



**연구보고서 2023-08**

**PHI Research Report 2023-08**

**포스트 코로나 시대,**

**사람 중심의 공중보건체계 연구**

**A Study on the People-Centered Public Health**

**System in the Post-COVID-19 Era**



[연구보고서 2023-08]

포스트 코로나 시대, 사람 중심의 공중보건체계 연구

출판일 || 2023년 8월 31일

편집인 || 정성식 시민건강연구소

필진 || 권시정 시민건강연구소 회원  
(가나다순) 김보경 시민건강연구소 회원  
김선 시민건강연구소  
김성이 시민건강연구소  
김새롬 시민건강연구소  
김슬기 고려대학교 보건학협동과정 박사과정생  
김영수 경상국립대학교 공공보건사업실  
김정우 시민건강연구소  
김지민 시민건강연구소 회원  
김창엽 시민건강연구소  
문다슬 시민건강연구소  
박유경 강원대병원  
정백근 시민건강연구소  
정성식 시민건강연구소  
최강우 서울대학교 경제학과 박사과정생  
최홍조 시민건강연구소  
황중남 원광대학교

펴낸 곳 (사) 시민건강연구소  
서울시 동작구 사당로 13길 36, 2층  
전화: 02-535-1848 팩스: 02 581-0339  
누리집: www.health.re.kr  
전자우편: people@health.re.kr  
ISBN 979-11-87195-00-9 (95510)

## 머 리 말

전 세계 사람들의 일상을 뒤흔들었던 코로나19가 마침내 서서히 물러가고 있습니다. 지난 5월 세계보건기구는 3년 4개월 만에 코로나19 공중보건위기사태 선포를 해제하였습니다. 한국 정부도 지난 3월 발표한 ‘위기단계 조정 로드맵’에 따라 방역·대응을 단계별로 완화하였고, 8월 31일을 기점으로 코로나19를 인플루엔자와 같은 4급 감염병으로 전환시켰습니다. 향후 수년간 재유행이 반복될 것으로 예상되지만, 이제 비교적 안정적인 앤데믹 국면에 들어선 것으로 보입니다.

포스트 코로나 시대를 맞이한 지금, 우리는 지난 팬데믹 시기를 복기하며 치밀하고 냉정하게 사회 전반에 대해 ‘총체적’으로 평가하는 일이 중요하다고 생각합니다. 그것이 소중한 생명을 황망하게 잃은 동료 시민들의 희생을 헛되지 않게 만드는 길이고, 앞으로 닥쳐올 또 다른 사회적 재난의 위기로부터 우리 자신을 지키는 길이라고 믿습니다. 그러한 일환으로 기획된 이번 연구의 평가 대상은 바로 ‘공중보건체계’입니다.

흔히 공중보건체계라고 하면 감염병 대응을 비롯해 각종 건강 위협으로부터 모든 사람을 안전하게 지키기 위해 존재하는 것으로 생각합니다. 하지만 이번 팬데믹을 통해 또다시 분명하게 드러난 사실은 결코 모든 사람의 건강을 동등하게 보호하지 않는다는 것입니다. 그래서 우리는 ‘코로나 불평등’의 원인을 공중보건체계 그 자체에서 찾아야 한다고 봤습니다. 공중보건체계가 작동하는 원리와 동기 그 자체가 문제라면, 아무리 제도를 수선하고 첨단기술을 개발한다 한들 모두의 평등한 건강권 보장을 담보할 수 없기 때문입니다.

우리는 이 연구에서 코로나 팬데믹의 경험을 토대로 공중보건체계의 은폐된 속성, 특히 국가 통치와 자본의 이해에 편향돼 있는 측면을 드러내고 ‘비판’함으로써 보다 정의롭고 평등한 공중보건체계를 만드는 데 기여하는 것을 목표로 하였습니다. 구체적으로 ‘통치’와 ‘시민주도’, ‘지역분권’, ‘건강불평등’이라는 네 가지 연구 주제를 선정하여 각기 독립적으로 자체 완결적인 연구를 진행하였습니다. 그러다보니 애초 상호정합적인 결과물을 목표로하지 않았지만, 연구 내용이 일부 중복되거나 서로 매끄럽게 연결되지 않는 측면이 있을 수 있습니다. 전체 연구를 관통하는 문제의식과 관점을 소개한 ‘1장. 서론’을 먼저 일독한 다음, 순서에 구애받지 않고 자유롭게 관심 있는 주제의 본문부터 읽으시길 바랍니다.

이 연구보고서는 코로나19와 관련해 시민건강연구소가 발간한 세 번째 보고서(〈인권 중심 코로나19 시민백서〉(2020), 〈코로나19 백신접종과 시민의 권리〉(2021))입니다. 이전 두 보고서들에 담긴 문제의식과 관점을 이어 받으면서도 앞서 말한 연구목표에 맞춰 좀 더 논의의 추상성을 높이고자 하였습니다. 한편 연구보고서 본문의 대부분은 지난해 4~10월 동안 작성되었지만, 재유행 상황 등을 고려해 발간 시기를 늦추게 되었습니다. 이로 인해 최근 발생한 사건이나 제도 변화와 관련된 사실들이 일부 반영되지 못한 부분도 있음을 알려드립니다. 끝으로, 이 보고서에 담긴 다양한 분석과 진단, 주장들 가운데 논리와 근거의 ‘빈틈’이 발견된다면, 날카로운 비판과 건설적 대안을 아끼지 마시기를 부탁드립니다. 이를 통해 사람 중심의 공중보건체계를 만드는 일에 동참해 주시기 바랍니다.

〈 차례 〉

요약 ..... i

Abstract ..... viii

1. 서론: 코로나 팬데믹을 어떻게 이해할 것인가 ..... 1

1.1. 코로나 팬데믹의 존재론 ..... 1

1.1.1. 구조 ..... 3

1.1.2. 복합적이고 이질적인 인식 대상 ..... 3

1.1.3. 다차원적 사건 ..... 4

1.1.4. 좁은 ‘수직적’ 인식론의 한계 ..... 5

1.2. ‘신자유주의 레짐’이라는 설명 틀 ..... 6

1.2.1. 신자유주의 개념 적용의 맥락 ..... 6

1.2.2. 신자유주의 국가 ..... 7

1.2.3. 신자유주의 ‘레짐’ ..... 9

1.2.4. 신자유주의적 통치 ..... 12

1.3. 위험사회 또는 위험 ..... 15

1.3.1. 위험 인식 ..... 16

1.3.2. 위험의 통치 ..... 17

1.4. 기후위기와 인류세 ..... 19

2. 통치와 권력 관점에서 공중보건체계 비판 ..... 21

2.1. 서론 ..... 21

2.1.1. 공중보건체계의 개념과 현실 ..... 21

2.1.2. 공중보건체계를 어떻게 강화할 것인가: 정치경제적 접근의 필요성 ..... 23

2.1.3. 통치와 권력관계를 중심으로 ..... 25

2.2. 본론 ..... 29

2.2.1. 생명정치로서의 공중보건체계 ..... 29

2.2.2. 신자유주의적 통치성과 공중보건 ..... 37

2.2.3. 통치 전략으로서의 과학기술주의 ..... 51

2.2.4. 사회권력이 주도하는 공중보건체계의 가능성 모색 ..... 61

2.3. 소결 : “인구(population)”에서 “사람(people)”으로 ..... 65

<b>3. 시민주도형 공중보건체계</b> .....	<b>67</b>
3.1. 서론: 공중보건체계에서 왜 시민 주도적 참여를 제기하는가 .....	67
3.1.1. “우리를 빼고 우리에게 대해 이야기하지 말라”: 공공정책에서의 시민참여 .....	67
3.1.2. 코로나19와 시민의 (재)발견 .....	68
3.2. 시민참여의 이론과 특징 .....	70
3.2.1. 공공정책에서의 시민참여 .....	70
3.2.2. 보건의료 영역에서의 시민참여 .....	74
3.3. 공중보건체계에서 시민 주도적 참여 모형 .....	78
3.3.1. Popay의 중간수준이론 접근 적용 .....	78
3.3.2. 시민 주도적 참여 분석 모델링 .....	81
3.4. 공중보건체계에서 시민 주도적 참여 분석 .....	86
3.4.1. 서부경남 공공의료 확충 시민운동 .....	86
3.4.2. 돌봄의 정치의제화 요구 운동 .....	95
3.4.3. 코로나19 인권대응 네트워크 .....	104
3.4.4. 코로나19에 관련된 해외의 시민참여 .....	111
3.5. 소결: 시민 주도적 공중보건체계를 위한 교훈 .....	118
<b>4. 지역분권형 공중보건체계</b> .....	<b>120</b>
4.1. 들어가며: 왜 지역분권인가 .....	120
4.1.1. 공중보건체계 지역분권화의 필요성 .....	120
4.1.2. 지역분권의 현실적 한계 .....	123
4.1.3. 연구의 목적과 구성 .....	124
4.1.4. 연구 방법 .....	124
4.2. 한국 공중보건체계에서 지역분권은 어떻게 작동하나 .....	125
4.2.1. 한국 공중보건체계에서 중앙-지방정부 거버넌스 .....	125
4.2.2. 중앙집권형 국가방역체계에서 코로나19 대응 .....	129
4.2.3. 사례: 코로나19 백서를 중심으로 .....	132
4.3. 다른 나라의 지역분권 경험은 어떤가 .....	143
4.3.1. 지역분권적 보건의료체계에 관한 프레임워크 .....	143
4.3.2. 해외의 분권화 흐름과 일부 사례를 통한 비판적 검토 .....	146
4.3.3. 분권화가 보건의료체계에 영향을 미치는 기제와 시사점 .....	156

4.4. 나오며: 어떤 지역분권이어야 하나 .....	159
4.4.1. 한국의 보건분권 논의: 비판적 검토 .....	159
4.4.2. 대안적 지역분권 원리: 신자유주의적 분권화가 아닌 민주적이고 평등한 분권화 .....	161
<b>5. 공중보건체계와 건강불평등 .....</b>	<b>163</b>
5.1. 들어가며 .....	163
5.1.1. 코로나19 대유행과 불평등 .....	164
5.1.2. 코로나19 대유행이 던진 질문: 왜 공중보건체계와 불평등인가 .....	165
5.2. 연구의 목적과 범위 .....	167
5.2.1. 연구의 목적 .....	167
5.2.2. 공중보건체계의 이해 .....	168
5.2.3. 분석의 틀: WPR 접근 .....	169
5.2.4. 연구의 범위 .....	171
5.3. 건강불평등 지식은 어떻게 생산되는가 .....	172
5.3.1. 왜 지식인가 .....	172
5.3.2. 지식 전환과 지식 생산 .....	174
5.4. 건강불평등은 어떻게 재생산되는가 .....	183
5.4.1. 콜센터 노동 .....	183
5.4.2. 필수노동자 .....	193
5.5. 소결 .....	198
<b>6. 결론 .....</b>	<b>202</b>
<b>참고문헌 .....</b>	<b>204</b>
<b>부록 .....</b>	<b>214</b>

## 〈 표 차례 〉

〈표 1〉 기술의 중립성, 자율성에 대한 이론적 접근 .....	58
〈표 2〉 시민과학의 실천 사례 .....	69
〈표 3〉 시민참여의 단계 .....	72
〈표 4〉 서부경남 공공의료 확충 공론화 주요 일지 .....	87
〈표 5〉 성남 공공병원 설립운동과 진주 공공병원 설립운동 비교 .....	89
〈표 6〉 서부경남 공론화위원회와 타 공론조사와의 비교 .....	92
〈표 7〉 서부경남 공공의료 확충 민관협력위원회 위원위촉 명단 .....	93
〈표 8〉 돌봄의 정치화를 위한 노동자와 시민의 연대 .....	100
〈표 9〉 옥희살롱과 다른몸들 .....	102
〈표 10〉 코인넷 전체운영위원회 논의 내용 .....	107
〈표 11〉 코인넷과 정부 당국자 회의 주요 안건 .....	110
〈표 12〉 지역보건의료계획 중 기초지방정부에서 작성하기 어려운 사항 .....	126
〈표 13〉 중앙·지방정부 역학조사관 현황 .....	131
〈표 14〉 지방정부의 코로나 백서 발간 현황 .....	133
〈표 15〉 지방정부 외 분야의 코로나 백서 발간 현황 .....	135
〈표 16〉 지방정부 코로나 백서 구성 내용 .....	136
〈표 17〉 지방정부의 선제적 대응 예시 .....	137
〈표 18〉 분권화의 구조적, 과정적 차원 .....	144
〈표 19〉 연방 내 하위 주정부에서 보건의료의 의사결정공간 .....	145
〈표 20〉 이탈리아 세 개 지역의 코로나19 초기 유행당시 대응 특성과 결과 .....	155
〈표 21〉 건강불평등 관련 논문의 주요 주제어 (1997-2021) .....	179

## 〈 그림 차례 〉

〈그림 1〉 권력삼분 관점 .....	28
〈그림 2〉 시민참여의 8단계와 시민권력의 수준 .....	71
〈그림 3〉 보건의료 의사결정에서 시민참여의 차원 .....	76
〈그림 4〉 건강증진을 위한 지역사회 참여와 건강영향 .....	79
〈그림 5〉 시민 주도 분석 모델링 .....	81

〈그림 6〉 시민참여의 공간 .....	83
〈그림 7〉 정책의제화의 단계 .....	85
〈그림 8〉 코로나19 인권대응 네트워크 출범 안내 .....	105
〈그림 9〉 COVID-19 Weather Reports .....	112
〈그림 10〉 People's CDC의 형평성 툴킷 .....	114
〈그림 11〉 Primary Care Network(PCN)의 기본 원칙 .....	115
〈그림 12〉 스코틀랜드의 코로나19 봉쇄에 대한 공공 토론 안건 .....	117
〈그림 13〉 시대별 보건소 기능의 변화 .....	129
〈그림 14〉 1950년 이후 미국, 아시아태평양, 유럽 국가의 지방정부 분권화 .....	147
〈그림 15〉 1950년 이후 유럽 국가의 지방·기초정부 분권화 .....	147
〈그림 16〉 분권화가 보건의료체계의 형평성, 효율성, 회복탄력성에 어떻게 영향을 미치는지 설명하는 맥락-기제-결과(CMO) 모식도 .....	157
〈그림 17〉 연도별 건강불평등 연구 논문 편수(2000~2022년) .....	182

## 〈 글상자 차례 〉

〈글상자 1〉 공중보건 진화의 6단계 .....	22
〈글상자 2〉 방송사의 건강·의료정보 프로그램의 기획 의도 .....	44
〈글상자 3〉 코로나19 감염병 대응에 활용된 과학기술 .....	52
〈글상자 4〉 코로나19 전문가 자문위원회 구성에서 나타나는 사회과학 경시 현상 .....	53
〈글상자 5〉 코인벳의 연속기고문 .....	106
〈글상자 6〉 보건의료기본법 상 보건의료에 관한 국가 및 지방정부의 책임 .....	127
〈글상자 7〉 지방자치법 상 지방정부가 국가로부터 위임받은 보건 관련 행정사무 .....	128
〈글상자 8〉 중앙지침 의존의 한계 발생 (대구 사례) .....	138
〈글상자 9〉 지방정부의 책임성 담보 기제 필요 .....	142
〈글상자 10〉 감염병 대응에서는 국가의 정책 방향, 지역 간 조정 필요 .....	142
〈글상자 11〉 신자유주의적 분권화 원리 .....	161
〈글상자 12〉 문제가 어떻게 재현되고 있는가?: WPR 접근틀 .....	170
〈글상자 13〉 콜센터 집단감염 연구에서 재현된 건강 위험 요인 .....	184
〈글상자 14〉 필수노동자 보호의 재현 .....	193

## 요 약

### 1장. 서론: 코로나 팬데믹을 어떻게 이해할 것인가

우리는 코로나19 팬데믹이라는 존재를 생물학적인 것인 동시에 ‘사회적인 것’으로 규정해야 한다고 주장한다. 즉, 생물학적, 의학적, 과학기술적 관점이 압도적으로 강한 현실을 비판하고, 사회적, 정치적, 문화적, 경제적 측면, 즉 넓은 의미에서 사회적인 것을 되살려내는 것이 중요한 목표이다. 이러한 인식 태도와 방법은 그 자체로 ‘비판’의 한 가지 방식이다. 이때 비판은 수용하는 실천이 토대로 삼고 있는 가정, 담론, 상식, 규범과 윤리, 가치 판단, 신념, 직관 등을 검토하는 작업을 의미한다. 보건에 관한 이해와 실천 또한 어떤 과학과 지식, 기술, 정책, 프로그램, 행동이 그 자체로 ‘진리’인가 하는 것보다 그러한 실천의 기초가 되는(흔히 인식되지 않는) 전제들을 검토하는 작업이 필요하다. ‘진리’가 문제를 이해하고 해결하는 데 필요한 것이라면, 우리가 익숙하게 받아들이는 그 진리가 정말 진리인지 비판하는 작업이 선행되어야 한다. 현실과 경험, 그리고 현상으로 드러나는 고통은 코로나19와 그 대응을 ‘사회적인 것’으로 이해할 것을 요구하지만, 우리의 ‘진리 체계’는 그러한 요구를 충족하지 못하는 것처럼 보인다.

이러한 문제의식에 기초한 우리 보고서가 염두에 둔 몇 가지 인식 방법의 특성은 다음과 같다.

먼저 코로나 팬데믹의 존재론이다. 팬데믹을 사회적인 것으로 본다는 것은 이를 어느 정도까지 구조적이라고 이해하는 것을 뜻한다. 사건으로서의 신종감염병은 발생부터 소멸에 이르는 과정 전체를 포함하는 복합적이고 이질적인 인식대상이다. 팬데믹은 주체-행위-객체가 모두 다차원적인 사건이다. 오늘날 높은 정도로 전문화되고 제도화된 인식체계로는 여러 이질적인 요소를 포함하는 다차원적인 사건을 분석하고 이해하는 데 한계가 있다. 분과별 사고로는 다른 패러다임 또는 새로운 ‘시대’ 의식을 담기 어렵다는 점에서 이러한 분과별 입장을 극복할 필요가 있다.

다음은 ‘신자유주의 레짐’이라는 설명 틀이다. 코로나19 유행 시기에 인류가 경험한 바를 과학적 실천이나 정책으로 모두 포괄하기는 어렵지만, 이질적이고 다차원적인 실체인 ‘팬데믹’에 관한 전체적 또는 총체적 인식을 포기하는 것도 바람직하지 않다. 이런 의미의 총체성(totality)을 인식하는 한 가지 도구가 레짐 개념이다. 레짐 가운데서도 신자유주의 레짐을 규정하는 이유는 코로나19가 신자유주의적 자본주의의 실패와 파국을 드러내는 사건이기 때문이다. 인수공통감염병의 발생, 국경 봉쇄와 록다운, 백신의 국제적 불평등, 인종과 계급 간 건강 피해의 불평등 등의 현상을 설명하는 근본 구조와 메커니즘이 신자유주의적 자본주의체계 그리고 신자유주의 레짐과 관련이 있다는 것이다.

코로나19 유행에서 국가권력의 통치 메커니즘으로 설명할 수 있는 여러 반응과 대응이 있었다. 개인보다 인구를 관리하는 것이 국가 통치의 일차적 원리이다. 총괄 지표뿐 아니라 삶과 죽음을 누구에게 어떻게 배분하는지도 통치의 이유이면서 결과라 할 수 있다. 코로나 유행에서 드러난 국가 통치의 또 다른 특성은 이른바 신자유주의적 통치로, 구체적으로는 보건의료의 민영화와 재정 긴축, 시장 원리 확대, 개인 책임의 강화 등이 직·간접으로 영향을 미쳤다. 코로나19 유행은 갑자기 시작되었지만 이에 대응하는 국가 통치는 비상시의 ‘예외’가 아니라 오랜 기간 지속한 신자유주의적 통치 구조가 큰 영향을 미쳤다고 봐야 한다.

코로나19 팬데믹을 이해하는 데에 위험사회의 틀을 빼기는 어렵다. 개인과 공동체, 국가 등 행위 주체가 위험을 어떻게 인식하는지 만큼 중요한 것이 국가권력이 실질적 위험 또는 잠재적 위험을 어떻게 관리하는가 하는 문제다. 위험 그 자체보다 더 중요한 것은 위험이 통치의 한 방식이 되었다는 것이다. 주목할 것은 예외 상태에 근거한 통치가 흔히 배제의 형태로 나타난다는 점이다. 코로나 19 방역을 명분으로 장애인, 미등록 외국인, 시설 수용인, 노인 등을 관리한 방식이 바로 예외 상태로서의 통치에 해당한다.

끝으로 기후위기와 인류세다. 다양한 상호작용의 결과로 기후 변화가 코로나19 유행의 확산, 인식, 대응, 경험에 영향을 미쳤음이 분명하다. 팬데믹을 사회적인 것으로 이해하고자 할 때, 분석의 틀은 기후 변화와 기후 위기를 넘어 인류세로 확장되어야 한다. 팬데믹의 영향은 기후 변화와 마찬가지로 “새로운 형태의 권력, 불평등과 불안전, 새로운 형태의 협력, 확실성, 국경을 넘는 연대 등을 통해 사회를 근본적으로 바꿀 가능성이 크지만,” 다른 무엇보다 국민국가 중심의 정치를 글로벌 정치로 바꾸는 계기가 된다는 사실에 주목해야 한다.

## 2장. 통치와 권력 관점에서 공중보건체계 비판

이 연구는 기존의 협소한 이해의 틀에서 벗어나 공중보건을 ‘집단(population)’의 건강에 대한 실천이라는 넓은 의미의 개념적 틀에서 이해하고 접근한다. 우리는 지난 3년 간 코로나19 팬데믹을 거치면서 공중보건의 중요성에 대한 자각과 함께 공중보건체계의 부실함을 경험하였다. 그런데 공중보건체계 개선에 관한 논의는 항상 법과 규칙, 제도의 신설·변경과 인력 증원, 예산 투입, 시설 확충 문제에 국한되어 왔다. 이러한 기능주의적 접근은 공중보건의 지닌 정치적 성격을 간과하고 있다. 정치경제적 관점에서 볼 때 공중보건체계를 구축하고 운영하는 핵심 주체인 국가의 가장 큰 이해관계는 통치의 정당성을 확보하는 것이다.

따라서 우리는 이 연구에서 통치의 관점으로 공중보건체계를 새롭게 비판적으로 재조명하고자 하

였다. 특히 푸코의 생명정치, 생명권력, 통치성 개념을 이론적 토대로 활용하여 통치술로서의 공중보건체계의 본질을 드러내고자 하였다. 하지만 이것이 국가 단독의 일방적인 의지와 결정만으로 공중보건체계가 운영되는 것을 의미하는 것은 아니다. 이 연구에서는 관계론적 권력론과 권력삼분법 접근을 참고하여 공중보건체계를 ‘국가권력-경제권력-사회권력’이라는 세 권력이 서로 각축과 경쟁, 투쟁, 그리고 때로는 협력하고 공모하는 상호작용 속에서 끊임없이 형성되고 작동되는 산물로 이해하였다. 이러한 이론적 틀은 우리로 하여금 사회권력의 강화를 통해 공중보건체계에 대한 시민들의 실질적인 민주적 통제가 가능해지는 미래를 상상하고 실천할 수 있도록 만든다는 점에서 유용하고 바람직하다.

구체적으로 통치로서의 공중보건체계의 측면을 이해하기 위해 코로나19 팬데믹 대응 과정에서 드러난 문제적 현실을 조명하였다. 먼저 통치에 위협이 되지 않는 적절한 수준에서 위기를 관리하는 가운데 사회경제적으로 취약한 인구집단을 차별, 배제하는 생명정치, 즉 생명권력으로서의 통치적 측면을 살펴보았다. 그리고 건강과 생명을 돌보는 책임을 국가에서 개별 시민으로 철저히 전가하는 신자유주의적 통치성의 주요 전략들이 공중보건체계에서 드러난 사례들을 검토하였다. 아울러 공중보건 위기를 과학기술만으로 해결할 수 있다는 믿음을 통해 국가 책무성을 축소하고자 하는 통치메커니즘과 과학기술의 가치중립성 신화를 통해 경제권력의 자본축적 동기에 정책방향이 좌우되는 현실을 은폐하는 측면을 고찰하였다.

이상의 논의에서 우리는 현재 공중보건체계는 국가권력과 경제권력의 지배적 영향력 속에 놓여 있음을 확인하였다. 하지만 동시에 미약하지만 사람들의 고통과 필요에 응답하기 위해 공중보건체계에 개입하는 사회권력의 여러 실천 사례들을 통해 변화의 가능성을 엿볼 수도 있었다. 앞으로 사람 중심의 공중보건체계를 만들어가기 위해서는 사회권력의 강화를 어떻게 이뤄갈 수 있을지에 대해 이론과 실천 측면에서 적극적인 고민과 연구가 필요할 것이다.

### 3장. 시민주도형 공중보건체계

정치적 공동체의 일원으로서 사람들이 자기 삶에 관련된 공적 결정에 대하여 발언권을 가질 수 있는 기본권을 참여의 권리(The right to participation)라고 한다. 시민들이 정치적 공간, 공적 담론장에 참여하는 것은 정책개발과 수행에서 민주적 결손을 해결하는 방법으로 옹호되며, 시민들은 직접적 또는 대의적 방식의 참여를 통해 민주적 기능을 수행하고 있다. 보건의료영역에서도 마찬가지로 사람들이 자신들의 건강관리를 계획하고 시행하는데 참여할 권리와 의무를 가진다고 말해왔지만, 보건의료와 건강이란 주제에 대한 시민들의 정치적 결정과 참여는 국가나 전문가주의에 견인

되어 왔던 역사적 경로 때문에 더욱 실천하기 어려운 영역이었다.

그러나 최근 3년간의 코로나 대응 과정이 남긴 교훈은 정부와 연구자(와 과학 지식)에 대한 시민들의 신뢰와 수용이 팬데믹 대응에서 가장 중요하다는 사실이었다. 또한 코로나19는 복잡성, 불확실성, 사회에 대한 광범위한 영향, 다양한 정책 선택을 둘러싼 많은 논쟁과 논란을 촉발시켰다는 점에서 공공정책에서 말하는 소위 ‘난제’, ‘사악한 문제’였다. 시민들의 코로나19 시기 공동생산 활동은 주도권이 여전히 국가와 전문가에게 있는 채로 그들로부터 정보를 제공받고 정책에 협조하는 수준만으로 그치지 않았다. 정부가 바이러스 확산 억제와 위험에 처한 사람들을 보호하기 위한 여러 조치들을 시행하는 동안에, 시민들도 정책적 공백을 메꿀 수 있는 임시적이고 혁신적인 방역관련 디지털기술이나 정보관리시스템을 제공했다. 더 나아가 아예 국가와 전문가, 시장이 포착하지 못했던 공중보건체계상 자원배분의 문제, 사회적 불평등에 대한 책임의 문제 등 더 구조적이고 역사적인 연원을 가지는 공공의 문제들을 가시화하고 공론화하며, 정부 당국으로 하여금 시민과 당사자들에게 필요한 정책을 제도화할 수 있도록 적극적인 압력과 협력을 동시에 행사했다. 우리는 이 연구에서 그와 같은 시민들의 활동을 “시민주도형 공중보건체계”라는 개념으로 정의하고 그 특성을 분석해보고자 하였다.

이 연구에서 우리는 사람 중심 관점에서 민주적 공공성과 건강형평성의 제고를 위한 시민 주도적 참여를 분석하기 위하여 네트워킹, 공동생산, 거버넌스 차원의 분석 모델링을 제안하였다. 그리고 나서 코로나19가 촉발하고 강화했으며, 팬데믹 이후의 세계를 위한 중요한 함의를 가지는 시민 주도적 공중보건운동의 사례 세 가지로 (1)서부경남 공공의료 확충 시민운동, (2)돌봄의 정치 의제화 요구 운동, (3)코로나19 인권대응 네트워크 활동을 선정하고 앞서 제시한 분석 모델링을 적용하여 설명해보고자 했다.

우리는 사례 분석을 통하여 상호 양해와 협력의 기틀인 네트워킹의 질을 높이고 향후 (비)제도화 되는 거버넌스 구축에 중요한 영향을 주는 단계인 공동생산에 특히 주목하였다. 공동의 목표를 설정하고 이행하기 위한 중요과정으로 지식의 공동생산은 이해관계자 간의 신뢰를 높이고 권력불평등을 줄이는 데 도움이 될 뿐만 아니라, 복잡한 보건의료시스템과 정책과제에 대한 의사결정을 강화하는데 기여한다. 공동의 지식 생산에 참여한다는 것은 제도나 구조, 자원이나 규칙에 드러나거나 혹은 숨겨져 있는 불균형한 권력 기전에 도전하며, ‘평등하고 호혜적인 관계’로 권력을 공유한다는 것이다. 완전히 새로운 권력 재편과 통제에 대한 준비가 없이는 지식과 사회적 관계에 작동하는 기존의 권력을 넘어서기 어렵다.

그런 의미에서 코로나19에 의해 예상치 못하게 열린 공동생산의 장(場)에 참여했던 시민들의 활동은 시민의 참여를 북돋고 임파워하기 위한 정부의 기획이라기보다, 훨씬 더 긴급하고 자발적이며

자구적인 시민사회의 노력이었음에도 기존의 권력질서, 즉 국가권력(중앙정부 또는 지방정부) 대 시민권력의 압도적인 불균형을 일부라도 전환하지 못했다고 생각된다. 오히려 국가권력으로 하여금 의제의 전유를 통해 시민들의 당면한 요구들에 발맞추고 있다는 형식적 통치를 강화하는 데 이용되고 실질적인 시민들에 의한 사회적 통제와는 거리가 있는 상태로 남게 되었다.

우리의 목표는 국가-관료-전문가가 수행하는 공중보건 지식 생산과 서비스 개발 과정에서 당사자의 관점과 경험을 반영함으로써 현실적 필요에 복무하는 지식과 서비스를 개발하는 데 기여하는 시민 주도적 참여이다. 기존의 권력관계를 바꾸기 위한 힘으로 시민권력을 조직화하기 위한 제도와 정치적 동력 강화 전략을 모색하는 것이 남은 과제이다.

#### 4장. 지역분권형 공중보건체계

신자유주의적 통치에 따른 국가 책임의 분산은 국가(정부) 내부에서도 발생한다. 이른바 신자유주의적 분권화로, 신자유주의적 통치 하에서 분권화와 민영화는 밀접하게 연관되어 있다. 하지만 신자유주의적 분권화의 위험을 이유로 분권화 자체를 포기할 수는 없다. 민주적 권한을 통한 탈집중화(분권화)는 효과적 문제 해결, 더 높은 수준의 시민참여를 가능하게 할 수 있다. 지역분권형 공중보건체계는 지역 공동의 문제를 해결하기 위한 공공과 민간, 보건과 의료, 나아가 보건의료와 건강의 사회적 결정요인을 아우르는 부문 간 협력과 전체론적 작동을 용이하게 할 수 있다.

지역 간 권력과 자원의 불평등에서 기인하는 지역 간 건강불평등 역시 지역의 정치적 권한강화 없이 해결하기 어렵다. 이 때 지역의 정치적 권한강화는 국가 책임을 경유한 지방정부의 권한 강화를 통해 가능하다. 서로 다른 권력과 자원을 가진 모든 지역에서 마찬가지로 분권이 작동하게 위해서도, 권력과 자원을 배분함으로써 지역 간 불평등을 조정하는 국가(중앙)의 역할은 핵심적이다. 중앙에서 조정되는 지역분권은 지역 간 불평등을 예방하면서 효과적 대응을 가능하게 할 수 있다.

한국에서 공중보건체계의 지역분권화 논의는 짧게는 30년, 길게는 70년의 역사를 가지고 있지만 현실에서 지역분권은 여전히 잘 작동하지 않고 있다. 중앙-시도-시군구로 이어지는 수직적 체계에서 광역지방정부의 역할은 미미하고, 실질적인 보건 사업은 기초지방정부 실행조직인 보건소가 수행한다. 하지만 보건소의 업무 범위나 권한은 전체 공중보건체계를 포괄하지 못하며, 지역 당국으로 기능하기에 정책 기능 또한 미흡하다. 지방정부는 중앙정부로부터 일방적으로 지침과 예산을 하달 받으며, 재원이나 인력에 대한 권한조차 가지고 있지 못해 지역의 공중보건을 위해 자율적으로 할 수 있는 공간이 협소하다.

감염병 위기 대응체계는 보다 엄격한 중앙집권형 거버넌스를 가지고 있어 코로나19의 경우 초기

에는 질병관리본부 중심의 방역 체계가 작동하였다. 그러나 곧 기존 시스템으로는 감당하기 어려운 대규모 감염이 발생하였고, 이 과정에서 지방정부의 역할은 증대될 수밖에 없었다. 지역별 코로나 19 대응 백서를 분석한 결과, 국가 중심의 정책으로는 해결하기 어려운 지역 현장 문제가 발생한 점, 지역에서 현장을 가장 잘 파악하고, 빠른 대처와 필요한 대응이 가능했던 점을 확인할 수 있었지만, 지방정부의 권한 부재에 따른 한계, 지방정부의 책임성 담보 기제 필요성, 국가의 정책 방향과 지역 간 조정 필요성도 확인할 수 있었다. 분권에는 권한뿐만 아니라 책임도 함께 포함되며, 지역분권은 중앙과 지역 양자선택의 문제 혹은 중앙정부에서 지방정부로 책임을 이전(전가)하는 것이 아니라, 중앙과 지역, 중앙정부와 지방정부가 함께 책임성을 다하는 문제라고 할 수 있다.

국외로 눈을 돌려보면 전 세계적으로 1970년대 이후 분권화가 증가해 왔는데, 여기에는 분권화된 정부가 중앙집권식 정부보다 특정 공공재를 제공하는데 더 효율적이고 효과적이기 때문이라는 설명(기능적 논리)과, 집단의 자치에 대한 욕구의 표현이라는 설명(정체성 논리), 그리고 신자유주의 흐름의 영향이라는 설명이 존재한다. 다른 나라의 보건의료체계 분권화, 분권화된 체계의 코로나19 대응에 대한 맥락-기제-결과(CMO) 분석을 통해, 한국 공중보건체계 분권화에서 고려해야 할 기제를 다음과 같이 도출하였다.

첫째, 분권화된 조직과 기능을 움직이는 것은 사람이며, 관료가 분권화된 시스템 속에서 어떤 이해관계와 동력에 의해 움직일 것인지를 고려해야 한다.

둘째, 지역분권이 신자유주의 흐름, 시장화 또는 민영화와 같은 전 세계적인 흐름이나 이를 추구하는 중앙정부의 방향과 맞물려 본래의 목적을 달성하지 못하고 활용되는 데 그칠 위험이 있다. 특히 지역당국이 충분한 정치적 결정 권한을 갖지 못하고 행정분권 수준에 그치게 되면 중앙의 집행자 역할을 벗어나기 어렵다.

셋째, 지역분권이 단지 중앙의 책임 전가가 아니라 민주주의와 불평등 감소를 목표로 하기 위해서는 지역의 기본적인 조직적, 정치적 역량을 일정수준 이상으로 향상시킬 필요가 있다. 또는 중앙정부가 성공적 지역분권의 목표 하에 불균등한 지역 역량을 보완해줄 수 있는 계획적인 지원전략을 갖추어야 한다.

이상과 같은 논의를 통해 우리는 포스트 코로나 시대, 사람 중심의 대안적 공중보건체계를 위해 신자유주의적 분권화가 아닌 민주적 분권화, 평등한 분권화라는 대안적 지역분권 원리를 제안한다.

## 5장. 공중보건체계와 건강불평등

지난 반세기 동안 건강불평등 연구는 건강의 사회적 결정요인 접근에 기반하여 건강불평등 해소

를 위한 대안으로 건강정책으로의 사회정책을 주장해왔다. 코로나19 대유행을 경험하면서 목도하였듯이 건강불평등은 여전히 (재)생산되고 심화되고 있다. 대안으로 건강의 사회적 결정요인 접근과 사회정책은 왜 불평등을 줄이거나 예방하지 못했는가? 우리는 ‘문제가 어떻게 재현되고 있는가 (What’s the problem represented to be?, WPR)’ 접근을 적용하여 지금까지 지식의 역할을 물음으로써 이 질문에 대답하였다. WPR 접근은 무엇인가 고치고 변화시키기 위한 접근으로 그 출발점인 ‘문제’에 주목하여 문제 그 자체에 대한 존재론적이고 동시에 인식론적인 질문을 던지는 것이다.

이 장에서는 코로나19 시기 콜센터 집단감염과 필수노동자 보호 제도 마련 사례를 통해 건강불평등 지식이 건강불평등을 어떻게 문제화하고 또 재현하는지 고찰하였다. 이때 정책이 아닌 지식을 살펴보는 이유는 이것이 사회와 인구를 통제하고 관리하는 핵심 통치수단이기 때문이다. 지배적인 지식은 인식의 범위를 한정하는 데, 이때 지식이 권력관계를 반영한다는 점이 중요하다. 권력 주체가 누구냐에 따라 지식이 특정 현상을 문제화하는 방식과 그 대안으로의 해결책의 방향이 달라진다. 오늘날 건강불평등 지식은 과학적 객관성에 대한 무한 신뢰에 바탕하며, 건강의 사회적 결정요인 연구는 탈정치화되었다. 이러한 맥락은 건강불평등 연구의 시장화와 산업화를 가능케 했다.

건강불평등 연구를 고찰한 결과, 이러한 지식은 콜센터 노동자와 필수노동자의 건강을 인적 자본 또는 노동력으로 개념화하고 있었다. 따라서 그 관리 역시 이윤 창출, 자본 축적 동력으로서의 건강을 위치시킨다. 이와 같은 인적 자본으로서의 건강 재현은 한편으로는 신자유주의적 통치와 무관할 수 없다. 이들을 고위험 집단 혹은 필수인력으로 호명함으로써 이들의 삶을 통해 드러나는 고통에 주목하나, 그 고통이 발생하는 구조적인 조건과 맥락에는 관심두지 않는다. 표면적으로 드러나는 열악한 삶의 조건을 묘사함으로써 어떤 자원이 부족한지 찾고, 건강행동 개선을 제안하고, 때로는 유전 요인 등에 주목함으로써 사회 통제 메커니즘으로 기능할 뿐이다. 이러한 지식의 모양은 비단 콜센터 노동자와 필수노동자에 한정되지 않는다. 건강불평등 연구는 현재의 체제를 비판하는 분야로 거듭나야 하며, 그 과정에서 계급관계의 중요성을 놓치지 않아야 한다.

앞으로의 건강불평등 연구는 불평등한 현상의 나열이나, 이를 개선하려는 미시적 수준의 변화와 개혁을 목표로하는 연구 질문에서 벗어나야 한다. 이는 문제의 원인만 탐구하던 건강불평등 연구에서 문제의 해결방안을 제시하고 실증하는 연구로의 변화를 제시하는 것만으로 극복하기 어렵다. 무엇을 변화시키기 위한 방향인지가 중요하고, 그 변화를 누가 이끌어 갈 것인지의 질문이 필요하다.

---

## Abstract

In this study, our aim was to critique the hidden negative aspects of the public health system, drawing from the experience of the COVID-19 pandemic, in order to build a “People-centered public health system” in the post-COVID-19 era. To this end, it is first important to understand the being of the COVID-19 pandemic. In the introduction, we suggested that the COVID-19 pandemic can be defined as “the social” and a multi-dimensional event containing complex and heterogeneous elements, and that it needs to be understood in relation to the framework of the “Neoliberal Regime,” “Risk Society,” and the climate crisis (Anthropocene).

In Chapter 2, we opposed the functionalist approach that overlook the political nature of public health and tried to critically re-examine the public health system from the perspective of Governance and Power. In particular, Foucault’s concepts of biopolitics, biopower, and governmentality were used as theoretical frameworks to uncover the nature of the public health system as a technique of governance. However, the public health system can be understood as a product that is constantly shaped and operated through the interaction of three powers, “state power-economic power-social power,” rather than operating only with the unilateral will of the state. As a result of examining the response to the pandemic, it has been confirmed that the current public health system is under the dominant influence of state power and economic power. However, at the same time, the possibility of change was also found through various cases of resistance movements of social power to intervene in the public health system in order to respond to people’s suffering and needs.

In Chapter 3, we proposed analysis modeling at the level of “Networking,” “Co-production,” and “Governance” to analyze citizen-led participation in enhancing democratic publicness and health equity from a people-centered perspective. As examples of citizen-led public health movements, “the civil movement to expand public health in Western Gyeongnam”, “the movement to demand political agenda of Care”, and “the COVID-19 human rights response network activities” were selected, and the analysis modeling presented above was applied. As a result of the case analysis, the activities of citizens who participated in the co-production venue unexpectedly opened by COVID-19 were not government planning, but urgent, voluntary, and self-rescue efforts, but failed to correct some of the imbalance in existing power relations. Rather, there was an aspect used to strengthen the formal governance that state power was addressing the immediate needs of citizens by monopolizing the agenda.

In Chapter 4, we examined the possibility and alternative principles of a decentralized public health system that enables a higher level of civil participation while avoiding the risks associated with neoliberal decentralization. As a result of analyzing regional COVID-19

response white papers, it was confirmed that the region best understood local field problems that were difficult to solve with state-centered policies and quickly responded when necessary. However, the limitations of the lack of authority of regional governments, the need to establish a mechanism to ensure accountability, and the need to align policy direction between the central and regional governments were also confirmed. Subsequently, through the analysis of the decentralization of the health care system and the COVID-19 response in other countries, the mechanism to be considered for the decentralization of the Korean public health system was derived. We propose an alternative principle of democratic and equal decentralization, not neoliberal decentralization.

In Chapter 5, we tried to find an answer by applying the WPR approach to the question of why the “Social Determinants of Health (SDoH)” couldn’t reduce health inequality. To this end, through the case of collective infection at call centers and the establishment of an essential worker protection system during the COVID-19 period, we examined how knowledge of health inequality problematizes and represents it. As a result of reviewing researches on health inequality, this knowledge conceptualizes the health of call center workers and essential workers as “human capital” or “labor force.” By labeling them as high-risk groups or essential personnel, the researchers paid attention to the sufferings they experience, but did not pay attention to the underlying structural conditions and contexts in which the suffering occurs. Based on this result, we argue that research on health inequality should be reborn as a field that critiques the current system, away from research questions that are aimed at listing inequality phenomena or focus solely on improving microscopic levels.

The task given to us to make a citizen-led, decentralized public health system that solves the problem of health inequality is to develop a “practical” theory on how to strengthen social power in order to change unequal structures, systems, and neoliberal regime.

# 1. 서론: 코로나 팬데믹을 어떻게 이해할 것인가

## 1.1. 코로나 팬데믹의 존재론

우리는 코로나19 팬데믹이라는 존재(ontology)를 생물학적인 것인 동시에 사회적인 것으로 규정해야 한다고 주장한다. 바이러스, 검사와 치료, 신체의 병리적 변화뿐 아니라 이동 금지, 재택근무, 확진자의 동선 추적, 국경 봉쇄, 경제 활동 감소 등은 팬데믹의 OO이라기보다는 팬데믹 그 자체다. 생물학적이고 의학적인 실체가 따로 있고 여기에 다른 사회적 원인이나 결과가 동반되는 것이 아니라, 생물학적이고 사회적인 요소를 모두 포함하는 것이 팬데믹이라는 존재(being)라고 봐야 한다.

팬데믹이 이런 존재라는 것을 어떻게 알 수 있을까. 존재를 어떤 관점과 방법으로 이해할 것인가가 '인식론'의 요체다. 다시 강조하지만, 지금 이 보고서의 관점은 코로나19 팬데믹을 기본적으로 '사회적인 것'으로 이해하려 한다. 생물학적 요소를 비롯한 다른 요인들이 의미가 없거나 중요하지 않다는 뜻이 아니다. 그보다는 생물학적, 의학적, 과학기술적 관점이 압도적으로 강한 현실을 비판하고, 사회적, 정치적, 문화적, 경제적 측면, 즉 넓은 의미에서 사회적인 것을 되살려내는 것이 중요한 목표이다. 물론, 생물학, 의학, 과학기술의 존재론도 상당 부분 사회적인 것을 포함하므로 이러한 인식론과 일맥상통한다.

한 가지 강조할 것은 이런 인식 태도와 방법은 그 자체로 '비판'의 한 가지 방식이라는 점이다. 비판은 흔히 내용의 잘잘못을 가리는 실천을 가리킨다. 이와 비교하여 푸코가 말하는 비판은 실천이 그 자체로 옳다 그르다 하는 행위라기보다 사회적으로 수용하는 실천이 토대로 삼고 있는 가정, 담론, 상식, 규범과 윤리, 가치 판단, 신념, 직관 등을 검토하는 작업이다.<sup>1)</sup>

보건에 관한 이해와 실천 또한 어떤 과학과 지식, 기술, 정책, 프로그램, 행동이 그 자체로 '진리'인가 하는 것보다 그러한 실천의 기초가 되는(흔히 인식되지 않는) 전제들을 검토하는 작업이 필요하다. 이러한 맥락에서의 비판적 관점이란, 예를 들어 개인위생이 감염병 확산에 효과가 있는지 아닌지 검토하고 판단하는 것보다 왜 개인위생이 유력한 방역 수단이 되었는지 또는 어떤 과정을 통해 왜 효과적인 예방 방법으로 수용되었는지 탐색하려는 것이다. '진리'가 문제를 이해하고 해결하는 데 필요한 것이라면, 우리가 익숙하게 받아들이는 그 진리가 정말 진리인지 비판하는 작업이 선

1) Foucault, M. 2000. Power: Essential Works of Foucault 1954-1984. New York: New Press. pp.456.

행되어야 한다.

현실과 경험, 그리고 현상으로 드러나는 고통은 코로나19와 그 대응을 ‘사회적인 것’으로 이해할 것을 요구하지만, 우리의 ‘진리 체계’는 그러한 요구를 충족하지 못하는 것처럼 보인다. 의학과 생물학적 이해가 압도하고, 사회적인 것은 사후적인 것, 예를 들어 팬데믹이 초래하는 일자리 감소나 경기 침체 등에 관한 관심을 넘지 못한다. 이런 문제가 중요하지 않다는 뜻이 아니라, 이처럼 분리되어 제도화한 지식은 현존하는 ‘진리 체계’가 ‘사회적인 것’으로서의 팬데믹을 이해하는 데 충분하지 않은 상태로 판단한다.

영국의 비판적 실재론 연구자 앨더슨은 이런 관점에서 코로나19에 대한 ‘주류’ 인식론을 비판하는데,<sup>2)</sup> 한국의 사정도 크게 다르지 않다고 할 수 있다. 비판의 초점은 다음과 같다.

① 건강과 질병은 삶의 모든 측면에 걸쳐 서로 연결되어 있으나, 기존의 인식 방법에서는 각 요소를 분리해 다룬다. 질병별로 고유한 특정 치료 방법과 예방 방법을 찾고 해결 방법을 제시하려 한다.

② 건강이나 보건과 관련된 현상, 사건, 결과 등은 가시적이지만, 이런 결과를 초래한 원인과 인과관계는 잘 보이지 않는다(비가시적). 기존의 인식 방법은 경험적 근거를 토대로 이런 결과를 측정, 기술, 평가하는 데 집중하고, 보이지 않는 인과관계는 잘 다루지 않는다. 중국 우한에서 최초로 발병한 환자의 감염 경로는 큰 관심사이나, 최근 인수공통감염병이 늘어나는 경로와 그 인과관계에는 관심이 적다.

③ 개방 체계(open system)에서 어떤 실천이나 개입의 효과를 정확하게 예측하기 어려우나, 많은 ‘과학’은 사회적 개입이 마치 폐쇄 체계에서 일어나는 것처럼 ‘정확한’ 결과를 예측한다.

④ 건강과 질병은 일상에서 맥락, 정책, 행태, 신념 등에 영향을 받는 복잡한 과정이라 할 수 있다. 맥락으로부터 분리되어 완전히 한 개인에게 속하는 것이 아니므로 명확하게 정의할 수 있는 생산물이나 상품처럼 취급할 수 없다.

⑤ 흔히 건강과 질병의 이론과 지식은 과학과 도덕, 사실과 가치를 구분할 수 있다고 주장하나, 건강과 질병과 관련된 정책과 의사결정은 실용적이고 윤리적이며 또한 과학적이다.

2) Alderson, P. 2021. Critical realism for health and illness research: A practical introduction. Bristol, UK: Policy Press. pp.2~3.

이상과 같은 문제의식에 기초하여, 여기서는 우리 보고서가 염두에 둔 몇 가지 인식 방법의 특성을 제시하고자 한다.

### 1.1.1. 구조

팬데믹을 사회적인 것으로 본다는 것은 이 현상 또는 ‘사건’을 우연이 아니라 어느 정도까지 구조적이라고 이해하는 것을 뜻한다. 또한, ‘구조적’이라 함은 상당한 지속성과 일정한 법칙성, 경향성을 보이는 현상 또는 사건을 가리킨다. 아울러, 코로나19 팬데믹은 일회적 사건이나 과거 팬데믹과 감염병이 나타났거나 앞으로 그럴 가능성이 있는 다양한 현상에서 일관성, 통일성, 논리성을 추출할 수 있으며 그런 의미에서 이론의 대상이 될 수 있다.

이런 시각은 모든 현상과 결과를 한 가지 원인으로 환원한다는 의미의 ‘일원론’과는 다르며, 어떤 한 가지 렌즈로 모든 현상과 결과를 이해할 수 있다는 뜻도 아니다. 앞서 말한 비판의 관점에서 일관된 시각으로 팬데믹을 해석함으로써 실재를 더 풍부하고 정확하게 이해할 수 있다는 뜻에 가깝다.

### 1.1.2. 복합적이고 이질적인 인식 대상

사건으로서의 신종감염병은 특정 시간에 관찰할 수 있는 하나의 현상이 아니라 발생부터 소멸에 이르는 과정 전체를 포함하며, 여기에는 여러 주체, 대상, 상호관계, 실천과 그 영향이 서로 얽혀 있다. 비인간을 포함하는 다양한 행위자(actor)가 네트워크를 구성한다는 편이 더 정확할지도 모른다. 예를 들어, 시간을 축으로 삼으면 경과에 따라 서로 구분할 수 있는 단계를 차례대로 또는 한꺼번에 경험한다. 감염병을 중심에 놓으면 어떤 계기를 통해 감염이 시작하고 유행, 확산하는 단계를 거쳐 최고조에 이른 다음 축소, 소멸하는 단계를 거치며, 때로 이런 과정이 한 번으로 끝나지 않고 여러 차례 되풀이할 수 있다. 인간 관점에서는 건강과 생명이 직접 영향을 받고, 예방을 위한 개인 행동 변화와 집단적 대응(예를 들어 이동 금지)이 나타나며, 개인과 집단행동은 다시 경제, 사회, 문화적 결과를 초래한다. 어떤 시각에서 보든, 주체-행위-객체는 당연히 서로 연결되거나 영향을 미치며 때로 새로운 발현(emergence)의 원인이 된다. 예를 들어, 예방과 유행 억제를 위해 이동을 줄이면 경제활동이 줄어들고, 생계 때문에 위험을 무릅쓰고 사회, 경제활동을 계속하면 결과적으로 감염과 유행의 위험은 커진다. 이에 따라 다시 사회적 대응이 달라지고 이는 여러 경로를 통해 다른

행위자에 영향을 미친다.

감염병을 사건과 과정으로 이해하면서 비인간(예를 들어 바이러스)을 포함한 주체-행위-객체 사이에 영향과 상호작용이 나타난다고 할 때, 중요한 행위자 중 하나가 지식이라는 점을 지적해준다. 사실 행위자로서의 지식은 감염병 뿐 아니라 많은 건강과 보건 문제에서 결정적으로 중요한 역할을 한다. 담배를 오래 피우면 폐암에 걸릴 수 있다는 지식이 한 개인이 담배를 끊는 결정과 행동에 개입하고, 어떤 병을 조기 발견할 수 있다는 지식이 있어야 건강검진 정책을 만들고 개인이 이에 참여한다. 감염병과 팬데믹도 마찬가지다. 예를 들어 1892년 콜레라가 여러 나라에서 유행할 때, 캐나다의 토론토에서는 아직 유행이 발생하지 않았으나 그럴 수도 있다는 가능성만으로 여러 가지 정책과 사회 변화가 일어났다.<sup>3)</sup> 이를 스피노자나 그람시가 말한 ‘아이디어(생각)의 힘(force of ideas, idea-force)’이라고도 할 수 있는데,<sup>4)</sup> 여기서 아이디어 또는 생각은 사실이나 진실 여부와 무관하게 힘, 생명력, 권력을 가지고 힘을 미치며 변화를 일으키는 집단적, 사회적 실재를 가리킨다. 건강과 보건에서 이에 해당하는 생각과 아이디어는 대체로 미래(암)에 대한 것이고 주로 지식의 형태로 현재(건강검진)에 개입한다.

### 1.1.3. 다차원적 사건

코로나19를 비롯한 감염병, 특히 팬데믹은 주체-행위-객체가 모두 다차원적이다. 개인과 국가 모두 행위자이며 개인행동과 국가 정책이 모두 주체이자 객체가 될 수 있다. 팬데믹 상황에서는 ‘국제’라는 차원 또한 중요하다. 사람들의 국제적 이동이 코로나19 확산을 촉진했고, 국민국가가 택할 수 있는 중요한 대응 방법이 국경 봉쇄처럼 국가 사이의 관계를 제한하는 것이었다.

‘사건’으로서의 경과 또한 다차원적이다. 이 경과는 시간에 따른 변화이면서 동시에 내용과 질의 변화이기도 하다. 코로나19의 시간적 다차원성을 프랑스의 철학자 바디우 식으로 표현하면 ‘진리 과정’의 세 가지 핵심 차원이라 해도 좋을 것이다.<sup>5)</sup> 세 가지 핵심 차원 중 사건은 “상황, 의견 및 제도화된 지식과는 ‘다른 것’을 도래시키는 것이다. 우연적이며 예측 불가능하고 나타나자마자 사라지는 잉여적 부가물”이라 할 수 있다. 또한, (사건에 대한) 충실성은 “과정의 이름이다. 사건 그 자체의 정언명령 하에서 상황에 관한 지속적 탐구가 바로 그 과정의 관건이 된다. 계속적이고 내재적

3) Jackson, P. S. 2013. “Fearing future epidemics: the cholera crisis of 1892.” *Cultural Geographies*, 20(1):43~65.

4) Jackson, P. S. 2013. *ibid*; Sharp, H. 2007. “The force of ideas in Spinoza.” *Political Theory*, 35(6):732~755.

5) 바디우, 알랭. (이종영 옮김). 2001. <윤리학>. 서울: 동문선. 84쪽.

인 단절이다.” 세 번째 핵심 차원인 고유한 의미의 ‘진리’란 “충실성이 점진적으로 구성해 나가는, 상황에 내부적인 다양성이다. 충실성이 재집합시키고 생산하는 것”이라 해야 한다.

코로나19 유행은 이른바 ‘미증유’의 사건으로 지식과 정보가 부족한 가운데 적절한 대응 방법을 찾고 결정하는 과정이 계속되었다. 이 과정에 여러 행위자의 이해관계가 개입한 것은 말할 것도 없지만, 각 사회의 정치, 경제, 사회, 문화적 토대가 유행 양상과 대응 방법에 큰 영향을 미쳤다. 예를 들어 한 나라 정부와 정책을 신뢰하는 정도가 낮을수록 국가가 주도하는 대응 방식은 잘 작동하지 않는다. 공중보건체계가 잘 작동해도 대중이 백신 접종을 불신하는 사회에서는 짧은 시간 안에 접종률을 높이기 어렵다. 단절적인 과정에 얼마나 충실하며 그러한 충실성이 재집합시키고 생산하는 다양한 진리가 드러나는 것이 코로나19 대응이라는 다차원적 사건의 특성이다.

근대적 합리성과 도덕, 또는 주술적 차원이 동시에 드러나는 것도 감염병의 또 다른 특성이라 할 것이다. 푸코는 근대 국가의 통치성이 탈 도덕화 현상을 보인다고 주장하는데, 그는 통치와 사건의 관계에 대해 유럽의 식량난을 예로 들어 설명했다.<sup>6)</sup> 그에 따르면 식량난이라는 사건은 두 가지 범주에서 다루어졌는데, 하나는 행운과 불운이라는 차원에서, 또 하나는 철학적, 도덕적 모형으로서의 인간의 악한 본성이라는 차원이었다. 예를 들어 전통적으로 식량난 시기에는 매점매석이 큰 문제였는데, 통치의 탈 도덕화로 말미암아 “이제 사람들은 더 이상 식량난에 떨지 않고, 그보다는 곡물에 게 일어난 일을 사건으로서 다루게” 된다.<sup>7)</sup>

세계적으로 코로나19 대응에서는 도덕과 탈도덕 현상을 동시에 볼 수 있다. 봉쇄 조치를 둘러싸고 과학적 효과와 자유에 대한 침해라는 주장이 엇갈리는 것부터 사건이 충분히 탈 도덕화하지 못했음을 드러낸다. 유행 전파나 백신에 대해 여러 가지 음모론과 가짜 뉴스가 사라지지 않는 것도 도덕적 차원의 통치가 작동할 수밖에 없다는 간접 증거가 될 것이다.

대체적인 인식의 방법에 관해 서술했지만, 이러한 인식의 목표와 전략은 잠정적이다. 코로나19 유행 초기에 독일 철학자 하버마스가 한 인터뷰에서 말한 대로 코로나19의 경제적, 사회적 결과는 선불리 예측할 수 없다. 이는 바이러스를 이해하는 일과는 전혀 다른 것으로, 우리가 확실하게 말할 수 있는 것은 “무엇을 모르는지에 관해 지금보다 더 많은 지식을 가진 적이 없다”라는 사실이다.<sup>8)</sup>

#### 1.1.4. 좁은 ‘수직적’ 인식론의 한계

6) 푸코, 미셸. (심세광·전혜리·조성은 옮김). 2011. <안전, 영토, 인구>. 서울: 난장. 55~88쪽.

7) 푸코, 미셸. (심세광·전혜리·조성은 옮김). 2011. 상계서. 69쪽.

8) Schwing, M. 2020. [“Frankfurter Rundschau”](#).

높은 정도로 전문화가 일어나면서 제도화된 인식체계로는 여러 이질적인 요소를 포함하는 다차원적인 사건을 분석하고 이해하는 데 한계가 있다. 마스크가 호흡기 감염병 확산을 억제하는 데 효과가 있는지를 이해하기 위해서는 마스크의 물리적 특성을 다루는 분야뿐 아니라 적어도 실내 공기와 오염, 병원체의 인체 감염, 인간 행동, 개인 심리, 문화 등을 같이 다루어야 한다. 마스크가 감염병 확산을 방지하는 수단으로 채택되려면 정치, 정책과 행정, 재정, 조직 등의 분야가 추가로 개입한다. 이와 관련된 지식과 지식 생산은 기존 지식 생산체계, 즉 세부 학문 분야별로 나뉘는 것이 보통이다. 독일 철학자 야스퍼스는 이런 지식생산체계에서 비롯된 관점을 ‘분과별 입장(departmental position)’이라고 불렀다.<sup>9)</sup>

분과별 사고로는 다른 패러다임 또는 새로운 ‘시대’ 의식을 담기 어렵다. 야스퍼스는 분과별 사고를 뛰어넘는 방법으로 ‘일반적’인 청자나 독자의 관점을 택하는 것을 제안했다. 기후변화와 인류세를 다루는 역사학자 차크라바르티(Dipesh Chakrabarty)가 야스퍼스를 인용한 것은 인류세를 새로운 시대 의식으로 봐야 한다고 주장하려는 것으로, 팬데믹에 이러한 문제의식을 그대로 적용하기는 어렵다. 하지만, 건강과 질병, 감염병과 팬데믹을 중심에 놓고 이들 문제를 다루는 여러 분야의 전문화, 세부전문화, 초(超)세부전문화 경향을 고려하면, 분과별 입장을 극복해야 한다는 과제만큼은 이의를 달기 어렵다.

## 1.2. ‘신자유주의 레짐’이라는 설명 틀<sup>10)</sup>

### 1.2.1. 신자유주의 개념 적용의 맥락

세계적 차원에서 현재의 경제사회체제는 ‘대체로’ 신자유주의적 자본주의로 규정할 수 있다. 신자유주의를 어떻게 규정할 것인지 또는 그 핵심 특성이 무엇인지에 관해서는 다양한 의견이 있을 것이다. 우리는 모든 문제를 신자유주의와 연결하려는 일부 경향에 동의하지 않으며, 최근에는 정의를 명확하게 하지 않은 채 남용되는 개념이라고 생각한다. 하지만, 사안에 따라 신자유주의 개념들은

9) Chakrabarty, D. 2015. “The Human Condition in the Anthropocene.” The Tanner Lectures in Human Values. Yale University. pp.145~146.

10) Dutta, M. J. 2016. Neoliberal health organizing: Communication, meaning, and politics. London: Taylor & Francis; Sparke, M. 2020. “Neoliberal regime change and the remaking of global health: from rollback disinvestment to rollout reinvestment and reterritorialization.” Review of International Political Economy, 27(1):48~74; Tilzey, M. 2018. “The Neoliberal Food Regime in Crisis?” pp. 197~223 in Political Ecology, Food Regimes, and Food Sovereignty: Crisis, Resistance, and Resilience. Cham: Springer International Publishing.

여전히 유용하며 특히 행위 주체와 구조를 연결해서 현대 자본주의 체제의 특성을 설명할 때 빼놓을 수 없는 이론적 도구가 아닌가 한다.

세계 수준에서 현재의 경제사회체제를 다양하게 표현할 수 있으나, 넓은 범위에서 자본주의와 시장경제, 세계화된 자본주의 등을 크게 벗어나지 않을 것이다. 일차적으로 이들 개념은 경제라는 물적 토대를 의미하는 것이지만, 현실에서는 단지 경제 또는 이와 연관된 사회적 측면만 가리키지 않는다. 자본주의 시장경제 체제에서 경제적 토대가 모든 측면에서 개인과 사회에 영향을 미치고 때로 존재를 규정하는 것은 널리 알려진 ‘상식’에 속한다. 그런 의미에서 ‘신자유주의적 자본주의’는 경제 발전 단계 또는 사회경제체제의 구분을 넘어 자본주의적 역사 발전의 단계 또는 하나의 ‘레짐’으로 이해하는 것이 타당하다.

신자유주의 또는 신자유주의적 자본주의가 강력한, 그런 의미에서 이미 주류에 속하는 이론적 틀인 것은 사실이나, 모호하고 유동적인 개념인 것도 부인하기 어렵다. 가장 좁게 보더라도 여러 차원의 속성과 측면을 포함하는 포괄적 개념으로, 워드(Kevin Ward)와 잉글랜드(Kim England)는 신자유주의가 최소한 네 가지 이상의 다른 의미로 쓰인다고 주장했다(Ward 2007).<sup>11)</sup> 그 네 가지는 ① 이데올로기적 헤게모니를 장악하려는 작업, ② 정책과 사업, ③ 국가 체제 또는 형태, ④ 통치성(governmentality)이 그것이다. 신자유주의를 이처럼 이해하거나 그런 이해의 근거가 되는 현실은 당연히 서로 밀접하게 연관되어 있는데, 예를 들어 한 국가가 신자유주의적 발전 전략을 채택하면 정책과 사업은 물론이고 이데올로기적 헤게모니와 통치성이 이에 상응할 수밖에 없다.

코로나 팬데믹을 종합적으로 이해하고자 할 때 신자유주의 개념의 다의성은 오히려 장점이 될 수 있다. 물론, 이런 장점이 실현되기 위해서는 개념의 다양한 요소들이 코로나 팬데믹의 여러 현상과 경험과 조응함과 아울러, 부분적 개념 사이에 일관성과 체계성이 있어야 한다. 신자유주의 개념에 적어도 이데올로기, 국가 체제, 정책이나 사업, 개인의 주체성을 설명하는 특성이나 요소가 존재한다면, 이들 요소가 모두 나타나는 코로나 팬데믹을 이해하는 데 활용할 만한 이론적 도구가 될 것이다.

### 1.2.2. 신자유주의 국가

팬데믹이 진행되는 과정에서는 국가 차원의 감염 유행과 대응에 관심이 집중되고, 이를 이해하는 데는 흔히 국가 중심의 거시 논리와 이론이 동원된다. 예를 들어, 국가 차원에서 중국의 코로나19

11) Ward, K., England, K. 2007. “Introduction: Reading Neoliberalization” in Neoliberalization: States, Networks, Peoples. MA: Blackwell.

발생과 유행을 설명할 때 신자유주의의 틀은 상당한 설득력이 있을 수 있다. 감염의 전파 경로와 확산 메커니즘이 도시화, 세계화, 이주노동 등 중국의 사회경제체제를 압축해 놓은 것과 같다는 설명이 이를 대표한다.<sup>12)</sup> 실제 중국에서는 2020년 1월 23일 우한을 봉쇄하기 전에 춘절 기간 이 지역에 머물렀던 5백만 명이 이미 다른 지역으로 이동했고, 수많은 이주 노동자를 추적하는 데는 그 유명한 중국의 개인 감시시스템도 무용지물이었다. 이와 같은 미시 차원의 현상은 신자유주의적 사회체제라는 일종의 심층 구조를 참조함으로써 좀 더 쉽게 이해할 수 있다.

일본의 코로나19 대응을 일본 국가체제의 신자유주의적 특성으로 설명하는 것도 국가권력 중심의 접근법이다. 노인 대국 또는 막대한 복지 재정 지출로 외부에 널리 알려진 것과는 달리 일본은 1980년대 중반부터 사회적 보호와 복지 측면에서 작은 정부를 지향했고 2000년대 초 ‘고이즈미 개혁’ 후에는 국가 운영에서 신자유주의적 경향이 더 강화되었다. 감염병 관리와 대응도 이와 같은 전반적인 사회경제체제 변화와 무관하지 않으며, 특히 ‘지방분권개혁’은 코로나 대응에 직접적인 영향을 미쳤다.

일본의 코로나 대응은 2014년 제정된 ‘신종 인플루엔자 특별조치법’에 기초한 것이다. 일본은 2009년 신종 인플루엔자 유행을 겪으면서 감염병 관리 외에 경제, 사회 활동이 큰 문제로 등장했고, ‘신종 인플루엔자 특별조치법’을 제정해 감염증 대책에 추가하여 경제·사회 생활의 고려, 정치적 판단, 자기 책임과 상호 부조 등의 원리를 포함했다.<sup>13)</sup> 국가 수준의 감염병 대응의 행정체계는 그 전부터 추진해 온 지방분권의 흐름에 따라 도도부현(都道府県)이나 특별행정구역(정령시, 중핵시, 특별구 등)이 일차 책임을 진다. 코로나19 대응은 이 법을 적용한 첫 사례로, 코로나 팬데믹 대응 단계에서 행정체계가 채 정비되지 않은 채 다양하고 복잡한 정책 당국이 대응 주체가 됨으로써 혼란과 피해를 초래한 것으로 드러났다.<sup>14)</sup>

일본의 코로나 대응에는 시민 참여 또는 동원 전략도 활용되었다. 한국의 ‘사회적 거리두기’에 해당하는 개념이 ‘자숙’인데, 이는 일본의 문화적·역사적 맥락에 따른 독특한 개념으로 개인 수준에서 타인의 평가를 걱정하고 행동을 변경하거나 중지하는 것을 의미한다. 하지만, 사회가 긴급상황에 있을 때는 정부와 매스컴이 흔히 자숙을 ‘요청’하며 압박한다.<sup>15)</sup> 코로나 사태에서는 도서관이나 공민관 등의 공공시설, 병원, 노인 시설, 학교 등 공적 비용이 투입되는 민간 시설, 초나이카이(町内会)

12) Yamada, S. 2020. [“Neoliberalism and the Coronavirus”](#) CounterPunch. Retrieved Feb 08, 2020.

13) 内閣官房. 2020, [“新型コロナウイルス等対策特別措置法について”](#). 검색일 2021년 4월 3일. ; 平川幸子. 2016. “自治体における大規模感染症に対する健康危機管理体制の現状と課題”. 公共政策志林 (第4号):135~54.

14) 高坂晶子. 2023. “イベントリスクにおける国と地方の関係の再構築 - コロナ禍における対応を踏まえて -”. JRI レビュー 2(105):45~66.

15) 亀ヶ谷雅彦. 1993. “自粛現象の社会心理”. 学習院大学大学院政治学研究科政治学論集 (第6号):49~96.

나 일부 자원봉사 단체 등 공적 원조를 받는 민간단체 등이 정부의 자숙 요청에 적극적으로 참여했다. 이처럼 일본의 코로나 대응에서는 국가가 요청하고 개인이 책임을 지는 ‘개인화’ 경향이 잘 드러난다. 이러한 대응 방법을 신자유주의적인 것으로 규정하고 국가의 고유한 기능인 ‘사회방위’에서 무력하다는 비판이 일본 내부로부터 제기되었다.<sup>16)</sup>

이탈리아와 스페인 등 유럽 국가의 초기 대응 ‘실패’를 신자유주의적 국가 정책으로 설명하는 것도 익숙하다. 2008년 세계적 금융위기 후 유럽 각국이 긴축 정책을 강화했고 이에 따라 공공보건의료 체계를 운영하는 이들 국가가 만성적인 재정 축소와 자원 부족을 겪은 것이 위기 상황에서 제대로 대응하지 못한 중요한 이유라는 것이다. 지방 정부 차원에서도 가장 많은 확진자가 나온 지역이 극우 정파가 집권하고 있는 롬바르디아와 베네토이며<sup>17)</sup>, 특히 밀라노를 포함하는 롬바르디아 주는 공공예산 지출을 줄이고 민간 의료로 환자를 유도한 것으로 유명하다. 이런 신자유주의적 정책이 코로나19가 확산될 때 보건과 의료체계의 작동에 직접 어떤 영향을 미쳤는지는 명확하지 않으나, 거시적으로는 인과관계를 충분히 의심할 수 있다.

### 1.2.3. 신자유주의 ‘레짐’

관심이 집중되고 사회적 영향력도 막강하지만, 국가권력만으로 감염병 ‘체제’를 모두 이해하는 데는 한계가 분명하다. 앞서 설명한 것과 같이 감염병 유행이 다차원적 사건이라면 국가권력의 행동만으로는 개인과 집단, 사회와 감염병의 관계를 모두 해명하기 어렵다. 과학 지식으로만 보면 백신이 생산 즉시 세계 모든 국가에 배포되고 전 인구에 접종되는 것이 원칙이다. 국가의 역할과 과학을 신봉하는 것이 중요하지만, 일부 국가에서는 국가 차원의 방역 조치에 반대하는 시위가 일어났고, 효과가 증명된 마스크나 백신을 무시하는 개인도 많았다. 정책이 금과옥조로 여기는 과학적 ‘근거’가 명확한 때에도 모든 국가와 정부가 해당 정책을 채택하지 않으며, 일반 대중 또한 전적으로 과학적 근거를 믿고 따르는 것이 아니다. 구매력이 없는 국가는 많은 사람의 생명을 구할 수 있는 수단인 백신을 확보하기 어렵고, 특허를 가진 회사는 막대한 이익을 얻은 후에도 많은 사람이 건강과 보건의 핵심 가치라고 인정하는 ‘인도주의’ 원리를 따르지 않는다.

이처럼 코로나19 유행 시기에 인류가 경험한 바를 과학적 실천이나 정책으로 모두 포괄하기는 어렵다. 특히, 여러 차원에서 나타나는 다양한 현상과 행동을 독립적으로, 그것도 단선적으로

16) 西谷修. 2020. “緊急事態とエコロジー闘争——「戦い」の向きを変える”. 世界 (2020年5月号):42~51.

17) Broder, D. 2020. [“When Coronavirus Made Italy Go Insane.”](#) Jacobin. Retrieved Feb 29, 2020.

(linear) 이해하기는 불가능하다. 여러 요소를 합한다고 해서 ‘전모’가 되지 않는다는 점도 문제다. 그렇다고 해서 이질적이고 다차원적인 실체인 ‘팬데믹’에 관한 전체적 또는 총체적 인식을 포기하는 것도 바람직하지 않다. 이런 의미의 총체성(totality)을 인식하는 한 가지 도구로 레짐 개념을 활용하려는 이유이다.

레짐은 코로나 팬데믹의 구조와 메커니즘, 현상, 경험을 체계나 체제보다 크고 넓은 틀로 이해하기 위한 것으로, 기본적인 문제의식은 김창엽의 ‘공공레짐’ 또는 ‘건강레짐’ 제안과 비슷하다. 코로나 팬데믹을 분석 대상으로 하는 맥락에서 레짐은 유형의 제도와 정책의 총합이면서, 공적 주체에 비국가(비정부)와 비공식 부문, 개인까지 고려하고, 제도나 정책, 구조뿐 아니라 원칙이나 규범, 규칙, 법률, 가치, 문화까지 포함하는 것으로 정의하고자 한다.<sup>18)</sup> 레짐 개념이 기존의 분석적 체계 개념으로는 잘 드러나지 않는 전체성 또는 ‘총체성(totality)’을 부각하는 장점이 있다는 것은 앞서 언급한 것과 같다.

앞에서 레짐 개념이 내포하는 일부 요소를 열거했지만, 이 개념의 유용성에 대해서는 구체적인 개념적 요소가 명확하지 않고 관찰이나 측정이 쉽지 않아 활용이 어렵다는 비판이 많다. 사회적인 것으로서의 코로나 팬데믹을 분석하는 것이 이 프로젝트의 일차 목표이므로, 여기서는 레짐 개념의 구성과 이론적 논증보다 앞서 말한 비판의 방법으로 활용하고자 한다. 즉, 이런저런 현상과 경험, 메커니즘과 구조를 레짐 개념으로 설명하기보다, 기존의 분과적이고 단선적인 접근과 방법이 적합하지 않다는 주장의 준거로 사용하는 것이 목적이다.

국가, 정부, 정책, 체계, 체제, 시스템 등을 넘어 좀 더 종합적으로 코로나 팬데믹을 설명하려는 시도는 적지 않지만, 레짐 개념을 적용하는 사례는 드물다. 지금까지는 본격적인 학술 이론적 시도보다는 일반 ‘대중’을 대상으로 한 설명에서 조금 ‘느슨하게’ 쓰이는 정도에 머물러 있다. 예를 들어 역사학자이자 철학자인 저스틴 스미스는 미국의 9·11 사태부터 시작된 ‘응급 상태’가 코로나 팬데믹에서는 첨단 기술을 활용해 시민의 공적 생활에 더 깊이 개입하게 된, 일종의 새로운 ‘세계 질서’를 가리키는 의미로 레짐 개념을 사용하였다.<sup>19)</sup> 대중매체인 월스트리트저널이 중국의 팬데믹 대응 체계 변화를 설명할 때 레짐이라는 표현을 쓴 사례도 있다.<sup>20)</sup> 범위는 한 국가를 넘지 않지만, 정책이나 조치를 넘어 전반적인 사회 변화를 의미한다는 점에서 비슷한 차원에서 레짐 개념을 활용했다고 할 수 있다.

18) 김창엽. 2019. <건강의 공공성과 공공보건의료>. 파주: 한울. 161쪽.  
 19) Smith, J. E. H. 2022. “Permanent Pandemic: Will Covid Controls Keep Controlling Us?” Harper’s Magazine. pp.25~31.  
 20) Cheng, S. 2022. “China Scraps Most Covid Testing, Quarantine Requirements in Policy Pivot.” Wall Street Journal. December, 7.

레짐 가운데서도 신자유주의 레짐을 규정하는 이유는 코로나19가 신자유주의적 자본주의의 실패와 파국을 드러내는 사건이기 때문이다.<sup>21)</sup> 예를 들어, 이 체제에서는 인간과 비인간이 빠르고 광범위하게 이동하고, 현실의 정치적 주체인 국민국가가 경제적, 사회적 능력을 전면적으로 발휘할 수 없으며, 팬데믹 국면에서도 ‘경쟁하는 국민국가’들 사이의 협력은 불가능하다.<sup>22)</sup> 인수공통감염병의 발생, 국경 봉쇄와 록다운, 백신의 국제적 불평등, 인종과 계급 간 건강 피해의 불평등 등의 현상을 설명하는 근본 구조와 메커니즘이 신자유주의적 자본주의체제 그리고 신자유주의 레짐과 관련이 있다는 것이다.

체제나 체제 이상의 설명들이 필요하다는 것은 초기 대응과정에서 보건의료체제가 서로 다른 여러 나라가 공통적으로 대응에 ‘실패’한 경험에서도 찾을 수 있다. 공영의료체제를 기반으로 하는 영국, 이탈리아, 스페인 등의 국가와 이와는 거의 정반대라 할 수 있는 미국의 초기 코로나 대응은 거의 같은 양상으로 실패했다. 대표적인 것이 환자가 급증하는 상태에서 충분한 시설과 인력을 확보하지 못해 엄청난 혼란을 초래하고 결과적으로 건강 피해를 키웠다는 것이다.

경제성과 영리를 앞세우는 미국 의료체제는 그렇다 하더라도, 우리가 아는 공영의료체제가 그렇게 무기력했던 이유는 무엇일까? 핵심 원인은 공영과 민영 의료체제 모두 효율성을 가장 중요한 가치이자 목표, 운영 원리로 삼았다는 점이다. 이탈리아와 영국 등의 공영의료체제가 오랜 기간 긴축으로 시설과 인력에 투자하지 않은 것이 중요한 이유로 지목되었지만, 근본적으로는 보건의료체제 또한 전반적인 신자유주의 이데올로기와 체제, 즉 신자유주의 레짐의 효율성 최우선 원리를 따랐다는 사실이 중요하다. 신자유주의 레짐에서는 보건의료에 직접 공공 재정을 투입하는 것보다 민영화와 개인 책임을 강화하는 쪽이 (전체 사회와 경제 측면에서) 더 효율적이라는 평가를 받는다.

이와 비교하여 미국의 병원들은 시장 원리에 따라 수익성이 낮은 보건의료 서비스를 줄이면서 시설과 인력을 최대한 효율적으로 운용했고, 그 결과 코로나19라는 예외적인 응급 상황을 맞아 필요한 시설과 인력이 부족한 사태를 겪을 수밖에 없었다. 공공과 민간의 메커니즘은 서로 다르지만, 결과적으로 팬데믹 대응에서 적절한 대응과 서비스를 생산하지 못한 것은 효율성을 가장 중요한 가치로 추구하는 신자유주의 레짐의 작동 원리가 ‘효율성의 역설’을 초래했기 때문이라 할 수 있다.<sup>23)</sup>

21) Neilson, D. 2021. “Reversing the Catastrophe of Neoliberal-Led Global Capitalism in the Time of Coronavirus: Towards a Democratic Socialist Alternative.” *Capital & Class* 45(2):191~213.

22) Neilson, D. 2020. “Bringing in the ‘Neoliberal Model of Development’.” *Capital & Class* 44(1):85~108.

23) Ernst, E. 2021. “The Paradox of Efficiency: Why the Second-Best May Help Us Hedging Risks in Uncertain Times” in *Productivity and the Pandemic*. UK: Edward Elgar.

#### 1.2.4. 신자유주의적 통치<sup>24)</sup>

서구에서는 감염병 유행을 막는 데 검역이 중요한 역할을 했는데, 국가권력의 관점에서 이는 17~8세기 무렵 훈육(discipline)과 지식을 기반으로 확립된 대표적인 통치 메커니즘이다. 이후 1832년 콜레라 확산 방지에 실패한 것을 계기로 ‘생명권력(biopower)’이라는 새로운 통치 메커니즘이 등장한다.<sup>25)</sup> 코로나19 유행에서도 국가권력의 통치 메커니즘으로 설명할 수 있는 여러 반응과 대응이 있었다. 선택과 자율이라는 명분으로 강제적 봉쇄(lock-down) 조치를 하지 않고 노인층에서 많은 사망자를 낸 스웨덴이나 ‘필수 노동자’라는 명분으로 소수인종과 빈곤층의 위험을 키운 일부 국가의 방역 원리에서 생명권력의 작동 방식이 드러난다.<sup>26)</sup>

개인보다 인구를 관리하는 것이 국가 통치의 일차적 원리이다. 한국의 코로나 유행에서도 환자 개인의 생사보다는 발생률과 치명률과 같은 집단적 특성이 국가 통치의 목표가 되고 정당성의 근거로 쓰였다. 유행이 시작된 때부터 매일 확진자와 사망자 수를 발표하고 이를 기준으로 방역 단계를 결정하며 사회적 행동을 규율하는 것이 코로나 유행에 대응하는 국가의 핵심 통치 기술이다. ‘숫자로 통치(governing by numbers)’하는 방법은 대부분 근대 국가가 활용하는 대표적인 통치술(통치 기술)에 속한다.<sup>27)</sup>

총괄 지표뿐 아니라 삶과 죽음을 누구에게 어떻게 배분하는지도 통치의 이유이면서 결과라 할 수 있다. 코로나 유행 초기에 일부 국가에서 한정된 자원(중환자 병상이나 인공호흡기)을 배분해야 할 때 누구를 먼저 구할 것인지 논란을 벌인 것은 단지 윤리적 차원의 문제가 아니다. 2020년 2월 경북 청도의 한 정신병원에서 만성 정신 장애인을 방치해 많은 사망자를 낸 것 또한 이 시기 국가 통치의 원리와 방법이 코로나 유행을 통해 드러난 것이라 할 수 있다.

코로나 유행에서 드러난 국가 통치의 또 다른 특성은 이른바 신자유주의적 통치로, 구체적으로는 보건의료의 민영화와 재정 긴축, 시장 원리 확대, 개인 책임의 강화 등이 직·간접으로 영향을 미쳤다. 흔히 보건과 의료는 세계적 범위의 신자유주의 정치경제체제에서 벗어나 있다고 생각하기 쉬우나 그렇지 않다. 더구나 코로나가 사회적인 것이라면 유행과 그에 대한 사회적 대응은 신자유주의적 국가 통치를 빼고는 생각하기 어렵다.

24) 김창엽. 2021. “코로나 19 의 사회적 존재론과 ‘방역’이라는 국가 통치”. 지식의 지평, (31):10~26.

25) Mckinlay, A. 2009. “Foucault, Plague, Defoe.” Culture and Organization, 15(2):167~84.

26) Randolph, N. 2021. “Making Live and Letting Die in COVID-19: The Biopolitics of Race, Space and Freedom.” Spectra, 8(2):7~18.

27) 이기홍. 2017. “숫자로 통치한다”. 사회과학연구, 56(2):421~49.

건강과 보건의료 영역에서 국가 책임의 축소는 전통적인 역할까지 ‘민영화’하는 과정으로 나타났으며, 스스로 책임을 다하지 않아 나타나는 공공성 훼손을 민영화의 근거로 활용한다. 투자와 관리가 부족해 접근성과 질, 편리성이 떨어지는 현상을 공공부문의 본질적 한계로 규정하고 그 대안을 민간 부문 또는 민영화로 규정하는 식이다. 예방접종에서 보듯이 보건의료의 ‘통치를 민영화’하고 직접 개입해야 하는 영역에 ‘준 민영화’를 추진하기도 한다. ‘큰 공공성’을 회피하면서 재정 효율성이나 환자에 대한 반응성(responsiveness) 등 ‘작은 공공성’을 강조하는 전략을 활용하고, 이는 책임 주체를 전환하는 방법이기도 하다. 책임의 전환은 ‘주권(sovereignty)’의 외주이기도 하다.<sup>28)</sup> 민영화가 진행될수록 국가와 정부의 책임은 민영화를 둘러싼 기술적 차원, 예를 들어 민영화 대상, 방법, 민간 위탁의 계약 대상 등으로 좁아지고 건강과 보건의료를 보장해야 할 정치적 책무성과 책임은 사라진다.

이런 맥락에서 신자유주의적 통치가 국가 책임과 책무성을 지속해서 분산하고 개별화, 미시화하는 것은 필연적이다. 2013년 폐원한 진주의료원을 예로 들면, 공공성이나 공공보건의료 문제는 중앙정부로부터 광역 정부(도)로 이전되고, 이는 다시 개별 기관(진주의료원)으로 넘어갔으며, 의료급여 환자의 ‘과잉’ 의료 이용을 문제 삼는 순간 책임은 개인까지 이르렀다. 문제의 원인인 해결의 주체인 국가권력은 드러나지 않고, 공공성과 공공보건의료는 최종적으로 진주의료원이 운영을 어떻게 했는지 의료급여 환자의 의료 이용이 과잉이니 하는 미시적 문제로 전환했다.

코로나19 유행은 갑자기 시작되었지만 이에 대응하는 국가 통치는 비상시의 ‘예외’가 아니라 오랜 기간 지속한 신자유주의적 통치 구조가 큰 영향을 미쳤다고 봐야 한다. 환자 치료를 상당 부분 민간 병원(국립대학병원도 민간병원과 근본적 차이가 없다)과 자원봉사자에 의존한 것은 사실상 국가 의무의 외주화로, 이는 오랜 기간 추진되고 강화된 정책과 체계의 연장선에 있다. 보건과 예방 분야의 외주화 원리도 비슷하다. 지역별 방역은 (국가가 아닌) “민간전문가로 구성된 시도 감염병관리지원단”이라는 ‘지원기구’가 사실상 중심 역할을 했고, 이는 국가가 “지역별 특성에 맞는 감염병 관리 및 신속한 초동대응”을 민영화한 것이나 마찬가지다. 백신 접종 또한 민간 부문에 거의 전적으로 의존해야 했으며, 결과적으로 실행을 넘어 정책결정에도 개입하게 되는 새로운 권력관계가 형성되었다. 통치 관점에서 보면 코로나 팬데믹 후에도 기존 구조가 지속할 것으로 보인다. 예를 들어, 미래의 팬데믹에 대응하기 위해서도 공공보건의료 기반을 확충하고 공공병원을 확대해야 한다는 요구가 분출하지만, 국가 의무를 외주화하는 체제가 이를 수용할 가능성은 작다.

28) Verkuil, P. R. 2007. Outsourcing sovereignty: Why privatization of government functions threatens democracy and what we can do about it. New York: Cambridge University Press.

신자유주의적 건강체제의 중요한 특성 한 가지는 개인화 경향을 강화하고 결과적으로 여기에 맞는 주체를 만들어낸다는 점이다. 낸시 프레이저(Nancy Fraser)는 신자유주의 통치성의 한 가지 특성을 다음과 같이 설명했다.<sup>29)</sup>

*개인주의적으로 표준화된 빅토리아 시대의 주체도 아니고 집단적 복지와 관련된 포드주의적 주체도 아닌 새로운 통치성의 주체는 적극적으로 책임지는 행위자다. (시장에서) 선택하는 주체이고 서비스의 소비자인 이러한 개인은 그 자신의 결정을 통해서 자신의 삶의 질을 고양시켜야만 한다.*

국가권력은 개인(개별 주체)이 의료와 돌봄, 여기서는 감염병 예방과 치료를 집단적 복지에 의존하지 않고, 스스로 적극적으로 책임지며 자신의 결정을 통해서 삶의 질을 고양하기를 바랄 것이다. 이런 관점에서의 지역사회나 공동체, 나아가 지방자치단체는 좀 더 큰 개인에 지나지 않는다.

주로 사회적 수단으로 감염병에 대응해야 할 때, 예를 들어 사회적 거리 두기 같은 경우에 신자유주의적 건강 체제의 특성이 전형적으로 드러난다. 때로 이동 금지나 봉쇄와 같은 권위주의적 개입을 피할 수 없지만, 최종적으로는 각 개인이 방역의 주체라는 새로운 ‘주체성’을 창출하기에 이른다. 앞서 설명한 일본의 ‘자숙’이 바로 이런 주체성의 전형이라 할 수 있다.

참여와 민주주의 원리에 기초한 방역은 “시민의 협조에 기초한 생활 방역”을 내세우지만, ‘성찰’ 없이 신자유주의 통치성을 내면화한 주체의 참여는 자칫 ‘각자도생’의 원리를 벗어나지 못할 수도 있다. 이때 국가권력으로서 신자유주의 원리를 내면화한 시민을 필요에 따라 동원할 수 있는 신자유주의적 통치 기술을 효과적으로 구사할 수 있게 된다. 신자유주의적 통치는 시민의 참여와 행동을 ‘없애는(absenting)’ 데도 활용될 수 있다. 코로나 팬데믹을 경험한 후에도 공공보건의료를 강화하자는 요구가 강한 정치적 압력이 되지 못하는 이유 중에는 시민 주체(사회권력)가 공공보건의료를 어떻게 인식하고 이해하는지가 포함된다.<sup>30)</sup>

신자유주의적 통치의 ‘틈’과 ‘모순’은 이 원리 또는 방법이 코로나19와 같은 감염병을 ‘관리’하고 ‘진리’로서의 바람직한 결과를 산출하려는 대응 기술이나 원리와 상충하기 쉽다는 점이다. 검역, 자가격리, 사회적 거리 두기, 예방접종 등이 모두 마찬가지로, 이들은 각자도생하는 개인이 아니라 협력하고 연대하는 공적 주체성을 통해 효과적으로 작동할 수 있다. 신자유주의적 통치가 잘 작동할수록 방역과 감염병 관리는 실패할 가능성이 커지니, 이것이 바로 ‘틈’이고 ‘모순’이다. 개인이 안전하

29) 프레이저, 낸시. (김원식 옮김). 2010. <지구화 시대의 정의 : 정치적 공간에 대한 새로운 상상>. 서울: 그린비. 215쪽.

30) 김창엽. 2019. 전계서. 485~7쪽.

기 위해 강박적으로 동선을 추적하면 인권 침해가 불가피하고, 사회적 거리 두기를 개인화해 자영자의 의지와 능력에만 맡기면 이동과 밀집을 줄이는 방역의 목표는 달성하기 어렵다.

### 1.3. 위험사회 또는 위험

코로나19 팬데믹을 이해하는 데에 위험사회의 틀을 빼기는 어렵다. 널리 알려져 있는 것처럼 ‘위험사회(risk society)’는 독일의 사회학자 벡(Ulrich Beck)이 제안한 개념으로, 여기서 ‘위험’ 개념은 일상 용어의 의미와는 조금 차이가 있다. 그가 말하는 위험은 외부의 자연 요인에 의한 것이라기보다 체르노빌 핵발전소 사건처럼 근대성 또는 우리 스스로 만들어 낸 사회적 위험이다. 요컨대 위험사회의 위험은 “근대화 자체가 유발하고 들여온 위험과 불안정을 다루는 체계적인 방식이다. 과거의 위험·위험(danger)과는 반대되는 개념인 ‘위험’은 근대화의 위협적 힘과 관련이 있고 또한 근대화의 결과로 나타나는 의심의 세계화와 관련이 있는 결과이다(A systematic way of dealing with hazards and insecurities induced and introduced by modernization itself. Risks, as opposed to older dangers, are consequences which relate to the threatening force of modernization and to its globalization of doubt).<sup>31)</sup> 벡이 말하는 위험사회는 근대 산업사회가 목표로 했던 ‘좋은 것(goods)’과 함께 그 부작용으로 ‘나쁜 것(bads)’이 함께 존재하는 사회라 할 수 있다. 더 구체적으로 위험은 핵과 화학물질, 유전자 연구, 화석연료 사용에 따른 문제, 경제발전에 대한 강박 등이 초래하는 위협적이고 계산 불가능한 부작용과 ‘외부효과’를 말한다.<sup>32)</sup>

이러한 위험사회 이해는 코로나 팬데믹과 완전하게 일치한다고 보기 어렵다. 예를 들어 벡의 위험사회 논의에서 ‘위험(risk)’은 느끼고 인식하며 행동에 영향을 미치는 추상적인 것으로 ‘안전감’과 신체적 손상의 중간에 위치한다.<sup>33)</sup> 사회적 영역에 영향을 미치지만, 신체적, 물질적 피해를 주기보다는 위험을 줄이는 행동을 촉발하는 식의 것을 가리킨다. ‘위험사회론’을 감염병에 적용하면, 위험은 실제 환자와 사망자가 생기고 격리와 이동 금지 등의 피해를 뜻하기보다는 실제 그런 피해가 있든 없든 개인, 공동체, 국가가 어떻게 느끼고 인지하는지의 문제이다.

팬데믹은 전적으로 근대성의 부작용으로 나타난 사회적 위험이라 하기 어렵고, 전혀 미지의 사건

31) Beck, U. 1992. Risk Society: Towards a New Modernity. London: SAGE Publications. pp.21.

32) Yates, J. J. 2009. “Mapping the Good World: The New Cosmopolitans and Our Changing World Picture.” The Hedgehog Review, 11(3):7~27.

33) McInnes, C. 2005. Health, Security and the Risk Society. London: Nuffield Trust.

으로 지식으로만 존재하면서 사회적 규정과 구성에 따라 달라지는 위협이라고 하기도 힘들다.<sup>34)</sup> 비교적 최근이라 할 수 있는 약 100년 전에 인플루엔자 팬데믹을 경험했고, 사스, 에볼라, 메르스 등의 신종 감염병이 유행하면서 언제라도 팬데믹이 올 수 있다는 전망이 많았다. 몇 가지 단편적인 사실만 언급했지만, 벡의 위험사회론만으로 코로나19 팬데믹을 설명하는 데 한계가 크다고 하겠다.

코로나 팬데믹을 통해 위험사회론이 가장 크게 이바지한 바는 이론 그 자체보다는 글로벌 수준에서 새로 ‘위험’을 주목하고 성찰하게 한 것이 아닌가 한다. 브루노 라투르는 코로나19 유행 초기에 이 코로나 팬데믹이 기후위기의 예행연습(리허설)일지도 모른다고 말했다.<sup>35)</sup> 팬데믹이 발생한 조건이 기후위기와 연관이 있다는 단순한 사실보다 더 중요한 것은 이 팬데믹이 앞으로 인류와 지구 전체가 맞이하는 새로운 위험을 미리 보여주는 전조일 수 있다는 점이다. 예를 들어, 위험과 위협에 대응하는 주체로서의 국민국가가 팬데믹 대응에 한계를 드러냈고 이는 기후위기라는 현생 인류가 겪을 미증유의 위험에도 마찬가지로 일 것이다.

이론적으로 위험을 종합적이고 체계적으로 이해하는 것은 이 연구의 범위를 넘지만, 코로나 팬데믹과 밀접한 관련이 있는 몇 가지 측면에 관해서는 앞으로도 좀 더 심층적인 연구가 필요하다. 여기서는 지금까지 나타난 코로나 팬데믹의 현상과 경험 일부를 설명할 수 있는지 그 가능성을 탐색하는 정도로 그치고자 한다.

### 1.3.1. 위험 인식

먼저 지적할 것은 개인과 집단, 사회가 코로나19 유행 전과 후에 팬데믹을 어떻게 받아들이는지 하는 문제다. 일반적으로는 전문가나 대중이 어떤 위험이 재앙적 결과를 초래하거나 치명적 결과로 이어진다고 생각할 때, 통제할 수 없다고 판단할 때, 형평성이 훼손된다고 생각할 때, 미래 세대에 큰 부담이 된다고 생각할 때 더 심각한 위험으로 생각한다.<sup>36)</sup> 그렇더라도 여기에서 비전문가 대중의 위험 인식은 전문가의 그것과 당연히 차이를 나타낸다. 문제는 지금까지 여러 가지 위험 인식에 관한 논의가 주로 개인 차원, 그것도 주로 비전문가 대중의 위험 인식이 어떤지에 초점을 맞추는 경향이 있다는 점이다.

우리는 개인보다는 좀 더 집단적, 사회적 인식에 초점을 맞추어야 한다고 생각한다. 예를 들어,

34) Beck, U. 1992. op. cit. pp.23

35) Latour, B. 2021. “Is This a Dress Rehearsal?” *Critical Inquiry*, 47(S2):S25~S27.

36) Rogers, M. B., Pearce, J. M. 2013. “Risk Communication, Risk Perception and Behavior as Foundations of Effective National Security Practices” in *Strategic Intelligence Management*. Oxford: Butterworth-Heinemann. pp.71

세계보건기구를 비롯한 여러 보건의료 관련 전문기구와 전문가들은 오래전부터 팬데믹 발생의 가능성을 경고하고 대비책이 필요하다고 주장했다. 주로 전문가들 중심의 이런 주장은 정치적, 정책적, 사회적으로 큰 영향력이 없었고 결과적으로 코로나 팬데믹 대응에서 많은 허점을 드러냈다. 코로나 19 유행을 겪은 후에도 마찬가지다. 널리 알려진 팬데믹 대응체계 평가도구인 국제보건안보지수(Global Health Security Index)의 최근 산출 결과를 보면 세계적으로 각국의 대비 수준은 그리 높지 못한 것이 현실이다.<sup>37)</sup>

위험 인식과 대비체계 구축이 직선적 인과관계를 구성한다고 하기는 어렵다. 한 나라 정부나 사회가 위험 정도를 높게 인식해도 해당 위험에 대한 대비체계를 구축하는 데는 가용 자원이나 자원 배분의 우선순위 등 다양한 요인이 영향을 미친다. 문제는 대비체계와의 관련성은 차치하고라도 팬데믹에 대한 위험 인식 자체가 그리 높지 않은 것이 현실이라는 점이다. 2023년 이후 많은 나라가 팬데믹 상황에서 벗어나 ‘회복’을 말하지만, 앞으로 다른 팬데믹이 발생할 수도 있다는 가능성에 대해서는 크게 관심을 두지 않는 분위기다. 팬데믹이 발생할 수 있다는 지식으로는 이론이 없으나, 대응을 포함한 집단적, 사회적 실천은 코로나 전과 큰 차이가 없는 것으로 보인다.

### 1.3.2. 위험의 통치

개인과 공동체, 국가 등 행위 주체가 위험을 어떻게 인식하는지 만큼 중요한 것이 국가권력이 실질적 위험 또는 잠재적 위험을 어떻게 관리하는가 하는 문제다. 위험 그 자체보다 더 중요한 것은 위험이 통치의 한 방식이 되었다는 것이며, 위험은 지나간 경험과 데이터에 기초해 예방해야 하는 대상이라기보다 미래에 어떤 형태로든 벌어질 수 있는 불확실한 사건으로 규정된다.<sup>38)</sup> 예를 들어, 9·11 사건 후 테러의 위험은 즉시 생물학적 테러와 생물학적 방어(국방)까지 확대되고,<sup>39)</sup> 이는 ‘보건안보’를 넘어 ‘국제보건안보’라는 새로운 글로벌 통치 구조를 만들어내기에 이른다.<sup>40)</sup>

“위험을 통치하는” 대표적 기법 가운데 하나가 주권자가 ‘예외 상태(state of exception)’를 규정하고 이에 따라 권력을 행사하는 것이다.<sup>41)</sup> 코로나 팬데믹이 하나의 예외 상태로 규정되면 국

37) Alhassan, R. K., et al. 2023. “Global Health Security Index Not a Proven Surrogate for Health Systems Capacity to Respond to Pandemics: The Case of Covid-19.” *J Infect Public Health*, 16(2):196~205.

38) Amoore, L. 2013. *The Politics of Possibility: Risk and Security Beyond Probability*. Durham: Duke University Press. pp.7~9.

39) Long, C. M., Andrea, M. 2021. “Biodefence Research Two Decades On: Worth the Investment?” *Lancet Infect Dis*, 21(8):e222~e33.

40) Rushton, S. 2011. “Global Health Security: Security for Whom? Security from What?” *Political Studies*, 59(4):779~96.

국가권력이 초법적인 권력을 행사할 수 있다. 국가가 마스크를 ‘배급’하거나 민간이 운영하는 시설을 닫게 하는 일, 또는 민간 병상을 동원하는 등의 권력을 행사할 수 있는 것은 바로 이런 예외 상태라는 통치에 근거한다.

주목할 것은 예외 상태에 근거한 통치가 흔히 배제의 형태로 나타난다는 점이다. 국가는 "환경에 개입해 리스크를 통치 가능한 것으로 변환하고, 리스크를 초래할 것으로 간주되는 사람들을 단순히 사회 바깥으로 배제하는, 리스크 관리와 배제의 권력"을 행사한다.<sup>42)</sup> 많은 국가에서 코로나19 방역을 명분으로 장애인, 미등록 외국인, 시설 수용인, 노인 등을 관리한 방식이 바로 예외 상태로서의 통치에 해당한다. 한국에서는 과학적 근거 없이 ‘행정명령’으로 외국인 노동자에 대해서만 진단검사를 강제했고, 이는 "집행 권력이 기존의 법질서를 중지시키고, 정치체제에 통합시킬 수 없는 시민, 비시민을 '법의 힘'을 지닌 정부 명령에 의해 법질서 외부로 배제하는 통치 형태"라 할 수 있다.<sup>43)</sup>

예외 상태에 근거한 통치에서 잘 논의되지 않는 것이 예외 상태는 국가권력의 전유물이 아니라는 점이다. 국가권력이 예외 상태를 규정할 수 있는 대표적인 사건이 전쟁이겠지만, 심지어 전쟁을 예외 상태로 규정하는 데에도 서로 다른 권력 사이에 투쟁과 경쟁이 존재한다. 비교적 최근에 일어난 우크라이나 전쟁을 둘러싸고 러시아와 우크라이나 모두 한 나라 안에서 이견이 분출되고 논란이 촉발되었다.

한국의 코로나19 유행에서도 예외 상태를 둘러싼 투쟁 또는 경쟁이 나타났다. 대표적인 것이 병원과 병상 동원을 둘러싼 힘의 관계로, 국가권력은 팬데믹을 예외 상황으로 규정하고 초법적인 민간 병원과 인력 동원을 정당화하려고 한 반면, 시민사회는 팬데믹을 민간병원 중심의 보건의료체계에 예외를 뒤야 하는 상황, 즉 현행 제도와 행정, 법률의 제약을 넘어 공공병원과 공공보건의료의 역할을 강화해야 하는 예외적 조건임을 주장했다. 이는 예외 상태인가 아닌가 하는 규정도 중요하지만, 어떤 또는 무엇의 예외 상태인가를 규정하는 것 또한 권력관계를 벗어나지 못한다는 의미이다.

예외 상태는 사건의 경과와 권력관계에 따라 소멸되거나 예외 상태의 ‘정상화(normalization)’가 일어난다. 미국이 9·11 사건 후에 테러와의 전쟁을 선포하면서 감시를 체계화, 일상화한 것이 대표적인 사례다.<sup>44)</sup> 미국은 2001년 애국자법(Patriot Act)을 제정해 전화, 이메일은 물론 의료 정보까지 감시할 수 있도록 허용했고, 어떤 법률적 근거도 없이 관타나모 수용소를 설치해 테러 ‘용

41) 표광민. 2020. “정치의 예외성에 관하여 : 칼 슈미트의 예외상태 개념과 한나 아렌트의 기적 개념을 중심으로”. 한국정치학회보. 54(1):69~90.

42) 사토, 요시유키. 2014. <신자유주의와 권력>. 서울: 후마니타스. 76쪽.

43) 사토, 요시유키. 2014. 상계서. 104쪽.

44) Frankenberg, G. 2014. Political Technology and the Erosion of the Rule of Law: Normalizing the State of Exception. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing. pp.191.

의자'를 무기한 구금했다. 코로나 팬데믹 또한 통치와 피치자가 위험을 인식하는 정도에 따라 예외 상태가 하나의 '정상성'으로 바뀔 수 있다.<sup>45)</sup> 한국에서는 메르스 유행 때 예외적으로 정부가 새로운 개인 정보에 접근하고 수집할 수 있게 된 후, 법률(감염병예방법)을 개정하여 새로운 '감시' 체계를 구축하고 일상적인 감시를 가능하게 했다.

#### 1.4. 기후위기와 인류세

기후 변화와 기후 위기가 팬데믹과 어떤 관련이 있는지는 길게 설명할 필요가 없을 것이다. 기후 변화와 코로나19 유행 사이에 직접적 인과관계를 밝히는 것은 불가능해도, 다양한 상호작용의 결과 기후 변화는 코로나19 유행의 확산, 인식, 대응, 경험에 영향을 미쳤음이 분명하다.<sup>46)</sup>

팬데믹을 사회적인 것으로 이해하고자 할 때, 분석의 틀은 기후 변화와 기후 위기를 넘어 인류세로 확장되어야 한다. 먼저 현실에서 기후 변화와 기후 위기로 촉발되었다 할 수 있는 인류세 논의는 코로나 팬데믹을 계기로 더욱 확대되고 강화되는 경향을 보인다. 인류세는 기후 문제뿐 아니라 거의 모든 사회적 이슈에서 때로 원인이면서 동시에 하나의 핵심 조건으로 규정되기에 이르렀다. 지금 인류가 경험하는 팬데믹은 중세의 팬데믹과 달리 '인류세의 팬데믹'일 수밖에 없다.

인류세의 인간 활동과 그 특성 때문에 코로나19와 비슷한 특성의 팬데믹이 더 늘어날 가능성이 크다는 것은 앞서 설명한 바와 같다. 코로나19 감염병은 자연에서 유래한 바이러스가 원인이지만, 인류세의 팬데믹은 인간이 매개하고 증폭하면서, 먼 거리를 넘어 전파되어 세계화되고, 주로 취약 집단을 대상으로 불평등한 피해를 초래한다.<sup>47)</sup> 이런 세 가지 특성은 기후위기와 거의 같다.

인류세 또는 기후 위기 시대의 팬데믹이 보이는 특성은 발생, 감염과 전파, 확산이라는 측면보다는 울리히 벡이 말하는 세계가 변형(metamorphosis)하는 시대의 새로운 질문, 즉 "기후 변화가 우리에게 미치는 영향은 무엇인가, 그리고 이는 사회와 정치의 질서를 어떻게 바꾸는가?"라는 질문과 더 관련이 깊다.<sup>48)</sup> 기후 위기와 팬데믹의 공통점은 '자연'에서 출발하여 사회적, 정치적 질서에 변동을 초래하는 '사건'이라는 사실이다. 벡의 질문에서 기후 변화를 팬데믹으로 바꾸면, "팬데믹이 우리에게 미치는 영향은 무엇인가, 그리고 이는 사회와 정치의 질서를 어떻게 바꾸는가?"가 된다.

45) Zinn, J. O. 2020. "A Monstrous Threat': How a State of Exception Turns into a 'New Normal'" *Journal of Risk Research*, 23(7-8):1083~91.

46) Ford, J. D., et al. 2022. "Interactions between Climate and Covid-19." *The Lancet Planetary Health*, 6(10):e825~e33.

47) Heyd, T. 2021. "Covid-19 and Climate Change in the Times of the Anthropocene." *The Anthropocene Review*, 8(1):21~36.

48) Beck, U. 2016. *The Metamorphosis of the World*. Cambridge: Polity. pp.56, 315.

팬데믹의 영향은 기후 변화와 마찬가지로 “새로운 형태의 권력, 불평등과 불안전, 새로운 형태의 협력, 확실성, 국경을 넘는 연대 등을 통해 사회를 근본적으로 바꿀 가능성이 크지만,” 다른 무엇보다 (기후 변화와 마찬가지로) 국민국가 중심의 정치를 글로벌 정치로 바꾸는 계기가 된다는 사실에 주목해야 한다. 윌리엄 벡은 이를 ‘방법론적 세계시민주의(methodological cosmopolitanism)’이라고 부르는데, 새로운 정치적 기반이 필요한 것은 기후 위기와 팬데믹이 초래한 새로운 불평등 경험과 구조, 그리고 새로운 규범과 가치, 법률, 시장과 경제, 기술, 도시 형태, 국제관계에 대한 요구 때문이다.<sup>49)</sup>

국민국가 중심의 세계 질서의 관점에서 보면 기후 변화는 문제 - 문제의 원인 - 대응과 해결의 정치적 주체가 모두 다르다. 남태평양 섬나라의 해수면 상승, 파키스탄의 홍수, 아프리카 나라들의 가뭄과 흉년 등이 ‘우리’가 보고 경험하는 문제라면, 그 원인은 수백년 지속한 화석연료 사용과 이산화탄소 배출에 연관되며, 현재와 미래의 대응은 모든 나라, 그 중에서도 탄소 발생이 많은 국가에 집중되어야 한다. 국민국가 중심의 세계 질서(앞서 말한 규범과 가치, 법률, 시장과 경제, 기술, 도시 형태, 국제관계)에서는 쉽게 해답을 찾기 어려운 것이 당연하다.

기후 위기와 더불어 진행되는 이러한 ‘변형’은 팬데믹에도 거의 그대로 적용된다. 예를 들어, 국민국가 외부에서 발생해 국내로 전파되는 감염병을 한 국민국가의 주권만으로 완전히 관리하는 것은 불가능하다. 전파와 확산을 촉진하는 요인, 예를 들어 교통과 이동, 이주, 경제활동 등이 국민국가의 생존에 영향을 미치지만, 한 국가 단독으로 이들 요인을 통제할 수 없다. 코로나19 유행에서 많은 국가들이 국경을 봉쇄했는데, 이는 실제 효과를 기대해서라기보다 국민국가가 할 수 있는 몇 가지 되지 않는 개입 방법이기 때문이다. 백신의 예에서도 나타났지만, 개별 국가 단위로는 팬데믹에 대응하는 데도 한계가 있다. 감염의 양상과 원인을 파악하기 위해서는 ‘국제적’ 차원의 정보가 필요하고, 백신을 확보하기 위해서는 국가 간 관계나 국제협력의 정치가 작동해야 한다.

49) Beck, U. 2016. *ibid.* pp.55~59, 315.

## 2. 통치와 권력 관점에서 공중보건체계 비판

### 2.1. 서론

#### 2.1.1. 공중보건체계의 개념과 현실

코로나19 팬데믹은 우리의 일상적 어휘의 목록을 확장시켰다. 역학조사, PCR(유전자증폭)검사, 사회적 거리두기 등과 같이 팬데믹이 아니었다면 잘 들어보지 않았을 여러 말들이 사회 전반적으로 친숙해졌다. 공중보건이라는 용어도 그 중 하나일 것이다. 공중보건이란 영어의 ‘Public Health’를 직역한 것으로 보통 줄여서 ‘보건’으로도 많이 불리고 있다. 우리는 코로나19 팬데믹 외증에 발발한 앵팍스에 대해 세계보건기구가 공중보건 비상사태를 선포했다는 뉴스에 촉각을 곤두세우며 불안을 느끼기도 했다. 또 언론에 자주 등장하는 보건의로 전문가들이 한목소리로 ‘공중보건체계(public health system)’를 강화해야 한다고 주장하는 이야기도 많이 접할 수 있었다.

그 결과 공중보건과 공중보건체계라는 표현은 우리에게 그 어느 때보다 익숙해졌다. 하지만 이 용어들이 구체적으로 어떤 의미를 가지는지 이해하는 것은 별개의 문제다. 공중보건은 역사적으로 의학 발전과 환경 변화에 따라 계속 발전해 왔다(〈글상자 1〉 참고). 흔히 감염병, 위생 등을 떠올리지만 공중보건 개념의 범위는 이것을 훌쩍 넘어선다. 이 사실을 분명히 보여주는 것이 약 100년 전부터 오늘날까지 공중보건의 대표적인 정의로 회자되고 있는 윈슬로우(Winslow)의 정의다. 목적의 측면에 주목한 그는 공중보건을 다음과 같은 포괄적 의미로 정의하였다.

*환경위생, 감염병관리, 개인위생 원칙에 관한 보건교육, 질병의 조기진단과 예방적 치료를 위한 의료·간호 서비스의 조직, 그리고 모든 사람이 건강유지에 적합한 생활수준을 보장할 수 있는 사회제도 개발을 위해 조직된 지역사회의 노력으로 질병 예방, 수명 연장, 신체적 건강과 효율을 증진하는 과학과 기술<sup>50)</sup>*

이러한 정의만 보더라도 공중보건의 다루는 범위가 우리의 통념과 달리 매우 넓다는 사실을 알 수 있다. 미국의학원 역시 공중보건을 “사람들이 건강할 수 있는 여건을 보장하려는 사회적 관심의 충족”으로 폭넓게 정의한 바 있다.<sup>51)</sup> 물론 개념의 정의가 포괄적일수록 그만큼 모호함의 영역이 커

50) Winslow, C. E. A. 1920. “The Untilled Fields of Public Health.” Science, 51:23~33.

51) IOM (Institute of Medicine). 1988. The Future of Public Health. Washington, DC: National Academy Press.

질 수밖에 없고, 이것이 공중보건에 대한 정의가 다양하게 제시되고 있는 이유일 것이다. 다만 우리가 주목해야 할 점은 건강 보호와 개선을 목적으로 하는 거의 모든 실천의 영역을 공중보건에 포함시키고자 하는 생각과 입장이 존재한다는 사실이다.

### 〈글상자 1〉 공중보건 진화의 6단계

- 1단계 : 건강보호의 시기
  - 전염병의 전파를 막기 위해 환자를 격리하고 검역을 실시하는 것
- 2단계 : 산업혁명으로 인한 도시지역의 비위생적인 환경들에 대하여 지역사회와 정부가 개입하기 시작한 시기
- 3단계 : 전염병 통제의 시기
  - 19세기 후반부터 등장한 의약품으로 세균 등의 전염병의 원인들을 통제하기 시작한 시기
- 4단계 : 건강의 사회적 결정요인에 대한 개념들이 등장한 시기
- 5단계 : 알마아타 선언으로 대표되는 일차보건의료의 시기
- 6단계 : 1986년 오타와선언으로 시작된 건강증진, 신공중보건의 시기
  - 신공중보건
    - 오타와선언에 포함된 원칙들을 대부분 수용하면서 주민참여와 부문 간 협력을 강조하는 가장 최근의 공중보건 패러다임
    - 공중보건을 개인중심 접근으로부터 사회생태적인 접근으로 전환시켜 건강의 사회적, 환경적, 문화적, 지역적 특성을 통합하고자 하는 철학이나 방법

공중보건과 마찬가지로 공중보건체계에 대해서도 명확한 정의를 도출하기 어렵다. 건강을 어떻게 정의할 것인지, 그리고 그 건강을 결정하는 요인에 무엇을 포함할 것인지에 따라 체계의 영역과 경계가 달라질 수밖에 없기 때문이다. 특히 치료나 재활서비스를 공중보건에 포함시킬 것인지에 대해서는 서로 다른 견해차가 존재한다.<sup>52)</sup> 전통적으로 공중보건은 예방을 중시하고 개인이 아닌 집단적 수준에서 건강문제에 개입하는 것으로 이해되어 왔다. 하지만 윈슬로우의 정의에서도 알 수 있듯이 관점에 따라 이 둘의 관계는 상호배타적이 아니라 중첩적 또는 종속적 관계로 규정될 수도 있다.

이러한 인식과 판단은 역사적, 정치적, 경제적, 문화적, 사회적 맥락과 조건에 따라 다를 수밖에 없다. 따라서 공중보건체계의 정의와 범위도 고정적일 수 없다.<sup>53)</sup> 우리는 이 연구에서 기존의 협소

52) 배상수. 2016. “공중보건체계의 개념과 발전 과제”. 보건행정학회지. 26(4):246~255.

53) 배상수. 2016. 상계서.

한 이해의 틀에서 벗어나 공중보건을 기본적으로 ‘집단(population)’의 건강에 대한 실천이라는 넓은 의미의 개념적 틀에서 이해하고 접근하고자 한다. 이는 인구집단의 건강에 영향을 미치는 각종 요인들을 포괄하는 이상적 체계(whole systems approach)로서 공중보건체계를 바라보는 관점과 비슷해 보일 수 있겠다. 하지만 이 연구에서 관심은 의료를 공중보건의 하위 영역으로 규정해야 하는지 여부에 있지 않다. 그보다는 공중보건과 의료의 경계를 느슨한 형태로 이해해야 할 필요성을 강조하는 데 주된 목적이 있다. 최근 개인적 접근을 강조하며 등장한 ‘임상예방의학’과 같이 공중보건과 의료의 특성과 영역을 명확히 구분하기 어렵다는 이유도 있지만,<sup>54)</sup> 더 중요한 이유는 따로 있다. 현실에서 발생하는 여러 건강위기에 대응하는 가장 효과적이고 확실한 체계적 접근은 공중보건과 의료뿐만 아니라 각종 사회보장 안전망까지 포괄하는 것이어야 한다는 생각에서다. 즉, 공중보건체계를 포괄적 의미로 이해하고 접근하는 이유는 공중보건 개념이 변화해 온 흐름과 부합할 뿐만 아니라, 실효성 있는 건강문제 해결을 위해서는 ‘건강의 사회적 결정요인(social determinant of health, SDoH)’에 대한 개입이 불가피하기 때문이다.<sup>55)</sup>

이러한 관점에서 볼 때 오늘날 공중보건체계가 그 목적을 달성하는 데 실패하고 있음을 나타내는 현실의 사례들은 차고 넘친다. 예컨대 예방 가능한 사망을 피하지 못한 비수도권 농어촌 지역주민들, 경제적 어려움으로 자살을 선택한 이들, 일하다 다치거나 죽은 노동자들, 제대로 된 돌봄을 받지 못해 건강이 악화되는 노인과 장애인 등 수많은 사례와 관련 통계 지표들을 일상적으로 접하고 있다. 이 모두는 전적으로, 아니면 부분적으로 부실한 공중보건체계의 문제와 관련되어 있다. 그리고 이번 코로나19 팬데믹은 공중보건체계의 미비점을 파고들며 이러한 고통을 더욱 가중시켰다.

### 2.1.2. 공중보건체계를 어떻게 강화할 것인가: 정치경제적 접근의 필요성

우리 사회는 지난 3년간 코로나19 팬데믹을 거치면서 공중보건의 중요성에 대한 자각과 함께 공중보건체계의 부실함을 경험하였다. 이 경험을 동력삼아 앞으로 공중보건체계 강화라는 사회적 과제를 수행하기 위해서는 무엇보다 정확한 분석과 평가가 선행될 필요가 있다.

그동안 공중보건체계의 보완, 개선과 관련하여 많은 전문가와 현장 실무자들이 공통되게 요구해 온 것은 공중보건 인력과 예산의 확충이었다. 공중보건의 중요성과 가치에 비해 정부가 공중보건에 투입하는 자원은 매우 부족한 실정이다. 공중보건체계의 부족한 인력, 예산, 장비, 시설 문제

54) 배상수. 2016. 전계서.

55) 바람직한 공중보건체계는 다음과 같은 원칙들을 견지할 필요가 있다. ‘기본권으로서의 건강’, ‘사회정의’, ‘형평성’, ‘전체론적 관점’, ‘시민사회의 자치와 권력 강화’, ‘민주주의’, ‘분권’, ‘참여와 파트너십’, ‘부문 간 협력’, ‘건강의 사회적 결정요인에 대한 개입’, ‘예방’과 ‘건강증진의 강화’.

는 이번 팬데믹 국면에서 여실히 드러났다. 이는 공중보건의 범위를 예방적 치료에 한정해 보더라도 마찬가지다.

전문가들의 진단처럼 공중보건체계 강화를 위해 자원 투입을 확충하는 일은 중요하다. 하지만 과연 자원 투입만 늘어난다고 해서 우리가 기대하는 수준만큼 공중보건체계가 제 역할을 수행할 수 있을지, 다시 말해 사람들의 건강과 안녕을 최우선으로 하는 방식으로 체계가 운영될 것인지는 또 다른 문제이다. 사실 자원 문제 못지않게 법과 제도, 규칙, 규범, 문화, 거버넌스 등을 개선하는 문제 역시 만만치 않은 과제다. 우리는 공중보건체계를 강화하기 위해 이러한 문제점을 개선해야 한다는 필요에 공감하면서도 정작 이러한 변화를 위한 요구가 현실에서 반영되기 어려운 이유에 대해서는 별로 주목하지 않았다.

그동안 공중보건과 관련된 문제가 제기될 때마다 그것의 해결 방안에 대한 논의는 주로 어떤 제도적, 정책적 기능과 역할을 보완해야 할 것인지에 초점을 맞춰왔다. 즉, 공중보건체계 개선에 관한 논의는 항상 법과 규칙, 제도의 신설·변경과 인력 증원, 예산 투입, 시설 확충 문제에 국한되어 왔다. 이는 공중보건체계가 사람들의 생명과 건강 보호라는 규범적 가치를 최우선 목표로 삼고 이것에 따라 충실히 운영될 것이라는 가정을 전제한 접근이다.

그런데 이처럼 공중보건체계에 대한 기능주의적 접근이 과연 현실을 정확히 이해하고 설명하는 관점이라고 볼 수 있을까? 우리는 공중보건 사무를 담당하는 정부가 사람들의 생명과 건강보호를 최우선 가치로 여기지 않을 때가 무척 많다는 사실을 충분한 경험적 근거를 통해 알고 있다. 정부는 정치적 정당성이나 재정지출 절감, 경제성장 측면을 더 중요하게 고려하기도 하고, 사회경제적 취약 계층보다 기득권층에 해당하는 이들의 안전을 더 우선할 때도 많다. 이러한 편향성이 얼마나 노골적으로 드러나는지 하는 정도의 차이가 있을 뿐 공중보건체계는 단 한 번도 순수하게 가치중립적으로 운영된 적은 없었다고 봐도 무방할 정도다.

공중보건은 사회정의 원칙에 기초함으로써 인해 잠재적 갈등과 대립이 있을 수밖에 없다. 이는 공중보건의 본질적으로 정치적 성격을 가지고 있음을 의미하는 것이다.<sup>56)</sup> 동일한 공중보건 정책이라 할지라도 누구의 관점에서 보느냐에 따라 바람직할 수도 있고 부정적일 수도 있다는 의미다. 그러나 현실에서 이뤄지고 있는 대다수 논의는 공중보전에 내재된 이러한 가치지향성이나 정치의 측면을 소홀히 한 채, 주로 정책의 ‘내용(contents)’만을 기술적으로 다루고 있을 뿐이다.

따라서 우리는 이 연구에서 공중보건체계의 내용에 초점을 맞추는 기존의 익숙한 기능주의적 접근에서 벗어나 정치경제적 관점에서 접근하고자 한다. 이는 누가, 어떤 목적을 가지고, 무슨 활동

56) Turnock, B. J. 2016. Public Health: What It Is and How It Works. Jones & Bartlett Learning (sixth edit). Jones & Bartlett Learning.

을, 어떻게 수행하는지에 따라 공중보건의 성격과 결과가 달라질 수 있다는 사실을 기본 전제로 놓고 공중보건체계를 이해하는 것이다. 이러한 관점은 공중보건(예방)에 투입하는 자원이 턱없이 부족한 현실의 문제를 해결하는 데 도움을 줄 수 있다.

우리는 정치경제적 접근에 따라 정부가 공중보건 예산 확대에 소극적일 수밖에 없는 근본 이유를 물어야 한다. 물론 어떤 이는 치료와 달리 예방의 특성상 잘 보이지 않고, 덜 개인적이며, 효과가 장기적으로 나타난다는 점에서 그 원인을 찾기도 한다.<sup>57)</sup> 물론 이러한 요인도 일정한 영향을 끼친다고 볼 수 있다. 하지만 현실의 유의미한 변화를 가능케 하는 대안을 도출하기 위해서는 반드시 정치경제적 측면에서 이러한 문제의 근본원인과 해법을 찾을 필요가 있다. 현재 우리에게 더 크게 필요한 것은 공중보건체계의 어떤 부분을 어떻게 고쳐야 한다는 식의 정책적 지식보다는 이를 어떻게 실현할 수 있을 것인지에 대한 정치적 지식이기 때문이다.

정치경제적 접근이란 공중보건의 책임주체인 국가가 이것에 대해 어떠한 이해관계와 태도를 가지는지, 그리고 이에 따라 어떠한 실천 전략을 구사하는지 따져보는 것이다. 또 오늘날 자본주의 사회체제에서 결코 무시할 수 없는 행위주체인 기업과 자본이 공중보건 분야에서 이윤 창출을 극대화하기 위해 (즉 이를 시장화, 상품화하기 위해) 어떤 방식으로 개입하고 어떤 영향을 미치고 있는지 검토하는 것이다. 아울러 공중보건체계 강화를 요구하는 시민사회는 어떤 입장과 전략을 가지는지 등을 살펴보는 것이다.

공중보건체계를 둘러싼 주요 행위자들의 이해관계나 신념, 가치, 태도, 보유 자원과 권한, 영향력, 전략과 실천 등을 분석하는 것은 그 자체로 공중보건체계 강화의 ‘실천론’에 관한 연구가 된다. 우리는 이러한 정치경제적 접근을 통해 자원 확충을 비롯해 앞으로 공중보건체계를 강화하는 데 있어서 이를 가로막고 있는 힘과 기전이 무엇인지, 그리고 이를 뚫기 위해 누구의 힘을 어떻게 강화하고 어떤 전략을 구사해야 할지에 대한 지식과 통찰을 얻을 수 있다.

### 2.1.3. 통치와 권력관계를 중심으로

국가는 공중보건체계를 구축하고 운영하는 공적 권한과 책무성을 가진 핵심 주체다. 공중보건체계를 정치경제적 접근으로 이해한다는 것은 정부가 국민의 생명과 건강보호를 최우선 가치와 목표로 삼고 운영할 것이라는 ‘순진한’ 가정에서 벗어나는 것이다. 국가의 가장 큰 이해관계는 통치의 정당성을 확보하는 것이다. 이는 통치의 ‘성공’이 선거에서의 집권 가능성과 밀접히 연결된 민주주

57) Jacques, O., Noël, A. 2022. “The politics of public health investments.” *Social Science & Medicine*, 309:115272.

의 정치체제일수록 더욱 그렇다. 통치란 국가가 자신에게 주어진 권한과 자원을 활용하여 국민의 생명과 건강을 보호하고 복지를 증진함으로써 정치적 정당성을 확보하려는 일련의 실천을 가리킨다. 따라서 공중보건 역시 이러한 통치 행위의 일환으로 볼 수 있는 것이다.

그런데 어차피 결과적으로 공중보건에 대한 책임을 소홀히 할 수 없다면 국가의 진짜 동기가 무엇이든 상관없지 않을까? 하지만 동인의 차이는 상황과 조건에 따라 분명한 결과의 차이로 나타나기 마련이다. 국가는 통치의 정당성을 확보하는 데 용이한 만큼, 또는 정당성에 크게 위협이 되지 않는 수준에서 공중보건체계를 운영할 것이기 때문이다. 즉, 공중보건 문제로 인해 사람들이 겪게 되는 다양한 고통의 양상에 세심히 대응하고 해결하는 것이 궁극적인 목표가 아니라는 뜻이다. 이때 통치의 정당성은 국민 다수로부터 국가가 제 역할을 충분히 수행했다고 ‘인정’받을 수 있는지 여부에 달려 있다. 따라서 국가는 대중들로부터 긍정적 평가를 받을 수 있다면 굳이 그 이상의 노력을 기울일 필요는 없는 것이다.

그렇다면 국민은 공중보건체계를 책임지는 국가에게 무엇을 기대하고 요구할까? 사람들이 공중보건이라는 국가 통치행위의 정당성을 판단하는 기준은 사회적 맥락과 시대적 상황에 따라 가변적이고 상대적일 수밖에 없다. 해당 사회의 지배담론과 이데올로기, 가치체계 등의 영향을 받기 때문이다. 건강권을 비롯해 인권의 평등한 보장에 높은 가치를 부여하는 사회라면 당연히 공중보건체계의 목표 역시 상향조정될 것이다. 반대로 사회정의와 인권, 불평등 문제에 무관심한 가운데 공리주의와 경제우선주의 등이 지배 가치로 통용되는 사회라면 그 기준치가 낮게 설정될 수밖에 없다.

지난 코로나19 팬데믹에 대한 한국 정부의 대응은 대체로 긍정적 평가를 많이 받았다. 전 세계적으로 비교할 때 확연히 낮은 사망률과 치명률을 기록한 것이 그 주된 근거다. 하지만 이와 동시에 유행초기 있었던 ‘청도대남병원 사태’가 보여줬듯이 집단수용시설에 격리되어 적절한 치료와 돌봄을 받지 못한 이들의 건강 피해와 인권 침해 문제가 존재하였다. 우리 사회에서 이 문제는 효과적 방역을 위해 어쩔 수 없는 기회비용의 문제로 여겨지고 넘어갔지만, 보다 인권친화적이고 평등지향적 사회였다면 국가의 통치 정당성에 의문을 제기하는 사건으로 사회화될 수 있었을 것이다.

이는 비단 감염병 사례에 국한되지 않는다. 평소 공중보건체계의 미비함으로 인해 장애인, 빈민, 홈리스, 미등록 이주민 등 주로 사회적 소외집단이 건강상 큰 어려움을 겪고 있지만, 이 문제는 주류 사회로부터 통치의 정당성을 위협하는 ‘문제’로 인식되지 않는다. 따라서 사회적 약자들의 건강보호를 위한 공중보건체계 강화라는 과제는 주요 정책적 우선순위에서 배제되고, 그 결과 건강불평등 문제 해결은 요원해질 수밖에 없게 된다. 이것이 우리가 국가 통치의 관점에서 공중보건체계를 이해하고 접근해야 하는 이유다.

따라서 우리는 이 연구에서 통치의 관점으로 공중보건체계를 새롭게 비판적으로 재조명하고자 한다. 특히 푸코의 생명정치, 생명권력, 통치성 개념을 이론적 토대로 활용하여 통치술로서의 공중보건체계의 본질을 드러내고자 한다. 코로나19 팬데믹 국면에서 특정 집단에 따라 사람들의 생명가치를 위계화하고 차별화하는 방식으로 작동한 생명정치에 주목한다. 또 감염병 대응 뿐 아니라 현재 공중보건 영역 전반에 걸쳐 이뤄지고 있는 책임의 개인화와 탈정치화 양상을 신자유주의적 통치성 측면에서 고찰한다. 아울러 공중보건 분야에서 두드러진 특성인 과학기술에 대한 과도한 의존성이 국가 책무성을 약화하는 통치전략으로 활용되고 있는 측면을 살펴보고자 한다.

하지만 전술한 바와 같이 공중보건체계의 운영은 국가 단독의 의지만으로 결정되는 것이 아니라 는 점에서 단순히 통치의 측면만으로 환원하여 이해하는 것은 곤란하다. 법과 규칙의 제정과 집행, 재정투입 능력을 가진 정부가 핵심 행위자인 것은 맞지만, 공중보건체계가 실제로 작동하는 과정에서 의료계와 시민사회 등 다른 주체들의 동의와 협력, 참여가 반드시 동반될 수밖에 없기 때문이다. 따라서 이 연구에서도 국가 통치에 중점을 두되 다른 사회적 주체들이 공중보건체계에 미치는 영향에 대해 함께 비중 있게 고려하고자 한다.

공중보건과 관계된 여러 유형의 행위주체들이 존재하고, 이를 다룬 기존 연구들에서는 개별 정책 사례에 따라 다양한 방식으로 이들을 유형화해왔다. 이 연구에서는 특정 사례에 집중하는 것이 아닌, 보다 일반론적 차원에서 공중보건체계를 이해하는 것을 목표로 하고 있다는 점에서 주요 행위주체를 ‘국가권력’과 ‘경제권력’, ‘(시민)사회권력’으로 분류하고자 한다. 국가-시민사회-경제라는 삼분법적 모델은 안토니오 그람시가 최초로 제시한 이후 시민사회이론 분야에서 활발히 논의되고 사용되어 왔다. 이 모델의 장점은 시민사회에 비경제적 영역인 동시에 비국가적 영역이라는 독자적 지위를 부여함으로써 시민사회가 가진 사회변혁의 잠재력에 주목한다는 점이다.<sup>58)</sup>

권력삼분 모델에 대한 여러 이해와 접근이 있을 수 있지만, 우리는 보다 구체적인 이해를 위해 에릭 올린 라이트(E.O. Wright)의 이론을 차용한다.<sup>59)</sup> 그는 이 세 권력을 다음과 같이 간략히 설명한다. 경제적 자원에 대한 통제력에 기초한 경제권력, 규칙 제정에 대한 통제력과 영토에 대한 규칙 집행 능력에 기초한 국가권력, 그리고 다양한 종류의 자발적 집합행위를 실천하는 시민들의 능력에 기초한 (시민)사회권력이 그것이다.

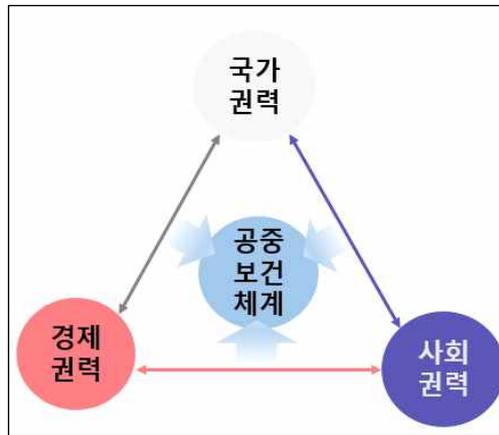
권력 개념 역시 다양한 차원과 맥락에서 정의될 수 있다. 이 연구에서는 라이트가 언급한 바와 같이 ‘행위자들이 세계에서 일을 성취할 수 있는 능력’으로 이해하고자 한다. 그는 이 세 권력주체들의 상호의존과 대립의 관계 속에서 경제적 자원의 배분, 통제, 사용방식이 규정된다고 설명하면서,

58) 코헨, 진 L., 아라토, 앤드루. (박형신, 이혜경 옮김). 2013. <시민사회와 정치이론>. 파주: 한길사.

59) 라이트, 에릭 올린. (권화현 옮김). 2012. <리얼 유토피아: 좋은 사회를 향한 진지한 대화>. 파주: 들녘.

이들 주체 간 협력, 침투, 저항, 포섭 등 다양한 경로와 가능성을 열어두었다.

이러한 그의 이론적 틀에 따르면 공중보건체계는 국가권력, 경제권력, 사회권력 간의 상호작용의 결과로 이해할 수 있다. 즉, 공중보건체계는 이 세 권력들이 각자 이해관계를 추구하는 가운데 일어나는 갈등, 경합, 투쟁, 각축을 통해 형성, 변화되고 운영되는 권력관계의 산물임을 의미한다(〈그림 1〉 참고). 공중보건체계를 이렇게 역동적 권력관계의 산물로 파악하는 것은 국가권력의 통치를 근본적으로 상대화한다는 점에서 현실변화의 가능성을 모색하는 데 유용하다고 볼 수 있다.



〈그림 1〉 권력삼분 관점

각 권력주체에 구체적으로 어떤 행위주체가 포함될 것인지 규정하는 것은 쉽지 않은 과제다. 다만 이 연구에서는 통상적인 분류에 따라 정부를 국가권력, 민간보험·제약·바이오헬스 기업 등의 산업계와 경우에 따라 의료계 전체 또는 일부를 경제권력으로, 그리고 인권, 자유, 평등과 같은 가치를 지향하는 시민사회단체들을 비롯한 노동조합, 환우회, 지역주민자치회 등을 사회권력에 해당한다고 간주한다.

한편 이론적 차원에서 동등한 위상을 지닌 권력주체로 가정되는 것과 달리 현실에서 사회권력은 국가권력이나 경제권력에 비해 크게 미약한 실정이다. 게다가 현대 자본주의 체제에서 국가권력은 경제권력과 상호 협력적 관계를 구축하는 경우가 많다. 자본주의 체제의 존속과 공고화에 기여하는 것이 오늘날 국가의 핵심 과업으로 인식되기 때문이다. 국가권력의 입장에서 볼 때 경제권력이 추구하는 자본축적과 시장화 전략에 동조, 협력하는 것이 자신의 이해관계에 부합하는 합리적 선택인 것이다.

이처럼 국가권력과 경제권력이 지배연합을 구축함으로써 형성된 비대칭적인 권력관계는 사회권력이 유의미한 권력효과를 만들어내기 어려운 구조로 작동한다. 공중보건체계 역시 이러한 불평등한

권력관계에서 예외일 수 없다. 사람의 건강과 인권, 평등의 가치를 지향하는 사회권력보다 국가권력의 비호 속에서 해당 영역을 상품화, 시장화하려는 경제권력이 더 큰 영향력을 발휘하고 있는 실정이다. 이 연구에서는 사실상 일체가 된 국가-경제권력이 공중보건체계를 지배하고 있는 문제점에 대해 신자유주의적 통치성의 관점에서 분석하고자 한다.

우리는 이러한 부정적 진단 내지 전망에도 불구하고 현실변화의 가능성에 대해 비관하지 않는다. 예상하기 어려운 체제 차원에서의 거시적 변동이나 행위주체의 전략적 기획과 실천 등을 통해 지금의 권력관계는 얼마든지 달라질 수 있기 때문이다. 갈수록 심해지는 불평등과 고령화, 지역소멸, 기후위기 등의 문제는 체제의 불안정성을 높이는 요인들이다. 즉, 이러한 구조적 위기를 어떻게 운동의 계기로 활용하는지에 따라 사회 전체의 권력지형이 근본적으로 변화될 수 있다. 물론 이러한 위기들이 기존 권력관계를 더욱 고착시키는 결과로 이어질 가능성도 배제할 수 없다. 그렇기 때문에 대항권력의 발현으로서 시민사회운동의 역할이 중요하다고 볼 수 있다.

따라서 우리는 통치술로서 공중보건체계를 비판적으로 검토하는 가운데 사회권력의 범주에 속하는 행위주체들이 국가-경제권력이 주도하는 공중보건체계의 정책 과정에 개입하여 일정한 변화를 만들어낸 구체적인 현실 사례들을 함께 살펴보고자 한다. 이를 통해 국가-경제권력의 지배를 받는 통치술로서가 아니라 민주적 공공성과 사람 중심 관점에 기반한 공중보건체계를 만들어가기 위한 사회권력의 실천 과제를 모색하고자 한다.

## 2.2. 본론

### 2.2.1. 생명정치로서의 공중보건체계

2021년 정부는 코로나 대응이 성공적이라고 평하며 ‘K-방역’을 세계 표준 방역 모델로 수출하겠다고 했다. 한국에서는 가난할수록, 지역 거주자일수록, 교육수준이 낮고 기저질환이 있는 사람일수록 코로나 사망률이 높았는데 전 세계적으로도 이러한 현상이 ‘표준’이 되어야 한다는 것일까? K-방역을 성공이라고 평하는지, 실패로 평하는지는 누구의 관점에서 보는가에 따라 달라진다.

정부의 관점에서 본다면 적절한 수준으로 감염률과 사망률을 관리하고 일정 수준으로 경제활동이 지속될 수 있게 사회를 통제했고, 일본, 미국, 영국 등 여러 외신에서 정부의 신속한 대응을 본받자는 기사가 보도되기까지 했으니 코로나 대응은 성공적이라 할 만하다. 정부의 코로나 대응 목표는 ‘적정 수준’의 위험관리이자 정부가 코로나를 통제하고 있다는 사회적 인정 혹은 정당성을 위한 명

분을 얻는 것이지, 모두에게 평등한 건강을 보장하는 것에 있지 않다는 뜻이다.

우리가 주목해야 할 점은 바로 이것이다. 즉, 정부가 공중보건정책을 계획하고 실행하는 과정에서 사회경제적 취약집단이 체계적이고 지속적으로 배제되는 것은 특정 정권의 도덕적 문제 혹은 역량 부족의 문제만으로 설명할 수 없다는 것이다. 그렇기 때문에 정권이 교체되거나 혹은 정부가 보다 관대한 복지정책이나 제도를 도입한다고 해서 이 문제가 근본적으로 해결될 것이라고 기대하기 어려운 것이다.

이 연구의 목적은 특정 정권이나 정치세력을 비판하는 데 있지 않다. 대신에 국가가 인구집단의 생명과 건강을 관리하는 방식 그 자체에 대해 근본적으로 재검토하는 것을 목적으로 한다. 푸코의 용어로 설명하자면 국가의 생명정치와 생명권력, 그리고 통치성에 대한 비판이며, “어떻게 하면 이런 식으로, 이런 목표와 절차에 의해, 통치당하지 않을 것인가”<sup>60)</sup>에 대한 문제제기이기도 하다.

#### 가. 생명정치, 생명권력, 통치의 의미와 작동 방식

푸코는 근대성의 특징으로 생명권력과 생명정치(biopolitics) 개념을 제시하면서 근대 이후 권력의 작동 또는 정치 전략의 역사적 변화를 분석하였다.<sup>61)</sup> 생명정치란 18세기 이래 보건, 위생, 출산률, 수명, 인종 등 인구 전체를 특징짓는 현상을 합리적으로 다루기 위해 시도된 통치 기술체계를 가리킨다. 생명정치의 등장은 권력의 형태가 주권권력에서 생명권력으로 전환되었음을 의미한다. “누구를 죽게 만들고 누구를 살게 둘 것인가”를 결정하던 권력에서 “적극적으로 생명을 관리하고 최대한으로 이용하고 늘리고 그것에 대해 정확한 통제와 전체적인 조절을 행사하려고 시도하는 권력”으로 주된 권력의 형태가 변화한 것이다. 이는 근대 이후 생명을 둘러싸고 벌어지는 문제들은 자연적인 문제가 아니라 권력의 문제임을 의미한다.<sup>62)</sup>

푸코의 분석에 따르면 생명과 신체에 대한 새로운 형태의 생명권력은 개인적 차원과 집단적 차원 모두에서 작동한다. 하나는 개인 차원의 신체에 집중되는 권력기술을 통해 개별육체를 훈육하고 길들이면서 자본주의 사회에서의 유용성과 순응성을 증대시키는 방식이다. 이는 작업장, 학교, 병원 등 한 사회 내 제도화된 기관에서 개인을 감시하고, 훈련하여 이용 가능하고 처벌 가능한 대상으로 만드는 것을 목표로 한다.

다른 하나는 전체 인구를 대상으로 규제와 조절을 추구하는 방식이다. 이때 인구는 개인의 단순

60) 푸코, 미셸. (오트르망 심세광, 전해리 옮김). 2016. <비판이란 무엇인가?: 자기 수양>. 파주: 동녘.

61) 램케, 토마스. (심성보 옮김). 2015. <생명정치란 무엇인가>. 서울: 그린비.

62) Rose, J. 2021. “Biopolitics, Essential Labor, and the Political-Economic Crises of COVID-19.” *Leisure Sciences*, 43(1-2):211~17.

합을 의미하는 것은 아니다. 인구는 통치의 대상이자, 새로운 ‘종’을 뜻한다. 생명권력은 “출생, 사망, 재생산의 비율, 한 인구의 생식력 등의 과정의 총체”에 주목하면서 개별신체로서의 개인과 집합적 신체로서의 인구를 안정적으로 조절하려 한다.<sup>63)</sup>

한 가지 분명히 이해해야 할 점은 인구 통치의 목적이 인구와 경제를 동시에 유지하고 나아가 증진시키는데 있다는 점이다. 푸코가 생명권력이 근대 자유주의 국가들에서 나타나는 고유한 현상이라고 보았던 이유도 여기에 있다. 즉, 생명권력은 모든 생명을 가능한 한 더 많이 구하는 것에 관심을 두거나, 혹은 모든 생명은 평등하다는 본질적, 규범적 차원에서 생명을 다루지 않는다. 오히려 생명권력은 인구와 경제를 동시에 발전시키겠다는 목적 아래서 ‘누구의 생명을 더 우선적으로 보호해야 하는지’에 따라 생명을 구분하고 분류하는, 즉 범주화하고 위계화하는 권력이다.

이 과정에서 생명의 위계를 자연스러운 것처럼 보이게 하는 핵심적인 수단이자 도구는 바로 사회적 지식과 규범이다. 푸코에 따르면 권력은 다른 사람들의 생각과 행동에 영향을 미치는 한 방법이다. 지식은 사람들로 하여금 ‘무엇을 해야 하는가’에 대한 담론을 만들고, 규범을 실천하게 하여 권력을 강화한다. 즉, 푸코는 지식이 규범을 형성하고, 규제하고, 정당화하고, 사회적 세계를 인지가 가능하게 만들며, 그 결과 통치 가능한 형태로 만든다고 주장하였다.<sup>64)</sup>

규범은 담론을 통해서도 생성되고 확산된다. 코로나 시기에 출현한 ‘사회적 거리두기(Social Distancing)’라는 규범이 대표적 예다. “사람과 사람이 접촉할 시 2m 이상의 거리를 두는 것이 안전하다”는 표어는 한국뿐 아니라 여러 나라에서 주요한 코로나 확산 방지책으로 사용되었다. 그런데 사실 사람들은 2m 이상의 거리에서도 인터넷을 통해 얼마든지 사회적으로 소통할 수 있다는 점에서 ‘물리적 거리두기(Physical Distancing)’가 더 정확한 표현이라고 볼 수 있다. 그렇지만 각국 정부는 바이러스 확산을 막기 위해 ‘사회적’ 교류를 멈추게 하려는 목적에서 ‘사회적 거리두기’라는 하나의 담론을 만들어 유통시켰다. 이는 코로나 시기 동안 대표적인 시민 규범으로 활용되었다.<sup>65)</sup>

한편 숫자와 통계는 통치를 용이하게 만드는 지식을 생산하는 데 활용되는 주된 수단이다. 코로나 기간 동안 지속적으로 발표되었던 ‘신규·누적 확진자 수’, ‘해외 유입 확진자 수’, ‘국내 발생 확진자 수’, ‘위중증 환자 수’ 등의 통계 수치는 감염병의 위험이 도처에 도사리고 있다는 사실과 그것

63) 임미원. 2010. “공법: 탈근대적 생명정치 개념의 기초적 고찰-푸코와 로즈의 생명정치 개념을 중심으로”. 법학논총, 27(1):167~81; 진태원. 2006. “생명정치의 탄생-미셸 푸코와 생명권력의 문제”. 문학과사회, 19(3):216~37.

64) Tomkow, L. 2020. “The emergence and utilisation of frailty in the United Kingdom: a contemporary biopolitical practice.” Ageing & Society, 40(4):695~712.

65) Constantinou, C. S. 2022. “Responses to Covid-19 as a form of ‘biopower’.” International Review of Sociology, 32(1):29~39.

이 얼마나 위험한지를 거듭 상기시키면서 각자 손 소독과 마스크 착용 등 개인 방역 조치를 철저히 취해야 한다는 규범을 강화하였다.

동시에 각 통계 수치들은 정부 대응의 적절성을 평가하는 근거로도 활용되면서 통치의 정당성을 높여주기도 하였다. 통치의 정당성이 성공적으로 확보된 상태는 다음과 같은 인식과 판단으로 드러난다. 다수 시민들이 현재의 코로나 대응과 관련된 불평등을 자연스러운 것 혹은 불가피한 것으로 여기거나, 심지어 아예 불평등이 존재하지 않는 것처럼 느끼는 것이 바로 그것이다. 그 결과 정부의 대응은 ‘문제없는 것’ 혹은 문제가 있다고 할지라도 ‘정부로서는 불가피한 처사였을 것’이라고 인정 받게 된다.

코로나 시기 동안 통치의 정당성을 강화하는 데 가장 빈번하게 활용된 통계 지표는 ‘치명률(mortality rate)’이었다. 2020년 5월, 문화체육관광부에서 배포한 보도자료 ‘해외언론이 본 한국의 코로나19 방역 100일 보고서’에 의하면 한국의 치명률은 세계 최저 수준으로, 외신들도 한국을 세계적인 코로나 대응 모범 국가로 꼽고 있었다.<sup>66)</sup> 국가가 성공적인 코로나 대응을 홍보하기 위해 해외 언론보도 분석을 활용했다는 점에 대해서도 주목할 만하다. 즉, 통치의 정당성은 단순히 지표의 절댓값 그 자체로부터가 아니라, 다른 나라에 비해 얼마나 높고, 낮은가라는 상대적 비교를 통해서도 확보되는 것이다. 이는 한국의 코로나 대응을 성공으로 프레임하는 정치적 효과를 낳는다.

문화체육관광부 산하 해외문화홍보원의 누리집에 올라온 BBC의 다큐멘터리 소개글도 마찬가지다. “한국 3T(Test, Track and Trace), 코로나 방역 성공 사례”라는 제목으로 올라온 글에 의하면, 한국은 신속한 검사와 역학조사로 인해 (방송 당시) “인구 5천여만 명 중에 코로나19 사망자가 약 1천700명에 그쳤다”는 것이다.<sup>67)</sup> 여기서 1,700여명의 사망자는 주로 어떤 집단에서 발생했는지, 그 죽음을 막을 수 없었는지, 막을 수 없었다면 죽음의 과정과 이후에 이들에 대한 국가의 대응은 적절하였는지, 그리고 코로나 시기 동안 발생한 초과 사망의 규모는 어떠하였는지에 대해서는 다루어지지 않고 있다.

숫자를 통해 사회적 지식이 만들어지고 그 지식이 불평등을 ‘자연화(naturalize)’하는 또 다른 사례로서 영국의 ‘노쇠점수’를 들 수 있다.<sup>68)</sup> 영국에서는 코로나 기간 동안, 한정된 의료자원의 효율적 사용을 위해 ‘임상적 노쇠 점수(Clinical Frailty Score)’를 활용하였다. 이 점수는 65세 이상의 환자의 전반적인 건강상태를 정량적으로 평가하는 것으로, 숙련된 임상의로 인해 매겨졌다. 어

66) 문화체육관광부, “[코로나19 한국 방역 성공 요인, 투명성·열린 소통·민관 협력](#)”, 2020년 5월 4일.

67) 문화체육관광부 해외문화홍보원, “[BBC, "한국 3T, 코로나 방역 성공 사례"](#)”, 2021년 3월 24일.

68) Tomkow, L., Pascall-Jones, P., Carter, D. 2022. “Frailty goes viral: a critical discourse analysis of COVID-19 national clinical guidelines in the United Kingdom.” *Critical Public Health*, 1~8.

면 환자가 중환자실에 입원하여 인공호흡기를 사용하기 위해서는 점수가 너무 낮아서도, 혹은 너무 높아서도 안됐다. 점수가 너무 높으면 임종 치료가 권해졌다. 노쇠점수에 따른 자원배분 결정은 이 것이 마치 모두를 위한 의료자원의 효율적 관리에 따른 불가피한 조치로 인식되었을 뿐, 그 이면에 자리한 여러 차원의 권력 불평등을 보이지 않게 만들었다.

즉, 노쇠점수라는 사회적 지식은 인공호흡기와 중환자실 자원 배분의 규범을 만들고, 의료전문가에게 배분의 권력을 부여하였다. 하지만 본질적으로 노쇠함이란 1점, 2점, 3점과 같이 범주형의 성질을 띠는 것이 아니라 연속적 특성을 지닌다는 점에서 이는 매우 제한적이고 불완전한 지식일 수밖에 없다. 즉, 노쇠점수는 노쇠함을 간접적이고 부분적으로 보여주는 대리 지표(proxy variable)일 뿐 그 자체가 바로 노쇠함의 ‘실재’로 환원될 수 없다는 의미다.

또한, 사회경제적으로 열세에 놓인 사람들의 건강 상태가 더 열악하다는 점에서 노쇠점수는 이미 권력 불평등이 반영된 결과이기도 하다. 이밖에 한 사람의 사회적, 정서적, 기능적 복잡성이 단 수분 이내에 측정된다는 점이나 노인을 노쇠하거나 노쇠하지 하지 않은 사람으로 이분한다는 점 등과 같이 노쇠점수의 타당성과 신뢰성에는 심각한 결함이 존재한다. 그럼에도 불구하고 노쇠점수라는 지식은 코로나 상황에서 의학적 규범으로 작동하면서 더 노쇠하다고 평가된 사람들의 생명이 덜 중요한 것으로 여겨지는 생명정치적 현상을 정당한 것으로 만들었다.<sup>69)</sup>

## 나. 생명권력의 작동방식과 문제점

생명권력이 작동하는 과정, 즉 생명정치적 과정에서 발생하는 문제는 다음과 같이 세 가지 측면에서 설명할 수 있다.

첫째, 통계적 평균으로서의 인구집단의 위험 수준에 초점을 맞추는 생명정치는 사람들의 개별적이고 구체적인 고통을 비가시화한다. 앞서 언급했듯이 한국의 문화체육관광부는 “세계가 거듭 인정한 한국의 코로나19 대응”이라는 카드뉴스를 배포하며 ‘우수한 대응’을 홍보했다.<sup>70)</sup> 당시 한국의 코로나 사망률이 0.13%로 세계 최저 수준이며, 민첩성 지수 역시 78개국 중 6위를 차지하여 해외 언론사들로부터 “모범 방역 국가”로 평가받고 있다는 것이 그 근거였다. ‘0.13%’라는 사망률에는 누가 어떻게 죽었는지, 혹은 그 죽음은 막을 수 있었던 죽음인 것은 아닌지, 죽음 뒤에 가려진 불평등의 문제들은 무엇인지 드러나지 않는다.

69) 시민건강연구소, “[숫자와 건강 통치: 코로나 시기 영국의 ‘노쇠점수’에 대한 비판적 담론 분석](#)”, 2022년 7월 14일.

70) 대한민국 정책브리핑, “[세계가 거듭 인정한 한국의 코로나19 대응](#)”, 2022년 4월 13일.

재택치료 중 적절한 치료를 받지 못해 사망한 한 70대 여성의 이야기는 생명권력의 관점에서 ‘문제’가 되지 않는다.<sup>71)</sup> 이 여성은 남편과 함께 코로나에 확진되어 재택치료 중이었고, 남편은 청각 장애인으로 아내를 돌보는 것은 어려운 상황이었다. 여성은 재택 치료 중 산소포화도가 떨어진다고 보건소와 모 병원에 직접 알렸으나 발열이 없다는 이유로 아무런 조치를 받지 못했다. 여성의 목소리가 이상하다는 것을 발견한 것도, 구급차를 불러 입원시킨 것도 방역 당국이 아닌 여성의 자녀였다.

재택 치료라는 이름으로 사실상 방치된 채 피할 수 있었던 죽음을 맞이해야만 했던 이 여성은 국가의 부실 대응의 피해자로 볼 수 있다. 하지만 국가의 관점에서 볼 때 코로나 대응은 성공적이다. 국가의 목표는 적정 수준으로 위험을 관리하여 인구를 유지하고 관리하는 것이지, 모든 생명에 책무성을 발휘하는 데 있지 않기 때문이다. 이 과정에서 사회경제적, 때로는 신체적으로 불리한 위치에 놓인 사람들의 생명은 지속적, 체계적으로 덜 중요한 것으로 위계화되고, 이것이 사회적으로 문제화되지 못한다는 점이 생명정치 문제의 핵심이다.

또한 의도적 혹은 비의도적으로 부정확한 지표를 활용할 경우, 해당 통계치는 분명히 존재하는 문제를 ‘문제 아닌 것’으로 만들며 현실을 왜곡할 수 있다. ‘병상대기자 수’가 갖는 문제를 요양시설의 코호트 격리 정책과 연관지어 살펴보자. 코로나가 확산되면서 병상 확보가 정책적, 현실적으로 시급해지자 2021년 12월 말, 국가는 요양시설에서 집단 감염 발생시 코호트 격리를 원칙으로 한다고 발표했다. 코호트 요양시설 내 확진자에 대해서는 재택치료에 준한 관리를 시행하겠다고 했다. 그러자 놀랍게도 치료병상 가동률과 입원대기자 수가 빠르게 감소했다. 12월 21일, 입원대기자는 총 420명이었으나, 일주일 뒤인 28일에는 9명으로 줄어들었다.<sup>72)</sup> 한 주 사이에 무슨 일이 벌어진 것일까? 주간지 <시사인>에 실린 임승관 경기의료원 안성병원 원장의 인터뷰 발언에서 답을 찾을 수 있다.

*“코로나19에 걸린 노인들이 치료를 못 받고 시설에 누워 있는 건 그대로인데 분류가 ‘병상 대기자’에서 ‘코호트’로 바뀌면서 통계에서 사라진 거예요. 그 어르신들의 존재를 지워버렸다고요. 그때 깨달았어요. 정부는 시설에 있는 노인들을 구할 능력도 의지도 없구나.”<sup>73)</sup>*

유사한 사례는 또 있었다. 2021년 말 중환자 병상이 부족해지자, 국가는 20일이 지난 중환자의 전원·전실을 명령했다. 이는 일정 시간이 지나 감염 위험력이 줄어들었고, 코로나 이외 다른 질환에

71) 참세상, “[코로나 재택 치료 72시간, 엄마는 깨어나지 못했다.](#)”, 2022년 8월 1일.

72) 보건복지부, “[코로나19 치료병상 가동률 및 입원대기자 감소](#)”, 2021년 12월 28일.

73) 시사HN, “[\[요양시설 르포\] 어르신, 의사가 왔어요 팬데믹 3년 만예요.](#)”, 2022년 4월 18일.

대한 치료를 병행하기 위한 조치라는 명분 아래서, 격리 병상을 확보하기 위한 작업이었다.<sup>74)</sup> 일반 병상으로의 일괄적인 전원이 환자에게도 적합한 선택이었는지, 전원 이후 환자들은 필요한 치료를 적절히 받았는지는 가려진 채, 국가의 관심사는 격리 병상 수를 ‘성공적’으로 확보하는데 집중되었다. 이처럼 통계 수치와 각종 지표들을 통한 생명정치는 그 지표들 너머에 있는 현실의 고통을 가리는 문제와 함께 현실 자체를 왜곡하여 보여줄 수 있다는 이중의 문제를 내포하고 있다.

둘째, 생명권력의 작동원리로서 활용되는 신자유주의적 통치성은 개인들이 각자 자신의 건강과 안전의 책임져야 한다는 ‘주체성’을 만들어낸다. 이것이 문제인 까닭은 집단의 건강을 다루는 공중보건의 관점에서 볼 때 바람직한 성과를 달성하기 어렵게 만드는 측면이 있기 때문이다.<sup>75)</sup>

코로나 팬데믹 사례를 놓고 생각해보자. 정부는 마스크 착용과 손 씻기, 사회적 거리두기 등의 개인 위생수칙의 준수를 강조하였다. 이러한 위생수칙을 지켰을 때 코로나 전파율이 얼마나 감소하는지에 대한 (이른바) 과학 지식은 사람들이 자신과 타인의 행동을 스스로 감시하면서 지식의 ‘대상’이 되게 했다. 동시에 그렇게 생성된 과학 지식은 그것에 따라 행동하는 ‘주체’를 만들어냈다.<sup>76)</sup> 그 결과 마스크를 철저히 쓰지 않았거나, 손을 깨끗이 씻지 않았거나, 사회적 거리두기를 엄격하게 지키지 않은 사람은 코로나 감염을 자초한 것으로 간주되었다.

방역의 ‘주체’로서 개인의 책무성에 대한 강조는 백신이라는 새로운 과학기술에 대한 의존 담론을 통해 더욱 강조되었다. 코로나가 본격적으로 확산되던 시기에 각국 정부는 세계 각지에서 백신이 개발 중이며 곧 백신 개발이 완료돼 코로나가 종식될 것이라는 희망을 경쟁적으로 확산시켰다. 백신 개발이라는 희망의 유포는 사람들에게 과학을 신뢰하게 하는 기반을 만들어주었다. 동시에 구체적인 시간표 아래서 백신이 개발되기 전까지만 각 개인이 더욱 책임감 있게 코로나 방역 수칙을 잘 지킨다면 코로나 시대가 막을 내릴 것이라는 상상된 담론이 지배적으로 퍼져나가게 했다.<sup>77)</sup> 그러나 우리는 백신이 개발되고 보급된 이후에도 계속 코로나 시대를 살아가야 했다. 지난 경험들은 개인의 노력만으로, 신기술의 개발만으로 모두에게 평등한 건강보장이라는 공중보건의 목적이 달성될 수 없다는 사실을 일깨워 주고 있다.

셋째, 오늘날 자본주의 사회에서 생명권력은 (자본의 관점에서) ‘덜 가치 있는’ 노동자의 생명과 ‘더 가치 있는’ 노동자의 생명을 차등적으로 대우한다. 이는 노동의 대가를 (불평등하게) 배분하는 간접적 경유 방식으로, 혹은 생명 그 자체를 직접적으로 위계화하는 방식으로 나타난다.

74) 경향신문, “[① 치명률 0.13%는 잊혀진 ‘엔데믹맞이’](#)”, 2022년 4월 28일.

75) 김창엽. 2021. 전계서.

76) Constantinou, C. S. 2022. op. cit.

77) Constantinou, C. S. 2022. op. cit.

코로나 기간 동안 ‘필수 노동자’에 누가 포함되었고 또 이들이 어떤 대우를 받았는지 생각해 보자. 로즈는 팬데믹 국면에서 노동자를 필수 노동자와 비필수 노동자로 구분하였다.<sup>78)</sup> 그는 오프라인에서 근무하지 않으면 일자리를 잃게 되는, 따라서 위험에 노출된 상태로 일할 수밖에 없는 직종의 노동자들을 필수 노동자로 규정하였다. 청소, 교통, 운송, 돌봄, 보건의료 노동자들이 여기에 속했다. 비필수 노동자는 실직자 집단과 (온라인으로도 근무가 가능한) 전문가 노동자들로 나누어졌다. 필수 노동자는 사회 유지를 위해 말 그대로 ‘필수적’인 역할을 수행했다. 그 과정에서 가장 직접적으로 감염 위험에 노출되었으나 이들에 대한 대우는 필수라는 이름에 걸맞지 않게 열악하였다.

이는 국내외 할 것 없이 동일한 현상이었다. 한국 정부는 코로나 대응을 위해 최전선에서 땀 흘린 의료진을 향해 ‘존경’과 ‘자부심’을 뜻하는 수어 동작 사진을 SNS에 올리는 “덕분에” 캠페인을 벌이고 해당 캠페인 사진을 대중교통 곳곳에 붙이며 홍보했다. 그러나 의료진만이 코로나 최전선에서 위험을 무릅쓰고 과도한 노동을 수행한 것은 아니었다.

2020년 3월, 대구·경북에서 코로나 확진자가 폭증했을 무렵 택배 노동자들 사례가 그 단적인 예다. 택배 노동자들은 무거운 짐을 옮길 때 호흡이 버거워 마스크를 쓰기 힘들고 대면 접촉이 불가피하게 많은 배송 업무 특성에도 불구하고 하루 평균 30~50%까지 증가한 과도한 업무를 소화해냈다. 마스크나 손소독제 같은 개인 위생용품은 국가로부터도, 회사로부터도 지급되지 않았다. 사실상 택배 노동자의 건강을 담보로 사회가 유지되는 상황이었지만,<sup>79)</sup> 이들에 대한 적절한 보상과 대우는 정부의 관심 밖이었다.

코로나가 장기화되는 과정에서 불안정 노동자들이 무기한 무급휴직이나 자진 퇴사를 강요받은 상황에 대해 국가적, 정책적 대안 마련이 부족했던 것도 같은 맥락에서 해석할 수 있다. 이는 어떤 노동을 더 가치 있는 노동으로 간주하는가와 관련된 생명권력의 문제였다. 권력이 부족한 사람들, 혹은 (합법적) 노동자에 포함되지 않는 사람들 - 홈리스, 교도소 수감자, 장애인, (미등록) 이주노동자 - 이 코로나 대응 과정에서 충분히 고려되지 않았던 것은 당연한 귀결이었다. 이들이 주로 거처하는 공간에서 팬데믹 기간 동안 집단 감염이 발생했던 것은 우연이 아니었다. 청도 대남병원 폐쇄병동에서 정신 장애인 집단감염 사례를 시작으로, 시설에 거주하는 장애인들의 코로나 감염 비율은 전체인구에 비해 확연히 높았다. 2021년 2월 기준으로 전체인구 감염이 약 1.71명이 수준이었던 반해 거주시설 장애인 감염율은 이것의 4.1배에 달했다.<sup>80)</sup>

수감자들의 집단감염 사례도 있었다. 2020년 동부구치소에서 약 80여명의 집단감염이 발생하였

78) Rose, J. 2021. op. cit.

79) 한겨레, “[B택] ‘알아서 피하라’? 코로나 사각지대에 놓인 대구·경북 택배 노동자”, 2020년 3월 6일.

80) 비마이너, “거주시설 장애인 코로나19 감염, 전체인구 감염 4.1배”, 2021년 3월 3일.

다. 이들 중 일부가 정부를 상대로 손해배상 청구 소송을 냈을 정도로 당시 구치소의 코로나 대응은 크게 부실하였다.<sup>81)</sup> 컨테이너 건물 등 열악한 숙소 환경에서 생활하는 이주 노동자들도 사정도 비슷하였다. 이들은 같은 숙소 내 확진자가 발생하더라도 동료들과 격리하기 어려운 상황이었다. 언어적, 경제적 문제, 그리고 미등록 체류자인 경우 강제 추방에 대한 염려 등으로 인해 코로나 증상이 있어도 치료를 받으러 병원에 방문하기 어려운 것은 물론이었다. 즉, “이주 노동자라서 코로나19에 감염된 것이 아니라” 이들이 처한 ‘환경’이 문제였다.

그러나 국가가 이주 노동자의 집단 감염에 대응하는 방식은 이주 노동자의 존재 자체를 위협한 존재로 규정하는 것이었다. 이주 노동자에게 의무적으로 진단검사를 받으라고 행정명령을 내린 것이 그러한 예이다. 이주 노동자의 거주 환경을 개선하거나, 이들이 추방의 위험으로부터 안전하게 치료받을 수 있는 여건을 마련하는 방향이 아니라, 이주 노동자를 마치 바이러스 전파원처럼 대하며, 국가가 이주 노동자를 “차별해도 되는 존재”로 여긴다는 것을 노골적으로 보여주었던 것이다.<sup>82)</sup>

빈곤층과 이주민, 불안정 노동자, 장애인, 성 소수자, 고령자, 기저질환자, 정신질환자 등이 코로나 기간 동안 더 큰 위험에 노출된 것은 전 세계적으로 보편적 현상이었다.<sup>83)</sup> 이러한 현상이 지구적 차원에서 공통적으로 나타났다는 것은 생명을 향한 불평등 정치가 일국 통치의 차원을 넘어서는, 즉 노동의 가치를 위계화하는 자본주의 체제와 연동된 문제임을 시사하는 것이기도 하다. 지금 시점에서 우리는 팬데믹 기간 동안 더 취약한 위치에 놓여있었던, 그리고 지금도 여전히 놓여 있는 사람들이 단지 바이러스 감염에만 취약한 것이 아니라는 사실을 기억해야 할 것이다.

## 2.2.2. 신자유주의적 통치성과 공중보건

이 절에서는 먼저 이론적 차원에서 신자유주의적 통치성을 고찰한다. 이어서 건강과 공중보건영역에서 개인 책임화와 함께 시장화, 임상화, 민영화 등의 신자유주의적 통치성을 구현하는 주요 전략들을 현실 사례들을 통해 살펴본다.

### 가. 신자유주의적 통치성과 전략

81) 한겨레, “동부구치소 집단감염 손해 청구…수형자 소송의 역사는?”, 2021년 2월 24일.

82) 프레시안, “이주노동자 권리 보장이 방역이다”, 2021년 3월 29일.

83) Lin, V. 2020. “Beyond pandemic management: How WHO can address post-COVID-19 futures.” *Global Social Policy*, 20(3):399~405.

통치성은 이른바 ‘행위의 지휘인도’로서 사회적이고 정치적인 규범을 창출하고 변형하는 담론이자 기법이다.<sup>84)</sup> 푸코에게 통치성은 권력을 의미하며 이는 삶과 생명에 관한 통계학적 계산을 통하여 피통치자들을 인구 단위로 관리하면서 이들의 행위와 품행에 개입해 개인 단위로도 관리하는 것이다.

이와 같이 통치성이 인구에 대한 통치방식과 관련된 것이었다면 신자유주의적 통치성은 개인의 ‘인간형’ 자체를 다룬다는 점에서 차이가 있다. 개인의 인간형 자체를 다룬다는 것은 개인을 둘러싼 환경과 그들이 그 속에서 영위하는 삶을 다룬다는 의미이다. 이런 맥락에서 신자유주의는 우선 개인의 삶에 영향을 미치는 환경에 개입한다. 개입은 환경을 변화시키고 개인들은 그들의 경제적, 사회적 활동을 포함한 삶을 환경에 적응시켜야 한다.<sup>85)</sup>

신자유주의적 통치성은 개인들의 삶의 틀에 해당하는 환경의 여러 변수들을 조절하면서 그들의 삶 자체에 개입하는 방식으로 작동한다. 개인들의 삶의 내용과 형식이 환경에 적응하는 방식으로 변화되면서 개인들은 삶의 과정에서 자연스럽게 신자유주의적 통치성을 내면화한다. 이러한 과정을 통하여 신자유주의적 통치성은 더욱 통치 가능한 신자유주의적 주체를 만들어낸다.

신자유주의적 주체들을 체계적으로 생산하기 위해서는 환경에 대한 개입도 체계적이어야 하며 그 과정을 통해서 최대한 구조화된 환경을 만들어야 한다. 구조화된 환경은 개인들의 구조화된 적응을 목표로 하는 것으로서 개인들이 구조화된 적응을 하게 되면 그들은 총체적으로 관리 가능한 존재가 된다.

통치의 맥락에서는 개인들을 단지 관리 가능한 존재로만 구성해서는 안 된다. 통치에 대한 저항은 집합적으로 일어날 때 위험한 것이기 때문에 신자유주의가 생산하는 새로운 인간형들은 집합적 실천과 유토피아적 에너지의 구성요소가 되어서는 안 된다. 그러므로 새로운 인간형을 창조하는 과정은 사회공동체의 응집력을 약화시키는 과정이어야 한다. 이를 위해서는 개인의 선택들을 집단적 기획들이나 행동들과 연결시켜 주는 유대관계들을 없애야 하고 개인과 사회를 연결하는 사회정치적 수단들을 해체해야 한다. 이를 통하여 집단적 기획은 개인 차원의 사적 기획으로 변화한다. 개인과 사회의 상호 의존성이 해체된 상황에서 개인들은 모든 책임과 간섭에서 벗어나 자유와 독립성을 획득하게 된다.<sup>86)</sup>

신자유주의적 개인주의로 무장한 신자유주의적 주체는 자기 운명을 스스로 책임지면서 자기 자신을 삶의 전 과정에서 ‘자본’으로 다루게 된다. 이제 신자유주의적 주체는 삶을 위해서 자기 자신을

84) 임미원. 2016. “푸코의 통치성 분석에 대한 기초적 고찰”. 법철학연구, 19(1):99~136.

85) 김용현. 2019. “푸코 통치성으로 본 복지국가의 기원과 그 사회적 효과”. 사회복지정책, 46(3):157~77.

86) 김문정. 2016. “신자유주의적 개인주의와 자율성 존중의 원칙”. 한국의료윤리학회지, 19(3):267~81.

지속적으로 경영해야 하는데 이를 위해서는 동력이 필요하다. 그 동력은 ‘욕망’이다. 신자유주의 하에서는 여러 기술을 통하여 개인들의 욕망을 더욱 다양화하고 증폭시키는데 여기에 포섭되는 사람들이 많아질수록 신자유주의적 통치는 더욱 수월해진다. 결론적으로 신자유주의 통치성이 구조화하고자 하는 환경의 핵심 요소는 욕망과 확대된 ‘자유’이다. 이 때 자유는 욕망이 무한정 추구될 수 있게 하는 수단이다. 욕망의 다양화와 증폭, 이를 위한 자유의 확대는 경쟁과 시장화라는 또 다른 환경적 요소의 원인이자 결과이다. 이미 자기 자신의 경영자로 정립된 개인들이 자유롭게 자신들의 욕망을 추구하는 데 있어서 경쟁과 시장화는 필수적이다. 그래서 개인들이 자유롭게 자신들의 욕망을 추구하는 방식은 시장 속에서의 경쟁이다. 이미 자신의 삶 전체를 경영해야 하는 것으로 정립된 신자유주의적 주체에게 삶의 모든 영역의 시장화와 그 속에서의 경쟁은 전혀 낯설지 않다.<sup>87)</sup>

그러나 신자유주의 하에서 모든 주체는 자신을 경영한 결과에 대하여 책임을 져야 한다. 근대 자유주의 하에서의 개인은 자유의 확대와 공동체의 삶을 동시에 고려하면서 타인과 협력하며 살아가는 자유로운 존재로 인식되었던 반면 신자유주의는 상호 유대성에 기초한 공동체를 부정한다는 측면에서 이제 그 책임은 개인이 온전히 감당해야 한다. 그러므로 신자유주의 하에서 개인들은 자신들의 욕망을 추구할 수 있는 자유를 누리지만 다른 한편에서는 시장에서 낙오되지 않기 위하여 발버둥 칠 수밖에 없는 주체이다. 자본주의 시장경제에 제대로 종속되지 않으면 낙오될 수도 있다는 불확실성은 불안을 야기하고, 불안한 개인들은 경제 전체에 더욱 종속된다. 이런 맥락에서 신자유주의적 통치의 핵심 기제는 ‘불안한 개인’들을 양산하는 것이다.

신자유주의적 국가 통치의 특징은 국가의 책무성을 분산하고 미시화하는 것인데 그 책무성의 총착역은 개인이다. 국가 책무성의 분산과 미시화는 사회보장제도의 축소, 노동 유연성 중심의 복지제도, 고용 불안정성 증가, 사회 양극화 증가 등으로 이어지는데 이는 개인들의 불안을 더욱 강화한다. 또한 신자유주의 국가권력은 다른 한편으로는 경제권력의 자본축적을 위한 시장을 더욱 넓혀주는 한편 국가의 책무성이 보장되어야 하는 영역까지도 자본에 내어 줌으로써 개인의 모든 삶의 영역이 자본과 직접적으로 접촉하게 만든다. 자본과의 직접적인 관계 속에서 개인은 종속되거나 낙오될 수밖에 없는데 결국 그 책임도 개인이 져야 한다. 결국 국가권력은 시민사회에 대해서는 ‘작은 국가’, 경제권력에 대해서는 ‘큰 국가’가 됨으로써 모든 책임을 개인에게 지우는 신자유주의적 통치성을 구현한다.

신자유주의적 통치성을 구현하기 위한 전략은 크게 경제적 전략과 정치적 전략으로 구분할 수 있다. 경제적 전략은 민영화, 규제완화, 금융자본의 자유로운 이동을 통하여 자본주의를 지속적으로

87) 이문수. 2019. “신자유주의적 통치성, 주체, 그리고 공공성의 문제: Foucault의 1978~1979년 강의의 중심으로”. 정부학연구, 25(2):59~90.

확장하는 것이다. 정치적 전략은 저항의 가능성을 소거하는 것으로서 노동자와 시민사회의 유토피아적 에너지를 고갈시키는 것을 목표로 한다.<sup>88)</sup> 하지만 이 두 전략은 동전의 양면으로써 각 전략의 효과들은 서로를 강화하면서 상승하게 되며 국가권력과 경제권력은 때로는 경쟁하지만 궁극적으로 하나가 되어 통치성을 높인다.

특히 국가의 책임 하에 운영하였던 공공영역을 축소하거나 이를 경제권력의 자본축적의 공간으로 전환시키면서 관련 영역에 대한 국가권력의 책임을 감소시킨다. 동시에 국가권력은 탈정치화하는 전략을 구사하는데 공공부문까지 경제 권력의 자본축적지로 변화된 상황에서 이제 노동계와 시민사회가 사회, 경제문제와 관련해서 국가에 저항할 수 있는 여지가 줄어들게 된다. 결과적으로 국가권력의 통치성은 더욱 높아지지만 노동자와 시민들의 삶은 더욱 자본주의 시장경제에 예속된다.

#### 나. 신자유주의적 통치성과 공중보건

건강은 개인들이 자유롭게 자신들의 욕망을 추구할 수 있게 하는 자원이자 이를 가능하게 하는 역량이다. 이런 맥락에서 건강은 삶을 구성하는 본질적 요소이다. 건강은 다양한 요인의 영향을 받는다. 공중보건 역시 사람들의 건강에 영향을 미치는 중요한 요인이면서 개인들의 삶에 영향을 미치는 환경으로 볼 수 있다. 이런 맥락에서 공중보건은 신자유주의적 주체를 생산하는 또 하나의 변수로 기능한다.

신자유주의적 주체에게 있어서 건강 또한 시장에서 자유롭게 추구할 수 있는 욕망이지만 그 결과에 대한 책임은 본인이 지는 것이다. 그러므로 신자유주의 통치성이 구현된 공중보건은 시장이어야 하고 공중보건은 개인들의 욕망을 충족하는데 필요한 서비스와 상품을 내놓아야 한다. 공중보건은 사회정의와 형평성, 시민사회의 자치와 권력 강화, 민주주의, 분권, 파트너십과 같은 원칙에 기반해서 사회공동체의 건강을 도모하는 집합적 실천이어야 하지만 신자유주의적 공중보건은 개인의 건강에 대한 욕망을 충족하는 시장이 되고자 한다. 건강에 영향을 미치는 사회경제적 요인들에 공동으로 개입함으로써 사회공동체의 건강을 향상시키고자 하는 공중보건 영역에서의 유토피아적 에너지는 소실된다.

공중보건의 시장화를 위해서는 다양한 전략들이 필요하다.

우선 개인과 사회를 연결하는 공중보건 관련 사회정치적 수단과 제도들을 축소하거나 해체해야 한다. 많은 경우 이러한 사회정치적 수단과 제도는 국가권력이 운영해 왔다는 점에서 건강과 공중보

88) 노동자연대. “[신자유주의는 죽었는가?](#)” 2021년 11월 23일.

건에 대한 국가의 책무성 축소는 자연스럽게 관련 사회정치적 수단과 제도의 축소로 이어진다. 이런 과정을 통하여 건강과 공중보건에 대한 국가의 책무성은 개인과 시장으로 이전된다.

삶의 경영자로서 새롭게 정립된 신자유주의적 주체는 건강도 전적으로 개인이 책임져야 하는 것으로 인식하게 된다. 신자유주의적 주체를 생산하기 위한 권력의 개입은 단지 공중보건에 한정되지 않는다. 그러나 건강은 주체로서의 삶의 존재론적 기반이며 때에 따라서는 그 자체가 삶이라는 점에서 신자유주의적 공중보건은 신자유주의적 주체 생산의 강력한 도구이다. 그러므로 건강에 대한 개인의 책임화는 신자유주의적 통치성을 구현하는 결정적인 단계이다.

신자유주의적 주체가 형성되었다면 그들의 건강에 대한 욕망을 자유롭게 추구할 수 있는 환경이 필요하다. 국가는 공중보건에 대한 책무성을 시장으로 이전함으로써 공중보건을 ‘시장화’한다. 공중보건을 시장화하기 위해서는 경제권력이 공중보건영역에 들어오는 것을 방해하는 여러 가지 규제를 완화해야 할 뿐만 아니라 적정 규모의 이용자와 적절한 이윤 보장 등 경제권력의 진입을 촉진하는 법적·제도적 환경을 구축해야 한다. 이런 조건 속에서 경제권력은 개인의 건강에 대한 욕망을 충족시키는 소위 ‘개인 맞춤형 상품·서비스’를 지속적으로 생산한다. 공중보건시장에서 수요와 공급이 안정적으로 자리잡게 되면 신자유주의적 공중보건의 완성된다.

이상과 같이 건강과 공중보건에 대한 국가의 책임 축소, 건강에 대한 개인의 책임 강화, 공중보건 영역에서의 경제권력의 역할 강화, 개인 맞춤형 서비스의 확산은 건강과 공중보건영역에서 신자유주의적 통치성을 구현하는 중심 전략이다.

## (1) 건강과 공중보건에 대한 국가의 책임 축소

생명권력은 국가 통치의 대상으로서 인간을 생물적 존재로 규정하고 그들의 생물적 삶에 영향을 미치면서 특정 목적을 달성하고자 하는 권력이다. 개인의 삶에 영향력을 미친다는 점에서는 이는 규율권력과 비슷해 보이지만 규율권력은 개별적 신체에 직접 작용하여 개인을 훈육하는 것에 비하여 생명권력은 인구 단위에서 생명을 보존하고 증진하는 것을 목표로 한다.

이와 관련하여 생명권력은 인구집단의 삶과 질병, 건강과 관련된 다양한 변수에 관심을 가지게 되고 인구집단의 생명을 통계적으로 다룬다. 이는 전체 인구를 최적화된 노동기계로 육성, 배치하여 권력의 활동에 종속시키고 통치를 강화하기 위한 것인데, 이를 위해서는 인구를 안전하게 보호해야 할 필요성이 있다.<sup>89)</sup> 즉, 생명권력이 추구하는 중요한 전략적 목표 중 하나는 통계학적 생명의 집합적 안전이다. 이 과정에서 통계학적 정상성을 벗어난 개별 생명의 안전은 부차적인 것으로 치부되

89) 윤민재. 2012. “한국의 대통령 리더십과 통치성, 그리고 정치사회”. 기억과 전망, 27:10~45.

는데 극단적으로는 제거해야 할 대상으로 평가되기도 한다. 그래서 생명권력은 규율권력이 개별 인간에게 정상 규범을 주입시키는 것을 목표로 하는 것에 비하면 훨씬 통치와 관련된 노력을 줄일 수 있게 된다.

신자유주의 하에서 국가권력은 공공적 기능을 축소하는 전략을 채택하는데 이런 맥락에서 신자유주의적 통치성은 생명권력이 지향하는 통치 비용의 최소화 목표가 더욱 극대화된 것으로 해석할 수 있다. 하지만 국가가 담당했던 공공부문에 대한 책무성을 축소한다는 것은 국가의 사회적 위험 제거 능력도 축소된다는 것을 의미한다. 그 과정에서 사회적 위험이 사회 붕괴를 유발하는 단계에까지 이르면 통치는 불가능하다. 그러므로 신자유주의적 국가권력은 사회적 붕괴가 발생하지 않는 수준까지 책무성을 최소화하는 것을 지향한다. 이를 통하여 국가권력은 통치와 관련된 노력과 비용을 가능한 수준까지 최소화하고자 한다.

국가 책무성의 최소화는 ‘민영화’와 밀접하게 연결되어 있다. 민영화는 국가의 책무성을 민간에 이전하는 것으로서 사회구성원들의 요구를 충족시키기 위한 국가의 역할을 줄이거나 민간의 역할을 증대시키는 것이다. 이 과정에서 발생할 수 있는 효과 중 하나는 국가의 책무성이 축소된 영역은 궁극적으로 ‘탈정치화’된다는 것이다.

이 경우 사회공동체의 집합적 실천을 통한 변화의 여지는 줄어들고 저항의 가능성도 감소한다. 일시적으로 사회권력의 저항이 있을 수 있으나 이 과정은 신자유주의적 주체를 생산하는 과정이기도 하다. 그러므로 국가의 책무성 감소가 신자유주의적 주체의 효과적 생성으로 이어진다면 결과적으로 국가권력의 통치성은 더욱 강화된다.

국가의 통치 비용은 최소화하면서 통치성은 강화된다는 것은 통치의 효율성과 효과성이 향상된다는 것을 의미한다. 그러므로 신자유주의적 통치성을 구현하기 위한 전략으로서의 국가의 책무성 약화는 신자유주의적 주체의 생산과 연결되어 있다. 신자유주의적 통치란 역설적이게도 국가 통치의 효율성과 효과성을 동시에 강화하기 위해서 오히려 국가의 책무성을 축소하는 것이다.

건강과 보건의료 영역에서의 신자유주의적 통치 전략은 신자유주의적 보건의료개혁의 차원에서 진행되어 왔다. 보건의료분야에서도 신자유주의적 정책이 전 세계적으로 확산된 것은 1970년대 후반부터인데 주요 정책들은 이용자 선택 확대, 민간부문의 역할 강화, 공공부문 축소, 이용자 본인부담 증가, 탈집중화, 보건의료 시장화 등을 중심으로 구성된 것이었다. 국내에서도 IMF 경제위기 이후 신자유주의적 정책이 추진되기 시작하였고 보건의료영역에서의 신자유주의적 정책은 2005년 ‘의료산업선진화위원회’의 설치, 2006년에 발표한 ‘서비스산업경쟁력 강화 종합대책’을 통하여 의료를 지식산업으로 육성하기 위한 시도에서 비롯되었다. 한국은 의료공급의 대부분을 이윤추구적

민간의료기관이 주도하고 의료보장제도의 보장성이 OECD 평균과 비교해 보아도 매우 낮기 때문에 국가의 책무성을 축소할 여지가 거의 없으나 신자유주의적 보건의료정책은 정권을 가리지 않고 지속적으로 추진되고 있다.<sup>90)</sup>

국가의 역할을 직접적으로 축소시키지 않더라도 그 역할을 증가시켜야 하는 상황에서 추가적인 책무성을 구현하지 않는 것도 사실상 국가의 책무성을 줄이는 것과 동일하다. 코로나 19 상황에서 공공보건으로 확충의 필요성이 그 어느 때보다도 높았음에도 불구하고 실질적인 공공보건으로 확충이 진행되지 않은 것이 대표적인 예시가 되겠다. 또한 기후위기, 지역소멸, 인구 고령화와 같이 공공부문의 대응이 시급한 영역에서 국가 책임을 강화하지 않는 것도 그 본질은 국가 책임 축소와 동일하다. 게다가 최근에는 민간의료기관에 공공정책수거제를 집중적으로 제공하여 필수요료를 강화하겠다는 계획을 발표하였고 일부 지방정부에서는 지방의료원을 위탁 운영을 추진하고 있다는 점에서 한국의 보건의료영역에 대한 국가 책임 축소는 점점 더 노골적인 형태를 띠고 있다.

## (2) 건강에 대한 개인의 책임 강화

건강과 보건의료에 대한 국가의 책무성 축소는 건강의 증진, 의료이용, 의료비 부담의 모든 측면에서 개인의 책임성을 강화한다. 국가의 역할 변화에 대한 후속 반응으로 어쩔 수 없이 개인의 책임성이 강화되는 측면도 있지만 애초에 신자유주의적 주체는 개인이 삶의 모든 영역을 책임지고 관리하는 주체이다. 그러므로 신자유주의적 주체로서의 개인은 지속적으로 자기를 계발하고 역량을 강화해야 한다. 자기 자신의 경영자로 정립된 개인에게 있어서 건강도 스스로 증진하고 강화해야 하는 개인의 능력이자 역량이다.

자기 자신의 경영자로서 개인의 건강을 관리하는 주체로서의 역량은 코로나 19 상황에서도 유감 없이 발휘되었다. 코로나 19의 예방관리자로서의 신자유주의적 주체는 ‘사회적 거리두기’라는 국가 방역 대책에서 매우 중요한 수단으로 활용되었다. ‘사회적 거리두기’는 코로나 19의 예방과 확산 방지를 위한 조치이기도 하였지만 한국의 경우 그 이면에는 공공병상의 부족, 위중증 환자를 치료할 수 있는 자원 부족 등과 같은 국가의 감염병 대응역량의 취약성을 개인의 책임성 강화로 해결하려 했던 통치전략이기도 하였다. 정부가 사회적 거리두기 정책을 추진한 시점이 2020년 3월 말이었는 데 국민들의 이동량은 이미 2월 말부터 최소화되어 있었다는 점은 국가의 개인의 책임성 강화 전략으로서의 ‘사회적 거리두기’에 대한 자신감을 더욱 강화시켰을 것으로 판단된다.

90) 신영전. 2010. “‘의료민영화’ 정책과 이에 대한 사회적 대응의 역사적 맥락과 전개”. *상황과복지*, 29:10~45.

건강은 자기 통치, 자기 경영의 중요한 영역이지만 이를 위해서는 지식과 기술, 그리고 보건의료 전문가의 도움이 필요하다. 신자유주의가 지향하는 것이 사회의 모든 영역에 시장원리를 도입하고 강화하는 것이라 할 때 이제 건강은 지식, 기술, 보건의료 전문가가 존재하는 시장에서 개인들이 선택하고 소비하는 것이 된다. 또한 그 결과에 대한 책임 역시 개인의 몫이며 이제 건강의 사회적 결정요인은 중요하지 않다.

많은 지식과 담론들도 개인들은 사회구조의 영향에 구속되지 않는 합리적인 소비자라는 점을 지속적으로 확산함으로써 개인의 합리적인 선택에 의해서 건강을 유지할 수 있다는 점을 강조한다. 뿐만 아니라 최근에는 방송, 신문, 인터넷, 대중서적 등 다양한 매체들이 건강담론을 생산하면서 건강에 대한 개인의 책임을 강화한다. 아래와 같이 한 방송사가 제공하는 건강·의료정보 프로그램의 기획 의도는 ‘건강은 당신의 책임이다’를 노골적으로 홍보하고 있다.<sup>91)</sup>

### 〈글상자 2〉 방송사의 건강·의료정보 프로그램의 기획 의도

지금은 100세 시대! 하지만 잘못된 생활습관 하나가 당신의 수명을 갉아먹고 있다면? “수명을 늘리고 싶다면, 당신의 생활습관부터 고쳐라!” 스타의 24시간을 관찰해 생활습관을 낱알이 파헤치는 건강 카메라 <닥터의 경고>!! <sup>92)</sup>

이런 상황 속에서 건강은 개인의 역량으로 확보할 수 있는 개인 차원의 문제라는 인식이 강화되며 그 속에서 국가는 건강에 대한 책임을 개인에게 이전시킨다.

개인이 스스로 책임지고 통제해야 할 영역이 많아지는 것은 자유 확대의 결과이지만 역설적이게도 스스로 관리해야 할 문제가 많아질수록 문제 해결에 도움을 줄 수 있는 전문가들에 대한 종속은 더욱 강화된다. 특히 건강과 질병은 일반적으로 보건의료 전문가가 다루는 매우 전문적인 영역으로 인식되어 왔다는 점에서 보건의료 전문가들의 영향력은 더욱 커질 수밖에 없다. 또한 이전에는 보건의료 전문가가 주로 개입한 분야가 질병의 치료에 국한되었다면 이제 개인의 삶 전체가 보건의료 전문가의 영역이 된다. 전통적으로는 공중보건의 영역에 속하였던 예방과 건강증진도 보건의료 전문가의 조언과 관리가 필요한 개인적 차원의 임상서비스로 전환된다. 또한 이전에 보건의료 전문가로 분류되지 않았던 직종뿐만 아니라 새롭게 등장한 건강영역의 전문가들의 영향력도 커지게 된다.

이제 건강은 사회적 결정요인과는 관계가 없는 신자유주의적 주체와 보건의료 전문가 간의 관계

91) 양은경. 2016. “위험에 처한 몸: ‘생활습관병’의 사회적 구성과 위험의 개인화”. 언론과 사회, 24(2):47~88.

92) Jtbc. [닥터의 승부](#), 2015년 2월 22일 방송.

의 문제이며 주체의 노력과 보건의료 전문가의 역량에 의해서 영향을 받는 상품이 된다. 이 경우 보건의료 전문가는 임상적 차원에서 개인에게 지식과 기술, 서비스, 치료를 전달하게 되는데 이때 건강은 철저하게 개인적 차원의 문제로 취급된다. 설령 역량이 없는 보건의료 전문가를 선택한 것조차도 개인의 책임이라고 한다면 이제 건강은 철저하게 개인의 문제가 된다.

개인이 자기 통치를 통하여 건강을 유지, 증진하기 위해서는 자신의 모든 삶의 과정과 행태를 건강에 이로운 방향으로 변화시켜야 한다. 이러한 노력에는 지속적이고 강도 높은 자기반성, 개인의 삶과 행태에 대한 지속적인 평가를 포함한다. 개인은 건강을 악화시키는 행태에 투자를 억제하고 건강을 증진시키는 행태에 더 많은 것을 투자하는 ‘기업가’가 되어야 한다.

게다가 건강에 이로운 삶의 행태가 건강으로 이어진다는 지식과 담론은 건강에 대한 개인의 책임성을 더욱 강화한다. 더 나아가 흡연 관련 질병, 음주 관련 질병, 신체활동 부족으로 인한 질병 등 개인의 행태로 인해서 발생하는 질병을 범주화하는 단계에서는 질병의 원인은 다름 아닌 개인의 나태함과 무능함이란 결론으로 이어진다.

뿐만 아니라 최근에는 건강과 관련된 행태나 비만을 질병으로 다루는 경우도 많다. 일반적으로 감염성 질병이 퍼져 나가는 것을 지칭하는 ‘epidemic’이라는 용어는 흡연(smoking epidemic), 음주(alcohol epidemic), 비만(obesity epidemic) 등에도 적용되고 있다. 또한 일정 시점 또는 특정 기간에 인구집단에서 질병을 가진 사람들의 수를 나타내는 유병률도 흡연 유병률, 비만 유병률과 같이 건강과 관련된 행태에 적용한다. 이런 경향은 흡연자, 음주자, 비만한 사람들을 감염병에 걸리거나 체계적인 관리가 필요한 사람으로 규정한다.

이런 맥락에서 건강과 보건의료영역의 신자유주의적 통치성은 규율권력과 생명권력을 동시에 행사하는 방식으로 구현된다. 그러나 행태를 병리화하는 경우 오히려 건강에 더 나쁜 영향을 미치는 경우가 많다. 비만의 병리화는 비만한 사람에게 수치심을 안겨줌으로써 정작 의료서비스를 이용해야 하는 상황에서 의료서비스 이용을 지연시키고 폭식과 섭식장애, 극단적인 다이어트와 같은 문제를 유발하는 것으로 보고되고 있다. 급기야 건강한 생활습관과 행태를 높은 도덕적 소명으로써 격상시키는 정치적 이데올로기인 ‘건강주의(Healthism)’는 ‘건강(도덕적이고 순수한 것)’을 ‘불건강(외국인 또는 불순한 것)’으로부터 분리하는 과정을 통하여 인종주의와 우생학적 캠페인의 기반이 된다.<sup>93)</sup>

만약 국가가 특정 건강행태를 적극적이고 때로는 강압적으로 장려하면서 규범화시켜려고 할 때 국가의 건강에 대한 책무성을 개인에게 이전되는 방식은 매우 일방적이고 강제적인 것이라고 평가

93) Eric, D. C. 2015. “Making the Blue Zones: Neoliberalism and nudges in public health promotion.” *Social Science & Medicine*, 133:374~82.

받을 수도 있다. 이런 평가를 면하기 위해서는 보다 부드럽게 개인의 행태를 조절해야 한다. 그 방법 중의 하나는 국가가 정한 올바른 행태를 홍보하거나 강요하지 않고 개인을 둘러싼 환경을 활용하여 특정 행태를 더 쉽게 유도하는 것이다.

이를 위해서 국가는 지역 공동체 또는 지역사회에 눈을 돌리게 되는데 이때 국가는 개인의 선택에 영향을 주는 환경과 그들이 관계하는 사회적 네트워크의 중요성을 전면에 내세운다. 이런 접근 방식은 ‘자유주의적 개입주의(libertarian paternalism)’에 근거한 것으로 그 중심 내용은 약간의 환경 변화가 사람들의 행태를 건강하고 책임감 있고 생산적인 방향으로 조금씩 변화시킬 수 있다는 것이다. 이때 개인은 시장에서의 합리적 행위자인 동시에 사회적 규범이 생성되고 강화되는 지역사회 일원으로서의 위상을 가지게 된다. 또한 지역사회는 집합적 실천을 통한 환경 개선과 규범 확산을 통하여 지역사회 구성원들이 보다 자연스럽게 쉽게, 때로는 무의식적으로 국가가 원하는 방향으로 행태를 변화하도록 돕는 장소가 된다. 그리고 지역사회 구성원으로서의 개인은 집합적 실천에 참여하는 과정을 통하여, 그리고 집합적 실천의 영향을 받는 과정을 통하여 상대적으로 거부감 없이 스스로의 행태를 변화시킬 가능성이 높아진다.<sup>94)</sup>

하지만 이런 상황 속에서도 행태의 변화가 없는 사람들은 있게 마련인데, 이때 그들에 대한 비난과 낙인은 더욱 강화될 가능성이 높다. 더 큰 문제는 지역사회와 그 구성원들이 처해 있는 상황들을 유발하는 더 근본적인 사회구조적 맥락과 관련된 주제는 논의사항에서 적극적으로 배제하면서 이와 관련된 사업이나 실천을 애초에 불가능하게 만드는 경우가 많다는 것이다.

이런 과정을 통해서 국가의 책무성은 지역사회로 이전되는데 많은 경우 지역사회 내에 신자유주의적 거버넌스를 구축하는 과정과 함께 진행된다. 대표적으로는 공공-민간 파트너십 형태의 사업추진체계, 공공 자금 획득을 위한 지역사회 간 경쟁체계 구축, 건강의 주체로서의 개인의 책무성의 강조, 건강의 사회경제적 결정요인에 대한 논의 배제, 지역사회 프로젝트에 대한 민간 재원 투입 등이다. 하지만 궁극적으로 이 과정은 국가가 지역공동체를 경유하여 개인들의 행태를 변화시키는 방식이다. 국가가 직접 강요하든, 지역공동체를 경유하든 행태 개선의 책임이 개인에게 있다는 점에서는 변화가 없다. 그러므로 ‘장소’, ‘공간’, ‘지역사회’의 힘을 강조하면서 ‘위험의 개인화’ 전략이 아닌 것처럼 주장하더라도 자유주의적 개입주의의 본질은 ‘변형된 신자유주의’이다.

한국도 많은 지자체에서 주민참여에 근거한 지역 기반 건강사업이 수행되고 있으나 건강의 사회경제적 결정요인을 다루는 데까지 나아간 사업의 전형을 발견하기는 어렵다. 물론 이 과정에 참여한 많은 지역 주민들과 관계자들이 민주주의를 학습하고 작은 성취를 경험하는 등의 성과물이 적지 않

94) Eric, D. C. op. cit.

다. 하지만 그 사업이 궁극적으로는 건강의 근본적 결정요인을 다루어야 한다는 점을 전략적으로 고려하지 않는다면 사업의 진행 과정은 국가의 책무성을 지역사회와 개인으로 이전받는 것과 관련된 ‘훈련’의 과정이 되는 것이다.

또한 최근에는 질병관리청을 중심으로 지역사회 건강조사 상에서 특히 취약한 지표를 중심으로 지역 간 건강격차 연구를 진행하고 있다. 연구의 주요 결과는 특정 지역의 특정 지표를 개선하기 위한 정책방안을 도출하는 것인데 정책의 주요 영역은 건강의 근본적 결정요인이라기보다는 지역사회 환경과 지역주민의 특성 중 일부를 변화시키는 것에 국한되어 있다는 점에서 자유주의적 개입주의에 입각한 지역기반사업의 근거들이 점점 많아지고 있다.

결국 이런 정책들은 사업대상지역의 열악한 지표를 개선함으로써 지역 간 건강불평등을 완화하는 것을 목표로 진행될 것이다. 설령 개선효과는 미미하다 하더라도 국가가 이런 문제조차도 관심을 가지며 문제를 해결하기 위하여 노력하고 있다는 점은 부각될 것이다. 하지만 앞에서도 언급하였듯이 이는 개인의 책임성 강화, 신자유주의적 통치성 강화와 밀접하게 연결되어 있는데 이런 식의 개입이 주류 정책이 되는 경우 사회경제적 차원의 근본적 건강결정요인에 대한 논의의 장은 축소될 것이다. 또 철저하게 개인적인 것으로 보이는 습관이나 행태에도 사회경제적 불평등이 존재하고 행태의 근원에는 사회경제적·정치적 맥락이 있다는 점을 고려하면 이 과정은 ‘희생자 비난’의 과정이기도 하다. 하지만 본질적으로 신자유주의적 주체는 자신의 내부에 관심을 집중하며 건강과 관련된 사회적 문제들을 개인의 문제로 받아들여 스스로 책임지고 대안을 찾고자 노력한다.

여기서 더 나아가 신자유주의적 개인들은 자기 통치와 자기 규율에 실패하거나 소홀한 타자들에 대하여 징벌적 태도를 가지거나 적의를 가지게 된다. 특히 자유주의적 개입주의에 기반한 지역 기반 정책이 시행될 경우에는 이런 문제가 더욱 첨예해질 가능성이 높는데, 그렇다 하더라도 자기 통치와 자기규율에 구조적으로 실패할 수밖에 없는 사람들이 처한 사회경제적 조건은 신자유주의적 주체들에게는 중요한 문제가 아니다. 이 경우 건강의 사회적 결정요인으로 인한 통치의 불안정성은 최소화되고 사회권력의 집합적 실천의 역량은 더욱 감소되며 신자유주의적 통치성은 더욱 강화된다.

### (3) 공중보건영역에서의 경제권력의 역할 강화

특정 영역에 대한 국가 개입의 축소가 해당 영역에 대한 규제완화와 시장원리 강화로 이어지면 경제권력이 국가의 책무성을 대신한다. 신자유주의 논리의 중요한 축이 경제권력의 이윤추구에 방해가 되는 모든 규제를 완화하고 자본축적의 자유를 보장하는 것이라 할 때 해당 영역이 공익 추구

의 영역인지 아닌지는 중요하지 않다. 이런 맥락에서 건강과 보건의료에 대한 국가 책무성이 애초에 낮았던 한국에서 공중보건을 포함한 보건의료 영역에 대한 경제권력 진출은 보다 용이할 수밖에 없다.

공중보건영역에서의 경제권력은 다양한 형태를 가진다. 의료전문가와 병원자본, 제약자본, 의료기기자본, 민간보험자본, ICT 자본 등 다양한 주체들이 공중보건영역에서 경제권력의 역할을 할 수 있다. 한국과 같이 공중보건의 취약하고 의료 상업화가 극심한 상황에서는 공중보건의 의료화는 임상화, 영리화로 자연스럽게 이어질 가능성이 높다. 특히 정부가 특정 영역의 공중보건서비스를 급격히 확대하려는 경우 보건소를 비롯한 공중보건직원들이 부족한 상황에서 병의원을 참여시키는 선택을 할 수 밖에 없다. 이 경우 공중보건의 ‘임상화’는 자연스럽게 이루어진다.

임상화는 문제를 개인에 초점을 맞추고 사회적 환경과의 연관성을 제거한다. 이 과정에서 의료전문가의 권력은 강화되고 사회정의와 형평성, 시민사회의 자치와 권력 강화, 민주주의, 참여와 파트너십, 부문 간 협력, 건강의 사회적 결정요인에 대한 개입과 같은 공중보건의 원칙은 견지되기 힘들다. 공중보건의 취약하고 사회구성원들의 의료이용량이 많은 한국의 상황에서 기존 공중보건영역의 임상화는 해당 서비스 이용량 증가로 이어질 가능성이 높다. 뿐만 아니라 임상화가 기존의 공중보건사업보다 효과가 큰 경우도 적지 않다. 이 경우 공중보건 영역의 임상화는 더욱 가속화될 수밖에 없으며 대부분 이윤추구적인 민간부문이 주도하는 보건의료체계 하에서 공중보건은 의료전문가와 병원 자본의 이윤 추구의 중요한 영역으로 변화된다. 이 과정에서 지식과 기술이 결합하고 건강보험 급여를 통한 시장 확대가 이루어지면 상품과 서비스가 지속적으로 개발되며 일종의 자기완결적인 시장이 형성된다.

최근에는 공중보건과 임상의학 영역이 겹치게 된다는 맥락 하에서 ‘임상공중보건’이라는 명칭까지 나오게 되었다. 이는 병원이 기존의 임상의학뿐만 아니라 공중보건의 중심기관이 된다는 것을 의미한다. 이미 많은 정부지정센터의 구체적인 역할 중 하나는 교육, 보건사업, 상담 등 공중보건영역으로 설정되어 있는데 병원은 의사를 중심으로 하는 전문가 권력이 지배하는 공간이기 때문에 병원 운영의 민주적 거버넌스가 구축되지 않는 이상 공중보건의 원칙과 정신은 견지되기 어렵다.

또한 국가는 규제완화를 통하여 공중보건을 포함한 보건의료영역에 자본이 진입할 수 있는 환경 조성을 지속적으로 추진하고 있다. 이는 건강과 보건의료영역이 신성장, 혁신성장의 중요한 영역으로 지속적으로 호명됨으로써 자본축적을 선도하는 새로운 경제성장 영역으로서의 위상을 정립하고 있는 것을 반영한다.

특히 지난 정부에서 코로나 경제위기 극복과 이후 경제·사회 구조 변화를 위한 선제적 대응을 목

적으로 마련한 ‘한국판 뉴딜 종합계획’에서는 보건의료를 한국판 뉴딜의 주요 축 중의 하나인 디지털 뉴딜의 핵심적인 영역으로 설정하고 있다. 한국판 뉴딜 종합계획의 추진 배경에서 제시하고 있듯이 이 계획은 한 마디로 디지털 경제, 그린 경제로의 전환을 통한 경제성장과 자본축적 전략이며 보건의료는 중요한 자본축적의 공간이라는 점을 국가가 공인한 것이다.

이와 관련해서 건강보험은 매우 중요한 역할을 하게 된다. 해당 의료기기, 신약, 데이터에 기반한 AI 정밀의료 등은 건강보험 요양급여 등재 여부에 따라 시장의 규모가 달라지기 때문이다. 설사 비급여로 결정된다 할지라도 일단 안전성과 유효성이 인정되면 퇴출 기전이 없기 때문에 관련 서비스가 공급되면서 시장이 확대된다.

특히 이 과정이 규제완화를 포함한 산업정책과 결합될 때 시장의 규모는 더욱 급속하게 커진다. 한국형 뉴딜 종합계획의 연장선상에서 현 정부 역시 의료분야를 포함한 다양한 혁신기업을 육성·지원할 계획에 있다. ‘의료기기산업 육성 및 혁신의료기기 지원법’에 의하면 혁신형 의료기기기업으로 인증된 경우에는 국가연구개발사업 우대, 조세에 관한 특례, 연구시설 건축에 관한 특례, 각종 부담금의 면제와 같은 지원을 받을 수 있다. 뿐만 아니라 혁신형 의료기기제조허가와 관련된 심사 순위에서 우선권을 준다거나 법령에 맞지 않은 기준, 규격의 경우에도 제조허가를 받을 수 있게 하는 등 허가·심사 특례도 부여하는데 이런 과정들이 건강보험체제와 유기적으로 결합되는 경우 건강보험은 보건의료체제를 이윤 추구의 각축장으로 만들 수 있다.

또한 정부는 혁신적 신의료기술에 대해 조기시장 진입이 가능하도록 지원할 뿐만 아니라 혁신의료기술 평가 대상을 확대할 계획이다. 이런 기술이 구현된 의료기기 등을 활용한 서비스가 건강보험 급여 항목으로 포함되면 새로운 자본이 지속적으로 유입되면서 시장은 더욱 커지게 된다. 하지만 지금까지는 민간자본이 보건의료영역에 진출하기 위해서는 의료공급자와의 결합이 필수적이었지만 비의료 건강관리서비스 시범사업이 진행됨으로써 이제 자본은 의료공급자와의 결합 없이도 직접 보건의료영역에서 이윤을 축적할 수 있게 되었다. 비의료 건강관리서비스는 의료기관에 해당하지 않는 체육시설업, 소프트웨어 개발업 등 건강관리서비스 제공을 업으로 하는 비의료기관이 제공하는 건강관리서비스를 의미한다.<sup>95)</sup> 이와 관련하여 2022년 10월에 12개 비의료 건강관리서비스가 시범 인증되었는데 이 사업에 참여하는 12개 비의료 건강관리서비스 제공업체들 일부는 주요 민간보험 자본과 연결되어 있어서 이 사업이 민간보험자본의 이윤을 보장하기 위한 사업으로 평가받고 있다.

95) 보건복지부가 2022년 발간한 ‘2차 비의료 건강관리서비스 가이드라인 및 사례집’에 의하면 건강관리서비스는 건강의 유지·증진과 질병의 사전예방·악화 방지를 목적으로 위해한 생활습관을 개선하고 올바른 건강관리를 유도하기 위해서 의료적 판단을 제외한 제공자의 판단이 개입된 상담·교육·훈련·실천 프로그램 작성과 유관서비스를 말한다.

비의료 건강관리서비스 업체가 제공하는 건강관리서비스는 보건소를 중심으로 하는 지역보건법상의 지역보건의료기관들이 시행하고 있는 지역사회 통합건강증진사업이나 심뇌혈관질환 예방관리사업과 정확히 일치한다. 만약 2024년 6월까지 진행되는 비의료 건강관리서비스 시범사업이 본 사업으로 전환되는 경우 보건소의 해당 사업의 입지는 더욱 축소될 가능성이 높다. 우연의 일치인지는 모르겠지만 정부는 2022년 9월 ‘보건소 감염병 대응 강화대책 추진방안’을 발표하면서 보건소의 기능을 기획과 행정, 위기대응 기능 중심으로 재정립하고 보건소가 수행했던 지역사회 통합건강증진사업과 심뇌혈관질환 예방관리사업을 보건지소, 건강생활 지원센터 등 하부기관으로 이관하겠다는 방침을 발표하였다. 하지만 이미 보건지소와 건강생활 지원센터에서는 지역사회 통합건강증진사업과 심뇌혈관질환 예방관리사업을 일부 수행하고 있을 뿐만 아니라 이들 기관들은 전국에 고르게 분포되어 있지도 않은 상황이다. 이런 맥락에서 이 방안이 실현된다면 해당 사업에 대한 정부의 책무성은 축소되고 그 자리는 민간보험자본과 연계된 비의료 건강관리서비스 업체가 채우게 될 것이다.

보건의료는 시장실패가 발생하는 대표적 영역으로 알려져 왔으나 지금 시기 보건의료는 자본축적을 위하여 새롭게 개척하고 확대해야 하는 시장으로 더욱 변모하고 있다. 그 결과는 건강과 보건의료의 상품성 강화가 될 수밖에 없다.

#### (4) 개인 맞춤형 서비스의 확산

신자유주의적 보건의료 개편이 성공하기 위해서는 신자유주의적 주체들이 자신들의 건강과 의료이용에 대한 욕망을 자유롭게 추구할 수 있는 시장이 형성되어야 한다. 그리고 신자유주의적 주체에 맞는 상품이 지속적으로 출시되어야 한다. 개인들의 욕망이 다양하다는 점을 전제한다면 개인 맞춤형 서비스가 가장 이상적일 것이다.

의료서비스가 점차 전문화, 다양화될수록 개인 맞춤형 서비스의 공급 가능성은 높아질 뿐만 아니라 웨어러블 기기를 포함한 다양한 영역의 혁신 기술의 개발이 개인 맞춤형 서비스의 가능성을 높인다. 최근 개인 맞춤형 서비스는 ‘정밀의료’라는 이름으로 수렴되고 있다. 정밀의료는 유전체 정보, 환경적 요인, 생활 습관 등 개인의 여러 특성을 고려하여 개인 맞춤형 치료를 제공하는 의료서비스를 말하는 것으로 이를 위해서는 인체에서 얻은 대규모 빅데이터가 필요하다. 이와 같이 정밀의료는 다수로부터 유전정보를 포함한 다양한 개인정보를 수집해야 하기 때문에 사생활 보호와 비밀보장, 정보 보안의 문제, 개인의 자기결정권 행사와 관련된 문제를 동반한다.<sup>96)</sup>

하지만 신자유주의는 기본적으로 개인주의와 자유주의에 입각한 주체를 형성한다. 따라서 개인의 정보를 자유의사에 따라서 타 기관에 제공함으로써 건강에 대한 욕망을 충족할 수 있다면 오히려 정밀의료를 포함한 개인 맞춤형 의료는 신자유주의적 주체에게 적합한 서비스에 틀림없다. 현재 한국에서 논의되거나 시행되고 있는 비의료 건강관리서비스, 의료 마이 데이터 사업 등도 기꺼이 자신의 생체정보와 의료이용정보를 자신의 건강에 대한 욕망을 충족시켜 줄 기관에 제공하려는 사람들을 위한 것이다.

이러한 경향은 민간기업에만 해당되는 것이 아니라 보건소가 시행하는 모바일 헬스케어 사업, AI-IoT 기반 건강관리 시범사업도 이런 맥락에서 시행되는 사업으로서 공공부문과 민간부문 모두 개인 맞춤형 서비스의 비중은 커지고 있다. 또한 개인 맞춤형 서비스의 확산은 의료기기, ICT, 유전체 산업 등 관련 산업의 활성화, 자본 축적과 필연적으로 연관되어 있다. 그러므로 개인 맞춤형 서비스의 확산은 공중보건과 보건의료영역에 대한 신자유주의적 통치성이 성공적으로 구현된 징표로서 신자유주의적 개인주의는 더욱 강화되고 경제권력의 자본축적은 더욱 안정화된다.

### 2.2.3. 통치 전략으로서의 과학기술주의

#### 가. 과학기술주의가 지배하는 공중보건체계

오늘날 과학기술은 공중보건의 핵심수단으로써 절대적 의미와 위상을 가진다. 과학기술을 빼놓고 공중보건을 논하기 어려울 정도로 말이다. 이는 코로나19 감염병 대응 과정을 살펴보면 쉽게 확인할 수 있는 사실이다(〈글상자 3〉 참고).

#### 〈글상자 3〉 코로나19 감염병 대응에 활용된 과학기술

코로나19 바이러스가 유행하기 시작하자 미지의 신종 변이 바이러스의 특성을 파악하기 위해 여러 과학 분야에서 신속히 연구가 수행되었다. 바이러스의 감염력과 전파경로, 전파력이 어떠한지, 그리고 신체 내 침투하여 어떤 병리적 기전을 거쳐 어떤 증상을 유발하는지 등을 밝히기 위한 연구가 이뤄졌다. 이를 위해 감염병 역학(epidemiology)을 비롯하여 바이러스 유전학, 생물학, 화학, 면역학, 병리학, 생리학 등 각종 기초과학 분야의 지식이 총동원되었다. 그리고 연구를 통해 밝혀진 코로나19 바이러스의 특성은 방역당국이 팬데믹 대응 정책을 수립하는 데 중요한 근거로 활용되었다. 과학기술의 역할은 이

96) 윤혜선. 2018. “정밀의료의 출현에 대한 규제의 시선: 미국의 ‘정밀의료 발전계획’을 단초로”. 법학논총, 35(4):55~91.

처럼 정책판단에 근거가 되는 지식을 생산하는 것에 그치지 않는다. 코로나19 치료제와 백신은 감염병 유행을 억제하고 감염으로 인한 건강 피해를 줄이는 데 결정적 역할을 하였다.

감염병 대응을 위해 활용된 과학기술 분야가 의과학과 생명공학에 한정되지 않았다는 사실도 주목할 대목이다. 투과전자현미경(TEM)이나 극저온전자현미경(Cryo-EM)과 같이 최첨단 공학기술이 집약된 실험 연구 장비들이 없었다면 정밀한 바이러스 분석은 불가능했을 것이다. 또 메신저 리보핵산(mRNA) 백신이 이른 시일 내에 개발될 수 있었던 데에는 생명공학기술과 더불어 신속한 유전자 염기서열 분석을 가능하게 한 빅데이터 기술의 조력이 있었다. 비교적 단순한 수준의 기술이 투입된 것이지만 음압격리 병실이나 개인보호장구(PPE) 등도 감염병 치료의 기본 도구로 활용되었다.

특히 유행초기 감염병 확산을 최대한 억제하기 위해 ‘검사→추적→격리·치료’로 이어지는 ‘3T(Test-Trace-Treat)’ 전략을 채택한 한국형 방역모델은 과학기술의 뒷받침 없이는 불가능한 정책이었다. 감염여부를 신속하고 정확하게 파악하는 유전자증폭검사(PCR)와 같은 진단검사기술을 비롯하여 접촉자 동선추적(contact tracing)과 모니터링을 용이하게 하는 자가격리 앱이나 ‘코로나19 역학조사 지원 시스템(EISS)’, QR코드, 전자출입명부시스템 등에 활용된 각종 정보통신기술 등을 떠올리면 쉽게 이해할 수 있는 사실이다. 이와 같이 코로나19 감염병 대응체계에서 과학기술은 전방위적으로 활용되었다.

이 연구에서는 감염병 대응 외에도 의료, 예방, 재활, 건강관리 등의 영역을 포괄하는 것으로 공중보건을 이해하고 있다. 하지만 나머지 영역들 역시 대체로 현대 의과학적 지식과 기술에 기반하고 있다는 점에서 정도의 차이만 있을 뿐 코로나19 대응에서 나타난 양상과 크게 다르지 않을 것으로 볼 수 있다. 따라서 과학기술에 대한 높은 의존성을 오늘날 공중보건체계에서 나타나는 일반적 특성으로 이해할 수 있을 것이다.

우리는 공중보건체계에서 과학기술의 필요성과 가치를 부정하기 어렵다. 필요한 과학기술을 제때 적절히 활용해 사람들의 생명과 건강을 효과적으로 지킬 수 있다면 과학기술에 크게 의존하는 것 자체를 문제 삼을 필요는 없을 것이다. 다만 과학기술에 대한 과도한 의존성이 공중보건체계의 목표, 즉 사람들의 생명과 사회적 삶을 보호하는 데 부정적 영향을 끼칠 위험성을 내포하고 있다면 비판적 검토의 대상에서 제외될 수 없다. 특히 바람직한 공중보건체계의 핵심 목표 중 하나로서 건강 불평등 문제의 해결을 고려한다면 더욱 그렇다.

이 위험성은 과학기술에 대한 두 가지 주류 사회인식에서 비롯된다고 볼 수 있다. 하나는 과학기술을 그 자체로 객관적이고 가치중립적인 것으로 인식하는 태도다. 다른 하나는, 그렇기 때문에 가급적 정치적 판단을 배제하는 가운데 과학 지식과 기술만으로 공중보건 문제에 대응하는 것이 바람

직하다는 믿음이다. 이는 코로나19 대응과 관련하여 전임 정부의 방역정책을 비판하고자 ‘정치방역 대 과학방역’이라는 이분법적 구도를 설정하고 ‘과학방역’을 강조하고 있는 현 정부의 프레이밍 전략에 잘 드러나 있다.<sup>97)</sup>

이러한 인식들은 공중보건체계에서 ‘과학기술주의(Technical Scientism)’<sup>98)</sup>를 강화하는 토대가 된다. 과학기술에 과도한 ‘인식론적 특권’을 부여하게 되면 사회적, 정치적으로 접근해야 할 문제까지도 과학기술을 통해 해결하고자 하는 경향성이 나타나게 된다. 과학기술에 대한 과도한 의존성이 문제가 되는 것은 이것이 과학기술주의를 배양함으로써 공중보건 문제에 대한 사회적, 정치적 접근의 필요성을 약화시키기 때문이다.

한편 과학이 무엇인지에 대해 여러 다양한 견해와 정의가 존재하지만, 과학이 자연과학과 사회과학으로 구성된다는 데 대체로 큰 이견은 없다. 그런데 과학기술주의에서는 주로 자연과학만을 ‘과학’으로 인정하려는 경향이 강하다. 과학기술주의는 ‘사회과학에 대한 경시’를 특징으로 한다. 코로나19 대응 과정에서도 방역과 의료대응 체계 전반에 걸쳐 자연과학에 해당하는 의학적, 역학적 지식과 그에 기반한 기술에 대해서는 높은 사회적 신뢰가 드러났다. 반면에 사회과학에 대해서는 소홀히 여기는 경향이 뚜렷이 존재하였다(〈글상자 4〉 참고).

#### 〈글상자 4〉 코로나19 전문가 자문위원회 구성에서 나타나는 사회과학 경시 현상

코로나19 유행 초기이던 2020년 4월부터 정부는 주요 방역정책 결정에 관한 권고를 받기 위해 전문가 자문기구인 ‘생활방역위원회’를 신설하여 운영해 왔다. 이는 2021년 10월에 단계적 일상회복을 앞두고 ‘일상회복지원위원회’로 전환되었다가 새 정부가 들어선 이후 폐지되었고, 2022년 6월부터 ‘국가감염병 위기대응자문위원회(위기대응자문위원회)’가 출범하여 운영하고 있다. 생활방역위원회(2기)는 ‘의약계 등 관계전문가(8인), 인문사회 학계(5인), 시민사회대표(2인), 소상공인대표(2인), 정부(2인)’로 구성되었고,<sup>99)</sup> 위기대응자문위원회는 ‘방역의료 13명, 사회경제 8명’으로 구성되어 있다.<sup>100)</sup> 위원회 구성에서 방역, 의료 전문가에 비해 사회과학 전문가의 비중이 상대적으로 적을 것을 알 수 있다. 사회과학 분야라 할지라도 주로 경제학이나 산업 분야 전문가에 편중되어 있는 양상을 보였다. 이는 사회과학 지식이 정책결정의 중요한 고려 요인으로 다뤄지지 않고 있음을 방증하는 한 단면이라 할 수 있다.

97) 경향신문, “[더 많은 정치방역이 필요하다](#)”, 2022년 8월 1일.

98) 과학기술주의(과학기술지상주의 또는 과학기술만능주의)란 인간과 사회의 모든 문제를 과학기술의 측면에서 포괄하고 해결하려고 하는 입장이나 태도를 뜻한다.

99) 보건복지부 보도참고자료, “수도권 등 2단계 지역은 유흥시설 집합금지”, 2021년 4월 9일.

100) 질병관리청. [국가 감염병 위기대응 자문위원회 개요](#). 검색일 2023년 8월 19일.

문제는 이것이 공중보건 문제에 대한 효과적 대응을 가로막는 방해요인이 된다는 점이다. 공중보건체계가 역학과 의과학 등 자연과학의 지식만으로 그 목표를 효과적으로 달성할 수 없다는 것은 자명한 사실이다. 코로나19 유행에서 확인했듯이 사회적 거리두기 조치나 역학조사, 백신 접종 등의 과정에서 사람들의 행동과 심리, 그리고 정치, 경제, 문화 등 여러 다양한 사회적 요인의 영향을 고려하지 않을 수 없기 때문이다.

또한 자연과학적 지식은 감염병 외부에 존재하는 사회적 영역에서 발생하는 문제에 답하기 어렵다. 사회적 거리두기 정책이 시행될 때 우리 사회는 이것이 다양한 사회적 집단의 건강과 삶에 어떤 영향을 미칠 것인지, 특히 학령기 아동과 청소년의 신체적, 정신적 발달에 어떤 영향을 미칠 것인지에 대해 충분한 과학적 검토가 부족했다. 방역조치가 미치는 사회적 여파에 대한 분석과 예측은 사회과학적 접근을 필요로 한다. 감염병 뿐 아니라 의료 영역에서도 의과학적 지식과 기술을 적용하는 과정에서 개인의 성향과 경험, 환자와 의료 전문가의 관계, 사회적 조건이 큰 영향을 미친다는 점에서 사회과학적 지식이 반드시 필요하다고 볼 수 있다.

공중보건에서 사회과학이 경시되는 배경에는 물리학적 법칙만을 과학으로 이해하려는 협소한 과학관이 자리잡고 있다. 하지만 공중보건의 다루는 건강은 실험실과 같은 폐쇄 체계가 아니라 개방체계에서 일어나는 복합적인 ‘사회적’ 실재다.<sup>101)</sup> 따라서 다양한 학문 분야를 아우르는 융합적 접근이 필요한 것이다. 여러 사회과학 분과의 접근(예: 인류학, 사회학, 심리학 등)은 왜 사람들이 정부 정책에 따르지 않는지, 목표를 달성하기 위해 어떤 사회적, 제도적 여건을 마련한 필요가 있는지에 대한 통찰을 제공할 수 있다.

한 예로 팬데믹 시기에 특정한 사회적 집단에서 나타난 ‘백신접종 주저(vaccine hesitancy)’ 현상을 생각해볼 수 있겠다. 자연과학적 관점에서는 단지 개인들의 선택에서 비롯된 현상이라고 설명할 수밖에 없지만, 사회과학적 접근은 이 문제를 야기하는 구조적 원인에 대한 진단과 함께 실천적 대안 모색에 필요한 통찰들을 제공할 수 있다.<sup>102)</sup>

즉, 현실에서 공중보건 문제는 자연과학이 다루는 ‘생물학적인 것(the biological)’ 뿐만 아니라 사회과학의 연구대상이 되는 ‘사회적인 것(the social)’을 아우르는 것으로, 이것에 효과적으로 대응하기 위해서는 사회과학적 지식을 포괄하는 접근이 필요하다. 자연과학적 지식과 기술을 내세우는 ‘무맥락적 개입(context-blind interventions)’은 현실에서 사람들이 겪고 있는 다종다양한 고통의 문제를 공중보건체계에 충분히 고려하여 반영하기 어려운 한계를 가질 수밖에 없다.

101) 시민건강연구소. 2021. <코로나19 백신접종과 시민의 권리>. 서울: 시민건강연구소.

102) Pickersgill, M., et al. 2022. “Pandemic preparedness means policy makers need to work with social scientists.” *The Lancet*, 400:547~49.

위와 같이 과학기술주의는 공중보건체계의 성패가 자연과학의 지식과 기술에 전적으로 달려 있다고 보는 부정확한 현실인식을 전제로 한다는 점에서 공중보건 문제에 효과적으로 대응하기 어렵게 만든다. 아울러 공중보건에서 과학기술주의 문제는 정치경제적 측면, 특히 권력의 관점에서 고찰할 필요성을 제시한다.

국가권력의 측면에서 볼 때 과학기술주의는 단지 공중보건체계의 효과성을 약화시키는 것뿐만 아니라 과학기술만으로 모든 문제를 해결할 수 있다는 인식을 강화함으로써 국가의 정치적 책무성을 축소시키고 통치의 정당성을 강화하는 효과를 낳는 측면이 있기 때문이다. 아울러 과학기술의 중립성 신화는 보건의료 분야에서 이윤 증대를 추구하는 경제권력의 개입이 과학기술의 개발과 생산, 배분에 상당한 영향력을 행사하고 있는 사실을 은폐하는 문제 또한 지니고 있다.

이처럼 공중보건체계에서 과학기술주의는 국가권력과 경제권력의 이해관계에 복무하는 가운데 사람들의 고통과 필요가 간과되도록 만드는 위험성을 내포하고 있다고 볼 수 있다. 이어지는 논의에서는 이러한 잠재적 문제점들에 대해 살펴보고자 한다.

#### 나. 국가 책임을 약화하는 과학기술주의

앞서 언급한 것처럼 (자연)과학기술에 대한 과도한 의존은 공중보건체계의 목표(생물학적, 사회적 삶 보호)를 달성하기 위한 개입의 효과를 낮춘다는 점에서 뿐만 아니라, 공중보건의 문제를 과학기술의 진보, 혁신만으로 해결할 수 있다는 인식을 확산, 강화하도록 이끌 우려가 있다. 이렇게 되면 공중보건을 통해 국민의 생명과 건강을 지켜야 하는 국가의 정치적 책무성은 과학기술에 대한 투자와 지원 역할을 이행하는 데 초점이 맞춰지면서 그만큼 약화될 가능성이 커지게 된다. 즉, 팬데믹 대응의 성과를 백신과 치료제의 개발, 구매, 유통, 보급의 문제로 축소하여 이해하는 인식이 지배적 담론으로 통용되는 상황에서 국가는 직접적인 책임당사자의 자리에서 벗어날 수 있는 것이다.

즉, 과학기술주의는 국가의 책무성을 약화시키면서 개인주의적 접근을 강화시키는 결과를 초래하는 측면이 있다. 과학기술주의가 지배하고 있는 사회에서는 팬데믹으로 많은 이들이 건강과 사회경제적 측면에서 큰 피해를 입게 되더라도 백신과 치료제 개발의 지연과 같은 과학기술의 한계를 아쉬워하는 가운데 단지 정부의 R&D 투자가 충분했는지, 또는 효율적이었는지 여부에만 초점을 맞추는 양상이 두드러질 가능성이 크기 때문이다.

실제로 지난 코로나19 대응 과정을 돌아해보면, 백신만능주의와 같이 기술적 해법에 대한 의존이 두드러졌다. 이는 각 개인이 처한 사회적 조건과 맥락을 소거시키면서 국가의 적극적 개입의 필요성

을 반감시키는 개인주의적 접근을 강화하는 데 기여하였다. 정부의 주요 목표와 관심은 백신 수급과 배분을 원활하게 관리하고 취약집단에 대한 백신 접종률을 높이는 것이었다. 반면 사회경제적, 지리적 조건 등 여러 복합적 이유로 방역 조치를 충실히 따르기 어려운 이들의 감염 위험은 단지 개별적 부주의 문제로 여겨지면서 ‘리스크 커뮤니케이션’과 같은 미시적 대안들이 주된 해결책으로 거론되었다.

과학기술적 대안에 관심이 집중되는 것이 반드시 국가의 책무성 회피로 이어지는 것은 아니다. 정부가 백신과 치료제 개발에 힘을 쏟으면서도 동시에 팬데믹과 방역 조치로 인한 사회경제적 피해를 적극적으로 보상하고 지원하는 정책을 추진할 가능성이 얼마든지 존재한다. 하지만 지난 코로나 19 경험은 적어도 한국 사회의 현실은 그렇지 않다는 사실을 분명히 확인시켜 주었다. 정부는 재정 건전성 악화를 이유로 사회적 거리두기와 격리 등의 방역조치로 인해 경제적으로 큰 타격을 받은 소상공인과 영세 자영업자, 불안정 고용형태의 노동자 등에게 매우 소극적인 지원과 보상정책을 시행하였다.

국가의 소극적인 재정지원 정책이 과학기술주의 때문인 것은 아니지만, 사회적 고통에 대한 국가의 책임을 묻는 비판여론이 확산되기 어렵게 만드는 사회문화적 토대로 작동한 측면이 있다. 따라서 우리가 지향하는 새로운 대안적 공중보건체계는 과학기술주의의 텃에서 벗어나 공적 책무를 지닌 국가의 적극적인 역할을 기대하고 요구해야 할 필요가 있다. 백신과 치료제 개발이 미진한 상황에서도 국가는 사회적 역량을 총동원하여 취약한 이들의 건강과 사회적 삶의 기반을 보호하고 사회경제적 불평등이 심화되는 것을 방지할 책무가 있기 때문이다.

전술한 바와 같이 우리는 공중보건체계를 국가 통치의 관점에서 이해할 필요가 있다. 공중보건체계에서 국가의 정치적 책무성을 축소, 약화시키는 효과를 발생시키는 과학기술주의는 결과적으로 국가 통치의 정당성과 안정성을 높여준다는 점에서 국가권력의 통치전략으로 활용되는 측면이 있다. 과학기술에 대한 높은 신뢰와 의존도가 오로지 국가권력의 전략적 기획에 의해 형성되었다는 뜻은 아니다. 과학기술에 대한 뿌리 깊은 믿음은 굳이 설명할 필요가 없을 정도다. 다만 국가권력이 이러한 믿음에 편승하고 또 이를 부추기는 가운데 정책기조와 예산, 언론 홍보 등의 수단을 통해 공중보건체계에서 과학기술에 대한 의존성을 더욱 심화시키는 전략을 구사하고 있다고 해석할 수 있을 것이다.

#### 다. 국가-경제 권력의 이해관계에 복무하는 과학기술

전술한 논의에서는 공중보건체계에서 과학기술주의가 국가의 책무성을 축소시키는 메커니즘을 통해 국가 통치의 정당성을 높이는 전략으로 활용되는 문제적 측면을 지적하였다. 다음으로 과학기술주의에 대한 내재적 비판, 즉 과학기술의 중립성 신화가 공중보건에서 과학기술이 지배권력의 이해관계에 복무하고 있다는 사실을 은폐하는 측면에 대해 고찰하고자 한다.

엄밀하게 보면 과학과 기술의 중립성 명제는 서로 구분하여 접근해야 한다. 중립성 문제는 과학의 경우 주로 가치(주관)와 사실(객관)의 관계를 다루고, 기술에서는 수단과 목적이 분리될 수 있는지 여부에 관한 것이다. 하지만 공중보건체계의 현실적 맥락에서 과학과 기술은 서로 긴밀히 얽혀있고 이 둘 모두에서 중립성 신화가 존재한다는 점에서 이 연구에서는 함께 논의하고자 한다.<sup>103)</sup>

우선 과학기술을 가치자유(중립)라고 보는 접근이 과학철학과 기술철학에서 더 이상 보편 진리로 인정받지 못한다는 사실에 주목할 필요가 있다. 과학을 가치자유라고 주장하는 실증주의적(경험주의적) 과학관은 과학철학의 여러 사조 가운데 하나에 불과할 뿐이다. 게다가 가치와 사실을 구분하는 것이 사실상 불가능하다는 결정적 반론에 부딪히면서 그 이론적 타당성을 이미 오래전에 상실한 상태이기도 하다.<sup>104)</sup>

기술철학에서 기술의 수단과 목적이 완전히 분리된다고 믿는 견해는 기술의 자율성 여부를 놓고 두 갈래로 나뉜다. 하나는 기술을 자율적이라고 믿는 ‘기술결정론’이다. 기술결정론은 기술적 필요가 발전의 경로를 결정한다는 믿음과 기술이 효율성을 높이는 방향으로 발전한다는 진보에 대한 믿음을 특성으로 한다.<sup>105)</sup> 다른 하나는 진보에 대한 자유주의적 신념을 가지고 기술이 인간에 의해 통제된다고 믿는 도구주의적 접근이다.

반면 기술의 중립성을 거부하는 견해들에서는 기술적 수단이 목적과 너무 뒤엉켜버려서 수단과 목적을 구분해 낼 수 없다고 주장한다. 또 기술에 대한 비판이론은 기술의 수단과 목적은 인간의 궁극적 통제에 종속되는 체계에 결합되어 있다고 보면서 행위주체(agency)의 역할을 긍정적으로 평가한다(〈표 1〉).

103) 과학과 기술은 상호작용하며 매우 복잡하게 얽혀 있는 관계로 볼 수 있다. 새로운 기술에 대한 아이디어의 원천으로서 과학, 또는 공학 설계의 도구와 기법의 원천으로서 과학을 이해하기도 한다. (Brooks, H. 1994. “The relationship between science and technology.” *Research Policy*, 23(5):477~86.)

104) 이기홍. 2019b. <사회과학의 철학적 기초>. 파주: 한울아카데미.

105) 핀버그, 앤드류. (김병운 옮김). 2018. <기술을 의심한다: 기술에 대한 철학적 물음>. 서울: 당대.

〈표 1〉 기술의 중립성, 자율성에 대한 이론적 접근 (핀버그, 2018)

기술은	자율적이다	인간에 의해 통제된다
중립적이다 (수단과 목적의 완전한 분리)	결정론 (예: 전통적 마르크스주의)	도구주의 (진보에 대한 자유주의적 신념)
가치를 담고 있다 (수단은 목적이 포함된 생활방식을 형성한다)	실체론 (수단과 목적은 체계 수준에서 연관되어 있다)	비판이론 (대안적 수단-목적 체계의 선택)

전술했듯이 공중보건체계에서 과학기술은 단지 공중보건 목표를 효율적으로 달성하는 데 사용되는, 중립적이고 비정치적인 도구일 뿐이라는 생각이 주류 경향을 이루고 있다. 여기에는 “기술진보는 곧 인류의 진보다”와 같이 과학기술은 모든 사람을 이롭게 하는 보편적 가치를 지닌다는 믿음이 깔려 있다. 공중보건과 관련된 중대한 결정은 과학적 연구결과를 따르는 게 바람직하다는 믿음, 그리고 더 강력한 백신과 치료제, 더 정확한 리스크 기반 역학적 모델링과 예측감시시스템, 빅데이터 기술 개발을 통해 공중보건 위기 상황을 통제할 수 있다고 전망하는 입장 등은 기술결정론이나 도구주의에 가까운 태도로 볼 수 있다.

이는 공중보건체계에서 과학기술 전문가들이 자신들의 전문성, 즉 전문지식권력을 정당성의 자원으로 삼아 사회적, 정치적 논의와 결정 과정을 독점하는 ‘기술관료주의(Technocracy)’로 나타난다. 하지만 기술결정론이 전제하는 것과 달리 실제 과학기술은 ‘단선적 진보(unilinear progress)’의 양상을 보이지 않는다. 또 개발된 기술이 구체적으로 적용되는 과정에서 여러 복잡한 사회적 맥락들에 의해 변형되고 수정되기도 한다.

도구주의적 기술중립성 역시 오류다. 구성주의적 관점에 기반한 ‘과학기술학(Science and Technology Studies: STS)’은 과학기술이 보편적 합리성의 산물이 아니라는 점을 보여주고 있다. 특히 정치경제적 관점에서 볼 때 과학기술은 특정 주체에게 좀더 유리한 편향성을 가진 가치를 내포하고 있기 마련이다. 공중보건체계를 국가권력-경제권력-사회권력의 역동적 상호작용 속에서 구성되고 변화하는 권력관계의 산물로 볼 때 이 체계에서의 과학기술 역시 권력들 간 투쟁과 경합의 관계 속에서 생산, 개발, 선택, 분배되는 것으로 이해할 수 있다. 이러한 관점은 권력주체의 행위성에 주목한다는 점에서 기술에 대한 비판이론적 접근과 유사하다고 볼 수 있다.

이 관점에 따르면, 공중보건체계에서 어떤 기술이 선택되는지는 기술적, 경제적 효율성이 아니라 선택에 영향을 미치는 권력 주체들의 이해관계에 해당 기술이 얼마나 ‘적합’한가에 달려 있다고 볼 수 있다. 따라서 우리는 공중보건체계에서 어떤 과학 지식과 기술이 채택되어 활용될 경우 그것의

정치경제적 함의, 즉 “누구를 위한, 무엇을 위한 과학기술인가?”를 물어야 할 필요가 있다.

현재 권력관계의 지형을 고려할 때 공중보건에서 과학기술은 국가권력과 경제권력에 보다 유리한 것으로 보인다. 국가권력에 편향되어 설계, 개발되고 활용되는 과학기술은 국가 통제와 효율성, 관료적 합리성의 증대에 유용한 특성을 지닐 가능성이 크다. 한편 과학기술의 생산, 분배에서의 중립성·객관성의 허위에 대한 비판과 관련해서는 경제권력의 측면에 주목할 필요가 있다. 공중보건체계에서 과학기술 개발은 경제권력의 동기에 의해 추동되는 경향이 강하기 때문이다.

공중보건의 대표적 과학기술 수단인 치료제와 백신을 생각해보자. 이것들은 이윤 창출을 핵심 목표로 하는 제약기업들의 영향력에서 자유롭지 않다. 초국적 제약사나 바이오 기업은 미래에 충분한 수익이 보장되지 않으면 공중보건에 필수적인 백신과 치료제의 개발을 기피할 가능성이 크다. 오늘날 지배적인 기술경제 패러다임(techno-economic paradigm) 속에서 기업들은 공중보건위기를 통해 더 큰 이윤을 창출하고자 한다. 코로나 팬데믹 상황에서도 위기를 기회로 활용하는 자본축적의 움직임은 지속되었다.

저소득국가의 경우 기본적인 위생 실패로 인한 원내감염과 의료자원 부족 등과 같이 보건의료시스템의 한계를 개선하는 것이 백신 개발(에 투자하는 것)보다 인구집단의 건강 보호에 더 효과적일 수 있다. 하지만 현실에서 대부분 국가는 경제권력의 수익 극대화(에 유리하도록) 백신을 비롯해 최첨단 진단과 치료제 등을 통해 문제를 해결하는 방향으로 공중보건 정책을 추진하였다.

이는 국가권력과 경제권력의 이해관계가 맞아떨어진 결과로 해석할 수 있다. 경제권력은 국가권력과 협력 내지 공모 관계 속에서 공중보건의 과학기술 개발, 생산, 배분의 전체 과정이 자신의 이해관계에 부합하는 방향으로 전략을 구상하고 그에 따라 실천한다. 공중보건체계에서 이러한 경제권력의 수익극대화 전략은 국가권력에게도 유리하다. 팬데믹 상황에서 사회경제적 지원책보다 백신, 치료제 등에 초점을 맞추는 것이 통치의 정당성 확보를 용이하게 만든다는 점에서 국가권력의 이해관계에도 부합하기 때문이다.

보다 거시적 차원에서 공중보건체계를 넘어서 볼 때에도 그렇다. 자본주의 사회경제체제에서 경제성장은 국가 통치의 정당성을 결정짓는 절대적 ‘신조’로 자리잡고 있다. 따라서 경제권력의 이해관계에 복무하는 방식으로 공중보건체계를 운영하는 것이 결과적으로 국가권력의 이해관계에 부합하는 통치 전략이기도 한 것이다. 그렇기 때문에 이는 단지 감염병 대응 측면에 국한되지 않는다. 경제권력은 정밀의료, 원격의료, 바이오헬스, 디지털헬스 등 질병치료와 예방, 건강관리, 웰빙 등 보건의료, 건강과 관련된 광범위한 영역에서 산업화를 진행하기 위해 각종 과학기술을 개발하고 결합하고 있다. 국가권력은 경제성장과 산업발전 위주의 과학기술정책을 추진하면서 경제권력에 의한

공중보건의 ‘식민지화’에 적극 협력하고 있다.

과학기술 개발은 국가 간 권력불평등도 반영한다. ‘콜드체인(저온유통시스템)’ 없이도 보관과 유통이 가능한 코로나19 백신 개발이 뒤늦게 이뤄졌다는 사실은 고소득국가에 유리한 과학기술 개발이 우선적으로 이뤄진다는 것을 잘 보여주는 사례다. 세계적으로 보건의료 분야의 과학기술 R&D에 투자되는 연구비의 대부분이 고소득국가에 집중되는 가운데 수익성이 낮은 ‘소외열대질환(Neglected Tropical Disease)’에 투자되는 연구비는 매우 적은 실정이다.<sup>106)</sup>

고소득국가의 국가권력은 연구개발체제에서 기업의 자유로운 연구개발 활동을 보장하기 위한 제도적 기반을 제공하고, 경제적 지원과 유인 전략을 구사한다.<sup>107)</sup> 코로나19 유행 초기에 미국과 같은 제약 강국들은 막대한 투자가 필요한 백신 개발 연구에 제약기업이 착수할 수 있도록 백신의 실용화, 즉 상품성과 수익성을 보장하겠다는 약속과 지원을 제공하기도 하였다. 개발된 치료제와 백신을 배분하는 과정에서는 경제권력에게 유리한 시장논리가 강하게 작동했다. 한국의 경우에도 팬데믹 초기에 민간 기업들이 국가로부터 재정 지원을 받아 진단키트를 개발한 바 있지만, 그 판매 이익에 대한 공적 환원은 전혀 이뤄지지 않았다.<sup>108)</sup>

이처럼 애초 과학지식과 기술이 불평등한 권력관계 속에서 편향되게 개발, 생산, 분배되고 있음에도 불구하고 이를 순수하게 객관적이고 가치중립적인 것으로 프레임하는 것은 권력불평등에서 비롯된 사회구조적 문제를 은폐하는 위험성이 있다. 국가권력과 경제권력에 유리한 방식으로 과학기술의 만들어지고 분배되는 것이 문제인 이유는 잘 들리지 않고 보이지 않는 사회적 약자들의 고통과 피해를 해결하기 위한 과학기술의 역할이 상대적으로 간과되고 지연될 수밖에 없기 때문이다. 지난 팬데믹 과정에서도 적극적으로 개발되고 도입되어야 할 기술인데 그렇지 못한 사례는 적지 않았다. 한 예로, 확진자 동선파악과 시설·자가에서의 격리 감시를 위해 스마트폰 앱 등 여러 디지털 기술을 활용되는 가운데 개인의 프라이버시를 심각하게 침해할 수 있다는 우려가 제기되었지만,<sup>109)</sup> 이러한 인권침해적 위험성을 최소화하기 위한 기술적 개선과 보완 노력은 상대적으로 미진하였다. 이는 아마도 국가-경제권력의 이해관계에 큰 피해를 주지 않기 때문이었을 것이다.

106) Joelle, T. 16 APR 2021. [“Shortfall in research funding for the most neglected diseases: Reflections on the 2020 G-FINDER Report.”](#) DNDi.

107) 시민건강연구소. 2021. 전게서.

108) 시민건강연구소·PHMKOREA·건강사회를위한약사회. 2021. “코로나19 진단키트 산업의 공공성: 정부와 진단키트 기업이 가져야 할 공적 책무성”.

109) 한겨레, [“스마트 방역과 프라이버시의 긴장”](#), 2020년 6월 9일.

## 2.2.4. 사회권력이 주도하는 공중보건체계의 가능성 모색

### 가. 생명권력에 대한 사회권력의 저항의 가능성

공중보건체계에 작동하고 있는 생명정치的问题是 이것이 ‘문제’로 주목받고 정치화되고 있지 못하다는 데 있다. 역설적으로 이는 현재의 국가 통치가 얼마나 ‘성공적’인가에 대한 방증이기도 하다. 푸코는 통치란 다양한 사회 영역과 제도에서 나타나는 것으로 보고, 인구 또는 사람들, 사물들 사이의 복합적 관계를 관리하고 다스리는 기술이라고 보았다. 푸코가 통치(성) 개념을 활용한 이유는, 국가가 생명권력 발휘를 위해 구체적으로 사용하는 기술을 더 상세하게 탐색하기 위해서였다. 동시에 생명권력에 대한 저항 가능성을 사유하기 위함이기도 했다.<sup>110)</sup> 국가가 정치권력에 순종하는 예측적인 개인을 만들어내고, 각종 정책과 제도로 인구의 생명을 조절, 관리하는 구조 아래서는 개개인 차원에서 저항을 통해 국가 통치를 넘어서는 것을 상상하기 어려운 것이 사실이다.

그러나 푸코의 이론에서 저항의 가능성은 여전히 열려있고, 현실에서도 미약하지만 저항의 실천이 존재한다. 푸코는 권력이란 다른 사람들의 생각과 행동에 영향을 미치는 방법으로, 모든 사람은 그 정도의 차이가 있을 뿐, 누구나, 어디서나 힘을 갖고 있고, 다양한 권력들은 서로 관계를 맺어가며 작동한다고 보았다. 즉, 권력은 어떤 중심에서 파생되고 조직되는 것이 아니라 다양한 장치들을 통해 서로 교차하고 견제하는 다양하고 차별적인 힘들의 관계라는 것이다. 이러한 관점에서 한 주체가 다른 한 주체를 영속적으로 지배한다는 명제는 성립하지 않는다. 주체들 간 권력 크기, 혹은 방향성은 언제나 변동 가능하며, 변동 중에 있다.

한편 권력 주체의 단위는 미시적인 개별 행위자 차원에서부터 거시적인 국가-경제-시민사회 단위까지 다양하게 정의할 수 있다. 전술한 바와 같이 생명권력과 관련된 논의에서는 권력 주체를 거시적 수준에서 국가-경제-사회로 분류한 라이트의 틀이 유용한 해석적 틀을 제공한다. 현실에서 국가 권력은 공중보건체계를 수립하고 실행하는 핵심 행위자라는 점에서 국가권력에 초점을 두고 작동방식과 전략을 살펴볼 필요가 있다. 또한 권력의 전복 혹은 저항은 개개인 단위에서 발생하는 것이 아니라 ‘연대’를 통해 가능하다는 점에서 개별적, 미시적 차원보다는 집합적 차원에서 사회권력의 힘과 역할을 논의하는 것이 적절하기 때문이다.

현재 국가권력이 행사하는 생명권력과 공중보건에서의 통치는 생명에 불평등하고 차별적인 가치를 부여하고 있다. 그러나 관계론적 권력론의 관점에 비추어 볼 때 국가권력이 아무리 압도적인 힘

110) 진태원. 2006. 전거서.

을 발휘하고 있다고 할지라도, 사회권력의 저항을 통한 기존 권력 관계의 전복가능성은 항상 내재되어 있다.

코로나19 의료공백실태조사단은 정부와 의사협회를 향해 다음과 같은 성명서를 발표했다.

*“공중보건 위기 상황에서 필요한 것은 방역을 강화하는 것과 더불어 누구도 소외되지 않고 평등하게 진료받을 수 있도록 공공의료체계를 정비하는 것이다.”<sup>111)</sup>*

이러한 성명서 발표에서 우리는 다른 사회 구성원이나 사회단체들 간 연대의 가능성을 찾을 수 있다. 나아가 국가권력 혹은 경제권력 주도의 지식 생산에 사회권력이 균열을 내고, 지식의 공동생산도 상상해볼 수 있는 미래다. 시민사회단체들은 초국적 제약회사 주도의 백신 개발 과정에 기저질 환자와 HIV/AIDS 감염인이 참여해 보다 안전한 백신이 개발되어야 한다고 주장하였다.<sup>112)</sup> 아직은 주장과 요구의 수준이지만, 사회권력에 의한 새로운 대안적 공중보건체제로의 변화 가능성을 부정하는 지배 담론을 거부하는 것에서부터 변화를 위한 첫걸음을 뗄 수 있을 것이다.

#### 나. 과학기술에 대한 사회권력의 민주적 통제 가능성

사회권력의 열세로 인해 공중보건체계에서 과학기술이 국가권력과 경제권력에 의해 좌우되고 있는 현실이다. 코로나19 유행 과정에서 글로벌 시민사회는 과학기술의 정의로운 분배를 위해 백신과 치료제에 대한 지식재산권 유예를 촉구하는 운동을 벌였지만 국가-경제권력의 기득권 장벽을 뚫어 내지 못했다.

사회권력의 영향력 한계는 과학기술의 생산과 개발, 분배에서 사람들의 고통과 필요가 충분히 고려되지 않는 문제점으로 드러난다. 하지만 과학기술이 사회투쟁, 권력 간 각축이 벌어지는 영역이라는 점에서 권력관계의 역동적 변화를 통한 과학기술의 변혁 가능성이 존재한다. 따라서 과학기술의 민주화, 공공성 강화를 위해서는 사회권력의 강화가 이뤄질 필요가 있다. 이러한 권력관계의 변화는 공중보건 분야에서의 과학기술의 모든 과정을 시민들이 참여하여 민주적으로 통제할 수 있도록 하는 제도적 변화의 가능성을 높일 수 있다.

전문가와 기술관료들은 공공영역의 비합리성을 극복한다며 기술의 ‘정치화’가 아니라 정치의 ‘기

111) 코로나19 의료공백실태조사단. “[공동성명] 코로나19 2차 대유행 상황에서 정부와 의사협회의 책임과 본분은 사회구성원들의 건강과 생명을 지키는 일이다”. 2020년 8월 28일.

112) 시민건강연구소. 2021. 전개서. 244쪽.

술화'를 주장하며 과학기술의 민주화를 거부할 것으로 예상된다. 하지만 사람 중심의 대안적 공중보건체계를 지향하는 우리는 그러한 기술화, 즉 과학기술의 중립성·자율성 신화에 도전해야 한다. 그동안 과학기술 전문가들이 자율성을 가진다고 인식된 이유는, 정치로부터 독립되어 있어서라기보다는 정치적 요구를 기술적 합리성의 용어로 번역하는 데 성공해 왔기 때문이다. 전문가들이 주장하는 기술의 중립성 담론은 자신들의 자율성에 도전하는 시민들의 저항을 무마하기 위한 방어적 수단으로도 해석할 수 있다.

과학기술학에서 주장하고 있는 바와 같이 과학기술은 사회에 대해 외생적인 것이 아니라 사회를 구성하는 일부이다. 따라서 지금 우리에게 절실히 요구되고 있는 것은 과학 기술의 내용을 민주정치 의 대상으로 삼는 '과학기술의 민주정치(democratic politics of science and technology)'다.<sup>113)</sup> 공중보건과 관련된 기술개발에서 환자나 일반 시민들의 의견, 경험이 충분히 반영될 수 있도록, 그래서 공중보건체계가 사람들의 요구에 민감하게 반응할 수 있도록 민주화하는 것이 필요하다. 사람 중심의 관점에서 과학기술 개발, 설계와 분배가 이뤄질 수 있도록 '과학기술 시민권 (scientific-technological citizenship)'에 기반을 둔 시민 참여를 통해 과학기술적 의사결정 과정에서 배제된 시민들이 피해를 입는 문제를 해결할 필요가 있다. 그리고 이러한 과학기술의 민주적 통제는 바로 사회권력의 강화를 통해 만들어갈 수 있을 것이다.

#### 다. 코로나19 과정에서 나타난 사회권력의 저항적 실천 사례

지난 코로나19 유행 과정을 돌아보면, 권력관계의 열세에도 불구하고 사회권력 주체들은 큰 틀에서 볼 때 사람 중심의 공중보건체계를 만들기 위한 실천을 전개하였다. 이는 주로 정부의 방역정책에 따라 발생한 문제점의 개선을 요구하는 방식으로 이뤄졌다. 비록 목표를 달성하는 데 실패한 경우가 많았지만, 이 중 일부에서는 기존 정책을 변경하거나 새로 도입하도록 만드는 일정한 성과를 거두기도 하였다. 이러한 사례들을 검토하는 것이 중요한 까닭은 이를 통해 여러 형태와 성격의 집단들로 분산되고 파편화되어 있어 잘 보이지 않는 사회권력의 실체를 기능해보고 동시에 변화의 가능성을 전망하고 효과적인 실천 전략을 모색하는 데 참고할 수 있기 때문이다.

2021년 2월부터 코로나19 백신 접종이 시작된 이후 이상반응이 나타나 피해를 겪은 이들이 적지 않았다. 그러나 백신과의 인과성을 인정받기 쉽지 않은 제도적 한계로 인해 백신 부작용 피해자들은 적절한 치료나 지원을 받기 어려운 상황이었다. 백신피해에 대한 보상과 지원에 정부가 소극적

113) 김환석. 2010. "과학기술 민주화의 이론과 실천". *경제와 사회*, 85:12~39.

인 태도를 보이자 ‘코로나19 백신피해자가족협의회(일명 ‘코백회’)'가 결성되어 국가를 향해 손해배상청구 소송을 제기하는 등 사회 전반에서 정부의 책임 있는 대책 마련을 요구하는 목소리가 확대되었다. 여론의 압력을 받은 정부는 백신 피해 지원 금액과 인과성 인정 범위를 넓히면서 ‘코로나19 예방접종 피해보상지원센터’을 신설하고 보상과 지원을 확대하기로 하였다.<sup>114)</sup> 정부의 대책이 미흡했다는 평가가 많지만, 사회권력의 힘이 공중보건 정책에 일정한 변화를 만들어낼 수 있음을 보여주는 사례로 해석할 수 있을 것이다.

한편 코로나19 감염병이 확산되는 추세 속에서 외국인 확진자가 늘어나자 여러 지자체들에서 외국인 노동자를 대상으로 코로나19 진단검사를 의무화하는 행정명령을 발령한 일이 있었다. 지자체들은 이들의 건강을 보호하기 위해 불가피하게 내린 선제적 조치라고 설명했지만, 여러 인권단체들은 이주노동자들만을 대상으로 검사를 강제하는 것은 명백한 차별 행위임을 지적하며 철회를 요구하였다. 국가인권위원회에서도 해당 행정명령을 중단할 것을 권고하자 일부를 제외한 대부분 지자체들은 이를 수용하여 진단검사를 ‘의무’에서 ‘권고’ 조치로 변경하였다.<sup>115)</sup> 이 역시 사회권력이 방역정책의 결정에 유의미한 변화를 만들어낸 사례로 볼 수 있을 것이다.

또한, 2020년 10월에는 전 세계 시민사회가 연대하여 ‘무역관련 지적재산권에 관한 협정(Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights: TRIPS)’의 특정 조항을 유예하자는 취지의 트립스 유예안을 WTO 이사회에 제시하였다.<sup>116)</sup> 이후 시민사회단체들은 성명서, 시위, 기고 등 각국 정부를 향해 유예안을 통과시킬 것을 촉구하는 운동을 활발히 전개하였다.<sup>117)</sup> 비록 유예안 통과가 지연되면서 실효성 있는 성과를 거두지 못했지만, 코로나19 백신과 치료제 판매를 통해 이익을 얻으려는 경제권력, 특히 지식재산권을 독점한 제약자본에 맞서는 사회권력의 저항적 실천 사례로 이해할 수 있다.

사회권력의 저항적 실천으로 주목해야 할 또 다른 사례로 2021년 9월 2일 보건의료노조(이하 노조)와 보건복지부가 체결한 ‘9.2 노정합의’를 꼽을 수 있다. 노조는 보건의료노동자들이 코로나19 장기화로 현장의 보건의료 인력 부족 문제가 심화되고 의료진의 피로도가 누적된 문제점을 지적하며 공공의료 강화와 인력 확충, 처우 개선 등을 정부에 요구하였다. 수차례 노정 교섭에서 실질적 해결책을 찾지 못하자 노조는 총파업 카드를 꺼내들었고 결국 노정합의 타결을 이끌어냈다. 노정합의안에 담긴 공공병원 신·증축과 기능 강화, 필수 운영 경비(공익적 적자) 지원, 간호사 1인당 실제

114) 대한민국 정책브리핑. “[코로나19 백신 피해 지원 강화·사망 위로금 1억으로 상향](#)”. 2022년 7월 19일.

115) 경향신문. “[지자체 ‘이주노동자 코로나19 검사 강제 행정명령은 인권침해’ 인권위 권고 수용](#)”. 2021년 11월 30일.

116) 시민건강연구소·PHMKOREA·건강사회를위한약사회. 2021. 전거서.

117) 참여연대. “[\[기자회견\] 백신은 인류 공공재! 특허권을 풀어 생명을 구하라!](#)”. 2021년 4월 29일.

환자수 기준 제도화, 의사인력 확충 등의 방안들이 실제 이행되지 않았다는 점에서 사회권력의 가능성과 한계를 동시에 잘 보여준 사례일 것이다.

마지막으로 역시 현재까지 뚜렷한 성과를 거두지 못하고 있지만 감염병 전담병상이 부족한 여러 지역들에서 시민사회단체들이 연대하여 공공병원 설립 운동을 전개한 사례 역시 사회권력의 실천으로 볼 수 있다.<sup>118)</sup>

위와 같은 사례들은 이번 코로나19 팬데믹이라는 공중보건 위기 상황에서 국가권력과 경제권력이 주도하는 시스템에 맞서 미약하지만 다양한 형태의 저항 방식으로 사회권력이 작동했다는 사실을 보여주고 있다.

### 2.3. 소결 : “인구(population)”에서 “사람(people)”으로

이 연구에서 우리는 푸코의 생명정치와 통치성 이론을 참고하여 공중보건체계를 국가통치의 관점에서 새롭게 이해할 것을 제안하였다. 하지만 이것이 국가 단독의 일방적인 의지와 결정만으로 공중보건체계가 운영된다는 것을 의미하는 것은 아니다. 우리는 또한, 관계론적 권력론과 권력삼분법 접근을 참고하여 공중보건체계를 ‘국가권력-경제권력-사회권력’이라는 세 권력이 서로 각축과 경합, 투쟁, 그리고 때로는 협력하고 공모하는 상호작용 속에서 끊임없이 형성되고 작동되는 산물로 이해하였다. 이러한 이론적 틀은 우리로 하여금 사회권력의 강화를 통해 공중보건체계에 대한 시민들의 실질적인 민주적 통제가 가능해지는 미래를 상상하고 실천할 수 있도록 만든다는 점에서 유용하고 바람직하다.

우리는 구체적으로 국가통치로서의 공중보건체계의 측면을 이해하기 위해 이번 코로나19 팬데믹 대응 과정에서 드러난 문제적 현실을 조명하였다. 먼저 통치에 위협이 되지 않는 적절한 수준에서 위기를 관리하는 가운데 사회경제적으로 취약한 인구집단을 차별, 배제하는 생명정치, 즉 생명권력으로서 통치적 측면을 살펴보았다. 그리고 건강과 생명을 돌보는 책임을 국가에서 개별 시민으로 철저히 전가하는 신자유주의적 통치성의 주요 전략들이 공중보건체계에서 드러난 사례들을 검토하였다. 아울러 공중보건 위기를 과학기술만으로 해결할 수 있다는 믿음을 통해 국가 책무성을 축소하고자 하는 통치 메커니즘과 과학기술의 가치중립성 신화를 통해 경제권력의 자본축적 동기에 정책방향이 좌우되는 현실을 은폐하는 측면을 고찰하였다.

이상의 논의에서 우리는 현재 공중보건체계는 국가권력과 경제권력의 지배적 영향력 속에 놓여

118) 쿠키뉴스, “[‘광주울산’ 공공의료원 설립 요구… ‘예타 면제’ 목소리도](#)”. 2021년 11월 11일.

있음을 확인하였다. 하지만 동시에 미약하지만 사람들의 고통과 필요에 응답하기 위해 공중보건체계에 개입하는 사회권력의 여러 실천 사례들을 통해 변화의 가능성을 엿볼 수도 있었다. 앞으로 사람 중심의 공중보건체계를 위해서는 사회권력의 강화를 어떻게 이뤄갈 수 있을지에 대해 이론과 실천 측면에서 적극적인 고민과 연구가 필요할 것이다.

### 3. 시민주도형 공중보건체계

#### 3.1. 서론: 공중보건체계에서 왜 시민 주도적 참여를 제기하는가

##### 3.1.1. “우리를 빼고 우리에게 대해 이야기하지 말라”: 공공정책에서의 시민참여

정치적 공동체의 일원으로서 사람들은 자신의 삶에 영향을 미치는 결정에 대해 참여할 권리와 의무를 가진다. 사람들이 자신의 삶에 관련된 공적 결정에 대하여 발언권을 가질 수 있는 기본권을 참여의 권리(The right to participation)라고 한다. 시민들이 정치적 공간, 공적 담론장에 참여하는 것은 정책개발과 수행에서 민주적 결손을 해결하는 방법으로 옹호되며, 시민들은 다양한 방식의 참여를 통해 민주적 기능을 수행하고 있다.

현대국가들은 대의제 민주주의를 통해 이 의사결정에 대한 권한을 대표자에게 위임하는 형식으로 운영하지만, 일찍이 루소가 말한 대로 ‘선거가 끝나면 노예로 돌아가는 제도’로서 절차적 민주주의는 근본적인 한계를 가진다. 그러므로 대의제의 실천과 함께 시민들은 최고 통치자에 대한 무장투쟁으로서나 시민불복종, 혹은 다양한 형태의 사회운동을 통해 ‘직접행동 민주주의’를 실행해왔다. 무엇보다도 다원화되고 복잡해진 현대 사회에서 대의민주주의와 정당에 기반을 둔 정치는 ‘급진적 개혁을 추동하는 데 실패하고, 현상을 정당화하는 편리한 의식(儀式)’이 되었다는 벤저민 바버의 진단<sup>119)</sup>으로 한국 사회를 비춰볼 때, 시민의 정치적 참여는 심대한 대의를 가진다.

보건의료 영역에서 참여의 권리는 1978년 일차의료에 관한 알마아타 선언 제4조에 “사람들은 개인적으로나 집합적으로나 자신들의 건강관리를 계획하고 시행하는 데 참여할 권리와 의무를 가진다”고 명시되어 있는데, 이것이 보건의료에서 시민참여를 독려하고 법제화하는 근거가 되고 있다. 그러나 보건의료와 건강이란 주제에 대한 시민들의 정치적 결정과 참여는 국가나 전문가주의에 견인되어 왔던 역사적 경로 때문에 더욱 실천하기 어려운 영역이다.

그러나 보건의료는 무엇보다 사람들의 생명과 안전, 삶의 질에 직접 관련된 영역이기 때문에, 시민들이 보다 책임감 있는 ‘자기 삶에 대한 결정’을 내릴 수 있도록 국가권력이나 전문가권력, 의료산업·경제권력으로부터 독립적인 시민권력, 사회권력을 가지는 것이 더욱 필요하다. 그러나 권력은 스스로 창출되지 않기 때문에 시민들은 구체적인 자기 삶에 대한 문제로부터 출발하더라도, 그 문제가 정치적 의사결정과 자원배분이 필요한 공동체의 문제로서 가지는 의미, 그리고 문제로 지속되어

119) 카터, 에이프릴. (조효제 옮김). 2005(2007). <직접행동>. 서울: 교양인.

왔음에도 역사적으로 배제되거나 경시되었던 사회적 배경, 문제 해결을 위해 가능한 수단들에 대하여 시민의 관점과 필요에서 설명하고 주장하며 사회적 권력을 구축하는 쉽지 않은 책무를 수행해야 한다. 아울러 시민들이 권력을 강화할 수 있도록 정부는 공론장에 참여하는 시민들의 의사결정과 이해에 도움을 줄 수 있는 양질의 지식과 정보를 공유하고, 시민들의 참여 형식과 내용을 심화하고 실질적 결정 권한을 가질 수 있도록 시민참여를 제도화시키는 것이 필요하다.

### 3.1.2. 코로나19와 시민의 (재)발견

최근 3년간의 코로나 대응 과정이 남긴 교훈은 정부와 연구자(와 과학 지식)에 대한 시민들의 신뢰와 수용이 팬데믹 대응에서 가장 중요하다는 사실이라 할 수 있다. 하향식 건강 정책을 통해 수행할 수 있는 일들은 한계가 있으며, 당사자들의 수용성과 신뢰가 보장되지 않는다면 어떤 공중보건정책도 효과적으로 그 목표를 달성할 수 없음이 드러났다. 여러 국가 간 비교 연구들은 정부와 시민·당사자의 신뢰와 소통이 보건학적 성과에 기여한다는 사실을 증명하고 있다. 정부와 대인관계에 대한 신뢰가 높을수록 감염율이 낮아지고, 백신 수용율이 높았고,<sup>120)</sup> 정부에서 시민사회에 제한 없이 정보를 개방하고 양측의 의사소통이 활발하게 이뤄지는 개방된 사회에서 치명률이 더 양호했다.<sup>121)</sup>

코로나19는 복잡성, 불확실성, 사회에 대한 광범위한 영향, 다양한 정책 선택을 둘러싼 많은 논쟁과 논란을 촉발시켰다는 점에서 공공정책에서 말하는 소위 ‘난제’, ‘사악한 문제’였다. 그러나 논쟁의 와중에서도 바이러스 확산 억제와 위험에 처한 사람들을 보호하기 위한 정부의 여러 조치들과 시민들의 자발적인 협력과 참여들이 있었다. 특히 디지털 기술의 활용이 눈에 띄는데, 한국에서는 2020년 3월 코로나19 초기에 감염자 위치정보와 선별진료소 위치 정보를 담은 앱이나,<sup>122)</sup> 약국별 공적 마스크 재고량을 확인할 수 있는 앱이 일반인들에 의해 개발되어 사용되었다. 코로나19의 감염양상이 크게 확산되면서 질병관리청에서는 보다 편리하게 선별진료소 예약, 전자문진표 작성, 검사결과를 확인할 수 있는 온라인 코로나19 정보관리시스템을 구축하였다. 미국에서는 코로나에 감염된 시민들이 자발적으로 보고하게 하는 사이트([outbreak near me](#))가 운영되었고, 영국·스웨덴·미국 공동으로 코로나19 증상에 대한 더 많은 정보를 모으기 위해 시민들이 자발적으로 보고

120) Jacqui, T. 2022. “Covid-19: Trust in government and other people linked with lower infection rate and higher vaccination uptake.” *BMJ*, 376.

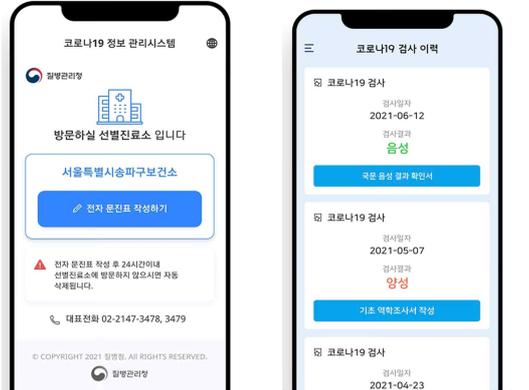
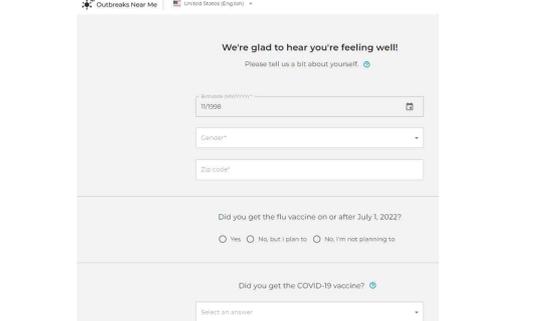
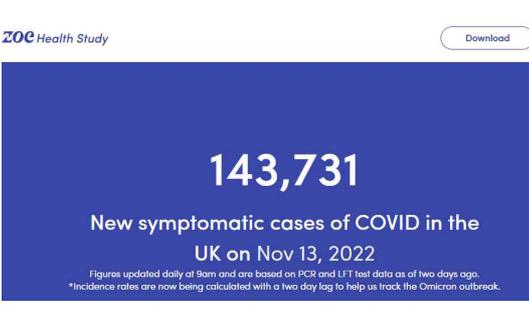
121) Jahidur, R. K., Nabil, A., Mazharul, I., Olav, M.. 2020. “Healthcare Capacity, Health Expenditure, and Civil Society as Predictors of COVID-19 Case Fatalities: A Global Analysis.” *Frontiers in Public Health*, 8:347.

122) 아주경제, “[인하대, 학생들이 만든 ‘코로나 닥터’ 앱 인기](#)”, 2020년 3월 2일.

할 수 있는 COVID Symptom Tracker 앱([ZOE건강프로젝트](#))을 출시하기도 했다.

행정학이나 공공정책에서 사용하는 개념인 공동생산은 ‘재화나 서비스를 생산하는데 사용되는 입력이 동일한 조직 안에 있지 않은 개인에 의해 제공되는 프로세스’로 규정된다. 정책분야에서 공동 생산을 다뤘었던 연구자들은 코로나 시기 사회적 거리두기와 다른 자발적 제한과 같은 시민참여적 공중보건정책은 거대한 공동생산 프로젝트로 간주될 수 있다고 보았다<sup>123)</sup>. 코로나19 시기 공동생산은 정부가 안내하는 일방향의 방역조치를 준수하는 차원을 넘어서, 직접 정부에서 대비하지 못했던 공공서비스를 개발하고 공공화하는 새로운 시민참여의 등장이었다고 할 수 있다.

〈표 2〉 시민과학의 실천 사례

	
<p>한국, 공적마스크 판매 정보 앱, <a href="#">코로나.info</a> (2020년 3월, <a href="#">고등학생들이 개발</a>)</p>	<p>질병관리청, <a href="#">코로나19 정보관리시스템</a></p>
	
<p>US, influenza tracking system : <a href="#">Outbreak near me</a></p>	<p>UK, COVID Symptom Tracker app : <a href="#">ZOE Health study</a></p>

공적으로 다루고자 하는 문제의 심급이 더 많은 사람들의 삶에 영향을 미치는 것 일수록 이를 둘러싼 담론, 정치, 그리고 물질적 토대가 중요하다. 따라서 이 사회를 살아가는 모두의 관여를 필요

123) Steen, T., Brandson, T. 2020. “Coproduction during and after the COVID-19 Pandemic: Will It Last?” Public Administration Review, 80(5):851~55.

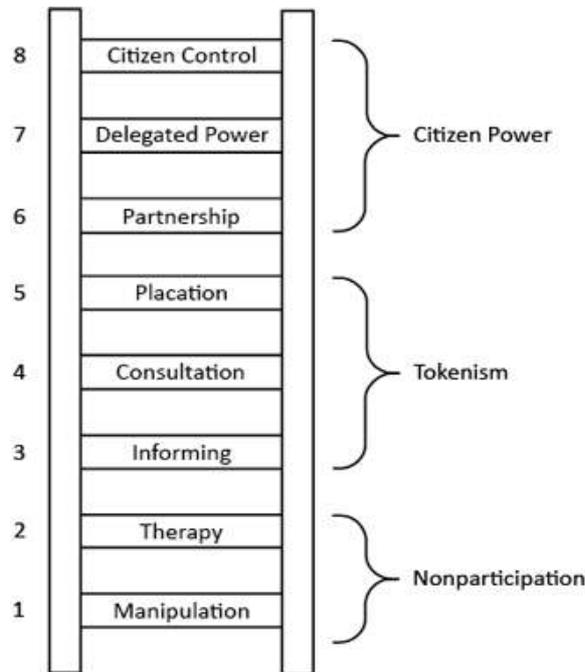
로 했던 팬데믹 대응과정(백신 접종과 방역수칙 준수, 이에 따른 일상과 노동의 재조직화)은 말 그대로 시민의 위상을 다시 발견하는 과정이었다고 평가할 수 있다. 돌아보면, 코로나19 대응 과정에서 등장했던 시민들의 활동은 주도권이 여전히 국가와 전문가에게 있는 채로 그들로부터 정보를 제공받고 정책에 협조하는 수준만으로 그치지 않았다. 아예 국가와 전문가, 시장이 포착하지 못했던 공적 문제들을 가시화하고 공론화하며, 정부당국으로 하여금 시민과 당사자들에게 필요한 정책을 제도화할 수 있도록 적극적인 압력과 협력을 동시에 행사하는 차원이었다. 정부를 포함하는 국가권력이 시민과 당사자들의 필요와 요구에 얼마나 반응성 있게 대처했는지는 별도의 평가가 필요한 사항이다. 하지만 우리는 국가권력의 반응과 별도로 코로나19 시기에 등장한 조직적이고 자발적인 시민행동의 특징을 강조하고, 개별 환자에 대한 임상적 보건의료서비스 제공 차원을 넘어서 건강의 사회적 결정요인에 개입하려는 보다 확장된 시민들의 공중보건활동을 “시민주도형 공중보건체계”라는 개념으로 정의하고 그 특성을 분석해보고자 한다.

## 3.2. 시민참여의 이론과 특징

### 3.2.1. 공공정책에서의 시민참여

#### 가. 시민들은 어떻게 참여하는가

일반적인 의미에서 공공정책에 대한 시민참여를 논의할 때에 가장 흔히 인용되는 틀은 안스타인의 참여 사다리이다. 셰리 안스타인(1930~1997)은 미국 교육건강복지국 차관의 정책보좌관으로 일하면서 얻은 안목을 토대로 시민참여 사다리를 개념화하는 연구를 출판하였는데, 1969년에 발간된 <The Ladder of Citizen Participation>에서는 유명한 참여의 7단계를 다음과 같이 제시하였다.



〈그림 2〉 시민참여의 8단계와 시민권력의 수준

안스타인은 이후 필라델피아 북부에서 1960년대 후반 연방 도시재건과 빈곤 퇴치 프로그램인 Model City Program을 둘러싸고 일어난 주민참여의 과정에 대한 사례연구인 〈Maximum Feasible Manipulation〉(1972)에서는 시 정부가 어떻게 주민조직을 “최대한 이용한 이후 의사결정에서 배제”하였는지에 대해 묘사하고 있다. 이후 이어지는 연구인 〈A working Model for Public Participation〉(1975)에서는 지역사회 당사자(리더)의 참여가 도시계획 등 공공정책에서 어떤 의미이고 어떻게 필요한지, 이들의 관여가 어떻게 강화되어야 하는지에 대한 모델을 제시하였다.

연구사례에서 확인할 수 있듯, 안스타인의 참여사다리는 주로 지역사회(community)와 지방정부(local government) 사이에서 발생하는 권력 역동에 초점을 맞추면서 하향적(top-down) 정책의 의사결정에 지역사회의 시각을 반영하고 당사자의 필요를 근거로 자원을 통제하도록 하기 위한 거버넌스 역동을 설명하는 데에 적합한 틀이라고 볼 수 있다. 연방정부가 제공하는 도시재건프로젝트 예산을 어떤 목적으로 어디에 배분할 것인지, 빈곤거주지역의 개선을 위해서 교육, 고용(취업 지원), 도시환경개선, 주거환경개선, 시민조직 임파워먼트 등 각 영역에 얼마나 투자할 것인지, 사업 수혜자와 지역 선정 과정에서 기준을 어떻게 정할 것인지 등에 대한 의사결정에 “시민 통제” 수준의 조직화된 지역사회 주민들의 참여가 필요하다고 제시한다.

안스타인의 연구 외에도 많은 시민참여에 대한 연구들은 대체로 시민참여의 수준을 수동적이고

소극적인 수준에서 적극적이고 주도적인 수준의 단계로 이해하고 있으며, 각 단계에서 일어나는 참여의 형태를 다음과 같이 분류하고 있다.<sup>124)</sup>

〈표 3〉 시민참여의 단계

단계	1. 정보 제공	2. 의견수렴	3. 자문 협의	4. 공동 결정	5. 시민 결정
참여방식	정보 공개·공자 홍보	여론 수집·반영, 비공식 자문	제도적 참여, 협의 권고	정부-시민 협동-합의	시민결정 →정 부집행
참여절차/ 프로그램	정보공개 공람 공고 정책홍보 설명회	공청회 진정·민원 여론조사	자문위원회 협의기구 공론조사 정책다이얼로그	민관협동위 협동계획 협상에 의한 법 규 제정	주민투표 시민배심제 시민주도형 입 지선정위

## 나. 거버넌스와 공동생산

1980년대 이후 공공문제의 복잡성과 다원성이 증대하면서 과학적 지식에 기초하여 의사결정과 집행에서 합리적-기술적 접근을 따르던 정부운영 방식(거버먼트)이 더 이상 유지되기 어려운 정책 환경이 되었다. 이런 문제들은 정부의 예측과 기획을 어렵게 할 뿐 아니라, 기존의 표준화된 법제도, 매뉴얼 같은 수단을 무력화함으로써 정부의 합리적 대응을 저해한다.<sup>125)</sup> 더욱이 2000년대 들어서 세계화, 정보화, 기술 패러다임 변화 등 급격한 환경변화가 가속화됨에 따라, 예측하기 어렵고 변화가 빠르며 원인과 결과의 연쇄고리가 복잡한 소위 ‘난제로서의 공공문제(wicked problem)’가 화두로 등장했다.<sup>126)</sup> 동시에 경제위기, 인구 고령화, 다양화한 사회에서의 새로운 요구의 등장, 복지지출 확대에 의한 재정적 압박 등의 사회적 상황은 전통적인 공공서비스 전달방식의 재검토를 요구했다. 이에 대한 대처방안으로서 행정학, 공공정책학 분야에서 정부기구 외의 기업, 비영리 조직, 민간 행위자, 시민들의 협력으로 사회문제를 해결하려는 경향을 지칭하는 용어로서 거버넌스(Governance) 또는 공동생산(co-production) 개념이 널리 수용되었다.<sup>127)</sup>

124) 강영진. 2009. “거버넌스를 통한 정책갈등 예방모색 : 부안사태와 제주해군기지 사례를 중심으로”. 국정관리연구, 4(2):67~92.

125) Van Bueren, E. M., Klijn, E. H., Koppenjan, J. F. 2003. “Dealing with Wicked Problems in Networks: Analysing an Environmental Debate from a Network Perspective.” Journal of Public Administration Research and Theory, 13:193~212.

126) Alford, J., Head, B. W. 2017. “Wicked and less wicked problems: a typology and a contingency framework.” Policy and Society, 36(3):397~413; 권향원, 윤형근. 2020. “공공문제 해결을 위한 ‘정책 공동생산’(co-production)의 개념적 이해 및 사례의 유형화 연구”. 한국사회와 행정연구, 30(4):1~26.

먼저 거버넌스는 공적 문제의 성격이 달라지는 것과 함께, 정부의 일방적인 권력행사, 정책과 서비스의 비효율성, 정부와 시민사이의 인식차이 등에서 비롯된 신뢰하락 등에 대처하기 위하여 배타적이고 위계적인 정부 단독의 거버먼트(통치)를 벗어나 통치 행위자를 확장시키는 새로운 조정양식으로 등장한 것이다. 거버넌스의 여러 유형과 분류에 대한 광범위한 논의가 존재하는데, 거버넌스에서 핵심적인 내용은 정부-시민사회-시장의 행위주체들의 수평적, 협력적 의사결정의 네트워크라고 할 수 있다.<sup>127)</sup> 이제 거버넌스는 설명력이 없는 진부한 용어(buzz words)가 되어버린 듯한 개념이지만, 거버넌스 개념의 핵심은 행위자들간의 구조적 연결을 통해 상호 협력과 견제를 만들어 내는 데 있다.

또한 각국은 2000년대 접어들어 교육, 의료 등 공공서비스 제공에서 혁신적인 방법을 강구하고 있는데, 시민·서비스 이용자·시민사회와 공동으로 그러한 공공서비스를 기획·설계·전달·평가하는 ‘공동생산’은 그 유력한 방법으로 활용되고 있다.<sup>129)</sup> 이미 지난 수십 년 동안 정부는 공공정책과 서비스의 설계, 구현, 모니터링에서 시민이 중요한 행위자임을 (재)발견했다.<sup>130)</sup> 공동 생산은 (준)공공부문의 전문가들에 의해 하향식(top-down)으로 소개된 프로젝트로부터 시민들에 의한 자발적인 상향식 아이디어까지 다양하다. 공동생산 개념은 사악한 공적문제에 대한 참여자들의 공유된 이해를 바탕으로 결정적인 해결책보다, 부분적이고 잠정적인 조치, “작은 승리”를 창출하는 점진적인 과정으로 설명된다.<sup>131)</sup> 공동생산의 효과는 공동서비스의 설계와 수립, 전달에 있어서 시민들과 시민단체들이 파트너로써 참여하게 함으로써 더 높은 만족분 아니라, 잠재적으로는 비용절감을 이끌어낼 수 있다는 데 있다.

거버넌스와 공동생산을 비교하자면, 거버넌스가 협력적 ‘구조’의 측면에 초점을 두고 있는데 반해, 정책 공동생산은 참여자들 상호간의 소통·간여·공유·실험·협상 등 문제해결방법의 ‘과정’과 ‘전략’ 측면에 무게를 둔다는 차이가 있다고 할 수 있다.<sup>132)</sup>

특히 공동생산에서 정부와 시민들 간에 문제인식을 공유하고 필요한 서비스와 정책을 만들어내는

127) 한세역. 2013. “공공문제 해결을 위한 Co-creation 접근의 가능성과 한계”. 행정논총, 51(3):107~33.

128) Powell, W. 1990. “Neither Market Nor Hierarchy: Network Forms of Organization.” Researching Organizational Behavior, 12:295~336.

129) OECD, 2011. Together for Better Public Services: Partnering with Citizens and Civil Society.

130) Brandsen, T., Steen, T., Verschuere, B. 2018. “Co-creation and Co-production in Public Services: Urgent Issues in Practice and Research.” in Co-production and Co-creation: Engaging Citizens in Public Services. New York: Routledge.

131) Steen, T., Brandson, T. 2020. op. cit.

132) Sorrentino, M., Sicilia, M., Howlett, M. 2018. “Understanding co-production as a new public governance tool.” Policy and Society, 37(3):277~93.

데 중요한 것은 지식이라고 할 수 있다. 이때 필요한 지식은 정책결정자들이 시민들의 필요를 헤아려 당사자성이 없는 연구자-전문가들에게 의사결정을 위한 지식 생산을 외주계약(contract) 하는 형태의 지식이나, 지식 생산을 위한 기획과 관점이 외부 전문가에 의해 결정되고 지역사회는 단지 정보제공자로서 기여(contributory) 하는 지식이 아니다. 그보다는 연구자와 지역사회, 시민사회가 함께 결정하는 방식으로 지식을 생산하는 협력적(collaborative) 지식, 기획과 결정 단계를 넘어 연구 과정 전반에 시민들이 관여-참여하는 공동생산(co-creation)을 통한 지식, 더 나아가 학계의 인정을 받는 공식적인 연구자가 아니라 각자의 전문성을 가지고 활동하는 개인들이 직접 지식을 생산하는 합의체적(collegial) 지식이 필요하다.<sup>133)</sup> 이런 협력적 지식은 정태적으로 어떤 상황 외부에 동떨어져 존재하는 것이 아니라, 특정한 공간과 맥락 내에서 의미와 형태가 변화하면서 정책과 서비스의 수행과정 내에 살아 있다.

### 3.2.2. 보건의료 영역에서의 시민참여

#### 가. 보건의료에서 시민참여의 특징

건강과 보건의료 영역에서의 시민참여는 그동안 건강문제 자체를 개별적이고 사적인 문제로 인식하여 공급자에 의존하는 경향을 보이기 쉽고<sup>134)</sup>, 전문성과 기술적 수준이 높아 일반 대중의 참여가 어렵다고 인식되어 관료적·전문가적 의사결정이 이루어져 왔다고 할 수 있다<sup>135)</sup>. 이는 여러 국가에서 보건의료의 정치경제적 위치에 따라 일정하게 차이가 있으나 보편적으로 나타나는 현상으로서 의사-환자 치료의사 결정부터 건강보험제도의 수립, 건강재난시기의 방역의사결정 등 거시적인 영역 모두에서 나타나는 보편적인 현상이다.

시민 참여에 대한 중요한 두 가지 관점은 민주주의와 소비자주의로 설명된다<sup>136)</sup>. 첫 번째 민주주의적 관점은 정치학에서 비롯된 것으로, 더 많은 대중들이 정책결정에 참여함으로써 시민들의 이익을 보호하며 시민 스스로를 발전시킬 수 있는 더 민주적인 의사결정으로 이어질 수 있다고 보는 것이다. 두 번째 소비자주의적 관점은 경제학에서 나온 것으로서 정보비대칭을 포함한 의료시장의 고

133) Shirk, J. L., et al. 2012. "Public participation in scientific research: a framework for deliberate design." *Ecology and society*, 17(2).

134) 김미, 민현정. 2004. "한국 보건의료 시민단체의 역할과 성격에 관한 경험적 분석". *한국거버넌스학회보*, 11(2):257~281.

135) 김창열. 2019. *전계서*.

136) Wait, S., Nolte, E. 2006. "Public involvement policies in health: exploring their conceptual basis." *Health Economics, Policy and Law*, 1(2):149~62.

유한 실패에 대하여 소비자들의 선호와 평가가 공급자간의 경쟁력을 향상시킬 수 있다고 보는 것이다. 소비자주의는 개인의 선택과 정보의 문제를 강조하며, 공급자 조직이 소비자들의 요구에 더 반응적이기 때문에 마케팅·질 평가·질 관리·질보장 등에 더욱 민감하다고 설명한다.<sup>137)</sup>

대체로 의료소비자 또는 서비스 이용자로서 참여하기 시작하여 차츰 보건의료가 사람들의 일상과 웰빙에 미치는 영향이 커지고, 모두의 권리로서 건강권과 이에 대한 사회의 책무, 정치적 책임에 대한 논의가 진전됨에 따라 건강과 보건의료에 대한 시민 참여와 사회적 통제에 대한 요구 역시 커지고 있다. 정부가 공적 자원을 활용해 사람들의 건강을 위한 투자를 수행한다고 하였을 때에 이를 위한 자원이 어떻게 배분되어야 하는지에 대하여 보다 적극적인 시민참여가 보장되어야 한다는 규범적 입장이 고소득국가, 특히 보건의료에 대한 공적 통제가 강한 국가를 중심으로 주류화되어 있는 상황이다.

보건의료서비스와 이를 결정하는 보건의료정책에 대한 비의료 전문가(lay-people)와 시민(citizen)의 참여를 강조하는 논의가 활발하게 이루어진 대표적인 국가가 영국이다. 영국 국영의료체계(National Health System, NHS)는 브렉시트나 총선과 같이 주요한 정치의사결정에 핵심 공약이 될 정도로 중요한 정치적인 사안이다(=정치화의 수준이 높다). 또한 NHS는 공적 고용과 통제를 받는 국영 의료기관과 국가에 고용된 의료인·관료에 의해 통제되므로 영국에서 보건의료는 “전문가 관료”에 의해 운영되는 공공서비스의 대표적인 영역이었다. 국영의료체계에 대한 비판은 관료제에 대한 공격과 전문가 통제로 인한 당사자-시민-환자 소외에 대한 공격이 섞여 나타나는 양상을 보여왔다. 이는 1980년대 이후 지속해서 그 세력을 확대해 왔던 신자유주의적 개혁, 즉 국가가 시장의 작동을 보조하는 시너로서 역할하며 국가가 직접 제공하던 서비스와 재화를 축소하고 민영화·시장화하는 방향으로의 개혁과 연동되어 있었다. 영국과 캐나다 같은 국가에서는 국가가 소유-통제하는 기관인 NHS 혹은 국가건강보험을 효율화하고 사람들의 필요에 반응성 있는 체제로 만들기 위한 개혁들은 대체로 공적 의료생산체계를 민영화·시장화·탈중앙집권화(decentralisation) 하는 방향으로 이루어져 왔다. 이 과정에서 단순히 시장적 이윤과 이해관계의 개선은 정치적으로 수용될 수 없는 명분이었으며, 시장화-민영화를 반대하는 시민들의 우려와 비판에 대한 가림막이자 실제로 관료화된 의료시스템의 문제를 바꾸기 위한 동력으로 보건의료영역에 “시민 참여”가 핵심 키워드로 전면화되었다.

137) Harrison 등은 보건의료에서 시민참여의 대표적인 3가지 유형을 소비자주의(consumerism), 민주주의와 시민권의 실천, 신사회운동(New Social Movement)로 구분한 바 있다. 사회학적 논의에서 나온 신사회운동적 참여도 크게 보면 민주주의적 관점을 상세화한 것으로 볼 수 있다(Harrison, et al., 2002. “Guest editorial: public and user ‘involvement’ in the UK National Health Service.” Health and Social Care in the Community, 10(2):63~6)

한국에서 보건 영역의 주민참여에 대해 논했던 김용익은 1992년에 출판한 <보건의료 주민참여의 정의와 전략에 대한 연구>에서 한국에서 시도되어 왔던 주민참여의 전략을 ① 지역사회 보건요원(Community Health Workers)이라고 볼 수 있는 마을건강원 양성과, ② 지역사회 주민조직 사업, ③ 지역사회 자조 재원마련 사업으로 구분하였다. 이는 한국에서 전통적으로 건강 영역에서 주민참여가 개발학의 지역사회개발(community development)과 이론적, 개념적 배경을 공유하고 있으며, 아울러 자원이 부족한 상황에서 의료인력과 의료재정을 충원하기 위하여 지역사회에서 일정하게 기여하게 함으로써 일차보건의료의 공백을 채우기 위한 노력과 동원을 의미함을 알 수 있게 하는 대목이다.

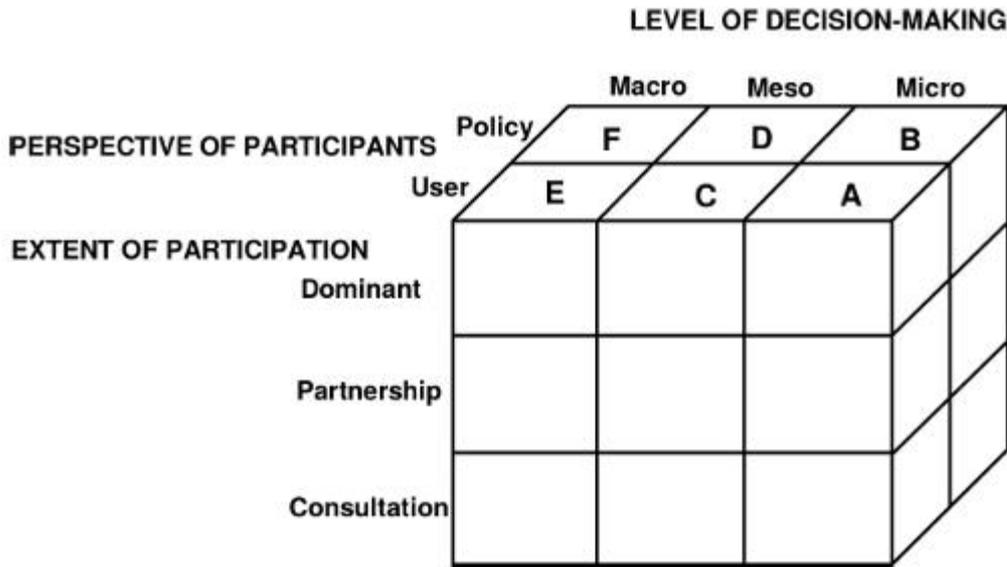
#### 나. 보건의료에서 시민참여의 차원

보건의료의사결정에서 일반인 참여(lay participation)와 관련한 대표적인 프레임워크는 참여의 수준과 참여자의 역할, 의사결정영역의 세 차원으로 구분하여 제시하는 Charles와 DeMaio의 참여 큐브(<그림 3>)가 유명하다. 이는 사회보험제도의 탈중앙집권화가 이루어지면서 연방 정부가 보건예산을 삭감하고, 부족한 자원을 어떻게 분배하는 것이 바람직한지에 대한 정치적 책무를 중앙에서 지역으로 전가하던 맥락에서 등장했다.<sup>138)</sup>

저자들은 (1) 보건의료와 관련한 의사결정을 내리는 전문가 지식의 우월성과 정당성에 대한 신뢰가 소실되고, (2) 공적 자원 배분과 관련한 중앙·지방정부의 적절한 역할에 대한 규정이 변화하였으며, (3) 보건의료제공자들이 자신이 복무하는 지역사회에 대한 책무를 지게 만들기 위한 통제방안이 필요하다는 측면에서 일반인 참여가 요구되고 있다고 설명했다.

이는 거시적 차원에서 누가 무엇에 대한 의사결정의 권한이 있는지에 대한 정치철학적 요구이자 (민주주의 심화), 정책 차원에서는 “기술적 전문성”이 자원배분을 비롯한 공적 의사결정에 절대적 기준이 될 수 없다는 깨달이 확산되고 치료 단계에서는 의학적 과정 역시 환자의 가치, 선호, 라이프스타일을 반영하여야 한다는 의사-환자 관계 변화에 대한 요구와 관련이 있는 것이었다.

138) Charles, C., DeMaio, S. 1993. “Lay Participation in Health Care Decision Making: A Conceptual Framework.” J Health Polit Policy Law, 18:881~904.



〈그림 3〉 보건의료 의사결정에서 시민참여의 차원

가령 영미를 중심으로 하여 1970년대 이후 주류 담론에 영향을 미치기 시작한 여성건강운동은 소비자운동, 자조운동과 결합하여 교육받은 시민들이 충분한 정보를 제공받고 자신의 몸과 관련한 의사결정에 충분히 관여할 권리를 보장하는 것이 국가의 책무임을 요구하였다. 시민참여와 당사자 관여는 남성중심적 지식체계에 기반하여 남성중심적 위계를 당연시하는 조직에서 이루어지는 성차별과 여성의 증상호소에 대한 무시와 무지를 바로잡기 위한 방안이었는데, 이는 임상시험과 같이 전문과학의 영역으로 되어 있는 영역에서도 윤리적 정당성을 확보했다는 것을 의미하기도 한다.<sup>139)</sup>

더 나아가 구체적인 질병·건강문제를 중심으로 하는 조직화와 전문화를 촉진하는 시민참여의 양식은 시민사회의 전문화(co-optation into the professional perspective)와 제약회사 등의 경제적 지원을 받아 양성되는, ‘풀뿌리’를 가장한 ‘인조잔디’ 시민단체의 양성으로 이어졌다. 예를 들어 미국에서 1960년대 제약사와 의료계의 남성중심성과 여성에 대한 착취를 비판하며 시작했던 여성건강운동은 이후 환자옹호단체로 이어져 1990년대부터는 적극적인 활동기금을 지원받기 시작했다. 상업적으로 자금을 지원받는 수천 개의 조직이 대중건강운동과 혼재되어 나타남에 따라 과거와는 다른 복잡한 이해관계 속에서 시장 옹호적 문화가 주류화됨에 따라 공적 가치를 중심으로 하는 시민 연대가 어려워지는 경향이 이어지고 있다.

동시에 건강과 보건의료 영역은 공적 가치를 주장하는 조직화된 시민/주민 조직이 부재한 가운데 보건의료 직역 단체를 비롯해 얽혀있는 이해관계(vested interest)가 강한 조직이 다수 존재하여

139) 이러한 사례로서 영국의 INVOLVE나 James Lind Alliance Approach 등이 있다.

안스타인의 사다리에서 말하는 종류의 “시민 통제”가 불가능에 가까운 영역이다. 참여하고자 하는 사업의 범주를 넓혀 공공정책의 사례를 든다고 하더라도 국내에서 대부분 공공보건정책은 정부주도의 하향식 중앙집권적 사업으로 구성되어 있으며, 일부의 주민의 참여 역시 중앙정부가 제시한 통합 건강증진사업 지침대로 운영하고 있는 상황이다. 이때 중앙정부에서 안내한 지침을 주민들이 잘 파악하고 이에 맞춰 성과를 만들어내는 것을 좋은 주민참여라고 보기는 어려울 것이다.

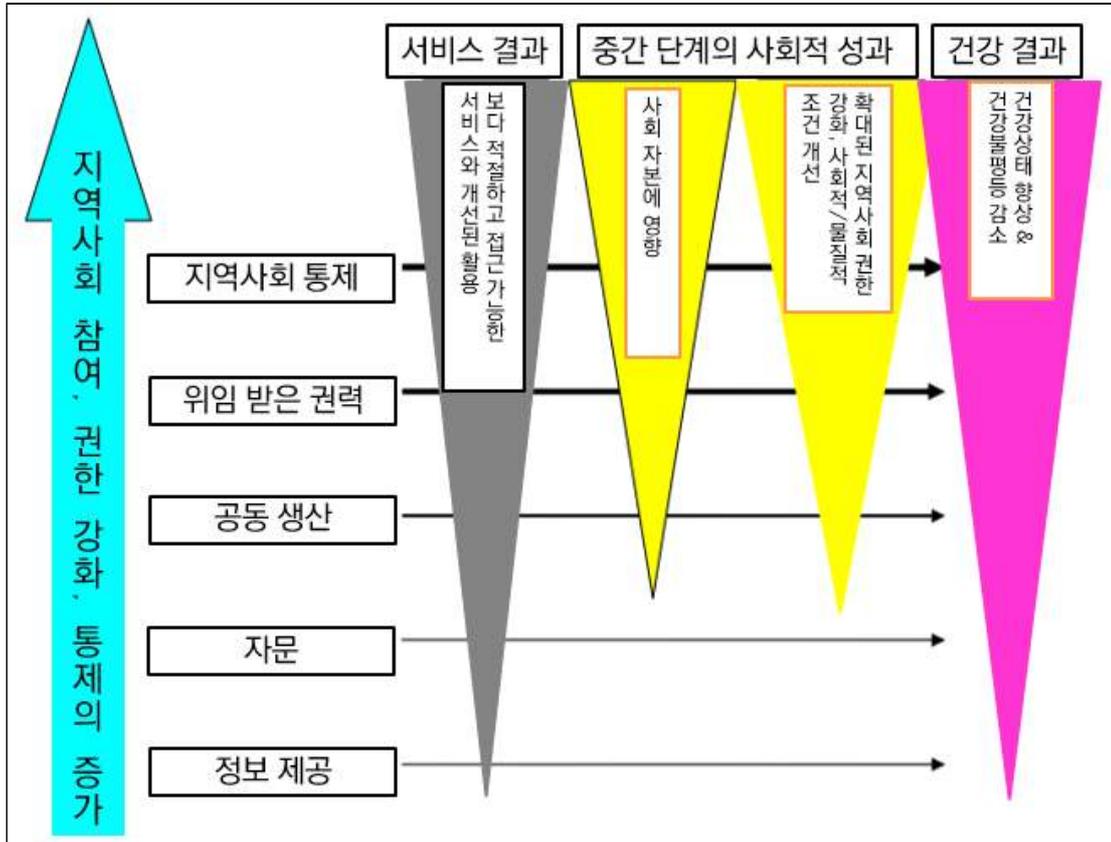
그렇게 본다면, 참여가 구체적으로 무엇에 대한 어떤 참여인지를 명확하게 하지 않는 한 참여는 기저의 권력관계와 지식불평등으로 인해 본래의 목적을 달성하는 데에 실패할 가능성이 크다. 참여가 구체적으로 무엇을 목표로 하는지, 단지 소비자의 의견 반영이 아니라 이제껏 자신들의 목소리를 반영하지 못했던 집단의 의견을 재현·대표하기 위해서는 참여자들이 어떻게 임파워될 수 있는지 등은 여전히 고민과 논의가 필요한 영역이라고 할 수 있다.

### 3.3. 공중보건체계에서 시민 주도적 참여 모형

#### 3.3.1. Popay의 중간수준이론 접근 적용

지식과 제도의 새로운 전환, 지역사회 건강문제에 대한 개입이라는 사례의 특성과 공중보건 문제에 대한 실질적이고 다소 작은 범위 사업을 분석하려는 우리 연구 취지에 따라, 영국의 건강불평등 개입을 중심으로 지역사회 참여, 임파워먼트, 통제에 대한 이론적-실증적 고찰과 중간수준 이론(meso-level theory)을 제시한 Popay 등의 논의를 참조하고자 한다. 이들이 사례로 주로 활용한 내용은 안스타인이 제시한 사례보다 다소 규모가 작은 범위의 사업이 더 많은 비중을 차지하지만, 건강 결과의 개선을 목적으로 하고 있다는 점에서 이 연구의 취지에 보다 맞는 세부 구성요소를 파악할 수 있을 것이다.

Popay 등(2006)은 지역사회 참여가 크게 세 가지 경로를 통해 건강에 영향을 미칠 수 있다고 설명한다(〈그림 4〉 참고). 첫 번째로 적절하고 이용가능한 서비스 이용율이 높아짐으로써, 두 번째 사회적 자본 통해, 세 번째로 지역사회의 사회적·물질적 조건의 개선을 통해서가 그것이다.



〈그림 4〉 건강증진을 위한 지역사회 참여와 건강영향 (Popay 등, 2010)

세 가지 경로의 건강영향에 대하여 보다 상술하면 다음과 같다. 첫째, 주민참여를 통해 지자체·사업이 제공하는 서비스 이용률이 향상되는 경로이다. 참여적 공공사업은 주민들과의 상호교류를 통해 서비스를 주민들이 원하는 방식으로 조정하여 서비스의 질을 개선하는 데에 기여할 수 있으며,<sup>140)</sup> 지역사회의 여론형성자(opinion-leader)라고 할 수 있는 주요 참여자들이 사업을 호의적으로 생각하고 정보를 확산하는 과정에서 참여율·이용률에 긍정적인 영향을 미치기 때문이다.

두 번째 경로는 사회적 자본 축적을 통한 개선이다. 지역사회 사업은 더 많은 사람들이 모이고 상호교류할 수 있는 계기를 마련하며 이는 사회적 지지망을 개선함으로써 사람들의 삶과 건강에 기여할 수 있다. 실제 김새롬<sup>141)</sup>의 연구에서도 인구집단 수준에서 지역사회의 건강에 대한 개선이 필요하다는 규범적 필요성에 동의하여 사업에 관여하게 된 주민들은 보다 열악한 상황에 있는 사람들의

140) 예시: 건강위원회가 찾아가는 치매예방교실 수업에 참여하는 주민들이 없는 이유에 대하여 알아보니 문맹률이 높은 지역에서 한글을 읽어야 참여할 수 있는 사업에 참여하고자 하는 이가 적었음. 따라서 치매예방 인지향상 보건교육 대신 한글교실을 운영하였음.

141) 김새롬. 2019. 건강증진사업에서 권력강화적 참여의 과정: 건강새마을 조성사업에 대한 심층사례연구. 서울대 보건대학원 박사학위논문.

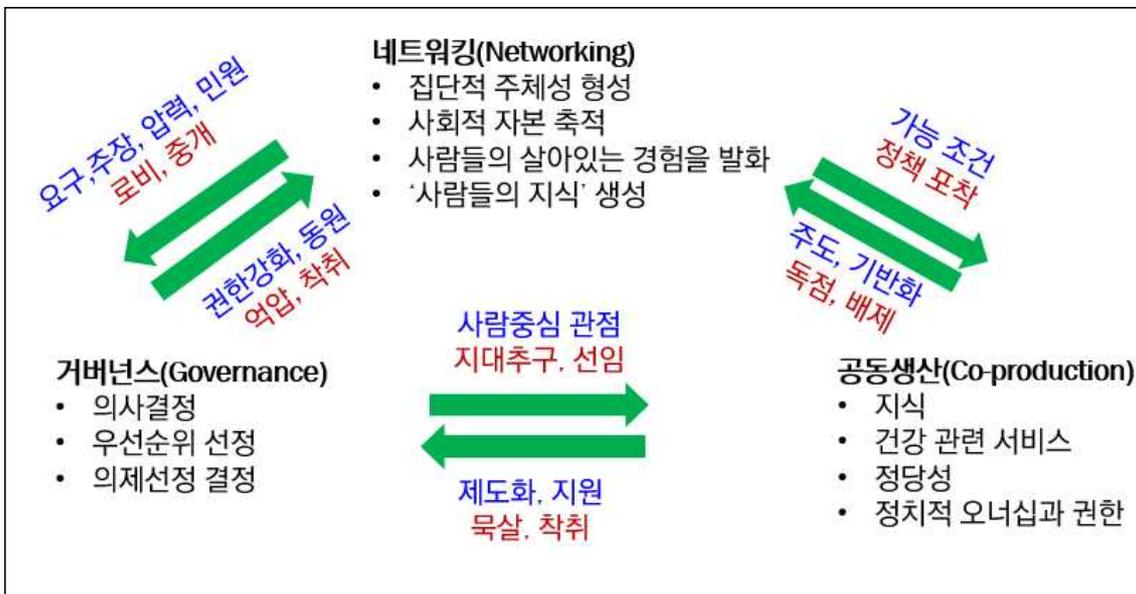
처지에 대해 개입하거나, 마을에서 부족하다고 생각했던 영역(예. 월말이 되면 마을회관에 쌀이 부족함, 에어컨이 설치되어 있지 않음)을 채워나가는 방식으로 움직였다. 또한 “지역사회”를 중심으로 하는 개입은 단합과 자조의 분위기를 고양하며, 주민들은 이전까지 어울리지 않았던 가구와 다시 교류를 시작하는 식으로 집단활동을 이어나간 점이 사업의 긍정적인 차원이라고 평가하기도 하였다. 보다 수준을 높여 조직 수준에서의 상호교류와 자본 축적에 있어서도 지역사회 조직화와 건강을 중심으로 한 임파워먼트는 효과를 발휘할 수 있는데, 활발하게 활동하지만 자체적으로 가용한 예산이 없거나 부족한 마을건강위원회는 지역사회에서 이미 구성되어 있지만 적극적인 활동을 하지 않는 여러 단체(노인회, 새마을회, 청년회 등)와 협력해 자원을 마련하는 등의 활동을 하기도 했다. 보건소의 입장에서 바라보면 이는 사업을 위한 “주민자원동원”으로 긍정적인 결과로 판단 가능하지만, 사람 중심 관점에서 이에 대한 판단과 해석은 잠정적이라고 할 수 있다. 과거 건강과 무관한 방식으로 활용되어 왔던 자원이 건강 사업으로 투입되게 되었다는 점에서 건강을 위한 주민조직화가 효과를 발휘하였다고 판단할 수도 있지만, 원래 지역에서 주민들의 필요에 따라 활용되던 자원을 사업이 다른 방식으로 활용함에 따라 발생할 수 있는 문제가 없다고 함부로 전제하기는 어렵기 때문이다.

세 번째 경로는 지역사회의 임파워먼트를 통해 사회적·물질적 조건이 개선된다는 점이다. 건강문제를 해결하기 위한 조직화와 권력강화가 이루어짐에 따라 지역사회가 공동으로 활용할 수 있는 문화 공간과 운동시설 등을 마련하고, 의료접근성 개선을 위한 정책을 요구하는 등의 활동이 가능해진다면 이 역시도 집합적인 차원에서 건강에 긍정적인 영향을 미칠 수 있다. 브라질 상파울루 지역의 민중건강위원회 활동이 실질적으로 지방정부의 보건의료자원배분에 영향을 미치게 되면서 열악한 지역에 지방정부가 운영하는 일차보건의료기관의 수가 늘어나고 소득이 낮은 집단의 공공 의료시설 이용률이 증가했다는 사례가 대표적이다. 공적 자원을 활용해 의료서비스를 공급하는 영국·브라질 등과 비교해 민간중심의료체계를 갖춘 한국에서는 이러한 예를 찾기 어려우나, 일정하게 건강 영역에서 주민조직화와 지역사회 임파워먼트가 사회적 물질적 개선에 기여한 사례는 여럿 찾을 수 있다. 경상남도 건강플러스 행복플러스 사업에서 진주시 사봉면에 구성된 건강위원회는 상수도가 연계되지 않았던 지역의 문제를 건강 문제로 주목하고 시의회와 행정부 등에 대한 로비(?)등을 통해 지역에 상수도 연결 사업을 유치하고, 건강증진활동을 할 수 있는 시설을 짓는 등의 성과를 냈으며, 경상북도 건강(새)마을 만들기 사업에서 포항시 북구 기북면의 경우 주민들이 활용 가능한 예산이 제한적인 보건소 사업의 한계를 넘어서기 위해 타 부처 사업을 다수 유치하는 데에 성공한 바 있다.<sup>142)</sup>

142) 2017~2019 농촌진흥청 농작물 안전보건마을 사업(3년간 2억), 2022~2025 농림축산식품부 기초생활거점육성사업(4년간 40억)을 들 수 있다.

### 3.3.2. 시민 주도적 참여 분석 모델링

사람 중심 관점에서 민주적 공공성과 건강형평성의 제고를 위한 자발적이고 주도적인 시민참여를 고민하는 이 연구에서는 시민 주도적 참여를 다음과 같이 세 가지 양식 즉, 네트워킹, 공동생산, 거버넌스 차원에서 분석하고자 한다. 이 양식들은 상호배타적이거나 배제적인 것이 아니지만 현실에 영향을 미치는 사람들의 집합적이고 목적지향적 활동으로서 참여의 쓰임(utilization)을 중심으로 생각하였을 때에 그와 같은 구분이 가능할 것이라고 판단하였기 때문이다.



〈그림 5〉 시민 주도 분석 모델링

#### 가. 네트워킹(Networking)

일개 조직의 '고립된 영향'에 한정되지 않고 복잡한 사회문제 해결을 위한 시스템 차원의 변화에 기여하기 위해 다양한 조직들 간의 협력이 필수이다<sup>143)</sup>. 협력을 만들어내는 초기단계에서 사안을 중심으로 하는 정보교환과 상호 교류가 이루어지고, 이 과정에서 공동의 목적과 전제를 형성할 수 있다. 또한 공적 서비스와 지원에 대한 사람들의 살아있는 경험(lived experience)을 공유하고 상호 지지과정에서 사람들의 지식(people's knowledge)을 만들어 낼 수 있다. 연결과 교류의

143) Kania, J., Kramer, M. 2011. "Collective impact." Beijing, China: FSG. pp.36~41.

밀도가 높아지고 강해지면서 지역사회의 상호신뢰와 사회자본을 축적하고 집단적 주체성(collective agency)을 형성함으로써 지역사회 권력강화의 토대를 구축한다.

#### 나. 공동생산(co-production)

지역사회가 필요로 하는 서비스는 정보제공과 자문에서 부터 직접서비스 생산에 이르기까지 양식은 다양할 수 있다. 한국적 맥락을 고려했을 때 단지 주민/시민사회에서만 이루어지는 방식이라기 보다는 수직적(정부-시민), 수평적(시민-시민) 차원 모두에서 진행될 수 있으며 경우에 따라 반드시 비영리 주체라고 보기 어려운 시장 주체들이 여기에 기여하기도 한다(예시. 의대유치를 위한 로비에 나서는 지방중소병원, 광주형 일자리 사업에 관여하는 노조와 현대차).

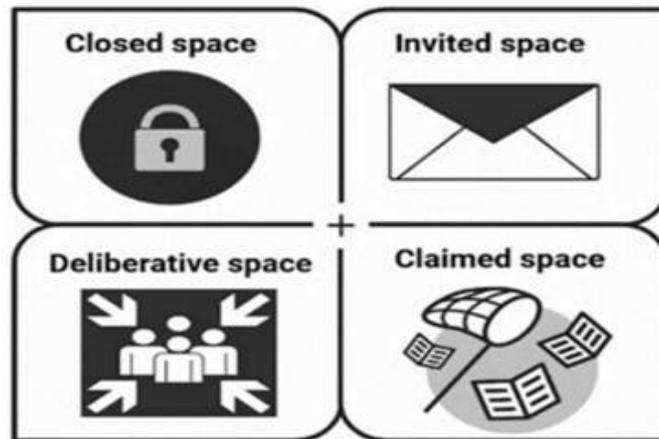
무엇을 위한, 어떤 서비스인지에 따라 개입할 수 있는 여지에 차이가 있지만 주어진 상황과 자원 제약에 맞추어 비교적 열악한 상황에 처해있는 사람들의 상황을 개선하기 위한 활동을 직접 기획, 조직, 수행할 수 있다(예시. 주민을 의대에 보낼 수는 있어도 면허 없이 진료를 보게 할 수는 없음, 새 집을 지어줄 수 없어도 마을회관 난방비를 늘리거나 이불빨래봉사를 연결할 수는 있음). 한국적 맥락에서는 지방공무원들이 수행하지 못하는(또는 어려운) 방식의 자원동원이 가능하다. 주민주도형 마을만들기 사업과 이에 대한 주인의식은 중앙정부의 여러 하향식 자원배분 정책의 결과이다.

반면 공동생산과 자원획득을 중앙정부 혹은 통치자 관점에서 바라보는 하나의 양식이 시민과학(Citizen Science)이라는 비판도 가능하다. 참여적 지식 생산(숙의회의, 공론조사, 디지털 숙의-의견수렴 등)과 동원형 서비스 생산(자원봉사, 당사자 참여와 PPP, 건강 챔피언 등)은 모두 정부의 목적에 맞는 시민-주체성을 만들어내는 것이기도 하다는 평가도 내릴 수 있기 때문이다. 따라서 기존의 담론과 체제를 시민의 필요와 관점으로 얼마나 더 변용하였는지, 그에 기반하여 어떻게 새로운 프레임으로 재편하는지에 따라 시민 주도적 공동생산이라는 평가가 가능할 것이다.

#### 다. 거버넌스(Governance)

정책개발과정에서 국가와 시민 사이의 정책 관여와 권력 관계에 따라 <그림 6>과 같은 4가지로 참여 양식을 구분한다. Cornwall과 Gaventa가 만들었던 개념적 프레임인 ‘폐쇄된’, ‘초대된’ ‘요구된’(또는 ‘만들어진’) 공간에 더하여 Ganguly(2015)가 추가한 ‘숙의적’ 공간이 바로 그것이다.<sup>144)</sup> ‘폐쇄된’ 공간은 의사결정이 폐쇄된 공간에서 일련의 행위자들에 의해 포괄적 과정없이 이루어지는 것을 말한다. 정치지도자, 사법부, 전문 관료들에 의해 수행되는 전통적인 하향식 의사결

정 과정이다. ‘초대된’ 공간은 ‘폐쇄된’ 공간이 관료들에 의하여 전문가, 시민사회, 시민들에게 열린 것이다. ‘요구된’ 공간은 대체로 사회운동이나 저항에 기원을 두는 권력이 적은 행위자들에 의해 요청되어 생겨난 공간이다. 마지막으로 ‘숙의적’ 공간은 정부의 ‘초대된’ 공간과 시민사회의 ‘요구된’ 공간이 만난 곳이다.



〈그림 6〉 시민참여의 공간 (TAMBE, S., et al. 2021)

참여 거버넌스는 건강정책의 영향을 받는 당사자들과 이에 대한 정책을 내리는 주로 정부 주체 사이에서 이루어지는 참여·관여·개입·저항을 의미하며, 제도화된 형식과 비제도화된 형식 모두를 포괄한다.

### (1) 제도적 참여 거버넌스

정부가 제시한 초대받은 공간(invited space)에서 시작되는 종류의 참여 거버넌스를 말한다(예 시: 경상북도 건강새마을사업에서 건강위원회 협의체 활동, 주민참여 예산제, 제주영리병원에 대한 숙의형 정책개발<sup>145)</sup>, 건강보험정책심의위원회 등). 이러한 제도는 다양한 목적을 가질 수 있으며

144) Cornwall, A. 2002. "Making Spaces, Changing Places: Situating Participation in Development." IDS Working Paper, 170, Brighton: IDS; Cornwall, A. 2004. "Spaces for transformation? Reflections on issues of power and difference in participation in development." in Participation: From tyranny to transformation? Exploring new approaches to participation in development, 75~91.; Gaventa, J. 2006. "Finding the spaces for change: a power analysis." IDS Bulletin, 37(6):23~33; Ganguly, S. 2015. Deliberating environmental policy in India: Participation and the role of advocacy. Routledge.

145) 제주의 소리. "녹지국제병원 제주도민참여단 9월9일부터 본격 활동." 2018년 8월 29일.

제도화된 참여 거버넌스의 정치적 의미 역시 맥락에 따라 달라질 수 있다. 제도화된 참여 거버넌스는 의사결정 공간에 대한 공적 가치를 추구하는 사람들의 열린 참여(이 수준은 제도에 따라 다름)를 가능하게 한다는 점에서 사람들의 참여, 조직화, 임파워먼트를 촉진하는 데에 기여할 수 있지만<sup>146)</sup> 요식적 참여 동원과 불평등한 정치적 대표성을 정당화하는 수단이 되기도 한다.

보건의료영역에서는 특히 사안의 시급성, 의사결정의 효율성, 결정 대상이 되는 내용의 전문성과 기술적 복잡함, 과학적 의사결정이라는 비정치의 정치가 배제하는 당사자성과 당파성 등이 흔히 불평등한 공론장의 구조를 정당화-재생산하는 기제로 작동한다.

## (2) 비제도적 참여 거버넌스

정부의 의사결정과정에서 시민사회와 주민들의 요청에 의해 새로이 생성된 공간(claimed space)을 의미한다. 예를 들어 성남시 공공병원 설립 과정에서 관여했던 공공의료성남시민행동 등 시민사회 네트워크의 활동, 진주의료원 폐지 이후에 조직화된 서부경남 공공병원 도민운동본부, 낙태죄 폐지와 성재생산건강 보장을 촉구하는 “모두를 위한 낙태죄폐지 공동행동”과 “모두의 안전한 임신중지를 위한 권리보장 네트워크”, 사회적 재생산노동으로 돌봄의 가치와 인정을 촉구하며 돌봄을 둘러싼 담론적 전환을 요구하는 시민사회 운동들이 이런 사례가 될 것이다. 시민사회의 요구와 활동은 반드시 하나의 연대체로 조직되어 있지 않다고 하더라도 유의미한 작동을 할 수 있다고 본다. 최근 돌봄을 둘러싼 사회적 담론 전환과 진전은 국가가 사사회-민영화하는 필수 돌봄을 공적인 방식으로 재조직하여야 한다는 많은 시민사회세력의 운동을 토대로 진행되고 있다. 현재 동시적으로 일어나고 있는 공적 돌봄체계 구축에 대한 요구들은 돌봄 노동자들의 돌봄노조뿐만 아니라, 돌봄 서비스가 필요한 당사자 조직인 전국장애인차별철폐연대, 연구자 조직인 옥희살롱과 다른몸들, 그리고 문제의식을 같이 하는 시민들이 발족한 간병시민연대<sup>147)</sup>나 간호와 돌봄을 바꾸는 시민행동<sup>148)</sup> 등이 이끌고 있다. 이들은 현재 제도화된 정부와의 협의체 내에 있지 않으면서 지속적으로 정부를 향한 제도개혁과 개선의 주장을 내고 있다.

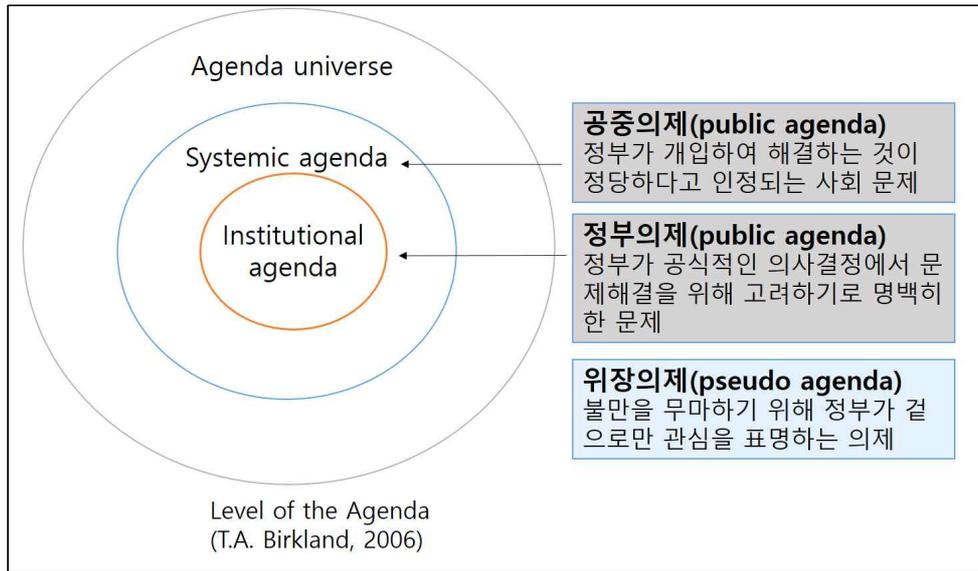
그러나 제도적 참여 거버넌스와 비제도적 참여 거버넌스는 상호배타적인 범주가 아니다. 비제도

146) 에릭 올린 라이트의 ‘권력강화적참여(EPG)’를 참고하기 바란다.

147) [간병시민연대](#)는 2020년 7월 초동모임 이후, 10월에는 4개 단체가 ‘간병 국가책임제 실현을 위한 시민행동’으로 첫 모임을 시작하였고, 2020년 11월 19일 공식 출범했다.

148) [간호와 돌봄을 바꾸는 시민행동](#)은 ‘간호와 돌봄을 바꾸는 시민행동 선언문’을 발표하면서 2022년 6월 27일 출범하였다. 간호와 돌봄에 대한 공적 사회보장을 위해서는 현행 간호법으로는 불가능하기 때문에 간호법 개정이 필요하다는 활동을 지지하고 있으며, 이 때문에 명칭도 변경된 것으로 보인다. 출범 17일 만에 1만 명의 시민들이 참여하였다.

적 방식의 참여 거버넌스가 공중 의제(public agenda)를 제도 의제(institutional agenda)로 끌고 들어오기도 하고, 제도적 참여 거버넌스 과정에서 정책 의제(policy agenda)의 문제가 공중 의제(public agenda)로 확장되기도 하므로, 상호연관성을 가지고 서로 연결되어 있는 문제로 이해해야 한다.



〈그림 7〉 정책의제화의 단계

네트워킹, 공동생산, 거버넌스 이 세 가지 구분은 각각 독자적인 쓰임이 있지만, 상호 긍정적 또는 부정적 영향을 주고받는다라는 점을 강조하고자 한다. 가령 네트워킹을 통해 획득된 집단적 주체성은 거버넌스 구조를 행해 자신들의 요구와 주장, 목소리를 내며 압력을 가할 수 있고, 거버넌스에 이런 내용이 수용됨으로서 권한 강화나 주민들의 동원을 얻어낼 수 있다. 네트워킹은 공동생산을 만들어내는 조건을 만들어 내기도 하고, 공동생산을 통해 만들어진 지식이나 서비스를 통해 주도적인 활동이나 참여로서 연고자 하는 목적을 확정할 수 있다. 공동생산은 거버넌스에 사람들의 관점에 입각한 지식과 서비스를 포함하도록 압력이 될 수 있고, 거버넌스는 공동생산을 지지하고 공동생산의 내용을 제도화하는 기능을 수행할 수 있다.

반면 역기능도 가능하다. 네트워킹으로 형성된 주민들의 요구는 강요나 압박에 의한 로비나 브로커의 개입적 행위로서 거버넌스에 비취질 수도 있다. 반대로 거버넌스에서 의사결정을 만들어내기 위해 네트워킹을 압박하거나 착취할 가능성도 있다. 네트워킹과 공동생산의 성과는 거버넌스로 형상화되거나, 거버넌스 내에서 논의·확장된다는 점에서 세 가지 영역은 상호배타적이지 않고 지속적인 길항관계에 있다고 할 수 있다.

### 3.4. 공중보건체계에서 시민 주도적 참여 분석

앞에서 시민 주도 분석 모델링을 설명하면서 들었던 사례들처럼 역사적으로 공중보건체계에서 다양한 시민참여의 경험들이 존재한다. 이 장에서도 다른 장들과 마찬가지로 공중보건체계를 ‘보건의료’를 넘어 ‘건강의 사회적 결정요인’을 포함하는 보다 포괄적인 범위에서 국가-경제-시민 권력 각 축이 일어나는 사회적 실재로 이해한다. 관점을 이렇게 하면, 각 사례들에 대해서 앞에서 제시한 세 가지 영역 - 연결과 교류, 공동생산과 자원획득, 의사결정과 참여 거버넌스 - 중에 한두 가지 영역에서 혹은 세 가지 영역 전부에서 일시적이거나 지속적으로, 제한적이거나 전면적으로, 긍정적이거나 부정적인 결과나 영향을 분석하는 것이 가능할 것이다. 이 연구에서는 그 가운데 코로나19가 촉발하고 강화했으며, 팬데믹 이후의 세계를 위한 중요한 함의를 가지는 시민 주도적 운동의 사례 3가지를 선정하고, 앞서 제시한 분석모델링을 적용하여 설명해보고자 한다. 추가로 코로나19 시기 해외의 시민 주도적 시민참여 사례를 소개한다.

#### 3.4.1. 서부경남 공공의료 확충 시민운동

##### 가. 서부경남 공공병원 확충운동 경과

수도권-지방-지역을 걸쳐 이중의 식민화가 가속하고 있는 한국 사회에서 지역 간 의료격차 해소 또는 고령화가 진행되는 비수도권 지역에서의 온존한 삶을 유지하고 보장하는 것 역시 시민 주도 대응이 필요하다. 서부경남공공병원 확충운동은 코로나19 이전부터 대전, 울산, 인천, 부산, 광주 등 여러 지역에서 진행되고 있던 공공의료 확충을 요구하는 시민대응의 한 사례이다.

*“도민참여단의 압도적인 다수가 공공병원의 신설 필요성을 지지한다(95.6%).”*

‘서부경남 공공의료 확충 공론화협의회’(이하, ‘공론화위원회’)의 이러한 결정은 2013년 진주의료원 폐업에 따라 이루어진 시민운동의 결실이고, 코로나19로 인해 필요성이 더 절박해진 공공의료 확충에 대한 경상남도 도민의 의지였다. 진주의료원 재개원 운동에 의해 촉발된 강력한 지역과 전국의 시민사회의 협력을 통해 공공의료확대운동은 정치적 힘을 가지게 되었고, 선거공간에서 김경수 도지사를 당선시키는데 기여하였다. 2013년 진주의료원 폐원 이후 시민운동들이 모이고 확대되어

재개원을 위해 2016년에 구성된 서부경남 공공병원설립 도민운동본부는 진주의료원 투쟁백서 발간, 선거 공간에서 후보자들과의 정책협약, 진주의료원 강제폐업 진상조사 추진 등 다양한 활동을 이어 왔고, 서부경남 공공의료확충 공론화협의회 활동에서도 중심에 섰다.<sup>149)</sup> 공론화 논의는 2019년 김경수 도지사의 제안에서 출발을 찾을 수 있는데, 당선 후 도지사는 재개원을 바로 추진하지 않고 공론화 과정을 제안하였다. 공론화과정을 거치면서 선출직 공무원의 변동이나 정치적 국면의 변동이 있더라도 병원 설립이 흔들리지 않을 것이라는 강한 정치적 힘이 생기기도 했지만, 공론화위원회를 거치면서 2년 정도의 시간이 지체되었다. 공공병원 설립에 대한 찬성도 코로나19의 영향이 있었다는 점도 무시할 수 없다.

2020년 12월 예비타당성조사 면제 대상으로 선정된 후, 2021년 12월 28일 국무회의에서 ‘서부경남 공공병원 신축 사업’이 예비타당성조사(이하 ‘예타’) 면제 대상으로 최종 확정되었다.

〈표 4〉 서부경남 공공의료 확충 공론화 주요 일지

일시	주요 활동
2013.05.	진주의료원 폐원, 서부경남 공공병원설립 도민운동본부, 제2진주의료원 설립 운동 전개
2017.05.	문재인정부 공공의료 확충 공약
2018.07.	김경수 경남도지사 취임
2019.07.16.	경남도지사 공론화 제안
2019(5개월)	경상남도과 도민운동본부 간 사전 논의
2020.01.07.~03.27.	서부경남 공공의료 확충 공론화준비위원회 1~6차 회의
2020.05.07.	서부경남 공공의료 확충 공론화협의회 1차 운영위원회
2020.05.19.	서부경남 공공의료 확충 공론화협의회 1차 연석회의, 2차 운영위원회
2020.06.03.	서부경남 공공의료 확충 공론화협의회 3차 운영위원회
2020.06.02.	서부경남 공공의료 확충 공론화협의회 4차 운영위원회
2020.06.18.	서부경남 공공의료 확충 공론화협의회 5차 운영위원회
2020.06.13.	1차 서부경남 공공의료 확충 공론화 도민토론회

149) 기획재정부는 2021년 12월 진주병원 설립사업의 예비타당성 조사 면제를 결정하고, 2022년 12월 29일 사업계획 적정성 검토를 마쳤다. 경상남도는 2023년 1월 27일 ‘경상남도의료원 진주병원’ 의료·운영체계 수립용역 착수보고회를 열었다. 경남 진주시 정촌면 예하리 일대에 들어서 진주병원은 2025년 착공, 2027년 개원을 목표로 한다. 19개 진료과목을 갖추고 300병상 규모로 운영될 예정이다(한겨레, “[홍준표가 없앤 진주의료원, 부활 시동…코로나 빼아픈 교훈](#)”, 2023년 1월 28일).

2020.06.20.	2차 서부경남 공공의료 확충 공론화 도민토론회
2020.06.27.	3차 서부경남 공공의료 확충 공론화 도민토론회
2020.07.04.	4차 서부경남 공공의료 확충 공론화 도민토론회
2020.06.23.	서부경남 공공의료 확충 공론화협의회 6차 운영위원회
2020.07.21.	서부경남 공공의료 확충 공론화협의회 2차 연석회의, 7차 운영위원회. 도민 참여단 논의 결과 경남도지사에게 권고문으로 전달

## 나. 시민참여 분석 모델링에 따른 평가

### (1) 네트워킹

2019년에 5개월 동안 진행된 경상남도과 도민운동본부 간 사전 논의가 2020년부터 진행된 서부경남 공공의료 확충 공론화협의회와 도민토론회, 서부경남 공공병원 입지선정 발표까지 직접 영향을 준 것은 명백하다. 그러나 그에 앞서 2013년 진주의료원 폐원 이후, 지역사회의 공공의료 부족의 문제와 그 대응방안을 다뤘던 도민운동본부라는 강력한 시민운동 네트워크가 토대가 되었다. 도민운동본부는 경남지역 52개 단체가 모인 대규모 시민조직으로서 서부경남의 노동조합, 정당, 농민회, 여성회, 참여연대, 종교단체, 환경단체, 청년단체 등 다양한 조직이 모여 있다. 이 지역사회 네트워킹을 통해서 당면 문제에 대한 집단적 인식과 사람들의 살아있는 경험이 공유되었고, 그 현실 타개의 방안으로 지방선거와 대통령선거라는 국면을 적극 활용하여 공약으로 포함되도록 활동하였다.

한편 현재 시점(2022년 12월)에서 협력을 생성·구성·지속하는 네트워킹의 관점에서 아직 공공의료확충 운동이 진행 중이란 점에 입각하여 네트워킹의 한계와 제한에 대하여 기술해보고자 한다.

첫째, 2020년 7월 4차에 걸친 공론화위원회 종료 이후 여기에 참여했던 도민참여단이 기존의 서부경남 공공병원 설립도민운동본부에 포함 또는 연대단위가 되어 병원 설립과 운영을 위한 조직화로 이어지지 않은 점은 아쉬운 점이다. 그 주요원인은 병원 건립 3개 후보지 중 선정되지 않은 2개 지역(하동, 남해) 주민들의 반발과 이에 대한 추가적인 대책이 없어 도민 세력을 약화시키는 요소로 작용했기 때문으로 보인다. 설립지 결정을 위한 과정에서 선정되지 않은 지역의 시민단체들은 불만을 가질 수밖에 없다. 그래서 이 서부경남 공공의료확충운동 역시 자원과 기회가 희소한 지역사회에 자원을 투입할 경우, 지역 간 경쟁이 발생하고 대립과 갈등으로 사회적 관계가 악화될 사례들

처럼 되지 않을까 하는 우려가 남아있다.

둘째, 시민사회의 동력을 모아 “설립”을 목적으로 하는 시민운동이 설립을 이뤄낸 후의 활동방향을 모색할 주체나 세력이 부재한 것도 앞으로 병원 설립까지 가야할 먼 길을 생각하면 우려되는 점이다. 현재 서부경남 시민운동은 공론화위원회를 거쳐 서부경남 공공병원이 설립이 확정된 이후 운동의 동력이 이어지지 않고 있다. 시민들의 요구와 참여를 통해 지방정부에게 공공병원을 만드는 책임을 부여하기 까지도 쉽지 않은 과정이었다. 그러나 실제로 설립을 이뤄내고 시민들의 바람대로 공공병원의 기능과 역할을 감시하고 견제하기 위해서는 많은 단체들의 시민연합조직의 다음 단계로서 사무국 운영과 상근 조직운동가 고용, 비영리민간단체 등록 그리고 독립적인 재정구조를 갖춘 시민 활동이 필요하다. 시민사회 권력이 장기적으로 운동의 목표를 관철시키기 위한 주도권을 견지하지 않으면 선출직 공무원의 관심과 의지에 영향을 받기 쉽기 때문이다.

그런 점에서 성남시립병원설립운동본부에서 공공의료성남시민행동으로 단체를 전환하며, 사무국과 후원구조를 갖춘 비영리민간단체를 운영하고 있는 성남은 좋은 본보기가 될 수 있다. 성남시의 경우에서 볼 수 있는 것처럼, 설립 결정 이후에도 병원의 규모와 기능에 도민의 의견을 충분히 반영하며 공공병원이 시민의 병원이 되기 위해서는 할 일이 많았다. 병원 운영과정에서도 병원의 운영에 참여하고 감시할 수 있는 역량 있는 시민들을 늘리기 위한 대중교육부터, 병원의 안정적 운영을 위한 법률 제정, 병원의 의사결정에 시민이 참여하는 구조를 만들기 위한 이사회 구성 등 중요한 일들을 수행해야 한다. 이에 더해, 병원 뿐 아니라 지방정부의 건강정책에 대해 감시하고 대안을 제시하는 일까지 정치력을 발휘해야 한다. 당면한 과정과 성과에 대응하는 시민사회 네크워킹의 지속적인 구성과 개입이 필요하다 하겠다.

**<표 5> 성남 공공병원 설립운동과 진주 공공병원 설립운동 비교**

	성남 공공병원 설립운동	진주 공공병원 설립운동
0기	2003년 인하병원, 성남병원 동시폐업에 따른 폐업 철회를 요구하는 시민운동 <시민건강권 확보를 위한 인하성남폐업 범시민대책위원회>	2013년 2월 폐업 발표, 5월 폐업 신고, 폐업 철회를 위한 시민운동 <진주의료원 폐업 철회와 의료공공성 강화 시민대책위>(2013)
1기	2003년~2006년 주민발의 조례를 통한 성남시립병원설립운동 <성남시립병원범시민추진위원회>(2003), <성남시립병원설립운동본부>(2005), <성남시의료원설립추진위원회>(2006)	2013년~2021년 시민운동과 선거를 통한 진주의료원 재개원 운동 <서부경남 공공병원설립 도민운동본부>(2016), <서부경남 공공의료 확충 공론화협의회>(2020), <서부경남 공공병원 후보지

		평가위원회)(2021)
2기	2010년~2015년 성남시 주도 성남시립병원 건립 시기	2020년~ 경상남도 주도 서부경남 공공병원 설립추진. 〈서부경남 공공의료 확충 민관협력위원회〉(2020). 서부경남 공공병원 설립 운영계획 수립 및 타당성 조사 용역, 예타 면제(2021). 기획재정부 사업계획 적정성 검토(2020)
3기	2015년~ 현재 성남시립병원설립운동에서 성남시의료원 시민 참여운동으로 전환 〈공공의료성남시민행동〉(2015), 〈성남시의료원 시민위원회〉(2017)	2020년~ 현재 설립 결정을 위한 운동에서 병원 설립·운영 시민참여운동으로의 전환 모색 중
4기	향후~ 성남시의료원 운영 뿐 아니라, 건강권 실현을 위한 공공의료 시민교육, 성남시청 모니터링과 거버넌스 참여, 지역사회 연대, 전국적인 공공병원 확충운동으로 발전	

## (2) 공동생산

공공병원에 대한 지식의 확산과 관련 서비스 생산이라는 점에서 보면, 공공병원 필요성과 기능에 대한 지식의 사회적 합의와 의사결정 구조체인 공론화위원회나 민관협력위원회라는 조직의 탄생도 공동생산의 결과로 볼 수 있다.

### ① 지식

경남 진주시·사천시·남해군·하동군·산청군 등 서부경남 5개 시·군의 주민으로 구성된 도민참여단 100명은 4차에 걸친 도민토론회를 마치고 7월 4일 합의문을 작성했다. 따라서 합의문은 지역사회 주민들이 직접 논의하고 합의한 공공병원에 대한 지식을 담고 있는 것이라고 할 수 있다. 합의문에는 “▲서부경남 의료 현실 진단과 주요 개선과제, ▲공공병원 신설여부와 신설 병원의 기능과 역할, ▲ 공공병원 신설 장소 선택 기준과 후보부지 선정, ▲취약지역 공공의료 확충 방안과 보건의료기관간 협력 방안” 등이 포함되었다. 특히 도민참여단은 새로 설립하는 공공병원의 요건을 다음과 같이 명시하였다<sup>150)</sup>. 다양하고 수준 높은 의료진을 갖추고 24시간 응급체계를 갖춘 병원, 시민

참여 감시시스템으로 투명성이 확보된 병원, 감염병 등 국가 재난 대응 병원, 500병상 이상의 규모를 갖춘 병원, 착한 적자를 공공이 책임지는 병원, 보호자가 필요 없는 병원, 응급·외상·심뇌혈관 등 중증의료를 제공하는 기관, 지역사회 건강관리, 산모·신생아·어린이 의료, 감염, 환자안전, 재활 서비스 등을 제공하며 접근성과 의료취약성 개선 효과 등의 기능을 수행해주길 요청했다.<sup>151)</sup>

도민참여단은 합의문을 바탕으로 한 내용을 7월 21일 도민, 경남도지사, 서부경남공공의료확충 공론화위원회에 보고하였다. 도지사에게는 도민참여단이 제시한 3곳의 후보지(진주, 남해, 하동)를 검토하여 부지를 결정해 줄 것, 도민참여단의 합의 내용을 신속하게 추진하되 이를 위한 예산과 제도·법령 등을 마련하고 합의사항 이행을 위한 민관협력기구를 설치·운영해줄 것을 요청했다. 또한 도지사가 도의회, 중앙정부와 국회와 협력하는데 힘써 주고, 경남도의회에는 공공의료 확충과 관련된 조례 제정과 예산 확보를 위해 협력해 줄 것을 부탁했다. 시민사회 역시, 도민참여단의 합의사항이 온전히 추진될 수 있도록 사회적 감시와 협력역할을 해줄 것을 요청받았다.

## ② 서부경남 공공의료 확충 공론화위원회

공론화위원회는 ‘숙의민주주의(deliberative democracy)’의 실천 방식으로 최근에 각광을 받고 있다. 신고리 5·6호기 공론화위원회(2017년), 2022학년도 대입제도 개편 공론화 위원회(2018년) 등으로 시작된 한국사회 공론화위원회는 일반 시민들의 참여를 확대한 진일보한 민주주의적 실천이라는 평가가 있는가 하면, 다른 한편에서는 여론정치에 휩쓸리거나 정책 당국자의 책임을 국민에게 전가하는 수단으로 악용될 수 있다는 우려도 제기되고 있다.<sup>152)</sup>

2020년 6월 13일에 시작하여 7월 4일까지 총 4회에 걸쳐서 서부경남 5개 시군(진주시, 사천시, 남해군, 하동군, 산청군) 도민들의 서부경남 공공의료 확충 공론화위원회가 열렸다. 공론화위원회는 의사결정권자이며, 제안자인 경상남도가 공론화 과정에 개입하지 않아 공정성이 확보되었고, 공론화위원회 시작 전 준비위원회를 통해 갈등 분석을 시행하고 분석에 근거해서 공론화 설계가 이루어졌다. 도민의 자발적 신청과 참여를 통해 공론화가 이루어졌으며, 열정적 토론과 높은 참여율, 높은 수준의 결론 도출이 만들어 질 수 있었다.

기존의 공론화 시도들이 공공기관의 자기 필요에 의해 만들어지고 공론화의제도 이미 정해진 상태에서 시민이 동원된 반면, 서부경남에서의 공론화위원회는 도민들의 삶과 직결된 문제로 시작되

150) 프레시안, "[24시간 응급체계·500병상 이상 규모 병원 좋아요](#)", 2020년 7월 21일.

151) 경상남도 인터넷뉴스, "[“서부경남 공공의료 확충 공론화” 마무리 김경수 ‘도민참여단 결정, 어떤 정치적 변화도 뒤집지 못할 것’](#)", 2020년 7월 4일.

152) 대학지성, "[우리 사회의 공론화: 현재의 위치와 나아갈 방향은?](#)", 2021년 8월 23일.

었다. 의제설정, 참여자 구성, 진행방식, 토론회 진행 등 모든 면이 공공기관과 상관없이 자율적이고 창의적으로 이루어졌다. 그 결과 서부경남 공공의료 확충 공론화위원회는 절차적으로도 내용적으로도 한국에서 최근에 가장 모범적인 숙의민주주의 시도로 평가되었다.<sup>153)</sup>

〈표 6〉 서부경남 공론화위원회와 타 공론조사와의 비교 (박태순, 2020)

비교 요소	공론조사 모델	서부경남 모델	비고
설계를 위한 준비	별도 조직 없음	별도 준비 모임 구성	조사위원회 구성
공론장 설계 기간	-	약 3개월	조사, 분석, 설계
참여자 구성	인구수 기반 결정	갈등 내용 기반 결정	5개 지역 동수로 구성
참여자 모집	무작위 추출	자발적 신청 후 추출	홍보를 통해 알림
의제 결정	공론화 제안자가 결정	조사·분석·논의로 결정	준비위원회에서 결정
자료집 구성	차이중심 별도 구성	동의할 수 있는 내용 중심	제3자 작성 후, 검토
의사결정	토론 후, 선호투표	이견 해소, 합의 형성	참여자 합의문 작성
참여단 논의 기간		약 1개월	4차례 도민토론회

### ③ 서부경남 공공의료확충 민관협력위원회

도민과 경상남도 간의 합의사항 이행을 위한 민관협력기구인 ‘서부경남 공공의료확충 민관협력위원회’(이하 ‘민관협력위원회’)가 2020년 10월 구성되었다. 민관협력위원회는 상반기 공론화 과정을 통해 확정된 정책권고안에 따라 각 분야 전문가의 협력으로 확충안을 이행하기 위해 경남도를 비롯한 도의회, 공공의료기관, 연구·학계, 보건의료·시민단체, 지역대표 등 사회 다양한 계층을 포함하여 총 21명으로 구성되었고, 도 복지보건국장과 서부경남공공병원설립 도민운동본부대표가 공동대표를 맡았다.<sup>154)</sup> 민관협력위원회는 “▶서부경남 공공병원 설립 타당성 연구용역 자문, ▶권고안에 기초한 의료취약지 공공의료 강화 추진, ▶서부경남 공공병원 설립 추진 가속화 방안” 등 정책권고안 이행을 위해 논의를 진행하기로 하였다.

153) 박태순. 2020. “서부경남 공공의료 확충 공론화 사례를 통한 시민주도 자율적 공론장 가능성과 과제 연구”. 한국NGO학회 추계공동학술회의 발표논문집.

154) 불교방송, “[서부경남 공공의료 확충 '민관협력위원회' 출범](#)”, 2020년 10월 29일.

**〈표 7〉 서부경남 공공의료 확충 민관협력위원회 위원위촉 명단**

구분(분야)		소속, 현 직책	성명	성별	비고
내부 (2)	경남도청	복지보건국장	신종우	남	공동대표
		보건행정과장	양은주	남	
외부 (19)	도의회	경제환경위원회 위원	강근식	남	
		교육위원회 부위원장	윤성미	여	
	지방의료원	마산의료원 원장	황수현	남	
	대학병원	경상대학교병원 기획조정실장	김봉조	남	
		양산부산대학교병원 조교수	최민혁	남	
	학계	경남대학교 건축학부 조교수	최두호	남	건축 분야
		경상대학교 경제학과 교수	김공희	남	재정·경영 분야
		경남도립거창대학 간호학과 조교수	이외선	여	보건의료 분야
	연구	경남연구원 연구위원	이관후	남	
	보건의료단체	경상남도 의사회 공공의료대책위원장	마상혁	남	
	시민단체	서부경남 공공병원 설립 도민운동본부대표	강수동	남	공동대표
		도 소비자단체 협의회 부회장	강류안	여	
		경남햇빛발전협동조합 이사	전점석	남	서부경남 공공의료 확충 공론화협의회 검증단 위원
		보건의료노조 울산경남지역본부본부장	염기용	남	
	지역대표	도민참여단(진주시)	이동진	남	서부경남 공공의료 확충 공론화협의회
		도민참여단(사천시)	김영민	여	"
		도민참여단(남해군)	고재성	남	"
		도민참여단(하동군)	이춘선	여	"
		도민참여단(산청군)	이일성	남	"

### (3) 거버넌스

시민들과 이해관계자들의 네트워크와 네트워킹을 통해 발전시킨 의제에 대한 의사결정권한을 가진 거버넌스는 앞에서의 네트워킹과 공동생산의 내용과 완전히 배제적이기보다 일부 중첩된다. 논의조직 또는 의결조직의 구성을 공동생산의 형식적 측면이라고 하면, 거버넌스는 공동생산의 결과

로 위임한 의사결정을 발전시켜야 하는 심화 단계가 될 수 있다. 그렇게 본다면, 서부경남 공공병원 확충 시민운동에서 만들어진 민관협력위원회의 거버넌스를 평가할 수 있을 것이다.

### ① 서부경남 공공의료 확충 민관협력위원회

공론화위원회의 정책권고안에 담긴 “도지사는 도민참여단 합의 내용을 신속하게 추진하기 위한 민관협력기구를 설치·운영하라”는 요구를 이행하기 위해 만들어진 민관협력위원회는 시민들의 의견을 담아내기 위한 유일한 통로이다. 그러나 민관협력위원회가 시민들에게 위임받은 권한을 행사하는 데는 몇 가지 어려움이 확인된다. 먼저 민관협력위원회가 처음 만들어질 때 조례에 설치 근거가 만들어지지 않음에 따라 제도적으로 민관협력위원회의 구체적인 위상이나 역할, 활동 계획이 명시되지 않았다는 사실은 결정적인 결함이 되고 있다.<sup>155)</sup> 또 다른 난관은 위원회가 경남도청·도의회·대학병원·학계·연구자·보건의료단체·시민단체·지역대표 등 20여명의 다양한 구성원으로 이루어졌으나, 적극적으로 도를 이끌어 나갈 수 있는 도의회 의원들이 진주의료원 폐원에 찬성했던 정당 출신이거나 보건의료 분야의 전문성이 없는 이들로 구성되어 있다는 점이다.

동시에 코로나19 팬데믹의 확산으로 2021년 10월까지 민관협력위원회는 한 차례도 자체 회의가 열리지 않았다. 그동안 한국보건산업진흥원의 <서부경남 공공병원 설립 운영계획 수립 및 타당성 조사용역>에 의해 공론화위원회가 요구했던 500 병상급 병원의 규모는 300병상으로 축소되고, 설립시기도 처음 계획했던 2024년 12월 완공보다 3년 늦추어진다는 경남도의 발표가 2021년 9월에 나왔다. 이에 대해 서부경남공공병원설립 도민운동본부와 전국보건의료산업노동조합은 도민과의 약속을 지키라는 비판 성명을 발표하기도 했다.<sup>156)</sup>

결국 민관협력위원회는 코로나19 팬데믹 2년간 대면회의가 열리지 않다가 2022년 9월에 되어 서야 회의가 이루어졌다. 2년 만에 열린 회의에서는 도의 설명사항 위주로 회의가 진행되었다. 이때 위원회의 구성에서도 문제점이 있었다. 공동위원장 체계로 시작한 민관협력위원회는 민간 측 위원장의 이탈 후 재선출이 없어, 경상남도 내부 위원장 1인 체계로 운영되었다. 더 근본적인 문제는 법률에 근거하지 않은 위원회이기에 민관협력위원회가 심의·의결기구가 아닌 자문기구로 운영되면서, 위원들은 의견을 제시할 뿐 서부경남 공공병원의 여러 가지 의사결정과정에 참여하기 힘들다는 점이다.

155) 경남도민일보, “[서부경남 공공의료 민간협력위 '취지 무색'](#)”, 2022년 5월 17일.

156) 전국보건의료산업노동조합, “[<성명서> 서부경남 공공병원 설립 타당성 조사 용역 최종 보고에 대한 입장](#)”, 2021년 10월 5일.

이상의 검토를 통해 얻을 수 있는 교훈은 연속적이면서 확장적인 일련의 시민운동이 회복되고 강화되어야 즉, 비제도적 참여 거버넌스가 회복 되어야만, “초대받은 공간”에서 정부에 동원되거나 이 용당하지 않으면서 시민들이 원하는 방향으로의 정책의제화가 이루어질 수 있다는 것이다. 아울러 현재 민관협력위원회의 문제점으로 지적되는, 즉 선출직 공무원의 관심과 의지가 없고 시민사회가 조직화된 권력을 행사하지 못하는 상황에 대한 타개책이 제도화되지 않는다면, 앞으로도 민관협력 위원회는 앞서 제도적 참여 거버넌스의 문제점으로 제시한 것처럼 요식적 참여 동원과 불평등한 정치적 대표성을 정당화하기 위한 수단으로 남아 근본적인 시민사회권력의 강화에 기여하지 못할 수 있다는 사실이다.

### 3.4.2. 돌봄의 정치의제화 요구 운동

#### 가. 돌봄정책 변화의 환경

##### (1) 코로나19 이전: 고령 사회화와 민간 돌봄의 확대

한국 사회의 저출생·고령화 경향이 심화되면서, 이에 따른 돌봄 수요/필요도 급격히 증가해왔다. 한편으로는 독거노인을 비롯해 증가하는 노령 인구에 대한 요양·돌봄 요구가 증가했고, 다른 한편으로는 가족의 자녀 양육 부담을 줄여 저출생과 사회적 재생산의 위기에 대응하는 것이 긴급한 사회적 과제가 되었다. 이러한 이유로 돌봄 서비스에 대한 정책적·제도적 관심이 높아졌으나, 이는 “돌봄 인프라의 양적 확대가 시급”하고, “경쟁을 통해 돌봄 서비스의 질을 높여야 한다”는 논리에 근거해 민간·시장 중심으로 확장되어 왔다.<sup>157)</sup> 가령, 2021년 기준 노인 장기요양기관 중 국공립시설은 재가기관의 0.64%, 요양시설의 1.92%에 불과했다.<sup>158)</sup> 또한, 2021년에 국공립어린이집은 전체 시설 수 대비 16.35%, 전체 보육 아동수 대비 22.70%로, 과거에 비해 비중이 크게 늘어났음에도 여전히 민간 의존도가 압도적으로 높다.<sup>159)</sup>

민간·시장 중심의 돌봄 서비스는 (1) 서비스 제공 민간 기관의 서비스 부당 청구, 운영비의 사적 이용, 보육료 부정 수급 등 각종 불법적 혹은 비윤리적 이윤 추구 행위가 적발되고, (2) 돌봄 노동자의 열악한 노동조건과 이로 인한 서비스의 질적 저하와 관련된 사건들이 이슈화되면서 사회적으로 문제시되기 시작했다.<sup>160)</sup> 시민사회 운동 세력은 서비스의 시장화를 돌봄 서비스의 질적 부실과

157) 최혜지. 2020. “돌봄서비스의 공급구조 재편에 관한 복지정책의 지형”. 사회과학연구, 27(2):157~73.

158) 통계청. “[시·도별 설립구분별 급여종류별 장기요양기관 현황](#).” 2022년 8월 23일.

159) 통계청. “[어린이집 시설수 및 아동수 현황](#).”, 2022년 3월 31일.

돌봄 노동자의 열악한 처우를 낳는 원인으로 지목하며 돌봄의 국가 책임을 요구하는 꾸준한 노력을 해왔다. 여러 사회적 압력들이 작용하면서, 박근혜 정부 시기에는 ‘국가책임보육’과 ‘기초노령연금’, 문재인 정부 시기에는 ‘치매 국가책임제’와 ‘사회서비스원 설립’ 등과 같이 공적인 돌봄·복지를 강조하는 흐름들도 이루어져 왔다. 하지만 이러한 정치적 강조의 이면에는 실질적인 예산 배치와 지원, 제도의 개선과 시행이 미흡하였고, 국공립 기관이 다시금 공급과 고용을 민간·시장에 위탁하는 등 형식상의 공공화만 이루어지면서 제대로 된 개혁은 이루어져 오지 못했다.

사회운동 세력이 돌봄의 국가 책임을 기치로 요구한 이유는, 공공성 확보가 돌봄 노동자의 노동 조건 개선과 그에 따른 돌봄 서비스의 질적 향상에 필수적이라고 보았기 때문이다. 그러나 정부가 통치의 맥락에서 이러한 요구를 자신들의 기획으로 전유하는 과정에서 돌봄 노동에 대한 사회적 가치의 인정이라는 차원은 탈락되었다. 오히려 정부는 돌봄 노동을 기존의 ‘여성’의 성 역할 규범과 결합하면서 이에 대해 낮은 가치 평가를 유지·활용하고자 했다. 돌봄 서비스는 (기혼) 여성의 일자리 정책으로 제시되었으며, 시간제 일자리를 통해 여성의 경제활동 증가와 돌봄 공백 해소를 꾀하면서 이들도 가사노동도 병행하도록 해 이중노동 부담을 부과하였고, 이러한 특성은 저임금으로 이어졌다.

이처럼 정부가 시민사회의 요구에 대해 선택적인 포섭과 배제의 전략을 취함에 따라, 사회운동 세력의 투쟁도 크게 두 흐름으로 분화되었다. 우선 시민사회 단체들은 표면적으로는 공적 돌봄을 확대하겠다고 하면서도 여전히 돌봄 서비스가 외주화되어 제공되는 현실을 비판하면서, 돌봄의 공공성 강화를 추구하는 운동을 펼쳐왔다. 다른 한편, 돌봄 노동자들은 학교 비정규직 노조, 요양보호사 노조 등 각 직군별로 노동조합을 설립하고, 저임금과 열악한 노동조건을 개선할 것을 요구하는 노동권 투쟁을 집중적으로 진행해 왔다. 현실의 운동이 전략적 차원에서 크게 두 흐름을 보였지만, 그 기저에는 현재의 민간 의존적인 공급 구조의 전환과 돌봄 노동의 사회적 가치 인정, 노동권 보장이 동시적이며 서로 엮여 있는 것이라는 인식을 전제함으로써 사실상 같은 목표와 방향성을 공유하고 있다고 볼 수 있다.

## (2) 코로나19 이후: 돌봄 필요의 가시화와 돌봄 필요의 가치 재평가

앞서 살펴본 것처럼 코로나19 이전의 시기에도 한계적인 수준에서나마 돌봄이 국가적인 의제로 설정되고 논의되어 왔었는데, 코로나19 이후에는 돌봄과 관련된 문제가 더욱 뚜렷한 정치적·사회적

160) 최혜지. 2020. 전게서.

문제로 부각되었다. 코로나19의 유행을 거치면서 돌봄노동과 관련해 다음의 세 가지가 사회적으로 인식되었다.

첫째, 코로나19 당시 광범위한 돌봄 공백이 발생하면서 돌봄이 우리 삶에 필수적이라는 점을 인지하게 되었다. 코로나19 확산 방지 조치의 과정에서 돌봄 서비스 제공이 축소·중단되었는데, 이로 인해 삶을 유지하는 과정에서 돌봄이 필수적이었던 이들이 방치되고 심지어 사망에 이르는 사건들이 발생했다. 가령, 홀로 코로나19 검사를 받으러 가다가 쓰러져 사망한 장애인,<sup>161)</sup> 집에서 홀로 라면을 끓여 먹으려다가 사망한 초등학교 형제<sup>162)</sup> 등 돌봄 공백으로 인한 취약계층의 사망이 기사화되면서 이에 대해 사회적으로 충격과 안타까움의 감정을 느끼게 되었는데, 이는 감염 위험의 시기에도 돌봄이 중단되어서는 안된다는 인식으로 이어지게 되었다.

둘째, 가족은 돌봄 공백의 대안이 될 수 없다는 점이 드러났다. 코로나19 유행 초기에는 돌봄 시설의 운영 중단, 개학 연기 등에 대응해 정부는 최대 20일의 가족돌봄휴가를 지원하고, 유연근무제를 시행하는 중소기업 사업주에게 지원금을 주는 정책을 시행하였다.<sup>163)</sup> 하지만 가족돌봄휴가 제도는 이를 사용할 수 없는 사내 분위기, 제도 자체를 몰라서, 혹은 휴가를 사용했다가 불이익을 당할까봐 등의 이유로 실제 사용률은 매우 낮게 나타났는데, 이로 인해 여성들은 더 커진 일-가정 이중노동을 부담하거나, 혹은 코로나19로 인한 경제적 여파나 돌봄을 사유로 비자발적으로 실직하게 되면서 돌봄의 부담을 떠안게 되었다.<sup>164)</sup> 이처럼 많은 시민들이 실질적인 가족 돌봄의 어려움에 직면하게 되었을 뿐만 아니라, 취약계층과 그 가족은 돌봄 공백의 치명적인 영향으로 인해 삶의 유지 자체가 심각하게 어려워진 상황에 놓였다. 이는 아동 학대와 방치에 대한 감시와 적절한 조치가 이루어지지 못하는 상황<sup>165)</sup>과 발달장애인 가족의 잇따른 자살<sup>166)</sup>로 사회적으로 인지되었으며, 돌봄의 가족화는 대안이 될 수 없음이 명확해졌다. 이에 정부도 2020년 11월, “지속 가능한 돌봄 체계 개선방안”을 논의하는 모습을 보였다.<sup>167)</sup>

셋째, 돌봄은 감염병 유행과 같은 위기의 시기에도 중단 없이 제공되어야 하는 필수적인 노동임에도, 돌봄노동자들의 노동조건이 안전하지 않고 무척 열악하다는 점이 가시화되었다. 코로나19로

161) 서울경제, “[장애인·영유아 확진자 잇따른 사망…아직도 방치되는 재택치료](#)”, 2022년 2월 26일

162) 한겨레, “[인천 형제의 비극에도 언제까지 코로나 탕만?](#)”, 2020년 9월 25일.

163) 고용노동부, “[\[카드뉴스\] 코로나19 예방을 위한 유연근무제 & 가족돌봄휴가 지원안내](#)”, 2020년 3월 9일.

164) 허민숙. 2022. “[코로나19 시기의 가족 돌봄: 팬데믹 상황에서의 일·생활 균형의 조건과 과제](#)”. NARS 현안분석. 국회입법조사처.

165) 굿네이버스. 2020. “아동 재난대응 실태 현황과 개선과제: 코로나19 경험을 중심으로”. 사회복지 공동학술대회 굿네이버스 산학세션: 재난 속 아동 삶의 진단과 개선과제.

166) 소셜포커스, “[도대체 몇 명이 더 죽어야... "코로나 돌봄 공백"에 손 놓는 정부](#)”, 2020년 10월 22일.

167) 보건복지부. “[코로나19 시대, 지속가능한 돌봄 체계 구축 추진](#)”, 2020년 11월 27일.

인해 돌봄 수요가 증가했지만 많은 돌봄노동자들이 저임금과 비정규직의 형태로 일해야 했으며, 활동지원사나 아이돌보미 등은 이용자의 이용 중단으로 근무 시간과 임금이 감소하더라도 정부의 코로나19 긴급고용유지 지원이나 휴업 수당 등을 받지 못했다.<sup>168)</sup> 또한, 돌봄 제공의 과정에서 감염 위험이 높음에도 불구하고 보상은커녕 마스크를 비롯한 방역물품도 제대로 지원받지 못했다.<sup>169)</sup> 그럼에도 불구하고 돌봄노동자들의 헌신적인 노력들이 이어져 왔는데, 가령 사회복지시설의 경우에는 폐관된 상황에서 사회복지사들이 비대면 방문 등의 방식으로 이용자들의 생활을 지원하고자 하였으며, 활동지원사 혹은 긴급돌봄 노동자들이 자가격리 중인 노인, 중증 장애인을 돌보아왔다. 이처럼 열악한 노동조건과 감염의 위험에도 불구하고 돌봄노동자들이 돌봄 공백을 최소화하는데 기여해왔음에도, 이들에게 사회적 감사나 보상이 없었던 점 역시 자각되었다. 의료진들에 대해서는 일찍이 대통령도 참여한 ‘덕분에 챌린지’로 이들에 대한 존경과 고마움을 표하는 캠페인이 진행된 점과 대비된다. ‘덕분에 챌린지’는 코로나19 중앙사고수습본부가 기획하여 2020년 4월 16일부터 시작되었는데, 이처럼 이른 시기와 중앙 단위의 주체가 주도했다는 점에서 그 위상을 짐작할 수 있다. 2021년 들어서 ‘고맙습니다, 필수노동자’ 캠페인이 이루어졌는데, 이는 코로나19를 거치면서 돌봄 노동자를 비롯한 필수노동자들의 중요성과 그 노동 가치에 대한 사회적 평가가 높아졌음을 보여준다.<sup>170)</sup>

이러한 흐름을 거쳐 한국 사회에서 ‘필수노동자’라는 개념이 등장하고 이들의 현실과 중요성이 인식되었다. 필수노동으로서 돌봄노동에 대한 사회적 인정과 국가 책임이 하나의 운동 흐름으로 모이게 되면서, 중앙정부와 지자체에서도 돌봄노동자를 보호하고 지원하기 위한 각종 토론회와 연구, 정책과 법·제도의 마련 움직임을 보이기 시작했다. 이러한 맥락 속에서 시민사회 운동 세력들이 구체적으로 어떻게 돌봄 정치 지형의 변화를 이끌어내는 활동들을 펼쳐왔는지에 관해 논의한다.

#### 나. 시민참여 분석 모델링에 따른 평가

돌봄 노동자의 노동조건 개선 투쟁은 어떠한 과정을 통해 ‘돌봄의 국가 책임 요구’로 새롭게 의제화되었는가? 그리고 이러한 요구와 이에 대한 반영으로 필수노동자 보호 정책과 법·제도는 어떠한 과정을 거쳐 이루어질 수 있었는가? 네트워크 구축과 이 네트워크를 통한 구체 활동(공동생산과 거

168) 국가인권위원회, “[돌봄 노동자도 돌봄이 필요해요 - 사랑과 헌신이라는 이름으로. 가려지는 돌봄노동자의 인권](#)”, 2020년 6월 7일.

169) 연합뉴스, “[코로나19 감염 위험 높은 의료·돌봄 노동자 10명 중 7명은 여성](#)”, 2020년 7월 8일; 국가인권위원회, 2020년 6월 7일. 상계서.

170) 서울신문, “[위험 줄어지고 현장 지키는... ‘필수노동자 조례’ 만든 성동](#)”, 2020년 10월 8일.

버넌스)이라는 두 가지 차원으로 구별해서 살펴본다.

### (1) 네트워킹 - 집합적 영향력 행사를 위한 수평적 네트워크의 구축

돌봄의 사회적 가치에 대한 인정과 공적인 방식으로의 재조직이 필요하다는 담론적·제도적 전환은 여러 시민사회 운동 세력의 투쟁을 통해 이루어져 왔다. 그러한 노력의 일환으로 운동 조직 간 수평적 연대가 구축되었다. 일개 조직의 노력은 시스템 차원의 변화에 기여하지 못하는 ‘고립된 영향’만을 만들어내기 때문에, 복잡한 사회문제의 해결을 위해서는 이를 목표로 하는 여러 부문의 다양한 조직들 간 협력이 필수적이기 때문이다.<sup>171)</sup> 이때의 네트워크는 단순히 조직 간 연락이나 정보와 자원의 교환 등의 단순 협력을 넘어서는 형태로, “특정한 사회적 문제를 해결하려는 공동의 어젠다에 초점을 두고 이에 헌신하는 다양한 부문의 주요한 주체들”의 전략적·실천적인 활동을 구축하는 ‘콜렉티브 임팩트(collective impact; CI)’ 형태의 네트워크로 이해해볼 수 있다.<sup>172)</sup>

이러한 네트워크의 주요한 특징은 공동의 문제의식과 목표·비전을 공유하는 것이다.<sup>173)</sup> 돌봄 정치형의 변화를 이끌어낸 CI 네트워크의 목표는 단순히 프로그램이나 정책의 변화를 넘어 시스템 차원의 변화를 지향한다는 점이 특징적이다. 돌봄과 관련해 사회운동 네트워크들은 현재 문제의 원인을 돌봄 책임을 사적 영역에 떠넘기는 구조라고 보고, 이를 해결하기 위한 공동의 의제로 “돌봄권” “돌봄노동권” 그리고 “국가가 책임지는 돌봄체계”를 제시했다.<sup>174)</sup> 기존에 시민의 정당한 권리로 인지되어오지 못했던 것을 “돌봄권”으로서 보편적인 보장을 요구하고, 사회적으로 노동의 가치가 저평가되어 오던 돌봄노동을 ‘필수노동’으로 재규정하며, 사적 영역에 떠넘겨지고 있는 돌봄을 공공이 책임질 수 있도록 시스템을 구축을 요구한 것이다. 이처럼 이러한 네트워크는 시스템 차원의 변화, 즉 정책, 권력관계, 문화의 차원을 포괄하는 깊은 변화를 추구하고, 이에 관한 공동의 의제를 공유한다.

CI 접근의 핵심 요소 중 하나는 참여조직이 연대하고 결속할 수 있도록 지원하며 상호협력을 위해 필요한 활동들을 꾸준히 주도하고 촉진하는 독립된 중추조직을 형성하는 것이 있다.<sup>175)</sup> 가령 새로운 (통합·독립)조직을 설립하거나, 연대체를 조직하는 방법 등이 있다. 통합조직으로는 가령 기존의 민주노총 서비스연맹 산하의 요양서비스노조와 사회서비스원노조가 통합하여 2022년 6월 ‘돌

171) Kania, J., Kramer, M. 2011. op. cit.

172) Kania, J., Kramer, M. 2011. op. cit.

173) Kania, J., Kramer, M. 2011. op. cit.

174) 노동과 세계, “[‘돌봄공공연대’ 발족 ‘개인이 짊어진 돌봄의 짐, 국가가 책임져야’](#)”, 2022년 6월 15일.

175) Kania, J., Kramer, M. 2011. op. cit.; 양기용 등. 2021. “지역사회 문제해결형 네트워크 역량변화에 관한 연구: 콜렉티브 임팩트 접근을 중심으로”. 인문사회과학연구, 22(3):275~306.

봄서비스노조'를 설립하였으며,<sup>176)</sup> 독립적인 시민 연대 조직으로는 '간호와 돌봄을 바꾸는 시민행동'(이하 '간호돌봄 시민행동')이 출범하였다.<sup>177)</sup> 새롭게 결성된 연대체로는 코로나19 시기의 돌봄과 방역, 접종과 치료 등의 전 과정에서 인권 보장을 기치로 한 '코로나19 인권대응네트워크'(이하 '코인넷')와 돌봄의 정치 의제화에 초점을 맞춘 '돌봄 공공성 확보와 돌봄권 실현을 위한 시민연대'(이하 '돌봄공공연대')<sup>178)</sup> 등이 있다.

〈표 8〉 돌봄의 정치화를 위한 노동자와 시민의 연대



이러한 연대 네트워크에는 다양한 주체와 분야에서 활동하고 있는 시민사회 운동단체, 노동조합 등이 포괄된다. 물론, 꼭 통합조직이나 연대체와 같은 하나의 독립된 중추조직이 있어야만 하는 것은 아니다. 다만, 어떠한 네트워크 형태이건 관계없이 조직 간 지속적인 의사소통을 통해 신뢰 구축, 새로운 관계로의 확장 구축, 갈등 조정과 비전 공유를 하는 한편, 네트워크 참여 기관들이 각기 차별화된 활동을 수행하면서도 서로의 활동을 지원·조정함으로써 문제 해결을 위한 상호 활동을 강화하는 노력은 연대의 필수 요소이다.<sup>179)</sup>

이러한 사회운동적 네트워크는 구조적 차원의 변화를 만들어내고자 한다. 이때, 구조적 차원의 변화에는 (1) 정책, 자원 배분과 흐름에서의 변화, (2) 권력 관계 차원에서의 변화, (3) 인식과 가치관

176) 2021년 6월 돌봄의 공공성 강화와 돌봄노동자의 노동권 보장을 공동의 목표로 하는 사회서비스 노동자들(보육교사, 요양보호사, 장애인활동지원사, 사회복지사 등)의 대정부 공동행동이 있었으며, 이후 2022년 6월 통합조직으로 출범하였다(한국노총, “한국노총 전국연대노조 가사·돌봄서비스지부 출범”, 2022년 6월 10일)

177) 후생신보. “간호와 돌봄을 바꾸는 시민행동 출범… 17일 만에 1만명 참여”, 2022년 6월 27일.

178) 이 연대체에는 공익인권법재단 공감, 민변 아동청소년인권위원회, 민주노총, 복지국가청년네트워크, 사단법인 두루, 연구공동체 건강과대안, 전국장애인부모연대, 정치하는 엄마들, 참여연대, 한국여성단체연합, 한국여성민우회, 행동하는간호사회 등 12개 단체가 참여하였다(민주노총, “[보도자료] 돌봄 공공성 확보와 돌봄권 실현을 위한 시민연대 발족 기자회견”, 2022년 6월 15일).

179) Kania, J., Kramer, M. 2011. op. cit.

등 문화적 차원에서의 변화를 포괄한다.<sup>180)</sup> 이러한 변화를 만들어내기 위한 구체적인 기획·활동의 모습들은 다음 절에서 살펴볼 것이다.

## (2) 공동생산과 거버넌스

이러한 돌봄의 정치의제화를 요구하는 사회운동 단체와 네트워크들은 “돌봄노동자 기본법 제정 (2021년 5월 1일)” 혹은 위의 절에서 소개한 “3대 돌봄정책요구안(돌봄권, 돌봄노동권, 국가 돌봄 책임제)” 등 정책과 법·제도적 변화를 요구하며, 이와 관련된 토론회, 연구, 세미나, 성명, 기자회견, 투쟁 등의 방식으로 담론적 전환을 주도해왔다. 이러한 활동들은 구조적 변화의 두 가지 차원들을 동시에 담지하고 있다.

첫 번째로 가치관 차원의 변화는 돌봄에 대한 사회적 인식의 전환을 추구한 것이 있다(지식과 정책 공동생산의 차원). 돌봄 문제를 제기한 시민사회 세력은 돌봄노동의 열악한 노동조건, 필수노동으로서의 중요성, 민간 및 가족·개인에게 전가된 책임 등을 드러내고 이것을 시민권·노동권의 관점을 지닌 보편적인 공공 서비스로 전환할 것을 요구하고 있다. 시민사회 운동세력은 이를 위해 새로운 방식의 문제 정의와 접근 방법을 설정하고 지식과 담론을 생산하는 활동을 해왔다.

가령 생애문화연구소 옥희살롱에서는 노인돌봄에 주목하여 (1) ‘노인요양시설 안팎의 돌봄을 여성주의적으로 기록하고 해석하기’ 프로젝트의 일환으로 영상을 제작해 업로드하고, (2) 요양보호사들을 대상으로 한 ‘글쓰기+사진찍기 워크숍’을 진행한 후 그 내용을 온라인으로 전시하였으며, (3) ‘바깥대학원’이라는 제목으로 노인돌봄에 관한 라운드테이블과 강연 프로그램을 진행하였다. 이러한 프로젝트를 바탕으로 옥희살롱에서는 인권과 필수·필요의 관점에서 돌봄이 다시금 재평가되어야 하고, 이러한 돌봄권의 관점에서 돌봄노동·필수노동에 대한 사회적 재구조화가 이루어져야 한다는 점을 제시하였다.<sup>181)</sup>

또 다른 사례로, ‘다른몸들’에서는 건강권의 개념을 확장한 ‘질병권’이라는 개념을 제시한다. 이는 건강한 몸을 ‘표준’으로 상정하는 기존의 관점이 질병에 대한 낙인과 개인화의 문제로 이어진다는 점을 지적하며 제시된 것으로, ‘질병권’은 누구나 앓을 수 있다는 관점에서 시작해, 건강이 훼손되지 않는 안전한 구조를 만드는 것과 동시에 아픈 몸들도 평등하게 살 수 있는 사회들을 강조한다.<sup>182)</sup> 질병권, 혹은 가치와 보편적 권리로서 돌봄 담론을 확장하기 위해 다른 몸들은 당사자 라운

180) Kania, J., et al. 2022. “Centering Equity in Collective Impact.” *Stanford Social Innovation Review*, 20(1):38~45.

181) 전희경. 2021. “‘필요’의 세계를 함께 만들어가기”, 생애문화연구소 옥희살롱 <2021 바깥대학원 : 우리가 늙고 돌봄이 필요할 때> “4강. 우리, 함께 늙어가는 시민들” 강의자료 (2021.11.26)(미간행)

드레이블, 강좌, 도서 출판, 그리고 연극 등의 다양한 방식의 활동들을 펼쳐왔다. 특히 질병권의 관점에서 돌봄을 사유하기 위해 여러 시민사회 운동 세력과 함께 보건의료, 페미니즘, 교육, 신자유주의, 노동시장, 장애인, 이주민·인종의 문제의 관점에서 돌봄에 관해 논하는 강좌를 개최하고<sup>183)</sup> 이를 바탕으로 책도 출간하였다.<sup>184)</sup>

이러한 다양한 활동들과 성명, 입장 등을 웹페이지, 소셜네트워크, 언론 보도 등을 통해 사회적으로 환류시키면서, 이에 관한 논의의 공간을 늘리고 대중적인 지지와 관심이 높아진 것이 돌봄의 정책과 제도 차원이라는 현실적·실용적 차원에서의 변화를 가져오는데도 영향을 미쳤다.

〈표 9〉 옥희살롱과 다른몸들

	
<p>2021 옥희살롱 프로젝트 (2021.10.18.)</p>	<p>다른몸들 집담회 ‘이상하고 난잡한 돌봄의 상상과 실천’ (2022.12.25.)</p>

다음으로, 사회운동 세력은 돌봄의 국가/공공 책임을 주장하고 돌봄노동의 사회적 가치를 필수노동의 일환으로 재규정·재평가할 것을 요구하면서, 필수노동자 지원을 위한 정책과 제도 변화를 만들어나가고 있다(정책 공동생산 및 거버넌스의 차원). 2020년 10월 열린 ‘필수노동자를 위한 정책 및 제도 마련 토론회’에서는 정치인과 연구자 이외에도 노동조합원과 돌봄노동자가 토론에 참석해 발언했다.<sup>185)</sup> 또, 지자체에서는 돌봄노동자 보호와 지원을 위한 조례 제정과 운영을 위해서 사회운동 세력이 포함된 다양한 연구가 진행되고 토론회, 협의회와 같은 거버넌스 체계가 마련되는 등, 공동기획과 거버넌스를 통해 제도화 과정에서 시민사회 세력의 발언이 영향을 미칠 수 있도록 하는 다양한 흐름들이 생겨났다.<sup>186)</sup> 앞서 살펴본 네트워크 구축과 담론적 전환을 추구해 온 노력들을 통해 시민사회

182) 이화보건학회, “[이화보건학회 3기 1차 세미나 : 질병권](#),” 2021년 3월 19일.  
 183) [교차하는 현실 속 돌봄, 잘 아플수 있는 사회를 위한 돌봄 강의\(2021.3.16.~5.18\)](#)  
 184) 김창엽 등. 2022. <돌봄이 돌보는 세계>. 서울: 동아시아.  
 185) 한국노동안전보건연구소. “[필수노동자를 위한 정책 및 제도 마련 토론회 자료집](#)”. 2020년 10월 6일.  
 186) 서울신문, “[위험 짙어지고 현장 지키는... ‘필수노동자 조례’ 만든 성동](#)”, 2020년 10월 8일; 경향신문,

세력이 발언하고 활동할 수 있는 새로운 공간이 만들어지거나 혹은 기존의 제도적 영역에 진입할 수 있게 된 것이다.

이러한 운동의 성과로 2020년 12월과 2021년 5월에 각각 필수노동자 보호·지원을 위한 중앙정부의 정책과 법률 제정이 이루어졌다. 일정한 한계가 있음에도, 전에 없었던 법률 자체가 만들어져서 돌봄 노동을 필수노동의 일환으로 규정하고, 돌봄노동권에 대한 보호와 지원을 위한 기본 체계가 만들어졌다는 점에서 긍정적인 성과로 볼 수 있다. 필수노동자 지원법 제정 이후에는 법률 자체와 시행과정에서의 한계를 지적하며, 이에 관한 개정과 보완을 요구하는 움직임도 지속하고 있다. 노동계는 다양한 직군의 노동조합이 연대하여 필수노동자보호지원법 통과 이후에도 필수노동자 안전과 작업지침이 부재한 것과, 노동자가 참여해 실제 현실을 반영할 수 있는 협의 체계를 만들려는 노력이 부족한 상황을 지적하며 법 제정의 실효성을 위한 실질적인 대책을 촉구하였다.<sup>187)</sup> 또, 20대 대통령선거국면에서도 “국가돌봄책임제”와 돌봄의 사회적 가치 인정을 위한 “돌봄임금제”를 대선공약으로 지정할 것을 촉구하면서 담론장에 개입했다.<sup>188)</sup> 나아가 간호돌봄 시민행동은 간호법에 돌봄전문인력을 포괄시켜 간호와 돌봄을 연계하고, 이를 바탕으로 기존의 분절적인 체계를 넘어서는 통합적인 간호돌봄 전달체계를 마련할 것을 주장했다.<sup>189)</sup>

통합 조직 및 연대체를 형성하고 이를 바탕으로 한 운동의 노력이 있어왔음에도 불구하고, 실제 돌봄정책환경의 변화는 단일한 주도세력이 통합적으로 주도한 것이라기보다는 부문 간 돌봄업무 노동자, 돌봄연구자, 시민사회 활동가들이 정책과 사회환경의 필요에 따라 집합하는 방식으로 전개되었다. 국가권력을 향하여 돌봄정책, 특히 돌봄노동에 대한 처우개선과 인식 변화를 요구하는 노동자와 시민사회 측 주장들을 정부 기구나 국회의원실과 함께 공유하는 기회가 몇 차례 있었으나, 일관된 협의체를 구성하거나 유지하지는 못한 것으로 보인다.

2020.10.08. 사회서비스원 돌봄종사자-대통령 영상 간담회<sup>190)</sup>

2021~2022. 저출산고령사회위원회-한국사회정책학회 외 돌봄노동 저평가 개선TF

2022.08.12. 보건복지부-중앙사회서비스원 현장간담회<sup>191)</sup>

2022.11.08. 민주노총-국회의원실 정책토론회 ‘돌봄노동의 실태와 노동권보장 및 제도개선 방안’<sup>192)</sup>

“서울시, 지자체 최초 ‘필수노동자’ 전담조직 만든다”, 2020년 12월 22일; 시사경제신문, “성동구, ‘필수노동자 조례’ 법제화 1주년 성과 돌아본다”, 2021년 9월 10일.

187) 민주노총, “4단계 거리두기, 필수노동자 보호대책 촉구 기자회견”, 2021년 7월 12일.

188) 민주노총, “돌봄 공공성 쟁취! 돌봄노동자 처우개선! 민주노총 돌봄 노동자 대회”, 2022년 2월 14일.; 민주노총, “임금인상! 처우개선! 노정교섭 쟁취! 민주노총 돌봄 노동자 대회”, 2022년 10월 12일.

189) 청년의사, “간호법에 돌봄인력 포함해 ‘간호와 돌봄에 관한 법률’로 변경해야”, 2022년 6월 27일.

190) 대한민국 정책브리핑, “사회서비스원 돌봄종사자 영상 간담회 모두발언”, 2020년 10월 8일.

191) 보건복지부 사회복지정책실, “사회서비스 발전방안 모색을 위한 현장간담회 개최”, 2022년 8월 12일.

192) 민주노총 정책실, “[정책토론회] 돌봄노동실태 및 노동권 보장과 제도개선 방안”, 2022년 11월 7일.

2023.03.16. 민주노총 서비스연맹 전국돌봄서비스노동조합 - 최종윤의원(더불어민주당) 간담회<sup>193)</sup>

이처럼 구속력을 가지는 거버넌스가 생성되지 못한 것은 아직도 돌봄의 정책의제화 요구운동이 체제 내적 변화를 가져올 수 있는 만큼 국가권력이나 경제권력과의 권력 불평등을 해소하지 못했기 때문이라고 할 수 있다.

### 3.4.3. 코로나19 인권대응 네트워크

#### 가. 코로나19 인권대응 네트워크 활동 경과

신종감염병 코로나19는 시민들에게 가늠할 수 없는 크기의 두려움과 불안감을 안겼다. 각국 정부는 바이러스 확산을 억제하기 위하여 국경폐쇄와 도시봉쇄와 같은 전례없는 긴급대책들을 발표했다. 긴급조치들의 심대한 범위와 규모 때문에 국제인권기구와 세계보건기구는 이런 긴급대책들이 반드시 인권의 원칙에 입각해서 실행되어야 한다는 점을 강조하였다. 그럼에도 불구하고 한국에서도 인권원칙에 대한 고려보다 코로나19에 대한 대중적 공포에 부응하는 강력한 정부정책들이 선택되었다.

이때 인권단체가 모여 있는 텔레그램 단체방에서 확진 환자에 대한 과도한 개인 정보 공개와 수집의 문제, 감염이 확산된 국가·지역에 대한 차별과 혐오, 통제를 앞세운 지방정부의 강력한 행정조치 등 인권이 후퇴되는 현실에 대한 고민을 나뉘보자는 제안으로 ‘코로나19 인권대응네트워크’<sup>194)</sup>이 결성되었다. 첫 모임에는 20여 명의 활동가가 참여하였다.

참여단체 목록에서 볼 수 있듯이, 코인넷에서 다룬 고민들은 개인정보 수집과 공개, 집회시위 금지 행정명령, 격리와 통제 중심의 강제조치, 주거권, 노동권, 사회적 약자·소수자·취약계층(장애인, 이주민, 청소년, 여성, 홈리스, 수용자, 성소수자 등) 문제까지 코로나19와 연결된 모든 영역에 걸쳐 있었다. 이러한 문제는 코로나19를 겪는 3년 동안 지속되었지만, 시기별로 주요 의제가 달라졌는데 코인넷은 이에 맞춰 적극 대응하였다. 가령 2020년 초기 3개월 동안은 인권기반 코로나19 대응을 위한 사회적 가이드라인을 작성하였다면, 2020년 12월 코로나19 백신이 상용화되고 한국

193) 민주노총, “[돌봄노동자-최종윤의원 간담회 진행](#)”, 2023년 3월 16일.

194) 2022년 11월 기준으로, 코로나19 인권대응네트워크에는 다음과 같이 23개 단체가 참여하고 있다. 공익인권변호사모임 희망을만드는법, 공익인권법재단 공감, 광주인권지기 활짝, 다산인권센터, 민주사회를위한변호사모임, 빈곤과차별에저항하는 인권운동연대, 빈곤사회연대, 서울인권영화제, 성적소수문화인권연대 연분홍치마, 생명안전시민넷, 시민건강연구소, 연구공동체 건강과대안, 언론개혁시민연대, 인권운동공간 활, 인권운동네트워크 바람, 인권운동사랑방, 장애여성 공감, 전국장애인차별철폐연대, 전북평화와인권연대, 진보네트워크센터, 한국게이인권운동단체 친구사이, 행동하는성소수자인권연대, HIV/AIDS인권활동가네트워크)

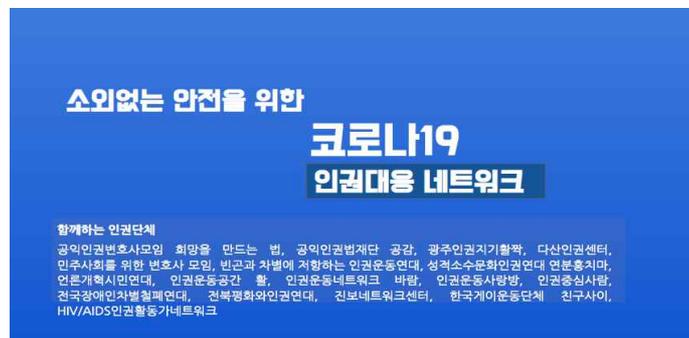
정부에서도 백신접종계획이 마련되자 백신접종 우선순위 선정과정에서의 형평성과 사회정의의 문제를 제기하였다. 2021년 6월부터는 인권관점에서 코로나19 대책을 촉구하고, 시민사회의 문제의식을 전달하기 위하여 정부와 방역정책을 논의하는 지속적인 회의를 가졌다. 11월 코로나19 유행이 안정화되면서, 정부의 '위드코로나(with corona)' 방침이 발표되었을 때는, 사회적 약자들에 대한 준비 없이 시작되는 위드코로나 정책을 비판하였다. 아울러 코로나19로 인해 우리 사회도 많은 사람들이 희생했지만, 개인적으로나 사회적으로 충분한 애도 없이 감염병 사망자로 서둘러 떠나보내야 했던 것에 대한 지속적인 문제의식은 2020년도부터 제기되었다.

## 나. 시민참여 분석 모델링에 따른 평가

### (1) 네트워킹

출발부터 코인넷은 네트워킹 조직을 목표로 했다. 코인넷의 네트워킹은 두 가지 방식으로 이루어졌다고 볼 수 있다. 하나는 코로나19 인권대응네트워크 연대체의 확대를 통한 네트워킹이고, 다른 하나는 사회적 이슈에 따라 관련된 활동을 해오는 시민단체들과의 단발적이지만 파급력을 높이도록 네트워킹을 활용하는 것이다.

코인넷은 코로나19 초기 정부의 각종 긴급대책들이 발표되고, 시민들은 감염에 대한 불안과 공포로 위축되어 있을 때 기존의 네트워크를 유지하고 있었던 인권단체 텔레그램 방에서 코로나19에 대한 고민을 나눠보자는 제안으로 결성되었다.<sup>195)</sup> 2020년 3월 17일 페이스북 페이지를 공식 개설한 시점에는 인권운동시민단체와 변호사단체 총 17개 단체 연대체로 출범했다. 코로나19 인권대응 네트워크에는 계속 단체들이 추가되어 2022년 11월에는 모두 23개 단체가 참여하고 있다.



〈그림 8〉 코로나19 인권대응 네트워크 출범 안내

195) 락라. 2022. “코로나19, 인권으로 말하다”. 민주사회를 위한 변론, 115호.

코인넷은 여러 지역과 현장의 다양한 당사자를 대변하는 시민사회조직과의 네트워킹을 통해 정부를 향해 백신공급에 대한 인권적 원칙 촉구, 외국인 노동자에 대한 차별과 혐오 중단, 교정과 보호시설 수용자의 백신접근권 보장, 지자체 집회금지조치 철회 등을 요구했고, 코로나19 희생자에 대한 애도와 기억의 추모문화제를 주관했다.

네트워킹 조직으로서 참여단위들이 수평적으로 의사결정에 참여하는 전체운영위원회를 운영했지만, 실제로 모든 참여단위가 동등한 비중으로 거버넌스에 참여하지는 못했다. 네트워크 특성상 느슨하게 결합한 상태에서 각 고유 업무가 있는 단체 활동가들이 물리적·시간적 여유가 부족해서 코인넷의 모든 사안에 동일하게 관여하는 게 불가능했던 것이다. 코로나19를 겪는 동안의 여러 국면에서 활동가들이 주력하는 문제의식과 활동도 달라졌기 때문에 그때그때 주된 의사결정 참여단위들에 의해 공동활동이 논의되었다. 전체운영위원회의 참여단위가 많아지면서 의사결정이 신속한 대응을 따라가기 어려웠던 경험들이 생기면서, 2021년 하반기부터는 운영위원회가 별도로 운영되었다.

코인넷이 네트워크 조직으로 출발하여 별도의 상근자나 예산이 확보되지 않은 상태에서 활동가들의 상당한 헌신과 노력으로 공중보건위기에서 인권기반방역이라는 새로운 인식론적 토대를 구축하고 그에 기반한 운동을 만들어 갔다는 것은 우리 사회 시민운동의 저력이라고 할 수 있을 것이다.

## (2) 공동생산

코인넷은 네트워킹 조직의 강점인 다양한 시민사회단체별 전문성을 살려 광범위한 문제의식에 대해 현황 파악과 진단, 그리고 개선방안을 제안하는 지식의 확산과 정보교류에 민첩하게 대응할 수 있었다. 대외적으로 사회적 인권약자의 건강권 보장을 위한 옹호활동, 정부와 보건당국의 방역정책에 대한 비판과 대안제시 활동을 해왔고, 내부적으로는 시민사회조직 내부의 역량을 강화하고 상호 이해와 협력의 범위를 넓히는 학습과 공유의 성과를 만들어 냈다. 생생한 현장의 모습과 필요를 통해 지금, 여기에서 필요한 새로운 지식을 만들어내는 활동으로서 2020년의 코로나19 인권침해 사례조사, 코로나19 유행으로 인한 의료공백 피해사례 설문조사와 <코로나가 드러내는 인종차별의 민낯 증언대회>(2020년 3월 20일), <코로나19와 범죄화: 사법처리 현황과 문제점 토론회>(2021년 10월 20일), <코로나19와 위기현장 증언 기자회견담회>(2021년 12월 9일) 등이 있었다. 또한 현장의 목소리를 활자화한 지식으로 전환한 결과물을 내놓기도 했다. 코인넷에서 작성한 보고서는 <코로나19와 인권, 인간 존엄과 평등을 위한 사회적 가이드라인> (2020년 6월)과 <코로나19와 의료공백, 존엄과 평등으로 채우다> (2020년 11월)가 있다. 이 보고서의 내용을 시민들이 접하기

쉽도록 언론매체에 연속 기고하기도 했다. 이러한 활동은 이전에는 볼 수 없었던 ‘감염병 상황에서  
의 인권’이라는 새로운 사회적 지식 또는 인식을 확장하는 데 기여하였다고 평가할 수 있다. 그 지  
식은 당사자 시민들에게 뿐만 아니라, 감염병 정책을 담당하는 보건당국에도 실효적 대책을 마련했  
는지와는 별개로 ‘최소한의 의식은 하고 있다는 수준으로’ 고려하지 않을 수 없는 조건이 되는데 기  
여했다.

### 〈글상자 5〉 코인넷의 연속기고문

2020.07.06. [연속기고: 코로나19, 인권을 말하는 이유] 코로나19 확진자 숫자로 이 위기를 설명하려 하지 말라
2020.07.14. [연속기고: 코로나19, 인권을 말하는 이유] '나쁜 확진자'를 어떻게 판단하나
2020.07.21. [연속기고: 코로나19, 인권을 말하는 이유] '언택트 시대'에 더 목소리를 내야 하는 이유'
2020.07.21. [연속기고: 코로나19, 인권을 말하는 이유] '무관용의 원칙'은 온당한가
2020.07.23. [연속기고: 코로나19, 인권을 말하는 이유] 집회권리와 안전은 대립하지 않는다
2021.01.14. [연속기고: 코로나19와 의료공백] 바이러스 앞 유독 취약한 사람들
2021.01.11. [연속기고: 코로나19와 의료공백] 공공의료 자원과 정보전달체계의 부재
2021.01.14. [연속기고: 코로나19와 의료공백] 의료공백과 어느 살인사건
2021.01.19. [연속기고: 코로나19와 의료공백] '지금 당장' 의료 공백 메꿀 방안을 찾아라

이처럼 다양한 일상생활과 당사자 관점에서 인권기반의 방역대응에 대한 사회적 의제를 제안하고  
확장하는데 중요한 역할을 했던 것은 코인넷 활동가들이 정기적으로 모여서 활동현황을 공유하고  
정부당국에 대한 요구사항을 만들어 간 전체운영위원회 회의였다.

### 〈표 10〉 코인넷 전체운영위원회 논의 내용

날짜	회의 내용
2020.09.23	- 10월 26일 2020 NPO 국제컨퍼런스 ‘전환을 위한 회복, 공존을 위한 연결’ 코로나 19와 인권 파트에 사회적 가이드라인 내용 발표 - 쿠팡 인권실태조사단 온라인 보고회 예정 - 서울시 정보인권 가이드라인 회의 보고
2020.10.29	- 〈집회금지고시로 평화적 집회의 자유에 대한 권리침해〉 진정 - 2020년 3차 시민인권배심회의(2020.10.29.) 논의 - 공중위생 위기상황에서의 집회·결사의 자유에 대한 체크리스트 공유
2020.12.17	- 코로나19 에 대한 인권활동가들의 고민 : 방역의 정치에서 인권의 정치로 평가 - 1차(11.03). 2차(11.10), 3차(11.24) 집담회 보고
2021.01.28	- 백신접종우선순위 성명서 발표 준비

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 의료공백 및 고(枯)정유업 유가족 서울 도보행진 협력 건</li> <li>- 교정시설·구치소 감염확산 및 요양시설 코호트 격리 문제</li> </ul>
2021.02.25	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 코로나19 백신인권집담회 보고</li> <li>- 의료공백실태조사 계획</li> <li>- 코로나19와 형벌에 관한 법제도 논의 준비</li> <li>- 공감대 활동 계획</li> <li>- 코로나19 위기대응을 위한 서울지역 원탁회의 간담회 제안서 검토</li> </ul>
2021.03.25	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 감염병예방법 개정안 점검</li> <li>- &lt;코로나19 사회적 가이드라인&gt; 1주년 활동 검토</li> </ul>
2021.04.14	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 감염병예방법 개정안 기자회견(04.27) 점검</li> <li>- 추모와 애도의 행동팀 의견</li> <li>- KBO 관련 대응</li> </ul>
2021.05.26	<ul style="list-style-type: none"> <li>- &lt;코로나19 사회적 가이드라인&gt; 1주년 활동 검토</li> <li>- HIV/AIDS 인권활동가 네트워크 간담회 준비</li> </ul>
2021.06.23	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 방역기획관 미팅 결과 공유</li> <li>- 코로나19인권대응네트워크 토론회 준비</li> <li>- 백신여권에 대한 성명 준비</li> </ul>
2021.07.28	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 백신인권팀 비판 성명서 발표 연기</li> <li>- 방역기획관 미팅 결과 공유</li> <li>- &lt;사회적 가이드라인&gt; 이행 점검</li> </ul>
2021.08.26	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 공감대 보고서 보고</li> <li>- 코로나19와 범죄화 발표회 사전 논의</li> </ul>
2021.09.23	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 위드코로나 원칙 논의</li> </ul>
2021.10.19	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 방역인권보호팀 미팅 결과 보고·논의</li> <li>- 위드코로나 공청회(10.22)에 포함될 내용 논의</li> <li>- 위드코로나 공청회 장외 기자회견 기획</li> </ul>
2021.11.19	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 코로나19와 인권 국제컨퍼런스 공동주최 제안서 건에 대한 논의</li> <li>- 방역기획관실 미팅 결과 보고, 용역과제 추진 논의</li> </ul>
2021.12.21	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 방역인권보호팀 미팅 성과와 계획 보고</li> <li>- 감염병예방법 연구용역 프로젝트 분담 논의</li> <li>- 집회에 관련한 시민사회 공동 대응, 질병청과 보건복지부 질의서 전달</li> <li>- 추모와 애도의 장 팀 계획 보고</li> <li>- 시민사회 생명안전의제 네트워크 대선의제 정리과정 논의</li> <li>- 청소년 방역패스 논의</li> </ul>
2022.01.19	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 방역인권보호팀 미팅 보고</li> <li>- 추모와 애도의 장 제안서 논의</li> <li>- 코인넷 활동방향, 운영구조 논의</li> </ul>
2022.02.24	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2022년 코인넷 활동방향 논의</li> <li>- 감염병 예방법 연구용역 진행경과 보고</li> </ul>
2022.04.01	<ul style="list-style-type: none"> <li>- &lt;인권기반 방역체계 구축&gt; 연구팀 워크숍</li> </ul>
2022.04.27	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 감염병예방법 개정을 위한 국회토론회 준비</li> <li>- 방역인권보호팀과의 현안 회의 보고</li> </ul>

2022.06.02	- 중수본 방역인권보호팀 회의 보고 - 2차 애도와 기억의 장 추모제 준비상황 공유
2022.06.29	- 6월 17일 2차 애도와 기억의 장 추모제 보고 - 국가인권위원회 진정서 내용 보고 - 건강정책학회(06.03) <인권기반 방역체계 구축> 연구보고서 발표 보고 - 유엔 국가별 인권상황 정기검토 4차 시민사회보고서 검토
2022.07.13	- 코로나19 위증증환자에 대한 보고 작성 - 국가인권위원회 진정 경과보고
2022.08.11	- 위증증환자 대응팀의 환자모임 회의, 실태조사 계획 발표 - 코로나19 긴급간담회 제안서 준비 - 국가인권위원회 진정 경과보고
2022.11.15	- 위증증환자 실태조사 진행상황 점검·논의 - 감염병예방법 국가인권위 권고와 질병청 연구용역 내용 논의 - 코인넷 활동방향 논의

### (3) 거버넌스

코인넷이 결성된 것은 공중보건 위기상황에서 국가에 의한 사회적 약자들의 기본권 침해, 인권의 퇴보를 우려하여 시민사회의 관점에서 문제를 제기하고 대안을 모색하려는 목적이었다고 할 수 있다. 코인넷은 코로나19 초기부터 주로 성명서 발표, 기자회견, 토론회, 보고서 발간, 언론 기고문 게재 등을 통해 감염병과 인권보호의 중요성, 방역과정에서의 인권침해 사실들을 알렸다. 또한 보건 당국과 국가인권위원회에 코로나19 인권침해상황에 대해 포괄적, 체계적, 조직적 대응을 요구하는 의견을 제시했다. 이미 운영되고 있는 미국 질병관리통제센터(CDC)의 ‘소수자건강·건강형평국’이나 영국 ‘NHS 평등·건강불평등 허브’ 그리고 바이든 정부가 당선되면서 구성했던 ‘코로나19 건강형평성 TF’ 등을 언론기고나 공식 회의를 통해 소개하고, 한국 정부에서도 이와 같은 조직을 운영할 것을 요구했다. 그러나 현실에서는 이런 역할을 할 것으로 기대되었던 국가인권위원회 ‘코로나19 특별대응팀’이 2020년 6월 구성되었다가 3개월 만에 해체되고 만다.<sup>196)</sup>

이후 2021년 4월 청와대 내 사회복지수석실 사회정책비서관이 하는 방역정책을 전담하는 방역기획관이 신설, 임명되었다.<sup>197)</sup> 코인넷은 방역기획관 미팅을 통해 청와대가 책임지고 정부기관과

196) 황필규. 2022. “인권과 시민사회의 역할: 코로나19인권대응네트워크 활동을 중심으로”. 한국헌법학회 학술대회 발표문.

197) 2021년 4월 16일 문재인정부에서 방역기획관을 신설하고, 신임 기획관으로 기모란(국립암센터 국제암대학원대학교 교수)을 임명하였다. 이에 대하여 최대집 대한의사협회 회장은 코로나 발생 초기 중국발 입국금지 조치에 반대하고, 코로나19 백신 구매가 급하지 않다고 밝히는 등 정부의 방역실책을 정당화하는 발언을 문제시삼아 파면을 요구하는 1인 시위에 나서기도 했다. 같은 입장으로 국민의힘에서도 신임 방역기획관에 대

민간전문가들이 함께하는 코로나19 인권 컨트롤 타워를 설치, 운영할 것을 촉구하였다.<sup>198)</sup> 6월부터 정부관계자, 방역당국과 만나서 직접 이 사안들을 건의하고 해결과정을 논의할 수 있는 회의가 몇 차례 열렸고, 간담회를 계기로 코로나19 중앙사고수습본부에 ‘방역인권보호팀’이 신설되었다. 코인넷과 방역인권보호팀 외에도, 국가인권위원회, 질병관리청 관계자등 사안에 대한 책무를 가진 부처 담당자가 동석하였다. 6월부터 12월까지 열렸던 몇 차례의 논의 과정에서 다루었던 안건은 <표 11>과 같다.

**<표 11> 코인넷과 정부 당국자 회의 주요 안건**

날짜	회의명(참석자)	논의 주제
2021.06.02	1차 코인넷-방역기획관 회의 (코인넷, 방역기획관실 방역기획관, 행정관)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 코인넷-방역기획관 협력 방안</li> <li>• 코로나19 대응과정에 대한 인권관점 평가</li> </ul>
2021.06.24	코인넷-시민사회수석실 회의 (코인넷, 시민사회수석실 시민참여 비서관)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 시민사회수석실에 방역인권정책 제안</li> </ul>
2021.06.30	2차 코인넷 방역기획관 회의 (코인넷, 방역기획관실 행정관, 시민사회수석실 행정관, 중수본 방역인권보호팀장)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 방역기획관실(방역)과 시민사회수석실(일상회복) 업무 분담 소개</li> <li>• 장애인, 이주노동자, 홈리스 백신 접근성 개선에 대한 코인넷 의견 전달</li> <li>• 코로나19 진단검사 행정명령의 문제제기</li> <li>• 감염병예방방법의 문제점과 개선방향 제안</li> </ul>
2021.08.13	1차 코인넷-방역인권보호팀 회의 (코인넷, 중수본 방역인권보호팀장)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 방역인권보호팀 현재 상황 공유</li> <li>• 이주민, 장애인 접종 정책의 문제점 제기</li> </ul>
2021.10.13	2차 코인넷-방역인권보호팀 회의 (코인넷, 중수본 방역인권보호팀장)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 워드코로나 일상회복 원칙</li> <li>• 코로나로 무너지고 유예된 권리의 회복</li> <li>• 평등한 백신 접종전략 마련</li> <li>• 일상회복을 위한 건강형평성특별위원회 구성</li> </ul>
2021.11.03	3차 코인넷-방역기획관 회의 (코인넷, 방역기획관실 방역기획관, 사무관, 중수본 방역인권보호팀장, 사무관)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 감염병예방방법 개정 필요성과 개정방향</li> <li>• 인권중심 방역거버넌스를 위한 제안</li> </ul>
2022.01.13	3차 코인넷-방역인권보호팀 회의 (코인넷, 중수본 방역인권보호팀장)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 추모와 애도에 대한 논의</li> <li>• 방역인권보호팀과 방역기획관실 회의주제 정리</li> </ul>

한 비판 논평이 나왔는데, 방역정책이 극도로 정쟁화되면서 나타난 현상이라고 볼 수 있다. 코드 인사 논란, 질병청과의 방역정책 역할 설정에 대한 반대여론 등이 제기되다가 방역기획관은 신설 1년 만인 2022년 4월 윤석열대통령직 인수위에서 폐지가 결정되었다.

198) 황필규, 전계서.

특히, 2021년 6월 초기의 코인넷-방역기획관 회의에서는 이런 시민사회와 정부의 논의과정을 기록물로 남기자는데 합의를 하였고, 그해 12월 질병관리청에서 연구과제 용역을 발주하여 2022년 4월 <인권관점의 방역체계 구축을 위한 법제도 개선방안 연구><sup>199)</sup> 보고서가 발표되었다는 점은 의미있는 진전이라고 할 수 있다. 보고서는 크게 인권관점의 감염병예방법 개정방안과 인권관점의 방역체계 구축 방안을 담고 있다. 단발적이고 이벤트성으로 끝날 수 있었던 시민사회와 정부당국의 논의 과정에서 어떤 성과와 한계가 있는지 정부 당국자들과 시민사회를 인터뷰하고 구조적이고 제도적인 현황을 짚어 기록으로 남긴 것은 향후 감염병 위기상황에서 상호 이해력을 높이고 실효성 있는 대책을 마련하는 데 참고가 될 수 있을 것이다.

코로나19 대응과정에서 시민사회와 정부의 방역인권 거버넌스에 대해 평가한다면, 방역인권보호팀이라는 전례 없던 조직이 신설되는 성과가 있기는 했으나, 처음부터 전담조직이 아닌 겸임상태의 팀장을 임명하거나 전문성이 없는 담당자를 배치하고 그나마 단기근무를 하게 함으로써<sup>200)</sup> 실질적인 정책적 효과를 보기에 대단히 어려웠다고 할 수 있다. 방역인권보호팀이 권한과 책임이 불분명한 상태로 만들어진 직책이기 때문에, 담당자 스스로 ‘시민사회의 인권보호 목소리를 청취하는 창구 역할’<sup>201)</sup>로 역할과 기능을 한정할 수밖에 없었다. 국가가 ‘초대한’ 공간에 ‘요구하는’ 공간에 머물던 시민들이 참여하는 ‘숙의적’ 기회가 생겼지만, 기존의 양측의 불균형한 권력을 의도적으로 균형있게 만들려는 국가의 전면적인 개입 없이는 새로 생겨난 공간이 숙의적 공간으로 변모하지 못하고 기존의 권력 구조 속에 함몰되기 쉽다는 것을 명시적으로 보여준 일이라고 할 수 있다.

### 3.4.4. 코로나19에 관련된 해외의 시민참여

#### 가. People’s CDC<sup>202)</sup> (미국)

People’s CDC는 공중보건인력, 과학자, 의료인, 교육자, 옹호자 등 다양한 사람들의 연합으로 정부와 대중을 대상으로 형평성에 기반한 공중보건원칙과 가장 최신의 근거를 토대로 한 지침과 정책 권고사항을 제시하였다. 이들은 비당파적 조직으로 근래 미국 CDC가 발표한 새로운 코로나19 바이러스 모니터링 가이드라인이 코로나19의 위험을 과소평가하면서 현 상황을 ‘성공’으로 오도하

199) 보고서 전문은 시민건강연구소 누리집(2022년 9월 1일 게시)에서 확인할 수 있음.

200) 서울신문, “[단독] 중수본에 책상조차 없는 ‘방역 인권팀’”, 2021년 9월 9일.

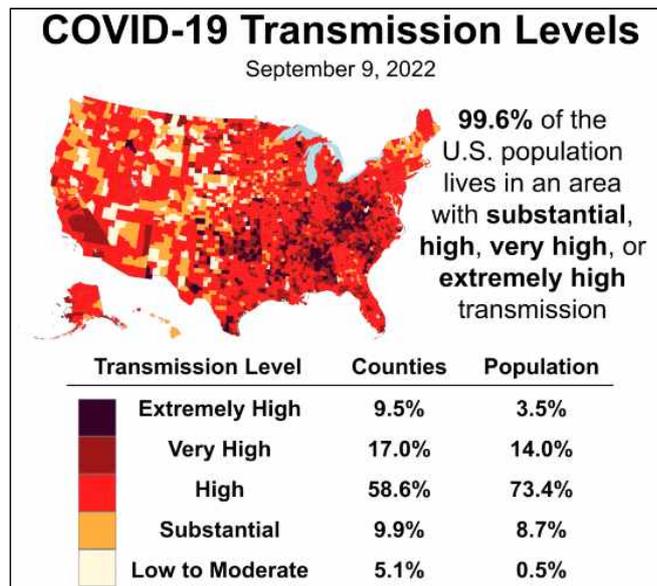
201) 한겨레, “이제 면역력마저 줄어드는 느낌... 코로나3년차, 민생 희생 끝내야죠”, 2022년 1월 22일.

202) People’s CDC 누리집.

고 있으며 기업의 영향력을 강하게 받고 있기에<sup>203)</sup> 사람들을 위한 CDC가 필요하다고 주장했다. 또한 정부의 가이드라인이 첫째, 질병을 예방하기 위한 최선의 노력을 기울이겠다는 의도를 누락하고 있으며, 둘째, 코로나 감염으로 인한 부담을 취약한 당사자들에게 부과하며, 셋째, 가이드라인이 지나치게 정치적이어서 장기 후유증(‘롱코비드’)과 같은 장기적 감염 영향을 무시하고 있다고 비판하며 기업의 이윤이 아니라 사람들의 건강을 위한 CDC를 만들어야 한다고 강조하였다. 세부적으로 다음과 같은 항목을 담고 있다.

### (1) 코로나19 일기예보(COVID-19 Weather Reports)<sup>204)</sup>

일주일에 한 번꼴로 코로나19 전파 위험도를 예보하는데, 2022년 9월 12일자 코로나19 일기예보에서는 9월 9일 기준 미국 인구집단 전체의 99.6%가 코로나 전파 위험이 매우 높은 지역에서 살고 있다고 보고하며, 정부와는 다른 기준을 활용해서 예보를 지속하겠다고 밝혔다.<sup>205)</sup> 여기에서는 주로 유행하는 바이러스 변종과 입원율, 연령구분자료, 사망률 등 롱코비드 관련 소식과 백신 등에 대한 정보도 제공하고 있다.



〈그림 9〉 COVID-19 Weather Reports  
(2022.9.12.)

203) 가디언, [“The CDC is beholden to corporations and lost our trust. We need to start our own The People's CDC.”](#) 2022년 4월 3일.

204) People’s CDC, [COVID-19 Weather Reports](#).

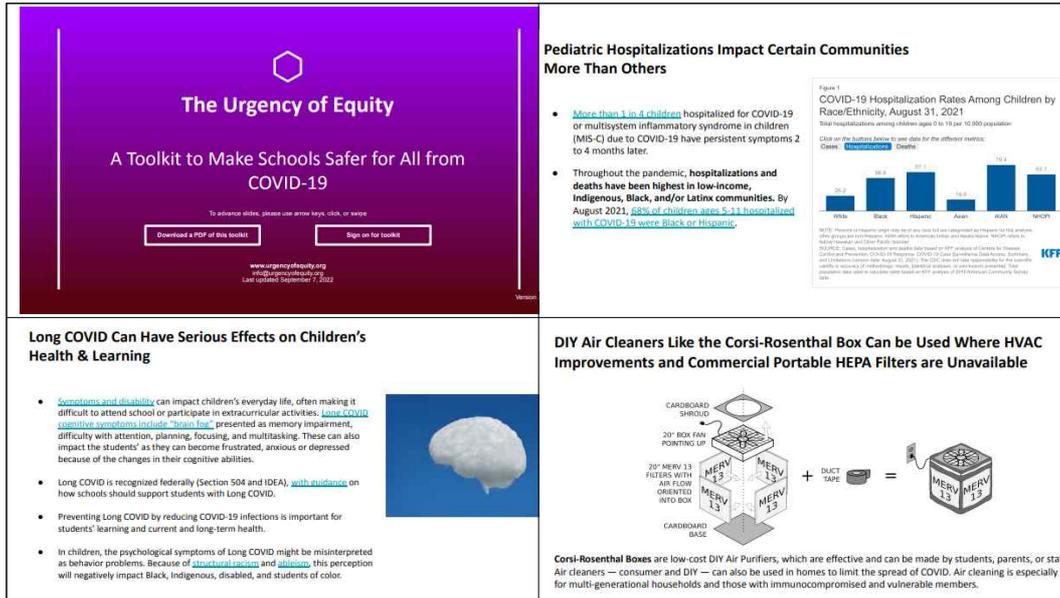
205) People’s CDC, [COVID-19 Weather Report](#), 2022년 9월 12일.

## (2) 형평성 툴킷(The Urgency of Equity Toolkit- V.2)<sup>206)</sup>

형평성 툴킷은 교육자, 학부모 그리고 지역사회가 코로나19로부터 더 안전한 학교를 만들 수 있도록 돕기 위해 개발되었다. 미국에서도 백신 접종이나 엔데믹 과정에서 소아 감염과 입원 사례가 늘어나고 있으며 이로 인한 사망 등이 사회적 이슈가 되었다. 미국에서 2022년 2월까지 코로나로 인한 아동 사망은 1,422건으로 이는 독감(flu)으로 인한 사망(50 미만)보다 훨씬 많은 수치였다. 코로나 감염을 경험한 아동들은 재입원율이 높고, 다른 만성질환 발병위험이 증가하며, 감염 아동의 1/4 이상에서 2~4개월 이후에도 잔존 증상이 있는 것으로 보고되었다. 또한 아동입원율과 사망률 등은 저소득, 원주민, 흑인, 라틴계 커뮤니티에는 더 불평등한 영향을 미친다는 연구들을 소개하였다. 롱코비드는 아동의 건강과 학습에 영향을 미치며 학교에서 일하는 성인 직원들 역시 이 영향에서 자유롭지 않다. 미국에서만 20만 명 이상의 아이들이 팬데믹으로 인해 부모를 잃었으며 450명의 교사가 사망한 것을 보고되었다.

또한 형평성 툴킷은 코로나19가 대기 중 바이러스에 의해 확산되는 기전임을 명시하면서, 이 과정에 개입하는 지역사회 활동에 대한 제안을 담고 있다. 구체적으로는 감염확산 수준에 따라서 실내외 활동에서 지켜야 할 가이드라인을 제시하고 위험도를 낮추기 위한 방안들, 가령 HEPA 필터 공기 청정기(HEPA-filter air purifier), 마스크 착용정책(Universal Masking policy), 마스크 의무착용(Mask Mandates), 집단 PCR검사(pooled PCR test), 학교 검사(school testing), 학교 검사 프로토콜(School testing protocol), 백신접종(Vaccination) 등을 제시하였다.

206) People's CDC, [Urgency of Equity Toolkit- V.2](#)



〈그림 10〉 People's CDC의 형평성 툿킷

이런 활동들은 시민들의 입장에서 팬데믹 대응을 말하는 단위가 있기 때문에 도움을 받을 수 있지만, 대체로 이것들은 시민이 직접 할 수 있는 일이라기보다는 전문가들이 일상 생활인으로서의 감각을 가지고 기여해야 하는 종류의 일들이라고 할 수 있다. 즉, 전문가가 주도하는 시민과학 (Expert initiated Citizen Science)인 것이다. 따라서 People's CDC는 전문가가 시민적 관점을 반영하고 시민들의 참여를 독려하며 건강과 방역에서 정치적 리더십을 획득하고 대항세력으로 서 활동하는 방식이다.

#### 나. Community Powered NHS (영국)

영국에서 '정부주도 의료 패러다임'에 대한 비판은 이미 주류화되어 있는 것으로 1980년대부터 이를 시장으로 대체하여 NHS의 위기를 극복해야 한다는 논의가 일부 연구자들로부터 제기되어 왔다. 이와 관련해서 영국에서는 지역사회 주도 패러다임이라는 이름의 제3의 길이 제안되고 있는데, 보건의료서비스와 복지, 장기요양서비스를 통합해 'ICS(Integrated Care System)'를 만들어 나가고 있는 과정이 그 담론적 배경이라고 볼 수 있다.

'지역사회가 권한을 갖는 NHS'는 지역사회의 필요에 맞춰 권력 이양(Devolution)과 문화변화를 통해 NHS를 바꾸어보자는 것으로서, 지역사회의 책무와 주민 참여를 통한 서비스 디자인과 우선순위 결정, 질적-양적 자료의 결합을 통한 신중한 의사결정 등을 내용으로 한다.

지역사회 주도 패러다임은 다음과 같은 측면에서 심대한 전환을 의미한다. 첫째, 보건의료는 단지 개인의 특수한 증상이나 질병이 아니라 개인의 온존과 건강에 영향을 미치는 더 넓은 맥락에 총체적으로 개입하는 것이어야 한다. 둘째, 모든 사람은 “건강 결과의 소지자”가 아니라 적극적인 주체로서 인지되어야 한다. 모든 사람들에서 건강과 관련한 대부분의 활동은 보건의료전문가와 무관하게 자신이 스스로 하는 일들이기 때문이다. 셋째, 보건의료조직들은 건강의 사회적 결정요인을 다루어야 한다는 것이다. 즉, 지역의 고유한 환경적 특성들, 가령 대기오염·녹지 비율·폭력범죄발생률·안전하지 않은 도로 등은 모두 인구집단 건강에 영향을 미친다.

커뮤니티 패러다임에서 핵심 원칙인 ‘예방’은 좁은 의미의 임상적 예방을 넘어서 건강의 결정요인을 따라 상향식으로 올라가서 건강에 영향을 미치는 부정적인 생애 사건과 불평등에 개입하자는 의미를 가지고 있다. 소셜 네트워크와 고용, 주거, 거주환경 등의 요인들을 모두 다루자는 내용인데, 이는 필연적으로 다학제 팀 접근과 각 지역에서의 자산기반 접근을 필요로 한다. 전문가가 다룰 수 있는 몸의 한 조각이 아니라 인간 전체에 대한 지역사회 접근이 필요하다는 의미이다.

이때 지역사회 권력 패러다임의 원칙은 ‘1)지역사회 참여는 의사결정이다’, ‘2)지역사회 자원을 활용해야 한다’, ‘3)지역사회 중심 조직 문화 확산이 필요하다’이다. 이를 위한 정부 기관들의 역할과 지역사회 권력을 위한 협력의 방식이 구체적으로 사례 연구와 함께 제시되어 있다.

영국의 (지역)보건의료체계 개편 과정에서 지역사회의 관여·통제와 의료-보건-돌봄-복지 통합의 중요성이 확인되면서, 이를 위한 지역사회 주도성이 강조되고 있다. 이는 한국의 의료취약지 논의에서도 마찬가지로 적용할 수 있는 부분이지만 영국과 비교하였을 때 한국에서 건강-보건 영역의 정치(적 의제)화 수준은 매우 낮기 때문에 여기에서 제시되는 논리를 활용할 수는 있겠지만 그대로 수용하기는 어렵다.



〈그림 11〉 Primary Care Network(PCN)의 기본 원칙

코로나19로 인한 위기가 ICS와 PCN 등의 활동에 “촉매제”로 기여했다는 설명은 인상적이다. 대표적으로 영국에서 코로나19 백신 공급에서 지역사회와 주민의 참여는 빠르고 적극적인 백신 접종에 기여했다(헬프라인, 학교 접종 프로그램, 직장단위 참여, 고위험 집단에 전화하고 찾아가기 등).<sup>207)</sup> 예컨대 보육교사가 커뮤니티 챔피언이 되는 경우 보육시설에서의 상황을 고려한 정보를 제공하고, 정부가 제공하는 가이드라인을 지역지원그룹에 전송하고 설명하며, 식료품과 의약품 배달과 같은 직접서비스를 제공했다. 정부는 이를 위한 예산을 제공하고 인구집단 특성에 맞는 프로그램을 운영할 수 있도록 자원을 조직했다. 이보다 더 자발적인 형태의 ‘Covid19 Mutual Aid Groups’의 사례나 알래스카의 ‘Nuka System of Care’<sup>208)</sup>가 이와 유사한 근거로 의미가 있을 것이다.<sup>209)</sup>

#### 다. Mini-public for Covid-19 lockdown policy (영국)

앞서 영국의 community powered/initiated NHS에 관한 내용은 건강서비스 생산 과정에서의 의사결정과 (서비스) 네트워킹, 공동생산에 대한 논의를 중간(MESO) 단위에서 하고 있다면, 주로 국제적으로 인용되는 COVID-19 Minipublic은 락다운 의사결정에 대한 사람들의 의견을 묻는 공론조사(n=30,000)에 가깝다. Participatory Value Evaluation 방법을 활용해 코로나와 그 대응으로 인한 발생하게 될 변화들에 대한 사람들의 의견을 물었다(1. 영양원과 장기요양시설에 방문자 허용, 2. 대면서비스 재개, 3. 비즈니스 재개, 4. 젊은 사람들의 소규모 만남 허용, 5. 면역능력이 정상인 사람에게는 모든 규제를 중단, 6. 북부 지역에서는 모든 규제 중단, 7. 직계 가족은 사회적 접촉 허용, 8. 유흥산업 재개). 이런 조사는 결국 사람들의 선호를 파악함으로써 의사결정의 정당성을 확보하고, 동시에 누군가의 죽음·질병·일상제약에 대한 경중을 따지는 국가의 통치 행위에 대한 정치적 책임을 여기에 응답한 사람들의 의견에 따르는 것으로 분산시키는 일이다.

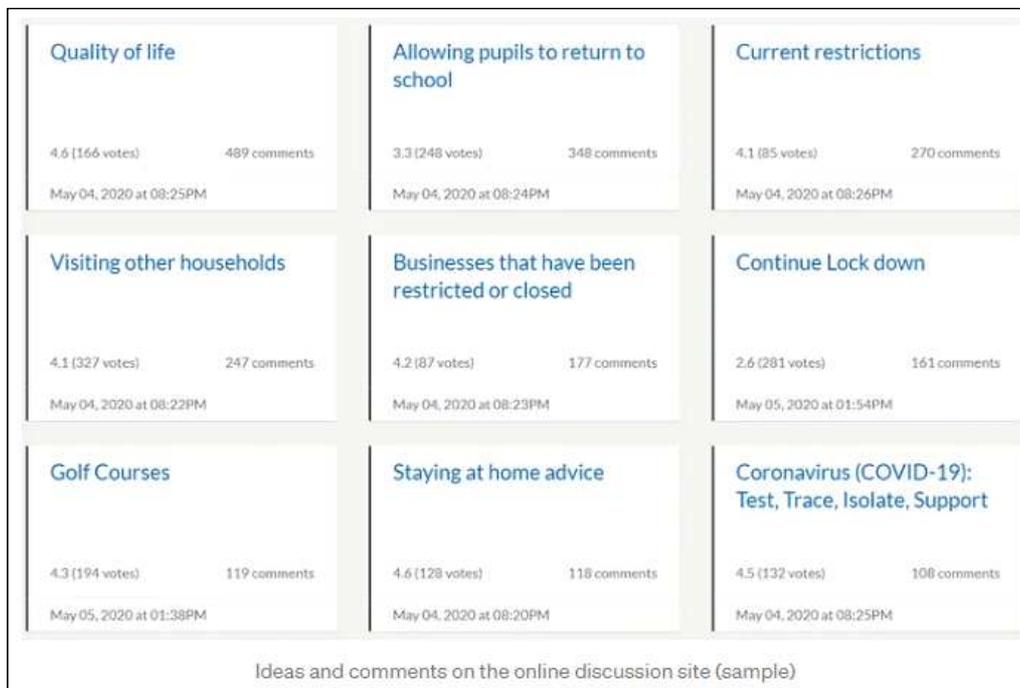
스코틀랜드에서도 정부가 공개적으로 추진한 락다운에 대하여 Digital Engagemenet를 이용한 온라인 공공 토론회가 있었다. 정부의 디지털 커뮤니케이션팀은 코로나19 방역 과정에서 사회적 논

207) GOV.UK. “[Community Champions to give COVID-19 vaccine advice and boost take up](#)”, 2021년 1월 25일.

208) Institute for Healthcare Improvement, “[How to Build the Foundations for Community-Based Crisis Response](#)”, 2021년 4월 21일.

209) Pollard, G., Studdert, J., Tiratelli, L. 2021. “Community Power: The Evidence.” New Local.

의가 필요한 내용들을 정리한 여덟 가지 주제들을 순서대로 제시하고 크게 두 가지 질문을 던졌다. 질문은 “현재의 방역 규제에서 한 가지를 바꿈으로써 삶에 긍정적인 영향을 미칠 수 있는 것이 있다면 무엇입니까?”와 “사람들이 록다운 규제를 잘 따를 수 있게끔 돕기 위해서는 무엇을 해야 합니까?”였다. 2020년 5월 5일부터 11일 10시까지 운영한 디지털 플랫폼에는 4,000개 아이디어와 18,000개 댓글(11,92명이 등록, 3,274명이 참여)이 업로드 되었다.<sup>210)</sup> 참여자들은 플랫폼에서 제안된 내용의 중요성을 별점으로 매길 수 있었는데, 첫 번째 질문에 대해서는 “다른 사람의 집에 방문하기”, “거리두기 조치 지속”, “쓰레기·재활용 처리장 열기”가 가장 높은 별점을 받았고 가장 많은 댓글을 받은 아이디어는 “삶의 질”, “학교 개방”이었다. 디지털 플랫폼에 제출된 의견들은 잘 정리되어서 분석 보고서가 공개되고 그 내용이 정부 의사결정에 반영되었다.



〈그림 12〉 스코틀랜드의 코로나19 봉쇄에 대한 공공 토론 안건

이외에도 위기의사소통이나 경제학 기반 연구자들의 숙의를 가장한 교육, 실험에 대한 보고들이 다수 존재한다. 숙의회의를 한다는 명분으로 좋은 정보를 잘 주면 사람들이 루머에 속지 않고 제대로 이해를 하게 된다고 주장하는 일군의 경제학·보건경제학·커뮤니케이션 전공자들이 존재한다.<sup>211)</sup>(한국에서 건강보험 보장성강화 시민위원회 사례<sup>212)</sup>도 같은 형식을 따름). SNS의 분절적이

210) Niamh Webster, “[Public discussions on COVID-19 lockdown in Scotland](#)”, 2020년 8월 1일.

고 선택적 공간에서의 정보흐름과 상업적 조작·선동, 정치적 양극화(polarisation)의 부정적인 영향을 바로잡기 위한 공간으로 ‘숙의’의 의미를 폄하할 이유는 없다. 그러나 이와 같은 영미유럽의 이상적인 숙의공간은 누군가(주로 정부)가 공적 자원을 투여해 인위적으로 만들어내고 공적 과정에서 비전문가 시민들이 소위 “합리적 주체”로서 기능할 수 있게끔 만드는 것을 목표로 하고 “숙의에서의 포용성과 다양성”을 보완한다고 해도 근본적으로 숙의공간을 만들어낼 수 있는 모종의 공적 주체를 전제로 작동하는 것이다. 자원이 많이 필요한 만큼 일시적·임의적·일회적인 경우가 많고, 이런 숙의 공간에서 논의한 내용이 의사결정에 반영되기 위해서는 시민숙의과정을 지지·옹호·지원하는 의회권력 혹은 정치적 리더십이 뒷받침되어야 한다.

게다가 민중권력이 혹은 정권을 잡은 민중을 대변하는 세력이 제도화한 민중건강의회(people’s health council) 스타일의 ‘와글와글 숙의(muddling through deliberation)’의 경우 코로나 19 유행과 같이 급박하고 국가동원형 하향식 통제가 이루어지는 상황에서는 제대로 이루어지기가 매우 어려웠을 것이다.

### 3.5. 소결: 시민 주도적 공중보건체계를 위한 교훈

이 연구에서는 공중보건체계에 대한 시민참여의 의미와 형식, 그리고 코로나19 시기 공중보건체계에 대한 시민사회의 참여활동을 연구진이 새로 구성된 네트워킹, 공동생산, 거버넌스 분석 모델링으로 설명했다. 세 가지 양식에서 참여자 간의 상호 양해와 협력의 기틀로서 네트워킹이 도입적 단계라고 한다면, 네트워킹의 질을 높이고 향후 제도화되는 거버넌스 구축에 중요한 영향을 주는 단계는 공동생산으로 볼 수 있다. 감염병 상황에서뿐만 아니라, 일상적 상황에서도 취약한 지역사회와 인구집단이 받는 불균형적 영향을 줄이기 위하여 공동생산을 발전시키는 것은 민감하고 탄력적인 보건의료체계를 만드는데 중요하다.<sup>213)</sup> 특히 공동의 목표를 설정하고 이행하기 위한 중요과정으로 지식의 공동생산은 이해관계자간의 신뢰를 높이고 권력불평등을 줄이는데 도움이 될 뿐만 아니라, 복잡한 보건의료시스템과 정책과제에 대한 의사결정을 강화하는데 기여한다. 공동의 지식 생산에 참여한다는 것은 제도나 구조, 자원이나 규칙에 드러나거나 혹은 숨겨져 있는 불균형한 권력 기전에

211) Muradova, L., Culloty, E., Suiter, J. 2021. “Deliberative Scrutiny? Using Deliberative Forums to Counter Misperceptions.” Using Deliberative Forums to Counter Misperceptions (October 29, 2021).

212) 권순만, 유명순, 오주환, 김수정, 전보영. 2012. “보건의료정책 의사결정과 시민참여: ‘건강보험 보장성 시민위원회’의 사례”. 보건행정학회지, 22(4).

213) Marten, R., et al. 2021. “Co-producing the covid-19 response in Germany, Hong Kong, Lebanon, and Pakistan.” BMJ, 372:n243.

도전하며, ‘평등하고 호혜적인 관계’로 권력을 공유하는 것이다. 완전히 새로운 권력 재편과 통제에 대한 준비가 없이는 지식과 사회적 관계에 작동하는 기존의 권력을 넘어서기 어렵다.

따라서 앞서 우리가 분석 대상으로 삼았던 3가지 사례는 시민의 참여를 북돋고 임파워하기 위한 정부의 기획이라기보다 훨씬 더 긴급하고 자발적이며 자구적인 시민사회의 노력이었음에도 기존의 권력질서, 즉 국가권력(중앙정부 또는 지방정부) 대 시민권력의 압도적인 불균형을 일부라도 전환하지 못하였다. 오히려 국가권력으로 하여금, 의제의 전유를 통해 시민들의 당면한 요구들에 발맞추고 있다는 형식적 통치를 강화하는데 이용되고 실질적인 시민들에 의한 사회적 통제와는 거리가 있는 상태로 남게 되었다. 앞서 분석한 사례들 외에도 코로나19 시기 각종 위원회 조직,<sup>214)</sup> 민관협력 활동들에 대한 시민참여<sup>215)</sup>를 Cornwall과 Gavena의 도식에 근거하여 설명한다면 초대받은 공간에서의 제한된 참여에 불과하다.

우리의 목표는 국가-관료-전문가가 수행하는 공중보건 지식 생산과 서비스 개발 과정에서 당사자의 관점과 경험을 반영함으로써 현실적 필요에 복무하는 지식과 서비스를 개발하는 데에 기여하는 시민 주도적 참여이다. 기존의 권력관계를 바꾸기 위한 힘으로 조직화하기 위한 제도와 정치적 동력을 강화하기 위한 전략 모색이 남은 과제이다.

214) 시민건강연구소. 2021. 전게서.

215) 시민건강연구소. 2020. 전게서.

## 4. 지역분권형 공중보건체계

포스트 코로나 시대, 사람 중심의 대안적 공중보건체계 모색을 위한 관점으로 2장에서 국가통치에 대한 비판, 3장에서 시민참여를 넘어선 시민 주도를 논의하였다. 세 번째 관점으로, 이 장에서는 지역분권형 공중보건체계의 필요성과 가능성을 검토한다.

### 4.1. 들어가며: 왜 지역분권인가

이 절에서는 지역분권을 둘러싼 기존의 논의와 접근방식에 대한 문제제기와 함께 연구의 필요성, 연구의 목적과 범위, 연구의 관점과 방법론을 제시한다.

#### 4.1.1. 공중보건체계 지역분권화의 필요성

앞서 (바람직한) 공중보건체계 원칙으로 기본권으로서 건강, 사회정의, 형평성, 전체론적 관점, 시민사회의 자치와 권력 강화, 민주주의, 분권, 참여와 파트너십, 부문 간 협력, 건강의 사회적 결정요인에 대한 개입, 예방과 건강증진의 강화를 제안하였다. 신자유주의적 통치성이 구현된 공중보건체계에서 국가가 스스로 책임을 다하지 않아 나타나는 공공성 훼손을 근거로 책임과 책무성을 시장과 개인으로 이전하는 점도 비판하였다. 2장과 5장에서 사례를 통해 살펴보듯이 신자유주의적 통치는 그 자체로 불평등하게 작동하며, 기존의 권력 불평등, 사회경제적 불평등, 나아가 건강불평등을 반영, 강화, 그리고 은폐한다. 이에 대한 대안으로 2장에서는 사회권력 강화를 통한 사람 중심 공중보건체계로의 전환을 제안했으며, 3장에서는 그 구체적인 방안으로 시민참여를 넘어선 시민 주도형 공중보건체계를 구체적인 사례와 함께 모색하였다.

신자유주의적 통치에 따른 국가 책임의 분산은 국가(정부) 내부에서도 발생한다. 이른바 신자유주의적 분권화다. 서론에서 살펴본 것처럼, 전 세계 각국에서 코로나19 이전부터 오랜 기간 이어진 지역분권개혁(일본)과 긴축(유럽)이 코로나19 대응에도 영향을 미쳤다. 한국도 예외는 아니다. 공공성과 공공보건의료의 책임이 중앙에서 지방으로, 다시 개별 기관으로 이전되거나(진주의료원 폐원), 지역별 방역이 ‘국가 기구’가 아닌 민간전문가로 구성된 ‘지원 기구’에 의해 이뤄지는 사례(감염병관리지원단)는 신자유주의적 통치 하에서 분권화와 민영화가 밀접하게 연관되어 있음을 드러낸다.

신자유주의적 분권화의 위험을 이유로 분권화 자체를 포기할 수는 없다. 분권화는 민주주의와 사

회정의, 형평성(불평등) 측면에서 옹호할 수 있으며, 이는 신자유주의적 분권화가 아닌 민주적 분권화, 평등한 분권화라는 대안적 지역분권 원리에 대한 제안으로 이어진다.

## 가. 민주주의

공중보건체계의 민주화는 다차원적으로 검토해볼 수 있는데, 여기서는 에릭 올린 라이트의 ‘리얼 유토피아’ 프로젝트에 따라 국가의 민주화 프로젝트, 민주적 권한을 통한 탈집중화(분권화) 프로젝트, 시민참여 프로젝트로 구분해 보자.<sup>216)</sup> 앞서 2장에서 국가의 민주화를, 3장에서 지역사회 시민주도를 옹호했다면, 지역분권은 그 중간에 위치해 있다고 할 수 있다. 라이트에 따르면, “신자유주의적 탈집중화(분권화)는 민영화와 시장화, 국가 지출 축소를 가리려는 속임수”인데 반해, “여기에 대조적으로 민주적 권한을 통한 탈집중화(분권화)는… 많은 경우에서 문제에 더 가까이 자리한 민주적 공공 당국에 실질적인 의사 결정 권한을 부여할 때 문제 해결이 더욱 효과적일 수 있다.” “정부 규모가 작을수록 의미 있는 대중이 참여하기가 한결 쉽기 때문에 이런 탈집중화(분권화)는 높은 수준의 시민 참여에 관련된 활발한 민주적 실험을 할 가능성을 한껏 열어준다.” 즉, 민주적 권한을 통한 탈집중화(분권화)는 효과적 문제 해결, 더 높은 수준의 시민참여를 가능하게 할 수 있다.

지역은 사람들의 삶에 더 가까우며, 규모가 더 작다. 지방정부 관료, 지역의원 등 정치적 행위자들은 주민들과 더 가까이 있으며 사정을 더 잘 알고 있다. 주민들은 이들에게 자신의 고통에 대한 관심과 문제 해결에 대해 더 높은 책무성을 기대하고 요구할 수 있다(실제로 그 기대와 요구에 복무하게 만드는 것은 별개의 문제다). 지역의 여러 행위자들은 삶터와 일터를 더 직접적으로 공유하며, 이는 지역 공동의 문제를 해결하기 위한 공공과 민간, 보건과 의료, 나아가 보건의료와 건강의 사회적 결정요인을 아우르는 부문 간 협력과 전체론적 작동을 용이하게 할 수 있다. 이는 다시 지역분권적 공중보건체계의 효과성, 참여 가능성을 뒷받침한다.

## 나. 사회정의와 형평성(불평등)

지역 간 권력과 자원의 불평등에서 기인하는 지역 간 건강불평등 역시 지역의 정치적 권한강화 없이 해결하기 어렵다. 결국 불평등 역시 민주주의와 맞닿아 있다. 이 때 지역의 정치적 권한강화는 국가 책임을 경유한 지방정부의 권한 강화를 통해 가능하다. 서로 다른 권력과 자원을 가진 모든 지

216) 라이트. 에릭 올린. (유강은 옮김). 2019. <21세기를 살아가는 반자본주의자를 위한 안내서>. 서울: 이매진.

역에서 마찬가지로 분권이 작동하게 위해서도, 권력과 자원을 배분함으로써 지역 간 불평등을 조정하는 국가(중앙)의 역할은 핵심적이다. 중앙에서 조정되는 지역분권은 지역 간 불평등을 예방하면서 효과적 대응을 가능하게 할 수 있다.

한국의 지역 간 건강불평등은 두 가지 뿌리를 가지고 있다. 한 가지 뿌리는 불균등 개발의 역사다. ‘나라 만들기’ 시기 발전주의 국가의 권위주의적이고 중앙집권적인 개발 정책으로부터 기인한다. 국가 영토 전체의 총량적 실적과 성과를 강조하고, 국토 전체가 하나의 동일하고 균등한 공간이라는 심상적 공간을 생산함으로써 지역 단위에서 불평등한 상황을 은폐해왔다. 보건의료 역시 마찬가지로, 많은 지표가 국가 전체의 관리 관점에서 중앙 단위에서 생산되며, 지역의 특수성과 현실을 반영하기보다는 표준화되고 비교 가능하며, 중앙 차원에서 관리하고자 하는 영역을 중심으로 수치화, 계량화되어 왔다.

다른 한 가지 뿌리는 한국 보건의료체계의 특성이다. 의료화는 물론, 의료 영역 안에서는 건강보험을 중심으로 중앙집권화 되어있고, 민간 중심의 공급 체계로 인해 지방정부가 지역의 (공중)보건의료 정책을 위해 할 수 있는 공간이 매우 협소하다.<sup>217)</sup>

불균등 개발의 역사와 한국 보건의료체계의 특성은 건강과 보건의료 영역에서 지역 간 불평등을 발생, 심화, 지속시키는 견고한 구조이지만, 현재의 지역정치는 지역개발정치에 몰두하여 건강과 보건의료의 지역 간 불평등을 개선시킬 동력을 가지지 못한다.<sup>218)</sup> 결국 지방정부와 지역주민이 자신들의 지역 내에서 발생하는 공중보건 위기를 포함한 건강과 돌봄, 공중보건 필요에 대응하기 위해서는 기존의 중앙집권적 체계를 그대로 둔 상태에서 단발성, 일회성 지원으로는 불가능한 상황이다.

#### 다. 코로나19의 경험

코로나19는 100년만의 팬데믹, 재난적 공중보건 위기라는 점에서 극단적 사건이기는 하지만, 구조적 문제가 팬데믹이라는 조건을 만나 발현한 결과라는 점에서 예외적 사건이라고 보기 어렵다. 재난 대응은 결국 재난이 일어난 후가 아니라 재난이 일어나지 않은 평시 대비에 달려있다는 점에서, 포스트 코로나 공중보건체계의 모색은 곧 대안적 공중보건체계, 건강체계를 만드는 것이라고 할 수

217) 예컨대 국가 예산 중 건강보험 외 보건 예산 비중이 형편없이 낮으며, 따라서 건강보험 재정 기제 이외에 보건부문에 대한 공적 개입이 쉽지 않다.

218) 예컨대 지방정부가 안 그래도 부족한 지역예산을 관광에만 쏟아 붓는 것이 대표적이다. 지역개발정치가 지역 간 불평등을 개선할 수 없는(악화시키는) 구조와 기제에 관해서는 데이비드 하비의 ‘민관 협력을 통한 투기적 개발’ 논의를 참조하라. (하비, 데이비드. (최병두 옮김). 2016. <데이비드 하비의 세계를 보는 눈>. 서울: 창비.)

있다.

코로나19 팬데믹은 한국의 중앙집권형 공중보건체계의 실패와 민간중심 의료체계의 실패를 경험한 사건이었다. 대구경북 지역에서 시작한 1차 코로나19 유행 대응 과정은 한국 공중보건·의료체계의 문제(체계 없음의 문제)를 여실히 드러냈다. 다행히 지역에 국한된 유행이었고 초기였기 때문에 온 나라의 자원을 집중하여 어떻게든 대응했다.<sup>219)</sup> 지역사회 전체가 단결하여 공동 대응할 수 있었던 대구경북 지역의 특수성도 영향을 미쳤다. 하지만 이후 코로나19가 전국으로 확산하면서 지역별 인구사회적 특성, 자원과 역량의 차이 등이 대응과 성과에 영향을 미쳤다. 지역 간 불평등이 명백했고, 중앙과 지역, 공공과 민간은 서로 책임을 떠넘겼다.

#### 4.1.2. 지역분권의 현실적 한계

현정 이래 한국에서 공중보건체계의 지역분권화 논의는 가깝게는 지방자치단체장 선거가 시작(부활)하고 기존 「보건소법」이 「지역보건법」으로 전문 개정된 1995년 문민정부 시기, 멀게는 「지방자치법」이 제정·공포된 1949년 1공화국 시기 시작되었다고 볼 수 있다. 짧게는 30여년, 길게는 70여년의 역사다. 그럼에도 불구하고 여전히 지역분권이 과제로 제시되는 이유는 여전히 미완의 과제이기 때문이다.

코로나19 팬데믹 대응 과정에서 중앙집권형 공중보건체계의 실패와 민간중심 의료체계의 실패에 대한 대응으로 여러 가지 논의와 실천이 이뤄졌다. 하지만 공중보건체계의 효과성을 명목으로 지역분권에 역행하는, 도리어 중앙집권을 강화하는 실천들도 이뤄졌다. 팬데믹 대응의 한복판, 2020년 9월 기존의 질병관리본부가 질병관리청으로 승격되면서 권역별 질병대응센터가 신설된 것이 대표적이다. 나아가 현재 (기초)지방정부 산하에 있는 보건소를 질병관리청 소속으로 이관하자는 주장도 제기되었다. 전자의 경우 관료조직의 내부논리로, 후자의 경우 지역의 권한부족에 대한 반동으로 이해할 수도 있을 것이다.

현실에서 지역분권은 여전히 잘 작동하지 않고 있으며, 여기에는 중앙정부와 지방정부의 서로 다른 이해관계가 자리하고 있다. 중앙정부와 지방정부 공히 ‘지역분권’을 말하면서도, 실상 책임회피의 구실로 활용하고 있다. 중앙정부는 국가의 책임을 면피하기 위해 권한과 자원 없이 지방정부에 책임만 떠넘긴다. 지방정부라고 다르지 않다. 더 많은 권한과 자원을 위해 분권화를 요구하면서도, 면피를 위해 중앙에 책임을 돌린다. 물론 이는 권한과 자원 없이 지방정부에 책임만 떠넘기는 중앙

219) 예컨대 국립중앙의료원장이 최초 군집감염 장소인 청도대남병원에 직접 찾아가 환자를 데려오고 전원시키는 등의 조치를 취한 것이 대표적이다.

정부에 대한 대항 전략의 일환으로 이해할 수도 있을 것이다.

#### 4.1.3. 연구의 목적과 구성

이 장의 연구는 크게 세 가지 목적을 가지고 진행했다.

첫째, 공중보건체계의 역사적 전개 과정과 코로나19 대응 경험에 대한 비판적 분석을 통해 한국 공중보건체계에서 지역분권이 어떻게 작동하는지, 그것을 야기하는 구조적, 정치·경제적 맥락은 무엇인지, 대안적 지역분권은 어떻게 가능할지 모색한다.

이 연구에서 말하는 공중보건체계란, 현실적으로 행정적·제도적으로 작동하는 기존의 공중보건체계를 염두에 둘 수밖에 없으나, 궁극적으로 건강의 사회적 결정요인을 포괄하는 건강체계를 가리킨다. 코로나19 대응체계 측면에서 의료, 방역, 사회적 방역을 포괄하고, 일반적 공중보건체계 측면에서는 감염병 관리, 질병 관리를 넘어 공중의 건강관리를 포괄한다.

무엇보다 건강불평등과 의료불평등, 더 넓은 사회경제적, 정치적 불평등을 해결하기 위한 노력을 호명하기 위해 공중보건 불평등, 공중보건체계라는 개념을 활용한다.

둘째, 다른 나라의 코로나19 대응과 공중보건체계를 비판적으로 검토하고, 한국과의 유사점과 차이점, 그를 야기한 제도적, 구조적, 정치·경제적 맥락이 무엇인지, 한국 공중보건체계의 분권화를 위한 과제와 이행전략의 단초를 모색한다.

셋째, 그간 국내외에서 논의된 지역분권 논의를 비판적으로 검토하고, 대안적 공중보건체계의 원리로서 지역분권 개념을 구상한다.

이 연구에서 말하는 지역분권이란, 일정한 지역으로 구획된 (정치)공동체가 공중보건체계 측면에서 민주화하는 것을 의미한다. 이 때 각 지역·공동체 단위들은 다른 수준과의 긴장관계 속에 있다.

무엇보다 공중보건체계가 공중의 건강을 위해 중앙과 지역, 공공과 민간, 보건과 의료, 보건의료와 건강의 사회적 결정요인 사이 경계를 넘어 책임을 다할 수 있게 하는 필요성과 가능성을 논의하기 위한 틀로 지역분권을 논의한다.

#### 4.1.4. 연구 방법

이 장은 관점과 접근법으로서 비판적 실재론을 채택했다. 우리의 용법에서 이는 다음과 같은 연구 질문을 탐색하는 과정이다.

- 사람들이 경험·인식한 (혹은 경험·인식되지 않은) 문제는 무엇인가?
- 그러한 문제는 왜, 어떻게 발생했는가?
- 그러한 발생의 구조와 기제는 무엇인가?
- 맥락적 조건(다른 기제)은 무엇인가? 제약 조건은 무엇이고, 촉진 조건은 무엇인가?

이를 위해 언론기사, 지방정부 실무자 면담기록, 지방정부와 기관의 코로나19 백서, 시민사회의 각종 코로나19 관련 실태조사(코로나19 시민 백서, 코인넷 의료공백 실태조사 등) 자료를 활용하여 비판적 분석을 시도하였다.

## 4.2. 한국 공중보건체계에서 지역분권은 어떻게 작동하나

이 절에서는 구체적인 사례를 토대로 그러한 경험·사건을 야기하는 구조와 정치·경제에 대한 비판과 대안적 원리로 나아간다. 공중보건체계의 역사적 전개 과정과 코로나19 대응 경험에 대한 비판적 분석을 통해 한국 공중보건체계에서 지역분권이 어떻게 작동하는지, 그것을 야기하는 구조적, 정치·경제적 맥락은 무엇인지, 대안적 지역분권은 어떻게 가능할지 모색한다.

### 4.2.1. 한국 공중보건체계에서 중앙-지방정부 거버넌스

한국 공중보건체계에서 지역분권이 어떻게 작동하는지 살펴보기 위해 공중보건체계 내에서 중앙정부와 지방정부의 거버넌스를 살펴보았다. 행정 또는 제도적으로 작동하는 한국의 공중보건체계는 중앙-시도-시군구로 이어지는 수직적 체계라고 할 수 있다. 중앙정부는 국가단위의 거시적인 정책 뿐만 아니라 개별 사업의 구체적인 사업 지침을 개발하여 예산과 함께 지방정부에 배부한다. 광역지방정부는 자체적인 정책이나 사업을 추진하기도 하지만, 자원이 풍족하지 않거나 공중보건에 대한 우선순위가 높지 않은 대부분의 시도에서는 주로 중앙의 지침이나 예산을 기초지방정부에 전달하는 역할만 수행한다. 결국 기초지방정부 차원에서 실질적인 보건사업이나 대민 서비스를 수행하는 경우가 많다. 따라서 한국의 공중보건체계는 실행조직인 ‘보건소’라는 기관의 업무를 중심으로 이해되기 쉽다. 그러나 보건소 중심 공중보건체계는 여러 가지 한계를 가진다. 보건소는 기초지방정부 단위의 조직이기 때문에 「지역보건법」에 근거한 보건소의 업무 범위나 권한만으로는 앞서 정의한 넓

은 의미의 공중보건체계 전체를 포괄하기 어렵다. 또한 보건소는 주민들에게 제공하는 지역보건의료서비스나 개별 보건사업 단위를 중심으로 업무가 이루어지고 있기 때문에 지역 당국(authority)으로 공중보건체계를 주체적으로 관리하기에는 정책 기능이 미흡하다.

공중보건체계에서 지방정부의 권한과 책임을 강화하려는 시도가 없었던 것은 아니다. 1995년 본격적인 지방자치 시대가 열리고, 「보건소법」 역시 「지역보건법」으로 전면 개정되면서 보건 분야에서 지방정부의 정책 기능이 강조되었다. 모든 광역·기초 지방정부의 지역보건의료계획 수립이 의무화되었는데, 이는 중앙정부의 일률적인 계획과 사업수행을 지양하고 지역 실정에 맞는 보건의료 종합계획을 수립·시행함으로써 지방정부의 참여와 책임을 강조한 것이다. 그러나 현실적인 보건소의 기능을 고려했을 때 「지역보건법」에 규정된 지역보건의료계획 내용은 기초지방정부 차원에서 작성하기 어렵다(〈표 12〉 참고).<sup>220)</sup> 따라서 지방정부에서 수립되는 지역보건의료계획은 ‘계획을 위한 계획’으로 매우 형식적으로 작성되는 경향이 있으며, 지역보건의료계획의 위상과 실효성도 저하되고 있다.<sup>221)</sup>

〈표 12〉 지역보건의료계획 중 기초지방정부에서 작성하기 어려운 사항 (김창엽 등, 2020)

구분	지역보건법에 규정된 지역보건관련 업무	규모의 부적절성	인접지역의 영향이 큰 점	국가나 광역의 시책을 따라야 하는 것	타기관과의 협조 필요
지역보건법 제7조 제1항	보건의료 수요의 측정	○			
	지역보건의료서비스에 관한 장기·단기 공급대책		○	○	
	인력·조직·재정 등 보건의료자원의 조달 및 관리			○	
	지역보건의료서비스의 제공을 위한 전달체계 구성 방안			○	
	지역보건의료에 관련된 통계의 수집 및 정리				○
지역보건법 시행령 제4조 제1항	지역보건의료기관과 보건의료 관련기관단체 간의 기능 분담 및 발전 방향	○	○	○	
	지역보건의료기관의 인력·시설 등 자원 확충 및 정비 계획	○		○	
	지역보건의료와 사회복지사업 사이의 연계성 확보 계획	○	○		○

220) 김창엽, 김명희, 장숙량, 하랑경, 박은혜. 2020. <건강한 노화와 건강 형평성 제고를 위한 신 건강정책 추진 전략>. 보건복지부서울대학교 산학협력단.

221) 최정미, 김민선, 이가현. 2018. <대한민국 지역보건의료계획 20년 발자취>. 서울: 한국건강증진개발원.

왜 공중보건체제에서 지역분권이 잘 작동하지 않을까. 무엇보다도 지방정부가 가지는 권한이 적기 때문이다. 여러 보건의료법령의 상위법이라고 할 수 있는 「보건의료기본법」에서는 보건의료에 관한 국가와 지방정부의 책임을 규정하고 있다(〈글상자 6〉 참고). 「보건의료기본법」에 따르면, 국가와 지방정부는 국민건강의 보호 증진을 위해 필요한 법적, 제도적 장치 마련뿐만 아니라 보건의료자원의 관리, 보건의료 제공과 이용체계에 대한 동일한 책임을 가진다. 또한 생애주기별 특성과 주요 건강 위험요인을 고려한 평생국민건강관리사업을 시행하여야 한다. 이것은 공중보건체제를 넘어 보건의료체계 전반에 대한 지방정부의 의무를 규정한 것이다. 그러나 지역분권의 근간이 되는 「지방자치법」에 따라 지방정부가 국가로부터 위임받은 보건 관련 행정사무는 ‘공공보건의료기관의 설립·운영’과 ‘감염병과 그 밖의 질병의 예방과 방역’ 두 가지로, 그 범위가 매우 협소하다(〈글상자 7〉 참고).

#### 〈글상자 6〉 보건의료기본법 상 보건의료에 관한 국가 및 지방정부의 책임

<p>제4조(국가와 지방정부의 책임) ① 국가와 지방정부는 국민건강의 보호·증진을 위하여 필요한 법적·제도적 장치를 마련하고 이에 필요한 자원(財源)을 확보하도록 노력하여야 한다.</p> <p>② 국가와 지방정부는 모든 국민의 기본적인 보건의료 수요를 형평에 맞게 충족시킬 수 있도록 노력하여야 한다.</p> <p>③ 국가와 지방정부는 식품, 의약품, 의료기기 및 화장품 등 건강 관련 물품이나 건강 관련 활동으로부터 발생할 수 있는 위해(危害)를 방지하고, 각종 국민건강 위해 요인으로부터 국민의 건강을 보호하기 위한 시책을 강구하도록 노력하여야 한다.</p> <p>④ 국가와 지방정부는 민간이 행하는 보건의료에 대하여 보건의료 시책상 필요하다고 인정하면 행정적·재정적 지원을 할 수 있다.</p> <p>제24조(보건의료자원의 관리 등) ① 국가와 지방정부는 보건의료에 관한 인력, 시설, 물자, 지식 및 기술 등 보건의료자원을 개발·확보하기 위하여 종합적이고 체계적인 시책을 강구하여야 한다.</p> <p>② 국가와 지방정부는 보건의료자원의 장·단기 수요를 예측하여 보건의료자원이 적절히 공급될 수 있도록 보건의료자원을 관리하여야 한다.</p> <p>제29조(보건의료의 제공 및 이용체계) ① 국가와 지방정부는 보건의료에 관한 인력, 시설, 물자 등 보건의료자원이 지역적으로 고루 분포되어 보건의료서비스의 공급이 균형 있게 이루어지도록 노력하여야 하며, 양질의 보건의료서비스를 효율적으로 제공하기 위한 보건의료의 제공 및 이용체계를 마련하도록 노력하여야 한다.</p> <p>② 국가와 지방정부는 보건의료의 제공 및 이용체계를 구축하기 위하여 필요한 행정상·재정상의 조치와 그 밖에 필요한 지원을 할 수 있다.</p> <p>제31조(평생국민건강관리사업) ① 국가와 지방정부는 생애주기(生涯週期)별 건강상 특성과 주요 건강위험요인을 고려한 평생국민건강관리를 위한 사업을 시행하여야 한다.</p> <p>② 국가와 지방정부는 공공보건의료기관이 평생국민건강관리사업에서 중심 역할을 할 수 있도록 필요한 시책을 강구하여야 한다.</p> <p>③ 국가와 지방정부는 평생국민건강관리사업을 원활하게 수행하기 위하여 건강지도·보건교육 등을 담당할 전문인력을 양성하고 건강관리정보체계를 구축하는 등 필요한 시책을 강구하여야 한다.</p>
---

### 〈글상자 7〉 지방자치법 상 지방정부가 국가로부터 위임받은 보건 관련 행정사무

제13조(지방정부의 사무 범위) ① 지방정부는 관할 구역의 자치사무와 법령에 따라 지방정부에 속하는 사무를 처리한다.

② 제1항에 따른 지방정부의 사무를 예시하면 다음 각 호와 같다. 다만, 법률에 이와 다른 규정이 있으면 그러하지 아니하다.

2. 주민의 복지증진

마. 공공보건의료기관의 설립·운영

바. 감염병과 그 밖의 질병의 예방과 방역

중앙정부에서 일방향적으로 지침과 예산이 하달되는 수직적인 사업 방식 또한 공중보건체계에서 지역분권을 저해하는 요인이다. 중앙정부와 지방정부 간 불균형한 권력관계는 지방정부가 지역의 공중보건을 위해 자율적으로 할 수 있는 공간을 협소하게 하기 때문이다.

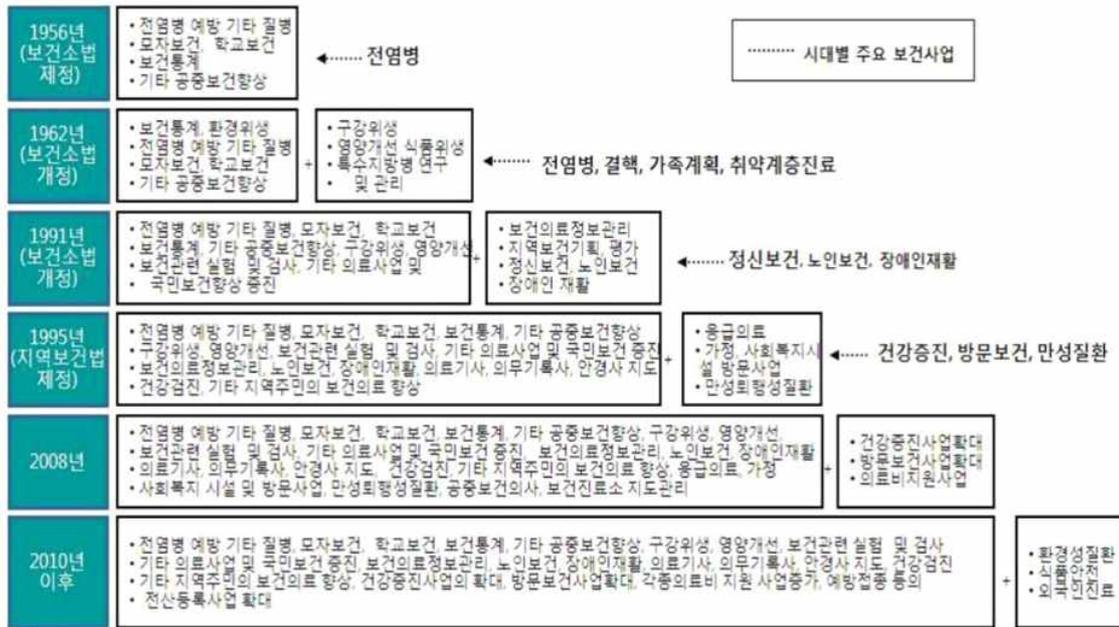
지방정부, 특히 기초지방정부 수준인 보건소에서는 업무의 대부분이 중앙정부의 지침에 따라 이루어진다. 중앙집권식·하향식이 아닌 지역분권식·상향식을 표방한 보건소 통합건강증진사업조차 현재는 초기의 취지와 다르게 운영되고 있다. 13개의 보건사업을 지역사회의 수요에 맞춰 지방정부에서 자율적으로 수행하도록 하였으나, 국정과제, 정부정책 변화 등을 이유로 일부 사업(지역사회중심 금연 지원서비스, 방문건강관리, 모바일 헬스케어, 치매관리 사업)이 필수 사업으로 전환되고 예산도 별도로 관리하고 있다.

국고보조금 형태의 재원분담 방식도 문제가 될 수 있다. 대부분의 보건사업은 국고보조사업 형태로 이루어지기 때문에 중앙정부에서 내려준 국비에 맞춰 지방비를 매칭할 수밖에 없기 때문이다. 현재 국고보조사업의 종류와 수준은 중앙정부의 정치적 과정에 의해 결정되어 지방정부는 의사결정에 참여하지 못하고 의무적으로 재원을 분담해야 하며, 보조율 수준에 대한 협의 없이 중앙정부가 일방적으로 의무분담을 강제하는 문제가 있다.

지방정부는 보건소 인력에 대한 권한조차 가지고 있지 않다. 시간이 지남에 따라 보건소의 기능과 업무가 새롭게 추가되고 있으나,<sup>222)</sup> 보건소 인력에 대한 권한은 중앙정부인 행정안전부가 가지고 있기 때문이다. 따라서 보건소에서는 보건사업이 확대될 때마다 개별 사업의 예산을 바탕으로 금연상담사, 운동처방사, 영양사 등 서비스 제공인력만 전문인력(비정규직) 형태로 고용하고 있는 실정이다. 보건소의 높은 비정규직 비율은 이후 코로나19 대응 과정에서도 문제가 되었다. 지방정부

222) 나백주. 2021. “코로나19 유행은 향후 한국 보건소 기능 개편에 어떤 영향을 미치게 될까?”. 대한공공의학회지. 5:1~10.

의 감염병 대응에서 보건소가 매우 중요한 역할을 하였는데, 감염병 대응 업무와 노동 강도가 높은 야간, 주말 당직이 주로 정규직 직원에게 집중되었기 때문이다.



※ 자료 : 보건기관의 효과적인 업무수행을 위한 인력활용 및 확충방안 개발, 한국보건산업진흥원, 2007. 채구성

자료원: 한국보건산업진흥원. 지역보건기관 기능 재정립을 위한 정책 및 실행방안 개발. 2008

〈그림 13〉 시대별 보건소 기능의 변화 (나백주, 2021)

#### 4.2.2. 중앙집권형 국가방역체계에서 코로나19 대응

공중보건체계 내에서도 감염병 위기 대응체계는 다른 영역에 비해 엄격한 중앙집권형 거버넌스를 가지고 있다. 2015년 9월에 발표된 국가방역체계 개편방안은 메르스 유행 과정에서 확인된 여러 가지 문제점을 보완하고, 향후 신종감염병 유행에 효과적이고 철저한 대응을 위해 마련되었다. 국가방역체계 개편방안의 네 가지 주요 전략 중 하나로 신종감염병 거버넌스 개편이 제시되었다. 질병관리본부가 국가 방역을 책임질 수 있도록 컨트롤타워를 재설계하였고, 질병관리본부의 권한을 강화하는 방향으로 조직 개편을 단행하였다. 또한 중앙정부와 지방정부 간 역할을 명확하게 할 수 있도록 위험도에 따라 감염병을 재분류하고 감염병의 종류에 따라 현장 방역조치의 책임 주체를 설정하였다. 이에 따라 위험도가 높은 신종감염병과 고위험군 감염병의 현장 방역조치는 중앙정부(질병관리본부)가 지휘통제권을 갖고, 위험도가 낮은 중증도 감염병과 경도 감염병은 각각 시도와 시군구에서 대응하는 것으로 거버넌스를 변화하였다. 질병관리본부에 위기소통 전담부서를 신설하여 위기관

리 소통이 질병관리본부 중심으로 이루어질 수 있도록 하였다. 이는 메르스 대응 과정에서 발생한 컨트롤타워 논란, 중앙의 정보비공개 방침과 배치되는 지방정부(서울특별시, 성남시)의 독자적인 브리핑 등을 경험하면서 국가방역체계를 보다 중앙집권형의 거버넌스를 구축한 것으로 보인다.

이러한 국가방역체계에서 코로나19 유행이 발생하였다. 코로나19 유행 초기에는 신종감염병에 대응하기 위한 중앙정부(질병관리본부) 중심의 방역체계가 작동하였다. 역학조사를 위해 질병관리본부 즉각대응팀이 지역에 파견되어 현장대응반을 운영하였고, 지방정부는 질병관리본부 지휘 하에 현장대응팀을 구성하여 환자·접촉자 관리, 환경 조사 등을 수행하였다. 지방정부는 관련된 모든 사항을 질병관리본부에 우선 보고해야 했으며, 의사환자나 조사대상 유증상자만 발견되어도 즉시 질병관리본부 긴급상황실로 우선보고를 해야만 했다.

그러나 2020년 2월 대구 지역의 집단 감염과 같이 기존의 시스템으로는 감당하기 어려운 대규모 감염이 발생하기 시작하였다. 질병관리본부의 역학조사관 77명만으로는 다수의 즉각대응팀을 운영하는 것이 불가능해졌고, 중앙의 대응 지침이 지역의 유행 상황을 따라가지 못하는 상황이 발생하였다. 중앙정부 중심의 기존 방역체계로는 지역 여건에 맞는 선제적이고 즉각적인 대응이 어려워지면서, 지방정부의 역할이 증대할 수밖에 없었다. 이러한 변화 과정은 중앙정부에서 발간한 지방정부용 코로나19 대응 지침에서도 확인할 수 있다. 2020년 3월에 발간된 제7판부터 질병관리본부와 구분하여 시도와 시군구의 임무를 명확하게 제시하였으며, 시도 지역방역대책반 내 시도 즉각대응팀을 구성하고 운영하는 내용이 추가되었다. 또한 기존의 선보고 체계는 선조치 후보고 체계로 개편되어 지방정부 단위에서 기초 역학조사와 방역조치를 우선 실시한 후 질병관리본부에 보고하는 것이 가능해졌다. 지방정부에서 보다 신속한 대응이 가능해진 것이다.

코로나19 대응과 관련된 의사결정이나 제도 개선 과정에서 지방정부의 의견수렴이 증가하였다. 지방정부는 현장에 더 가까이 있기 때문에 지역사회 필요에 더 민감하게 반응할 수 있다. 드라이브스루, 생활치료센터 등과 같이 코로나19 방역과정에서 나왔던 창의적인 정책들은 모두 지방정부에서 시작되어 중앙정부로 확산한 사례에 해당한다.

또한 코로나19 유행 중에 구성되어 운영되기 시작한 제2기 자치분권위원회는 ‘중앙권한의 지방 이양 추진계획’에 코로나19 대응을 신규로 이양을 추진할 사무로 추가하였다. 이에 따라 2022년 1월 국무회의에서 의결된 제2차 지방일괄이양 추진 법안에 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」이 포함되었다. 의료기관 감염관리 실태조사, 의료기관의 역학조사 요청 등 9개 사무가 시도·시군구 단위까지 이양되며, 감염병 예방과 관리에 대한 지방정부의 권한 확대에 현장 중심의 신속한 대응이 가능해질 것으로 기대된다.

코로나19 대응 과정에서 지방정부의 역할이 증가하면서 여러 가지 장점이 있었으나, 문제점 역시 발생하였다. 먼저, 감염병 위기 상황에서 지방정부가 자원을 동원하고 관리하는 데 한계가 있었다. 2020년 9월 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」이 개정되면서 인구 10만 명 이상 시군구에서도 역학조사관 배치가 의무화되었다. 그러나 현실적으로 기초지방정부에서 역학조사관을 채용하는 것은 쉽지 않으며, 신규 역학조사관 중 다수는 교육훈련 과정을 이수하지 못한 채 업무를 수행하고 있는 실정이다. 2022년 기준, 역학조사관 의무배치 규정에도 이를 지키지 않고 있는 지방정부는 16곳으로 나타났다(〈표 13〉 참고).<sup>223)</sup>

〈표 13〉 중앙·지방정부 역학조사관 현황

구분	합계	중앙	광역시	기초
합계	532	116	99	317
서울	62	-	15	47
부산	11	-	2	9
대구	25	-	11	14
인천	4	-	3	1
광주	10	-	4	6
대전	10	-	4	6
울산	6	-	2	4
세종	3	-	3	-
경기	94	-	12	82
강원	62	-	11	51
충북	22	-	4	18
충남	26	-	2	24
전북	16	-	6	10
전남	23	-	10	13
경북	17	-	3	14
경남	21	-	3	18
제주	4	-	4	-

둘째, 지역 간 불균형한 보건의료자원으로 인해 지방정부 간 격차가 발생하였고, 다시 중앙정부 차원의 조정이 필요했다. 전국의 모든 시도에서 환자관리반을 운영하게 되면서 시도 차원에서 환자의 중증도를 분류하고 병상을 배정하게 되었다. 그러나 각 시도에서 가용할 수 있는 보건의료자원의 수준이 다르다 보니 생활치료센터에서 병원으로 이송하는 기준, 최소 병원 입원 기간 등의 환자관리

223) 메디컬월드뉴스, “인구 10만 이상 시군구 역학조사관 의무배치... 코로나 발생 2년, 시군구 16곳 ‘0’”, 2022년 4월 16일.

기준이 시도별로 상이하였다. 상대적으로 보건의료자원이 풍부한 수도권 내에서도 시도 간 격차가 컸다. 예를 들어 경기 지역에서는 중등증 이상의 환자가 입원할 수 있는 병상이 부족하였고, 서울과 인천에서는 경증과 무증상환자를 수용할 수 있는 생활치료센터가 부족했다. 수도권에서는 3개 광역 지방정부와 중앙정부(중앙재난안전대책본부) 간 협의·조정 거버넌스가 마련되었고, 인접한 지방정부의 역량을 공동으로 활용하는 수도권 병상 공동대응체계가 구축되었다.

#### 4.2.3. 사례: 코로나19 백서를 중심으로

##### 가. 개괄

각 지방정부와 기관에서 발간한 지역별 코로나 대응에 관한 백서를 지역분권적 공중보건체계 측면에서 비판적으로 검토했다. 전반적인 발간 현황으로는, 2022년 7월 기준 46개 기관에서 발간한 것으로 파악되었고 기초지방정부를 포함한 지방정부 29곳, 지방정부 외 분야로는 교육부, 7개 시도 교육청, 시도지사협의회 등에서도 발간한 것으로 파악되었다. 발행 목적은 공통적으로 코로나 대응 경험 공유와 반성, 향후 유사한 상황에서 대처를 위해, 그리고 각 분야에서 개선을 위한 것으로 파악되었다.

백서의 발행 시기로는,<sup>224)</sup> 대구지역 유행(2020년 2~4월), 수도권 지역 유행(2020년 8~9월) 등 비교적 전국적으로 확진자가 급증하기 전인 2020년도에 발행한 곳은 서울시, 경기 수원시, 경기 화성시, 부산 동래구 4곳이다. 전국적으로 감염량이 폭증하기 시작한 2021년도에 발행한 곳은 20곳, 2022년 오미크론 확산 시기를 포함한 기간에 발행한 곳은 5곳이다.

자료의 형태로는, 누구나 접근 가능하도록 해당 누리집에 pdf파일을 게시하거나 e-book 형태로 제공하고 있는 지역이 있는 반면, 별도로 제공하고 있지 않아 자료 접근에 제한적인 곳도 10곳에 달했다.

224) 경기도 공공보건의료지원단(2022, <지역사회 감염병 대응 역량 강화를 위한 정책 제안>, pp.5)은 코로나 19 유행 기간을 '단기간 감염량 급증 기간'에 따라 다음과 같이 구분하고 있다.

구분	유행 단위	유행 기간
1차	대구	2020년 2월 중~ 4월 초
2차	수도권	2020년 8월 초 ~ 9월 중
3차	전국	2020년 11월 중 ~ 2021년 1월 초
4차	전국	2021년 11월 중 ~ 2022년 1월 초
5차	전국 풍토병 진입	2022년 1월 중 ~

**〈표 14〉 지방정부의 코로나 백서 발간 현황 (2022년 7월 기준)**

연번	발행연월	발행처	백서 제목	자료
1	2020년 08월	서울시	서울시 코로나19 백서 =Seoul COVID-19 report	e-book
2	2020년 08월	경기도 수원시	기초지방정부 수원시- 코로나19 대응 200일의 기록	e-book
3	2020년 12월	경기 화성시	화성시 코로나19 방역시민보고서- 시민의 일상을 지속하게 하라	e-book
4	2020년	부산 동래구	동래구 코로나19 대응백서:감염병과 6개월간 기록	
5	2021년 01월	서울 서초구	코로나19 365일의 기록 - 위기 속에서 빛난 서초의 S방역	○
6	2021년 01월	서울 광진구	300일의 기록: 광진구 코로나19 백서	e-book
7	2021년 01월	대구광역시의회	코로나19 대구광역시의회의 기록	
8	2021년 01월	세종시 보건소	세종특별자치시보건소 코로나19대응, 현장의 발자취 (2020.01.~12.)	○
9	2021년 02월	계명대학교 동산의료원	계명대학교 동산의료원 코로나19 백서	○
10	2021년 03월	서울 양천구	구민과 함께해 온 1년의 기록, 양천구 코로나 19 백서	
11	2021년 03월	충남 감염병관리지원단	2020 충청남도 감염병관리지원단 코로나19 활동백서 - 코로나19 발생 현황 분석 및 지원단 활동 보고	○
12	2021년 04월	대한중환자의학회	코로나19 백서 - 함께 이겨내는 코로나19 대한민국의 희망을 바라보다	○
13	2021년 04월	전남 순천시	순천시 코로나19 대응 백서	
14	2021년 05월	전북 군산시	2020 군산시 코로나19 백서 - 코로나19 위기에 맞섰던 365일간의 대응 기록	○

연번	발행연월	발행처	백서 제목	자료
15	2021년 06월	부산 수영구	COVID-19와의 장장 1년 4개월간의 사투 - 코로나 19	○
16	2021년 07월	광주 서구	광주광역시 서구 1년의 기록 - 코로나19 대응백서	
17	2021년 08월	경남 거제시	코로나19 대응 거제의 기록	
18	2021년 08월	경기 광명시		
19	2021년 09월	경북포항시	포항시 코로나19 대응백서 2020. 1.~2021. 6.	○
20	2021년 10월	서울 용산구	용산구 코로나19백서 - 그 시간의 끝을 위한 경주	
21	2021년 11월	서울 관악구	관악구 코로나19백서 - 우리 모두가 영웅입니다	e-book
22	2021년 12월	경기도 성남시	성남시 코로나19 대응백서 20. 1. 28~21. 10. 31	○
23	2021년 12월	경기 고양시	안심행정으로 만들어낸 K-방역의 시작 - 고양시 코로나19백서 코로나19 대응 기록	
24	2021년 12월	경남 진주시	코로나19 대응백서 - 진주시의 기록 2020. 01~2021.10	○
25	2022년 01월	부산 부산진구	부산진구 코로나19 백서 '희망으로 쓴 700일의 여정'	
26	2022년 04월	부산 사하구	사하구 코로나19 대응백서	○
27	2022년 05월	경기도 파주시	파주시 코로나19 백서 - 시민과 함께한 파주방역 730일	○
28	2022년 07월	경기도		○/e-book
29	2022년 07월	경북 경산시	다시 겪지 않기 위한 우리들의 이야기 경산시 코로나19 백서	

지방정부 외 분야에서 발행 현황은 <표 15>와 같다. 교육부, 시도교육청, 도시철도, 공공병원, 복지부 산하기관(식약처, 한국건강증진개발원) 등에서 발간했다.

**<표 15> 지방정부 외 분야의 코로나 백서 발간 현황 (2022년 7월 기준)**

연번	발행연월	발행처	백서 제목	자료
1	2020년 5월	성남시청소년재단	성남시청소년재단 코로나19 운영백서	e-book
2	2020년 8월	대한적십자사	2020 코로나19 활동백서 - 연결과 연대, 그리고 적십자	O/e-book
3	2020년 12월	경남교육청	경남교육 코로나19백서 - 함께, 이음 그리고 성장	e-book
4	2021년 5월	교육부	2020 교육분야 코로나19 대응	
5	2021년 11월	서울시교육청	서울교육 코로나19 분투기	O
6	2021년 12월	광주도시철도	위기를 넘어 새로운 미래로 - 코로나19 대응백서	e-book
7	2021년 1월	울산교육청	2020 울산교육 코로나19 백서	
8	2021년 2월	인천교육청		O
9	2021년 2월	시도지사협의회	대한민국시도지사협의회 코로나19 백서	O
10	2021년 3월	전라남도교육청	2020 코로나19 전남교육 백서 - 코로나19 팬데믹 속에서 우리는 희망을 봅니다	
11	2021년 12월	대구교육청	코로나19 2020 대구교육백서 - 코로나19, 대구미래교육의 새로운 길을 찾다	O
12	2021년 3월	한국건강증진개발원	2020년 한국건강증진개발원 코로나19 대응 백서	O
13	2021년 6월	국립공주병원	코로나19와 국립공주병원 - 그 치열했던 순간들의 기록(2020.2.~2021.2.)	O
14	2021년 7월	식약처	2021년 식품의약품안전처 코로나19 위기대응 활동 백서	
15	2021년 7월	부산교육청	2020년 코로나19 대응 부산교육 백서	O
16	2022년 1월	국립중앙의료원	국립중앙의료원 코로나19 대응 백서II	O
17	2022년 5월	교육부	교육분야 코로나19 대응 - 중단없는 학습을 위한 과감한 도전	

## 나. 백서의 내용

지방정부 발간 코로나 백서의 수록 내용은, 대응체계 구축 현황, 방역 활동, 지역경제 지원 내용 등이다. 코로나 대응 기간이 길어지면서 정부시책의 변화에 따라 예방접종, 일자리 지원 등 계속되는 지원 내용을 포함한 지방정부도 있다. 공통적으로 「지역보건법」, 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 등에서 규정하고 있는 지방정부의 역할 범위(시도지사, 시장, 군수, 구청장 등의 권한과 의무)와 크게 다르지 않음을 확인할 수 있다.

또한 자체 평가를 통해 문제점과 개선사항을 포함하거나 지역에서 선제적으로 대응한 사례 등을 포함한 곳도 있다.

〈표 16〉 지방정부 코로나 백서 구성 내용

구분	주요 내용
대응 체계	재난안전대책본부 구성
	코로나 대응 TF팀
방역	선별진료소 운영
	기초역학조사반 운영
	자가격리자 관리
	방역단 운영
예방접종	예방접종센터 운영
경제적 지원	정부 긴급재난지원금
	지방정부 긴급재난지원금
	소상공인 지원
	저소득층 지원
일자리 지원	일자리 사업 추진
코로나 대응 평가	문제점 및 개선 사항

지역에 따라서는 현장에서 선제적인 대응을 한 내용을 포함하고 있는데, 〈표 17〉에서 소개하고 있는 내용이다.

**〈표 17〉 지방정부의 선제적 대응 예시**

지역	내용		비고
대구	생활치료센터 (20.3.2.) 대구광역시는 정부의 협조를 받아 중앙교육연수원을 생활치료센터로 운영	기존 지침의 변경에 핵심적 역할 (확진자 중 경증 환자는 생활치료센터로, 중증도 이상 확진자는 음압격리병실 감염병전담병원에서 입원치료)	최초 시도
인천	드라이브스루 선별진료센터 운영 (20.3.2.) 의료진 노출 및 의료기관 내 전파 위험 방지		세계 최초
경기	정신질환자 전담 선별진료소 설치		전국 최초
	코로나19 소비자피해 신고센터 운영 (20.3.9~4.30.)		
수원	오산-수원-화성 / 용인-수원 공동대응		
	밀접접촉자 격리시설 해외입국자 관리시스템 입시검사시설, 안심숙소, 안심귀가 서비스		전국 최초
화성	화성시 외국인 재난기본소득 추진 (20.6.1. 시행)		
	한시적 어린이집 지원		
전북	‘병상나눔’ 체계 구축 시도 공동대응. 전남-광주광역시. 위중증 환자는 국가지정 전문병원이 있는 광주광역시, 경증 무증상자는 공공의료원과 생활치료센터 운영하는 전남에 분산 배치. 경기도 확진자 20여 명 치료 등 전국적으로 확대 실천		
전주시	착한 임대료 운동		
서울	재난 긴급생활비 지원 (20.4.1.)		전국 최초
시도지사협의회	중앙정부에 긴급재난지원금 지급 건의 (20.3.27.)	기획재정부에서 받아들여 제3차 비상경제회의 개최 결과에서 코로나19 사태 대응을 위한 <사회보험료 등 부담 완화 방안>, <긴급재난지원금 도입방안> 발표함(20.3.30.)	

## 다. 지역분권적 코로나19 대응: 대구시의 사례

### (1) 중앙지침 의존의 한계 발생

백서를 통해서 지역분권적 코로나 대응을 볼 수 있는 대표적 사례는 대구지역의 대응 사례이다. 2022년 7월 기준 대구광역시 또는 구 단위에서 코로나 대응을 기록한 백서는 아직 발간되지 않았으나, 대구시의사회, 대한중환자의학회, 계명대학교 동산의료원 백서 등에서 당시 상황을 반영하고 있는 것으로 나타났다.<sup>225)</sup> 더불어 시도지사협의회에서 발간한 코로나 백서 내 대구광역시 시민건강국장의 인터뷰를 통해서도 대구지역에서의 대응을 살펴볼 수 있다.

대구 지역의 경우, 2020년 2월 17일 신천지 관련 31번 환자 발생 이후 약 2개월간의 환자 폭증으로, 사실상 ‘누구도 경험해보지 못한’, 중앙정부조차도 준비할 수 없었던, 감염병 대응을 최초로 할 수밖에 없었던 지방정부라 할 수 있다. <대한민국시도지사협의회 코로나19백서>(2021)에서 대구지역 사례를 보면, 이 당시에는 중앙의 지침만으로는 병실부족 문제를 해결할 수 없었고 자원도 부족했다.

아래 <글상자 8>과 같이, “정부의 확진자 입원 원칙으로” “폭증하는 확진자로 병실부족 문제”를 해결할 수 없었다. “입원대기자가 최대 2,270명”에 이르는 상황에서 중앙의 환자관리지침만 의존해서는 대응이 불가능했고 중앙의 지침 변경 속도가 지역 현장을 따라잡지 못했다.<sup>226)</sup>

#### <글상자 8> 중앙지침 의존의 한계 발생 (대구 사례)

“**기존 정부의 확진자 입원 원칙**은 음압병동 1인실이 원칙이었으나 **폭증하는 확진자로 병실 부족 문제가 발생**”

“**입원대기자 최대 2,270명에 이르고** 갑자기 증세 악화되는 사례 발생함에 따라 2020년 2월 27일부터 **대구시의사회 소속 의사 70여 명 자원봉사 참여**하여 1인 당 환자 10명에서 30명 정도를 직접 관리”

당시 기존 중앙정부의 확진자 입원 기준은 ‘음압병동 1인실이 원칙’이었으나 대구광역시 자체적인 증상 중증도 분류를 기준으로 ‘음압 다인실 → 일반 1인실 → 일반 다인실 → 한 층의 모든 병실 이용’ 등 기준을 변경하여 병상 부족 문제에 적용했고 무증상이나 경증 환자를 위한 생활치료센터를 도입했다.

225) 대구시의사회의 코로나 백서는 자료를 구할 수 없었다.

226) 대한민국시도지사협의회. 2021. <대한민국시도지사협의회 코로나19 백서>.

이후 생활치료센터 운영 등 지역에서 시작된 대응 정책이 중앙정부 정책으로 반영되기도 했다.

## (2) 민간부문과의 협력

병상 확보를 위해서는 민간부문과 협력했다. 대구시는 비상대응본부를 구축하고 감염병 전문가 집단의 자문과 대구시의사회 협력 등 민간부문과 협력했다.<sup>227)</sup> 대구시는 그동안 메디시티 사업을 추진해오면서 ‘메디시티 대구협의회’를 통해 민간병원들과 유기적인 관계망을 통해 병상 확보가 가능했다.<sup>228)</sup> 대구동산병원이나 파티마병원 등 대구 내 11개 병원 1,830개 병상을 확보할 수 있었다.<sup>229)</sup>

대구시는 대구의료원과 더불어 ‘계명대학교 대구동산병원’을 코로나19 전담병원으로 지정했는데, 계명대학교 대구동산병원의 경우 민간병원으로는 처음으로 병원 전체를 코호트 격리 건물로 운영한 사례다.<sup>230)</sup> 대구시 관계자는 “전담병원으로서의 역할이 가능했던 이유는 인근의 동일 의료원 소속 ‘계명대학교 동산병원(일명 성서병원)’이 백업 기능을 수행할 수 있었기 때문이다”라고 설명했다.<sup>231)</sup> 계명대학교 대구동산병원에서 동산병원(성서병원)으로 안전하고 원활하게 환자연계가 이루어질 수 있었다.

지역의 대규모 감염환자 폭증 대응에서, 지역의 의료기관 네트워크 자원 활용이 주요했음을 알 수 있는 부분이다.

## (3) 대한중환자의학회 협진

대구지역의 경우 <대한중환자의학회 코로나 백서>를 통해서도 민간부문 협력 상황을 파악할 수 있다. 학회, 비정부기구, 그리고 코로나 전담병원 간의 협력이다. 대한중환자의학회는 대구 경북 지역에서 1차 대유행 초기 TF를 구성하고 중환자 진료를 위해 계명대학교 대구동산병원으로 3월 10일부터 4월 19일까지 6차에 걸쳐 의료진을 파견했다. 학회 회원 파견을 통한 의료 지원, 감염병 유행 시 거점병원 중환자실 프로토콜, 코로나19 감염에 대한 중환자병상 확보와 치료전략의 정부 당국의 정책결정에 자문 등 활동을 기록하고 있다.

227) 이시철. 2020. “코로나19, 대구의 초기 대응에 관한 주요 쟁점 분석”. 한국행정연구, 29(3):1~42.

228) 대한민국시도지사협의회. 2021. 전계서.

229) 대한민국시도지사협의회. 2021. 전계서.

230) 청년의사. “[코로나19 1차 유행 극복에는 대구동산병원이 있었다](#)”, 2020년 12월 9일.

231) 대한민국시도지사협의회. 2021. 전계서.

이 백서에 따르면, 의료인력 파견은 국가지침에 따른 것이 아닌 보건의로 비정부기구인 ‘글로벌케어’와의 협력으로 이루어진 것이다. 대한중환자의학회에서 계명대학교 대구동산병원으로 인력 파견을 결정하게 된 것은 전문인력, 비정부기구의 자본, 감염병 전담 의료기관이라는 공간 이 세 가지 조건이 맞아 들어갔기 때문이라고 설명한다.<sup>232)</sup>

주요 활동 사례를 보면, 학회 회원 중심으로 44개 상급종합병원과 종합병원 중환자실 가용병상을 조사하고 실시간 ‘단톡방’에서 이를 공유했다. 중앙재난안전대책본부와 중앙임상위원회 발표 수와 현장에서 체감하는 병상 수의 차이가 컸기 때문인데, 이는 “중환자진료에 대한 이해 부족에서 발생한 것으로 중환자실은 단순 공간 확보(감염환자를 위한 음압시설·공조가 분리되어 있다 하더라도)를 넘어 중환자를 진료할 수 있는 전문 진료인력과 진료장비가 함께 확보되어있지 않으면 실시간 환자를 수용할 수 없기 때문이다”라고 지적한다.<sup>233)</sup> 중앙에서 통제하는 상황과 실제 현장의 상황과는 괴리가 있었다.

#### 라. 지방정부의 권한 부재에 따른 한계: 수원시의 사례

대구시의 사례에서는 직접적인 “주민의 고통”과 이를 대응하기 위한 지방정부 자체적인(그리고 선제적인) 대응활동을 알 수 있었던 반면, <수원시 백서(2020. 8.)>에서는 조금 더 ‘지역분권 강화’에 초점을 두고, 코로나 대응에서 지역에서의 권한 부재로 한계가 있다고 지적했다. 대표적으로 ‘역학조사관 채용 권한’을 지적한다. 2015년 메르스 이후 수원시에서는 지속적으로 정부에 요구해 왔으나, 코로나를 계기로 5년 만에 기초지방정부에서도 역학조사관 채용이 가능하게 됐다는 것이다.<sup>234)</sup> 코로나 대응에서 지방정부가 할 수 있는 권한은 없고 할 수 있는 것은 정부 ‘건의’만이라고도 했다. 백서에서는 ‘2020년 2월 코로나 대응 관련 시군구 건의사항 33건에 대해 2020년 6월 30일까지 미회신율이 67%’라고 지적한다.

이 백서에서는 포스트 코로나 시대에 ‘지역분권’의 중요성을 강조한다. 방역에는 지방공무원의 노력이 절대적이고 감염경로 차단 최일선 행정단위임에도 자율적인 대응이 어렵기 때문이다. ‘현장’에 권한을 주어야 하고 “네거티브 룰” 방식 전환, 기초지방정부 중심의 재정분권이 필요함을 강조한다. 중앙 지침으로 현장의 세부적인 부분까지 모두 대응하기 어렵고 자치권이 있어야 현장 상황에 맞게 통제, 지원하며 지역맞춤형 대응전략을 세울 수 있을 것이라고 주장한다.

232) 대한중환자의학회. 2021. <코로나19 백서: 대한중환자의학회-대구동산병원 코로나19 중환자진료협력>.

233) 대한중환자의학회. 2021. 상계서.

234) 수원시. 2020. <기초지방정부 수원시 코로나19대응 200일의 기록>.

#### 마. 보건 외 분야에서 분권: 경남교육청의 사례

보건 외 분야에서는 교육부, 교육청 등에서 백서를 발간했는데, ‘지역분권’ 측면에서 함의를 가질 만한 내용으로 <경남교육청 코로나 백서> 사례를 들 수 있다. 다른 지방정부 발간의 백서와는 달리, 학생, 학부모, 교사 등 교육주체별로 ‘현장의 어려움’을 자세히 기록하고 있다.<sup>235)</sup> 교육 부문에서 온라인 수업과 학교 내 방역체계(거리두기 등) 불편, 두 가지가 가장 큰 어려움으로 나타났다. 원격 수업은 학생과 학부모 모두에게 불편을 초래했으나 특히 장애학생에게 원격수업은 더욱 힘들었다. 학교 내 밀집도 최소화 시책으로 방과후학교 과정이 취소되어 맞벌이 학부모들은 자녀돌봄 문제가 가중되었을 뿐만 아니라 외부강사의 경제적 어려움까지 유발되었다.

무엇보다 획일적인 중앙의 지침은 실제 현장에서 혼란과 불편을 가중시켰고 학교 현장의 불만이 지속될 수밖에 없었다. 도교육청에서는 지역별 평균 학생 수의 편차, 군 지역 학생의 통학거리와 기숙사 운영 학교의 상황, 돌봄이 필요한 유초특수학교 상황 등 학교별 상황을 고려한 ‘자체 조치’를 권고했다.

이 백서에서는 ‘코로나 대응 경험의 긍정적 효과’를 제시하고 있는데, 핵심은 ‘학교 자치와 작은 학교의 필요성’이다. 코로나 유행과 같은 감염병 대응을 위해서는 ‘학교의 자율권’이 중요하다는 것이다. 획일화된 지침보다는 학생 수, 학교가 위치한 지역의 특성 등 각각 다른 상황에 맞게 결정해야 할 부분이 많아지게 되었다. 특히 경남지역에서는 교육정책사업으로 ‘작은학교 자율선택제, 작은 학교 중점지원 사업’ 등을 추진 중인데, 코로나로 “작은학교는 안전하고 충실하게 아이들을 키울 수 있는 지속가능한 공간이 될 수 있음을 증명”할 수 있다고 강조한다.

교육부에서 감염병 대응은 장애학생, 취약집단에 대한 교육, 돌봄(학부모), 방과후(프리랜서 고용) 등 보건뿐만 아니라 전반적인 사회 시스템과 연결되어 있음을 알 수 있다. ‘분권’과 관련해서 코로나 대응이 교육의 민주성과 공공성, ‘학교 자치’ 등을 강조하는 계기로 작용했다.

#### 바. 소결: 코로나19 백서를 통해 본 지역분권의 필요성과 가능성

이러한 사례들을 종합해보면, 코로나 대응에 한정된 사례이긴 하지만, 국가중심의 정책으로는 해결하기 어려운 지역 현장의 문제가 발생하고, 현장을 가장 잘 파악하는 것은 지역단위이며, 지역에서 빠르고 필요한 대응이 가능한 것으로 볼 수 있다. 지방정부 백서 내용을 보면 시군구 단위별로

235) 경상남도교육청. 2020. <경남교육 코로나19백서: 함께, 이음 그리고 성장>.

내려갈수록 세세한 현장 파악과 대응이 가능했다. 또한 기존에 구축된 지역 자체적인 관계기관 네트워크 자원으로 민간부문과의 협력이 가능했다. 코로나 대응을 위해 대구에서 대구시와 전문가집단, 대구시의사회 간 협력뿐만 아니라 민간병원 간 유기적인 관계망 구축과 민간병상 확보에 '메디시티 대구협의회'와 협조가 이루어진 것은 바람직한 지역분권 형태라고 볼 수 있다.

지역의 다양한 특성으로 인해 '중앙 지침' 만으로는 대응이 어려울 수밖에 없었다. 관계자 면담을 통해 확인한 결과, 예를 들어 군포는 인구밀집도가 높고 서울과 가까운 위치로 교통량이 많아 감염병 유행 시 비교적 확진자가 빨리 발생하는 환경이다. 그럼에도 지역 크기는 작고 공공병원은 아니더라도 2개 병원과 거버넌스를 잘 유지해서 대처가 가능한 지역이다. 안산의 경우 이주민, 젊은 인구가 비교적 많은 지역이고 사업장도 많이 분포하고 있어 또 다른 형태의 대응이 필요하게 된다. 교통, 인구분포(고령화, 이주민, 젊은 인구 등), 사업장, 인구밀도, 지리적 여건(대도시 인접 등), 의료기관의 분포 등 지역의 다양한 특성에 따라 지역의 대응도 다르게 할 수밖에 없다. 지역의 권한이나 자율성이 더욱 보장되는 체계가 필요한 이유다.

한편으로는 '일부' 지역에서 바람직한 사례가 있다고 해도 '지역분권이 가능한가'에 대한 문제제기도 있다. 일부 코로나 대응 백서를 통해서 지역에서 선제적인 대응을 해온 것은 확인할 수 있지만 실제 감염병 대응에서 지방정부의 역량에 의문을 제기하기도 한다. 지방정부 코로나 백서에서는 '지방정부의 권한이 없기 때문에 대응이 어렵다'고 말하고 있으나, <글상자 9>의 관계자 C 면담에서와 같이 지방정부 장의 책임성 부족, 국가 지침에만 의존하는 지방정부, 그리고 지방정부의 소극적 대응을 지적하기도 한다.

### **<글상자 9> 지방정부의 책임성 담보 기제 필요 (관계자 C 면담)**

“‘책임’ 관련해서 같이 책임지는 연습이 안 되어 있기 때문에. 시장도 책임지기 싫고 질병청장과 대통령에게 위임 혹은 방임한 것. 지침에 없는 내용을 자율적으로 하기에는 유연성이 부족했다”

아래 관계자 B 면담에서와 같이 '감염병 대응'에서만큼은 '국가 중심 정책'이 우선되어야 한다는 주장도 있다.

### **<글상자 10> 감염병 대응에서는 국가의 정책 방향, 지역 간 조정 필요 (관계자 B 면담)**

“감염병은 사실은 크개는 국가적으로 정책 방향이 나와야 할 것 같다. 이것 없이 만드는 것은 현실적으로 어렵다. 방향성에 있어서도 사회적 거리두기다 이런 게 중앙에 없는 상황에서 시에서만 하는 것은 어려울 듯... 우리 시민 푼다면 인근 시에서 여기로 넘어오겠지. 중앙에서도 가만있지 않을 것임”

분권에는 권한뿐만 아니라 책임도 함께 포함되며, 지역분권은 중앙과 지역 양자선택의 문제<sup>236)</sup> 혹은 중앙정부에서 지방정부로 책임을 이전(전가)하는 것이 아니라, 중앙과 지역, 중앙정부와 지방정부가 함께 책임성을 다하는 문제라고 할 수 있다.

### 4.3. 다른 나라의 지역분권 경험은 어떤가

한국은 지역분권이라는 형태를 지방자치제도 정도로 경험하고 있으며, 보건의료체계는 매우 중앙집권적 체계를 가지고 있어 지역마다 서로 다른 체계로 운영된다거나 지방정부가 해당 행정구역 내의 보건의료 질, 결과 등에 책임을 진다거나 하는 상상을 하기가 어렵다. 공중보건은 통상 시군구 단위마다 존재하는 보건소가 다른 행정부처와 별도의 건물에 위치하고 건강증진사업 이외에도 보건 의료원, 보건지소, 보건진료소와 같이 지역 주민에게 보건의료서비스를 함께 제공하는 별도 체계를 구축하고 있다는 점에서 언뜻 지역 재량인 것처럼 보이기 쉽다. 하지만 그 체계 또한 중앙정부의 계획에 기초하고 있어서 전국적으로 읍면 단위부터 광역시, 구 단위에 이르기까지 국가가 계획하는 공중보건서비스를 지역까지 촘촘하게 내려 보내 집행(서비스를 제공)하는 역할은 할지언정, 지역 단에서 독립적인 방식으로 의사결정하고 재정을 운영할 수 있는 범위는 그리 넓지 않다. 그렇다면 통상 지역분권적 체계는 어떤 요소들로 구성되어 있고 다른 나라들은 어떤 영역에서 얼마나 분권적인 보건의료체계를 가지고 있을까?

#### 4.3.1. 지역분권적 보건의료체계에 관한 프레임워크

보통 분권화는 (1) 낮은 조직 수준으로의 책임을 이전하는 위임(delegation) 또는 자율화(autonomization), (2) 낮은 행정 수준으로 책임을 이전하는 탈집중화(de-concentration), (3) 낮은 정치적 수준으로 권한을 이전하는 권력이양(devolution), 정치적 수준에서 행정 수준으로의 관료화(bureaucratization), (4) 공공에서 개인 또는 사적 행위자로 책임을 이전 또는 분산하는 민영화(privatization)으로 분류한다.<sup>237)</sup>

그러나 실제로는 훨씬 더 복잡한 방식의 분권방식이 발생한다. 당연하게도 분권화는 온전한 중앙

236) 이시철. 2020. 전계서.

237) Rondinelli, D.A. 1983. "Decentralization in developing countries." Staff Working Paper 581. Washington, DC, World Bank; Bossert, T. 1998. "Analysing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance." Social Science and Medicine, 47:1513~27.

집권 또는 분권이기보다는 어떤 상태 또는 과정으로서 둘 사이의 스펙트럼 어디에 존재하며 계속해서 변화하는 현상이다. 또한 정치, 재정, 행정의 여러 차원을 아우르는 복잡한 다층의 현상이므로 어떤 국가 또는 사회의 보건의료체계가 얼마나 분권적인지를 정의하거나 측정하거나 그 효과를 평가하는 일은 결코 쉽지 않다.

〈표 18〉 분권화의 구조적, 과정적 차원

	정치적	행정적	조직적	민간
		→ <i>Bureaucratization</i>	→ <i>Delegation/ autonomization</i>	→ <i>Privatization</i>
중앙/국가	↓	↓	↓	↓
지역	<i>Devolution</i>	<i>Deconcentration</i>	<i>Public management delegation</i>	<i>Management delegation</i>
기초				
조직				
집단/개인				

〈표 18〉에서 구조적 차원은 굵은 글씨, 과정적 차원은 기울임체로 표현되었다. 수직축에 나열된 구조적 차원은 중앙/국가 수준에서 집단/개인의 수준에 이르는 정치, 행정 수준의 일반적 구성이라면, 가로축의 구조적 요소는 서로 다른 제도적 영역을 의미한다. 또한 이탤릭체로 된 화살표는 동적 요소를 의미하며, 수직과 수평 차원을 결합하면 여러 요소들이 생성될 수 있다.<sup>238)</sup>

한편, 전통적인 행정, 재정, 정치적 분권 또는 분권의 수준으로 구분하는 틀 이외에 Marchildon과 Bossert<sup>239)</sup>는 분권화의 한 형태인 연방제를 운영하는 보건의료체계들의 비교를 위해 ‘의사결정공간 분석 접근’을 제안했다. 이 접근은 실질적인 의사결정이 일어날 수 있는 역량과 공간이 얼마나 가능한 지에 집중한다. 예컨대 연방 내에서 건강과 보건의료에 대해 헌법으로 책임 지워진 정도, 보건의료를 받을 권리와 책임에 대해 명시된 국가 수준의 법 유무, 보건의료 공공부문에 돌아가는 재원의 주요한 기반, 재정에서 공공과 민간이 차지하는 비율, 중앙정부 보건부의 재정·예산 절차와 지방정부의 재정·예산 절차, 보건의료체계에서 공적 재정이 들어가거나 공적 부조가 들어가는 부분의 조직이 종합적으로 판단되어야 한다. 또한, 연방국가에서 보건의료체계의 중앙화 또는 탈중앙화 정도를 검토하기 위해서는 각 연방들의 전반적인 분권화 맥락과 역사적 흐름을 고려

238) Karsten, V. 2007. Towards a typology for decentralization in health care. In Saltman et al. eds, Decentralization in health care. McGraw-hill education(UK).

239) Marchildon, G. P., Bossert, T. J. (Eds.). 2018. Federalism and decentralization in health care: a decision space approach. University of Toronto Press.

해야 한다. 정리하면, 의사결정공간 분석 접근의 요소는 다음과 같다.

- 거버넌스 규칙, 접근성 규칙, 보건의료인력, 보건의료 조직, 재정의 측면에서 의사결정공간 선택의 범위
- 지방정부와 해당 수준에서 위임받은 보건의료 당국의 재량
- 지방정부가 보건의료 지출에서 자체 예산 대비 중앙정부 예산 또는 외부에 의존하는 정도
- 중앙정부에서 지방정부로 재정이나 권한이 내려갈 때 조건이 붙는 정도
- 보건의료 정책과정과 계획에서 중앙정부와 지방정부 사이(정부 간 기제 포함)의 상호작용 특성
- 지난 5-10년 사이에 보건의료체계의 탈중앙화 또는 중앙화 추세

이와 관련하여 의사결정공간 프레임워크에서 보건의료체계의 분권화 정도를 비교하기 위해 아래 다섯 가지 영역을 세 가지 수준으로(좁음, 중간, 넓은) 평가하고 검토해볼 수 있다(<표 19>).<sup>240)</sup>

**<표 19> 연방 내 하위 주정부에서 보건의료의 의사결정공간**

기능	선택의 범위		
	좁음	중간	넓음
재정(예산과 재출)	중앙 재정	혼합 재정	지역 재정
서비스 조직과 전달(지불보상기제, 병원의 자율성, 지역 보험계획)	중앙이 정의하고 요구	일정부분 지역 선택	지역 선택에 거의 제약 없음
인적 자원(월급, 계약, 공무원 규제)	중앙이 정의하고 요구	일정부분 지역 선택	지역 선택에 거의 제약 없음
접근성 규칙(목표, 급여)	중앙이 정의하고 요구	일정부분 지역 선택	지역 선택에 거의 제약 없음
거버넌스 규칙(책무성, 거버넌스 구조)	중앙이 정의하고 요구	일정부분 지역 선택	지역 선택에 거의 제약 없음

- 재정: 지방정부 단위에서 예산을 견고 지출을 정할 수 있는 선택권이 얼마나 많은지

240) Marchildon, G. P., Bossert, T. J. (Eds.). 2018. Federalism and decentralization in health care: a decision space approach. University of Toronto Press.

- 서비스 조직: 병원, 지역 보험, 지불정책, 규범, 기준, 필수 프로그램 등을 정할 수 있는 자율성
- 인력: 의사결정의 주요 영역, 주로 국가법에 의해 규정됨. 보건의료 인력의 급여 수준, 개별 제공자와의 계약, 공무원 규칙에 대한 통제, 선택권
- 접근성 원칙: 특별히 주의가 필요한 대상 인구집단(특히 공공부조), 공공시설이나 사회보험을 무료로 이용하는 것을 누가 얼마나 결정할 수 있는지
- 거버넌스 원칙: 이사회, 지역 사무소(시군구청)의 구성, 지역사회 참여 유형 결정

이와 같은 방식이 분권화를 유형화하고 정성적으로 평가하는 것이라면, 국가 간 분권화 정도를 정량화된 수치로 측정하려는 시도도 있다. RAI(regional authority index)<sup>241)</sup>와 LAI(local autonomy index)<sup>242)</sup>는 다른 분권화 지표들에 비해 다양한 국가와 시기를 아우를 수 있어 국제적 흐름과 경향을 보기 적합하다. 지역 단위로는 RAI는 기초, 광역 등 위계를 구분하고, LAI는 가장 작은 행정단위(municipal, 시군) 수준까지 포함할 수 있으며, 다양한 상세 하위 지표들을 포함하고 있어 여러 분권화 차원을 반영할 수 있도록 재조정할 수 있다는 장점이 있다.

#### 4.3.2. 해외의 분권화 흐름과 일부 사례를 통한 비판적 검토

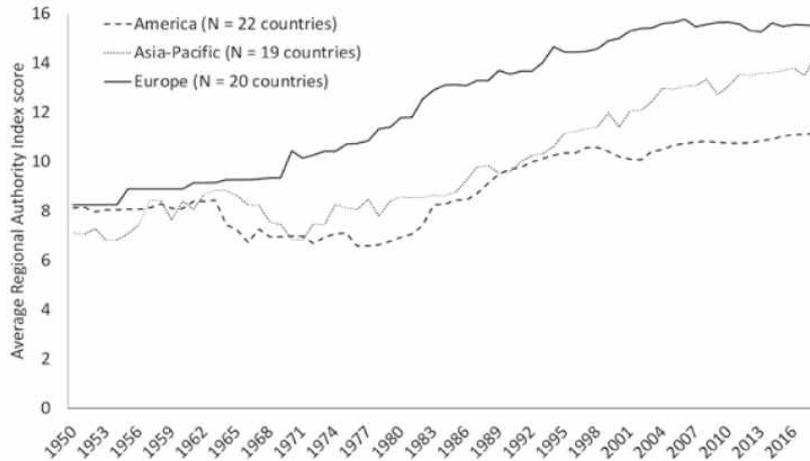
##### 가. 해외 국가들의 분권화 흐름과 논리

여러 학자들이 탈집중화(분권화)를 1970년대 이후 국제적으로 증가하기 시작한 흐름으로 평가한다. 앞서 언급한 RAI, LAI의 두 지표를 분석한 Ladner 등(2019)의 결과에 의하면 분권화는 국가와 시기에 따라 다른 추세를 보였는데, 61개의 국가에 대해 1950년대 이후 평가된 RAI 점수의 추이에 따르면 지역 수준의 권한은 아시아-태평양, 유럽 국가들에서 1970년대 초 이후 증가하고 아메리카 국가들은 1980년대 초부터 증가하는 것으로 나타났다(〈그림 14〉 참고). 2000년대 즈음 유럽 국가들의 RAI 점수는 15.5점 부근이고 아메리카 국가들은 11.0점 부근에서 머무르는 반면, 아시아 태평양 국가들은 계속 증가하는 추세를 보였다. LAI 점수는 35개 유럽 국가에서 1995년 이후부터 측정되었는데, 특히 중앙과 동부 유럽 국가에서 지역 자율성이 명확히 증가하는 양상을 보

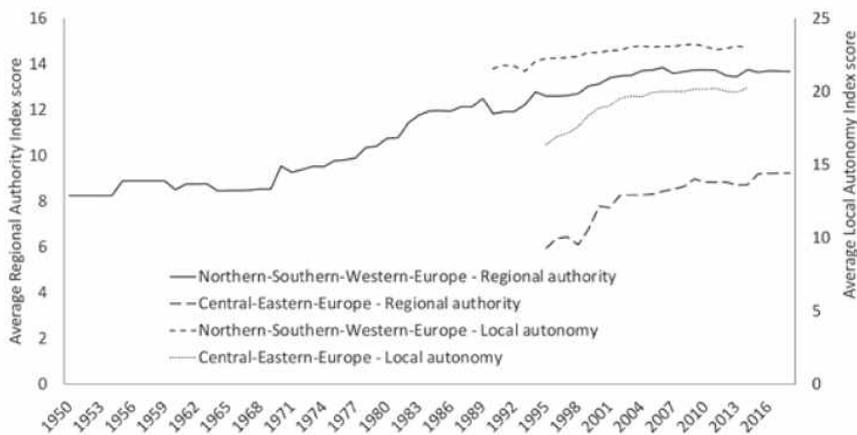
241) Hooghe, L., Marks, G., Schakel, A. H., Osterkat, S. C., Niedzwiecki, S., Shair-Rosenfield, S. 2016. Measuring regional authority: A postfunctionalist theory of governance, Volume I. Oxford University Press.

242) Ladner, A., Keuffer, N., Baldersheim, H., Hlepas, N., Swianiewicz, P., Steyvers, K., Navarro, C. 2019. The local autonomy index(LAI). In Patterns of local autonomy in Europe. Palgrave Macmillan, Cham.

여 LAI 점수가 1995년 평균 16.4점에서 2014년 20.2점으로 증가했다. 2000년대 이후에는 모든 유럽 국가들의 RAI와 LAI가 상대적으로 유지된다(〈그림 15〉 참고).<sup>243)</sup>



〈그림 14〉 1950년 이후 미국, 아시아태평양, 유럽 국가의 지방정부 분권화



〈그림 15〉 1950년 이후 유럽 국가의 지방·기초정부 분권화

Schneider<sup>244)</sup>는 분권화를 ‘행정’, ‘정치’, ‘재정’의 세 가지 차원으로 설명했다. 행정 분권화는

243) Ladner, A., Keuffer, N., Baldersheim, H., Hlepas, N., Swianiewicz, P., Steyvers, K., Navarro, C. 2019. The local autonomy index (LAI). In Patterns of local autonomy in Europe. Palgrave Macmillan, Cham.

지방정부가 얼마나 많은 의사 결정 자율성을 가지고 있는지를 나타내는 데 의사 결정 자율성은 깊이와 범위에 따라 다르다. 정치적 분권화는 지방정부가 자체 정치를 형성할 수 있는 정도를 나타내며, 종종 하위 정부 수준에서 대표·집행기관의 구성과 관련이 있다. 재정 분권화는 지방정부가 자체 수입을 창출할 수 있는 정도와 지출을 통제하는 정도를 말하며, 수입 측면에서 재정 분권화는 기본 세율에 대한 자율성과 중앙정부의 승인 없이 금융 시장에서 차입할 수 있는 범위로 나눌 수 있다. 재정적으로 분권화된 국가에서 지방정부는 자체 세금의 기준과 세율을 설정할 수 있고, 자유롭게 차입할 수 있으며, 수입원에 관계없이 지출을 자유롭게 결정할 수 있다. 지방정부와 관련하여 중요한 문제는 중앙정부가 지방자치를 어느 정도 간섭하는지와 고위급 정부의 정책결정 과정에서 지방정부와의 협의 여부이다. RAI와 LAI의 하위지표를 분석해보면 두 지표에서 모두 세 가지 유형의 분권화가 증가했는데, 행정 분권화의 성장이 가장 크고 정치 분권화가 그 다음으로 성장한 반면 재정 분권화의 증가는 상대적으로 가장 작은 특성을 보였다.

이와 같이 세계적으로 광역과 기초 지방정부로의 분권화가 증가하는 이유에 대해 ‘기능적 논리’와 ‘정체성 논리’의 두 가지 설명이 제시된다.

기능적 논리는 분산된 정부가 중앙집중식 정부보다 특정 공공재를 제공하는데 더 효율적이고 효과적이라는 설명이다<sup>245)</sup>. 이는 관할영역 간 파급성(외부성)과 규모의 경제, 영역에 따른 선호의 이질성과 관련된다. 거의 모든 국가에 지방정부가 있다는 사실은 기능적 논리가 하위 정부로의 분권화의 기초가 된다는 가장 실증적인 증거이며, 인구가 많은 국가가 작은 국가보다 더 분산되는 경향이 있다는 사실 또한 이 논리로 설명된다. 그럼에도, 중앙정부는 수입을 모으고, 재분배하고 거시경제적 안정을 달성하도록 하는데 더 나은 포지션을 가지며, 많은 정책의 집행이 지방정부 수준에서 더 효율적으로 제공될 수 있음에도 불구하고 표준을 설정하고 집행을 감독하는 것은 국가 차원에서 이루어져야 한다. 따라서 대부분의 국가는 어느 정도의 분권화와 어느 정도의 중앙집권식 조정을 결합할 수밖에 없다.<sup>246)</sup>

정체성 논리는 집단의 자치에 대한 욕구의 표현과 관련된다.<sup>247)</sup> 주로 정체성 논리를 따르는 두

244) Schneider, A. 2003. “Decentralization: Conceptualization and measurement.” *Studies in Comparative International Development*, 38(3):32~56.

245) Oates, W. E. 1972. *Fiscal Federalism*. New York: Harcourt Brace Jovanovich; Treisman, D. 2007. *The Architecture of Government: Rethinking Political Decentralization*. Cambridge: Cambridge University Press.

246) Shah, A. 2006. A comparative institutional framework for responsive, responsible, and accountable governance. In A. Shah (ed.), *Local Governance in Industrial Countries*. Washington, DC: World Bank, pp.1~40; Ahmad, E., Hewitt, D., Ruggiero, A. 1997. Assigning expenditure responsibilities. In Ter-Minassian (ed.), *Fiscal Federalism in Theory and Practice*. Washington, DC: International Monetary Fund, pp.25~48.

247) Hooghe, L., Marks, G., Schakel, A. H. 2020. Multilevel governance. In D. Caramani

가지 동인은 영토 정체성의 동원과 민주주의이다. 1970년대 이후 지역주의 정당(즉, 자치 요구를 우선시하는 정당)의 선거력이 증가하면서 지방정부로의 분권화가 촉진되었다. 민주적 기준에 따르면 지방정부에 대한 권한의 분권화는 시민들이 지방정부 결정자에 대한 정책 선호를 표현하고 지방정부가 자신의 결정에 대해 책임을 질 수 있도록 하는 선거 기관을 설립하는 것과 함께 이루어져야 하는데, 이는 기능적 논리에 반하기도 한다. 한 사례로, Valle d'Aosta (Vâl d'Auôta)는 이탈리아 북서쪽에 약 125,000명의 시민이 거주하는 프랑스어를 사용하는 지역으로 프랑스와 접경하는 알프스 산맥에 위치하고 있다. 2000년에 Valle d'Aosta 지역은 자체 대학을 설립하기로 결정했는데, 대학을 제공하기 위한 최적의 관할 구역 규모가 약 백만 명의 시민인 것을 감안하면, 이러한 종류의 분권화 현상은 기능적 논리보다 정체성 논리가 우선한 것으로 볼 수 있다. 다른 예로, 국가 간 차이를 보더라도 상대 RAI 점수는 벨기에가 체코, 그리스, 스웨덴에 비해 훨씬 높는데, 이는 벨기에 시민들의 강한 지역적 정체성과 적극적인 지역주의 정당 투표율과 연관된다.<sup>248)</sup>

이처럼 전 세계적 분권화 경향을 설명하는 두 가지 논리 외에도 다음에 소개할 라틴아메리카 국가들과 프랑스 병원체계의 사례는 신자유주의 체제와 같은 더 거시적인 흐름이 분권화와 맞물리는 방식을 보여준다.

#### 나. 라틴아메리카 국가들의 공중보건체계 분권화 특성 - 신자유주의 흐름의 영향

라틴아메리카 국가들의 공중보건체계 분권화 흐름은 1980년대와 1990년대에 도입된 보건부문 개혁의 일부였으며, 인권 인식 증가, 신자유주의 경제모델 도입, 재정 지속 가능성 문제 인식 증가, 국가의 관리 능력 향상 등의 국제 추세의 영향을 받았다고 설명된다.

거의 모든 라틴아메리카 국가들이 국가 그리고/또는 보건·교육과 같은 일부 공공 서비스의 개혁으로, 시장의 임명보다는 선출을 채택했으며, (a) 재정 문제 (b) 인적 자원(고용, 해고, 계약 절차) (c) 공급·투자 결정 (d) 계획, 감시·통제 (e) 의료서비스 조직 (f) 접근 규칙 (g) 거버넌스 규칙(시설 이사회, 지구 사무소, 지역사회 참여)과 같은 주요 기능을 중앙정부에서 지방정부로 이전했다.<sup>249)</sup>

(ed.), *Comparative Politics*, 5th edition. Oxford: Oxford University Press, pp.193~210.  
 248) Schakel, A. H. 2009. "Explaining policy allocation over governmental tiers by identity and functionality." *Acta Politica*, 44(4):385~409; Massetti, E., Schakel, A. H. 2017. "Decentralisation reforms and regionalist parties' strength: Accommodation, empowerment or both?" *Political Studies*, 65(2):432~51.

249) Castañeda, T., Beeharry, G., Griffin, C. 1999. Decentralization of health services in Latin American Countries: Issues and some lessons. In Burki, S. J., Perry, G., Eid, F.,

Molina 등<sup>250)</sup>은 1980년대 말 의료부문 개혁이 도입된 라틴아메리카 5개국(아르헨티나, 브라질, 칠레, 콜롬비아, 멕시코)의에서 금융 문제를 강조하는 신자유주의 경제 모델의 맥락에서 민영화와 동시에 의료 부문의 분권화가 도입되었다고 설명했다. 일부 국가에서는 관리(stewardship), 보험·제공 기능, 기관의 민영화, 분리, 파편화, 중개(intermediation), 보건 의료 기관 간의 경쟁적 시장이 의료 시스템을 매우 복잡하게 만들고 서비스 제공, 특히 민간 부문에 재정적 수익성을 나타내지 않는 공중 보건 프로그램에 영향을 미쳤다.

브라질은 이에 대한 예외가 될 수 있다. 브라질 국민의료서비스(Sistema Unico de Saude, SUS)는 민간·공공 보험사에 대한 기여 계획이 아닌 일반 세금으로 자금을 조달하고 보건부와 지방자치 단체, 주 당국이 시스템을 주도하기 때문에 더 나은 분산된 의료 시스템 구조를 가지고 있는 것으로 보인다.

부정적 영향을 미친 사례로 콜롬비아의 경우 국민건강보험제도(1974~1990)를 운영하면서 국민건강계획을 수립하여 질병관리와 예방, 영아사망률과 산모사망률 감소를 포함해 주요 공중보건지표의 개선을 보였던 국가였다. 그러나 민영화와 관련된 사회보장시스템, 보험사, 공급자 간의 경쟁시장 도입 등으로 인해 병원의 예방적 공중보건 프로그램이 좌절되고 일부는 폐쇄되었으며 전문성을 갖춘 공중보건 직원은 예산 절감을 위해 감축되거나 자격이 없는 직원으로 대체되었다. 그 결과 개선되고 있던 공중보건지표는 반대의 흐름으로 전환되었다.<sup>251)</sup>

보건 분야의 분권화와 함께, 정당이 보건의료 기관과 의사결정에 더 많이 관여하게 되었다. 이는 지역사회의 필요보다는 관련 집단의 이해관계에 기초해 자원을 배분하도록 영향을 미치며, 후원주의 시스템과 연결되어 인적 자원의 질과 안정성에도 영향을 미치기 때문에 공중보건 부문의 기술적 역량에 부정적 영향을 미쳤다는 평가를 받는다.

---

Freire, M., Vergara, V., Webb, S. (Eds.), Annual World Bank Conference on Development in Latin America and the Caribbean, 1999: Decentralization and accountability of the public sector (pp. 249-272). Washington: The World Bank; Londoño, B., Jaramillo, I., Uribe, J. P. 1999. Descentralización y Reforma en los Servicios de Salud: El Caso Colombiano. Bogotá: Banco Mundial.

250) Molina, G., Vargas, J., Londono, B. 2014. Ch3. Decentralization and Public Health: An Analysis of the Health System in Five Latin American Countries: Argentina, Brazil, Chile, Colombia and Mexico, in Krishna Regmi (ed) Decentralizing Health Services: A Global Perspective. New York: Springer.

251) Esteves, R. 2012. "The quest for equity in Latin America: A comparative analysis of the healthcare reforms in Brazil and Colombia." International Journal for Equity in Health, 11(6).

#### 다. 프랑스 병원 시스템의 분권과 민영화

유럽에서도 지난 20여 년 간 많은 국가들의 사회정책에서 분권화가 진행되었는데 여기에는 부분적으로는 공공지출을 줄이고 중앙집권식 공공서비스 제공 주체의 영향력을 축소하며 대신 민간영역이 진출하여 이익을 창출하고자 하는 시장화 또는 민영화의 동력이 작동했다. 프랑스 병원체계의 분권화도 그 중 하나의 사례다. 본래 공공보건의료체계의 지역분권화 요구는 지역주민의 필요에 긴밀하게 반응해야 한다는 명분을 기초로 한다. 고령화에 따라 다양한 유형의 건강서비스와 지속적이고 조정된 돌봄체계에 대한 필요가 늘어나는 것, 코로나19 팬데믹과 같은 상황에서 지역 수준의 보다 신속한 전달체계 조정의 필요를 경험하게 되는 것이 이러한 배경이 되었다. 그러나 다음 사례는 실제로는 ‘소비자로서의 환자’ 담론의 가속화와 더불어 ‘시장화’와 ‘민간영역의 진출(민영화)’을 촉진하려는 시도와 쉽게 결합될 수 있다는 것을 보여준다.

프랑스의 병원 시스템은 2차 세계대전 이후 민간부문이 상대적으로 크게 형성되어 있어, 대부분의 일차의료는 민간 병원이 수적으로 우세하다. 역사적으로 공공과 민간분야 사이에 노동시장 분리가 이루어져 있어 둘 사이에 시장 부문에서 직접적인 경쟁은 적은 편이다. 따라서 프랑스 병원체계의 중앙거버넌스는 분리되어 있어서 공공병원에 대한 감독은 광범위한 반면, 민간 부문에 대한 제도적 수단은 적은 편이었다.

프랑스 병원 체계는 2009년 병원개혁법이 통과하면서 2010년부터 도입된 분권화의 방식은 지방보건청(Agences Régionales de Santé, ARS)을 통해 지역계획(regional planning)을 발전시키고자 했다. 이는 기존의 지방병원청(Agences Régionales de l'Hospitalisation, ARH)을 포함한 7개의 지방보건행정기관들을 통폐합하여 전국 26개 지역 단위에 설치한 것으로, 크게 공공보건과 의료공급 규제의 두 가지 역할을 수행하게 된다. 의료공급 규제에는 외래나 입원, 장기요양 부문의 의료기관 설립이나 병상규모 확장 신청 시 허가하는 역할이 포함되며, 전국에 최적의 의료공급이 이루어질 수 있도록 수급상황을 고려하며 공급을 규제하기 위함이다. 지방보건정책의 우선순위와 정책방향 등은 보건의료 종사자 대표, 보건의료기관 대표, 환자대표 등으로 구성된 지방보건회의(Conférence régionale de la santé et de l'autonomie, CRSA)의 건의를 통해 이루어진다.<sup>252)</sup>

한편 통과된 법안에는 공공이익참여 민간병원이라는 개념이 도입되어, 기존의 공공서비스 참여병원 이외에도 민간비영리병원을 모두 포함해 공공의료 자원을 확보하고자 했다.

252) 김대중. 2012. “프랑스 의료서비스 공급체계와 시사점”. 보건복지 이슈 앤 포커스. 한국보건사회연구원.

병원의 재정 부문은 빠르게 시장화 되었는데, 본래 총액계약제를 바탕으로 하고 있던 병원 예산 체계는 사르코지 대통령 당시 거의 전체가 포괄수가제(Diagnosis-Related Group, DRG)를 강력하게 도입하는 T2A(Tarifification à l'Activité) 체계에 의해 결정되는 변화를 겪었다. 이로 인해 환자 순환을 늘려야 예산이 늘어나게 되는 구조가 되었고, 이는 '기업병원'과 '소비자로서의 환자' 담론을 가속화하는 데 기여하였다. 더불어 민간주체도 공공서비스 미션을 할 수 있다는 논리가 추가되었고 지출에 대한 압력으로 많은 작은 공공병원들이 문을 닫고 하나의 큰 단위로 통합되기도 하였으며, 지역 주 정부는 이러한 과정에 밀접하게(때로는 모호한 형태로) 관여하였다.

하지만 프랑스 병원체계 분권화와 관련한 이해관계자 면담을 수행한 Umney와 Coderre-LaPalme<sup>253)</sup>의 연구에 따르면 분권화 결과는 기대한 수준에 미치지 못하였을 뿐 아니라 분권화의 본래적 목적을 달성하지도 못한 것으로 보인다.

먼저 ARS는 공공·민간 제공자와 관련하여 조직 수준에 대한 권한이 강화되기는 하였지만 실질적인 분권적 지역 기획 역할을 독립적으로 수행하기보다는 중앙부처에 종속된 탈집중 방식의 운영에 더 가깝다는 평가를 받는다. ARS의 이사는 중앙에 의해 임명되고 해임되며 빠르게 이직하는 경향이 있었고, 이들은 지역 상황에 따라 주 지침을 적응시키는 역할을 했다. 특히 공공병원의 통합, 폐쇄, 공공 공급 감소에 따른 공백을 메우기 위한 대형 개인병원의 출현 촉진과 같이 중앙이 주도하는 예산 제한의 최전선 집행자로 나타나기도 함을 확인하기도 했다.

병원의 예산 부분은 중앙 주도적 T2A체계의 DRG의 실시로 인해 지역 내부에서 우선순위를 고려하고 자체적인 인센티브 시스템을 개발할 수 있는 공간을 거의 남겨두지 않아 ARS의 역할이 제약된다고 지적했다. ARS가 지닌 재정적 재량과 계약(허가, 철회)과 같은 수단이 있음에도 그 비중이 크지 않고 다른 병원과의 협력을 통한 조정을 요청하고자 해도 T2A의 프레임에서는 수익성을 위해 병원 간 책임 전가와 환자 떠넘기기가 촉진되었다.

## 라. 분권적 보건의료체계와 관련된 국외의 코로나19 대응 사례

코로나19 상황과 같이 재난대응에 가까운 맥락에서 분권화는 감염병 관리 공중보건 기능에 어떤 작용을 했을까. 앞서 살펴본 백서의 내용에서와 같이 코로나19 대유행과 같은 경험을 통해 지역 수준의 보다 신속한 전달체계 조정이 필요하다는 인식과 함께 공중보건체계에 분권이 필요하다는 주장이 제기되고 있다. 그러나 코로나 유행 시기 이미 분권화된 해외 국가들에서는 어땠는지 사례를

253) Umney, C., Coderre-LaPalme, G. 2021. "Marketisation and regional planning in neoliberal public services: Evidence from French hospitals." *Capital & Class*, 46(3).

살펴보면 ‘분권체계’ 그 자체만으로는 공중보건위기에 잘 대응할 수 있으리라고 보장하기 어려워 보인다. 분권체계의 유형과 수준이 모두 다르기 때문이라는 조직 수준의 분석을 넘어, 분권체계가 각 국가가 경험해온 역사, 다른 부문과의 관계, 사회문화적 특성 등의 맥락에 따라 각기 다르게 작동할 수 있다는 ‘기제’에 대한 깊은 이해가 필요하다.

### (1) 중국의 코로나19 감시와 방역체계의 분권화<sup>254)</sup>

중국은 기본적으로 고도로 중앙집권적인 정치체제를 기본으로 하지만 감염병 관리와 관련해서는 SARS 유행 이후 드러난 문제의 극복을 위해 지역보건위기대응(ERS) 권한을 지역에 분산시켰다. 이는 초기 전염병 보고는 중앙집권화하고 지역보건위기 사태에 대응할 수 있는 권한은 분산하는 것이다.

2004년 감염병법 개정으로 중앙정부는 감염병 정보의 흐름을 중앙집권화하고 지방정부가 초기 단계와 같이 발병을 은폐하는 것을 방지하기 위해 중국 질병 통제 센터(China CDC)에 질병 예방·통제 정보 시스템(DPCIS)을 구축했다. 그러나 SARS는 이러한 수직적 대응 시스템이 정부 시스템의 다른 부분과 관련된 복잡한 비상사태에 대한 대응을 관리하는 데 비효율적임을 보여주었다. 이를 교훈삼아 위해 SARS 이후 2007년에 국가 입법부는 중화인민공화국 비상대응법(SCNPC 2007)을 공포하여 새로운 비상대응체계(ERS)를 구축했는데, 이 법은 공중 보건 비상사태를 1단계(매우 심각)에서 4단계(보통)까지 4단계로 분류한다(SCNPC 2007). 1단계 비상사태에서는 국가 정부(국무원)가 비상대응을 조직하고 시행할 책임이 있지만, 2단계, 3단계, 4단계 보건 비상사태에서는 책임이 지방정부에 있다.

이론적으로 DPCIS와 ERS는 심각한 감염병 관련 비상사태에 효율적이고 시기적절한 대응을 하기 위해 서로를 보완해야 한다. 그러나 실제 코로나19 유행 초기 탐지 단계에서 이 시스템은 제대로 작동하지 못했고, 비상사태 수준이 1단계 미만인 상황에서 사실상 서로를 약화시켜 2020년 1월 20일 이전의 비상 대응이 지연되는 데 기여했다고 평가받고 있다. 초기 탐지 단계에서 우한과 후베이 지방정부는 비상사태가 아직 1단계가 되지 않은 상태에서 수직 보건 당국이 담당하는 중앙집권식 전염병 보고 시스템을 무시했다. 당시 중요한 지방 행사를 앞두고 있던 상황에서 수평적 관계의 영향을 더 강력하게 받는 간부 평가 시스템으로 인해 우한과 후베이의 관료와 지역 지도자들

254) Lv, A., Luo, T., Duckett, J. 2022. “Centralization vs. Decentralization in COVID-19 Responses: Lessons from China.” *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 47(3): 411~27.

은 건강 위기를 해결하기보다 안정성과 경제 성장을 계속 우선시하는 방향으로 움직였다. 중앙-지방 사이의 기존 권위 체계에서 지방 공무원들에게 적용되는 수직적 위계와 수평적 위계관계 중 수직적 위계에서의 지시보다 수평적 위계에서의 명령 수행 여부가 이들의 승진에 더 영향력을 미치고 구속력이 있으나, 분권화된 시스템은 관료가 움직이는 동기를 둘러싼 중요한 맥락을 고려하지 못했다. 결과적으로 이는 코로나 19의 초기 확산을 통제할 수 있는 중요한 기회를 놓치는 결과로 이어졌다.

중국의 사스 이후 DPCIS 개혁과 ERS 개혁은 코로나19 팬데믹 감지 단계에서 비상사태 수준이 1단계 미만인 상황에서 사실상 서로를 악화시켜 2020년 1월 20일 이전의 비상 대응이 지연되는데 기여했다고 평가받고 있다.

## (2) 이탈리아의 지역별 코로나19 초기 대응 사례

이탈리아는 보건의료와 관련하여 높은 지역분권 체계를 갖추고 있어 보건정책에 있어서는 연방국가와 상당히 유사할 정도로 상당한 자율성이 부여된다. 코로나19의 초기 대응 몇 달 동안 대응은 지역의 손에 달려있었고 중앙정부는 추가 자금 할당, 인력 채용 촉진, 병원 확대를 위한 자금과 물류 지원, 의료장비와 시설 구입의 중간역할 등과 같은 부분을 지원했다.

Capano와 Lippi<sup>255)</sup>는 코로나19 유행에서 가장 심각한 영향을 받은 세 지역(롬바르디아, 에밀리아로마냐, 베네토)이 유행 초기에 서로 다른 움직임을 보였다는 경험적 증거를 통해, 분권화된 지역에서 조직역량과 정치역량에 따른 결과의 차이를 탐색했다. 분석에 포함된 세 개의 지역은 각기 다른 조직적 역량, 정치적 역량을 가지고 있었고 그에 따라 서로 다른 대응을 보인 결과 코로나19 확진자 입원·사망률 등에 차이가 나타났다.

사례분석에서 고려한 지역적 역량으로 ‘분석 역량’은 바이러스가 어떻게 퍼지고 있는지와 관련해 필요한 정보를 적절한 방식으로 수집하는데 필수적인 역량을 의미한다. ‘의료제공의 거버넌스에 관한 운영 역량’은 서비스·활동의 조직방식, 조정 유형, 조직 간 관계를 포함하며 이는 바이러스의 확산을 진정시키고 멈추기 위해 필수적인 역량이다. ‘정치적 역량’은 의료제공시스템에 필요한 정치적 정당성을 확보하고 의료행위자가 협력적인 환경에서 일할 수 있도록 정책 입안자와 이해관계자를 설득할 수 있는 능력과 관련된다.

255) Capano, G., Lippi, A. 2021. “Decentralization, policy capacities, and varieties of first health response to the COVID-19 outbreak: Evidence from three regions in Italy.” *Journal of European Public Policy*, 28(8):1197~1218.

먼저 의료시스템과 관련하여 롬바르디아의 보건 시스템은 환자를 위해 서로 경쟁하는 거의 자치적인 단위들에 기반을 두고 있어서 ‘병원 중심성’이 주된 특징인 반면 수직적 조정은 매우 느슨하다. 베네토의 건강 시스템은 적절한 밀도의 지역사회 의료 구조와 강력한 수직적 조정이 특징이다. 에밀리아로마냐의 보건 시스템은 다단계 거버넌스의 강력한 수직적 조정과 적절한 지역사회 기반 서비스로 더 기능적으로 평가된다. 비록 매우 다르지만, 베네토와 에밀리아로마냐 시스템은 롬바르디아의 시스템보다 더 조정되고 통합된 형태라고 볼 수 있다.

이 시기에 롬바르디아는 유증상 환자와 중증환자 입원율, 사망자 수 모두 높았고, 베네토는 입원과 사망자 수 모두 가장 낮았으며 코로나19 검사량은 가장 많았다. 에밀리아로마냐는 그 중간 수준의 결과를 보여줬다.

**〈표 20〉 이탈리아 세 개 지역의 코로나19 초기 유행당시 대응 특성과 결과 (Capano, G., Lippi, A.(2021)의 내용 재구성)**

	주요 대응 방식	검사 전략	병원 활용	의사결정공간
롬바르디아	병원 중심의 대응: 전체 사례의 49%가 입원	증상이 있는 사람과 입원한 확진자에 대해서만 시행	ICU 병상을 40%까지 확보했음에도 포화, 다른 지역이나 국가로 이송	지역 정부에 우호적인 그룹과 대립하는 그룹이 비체계적으로 난립
	- 전체 확진사례 1,000명 당 유증상 환자 입원율, 중환자 입원율, 사망률 모두 가장 높음			
에밀리아로마냐	입원과 지역사회 의료를 혼합하여 대응, 입원율은 전체 사례의 36%	증상이 있는 사람과 입원한 확진자에 대해서만 시행	입원환자 중 ICU로 배정되는 비율 낮음	주로 정치인과 행정 관료가 주도하고 전문가가 보완
	- 전체 확진사례 1,000명 당 유증상 환자입원율, 중환자 입원율, 사망률 모두 중간 수준			
베네토	지역사회 의료에 기초해 대응, 입원율은 전체 사례의 21%	광범위한 검사 시행, 보건의료인력 중 무증상 감염자를 능동적으로 탐색	대체로 집중치료가 필요한 사람들을 입원시킴	전문지식을 핵심 자원으로 삼고 정부의 의사결정을 과학, 기술적으로 지지
	- 전체 확진사례 1,000명 당 유증상 환자 입원율, 중환자 입원율, 사망률 모두 가장 낮고 코로나19 검사량은 가장 많았음			

〈표 20〉은 세 지역에서 코로나19 초기 대응 시기(2020년 2월 20일~3월 31일)에 각기 어떤 대응방식을 보였으며, 어떤 결과로 이어졌는지를 요약하여 보여준다. 평상시 병원 중심의 공중보건 체계를 가진 지역과 지역사회 중심의 공중보건체계를 가진 지역 사이에 코로나19 환자의 관리 방식

에 차이를 보일 수밖에 없었으며, 지역사회 관리역량을 충분히 갖추지 못한 지역에서는 환자가 대량 발생함에 따라 초기부터 병상이 부족해지는 결과로 이어졌고 이는 사망률에도 영향을 미쳤다. 보건 의료체계의 조직화 역량 외에 정치적, 의사결정 역량 또한 중요한 것으로 나타났는데, 이는 코로나 19 대응을 위한 지역사회 유관기관과 이해관계자 사이의 조정과 주민 대상의 커뮤니케이션, 신뢰와 같은 사회적 관리에 해당하는 부분이다.

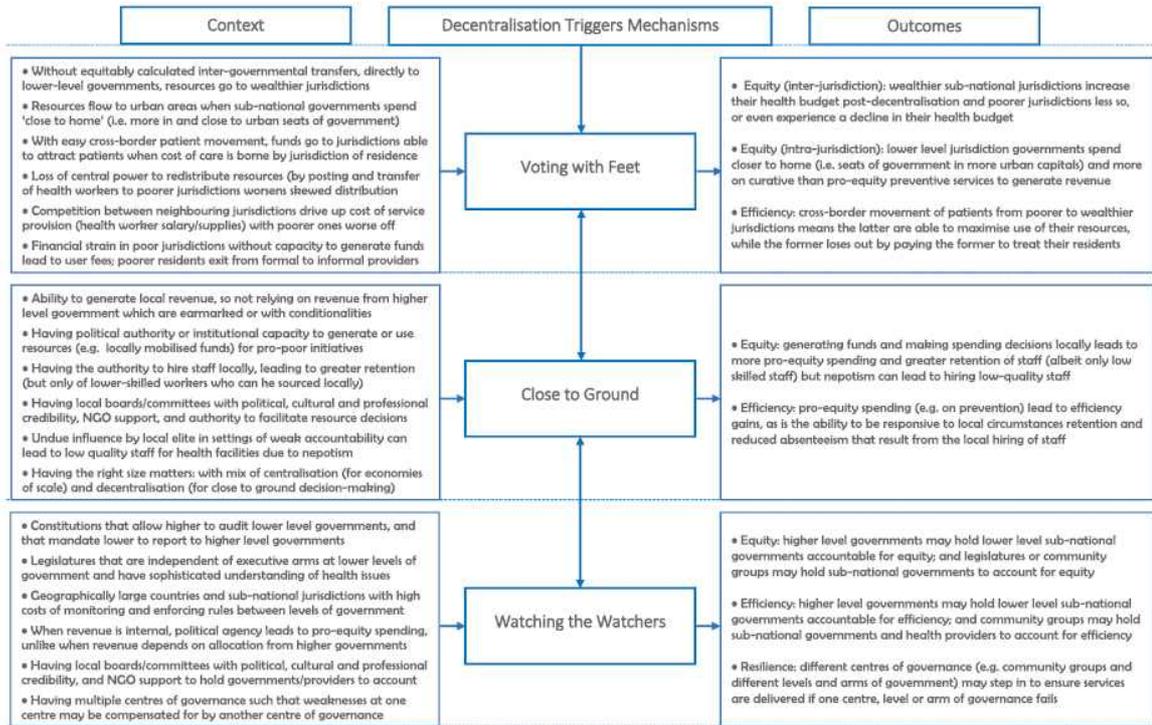
이탈리아의 사례는 분권화된 보건의료체계를 지닌 국가에서 예상치 못한 공중보건 위기상황에 대한 충분한 준비가 없으면 지역의 보건의료 조직화 역량과 정치적 역량에 따라 불평등한 결과로 이어질 수 있다는 것을 보여준다.

#### 4.3.3. 분권화가 보건의료체계에 영향을 미치는 기제와 시사점

살펴본 바와 같이 분권화는 이미 수십 년 전부터 진행되어 온 전 세계적 흐름이며, 이는 효율적 차원에서나 정체성의 차원뿐 아니라 신자유주의 흐름과 같은 거시적 체제의 영향 속에 가속화되고 있다. 국가마다 차원에 따른 서로 다른 분권화 정도를 보이며 각자 쌓아온 역사적 경로와 지정학적, 정치경제적 환경과 조건에 따라서도 다른 분권적 의사결정공간의 특성을 지닐 것이다.

분권화가 보건의료체계에 미치는 영향에 대해서는 많은 연구자들이 관심을 가지고 연구해오고 있는데, 복잡한 사회현상인 공중보건의료체계의 분권화가 작동하는 맥락과 그 영향에 대해 실재론적 리뷰 방법을 활용해 검토한 Abimbola 등<sup>256)</sup>의 연구는 25개의 국가 사례를 포함한 51개의 연구로부터 세 가지 유형의 기제를 구분해냈다.

256) Abimbola, et al. 2019. "The impacts of decentralization on health system equity, efficiency and resilience: a realist synthesis of the evidence." *Health Policy and Planning*, 34:605~17.



〈그림 16〉 분권화가 보건의료체계의 형평성, 효율성, 회복탄력성에 어떻게 영향을 미치는지 설명하는 맥락-기제-결과(CMO) 모식도

첫 번째 기제는 'Voting with feet(발로 투표하기)'로, Tiebout<sup>257)</sup>의 주장에서 가져온 이 표현은 사람들이 개인의 효용을 극대화하기 위해 한 관할지역에서 다른 관할지역으로 이동할 수 있다 것을 의미한다. 거주지에 대한 선택이 주민들의 선호에 맞는 공공재를 지역이 제공하게 함으로써 인구를 최적의 커뮤니티로 분류한다는 것이다. 그러나 이 기제는 지방정부 간 불균등하게 형성된 제도적 역량에 따라 불평등한 결과로 이어지기도 한다. 가난한 지역의 거주자는 인근의 고품질 보건의료 서비스를 이용하기 위해 이동하며, 가난한 관할구역의 정책결정자는 오히려 해당 서비스에 과소투자하거나 선택한 서비스를 공식적으로 인근 지역에 아웃소싱 하는 등의 효율적 관점의 조치를 취하게 될 수 있다. 분권화 체계에서 하위 수준 관할권에서는 관할 지역에서 일할 의료종사자를 모집하고 배치할 책임을 가지게 되나 발로 투표할 수 있는 것은 의료종사자도 마찬가지이므로 가난한 지역은 저숙련 의료종사자의 확보와 유지가 가능할 수 있어도 고숙련 의료종사자의 확보에 어려움을 겪기도 한다. 이러한 일련의 불평등은 상급 정부가 제도적 장치를 통해 발생 기제를 제약함으로써

257) Tiebout, C. M. 1956. "A pure theory of local expenditures." Journal of Political Economy, 64:416~24.

완화할 수 있다.

두 번째 기제인 ‘Close to ground(지반에 가까이)’는 거버넌스가 사람들과 더 가까이 있는 것(지역 수준에서의 책임)이 지역의 이니셔티브, 정보, 피드백, 투입과 제어를 더 잘 할 수 있게 된다는 것을 의미한다. 정보의 비대칭은 환자와 의료인 사이에서만 존재하는 것이 아니라 다른 수준의 거버넌스와 운영 수준에 있는 행위자간의 상호작용에서도 마찬가지이다. 이때 근접성은 정보 교환을 용이하게 하며 의사결정에 대한 지역의 의견을 반영하고 피드백 수준을 높이는 방식으로 작동할 수 있다. 분산된 의사결정의 범위가 증가하고 정책 우선순위를 설정할 권한이 있는 지역위원회가 존재하는 경우 불평등 감소의 효과를 기대할 수 있으나 연고주의에 기초한 정치는 부정적 효과를 낼 수 있다. 의료시스템은 중앙집권화를 통한 규모의 경제(구매·정보 시스템)와 분권화를 통한 기능 분산(서비스 제공·조달 예산 책정으로 지역 요구에 맞게 자원을 조정)이 결합될 때 가장 효율적일 수 있다.

세 번째 기제는 ‘Watching the watchers(감시자를 감시하기)’로, 분권화에 의해 늘어나는 거버넌스 수준 간의 상호 책임 관계를 반영한다. 이 기제는 세 가지 수준의 거버넌스(헌법적, 집단적, 운영적)가 각각 어떻게 다른 두 가지(상호 감시의 폐쇄 고리)를 감시하고 반응하는지를 포착하고, 이상적으로는 감시받지 않는 거버넌스 주체가 없게 한다. 또한, 같은 수준의 거버넌스(예: 입법부와 행정부 간) 내에서, 또는 다른 수준의 거버넌스(예: 지역사회 단체와 지방정부 간)에 걸쳐 모든 거버넌스 행위자가 책무를 가지는 것을 의미한다. 상위수준의 정부가 하위 수준의 지방정부에 대해, 그리고 지역사회 단체나 입법부가 지방정부에 각기 형평성과 효율성에 대한 책무를 물을 수 있다. 여러 거버넌스 센터를 두는 것은, 어떤 거버넌스 또는 여러 수준의 거버넌스에서 발생할 수 있는 결함을 완화하거나 보완하기 위한 백업의 기능을 할 수도 있다.

어떤 사례들은 역시 분권화는 부작용이 많아 시기상조라든가 아무래도 할 수 없겠다는 소리처럼 들릴 수도 있다. 그러나 그보다는 실제 다양한 사례에서 확인할 수 있는 분권화의 작동방식이 우리가 통상 기대하는 것처럼 자동적으로 긍정적인 효과를 낼 수밖에 없다거나 단순한 방식으로 작동하는 것이 아니라는 것을 이해해야 한다. 지금까지 살펴본 분권화의 구조와 기제들은 한국에 그대로 적용할 수도 없겠으나 일부 국외 사례를 통해 확인한 공중보건의료체계 지역분권에서 고려해야 할 기제는 다음과 같은 것들이 있다고 정리해볼 수 있다.

첫째, 분권화된 조직과 기능을 움직이는 것은 사람이며, (중앙 또는 지방)정부조직에서라면 관료가 분권화된 시스템 속에서 어떤 이해관계와 동력에 의해 움직일 것인지를 고려해야 한다는 것이다. 여기에는 공식적이고 제도적인 기제 외에도 비공식적이고 문화적인 기제 또한 포함된다.

둘째, 지역분권이 신자유주의 흐름, 시장화 또는 민영화와 같은 전 세계적인 흐름이나 이를 추구하는 중앙정부의 방향과 맞물려 본래의 목적을 달성하지 못하고 활용되는데 그칠 위험이 있다는 점이다. 특히 지역당국이 충분한 정치적 결정 권한을 갖지 못하고 행정분권 수준에 그치게 되면 중앙의 집행자 역할을 벗어나기 어렵다.

셋째, 지역분권이 단지 중앙의 책임 전가가 아니라 민주주의와 불평등 감소를 목표로 하기 위해서는 지역의 기본적인 조직적, 정치적 역량을 일정수준 이상으로 향상시킬 필요가 있다. 또는 중앙정부가 성공적 지역분권의 목표 하에 불균등한 지역 역량을 보완해줄 수 있는 계획적인 지원전략을 갖추어야 한다.

#### 4.4. 나오며: 어떤 지역분권이어야 하나

어떤 지역분권이어야 하나? 이 절에서는 그간 한국의 공중보건체제 언저리에서 이루어진 지역분권 논의를 비판적으로 검토하고, 대안적 공중보건체제의 원리로서 지역분권 개념을 구상한다.

##### 4.4.1. 한국의 보건분권 논의: 비판적 검토

이 항에서는 그간 한국의 공중보건체제에서 이루어진 지역분권 논의를 비판적으로 검토한다. 검토 기준은 다음과 같다.

- 지역분권의 목표와 가치를 무엇으로 상정하는가?
- 지역분권의 제약조건과 촉진조건을 어떻게 진단하는가?
- 지역분권을 무엇으로 어떻게 규정하는가?
- 어떤 지역분권이 필요하고 어떻게 가능한가?

‘보건’과 ‘분권’을 키워드로 한 선행연구는 많지 않았다.<sup>258)</sup> 그나마 대부분은 복지분권에 관한 논의에 보건분권 논의가 일부 포함된 정도였다. 문헌검색 기준을 완화하면<sup>259)</sup> 더 많은 문헌이 검색되는데, 이는 보건분권이 핵심 주제까지는 아니지만 이를 고려하는 주제의 연구들이 상당히 있다는 의미다. 대부분의 연구는 지역분권의 수단이라고 할 수 있는 재정분권에 대해 다루고 있으며, 지역분

258) 학술연구정보서비스(RISS), 국내학술논문, 논문명/주제어: 보건/의료 AND 논문명/주제어: 분권

259) 학술연구정보서비스(RISS), 국내학술논문, 초록: 보건 AND 초록: 분권

권의 목표와 가치는 주어진 것으로 상정하는 경우가 많았다.

일부는 해외 사례 연구였고, 보건복지 분야에서 지역분권 ‘모델’로 자주 참조되는 스웨덴 사례에 대한 연구들이 있었다.<sup>260)</sup> 중저소득 국가 사례의 경우 국가 수준에서는 시기상조로 여겨지는 건강 보장 정책을 지역 수준에서 선도적으로 추진한 사례들이 소개되었다. 인도네시아의 경우 2011년 전 국민 대상 보편적 건강보장 체계 도입이 가능했던 요인으로 지방정부의 선제적 보건정책들이 당시 여건에서도 실현 가능하다는 공감대를 확산시켰다고 설명한다.<sup>261)</sup> 인도 케랄라 주정부는 보편적 건강 보장을 위해 반짜야뜨를 중심으로 공공 보건의료체계를 재편하여 인도에서 최초로 지역분권화 하는데 성공한 사례로 제시되었다.<sup>262)</sup>

나머지 연구는 지역분권 정책과 제도를 평가하는 연구가 대부분이었다. 먼저 1991년 지방의회의 원 선거, 1995년 지방자치단체장 선거 등 지방자치제 도입 이후 지역 간 재정 자립도의 차이가 보건소 이용의 지역 간 형평성에 미친 영향에 대한 연구가 있었다. 재정 자립도가 높은 구에서 이용자의 높은 만족도를 확인할 수 있으며, 그 원인은 예산의 절대적 금전적 수치 때문이기 보다는 부유한 구에서 인건비와 운영비에 재원을 할당함으로써 자원배분이 더 효과적이었다고 설명했다.<sup>263)</sup> 나머지 대부분의 연구는 참여정부 당시 지역분권 정책, 특히 2005년 보건복지부 국고보조사업의 지방 이양과 그 재원 보전을 위해 도입된 분권교부세 제도가 가져온 영향에 관한 연구였다. 이양 대상 사업의 사업비 규모,<sup>264)</sup> 특정 사업 분야 혹은 시설의 재정확보<sup>265)</sup> 혹은 시설운영 실태<sup>266)</sup>에 미친 영향에 관한 연구가 있었으며, 각각의 연구 결과는 다음과 같았다.

첫째 이양 대상 사업의 사업비 규모는 감소하지 않았으나 복지서비스에 대한 지방정부(광역과 기초)의 재정 부담이 증가했으며, 특히 기초지방정부의 재정 부담이 큰 폭으로 증가하였다.

둘째 정신보건 서비스와 시설의 경우 다른 사회복지 서비스에 비해 예산확보율이 높긴 했지만, 여전히 필요 예산이 전액(100%) 확보되지 못하여 정신보건시설 운영에 어려움을 주는 것으로 나타났

260) 홍세영, 박현숙. 2019. “스웨덴 지방자치단체의 복지 사무에 관한 연구”. 사회법연구, 37:165~99; 강창현. 2008. “스웨덴 노인보건복지 분권화 연구: Ädel 개혁의 함의”. 한국거버넌스학회보, 15(2): 241~64.

261) 전제성, 김형준. 2022. “인도네시아의 보편적 건강보장 체계의 형성”. 동남아시아연구, 32(2):125~70.

262) 김찬완, 김성희. 2015. “케랄라 반짜야뜨와 여성권한: 지속가능한 발전으로서의 ‘케랄라 모델’을 중심으로”. 남아시아연구, 21(1):27~56.

263) 이상일. 2001. “지방재정 분권화와 보건소 이용자의 형평성과의 관계 연구”. 한국사회정책, 8(2):103~36.

264) 장덕희. 2010. “보건복지부 국고보조사업의 지방이양과 분권교부세 제도 도입이 이양사업에 대한 사업비 규모에 미친 영향 분석”. 한국정책학회보, 19(2):79~103.

265) 오승환. 2006. “참여정부의 재정분권이 지방자치단체의 정신보건 서비스에 미친 영향 분석”. 정신보건과 사회사업, 22:236~57.

266) 김춘만, 나운환, 이해경. 2006. “지방분권화에 따른 직업재활시설 운영실태에 관한 연구”. 특수교육재활과 학연구, 45(3):191~213.

다. 지역에 따라 정신보건 예산확보에도 큰 차이가 나타나 지역 간 정신보건 서비스 격차를 확대시키며, 신규 서비스 확대를 제한하는 등 지방정부의 정신보건 서비스에 부정적 영향을 미쳤다.

셋째 직업재활시설의 경우 지방이양된 직업재활사업에 대한 지원이 미비하고 지역 간 격차가 심화되고 있었는데 특히 인건비와 운영관리비가 보건복지부 가이드라인을 지키지 못했고 인상률에서도 심한 격차를 보였다. 모델화사업이 축소되고 시설 증가도 정체되었으며, 지방정부의 재정자립도가 직업재활시설에 영향을 미쳐 지역별 격차가 계속될 것으로 분석되었다.

요약하면 공통적으로 재정분권이 미흡한 상황에서 복지사업의 지방이양이 가져온 부정적 영향, 특히 지역 간 격차가 심화하는 현실을 지적하고 있다. 한 연구는 이러한 상황을 중앙-지방정부 간 관계 측면에서 ‘기능분권-재정집권형’으로 명명하면서, 중앙정부가 복지지출 증가에 따른 재정 부담을 지방정부와 분담하기 위해, 기능의 상당부분은 지방이양 하더라도 재정권한은 여전히 중앙이 가지고 있는 경우로 설명했다. 이 경우 지방이양 된 복지업무는 지방정부 입장에서 자율성 제고보다는 재정적 부담으로 작용하면서, 복지기능의 실질적인 위축과 함께 국가최저선(national minimum)의 집행 차원에 그칠 수 있다.<sup>267)</sup> 이 연구가 소개하는 분권화의 원리에 비추어(〈글상자 11〉 참고), 이와 같은 분권화를 우리는 ‘신자유주의적 분권화’라 부를 수 있을 것이다.

#### 〈글상자 11〉 신자유주의적 분권화 원리 (박혜자, 2008)

“국가간 경쟁에서 새로운 패러다임”

“포스트 포디즘 사회의 국가경쟁력을 제고”

“고령화에 따른 복지수용의 급증과 이에 따른 국가자원의 한계상황”

#### 4.4.2. 대안적 지역분권 원리: 신자유주의적 분권화가 아닌 민주적이고 평등한 분권화

앞서 분권화를 민주주의와 사회정의, 형평성(불평등) 측면에서 옹호한 바 있다. 기존 지역분권 논의와 실천에 대한 비판을 토대로, 이 항에서는 대안적 공중보건체계 원리로서 지역분권 원리를 다음과 같이 제안한다.

첫째, 민주적 분권화여야 한다. 시민참여를 촉진하고 민주주의를 심화하여야 한다.

민주적 분권화가 아니면, 다시 말해 지역의 민주주의 역량과 자원 없이 공중보건체계를 분권화할

267) 박혜자. 2008. “보건복지행정의 기능과 재정분담에 있어 중앙-지방정부간 관계의 변화”. 한국지방자치학회보 20(3):135~57.

경우, 중앙정부뿐만 아니라 지방정부 역시 책임회피를 위해 다시 그 책임을 개인에게 이전할 위험이 있다.<sup>268)</sup>

둘째, 평등한 분권화여야 한다. 국가 책임을 강화하고 지역 간 불평등을 완화하여야 한다.

평등한 분권화가 아니면, 다시 말해 권력과 자원을 배분하기 위한 국가(중앙)의 조정 역할 없이 공중보건체계를 분권화할 경우, 분권화는 지역 간 불평등을 완화하기 보다는 강화할 위험이 있다.<sup>269)</sup>

---

268) 예컨대 코로나19 초기 제주도가 개인 관광객에게 코로나 확산책임을 물어 손해배상 청구소송을 제기한 사례가 대표적이다. 제주도는 결국 패소했다.

269) 예컨대 ‘안성시 모델’이 만들어질 수밖에 없었던 이유, 그럼에도 불구하고 전국화된 모델이 될 수 없었던 이유가 대표적이다.

## 5. 공중보건체계와 건강불평등

### 5.1. 들어가며

건강의 사회적 결정요인을 고려한 공중보건체계는 대안이 될 수 있는가? 지난 반세기 동안 건강 불평등 연구와 담론은 건강의 사회적 결정요인 접근에 기반하여 대안으로 건강정책으로의 사회정책을 주장해왔다. 또한 이런 주장과 제안이 실제 적용되고 실행된 사례도 적지 않다. 이 장에서 우리는 그럼에도 불구하고 건강불평등이 재생산되고 심화되는 현상에 주목한다. 과연 지금까지의 지식은 인류의 건강을 위해 어떤 역할을 했는가? 대안으로 건강의 사회적 결정요인 틀과 사회정책은 왜 불평등을 줄이거나 예방하지 못했는가? 우리는 이 질문에 대한 대답으로 현재 건강불평등 연구의 절대 다수는 신자유주의적 지적 토대를 강화하는 방식으로 발전해왔기 때문이라고 주장한다.

건강불평등 연구의 초기 대표적인 논쟁 - 윌킨슨과 문타네르 등의 논쟁<sup>270)</sup> - 이후 건강불평등 연구는 소위 베버주의적 관점의 승리로 끝났다 해도 과언이 아니다. 동시에 건강불평등 연구는 하나의 지적 유행 그 이상의 역할을 하지 못하고 있으며, 신자유주의적 지식 생산체제는 이 거대한 유행의 버팀목이 되었다. 체제 변혁적인 건강불평등 연구보다는 체제 순응적인 건강불평등 연구를 권장하는 연구비 지원 기관과 대학과 산업계의 학문카르텔이 현재 주류 건강불평등 연구의 배경인 것이다. 이 학문카르텔은 양적으로 급증한 건강불평등 연구에도 불구하고, 세상의 건강불평등은 조금도 해소되지 못한 현실의 또 다른 원인이다.

우리의 문제의식이 옳다면, 그 해법은 명료하다. 건강불평등 연구는 현재의 체제를 비판하는 분야로 거듭나야 하며, 그 과정에서 계급적 관점의 중요성을 놓치지 않아야 한다. 앞으로의 건강불평등 연구는 불평등한 현상의 나열이나, 불평등한 현상을 개선하는 - 혹은 개선하는 것처럼 보이는 - 미시적 수준의 변화와 개혁을 목표로 하는 연구 질문에서 벗어나야 한다. 이는 ‘위험요인’만 탐구하던 실증주의 중심의 건강불평등 연구에서 문제의 해결방안을 제시하는 연구로의 변화를 제시하는 것만으로 극복하기 어렵다. 무엇을 변화시키기 위한 방향인지가 중요하고, 그 변화를 누가 이끌어 갈 것인가

270) Muntaner C, Lynch J. 1999. "Income inequality, social cohesion, and class relations: a critique of Wilkinson's neo-Durkheimian research program." *International journal of health services*. 29(1):59~81; Wilkinson RG. 1999. "Income inequality, social cohesion, and health: clarifying the theory—a reply to Muntaner and Lynch." *International Journal of health services*. 29(3):525~43; Muntaner C, Lynch J, Oates GL. 1999. "The Social Class Determinants of Income Inequality and Social Cohesion." *International Journal of Health Services*. 29(4):699~732.

지 비판적 질문이 필요하다.

### 5.1.1. 코로나19 대유행과 불평등

코로나19 대유행은 다양한 방식으로 건강불평등 문제와 연관한다. 예컨대 화이트헤드<sup>271)</sup>는 디드 리센 모형<sup>272)</sup>을 수정하여 한 사회의 정치·사회·정책 맥락이 건강불평등으로 이어지는 경로를 코로나19 감염과 그에 따른 사회적 결과로 설명한다. 최홍조 등<sup>273)</sup>은 코로나19의 직접 감염과 그에 따르는 건강 영향과 코로나19 대응정책으로 인해 필수의료체계의 영향을 포함한 간접적 영향을 동시에 제시한다. 그러나 건강불평등을 이해하기 위해 이처럼 복잡한 경로를 제시하는 것보다 더 쉬운 길이 있다. 고통받았던 지난 3년의 시간을 떠올리는 것이다. 어떤 학술적 논의보다 더 적나라하게 건강불평등의 심각성과 처참한 현실을 드러내는 것은 우리의 몸이다.

한국에서의 경험만 살펴더라도, 코로나19 대유행 과정에서 건강불평등 문제가 드러난 경우는 상당하다. 집단감염이라는 단어는 어느 순간 요양원과 요양병원이라는 공간을 기본값으로 포함해 버렸다. 감염의 고위험군을 정의하는 가장 기본적 방식은 바로 나이들이었고, 그 다음은 동반 만성질환이었다. 우리는 2020년 초반부터, 이렇게 문제를 정확하게 이해하고 있었다. 하지만 지금 이 순간까지 요양원과 요양병원의 집단감염 문제는 이어지고 있다. 그 정도는 줄어들었다 하지만, 나이 많은 이들의 죽음은 피할 수 없는 사회적 숙명이 되었다. 고통이 나이들을 둘러싸고 불평등하게 집중되는 것이다. 이 불평등은 어디서 기원했는가? 왜 우리는 아직도 이 문제를 해결할 실마리를 찾지 못하는 것인가? 구로콜센터 집단감염은 어떠한가? 구로콜센터 집단감염은 수도권을 코로나19 공포에 몰아넣은 첫 번째 사건이라 할 만하다. 콜센터 노동환경이 바이러스 전파의 원인이라는 사실을 모든 시민이 알았다. 하지만 그 이후에도 다양한 콜센터와 불안정 노동자들의 집단감염은 이어진다. 노동환경이 원인임을 알고 있지만 왜 이 문제는 공중보건의 대상으로 다루어지지 않는가? 한편, 감염으로 입원병상이 필요한 환자는 중앙병상배정팀의 연락을 기다려야만 한다. 마침내 배정된 병원은 열에 서넛 꼴로 내가 사는 동네의 지정병원이 아니라 더 먼 곳이었다. 지자체 공무원은 지역상황을 전혀 배려하지 못한 중앙의 방역정책을 속수무책으로 받아들여야 한다. 고통은 가중되고, 답답함

271) Diderichsen, F., Evans, T., Whitehead, M. 2001. The social basis of disparities in health. *Challenging inequities in health: From ethics to action*, 1, 12~23.

272) Whitehead, M., Barr, B., Taylor-Robinson, D. 2020. Covid-19: We are not “all in it together” - less privileged in society are suffering the brunt of the damage. *the bmj opinion*.

273) Choi, H., Kim, S. Y., Kim, J. W., Park, Y., Kim, M. H. 2021. “Mainstreaming of health equity in infectious disease control policy during the COVID-19 pandemic era.” *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 54(1):1~17.

은 어느새 체념이 된다. 오래된 문제이면서 점점 악화되고 있는 지역불평등 문제는 곧바로 건강불평등의 원인이다. 젠더의 불평등은 또 어떤가. 학교와 직장이 문을 닫고 집에 머무르는 동안 발생한 막대한 추가 돌봄의 고통은 오롯이 여성의 몫이었다. 사회 곳곳에 엄청난 돌봄 공급의 요구가 있었고, 그 요구를 받아들인 불평등한 노동이 보이지 않는 곳에서 이 위기를 막아내고 있었다. 이 많은 노동은 젠더화된지 오래다. 이 와중에 새로운 영웅이 등장한다. 필수노동자가 바로 그들이다. 미국에서는 필수노동자가 백신접종을 가장 우선적으로 받아야 하는 시대의 영웅이 되었다. 한국에서도 오랫동안 묵묵부답이던 정부와 정치권이 서로 나서서 필수노동자 관련 법률을 제정하게 된다. 하지만 실상은 크게 달라지지 않았다. 필수노동자를 보호할 자신이 없는 미국 자본은 백신접종이라는 가장 싸고 효과적인 도구를 내세울 뿐, 이들의 노동환경과 고용상태를 개선하기 위한 노력은 찾아보기 어렵다. 결국 다시금 코로나19로 인한 고통은 더욱 취약한 이들에게 불평등하고 또 정의롭지 않은 형태로 집중된다.

이상은 건강불평등을 재생산하고 심화하는 기제로의 공중보건체계를 보여주는 사례다. 서론에서 논의하였듯이, 지금의 자본주의 체제에 배태된 공중보건체계의 작동 방식을 볼 때, 코로나19 대유행 시기 불평등의 심화는 오히려 자연스러운 귀결이다.

### 5.1.2. 코로나19 대유행이 던진 질문: 왜 공중보건체제와 불평등인가

기존의 불평등을 그대로 반복한 코로나19 대유행은 그 자체로 불평등 해소는 더는 미룰 수 없는 사회적 의제이자, 시대정신임을 다시 한 번 각인하고 합의하는 과정이기도 했다. 예컨대, 백신 접종 우선순위 결정 과정에서 ‘형평성’은 건강최대화, 투명성, 근거기반 등과 함께 주요 배분의 기준이었다는 점이 보여주듯이 코로나19 대유행 대응 과정 초기부터 불평등 해소는 주요 목표이자 전략이었다. 그러나 이와 같은 공동의 인식과 일련의 실천에도 불구하고 불평등은 해결되지 않은 채 사람들에게 고통을 안기고 있다. 왜 그런가? 보건학의 주요 학문 분과 중 하나인 사회역학은 보건의 영역을 넘어 한 사회의 불평등 문제를 다루는 대표적인 학문으로도 호명되고 있을 만큼 불평등 지식 영역에서 어떤 권위를 가지고 있다는 점을 고려하면 코로나19 대유행 시기의 불평등이 던지는 이 질문은 묵과할 수 없는 것이다.<sup>274)</sup>

274) Goldthorpe는 해당 글에서 영국 사회에서 사회불평등에 주목하는 대표적인 학문으로 경제학과 사회역학의 한계를 묻는다(해당 글에서 ‘역학(the epidemiology)’라고 표현하고 있지만, 내용상 주로 사회역학을 다루므로 내용의 혼란을 피하기 위해 사회역학이라고 번역하였다). 두 경우 모두 사회 불평등에 대한 개념화와 따라서 그 분석이 부적절하다고 비판한다. 경제학 연구에 대해서는 정권(New Labour) 역할에 매몰되어 불평등의 귀속적이고 관계적 차원의 구분을 소홀히 한 채, 소득분배 변화에만 관심을 가지고 있다는 점을, (사

더구나 건강불평등 연구는 단순히 건강의 결정요인을 찾는 것을 넘어서 기존 공중보건체계 한계 비판, 그리고 대안적 공중보건체계 제안까지 광범위한 범위를 다루고 있는 것도 사실이다. 세계보건기구의 건강의 사회적 결정요인 위원회와 그 최종보고서 발표 전후로 보건의료의 범위로 수렴하는 기존 공중보건체계의 한계 역시 꾸준히 지적됐고, 동시에 건강의 사회적 결정요인을 포함하여 건강, 보건, 의료의 ‘외부’ 요인에 개입하는 것이 핵심 대안으로 다루어져 왔다. 이 지점에서 코로나19 대유행 시기 불평등은 우리의 질문을 보다 구체화한다. **대안으로 건강의 사회적 결정요인 틀과 사회적 책은 왜 불평등을 줄이거나 예방하지 못했는가?**

실제 코로나19 대유행 시기에는 공중보건 문제에 대응하기 위해 보건의료의 범위를 넘어서는 것이 필수 불가결해졌다. 따라서 대응의 대상은 건강을 넘어 고용, 빈곤, 돌봄, 그리고 거시 경제 정책 등 건강‘밖’으로 확대되었다. 소득보장(전국민 긴급재난지원금, 위기가구 긴급생계비 등), 고용안정망(긴급고용안정지원금, 저소득 미취업 청년특별구직지원금, 일반업종 고용유지지원금, 소상공인 새희망자금, 노인일자리 쿠폰 등), 돌봄지원(긴급돌봄지원, 아동돌봄쿠폰, 워라밸일자리 장려금 등), 상병수당과 유급병가(생활지원비, 유급휴가비용 등) 등이 대표적이다.<sup>275)</sup> 이는 공중보건체계에서 ‘건강의 사회적 결정요인’을 직접적으로 다룬 시도로 이해할 수 있다. 그러나 이러한 접근 또는 시도가 실재하는 여러 고통과 불평등을 줄인 것 역시 아니다.

정리하자면, 기존의 불평등을 그대로 재현하고 때로는 더욱 심화한 코로나19 대유행을 경험한 지금, 우리는 대안으로 여겨졌던 기존 지식과 접근의 한계와 마주하게 되었다. 지난 반세기 동안 건강 불평등 연구와 담론은 지금 인류의 건강을 위해 어떤 역할을 했는가? 오랜 기간 축적된 건강불평등 지식에도 불구하고 왜 건강불평등은 해결되지 않은 채 오히려 더욱 심화하고 있는지 묻지 않을 수 없다. 결국 건강불평등에 대한 지식의 역할을 묻는 이 질문은 우리에게 상당히 도전적인 한편 절박한 문제가 되었다.

---

회) 역학은 계급(class)과 지위(status)를 구분하지 않은 채, 소득 중심의 단일 차원의 계층화(stratification)에 주목한다는 점을 지적한다. 즉, 소득만을 건강불평등의 기제로 전제로 한다는 점을 비판하는 것으로 이해할 수 있다. (Goldthorpe, J. H. 2010. “Analysing social inequality: a critique of two recent contributions from economics and epidemiology.” *European Sociological Review*, 26(6): 731~44.)

275) 이와 같은 제도는 그 자체로 ‘건강’을 목표로 삼지는 않는다. 또한 적극 지원이기 보다는 소득 중심의 소극적 지원인 경우가 대부분이다(여유진, 김성아. 2020. “코로나 19 에 대응한 긴급지원 대책의 주요 내용과 과제”. *보건복지 Issue & Focus*, 382:1~12.). 기존 경제활동 지위(일자리 등) 유지에 초점을 두는 것 역시 특징이다.

## 5.2. 연구의 목적과 범위

### 5.2.1. 연구의 목적

어떠한 틀로써 공중보건체계를 이해한다고 하더라도, 건강불평등 그리고 그 기제로의 사회불평등은 지난 반세기 - 혹은 자본주의 역사가 태동한 18세기 이래로 줄곧 - 공중보건의 주요 의제였다. 건강을 인권의 관점으로 바라보거나 생산성의 필수요소라는 관점으로 보더라도 건강형평성을 추구하는 것은 공중보건의 목표 그 자체였다. 지난 수십 년에 걸쳐 건강불평등을 해결하기 위해 “무엇을 하기(doing something)”<sup>276)</sup>는 공중보건체계에서 중요한 동시에 보편적인 과제로 다루어져 왔다. 앞서 잠깐 언급한 사회역학은 물론이고, 공중보건을 주로 다루는 보건학의 범위를 넘어 다양한 학문 분야의 연구들은 건강불평등의 현상을 드러내고, 원인을 파악하고, 대안을 제안하는 등 건강불평등과 그 원인에 대한 깊은 이해를 마련해왔다. 정책의 영역에서도 마찬가지다. 하지만 이러한 지식의 축적과 여러 정책적 시도에도 불구하고 기존의 불평등은 왜 그대로 재현되고 때로는 더욱 심화하는가? 이 장의 목적은 이 질문에 답하는 것이다. 이는 이 연구를 관통하는 목적, 즉 기존 공중보건체계를 비판하기 위함이다.

이 질문에 대한 대답은 푸코의 ‘문제화’하기를 통해 가능하다.<sup>277)</sup> 푸코는 주어진 시대와 조건에서 특정한 문제가 “어떻게 질문되고, 분석되고, 분류되고, 통제되는지”<sup>278)</sup> 이를 통해 어떻게 “특정한 권력적 효과를 발생시키는지” 방법론적으로 문제화해야 한다고 했다. 동시에 특정 사회 현상이 “어떻게, 왜 특정한 시대의 문제가 되었는지, 그리고 그것이 어떻게 사유의 대상으로 구성되었는지 그 역사적 조건에 대해 질문”함으로써 내용적으로 문제화해야한다고 했다. 이 장에서는 캐롤 바치(Carol Bacchi)의 WPR 접근<sup>279)</sup>을 활용하여 기존의 지식과 제도가 건강을 어떤 방식으로 문제화(problematization)하고 재현(representation)해 왔는지 살펴본다. 구체적으로 건강불평등 연구와 정책이 건강(불평등)을 어떻게 이해하는지, 그리고 이러한 지식의 생산 과정을 고찰한다. 이 장에서는 자본주의 체제를 공고히 하는 기존 지식의 신자유주의적 생산에 주목하여 이와 같은 지식 체제가 필연적으로 건강불평등을 심화할 수밖에 없는 근본적 한계를 비판한다.

276) DiPrete, T. A., Fox-Williams, B. N. 2021. “The relevance of inequality research in sociology for inequality reduction.” *Socius*, 7:23780231211020199.

277) 도승연. 2014. “푸코의 통치성 관점에서 바라본 신빈곤 속의 여성의 삶: 21세기 한국 노동이부여성 노동자의 경우에 관하여.” *한국여성철학*, 22.

278) Deacon, R. 2000. “Theory as practice: Foucault's concept of problematization.” *Telos*, 118:127~42.

279) Bacchi, C. 2009. *Analysing policy*. Pearson Higher Education AU.

## 5.2.2. 공중보건체계의 이해

이 장에서는 앞 장과 마찬가지로 공중보건체계를 ‘보건의료’를 넘어 ‘건강의 사회적 결정요인’을 포함하는 보다 포괄적인 범위에 걸친 정부-경제-시민 권력의 의도적 노력으로 이해한다. 건강의 사회적 결정요인 위원회의 보고서<sup>280)</sup>나, 어린이, 청소년, 고용과 노동, 주거, 삶의 장소, 지역사회를 포함한 포스트 코로나 체제의 지향을 이야기하는 마멋의 ‘더 평등한 사회로 가는 길(Build Back Fairer)’<sup>281)</sup>을 떠올릴 때, 이 역시 새로운 접근이라 할 수는 없다.

다만 현실은 공중보건체계를 보건의료에 한정해서 이해해 오고 있다는 점에서 이 연구에서는 ‘형평성 주류화(equity mainstreaming)’<sup>282)</sup> 관점에서 공중보건체계를 다시 한번 정의하고 넘어간다. 공중보건체계에서 형평성을 주류화하는 것은 다시 말해 공중보건을 둘러싼 모든 과정에서 건강 불평등을 인식하는 한편 판단의 준거로 삼는 것이다. 건강불평등 해소 또는 형평성을 공중보건체계의 내재적(intrinsic)이자 도구적(instrumental)인 목적으로 이해한다는 것은<sup>283)</sup> 우리가 공중보건체계를 형평성 주류화 관점에서 접근하는 것이라고도 이해 가능하다.

건강불평등 개념은 건강 차이를 줄이기 위한 노력이 사회적으로 정의롭다는 윤리적 관점을 내포한다. 서로 사회적으로 관계한 모두가 서로 돌보며 존엄하게 살아갈 수 있어야 한다. 건강을 이렇게 이해할 때, 건강불평등은 단순한 건강 상태의 차이를 넘어 보다 너른 범위의 사회경제적이고 정치적인 불평등을 고려하지 않고서는 상상이 어려울 뿐 아니라, 그 해결은 모연하다는 점에서 공중보건체계를 보건의료를 넘어선 보다 너른 범위로 확장하는 것이 필요하다. 이러한 맥락에서 형평성 주류화 기반의 공중보건체계는 주디스 버틀러가 말한 “생명이 사회적으로 조직되어 있는 곳 - 물적 자원, 식량 분배, 주택, 노동, 인프라가 살아갈 수 있음(liveability)의 조건들에서 평등을 지향하는

280) World Health Organization. 2008. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. World Health Organization.

281) Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Herd, E., Morrison, J. 2021. Build back fairer: the COVID-19 Marmot review the pandemic, socioeconomic and health inequalities in England.

282) 정책과정에서 모든 단계와 영역에 걸쳐 건강형평성을 체계적으로 고려하라는 ‘형평성 렌즈(equity lense)’보다 더욱 적극적인 노력을 호명하기 위해 김창엽(2016)은 ‘형평성 주류화’의 정식화를 제안한다. 저자는 젠더 주류화 개념과 논의를 빌어와 형평성 주류화를 ‘모든 영역과 모든 수준에 걸쳐 입법, 정책, 프로그램을 포함한 계획된 행동이 서로 다른 사회경제적 집단에 미치는 차별적 영향을 평가하는 과정’이라 정의한다. 이러한 논의는 비단 정책의 범위를 넘어 ‘체계’로 접근할 때에도 여전히 유효하다. 일련의 체계 하에서 작동하는 모든 사회경제적, 정치적 노력에서도 이러한 차별적 영향을 평가하는 것은 여전히 주요한 과제이자 목표이기 때문이다.(김창엽. 2016. “공중보건정책과 건강 형평성”. 보건행정학회지, 26(4): 256~64)

283) 김창엽. 2016. 상계서; 배상수. 2016. 전계서.

곳”<sup>284</sup>)을 상상할 수 있도록 할 것이다.

### 5.2.3. 분석의 틀: WPR 접근

#### 가. 문제가 어떻게 재현되고 있는가

건강불평등을 둘러싼 기존 지식의 신자유주의적 생산 체제를 비판하려는 이 장에서는 Bacchi(2009)의 WPR 접근<sup>285</sup>)을 적용할 것이다. WPR 접근은 특정 정책이나 연구에서 문제가 어떻게 재현되고 있는가(What’s the problem represented to be?)를 질문한다. 무엇인가 고치고 변화시키기 위한 모델로의 정책이 아닌 그 출발점인 ‘문제’에 주목하여 문제 그 자체에 대한 존재론적인 동시에 인식론적 질문을 던지는 것이다. 이는 문제를 해결하는 좋은 것으로 정의하던 정책 개념을 거부하는 것이기도 하다. 다시 말해 정책이 문제를 변화시키거나 또는 해결하는 것이라는 전제를 거부하고 오히려 **정책이 문제를 구체화한다**고 주장한다. Bacchi는 ‘문제’란 무엇인가 어려운 것 또는 해결해야 하는 것이라는 통상의 정의와 달리 “특정 정책 제안에 내포된 일련의 변화(the kind of change implied in a particular policy proposal)”라고 정의한다. WPR 접근의 전제는 기존의 연구와 정책이 건강불평등을 완화하기보다는 재생산하고 강화한다는 이 연구의 문제의식과 일치하는 것이다. 따라서 건강의 사회적 결정요인과 이를 고려한 사회정책이 건강불평등 문제를 해결하는 데 있어 실패했다는 사실에서 시작하는 이 연구에서 WPR 접근이 필요하다고 판단했다.

“어떤 것을 변화시킬 것인가”, 즉 “무엇이 문제로 보이는가?”야말로 정책의 주요 질문이며, Bacchi에 따르면 이는 ‘문제의 재현(problem representation)’이다. WPR 접근은 문제가 재현되는 특정 방식에 대해 의문을 제기하면서 이것이 정의되는 방식, 문제의 범위, 그리고 그것이 어떤 기제를 통해 즉, 어떻게 (문제를 해결하지 않은 채) 현실의 고통이 되는지 질문한다. 이 질문은 이 연구의 질문과도 일맥상통한다. 또한 Bacchi는 어떤 특정 쟁점이 사회적 문제로 형성되는 과정으로의 ‘문제화(problematization)’<sup>286</sup>)를 문제시하는 한편, 문제화를 통치과정의 핵심으로 이해

284) 버틀러, 주디스. (김정아 옮김). 2021. <비폭력의 힘: 윤리학-정치학 잇기>. 파주: 문학동네.

285) 한편 Bacchi는 WPR 접근을 후기 구조주의의 지적 전통으로부터 이어지는 것이라 설명한다. 지식과 담론은 중립적일 수 없다는 후기구조주의 접근에 동의하는 한편, 객관적으로 실재하는 것으로 건강불평등을 이해하는 이 연구에서는 비판적 실재론 관점에서 해당 분석틀을 적용한다.

286) 앞의 각주에서 논의하였듯이 이 연구에서는 실재하는 문제로 건강불평등을 이해하는 한편, 현실 또는 경험 세계에서 건강불평등이 이해되고 정의되고 호명되는 방식은 정치적인 수밖에 없다는 점에서 ‘문제화’라는 후기 구조주의적 접근을 수용한다. 한편 이는 푸코의 ‘문제화의 사유방식’으로, “특정의 시대와 조건 하에서 이것이 어떻게 질문되고, 분석되고, 분류되고, 규제되는지 검토하는 것”을 분석의 대상으로 삼는다(이화선,

한다. 따라서 통치로의 문제화 과정에서의 권력관계는 핵심적인 분석 대상이 되는데, 특히 힘이 약한 이들의 고통에 주목한다는 점에서 역시 이 연구의 유용한 분석틀로 삼기 적절하다.<sup>287)</sup> 이를 통해 공중보건체계에서 건강불평등을 특정한 방식으로 맥락화하고, 특정 지식을 생산하고 구성하는 지배적인 접근을 비판할 수도 있다. Bacchi의 WPR 접근은 여섯 개의 질문과 각 질문에 따르는 지침으로 구성되며, <글상자 12>와 같다.

### <글상자 12> 문제가 어떻게 재현되고 있는가?: WPR 접근틀

**질문1. 특정 정책에서 ‘문제’가 어떻게 재현되고 있는가**

- 특정 정책이나 정책 제안 속에서 암묵적인 문제의 재현을 명료화한다.

**질문2. 어떤 전제나 가정이 ‘문제’의 이러한 재현을 뒷받침하고 있는가?**

- 이 ‘문제’의 재현에 있어서 기본이 되는 전제들을 성찰한다.

**질문3. ‘문제’의 이러한 재현이 어떻게 생겨났는가?**

- 이 ‘문제’에 대한 이해의 출현을 가능케 하는 실천과 과정들에 대하여 숙고한다.

**질문4. 이러한 문제의 재현에서 무엇이 문제가 아닌 것으로 남겨졌는가? 어떤 부분이 침묵되었는가? 그 ‘문제’가 다르게 생각될 수 있는가?**

- 이 ‘문제’의 재현에서 있을 수 있는 공백이나 한계에 대하여 신중하고 정밀하게 조사한다. 잠재적 대안에 대하여 창의적인 상상력을 동반한다.

**질문5. ‘문제’의 이러한 재현은 어떠한 효과를 낳는가? 세 가지 종류의 서로 연결된 효과를 생각해보라: 담론 효과(discursive effects), 주체화 효과(subjectification effects), 체험 효과(lived effects)**

- 식별된 문제 재현이 어떠한 방법을 통하여 적합하다고 말해질 수 있는 것을 제한하고, 사람들 자신과 쟁점에 대한 이해를 형성하고, 사람들의 삶에 실질적으로 영향을 미치는가에 대하여 고찰하여 평가한다.

**질문6. 어떻게/어디서 ‘문제’의 이러한 재현이 생겨나고, 유포되고 옹호되었는가? 어떻게 그것에 대해 의문을 제기하고, 흐트러트리거나 대체할 수 있는가?**

- 그 재현된 ‘문제’ 주변의 경험에 대하여 날카롭게 인식한다.

이소영. 2018. “결혼이주여성 관련 정책의 문제화: WPR 접근을 사용한 한국 다문화 정책의 분석”. 사회적질연구, 2(3):47~65

287) 이화선, 이소영. 2018. 전게서.

## 나. 연구에의 적용

WPR 분석은 여섯 개의 질문을 체계적으로 각각 순서대로 분석에 적용할 수도 있고(체계적 분석), 주제에 대한 전반적인 분석이 이루어지고 난 후에 그 안에서 분석 내용에 해당하는 특정 질문을 적용하는 통합적 적용도 가능하다(통합적 분석). 통합적으로 적용할 때에는 질문과 그 분석이 순서대로 나열되지 않으며, 여섯 개의 모든 질문에 대한 답이 이루어지지 않을 수도 있다. 이 연구에서 각 주제에 따라 체계적 분석과 통합적 분석을 선택적으로 적용하였다. 이 장은 사실상 WPR 접근법의 다섯 번째 질문 “문제의 재현이 어떠한 효과를 낳는가”에 대한 답을 미리 상정하고 있다. 이는 이 연구의 문제의식으로, 건강불평등의 심화로 요약할 수 있다. 우리 연구에서는 건강불평등 심화의 ‘맥락’으로 기존 공중보건체계를 위치시키는데, 공중보건체계의 여러 구성요소 가운데 특히 자본주의 체제를 공고히 하는 건강불평등 지식에 주목하여 3절에서 질문 6에 대한 답을 먼저 시도할 것이다. 이후 4절에서는 코로나19 대유행 시기의 구체적인 두 가지 사례를 통해 기존의 불평등은 왜 그대로 재현되고 때로는 더욱 심화하는지 그 기제를 고찰할 것이다. 이 연구는 WPR 분석이 그러하듯 마찬가지로 이를 통치의 결과로 이해한다. 따라서 4절에서는 WPR 접근법을 구성하는 질문 1부터 질문 4까지 때로는 체계적으로, 때로는 통합적으로 분석할 것이다. 이후 질문 5에 해당하는 분석이자, 각 사례와 분석을 종합하여 결론적으로 이것이 어떻게 통치<sup>288)</sup>의 문제가 되는지 논의하는 것으로 소결을 대체한다.

### 5.2.4. 연구의 범위

이 연구는 구체적으로 고위험 집단으로의 콜센터 집단감염 대응, 필수업무종사자법 마련 과정에서 ‘문제’로의 건강, 인구집단, 그리고 건강의 사회적 결정요인 등이 어떻게 재현되고 있는지 살펴본다. 코로나19 경험에서 시작하되 그 시기에 한정하지는 않는다. 이는 건강불평등의 문제가 어떤 방식으로 의제화되어 왔는지를 훑아보는 동시에 이 과정에서 건강의 사회적 결정요인이 어떻게 다루어졌는지 검토하는 작업이기도 하다. 분석의 대상으로는 언론 보도, 정부 자료, 그리고 관련 학술자료<sup>289)</sup>까지 아우른다. 궁극적으로 대안적 공중보건체계의 건강의 사회적 결정요인 담론 그리고 지식을 비판하고자 하는 이 연구에서는 WPR 분석이 그러하듯, 드러난 현상을 해석하는데 머무르

288) 마찬가지로 이 장에서는 통치성 설명을 위한 별도의 공간을 할애하지 않는다. 생명정치, 생명권력, 통치성은 앞의 제2장을 참고할 수 있다.

289) 학문적 이론과 글은 설명의 형태를 가정하며, 이때에는 일련의 조사와 분석을 요구하는 암묵적인 문제 표현을 담고 있으므로 문제가 어떻게 재현되는지 질문하는 WPR 접근법의 분석 대상이 될 수 있다.

지 않을 것이다. 위 질문을 통해 이 현상은 어디에서 기원했는지를 거칠게라도 찾고 물어보려 한다. 즉, 건강의 사회적 결정요인을 대안으로 호명한 공중보건체계가 왜 건강불평등을 줄이거나 예방하지 못했는지 답해보려 한다. 이를 위해 우리는 코로나19 대응 경험을 도구적으로 활용하지만, 논의의 핵심은 지금까지 건강불평등 연구가 이루어져 온 구조적 배경과 체제의 문제에까지 이른다.

### 5.3. 건강불평등 지식은 어떻게 생산되는가

#### 5.3.1. 왜 지식인가

앞서 건강불평등을 해결하기 위해 “무엇을 하기”는 공중보건체계의 주요 과제라고 했다. 무엇을 하기 위해서는 ‘누가, 언제, 어디서, 무엇을, 어떻게, 왜 할 것인가’에 대한 정의가 선행한다. 정의는 담론의 형태로 생성되며, 담론은 한 사회의 지배적 지식을 생성함으로써 인식과 규범 체계에 영향을 미친다.<sup>290)</sup> 따라서 담론과 지식은 권력이 사회와 인구를 통제하고 관리하는 핵심 통치수단이다. 지식은 그 자체로 권력성을 지니는데, 이로 인해 개인들은 지배적인 지식에 의해 제한된 인식의 범위 너머를 접하거나 상상하기 어렵다.<sup>291)</sup> 더군다나 이러한 지배 지식은 가치중립적일 수 없는데, 지식이 말하는 것 또는 말하지 않는 것은 권력이 원하는 방향으로 의도적으로 정해지기 때문이다.<sup>292)</sup> 또한 지식은 제도와 규범을 통해 권력을 강화한다. 이 과정에서 권력의 주체가 누구냐에 따라 특정 현상을 문제화하는 방식은 물론 그 대안으로의 해결책의 방향이 달라진다.<sup>293)</sup>

이러한 맥락에서 코로나19 대유행 시기 동안 두드러졌던 건강불평등 대안으로 건강의 사회적 결정요인과 사회정책의 필요를 어떻게 논의해 왔는지 살펴볼 필요가 있다.<sup>294)</sup> 예상하지 못한 감염병 대유행의 상황에서 통치의 합리성과 정당성은 예컨대 한정된 자원을 어떻게 배분하고 조절할 것인가 등 대유행 상황에 대응하는 역량에 의해 확보된다.<sup>295)</sup> 이때 이른바 과학적 담론과 여기에 기반한 행정적 실천은 통치의 주요 수단이 된다. 2장에서 논의한 과학기술주의 외에, 건강의 사회적 결

290) 서정훈. 2015. “M. Foucault의 권력지식관계론에 기초한 한국의 복지담론 해석”. 한국사회복지학, 67(4):79~101.

291) 푸코는 이를 “주체의 희박화(rarefaction of speaking subjects)”라 했다.

292) 푸코는 이를 “배제의 절차(procedures of exclusion)”로 설명하였다.

293) 푸코는 담론질서에서 담론의 생성과 통제를 위한 네 가지 과정과 방법의 원리로 전복, 불연속성, 특이성, 외재성을 제시한다.

294) 여기에서는 구체적인 분석 대상을 삼아 체계적인 ‘담론분석’을 진행하기보다는 푸코의 권력지식관계 분석틀을 빌려 코로나19 대유행 시기 건강불평등과 사회정책을 둘러싼 연구의 범위와 주요 내용을 대략적으로 고찰하였다.

295) 도승연. 2014. 전계서.

정요인, 사회정책에 대한 과학적 담론과 이에 기반한 정책적 시도가 공중보건체제에서 전면적으로 다루어진 것은 분명 코로나19 대유행 이전과는 구별되는 특징이다. ‘포스트 코로나 체제’ 혹은 ‘뉴 노멀’과 같은 개념들이 보여주듯이, 이러한 일련의 변화는 일견 기존 공중보건체제의 대안으로 역할 할 것이라 여겨졌지만 그 기대가 무색하게 건강불평등과 사회경제적 불평등, 그리고 그 악순환은 계속되고 있다. 따라서 이 모순이 어떻게 발생하는지 들여다봄으로써 우리는 공중보건체제에 내재한 권력지식이 어떻게 그리고 왜 건강불평등을 해결하지 않는지 그 실마리를 찾을 수 있을 것이다.

실제로 코로나19 대유행 시기 동안 발표된 연구를 살펴보면, 불평등은 그야말로 시대정신인 듯 보인다. 코로나19 대유행 시기 건강불평등 담론은 주로 불평등 현상을 드러내고, 그 원인을 찾고, 해결을 위한 대안 제시를 주제로 가진다. 각 주제 영역은 구체적으로 다음의 내용을 담는다. 첫째, 현상으로 불평등은 건강, 교육, 소득, 사회, 정치 등 보건의료를 넘어 광범위한 영역에서 다루어지고 있었다. 또한 여성, 장애인, 노인, 이주노동자, 어린이 등 다양한 인구집단을 호명하고 이들의 건강 증진에 집중한다.<sup>296)</sup> 둘째, 건강불평등 원인 진단을 위한 근거들로 건강의 사회적 결정요인을 적극적으로 활용하고 있었다.<sup>297)</sup> 건강불평등을 이야기할 때, 직간접적으로 사회적 결정요인이 함께 논의되는 경우가 압도적이다. 셋째, 코로나19 대유행 시기 가장 구별되는 특징 가운데 하나는, 적극적으로 그리고 직접적으로 사회경제 정책을 공중보건체제의 영역으로 다루었다는 점이다.<sup>298)</sup> 팬데믹 시기 사회경제정책의 건강 효과 평가도 이루어졌을 정도다.<sup>299)</sup> 이는 앞서 언급했듯이 코로나19 대유행 시기 고통이 보건의료를 넘어 사회 전 영역에 걸쳐 나타났기 때문이다. 공중보건과 건강 불평등 문제를 이해하고 또 해결하는 데 있어 사회과학의 필요와 다부문 협력을 새삼스럽게 강조하기도 했다.<sup>300)</sup> 불평등이 가시화되고 또 정치화되면서 그 대응 전략으로 사회, 고용, 경제 정책의 필

296) Link, B. G., García, S. J. 2021. “Diversions: how the underrepresentation of research on advantaged groups leaves explanations for health inequalities incomplete.” *Journal of Health and Social Behavior*, 62(3):334~49.

297) Abrams, E. M., Szeffler, S. J. 2020. “COVID-19 and the impact of social determinants of health.” *The Lancet Respiratory Medicine*, 8(7):659~61; Burström, B., Tao, W. 2020. “Social determinants of health and inequalities in COVID-19.” *European journal of public health*, 30(4):617~18.; Paremoer, L., Nandi, S., Serag, H., Baum, F. 2021. “Covid-19 pandemic and the social determinants of health.” *bmj*, 372.

298) Cook, S., Ulriksen, M. S. 2021. “Social policy responses to COVID-19: New issues, old solutions?” *Global Social Policy*, 21(3):381~95; Christensen, T. 2021. “The social policy response to COVID-19: the failure to help vulnerable children and elderly people.” *Public Organization Review*, 21(4):707~22; Jung, J., Lee, H., Song, K. H. 2020. “Public finance responses to COVID-19 in Korea.” *National Tax Journal*, 73(3): 879~900.

299) Tirivayi, N., et al. 2020. A rapid review of economic policy and social protection responses to health and economic crises and their effects on children: Lessons for the COVID-19 pandemic response. Innocenti Working Papers, no. 2020-02, UNICEF Office of Research.

요성이 강조되었고 실제 많은 국가들에서 한시적인 형태로나마 도입하거나, 기존 정책의 보장성을 확대하기도 했다. 더 나아가 불평등 해소를 위한 정책 설계를 요구하는 연구도 확인할 수 있다.<sup>301)</sup>

그러나 여전히 한계가 남는다. 여러 학문 분야에서 불평등 현상을 확인했지만, 불평등과 그 대안을 분과별로 분절적으로 다루므로써 서로 열기설기 엉켜 복합적으로 상호작용하는 불평등의 합판되어 있는(laminated) 실재와 그 기제를 살피지 않는다. 또한 사회적 결정요인을 다루는 많은 연구가 ‘사회적인 것(the social)’과 건강은 소거한 채 건강 설명변수 또는 위험요인으로 결정요인(determinants)의 통계적 유의성만을 무비판적으로 반복 생산하고 있다. 아주 긴 건강의 사회적 결정요인 목록 만들기와 그 통계적 유의성 발견하기가 이루어지고 있지만, 이 역시 폐쇄체계를 벗어나지 못함으로써 구체적인 건강불평등 메커니즘에 대한 논의에 실패하고 있다. 한편으로는 특정 인구집단을 예외적 사례로 위치 지음으로써 불평등의 조건을 다루지 않거나 혹은 다루되 최소한의 권리 보장을 위한 최저치 지급을 최우선 과제로 삼는다. 현실의 고통과 문제는 경제 문제로 끊임없이 재현되면서 코로나19 대응을 위한 사회정책은 대부분 소득 지원 중심으로 설계되었다. 이는 코로나 19 팬데믹의 위기가 경제위기로 축소되면서 ‘선성장 후분배’ 또는 ‘경기회복’ 차원에서 사회정책의 정당성을 확보하고 있었는데, 이때 공중보건체계는 경제위기 극복을 위한 수단화에 지나지 않는다. 기존 연구들의 공통적 한계 가운데 하나는 건강불평등 양산의 책임을 묻지 않는다는 점이다. 그 결과 공정하고 평등한 분배와 결과를 기대하기 어렵고 이는 모순적으로 힘의 불균형을 유지하는 기제로 작동하면서 불평등의 재생산으로 이어진다.

### 5.3.2. 지식 전환과 지식 생산

이때 살펴보아야할 것은 건강불평등의 근거를 마련하고, 이를 해결하기 위한 대안을 제안하는 등 건강정책의 설계부터 진행까지 각 단계에서 지식의 이점을 포착하기 위해 생산된 지식을 교환하고, 종합하며, 윤리적으로 타당하게 적용하는 과정으로 지식전환(knowledge translation)이다.<sup>302)</sup> 지식전환 논의의 필요는 건강정책 성과부진의 핵심 원인으로 지식과 정책 실행의 단절(know-do gap)을 지목하면서 등장했다.<sup>303)</sup> 따라서 지식전환의 일차 관심은 정책형성 과정에서 지식을 “어떻

300) Pickersgill, M., et al. 2022. op. cit.

301) Béland, D., He, A. J., Ramesh, M. 2022. “COVID-19, crisis responses, and public policies: from the persistence of inequalities to the importance of policy design.” *Policy and Society*, 41(2):187~98.

302) Canadian Institutes of Health Research. [“About Knowledge Translation.”](#) Retrieved July 11, 2023.

303) World Health Organization. 2005. Bridging the “know-do” gap meeting on knowledge

게 적절한 방식으로 활용하고 관리하느냐”에 있다.<sup>304)</sup> 선행연구는 정책형성 과정에서 지식(인)의 역할이나<sup>305)</sup> 지식이용자로 정책의사결정자의 연구 과정 참여<sup>306)</sup>를 살펴보았다. 정책형성 과정에서 지식전환의 역할의 실증적 근거를 고찰하기도 하였다.<sup>307)</sup>

코로나19 팬데믹 시기의 불확실성은 지식전환의 필요성을 강조했다.<sup>308)</sup> 코로나19 팬데믹 대응에 있어 전 세계는 과학적 전문지식을 강조했고, 실제로 해당 시기 그 지식은 정치 담론에 스며들었다. 전문가는 그 어느 때보다 정부와 긴밀히 협력했고, 정부는 이들의 조언에 따라 과학적으로 방역한다고 계속해서 강조했다. 과학은 본질적으로 가치중립적이고 객관적이며, 합리적인 것으로 담론화되었고, 결과적으로 정부의 의사결정에 정당성을 부여했다.<sup>309)</sup> ‘과학 방역’은 한국 사회에서도 익숙한 수사 가운데 하나이다.

지식전환이 가치중립을 강조하는 근거중심의학(evidence-based medicine, EBM)의 조류에서 탄생했다는 점을 떠올리면, 우리가 코로나19 팬데믹 시기 목격한 바처럼 건강불평등 해결에 있어 지식전환의 한계는 예상 가능한 것이다. 많은 연구에서 보여주듯이 과학은 대단히 정치적인 성격의 것이다. 지식으로 과학을 생산하는 연구자 또는 전문가가 일련의 사회문제를 발견하고 규정하고, 그 해결 방안을 그리기 위해 사회적 필요를 호명하고, 그 객체와 주체를 규정하는 것을 포함한 모든 지식 행위는 권력의 반영이다.<sup>310)</sup> 이 지점에서 건강불평등 또는 형평성 지식에 대해 질문해야 한다.<sup>311)</sup> 여기에서는 Muntaner 등(2012)이 건강불평등 전환의 장벽으로 제시한 이념적, 정치적, 경제적 맥락에 따라 논의를 전개하되, 내용은 연구 주제에 맞춰 더욱 구체화하였다.

---

translation in global health. Retrieved July 11, 2023.

304) 박여리, 김명희, 김새롬. 2017. “건강불평등 지식전환”. 보건과 사회과학, 44:45~80.

305) 박여리, 김명희, 김새롬. 2017. 상계서.

306) Lawrence, L. M., Bishop, A., Curran, J. 2019. “Integrated knowledge translation with public health policy makers: a scoping review.” Healthcare Policy, 14(3):55.

307) Lawrence, L. M., Bishop, A., Curran, J. 2019. *ibid.*

308) El-Jardali, F., Bou-Karroum, L., Fadlallah, R. 2020. “Amplifying the role of knowledge translation platforms in the COVID-19 pandemic response.” Health Research Policy and Systems, 18:1~7; Medeiros, P., et al. 2022. “Building capacity for integrated knowledge translation: a description of what we can learn from trainees’ experiences during the COVID-19 pandemic.” Health Research Policy and Systems, 20(1):100.

309) Heinsch, M., Cootes, H., Tickner, C. 2023. “Another implementation science is possible: engaging an ‘intelligent public’ in knowledge translation.” Health Sociology Review, 32(1):5~18.

310) 주은선. 2022. “지식과 권력”. 보건사회연구, 42(2):5~6.

311) Muntaner, C., Chung, H., Murphy, K., Ng, E. 2012. “Barriers to knowledge production, knowledge translation, and urban health policy change: ideological, economic, and political considerations.” Journal of Urban Health, 89:91~24; Heinsch, M., Cootes, H., Tickner, C. 2023. *op. cit.*

## 가. 과학적 객관성

불평등 현상을 밝히는 연구는 사회경제적 지위에 따른 코로나19 감염률 차이가 있는지 질문할 것이다. 이때 연구자는 앞선 가설-연역 절차에 따라 사회경제적 지위의 높을수록 감염 위험이 높을지, 낮을수록 높을지 선행 연구를 검토한 후, 가설을 세울 것이다. 이후 통계분석 방법을 정하고, 국가 공인 자료를 활용하여 설계에 따라 분석을 실시한다. 최종적으로 사회경제적 지위와 코로나19 감염의 통계적 연관성에 근거해 사회경제적 지위의 수준에 따른 감염 불평등의 존재 여부를 보고하게 된다. 때때로 이러한 연구 결과는 사회경제적 지위를 감염 불평등의 원인으로 지목할 수 있는데, ‘인과성’을 추론하는 통계적 방법론을 사용할 때에 한한다. 두 변수 간 연관성 또는 인과성을 확인하는 연구는 대안을 제시하는데 소극적이다. 대안을 제시하기 위해서는 마찬가지로 인과성을 확보한 통계적 실증 근거를 요구한다. 검증되지 않은 대안은 지식의 권위를 확보하지 못한다. 그 결과 더욱 취약하거나 혹은 위험한 집단이 반복해서 호명될 뿐이다.

건강불평등 연구의 이와 같은 한계는 ‘과학적 객관성’을 그 이념적 기반으로 삼기 때문이다. 이념은 연구가 수행되는 방식을 구성하는 가치와 신념을 일컬으며, 지배적인 문화적 신념을 정당화하기 위해 암묵적으로 사용되는 경우가 많다.<sup>312)</sup> 도시건강정책에서 지식전환과 지식 생산의 장벽을 논한 Muntaner 등의 글에서는 베버주의 정신에 기반한 과학적 객관성에 대한 환상을 비판한다.<sup>313)</sup> 이 비판은 건강불평등 연구로 확장시킬 때에도 유효하다. 연구 문제를 규명하는 과정에서 사실에 대해 완전하게 이해하기 위해서 연구자는 가치중립적이어야 한다. 진위를 검증해야 하는 과학에서 주관적인 가치판단이 개입되면 그 지식은 객관성을 상실하게 된다. 가치로부터 독립된 객관적 사실만이 합리적이며, 편향이나 오류로부터 자유롭다는 ‘가치 자유 과학의 이상’은 자연과학뿐 아니라 사회과학 연구에서도 핵심 이념으로 통용된다.<sup>314)</sup> 베버는 하거나 또는 해야 하는 것으로 사회정책을 논의하는 것은 과학이라 할 수 없다고 했다.<sup>315)</sup> 베버의 가치 자유 훈령(규범)은 연구자들로 하여금 옳고 그름을 논의하기보다는 여러 대안을 나열하고, 경험으로써 그 결과 검토하도록 할 뿐이다.

과학적 객관성은 경험주의의 존재론적·인식론적 가정을 전제하는 실증주의와도 상응한다. 실증주의는 사실과 규범을 구별하고 사실을 과학이라 정의하며(사실-가치 구별), 연구자의 가치중립(가치-자유)에 우위를 둔다.<sup>316)</sup> 이러한 실증주의의 이상을 연구로 실현하기 위해 주로 통용되는 것은 ‘수

312) Muntaner, C., Chung, H., Murphy, K., Ng, E. 2012. op. cit.

313) Muntaner, C., Chung, H., Murphy, K., Ng, E. 2012. op. cit.

314) 이기홍. 2015. “사회과학에서 가치와 객관성”. 사회와이론, 261~308.

315) 베버, 막스. (전성우 옮김). 1997. <막스 베버의 사회과학 방법론>. 서울: 사회비평사.

316) 이기홍. 2021a. “‘가설-검증’과 설명의 추구”. 경제와사회, 118~54.

량화'와 '가설-검증'이다. 미국 사회학에서는 실증주의와 수량적 연구를 두고 “실증주의와 수량 연구의 이론-방법 묶음<sup>317)</sup>”이라고 부르기도 한다. 알고자 하는 사회현상을 특정 기준에 따라 분류하고 측정함으로써 숫자로 번역하는 작업을 일컫는 수량화의 주요 동기는 ‘주관성과의 싸움(fight against subjectivity)’이다.<sup>318)</sup> 숫자는 주관적 가치를 배제하는 기호로, 일련의 법칙에 따른다고 여겨진다. 숫자는 가치중립과 과학적 객관성을 담보한다는 점에서 그 권위를 획득하며, 지식이 숫자로 표현될 때 그 지식은 전문성과 정당성까지 확보하게 된다. 수량화는 가치중립성의 강조와 함께 통계적 검증(test) 방법의 확립과도 궤를 같이 한다. 통계적 검증은 주로 두 개 이상의 변수 간 관계로 구성된 가설과 관찰하거나 실험한 자료의 일치 여부를 판별하기 위해 활용되며, 통계적 유의도를 진위의 신뢰성을 판단하는 기준으로 삼는다. 이는 오늘날 건강불평등 연구의 지배적이자 표준적인 연구 방법(론)으로 ‘가설-검증’ 연구가 주로 채택하는 연구 방법이라고도 할 수 있다. 가설-검증은 연역적 절차를 따르는데, 연구 문제를 선택하고, 선행 연구 검토를 통해 가설을 정식화하고, 정식화한 가설을 검증하기 위해 적합한 연구 방법을 선택하고, 자료를 수집하며, 이를 활용하여 분석한 결과를 보고하는 식이다.<sup>319)</sup>

그러나 이러한 연구는 얼마나 가치중립적인가? 베버 역시 인정했듯이 연구 주제나 문제를 정의할 때에도 연구자의 가치판단은 필수적이며, 연구 내용과 항목을 구성함에 있어서도 연구자의 관점과 관심이 반영된다.<sup>320)</sup> 예컨대 가설-검증 연구를 위해 활용되는 조사자료나 행정 자료는 객관적이라 할 수 있는가? 어떤 질문과 응답항목으로 설문조사지를 구성할 것인가, 누구를 어떻게 표집할 것인가부터 해당 지표나 통계를 어떻게 정의하고 측정할 것인가 하는 문제까지 자료 구축 과정과 통계 분석 등 연구의 전 과정은 기존 질서를 반영한다.<sup>321)</sup>

#### 나. 건강의 사회적 결정요인 연구의 탈정치화

과학적 객관성에 기반한 연구들은 한편으로 건강은 ‘사회적’이라는 사실을 검증해 보인다. 연구들은 건강의 사회적 결정요인의 통계적 유의성을 보고하고 있으며, 이 근거에 기반해 건강의 사회적 결정요인을 둘러싼 지식은 사회적 권위를 부여받았다. 기념비적인 지식은 2008년 세계보건기구 건

317) 이기홍. 2021b. “정치적 성공, 지적 실패: 수량사회학의 사회학”. 사회와이론, 95~132.

318) 이기홍. 2017. 전계서.

319) Lynch, M., Bogen, D. 1997. “Sociology’s asociological ‘core’: An examination of textbook sociology in light of the sociology of scientific knowledge.” American sociological review, 481~93.

320) 이기홍. 2015. 전계서.

321) 김명희. 2023. “한국의 건강불평등, 무엇을 어떻게 연구할 것인가”. 한국건강형평연구, 1:1~6.

강의 사회적 결정요인 위원회가 발표한 ‘한 세대 안에 격차 줄이기’<sup>322)</sup> 최종보고서이다. 위원회 산하 9개 지식네트워크가 중심이 되어 각 주제별로 축적되어 온 연구를 고찰하였고, 결과를 종합적으로 정리해 건강에 영향을 미치는 여러 사회적 결정요인에 대한 체계적인 근거를 마련했다.

건강이 사회적이라는 사실을 밝히는 것만으로 건강의 사회적 분포를 정의롭고 형평한 상태로 만들 수는 없다. 적절하고 효과적인 개입을 고민하는 문제해결 중심 연구(solution-focused research)의 필요가 강조되어 온 것은 이 때문이다.<sup>323)</sup> 문제로 건강불평등을 해결하기 위해서는 집단 A와 집단 B의 건강 위험 크기 등 현상을 숫자로 기술하는 것을 넘어 집단 A에 비해 집단 B에서 ‘왜’ 그리고 ‘어떻게’ 건강이나 질병의 위험이 높은지 질문해야 한다고 설명한다. 예컨대, 사회경제적 지위가 낮은 이들의 코로나19 감염 위험이 높은 이유가 이들의 직업이 대면 업무를 수행하기 때문인지, 환기가 어렵거나 더욱 밀집된 공간에서 일하거나 생활하기 때문인지 질문하는 것이다. 건강의 사회적 결정요인 최종 보고서 역시 건강에 영향을 미치는 사회적 요인의 근거 마련과 함께, 이것이 어떻게 건강과 그 불평등에 영향을 미치는지 기전을 밝히면서 구체적인 개입 지점을 제안한다.

그러나 과학적 객관성을 추구하는 연구들은 대안을 제시하기 보다는 주로 개입을 위한 실증 ‘근거’를 생산하는데 몰두했다. 근거는 숫자로 표현될 때 건강 문제 해결을 위한 개입의 (또는 통치의) 정당성을 확보할 수 있기 때문에 주로 변수 측정과 통계분석 방법론과 결합한다. 결과에 대한 비판적 해석과 설명보다는 기계적이고 기술적인 통계 결과 보고가 선호된다. 또 다른 한 축에서는 인종, 젠더, 장애 등 정체성에 기반한 취약집단을 문제화한다. 이 연구들은 불평등한 분포와 교차하는 구조를 다루기보다는 해당 인구집단을 예외적 사례로 전환하여 이들의 부주의하고 문제적인 생활방식과 행동에 주목한다. 따라서 개입의 내용은 이들의 생활방식과 행동을 감독하고, 감시하며, 치료하는 것으로 구성된다. 또한 이들이 처한 조건의 불평등이 아닌 불충분에 관심을 돌리는데, 불충분에 주목하는 것은 건강에 좋은 것들의 최저치 지급이 최우선 과제가 된다는 점에서 대안이 되기 어렵다.<sup>324)</sup> 그럼에도 불구하고 소외계층에 대한 불균형한 영향에 영향을 미친 구조적 결정요인을 찾는 주장이 힘을 얻고 주목을 받고 있는 실정이다.<sup>325)</sup>

한편 불평등에 주목하는 연구들 역시 한계가 명확한데, 주로 소득의 불평등한 분포를 문제 삼으

322) World Health Organization. 2008. op. cit.

323) Phelan, J. C., Link, B. G., Tehranifar, P. 2010. “Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications.” *Journal of health and social behavior*, 51(1\_suppl):S28~S40; O’Campo, P., Dunn, J. R. (Eds.). 2011. *Rethinking social epidemiology: towards a science of change*. Springer Science & Business Media.

324) 모인, 새뮤얼. (김대근 옮김). 2022. <충분하지 않다 - 불평등한 세계를 넘어서는 인권>. 파주: 글항아리.

325) Paremoer, L., Nandi, S., Serag, H., Baum, F. 2021. op. cit.

며 소극적이고 한시적인 소득보장을 대안으로 제시하기 때문이다. 텍스트마이닝 분석을 통해 1997년부터 2021년까지 25년 간 국내학술지에 출판된 건강불평등 논문의 주요 주제어를 도출한 한 연구 결과에서도 이와 같은 연구 경향을 확인할 수 있다.<sup>326)</sup> 집중지수, Le Grand지수, 지니계수 등 측정과 관련한 주제어가 확인 되는 것은 건강불평등을 수량화하고 양적 방법을 주로 활용하고 있음을 보여준다. 또한 노인, 장애, 비정규직 등 특정 인구집단도 주요 주제어로 등장하는 것을 확인할 수 있다. 건강행태, 만성질환, 건강보험, 의료이용 등의 주제어는 건강불평등 논의가 한편으로 ‘사회적인 것(the social)’을 소거하고 있을 가능성을 보여준다. 한편, 건강의 사회적 결정요인, 사회경제적 요인 또는 지위, 교육, 사회경제적 불평등, 소득불평등 등의 주제어도 확인할 수 있지만 상대적으로 그 연결중심성이 낮다. 또한 대안 차원의 주제어는 건강보험(료), 건강정책, 건강도시로 여전히 보건의료의 영역에 머무르고 있음을 확인할 수 있다.

〈표 21〉 건강불평등 관련 논문의 주요 주제어 (1997-2021)

키워드	연결중심성	근접중심성	매개중심성	키워드	연결중심성	근접중심성	매개중심성
건강불평등	111.000	32.000	205.073	사회경제적지위	14.000	54.000	1.786
건강행태	28.000	48.000	10.097	건강수준	13.000	55.000	1.750
건강보험	22.000	65.000	5.283	지역격차	10.000	52.000	4.387
건강격차	23.000	47.000	18.559	국민건강보험	9.000	54.000	19.245
형평성	26.000	62.000	9.966	소득불평등	12.000	51.000	6.213
보건의료	29.000	47.000	15.959	국민건강영양조사	6.000	54.000	1.010
주관적건강	30.000	49.000	17.283	사회경제적불평등	4.000	57.000	0.833
집중지수	25.000	49.000	11.068	비정규직	6.000	59.000	0.000
건강정책	18.000	52.000	3.164	LeGrand지수	13.000	51.000	4.893
노인	16.000	56.000	0.917	건강도시	5.000	57.000	0.450
장애	15.000	52.000	3.587	건강보험료	8.000	75.000	0.000
건강의사회적결정요인	16.000	16.000	12.887	건강권	5.000	59.000	0.000
의료이용	16.000	49.000	11.222	지니계수	7.000	55.000	1.950
사회경제적요인	8.000	55.000	2.917	건강행태	6.000	57.000	0.833
교육	10.000	56.000	1.667	만성질환	5.000	58.000	0.000

불건강한 행동 습관, 열악한 주거와 노동 환경, 낮은 임금, 약한 사회 응집력 등 개인 또는 지역 사회의 건강 위험요인을 강조하거나 평균치보다 취약한 집단이 누구인지 호명하는 것은 한편으로 불평등을 (재)생산하는 이들로 하여금 그 행동에 대한 책임으로부터 더욱 멀어지도록 한다. 정치적 문제의 대안을 개인적 용어로 대체한 채 사회적 권력관계를 제거하는 탈정치화는<sup>327)</sup> 건강의 사회적

326) 강순규. 2023. “텍스트마이닝을 활용한 국내 건강불평등 키워드 분석”. 비판사회정책, (78), 257~79.

327) Brown, W. 2006. *Regulating aversion: Tolerance in the age of identity and empire*. Princeton University Press.

결정요인의 근본 한계다. 탈정치화는 불평등 또는 부정을 (재)생산하는 권력과 정치에 대한 질문을 회피한다는 점에서 근본적인 문제 해결의 대안을 제시하기 어렵다. 한편 개인의 조건에 대한 개입에서 한 발 더 나아가 신자유주의 이데올로기나 공공정책을 건강불평등의 원인으로 지목하기도 하지만, 나바로가 지적했듯이 이 설명은 충분하지 않다.<sup>328)</sup> 사회불평등과 부정이 건강불평등의 원인이라는 설명 역시 모호하고 추상적이어서 의미를 갖기 어렵다.<sup>329)</sup> 여기에서 핵심은 특권적 지위에서 불평등으로부터 이익을 얻는 이들이 누군지 질문하는 것이다. 즉, 어떤 이해를 가진 누구의 권력이 행사되는지,<sup>330)</sup> 또 이것을 가능하도록 하는 정치경제 제도는 무엇인지 문제화해야 한다.

#### 다. 건강불평등 연구의 시장화

건강의 사회적 결정요인 연구의 탈정치화는 지식의 이념적, 정치적 지식의 생산 과정과 밀접하게 연관되어 있다. 지식은 가치중립적이며 비정치적인 것으로 이해되고 있으나, 연구 질문의 방향과 내용, 연구 주제 또는 프로그램, 연구 결과로 도출하는 대안은 현 체제로부터 자유로울 수 없다. 오늘날 지식 생산은 시장에 의해 추동되며, 경쟁에서 우위를 선점하는 것을 동기로 삼는다. 우위는 논문 편수와 피인용수, 논문이 실린 학술지의 등급, 수주한 교외연구비 규모(액수) 등 일련의 성과를 출세우는 ‘등위평가(rankings)’를 통해 결정된다.<sup>331)</sup> 평가 단위로 지식 행위주체는 연구자 개인부터 연구자가 속한 집단, 조직, 그리고 국가까지 다양하다. 사실상 지식 행위주체들의 성과는 시장적 교환가치로 환산되므로 우위 선점의 경쟁은 이윤추구 원리에 기초할 수밖에 없으며, 경쟁 과정에서 행위주체들은 시장 가치를 지향하는 신자유주의적 자기관리 주체로 만들어진다.

한국 사회에서 더 빠르게 더 많은 논문을 높은 등급의 학술지에 게재하거나 더 큰 금액의 연구비를 수주하는 것이 지식의 목적이 된 데에는 마찬가지로 이른바 대학의 신자유주의 개혁이 큰 역할을 했다. 1995년 김영삼 정부에서 ‘5·31 교육개혁안’을 발표한 이후 정권을 막론하고 교육을 서비스 상품화하고 경쟁논리를 강조하는 등 교육을 시장화했다. 연구중심 대학 육성, 두뇌한국(Brain Korea, BK), 교원성과급제, 국립대법인화, 대학설립 준칙주의 등은 교육의 시장화를 위한 주요 수단이었다. 대학이 경쟁력을 갖추기 위해서는 더 많은 학생을 취업시키고, 더 많은 연구비를 수주하고, 더 많은 교수를 확보하고, 더 많은 논문을 게재하는 등 성과를 물량주의적으로 생산해야 한

328) Navarro, V. 2009. “What we mean by social determinants of health.” *International Journal of Health Services*, 39(3):423~41.

329) Muntaner, C., Chung, H., Murphy, K., Ng, E. 2012. op. cit.

330) Link, B. G., García, S. J. 2021. op. cit.

331) 이기홍. 2019a. “누가 1 등인가?: 등위평가의 사회학”. *사회과학연구*, 58(2):265~97.

다<sup>332)</sup>. 성과 관리를 위해 대학은 신공공관리를 도입해 연구자들을 감시했고, 때로 지식 노동을 유연화하기도 했다.<sup>333)</sup> 연구자들은 대외연구비를 수주하는 데 유리하기 위해 자금 지원자의 관심사에 부합하는 연구 질문과 방법으로 연구계획서를 작성하는 경향을 보이고 있다. 자금 지원자가 주로 국가권력이나 경제권력임을 고려할 때 기존 권력관계에 도전하는 지식은 배제될 가능성이 크다. 논문 게재 과정도 다르지 않다. 사회의 지배적 이념, 정치, 경제 체제를 지지하는 지식을 생산하는 이들은 채용에도 더욱 유리하다. 이처럼 보이지 않지만, 작동하는 지식 생산 체계는 연구자들의 비판적 연구와 지적 자율성을 제한한다. 대학은 “연구비 배정, 교육과 훈련, 학술 장에서의 헤게모니, 연구 결과와 지식의 유통, 일자리와 고용 등을 통해 지식과 권력 효과”<sup>334)</sup>로 하여금 경제권력의 담지자 역할을 수행하도록 이끈다.

건강불평등 지식은 원래 기존 권력 관계를 호명함으로써 모두의 건강을 위한 변혁을 요구하는 것이다. 그러나 이 지식은 효용성과 수행성이 낮다. 이러한 제약은 연구자들이 건강형평성을 중시하는 개인적 가치관이나 동기와 상관없이 시장에서 교환가치를 가진 지식을 생산하도록 한다. 예컨대 대부분의 사회역학 연구에서 불평등은 ‘격차’, 사회 계급은 ‘사회경제적 지위’로 보다 중립적이고 보수적인 개념으로 ‘교환(의미 교환, meaning swapping)’<sup>335)</sup>해 사용하는 데에는 이런 맥락에 놓여 있다. 더욱이 건강형평성을 사회적·정치적으로 의제화하지 못하는 것도 건강불평등 지식의 큰 제약 가운데 하나다.<sup>336)</sup>

그러나 코로나19 팬데믹을 경험하면서 건강불평등은 정책의 주요 의제가 됐고, 건강불평등 연구 규모 증가의 속도가 더욱 빨라졌다. 아래 <그림 17>는 pubmed에서 ‘inequality’, ‘inequity’, ‘disparity’를 제목 또는 초록에 포함한 연구를 검색한 결과다. 2000년을 기점으로 증가 추세에 있던 건강불평등 연구가 2019년부터 더욱 빠르게 증가하고 있는데, 전년도 대비 증가율이 가장 높은 2021년의 경우 팬데믹이 시작되기 이전인 2018년 발간된 논문 10,547편과 비교해 약 두 배 더 많이 발간 됐다. 앞서 살펴본 지식의 신자유주의적 생산을 고려할 때, 건강불평등 연구가 증가한 현상의 일부는 건강불평등 연구의 산업화로 설명할 수 있을 것이다. 2008년 불황 이후 소득불평등이 호명되면서 불평등 연구소가 우후죽순 생겨났고, 런던 정경대학은 2015년 ‘불평등’을 전공하는

332) 국가 내, 국가 간 대학의 구조화된 서열화에 따른 지식의 물량주의적 생산은 대학뿐 아니라 대학이 위치한 지역과 나아가 한국 정부 전체를 관통하는 주요 목표가 된다(이명원. 2011. “신자유주의 대학정책과 한국의 대학”. *문화들*, (25):49~64).

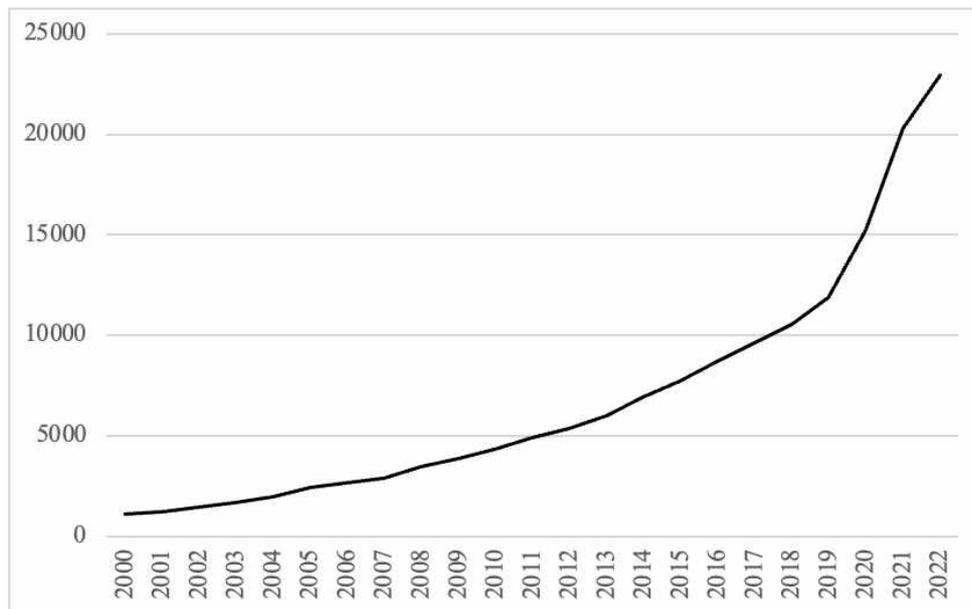
333) 강내희. 2013. “변혁운동의 거점에서 신자유주의 지배공간으로: 1980년대 이후 한국의 대학”. *역사비평*, 65~88.

334) 김창엽. 2017. “건강불평등 연구: 예외 사례로부터 사회구조로”. *한국건강형평성학회 봄 정기학술대회 발표문*.

335) Muntaner, C., Chung, H., Murphy, K., Ng, E. 2012. op. cit.

336) 김명희. 2023. *전계서*.

석사 과정을 개설하기도 했다.<sup>337)</sup> 더욱이 포드 재단(Ford Foundations)은 “불평등을 해결하는 것은 우리가 하는 모든 일의 중심에 있다(Addressing inequality is at the center of everything we do)”고 천명하기도 했다.<sup>338)</sup>



〈그림 17〉 연도별 건강불평등 연구 논문 편수(2000~2022년)

코로나19 팬데믹 이후 건강불평등은 여러 학문 분야에서 인기 있는 연구주제가 되는 한편, 경제 권력에 포섭되는 듯 보인다. 대표적인 사례는 “구글 헬스”다. 구글 헬스는 “국제 건강형평성 커뮤니티의 일원”으로 “모든 사람이 어디서나 더 건강해질 수 있도록 돕기 위해 최선을 다하기” 위해 “건강형평성을 개선하고 건강의 구조적, 사회적 결정요인에 영향을 미치기 위해 노력하고 있다”고 소개하고 있다. 2022년 10월에는 그 노력의 일환으로 “건강형평성 연구 이니셔티브”를 통해 학술 기관과 비영리 연구 기관 연구자들에게 ‘건강형평성’ 연구비를 지원하겠다고 발표했다.<sup>339)</sup> 이 이니

337) MSc inequalities and social science. 해당 전공의 1년 과정 수강료는 2023년 8월 8일 기준으로 자국 학생 £16,440(약 27,600,000원), 유학생 £25,920 (약 43,514,000원)이다.

338) [Ford Foundations](#), Retrieved Aug, 08, 2023.

339) 구글 헬스는 해당 이니셔티브 지원을 다음과 같이 설명하고 있다: “이 이니셔티브를 통해 연구자들은 웨어러블 기기를 사용하여 건강 격차를 완화하고, 기술을 통해 기존의 건강형평성 연구 방법을 확장하며, 데이터를 적용하여 건강형평성 영향력을 가속화하는 새로운 방법을 모색할 것이다(Through this initiative, these researchers are looking at new ways to use wearable devices to mitigate health disparities, scale existing health equity research methods with technology, and apply data to accelerate health equity impact).” 지원 자원의 범위는 지원금, 구글, 핏빗(Fitbit) 웨어러블 기기, 핏베이스(Fitbase) 서비스, 구글 클라우드 플랫폼 크레딧 등이다. 구글은 지원하는 자원을 활용하여 연구할 것을 조건으로 둔다.

셔티브의 목적은 “건강형평성 연구를 발전시키고 건강 격차 그리고/또는 건강의 부정적인 사회적, 구조적 결정요인에 의해 불균형하게 영향을 받는 집단의 건강 결과를 개선하는 것”이라고 설명한다. 형평성을 이야기하면서도 불평등이 아닌 격차를 호명함으로써 사실상 탈정치화하는 한편, 사실상 구글 제품과 서비스, 기술사용을 조건삼아 자원을 지원함으로써 자본 축적과 권력 행사를 일차적 목표로 삼고 있음을 확인할 수 있다. 또한 일부 주제를 제외하면 지원 대상 연구들은 대부분 기존 연구의 한계를 되풀이하고 있는 듯 보인다.<sup>340)</sup>

## 5.4. 건강불평등은 어떻게 재생산되는가

건강불평등 연구가 시장화되면서 지식의 가치중립적 입장을 표명하면서 과학적 객관성을 강조하는 경향이 더욱 뚜렷해지고 있는 듯 보인다. 그렇다면 구체적으로 건강불평등 연구가 어떻게 이루어지고 있을까? 이 절에서는 WPR 접근틀을 적용하여 코로나19를 사례로 콜센터 집단감염 대응과 필수업무종사자법 마련 과정에서 ‘문제’로의 건강, 인구집단, 원인, 그리고 대안 등이 어떻게 재현되고 있는지 살펴본다.

### 5.4.1. 콜센터 노동

#### 가. 콜센터 노동자 건강 문제는 어떻게 재현되고 있나

여기서는 콜센터 코로나19 집단감염에서 시작해서 콜센터 노동자들의 건강 전반의 문제가 어떻게 재현되는지 살펴보고, 이러한 문제의 재현을 문제화하는 한편, 콜센터 노동자들의 건강 문제 이해의 확장을 시도한다. 논의를 따라가다 보면 결국 건강불평등 문제는 노동자 개인의 건강관리, 작업장 환경의 범위를 넘어 고용 관계, 노동시장 규제 완화, 세계화, 신자유주의, 그리고 궁극적으로 자본주의 체제에까지 이르는 것을 확인할 수 있다.

#### (1) 코로나19 집단감염

〈글상자 13〉는 콜센터 집단감염 역학조사 결과를 발표한 논문과 정부 보고서에서 재현된 ‘문제’

340) [Meet our Health Equity Research Initiative awardees](#), Retrieved Aug, 08, 2023.

로의 건강 위험요인을 정리한 것이다.

### 〈글상자 13〉 콜센터 집단감염 연구에서 재현된 건강 위험 요인

“This outbreak shows alarmingly that severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) can be exceptionally contagious in crowded office settings such as a call center. The magnitude of the outbreak illustrates how a high-density work environment can become a high-risk site for the spread of COVID-19 and potentially a source of further transmission.”<sup>341)</sup>

“콜센터 집단발병은 기존 위험요인으로 언급하였던 3밀(밀집, 밀접, 밀폐) 환경에 대한 경각심 해이와 방역수칙 미준수로 인한 유행이었다. (중략) A콜센터의 경우 밀집환경에서 사회적 거리두기 간격(2m 이상) 미 준수, 지속된 통화로 인한 호흡 불편 등으로 마스크 미착용, 공조 시설 가동 미흡, 환기 창 부족이 바이러스 전파를 확산시킨 요인으로 추정되었다...(중략)...사업장 내 코로나19 전파 차단 등을 위하여 3밀(밀집, 밀접, 밀폐) 환경에 대한 방역수칙 점검, 비대면 교육 활성화, 사업장 별 방역대책 수립 관리, 재택근무 또는 시차 근무제 호라용 등의 근무 환경을 개선하고 근무자들은 개인위생 수칙을 철저히 준수해야 한다.”<sup>342)</sup>

2020년 3월 구로구 콜센터에서 발생한 코로나19 집단 감염은 유행 초기였던 당시 수도권에서 발생한 가장 큰 규모의 집단감염 사례로 큰 두려움과 우려를 자아냈다. 당시 질병관리본부장이 교신 저자로 참여해 해당 사례를 역학 조사한 결과를 기술한 논문은 한 층에서 다닥다닥 붙어 전화를 받던 콜센터 노동자들이 큰 감염 위험에 노출되어 있었음을 감염 여부를 표시한 좌석 배치도로 보여 주어, 이들이 마주한 노동 환경이 주목을 받았다.<sup>343)</sup> 그러나 부산한 말들이 무색하게 이후에도 유사한 양상으로 콜센터 집단 감염이 수차례 발생했다. 2021년 2월 발생한 콜센터 집단 감염 사례에 대해 질병관리청과 광주광역시, 한국건설기술연구원이 함께 수행한 연구는 원인으로 다시 노동자들의 공간적 밀집, 재택근무 미시행, 마스크 미착용과 환기 문제 등 생활 방역의 미흡을 지적했다.<sup>344)</sup>

341) Park, S. Y., et al. 2020. “Coronavirus disease outbreak in call center, South Korea.” *Emerging infectious diseases*, 26(8):1666.

342) 이선영, 등. 2021. “콜센터에서 발생한 코로나19 유행 역학조사 결과”. *주간 건강과질병*, 14(19): 1225~31.

343) Park, et al. 2020. *op. cit.*

344) 이선영 등. 2021. 상계서.

언론에서도 방역 지침을 따르기 어렵게 만드는 노동 통제와 하청 구조를 사회구조적 원인으로 지적하기도 했다.<sup>345)</sup> 그러나 코로나 유행 초기에 지적된 이 ‘원인의 원인’은 여태껏 충분히 논의되지 않았다. 2020년부터 지금까지 고용노동부가 업데이트하고 있는 콜센터용 사회적 거리두기 지침을 보면, 집단 감염을 예방하는 방안으로 유연 근무와 휴가, 소독과 개인위생 관련 조치 등 현장에서 수행할 수 있는 수준의 미시적인 대응책을 권할 뿐, 그러한 대응이 실질적으로 가능하도록 여건을 조성하고 나아가 취약성이 생겨나게 된 구조를 변화시키려는 적극적인 노력은 보이지 않는다.

이를 통해 우리는 첫 번째 질문, 즉 콜센터 노동자 코로나19 집단 감염 대응에서 위험요인이 어떻게 재현되고 있는지 묻고 답할 수 있다. 코로나19 집단 감염에 대응하기 위해서는 집단 감염이라는 건강 문제, 그리고 여기에 대응하기(문제 해결하기) 위한 문제 원인으로의 위험요인에 대한 재현이 이루어졌다. 콜센터 노동자들의 집단 감염 문제는 개인방역 수칙을 지키지 않은 노동자 개인의 문제와 인적 자원으로 건강을 관리하지 않은 사업체의 문제로 재현되고 있다.

## (2) 콜센터 노동자 건강 전반 - 심리·건강행동 문제로의 재현

코로나19 감염 위험은 콜센터 노동자가 오랜 기간 경험해온 건강불평등의 한 가지 사례에 불과하다. 기존에 이미 다양한 측면의 건강불평등 문제가 지적됐다. 콜센터 노동자들의 건강 문제로 심리적 건강과 건강 행태를 다루는 경우가 많다. 대표적으로 많은 콜센터 노동자가 공유하는 건강 위험 요인은 감정 노동이다. 콜센터 직원과 같이 고객을 응대하는 노동자들이 업무 중 실제 자신이 느끼는 감정을 숨긴 채 호의적이고 기쁜 태도만을 드러내도록 요구받는 현상을 그러한 용어로 표현한 것이다. 특히 콜센터 직원의 이러한 입장을 악용해 폭언과 무리한 요구를 일삼는 고객의 상(像)이 각종 미디어를 통해 흔히 비치며 사람들은 ‘감정 노동’이라는 개념을 보편적으로 인식하게 되었다. 이러한 감정 노동은 콜센터 노동자의 신체적, 정신적 건강과 연관되어 있다. 예컨대 최근 연구는 감정 노동을 경험하는 콜센터 노동자가 그렇지 않은 경우에 비해 더 흔히 우울 증상과 직무 관련 근골격계 질환을 겪는다는 사실을 보여준다.<sup>346)</sup>

과중한 업무 부담과 엄격한 노동 통제에서 비롯된 높은 직무 스트레스 문제도 자주 언급되었다. 단순히 콜센터 직원 한 사람이 감당해야 하는 문의 전화의 수가 많을 뿐 아니라, 이런 업무량을 소

345) BBC News 코리아. “[코로나19: 집단감염 사태로 드러난 콜센터의 민낯](#)”, 2020년 3월 13일.

346) Kim, H. J., Choo, J. 2017. “Emotional labor: Links to depression and work-related musculoskeletal disorders in call center workers.” *Workplace health & safety*, 65(8): 346~54; Cho, S. S., Kim, H., Lee, J., Lim, S., Jeong, W. C. 2019. “Combined exposure of emotional labor and job insecurity on depressive symptoms among female call-center workers: A cross-sectional study.” *Medicine*, 98(12).

화할 수 있도록 관리자는 자동으로 통화·휴식 시간 등을 초 단위로 기록하는 전자 감시 시스템을 이용해 적극적으로 노동자를 감시한다. 또한 이 과정에서 얻은 데이터를 바탕으로 노동자가 공급한 서비스의 양과 질을 평가하고, 그에 따른 인센티브와 페널티를 제공해 이러한 감시 시스템에 강제력을 부여한다.<sup>347)</sup> 이는 고스란히 노동자의 직무 스트레스로 이어진다. 장기간의 일상적인 스트레스 경험이 심혈관계 질환 발생률을 높이는 등 건강 위험 요인으로 작용한다는 사실은 잘 알려져 있다.<sup>348)</sup> 일부 실증 연구는 콜센터 노동자 관련해선 직무 스트레스가 이들의 낮은 자존감과 근골격계 증상과 연관됨을 보여준다.<sup>349)</sup>

흡연은 콜센터 노동자가 직무 스트레스를 완화하기 위해 주로 사용하는 기제 중 하나이다. 콜센터 노동자의 흡연율에 대한 대표성 있는 통계는 없으나, 일반 인구에 비해 월등히 높은 것으로 추정된다.<sup>350)</sup> 콜센터 노동자의 평균적인 사회경제적 지위와 교육 수준이 낮아, 콜센터 노동을 시작하기 전부터 흡연 경험이 있을 확률이 높은 것은 사실이다. 그러나 기존 연구는 이러한 인구사회학적 요인을 통제하고 나서도 서비스직 여성에서 일반 인구에 비해 높은 수준의 흡연율을 보고했으며, 콜센터는 흡연 시간을 제한하되 쾌적한 흡연 시설은 제공하는 식으로 노동 생산성을 높이려는 방안의 하나로 흡연을 장려하는 면이 있다.<sup>351)</sup> 콜센터 노동자가 더 자주, 장기적으로 흡연하는 경향이 있을 때 이는 또 다른 건강 결과의 불평등으로 이어질 수 있다.

이처럼 기존 연구에서 콜센터 노동자들의 건강 문제는 주로 심리적 차원과 건강 행태 차원으로 재현되고 있다. 이러한 상황의 원인과 해결에 대한 사회적 논의는 미시적 환경 자체와 그와 직접적으로 관련되어 보이는 ‘사람들’에 집중되었다. 콜센터에서 발생한 코로나19 집단 감염에 대해 노동자 간 거리를 떨어뜨리고, 손을 씻는 등의 ‘지침’이 사회의 주된 반응이었듯, 이들이 겪어 온 건강불평등에 대한 주된 논의 또한 무자비한 관리자를 비난하거나, 몰상식한 고객으로부터 노동자를 보호해야 한다는 사회적 공분을 크게 벗어나지 못했다. 즉, 기존 논의는 콜센터 노동자로서 마주하는 사회 환경이 어떻게 건강불평등과 연관되는지 지적하면서도, 그 미시적 일면에 대해서만 초점을 맞춰 온 것이다.

347) 김관욱. 2013. 콜센터 여성의 노동과 흡연, 그리고 주체성, 서울대학교인류학과 석사학위논문.

348) McEwen, B. S. 1998. “Protective and damaging effects of stress mediators.” *New England journal of medicine*, 338(3):171~79.

349) Yang, H. C., Ju, Y. H., Lee, Y. C. 2016. “Effects of job stress on self-esteem, job satisfaction, and turnover intention.” *Journal of Transnational Management*, 21(1):29~39; Yoon, J., Yi, K., Kim, S., Oh, J., Lee, J. 2007. “The relationship between occupational stress and musculoskeletal symptoms in call center employees.” *Korean Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 19(4):293~303.

350) 김관욱. 2013. 상계서

351) 김관욱. 2013. 상계서; Cho, et al. 2019. *ibid.*

## 나. 어떤 전제나 가정이 콜센터 노동자 건강의 이러한 재현을 뒷받침하고 있는가

### - 건강은 '개인'에게 그 책임을 물어야 한다

코로나 19 집단 감염의 위험 요인으로 '밀집한 노동 환경'과 '생활 방역 미흡'을 지적하고, 기존 콜센터 노동자들의 심리적, 건강 행동적 차원의 건강 문제를 가시적인 관련자들만의 책임으로 돌리는 이러한 재현의 양상은 어떤 전제를 기반으로 하는가? 바로 노동자의 건강은 개인이 우선 책임지고 관리해야 할 대상이며, 그 자체로 증진해야 할 가치가 아니라 생산성의 기반으로써 투자 대상이 되는 인적 자본이라는 가정이다. 이는 앞서 2장에서 논의한 신자유주의적 통치에 기초한다.

### (1) 자본주의 시장경제에서 인적 자본으로 건강

자본주의 사회에서 건강, 특히 노동자의 건강은 그 자체로 목적인 가치가 아니라 생산을 극대화하기 위해 적절한 수준으로 유지되어야 할 인적 자본이다. 인적 자본을 처음 이론화한 게리 베커에 따르면 인적 자본은 교육을 받고 건강을 증진하는 것과 같은 개인의 행위를 스스로의 기대 수익을 극대화하기 위해 자신에게 내재된 특성을 변화시켜 생산성을 극대화하려는 시도다.<sup>352)</sup> 다시 말해 경제학의 관점에서 개인이 생산의 도구인 노동력인 것을 넘어서, 생산성과 연관된 개인의 특성들은 곧 주체의 선택에 따라 축적되어 생산에 활용되는 자본이다. 또한, 교육이나 건강관리는 자신이 노동시장에서 벌어들일 수 있는 수익을 극대화하기 위해 그러한 인적 자본에 투자하는 행위이다. 베커의 작업은 기존에 경제학적 분석의 대상이 아니었던 것을 경제학의 영역으로 끌어들이었다는 점에서 '혁신적'이었지만, 한편으로는 이처럼 건강에 대해 철저히 자본주의적인 관점을 반영하는 동시에 신자유주의의 확산과 함께 주류적 시각으로 자리 잡아 사회 전반에 영향을 미치고 있다.

건강을 인적 자본으로 바라보는 이러한 관점은 앞서 지적한 콜센터 노동자의 건강 문제에 대한 재현의 전제를 제공한다. 인적 자본론은 노동자의 건강을 둘러싼 행위 주체들의 경제적 동기를 잘 보여주는데, 우선 기업 입장에서 노동자의 건강은 철저히 인적 자본으로서 다뤄진다고 볼 수 있다. 따라서 콜센터 노동자가 경험하는 건강 문제는 생산성 저하를 최소화하기 위해 가능한 가장 효율적인 수준으로 관리해야 할 대상이지, 그 자체로 수익 추구와 동등한 수준의 목적이 될 수 없다. 문제는 이러한 기업의 입장을 국가도 공유하고 있다는 것이다. 이처럼 사회에서 권력을 가진 주요 주체

352) Becker, G. S. 1976. Human Capital. New York: National Bureau of Economic Research.

들이 이러한 전제를 공유하기에 코로나 19 집단 감염 문제의 해결은 콜센터 회사가 밀집한 노동 환경을 꾸려나간 경제적 동기를 해체하는 것이 아니라 노동자들이 앉아 있는 좌석의 간격을 조금씩 벌리고, 일터에서 자주 손 씻고 마스크를 쓰도록 유도하는 데에서 그친다.

## (2) (신)자유주의적 개인과 건강관리

노동자의 건강을 바라보는 인적 자본론의 시각은 우리 사회에서 주류적 규범으로 작동해 노동자 개인에 내면화되고, 콜센터 노동자의 건강 문제의 재현 아래의 또 다른 가정을 구성한다. 바로 노동자의 건강은 개인이 오롯이 책임지고 관리해야 할 대상이라는 가정이다. 현대 사회에서 사람들은 마치 스스로의 경영자와 같이 높은 생산성을 갖춘 사람이 되기 위해 스스로를 관리하도록 요구받는다. 건강은 그러한 생산성에 직결된 하나의 요소로 여겨질 뿐이다. 이러한 관점은 다른 한편으로 질병의 원인을 바라보는 개인화된 시각에 기대어 서로를 공고히 한다. 특히 역학에서 오랜 기간 질병의 원인을 병원체나 유전자와 같은 생의학적 요인, 그리고 생활 습관에서 찾아왔다는 사실에서 그런 시각을 살펴볼 수 있다.

따라서 이러한 가정 하에서 콜센터 노동자에게 발생한 건강 문제는 일차적으로 흡연과 같은 개인의 건강 행동과 생활 습관 탓으로 여겨지며, 사람들은 기껏해야 미시적인 노동 환경을 구성하는 사람과 물리적 요인을 바꾸는 방식으로 문제에 접근한다. 그러한 노동 환경은 노동자 개인이 스스로에게 충분한 인적 자본 투자를 하지 않은 결과이자, 노동에서 얻을 수 있는 금전적 보상을 한 저울에 두고서 스스로 판단하고 협상한 결과 내린 자발적 선택이다.

### 다. 무엇이 문제가 아닌 것으로 남겨졌는가 - 자본주의 생산체제와 노동시장 유연화

그렇다면 감정 노동과 직무 스트레스, 흡연부터 최근의 코로나19까지, 콜센터 노동자가 경험하는 노동 환경과 그로 인해 생겨난 건강불평등의 이면에는 어떤 사회 구조가 작동하는 것인가? 여기에서는 구체적으로 질문 4와 연관된다. 특히 우리는 ‘원인의 원인(의 원인)’에 관한 논의의 공백이 콜센터 노동자들의 건강불평등이 끊임없이 재생산되는 한계를 가져온다고 진단한다. 우리는 콜센터 노동자의 건강불평등 기제를 물어 들어감으로써 이러한 침묵을 깨는 시도를 할 것이다. 이를 위해 보건학, 사회역학을 넘어 콜센터 노동을 둘러싼 여러 학문 영역의 지식을 검토하였다. 결론적으로 콜센터 노동자의 건강, 그리고 노동환경은 노동시장 유연화 등 자본 친화적인 신자유주의적 노력의 결과다.

## (1) 콜센터 노동의 외주화

흔히 콜센터 노동이 하청 노동으로 자리 잡으며 시장에서 더욱 강한 경쟁을 마주한 것이 노동 환경과 처우가 악화된 주된 원인이라고 말한다. 그렇다면 한국의 콜센터 하청 노동은 어떻게 형성되어 왔는가? 이는 1980~90년대 진행된 국제적인 자유화와 민영화 흐름 속에 있다고 할 수 있다. 예컨대 유럽의 경우 1980~90년대를 거치며 전기통신 분야의 공기업들이 점진적으로 민영화되었고, 독점을 막기 위한 법들이 통과되었다. 그 과정에서 기존에 국영 기업들에 의해 독점되던 전기통신 시장이 매우 경쟁적인 정보 서비스 산업으로 변모했다. 전기통신업체는 콜센터 사업의 주요한 수요자이다. 이러한 흐름 속에서 많은 전기통신업체들은 종전에 자체적으로 운영하던 사내 콜센터를 구조조정하고 대규모 다국적 콜센터 하청 기업에 해당 서비스를 외주했다.<sup>353)</sup>

한국의 콜센터 산업은 1997년 IMF 금융 위기 이후 노동 유연화 정책들이 도입되고 그에 따라 도급, 파견 근로와 같은 비정규직 고용이 확대되는 흐름 속에서 성장했다. 특히 IT 산업을 육성한다는 국가적 목표 하에서 형성된 구로디지털단지의 사례와 같이 정부는 쇠퇴한 과거 공단 지역에 콜센터 등 서비스 산업을 유치했고, 기업과 공공기관의 민원 업무는 대거 외주화되었다.<sup>354)</sup> 이는 파견 근로의 경우 2년 이상 일하면 정규직 전환을 해야 하는 법적 제약과도 관련되어 있다. 콜센터 산업은 하나의 고객 기업이 여러 하청 기업에, 또 하나의 큰 하청 기업이 여러 고객 기업과 계약을 맺고, 큰 하청 기업은 작은 하청 기업에 재하청을 주기도 하는 복잡한 구조를 갖고 있다. 또한, 콜센터 산업이 양적으로 크게 성장한 현재까지도 시장 점유율이 가장 높은 회사가 5% 정도를 차지하고 있을 정도로<sup>355)</sup> 서비스의 차별화는 어렵고 시장 진입은 비교적 용이하다. 따라서 그만큼 경쟁이 치열할 수밖에 없다.

## (2) 콜센터 노동자의 고용 불안정성

이러한 완전경쟁에 가까운 복잡한 하청 계약 구조는 고스란히 노동자의 노동 환경과 조건의 악화

353) Doellgast, V., Pannini, E. 2015. "The impact of outsourcing on job quality for call centre workers in the telecommunications and call centre subcontractor industries." *The outsourcing challenge*, 117.

354) 김관욱. 2021. "필수노동자인가 사이버타리아 (cybertariat)인가: 영국, 인도, 한국 콜센터 여성상담사에 대한 비교를 중심으로". *비교문화연구*, 27(1):57~99.

355) 조선비즈, "[국내 최대 콜센터 아웃소싱 회사 유베이스, 1030억에 한일네트웍스 경영권 인수](#)", 2022년2월 24일.

로 이어진다. 콜센터 산업의 하청 구조가 다방면에서 콜센터 일자리의 질을 떨어뜨리는 원인은 다음 세 가지로 설명할 수 있다: ① 원청의 비용 절감과 노동 유연성 제고 압박; ② 단체교섭 제도의 미비; ③ 국제 콜센터 산업에서 단체 행동의 어려움.<sup>356)</sup> 아시아, 아프리카, 남미, 북미, 그리고 유럽의 17개국을 대상으로 행한 조사<sup>357)</sup>에 의하면 하청 콜센터 노동자의 임금은 사내 콜센터 노동자의 임금에 비해 평균 18% 낮으며, 국가를 소그룹으로 나누고 인적 자본 등 변수를 통제해 분석한 다른 국제 연구에서도 하청 콜센터 노동자 임금이 평균 8.5% 낮았다. 그뿐만 아니라 하청 콜센터의 해고나 이직률이 상대적으로 높았으며, 신규 직원의 교육 훈련 투자는 50% 미만이었으며, 업무 난이도와 자율성은 낮은 한편 전자 시스템 등을 이용한 성과에 대한 감시와 통제 강도는 매우 높았다.

한국의 경우 콜센터 업무 특성상 한국어를 사용하는 다른 국가가 거의 없기에 국외 사업장으로 아웃소싱이 이뤄지는 경우는 드물다.<sup>358)</sup> 따라서 콜센터 산업의 국제적 하청 구조로 인한 단체 행동의 어려움은 적절한 설명이라고 보기 어렵다. 하지만 한국에서도 유사하게 각 기업은 하청과 계약직 고용 형태를 활용해 낮은 비용으로 노동력을 동원하면서 강력한 노동 통제로 생산성 제고를 도모했다.<sup>359)</sup> 원청의 압박과 단체 교섭의 어려움이 동일하게 작용하고 있는 것이다.

그 결과 콜센터 노동시장의 저임금 근로 비율이 높을 뿐 아니라 그 안에서도 상용근로자와 임시·일용 근로자 간의 임금 격차가 크다.<sup>360)</sup> 이는 두 가지 차원에서 건강에 중요한 위험 요인이 될 수 있다. 우선 절대적으로 낮은 소득이 건강에 악영향을 미칠 수 있는 메커니즘으로 기본적인 필요를 충족하기 위한 물질적 자원의 부족과 사회 참여, 삶에 대한 통제에 어려움이 있다.<sup>361)</sup> 다른 한편으로는 준거 집단과 비교했을 때 개인이 경험하는 상대적 빈곤에서 오는 스트레스와 같은 심리사회적 메커니즘이 있다.<sup>362)</sup> 동일 직종 내 고용 형태에 따른 임금 격차, 타 직종과 비교했을 때 상대적 저임금의 경험이 모두 이에 해당할 수 있다.

콜센터 노동자는 저임금 뿐 아니라 다차원적으로 노동의 불안정성을 경험한다. 우선 이미 언급했듯 고용 형태의 측면에서 공공과 민간 부문을 막론하고 외주화 비율이 매우 높아, 공공 부문의 경우

356) Doellgast, V., Pannini, E. 2015. op. cit.

357) Doellgast, V., Pannini, E. 2015. op. cit.

358) 김관욱. 2021. 전계서.

359) 이병훈, 강혜영, 권현지, 김종성. 2006. <콜센터의 고용관계와 노동문제>. 한국노동연구원. 세종: 한국노동연구원, pp.152.

360) 이승윤, 조혁진. 2019. “콜센터 하청노동자의 불안정한 고용관계와 사회보장제 경험에 대한 질적 연구”. 사회보장연구, 35(2):1~34.

361) Marmot, M. 2002. “The influence of income on health: views of an epidemiologist.” Health affairs, 21(2):31~46.

362) Yngwe, M. Å., Fritzell, J., Lundberg, O., Diderichsen, F., Burström, B. 2003. “Exploring relative deprivation: is social comparison a mechanism in the relation between income and health?” Social science & medicine, 57(8):1463~73.

84.3%가 민간 위탁의 형태로 운영되고 있다. 그로 인한 낮은 고용 안정성과 저임금은 높은 이직률로 이어진다. 실업과 고용 불안의 경험 속에서 콜센터 노동자가 보호받을 수 있는 법적 제도가 미비하다. 동시에 사회 보험을 비롯한 사회적 안전망으로부터 체계적으로 배제되어 있다. 예컨대 이직이 잦고 많은 경우 중소기업에서 일하는 콜센터 노동자는 퇴직 연금제도의 보장을 받지 못할 가능성이 크고, 안정적으로 연금에 가입하기 어려우며, 기본급이 낮기에 퇴직 연금이 있더라도 그 규모가 작다. 또한, 산업 재해 예방을 위한 안전 교육 등의 통로가 미비하며, 산업 재해가 발생하더라도 행정 절차를 거쳐 보험의 보호를 받을 수 없는 경우가 많다.<sup>363)</sup> 한국에서 이러한 불안정성과 실업·이직 경험이 우울, 자살 생각과 연관되어 있다는 사실이 보고되었고<sup>364)</sup>, 심리사회적 경로 외에도 병가나 앞서 언급한 산재 보험을 활용하기 어려운 상황은 건강과 직결된다.<sup>365)</sup> 장기적으로는 불안정한 노동과 사회 보험으로부터의 배제가 노후 소득 보장의 어려움 등으로 인해 생애 과정을 통해 건강에 악영향을 미칠 수 있다.

뿐만 아니라 콜센터 노동자는 높은 노동 강도와 엄격한 노동 통제의 이중고에 시달린다. 우리에게 친숙한 “고객센터”에서 담당하는 업무, 즉 고객이 전화로 문의하면 그에 응대하는 업무를 ‘인바운드’ 업무라고 하는데, 이 경우 도처에서 끊임없이 걸려오는 전화가 대기하고 있는 콜센터 상담사에게 자동적으로 분배된다. 반대로 고객에게 선제적으로 정보를 제공하고 상품을 판매하기 위해 전화를 거는 ‘아웃바운드’ 업무의 경우 하루에 할당된 수의 고객에게 전화를 걸어야 하고, 성공적으로 고객을 설득해 실적을 내야 하는 부담이 있다. 두 경우 모두 휴식 시간이 엄격히 제한되고, 상급자는 직원의 근무 태도를 물리적으로 감시한다. 또한 전화의 숫자와 한 통화에 걸린 시간, 판매 실적, 자동 녹음된 통화의 내용 등이 양적, 질적으로 평가되어 그 성과가 월급으로 직결된다.<sup>366)</sup> 즉, 콜센터 노동은 전형적으로 노동자에게 높은 업무 부담과 상황에 대한 낮은 통제력과 결정권을 부여하는 일이다. 개별 업무가 높은 숙련도를 요구하지 않으나 고객과의 상호작용을 장시간 쉴 틈 없이 반복적으로 해야 하며, 노동 과정에서 일거수일투족을 통제 받을 뿐 아니라 외주 업무의 특성상 고객의 불만사항을 적극적으로 해결할 수 있는 결정 권한은 없기 때문이다. 이는 노동자에게 심리적으로 가

363) 이승윤, 조혁진. 2019. 전게서.

364) Han, K. M., Chang, J., Won, E., Lee, M. S., Ham, B. J. 2017. “Precarious employment associated with depressive symptoms and suicidal ideation in adult wage workers.” *Journal of affective disorders*, 218:201~9; Kim, W., Ki, M., Choi, M., Song, A. 2019. “Comparable risk of suicidal ideation between workers at precarious employment and unemployment: data from the Korean Welfare Panel Study, 2012-2017.” *International journal of environmental research and public health*, 16(16):2811.

365) Kim, Y., Park, J., Park, M. 2016. “Creating a culture of prevention in occupational safety and health practice.” *Safety and health at work*, 7(2):89~96.

366) 김관욱. 2018. “저항의 무게: 콜센터 여성상담사의 노동조합 형성에 대한 몸의 현상학”. *한국문화인류학*, 51(3):159~206.

장 스트레스를 주고, 나아가 신체적 건강을 위협할 수 있는 조건이다.<sup>367)</sup>

### (3) 콜센터는 여성을 어떻게 이용했는가

이처럼 콜센터 노동이 하청 노동으로 자리 잡으면서 생겨난 저임금과 비정규적인 고용 형태, 사회 안전망으로부터 배제와 같은 다차원적 불안정성, 그리고 높은 노동 강도와 노동 통제는 건강불평등으로 이어지고 있다. 이 관계에서 간과하지 말아야 할 사실은 콜센터 노동이 대표적인 여성 노동이라는 것이다. 아직까지 대표성 있는 통계 자료는 부족하지만, 한 연구에 의하면 콜센터 상담사의 90% 이상은 여성이다.<sup>368)</sup> 앞서 언급했듯 한국에서 97년 이후 폭발적으로 비정규직이 늘어나는 상황에서 여성은 남성보다 더 쉽게 비정규직으로 전환되었다. 1999년 남성 노동자의 69%가 정규직이었던 반면, 여성 노동자의 31%만이 정규직이었다는 사실은 이를 단적으로 보여준다.<sup>369)</sup> 같은 시기 성장한 콜센터 노동은 따라서 여성 비정규직화의 중요한 사례라고 할 수 있다.

여성이 미숙련의 비정규직 노동에 더 많이 종사하는 것은 교육과 노동시장에서 여성 차별과 여성이 육아와 가사에서 남성보다 더 많은 몫을 짊어지도록 요구한 사회적 규범이 깊이 연관되어 있다. 90년대에 노동이 가능한 연령대의 여성은 남성과 동등한 수준의 교육을 받지 못했다. 이는 당시 여성이 선택할 수 있는 직업의 폭이 좁았음을 의미한다. 최근에는 여성과 남성의 교육 수준에 체계적인 차이가 존재한다고 보기 어려우나, 여전히 강한 사회적 규범이 작동해 여성이 육아와 가사에 더 많이 참여하도록 요구하고 있다. 이는 여성, 특히 가정을 꾸린 여성의 빈번한 경력 단절로 이어지며 고용주는 여성 고용을 꺼리게 되고, 이는 정규직 노동 시장에서 여성이 경험하는 상대적인 구직의 어려움과 성별 임금 격차로 나타난다. 따라서 여성 노동자는 시간 사용이 상대적으로 자유롭고 경력 단절의 영향이 크지 않은 비정규직 노동에 종사하기 쉽다.

이러한 이유로, 특히 사회경제적 지위가 낮은 여성에게 학력과 경력이 낮아도 구할 수 있는 콜센터 노동은 여성 노동의 취약성을 더욱 강화한다. 동일한 콜센터 노동자 사이에서도 여성은 근속 연수가 상대적으로 짧고, 임시직·계약직으로 고용된 경우가 더 많았으며 임금도 더 낮았다.<sup>370)</sup> 따라서 이러한 노동 조건과 환경 건강 위험 또한 성별에 따른 차이가 있을 것이다. 나아가 이들은 결혼, 임신, 출산, 육아와 같은 자신의 생애 주기에 맞는 장기적인 가족계획을 세울 수 없었고, 그 과정에

367) Karasek Jr, R. A. 1979. "Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign." *Administrative science quarterly*, 285~308.

368) 김관욱. 2013. 전계서.

369) 김관욱. 2018. 상계서.

370) 이승윤, 조혁진. 2019. 전계서.

서 정책에 접근하지 못했다.<sup>371)</sup>

## 5.4.2. 필수노동자

### 가. 필수노동자 보호는 어떻게 재현되고 있나

코로나19 대유행 과정에서 필수노동자에 대한 추앙은 세계적 현상이었다. 대표적 사례 몇 가지만 들어보자. 미국은 코로나19 예방접종의 우선순위를 정하면서 필수노동자를 75세 이상과 함께 보건 의료노동자와 요양시설 입소자 바로 다음으로 높은 우선순위를 부여했다.<sup>372)</sup> 서울 성동구에서는 2020년 9월 10일 ‘필수노동자 보호 및 지원에 관한 조례’를 제정하고 코로나19 재난 대응 과정에서 필수노동자 지원을 공식화했다. 이후 각 지자체에서 유사한 조례 제정이 이어졌고, 국회에서도 2021년 5월 ‘필수업무 지정 및 종사자 보호·지원에 관한 법률’(약칭: ‘필수업무종사자법’)이 통과되었다. 단편적인 현상만 나열하면 전 세계적으로 필수노동자에 대한 추앙이 시작된 듯 보였다. 그런데 실제로 사회가 필수노동의 가치를 인정하기 시작한 것일까?

#### 〈글상자 14〉 필수노동자 보호의 재현

[필수업무 지정 및 종사자 보호·지원에 관한 법률]<sup>373)</sup>

제1조(목적) 이 법은 재난이 발생한 경우 국민의 생명과 신체의 보호 또는 사회 기능의 안정적 유지를 위한 필수적인 업무에 종사하는 사람을 보호·지원하기 위하여 필요한 사항을 규정함을 목적으로 한다.

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음 각 호와 같다.

1. “재난”이란 「재난 및 안전관리 기본법」 제3조제1호에 따른 재난을 말한다.
2. “필수업무”란 재난이 발생한 경우에도 국민의 생명과 신체의 보호 또는 사회의 기능을 유지하기 위하여 필요한 업무로서 제6조에 따른 필수업무 지정 및 종사자 지원위원회의 심의를 거쳐 고용노동부장관이 정하는 업무를 말한다.
3. “필수업무 종사자”란 필수업무를 수행하는 과정에서 자신이 아닌 다른 사람의 사업을 위하여 노무를 제공하는 사람(「근로기준법」 제2조제1항제1호에 따른 근로자를 포함한다. 이하 같다)으로서 제6조에 따른 필수업무 지정 및 종사자 지원위원회의 심의를 거쳐 고용노동부장관이 정하는 사람을 말한다.

371) 이승윤, 조혁진. 2019. 전게서.

372) 경향신문. “[병리적 고위험군에만 집중해 온 한국의 정책...취약계층 방역을 위한 '과학'은 없다](#)”, 2022년 7월 31일.

[세계경제포럼]<sup>374)</sup>

“필수노동자에게 그들이 받을 만한 가치가 있는 보호를 제공할 때가 되었다(It’s time to give essential workers the protections they deserve).”

코로나19 대유행 이후 전 세계적으로 ‘필수노동자(essential workers)’ 혹은 ‘최전방 노동자(frontline workers)’를 강조하고 있다. 필수노동자의 영웅화를 마주하면, 이를 긍정적 변화의 신호로 받아들여야 할까? 미국에서는 필수노동자들을 보호하기 위하여 백신접종의 높은 우선권을 부여했다. 한국도 그동안 지지부진했던 정부와 정치권의 논의를 일소하듯 서둘러 필수노동자 관련 법률을 제정했다(〈글상자 14〉 참고). 하지만 이들은 코로나19 대유행 이전에도 사회의 일상 유지를 위해 노동하고 있었다. 고용노동부의 발표에 따르면 한국에서 필수노동자는 보건·의료·돌봄과 같이 생명과 신체의 보호에 필수적인 직업군과 택배·배송·환경미화·콜센터 업무 등 비대면 사회의 안정적인 유지를 위한 직업군, 대중교통·여객 운송 등 산업 전반에 큰 영향을 미치는 직업을 포함한다. 그런데 우리는 이미 오랫동안 그들을 비정규직 노동자, 불안정 노동자, 비공식 노동자 등으로 기록하거나, 임시직, 계약직, 특수고용, 하청노동자 등으로 불렀다. 그리고 이들의 고용상태는 대표적인 건강불평등의 원인으로 제기되었다. 도대체 코로나19 대유행이 기존의 지형에 어떤 영향을 미친 것일까? 그리고, 일시적은 혹은 급격한 필수노동자에 대한 전 세계적 추앙은 기존 건강불평등 문제를 해소하는 방향으로 바람직한 영향을 미칠 것인가? 이와 같은 물음에 대한 답을 하나씩 찾아가 보자.

## 나. ‘필수’의 이해

한국에서 코로나19 대유행과 필수노동자의 이야기에 포함될 이들은 콜센터 노동자뿐이 아니다. 앞서 잠시 언급한 바와 같이 서울시 성동구의 조례에서 출발하여 코로나19 대유행 시기 전국적으로 필수노동자를 규정하고, 이들을 지원하기 위한 법적·제도적 구상이 논의되었다. 국제적으로도 대부분의 국가가 유사한 논의를 이어간다. 국내 맥락에서 필수노동자 개념화를 제안하는 연구에서는 크게 두 가지 차원으로 개념화를 시도하는데, 하나는 업무 필수성의 높고 낮음이고, 다른 하나는 대면 노동의 불가피성이다.<sup>375)</sup> 예를 들어, 업무의 필수성은 높지만, 대면노동의 필요성은 낮은 직종으로

373) 법제처 국가법령정보센터. “[필수업무 지정 및 종사자 보호·지원에 관한 법률](#)”. 검색일 2022년 12월 6일.

374) Ispahani, L. “[It’s time to give essential workers the protections they deserve](#)”, 2021년 8월 2일.

375) 이승윤, 백승호. 2022. “COVID-19 재난과 필수노동자: 필수노동자 개념틀과 지원정책 제언”. 시민과세계, 53~95.

전기·수도 등 공공분야의 사무직이 있다. 필수성은 낮지만 대면노동의 불가피성이 높은 업무는 관광·숙박업이고, 둘 다 높은 업무는 돌봄·보건의료·대중교통·식료품매장계산원·청소노동자·택배배달노동자 등이다. 이에 따라 코로나19와 같은 감염병 위기에서는 대면노동의 불가피성이 높은 직군에 대한 우선적 보호를 정책적으로 권고할 수 있다고 한다.

또한, 이 연구는 일상시기(재난의 예방과 대비) 필수노동자의 지원 정책으로 사회보장제도 진입장벽을 줄이는 방향 - 고용보험의 실업급여 수급조건 완화 등 - 과 고용불안정성을 대비한 소득 지원 기금 마련 등을 제시한다. 재난시기(재난대응) 지원 정책으로는 백신과 건강서비스에 대한 우선권, 위험수당과 방역물품의 우선 지급, 필수노동자의 가구 내 돌봄 지원 등을 제시한다. 이 연구에서 권고한 필수노동자 지원 정책의 내용을 살펴보면, 코로나19 대응 과정에 필수노동자들이 처한 현실을 미루어 짐작케 한다. 이들은 노동자 긴급지원 정책의 제도 바깥에 머무르고 있었을 것이다. 기존의 사회보장제도에서 노동자성을 인정받지 못한 경우가 많았기 때문이다. 결과적으로 이들이 누구며, 어디에서 노동하는지 파악하지 못한 정부당국은 방역물품의 지원이나, 현금성 지원, 백신 접종 등의 과정에서 별다른 보호조치를 하지 못했을 것이다. 또한, 필수노동자들은 감염병 대유행 시기 다른 이를 위한 노동을 하느라, 본인과 본인 가구의 돌봄에 소홀하거나 이중적 부담을 지고 있었을 가능성이 높다. 코로나19 시기 필수노동자의 노동환경은 크게 달라지지 않았고, 정부의 보호정책은 이들을 빗겨가며, 제도화된 필수노동자 일부의 지원으로 머물렀을 것이다. 이는 곧바로 집단감염과 같은 코로나19 감염불평등과 그 외 건강불평등의 원인이 되었을 것이다.

코로나19 유행 시기 필수노동자의 고달픈 노동 현실은 이렇게 유추해 볼 수 있다. 그럼에도 법·제도가 일정부분 개선된 것은 객관적 사실이다. 그렇다면 이러한 제도적 개선을 통해 향후 필수노동자의 삶과 건강은 개선될 수 있을까. 코로나19 대유행이 필수업무종사자법의 제정 시기를 앞당긴 것은 사실이다. 신수정은 코로나19 초기 필수노동자의 현실을 다음과 같이 설명한다.<sup>376)</sup>

*“코로나19로 인해 중증환자 치료병상과 병원은 급증하였고, 집단감염으로 인한 코호트 격리로 요양보호사 등의 감염이 다수 발생하였다. 비대면으로 생필품 등 소비재를 구입하면서 택배는 2020년 7월 기준 월 292백만 개로 전년대비 20% 이상 증가하면서 (2019년 7월 기준, 월 242백만 개), 택배기사는 주 6일 배송, 일평균 12.1시간 작업을 하게 되었고, 상시적 장시간 근로로 인한 과로사가 속출하기 시작했다. 콜센터와 물류센터 등 좁은 공간에 많은 근로자가 종사하는 곳에서 집단감염도 계속 이어졌다.”*

376) 신수정. 2021. “필수노동자에 대한 법적 보호 방안”. 사회법연구, 44:25~52.

이후 정부의 방역대책에는 필수노동자에 대한 지원과 보호 내용이 포함되었고, 2021년 6월까지 63개의 지자체에서 관련 조례가 제정되었으며, 국회에서도 5개 이상의 관련 법안이 발의되었다. 신수정은 필수업무종사자법의 입법 과정을 살피며, 몇 가지 중요한 문제를 발견한다. 우선, 필수업무의 법적 근거를 과거 파업권을 제한하기 위해 규정한 내용에서 가지고 온다. 또한, 재난시기 필수노동자의 보호에 국한한 접근으로, 이들이 일상적으로 직면한 고용불안정과 그에 따른 고통 보호를 법의 틀에 포함하지 못했다. 뿐만 아니라, 대부분의 특수고용 노동자 등 많은 필수 노동자들이 근로기준법의 적용을 받지 못한다는 현실과 사회보장제도에서 노동자의 경계 외부에 머무르는 현실을 개선하지 못한다고 지적한다.

이제 여러 가지 의심이 실제로 확인되었다. 코로나19로 인해 추앙의 대상이 된 필수 노동자는 사실 불안정 노동자들을 달리 부르는 단어에 불과했다.<sup>377)</sup> 그리고 이들은 코로나19 대응 과정에서 대부분의 보호와 지원 정책의 외면을 받으면서도 곳곳이 다른 시민들의 삶을 유지하기 위한 노동을 이어왔다. 그 과정에서 제정된 필수노동자를 위한 법률에서도 이들에 대한 지원과 보호는 제한적이고 생색내기 수준이다. 이제 필수노동자를 둘러싸고 드러난 현상, 그 이면의 정치경제적 맥락은 어떠한지 조금 더 살펴보자.

#### 다. 이러한 재현이 어떻게 생겨났는가 - 시장을 유지하라

그동안 불안정 노동과 필수 노동을 둘러싼 많은 건강불평등 연구가 발표되었다. 대부분의 연구는 노동조건, 노동환경, 미시적 수준의 차별과 고통이 건강에 미치는 영향을 분석하거나, 그 과정을 매개하는 요인 - 소위 사회적 자본, 사회적 네트워크 등 - 의 존재가 이 영향을 어떻게 줄이거나 강화하는지를 보여주는 데 머물렀다. 결국 현재의 지식이 말하는 바는 이렇다. 첫째, 필수 노동자의 건강은 취약하다. 둘째, 이들에 대한 지원을 강화해서 취약성을 완화할 필요가 있다. 이러한 관점에서 미국의 백신접종 우선권이나 한국의 관련 법률 제정은 실질적인 해법이 분명하다. 하지만 이미 앞서 지적했듯이, 이는 자본의 입장에서 시장을 망가뜨리지 않는 수준으로 딱 필요한 만큼의 지원과

377) 앞선 사례에서 살펴 본 콜센터 노동자에 대한 김관욱(2021)의 연구는 1985년 4월 영국에서 첫 콜센터 업무의 출발 이후, 영국 산업계에 콜센터 노동이 어떻게 확산되었는지 보여준다. 제조업이 추락하는 빈자리에 소위 디지털 산업인 콜센터 노동이 자리 잡았고, 자연스럽게 저임금 여성, 불안정 노동자들의 일자리가 되었다. 더 저렴한 임금을 찾아 초기 콜센터 노동자들은 영국의 저임금 여성노동자에서 점차 영어가 가능한 인도 노동자들로 하청이 이루어진다. 약 10년의 간격을 두고 한국의 노동시장에서도 저임금 불안정 여성 노동자가 주를 이루는 (약 98%) 콜센터 노동이 자리 잡았다. 결론적으로 콜센터 노동을 필수노동이라 부르는 것은 위선적이고, 불안정 노동이 모습만 바꾸어 재창출 된 것에 불과하다고 설명한다. 그리고 이들이 한국 서울의 코로나19 감염 출발 진원지가 된 것이다.

보호에 불과하다. 따라서 실제 필수노동자의 건강이 일부 완화되었더라도, 이는 일시적 현상이거나 일부 지역에 국한하거나 착시일 가능성이 크다. 불안정 노동이 확산되고 ‘필수노동’이라는 이름이 등장하게 만든 현재의 체제에 대한 비판적 성찰이 동반되지 못한다면, 결국 불안정 노동자들의 건강 불평등은 현재보다 악화될 가능성이 크다.

결론적으로, 감염병 위기로 시장이 붕괴될 것을 우려한 자본은 불안정 노동자를 필수 노동자로 재탄생하고, 일시적이며 표피적인 지원정책을 제시하며, 불안정 노동과 건강불평등이라는 인과관계를 잠시 감추기 위한 전략을 구사했다. 또한, 기존의 건강불평등 연구는 불안정 노동과 건강 사이의 인과관계 규명에 초점을 맞추면서, 불안정 노동이 확산될 수밖에 없는 체제에 대한 비판적 관점을 상실했고, 이는 결국 불안정 노동자들의 건강불평등이 개선되지 못한 현재의 상황을 초래한 것이다. 넘치는 연구 논문의 개수에 비하여, 크게 달라지지 못한 불안정 노동자의 현실은 필연적이다.

## 라. 무엇이 문제가 아닌 것으로 남겨졌는가 - 필수노동자의 고용관계

‘비공식 노동(informal labor)’, 혹은 ‘불안정 노동(precarious labor)’이라는 단어는 국내에서 비정규직이라는 말과 함께 쓰여지곤 한다. 하지만 이런 말이 사람들에게 친숙해 진 것은 그리 오래지 않았다. 한국의 경우 1997년 IMF 구제금융 이후 불어 닥친 기업의 도산과 구조조정, 그리고 이에 뒤따른 해고와 고용불안이 그 시작이었다. 해와는 이보다 20여년 빠른 1970년대 말부터 노동시장 유연화 주장과 함께 등장했다. 소위 ‘평생직장(혹은 고용)’이 기본이던 서구권에서 신자유주의가 확산되기 시작하며, 지속가능한 경제성장을 위해 ‘유연성’은 필수적인 개혁 방향이 되었다. 노동시장 유연화 정책에 따라 기존의 정규직 노동자의 일자리는 비정형(혹은 비정규) 일자리로 바뀌게 되었다. 비정규 일자리는 정규직에 비하여 낮은 임금이거나 비숙련 노동을 요구하고, 여성과 이주민, 유색인종으로 채워졌다. 자연스레 비정규 노동이 건강에 부정적 영향을 미칠 수 있다는 가능성이 제기되었고, 일부 초기 연구에서는 불안정 노동이 부정적 건강영향을 일으킨다는 보고가 전체 관련 연구의 약 90%를 넘는다고 발표한다. 특히 이 주요한 경로로 ‘고용불안정성’이 관심을 받았다. 고용불안정성은 실업이 건강에 부정적 영향을 미치는 사회심리적 경로와 유사한 기전으로 건강에 영향을 미치고 있다는 주장이 바로 그것이다. 초기 연구에서 불안정 노동의 차원을 나누어 제시한 적이 있는데, ‘(지속성의 반대로서)임시성, 취약성(권력약화), 약한 보호(사회보장제도로부터의 배제), 낮은 소득’이 주요 특징이다. 지금 우리가 이야기하는 필수노동자는 정확하게 이 개념적 차원과 일치하는 양식이다.

이후 국제 연구와 논의는 발전하고, 2007년 세계보건기구의 건강의 사회적 결정요인 위원회 산

하에 구성된 고용조건 지식네트워크의 보고서를 통해 이 문제의 건강영향에 대한 개념적 틀이 제시된다. 특히 이 보고서는 건강불평등에 이르는 경로의 출발점인 고용 조건을 몇 가지로 구분한다. 이 분류에는 상용직, 실업, 불안정 고용, 비공식 고용, 아동 노동, 노예·담보노동이 포함된다. 고용조건은 미시적으로 건강관련 행태, 심리사회적 요인, 생리·병리적 변화의 경로를 통해 건강에 영향을 미칠 수 있다. 또한, 거시적으로 고용조건은 노동시장과 복지 정책, 정치경제적 권력관계의 영향 아래 놓인다.

앞의 사례에서도 일부 살펴보았듯이 국내에서도 불안정 노동의 건강 영향에 대한 연구가 활발하게 이루어졌다. 김영선은 2011년 산업안전보건연구원에서 시행한 3차 근로환경조사 자료를 활용하여, 고용 유연성(상용 노동과 비상용 노동으로 구분)에 따른 건강영향을 분석했다.<sup>378)</sup> 불안정 노동자가 물리적 위험인자 노출이 높고, 자율성과 업무요구, 사회적 지지와 같은 사회심리적 요인도 취약하며, 일부 근골격계 질환의 유병이 높은 것으로 나타났다. Kim 등(2016)은 비정규 노동자들이 정규직에 비하여 아파도 제대로 쉬지 못하는 현실을 실증적으로 제시한 바 있다.<sup>379)</sup> 또한, 2016년에 발표된 한 연구에서는 2014년까지 수행한 연구 중 한국의 비정규직 노동과 건강을 주제로 한 경우를 체계적으로 고찰하였다.<sup>380)</sup> 그 결과 전체 37편의 실증연구 중 35편에서 비정규직 노동의 건강불평등을 확인하였다. 앞서 소개한 국외 연구 결과가 한국에서도 그대로 재현되고 있었던 것이다. 그리고 바로 이들 중 상당수가 현재 우리가 알고 있는 필수노동자들의 고용조건과 닮아 있다.<sup>381)</sup>

## 5.5. 소결

건강불평등 지식은 생명정치에 적극적으로 복무한다. 이 연구에서 살펴본 사례는 물론, 사례를 확장하여 건강불평등 지식과 정책 전반을 관통하는 건강에 대한 이해는 가치중립적이지 않으며 다분히 자본주의적이다. 다시 말해 건강은 인적 자본 또는 노동력으로 그 중요성을 가진다. 따라서 그

378) 김영선. 2014. “고용 유연성이 근로자 건강에 미치는 영향”. 보건과사회과학, 36(1):201~22.

379) Kim, J. Y., Lee, J., Muntaner, C., Kim, S. S. 2016. “Who is working while sick? Nonstandard employment and its association with absenteeism and presenteeism in South Korea.” *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 89, 1095~1101.

380) 박주영, 이나경, 윤서현, 최보경, 김승섭. 2016. “한국의 비정규직 고용과 건강 연구에 대한 체계적 문헌 고찰”. *보건사회연구*, 36(3):119~57.

381) 엄밀히 말하면, 필수노동자를 비정규 노동자 혹은 불안정 노동자 일반과 동의어로 설명하기는 어렵다. 전통적인 노동시장이 1980년대 이후 정규직과 비정규직으로 분화하였다. 또한, 2010년대 이후 IT 기술의 발전과 더불어 플랫폼 기반의 노동이 등장하면서 생산직 비정규 노동과 또 다른 영역을 만들어 낸 것이 사실이다.

관리 역시 이윤 창출, 자본 축적 동력으로서의 건강을 대상으로 하는 것이다. 이와 같은 인적 자본으로의 건강 재현은 한편으로는 신자유주의적 통치의 결과다. 이 과정에서 힘이 약한 이들의 고통은 가려진 채 의제화되지 않는다. 취약 집단, 고위험 집단 혹은 필수인력을 호명하는 것은 이들의 삶을 통해 드러나는 고통에 주목하나, 그 고통이 발생하는 구조적 조건과 맥락을 고려하는 것은 아니다. 또한 이때의 집단은 원자화된 집단, 원자화된 개인을 전제한다. 표면적으로 드러나는 열악한 삶의 조건을 묘사함으로써 어떤 자원이 부족한지 찾고, 건강행동 개선을 제안하고, 때로는 유전 요인 등에 주목함으로써 사회 통제 메커니즘으로 기능할 뿐이다. 지식의 이와 같은 역할은 앞서 살펴 본 사례는 물론이거니와 노인 돌봄에서도 드러난다. 노인을 같은 사회구성원으로 인식하기보다는 사회적, 경제적 부담이 커지는 인구집단으로 인식하는 것은 노인을 의료서비스 혹은 복지서비스의 대상으로 인식하도록 함으로써 이들의 건강에 대한 대안은 돌봄이 아닌 ‘시설화’의 필요성으로 귀결되고 있다. 지역불평등 역시 마찬가지다. 서울과 수도권, 그리고 비수도권을 가로지르는 권력 불평등은 언급하지 않은 채 오히려 지역을 ‘무능’하게 그리는 것이 대표적이다.<sup>382)</sup>

생명권력은 (인적 자본이 부족하거나 없는) 특정 인구 집단의 건강하지 않음과 그로 인한 고통의 표현을 제한한다(담론 효과). 2장에서 논의하였듯이 국가는 생명권력을 통해 ‘인구’라는 통계학적 생명의 집합적 위험을 적정 수준으로 유지하고 관리함으로써 인구의 집합적 안전을 보장하는 것을 목표로 삼는다. 따라서 평균의 안전을 위해서라면 예외적인 생명, 즉 통계학적 정상성 밖에 존재하는 개별 생명과 이 생명의 안전을 돌보지 않는 것, 또는 이들을 위험집단으로 규정하는 것, 그리고 때로는 차별하고 배제하는 것이 정당화된다.<sup>383)</sup> 건강의 위험요인 또는 사회적 결정요인으로부터 불균형적으로 배제되거나, 소외되거나, 또는 취약한 이가 ‘누구’인지 반복해서 찾는 것은 결국 특정 인구집단을 대상화하는 것에 지나지 않는다. 이러한 맥락에서 앞서 살펴 본 사례와 같이 코로나19 대응 과정에서 ‘고위험집단’ 또는 ‘감염취약계층’을 호명하며 이들에 대한 보호 또는 방역 관리 ‘강화 대책’은 복합적인 재난에 대처하고 안전을 조절하는 전형적인 통치의 사례라 할 수 있다. 즉, 발병률·치명률 감소라는 목표를 위해 감염병 대응은 바이러스 감염으로부터 보호라는 일련의 조절 차원에서 이들에게 보상금을 지급하거나, 선제적 검사를 지원하는 등의 조치를 취했다. 이와 같은 조치는 이들 개인의 역량을 강화하는 한편, 재화와 안전을 관리하는 듯 보이나 이를 국가적 수준으로 적용하면 이런 식의 통치는 실질적으로 이들을 감시하고 통제함으로써 주체성을 박탈하고 그 결과

382) Bambra, C., Smith, K. E., Pearce, J. 2019. “Scaling up: the politics of health and place.” *Social Science & Medicine*, 232:36~42; 강원일보, “[신호등] 유능할 권력”, 2023년 8월 11일.

383) 비마이너, “[복지국가와 ‘생명정치’의 탄생 ③] 신자유주의 안전 메커니즘, ‘장애인의 위험도’를 계산한다.” 2018년 6월 14일.

실재하는 현실의 복합적인 고통에 대해 말하는 것을 어렵게 만든다.

신자유주의적 통치 질서에 예측된 권력 관계는 건강 문제를 개인화하는, 그래서 스스로 은밀하게 통치하는 주체를 만듦으로써 신자유주의적 지배 질서를 재생산하고 유지한다(‘주체화 효과’). 국가가 외면한 건강(하지 않음)과 고통에 대한 책무는 인적 자본을 관리하지 않은 개인에게 그 몫이 돌아간다. 여기에 경쟁을 조장하고 공동체 응집력을 약화시키는 신자유주의 통치를 통해 건강에 대한 개인의 책임, 즉 자기통치를 더욱 강화시키는 한편, 이들의 삶을 계속해서 자본주의 시장경제에 예속시킨다. 마지막으로 살펴본 필수노동자 사례가 대표적이다. 국가는 이들을 ‘필수인력’으로 호명하며 법을 마련하고 백신접종 등 우선순위 보호 대상자에 포함시켰지만, 그 이면에는 시장권력 수호가 자리했다. 필수노동자들은 고용 불안정성 정도가 높으며, 소득과 학력이 낮거나, 여성이거나, 고용이 불안정하거나, 나이 들었거나, 이민 온, 사회경제적으로 상대적으로 취약한 이들이다. 이들은 노동을 이어가야 했기에 감염 위험이 상대적으로 높았지만, 백신 접종 등 우선순위에 호명된 탓에 오히려 국가나 경제권력에 책임을 묻기 어려운 처지에 놓였다. 감염되지 않기 위해 스스로 개인의 ‘부주의’하고 ‘문제적’인 행동과 생활방식을 감시하고 관리해야만 했다. 즉, 문제를 개인화하여 은밀하게 자기를 통치해야 하는 처지에 놓인 것이다.

경제권력이 우선되는 자본주의 체제에서 이와 같은 신자유주의적 통치는 적극적인 개입을 통해 사람들의 삶의 조건을 불평등하게 분배하고 또 유지한다. 고통과 건강의 불평등이 해결되기보다는 심화되는 것은 그에 따른 필연적인 결과다(‘체험 효과’). 결론적으로 코로나19 팬데믹의 결과는 자본과 노동의 가치는 물론이거니와, 노동의 대가를 위계적으로 배분하는 방식을 그대로 반영한다. “죽게 내버려 두고 살게 하는” 권력은 노동력이 없거나 부족한, 따라서 인적 자본으로의 가치가 없거나 낮은 이들의 생명에 대한 책무를 발휘하지 않는 것은 물론, 이들의 생명을 구조적이고 체계적으로 덜 중요한 것으로 위계화하는 것이다.<sup>384)</sup> 더욱이 이러한 개입은 때로는 선택과 자율 혹은 보호의 명분으로 이들의 고통에 주목하는 듯 보이지만, 실질적으로는 부권주의적이고 억압적인 방식을 통해 이들을 낙인찍고 사회적으로 배제함으로써 결과적으로 불평등을 심화하는 결과를 가져왔다.

우리는 글의 처음에서 건강의 사회적 결정요인을 고려하는 공중보건체계가 대안이 될 수 있는지 질문했다. 건강불평등과 건강의 사회적 결정요인에 대한 지식 생산과 전환 과정마저 산업화되고 시장화된 오늘, 이는 난망해 보인다. 건강정책으로서의 사회정책을 주장하지만, 이 주장에는 불평등의 근본 원인인 자본과 이를 유지하는 체제에 대한 문제의식이 부재하다. 이러한 우리의 문제의식과 분

384) 도승연. 2014. 전계서.

석이 옳다면, 그 해법은 명료하다. 건강불평등 연구는 현 체제를 비판하는 분야로 거듭나야 하며, 그 과정에서 계급적 관점의 중요성을 놓치지 않아야 한다. 앞으로의 건강불평등 연구는 불평등한 현상의 나열이나, 불평등한 현상을 개선하는 - 혹은 개선하는 것처럼 보이는 - 미시적 수준의 변화와 개혁을 목표로 하는 연구 질문에서 벗어나야 한다. 이는 문제의 원인만 탐구하던 연구에서 문제의 해결방안을 제시하고 실증하는 연구로의 변화만으로 충분하지 않다. 무엇(누구)을 위한 변화인지, 어떻게 변화시켜야 할 것인지, 그리고 그 변화를 누가 이끌어 갈 것인지 등의 질문이 필요하다.

## 6. 결론

우리는 이 연구에서 포스트 코로나 시대를 맞아 사람 중심의 공중보건체계를 만들어가기 위하여 코로나19 팬데믹의 경험을 토대로 공중보건체계의 감춰진 부정적 속성을 조명하고 비판하는 것을 목표로 하였다. 이를 위해서는 먼저 코로나19 팬데믹의 존재를 어떻게 이해하는지가 중요하다. 서론에서 우리는 코로나19 팬데믹이 ‘사회적인 것’이자, 복합적이고 이질적인 요소를 포함한 다차원적 사건으로 규정될 수 있음을, 그리고 신자유주의 레짐과 위험사회의 틀, 기후위기·인류세와의 관계 속에서 이해할 필요가 있음을 제시하였다.

2장에서는 공중보건의 정치적 성격을 간과하는 기능주의적 접근에 반대하며 통치와 권력의 관점에서 공중보건체계를 비판적으로 재조명하고자 하였다. 특히 푸코의 생명정치, 생명권력, 통치성 개념을 이론적 토대로 활용하여 통치술로서의 공중보건체계의 본질을 드러내고자 하였다. 하지만 공중보건체계는 국가 단독의 일방적 의지만으로 운영되는 것이 아니라 ‘국가권력-경제권력-사회권력’이라는 세 권력의 상호작용 속에서 형성되고 작동되는 산물로 이해될 수 있다. 팬데믹 대응 과정을 살펴본 결과, 현재 공중보건체계는 국가권력과 경제권력의 지배적 영향력 속에 놓여 있음을 확인할 수 있었다. 하지만 동시에 미약하지만 사람들의 고통과 필요에 응답하기 위해 공중보건체계에 개입하는 사회권력의 여러 실천 사례들을 통해 변화의 가능성 또한 찾을 수 있었다.

3장에서는 사람 중심 관점에서 민주적 공공성과 건강형평성의 제고를 위한 시민 주도적 참여를 분석하기 위하여 네트워킹, 공동생산, 거버넌스 차원의 분석 모델링을 제안하였다. 시민 주도적 공중보건운동의 사례로 서부경남 공공의료 확충 시민운동, 돌봄의 정치 의제화 요구 운동, 코로나19 인권대응 네트워크 활동을 선정하고 앞서 제시한 분석 모델링을 적용하였다. 사례분석 결과, 코로나19에 의해 예상치 못하게 열린 공동생산의 장에 참여했던 시민들의 활동은 정부의 기획이 아닌, 긴급하고 자발적이며 자구적인 시민사회의 노력이었지만, 기존 권력관계의 불균형을 일부라도 전환하는데 실패한 것으로 보인다. 오히려 국가권력이 의제의 전유함으로써 시민들의 당면한 요구들에 부응하고 있다는 형식적 통치를 강화하는 데 이용된 측면이 있었다.

4장에서는 신자유주의적 분권화의 위협에서 벗어나면서 더 높은 수준의 시민참여를 가능하게 하는 지역분권형 공중보건체계의 가능성과 대안을 탐색하였다. 지역별 코로나19 대응 백서를 분석한 결과, 국가 중심의 정책으로는 해결하기 어려운 지역 현장 문제에 대해 지역이 가장 잘 파악하고, 또 신속하게 필요한 대응을 했다는 점을 확인할 수 있었다. 하지만 지방정부의 권한 부재에 따른 한계와 책임성을 담보하는 기제를 마련할 필요성, 그리고 국가와 지역 간 정책 방향을 조정할 필요성

도 확인할 수 있었다. 이어서 다른 나라의 보건의료체계 분권화와 분권화된 체계의 코로나19 대응에 대한 분석을 통해 한국 공중보건체계 분권화에서 고려해야 할 기제를 도출하였고, 신자유주의적 분권화가 아닌 민주적 분권화, 평등한 분권화라는 대안적 지역분권 원리를 제안하였다.

5장에서는 건강의 사회적 결정요인 접근이 왜 건강불평등을 줄이지 못하는가라는 질문에 대해 WPR 접근을 적용하여 답을 찾고자 하였다. 이를 위해 코로나19 시기 콜센터 집단감염과 필수노동자 보호 제도 마련 사례를 통해 건강불평등 지식이 이를 어떻게 문제화하고 재현하는지 고찰하였다. 건강불평등 연구를 고찰한 결과, 이러한 지식은 콜센터 노동자와 필수노동자의 건강을 인적 자본 또는 노동력으로 개념화하고 있었다. 이들을 고위험 집단 혹은 필수인력으로 호명함으로써 이들의 삶을 통해 드러나는 고통에는 주목하였지만, 그 고통이 발생하는 구조적인 조건과 맥락에는 관심을 두지 않았다. 이를 토대로 우리는 건강불평등 연구가 불평등한 현상의 나열이나 미시적 수준의 개선을 목표로하는 데에서 벗어나 현재의 체제를 비판하는 분야로 거듭나야 함을 주장하였다.

이상의 연구결과를 종합할 때, 건강불평등 문제를 해결하는 사람 중심의 시민주도형, 지역분권형 공중보건체계를 만들어가기 위해 우리에게 주어진 과제는 어떻게 사회권력을 강화하여 불평등한 구조와 체제, 신자유주의적 레짐을 변화시킬 것인지에 대한 실천론을 제시하는 것이다.

## 참고문헌

- Abimbola, et al. 2019. "The impacts of decentralization on health system equity, efficiency and resilience: a realist synthesis of the evidence." *Health Policy and Planning*, 34:605~17.
- Abrams, E. M., Szefler, S. J. 2020. "COVID-19 and the impact of social determinants of health." *The Lancet Respiratory Medicine*, 8(7):659~61.
- Ahmad, E., Hewitt, D., Ruggiero, A. 1997. Assigning expenditure responsibilities. In Ter-Minassian (ed.), *Fiscal Federalism in Theory and Practice*. Washington, DC: International Monetary Fund, pp.25~48.
- Alderson, P. 2021. *Critical realism for health and illness research: A practical introduction*. Bristol, UK: Policy Press.
- Alford, J., Head, B. W. 2017. "Wicked and less wicked problems: a typology and a contingency framework." *Policy and Society*, 36(3):397~413
- Alhassan, R. K., et al. 2023. "Global Health Security Index Not a Proven Surrogate for Health Systems Capacity to Respond to Pandemics: The Case of Covid-19." *J Infect Public Health*, 16(2):196~205.
- Amoore, L. 2013. *The Politics of Possibility: Risk and Security Beyond Probability*. Durham: Duke University Press.
- Bacchi, C. 2009. *Analysing policy*. Pearson Higher Education AU.
- Bambra, C., Smith, K. E., Pearce, J. 2019. "Scaling up: the politics of health and place." *Social Science & Medicine*, 232:36~42.
- Beck, U. 1992. *Risk Society: Towards a New Modernity*. London: SAGE Publications.
- Beck, U. 2016. *The Metamorphosis of the World*. Cambridge: Polity.
- Becker, G. S. 1976. *Human Capital*. New York: National Bureau of Economic Research.
- Béland, D., He, A. J., Ramesh, M. 2022. "COVID-19, crisis responses, and public policies: from the persistence of inequalities to the importance of policy design." *Policy and Society*, 41(2):187~98.
- Bossert, T. 1998. "Analysing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance." *Social Science and Medicine*, 47:1513~27.
- Brandsen, T., Steen, T., Verschuere, B. 2018. "Co-creation and Co-production in Public Services: Urgent Issues in Practice and Research." in *Co-production and Co-creation: Engaging Citizens in Public Services*. New York: Routledge.
- Brooks, H. 1994. "The relationship between science and technology." *Research Policy*, 23(5):477~86.
- Brown, W. 2006. *Regulating aversion: Tolerance in the age of identity and empire*. Princeton University Press.
- Burström, B., Tao, W. 2020. "Social determinants of health and inequalities in COVID-19." *European journal of public health*, 30(4):617~18.
- Capano, G., Lippi, A. 2021. "Decentralization, policy capacities, and varieties of first health response to the COVID-19 outbreak: Evidence from three regions in Italy." *Journal of European Public Policy*, 28(8):1197~1218.
- Castañeda, T., Beeharry, G., Griffin, C. 1999. *Decentralization of health services in Latin American*

- Countries: Issues and some lessons. In Burki, S. J., Perry, G., Eid, F., Freire, M., Vergara, V., Webb, S. (Eds.), *Annual World Bank Conference on Development in Latin America and the Caribbean, 1999: Decentralization and accountability of the public sector* (pp. 249-272). Washington: The World Bank.
- Chakrabarty, D. 2015. "The Human Condition in the Anthropocene." *The Tanner Lectures in Human Values*. Yale University.
- Charles, C., DeMaio, S. 1993. "Lay Participation in Health Care Decision Making: A Conceptual Framework." *J Health Polit Policy Law*, 18:881~904.
- Cho, S. S., Kim, H., Lee, J., Lim, S., Jeong, W. C. 2019. "Combined exposure of emotional labor and job insecurity on depressive symptoms among female call-center workers: A cross-sectional study." *Medicine*, 98(12).
- Choi, H., Kim, S. Y., Kim, J. W., Park, Y., Kim, M. H. 2021. "Mainstreaming of health equity in infectious disease control policy during the COVID-19 pandemic era." *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 54(1):1~17.
- Christensen, T. 2021. "The social policy response to COVID-19: the failure to help vulnerable children and elderly people." *Public Organization Review*, 21(4):707~22.
- Constantinou, C. S. 2022. "Responses to Covid-19 as a form of 'biopower'." *International Review of Sociology*, 32(1):29~39.
- Cook, S., Ulriksen, M. S. 2021. "Social policy responses to COVID-19: New issues, old solutions?" *Global Social Policy*, 21(3):381~95.
- Cornwall, A. 2002. "Making Spaces, Changing Places: Situating Participation in Development." *IDS Working Paper*, 170, Brighton: IDS.
- Cornwall, A. 2004. "Spaces for transformation? Reflections on issues of power and difference in participation in development." in *Participation: From tyranny to transformation? Exploring new approaches to participation in development*, 75~91.
- Deacon, R. 2000. "Theory as practice: Foucault's concept of problematization." *Telos*, 118:127~42.
- Diderichsen, F., Evans, T., Whitehead, M. 2001. *The social basis of disparities in health. Challenging inequities in health: From ethics to action*, 1, 12~23.
- DiPrete, T. A., Fox-Williams, B. N. 2021. "The relevance of inequality research in sociology for inequality reduction." *Socius*, 7:23780231211020199.
- Doellgast, V., Pannini, E. 2015. "The impact of outsourcing on job quality for call centre workers in the telecommunications and call centre subcontractor industries." *The outsourcing challenge*, 117.
- Dutta, M. J. 2016. *Neoliberal health organizing: Communication, meaning, and politics*. London: Taylor & Francis.
- El-Jardali, F., Bou-Karroum, L., Fadlallah, R. 2020. "Amplifying the role of knowledge translation platforms in the COVID-19 pandemic response." *Health Research Policy and Systems*, 18:1~7.
- Eric, D. C. 2015. "Making the Blue Zones: Neoliberalism and nudges in public health promotion." *Social Science & Medicine*, 133:374~82.
- Ernst, E. 2021. "The Paradox of Efficiency: Why the Second-Best May Help Us Hedging Risks in Uncertain Times" in *Productivity and the Pandemic*. UK: Edward Elgar.

- Esteves, R. 2012. "The quest for equity in Latin America: A comparative analysis of the healthcare reforms in Brazil and Colombia." *International Journal for Equity in Health*, 11(6).
- Ford, J. D., et al. 2022. "Interactions between Climate and Covid-19." *The Lancet Planetary Health*, 6(10):e825~e33.
- Foucault, M. 2000. *Power: Essential Works of Foucault 1954-1984*. New York: New Press.
- Frankenberg, G. 2014. *Political Technology and the Erosion of the Rule of Law: Normalizing the State of Exception*. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing.
- Ganguly, S. 2015. *Deliberating environmental policy in India: Participation and the role of advocacy*. Routledge.
- Gaventa, J. 2006. "Finding the spaces for change: a power analysis." *IDS Bulletin*, 37(6):23~33.
- Goldthorpe, J. H. 2010. "Analysing social inequality: a critique of two recent contributions from economics and epidemiology." *European Sociological Review*, 26(6): 731~44.
- Han, K. M., Chang, J., Won, E., Lee, M. S., Ham, B. J. 2017. "Precarious employment associated with depressive symptoms and suicidal ideation in adult wage workers." *Journal of affective disorders*, 218:201~9.
- Harrison, et al., 2002. "Guest editorial: public and user 'involvement' in the UK National Health Service." *Health and Social Care in the Community*, 10(2):63~6.
- Heinsch, M., Cootes, H., Tickner, C. 2023. "Another implementation science is possible: engaging an 'intelligent public' in knowledge translation." *Health Sociology Review*, 32(1):5~18.
- Heyd, T. 2021. "Covid-19 and Climate Change in the Times of the Anthropocene." *The Anthropocene Review*, 8(1):21~36.
- Hooghe, L., Marks, G., Schakel, A. H. 2020. Multilevel governance. In D. Caramani (ed.), *Comparative Politics*, 5th edition. Oxford: Oxford University Press, pp.193~210.
- Hooghe, L., Marks, G., Schakel, A. H., Osterkat, S. C., Niedzwiecki, S., Shair-Rosenfield, S. 2016. *Measuring regional authority: A postfunctionalist theory of governance*, Volume I. Oxford University Press.
- IOM (Institute of Medicine). 1988. *The Future of Public Health*. Washington, DC: National Academy Press.
- Jackson, P. S. 2013. "Fearing future epidemics: the cholera crisis of 1892." *Cultural Geographies*, 20(1):43~65.
- Jacques, O., Noël, A. 2022. "The politics of public health investments." *Social Science & Medicine*, 309:115272.
- Jacqui, T. 2022. "Covid-19: Trust in government and other people linked with lower infection rate and higher vaccination uptake." *BMJ*, 376.
- Jahidur, R. K., Nabil, A., Mazharul, I., Olav, M.. 2020. "Healthcare Capacity, Health Expenditure, and Civil Society as Predictors of COVID-19 Case Fatalities: A Global Analysis." *Frontiers in Public Health*, 8:347.
- Jung, J., Lee, H., Song, K. H. 2020. "Public finance responses to COVID-19 in Korea." *National Tax Journal*, 73(3):879~900.
- Kania, J., et al. 2022. "Centering Equity in Collective Impact." *Stanford Social Innovation Review*,

- 20(1):38-45.
- Kania, J., Kramer, M. 2011. "Collective impact." Beijing, China: FSG. pp.36~41.
- Karasek Jr, R. A. 1979. "Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign." *Administrative science quarterly*, 285~308.
- Karsten, V. 2007. Towards a typology for decentralization in health care. In Saltman et al. eds, *Decentralization in health care*. McGraw-hill education(UK).
- Kim, H. J., Choo, J. 2017. "Emotional labor: Links to depression and work-related musculoskeletal disorders in call center workers." *Workplace health & safety*, 65(8): 346~54.
- Kim, J. Y., Lee, J., Muntaner, C., Kim, S. S. 2016. "Who is working while sick? Nonstandard employment and its association with absenteeism and presenteeism in South Korea." *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 89, 1095~1101.
- Kim, W., Ki, M., Choi, M., Song, A. 2019. "Comparable risk of suicidal ideation between workers at precarious employment and unemployment: data from the Korean Welfare Panel Study, 2012-2017." *International journal of environmental research and public health*, 16(16):2811.
- Kim, Y., Park, J., Park, M. 2016. "Creating a culture of prevention in occupational safety and health practice." *Safety and health at work*, 7(2):89~96.
- Ladner, A., Keuffer, N., Baldersheim, H., Hlepas, N., Swianiewicz, P., Steyvers, K., Navarro, C. 2019. The local autonomy index (LAI). In *Patterns of local autonomy in Europe*. Palgrave Macmillan, Cham.
- Ladner, A., Keuffer, N., Baldersheim, H., Hlepas, N., Swianiewicz, P., Steyvers, K., Navarro, C. 2019. The local autonomy index(LAI). In *Patterns of local autonomy in Europe*. Palgrave Macmillan, Cham.
- Latour, B. 2021. "Is This a Dress Rehearsal?" *Critical Inquiry*, 47(S2):S25~S27.
- Lawrence, L. M., Bishop, A., Curran, J. 2019. "Integrated knowledge translation with public health policy makers: a scoping review." *Healthcare Policy*, 14(3):55.
- Lin, V. 2020. "Beyond pandemic management: How WHO can address post-COVID-19 futures." *Global Social Policy*, 20(3):399~405.
- Link, B. G., García, S. J. 2021. "Diversion: how the underrepresentation of research on advantaged groups leaves explanations for health inequalities incomplete." *Journal of Health and Social Behavior*, 62(3):334-49.
- Londoño, B., Jaramillo, I., Uribe, J. P. 1999. *Descentralización y Reforma en los Servicios de Salud: El Caso Colombiano*. Bogotá: Banco Mundial.
- Long, C. M., Andrea, M. 2021. "Biodefence Research Two Decades On: Worth the Investment?" *Lancet Infect Dis*, 21(8):e222~e33.
- Lv, A., Luo, T., Duckett, J. 2022. "Centralization vs. Decentralization in COVID-19 Responses: Lessons from China." *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 47(3): 411~27.
- Lynch, M., Bogen, D. 1997. "Sociology's asociological 'core': An examination of textbook sociology in light of the sociology of scientific knowledge." *American sociological review*, 481~93.
- Marchildon, G. P., Bossert, T. J. (Eds.). 2018. *Federalism and decentralization in health care: a decision space approach*. University of Toronto Press.
- Marchildon, G. P., Bossert, T. J. (Eds.). 2018. *Federalism and decentralization in health care: a*

- decision space approach. University of Toronto Press.
- Marmot, M. 2002. "The influence of income on health: views of an epidemiologist." *Health affairs*, 21(2):31~46.
- Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Herd, E., Morrison, J. 2021. *Build back fairer: the COVID-19 Marmot review the pandemic, socioeconomic and health inequalities in England*.
- Marten, R., et al. 2021. "Co-producing the covid-19 response in Germany, Hong Kong, Lebanon, and Pakistan." *BMJ*, 372:n243.
- Massetti, E., Schakel, A. H. 2017. "Decentralisation reforms and regionalist parties' strength: Accommodation, empowerment or both?" *Political Studies*, 65(2):432~51.
- McEwen, B. S. 1998. "Protective and damaging effects of stress mediators." *New England journal of medicine*, 338(3):171~79.
- McInnes, C. 2005. *Health, Security and the Risk Society*. London: Nuffield Trust.
- Mckinlay, A. 2009. "Foucault, Plague, Defoe." *Culture and Organization*, 15(2):167~84.
- Medeiros, P., et al. 2022. "Building capacity for integrated knowledge translation: a description of what we can learn from trainees' experiences during the COVID-19 pandemic." *Health Research Policy and Systems*, 20(1):100.
- Molina, G., Vargas, J., Londono, B. 2014. Ch3. *Decentralization and Public Health: An Analysis of the Health System in Five Latin American Countries: Argentina, Brazil, Chile, Colombia and Mexico*, in Krishna Regmi (ed) *Decentralizing Health Services: A Global Perspective*. New York: Springer.
- Muntaner C, Lynch J, Oates GL. 1999. "The Social Class Determinants of Income Inequality and Social Cohesion." *International Journal of Health Services*. 29(4):699~732.
- Muntaner C, Lynch J. 1999. "Income inequality, social cohesion, and class relations: a critique of Wilkinson's neo-Durkheimian research program." *International journal of health services*. 29(1):59~81.
- Muntaner, C., Chung, H., Murphy, K., Ng, E. 2012. "Barriers to knowledge production, knowledge translation, and urban health policy change: ideological, economic, and political considerations." *Journal of Urban Health*, 89:91~24.
- Navarro, V. 2009. "What we mean by social determinants of health." *International Journal of Health Services*, 39(3):423~41.
- Neilson, D. 2020. "Bringing in the 'Neoliberal Model of Development'." *Capital & Class* 44(1):85~108.
- Neilson, D. 2021. "Reversing the Catastrophe of Neoliberal-Led Global Capitalism in the Time of Coronavirus: Towards a Democratic Socialist Alternative." *Capital & Class* 45(2):191~213.
- O'Campo, P., Dunn, J. R. (Eds.). 2011. *Rethinking social epidemiology: towards a science of change*. Springer Science & Business Media.
- Oates, W. E. 1972. *Fiscal Federalism*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- OECD, 2011. *Together for Better Public Services: Partnering with Citizens and Civil Society*.
- Paremoer, L., Nandi, S., Serag, H., Baum, F. 2021. "Covid-19 pandemic and the social determinants of health." *bmj*, 372.
- Park, S. Y., et al. 2020. "Coronavirus disease outbreak in call center, South Korea." *Emerging infectious diseases*, 26(8):1666.

- Phelan, J. C., Link, B. G., Tehranifar, P. 2010. "Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications." *Journal of health and social behavior*, 51(1\_suppl):S28~S40.
- Pickersgill, M., et al. 2022. "Pandemic preparedness means policy makers need to work with social scientists." *The Lancet*, 400:547~49.
- Pollard, G., Studdert, J., Tiratelli, L. 2021. "Community Power: The Evidence." *New Local*.
- Powell, W. 1990. "Neither Market Nor Hierarchy: Network Forms of Organization." *Researching Organizational Behavior*, 12:295~336.
- Randolph, N. 2021. "Making Live and Letting Die in COVID-19: The Biopolitics of Race, Space and Freedom." *Spectra*, 8(2):7~18.
- Rogers, M. B., Pearce, J. M. 2013. "Risk Communication, Risk Perception and Behavior as Foundations of Effective National Security Practices" in *Strategic Intelligence Management*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Rondinelli, D.A. 1983. "Decentralization in developing countries." Staff Working Paper 581. Washington, DC, World Bank.
- Rose, J. 2021. "Biopolitics, Essential Labor, and the Political-Economic Crises of COVID-19." *Leisure Sciences*, 43(1-2):211~17.
- Rushton, S. 2011. "Global Health Security: Security for Whom? Security from What?" *Political Studies*, 59(4):779~96.
- Schakel, A. H. 2009. "Explaining policy allocation over governmental tiers by identity and functionality." *Acta Politica*, 44(4):385~409.
- Schneider, A. 2003. "Decentralization: Conceptualization and measurement." *Studies in Comparative International Development*, 38(3):32~56.
- Shah, A. 2006. A comparative institutional framework for responsive, responsible, and accountable governance. In A. Shah (ed.), *Local Governance in Industrial Countries*. Washington, DC: World Bank, pp.1~40.
- Sharp, H. 2007. "The force of ideas in Spinoza." *Political Theory*, 35(6):732~755.
- Shirk, J. L., et al. 2012. "Public participation in scientific research: a framework for deliberate design." *Ecology and society*, 17(2).
- Sorrentino, M., Sicilia, M., Howlett, M. 2018. "Understanding co-production as a new public governance tool." *Policy and Society*, 37(3):277~93.
- Sparke, M. 2020. "Neoliberal regime change and the remaking of global health: from rollback disinvestment to rollout reinvestment and reterritorialization." *Review of International Political Economy*, 27(1):48~74
- Steen, T., Brandson, T. 2020. "Coproduction during and after the COVID-19 Pandemic: Will It Last?" *Public Administration Review*, 80(5):851~55.
- Tiebout, C. M. 1956. "A pure theory of local expenditures." *Journal of Political Economy*, 64:416~24.
- Tilzey, M. 2018. "The Neoliberal Food Regime in Crisis?" in *Political Ecology, Food Regimes, and Food Sovereignty: Crisis, Resistance, and Resilience*. Cham: Springer International Publishing.
- Tirivayi, N., et al. 2020. A rapid review of economic policy and social protection responses to health

- and economic crises and their effects on children: Lessons for the COVID-19 pandemic response. Innocenti Working Papers, no. 2020-02, UNICEF Office of Research.
- Tomkow, L. 2020. "The emergence and utilisation of frailty in the United Kingdom: a contemporary biopolitical practice." *Ageing & Society*, 40(4):695~712.
- Tomkow, L., Pascall-Jones, P., Carter, D. 2022. "Frailty goes viral: a critical discourse analysis of COVID-19 national clinical guidelines in the United Kingdom." *Critical Public Health*, 1~8.
- Treisman, D. 2007. *The Architecture of Government: Rethinking Political Decentralization*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Turnock, B. J. 2016. *Public Health: What It Is and How It Works*. Jones & Bartlett Learning (sixth edit). Jones & Bartlett Learning.
- Umney, C., Coderre-LaPalme, G. 2021. "Marketisation and regional planning in neoliberal public services: Evidence from French hospitals." *Capital & Class*, 46(3).
- Van Bueren, E. M., Klijn, E. H., Koppenjan, J. F. 2003. "Dealing with Wicked Problems in Networks: Analysing an Environmental Debate from a Network Perspective." *Journal of Public Administration Research and Theory*, 13:193~212.
- Verkuil, P. R. 2007. *Outsourcing sovereignty: Why privatization of government functions threatens democracy and what we can do about it*. New York: Cambridge University Press.
- Wait, S., Nolte, E. 2006. "Public involvement policies in health: exploring their conceptual basis." *Health Economics, Policy and Law*, 1(2):149~62.
- Ward, K., England, K. 2007. "Introduction: Reading Neoliberalization" in *Neoliberalization: States, Networks, Peoples*. MA: Blackwell.
- Whitehead, M., Barr, B., Taylor-Robinson, D. 2020. Covid-19: We are not "all in it together" – less privileged in society are suffering the brunt of the damage. the bmj opinion.
- Wilkinson RG. 1999. "Income inequality, social cohesion, and health: clarifying the theory—a reply to Muntaner and Lynch." *International Journal of health services*. 29(3):525~43.
- Winslow, C. E. A. 1920. "The Untilled Fields of Public Health." *Science*, 51:23~33.
- World Health Organization. 2008. *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. World Health Organization.
- Yang, H. C., Ju, Y. H., Lee, Y. C. 2016. "Effects of job stress on self-esteem, job satisfaction, and turnover intention." *Journal of Transnational Management*, 21(1):29~39.
- Yates, J. J. 2009. "Mapping the Good World: The New Cosmopolitans and Our Changing World Picture." *The Hedgehog Review*, 11(3):7~27.
- Yngwe, M. Å., Fritzell, J., Lundberg, O., Diderichsen, F., Burström, B. 2003. "Exploring relative deprivation: is social comparison a mechanism in the relation between income and health?" *Social science & medicine*, 57(8):1463~73.
- Yoon, J., Yi, K., Kim, S., Oh, J., Lee, J. 2007. "The relationship between occupational stress and musculoskeletal symptoms in call center employees." *Korean Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 19(4):293~303.
- Zinn, J. O. 2020. "'A Monstrous Threat': How a State of Exception Turns into a 'New Normal'" *Journal of Risk Research*, 23(7-8):1083~91.

- 강내희. 2013. “변혁운동의 거점에서 신자유주의 지배공간으로: 1980년대 이후 한국의 대학”. 역사비평, 65~88.
- 강순규. 2023. “텍스트마이닝을 활용한 국내 건강불평등 키워드 분석”. 비판사회정책, (78), 257~79.
- 강영진. 2009. “거버넌스를 통한 정책갈등 예방모색 : 불안사태와 제주해군기지 사례를 중심으로”. 국정관리연구, 4(2):67~92.
- 강창현. 2008. “스웨덴 노인보건복지 분권화 연구: Ädel 개혁의 함의”. 한국거버넌스학회보, 15(2): 241~64.
- 高坂晶子. 2023. “イベントリスクにおける国と地方の関係の再構築 - コロナ禍における対応を踏まえて -”. JRILレビュー 2(105):45~66.
- 龜ヶ谷雅彦. 1993. “自粛現象の社会心理”. 学習院大学大学院政治学研究科政治学論集 (第6号):49~96.
- 권순만, 유명순, 오주환, 김수정, 전보영. 2012. “보건의료정책 의사결정과 시민참여: ‘건강보험 보장성 시민위원회’의 사례”. 보건행정학회지, 22(4).
- 권향원, 윤형근. 2020. “공공문제해결을 위한 ‘정책 공동생산’(co-production)의 개념적 이해 및 사례의 유형화 연구”. 한국사회와 행정연구, 30(4):1~26.
- 김관욱. 2013. 콜센터 여성의 노동과 흡연, 그리고 주체성, 서울대학교인류학과 석사학위논문.
- 김관욱. 2018. “저항의 무게: 콜센터 여성상담사의 노동조합 형성에 대한 몸의 현상학”. 한국문화인류학, 51(3):159~206.
- 김관욱. 2021. “필수노동자인가 사이버타리아 (cybertariat)인가: 영국, 인도, 한국 콜센터 여성상담사에 대한 비교를 중심으로”. 비교문화연구, 27(1):57~99.
- 김대중. 2012. “프랑스 의료서비스 공급체계와 시사점”. 보건복지 이슈 앤 포커스. 한국보건사회연구원.
- 김명희. 2023. “한국의 건강불평등, 무엇을 어떻게 연구할 것인가”. 한국건강형평연구, 1:1~6.
- 김문정. 2016. “신자유주의적 개인주의와 자율성 존중의 원칙”. 한국의료윤리학회지, 19(3):267~81.
- 김미, 민현정. 2004. “한국 보건의료 시민단체의 역할과 성격에 관한 경험적 분석”. 한국거버넌스학회보, 11(2):257~281.
- 김새롬. 2019. 건강증진사업에서 권력강화적 참여의 과정: 건강새마을 조성사업에 대한 심층사례연구. 서울대 보건대학원 박사학위논문.
- 김영선. 2014. “고용 유연성이 근로자 건강에 미치는 영향”. 보건과사회과학, 36(1):201~22.
- 김용현. 2019. “푸코 통치성으로 본 복지국가의 기원과 그 사회적 효과”. 사회복지정책, 46(3):157~77.
- 김찬완, 김성희. 2015. “케랄라 반자야프와 여성권한: 지속가능한 발전으로서의 ‘케랄라 모델’을 중심으로”. 남아시아 연구, 21(1):27~56.
- 김창엽 등. 2022. <돌봄이 돌보는 세계>. 서울: 동아시아.
- 김창엽. 2016. “공중보건정책과 건강 형평성”. 보건행정학회지, 26(4): 256~64)
- 김창엽. 2017. “건강불평등 연구: 예외 사례로부터 사회구조로”. 한국건강형평학회 봄 정기학술대회 발표문.
- 김창엽. 2019. <건강의 공공성과 공공보건 의료>. 파주: 한울.
- 김창엽. 2021. “코로나 19의 사회적 존재론과 ‘방역’이라는 국가 통치”. 지식의 지평, (31):10~26.
- 김창엽, 김명희, 장숙량, 하랑경, 박은혜. 2020. <건강한 노화와 건강 형평성 제고를 위한 신 건강정책 추진 전략>. 보건복지부-서울대학교 산학협력단.
- 김춘만, 나운환, 이해경. 2006, “지방분권에 따른 직업재활시설 운영실태에 관한 연구”. 특수교육재활과학연구, 45(3):191~213.
- 김환석. 2010. “과학기술 민주화의 이론과 실천”. 경제와 사회, 85:12~39.
- 나백주. 2021. “코로나19 유행은 향후 한국 보건소 기능 개편에 어떤 영향을 미치게 될까?”. 대한공공의학회지, 5:1~10.

- 도승연. 2014. “푸코의 통치성 관점에서 바라본 신빈곤 속의 여성의 삶: 21세기 한국 노동이부여성 노동자의 경우에 관하여.” 한국여성철학, 22.
- 라이트, 에릭 올린. (권화현 옮김). 2012. <리얼 유토피아: 좋은 사회를 향한 진지한 대화>. 파주: 들녘.
- 라이트, 에릭 올린. (유강은 옮김). 2019. <21세기를 살아가는 반자본주의자를 위한 안내서>. 서울: 이매진.
- 램케, 토마스. (심성보 옮김). 2015. <생명정치란 무엇인가>. 서울: 그린비.
- 모인, 새뮤얼. (김대근 옮김). 2022. <충분하지 않다 - 불평등한 세계를 넘어서는 인권>. 파주: 글항아리.
- 바디우, 알랭. (이종영 옮김). 2001. <윤리학>. 서울: 동문선.
- 박여리, 김명희, 김새롬. 2017. “건강불평등 지식전환”. 보건과 사회과학, 44:45~80.
- 박주영, 이나경, 윤서현, 최보경, 김승섭. 2016. “한국의 비정규직 고용과 건강 연구에 대한 체계적 문헌고찰”. 보건 사회연구, 36(3):119~57.
- 박태순. 2020. “서부경남 공공의료 확충 공론화 사례를 통한 시민주도 자율적 공론장 가능성과 과제 연구”. 한국 NGO학회 추계공동학술회의 발표논문집.
- 박혜자. 2008. “보건복지행정의 기능과 재정분담에 있어 중앙-지방정부간 관계의 변화”. 한국지방자치학회보 20(3):135~57.
- 배상수. 2016. “공중보건체계의 개념과 발전 과제”. 보건행정학회지. 26(4):246~255.
- 버틀러, 주디스. (김정아 옮김). 2021. <비폭력의 힘: 윤리학-정치학 잇기>. 파주: 문학동네.
- 베버, 막스. (전성우 옮김). 1997. <막스 베버의 사회과학 방법론>. 서울: 사회비평사.
- 사토, 요시유키. 2014. <신자유주의와 권력>. 서울: 후마니타스.
- 西谷修. 2020. “緊急事態とエコロジー闘争——「戦い」の向きを変える”. 世界 (2020年5月号):42~51.
- 서정훈. 2015. “M. Foucault의 권력지식관계론에 기초한 한국의 복지담론 해석”. 한국사회복지학, 67(4):79~101.
- 신수정. 2021. “필수노동자에 대한 법적 보호 방안”. 사회법연구, 44:25~52.
- 신영전. 2010. “‘의료민영화’ 정책과 이에 대한 사회적 대응의 역사적 맥락과 전개”. 상황과복지, 29:10~45.
- 양기용 등. 2021. “지역사회 문제해결형 네트워크 역량변화에 관한 연구: 콜렉티브 임팩트 접근을 중심으로”. 인문사회과학연구, 22(3):275~306.
- 양은경. 2016. “위험에 처한 몸: ‘생활습관병’의 사회적 구성과 위험의 개인화”. 언론과 사회, 24(2):47~88.
- 여유진, 김성아. 2020. “코로나 19 에 대응한 긴급지원 대책의 주요 내용과 과제”. 보건복지 Issue & Focus, 382:1~12.
- 오승환. 2006. “참여정부의 재정분권이 지방자치단체의 정신보건 서비스에 미친 영향 분석”. 정신보건과사회사업, 22:236~57.
- 윤민재. 2012. “한국의 대통령 리더십과 통치성, 그리고 정치사회”. 기억과 전망, 27:10~45.
- 윤혜선. 2018. “정밀의료의 출현에 대한 규제의 시선: 미국의 ‘정밀의료 발전계획’을 단초로”. 법학논총, 35(4):55~91.
- 은 없다”, 2022년 7월 31일.
- 이기흥. 2015. “사회과학에서 가치와 객관성”. 사회와이론, 261~308.
- 이기흥. 2017. “숫자로 통치한다”. 사회과학연구, 56(2):421~49.
- 이기흥. 2019a. “누가 1 등인가?: 등위평가의 사회학”. 사회과학연구, 58(2):265~97.
- 이기흥. 2019b. <사회과학의 철학적 기초>. 파주: 한울아카데미.
- 이기흥. 2021a. “‘가설-검증’과 설명의 추구”. 경제와사회, 118~54.
- 이기흥. 2021b. “정치적 성공, 지적 실패: 수량사회학의 사회학”. 사회와이론, 95~132.
- 이명원. 2011. “신자유주의 대학정책과 한국의 대학”. 문학들, (25):49~64).

- 이문수. 2019. “신자유주의적 통치성, 주체, 그리고 공공성의 문제: Foucault의 1978~1979년 강의를 중심으로”. 정 부학연구, 25(2):59~90.
- 이병훈, 강혜영, 권현지, 김종성. 2006. <콜센터의 고용관계와 노동문제>. 한국노동연구원. 세종: 한국노동연구원.
- 이상일. 2001. “지방재정 분권화와 보건소 이용자의 형평성과의 관계 연구”. 한국사회정책, 8(2):103~36.
- 이선영, 등. 2021. “콜센터에서 발생한 코로나19 유행 역학조사 결과”. 주간 건강과질병, 14(19):1225~31.
- 이승윤, 백승호. 2022. “COVID-19 재난과 필수노동자: 필수노동자 개념들과 지원정책 제언”. 시민과세계, 53~95.
- 이승윤, 조혁진. 2019. “콜센터 하청노동자의 불안정한 고용관계와 사회보장제 경험에 대한 질적 연구”. 사회보장연구, 35(2):1~34.
- 이시철. 2020. “코로나19, 대구의 초기 대응에 관한 주요 쟁점 분석”. 한국행정연구, 29(3):1~42.
- 이화선, 이소영. 2018. “결혼이주여성 관련 정책의 문제화: WPR 접근을 사용한 한국 다문화 정책의 분석”. 사회적 질연구, 2(3):47~65.
- 임미원. 2010. “공법: 탈근대적 생명정치 개념의 기초적 고찰-푸코와 로즈의 생명정치 개념을 중심으로”. 법학논총, 27(1):167~81
- 임미원. 2016. “푸코의 통치성 분석에 대한 기초적 고찰”. 법철학연구, 19(1):99~136.
- 장덕희. 2010. “보건복지부 국고보조사업의 지방이양과 분권교부세 제도 도입이 이양사업에 대한 사업비 규모에 미친 영향 분석”. 한국정책학회보, 19(2):79~103.
- 전제성, 김형준. 2022. “인도네시아의 보편적 건강보장 체계의 형성”. 동남아시아연구, 32(2):125~70.
- 주은선. 2022. “지식과 권력”. 보건사회연구, 42(2):5~6.
- 진태원. 2006. “생명정치의 탄생-미셸 푸코와 생명권력의 문제”. 문학과사회, 19(3):216~37.
- 최정미, 김민선, 이가현. 2018. <대한민국 지역보건의로계획 20년 발자취>. 서울: 한국건강증진개발원.
- 최혜지. 2020. “돌봄서비스의 공급구조 재편에 관한 복지정치의 지형”. 사회과학연구, 27(2):157~73.
- 카터, 에이프릴. (조효제 옮김). 2005(2007). <직접행동>. 서울: 교양인.
- 코헨, 진 L., 아라토, 앤드루. (박형신, 이해경 옮김). 2013. <시민사회와 정치이론>. 파주: 한길사.
- 표광민. 2020. “정치의 예외성에 관하여 : 칼 슈미트의 예외상태 개념과 한나 아렌트의 기적 개념을 중심으로”. 한국 정치학회보, 54(1):69~90.
- 푸코, 미셸. (심세광·전혜리·조성은 옮김). 2011. <안전, 영토, 인구>. 서울: 난장.
- 푸코, 미셸. (오토르망 심세광, 전혜리 옮김). 2016. <비판이란 무엇인가?: 자기 수양>. 파주: 동녘.
- 프레이저, 낸시. (김원식 옮김). 2010. <지구화 시대의 정의 : 정치적 공간에 대한 새로운 상상>. 서울: 그린비.
- 핀버그, 앤드류. (김병윤 옮김). 2018. <기술을 의심한다: 기술에 대한 철학적 물음>. 서울: 당대.
- 하비, 데이비드. (최병두 옮김). 2016. <데이비드 하비의 세계를 보는 눈>. 서울: 창비.
- 한세역. 2013. “공공문제 해결을 위한 Co-creation 접근의 가능성과 한계”. 행정논총, 51(3):107~33.
- 홍세영, 박현숙. 2019. “스웨덴 지방자치단체의 복지 사무에 관한 연구”. 사회법연구, 37:165~99.
- 황필규. 2022. “인권과 시민사회의 역할 -코로나19인권대응네트워크 활동을 중심으로”. 한국헌법학회 학술대회 발표문.

## 부록

### 부록 1. 코로나19 인권대응네트워크 공동생산문서

- 2020.03.17. [조사] 코로나19 인권침해 사례조사
- 2020.03.20. [집담회] <코로나가 드러내는 인종차별의 민낯 증언대회>
- 2020.03.26. [성명] 코로나19 대응, 정보인권을 존중해야 한다.
- 2020.04.28. [활동] 서로를 기억하고 연결하는 온라인행동
- 2020.05.08. [성명] 지금 필요한 것은 혐오와 차별의 조장이 아니라, 위기를 넘어서기 위한 연대이다.385)
- 2020.05.14. [기자회견] “혐오와 배제를 넘어서자”:지금 필요한 건 존엄, 평등, 연대
- 2020.05.26. [성명] 코로나19 시대, 한국의 ‘뉴노멀’은 디지털 감시국가인가. - 전자출입명부 시스템 도입 계획을 즉각 철회하라!
- 2020.06.08. [발표회/보고서] 코로나19와 인권 :인간의 존엄과 평등을 위한 사회적 가이드라인
- 2020.07.02. [공동 기자회견] 지자체 집회금지조치 철회촉구 기자회견
- 2020.07.06. [연속기고: 코로나19, 인권을 말하는 이유] 코로나19 확진자 숫자로 이 위기를 설명하려 하지 말라
- 2020.07.14. [연속기고: 코로나19, 인권을 말하는 이유] '나쁜 확진자'를 어떻게 판단하나
- 2020.07.17. [토론회] <코로나19와 인권, 지켜져야 할 인권원칙과 입법과제>
- 2020.07.21. [연속기고: 코로나19, 인권을 말하는 이유] ‘언택트 시대’에 더 목소리를 내야 하는 이유’
- 2020.07.21. [연속기고: 코로나19, 인권을 말하는 이유] '무관용의 원칙'은 온당한가
- 2020.07.23. [연속기고: 코로나19, 인권을 말하는 이유] 집회권리와 안전은 대립하지 않는다
- 2020.07.29. [조사] 1차 코로나19 유행으로 인한 의료공백 피해 사례 설문 조사
- 2020.08.28. [공동성명] 코로나19 2차 대유행 상황에서 정부와 의사협회의 책임과 본분은 사회구성원들의 건강과 생명을 지키는 일이다
- 2020.10.08. [후원 요청] 코로나19의료공백실태조사단의 활동을 후원으로 함께 해주세요!
- 2020.11.22. [발표회/보고서] 코로나19와 의료공백, 존엄과 평등으로 채우다
- 2020.12.15. [공동 기자회견] 정부는 의료공백에 대한 시급한 조사와 대안을 마련하라
- 2021.01.14. [연속기고: 코로나19와 의료공백] 바이러스 앞 유독 취약한 사람들
- 2021.01.11. [연속기고: 코로나19와 의료공백] 공공의료 자원과 정보전달체계의 부재
- 2021.01.14. [연속기고: 코로나19와 의료공백] 의료공백과 어느 살인사건
- 2021.01.19. [연속기고: 코로나19와 의료공백] '지금 당장' 의료 공백 메꿀 방안을 찾아라
- 2021.01.25. [공동성명] 백신 우선순위 및 배분 결정은 인간의 존엄과 권리에 기반해야 합니다
- 2021.02.03. [공동성명] 서울시와 중앙정부는 노숙인의 코로나19감염예방을 위한 근본대책을 수립하라!

2021.02.26. [성명] 코로나19 백신 공급에 대한 인권적 원칙 (코로나19 의료공백인권실태조사팀)
2021.03.10. [성명] 의료기관 필수노동자는 ‘예비존재’가 아니다 <sup>386)</sup>
2021.03.19. [공동성명] ‘외국인 노동자 대상 코로나19 전수검사’는 방역을 위한 노력이 아니라 혐오와 차별에서 기인한 책임전가다.
2021.03.23. [조사] 2차 코로나19 유행으로 인한 의료공백 피해 사례 설문 조사
2021.04.02. [토론회] 긴급점검! 코로나19와 인종차별
2021.04.16. [성명] 아시아나 케이오 해고노동자들의 서울지방고용노동청 단식농성 폭력침탈 규탄
2021.07.14. [논평] KBO는 더 이상 내외국인 차별이 없도록 매뉴얼을 개정하라
2021.07.19. [성명] 문재인정부는 노동자의 평화적 집회와 결사의 권리를 왜곡하는 행위를 중단하라!
2021.07.25. [공동성명] 교정 및 보호시설 수용자의 백신 접근권을 보장하라
2021.08.17. [성명] 백신, 더 이상 생명을 줄세우는 불공평한 접종을 용납해선 안된다!
2021.09.28. [성명] 외국인도 평택시민이다! 이주노동자 혐오 조장하는 평택시 규탄한다!
2021.10.05. [성명] 위드코로나를 위한 원칙과 방향 제안
2021.10.20. [토론회] 코로나19와 범죄화: 사법처리 현황과 문제점
2021.12.09. [공동간담회] 코로나19 위기 현장 증언 기자간담회
2022.02.22. [공동 기자회견] 코로나19 대확산으로 인한 죽음 - 애도와 기억의 장
2022.02.23. [공동논평] 코로나19 희생자를 외면하는 김부겸 국무총리의 발언에 깊은 유감을 표한다.
2022.03.23. [기자회견] 정부는 코로나19 위중증 환자와 사망자 돌봄공백 외면 말고 책임을 다하라!
2022.04.03. [공동추천] 코로나19 대확산으로 인한 죽음, ‘애도와 기억의 장’ 추모문화제(1차)
2022.06.17. [공동추천] 코로나19 대확산으로 인한 죽음, ‘애도와 기억의 장’ 추모문화제(2차)
2022.06.23. [공동기자회견] 공적 추모와 애도, 국가는 없었다.

385) 공익인권변호사모임 희망을 만드는 법, 공익인권법재단 공감, 광주인권지기활짝, 다산인권센터, 민주사회를 위한 변호사 모임, 빈곤과 차별에 저항하는 인권운동연대, 서울인권영화제, 성적소수문화인권연대 연분홍치마, 연구공동체 건강과 대안, 언론개혁시민연대, 인권운동공간 활, 인권운동네트워크 바람, 인권운동사랑방, 인권중심사람, 장애여성공감, 전국장애인차별철폐연대, 전북평화와인권연대, 진보네트워크센터, 한국계이인권운동단체 친구사이, HIV/AIDS인권활동가네트워크(3개 단체 추가, 총 20개 단체)

386) 공익인권변호사모임 희망을 만드는 법, 공익인권법재단 공감, 광주인권지기활짝, 다산인권센터, 민주사회를 위한 변호사모임, 빈곤사회연대, 빈곤과 차별에 저항하는 인권운동연대, 서울인권영화제, 성적소수문화인권연대 연분홍치마, 시민건강연구소, 연구공동체 건강과 대안, 언론개혁시민연대, 인권운동공간 활, 인권운동네트워크 바람, 인권운동사랑방, 인권중심사람, 장애여성공감, 재단법인 동천, 전국장애인차별철폐연대, 전북평화와인권연대, 진보네트워크센터, 한국계이인권운동단체 친구사이, 행동하는성소수자인권연대, HIV/AIDS인권활동가네트워크(4개 단체 추가, 총24개 단체)



(사) 시민건강연구소는

정부와 기업의 후원을 받지 않고

회원들의 후원금만으로 운영되는 비영리민간독립연구소입니다.



주소 : 서울시 동작구 사당로 13길 36, 2층

전화 : 02-535-1848 / Fax : 02-581-0339

누리집 : <http://health.re.kr> / 전자우편 : [people@health.re.kr](mailto:people@health.re.kr)

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