

비판 건강연구

• 편집인의 글 정백근

특집 환경과 건강

- 호르무즈에 필요한 것은 파병이 아닌 생명이다
- 농촌의 폭염 대응은 기술이 아니라, 정치의 문제다

초점 2026년 7월~9월 주요 논평

- 불안으로 만들어지는 슈퍼 예산
- 목록에 없는 사람들, 누구를 위한 검찰개혁인가
- 의료기술의 발전은 누구의 고통을 덜어주는가

기고

- 비판건강이론 또는 비판건강연구에서 '비판'이란 무엇인가(2) 김창엽

비판건강연구

비판건강연구

Critical Health Studies

2026년 9월 제2권 3호

발행일	2026년 9월 30일
편집인	정백근
발행인	김창엽
발행처	시민건강연구소
전화	02-535-1848
팩스	02-581-0339
주소	서울특별시 동작구 사당로13길 36 2층
이메일	people@health.re.kr
홈페이지	health.re.kr

비판건강연구

제2권 3호 2026.9.

시민건강연구소

차례

편집인의 글 정백근 · 6

호르무즈에 필요한 것은 파병이 아닌 생명이다 시민건강연구소 · 11

농촌의 폭염 대응은 기술이 아니라, 정치의 문제다 시민건강연구소 · 14

불안으로 만들어지는 슈퍼 예산 시민건강연구소 · 19

목록에 없는 사람들, 누구를 위한 검찰개혁인가 시민건강연구소 · 22

의료기술의 발전은 누구의 고통을 덜어주는가 시민건강연구소 · 26

비판건강이론 또는 비판건강연구에서 ‘비판’이란 무엇인가(2) 김창엽 · 31

기고 영문초록 모음 · 40

편집인의 글

정백근

(시민건강연구소 소장)

『비판건강연구』 제2권 3호를 발간한다. 이번 호에 실린 글들은 전쟁과 기후위기, 농촌의 폭염, 국가예산, 검찰개혁, 의료기술, 인구와 국민연금에 이르기까지 얼핏 서로 멀리 떨어져 있는 문제들을 다룬다. 그러나 이 글들을 관통하는 질문은 크게 다르지 않다. 우리 사회는 무엇을 문제라고 부르고, 무엇을 발전이라고 부르며, 그 과정에서 발생하는 위험과 비용은 누구에게 돌아가는가. 또 누가 결정하고 누가 결정의 자리에서 배제되는가가 그것이다.

현실에는 수많은 문제가 존재하지만 모든 문제가 같은 정도로 보이고 말해지는 것은 아니다. 어떤 위험은 국가적 위기로 선언되고 막대한 자원이 투입되는 반면, 어떤 위험은 개인이 감당해야 할 불운으로 남는다. 어떤 기술은 발전이라는 이름으로 빠르게 확산되지만, 어떤 고통은 문제로 인정받는 데 오랜 시간이 걸린다. 어떤 사람의 피해는 제도의 보호 대상이 되지만, 어떤 사람은 애초에 제도가 상정한 목록에 들어가지 못한다. 비판은 바로 이러한 차이가 어디에서 비롯되는지를 묻는 데서 시작한다.

이번 호의 특집은 '환경과 건강'을 다룬다. 「호르무즈에 필요한 것은 파병이 아닌 생명이다」는 전쟁을 국가안보와 경제적 손익이라는 익숙한 틀에서 벗어나 생명과 환경의 문제로 다시 바라본다. 전쟁이 파괴하는 것은 사람과 건물만이 아니다. 환경과

생태계의 파괴는 전쟁이 끝난 뒤에도 오랫동안 사람들의 건강과 삶에 영향을 미치며, 그 피해는 기후위기에 취약한 국가와 사람들에게 더욱 집중된다. 「농촌의 폭염 대응은 기술이 아니라, 정치의 문제다」는 같은 질문을 농촌의 일상으로 가져온다. 폭염은 자연현상이지만 폭염으로 인한 질병과 죽음은 누가 일을 멈출 수 있는지, 그에 따른 손실을 누가 부담하는지에 따라 다르게 분배된다. 따라서 기후위기 대응은 기술적 적응을 넘어 위험과 비용을 어떻게 나눌 것인가라는 정치의 문제가 된다.

초점에 실린 글들도 서로 다른 영역에서 비슷한 질문을 던진다. 「불안으로 만들어지는 슈퍼 예산」은 정부 예산을 단순한 숫자의 집합이 아니라 사회가 무엇을 중요하다고 판단하는지를 보여주는 정치적 결과로 읽는다. 산업경쟁력의 위기에는 막대한 투자가 정당화되는 반면, 빈곤과 돌봄, 사회적 약자의 삶에 필요한 지출은 왜 재정 부담의 언어로 설명되는지를 묻는다. 긴축재정이든 확장재정이든 사회적 약자를 위한 예산이 뒷전으로 밀린다는 사실은 이것이 자원의 문제가 아니라 권력관계의 문제임을 드러낸다. 이 글이 짚어내는 또 하나의 장면은 국가가 두 가지 불안을 동시에 만들어낸다는 점이다. '지금 투자하지 않으면 안 된다'는 불안과 '지금 지출을 줄이지 않으면 안 된다'는 불안이다. 그러나 복지와 공공인프라는 앞의 불안에 들어가는 법이 없고, 대기업과 산업에 들어가는 자원은 뒤의 불안에 속하는 법이 없다. 「목록에 없는 사람들, 누구를 위한 검찰개혁인가」는 사회적 약자를 몇 가지 범주 유형으로 정의하는 순간, 목록 밖의 피해가 보이지 않게 되는 문제를 지적한다. 중요한 것은 보호대상의 목록을 정교하게 만드는 것만이 아니라 누가 약자를 정의하고 그 정의에서 빠진 사람들에게 어떤 일이 일어나는지를 묻는 것이다.

「의료기술의 발전은 누구의 고통을 덜어주는가」는 우리가 자연스럽게 사용하는 '의료 발전'이라는 말 자체를 다시 묻는다. 새로운 장비와 더 정교한 수술기법이 등장하는 것은 분명 중요한 발전이다. 그러나 어떤 기술이 빠르게 도입되는가에는 임상적 필요뿐 아니라 병원의 투자와 수익구조, 의료진에 대한 보상체계, 실손보험 가입을 포함한 환자의 경제적 조건이 함께 작동한다. 반면 어떤 고통은 오랫동안 정상적인 것으로 간주되고, 어떤 의료서비스는 낙인과 제도적 장벽 때문에 필요한 사람에게 도달하지 못한다. 그렇다면 의료의 발전은 새로운 기술이 얼마나 많이 도입되

있는가뿐 아니라 어떤 고통을 발견하고 필요한 의료를 실제로 보장했는가라는 기준에서도 평가되어야 한다.

기고에 실린 글은 이러한 문제의식을 이론과 담론의 차원에서 확장한다. 「비판건강이론 또는 비판건강연구에서 ‘비판’이란 무엇인가(2)」는 지난 호에 이어 비판이 이미 존재하는 정책이나 제도의 문제점을 지적하는 데 그치지 않고, 우리가 현실을 이해하는 개념과 지식이 어떻게 만들어졌으며 그것이 어떤 사회적 관계와 권력을 재생산하는지를 묻는 작업임을 보여준다.

이번 호에 실린 글들을 다시 돌아보면 전쟁, 폭염, 예산, 검찰개혁, 의료기술은 서로 다른 이야기만은 아니다. 이들 모두에는 무엇을 사회적 문제로 볼 것인가, 무엇을 발전과 위기로 정의할 것인가, 누구의 생명과 고통을 중요하게 다룰 것인가, 그리고 그 결정에 누가 참여할 것인가라는 공통의 문제가 놓여 있다. 그리고 이 모든 문제들은 또한 건강에 영향을 미친다. 따라서 건강을 비판적으로 연구한다는 것은 사람들의 건강과 삶을 가능하게 하거나 위협하는 사회적 관계를 함께 살펴보는 일이어야 한다.

『비판건강연구』가 말하는 ‘비판’도 여기에 있다. 비판은 이미 주어진 문제에 더 나은 답을 제시하는 것만이 아니라, 왜 그것이 문제라고 규정되었는지, 다른 문제는 왜 보이지 않는지, 누가 문제를 정의할 권한을 가지고 있으며 그 정의로 인해 누가 이익을 얻고 누가 위험을 감당하는지를 다시 묻는 것이다. 비판은 현실을 부정하는 일이 아니라 현실을 다르게 볼 수 있게 만드는 일이다.

앞선 호에서 우리는 사람을 중심에 둔다는 것이 무엇인지, 그리고 누구의 경험과 지식이 현실을 정의하는지를 물었다. 이번 호에서는 그 질문을 한 걸음 더 확장하고자 한다. 우리가 당연하게 사용하는 발전과 위기, 안전과 효율, 보호와 선택이라는 말 뒤에는 어떤 사회적 관계가 존재하는가. 그리고 그 관계는 누구의 건강과 삶을 가능하게 하고 누구의 고통을 보이지 않게 만드는가.

『비판건강연구』는 앞으로도 당연하게 여겨지는 것들을 다시 질문하고 이를 공적 논쟁의 자리로 불러내고자 한다. 이미 정해진 답 가운데 더 좋은 답을 고르는 데 그치지 않고, 질문 자체가 어떻게 만들어졌는지를 묻고자 한다. 그 질문을 통해 지금까

지 보이지 않던 삶과 고통을 드러내고, 건강을 둘러싼 현실을 다르게 조직할 가능성을 함께 찾고자 한다. 그것이 『비판건강연구』가 계속해서 ‘비판’을 이야기하려는 이유다.

특집
환경과 건강

호르무즈에 필요한 것은 파병이 아닌 생명이다

시민건강연구소 · 11

농촌의 폭염 대응은 기술이 아니라, 정치의 문제다

시민건강연구소 · 14

호르무즈에 필요한 것은 파병이 아닌 생명이다

시민건강연구소

한국 정부에서 호르무즈에 대한 파병 검토를 시인한 이후, 이를 둘러싼 논쟁이 연일 뜨겁다. 미국과 이스라엘의 불법 이란침공 초기부터 트럼프 대통령은 한국의 군사지원을 압박해왔다. 그 동안 한국 정부는 외교를 통한 ‘실질적 기여’라는 표현으로 선을 그어왔으나, 지난 8월 트럼프 대통령의 공개적인 불만표시 이후, 청와대에서는 ‘군사적 기여를 논의 중’이라는 입장을 공식화했다. 정부는 비전투 자산 중심의 파병을 검토 중이라는 입장을 밝히고 있지만, 이는 결국 미국-이란 전쟁의 지속과 확전에 자원을 보태는 행위일 뿐이다.

파병을 둘러싼 논쟁은 대체로 두 가지 방향으로 나뉜다. 파병에 찬성하는 측에서는 국가의 손익과 실리를 앞세우고, 반대하는 측에서는 이번 전쟁이 국제법을 위반한 침략범죄라는 점과 파병에 동원될 청년들의 생명을 앞세운다. 윤리와 생명의 상위에 존재할 수 있는 ‘손익’과 ‘실리’가 과연 무엇일지, 작금의 세태가 안쓰러운 마음마저 든다. 그러나 주류 논쟁에서 배제된 채, 전쟁으로 인한 파괴를 오롯이 감내해야 하는 존재가 있다. 그것은 바로 ‘환경’이다.

전쟁의 영향은 주로 인간의 삶에 영향을 미치는 측면에 조명되는 경향이 있으나, 환경에 미치는 영향 또한 이에 못지 않게 광범위하고 파괴적이다. ‘생명을 해치는 환경의 파괴 내지는 말살’을 지칭하는 개념인 ‘에코사이드(ecocide)’라는 용어는 베트남 전쟁 중 미군의 고엽제 대량 살포로 인한 환경 파괴를 고발하며 처음 등장했다. 초기 에코사이드의 개념은 전쟁으로 인한 환경파괴를 중심으로 형성되었으나, 평화의

시기에도 인간의 자유로운 경제활동이 심각한 환경파괴를 초래할 수 있다는 사실이 드러나며 그 개념은 확장되어 왔다.

이번 미국-이란 전쟁 역시 예외가 아니다. 전쟁 초기 14일간 배출된 온실가스는 500만 톤 이상(CO2 환산)으로 추정되며, 전쟁이 장기화됨에 따라 정유 시설과 발전소, 담수화 시설 등이 파괴됨으로써 직간접적 환경피해로 이어졌다. 석유 연소로 중금속, 황산화물, 다환방향족탄화수소(PAHs) 등이 발생했으며, 호르무즈 해협에는 원유가 유출되는 정황이 포착되었다. 전쟁은 단순히 군사시설만을 파괴하는 것이 아니라 사람들이 살아가는 환경과 생태계의 기반까지 무너뜨린다.

이러한 에코사이드로 인한 피해가 전쟁이 일어난 곳에만 머무르지 않는다는 지점에서 문제는 한층 더 심화된다. 경계로 나뉘어진 국가와 달리 지구 상의 환경은 하나의 유기체로 연결되어 있다. 에코사이드의 영향은 단기간 내에는 전쟁 인접지역에 집중되지만, 장기간에 걸쳐 전쟁에서 발생하는 에코사이드는 전세계로 파장을 미친다. 또한 그러한 과정에서 에코사이드로 인한 피해는 기후취약국과 가장 취약한 사람들에게 집중된다.

최근 우리는 이러한 환경파괴로 인한 비극을 경험했다. 지난 8월 26일, 히말라야 산악지대에서 발생한 네팔 대홍수의 사회적 배경에는 ‘기후 변화’가 존재한다. 1,400여명의 사망자와 5,600여명의 실종자가 발생한 이번 대규모 참사는 단순한 자연재해가 아니다. 이는 환경파괴와 인간 집단의 생존에 대한 위협이 시간과 공간을 가로지르며 서로 연결되는 ‘에코사이드-제노사이드 연계’의 전세계적 확대라는 맥락 속에서 발생한 ‘사회적 재난’으로 해석되어야 한다.

재난이 발생한 직후 지구 상의 각 국가들은 애도를 표하며 구호물자와 재정 지원, 그리고 인력을 파견하며 재해 복구에 힘을 보탰으나, 사회적 층위에 존재하는 구조적 원인인 ‘기후 변화’에 대한 실천은 미미하다. 기후변화와 환경파괴를 만들어내는 구조는 그대로 둔 채, 재난이 발생한 이후의 복구에만 집중한다면 다른 형태의 같은 재난이 반복될 것이다.

더욱 암울한 것은 최근 유엔환경계획(UN Environment Programme)에서 기후변화 대응을 위해 전세계가 합의한 ‘1.5도 목표’의 달성이 사실상 불가능하다고 인정했

다는 것이다. 그 어느때보다 기후정의에 대한 실천이 절실한 시기이나, 네팔 대홍수와 이로 인한 사람들의 고통은 빠르게 소비될 뿐, 사회적 실천으로 이어지지 못한 채, 사람들의 인식에서 멀어져가고 있다.

그렇다면 한 명의 시민으로서, 네팔의 고통에 연대하고 기후정의를 실천하기 위해서는 무엇을 해야할까. 일회용품 대신 텀블러를 사용하고, 자가용 대신 대중교통을 이용하는 개인적 층위의 실천은 낯설지 않다. 하지만 한 명의 시민은 개인적 존재 뿐만 아니라 사회적 존재이기에, 개인적 실천에만 머물지 않고 사회적 실천으로 나아갈 필요가 있다.

호르무즈 파병을 반대하고 평화를 촉구하는 시민사회의 목소리에 힘을 보태자. 그리고 다가오는 토요일, 전국 각지에서 열리는 <919 기후정의행진>에 참여하자. 기후위기와 전쟁, 그리고 그로 인해 고통받는 사람들의 현실에 연대하며 기후정의를 외치는 목소리를 함께 높이자.

농촌의 폭염 대응은 기술이 아니라, 정치의 문제다

시민건강연구소

여름마다 반복되는 뉴스가 있다. 밭에서 일하던 노인이 쓰러졌다는 소식, 비닐하우스에서 일하던 이주노동자가 숨졌다는 소식이다. 올해도 예외는 아니다. 7월 4일 충북 괴산에서 풀베기 작업을 하던 20대 베트남 노동자가 숨졌고, 7월 25일에는 전남 해남의 밭에서 일하던 30대 태국 노동자가 온열질환으로 사망했다(관련기사) 특히, 태국 노동자는 한국에 입국한 지 사흘째로, 발견 당시 체온은 43도였고 그 지역에는 폭염경보가 내려져 있었다. 이러한 현상은 유난히 더운 여름이라는 한 문장과 함께 뉴스에 오르고, 또 잊혀지길 반복한다. 알려져있다시피, 폭염은 자연현상이지만, 폭염으로 인한 죽음은 자연현상이 아니다. 그것은 누가 얼마나 오래 열에 노출되는지, 노출을 피하거나 줄일 권한을 누가 갖는지, 노출을 줄였을 때 손실을 누가 감당하는지에 의해 영향을 받는 사회적 현상이다. 따라서 폭염 대응의 핵심 질문은 ‘어떻게 더위를 식힐 것인가’가 아니라, ‘누가 작업을 멈출 수 있으며, 멈출 조건을 누가 결정하는가’이다.

온열질환 취약지로서의 농촌

기온이라는 지표만 놓고 보면 농촌이라고 해서 더 더운 것은 아니다. 열섬 효과로 인해 도시가 더 덥다는 조사도 많다. 그런데 질병과 죽음의 분포는 기온의 분포를 따르지 않는다. 질병관리청 온열질환 응급실감시체계에 따르면 2026년 5월 15일부

터 8월 4일까지 신고된 온열질환자 2,441명 중 논밭에서 발생한 경우는 324명으로 13.3%였다. 그러나 같은 기간 추정 사망자 21명 중 논밭에서 발생한 사망은 6명으로 28.6%를 차지했다. 논밭은 온열질환에 가장 취약한 곳 중 하나다.

취약성이란 햇볕 노출 정도 뿐만 아니라 민감성, 그리고 적응 역량과도 관련된다. 농촌에서는 노동 자체가 야외에서 이루어지므로 노출이 구조적이고, 인구의 상당수가 고령이거나 기저질환을 가져 민감도가 높으며, 응급의료 접근성이 낮아 적응역량도 떨어진다. 농촌에서 의원에 가기 위해 자가용으로 20~30분을 이동하는 것은 이미 일상이다. 이 외에도 주변에 신고해주거나 도와줄 사람이 있었는가, 이상 신호를 보고 작업을 중단시킬 사람이 있었는가와 관련된 요소들은 기상 영역이 아니라 제도와 자원 배분의 영역에 있다.

멈출 권한은 누구에게 있는가

2025년 7월 산업안전보건기준에 관한 규칙 개정안이 시행되면서, 체감온도 33도 이상 폭염작업에서 2시간마다 20분 이상 휴식을 주는 것이 권고가 아니라 사업주의 법적 의무가 되었다. 폭염을 노동안전의 문제로 명문화했다는 점에서 의미가 있다. 그러나 이는 농촌에서는 적용되기 어렵다. 이 의무는 사업주와 노동자라는 관계를 전제하기 때문이다. 자기 밭에서 일하는 농민은 이 법의 바깥에 있다. 논밭에서 발생하는 사망의 상당수가 바로 이 범주에 속한다. 게다가, 농촌에서 폭염 사고가 더 잦은 것은 농민이나 농장주가 무심해서가 아니다. 작업 중지에 드는 비용을 개별 농가가 전부 떠안는 구조이기 때문이다. 농장주가 계절노동자의 품을 사면 통상 오전 7시부터 오후 4시까지로 일과가 정해진다. 한낮의 서너 시간을 비우고 새벽과 해질녘으로 노동을 쪼개려면 계약 자체를 다시 짜야 하는데, 현재의 인력 사무소와의 계약 구조 상에선 불가능하다. 품삯 비용을 감당하지 못해 농민 본인이 밭에 나서면, 이번에는 자영농의 폭염 노출이라는 형태로 위험이 되 돌아온다.

그러므로 실효성 있는 대책은 ‘멈출 수 있는 조건’을 개별 농가 너머에 만드는 일이다. 한낮을 비우고 새벽·저녁으로 나누는 분할 근무가 가능하도록 계절노동 계약

시간을 재설계하는 것, 그 재설계에 따르는 인건비, 냉방비 등 비용 부담을 공공이 분담하는 것, 폭염일에 작업을 멈춘 농가의 손실을 재해보험이나 직불금 체계 안에서 다루는 것 등을 상상해볼 수 있다. 최근 우리 연구소가 만난 한 농민은 “기본소득이 있으면 무리해서 일하지 않을 수 있다”고 말했다. 그 말의 요지는 액수 그 자체보다는 작업을 멈춰도 생활을 유지할 수 있는 조건에 있었을 것이다. 소득 보장은 그 조건의 한 예시일 뿐이다

누가 대책을 결정하는가

소득 보장이든 작업시간 재설계든, 이런 논의가 여전히 낯설게 들리는 이유는 우리의 기후위기 대응이 개인의 각성과 기술적 해법으로 좁혀져 있기 때문이다. 이것이 탈정치화의 전형적 형태다. 콜린 헤이(Hay, 2007)를 빌리면 탈정치화는 세 수준에서 일어난다. 정부의 책무가 시장이나 국제기구 같은 다른 공적 영역으로 이동하고, 다음으로 공적 영역의 문제가 사적 영역의 자기관리로 넘어가며, 마지막으로 정치의 문제가 필연과 운명의 영역, 즉 체념 또는 미래의 기술이 해결해주리라는 낙관의 영역으로 옮겨간다.

한국의 폭염 대응 대부분은 두 번째와 세 번째 수준에 머물러 있다. 온열질환 예방수칙 홍보, 마을 방송을 활용한 야외작업 자제 안내는 ‘위험을 아는 개인’을 만들어내지만 ‘멈출 수 있는 조건’은 만들지 않는다. 차광시설과 냉방 설비, 스마트팜 보급처럼 기술적 적응으로 문제를 우회하는 방식도 넓은 의미의 탈정치화다. 무엇을 개발할 것인가는 활발히 논의되지만, 그동안 누가 지금 왜 한낮의 밭에 서 있는가는 질문에서 빠진다.

또한, 기술적 적응은 그 자체로 불평등을 만든다. 설비를 갖추려면 초기 자본과 기술 정보, 그것을 회수할 만한 경영 규모가 필요하고, 고령 소농과 임차농일수록 그 문턱을 넘기 어렵다. 적응할 수 있는 농가와 그렇지 못한 농가가 갈리면서 기후 적응은 새로운 불평등을 생산해낸다.

그렇다면 무엇을 개발할 것인가만큼이나, 누가 그것에 접근하게 할 것인가가 함께 결정되어야 한다. 문제는 그 결정의 자리에 농민이 거의 없다는 점이다. 폭염 대책을 논하는 대책위원회의 구성에서 농민과 계절노동자는 좀처럼 당사자로 호명되지 않는다. 폭염이 이례적인 일이 아니라, 상수가 된 조건에서도 물리적으로, 경제적으로 안전하게 농사를 계속할 수 있게 보장하려면 어떻게 해야할까. 그러려면 한낮의 밭에 지금 누가 서 있는지, 왜 서 있는지, 멈추면 무엇을 잃는지를 아는 사람들이 대책을 만드는 자리에 있어야 한다. 기온을 낮추는 기술과 기법을 찾는 일과, 폭염의 비용과 피해를 누가 어떤 방식으로 나눌지 결정하는 일은 전혀 다른 일이다. 앞의 것은 기술과 연구개발의 몫이지만, 뒤의 것은 오직 정치의 몫이다.

초점
2026년 7월~9월 주요 논평

불안으로 만들어지는 슈퍼 예산 시민건강연구소 · 19

목록에 없는 사람들, 누구를 위한 검찰개혁인가

시민건강연구소 · 22

의료기술의 발전은 누구의 고통을 덜어주는가

시민건강연구소 · 26

불안으로 만들어지는 슈퍼 예산

시민건강연구소

불과 3년 전에 예상했던 사람이 얼마나 있을까. 3년 후에는 반도체 경기 호황으로 정부가 이른바 ‘슈퍼 예산’을 편성하게 될 것이라고. 당시만 해도 긴축 재정을 하다 못해, 국가 R&D 예산을 줄이기까지 했다. 긴축재정이 통상 사회적 약자들을 보호하는 지출부터 줄이고, 공공의 인프라를 약화하는 방향으로 작동한다고 보았을 때, 확장 재정은 반대로 사회적 약자들을 보호하고, 사회 전반의 공공성 강화에 기여할 수 있지 않을까 하는 작은 기대를 갖게 만든다.

그러나 이 슈퍼 예산이 사람들의 실제 삶의 고통과 불안을 얼마나 줄여주고, 특히 사회적으로 목소리가 묻히는 사람들의 삶을 얼마나 나아지게 할지는 불확실하다. 커다란 예산은 미래대응기금을 통해 반도체와 AI 데이터센터, 퍼지컬 AI 등 정권이 바뀌어도 되풀이되는 ‘미래성장동력’ 투자로 흘러갈 전망이다. 물론 정부가 예산을 전부 산업정책에 쏟는 것은 아니다. 민생 회복과 양극화 완화, 재난 대응도 함께 말하고 있고, 실제로 그 부분에도 예산이 투입될 것이다. 얼마 전에는 대통령이 직접 ‘청년예산 언박싱’ 행사를 열어 청년 정책에 신경쓰고 있다는 인상을 주었다.

갈수록 양질의 일자리를 찾기 어려워지고 고립되는 청년들의 현실을 고려했을 때, 청년의 삶을 개선할 정책과 예산은 매우 중요하다. 정부가 추진하는 정책이 실제 청년들의 고통을 줄이고, 불평등을 완화하는 데 기여하길 희망한다. 하지만 그와 별개로 예산 책정의 배경을 살펴볼 필요가 있다. 청년 문제가 실제로 심각하고 중요하기도 하지만, 현 정권에 불만이 큰 세대가 다음 선거의 중요한 변수가 될 수 있는 상

황에서, 이들의 마음을 달래야 한다는 정치적 계산이 크게 작용했으리라는 해석은 우리만의 것이 아니다.

반대로 말하면, 그다지 표가 되지 않고 정권의 위협이 되지 않는 사안 혹은 인구 집단에 대한 예산 투입은 좀처럼 수면 위로 떠오르지 않거나 구호나 생색내기 수준에 그칠 가능성이 크다고 짐작할 수 있다. 아직 구체적인 예산이 모두 나오지 않았지만, 모든 복지 사업의 대상자를 결정하는 기준중위소득은 그러한 징조를 확인시켜 준다. 2027년 기준중위소득은 여전히 2024년의 실제 중위소득에도 못 미치는 수준이다. 즉 2027년이 되어도 복지의 기준선은 3년 전 현실조차 따라잡지 못하는 셈이다. 사회적 약자와 공공성 강화를 위한 예산이 뒷전으로 밀리는 것은 전 정부나 현 정부나 큰 차이가 없고, 긴축 재정을 할 때나 확장 재정을 할 때나 마찬가지인 듯 보인다. 이는 결국 '자원 부족'의 문제가 아니라 정치와 권력관계의 문제라는 것을 의미한다. 그런 점에서 반도체 호황 특수를 놓치지 않고 산업에 재투자해야 세수도 늘고 결국 복지 재원도 커진다는 '선성장 후분배론'은 공허하게 들린다.

예산이 정부의 방향성이자 지금의 담론 지형과 권력관계를 반영한 결과라고 했을 때, 이는 정부뿐 아니라 한국 사회 전반이 경제 성장을 최우선 가치로 여기고, 대기업과 첨단산업에 커다란 권력이 집중되어 있음을 보여준다. 중요하게 여기는 숫자는 코스피와 GDP 등 각종 경제지표이고, OECD 국가 중 가장 높은 수준인 노인빈곤율이나 자살률 같은 숫자는 주변으로 밀려난다. 그러나 경제 성장으로 인한 과실은 소수에 집중되고, 사회 구성원 모두의 삶의 질을 보장하지는 않는다. 정부 스스로 'K자형 양극화 대응'을 말하지 않을 수 없는 이유다.

예산 배분 결과가 불평등하게 작동하는 것뿐 아니라 예산을 책정하는 방식도 우려스럽다. 반도체 등 첨단산업에 예산을 몰아주는 것을 밀어붙이며, 지금 투자 안 하면 나라가 망할 것 처럼 국가 단위의 불안을 조성하는 방식은 그에 대한 우려조차 '한가한 소리'로 만들어 버린다. 미래대응기금의 상당 부분이 투입될 3대 메가프로젝트를 둘러싸고는 환경과 노동, 지역불평등 등 다양한 차원에서 우려가 제기되고 있고, 메가프로젝트의 장밋빛 희망이 과연 현실적인지 의문도 나온다. 그럼에도 정부는 속도전이 중요하다고며 별다른 숙의 없이 독단으로 밀어붙이고 있다. 게다가 미래대응기

금 자체도 국회의 심의를 일부 우회할 수 있는 길을 열어준다는 지적을 받고 있다. 그만큼 더욱 비민주적인 방향으로 흘러갈 위험도 커지는 셈이다.

이러한 위기 조장의 방향은 한쪽으로만 향하지 않는다. 국가가 조성하는 공포와 불안은 “지금 산업에 투자하지 않으면 한국이 뒤쳐질 것”이라는 데에만 있지 않다. 반대로 “지출을 줄이지 않으면 미래에 큰일이 날거야”도 있다. 정부가 추진하려는 기초연금 개편이라든지, 지방교육재정교부금 손질이 그러한 예다. 고령화로 관련 지출이 너무 커지고, 학령인구 감소에 비해 지출이 많다는 논리다. 그래서 정부는 슈퍼예산을 준비하는 동시에 ‘역대 최대 수준의 지출 구조조정’을 준비하고 있다. ‘지금 예산을 투입하지 않으면 안 돼’라는 불안과 ‘지금 예산을 줄이지 않으면 안 돼’라는 불안을 동시에 만들어내는데, 복지와 공공인프라는 첫번째 불안에 들어가는 법이 없고, 대기업과 산업에 들어가는 자원이 두번째 불안에 속하는 법이 없다. 이러한 대비는 국가가 미래 전망을 통해 어떤 방향으로 현재에 개입하는지 분명하게 보여준다.

이러한 예산 배분의 양상과 방식의 문제 의식에서 볼 때, 가장 먼저 필요한 것은 예산 배분을 더욱 민주적으로 바꾸는 일이다. 커다란 예산을 투입할 때도, 지출 구조조정을 할 때도 마찬가지다. ‘미래대응기금’이라는 기존에 없던 것을 만들 정도라면, 그 기금이 어디에 어떻게 쓰일 것인지 충분한 사회적 논의가 필요하다. 지출 구조조정을 해야한다면, 거기에 영향을 받는 당사자들이 배제된 채 논의가 이어져서는 곤란하다. 진짜 민생을 위한 예산을 마련한다면, 사람들이 무엇으로 고통받고 무엇을 원하는지부터 듣는 과정이 빠질 수 없다. 민주적인 의사결정은 사람들이 자기 자신과 관련된 문제에서 소외되지 않는다는 점에서 그 자체로 중요하고, 더 나은 결정을 내리는 데도 도움이 된다. 설령 현재와 같은 방향으로 결론이 나더라도 독단적으로 추진함으로써 발생하는 빈틈과 무리수, 실수를 미리 짚어내고 보완할 수 있을 것이다. ‘슈퍼 예산’의 진짜 가치는 예산 규모가 아니라, 결국 그것이 결정되는 방식과 더불어 누구의 삶을 어떻게 바꾸는가로 평가되어야 한다.

목록에 없는 사람들, 누구를 위한 검찰개혁인가

시민건강연구소

검찰개혁의 출발점은 언제나 하나의 문장으로 요약된다. 견제 받지 않는 권력은 위험하다는 것. 수사권과 기소권을 동시에 쥔 검찰이 스스로를 통제할 수 없는 구조라는 진단 위에서, 지난 수년간의 검찰개혁은 권력을 나누고 절차를 분산시키는 방향으로 진행되어 왔다. 이번 보완수사권 폐지 역시 그 연장선에 있다. 검찰의 보완수사권을 없앴으로써, 수사과 기소를 완전히 분리하겠다는 것이다. 보완수사권이 사라진 자리를 채우는 것이 시민의 권리 확대가 아니라 또 다른 형태의 재량, 예컨대 누구를 사회적 약자로 분류할지, 어떤 사건을 검찰에 송치할지를 결정하는 권한이라면, 이는 개혁이 스스로 부정했던 구조를 다른 이름으로 반복하는 셈이다. 견제 받지 않는 권력을 문제 삼아 시작된 개혁이 결국 누구를 위한 개혁인지 답하지 못한다면 그 명분은 공허해진다.

검찰의 보완수사권이 전면 폐지되면서, 여당은 그 공백을 메우겠다며 사회적 약자 범죄 피해자 권리 TF를 출범시켰다. 아동학대, 가정폭력, 성범죄, 아동 성범죄, 스토킹, 장애인 학대, 노인학대로 구성된 이른바 7대 범죄에 대해서는 검찰 송치를 의무화하겠다는 것이다. 언뜻 보면 세심한 보완책처럼 보인다. 그러나 이 목록이 완성되는 순간, 목록에 없는 존재들은 어떤 위기에 놓이는가.

사회적 약자는 특정한 범죄 유형을 뜻하는 말이 아니라 사회적 관계 속에서 구조적으로 힘이 없는 상태를 가리킨다. 그러나 이번 TF는 사회적 약자의 넓은 개념을 7대 범죄 목록으로 압축해버렸다. 그 결과 사회적 약자는 더 이상 사람이 아닌 사건

의 분류 표가 되고 만다. 누군가는 이 목록에 이름을 올렸기 때문에 보호받고, 누군가는 이름을 올리지 못했기 때문에 보호에서 빠진다. 약자를 정의하는 권력을 정치가 쥐는 순간, 그 정의에서 벗어난 사람들은 지워질 수밖에 없다.

이 구조는 낯설지 않다. 문재인 정부 시절 검찰개혁의 일환으로 경찰에 수사 종결권이 부여되었을 때도 유사한 문제가 있었다. 경찰이 ‘혐의 없음’으로 사건을 종결해도 고소인은 이의신청을 통해 권리를 구제할 수 있다는 것이 제도의 명분이었다. 가령 채무소송에서 혐의 없음으로 마무리된 수사결과통지서에는 흔히 이런 류의 문장이 적혀 있다.

“본 건은 채무불이행에 따른 민사상 채권채무 관계에 불과할 뿐, 피의자가 편취의 범의를 가지고 고소인을 기망하였다고 볼 수 없으므로 형사상 범죄를 구성한다고 보기 어렵다.”

이 한 문장을 이해하려면 ‘편취’와 ‘기망’이라는 형법 용어의 뜻을 알아야 하고, ‘민사상 채권 채무 관계’와 ‘형사상 범죄’가 어떻게 구분되는지도 알아야 한다. 무엇보다 이 판단에 이의를 제기할 수 있는 권리가 주어져 있다는 사실 자체를 알아야 한다. 법률 조력을 구할 수 있는 사람은 절차를 찾아 사건을 되살리지만, 그렇지 못한 사람에게는 이 한 문장이 사건의 끝이다. 권리는 명목상 모두에게 있었지만, 그 권리를 읽어내고 실행할 수 있는 능력은 애초부터 균등하게 분배되어 있지 않다. 지금의 TF가 내세우는 사회적 약자 대상 전진 송치 역시 같은 함정에 놓여 있다. 제도가 절차를 만들어주는 것과, 그 절차에 접근할 수 있는 것은 다른 문제다. 목록에 이름을 올리지 못한 범죄의 피해자는 애초에 제도가 상정하는 전형적인 피해자의 모습에서 벗어난 사람들이다.

여기서 물어야 할 것은 두 가지다. 첫째, 누가 7대 범죄를 골랐는가. 아동학대와 성범죄가 들어갔다면, 왜 노동 현장의 산업재해나 이주노동자에 대한 착취, 의료사고 피해자, 홈리스에 대한 폭력은 논의의 대상조차 되지 못했는가. 의료사고 피해자만 보더라도 의료 행위는 밀폐된 진료실과 수술실 안에서 이루어지고, 전문지식이 의료

인에게 편중되어 있어 환자나 유족이 스스로 과실과 인과관계를 밝히는 것은 애초에 구조적으로 불가능하다. 민사소송에서는 대법원이 환자 측의 입증책임을 완화하는 법리를 적용해 주지만, 형사사건에서는 이 완화가 적용되지 않아 수사기관은 합리적 의심의 여지가 없을 정도로 과실과 인과관계를 직접 입증해야 한다. 실제로 2011년 한 의원에서 일회용 주사기를 재사용해 수십 명이 C형 간염에 집단 감염된 사건에서 환자 진술과 진료기록만으로는 인과관계를 증명하지 못해 질병관리본부(현 질병관리청)와 협조하여 바이러스 염기서열 분석이라는 과학적 증거를 확보하고 나서야 유죄를 입증할 수 있었다(하신옥, 2017). 즉, 의료사고는 피해자 스스로 입증할 수 없는 영역이면서 동시에 수사기관의 적극적인 증거수집 역량에 따라 유무죄가 좌우되는 사회적 약자 보호 논의에서 결코 가볍게 다뤄질 수 없는 영역인 것이다.

둘째, 목록 안에 들어간 이들 역시 그 보호를 실제로 누릴 수 있는가. 검찰이 한번 더 들여다본다는 것은 절차가 작동한다는 것이지, 그 절차가 실질적인 보호로 이어진다는 것과는 다른 문제다. 재검토가 이루어져도 수사기관의 증거수집 역량이 뒷받침되지 않으면 결론은 달라지지 않고, 재검토 이후에도 그 결과를 이해하고 다시 다룰 수 있는 자원이 없다면 목록에 있다는 사실만으로는 아무것도 달라지지 않는다.

검찰개혁이 수사, 기소 분리라는 원칙에서 출발했다면, 그 원칙이 실제 시민의 삶에 어떻게 가닿는지는 결국 권력이 누구를 향해 서 있는가라는 질문에서 완성된다. 사회적 약자 보호는 그 물음이 가장 먼저 드러나는 자리다. 목록 밖에 있는 사람들이 왜 빠졌는지, 목록 안에 있어도 여전히 보호받지 못하는 이들이 왜 생기는지는 권력의 방향을 보여주는 단면일 뿐이다. 권력이 누구의 삶을 기준으로 약자를 상상하느냐에 따라 그 개혁은 소수를 위한 것이 될 수도, 모두를 위한 것이 될 수도 있다. 결국 이 개혁이 답해야 할 가장 근본적인 과제는 권력이 소수의 필요가 아니라 보통 시민의 삶을 기준으로 움직이는가이다. 우리가 반대하는 것은 보통 시민을 중심에 두지 않는 권력 그 자체다.

참고문헌

하신욱. (2017). 의료사고 피해구제제도에서의 입증책임 연구. 《형사법의 신동향》, (56), 273-307.

의료기술의 발전은 누구의 고통을 덜어주는가

시민건강연구소

매년 수술에 쓰이는 돈이 늘고 있다. 국민건강보험공단이 발표한 ‘2025년 주요수술 통계연보’를 보면 35개 주요수술에서 2021년과 전체 수술 건수는 비슷했지만, 진료비는 2조2천억 원 넘게 늘었다. 수술 한 건당 진료비가 늘어난 것이다.(기사보기) 우리는 으레 이런 지표를 보며 ‘아프면 돈이 많이 들까 봐’ 불안해하기도 하고, 어느새 건강보험 재정의 부담까지 걱정하기도 한다. 한편으로는 발달한 기술이 우리를 덜 아프게 하고 더 나은 치료를 가능하게 할 것이라고 믿는다. 그렇다면 우리는 정말 더 건강해질까. 의료기술의 발전은 누구의 고통을 덜어주고 있을까.

자궁에 혹이 있으시네요. 실비는 있으세요?

30대 여성의 약 30%, 50대 여성의 약 50%에서 발견된다고 알려진 자궁근종은 특별한 치료 없이 지켜볼 수 있기도 하지만, 때로는 자궁절제수술이 필요하다. 오랫동안 배를 열고 시행하던 수술에 작은 구멍을 몇 개 뚫어 시행하는 복강경수술이 등장했고, 2014년 전후부터는 그 구멍으로 로봇 팔을 넣어 수술하는 로봇수술이 빠르게 의료현장에 들어왔다.

그 과정에서 자녀 여부나 출산계획처럼 자궁절제수술을 결정할 때 중요하게 여겨왔던 질문에, 실손보험 가입 여부, 곧 환자가 감당할 수 있는 치료비를 묻는 질문이 더해졌다. 놀랍게도 서두에 언급한 수술 통계에는 아직 수술에 들어가는 비급여 진

료비가 포함되어 있지 않다. 자궁을 절제할 때 건강보험이 적용되는 복강경 수술의 진료비가 약 300만 원인 반면(본인부담금은 약 30~50만원), 비급여 로봇수술은 여기에 1000만~1600만 원의 비용이 추가로 들지만 말이다.

기술은 어떻게 환자에게 도달하는가

같은 시간과 인력을 투여할 때 집도의가 더 정교하게 수술할 수 있고, 통증과 회복 기간을 줄일 가능성이 있다면 환자와 의사 모두에게 그 선택이 나빠 보이지 않는다. 문제는 새로운 기술이 등장했다는 사실이 아니라, 그 기술이 의료현장의 경제적 구조와 만날 때 어떤 방식으로 선택되고 확산되는가에 있다.

수술용 로봇은 초기 도입비용이 매우 크고, 장비가 수술실 하나를 차지한다. 한 번 도입한 장비를 충분히 활용해야 한다는 압력이 다른 수술방식보다 크게 작동할 수밖에 없다. 로봇수술이 더 어려운 수술에서 도움이 될 수 있다는 주장과 별개로, 아직 복강경수술보다 로봇수술이 일관되게 더 선호되어야 할 상태나 적응증이 분명하게 정리되어 있다고 보기는 어렵다. 병원에 로봇이 있는지, 의사가 이를 적극적으로 활용할 의지가 있는지는 수술 건수에 영향을 미칠 수밖에 없다.

병원 역시 수익과 지출에서 자유롭지 않은 경제적 운영체제다. 대형병원에서 개인 의사의 수익과 순위, 진료과와 병원 전체 수익에서 차지하는 비율이 달마다 알람으로 전달된다는 이야기는 오래전부터 공공연했고, 로봇수술 건수와 수익에 따라 인센티브가 올라간다는 것도 언론에 보도된 지도 오래다. 수익이 바로 인센티브로 연결되지 않더라도, 다른 방식의 보상이나 병원 내에서의 위상과 같은 이득이 없다고 보기도 어렵다.

이런 조건에서 로봇을 이용하지 않는 의사는 같은 시간에 더 많은 설명과 진료를 제공하더라도 신의료기술에 적응하지 못하거나 이를 거부하는 사람, 나아가 병원의 수익 창출에 충분히 기여하지 못하는 사람으로 평가될 수 있다. 반대로 환자는 의사가 원하는 최신 기술을 거절할 때 자신이 더 나은 치료 기회를 놓치는 것은 아닌지 불안해할 수 있다. 새로운 기술이 환자에게 도달하는 과정에는 임상적 가치만이 아

나라 병원의 투자와 수익구조, 의료진의 보상체계, 환자가 처한 노동과 돌봄, 경제적 조건이 함께 작동한다.

그렇다면 환자는 정말 어떤 수술을 선택하고 있을까

건강보험의 보장 범위 밖에서 이용되는 비급여 의료와 ‘제2의 건강보험’이라 불리는 실손보험은 환자에게 더 많은 선택지를 제공할 수 있다. 이미 국민의 약 70%가 실손보험에 가입해 있다고 하니, 일생에 한 번 하게 될까 말까 한 큰 수술 앞에서 선택지가 넓어진 것처럼 보일 수도 있다. 그러나 비급여 비용을 감당할 수 있는 조건이 갖춰지지 않는다면, 그 선택지는 더 이상 선택지가 아니게 된다.

같은 자궁근종 환자라도 A는 로봇수술을 선택하고 실손보험으로 본인부담금의 상당 부분을 보전받을 수 있다. 반면 B는 큰 금액의 비급여 진료비를 한 번에 부담하기 어려워 기존 치료법을 선택하거나, 다른 기관을 찾거나, 치료 자체를 미룰 수 있다. 같은 나이, 같은 크기의 근종, 같은 증상이라도 의료기술에 접근할 수 있는 경제적 조건은 다르다. 빠른 회복을 위해 일을 덜 쉬어도 된다는 기대, 가족을 돌봐야 하는 상황, 의사의 권고를 거절하기 어려운 진료실의 관계도 서로 다르다. 환자의 선택은 개인의 선호만으로 이루어지지 않는다. 이런 선택의 과정은 로봇수술이 도입된 지 10년이 지난 지금, 의료진에게도 환자에게도 어느새 자연스러운 일이 되었다.

하지만 최근까지도 로봇수술이 복강경수술보다 우월하다는 근거는 충분하지 않다. 일부 결과에서 장점이 보고되더라도, 높은 추가비용을 정당화할 만큼의 임상적 이득이 있는지는 별도로 물어야 한다. 우리가 믿는 ‘더 좋은 수술’이 5~6배를 훌쩍 넘는 수술비에 비례한 이득인지 묻지 않을 수 없다.

그 차이를 위해 우리는 무엇을 더 지불하고 있는 것일까. 로봇수술에 쓰이는 자원이 곧바로 다른 의료서비스를 줄인다고 단정할 수는 없다. 그러나 의료체계가 무엇에 투자하고, 무엇을 보상하며, 무엇에 관심을 배분하는지는 분명하다. 그 과정에서 우선순위에서 밀려나는 건강과 고통은 무엇일까.

최첨단 기술보다 먼저 필요한 것들

어떤 질환에는 새로운 기술과 장비가 빠르게 도입되고 시장이 만들어지는 반면, 어떤 질환은 오랫동안 ‘참을 만한 증상’으로 남겨진다. 어떤 고통은 의료의 대상이 되기 전에 ‘유난한 것’ 혹은 ‘정상’으로 취급된다.

자궁내막증의 사례가 대표적이다. 청소년기부터 시작된 심한 골반통은 “월경통이 좀 심하네요”라는 말 속에서, 때로는 유난하거나 예민한 것으로 여겨지며 오랫동안 방치된다. “일단 진통제 좀 먹어보죠”라는 가벼운 처방 뒤로 여성들이 여러 병원을 전전하며 최종 진단을 받기까지는 상당한 시간이 걸린다. 증상 발생부터 진단까지 평균 6~10년의 진단 지연이 다수의 연구에서 반복적으로 보고되어 왔다. 단순히 진단이 어렵다는 이유로 미뤄두기에는, 자신의 통증을 질병으로 인정받기까지 견뎌야 하는 시간이 너무 길다.

어떤 의료서비스는 기술적으로 안전하고 효과적인 방법이 존재하더라도, 사회적 낙인과 제도적 장벽, 비용 때문에 적절한 시기에 적절한 의료서비스에 접근하지 못한다. 오랫동안 ‘낙태’라 불려온 임신중지가 그렇다. 낙인과 높은 병원 문턱은 속절없이 흐르는 시간과 중첩되어, 비용을 감당하기 어렵고 가까운 의료기관을 찾기 어려우며 주변에 도움을 청하기도 힘든 사람들의 몸과 삶을 벼랑으로 내몬다. 좋은 의료는 얼마나 정교하게 아픈 부분을 도려내느냐만큼, 어떤 고통을 의료의 대상으로 바라보고 필요한 사람이 적절한 시기에 필요한 치료에 닿게 하느냐에 달려 있다.

질병의 수술적 치료에 로봇이라는 새로운 기술이 추가된 것은 분명 의료의 발전이다. 그러나 그것만으로 자궁과 생식건강을 둘러싼 의료가 발전했다고 말하기는 어렵다. 자궁근종을 발견했을 때 “요즘은 로봇으로 다 수술하잖아요. 정말 좋아졌어요. 걱정마세요”라고 말하는 것에서 멈추지 않는 것. 그동안 왜 어떤 사람들은 그 통증을 오래 견뎌야 했고, 왜 어떤 질환은 늦게 발견되며, 비용과 낙인에 대한 두려움과 수치심이 어떻게 치료 자체의 포기로 이어지는지를 함께 묻는 것. 모든 질병, 모든 영역의 의료를 똑같은 정도로 향상시킬 수는 없지만, 의료가 앞다투어 기술적 발전을 추구하는 과정에서 무엇이 뒤에 남겨지는지는 돌아볼 수 있다.

기고

비판건강이론 또는 비판건강연구에서 비판이란
무엇인가(2) 김창엽 · 31

비판건강이론 또는 비판건강연구에서 비판이란 무엇인가(2)

김창엽*

(시민건강연구소 이사장)

이 글이 다루는 ‘비판’의 의미는 지난 호에서 다음과 같이 요약했다.

푸코적 의미의 비판은 이와 달리 어떤 실천이 그 자체로 옳다 그르다 하는 행위라기보다 사회적으로 수용하는 실천이 토대로 삼고 있는 가정, 담론, 상식, 규범과 윤리, 가치 판단, 신념, 직관 등을 검토하는 작업을 뜻한다. 예를 들어, 이런 의미에서 지역사회 통합돌봄 사업을 비판한다는 것은, 정책/사업 내용이나 체계 구성, 접근 방법과 수단 등이 옳다 그르다를 따지는 것이라기보다는 ‘지역사회’가 무엇을 뜻하는지, 한국에서 지역사회는 존재하는지, 왜 ‘지역사회’ 접근인지, 왜 ‘통합’을 내세우는지, 누가 어떤 배경에서 이런 접근을 ‘진리화’ 하는지 등을 검토하는 작업이다.

이어지는 글은 조금 더 실제적인 비판 방법에 초점을 맞추고자 한다.

* cykim@health.re.kr

1. ‘관점’에 대한 성찰

예를 들어, 지식의 권력관계가 서울과 수도권 중심으로 치우치면 당연히 그 지식 (또는 진리)은 ‘부분적’이거나 왜곡될 수밖에 없다. 관점을 옮김으로써 새로운 인식과 지식 생산의 가능성이 생기는데, 이를 매개하는 메타 지식이자 실천이 성찰 또는 성찰성(reflexivity)이다.

프랑스 사회학자 부르디외는 지식을 다루는 시선을 흐릿하게 만드는 편향을 말하면서 “개별 연구자의 사회적 출신 성분과 좌표(계급, 젠더, 민족 등)”와 연구자가 “광범위한 사회구조 내에서가 아니라, 학문장이라는 소우주, 더 나아가 권력 장에서 차지하는 위치와 관련된 것”을 지적했다(부르디외와 바강, 2015: 93). 전자는 설명을 보낼 필요가 없을 터이고, 후자는 예를 들어 세계적으로 ‘권위자’로 인정받는 미국 학자가 한국 문제를 연구할 때 어떤 관점으로 접근할지를 생각하면 쉽게 이해할 수 있다. 학자를 염두에 두고 쓴 글이라 ‘연구자’라는 표현이 있지만, 지식을 다루는 그 누구라도 같은 편향을 가진다고 봐야 한다.

이상의 두 가지 편향이라고 비교적 쉽게 인식할 수 있는, 따라서 어떤 점에서는 비교적 자주 성찰성의 대상이 될 수 있는 것이라면, “대상의 구성 행위 속에서 끊임 없이 탐문되고 중화되어야만 하는... 이론, 문제, 그리고 학술적 판단의 (특히 국가적인) 범주들에 내재하는 집단적인 과학적 무의식”은 “사유의 사유되지 않은 범주들”이기 때문에 체계적으로 탐구하기가 쉽지 않다(부르디외와 바강, 2015: 95). 건강정책에서는 국민건강보험이나 의료비 지출의 효율성 문제가 비교적 이에 가까운 예가 될 것으로 본다. 최근의 지역사회 통합돌봄 논의에서도 ‘우리’의 집단적 무의식이 무엇인지 성찰할 필요가 있다.

부르디외가 말하는 성찰성은 마지막 종류의 편향적 지식에 대해 더 중요한 의미가 있는 것으로 보인다. 그는 집단 차원을 강조하는데, 성찰성은 개인이나 개별 연구자 차원보다는 “분석 도구와 절차에 내재된 사회적이며 지적인 무의식”이며, 개인 “혼자만의 짐이기보다는 집단적 기획”이어야 한다(부르디외와 바강, 2015: 90). 이런 의미

의 성찰(성)은 교육하고 학습할 수 있는 것으로, 실천의 여러 층위에서 의식적으로 작동할 수 있다(Schirato & Webb, 2002).

요컨대, 관점을 이동함으로써 인식 주체는 새로운 상황과 새로운 실천을 통해 “사회적이며 지적인 무의식”을 드러내고 또한 인식할 수 있게 된다. 부르디외는 이를 위해 “연구자들이 주관주의나 상대주의로 빠지지 않고 ‘복수의 관점’을 가지고 서로 경쟁하는 다양한 ‘시점(시각)’의 공간’과 함께 작업해야 한다고 촉구”했다(Kenway & McLeod, 2004).

2. ‘총체성’이라는 비판 방법

정책에만 한정되지 않지만, 건강과 보건의료 영역 전반에 걸쳐 나타나는 중요한 특성 한 가지가 공고한 경계에 따라 수직적 분할이 명확하게 이뤄지고 다른 분야에 대해 폐쇄성이 강하다는 점이다. 또는, 현대적 학문 분야 모두 이런 분절성 또는 고립성이 강한 가운데, 면허제도 등 독점적 성격이 강한 전문직 위주의 구조가 그런 특성을 더 두드러지게 하는지도 모른다.

결과적으로, 건강과 보건의료를 이해하는 그동안의 인식 방법은 접근법의 종류와 무관하게 ‘전체’와의 관련성에 큰 관심을 기울이지 않았던 것이 사실이다. 특히 최근 들어 경제, 노동, 주거, 산업, 교통, 정보, 문화 등의 요소가 건강과 보건의료에 직접 영향을 미치고 있으나, 전체성으로서의 사회 변화를 건강이나 보건의료 변화와 함께 이해하려는 노력은 미약하다.

사회변화라는 ‘총체성’(totality)은 예를 들어 결국 경제체제(또는 자본주의체제)가 바뀌어야 교육이나 의료가 바뀐다고 설명하는 환원주의적 접근과는 다르다. 여러 요소 사이에 관련성이 있다는 평면적 ‘관계론’과도 차이가 있다. 전체가 있고 그 하위 개념으로 부분이 따라오는 것은 더구나 아니며, 부분의 단순 합이 전체가 되는 것도 아니다.

이러한 ‘전체’(총체성)는 한 마디로 ‘부분들’의 구조화된 상호 의존성으로 이해할 수 있는데, 여기서 상호 의존성은 서로 연관된 사건, 과정, 현실 세계의 조건 등을

가리키는 것으로, 중요 부분들을 통해 전체를 파악할 수 있다고 본다(Ollman, 2003: 72-73). 정치, 경제, 소득, 문화, 교육, 의료는 서로 연관되어 있으며, 이를 통해 전체, 즉 사회 또는 사회경제체제 전체를 이해할 수 있다. 또한, 총체성은 그 부분들이 역사적으로 발현되고, 정렬되며, 전개됨에 따라 점진적으로 형성되는 것이기도 하다.

예를 들어, 금융과 국가 연구개발체제에 기반을 두고 국민건강보험 ‘시장’에서 자본을 축적하는 자본주의적 ‘과학기술 체제’는 주로 대형 병원을 통해 새로운 시장을 조성하고 가치를 창출하며 자본을 축적한다. 국민건강보험이 신약을 급여 범위에 포함할 것인지를 판단하는 데는 이러한 자본축적의 동기가 영향을 미친다. 의료 문제와 과학기술, 그리고 이와 연관된 부분들의 현상은 이 경제체제에서 경제적 행위 주체에 따라 다르며 서로 다른 역사적 경로를 거쳐 축적된 것이다.

보건의로 문제나 정책을 총체성 관점에서 접근할 때 직면하는 과제 한 가지는 분석을 위해서 이 총체성을 해체해야 한다는 점이다. 국가 수준의 지역 불평등 문제는 하나의 ‘전체’라고 할 수 있지만, 구체적 실재를 이해하려면 이를 교육이나 의료, 교통, 문화, 경제와 산업 등으로 분해할 수밖에 없다. 하지만, 이러한 분해는 다른 영역(부분)을 고려하지 않은 파편으로서 부분을 분석하는 방법과는 달리, 그 과정에서 전체와 다른 부분들을 끊임없이 참조해야 한다. 이런 방법으로 접근할 때, 교통의 공공성이 의료의 접근성에도 큰 영향을 미친다는 점을 이해할 수 있게 된다.

아울러, 총체성 관점에서 부분을 분석하면 특정 부분(예를 들어, 서비스 생산자로서의 병원)을 ‘유리한 위치’(vantage point)로 삼아 전체와 부분 또는 부분과 부분의 내적 관계, 그리고 이들 간의 상호 의존성을 이해할 수 있다. 예를 들어, 생산자 조직의 위치에서 자본주의적 의료체제를 분석함으로써 병원 서비스 생산과 다른 산업의 관계나 병원의 노동체제를 좀 더 풍부하게 이해할 수 있다.

3. 상대화

비판실재론의 관점(인식론적 상대주의)이든 또는 푸코의 비판 관점이든, 우리가 알

고 실천의 기반으로 삼는 지식은 절대적 진리가 아니다. “건강정책의 특성은 ~~하다”라거나 그 정책과정에 “환자나 이용자의 참여가 중요하다”라는 실재론적 지식이 지금은 ‘참’에 가깝다고 인정되어도, 과학적 지식의 탐구 과정에서 언제라도 ‘거짓’으로 바뀔 수 있다.

진리의 ‘상대화’ 과정은 이미 우리에게 익숙한 비판 방법이다. 상대화는 어떤 지식의 ‘절대성’을 해체하는 과정으로, 어떤 지식이 절대적 진리로 승인되는 과정을 해체하고 분석하는 작업이다. 여기서는 한국의 건강과 보건이라는 맥락에서 비판의 방법으로 활용할 수 있는 몇 가지 전략을 검토한다.

1) 비교

정책에 한정해서 말하면, 한국에서 비교는 주로 정책 학습 과정에서 암묵적으로 일어나는 실천 방법이다. 최근 지역사회 통합돌봄을 추진하면서 일본의 정책과 사업을 배우거나 참고하는 일이 전형적인 사례다. 단편적인 아이디어를 활용하거나 정책과 사업 모델을 변용하는 수준이 대부분이지만, 실천을 위해서는 한국과 일본의 정책 또는 제도를 (암묵적) 성찰하고 비판하는 과정을 거쳐야 한다.

비판 목적으로, 즉 지식과 진리를 상대화하는 데는 원칙적으로 제3자 관점의 비교가 더 유용하다. 물론, 체계적인 비교 분석이 아니라도 관점을 조금만 이동하면 학습 과정을 통해 객관적 비교가 가능하다. 예를 들어, 한국에서 국민건강보험의 보장성 강화나 의료급여는 상시적인 검토와 논의 대상이지만, 비교 대상 국가에서는 흔히 우리와는 다른 정책 지식이 생산되고 통용된다. 즉, 우리가 진리 또는 과학적이라 여기는 지식이 상대화되는 것이다. 예를 들어, 국영 또는 공영 의료체계에서는 환자 수요 측면에서 과다 의료 이용이나 ‘도덕적 해이’라는 말이 나오기 어렵다. 이런 비교를 통해, 한국 사회의 의료 이용 빈도가 환자의 개인 특성보다는 체제와 구조의 특성에 바탕을 두고 있다는 통찰을 얻을 수 있다.

다른 영역의 지식을 참조하는 것도 비교를 통한 상대화의 중요한 한 가지 방법이다. 예를 들어, 일부 국가에서 나타나는 고등교육의 신자유주의화 경향을 자본주의체

제의 자본축적 메커니즘으로 설명할 수 있다면(지루, 2015; Rikap & Harari-Kermadec, 2020), 보건의료에서 나타나는 상품화, 영리화, 자본화 경향에도 이런 접근 방법을 활용할 수 있다.

2) 역사적 분석

앞서 설명한 비교 방법 대부분이 공시적 관점에서 진리를 상대화하는 방법이라면, 역사적 접근은 시간(통시적, longitudinal) 관점에서 상대화하려는 방법이다. 대표적으로, 빈곤이나 불평등의 실재와 발생의 기제(인과 메커니즘)는 역사적으로 변동해 왔다. 과거(영국의 구빈법)와 비교하여 현재의 지식(빈곤 정책의 목표)을 상대화함으로써 기존 지식과 실천을 바꿀 수 있다.

보건의료 분야에서 흔히 쓰는 도구에 속하는 ‘미충족 필요’(unmet need)에 대해 이런 방식을 적용할 수 있다. 이 지표는 접근성 문제를 진단하고 해결하려는 정책과 연구에서 여전히 중요한 측정 도구로 활용하지만, 비판실재론 관점에서는 어떤 측면에서도 과학적 지식이라 보기 어렵다. 특히 ‘충족’과 ‘필요’는 역사적으로 그 진리성이 달라질 수밖에 없는 지식이다(박유경, 2019).

예를 들어, 임플란트와 같은 치과 서비스나 일부 미용 성형수술은 그 실재론적 필요와 충족이 역사적으로 변동한다. 흔한 의료 이용도 마찬가지다. 전통적으로 경제적 부담과 지리적 접근성을 미충족 필요의 핵심 이유로 이해했다면, 지금은 ‘어떤 병의 원인을 선택해야 할지 어려움’, ‘근처에 갈 만한 병원이 없음’, ‘전공과목을 모름’ 등이 중요한 이유가 되었다(박유경과 김창엽, 2023).

역사적 분석을 통한 상대화는 사회적 실재를 실재론적으로 이해하는 것과 밀접한 관련이 있다. 건강, 돌봄, 개혁, 보장성, 의료에 대한 접근성, 응급의료, 필수 의료 등, 그 무엇을 보더라도 실재는 역사적으로 재구성된다. 이에 대한 과학적 지식, 그리고 이에 기초한 사회적 실천이라야 변화와 형태발생의 잠재력을 형성할 수 있다.

4. 지식의 권력관계와 상대화의 한 사례: 문제화

다원주의적 정책결정 이론에서는 여러 문제 중 가장 많은 사람이 관심을 두는 문제가 정책 의제가 된다고 가정한다. 선형적(linear) 정책 과정 이론을 따르면, 지역에서 의사를 구하기 어려운 문제는 (여러 문제 중에) 많은 사람이 이 문제에 관심을 더 기울이기 때문에 의제가 된 것이다. 건강증진 정책은 비감염성 질환이 많아지는 등 건강 문제의 성격이 바뀌었다는 원인이 가장 중요하다.

이와 비교해, 바키(Carol Bacchi)는 문제 그 자체보다는 특정한 (잠재적) 문제가 사회적으로 정책 또는 정치 문제가 되는 과정, 즉 ‘문제화’(problematization) 과정에 주목하고, 이를 WPR(What’s the Problem Represented to be?)라는 접근법으로 개념화했다(Bacchi, 2016; 이화선과 이소영, 2018). 정책의 장에 진입하기 전에 미리 정책 의제도 되도록 결정된 문제, 즉 정치 과정 내부에 있으면서 특정 정책이나 정치가 대표하려는 문제가 바로 ‘문제화한 문제’(problematized problem)이다.

WPR 접근을 따르면, 시공간의 맥락을 벗어난 (객관적, 중립적, 과학적) 정책 문제는 존재할 수 없고, 정책 과정은 실재하는 문제를 어떻게 문제화할지를 지속해서 관리(또는 통치)하는 과정이다. 문제를 해결하려는 모든 정책에서는 정책이 현실에 개입한다기보다 문제화가 현실에 개입한다. 한국의 정신질환 증가 ‘문제’가 그 자체로 정책과 개입을 부른다기보다는, “OECD 최하위 정신건강 수준”이나 “치료 비용 급증”, “사회 안전” 등으로 문제화하는 것이 개입의 직접적인 계기가 된다. 사회적으로 개혁 대상으로 인지하는 공공보건의료, 진료비 지불제도, 의료전달체계, 수가, 응급의료 등도 마찬가지로, 그 어느 것도 본래 있던 문제를 그대로 반영하지 않는다. 문제화를 거친 개념이자 프레이밍이다.

중요한 것은 맥락에 따라 어떤 문제를 문제화하거나 하지 않는 데는 권력관계가 작용한다는 사실이다. 이런 시각에서는, 문제를 문제화하지 않는 행위자의 실천은 오히려 ‘합리적’이며 적극적인 행위라 할 수 있다. 대부분의 정책에서 문제화에 영향을 미치는 권력관계는 압도적으로 국가와 정부에 치우쳐 있다. 물론, 정치사회학자 제습(Bob Jessop)이 말하는 전략관계적 국가론 시각에서 보면(제습, 2024), 이런 국가권

력의 특성은 어떤 헤게모니, 예를 들어 사회권력 또는 경제권력과 힘의 관계, 그리고 국가권력 내의 서로 다른 권력 사이의 상호 관계에 따라 결정된다. 지역에 의료 자원이 부족해지면서 주민들이 고통받는 문제가 ‘취약한 공공보건의료’나 ‘지역 불평 등’으로 문제화하기보다 ‘의사 수 부족’이나 ‘의대 입학정원’으로 문제화하게 된 데는 이런 권력관계가 작용한 것으로 볼 수 있다.

문제화라는 관점은 결국 어떤 정책의 (내용이 아니라) 전제와 정당성을 상대화하는 기능을 수행한다. 즉, WPR의 중요한 격언처럼 “문제 해결로부터 문제에 대한 의문 제기(from ‘problem’ solving to ‘problem’ questioning)”로 초점을 옮김으로써 ‘주어진’ 문제를 의심하고 본질을 다시 이해하는 것이다(Bacchi, 2009: vii). 예를 들어, 문제화의 과정과 구조를 분석함으로써 지금 지역보건, 필수의료, 응급의료 등 모든 현안이 의료자원의 배분 문제로 흡수는 현상을 이해할 수 있다. 이런 비판은 정책을 이해하는 차원을 넘어, 우리가 어떻게 통치되는지를 성찰하는 공간을 창출하고, 때때로 통치가 의도하는 대로 통치되지 않는 효과로 이어진다.

참고문헌

- 박유경. 2019. “미충족의료 개념의 재정의와 측정”. 박사학위논문, 서울대학교 대학원.
- 박유경, 김창엽. 2023. “의료불평등의 더 정확한 측정을 위한 탐색연구: 미충족의료의 기존 지표와 이용자 관점 지표 비교”. 《한국건강형평연구》, 1(1):90-107.
- 부르디외, 피에르, 로이 바강. 2015. 『성찰적 사회학으로의 초대』. 서울: 그린비.
- 이화선, 이소영. 2018. “결혼이주여성 관련 정책의 문제화: WPR 접근을 사용한 한국 다문화 정책의 분석”. 《사회적질연구》, 2(3):47-65. <https://doi.org/10.29398/KJSQ.2018.2.3.47>
- 제습, 밥. 2024. 『국가론』. 서울: 여문책
- 지루, 헨리. 2015. “신자유주의 대학에 대항하는 공공 지식인들”. 《문화과학》, 82:151-178.
- Bacchi, Carol. 2009. *Analysing Policy: What's the Problem Represented to Be?* Frenchs Forest NSW: Pearson Australia.
- Bacchi, Carol. 2016. “Problematizations in Health Policy: Questioning How ‘Problems’ Are Constituted in Policies.” *SAGE Open*, 6(2). <https://doi.org/10.1177/2158244016653986>.
- Kenway, Jane & Julie McLeod. 2004. Bourdieu's reflexive sociology and ‘spaces of points of view’: whose reflexivity, which perspective?. *British Journal of Sociology of Education*, 25(4), 525-544. <https://doi.org/10.1080/0142569042000236998>
- Ollman, Bertell. 2003. *Dance of the Dialectic: Steps in Marx's Method*. Urbana & Chicago: University of Illinois Press.
- Rikap, Cecilia, & Hugo Harari-Kermadec. 2020. “The direct subordination of universities to the accumulation of capital”. *Capital & Class*, 44(3):371-400. <https://doi.org/10.1177/0309816819852761>
- Schirato, Tony, & Jen Webb. 2002. “Bourdieu's notion of reflexive knowledge”. *Social Semiotics*, 12(3), 255-268. <https://doi.org/10.1080/10350330216373>

기고 영문초록 모음*

What Is "Critique" in Critical Health Theory or Critical Health Research? (Part 2)

Chang-yup Kim
(People's Health Institute)

Building on the previous installment, which defined critique in the Foucauldian sense as examining the assumptions, discourses, common sense, norms, values, and beliefs underlying socially accepted practices, this paper addresses practical methods of critique in critical health theory and research. First, it discusses reflexivity regarding perspective. Drawing on Bourdieu, it identifies biases arising from researchers' social origins and coordinates, their positions in the academic and power fields, and the collective scientific unconscious inherent in theoretical and scholarly categories, and emphasizes reflexivity as a collective project that can be taught and learned. Second, it proposes totality as a method of critique, given the strong compartmentalization and closedness of the health field. Distinct from reductionism and flat relationalism, totality refers to the historically formed, structured interdependence of parts. Analyzing a part therefore requires continuous reference to the whole and to other parts, and a specific part can serve as a vantage point. Third, it presents relativization, which deconstructs the process by which knowledge is sanctioned as absolute truth. Relativization works through two strategies. One is comparison, including comparison from a

* This English abstract was translated using Claude (Anthropic).

third-party perspective and reference to knowledge in other domains. The other is historical analysis, exemplified by 'need' and 'fulfillment' in unmet need, whose truth varies historically. Finally, it examines problematization as a case of knowledge power relations and relativization. Following Bacchi's 'What's the Problem Represented to be?' (WPR) approach, policy problems cannot exist outside their spatiotemporal contexts, and power relations shape which problems are problematized. For instance, the suffering caused by scarce regional medical resources has been problematized as physician shortages and medical school admission quotas rather than as weak public healthcare or regional inequality. Problematization relativizes the premises and legitimacy of policy, shifting the focus from problem solving to problem questioning and creating space to reflect on how we are governed.



(사)시민건강연구소는 건강권을 기초로 우리 사회와 사람의 삶을 고루
조망하며 다양한 대안을 모색하여 건강권 실현에 기여함을 목적으로
설립되었습니다. 우리 연구소는 모두가 건강한 세상을 위하여 현황과
추세를 살피고 여러 활동과 정책을 평가하며 다양한 대안을 모색합니다.

이러한 활동을 바탕으로 보건의료 개혁은 물론,
건강사회를 위한 대안담론을 만들어가는 연구조직으로 나아갈 것입니다.

우리 연구소는 여러분의 참여와 후원으로 함께 만들어가는
연구공간입니다. 많은 관심과 참여 부탁드립니다.

주소: 서울시 동작구 사당로 13길 36, 2층

전화: 02-535-1848

팩스: 02-581-0339

홈페이지: <http://health.re.kr>

전자우편: people@health.re.kr

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