



시민건강이슈 2018-06

PHI Issue Paper 2018-06

**젠더폭력에 대한 보건의료제도의 대응 평가
: 실재론 평가를 적용한 파일럿 스터디를 중심으로**



**젠더폭력에 대한 보건의료제도의 대응 평가: 실재론 평가를 적용한
파일럿 스터디를 중심으로**

출판일 || 2018년 6월 27일

편집인 || 김성이 시민건강연구소 연구원

필진 || 김성이 시민건강연구소 연구원

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

〈 차 례 〉

1. 들어가며	1
2. 젠더폭력에 대한 개관	3
2.1. 젠더폭력이란 무엇인가	3
2.2. 젠더폭력의 건강영향	7
2.3. 한국 젠더폭력의 발생현황	9
3. 파일럿 스터디 : 한국 보건의료제도의 젠더폭력 대응평가	12
3.1. 젠더폭력 대응에서 보건의료제도의 중요성	12
3.2. 한국 보건의료부문의 젠더폭력 피해자 지원 현황	16
3.3. 파일럿 스터디 결과	18
4. 젠더폭력 피해자의 건강보장 방안	38
4.1. 여성중심돌봄 접근	38
4.2. 보건체계강화 접근	45
참고문헌	49

〈표 차례〉

<표 1> 여성에 대한 폭력으로 유발되는 건강문제	7
<표 2> <가정폭력 실태조사>에 근거한 가정폭력 발생률 변화 추이	10
<표 3> 데이트폭력 검거자 수(2012년-2017년)	11
<표 4> 성폭력범죄 중 카메라 등 이용촬영 발생건수 추이(2007년-2016년)	11
<표 5> 젠더폭력 예방정책 권고 종합	12
<표 6> 가정폭력 및 성폭력 피해자 의료지원 범위	17
<표 7> 실재론 평가의 적용	19
<표 8> 심층면담 참여자 특성	20
<표 9> 폭력피해자에 대한 건강보험 급여조건	42
<표 10> 젠더폭력에 대응하는 보건체계 영역과 필수요소	45

〈그림 차례〉

<그림 1> 생애주기로 본 여성에 대한 폭력의 형태들	6
<그림 2> 친밀한 파트너 폭력의 건강영향	8
<그림 3> 젠더폭력 예방정책에서 보건의료부문의 역할	14
<그림 4> 폭력예방을 위한 공중보건 접근	15
<그림 5> 실재론 평가 결과: 심층면담 결과의 요약	36
<그림 6> 건강의 사회적 결정요인으로서 젠더의 역할에 대한 프레임워크	47

1. 들어가며

2016년 봄은 각별했다.¹⁾ 그동안 ‘폭력 가장’이나 ‘흉악한 연쇄 성폭행범’의 이미지를 떠올리게 하던 여성대상폭력에 대한 인식이 이 시기를 경과하면서 ‘친밀한 관계에서 일상적으로 그리고 누구에게든 공개된 장소에서’ 생길 수 있는 일로 바뀌게 되었다. 여성들은 사회적 차원의 성별 불평등과 차별이 개인 차원에서 안전과 생명을 심각하게 위협하는 일로 직결될 수 있음을 체감하고 크게 분노했다. 또한 그동안 여성이기에 경험했던 차별과 불안에 대해 호소하고 이 사회가 좀 더 안전하고 성평등한 사회로 달라지기를 요구했다. 그러나 해가 바뀌어서도 가정과 학교, 직장과 거리에서 발생하는 여성에 대한 다양한 형태의 물리적 폭력과 성적 괴롭힘, 통제와 간섭들에 대한 폭로는 끊이지 않고 있다. 이제 단지 ‘어느 불쌍한 여자’ 이야기로 소비되지 않고 그런 폭력의 본질에 대해 고민하고 말하며, 여성도 법 앞에서 동등한 인간으로서 권리를 보장받을 수 있도록 국가와 사회의 적극적인 개선을 요구하는 여성들의 집단행동과 목소리는 점점 커지고 있다.²⁾

그런 와중에 여성에 대한 폭력은 “젠더폭력”으로 새롭게 호명되고 있다. 여성학 연구자들 사이에서나 간혹 사용되었던 “젠더폭력”이라는 용어는 새 정부의 (가칭)<젠더폭력방지기본법>(국정기획자문위원회, 2017) 제정 발표를 계기로 시민들에게 알려졌다. <젠더폭력방지기본법> 제정을 통하여 가정폭력이나 성폭력 등 기존의 여성대상 폭력 외에도 디지털성범죄나 여성혐오살인처럼 다양한 형태의 신종 여성대상폭력을 다룰 것이라고 한다. 이 새로운 입법 계획은 달라진 시대상을 반영하고 지금까지 여성대상폭력에 대해 특별법 형태로 개별적 법률과 제도로 접근하면서 드러난 포괄성 부족과 법제도화의 한계를 보완하려는 조치로 볼 수 있다³⁾.

한편 점점 많은 국제기구와 국가들은 젠더폭력 예방정책이 사법제도 기반 접근만으로 충분하지 않다고 지적하며, 이를 보완할 수 있는 공중보건접근(public health approach)의 유용성을

1) 불법음란물 사이트인 소라넷의 폐쇄(4월 7일), 가락동 스토킹 살인사건(4월19일), 강남역 10번 출구 살인사건(5월 17일) 등 여성을 대상으로 한 신종범죄 및 강력범죄가 연달아 크게 보도되면서, 이런 사건에 대한 여성들의 반응이 사회적 이슈로서 집중 보도된 시간이었다.

2) 신상숙은 미투운동을 ‘피해 여성의 말할 권리를 빼앗은 구시대의 종말을 고하고 새 시대를 여는 여성시민의 혁명’이라고 평가한 바 있다.(신상숙(2017), 젠더에 기반한 차별과 폭력의 연속선. 페미니즘 연구 18(1).) 미투운동에서 시작한 여성시민의 혁명은 최근 수많은 여성들이 모인 1,2차 ‘불법촬영 편파수사 규탄시위’처럼 여성들이 강력하게 조직화하는 형태로 발전하였다.

3) 성폭력, 가정폭력, 성매매, 성희롱 등에 대해서는 각각 개별 법률과 제도로 접근했으나, 이들 외에 최근 문제시 되고 있는 스토킹이나, 불법촬영 등 다양한 형태의 젠더폭력은 이런 제도에 포괄되지 못하고 있고(황정임, 여성폭력정책과 제도, 한국여성의 전화 2017), 또한 가해자에 대한 구속율과 기소율이 낮고, 가해자와 피해자간의 중재와 화해를 우선할 것을 강요하고, 가해자 처벌에 관한 의사결정을 피해자에게 넘기는 등 법제도화의 문제들이 여전히 해결되지 않고 있다(2017년 3.8 세계 여성의 날 젠더폭력근절 정책 보고서).

강조하고 있다.⁴⁾ 젠더폭력은 근본적으로 성별 권력불평등이라는 구조적 불평등에 원인을 두고 있기 때문에 개별사건에 대한 사법적 접근보다 ‘젠더 레짐(Gender Regime)’⁵⁾(Sylvia Walby, 2009)의 재구축의 문제로 접근해야 하며, 이때 공중보건접근은 피해자의 보호와 가해자의 처벌을 넘어서서 젠더레짐에 영향을 줄 수 있는 포괄적인 개입방식이 될 수 있다는 것이 그동안의 경험에서 얻은 결론이다. 반면 아직 국내에서는 여성대상폭력이 보건학적 이슈로 다뤄지지 않고, 병·의원을 내원하는 피해자들에 한해 임상적 의료서비스를 제공하는 차원에 머무르고 있어 사실상 보건의료제도를 통한 피해자 지원과 예방의 가능성을 좁게 인정하는 것으로 보인다.

이 글의 구성은 다음과 같다. 2장에서는 젠더폭력이라는 새로운 호명의 의미, 젠더폭력의 건강영향, 한국 젠더폭력의 현황에 대하여 개관한다. 3장에서는 공중보건 관점에서 젠더폭력에 대한 한국 보건의료제도⁶⁾의 대응현황을 조사한 파일럿 스터디 결과를 소개한다.⁷⁾ 그리고 4장에서는 파일럿 스터디 결과를 토대로 하여, 젠더폭력 피해자에 대한 건강보장 개선방안을 여성중심돌봄과 보건체계강화 접근을 통해 제안하고자 한다.

4) WHO(2010), Preventing Intimate Partner and Sexual violence Against Women. ; United Kingdom Faculty of Public Health(2016), The role of public health in the prevention of violence. ; United Nations Secretary-General(2010), Global Strategy for women’s and Children’s Health.

5) 젠더 레짐은 사회 시스템을 구성하는 상호 연결된 젠더화된 사회적 관계와 제도들을 말한다. 불평등한 젠더 관계의 수준에 따라 여러 형태의 젠더 레짐이 있을 수 있다. 월비가 분류하는 젠더레짐의 지표는 여성의 노동참여비율, 노동에서 젠더 불평등, 평등한 입법, 아동수당, 공적 보육제도, 여성의 교육 수준, 의회의 여성 비율, 노동조합의 여성비율, 여성의 시민적 자유 등이다.

6) 이 글에서는 ‘보건의료제도’를 의료서비스 제공자(의료기관)와 개별 이용자 수준의 미시적 보건의료 환경과 일부 재정기전에 한정하여 사용하고자 한다.

7) 파일럿 스터디는 한국건강형평성학회의 지원을 받아 2017년 7월부터 10월까지 4개월간 수행되었고, 가을학술대회에서 발표하였다(제목: “국제 젠더폭력 예방정책의 국내적용을 위한 실재론 리뷰: 보건의료체계를 중심으로”). 3장은 그 발표내용을 바탕으로 작성된 것이다. 연구팀은 김성이, 김명희(이상 시민건강연구소), 이도연(한국의료복지사회적협동조합연합회), 박금령(한국보건사회연구원)이었다.

2. 젠더폭력에 대한 개관

2.1. 젠더폭력이란 무엇인가

어느 사회와 문화에서나 여성은 자신의 소득이나 연령, 교육 수준에 관계없이 다양한 정도로 신체적, 성적, 심리적, 경제적 학대에 노출되고 있다.⁸⁾ 2013년 WHO의 조사에 따르면, 전 세계적으로 35% 여성이 생애과정에서 현재 또는 이전의 배우자나 남자친구 같은 친밀한 관계에서의 폭력, 또는 낯선 사람에 의한 성적인 폭력을 경험하는 것으로 밝혀졌다.⁹⁾ 그러나 조사 대상으로 삼은 친밀한 관계에서의 폭력이나 낯선 사람에 의한 성적인 폭력 외에 일상적으로 여성들이 경험하는 성차별과 성적 괴롭힘들을 여성에 대한 학대나 폭력으로 포함한다면 이 수치는 훨씬 더 높아질 것이다.

여성에 대한 폭력은 남녀 간의 권력 불균형을 반영하는 인권 침해이자 여성에 대한 차별의 결과로서 마땅히 근절되어야 할 중대한 사회문제이다.¹⁰⁾ 또한 여성에 대한 만연한 폭력이 유발하는 다차원적 영향은 여성 개인의 인권과 건강의 차원에서 뿐만 아니라, 폭력피해에 대한 공공서비스 지출과 GDP 손실 등 사회적 비용과 생산성 측면에서 크나큰 부담을 초래한다는 사실이 많은 연구결과들을 통해서 증명되고 있다.¹¹⁾ 지속가능개발이나 빈곤퇴치 이슈로서 여성대상폭력을 연구한 2013년 세계은행 보고서에 따르면, 전 세계적으로 가정폭력에 의한 생산성 손실은 보수적으로 추정하더라도 한 국가 GDP의 1-2%에 해당한다.¹²⁾ 이런 이유들 때문에 각국에서는 여성에 대한 폭력을 공중보건과 사회정의의 문제로 인식하고 공공정책 아젠다로 간주하고 있으나,¹³⁾ 오래된 성별 불평등과 차별에서 기인하는 문제인 만큼 쉽게 근절되지 않고 있는 현상이기도 하다.

8) The World Women 2015, Trends and statistics, chapter 6, Violence against women, United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2015

9) WHO(2013), Global and regional estimates of violence against women—Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence

10) United Nations General Assembly(1993). Declaration on the Elimination of Violence against Women. Resolution 48/104 (December).

11) Abramsky, T., Watts, C. H., Garcia-Moreno, C., Devries, K., Kiss, L., Ellsberg, M., & Heise, L. (2011). What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. BMC Public Health, 11(1), 109. ; World Bank(2013), EIGE(2014), Estimating the Costs of gender-based violence in the European Union.

12) World Bank(2013). Intimate Partner Violence : Economic costs and Implications for Growth and Development.

13) Richard J. Gelles(2000), Public Policy for Violence Against Women, Am J Prev Med 19(4)

그동안 많은 사회에서 흔하게 발견되는 여성에 대한 폭력(violence against women, VAW)의 형태는 아내학대와 성폭력(강간)이었고, 이 때문에 1970년대 서구 여성운동이 주요 이슈로 삼았던 여성에 대한 폭력추방운동도 주로 아내구타와 성폭력¹⁴⁾ 문제를 다뤘다. 한국에서도 1983년 한국여성의전화가 시작되면서 한국사회의 아내 구타(violence against wife) 문제를 처음 제기하였고, 이후 1990년대에는 반(反)성폭력운동이 전개되면서 한국의 여성폭력추방운동은 성폭력특별법, 가정폭력 특별법같은 여성폭력 관련법 제정이라는 성과를 낳았다¹⁵⁾.

그동안 아내구타/아내학대는 종종 가정폭력(domestic violence)이라는 말과 동일시되기도 했다. 그러나 가정폭력(또는 가족폭력, 배우자폭행, 부부폭력)이라는 용어에는 부부간의 권력관계와 가해와 피해의 젠더성이 드러나지 않으며, 사적 공간에서 일어나는 일로 폭력 자체를 완화하면서 가정 밖에서의 폭력이 무시되며, 폭행의 범죄성이 드러나지 않고 부부간의 폭력이 중립적이고 상호적인 것이라고 인식하게 만든다는 등의 여러 문제가 지적되었다. 그래서 여성주의 운동가들은 ‘매맞는 아내(battered wife)’나 ‘아내구타(wife battering)’라는 명칭을 사용할 것을 주장해 왔다.

최근에는 국제기구의 문헌이나 연구들에서 결혼관계 내에 한정되는 아내구타를 넘어서 다양한 친밀한 남녀관계, 즉 현재 또는 이전의 배우자나 남자친구에 의한 폭력을 ‘친밀한 파트너 폭력(Intimate Partner Violence, IPV)’이라고 명명하며 여성대상폭력의 주요 형태로 간주하고 있다.¹⁶⁾¹⁷⁾ 친밀한 파트너 폭력이라는 용어는, 혼인관계를 비롯하여 연인관계의 남성으로부터의 데이트폭력이나 스토킹, 불법촬영물의 게시와 유포, 이혼한 배우자에 의한 폭행 등 실재하는 많은 여성대상폭력을 포함할 수 있다는 장점이 있다. 국제 통계에 따르면 폭력의 극단적 결과인 사망의 경우, 여성은 전체 살인 피해자의 20%에 불과하지만, 여성을 피해자로 하는 살인의 2/3가 친밀한 파트너나 가족에 의해 발생한다¹⁸⁾. 친밀한 파트너에 의한 폭력은 미국 15-44

14) Kelly Liz(1987)의 ‘성폭력의 연속선(Continuum of Sexual Violence)’ 개념에 따르면, ‘성폭력’은 ‘여성이 남성으로부터 경험하는 학대, 강제, 완력의 모든 형태를 포함하는 일반적인 용어’로서의 광의의 성폭력(sexual violence)과 협의의 ‘성적인 폭력(sexual assault/rape)’이 있는데, 흔히 후자의 한정된 개념으로 사용된다.

15) 여성폭력 피해자보호 3법으로 『성폭력범죄의 처벌 및 피해자보호 등에 관한 법률』(1994년 4월 제정되었다가, 이후 2010년 4월 제정된 『성폭력 방지 및 피해자보호 등에 관한 법률』 시행으로 폐지됨), 『가정폭력 방지 및 피해자보호 등에 관한 법률』(1997년 12월 제정), 『성매매 방지 및 피해자보호 등에 관한 법률』(2004년 3월 제정)이 있다.

16) 한국에서는 ‘친밀한 파트너 폭력’이라는 용어보다 결혼 관계의 커플에서는 ‘아내에 대한 폭력’, 결혼관계가 아닌 커플에서는 ‘데이트 폭력(date abuse)’로 부르는 경향이 있다.

17) Krantz 등(2005)은 이 용어는 주체의 관계를 잘 드러내기 때문에 선호되지만, 폭력의 방향이 잘 드러나지 않기 때문에 현상을 명확하게 묘사하기 위해 “여성에 대한 친밀한 파트너 폭력(Intimate partner violence against women)”으로 써야한다고 주장한다.

18) UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime), 2013. Global Study on Homicide 2013. Vienna: UNODC

세 여성의 손상의 첫 번째 원인으로 강도, 자동차사고, 암 사망을 합친 것보다 흔하다¹⁹⁾. EU 국가에서 친밀한 파트너 폭력은 15-19세 여성 사망의 두 번째 원인이었고, 여성들의 정서적 폭력의 생애경험율은 43%로 나타났다²⁰⁾. 한국도 2017년 한 해 동안 언론에 보도된 사례만 봐도 남편이나 애인에 의해 살해된 여성은 최소 85명(살인미수 103명)이었고, 최근 5년 동안 (2013-2017년) 여성살해 피해자 수는 495명(살인미수 473명)에 이를 만큼²¹⁾ 친밀한 관계에서의 폭력은 여성의 삶에 위협적이다.

1993년 UN 여성에 대한 폭력철폐선언(Declaration on the Elimination of Violence Against Women)을 분기점으로 여성에 대한 폭력은 젠더폭력(Gender Violence 또는 Gender-based violence)이라고 불리게 되었다.

“여성에 대한 폭력(violence against women)은 공·사적 영역에서 여성에게 신체적·성적·심리적 손상이나 고통을 주거나 줄 수 있는, 젠더에 기반 한(Gender-based violence) 폭력 행위 그리고 그러한 폭력행위를 하겠다는 협박, 통제, 임의적인 자유의 박탈이다”

여성에 대한 신체적, 성적, 심리적인 형태의 모든 폭력이 본질적으로 젠더에 기반하여 (gender-based) 발생하는 것임이 선언된 이후, 국제법상 여성에 대한 폭력(VAW)과 젠더폭력 (GBV)은 교차적으로 사용되고 있다. 여성에 대한 폭력, 정확히는 여성에 대한 젠더기반폭력²²⁾은 여성에게 ‘한 사회에서 남녀에게 적절하다고 사회적으로 구성된 역할, 행동, 활동과 태도’ 즉 젠더²³⁾ 규범을 강제하기 위해 이루어지는 행위이다. 그러므로 여성에게 가해지는 폭력은 단지 생물학적으로 여성인 피해자를 목표로 한다는 의미를 넘어서 남녀 간의 불균등한 권력 분포를 지속하고, 남성중심의 젠더질서를 수호하기 위하여 그 위반을 제압하는 도구라고 할 수 있다. 2011년 유럽 의회가 ‘여성에 대한 폭력과 가정폭력 예방과 방지에 관한 조약 (Council of Europe Convention on prevention and combating violence against women and domestic violence)’에서 여성에 대한 폭력에 ‘경제적 손상과 고통’을 추가한 이후, 여성대상폭

19) Tricia B. Bent-Goodley(2007), Health disparities and violence against women. Trauma, Violence & Abuse Vol 8, No 2

20) WHO Regional Office for Europe(2016), Women’s health and well-being in Europe: beyond the mortality advantage.

21) 한국여성의전화 <분노의 게이지>(https://hotline.or.kr:41759/board_statistics/31000)

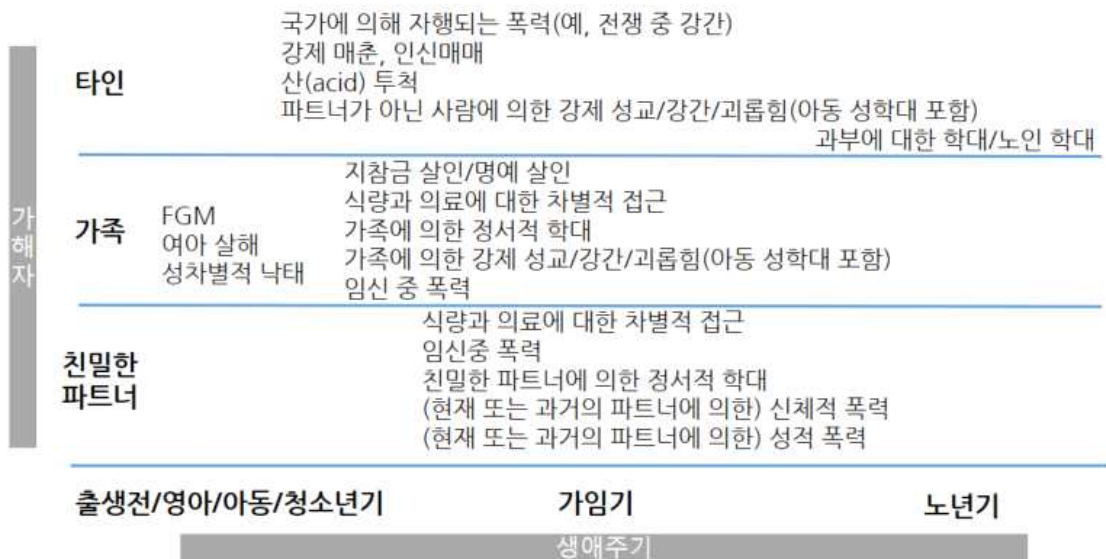
22) 유럽젠더평등위원회(European Institute for Gender Equality)의 경우, 젠더에 기반한 폭력이 남성과 여성 모두에게 향할 수 있음에 따라 젠더기반 여성에 대한 폭력(Gender-based violence against women)과 젠더기반 남성에 대한 폭력(Gender-based violence against men)으로 구분해서 사용하기도 한다.

23) WHO(2011), Gender mainstreaming for health managers: a practical approach, glossary of terms and tools.

력에 관한 많은 연구들은 폭력의 신체적·정서적·성적·경제적 영향에 대해 포괄적으로 다루고 있다.

여성에 대한 폭력이 젠더에 기반한다는 지적을 통해, 남녀간 권력의 불평등과 여성에 대한 차별과 편견을 폭력의 근원으로 지목함으로써 그동안 역사·문화적 특수 현상으로 간주되었던 다양한 여성대상폭력이 가시화되는 효과가 있었다. 이런 폭력들에는 성차별적 낙태, 여성할례, 지참금 살인/명예살인, 여아와 청소년에 대한 식량과 의료자원에 대한 접근 제한, 여성노인에 대한 학대, 신부 납치, 인신매매와 전쟁 중 성노예 등 다양한 가해자에 의해 생애주기의 여러 단계에서 발생하는 여성젠더에 대한 폭력이 포함된다(WHO, 2002).

[그림 1] 생애주기로 본 여성에 대한 폭력의 형태들



이 글에서는 젠더폭력을 성별과 성별에 입각한 사회문화적 기대 때문에 발생하는 '성적 위계에 의한 폭력'으로 정의한다. 따라서 젠더폭력은 남녀간, 동성 간에도 발생 가능하지만 이 글에서는 현재 압도적인 취약성과 종속성을 가지는 남성 가해자에 의한 여성피해자 (Gender-based violence against women)의 문제에 한정해서 다루고자 한다. 현실적으로 여성 가해자에 의해 남성에게 행해지는 남성성(masculinity) 강화를 요구하는 폭력은 보기 어렵고, 남성과 남성사이에서 발생하는 성적 폭력에서도 여성성을 남성성보다 하위로 간주하기 때문에 젠더폭력은 명백히 여성성에 대한 공격이자 여성젠더에 대한 억압의 기전이라고 해야 한다. 문맥에 따라 젠더기반폭력, 여성에 대한 폭력, 여성대상폭력, 여성폭력이라는 말을 혼용할 것이다.

2.2. 젠더폭력의 건강영향

폭력은 타인의 신체와 정신에 대한 손상과 위협을 목적으로 한 의도적인 행동이기 때문에 즉각적인 손상을 초래한다. 아래 표에서 볼 수 있듯이, 폭력은 피해여성에게 급성적인 신체상해와 감염 또는 사망에서부터 만성적인 신체적·정신적 건강과 재생산 건강의 문제들, 그리고 노동 손실과 사회적 기능 상실까지 삶의 질 전반에 영향을 준다²⁴⁾. 급성건강 외의 문제들은 모두 장기간에 걸쳐 누적적이며 상호적으로 신체와 정신, 사회적 건강의 모든 면에 위험을 높인다. 중국에는 여성의 존엄과 자립을 파괴하는 것이 여성대상폭력의 특징이라 할 수 있다.

[표 1] 여성에 대한 폭력으로 유발되는 건강 문제

급성 건강	만성 건강	재생산 건강	정신건강	사회적 건강/웰빙
·부상 ·쇼크 ·질병 ·감염	·장애 ·신체 증상호소 ·만성감염 ·만성통증 ·위장장애 ·섭식장애 ·수면장애 ·알콜/약물 남용 ·두통 ·피로 ·섬유증 ·비만 또는 식욕부진	·유산 ·원치않는 임신 ·안전하지 않은 낙태 ·HIV를 포함한 성전염성질환(STIs) ·월경불순 ·임신합병증 ·산과질환 ·자궁경부암	·PTSD ·우울증 ·불안, 공포 ·분노, 공격성 ·부끄러움 ·자기혐오, 자기비난 ·자살 생각 ·낮은 자존감	·고립 ·낙인 ·사회에서 역할상실 (자녀돌봄, 소득활동등) ·위험한 성행동

UN WOMEN(2011), Programming Module on Working with the Health Sector to Address Violence against Women and Girls.

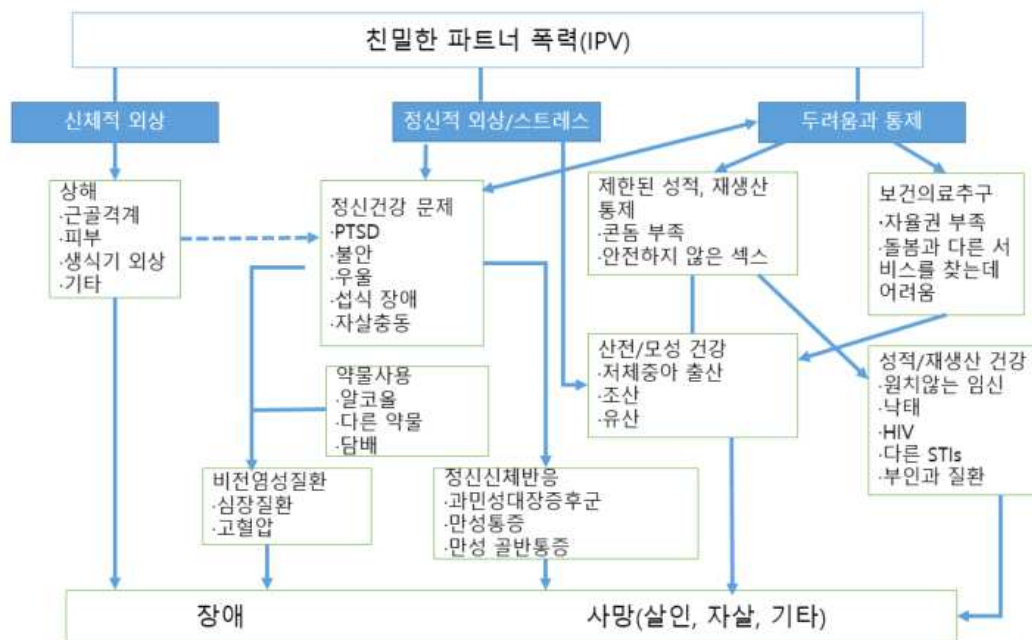
특히 발생빈도가 가장 높은 친밀한 관계에서의 폭력은 관계의 특성상 신체적·성적·정서적 폭력이 지속적이고 반복적인 형태로 이루어진다. 이런 파트너에 의한 폭력을 경험한 여성의 건강은 그렇지 않은 여성에 비하여 주관적 건강상태가 나쁘고 여성들이 일상적인 활동을 수행하는데 장애를 겪는다. 또한 통증, 기억상실, 스트레스, 자살생각과 자살시도가 높았고, 낙태의

24) Gunilla Krantz, Claudia Garcia-Moreno(2005), Violence Against Women, J Epidemiology Community Health 2005; 59:818-821

위험(2배 이상)과 HIV에 감염될 확률(1.5배 이상)이 높았다(WHO, 2005; WHO, 2013). 더우
기 폭력은 여성이 일할 수 있는 능력과 가족을 돌보거나 사회에 기여할 수 있는 기회를 감소
시키며, 가정에서의 폭력을 목격한 아이들은 행동장애나 정서문제를 겪을 가능성이 있는 것으
로 나타났다²⁵⁾.

아래의 그림은 친밀한 파트너 폭력이 신체적·정신적 외상과 정서적 통제를 통하여 어떻게
여성을 사망과 장애에 이르게 하는지 보여준다. 이 기전은 물리적 폭력이 직접적으로 피해 여
성의 상해와 사망을 초래하는 경로보다, 다양한 불건강 행동을 유발하는 정신적 외상과 강압
적 통제라는 은밀하고 지속적인 폭력에 주목하게 한다. 이런 폭력은 여성으로 하여금 자신의
행동과 삶을 비난하고 주체적인 생애계획을 수립할 수 없도록 만들며, 위협적인 가해자와의
관계로부터 타자와 사회에 대한 단절과 회피를 통해 스스로 고립되게 한다.

[그림 2] 친밀한 파트너 폭력의 건강영향(WHO, 2013)



또한 성폭력(강간)은 장기적으로 피해자들에게 정신적, 신체적인 부정적인 결과를 초래하는
심각한 트라우마로서, 성폭력 피해자들에게서는 PTSD, 우울증, 불안, 약물 남용, 자살생각의
빈도가 높게 나타난다. 또한 신체적 건강문제를 포함하여 성적 기능장애, 월경장애(월경동안의
심한 통증), 과다월경(장기 또는 과다출혈) 같은 부인과적 장애를 경험할 확률이 높아지고, 가

25) United Nations, 2006a. Ending Violence Against Women: From Words to Action, Study of the Secretary-General. Sales No. E.06.IV.8.

임기의 성폭력은 유산, 조산, 저체중출산의 위험을 높인다²⁶⁾²⁷⁾²⁸⁾. 국내 성폭력 피해자의 건강에 대한 연구에서도 시간이 지나면서 신체적 건강수준은 어느 정도로 치유가 되고 있으나 정신적 건강수준은 여전히 좋지 않으며, 스트레스 및 우울감이 상당히 심해지고 자살생각이 상당히 많아지며 자살시도가 이루어진 것으로 나타났다(김영택 외, 2016)²⁹⁾.

2.3. 한국 젠더폭력의 발생현황

여성대상폭력은 발생율과 신고율의 차이가 크고, 암수통계가 많아 알려진 통계자료로 정확하게 실태를 파악하기 어렵다는 점은 거듭 지적되고 있다.³⁰⁾ 그럼에도 불구하고 경향성을 확인하기 위하여 자료가 가용한 범위에서 주요 젠더폭력 발생현황을 살펴보도록 한다.

우선 아내폭력의 경우 1984년 한국여성의전화에서 최초로 매맞는 아내에 대한 실태조사를 통해 42.2%의 여성들이 결혼 후 아내구타를 경험한다고 발표한 바 있다³¹⁾. 이후 보건사회부의 1993년 조사에서는 결혼 여성의 61%가 구타와 정신적 학대를 당하고 있다고 응답했었고³²⁾, 연세대학교 사회복지학과의 1998년 조사에서는 아내의 폭력경험율은 27.9%이고 이를 인구수로 환산하여 한 해 동안 약 360만 명의 아내가 한번 이상의 폭력을 경험하고, 103만 명의 여성이 심각한 구타를 당한다고 추정했었다.³³⁾

20년이 지난 현재 수치는 어느 정도일까? 한국은 1994년 성폭력특별법, 1997년 가정폭력특별법 등 여성폭력관련 특별법이 제정되어 일반 국민을 대상으로 한 <성폭력 실태조사>와 <가정폭력 실태조사>를 통해 매 3년마다 국가승인통계로 발표하고 있다³⁴⁾. 또한 대검찰청 범죄통계와 경찰청 통계자료를 통해 그 밖의 여성대상폭력 현황을 확인할 수 있다.

26) Campbell, R., Dworkin, E., Cabral, G.(2009). An ecological model of the impact of sexual assault on women's mental health. *Trauma, Violence, & Abuse*, 10, 225-246.

27) Martin, S. L., & Macy, R. J. (2009). Sexual violence against women : impact on high-risk health behaviors and reproductive health. Retrieved from VAWnet : National Online Resource Center on Violence Against Women

28) Palm, K. M., & Follete, V.M. (2008). Sexual victimization and physical health : An examination of explanatory mechanisms. *Journal of Child Sexual Abuse*, 17, 117-132.

29) 한국여성정책연구원·김영택, 김동식, 김인순, 차지영(2012), 성폭력피해자 정신건강현황 및 정책지원방안

30) 이나영, 허민숙(2014), 한국의 젠더폭력과 신자유주의 젠더질서 : 담론과 실천의 재구성을 위한 시론, 가족과 문화 제26집 4호.

31) 한국여성의전화 <개원1주년 기념 보고서> (1984.6)

32) MBC뉴스 1993. 3. 23일자. “기혼녀 100명 중 61명, 남편에게 학대당해” (<https://goo.gl/Tex8uH>)

33) 연세대학교 사회복지학과(1998), 한국가정폭력의 실태에 관한 연구 ; 참여연대 사회복지위원회, 가정폭력의 현황과 실태(2003) 재인용 (<http://www.peoplepower21.org/Welfare/651999>)

34) 가정폭력실태조사는 2004년부터, 성폭력 실태조사는 2007년부터, 성희롱 실태조사는 2015년부터 매 3년마다 시행되고 있다.

[표 2] <가정폭력 실태조사>에 근거한 가정폭력발생률 변화 추이

연도	부부 폭력률 ³⁵⁾	신체적 폭력			정서적 폭력	경제적 폭력	성학대	방임	통제
		경한 폭력	중한 폭력	전체 신체 폭력					
2007년	40.3	11.1	4.8	11.6	33.1	4.1	10.5	19.6	-
2010년	53.8	16.3	3.3	16.7	42.8	10.1	10.4	30.5	-
2013년	45.5	7.2	0.6	7.3	37.2	5.3	5.4	27.3	-
2016년	41.5	3.6	0.4	3.7	12.5	2.5	2.2	-	37.7

출처: 여성가족부 가정폭력 실태조사 각 연도(2007년, 2010년, 2013년, 2016년)

최근 4회의 <가정폭력 실태조사>에 따르면, 지난 1년간의 부부폭력률은 조사기간 동안 모두 40%를 상회하였다. 2016년 조사에서는 부부폭력률은 이전 조사보다 다소 감소하였는데, 형태별로는 신체적 폭력이나 성학대는 줄었으나 통제의 비중은 커지는 것으로 나타났다. 성별을 분리할 경우, 남성과 여성의 피해율은 각각 2013년에 27.3%와 29.8%, 2016년에 8.6%와 12.1%로 나타났다. 3년 전과 비교하여 2016년 조사에서는 남녀의 피해율이 크게 줄어든 것을 볼 수 있다. 그러나 이런 실태조사의 결과와 달리, 경찰청 통계에서는 가정폭력 신고 건수가 해마다 크게 증가하고 신고 건의 70%가 아내학대로 나타나고 있으며³⁶⁾, <한국여성의전화>의 분석에 따르면 현재 또는 과거의 배우자에 의한 폭력상당은 전체의 79.6%에 이르는 것으로 나타난다(2016년). 여러 조사결과들의 일관성과 신뢰성을 확보하기 위해서는 폭력발생시 경찰 등 공적 지원체계에 대한 도움요청이 매우 낮다는(약 3%) 점을 고려하여 신고건수와 실태조사의 발생률을 교차비교할 수 있는 정확한 자료수집 방법에 기반한 현황 파악이 우선적으로 필요해 보인다.

데이트폭력의 경우, 서울시여성가족재단의 ‘데이트폭력 피해 실태조사’에서 서울에서 1년 이상 거주한 여성(20-60세) 2000명에 대해 조사한 결과 88.5%가 데이트폭력을 경험했다고 답하였다. 또한 경찰청 통계에 따르면, 데이트폭력 검거자 수는 지속적으로 증가 양상을 보여 2017년 데이트폭력 사범은 1만 303명으로 2016년(8,367명)보다 19% 증가하였고³⁷⁾, 지난 5년

35) 부부폭력률은 지난 1년 동안 제시된 폭력 중 하나라도 경험한 경우를 의미한다. 2013년까지는 신체적 폭력, 정서적 폭력, 경제적 폭력, 성학대, 방임을 포함하였고, 2016년에는 신체적 폭력, 정서적 폭력, 경제적 폭력, 성학대, 통제가 포함되었다. 2016년 조사에서는 기존에 방임으로 측정되던 것을 통제로 개념화하였다.

36) 한겨레신문 2017. 5. 19일자 “가정폭력 5년새 5배 증가... ‘아내학대’가 70% 차지”

37) 데이트폭력 사범은 2014년 6675명, 2015년 7692명으로 1000명 내외로 매년 증가하고 있다.

(2012-2016년) 동안 데이트폭력으로 사망한 사람은 467명(한 달 평균 여성 7명)이었다.

[표 3] 데이트폭력 검거자 수(2012-2017년)

연도	2012	2013	2014	2015	2016	2017
검거자 수(명)	7,584	7,237	6,675	7,692	8,367	10,303

경찰청, 보도자료 재구성

뿐만 아니라, 대검찰청 <범죄통계>에 따르면, 친밀한 관계와 그렇지 않은 관계의 여성 모두를 대상으로 삼는 불법촬영 범죄의 경우, 스마트폰 등 전자기기 사용의 보편화와 피해신고의 증가에 의해 최근 10년 사이에 10배 이상 증가한 것으로 나타나고 있다³⁸⁾. 특히 디지털장비를 이용한 신종 젠더폭력은 더욱 정서적이고 통제적인 형태를 지님으로써 불특정 다수 여성의 불안과 공포를 야기하는 반면, 이런 신종 폭력에 대한 법제도나 정책은 조용하지 못하고 있는 실정이다.

[표 4] 성폭력범죄 중 카메라 등 이용촬영 발생건수 추이(2007년 ~ 2016년)

연도	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
발생건수	564	585	834	1,153	1,565	2,462	4,903	6,735	7,730	5,249
(%)	(3.9)	(3.6)	(4.8)	(5.6)	(7.1)	(10.5)	(16.9)	(21.1)	(24.3)	(17.9)

아내구타, 데이트폭력, 불법촬영범죄 등은 그나마 사회적으로 주목받는 여성대상폭력이지만 이나마도 불충분한 통계와 과소 보고에 따른 수치일 뿐이라서, 실제로 드러나지 않은 폭력의 규모는 추정조차 어려운 실정이다. 대표적으로 아직 한국 범죄통계에는 배우자에 의한 폭력범죄가 별도로 집계되고 있지 않는 실정이다. 따라서 젠더폭력관련 정책을 마련하기 위해서는 현황 파악을 위한 기본통계제도를 구축하는 것이 시급하다.

38) 대검찰청(2017), <2017 범죄분석>

3. 파일럿 스터디 : 한국 보건의료제도의 젠더폭력 대응 평가

3.1. 젠더폭력 대응에서 보건의료제도의 중요성

젠더폭력은 젠더불평등의 결과이자 원인이며 개인의 건강과 공동체에 부정적인 영향을 미치기 때문에³⁹⁾⁴⁰⁾ 각종 국제기구와 개별 국가들은 예방과 근절을 위해 많은 관심을 기울이고 있다. 일찍이 이 문제에 개입한 서구에서는 젠더폭력 예방 및 대응 정책들은 폭력에 대한 사회생태학모델(Social Ecological Model)과 마찬가지로 개인 수준에서부터 대인관계, 지역사회, 거시사회적 수준까지 전 단계에 걸쳐 접근하도록 하고 있다. 특히 2000년대 이후 발표된 연구들은 젠더폭력의 해결이 개인적 차원에서의 가해자 행동교정이나 피해자 지원으로는 부족하며, 대인관계와 공동체, 국가적 수준에서의 체계적인 개입이 중요하다고 제안하고 있다. 구체적인 정책권고를 살펴보면, 국가수준에서 젠더평등과 여성인권을 옹호하고, 여성대상폭력을 근절하기 위한 연구와 예산을 투입하는 정치적 의지가 필요하며, 부문별로 입법사법, 아동정책, 보건의료⁴¹⁾에서의 역할 강화로 요약할 수 있다. 젠더폭력예방과 대응을 다루는 주요 정책 문헌들의 정책권고 내용을 종합한 결과는 다음과 같다⁴²⁾.

[표 5] 젠더폭력 예방정책권고 종합

1. 국가수준의 참여, 정치적 의지, 리더십

1.1	젠더평등, 여성인권 옹호. 차별 없애기
	- 입법 및 부문별 전략을 통해 교육, 소득, 직업에 대한 여성의 평등한 접근지원 - 자녀 양육, 육아휴직 등 평등을 촉진하는 정책 지지 - 남성과 여성의 협력, 성불평등을 극복하는 사회적 규범지지 - 남녀 모두에게 각 부문에서 성평등과 역량강화를 위한 프로그램 모색

39) WHO(2005), Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against women : initial results on prevalence, health outcomes and women's response

40) Claudia Garcia-Moreno, Charlotte Watts(2011), Violence against women: an urgent public health priority. Bulletin of the World Health Organization, 89(1)

41) 문헌들에서는 보건의료(health care) 부문의 기능으로 피해자에 대한 보건의료서비스 제공과 그것을 포함하는 보건체계 개입 두 가지를 포함시키고 있다. 보건체계 틀로 보면, 보건의료서비스 전달은 보건체계의 한 구성요소에 해당하지만, 피해자에 대한 의료서비스 제공의 비중이 크다는 특성 때문인지 두 차원이 병렬적으로 다루어지는 점이 있다.

42) WHO(2005), WHO Multi-country study on Women's Health and Domestic Violence against Women, Moreno et al(2015), The Health-systems response to violence against women. Lancet, Violence Against Women and Girls series. Morrison, Ellsberg and Bott· World Bank(2007), Addressing Gender-based Violence : A critical Review of Intervention

		- 젠더 대응(gender-responsive) 예산
1.2	여성에 대한 폭력을 근절과제로 상정	
		- 여성에 대한 폭력을 교정하기 위한 다부문 계획을 마련하여 수행, 모니터링 - IPV와 SV 일차예방에 목적을 둔 프로그램의 개발, 수행, 평가 - 여성대상 폭력에 대한 암묵적인 승인, 여성행동에 대한 남성의 통제와 남성폭력을 조장하는 남성성 등에 도전. - 폭력 피해자 지원 프로그램 지원 - 언론과의 협력을 통해 여성에 대한 폭력이 용인되지 않도록 하고, 폭력피해여성에 대한 편견 없애기 - 서비스 제공자와 시민사회간의 협력을 촉진하여 폭력에 대한 지역적 예방 및 대응 강화 - 여성에게 안전한 물리적 환경조성, 안전한 학교 만들기
1.3	부문별 행동 조정	
		- 여성에 대한 폭력문제를 다룰 수 있는 구체적인 행동계획개발 및 역량강화, 모니터링, 부문별 행동계획을 개발·실행·감독할 수 있는 권한과 예산을 가진 조정메커니즘 수립. - 관련 부처, 여성 단체, 시민단체의 참여 보장 - 국가 및 지역차원에서 부문간 조정 및 협력 촉진, 피해자 지원서비스 개선 - VAWG(Violence Against Women and Girls) 국제적 대응에도 참여
1.4	연구, 데이터수집,	
		- VAW의 규모, 위험요인, 결과를 모니터링하기 위한 조사 및 분석 수행 - 여성에 대한 폭력 연구 확대, 폭력의 장기적 건강영향 조사 - 성 불평등과 차별같은 구조적 요인을 포함하는 연구 및 프로그램 평가에 투자 - 지원계획 및 우선순위 설정을 위해 폭력예방 프로그램의 비용 및 효과성을 문서화함.

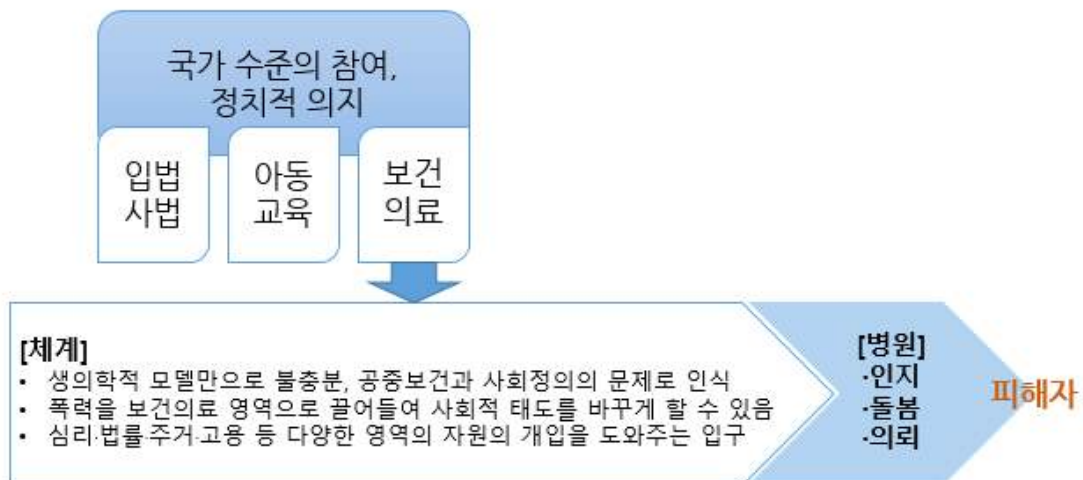
2. 부문별 역량 확보

2.1	입법사법	
		- 모든 형태의 여성에 대한 폭력을 금지하는 법률 및 정책 강화, 시행 - 모든 분야의 법률, 정책, 기관의 성평등을 촉진하고 여성에 대한 차별을 없애기
2.2	아동정책	
		- 아동기의 폭력 노출, 알코올 및 기타 약물남용문제 등 위험요인 해결 - 아동 성학대 예방을 우선순위 - HIV와 AIDS 예방과 청소년기 건강증진을 위한 현존 프로그램에 여성에 대한 폭력에 대한 조치를 통합
2.3	보건의료	
		- 의학, 간호, 보건 및 기타 관련프로그램에 여성대상폭력에 대한 지속적인 감독, 상담, 훈련을 통합 - 보건의료종사자들이 여성대상폭력피해자에게 적절히 대응할 수 있도록 지원하는 정책 및 포괄적인 의료분야 대응 개발, 전문가 환경 조성 - 여성과 아동에 대한 폭력의 종류, 건강영향, 예방의 중요성에 대한 인지도 제고

	- 여성에 대한 폭력을 보건계획(성, 생식, 사춘기, 산모, 정신건강 등)에서 다루기 - 보건의료종사자에 의한 폭력(성희롱, 환자 학대 등) 대책 - 보건 분야의 개입 및 서비스, 개입 확대를 위한 연구지원
--	---

세 가지 부문 가운데 특히 보건의료부문은 젠더폭력 피해자들의 의료서비스 이용이 많고 피해자들의 첫 번째 전문가 접촉 포인트라는 점에서 젠더폭력의 예방과 치료의 중요한 진입지점으로 간주되고 있다⁴³⁾⁴⁴⁾. 또한 보건의료서비스를 통해 폭력피해여성을 식별하고 적절한 케어를 제공하고 다른 사회서비스와 연결시킴으로써 잠재적으로 미래의 위해를 예방하는데 기여할 수 있다는 점 때문에 비중이 커지고 있다(WHO, 2017).

[그림 3] 젠더폭력 예방정책에서 보건의료부문의 역할



보건의료부문을 서비스제공자와 보건체계로 차원을 구분해서 본다면 크게 두 가지 면에서 역할을 할 수 있다. 첫 번째는 의료인이 피해자에게 직접 서비스를 제공하는 임상환경에서의 역할이다. 임상 의료인들은 여성폭력 피해자들에게 적절한 치료를 제공하고, 피해자들을 잘 식별해내는 것이 중요하다. 그러나 폭력을 경험한 여성 중 최소한 20% 이상은 이러한 폭력 피해 사실을 누구에게도 말하지 않았고⁴⁵⁾ 폭력으로 인한 치료를 위해 병원에 온 여성들도 자신의 피해를 말하는 경우가 매우 드물다는⁴⁶⁾ 현실적 장애가 있다. 따라서 의료인들이 폭력피해자를

43) Morrison, Ellsberg and Bott·World Bank(2007), Addressing Gender-based Violence : A critical Review of Intervention

44) USAID(2010), The crucial Role of Health Service in Responding to Gender-Based Violence

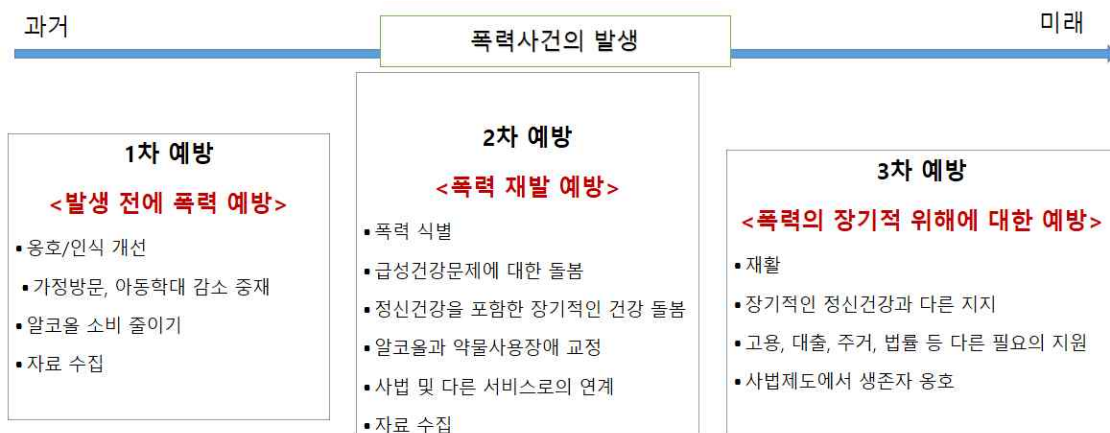
45) WHO(2005), Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against women : initial results on prevalence, health outcomes and women's response

46) Jeanne McCauley, Robin A Yurk, Mollie W Jenckes, Daniel E Ford. Inside "Pandora's box"

올바로 식별해내기 위해 적극적으로 가정폭력 피해여부를 스크리닝하도록 하는 조치가 취해지기도 했었다⁴⁷⁾. 그럼에도 불구하고 많은 경우 의료인 개인이 젠더폭력이라는 주제에 대해 불편해하고 관련 지식과 시간 부족 등의 이유로 관행적 스크리닝을 잘 하지 않고 있어서, 젠더폭력 피해자들을 잘 식별해내는 의료인과 의료환경 조건에 대한 연구가 다수 진행되고 있다.⁴⁸⁾

두 번째는 젠더폭력을 공중보건학적으로 접근하는 것이다. 그것은 젠더폭력 예방과 대응과정에서 피해자에 대한 치료서비스 위주의 생의학적 모델을 벗어나, 인구집단에 폭력을 공중보건과 사회정의의 문제로 인식하게 하고 다양한 사회제도와 보건의료제도가 협력하는 모델이라고 할 수 있다.

[그림 4] 폭력예방에 대한 공중보건접근



현재 유럽과 북미 국가들에서는 젠더폭력을 중요한 공중보건학적 문제로 진단하고 젠더폭력에 대한 실태조사, 젠더폭력 피해자의 건강영향 및 의료서비스 이용과 의료비용·사회적 부담의 측정, 예방을 위한 스크리닝 방법 개선, 효과적인 중재방안 연구, 법제도 제정 등의 대응을 마련하고 있다. 그러나 다양한 사회문화에서의 젠더폭력을 종식하기 위한 다양한 접근들이 시도되고 있음에도 불구하고 효과적인 중재에 대한 근거는 여전히 부족하고,⁴⁹⁾ 이렇게 알려진

Abused Women's Experiences with Clinicians and Health Services. J Gen Intern Med. 1998 Aug; 13(8): 549-555.

47) Council on Scientific Affairs. American Medical Association. Violence Against Women : relevance for medical practitioners. JAMA. 1992;267:3184-9

48) Sprague S1, Madden K, Simunovic N, Godin K, Pham NK, Bhandari M, Goslings JC. (2012). Barriers to screening for intimate partner violence. Women Health. 2012;52(6):587-605. ; Lorrie Elliott, Michael Nerney, Theresa Jones, and Peter D Friedmann(2002). Barriers to Screening for Domestic Violence. J Gen Intern Med. 2002 Feb; 17(2): 112-116. ; Charlene E Beynon, Iris A Gutmanis, Leslie M Tutty, C Nadine Wathen and Harriet L MacMillan(2012), Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis. BMC Public Health 2012;12:473

중재들도 대부분 고소득 국가들에서 친밀한 파트너 폭력이나 성폭력에 대한 보건의료 서비스에 국한된 실정이다.⁵⁰⁾ 또한 젠더폭력 피해자를 지원하는데 사회서비스와 보건의료서비스가 매우 중요한 역할을 할 것으로 기대하지만, 실제로는 이들 서비스 제공자들이 시간제약, 자원 부족, 부적절한 제도적 지원 같은 보건의료 인프라의 장벽 때문에 효과적인 성과를 내기 어려운 점이 있어서⁵¹⁾ 이론과 실천의 간극이 존재하기도 한다. 공중보건학적 개입의 효과와 근거를 구축할 수 있는 더 많은 정책과 프로그램 개발과 적용이 필요한 실정이다.

3.2. 한국 보건의료부문의 젠더폭력 피해자 지원 현황

1) 젠더폭력 피해자 지원체계

국내에서는 1980-90년대 가정폭력과 성폭력 피해여성들에 대한 주요 사건들이 연이어 보도되면서 여성에 대한 폭력이 사회적 문제로 떠올랐다⁵²⁾. 여성피해자들을 지원하던 여성단체와 시민사회단체들의 주도로 여성폭력 피해자보호 3법이 제정되었고, 입법에 따른 후속조치로서 현재 실태조사와 예방교육, 피해자 지원시설 설치·운영의 지원체계를 갖추고 있다. 보호 및 지원시설 인프라는 가정폭력/성폭력 상담소, 가정폭력/성폭력 피해자 보호시설, 성폭력과 가정폭력·성매매 피해여성을 위한 해바라기센터(여성아동, 아동)와 원스톱지원센터, 여성아동폭력피해 중앙지원단, 여성긴급전화 1366 등이 운영되고 있다.

여성폭력피해자 지원의 허브가 되는 여성긴급전화 1366과 해바라기센터의 주요 지원 영역은 상담, 심리, 의료, 수사·법률이다. 이 가운데 해바라기센터에서 수행하는 의료지원은 응급조치 및 응급치료, 외과·산부인과·정신건강의학과 등 치료, 피해자 진료 및 진단서 발급, 성폭력 증거채취 응급키트 조치 등이다⁵³⁾. 2016년 한해 해바라기센터 이용자의 약 25%가 의료지원

49) A Summary of the Evidence and Research Agenda for What works : A global programme to prevent violence against women and girls. (<http://www.whatworks.co.za/>)

50) Moreno et al(2015), The health-systems response to violence against women, Lancet Vol 385.

51) Tuija Virkki, Marita Husso, Marianne Notko, Juha Holma, Aarno Laitila & Mikko Mäntysaari(2015). Possibilities for Intervention in Domestic Violence: Frame Analysis of Health Care Professionals' Attitudes. Journal of Social Service Research, olume 41, 2015 – Issue 1

52) 변월수사건(1988년), 김부남 사건(1991년), 김보은·김진관 사건(1992년) 등은 여성 피해자에 대한 사법부의 편견, 아동성폭력과 근친성폭력의 심각성을 드러낸 중대한 사건들로서 성폭력피해에 대한 사회적 인식전환을 촉구하며 이후 성폭력특별법이 제정되는데 큰 영향을 주었다. 이후 2002년 군산 성매매 여성들이 화재로 집단사망한 사건은 성매매특별법 제정(2004년)으로 이어지면서, 여성폭력피해자를 위한 3가지 법률이 마련되었다.

53) 여성가족부, <가정폭력피해자 초기지원 매뉴얼>

을 받은 것으로 나타났다⁵⁴⁾. 그러나 해바라기센터 이용자의 71.2%가 성폭력, 19.1%가 가정폭력으로 인한 피해자라는 데서 알 수 있듯이, 해바라기센터의 의료지원 기능이 사실상 성폭력 피해여성의 응급치료와 법적증거확보를 위한 업무에 치중되어 있다. 이러한 사실은, 앞서 살펴본 여성폭력 피해자에 대한 보건의료 지원의 포괄적 기능 중 극히 한정된 역할에 해당한다고 볼 수 있다.

2) 의료지원제도

현재 가정폭력 및 성폭력 피해자 의료지원제도는 <가정폭력방지 및 피해자보호 등에 관한 법률>(제18조)과 <성폭력방지 및 피해자보호 등에 관한 법률>(제28조)에 따라, 신체적·정신적 치료가 필요한 가정폭력 및 성폭력 피해자의 후유증을 최소화하기 위하여 각종 지원이 제공되고 있다.

[표 6] 가정폭력 및 성폭력 피해자 의료지원 범위

가정폭력 피해자	성폭력 피해자
-치료비용 본인부담액과 건강보험 또는 의료급여 비적용 진료비용 지원 -보건에 관한 상담 및 지도 -신체적, 정신적 피해에 대한 진료 -임산부의 심리적 안정을 위한 각종 치료 프로그램의 실시 등 정신치료, 임산부 및 태아보호를 위한 검사 및 치료, 가정폭력 피해자 가정의 신생아에 관한 의료 -진단서 발급비용 -보호시설 입소자에 대한 진단비, 치료비, 출산 진료비 등	-성폭력피해자의 의료상담 및 지도 -성폭력피해에 대한 신체적, 정신적 치료(산부인과, 정신건강의학과, 응급의학과, 외과, 안과, 성형외과, 치과, 내과, 비뇨기과 등 포함) -성매개감염 질병검사 및 예방치료(피부와, 비뇨기과 등) -성폭력으로 인한 임신평가와 관리 -성폭력으로 임신한 태아의 낙태 또는 출산 -진단서 발급, 기타 의료적 평가 및 법적 증거 확보

자료: 2018 여성·아동권익증진사업 운영지침(여성가족부)

가정폭력 또는 성폭력 피해자에 대한 치료보호 비용 지원체계는 시·도에서 시·군·구에 설치

54) 해바라기센터(2018년 3월 현재 전국 38개)는 성폭력, 가정폭력, 성매매 피해자에 대한 상담, 심리, 의료, 수사, 법률 지원에 걸친 원스톱 통합서비스 제공하는 기관이다. 2017년 1년간 3만6천여건의 상담서비스 중 심리상담(31.8%)>의료(24.1%)>수사,법률(15.6%)>심리(9.6%) 지원 순으로 서비스를 제공하였다. (2017년 말 해바라기센터 실적, 여성가족부)

된 피해자 지원기관(보호시설, 상담소, 해바라기센터 등)에 예산을 배정하되, 일부는 자체 보유 하여 직접 집행한다. 피해자를 치료한 의료기관 또는 피해자 본인(또는 대리인)이 의료비를 청구하면, 의료기관 소재지의 피해자 지원기관과 시·도 또는 시·군·구, 가해자 주소지의 시·도 또는 시·군·구에서 의료비를 지급하게 된다.

가정폭력 피해자에 대한 의료비지급제도에는 구상권 행사 규정이 있어서, 시장·군수·구청장이 가정폭력피해자 의료비를 지급한 경우 법에 규정된 몇 가지 경우를 제외하고는⁵⁵⁾ 가정폭력 행위자에게 구상권을 청구할 수 있다. 그러나 피해자 지원기관에 따르면 가정폭력 피해자를 위한 의료지원예산이 수립되어 있다고 해도 구상권이 작동되어 활용도가 적고, 홍보 부족과 지자체별 다른 적용으로 의료지원이 충분히 이뤄지지 못하고 있는 실정이다⁵⁶⁾.

3.3. 파일럿 스터디 결과

1) 조사의 목적과 연구설계

<2016년 가정폭력실태조사>에 따르면, 부부폭력으로 인한 신체적 상처를 경험한 비율은 여성(20.0%)이 남성(6.3%)에 비해 3배 가량 높다. 이 가운데 병원치료를 받은 여성은 9.1%이다(남성은 사례가 없다). 정신적 고통을 경험한 응답자 중에서도 여성(43.4%)이 남성(18.9%)보다 2배 이상 높았고, 이들 중 병원치료를 받은 응답자는 1.6%에 불과했다. 응답자의 대부분은 심각한 상태가 아니어서 치료를 받지 않았다고 답했다. 그렇다면 병원치료를 선택한 일부 사람들은 그러한 상처와 고통이 부부폭력으로 인한 것이었다고 밝혔을까? 밝히지 않았다고 하더라도, 이들을 진료한 의료진은 이런 상처와 고통이 부부폭력으로 인한 것임을 진단해내고 필요한 처치를 제공하였을까?

이 파일럿 연구의 목적은 한국의 보건의료 지원제도 내에서 젠더폭력피해자의 발견과 대응이 잘 이루어지고 있는지 평가하고, 발견과 대응에 영향을 주는 보건의료제도 요인과 관련 사회서비스 요인의 맥락, 그리고 사회의 심층 구조를 드러내는 것이다. 연구에 포함된 젠더폭력은 아내구타를 포함하여, 여성을 피해자로 하는 성폭력, 디지털성폭력, 데이트폭력, 스토킹 사례이다. 이 연구는 학회지원을 받은 4개월의 짧은 기간 동안 문헌리뷰와 보건의료 및 사회서

55) <가정폭력방지법> 제18조 제4항에 의하면, 피해자가 보호시설입소 중에 치료보호를 받은 경우, 행위자가 국민기초생활보장법 제2조 규정의 수급자인 경우, 행위자가 장애인복지법 제32조에 의하여 등록된 경우, 연간 피해자 1인 의료비 지원총액이 50만원 이하인 경우는 구상권 행사가 불가하다.

56) 이미경, 정춘숙(2012). 반여성폭력정책의 흐름과 전망. 여성정책 환경변화와 미래정책 패러다임: 쟁점과 의제, 제3차: 젠더관점의 반여성폭력 정책의 재구성. 한국여성정책연구원

비스 제공자들에 대한 심층면담을 수행하여 얻어진 탐색적 연구 결과임을 밝힌다.

연구방법으로는 구체적인 제도와 실제 현장의 주요 행위자들의 인식과 의견을 다면적으로 파악하기 위하여 실재론 평가(Realist Evaluation)를 이용하였다. 실재론 평가를 이용한 많은 연구를 수행했던 오캠프(Patricia O'Campo)에 따르면, 실재론 평가는 프로그램의 성공과 실패를 설명하기 위해 프로그램의 맥락적 특성을 활용하고, 다양한 자료를 이용하여 근거들을 평가하면서 프로그램이 ‘얼마나 잘 작동했는지’보다 ‘어떻게 작동하는지’를 분석하는 것이다.⁵⁷⁾ 이 연구는 젠더폭력 피해자를 지원하는 다양한 사회서비스간의 역동과 과정을 설명하기 위하여 이 같은 실재론 평가 방법이 적절하다고 판단하였다. 이러한 실재론 평가는 프로그램의 결과(Outcome)를 만들어내는 배후 구조를 기전(Mechanism)과 맥락(Context)으로 찾아내어 도식화하여 나타낼 수 있는 장점이 있다(CMO 프레임).

[표 7] 실재론 평가의 적용

	각 차원의 의미	이 연구에서의 평가 기준
결과 (Outcome)	실재론평가를 통해 알아내고자 하는 결과	- 젠더폭력 피해자의 발견 - 보건의료제도의 발견과 대응
기전 (Mechanism)	결과를 초래하는 원인	- 보건의료제도 요인 - 사회서비스 요인
맥락 (Context)	결과와 기전이 배태된 맥락	- 보건의료제도의 특징 - 젠더폭력에 대한 인식 - 사회문화적 젠더권력

심층면담은 참여자들의 심도 있는 내러티브를 끌어내는 질적 연구의 한 방법으로서, 이 연구에서는 심층면담 대상자로 관련 업무에 직접 종사하는 의료인, 상담가, 경찰에 대한 목적 표집을 시행하였다. 최종대상자는 연구진의 합의 또는 소속기관의 추천을 통해 선정되었다. 선정된 심층면접 대상자들은 응급의학과, 가정의학과, 산부인과 소속 의료인 5명, 여성폭력 상담소와 해바라기센터 상담가 4명, 여성폭력 담당부서인 여성청소년계 경찰 2명 등 총 11명이다. 대상자들에게 먼저 전화로 연구의 목적을 설명한 후 연구참여 의사를 확인한 후, 연구진이 문헌검토를 거쳐 구조화한 면담질문지를 이메일과 문자로 전송하였다. 그리고 직접 만나서 연구

57) Kirst M, O'Campo P.(2012). Realist review methods for complex social problems. In: O'Campo P, Dunn JR (eds) Rethinking social epidemiology: towards a science of change. Springer. ; 김남순 외·한국보건사회연구원(2013), <근거중심보건정책에 필요한 연구근거 현황 및 활용>

참여와 녹취에 대한 동의를 얻은 후 면담을 진행하였다. 면담은 2017년 10월 1일부터 11월 1일 사이에 진행되었고, 세 명의 연구자들이 두 명씩 팀을 이루어 주진행자와 보조진행자로 참여했고, 매 회 1시간 내외로 소요되었다. 심층면담은 녹취록을 작성한 후, 3인의 연구자가 나누어서 각각 면담내용을 의미 맥락에 따라 소주제와 중주제 분류를 하고, 연구회의를 통해 의미를 확정하는 과정을 여러 번 반복하였다.

[표 8] 심층면담 참여자 특성

분야	ID	성별/연령/전공	지위
의료인	A	남/30대/응급의학과	응급의학과 의사
	B	남/50대/가정의학과	가정의학과 의사
	C	여/30대/산부인과	성폭력전담의료기관 의사
	D	남/40대/산부인과	성폭력전담의료기관 의사
	E	여/50대/간호학	공공병원 응급실 간호사
상담활동가	F	여/40대	가정폭력 상담가
	G	여/50대	성폭력상담소 상담가
	H	여/30대	디지털성폭력 상담가
	I	여/40대	해바라기센터 상담가
경찰	J	남/40대	여성청소년팀 팀장
	K	남/50대	여성청소년팀 팀장

2) 심층면담에 대한 실재론 평가의 적용

이 절에서는 심층면담 결과를 앞에서 설명한 결과(O) - 기전(M) - 맥락(C) 세 축에 따라 분석해보도록 하겠다.

▣ 결과(O, Outcome)

	이 연구에서의 평가 기준
결과(Outcome)	- 젠더폭력 피해자의 발견 - 보건의료제도에서의 발견과 대응

① 젠더폭력 피해자의 발견

다수 선행연구들의 보고와 마찬가지로 한국에서도 젠더폭력피해에 대한 신고율 자체가 매우 낮으며, 병의원을 찾아온 피해자들 역시 스스로 폭력피해 사실을 숨기려는 성향이 있었다. 따라서 의료진이 젠더폭력 피해자로 인지하고 다음 단계 경찰이나 상담서비스로 연계하려고 해도 피해자의 거부로 중단되는 사례가 적지 않다고 한다. 이는 가정폭력을 수치스러운 가족사로 여겨서 말을 안 하거나 외부의 개입 자체를 꺼리고 외부의 도움으로 해결할 수 있는 일이 아니라고 단정해버려서 일 수 있다.

“저희한테 신고하는 건 극소수예요. 감추는 거예요.” (경찰 K)

“개인적인 영역이라 생각해 의료진에게조차 이야기를 꺼려하는 분들이 많습니다.”(의료인 C)

“ ‘내가 아니라는데 니가 왜 그러느냐’ 는 반응이 의외로 많아요, 2/3는 그런 거 같아요. 그렇기 때문에 (가정폭력으로) 의심의 눈초리로 보면 볼 수는 있는데 신고 건수는 거의 없어요.”(의료인 A)

“사춘기여성의 경우 성폭행 유무를 따져 설명해도 실제 신고로 가는 경우는 흔치 않아요.”(의료인 D)

한편, 병원에서 접수과정을 거치면서 젠더폭력 피해자가 비가시화된다는 점이 면담을 통해 밝혀진 중요한 사실이었다. 즉 남편의 폭행으로 인한 치료를 목적으로 병원급 의료기관에 왔을 때 피해자는 의료진에게 본격적인 진료를 받기 전에 접수 과정에서 대인 폭력으로 발생한 피해 치료에서 발생하는 재정적, 절차적 부담에 대해 알게 되기 때문에 이후 의료인에게 폭행 피해 사실을 드러내지 않는다는 것이다. 반면 규모가 작은 의원급에서는 상해에 대한 진료가 보험급여가 되지 않는다는 점을 의료인이 알더라도 그 점을 밝히지 않고 건강보험급여 진료로 처리하기도 했다.

“원무과 입장에서는 미수금 남으면 자기들 실적이 떨어져요. 보험이 되면 원무과는 좋아요. 생각할 게 없어요 건보공단에서 받으면 되니까. 이 사람이 SES(Socioeconomic status)가 낮거나 피메일(female)이 낼 형편이 안 될 거 같이 보이면 일반으로 접수해서 미수로 잡히는 걸 안 원해요. 그래서 접수할 때부터 원무과에서 물어봐요. ‘일반이에요, 보험이에요?’ (피해자가) ‘뭐가 다르죠?’ 그럼 (원무과

에서) 설명을 하면 (피해자가) ‘전 넘어진 걸로 해주세요’. 이렇게 한번 교육이 돼서 들어와요. (의료인 A)
 “케이스가 많지 않고, 치료기간이 뭐 자동차보험처럼 길지 않고 엑스레이나 뭐 검사비용이 많지 않고
 겨우 진료비 몇 천원 약값 몇 천원 하니까 일반으로 안 하고 (건강보험으로).” (의료인 B)

그러나 피해자가 직접 보고하지 않더라도 의료현장에서 상해의 양상이나 반복성으로 미루어
 가정폭력에 의한 피해를 짐작하기는 어렵지 않은 것 같다. 아래의 인용문에서 보드시피 면담
 에 응한 의료진들은 모두가 의학적 전문성을 통해 정황상이나 간단한 문진만으로도 내원자가
 노인학대나 아내학대의 가정폭력 피해자 또는 성폭력 피해자임을 인지하는 것은 어렵지 않다고
 답변하였다. 즉 피해자의 발견과 대응을 촉진하는 것은 의료진의 전문성이나 젠더폭력에
 대한 관심이었다.

“노인들인데 가정폭력인거 같은 경우, 아이인데 부모님들이 뭐 알콜 중독이라서 방치되고 학대당한 거
 같다는 느낌이 있을 때가 있어요. (중략) 딱 보면 느낌이 뭔가 (가정폭력) 같아. 그러나 그걸 자세히 묻
 는 경우는.... (없어요)” (의료인 E)

“실제 병원 내 직접 방문시 문진과정에서 발견되는 경우는 의사의 젠더폭력에 대한 관심이 가장 중요하
 고, 특히 산부인과적 검사의 특수성으로 인해 성경험 유무 및 임신 경험 유무에 대한 문진이 필수적인
 데 이에 대한 질문을 통해 확인할 수 있고요..”(의료인 D)

그렇지만 젠더폭력에 의한 피해자라는 사실이 고려되어 치료와 돌봄에 반영되지는 못하고
 있다. 사실상 의료인이 인지한 이후에 적극적으로 이 문제에 개입하지 못하는 원인이 무엇인
 지가 관건인 셈이다.

② 보건의료제도의 대응

그렇지만 모든 의료인이 젠더폭력의 문제를 민감하게 인식하는 것은 아니다. 성폭력전담의
 료기관에 속한 의료인 스스로 그 사실을 알지 못하여 일부러 전담기관에서 치료를 받고자 방
 문한 피해자를 식별하지 못하기도 했고, 젠더폭력 피해를 호소하던 어떤 피해자는 병원에서

진단서를 써주지 않아서 의료비를 지원받을 수 있는 피해자로 인정받지도 못하였다. 의료기관으로 피해자들을 안내하는 상담가들은 모두가 공통적으로 그동안의 경험에 비추어 젠더폭력 피해자를 이해해주고 배려하며 활동가들과 상호 존중하면서 자기 책임 하에서 소견서나 진단서를 써주는 의료인을 확보하는 것이 중요한 일이라고 했다.

“저희는 지정기관을 이용하지는 않아요. 지정기관이 되게 형식적이고 사실 자기병원이 지정병원인지도 모르는 사람도 많고 그래서. 저희는 지정기관으로 연계하고 그러지는 않아요. 저희가 알고 있는 기관에만 하고. (중략) 전담기관인지 본인들도 모르고 직원교육이 안되면.. 그 사람 많은데서 ‘성폭력 당했어요?’ 이런 얘기하면 안 되잖아요? 낙태하러 갔는데 예전엔 사람 다 들리는데 그런 식으로 묻고 그러면 되게 피해자들이 스트레스 받거든요.”(활동가 G)

“병원가면 보험도 안 되고 인과관계 입증 안 된다고 진단서 써 주지도 않고...”(활동가 F)

이상의 면담 결과를 본다면, 의료현장에서 피해자의 자발적 보고에 의해서거나 의료진의 적극적 개입에 의해서거나 젠더폭력 피해자를 발견하는 것이 잘 이루어지지 않고, 따라서 대응도 잘 되고 있다고 판단하기 어렵다고 할 수 있다. 다음 단계에서는 그와 같은 발견과 대응의 장애가 되는 원인들을 각각 기전과 맥락에서 찾아보았다.

■ 기전(M, Mechanism)

	이 연구에서의 평가 기준
기전(Mechanism)	- 보건의료제도 요인 - 사회서비스 요인

① 보건의료제도 요인

① - 1. 의료인

의료인들은 두 가지 태도를 가지고 있었다. 의료전문가로서 젠더폭력 피해자인지는 ‘딱 보면 알 수 있다’ 또는 ‘문진과 진료과정 중에 확인할 수 있다’라는 자신 있는 태도가 있는 반면,

그럼에도 불구하고 ‘본인이 말하지 않으면 알 수 없다’는 유보적인 태도가 그것이다. 해바라기 센터에 내원하는 것처럼 피해사례가 명확한 경우를 제외하고는, 오히려 젠더폭력으로 확인하려고 하는 것이 도리어 집안 일이라고 드러내기 꺼려하는 환자를 불편하게 만들어 환자-의사의 관계에 문제가 생길 수 있다고 보는 것이다. 유보적인 태도에는 의료인이 스스로 아내구타를 가정사라고 여기거나 데이트폭력은 남남 간의 문제라고 인식하는 젠더폭력 전반에 대한 이해부족이나 비용문제를 불거지게 하는 게 더 상황에 도움이 되지 않는다고 보는 불개입적 판단이 작동한다. 더욱이 의사는 신고의무도 없기 때문에 이 문제에 개입해야 할 동기는 더욱 줄어든다. 현재 <가정폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법>은 누구든지 가정폭력범죄를 알게 된 경우 수사기관에 신고할 수 있다고 규정하고 있다(제4조 1항). 그리고 관련 직무 종사자에게는 신고의무를 부과하고 있으나, 의료인은 아동과 노인 등 제한적인 대상에 대해서만 직무수행시에 알게 된 가정폭력범죄를 수사기관에 신고하도록 되어 있다⁵⁸⁾. 이 규정에 따르면, 의료인은 성인 여성의 가정폭력이나 데이트폭력 폭력피해 사실을 인지하더라도 수사기관에 신고할 책임을 지지는 않는다.

“넘어졌을 때 생길 수 있는 상처가 아니다 그러면 알죠. 미끄러져서 흔한 골절의 양상이 아니다 그러면 알 수 있죠. 넘어져서 생기면 스파이럴 골절인데 단순히 장골이 뚫 부러졌다 그러면 골절이 아닌 거죠. (폭력 피해인지) 알 수 있죠. 알 수는 있지만 의료인들이 개입을 하기는 어렵다는 것을 말하는 거죠. 왜 모르겠어요? 보면 알지” (의료인 A)

“부부간 폭력은 마음만 먹으면 자기가 신고하려고 하면 할 수 있는데, 그걸 의사한테 신고의무제를 하자 그건 좀 다를 거 같아요. 아동이나 지적 능력이 저하되서 본인이 못할 때 도와줄 수 있는 거지만,... 의사들도, 병원의사들도 할 일이 되게 많아요. 치료에만 집중해도 몸이 부족한 일이 많고, 꼭 필요한 의무만 저야 되지만..” (의료인 B)

“데이트 폭력은 논외고요. 뭐 남남 간의 폭력이니까 말할 것도 없고”(의료인 B)

58) 다음 어느 하나에 해당하는 사람이 직무를 수행하면서 가정폭력범죄를 알게 된 경우에는 즉시 수사기관에 신고해야 한다.(<가정폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법> 제4조 제2항) ①아동의 교육과 보호를 담당하는 기관의 종사자와 그 기관장, ②아동, 60세 이상의 노인, 그 밖의 정상적인 판단능력이 결여된 사람의 치료 등을 담당하는 의료인 및 의료기관의 기관장, ③<노인복지법>에 따른 노인복지시설, <아동복지법>에 따른 아동복지시설, <장애인복지법>에 따른 장애인복지시설의 종사자와 그 기관장, ④<다문화가족지원법>에 따른 다문화가족지원센터의 전문인력과 그 장, ⑤<결혼중개업의 관리에 관한 법률>에 따른 국제결혼중개업자와 그 종사자, ⑥<소방기본법>에 따른 구조대·구급대의 대원, ⑦<사회복지사업법>에 따른 사회복지 전담공무원.

그러나 의료인들이 개입을 꺼리는 보다 근본적 이유는 의료인들이 여성에 대한 폭력이 용인될 수 있는 일이라고 지지해서가 아니라, 문제로 파악하기까지 혹은 문제로 진단하기까지 현재의 보건의료제도 환경이나 피해자 지원제도가 도움을 주지 않기 때문이라고 보는 것이 적절하다. 젠더폭력 피해자에게 개입하는 일 자체가 폭력상황에 대한 간접체험이기 때문에 이 문제에 관심을 가진 헌신적인 의료인에게도 상당한 소진을 유발하는 힘든 일이지만, 순전히 의사 개인의 관심과 노력으로 여성폭력피해자 의료지원을 돕도록 하고 있는 취약한 제도가 중요한 원인이 되고 있다.

“피해자와 가족의 스토리 자체가 마음이 어려워지는 상황이 많아 의무감과 사명감으로 일하고 있으나, 일 자체의 스트레스가 높아 힘듭니다. 활동가 및 의료진의 번아웃도 중요한 의제입니다”(의료인 D)

“(업무에 필요한 지식이나 참고의견을) 각종 문헌이나 매뉴얼을 통해 얻고 있으며, 특히 현재는 이전 피해자와의 누적된 면담 경험이 많은 도움을 주고 있습니다. 이 일에 대한 정책적, 학술적 근거는 불충분하다고 생각합니다” (의료인 D)

의료인 각자가 이러한 인식과 기술적 어려움을 해결해나가야 하기 때문에, 심지어 젠더폭력 문제에 관심있는 의료인이더라도 나중에는 그 상황을 무시하기에 이른다. 그렇게 되는 원인에는 의료인들이 교육수련과정에서 젠더폭력피해자를 어떻게 식별하고 진료할 것인지에 대한 훈련을 받아본 적도 없다는 사실도 작용한다. 젠더폭력 피해자를 진료하는 의료인의 지식과 기술, 인식과 태도 등에 대한 교육수련은 현재 보건의료제도에 포함되지 않고 있다.

“그 상황에서 폭력 신고를 하거나 개입을 하려는 쪽에게 (가정폭력 당사자들로부터) 투사가 와요. ‘우리가 싸우기는 했지만 그러고 나서 화해해서 왔는데 왜 그러냐... (중략) 피메일 쪽에서 이런 일이 없었다. 거부를 해요. 가장 황당한 건 ‘내가 안 맞았다는데 왜 니가 맞았다고 하냐.. 이런 경험이 한 두번 되면 의료진들이 이그노어(ignore) 해버리죠.” (의료인 A)

“이 부분(젠더폭력)에 대해 특별하게 교육을 받은 게 아니고 이 부분에 대해 깊이 생각해본 게 없으니까 남의 가정 일에 함부로 개입하는 일은 잘 안하게 되잖아요? (중략) (응급실에 올 정도면) ‘신고해야겠다’ 그럴 텐데.. 진료실에서 뭐 어제 남편한테 맞았다고 약 지으러 온 분이라든가 이런 분한테 ‘신고해야겠다’ 그런 생각은 아직까지는 (잘 안하게 되죠)...”(의료인 B)

그렇기 때문에 아내구타나 데이트폭력으로 확인된 다음, 의료인 스스로가 문제 해결을 위한 어떤 도움을 제공할 수 있는지 알지 못하고 소속 의료기관에서도 어떤 사회서비스를 제공하는 것이 가능한지도 모르기 때문에 의료인이 문제에 개입하기 더 어려워진다. 게다가 직접적으로는 친밀한 관계에서의 폭력이라는 매우 갈등적인 상황에서 의료진이 당사자들로부터 받을 수 있는 물리적 위협이나 이후 소송관련 위협으로부터 보호받을 수 있는 의료기관 내 인력이나 장치가 없거나 매우 불충분하다는 점도 의료인이 개입을 꺼리게 하는 요인이 되고 있다.

“그렇게 해서 부부 폭력을 찾아낸 다음에 해결을 어떻게 할 건가 해결을... 오히려 그게 큰 문제지. 찾는다는 게 목적은 아니잖아요? 찾아서 어떻게 좋게 해결할 수 있을 건지 방안이 있어야 될 거 아니에요?”
(의료인 B)

“큰 병원들 3차병원들은 다 있죠 보안요원이 있어요. 그런데 작은 병원은 없어요. 그런데 SES(Socioeconomic Status)가 낮을수록 작은 병원 이용을 많이 해요.” (의료인 A)

① - 2. 의료기관

젠더폭력 피해자를 진료하는 개별 의료기관이 갖추어야 하는 필수 조건은 의료기관내 다른 시설들이 환자의 프라이버시를 보호하면서 필요한 각종 검사와 치료, 심리상담 등 충분한 조치를 취하고, 폐쇄적인 지역사회일 경우 특히 피해자에 대한 비밀유지를 우선하는 것이다. 그러나 연구진들이 심층면담을 위해서 의료기관을 방문해서 관찰한 바에 의하면, 해바라기센터가 운영되는 일부 의료기관을 제외하고는 응급실이나 진료실에서 젠더폭력피해환자와 일반 환자와의 구분이 쉽지 않았고, 물리적 공간배치에서 의료진이 이들을 위해 별도의 돌봄을 제공하기가 어려운 게 현실이었다.

또한 젠더폭력피해자 의료지원 매뉴얼에서는 피해자들이 대부분 복합적 피해를 입기 때문에 피해상태에 따라 외과, 산부인과, 정신과 등 관련 과들 간의 의뢰와 협진이 중요하다고 명시하고 있으나, 실제 의료 현장에서는 젠더폭력 피해자임을 드러내는 것이 오히려 진료를 방해하는 요인이라고 판단하고 있었다. 것처럼 피해자 중심의 진료보다 피해 발생의 원인을 드러내지 않고 표면적인 진단과 치료만 이루어지게 하는 이유는 비용 문제가 작동하고 있었다.

“가장 중요한 점은 환자의 프라이버시를 최대한 존중해서 병원 내 각종 검사 및 치료가 진행되어야 하며, 부인과적인 진료와 동시에 무조건 심리적인 상담 및 치료가 동시에 진행되어야 한다는 점, 특히 지역사회에서 비밀유지가 특히 중요하고”(의료인 D)

“대부분의 의료기관은 폭력피해환자와 일반 환자의 진찰구분이 되어 있지 않고, 많은 노력이 개입되기가 쉽지 않습니다. 해바라기센터가 있는 병원의 경우 환자중심 진료를 하고 있다고 볼 수 있지만 여전히 대기시간이나 병원대기 중 도움 등의 과정, 사회서비스 연계와 관련하여 미흡한 부분이 많이 노출되고 있어서...”(의료인 C)

“(환자를 다른 과에 의뢰하는 게) 필요하면 하죠. 필요하면 하는데 할 게 있어서 그렇게 할수록, 일이 커질수록 더 폭력이 되기 어렵다고요 그 구조상. 비용이 더 많이 발생하는 거예요.” (의료인 A)

전담의료기관에 대한 모니터링과 평가제도 또한 미흡했다. 전담의료기관으로 지정된 경우, 이들이 제공하는 서비스의 적정성을 의료적 기준에서만 아니라 연계업무를 하고 있는 지역 사회 기관들과 의료기관을 이용한 경험이 있는 피해자들의 관점에서 평가하고, 내원자들에 대한 추적조사를 통해 제공된 서비스에 대한 효과를 평가할 수 있는 공식 기전이 없었다. 이런 점은 의료기관의 젠더폭력 피해자에 대한 서비스 대응능력 제고를 저해하는 요인으로 파악되었다.

“(전담의료기관에 대해) 공식적으로 평가를 하지는 않죠. (활동가들이) 마음으로는 평가하죠 (활동가 G)

“(지원정책에 대해) 회의에서 얘기를 하기는 하지만, 현장에서 느끼는 걸 얘기해도 정책이나 책이나 이런 걸 만드는 사람들하고 또 다르니까 (안 받아들여지죠)..” (경찰 K)

“취학이전, 초등학교, 중·고등학교, 20대·30대 이후의 연령대별, 기혼 여부, 가족 관계, 경제적 편차, 종교적 다양성, 교육정도, 사회적 위치, 지역적 특성 등 피해자 접근 시 아주 다양한 고민이 되어야 하고, 다양한 접근 방식이 필요하고 판단되어야 할 문제가 너무 많습니다. 전반적인 추적 조사에 대해 극히 소극적이라 어떤 학술적 근거를 잡기가 너무 어려운데, 즉 피해자의 입장에서 바라 보기가 너무 어렵습니다.” (의료인 D)

또한 현재 응급실 이송 환자에 대해서도 구조요원과 의료진 간에 사건발생의 구체적인 상황을 공유할 물리적 공간이나 시간적 여유가 없고, 응급실에서도 기본적으로 손상기전을 폭력 여부만 확인할 뿐 가해자와 피해자의 관계를 특정하여 개입하지 않고 있다.

“환자들이 폭력을 얘기하려면 서로가 신뢰가 쌓여야 돼요. 집중해서 충분히 얘기하고 들어야 하는데 응급실이라는 환경이 환자와 충분한 이야기를 나누고 정서적인 지지를 하고 그럴만한 시간이 없어요. (중략) 저희가 병력 청취, 손상 기전 이런 것들을 작성하는 데가 있어요 응급실에. 그런데 손상 기전에 대해서는 간단하게 폭력정도만 묻지 그걸 구체적으로 명시하는 건 없어요.”(의료인 E)

의료인은 젠더폭력 피해자를 포함하여 일반 국민들에게 상해와 질병의 진단과 치료과정에 대해 전적인 공신력을 가지는 전문가집단으로서, 의료인의 판단과 인정은 젠더폭력 피해자들이 공적 사회서비스 지원을 받는 과정에서 결정적인 진입지점이 되고 있다. 따라서 젠더폭력 피해자들에게 개별의료인과 의료기관 차원에서는 이들의 피해를 객관적 인정기준에 따라 판정해주고 필요한 치료서비스를 제공하며, 이들을 지역사회와 다른 사회서비스와 연계해 주는 역할을 보다 강화할 필요가 있다. 그렇게 된다면, 전체 피해자 지원제도의 효과 뿐만 아니라 보건의료제도에 대한 신뢰와 위상도 높일 수 있을 것이다. 그렇지 못할 경우 젠더폭력의 대응과정 전체에서 의료지원은 증거를 채집하거나 진단서를 발급하는 수준의 보조적인 역할에 국한될 수 밖에 없을 것이다.

② 피해자 지원을 위한 사회서비스 제도

젠더폭력피해자에 대한 불충분한 사회적 지원은 의료지원을 포함하여, 여타 지원에서도 재현되었다. 개별 의료기관에서 젠더폭력 피해자를 인지하고 치료를 마친 이후 이들을 적절한 사회서비스로 연계하려고 할 때에도 추가적인 병원 행정업무가 발생하였다. 또한 수사경찰의 경우, 의료인이 가정폭력 피해자로 신고한 사례에서도 사건화하지 않고 현장을 떠나거나, 청소년 성폭행피해 사건의 경우 피해자의 증언이 바뀐다거나 강제성 여부 판단이 쉽지 않다는 이유로 사건화 하지 않으려는 경향이 있다는 것이 확인되었다.

“디택트하고 신고하는 병원이 큰 역할을 안 하게, 이렇게 하면 뭐 더 안 해도 되고 다 해결할 수 있는

시스템이 되어야 신고도 원활히 되고, 병원도 의심사례를 전화만하면 굴러간다 그렇게만 되면.” (의료인 B)

“담당공무원이 오면 좀 달라지나? 구청공무원이 와도 다 비슷하게 생각하기 때문에 ‘바깥 양반이 좀 잘하지 그랬어요’ 그리고 경찰도 ‘좀 잘하지 그래요’ 그러면 (남편이) ‘네 그러겠습니다’ 그리고 여자한테는 ‘잘 좀 해보세요’ 이라고 가요” (의료인 A)

“중고등학생의 경우 ‘(피해자의) 말이 바뀐다, 강제성 여부에 대한 판단이 쉽지 않다’ 그러면서 경찰에서 사건화를 싫어해요” (의료인 D)

또한 상담기관의 경우도 현재 전국에 가정폭력(205개), 성폭력(169개) 상담소가 있으나 각 상담소마다 상담의 질 관리를 보장하지 못하는 실정이다. 지역사회에서 오래 활동한 상담활동가들 스스로가 상담 기관간의 서비스 질의 차이를 경험한 바가 있기 때문에, 피해자들을 적절한 상담소와 연계하는 것에 대해 고민하고 있었고 상담없이 차라리 정신과로 바로 보낸 경우도 있다고 했다. 또한 피해자 지원금과 관련한 제약 때문에 상담기관이 제한된 상담횟수 같은 표준화된 서비스만을 제공하여 실제로 피해자 중심으로 운영되지 못하는 것을 우려하는 의견도 있었다. 상담기관의 역량을 강화할 수 있도록 하기 위해서는 축적된 상담정보에 대하여 면밀히 분석하고 상담원 교육프로그램을 엄밀하게 관리하여 상담의 질을 높이도록 하는 조치가 필요하다.

“저는 이쪽에서 10년 이렇게 있었거든요. 그래서 이쪽 지역사정을 제가 잘 알지요. 실태나 상황을 알고 있다 보니까 어느 지역은 아, 정말 보내려면 ‘여기를 보내야 돼 말아야 돼’ 이러거든요. 그곳의 사정을 아니까, 오히려 거기는 잘못 보내면 (피해자한테) ‘갔는데 거기는 너무 이상해요’ 이런 피드백을 너무 많이 받다 보니까 여기를 건너뛰고 좀 멀더라도 (다른 곳으로) 얘기하게 되는 거죠. 그러니까 지역상담소들이 튼튼해지면 피해자나 피해자 가족들한테 정말 빨리 일상으로 회복하는데 좋은데.”(활동가 I)

“저희는 (피해자 상담을) 어디다 보내야 되나 그런 고민이 많거든요. 이분들, 상담전공하신 분들이 많지 않거든요. 그러다보니까 할 수 없이 정신과로 그냥 보내는 경우도 있어요”(활동가 H)

“(해바라기센터가) 분명히 진행하는 게 있어요. 10회기 진행 하면 끝. 정부 기관이라서 그런지 딱 해서

끝나면 끝이에요.” (활동가 G)

“(상담센터를 이용하는 분들이) 어떻게 치료하고 어떤 소송 결과라든지 이런 추적 관리는 못하죠. 케이스만 쌓이는 거죠” (활동가 I)

공통적으로 상담기관 뿐만 아니라, 젠더폭력 피해자를 지원하는 다른 사회서비스 기관들(의료, 경찰, 법률지원 기관들)은 각각 제공한 서비스와 연계서비스에 대한 엄정한 평가와 피드백 기전이 작동되지 않고 있었다. 외형적으로 여성폭력피해자를 위한 여러 서비스들이 제공되는 시스템은 구축되어 있으나, 그 구성과 작동에 대하여 철저한 평가와 모니터링이 이루어지지 않는 한 가지 이유는 이런 서비스들이 지원금이나 기금 형식의 공적부조 형태로 제공됨으로써 이용자가 철저히 시혜의 대상으로 다뤄지는 점과 관련되는 것이 아닌가 한다. 젠더폭력 피해자를 보호하고 후유증을 최소화한다는 목적으로 시행되는 각종 정책들이 사실상 누구를 보호하고 있는지 혹은 무엇을 보호하고 있는지 물어야 한다. 제반 제도들이 피해자의 입장에서 이들의 회복과 권리보장에 얼마나 효과적인지 관점을 달리하여 철저히 재평가될 필요가 있다.

■ 맥락(C, Context)

	이 연구에서의 평가 기준
맥락(Context)	- 보건의료제도 특징 - 젠더폭력에 대한 인식 - 사회문화적 젠더권력

① 보건의료제도 특징

먼저 개별 의료인과 의료기관의 소극적 대처를 구조적으로 유발하는 근본 원인으로 한국 보건의료제도의 일반적 특성이 작용하고 있었다. 진료시간 부족으로 환자와 의사가 충분한 신뢰 관계를 쌓거나 환자에 대하여 꼼꼼하게 예후를 관리하는 것이 어렵고, 오랜 시간을 들여 상담과 진료를 하더라도 젠더폭력 피해자 진료에 대한 보상이 불충분하다. 이런 낮은 보상은 의료진이 소속 의료기관에게 병원 경영과 관련해서 오히려 눈치를 봐야하거나 이 업무의 중요성을

설득해야 하는 추가적인 부담을 가중시켰다. 또한 인력은 부족하고 업무가 과중한 응급실 상황에서 의무기록작성 책임이나 진료과의 분과주의 경향은 젠더폭력피해자 뿐만 아니라 다른 어떤 환자들도 치료와 돌봄의 중심이 되기 어렵게 만드는 실정이었다.

“진료시간이 충분히 길어야 되는 거거든요. 그런데 일단 우리 여건이 그럴 수가 없어요. 당장 환자가 많아서 어떻게 하기가 급급하니까.”(의료인 B)

“(성폭력 증거채취 키트 등의) 비용이 낮게 책정되어 있어 지속 유지에 어려움이 있습니다.... 인공임신중절인 경우 수술에만, 그것도 수가가 몇 십 년 전 수가입니다.”(의료인 C)

“(경영진은) 진료량이 늘면서 수익이 창출되는 부분도 있으므로 기꺼이 성폭력전담의료기관 신청에 동의해 주시고 지원해주셨습니다. (중략) 수가 부분의 문제 때문에 수익이 크게 되지 않는 부분 때문에 고민 중입니다. (중략) (전담기관업무로) 개인적으로나 공식적으로 반대에 부딪힌 적은 없지만, 스스로에게 부담이 되었고 현재는 직원대상 인권교육 등에서 이런 부분을 다루고 있습니다.” (의료인 C)

“환자분이 한 분 오시면 작성해야 할 기록이 여섯 가지예요 응급실에서. 임상과장님들도 지금 인증 이러면서 의무기록이 너무 강화돼서 환자가 들어온 시간, 나간 시간 (쓰고).. 기록이 많아서 정작 환자를 못 보겠다 (그래요). (중략) 저희가 병력 청취, 손상기전 이런 것들을 작성하는 데가 있어요 응급실에. 그런데 손상 기전에 대해서는 간단하게 폭력 정도만 묻지 그걸 구체적으로 명시하는 건 없어요. 그런데 더 명시하라고 그러면 아마 전국 병원들에서 난리날 거예요, 기록량이 너무 많은 거예요.” (의료인 E)

“항상 의료진이 너무 바쁘고 전문과목으로 개원해서 병원마다 좁은 과목만 보고 있고 그렇게 반복되다 보니까 환자들이 의사를 볼 때 포괄적인 상담을 할 수 있겠다 그런 생각을 안 하기도 하고.”(의료인 B)

또한 건강보험은 가정폭력사건으로 인한 피해자 치료 상담비용을 가정폭력을 행한 자가 부담하도록 규정하고, 고의 과실에 의한 제3자에 의한 부상에 대해서는 급여제한제도를 두고 있는데 이런 제도 하에서 가정폭력과 데이트폭력은 가장 쉽게 은폐될 수 밖에 없었다.

“시스템이 전국민건강보험 하에서, 본인부담이 없는 상황에서 폭력이 발생하면 본인부담이 생기는데 어떻게 마스킹(은폐)이 안 될 수가 있어요. (중략) 폭력을 드러내는 게 디스인센티브가 되기 때문에 모두가 마스킹을 하죠..”(의료인 A)

② 젠더폭력에 대한 인식

또 다른 사회적 맥락은 젠더폭력에 대한 인식이다. 젠더폭력이라는 용어가 아직 많은 사람들에게 낯선 이름이지만, 점차 여성에 대한 폭력이 가해자의 귀책 사유가 되고 여성에 대한 권리의 침해라는 인식이 주로 여성들에서는 확장되고 있는 것으로 나타났다. 여성을 차별하고 성적 도구화하는 소위 ‘관행’이라고 하던 억압적 질서를 폭로하고 변화를 가져온 여성들의 인식개선은 젠더폭력을 드러나게 하는 중요한 기제가 되고 있다.

“가정폭력은 늘었죠. 가정폭력은 예전과 달리 신고를 많이 하게 되고 오히려 지나치게 사소한 것도 신고하는 경향이 있고..”(경찰 J)

“조금 젊은 계층은 나중에 정말 이혼 이런데 쓰려고 진단서 받는다는 사람도 있고, 일단은 비용측면에서 일반진단서라도 끊어놓고 나중에 경찰에 가면 상해진단서로 바꾼다 그런 사람도 있고..”(의료인 B)

“자기가 뭘 침해당하고 있는지에 대해 빨리 인지하는 거죠. 권리의식이 전반적으로 높아지다 보니 자기가 침해당한 걸 인지하는데 빨라지고..”(활동가 F)

반면 여전히 친밀한 관계에서의 폭력을 피해자 유발론으로 보거나, 있을 수 있는 일 또는 개인적인 일이라는 인식을 가진 사람들이 많이 존재한다. 이런 인식은 일반인뿐만 아니라 의료인이나 경찰처럼 직접 피해자들과 접촉하는 현장에 있는 사람들에게서도 마찬가지였다. 이것은 젠더폭력에 대한 관용적 인식은 한 사회에 오래도록 누적된 관습의 결과이고, 특정한 문제적인 개인을 처벌하거나 교육해서 달라지는 것이 아니라 성평등의 규범과 질서를 바꾸는 문제로 접근해야 함을 재확인시켜준다.

“아동학대처럼 부부간 폭력이 안 된다고 끊임없이 감수성을 높이는 게 필요해요. 그래야 의료인도 그 중의 한 명이고 경찰도 이 사람들 중에 하나이기 때문에, 그렇게 해야 정책 하나만 효과가 있는 게 아니라 (같이 효과가 있어요). 토대가 없으면 안 될 거예요. 폭력이라고 인지하고, 폭력을 불가능한 걸 당했다고 생각해야 하는데 ‘남자가 그럴 수도 있지’ 라고 생각해요”(의료인 A)

“남자들뿐만 아니라 주위의 친구나 여자들도 마찬가지예요. 피해자들도 와서 그래요 (친구들이) ‘니가 왜 그렇게 했냐, 니가 좀 조용하면 괜찮은데 니가 예민해서 그런다’ 이런 말에 상처받고..”(활동가 G)

여성에 대한 편견과 차별 인식은 현재 학교 교육과 가정폭력 가해자 교육 프로그램에서도 전혀 개선되지 못하고 있다. 현재 한국 청소년들에 대한 잘못된 성평등 교육, 성폭력 예방 교육은 남녀를 동등한 인격체로서 대하지 않고 여성에게 모성을 지나치게 강조하며 대상화하거나, 변화하는 사회에서 학생들의 눈높이에 맞지 않는다는 비판을 받는다. 또한 개입의 근거가 상충적인, 남성가해자 개인차원의 행동을 교정하려고 하는 상담명령에 따른 가정폭력 가해자 교육 역시 근본적으로 젠더편향적인 교육방식이라고 할 수 있다.

“성평등교육, 성폭력예방교육, 학교 교육 뿐만 아니라 다 망했어요. ‘나가면 안돼요’ ‘폭력은 안돼요’ ‘꽃을 꺾지 마세요’ 이런 교육 어떡할 거예요”(활동가 F)

“지금 교육이 너무 엉터리교육이라서 수준에 안 맞죠 커리큘럼이나. 우리 애들 봐도. 우리 때는 무지해서 교육을 안 받았다 그러지만... 지금 학교에서 성교육 받았다고 하면 콘돔 씌우는 것 밖에 모르고. 그 정도 니까. 교육도 세태를 따라 가야죠.” (활동가 G)

“자원이 아예 없는 분들 내지는 자원이 부족한 분들, 자원이 만들어질 가능성이 없는 분들, 이분들이 가해자교육에 집착하는게 보여요. (중략) 가해자교육이 하나의 옵션이 아니라, 거의 한국의 가정폭력방지법에서는 절대적이거든요. 온갖 사람들이 다 가해자교육을 받으러 오잖아요.”(활동가 F)

그러다보니 폭력피해자에 대한 직접 서비스를 제공하는 경찰들이 가정폭력을 겪고 자란 여성이 폭력적인 남성에게 끌려 폭력에 노출된다고 하거나, 남성의 폭력이 있을 수 있는 일이라고 용인하는 태도를 보이게 된다. 경찰 및 사법 기관의 젠더편향적 수사와 판결이 피해자들에게 2차, 3차의 가해를 유발하고 있다는 점이 거듭 지적되고 있음에도 잘 개선되지 않는 이유에 대해서는 경찰—사법 인력의 인식과 교육 차원에서 뿐만 아니라, 대단히 성비 불균형적인 조직의 인력구성 측면에서도 고려될 필요가 있다.

“저런 남자 안 만나야지 하다가 커서 나는 거기에(폭력에) 익숙해져 있으니까 친절한 남자는 ‘왜 나한테 잘해, 이상해’ 그러다가 나쁜 남자는 익숙하니까. 그러니까 좋은 남자 웃은 불편하지 그런데 와일드하고

폭력적인 남자한테는 끌려. 그러다 보니 폭력에 또 노출되는 거지.“ (경찰 K)

“경찰도 가해하죠. 가해하는데 가끔 좋은 사람도 점점 늘고, 그런 사람이 있으면 조금은 달라지는데 그래도 대부분의 사람들은 경찰서에서 상처받고, (중략) 말도 안 되는 소리로 ‘니가 안 그랬으면 성폭력이 안 일어났을 텐데’ 이러고.” (활동가 G)

③ 불평등한 젠더 권력

여성폭력 피해자가 심지어 피해자 지원제도의 중심이 되지 못하는 이런 현상의 근본 원인은 우리 사회의 젠더 권력의 비대칭성 때문이다. 특히 빈곤가정에서 발생하는 가정폭력에서 여성 피해자들의 사회경제적 자원은 극히 적다. 그렇기 때문에 자신의 피해를 드러내고 다른 선택을 고려하기보다 가해자 남성을 개선하는 (그러나 효과가 상충적이라고 하는) 젠더편향적인 가해자교육에 매달리거나, 건강보험 급여혜택을 받기 위해 남편의 폭력 사실을 먼저 은폐하고 있다.

“가해자한테 뭔가 기댈 수밖에 없는 일상을 살다보면 가해자교육에 목을 매세요. 쌍방 폭력으로 왔던 한 분은 판사가 물론 때렸냐 안 때렸냐 이걸 물어보기도 했지만 굳이 설명하지 않았대요. 자기가 남편이 때려서 저항하고 이런 이야기를 안 하셨대요. 왜 안하셨냐고 물어보니까 부부상담을 받고 싶었대요. 남편도 상담받고 나도 받고, 처분으로 상담명령 받으면 부부상담을 같이 받을 수 있을 거라고 생각하셨대요.” (활동가 F)

“경제적 종속관계가 있기 때문에 병원은 스쳐가는거고. (당사자들이) 싸우긴 했지만 가정을 이루려는 기대치가 있기 때문에 (중략) 피메일(Female) 쪽에서 ‘이런 일이 없었다’ 거부를 해요. 가장 황당한 건 ‘내가 안 맞았는데 왜 니가 맞았다고 하냐 이런..’”(의료인 A)

또한 여성에 대한 강압적 통제와 폭력을 당연시하고 여성을 성적인 존재로 한정하는 가부장제는 아내구타와 같은 오래된 가정폭력 문제뿐만 아니라, 스토킹이나 디지털성범죄와 같은 신종 여성대상폭력에서도 지속적으로 나타나고 있다. 특히 디지털성범죄는 많은 사례가 아내나 여자친구처럼 친밀한 관계를 성적 착취의 대상으로 삼고, 동의받지 않은 민감한 사생활 영역을 온라인상에서 불특정 다수에게 무차별적으로 공개하는 악질적인 방법으로 여성들의 피해를

극대화하고 여성들의 삶을 위축시킨다는 점에서 매우 심각한 현상이 되고 있다.

“가부장제가 가장 문제라고 생각해요. (중략) 그 (불법촬영) 영상들이 그 남자한테는 소유야. 그래서 내맘대로 해도 돼. 대상은 아내나 여자친구. (중략) 그 이유는 소유라는 거? 권력? 여자는 우리 꺼니까? 이런 생각들...”(활동가 H)

특히 인터뷰를 통해 더욱 주목해야 할 젠더폭력 피해 집단으로서 청소년과 이주여성, 유흥업소 종사자 등이 지적되었다. 이들은 사회경제적 조건이 불리할 뿐만 아니라, 남성 가해자와의 관계에서 연령이나 신분, 그리고 자기를 보호할 수 있는 능력에서 취약성이 중첩된 집단이다. 그러나 청소년과 이주여성, 유흥업소 종사자들은 젠더폭력에 쉽게 노출되는 불평등한 젠더 권력의 최대 피해자가 되고 있으나 충분한 사회적 관심과 보호를 받지 못하고 있는 실정이다.

“10대들이 임신이라는 반응도 빨리 알아서 불법(낙태)시설이 있는지 모르겠지만, 암암리에 그런(낙태 수술) 비용을 계를 든대요 애들이 계를. 들어보셨어요? 애들이 혼자 감당하기 많은 비용이니까 그걸 계를 들어서 서로 지원하는, 애들끼리 만든 또래 문화죠. 그 정도 이야기가 들릴 정도로 굉장히 많다는 거죠“(의료인 E)

“예를 들어 이미그런트 피메일(immigrant female) 입장에서는 낯 (병원에) 데리고 오고 낯 치료해 줄 사람이 남편밖에 없어요. 그런데 분리를 하자? 피해자가 먼저 거부할 걸요?” (의료인 A)

따라서 가정폭력이나 성폭력, 성매매, 성희롱으로 분절된 법적 보호체계에서 생기는 범죄유형과 피해자의 사각지대 때문에라도 여성에 대한 폭력은 젠더폭력으로 포괄되어야 할뿐만 아니라, 여성에 대한 폭력이 사적관계에서 발생하는 개인차원의 일탈적 범죄가 아니라 사회구조적으로 작동하는 젠더체계를 기반으로 양성되고 심지어 포용되고 있다는 점을 드러내기 위하여 젠더기반폭력으로 인식을 전환하고 대응하는 것이 중요하다.

3) 결과 종합

이상의 심층면담 결과를 실재론 평가의 CMO 프레임에 적용하면 다음과 같다. 먼저 분석 결과(O) 한국 보건의료제도에서 젠더폭력 피해자의 발견과 대응은 잘 되고 있지 않다. 피해자의 발견은 피해자의 자발적인 보고나 의료진의 진단으로 이루어지는데, 이 두 가지 경로가 활발하게 작용하지 않고 있었다. 따라서 치료와 돌봄이 필요한 젠더폭력 피해자들이 의료기관에 방문한다고 하더라도 일반 상해환자와 동일하게 처치를 받게 되거나, 성폭력피해자의 경우 증거채취키트 작성 같은 기술적 도움을 받는데 그친다. 이와 같은 결과가 나타나게 된 기전은 (M) 보건의료제도 내에서는 의료진은 젠더폭력에 대한 교육훈련 경험이 없었고 문제 개입 시에 발생할 수 있는 위해에 대한 물리적, 법적 보호장치가 부재한 것이 원인이었다. 또한 폭행 사건에 대한 건강보험 급여제한규정은 의료인이 젠더폭력을 드러내지 못하게 만드는 억지요인으로 작용했다. 한편 의료기관은 피해자들의 프라이버시를 보호하면서 치료서비스를 제공하거나 다른 사회서비스로 연계하는 장치가 불충분했다. 또한 관련된 다른 사회서비스 즉 경찰과 상담기관 역시 인력들의 젠더폭력에 대한 이해도가 다르고 젠더폭력 피해자 지원서비스의 질 관리, 평가 및 추적관리체계가 미비한 것을 지적할 수 있다. 심층 맥락에는(C) 진료시간 부족과 수가문제, 분과경향이라는 보건의료제도 전반의 문제들과 불평등한 젠더권력과 그으로부터 파생된 젠더폭력에 대한 사회의 낮은 인식 수준이 작용하고 있는 것으로 분석되었다.

[그림 5] 실재론 평가 결과 : 심층면담결과의 요약



이상의 결과를 바탕으로 젠더폭력 피해자에 대한 효과적인 지원을 위한 몇 가지 개선방안을 제안하면 다음과 같다. 첫째, 의료인 교육수련과정에 젠더 폭력에 대한 교육 훈련을 포함해

야 한다. 둘째, 의료기관은 피해자들의 프라이버시를 보호할 수 있는 장치를 마련해야 한다. 다양한 유형의 폭력을 경험한 여성들은 보건의료제도와 마주할 수 밖에 없는데, 이때 의료제공자와 의료기관의 일차적 대응은 피해자들이 공적 지원제도로 이행하는데 매우 중요한 분기점이 된다. 셋째, 건강보험 급여제한제도 개선이다. 현재 가정폭력에 대한 급여제한조건 때문에 폭력 통계로 잡히지 않을 뿐 실제로 대부분의 가정폭력으로 인한 치료에 급여가 지급되고 있는 것으로 추정된다. 따라서 현재의 건강보험의 가정폭력사건에 대한 급여제한규정을 가정폭력 피해자를 보호하는 방향으로 개선해야 한다. 넷째 여성폭력피해자 지원서비스 제도의 질 관리를 위해 여성긴급전화 1366이나 상담소, 응급실을 통해 의뢰해온 피해자와 사회서비스를 연결하는 책임 코디네이터를 배치하고, 사회서비스 제공기관과 프로그램들에 대한 평가 및 모니터링 제도를 마련할 것을 제안한다.

4. 젠더폭력 피해자의 건강보장 방안

젠더폭력문제에 개입할 수 있는 여러 사회적 제도 중의 하나인 보건의료제도는 폭력피해여성에게 적절한 의료적 돌봄을 제공하고 필요한 사회서비스와 연결시키며 폭력을 공중보건의 문제로 확장함으로써 잠재적으로 발생할 피해를 예방하는 데 기여할 수 있다는 점에서 중요한 의미가 있다. 이 장에서는 보건학적 관점에서 젠더폭력 피해자의 건강을 보장하기 위한 기준으로 세계보건기구에서 제시하는 여성중심돌봄과 보건체계강화 접근을 소개하고, 그 기준에 따라 3장의 연구결과를 검토해보고 젠더폭력 피해자의 건강보장 개선안을 제시하고자 한다.

4.1. 여성중심돌봄(women-centred care) 접근

우선 피해여성이 중심이 되는 치료와 돌봄 체계의 확립이다. 거듭 강조하지만, 여성에 대한 폭력이 여성 젠더에 대한 불평등과 차별에서 기원한다는 속성에 주목한다면, 여성에 대한 폭력에 개입하는 전략들은 그러한 근본적인 원인을 교정하는 방법에서부터 피해자들을 치료·회복하는 방법들까지 전과정에서 여성 폭력피해자의 고유한 사회경제적 조건과 필요를 반영해야 한다. 여성중심 돌봄을 위한 두 가지 기본 원칙은 여성 인권 존중(respect for women's human rights)과 젠더 평등 지지(support for gender equality)이다(WHO, 2017). 이런 원칙들은 구체적으로 보건의료서비스가 제공되는 환경에서 다음과 같이 구현될 수 있다.

- 여성들에게 프라이버시와 신뢰성을 보장하는 양질의 케어를 제공하고, 치료방법·케어·지지에 대하여 그리고 그들이 경험한 폭력을 어떻게 다룰 것인지 대하여 선택할 수 있도록 정보와 서비스를 제공한다.
- 보건의료 제공자들에게 불평등한 권력과 사회적 규범이 어떻게 여성에 대한 폭력으로 자행되는지 교육하고, 자신의 케어와 관련된 여성들의 의사결정에서 피해여성의 선택과 자율성을 존중하도록 독려한다.
- 폭력피해여성은 다중적인 차별에 직면할 수 있다는 것을 인지한다. 이는 단지 여성이어서 폭력을 당한 것일 뿐만 아니라, 그녀의 인종, 민족, 카스트, 장애, 성적 지향, 젠더 정체성, 종교, 또는 다른 특징들이 영향을 주었기 때문이기도 하다.

- 보건의료 서비스를 제공할 때, 여성의 개인적 조건들(예를 들어, 아동 돌봄이나 다른 돌봄의 책임, 주거, 제한된 이동성, 지불능력 부족, 낮은 문해력, 언어적 배경 등)을 고려한다.
- 여성대상폭력에 대한 데이터를 수집할 때 정보의 신뢰도를 높이고 해악을 최소화하도록 주의한다.

이상의 내용을 기준으로 현재 한국 보건의료부문의 젠더폭력 피해여성에 대한 지원제도와 심층면담 결과를 검토해 보았다.

1) 프라이버시와 신뢰성을 보장하는 양질의 케어

젠더폭력 피해자의 치료나 돌봄에 관한 의료서비스의 질에 대해서는 문헌과 담당자들의 인터뷰를 바탕으로 대략적으로만 가늠할 수 있는데, 가정폭력이나 데이트폭력으로 인한 상해 치료는 일반 의료기관을 이용하기 때문에 논의에서 제외하고 성폭력사건으로 한정해서 보도록 한다. 현재 전국적으로 332개소의 성폭력전담의료기관이 지정되어 있는데(2018년 기준) 성폭력전담의료기관은 신청기관이 일정기준에 부합하면 지정하는 방식이다. 그러나 전담의료기관을 지정한 후에는 <성폭력전담의료기관 의료업무 매뉴얼>을 제공하는데 그치고, 관련된 의학·보건학의 최신지견을 일선 의료진들에게 전달하지 못하고 있다. 가령 2012년에 성폭력 증거채취키트가 완비되어 지금까지 사용되고 있는데, 일선 의료인들은 과연 이 키트가 피해자 중심으로 만들어졌는지에 대해 강한 의구심을 표하면서, 키트와 가이드라인의 최신 업데이트가 필요하다고 지적하였다. 의료진들은 미국 질병관리본부(CDC)와 세계보건기구(WHO)의 가이드라인이나 개인적인 면담경험들에 의존하여 진료를 보고 있는 상황으로써 기존 매뉴얼에 충분한 학술적, 정책적 근거를 보완할 필요가 있다고 언급하였다. 또한 현재 성폭력전담의료기관으로 피해자를 의뢰하는 상담활동가들의 평가와 언론 보도를 보면, 전담의료기관 소속 의사들이 자신들이 전담기관 소속임을 인지하고 있지 못하거나 일부 전담기관들은 성폭력 피해자에 대한 필수 서비스도 제공하지 않고 있다⁵⁹⁾.

더욱이 프라이버시 보호나 신뢰성, 피해자 배려 측면에서 의료의 질을 확인하기는 더욱 어려운 실정이다. 성폭력전담의료기관은 상담소나 경찰서에서의 의뢰를 통해 피해자의 이용이

59) 국민일보 2018.3.4.일자 보도에 따르면, 카톨릭계열의 다수 의료기관이 응급(사후)피임약 처방을 자체적으로 금지하고 있었고, ‘해바라기센터’를 위탁운영 중이면서도 강간으로 인한 낙태 시술도 하지 않았다. 또한 여성가족부가 운영 중인 해바라기센터는 성폭력 피해자가 고소를 해야만 증거채취와 사후피임약 제공 등 도움을 주고 있다고 한다.(<https://goo.gl/4dQezy>)

이루어지는 경우가 대부분이다. 그런데 지난 2010년 서울시 전담의료기관에 대한 운영실태 조사결과에 따르면, 총 51개 의료기관 중 27개가 해당 연도에 실적이 없었고 주요 몇 개 병원 외에는 의료진료 건수가 10건 내외로 낮은 것으로 나타났다⁶⁰⁾. 그렇다면 단순히 인근 지역에서 의 발생건수가 없기 때문에 전담의료기관의 이용율이 저조한 것이 아니라, 특정한 회피사유가 있는 것인지에 대해서 파악할 필요가 있다. 따라서 제도적으로 프라이버시 보호와 신뢰 확보, 그리고 케어에 대한 피해여성의 선택권 보장이 의료기관의 선택 및 진료만족도에 어떻게 반영되고 있는지 직접 피해자나 의료기관에 의뢰하는 상담기관의 입장에서 주기적이고 공식적인 정성평가와 피드백을 마련해야 할 것으로 보인다. 이런 평가를 통해 의료서비스의 질을 보장하고 이용에서의 접근성을 개선할 수 있을 것이다.

2) 여성의 의사결정의 선택권과 자율성 존중

의료서비스 이용시점에 아내폭력 피해자들이 그 내용을 밝히지 않는 경우가 대부분이라는 면담들, 해바라기센터나 여성긴급전화 1366은 성폭력 피해자에 대해서는 고소를 해야만 증거채취와 사후피임약 제공 등 도움을 준다는 점, 그리고 젠더폭력 피해를 드러낼수록 복잡한 진료를 연계하는 것이 어렵다는 단편적 사실들로부터 여성피해자들이 의료서비스 이용에 관한 결정에서 그다지 선택권을 가지지 못하고 있다고 짐작할 수 있다.

이런 선택권의 제약 문제는 여성폭력피해자에 대한 예산과 의료비 지원지침에서도 확인된다. (1)범죄피해자보호기금 : 여성폭력관련 예산에서 큰 비중을 차지하는 범죄피해자보호기금은 2011년부터 <범죄피해자보호기금법>에 의해 조성되어 여성폭력 피해자들을 위한 지원과 법률지원에 사용되고 있다. 그러나 이 기금이 조성되면서 기존 일반회계의 예산항목의 대부분이 기금사업으로 전환되었는데⁶¹⁾, 기금사업의 특성상 관련사업 예산이 안정적으로 확보되지 못하고 범죄피해자 보호 지원사업의 질적, 양적 성장에 걸림돌이 되고 있다.⁶²⁾ 예를 들면 여성폭력피해자들에게는 범죄피해자보호기금과 의료비지원기금에서 의료비가 지원되는데 연초에 신청한 사람에게는 집행되지만, 후반기로 가면 기금이 고갈되어서 신청을 한다고 해도 지원을 받을 수 없는 상황이 지속적으로 발생하고 있다(서울시의 경우 성폭력 피해자 의료비예산은 7-9월경 조기 고갈⁶³⁾). 이처럼 동등한 필요에 대하여 사건 발생 시점에 따라 보호대상이 되기

60) 서울시여성가족재단(2011), 여성폭력피해여성의 건강안전망 구축을 위한 정책개선방안

61) 여성가족부의 2012년 가정폭력과 성폭력피해자 지원예산의 68%가 이 기금에서 나왔다.

62) 이미경, 정춘숙(2012). 앞의 글

63) 서울시여성가족재단(2016), 서울시 폭력피해여성 의료지원정책 효율화 방안 연구

도 하고 되지 못하기도 한다는 사실은 공공부조 수급자로서 여성폭력피해자를 시혜적으로 인식하여 치료보호의 선택권을 제한하는 증거라고 볼 수 있다. (2)의료비 지원의 차등규정 : 현재 가정폭력피해자 보호시설 입소자는 자산조사 결과에 따라 의료지원을 받을 수 있다. 그러나 가정폭력 피해자가 시설에 입소할 정도의 위급상황이라는 점을 고려하면, 수급자나 비수급자 상관없이 자산조사 없이도 의료지원을 받을 수 있어야 한다. 또한 가정폭력이나 성폭력 모두 여성에게 심각한 영향을 미치는 사안임에도 성폭력피해자에 대하여 요양급여 적용등 상대적으로 관대한(?) 의료비 지원정책은 여성대상폭력의 성적인 침해를 더 긴급하게 보고, 가정폭력사건의 해결에서 개별 여성보다 가족보호를 우선한다는 차별적인 인식이 내재되어 있다. 따라서 여성 개인의 피해구제 효과를 동등하게 달성할 수 있도록 하기 위해서 가정폭력 피해자 의료비지원방식과 성폭력 피해자 의료비 지원방식을 동일화해야한다. (3)진료비 심사규정 : 가정폭력과 성폭력 피해지원에 대해서 법률상 치료보호의 범위를 지정하고 있는데, 전액지원 원칙이지만 총진료비 500만원 초과인 경우 위원회의 심의를 거쳐 지급여부를 결정하도록 하고 있다. 진료비 심사규정은 피해자 입장에서 충분성을 결정하기보다 상담소 등이 예산 내에서 필요성을 판단함으로써 피해자들의 의료이용을 제한하는 상황을 초래하고 있다.

3) 보건의료 서비스 이용에서의 제약 고려

앞서 심층면담에서 본 바와 같이 젠더폭력 피해자들, 특히 지속적이고 반복적으로 폭력을 당하여 의료서비스 이용이 절실한 사회경제적 자원이 부족한 아내구타 피해자들일수록 건강보험의 급여제한 규정 때문에 남편의 폭력을 은폐하고 폭력피해치료에 필요한 서비스의 이용에 장애를 겪고 있는 실정이다.

현재 건강보험제도에서는 <국민건강보험법> 53조에 고의 또는 중대과실, 보험료 체납 등 몇 가지 사유에 대해서는 급여제한 규정을 두고 있는데, 그 중 하나가 폭력사건에 대한 급여제한 규정이다 (53조 1항 “공단은 보험급여를 받을 수 있는 사람이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 보험급여를 하지 아니한다. 1. 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 그 원인이 있거나 고의로 사고를 일으킨 경우”). 이 규정은 가입자 고의 또는 중대한 과실에 의한 범죄행위와 고의 사고에 대해서는 그 책임을 묻고 건강보험의 공공성과 재정 건실성을 위하여 건강보험자격을 정지하고 비보험처리하는 것이다. 급여제한규정은 가정폭력을 비롯하여 학교폭력과 대인 폭력 사건에 적용되고 있다.

[표 9] 폭력피해자에 대한 건강보험 급여 조건

성폭력 피해자	성폭력피해자가 건강보험 가입자 또는 피부양자인 경우 요양급여를 받는다. 성폭력 피해자 중 의료급여 대상자의 경우 의료기관에서 청구하는 의료비는 의료급여로 집행한 후 본인부담금 등을 성폭력피해자 의료비에서 지원한다.
학교폭력 피해자	〈학교폭력예방 및 대책에 관한 법률〉 제16조 6항에 따라 학교폭력에 의한 치료와 상담 등을 받는데 사용되는 비용은 가해학생의 보호자가 부담한다. 피해학생의 신속한 치료를 위하여 학교안전공제회 또는 시도교육청이 부담하고 이에 대한 구상권을 행사할 수 있다. 또한 학생 상호폭력 피해자는 건강보험 수가를 적용하되 비용은 전액 본인이 부담하도록 하여 본인부담을 경감한다.(2007. 개정령)
일반 폭력 피해자	〈국민건강보험법〉 제53조에서 고의 또는 중대과실로 인한 범죄행위에 그 원인이 있거나 고의로 사고를 일으킨 경우에는 보험급여 제한
가정폭력 피해자	〈국민건강보험법〉 제53조에서 고의 또는 중대과실로 인한 범죄행위에 그 원인이 있거나 고의로 사고를 일으킨 경우에는 보험급여 제한

이에 따라 <가정폭력 특별법>에서는 피해자에 대한 보전에 관한 상담과 지도, 신체적·정신적 피해에 대한 치료 등에 대해 치료보호를 규정하고 있으나, 치료보호의 비용은 몇 가지 예외 규정⁶⁴⁾을 제외하고 가해자에게 부담시키고 있다. (<가정폭력방지 및 피해자보호 등에 관한 법률> 제18조 2항 “치료보호에 필요한 일체의 비용은 가정폭력행위자가 부담한다”). 가정폭력행위자 부담원칙에도 불구하고 피해자가 치료보호비를 신청하는 경우 국가나 지방자치단체는 의료기관에 비용을 대신 지급하고 가정폭력가해자에게 구상권을 청구하도록 했다⁶⁵⁾.

그러나 다른 대인폭행사건에서 적용하는 건강보험 급여제한과 구상권 조치를 가족관계나 연인관계에 적용하는 것은 가해자와 피해자의 종속적이고 억압적인 관계, 즉 젠더폭력이 발생하는 배경과 원인을 간과한 조치라고 볼 수 있다. 실제로 남녀가 불평등한 관계로 정서적이고 경제적인 공동체를 이루고 있는 상황에서 구상권 적용이 얼마나 철저한 가해자 처벌효과가 있을지는 회의적이다. 오히려 이 때문에 많은 피해자들은 폭력사건이라고 밝히지 않고 상해로 병원치료를 받고 있고, 의료기관도 폭력사건 피해자로 치료 후 지자체에 의료비를 청구하는 번거로운 절차를 수행하기보다 원무행정적 편리상 폭행으로 인한 상해를 감추도록 하고 있다. 현행 구상권 조항은 도움이 필요한 피해자를 적시에 구제하지 못하고 공적 사회적 지원으로부

64) 피해자가 보호시설입소 중에 치료보호를 받은 경우, 「국민기초생활보장법」 제2조에 따른 수급자(受給者), 「장애인복지법」 제32조에 따라 등록된 장애인일때는 가정폭력행위자에 대한 구상권 행사가 제외된다.

65) <가정폭력방지 및 피해자보호 등에 관한 법률> 제18조 ② 제1항의 치료보호에 필요한 일체의 비용은 가정폭력행위자가 부담한다. ③ 제2항에도 불구하고 피해자가 치료보호비를 신청하는 경우에는 국가나 지방자치단체는 가정폭력행위자를 대신하여 제1항의 치료보호에 필요한 비용을 의료기관에 지급하여야 한다. ④ 국가나 지방자치단체가 제3항에 따라 비용을 지급한 경우에는 가정폭력행위자에 대하여 구상권(求償權)을 행사할 수 있다.

터 배제되는 경험의 기회가 됨으로써 남편의 반복되는 폭력에 순응하게 만드는데 일조한다고 볼 수 있다.

지금의 이런 건강보험 급여기전을 여성피해자의 권리 관점에서 보면 다음과 같은 문제제기가 가능하다. 첫째, 남성 가장의 피부양자로 등록된 아내에 대해서도 급여효력이 중지되는 것은 남성 가장의 범죄행위에 아내가 연루된 것이 아님에도 남성 가해자의 고의성을 징벌하는 목적을 넘어 피해자인 부인의 수급권을 부당하게 제한한다. 범죄행위로부터 보호받아야 할 시점에서 아내는 오히려 사적 관계를 이유 배제되는 조치이다. 그러나 “국민건강보험법이 사회보험으로서 보험급여 수급권자의 고의가 없는 한 가급적 보험급여혜택을 보장하는 것은 상위법인 헌법 및 사회보장기본법의 관련 규정내용과 본 법의 입법취지와 목적에도 부합”(소건영, 2013)한다는 의견을 따른다면, 가정폭력 피해를 입은 피부양자 수급권자들은 급여혜택에서 배제될 이유가 없다. 둘째, 여성 피부양자는 남성을 통해서만 사회보장 수급권을 획득하는 종속적 지위로 간주하는 것이기 때문에, 남성 가장의 폭력행위에 대한 연대책임이 없는 사안임에도 개별적 사회보장수급권자로서 인정되지 않는다. 현대 복지국가의 문제로 지적되는 것 중 하나는 남성 부양자 모델에 기초한 사회보장제도에서 여성은 남편의 권리로부터 파생되는 권리에 기반을 두고 사회적 위험으로부터 보호받고 있다는 사실인데⁶⁶⁾, 이를 바로 증명하는 것이라 할 수 있다. 셋째, <국민건강보험법> 53조 제1항 제1호 “보험급여를 받을 수 있는 사람이 고의 또는 중과실로 인한 범죄행위에 그 원인이 있는” 경우에 보험급여를 하지 않는다는 규정에 대해 보험수급권자 자신의 범죄행위에 한정되는지 타인의 범죄행위도 포함하는지에 대한 국내 학설이나 판례가 없어서 해석상의 문제가 있었다. 대법원은 이와 간접적으로 관련된 사건 판결에서 ‘오로지 또는 주로’ 라는 용어를 사용하여 본 규정이 자신의 범죄행위에 한정되는 것으로 판결하였다⁶⁷⁾. 따라서 법리적으로 타인의 범죄행위에 원인이 있는 경우 보험급여를 제한할 수 없으며, 제3자의 행위에 의한 피해를 국민건강보험 공단이 담보하지 않는 것은 건강보험 수급자에게 2중의 재정부담을 주는 부당한 결과로 해석하였다(앞의 글). 그러나 가정폭력특별법은 법적 타인인 남편에 의한 피해로부터 아내나 가족성원의 사회보장수급권을 적극 보호하는 것보다 오히려 구상권 행사 규정을 적용하여 피부양자로 하여금 보험급여혜택을 받기 어렵도록 해놓았다. 아내뿐만 아니라 아동, 노인 등 피부양자 자격이 있는 가족 구성원이 남성 가장에게 폭력을 당했을 때 사실상 남성 가장에게 구상권을 요구하기 어려운 현실적 상황을 토대로, 가족의 유지 보호라는 가부장적 목적을 관철시키고 있는 셈이다.

66) 송다영(2016), 페미니즘과 복지, 김운태 편, 『복지와 사상』, 한울아카데미

67) 소건영(2013), 판례평석. 대법원 2010. 6. 10. 선고2010도 1777판결

따라서 현재 구상권 조항이 건강보험에서 가족 내에서 발생하는 폭력으로 인한 치료와 요양에 많은 의료비를 지급하면서도 실제 폭력의 규모가 드러나지 못하게 억제함으로써 오히려 젠더폭력 및 가족 내 폭력의 문제를 가시화하고 해결하는 것을 지연시키는 점을 고려하면, 국민건강보험법과 가정폭력 특별법의 건강보험 급여제한 규정에 대한 조정이 시급히 필요하다.

4) 젠더폭력에 대한 데이터 수집

이런 현실에서 가장 우선해야 할 것은 젠더폭력이 발생하는 빈도와 형태, 여성들의 폭력피해 양상에 대한 기초자료를 수집, 분석하는 일일 것이다. 여성피해자들이 수치심이나 스티그마(stigma)를 우려해 신고하거나 알리지 않는다는 이유가 정확한 젠더폭력의 규모를 알 수 없는 전부를 설명하지는 않는다. 오히려 한국뿐만 아니라 많은 국가에서 공식적인 범죄통계에서 젠더폭력에 대한 통계자료 자체가 부족하기⁶⁸⁾ 때문이라는 설명이 더 적절하다. 그 이유는 가정폭력과 젠더기반폭력에 대한 사회학적·범죄학적 관점은 일반적으로 그것을 고려할 가치가 없는 것으로 무시하거나 희생자나 가해자의 특수한 그룹(남성 청년갱단, 파트너폭력 희생자)에 포커스를 해왔던 오래된 유산 때문으로, 이러한 여성대상범죄에 대한 무시는 공적지식구성에도 영향을 주어 공적범죄기록에 가정폭력이나 젠더폭력에 대한 범주 자체가 없게 만들었다⁶⁹⁾. 현재 한국 범죄통계에서도 피해자와 가해자의 성별에 따른 살인범죄의 추이와 양상을 파악할 수 없고, 배우자에 의한 폭력범죄는 별도로 집계되지 않아 부부간에 발생하는 형사상의 범죄 실태를 알 수 없는 상황이다⁷⁰⁾. 다만 남성범죄자와 피해자와의 관계나 여성에 대한 폭력현실을 고려했을 때, 여성살해(femicide)의 많은 사건이 과거나 현재의 남성배우자나 애인 등에 의한 폭력으로 추정할 뿐이다.

한편 현재 한국 보건의료 국가통계 2차 자료원에서 폭력을 포함하는 손상통계 수집은 대표적으로 국민건강영양조사(지역사회건강조사 포함)와 국가응급의료진료망(NEDIS)을 통해서 이루어지고 있다. 국민건강영양조사에서는 ‘다른 사람의 폭력’에 의한 손상여부를 확인할 수 있을 뿐, 폭력 가해자의 성별이나 피해자와의 관계, 폭력의 유형 등에 대한 상세 내용은 알 수 없는 상황이다. 또한 사고기전별⁷¹⁾ 조사항목에서는 사람에 대한 폭력은 ‘부딪침’ 항목에 포함

68) Alessandra Guedes, Sarah Bott, Ana Gúezmes, and Judith F. Helzner(2002). GENDER-BASED VIOLENCE, HUMAN RIGHTS, AND THE HEALTH SECTOR: LESSONS FROM LATIN AMERICA

69) Sylvia Walby et al.(2014), Mainstreaming domestic violence and gender-based violence into sociology and the criminology of violence. The Sociological Review 62:S2

70) 한국여성의전화, 2016 분노의 게이지(https://hotline.or.kr:41759/board_statistics/31000).

되어 있는데, 피폭행 사고시 폭행가해자를 묻는 질문은 제3기(2005년)에서만 처음 시행되고 이후 삭제되었다. 국가응급의료진료망(NEDIS)에서도 손상기전 중 폭력/타살 코드에 대해서는 “사람간의 폭력, 사람에게 주먹으로 맞음, 성폭행, 둔기로 맞음 등의 경우”라고 설명하고 있는데, 이렇게 잡힌 통계로는 폭력의 가해자의 성별이나 내원자와의 관계를 알 수 없으며, 신체적 폭력과 성폭력을 구분한 수치도 알 수 없는 상태이다.

따라서 이런 문제들을 반영하여 여성에 대한 폭력을 파악할 수 있는 범죄통계와 보건의료 통계를 구축하는 것이 필요하다. 현재 응급실 방문 환자 가운데 폭력/타살로 인한 내원자는 전체 손상환자수의 4.5%(2012년 통계)⁷²⁾에 불과한데, 이 수치는 전체 폭력 피해자의 일부만이 반영될 가능성이 높다. 여성대상폭력피해의 실태를 파악하기 위하여 한시적으로 건강보험 산정특례를 통해 구상권 청구나 본인부담을 경감해주면서 연간 피해자 수치와 의료비 지출 규모를 확인해볼 것을 제안한다.

4.2. 보건체계강화(Health system strengthening) 접근

그러나 여성중심돌봄을 잘 구현하는 것은 젠더폭력 피해자에게 분절적이고 기술적인 차원의 의료적 지원의 개선을 넘어서 보건체계강화(health system strengthening) 접근 내에서 이루어질 때 더욱 실효성이 있다. 이미 젠더폭력 해결을 위해 보건의료서비스 제공자를 훈련하는 프로그램은 개인수준 또는 제도 수준에서의 장벽을 맞이하고, 지속가능한 변화를 이루기는 어렵다는 평가 때문에 시스템적 접근(comprehensive system approach)이 강조되고 있다⁷³⁾.

이 보건체계강화 접근은 전혀 새로운 것이라기보다 2007년 세계보건기구에서 건강수준의 향상과 건강불평등을 해결하기 위한 국가보건체계의 필수 기능으로 제안했던 6가지 체계영역(System Building Blocks) 프레임을 젠더폭력과 관련하여 재해석한 것이다. 즉, 보건체계가 ‘인구집단의 건강을 증진, 회복, 유지하려는 목적을 가진 모든 활동과 조직, 사람, 활동’(WHO, 2001)이라고 할 때, 젠더폭력에 대한 보건체계 접근은 젠더폭력의 직접적 피해자들 뿐만 아니라 예방적 차원에서 일반 인구집단이 폭력으로부터 더 나은 건강결과를 달성하기 위해서 상호

71) 발생기전 분류에 따르면, 운수사고, 추락, 미끄러짐, 부딪침, 열상, 자상, 절단, 관통상, 화상, 질식, 익수, 중독, 기타(신체의 과도한 사용, 날씨, 자연재해 또는 기타 자연의 힘에의 노출, 이물질과의 접촉, 감전) 등으로 분류한다.

72) 이선화(2016), 국내외 병원기반 폭력손상조사체계 비교 및 국내 현황. 제16차 손상포럼 우리나라 폭력손상의 현황과 정책방향 자료집

73) Claudia García-Moreno et al(2015), The health-systems response to violence against women, Lancet Vol 385 April 18, 2015

연결된 일련의 시스템으로서 함께 작동할 때 더 효과적이라고 간주하는 것이다⁷⁴⁾. 보건체계강화는 서비스의 내용과 인력·인프라를 강화하는 서비스 강화, 정책 개발과 부문간 조정·지역사회의 협력 및 예산을 배분하는 리더십과 거버넌스 확립, 그리고 모니터링과 평가를 통한 근거구축 등을 내용으로 한다. 보건체계강화 관점에서 젠더폭력 대응정책을 구성할 때 각 영역별 필수 요소들은 다음과 같다.

[표 10] 젠더폭력에 대응하는 보건체계 영역과 필수 요소

보건체계의 구성	보건체계의 필수 요소
리더십과 거버넌스	•정치적 의지 •보건정책 프레임워크: 친밀한 파트너 폭력과 노동현장의 성폭력, 성희롱과 폭력에 대한 특별정책 •보건체계와 다부문 협력 •다부문 TF
보건의료 재정	•여성에게 대한 폭력 지원 서비스에 대한 예산 할당
보건의료 인력	•서비스 제공자들에 대한 의사소통 기술, 적절한 절차, 상담 의뢰, 젠더와 폭력에 대한 훈련 •인력 지원과 모니터링 •전담 인력 •피해자를 지원하는 보건의료제공자의 필수 요소: 지식과 인식, 기술, 원칙, 태도, 환경
보건인프라 (의약품, 기술, 조정)	•프라이버시, 신뢰, 안전을 보장하는 환경 •적절한 약품과 다른 물품과 장비의 이용가능성 •의료기관 내 다른 부서로의 연계 시스템 •비의료기관으로의 외부 연계 시스템 •지역사회의 관여
정보와 연구	•보건정보체계 •모니터링과 평가
서비스 전달	•절차를 수행하는 명확하고 구체적인 프로토콜과 기준 •연계네트워크 구축

Claudia García-Moreno, Kelsey Hegarty, Ana Flavia Lucas d'Oliveira, Jane Koziol-McLain, Manuela Colombini, Gene Feder(2015), Health-systems response to violence against women, Lancet vol. 385

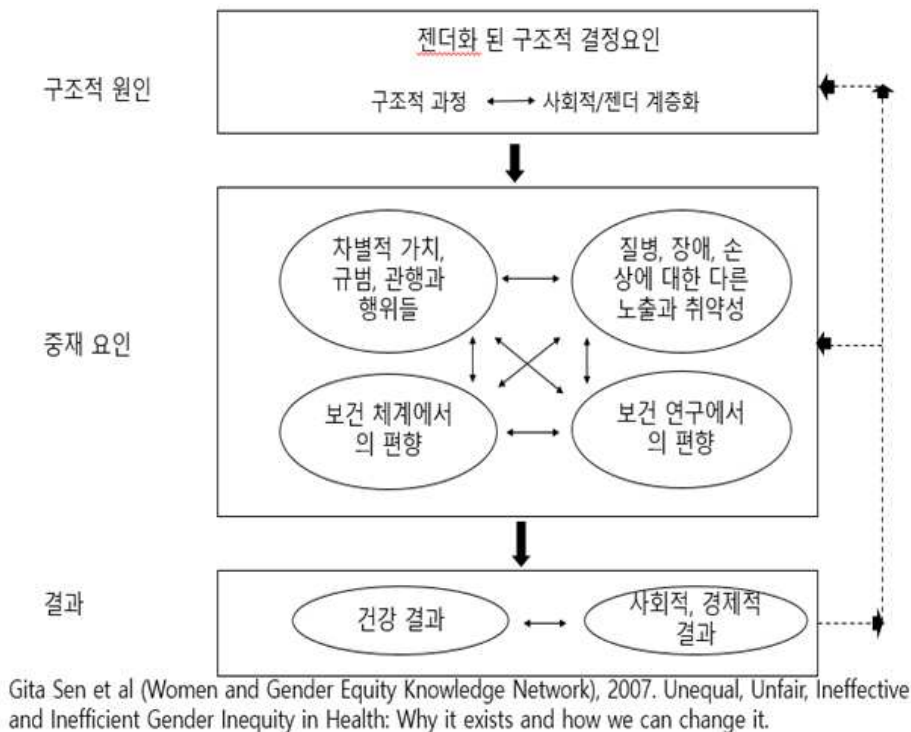
또한 보건체계강화 접근은 인구집단의 건강결과의 향상이라는 체계 자체의 실용적 목적에서 뿐만 아니라, 젠더폭력이 ‘젠더’라는 중요하고 고유한 속성에서 비롯한다는 점을 반영하기 위

74) WHO(2007), STRENGTHENING HEALTH SYSTEMS TO IMPROVE HEALTH OUTCOMES : WHO'S FRAMEWORK FOR ACTION

해서도 필요하다. 보건체계가 ‘단지 건강과 보건의료의 생산체계일 뿐만 아니라, 보건체계가 작동하는 더 광범위한 사회적 규범과 가치의 전달자’⁷⁵⁾라는 지적을 따른다면, 젠더폭력에 대한 보건체계 접근은 젠더라는 사회적 결정요인에 관한 체계 내·외적 관점을 동시에 고려해야 한다.

모든 사회에서 남성과 여성은 생물학적 요인, 개인적 행동, 사회적 규범, 환경 영향, 보건의료서비스에 대한 접근 등 다양한 이유들로 인하여 서로 다른 건강 결과를 갖는다⁷⁶⁾. 특히 젠더규범에 내재된 구조적 불평등은 남녀의 건강에 치명적인 영향을 주어 불평등한 결과를 낳게 만든다는 사실은 여러 연구를 통해 밝혀지고 있다. 2007년에 발표된 ‘여성과 젠더형평 지식 네트워크(Women and Gender Equity Knowledge Network)’ 보고서에는 젠더화된 구조적 불평등이 차별적 가치·관행·행동, 질병과 장애·손상에 대한 차별적 노출과 취약성, 보건체계에서의 편향, 보건연구에서의 편향 등 4가지 범주에서 서로 영향을 주면서 젠더에 따른 건강과 사회경제적 결과를 낳는다고 명시한 바 있다.

[그림 6] 건강의 사회적 결정요인으로서 젠더의 역할에 대한 프레임워크



75) GILSON, L. (2003) Trust and the development of health care as a social institution. Soc Sci Med, 56, 1453-68.

76) WHO(2010), Gender, Women and Primary Health Care Renewal : A Discussion Paper

이 가운데 보건체계와 보건연구에서 나타나는 편향의 사례들도 다수 보고되고 있다. 즉, 의료서비스 제공자들이 젠더 역할에 대한 스테레오타입에 근거해 남녀 환자에게 다른 진단을 내리고, 남성에서는 우울증, 여성에서는 심장질환을 간과한다, 여성 보건의료 인력의 보수가 낮고 무보수 업무종사 비율이 크며 고위직에 승진하지 못한다, 여성은 사회적, 지리적, 재정적 장벽 때문에 보건서비스에 접근하는데 차별을 받는다, 연구자들이 종종 젠더와 사회적 요인, 건강결과간의 상호작용을 인지하는데 실패하고, 보건프로그램의 기획에 명백하게 중요함에도 불구하고 성별 분리된 데이터가 체계적으로 수집되지 못한다 등이 그것이다⁷⁷⁾. 이와 같은 보건체계의 젠더 편향은 특히 재생산건강서비스와 젠더폭력으로 인한 도움을 요청하는 사례에서 더 자주 재현된다는 연구도 발표되었다⁷⁸⁾.

이러한 기준에서 문헌검토와 인터뷰 결과를 종합해보면, 한국 보건의료 부문의 젠더폭력 대응정책은 보건체계 접근을 하고 있다고 평가하기 어렵다. 여성가족부를 중심으로 여성권익증진을 위하여 여성폭력 피해자들을 위한 재정계획이나 보건의료 인력과 인프라가 일부 마련되었을 뿐, 보건체계 수준에서 정책적 의지를 가지고 인력의 교육이나 인프라 구축, 모니터링과 평가 및 다른 부문과의 협력 등 포괄적인 수준에서 젠더폭력에 대한 대응이 이루어지지 않고 있다. 더욱이 보건체계가 영향을 받고 있는 거시사회적 젠더구조까지 고려한 지원대책인지도 파악할 수 없었다.

이상의 검토를 통하여 젠더폭력 피해자의 건강을 보장할 뿐만 아니라 인구집단에 효과적인 젠더폭력 예방과 대응정책 구축을 위하여 젠더폭력을 보건학적 이슈로 접근해볼 것을 제안하는 바이다. 보건학적 접근은 젠더를 건강의 사회적 결정요인으로 간주하는 인식론적 장점과 피해자 치료와 돌봄이라는 실용적 기능을 동시에 가지고 있기 때문에 어떻게 제도화하는가에 따라 개입효과가 매우 클 수 있다. 우리 사회의 보건의료제도 현실에서 젠더폭력에 효과적으로 대응할 수 있는 보건체계의 각 영역별 필수 요소들은 어떻게 구성할 수 있으며, 젠더화된 구조의 영향은 어떻게 평가하고 반영할 것인지에 대한 연구는 앞으로의 과제로 삼고자 한다.

77) Percival et al(2014), Health systems and gender in post-conflict contexts: building back better?, Conflict and Health 8:19 에서 재인용.

78) Kim, J. Motsei, M.(2002), "Women enjoy punishment": attitudes and experiences of gender-based violence among PHC nurses in rural South Africa. Soc Sci Med. 2002 Apr;54(8):1243-54.

§ 참고문헌

- 대검찰청(2017), <2017 범죄분석>
- 서울시여성가족재단(2011), 여성폭력피해여성의 건강안전망 구축을 위한 정책개선방안
- 서울시여성가족재단(2016), 서울시 폭력피해여성 의료지원정책 효율화 방안 연구
- 소건영(2013), 판례평석 : 국민건강보험법상 보험급여 수급권의 제한규정에 관한 고찰, 인권과 정의 437호.
- 송다영(2016), 페미니즘과 복지, 김운태 편, 『복지와 사상』,한울아카데미
- 신상숙(2007), 여성폭력추방운동의 역사적 맥락과 제도화 과정의 차이: 미국과 영국의 사례를 중심으로. 한국여성학 23(3).
- 신상숙(2017), 젠더에 기반한 차별과 폭력의 연속선. 페미니즘 연구 18(1).
- 이미경, 정춘숙(2012). 반여성폭력정책의 흐름과 전망. 여성정책 환경변화와 미래정책 패러다임: 쟁점과 의제, 제3차: 젠더관점의 반여성폭력 정책의 재구성. 한국여성정책연구원
- 이나영, 허민숙(2014), 한국의 젠더폭력과 신자유주의 젠더질서 : 담론과 실천의 재구성을 위한 시론, 가족과 문화 제26집 4호.
- 한국여성정책연구원(2012), 성폭력피해자 정신건강현황 및 정책지원방안
- 한국여성의전화(https://hotline.or.kr:41759/board_statistics/31000)
- Abramsky, T., Watts, C. H., Garcia-Moreno, C., Devries, K., Kiss, L., Ellsberg, M., & Heise, L. (2011). What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. BMC Public Health. 2011; 11: 109.
- Campbell, R., Dworkin, E., Cabral, G(2009). An ecological model of the impact of sexual assault on women's mental health. Trauma, Violence, & Abuse, 10,
- Claudia Garcia-Moreno, Charlotte Watts(2011), Violence against women: an urgent public health priority. Bull World Health Organ. 2011 Jan 1;89(1):2.
- GILSON, L. (2003) Trust and the development of health care as a social institution. Soc. Sci. Med, 56, 1453-68.
- Gunilla Krantz, Claudia Garcia-Moreno(2005), Violence Against Women, J Epidemiology Community Health 2005; 59:818-821

- Kim, J. Motsei, M.(2002), “Women enjoy punishment”: attitudes and experiences of gender-based violence among PHC nurses in rural South Africa. Soc Sci Med. 2002 Apr;54(8):1243-54.
- Martin, S. L., & Macy, R. J. (2009). Sexual violence against women : impact on high-risk health behaviors and reproductive health. Retrieved from VAW net : National Online Resource Center on Violence Against Women
- Moreno et al(2015), The Health-systems response to violence against women. Lancet, vol. 385
- Morrison, Ellsberg and Bott· World Bank(2007), Addressing Gender-based Violence : A critical Review of Intervention
- Percival et al(2014), Health systems and gender in post-conflict contexts: building back better?, Conflict and Health 8:19 에서 재인용.
- Richard J. Gelles(2000), Public Policy for Violence Against Women, Am J Prev Med 19(4)
- USAID(2010), The crucial Role of Health Service in Responding to Gender-Based Violence
- United Nations(2006a), Ending Violence Against Women: From Words to Action, Study of the Secretary-General. Sales No. E.06. IV. 8.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs(2015), The World Women 2015 : Trends and statistics, chapter 6, Violence against women.
- UN WOMEN(2011), Programming Module on Working with the Health Sector to Address Violence against Women and Girls.
- WHO(2005), Multi-country Study on Women’s Health and Domestic Violence against women : initial results on prevalence, health outcomes and women’s response
- WHO(2013), Global and regional estimates of violence against women-Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence
- WHO(2017), Strengthening health systems to respond to women IPV
- MBC뉴스 1993년 3월 23일자. “기혼녀 100명 중 61명, 남편에게 학대당해”
- 오마이뉴스 2014년 6월 13일자. “가정폭력 여성들이 두 번 신고하지 않는 이유”
- 한겨레신문 2017년 5월 19일자. “가정폭력 5년새 5배 증가..‘아내학대’가 70% 차지”
- 여성소비자신문 2017년 12월 21일자. “58돌 맞은 한국여성단체협의회..”
- 국민일보 2018년 3월 4일자. “성폭력피해자 끊임없는 고통. 전담병원도 응급피임등 도움외면.”

시민건강이슈는...

시민건강증진연구소의 상근연구원 뿐 아니라

회원/비회원도 필자로 참여할 수 있습니다.

제기하고 싶은 주장, 함께 대안을 모색하고 싶은 문제가 있으면,
논점을 정리하여 제안해 주시기 바랍니다.



주소 : 서울시 동작구 사당로 13길 36, 2층

전화 : 02-535-1848 / Fax : 02-581-0339

홈페이지 : <http://health.re.kr> / 전자우편 : phikorea@gmail.com

후원계좌 : 하나은행 199-910004-60804 (사)시민건강연구소