

난민네트워크의 세력화가 난민의 건강권에 미치는 영향: 로HING야 난민 사례를 중심으로*

김 정 현**

국문초록

난민들의 보편적 건강권은 어떠한 조건에서 향상될까? 본 논문은 동남아 각 지역에서 로HING야 난민들에게 실제로 의료 서비스를 제공한 경험이 있는 국제 인권단체 및 유엔난민기구의 보고서를 분석하고, 현장 경험이 있는 활동가들을 인터뷰함으로써, 동남아 각국에서 다르게 나타난 로HING야 난민들의 건강권 보장 현황과 그 원인을 분석해 보고자 한다. 본 논문은 국제난민법 제도화 및 정치적 의지 부재의 결과로, 난민들이 보편적 건강 보장 범주에서 배제되는 현상이 동남아 지역에서 두드러지게 나타나고 있다고 설명한다. 그러나 다행히도 이러한 난민 보호의 빈틈은 국제기구 및 시민단체, 그리고 특히 난민 자급자족 네트워크들이 제도화를 넘어선 다른 방식으로 채워나가고 있다. 본 연구 결과는 안정되고 세력화되어 있는 난민 커뮤니티가 지역 사회에 존재하는 난민 수용국일수록, 새로 도착한 난민들에게 자원을 공유해 줄 수 있는 잠재성을 가질 확률이 높아, 지역 내 수용되어 있는 난민 전체의 의료 서비스 접근성을 높일 수 있음을 시사한다.

주제어: 로HING야, 난민, 인권, 난민의 건강권, 난민네트워크

* 이 논문은 2019년 대한민국 교육부와 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임 (NRF-2019S1A5C2A01080989).
** 전북대학교 동남아연구소 전임연구원, jkim4155@gmail.com

I. 서론

로힝야족에 대한 미얀마 정부의 탄압은 1962년 쿠데타로 정권을 잡은 네윈(Ne Win)장군이 라카인(Rakhine)주의 인구조사를 앞두고 ‘드래곤 킹’이라고 불리는 나가민(Nagamin) 작전을 수행하며 본격화되었다. 미얀마 군부는 로힝야들의 주민증을 뺏고 강제퇴거를 시행했으며, 1982년에는 시민권법(Burma Citizenship Law)에 이들을 공식적으로 “비국적자(non-national)” 또는 “외국인 거주자(foreign residents)”로 명시했다(Refugees International 2009: 36). 다른 종교와 문화, 민족성을 이유로 시민권을 박탈당한 이래 국가의 지속적인 폭력과 조직적인 차별 정책의 대상이 된 로힝야 사람들은 결국 수년에 걸쳐 이웃 국가인 방글라데시로 피난길에 올랐으며, 이렇게 유입된 인구수는 2017년 8월 27일 미얀마 군부의 ‘청소 작전(clearance operation)’이라고 불린 대규모 공격을 기점으로 74만 5천명으로 급증하게 되었다(UN 2019). 미얀마 군부의 공격으로 로힝야 사람들은 무자비하게 살해 되었고, 여성들은 집단 강간을 당했으며, 이들이 거주하던 마을은 전체가 불에 타고 약탈되었다. 이에 대해 유엔특별보고관은 미얀마 군부의 로힝야 탄압이 ‘집단학살’에 준하는 수준에 도달했다고 공식 발표하기에 이르렀다(UN 2019).

로힝야 난민들의 건강권에 대한 역사는 이들이 처한 복잡하고, 장기화된, 박해와 강제 이주의 역사와 맞닿아 있다.¹⁾ 로힝야들은 본국

1) 1951년 난민의 지위에 관한 협약에 따르면, 난민(refugee)이란 “인종, 종교, 국적, 특정사회집단의 구성원 신분 또는 정치적 의견을 이유로 박해를 받을 우려가 있다는 합리적인 근거가 있는 공포로 인하여, 자신의 국적국 밖에 있는 자로서, 국적국의 보호를 받을 수 없거나, 또는 그러한 공포로 인하여 국적국의 보호를 받는 것을 원하지 아니하는 자”를 의미한다(UN 1951). 비호신청자(asylum seeker)란 난민과 같은 상황에 처해있으면서도, 잠재적 난민 수용국에 난민보호신청을 했으나 아직 수락이 되지 않는 사람을 말한다. 예를 들어, 미얀마를 떠나 이웃 동남아국가에 도착하여 유엔난민기구에 난민보호신청서를 제출하고 심사결과를 기다리는 로힝야의 경우 국제법상 비호신청자로, 심사결과 난민으로 인정받은 경우 UNHCR의 위입난민으

인 미얀마에서 지속적인 국가 폭력과 차별 정책의 대상이 되면서 첫 번째 의료 문제를 경험하고, 이를 피해 이웃 국가들로 피난해 임시 난민캠프에 정착하거나 경유국을 거치면서 두 번째 의료 문제를 경험하게 된다. 로힝야 난민들이 피난길에서 맞닥뜨린 의료 문제는 2015년 태국-말레이시아 국경 근처 정글에서 인신매매의 희생자가 된 난민들의 무덤이 대량 발견되고(Head 2015), 677명의 로힝야 난민과 방글라데시 이민자들을 태운 보트가 바다에 표류된 지 두 달 만에 인도네시아 아체(Aceh) 지역의 한 어부에 의해서 구조되면서 국제사회의 관심을 받게 되었다(Lamb 2015). 국제이주기구(IOM)에 따르면 당해 연도 방글라데시에서 동남아 이웃 국가들로 향하는 보트에 승선한 난민만 약 8천명에 달했으며, 이들은 태국, 말레이시아, 인도네시아 중 어느 국가들의 입국 허락도 받지 못한 채 해상에 버려졌다. 안다만해(Andaman Sea)에서 장기간 표류하다 구조된 난민 보트 사태의 생존자들은 극심한 탈진 및 영양실조, 열악한 위생 상태로 인한 호흡기와 피부 질환을 호소했다(BBC 2015). 위의 사건으로 국제사회로부터 난민 보호에 관한 비난과 압박을 받던 말레이시아와 인도네시아는 결국 약 2천 9백 명의 로힝야 난민과 방글라데시 이주민이 승선한 보트 3척을 받아들여기로 결정하고, 이들이 제3의 국가로 재정착하거나 미얀마로 송환되기 전까지 1년간 자국에 임시 정착

로 분류된다. 또한 난민과 비호신청자들은 무국적자로 간주 될 수도 있는데, 1954년 무국적자 지위에 관한 협약에 따르면 무국적자란 “어떠한 국가로부터도 자국민으로 인정되지 않는 개인”을 지칭한다(UN 1954).

로힝야들은 자국인 미얀마에서 민족적 정체성을 이유로 미얀마의 국민으로 인정받지 못해 시민권을 뺏기고, 자신의 땅과 거주지에서 강제 퇴거를 당해 난민이 되었다. 다시 말해, 로힝야족을 무국적자라고 지칭하는 방식은 이들을 박해하는 미얀마 정부의 공식 입장이다. 그러므로 본 논문에서는 로힝야들을 무국적자로 분류하는 것을 지양하고, 로힝야들이 난민 수용국에 주재한 유엔난민기구에서 아직 공식적으로 난민지위를 획득하지 못했다고 하더라도, 이들을 사실상 난민(*prima facie refugees*)으로 간주하고자 한다. 그러므로 본 연구에서 로힝야 사람들의 보편적 건강권을 향상시켜야 한다는 주장은, 유엔협약에서 보장하는 난민의 의료권 및 사회보장의 의미와 일치함을 밝힌다.

하는 것을 허락하게 되었다(국제앰네스티 2016). 그러나 로힝야 난민 사태의 장기화를 고려할 때, 1년이란 시간은 난민 문제의 영구적인 해결방안(durable solutions for refugees) 중에 하나인 자국송환이나 제3국가로의 재정착을 마무리 짓기에 매우 짧은 시간이 아닐 수 없다. 결국 제한된 시간 동안 제대로 된 법률적 지위를 부여받지 못한 로힝야들은 수용국에서 불법체류자 신세로 전락할 수밖에 없었고, 이로 인해 임의구금, 강제송환 및 추방의 대상이 된 로힝야들은 세 번째 의료 문제에 직면하게 된다. 지난 4월 20일 로힝야 사람들이 수감되어 있던 말레이시아의 임시구금센터에서 한 로힝야가 적절한 의료 치료를 받지 못해 사망한 후 일어난 폭동과 탈출 사건은, 로힝야 사람들이 난민 수용국에서 경험하고 있는 의료 문제를 극명히 드러낸다(Reuters 2022). 현재 수용국에서 불법체류자의 신분으로 지내다가 체포되어 구금시설에 무기한으로 구류되어 있는 로힝야 난민들은 공공의료 서비스에 접근이 제한된다. 지역 사회에 스며들어 숨어 지내고 있는 경우라 하더라도, 로힝야 사람들의 불완전한 지위는 이들로 하여금 건강에 문제가 생기더라도 체포의 두려움으로 병원을 찾지 못하게 만든다. 그리고 이는 로힝야 난민들이 강제 이주 과정 내내 끊임없이 신체 및 정신적인 건강 문제의 악순환에 빠지게 만드는 원인이 되고 있다.

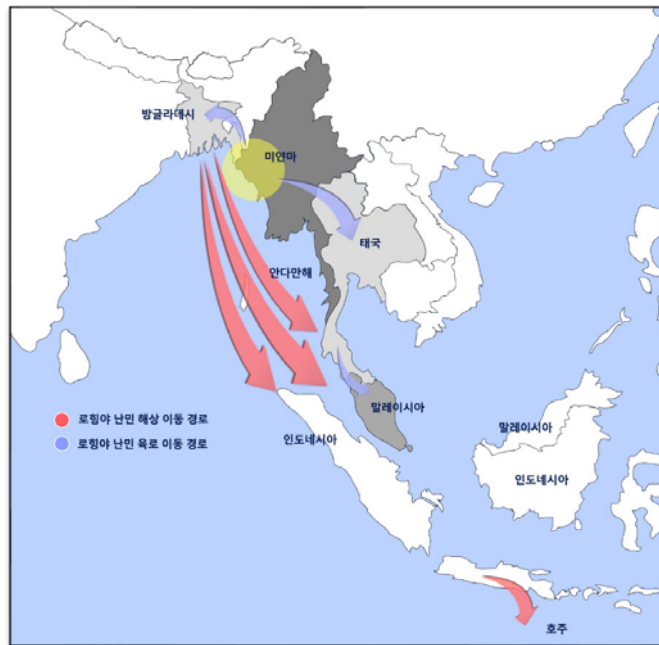
세계인권선언문은 모든 사람이 적절한 의료 서비스와 사회보장을 누릴 권리가 있으며,²⁾ 1951년 난민의 지위에 관한 협약(이하 난민협약)은 국가들이 자국민들이 누리는 동일한 수준의 공공구제와 사회보장을 난민들에게도 제공해야 할 의무를 가진다고 천명했다.³⁾ 그러나 필리핀, 캄보디아, 동티모르를 제외한 모든 동남아 국가들은 난민들의 기본적인 인권인 건강권을 보장하는 이 국제법에 서명하지 않

2) 세계인권선언문 제25조 1항

3) 1951년 난민의 지위에 관한 협약 제23조; 제24조 1항

았을 뿐만 아니라, 지역 기구인 아세안을 통해 지역적 해결 방법을 모색하거나, 또는 이들을 보완할 국내법과 제도를 마련하지도 않았다. 그리고 난민 건강권의 불평등 문제 해결을 위한 동남아국가 또는 지역의 난민보호 제도화의 부재는, 동남아 내 난민의 건강권 실태에 대한 현황 파악 및 문제 해결을 어렵게 만들고 있다(Legido-Qulgley et al. 2020: 4).

<그림 1> 동남아 지역 내 로힝야 난민의 강제 이주 경로



출처: 직접 작성

그러나 여기서 주의할 점은 여러 동남아 국가들에게서 발견된 난민보호 제도화의 실패가 동남아 국가들의 난민보호에 대한 무관심과 난민의 건강권 보장의 완전한 부재를 의미하는 것은 아니라는 것

이다(최원근 2021; Hoffstaedter 2017). 실제로 동남아시아에는 인도적 위기로 인해 발생한 다양한 집단의 난민들이 난민협약 비당사국에 대거 수용되어 있으며, 국가들의 난민보호 법률 및 정책의 제도화 거부로 인해 발생한 난민의 건강권 보호의 빈틈은 국제기구, 비정부기구, 난민 자급자족 네트워크들이 제도화를 넘어선 다른 방식으로 채워나가고 있다. 이들은 난민의 보편적 건강 보장의 주체로 자신들을 내세우며, 동남아 지역에서 의료 공공성의 가치를 난민들을 포함한 범주까지 확장시켜 나가고 있다.

그렇다면, 동남아 지역에서 난민들의 보편적 건강권은 어떠한 조건에서 향상될까? 위의 질문에 답하기 위해, 본 논문은 동남아 각 지역에서 로HING야 난민들에게 실제로 의료 서비스를 제공한 경험이 있는 비정부기구 및 유엔난민기구의 보고서를 과정추적 방법을 사용하여 분석하고 현장 경험이 있는 활동가들을 인터뷰함으로써, 동남아 국가들에게서 다르게 나타난 로HING야 난민의 건강권 보장 현황에 대해 분석해 보고자 한다. 본 연구의 목표는 로HING야 난민 사태가 악화되면서 시기적으로, 국가마다, 다르게 대두된 난민들의 의료 문제들을 정리하고, 이에 대한 대응으로 제공된 국가 및 국제기구, 비정부기구의 의료지원 프로그램을 비교, 분석하는 것이다. 본 연구는 로HING야 사례를 통해 국가의 차별 정책이 어떻게 한 집단의 장기적인 건강 문제로 이어지는지 살펴봄으로써, 동남아 내의 초국가적 의료 이슈와 난민의 건강 보장을 위한 접근 방법에 대해 모색해 보고자 한다.

II. 국가의 보호를 받지 못한 난민들의 권리에 영향을 미치는 요소들

난민과 인권문제를 연구하는 학자들은 민족(Kunz 1981; Song

2020) 또는 종교적 친화성, 난민 발생국과 수용국의 양자관계(Lam 2013), 난민보호를 위한 국제사회의 지원 및 압박(Kim 2021), 풀뿌리 운동과 같은 시민단체의 활동(Keck and Sikkink 1998; Clark 2001)등이 난민 수용국의 난민 정책을 결정하는 중요한 요인들이라고 주장한다. 이들의 주장은 다음과 같이 요약될 수 있는데, 첫째, 유입되는 난민들의 민족성 또는 종교가 난민 수용국의 것과 비슷할수록, 난민 수용국은 난민을 수용하고 보호할 가능성이 높아진다. 둘째, 난민 발생국과 수용국의 협력수준이 낮고 정치적으로 대립하는 적대적인 관계를 유지하고 있을수록, 난민 수용국은 해당 난민 보호를 강화한다. 셋째, 난민 수용국에 대한 국제사회의 경제적 지원과 외교적 압박이 증가할수록(외부로부터의 압력), 또는 국내의 시민단체나 인권 활동가들의 압박이 증가할수록(내부로부터의 압력), 난민 수용국의 비용 및 편익 분석에 변화를 일으켜 난민 수용국은 유입되는 난민 보호를 더욱 강화한다. 이러한 선행연구의 이론적 틀을 로힝야 난민 이슈에 적용해 보면, 특히 종교, 국제기구 및 시민단체와 같은 요인들이 난민 수용국에서 로힝야 난민 정책의 방향을 결정하는 주요 요인으로 보인다.

<표 1> 로힝야 난민의 건강권에 영향을 미치는 요인들

	방글라데시	태국	말레이시아
민족성	벵갈족	타이족	말레이족
종교	이슬람	불교	이슬람
양자관계 (난민발생국-수용국)	전략적 협력 (경제)	전략적 협력 (국경지역 안보)	협력
국제기구와의 협조	협조	비협조	협조
시민단체와의 관계	협조 (검열 강화 추세)	제한적 협조 (아동, 인신매매 피해자 중심)	난민 커뮤니티 조직과 협력 강화

실제로 로힝야 이슈 해결에 있어 종교는 난민 수용국의 난민정책 결정과정에서 중요한 역할을 하고 있는 것으로 나타난다. 로힝야 난민들과 같은 종교인 이슬람을 국교로 하고 있는 방글라데시와 말레이시아에서는 정부와 유엔난민기구가 이슬람법을 활용하여 난민 보호를 위한 대중들의 공감과 지지를 이끌어내는 전략을 취하고 있다(Hoffstaedter 2017). 뿐만 아니라 이슬람 가치를 활용하여 로힝야 난민, 특히 종교 지도자들도 난민 수용국 내 행정당국의 힘에 저항하는 등, 보호를 제공하는 주체들과 힘의 균형을 맞춰나가고 난민 조직의 역량 강화를 이루어 나가고 있다(Mim 2020).

그러나 이러한 긍정적 역할에도 불구하고, 종교가 실제로 난민 수용국에서 난민 보호를 위한 법적 제도화나 공식적인 정책으로 이어지지 않는다는 점은 여전히 의문으로 남는다. 방글라데시나 말레이시아에서도 난민 보호는 같은 종교를 공유하고 있는 국가가 아닌, 국제기구인 유엔난민기구나 국제인권단체의 활동에 거의 전적으로 의존하고 있기 때문이다. 아마도 두 국가에서 종교는 국가의 난민정책 기조에 직접적인 영향을 미치는 요인으로서 작동하기보다, 두 국가에 들어와 난민들에게 보호를 제공하고자 하는 국제기구 및 국제인권단체와의 관계를 설정하는 데 더 큰 역할을 하는 것으로 보인다. 예를 들어 태국 정부는 다른 종교 및 난민 발생국인 미얀마와의 가까운 양자관계로 인해, 미얀마 출신의 사람들이 유엔난민기구에 의해 난민으로 인정받은 경우라 하더라도 이를 인정하지 않고 있다.

반면, 방글라데시와 말레이시아 정부는 난민들에게 직접 보호를 제공하는 것에는 부담을 느껴 공식적인 정책 변화를 꺼려하지만, 종교적인 이유로 국제기구나 비정부기구가 국가 대신 보호를 제공하는 것은 일부 환영하고 허락하고 있다. 이 두 국가는 로힝야를 대상으로 한 유엔난민기구의 독자 난민심사를 허용하고 있으며, 로힝야 사람들이 난민으로 인정된 경우, 공공의료시설에 제한적으로나마 접

근을 허락하고 있다. 물론 방글라데시 내에 있는 로힝야 난민들의 경우 모두 캠프에 수용되어 있어, 이들의 건강권 보장이 캠프 내에 있는 국제기구 및 국제인권단체의 의료서비스에 전적으로 달려있다는 근본적인 한계가 있다. 그러나 로힝야 난민들이 합법적인 지위를 가지고 지역사회에 수용될 수 있는 기회가 조금이나마 열려있는 말레이시아에서는 난민들이 자체 네트워크를 통하여 동족에게 보다 나은 의료 서비스를 받을 수 있는 기회를 제공할 수 있도록 돕고 있다.

그러므로 본 논문은 기존의 난민과 인권 이론들이 난민 수용국에서 난민의 권리 변화에 영향을 미치는 요인으로 제안하고 있는 변수들을 동남아 지역 내 로힝야 난민 사태에 적용해 봄으로써, 위의 요인들이 서로 어떻게 연결되고 얽혀 결합 효과를 이끌어 내는지 자세히 살펴보고자 한다. 동남아 내의 다양한 종교 및 문화, 복잡한 정치 과정은 어느 한 변수에 중점을 두어 지역 내 난민 문제를 설명하기 어렵게 만든다. 바로 이러한 도전적인 과제 때문에 로힝야 난민 사태가 쉬이 해결되지 못하고 장기적인 상황으로 지속되고 있을런지도 모른다. 따라서 본 논문은 로힝야 난민들의 건강권에 주목하여 이들이 강제 이주 과정 중에 미얀마, 방글라데시, 태국, 말레이시아에서 겪는 다양한 건강권 문제들과 정부 및 국제사회의 대응을 종합적으로 분석해 봄으로써, 난민의 권리 변화에 영향을 미치는 다양한 변수들이 서로 결합되어 어떠한 상승효과로 이어지는지 또는 비상호적인 관계로 결부되는지 살펴보고자 한다.

Ⅲ. 동남아 국가들의 로힝야 처우 및 건강권 보장 실태

로힝야 난민들은 출신국인 미얀마로부터 강제 이주를 당해 피난

길에 오르고, 방글라데시, 태국, 말레이시아와 같은 난민 경유국 및 목적국들을 여행하면서 인신매매의 피해자가 되거나, 공권력에 의해 체포 및 구금을 겪으면서 다양한 의료 문제에 노출된다. 짐머만(Zimmerman et al. 2011)은 난민들의 강제 이주 과정을 출발 전(pre-departure), 여행(travel), 유입 차단(interception), 목적지(destination), 송환(return)과 같은 5단계로 분류하고, 각 과정에서 전

<표 2> 동남아 3개국 외 방글라데시 내, 강제이주 피해를 받은 인구의 구성 상세표(2017~2021)

난민 수용국	연도	UNHCR 인정난민	비호신청자	실향민	무국적자	기타 우려 인구
미얀마	2017	0 (-)	0 (-)	353,108 (353,108)	621,514 (-)	0 (-)
	2018	0 (-)	0 (-)	370,306 (370,306)	620,939 (-)	0 (-)
	2019	0 (-)	0 (-)	312,018 (312,018)	600,000 (-)	0 (-)
	2020	0 (-)	0 (-)	370,320 (370,320)	600,000 (-)	0 (-)
	2021	0 (-)	0 (-)	569,591 (569,591)	600,000 (-)	0 (-)
방글라데시	2017	932,209 (932,204)	115(0)	0 (-)	932,204 (-)	0 (-)
	2018	906,640 (906,635)	39 (-)	0 (-)	906,635 (-)	0 (-)
	2019	854,779 (854,764)	34 (-)	0 (-)	854,704 (-)	0 (-)
	2020	866,534 (866,518)	18 (-)	0 (-)	866,457 (-)	472,000 (-)
	2021	889,775 (889,764)	27 (-)	0 (-)	889,704 (-)	472,000 (-)
태국	2017	104,605 (99,982)	2,046 (254)	0 (-)	486,440 (-)	109 (109)
	2017	102,234 (97,603)	934 (-)	0 (-)	478,843 (-)	98 (98)
	2017	97,556 (93,335)	855 (13)	0 (-)	475,009 (-)	119 (119)
	2017	96,179 (91,805)	852 (-)	0 (-)	480,696 (-)	146 (146)
	2017	96,175 (91,685)	756 (-)	0 (-)	554,103 (-)	132 (132)
말레이시아	2017	103,837 (98,041)	47,509 (33,656)	0 (-)	10,068 (-)	80,000 (-)
	2017	121,305 (114,227)	41,801 (26,448)	0 (-)	9,631 (-)	80,000 (-)
	2017	129,107 (119,230)	50,730 (34,592)	0 (-)	108,332 (-)	55,000 (-)
	2017	129,909 (119,579)	49,822 (34,459)	0 (-)	111,298 (-)	0(-)
	2017	131,101 (120,126)	52,012 (36,581)	0 (-)	112,003 (-)	0(-)

출처: UNHCR population statistics database

* 용어정리: 'Refugees under UNHCR's mandate'은 UNHCR 인정난민으로; 'asylum-seekers'는 비호신청자로; IDPs of concern to UNHCR은 실향민으로; stateless persons은 무국적자로; others of concern은 기타 우려 인구로 표현하였음.

** 각 열은 난민 수용국 내에서 강제 이주의 피해를 받은 특정 인구의 총 인구수를 나타내고 있으며, 괄호에는 해당 인구 중에 미얀마 출신의 인구의 수를 나타낸 것임.

세계 난민들이 직면한 보편적인 건강 문제를 정리한 바 있다. 본 논문은 이렇게 국제 수준에서 논의된 난민의 강제 이주 단계를 로HING야 난민의 사례에 적용하여, 이들이 동남아 지역에서 이동 경로 중에 직면한 의료 문제들을 분석하고, 이에 대한 대응으로 각국에서 나타난 난민의 보편적 건강권 보장을 위한 노력을 비교해 보고자 한다. 위의 연구목표 달성을 위하여, 본 논문은 사례 분석에 방글라데시와 동남아 3개국의 로HING야 난민 의료문제 현황과 정부의 대응정책을 포함했다. 구체적으로, 미얀마를 난민 출신국 및 강제 이주 전 단계로; 방글라데시를 임시 및 장기 난민 목적지로; 태국과 말레이시아를 여행, 유입 차단, 난민 목적지 국가로 분류하여 분석에 사용했다.

1. 미얀마

로HING야 사람들은 미얀마의 오랜 내전과 소수민족 차별 정책의 희생자로 장기간 폭력과 성폭력에 노출되어 열악한 영양 상태 및 신체적, 정신적인 트라우마를 가지고 있는 등, 이미 자국을 떠나 난민이 되기 이전부터 다양한 건강 문제를 겪고 있었다(Legido-Qulgley et al. 2020:7). 2022년을 기준으로 거주지에서 강제 추방당한 이후 실항민(Internally Displaced Persons)의 지위를 가지고 국제기구가 설립한 캠프에서 거주하고 있는 미얀마 내 실항민의 수는 569,591명으로 (UNHCR 2022), 이의 대다수를 차지하는 로HING야 사람들은 특히 미얀마 내에서 시민권 부정으로 인해 파생되는 특수한 의료 문제를 직면하고 있다. 로HING야들은 정부의 차별 정책으로 인해 교육 수준이 낮아 건강 지식이 부족하고, 정부가 제공하는 기초의료서비스의 혜택을 받은 경험도 거의 없다. 또한 정부의 권위에 순응하는 경향을 보이는 등 낮은 수준의 자치기구 조직능력을 가지고 있는 점도 발견이 되는데, 이 때문에 로HING야들은 의료 문제가 발생하더라도 공공의

료시설을 찾는 대신 열악한 수준의 전통적 마을 의료 서비스에 의존하는 경향이 있다고 보고되었다(MSF 2004: 74). “미얀마 시민들의 건강권 보장도 잘 안 되고 있는데, 로힝야의 건강 문제 대응이야 어땠겠는가?”라는 국경없는의사회의 지역사무소 직원의 탄식처럼, 보건과 의료는 미얀마 정부가 국제기구의 조언을 잘 받아들이고 협력하는 몇 안 되는 이슈 중의 하나이지만, 로힝야들을 상대로 한 의료 지원 문제는 미얀마에서는 전혀 다른 이야기이다(MSF 2001: 65). 실로 미얀마와 방글라데시 난민캠프가 위치한 콕스 바자르(Cox’s Bazar) 지역에서 로힝야 난민들에게 의료 서비스를 제공한 경험이 있는 비정부기구 및 국제기구의 문서들을 종합적으로 분석해 봤을 때, 미얀마 정부의 차별 정책과 연관된 로힝야족의 의료 문제는 기초 건강권 거부와 이동권 제한으로부터 시작하여 느리지만 꾸준하게 집단학살에 준하는 수준(“a slow genocide”)으로 발전해 온 것으로 보인다(MSF 2003: 72).

1) 차별정책 과정에서 발생한 의료문제

로힝야 사람들의 증언에 따르면 이들은 미얀마 정부로부터 시민권을 박탈당한 이래 공공의료시설에 대한 의료 접근권을 전면적으로 거부당해 왔다(ADI 2021: 31). 미얀마 군정은 로힝야 탄압 전략의 일환으로 방화를 일삼았는데 한번은 로힝야의 집을 불태우는 과정에서 3살 난 아동이 화상을 입게 되었지만, 라카인 주의 불교도가 대다수인 버마인 의료진들은 이 여아의 치료를 거부한 것으로 밝혀졌다. 또한 의료진들은 “[미얀마 의료서비스는 로힝야] 너희를 위한 것이 아니다. 비록 너희가 돈을 지불한다 하더라도, 이는 미얀마 시민을 위한 것이다”라며, 로힝야 말라리아 환자를 병원에서 네 번이나 거절했다는 증언도 있었다(ADI 2021: 31).

미얀마 정부는 로힝야들이 거주지를 떠나 다른 마을로 이동 시 정

부로부터 발급된 공식 여행 허가증을 소지하도록 했으며, 오후 8시 이후에는 통금 정책을 발효하여 로HING야의 이동을 전면 금지하기도 했다. 이러한 이동권 제한과 과도한 과세 정책은 로HING야들에게 의료 문제가 발생했을 때, 적시에 필요한 의료시설에 접근하는 것을 거의 불가능에 가깝게 만들었다. 예를 들어 로HING야가 병원을 방문하기 위해 공식 여행 허가증을 발급 받으려면 마을 촌장의 추천서를 발급받는데 200짖(kyat), 지방정부에 이를 제출하는데 25짖, 병원으로 가는 여정에서 만나는 무수히 많은 체크포인트에서 군인과 공무원들이 부르는 대로 통행비를 내야만 했다. 아픈 환자와 동행한 가족 인원수 대로 추가 비용이 붙는 것은 기본일 뿐만 아니라, 정부의 허락 없는 외박은 구금과 벌금의 대상이 되었다. 국경없는의사회가 로HING야 중에 병원을 방문했던 231명의 생존자들을 대상으로 한 인터뷰 결과에 따르면, 5일 이내 병원 치료를 받았던 로HING야들은 평균 25,000짖(약 미화 14달러 수준), 대략 21일치의 수입에 달하는 비용을 소비했으며, 약 16%에 달하는 환자들은 최대 50,000짖까지 소비한 것으로 드러났다(MSF 2008: 97). 정부로부터 대가 없는 심한 강제 육체노동을 자주 요구받았던 로HING야들은 만성적인 건강 문제들을 가지고 있었는데, 이들은 정부의 과도한 과세 및 강제기부, 토지몰수 정책 등으로 인해 수입의 원천마저 잃게 되어 병원에서 치료도 받지 못한 채 집에서 사망하는 사례가 자주 보고 되었다(ADI 2021: 32).

비슷한 시기 유럽에서 불거진 시리아 난민 사태와 비교하여 좀처럼 국제사회의 관심을 받지 못하던 동남아 로HING야 난민 사태는, 미얀마 군경의 무차별적인 포화, 칼, 지뢰, 폭탄을 사용한 신체 훼손으로 상해를 입은 로HING야들이 국제기구가 운영하는 진료소에서 치료를 받는 사례가 자주 보고되며 그 탄압 규모가 드러나기 시작했다. 각종 진료소에서 미얀마 군경이 상공에서 헬리콥터로 폭탄을 무차별적으로 투하하여 많은 로HING야족을 살해하고, 이들이 귀머거리가 될 때가

지 신체적 폭력을 가하거나 전기 충격기로 고문을 했다는 증언이 쏟아진 것이다(ADI 2021: 50-51). 이러한 폭력에 있어 여성과 아동이 더욱 취약한 계층이 되는 것은 자명한 일이었다. 미얀마 군정은 적게는 5세의 아동부터, 미성년자, 청소년, 여성들을 대상으로 한 강간과 성폭력을 전쟁의 무기로 사용했다. 여성들을 자신들의 캠프로 유괴한 후 집단 성폭행을 저질렀으며, 여성의 얼굴과 신체에 지울 수 없는 깊은 이빨 자국을 남기는 등 낙인을 찍기도 하고, 강간 후 살해하기도 했다. 특히 이들은 로힝야 여성을 강간할 때, 가족과 마을 사람들이 이를 보도록 강요함으로써 수치심을 주는 등 로힝야 그룹 전체의 신체와 정신을 파괴하려는 전략을 사용했다(ADI 2021: 53-55).

뿐만 아니라 미얀마 정부는 결혼과 출산을 제한하는 인구통제 정책을 추진하며 로힝야족의 신체 자율권을 박탈하고, 보다 조직적인 방법으로 로힝야 민족을 말살하고자 했다. 로힝야 사람들이 결혼을 하기 위해서는 정부로부터 공식 허가증을 발급 받아야 했으며, 아이를 한 명만 낳겠다는 서약서에도 서명을 해야 했다. 결혼 공식 허가증은 예를 들어 마웅도 지역(Maungdaw)에서만 50,000장에 달하는 등 매우 비쌌으며, 결혼 후 출산 시에는 추가로 비용을 내고 아동출생 등록을 해야 했다. 만약 로힝야 여성이 미혼 상태 또는 불법으로 결혼한 상태에서 임신을 할 경우에는 큰 벌금이 부과되거나 구금과 체포의 대상이 되었다. 이 때문에 임신한 로힝야 여성들은 정부의 처벌을 피하고자 불법 낙태까지 손을 뻗게 되었다. 국경없는의사회의 마웅도 지역사무소의 의료진에 따르면, 진료소를 방문한 5세 이하의 자녀를 둔 로힝야 여성의 31%가 유산과 낙태의 경험이 있으며, 자가 낙태로 인한 출혈과 패혈증 등으로 진료소를 찾는 로힝야 여성들이 정기적으로 출현하는 것으로 드러났다. 그러나 이러한 수치는 대폭 축소된 것으로, 대다수의 로힝야 여성들은 체포와 구금에 대한 두려움으로 합병증이 생기지 않는 이상 진료소를 찾기 보다는 음지

에서 의료 문제를 스스로 해결하는 것으로 알려져 있다(MSF 2008: 97).

집단살해죄의 방지와 처벌에 관한 협약 제2조에 따르면 집단살해(genocide)란, 한 집단의 “전체 또는 일부를 파괴할 의도”를 가지고 “집단의 구성원을 살해”하거나, “중대한 육체적 또는 정신적 위해”를 가하고, “집단 내 출생을 방지하기 위하여 의도된 조치를 부과”하는 행위 모두를 포함한다(UN 1948). 위의 정의를 기반으로 하여 미얀마 내의 로힝야 사람들의 건강권 문제를 분석해 봤을 때, 의료권 박탈로부터 시작하여 전방위적 폭력 범죄로 확장된 미얀마 정부의 로힝야 민족 말살 행위는 집단살해의 정의를 충족시키는 것으로 보인다. 2014년도 유엔인권이사회의 특별 보고관 토마스 오제아 퀴타나(Tomas Ojea Quintana) 또한 미얀마의 인권 상황 보고서를 통해 라카인 주의 무슬림 인구인 로힝야 인구를 대상으로 한 “광범위하고 조직적인 인권 침해의 양상은 국제형사재판소의 로마 규정에 따라 정의된 반인도적 범죄”에 해당하며, 특히 “건강권 박탈”과 같은 영속적인 차별 정책은 “로힝야 인구를 의도적으로 겨냥”하고 있다고 밝힌 바 있다(HRC 2014: 13-14). 실로 미얀마 정부가 로힝야족들을 대상으로 저지른 다양한 형태의 억압과 폭력의 결과로 로힝야 사람들은 건강권이 위협당하는 심각한 상황에 놓였으며, 이러한 차별 정책으로 인해 결국 자국을 떠나 국제사회를 떠도는 난민이 되었다.

2. 방글라데시

로힝야족들의 방글라데시로의 탈출은 하루 이틀의 문제가 아니다. 로힝야 사람들의 방글라데시로의 대규모 이동은 1962년 미얀마에서 군사 쿠데타로 정권을 잡은 네윈(Ne Win) 장군의 부대가 라카인주의 인구조사를 앞두고 ‘드래곤 킹(Nagamin)’이라고 불린 작전을 통

해 로HING야들의 주민증을 뺏고 강제추방을 하며 시작되었다. 당시 20만 명의 로HING야들이 미얀마를 탈출하여 방글라데시 내 콕스 바자르 지역에 정착했는데, 이후로도 지속된 강제추방 정책으로 방글라데시 내 난민캠프에 정착하는 로HING야 수는 꾸준히 늘어, 2017년 집단학살이 발생했을 때는 그 수가 93만 명에 달했다(UNHCR 2022). 미얀마 라카인주 북쪽에 위치한 방글라데시 콕스 바자르 지역은 로HING야 사람들이 미얀마 정부의 강제추방 작전의 피해자가 될 때마다 가장 먼저 피난처를 찾은 곳이다.

1) 초기 난민캠프의 환경과 의료 문제

로HING야 사람들이 방글라데시 내 난민캠프에서 직면한 다양한 의료 문제와 생활 환경에 대한 정보들은 국제기구의 보고서를 통해 우리에게 잘 알려져 있다. 그 중에서도 1992년부터 콕스 바자르 지역에 진료소를 설치하고 로HING야 난민들에게 다양한 의료 서비스를 제공해 온 국경없는의사회의 난민캠프 보고서는 주목할 만하다. 특히 2002년도 보고서에 따르면, 난민캠프 설립초기에 방글라데시에 유입된 로HING야 사람들은 유엔난민기구가 운영하는 캠프에 모두 수용되지 못해 캠프 주변의 임시 난민촌(makeshift camp) 또는 현지 지역 사회로 흩어져 머물게 되는데, 이들은 종종 방글라데시 정부와 지역 사회 주민들에 의해 강제 퇴거를 당했다. 추방당한 로HING야 사람들은 이동 중에 테크나프(Teknaf)라는 마을의 개인소유 땅에 임시정착촌을 꾸려 함께 살기도 하고, 또는 이동 중에 나프(Naf River) 강둑에 강제 정착되어 진흙 위에 살기도 했다(MSF 2002: 82). 국경없는의사회는 테크나프 지역에 의료팀을 파견하여 로HING야들을 대상으로 긴급 건강검진을 실시했는데, 유엔난민기구에 등록된 캠프 밖에 정착한 로HING야 사람들에게서 방글라데시 정착 후 짧은 기간 내 높은 사망률과 심각한 영양실조를 발견했다. 이의 해결을 위해 국경없는의사

회는 외래환자 진료소를 개설하여 로HING야 난민뿐만 아니라 방글라데시 지역 사람 모두를 대상으로 기본 의료 무료서비스를 제공하고 식이치료센터를 운영했다(MSF 2002: 82-84).

국경없는의사회의 2007년도 보고서에도 탈(Tal)-지역의 임시 난민촌에 정착한 로HING야 사람들 중 약 40.4%가 추위와 습기, 위생과 과밀 집의 문제로 호흡기 질환을 앓고 있으며, 방글라데시 현지 지역 사회 대비 평균 2배 이상 많은 수의 사람들이 설사와 기생충과 관련한 질병을 가지고 있는 것으로 보고되었다(MSF 2007: 85). 임시 난민촌은 큰 도로에 인접해 있어서 아동 교통사고만 월 평균 6.3건 발생하는 등, 주거 환경으로는 부적절한 위치에 있는 점도 의료 문제를 발생시키는 주요 원인으로 지목되었다. 아무래도 유엔난민기구가 설립한 캠프가 아니다 보니 유엔으로부터 지원도 부재 해, 음식 같은 기본적인 것들도 제공되지 못했다. 현지 지역 사회의 모스크에서 고기와 밥 등을 가끔 나눠줄 뿐, 이들에게 치료적 식량과 의료서비스를 제공하는 기구는 국경없는의사회가 유일했다. 또한 좁은 땅에 기존에 정착해 살고 있던 난민과 새로 유입된 많은 난민들이 대거 몰려있다 보니, 난민들이 스스로 경작물을 기르거나 동물을 사육 하면서 식량에 대한 독립성을 얻고 자급자족 하는 것은 불가능한 상태였다. 뿐만 아니라 오랜 착취와 폭력의 피해 경험으로 인해 로HING야 난민들은 의존성이 매우 높은 상태였으며, 정서적 탈진으로 자신과 가족에 대한 돌봄 의지가 매우 낮게 나타났다. 특히 착취로부터 가장 취약한 계층으로 분류되는 여성이 가장인 로HING야 난민 가족들에게서(전체의 31%) 불안, 우울, 두려움, 무기력을 겪는 환자의 비율이 높게 보고되었다(MSF 2007: 85).

2) 난민 수용국의 강제추방과 국제인권단체들의 침묵정책

방글라데시 로HING야 난민캠프 상황은 국제인권단체들의 노력에 의

해 2007년 무렵부터 국제사회에 알려지게 됐는데, 특히 국경없는의사회가 국제대표단을 통해 이러한 난민의 건강권 현황을 뉴욕 유엔본부에서 전달했을 때, 한국, 일본, 싱가포르 대표들이 매우 놀랐다는 기록이 남아있다(MSF 2007: 87). 당시만 해도 난민 수용국인 방글라데시의 입장을 난처하게 할 만한 기록과 정보들을 국제사회에 발표하지 않는 것이 국제인권단체들의 일반적인 기조였기 때문이다. 국경없는의사회 또한 로HING야 사람들의 건강권 문제가 정치적 사안으로 확대되어 자신들의 사무실이 방글라데시로부터 추방을 당하면, 난민들에게 꼭 필요한 의료 서비스를 전달할 수 없게 될 경우를 우려하여 오랜 시간 동안 ‘침묵 정책(silent policy)’을 추구하고, 이러한 정책의 방향이 과연 올바른가에 대한 고민들은 내부 문서에 고스란히 남겨져 있다(MSF 2004: 73-78). 그도 그럴 것이 방글라데시는 로HING야 사람들에게 피난처를 제공한 관대한 국가이지만 사태의 장기화로 난민 인구가 대거 유입되면서부터는, 미등록 로HING야들을 대상으로 식량 원조를 금지하고 이들을 임의로 체포하거나 폭력으로 탄압하는 등, 로HING야 사람들을 내쫓고 추방하려는 노력을 지속했다(MSF 2009: 105; MSF 2010: 109-110, 112). 이러한 가운데, 방글라데시 내무부(Ministry of Home Affairs)는 국제인권단체들에게 로HING야 난민캠프 상황에 대한 정보를 국제사회에 발설 시, 캠프 내 모든 인도적 지원 활동을 중단하겠다는 협박을 하기도 했다(MSF 1994: 41).

국제인권단체 헬렌켈러(Helen Keller)의 로HING야 난민 인터뷰 결과에 따르면, 방글라데시 정부의 추방정책으로 인해 난민들은 종종 의료 서비스나 급식소의 접근이 제한되었고, 캠프 내 시장이 문을 닫았음에도 불구하고 현지 지역 사회에서 음식을 사거나 거래하는 행위가 금지되었다. 강제추방정책이 진행되는 동안 약 20-40%에 달하는 로HING야 난민들은 심각한 영양실조를 겪은 것으로 나타났으며,

특히 단백질 섭취 부족으로 인한 콰시오커(Kwashiorkor) 병의 발병률이 높게 나타났다(MSF 1992: 30-31). 난민캠프의 경비를 맡은 경찰들에 의한 난민 대상 폭행이 일상화 되어가는 가운데, 폭행의 가해자에 대한 사법 처리의 부재는 정부의 폭력을 가속화하는 원인으로 지목되었다. 이로 인해 국제기구가 운영하는 의료 진료소에는 방글라데시 정부의 폭력으로 인해 자살충동을 고백하는 난민의 수가 급증했다는 사례가 보고되었다(MSF 2009: 104).

로HING야 난민 사태가 확대되고 장기화되면서, 자국의 폭력을 피해 방글라데시로 피난을 온 로HING야 난민들이 난민 수용국에 의한 폭력의 2차 희생자가 되었다. 그리고 이러한 과정에서 미얀마와 방글라데시 양국에서 로HING야 난민에게 인도적 지원을 지속해 오던 국제인권단체들의 입장 변화는 주목할 만하다. 국경없는의사회의 내부 문서에 따르면, 1994년 프로그램 매니저는 로HING야 난민 사태에 대해 국제사회에 떠도는 사실과 루머를 구분할 필요가 있다며, 아직 로HING야 사람들을 대상으로 한 “노골적 대량학살, 광범위한 살인, [공권력과 난민들의] 공개충돌”은 없다고 기록했다. 그러나 그는 이 상황이 “괜찮은 상황인 것은 절대 아니다”라고 지적하고, 실제로 돌아가는 상황을 자세히 알려면 더 많은 시간과 조사가 필요하다고 하며, 로HING야 사람들에게 의료 서비스 지원을 위한 정보 부족을 호소했다(MSF 1994: 41, 45). 2001년에 다다르자, 국경없는의사회 내부에서 조심스럽게 로HING야 사태의 심각성을 분석하는 의견들이 포착되기 시작했다. 이들은 “비록 인종청소(ethnic cleansing)라는 주장은 피해야 하지만, 거의 모든 현존하는 증거들이 [미얀마 또는 방글라데시 내에서 로HING야 사람들을 대상으로 한] 체계적인 퇴거(systematic expulsion)을 가리키고 있음을 인지해야 한다”라며, 로HING야는 무국적자가 아니라 사실상 미얀마 시민(de facto citizens of Myanmar)이라는 점에 입각하여 유엔난민기구와 함께 지원활동을 조율해야 한다고 적고 있

다(MSF 2001: 64). 그리고 마침 내, 2년 후의 내부분서에는 로HING야 사태를 집단학살(genocide)로 묘사하는 표현이 등장하기 시작했다(MSF 2003: 72).

그렇다면 로HING야 난민 사태를 대하는 국제인권단체들의 입장 변화를 가져온 요인은 무엇이었을까? 주요 인권 사안에 대한 국제인권단체들의 입장 변화를 직접적으로 야기하는 요인, 예를 들면 절차적이고 공식적인 규약(protocol)이 단체 내부에 따로 존재하지는 않는 것으로 보인다. 국제인권단체들은 독재국가나 인권 탄압의 가해국으로 지목된 나라에서도 지원 활동을 지속하고 파견된 활동가들의 안전을 확보해야 하기 때문에, 원칙적으로는 정치적 중립성을 최우선으로 한다. 그러나 이러한 대외적 정치 중립성이, 단체 내부 활동가들 사이의 온전한 의견 일치로 의미하는 것은 아니다. 예를 들어, 방글라데시 난민캠프에서 활동하던 국경없는의사회의 프랑스와 네덜란드 지부는 로HING야 사태와 관련하여 난민들의 실태를 조사한 보고서를 공개하느냐, 또는 내부에서 관련자들끼리만 공유하느냐 하는 문제로 예측되는 과장에 대한 토론을 열렬히 나누기도 했다(MSF 2004: 73-78). 때문에 국제인권단체들이 대외적으로 취하고 있는 정치적 중립성이라는 가치는 고정된 것이라기보다 “유동적인 개념”으로 이해되어야 한다. 단체가 어떠한 입장을 취해야 하는가, 어느 선까지 개입해야 하는가에 대한 끊임없는 고민과 토론을 내부 활동가들이 이어나가며 조금씩 발전, 변화하는 개념인 것이다. 다시 말하면, 주요 인권 사안에 대한 국제인권단체들의 입장 변화를 야기하는 중요한 요인 중에 하나는, 단체 내부에서 문제의 심각성을 얼마나 많은 활동가들이 공유했는가, 정책 변화가 필요하다는 공감대가 언제 형성되었는가 하는 의견 확산이다.

로HING야 난민 사태를 대하는 국제인권단체들의 이러한 입장 변화가 중요한 이유는, 방글라데시와 같이 난민들의 현황에 대한 정보를

통제하고자 하는 수용국에서는, 초국가적 옹호 네트워크(transnational advocacy networks)들이 문제의 심각성을 인지하고 현지 정보를 국제사회와 공유할수록 난민들의 권리가 향상되기 때문이다(Keck and Sikkink 1998). 초국가적 옹호 네트워크들은 정보 정치(information politics)의 중심에 서면서 난민 사태에 대한 국제사회의 관심을 환기시키고 적극적으로 자원을 동원하면서, 난민의 인권 문제 향상을 위한 국제사회의 개입을 가능하게 만든다. 이러한 과정은 특히 난민의 건강권이 보편적 규범으로 받아들여지지 않았을 뿐만 아니라, 의료 공공성이 적용되는 인구 범위를 난민까지 확장하지는 정치적 요구를 내부로부터 기대하기 어려운 동남아와 같은 지역에서, 정치적 압박을 외부로부터 도출해 냄으로써 국가들의 정책 변화를 이끌어 내는 데 효과적일 것으로 사료된다.

3) 로힝야 난민들의 정신건강권 보장을 위한 시민사회의 노력

2017년 미얀마 정부의 폭발적인 폭력으로 대규모의 로힝야 난민들이 방글라데시로 유입되면서, 방글라데시 정부는 ‘로힝야 난민 위기 공동 대응 계획(Rohingya Refugee Crisis Joint Response Plan)’을 세우고 로힝야 난민 사태 해결을 위한 국제사회의 인도적 지원 활동 계획을 수립 및 조율하기 시작했다. 높아진 국제사회의 관심에 따라 로힝야 난민 보호 시스템이 보완되기 시작했고, 그 예로 미얀마와 방글라데시의 국경을 넘는 로힝야 사람들에게 국경없는의사회와 적십자사와 같은 단체들이 체크포스트 진료소에서 기본적인 건강검진을 필수로 제공했다. 정신적 의료문제에 대한 치료의 중요성도 대두되면서 난민캠프 내에 많은 카운슬링 프로그램들이 생겨났지만, 집단학살 경험을 가진 사람들을 치료해 본 경험이 있는 전문 의료진의 부재는 큰 장애물로 인식되었다. 이러한 문제 인식을 바탕으로 한국 사단법인 아디(ADI: Asian Dignity Initiative)는 로힝야 사람들을 가

장 잘 이해하고 공감할 수 있는 사람들은 바로 로HING야 난민 자신들이라고 판단, 심리사회적 회복역량강화 사업의 일환으로 난민캠프 내 풀뿌리 인권단체인 로HING야 여성복지회(RWWS, 로스)와 함께 여성힐링센터를 운영하고 있다(아디 2022). 여기서 주목할 점은 본 사업이 로HING야 난민 여성들을 심리치료 준전문가로 양성함으로써 이들이 산티카나(평화의집)라고 불리는 단체에 직접 고용되어 활약하도록 돕고 있다는 점이다. 로HING야 여성 활동가들은 산티카나에서 자조모임을 열거나 여성 권익 위원회를 운영하면서, 여성 리더십을 키우고 젠더 기반 폭력에 대응하는 등, 캠프 내 남성 리더들과 함께 긍정적인 변화를 만들어가고 있다(아디 2022).

로HING야 난민캠프에서 여성의 건강권 및 인권 향상을 위해 노력하고 있는 활동가들은 로HING야 난민 여성의 건강권이 젠더 권력과 연결되어 있음을 이해하는 것이 중요하다고 강조한다(필자 인터뷰 2022/04/05). 로HING야 난민 여성 치료 및 교육을 위해서는 캠프 내 남성 지도자 및 남편 등을 과정에 포함하는 이중 파트너십이 매우 중요한데, 이는 이슬람 문화권 내에서 통용되는 여성의 젠더 역할에 대한 남편과 가족들의 고정관념이 무슬림 로HING야 여성들의 외부활동을 크게 제약하기 때문이다. 다시 말하면, 여성의 몸은 남성의 소유물임으로, 여성의 건강권 보장을 위한 치유와 교육을 위해서는 이슬람 지도자 이맘과 캠프 내 관리자인 이장에게 동의를 받아야하는 것이다. 이를 위해 아디에서는 난민캠프 내 남성 지도자들 뿐만 아니라, 남편과 이동들을 포함한 가족 단위로 심리 치료의 범위를 확장하고, 여성 권익 위원회를 운영함으로써 여성의 사회적 지위와 건강권의 동시 향상을 추구했다. 이러한 노력의 결과로, 초기에 심리치료를 위해 모인 로HING야 여성들은 현재 활동영역을 교육과 경제자립을 위한 창업 프로그램으로 스스로 확대해 나가고 있는 것으로 알려졌다(필자 인터뷰 2022/04/05).

코로나19로 인해 방글라데시의 로HING야 난민캠프 정책은 모든 것을 통제하는 방향으로 변화되어가고 있다. 2020년을 기준으로 난민 캠프 경계에는 철조망이 둘러져 난민의 이동권은 더욱 제한되었으며, 국제인권단체 활동가들의 난민캠프 입국을 위한 비자 발급은 더욱 어려워졌다. 비정부기구들의 난민캠프 내 사업 승인의 단계와 기간 또한 확대 및 연장되면서, 방글라데시 정부는 캠프 안으로 들어가는 사람들과 나올 수 있는 사람들에 대한 완전한 통제를 희망하는 것으로 보인다. 캠프라는 제한된 영역 안에서 난민들이 표류하게 된 것이다. 코로나19로 인한 마을 봉쇄(lock-down) 및 자가 격리로 야기된 급증한 가정폭력 뉴스가 연일 보도되는 가운데(UN Women 2021), 활동가들은 전염병 문제로 야기된 로HING야 난민캠프의 봉쇄 정책이 장기적인 관점에서 로HING야 난민 공동체를 파괴하는 수순을 밟게 되지 않을까 염려하고 있다(필자 인터뷰 2022/04/05). 전대미문의 전염병 코로나19로 인해 삶이 더 어려워진 로HING야 난민들은 결국 살기 위해 다른 나라로 이동하기 시작했고, 그즈음 동남아 안다만해협 근처에서 난민 보트 위기 문제가 다시 대두되기 시작했다.

3. 태국

2021년 12월 말을 기준으로 태국 내의 미얀마 난민은 91,408명으로 주로 카렌족과 버마족으로 구성되어 있으며, 이들은 태국과 미얀마 국경 근처에 설립된 9개의 난민캠프에 거주 중이다. 태국 내 난민 캠프에 살고 있는 사람들은 캠프 밖으로의 이동과 공공의료시설에 접근이 불가능해, 비정부기구와 유엔난민기구가 제공하는 인도적 지원에 삶을 의지하고 있는 실태다. 한편 태국 정부에 등록된 무국적자는 무려 553,969명에 달하는데, 이들은 약 40여 개국의 소수민족 또는 원주민 출신으로 어떤 국가의 신분증도 가지지 못한 것으로 알려

졌다(UNHCR 2021). 태국 내 로HING야는 대부분 미얀마에서 도망친 후 태국에서 십여 년 이상 거주하고 있는 사람들이 대부분이며, 이들은 카렌, 버마족과는 달리 태국 영토 내 곳곳에 분산되어 거주하고 있는 것으로 알려져 있다(Sullivan 2016: 11). 여기서 주목할 점은 여러 가지 보고서에 발견된 태국 내 무국적자와 관련한 묘사가 로HING야족과 매우 흡사하지만, 어떤 문서에서도 로HING야족에 대한 표현은 한 단어도 찾아볼 수 없었다는 점이다. 그렇다면, 태국에서 로HING야 사람들은 어떻게 분류되며, 이러한 로HING야족의 법률적 신분은 이들의 건강권에 어떤 영향을 미칠까?

태국의 로HING야 난민정책 결정요인에는 여러 가지 원인이 있을 수 있는데, 그 중 하나는 태국과 미얀마 정부의 가까운 양자관계인 것으로 사료된다. 태국은 미얀마를 난민을 발생시킬 수 없는 안전한 국가(Designated Country of Origin)로 분류하고, 로HING야족의 난민 신청을 불허할 뿐만 아니라, 유엔난민기구로 하여금 이들을 비호 신청자로 등록하는 것도 막고 있다(Cochrane 2015). 그리고 이러한 신분의 불안정성으로 인해 로HING야 난민들의 건강권이 위협한 상태에 놓이게 된 것은 당연지사다. 예를 들어, 태국에는 미얀마와 방글라데시 난민 캠프에 체류 중인 로HING야 사람들이 태국을 경유하여 말레이시아나 인도네시아를 목적으로 이동한다는 사실을 알고, 조직적으로 운영되는 인신매매 집단, 밀수자들이 존재한다.⁴⁾ 이들은 난민들의 절실함을 이용하여 말레이시아와 같은 난민 목적국으로의 이동을 약속하면서, 로HING야들에게 거액을 받고 방글라데시 난민캠프 주변에서 보트를 띄운다. 증언에 따르면, 난민보트는 항상 과밀화되어있고 음식과 물이 항상 부족하며, 난민들은 보트 여행 내내 신체 및 언어 폭력

4) 유엔의 인신매매방지협약 제3조(a)항에 따르면, 이주민 밀수자란 “재정 또는 다른 물질적 이익을 얻기 위해, 직접 또는 간접적으로, 한 국가의 국민 또는 영주권자가 아닌 사람을 당사국에 불법적으로 입국하도록 돕는 사람”을 의미한다(UNODC 2004: 54-55).

의 대상이 되었다고 한다. 말레이시아로 향하는 보트 여행 중, 다른 밀수자에 의해 태국의 정글로 납치가 되었다고 주장하는 사례도 보고되었다. 이들은 미얀마나 방글라데시에 있는 가족들이 몸값을 지불하기 전까지 태국 정글에 위치한 인신매매 캠프에서 고문을 당하거나, 강제노동을 위한 노예로 판매가 되기도 했다. 위의 결과로 로힝야 사람들 중에 밀수자들에게 착수금을 전달하기 위해 큰 빚더미에 앉은 사례가 허다하다고 알려졌다.

이와 같이 인신매매로 인한 2차 피해를 받은 로힝야 사람들은 좁은 난민 보트와 동물 우리와 같은 인신매매 캠프에 장기간 노출되어 나병, 결핵과 같은 호흡기와 피부질환을 겪고 있었고, 동료들의 잦은 사망과 폭력 피해로 인해 밀수자들에 대해 강한 적대심과 불안 및 두려움을 표현하는 등 정신적 외상을 호소했다(Wake and Cheung 2016: 6). 한 조사에 따르면 이러한 피난길 중에 사망하는 로힝야의 비율은 다른 지역 난민들에 비해 1.1-1.2% 가량 더 높고, 지중해를 건너는 난민들에 비해서는 3배 더 높은 것으로 알려졌다(Legido-Qulgey et al. 2020: 9). 그 중에 태국 내 로힝야의 건강권과 관련해서 가장 염려되는 사안들은 무엇보다도 구금시설 내의 의료권과 인신매매 과정에서 발생하는 의료 문제들이다.

1) 구금 및 구치시설 내 의료 문제와 국제기구의 대응

태국은 1951년 난민협약과 1967년 난민의정서의 당사국이 아닐 뿐만 아니라 난민 보호를 위한 국내법도 부재한 실정으로, 아무리 유엔난민기구에 의해 난민이나 비호신청자로 등록되어 있는 보호대상의 인구라 하더라도 태국 정부는 이와 같은 지위를 공식적으로 인정하고 있지 않다(UNHCR 2021). 게다가 안전한 국가로 분류된 미얀마 출신의 로힝야들은 태국에 도착하는 순간 불법 이민자로 간주되어 체포와 구금의 대상이 된다. 이러한 정책 기조는 현재까지 이어

저, 태국 정부는 2020년 5월에서 6월 사이에 16명의 아동을 포함하여 총 35명의 로HING야들을 태국과 미얀마 국경 마을인 탁 주(Tak Province)의 매솟(Mae Sot)마을에서 체포하여 이민자 구금 센터에 구금한 사례가 있다. 태국 정부는 이들이 미얀마에서 피난 온 로HING야족이라는 것을 부인하고 있으며(Fortify Rights 2020), 이렇게 태국 전역 이민자 구금 센터에 구금되어있는 로HING야족은 2020년을 기준으로 약 200명에 달하는 것으로 알려졌다(HRW 2020). 태국은 2002년 세금으로 운영되는 공적의료보험 체계를 도입한 이래, 자국민과 노동허가증을 가지고 있는 외국인들이 의료보험을 통해 공공의료시설에 접근이 가능하도록 만들었지만, 로HING야 사람들과 같이 불법이민자로 분류되어 구금된 경우에는 이러한 공공의료시설에 접근이 제한된다(Legido-Qulgley et al. 2020: 6).

태국의 이민자 구금 시설의 상태는 대부분 과밀화 되고 열악한 상황에 놓인 것으로 알려졌다(US Department of State 2015: 4). 그러나 다행히, 태국 내 구금된 난민의 건강권 보장의 빈틈은 국제이주기구와 유엔난민기구가 이들에게 약간의 의료 서비스를 제공하면서 메우고 있다. 국제이주기구는 의료진들을 구치시설에 파견하여 구금된 로HING야 사람들을 대상으로 정기적인 의료서비스를 제공하고 있으며, 여기에는 심리사회서비스의 기회도 포함되어 있다. 특히, 심리치료의 일환으로 유엔난민기구는 구금된 로HING야 사람들이 미얀마나 방글라데시에 남겨진 친척들과 전화통화를 할 수 있도록 돕는데, 이것은 트라우마에 시달리는 난민들에게 제공되는 가장 효과적인 심리사회 서비스의 형태로 평가되고 있다(Sullivan 2016: 12).

태국 정부 또한 구금되어 있는 난민아동 권리보장을 위한 노력의 일환으로, 구금시설에 구류되어 있는 난민아동들을 사회개발과 인간안보부(Ministry of Social Development and Human Security)에서 운영하는 일반 보호소로 옮겼다. 비록 보호시설에서도 아동들의 이동

의 자유는 제한되지만, 구금 이동을 대상으로 더 넓은 자유공간 제공 및 방문자들의 방문 횟수를 확대하고, 시민 단체들의 의료서비스를 확장했다는 점에서 좋은 평가를 받고 있다. 한편 이러한 정부와 국제기구들의 노력에도 불구하고 태국 내 구금시설에 통역가 부족과 같은 문제점은, 로HING야 사람들에게 보장된 기초 의료 서비스들이 실질적으로 이행되는 데 높은 장벽이 되는 것으로 지적되었다(Sullivan 2016: 11).

2) 인신매매의 피해자가 된 난민들에 대한 보호

미국무부의 연간 인신매매 보고서에 따르면 태국은 인신매매 평가 2등급의 인신매매 감시국(US Secretary of State 2021: 67)으로, 앞서 논의한 바와 같이 태국 인신매매의 피해자의 대부분은 로HING야인 것으로 알려져 있다. 그리고 이와 같이 로HING야 사람들의 취약한 상황을 이용하여 인도적 위기를 야기하는 인신매매 범죄에는 태국의 정치인, 경찰, 고위 육군 장교들이 연관되어 있는 것으로 밝혀져 큰 논란이 되었다(Head 2015). 이 때문에 태국 방콕 주재 시민단체들은 태국 내 인신매매 이슈와 관련하여 심각한 수준의 부패, 증인에 대항 협박, 증언 강요에 대해서 지속적으로 문제를 제기해 왔다.

시민단체들의 노력으로 태국 정부는 마침내 행정 결의안 11/B.E.2559을 통해 태국 법무부가 인정하는 인신매매 생존자들에게, 연장이 가능한 최소 1년 이상의 태국 거주권과 노동허가증을 발급하고 이동의 자유와 노동의 기회를 보장하게 되었다(Fortify Rights 2016). 또한 인신매매 방지법을 통하여 태국에 도착한 로HING야들이 인신매매의 피해자로 판단될 경우, 태국 정부가 이들의 기본권을 보장하도록 하는 법률 제도를 마련했다. 예를 들어, 태국 정부는 인신매매의 피해자로 판단되는 사람을 최대 24시간 이상 임의대로 구금할 수 없고, 구금이 꼭 필요하다고 판단되는 경우에도 최대 7일 이상

구금을 할 수 없도록 규정해 놓았다(Royal Thai Government 2008).⁵⁾ 이들은 구금시설이 아닌 일반 보호소에 수용되도록 했으며, 태국 정부가 제공하는 의료 서비스에 접근이 가능하도록 했다(Royal Thai Government 2008).⁶⁾

그러나 태국 정부의 로힝야 난민 정책 및 건강권 보장 문제는 지나치게 인신매매 이슈에 초점이 맞춰져 있는 것으로 보인다. 난민보호 규범의 제도화는 거부하지만 인신매매 피해자 구제 제도화에는 적극적인 정부의 태도로 미루어 보아, 태국에서 난민보호의 사안은 더 이상 한정된 자원의 문제가 아니라, 정치적 의지의 문제로 판단된다.

4. 말레이시아

2022년 1월 말 기준으로 유엔난민기구 말레이시아 지부에 등록된 난민과 비호신청자는 약 181,510명으로, 이 중 155,610명이 미얀마 출신, 그 가운데 103,560명은 로힝야 인구다. 이는 말레이시아에 거주중인 난민의 과반수를 미얀마 출신의 로힝야족이 구성하고 있다는 것을 의미한다(UNHCR-Asia Pacific 2022). 그러나 이 숫자는 구금시설에 구류되어있거나, 구금된 상태로 비호신청을 한 후 유엔난민기구의 공식 난민인정결과를 기다리고 있는 로힝야들은 제외한 수치이다. 로힝야 커뮤니티 지도자는 말레이시아 내에 등록되지 않은 로힝야 인구가 약 35,000명 이상 더 존재할 것으로 예상하고 있다(USCRIF 2020).

말레이시아는 태국과 마찬가지로 1951년 난민협약과 1967년 난민 의정서의 비당사국이자 난민보호를 위한 국내 난민법도 부재하다. 뿐만 아니라, 말레이시아의 1957년 연방헌법 20조 (2)(c)항은 임시체류허가권을 가지고 말레이시아에 체류하는 자를 말레이시아의 거주

5) 반인신매매법 3장 섹션 29

6) 반인신매매법 4장 섹션 33

자로 간주하지 않으며(Malaysia 1957), 말레이시아의 이민법 1959-1963은 공항이나 출입국사무소와 같이 승인되지 않은 장소를 통해 말레이시아로 입국하거나(5조), 합법적인 입국 허가서를 소지하지 않은 사람(6조), 말레이시아에서 지내는 동안 경제적으로 자립이 가능하다는 서류(8조 (3)(a)항)나 건강 진단서를 제출하기를 거부한 사람(8조 (3)(c)항), 정신건강과 관련된 문제를 겪고 있거나 전염병 앓고 있는 사람(8조 (3)(b)항)을 말레이시아에 합법적으로 거주할 권리가 부재한 불법 이민자로 규정하고 있다(32조)(Malaysia 1959). 그러나 로힝야 사람들은 미얀마에서 시민권을 박탈당해 제대로 된 신분증을 가지고 있지 못하고 자국의 폭력을 피해 급히 피난을 떠나는 경우가 많기 때문에, 말레이시아가 요구하는 각종 문서들을 소지하고 있을 확률이 희박하다. 그러므로 말레이시아에 비호신청을 위해서 입국하는 로힝야들은 다수 불법 이민자로 분류가 되어, 언어 및 신체적 폭력과 임금 착취, 자의적 해고, 성희롱, 급습과 같은 폭력 및 정부에 의한 체포와 구금의 위협에 노출되어 있다.

위와 같이 난민 보호를 위한 제도의 부재로 인해 말레이시아에는 난민캠프가 없으며, 이러한 결과로 로힝야 인구를 포함하여 말레이시아에 거주하는 난민들은 심한 도시화 현상을 경험하고 있는 것으로 알려져 있다. 약 59%의 난민들이 말레이시아의 수도인 쿠알라룸푸르나 주변 도시 클랑 벨리, 페낭, 조호르, 말라카와 같은 도시에 거주 중이며, 이 비율은 점차 증가하고 있는 것으로 알려졌다. 또한, 말레이시아에 거주 중인 도심 난민들은 대부분 난민 장기화 사태에 놓여있는데, 한 인터뷰 결과에 따르면 로힝야 인구의 4분의 1이 말레이시아에 20년 이상 거주 중이었으며, 가장 길게는 31년 이상을 거주 중인 이도 있었다(Wake and Cheung 2016: 2).

이러한 상황에서, 말레이시아에 거주 중인 로힝야 난민들의 건강권 보장 문제는 대부분 유엔난민기구의 손에 달려있다. 유엔난민기

구에 의해 난민으로 인정되어 발급받은 신분증 소지 여부가 로힝야 사람들의 공공의료시설 접근성 여부를 판가름하기 때문이다. 유엔난민기구가 발급한 신분증을 가지고 있다는 것은 곧 로힝야 난민이 말레이시아에서 한시적으로나마 합법적으로 거주할 수 있는 지위를 부여받았다는 뜻이며, 자의적 구금 및 체포의 상황에서 저항할 수단을 가지고, 일할 권리와 함께 보험이나 정부의 의료비 지원금과 같은 제도의 수혜자가 될 수 있다는 의미이다. 그러므로 유엔난민기구의 신분증은 말레이시아 내에서 로힝야들에게 “가장 중요한 형태의 보호 도구”로 손꼽힌다(Sullivan 2016: 8).

1) 난민을 위한 말레이시아의 특별 의료정책

말레이시아는 놀랍게도 난민을 위한 특별 의료 정책들이 존재하는데, 아마도 이러한 이유로 말레이시아는 동남아 지역의 난민들이 선호하는 목적국(Country of Destination)이 되었는지도 모른다. 첫째, 유엔난민기구에 의해 난민으로 인정받은 공식 신분증을 소지한 로힝야들은(비호신청자는 제외), 정부가 운영하는 공공의료기관에서 외국인 의료비의 절반인 50%의 의료비를 할인 받는다(UNHCR-Malaysia 2022). 둘째, 말레이시아에는 난민들을 위한 의료보험 서비스가 존재한다. 유엔난민기구는 말레이시아 정부 및 민간 기업과 협력하여 난민의료보험(REMEDI: Refugee Medical Insurance)을 제공하고 있다. 난민의료보험을 가지면 난민들은 개인 당 40에서 2천4백 달러, 가족 당 50에서 2천9백 달러까지, 의사 문진을 포함하여 최대 30일까지의 입원비, 구급차 사용비, 수술 또는 마취비에 대한 의료 지원을 받을 수 있다. 이러한 제도 덕분에 말레이시아에서 난민으로 인정받은 인구의 1차 의료 서비스 접근성은 무려 92.2%에 달하는 것으로 나타났다(UNHCR 2021).

그러나 이러한 건강권 보장제도도 외국인의 의료비가 100퍼센트

상승함에 따라, 난민의 공공의료시설 접근이 매우 어려워졌다(Malay Mail 2017). 난민의료보험도 오직 유엔난민기구에서 발급한 신분증을 가진 난민에게만 적용되며, 아주 적은 수의 난민만이 이 제도에 대해 인지하고 있어 실제로 난민의료보험에 등록한 난민의 수는 2021년을 기준으로 총 23,113명, 등록률은 12.2% 수준으로 매우 낮은 것으로 나타났다(UNHCR 2021). 또한 임신이나 출산과 관련된 의료비의 경우 치료비가 미화 1,500달러부터 6,000달러까지 달하는 등, 높은 의료비로 인해 로힝야 산모들의 의료 서비스 접근성이 떨어지는 것은 말레이시아 내 난민들에게 있어 가장 큰 의료 문제로 인식되고 있다(Sullivan 2016, 7). 이와 같은 문제의식을 반영하듯, 난민들은 의료 서비스 접근 장애요인으로 높은 의료비(50%), 병원의 진료 거부(33.3%), 교통문제(16.7%)를 지적한 바 있다(UNHCR 2021). 물론 유엔난민기구 말레이시아 지부는 심각한 의료 문제를 겪고 있는 로힝야의 난민지위심사절차를 우선시 해 주거나, 이미 등록된 난민들에게는 의료보험 등록비와 진료비를 대신 내주는 방법 등을 통해 난민의료지원을 지속해 나가고 있다. 이러한 노력의 결과로, 2017년 6월을 기준으로 총 1,077명의 로힝야 난민들이 유엔난민기구에 의료 지원을 요청했으며, 이 중 50여건의 사례가 우선사례로 선별되어 선 지원을 받은 것으로 나타났다(UNHCR 2021).

그러나 말레이시아에서 난민을 위한 의료 정책의 이행에 있어 가장 문제가 되는 것은 이러한 제도들이 유엔난민기구에 의해 난민으로 인정된 사람들에게만 적용되며, 이렇게 난민으로 인정받기 위해 비호신청을 하는 것 자체도 난민들에게 쉬운 과제는 아니라는 점이다. 난민의 신분증 발급은 말레이시아의 수도 쿠알라룸푸르 유엔난민기구 사무실에서만 가능하기 때문에 도시 외곽지역에 거주중인 난민에게는 긴 여행거리와 높은 여행비가 하나의 걸림돌이 되고 있다. 그리고 방문에 성공했다고 하더라도 응급상황이 아닌 경우에는

유엔난민기구가 전화로 곧 연락하겠다는 약속을 하고 난민을 돌려 보내게 되는데, 이렇게 주선된 의료 검진은 대체로 1년 이상 대기 기간이 발생한다는 문제가 있다. 그리고 대부분의 난민들은 불안정한 노동과 수입으로 전화번호를 유지하지 못해 유엔난민기구로부터 연락을 받지 못하는 경우가 허다하다(Sullivan 2016: 10). 사실 말레이시아 법에 따르면 공공병원은 응급 의료 상황이 발생 시, 모든 사람에게 의료 서비스를 제공해야 할 의무를 가진다(Sullivan 2016: 7). 그러나 실제로는 말레이시아 정부가 유엔난민기구가 발급한 신분증이 없는 로힝야 사람들에게 의료 지원을 전혀 하고 있지 않으며, 혹여 이들이 공공병원을 찾았을 때에는 소속 의사나 관계자가 이민청에 고발하도록 하는 행정명령을 발효함으로써, 로힝야 난민들을 적극적으로 체포하고 구금하도록 하고 있다(CEDAW 2018).

2) 구금 및 구치시설 내 의료 문제와 국제기구의 대응

유엔난민기구 말레이시아 지부는 이민자 구금시설에서 응급 의료 상황에 처한 로힝야들을 돕기 위해, 2015년 9월 파트너 추천 시스템(Partner Referral System)을 도입했다. 새로운 시스템의 도입으로, 구류된 난민에게 응급 의료 상황이 발생하면 해당 난민과 유엔난민기구의 직원이 가장 먼저 연락을 할 수 있는 시스템이 구축되었다. 유엔난민기구에 의해 긴급상황이 아니라고 판단이 되는 경우에는 난민들에게 대안적으로 의료 서비스를 제공하는 시민단체의 정보가 주어지며, 임신 또는 출산과 같이 응급상황으로 분류되는 경우에는 UNHCR-NGO네트워크와 같은 공식적인 경로를 통한 특별 의료지원이 제공된다(Sullivan 2016: 10).

유엔난민기구의 실태 보고서에 따르면, 긴급으로 건강권 보호 및 의료 서비스 개입이 필요한 난민들을 파악하고 지원하기 위해 현재 말레이시아 내에는 23개의 난민 커뮤니티가 존재하며, 파트너 추천

시스템이 시행된 첫 해에는 764건의 사례를 통해 1,501명의 난민들이 의료 지원 대상으로 유엔난민기구에 추천되었다. 그리고 이 중에 650건(전체의 87%)은 유엔난민기구에 의해 긴급 개입 사례로 승인되어 처리되었다. 한때는 유엔난민기구가 말레이시아 내 로힝야들을 도와주는 의료관련 시민단체 목록을 공개적으로 밝히지 않아, 난민들의 의료 접근성을 낮춘다는 비판을 받았었다. 그러나 시민단체들의 노력으로 유엔난민기구 말레이시아 지부는 대안적 의료 서비스를 지원하는 시민단체 목록을 공식적으로 공개하여 정보의 투명성을 높인바 있다. 현재는 시민단체들에 의해 운영되는 총 14개의 진료소의 주소, 전화번호, 이메일 주소 및 운영 시간과 진료 과목을 유엔난민기구 홈페이지에 공개해 놓음으로서, 이들은 말레이시아 정부가 채우지 못하는 의료권 보장의 빈틈을 채워주고 있다는 평을 받고 있다(UNHCR-Malaysia 2022).

3) 로힝야 난민 자급자족 네트워크의 역할

그러나 여전히 유엔난민기구가 제공하는 의료 혜택에서 배제된 로힝야 사람들은 대부분 로힝야 부족 네트워크 또는 커뮤니티 기반 조직(community based-organizations)에 의지하는 것으로 나타났다. 한 연구에 따르면, 말레이시아에 거주 중인 모든 로힝야들은 다른 로힝야들로부터 도움을 받은 경험이 있는데(Zaman 2012: 137), 이는 로힝야 사람들이 미얀마에서 비슷한 이유로 자국에서 피난 후 말레이시아까지 오는 도중에 겪은 공통의 경험을 바탕으로 비슷한 인류애와 책임감을 느끼고 공유하고 있기 때문인 것으로 보인다(Sullivan 2016: 20). 말레이시아 내에 이러한 커뮤니티 기반 조직은 총 15개가 존재하는 것으로 알려져 있고(Sullivan 2016: 13), 이들은 회원들의 정기 납부금, 말레이시아인들의 기부금, 유엔난민기구로부터 받은 지원금을 기반으로 로힝야 난민들에게 의료를 포함한 다양

한 서비스를 제공하고 있다. 예를 들어, 지방정부에 위치한 공공병원들이 종종 등록되지 않은 비호신청자들을 입원시켜주거나 치료를 해주는 경우가 있는데, 여기에는 로힝야 커뮤니티 조직 또는 무슬림 종교 지도자들의 영향력이 지대하다. 로힝야족 커뮤니티 지도자들은 말레이시아 현지 지역 병원들과 오랜 시간 동안 좋은 관계를 발전시켜옴으로써, 로힝야들에게 의료 문제 발생 시 난민 환자가 해당 지역의 로힝야 마을기관에 등록되어 있다는 신원 보장 추천서를 써준다. 또한 로힝야 난민을 위한 개인 후원자를 찾아 병원에 신용 보증을 서는 것을 도와주는 등, 병원 스태프들과의 협상을 통해 난민들의 입원 수속을 지원한다. 난민들이 병원에서 퇴원하여 회복할 때에도 커뮤니티 조직들은 보호소를 직접 운영함으로써 아픈 사람들을 도와주기도 한다. 공식적인 난민 지원이 부족하고 이민정책이 난민들에게 가혹할수록, 사회적 네트워크는 난민들의 생존과 성공을 결정하는 중요한 요인으로 알려져 있다(Palmgren 2013). 말레이시아에서도 시민단체와 난민 커뮤니티 같은 비공식적인 정책 행위자들이 중요한 사회적 자원이 되어, 등록되지 못한 난민들도 공공의료시설에 접근 가능하도록 지역 병원들과 협상하면서 난민 보호의 틈을 메우고 있다.

IV. 결론: 평가 및 시사점

본 논문은 로힝야 난민 사태가 악화되면서 방글라데시와 동남아 3개국(미얀마, 태국, 말레이시아)에서 대두된 난민들의 의료 문제들을 정리하고, 이에 대한 대응으로 제공된 국가 및 국제기구, 비정부기구, 난민 자급자족 네트워크들의 의료지원 프로그램을 비교 및 분석했다. 동남아 지역에 위치한 로힝야 난민 발생국, 경유국, 목적국

들은 모두 국제난민법의 기준을 거부하고 있어, 로힝야 사람들은 해당 국가들에서 공식적인 난민으로 인정받지 못한 채 유엔난민기구의 인도적 지원에 삶을 의지하고 있다. 특히 태국과 말레이시아에서는 이민 인구 통제정책으로 인해 로힝야 사람들이 불법 이민자로 간주되고 있는 실정이다. 이러한 동남아 지역 내 난민보호제도화의 실패로 로힝야 사람들은 강제이주 과정 동안 인신매매의 피해자가 되거나, 공권력에 의해 체포 및 구금의 대상자가 되어 다양한 의료 문제에 노출되고 있다.

<표 3> 국가들의 난민보호 제도와 건강권 보장 현황 요약

	난민보호 제도와 로힝야의 신분	로힝야 관련 주요 의료 사안	난민 건강권 현황
미얀마	<ul style="list-style-type: none"> • 1951 난민협약, 1967 난민의 정서 비당사국 • 국내 난민법 부재 • 로힝야족을 시민으로 미인정 	<ul style="list-style-type: none"> • 영양실조 • 장기간 신체적·정신적 폭력 노출 • 집단학살로 인한 피해 	<ul style="list-style-type: none"> • 국가의 차별정책이 소수민족의 장기적 건강문제 야기
방글라데시	<ul style="list-style-type: none"> • 1951 난민협약, 1967 난민의 정서 비당사국 • 국내 난민법 부재 • 로힝야를 난민 캠프에 수용 	<ul style="list-style-type: none"> • 열악한 난민캠프 조건 • 난민사태 장기화에 따른 정신적 건강 문제 • 강제추방정책 	<ul style="list-style-type: none"> • 난민캠프 내 국제인권단체들이 각종 의료서비스 제공
태국	<ul style="list-style-type: none"> • 1951 난민협약, 1967 난민의 정서 비당사국 • 국내 난민법 부재 • UNHCR의 인정난민 및 비호 신청자 미인정 • 로힝야는 불법이민자로 간주 	<ul style="list-style-type: none"> • 구금 정책 • 인신매매 피해 	<ul style="list-style-type: none"> • 불법이민자의 경우 구금과 체포의 대상이 되고, 공공의료 시스템에 접근이 제한됨 • 반인신매매법(2008)과 행정결의안 no. 11/B.E. 2559을 통해 인신매매 피해자들에게 의료권 보장
말레이시아	<ul style="list-style-type: none"> • 1951 난민협약, 1967 난민의 정서 비당사국 • 국내 난민법 부재 • 1957 연방헌법과 이민법 1959-63에 의해 로힝야는 불법이민자로 간주 	<ul style="list-style-type: none"> • 구금 정책 • UNHCR 난민 인정의 어려움 • 높은 의료비 	<ul style="list-style-type: none"> • 불법이민자의 경우 구금과 체포의 대상이 되고, 공공의료 시스템에 접근이 제한됨 • UNHCR의 인정난민은 외국인 의료비의 50% 할인 혜택 및 난민의료보험(REMEDI)에 등록 가능

그러나 본 연구의 결과는 난민보호제도의 부재가 동남아 국가들의 난민보호에 대한 무관심과 난민의 건강권 보장의 완전한 부재를 의미하지는 않는다는 점을 시사하고 있다. 국가들의 난민보호 법률 및 정책의 제도화 거부로 인해 발생한 난민의 건강권 보호의 빈틈은 국제기구, 비정부기구, 난민 자급자족 네트워크들이 제도화를 넘어선 다른 방식으로 채워나가고 있다. 예를 들어, 로힝야 난민들의 출신국인 미얀마에서 이들을 위한 보편적 건강권 주체는 국제기구 및 국제인권단체가 운영하는 진료소로, 이곳의 치료 기록들은 로힝야 사람들이 정부의 집단학살 피해자임을 입증하는 증거가 되기도 한다. 로힝야 난민들의 단기 또는 장기 수용국인 방글라데시는 유엔난민기구에 로힝야 난민 보호를 일임함으로써 국제기구 및 각종 국제인권단체들이 난민캠프 내에서 진료소를 설치하고 난민들에게 정신건강을 포함한 다양한 의료 서비스를 제공할 수 있는 공간을 허락하고 있다. 한편, 로힝야 난민들의 경유국이자 목적지 국가로 분류되는 태국과 말레이시아는 로힝야들을 불법이민자로 간주함으로써 체포와 구금 정책을 통해 이들의 건강권 보장을 근본적으로 차단하고 있다. 로힝야 사람들이 태국과 말레이시아 양국에서 난민으로 인정받기 위한 유일한 방법은 유엔난민기구를 통해 비호신청을 하는 것인데, 태국의 경우 유엔난민기구의 인정난민 및 비호신청자를 인정하고 있지 않아, 난민들이 유엔난민기구를 통해 공식적인 방법으로 의료시설에 접근하는 것을 어렵게 만들고 있다. 그러나 난민들이 인신매매 피해자로 인정되는 경우에는 이들에게 제한적인 의료권을 보장하고 있어, 태국의 난민 보호 정책이 지나치게 인신매매 이슈에 집중되어 있다는 비판을 받고 있기도 하다. 반면, 태국과는 다르게 말레이시아는 유엔난민기구에 의해 인정된 난민의 권리를 공식 인정하고 있다. 난민으로 인정되기만 하면 말레이시아 정부가 제공하는 각종 공공의료시설에 외국인 의료비의 절반으로 접근이 가능한

것이다. 뿐만 아니라 말레이시아에는 난민만을 위한 의료보험제도도 존재 해, 난민 의료권 보장을 위한 시스템만 보자면 어느 선진국과 비교하더라도 발전된 의료 체계를 갖추고 있다. 그러나 문제는 이러한 훌륭한 시스템이 현실을 전혀 반영하고 있지 못한 높은 의료비와 낮은 홍보로 인해서 난민들의 건강권 향상에 실제로 의미 있는 역할을 이끌어 내고 있지 못하다는 것이다. 그러나 이러한 한계는 말레이시아 내에 존재하는 로힝야 난민 자급자족 네트워크에 의해 많은 부분 극복되고 있다.

물론 난민들의 보편적 건강권 보장 문제를 난민 스스로 해결하도록 하는 시스템은 올바른 것도 아니고, 권장될 만한 사안도 아니다. 그러나 여기서 주목할 점은 어떠한 조건 아래서 난민들이 서로 도움만큼 세력이 강화되어, 동족들의 의료서비스 접근성 향상에 기여할 수 있게 되는가 하는 부분이다. 그리고 본 사안은 우리로 하여금 난민보호제도화의 문제를 다시 상기시킨다. 태국은 유엔난민기구가 인정한 난민들도 공식 인정하고 있지 않은 한편, 말레이시아에서는 유엔난민기구가 인정한 난민으로 공식 등록되기만 하면 일자리 참여를 통해 세금 제도에 기여하는 방식으로 의료서비스를 포함한 여러 가지 사회보장 혜택의 대상이 된다. 그리고 이러한 차이는 양국에 이미 정착 해 있는 난민들의 세력화와 자립성에 영향을 미치는 것이다.

그러나 동남아 지역에서 난민들의 건강권 향상을 위한 난민보호제도화는 단기간에 실현 가능한 목표가 아니다. 이점에서 말레이시아 정부가 국제난민법 비준이나 국내난민법의 새로운 제정 없이도, 국제기구와의 적극적인 협조를 통해 로힝야 난민의 건강권을 향상시킨 점에 대해 주목할 필요가 있다. 기존의 연구가 제시하듯 동남아 지역 내에서 종교는 난민의 건강권 향상에 있어서 단일 효과를 크게 가져오지는 못했다. 그러나 말레이시아 사례에서 관찰할 수 있었듯

이 종교라는 변수가 수용국 내에서 국제기구의 적극적인 활동을 위한 기회의 문을 열고, 국제기구와 난민 네트워크의 역량이 서로 결합하여 난민의 건강권 향상을 위해 이끌어 낸 상승효과는 놀랍도록 긍정적이었다고 평가할 수 있다. 난민 수용국 내에서 국제기구의 적극적인 역할은 난민 커뮤니티 조직의 역량 강화로 이어졌고, 이는 다시 말레이시아 내 난민 의료서비스 접근권 향상이라는 장기적인 효과로 연결된 것이다. 그러므로 본 논문의 연구 결과는, 난민보호의 제도화가 미비한 동남아 지역 내에서 난민들의 보편적 건강권 보장은, 결국 국제기구의 지원을 받고 세력을 확장 및 강화한 난민 커뮤니티 조직의 역량에 달려있다고 시사한다. 안정되고 세력화 되어 있는 난민 커뮤니티가 지역 사회에 존재하는 난민 수용국일수록 새로 도착한 난민들에게 자원을 공유해 줄 수 있는 잠재성을 가질 확률이 높아, 지역 내 수용되어 있는 난민 전체의 의료 서비스 접근성을 높이기 때문이다. 우리는 흔히 난민들을 수용국 또는 국제사회의 지원에 의지하는 사회의 부담으로 생각한다. 그러나 본 연구 결과는 난민들이 스스로 역량 강화를 통해 자립적인 주체가 될 수 있다는 점을 시사한다. 그리고 이는 앞으로 동남아 지역에서 난민 수용국과 국제기구가 난민 정책을 수립할 때, 어떠한 부분에 더욱 초점을 맞춰야 하는지 교훈을 줄 것으로 기대된다.

참고문헌

- 국제앰네스티. 2016. “말레이시아: ‘보트 난민 위기’ 후 1년, 여전히 열악한 생존자 처우.”
- 아디. 2022. “로힝야 여성 스토리북: 돌아봄, 돌봄, 봄.”
- 최원근. 2021. “아시아의 난민보호와 시민사회의 대응.” 국제정치논총. 61(1): 7-39.
- ADI(Asian Dignity Initiative). 2021. “Consolidated Rohingya Genocide Report: They did it because we are Muslim.” June 2021.
- BBC. 2015. “SE Asia Migrants ‘Killed in Fight for Food’ on Boat.” May 17. <https://www.bbc.com/news/world-asia-32772333> (검색일: 2022.02.21.)
- CEDAW. 2018. “Concluding Observations on the Combined Third to Fifth Periodic Reports of Malaysia.” CEDAW/C/MYS/CO/3-5. United Nations. March 14. <https://digitallibrary.un.org/record/1627641> (검색일: 2022.02.23.)
- Clark, Ann Marie. 2001. *Diplomacy of Conscience: Amnesty International and Changing Human Rights Norms*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Cochrane, Joe. 2015. “In Reversal, Myanmar Agrees to Attend Meeting on Migrant Crisis.” *The New York Times*. May 21. <https://www.nytimes.com/2015/05/22/world/asia/myanmar-rohingya-migrant-crisis-malaysia-thailand-indonesia.html> (검색일: 2022.02.23.)
- Fortify Rights. 2016. “Thailand: Implement Cabinet Resolution to Protect Survivors of Human Trafficking.” April 19. <https://>

- www.fortifyrights.org/tha-inv-2016-04-19/ (검색일: 2022.03.02.)
- Fortify Rights. 2020. "Thailand: Protect Rohingya Refugees from Forced Return, Indefinite Detention." June 5. <https://www.fortifyrights.org/tha-inv-2020-06-05/> (검색일: 2022.03.02.)
- Head, Jonathan. 2015. "Sold for Ransom: on the Trail of Thailand's Human Traffickers." *BBC*. May 22. <https://www.bbc.com/news/world-asia-32835811> (검색일: 2022.03.03.)
- Health UNHCR. 2018. "Diabetes Awareness and Care: Rohingya Language." October 29. <https://www.youtube.com/watch?v=h10m27muUwU> (검색일: 2022.02.24.)
- Hoffstaedter, Gerhard. 2017. "Refugees, Islam, and the State: The Role of Religion in Providing Sanctuary in Malaysia." *Journal of Immigrant & Refugee Studies* 15(3): 287-304.
- HRC(Human Rights Council). 2014. "Report of the Special Rapporteur on the Situation of Human Rights in Myanmar, Tomas Ojea Quintana." A/HRC/25/64. United Nations. <https://www.ohchr.org/en/documents/country-reports/ahrc4656-report-special-rapporteur-situation-human-rights-myanmar-tomas> (검색일: 2022.01.14.)
- Human Rights Watch. 2020. "Thailand: Let UN Refugee Agency Screen Rohingya: End Inhumane Indefinite Detention of Asylum Seekers." May 21. <https://www.hrw.org/news/2020/05/21/thailand-let-un-refugee-agency-screen-rohingya> (검색일: 2022.01.18.)
- Jonathan Head. 2015. "Sold for Ransom: On the Trail of Thailand's Human Traffickers." *BBC*. May 22. <https://www.bbc.co.uk/ne>

ws/world-asia-32835811 (검색일: 2022.02.07.)

- Keck, Margaret E., and Sikkink, Kathryn. 1998. *Activists Beyond Borders, Advocacy Networks in International Politics*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Kim, Jeonghyeon. 2021. "The Role of International Intervention in Managing Refugee Crises: Lessons from Vietnamese and North Korea Refugee Cases in China." *The Pacific Review*. Published online.
- Kunz, E.F. 1981. "Exile and Resettlement: Refugee Theory." *International Migration Review*. 15(1/2): 42-51.
- Lam, J. 2013. "China's Refugee Policy in Comparison." *E-International Relations*. August 25. <https://www.e-ir.info/2013/08/25/chinas-refugee-policy-in-comparison/> (검색일: 2022.03.12.)
- Lamb, Kate. 2015. "'They Hit us, with Hammers, by Knife': Rohingya Migrants Tell of Horror at Sea." *The Guardian*. May 17. <https://www.theguardian.com/world/2015/may/17/they-hit-us-with-hammers-by-knife-rohingya-migrants-tell-of-horror-at-sea> (검색일: 2022.03.12.)
- Legido-Qulgley, Helena., Flona Leh Hoon Chuah, and Natasha Howard. 2020. "Southeast Asian Health System Challenges and Responses to the 'Andaman Sea Refugee Crisis': A Qualitative Study of Health-sector Perspectives from Indonesia, Malaysia, and Thailand." *PLOS Medicine* 17(11): 1-22.
- Malay Mail. 2017. "Health Ministry Hikes up Hospital Fees for Foreigners up to 230pc." April 8. <https://www.malaymail.com/news/malaysia/2017/04/08/health-ministry-hikes-up-h>

- ospital-fees-for-foreigners-up-to-230pc/1351929 (검색일: 2022.03.18.)
- MSF(Médecins Sans Frontières). 1992-2014. *MSF and The Rohingya 1992-2014*. Binet, Laurence ed. Geneva: MSF.
- _____. 2022. “Values.” <https://www.doctorswithoutborders.ca/content/values#:~:text=At%20the%20core%20of%20Doctors,These%20are%20the%20MSF%20principles> (검색일: 2022.05.06.)
- Min, Nusrat Jahan. 2020. “Religion at the Margins: Resistance to Secular Humanitarianism at the Rohingya Refugee Camps in Bangladesh.” *Religions* 11(8): 423.
- Palmgren, Pei A. 2013. “Irregular Networks: Bangkok Refugees in the City and Region.” *Journal of Refugee Studies* 27(1): 21-41.
- Reuters. 2022. “Six Rohingya Dead, Hundreds Flee after Riot at Malaysian Detention Camp.” April 20. <https://www.reuters.com/world/asia-pacific/six-rohingya-dead-hundreds-flee-after-riot-malaysian-detention-camp-2022-04-20/> (검색일: 2022.02.09.)
- Royal Thai Government. 2008. “The Anti-Trafficking in Persons Act B.E 2551.”
- Song, L. 2020. *Chinese Refugee Law and Policy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Southwick, Katherine, J. D. & M. Lynch. 2009. *National Rights for All: A Progress Report and Global Survey on Statelessness*. Refugees International.
- Statista. 2022. “Health Expenditure as a Share of Gross Domestic

- Product in Myanmar 2010 to 2019.” <https://www.statista.com/statistics/780526/health-expenditure-share-of-gdp-myanmar/>
(검색일: 2022.04.06.)
- Sullivan, Daniel. 2016. “Still Adrift: Failure to Protect Rohingya in Malaysia and Thailand.” Refugees International Field Report. November 16. <https://www.refugeesinternational.org/reports/2016/rohingya> (검색일: 2022.03.11.)
- The Government of Malaysia. 1957. “Federal Constitution.”
_____. 1959. “Immigration Act, 1959-1963.”
- UNHCR. 2021. “Fact Sheet: Thailand.” December 31. <https://www.scribd.com/document/447500521/UNHCR-Thailand-Fact-Sheet-2019-December>(검색일: 2021.10.28.)
- UNHCR. 2021. “Public Health in Malaysia.” <https://www.unhcr.org/public-health-in-malaysia.html>(검색일: 2021.10.28.)
- UNHCR-Asia Pacific. 2022. “Figures at a Glance in Malaysia.” <https://www.unhcr.org/figures-at-a-glance-in-malaysia.html>
(검색일: 2022.01.25.)
- UNHCR-Malaysia. 2022. “Health Services.” <https://refugeemalaysia.org/support/health-services/> (검색일: 2022.01.25.)
- UNHCR Population Statistics Database. 2022. “Refugee Data Finder.” <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/download/?url=z81qNV> (검색일: 2022.03.31.)
- UN Strategic Executive Group. 2018. “JPR for Rohingya Humanitarian Crisis: March-December 2018.” March 16. <https://reliefweb.int/report/bangladesh/jrp-rohingya-humanitarian-crisis-march-december-2018-0> (검색일: 2022.02.18.)
- US Department of State(Bureau of Democracy, Human Rights and

- Labor). 2015. "Thailand 2015 Human Rights Report." *Country Reports on Human Rights Practices for 2015*.
- US Commission on International Religious Freedom(USCIRF). 2020. "Fact sheet: Rohingya Refugees." <https://www.uscirf.gov/sites/default/files/2020%20Legislation%20Factsheet%20-%20Rohingya%20Refugee%5B5481%5D.pdf> (검색일: 2022.01.15.)
- US Secretary of State. 2021. "2021 Trafficking in Persons Report." July 1. <https://www.state.gov/reports/2021-trafficking-in-persons-report/> (검색일: 2022.03.21.)
- UN(United Nations). 1948. "Convention on the Prevention and Punishment of the Crime of Genocide." https://www.un.org/en/genocideprevention/documents/atrocity-crimes/Doc.1_Convention%20on%20the%20Prevention%20and%20Punishment%20of%20the%20Crime%20of%20Genocide.pdf (검색일: 2022.01.25.)
- _____. 2019. "UN Independent International Fact-Finding Mission on Myanmar Calls on UN Member States to Remain Vigilant in the Face of the Continued Threat of Genocide." October 23. <https://www.ohchr.org/en/press-releases/2019/10/un-independent-international-fact-finding-mission-myanmar-calls-un-member> (검색일: 2022.01.25.)
- UN Women. 2021. "COVID-19 and Violence against Women: What the Data Tells Us." November 24. <https://www.unwomen.org/en/news-stories/feature-story/2021/11/covid-19-and-violence-against-women-what-the-data-tells-us> (검색일: 2022.02.03.)

- Wake, Caitlin. and Tania Cheung. 2016. "Livelihood Strategies of Rohingya Refugees in Malaysia: 'We Want to Live in Dignity.'" London: Overseas Development Institute.
- World Bank. 2022. "Net ODA Received per Capita(Current US\$): Myanmar" <https://data.worldbank.org/indicator/DT.ODA.ODAT.PC.ZS?locations=MM> (검색일: 2022.04.06.)
- Zimmerman, Cathy., Kiss, Ligia., and Hossain, Mazeda. 2011. "Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making." PLOS Medicine 8(5): 1-7.

(2022.04.11. 투고, 2022.04.15. 심사, 2022.05.10. 게재확정)

<Abstract>

Refugees' Rights to Universal Health Coverage: The case of Rohingya in Southeast Asia

Jeonghyeon Kim

(Research Fellow at the Institute for Southeast Asian Studies,
Jeonbuk National University)

Under what conditions, refugees' rights to universal health coverage (UHC) can be improved? This article aims to identify the factors that lead to the varying responses of host countries toward refugees' rights to health by examining the medical issues Rohingya refugees have faced in the Southeast Asian region throughout their forced-migration journey. This article suggests that refugees are more likely to access UHC systems in a host country where refugee community organizations are empowered and become self-sufficient with support from international organizations and human rights NGOs. Stable and empowered refugee community organizations have better financial resources and social networks which could help newcomers to access UHC.

Key Words: Rohingya, Refugees, Human Rights, Right to Health, Refugee Network