Jeju Peace Institute
제주평화연구원

JPI 정책포럼

발행인 | 김봉현 · 주소 | 제주특별자치도 서귀포시 중문관광로 227-24 (63546) · Tel: 064)735-6500 · Fax: 064)738-6522 · www.jpi.or.kr

No. 2020-02

감염병의 국제관계:
21세기 국제사회의 보건 갈등과 협력

이상환 (한국외국어대학교 교수)

감염병 문제가 21세기 국제사회에 갈등의 원인으로서 강조되고 있다. 이에 대한 국제사회의 관심과 협력이 요구되며, 세계 주요 지도국인 G-20 국가를 중심으로 한 새로운 감염병 레짐(epidemic regime)의 형성이 요구되고 있다. 이제 감염병 확산과 관련한 국제사회의 협력을 강화하기 위해 G-7 국가를 중심으로 한 G-20 국가의 역할이 가장 중요하다고 해도 과언이 아니다. G-20 국가는 기존 강대국에 지역거점국가가 참여하는 형태의 레짐이며, 특히 감염병 등 보건안보 문제를 논의함에 있어서 그 역할이 기대되는 국가군이다. 하지만 보건 관련 통계가 보여주듯이 G-20 국가 간의 인식 및 역량 격차가 크다. 한국은 보건(안보) 역량을 갖춘 중견국으로서 G-20 내 간극을 연결하는 중추역할을 할 수 있다. COVID-19 사례는 국제사회에 하나의 과제를 제시하고 있다. 강대국이 발병국이고 그 인식과 해법이 보건주권을 강조하며 국가주의에 무게 중심을 둘 경우에 그 해결이 어려워진다. 따라서 향후 IHR 2005의 준수를 강제할 동아시아 지역차원의 감염병 레짐을 제도화할 필요가 있다.

목 차

1. 국제사회의 새로운 분쟁 원인으로서의 감염병
2. 21세기 주요 감염병 사례와 영향 요인
가. 감염병 사례
나. 영향 요인
3. 국제사회의 보건 현황과 감염병 협력
가. 보건 현황
나. 감염병 협력
4. 현안 감염병 사례 (COVID-19)와 동아시아 보건 협력
5. 감염병 관련 한국의 보건 안보와 대응 방안

1. 국제사회의 새로운 분쟁원인으로서의 감염병

◆ 1990년대 탈냉전기의 흐름 속에서 인권이 주권에 우선한다는 '신국제주의' 원칙하에 안보 논의가 이뤄지면서 인간안보라는 안보 개념이 대두함. 이와 같은 이론적 논의의 가장 대표적인 시발점은 1994년의 UNDP 연례보고서이며, 이 보고서는 인간안보를 '공포로부터의 자유 및 궁핍으로부터의 자유'라고 정의함으로써 이 분야의 길잡이가 됨. 또한 이 보고서는 경제(economic), 식량(food), 보건(health), 환경(environmental), 개인(personal), 공동체(community), 정치(political)의 일곱 가지 영역에서 야기되는 위협을 막는 것이 인간안보를 가장 확실하게 보장하는 것이라고 제시함. 여기서 인간안보의 구성요소로서 보건 문제가 거론되고 보건 혹은 건강 안보라는 개념이 등장함.

◆ 오늘날 에너지, 환경, 바이오 안보 문제는 국제사회에서 가장 주목받는 관심사로 부각됨. 20세기에는 생존을 위한 국가안보가 초미의 관심사였다면, 21세기에는 에너지의 안정적 확보, 대체에너지 개발, 환경 보전, 식량 확보, 수자원 확보, 질병관리 및 신약개발 등 삶의 질과 관련된 인간안보가 주목받고 있음. 문제는 21세기 들어 아프리카, 중남미, 아시아 지역에서 에너지, 환경, 바이오 자원 그 자체를 둘러싼 분쟁이 감소하고 있지 않고 오히려 지속적으로 증가하고 있음. 이처럼 제한된 자원에 대한 중요성과 그에 따라 증가하는 분쟁은 지속가능한 글로벌 사회(Sustainable Global Society)를 위해 해결해야 할 중요한 과제임.

◆ 바이오안보에서 새로이 부각되고 있는 의제인 감염병 문제는 21세기에 국제사회의 주요한 갈등요인으로 자리 잡음. 21세기 최초의 국제적 감염병인 사스(SARS)는 현대의학의 한계를 드러내게 하였고 국제사회에 감염병의 공포를 알리는 신호탄이 됨. 이어 3년도 채 지나기 전에 발생한 조류독감(AI)은 감염병 문제를 국제사회 내 최대 관심사의 하나로 부각시킴. 또한 신종플루(Influenza A), 에볼라바이러스(Ebola Virus), 메르스(MERS), 그리고 현재 코로나바이러스(COVID-19) 등도 감염병 퇴치를 위해 국제사회가 무엇을 해야 하는가라는 과제를 남김. 이러한 사스, 조류독감, 신종플루, 에볼라바이러스, 메르스, 신종코로나바이러스가 감염병 시대의 서막이 될 것이라는 주장과 앞으로 더 심한 감염병이 등장하게 될 것이라는 예측이 제기됨.

◆ 감염병 발생국 국민에 대한 출입국 규제, 여행 제한, 통상 규제 및 비발생국 국민의 발생국에 대한 관광 규제 등 갈등의 소지가 되는 다양한 조처

가 개별국가들에 의해 취해지고, 국내 문제의 국제화와 국제 문제의 국내화라는 현상을 초래하며 분쟁을 확산시킴. 이에 대한 국제사회의 관심과 협력이 요구되며, 세계 주요 지도국인 G-20 국가를 중심으로 한 새로운 감염병 레짐(epidemic regime)의 형성이 요구되고 있음.

〈표 1〉 글로벌 보건, 국제 보건 및 공중 보건의 비교

기준 \ 유형	글로벌 보건 (Global health)	국제 보건 (International health)	공중 보건 (Public health)
지리적 대상 (Geographical reach)	직간접적으로 보건에 영향을 미치나 국경을 초월할 수 있는 이슈에 초점	일국 자신이 아닌 타국 (특히 중·하위 소득국가들)의 보건 이슈에 초점	특정 집단 혹은 국가 내 구성원의 보건에 영향을 미치는 이슈에 초점
협력 수준 (Level of cooperation)	해결책의 발전과 수행이 흔히 글로벌 협력을 요함	해결책의 발전과 수행이 항시 양국(인접국)의 협력을 요함	해결책의 발전과 수행이 항시 글로벌 협력을 요하지는 않음
의료 대상 범주 (Individuals or populations)	전 구성원에 대한 예방과 개인 진료를 모두 포괄함	전 구성원에 대한 예방과 개인 진료를 모두 포괄함	전 구성원에 대한 예방에 주로 초점을 맞춤
보건 형평성 인식 (Access to health)	국가 간 및 모든 사람을 위한 보건 형평성이 주요한 목적임	타 국민을 돕는 것이 주요한 목적임	일국 혹은 집단 내 보건 형평성이 주요한 목적임
학문분과 범주 (Range of disciplines)	보건학 내외에서 매우 융복합적인 범주	소수 학문분야를 포괄하나 복합학문을 강조하지 않음	보건학 내 및 사회과학과 연계된 복합적인 접근을 강조함

*출처: McCracken, Kevin and David R. Phillips. 2017. *Global Health: An introduction to current and future trends.* London& New York: Routledge. p.7.

◆ 국제법상 공중보건에 관한 쟁점은 월경질병의 확산 방지 및 국제적 차원에서 공중보건의 수준향상임. 19세기 이전까지, 월경질병의 확산방지에 관하여 국가들은 국제적 협력의 필요성을 인식하지 못하고 국내적 방역정책으로 충분하다고 생각함. 그러나 이러한 제한적인 방역조치는 세계화의 시대에 한계점에 도달함. 오늘날 감염병 즉 보건 문제가 국제사회의 갈등 요인이 되고 이를 해결하기 위한 협력이 요구됨.

국제법상 공중보건에 관한 쟁점은 월경 질병의 확산 방지 및 국제적 차원에서 공중보건의 수준향상임.

◆ 국제사회에서 보건(health) 협력의 개념은 공중보건(public health), 국제보건(international health), 글로벌 보건(global health)의 순으로 진화함. 〈표 1〉이 제시하듯이, 지리적 대상, 협력 수준, 의료 대상 범주, 보건 형평성 인식, 학문분과 범주를 기준으로 보면, 국제사회 내 보건 문제에 대한 이해가 협의의 개념인 공중보건에서 광의의 개념인 글로벌 보건의 개념으로 확장됨을 알 수 있음.

2. 21세기 주요 감염병 사례와 영향 요인

가. 감염병 사례

감염병(communicable diseases)이란 병원체(病原體)가 직접적 또는 간접적으로 면역(免疫)이 없는 인체에 침입·증식하여 일어나는 질병임.

◆ 감염병(communicable diseases)이란 병원체(病原體)가 직접적 또는 간접적으로 면역(免疫)이 없는 인체에 침입·증식하여 일어나는 질병임. 21세기에 문제를 야기한 대표적인 감염병은 사스(SARS)와 조류독감(Bird Flu), 신종 인플루엔자 A(H1N1), 에볼라 바이러스(Ebola Virus), 메르스(MERS), 그리고 신종 코로나바이러스(COVID-19)임. 오늘날 국제사회는 동물로부터 인간으로 전이되는 치명적인 감염을 막아낼 체계를 필요로 함.

◆ 사스(SARS): 21세기 최초의 국제적 감염병. 사스는 2003년 3월 세계보건기구(WHO)에 의해 처음 인지된 특이한 이례적인 폐렴에 부여된 용어. 그 첫 번째 발병은 2002년 11월 중국 광동성에서 있었던 것으로 추정됨. 새로운 발병이 계속 이어졌고 2003년 2월에 절정에 달함. 사스는 감염된 사람들과 접촉한 여행자들에 의해 다른 국가로 확산됨. 사스의 주요한 발병 국가들로는 싱가포르, 캐나다, 베트남 등이 있음. 처음 발병이 알려진 2003년 2월말부터 그 해 6월말까지 그 질병은 다수의 국가에서 위기를 야기함. 사스 발병 초기단계에서 중국은 감염병을 은폐함으로써 문제 해결을 어렵게 함. 그 이유 중 하나는 만약 사스에 관한 정보가 누설된다면 경제적 파급효과가 크리라는 중국당국의 우려였고, 다른 하나는 감염병에 대한 중국의 관행적인 태도로부터 파생된 것, 즉 중국은 감염병을 의료적 조처를 요하는 의료문제로만 취급함. 사스의 확산은 감염병이 보건위기 이상의 것임을 명백히 보여줌. 사스의 영향은 생명 손실에 한정되지 않고 사회경제적, 정치적, 안보적 영역으로 확대됨.

◆ 조류독감(Bird Flu): 조류독감은 에비앙 인플루엔자(Avian Influenza) 바이러스에 의한 감염임. 이 인플루엔자 바이러스(H5N1)는 조류들 사이에서 자연스럽게 발생함. 조류독감 바이러스는 인간에게 쉽게 옮겨지는 것은 아니나 1997년 이래 조류독감 바이러스가 인간에게 전염된 여러 사례들이 발생함. 특히 통제가 어려운 철새들의 이동을 통해 조류독감이 전염될 수 있다는 점은 초국가적으로 다양한 수준에서의 협력이 필요하다는 것을 일깨워줌. 2005년 동남아시아를 중심으로 발생한 AI는 2년간 70여명의 사상자를 냈으며 매년 '연례행사'처럼 각국을 뒤흔들고 있음.

◆ 신종 인플루엔자 A(H1N1): 신종 인플루엔자 A는 돼지에서 생기는 호흡기 질환으로 A형 인플루엔자 바이러스에 의한 감염임. 대개 사람에게 질병을 유발하지 않지만, 감염된 돼지와 직접적으로 접촉한 사람에게 질환이 감염될 수 있다고 함. 초기에는 '돼지인플루엔자(Swine Influenza; SI)'로 불리었으나, 2009년 4월 30일 WHO는 돼지인플루엔자(SI)는 더 이상 쓰지 않고 '인플루엔자 A(H1N1)'로 부르기로 공식 발표함. 발생 이후 전세계적으로 감염자와 사망자가 계속 증가하여 2009년 6월 12일 세계보건기구는 신종 인플루엔자 A의 감염병 경보를 5단계에서 최고 단계인 6단계(대륙 간 감염으로 인한 '대유행' 단계)로 격상함. 2009년 11월 3일 발표를 기준으로 129여 개국에서 26만여 명을 넘는 감염자가 발생하였으며, 20여 개국에서 사망자가 발생함.

- 당시 인플루엔자 A로 인해 국가 간 갈등의 양상이 전개됨. 예를 들어, 멕시코에서 비롯된 인플루엔자 A의 확산을 막기 위해 북미산 돼지에 대한 수입금지 조치를 취하는 나라가 늘어남. 이에 대해 미국이 경고하고 나서자 통상분쟁 조짐이 보임. 금수 조치를 취한 국가는 러시아, 한국, 중국, 필리핀, 태국, 카자흐스탄 등임. 특히 미국은 이들 국가가 WHO의 권고를 무시하고 멕시코산과 더불어 미국산 돼지까지 수입을 금지한 데 불만을 토로함. 한편 유럽과 아시아 국가들이 멕시코와 미국 등 북미지역에 대해 내린 여행 자제령도 이들 간 갈등에 한몫함. 이처럼 돼지 금수 조치와 여행 자제 조치 등이 내려지자 국가 간 갈등이 심화되는 양상을 보임.

당시 인플루엔자 A로 인해 국가 간 갈등의 양상이 전개됨. 예를 들어, 멕시코에서 비롯된 인플루엔자 A의 확산을 막기 위해 북미산 돼지에 대한 수입금지 조치를 취하는 나라가 늘어남.

◆ 에볼라 바이러스(Ebola Virus): 2014년 8월 8일 세계보건기구(WHO)는 에볼라바이러스 확산에 대해 '국제적 공중보건 비상사태(Public Health Emergency of International Concern; PHEIC)'를 선포함. WHO는 에볼라 발생국 4국(기니·라이베리아·시에라리온·나이지리아)에 대해서는 국가비상사태를 선포하고, 공항·항만과 접경지역에서의 검역을 강화해 에볼라 의심 환자나 환자 접촉자의 출국을 금지함. 또 의심 환자가 있거나 발생국과 인접한 국가들(사우디아라비아, 스페인, 미국, 세네갈 등)은 에볼라 진단실험실을 확보하는 등 긴급 대응반을 구성하도록 함.

◆ 메르스(MERS): 2015년 한국에서 메르스(MERS) 즉 중동호흡기증후군이 사회적 문제가 됨. 이 바이러스는 한국 사회에 큰 충격을 주었을 뿐만 아니라 감염병의 역사도 새로 쓰게 함. 2015년 5월 20일 첫 환자가 발생한 이래, 6월 21일 기준 한국은 사우디아라비아에 이어 세계 2위 발병국

이 됨. 메르스 확진자는 180여명이고, 한 의료기관에서 나온 최대 감염자 수 83명(삼성서울병원)은 사우디아라비아의 23명보다도 많음. 4차 감염 사례도 한국에서 세계 최초로 나옴. 정부의 부실한 초기 대응이 메르스를 키웠고, 의료기관의 취약한 감염 통제가 이를 전국으로 전파함. 해외에 파급하여 집단감염을 일으키지는 않았으나 메르스로 인한 한국 내 사회 경제적 손실은 심각한 상황을 경험함.

〈표 2〉 2000년 이후 주요 바이러스 감염병 유행 사례

항목 \ 병명	사스	신종플루	에볼라	메르스	COVID-19 (2020.3.14기준)
확산국 수	32개국	129개국	4개국	24개국	134개국
유행시기	2002~2003년	2009년	2014~2015년	2012~2015년	2019년~
감염자 수(명)	8,273	25,584,595	8,396	1,154	142,539
사망자 수(명)	775	14,378	4,032	471	5,393
치사율(%)	9.3	0.056	48	40.8	3.78

*출처: 세계보건기구(WHO) 보고서(2015/2020)
(http://www.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/countryprofileselect.cfm).
(https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/ 20200314-sitrep-54-covid-19.pdf?sfvrsn=dcd46351_6)

코로나 바이이러스는 사람과 다양한 동물에 감염될 수 있는 바이러스로서 4개의 유형인 알파, 베타, 감마, 델타가 있고 이중 사람과 동물에게 모두 감염되는 것은 알파와 베타임. 감마와 델타는 동물에게만 감염됨. 코로나바이러스 감염증은 감기를 일으키거나 중증폐렴을 일으키는데, COVID-19는 사스 및 메르스와 함께 중증폐렴을 야기함

◆ 신종 코로나바이러스(COVID-19): 코로나 바이이러스는 사람과 다양한 동물에 감염될 수 있는 바이러스로서 4개의 유형인 알파, 베타, 감마, 델타가 있고 이중 사람과 동물에게 모두 감염되는 것은 알파와 베타임. 감마와 델타는 동물에게만 감염됨. 코로나바이러스 감염증은 감기를 일으키거나 중증폐렴을 일으키는데, COVID-19는 사스 및 메르스와 함께 중증폐렴을 야기함. 아직 확정된 것은 아니나 감염원은 동물로 추정되고 동물에서 사람으로 그리고 사람에서 사람으로 전이되는 것으로 보임. 사람 간 전파는 비말(호흡기 분비물)로 전파되는 것으로 추정됨. 주요 발원지는 중국 우한이며 현재(2020.3.14) 130여 개국에서 14만 명이상의 감염자와 4천여 명의 사망자를 유발하며 WHO는 전세계적인 확산(pandemic)을 선언함. WHO에 의하면 COVID-19는 2019년 12월 31일에 중국 우한에서 발생한 것으로 처음 보고됨.

〈표 3〉 G-20 국가의 감염병 통계

세계지역	국가명	감염병 관련 사항 (%)			
		전체인구 중 감염병 등으로 인한 사망률 (2016)	15-49세 인구 중 HIV 감염률 (2018)	12-23개월 영유아 중 DPT 접종률 (2018)	전체인구 중 개선된 위생시설 접근률 (2017)
북미/ 서구유럽/ 오세아니아 (7개국)	미국	5	0.4	94	100
	캐나다	6	-	91	99
	독일	5	0.1	93	99
	영국	8	-	94	99
	프랑스	6	0.3	96	99
	이태리	5	0.3	95	99
	호주	5	0.1	95	100
아시아 (7개국)	한국	10	-	98	100
	일본	13	0.1	99	100
	중국	4	-	99	85
	인도	26	-	89	60
	인도네시아	21	0.4	79	73
	터키	4	-	98	97
	사우디아라비아	11	-	96	100
라틴 아메리카 (3개국)	브라질	14	0.5	83	88
	아르헨티나	16	0.4	86	94
	멕시코	10	0.2	88	91
동구유럽/ 중앙아시아 (1개국)	러시아	5	-	97	90
아프리카 (1개국)	남아프리카공화국	40	20.4	74	76

*출처: 세계은행(World Bank) 보고서(http://www.worldbank.org, 2019).

◆ 〈표 3〉에 의하면 G-20 국가 중 감염병 등으로 인한 사망률이 가장 높은 국가는 단연 남아프리카공화국이고 이어 인도와 인도네시아 등이 높은 국가라고 할 수 있음. 7개 서구국가들 모두 8% 이하의 사망률로 감염병 등으로 인한 피해가 상대적으로 크지 않음. 반면 브라질, 아르헨티나, 멕시코 등 라틴아메리카 3개국은 모두 두 자리수로 문제가 있음. 특정연도의 데이터를 기준으로 전체를 얘기할 수 없는 상황이나 한국, 터키, 러시아, 중국은 무난한 수준이고 중국의 4%는 절대적인 빈도수로 보면 적지 않은 규모임. 다만 예외적인 사례는 일본인데 2011년 원전사고의 일시적 반향이 아닌가 생각됨(출산관련 사망 포함).

G-20 국가 중 감염병 등으로 인한 사망률이 가장 높은 국가는 단연 남아프리카공화국이고 이어 인도와 인도네시아 등이 높은 국가라고 할 수 있음. 7개 서구국가들 모두 8% 이하의 사망률로 감염병 등으로 인한 피해가 상대적으로 크지 않음.

◆ 영유아 접종률의 경우 대부분의 G-20 국가가 90% 이상의 수치를 보이고 있는데, 인도네시아와 남아프리카공화국은 80% 이하로 상대적으로 한계가 있음을 파악할 수 있음. 가용한 데이터 중 HIV 감염률 역시 남아프리카공화국이 단연 1위로 20.4%라는 수치를 보여주고 있고 브라질 등이 어려움을 겪고 있음을 알 수 있음.

- 전체인구 중 개선된 위생시설 접근률의 경우 7개 서구국가 모두는 100에 가까운 수치를 보여줌으로써 생활위생환경에 문제가 없음을 나타냄. 하지만 비서구국가의 경우 한국, 일본, 사우디아라비아, 터키, 아르헨티

결국 세계 주요 지도국임에도 불구하고 G-20 국가 내 서구국가와 비서구국가 간 차이가 감염병 관련 통계에 여실히 반영되어 있음.

나를 제외하면 생활환경이 위생과 거리가 먼 국가들임. 특히 인도, 남아프리카공화국, 인도네시아 등은 상황이 심각하며 중국 등도 그리 나은 편은 아님. 결국 세계 주요 지도국임에도 불구하고 G-20 국가 내 서구국가와 비서구국가 간 차이가 감염병 관련 통계에 여실히 반영되어 있음.

나. 영향 요인

1) 세계화(Globalization)

◆ 21세기 감염병 발생이 문제되는 것은 세계화로 인한 급속한 국가 간 전파에 있음. 세계화를 파악하는 지표로 스위스 쮜리히 연방공대의 기업 연구소(KOF;Konjunkturforschungsstelle der Eidgenössischen Technischen Hochschule Zürich/)에서 산출한 세계화지수가 있음. KOF 세계화 지수(Globalization Index)로 알려진 동 측정지수는 경제적, 사회적, 정치적 지수의 세 가지 범주로 나누어 각 항목별 지수를 산정함. 이는 1에서 100까지의 지수로 100은 특정한 각 변수영역에서 1970년에서 최근의 기간 동안 최대치이고 1은 최소치임. 값이 높을수록 세계화의 정도가 높은 것임.

〈표 4〉 G-20 국가의 세계화지수(GI)

세계지역	국가명	세계화지수	
		2019 (평균 = 75.19)	2016 (평균 = 69.47)
북미/서구유럽/오세아니아 ('19기준 7개국 평균 = 85.44)	미국	82.41	75.71
	캐나다	84.64	85.67
	독일	88.60	78.24
	영국	89.84	81.97
	프랑스	87.25	82.61
	이태리	83.37	79.59
	호주	81.99	81.93
아시아 ('19기준 7개국 평균 = 69.29)	한국	79.29	65.42
	일본	78.59	67.86
	중국	65.08	60.73
	인도	62.10	51.26
	인도네시아	62.47	57.75
	터키	71.58	69.95
	사우디아라비아	65.92	67.35
라틴아메리카 ('19기준 3개국 평균 = 67.66)	브라질	60.52	60.50
	아르헨티나	69.90	57.11
	멕시코	72.56	61.65
동구유럽/중앙아시아 (1개국)	러시아	72.45	69.40
아프리카 (1개국)	남아프리카공화국	70.12	65.26

*출처: 스위스 쮜리히 연방공대의 기업 연구소(KOF; Konjunkturforschungsstelle der Eidgenössischen Technischen Hochschule Zürich)의 세계화지수(Index of Globalization) 보고서 (http://www.kof.ethz.ch, 2016/2019).

**세계화지수는 경제적, 사회적, 정치적 세계화로 평가되고, 최저 1에서 최고 100의 값을 가지며 100에 가까울수록 세계화가 보다 진척된 것을 나타냄.

◆ G-20 국가의 세계화지수(2019년 기준)를 살펴보면 7개 서구국가의 경우 모두 평균치를 웃도는 반면 나머지 12개국 중 한국과 일본만 평균치를 넘어섬. 특히 그 격차가 커서 7개 서구국가의 경우 평균치가 85.44이나 아시아 7개 국가의 평균치는 69.29이고 중남미 3개 국가의 평균치는 67.66임. 최고치는 영국의 89.84이고 최저치는 인도의 62.10임.

◆ 세계화 수준과 전체인구 중 감염병 등으로 인한 사망률간의 연관성을 살펴보면, 세계화의 역설인 세계화 수준이 높은 선진국의 경우 그 사망률이 상대적으로 낮음. 이는 세계화가 감염병의 발생을 증가시킨다는 세계화 가설에 대해 감염병의 발생 여부는 그 국가의 방역 혹은 공중보건 체계에 달려있다는 그 역설을 보여주는 것임. 즉 G-20 국가 중 세계화수준이 높은 국가일수록 감염병으로 인한 사망률이 낮다는 것은 선진국일수록 감염병 발생이 적다는 해석과 일치함. 세계화 수준이 평균치 이상인 G-20 국가가 모두 낮은 감염병사망률을 나타낸다는 것(〈표 3〉)은 세계화의 역설을 입증함. 세계화 지수가 평균치 이상인 G-20 국가 9개국 중 한국과 일본을 제외하면 서구 7개국 모두 낮은 사망률을 보인다는 것도 그 가설을 상당부분 뒷받침함. 또한 세계화 지수가 70이하인 6개국 중 중국만이 낮은 사망률을 보이고 나머지는 두 자리수의 감염병사망률을 보이고 있음. 중국의 낮은 사망률도 빈도수로 보면 세계 최고수치임.

세계화가 감염병의 발생을 증가시킨다는 세계화 가설에 대해 감염병의 발생 여부는 그 국가의 방역 혹은 공중보건 체계에 달려있다는 그 역설을 보여주는 것

2) 소득 수준(Income Level)

〈표 5〉 세계은행 소득집단별 주요 사망원인(2012년 기준)

	세계 (건강수명 = 62세)	저소득국가 (건강수명 = 53세)	중하소득국가 (건강수명 = 57세)	중상소득국가 (건강수명 = 66세)	고소득국가 (건강수명 = 70세)
감염병,모계, 출산전후 및 영양상 조건들	23.0	53.0	32.1	10.3	6.6
-감염병 및 기생충 질환	11.5	28.2	16.4	4.6	2.6
-호흡기 질환	5.5	10.4	6.7	3.3	3.4
-신생아 조건	4.4	9.3	7.3	1.8	0.3
비감염병	67.8	36.9	57.0	80.9	87.0
-악성 종양	14.7	6.4	7.9	19.4	24.8
-신경 조건	2.5	1.7	1.6	1.4	6.3
-심혈관 질환	31.4	13.4	26.3	40.7	38.0
-호흡기 질환	7.2	4.1	8.2	8.7	5.5
부상·재해	9.2	10.1	10.9	8.8	6.4

*출처: McCracken, Kevin and David R. Phillips. 2017. *Global Health: An introduction to current and future trends.* London& New York: Routledge. p.78.

고소득국가일수록 감염병 사망가능성이 낮고 저소득국가일수록 감염병 사망가능성이 높음

◆ 생활수준을 가늠하는 소득수준이 감염병사망률과 연관성이 있다는 가설이 있음. 결국 생활환경이 감염병 발생과 관련된다는 것임. 〈표 5〉는 고소득국가일수록 감염병 사망가능성이 낮고 저소득국가일수록 감염병 사망가능성이 높음을 나타냄. 비감염병의 경우는 반대의 결과임.

3. 국제사회의 보건 현황과 감염병 협력

가. 보건 현황

〈표 6〉 G-20 국가의 보건 예산 통계

세계지역	국가명	보건 예산 관련 사항 (% 및 US$)		
		GDP 중 보건예산비율 (2016)	1인당 보건 예산액 (2016)	WHO 기여액(분담금) (2020-2021)
북미/서구유럽/오세아니아 (7개국)	미국	17.07	9,869.74	115,766,922
	캐나다	10.53	4,458.21	13,081,250
	독일	11.14	4,714.26	29,138,560
	영국	9.76	3,958.02	21,851,530
	프랑스	11.54	4,263.36	21,181,675
	이태리	8.94	2,738.71	15,822,860
	호주	9.25	5,002.36	10,574,090
아시아 (7개국)	한국	7.34	2,043.86	10,846,820
	일본	10.93	4,233.03	40,975,800
	중국	4.98	398.33	57,439,805
	인도	3.66	62.72	3,990,405
	인도네시아	3.12	111.52	2,598,070
	터키	4.31	468.65	6,559,760
	사우디아라비아	5.74	1,147.33	5,607,620
라틴아메리카 (3개국)	브라질	11.77	1,015.93	14,105,165
	아르헨티나	7.55	955.20	4,377,960
	멕시코	5.47	461.79	6,181,775
동구유럽/중앙아시아 (1개국)	러시아	5.27	469.13	11,507,095
아프리카 (1개국)	남아프리카공화국	8.11	428.18	1,301,425

*출처: 세계은행(World Bank) 보고서(http://www.worldbank.org, 2019).

◆ 〈표 6〉에 의하면, GDP 중 보건예산 비율은 미국이 단연 선두이고 G-20 국가 중 10%를 웃도는 국가는 미국, 브라질, 프랑스, 독일, 일본, 캐나다 순으로 그 비율이 높음. 1인당 보건 예산액도 미국이 단연 선두이고 G-20 국가 중 미국, 호주, 독일, 캐나다, 프랑스, 일본 순으로 그 액수가 큼. WHO 기여액(분담금)은 미국, 중국, 일본, 독일, 영국, 프랑스 순으로 중국의 영향력이 주목할 만함. G-20 국가를 대상으로 감염병 사망률과 1인당 보건 예산액 간의 연관성을 검증할 경우 G-20 국가 중 감염병으로 인한 사망률이 낮을수록 1인당 보건 예산액이 높다는 것은 선진국일수록 보건 예산에 관심이 많다는 해석과 일치함.

G-20 국가 중 감염병으로 인한 사망률이 낮을수록 1인당 보건 예산액이 높다는 것은 선진국일수록 보건 예산에 관심이 많다는 해석과 일치

〈표 7〉 G-20 국가의 보건 현황 통계

세계지역	국가명	보건 현황 관련 사항 (빈도수)		
		인구 1,000명당 의사수 (2014/2016/2017)	인구 1,000명당 간호사·산파수 (2015/2016/2017/2018)	인구 1,000명당 병상수 (2012/2013/2014/2015)
북미/서구유럽/오세아니아 (7개국)	미국	2.6	8.6	2.9
	캐나다	2.6	9.9	2.7
	독일	4.2	13.2	8.3
	영국	2.8	8.3	2.8
	프랑스	3.2	9.7	6.5
	이태리	4.1	5.9	3.4
	호주	3.6	12.7	3.8
아시아 (7개국)	한국	2.4	7.0	11.5
	일본	2.4	11.5	13.4
	중국	1.8	2.3	4.2
	인도	0.8	2.1	0.7
	인도네시아	0.4	2.1	1.2
	터키	1.8	2.6	2.7
	사우디아라비아	2.4	5.7	2.7
라틴아메리카 (3개국)	브라질	2.1	9.7	2.2
	아르헨티나	4.0	2.6	5.0
	멕시코	2.2	2.9	1.5
동구유럽/중앙아시아 (1개국)	러시아	4.0	8.6	8.2
아프리카 (1개국)	남아프리카공화국	0.9	3.5	2.8
평균		2.54	6.2	7.11

*출처: 세계은행(World Bank) 보고서(http://www.worldbank.org, 2019).

◆ 〈표 7〉에 의하면, 인구 1,000명당 의사수의 경우 G-20 국가 중 평균치를 밑도는 국가는 비서구국가 중 러시아와 아르헨티나를 제외한 전부임. 한국과 일본도 평균치에 못미침. 특히 인도네시아는 매우 열악한 상황임. 또한 인구 1,000명당 간호사·산파수는 독일, 호주, 일본 순이며, 캐나다, 프랑스, 브라질, 미국, 러시아, 영국, 한국 순으로 G-20 국가 평균치를 넘어섬. 이태리는 의사수와는 크게 대비되게 간호원·산파수는 서구국가 중 최하위로 아이러니한 모습을 보여줌. 한편 인구 1,000명당 병상수는 일본(13.4)과 한국(11.5)이 1,2위로 단연 앞섬. 감염병 사망률과 인구 1,000명당 의사수 간의 연관성을 검증할 경우 G-20 국가 중 감염병으로 인한 사망률이 낮을수록 인구 1,000명당 의사수가 높다는 것은 선진국일수록 보건 환경이 좋다는 해석과 일치함.

◆ 〈표 8〉은 G-20 국가의 글로벌보건안보지수(Global Health Security Index; GHS)를 보여주고 있음. 그 6가지 범주는 Prevention(병원균의 등장 혹은 방출 예방), Detection & Reporting(잠재적인 국제적 관심 전염병의 조기 발견 및 보고), Rapid Response(전염병 확산 완화 및 즉각 대응), Health System(환자 치료 및 의료종사자 보호를 위한 충분하고 강력한 의료체계), Compliance with International Norms(글로벌 규범 준수, 의료격차 해소 재원 확보 및 국가역량 개선 등을 위한 의지), Risk Environment(생물학적인 위협요인에 대한 국가취약성과 전반적인 위험 환경)임. 관련 2019 보고서에 의하면, 개별국가의 보건안보 수준은 전세계적으로 근본적으로 취약하고 어떠한 국가도 전염병에 완전히 대처하지 못하며 모든 국가가 해소해야 할 중요한 문제를 가지고 있음.

개별국가의 보건안보 수준은 전세계적으로 근본적으로 취약하고 어떠한 국가도 전염병에 완전히 대처하지 못하며 모든 국가가 해소해야 할 중요한 문제를 가지고 있음

◆ 195개국의 GHS 지수 평균치는 40.2(최대치 100)로 취약함. 전염병 예방 부문에 있어서 잘 준비된 국가는 7% 이하임. 전염병 조기 감지 및 보고 부문에 있어 우수한 국가는 단지 19%에 불과함. 전염병 확산 완화 및 즉각 대처 부문에 있어서도 5% 이하의 국가만 우수한 역량을 보임. 의료체계 전체 평균치가 100점 중 26.4점이라는 것은 그 한계를 여실히 드러냄. 국제규범 준수 부문에 있어서 50% 이하의 국가가 생물학적 위협 관련 중요한 국제적 규범 준수 및 생물학무기협정(BWC) 구속 등에 협조함. 위험환경 부문에 있어서 단지 23%의 국가가 정치체제 및 정부효과성과 관련한 지표에 그 우수성을 나타냄.

〈표 8〉 G-20 국가의 글로벌보건안보지수(Global Health Security Index)

세계지역	국가명	글로벌보건안보(GHS) 지수(괄호 안은 195개국 중 순위)						
		Overall Score	Prevention	Detection and Reporting	Rapid Response	Health System	Compliance with International Norms	Risk Environment
북미/서구유럽/오세아니아(7개국)	미국	83.5 (1)	83.1 (1)	98.2 (1)	79.7 (2)	73.8 (1)	85.3 (1)	78.2 (19)
	캐나다	75.3 (5)	70.0 (7)	96.4 (4)	60.7 (17)	67.7 (4)	74.7 (5)	82.7 (10)
	독일	66.0 (14)	66.5 (13)	84.6 (10)	54.8 (28)	48.2 (22)	61.9 (29)	82.3 (11)
	영국	77.9 (2)	68.3 (10)	87.3 (6)	91.9 (1)	59.8(11)	81.2 (2)	74.7 (26)
	프랑스	68.2 (11)	71.2 (6)	75.3 (21)	62.9 (13)	60.9 (8)	58.6 (44)	83.0 (9)
	이태리	56.2 (31)	47.5 (45)	78.5 (16)	47.5 (51)	36.8 (54)	61.9 (29)	65.5 (55)
	호주	75.5 (4)	68.9 (8)	97.3 (2)	65.9 (10)	63.5 (6)	77.0 (3)	79.4 (18)
아시아(7개국)	한국	70.2 (9)	57.3 (19)	92.1 (5)	71.5 (6)	58.7 (13)	64.3 (23)	74.1 (27)
	일본	59.8 (21)	49.3 (40)	70.1 (35)	53.6 (31)	46.6 (25)	70.0 (13)	71.7 (34)
	중국	48.2 (51)	45.0 (50)	48.5 (64)	48.6 (47)	45.7 (30)	40.3 (141)	64.4 (58)
	인도	46.5 (57)	34.9 (87)	47.4 (67)	52.4 (32)	42.7 (36)	47.7 (100)	54.4 (103)
	인도네시아	56.6 (30)	50.2 (38)	68.1 (37)	54.3 (30)	39.4 (42)	72.5 (7)	53.7 (106)
	터키	52.4 (40)	56.9 (20)	45.6 (74)	49.0 (46)	45.7 (30)	64.3 (23)	56.5 (92)
	사우디아라비아	49.3 (47)	34.3 (89)	74.4 (24)	32.6 (114)	44.8 (35)	50.6 (81)	59.7 (71)
라틴아메리카(3개국)	브라질	59.7 (22)	59.2 (16)	82.4 (12)	67.1 (9)	45.0 (33)	41.9 (135)	56.2 (94)
	아르헨티나	58.6 (25)	41.4 (66)	74.9 (23)	50.6 (40)	54.9 (18)	68.8 (14)	60.0 (70)
	멕시코	57.6 (28)	45.5 (49)	71.2 (32)	50.8 (39)	46.9 (24)	73.9 (6)	57.0 (89)
동구유럽/중앙아시아(1개국)	러시아	44.3 (63)	42.9 (62)	34.1 (116)	50.1 (43)	37.6 (50)	52.6 (72)	51.4 (113)
아프리카(1개국)	남아프리카 공화국	54.8 (34)	44.8 (51)	81.5 (13)	57.7 (23)	33.0 (65)	46.3 (107)	61.8 (64)
195개국 평균		40.2	34.8	41.9	38.4	26.4	48.5	55.0

* 출처: 글로벌보건안보지수(GHS Index) 보고서(https://www.ghsindex.org, 2019).

** GHS Index는 IHR 2005 당사국 195개국의 보건안보 및 관련 역량에 관한 포괄적인 평가·기준임. The Nuclear Threat Initiative(NTI), Johns Hopkins Center for Health Security(JHU), The Economic Intelligence Unit(EIU) 등 3개 기관 공동프로젝트 결과물임.

◆ G-20 국가의 글로벌보건안보지수를 순위대로 나열하면 미국(1위), 영국(2위), 호주(4위), 캐나다(5위), 한국(9위) 등이 70점 이상이고, 프랑스(11위), 독일(14위) 등이 60점 이상, 일본(21위), 브라질(22위), 아르헨티나(25위), 멕시코(28위), 인도네시아(30위), 이태리(31위), 남아공화국(34위), 터키(40위) 등이 50점 이상, 그리고 사우디아라비아(47위), 중국(51위), 인도(57위), 러시아(63위) 등이 40점 이상을 나타냄. G-20 국가 모두는 세계 전체 평균치를 능가하는 양상을 보이나 세계지도국인 G-20 국가 내 격차도 아직은 커서 그 한계를 드러냄. 여전히 서구 국가들이 여타 국가들에 비해 앞서 있고 한국이 세계 9위, G-20 국가 중 5위의 보건안보 수준을 보인다는 점은 주목할 만함. 이는 한국의 보건안보 수준이 세계 선도국가가 되기에 충분하며 보건외교를 통한 국격 상승을 추구할 만하다는 점을 보임. 특히 동북아 3국 중 최고의 수준을 보인다는 점은 동아시아 감염병 레짐구축에 있어서 그 리더십을 발휘할 명분이 됨. 아세안 국가 중 태국은 세계 6위, 아시아 1위의 보건안보 수준을 보이며 한국을 능가하는 유일한 아시아 국가가 됨.

여전히 서구 국가들이 여타 국가들에 비해 앞서 있고 한국이 세계 9위, G-20 국가 중 5위의 보건안보 수준을 보인다는 점은 주목할 만함

◆ GHS 지수를 세부적으로 평가하면, 미국은 전반적으로 세계를 선도하는 1위의 국가이나 위험환경 부문에 있어 취약한 모습을 보임. G-2 강국임에도 불구하고 중국은 전반적으로 보건안보 수준이 낮으며, 특히 국제규범 준수 부문에 있어서는 세계 평균치에도 못미치는 점수로 오늘날 글로벌공중보건레짐 발전에 어긋나는 양상을 드러냄. 각종 새로운 감염병의 출현 시 중국의 불투명한 태도가 그대로 반영됨. 인도, 사우디아라비아, 러시아 등이 각각 2개 부문에 있어 세계 평균치를 밑도는 취약성을 드러냄. 러시아는 감염병의 조기 발견 및 보고, 그리고 정치적 위험 상황 부문에서 보건안보에 한계를 보임. 사우디아라비아는 감염병 예방 및 발병 시 즉각 대응 부문에 있어서 취약한 모습을 보임. 인도는 국제적 규범 준수 및 정치적 위험 상황 부문에 있어서 후진성을 보임. 이외에 인도네시아, 브라질, 남아공화국도 각각 세계 평균치 이하의 보건안보 세부부문을 갖고 있음.

나. 감염병 협력

◆ 지구 환경의 변화, 생태 환경의 파괴, 세계화에 따른 사람들의 잦은 이동 등으로 인하여 세계적으로 신종 감염병이 출현함. 중국에서 발생한 중증급성호흡기증후군(SARS)과 조류독감(Bird Flu), 그리고 최근 감염병 확산은 국가 간 긴밀한 협조체제가 얼마나 중요한가를 잘 보여줌. 국제사회에서 감염병 문제는 단순한 의료적 관심사가 아니라 인간 생존을 위협하

는 안보적 이슈로 받아들여져야 함. 결국 감염병을 둘러싼 국제사회의 갈등 가능성은 새로운 감염병 레짐의 출현을 촉진할 것임.

국제사회에서 감염병 문제는 단순한 의료적 관심사가 아니라 인간 생존을 위협하는 안보적 이슈로 받아들여져야 함. 결국 감염병을 둘러싼 국제사회의 갈등 가능성은 새로운 감염병 레짐의 출현을 촉진할 것임.

◆ 1851년에 국제사회는 국제방역조치에 대한 첫 번째 국제회의를 개최하였으며, 이를 계기로 국제공중보건에 대한 레짐이 형성됨. 1902년 범미주위생국, 1907년 국제공공위생국, 1923년 국제연맹의 보건기구 등이 설치됨으로써 국제공중보건레짐은 형태를 갖추어 나가기 시작함. 1948년 세계보건기구(WHO)의 창설로 국제공중보건레짐은 가시적인 완성단계에 이름. 1951년 WHO 총회는 국제공중보건에 관한 단일의 국제협약(국제보건규정; International Health Regulation; IHR)을 체결함. 이는 기존의 국제공중보건레짐에서 개별적으로 다루던 사안을 총괄하는 것임. IHR은 관련 국가에 월경질병의 발발에 의하여 관련 국가에 대한 통지의무를 부여하며, 월경질병의 발발 시 이를 통제할 수 있는 적절한 수준의 공중보건메카니즘을 확보할 의무를 부과함. 국제공중보건레짐은 2005년 새로운 IHR을 채택함으로써 그야말로 글로벌공중보건레짐을 갖추게 됨.

◆ 초국경적 성격의 감염병의 예방 및 관리에 관한 문제는 세계보건기구(WHO)의 IHR뿐만 아니라 WTO협정체제를 중심으로 하는 국제통상법을 비롯하여, 기타 국제인권법, 다자간환경협약(MEAs) 등 다양한 영역의 국제법에서 주요 공통의제로 다루어지고 있음. 현재 감염병의 예방·관리 문제를 직접적으로 규율하고 있는 가장 중요한 국제실정법규는 '2005년 국제보건규칙(IHR 2005)'이며, 그 밖에도 감염병의 예방·관리를 위한 WHO의 입법권능을 명시하고 있는 'WHO 헌장' 역시 주요 국제실정법규 중의 하나로 거론되고 있음. 감염병의 발생·확산은 이제 더 이상 일정 영역 내 국가적·지역적 차원의 단순한 보건 이슈가 아닌, 경우에 따라서는 국제평화와 안전에 대한 중대한 위협이 되고 있음.

- IHR 2005는 당사국의 권한과 의무로는 "공중보건 위험에 상응하고 또한 그에 한정하는 방식으로 질병의 국제적 확산을 예방, 방지, 통제하고 공중보건 대응을 제공하면서, 국제교통과 무역에 불필요한 방해를 회피할 것"을 선언함. 이는 '국제적 관심사항인 공중보건 비상사태(PHEIC)' 제도를 창설함. 이에 따르면 WHO 사무총장이 관련 정보를 근거로 일정한 기준과 절차에 따른 평가, 해당 당사국과의 협의, 일정한 사항들에 대한 고려를 거쳐 PHEIC 여부를 판단·결정하게 됨. 일단 사태가 PHEIC에 해당한다고 결정되는 경우 사무총장이 '임시 권고(temporary recommendations)'를 발령함으로써 당사국들이 이행해야 하는 보건조치 등을 권고할 수 있음. 또한 WHO는 질병의 국제적 확산을 방지하거나 감소시키고 국제교통에 대한 불필요한 방해를

최소화하기 위하여 진행 중인 특정 공중보건 위험에 대해 일상적이고 정기적으로 적용될 수 있는 적절한 보건조치에 관하여 '상시 권고(standing recommendations)'를 할 수 있음.

◆ 국제적 감염병 발생 시 국제사회의 대처방식의 변화는 감염병에 대한 인식의 변화에 토대를 둠. 세계화의 심화로 국내 방역만으로 감염병을 퇴치할 수 없다는 점과 현대 의학으로 해결하지 못하는 변종 바이러스가 있다는 점이 현실적 한계로 부각되면서 국가 간 협력 없이 선진국과 개도국 모두 이러한 감염병으로부터 자유로울 수 없다는 인식에 기초하여 협력의 틀을 다져감. 예를 들어, 선진국의 경우 앞선 의학과 적절한 대처로 자국 내 전염병의 발원을 퇴치할 수 있을는지 모르나 개도국 등 외국으로부터 들어오는 감염병의 공격을 막아내는 것은 현실적으로 불가능한 것임. 한편 개도국의 경우 선진국의 의료 지원 없이 감염병 문제를 해결하기가 막막함. 결국 감염병을 둘러싼 국제사회의 협력 틀은 새로운 감염병 레짐의 출현을 촉진하는 것임.

전염병을 척결함에 있어 통합된 다자적 접근법을 채택해야 함. 이는 보건 문제가 더 이상 의료적 관심사가 아니라 국가안보적 관심사임을 말함.

◆ 감염병 협력을 위하여...
- 전염병을 척결함에 있어 통합된 다자적 접근법을 채택해야 함. 이는 보건 문제가 더 이상 의료적 관심사가 아니라 국가안보적 관심사임을 말함.
- 질병을 피하기 위해 국제 레짐을 발전시키고 증진해야 함. 이는 국제협약 및 관련 보건 의정서에 대한 엄격한 준수를 요함.
- 좋은 공중보건체계를 제공해야 함. 다양한 수준에서 협력을 강화함에 있어 건전한 공중보건 체계를 제공한다는 것이 핵심적으로 강조되어야 함.
- 빈곤과 발전 이슈에 대해 관심을 가져야 함. 빈곤문제를 살펴보고 감염병과의 연계를 재검토해야 함. 대다수 사회에서 가장 취약한 집단은 그들 스스로를 보호하기 쉽지 않은 빈곤 계층이며, 감염병의 대부분은 세계에서 가장 빈곤한 지역에서 창궐한다는 점을 명심해야 함.

4. 현안 감염병 사례(COVID-19)와 동아시아 보건 협력

◆ COVID-19가 중국 우한에서 발생하여 현재 세계 130여 개국에서 14만 명이상의 감염자와 4천여 명의 사망자를 유발하며 만연 중임. WHO는 사실상 전세계적인 확산(pandemic)을 선언함. 세계은행은 2020년 3월 3일 COVID-19 발병국가에 대한 120억달러 상당의 긴급지원을 발표함. 이는 개발도상국에 대한 긴급 재정지원을 담고 있음(IBRD $2.7 billion, IDA $1.3 billion, IFC $6 billion, 그리고 기존 주식채권 $2 billion).

우리나라는 감염병 위기단계를 '심각' 수준으로 상향함에 따라, 코로나19 대응을 위한 조직도 국무총리를 본부장으로 하는 중앙재난안전대책본부로 격상함.

◆ 단독정부 수립 후 WHO 가입에 노력을 기울여왔던 한국은 1949년 6월 세계보건총회 표결을 거쳐 WHO에 가입함. 현 질병관리본부는 글로벌 감시-경보-대응을 골자로 한 국제보건규칙 개정 흐름과 2003년 SARS 유행의 여진 속에서 탄생함. 1998년 국립보건원을 중심으로 감염병 관리와 연구 기능을 담당하기로 결정하고, 1999년 보건복지부 직제를 개정하여 국립보건원에 전염병관리부를 신설하며 보건복지부의 감염병 예방, 질병관리 기능을 국립보건원으로 이관함. 2003년 7월 보건복지부에서 국립보건원을 확대 개편하는 방안을 대통령에게 보고하면서 질병관리본부 건립이 가시화됨. 국제보건규칙 2005 제정 흐름 속에서 질병관리본부라는 단일 기관이 출범하게 된 것임. 질병관리본부는 검역법 개정(안)이 2003년 12월 29일 국회를 통과함에 따라 정식 출범하게 됨. 글로벌 감염병관리체계의 공조를 분명히 하고 질병관리본부가 국제협력뿐 아니라 국제 외교의 역할을 수행함.

◆ 동아시아의 경우 1980년대 말까지 어떤 쌍무적인 협약 외에 보건문제와 관련하여 거의 협력이 존재하지 않았음. 이 지역에서 보건협력을 위한 지역기구의 부재 속에서 다자간 협력이 거의 존재하지 않음. 이런 이유로 WHO 등 유엔 기구들이 지역협력을 증진함에 있어 상당한 역할을 해옴. 동북아시아 내 개별국가 정부는 보건협력에 대한 견해와 접근법에 있어 상당히 다르며 이는 주로 그 지역 내 정치적 및 경제적 동질성의 부족으로 인한 것임. 이러한 약점을 해결하기 위해서 동북아 국가들은 21세기 빈발하는 감염병을 막아내기 위해 보건 레짐을 형성하고 강화할 필요가 있음.

동북아시아 내 개별국가 정부는 보건협력에 대한 견해와 접근법에 있어 상당히 다르며 이는 주로 그 지역 내 정치적 및 경제적 동질성의 부족으로 인한 것임

- 일본은 인간안보 문제를 중요한 외교정책 목표 중 하나로 강조하면서 보건문제를 '글로벌 보건' 차원에서 다룸. 일본은 동아시아에서 가장 먼저 보편적 보건의료(Universal Health Care) 개념을 국가정책으로 시행함. 일본은 2013년 글로벌보건기술진흥(GHIT) 기금을 만들어 소외된 열대질병(NTDs)을 위한 국제적 연구개발을 주도함.
- 중국은 인간안보라는 개념을 공식적으로 사용하지 않고 대신 '인민의 안전'이란 용어를 사용하면서 '공중 보건' 차원에서 감염병 문제에 대처함. 영토, 불간섭 및 주권과 같은 전통적 안보 이슈에 대한 지속적인 강조는 안보가 개인의 이슈가 아니라 국가의 이슈임을 의미하는 것임. 결국 그 논리는 만약 일국이 국가 주권을 수호할 수 없다면 그 국민들은 인권을 보장받을 수 없다는 것임. 중국은 오랫동안 글로벌 보건문제의 원인제공

국가임. 사스 사태 당시 중국의 폐쇄적 접근은 국제적 비난을 초래했고, 중국 내에서도 많은 반성이 이루어짐. 이 사건을 계기로 중국은 보건안보 정책의 대대적인 개선을 시도하였고, 식품 및 약품 안전 등 바이오안보 관련 제도를 신설 혹은 국제 수준으로 개선하는 노력을 벌임. 중국은 보건 분야를 국가의 중요 정책의 하나로 간주하면서 각종 중장기 전략을 수립함.

- 사스 발생 당시 방역하는 법을 논의하면서 아세안 및 한국, 중국, 일본 3개국 간에 전례 없는 협력을 낳음. 2003년 4월 26일 개막된 아세안+3개국 보건장관 회의에 이어, 4월 29일 방콕에서 아세안 및 중국 지도자 특별회의가 열림. 사스와 관련된 다양한 의제가 이 회의에서 다뤄졌고, 정보교류와 관련된 긴급 조처들이 합의됨. 이는 동아시아 국가와 WHO 사이에 협력을 심화 시킬 뿐만 아니라 감염병의 발생에 대해 급속한 대응을 위한 지역적 협력 틀 형성에 기여함.

◆ 동아시아 국가들은 보건외교에 적극적이면서도 정작 역내 보건안보 협력의 제도화에 대해서는 미온적임. 한국, 중국, 일본은 모두 WHO 서태평양 지역사무소에 속해 있으며, 감염병 발생 및 확산에 관련한 정보들을 WHO가 정한 원칙에 따라 교환하고 대응하고 있지만 이러한 전통적 방식만으로 동아시아에서의 보건안보 위협에 효과적으로 대처하기에는 한계가 있음. 동아시아 지역 차원에서 보건안보 협력이 구축되려면 보건안보 위협에 대한 공동의 대응과 협력이 서로에게 이익이라는 컨센서스가 만들어져야 함. 그동안 동아시아 특유의 국가주의 접근은 이러한 지역차원의 다자적 협력에 장애요인이 되어옴. 신종 감염병 확산을 막기 위해서는 국가 간 협력을 통한 대규모 백신 공급 등의 대응이 관건이지만 동아시아 여러 국가들은 그동안 개별 국가 차원의 엄격한 방지(containment) 조치에만 치중하여 바이러스 확산을 막는데 종종 실패함. 상대적으로 취약하기는 하지만 동아시아에서 다자간 보건의료 협력은 주로 동남아시아 ASEAN이 구축한 프레임워크를 중심으로 형성되어 있음. 이 프레임워크 속에서 동북아 국가들은 ASEAN과 개별적으로 협력을 모색해옴. 이러한 현상의 가장 주된 이유는 동아시아에서 대부분의 감염병 확산이 보건의료 수준이 낙후한 동남아시아에서 시작되기 때문임.

제도적 차원에서 현재의 보건장관급 회의 수준을 넘어서서 정부, 학술단체, 보건의료 기업, 관련 NGO 등 다양한 행위자가 참여하는 보건안보 대화가 제도화(IIGO)되어야 함.

◆ 향후 동아시아 보건안보 협력의 방향은 두 가지 차원이어야 함. 하나는 제도적 차원에서 현재의 보건장관급 회의 수준을 넘어서서 정부, 학술단체, 보건의료 기업, 관련 NGO 등 다양한 행위자가 참여하는 보건안보 대화가 제도화(IIGO)되어야 함. 다른 하나는 동북아 국가들의 강점인 ICT, 모바일 통신 등 첨단기술을 보건안보의 여러 분야에 적용하는 연구와 투자를 한·중·일 3개국이 공동으로 진행할 필요가 있음.

◆ 국제보건 레짐, 나아가 국제감염병 레짐의 형성은 참여국에게 이익이 된다는 합리적 계산에 근거한 선택으로 가능한 것임. 국제보건 레짐이 상당 부분 선진국에서 개도국으로의 수직적 관계가 주축이라면 국제감염병 레짐은 감염병이라는 것이 국제사회의 협력 없이 퇴치가 불가능하다는 사실로 인해 보다 수평적인 협력 모델이라고 할 수 있음. 윈-윈 결과가 선진국과 개도국 간에 주어질 수 있다는 점에서 합리적 선택의 산물로서 평가될 수 있음. 하지만 강대국의 리더십만으로, 혹은 이해관계의 합치만으로 국제레짐은 형성될 수 없음. 이 두 가지 요소를 모두 요하는 것이며 그 성격도 이들 이론과는 다소 거리감이 있음. 오히려 이를 보완하기 위해 과두협력(small group cooperation)론을 그 대안으로 제시할 수 있음. 국제제도가 비협력적인 국가행위에 제재를 가하고 협력적인 국가행위에 혜택을 주는 선택적 자극을 가함으로써 집단행위 딜레마를 해결할 수 있다는 것이 그 요지임. 국제감염병 레짐의 형성도 G-20내 선진강국과 지역거점국의 공조('과두적 강제'와 '강제된 순응')로 국제사회 내 가능한 것임. 여기서 감염병 관련 전문가들의 모임인 인식공동체가 초국가적 협력의 촉매역할을 하는 것임.

5. 감염병 관련 한국의 보건 안보와 대응 방안

◆ 2015년 9월, 글로벌 보건안보 구상(Global Health Security Agenda; GHSA) 두 번째 회의가 서울에 개최되어 47개국 대표단과 9개 국제기구 관계자들이 모여 '서울선언문'을 채택함. GHSA의 정책방향을 주도하는 10개 선도그룹 국가의 하나로서 한국은 보건안보 분야에 적극적인 모습을 보여옴. 2014년 미국이 주도하여 만든 글로벌 보건안보구상(GHSA)은 보건외교를 유행병 확산 및 바이오테러를 포함하는 긴급상황을 대비하는 성격으로 확장하는 중요한 계기가 됨. GHSA는 대규모 보건 긴급상황이 국가 및 국제적 혼란과 위기를 초래할 수 있다고 보아 질병예방, 실시간 보건위협 탐지, 자연발생·사고·테러에 의한 감염병 신속 대응 등 3개 분야의 행동계획을 설정하고 이를 수행하기 위해 국가, 국제기구, 민간전문가, 연구기관, 제약회사 등을 망라하는 글로벌 보건 행위자들의 집단적 공조와 대응을 모색함. 한국은 1997년 국제백신연구소(IVI)의 설립을 주도하였고 2003년 WHO 사무총장에 세계적 백신 권위자인 故이종욱 박사가 취임하면서 한국은 글로벌 백신연구 및 백신보급 거버넌스의 핵심 국가가 됨. 또한 단기간에 산업화를 이루면서 보건 분야, 특히 감염병 관리 체제를 비교적 잘 구축한 나라로 평가받고 있음.

2014년 미국이 주도하여 만든 글로벌 보건안보구상 (GHSA)은 보건외교를 유행병 확산 및 바이오테러를 포함하는 긴급상황을 대비하는 성격으로 확장하는 중요한 계기가 됨.

◆ 2005년 국제보건규칙(International Health Regulation)의 전면 개정은 글로벌 전염병 거버넌스의 변화를 가장 잘 보여줌. 유엔 밀레니엄개발목표(MDG)의 8개 핵심목표 가운데 3개가 보건관련 목표였으며, 이어 2016년부터 시작된 지속가능개발목표(SDG)에서도 보건은 중요 목표의 하나로 포함됨. 그밖에도 G8 정상회의, G20 정상회의, 동아시아정상회의(EAS) 등 최근의 여러 다자외교의 무대에서 보건관련 이슈는 단골메뉴가 됨.

인접국의 도움 없이 국제사회는 보건 문제를 해결할 수 없음. 성공적인 협력을 위해 국제사회는 안보에 대한 인식을 단지 국익을 위한 국가안보에서 인권을 위한 인간안보로 변경시켜야 함.

◆ 감염병 척결을 위해서는 상호적이고 산발적이지 않은 협력이 요구됨. 인접국의 도움 없이 국제사회는 보건 문제를 해결할 수 없음. 성공적인 협력을 위해 국제사회는 안보에 대한 인식을 단지 국익을 위한 국가안보에서 인권을 위한 인간안보로 변경시켜야 함. 아니면 인간안보를 포함하는 포괄적인 개념으로서 국가안보에 대한 인식을 재정의해야 함. 국제사회에서 보건레짐은 그 지역 내 공통적인 안보 인식과 상호주의 원칙에 토대를 두어야 함.

◆ 국제보건 레짐의 형성과 발전도 선진강국의 리더십에 의존하며 오늘에 이르렀으며 그 주된 이유는 인도주의적인 것임. 하지만 국제보건 레짐의 틀안에서 국제감염병 레짐의 형성은 보다 공동체적인 이유에 근거한다고 볼 수 있음. 이는 감염병의 성격에 기인한 것으로 결국 글로벌한 협력 없이 월경성 감염병의 확산을 막을 수 없다는 국제사회의 인식에서 비롯된 것임. 또한 과거의 감염병이 발병국 혹은 상대적으로 저발전국에 한정하여 대처가 가능했다면 세계화 시대의 전염병은 그 확산속도를 가늠할 수 없을 정도로 광범위하게 심각한 상황을 야기할 수 있음.

◆ G-20 국가 중 독일, 영국, 프랑스, 이태리, 호주 5개 국가와 미국, 캐나다, 한국, 일본이 보건 안보에 있어 관심과 역량을 겸비한 국가라고 할 수 있으며, 국제감염병 레짐 형성을 이끌어 갈 핵심국가들이라고 할 수 있음. 아울러 남아프리카공화국, 브라질, 러시아는 지역거점강국으로서 그 레짐을 관리해나가야 함.

◆ 감염병 확산과 관련한 국제사회의 협력을 강화하기 위해 G-20 국가들의 노력이 요구되는 시점임. 이들 국가는 세계의 선도국으로서 혹은 지역 선도국으로서 감염병 레짐을 이끌어나갈 주체가 되기에 충분함. 물론 G-20 국가 간 정치경제적 격차가 심화되어 있는 것도 사실이나 역할 분담을 통해 레짐 형성 및 강화를 주도할 수 있으리라 봄. 경제기술 강국들은 그들의 자본과 기술을 공여하고 지역거점 강국들은 인적 및 물적 자원을 지역 주변국에 제공하면서 공조체제를 유지할 수 있음. 결국 기존의 국제공중보건 레짐을 보완할 새로운 감염병 레짐의 형성이 요구되는 것임. 이는 G-20이

중심이 되어야 하며 핵심강국과 지역거점강국이 역할분담을 하며 공조하는 신속한 대응체계 수립이 그 요체라고 할 수 있음.

◆ 보건 문제를 해결함에 있어서 G-7 국가를 중심으로 한 G-20 국가의 역할이 가장 중요하다고 해도 과언이 아님. G-20 국가는 기존 강대국에 지역거점국가가 참여하는 형태의 레짐이라고 할 수 있으며, 특히 감염병 등 보건안보 문제를 논의함에 있어서 그 역할이 기대되는 국가군임. 문제는 G-20의 정체성이 아직은 약하다는데 있음. 보건 관련 통계가 보여주듯이 국가 간의 인식 차와 역량 차가 큼. 이러한 간극이 하나의 목소리를 만들기 힘든 단점이라고 할 수 있으나 G-20 국가가 아닌 여타 국가들의 입장을 대변하고 하나의 컨센서스를 이뤄가는 과정에서 의미 있는 조건이 될 수 있다고 봄. 향후 국제사회의 보건협력을 창출하는 하나의 추진체로서 G-20 국가의 역할이 중요함. 한국은 보건(의료) 역량을 갖춘 중견국으로서 G-20 내 국가 간 간극을 연결하는 중추역할을 해야 할 것임.

향후 국제사회의 보건협력을 창출하는 하나의 추진체로서 G-20 국가의 역할이 중요함. 한국은 보건(의료) 역량을 갖춘 중견국으로서 G-20 내 국가 간 간극을 연결하는 중추역할을 해야 할 것임.

◆ COVID-19 사례는 국제사회에 하나의 과제를 제시함. 강대국이 발병국이고 그 인식과 해법이 global health가 아닌 public health에 머물 경우, 즉 보건주권을 강조하며 국가주의적 해법에 무게 중심을 둘 경우에 그 해결이 어려워짐. 중소국이 발병국일 경우 국제사회는 감염병이 보고되면 발병국을 봉쇄(blockade)하는 등 즉각적인 대응을 하기에 수월하여 조기 차단이 가능함. 하지만 이번 사례의 경우 강대국인 중국이 발병 후 WHO에 즉각적인 보고도 하지 않고 국가 내적 해결을 모색하다가 실기한 것이 감염병의 확산을 유발함. 아울러 중국과 이해관계가 있는 국가가 외교관계를 고려한 정치적 판단으로 발병국인 중국의 감염병 봉쇄를 조기에 못할 경우 문제의 해결이 어려워짐. 중국이 WHO 기여금을 두 번째로 많이 분담하여 지원하는 영향력 있는 회원국이라는 점이 문제 해결에 있어 정치적 고려로 인한 왜곡된 판단을 초래함. 따라서 향후 IHR 2005의 규범 준수를 강제할 동아시아 지역차원의 감염병 레짐을 제도화할 필요가 있음.

참고문헌

권복규 역. 2001.「전염병의 문화사(원저: Arno Karlen, Man and Microbes)」. 서울: 사이언스북스.

김성원. 2007. "국제법상 인간안보개념의 전개에 관한 일고찰." 『법학논총』. 제24집 4호. 서울: 한양대학교 법학연구소.

김율희 역. 2006.「세계사를 바꾼 전염병들(원저: Bryn Barnard, Outbreak Plagues That Changed History)」. 서울: 출판사 다른.

박균열 외(역). 2010.「인간안보(원전: Shahrbanou Tadjbakhsh and Anuradha Chenoy)」. 서울: 철학과 현실사.

박한규. 2007. "지구화 시대에 있어서 안보 개념의 다차원적 분석: 인간안보를 중심으로." 『국제지역연구』. 제11집 3호. 서울: 국제지역학회.

신상범. 2017. "글로벌 보건과 국제정치학: 연구 성과와 향후 과제" 『국제정치논총』. 제57집 3호. 서울: 한국국제정치학회.

심영규. 2018. "감염법 예방 및 관리를 위한 국제규범체계에 관한 고찰: 규범조화적 관점에서" 『해사법연구』. 제30권 2호. 서울: 한국해사법학회.

심은용. 2013. "국제보건레짐과 전염병 협력 변화연구." 〈한국외국어대학교 일반대학원 정치외교학과 석사학위논문〉.

이경화. 2015. "'공중 보건' 문제에 대한 국제법적 대응" 『환경법연구』. 제37권 2호. 서울: 한국환경법학회.

이상환. 2004. "국제정치경제 바로 알기." 이정희 외. 『정치학이란』. 서울: 인간사랑.

_____. 2008. "전염병과 인간안보, 그리고 국가안보." 『국제지역연구』. 제12집 3호. 서울: 한국외국어대학교 국제지역연구센터.

_____. 2009. "갈등과 협력의 국제 보건 관계: 최근 전염병 사례에 대한 국제사회의 초기 대응을 중심으로." 『정치정보연구』. 제12집 2호. 서울: 한국정치·정보학회.

_____. 2011. "지속가능성 분쟁과 글로벌 위기관리: 에너지, 환경, 바이오 안보를 중심으로." 『JPI PeaceNet』. 2011-26(November).

_____. 2012. "지속가능성 분쟁과 인간안보: 보건안보를 중심으로." 『정치정보연구』. 제15집 2호. 서울: 한국정치·정보학회.

_____. 2015. "에너지, 환경 및 바이오의 국제정치(제14장)." 『국제관계학: 인간과 세계 그리고 정치(한국정치학회)』. 서울: 박영사.

이상환/박광기. 2016. "G-20 국가의 보건협력 방안 연구: 21세기 전염병 사례에 대한 국제사회의 갈등과 협력을 중심으로." 『정치정보연구』. 제19집 2호. 서울: 한국정치·정보학회.

이신화. 2006. "동아시아 인간안보와 글로벌 거버넌스." 『세계정치』. 제27집 1호. 서울: 서울대학교 국제문제연구소.

이해춘·임현술. 2007. "인수공통전염병의 경제적 손실가치: 조류인플루엔자를 중심으로," 『보건경제와 정책연구』. 제13집 1호. 서울: 한국보건경제정책학회.

이호철. 1997. "WTO 체제의 형성: 패권안정, 합리적 선택, 과두안정?" 『정치정보

연구』. 제19집 2호. 서울: 한국정치·정보학회.

전 웅. 2004. "국가안보와 인간안보." 『국제정치논총』. 제44집 1호. 서울: 한국국제정치학회.

조성권. 2016. "21세기 생물테러와 복합안보: 보건안보를 중심으로" 『정치정보연구』. 제19집 2호. 서울: 한국정치·정보학회.

조한승. 2018. "동아시아 보건안보의 쟁점과 협력" 『한국동북아논총』. 제23집 4호. 서울: 한국동북아학회.

최은경/이종구. 2016. "2000년대 글로벌 전염병 거버넌스의 변화: 글로벌 보건 안보의 대두와 국내 전염병 관리 체계의 변화" 『의사학』. 제25집 3호. 서울: 대한의사학회.

질병관리본부. http://www.cdc.go.kr (검색일: 2020년 3월 6일).

Bergh, Andreas. 2006. "Explaining Welfare State Survival: The Role of Economic Freedom and Globalization." Ratio Working Papers 101, The Ratio Institute, Stockholm.

Bjornskov, Christian. 2006. "Globalization and Economic Freedom: New Evidence Using the Dreher Indices." University of Aarhus.

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

Curley, Melissa G. 2004. "Security and Illegal Migration in Northeast Asia." The 45th International Studies Association Annual Convention Proceedings (Montreal, Canada). 1-32.

Dreher, Axel and Fischer, Justina A.V. 2005. "Cross-Country Determinants of Life Satisfaction: Exploring Different Determinants across Groups in Society." Social Choice and Welfare. 30(1), 119-173.

Dreher, Axel and Noel Gaston. 2005. "Has Globalization Really Had No Effect on Unions?" Kyklos.

Dreher, Axel. 2006. "Does Globalization Affect Growth? Evidence from a new Index of Globalization." Applied Economics. 38(10), 1091-1110.

Ekman, Bjorn. 2003. Globalization and Health: An Empirical Analysis Using Panel Data. Lund University, mimeo.

Elliott, Lorraine. 2003. "ASEAN and Environmental Cooperations: Norms, Interests and Identity." The Pacific Review. 16(1), 29-52.

Gallaher, Stephanie. 2005. "SARS: What We Have Learned So Far…." Dimensions of Critical Care Nursing. 24(2), 51-54.

Ghobarah, Hazem Adam, Paul Huth, and Bruce Russett. 2004. "Comparative Public Health: The Political Economy of Human Misery and Well-Being." International Studies Quarterly. 48(1), 73-94.

Holt-Giménez, Eric, and Peabody, Loren. 2008. "Solving the Food Crisis: The Causes and the Solutions." The Epoch Times. June 6.

htm) http://hdr.undp.org/en/media/HDR_20072008_Tables.pdf (검색일: 2015년 12월 25일).

Jan-Egbert Sturm and Heinrich W. Ursprung. 2006. "The Impact of Globalization on the Composition of Government Expenditures." Evidence from Panel Data, KOF Working Paper 141, ETH Zurich.

Keohane, Robert O. and Joseph S. Nye. 1989. Power and Interdependence. Little, Brown and Company.

Kim, Jaechul. 2003. "Politics of SARS: International Pressure and China's Policy Change." Journal of Chinese Studies. 31, 37-60.

Kindleberger, Charles P. 1973. The World in Depression, 1929-1939. Berkeley: University of California Press.

Koster, Ferry. 2007. The effects of social and political openness on the welfare state in 18 OECD countries 1970-2000. Amsterdam: Amsterdam Institute for Advanced Labour Studies, University of Amsterdam.

Kuismin, Heikki O. 1998. "Environmental Issue Area and Game Theory." The Environmentalist. 18, 77-86.

Lee, Sang-Hwan. 2005. "Environmental and Epidemic Cooperation in Northeast Asia: Focusing on the Cases of Yellow Sand, SARS, and Bird Flu." 2005 Korean Association of International Studies Annual Convention Proceedings (Seoul, R.O.K.). 1-29.

McCracken, Kevin and David R. Phillips. 2017. Global Health: An introduction to current and future trends. London& New York: Routledge.

Miles, Thomas J. and Eric A. Posner. 2007. Treaties. University of Chicago Law School.

Posid, Joseph M., Sherrie M. Bruce, Julie T. Guarnizo, Melissa L. Taylor, and Brenda W. Garza. 2005. "SARS: Mobilizing and Maintaining a Public Health Emergency Response." Journal of Public Health Management and Practice. 11(3), 208-215.

Sameti, Morteza. 2004. Globalization and Size of Government Economic Activities. Isfahan University, mimeo.

Sell, Susan K. 2004. "The Quest for Global Governance in Intellectual Property and Public Health: Structural, Discursive and Institutional Dimensions." The 45th International Studies Association Annual Convention Proceedings (Montreal, Canada). 1-17.

Stiglitz, Joseph E. 2003. Globalization and its Discontents. New York: W. W. Norton & Company.

Takahashi, Wakana and Jusen Asuka. 2001. "The Politics of Regional Cooperation on Acid Rain Control in East Asia." Water, Air, and Soil Pollution. 130, 1837-1842.

Tavares, Samia Costa. 2007. "Democracy and Trade Liberalization." Rochester Institute of Technology.

Torgler, Benno. 2007. "Trust in international organizations: An empirical

investigation focusing on the United Nations." Review of International Organizations. FEEM Working Paper No.45, 1-39.

Tsai, Ming-Chang. 2005. "Does Globalization Affect Human Well-Being?" Social Indicators Research. Vol.81, No.1, 103-126.

Youde, Jeremy. 2004. "Enter the Fourth Horseman: Health Security and International Relations Theory." The 45th International Studies Association Annual Convention Proceedings (Montreal, Canada). 1-26.

Zhuge, Hai. 2005. "Exploring an Epidemic in an E-Science Environment." Communications of the ACM. 48(9), 109-114.

China View.

http://news.xinhuanet.com/english/2004-04/24/content_1438498.htm (검색일: 2015년 12월 25일).

Freedom House. http://www.freedomhouse.org/ (검색일: 2020년 3월 6일).

KOF Swiss-Federal Institute of Technology Zurich. http://www.kof.ethz.ch/ (검색일: 2020년 3월 6일).

Medical News Today. http://www.medicalnewstoday.com/ (검색일: 2009년 4월 20일)

OECD Health Statistics. http://www.oecd.org/ (검색일: 2020년 3월 6일).

WHO Epidemic Alert & Response. http://www.who.org/ (검색일: 2020년 3월 6일).

WHO Report(COVID-19 Situation Report). http://www.who.org/ (검색일: 2020년 3월 6일).

World Bank Data. http://data.worldbank.org/ (검색일: 2020년 3월 6일)

❖ **저자 약력**

이상환

現 한국외국어대학교 정치외교학과 교수. 한국외국어대학교 정치외교학과 졸업 후, 1994년 미국 Michigan State University에서 정치학 박사학위(Ph.D.)를 취득하였음. 한국외대에서 정치행정언론대학원장, 학생처장, 연구산학협력단장 등을 역임하고, 대통령 외교안보자문위원, 통일부 정책자문위원 등을 지냈으며, 안식년 중 Fulbright scholar로 활동함. 현재 한국국제정치학회 회장으로 재임 중임.

기획 및 감수: 도종윤(제주평화연구원 연구실장)
편집: 한유진(제주평화연구원 연구조교)

제주특별자치도 서귀포시 중문관광로 227-24 (63546)
전화: 064) 735-6500 **팩스:** 064) 738-6522
E-mail: policyforum@jpi.or.kr **http://www.jpi.or.kr**

『JPI정책포럼』에 게재된 의견은 필자 개인의 의견으로,
제주평화연구원의 공식입장과는 무관함을 알려드립니다.

ISSN: 2005-9760