 자기도 감염되면 무서우니까 한 1-2주 잠시 오지 마세요, 하던 게 두 달이 되고 석 달이 되고 하는 경우가 있고요. 그리고 발달장애인 같은 경우에는 학교에 갔는데 갑자기 학교가 개학을 안하잖아요? 그럼 활동지원사 분들이 등하교 하면서 근무를 하셨는데. 원래 학교 오가는 거를 서비스로 받으셨던 분들도 있어요. 그런데 갑자기 학교를 안 가니까 안 되고.” (장애인활동지원사 2)

“노동부에서 했던 그런 노동자 생계 지원 대책에서 전혀 대상이 안 됐어요. (질: 되게 어려니하네요.) 저희가 아예 없었어요. 그래서 5월 1일에 요구했는데 보건복지부는 우리 예산은 장애인들을 위한 예산이어서 노동자를 위한 게 아니고 고용노동부에서는 이걸 보건복지부와 협의해야 되지 않겠느냐 하면서 서로 떠넘기는 거죠. 저희가 보건복지부, 광역지자체, 기초지자체 이런 식으로 엄청나게 연관된 데가 많아서 사실 이런 경험들은 되게. (질: 어디다 싸워야 되는지, 정부도 있고요.) 그렇죠, 그런 거죠. 서로 책임 떠넘기는 상황이고.” (장애인활동지원사 2)

● 활동지원사에 대한 사회적 낙인

대구에서 신천지로 인해 많은 확진자가 발생한 당시, 일부 활동지원사의 확진은 활동지원사 전반에 대한 낙인과 혐오로 일반화되었다. 많은 활동지원사들이 40~50대의 중년 여성인데, 이들에 대해 신천지라는 낙인, “전문적이고 자기 일을 제대로 하는 사람들이 아니”라는 식의 모욕 등은 이들이 일하는 것을 더욱 힘들게 했다. 이들은 재난의 와중에도 위험을 무릅쓰고 장애인의 생활을 지원하기 위해 노력했지만, 이들의 노고는 사회적으로 치하 혹은 격려되지 않았고, 활동지원사에 대한 낙인과 모욕이 이루어지는 속에서 이들의 안전한 노동을 지원하기 위한 책임 있는 대책도 제시되지 못했다.

“노동자들은 재난 상황에서도 거의 다 대부분이 일을 하고 있단 말이죠. 상당수는 매일 매일 일을 그럼에도 불구하고 출근을 해오고 있었던 말이죠. 그렇게 일을 하고 있는데도, 그러면 그 사람들이 좀 더 일을 잘 할 수 있도록 많은 것보다도 그렇게 계속 끊임없이 막 어떤 노동을 비하하는 여성의 그런 노동을 너무 쉽게 얘기했던 것들이. 사실은 그게 정말 좀 힘들었던 것 같아요. 의료진에 대해서는 지금은 다들 그렇게 하잖아요. 덕분에 쉼터지하고 그렇지만. 의료진이 아닌 수많은 사회서비스 노동을 하는 사람들, 고령의 그렇게 전문적으로 보이지도 않고, 그분들의 노동에 대해서는 아직까지도 이런 상황에서조차도 존중받지 못하는구나. 그런 생각이 들었죠.” (장애인활동지원사 1)

“그러면서 확진되면 대구시에서는 정말 쉽게 신천지였다. 활동지원사 확진자들은 거의 다 신천지다 이런 식의 얘기만 계속하고 언론에도 자꾸 그런 얘기를, 중개기관 쪽에서 얘기하는데 거의 다 신천지였다. 이런 식의 이야기를 중개기관에서도 하고 대구시에서도 하고. (중략) 물론 신천지가 있기도 하겠지만 그런 어떤 지금 상황에서 노동권이 침해당하거나 혹은 예방을 위해서 어떤 조치가 필요한지에 대한 얘기를 했을 때 그런 거에 대한 적극적인 협의나 그런 건 없이 신천지라는 낙인과 지원사들이 (중략) 어떤 전문적이고 자기 일을 제대로 하는 사람들이 아니고 그냥 저렇게 좀, 그냥 사실 여성에 대한 모욕인 거죠. 여성 노동을 모욕하는 그런 낙인찍기로 물면서 책임을 회피하는 게 벌어졌죠, 대구에서는.” (장애인활동지원사 1)

② 홈리스, 쪽방주민에서 행정체계의 장벽

정보 부족의 문제는 코로나 유행 중의 삶 자체를 흔들어놓고 있었다. 사회적 거리두기와 같은 코로나 유행에 대응하기 위한 정보에 접근하기 어려웠고, 어렵사리 정보를 알게 된 때에도 마스크와 같은 개인위생도구를 얻기 어려웠다. 주민등록증의 존재, 주소지와 거주지의 일치 같은 행정의 입장에서는 당연한 일이 당연하지 않았던 쪽방과 거리에서는 재난지원금을 받는 일도 쉽지 않았다. 7월 말이 되어 거리에 있는 노숙인들의 재난지원금 신청비율이 38.5%에 불과

한 사실이 알려지면서 서울시와 경기도에서 재난지원금을 못 받은 이들을 돕기 위해 나섰지만 신청이 마감된 시점에서 노숙인들이 실제 얼마나 지원금을 받았는지는 알려져 있지 않다 .133)134)

“(면담자: 신문은 어떻게 구해요?) 누가 놓고 가져나 그런 거로 보는 거죠. 용산이나 서울 역, 영등포에는 TV가 있죠. 그런 데서 뉴스 보거나. 그런 걸 안 보는 사람들은 누가 얘기를 안 해주면 모르는 거죠. 나도 몰랐지. 나더러 대중교통 타고 다닌다고 떠들떠들 앉으라고 왜 나한테 그런 소리 하지? 그리고 기분이 나쁘죠. 차별한다고 생각했지 (웃음) 그랬더니 그게 한참 후에 보니까 그게 방송에 계속 나왔더라고.” (홈리스1)

“두 가지 다예요. 그때 줄을 한 시간 이상씩 기다려야 했어요. 일하다가 가서 중간에 그걸 산다고. 오후 늦게 가면 없어요. (면담자: 맞아요. 지금은 있는데 그때는 없었어요.) 그러니 일하다가 아침에 일해야 되는데 한창 바쁠 때인데 가서 줄 설 수도 없고. 그리고 가격도 그렇게 만만치가 않았었고.” (홈리스2)

“우리 같은 경우에는 얼른 주민등록증을 만들어라. 그렇게 하는 거죠. 한 보름 걸리거든요. 그게 아마 1차가 5월 15일까지인가 그럴 거예요. 지금 며칠 안 남았는데. 그래도 제 생각에는 사진을 대조해야지 아무나 줄 순 없잖아요. (면담자: 만들고 나면?) 민증이 있으면 그걸 확인해서 자격이 되면 타는 거죠. (중략) 그렇죠. 그렇게 하는 사람도 있고, 어떤 사람은 다 알려줘도 그거를 안 하는 사람도 있고 그래요. 아직도 모르는 사람도 많은 것 같고. 그런데 그 사람들 중에서 어떤 사람은 핸드폰 갖고 보는 사람은 좀 아는 사람도 있고.” (홈리스1)

“저는 주소지가 지금 전라도 광주로 되어있어서 (재난지원금을) 못 받았어요. (면담자: 아, 주소지 때문에?) 네. 그게 또 주소지 안에서만 써야 되잖아요.” (홈리스2)

건강이 안 좋아 다른 이의 돌봄을 필요로 하는 경우도 많았는데, 주거공간을 확보하지 못하는 일은 단순히 몸 누일 곳이 없는 문제를 넘어 삶을 영위하는데 필요한 여러 자원에 접근할 수 있는 경로를 잃어버리는 일이었다.

“5월 셋째 주인가 넷째 주에 그분 퇴원하시는데 그 사람 방 없다. 아무도 안 받아준다. 저희는 근처에 구해보고 있는데. 그런데 이분은 혼자 생활을 못 해요, 장애가 있으셔서. 그런 거에 대한 대안이 없거든요.” (쪽방활동가 1)

“일반 간단한 치료 같은 거는 거기 시설에 입소가 되어있으면 시설에서 해주고, 크게 돈

133) 중앙일보. 2020.7.23. [재난지원금 못받은 거리 노숙인...서울시 전담창구 만들고 지급 돕는다.](#)

134) 중부일보. 2020.7.28. [도, 다음달 18일 긴급재난지원금 신청 마감까지 '찾아가는 신청 지원' 서비스 진행](#)

들어가는 일은 없어요. 일을 한다든지 그러면 본인이 돈을 내야 되는 거고." (홈리스2)

4.3. 소결

(1) 기존 대응방식과 한계

코로나19 유행과 관련해 정부가 내놓는 조직 개편과 인프라 확충안은 주로 장기적 대안이다. 대표적인 것이 관련 중앙과 지방정부의 조직개편이다. 정부가 할 수 있는 가장 가시적인 대응방안이지만 현장의 문제와 연결되어 있지 않으면 실질적 효과를 보기 어렵다.¹³⁵⁾ 어떤 조직이 새로 생기고 바뀌더라도 기능에 차이를 낼 수 있는 수준의 전문적 인력배치, 업무 범위의 차이, 책무성 구조와 권력 구조의 변화가 이루어지지 않으면 실제로 작동하기 어렵다. 공공병원 신설 요구와 움직임도 더욱 활발해졌지만 메르스 유행 이후를 돌이켜보면 알 수 있듯 공공병상은 쉽게 확충되기 어렵다. 목표가 명확할수록 실현되기 쉬운데 감염병 전문병원이 대표적이다. 문제는 그만큼 활용범위가 좁고 효과도 크지 않다는 것인데, 몇 개의 전문병원 지정만으로는 당연히 체계 수준의 강화를 기대하기 어렵다. 지역의 다른 병원들이 확진자를 치료하거나 비감염 환자 치료를 위한 동선 분리 등의 시스템 정비를 할 수 있도록 시간을 벌어주는 것이 가장 명확한 효과일 것이다. 하지만 대구에서와 같이 대규모 유행이 발생하면 결국에는 지역의 공공병원과 민간병원이 하나의 체계 하에 감염환자 수용과 일반환자 치료의 역할을 나누어야 하고 이를 위해서는 중앙, 광역, 지역 내 의료인프라 활용에 대한 계획과 사전 준비, 정기적인 훈련이 필요하다.

코로나19 유행에서 경험한 의료문제는 신종감염병 대응에 필요한 직접 인프라뿐 아니라 본래 공공의료 인프라 자체의 취약함을 부각시켰고, 인프라의 보완은 필수적이다. 다만 인프라에 관한 대안은 대체로 장기적이며 서비스의 생산과 적합한 배분으로 이어지는 데에는 여러 사회적 결정요인과 연결고리가 작동하기에, 그 대안이 정말로 사람들의 고통을 줄일 수 있을 것이라는 논리와 근거가 탄탄해야 하고, 당장 근거가 없더라도 섬세한 계획과 모니터링이 필요하다. 더불어, 장기적인 대안 외에도 그 사이에 유발된 공백을 메우고 변화된 체계에서 발생한 새로운 고통을 줄이기 위한 중단기 대안을 현장의 필요를 중심으로 빠르게 마련해나가야 한다.

코로나19로 인해 새로운 필요가 발생했을 때 그것을 해결하기 위해 시스템은 평소와 다르게

135) 서리폴논평. 2020. 06. 08. [‘질병관리청’ 논의, 처음부터 틀렸다](#)

작동해야 한다. 시스템의 완충 역량이 충분하다면 기존 시스템의 구조와 업무(output)를 유지하면서 추가적인 필요를 해결할 수도 있겠지만 새로운 필요, 즉, 감염유행이 커지고 사회적 우선순위가 올라갈수록 기존 시스템이 지닌 역량만으로 해결이 어려워진다. 어쩔 수 없이 새롭게 나타난 위험을 해결하기 위해 시스템이 변화/이동하고, 추가 자원이 투입되지 않는다면 그 과정에서 기존의 필요 중 우선순위가 낮은 부분부터 손을 놓을 수밖에 없게 된다. 그만큼의 영역과 집단에 공백이 발생하는 것이다. 문제는 이 때의 우선순위가 정말 필요를 기초로 정해지기보다 서비스를 중단하는 것에 반발할 권력과 힘이 없는 집단이 대상이 되기 쉽다는 것, 그리고 이들은 이러한 서비스가 없어지면 이를 대신할 개인의 자원 또한 충분치 않기에 더 취약해진다는 것이다.

예측할 수 없었던 위기에서 이와 같은 일들이 발생하는 것은 어쩔 수 없다. 그러나 건강한 사회라면 긴급한 시기를 넘긴 이후에라도 되돌아와 급하게 대처하느라 놓아버린 부분을 보완하고 회복하기 위해 움직여야 한다. 이후에 비슷한 위기가 올 것에 대비하여 완충 역량을 키우고 인프라의 양적 질적 수준을 높이며 시스템을 재정비하는 작업을 당장 시작해야 한다. 이것은 체계 수준의 회복력(system resilience)을 의미한다. 최근 다시 크고 작은 집단감염 소식이 들려오고 있다. 앞으로 다가올 명절과 겨울시즌에 똑같은 고통을 되풀이하고 가중시키지 않기 위해 지금 바로 재정비를 단단히 해야 할 때다.

앞서 살펴본 서비스와 인프라 현황을 중심으로 지금까지 정부의 대응에 어떤 한계가 있는지를 짚어보면 크게 코로나19 감염확산 저지 이외의 영역에 대한 관심의 부족과 더불어 사회적 지위와 자원 등의 역량이 취약한 인구집단에 대한 인권적 고려의 부재라는 두 가지 경향이 드러났다. 그림 7의 모식도로 나타낸 것과 같이 지금까지 정부의 대응은 주로 코로나 방역과 치료 영역, 그리고 공식적인 사회체계에 속한 주류 인구집단을 대상으로 이루어져왔다. 대체로 사회적 혼란 상황에서 더 많은 어려움을 겪는 이들은 사회경제적 지위와 자원이 취약한 경우다. 이 두 가지 문제의 축에 비추어 구체적으로는 다음과 같은 문제점들로 요약된다.

첫째, 코로나 이외의 의료이용에 대한 대비와 취약집단의 의료접근에 대한 고려가 부족했다. 메르스 때에도 공공의료기관 병상을 개소하는 과정에서 홈리스, HIV/AIDS 감염환자 등이 충분한 전원 조치나 사후조치 없이 방치되었던 것이 문제가 되었다. 전보다는 나아졌다고 하나 여전히 상황이 급했던 곳에서는 비슷한 일이 벌어졌고 특히 의료기관의 선택권이 주로 공공의료기관으로 제한된 홈리스, 이주민 등에 대한 대안은 전혀 없었다.

둘째, 코로나 방역과 치료 영역에서조차 취약집단에 대한 고려가 부족했다. 코로나 선별검사

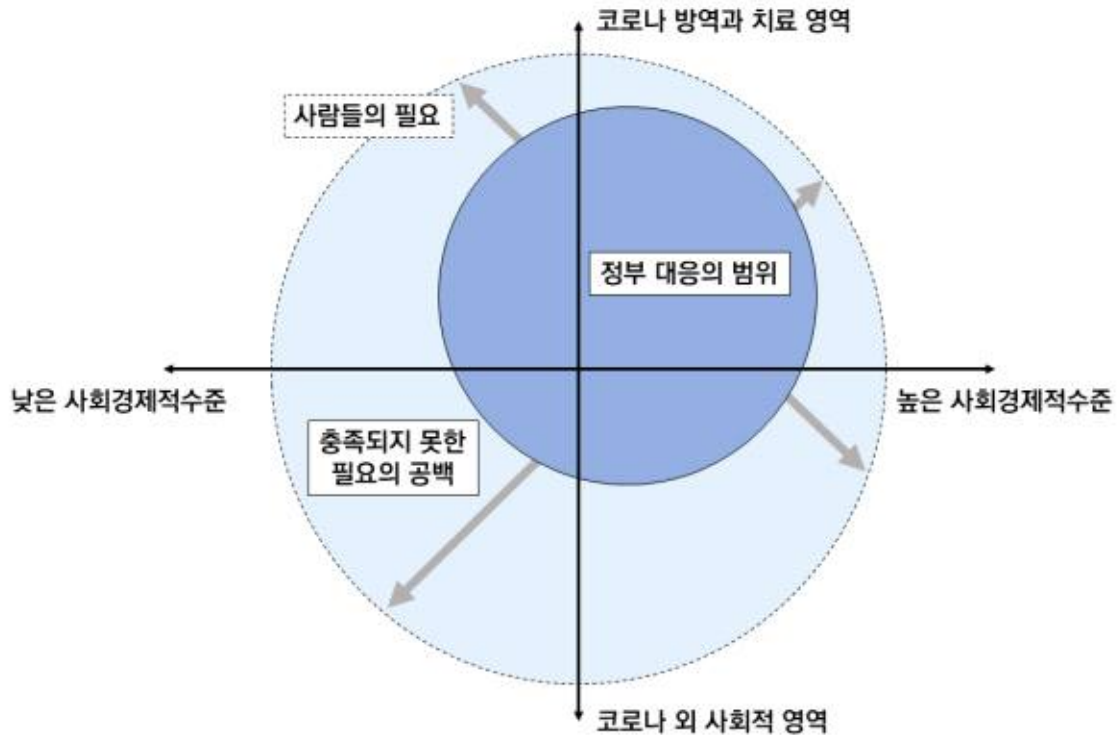


그림 7 코로나19 유행에 대한 정부의 대응과 사람들의 필요 미충족 모식도

소가 지역 곳곳에 설치되어 쉽 없이 운영되었음에도 이주민과 장애인은 코로나 선별검사소에 쉽게 접근하기 어려웠다. 언어적 문제로부터 물리적 접근성에 이르기까지 누군가에게는 당연한 한글로 된 안내문을 읽고 누군가의 도움 없이도 수 시간을 줄을 서서 검사를 받을 수 있는 상황은 누군가에게는 쉽지 않은 일이었다. 장애인에게는 활동지원사와 같은 돌봄인 없이는 입원과 자가격리도 쉽게 할 수 없었고 생활치료센터는 아예 입소조차 고려되지 못했다.

셋째, 공공보건기관과 사회복지시설 휴관, 서비스 중단과 재개 논의 과정에서 의료/복지/돌봄 공백이 충분히 보완되지 못했고 모든 책임이 민간과 가족과 개인에게 충분한 대책 없이 떠넘겨졌다. 지침과 절차는 있었지만 막상 현장에서는 자원도 부족하고 준비가 되어있지 않아 실무자들이 당장 활용할 수 있는 상태가 아니었고 긴급 돌봄 제공이나 운영 재개 방침도 사전 논의 없이 먼저 언론에 공개가 된 후에야 실무자들이 확인하고 급하게 방안을 마련하는 일들이 비일비재했다. 긴급돌봄과 필수돌봄을 유지하기 위한 방안을 마련했다고 하지만, 긴급과 필수 기준은 여전히 행정 중심으로 정해진 것이었고, 이용자와 실무자들의 필요와 문제가 제대로 파악되지 않았다.

<코로나19 유행 대비 사회복지서비스 유지를 위한 공통대응 지침, 2020. 2. 21>

- ▶ 재가서비스 대상자 격리
 - 서비스 지속제공 필요여부 파악(이용자) → 서비스공급 가능여부 확인(제공자) → 가족돌봄 가능여부 파악(이용자) → 관련 연계·대체서비스(읍면동)
- ▶ 이용시설 격리자 발생 또는 시설 휴관
 - 종사자 업무배제 : 기관내 업무조정 또는 대체인력*을 활용하여 서비스 유지
 - * 사회복지시설 종사자의 불가피한 사유로 서비스 공백이 발생할 경우 파견지원하는 인력
 - 시설휴관 : 인근 이용시설 연계 → 연계시설 없을 경우 중증장애인 등 취약계층을 대상으로 안부, 식사 등 재가서비스 연계
- ▶ 생활시설 격리자 발생 또는 시설 폐쇄
 - 격리대상자 규모에 따라 시설 내 격리, 시도 접촉자 격리시설*로 이동 등 보건소 지휘에 따라 조치하되, 시설거주자 대상 필수서비스 유지방안 강구

넷째, 돌봄필요가 큰 집단에 대해 상호 안전한 돌봄제공이 유지될 수 없었다. 공공에서 제공하던 대면서비스부터 당장 축소, 중단되기 시작했고 많은 부분이 비대면서비스로 전환되었으나, 생존 자체를 위해 돌봄이 필요한 집단에겐 비대면서비스로는 충분치 않았다. 민간 활동가를 중심으로 돌봄 지원을 하고자 해도 감염위험을 막고자 하는 지침으로 인해 오히려 지원이 불가능한 경우도 있었는데, 이를 대신할 수 있도록 공적 서비스 제공 체계가 마련되어야 한다. 현재 사회복지서비스 형태를 하나의 대안으로 제시해볼 수 있겠지만, 아직 전국적으로 견고한 체계를 마련한 상태가 아니며, 시행중인 사회복지서비스도 지역마다 지자체 재정과 역량에 따라 운영에 큰 차이를 보인다.

다섯째, 거주지 안전과 자가격리 공간 확보가 어려운 집단에 대한 고려가 없었다. 이것은 대표적으로 행정중심적 대응지침의 한계를 보여준다. 자기 보호와 격리 공간으로서의 거주지가 방역에서 중요한 역할을 하는 공간임을 알면서도 행정적 책임망을 벗어난 그 바깥에서 각자의 책임으로 넘겨지기에 본래부터도 생활공간의 안전과 확보 자체가 어려웠던 사람들은 한번 더 소외되었다.

이와 같은 한계가 발생한 가장 핵심 원인으로 우리는 정부가 코로나19 대응에서 ‘사람 중심의 관점’을 가지지 않았다는 점을 지적하고자 한다. 정부가 가장 관심을 두는 것은 코로나19 확진자와 사망자의 수다. 집요하게 동선을 파악했고 하루 하루 어디에서 누가 얼마나 확진되었고 사망했는지를 발표했다. 암묵적으로 정부도 시민들도 그것을 성과지표로 삼아 대응을 잘하고 있는지 아닌지를 평가했다. 하지만 모두가 경험한 코로나19로 인한 영향은 감염이 되었다 아니냐에 그치지 않았다. 어떠한 조치로 일상에 변화를 겪었고, 필요한 무언가에 접근하지 못했으며 경제적으로 어려워졌고 사회적 관계가 차단되었다. 그것이 누군가에게 어떤 정도의

고통이 되었던 개인이 감당해야 했고 그 현황은 제대로 파악되지도 정부의 책임으로 평가되지도 않았다. 정부의 공식 행정체계가 손이 닿는 부분만으로는 현실적으로 사회 시스템의 모든 영역을 통제하고 관리할 수 없다는 것을 인지하고 민간과 시민사회영역에 협력을 구하고 소통했어야 했다. 줌바댄스 학원에서 집단감염이 있었을 때 체육관 휴관 권고가 이어졌지만, 비슷하거나 더 심한 정도의 조건과 환경을 갖춘 비슷한 다른 시설에 대한 조치가 함께 이루어지지 않았다. 누가 보더라도 밀접접촉 위험이 높았던 이태원 클럽에서 집단감염이 일어났을 때 그제서야 QR코드와 같은 조치가 추가되었다. 꼭 사람중심 관점이 아니더라도 기술적인 차원에서라도 사전에 예방 가능한 일이었으나, 적극적으로 책임져야 할 조치는 피하면서 최소한의 사후 조치만으로 면피하고자 한 탓이다. 이는 사회복지관 휴관 조치 등에서도 드러난다. 이용자들을 감염의 위험으로부터 보호하기 위한 것보다도 일차적으로 공공기관 또는 공공의 책임이 있는 장소에서 확진자가 발생하는 것을 예방하는 것을 우선한 것이라 해석한다. 그게 아니라면 보건소에서 진행하던 방문진료와 간호가 전화 상담으로 대체되는 가운데 같은 지역을 담당하던 장애인주치의 방문진료 담당 민간의료기관에게도 어떠한 지침이 있었어야 했다.

코로나19 이외의 문제들이 우선순위에서 밀리면서 현황조차 제대로 파악되지 못한 상황들도 근본적으로는 같은 원인을 공유한다. 대구에서 코로나19 집단감염이 발생했던 시기에 이전 사망자료와 비교한 결과 발견된 (코로나19 감염으로 인한 사망을 제외한)상당수의 초과사망이 있었던 결과를 통해 비로소 대구에서 그 당시에 다른 응급질환이나 중증 만성질환에 대한 의료서비스를 제때에 제대로 받지 못해 사망에 이른 사람들의 고통이 드러났다. 사망에 이르지 않았을 뿐, 병의 악화, 추가적인 경제적 부담, 불안과 막막함의 정신적 고통은 훨씬 더 많고 다양했을 것이다. 예컨대 코로나19와 무관한 사람들은 병원에서 치료를 받기 위해 자신이 코로나에 걸리지 않았다는 사실을 입증해야 했고, 이를 위해 코로나19 검사를 자기 비용을 들여서 받아야만 했다. 돌봄 미충족은 돌봄이 필요한 정도에 따라 우울증부터 생존의 위협까지 다양한 고통을 발생시켰음에도 그 현황조차 제대로 파악되지 않았다. 장애인, 이주민, 쪽방, 요양보호 등의 다양한 소외된 집단의 문제는 그나마 관련 학회, 활동가 단체 등의 산발적인 실태조사로, 그도 아니면 언론기사에 의존해 목소리를 내는 수준이다.

두 번째 원인으로 서비스를 중단하는 쪽이 아니라 안전대책을 강화하여 돌봄과 의료서비스를 유지하면서 감염위험을 줄이기 위한 국가적 책임에 소홀했다는 것을 지적한다. 필요한 돌봄과 의료서비스를 유지하면서 감염위험을 줄이기 위한 노력보다는 서비스를 중단하는 방향의 정책이 훨씬 손쉽다. 하지만 이는 돌봄과 의료가 필요한 사람들을 외면하고 민간과 가족과 개인에게 책임과 부담을 떠넘기는 방식이다. 공공에서 위험을 감수하거나 안전책을 마련하여 서

비스를 유지해야 할 마당에 오히려 공공이 서비스를 중단하고 민간의 활동에 기대야 하는 상황은 이제 바뀌어야 한다. 서비스를 유지하고 안전을 더욱 기하는 데 필요한 공공인프라가 부족한 것도 근본적인 문제다. 그나마 있는 공공인프라가 코로나19 방역과 치료에 투입되면서 기존의 서비스조차 중단되는 실정이나 공공인프라를 이용할 수밖에 없는 서비스 영역이나 취약집단이 가장 큰 타격을 받았다. 결국 대체할 민간 인프라와 가족 등의 개인자원이 없는 집단에 대한 불평등으로 이어질 수밖에 없었다. 7월 말부터 부분적으로 운영을 재개했던 사회복지시설은 8월 중 수도권을 시작으로 다시 확산이 심해질 조짐이 보이자 사회적 거리두기 2단계 격상에 따라 다시 휴관될 상황에 놓였다. 어린이집과 학교를 포함한 각종 사회복지기관의 운영 재중단으로 가족 돌봄을 떠안은 사람들과 담당 실무자들은 ‘더 버틸 수 없는 부담감’과 ‘언제 다시 무엇을 어떻게 해야 할지 혼란하여 더 막막한’ 상황으로 떠밀리는 중이다. 전 세계적인 추세와 지금까지의 국내 상황을 고려할 때 앞으로도 상당 기간 코로나19 유행은 완전히 종식되기 어려워 보이며 확산과 감소를 반복할 것이다. 그 때마다 이 혼란을 계속할 수는 없다. 코로나19 유행 상황의 영향을 완충할 수 있는 대응체계의 역량 강화가 필요하다. 물론 가장 취약한 집단에까지 닿아야 한다.

(2) 개선방향

신종감염병 대응과 치료를 위한 공공의료 인프라 확대는 더 강조하지 않아도 이미 충분히 중요한 이슈로 다뤄지고 있으므로 이 부분에서 따로 다루지 않기로 한다. 최근의 코로나 재확산 상황에서 이미 2월부터 지적된 병상 확보 문제는 여전히 적극적인 대응이 필요하나, 이 부분은 단순한 인프라의 문제를 넘어서 중앙과 광역/지방정부의 책무와 공공과 민간의료부문간 협력 거버넌스 접근이 필요하다. 이는 보고서의 ‘5장. 공중보건위기에서의 재난거버넌스 - 정부의 책무성’에서 따로 다루었다. 다음의 권고안은 주로 공공 의료/돌봄 인프라의 양적 질적 확대를 전제한다.

첫째, 신종감염병 유행을 준비하고 대응하는 프레임을 확장해야 한다. 신종감염병 대응 대책을 논하는 것은 부처 수준에서는 가능한 이야기이지만 국가 수준에서는 그보다 넓은 영역을 다루어야 한다. 신종감염병이 삶에 미치는 영향은 감염과 사망에만 국한되지 않으며 그에 관련된 체계도 폐쇄적이지 않다. 감염병 선별검사, 확진자 조사, 격리, 치료의 범위를 넘어 최소한 감염병 대응과 관련된 주요 인프라가 제공해온 서비스와 그를 이용하는 인구집단에 미치는 건강과 돌봄영향을 함께 고려해야 한다.

둘째, 신종감염병 유행을 준비하고 대응하는 체계의 관점 전환이 필요하다. 행정중심의 관점이 기존 행정체계에서 확인 가능하고 동원 가능한 인력, 시설, 장비를 기준으로 확진자와 사망자를 최소화는 전략과 지침이 중심이라면, 사람중심의 관점은 ‘누가 어떤 필요가 있는지, 누가 어떤 변화를 겪는지, 누가 어떤 피해를 입고 있는지’라는 질문에서 배제되는 사람이 없는 것을 관심에 둔다. 목표(성과)지표가 달라지게 되면 어떤 현황을 파악해야 하고 모니터링해야 하는지가 달라진다. 예컨대 감염을 최소화하는 가운데 유지해야 할 필수돌봄이 누구에게 무엇이 필요한지를 결정하는 것도 사람중심의 관점을 적용하면 달라질 수 있을 것이다. 이는 필연적으로 서비스가 사람들에게 제공되는 일차 접촉점인 현장 실무자와의 긴밀한 의사소통과 상황적 필요 요구에 대한 지원을 동반한다. 중앙집중적 지침과 대응은 현장과 사람들의 필요를 섬세하게 파악하기 어려울 수밖에 없다. 기존의 행정루트 외에도 시민단체, 주민들의 의견을 논의하고 모을 수 있는 통로가 필요한 이유다.

- 사회자 2: 그 장애인들 코로나 감염 현황을 알 수 없나요? 장애인 감염자 통계 같은 거 없죠?
- 장애인활동가 1: 없어요, 없어요. 그게 없어요. 그래서 그게 없어서 그럼 어떻게 파악하세요, 이게 되게 좋은 질문인데, 저희가 아까 말했지만 연대잖아요. 그러면 저희 밑에 한국뇌병변장애인인권협회라는 곳이 있고요, 뇌병변장애인. 그리고 전국장애인부모연대라는 데가 있어요, 여기는 발달 및 지적장애인. 그러면 여기는 또 각자가 갖고 있는 전국의 지회들이 있어요. 서울지회, 경기지회. 그럼 여기서 일주일마다 카운팅을 하는 거예요. 이번 주 무슨 소식 있어요? 이렇게 하는 거예요. 그렇게 해서 모으는 정보인데 이 정보도 되게 중구난방이에요. 사실. 그리고 분명히 월요일 오후 감염자 3명이 있었던 것 같아요, 그래서 저희도 회의 때 감염자 3명이 나왔습니다. 그런데 다음 주 월요일쯤 되니까 알고 보니 그냥 격리 의심자였네, 약간 이런.

셋째, 인권관점에 기초한 대응이 필요하다. 신종감염병 대응지침은 정규 직장과 가족과 집이 있는 사회적, 개인적 안전망이 갖추어진 사람만을 기준으로 삼아서는 안된다. <표 10>은 국내외 인권 관련 단체들에서 제안한 코로나19 대응 권고안을 일부 취합한 것이다¹³⁶⁾. 지금까지는 일단 지침이 배포된 이후에 소외된 집단이나 영역에서 문제를 제기하면 뒤늦게 일부가 추가되는 방식이었다. 지침은 이 사회의 구성원 누구도 배제되지 않도록, 예컨대, 장애인, 이주민, 홈

136) Human Rights Watch.. 2020.3.19. [Human Rights Dimensions of COVID-19 Response](#) ; Human Rights Watch. 2020.4.14. [COVID-19: A Human Rights Checklist](#) ; 비마이너. 2020.4.19. [번역] EU와 EU 내 국가 리더들에게 보내는 공개서한 : 코로나19의 장애 포괄 대책 Health Affairs. 2020.3.12. [Health Care Priorities For A COVID-19 Stimulus Bill: Recommendations To The Administration, Congress, And Other Federal, State And Local Leaders From Public Health, Medical, Policy And Legal Experts](#)

리스 등 취약집단을 처음부터 포괄해야 한다. 지침 배포 이전에 이와 같은 목록에 기초한 사전 점검 절차를 거치고 취약집단에 대한 필요 등 현황 파악과 일선 실무자와 활동가의 의견을 의사결정에 반영할 수 있는 피드백 채널을 마련해야 하며, 사후 현장 점검이나 지원 등이 뒤따라야 한다. 사회복지시설 휴관이나 요양시설 코호트 격리에서도 비슷한 접근이 이루어질 필요가 있다. 특히 코호트 격리와 관련하여 이것이 재난 취약계층에 대한 낙인과 혐오로 이어지지 않도록 더 세심한 주의가 필요하다. 2015년 메르스 유행 당시 시민건강연구소는 전라북도 순창군에 메르스 확진자가 한명 생겼다는 이유로 하루아침에 통째로 폐쇄되었던 마을 주민들의 이야기를 보고서에 담았다(시민건강연구소, 2016). 도시의 아파트에 확진자가 생겼다면 절대 그랬을리 없는 불평등한 처사였음은 물론, 그것이 마을 주민을 보호하려는 목적이 아니라 반대로 그들을 배제하고 버리는 방식이었기에 더욱 부당했다. 코로나19 유행시기에 마을 폐쇄와 같은 일은 없었지만 요양시설 코호트 격리가 유사한 사례가 되지 않도록 근거에 비추어 시라쿠사의 원칙에 부합하고 대상자의 보호를 우선으로 해야 한다.

표 14 인권을 고려한 코로나19 대응 체크리스트 목록의 예

영역별	체크리스트
모니터링 과 커뮤니케이션	- 인구집단별 감염률, 지원과 원조 접근성, 가정폭력 발생률 등과 같은 정보의 수집시 성별과 장애를 구분하는가 - 의료 정보 시스템과 모니터링, 코로나19의 영향과 전파를 모니터링하는 과정에서 반드시 성, 연령, 장애가 분석되어야 함 - 모든 정보를 쉬운 단어로 쓰고 크게 인쇄하여 읽기 쉽게 할 것. 공중보건 문자는 모두에게 전달 가능한 포맷이어야 함, 오프라인 정보 접근의 대안적 방법 제공 - 코로나19 관련 모든 대응에서 장애인 단체 등 취약계층의 적극적인 참여에 기반한 계획 마련 및 시행 필요
예 방 과 치 료	- 온라인 교육 및 업무 수행, 코로나19 관련 정보가 필요한 봉쇄 지역들에서 인터넷 비용을 낮추고 접근성을 높임으로써 디지털 격차를 해소하기 위한 조치를 취하고 있는가? - 정부는 장애인이나 장애 단체가 코로나19 예방 전략과 대응 대책에 접근 가능한 의사소통 노력을 개발하고 있는가?
검 사 와 치 료 의 제 공	- 모든 사람이 차별 없이 저렴하고 우수한 의료 서비스를 권리로써 이용할 수 있는가? 장애인 등 취약계층은 코로나19에 관해 의료시스템이 수준 이하인 별도의 시설에 분리되어선 안 됨 - 정부는 빈곤층, 성소수자, 장애인, 원주민 등 역사적으로 소외되어온 집단들이 보건의료에서 직면하는 장벽들을 해소하기 위해 노력하고 있는가? - 응급상황 및 건강 관리 차원에서 장애인을 지원하는 활동지원사, 수어통역사, 간병 돌봄 및 기타 모든 사람들에게 코로나19를 다루는 다른 의료종사자들과 동일한 수준의 건강 및 안전 보호가 제공되어야 함
의 사 와 일 선 근 로 자 들 의	- 정부는 잠재적으로 바이러스에 노출됨으로써 발생하는 불이익으로부터 보건 의료 종사자들을 보호하기 위한 조치를 취하고 있는가? - 기업과 정부는 대중교통, 식료품점, 배달 및 창고, 교도소, 가정 방문간호 등

인 권 을 존중하는 위기관리	보호	필수 업종 종사자들이 코로나19에 감염되지 않도록 충분히 보호하고 검사를 받을 수 있도록 조치를 취하고 있는가?
	다른 권 리 들 을 희생시키 지 않기	- 코로나19에 대응하기 위해 정부가 사용하는 디지털 감시기술이 사생활, 집회의 자유, 표현의 자유에 대한 권리를 보호할 수 있도록 협소하게 사용되고 있는가? - 정부는 이동, ‘비필수적인’ 의료 서비스의 제한이 낙태의 권리를 훼손하지 않도록 보장하고 있는가? - 젠더와 장애인을 고려한 위기관리대책이 이루어지고 있는가? (또한, 대응 대책은 장애의 유형, 성별, 연령 등에 따른 특정한 요구를 구분하여 제공하여야 함)
	경 제 적 여 파 에 대한 대 응	- 코로나19로 인한 경제적 여파를 완화하기 위한 정부 정책은 저소득 노동자, 미등록 이주노동자, 비공식 부문 노동자(간병인, 가사도우미, 이주여성 등)를 포함한 모든 사람의 기본적인 경제적 권리를 보장하고 있는가? - 정부는 사람들이 집에서 퇴거당하지 않도록 조치를 취하고 있는가? - 정부는 휴교와 이동 제한 조치로 인해 불균등하게 아동 돌봄의 부담을 안게 될 가능성이 높은 여성들을 지원하고 있는가?
	거리두기 의 폐해 에 대한 대응	- 정부는 거리 두기, 경제적 여파, 코로나19로 인한 가족의 사망 등에 따른 심리적 영향을 고려해 시민들에게 정신건강 서비스를 제공하고 있는가? - 장애 아동 등 소외집단도 원격 교육이 가능한 시스템을 제공하고 있는가? - 정부는 외국인/이주민 혐오 발언에 대응하고 있는가? - 정부는 가정폭력 피해자들을 지원하기 위한 조치를 취하고 있는가?
	사회심리 적 지원	
	아이들의 학업지속 폭력에의 대응	

넷째, 포괄적 돌봄체계와 돌봄의 공공화가 필요하다. 기존의 여러 이해관계가 충돌하고 있을 것이기 때문에 그리 녹록하지 않을 것임은 분명하다. 하지만, 공공화된 돌봄체계를 지향에 두지 않으면 앞으로도 생겨날 다양한 위기에서 우리가 알고 있는 문제가 비슷하게, 또 다르게 반복될 것이라는 점은 자명하다. 커뮤니티케어의 기반으로 검토되고 있는 사회서비스원을 비롯하여, 공공이 직접 돌봄서비스를 제공하는 방식으로 전환할 수 있는 상상력의 발휘가 필요하다. 아직 장애인 등 일부 영역에 불과한 주치의 제도와 방문진료 시범사업이 이러한 돌봄체계와 결합하여 지역사회에서 포괄적 돌봄이 필요한 모든 이들에게 닿을 수 있도록 해야 한다. 사람중심 위기 대응은 행정과 사람 사이를 이어주는 인력이 없다면 달성하기 어렵다. 이를 위해서라도 돌봄서비스를 제공하는 주체인 돌봄인력에 대한 공식적인 체계 마련은 필수적이다. 적정 수준의 돌봄노동자 고용/운영모델을 확립하여 긴급돌봄이나 코호트 격리 등에 투입되고 있는 돌봄종사자에 대한 안정적인 고용과 보호, 훈련, 지원이 필요하다. 이러한 전환이 얼마나 가능할 것인지는 미지수이며, 가능하더라도 사람들의 고통을 당장 줄여줄 것이라고 기대하기는 어렵다. 지금 시급하게 할 수 있고, 또 해야 하는 일은 이들의 삶을 지탱하고 있는 여러 서비스를 엮어내는 주체를 정하는 일이다. 서울시의 자활지원과, 대구시의 복지정책과 같은 부서가 쪽방 거주민과 홈리스가 기존에 받고 있던 서비스를 정리하고, 보건소, 공공기관, 공공병원

과의 조정을 통해 코로나 유행 확산을 막으면서도 지속가능하게 만들어 주는 것이 시급하다. 작동할 수 있는 민간 영역의 서비스를 유지할 수 있는 틀을 만들고, 코로나 유행으로 인해 추가로 필요해진 필요를 채워나가야 한다. 삶을 유지하게 하는 체계의 운영자로서 국가가 역할을 해야 할 때다.

“민간이 하고 있는 활동들이 자율적이라서 컨트롤할 수 없다라고만 얘기할 게 아니고, 어차피 서비스를 받는 분들은 주민들이잖아요. 기본적으로 이걸 할 때 지침이나 이런 걸 기본적으로 관에서 제시를 해주고, 그리고 여기 오는 시민단체나 그런 분들은 그런 것들에 준해서 따를 수 있도록 하는 것도 좀 필요하다. 그래서 두 가지죠. 기존에 있는 서비스를 계속 지원될 수 있는 대안을 찾아야 된다. 두 번째로는 다양하고 자유로운 시민단체 활동, 개인의 다양한 활동들에 대해서도 합의를 바탕으로 해서 협의를 바탕으로 해서 서로 안전하게 운영되고 활동할 수 있도록 거버넌스적인 협력 체계가 필요하다.” (쪽방활동가 2)

5. 공중보건위기에서의 재난거버넌스

5.1. 들어가는 글

한국에서의 본격적인 코로나19 유행은 2020년 1월 20일, 국내 첫 확진환자가 발생하면서부터 시작되었다. 첫 확진자는 우한에서 입국한 중국여성이었고, 1월 말까지 발생한 12명의 확진자들 다수가 중국 우한에서 입국한 1차 감염자이거나 그들로부터 감염된 2,3차 감염자였다. 그런 사실 때문에 ‘중국인 입국금지 요청’ 국민청원은 청원시작(1월23일) 3일 만에 41만 명의 동의를 얻는 등 중국인에 대한 입국금지가 한동안 사회적 논란이 되었다. 또한 우한 교민의 국내 수용소식에 지역주민들의 반발이 이어지자 문재인대통령은 ‘과도한 불안감과 막연한 공포에 단호하게 맞서야 한다’는 발표를 하기에 이른다. 특정지명을 감염병의 이름에 사용하지 못하도록 하는 WHO의 가이드라인이 1월초 이미 발표되었고, 질병관리본부도 1월 13일부터 ‘신종 코로나바이러스’로 명칭을 통일했음에도, 중국인 및 중국동포가 많이 사는 지역은 불안과 혐오의 시선으로 과도한 주목을 받았고¹³⁷⁾ 일부 우파 정치인들이나 언론 그리고 대한의사협회에서는 계속 ‘우한 폐렴’이라는 용어를 사용했다¹³⁸⁾. 2020년 2월 19일, 대구에서 해외여행력이 없는 신천지 교인이 국내 31번째 확진자로 확인되기 전까지 며칠 동안 확진자가 1명도 안 생기는 등 유행은 사그라드는 것처럼 보였다. 이때까지 첫 한 달은 정부에서는 확진자들의 동선을 철저히 추적하고, 방문했던 상점과 지역에 대한 세세한 정보를 공개한 기간이다. 확진자가 30명 이내로 전체 인구수에 비해서 소규모였고, 해외유입 사례가 많았기 때문에 방역당국의 대응도 출입국 경로를 중심으로 감시하고 확진자를 관리하는 것이었다. 이때는 방역당국이 주도하여 감염병위기경보 수준 ‘주의’에서 ‘경계’ 상향 및 신종코로나바이러스감염증 중앙사고수습본부 설치(1월 27일), 진단시약의 긴급사용 승인(2월 4일), 마스크 긴급수급조정조치(2월 12일) 등 신종감염병 대책을 판단하고 결정하였다.

2월 20일 청도 대남병원에 입원해있던 60대 환자가 첫 코로나19 사망자로 확인되고, 신천지 교인을 중심으로 대구·경북지역에서 확진자 규모가 증가하면서 새로운 국면을 맞게 된다. 감

137) 프레시안. 2020.01.29. [‘이 때다’ ... 반중 혐오 조장 앞장서는 언론의 민낯](#)

경기방송. 2020.01.29. [안산, 시흥, 김포시 등 신종 코로나바이러스 차단 총력](#)

138) 대한의사협회 긴급대국민담화. 2020.01.26. [“우한폐렴사태, 최악의 상황 대비해야...”](#)

뉴스톱. 2020.02.13. [“‘우한 폐렴’ 명칭을 고집하는 조선·한경·종편”](#)

염병 사상 처음으로 중앙재난안전대책본부(본부장 정세균 국무총리, 1차장 겸 중앙사고수습본부장 박능후 보건복지부 장관)가 설치되고 감염병 위기경보가 “경계”에서 “심각”으로 상향되었다¹³⁹⁾.

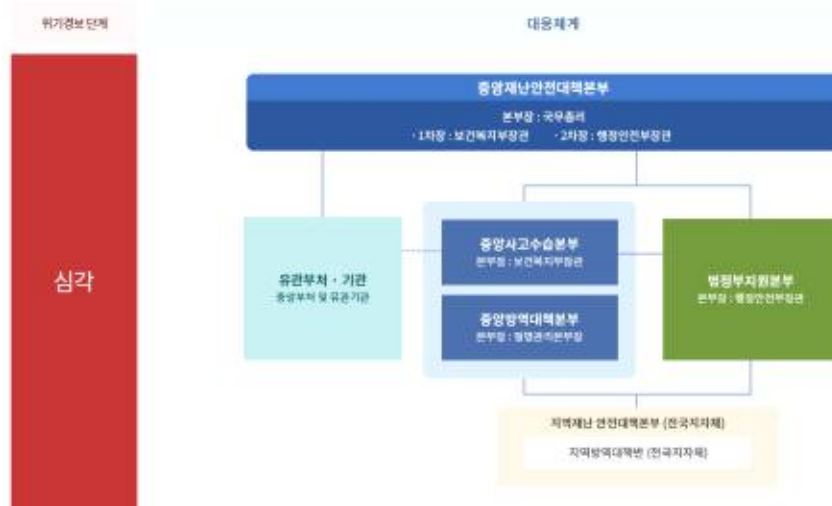


그림 9 위기경보 심각단계에서 한국정부 대응체계(2020.02.25.)

이때부터는 정부의 행정력만 가지고는 방역을 할 수 없게 되었고, 지역사회 방역을 위해서 전 국민의 협력이 필요하게 되었다. 학교 개학 연기, 집단행사 개최 자제 요청, 다중 밀집시설의 이용 제한 등 사회적 거리두기를 위한 조치들이 발표되었다. 그러자 곧바로 사회적 거리두기에 따른 경제 대책으로 정부에서는 추경이 고려되었고, 학교 폐쇄에 따른 초등 저학년생 돌봄 문제가 생기기 시작했으며, 사회적 거리두기가 오히려 생활을 어렵게 만드는 장애인, 노인, 이주민, 노숙인들의 고통이 언론을 통해 보도되었다. 코로나19의 지역사회 확산에 따라 마스크 구입 수요가 폭증하자 정부는 마스크를 공적 유통망을 통해서 공급하는 「마스크수급안정화대책」(3.5)을 발표하였다. 콜센터, 요양병원, 교회 등지에서의 집단감염이 지속되자 정부는 ‘고강도 사회적 거리두기’(3.22~4.19)와 ‘완화된 사회적 거리두기’(4.20~5.5)를 연이어 실시하였다. 5월 6일부터 방역체계를 ‘생활 속 거리두기’(생활방역)으로 전환하였는데, 같은날 이태원 클럽발 66번째 확진자가 나왔다. 성소수자들의 검진을 장려하기 위한 익명검사제도가 도입되어 5만 6천여명이 검사를 받았는데 277명이 확진되는 대규모 집단감염이었다. 2월부터 3번 연기되었던 개학은 고교 3학년부터 등교를 시작하여(5월 20일) 전체 학생 540만 명이 개학을

139) [코로나바이러스감염증-19\(COVID-19\) 한국정부 대응체계](#)

완료하였다(6월 9일). 그 이후로 전국의 식당, 물류센터, 교회, 방문판매업소, 운동시설, 데이케어센터, 사찰 등 지역사회에서 일일 신규확진자 수가 50명 내외에서 산발적으로 확진자들이 발생하는 과정에 있었다. 그러나 8월 초 서울 성북구 사랑제일교회, 8일 경북구역 인근과 15일 광화문에서의 극우단체의 대규모 집회를 통해 감염 확산이 우려되는 상황이 되자 수도권은 8월 16일부터 2단계 사회적 거리두기(8.16~8.30)로 상향되었다. 8월 13일 신규확진자 수가 136일만에 최다인 103명이 된 이후 계속 증가하다가 8월 27일 441명으로 급증하자, 정부는 수도권 사회적 거리두기 2.5단계 조치를 발표한다. (8.30~9.13)

방역수칙 단계별 조치 내용	사회적 거리두기		
	1단계 (생활속거리두기)	2단계	3단계
집합·모임·행사	허용 (방역수칙 준수 권고)	실내 50인·실외 100인 이상 금지	10인 이상 금지
스포츠 행사	참석 관중 수 제한	무관중 경기	경기 중지
공공 다중시설	운영 허용 (필요시 일부 중단·제한)	운영 중단	운영 중단
민간 다중시설	운영 허용 단, 고위험시설 운영 자체 명령(방역수칙 준수)	고위험시설 운영 중단, 그 외 시설 방역수칙 준수 강제화	고·중위험시설 운영 중단, 그 외 시설 방역수칙 준수 강제화
학교·유치원·어린이집	등교·원격 수업	등교·원격수업 (등교인원 축소)	원격 수업 또는 휴업
공공 기관 및 기업	유연·재택근무 등을 통한 근무밀집도 최소화 (전 인원의 1/3)	유연·재택근무 등을 통해 근무 인원 제한 (전 인원의 1/2)	필수인원 외 전원 재택근무
민간 기관 및 기업	유연·재택근무 등 활성화 권장	유연·재택근무 등을 통해 근무인원 제한 권고	필수인원 외 전원 재택근무 권고

자료/ 중앙재난안전대책본부 ※ 다중이용시설 운영 제한 범위 등은 상황에 따라 탄력적으로 조정 가능 연합뉴스

그림 10 방역수칙 단계별 조치내용(연합뉴스 2020.08.14.)

지금까지 정부당국은 투명하고 신속하게 정보를 제공하며 확진자의 검사, 추적, 치료 및 필요한 사회적 조치들을 발표했고, 해외에 비하여 확진자가 급증하지 않고 잘 관리되는 상황을 성공적인 ‘K-방역’이라고 자평해왔다. 그러나 치료제와 백신도 없고 과학적 지식 자체가 부족한 신종감염병에 대한 시민들의 불안과 공포는 지속될 수 밖에 없고, 사회적 거리두기(social distancing)라는 물리적 조치를 따를 수 없는 사회 곳곳에서의 위험이 계속 드러났다. 일상생활에 큰 영향을 받는 결정이었으나 학생, 학부모, 돌봄 당사자 등 영향을 받는 사람들이 방역정책의 세부적인 방식에 대해서 의견을 반영하기 어려웠다는 점은 앞으로 지속될 생활방역이

풀어야할 과제이다.

우리는 모든 사람들의 삶에 ‘일단 멈춤’의 사회적 명령이 떨어진 이 시기에 정부와 지역과 시민사회가 했던 각각의 역할들을 복기하고 평가함으로써, 코로나19의 재유행 혹은 또 다른 형태의 신종감염병 공중보건위기 상황에서의 교훈을 찾아야 한다고 생각한다. 이 장에서는 그동안 한국에서 일어났던 사회적 재난에 대한 연구 성과를 바탕으로 공중보건 재난거버넌스에서 더욱 필요한 요건들을 검토하려고 한다. 그리고나서 공공의 위험을 이유로 시민의 인권과 자유를 억압하지 않으면서도 시민지식과 호혜적 협력을 통해 민주적 공공성을 제고할 수 있는 공중보건 재난거버넌스 조건을 제안하고자 한다.

5.2. 한국의 사회적 재난으로부터의 교훈¹⁴⁰⁾

(1) 현대사회의 재난의 성격과 시민사회의 역할

현대사회의 위험은 위험사회론의 대표적 주창자인 벡과 기든스가 강조하듯, 과학기술이 발전하고 이에 바탕을 둔 근대화의 진전과 함께 외부적 위험이 아닌, 인간에 의해 생산된 위험이 사회체계에 내재된 사회를 뜻한다 (박재목, 2008). 한국 사회는 붕괴, 화재, 폭발, 침몰 같은 전통적 사고가 아직 상존하는 가운데, 사스 확산공포(2003년), 광우병사태(2008년), 신종플루 유행(2009년), 메르스 유행(2015년) 등 새로운 공중보건학적 위험이 빈번해지고 있다. 이와같은 최근의 사회적 위험은 기후위기, 세계체계의 정치경제적 동학, 사회 불평등, 사회인구학적 변동 등 거시사회적 변화에 의해 발생한다. 지금 전 인류가 겪고 있는 신종감염병 코로나19바이러스 판데믹(2020년) 역시 그러한 사회적 변화들이 동시적으로 작동하여 엄청난 경제적 타격과 정치·사회·문화적 변화를 급속하게 촉진하고 있는 현대사회의 재난이다.

신종감염병이 초래하는 위험은 전통적 재해와 달리 위험의 원인, 파급효과에 대한 과학적 지식이 절대 부족하다. 이런 종류의 위험은 의학지식과 기술을 총동원해도 완벽하게 통제하기 어렵다 (Slovic, 2000). 그러다보니 인간과 사회적 삶의 모든 영역에 걸쳐있는 오늘날의 위험이란 발생가능성에 대한 통계적 수치나 물리적 피해 규모로 확정되는 것이 아니라 오히려 다양한 위험정보에 대한 관리와 커뮤니케이션, 그에 대한 대중의 반응이 결합되어 현실에 재현되는 ‘사회적 구성물’로 보는 것이 타당하다. 따라서 전문가와 과학이 시민에게 신뢰를 얻고, 위험과 위

¹⁴⁰⁾ 이 장은 <재난거버넌스와 민주적 공공성>(시민건강연구소 2016/2020) 2,3장을 토대로 일부 코로나19 관련한 기술을 추가하였음.

기에 대하여 어떻게 상호 소통을 할 것인가는 또 다른 감염병정책이라고 할 수 있다.

코로나19 이전까지의 굵직한 사회적 재난들에는 2002~03년 중국에서 시작된 중증급성호흡기 증후군(SARS), 2007~08년 미국발 금융위기가 가져온 세계경제 충격, 2010년 다뉴브강 독성 슬러지 오염사고로 인한 유럽 전지역의 피해, 2010년 아이슬란드 화산폭발에 따른 전세계 항공기 운항 중단 사태 등이 있다 (Tierney, 2012). 이러한 현대사회의 위험이나 재난에 대해서는 일국 정부에 의한 관리와 통제범위를 넘어서므로 국가/정부가 단독으로 총체적인 위험을 관리·감독·통제하는 전통적인 재난관리 패러다임으로 접근한다면 실패할 수 밖에 없다는 주장이 지지를 받았다. 심지어 세월호 침몰(2014년)이나 메르스 유행의 대처과정에서 주목할 만한 것은 국가가 이러한 위험을 제대로 관리하고 통제하지 못했을 뿐만 아니라, 위험의 직접생산주체가 되거나 기존 위험을 가중시키는 역할을 했다는 사실이었다. 그래서 시민건강연구소는 국가/정부의 위험관리가 반복적으로 실패하고 오히려 위험을 증폭시키게 된 것은 근본적으로 정부의 위험인식, ‘민주적 거버넌스의 취약성’과 관련이 있다고 평가한 바 있다(시민건강연구소, 2016/2020). 그런데 우리 사회는 입법과 규제, 정부 계획같은 기존의 재난관리 체계의 한계를 극복하기 위해 정부가 시민사회를 참여적 거버넌스 또는 민주적 거버넌스의 파트너로 인정하고 시민 지식과 자원을 재난관리에 활용하는 체계를 충분하게 훈련하고 체화하지 못한 상태에서 코로나19를 맞았다. 심지어 긴급한 공중보건 위기는 개별 국가에게 이 예외적인 상황으로부터 자국민들의 안전과 삶을 보호하는 강력한 조치들을 발동할 것을 요구하고 있다. 각국 정부는 사회의 지속가능성을 계획하고 위기로 인한 사회적 분열을 예방하며 모든 사람에게 필수 서비스를 제공하고 특히 가난하고 취약한 시민들에 대한 사회적 보호 책무를 실현하기 위해 개입할 것을 요청받고 있다 (UN DESA, 2020). 어느 때보다 국가의 역할이 강화된 시점이지만 시민사회와의 민주적 거버넌스가 작동하지 않으면 위기를 틈탄 권위주의 정부가 될 우려가 커진 것이다. 국가/정부의 권력남용의 가능성을 감독하고 국가가 시민에 대한 책무성을 수행하고 있는지 공적 통제를 맡은 시민사회의 책임도 커진 상황이다.

게다가 모두가 경험하고 있듯이 코로나19의 위기는 문제의 원인이 복잡적이었던만큼 단순히 ‘신종 폐렴’을 다루는 건강문제가 아니라 모든 개인들의 삶 전 영역에 영향을 미치고 있다. 지금까지 우리가 지켜본 바로는 확진자를 치료하고 감염의심자를 추적하고 자가격리를 취하는 등의 의료인과 보건당국이 담당하는 감염병정책을 훌쩍 넘어서, 노동과 교육, 복지와 돌봄, 교통과 통상 등 거의 모든 사회정책적 조치들을 포함하고 있다. 이와 같은 방역의 사회적 성격 때문에 그 어떤 결단과 조치도 국민과 시민이 이해하고 동의하지 않으면, 그리고 각자의 대응이 준비되지 않으면 실행하기 어려울 뿐만 아니라 효과를 거두기 어렵다 (김창엽, 2020). 우리

는 방역의 사회적 성격을 이해하고 그 조치들을 활성화하는데 시민사회의 특별한 기여와 필요가 있다고 생각한다. 이미 사회적 재난대응에서 시민사회가 보여준 효과성과 민주주의 강화라는 성과는 시민건강연구소의 앞선 연구에서도 거듭 지적한 바이다. 특히 Khan 등의 연구는 이번 코로나19 유행에서는 정부가 시민사회에 제한없이 정보를 공개하고 시민들의 비판을 용인하며 양측의 개방적인 대화가 가능한 사회가 코로나19 확진자는 많아도 사망자가 적다 보건학적 성과를 얻었다는 사실을 발표하기도 했다(Khan et al., 2020).

따라서 현재 코로나19라는 사회적 재난에 필요한 접근법은 국가의 책무 하에 다중의 시민사회 조직과 당사자들이 참여하고, 그들이 제안하는 사회적 위험의 원인과 위험의 취약구조에 대한 다양한 지식과 경험을 공유하며 협력을 만들어내는 것이어야 한다.

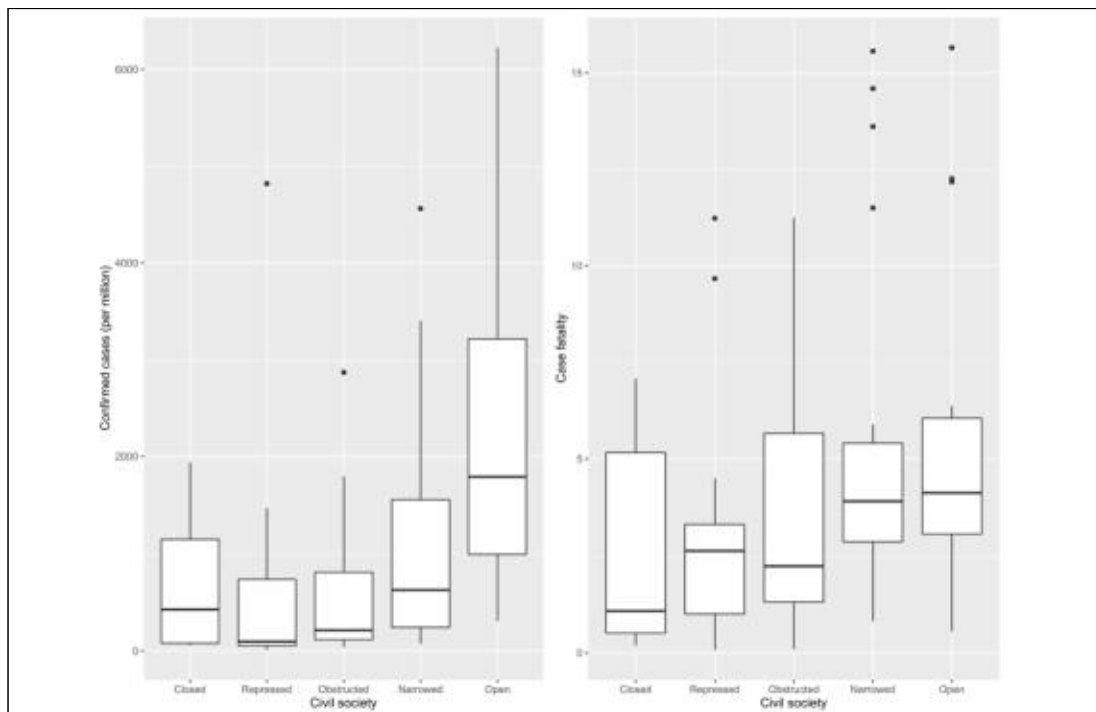


그림 11 시민사회의 성격에 따른 인구 백 만명당 확진자 수와 사망자 분포

시민사회지수(Civil Society Index)에 따른 국가별 범주화¹⁴¹⁾

- Closed (폐쇄된 사회) : 법과 관행상 시민사회가 완전히 폐쇄된 사회.
- Repressed (억압된 사회) : 시민의 공간이 매우 제약을 받고 있어서 비판적인 활동가나 단체는 감시, 모욕, 투옥, 사망을 겪는 사회.
- Obstructed (차단된 사회) : 시민사회조직이 존재하더라도 권력자에 의해 합법적이거나 불법적인 감시와 통제를 받는 폐쇄적인 사회.
- Narrowed (제한된 사회) : 개인과 시민사회의 집회와 결사, 표현의 자유가 인정되지만 종종 권력을 비판하는 개인과 시민사회에 대한 체포와 공격, 언론 억압과 규제가 발생하는 사회.
- Open (개방된 사회) : 정부가 시민들의 공간을 누릴 수 있도록 독려하고 보호하는 사회.

(2) 재난관리 패러다임의 변화

재난관리의 관점에서는 복잡한 환경이라는 조건과 불확실성을 특징으로 하는 현대사회의 위험이나 재난상황에 직면해서 제한된 시간 내에 한정된 정보를 가지고 의사결정을 해야한다. 그럴 경우 판단착오의 가능성은 클 수 밖에 없고, 이렇게 되면 전문가집단이나 정책관료에 대한 대중들의 신뢰는 감소하고 사회적 갈등도 존재한다. 이렇게 되면 일반시민들에게 전문가나 정책관료의 방식을 강제하기 보다는 전문가도 일반인의 위험인식을 학습해야 할뿐 아니라, 정부-전문가-시민 사이의 관계를 새롭게 설정하여 상호신뢰관계를 구축하는 것이 필요하다. 바로 이러한 맥락에서, 상호신뢰관계 구축과 다양한 이해당사자의 경험 등 집단지성을 활용하는 ‘위험/재난 거버넌스’의 필요성이 도출된다 (Jasanoff, 2002).

표 15 재난 패러다임의 비교

	기술관료주의적 패러다임	재난거버넌스 패러다임
인식론	과학주의, 전문가주의 (과학적 합리성, 기술적 전문성 우선)	시민지식(lay knowledge)
재난의 불확실성과 다차원성 인정여부	재난의 규모나 시급성은 객관적으로 존재	재난은 사회적으로, 집단적으로 구성
재난의 정량화와 통제에 대한 인식	정량화와 통제 가능함	정량화와 통제 불가능함
의사결정과정	폐쇄적 (기술관료, 전문가)	개방적 (전문가, 시민, 대의자)
재난관리모형	전문가의 적소 배치	전문가와 비전문가(시민)의 구별 불가, 공동 대응
시민참여	시민은 주관적, 가치편향적, 과학적으로 무능하므로 배제	집단적 지혜를 모아 의제를 설정하고 해결책을 모색
평가	-‘오만의 기술’ -민주적 결손(democratic deficit) 초래 -재난대응에서의 불충분성	-‘겸허의 기술’ -민주적인 지식정치에 입각

*출처 : 이영희(2014)의 글을 표로 재구성함

거버넌스 접근은 집합적 의사결정을 촉진하고 자원동원력이 크며, 정치적 수용성이 크다는 점에서 매력적이다. 하지만 책임주체가 분산되고 거버넌스 자체의 분권적 속성 때문에 정치적

141) CIVICUS. Monitor Tracking Civic Space(<https://monitor.civicus.org/>) 이 분류에 따르면, 한국 시민사회는 narrowed(제한된 사회)로 구분된다.

책무성을 강하게 요구하는 업무에 대해서도 거버먼트의 담지자로서 재난 책임의 일차적 주체인 국가를 숨기고 그 책임을 거버넌스 구성원들에게 분산하는 방향으로 귀결될 수 있다. 이 글에서 ‘재난 거버넌스’는 재난위험의 규제, 감축, 통제라는 공적 목표를 위해, 정부와 시민사회가 민주적 원리에 입각하여 재난관리의 효과성과 형평성을 제고할 수 있도록 시민참여와 사회적 합의를 존중하면서 상호 호혜적으로 협력하는 것을 지칭한다. 이같은 재난거버넌스에서 가장 중요한 요소는 거버넌스의 행위 주체들과 시스템을 어떤 규범으로 조직화할 것인가에 있다.

이러한 재난거버넌스 접근은 정부와 시민사회 모두에게 실제적이고 규범적인 효용이 있다. 첫째, 정치적 효용 차원에서 정부는 급변하는 기술발전, 혁신, 희소한 자원, 조직의 상호의존성 증대라는 상황에서 ‘하기 어렵지만 해야 하는’ 것으로 거버넌스를 받아들이고 있다 (Thomson & Perry, 2006). 둘째, 규범적 필요 차원에서 시민사회는 정부에 대한 불신, 대의제 민주주의의 한계 극복을 위하여 성숙된 시민사회 역량을 바탕으로 직접민주주의를 실천하고 공적 논의에 참여하여 호혜적 상호작용과 협력을 달성하는 통로로 여긴다. 셋째, 실용적 가치 측면에서 현대 사회의 재난/위험은 불확실성이 큰 상황에서 제한된 시간 내에 한정된 정보를 가지고 의사결정을 하는 경우 판단착오의 가능성이 클 수 밖에 없다. 이렇게 되면 전문가집단이나 정책관료에 대한 대중들의 신뢰는 감소하고 사회적 갈등이 발생하게 된다. 이런 맥락에서 상호신뢰관계의 구축과 위험인식의 공유, 집단지성의 활용 필요성이 대두된다.

(3) 사회적 재난에서 거버넌스 접근의 의의

시민건강연구소에서는 2003년 대구지하철화재사고, 2007년 삼성중공업-허베이스퍼리트호 충돌 기름유출사건, 2014년 세월호 참사와 고양터미널 화재사건, 2015년 메르스 유행 등 최근 한국사회가 겪었던 사회적 재난을 거버넌스의 관점에서 분석하고, 거버넌스접근에서 얻을 수 있는 의의를 다음 네 가지로 정리한 바 있다.

① 거버넌스 접근은 재난대응에 효과적이다

최근의 사회적 재난은 그 영향이 한 국가나 인접한 국지적 범위를 넘어서고, 보건·환경·교통 등 특정 영역을 넘어서 정치적·경제적 파급력을 갖는 경우가 드물지 않다. 그리고 이런 기술적이고 환경적인 사회적 재난은 증가 추세에 있다.

위험의 불확실성이 가중되는 또 다른 이유는 위험이 객관적으로 존재할 뿐만 아니라, 사회적으로도 구성되기 때문이다. 이를테면 1999년 미국 뉴욕에서 처음 발병한 웨스트나일 바이러스

에 대한 뉴욕 주와 연방정부의 대응을 검토한 연구는 사회적 위기는 확정된 것이라기 보다 질병의 불확실성, 매개체 특성, 재정 여건, 기술, 인식, 사회정치적 상태와 더불어 사회적으로 구성된다고 결론내렸다 (McCormick & Whitney, 2013). 이러한 현대적 위협의 속성은 전통적인 행정관점에서 재난 ‘관리’라고 일컬어지던 정부활동만으로는 대응하기 어렵다. 이에 대응하는 합리적 선택은 관련행위자들의 네트워크적 협력을 강화하고 자원을 동원하는 것이다. 재난거버넌스에서 시민적 인프라가 기여할 수 있는 활동은 다음과 같다.

표 16 시민적 인프라의 재난 단계별 기대효과

단계	기대효과
재난 이전	• 정책 우선순위 설정을 도움 • 가치 판단적 정책결정에 정보를 제공 • 비상상황 계획을 공평하고 실현가능하도록 함 • 관련 당국과 다양한 사회적 집단간 신뢰를 촉진 • 예기치 않은 사건을 다루기 위한 지역사회 전체의 잠재력에 관한 현실적 기대를 설정하도록 함
재난 대응	• 다빈도 위기 의사소통 네트워크로 기능 • 전문적 대응가들에게 지지를 제공 • 더 많은 지역사회 구성원들이 피해자가 되는 대신 대응에 참여할 수 있게 함
재난 이후	• 장기적 회복과 회복력을 높이기 위한 미래의 공적 수단에 대한 지역기반의 헌신을 구현

재난 발생 전후단계에서 시민적 인프라의 참여 효과는 다음과 같이 요약할 수 있다. 첫째, 재난이 발생했을 때 지리적, 조직적으로 근접해있는 시민들과 단체, 전문가들이 적시에 개입할 수 있다. 둘째, 해당 지역사회를 잘 알고 있으며 유연한 현장 지식을 확보한 당사자들의 참여는 기술적 위험해결에 도움이 된다. 셋째, ‘행정적’ 관리에서 놓치기 쉬운 지역공동체의 장기적 회복과 치유에 대해서 당사자로서 문제를 제기하고 대응방안을 마련할 수 있다. 다음과 같은 지역공동체 활동가의 발언은 현장지식과 공동체의 의지, 활동이 재난대응에 얼마나 중요한 것인지를 상징적으로 드러낸다.

“핵심은 능력의 문제라기보다 절박함이에요. 내 바로 옆에서 매일 벌어지는 일이니까 그러니까 어떤 사람은 밤잠 안자며 그 생각을 하는 사람과 이들에 한번 생각하는 사람의 차이 인거죠” (안산 지역공동체 활동가 2)

② 거버넌스 접근을 통해 정부의 책무성이 강화된다

가깝게는 지난 4월 38명의 희생자가 발생한 이천 물류창고 화재사건으로부터 제천 스포츠센터 화재(2017년), 마우나리조트 붕괴(2015년), 의정부 아파트 화재(2015년), 세월호 침몰(2014년), 장성 요양병원화재(2014년), 대구 지하철화재(2003년), 삼풍백화점 붕괴(1995년), 성수대교붕괴(1994년)에 이르기까지, 우리 사회에는 여전히 ‘전근대성’ 문제가 남긴 참사가 심각하다. 여러 연구들은 한국사회에 남은 이같은 근대적 위험들이 권위주의적 개발국가가 고도의 경제성장을 주도한 ‘돌진적 근대화’(Hart-Landsberg, 1993)의 파행적 결과라고 지적한다 (이재열, 1998 ; 김대환, 1998). 국가가 중심이 되어 기업과 노동자, 국민을 일사분란하게 동원하고 통제함으로써 성장과 풍요라는 경제적 근대화를 달성했지만, 그에 수반되어야 할 정치적, 사회적 근대화는 저지되거나 억압되었다 (김원제, 2003). 그 결과 근대적 위험도 대량생산되었고, 안전은 비용이라는 생각이 만연하게 되었다. 또한 ‘국가 가부장’이 시민의 모든 삶에 개입하고 통제하며 시민의 합의에 바탕을 두지 않은 ‘국가주의적 공익’을 강요함으로써 잘못된 국가 행정을 지적하거나 참여하기 어렵고 시민이 자율적으로 문제를 해결하기 보다는 국가에 의존하는 경향이 커졌다 (홍성태, 2003).

그렇다보니 한국 사회에는 고도의 기술적 불확실성과 복잡성과 관련된 후기 근대적 위험을 해결하기 앞서, 국가 관료의 부패와 법집행의 불공정성, 부와 성장의 우선, 기업운영의 후진성 등 전근대적인 정부와 기업을 감시하고 제어하는 시민사회의 참여가 우선 보장되어야 한다. 정부의 다양한 부처들, 그리고 정부와 비정부 부문간, 시민사회와의 협력이 거버넌스라면, 이러한 구조를 육성하고 거버넌스 체계가 실질적인 효과를 발휘하도록 제도화하는 일차적 책임은 법적 정당성과 책무성, 자원을 확보한 ‘거버먼트(정부)’에 있다. 민주적인 재난 거버넌스를 구축하는 과정에서 정부의 책무성이 높아지고 재난관리의 개선 및 정부에 대한 신뢰가 높아질 수 있다.

③ 거버넌스는 위험부담의 불평등을 완화할 수 있다

똑같은 재난을 경험해도 개인, 혹은 집단에 따라 그 여파는 다르게 나타난다. 위험을 회피하거나 대응할 수 있는 자원, 취약성의 수준이 개인이나 집단의 사회경제적 조건에 따라 불평등하게 분포하기 때문이다.

전통적인 위험 방정식에서 재난 위험은 자연적, 인적 위해와 취약성의 상호작용으로 만들어지는 해악 혹은 손실의 확률이고, 취약성은 (재난에의) 노출과 (재난에 대응하는) 역량의 함수로 만들어진다 [위험 (Risk) = 위해 (빈도 × 심각성) × 취약성 (노출/역량)] (UNISDR, 2004). 재난 위험을 줄이는 것은 위해를 예방하거나 완화하기 또는 취약성을 예방하거나 완화하기 두 가지 축으로 가능하다.



그림 12 일다(didaro.com) 2020년 5월 20일자

취약성을 유발하는 요인들에는 물리적, 기술적 차원부터 정치적, 사회적 요인들까지 매우 다양하지만 근본적으로 사회경제적 불평등과 관련되어 있다. 코로나19의 피해도 모든 사람에게 동일하지 않았는데 취약성에 영향을 주는 변수들을 대략 짚어본다고 해도 공공보건의료서비스 부족, 불충분한 보건의료 자원, 안전규정 미비, 의사결정과정의 중앙집권화, 재난관리 자원부족, 비효과적인 경고시스템 등 사실상 모든 유형의 취약성이 인구집단별, 지역별로 작용했음을 알 수 있다.

표 17 취약성을 유발하는 요인들

취약성 유형	취약성을 발생시키는데 영향을 주는 변수들
물리적 취약성	· 인명과 재산이 재난 유발요인과 얼마나 근접한가 · 부실 건축물 · 사회인프라시설에 대한 불충분한 예측 · 환경파괴
사회적 취약성	· 제한된 교육(재난에 대한 불충분한 지식을 포함) · 일상적으로나 긴급상황에서 불충분한 보건의료서비스 이용 · 도시지역으로 무계획적인 대량 이주 · 특정 집단이나 개인들을 소외시키기
문화적 취약성	· 재난에 대한 대중들의 공감 · 안전 예방책과 규정의 미비 · 관습적인 재난극복 조치의 상실 · 개인책임성에 대한 의존 또는 개인책임성의 부재
정치적 취약성	· 선출직 공무원들이 재난 프로그램을 최소한만 지원 · 재난완화조치를 강화하거나 독려하는 능력의 부족 · 의사결정과정의 과도한 중앙집권화 · 고립되거나 힘이 약한 재난 관련제도들
경제적 취약성	· 양극화된 부의 분배 · 결과를 고려하지 않은 채 이윤을 추구하는 행태 · 보험구매에서의 실패 · 재난 예방, 계획, 관리에 대한 자원 부족
기술적 취약성	· 구조적으로 재난완화장치 부족 · 경고시스템에 대한 과도한 의존 또는 비효과적인 경고시스템 · 산업생산과정에 대한 무관심 · 컴퓨터 장비/프로그램에 관한 전망 부족

* 출처: McEntire, 2001

위험이나 재난을 예측하는 연구들은 외재하는 위해 자체를 완벽하게 통제할 수 없기 때문에 취약성을 완화하거나 예방하는데 초점을 둔다 (Palliyaguru 등, 2014). 이러한 취약성을 완화시키는 중요한 경로중 하나가 취약한 조건에 처한 이들, 혹은 위험 피해의 주체들을 재난거버넌스 과정에 참여시키는 것이다.

④ 거버넌스는 그 자체로 민주주의를 강화한다

위험은 도처에 편재해있고 불확실하며 완벽한 통제가 불가능하다. 바로 이러한 특징 때문에

안전이나 안보는 국가권력을 강화하는 수단으로 악용되기 쉽다. 공중보건위기상황을 근거로 통과된 ‘코로나3법’을 비롯한 국가의 개인동선 추적시스템, 자가격리자를 위한 안심밴드, 자의적인 집단 코호트 등은 그 자체로 개인의 자유권과 인권침해의 소지가 많고 과잉조치라는 비판을 받고 있다. 시민건강연구소도 감염병의 공포가 온 세계를 뒤덮은 지금 공공의 건강을 위해 개인의 자유권을 얼마나 제한할 수 있는지에 대해 논의 한바 있다(시민건강연구소, 2020).

시민들의 참여는 피해 당사자로서 사고 원인을 이해하고 그 사고에 대한 경험자로서의 의견을 개진하는 수준부터, 일반 시민으로서 자신의 삶에 영향력을 미치는 중요한 공공정책에 대하여 이해하고 시민지식에 입각한 집단적 지혜를 피력하는 수준까지 다층적으로 존재할 수 있다. 시민참여는 ‘피해 당사자’로서의 참여에만 국한되지 않는다. 재난발생의 책임이 정부나 기업처럼 거대한 조직일 경우, 피해자 조직을 결성하고 자신들의 입장을 이해하고 전문적 지식을 활용하여 지원해줄 수 있는 외부전문가와 시민단체의 조력을 받을 수 있어야 한다. 또한 직·간접적인 피해 당사자가 아니더라도, 재난의 광범위한 여파에 노출되거나 문제의 해결에 관심을 가진 시민사회단체의 참여는 중요한 기여를 할 수 있다.

참여의 실용적이고 규범적인 효용은 피해당사자이든 일반 시민이든, 전문가와 관료의 기술적 분석을 토대로 사회적으로 통용되는 상식과 이성에 입각하여 사회적으로 수용될 수 있는 합의에 도달함으로써 민주주의적 가치를 실천하는 데 있다. 더구나 대의민주주의가 불충분하게 작동하는 경우라면, 시민들의 직접 참여는 이를 보완하며 민주주의를 진전시키는데 큰 역할을 할 수 있다. 특히나 공공의 보건과 안전에 관심을 갖고, 위기당국을 이해하며 성공에 관심을 갖는 시민들의 존재는 그 자체로 민주주의의 자산이다 (Spana, 2007). 이러한 측면에서 정부와 시민사회, 전문가들이 참여하는 재난거버넌스에 대한 관점을 재고할 필요가 있다.

(4) 좋은 재난거버넌스의 요건들

거버넌스에서 더욱 중요한 것은 참여를 보장하는 구조만으로 충분하지 않으며, 참여환경의 여건들, 즉 참여규범, 신뢰, 네트워크가 성숙한 사회에서 참여의 효과가 발휘될 수 있다는 사실이다(Wamsley & Dudley, 1998). 그러므로 ‘좋은 거버넌스’ 논의는 거버넌스 운영 기전보다는 ‘좋은 거버넌스’가 토대를 두어야 하는 동시에 ‘좋은 거버넌스’의 결과로 달성할 수 있는 가치의 측면을 강조한다. UNESCAP이 정리한 좋은 거버넌스의 주요 특징은 다음과 같다. 우리는 좋은 거버넌스의 특징으로 지목된 요소들의 타당성에 동의하면서, 특별히 한국사회 맥락에서 세 가지 요인- 공적가치와 공공성의 추구, 정부의 책무성 강조, 시민들의 민주적 참여 보장을 강조

하고자 한다.

표 18 좋은 거버넌스의 특징

참여 (Participation)	직접 참여 또는 합법적 중재기구나 대표자를 통한 간접 참여. 대의민주주의에서 사회적 취약집단의 관심이 반드시 반영되는 것은 아니라는 점을 주의해야 한다. 참여는 내용을 잘 전달받을 수 있어야 하고 조직화될 수 있어야 한다(표현과 결사의 자유보장 동반).
합의 지향 (Consensus oriented)	좋은 거버넌스는 한 사회 안의 다양한 이해관계를 전체 공동체의 관점에서 무엇이 최선이며 어떻게 도달할 수 있는지에 대하여 광범위한 사회적 합의에 이르게 하는 중재를 필요로 한다. 지속가능한 인간개발에 무엇이 필요하고 어떻게 그러한 개발목표를 달성할 것인가에 관한 거시적이고 장기적 관점이 요구된다. 이러한 합의는 한 사회나 공동체의 역사적, 문화적 사회적 맥락을 이해하는 데서 얻을 수 있다.
책무성 (Accountability)	책무성은 정부기구와 민간부문, 시민사회조직이 공공(the public)과 각 집단의 이해관계자들에게 책임을 진다는 뜻이다. 조직이나 제도는 그것의 결정이나 행위에 의하여 영향을 받는 사람들에게 책임이 있다. 책무성은 투명성과 법치 없이는 실행되지 않는다.
투명성 (Transparency)	정책 결정과 집행이 법률과 규칙에 의해서 이루어지고 그러한 결정과 집행에 영향을 받는 사람들이 정보에 직접적으로 접근가능하고 자유롭게 이용할 수 있다는 것이다.
반응성 (Responsiveness)	제도와 절차가 적절한 시간에 모든 이해관계자들에게 적용되어야 한다.
효과성과 효율성 (Effectiveness and Efficiency)	좋은 거버넌스는 사회의 필요를 충족하기 위해 최선의 자원 이용을 이루는 과정과 제도이다. 좋은 거버넌스의 맥락에서 효과성이란 자연자원의 지속가능한 이용과 환경의 보호를 포함한다.
형평성과 포괄성 (Equity and Inclusiveness)	한 사회의 안녕은 모든 구성원이 사회의 주류로부터 배제되었다고 느끼지 않고 사회 안에 참여해있다고 느끼는 것을 보장하는 것에 달려있다. 이는 특히 가장 취약한 집단을 포함한 모든 집단들이 자신들의 안녕을 개선하고 유지할 수 있는 기회를 가지는 것이다.
법치 (Rule of Law)	공정한 법체계. 특히 소수집단을 포함하는 보편적 인권보장 확립. 독립적 사법체계와 공정하고 깨끗한 경찰.

* 출처: UNESCAP, What is Good Governance?

① 공적 가치(공정성, 투명성, 형평성)와 공공성의 추구

‘공적 가치’는 시민들의 권리와 의무, 정부 정책의 원칙에 관해 한 사회 내에서 합의된 규범적 가치이다(Bozeman, 2007). 예컨대 헌법이나 각종 ‘기본법’을 통해 합의된 가치를 해당 사회

의 공적 가치라고 할 수 있다. 공공성은 한 사회가 달성하고자 하는 바람직한 목표 또는 가치로서 공익 또는 공적 가치와 그를 달성하기 위한 주체와 과정까지 포괄하는 개념이라는 것이 일반적인 이해이다 (조한상, 2009; 이승훈, 2008; 임의영, 2003; Moulton, 2009). 광의의 거버넌스가 ‘공적문제의 해결 기제’, ‘정부 관련 공통문제의 해결 기제’를, 보다 협의의 신 거버넌스가 ‘민주주의에 의한 사회적 조정의 한 유형’을 의미한다고 할 때 (이명석, 2002), 거버넌스가 공적 가치와 공공성 실현을 목표로 해야 한다는 주장은 너무나 당연해 보인다. 더구나 재난은 정의상 ‘사회적’ 위협이며, 위협에 대비·대응하고 그로부터 회복하는 것은 ‘공동의’ 과제일 수밖에 없다는 점에서, 재난거버넌스에 있어서는 더욱 그렇다.

그러나 재난 거버넌스가 공적 가치와 공공성 실현을 목표로 해야 한다는 것은 안전/안보를 위해서라면 개별 시민들의 자유/인권을 마음대로 침해해도 좋다는 뜻이 아니다. 더구나 재난이 그 정의상 완벽한 예측과 대응이 기술적으로 불가능하다면, 재난 관리를 둘러싼 의사결정은 이념, 가치판단에 따라 좌우될 수밖에 없고, 이는 의사결정의 과정이 더욱 민주화되어야 한다는 과제를 낳는다.

② 정부의 책무성 강조

거버넌스의 공공성 담지와 증진의 책무는 궁극적으로 정부에 있다. 정부는 시장과 달리 직접적으로 공공가치를 개선할 수 있고, 대개 그렇게 하거나 적어도 그렇게 한다고 주장한다. 시민들도 정부가 공공가치를 지지하고 보존하거나 추구할 것을 기대한다. 정부가 공공가치를 파괴할 때 시민들의 기대는 무너지겠지만, 핵심은 기대가 존재한다는 것이고 잠재적으로 화가 나거나 실망한 시민들에 의해 사회에 변화가 초래된다 (Bozeman, 2015). 재난 거버넌스에서도 가장 강력한 영향력을 행사할 수 있는 행위 주체는 정부이다 (Tierney, 2012). 재난 시 사회가 부딪치는 경제, 환경, 문화, 사회적 파괴 등의 총체적이고 복잡한 문제를 다룰 수 있는 권력, 자원, 권위는 오직 정부만이 가지고 있기 때문이다 (Giroux, 2006). 정부 관료는 선출되거나 임명된 대리자로서 대리하고 있는 이들에 대한 정치적, 법적 책무를 지닌다 (Gilmour, 1998).

물론 거버넌스에 참여하는 다양한 행위 주체들 중에서 정부에게만 책무성이 부여되는 것은 아니다. 바람직한 거버넌스를 위해서는 거버넌스에 참여하는 각 행위자가 각자의 위치와 역할을 서로 파악하고 상호 감독 하에 같은 문제를 해결하기 위해 협력해야 한다. 그러나 책무성은 근본적으로 권력관계이다. 책무성은 국가가 스스로 달성해가는 과정이기보다 시민들이 불평등한 권력 남용의 가능성을 감독하고 국가가 시민에 대한 의무를 수행하도록 하는 사회적 과정으

로 볼 수 있다. 정부의 재난위험감소 활동의 하나로 중요한 것은 시민사회 혹은 지역사회 수준에서는 참여를 가능하게 하는 위임 구조가 확보되어야 하며, 정보에 대한 접근이 보장되어야 한다. 특히 의사결정 구조에 취약집단이 반드시 포함되어야 하며, 참여적인 모니터링과 평가 체계를 갖추고 있어야 한다 (Twigg, 2007). 이러한 책무성 강화에서 특별히 강조되어야 할 요소는 투명성이다. 투명성은 다른 행위자들에게 적기에 믿을만한 정보를 발표하고 부정부패의 기회를 줄이며 공공 정책의 선택에 대한 분석을 나아지게 하며 수용성을 높여준다.

③ ‘동원’ 이 아닌 시민들의 민주적 참여 보장

정부의 책무를 전제하고 나면 시민사회와의 관계는 명확해진다. 정부는 이미 형성된 시민사회의 조직, 단체들과 적극적인 협력관계를 맺고 활동 가능한 통로를 마련해야 한다. 나아가 충분히 발굴되거나 조직되지 않은 지역사회와 시민사회의 참여를 독려하고 지원해야 한다. 이를 위해서 다시 우선해야 할 것은 시민에 대한 지원 뿐 아니라 의사결정자와 실무 담당 공무원들의 인식을 새로이 하는 것이다. 전통적인 재난관리에서는 관료 위주의 시각에서 시민들에게 정해진 자원봉사 활동을 지시하고 관리하되, 그 이상을 넘어서는 의견과 요구는 처리해야 할 민원으로 간주하기 쉽다. 그러나 재난거버넌스는 재난 대비와 대응 전반에 걸친 전 과정에서 시민의 인식을 적극적으로 반영하고 협상하며 민주적 절차를 따르는 것을 특징으로 하며 단순히 필요에 따라 자원봉사 동원과 같은 방식의 시민협력을 구하는 것과는 근본적으로 다르다는 시각을 정부와 시민 모두가 공유해야 한다 (이영희, 2014).

이런 기준에서 평가하자면 그동안 한국 사회에서 재난거버넌스는 제대로 작동했다고 보기 어려웠다. 그 이유로는 시민의 주체성을 인정하지 않는 정부의 인식, 자연재해 프레임에 경도되어 있는 재난대비계획, 거버넌스에 실질적으로 참여할 수 있는 시민적 인프라의 취약성 때문이다. 2015년 12월 메르스 유행 종식이 공식 선언되고 나서, 한국 사회는 2016년 가을부터 이어진 시민 촛불혁명에 의한 정권교체를 거쳐 오늘에 이르렀다. 이 유례없는 정치적 변동을 거치면서 개별 시민과 시민사회는 스스로 효능감과 참여의식을 높였을 뿐만 아니라, 정부 역시 시민과 시민사회에 대한 인식과 이해가 앞선 정부와는 다를 것으로 기대된다. 다음 장에서는 코로나19 유행에서 시민과 시민사회는 어떻게 대응하고 있으며, 정부는 이들을 재난거버넌스의 행위 주체로 인정하고 소통과 협력의 대상으로 함께 일하고 있는지, 공중보건위기 극복을 위한 재난거버넌스가 되기 위해 정부와 시민사회 모두에게 무엇이 더 필요한지 살펴보고자 한다.

5.3. 공중보건위기에서 어떤 재난거버넌스가 필요한가

코로나19와 같은 신종감염병은 위협의 불확실성이 크고 기술적 해법으로 전모를 알 수 없는 사회적 재난으로서 재난거버넌스적 접근이 필요하다고 생각한다. 다만 코로나19라는 공중보건 위기는 화재, 침몰 같은 기존의 전통적 사회적 재난과도 다르고, 질병의 전파력이나 사회적 파급력에서 메르스에 비할 수 없이 전 세계적으로 근본적인 생태적, 정치경제적 변화를 촉발하고 있기 때문에 이에 대응하는 또 다른 재난거버넌스의 요건들이 있을 것으로 본다. 이 장에서는 코로나19를 둘러싼 거버넌스 환경이 어떤 상황인지, 국가와 시민사회의 거버넌스를 강화하기 위해 필요한 요건은 무엇이며, 한국의 코로나19 대응에서 이런 요건들이 어떻게 실천되었는지 살펴보고자 한다.

(1) 국가와 시민사회의 역할 강화

UN 경제사회위원회(Department of Economics and Social Affairs)는 코로나19 팬데믹에서 전 국가적 위기에 대응하고 국가의 회복능력을 갖추기 위해서 국가와 국민들이 더욱 효과적인 거버넌스를 구축해야 한다는 것을 강조하며 5가지의 핵심적인 요소를 발표하였다(UN DESA, 2020). 이 내용에 따르면, 공중보건위기에서 국가를 신뢰하는 시민과 시민을 보호하려고 적극적인 조치를 취하는 정부의 책임이 국가와 시민의 거버넌스의 핵심이라고 할 수 있다. 앞서서도 거듭 언급했지만, 재난거버넌스의 일차적 책무성은 정부에 있다. 재난거버넌스는 정부와 시민사회가 모든 책임을 균등하게 분배하는 구조가 아니며, 독점적 권력과 자원을 가진 국가가 시민을 보호해야 하는 책무성은 아무리 강조해도 지나치지 않다.

표 19 국가와 시민의 효과적인 거버넌스 구축의 핵심요소 (UN DESA)

1. 코로나19 판데믹과 위기는 도전과제이지만, 위기를 다루기 위한 탄력적이고 포괄적인 공중 보건인프라와 효과적인 제도를 설계하고 운영할 기회를 제공한다.
2. 모든 시민에게 필수 서비스를 제공하는 것은 국가와 국민의 거버넌스 관계에 핵심이다.
3. 모든 시민, 특히 매우 가난하고 취약한 사람들을 위한 사회적 보호는 회복력 있는 사회를 갖추기 위해 중요하다.
4. 신뢰할 수 있고 합법적인 국가 리더십은 항상 중요하지만 코로나19 감염병과 같은 전국적 위기 동안에는 더욱 그러하다. 강력한 국가-시민관계는 정부 리더십에 대한 높은 수준의 신뢰에 의존한다.
5. 감염병 위기에 처한 정부는 반드시 사회적 분열을 방지하고 국가를 단결시키기 위해 노력해야 한다.

판데믹 상황에서 국가의 책무성 강화는 기존의 시장과 시민사회의 역할과 기능도 변화시키고 있다. Bowles와 Carlin(2020)은 코로나19 판데믹을 대공황이나 제2차 세계대전에 비견하면서, 기후위기와 함께 시장과 정부에 대한 사람들의 생각을 바꾸고 있다고 분석한다. 즉 정부의 행정이나 시장의 인센티브 조합이 아무리 잘 디자인된다고 하더라도 이런 판데믹에 해답을 찾을 수 없기 때문에 코로나19는 시민사회(또는 커뮤니티)라고 불리는 제3의 축을 불러들였고, 시민사회가 코로나19를 극복하는 핵심적인 전략을 제공할 것이라고 보았다. 그 근거는 첫째, 잘 조직되고 유능한 정부라도 정부의 공중보건상의 권고를 신뢰하고 법치를 따르는 시민의식으로 무장된 시민없이 이런 도전을 극복하기는 어렵다는 사실이고, 둘째 예외적인 위험과 비용에 직면해서도 사람들이 매우 관대하고 신뢰할 수 있게 행동한다는 사실 때문이다. 저자들은 시민사회가 판데믹에 대응하여 호혜성, 공정, 지속가능성 등의 윤리적 가치들에 의해 작동되고, ‘우리’라는 정체성을 가지고 커뮤니티기반의 접근의 중요성을 강조하는 것에 주목한다. 시민사회 축에 가장 가까운 것은 사회적 거리두기 정책으로서 이는 시민사회의 동의없이 수행될 수 없는 것이다. 저자들은 또한 백신 생산과 연구, 고용처럼 시장 영역의 일이라고 여겼던 활동들이 코로나19 유행을 맞아 정부의 영향을 받는 경향이 커진다는 사례를 통해 지금 상황이 정부와 시민사회의 역할이 강화되는 국면이라고 보았다 (아래 그림 참조). 시민사회는 고유의 작동원리와 규범을 통해 정부와 시장 사이에서 공간을 확장하고 공공선을 추구하는 정부와 협력할 여지가 더 많기 때문에, 현재의 공중보건위기 극복을 위해서 코로나19와의 싸움에서 성공한 많은 시민적 덕성을 배양하고 시민사회를 강화해야 한다는 점을 강조하였다.

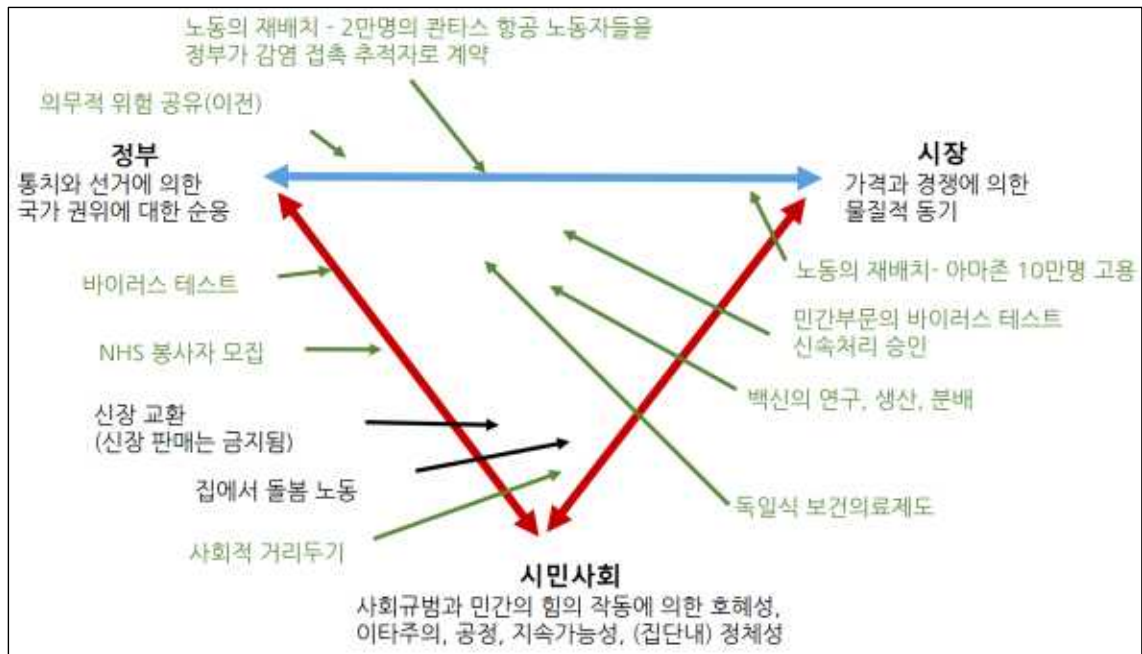


그림 13 코로나19 팬데믹에서 정치와 경제 담론에서 확장된 공간
(초록색 화살표는 코로나19와 관련된 정책들을 표시한 것)

코로나19 발생 이후 지금까지 많은 한국의 NGO와 시민단체는 감염병에 대한 의사결정의 영향을 받는 사람들, 특히 어느 때보다 더 위험에 처할 수 있는 사람들에게 대한 목소리를 내기 위하여 장애인, 노숙자, 이주노동자와 같이 소외계층이 직면하고 있는 상황을 지켜보며 이에 대한 정부의 대책들을 요구해왔다¹⁴²⁾. 또한 노동조합은 각 지역의 상황보고서를 수집하고, 유급휴가 및 코로나19 감염예방조치를 받지 못하는 비정규직 노동자들의 고충을 조사하였다. 4월에 500개 이상의 시민사회단체가 결함한 “코로나19 사회경제위기 대응 시민사회대책위원회” (이하 코로나19 시민사회대책위원회)가 공식발족하며 정부에 해고금지 및 고용유지·차별없는 직접 지원·취약계층 추가지원·공공의료 확대·사회안전망 확충·지속가능한 경제산업구조로의 전환 등 대정부요구안을 발표하였다. 코로나19 시민사회대책위원회는 정기적인 브리핑과 뉴스레터를 발간하고 있으며¹⁴³⁾ 코로나19 위기가 미치는 시민들의 삶을 모니터링하고 미진한 정부의 정책들을 감시, 비판하며 사회 각 분야에서의 코로나19 이후를 전망하는 다양한 활동을 해오고 있다.

142) 비마이너. 2020. 03. 18 [장애계, 집단시설 ‘코호트 격리’에 “사회적 약자 감염관리 포기한 격”](#)
빈곤사회연대. 2020.03.09. [\[기자회견문\]국가인권위는 감염예방 빌미로 입소인의 주거권과 노동권을 위협하는 M노숙인 자활시설의 인권침해 중단 및 긴급구제를 결정하라](#)
연합뉴스. 2020.03.07. [인권단체 “이주민 차별없는 마스크 구매대책 시행하라”](#)
143) [코로나19 시민사회대책위 뉴스레터 모음](#)

코로나19-사회경제위기 대응 시민사회대책위 정세브리핑 및 뉴스레터 (2020.05.14, 1차 뉴스레터) 문의: covid19studies@gmail.com 페이스북: 코로나19시민사회대책위 ***뉴스레터에 실고 싶은 소식이 있으면 화제임을 알려주세요***	건강토론회 사각지대 해소를 위한 전국민고용보험 시행 방향 2020. 7. 2. 수 pm 2:00~4:30 프란치스코교육회관 420호 진급토론회 사각지대 해소를 위한 전국민고용보험 시행 방향 일시: 2020년 7월 2일 (수) 14시~16시30분, 청동 프란치스코교육회관 420호 공동주최: 조봉태1당 사회경제위기 대응 시민사회대책위, 사회경제개혁을 위한 지식연대(네트워크), 코. 코로나19대응을 위한 교수학살단백 주관: 한국여성노동자연대 특별그림: 새부녀자들 연희 팀과에서 촬영하였습니다
1차 뉴스레터(5.4)	시민대책위 토론회(7.2)

그림 14 코로나19 사회경제위기대응 시민사회대책위원회 활동

표 20 코로나19 대응 주요 시민사회운동

전국단위 : 시 민 사 회 연대	•03.31. 참여연대의 383개 종교시민사회단체 “코로나19에 대하여 정부에게 7대 대책을 제안한다”¹⁴⁴⁾ •04.28. 코로나19 사회경제위기 대응 시민사회대책위원회 발족(총 535개 단체) 대정부요구안 발표.
부문별 : 노동/장애/ 이주인권/빈 곤/인권/보 건의료/농민 /사회경제	•02.28. 민주노총 전국공공운수노동조합 “코로나19 확산방지와 노동자-시민안전을 위한 공공운수노조 입장” •03.04. 민주노총 “비정규직 등 취약계층에 대한 생활고 개선대책이 시급하다” •04.09. 민주노총 전국공공운수노동조합 “코로나19위기, 공공성 강화 계기로 만들자!” •02.24. 전국장애인차별철폐연대 “죽고나서야 폐쇄병동을 나온 이들을 애도하며-청도대남병원 코로나19 집단감염 사태, 집단수용시설의 본질을 묻다” •03.17. 전국장애인차별철폐연대 “지자체의 무책임한 집단 코호트 격리선언을 멈춰라!” •03.06. 전국이주인권단체 “코로나19대책에 이주민 차별철폐를 촉구하는 전국이주인권단체 입장” •04.03. 빈곤사회연대 “장애인과 가난한 이들의 코로나19긴급대책 요구안 발표 기자회견” •04.10. 코로나19 인권대응네트워크 외 “시민의 인권을 중심에 두지 않은 ‘전자팔찌’ 도입 검토 등 정부의 강경대응정책 추진에 우려를 표한다.” •05.12. 코로나19 성소수자 긴급대책본부 출범 •05.14. 코로나19 인권대응시민사회 기자회견 “혐오와 차별로는 코로나19위기를 극복할 수 없습니다! •05.07. 의료민영화 저지와 무상의료 실현을 위한 운동본부 “마지막 20대 국회에 촉구한다. 공공의 과대학 설립 법, 건강보험 국고지원 정상화 법 통과시켜라!” •05.07. 코로나19 대책 마련을 위한 농민공동행동 출범 •03.27. 다함께 위기극복 공동행동 ‘재난연대기금’ 조성
지 역 사 회 단위:	•서울특별시 - 민주주의위원회, 코로나19 극복 시민사회 간담회(03.13) - 서울민주주의위원회, 서울시민회의 1차 온라인 토론회(06.20) - 재난안전대책본부 민관협력반 집담회 ‘지역사회의 코로나19 대응과 쟁점’ (06.23) - 재난안전대책본부 민관협력반 공개토론회 ‘지역사회 재난거버넌스의 필요성과 과제’ (07.09)

	- 서울공공보건의료재단·감염병관리지원단, 서울시 코로나19 대응 주요소식(일간) •대구광역시 - ‘코로나19 극복 범시민대책위원회’ 출범 (04.21) - ‘코로나19 사회경제위기 대응 대구공동행동’ 발족 (06.10)¹⁴⁵⁾ •경북 영주시, 민관합동 ‘코로나19 극복 범시민대책위원회’ 출범 (05.01)¹⁴⁶⁾ •경기도 군포시자원봉사센터 제안, ‘코로나19 극복을 위한 군포시민행동’ 발대식 (05.29)¹⁴⁷⁾¹⁴⁸⁾ •경기도 구리시, 유관기관/기관단체 대표 99명 ‘코로나19 극복 범시민대책위 온택트 출범’(06.05)¹⁴⁹⁾
--	---

그러나 최근 발표된 라잔 등의 연구에 따르면, 이번 코로나19 국면에서 대부분의 국가들이 감염학자나 역학자등 일부 보건전문가들의 자문을 주로 받고, 그 외 다른 보건전문가(정신건강, 아동건강, 만성질환, 노인의학, 장애인 등)들과 거의 소통하지 않았으며, 시민사회와 지역사회 그룹은 일차논의 대상에 포함되지도 못했다고 지적한다(Rajan et al, 2020).

한국 정부도 일부 취약집단을 대표하는 시민사회와 협력하고 있지만, 아직까지 그 방식은 간접적이거나 단발적이며, 주로 감염병전문가들이 코로나19 논의를 이끌고 있다는 평가를 피할 수 없다. 그러는 사이에 초기에 만성정신질환자 폐쇄병동, 외상 노인들을 위한 요양시설, 중증 장애인 시설 등 건강하지 못한 사람들이 모여있는 열악한 시설환경이 코로나19 유행의 중심이 되었고, 이후에는 콜센터와 물류센터처럼 저임금·불안정 노동자들의 일터로 옮겨갔다. 그러나 장애인, 중증정신질환자, 미혼모, 학대가족과 같이 사는 사람, 노인들 같은 취약집단은 사회경제적 조건상 감염 자체의 위험이 높을 뿐만 아니라, 사회적 격리와 고립으로 인한 부정적인 결과를 더 많이 받을 수 밖에 없다. 이런 사람들을 위하여 시민사회단체, 지역사회조직, 사회복지사 등은 감염병과 사회적 대처가 교차하는 최전선에서 위기 상황에서 극대화되는 사회적 불평등의 문제를 먼저 감지하고 사회에 경각심을 올리는 역할을 하고 있다. 뿐만 아니라 시민참여는 감염병 협동대응체계의 4개 국제원칙에서도 핵심사항이다. 4개 원칙은 인권중심 및 차별금지, 취약계층에 대한 경제적·사회적 보호, 시민의 참여, 국제연대인데 특히 시민참여 여부는 유엔특별보고관이 감독하는 핵심 사항 중 하나이다¹⁵⁰⁾. 시민사회와 지역사회가 지금이라도 코로나19 대응을 위한 공적 논의의 장에 더 많이, 다양하게 포함되어야 하는 이유이다.

144) 참여연대, [코로나 대응 긴급 기자회견문](#)

145) 대구신문. 2020.06.10 [대구시민단체 ‘코로나 대구공동행동’ 발족](#)

146) 경북매일. 2020.05.01 [영주시, 코로나19 극복 범시민대책위 출범 경제활성화 총력](#)

147) 경기TV미디어. 2020.05.29 [\[코로나19 극복을 위한 군포시민행동\] 집행위원회 발대식](#)

148) 군포시민신문. 2020.06.22. [코로나19 대응, 민·관이 함께 ‘군포시민행동’](#)

149) 비전21뉴스.2020.06.05. [구리시, 코로나19 극복 범시민 대책위 ‘온택트’ 출범](#)

150) 프레시안, 2020.09.09. [“K-방역의 이면, 인권침해 좌시해서는 안된다”](#)

(2) 공중보건 재난거버넌스의 프레임워크

IRGC(International Risk Governance Center)는 위험/재난거버넌스에 대한 근거기반의 권고안을 제시하는 비영리독립연구기관이다. 이 기관에서 나온 <Introduction to the IRGC Risk Governance Framework>(2017)에서는 현대사회의 많은 위험이 복잡하고, 불확실하며, 모호하다고 규정하며, 위험을 잘 관리하는 것은 효과적이고 효율적인 결정을 내리고, 위험관리과정과 의사결정에 대중의 신뢰를 높이는데 핵심적이라고 기술하고 있다. IRGC가 제시하는 위험거버넌스 프레임은 크게 위험을 이해하는 단계와 위험에 어떻게 대처하는지를 결정하는 두 과정으로 구분된다. 위험을 이해하기 위한 코로나19의 생물학적 특성에 대한 기술적 평가(technical assessment)나 위험에 대처하는 정책들의 수용여부에 대한 의사결정자의 평가(Evaluation) 등은 이 글에서 다루지 않는다. 대신 여기서는 각 단계를 가로질러 공통적으로 중요하게 작동하는 커뮤니케이션(communication), 이해당사자 참여(Stakeholder Engagement), 맥락(Context)을 살펴보고자 한다. 특히 이 세 가지는 최근에 공중보건 위기를 유발하는 요소의 범위가 넓어지고 불확실성이 증가하는 상황에서 다양한 이해관계자의 참여와 그들간의 커뮤니케이션의 중요성이 강조되고 있으며, 사회적 맥락에 따라 재난이 공동체와 지역사회에 미치는 영향이 차별적이라는 문헌검토의 결과와도 일관된다. 이 단락에서는 먼저 위험의 특성에 따른 이해당사자 참여, 위기 커뮤니케이션과 사회적 맥락에 대하여 리뷰하고, 앞서 연구에서 확인했던 좋은 재난거버넌스의 요건들과 함께 공중보건 재난거버넌스 프레임워크를 구성해보고자 한다.

① 위험의 특성별 이해당사자의 참여

IRGC(2017)에 따르면, 위험의 정도에 따라 단순한 위험(Simple), 복잡한 위험(Complexity), 불확실한 위험(Uncertainty), 모호한 위험(Ambiguity)으로 나눌 수 있다. 단순한 위험은 자동차 사고를 예방하기 위해 안전벨트 착용을 의무화하는 것과 같이, 규제를 하는 것이 별로 논란이 되지 않는다. 복잡한 위험은 원인을 알아내고 정량화하는 것이 어렵고, 사회기술적 시스템을 이해하는 것이 어려운 위험을 말하며, 예로는 인터넷 망이나 전화망의 붕괴 등이 있다. 이런 종류의 위험은 대부분 기술적으로 해결할 수 있다. 불확실한 위험은 그 위험에 대한 과학적, 기술적 자료가 부족하거나 또는 그 자료가 명확하지 않거나 질 높은 자료가 아닌 경우이다. 이 경우에는 위험을 분석하고 평가하는 것 자체가 어렵다. 자연에 새로운 생물이 나타난 경우가 이에 해당

한다. 모호한 위험은 위험의 심각성이나 가져올 사회적 파장 등에 대한 관점이 다양한 경우를 말한다. 사회적으로 격렬한 윤리적 문제에 대한 논쟁 등이 이에 해당한다. 위험의 특성에 따라 이해관계자들의 참여형태와 참여자들을 구분해보면, 단순한 위험일 경우 정부와 전문가 등 소수의 인원이 일상적인 규칙에 따라 대응하면 되지만, 불확실하거나 모호한 위험일수록 더욱 많은 행위자들이 참여하도록 하고 있다(IRGC, 2017). 코로나19와 같은 불확실하고 모호한 위험의 경우에는 위험 자체에 대한 과학적 지식이 불충분할뿐만 아니라, 의료자원의 배분과 우선순위에 대한 대규모의 사회적 토론과 합의를 위하여 시민사회의 참여는 필수적이어야 한다.

표 21 위험 특성에 따른 이해관계자의 참여

참여자	시민사회			
	영향을 받는 이해관계자		영향을 받는 이해관계자	
	외부 과학자/연구자	외부 과학자/연구자	외부 과학자/연구자	외부 과학자/연구자
참여의 종류	규제당국/산업 전문가	규제당국/산업 전문가	규제당국/산업 전문가	규제당국/산업 전문가
	위험과 위험감소방법을 평가하기 위해 일상적인 방법을 활용	위험과 완화 방법에 대한 최대한의 과학적 지식을 활용	최선의 결정을 하기 위해 영향받는 모든 이해관계자가 결정과정에 참여	위험과 그 기저의 합의에 대해서 사회적 토론
주된 위험 특성	단순(simple)	복잡(complexity)	불확실(uncertainty)	모호함(ambiguity)

INTRODUCTION TO THE IRGC RISK GOVERNANCE FRAMEWORK Revised Version 2017

International Risk Governance Center(IRGC)

② 위기 커뮤니케이션(Crisis communication)

앞에서 살펴본 위험의 특성에 따른 전략의 목표와 참여자의 구성에 따르면 ‘모호한’ 위험일 때는 정부-전문가-시민 사이의 관계를 새롭게 설정하여 상호신뢰관계를 구축하고, 다양한 이해당사자의 경험 등 집단지성을 활용하는 것이 필요하다. 또한 위험 대응 전략은 담론을 기반으로 해야 한다. 위험에 대한 인식은 개인보호행동을 형성하는데 중요한 역할을 하며, 이는 보호행동이 대부분의 대응전략의 핵심인 코로나19와 같은 경우에 특히 중요하다(Aengus Collins et al., 2020). 특히 위험(risk) 커뮤니케이션과 유사하지만 차별성을 가지는 위기(crisis) 커뮤니케이션

선 개념에 주목할 필요가 있다. 두 개념은 많은 부분 유사성이 있지만 누가 커뮤니케이터가 되는 것인지, 전달 시기는 언제가 적절한지, 메시지의 목적은 무엇인지 등에서 차이가 있다.

● 위험 커뮤니케이션

일반적으로도 위험 커뮤니케이션은 보건의료 위기 상황에서 중요하다. 위기 대응의 모든 과정이 관련 정보의 교환, 지침 발표 등 커뮤니케이션을 통해 이루어지기 때문이다. 특히 공중보건 위기 대응에서 가장 중요한 역할을 하는 정부가 커뮤니케이션을 효과적으로 하는지에 따라 위기의 관리와 그 결과에 큰 영향을 줄 수 있다. 정부는 위험 커뮤니케이션을 통해 대중이 위험에 대해 정확하게 인식하게 하고, 대중의 신뢰를 쌓고, 보건의료조직 또는 지역사회내 조직과 명확히 소통하면서 위기대응시간을 단축할 수 있다. 신종 감염병과 같은 모호한 위험의 경우 불확실성이 높으면서 개인에게 미치는 위해가 커질 수 있고, 대응하거나 영향을 받는 이해관계자가 다양해짐에 따라 더 많은 협력과 논의가 필요하므로 커뮤니케이션의 역할이 더 중요하다고 할 수 있다. 중국에서 코로나19의 위험성을 경고한 리원량 박사의 경우와 같이 초기 위험관련 정보가 억제되거나, 미국에서 주요 정책입안자들이 과학적 조언을 무시한 경우를 코로나19에서 위험 커뮤니케이션에 실패하여 막대한 비용을 치른 사례이다(Aengus Collins, 2020)

위험 커뮤니케이션은 어떤 노출이나 행동이 야기할 특정한 유형(종거나 나쁘거나)의 결과와 결과의 크기(강하거나 약하거나)에 대한 정보를 집단에 제공하는 것으로써 보통 발생할 부정적인 결과와 그 결과가 일어날 확률에 대한 논의를 의미한다(CDC, 2018). 위험의 성격이나 발생 가능성이 상당히 구조적이며 예측 가능하기 때문에 정보의 전달이 원활히 이뤄질 경우 위험의 여파를 최소화할 수 있다고 가정하고 있다(Reynolds & Seeger, 2005). 개인이 금연이나 백신 주사 맞기, 의학적 치료 등과 같이 일상적인 행위를 선택하는데 도움을 주는 역할을 한다. 위험의 결과에 직접적인 영향을 받지 않는 전문가가 커뮤니케이터가 되며, 빠르게 전달할 필요가 거의 없으며, 의사결정의 역량을 강화하는 것이 메시지의 목적이다(CDC, 2018).

● 위기 커뮤니케이션

위기 커뮤니케이션은 예상하지 못한 위기를 맞은 조직이 대중에게 위기에 대한 사실을 전달하는 과정을 말한다. 이 때 위기란 한 조직의 통제를 벗어난 것으로써 즉각적인 대응이 필요한 것을 말한다. 불확실한 상황 속에서 커뮤니케이터는 위급 상황을 대중에게 알리고 경고할 방법을 찾아야만 한다. 위기 커뮤니케이션의 내용, 형태, 전달 시기는 위해를 줄이고 제한하거나 상황을 악화시키는데 영향을 줄 수 있다. 위기의 영향을 받는 조직의 구성원이 커뮤니케이터가

되며, 급박하게 전달해야 하며 때로는 적절한 전달시기를 예측할 수 없고, 메시지의 목적은 설명하고 설득하는 것이다(CDC, 2018). 이 외에도 메시지가 급박하게 전달되어야 하므로 전달 속도가 빠른 매체를 선호하며, 상황 대응적이라는 특징이 두드러진다. 재난 시에는 정치적 요소도 크게 개입하므로 위기 상황에서 비판할 대상이 누구인지 등 정치적 메시지가 함께 전달되기도 한다(Reynolds & Seeger, 2005). 최재욱 등은 위기 커뮤니케이션을 ‘특정한 사건을 이해시키고, 결과를 예측하고, 피해를 완화시킬 수 있는 정보를 솔직하고, 정직하고, 신속하고, 정확하고, 완전하게 제시하는 것’으로 정의하였다. 메르스 사태에서 사태 전의 감염병 위기대응 매뉴얼 구축 및 교육 등과 같은 사전에 이행되었던 커뮤니케이션을 리스크 커뮤니케이션으로, 사태 발생 직후, 우리나라의 정부가 실행한 전략을 위기 커뮤니케이션으로 구분하였다 (최재욱, 2005).

위와 같은 개념에 따르면 코로나19와 같은 신종 감염병은 단일 국가의 정부 또는 하나의 행정부의 통제의 범위를 벗어난 비전형적인 것으로 공동체 전체에 당면한 것이므로 정부를 필두로 시민 모두가 위기 커뮤니케이션의 주체가 될 필요가 있다. 그렇다면 어떤 위기 커뮤니케이션을 해야할까? 미국 질병관리본부(Center for Disease Control and Prevention [CDC])에서 다음과 같이 위기 커뮤니케이션 원칙 여섯 가지를 제안하였다(CDC, 2015).

표 22 CDC의 6가지 위기 커뮤니케이션 6개 원칙

첫째, 첫 번째가 될 것. 위기는 시간에 민감하므로 정보를 신속하게 전달하는 것이 결정적이다. 대중에게 첫 번째 정보 출처이자 믿을만한 출처가 되어야 한다. 둘째, 정확할 것. 정확성이 신뢰를 형성한다. 알려진 것과 알려지지 않은 것을 모두 포함하며, 이 차이를 매우기 위해서는 무엇이 행해져야하는지가 정보에 포함될 수 있다. 셋째, 믿을만 할 것. 위기 상황 동안 정직과 신뢰는 타협할 수 없다. 넷째, 공감함을 표현할 것. 위기가 야기한 위해로 인한 고통에 대해 말로써 인정해주어야 한다. 사람들이 느끼는 것과 그들이 직면한 어려움을 다루는 것은 신뢰와 관계(rapport)를 만든다. 다섯째, 행동하게 할 것; 사람들에게 불안함을 잠재울 수 있는 유의미한 메시지를 준다면 통제할 수 있다는 효능감을 가지게 하고 질서를 회복하는데 기여할 수 있다. 여섯째, 존중을 보일 것. 존중하는 커뮤니케이션은 사람들이 약해졌을 때 특히 중요하다.

공중보건위기에서 위기커뮤니케이션의 주된 커뮤니케이터는 정보와 자원을 압도적으로 가진 정부/국가라고 할 수 있다. 이어지는 글에서는 마스크정책 사례를 통해 이런 위기커뮤니케이션

의 원칙들이 잘 지켜졌는지 검토하고자 한다.

③ 사회적 맥락

IRGC는 전통적인 위험의 평가, 관리, 커뮤니케이션과 함께 광범위한 사회적, 제도적, 정치적 그리고 경제적 맥락이 위험 거버넌스에 고려되어야 한다고 강조한다. 이런 맥락요인에는 거버넌스 과정에서 핵심 행위자들이 자신의 역할을 수행할 수 있는 조직 역량, 행위자들의 네트워크, 정치 문화 또는 규제문화, 사회적 환경 같은 것이 포함된다. 거버넌스에서 맥락의 중요성이 강조되는 것은 지난 20년간 재난관리에서 사회적 회복탄력성에 대한 관심이 높아지는 것과 맥을 같이한다. 이는 대규모 사회적 재난이 발생하는 빈도가 잦아지고 있을 뿐만 아니라, 재난이 지역사회에 미치는 파괴적인 영향 때문이기도 하다(Saja et al., 2019). 사회적 회복탄력성이란 사회메커니즘이 재난을 효과적으로 완화하고 대응하여 사회적 파괴를 최소화할 수 있는 회복적 활동을 수행하고, 미래의 재난영향을 줄이는 능력을 의미한다(Saja et al., 2018). 사회적 회복탄력성을 측정하는 단일한 도구가 있는 것은 아니지만, 재난에 대한 대응과 회복에 영향을 줄 수 있는 사회적 역량이라는 점에서 한 공동체의 역사적, 정치사회적 환경의 총합으로 볼 수 있다. 재난위험감소에 대한 최근의 국제행동기준인 2005년 Hyogo Framework for Action(HFA) 이후 나온 문헌을 리뷰한 바에 따르면, 사회의 회복탄력성에는 지역의 사회인구학적 특성, 사회적 통합정도, 사회적 네트워크, 지역사회참여, 지역사회에 대한 공동체의식과 애착, 보건의료서비스에 대한 접근, 위험에 대한 지역사회의 지식 등이 포함된다.

특히 사회적 맥락에 주목하고자 하는 이유는 이번 코로나19 공중보건위기에서 보듯이 감염병 대응의 행정적 책임을 지는 지자체 단위로 발생양상이나, 지역의 대응자원, 지역주민들의 필요, 그리고 그것들에 대한 지방정부의 대응양상이 달랐기 때문이다. 코로나19가 국가 차원의 위기이기도 하지만, 그 대응에서는 구체적인 지역의 조건들과 만나서 문제가 증폭되거나 또는 대안들이 현실화되는 등 다양했다. 또한 반드시 지역적 단위의 맥락이 아니라고 하더라도, 장애인이나 이주민, 성소수자처럼 특정한 사회집단에 대한 정치문화적 배경이나 그들간의 네트워크라는 맥락 또한 전체 공중보건 재난거버넌스의 작동에 영향을 주었다고 본다.

(3) 코로나19 유행의 공중보건 재난거버넌스 돌아보기

이상의 검토를 바탕으로 우리는 재난거버넌스의 핵심요건으로 공적 가치와 공공성의 추구,

정부의 책무성, 시민들의 민주적 참여 보장에 덧붙여 공중보건위기에서 더욱 필요하다고 판단한 위기 커뮤니케이션, 사회적 맥락까지 모두 다섯 가지를 선정하였다. 이런 원칙과 조건들이 지금까지 한국에서 코로나19 유행기간 동안 어떻게 실현되었는지 시민사회단체 활동가, 공공보건의료기관 종사자에 대한 인터뷰와 사례조사를 통해 평가해보고자 한다.

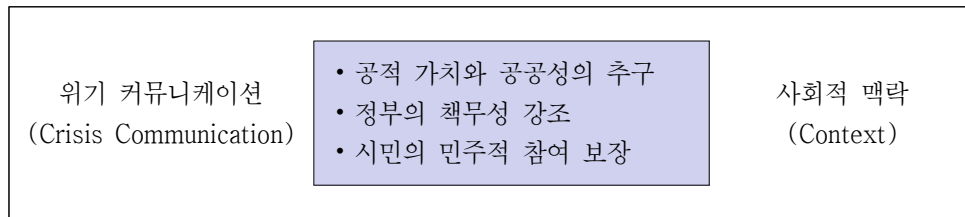


그림 15 공중보건 재난거버넌스 프레임워크

① 공적 가치와 공공성의 추구

● 사례 1. 코로나19 성소수자 긴급대책본부와 서울시

5월 초 연휴가 끝나면서 정부에서 방역체계를 ‘생활속 거리두기(생활방역)’로 전환하자마자 5월 6일 이태원 클럽발 코로나19 확진자가 발생하며 집단감염의 우려가 커졌다. 이태원과 성소수자라는 공간적, 집단적 이질성은 성적 지향과 코로나19 감염이 연관성이 없음에도 쉽게 성소수자들에 대한 사회적 차별과 혐오, 비난의 목소리를 실은 언론들의 선정적인 기사들이 확산되었다. 성소수자 옹호단체들은 성소수자들을 무차별적 혐오에서 보호하고, 두려움을 느끼지 않고 진단검사를 받을 수 있도록 하기 위해 ‘성소수자 차별반대 무지개 행동’이라는 연대체와 HIV/AIDS 인권활동가 네트워크가 만나서 팀을 짜고 급하게 사무실을 꾸렸다. 그 뒤에 7개 단체가 모여 ‘코로나19 성소수자 긴급대책본부’를 결성하고 긴급기자회견을 실시하였다.(참여단체는 점차 확대되어 7월까지 전국에서 23개 단체가 결합함)



그림 16 코로나19 성소수자 긴급대책본부 활동

‘코로나19 성소수자 긴급대책본부’는 초기에 서울시와 경기도 등 지자체가 확진자 추적과정에서 보인 근거없는 대처와 인권 침해적 요소에 문제를 제기하였고, 방역당국에서도 혐오는 방역에 도움이 되지 않는다는 메시지를 계속 알려 줄 것을 요구했다. 이후에는 서울시와 협력하여 개인정보를 최소화하는 익명검사를 도입하는 등 성소수자들이 안전함을 느낄 수 있도록 검사절차를 개선하였다. 서울시의 익명검사제도 도입 후 검사건수가 8배 급증하여 누적검사 수 2만 4082건을 기록하였고, 이후 서울시의 익명검사제도는 전국으로 확대되었다. 또한 서울시는 성소수자들의 검진을 독려하기 위해서 성소수자들이 많이 사용하는 어플에 배너광고를 띄울 수 있도록 예산을 집행하는 등 적극적으로 지원하였다.

“방역에 초점을 맞춰야 되니까 정부에서는, 어떻게 해야 되는지 모르니까 처음에는 경기도 같은 경우에 대면 접촉을 피하라고. 그러니까 대면 접촉을 하게 되는 경우가 있으면 처벌하겠다고도 하고, 인천시나 서울시 같은 경우에는 성소수자 목록 있냐고 그런 거 물어보러 수소문하러 다니고 그러니까, 그거에 덧붙여서 검진 과정에 있어서도 검사를 받으러 가면 HIV 있는지 물어 보는 경우가 있고, 아니면 좋은 데 가셨네요? 이런 식으로. 검사를 받으러 갔는데 이런 식으로 하는 경우가 있어서 그거에 대해서 인권 침해 위주로 저희가 대응을 했었고, 그 뒤에 정부가 지자체에 연락이 좀 되어서 그때부터 방역에 초점을 맞춰서 검진을 받는 것 같아요.

(중략)

서울시 같은 경우는 저희한테 예산을 줘서 검진 독려를 해라. 이렇게 미션을 줘서 저희가 성소수자 어플, 데이팅 어플. 한 6개 정도에 홍보를 돌렸어요, 배너 광고 띄워서 서울시 로고 박혀있는. 이게 정말 드문 일이었거든요. 서울시 로고를 박혀있는 광고가 데이팅 어플에 다 뿌렸을 거예요. ‘이거 아마 안 본 사람들이 이태원 안 갔을 거야’ 그런 식으로 해서.. 그것도 도움이 되어서 익명 검사 가능하고 힘든 거 있으면 연락해라 상담해줄게. 이게 도움이 많이 됐죠.”(성소수자단체 활동가)

이렇게 ‘코로나19 성소수자 긴급대책본부’에서 사회와 옹호자들 양쪽에 이처럼 정확하고 신속하게 메시지를 전달할 수 있었던 것은 오래된 HIV/AIDS 운동의 경험에서 비롯된 것이었다. 그것은 바로 질병에 대한 차별과 혐오, 범죄화가 치료와 예방에 전혀 도움을 줄 수 없다는 사실이다. 성소수자 옹호단체들은 HIV/AIDS에 대한 사회의 인식이 무지하던 시절부터 성소수자들의 프라이버시를 보호하고 성적 지향이 차별과 혐오의 대상이 되지 않도록 하기 위한 성소수자 인권보장운동을 오랫동안 해왔다. 성적 다양성을 가진 사람들도 편견과 억압없이 존중받는 사회뿐만 아니라 성별과 나이, 학력, 질병 유무에 따른 차별이 없는 사회, 모든 사람이 자유롭고 평등한 사회를 만들기 위하여 쌓아온 오래된 실천과 연대의 운동 역량이 코로나19 유행을 맞아 옹호자들을 보호하고 방역과 사회적 혐오를 개선하는데 결정적인 역할을 한 것이다.

“지자체에서도 어떻게 해야 되는지도 모르고, 그래서 이태원에 다녀왔다고 얘기만 해도 검사가 익명으로 진행되거든요. 그런 이유가 저희는 8-90년대부터 HIV 운동을 계속 해왔잖아요. 그래서 어떻게 하면 이 사람들이 검진을 더 잘 받을 수 있을까. 그러면 검진 과정에서 어떻게 해야지 이 사람들의 프라이버시를 보호해줄 수 있을까 고민해봤을 때 익명으로 검사를 해야겠다고 시작해서 익명으로 검사가 시행되고 있고. 이걸 방대본에서, 원래 처음에 서울시랑 얘기해서 서울시에서만 익명으로 진행되던 게 다음날 방대본에서 바뀌어서 전국으로 확대가 된 거예요. (중략) HIV가 한국에서 나왔을 때, 8-90년대 나왔을 때도 지금처럼 확진자 동선 공개하고 법적 처벌하고 신고 안 하고 그러면 처벌이야, 감시 대상이야. 그리고 너 치료 받아야 돼. 안 받으면 벌금이야. 아니면 격리시설에서 치료받을 수 있어. 이런 식으로. 약간 질병을 범죄화하는 그런 게 아무래도 저희는 두려웠던 거죠. HIV랑 되게 연관이 있나? 왜 그때 악몽이 재현되는 것 같지? 이러다 보니까 HIV 운동을 저희는 많이 가져와서, 저희가 처음에 무지개행동이라 HIV AIDS 인권활동네트워크랑 같이 해서 대책본부 만들었다고 했잖아요. HIV 관련 단체들이 가지고 있는 역량을 많이 활용했던 것 같아요. 그래서 방역에 어떻게 할지라든지 이런 것도 그 운동에서 우리가 어떻게 해왔는지를 겪었다 보니까, 익명 검사도 그렇게 할 수 있었던 게, 질병에 대한 차별과 혐오가 범죄화하는 게 얼마나 도움이 되지 않고 쓸 데 없는 건지 알기 때문에 할 수 있었죠.” (성소수자단체 활동가)

이태원클럽발 집단감염사건에 대하여 동선공개 개선과 익명검사제 도입은 서울시와 ‘코로나19 성소수자 긴급대책본부’가 감염병에 대한 방역이라는 공동의 과제에 대하여 적시에, 긴밀하게 협력한 좋은 사례이다. 그러나 방역을 위해 이루어지는 광범위한 개인정보의 수집, 특히 이태원발 감염의심자를 찾기 위하여 서울시에서는 통신사와 경찰의 협조를 얻어 클럽인근 기지국 접속자 1만명의 명단을 확보하여 검사를 독려한 것은¹⁵¹⁾ 인권침해와 관련하여 과다한 대응

151) 중앙일보 2020.5.12. [기지국은 알고 있다.... 이통사, ‘이태원 접속자’ 이름·전화번호·집주소 제출](#)

이라는 비판이 제기되고 있다¹⁵²⁾. 당시 서울시에서는 특정 클럽 이용자뿐만 아니라, 클럽 방문과 거리가 있는 인근 상점과 도로이용자들의 통신기록까지 모두 수집하였다. 결국 서울시는 이중, 삼중으로 접촉자들을 추적한 셈이다. 그러나 이러한 철저한 추적은 과연 공중의 안전 보장과 개인정보 보호라는 인권가치를 위해 어느 수준까지 허용해야 할 것인지 보다 광범위한 시민들의 합의를 과제로 남기고 있다.

● 사례 2. 전국장애인차별철폐연대와 보건복지부

코로나19 초기부터 장애인단체에서는 활동지원사나 장애인이 감염되거나 자가격리될 경우, 중증장애인들을 어떻게 지원할 것인가에 대한 정부의 대응책이 부재한 것을 지적하고 장애인 대응 매뉴얼을 요청해왔다¹⁵³⁾. 이런 우려는 페르스 유행때 정부의 대응이 미비하여 장애인들이 입은 피해에 대하여 ‘차별구제소송’을 한지 4년이 넘도록 1심판결이 나지 못하고 있는 상황이었고, 소송이 장기화되는 이유가 재판부의 중재안을 정부측이 사실상 거절해왔기 때문이란 점 때문에 더욱 절박한 것이었다. 정부는 2017년 법원으로부터 ‘원고측이 원하는 장애인 감염병예방매뉴얼을 포함한 장애인안전 종합대책을 수립하라’는 조정안을 받고도 지금까지 아무런 대응책을 마련하지 않고 책임을 방기하고 있었다. 그런데 2020년 코로나19가 국내 유행을 시작하고 나서, 첫번째 사망자가 집단격리 수용되던 정신장애 폐쇄병동 입소자였다는 사실 때문에 감염병 상황에서의 차별없는 장애인보호대책이 무엇보다 시급하다는 사실이 드러났다.

	
4개 장애인단체 보건복지부 규탄 기자회견(02.17)	2020년 3월 전국장애인차별철폐연대와 청와대 시민사회수석실 간담회

그림 17 장애인단체의 코로나19 대책 요구활동

152) 프레시안 2020.7.30. [이태원 기지국 접속자 정보 수집, 현재에서 다룬다](#)

153) 비마이너 2020.2.17. [페르스 이후 4년, ‘코로나19’에도 장애인 대책 없어 ... “정부가 더 무섭다”](#)

청도대남병원 사건을 접하면서 장애인단체들은 강력하게 선제적 보호조치를 요청했고¹⁵⁴⁾, 이후 청와대 시민사회수석은 전국장애인차별철폐연대를 방문하여 간담회를 실시하였다. 이 자리에서 장애인단체는 옹호자들을 위하여 정부에서 미리 생각하지 못하는 활동지원사에 대한 내용, 내부기관장애인에 대한 내용들을 담은 매뉴얼을 제작하여 정부에 전달하였다. 중증장애인들을 위한 권리보장활동을 하는 가장 전위적인 장애인단체가 정부책임자와 직접 현안에 대하여 논의한 것은 재난상황에서 장애인건강권 보장을 위해 당사자가 직접 참여하는 바람직한 과정이라고 볼 수 있는 장면이다.

“청와대가, 여기가 지금 6층이거든요, 이 건물에 찾아온 게 사상 처음이예요. 그래서 저는 제가 들어온 지 3일밖에 안 됐는데 되게 재밌는 현상들을, 저도 어쨌든 연구자로서 너무 많이 보게 된 거예요. 대표님 스스로도 놀라는 거예요. 여길 왜 왔지? (웃음) (사회자 1: 운동할 때 그런 적이 한 번도 없었는데요?) 네. 단 한 번도 없었어요. 쉽게 말하면 여기는 전교조 같은 약간 비법정단체인데, 전교조와는 비교할 수도 없는 작은 세력인데 여길 왜 왔지. 그런데 이게 코로나 시국에 청도대남병원의 의제와 이슈가 뿔 터지고 나갔어요. (중략) 저희는 아예 그냥 그 최전선에 있었고, 청도대남병원에 대한 업데이트도 저희가 계속 받았고, 인권위에 저희가 직접 진정을 냈고 하다 보니까, 청와대가 장애인 문제를 한 번은 해결하자라는, 이게 시민사회수석님이거든요.

(중략)

보건복지부가 뭔가 장애인에 대한 대응을 써도 활동지원사에 대한 대응을 쓰지 않는다면 정보자 자꾸 이렇게 불충분할 때가 있어요. 장애인은 늘 활동지원인과 같이 다니는 경우가 많고, 활동지원인의 감염이 장애인에게 우려되는 경우에는 어떻게 대응해야 된다면, 아니면 장애인이 서로 다른 장애 유형을 정부가 생각하는 장애는 사실 지체장애인이 많거든요. 그런데 지체장애인 말고 장루 장애, 이런 상상, 보건복지부가 상상해서 쓰지 못한 장애인들에 대한 매뉴얼을 저희가 작성을 했는데 이게 반영이 안 돼요. 그래서 정보가 보내준 걸 잘 보고 있냐라고 묻는다면 정답은 아니고요, 그러면 어떻게 대처하세요 그러면 우리끼리 만든 걸로 우리끼리 본다. 그리고 그러면 이거 이게 현실에서 먹히나요? 그러면 안 먹히니까 또 투쟁한다.” (장애인활동가 1)

그러나 이런 간담회 역시 중증장애인옹호단체와 정부의 일회성/이벤트성 만남이 아니라 이후에 지속적인 정책협의 파트너가 되어 실제 효과가 있는 정책달성을 위한 상시적인 소통이 가능할 때 그 협력이 유의미하다. 장애인단체에서는 여러 기회를 통해 정부 관계자에게 매뉴얼 발간 등 제안사항의 진행여부를 문의했지만 해당부처에서 신속하게 처리하지는 못한 것으로 보

154) 전국장애인차별철폐연대 등 ‘ 장애인인권이 없는 차별적인 코로나19 대응, 국가인권위원회 긴급구제 기자회견’ 2020.02.26.

인다.

“청와대에 다같이 시민사회가 이렇게 스크립을 짜서 들어갔죠. 가니까 또 똑같은 사람이 있더라고요. 그래서 ‘아 오랜만에 뵙네요? 잘 진행이 안 되시나요?’ 제가 이렇게 여쭙보니까 ‘왜 두 달째 소식이 없으세요?’ 그러니까, 사회수석에게 전달은 했는데 사회수석이 소설 풀리시잖아요? 그러다 보니까 보건복지부 대응만으로도 바빠서 장애 이제 전달이 안 된 거 같은데 한 번 더 전달하겠다고 했고, 다시 연락이 안 오고 있죠. (웃음)” (장애인활동가 1)

이렇게 4개월이 지나 지난 6월 보건복지부에서는 민관합동으로 최초의 ‘장애인 대상 감염병 대응 메뉴얼’을 마련하여 중앙행정기관 및 지방자치단체에 권고했다.¹⁵⁵⁾ 메뉴얼에는 코로나19 초기에 활동지원사도 없이 혼자 지내야했던 중증장애인의 사례나 장애인과 함께 자가격리하기로 결정했던 활동가들이 제기한 장애인 돌봄공백 방지와 내부기관장애등 그동안 드러내지 않았던 장애인에 대한 보호방안도 포함되었다. 중증장애인들의 대중교통수단인 장애인 콜택시도 병의원이용에 한정해서만 이용하도록 했던 초기 방침의 문제를 개선하여 생필품 및 방역물품 지원을 위해 이동서비스를 이용할 수 있도록 하였다. 또한 장애인들의 감염병 정보접근성을 제고하기 위한 수어통역, 문자상담, 음성변환 출력 인쇄물, 그림 설명판 등도 지원된다. 메뉴얼과 함께 배포된 장애인을 위한 코로나19 안내서 <코로나19 함께 이겨냅시다>는 지난 3월 장애인 지역공동체와 대구장애인차별철폐연대가 ‘소소한 소통’의 재능기부로 펴낸 <쉽게 알아보는 코로나19>에서 대구지역 선별진료소와 장애인지원기관정보를 제외하고 코로나19 검사와 자가격리자 준수사항, 대비카드를 추가한 자료이다.

그러나 메르스 이후 4년, 폐쇄병동 정신장애인의 비극적인 죽음 이후 4개월이 지나서야 장애인정책 주무부서에서 대응 메뉴얼을 발표한 것은 생존의 위기에 놓인 장애인들의 현실을 외면한 너무도 늦고 안이한 대책이라는 비판을 피할 수 없다. 장애인옹호단체와 정부 당국의 공개적인 의사소통과 숙의의 진전이라는 성과는 장애인 건강권 보장이라는 공적 가치의 실현이라는 의의가 있다. 그럼에도 불구하고, 감염병 위기상황에서 장애인들의 생계와 인간의 존엄을 보장하는 매우 중요한 조치들이 선제적으로 또는 시의성있게 발표되지 못한 것은 사회적 약자들의 재난불평등을 완화하는데 불충분했다는 한계를 남겼다.

155) 보건복지부 보도자료(2020.06.24.) [“장애인 대상 감염병 대응 메뉴얼 첫 마련”](#)

 장애인지역공동체, 대구장애인차별철폐연대 (2020년 3월 27일)	 보건복지부(2020년 6월 23일)
---	---

그림 18 장애인을 위한 코로나19 안내서

② 정부의 책무성

● 사례 1. 병상 확보

‘개방성과 투명성’을 앞세운 정부의 코로나19 대응책은 2015년 박근혜정부가 메르스 유행에서 발생지역과 확진자들이 다녀간 의료기관을 공개하지 않아 많은 국민들을 불안하게 만들었던¹⁵⁶⁾ 비밀주의에 비하면 크게 진전된 것이다. 정부는 코로나19 관련 정보전달용 홈페이지를 개설하여 공식정보 출처를 일원화하였고, 중앙재난안전대책본부와 질병관리본부 중앙방역대책본부의 정례브리핑을 고정적으로 실시하였다. 정례브리핑을 통해 확진자, 접촉자, 사망자등의 발생현황과 중앙 및 지방정부의 방역관리정책, 보건의료자원 확보현황, 사례정의 개정지침등 정부의 대응현황을 시민들에게 전달하고 있다. 또한 시민사회단체들이 제기하는 방역관리의 문제점들에 대해서도 적극 조치하고 있다. 예를 들어 노숙인과 쪽방 주민에게 결핵검진사업과 연계해 관리를 강화하고 미등록이주민들은 강제추방의 위험 없이 검사를 받을 수 있게 한 것은 좋은 사례이다¹⁵⁷⁾.

156) 해럴드경제(2015.06.02.) <메르스 쇼크> 발생지역·의료기관 철저 비공개... 시민들 분노 폭발

157) 정책브리핑(2020.05.01.). 불법체류자 단속유예·검사 지원... “사각지대에 포용적 방역대책”



그림 19 중앙방역대책본부 코로나19 정보공개

투명성 제고를 위한 정보공개 원칙의 두 가지 차원이 있다. 하나는 생성된 정보를 예외없이 공개하는 것이고, 다른 하나는 당사자 또는 시민에게 그들이 수용할 수 있는 형식과 내용으로 정보를 전달하는 것이다. 그런데 정부는 수어통역이 없다는 차별진정을 받고 2월 4일부터 코로나19 관련 정례브리핑에 공공수어통역을 지원하고 있다. 정부가 수어통역을 미리 준비하지는 못했지만, 진정이 접수되자 이를 반영하여 청각장애인들의 알권리를 보장하고 수어에 대한 시민들의 인식을 개선시켜 “덕분에 챌린지”에 활용하기도 했다는 점에서 정보불평등을 개선한 사례가 되었다. 그러나 많은 일상 현장에서는 시각·청각·발달장애 등 장애 특성에 맞도록 재난대응 필수적인 정보가 제공되지 못하여 감염의 불안과 공포 속에서도 장애인들에 대한 대면업무를 지속해야 했던 장애인 지원활동가들이 있었다. 코로나19 팬데믹에서 온라인 기술은 WHO같은 기구뿐만 아니라, 우리나라 정부와 기초행정단위에서 관련 정보와 권고를 전달하는 주된 채널이 되고 있다. Beaunoyer et al(2020) 등은 코로나19는 질병 자체로서 노인, 흡연자, 저소득층 같은 집단의 건강불평등을 악화시키고 있을 뿐만 아니라, 전면적인 기술 이용도가 높아진 코로나 대응정책들은 이런 사람들이 겪는 디지털 미디어를 이용한 커뮤니케이션의 어려움과 낮은 건강문해력 때문에 디지털 불평등을 강화시켜 코로나19의 전체적 사회불평등 심화에 영향을 준다고 지적하였다. 코로나19 국면에서 드러난 취약집단의 디지털 정보불평등 문제를 수집하고, 이를 완화를 위한 실무적인 대책이 반드시 필요하다.

- 장애인자립생활센터 근무자 1 : 문자가 하루에 몇 통씩 오니까 이게 그게 일상적으로 문자 오는 거랑 내용에 대해서 접근하기 힘든 분들이 많고. 저 같은 경우에도 재난

문자 계속 오잖아요. 일일이 매번 확인하지 않거든요.

- 사회자 : 그러면 정보 접근이 어려우신 분들도 있을 것 같아요. 아까 말씀하신 것처럼 혼자 사시는 분들이라든지 그밖에도 여러 조건들에 의해서 정보가 제한될 수도 있을 것 같은데, 보통 어떻게 어떤 경로로 코로나 관련 정보들을 얻고 계시죠?
- 장애인자립생활센터 근무자 2 : 주민센터 문자. 그 사람 사람마다 충분히 이해하기 쉽게 전달되는 게 아니잖아요. 그냥 문자 한번 가고, 주민센터 직원들이 많은 것도 아니고, 결국엔 코로나 한창 터질 때도 일일이 만나서 계속 만나는 수밖에 없었어요. 단체든 지인이든 계속 그래서 얼굴 보고 얘기하고, 거리두라고 한창 할 때도 뭔가 그런 정보를 쉽게 누구도 소외되지 않게 하는 게 없었던 상황이죠. 청각 장애인들도 있고 중복 장애인들도 있거든요. 그런데 마스크를 쓰니까 구화를 쓰시는데, 만약에 검사를 받게 됐다면 방호복 입고 있는 분들이 입이 안 보이니까 이런 분들에게 영상이나 전화기나 수어를 쓴다면 뭐 이런 것들이 미리 앞에 얘기했던 것과 같은 맥락으로, 이미 일상에서 누구든 정보 전달 체계나 이런 거에 소외되지 않도록 준비가 되어 있었으면 이런 걸 팔 때도 고려를 했을 텐데 이런 거 없이 계속 온 결과가 아닌가 싶어요. 발달장애 인분들은 글씨를 몰라서 그림이나 이런 걸로 전달이 쉽게 필요하다....
- 뇌병변장애인 활동가: 의사소통 장애인들은 병원, 치료 시스템 안에서 더욱 소외돼요. 특히 코로나 때는 선별 진료소부터 자가격리까지 소통이 안 돼서 어떻게 접근해야 할지 막막해요. 저의 동료들은 뇌성마비로 손 사용이 어려워서 긴급재난문자도 볼 수 없어요. 정보 제공이 아예 안 되고, 검사를 받으려고 해도 소통이 안 되기 때문에 답답해요. 가장 첫 번째로 정보 제공과 소통을 위한 각 장애에 맞는 시의적절한 대응 시스템이 구축되어야 한다고 생각합니다.

또한 정례브리핑으로 상징되는 개방성과 투명성만으로 정부의 책무성이 완성되지는 않는다. 우리가 확진자 수와 접촉자 수를 안다고 해서 불안감과 걱정이 사라지는 것은 아니다. 내가 살고 있는 지역에서 코로나19를 안전하게 치료받을 수 있는 의료시설 가용여부, 치료와 격리로 인한 일상생활의 중단이 초래할 문제에 대비가 있는지가 관건이다. 가장 중요한 의료시설 확보와 관련하여 코로나19 초기에 정부는 병상자원을 정확하게 파악하고 있지 못했던 걸로 보인다. 정부 관료들이 일반병상과 중증환자 치료를 위한 음압치료병상을 구분해서 정보를 가지지 못했을 뿐만 아니라, 정부가 민간의료기관을 제외하고라도 전국의 공공의료기관에 대해서도 병상 자원 현황을 정확하게 집계하지 못하고 있다는 점은 문제적이다.

“중증환자 치료자원 이렇게 해서 천 구백 개란 숫자를 갖고 있는데 그게 맨 처음 초반에는 그게 다 중환자 치료자원으로 착각했을 거예요. 그래서 과거의 인터뷰 같은 걸 보면 중환자 치료자원은 천 팔백 개 이런 얘기가 나와요. 근데 그 관료들이 ‘아, 이게 진짜 치료할 수 있는 병상을 얘기하는 게 아니구나’ 를 안 게 아주 오래되진 않았어요. 한 달 안 된 얘기에요. 그래서 대략 이백 개쯤 있어요 지금. 정부가 갖고 있는 리스트 안에 음압치

료병상 쓸 수 있는 베드가 한 이백 개쯤 있어요. 이백 개 정도일 거라고 저도 생각해요. ICU치료자원을, 병상자원을 정확하게 세는 곳이 없어요 사실은. 공문 내려와서 세라고 하면 그 천 팔백도 공문 와서 센 거예요. 시, 도로 내려와서 시, 군, 구로 내려와서 올라간 건데. 공문에 대한 설명이 달렸겠지만 그 설명에 대한 이해 폭이 다 다른 거죠. 그러니까 어디는 엄격하게 ‘이거 진짜 비워져 있는 병상을 내라는 건가?’ 라고 하고 숫자를 두 개 적어내요. 어떤 기관은 ‘아, 일단, 우리가 일단 많이 있다고 써야 되나봐.’ 라고 사십 개 적어내고. 뭐 이런 거죠. 그런데 그 많은 관료 중에 한 명도 왜 인천은 사백팔십 개인데 경기도는 오십 개일까? 이거 이상하지 않아? 상식이랑 다르잖아. 라고 생각한 사람이 아무도 없다는 거잖아요.” (지방의료원장)

중환자병상 수의 경우, 중환자의학회가 자체적으로 파악하는 가용병상수(해당 병상을 담당할 의료인력과 산소호흡기 또는 에크모(ECMO 인공심폐기)까지 고려한 병상수)와 정부가 파악하는 총병상 수는 8월까지도 계속 차이를 보였다. 8월 17일 언론 보도에 따르면, 정부는 서울에 81개 중환자 병상 여유분이 있다고 했지만, 대한중환자의학회는 12개로 파악하고 있다고 전한다¹⁵⁸⁾. 중환자의학회는 코로나19 중환자 진료의 문제점을 컨트롤타워 부재, 불충분한 중환자 이송시스템, 병실 현황 파악 미비 3가지를 지적한 바 있다¹⁵⁹⁾. 그러나 이처럼 병상수 파악 기준이 정확하지 않은 것에 대하여 초기부터 내부적으로 문제의식을 갖지 않았던 것으로 보인다. 가용한 중환자 병상수가 문제시되는 시점은 8월 광복절 광화문집회 이후 수도권 확진자가 증가하면서 부터였다. 실제로 8월 19일 확진판정을 받고 입원 대기 중인 환자가 사망하는 일이 다시 발생했고, 정부도 8월 26일 이후로 중환자의학회의 기준을 따라 가용병상 위주로 집계하고 있다.

표 23 중환자 가용 병상수 집계 차이

	정부 발표	중환자의학회/현장 집계
8월 17일	서울 81개	12개
8월 20일 ¹⁶⁰⁾ ¹⁶¹⁾	서울·경기 67개	서울·경기 19개
8월 24일	수도권 56개	수도권 7개
8월 25일	서울 50개	
8월 26일	서울 11개/수도권 19개	

단적인 사례이지만 중앙정부가 중환자 병상에 대해서 이런 정도의 준비였다면, 초기에 코로나19가 어떤 수준으로 확산될지 예측할 수 없는 상황에서 최악의 시나리오를 준비하지 않고 안

158) SBS 뉴스 (2020.08.17.). [다음 주 중환자 급증 가능성... 출근하는 직장인은 어떻게?](#)

159) 메디게이트 (2020.07.31.). [코로나19 2차 유행오면 중환자 진료 구멍 ...“의사없어 환자 전원 못한다”](#)

160) SBS 뉴스 (2020.08.20.). [신속한 입원 이뤄지지 않아 사망... 중증환자 병상 충분인가](#)

161) JTBC 뉴스 (2020.08.20.). [‘중환자 치료’ 병상 여유 있다더니... 20개도 안 남아](#)

이하계 대비한 지방정부들도 많았을 것으로 보인다. 대구광역시 역시 지난번 메르스의 경험 정도를 상정하고 대비했다가 환자폭증으로 병상부족과 의료진부족의 어려움을 겪었다.

“이렇게 대규모로 폭발적으로 일어날 걸 모르고, 그리고 시장이라는 자리가 정무적인 감각도 필요하지만 자기도 판단해봤을 때 이제 2015년에 메르스를 자기는 잘했다고 본 거고, 그렇게 봤을 때 이번에도 이렇게 민간전문가 구성해서 자문받고 선제적으로 공격적으로 동선을 파악을 해서 시민들한테 알리면서 자기 나름대로 또 이렇게 정치적 영향력을 키우고, 이게 이제 가능했을 거라고 처음에 생각했던 거죠. 그런데 이게 이제 폭발적으로 늘면서 그때부터는 사실 감당이 안 되는 거죠. 환자가 수용이 안 되고 시민들 입장에서 보면 날짜가 3월 20일 전후로 보면, 폭발적으로 늘고 하니까 병상 확보가 안 되잖아요.”(대구 시민단체활동가)

그러다보니 당장 병상이 필요한 상황에서 병상을 구하기도 쉽지 않았다. 실제로 지난 3월 관내 요양병원 등에서 300여명의 확진자가 일시에 발생하면서 입원병상이 부족하여 환자들이 자가대기하는 위급한 상황을 맞았던 대구 한 지역에서는 기초지자체장이 나서서 관내 민간병원에 병상협력을 요청했지만, 민간병원들이 병원경영이나 인력지원 등의 이유로 그 다급한 상황에서도 결국은 협력을 하지 않았다.

“병상은 군수님이 마련해보자고 해서 관내 병원들 조사해서 중간다리 병원에 컨택해서 감염전담병원으로 해달라고 요구하면 처음부터 안 된다고는 안하지만, 병원경영·인력지원·내부 직원 동의수렴 등이 어렵다고 해서 결국은 관내 민간병원들로부터 병상을 확보하지 못했어요. 이번에 해보니까 병상확보는 지자체 보건소장이 할 수 있는 영역이 아니었습니다. 병상은 기본적으로 광역에서 전담해서 모든 병원에 컨택해서 배분해야 하는데 지자체에서는 자체적으로 안 되더라고요. 그걸 경험했지요. 그런데 대구시에서도 병상 확보는 어려웠다고 해요.”(대구지역 보건소장)

그러나 대구지역에서 2-3월에 코로나19 환자급증 때문에 병상과 인력부족의 어려움을 겪는 모습을 보면서 다른 지자체에서 선제적으로 병상자원에 대한 대비를 충분히 했다고는 평가할 수 없다. 우선 가장 많은 인구가 밀집해있고 인구이동이 많아 감염의 폭발적 확산이 우려되는 서울·인천·경기지역에서 ‘수도권 코로나19병상 공동대응체계 구축계획’이 마련된 것은 이태원클럽발 용인시 확진자 관련 방역조치가 실시되던 5월 9일이나 되어서였다. 중앙재난안전대책본부의 5월 9일 정례브리핑에서는 ‘5월 중 1·2단계에 해당하는 거점전담병원과 생활치료센터, 3·4단계에 해당하는 수도권 협력병원 지정계획을 수립하여 지정해 나갈 예정이며, 5월 말부터 수도권 모형을 토대로 전국 권역별 협력체계를 추가 마련할 계획’이라고 발표한다¹⁶²⁾. 또한

6월 5일에는 국립중앙의료원에서 수도권 내 대규모 환자발생에 대비한 유관기관 협력체계를 위한 ‘코로나19 수도권병상 공동활용 모의훈련’이 실시되었다¹⁶³⁾.

표 24 수도권 코로나19 단계별 병상공동대응 방식

	1단계	2단계	3단계	4단계
상황	일일 확진자 50명 미만	일일 확진자 50명 이상 발생	일일 확진자 100명 이상 발생	일일 확진자 1,000명 이상
공동대응 방식	시범운영방식으로 1~3개 병원·센터교류·협력		본격적인 공동대응체계 가동	

인터뷰를 진행했던 한 지방정부의 사례를 보면, 지자체를 비롯하여 국립대병원, 지방의료원 등 지방정부에 속한 공공기관들의 준비도 충분하지 않았다. 지역거점 국립대병원조차 병상을 비우고 환자를 받는 훈련을 하지 않았고, 민간병원의 병상협력이 어려울 때를 대비해 어떻게 책임을 나눌지 미리 계획을 짜는 것도 미흡했다. 이 연구를 위한 인터뷰가 이루어진 시점은 5월 초였는데, 2월말-3월초 대구경북에서 벌어진 사실상 의료붕괴 사태를 안타깝게 지켜보면서 시민들은 자신이 살고 있는 지자체의 준비가 어느 정도 완성되었을 것이라고 믿었을 텐데 매우 실망스러운 사실이다.

“경북에 생활치료센터 보러 갈 때 국장님부터 반대하셨어요. 그건 뭐하러 보러 가냐고. 00은 그거 할 필요도 없다고. (중략) 생활치료센터를 열게 되는 상황이 생길 거라고 아무도 생각하고 있지도 않고. (중략) 000병원은 본인들이 역할을 하려고 크게 생각 안 하세요. 근데 이제 뭐 다 부탁해야 되는 거예요. ***병원, @@@병원, 대학병원 많이 있잖아요. 그런데 다, 000(병원)부터도 그래요. 000(병원)부터도 그 격리병상 그거 빼고는 안 내놓으려고 그러거든요. 그리고 어떻게 하면 우리 병원에서 코로나 환자를 잘 걸러내 가지고 다른 병원으로 보낼 것인가. 모든 병원들이 그런 고민만 하고 있어가지고. 그러니까 다 손을 벌려야 되는 거죠. 다 부탁해야 되고, 가진 게 없어서. (중략) 대비를 안 하시니까, 대응만 하려고 하니까 평상시에 조직, 인프라 구축 하나도 안 하고 있다가 지금 와서 터졌을 때 하려니까 의료 현장도 지금 굉장히 정신이 없는데 시에서 자꾸 이거 해라 저거 해라 하니까 본인들도 발 빼려고 하고, 여기서는 부탁이 들어갈 수밖에 없는데. 이게 사실은 미리 조금 인프라가 구축이 되어가지고 운영이 늘 되고 있다면 다른 모습일 텐데.” (00감염병 관리지원단)

또한 중앙정부는 감염확산 우려가 매우 큰 수도권지역 그리고 특히 자원이 부족한 지방정부

162) 보건복지부 (2020.05.09.) 코로나바이러스감염증-19 중앙재난안전대책본부 정례브리핑

163) 보건복지부 (2020.06.04.) 코로나바이러스감염증-19 중앙재난안전대책본부 정례브리핑

들의 위기대응 계획을 미리 점검·구축하거나 바람직한 거버넌스 사례의 확산을 위한 지자체들을 넘어서는 협력을 주도적으로 이끌어내지는 못한 것으로 보인다. 그렇게 된 원인은 대응체계 구축에 필요한 코로나바이러스 감염병 자체에 대한 지식과 근거의 부족과 공공보건의료 인프라와 자원의 관리와 활용역량의 부족으로 구분할 수 있을 것이다. 그러나 지금까지 드러난 사실들로 미루어볼 때, 중앙정부와 지방정부가 지금까지 공공보건의료체계의 역할과 책임을 비중 있게 다루지 않았다는 점은 확실하다. 현재 공공의료 인프라와 조직은 단적으로 전체 병상의 10%, 시설로는 5.7% 정도로 숫적 열세일 뿐만 아니라, 감염병 위기상황이라고 해서 ‘동원되는’ 상황이 아니라면 다른 공공기관들이나 민간기관을 대상으로 주도적으로 공적 책무를 수행할 위상이나 경험이 부족하다.

“저는 왜 수도권 이야기를 했냐면 광주전남, 부산경남 때문에 그래요. 여기서 이걸 못 해주면. 여기서 하나의 시범 뭐 지자체 경계를 넘어서 같이 자원을 쓰거나 같이 도와야 되는 걸 안하면 그 동네는 어떡해요. 대구를 겪어 놓고도, 지자체를 넘어서는 벽을 넘어서는 어떤 프로그램 사업 같은 것들은 틀을 만들지 못하고 있고. 그런 부분들에 대해서 정부도 자신 없어하고. (중략) 어쨌든 한 지자체가 좀 먼저 준비하고 먼저 실행하면 아까 확산시키고 싶었다고 그랬잖아요. 확산이 자연히 이뤄지진 않을 거고. 정부가 가져가서 확산할 거라고 생각 했잖아요. 그런데 그 과정이 생각보다 잘 안되더라고요.” (지방의료원장)

이런 사실들은 현재 코로나19 위기에서 정부의 책임이 무엇인지 잘 드러낸다. 정부는 단기적으로는 수적으로 압도적인(전체 병상의 약 90%) 민간병상자원을 위기상황에 활용하기 위하여 민간협력모델을 만들어내야 한다. 동시에 장기적으로 부족한 의료자원을 직접 공급하기 위하여 공공병원을 적극 확충해야 한다. 정부는 병원에도 가지 못한 채 자가대기 상태에서 사망하거나, 중환자실에서 치료받았어야 할 중증환자의 절반 이상이 중환자실에 입원해보지도 못했다는 사실¹⁶⁴⁾, 그리고 경북 경산의 정유엽군 사망사고¹⁶⁵⁾처럼 코로나19가 아닌데도 필수의료서비스를 받지 못해 사망해야했던 안타까운 초과사망을 심각하게 받아들여야 한다. 그럼에도 불구하고 8월까지 정부에서 직접 공공병상을 확보하기 위한 구체적인 조치를 발표한 것은 지난 4월 중부권 또는 영남권 소재 권역감염병전문병원 구축사업 참여희망기관(36병상, 2개 음압수술실, 감염병 전문병원설립비 409억원 지원)과 국가지정입원병상 음압병실확충사업 참여희망공모(80여개 병실확충계획, 사업비 300억원)를 낸 것과¹⁶⁶⁾ 국립중앙의료원이 음압격리병상 30실을 추가

164) 중앙일보 2020.06.26. [“코로나 경증환자가 병실 차지한 탓, 중증 52%만 인공호흡기 치료”](#)

165) 뉴스민, 2020.06.16. [“정부, 정유엽 사망 진상조사단 구성해야”](#)

166) 질병관리본부(2020.04.14.). [권역 감염병 전문병원 구축 및 국가지정 입원치료병상 음압병실 확충사업 참여희망기관 공모](#). 권역감염병전문병원 구축사업공모에 11개 의료기관이 참여하여 중부권에는 순천향대학교부속천안병원, 영남권에는 양산부산대학교병원이 선정되었다.(06.19)

하고 상시 중앙감염병병원을 운영하기로 발표한 것 뿐이다¹⁶⁷⁾. 그러다가 8월 말 이후 수도권 지역에서 확진자가 급증하자 내년 3월까지 중환자 병상 496병상을 확보하기 위해 민간과 국공립대 병원에 1054억 원을 투입한다는 발표가 나왔다¹⁶⁸⁾. 현재는 당장 병상을 확보하기 위해서 기존의 민간과 국공립대병원을 지원하는 계획 중심으로 발표되고 있으나, 의료취약지역을 중심으로 공공병원을 신설하고 보건의료정책에서 공공보건의료의 기능과 책무성을 높일 수 있는 구조적인 전환이 필요하다. 특히 공공병원 설립에 큰 장애요인이 되고 있는 기획재정부의 예비타당성 조사를 면제해주거나 예타 조사방식을 공공병원의 특수성을 반영할 수 있도록 개선하는 적극적인 대응이 요구된다. 한 언론보도에 따르면 문재인 대통령이 참석했던 지난 7월 경제사회노동위원회의 ‘코로나19 위기 극복을 위한 노사정 협약’ 당시 합의문에 ‘공공병원 5개 신축, 11개 증축 및 이전 신축, 7개 민간병원 증축, 예비타당성 심사제도 개선 필요’가 명시되어 있었다고 한다. 그러나 3,4차 추경은 물론 내년도 예산안에 공공병원 신축과 증축 관련 항목이 없고, 예타 개선 역시 진전이 없다¹⁶⁹⁾. 단기적이고 미봉책으로서의 대책이 아닌, 재정과 인력과 조직 등 전체 체계 차원에서 공공의료를 강화할 수 있는 정부의 책임있는 대책을 촉구한다.

• 사례 2. 사회적 약자에 대한 보호

코로나19 감염은 모든 시민에게 위험하지만, 특히 건강이 나쁘거나 사회적 불평등에 노출된 소수자집단이라 보호가 필요한 집단에게는 더욱 그러하다. 이태원클럽발 집단감염사태는 우리 사회에서 특정한 집단이 차별의 대상이 되어 사회적 시민권을 획득하지 못했을 때, 사회적 위험이 닥치면 그들이 얼마나 위태로운 처지에 놓일 수 있는지 동시에 그들을 포함한 우리 사회 전체가 안전하지 못하다는 사실을 매우 잘 보여주었다. 성소수자 집단은 그동안 한국 사회에서 정치적, 행정적 책무의 대상으로 명시되지 않았고, 그들 스스로 존재가 부정당하고 있다는 인식이 컸다. 그들에게 감염병 위기상황을 이유로 정부기관에서 행정력을 발동하여 여러 기관들을 통해 이들을 찾았을 때¹⁷⁰⁾ 위기감과 당혹감을 느낀 것은 당연한지도 모른다.

“한국에서 정치적으로도 그리고 규제나 법적 근거, 조항 이런 것에서도 성소수자를 직접 명시하고 있는 조항은 어디에도 없거든요. 그런데 이거에 대해서 정부에서 정책이나 방향

167) 연합뉴스 2020.05.20. [국립중앙의료원, 음압병상 30개 추가... 감염병병원 상시운영](#)

168) 의학신문 2020.09.11. [정부, 코로나19 중환자 병상 496개 확충](#)

169) 서울신문 2020.09.17. [‘약속대로 예산 따로’ 공공병원 확대, 정부 노사정 합의도 어겼다](#)

170) 5월 7일과 8일에 인천시는 인권재단사람을 통해, 서울시는 에이즈예방협회 서울시지회를 통해 성소수자들의 연락처를 요청하는 일이 벌어졌고, 질병관리본부는 법률가단체에 성소수자 단체의 연락처를 요청함(코로나19 성소수자 긴급대책본부 자료)

을 제시한다 해도 이걸 그렇죠. 선을 긋기 마련이니까. 결국 어려움이 발생할 때 보호받지 못하는 사람이 누구인지 너무나 적나라하게 보여주는 상황을 대면해야 된다 이거죠.”(성소수자단체 활동가)

또한 신장투석 장애인들에게 감염위험을 이유로 사전 대비없이 투석실을 폐쇄하여 필수요리를 이용하지 못함으로써 사망에 이르게 한 일도 있었고, 중증장애인 교육기관인 장애인야학시설을 법외 시설이라고 하여 장애인야학시설에 방역을 소홀히 한 사실이 드러났다. 야학시설 방역문제는 제도권 교육조차 받을 수 없는 중증장애인들이 그나마 야학을 통해 사회에 나올 수 있다는 장애인이 처한 현실에 대한 최소한의 이해만 있다고 해도 일어나지 않았을 일이다.

“문제는 코로나 그 자체가 아니라 합병증이에요. 코로나는 문제가 지금 생각보다 많지 않은데, 제가 장애인의 통원이 안 되는 게 지금 제일 큰 문제예요. 그 안에서 그 장애와 겹쳐진 합병증들이 계속 생기는 거예요, 코로나 그 자체는 아닌데 계속 합병증이 생기는데 신장장애인협회의 발언에 따르면, 제가 알기로 이 신장 합병증으로 사망한 장애인이 10명 내외로 알고 있거든요, 이번 코로나 기간 동안. 그러니까 이게 투석을 하러 갈 수가 없는 거예요. 가도 투석이 노출이 많이 된다고 하더라고요. 투석이 너무 많이 노출이 되다 보니까 감염 위험성 같은 것 때문에 투석실을 일시 폐쇄해 놓은 병원도 되게 많고. 그래서 제가장애인들의 가장 큰 문제는 통원 권리가 완전히 사라졌다는 거 그런 문제들이 있어서 건강 불평등이 심하고.

(중략)

진짜 최중증장애인들은 학교에 갈 기회가 박탈되거든요. 그러면 필연적으로 오는 게 야학이에요. 그런데 장애인평생교육법상 야학은 포함이 안 되다 보니까, 야학이 학생들이 모여서 공부하는 곳인데도 교육청에서 방역을 제공을 안 해 주는 거예요. ‘방역은 교육청에서 잡힌 예산으로 제공하는건데, 너네는 법적으로 예산 잡히는 코드가 없다. 그러니까 너네는 알아서(해라)....’ 그런데 이제 이게 사태가 너무 심해지니까, 약간 그런 건 있죠. ‘야, 우리가 어떻게 재랑비를 만들어서 한두 번은 해줄 수 있는데 그 다음은 못 해준다.’ 그래서 지속적인 방역 관리가 안 돼요.”(장애인활동가 1)

대구에서는 지금까지 이주노동자들이 사회취약계층에 해당하여 대구의료원에서 무료진료를 받고 있었다. 그런데 대구의료원이 코로나19 발생이후 전담병원이 되면서 이주노동자들에 대한 진료를 중단했다. 연간 2천 건, 월별 150건 이상 이주노동자들에 대한 진료를 담당하던 병원의 대체 시설도 없이 전면 진료를 중단함으로써 코로나19로 일자리마저 위태로운 이주노동자들은 아픈 걸 참거나 비싼 의료비를 지불하면서 다른 병원을 찾아야 했다. 대구의료원이 코로나19 전담병원 역할을 하느라 그 병원을 이용하던 사회취약계층은 갈 곳이 없어졌다는 사실은 우리 사회의 취약한 공공병원시스템이 처한 암울한 상황을 극적으로 보여주는 장면이다.

- 이주노동활동가 3: 문제는 이주노동자들은 지정병원이 하나예요. 대구의료원 밖에 없어요. 그래서 지금 그런데 대구의료원이 막혀가지고 이주노동자들 의료 문제가 심각해요. (중략) 저희들이 1년에 대구의료원에 무료 진료 의뢰를 2천 건 좀 더 가요. 좀 많이 가요. 2천 건을 더 가는데, 그러면 한 달에 150건 이상 가잖아요? 지금 3, 4월 3건? 4건? 그러면 다 어디 갔어요? 안 아팠다는 거예요? (웃음) 150여 명 이분들이 안 아픈 게 아니라 아픈 건 차이가 없을 거라 생각하는데, 아픈 걸 참거나 아니면 뭐 의료보험 없이 비싼 데를 가거나, 아니면 진료를 받아야 되는데 그냥 약만 먹거나.
- 쪽방활동가 1: 생돈 다 내고 가는 거지.
- 사회자: 다 파스 붙이고 그러시는-
- 이주노동활동가 3: 그러니까 이걸 대구 애긴데, 대구가 코로나 국면에서 대구의료원이 공공 의료에서 그런 역할을 했다. 긍정적이에요, 맞아요. 그런데 골목 축구가 되는 거죠. 코로나 하니까 코로나로 우르르 가버리니까. 사실 여기(대구의료원)는 대구 지역에서 사회취약계층들이 갈 수 있는 병원인데 취약계층들이 다 밀려버리는 거죠. 갈 데가 없어진 거죠. 여기에 대한 대비책이 없이 했다는 거죠. 지금도.

소개한 사례는 일부에 불과하다. 정부는 법제도 불비로 인해 사회적 약자들의 건강을 위태롭게 하고, 이용시설의 감염위험을 높이는 현장들이 없도록 구체적인 행정적 후속대책을 마련하고 이를 당사자들과 기관에 알려주도록 해야 한다. 가장 취약한 사람의 안전이 보장되지 않는 한 그 누구도 안전을 확보할 수 없다는 사실은 앞으로 등장할 모든 신종감염병의 기본 속성이 될 것임을 잊지 말아야 한다.

③ 시민의 민주적 참여 보장

● 사례 1. 옹호단체

코로나19처럼 불확실성이 높은 재난 상황에서 정부와 시민 모두 제한된 정보를 가지고 잠정적인 의사결정 또는 점진적인 대응책을 만들 수 밖에 없다. 그러므로 이 의사결정과정을 공유하는 것 자체가 시민들의 위험인식을 낮추고 시민을 보호하는 정부의 책임을 수행하는 것일 뿐만 아니라, 현재가 매우 상호의존적인 상황임을 공유하고 시민과 정부의 실질적인 협력적 거버넌스로 진전되게 할 수 있다.

“제가 생각할 때 가장 큰 변화는 그거예요. 이게 시민단체의 스스로가 해결할 수 없는 문제 성격이라는 걸 우리가 파악하고 있는 것 같아요. 가령 보건복지부가 나서지 않으면 이걸 진짜 안 끝나요. 그러니까 시민단체가 뭔가 목소리를 내서 끝내는 게 아니라, 보건복지부랑 정부 부처가 어떤 대안, 그러니까 의료적 관점에서의 대안을 내놓지 못하면 이게 안

끝나기 때문에 완전한 갈등이 길로 평생 갈 순 없어요. 그런데 과거에는 사실 끊임없는 갈등을 해도 되거든요. 이게 생사가 걸린 문제는 아니었기 때문에. ‘야, 버스 안 만들어줘? 가서 드러눕겠어’. 이렇게까지라도 해서 저상버스를 설치만 하면 됐는데, 지금은 보건복지부에 드러눕는다고 누가 해결 못 해 주거든요. 이거 정답도 모르겠고 인력도 없고. 그러니까 저희가 약간 당근도 되게 많이 줘야 되는 거예요. ‘당신들 잘하고 있는데 우리를 까먹지 마’. 약간 이런 식의 것들이 필요한 거예요. 왜냐하면 솔직히 말하면 저희도 정답을 잘 모르겠거든요. 이거 우리 것만 주장하다가 또 다른 곳은 죽는 거 아닌가? 이런 상상도 하거든요. 그러다 보니까 이게 뭔가 좀 협력의 노선을 만드는 것도 있어요. 이 문제가 정부 대 시민의 문제가 아니라 정부도 시민도 지금 똑같이 위협에 처한 상황이어서, 과거에는 진짜 정부 대 시민이었어요. 정부가 예산을 얼마를 주면 시민이 얼마만큼 받냐 이런 문제였는데 지금은 그런 문제가 아니라서 너도 죽고 나도 죽고라서.”(장애인활동가 1)

또한 시민들의 참여는 정부에서 획일적인 매뉴얼이나 지침전달로 일선까지 대응체계가 바뀌지 않는 것을 지속적으로 감시하는 역할을 맡는다. 즉 시민들의 제안이 정책으로 수용되고 실무에서 집행되는 과정을 감시감독하는 기능으로서 참여의 의미가 있다. 코로나19 성소수자 긴급대책본부는 기초와 광역지자체들이 질병관리본부의 지침을 기준으로 역학조사 과정에서의 인권침해 여부와 개인이 특정될 수 있도록 확진자들의 동선을 공개하는지 여부를 모니터링하고, 모니터링 결과를 가지고 지자체에서 시정해줄 것을 요구하는 활동을 해왔다. 가령 부천시의 경우 시장 sns를 통해서 외국인의 국적과 동선이 드러나 개인정보를 심각하게 침해한 사건이 발생했는데, 이에 대하여 시민단체들이 시청을 항의하는 활동을 하였다. 시정요구가 받아들여져서 이후 부천시는 시민단체로부터 제일 모범적으로 확진자의 동선을 공개하는 것으로 평가되고 있다¹⁷¹⁾.

“저희가 연락을 하는 거는 방대본이랑 서울시, 경기도잖아요. 근데 광역자치 말고 하위 지자체, 기초 지자체들은 또 말들이 다 달라요. 관심 없다, 모른다 그러면 또 다시 연락을 해야 돼요. 없다, 모른다. 왜 자꾸 연락하나 이러면서.. 약간 하는 업무가 좀 다르다 보니까 만약에 저희가 직접 해당 지자체에 연락을 하면 저희한테 하소연을 해요. 하루에도 몇 번씩 항의하는 민원이 들어오는데, 여기서는 또 하지 말라고 그러면 어떡하냐. 그러면 저희는 지침대로 하시라고 하죠.”(성소수자단체 활동가)

또한 옹호단체의 활동은 사회적 재난 앞에서 시민들 각자의 몫을 지키고 보이지 않던 소외된 노동과 삶을 가시화하고 그들을 우리의 동료 시민으로 인식하도록 하는 것이기도 하다. 이런 단체들의 분투와 문제제기 덕분에 우리 사회의 민주주의도, 인권도 더 한 단계 더 진전할 수 있

171) 서울시 재난안전대책본부 민관협력반 집담회(2020.6.23.) ‘지역사회의 코로나19 대응과 쟁점’

는 역설적인 기회임을 잊지 말아야 한다.

“이런 코로나 과정을 거치면서 정부가 계속 불법 체류자라고 하던 사람들의 호칭이 달라졌어요. 미등록 뭐 거주 외국인? 미등록으로 바뀌었거든요. 그런 것처럼 이 사회를 지탱하는 것이 무엇인지 그게 결국은 어떤 이 사회에 있는 구성원 모두가 권리를 가진 사람들이고, 그리고 노동이 없이는 이런 재난이든 어떤 상황이든 결국은 제대로 대응하기가 힘들다. 그래서 그런 거에서 봤을 때 지금 정부의 대응이나 이런 것은 어떤 노동의 가치에 대해서 전혀 제대로 인식하지 못하고 있는 것, 그게 결국은 현장에서 이제 끝날 때까지 그곳에 있을 수밖에 없는 수많은 노동자들을 가장 위협으로, 실제로는 몰아가면서 이 코로나 상황을 지나고 있다. 그런 것에 대해서 정부가 분명하게 자각을 하고 그런 것들을 바꿔야 되는 것 같아요. 노조와 시민들과 사회적인 합의를 다시 만들어가고 구조를 시스템을 다시 바꾸고. 어디까지가 우리 국가의 어떤 성원이나, 시민이나. 시민권에 대한 부분들. 그러면서 사실 코로나 19를 거치면서 민주주의가 더 강해지는 방향으로 권리에 대해서 시민들의 권리든 그런 것들, 국민의 권리든. 그리고 어떤 인권이든 이런 것들이 더 강화되는 방향으로 해야만 된다, 그렇지 않고 지금처럼 계속 낙인을 찍고 혐오 대상이고 어떤 관념을 확산시키는 존재로 하는 것들은 좀 없어져야 될 것 같다...”(이주노동활동가 3)

● 사례 2. 서울특별시 재난안전대책본부 민관협력반

서울시는 2020년 3월부터 서울시 재난안전대책본부 내에 처음으로 행정과 시민사회가 함께 운영하는 민관협력반을 신설하였다(서울특별시 서울민주주의위원회 서울협치담당관 협치기획팀 협치총괄지원관이 주무를 맡음). 서울시는 서울민주주의위원회 주도로 ‘코로나19 극복 시민사회간담회’(3월13일)를 열어 코로나19 위기에 지역사회 시민들이 당면한 돌봄과 방역의 공백, 시민참여적 방역의 가능성 등을 논의했고, 이후 25개 자치구의 중간지원조직 등을 통해 시민사회와의 협력사업 및 ‘온서울캠페인’을 운영하였다. 또한 국제회의 <CAC 글로벌 서밋 2020>을 통해 시민참여를 통한 감염병위기 극복사례를 발표하고, 해외 시민사회의 대응사례를 공유하는 등 시민사회의 적극적인 동참과 효과를 강조하는 행사를 열었다¹⁷²⁾. 또한 민관협력반과 공동으로 상반기 동안의 지역사회에서의 대응활동이 행정과 시민사회에 어떤 효과와 문제가 있었고 개선할 사안은 무엇인지를 논의하는 지역사회 코로나19 대응 집담회(6월 23일) 및 공개토론회(7월 9일)를 개최하였다. 그밖에도 서울민주주의위원회가 주최하는 서울시민회의를 3차례 개최하여 ‘코로나 돌봄공백 해소방안’ 등을 논의하였고¹⁷³⁾, 코로나19 확진자 정보를 비롯한 관련정책정보를 서울공공보건의료재단과 감염병관리지원단이 제작하는 ‘서울시 코로나19대응 주요소식’(일간)을 통해 알리고 있다. 이렇게 서울시에서 투명하고 신속한 정보공개, 다양한 시민요구

172) 미디어허브 2020.06.03. [\[CAC2020 3일차\] 시민과 함께! 서울시 코로나19 대응사례](#)

173) 미디어허브 2020.07.24. [열띤 토론의 장... 서울시민회의의 현장을 가다](#)

의 반영 및 참여 활동들의 독려와 지원은 서울시가 이미 메르스 유행을 겪으면서 시민사회를 파트너로 삼지 않으면 안 된다는 학습효과와 그것을 실현하고자 하는 정치적 의지의 결과로 해석된다.

“결국 전염병이라는 것은 시민들의 협력을 얻어야 된다고 생각합니다. 그러니까 정부가 할 수 있는 일은 한계가 있다는 거죠, 스스로 누구나 전염은 되는 거니까 스스로 자가격리하고 스스로 해야되잖아요. 사실 우리가 무슨 수로 이 사람을 다 통제합니까. 그러니까 시민들의 협력을 얻어야 되는데 그것은 정보를 충분히 공유해줘서 이 질병이 어떤 질병인지 어떤 속도로 전염되는 것인지 어떤 노력을 해야 예방할 수 있는지 이런 것에 대해서 충분한 공유를 하는게 중요하다고 보거든요” (서울시장, 메르스 유행 이후 서울시장 심층인터뷰) 174)



그림 20 서울시 시민참여형 방역 활동

분명히 서울시가 지자체에서는 처음으로 재난안전대책본부 내에 민관협력반을 설치하고 기존의 25개 자치구 중간지원조직과 협력하여 코로나19에 대응하려고 한 시도는 시민참여를 제도화한 것이란 점에서 의의가 있다. 민관협력반이라는 조직이 구체적인 실행력이 없더라도 각 정책분야별 부서에 방역 사각지대를 제안하고 시민들의 목소리를 전달하는 정도의 기능이라도

174) 뉴스1. 2020.07.05. [\[전문\]메르스 관련 박원순 서울시장 '심층인터뷰'](#)

지속적인 재난 상황에서 거버넌스를 구축해가는 매우 의미있는 시도로 보인다. 이처럼 현장에 밀착된 활동가들의 목소리를 듣는 상시적인 통로가 없다면, 위기가 임박해서 즉각적으로 대응하기 어렵기 때문이다.

물론 한계도 있었다. 민관협력반 토론회에서도 나온 지적이지만, 긴급 재난상황에서 행정과 시민의 관계는 수직적 구조로서, 시민들의 활동은 행정의 보조적 수단으로 활용되기 쉽다. 또한 시민들이 지원활동은 재난의 구조적 문제를 해결하고 지속가능한 논의로 진전되지 못하는 제한도 있다. 또한 공중보건위기에서 막상 시민참여를 하려고 해도 누구도 자신의 안전을 보장받지 못하는 상황에서 어디까지 현장에서 활동할 것인지 시민 각자가 판단해야 하는 불확실성도 존재했다¹⁷⁵⁾. 그럼에도 불구하고 지역사회를 기반으로 하는 시민사회운동과 이를 지원하고 독려하는 지자체의 네트워크를 통해 미등록이주민, 사회적 낙인집단, 장애인, 고령자, 위기가정 아동, 노숙인, 북한이탈주민, 저임금노동자들이 겪는 다양한 문제를 드러내고, 문제해결을 위한 방법을 모색하고 흩어져서 활동하던 시민사회단체들간의 연대를 촉진할 수 있었다는 점에서 의미가 있다.

● 사례 3. 코로나19 사회경제위기대응 대구공동행동

코로나19 대유행을 겪은 대구에서는 대구시가 주관하고 각계 각층인사 200명이 온라인으로 참석하는 <코로나19 극복 대구광역시 범시민 대책위원회>가 출범했다(4월 21일). 사회적 거리두기가 강조되는 분위기 속에 ‘전국 최초의 민·관 온라인 네트워크’를 표방하며 200명이 동시에 참여하는 영상회의였다(8월 13일 현재, 7월 23일 8차 회의까지 진행된 것을 확인할 수 있었다). 한편 대구시가 주관한 범시민대책위원회는 관 주도의 거버넌스 조직이므로, 대구시 방역정책에 적극적으로 비판하고 감시하는 활동이 장기적으로 필요하다는 뜻에서 대구지역 47개 시민단체들은 ‘코로나19 사회경제위기대응 대구공동행동’을 따로 결성하였다. 신종코로나바이러스 감염증 2차 유행 가능성에 대비하여 지역사회 중심의 의료, 노동, 복지, 돌봄지원체계가 구축될 수 있도록 대구시의 각 부서별 이행여부를 점검하고 대안을 제시할 것이라고 공동행동 결성이유를 밝혔다.

“사상 초유의 감염병이라는 재난 시기에 이게 금방 끝나는 것도 아니고 계속 이어질 건데 이런 부분에 대해서 단체들이 뭔가 해야되지 않겠나. 특히 대구는 2월 18일 확진되고 나서 제일 많을 때는 몇 백명, 7백 명까지도 올라가고... 다들 뭐 활동이고 뭐고 간에 숨어서 말도 못 하고 그때 누가 이렇게 얘기를 꺼내겠어요? 특히 대구시가 방역 관련해서 된

175) 서울시 재난안전대책본부 민관협력반 집담회(2020.6.23.) ‘지역사회의 코로나19 대응과 쟁점’

가 잘못되거나 그러면 다들 정신이 없었기 때문에, 또 우리가 시민단체가 뭔가 요구를 하더라도 오히려 그때는 아마 우리가 애길 하게 되면 ‘지금 바빠 죽겠는데 지금 전부 다 해매고 있는데 시민단체가 또 따지려고 그런다’고. (중략) 5-6월 넘어가면서 우리가 각자의 중요한 아젠다도 있고 이런 부분에서 전체적으로 공론화를 하자. 궁극적으로 장기적으로 본다고 하면 시민사회단체들이 이런 어려운 시기에 우리가 뭔가 할 수 있는 것들을 찾아서 잘 해야 된다는 그런 어떤 논의가 (있었죠).”(대구 시민단체활동가)



그림 21 대구시 ‘범시민대책위원회’와 ‘코로나19 대구공동행동’

지금까지 ‘코로나19 대구공동행동’은 대구시의 위기대응 능력을 신뢰하기 어렵다고 지적하며 대구시의 긴급생계자금 영터리 지급 시정 요청을 했고¹⁷⁶⁾, 이후에도 대구시교육청이 학생들에게 지급한 유해성 논란 마스크 전량회수 촉구 기자회견¹⁷⁷⁾, 코로나19 관련하여 대구시와 시의회, 시민사회가 모여 처음 논의한 것으로 기록되는 대구지역 공공의료원 확충방안 토론회¹⁷⁸⁾, 젠더·노동·돌봄·행정분야 요구안 발표 기자회견¹⁷⁹⁾ 등을 개최하는 등 지방정부의 행정을 견제하고 코로나19로부터 안전한 사회를 위한 활동을 펴고 있다.

그러나 서울시처럼 재난안전대책본부에 민관협력반을 설치하고 지역단위 시민조직과 시민참여형 방역을 펼치고자 했던 시도는 이례적인 경우이고, 코로나19 환자급등을 경험한 대구에서

176) 한겨레 2020.06.10. [대구 시민단체들 “대구시 긴급생계자금 영터리 지급, 엄중 문책하라”](#)

177) 연합뉴스 2020.07.02. [대구 시민단체 유해성 논란 마스크 전량회수 촉구](#). 이 기자회견이후 대구시에서는 시민단체와 공동검증을 통하여 독성물질검출을 최종확인하고 마스크를 전량 회수, 폐기하기로 했다(오마이뉴스 2020.08.14. 대구 ‘독성물질 마스크’ 확인,전량폐기.. 시 공식사과). 그러나 첫 보도가 나간 6월 23일(오마이뉴스, [\[단독\]대구 학생들에 독성물질 마스크 필터 300만장 뿌려졌다](#))이후 8월 14일까지 약 2달 동안이라는 짧지 않은 기간동안 학생들을 위협물질에 노출시킨 것이란 점에서 책임을 면할 수 없다.

178) 대구신문 2020.08.12. [“코로나 재유행 대비 제2 대구의료원 짓자”](#)

179) 뉴스민 2020.08.26. [코로나19 대구공동행동, “해고 없는 도시... 사각지대 노동자 지원해야”](#)

도 예외적으로 대구시와 대구시민사회가 주관한 두 개의 시민대책위원회가 실질적인 활동을 하고 있을 뿐, 대부분 지자체에서는 지역사회의 시민단체들이나 전문가들과 활발하게 방역대책을 협의하는데까지는 가지 못하고 있다 (일부 지자체에서 출범한 시민대책위도 관 주도로 지역경제 활성화와 마스크 착용, 소독제 사용 등 시민들의 방역참여를 독려하는 활동 정도이다). 이처럼 지역사회에서 시민참여가 보장되지 않는 이유는 우선 지방정부 공직자들이 시민사회를 동등한 파트너로서 인정하고 공식적 의사결정의 장에 자발적으로 참여하도록 한다는 생각, 또는 참여의 효능에 대한 기대가 없는 것을 볼 수 있었다. 또한 시민들을 ‘동원’하는 것이 아닌 실질적 참여의 경험이 부족한 것이 원인일 수도 있다. 그러나 감염병대응은 보건정책을 넘어 사회정책이며, 정부와 보건당국의 일, 전문가들의 일만이 아니라 방역정책에 협조하며 일상생활의 빈 곳을 채우는 시민들의 협력이 없이는 불가능하다는 것을 인식하고 더 많은 성공한 시민협력의 경험을 만들도록 노력해야 한다.

“(시민참여형 방역이) 대구는 잘 안 될 거예요. 은재식씨가 이끄는 ‘우리복지시민연합’만 10년 이상, 그 감신교수님이 하시는 그 시민단체나 있지. 시민참여가 자율적으로 안 됩니다. 대구 코로나 범시민대책위도 억지로 만들어서 하는 거고. OO군(지역)도 시민참여가 안 돼요. 사람들이 튀면 안된다 생각하고... 방역도 공무원이 하니까 하지 시민이 하는 건 없어요 관 주도로 한다고 보면 돼요.”(대구지역 보건소장)

“방역대책본부 안에 전문가나 시민단체나 이런 사람들의 목소리가 들어갈 수 있는 통로가 하나도 없어요. 그래서 그걸 좀 만들어야 된다고 여러 번 얘기를 했는데. 다들 공무원 조직이니까 공무원밖에 없어요.” (부산 감염병관리지원단)

“의료사협, 와이더블유시에이 같은 시민단체가 있고 시민사회가 잘 되어 있지만. 아직은 방역이라면 마스크 제작, 보건소 물품지원 방문 정도이지 수준높은 시민협력이 어렵습니다. 사회적 거리두기, 야외시설 운영, 다중시설과 학교 운영, 지역사회 독거노인이나 취약 계층 지원 등에 대해 어떻게 시민 실천을 할 수 있을까 (물어보고) 전문지식은 보건소나 고대병원 전문가들이 전달해주겠다 했는데 잘 안되더라고요. 동원식의 방역은 가능하지만, 숙의는 어려워요. 생활민주주의 수준은 아직 잘 모르겠습니다. 시민들이 정책결정을 할 수 있다고 생각을 못하는 것 같아요. (중략) 관료를 견제하는 게 필요하기 때문에 당장은 안 생기더라도 만들어지면 좋겠어요.” (경기지역 보건소장)

④ 위기 커뮤니케이션 : 마스크정책 사례를 통해

코로나19 유행에서 마스크는 대단히 상징적인 물품이 되었다. 현대사회의 위험이란 과학적 지식이 절대적으로 부족한 가운데 다양한 위험 정보를 관리면서 정부와 전문가, 시민의 커뮤니케이션

니케이션을 통해 현실에서 재현되는 ‘사회적 구성물’이라는 앞서의 설명이 이처럼 잘 들어맞을 수도 없다. 지난 8개월은 코로나19에 대한 마스크착용의 보호효과가 어떠한지에 대한 과학적 지식 자체가 부재하던 상황에서 각 국가 간에 마스크로 대표되는 보건의료물품의 수급상황과 마스크 착용을 둘러싼 동서양의 사회문화적 차이가 드러나며¹⁸⁰⁾ 점차 마스크 착용에 대한 과학적 근거가 마련된 시간이었다. 지금까지 밝혀진 근거들은 공공장소에서 마스크를 착용하는 것은 사람 간 전염을 막는 가장 효과적인 방법이며¹⁸¹⁾ 마스크 착용이 코로나19 백신보다 효과적일 것이라는¹⁸²⁾ 결론이다. 그럼에도 불구하고 마스크 쓰기를 거부하는 대중시위들이 각국에서 일어나기도 하고¹⁸³⁾ 한국에서도 공공장소에서 마스크 착용을 거부하고 폭력을 행사하는 일들이 뉴스가 되고 있지만¹⁸⁴⁾, 불과 몇 달이라는 짧은 시간 동안 특정한 물품에 대하여 이처럼 사람들의 생각과 행동을 변화시키게 하는 일은 유례를 찾아보기 힘들 것이다.

국내에서는 1월 20일 첫 확진자가 나오고 나서부터 불안을 느낀 많은 시민들이 마스크, 손소독제 등 개인위생용품을 구매하고자 대거 몰리면서 시장에서는 품귀현상이 나타났다. 그러자 정부는 마스크 생산과 구매에 대하여 국가가 강력하게 개입하는 정책을 시행하기에 이른다. 그러나 긴급하게 실시된 마스크정책은 자원의 공적 관리(생산, 유통, 배분)에 대한 준비가 미흡한 상태로 시작하여 공급자(약사)와 시민의 혼란이 상당히 지속되는 문제점도 드러났다. 마스크정책은 코로나19 사태에서 위기커뮤니케이션을 이해하는 중요하고 구체적인 사례로서 시민, 약사, 정부의 관점과 반응을 분석할 필요가 있다고 본다. 이 단락에서는 앞에서 미국 CDC에서 제시한 위기커뮤니케이션의 6가지 원칙을 참고로 정부의 마스크 정책의 경과를 검토해보고자 한다.

● 첫 번째이자 믿을만한 정보 출처

이번 정부는 개방성과 투명성이 코로나19 대응의 기본 방침이었고, 마스크정책에서도 생산과 공급에서 그러한 태도를 견지했다고 보인다. 약국과 유통가에서 마스크에 대한 수요가 급증한 것은 1월 20일 국내 첫 확진자가 나오고 설날 연휴(1월 24일~27일) 기간이 시작되면서부터였다. 시장에서 마스크가 품절되고 손소독제는 품귀현상 등 이상 조짐이 뚜렷하게 보이던 시기이기도 했다¹⁸⁵⁾. 마스크 생산 공장들은 중국 공장으로부터 원자재 공급이 중단되면서 생산이 줄어

180) 시사인, 2020.07.28. [유럽 사람들이 아직도 마스크를 멀리하는 이유](#)

181) 이데일리 2020.06.13. [코로나19 줄이는 효과적 방법 ‘마스크 쓰기’... 美 연구서도 입증](#)

182) 한겨레 2020.08.25. [“백신 나와도 팬데믹 종식 힘들어...마스크보다 좋다고 장담 못해”](#)

183) 동아일보 2020.08.18. [“마스크 벗을 자유를 달라” 유럽서 시위 확산](#)

184) KBS뉴스 2020.06.29. [마스크 착용 거부하며 운행방해...운전기사도 폭행](#)

뉴스 2020.08.27. [“마스크 안쓸란다”... 대중교통 최대 독불장군은 ‘오륙남’](#)

드는 상황까지 겹쳤다.

“설날 즈음에 마스크를 싸게 마지막으로 주문할 기회가 있었는데, 그때 지나면서부터 수요가 폭증했어요. 그때는 품질, 고가, 사재기하고 해외에 보내면 돈되는 시기여서, 손소독제도 마찬가지로. 그런 대량구매를 빨리 하려고 하는 사람들이 많았어요. 그때가 수요 폭증하고 완전히 시장왜곡이 발생하고 있던 시기죠. 약사들도 그때는 못 구해서 중국쪽 수출 하려던 사재기하던 사람 몇다방에게 현금주고 2-3천원에 사와서 4-5천원에 팔던, 그래도 다 나가던 시기였거든요.”(약사 1)

2월 5일 0시를 기하여 중앙사고수습본부 「물가안정에 관한 법률」에 근거하여 “보건용 마스크 및 손 소독제 매점매석 해위금지 등에 관한 고시”를 시행한다. 마스크와 손소독제의 생산량, 국내 출고량, 해외 출고량을 매일 정부(식약처)에 신고하도록 하고, 해외로의 대량 반출을 방지하기 위하여 자가 사용기준과 수출신고의 기준금액과 개수를 정하여 초과하는 경우 세관수출신고를 의무화하였다. 그럼에도 여전히 마스크 수요를 따라가지 못하는 상황이 지속되자 2월 26일 <긴급수급조정조치 2차>를 발표한다. 이 조치에 따라 마스크 생산업자는 당일 생산량의 50% 이상을 공적 판매처로 출고하도록 하여 2월 27일부터 소비자들이 약국, 우체국, 농협하나로마트를 통해 마스크를 구입할 수 있도록 했다. 3월 5일에는 「마스크 수급 안정화 대책(3.5.)」을 통해 '공적마스크 공평 배분을 위한 구매 3대 원칙'을 밝혔다. 이 원칙은 ①약국을 중심으로 1주당(월요일~일요일) 1인 2매 구매 제한, ②출생연도에 따른 요일별 구매 5부제 구매, ③신분증과 구매이력 확인 후 판매하는 중복구매 확인 시스템 가동이다. 공적마스크제도가 시작되면서 정부는 마스크수급 현황을 매일 브리핑하면서 공급 목표량을 관리했다.

〈 마스크 수급 현황 (3월 2일 기준) 〉

(단위: 만 개)								
구분	총계	대구경북 특별공급	우체국	하나로 마트	공영 몰쇼핑	중소기업 유통센터	약국	의료기관
1일 공급 목표량	500	100	50	50	10		240	50
3.2.(월) 공급량 (대구·경북)	587.7 (167.9)	69 (69)	65 (21)	70 (21)	20 (2)	12 (-)	236.7 (24.9)	115 (30)
3.1.(월) 공급량 (대구·경북)	203.7 (5.9)	- (-)	- (-)	112 (-)	15 (2)	14 (-)	62.7 (3.9)	- (-)
증감 (대구·경북)	384 (162)	69 (69)	65 (21)	△42 (21)	5 (-)	△2 (-)	174 (21)	115 (30)

그림 22 마스크 수급현황(식품의약품안전처 보도자료, 2020.03.02.)

그럼에도 1일 공급량이 수요에 비해 부족한 상황이 이어지자 식약처는 마스크 생산을 촉진

185) 이데일리 2020.01.28. [“모두 품질입니다”... ‘우한 폐렴’ 공포 마스크·손소독제 불티](#)

하기 위해서 상반기에 신규진입업체는 36개소 허가, 품목(변경) 허가 904건을 처리했고, 그 결과 2019년 하루 평균 마스크 생산량 약 300만장이었던 것이 2020년 1월 659만장, 5월에 1,500만장으로 늘어났다. 공적마스크 제도를 통해 4월 첫째 주부터는 매주 5,500만장 이상을 시장에 안정적으로 공급하였다. 7월 12일부터 공적마스크제도가 끝나고 시장형 수급관리체제로 전환하면서도 식약처는 매점매석 등 불법행위로 적발된 업체를 「물가 안정에 관한 법률」 위반 혐의로 고발조치하고 적발한 마스크 856만장을 시장 유통조치를 하는 등 공급을 관리하고 있다.

또한 마스크 공급 상황을 투명하게 공개한다는 방침은 마스크앱 등을 통해서도 확인할 수 있다. 공적마스크 판매 데이터를 민간에 개방한다는 정부의 발표 후, 다음날(3월 11일)부터 시민들은 휴대폰이나 주요 포털과 모바일 애플리케이션을 통해 약국의 마스크 보유량 등을 알 수 있게 되었다. 시민들에게는 마스크의 안정적인 재고·공급을 알리고 약사에게는 불필요한 고객 응대와 업무 과중을 줄여 피로를 감소시킨다는 취지였다. 그러나 서버가 갑자기 늘어난 접속량을 감당하지 못해 한동안 서비스가 제대로 작동되지 않았고, 특히 웹상의 마스크 재고량과 약국의 재고량이 실제 수치와 차이를 보이자 소비자들은 약국에 항의하고, 문의전화가 하루종일 빗발치는 혼란이 발생했다. 또한 신분증과 구매이력 확인 후 판매하는 중복구매 확인시스템도 서버용량 확인과 사전테스트 없이 도입되어 혼란을 가중시켰다. 무엇보다 마스크의 공적 판매에서 중요한 파트너인 약사들은 정책 초기부터 정부로부터 미리 시행될 정책에 대한 공식적인 안내를 받지 못한 채, 뉴스를 보고 알게 되거나 약사들의 단체 대화방을 통해 전해듣는 상황이 이어졌다고 한다.

“공적마스크를 약국에서 판매하기 시작하면서 같이 시작한 건 아니었어요. 처음에는 수기로 했어요. 중복구매 방지를 위해서 이름, 생년월일 적게 했어요. 중복구매 방지하는 심평원에 전산입력 확인하는 시스템 만들었는데, 입력시스템 계속 다운돼서 입력 못하면 손님들이 계속 기다리는 거예요. 아니면 수기로 주민번호를 받아서 해야 되거나. 그런건 문제가 아닌데, 다운될 수 있다거나 하는걸 알려줬으면 마음의 준비라도 했을 텐데 모든 상황이 현장에서 바쁘고 돌아가는데 당황스럽게. (현장에서 미리 시범사업도 없이 시작한건가요?) 마스크 처음부터 전혀 (없었어요). 공적판매도 그 전날인가? 진짜 뉴스보고 알았어요. 사람들이 카톡에서 공유하면 아는 게 초반에는 굉장히 많았어요.”(약사 3)

이렇게 현장에 정책내용이 시행 직전에야 전달되는 상황은 6월 15일 공적마스크 구매수량이 1인당 3매에서 10매로 확대되는 제도변화와 관련해서도 마찬가지였다. 대한약사회와 아무런 상의없이 결정되었다는 이 보도기사에서 한 약사는 “매번 언론을 통해서 공적마스크의 제도 변화

가 생긴 것을 알게 된다. 말로만 공적마스크 판매처인 느낌이다. 현장의 고충과 실제 발생할 수 있는 우려들을 고려했다면 사전에 공지가 돼야 했다”고 지적했다¹⁸⁶⁾.

“정책이 정해지고 중간 중간 바뀌면서 일주일에 한번, 빠르면 며칠에 한번 세부적인 정책이 바뀌면서 맞춰가는 게 힘들었어요. 완전 강제적으로 하기보다 약사들이 빠져나갈 구멍이 많았어요, 규정을 지키지 않아도 충분히 판매할 수 있는 여지가 있으면서 약사들끼리 혼동이 많았고, 시민과 약사들끼리도 혼동이 있었어요. 그런게 좀 안타깝기는 한데 그런게 처음부터 계획적으로 했으면 이 정도로 힘들었을까. 그래서 시민들도 혼란이 있었고... 그래도 지금까지 현 상태를 보면 약사들도 잘 했고, 마스크 생산량이나 수요에 맞춰서 정부가 정책을 내기도 하고, 큰 걸 보면 잘했지만, 세부적인 것을 보면 아쉽죠. 이제 최선이었나 싶은.”(약사 1)

마스크 공급이 충분하지 않은 상황에서 누구나 공평하게 물량을 확인하게 한다는 방침은 일면 합리적이지만, 시스템이 충분히 준비되지 않은 상황에서 시민들에게 공개하고 그로 인한 혼란을 현장에서 대민업무를 담당하는 약사들이 감당하거나 시민들의 불편으로 이어진 것은 매우 안타까운 점이다.

● 정확성과 신뢰

한국사회는 이제 ‘실내 및 다중이 집합한 실외에서 마스크 착용을 의무화하는 행정명령’까지 발표될 정도로¹⁸⁷⁾ 마스크의 보호효과에 대한 대중들의 인식은 현저하게 달라졌다. 그러나 4월 초 WHO에서 ‘증상 전(pre-symptomatic)’ 감염에서 보호하는데 건강한 일반인의 마스크 착용이 제한적인 효과를 준다는 발표 전까지는 국내에서도 마스크를 어떤 수준(KF-94, KF-80, 면마스크)으로 착용해야 하는지, 확진자가 아닌 일반인들도 마스크를 착용하는 게 필요한지, 감염예방 효과가 크지 않다면서 마스크 착용을 권고하지 않는 WHO나 외국의 기준을 우리도 따라야 하는지 등을 둘러싸고 혼선을 빚었다.

186) 약사공론 2020.06.15. 공적마스크 18일부터 1인 10매 확대?! ... 선부른 정부발표 약국혼란

187) 경기메디뉴스 2020.08.25. [마스크 착용 행정명령 위반에 대한 형사고발은 즉시 시행](#)

표 25 정부 부처와 대한의사협회의 일반인 마스크착용 가이드라인 혼선

• 1월 26일 식품의약품안전처 “새로 교체할 마스크가 없는 경우에는 마스크의 오염정도를 본인이 판단해 본인이 사용한다는 전제조건에서 일부 <u>재사용할 수 있다</u>”¹⁸⁸⁾ • 1월 28일 질병관리본부 “호흡기 증상이 있으면 의료인이 사용하는 KF94 등급 마스크 착용을 권고한다”¹⁸⁹⁾ • 1월 28일 대한의사협회 “일반인이 일상에서 사용하기 불편하고 폐활량이 떨어지는 사람의 경우 숨쉬기도 어렵기 때문에 답답해서 끼고 벗는 걸 반복하는 KF94보다 <u>KF80을 계속 쓰는 게</u> 더 효과적이다”¹⁹⁰⁾. • 1월 29일 식품의약품안전처·질병관리본부 “우한폐렴 감염예방을 위해서는 <u>KF94 등급 이상의</u> 마스크를 사용하는 것이 바람직하며… <u>보건용 마스크의 재사용은 금한다</u>” • 2월 4일 질병관리본부 “천이나 면으로 된 마스크는 제약이 있다. 수술·보건용이 안전하다” • 2월 5일 질병관리본부 “일반인의 경우에는 <u>KF80도 사용효과가 있다</u>” • 2월 6일 중앙사고수습본부 “KF94 이상 등급의 마스크는 의료진에게 권장되는 마스크로 일반 국민은 굳이 착용할 필요가 없으며, 일상에서는 KF80이나 방한용 마스크로 충분히 감염 예방을 할 수 있다” (이때부터 질병과 식약처의 마스크 착용권고는 중수본을 통해 단일화) • 3월 3일 식품의약품안전처·질병관리본부 “보건용 마스크는 일시적으로 사용한 경우 동일인에 한해 <u>재사용할 수 있다</u>”
--

마스크 착용기준에 대한 혼선의 이유는 주로 WHO나 미국 CDC, 또는 미국 전염병 전문가들이 마스크 착용에 대한 초기 가이드라인의 비일관성 또는 마스크 착용이 코로나19 예방에 효과적이지 않다는 입장을 고수한 것과 관련되는 것으로 보인다. 보건의료 분야에서 WHO와 CDC의 가이드라인은 중요한 기준인데, 한국 보건당국이 자체적으로 코로나19에 대한 마스크의 보호효과에 대한 충분한 자료가 없던 상황에서 마스크 착용을 우선권고하지 않는 국제적인 기구들의 판단과 배치되는 입장을 내놓기가 어려웠던 것으로 보인다. 이 점은 중앙방역대책본부 부분부장의 발언을 통해서도 확인된다. 지난 7월 권부분부장은 그간 방역브리핑에서 실수로 여겨질 만한 부분으로 “코로나19와 관련해서 잘 알지 못했을 때 마스크 착용과 관련, 당시 세계보건기구나 각국의 지침대로 말씀드렸던 점을 항상 죄송하게 생각한다”고 밝힌바 있다.

188) 서울경제 2020.01.27. 정부 “새 마스크 없으면, 오염 덜 된 마스크 재사용해도 돼”

189) 스트레이트뉴스 2020.01.28. 질병관리본부 “공기중 전파 가능성 판단하기 어렵다”

190) 머니투데이 2020.01.28. KF94 vs KF80, 우한 폐렴 마스크 뭐가 맞나요? ‘2019-nCoV’ 확산 방지와 회원 및 의료기관 보호를 위한 지침에서는 의료진은 감염예방을 위해 KF94 또는 N95 이상의 마스크를 착용한다고 명시하였다.

표 26 WHO의 일반인들의 마스크 착용에 대한 가이드라인(2020년 1월~8월)

01.29	〈Advice on the use of masks in the community, during home care and in health care settings in the context of the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak〉 - 마스크착용 단독으로는 충분한 보호수단이 될 수 없으며, 손 잘 씻기나 다른 감염예방 조치와 병행되어야 한다. - 감염되었다는 정보가 없는 지역에서 불필요한 마스크 착용은 잘못된 경각심을 주고 손 위생같은 다른 필수적 조치들에 대한 중요성을 경시하게 만들 수도 있다. 또한 잘못된 마스크 착용방법은 감염의 위험을 줄이는 마스크의 효과를 떨어뜨릴 수 있다. - 아프지 않은 대중이 마스크를 착용하는 것이 코로나19의 전염을 막는다는 명확한 증거가 없으므로, 코로나19를 앓지 않는 건강한 일반인의 마스크 착용을 장려하지 않는다. - 마스크는 건조한 상태로 착용해야 하며, 재사용을 금지하며 한번 사용한 마스크는 폐기 한다. 천마스크는 어떤 상황에서도 권고하지 않는다.
03.19	〈Advice on the use of masks in the community, during home care, and in health care settings in the context of COVID-19〉 - 1월에 발표한 것과 마찬가지로 입장이다. - 3월말 언론인터뷰에서도 WHO 주요 인사들은 전 세계적으로 일선 보건의료종사자들의 마스크, 장갑, 가운, 페이스세드 같은 개인보호장비가 부족한 상황이며, 또한 일반인이 마스크를 쓰기 시작하면 의료진이 사용할 물량이 부족해질 수 있다는 점을 우려했다. 가장 마스크가 필요한 사람, 즉 보건의료종사자들이 사용할 수 있도록 우선순위를 두어야 하며, 지역사회의 일반인들은 아프지 않은 한 마스크 착용을 권장하지 않으며 아픈 경우 다른 사람에게 옮기는 것을 예방하기 위해 마스크를 착용을 권고한다¹⁹¹⁾.
04.06	〈Advice on the use of masks in the context of COVID-19〉 - 바이러스에 노출되어 증상이 발현하기 전인 ‘증상전(pre-symptomatic)’ 기간 동안 타인들을 감염시키는 사례보고들을 근거로 집에서 아픈 환자와 접촉하거나 대중이 모이는 곳에 참석하는 건강한 사람이 마스크 착용하는 것도 제한적이나마 이점이 있다. - 그렇지만 감염예방을 위해 일상적인 지역사회환경에서 건강한 사람이 마스크를 쓸 필요는 없다.
06.05	〈Advice on the use of masks in the context of COVID-19〉 - 코로나19 전파가 증상, 전증상, 무증상 감염자로부터 발생하는 감염 사례를 근거로 일반인과 보건의료인력의 기존의 마스크 착용기준을 업데이트하였다. - 마스크는 감염되지 않은 건강한 사람을 보호할 뿐만 아니라, 감염자가 타인을 감염시키는 것을 예방할 수 있다. 감염된 사람의 호흡기 비말이나 밀접 접촉같은 직접 접촉과 감염자가 사용한 물건이나 공간표면에서의 접촉에 의한 간접접촉도 감염경로가 된다. - WHO는 앞서의 기준과 마찬가지로 건강한 사람이 지역사회에서 감염을 막기 위해 보편적인 마스크 착용을 하는 것이 효과적이라는 직접근거는 없고, 많은 국가들에서 대중들에게 천 마스크나 얼굴가리개 사용을 권장하는 것은 증상전 그리고 무증상 감염이 나타나기 때문이다. - 대중교통이나 상점, 밀폐되거나 밀집한 것처럼 물리적 거리 두기가 어려운 곳에서는 정부가 일반 대중에게 마스크를 착용하도록 권장할 수 있다.
08.21	WHO · UNICEF, 〈Advice on the use of masks for children in the community in the

	context of COVID-19> - 아동의 마스크 착용에 대한 가이드라인에서 아동의 발달상의 필요성과 연령대별 감염률 등을 고려해 12세 이상 아동은 성인처럼 마스크 착용을 권고한다. 아동이 성인보다 감염률이 떨어진다는 일부 연구도 있으나 10대는 상대적으로 전파력이 크기 때문이다. - 5세 미만은 건강상 마스크를 쓰지 않는 것이 낫고, 6세~11세 어린이는 최소 1m 이상의 안전거리를 유지할 수 없거나 고위험지역에 있을 때와 같은 불가피한 상황에서는 마스크를 쓰도록 권고한다. - 나이와 관계없이 발달 또는 신체장애 등이 있는 아동들에게 마스크 착용을 강제하지 말아야 한다.
--	---

이후 미국 CDC¹⁹²⁾, 유럽¹⁹³⁾ 각국이 마스크 착용(재사용 및 면마스크 포함)의 보호효과를 인정하였고, 심지어 테워드로스 아드하놈 거브러여수스 세계보건기구(WHO) 사무총장이 한국 방탄소년단(BTS)의 마스크 착용을 세계적인 모범적인 사례로 치하할 정도로 이제 마스크착용은 필수적인 보호수단으로 자리잡았다.



그림 23 WHO 사무총장 트위터(2020.09.03.)

그러나 ‘마스크 대란’이라고 불릴 정도의 초기 혼란에 대해서 우리 정부가 오히려 마스크 생산능력과 보호효과를 자체적으로 평가하여 마스크 정책을 추진했으면 혼란을 줄었을 것이라는 아쉬움이 있다. 정부의 안내에서도 호흡기질환이 있는 환자나 보건의료종사자는 보건용마스크를 착용하도록 권장되었지만, 일반인들이 어느 수준의 보건용 마스크를 착용하도록 해야 하는지는 마스크 생산물량과 관련이 있었던 것으로 보인다. 1월말 마스크 생산량은 1일 생산량이 659만장에 불과했고, 그나마도 중국 측에서 자재공급이 중단되어 생산량이 줄어드는 상황이었다. 그러나 한국은 미세먼지와 황사때문에 이미 시민들이 보건용 마스크를 오랫동안 사용하면

191) CNN. 2020. 03.31. [WHO stands by recommendation to not wear masks if you are not sick or not caring for someone who is sick](#)

192) 스카이데일리 2020.04.01. [美 CDC ‘안전한 마스크 재사용’ 가이드라인 제시](#)

193) AP. 2020.07.25. [Mandatory masks becoming the rule amid Europe’s virus uptick](#)

서 보건용 마스크에 대한 학습효과가 상당히 존재했다. 그동안 정부에서는 일반마스크나 면마스크, 허가받지 않는 마스크에는 미세먼지등의 차단효과가 없으며, 한번 사용한 마스크는 오염되었으므로 재사용하지 않는 것이 바람직하다고 홍보했다. 식약처에서도 의약외품 허가를 통해 과대·거짓 광고를 하는 마스크를 단속하며 양질의 마스크가 유통되도록 관리해오고 있었다. 정부는 보건용마스크의 등급이나 사용/재사용 여부를 번복하면서 발표할 것이 아니라, 생산물량의 한계를 알리고 오히려 시민들의 이해를 구하는 편이 정책의 혼선보다 정확성과 신뢰를 주는데 더 나았을 것이다.

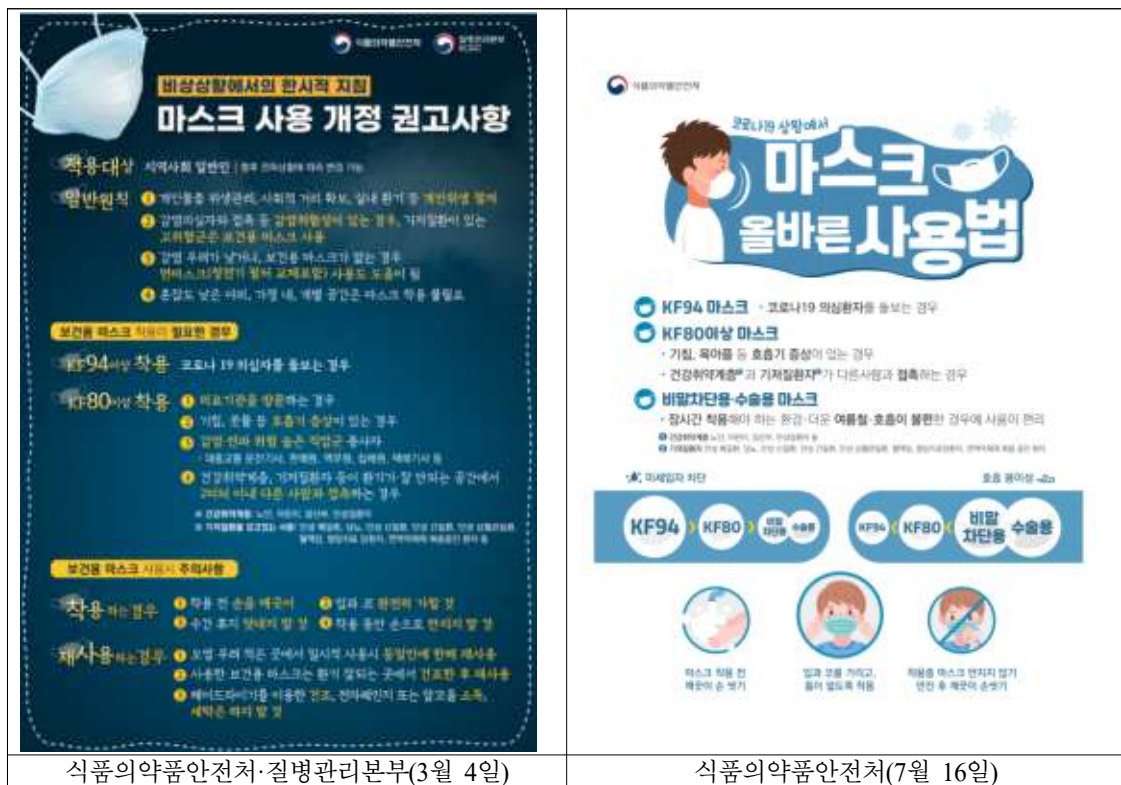


그림 24 식품의약품안전처의 마스크 사용안내서

● 고통에 대한 존중과 공감

약국을 통한 공적 판매가 이루어진 첫날 (2월 27일), 약국에는 마스크를 사려는 소비자들로 긴 대기행렬이 이어졌지만, 1인당 구매량을 5매로 제한하였음에도 약국당 배정된 물량이 적어 몇 분 만에 매진되는 사례가 이어졌다. 정부의 <긴급수급조정조치 2차> 발표보다 실제 마스크 공급시기가 늦어지면서 약사들은 마스크를 찾는 소비자들과의 마찰, 불만을 겪게 된다. 500만

장이 공적판매로 풀렸으나 마스크를 구입하려는 시민들의 수요가 많아서 약국과 우체국을 전전해도 사지 못하는 일이 곳곳에서 발생하자 국무총리가 나서서 마스크 수급혼란에 대해 사과하기에 이른다¹⁹⁴⁾.



그림 25 마스크 구입을 위한 줄서기(KBS뉴스 2020.02.28.)

그런 면에서 서울시 일부 자치구들이 마스크5부제가 실시되어도 약국마다 판매시간이 달라 시민들이 혼란을 겪자 약사회와 협의하여 판매시간을 통일하거나, 업무량이 늘어난 소형 약국에 인력을 파견하는 조치들을 취한 것, 자체 확보한 마스크를 직접 주민에게 배부하는 것은 시민들의 불편에 대하여 공감하고 반응성 있는 행정을 편 사례로 볼 수 있다¹⁹⁵⁾.

한편 5부제 공적마스크제도가 시작된 3월 5일부터 6월 1일까지 대리구매 대상이 지속적으로 확대되었다. 처음부터 치밀하게 설계되지 못하고 급박하게 시행됨으로 인해 배제와 차별논란이 생겨난 것을 반영한 것이다. 대표적으로 공적마스크제도를 건강보험가입자만 대상으로 하고, 유학생, 난민신청자, 입국 6개월 미만 이주민, 미등록 이주민 등을 배제했던 조치를 들 수 있다. 이주민인권단체등의 문제제기가 있고나서야 외국인등록증으로 구매할 수 있도록 변경되었지만, 미등록 이주민과 단기체류자는 제외되는 문제는 여전히 남았다. 생년에 따른 구매요일이라는 단일 기준을 적용함에 따라 연령, 거주지, 건강상태, 국적 등에 따라 초래하는 불편을 계속 수용하면서 제도를 고쳐간 것은 시민들을 존중하고 고통에 공감한 행정으로 평가할 수 있다.

194) KBS뉴스 2020.02.28. [마스크 ‘공적 판매’ 풀렸는데…오늘도 혼란 여전](#)

195) 조선일보 2020.03.11. [‘마스크 난민’ 막자... 서울 자치구들, 마스크 판매시간 ‘통일’ 자체 제작도](#)

표 27 대리구매 대상자의 확대

03.06	장애인
03.09	어린이 2010년 이후 출생자(458만명), 노인 1940년 이전 출생자(191만명)
03.23	장기요양급여 수급자(31만명), 임신부, 상당수가 장애인 미등록자인 ‘국가보훈대상자 중 상이자’
04.06	초등학교 고학년, 중·고등학생, 요양병원 입원환자, 장기요양급여수급자 중 요양시설 입소자, 일반병원 입원환자
04.20	가족관계증명서를 지참하면 대리구매 대상자의 경우 같이 동거하지 않는 가족에 대해서도 대리구매 가능. 단 대리구매 대상자의 5부제 요일에만 구매할 수 있으므로, 대리구매자는 가족의 해당 요일에 본인의 신분증과 등본 또는 가족관계증명서를 지참하면 구입 가능해짐
04.24	외국인의 경우 주민등록등본을 발급받지 못해 가족의 마스크 대리구매가 불가했지만 외국인등록사실증명을 제시하면 해당 증명서에 기재된 가족의 마스크 구매가 가능
04.27	대리구매자 대상자의 구매 가능일과 대리구매자의 구매가능요일에도 대리 구매 가능함.
06.01	등교 수업에 맞춰 구매 수량을 확대해 18세 이하(2002년 포함 이후 출생자)는 1주일에 5매 까지 구입 가능

● 사람들이 통제할 수 있다는 효능감을 가지고 행동하고 질서를 회복

마스크 물량이 부족하여 품귀현상이 나타나던 3월에는 전국 각지에서 지역사회의 민간단체와 관이 협력하고 시민들의 재능기부와 자원봉사로 면마스크를 제작하여 지역의 어려운 이웃들에게 나누어주는 사례들이 자주 언론에 보도되었다. 전남 보성군은 전군민에게 자체 제작한 마스크를 보급하는 ‘마스크 의병단’을 조직했고, 서울시는 마스크 기부와 양보를 위한 “착한 마스크 캠페인”을 벌이기도 했다. 당시 시민들의 마스크 제작·보급, 기부와 나눔 운동은 대구경북 환자가 급증할 때 전국에서 병원과 의료진들에게 후원물품을 보내고 노고를 격려한 것과 마찬가지로 시민들이 코로나19라는 위기상황에서 타인과 공동체에 대한 배려와 이타심을 보여준 행동이었다. 이런 마스크제작 활동들은 대부분 지자체의 후원과 지역 시민사회의 협력으로 진행되었지만, 시민들이 위기상황에서 시작할 수 있는 시민참여형 방역의 사례로 기록될 수 있다.

	
정읍시, 시민재능기부로 면마스크 제작¹⁹⁶⁾	보성군 마스크 의병단¹⁹⁷⁾
	
울진군, 미취학아동 가구 마스크 배부¹⁹⁸⁾	서울시 착한 마스크 캠페인¹⁹⁹⁾

그림 26 시민들의 마스크 제작, 보급 활동

⑤ 사회적 맥락

공중보건 재난거버넌스에서 지역사회 단위의 대응과 분석이 필요하다는 것은 크게 네 가지 이유에서이다. 첫째, 재난 발생이 균등하지 않기 때문이다. 코로나19 유행에서 보듯이, 감염병의 발생양상은 모든 지역에서 동일하지 않다. 분권적 행정이 수행되는 지자체 단위에서 재난대비와 대응과 관한 계획과 실행을 책임지는 가장 기본적인 이유이다. 또한 각 지역사회에는 경제적 또는 문화적 배경에 의해 분명히 더욱 취약성이 두드러지는 인구집단이 있기 마련이며, 이들에 대한 정보는 해당 지역사회가 가장 잘 알고 잘 개입할 수 있다.

196) 새전북신문 2020.03.13. [“재능기부로 만든 마스크 나눠드려요”](#)

197) 뉴시스 2020.03.23. [보성군, 필터 교체용 면마스크 제작... 전 군민 무료 배부](#)

198) 프레시안 2020.03.14. [울진군, 미취학아동 가구 마스크 배부](#)

199) 한겨레 2020.03.16. [‘보건용 마스크는 필요한 사람에게’ ... 서울시 ‘착한 마스크 캠페인’추진](#)

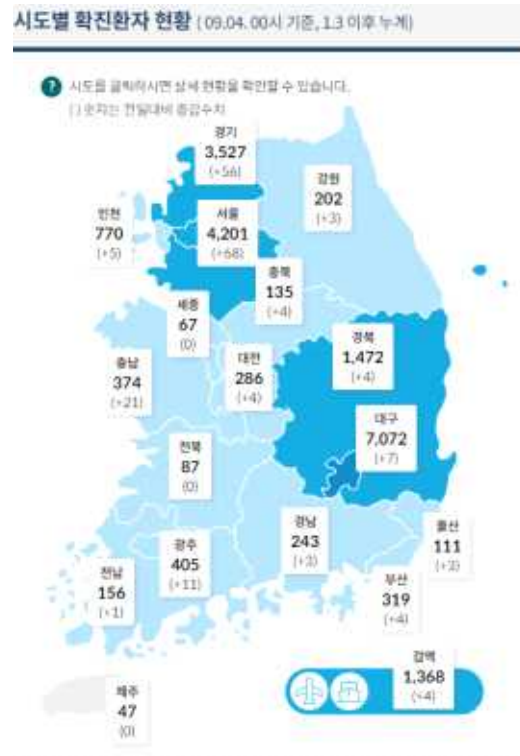


그림 27 시도별 확진환자 현황(9.4. 기준)

둘째, 대응자원의 균등하지 않기 때문이다. 각 지역사회는 공중보건위기에 대응할 수 있는 보유 자원의 양이 다르다. 이번 코로나19 위기는 환자 폭증에 대응할 수 있는 병상, 의료인력, 의약품 및 의료장비 등의 보건의료자원이 지역마다 다르고 많은 지역에서 충분히 가용하지 않다는 것이 드러났다.

표 28 전국 광역시·도 의료자원 분포

	병상 수 (개)	의사 수 (명)	간호사 수 (명)	지방의료원 수 (대체의료기관 포함)	공공의료원 병상 수 (개)	병상 1 개당 인구수 (명)
전국	13.6	2.9	3.59	44	12,633	4,104
서울	8.9	4.2	4.67	6	2,590	3,758
부산	20.5	3.3	4.60	1	548	6,226
대구	15.0	3.3	4.07	1	381	6,395
인천	11.5	2.4	3.22	2	297	9,953
광주	27.9	3.6	5.16	2	344	4,235
대전	16.0	3.5	4.01	0	0	0
울산	13.4	2.3	3.40	1	157	7,306
세종	4.0	1.5	0.51	0	0	0
경기	10.2	2.3	2.67	7	1,800	7,361
강원	11.6	2.5	3.41	5	841	1,832
충북	14.1	2.3	2.57	2	944	1,694
충남	13.4	2.3	2.41	4	1,289	1,647
전북	21.9	3.0	3.70	3	755	2,407
전남	22.1	2.5	3.98	3	761	2,450
경북	16.6	2.1	3.22	4	948	2,809
경남	19.1	2.4	3.61	1	298	11,280
제주	7.4	2.4	3.75	2	680	985

 출처 : 통계청(http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1YL20981)

자료기준 연도 : 병상수/의사수 2018 년, 간호사수 2017 년, 그 외 2020 년

대구경북처럼 특정 지역에 피해가 집중되어 전국에서 자원을 동원할 수 있는 상황이 아니라 전국에서 동시다발적으로 환자가 발생할 경우, 한정된 지역사회의 자원을 어떻게 활용하고 조직화할 것인지에 대한 책임은 일차적으로 해당 지역에 있다. 현재 공공병원을 중심으로 병상과 인력을 제공하고 있으나, 민간병원들이 더 많이 협력해야 할 상황에 대비하여 지역사회는 자원 할당에 대한 계획을 만들어야 한다. 대표적인 예로서 한국의 공공병상은 전체 병상의 10.2%에 불과할 뿐 아니라, 이 공공병상의 지역간 격차도 매우 크다. 특히 이번 코로나19 유행을 통해 경남지역은 7년 전 진주의료원 폐원이후 공공병상 수가 다른 지역과 비교할 수도 없이 열악하다는 사실이 드러났고, 이는 도민들이 공론화협의회를 거쳐 공공의료원 설립을 추진하게 만드는 한 동력이 되기도 했다.



그림 28 서부경남 공공병원 조기신축을 위한 민·관 공동추진기구

셋째, 지역주민들의 요구와 필요가 다르기 때문이다. 재난발생의 양상이 동일하지 않기 때문에 지역마다 지방정부에 대한 주민들의 요구의 내용이 다르고 요구 시점이 차이가 있다. 주민들 역시 한정된 정보 안에서 불안과 공포를 해소하고자 하기 때문에 주민들의 요구가 객관적인 기준에 부합하지 않을 수 있다. 그런 사례들로는 거리에 소독약을 뿌리는 것은 코로나19 예방에서 과학적 근거가 부족한 방역대책임에도²⁰⁰⁾ 주민 다수가 원하는 민원이라서 과시적으로 시행하는 것이나, 과도한 예방적 코호트 격리 발표²⁰¹⁾, 인권침해적인 불필요한 개인정보공개라는 비판을 받으면서도²⁰²⁾ 여론에 휩쓸려 지자체들이 경쟁적으로 동선정보를 공개하는 것들이다. 이런 사례들은 주민들의 요구에 대해 신속하게 반응한다는 정치적 책임이 반드시 근거에 기반한 합리적 방역원칙을 토대로 이루어져야 하며, 그것이 정책의 영향을 받는 시민들에게도 더욱 효과적인 결과를 가져온다는 것을 설명하는 것 또한 정치적 책임이라는 점을 기억해야 한다.

“00군수도 방역소독과 병상확보를 제일 큰 미션으로 생각하고 00군 관내 9개 읍면에서 공무원을 차출하여 산불 진압하듯이 산불차 동원해서 환자 생긴 아파트 중심으로 방역소독 하나씩 방역소독에 대한 민원이 줄었습니다.”

(00군 보건소장)

“지자체별로 선제적 코호트, 예방적 코호트, 이름이 되게 많은데 결국은 다 똑같은 건데 결국은 그냥 그 코호트 증상이 없더라도 그냥 할 수 있는 코호트들을 많이 발표 했잖아

200) 뉴스톱(2020.03.09) [\[팩트체크\] 길거리 소독, 효과도 없고 해서도 안된다](#)

201) 메디컬타임즈(2020.02.09.) [코로나19 사망 속출한 격리병원들 ‘코호트’가 답일까?](#)

202) 국가인권위원회 보도자료(2020.03.09.) [코로나19 확진자의 과도한 사생활 공개관련 국가인권위원회장 성명](#)

요. 경기도도 발표하고, 실제로 코호트는 하나도 안 하면서. 이런 것들을 발표하고 나서 시설 종사자들도 출입 금지가 됐었어요 오고 가는 게. 그런데 이거는 어디까지 공식적으로 오고 가는 게 금지된 건지.. 따로 들어보니까 오고 갔더라고요. (웃음) 왜냐하면 이 사람들도(종사자들) 답답해서 못 있겠는 거예요. ‘나보고 이 시설에만 살라고?’ 그러니까 이쯤 되면 드는 생각은 ‘야 이거 진짜 감염병 관리를 위한 코호트 정책이 맞는 거야? 아니면 그냥 보여주기인 거야?’ 이런 헛갈림이 있었어요.”(장애인단체활동가 1)

“그게 가축감염병 소독하던 자외선 소독기였는데, 대인소독기로 쓰라고 이번에 코로나때 기증을 해줘서 처음에 썼다가 나중에 자외선 소독기가 피부암 유발한다고 해서 이제 안써요.”(대구지역주민)

그러나 지방정부는 시민들의 민원성 참여 외에, 시민들이 정책결정의 일부로서 의미있는 참여를 할 수 있을 것이라는 인식이나 참여의 효능에 대한 기대가 별로 없는 것으로 보인다. 대부분 지역 방역대책본부에는 공무원들이 대거 참여하면서 외부의 전문가나 시민단체가 참여할 통로를 마련하지 않고 있다. 일부 지자체에서 만들어진 범시민대책위원회는 시민사회가 방역에 참여한다고 했으나 실제로는 정책홍보의 기회 정도거나, 지역경제 활성화를 위한 협력 정도였다. 여전히 행정 관료들의 입장에서 시민들이 방역마스크를 제작하여 지역사회에 전달하고 보건소에 물품을 후원하는 수준의 훈훈한 미담으로 여길만한 낮은 단계의 시민협력만을 염두에 두고 있다. 그러나 거듭 말하듯이 이번 감염병대책은 사회적 거리두기, 공공시설 운영중단, 개학연기 및 온라인개학, 다중이용시설 집합금지/제한 등 시민적 실천이 뒤따라야 하는 정책이 많이 포함되어 있다. 동원식의 방역에 시민을 참여시키는 것이 아니라, 각 지역의 감염병 확산 정도에 따라 사회적 거리두기의 강도를 조정하고, 공공시설의 운영과 중단 수준을 결정할 때, 그 결정의 영향을 직접 받는 시민들이 참여하도록 지역특성에 맞는 시민참여형 방역을 구상해야 한다.

넷째, 지역사회 고유의 맥락과 해석의 가능성때문이다. 지역사회는 각기 고유한 역사적, 사회적 맥락을 통해 재난을 해석하고 대응방법을 모색한다. 코로나19 확진자가 얼마나 발생하면, 어느 정도의 의료인력과 의료자원이 필요하다는 것은 공통적으로 산출할 수 있지만 지역마다 자원을 차출하는 방식도 다르고, 지역사회가 협력에 도달하는 방법도 다를 수 있다. 실제로 많은 지방정부는 자체적으로 병상자원을 확보하는데 어려움을 겪었고 결국 타 지역 전원이 필요한 경우 국립중앙의료원에서 시도를 거치지 않고 의료기관과 협의하는 조정권한을 가지기로 결정했다²⁰³⁾. 그렇지만 급박한 상황을 맞았던 대구지역 같은 경우 더욱 호되게 타지역으로부터 비판의 대상이 되었는데, 이런 경험은 대구지역 사람들에게 집단적 배제의 경험으로 상처가 되고

203) 연합뉴스(2020.02.27.) [병상 부족에 효율화 안간힘...“연령·지병 등으로 고위험군 선별”](#)

있다. 이런 지역의 경험을 해석하고 대변하는 역할로서 지역사회의 시민사회단체의 존재 의미가 있다. 그 고유한 지역사회의 맥락에서 발생하는 다양한 위기대응의 경험들을 다른 지역과 공유하고 경험을 확산하는데도 시민사회가 필요하다.

“우리도 놀라죠. (대구시장 지지율이) 70% 막 이러니까 이거 왜 이러지 하면서. 타 지역에 있는 분들도 대구스럽다고 그러잖아요. 그때 우리가 이런 애길 했어요. 병상이 많이 부족하고 그랬을 때 서울 TV만 틀면 전문가들이 나와서 좌담회하고 뉴스 잡지 보면 전문가들 나와서 하면 대구에 대해서 비난하고.. 전문가들이 또 동산병원 보고 이게 무슨 병원이냐고 이려고. 우린 힘들어 죽겠는데. 일부는 우리가 급하게 하고 또 준비가 안 된 상황에서 (그런거라고) 받아들이면 되는데.. 그러면 서울에 만약에 이런 상황이 벌어졌을 때 서울 사람들 말대로 빅4 병원이 병상을, 그대로 병상을 내놓을 수 있냐? 감당할 수 있냐? (묻지요) 그래놓고 대구에 대해서 대구스럽다고 그러고 되게 열 받는 거예요. (대구)사시는 분들이 타 지역에서 가면, 우리가 가려고 해도 오지 말라고 그러고, 또 타 지역에서 대구로 와서 자기 집으로 가는 데도 오지 말라고 하고, 뭐 그건 있을 수도 있다고 봐요.”
(대구 시민단체활동가)

또한 지역사회의 고유한 맥락에서 지방정부의 대응을 적절하게 평가하고 비판하는데 지역 시민사회의 역할이 중요하다. 흔히 서울중심적 시각에서 지역사회의 대응을 평가하기 쉬운데 특히 지방정부의 방역 공과를 정치적으로 해석하고 불필요한 갈등으로 방역의 본질을 흐리게 할 수 있다는 지적은 지역사회에 애정을 갖는 시민이 아니면 낼 수 없는 목소리이다.

“그때 3월 23일인가? 집에서 사망하거나 이송 중에 사망 사람들이 한 20명이 됐어요. 대구 시민들이 봤을 때 되게 공포스러운거죠. 걸렸을 때 별 것 아니고 감기처럼 그렇다고 처음엔 하다가, 사망자가 등장하면서 치료도 못 받고 집에서 죽을 수 있다, 이송 중에 죽을 수 있다? 전체적으로 공황상태가 오게 만드는 그런 부분들이 있는 거고, 그러면서 생활치료센터도 중앙에 요구하고 중앙에서 총리가 대구 내려오고 했는데, 우리가 보기에 대구하고 국무총리실하고 서로 알력이 있는 것 같고. (중략) 아마 중앙정부와 지방정부가 같은 정당이고 코드가 맞았으면 좀 더 신속하게 할 수 있을 거 같아요. 또 4월 총선을 앞두고 있는 시기라 민감해서 벌써부터 그 당시에 폭발적으로 환자가 늘어났지만, 서로 간에 출구 전략을 찾는 거죠. 어느 정도 환자가 줄어들고 그랬을 때 이게 누구 공이냐? 시장은 자기 공으로 하고 싶고 중앙정부는 중앙정부대로 하고 싶은게 있을 텐데.”
(지역사회 활동가)

또한 어느 공동체와 마찬가지로 지역사회에도 지역내의 인맥과 학연, 지연에 따라 기득권을 유지하려는 세력들의 카르텔이 남아있다. 외부에서는 잘 알 수 없는 지역공동체 내의 불합리한 권력관계들을 비판하고, 특정한 지역이기주의가 아닌 지방정부에 대한 건전한 비판을 하기 위

해 지역사회를 잘 이해하는 시민사회가 필요하다. 그러므로 지방정부는 이런 시민사회를 육성하고 이들과 상시적 소통관계를 갖는 것이 재난을 대비하는 우선과제임을 인식해야 한다.

5.4. 소결

(1) 결론

메르스 유행 종식 이후 정부는 2015년 9월 국가방역체계 개편방안을 발표하였다. 세부 내용은 1)유입차단 및 초기대응 2)유행확산 시 총력동원 3)거버넌스 재편 4)병원 감염환자 의료환경 개선 등 4개 영역 48개 추진과제로 구성되어 있다. 그러나 주로 시설, 인력 및 인프라 확충, 법, 지침, 매뉴얼 개정, 지위 격상 등 공급자 중심의 대안에 집중되어 있었으며, 정책에 영향을 받는 시민을 중심으로 하는 전략이나 논의는 보이지 않았다. 또한 메르스 방역 당시 공동참여자였던 시민들의 목소리가 반영되거나 공적 사안을 공동으로 논의할 수 있는 장이 부재하였다.

코로나19 유행은 사회적 재난 상황에서 국가의 책무성과 거버넌스에서의 역할을 한층 강화시키고 있다. 우리는 코로나19 유행 이전의 재난거버넌스 분석을 통해 현대 사회의 위험이나 재난은 일국 정부에 의한 관리와 통제를 넘어서기 때문에 국가/정부가 단독으로 위험을 관리·통제하는 것이 어렵고 다양한 이해관계자들과 협력해야 한다고 주장했다. 특히 한국사회의 재난대응과정에서 국가가 위험의 직접생산 주체가 되기도 했던 참담한 경험을 통해 무엇보다 정부의 민주적 거버넌스의 강화가 필요하며, 그것은 시민사회가 재난대응에 상시적이고 실질적으로 참여함으로써 이루어질 수 있다는 점을 여러 재난사례를 통해 확인하였다.

코로나19 팬데믹 이후 전세계적 차원에서 이루어지던 경제적·문화적 인적 교류는 현재 일시적으로 중단된 상태이다. 각 국 정부는 자국민 보호를 앞세워 막대한 규모로 이루어지던 사람들의 이동을 차단시키고, 폐쇄된 국경 내에서 자국민의 안전과 생명을 보호하기 위한 필수적인 조치들을 계획하고 실행해야 하는 막중한 책임을 수행하고 있다. 신종감염병에 대한 과학적 지식을 만들어가는 한편 시민들과 이 새로운 위험에 대한 정확하고 신뢰받는 커뮤니케이션을 통해 사회적 분열을 예방하고, 사회의 지속가능성을 계획해야 하는 어려운 과제 앞에 놓인 것이다. 우리는 이 글에서 코로나19 유행 국면에서 나타난 정부와 시민사회, 지역사회에 대한 대응을 통해 역량있는 지역사회, 시민사회조직, 중앙/지방정부의 민주적 공공성 구축이 필요하다는 점을 다시 한번 확인하였다. 정부와 시민사회에 다음과 같은 사항을 제안하고자 한다.

(2) 권고

[정부]

1. 코로나19 판데믹은 각 국 정부로 하여금 시민의 건강과 안전을 보호하고, 감염병 대응에 필수적인 의료서비스를 제공하며 취약한 시민들을 보호할 것을 요구한다. 정부는 재난을 다룰 수 있는 권력, 자원, 권위를 가진 유일한 존재로서 이러한 정치적, 법적 책임을 다하기 위하여 최선을 다해야 한다.

2. 코로나19 대응에서는 시민사회단체 상시적인 관계가 있었던 분야와 없던 분야의 대응속도와 내용에 차이가 있었다. 가령 상시적인 정책 카운터파트(장애인단체-복지부 장애인정책과, 직장갑질119-노동부)가 있는 단체는 현장의 문제를 취합해서 요구사항을 전달하는데 절차상의 문제가 없었지만, 성소수자단체는 정부와의 네트워크가 전혀 없었기 때문에 이태원 클럽발 집단감염 발생시 접촉창구를 찾는데 시간이 걸렸다. 사실 그보다는 정부가 지금까지 성소수자단체를 공식적인 정책 협력파트너로 인정하지 않다가 사회 안전에 위협이 된다고 느끼고서야 논의의 대상으로 보기 시작했다는 점이 본질적인 문제일 수 있다. 정부는 공공의 이익을 추구하며 민주적으로 운영하는 다양한 시민사회조직의 존재를 인정하고, 이들과 상시적으로 교류하며 운동의 제도화를 지원하고 위기발생시 함께 협력해 나가야 한다.

3. 위험부담의 불평등을 완화하는 중요한 경로중 하나가 취약한 조건에 처한 이들 혹은 위험 피해의 주체들을 재난거버넌스 과정에 참여시키는 것이다. 그럼으로써 피해주체들은 새로운 위험으로부터 보호받을 수 있는 자원을 확보할 수 있다. 코로나19 대응과정에서도 시민단체들은 신종감염병이 초래하는 위험을 드러내고, 정부에서 미리 대비하지 못한 부분까지 당사자들에게 필요한 대책을 직접 만들고 정책으로 수용되도록 협력했다. 중앙/지방정부는 시민사회를 전시적 행정을 위한 동원대상으로만 생각할 것이 아니라, 실제적인 정책협력을 할 수 있는 파트너로 인정해야 한다.

4. 치료제와 백신이 없는 코로나19 판데믹을 맞아 전 세계적으로 연구개발이 한창 진행 중이다. 효과와 안전성이 확보된 의약품의 생산과 공급도 중요하지만, 모든 인류에게 필요한 만큼 충분히 공급되기 이전까지는 한정된 백신과 치료제라는 자원을 누구에게 우선적으로 배분할 것인지에 대한 합의는 중요한 사회적 과제이다. 치료제나 백신 뿐만 아니라, 병상, 진단키트, 중증환자치료기기, 마스크 등 모든 보건의료자원에 공통되는 사실이다. 지난 몇 달 동안

한국 사회는 ‘마스크대란’을 겪으면서, 환자폭증 지역과 취약계층에 대한 별도 지급, 선착순이나 생년에 따른 구매일자 지정, 매수제한 등의 개입을 통해 시장실패에 따른 공적 생산과 통제를 실시한 바 있다. 그러나 그 과정에서 한정된 보건의료자원을 어떻게 생산, 공급할 것인가에 대한 사회적 논의를 진전시키지는 못하였다. 우리는 능력에 따른 부담과 필요에 따른 보편적이고 공평한 접근 원칙은 국내 뿐만 아니라 글로벌 수준에서도 적용되어야 한다고 생각한다. 정부는 코로나19 백신과 치료제가 글로벌 공공재로 보급될 수 있어야 한다는 대통령의 73차 세계보건총회의 약속을 지킬 것을 촉구한다. 또한 이를 위하여 정부가 국경을 넘는 시민사회와 공공의 연대를 더욱 강화할 수 있도록 지원할 것을 요청한다.

5. 지역사회라는 사회적 맥락은 공중보건위기에서 중요한 요소가 되었다. 재난대응의 실행 책임이 있는 지역정부는 지역사회의 의료자원, 시민 네트워크, 지역의 정치와 문화 등을 잘 파악해야 하며, 공중보건위기가 초래하는 지역사회의 위험을 감시하고 지역의 행정을 견제하며 지역에서 활동하는 시민사회를 육성시켜야 한다.

[시민사회]

1. 시민사회 활동은 개별단체만의 독자적인 활동으로서가 아니라 같은 사회적 이슈에 대한 공적 해결을 추구하려는 다른 단체와의 연대를 통해 활동의 정당성과 사회적 지지를 얻을 수 있다. 그러므로 시민단체는 상호 신뢰와 상대조직에 대한 이해를 바탕으로 한 연대를 지속하는 것이 중요하다. 이번 코로나19 유행동안 장애인단체, 성소수자단체, 노동단체 등은 각 부분별, 지역별 옹호단체와의 연대를 통해 다양한 현장 정보를 취합하고 당사자들이 처한 문제를 사회 이슈화하고 대책을 촉구하기 위해 코로나19 대응 네트워크를 운영했고, 이런 기민한 대응들은 정부의 대책들을 이끌어내는데 중요한 역할을 했다.

2. 시민사회단체들은 내부적으로 단체 회원 중에 포함된 전문가나 외부의 전문가나 연구자들과의 자문과 협력을 통해 합리적인 정책대안을 요구하는 수준에 이르고 있다. 코로나19 국면에서도 시민단체들이 이슈를 의제화하는 것을 넘어 수용성이 높은 정책대안을 정부에 직접 제안하고 협상함으로써 시민참여의 질적 향상을 도모하고 있다. 코로나19 유행에 활발하게 활동한 시민단체들은 조직운영에서 다음과 같은 공통점을 몇 가지를 찾을 수 있었다. 조직 내부의 공통 학습, 신입활동가에 대한 교육프로그램 운영, 활동가들의 정례회의를 통한 사안공유, 외부 조직들(언론, 학회, 국회의원실, 소셜네트워크서비스, 전문가단체, 다른 시민사회 등)과의 네트워킹 강화, 현장과의 접점 유지, 사안에 따른 이슈화 전략 선별 등이다. 시민사회조직들은

스스로 역량을 강화할 수 있도록 공부와 조직 활동을 지속해야 한다.

6. 결론 및 권고

코로나19는 최근 몇 년 동안 발생했던 어떤 신종감염병이나 사회적 재난보다 더 큰 타격을 주고 있다. 2019년 12월 말, 중국 우한에서 신종폐렴이 공식 보고된 이후 지금까지 전 세계적으로 미친 재난의 사회경제적 피해는 크기를 가늠할 수 없다. 게다가 이런 상황은 백신이 개발되어 상황이 어느 정도 통제가능해질 때까지 최소 1~2년 이상 걸릴 것이라는 점에서 현재 진행 중인 재난이다. 감염병의 속성이 ‘생물학적인 것’과 ‘사회적인 것’의 동시적 발현이기 때문에 생물학적이거나 의학적인 대응만으로 불충분하며, 질병에 대한 사회적인 대응을 해야만 성과가 있을 것이라는 점에서 그 기간은 더 길어질 수 있다. 우리는 지금까지 9개월을 지나는 동안 신종감염병이 드러낸 세계화된 자본주의의 정치경제, 우리 사회의 사회경제적 불평등 구조를 목도했다. 우리는 특히 공중보건 재난상황에서 벌어지는 불평등한 정치경제의 핵심에 안정된 통치에 관심을 두는 국가권력, 국가권력을 압도하는 경제권력, 그리고 생의학적 전문가권력이 강력한 힘을 발휘하고 있다고 본다. 코로나19 이전의 사회로 돌아갈 수 없다고 한다면, 코로나19 이후의 사회 아니 현재 이 재난의 과정에 있는 모든 사람들이 살아갈 사회는 이 세 축의 권력을 견제하고, 시민 개인의 삶이 보다 평등하고 안전한 사람중심의 공간으로 재설계되어야 할 것이다. 지금까지의 논의 결과로부터 우리는 다음과 같은 결론에 이르게 되었다.

첫째, 코로나19를 경험하는 사람들과 사회가 구축하려는 새 질서는 현재의 지식과 권력을 비판하고 방역과 의료로부터 인권과 체계에 이르는 넓은 분야에서 새로운 대안과 변화를 모색하는 것으로부터 시작한다.

둘째, 코로나19의 유행은 국제 및 국내의 정치경제와 분리할 수 없다. 특히 ‘감염병 레짐’에서 드러난 사회계급, 소득, 인종, 노동, 젠더, 교육, 이주, 장애, 보건의료 등의 사회경제적 불평등의 모든 위험요인을 고려한 사회정책적 대응만이 감염과 확산의 불평등을 감소시킬 수 있을 것이다.

셋째, 코로나19 유행에 대한 대응은 한국 보건의료체계 전체의 대응일 수 밖에 없다. 지금까지 비교적 좋은 평가를 받는 3T(검사, 추적, 치료) 프로그램은 보건당국의 지휘체계와 시군구 정부 및 보건소, 의료기관, 정부재정과 건강보험제도의 뒷받침으로 가능했다. 대규모 확진자 발생시 나타났던 의료체계의 과부담과 필수 의료 공백의 문제를 해결하기 위하여 보건의료체계의 공공성과 공공보건의료 시스템의 강화가 필요하다.

넷째, 감염병의 유행을 억제하고 사회경제적 피해를 최소한으로 줄이기 위해서 보건의료체계를 포함하여 사회체계 여러 층위에서 민주적 공공성의 역량이 축적되어야 한다. 공중보건위기를 극복하기 위하여 재난을 다룰 수 있는 권력, 자원, 권위를 가진 정부의 책임과 자신의 삶에 영향을 주는 중요한 의사결정에 민주적으로 참여하는 시민들의 협력적 거버넌스가 필요하다.

이러한 결론에 따라 중앙과 지방정부에게 다음과 같은 권고들을 제시한다.

① 코로나19로 인한 위협의 불평등을 완화하기 위해서는 정부의 감염병 대책이 배제하는 집단과 사례가 없도록 보편적이며 포괄적으로 적용될 수 있어야 한다. 정책 대상의 자격기준을 완화하고, 누구든 필요한 정보에 대한 접근·신청·활용이 용이해야 한다. 동시에 행정편의적인 일률적인 조치가 아니라 각자의 삶의 현장에서 겪는 고통과 경험이 반영될 수 있도록 구체성과 적절성을 갖춰야 한다.

② 인권과 민주주의 원칙에 기반한 대응이어야 한다. 광범위한 정책결정의 영향을 받는 이해당사자가 자신의 불리한 사회경제적 조건 때문에 이중의 배제를 겪지 않도록 의사결정 초기부터 참여하여 사회정책에 의견을 낼 수 있는 민주적 의사결정 구조가 마련되어야 한다. 정부는 공공의 이익을 추구하며 민주적으로 운영하는 다양한 시민사회조직과의 협치 구조를 상설화하고 위기발생시 협력해야 한다.

③ 현재 코로나19 추적과 관리체계는 과도하게 중앙집권화된 방식이며 한번 노출되고 공개된 개인정보에 대한 규제조치가 마련되어 있지 않다. 공공의 안전을 위하여 시민들의 자발적 참여에 기반한 단계적 인권유보 접근방식, 동의에 기반한 개인정보 접근이 고려되어야 한다.

④ 대부분 행위에 대한 금지사항을 담고 있는 사회적 거리두기 원칙은 그것을 준수할 수 없는 노동자를 배제하거나 사회적 약자들의 집회와 결사의 자유를 침해하고 있다. 대면서비스 노동자들의 안전한 노동과 사회적 약자들의 집회를 보장할 수 있는 안전한 거리두기 원칙도 마련되어야 한다.

⑤ 코로나19유행에서 경험한 의료문제는 신종감염병 대응에 필요한 직접 인프라뿐만 아니라, 우리 사회의 공공보건의료 인프라 자체의 취약함이다. 공공의료와 돌봄인프라의 양적, 질적 확대를 위하여 중앙과 지방정부의 책무와 공공과 민간의료부문간의 협력적 거버넌스가 필요하다.

⑥ 신종감염병 유행을 준비하고 대응하는 체계의 관점의 전환이 필요하다. 동원가능한 인력

과 시설, 장비를 기준으로 확진자와 사망자를 최소화하려는 전략과 지침의 행정중심의 관점에
서 ‘누가 어떤 필요가 있는지, 누가 어떤 변화를 겪는지, 누가 어떤 피해를 입고 있는지’라는
질문에서 배제되는 사람이 없는 사람중심의 관점으로의 전환이 그것이다.

⑦ 포괄적 돌봄체계와 돌봄의 공공화가 필요하다. 아직 일부 영역에 불과한 주치의제도와
방문진료 시범사업이 포괄적 돌봄이 필요한 모든 이들에게 닿을 수 있도록 해야 한다. 그러기
위해서는 돌봄인력에 대한 적정 고용/운영 모델을 확립하는 공식적인 체계를 마련해 나가야
한다.

⑧ 코로나19 유행은 지역사회감염을 통해 감염병 유행이 ‘전국화’하였다. 그러면서 지역사
회라는 사회적 맥락이 공중보건위기에서 중요한 역할을 한다는 점이 드러났다. 중앙정부의 컨
트롤타워 역할도 중요하지만, 재난대응의 실행책임이 있는 지역정부는 지역사회의 공공-민간
보건의료자원뿐만 아니라 행정의 빈틈을 채우는 시민사회 네트워크의 협력 모두가 필요하다.
특히 지방정부의 정책결정자와 공무원들은 지역사회의 역사와 문화에 정통하고 지역공동체에
애정을 가지는 시민사회가 지방정부의 대응에 견제와 지지를 통해 책무성을 완수할 수 있도록
한다는 사실을 잊지 말아야 한다.

코로나19 팬데믹과 위기는 도전과제이지만, 국가에게 위기를 다루기 위한 탄력적이고 포괄
적인 공중보건인프라와 효과적인 제도를 설계하고 운영할 기회를 제공한다 (UN 경제사회위원
회, 2020). 국가는 코로나19가 드러낸 우리 사회의 누적된 사회경제적 불평등 개선과 보건의
료 및 돌봄을 포함한 사회정책의 공공성 강화에 개입함으로써 시민들의 삶을 유지하게 하는
체계의 운영자로서의 역할을 해야 할 때다. 국가가 이런 책무를 다하고자 한다면, 시민들도 공
정과 지속가능성 등의 윤리적 가치를 견지하며 정부의 권고를 신뢰하고 법치를 따르는 시민의
식으로 공공선을 추구하는 정부에 협력할 것이다.

참고문헌

- A.M.A Saja, Ashantha Goonetilleke et al. (2019). A critical review of social resilience assessment frameworks in disaster management. *International Journal of Disaster Risk Reduction* Volume 35
- A.M.A Saja, M. Teo, A. Goonetilleke, A.M. Ziyath. (2018). An inclusive and adaptive framework for measuring social resilience to disasters, *Int. J. Disaster Risk Reduct.* 28 (2018) 862 - 873.
- Aengus Collinsa, Marie-Valentine Florina and Ortwin Renn.(2020). COVID-19 risk governance: drivers, responses and lessons to be learned. *JOURNAL OF RISK RESEARCH*.
- Alexander T. S. (2016). Human Immunodeficiency Virus Diagnostic Testing: 30 Years of Evolution. *Clinical and vaccine immunology*, 23(4), 249 - 253.
- Bayer R, Levine C, Wolf SM. (1986). HIV Antibody Screening: An Ethical Framework for Evaluating Proposed Programs. *JAMA*. 256(13):1768 - 1774
- Bensimon, C. M., & Upshur, R. E. (2007). Evidence and effectiveness in decisionmaking for quarantine. *American journal of public health*, 97(Supplement_1), S44-S48.
- Bozeman, Barry, & Japera Johnson. (2015). The Political Economy of Public Values: A Case for the Public Sphere and Progressive Opportunity. *The American Review of Public Administration*, 45(1): 61-85
- Bozeman, Barry. (2007). Public values and public interest: Counterbalancing economic individualism. Georgetown University Press.
- Centers for Disease Control. (1986). Comprehensive plan for epidemiologic surveillance. Atlanta: US Department of Health and Human Services. Public Health Service.
- Coker, R. (2001). Just coercion? Detention of nonadherent tuberculosis patients. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 953(1), 216-223
- Denecke, K. (2017). An ethical assessment model for digital disease detection technologies. *Life Sciences, Society and Policy*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s40504-017-0062-x>
- Déry, M., Filiatrault, F., & Laporte, I. (2012). A tool for ethical analysis of public health surveillance plans. Canadian Institutes of Health Research. Institute of Population and Public Health. Population and public health ethics: cases from research, policy, and practice. Toronto: University of Toronto, Joint Centre for Bioethics, 52-7.
- Dheepa Rajan, Kira Koch, Katja Rohrer et al. (2020). Governance of the Covid-19 response: a call for more inclusive and transparent decision-making. *BMJ Global Health* 2020;5
- Eckmanns, T., Füller, H., & Roberts, S. L. (2019). Digital epidemiology and global health security; an interdisciplinary conversation. *Life Sciences, Society and Policy*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s40504-019-0091-8>
- Elisabeth Beaunoyer, Sophie Dupéré, Matthieu J. Guitton (2020). COVID-19 and digital inequalities: Reciprocal impacts and mitigation strategies. *Computers in Human Behavior* Volume 111, October 2020,
- European Centre for Disease Prevention and Control. Guidance on the provision of support for medically

and socially vulnerable populations in EU/EEA countries and the United Kingdom during the COVID-19 pandemic. 2020;(July).

- Fairchild, A. L., Hagdoost, A. A., Bayer, R., Selgelid, M. J., Dawson, A., Saxena, A., & Reis, A. (2017). Ethics of public health surveillance: new guidelines. *The Lancet Public Health*, 2(8), e348 - e349. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30136-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30136-6)
- Ferretti, L., Wymant, C., Kendall, M., Zhao, L., Nurtay, A., Abeler-Dörner, L., ... & Fraser, C. (2020). Quantifying SARS-CoV-2 transmission suggests epidemic control with digital contact tracing. *Science*, 368(6491).
- Geneviève, L. D., Martani, A., Wangmo, T., Paolotti, D., Koppeschaar, C., Kjelsø, C., Guerrisi, C., Hirsch, M., Woolley-Meza, O., Lukowicz, P., Flahault, A., & Elger, B. S. (2019). Participatory disease surveillance systems: Ethical framework. *Journal of Medical Internet Research*, 21(5). <https://doi.org/10.2196/12273>
- Gilmour, Robert S., and Laura S. Jensen. (1998). Reinventing Government Accountability: Public Functions, Privatization, and the Meaning of "State Action". *Public Administration Review*, 58(3): 247-258.
- Giroux, H. A. (2006). Reading Hurricane Katrina: Race, class, and the biopolitics of disposability. *College Literature*, 33(3): 171-196.
- Hart-Landsberg, M. (1993). *The rush-To development: Economic Change and Political Struggle in South Korea*. New York: Monthly Review Press.
- Hellewell, J., Abbott, S., Gimma, A., Bosse, N. I., Jarvis, C. I., Russell, T. W., ... & Flasche, S. (2020). Feasibility of controlling COVID-19 outbreaks by isolation of cases and contacts. *The Lancet Global Health*.
- International Risk Governance Center. (2017). *INTRODUCTION TO THE IRGC RISK GOVERNANCE FRAMEWORK Revised Version 2017*.
- Jahidur Rahman Khan, Nabil Awan, Mazharul Islam and Olav Muurlink. Healthcare Capacity, Health Expenditure, and Civil Society as Predictors of COVID-19 Case Fatalities: A Global Analysis. *Frontiers in Public Health*. July 2020 | Volume 8 | Article 347.
- Jasanoff, Sheila. (2002). Citizens At Risk: Cultures of Modernity in the US and EU. *Science as Culture*, 11(3): 363-380.
- Kass, N. E., & Gielen, A. C. (1998). The ethics of contact tracing programs and their implications for women. *Duke J. Gender L. & Pol'y*, 5, 89.
- Kim, H., & Paul, A. (2020). Contact Tracing: a game of big numbers in the time of COVID-19. *arXiv preprint arXiv:2004.10762*.
- Klingler, C., Silva, D. S., Schuermann, C., Reis, A. A., Saxena, A., & Strech, D. (2017). Ethical issues in public health surveillance: A systematic qualitative review. *BMC Public Health*, 17(1), 1 - 13. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4200-4>
- Kostkova, P. (2018). Disease surveillance data sharing for public health: the next ethical frontiers. *Life Sciences, Society and Policy*, 14(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s40504-018-0078-x>
- Krantz, I., Löwhagen, G. B., Ahlberg, B. M., & Nilstun, T. (2004). Ethics of screening for

asymptomatic herpes virus type 2 infection. *BMJ*, 329(7466), 618 - 621

- Lee, L. M., Heilig, C. M., & White, A. (2012). Ethical justification for conducting public health surveillance without patient consent. *American journal of public health*, 102(1), 38-44.
- Levine, C., & Bayer, R. (1989). The ethics of screening for early intervention in HIV disease. *American journal of public health*, 79(12), 1661 - 1667
- Mant, D., & Fowler, G. (1990). Mass screening: theory and ethics. *BMJ*, 300(6729), 916 - 918
- Mittelstadt, B., Benzler, J., Engelmann, L., Prainsack, B., & Vayena, E. (2018). Is there a duty to participate in digital epidemiology? *Life Sciences, Society and Policy*, 14(1), 1 - 24. <https://doi.org/10.1186/s40504-018-0074-1>
- Moradi, H., & Vaezi, A. (2020). Lessons learned from Korea: COVID-19 pandemic. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 41(7), 873-874. doi:10.1017/ice.2020.104
- Moulton, S. (2009). Putting Together the Publicness Puzzle: A Framework for Realized Publicness. *Public Administration Review*, 69(5): 889-900.
- Oh, J., Lee, J. K., Schwarz, D., Ratcliffe, H. L., Markuns, J. F., & Hirschhorn, L. R. (2020). National response to COVID-19 in the Republic of Korea and lessons learned for other countries. *Health Systems & Reform*, 6(1), e-1753464.
- O'Malley, P., Rainford, J., & Thompson, A. (2009). Transparency during public health emergencies: from rhetoric to reality. *Bulletin of the World Health Organization*, 87, 614-618.
- Palliyaguru, Roshani, Dilnithi Amartunga, David Baldry. (2014). Constructing a holistic approach to disaster risk reduction: the significance of focusing on vulnerability reduction. *Disaster*, 38(1): 45-61.
- Pung, R., Chiew, C. J., Young, B. E., Chin, S., Chen, M. I. C., Clapham, H. E., ... Ang, L. W. (2020). Investigation of three clusters of COVID-19 in Singapore: implications for surveillance and response measures. *The Lancet*, 395(10229), 1039 - 1046. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30528-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30528-6)
- Quinn, P. (2018). Crisis Communication in Public Health Emergencies: The Limits of 'Legal Control' and the Risks for Harmful Outcomes in a Digital Age. In *Life Sciences, Society and Policy* (Vol. 14, Issue 1). *Life Sciences, Society and Policy*. <https://doi.org/10.1186/s40504-018-0067-0>
- Resources | Crisis & Emergency Risk Communication (CERC). The CERC training program educates people on the principles and application of crisis and emergency risk communication when responding to a public health emergency.
- Reynolds, B., & SEEGER, M. (2005). Crisis and emergency risk communication as an integrative model. *Journal of health communication*, 10(1), 43-55.
- Salathé, M. (2018). Digital epidemiology: what is it, and where is it going? *Life Sciences, Society and Policy*, 14(1), 1 - 5. <https://doi.org/10.1186/s40504-017-0065-7>
- Samerski, S. (2018). Individuals on alert: digital epidemiology and the individualization of surveillance. *Life Sciences, Society and Policy*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s40504-018-0076-z>
- Samuel Bowles & Wendy Carlin (2020). The coming battle for the COVID-19 narrative.
- Schiavo, R. (2007). *Health Communication: From Theory to Practice*. Jossey-Bass Book. Ch.1. What is Health Communication?

- Schoch-Spana, Monica, Crystal Franco, Jennifer B. Nuzzo, and Christiana Usenza. (2007). Community engagement: leadership tool for catastrophic health events. *Biosecurity and Bioterrorism: Biodefense Strategy, Practice, and Science*, 5(1): 8-25.
- Scolobig, A., Prior, T., Schröter, D., Jörin, J., & Patt, A. (2015). Towards people-centred approaches for effective disaster risk management: Balancing rhetoric with reality. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 12, 202-212.
- Selgelid, M. J. (2011). Your liberty or your life. In Michael J. Selgelid, A. McLean, N. Arinaminpathy, & J. Savulescu (Eds.), *Infectious Disease Ethics: Limiting Liberty in Contexts of Contagion*. Springer Netherlands.
- Selgelid, M. J., McLean, A. R., Arinaminpathy, N., & Savulescu, J. (2009). Infectious disease ethics: Limiting liberty in contexts of contagion. *Journal of Bioethical Inquiry*, 6(2), 149-152.
- Slovic, P. (2000). *Perception of risk*. London: Earthscan.
- Thomson, A. M., Perry, J. L. (2006). Collaboration Processes: Inside the Black Box. *Public Administration Review*, 26 Special Issue: 20-32.
- Tierney, Kathleen. (2012). Disaster Governance: Social, Political and Economic Dimensions. *Annual Review of Environment and Resources*, 37: 341-363.
- Turollo, F. (2009). Responsibility as an ethical framework for public health interventions. *American Journal of Public Health*, 99(7), 1197-1202.
- Twigg, J. (2007). Characteristics of a Disaster-Resilient Community: a Guidance Note. DFID Disaster Risk Reduction Interagency Coordination Group.
- UN Commission on Human Rights. 1984. The Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights. <http://www.refworld.org/docid/4672bc122.html>
- UN DESA. (2020). COVID-19: Reaffirming State-People Governance Relationships. Policy Brief no 75.
- UNAIDS. 2004. UNAIDS/WHO Policy Statement on HIV Testing
- Upshur, R. E. (2002). Principles for the justification of public health intervention. *Canadian Journal of Public Health*, 93(2), 101-103.
- Vayena, E., Salathé, M., Madoff, L. C., & Brownstein, J. S. (2015). Ethical Challenges of Big Data in Public Health. *PLoS Computational Biology*, 11(2), 1 - 7. <https://doi.org/10.1371/journal.pcbi.1003904>
- Velasco, E. (2018). Disease detection, epidemiology and outbreak response: the digital future of public health practice. *Life Sciences, Society and Policy*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s40504-018-0071-4>
- Wamsley, Gary L. & Larkin S. Dudley. (1998). From reorganizing to reinventing: sixty years and “we still don’t get it”. *International Journal of Public Administration*, 21(2-4): 323-374.
- Wei, W. E., Li, Z., Chiew, C. J., Yong, S. E., Toh, M. P., & Lee, V. J. (2020). Presymptomatic Transmission of SARS-CoV-2 – Singapore, January 23 – March 16, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(14), 411.
- World Health Organization. (2008). *World Health Organization outbreak communication planning guide*.
- World Health Organization. (2010). *Guidance on ethics of tuberculosis prevention, care and control*.

Geneva, Switzerland: WHO.

- World Health Organization. (2014). Early detection, assessment and response to acute public health events: implementation of early warning and response with a focus on event-based surveillance: interim version
- World Health Organization. (2016). The International Health Regulations (2005)
- World Health Organization. (2020). Ethical considerations to guide the use of digital proximity tracking technologies for COVID-19 contact tracing: interim guidance, 28 May 2020 (No. WHO/2019-nCoV/Ethics_Contact_tracing_apps/2020.1). World Health Organization.
- 김광점, 유명순, 손희정, 홍지수. (2017). 2015년 MERS 집단 발병에 대한 의료기관들의 위기관리대응 평가와 개선방안 연구. 대한의사협회 의료정책연구소 연구보고서, 1-169.
- 김대환. (1998). 돌진적 성장이 낳은 이중위험사회. 계간 사상, 제38호: 26-45.
- 김사강. (2019). 개정된 건강보험제도 무엇이 문제인가? 재외국민, 귀환동포 및 이주민 피해사례를 중심으로. 국회의원 토론회
- 김영선. (2019). 재난 불평등과 노동인권 침해. 문화과학, 98, 86-118.
- 김원제. (2003). 한국사회 위험(Risk)의 특성과 치유. 한국사회조사연구소.
- 김창엽. (2020). ‘시민참여형’ 방역 또는 ‘시민주도형’ 방역은 가능한가?. 과학잡지 에피 12호.
- 김철. (2017). 장애인활동지원서비스 공급체계의 문제점과 개선방안. 사회공공연구원 위킹페이퍼 17-03. http://www.ppip.or.kr/board_BHCY31/1183
- 노동자운동연구소. (2020). 코로나 재확산, 고용위기는 어디서 얼마나? 20년 3~7월 고용 변화를 통해 본 8월 이후 고용위기 쟁점.
- 박재묵. (2008). 환경재난으로부터 사회재난으로-허베이 스피리트호 기름유출사고에 대한 사회적 대응분석. 환경사회학연구 ECO, 12(1): 7-42.
- 서울노동권익센터. (2017) 택배기사 노동실태와 정책대안 모색: 서울시역 택배기사를 중심으로. 서울노동권익센터 연구사업 최종발표토론회 자료집.
- 시민건강연구소. (2016/2020). 재난거버넌스와 민주적 공공성.
- 시민건강연구소. (2020). 코로나 3법, 건강권의 확대인가 자유권의 억압인가 - 감염병예방법을 중심으로-
- 시민건강증진연구소·건강세상네트워크. (2016). 인권 중심의 위기대응: 시민, 2015 메르스 유행을 말하다
- 신권철. (2017). 강제입원 위헌(헌법불합치)결정의 의미와 향후 과제. 서울법학, 24(4), 1-45.
- 신유나, 하세가와 사오리, 최규진. (2019). 미등록 이주민의 건강 현황 분석과 보건의료서비스 접근성 향상을 위한 제언. 공공사회연구, 9(1), 40-84.
- 안수란, 권영지, 김지민, 김태은, 류진아, 조영림, 하태정. (2020). 사회복지 생활시설의 감염병 대응현황과 과제. 보건·복지 Issue&Focus 381호. 보건사회연구원.
- 에릭 클라인버거. (2018). 폭염사회: 폭염은 사회를 어떻게 바꿨나. 흥경탁 역. 글항아리.
- 이명석. (2002). 거버넌스의 개념화: ‘사회적 조정’으로서의 거버넌스. 한국행정학보, 36(4):321-338.

- 이승훈. (2008). 근대와 공공성 딜레마: 개념과 사상을 중심으로. 민주사회와 정책연구, 통권 13호.
- 이영희. (2014). 재난관리, 재난거버넌스, 재난시티즌십. 경제와 사회, 제104호: 56-80.
- 이재열. (1998). 대형사고와 위험: 일상화된 비정상성. 계간 사상, 제38호: 180-199.
- 임의영. (2003). 공공성; 공공성의 개념, 위기, 활성화 조건. 정부학연구, 9(1): 23-52.
- 조한상. (2009). 공공성이란 무엇인가. 서울: 책세상.
- 진석이. (2016). 시민건강이슈 - 한국의 결핵정책, 그 방향을 묻는다!. 시민건강연구소
- 최은경. (2016). 공중보건 비상사태와 윤리적 대응: 2015 년 한국 메르스 유행을 중심으로. 한국의료윤리학회지, 19(3), 358-374.
- 최재욱, 김경희, 문지원, 김민수. (2015). 공중보건 위기관리 대응과 소통체계 구축: 중동호흡기증후군 사태의 경험과 교훈. Journal of the Korean Medical Association, 58(7), 624-634.
- 폴 파머. (2010). 감염과 불평등: 현대의 전염병. 정연호 외 역. 신아출판사.
- 한국외국인력지원센터, 이주민방송 MNTV, 법무법인 태평양, 재단법인 동천. (2013). 외국인근로자 주거환경 및 성희롱·성폭력 실태 조사 및 제도개선 연구 보고서. http://www.mihu.re.kr/archives/?board_name=board1&vid=102
- 허오영숙. (2017). 충청북도 이주노동자와 이주여성의 인권 어떻게 실현할 것인가. 충북인권연대
- 홍성태. (2003). 근대화와 위험사회: ‘박정희체제’를 넘어서기 위한 생태적 개혁의 모색. 문화과학, 35호: 54-74.

부록

1) 마스크정책 경과

날짜	주요 정책
02.05.	- 중앙사고수습본부(본부장 보건복지부 박능후 장관)는 기재부, 행안부, 산업부, 고용부, 국토부, 식약처, 공정위, 관세청, 경찰청, 우정사업본부 등 유관 부처와 함께 원활한 마스크 수급 대책을 마련. - 「물가안정에 관한 법률」에 근거한 “보건용 마스크 및 손 소독제 매점매석 행위 금지 등에 관한 고시”가 마련되어 2월5일 0시부터 시행됨에 따라, 대대적인 단속을 시행. -보따리상이나 특송 우편 등에 의한 마스크 대량 반출을 방지하기 위하여 일정 자가사용 기준*을 마련하고, 이를 초과하는 경우에는 의무적으로 세관에 수출신고하도록 함. * (자가사용) 200만 원이하&마스크 300개, (간이수출신고) 200만 원이하&1,000개 이하,(정식수출신고) 200만 원 초과 또는 1,000개 초과 -* 「물가안정에 관한 법률」 제6조에 따라 물가가 급격히 오르고 물품 공급이 부족하여 국민생활 안정을 해치고 국민경제의 원활한 운영을 현저하게 저해할 우려가 있는 경우, 해당 물품의 사업자, 수출입 또는 운송·보관을 업으로 하는 자에 대하여 5개월 이내 기간 동안, ① 생산계획 수립·실시 및 변경 ② 공급 및 출고 ③ 수출입의 조절 ④ 운송·보관 또는 양도 ⑤유통조직의 정비, 유통단계의 단순화 및 유통시설 개선에 대해 지시 - 앞으로 심각한 수급 안정 저해 행위가 계속될 경우에는 긴급수급 조정조치*까지 검토할 예정
02.06.	- 「물가안정에 관한 법률」 제6조에 의한 마스크 등에 대한 긴급수급 조정조치를 발동하여, 마스크·손소독제의 생산업자와 도매업자에게 출하·판매시 정부(식약처)에 신고토록 의무를 부여하는 방안 등을 추진할 계획. * (생산업자) 모든 생산업자가 생산량, 국내 출고량, 해외 수출량을 매일 신고 (도매업자) 일정수량 이상 판매시 구매자, 단가, 수량 등을 즉시 신고 * 생산량·구매량 은폐 및 비정상 유통 시 2년이하 징역 및 5천만원 이하 벌금 (물가안정법 제25조)과 1천만원 이하 과태료 병과 가능(물가안정법 제29조)
02.08.	-마스크 수급안정화 대책으로 2월 6일부터 실시된 마스크 해외반출기준에 따라 지난 이틀간 과다반출 40건, 6만 4,920개에 대해서 정식수출 신고토록 하였으며, - 1월 31일부터 지난 8일간 마스크 제조업체 및 유통업체 등에 대한 추적 조사를 통해, 총 150만개의 마스크에 대하여 매점 매석 등 불법 거래 행위를 적발.
02.12.	- <긴급수급조정조치 1차> 생산·판매업체별 생산량·판매량, 판매가격, 판매처 등 신고 의무화를 통해 유통구조 투명화
02.26.	- <긴급수급조정조치 2차> 마스크의 수출제한 조치 및 공적 판매처 출고 의무화가 오늘(2월 26일) 0시부터 시행되었다. 이 조치에 따라 마스크 생산업자는 당일 생산량의 50% 이상을 공적판매처로 신속하게 출고해야 하며, 일반 소비자 구매를 위해 매일 약국, 우체국, 농협하나로마트 등을 통해 공적 물량 약 500만 개가 공급될 예정이다. 또한, 감염병 특별관리지역으로 지정된 대구·경북 지역에는 마스크 100만 개를 최우선으로 공급할 수 있도록 한다.
02.27.	- 전국 약국 2만3000여 곳에 200만장의 마스크가 배분되고 약국당 100장을 공급받기로 함. 마스크 약국 배분에 대해 개국 약사들도 사전에 내용을 전혀 알지 못하였고 당일 기

	사 등의 발표를 보고 알게 됨. 정부의 발표와 달리 공급 시기가 늦춰짐. - 마스크 판매 첫날, 약국은 마스크를 찾는 소비자로 인해 대기 행렬이 이어졌고, 소비자들의 불만이 많았으며, 약사들은 마스크 여부를 묻는 전화 응대와 환자와의 마찰로 혼란을 겪음.
03.05.	- 「마스크 수급 안정화 대책(3.5.)」의 일환으로 의료기관에 안정적으로 마스크가 수급될 수 있도록 의료계 4개 협회 중심으로 마스크를 공급·배분한다고 밝혔다. 이 대책에 따라 의료 등 정책적 목적의 마스크 물량은 의료기관 등에 우선 배분된다. * 3개 판매처(유한킴벌리, 케이엠헬스케어, 메디탑) + 대한병원협회, 대한의사협회, 대한치과의사협회, 대한한의학협회. - 조달청이 생산업체와 일괄 계약을 하여 의료계 4개 협회에 마스크를 배분하고, 각 협회별로 의료기관에 배포하게 된다. * (기존) 생산업체 → 공적판매처(개별계약) → 의료기관 ** (변경) 생산업체 → 조달청(일괄계약) → 4개 협회 → 의료기관 - 관계부처 합동 마스크 수급 안정화 대책 발표를 통해 '공적마스크 공평 배분을 위한 구매 3대 원칙'을 밝힘 ^약국을 중심으로 1주당(월요일~일요일) 1인 2매 구매 제한 ^출생연도에 따른 요일별 구매 5부제 구매(토요일과 일요일에는 평일에 사지 못했던 사람들 누구나 살 수 있음.) ^신분증과 구매이력 확인 후 판매하는 중복구매 확인 시스템 가동
03.06.	- 3월 6일부터 전국 약국에서 공적마스크 중복구매 확인 시스템이 적용됨. 주민등록증·운전면허증·여권 중 하나를 보여줘야 마스크를 구매할 수 있고, 약국이 중복구매 확인시스템(건강보험심사평가원 요양기관 업무포털)에 구매 이력을 입력하는 방식 - 장애인만 대리구매 허용함
03.09.	- 정부는 공적마스크 대리구매 대상을 어린이, 노인으로 확대했지만 실효성이 부족하다는 지적이 이어지자 2010년을 포함해 그 이후 출생자(458만명)와 1940년 포함 그 이전 출생자(191만명), 장기요양급여 수급자(31만명)에 대한 대리구매를 허용함
03.10.	- 공적마스크 판매 데이터 민간 개방을 허용한다는 정부의 발표 후 3월 11일부터 휴대폰이나 주요 포털과 모바일 애플리케이션을 통해 약국의 마스크 보유량 등을 알 수 있게 됨 - 일반에 마스크의 안정적인 재고·공급을, 약사에게는 불필요한 고객응대와 업무 과중을 줄여 피로를 감소시킨다는 취지였으나, 갑자기 늘어난 접속량을 감당하지 못한 서버로 인해 11일 서비스가 제대로 작동되지 않아 일선 약국은 혼란을 빚었음. - 특히 웹과 웹서비스상의 마스크 재고량과 약국의 재고량이 실제 수치와 차이를 보이자 소비자들은 약국에 항의했고, 하루종일 문의 전화가 빗발쳤음.
03.18.	- 소형 공적마스크 별도 공급 시작. 대한약사회는 필요한 약국에 한해 신청을 받아 공급하기로 결정했다. 1주에 공급되는 수량은 최대 50매이며, 매주 수요일과 토요일 2회로 나눠 공급하기로 했다.
03.23.	- 공적마스크 대리구매 범위를 바이러스 노출에 취약하고 감염시 치료가 어렵다는 이유로 임신부와 상당수가 장애인 미등록자인 '국가보훈대상자 중 상이자'로 확대.
04.06.	- 공적마스크 대리구매 범위 확대(2002년생, 입원환자)= 초등학교 고학년, 중·고등학생, 요양병원 입원환자, 장기요양급여수급자 중 요양시설 입소자, 일반병원 입원환자로 확대.
04.15.	- 국회의원 선거일 공적마스크 5부제 요일 해제. 주말처럼 출생연도와 상관없이 마스크를 구매할 수 있게 되면서 일시적으로 5부제가 해제되고 공급량도 2배 가까이 확대됨. 단, 주 1회 1인당 2장씩으로 중복구매 제한은 유지함. 선거 당일 전국 약국의 약 80%가 문을

	연 것으로 추정됨 ²⁰⁴⁾
04.20.	- 공적마스크 대리구매 범위 확대(가족관계증명서 지참), 대리구매 대상자(기존과 동일)의 경우, 가족이라면 같이 동거하지 않아도 대리구매가 가능해졌다. 단, 대리구매 대상자의 5부제 요일에만 구매할 수 있다. 대리구매자는 가족의 해당 요일에 본인의 신분증과 등본 또는 가족관계증명서를 들고 약국에 가야 구입이 가능하다.
04.24.	- 공적 마스크 재고가 남는 약국이 늘면서 약사회는 정부에 구매수량과 대리구매 확대를 강력하게 요구, 4월 27일부터 공적마스크 1인 구매 수량 3매 확대/대리구매자 대상자의 구매 가능일과 대리구매자의 구매가능요일에도 대리 구매 가능함.
06.01.	- 공적 마스크 5부제가 폐지되어, 출생연도와 상관없이 어느 요일이나 구매할 수 있음 - 공인 신분증을 통한 중복구매 확인제도는 유지 - 등교 수업에 맞춰 구매 수량을 확대해 18세 이하(2002년 포함 이후 출생자)는 1주일에 5매까지 구입할 수 있음 - 마스크 생산업자가 정부에 의무 공급해야 하는 비율이 현행 80%에서 60%로 조정되어 민간 유통 물량이 늘어나고, 보건용 마스크 생산업자 또는 이와 수출 계약을 체결한 전문 무역상사는 당일 생산량의 10% 이내에서 제한적으로 수출할 수 있게 함 - '비말차단용 마스크'를 의약외품으로 지정하는 '의약외품 범위 지정' ([시행 2020. 6. 1.] [식품의약품안전처고시 제2020-48호, 2020. 5. 29., 일부개정])
06.18.	- 일주일에 구매할 수 있는 공적 마스크 수량을 1인 10개로 확대 - 보건용 마스크에 한하여 공적 의무공급 비율을 60%에서 50%로 낮춤 - 수출 허용 비율을 생산량의 10%에서 30%로 확대 - 공적 마스크 제도가 규정된 현행 긴급수급조정조치(고시) 유효기한을 6월 30일에서 7월 11일로 연장함. 보건용 마스크 생산업자의 공적 판매처 출고 의무는 6월 30일까지 유지되고, 7월 1일부터 11일까지는 공적 판매처 재고를 활용하여 약국 등에 보건용 마스크를 공급할 계획
07.12	- 공적마스크제도가 끝나고 시장형 수급관리체제로 전환

204)

https://www.kpanews.co.kr/article/show.asp?page=8&search_word=%EA%B3%B5%EC%A0%81%EB%A7%88%EC%8A%A4%ED%81%AC&idx=212780

2) 코로나19 타임라인(2019.12.31.~2020.08.31.)

날짜	국내 코로나19 이슈	국내,외 사회적 이벤트
2019.12.31.		-중국 우한시, 원인불명 폐렴환자 27명 발생 보고
2020.01.03.	-일본, <우한시 원인불명 폐렴 대책반> 가동	
01.09.		-중국 우한당국, 집단폐렴의 원인으로 '신종코로나 바이러스' 발표
01.20.	-우한에서 인천공항으로 입국한 중국여성(35세) 국내 첫 신종코로나바이러스 확진 -일본, 감염병 위기경보 수준 '관심'에서 '주의' 단계 상향	
01.23.		-중국 우한, 한시적 도시 봉쇄령 발표
01.24.	-우한에서 김포공항으로 22일 입국한 한국남성(55세) 국내 2번째 확진	
01.26.		-'중국인 입금금지 요청' 청와대 청원 시작(1.23) 3일 만에 41만명 동의
01.27.	-보건복지부, 신종감염병 위기경보 수준을 '주의'에서 '경계' 단계 상향 -보건복지부, 신종코로나바이러스감염증 중앙사고수습본부 설치	
01.28.	-중앙사고수습본부, 전국 288개 선별진료소 명단 공개 -의료기관에 내원환자의 중국 방문정보를 중앙사고수습본부와 중앙방역대책본부 시스템(수진자자격조회시스템, 해외여행력 정보제공 프로그램ITS, 의약품안전사용서비스DUR)에서 확인하도록 독려 -우한 교민 이송계획 발표	-우한 교민 수용 소식에 아산, 진천 주민 반발 -문대통령, '막연한 공포, 단호하게 맞서야.. 가짜뉴스 엄단' 발표 -신종코로나로 개성 남북연락사무소 잠정 중단
01.30.	-국내 첫 2차 감염자 발생(3번째 확진자와 식사한 50대)	-WHO, 코로나19 유행에 대해 “국제적 공중보건 비상사태(Public Health Emergency of International Concern, PHEIC)”를 선포
01.31.		-우한교민 368명 1차 입국, 유증상 18명
02.01.	-국내 첫 3차 감염자 발생(3번-6번-6번 가족 2명) -중앙사고수습본부 회의를 관계부처 합동으로 확대개편, 범부처 신속대응 논의.	-우한교민 2차 귀국(1,2차 귀국교민 중 무증상자 676명은 임시생활시설인 경찰인재개발원(아산)에 520명, 국가공무원인재개발원(진천)에 156명이 입소)
02.02.	-경증환자 전과가능성 커지자 밀접접촉자, 일상접촉자 구분 폐지, 모든 접촉자로 '자가격리' 확대	-대학생이 '코로나맵' (각 시도별 현황, 확진자 이동 경로 확인) 제작
02.04.	-신종코로나바이러스 진단시약 긴급사용 승인, 7일부터 지역사회 확산 방지와 조기 진단위해 민간의료기관 진단검사 가능	-정부, 마스크 생산량 일 800만개에서 1000만개로 늘림 -중국 후베이성에서 입국하는 모든 외국인에 대한 입국제한 조치(2.4. 0시부터) -제주특별자치도특별법에 따른 제주 무사증입국제

		도 일시 중단 -교육부, 대학 개강연기 권고
02.05.	신개발 연구 착수 -첫 퇴원(2번째 확진자) -국립보건연구원, 신종코로나바이러스 치료제 및 백신 -신종코로나바이러스 감염증 전용 홈페이지 개설(ncov.mohw.go.kr)	-<물가안정에 관한 법률>에 근거한 '보건용 마스크' 및 손 소독제 매점매석 행위 금지등에 관한 고시'가 마련되어 2월 5일부터 시행.
02.07.	-신종코로나 진단키트 배포(일본, 18개 시도환경보건원, 50여개 민간병원까지 검사 확대) -신종코로나바이러스 감염증 의사환자에 대한 진단검사 확대(내외국인 모두), 진단검사비용 지원	-신종코로나 첫 경고한 중국인 의사 리원량 사망
02.08.	-2.17부터 입원·격리자들 생활지원비 및 유급휴가비용지원 접수	
02.10.	-특별입국절차과정에서(중국에서 입국하는 모든 내외국인) 신종코로나바이러스 대응 자가진단앱 사용하여 사후관리 강화	
02.12.	-<마스크 긴급수급조정조치 1차> 마스크, 손소독제 매점매석을 막기 위한 '긴급수급조정' 발동	-WHO, 신종코로나바이러스 이름을 COVID-19로 확정. 정부차원에서는 '코로나19'라고 한글표현 명명. -우한 교민 3차 귀국 147명 입국

국면 2 - 대구·경북 중심 지역사회 전파

02.18.	-해외 여행력 없는 한국인 여성(61세, 대구) 국내 31번째 확진자 발생	
02.19.		-감염증 예방수칙에 대한 안내문을 16개 언어로 번역하여 지방관서, 취업교육기관 배포
02.20.	-청도 대남병원 폐렴 60대 환자, 코로나19 첫 사망자 발생	
02.21.		-서울시, 서울 신천지교회 폐쇄. 광화문광장, 서울광장, 청계광장 집회 금지 -대구 감염병특별관리지역 선포
02.22.	-신천지 대구지역 신도(9,334명) 명단 확보, 전원 자가 격리하고, 유증상자에 대하여 진단검사 시행 계획. -대남병원을 확진자 격리치료병원으로 전환하여 국립 정신건강센터 의료진 등이 진료 담당	-정세균 총리, 코로나19 대국민담화. 대구경북청도 '감염병 특별관리지역' 지정(총 108명 확진) -군, 오늘부터 전 장병 휴가 통제
02.23.	-감염병 위기경보 "경계"에서 "심각"으로 상향 -중앙사고수습본부, 감염병 사상 처음으로 중앙재난안전대책본부(본부장 국무총리)로 격상	
02.24.	-청도 대남병원 정신병원 한층 전원 확진판정(113명) -이스라엘 성지순례단 중 코로나19 확진자 10명 추가 -경북 칠곡 중증장애인 거주시설서 코로나19 확진자 집단 발생	-전국 모든 유·초·중등학교 개학연기(3.1.→3.9.)
02.25.	-대구 입원대기 중 사망자 발생 -신천지교회 신도 전수조사 실시	-경기도, 과천 신천지본부에 강제 역학조사 실시 -미 CDC 한국 여행정보 3단계 '경고'로 격상

02.26.	-국내 확진자 1천명 돌파, 사망 12명 -부산 온천교회 코로나 19 확진자 총 57명 -경기도 고양시, 최초 ‘드라이브-스루’ 방식 선별 진료소 운영	-마스크 수출제한 조치 및 공적 판매처 출고 의무화 시행 -코로나 3법 국회 통과(<감염병의 예방 및 관리에 관한 법률>, <검역법>, <의료법>)
02.29.	-대구 1일 최대 확진자 발생(741명)	
03.02.	-대구1 생활치료센터 운영 시작	
03.04.	-감염병예방법 시행	-코로나 추경 11.7조 편성
03.05.	-분당 제생병원 확진자 발생(총 43명, 사망 3명) -경북 봉화군 푸른요양원 47명 집단 확진	-경북 경산시 감염병 특별관리지역 추가 -마스크 수급안정화대책(3.5) - 의료기관 마스크 수급 안정화를 위해 공급방식 일원화 (3.7부터 마스크 5부제 실시) -어린이집 및 사회복지이용시설 휴관 연장(3.8까지 예고된 휴관/휴원 3.22일까지 연장)
03.06.	-대구 한마음아파트 확진자 발생(46명), 코호트 격리	-국립중앙의료원에 전원지원상황실 설치 운영, 전원 지원상황실이 시도가 아닌 의료기관과 직접 협의.

국면 3 - 수도권 중심 지역사회 취약집단감염 증가

03.08.	-서울 구로 콜센터 관련 첫 확진(56세 여성)	-대구·경북·충남·충북지역 생활치료센터 10개소 1,180명 입소중
03.11.	-서울 구로콜센터 관련 65명 확진	-WHO, 코로나19 팬데믹 선언
03.12.		-특별입국절차대상 5개국가 확대, 총11개 국가 실시 -쿠완맨(46세 남) 새벽 배송 중 허혈성 심장질환으로 사망.
03.15.	-경기도 성남시 소재 은혜의 강 교회 집단감염 발생(총 66명 확진)	-대구, 경북 경산·청도·봉화 특별재난관리지역 선포
03.16.		-특별입국절차 유럽발 모든 항공노선탑승자로 확대
03.17.		-전국 유·초·중·고 4월 5일까지 개학연기 결정 -특별입국절차 적용대상을 국내 모든 내·외국인 입국자로 확대
03.18.		-정부, 소상공인지원대책 발표 -사회복지 이용시설 4월 5일까지 추가 2주 휴관연장 권고 -어린이집 휴원 추가 연장, 유치원과 학교 추가 개학연기(3.23~4.5)
03.19.	-군포효사랑요양원 확진자 발생(총27명, 사망 5명)	-모든 입국자에 대해 특별입국절차 전면시행(3.19~)
03.20.	-대구 대실요양병원(64명), 경북 서요양병원관련(30명) 등 다수 집단감염 발생 -해외입국 자가격리자 관리강화 방안(자가격리자 안전보호앱, 무단이탈시 무관용 원칙에 따라 고발, 무단 이탈자에 대한 주민 신고제)	-고강도 사회적 거리두기(3.22~4.5) 시행 -3월 22일부터 유럽발 모든 입국자에 대해 진단검사 실시, 음성인 경우도 14일간 자가격리 또는 능동감시
03.25.		-전국 835만명 건강보험료 경감대상자 지정, 월健보료 50% 3개월간 지원 -특별재난지역 포함 시군 12곳, 재난대책비 4천억원 지원 결정
03.27.	-대구 제2미주병원 62명 집단감염 발생	-정부, 만7세 미만 자녀를 둔 가구 아동1인당 40만

		원칙 200만 아동양육 가구에 아동돌봄쿠폰 지급
03.28.	-의정부성모병원 확진자 발생(총 72명, 사망 3명)	
03.31.		-2021학년도 수능 연기 -초·중·고 온라인 개학실시 (4.9 이후 순차적으로)
04.01.	-모든 입국자 2주간 자가격리 의무화 시행	-복지부, 민생경제 활성화를 위한 저소득층 230만명 대상 소비쿠폰 지급 시작
04.02.		-보건복지부, 코로나19 등 국내자체백신 개발을 위한 대규모 연구투자(10년간 2,151억원 지원)
04.03.	-국내 누적확진자 1만 62명으로, 1만 명대 진입 -코로나 확진판정받은 경북 경산 60대 내과 의사 사망, 확진환자 치료 중 의료인 첫 사망 사례	
04.05.		-중대본, ‘강화된 사회적 거리두기’ 2주 연장 (4.5~4.19)
04.07.		-순차적 온라인개학[중3·고3(4.9), 고1·2, 중1·2, 초4~6(4.16), 초1~3(4.20)] 준비를 위하여 저소득층 학생들에게 스마트 기기 대여(33만2천대)와 인터넷 지원, 정보화 환경 및 플랫폼, 콘텐츠 지원 발표.
04.09.		-국내 최초 온라인 개학 (고3, 중3) -단기 대량검사 위한 ‘취합검사법’ 프로토콜 제작
04.10.	-대구 신규 확진자 0명	-생활방역위원회 1차 회의 개최
04.12.	- ‘개인방역 기본수칙(안)’ 및 ‘개인방역 보조수칙(안)’ 발표	
04.15.		-코로나19 확진자, 자가격리자 포함 21대 국회의원 선거 투표 -트럼프 대통령, WHO에 자금지원 중단 발표
04.16.		-의료인 응원캠페인(#덕분에 챌린지) 시작
04.20.		-중대본, ‘완화된 사회적 거리두기(4.20~5.5.)’ 추진.
04.27.	-중대본, ‘생활 속 거리 두기’ 개인·집단 기본지침과 유형별 세부 지침(12개 부처 31개 유형) 초안을 공개(4.22, 4.24), 소관 부처별로 세부지침에 대한 의견을 수렴 및 각 기관별로 생활방역 전담팀 구성.	-27일부터 1인당 마스크 구입 3매 -자가격리 위반자에게 안심밴드 도입, 자가격리자 안전관리 앱 등 활용 자가격리자 관리 강화
04.30.	-신규확진자 4명 모두 해외 유입, 국내발생 최초 0명 기록	
05.01.	-체류자격없는 외국인 39만명 및 노숙인들에게 코로나19 방역관리 방안 발표 -노숙인 및 쪽방 주민 방역 관리	
05.02.	- 중앙대책방역본부, 관리 기한이 지난 코로나19 확진자 동선 삭제 조치 시행(각 지자체 홈페이지, SNS, 민간 개발 앱 등) - 미 FDA 렘데시비르 코로나19 치료제로 ‘긴급사용’ 승인	- 코로나19로 인한 대학 원격수업에 미국 대학생들 등록금 및 기숙사비 반환 집단 소송
05.03.		-NHS, 코로나19 혈장치료 임상시험 시행 추진 발표

05.04.	-코로나19 장기화 대비 의료이용체계 개선방안(호흡기전담클리닉-민관협력모델, 전화 상담 처방운영 개선-수가추가) -정부 긴급재난지원금 저소득층 우선 지급	
05.05.	-중앙재난안전대책본부 '감염병 전담병원 병상 운영 조정(병상 감축)방안' 발표	-코로나19 글로벌 대응 국제 공약 화상회의(Coronavirus Global Response International Pledging Conference) 에서 EU 및 주요 20개국, 코로나 백신 개발 관련 75억 유로 가량 조성 약속
05.06.	-이태원 클럽발 용인 66번째 환자 확진	-방역체계를 '사회적 거리두기'에서 '생활속 거리두기(생활방역)'으로 전환
05.07.		-일본, 램데시비르 코로나19치료제로 특례승인
05.08.		-클럽 등 유흥시설 한달간 행정명령 시행(5.8. 0시부터)
05.11.		-서울시, 코로나19 이태원클럽 집단감염 관련 익명 검사 실시 -이태원관련 감염확산으로 고3 등교수업일정 1주 연기(5.13.에서 5.20.)
05.13.	-서울지하철, 혼잡시 마스크 미착용 승차 불가	
05.18.		-문대통령, WHO 세계보건총회 기조연설, “코로나 백신·치료제 인류 공공재...공평한 보급을”
05.20.		-고교3학년 등교 시작, 확진자 발생한 인천·안성 75개 학교 귀가조치 또는 등교 중지.
05.22.	-경기도 부천시 소재 뷔페식당에서 확진자 발생(9명)	-전국 신천지 코로나 19 업무 방해 및 횡령건으로 시설 압수수색 -국립중앙의료원, 상시 중앙감염병병원 운영
05.23.	-경기도 부천시 소재 쿠팡 물류센터 근무자 코로나19 확진	
05.24.		-역학조사 출입자 명부 정확성을 위해 ‘전자출입명부’ 도입(심각 및 경계 수준에서 한시 운영)
05.25.	- 대중교통 이용시 반드시 마스크 착용(버스와 택시는 26일, 비행기는 27일부터)	-독일, 코로나19 통제 완화 후 교회에서 100여 명 집단 감염 발생
05.28.	-서울 Kb생명보험 콜센터 코로나 19 확진자 발생	
06.02.	-서울 방문판매업소(리치웨이) 코로나 19 확진자 발생	-서울, 인천, 대전 3개 지역의 주요 교회, 영화관, 노래방, 음식점 등 전자출입명부(QR)시범 운영 -중앙방역대책본부, 코로나19 고위험군 연령 60세 이상으로 확대 -무급휴직자에 월 50만원씩 150만원 지원 고용보험법 시행령 국무회의 통과
06.03.	-식약처, 코로나19 치료제 램데시비르 특례수입 승인	-행안부, 질병관리청 승격 내용을 담은 정부조직법 일부개정법률안 입법 예고 및 조직개편안 발표
06.08.	-서울 양천구 운동시설 코로나19 확진자 발생(총 41	-서울지방경찰청, 코로나19로 가정내 체류시간이 증

	명)	가하면서 아동학대 증가 발표 -서울시, 서울시민 신청시 무증상자 코로나19 무료 검사(주 최대 1,000명) 시행
06.09.		-전체 학생 (540만명) 개학 완료 -뉴질랜드, 코로나19 환자가 '0'명 발표
06.10.		-UN 총장, 코로나19로 인한 전세계적 식량 비상사태 직면 경고
06.12.	-서울 도봉구 데이케어센터 확진자 발생 -경기 부천시 쿠팡물류센터 코로나19 누적확진자(총 147명)	
06.14.		-고용노동부, 코로나19 사태로 생계유지 어려움에 직면한 무급휴직자 대상 지원금 지급
06.15.		-국민권익위원회, 학교 밖 청소년 코로나19 지원 절차방안 제시 및 지자체 및 시도교육청 제도개선 권고 요청 - 코로나19로 전국 14개 학교 등교수업 중단 -건국대, 코로나19 팬더믹으로 인한 1학기 등록금 일부 환불 결정
06.16.	-식약처, 공적마스크 구매수량 주당 1인 3명에서 10명으로 확대, 의무공급량 60%→50% 낮춤(6.18부터)	-교육부, 코로나19와 같은 재난상황시 수행평가 시행하지 않는 훈령으로 개정 -뉴질랜드, 종식선언후 봉쇄조치 완화 일주일만에 신규확진자 발생
06.17.	-대전시 방문판매업체 관련 코로나 19 확진자 발생 (총 11명)	
06.18.		-중국, 베이징 코로나 19로 인한 27개 지역 봉쇄령
06.21.		-중남미, 코로나19 확진자 약 200만명 추정 -정부, 8개 고위험시설에 이어 방문판매업체, 물류센터, 대형학원, 뷔페식당을 코로나19 고위험시설로 추가 지정
06.22.	-무증상, 경증환자 병원 대신 생활치료센터 이송, 확진자도 증상완화시 생활치료센터 전원토록 지침개정 중	-직장갑질119, 코로나19와 직장생활변화 설문조사 결과 발표 -이화여대 총학생회, 코로나19로 인한 수업권 침해로 인한 등록금 반환 요구 시위
06.24.	-서울 도봉구 데이케어센터 코로나19 누적확진자(총 47명) -중대본, 코로나 퇴원기준 대폭완화. 10일간 무증상시 검사없이 퇴원 -복지부, 장애인대상 감염병 대응매뉴얼 최초 발간	
06.26.	-서울 양천구 운동시설 코로나19 누적확진자(총72명) -서울 관악구 왕성교회발 확진자 지속 발생.	-중앙대책안전본부, 국민참여성 코로나19 '안전신문고' 설치
06.27.	-광주 광복사 확진자 관련 집단감염 발생	
06.30.		-미국, 코로나19감염으로 인한 사망자의 43%가 요

		양원과 관련된 것으로 나타남
07.01.	-부산항에 6월 21일 입항한 러시아 선박으로부터 확진자 발생	-일본, 코로나19 치료제 램데시비르 무상공급 시작, 폐렴이환 및 산소치료 필요한 중증환자로 제한투약
07.02.	-광주광역시, 사회적 거리두기 2단계 격상	-한중일 방역전문가, 온라인으로 70여개국과 코로나19 대응 공유
07.03.	-서울 방문판매업소(리치웨이) 코로나19 누적확진자(총210명)	-복지부, 코로나19 방역 지원·치료제 연구관련 3차 추정 진행 (1조888억원)
07.05.		-32개국 과학자 239명, WHO에 코로나19 공기감염 경고. -WHO, 코로나19 임상시험에서 에이즈 치료제(로피나비르, 리토나비르) 사용 중단 발표
07.06.		-코로나 고용쇼크에 수도권 인구유입 2배 급증(이중 20대의 비율이 75%를 차지함)
07.08.		-보우소나루 브라질 대통령, 코로나19 확진
07.09.		-정부, 의대정원 10년간 한시적으로 4천명 증원 추진 발표
07.10.	-대전시 방문판매업소 코로나19 누적확진자(총 87명)	-볼리비아 대통령 코로나19 확진 -WHO, 코로나19 혼잡한실내 공기전파 가능성 인정
07.12.	-관악구 사무실 관련 코로나19 확진자 발생	-홍콩서 코로나19 확산세 -독일 연구팀 “코로나19 회복 환자, 몇개월 후 항체 감소“
07.13.	-경기 안양시 만안구 주영광교회 코로나19 누적 확진자(총 26명) -서울 왕성교회 코로나19 누적확진자(총 39명) -항만을 통해 입국하는 전 외국인 선원 대상 PCR 검사 실시 및 임시생활시설 내 14일간 의무적 시설격리 실시	-WHO “코로나19 신규 확진자 23만명“...일일 기준 최다 -코로나19 고용위기 장기화...구직급여 두 달 연속 1조원 넘어
07.14.		-정부, 코로나19 위기극복·포스트 코로나 국가발전전략 ‘K-뉴딜’ 발표, 20205년까지160조 투입, 일자리 190만개 창출
07.17.	-경기 의정부시 아파트 헬스장 코로나19 누적 확진자(총32명)	-영국, 코로나19 봉쇄조치 추가 완화
07.18.	-외교부, 해외여행에 대해 3월23일부터 시작된 특별 여행주의보 8월19일까지 연장 -관악구 사무실 관련 서울 10명, 경기 3명, 전북 2명, 제주 4명 확진자 발생	
07.19.	-수도권 방문판매 모임(이전 경기 수원시 교인 모임) 코로나19 누적확진자(총44명)	-코로나19로 닫았던 수도권 박물관·미술관·도서관 다시 열어 -전 세계 코로나19 신규 확진 26만여 명 -홍콩, 코로나19 재확산으로 인해 실내 마스크 의무화 및 공무원 재택근무 실시 -청각장애인을 위한 코로나19 예방수칙 수어 안내

		영상' 제작 및 배포
07.21.		-일본, 7.22일부터 관광 지원 강행 -미국-유럽, 코로나19 재확산에 1000조원 추가 부양책 내놔 -7차 감염유발한 '인천강사' 구속 -WHO, 생활환경이 열악한 전 세계 원주민 코로나19 노출 위험도 심각 발표
07.23.	-광주 광복사 코로나19 누적확진자(총150명) -서울 강남구 사무실 관련 코로나19 누적 확진자(총26명) -경기 포천시 주둔 군 부대와 관련하여 종교행사 참여 코로나19 누적 확진자(총21명)	- WHO, 코로나19 백신 내년 초 사용 가능할 것으로 전망- 코로나19로 '5대 암 검진' 감소
07.27.	-서울 관악구 사무실 관련 코로나19 누적확진자(총38명)	
07.29.	-부산 러시아발 PETR1호 관련 코로나19 누적 확진자(총 11명) -서울 신명투자 관련 코로나19 누적 확진자(총 12명)	-WHO, 코로나 19 집단면역 형성론에 관해 위험한 판단임을 경고
07.30.		-코로나19 사망자 유족들, 정부 부실대응 손배소 제기 -통일부, 코로나 방역물자 북한반출 승인
07.31.	-서울 강서구 강서중앙데이케어센터 코로나19 누적확진자(총30명)	-영국, 코로나19 봉쇄조치 추가완화 연기 및 자가격리 기간 7일에서 10일로 연장 -보건복지부, '격리 치료시설 설치 적극 협력 지방자치단체 인센티브 제공 방안' 발표
08.02.		-WHO, 코로나19 국제공중보건 비상사태 영향 수십년 이어질 것으로 전망.
08.04.	-국회, 질병관리본부를 질병관리청으로 승격하는 정부조직법 개정안 의결, 산하에 권역별 '질병대응센터' 설치될 계획.	
08.06.	-국내 신종코로나바이러스 감염증 누적환자 1만 4499명 집계 -고양시 기쁨153교회에서 집단 감염발생	-부산에서 국내 선박 첫 집단감염 사례 발생
08.07.		-대한전공의협의회, 의대정원확대 반발 전공의 집단 휴진(응급실, 중환자실 등 필수 진료 포함)
08.15.	-수도권 교회확진 급증(서울 사랑제일교회, 용인 우리제일교회 등)	-광화문 보수집회 2만명 운집 -서울시, 7560개소 모든 종교시설 집합제한 행정명령
08.16.	-중대본, 국립중앙의료원에 중앙공동대응상황실 구성, 수도권 병상공동대응체계 운영	-서울·경기, 사회적 거리두기 2단계 격상(8.16.~8.30.)
08.17.		-전세계 하루 코로나19 확진 역대 최대(29만4237명)

08.18.	-경기도, 경기 전지역 거주방문자 마스크 착용 의무화 행정명령	-수도권 교회 비대면 예배만 허용. PC방, 뷔페 등 12종 고위험시설 운영 중단. 실내 50인, 실외 100인 이상 모임 금지.
08.19.		-WHO, 코로나19 대유행에 정신보건도 전례없는 위기우려, 대응 촉구
08.21.	-신규확진 324명, 3월초 이후 첫 300명대	-정부, 코로나 백신 국제분배기구 ‘코백스(COVAX Facility)’ 참여 확정.. “최소 70%인구 접종물량 확보” -경찰, 사랑제일교회 교인명단 확보하기 위한 압수 수색 착수 -대법원, 전국 법원 24일부터 2주간 휴정 권고
08.22.		-코로나19 신규확진자 전국 17개 시도서 첫 동시다발 발생. 지역발생 315명
08.23.		-사회적 거리두기 2단계 전국으로 확대
08.24.		-서울시를 포함한 광역지방자치단체 17곳 중 12곳에서 실내외 마스크 착용 의무화
08.25		-수도권 유초·중고(고3 제외) 원격수업 전환(8월 26일~9월 11일) -홍콩, 코로나19 완치자 재감염사례 확인
08.26.	-일일 신규환자 320명 발생 -국회의사당, 민주당 취재기자 확진판정에 27일 국회의원사당 폐쇄	-26~28일 대한의사협회 제2차 전국의사총파업 -정부, 오전 8시 수도권 전공의·전임의에 업무개시명령 발동
08.27.	-신규확진 441명	
08.28.		-정부, 수도권 사회적 거리두기 2.5단계 조치 발표(8.30.~9.6) -정부, 전공의·전임의 업무개시명령 위반 10명 고발
08.30.	-신규확진 299명 -사랑제일교회 관련 누적 1,035명, 광복절 집회관련 누적 369명	-수도권, 서울·경기·인천 사회적 거리두기 2.5단계 시행(8.30~9.6)

3) 확진자-사망자 수(1월23일 ~ 8월31일)

날짜	누적 확진자수	사망자	확진자 증감	치료중	퇴원	누적 검사자 수	검사 결과 음성	치명률
01월 23일	1	-	-	1	-	-		0.000
01월 24일	2	-	1	2	-	-		0.000
01월 26일	3	-	1	3	-	-		0.000
01월 27일	4	-	1	4	-	57	56	0.000
01월 28일	4	-	0	4	-	116	97	0.000
01월 29일	4	-	0	4	-	187	-	0.000
01월 30일	4	-	0	4	-	244	-	0.000
01월 31일	7	-	3	7	-	-	-	0.000
02월 01일	12	-	8	12	-	371	289	0.000
02월 02일	15	-	3	15	-	429	327	0.000
02월 03일	15	-	0	15	-	490	414	0.000
02월 04일	16	-	1	16	-	607	462	0.000
02월 05일	18	-	2	18	-	714	522	0.000
02월 06일	23	-	5	23	-	885	693	0.000
02월 07일	24	-	1	24	-	1,130	842	0.000
02월 08일	24	-	0	22	2	1,701	1,057	0.000
02월 09일	25	-	1	23	2	2,340	1,355	0.000
02월 10일	27	-	2	22	3	2,776	1,940	0.000
02월 11일	28	-	1	24	4	3,629	2,736	0.000
02월 12일	28	-	0	24	4	5,074	4,054	0.000
02월 13일	28	-	0	21	7	5,797	5,099	0.000
02월 14일	28	-	0	21	7	6,854	6,134	0.000
02월 15일	28	-	0	21	7	7,519	6,853	0.000
02월 16일	29	-	1	20	9	7,919	7,313	0.000
02월 17일	30	-	1	21	9	8,171	7,733	0.000
02월 18일	31	-	1	21	10	9,265	8,277	0.000
02월 19일	46	-	15	34	12	10,411	9,335	0.000
02월 20일	82	0	36	66	16	12,161	10,446	0.000
02월 21일	156	1	74	139	16	14,816	11,953	0.006
02월 22일	346	2	190	327	17	19,621	13,794	0.006
02월 23일	556	4	210	534	18	22,633	16,038	0.007
02월 24일	763	7	207	738	18	28,615	19,127	0.009
02월 25일	893	8	130	863	22	36,716	22,550	0.009
02월 26일	1,146	11	253	1,113	22	46,127	28,247	0.010
02월 27일	1,595	12	449	1,559	24	57,990	35,298	0.008
02월 28일	2,022	13	427	1,983	26	70,940	44,167	0.006
02월 29일	2,931	16	909	2,888	27	85,693	53,608	0.005
03월 01일	3,526	17	595	3,479	30	96,985	63,459	0.005
03월 02일	4,212	22	686	4,159	31	109,591	71,580	0.005
03월 03일	4,812	28	600	4,750	34	125,851	85,484	0.006
03월 04일	5,328	32	516	5,255	41	136,707	92,965	0.006
03월 05일	5,766	35	438	5,643	88	146,541	101,965	0.006
03월 06일	6,284	42	518	6,134	108	164,740	113,624	0.007

03월 07일	6,767	44	483	6,605	118	178,189	151,802	0.007
03월 08일	7,134	50	367	6,954	130	188,518	162,008	0.007
03월 09일	7,382	51	248	7,165	166	196,618	171,778	0.007
03월 10일	7,513	54	131	7,212	247	210,144	184,179	0.007
03월 11일	7,755	60	242	7,407	288	222,395	196,100	0.008
03월 12일	7,869	66	114	7,470	333	234,998	209,402	0.008
03월 13일	7,979	67	110	7,402	510	248,647	222,728	0.008
03월 14일	8,086	72	107	7,300	714	261,335	235,615	0.009
03월 15일	8,162	75	76	7,253	834	268,212	243,778	0.009
03월 16일	8,236	75	74	7,024	1,137	274,504	251,297	0.009
03월 17일	8,320	81	84	6,838	1,401	286,716	261,105	0.010
03월 18일	8,413	84	93	6,789	1,540	295,647	270,888	0.010
03월 19일	8,565	91	152	6,527	1,947	307,024	282,555	0.011
03월 20일	8,652	94	87	6,325	2,233	316,664	292,487	0.011
03월 21일	8,799	102	147	6,085	2,612	327,509	303,006	0.012
03월 22일	8,897	104	98	5,884	2,909	331,780	308,343	0.012
03월 23일	8,961	111	64	5,684	3,166	338,036	315,447	0.012
03월 24일	9,037	120	76	5,410	3,507	348,582	324,105	0.013
03월 25일	9,137	126	100	5,281	3,730	357,896	334,481	0.014
03월 26일	9,241	131	104	4,966	4,144	364,942	341,332	0.014
03월 27일	9,332	139	91	4,665	4,528	376,961	352,410	0.015
03월 28일	9,478	144	146	4,523	4,811	387,925	361,883	0.015
03월 29일	9,583	152	105	4,398	5,033	394,141	369,530	0.016
03월 30일	9,661	158	78	4,275	5,228	395,194	372,002	0.016
03월 31일	9,786	162	125	4,216	5,408	410,564	383,886	0.017
04월 01일	9,887	165	101	4,155	5,567	421,547	395,075	0.017
04월 02일	9,976	169	89	3,979	5,828	431,743	403,882	0.017
04월 03일	10,062	174	86	3,867	6,021	443,273	414,303	0.017
04월 04일	10,156	177	94	3,654	6,325	455,032	424,732	0.017
04월 05일	10,237	183	81	3,591	6,463	461,233	431,425	0.018
04월 06일	10,284	186	47	3,500	6,598	466,804	437,225	0.018
04월 07일	10,331	192	47	3,445	6,694	477,304	446,323	0.019
04월 08일	10,384	200	53	3,408	6,776	486,003	457,761	0.019
04월 09일	10,423	204	39	3,246	6,973	494,711	468,779	0.020
04월 10일	10,450	208	27	3,125	7,117	503,051	477,303	0.020
04월 11일	10,480	211	30	3,026	7,243	510,479	485,929	0.020
04월 12일	10,512	214	32	2,930	7,368	514,621	490,321	0.020
04월 13일	10,537	217	25	2,873	7,447	518,743	494,815	0.021
04월 14일	10,564	222	27	2,808	7,534	527,438	502,223	0.021
04월 15일	10,591	225	27	2,750	7,616	534,552	508,935	0.021
04월 16일	10,613	229	22	2,627	7,757	538,775	513,894	0.022
04월 17일	10,635	230	22	2,576	7,829	546,463	521,642	0.022
04월 18일	10,653	232	18	2,484	7,937	554,834	530,631	0.022
04월 19일	10,661	234	8	2,385	8,042	559,109	536,205	0.022
04월 20일	10,674	236	13	2,324	8,114	563,035	540,380	0.022
04월 21일	10,683	237	9	2,233	8,213	571,014	547,610	0.022
04월 22일	10,694	238	11	2,179	8,277	577,959	555,144	0.022
04월 23일	10,702	240	8	2,051	8,411	583,971	563,130	0.022
04월 24일	10,708	240	6	1,967	8,501	589,520	569,212	0.022
04월 25일	10,718	240	10	1,843	8,635	595,161	575,184	0.022
04월 26일	10,728	242	10	1,769	8,717	598,285	578,558	0.023

04월 27일	10,738	243	10	1,731	8,764	601,660	582,027	0.023
04월 28일	10,752	244	14	1,654	8,854	608,514	588,559	0.023
04월 29일	10,761	246	9	1,593	8,922	614,197	595,129	0.023
04월 30일	10,765	247	4	1,459	9,059	619,881	600,482	0.023
05월 01일	10,774	248	9	1,454	9,072	623,069	603,610	0.023
05월 02일	10,780	250	6	1,407	9,123	627,562	608,286	0.023
05월 03일	10,793	250	13	1,360	9,183	630,973	611,592	0.023
05월 04일	10,801	252	8	1,332	9,217	633,921	614,944	0.023
05월 05일	10,804	254	3	1,267	9,283	640,237	620,575	0.024
05월 06일	10,806	255	2	1,218	9,333	643,095	624,280	0.024
05월 07일	10,810	256	4	1,135	9,419	649,388	630,149	0.024
05월 08일	10,822	256	12	1,082	9,484	654,863	635,174	0.024
05월 09일	10,840	256	18	1,016	9,568	660,030	640,037	0.024
05월 10일	10,874	256	34	1,008	9,610	663,886	642,884	0.024
05월 11일	10,909	256	35	1,021	9,632	668,492	646,661	0.023
05월 12일	10,936	258	27	1,008	9,670	680,890	653,624	0.024
05월 13일	10,962	259	26	1,008	9,695	695,920	665,379	0.024
05월 14일	10,991	260	29	969	9,762	711,484	679,771	0.024
05월 15일	11,018	260	27	937	9,821	726,747	695,854	0.024
05월 16일	11,037	262	19	924	9,851	740,645	711,265	0.024
05월 17일	11,050	262	13	900	9,888	747,653	718,943	0.024
05월 18일	11,065	263	15	898	9,904	753,211	726,053	0.024
05월 19일	11,078	263	13	877	9,938	765,574	737,571	0.024
05월 20일	11,110	263	32	781	10,066	776,433	748,972	0.024
05월 21일	11,122	264	12	723	10,135	788,684	759,473	0.024
05월 22일	11,142	264	20	716	10,162	802,418	770,990	0.024
05월 23일	11,165	266	23	705	10,194	814,420	781,686	0.024
05월 24일	11,190	266	25	711	10,213	820,289	788,766	0.024
05월 25일	11,206	267	16	713	10,226	826,437	796,142	0.024
05월 26일	11,225	269	19	681	10,275	839,475	806,206	0.024
05월 27일	11,265	269	40	701	10,295	852,876	820,550	0.024
05월 28일	11,344	269	79	735	10,340	868,666	834,952	0.024
05월 29일	11,402	269	58	770	10,363	885,120	849,161	0.024
05월 30일	11,441	269	39	774	10,398	902,901	865,162	0.024
05월 31일	11,468	270	27	793	10,405	910,822	876,060	0.024
06월 01일	11,503	271	35	810	10,422	921,391	885,830	0.024
06월 02일	11,541	272	38	823	10,446	939,851	899,388	0.024
06월 03일	11,590	273	49	850	10,467	956,852	917,397	0.024
06월 04일	11,629	273	39	857	10,499	973,858	934,030	0.023
06월 05일	11,668	273	39	889	10,506	990,960	950,526	0.023
06월 06일	11,719	273	51	915	10,531	1,005,305	965,632	0.023
06월 07일	11,776	273	57	951	10,552	1,012,769	974,512	0.023
06월 08일	11,814	273	38	978	10,563	1,018,214	982,026	0.023
06월 09일	11,852	274	38	989	10,589	1,035,997	996,686	0.023
06월 10일	11,902	276	50	1,015	10,611	1,051,972	1,013,847	0.023
06월 11일	11,947	276	45	1,017	10,654	1,066,888	1,029,447	0.023
06월 12일	12,003	277	56	1,057	10,669	1,081,487	1,045,240	0.023
06월 13일	12,051	277	48	1,083	10,691	1,094,704	1,059,301	0.023
06월 14일	12,085	277	34	1,090	10,718	1,100,328	1,066,887	0.023
06월 15일	12,121	277	36	1,114	10,730	1,105,719	1,072,805	0.023
06월 16일	12,155	278	34	1,117	10,760	1,119,767	1,084,980	0.023

06월 17일	12,198	279	43	1,145	10,774	1,132,823	1,099,136	0.023
06월 18일	12,257	280	59	1,177	10,800	1,145,712	1,111,741	0.023
06월 19일	12,306	280	49	1,191	10,835	1,158,063	1,124,567	0.023
06월 20일	12,373	280	67	1,237	10,856	1,170,901	1,137,058	0.023
06월 21일	12,421	280	48	1,273	10,868	1,176,463	1,143,971	0.023
06월 22일	12,438	280	17	1,277	10,881	1,182,066	1,150,225	0.023
06월 23일	12,484	281	46	1,295	10,908	1,196,012	1,161,250	0.023
06월 24일	12,535	281	51	1,324	10,930	1,208,597	1,175,817	0.022
06월 25일	12,563	282	28	1,307	10,974	1,220,478	1,189,015	0.022
06월 26일	12,602	282	39	1,148	11,172	1,232,315	1,200,885	0.022
06월 27일	12,653	282	51	1,054	11,317	1,243,780	1,211,261	0.022
06월 28일	12,715	282	62	1,069	11,364	1,251,695	1,219,975	0.022
06월 29일	12,757	282	42	1,046	11,429	1,259,954	1,228,698	0.022
06월 30일	12,800	282	43	981	11,537	1,273,766	1,240,157	0.022
07월 01일	12,850	282	50	955	11,613	1,285,231	1,252,855	0.022
07월 02일	12,904	282	54	938	11,684	1,295,962	1,263,276	0.022
07월 03일	12,967	282	63	926	11,759	1,307,761	1,273,234	0.022
07월 04일	13,030	283	63	936	11,811	1,319,523	1,284,172	0.022
07월 05일	13,091	283	61	976	11,832	1,326,055	1,291,315	0.022
07월 06일	13,137	284	46	1,005	11,848	1,331,796	1,297,367	0.022
07월 07일	13,181	285	44	982	11,914	1,346,194	1,309,338	0.022
07월 08일	13,244	285	63	989	11,970	1,359,735	1,322,479	0.022
07월 09일	13,293	287	49	987	12,019	1,371,771	1,334,566	0.022
07월 10일	13,338	288	45	985	12,065	1,384,890	1,348,025	0.022
07월 11일	13,373	288	35	941	12,144	1,396,941	1,360,618	0.022
07월 12일	13,417	289	44	950	12,178	1,402,144	1,366,897	0.022
07월 13일	13,479	289	62	986	12,204	1,408,312	1,372,988	0.021
07월 14일	13,512	289	33	941	12,282	1,420,616	1,382,815	0.021
07월 15일	13,551	289	39	914	12,348	1,431,316	1,394,468	0.021
07월 16일	13,612	291	61	925	12,396	1,441,348	1,404,332	0.021
07월 17일	13,672	293	60	919	12,460	1,451,017	1,414,235	0.021
07월 18일	13,711	294	39	898	12,519	1,460,204	1,423,570	0.021
07월 19일	13,745	295	34	894	12,556	1,465,299	1,429,601	0.021
07월 20일	13,771	296	26	903	12,572	1,470,193	1,435,120	0.021
07월 21일	13,816	296	45	877	12,643	1,482,390	1,444,710	0.021
07월 22일	13,879	297	63	884	12,698	1,492,071	1,456,441	0.021
07월 23일	13,938	297	59	883	12,758	1,500,854	1,465,498	0.021
07월 24일	13,979	298	41	864	12,817	1,510,327	1,475,789	0.021
07월 25일	14,092	298	113	928	12,866	1,518,634	1,484,861	0.021
07월 26일	14,150	298	58	962	12,890	1,522,926	1,489,562	0.021
07월 27일	14,175	299	25	971	12,905	1,526,974	1,494,029	0.021
07월 28일	14,203	300	28	896	13,007	1,537,704	1,503,057	0.021
07월 29일	14,251	300	48	882	13,069	1,547,307	1,513,730	0.021
07월 30일	14,269	300	18	837	13,132	1,556,215	1,522,928	0.021
07월 31일	14,305	301	36	821	13,183	1,563,796	1,531,161	0.021
08월 01일	14,336	301	31	802	13,233	1,571,830	1,571,830	0.021
08월 02일	14,366	301	30	806	13,259	1,576,246	1,576,246	0.021
08월 03일	14,389	301	23	808	13,280	1,579,757	1,579,757	0.021
08월 04일	14,423	301	34	770	13,352	1,589,780	1,589,780	0.021
08월 05일	14,456	302	33	748	13,406	1,598,187	1,598,187	0.021
08월 06일	14,499	302	43	696	13,501	1,606,487	1,606,487	0.021

08월 07일	14,519	303	20	673	13,543	1,613,652	1,613,652	0.021
08월 08일	14,562	304	43	629	13,629	1,620,514	1,620,514	0.021
08월 09일	14,598	305	36	651	13,642	1,624,650	1,624,650	0.021
08월 10일	14,626	305	28	663	13,658	1,628,303	1,628,303	0.021
08월 11일	14,660	305	34	626	13,729	1,637,844	1,637,844	0.021
08월 12일	14,714	305	54	623	13,786	1,646,652	1,646,652	0.021
08월 13일	14,770	305	56	648	13,817	1,654,898	1,654,898	0.021
08월 14일	14,873	305	103	705	13,863	1,665,084	1,665,084	0.021
08월 15일	15,039	305	166	833	13,901	1,675,296	1,675,296	0.020
08월 16일	15,318	305	279	1,103	13,910	1,681,787	1,681,787	0.020
08월 17일	15,515	305	197	1,293	13,917	1,688,470	1,688,470	0.020
08월 18일	15,761	306	246	1,521	13,934	1,697,042	1,697,042	0.019
08월 19일	16,058	306	297	1,746	14,006	1,715,064	1,715,064	0.019
08월 20일	16,346	307	288	1,976	14,063	1,734,083	1,734,083	0.019
08월 21일	16,670	309	324	2,241	14,120	1,754,123	1,754,123	0.019
08월 22일	17,002	309	332	2,524	14,169	1,775,800	1,775,800	0.018
08월 23일	17,399	309	397	2,890	14,200	1,791,186	1,791,186	0.018
08월 24일	17,665	309	266	3,137	14,219	1,804,422	1,804,422	0.017
08월 25일	17,945	310	280	3,349	14,286	1,825,837	1,825,837	0.017
08월 26일	18,265	312	320	3,585	14,368	1,849,506	1,849,506	0.017
08월 27일	18,706	313	441	3,932	14,461	1,869,579	1,869,579	0.017
08월 28일	19,077	316	371	4,210	14,551	1,887,717	1,887,717	0.017
08월 29일	19,400	321	323	4,314	14,765	1,909,329	1,909,329	0.017
08월 30일	19,699	323	299	4,473	14,903	1,924,170	1,924,170	0.016
08월 31일	19,947	324	248	4,650	14,973	1,937,689	1,937,689	0.016

(사) 시민건강연구소는
정부와 기업의 후원을 받지 않고
회원들의 후원금만으로 운영됩니다.



주소 : 서울시 동작구 사당로 13길 36, 2층
전화 : 02-535-1848 / Fax : 02-581-0339
홈페이지 : <http://health.re.kr> / 전자우편 : people@health.re.kr
후원계좌 : 하나은행 199-910004-60804 (사)시민건강연구소