

2013 건강권에 관한 서울시민회의 : 서울시민, 건강권을 선언하다! 쪽방주민의 삶을 중심으로

손정인

2013 건강권에 관한 서울시민회의 :
서울시민, 건강권을 선언하다! 쪽방주민의 삶을
중심으로

연구진

연구책임	손정인	서울대학교 보건대학원 박사수료
연구원	김정숙	건강세상네트워크 빈곤층건강권사업단 활동가
	김슬기	인천시 공공보건의료지원단 전임연구원
	조승화	동자동사랑방 사무국장

이 보고서의 내용은 연구진의 견해로서
서울특별시의 정책과는 다를 수도 있습니다.

차례

I	연구의 개요	12
1	연구의 배경과 목적	12
1 1	연구의 배경	12
1 2	이론적 배경	14
1 3	연구의 목적	17
2	연구의 내용 및 방법	18
2 1	연구의 내용	18
2 2	연구의 방법	18
II	2013 건강권 서울시민회의의 관계자	22
1	시민패널	22
2	조정위원회	24
3	전문가패널	25
4	퍼실리테이터	26
5	서기	27
6	실무진(건강권 서울시민회의의 기획단)	28
III	2013 건강권 서울시민회의의 진행 경과	32
1	2013 건강권 서울시민회의의 목적	32
1 1	목적	32
1 2	시민패널의 과제	32
2	2013 건강권 서울시민회의의 사전 활동	32
3	2013 건강권 서울시민회의의 전체 일정	33

3 1	조정위원회 회의	34
3 2	시민패널 모집	36
3 3	1차 시민패널 예비모임	39
3 4	2차 시민패널 예비모임	72
3 5	본회의 1일째	75
3 6	본회의 2일째	108
IV	2013 건강권 서울시민회의의 결과	114
1	1차 시민패널 예비모임 : 초기 메모와 토론 내용	114
1 1	초기 메모 - ‘건강에 필요한 것들’	114
1 2	토론 내용 - 조별 발표와 전체 토론	115
2	2차 시민패널 예비모임 : 쪽방주민과의 대화 정리	121
2 1	쪽방주민과의 대화 - 1조	122
2 2	쪽방주민과의 대화 - 2조	122
2 3	쪽방주민과의 대화 - 3조	123
2 4	쪽방주민과의 대화 - 4조	124
2 5	쪽방주민과의 대화 - 5조	124
2 6	쪽방주민과의 대화 - 6조	125
3	본회의 1일째 : 개인 선언문	125
3 1	개인 선언문 - 시민 1	126
3 2	개인 선언문 - 시민 2	128
3 3	개인 선언문 - 시민 3	129
3 4	개인 선언문 - 시민 4	130
3 5	개인 선언문 - 시민 5	130
3 6	개인 선언문 - 시민 6	131
3 7	개인 선언문 - 시민 7	132
3 8	개인 선언문 - 시민 8	133

3 9	개인 선언문 - 시민 9	134
3 10	개인 선언문 - 시민 10	134
3 11	개인 선언문 - 시민 11	135
3 12	개인 선언문 - 시민 12	135
4	본회의 2일째 : 조별 선언문	136
4 1	조별 선언문 - 1조	137
4 2	조별 선언문 - 2조	138
4 3	조별 선언문 - 3조	138
5	최종 선언문	139
5 1	최종 선언문	139
V	2013 건강권 서울시민회의의 사후 활동	144
1	2013 건강권 서울시민회의의 사후 평가	144
1 1	시민패널의 사후 평가	144
1 2	퍼실리테이터와 서기의 사후 평가	146
2	2013 건강권 서울시민회의의 사후 활동	147
2 1	복지부와 서울시에 공개서한 전달	147
2 2	시민패널 - 서울시 관계 공무원 간담회	150
2 3	시민패널 - 동자동 쪽방주민 간담회	152
2 4	언론 기고	154
2 5	동영상 제작과 배포	176
VI	2013 건강권 서울시민회의에 대한 평가	178
1	시민참여제도에 대한 평가 틀	178
1 1	로워와 프루어(Rowe and Frewer)의 평가 도구	178
1 2	국내 기존 문헌에서의 평가 도구	181
1 3	2013 건강권 서울시민회의에 대한 평가 틀	182

2	2013 건강권 서울시민회의에 대한 평가	182
2 1	결과의 수용성 측면	183
2 2	과정 측면	188
3	소결	193
VII	결론과 제언	196
1	결론	196
1 1	시민패널의 최종 선언문	196
1 2	건강권 심사에 있어 숙의적 시민참여제도의 가능성과 한계	199
1 3	사회적 공론화와 연대, 그리고 정책 연계	201
2	제언	201
	참고문헌	204
	부 록	208

표차례

표 2-1	건강권에 관한 서울시민회의의 시민패널 구성	23
표 2-2	조정위원회 구성	25
표 2-3	전문가패널 구성	26
표 2-4	퍼실리테이터 구성	27
표 2-5	서기 명단	28
표 2-6	실무진 명단	29
표 3-1	2013 건강권 서울시민회의의 사전 활동	32
표 3-2	2013 건강권 서울시민회의의 일정	33
표 3-3	건강권 서울시민회의 - 1차 시민패널 예비모임 시간표	39
표 3-4	건강권 서울시민회의 - 2차 시민패널 예비모임 시간표	72
표 3-5	건강권 서울시민회의 - 본회의 1일째(공개) 시간표	75
표 3-6	건강권 서울시민회의 - 본회의 2일째(비공개) 시간표	108
표 5-1	2013 건강권 서울시민회의의 사후 평가 일정	144
표 5-2	2013 건강권 서울시민회의의 사후 활동	147
표 5-3	박원순 서울시장에게 전달한 공개서한 내용	148
표 5-4	2013 건강권 서울시민회의의 사후 언론 기고 활동	154
표 6-1	시민참여제도에 대한 예비 평가 결과	179
표 6-2	2013 건강권 서울시민회의에 대한 평가 틀	182
표 6-3	2013 건강권 서울시민회의를 통한 시민패널의 지식, 견해 등의 변화	187
표 6-4	건강권에 대한 견해가 변화된 시기(복수응답 문항)	188
표 6-5	2013 건강권 서울시민회의의 공정성	191
표 6-6	2013 건강권 서울시민회의에 대한 평가 결과	193

그림차례

그림 1-1	건강권 내용의 재구성	12
그림 1-2	건강권 심사에 속의 민주주의적 시민참여 제도가 필요한 논거	13
그림 1-3	연구 수행을 위한 조직 구조	19
그림 3-1	시민패널 모집에 관한 웹 포스터	37
그림 3-2	1차 시민패널 예비모임의 시작	40
그림 3-3	1차 시민패널 예비모임의 기초 강의(인권과 건강권)	40
그림 3-4	1차 시민패널 예비모임의 조별 토론	41
그림 3-5	1차 시민패널 예비모임의 전체 토론	41
그림 3-6	2차 시민패널 예비모임의 시작	73
그림 3-7	2차 시민패널 예비모임의 발표(동자동 보건복지 현황)	73
그림 3-8	2차 시민패널 예비모임 - 쪽방주민과의 대화	74
그림 3-9	2차 시민패널 예비모임의 조별 대화 내용 정리	74
그림 3-10	본회의 1일째 전문가 강의(건강, 의료 그리고 건강권)	76
그림 3-11	본회의 1일째의 전체 질의응답 시간	76
그림 3-12	본회의 1일째 작성된 시민패널의 개인 선언문	77
그림 3-13	본회의 1일째의 전체 질의응답 시간	77
그림 3-14	본회의 2일째의 조별 토론	109
그림 3-15	본회의 2일째의 조별 선언문 발표	109
그림 3-16	본회의 2일째 발표된 조별 선언문의 일부	110
그림 3-17	본회의 2일째의 시민패널 전체 토론	111
그림 3-18	건강권 서울시민회의 최종 선언문 발표 장면	111
그림 4-1	시민패널 초기 메모 : 건강에 필요한 것들	115
그림 5-1	시민패널 - 서울시 관계 공무원 간담회 현장	150

그림 5-2	시민패널 - 서울시 관계 공무원 간담회 사후 모습	151
그림 5-3	시민패널 - 동자동 쪽방주민 간담회 참석자	153
그림 5-4	시민패널 - 동자동 쪽방주민 간담회 현장	154

I 연구의 개요

1 연구의 배경과 목적

2 연구의 내용 및 방법

I 연구의 개요

1 연구의 배경과 목적

1.1 연구의 배경

건강 관련 사회문제의 해결에서 건강권은 중요한 개념 틀이다. 하지만 한국 사회에서 건강권 개념은 여전히 모호하고, 수사(rhetoric) 이상의 역할에 미흡하다. 이는 여러 가지 원인이 있지만 이번 연구와 관련하여 꼽아 본다면, 건강권 논의 자체가 적은 현실(김창엽, 2010), 권력과 지배-종속의 문제 혹은 사회구조의 변화에 대한 논의보다 주로 보건의료서비스에 초점을 맞추는 흐름을 들 수 있다.

이러한 한계에 도전하기 위해 여러 가지 연구와 실천이 필요하다. 이러한 활동의 일환으로 2012년 ‘서울시 동자동 쪽방주민 건강권 실태조사’를 통해 모호한 건강권 개념에 대해 문제를 제기하였다. 실태조사 결과 그림 1-1과 같이 건강권 내용을 재구성하였고 이를 바탕으로 한 실태 조사 결과 동자동 쪽방주민이 한국 평균에 비해 나쁜 상황임이 드러났다.

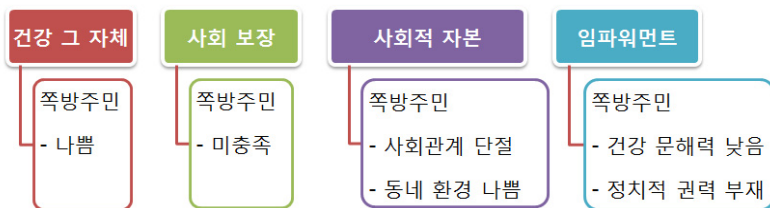


그림 1-1 건강권 내용의 재구성

이후 2012년 연구를 잇는 후속 연구의 필요성이 제기되었다. 그것은 2012년 연구에서처럼 쪽방주민의 건강권 실태에 대해 연구자가 통계적

측면에서 기계적으로 판단하기보다 ‘건강권’이라는 인권적 측면에서 건강권 보장 현황이나 침해 여부를 심사할 필요성이었다. 이는 인권적 측면에서 ‘누가’, ‘무엇을’, ‘왜’, ‘어떻게’ 평가하는지에 대한 근본적 문제제기라 할 수 있다.

그렇다면 기존의 인권 침해 규명을 주로 담당했던 사법부나 국가인권위원회와 같은 국가기구, 인권단체, 시민사회단체 등의 전문가에게 맡길 수 있지 않을까?



그림 1-2 건강권 심사에 속의 민주주의적 시민참여 제도가 필요한 논거

그것만이 유일한 방법은 아니다. 그림 1-2에 나타났듯이 권리의 논리구조와 인권 접근법은 국가(의무주체)의 책임을 요구하는 권리 주체의 참여와 임파워먼트를 필요로 한다. 이는 인권 침해 규명을 위한 과정뿐 아니라 내용 측면에서도 중요하다. 즉 인권 침해의 규명은 사회적 가치 판단이기에 인권의 보편성과 동시에 특정 공동체의 특수성 역시 고려해야 하므로 권리 주체의 참여와 임파워먼트는 필요하다. 또한 한국 사회에서 건강권이 실질적인 역할을 하기 위해서는 감시나 침해 규명 활동 등을 전문가 영역으로 한정하기보다 사회적 연대와 공론화, 공적 주체의 책임 요구가 가능하도록 여러 주체가 활동하는 ‘상승 작용적 접근’이 필요하다.¹

¹ 샌드라 프레드먼(2009, 조효제 옮김)은 적극적 인권 보호 의무를 충족시키기 위한 접근방식의

이러한 문제의식을 바탕으로 2012년 연구 결과를 활용하여 동자동 쪽방 주민의 건강권 현황을 평가하고 권고안을 마련하는 방법을 검토하였다. 실은 방법이라기보다 아이디어 수준이라 할 수 있는데, 앞서 언급했던 측정 지표(indicators), 기준(benchmark), 통계 자료의 활용도 그 중 하나이다. 다른 아이디어로는 인권 심사에서 법원의 민주적 심의 과정 제공 역할(샌드란 프레드먼, 2009), 합당성에 대한 해명책임(Daniels, 2008), 전체 보다는 핵심 영역에 대한 심의적 합의 추구(Ruger, 2006), 기본권 침해여부에 관한 2가지 헌법학적 심사기준 존재, 획일적 기준에 의한 사회적 기본권의 보장 수준 심사 불가능 주장(김주경, 2011)이 있었다. 앞서 제기한 문제의식(인권 접근법의 핵심 요소 반영), 연구의 궁극적 목적, 자료와 자원의 가용성을 고려해서 여러 아이디어를 검토한 결과, 일반 시민이 참여하는 숙의 민주주의 방법을 선정하였다. 다양한 경험과 가치관을 가진 일반 시민들이 주체가 되어 2012년 연구 결과를 포함한 더 많은 정보와 맥락을 고려하여 민주적으로 건강권 침해 여부를 규명하고자 하였다. 또한 이 과정에서 건강권을 심사하는 데 중요한 원칙인 기준(benchmark)이 도출될 것으로 예상하였고 국가의 명확한 역할과 책임 부여에 힘이 실릴 것으로 기대되었다. 따라서 일반 시민들이 2012년 서울시 동자동 쪽방주민의 건강권 실태 조사 결과를 활용하여 건강권을 평가하고 권고안을 마련하는 건강권 심사에 참여형 연구(action research)를 기획하게 되었다.

건강권 평가와 권고안 마련을 위해 건강권의 내용을 먼저 언급할 필요가

로 국가, 사법부, 국가인권위원회 혹은 그와 유사한 조직, 시민사회, 이해 당사자 혹은 권리를 지닌 사람들이 잠재적으로 협력하면 개별 주체를 합친 것보다 더 큰 '전체'를 창조할 수 있다고 주장하면서 이러한 접근방식을 '상승 작용적 접근'이라고 불렀다.

있다. 그 이유는 건강권의 개념이 모호하다는 문제의식에서 수행했던 2012년 연구의 결과인 재구성한 건강권의 내용을 시민패널에게 강요하지 않고 일반적인 수준에서 건강권을 숙의해 주길 요청했기 때문이다. 또한 여러 수준과 차원을 지니는 건강권 내용을 살펴봄으로써 건강권 침해 규명에 일반 시민의 참여가 필요한 이유를 이해할 수 있기 때문이다. 건강권은 4가지 수준을 지닌 개념 틀이라 할 수 있다. 첫 번째 수준은 세계인권선언, 경제사회문화적 권리에 관한 국제규약, 대한민국헌법 등 건강권이 근거하는 여러 국제인권법과 국내법 조항이다.² 예로 ‘도달 가능한 최고 수준의 신체적·정신적 건강을 향유할 권리’와 같은 근거 규정을 들 수 있다. 두 번째 수준은 이러한 법 조항에 대한 해석이다. 건강권을 다룬 2000년 유엔 사회권위원회의 일반 논평 14는 건강권이 자유와 수급권으로 구성되고 도달 가능한 최고의 건강 수준을 실현하는 데 필요한 시설, 재화, 서비스, 조건을 누릴 권리로 보고 있다. 세 번째 수준은 이러한 해석을 현실 속에서 구체화한 목록이다. 유엔 사회권위원회의 일반 논평 14에는 모자 보건과 재생산 건강, 건강한 자연 환경과 노동 환경, 질병의 예방·치료·관리, 보건 시설·재화·서비스 등으로 구체화하고 있다. 네 번째 수준은 건강권을 감시하고 평가하기 위한 측정 지표이다. 예로 건강보험 보장률, 소아예방 접종률, 활동의사 수, 산업재해율, 식품미 보장률, 최저주거기준미달 주택 거주율 등을 포함한다(신영전, 2011). 이러한 건강권 개념 틀은 4가지 수준이 관계 맺는 방식에 의해 고정되어 있지 않고 변화하고 확장될 가능성을 내포한다. 첫 번째 수준에서 네 번째 수준으로 향하는 연역적 방식이나 반대로 거슬러 오르는 귀납적 방식 모두 가능하다. 연역적 방식의 경우 사회적 판단과 해석이 주요 요소이고 귀납적 방식의 경우 사회적 구성과 실천이 주요 요소라고 할 수 있다. 두 가지 방식은 다양한 주체에 의해 이루어질 수 있는데, 일반 시민이 주

체가 되는 속의 민주주의적 방법도 건강권 평가와 권고안 마련에 중요한 하나의 전략이 될 수 있다.

한편, 건강권 평가와 권고안 마련을 위해 건강권 개념 틀뿐 아니라 건강권에 관한 국가의 의무란 개념도 중요한 틀이라 할 수 있다. 국가는 건강권을 비롯한 인권에 관해 존중의 의무, 보호의 의무, 실현의 의무를 지닌다. 존중의 의무란 인권을 침해하는 행위를 하지 말아야 하는 국가의 의무이고, 보호의 의무란 다른 주체가 인권을 침해하는 것을 방지해야 할 국가의 의무이며, 실현의 의무란 국민이 권리를 향유하도록 보장하기 위한 조치를 취해야 할 국가의 의무이다. 예를 들어, 국가가 보건부문의 법률과 정책에 있어 역행적 조치를 취하는 것은 존중의 의무를 위반하는 것이고, 국가가 고용주로 하여금 노동자의 건강권을 보호하는 노동 기준을 준수하게 만드는 것은 보호의 의무를 수행하는 것이며, 취약계층에게 공적 자원을 지원하여 보건의료서비스를 제공하는 것은 실현의 의무를 이행하는 것이라 볼 수 있다(Asher, 2004).

지금까지 살펴본 건강권의 개념 틀과 건강권에 관한 국가의 의무 개념은 건강권 원칙, 건강권에 대한 평가와 권고안 마련에 중요한 사고의 틀이다. 하지만 이번 연구는 속의 민주주의를 통해 일반 시민의 경험과 가치관을 반영하는 실험적 활동을 지향하므로, 건강권 개념 틀과 국가의 의무 개념을 일반 시민에게 강조하는 것은 이들의 상상력과 담론을 제약할 수 있다고 판단하였다. 따라서 지금까지의 논의는 건강권에 관해 일반 시민이 참여하는 속의 민주주의 방식이 필요함을 뒷받침하는 논거로 경계를 짓고, 건강권 원칙의 도출, 건강권 평가와 권고안 마련을 위해 건강권 개념 틀과 국가의 의무 개념을 포함한 많은 내용들을 속의 대상으로 개방하는 2013년 건강권에 관한 서울시민회의를 진행하였다.

2013년 건강권 서울시민회의는 일반 시민들이 참여하는 속의적 시민참여의 한 가지 형태인 시민합의회의를 변형하여 적용하였다. 속의란 “참여자들이 학습과, 토론, 그리고 성찰을 통해 자신들의 판단, 선호, 관점

을 변화시켜나가는 동태적인 과정이다. 특히 이러한 선호의 전환이 강제, 위협, 상징 조작, 기만이 아닌 토론과 논변에 기초한 설득과 상호학습을 통해 일어난다는 점이 큰 특징이다(조현석, 2006).”

숙의민주주의는 숙의에 기반을 둔 시민참여를 통해 전통적인 대의민주주의와 참여민주주의의 한계를 뛰어넘어 민주주의를 확장하고 심화할 수 있는 가능성에 주목하는 새로운 민주주의론이라고 할 수 있다(이영희, 2009).

통상 합의회의는 “선별된 일단의 보통사람들이 정치적으로나 사회적으로 논쟁적이거나 관심을 불러일으키는 과학적, 혹은 기술적 주제에 대해 전문가들에게 질의하고 그에 대한 전문가들의 대답을 청취한 다음 이 주제에 대한 내부의 의견을 통일하여 최종적으로 기자회견을 통해 자신들의 견해를 발표하는 하나의 포럼”이라고 정의된다(이영희, 2009).

이번 건강권 서울시민회의의 주제는 통상적인 합의회의의 과학적, 혹은 기술적 주제 대신 규범적이고 정책적인 주제라고 평가할 수 있다. 통상적인 합의회의에서는 시민패널 내부의 의견 통일을 요청하지만 이번 서울시민회의에서는 시민패널 내부의 합의를 요청하지 않았고 내부에서 나온 모든 의견을 시민패널이 원하는 방식으로 구조화하여 제시하도록 요청하였다. 이는 앞서 건강권의 개념과 국가의 의무마저 숙의의 대상으로 개방함으로써 건강권에 관해 풍부한 담론의 장이 형성되도록 숙의 환경을 조성하려는 연구의 전략과 일치한다.

연구의 목적

‘2013 건강권에 관한 서울시민회의 : 서울시민, 건강권을 선언하다! 쪽방주민의 삶을 중심으로(이하, 2013 건강권 서울시민회의)’의 연구 목적은 다음과 같다.

- 비전문가 일반 시민이 참여하여 건강권에 대해 심사숙고하고 그를 바탕으로 현재 서울시 쪽방주민의 건강권 현황에 대한 평가와 권고안을 담은 시민패널 선언문을 만든다.
- 건강권의 평가와 권고안 마련에 일반 시민이 참여하는 속의 민주주의적 시민참여 제도의 가능성 및 한계를 검토한다.
- 사회적 공론화와 연대, 정책 연계를 통해 서울시 쪽방주민의 건강권 실현에 기여한다.

2 연구의 내용 및 방법

2.1 연구의 내용

건강권에 관한 서울시민회의 연구의 내용은 크게 진행경과, 결과, 평가, 사후 활동으로 구성하였다.

- 건강권 서울시민회의 진행경과
- 건강권 서울시민회의 결과
- 건강권 서울시민회의 사후 활동
- 건강권 서울시민회의 평가

2.2 연구의 방법

이 연구는 기술적(descriptive) 사례 연구로서, 분석 단위는 단일 사례인 ‘2013 건강권 서울시민회의’이다.

연구를 위해 수집한 자료는 서울시민회의 과정의 1·2차 기록물, 참여자에 대한 설문조사와 인터뷰 자료, 직접관찰이다. 자료 분석 방법은 기초 통계 분석과 질적 자료 분석이다.

연구의 진행과정은 다음과 같다.

- 2013 건강권 서울시민회의

- 조정위원회 구성과 3차례의 회의
 - 시민패널 선정
 - 2차례의 시민패널 예비모임
 - 전문가패널 선정
 - 2일간 본회의
- 2013 건강권 서울시민회의 사후 활동
 - 사후 평가 모임과 개인 인터뷰
 - 복지부와 서울시에 공개서한 전달
 - 시민패널과 서울시 관계 공무원의 간담회
 - 시민패널과 쪽방주민의 간담회
 - 언론 기고 및 동영상 배포

연구 수행을 위한 조직의 구조는 다음과 같다(The Danish Board of Technology 누리집 참조).

실무팀(연구진)	• 연구 실행
조정위원회 (외부전문가)	• 실무팀 자문 • 합의회의의 가이드라인 • 시민 패널과 전문가 패널 선정과 승인 • 시민 패널의 대표성, 독립성, 자원 접근성 보장
시민 패널 (비전문가 일반 시민)	• 서울시 주민 • 이슈 관련 광범위한 경험 기반 대표 • 이슈에 대한 관심과 열린 마음 • 이해관계 부재
퍼실리테이터 (외부 경험자)	• 실제 회의 관리와 의사소통 경험 존재 • 회의 주제에 대해서는 비전문가
서기	• 회의 과정 기록

그림 1-3 연구 수행을 위한 조직 구조

II 2013 건강권 서울시민회의의 관계자

- 1 시민패널
- 2 조정위원회
- 3 전문가패널
- 4 퍼실리테이터
- 5 서기
- 6 실무진(건강권 서울시민회의 기획단)

II 2013 건강권 서울시민회의의 관계자

이 장에서는 2013년 건강권에 관한 서울시민회의의 주역인 주체들에 대해 소개하고자 한다. 이들은 공동체와 이웃에 대한 관심과 열의를 보였으며 2013 건강권 서울시민회의를 좋은 경험의 기회로 간주하고 적극적으로 참여하였다.

1 시민패널

시민패널은 건강권 서울시민회의의 주제인 건강과 인권, 빈곤에 관심을 가지고 있는, 서울시에 거주하는 일반 시민으로 구성되었다. 이번 서울시민회의의 공정성을 확보하기 위해 주제와 관련된 분야의 전문가나 이해관계자는 시민패널에서 배제하였다. 따라서 인권, 건강, 보건의료, 복지 분야의 공무원, 전문가, 활동가가 시민패널로 참여하는 것은 엄격히 제한되었다. 또한 앞의 분야와 다르더라도 소속 단체의 확고한 입장이 있는 정당의 상근자 역시 제한되었다.

약 3주 동안의 온라인 및 오프라인 홍보를 통해 시민패널을 모집하였고, 이 중 성별과 연령을 고려하여 총 14명의 시민패널을 선정하였다. 그러나 최종적으로 선정된 시민패널의 명단에서 나타난 것과 같이 남성에 비해 여성이, 다른 연령대에 비해 20대와 60대의 비율이 높았고 직업의 분포에 한계가 있었다.

선정된 시민패널은 두 차례의 예비모임과 첫 모임에서 배포된 시민패널을 위한 자료집을 통해 인권과 쪽방, 그리고 쪽방주민의 건강 실태에 대한 기초적인 정보를 제공받았으며, 전문가패널의 강의 및 질의응답, 여러 차례의 토론 등을 통해 건강권 서울시민회의의 과제와 최종 산출물의 내용을 구체화하였다. 이를 바탕으로 시민패널들은 보편적인 건강권의

의미와 내용에 대한 선언, 서울시 쪽방주민의 건강권 현황 평가와 권고안으로 구성된 2013 건강권 서울시민회의의 최종 선언문을 작성하였다. 시민패널들은 최종 선언문을 완성하기까지 자신과 다른 시각과 경험을 가진 참여자들과 대면, 소통, 그리고 합의를 하였다. 그러한 과정은 결코 쉽지 않았지만, 그 과정에서 합리적인 논변과 설득은 적극 수용하면서 자신의 의견을 바꾸어 나가는 ‘숙의’의 모습을 보여주었다. ‘열린 마음’이 시민패널의 가장 중요한 요건이라고 했던 덴마크기술위원회의 주장을 확인할 수 있었다.

시민패널은 4차례의 일정이 육체적으로 부담이 컸음에도 끝까지 일정을 완수하였고, 건강권 서울시민회의가 종료한 이후에도 일정이 허락하는 한 사후 평가 인터뷰, 서울시 관계 공무원과의 간담회, 동자동 쪽방주민과의 간담회, 언론 기고 등의 사후 활동까지 참여하였다.

표 2-1 건강권에 관한 서울시민회의의 시민패널 구성

	성별	연령	직업	거주지
1	여	60대	무직	강북구 돈암동
2	여		무직	동작구 사당동
3	여		무직	서초구 서초동
4	여	50대	전업주부	송파구 잠실동
5	여		무직	서초구 서초동
6	여	40대	전업주부	도봉구 쌍문동
7	여		전업주부	관악구 봉천동
8	여	30대	유학준비	동작구 흑석동
9*	여		대형병원 약사	용산구 남영동
10	남	20대	대학원준비	강남구 청담동
11	여		취업준비	마포구 공덕동
12	남		장애인활동보조인	서초구 방배3동
13	여		대학생	동작구 상도동
14	남		대학생	종로구 명륜동

주 : 선정 초기 시민패널은 총 14명(남 3, 여 11), 최종 13명(남 3, 여 10명)이 참가함

* 개인사정으로 중도 포기

조정위원회

조정위원회는 건강권 서울시민회의 주제와 관련된 분야의 전문가들로, 해당 분야에 대한 풍부한 지식과 네트워크를 가지고 있었다. 주제와 관련하여 다양한 분야와 입장에 속하는 7명의 전문가로 구성되었으며, 각 조정위원은 '건강권 서울시민회의 기획단'에서 위촉하였다.

이들은 건강권 서울시민회의의 공정성과 중립성을 최대한 보장하기 위해 운영전반을 감독하였으며, 주요 의사결정을 수행하는 역할을 하였다. 건강권 서울시민회의의 진행지침 마련, 제목 및 일정 결정, 시민패널 모집방법 결정, 시민패널 선정 및 승인, 시민패널에게 제공할 자료의 공정성 및 적절성 검토, 전문가패널 추천 및 승인 등과 같이 건강권 서울시민회의와 관련된 중요한 사안들은 모두 조정위원회의 승인을 받아 진행되었다.

또한 조정위원들은 여러 가지 아이디어 제공과 실무 관련 조언 등 실질적인 도움을 주었다. 예로, 개인 선언문 작성 제안, 사전 언론 기고를 통한 건강권 서울시민회의의 홍보, 조정위원회 회의 장소 제공과 2차 시민패널 예비모임 장소 확보, 기초 강의와 질의응답, 전문가패널 섭외 도움, 주요 자료 접근성 보장, 쪽방촌 방문 및 쪽방주민 섭외 도움, 실무 팀³, 진행 장비 등 여러 도움을 주었다.

조정위원회는 자문과 의사결정을 수행하는 회의 이외의 일정에는 반드시 참석해야 하는 의무가 없었지만, 가능하면 참석하여 도움을 주었고 민주적 숙의 과정을 지켜보았다. 고정된 세 차례의 조정위원회에서 논의가 불가능했던 시급한 의사결정이나 자문의 경우, 전자 우편이나 전화 통화, 문자 메시지 등을 통해 이루어졌다.

3

특히, 행사 진행 시 퍼실리테이터(사회, 토론 진행)를 위한 대본 준비, 토론 시 프린터 활용 등은 숙의 환경 조성에 중요한 역할을 하였다.

표 2-2 조정위원회 구성

조정위원	소속
강동진	빈곤사회연대 집행위원장
기재일	서울시 자활보호팀 주무관
김창현	동자동사랑방 대표
명 속	인권운동사랑방 활동가
신현웅	보건사회연구원 건강보장연구센터 연구위원
전익형	남대문지역상담센터 실장
최영철	시민건강증진연구소 초빙연구원

전문가패널

전문가패널 역시 건강권 서울시민회의의 주제와 관련된 분야의 전문가로, 풍부한 전문성을 바탕으로 시민패널에게 지식과 정보를 제공하고 시민패널들이 제기하는 질문에 응하였다. 보통 시민합의회의의 전문가패널은 시민패널의 제안 및 조정위원회의의 추천으로 구성되는데, 이번에도 시민패널의 직접적인 제안 사항과 토론에서 제기된 질문 등을 조정위원회에 보고하여 최종 선정되었다. 건강권 서울시민회의의 경우 일부 조정위원이 전문가패널을 겸임하였는데, 이는 조정위원회의의 승인을 받아서 결정된 것이다.

이번 서울시민회의의 경우 일정이 촉박하여 최종 전문가패널에게 강의의 청탁하는 기간이 매우 짧았다. 그럼에도 일정이 가능하면 흔쾌히 수락해 주었으며 짧은 시간에도 불구하고 건강권 서울시민회의의 맥락과 청중의 구성을 충분히 고려하여 강의를 준비해 주었다. 더욱이 이번 서울시민회의에 대한 격려와 지지도 보태었다.

전문가패널은 발표뿐만 아니라 이후 질의응답 시간도 가졌다. 특히 본회의 1일째의 경우, 상대적으로 많은 시간을 할애하여 전문가 패널과 시민패널, 그리고 참석한 모든 사람들이 함께하는 집중적인 토론 및 질의응

답 시간을 가졌는데, 이를 통해 시민패널들은 주제와 관련된 내용과 문제의식을 구체화할 수 있었다.

표 2-3 전문가패널 구성

날짜	이름	소속
1차 시민패널 예비모임 명 속	김정숙	건강세상네트워크 빈곤충건강권사업단
	조승화	동자동사랑방 사무국장
2차 시민패널 예비모임	유옥진	용산구 보건소 방문간호사
	조효제	성공회대학교 사회과학부 교수
본회의 1일째	김창엽	서울대학교 보건대학원 교수
	주은선	경기대학교 사회복지학과 교수
	명 속	인권운동사랑방 활동가
	강동진	빈곤사회연대 집행위원장

4

퍼실리테이터

기존 문헌에 의하면 퍼실리테이터는 풍부한 회의 진행 경험을 바탕으로 시민패널들이 회의과정에 적극적으로 참여할 수 있게 하며, 토론과정이 매끄럽게 진행될 수 있도록 도움을 주는 역할을 한다. 그리고 시민패널과 마찬가지로 시민회의의 주제와 관련하여 전문적인 지식이 없어야 하고, 특수한 이해관계를 가지고 있지 않아야 한다. 이번 건강권 서울시민회의의 경우, 퍼실리테이터가 주제와 관련하여 전문적인 지식이 전혀 없다는 할 수 없었다. 하지만 전문적인 지식이 전혀 없을 경우 퍼실리테이터 역할 수행에 어려움이 따를 수 있다는 판단과 함께, 퍼실리테이터의 역할이 토론을 촉진하되 내용에 개입하지 않는 것⁴으로 결정되었기에 표

4

시민패널이 내용 측면에서 퍼실리테이터에게 질의하는 경우, 이번 서울시민회의에서 제시된 자료와 정보를 바탕으로 한 사실관계 질의 외에는 전혀 답변을 하지 않는 것으로 역할을 정하는 등 최대한 개입하지 않고 중립성을 확보하기로 하였다.

2-4의 분들로 위촉하였다. 때에 따라 퍼실리테이터가 전체 사회자의 역할을 맡기도 하였다.

퍼실리테이터는 ‘건강권 서울시민회의 기획단’에 의해 위촉되었으며 조정부위원회에 보고되었다. 사전 워크숍과 만남을 통해 건강권 서울시민회의의 배경, 목적, 시민패널 과제를 공유하였고 최대한 개입하지 않는 중립적 역할과 건강권 원칙, 동자동 쪽방주민의 건강권 현황 평가, 권고안 마련이라는 3가지 방향 설정의 역할을 숙지하도록 당부하였다. 퍼실리테이터들은 여러 번의 사전 만남에 흔쾌히 응해 주었으며 건강권 서울시민회의의 맥락과 퍼실리테이터의 역할을 충분히 숙지해 주었다. 사전 워크숍과 모임에서는 토론이 잘 이루어질 수 있도록 경험담과 조언을 보태었다. 뿐만 아니라 행사 전날 저녁 늦게, 혹은 당일 아침 일찍 완성된 퍼실리테이터 대본일지라도 정독하고 숙지하여 역할을 수행해 주었으며 일손까지 보태었다. 마지막으로 시민패널 한 사람의 의견이라도 묻히지 않게 노력해 주었으며, 본회의 1일째의 전체 질의응답 시간에는 청중으로서 중요한 질문도 제기하였다.

표 2-4 퍼실리테이터 구성

이름	소속
김영동	건강세상네트워크 시민참여사업단
남 웅	프리랜서
윤현옥	광진주민연대

서기

‘건강권 서울시민회의 기획단’에 의해 위촉된 서기는 건강권 서울시민회의의 전 과정을 기록하는 역할을 하였다. 동시에 토론 과정이 원활하게 진행될 수 있도록 기술적인(technical) 지원을 하였다. 조별 토론 시에는 조별로 서기 1명씩 배정되어 토론 과정을 기록하였는데, 화이트스

크린과 프린터를 이용하여 바로 다음에 이어지는 전체 토론 시간에 각 조의 토론 결과를 공유할 수 있도록 하였다. 최종선언문 작성 시에는 컴퓨터와 스크린을 통해 시민패널 모두가 집필에 참여할 수 있도록 실무적 보조 역할을 하였다. 이때 서기는 서기 개인의 견해가 반영되지 않도록 토론 과정에 개입하지 않았다.

서기 역시 퍼실리테이터와 마찬가지로 바쁜 와중에 시간을 내어 워크숍과 사전 만남에 흔쾌히 응해 주었으며 건강권 서울시민회의의 맥락과 서기의 역할을 충분히 숙지해 주었다. 행사 당일 자발적으로 일손도 보태었고 사후에는 필사 역할도 맡아 주었다.

표 2-5 서기 명단

이름	소속
김보경	한양대학교 예방의학교실 건강사회연구소
박유경	서울대학교 보건대학원
이혜민	고려대학교 보건과학대학

실무진(건강권 서울시민회의 기획단)

건강권 서울시민회의의 기획단, 즉 실무진은 이번 서울시민회의를 기획하고 회의의 진행과 관련된 다양한 실무를 담당하였다. 또한 실무진의 견해가 시민회의의 결과에 영향을 주지 않도록 자문 및 의사결정기구인 조정위원회를 통해 중립성을 확보하였으며, 숙의 환경 조성과 원활한 회의 진행을 위해 퍼실리테이터와 서기를 위촉하였다.

실무진은 시민패널의 결정에 따라 건강권 서울시민회의의 일정을 마친 후 시민패널과 함께 최종선언문을 배포하고 홍보하는 역할을 담당하였다. 최종선언문을 관련 공공기관과 관련 단체에 전달하였으며, 여러 언론에 기고함으로써 사회적 공론화와 정책 연계를 위해 노력하였다. 그리고 회의 과정을 기록한 짧은 동영상상을 제작하여 온라인을 통해 배포하였다.

표 2-6 실무진 명단

	이름	소속
연구책임	손정인	서울대학교 보건대학원 박사수료
연구진	김정숙	건강세상네트워크 빈곤총건강권사업단
	김슬기	인천시 공공보건의료지원단
	조승화	동자동사랑방 사무국장

III 2013 건강권 서울시민회의의 진행 경과

- 1 2013 건강권 서울시민회의의 목적
- 2 2013 건강권 서울시민회의의 사전 활동
- 3 2013 건강권 서울시민회의의 전체 일정

III 2013 건강권 서울시민회의의 진행 경과

1 2013 건강권 서울시민회의의 목적

1 1 목적

시민패널에게 공식적으로 알린 2013년 건강권에 관한 서울시민회의의 목적은 다음과 같다.

“일반시민이 참여하는 숙의적 시민참여제도를 통해 한국적 맥락에서 건강권의 내용과 수준을 검토하고 그에 기초하여 서울시 쪽방주민의 건강권 현황을 평가하고 권고안을 도출한다.”

1 2 시민패널의 과제

시민패널에게 공식적으로 요청한 과제는 다음과 같다.

“건강권의 내용과 수준에 대한 논의를 통해 서울시 쪽방주민의 건강권 현황을 평가하고 권고안을 마련하는 것입니다.”

2 2013 건강권 서울시민회의의 사전 활동

2013 건강권 서울시민회의의 사전 활동은 다음 표와 같다.

표 3-1 2013 건강권 서울시민회의의 사전 활동

진행과정	일시	목적
조정위원회 구성	2013.09.06.(금) ~ 2013.10.24.(목)	개별 조정위원 방문 및 위촉 7인의 조정위원회 구성
내부 세미나	2013.10.04.(금) am10:00~pm1:00	시민참여제도 및 합의회의 관련 실무진 세미나

조정위원회 구성은 상당한 시간이 걸렸다. 총 8분의 조정위원 후보를 만나 청탁하였고 최종 7분의 조정위원이 수락하였다. 상대적으로 긴 시간이었지만, 개별 조정위원 후보를 만나면서 서울시민회의에 대한 여러 조언과 팁을 들을 수 있어 매우 유용한 시간이었다.

실무진 내부 세미나는 시민참여제도와 그 유형의 하나인 시민합의회의의 관련 문헌들로 세미나를 진행하였다.

3 2013 건강권 서울시민회의의 전체 일정

2013 건강권 서울시민회의의 전체 일정은 다음 표와 같다.

표 3-2 2013 건강권 서울시민회의의 일정

진행과정	일시	목적
제1차 조정위원회 회의	2013.10.26.(토) am 10:00~12:00	기획안 검토 및 승인 회의 제목 결정 회의 일정 결정 등
시민패널 모집	2013.11.04.(월) ~ 2013.11.28.(목)	광고, 홍보 통한 시민패널 모집 언론 기고
사전 워크숍 1 - 퍼실리테이터 편	2013.11.06.(수) pm 7:30~9:30	시민합의회의의 및 최종 기획안에 관한 사전 워크숍
제2차 조정위원회 회의	2013.11.22.(금) pm 3:00~5:00	시민패널 최종 선정 전문가패널 후보 명단 작성 및 섭외
사전 워크숍 2 - 서기 편	2013.11.26.(화) am10:00~12:00	시민합의회의의 및 최종 기획안에 관한 사전 워크숍
퍼실리테이터 사전 회의 1	2013.11.27.(수) ~ 2013.11.30.(토)	개별 퍼실리테이터 방문 및 세부 기획안 공유
1차 시민패널 예비모임	2013.11.30.(토) pm 2:00~6:00	기초 강의 시민패널의 조별 토론 및 전체 토론
제3차 조정위원회 회의	2013.12.06.(금) pm 3:00~5:00	추가 전문가패널 추천 및 섭외 본 회의 일정 최종 점검
퍼실리테이터 사전회의 2	2013.12.06.(금) pm 7:30~9:00	세부 기획안 공유
2차 시민패널 예비모임	2013.12.07.(토) pm 2:00~6:00	동자동 소개 및 관련 발표 쪽방지역 방문 쪽방주민과의 대화

표 계속 2013 건강권 서울시민회의의 일정

진행과정	일시	목적
본회의 1일째	2013.12.13.(금) am 10:00~pm 6:00	전문가패널 강의 전체 질의·응답 시민패널의 개인 선언문 작성
본회의 2일째	2013.12.14.(토) am 10:00~pm 6:00	시민패널의 개인 선언문 발표 조별 토론 및 조별 선언문 작성·발표 전체 토론 및 최종 선언문 작성 최종 선언문 발표 및 폐막식

3 1 **조정위원회 회의**



7인으로 구성된 조정위원회 회의는 총 3차례 진행되었다. 이 절에서는 3차례의 회의 일정과 내용을 간략히 소개하고자 한다.

3 1 1 **제1차 조정위원회 회의 일정과 회의 내용**

- 일시 : 2013년 10월 26일(토) 오전 10시~12시
- 회의 내용
 - 조정위원 소개

- 연구 배경 및 기획안
- 조정위원회 역할 정의
- 제목 결정
- 본회의 일시 및 장소 선정
- 시민패널 모집 방법
- 자료집 준비 검토
- 시민패널 촉진자
- 제2, 3차 조정위원회 회의 일정 결정

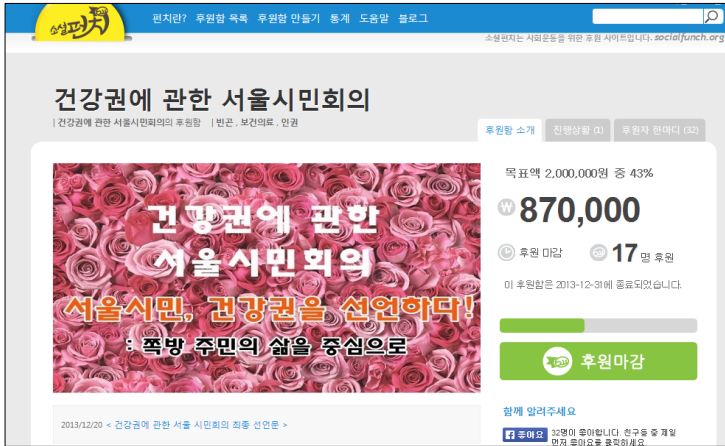
3 1 2 제2차 조정위원회 회의 일정과 회의 내용

- 일시 : 2013년 11월 22일(금) 오후 3~5시
- 회의 내용
 - 보고 사항
 - 시민패널 모집 광고 진행 경과
 - 퍼실리테이터 소개
 - 토의 안건
 - 시민패널 최종 선정
 - 자료집 검토
 - 1차 시민패널 예비모임 프로그램 기획안
 - 2차 시민패널 예비모임 프로그램 기획안
 - 전문가패널 후보 추천
 - 기타

3 1 3 제3차 조정위원회 회의 일정과 회의 내용

- 일시 : 2013년 12월 06일(금) 오후 3~5시
- 회의 내용
 - 보고 사항

시민패널 최종 선정 결과
 1차 시민패널 예비모임 진행 보고
 추가 1차 시민패널 예비모임 진행 보고
 본회의 첫날 발표 전문가 섭외 현황
 소셜펀치⁵



- 토의 안건
 본회의 첫날 발표 전문가 추천
 본회의 프로그램 검토 및 확정

3.2 시민패널 모집

3.2.1 시민패널 모집 광고 진행 경과

- 모집기간

2013.11.04.(월) ~ 2013.11.28.(목)

⁵ 재정적 한계로 인하여 서울연구원 측과 상의 후 '소셜펀치'를 통하여 개인 후원을 받았다. 2013년 12월 31일까지 총 17명의 개인이 870,000원을 후원하였다.

건강권에 관한 서울시민회의

서울시민, 건강권을 선언하다!

: 쪽방 주민의 삶을 중심으로

시민패널모집

「건강권서울시민회의기획단」은 일반 시민이 참여하여 건강권에 대해 토론·숙의하고 쪽방주민의 삶을 중심으로 그 평가와 권고안을 만들어 보는 시민회의를 개최합니다.
건강과 인권에 관심 있는 시민패널을 모집합니다!

일시
장소

<예비모임>
11월 30일(토) 오후2시~6시(서울대 연건캠퍼스, 혜화역)
12월 7일(토) 오후2시~6시(서울 동작동 쪽방촌)

<본회의>
12월 13일(금) 오전10시~오후6시(서울대 연건캠퍼스, 혜화역)
12월 14일(토) 오전10시~오후6시(서울대 연건캠퍼스, 혜화역)

참가
신청

human14@nate.com 메일로
이름, 휴대폰번호, 이메일,
그리고 간단한 참여 동기를 적어서 보내주세요!

- 모집기간 : 11월 4일(월) ~ 11월 23일 (토)

- 모집기준
서울시 거주 시민
2차례 예비모임과 본회의 일정에 모두 참석 가능한 분
건강과 인권에 대해 관심이 있으신 분
(단, 회의의 공정성을 기하기 위해 서울시 공무원, 용산구청 및
용산구 보건소 관계자, 건강권과 인권의 전문가 및 활동가 제외)

- 모집인원 : 14명
* 참여하신 시민패널께서는 소정의 사례비를 지급합니다.

문의

02-2269-1901~5
010-3420-2450
human14@nate.com
트위터 @humanjs
페이스북 페이지 : 건강권에 관한 시민회의

주최 건강권에 관한 서울시민회의 기획단

후원 서울연구원

그림 3-1 시민패널 모집에 관한 웹 포스터

- 언론 광고와 기사
 - 생활광고 : 한겨레신문 11월 21일자
 - 기사 : 라포르시안 11월 14일자 「“동자동 쪽방촌 김씨는 건강한가?” 누가 관심 가져야 할까」
- 언론 기고
 - 프레시안 11월 7일자 「쪽방주민의 건강권, 국민참여 재판처럼 풀면 어떨까?」 손정인 건강권 서울시민회의 기획단
 - 인권오름 11월 13일자 「시민들이 논하는 건강권 - ‘건강권서울시민회의’ 시민패널로 초대합니다!」 명숙 조정위원
 - 경향신문 11월 18일자 「건강, 인권, 그리고 떠들썩한 민주주의」 최영철 조정위원
 - 프레시안 11월 18일자 「KBS는 그 프로그램 진행자를 왜 바꿨을까?」 시민건강증진연구소
- 사회관계망서비스(SNS)와 누리집 홍보
 - 트위터(humanjs), 페이스북(시민회의), 페이스북페이지(건강권에 관한 시민회의) 개설 및 홍보
 - 인권, 시민사회, 소비자단체, 생협, 의료생협, 지역 단체 등에 공문 발송 및 홈페이지 자유게시판에 홍보
 - 커뮤니티 사이트 중 접속 랭킹 순위 10위까지 홍보
 - 서울톡톡(시민과 함께 만드는 서울시 온라인 뉴스)
- 오프라인 홍보
 - 관악구 서림동 H아파트 단지 전단지 부착 광고(10여 동)

3 2 2 시민패널 모집 결과 및 선정

긴 모집 기간에서 짐작할 수 있듯이 시민패널로 신청한 일반 서울 시민은 많지 않았다. 시민패널 모집 이후 신청인은 최대 23명까지 이르렀으나, 연락이 잘 되지 않는 4인, 개인 사정이 생겨 전 일정 참여가 어려운

3인, 전문 식견이 있거나 확고한 입장이 있을 수 있는 활동가와 정당 상근인 2인을 제외한 14인이 최종적으로 선정되었다.⁶

참고로 시민패널 선정은 제2차 조정위원회 회의와 이후 전체 조정위원회에 전달한 전자우편을 통해 이루어졌다.

3.3 1차 시민패널 예비모임

3.3.1 시간표

건강권 서울시민회의의 1차 시민패널 예비모임의 시간표는 다음 표와 같다.

표 3-3 건강권 서울시민회의 - 1차 시민패널 예비모임 시간표

2013년 11월 30일(토) 14:00 - 18:00		
시간(오후)	순서	내용
2:00 - 2:15	행사 소개	최영철 조정위원
2:15 - 2:40	시민패널 소개	서로에게 자신을 소개하는 시간입니다. 한 분당 2분씩 정도로 말씀해 주세요.
2:40 - 3:10	인권과 건강권 기초 강의	명숙 조정위원
3:10 - 3:30	질의응답	강의에 대해 궁금한 사항을 질문해 주세요.
3:30 - 3:40	휴식	다과와 함께 휴식을 취해 주세요.
3:40 - 4:10	쪽방주민 건강권 실태조사 발표	김정숙 실무진
4:10 - 4:30	질의응답	발표에 대해 궁금한 사항을 질문해 주세요.
4:30 - 4:35	조별 토론 소개, 조별 착석	조별 토론은 무엇을 하는 시간일까요? 자신이 속한 조를 얘기 듣고 착석해 주세요.
4:35 - 5:10	조별 토론	시민패널 과제 수행에 필요한 질문을 제안하고 토론해 주세요.
5:10 - 5:20	휴식	다과와 함께 휴식을 취해 주세요. 조별 토론에서 도출된 질문들을 전체 서기에게 제출해 주세요.
5:20 - 5:35	조별 발표	조별로 5분 정도 도출된 질문들과 그 이유를 발표해 주세요.
5:35 - 6:00	전체 토론	다함께 논의하고 합칠 내용은 합치고 나눌 내용은 나눕시다. 본회의 때 듣고 싶은 발표 내용이나 전문가를 추천해 주세요.

⁶ II장에서도 기술하였듯이 최종 선정된 시민패널 14인 가운데 1인은 개인 사정으로 인해 본회의 2일째 일정에 불참하였기에 제외하였다. 따라서 실질적으로 최종 시민패널은 총 13인이 되었다.

현장 모습

1차 시민패널 예비모임의 시작, 기초 강의, 조별 토론, 전체 토론의 모습을 담은 사진은 다음과 같다.



그림 3-2 1차 시민패널 예비모임의 시작



그림 3-3 1차 시민패널 예비모임의 기초 강의(인권과 건강권)

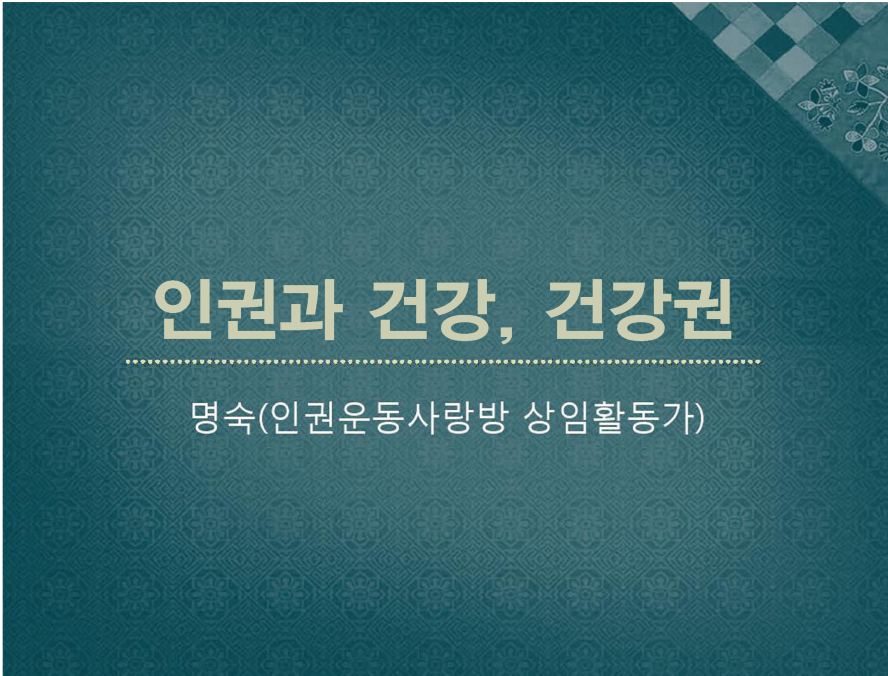


그림 3-4 1차 시민패널 예비모임의 조별 토론

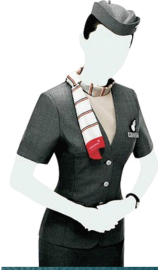


그림 3-5 1차 시민패널 예비모임의 전체 토론

- 1) 인권과 건강, 건강권(명숙, 인권운동사랑방 상임활동가)



인권이란 말이 떠오를 때



인권, 존엄성을 인정받을 권리

장소가 어디건 간에

· 학교, 직장, 집, 거리 등등등

누구인지 간에

· 어린이건, 여성이건, 남성이건, 성소수자
이건, 노인 건...



인권, 존엄성을 인정받을 권리

인간답게 살 권리

차별 받지 않을 권리(간접차별, 직접차별)

평등하게 살 권리(기회의 평등+결과의 평등)

스스로 선택할 권리(자기 결정권)

인권이 보편적 가치가 되기 위해

❁ 세계인권선언(1948년12월 10일)

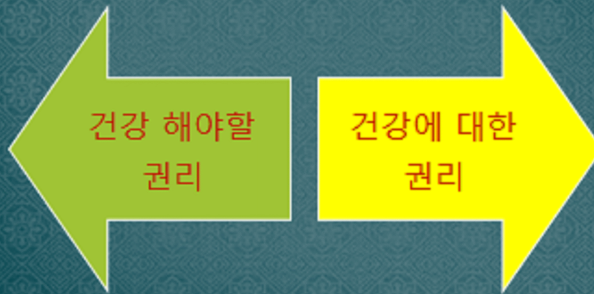
“인류 가족 **모든** 구성원의 타고난 존엄성과
평등하고도 **양도**할 수 없는 권리를 인정하는 것이
전 세계의 자유와 정의와 평화의 기초이다.”

❁ 여러 국제인권규약

: 정치적 시민적 권리에 관한 국제규약(약칭 자유권 규약)

: 경제적 사회적 문화적 권리에 관한 규약(약칭 사회권 규약)

건강권이란



건강한 삶을 살려면



사회권 규약

- ☼ 12조 이 규약의 당사국은 모든 사람이 도달가능한 최고수준의 신체적 정신적 건강을 향유할 권리를 가지는 것을 인정한다.
2. 이 규약 당사국이 동 권리의 완전한 실현을 달성하기 위하여 취할 조치에는 다음 사항을 위하여 필요한 조치가 포함된다.
- (a) 사산율과 영아사망률의 감소 및 어린이의 건강한 발육
 - (b) 환경 및 산업위생의 모든 부문의 개선
 - (c) 전염병 풍토병 직업병 및 기타 질병의 예방 치료 및 통제
 - (d) 질병발생시 모든 사람에게 의료와 간호를 확보할 여건의 조성

건강권의 기본 요소

의료서비스에 대한 권리

건강할 수 있는 조건에 대한 권리 (건강결정요인)

자신의 건강과 신체를 통제할 권리(임상실험)

제도를 공평하게 이용할 권리

차별 당하지 않을 권리
결정과정에서 참여 보장할 권리

건강에 대한 인권적 접근

- ✻ 건강을 회복하고 유지하는 것이
의학적 기술적 경제적인 문제에 그치는 것
이 아니라 사회정의와 확고한 정부의 의무
에 관한 문제임
- 개인의 자력화(권한 강화, empowerment)

사회권 일반 논평14(건강권)

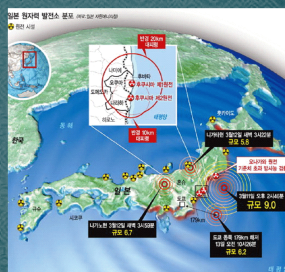
- ✻ 도달가능한 최고수준의 건강을 향유할 권리
- ✻ 평가들
- ◆ 가용성(이용가능성, availability) ; 의료서비스뿐만 아니라 건강에 영향을 미칠 수 있는 기본적인 요소들이 충분히 보장되어야 한다.
- ◆ 접근성(accessibility) ; 누구나 물리적, 경제적인 이유로 접근의 제한을 받아서는 안되며 특히 취약집단이 차별 받는 일이 없어야 한다. 의료서비스뿐만 아니라 건강 관련 정보에 대한 접근도 보장되어야 한다.
- ◆ 수용성(acceptability) ; 모든 의료서비스는 생명과 개인의 프라이버시를 존중하고 성인지적 관점을 갖추어야 하며 문화적으로 적절해야 한다.
- ◆ 질(quality) ; 적절한 질을 갖추어야 한다.

유엔사회권위원회 권고 (2009. 11.)

30. 위원회는 의료급여제도에도 불구하고 전체 90%를 구성하는 민영병원에서의 의료 서비스에 대한 취약 소외 계층의 충분한 접근이 이루어지지 않는 점을 우려한다. 위원회는 또한 국민건강보험이 의료비의 약 65% 정도만을 보장하고, 그 결과 개인의 직접 지출 부담이 상당히 많다는 점을 우려한다. (제 12조)

위원회는 당사국이 의료비 지출을 증대시킬 것과 감당 가능한 비용으로 모든 사람이 의료서비스에 보편적으로 접근할 수 있도록 보장하는 모든 종류의 조치를 취할 것과, 달성 가능한 최상의 육체적 정신적 건강에 대한 권리에 관한 일반논평 제14호 (2000년)에 관심을 기울일 것을 촉구한다.

생각해 볼 것들



“동자동 쪽방촌 건강권 실태조사”

건강권에 관한 서울시민회의

김정숙

2013.11.29

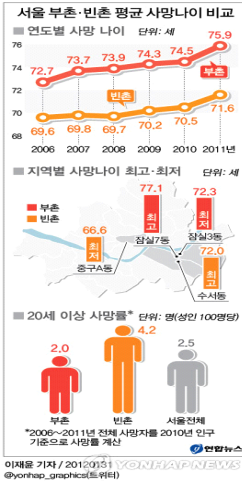
1

경제위기가 건강에 미치는 영향

- ▶ - IMF경제위기가 국민들의 의료이용에 미쳤던 영향에 대한 연구 중 저소득층에서 의료이용의 감소폭이 훨씬 크게 나타나고 의료서비스 지출보다 약물 구입비용에 따른 지출의 감소가 더 컸음.
- 경제위기에 의하여 술 및 약물 소비가 늘어나고 영향 불균형 또는 악화가 증가함. 또, 스트레스에 의한 자살 및 우울증 등 질병의 유병률도 증가함.

2

가난한 동네가 일찍 죽는다.



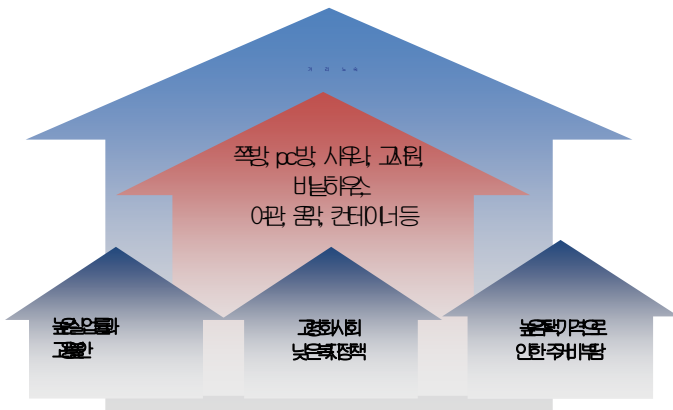
‘쪽방촌’으로 불리는 저소득층 밀집지역인 중구 남대문 쪽방촌과 용산구 동자동 쪽방촌은 사망나이가 60대 안팎으로 낮은 편임.

- 이미 병이 있는 빈곤층이 마지막으로 의지하는 곳이 쪽방촌이고 저소득층일수록 음주, 흡연, 불균형적인 영양섭취 등과 같은 건강에 해로운 행태를 많이 보이고 있음.

- 이러한 결과로 빈촌의 사망률이 부촌의 2배인 것은 저소득층의 영양상태, 성인 시기의 질병예방과 충분한 휴식이 결핍되어 사망률이 높아짐.

3

가난한 사람들의 마지막 거주지 쪽방



4

쪽방이란 무엇인가?

- 현재까지 쪽방에 대한 단일한 정의는 부재
- 쪽방을 정의하는 기관이나 단체, 지역마다 그 정의가 다름
- 전국쪽방상담소협의회(2009) 정의
 - 최저주거기준 미만의 주택 이외의 거처
 - 보증금 없이 일세·월세·사글세 지불
 - 부대시설(세면·취사·화장실 등)이 없는 방
 - 단신·가족, 취약·주거불안계층이 거주
 - 수급권자나 이직이 강하고 고용이 불안정한 직종(비정기적 일자리, 건설일용직 등)에 종사하는 사람들이 이용
 - 저렴한 주거 공간

5

전국 쪽방 거주민의 특성

- 성별: 남성 87.3%, 여성 12.7% [84.9%, 15.1%]
- 연령: 평균 55.21세 (50대 비율 가장 높음) [59.71세]
- 가구형태: 1인 가구 93.4% [87.9%]
- 장기 거주: 장기 거주 목적은 90% 이상
- 월평균 수입: 50만원 미만 76% [평균 46만원]
- 직업: 무직 58.6%, 단순노무 27.8%, 자활근로 4.8% [79%, 8%, 10%]
- 노숙 경험: 유경험 38.7% [53.8%]
- 사회보장: 국민기초생활보장 수급자 64.8% [72.8%]
- 건강상태: 주관적 건강이 나쁜 경우 55.3% [68.4%]

* 자료: 이경희(2010), 괄호[] 값: 2012년 동자동 건강권 실태조사

6

전국 쪽방 거주민 현황(2011년 10월말 기준)

		건물	쪽방수	거주자수	공실률
서울	영등포쪽방상담소	79	547	554	8.9
	남대문지역상담센터	38	822	767	5.5
	용산쪽방상담소	47	975	873	11.0
	종로쪽방상담소	87	773	529	32.1
	동대문쪽방상담소	55	497	376	31.4
부산	부산진구쪽방상담소	41	587	395	34.4
	부산동구쪽방상담소	82	740	386	48.8
대구	대구쪽방상담소	130	1,591	1,017	37.5
인천	인천쪽방상담소	318	531	630	18.6
대전	대전쪽방상담소	393	1,426	1,055	32.9
합계		1,270	8,489	6,582	7

자료: 보건복지부(2012)

쪽방 주민의 보건 및 복지서비스 현황

- 공공영역: 쪽방상담소
 - 상담 및 행정지원: 사례관리, 장애등록 지원 등
 - 정서지원: 도서관 운영, 나들이 프로그램, 심리 프로그램 등
 - 보건의료지원: 무료검진 및 진료, 의료기관 연계, 방문간호 등
 - 취업지원: 구직 알선, 취업정보 제공 등
 - 생계지원: 무료급식, 밀반찬 지원, 의류 지원, 생필품 지원 등
 - 생활지원: 목욕, 세탁, 이·미용, 휴게실 운영, 인터넷 코너 운영 등
 - 지역별 특화사업: 주민조직화사업, 합동결혼식, 공동작업장 등
- 민간영역: 지역별로 다양
 - 예: 인도주의의사실천협의회, 요셉병원, 나눔의 집 등

자료: 장민철(2011)

8

서울시 주거빈곤층 실태조사

9

쪽방, 여인숙, 고시원의 거주상태

	구분	쪽방	여관	여인숙	고시원
→ 침실 수	1개	543(98.2)	264(99.6)	135(100.0)	400(100.0)
	2개	8(1.4)	1(0.4)	-	-
	3개 이상	2(0.4)	-	-	-
창문	없음	110(19.9)	8(3.0)	7(5.2)	177(44.3)
	있음	37(6.7)	1(0.4)	3(2.2)	-
화장실	공동사용	495(82.5)	42(15.8)	87(64.4)	380(95.0)
	공동사용자수	7.8	6.5	7.3	17.3
	없음	428(77.4)	246(92.8)	123(91.1)	20(5.0)
부엌	공동사용	46(8.3)	9(2.4)	8(5.9)	380(95.0)
	공동사용자수	9.7	14.5	6.3	28.2
	부엌 있는 가구 중 온수사용 불가	85(65.6)	4(21.1)	5(41.7)	20(5.3)
목욕 시설	없음	291(52.6)	14(5.3)	28(19.3)	-
	공동사용	235(42.5)	37(14.0)	62(45.9)	386(96.5)
	공동사용자수	8.8	6.3	8.0	17.3
	목욕시설 있는 가구 중 온수사용 불가	158(60.5)	27(10.7)	15(13.4)	12(3.0)
난방	없음	135(24.8)	31(11.7)	26(19.3)	15(3.8)

10

쪽방, 여관, 여인숙, 고시원 거주자의 직업



구분	쪽방	여관	여인숙	고시원
전문가 및 관련 종사자	-	10.2	-	3.6
사무 종사자	-	-	-	3.6
서비스 종사자	3.0	3.4	5.0	10.7
판매 종사자	1.0	5.1	5.0	1.0
기능원 및 관련 기능 종사자	1.0	5.1	-	1.0
단순노무 종사자	36.0	54.2	52.5	16.2
무직	58.0	22.0	37.5	62.9
기타	1.0	-	-	1.0
합계	비율(%)	100.0	100.0	100.0
	인원수(명)	100	59	40
			197	

11

만성질환유무



구분	쪽방	여관	여인숙	고시원
고혈압	40.0	18.3	22.5	5.0
당뇨병	22.0	10.0	7.5	6.5
고지혈증(고콜레스테롤 혈증)	18.0	1.7	2.5	1.5
위장병(위염 및 궤양, 십이지장 등)	14.0	3.3	12.5	3.5
간질환(간염, 간경화 등)	19.0	-	-	1.5
폐질환	7.0	1.7	2.5	1.0
심장질환	9.0	5.0	-	1.0
신장질환(신부전 등)	7.0	-	-	3.0
중풍(뇌졸중, 뇌출혈 등)	3.0	-	2.5	1.5
암	3.0	-	5.0	0.5
디스크	15.0	5.0	10.0	6.0
정신질환(정신분열, 우울증 등)	10.0	-	20.0	3.0
중독(약물, 알코올, 도박 등)	9.0	-	7.5	3.0
자궁질환	1.0	-	-	-
관절염	18.0	5.0	7.5	6.0
안질환(백내장, 녹내장 등)	3.0	3.3	2.5	4.0
치과질환	24.0	1.7	2.5	8.0
빈혈	5.0	-	7.5	1.0
질환 없음	17.0	60.0	47.5	67.5
기타	4.0	5.0	5.0	5.0

12

장애인 및 중복장애인의 비중



구분	쪽방	여관	여인숙	고시원
비해당(비장애인)	82.0	90.0	82.5	93.5
장애인	18.0	10.0	17.5	6.5
중복장애인	5.0	-	7.5	1.5
비율(%)	100.0	100.0	100.5	100.5
합계				
인원수(명)	100	60	40	200

13

음주여부



구분	쪽방	여관	여인숙	고시원
그렇다	57.0	64.9	57.8	59.3
아니다	43.0	35.1	42.2	40.8
비율(%)	100.0	100.0	100.0	100.1
합계				
인원수(명)	553	265	135	400

14

알코올 의존 측정결과



구분	쪽방	여관	여인숙	고시원
알코올 의존 의심	52.1	38.4	42.3	27.4
알코올 의존 아님	47.9	61.6	57.7	72.6
비율(%)	100.0	100.0	100.0	100.0
합계				
인원수(명)	315	172	78	237

15

국민기초생활보장제도 수급여부



구분	쪽방	여관	여인숙	고시원
해당 없음	43.0	88.3	65.0	85.5
일반수급	51.0	11.7	35.0	13.0
조건부수급	6.0	-	-	1.5
비율(%)	100.0	100.0	100.0	100.0
합계				
인원수(명)	100	60	40	200

16

몸이 아플 때 대처방법



구분	죽방	여관	여인숙	고시원
무료진료소	15.4	5.3	0.7	1.5
보건소	6.0	3.4	5.2	5.0
개인의원	44.7	54.3	55.6	51.6
국공립병원	20.8	5.7	8.9	8.3
약국	10.1	26.0	22.2	24.8
종합병원	0.7	0.8	0.7	2.8
기타	2.4	4.5	6.7	6.0
합계	비율(%)	100.1	100.0	100.0
	인원수(명)	553	265	135
			399	

17

아픈곳이 있는데 병원에 가지 못한 경험



구분	죽방	여관	여인숙	고시원
있다	51.0	49.8	55.6	38.3
없다	49.0	50.2	44.4	61.8
합계	비율(%)	100.0	100.0	100.1
	인원수(명)	553	265	135
			400	

18

병원에 가지 못한 이유



구분	쪽방	여관	여인숙	고시원	
병원비가 많이 나올까봐서	64.5	65.9	81.3	69.3	
병원까지 데려다 주거나 간병해줄 사람이 없어서	18.8	9.1	2.7	9.8	
병원이 멀리 있어서	1.4	0.8	1.3	3.9	
병원에 갈 시간이 없어서	1.1	12.1	4.0	6.5	
건강보험이 체납되어서	5.7	7.6	1.3	7.8	
기타	8.5	4.5	9.3	2.6	
합계	비율(%)	100.0	100.0	99.9	99.9
	인원수(명)	282	132	75	153

19

사회적 자본



구분	쪽방	여관	여인숙	고시원	
아예 연락을 끊고 산다	46.1	25.5	53.8	20.0	
만나지는 않지만 전화, 이메일 등으로 연락을 하고 있다	16.9	16.4	15.4	17.9	
전화, 이메일 등으로 연락하고 가끔 만나면서 지낸다	7.9	18.2	15.4	16.9	
자주 만나고 연락한다	3.4	27.3	7.7	41.5	
연락할만한 가족이나 친지가 없다	25.8	12.7	7.7	3.6	
합계	비율(%)	100.1	100.1	100.0	99.9
	인원수(명)	89	55	39	195

20

동네환경



구분	죽림	여관	여민속	고시집	
동네에 대한 나쁜 인상과 주변 사람들의 무시	20.8	18.6	8.8	8.8	
물거뭇짐	7.2	1.1	0.7	0.8	
전기, 상·하수도 등 기반시설 부재	7.1	0.4	2.2	0.8	
고령 노인	2.2	8.1	2.2	8.8	
시장, 은행 등 편의시설 이용 불편	2.2	8.1	8.0	2.8	
집수, 화장, 응급 등 장애 위험	10.1	0.8	8.0	1.0	
주인공들 응급 응대	0.2	2.7	0.7	2.1	
불안한 교통환경	-	-	-	0.8	
치안 불안정	7.8	18.4	8.2	4.8	
비위생적임	21.0	7.7	8.2	7.8	
응급의료와 자립 부족	8.0	5.0	8.7	8.7	
불안한 길 환경	8.8	88.7	84.8	88.8	
기타	8.8	7.7	8.8	8.8	
합계	비율(%)	100.0	100.2	88.8	100.1
	인원수(명)	882	281	188	888

21

동자동 건강권 실태조사 개요



-목적

‘건강한 마을 만들기’의 첫 단계로 동자동 주민의 건강권 현황 파악

-수행

건강세상네트워크 빈곤층건강권팀, 동자동 사랑방

인터뷰 (주민 5명) + 설문조사 (주민 225명)

- 시기

2012년 7월~11월

22

쪽방?

1-2명 방

1인 가구

1000가구

공동화장실

공동세면장

재개발

쪽방촌

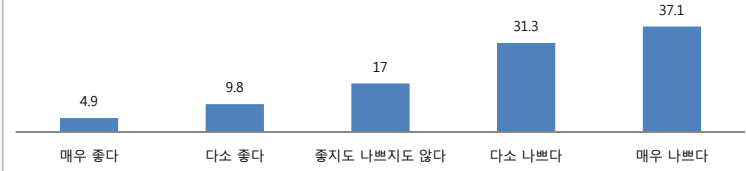
난방/온수

방세

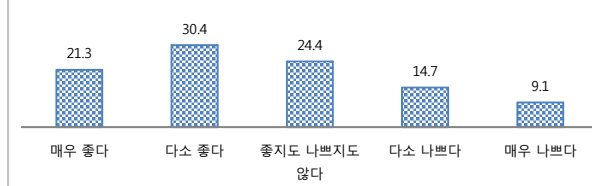


건강

전반적 건강상태(%)

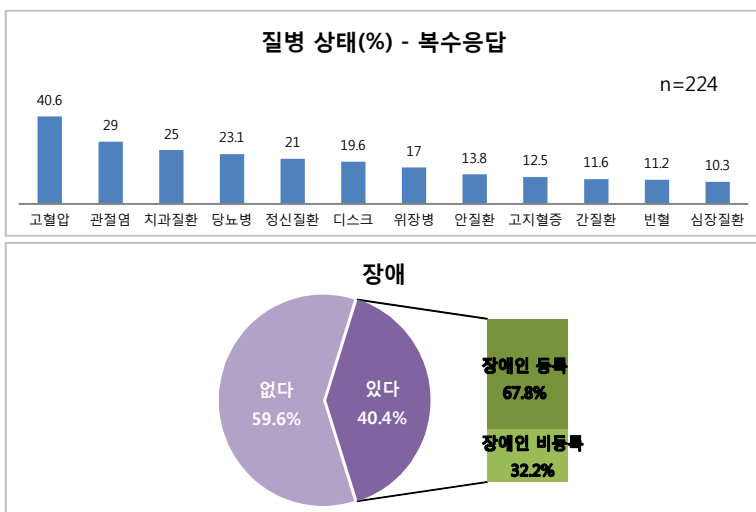


우리나라 국민의 전반적 건강상태(%)
(한국종합사회조사, 2010)



24

건강



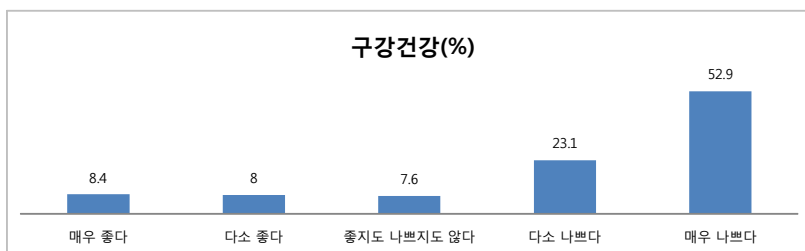
건강

• 주관적 기대수명

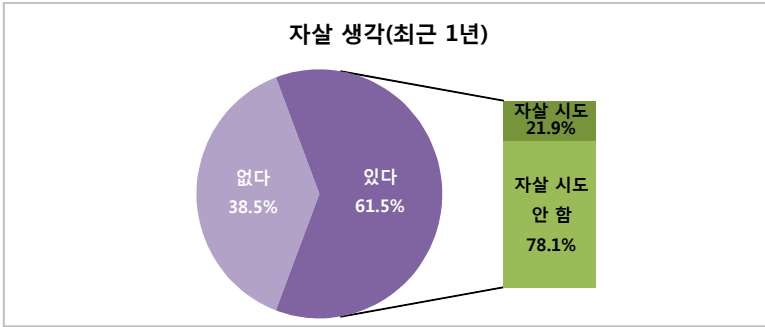
응답하신 분	평균	표준편차
156 명	74.25	12.624

* 모르겠다/무응답 69명

* 우리나라 국민의
주관적 기대수명: 77.0세
(국민노후보장 패널, 2005)



건강

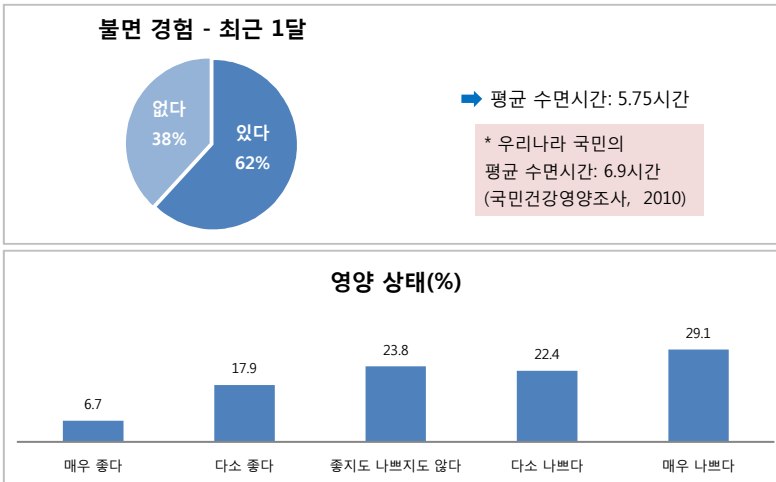


→ 최근 1년 동안 자살 생각을 했던 사람 5명 중 1명(21.9%)이 실제 자살 시도를 함

* 우리나라 국민의 자살생각률: 15.0%
 * 자살생각자의 자살시도율: 5.7%
 (국민건강영양조사, 2010)

27

건강



28

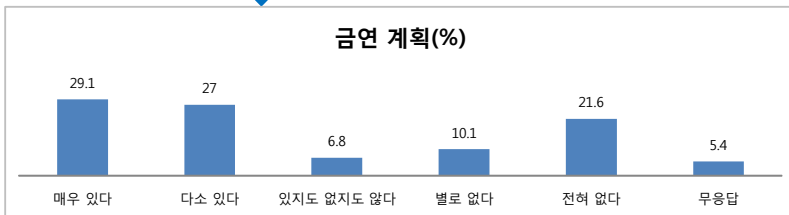
건강

• 흡연 여부

	그렇다	아니다	합계
빈도	148	76	224
비율(%)	66.1	33.9	100

*우리나라 국민의
흡연율: 48.3%(남),
6.3%(여)
(국민건강영양조사,
2010)

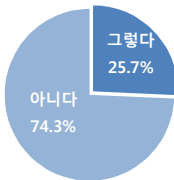
평균 흡연기간: 32.7년



29

건강

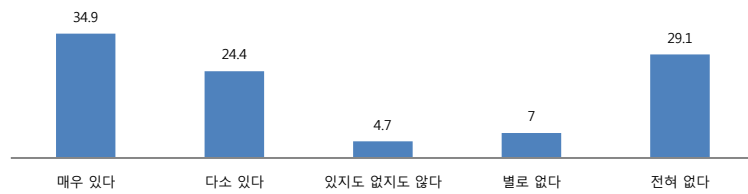
남성 고위험음주 비율(%)



➔ 남성 고위험음주: 1회 평균
음주량이 7잔 이상, 주 2회
이상 음주하는 경우

* 우리나라 남성의 고위험음주율: 24.9%
(국민건강영양조사, 2010)

남성 금주 계획(%) - 고위험음주 + 일반음주



30

동자동 쪽방 주민의 건강 (소결)

- 설문조사 (225명)
 - 건강이 나쁘다고 생각한다
 - 질병, 장애가 많다
 - 이빨, 잇몸이 안 좋다 ★★★
 - 죽고 싶다는 생각을 많이 한다 ★★★
 - 잠을 잘 못 잔다
 - 먹는 게 부실하다 ★★★
 - 술, 담배를 많이 한다 ★★★
 - 결핵(?)

31

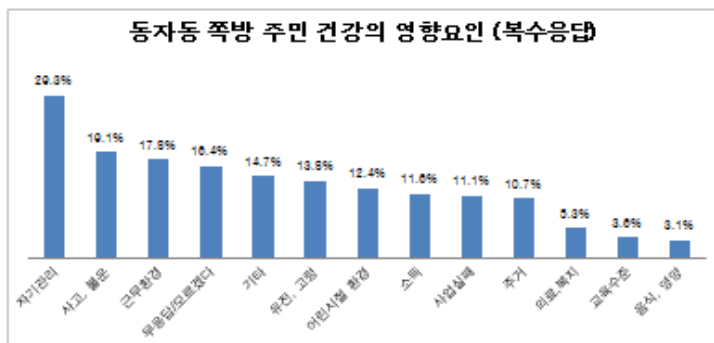
실태조사의 결과

쪽방주민의 건강은 왜 나쁜가?

32

동자동 쪽방 주민의 건강은 왜 나쁜가? (설문조사)

- 설문조사 (주민 225명)

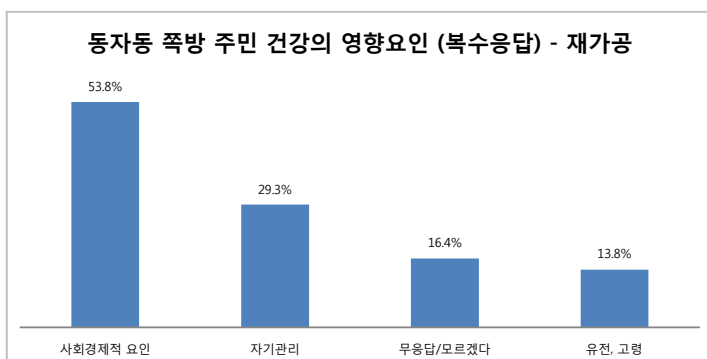


* 기타: 가정불화, 결혼, 인간관계, 조실부모, 외로움, 고문후유증, 베트남전 참전, 불공평한 현실, 실직, 삶의 포기, 삶의 애환, 환경, 스트레스, 신앙, 일을 못해서, 환경 등

33

동자동 쪽방 주민의 건강은 왜 나쁜가? (설문조사)

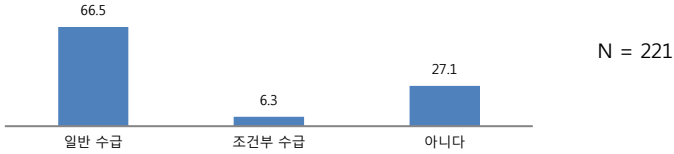
- 설문조사 (주민 225명)



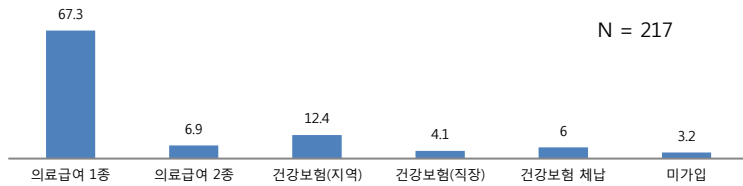
34

복지 및 보건의료서비스 이용

국민기초생활보장제도 수급(%)



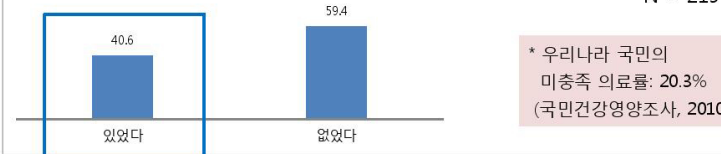
의료보장 유형(%)



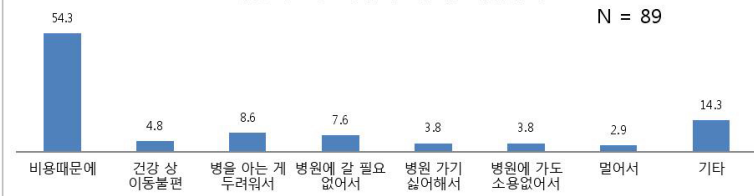
35

복지 및 보건의료서비스 이용

미충족 의료(치과 제외, 최근 1년) (%)



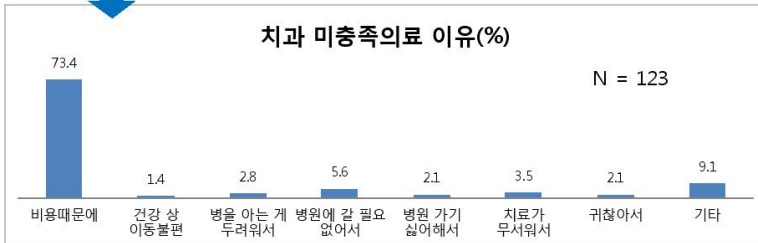
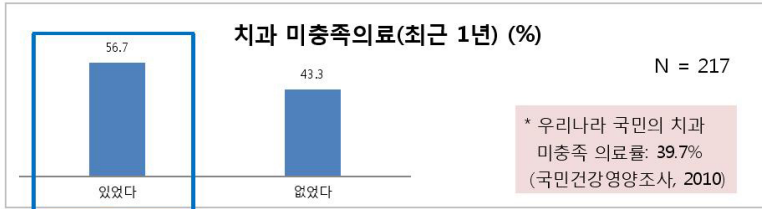
미충족 의료(치과 제외) 이유(%)



* 경제적 이유로 인한 미충족 의료율: 16.9% (국민건강영양조사, 2010)

36

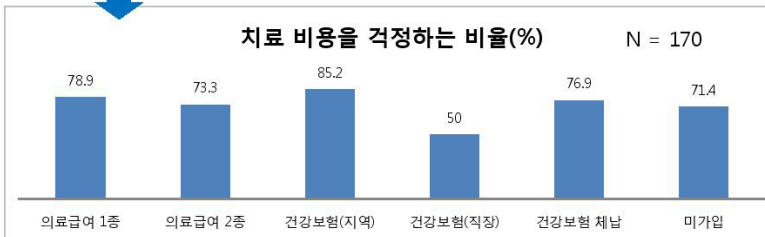
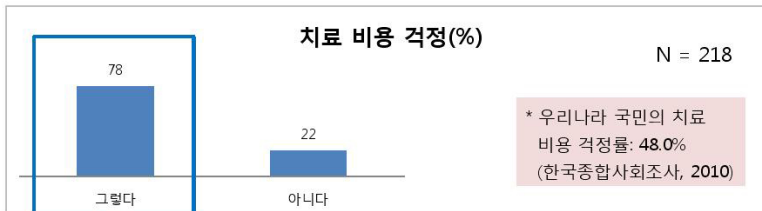
복지 및 보건의료서비스 이용



* 경제적 이유로 인한 치과 미충족 의료를: 33.0% (국민건강영양조사, 2010)

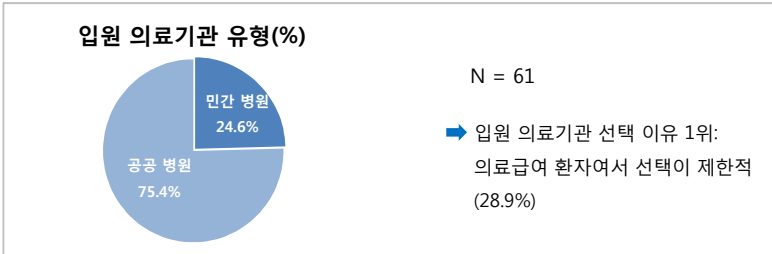
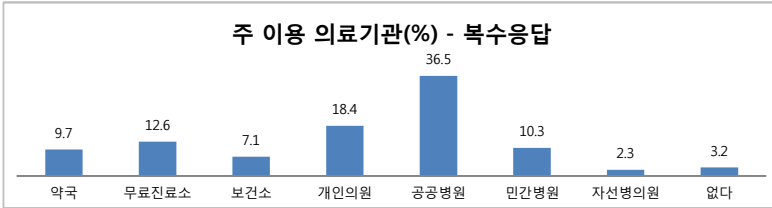
37

복지 및 보건의료서비스 이용



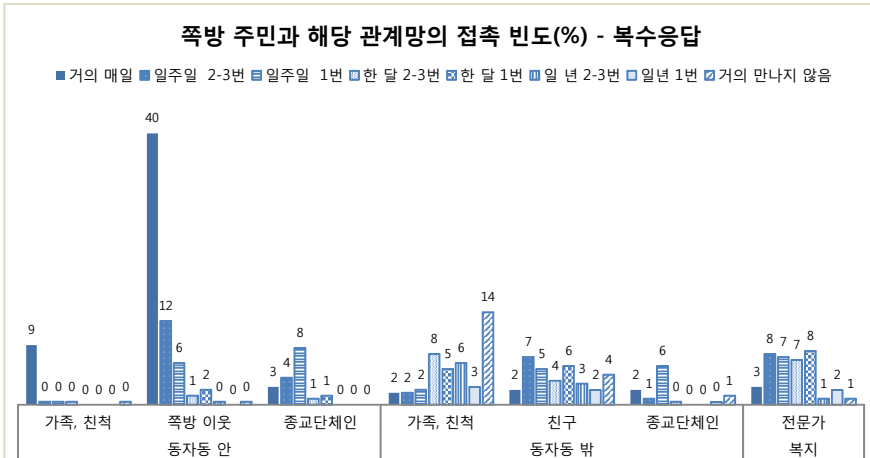
38

복지 및 보건의료서비스 이용



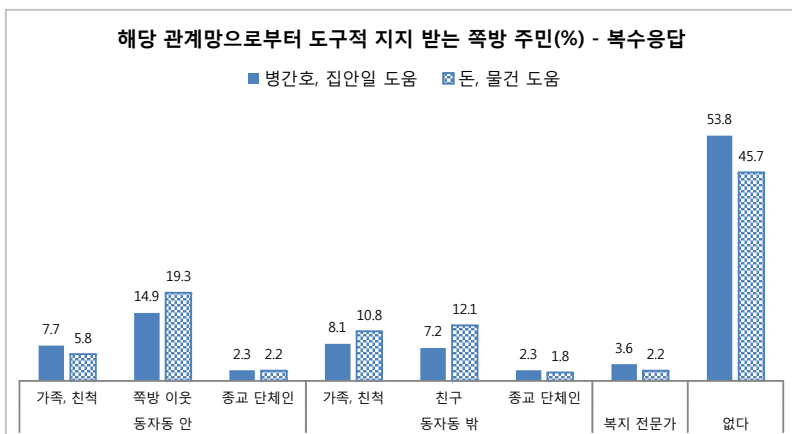
39

사회 관계



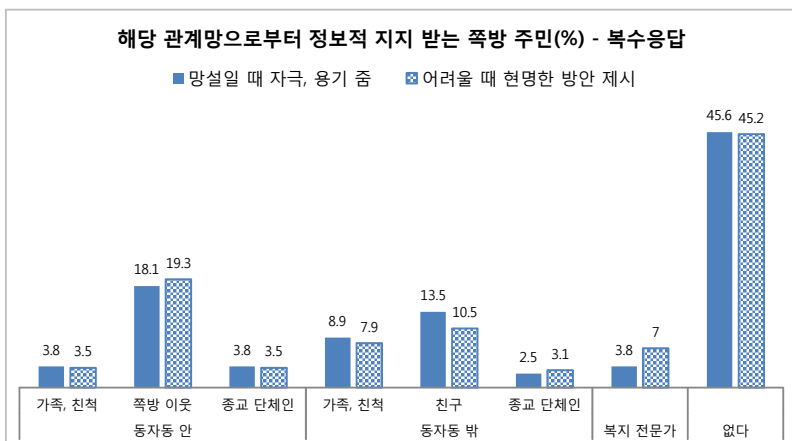
40

사회 관계



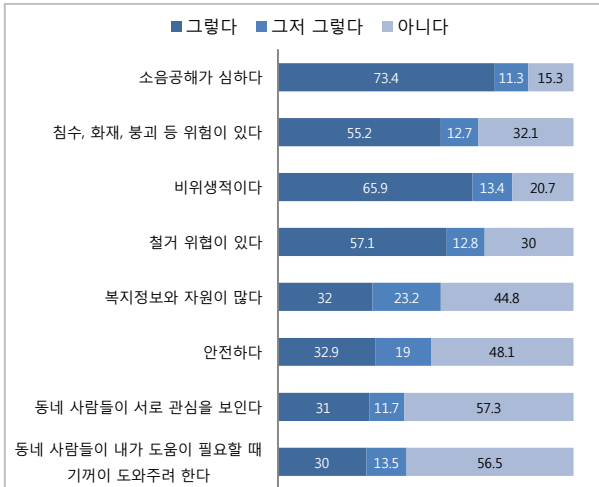
41

사회 관계



42

동네 환경

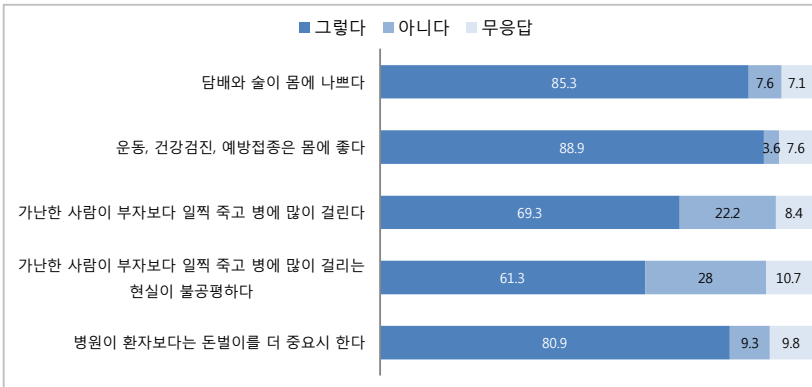


* 동네 사람 - 서로 관심
 - 그렇다: 40.1%
 - 그저 그렇다: 24.0%
 - 그렇지 않다: 35.9%

* 동네 사람 - 기꺼이 도움
 - 그렇다: 35.2%
 - 그저 그렇다: 30.9%
 - 그렇지 않다: 33.8%
 (한국종합사회조사, 2010)

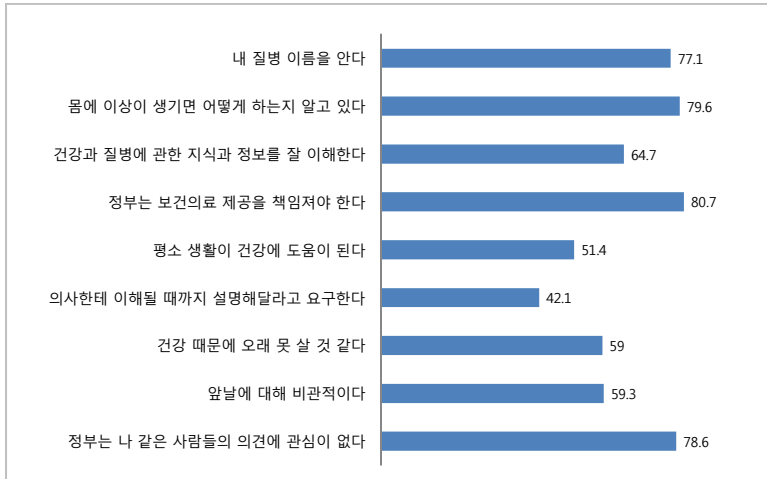
43

사회 규범



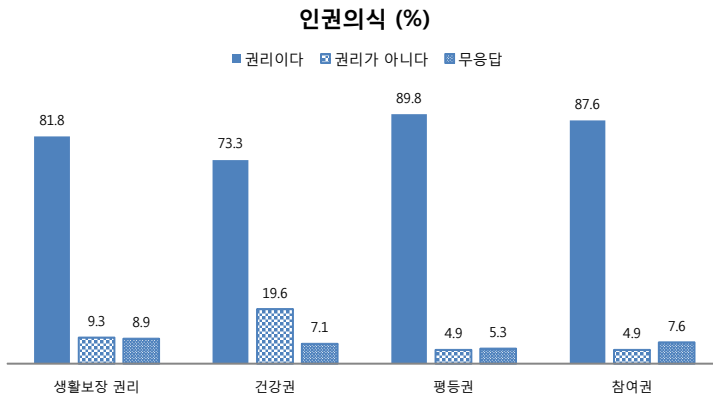
44

자력화, 정치적 힘



45

자력화, 정치적 힘



46

3 4 2차 시민패널 예비모임

3 4 1 시간표

건강권 서울시민회의의 2차 시민패널 예비모임의 시간표는 다음 표와 같다.

표 3-4 건강권 서울시민회의 - 2차 시민패널 예비모임 시간표

2013년 12월 7일(토) 14:00 - 18:00		
시간	순서	내용
2:00 - 2:10	사회자 인사	2차 시민패널 예비모임의 목적과 일정 소개
2:10 - 2:30	동자동 쪽방촌 소개	조승화 실무진
2:30 - 2:45	동자동 보건복지 현황	유옥진 방문 간호사
2:45 - 3:15	동자동 쪽방촌 방문	3개 조로 나뉘어 가이드의 안내에 따라 이동합니다. 사진 및 동영상 촬영 금지입니다.
3:15 - 3:30	질의응답	발표에 대해 궁금한 사항을 질문해 주세요.
3:30 - 3:50	전체 시민패널 자유토론	동자동 쪽방주민과 어떤 얘기를 나누면 좋을지 자유롭게 의견을 말해 주세요.
3:50 - 4:00	휴식 및 책걸상 재배치	다과와 함께 휴식을 취해 주세요. 진행요원은 책걸상을 재배치해 주세요.
4:00 - 5:30	주민과의 대화	6개 조로 나뉘어 조별로 주민과 자유롭게 얘기해 주세요. 부드럽게, 쉽게, 천천히 얘기해 주세요.
5:30 - 5:40	조별 정리	조별로 주민과의 대화 내용, 생각과 느낌을 정리해 주세요. 이때 건강권과 연관시켜 주세요.
5:40 - 6:00	조별 발표	조별로 정리된 내용을 발표해 주세요. 이때 건강권과 연관시켜 주세요.

3 4 2 현장 모습

2차 시민패널 예비모임의 시작, 발표, 쪽방주민과의 대화, 조별 발표의 모습을 담은 사진은 다음과 같다.



그림 3-6 2차 시민패널 예비모임의 시작



그림 3-7 2차 시민패널 예비모임의 발표(동자동 보건복지 현황)



그림 3-8 2차 시민패널 예비모임 - 쪽방주민과의 대화

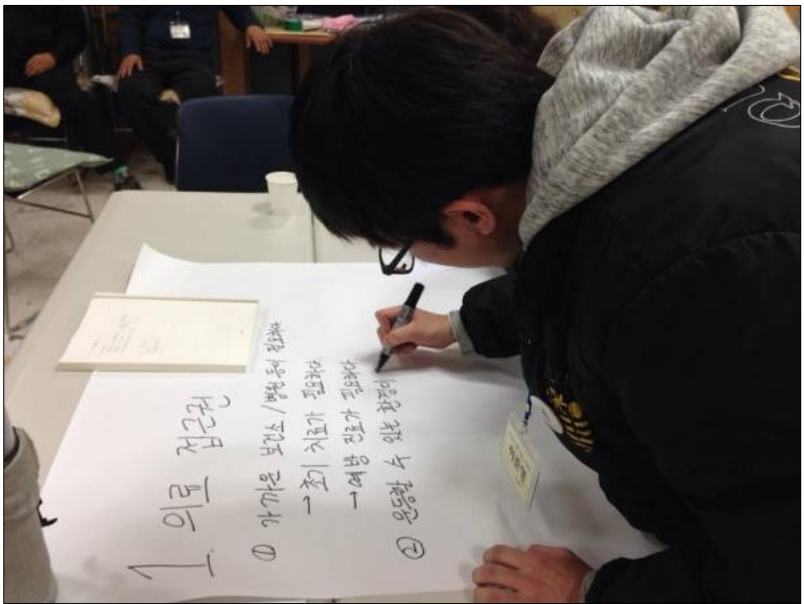


그림 3-9 2차 시민패널 예비모임의 조별 대화 내용 정리

3 5 **본회의 1일째**

3 5 1 **시간표**

건강권 서울시민회의의 본회의 1일째 시간표는 다음 표와 같다.

표 3-5 건강권 서울시민회의 - 본회의 1일째(공개) 시간표

2013년 12월 13일(금) 10:00 - 18:00

시간	순서	내용
10:00 - 10:10	개회사 및 축사	건강권 서울시민회의의 본회의 1일째 일정을 시작합니다. (강동진 반곤사회연대 집행위원장님, 기재일 서울시 자활보호팀 주무관님)
10:10 - 11:00	강의1. 인권이란 무엇인가	조효제 성공회대 사회과학부 교수님의 강연이 있습니다.
11:00 - 11:10	휴식	다과와 함께 휴식을 취해 주세요.
11:10 - 12:00	강의2. 건강, 의료, 건강권	김창엽 서울대 보건대학원 교수님의 강연이 있습니다.
12:00 - 12:10	휴식	다과와 함께 휴식을 취해 주세요.
12:10 - 13:00	강의3. 한국의 사회보장제도	주은선 경기대 사회복지학과 교수님의 강연이 있습니다.
13:00 - 14:00	점심식사	서울대 병원 본원 지하1층 직원 식당
14:00 - 14:30	시민패널 모임 (비공개)	내일 전체 선언문을 만들기 위해 개인적으로 선언문을 생각해보는 시간입니다.
14:30 - 14:40	휴식	다과와 함께 휴식을 취해 주세요.
14:40 - 16:10	전체 질의응답 I	전문가패널, 시민패널, 참관인, 관계자 등이 전원 참석하여 서로 질의하고 응답하는 집단 토론 시간입니다. 참여한 모든 분은 질문과 응답이 가능합니다.
16:10 - 16:30	휴식	다과와 함께 휴식을 취해 주세요.
16:30 - 18:00	전체 질의응답 II	전체 질의응답 I 과 동일합니다.

3 5 2 **현장 모습**

본회의 1일째의 전문가 강의, 시민패널의 개인 선언문 작성, 전체 질의 응답 모습을 담은 사진은 다음과 같다.



그림 3-10 본회의 1일째 전문가 강의(건강, 의료 그리고 건강권)



그림 3-11 본회의 1일째의 전체 질의응답 시간

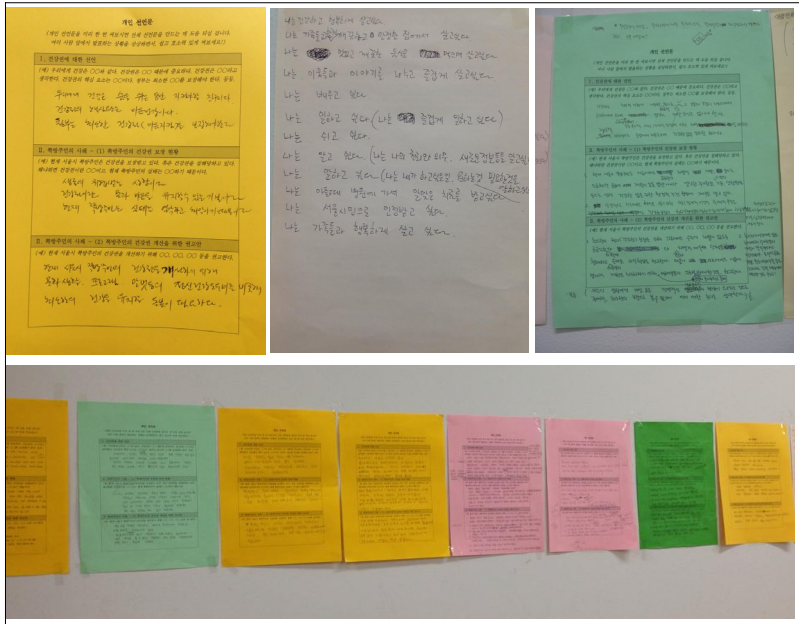


그림 3-12 본회의 1일째 작성된 시민패널의 개인 선언문



그림 3-13 본회의 1일째의 전체 질의응답 시간

1) 인권이란 무엇인가(조효제, 성공회대 사회과학부 교수)

○ 인권 개념의 전래

인권과 유사한 인도주의적 정신은 세계 여러 문명권과 종교에서 찾아볼 수 있다. 하지만 인간의 ‘권리’라는 개념은 서구에서 비롯되었다고 하는 게 정설이다. 그런데 서양에서 처음부터 ‘human rights’라고 불렀던 건 아니다. 처음에 ‘자연권’이라 부르다 나중에 ‘사람(남자)의 권리’라고도 했다. 토머스 페인이 1791년에 내놓은 〈인권〉의 원제목도 실은 〈라이츠 오브 맨〉이었다. 그렇다면 오늘날 통용되는 ‘휴먼 라이츠’라는 말은 누가 맨 먼저 썼을까? 여러 주장이 있지만 1849년 데이비드 소로의 〈시민적 불복종〉에 ‘휴먼 라이츠’라는 말이 나오는 건 확실하다. “사람을 부당하게 투옥하는 국가에서 정의로운 사람이 있을 수 있는 진정한 장소는 감옥뿐”이라는 유명한 구절 근처에 등장한다. 그러다 2차대전 후 유엔헌장이 만들어질 때 ‘인권과 기본적 자유’가 포함되면서 세계인권선언을 제정할 근거가 마련되었다.

그런데 인간(휴먼)이라는 말보다 권리(라이트)라는 말은 더 복잡하다. 서양 사람에게도 라이트 개념은 어렵다. 여러 의미를 담고 있기 때문이다. 동아시아 사람에게 라이트는 더더욱 이해하기 힘들다. 번역으로 새로운 의미가 덧씌워진 탓이다. 영어로 right, 네덜란드어로 regt, 독일어로 recht, 프랑스어로 droit라는 이 말은 고대로부터 객관적으로 옳고 정의로운 어떤 상태를 뜻하는 어휘였다. 아리스토텔레스는 옳은 질서, 즉 선이 이기고 악이 단죄되는 상태를 ‘디카이온’이라고 했다. 그러나 중세 이후 라이트의 의미가 복잡해지기 시작했다. 인간이 마땅히 행사하고 요구할 수 있다고 인정되는 어떤 특별한 자격이라는 주관적 의미가 추가되었던 것이다. 14세기의 오캄 혹은 17세기의 홉스, 로크, 그로티우스가 라이트를 그런 식으로 규정했다. 이렇게 보면 라이트가 인간 행위의 정당성과 그 한계, 그리고 제도와 정부의 구조 및 형태를 규정하

는 근거가 된다. 인간을 어떻게, 어느 정도나 대우하느냐를 정하는 존재론적 기준이 된 것이다. 그런데 독일어나 프랑스어와는 달리 영어 ‘라이트’에는 ‘법’이라는 의미가 없다.

‘라이트’의 뜻이 이처럼 까다롭지만 워낙 핵심적인 개념이었으므로 동아시아에서 서구 문물을 받아들일 때 이 말과 처음부터 씨름해야 했다. 서구문화 수입에 국운을 걸었던 일본이 대표적인 경우다. 하지만 동서 문명 간의 크고 작은 오해와 충돌이 끊이지 않던 상황에서 이질적인 외래 문물을 온전히 이해하고 수용하기란 여간 어렵지 않았다. 1862년 요코하마의 나마무기라는 마을에서 말을 타고 지나가던 두 일행들 사이에 사소한 시비가 붙어 사무라이들이 영국 상인을 찔러 죽인 사건이 발생했다. 제국의 기세가 등등했던 영국은 이 사건을 빌미로 일본에 공식적인 배상을 요구했고 10만 파운드(현 시세로 약 1천억 원 이상)라는 천문학적 배상금을 받아내는 것도 모자라 다음 해 가고시마에 함포공격을 가하기까지 했다. 여담이지만 그로부터 몇 년 뒤 미국의 링컨 대통령이 암살당했다는 소식을 전해들은 막부의 고위인사가 “아, 또 물어줘야 하나 보다!”라고 장탄식을 했다는 웃지 못할 일화도 있다. 서양 사람을 해쳤다 하면 사무라이 짓이거니 하고 여기던 때였으니 말이다. 서로 생소한 문명의 만남이 얼마나 오해 속에서 이루어졌는지 미루어 짐작할 수 있다. 아무튼 이런 분위기 속에서 일본은 철저하고 광범위한 번역에 몰두했는데, 메이지 시대의 번역작업을 연구하는 학자들은 한결 같이 라이트 단어의 번역이 특히 어려웠음을 지적한다.

그 시대에 나왔던 여러 사전들을 보면 라이트가 무척 다양한 한자어로 번역되었음을 알 수 있다. 초기엔 염직(廉直) 또는 정직이라 하다, 아예 음역으로 표시하기도 했고, 그 다음엔 도리, 당연, 면허, 권 등으로 옮겨다. 그 후 진직(眞直), 권의(權義), 공평, 공도(公道), 진실, 조리(條理), 권세, 통의(通義) 등 요즘엔 잘 쓰이지 않는 난해한 번역어들이 여럿 등장해 서로 겨루게 된다. 오늘날 널리 사용되는 권리(權利)라는 말은 1885

년 처음으로 사전에 나타난다. 라이트를 덕권(德權), 천권(天權), 법권(法權), 권리 등의 의미가 섞인 복합개념으로 인식한 것이다. 같은 해 출간된 또 다른 사전에서는 권리(權理)라는 역어가 제시되기도 했다. 결국 ‘권리’(權利) 혹은 ‘권’이 번역어 투쟁에서 최종 승자가 되었지만 전문가들은 이 말 역시 한계가 있다고 지적한다. 원래 도덕적이고 반권력적이며 장중한 어감을 품고 있던 ‘라이트’ 개념이 권력과 이익과 힘의 느낌을 주는 ‘권리’로 번역되면서 정반대의 효과를 내게 되었다는 이유에서다. 우리나라에서는 ‘권리’라는 번역어가 1880년대 후반부터 쓰이기 시작했다. 최경옥에 따르면 처음에는 <실록>과 같은 공식문헌에서 조금씩 사용되다 1890년대 들어 일반적으로 통용되기 시작했다고 한다. <국민소학독본>에 “칭호는 각각 다르나 상대하는 권리는 차등이 없느니라”라는 표현이 나오고, <서유견문>에도 권리란 말이 등장한다. 1896년 <독립신문>에는 “님군의 권리를 빼앗는 것이요, 백성에게 권리를 주는 것이니”라는 표현도 보인다. 오늘날에는 휴먼 라이츠가 ‘인간의 권리’로 완전히 일반화되어 굳어졌지만 필자는 이 말을 다시 번역할 수 있으면 어떤 표현이 좋을까라고 자문하곤 한다. ‘권리’라는 번역어가 라이트의 본래 뜻을 적절히 표현하지 못한다는 문제의식 때문이다. ‘정당하고 옳다’는 의미와 ‘마땅히 요구할 수 있는 어떤 자격’이라는 뜻이 잘 배합된 어떤 새로운 말이 없을까? 이 질문은 단순히 탁상머리 공론이 아니다. 실제로 인권을 둘러싼 여러 논쟁들을 자세히 들여다보면 결국 라이트라는 말을 어떻게 이해하고 있는지의 문제로 귀결되곤 하기 때문이다.

○ 인권의 기원

인권의 역사를 탐색하기 시작하면 맨 먼저 맞닥뜨리는 질문이 있다. 도대체 인권의 역사가 어디에서 시작되었는가 하는 의문이다. 이것은 정치적으로 민감한 질문이며 역사의 종언에 관해 묻는 것만큼이나 어려운 질문이다. 역사의 종언에 관한 질문은 언제나 어떤 세계관이 다른 세계관보다 우월한 것처럼 가정하곤 한다. 예컨대 프로이센 국가의 탄생과 더

불어 역사가 종료되었다고 믿었던 헤겔(Friedrich Hegel)의 사관에 따르면 당대의 자유주의적이고 문화적인 사조는 다른 사조보다 훨씬 우월한 것이었다. 역사의 기원을 논하는 것은 어떤 현상(status quo)이나 가치체계를 반대하고 특정 현상과 특정 가치를 옹호하거나, 역사 속에서 잊혀진 어떤 특정한 주장을 정당화하려는 경향이 있다. 예컨대 미국의 교육현장에서 종교적 창조설과 다윈의 진화설이 충돌하거나, 서구의 문화적 정전을 옹호하는 이들과 아프리카 또는 제3세계 연구 주도자들이 서로 격돌하는 사례를 이러한 맥락에서 이해할 수 있을 것이다.

인권의 기원과 발전과정을 추적하는 것 역시 필연적으로 이와 유사한 논란을 부를 소지가 있다. 서구문명이 이룬 성취에 회의적인 사람들이 오늘날의 도덕관념을 오로지 유럽 역사와 결부시킬 수 없다고 지적하는 것은 일리가 있다. 실제로 현대의 윤리는 전 세계에 걸쳐 존재하는 다양한 세속적 전통과 종교적 전통의 소산이다. 예를 들어 고대 바빌로니아의 《함무라비 법전(Hammurabi's Code)》에는 정의와 형벌에 관한 비례적인 개념이 제시되어 있었다. 힌두교와 불교의 교리에는 일찍부터 생태계 이론이 제시되어 있었다. 유교 전통은 대중 교육을 장려했다. 고대 그리스와 로마 사상은 자연법을 숭상하고 모든 개개인의 이성의 능력을 믿었다. 그리스도교와 이슬람교는 모든 인간의 연대를 장려했을 뿐만 아니라 두 종교 모두 전쟁 시의 도덕적 행동에 관한 문제를 놓고 고심했다. 고대의 여러 전통은 제의(祭儀)와 도덕적 중요성을 각기 다르게 이해했음에도 불구하고 모두가 어떤 공동선에 대한 기본개념을 공유하고 있었다. 물론 그렇다고 해서 고대의 종교관이나 세속적 도덕관에서 모든 인간을 동일하게 취급했다는 뜻은 아니다. 《함무라비 법전》에서 신약성경 그리고 꾸란에 이르는 모든 경전 속에서 우리는 동등한 사회적 특혜로부터 배제된 강제계약 노동자(또는 노예)나 여자나 동성애자를 천시하는 태도를 찾아볼 수 있다. 위대한 문명이 모두 보편적 도덕률을 강조하면서도 약자나 ‘열등한 인간’에 대한 불평등한 대우를 합리화하는 경향이 있었던 것

이다. 이렇듯 문명 간에 공통적인 특징이 분명히 존재하지만, 그렇다고 해서 오늘날 전 세계적으로 볼 때 서구의 보편적 인권관을 포함해서 서구 문명의 영향력이 대단히 크다는 사실을 무시할 수도 없는 노릇이다.

○ 인권의 계몽주의적 유산

과거 중국과 인도와 무슬림 세계의 문명과 윤리적 공헌이 중세 유럽의 그것보다 월등했던 것이 사실이라면, 오늘날 우리가 인권을 이해하는 데 있어 근대유럽 계몽주의의 유산이 다른 문명의 유산보다 크다는 점 또한 부정할 수 없다. 과학혁명, 중상주의의 대두, 전 세계에 걸친 대항해 탐사, 국민국가의 공고화, 중산층의 등장과 같은 계몽주의의 필요조건이 합해져 유럽의 중세는 종말을 맞았다. 이러한 변화는 현대적 인권 개념이 순조롭게 발전하리라는 희망을 일깨움과 동시에 서구세력의 확장을 자극하였다. 또한 그러한 변화는 봉건주의를 궁극적으로 소멸시켰고 그 전까지만 해도 신성불가침이던 왕권에 도전했다.

유럽 전역에서 가톨릭 교도와 프로테스탄트 교도가 종교적·정치적 구조를 재편하기 위한 종교전쟁을 벌이고 있었을 때, 그로티우스(Hugo Grotius), 푸펜도르프(Samuel Pufendorf), 바텔(Emmerich de Vattel), 그리고 데카르트(René Descartes)와 같은 인권의 선각자들은 종교적 분파주의를 초월하여 인류 공통의 정신을 추구하는 새로운 세속 언어를 창조하였다. 그 후 2세기 동안 잉글랜드, 아메리카, 프랑스의 혁명가들이 동일한 담론을 구사하면서 귀족제 특권이나 식민지배 세력과 싸웠고, 그들 사회를 인권 원칙에 바탕을 둔 사회로 재조직하기 위해 투쟁하였다. 이들은 자기 시대에 대한 과학적 확신으로 무장하여 생명권, 종교와 의견의 자유, 그리고 재산권을 위해 싸웠던 것이다.

오늘날의 인권개념이 유럽 계몽주의로부터 비롯되었다는 점은 재론의 여지가 없지만 이 시대의 유산이 반드시 긍정적인지에 관해서는 여러 설이 분분하다. 많은 사람들이 계몽주의가 그 보편적 인권 공약을 완수하지 못했다고 보는 것도 무리가 아니다. 예컨대 19세기 초까지 노예제도

가 유럽의 식민지와 아메리카에서 시행되었다. 유럽이 지배한 세계를 통틀어 (혁명 시기의 프랑스를 제외하고) 여자는 남자와 동등한 권리를 갖지 못했고, 무산계급은 투표권과 여타 정치적 권리를 갖지 못했으며, 어린이와 청소년의 권리는 무시되기 일쑤였고, 성적 기호를 결정할 권리는 고려의 대상조차 되지 못했다. 비판자들은 이러한 한계를 두고 계몽주의 시대 인권의 유산이 실은 보편성을 진작한다는 미명 아래 세계를 유럽의 지배 하에 두려는 제국주의의 가면무도회에 지나지 않았다고 통박한다. 유럽의 자본주의 발전이 세속적이고 보편적인 인권 언어의 발전에 필요한 상황을 조성하는 데 기여했지만, 유럽의 초기 자유주의 사상은 뜻하지 않게 그 언어를 자유주의의 도전자에게도 가르쳤다. 따라서 국제적인 권력 언어와 저항의 언어가 같은 시기에 유럽 계몽주의의 요람에서 태어난 것이다. 계몽주의 사상가들은 인권담론의 언어를 발명했을 뿐만 아니라 그들이 논의한 인권 내용은 오늘날까지 계속해서 인권의 쟁점이 되고 있다. 그때나 지금이나 우리는 국가가 기본권을 수호하는 역할을 하는지, 아니면 인간 권리를 침해하는 역할을 하는지를 놓고 고심하고 있다. 계몽주의 당시나 오늘날이나 국가와 보편적 인권에 대한 이같은 이원적 충성으로 인해 이중적 도덕 기준이 지속되었고, 인권의 의무를 보장하려는 여러 시도가 ‘국익’에 종속되는 결과를 낳았다. 더 나아가, 우리는 아직도 칸트(Immanuel Kant)와 페인(Thomas Paine)이 말한 대로 자유방임형 시장이 민주제도와 전 지구적 평화를 보장하는 데 가장 좋은 방법인지를 놓고 논쟁을 거듭하고 있으며, 정당한 전쟁을 벌일 수 있는 시기와 방법을 둘러싼 계몽주의 당시의 논쟁을 아직도 계속하고 있다. 그러나 오늘날 전개되는 이런 논쟁은 단순히 자유주의 전통의 현재적 변형이 아니며 사회주의의 공헌에 힘입어 수정되고 풍요로워진 논쟁임을 잊어서는 안 된다.

○ 문화 상대주의의 대 보편주의

인권 공동체 내에서 가장 첨예한 논쟁 중의 하나가 바로 자유주의적 또는 사회주의적 보편주의 그리고 문화 상대주의 사이의 논쟁이다. 세 가

지 역사적 오류로 인해 이 논쟁에 혼란이 가중되었다. 여기에는 설명이 필요하다. 첫 번째 오류는 제2세대 인권과 제3세대 인권을 한 묶음으로 취급하는 경향이다. 두 번째 오류는 제1세대 인권과 제2세대 인권을 뭉뚱그려 서구의 관점으로만 보려는 태도이다. 세 번째는 제3세대 인권의 뿌리가 서구에서 비롯되었음을 망각하는 오류다.

첫째, 경제적·사회적·문화적 권리에 관한 국제규약의 언어 속에 함축되어 있는 것처럼, 사회주의적 인권관(제2세대 인권)과 문화주의적 인권관(제3세대 인권)을 하나의 철학적 전통으로 귀결시키는 것은 두 전통 사이에 존재하는 중요한 차이를 간과하는 셈이 된다. 예를 들어, ‘제2세대’ 인권을 주장하는 사회주의자는 오랫동안 ‘제3세대’형 집단권리나 자기결정 권리를 비판해 왔다. 실례로 여러 국제인권법 문헌에 등장하듯이, 자기결정권의 개념에 따르면 국적 집단 사이 또는 기타 집단 사이에 갈등이 생겼을 때 어떤 집단의 손을 들어 주어야 하는지가 명확하게 규정되어 있지 않다. 냉전이 끝난 후 민족적 권리 또는 문화적 권리의 이름으로 얼마나 많은 인권침해가 발생했는지를 감안한다면, 오늘날의 인권 옹호자는 ‘정당한’ 집단 권리와 ‘부당한’ 집단 권리를 구분했던 19세기 말 그리고 20세기 초 사회주의자의 판단기준으로부터 취할 바가 적지 않을 것이다.

둘째, 자유주의적 인권관(제1세대 인권)과 사회주의적 인권관(제2세대 인권)을 뭉뚱그려 서구의 단일한 철학적 전통 하에 융합하려는 노력은 오늘날 제3세계에서 제3세계 토착주의를 무조건 찬미하고 서구의 문화적 가치에 대해 일방적으로 비판하는 바를 그대로 답습하거나, ‘서구 대 비서구’라는 식으로 세상을 재단하는 헌팅턴(Samuel Huntington)류의 구분을 단순히 추종하는 것이 된다. 사실, 수 세기에 걸친 식민지배 그리고 서구의 미디어, 서구의 기술, 서구의 가치, 서구의 생산품이 지배하는 세상에서 날로 심화되는 지구화 과정을 이미 겪고 있는 마당에 서구적 가치와 완전히 대비되는 ‘특유한’ 비서구적 문화전통을 옹호하는 주장은 어찌면 어불성설로 느껴질 수도 있다. 따지고 보면 네루(Jawaharlal

Nehru), 쟁고르(Léopold Senghor), 호치민(Ho Chi Minh) 등 수많은 반식민-민족해방 운동 지도자들이 서구에서 교육받고 서구의 다양한 인권 전통으로부터 영감을 얻지 않았던가? 또한 경제적·사회적·문화적 권리에 관한 국제규약의 수많은 조항 속에 서구적 기원에 속한 것이 분명한 제1세대 인권 전통과 제2세대 인권 전통이 포함되어 있지 않은가? 게다가 서구의 인권 전통을 완전히 부정하는 민족주의 연대 또는 소수민족 연대의 호소를 도대체 어떻게 보아야 할 것인가? 물론 집단 권리나 문화적 권리만을 선택적으로 주장하는 배후에는 문제성 있는 동기가 개재되어 있을 수도 있음을 지적해야만 하겠다. 어떤 사회 안에 집단 논리에 동조하지 않는 개인이나 종교적·문화적 소수자가 있을 경우 그 사회의 지배 엘리트에게는 소위 전통적 가치를 따르지 않는다는 이유로 이들을 탄압할 수 있는 좋은 구실이 될 수도 있기 때문이다. 그러나 이와 동시에, 현실의 권력관계를 고려하지 않는 보편적 인권 의제는 강대국의 국익을 추구하는 도구로 전락할 수 있다는 사실 역시 기억할 필요가 있다.

좀더 구체적으로, 자유주의적 인권담론(제1세대 인권)과 개발도상국 인권담론(제3세대 인권) 사이의 갈등이 현재 전 세계 인권 공동체에 먹구름을 드리우고 있다고 말할 수 있다. 이러한 분열은 서구적 가치가 주로 개인의 시민적·정치적 권리에 관련되는 반면, 개도국의 인민은 문화적·종교적 전통에 부합되는 집단의 복리와 같은 권리를 주로 강조한다는 가정에 기반을 두고 있다. 이러한 문화적 권리를 옹호하는 사람들은 19세기 유럽(특히 이탈리아와 독일)에서 문화적 권리를 강조했다는 사실을 잊었거나 잘 모르고 있다. 당시의 문화적 권리는 자유방임형 개인주의 그리고 계몽주의의 보편성 개념에 반대하는 투쟁에 동원된 원칙이었던 것이다. 19세기 사회사상가 중에서 피히테(Johann Gottlieb Fichte), 마치니(Giuseppe Mazzini), 밀(John Stuart Mill), 헤르츨(Theodor Herzl)과 같은 민족주의자의 저술은 20세기 들어 민족자결권을 성문화하려는 시도의 원조였다고 할 수 있다.

따라서 우리는 인권역사의 균형있는 이해를 위해 위와 같은 오류들을 시정할 필요가 있다. 문화 상대주의는 보편적인 정의론이 제시하는 총체적인 인권관에 대한 정당한 대안이라기보다, 보편적 인권담론을 현실에서 실천하지 못한 역사적 과오에 뒤따르곤 하는 반복되는 부산물임을 기억하는 것이 중요하다. 특정 집단이 정치적·사회적·경제적 권리를 박탈당했다고 느낄 때에 문화적 권리를 내세우는 경향이 생긴다. 그러나 블로흐(Ernst Bloch), 골드만(Lucien Goldman), 하버마스(Jürgen Habermas)와 같은 비판이론가들이 논한 것처럼 칸트 윤리학의 급진적 해석에 바탕을 두고 신축성 있는 국제적 정의 개념을 제시하려는 노력이 지속되어야 한다. 관용의 정신으로 문화 간의 대화를 촉진하는 것이 중요하다는 점을 강조해야 하며, 구분할 수 없고(indivisible, 不可分) 남에게 양도할 수도 없는(inalienable, 不可讓) 보편적인 정치적·사회적·경제적 인권 관념을 고창할 필요성도 점점 더 늘고 있다. 또한 역사적으로 어떤 지역의 특정한 권리 개념이 다른 권리 개념보다 더 각광받게 된 다양한 사회경제적·문화적 정황에도 주의를 기울여야 할 것이다.

○ 안보와 인권 사이의 긴장

새로운 천년기를 시작하고 있는 요즘 우리는 또 다시 예외주의와 민족주의가 보편적인 인권의 포부를 잠식하고 있음을 목도한다. 이는 인권이 진보하지 않고 역사의 순환에 따라 부침을 거듭할 뿐이라는 상대주의와 현실주의의 견해를 뒷받침하는 것 같다. 이러한 견해에 맞서 우리는 역사 속의 시련과 모순을 이겨낸 인권의 논리가 길게 보면 계급, 소수민족, 성별의 차이를 초월하는 보편적 인권 인식의 합의된 총체를 만들어 간다고 주장할 수 있다. 실제로 여러 가지 좌절이 많았지만 인권의 역사는 진보가 분명히 이루어져 왔음을 보여 준다. 노예제도가 적어도 제도상으로는 거의 완전히 폐지되었고, 전 세계 대부분 지역에서 여성이 투표권을 획득했으며, 노동자는 역사적으로 보아 그 어느 때보다 사회적·경제적으로 좋은 조건에 처해 있다. 한 시대의 피해자가 다음 시대 들어서 복수

의 가해자로 등장한 적도 종종 있었지만, 대개의 경우 피해자는 열렬한 인권 옹호자로 다시 태어나곤 했다. 18세기의 자코뱅주의 여성들과 반항적인 노예들이 19세기의 여성 참정권 운동가와 노예폐지운동가에게 영감을 불어 넣었던 것처럼, 18세기의 무산계급이 1848년과 1871년 혁명의 주체로 발전했던 것이 좋은 예이다. 또는 주변부로 전락했던 식민지 인민이 제2차 세계대전 이후 반식민 투쟁을 성공적으로 벌였던 경우도 마찬가지인데 이 같은 예는 수없이 많다.

냉전이 종식된 후 대외정책에서 인권의 역할이 겉으로 보기에 늘어난 것 같았지만 2001년 9/11사태가 터지고, 영원한 형벌의 운명에 처한 시지푸스처럼 저주받은 역사의 진면목이 드러나면서, 현실주의자는 인권의 추세가 약육강식의 투쟁으로 역전되었다고 힘주어 강조한다. 이러한 견해에 따르면, 인권은 기껏해야 안보의 목표 아래 종속되어야 하고, 최악의 경우 안보의 적으로 간주되어야 한다. 세계무역센터와 펜타곤에 대한 공격이 있는 지 불과 6주 만에 조지 부시 대통령이 서명한 ‘미국 애국법’은 전시에 자유가 얼마나 취약해질 수 있는지를 잘 보여준다. 대테러 전쟁이라는 이름 아래 일부 독재정권에 대해 지원을 늘렸던 사례 또한 마찬가지이다. 우리는 이러한 안보관을 비판하면서, 지구화의 시대를 맞아 경계가 완화된 우리의 국경선 현실이 인권과 전 지구적 복지정책에 기초한 폭넓은 안보전략의 개발을 그 어느 때보다 더 절실히 요구하고 있음을 논증해야 한다.

○ 지구화가 인권을 촉진하는가?

하지만 인권을 지향하는 안보전략을 촉구하게 되면 ‘지구화(세계화)가 인권의 전망을 촉진하는가 또는 저해하는가?’라는 보다 더 넓은 질문을 던지지 않을 수 없다. 국가 내에서 그리고 국가 사이에서 빈부격차가 심화되는 경향이 지구화의 진전과 함께 발생하고 있다는 증거가 분명히 존재한다. 그러나 정보화 시대가 인권의 새로운 공간적 기회를 재정의하고 그러한 기회를 창출하고 있는 것 또한 사실이다. 경제의 지구화와 커뮤니케이

선의 지구화, 그리고 식민지 이후 개도국의 등장으로 전체 인권 목록에 새로운 인권이 추가되고 있다. 건강한 환경에 대한 권리, 지속가능한 발전 권리, 문화적 권리, 이주의 권리, 정치적 망명의 권리 등이 그것이다.

그렇지만 권리가 재정의되고 확장된다고 해도 시장의 압력 앞에서 국가가 더욱 취약해지고, 전 지구적 경제 세력의 악영향 앞에서 국가의 완충 역할이 위축되는 상황에서 우리가 어떻게 노동자와 약자의 권리를 효과적으로 지킬 수 있을 것인가? 또한 인권을 억압하는 정권을 주권의 이름으로 보호해서는 안 된다는 공감대가 광범위하게 형성된 현 시점에서 국제 인권 감시기구들의 권한이 더 커져야 할까? 만일 그러하다면 일국 차원에서 민주주의가 허약해지고 민족주의가 기승을 부리며 사적 영역이 엄격한 통제를 받고 있는 현 시점에서 이러한 국제 인권 감시기구들이 앞으로도 효과적일 수 있을까?

따라서 역사 속에서 변화의 주체였던 국가, 시민사회, 사적 영역의 역할을 검토하면 미래의 인권 전망을 최적화할 수 있는 방안을 찾는 데 중요한 시사점을 받을 수 있을 것이다. 우리는 중세, 계몽주의, 산업혁명, 반식민 투쟁, 지구화 시대 등 역사의 결정적 순간마다 인권의 동학이 공간적으로 또 제도적으로 상호작용을 해온 변화상을 일별하면서 어떤 역사적 결론을 찾을 필요가 있다. 철도의 부설과 산업혁명이 사회적 저항의 새로운 공론장을 창조했던 것이 좋은 예이다(노동조합, 노동운동 등). 그렇다면 오늘날 정보화 기술과 지구화가 인권증진을 위한 좋은 기회가 되고 있는지(예 : 비정부기구의 확산과 인권 웹사이트의 발전), 아니면 과거 형태의 사회적 저항(예 : 대중 집회, 파업 등)이 퇴조한 것이 소위 정보화 시대가 가져다 준 장점보다 더 큰 손실인지 등을 우리는 자문해 볼 필요가 있다. 다시 말해, 우리가 혹시 인권 정치의 전통적인 공적 공간을 너무 성급하게 포기해 버리고 인터넷이라는 마법의 현실을 너무 쉽게 수용한 것은 아닌지, 그리고 사적 영역이 감시와 통제 앞에 더욱 더 취약해지고 있는 것은 아닌지를 끊임없이 자문해 보아야 한다는 것이다.

- 2) 건강, 의료, 그리고 건강권(김창엽, 서울대 보건대학원 교수)

건강권 서울시민회의(2013년 12월 13일)

건강, 의료, 그리고 건강권

김창엽
(서울대 보건대학원, 시민건강증진연구소)

질문 1.

서울 강북구에 사는 사람이 질병, 사고 등으로
숨질 가능성은 서초, 강남구에 사는 사람에
비하여 어떻게?

- ① 30% 낮다
- ② 10% 낮다
- ③ 같다
- ④ 10% 높다
- ⑤ 30% 높다

질문 2.

한국에서 학력이 고졸 이상인 사람에 비하여
초등학교 졸업인 사람의 사망률은 약배
이다.

- ① 0.5
- ② 0.8
- ③ 1
- ④ 1.5
- ⑤ 1.8

질문 3.

2000년을 전후하여 공무원과 교직원의 소득계
층을 10개 계층으로 나누어 사망률 차이를
비교하였다. 최하위 소득계층에 속한 사람의
사망률은 최상위 소득계층에 속한 사람의 약
.....배이다.

- ① 0.8
- ② 1.0
- ③ 1.5
- ④ 2.0
- ⑤ 2.5

질문 4.

다음 지역 중 여성의 비만율이 가장 높은 곳은 ?

- ① 특별시
- ② 광역시
- ③ 시
- ④ 군

질문 5.

서울 강남구의 인구 1만 명당 의사수를 1이라 할 때, 충북 청원군의 수치는 어디에 가장 가까울까?

- ① 2
- ② 1
- ③ 0.5
- ④ 0.1

질문 6.

아버지의 학력이 초등학교 졸업인 경우 대학 이상인 경우에 비하여 저체중아를 낳을 확률은 ...배이다.

- ① 0.6
- ② 1
- ③ 1.5
- ④ 1.7
- ⑤ 2.5

질문 7.

강북구에 거주하는 초등학생의 교통사고 사망률은 강남구에 거주하는 초등학생 교통사고 사망률에 비하여 훨씬 높다. 차이를 완화시키는 데 가장 효과적인 방법은?

- ① 부모 교육
- ② 초등학생 교육
- ③ 학교주변 교통시설 정비
- ④ 방과후 학교 운영
- ⑤ 응급의료체계 개선
- ⑥ 종합병원 유치

건강 (1)

- ‘건강’이라는 말과 개념

- 이 말이 조선 시대에도 있었을까?

- 건강이란 무엇인가

- 질병이 없는 상태?
- 적극적 의미: 세계보건기구의 정의
- 주관적인가 객관적인가
- 신체적 건강과 정신적 건강
- 기능이 건강인가 중심으로 보는 것: 직업, 사회활동, 가족?

건강 (2)

- 건강의 높낮이(수준)

평균수명, 사망률

고혈압

스트레스

- 무엇이 건강을 결정하나(“건강의 결정요인”)

생물학적 요인

- 유전, 타고난 것
- 병원, 바이러스

물리화학적 요인: 공기 중의 먼지

사회적 요인: 가난, 직업

의료(의학)?

건강 (3)

- 쪽방 사람들이 결핵에 걸리는 이유

결핵균?

개인적 이유?

환경적 이유?

- 무엇이 더 중요한 ‘결정요인’인가

개인: 저항력, 영양, 주변 환경, 개인 위생, 예방접종, 치료

환경(물리적, 사회적, 문화적...)?

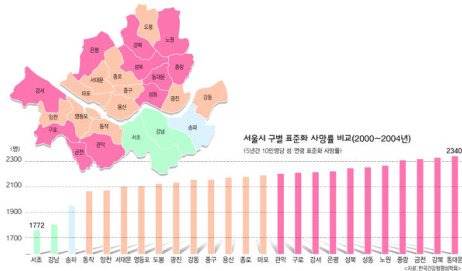
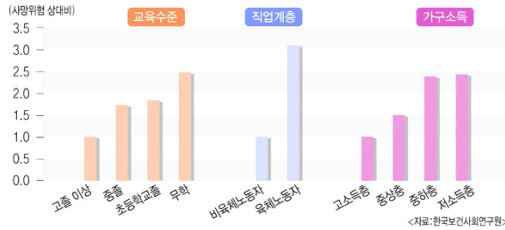
- 가까운 환경

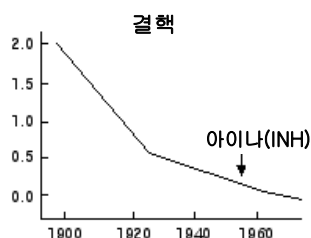
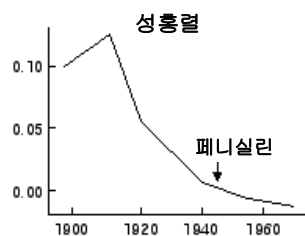
- 구조적 요인

‘중요한’의 뜻: 우선순위, 왜?

건강을 결정하는 사회적 요인

우리나라 사회경제적 사망률 불평등





건강의 의미/가치

• 건강이 왜 중요한가

- 삶의 공정한 '기회'를 보장하는 기초
- 이 자체로 삶의 핵심적 기능(=성취=의미)이자 능력
- ⇒ 불평등은 정의에 어긋남
- * 역사발전과 진보의 근거?
- * 개인적 가치인가 사회적 가치인가

• 수단(도구)으로서의 건강

- 인적 자본
- 노동시장에서의 기능
- 빈곤의 원천

보건의료

- ‘보건’의 뜻
- ‘의료’의 뜻
- 비슷한 말들
 - 의료 서비스
 - 보건의료

보건의료

- 건강 ≠ 보건의료
- 보건의료의 가치
 - 건강 향상에 기여
 - 건강을 추구할 자유
 - 공포로부터의 자유
 - 빈곤

건강은 권리인가

- 건강에 대한 권리
 - 인간의 평등한 가치
 - 사회적 활동에 참여할 “기회”를 보장
- 보건의료에 대한 권리
 - 가치 있는 것을 추구할 권리
 - 공포로부터의 자유
- 권리와 의무
- 무엇에 대한 권리
 - 누가 의무를 지나
 - 어디까지 권리인가

몇 가지 사례

- 75세/남, 암, 수술할 경우 기대할 수 있는 생명연장 1년
- 1세/여, 선천성 대사질환, 연간 5천만원 치료비, 기대수명 25세
- 방글라데시의 어린이와 설사
- 삼성의 반도체 노동자와 백혈병
- 미국 뉴욕의 노숙인과 한국의 쪽방 거주자

3) 사회보장의 의미, 분류, 쟁점(주은선, 경기대 사회복지학과 교수)

사회보장(social securit)의 의미, 분류, 쟁점

주 은선 (Eunsun Joo)
경기대학교 사회복지학과
Skyesjoo@gmail.com

사회보장의 의미

■ 사회적(social)의 의미

- 시장경제 논리, 혹은 경쟁원리와는 반대되는 것
 - 티트머스(Titmus): '사회적(social) 이란 경쟁적, 완전시장 경제가 아닌 인간 관계의 비경제적 요소에 관심을 기울이는 것'
 - 에스핑 안델센(Esping-Andersen): '사회정책의 탈상품적 가치' 등
- 연대(solidarity). 즉 사고와 행위의 단위가 개인이 아닌 집단.

사회보장의 의미

- 사회적(social)의 의미는 제도 요소(대상, 재정, 운영, 급여수준)에 반영됨
 - 첫째, 제도 가입 및 급여 대상. '사회'보험은 '사'보험과는 달리 개인의 선택이 아니라 공동체 성원이라는 멤버십에 의해 제도 가입 여부 결정됨. 멤버십에 의한 강제 가입 시스템 작동. 대상 포괄성은 권리문제로 발전
 - 둘째, 보장 주체가 사회적(social). 재정 책임이 '사회'에 있음.
 - 셋째, '위험(risk)에 대한 사회적(social)인정. 사회가 보장하는 위험 범위는 사회마다 다름. 즉, 어느 사회에서는 순전한 자기 과실로 취급되는 것이 다른 사회에서는 사회적 책임 요소가 존재하는 것으로 취급됨.
 - 넷째, 급여 면에서 (1)비시장적 성격, 즉 기여와 급여의 연계 정도, 급여의 소득재분배 효과의 문제 (2) 위험에 대한 보장 수준 문제- '사회에서 적절하다고 인정되는' 수준.
 - 다섯째, 공동체를 대표하는 조직에 의한 공적(public) 운영을 추구.
 - 공적(public)이란 의미는 단순히 국가운영과는 다름
 - 사회성원의 운영참여가 체계적으로 이루어질 수 있는 제도 확보

2

사회보장의 의미 II

- 보장(security)의 의미
 - 베버리지의 고전적 개념: 사회보장이란 실업, 질병, 사고, 정년퇴직, 가구주 사망, 출생, 결혼 등으로 인한 예외적 지출이나 소득 중단, 감소시 그 부족분을 현금으로 확보해주는 것
 - 보장(security)의 두 가지 차원
 - 인간적 존엄성을 위협받지 않는, 최소한의 생활을 유지
 - 생애주기를 통틀어 일정한 수준의 생활 유지. 소득수준의 **지속성** 보장. 즉 위험 발생 이후에도 과거소득과 연속성이 유지되도록 함
: 소득대체를 개념
 - 위험 발생 책임소재를 가리는 배상이나 보상과 다름
- 어떤 의미의 보장을 추구하느냐는 사안에 따라, 지배적인 가치관에 따라 선택됨.

3

사회보장의 목적

■ 기본 생활, 기본적 욕구(basic needs)의 보장

- 사회보장기본법: 사회보장은 모든 국민이 인간다운 생활을 할 수 있도록 최저생활을 보장하고...

■ 사회적 위험(social risk) 분산을 통한 위험보장

■ 소득재분배: 수직적, 수평적

- 국민연금의 균등부분과 소득비례부분
- 건강보험의 건강한 사람에게서 유병자에게로의 재분배
- 시장메커니즘의 불평등한 배분결과 해소 노력 → 윤리적 정당화의 최소 조건

■ 사회적 연대감 형성, 증대 : 사회통합

■ 시민권의 최종적 형태인 사회권 보장

4

사회보장제도의 분류 I

한국 사회보장기본법의 분류

: 사회보험/ 공공부조/ 사회복지서비스 및 관련복지제도

● 사회보험

- 위험분산(risk pooling)이란 보험기술을 사회적 보호수단으로 사용.

● 공공부조 : 무기여, 자산조사

● 사회복지 서비스: 비물질적 보장. 재원은 일반조세,

- 사회보장기본법 제3조: 사회복지서비스란 국가지방자치단체 및 민간부문의 도움을 필요로 하는 모든 국민에게 상담, 재활, 직업소개 및 지도, 사회복지시설 이용 등을 제공하여 정상적인 사회생활이 가능하도록 지원하는 제도

5

사회보장제도 분류 II

	재원	대상	급여	예
공공부조	일반조세	빈곤층 : 자산조사	최소수준의 급여 기준: 빈곤선, 최저생계비 등	국민기초생활보장 의료급여 드림스타트
사회보험	보험료 (+조세)	보험료 납부자	적정급여 추구 과거소득 및 기여에 비례	산재, 건강, 노령, 실업보험 OASDI
보편적 프로그램	일반조세	보편적 제공	사회보험보다 대체로 낮음	NHS 아동수당 노인수당 (기초연금)

6

사회보장제도 분류 II

■ 분류기준

- (1) 수급자격 결정기준 : 자산조사 여부 / 기여 여부 / 시민권
- (2) 재원: 일반예산 vs 사회보장세 (payroll tax) . 재원에 따라 제도 대상 달라짐. 사회보험은 주로 소득있는 집단을 대상으로 하고 공공부조는 빈곤층을 대상으로
- (3) 자격조건 형태
 - 거주여부(시민권, 국가단위)
 - 인구학적 조건(성, 연령, 가구원 수 등)
 - 기여 - 보험료 납부/ 사회적 기여(군인, 철도 광업 등 기간산업 종사자)
 - 노동능력
 - 자산 및 소득조사
 - 전문적 혹은 행정적 판단- 근대초 자선, 모성연금, AFDC 등 대부분의 공공부조 제도

- 위에 언급된 것 외에도 장애인 의무고용제, 조세정책을 통한 EITC 등등 존재 (사회보장의 범위는 특정 제도로 좁혀지지 않음)

- 사회복지 서비스 : 개인과 가족에 대한 사회복지 전문가의 전문적인 원조

7

퀴즈

자산조사 vs. 기여 vs. 시민권

수급자격
결정기준

자원

vs. 사회보장제

공공부조

대상-자산조사 통과자, 자원-().
최소급여(최저생계비) 대표적 제도: ()

사회보험

대상-기여자, 자원-()
대표적인 제도: (), ()

보편적
프로그램

대상-시민(혹은 인류), 시민권에 기초한 급여, 자원-(),
납세자 수급자 사이 분할이 적어 사회통합 효과가 크다.
대표적인 제도: (), ()

8

<참고> 사회보장제도 분류와 에스핑-안델센의 복지국가 분류

‘복지지출 → 사회권의 질’로 논의의 초점 이동 ▶ 복지국가 유형론

직업, 소득 상실 없이
필요시 노동력상품화에서
벗어날 수 있는 것

탈상품화

계층화

복지제도는 사회관계를
배열하는 힘

사민주의
복지국가

보편적 사회서비스 중심, 탈상품화 정도 높음, 계층화 효과 낮음. 고용을
높이는 정책 (사회서비스 발달로 공공고용 비중 높음). 스웨덴, 노르웨이,
핀란드, 덴마크

보수주의
복지국가

사회보험 중심, 탈상품화 정도 중간수준, 직업집단별 분화, 온정주의, **male-breadwinner model**, 프랑스, 벨기에, 독일, 이탈리아 등

자유주의
복지국가

공공부조 중심, 민간복지 발달, 탈상품화 정도 낮음, 납세자 수급자 사이
분할, 노동시장 개입 적음. 미국, 영국, 호주 등

9

사회보장제도의 쟁점- 사회보험과 사보험

사회보험

- 운영주체: 국가 혹은 공법인
- 대상포괄: 강제적용
- 계약의 특성: 집단적 계약
- 권리의 특성: 공법상 권리
- 급여수준결정: 사회적 적절성 원리와
공평성 원리 조화
 - 빈곤위험, 가족 수 등 고려
- 기금운영: 주로 부과방식, 적립방식도
사용
- 물가연동을 통한 급여가치 보장

사 보험

- 운영주체: 사기업/ 자발적 결사체(19세기)
- 대상포괄: 자발적 참여, 운영주체의 선별(직업,
건강상태 등의 기준)
- 계약의 특성: 개별적 계약
 - 보험계약 조건 다양함
- 권리의 특성: 계약상 권리(민법)
 - 보험자 파산시 가입자에 대한 경제적 보호가 위험해짐
- 급여수준 결정: 개인적 공평성
 - 기여수준 및 위험수준에 비례
- 물가연동 하지 않음: 물가상승에 대응하기 어려움

10

사회보장제도의 쟁점- 대상

1. 대상(적용범위): 자격요건(eligibility)

- 개인이나 집단에게 급여를 제공하기 위해 어떤 원칙에 근거를 두는가
- 보편주의 vs. 선별주의
 - 보편주의: 사회적 권리로서 사회복지 급여.
 - 선별주의: 개인의 **needs**에 대한 자산조사에 의해 판별.
 - 자산조사 없는, 모든 장애인에 대한 선별적 대우는 선별주의?
보편주의? 보편주의 원칙 적용이 특수한 욕구의 배척을 의미하지
않음. 두 원칙의 혼합, 수렴 현상 관찰됨

11

사회보장의 쟁점: 급여형태

■ 현금

- 장점
 - 소비자 선택의 자유 및 소비자 주권 측면의 장점
 - 수급자 효용 극대화-사회적 자원의 효율적 배분
 - 인간 존엄성 유지에 우월함-소비단계의 수치심 줄임
 - 운영비 적음
- 단점: 정해진 용도 외 사용 가능성 등

■ 현물: 의료, 교육 서비스, 주택, 직업훈련, 상담 등

- 장점
 - 정책의 목표 효율성 높임
 - 욕구를 가진 자를 더 확실히 선별하여 대상효율성 높임
 - 정치적 측면에서 유리함-납세자와 현물생산집단 현물관리 관료들이 선호
 - 규모의 경제
- 단점
 - 현물- 소비의 강제화를 통한 개인자유 훼손
 - 소비단계에서의 수치심 예) 공공주택의 슬럼화

12

사회보장의 쟁점: 급여형태

- 증서(voucher): 일정 용도 내에서 원하는 재화와 서비스를 자유롭게 선택할 수 있게 하는 방법. Food stamp, 교육 증서
 - 장점
 - 소비자선택의 자유 살림
 - 비합리적 선택 문제를 줄임
 - 재화나 서비스 공급자들 사이의 경쟁을 유발하여 재화나 서비스의 질을 높임
 - 현물급여의 장점인 정책의 목표효율성을 살리면서 동시에 수급자의 효용을 증가시킴, 운영비용은 상대적으로 적음.
- 기회(opportunity): 사회에서 불이익을 받는 집단(minority-여성, 노인, 장애인, 소수인종 등)에게 진학, 취업, 진급 등에서 유리한 기회를 주어 시장 경쟁에서의 불리함을 보완함.
 - 기존의 부정적 차별을 보상하는 차원의 적극적 차별(affirmative action)
- 권력
 - 수급자가 정책결정에 대한 권력을 갖게 함.
 - tokenism의 위험

13

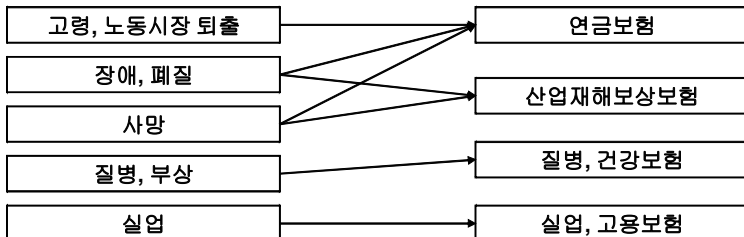
사회보장제도의 쟁점: 재정

- 공공부문 자원
 - 정부 일반예산, 보험료(사회보장세 **payroll tax**), 조세비용
 - 뉴질랜드, 덴마크 등은 정부일반예산 비중이 크고, 독일, 프랑스 등은 사회보장성 조세 비중이 큼.
- 민간부문 자원
 - 이용자 부담(**user fee**): 주택, 개별 사회서비스, 한국 건강보험 등
 - 자발적 기여: 개인, 재단, 기업, 유산 등, 불안정함. 역진적
 - 기업복지: 기업연금, 사택, 학비보조 등, 역진적
- 비공식부문 자원; 가족, 친척, 이웃
 - 자유로운 선택/ 관료제도의 문제점 피함/ 빠른 욕구 해결/ 질높은 서비스
 - 소득계층간 복지의 불평등/ 돌봄노동으로 인한 여성 경제활동 저하 등 ...

14

사회보험과 위험보장

- Social Risk에 따른 소득상실에 대한 보장
 - 장기적, 영구적 위험 : 고령, 노동시장 퇴출, 장애, 폐질, 사망
 - 단기적 회복 가능한 위험 : 질병, 부상(사고), 실업



사회보험의 개요

	도입	법률	기능	관장부처 및 집행기관	재정관리
국민건강보험	1977	국민건강보험법, 국민건강보험재정건전화특별법	질병, 부상 등에 대한 의료보장	보건복지부, 건강보험공단	국민건강보험공단
국민연금보험	1988	국민연금법	노령, 사망, 장애 등에 대한 급여 제공	보건복지부, 연금관리공단	국민연금기금
고용보험	1995	고용보험법	실업급여, 고용안정사업, 직업능력개발	노동부, 근로복지공단	고용보험기금
산재보험	1964	산업재해보상보험법	산업재해보상 급여 제공 등	노동부, 근로복지공단	산업재해보상보험 및 예방기금

사회보장에 관한 최근의 이슈

- 저출산 고령화
 - 아동 돌봄 책임의 일부 사회화
 - 인구구성비 변화에 따른 사회보장제도 변화, 노인복지급여와 아동복지급여
 - 부양을 악화에 따른 사회보장재정 확보 문제
- 사회보장제도의 사회투자적 성격 발견, 강화
- 사회보장체계 내 성평등 문제
- 고용없는 성장, 노동시장 유연화 등
 - 사회보장재정 제약
 - 비정규직, 자영자 등을 포괄하는 사회보장 적용 문제
- 기타 : 지구화-이주노동, 돌봄노동자 문제 등

최근 사회보장 제도의 쟁점

- 사회보장의 한계에 관한 질문 1: 왜 빈곤과 불평등은 지속되는가?
 - 사회보장의 한계에 관한 질문 2: 복지국가가 수급자의 '의존'을 조장하는 것은 아닌가?
 - 그 대답의 하나: 사회투자국가, Giddens(1998) Taylor-Gooby(2005) 등
 - 철학: 결과의 평등 대신 기회의 평등, 권리와 책임 연계 강조
 - 핵심 목표: 새로운 사회적 위험에 대한 효과적 보장, 복지와 경제의 선순환 구조 형성
 - 정책: 노동시장 유연성과 효율성, 근로연계복지, 아동 청소년에 대한 교육투자 강조
- 예) Surestart program, Baby bond -> 희망스타트, 아동발달계좌 등

18

사회투자국가

- 유의점: 소득재분배와 기회 확대는 상호보완적이며 대체관계 아님
- 의의
 - 신자유주의에 투항하는 대신 전통적 복지를 친생산적으로 상당히 수정 (영미의 중도좌파)
 - 성장과 분배에 대한 이분법적 시각을 극복하여 복지재정 제약을 없애는데 기여하고자 함
- 비판
 - 생산적 복지와 소비적 복지를 분할하여 후자 축소를 정당화하는 효과
 - 한국에서는 선별주의적 형태로 제도 도입
 - 유연성과 보장의 결합이 중요하나 한국에서는 노동시장 유연성만 관철됨

19

361 시간표

건강권 서울시민회의의 본회의 2일째 시간표는 다음 표와 같다.

표 3-6 건강권 서울시민회의 - 본회의 2일째(비공개) 시간표

2013년 12월 14일(토) 10:00 - 18:00		
시간	순서	내용
10:00 - 10:05	개회	건강권 서울시민회의의 본회의 2일째 일정을 시작합니다.
10:05 - 11:00	개인 선언문 발표	어제 작성한 개인 선언문을 발표해 주세요(한 분당 3분 정도 부탁드립니다). 발표하실 때 작성과정이나 고민지점을 덧붙여 설명해 주셔도 좋습니다.
11:00 - 12:30	조별 토론 및 정리	발표한 개인 선언문을 바탕으로 조별 선언문 내용을 짜 주세요(3개 조). 12시 정도부터는 오후 1시 30분부터 있을 조별 발표를 위해 정리해 주세요.
12:30 - 13:30	점심식사	서울대 병원 본원 지하1층 직원 식당
13:30 - 14:00	조별 선언문 발표	조별 선언문 내용을 발표해 주세요(한 조당 10분 정도 부탁드립니다). 꼭 한 분이 발표하실 필요는 없습니다. 발표하실 때 조별 토론의 과정이나 논쟁지점을 덧붙여 설명해 주셔도 좋습니다.
14:00 - 15:00	전체 토론	조별 선언문을 바탕으로 전체 선언문 내용을 짜 주세요. 이때 모든 의견 수렴하여 짜 주세요.
15:00 - 15:30	휴식	다과와 함께 휴식을 취해 주세요.
15:30 - 17:30	전체 선언문 작성	전체 선언문을 작성해 주세요.
17:30 - 18:00	전체 선언문 발표	완성된 전체 선언문을 발표해 주세요.
18:00	폐막식	건강권 서울시민회의의 폐회를 선언합니다.

362 현장 모습

본회의 2일째의 조별 토론, 조별 발표, 조별 선언문, 전체 토론, 최종 선언문 발표 모습을 담은 사진은 다음과 같다.



그림 3-14 본회의 2일째의 조별 토론



그림 3-15 본회의 2일째의 조별 선언문 발표

건강권이란, 스스로 삶을 영위할 권리이다.

이를 위해서는 기본적으로 보편적인 지지기반이 보장된 상황에서 최선의 것을 자신이 선택하고 결정할 수 있어야 한다.

현재 쪽방 주민들은 이러한 권리를 보장받지 못하고 있다. 건강권을 보장해야 할 기초생활 보장 제도는 최소한의 생존만을 가능케 할 뿐이다. 기존의 이러한 제도는 일방 시혜적 한시적임으로 자활의지에 도움이 못된다.

회복

이를 개선하기 위해, 우리는 다음 내용을 권고한다.

1. 기초생활수급제도의 개선이 시급하다.

∴ 수입이 생기더라도 한시적 기간 동안 수급비를 보장해야 한다.

2. 주거환경 개선을 위해 1) 주방: 쪽방을 임대해 공간이용.

그림 3-16 본회의 2일째 발표된 조별 선언문의 일부



그림 3-17 본회의 2일째의 시민패널 전체 토론



그림 3-18 건강권 서울시민회의의 최종 선언문 발표 장면

IV 2013 건강권 서울시민회의의 결과

- 1 1차 시민패널 예비모임 : 초기 메모와 토론 내용**
- 2 2차 시민패널 예비모임 : 쪽방주민과의 대화 정리**
- 3 본회의 1일째 : 개인 선언문**
- 4 본회의 2일째 : 조별 선언문**
- 5 최종 선언문**

IV 2013 건강권 서울시민회의의 결과

앞서 III장에서 기술하였듯이 건강권에 관한 서울시민회의는 총 4차례의 모임으로 진행되었다. 최종 선언문은 마지막 모임에서 완성되었고 시민패널의 최종 산출물이지만, 시민패널의 동의를 얻어 4차례 모임을 통해 남겨진 숙의의 과정들을 함께 신고자 한다. 단, 4차례 모임마다 매번 조별 편성이 변경되었음을 유념할 필요가 있다.

1 1차 시민패널 예비모임 : 초기 메모와 토론 내용

2013년 11월 30일(토)에 열린 1차 시민패널 예비모임의 목적은 아래와 같다. 이는 당일 현장에서 사회자가 말한 대본의 내용이다.

“오늘은 1차 예비 모임으로, 우선, 여러분께 드리는 과제를 이해하셔야 합니다. 과제는 결국 선언문 형태를 만들어 내시는 건데요. 오늘과 다음 주 예비모임은 선언문에 들어갈 내용을 구체화하는 자리입니다. 예를 들어, 선언문에는 건강권 측면에서 무엇이 중요하고, 건강권이 어떤 상태이고, 무엇을 해야 하는지에 대해 쓸 수 있습니다. 그런 과제를 하시는 데 도움 드리려고 기초 강의를 준비했습니다. 이후 토론시간에는 선언문에 들어갈 내용, 즉 큰 제목들, 질문들을 만들어 주시면 됩니다.”

상기 목적으로 인해 첫 번째 모임에서는 기초 강의, 조별 토론, 전체 토론이 진행되었다. 첫 번째 기초 강의에서 강연자의 요청으로 시민패널이 작성한 ‘건강에 필요한 것들’을 소개하겠다. 그리고 조별 토론 이후 조별 발표 내용과 전체 토론 내용을 정리하였다.

11 초기 메모 - ‘건강에 필요한 것들’

시민패널들이 ‘건강에 필요한 것들’에 대해 작성한 메모는 다음 사진과 같다.

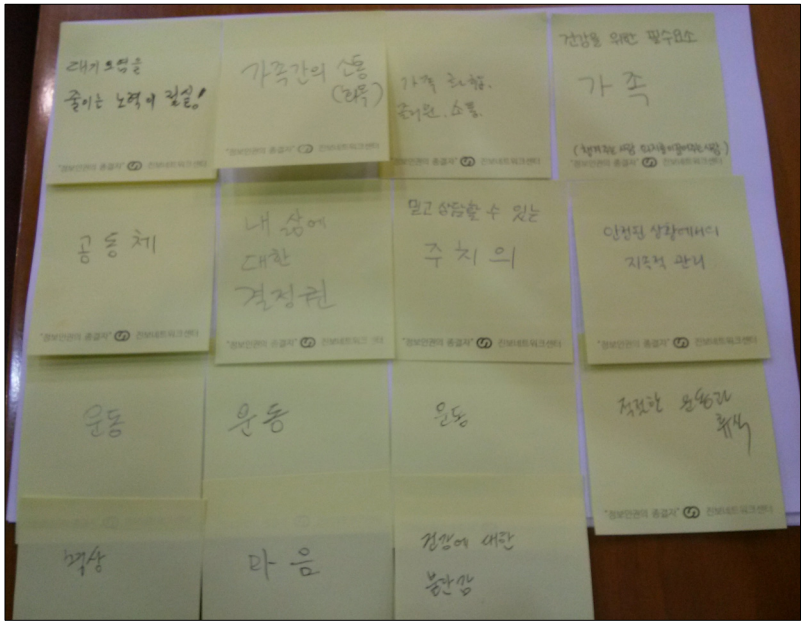


그림 4-1 시민패널 초기 메모 : 건강에 필요한 것들

상기 내용을 재분류하면 개인적 요인 47%(운동, 명상, 마음, 건강 관련 불안감), 관계적 요인 20%(가족), 구조적 요인 20%(대기오염, 공동체, 주치의), 구조 및 개인적 요인 13%(내 삶에 대한 결정권, 안정된 상황에서 서의 지속적 관리)로 나타났다.

12

토론 내용 - 조별 발표와 전체 토론

조별 토론의 퍼실리테이터들이 안내한 대본의 내용은 다음과 같다. 조별 토론의 목적과 전체 토론에 대한 설명이다.

“이번 조별토론을 통해, 최종 선언문을 작성하는 데 들어갈 내용을 구체화하는 것입니다. 즉 선언문에 이런 이런 내용들이 들어 가야 하니, 이런 질문들로 뽑아 볼 수 있겠다…… 이런 식입니다. 단, 오늘은 큰 수준의 제목, 혹은 질문을 정하면 됩니다. 이를 최종 정리하여 다음 전체 토론에서

조별로 대표 한 분이 발표하시게 됩니다. 본회의 때 듣고 싶은 발표 강연자를 요청하셔도 됩니다.”

실무진은 조별 토론이 진행되지 않을 경우를 대비하여 퍼실리테이터에게 다음의 사항을 요청하였다.

“혹여나 서로 말문이 안 트이면, 선언문이 무엇인가, 즉 과제가 무엇인가를 말하면서, 어떤 내용이 들어가야 할지 생각해 보자고 시작하십시오. 그리고 논의과정에서 최종결과물인 선언문의 내용이 건강권 원칙, 쪽방주민 건강권 평가, 쪽방주민 건강권 보장 위한 권고안으로 3가지임을 방향 유도해 주십시오.”

이에 따라 40분가량 조별 토론(3개조)이 진행되었고 이후 전체 토론 시간에는 조별로 정리한 내용을 발표하고 전체 토론하는 시간을 가졌다. 하지만 프린터 준비가 되지 않아 조별 발표 내용이 공유되지 않아 전체 시민패널의 토론은 진행되지 못했다. 대신 그 시간 동안 시민패널에게 주어진 과제의 명확성에 대한 비판과 문제제기가 있었다. 이는 중요한 내용이기때문에 정리하여 기술하였다.

1 2 1 조별 발표 내용

1) 1조 발표 내용

1조에서는 쪽방촌 주민에게 필요한 것 위주로 조별 토론 내용을 정리하여 발표하였다.

- 보건소의 정기적 이동 검진 : 결핵과 구강
- 기초생활수급비 지급 기준 완화, 특히 일정 기간 노동하면서도 수급비를 받을 수 있도록(수급자라도 일을 하는 것에 대해 어느 정도 보장)
- 보증금 지원하는 임시주거공간(자율성 보장하는 공간) 마련
- 쪽방촌 주민들이 소식지나 잡지를 통해 스스로 자활 가능한 수단을 모색

2조 발표 내용

2조에서는 기초 강의 시간에 못 다한 질문과 추후 쪽방주민을 만날 때 묻고 싶은 질문 위주로 조별 토론 내용을 정리하여 발표하였다.

먼저, 기초 강의를 듣고 못 다한 질문에 해당하는 것으로 다음 2가지 질문이 나왔다고 한다.

- 쪽방의 가격은 어떻게 형성되는가?
- 왜 쪽방주민들이 다른 주거빈곤층에 비해 건강이 더 나쁜가?

또한 쪽방주민을 만났을 때 당사자에 대한 질문으로 다음 질문이 나왔다고 한다.

- 금주, 금연이 건강에 가장 큰 영향. 이를 해결하기 위한 기구를 만들었을 때 생길 수 있는 문제는 무엇인가? 만들어진다면 주민들의 참여의지가 있는지?
- 주민공동체를 만든다고 했을 때, 그 분들의 참여 정도? 어떤 모습의 공동체를 만드는 것이 가장 좋을까?
- 쪽방주민들에게 수입이 있으시다면, 얼마나 있으시고 실질적인 생활비가 어떻게 되는지, 주로 어디에 소비하는지, 얼마나 자주 의료서비스를 이용하는지?
- 쪽방주민들이 만나는 사회복지사의 역할?
- 무료진료서비스가 이루어지고 있는지, 그렇다면 빈도는 어느 정도인지?
- 자살 경험이 많은 것…… 이 분들의 불안감과 위축의 정도?
- 쪽방주민들의 자력의지, 노동의지가 있으신지 여부?
- 시나 정부에서 (쪽방주민들의 가격이나 시설 수준에 대해) 조례나 법으로 규제를 할 수 있는 것은 아닌지?
- 쪽방주민들이 건강한 삶을 살기 위해…… 지원 프로그램이 어떻게 구성되면 쪽방을 벗어날 수 있을까? 어떤 지원 프로그램이 필요한가?

- 쪽방주민들이 생각하는 수급비의 적정액수? 어느 정도의 수준이 되어야 의식주와 기본적인 의류가 해결될 수 있을까?
- 수급권자 지정을 할 때, 부양의무자 같은 제도적인 조건…… 어떤 것이 가장 완화되어야 하는가?

3) 3조 발표 내용

3조의 발표자는 쪽방촌에 대한 개입보다는 큰 의미에서 우리 자신의 건강을 생각했고 그것을 바탕으로 취약계층에게 무엇이 부족한지 각자의 생각을 제시하였다고 한다. 또한 토론 과정에서 시민패널 가운데 동자동 쪽방주민이 없는 것에 대해 강하게 문제제기하신 분이 있었다고 첨언하면서 발표한 내용은 다음과 같다.

- 자기 결정권
- 스스로 관리할 수 있는 인식, 교육 등 포함
- 바로 앞 항목을 보존해 줄 수 있는 주변의 환경적, 사회적 관계망 등등. 그것이 제도적이든, 비제도적이든……
- 이런 건강하지 못한 상황에 빠졌을 때 벗어날 수 있는 경로나 방법이나 제도를 알아가는 과정

122 전체 토론의 주요 내용

조별 발표 이후 전체 토론 시간에 시민패널이 비판적으로 제기한 3가지 중요한 문제가 있었다. 이는 인권적 접근법에서 중요한 문제 제기이기에 오고 간 얘기들을 정리하여 제시한다.

첫 번째 문제 제기는 시민패널에게 주어진 과제가 일반 시민의 건강권 선언문인지 쪽방촌 주민의 건강권 선언문인지 불명확하다는 점이었다. 질문과 그에 대한 답변은 다음과 같다.

- 한 시민패널의 문제제기 : “우리가 써야 하는 선언문이 시민의 건강권에 관한 얘기인가요? 아니면 쪽방촌 주민들의 건강권에 대한

얘기인가요? 그것을 확실하게 해야 토론할 때 벗어나지 않고 굴러갈 것 같아요.”

- 다른 시민패널의 문제제기 : “오늘 강의 전체가 쪽방촌에 대한 얘기만 나오는 것 같아요. 서울시민에 대한 얘기가 아니거든요. 서울시민이면서 증증환자들에 의해서 방사선 치료가 비싸다... 이런 게 들어가야 하는데, 지금까지 강의해주신 분들은 쪽방촌에 대해 얘기를 해주었기 때문에 우리는 쪽방촌에 대해서만 얘기했어요. 이거는 서울시민에 대한 게 아닌 것 같아요.”
- 명숙 조정위원의 답변 : “쪽방주민의 건강권과 관련하여 주로 얘기하겠지만, 그게 다른 서울시민, 비쪽방주민들 건강권과 무관한 그런 상황은 아닐 거예요. (중략) 쪽방주민의 건강권을 심의하는 게 맞고요. 그게 서울시민의 건강권과 무관한 것은 아니다라는 판단이에요.”
- 손정인 실무자의 답변 : “인권이나 건강권이 보편적이라고 보면 쪽방주민의 건강권, 일반 서울시민의 건강권이라고 나눌 수 있는 건지, 나누어서는 안 되는 건지……. 실은 어쩌면 우리 사회에 건강권이 무엇인가에 대한 얘기도 선생님들의 몫이 아닐까 싶거든요. 쪽방주민의 건강권에 대해서 우리가 뭔가를 평가하고 있다……. 이것이 아니라 보편적인 차원에서 건강권에 대한 고민, 생각, 의견들을 나누어 주시고, 거기에 비추어서 쪽방주민의 개선을 위해 권고를 내려 주시는 것이 저희의 바람이었지만, 저희가 이렇게 해주십사고 요구하기는 좀 죄송한 것 같고요. 논의를 열어서 개방적으로 많은 얘기를 해주셨으면 좋겠습니다.”

두 번째 문제 제기는 시민패널에 동자동 쪽방주민이 포함되지 않은 점이 었다. 질문과 그에 대한 답변은 다음과 같다.

- 한 시민패널의 문제 제기 : “왜 시민패널에 그분들(동자동 쪽방주민)이 안 오셨나요?”

- 손정인 실무자의 설명 : “‘왜 시민패널에 동자동 주민을 초대 안 했는가?’ 이것은 사실 실무진 내부에서도 아주 심각한 토론 문제였습니다. 인권 문제라고 하면 당사자들이 자신들의 목소리를 내는 것이 핵심인데 왜 주민들께서 없으시나? 쪽방주민을 대상화시키는 문제가 있지 않는가?……라는 내부 논쟁이 있었습니다. 그럼에도 기술적인 여러 가지 제약과 이 회의의 더 중요한 목적(연대, 공론화)을 고려하여 포함시키지 않는 것으로 결정했어요. 대상화라는 한계는 최소화하는 전략으로 가져가기로 했지만, 그 지점이 한계라는 걸 유념해 주시면 좋겠고요. 한계에 대해서도 나중에 선언문에 써주시는 것도 좋다고 생각합니다.”

세 번째 문제 제기는 1차 시민패널 예비모임의 쪽방촌 방문과 쪽방주민과의 만남에서 인권 침해 소지가 있지 않겠느냐는 우려였다. 질문과 그에 대한 답변은 다음과 같다.

- 한 시민패널의 문제 제기 : “저는 한 가지 우려가 되는 게, 저를 비롯해서 인권, 건강권에 대한 생각을 깊이 못하고 있지 않은가 싶은데, 쪽방주민과의 대화에 대해 우려가 되거든요. 그분들을 바라보는 시각이 시혜적인 시각이나 ‘일을 안 하니까 그런 거 아니냐’라는 우리가 생각하는 일반적인 개념들이 그분에게 상처가 될 수도 있고, 인권침해가 될 수 있는 부분이 충분히 생길 수 있지 않을까……하는 우려가 돼서…… 궁금해요.”
- 다른 시민패널의 문제 제기 : “저도 말씀하신 거에 공감하는 게 투어라는 게 30분 정도 돌아보게 되어 있는데, 심사하는 것도 아니고, 거기가 생활공간인데, 우리가 벌써 10-20명 정도 되는데, 그냥 가서 둘러보고 그런 게 되게 충격적인 상황이라고 전 생각을 하거든요.”
- 김창형 조정위원(쪽방주민 대표)의 답변 : “열 명 이상 되는 분들이 한꺼번에 가면 부담스럽죠. 그래서 3개나 4개 조로 나눠서 몇 명만 들어갈 거예요. 저희가 동네 주민들과 같이 살고 있기 때

문에 동네 주민들하고 불편한 건 없을 거예요. 저희가 잘 안내를 할 테니까요. 그런 거는 걱정을 안 하셔도 됩니다.”

2차 시민패널 예비모임 : 쪽방주민과의 대화 정리

2013년 12월 7일(토)에 열린 2차 시민패널 예비모임에서는 사회자가 지난 1차 시민패널 예비모임에 대한 평가와 시민패널의 과제에 대한 당부의 말을 전했다. 당일 현장에서 사회자가 말한 내용은 다음과 같다.

“실무팀이 이를 전에 보내드린 메일 보셨는지요? 보셨다면, 아마 열띤 토론과 논쟁의 현장을 다시 느꼈을 겁니다. 아시다시피 지난 1차 모임은 토론 시간도 짧았고 실무 준비도 부족했습니다. 그리고 시민패널 과제가 명확하지 않다는 평가를 받았습니다. 그럼에도 불구하고 건강권과 관련된 폭넓은 논의가 있었습니다. 어쩌면, 굳이 일정을 더 진행하지 않아도 선언문을 하나 만들어낼 수 있을 정도입니다. 여기서 한 가지만 명확하게 짚고 넘어가겠습니다. 여러분이 해야 할 과제는 크게 두 가지입니다. 첫 번째, 건강권의 원칙과 기준입니다. 즉 건강권이 무엇이고, 어떠한 해야 하는지를 선언문에 넣어 주셔야 합니다. 두 번째, 첫 번째의 틀로 바라본 쪽방주민입니다. 즉 건강권 측면에서 쪽방주민에 대한 평가와 권고안을 선언문에 넣어주셔야 합니다. 따라서 이를 계속 기억해 주세요. 하나는 건강권, 다른 하나는 건강권 측면의 쪽방주민이라는 것. 그리고 그것이 최종 선언문에 들어갈 내용이라는 점 꼭 기억해 주세요.”

이어서 사회자는 2차 시민패널 예비모임의 목적을 다음과 같이 안내하였다.

“오늘 모임의 목적은 쪽방주민과의 소통과 공감입니다. 그리고 잊지 말아야 할 것은 여러분들의 과제입니다. 선언문을 쓰는 것이지요. 하나는 건강권, 다른 하나는 건강권 측면의 쪽방주민. 그래서 쪽방주민의 삶에 충분히 공감해 주시되, 쪽방주민으로 한정하지 마시고 건강권이 무엇이어야 하고, 어떤 것이어야 할지와 연결시켜 생각해 주세요.”

상기 목적을 위해 두 번째 모임에서는 동자동 쪽방촌 소개, 동자동 보건 복지 현황 발표, 쪽방촌 방문, 쪽방주민과의 대화, 조별 발표가 진행되었다. 쪽방주민과의 대화는 인터뷰 방식으로 진행되었는데, 쪽방주민을 대상화시키지 않기 위해 조당 인원을 쪽방주민 1인과 시민패널 2~3인으로 제한하였다. 쪽방주민과의 대화는 총 6개조로 진행되었다. 여기서는 조별로 발표된 쪽방주민과의 대화 내용을 소개하겠다.

2.1 쪽방주민과의 대화 - 1조

- 대화내용
 - 지속적인 방문 소통 필요
 - 도박과 알코올 중독 문제가 있음
 - 지속적인 일자리 없음
 - 쪽방 도움 주는 사랑방이 큰 기능해줌
- 느낀 점 생각
 - 건강 관련 교육 프로그램이 필요
 - 소통의 장 필요
 - 근로의 장 필요
 - 쪽방 건물주의 문제 중요
 - 취미나 소일거리 있어야
 - 생존권의 위협 심각
 - 공동목욕시설 필요
 - 주민자치기구 같은 게 필요

2.2 쪽방주민과의 대화 - 2조

- 의료 접근권
 - 가까운 보건소/병원 등이 필요하다

- ① 초기 치료가 필요하다
- ② 예방치료가 필요하다
- 운동할 수 있는 환경이 필요하다
 - ① 근력 운동 기구 등 부재 : 쉽게 접근할 수 있어야 한다
- 식단 조절이 어렵다
 - ① 요리할 수 있는 환경(장소 등)이 필요하다
- 주거 환경
 - 도배
 - 화장실 등 위생 개선이 필요하다
- 정신 건강
 - 외부와의 교류 - 문화적 교류 등
 - 상담 치료 같은 것
- 가족

23 쪽방주민과의 대화 - 3조

- 건강권을 지키기 위해 무엇보다 '주거 개선'이 필요하다
 - 보증금에 대한 정보 부족
 - 공공임대 주택 확대
 - 구청에서 쪽방 대체 공간 매입
 - 현재 쪽방촌의 공동체가 유지되어야 함
- 기초생활보장제도의 개선
 - 노동 소득을 낼 수 있을 공동근로 사업
 - 기초수급제도에 묶이지 않는 소득 필요
 - 물가대체 수급비 인상
 - 의료부분 서비스 확대(입퇴원 차량 도우미 등)

쪽방주민과의 대화 - 4조

- 혈압, 당뇨, 천식, 노안, 치아 상태 안 좋은 노환 중
- 척추 측만, 구부러지심
- 감사하며 잘 살고 계심
- 바라는 것 : 세탁기, 틀니(200만 원 정도)
- 교회에 가는 것이 낙, 자식을 위해 기도함
- 45만 원 수급비 알뜰하게 쓰고 있음

쪽방주민과의 대화 - 5조

- 고액진료 진단비 지원이 시급해 보임
 - 보건소에서는 고혈압이나 당뇨 등 간단한 진단이나 약품지급만 되고 있음
 - 녹내장진단, MRI 촬영 등 지원
- 교육 : (직업교육, 기술교육 시) 물리적, 정보적 접근성 부족
- 공동체 : 단일공동체가 아닌 다각화된 커뮤니티 조성 필요
 - 사랑방에 바둑 등 오락거리들이 있지만, 모든 쪽방 사람들이 친하게 지내는 것은 아니기 때문에 활용되지 못함
 - 쪽방사람들을 하나로만 묶을 수 없음. 끼리끼리 모일 수 있는 모임을 조성해 고독과 단절감을 극복할 수 있도록 해줌
- 부엌 및 욕실에 대한 점진적인 환경개선 필요
- 쪽방 외 외부인들과의 지속적인 대면·대화·만남 기회가 지속적으로 이뤄져야 함
 - 쪽방에 갇혀 있는 고립과 단절을 벗어날 필요
- 외부에 대해 배타감을 벗어날 필요
- 롤모델 사례를 만들어서 경험 공유
 - 자기관리 및 교육의지 등 살면서 구체적인 계획을 가지고 있는 사

람들을 지원해서 우선적으로 지역주민들에게 성공사례로 삼아 희망을 심어줄 수 있도록 함

26 쪽방주민과의 대화 - 6조

- 비급여부분의 의료비 지원 필요
 - 정부에서 지원하는 부분
- 공제조합의 도움 & 긍정적 역할
 - 공제조합의 대출을 통한 의료비 해결
- 동자동 사랑방을 주축으로 한 주민활동의 긍정적 효과
- 물리적 환경 개선의 필요성
 - 주거환경 개선을 당당히 요구할 수 있는 권리 보장(사회구조적 문제라고 고려됨)
 - 공원, 복지관, 목욕시설 등의 공공시설 필요

3 본회의 1일째 : 개인 선언문

2013년 12월 13일(금)에 열린 본회의 1일째의 목적은 아래와 같다. 이는 당일 현장에서 사회자가 말한 대본의 내용이다.

“오늘 회의의 목적은, 시민패널께서 선언문을 작성하는 데 필요한 궁금증을 해결하는 자리입니다. 오후의 질의응답 시간에는 방청객을 포함하여 모든 참여자들이 서로 서로 질의응답이 가능하오니, 정말 생산적인 토론이 이루어지는 공론장을 만들어 봅시다.”

상기 목적을 위해 본회의 1일째에는 3개의 강연, 개인 선언문 작성, 전체 질의응답이 진행되었다. 이 중 개인 선언문 작성은 다음과 같은 소개로 시작되었다.

“지금부터 개인적으로 선언문을 써보시는 시간을 갖겠습니다. 내일 전체 선언문을 만드시는 데 도움이 될 것 같아, 이런 자리를 마련하였습니

다. 전체 선언문에 대한 감을 잡기 위한 작업입니다. 물론 좋은 내용은 전체 선언문에도 들어가겠지요. 지금 시간에는 개인적으로 선언문에 들어갈 내용을 짚보시길 바랍니다. 서로 얘기를 나누셔도 됩니다. 그리고 오늘 오후 5시 30분에 진행요원이 걷을 예정이오니, 그때까지 살을 붙이시면 됩니다. 개인 선언문은 중간에 시범적으로 해보는 과정이니 절대로 완벽하게 하실 필요 없습니다. 아이디어 수준이라도 괜찮습니다. 5시 30분에 걷는 개인 선언문은 가실 때 다시 돌려드립니다. 이때 걷는 이유는 모두 모아 인쇄해 나눠 드리려는 것입니다. 내일은 아침 토론 시작 전에 개인 선언문을 발표해서 서로 공유할 예정입니다. 나눠드린 용지에도 적혀 있지만, 선언문은 여러 사람을 모아놓고 연설하는 것으로 상상하시면 됩니다. 따라서 쉽게, 호소력 있게, 일상적인 생각과 경험에서 우러나오는 말들로 써주시면 감사하겠습니다.”

이날 행사 종료 직전에 개인 선언문을 취합, 편집, 인쇄하여 모든 시민패널에게 배포하였다. 시간 한계로 인하여 개인 선언문 발표는 다음 날인 본회의 2일째 시작 시간에 진행되었다.

31 개인 선언문 - 시민 1

- 건강권에 대한 선언
 - 가족을 유지할 수 있는 권리
 - 주거시설 : 물, 부엌, 난방, 조명(공공지역), 위생시설
 - 사생활 보장
 - 근로할 수 있는 기회
 - 사회보장제도의 확대(보완)
 - 문화·활동 공간
 - 교육환경
 - 건강은 행복의 기본 요소이다.

- 자선이 아니라 권리다.
- 은혜가 아니라 정의다.
- 정서적 지원 : 차별받지 않을 권리, 커뮤니티 조직, 교육, 사생활 보장, 가족 유지
- 환경적 지원 : 물, 주거시설(안전, 난방), 위생적 노동조건
- 책임
- 쪽방주민의 사례 - (1) 쪽방주민의 건강권 보장 현황
 - : 쪽방촌 주민의 건강권은 심각히 침해당하고 있다.
 - 사회적 소외와 다른 지역 주민의 차별적 시선
 - 비위생적 환경과 위험한 주거상태
 - 복지정보와 자원의 부족
 - 자활의 경험->알지 못한다->사회보장제도 교육
- 쪽방주민의 사례 - (2) 쪽방주민의 건강권 개선을 위한 권고안
 - 쪽방주민들의 건강권을 위해 ‘쪽방촌 권리’를 잘 알려야 한다(사회보장제도의 홍보, 소통의 창구 등 정보의 접근성).
 - 주민들의 다양한 의견과 요구를 담아낼 수 있는 다양한 커뮤니티를 조직하고 지원해야 한다.
 - 비위생적이거나 위험한 건물의 안전하고 위생적인 주거공간을 지원하고, 그렇지 않은 건물주에게 법적 조치를 할 수 있어야 한다.
- 추가내용
 - 나는 건강하고 행복하게 살고 싶다.
 - 나는 가족들과 함께 깨끗하고 안전한 집에서 살고 싶다.
 - 나는 맛있고 깨끗한 음식을 먹으며 살고 싶다.
 - 나는 이웃들과 이야기를 나누고 즐겁게 살고 싶다.
 - 나는 배우고 싶다.
 - 나는 일하고 싶다(나는 즐겁게 일하고 싶다).
 - 나는 쉬고 싶다.

- 나는 알고 싶다(나는 나의 권리와 의무, 새로운 정보 등을 알고 싶다).
- 나는 말하고 싶다(나는 내가 하고 싶은 일, 원하는 것, 필요한 것을 말하고 싶다).
- 나는 아플 때 병원에 가서 알맞은 치료를 받고 싶다.
- 나는 서울시민으로 인정받고 싶다.
- 나는 가족들과 행복하게 살고 싶다.

32 개인 선언문 - 시민 2

○ 건강권에 대한 선언

건강권은 우리의 몸과 마음을 스스로 지배할 수 있는 자유에 관한 권리이다. 따라서 누구나 의료/치료에 대해 경제적, 사회적 부담 없이 접근할 수 있어야 한다. 또한, 누구나 스스로의 몸과 마음을 편하게 하기 위한 환경을 제공받을 수 있어야 한다. 그 환경은 개인에 따라 다르며 타인이 지정해주는 것이 아니어야 한다. 또한 그 환경은 주거환경에 한정되지 아니하고 문화적 환경도 포함된다.

○ 쪽방주민의 사례 - (1) 쪽방주민의 건강권 보장 현황

서울시 쪽방주민은 건강권을 침해당하고 있다. 쪽방주민들은 경제적·사회적 이유로 스스로의 몸과 마음을 자유롭게 유지하지 못하고 있다. 경제적 이유로 의료보장을 제대로 받지 못하고 있고, 몸이 불편한 데도 병원이 멀어 갈 수가 없다. 또한, 작은 방이더라도 병에 취약해서는 안되고, 제대로 된 식사를 할 수 있어야 함에도 그러지 못하고 있다. 뿐만 아니라 이를 요구할 수 있는 방안도 특별히 없다. 그리고 외부의 시선으로 인해 외부와의 소통도 거의 이루어지지 않고 있다.

○ 쪽방주민의 사례 - (2) 쪽방주민의 건강권 개선을 위한 권고안

현재 서울시 쪽방주민의 건강권을 개선하기 위해 다음과 같은 사항들을

권고한다.

- 의료/치료에 대한 경제적 부담을 줄여야 한다.
- 쪽방 건물들에 대한 최소기준(공동주방의 마련, 공동화장실/샤워실 방 몇 개당 하나 설치 등)을 마련하고, 이를 지키도록 감독해야 한다. 이 때, 경제적 부담이 주민들에게 지워지지 않도록 서울시에서 경제적 지원을 하여야 한다.
- 기초생활수급제도의 기준을 완화하고 수급액을 올려야 한다.
- 부양의무자 기준을 폐지해야 한다.

33

개인 선언문 - 시민 3

○ 건강권에 대한 선언

우리에게 건강은 여행을 떠난 집과 같다. 있을 때면 있는 줄도 모르지만 떠나 봐야 절실함을 느끼기 때문이다. 건강의 소중함을 느끼도록 일깨우는 것이 중요하다. 정부는 집을 떠나 헤매는 이들이 돌아갈 길을 밝혀 주어야 한다.

○ 쪽방주민의 사례 - (1) 쪽방주민의 건강권 보장 현황

현재 서울시 쪽방주민은 건강권을 보장받지 못하고 있다. 수급비 수준의 소득으로는 기초적인 생활마저 어려운 지경이기 때문이다. 또한, 인적 네트워크가 비슷한 소득 수준의 이들로 한정되어 틀니 등 고가의 의료비 지출이 불가능한 상황이다. 돈을 써서 해결할 수도 없기 때문이다.

○ 쪽방주민의 사례 - (2) 쪽방주민의 건강권 개선을 위한 권고안

무상 의료 혜택을 확대하고 마이크로 크레딧이나 빅이슈 등 자활 방안을 도입하여야 한다. 혈압약을 나눠주는 수준을 넘어 적극적인 의료 개입이 필요하다. 또한 앞날을 볼 수 없어 절망적인 소득 수준을 개선하고자 자활 수단이 절실한 상태다.

개인 선언문 - 시민 4

○ 건강권에 대한 선언

건강은 행복한 삶을 위한 기본 전제이다. 정신적 건강, 육체적 건강 모두 중요하다. 주거시설은 최소한 위생적으로 형성되고 관리되어야 한다. 위생적인 삶.

○ 쪽방주민의 사례 - (1) 쪽방주민의 건강권 보장 현황

쪽방촌의 주거 시설은 일조량이 현격히 부족하여 정신적 건강 및 육체적 건강을 위협하고 위생시설(온수, 화장실, 취사 시설)이 열악한 상황이다.

○ 쪽방주민의 사례 - (2) 쪽방주민의 건강권 개선을 위한 권고안

쪽방주민의 의지와 상관없이 최소한의 위생시설 및 환경을 갖추도록 시행령이 마련되어야 한다. 공동 취사시설, 목욕시설, 화장실 개선 등이 필요하다.

개인 선언문 - 시민 5

○ 건강권에 대한 선언

건강권은 천부적 인권에 기반한 보편적 권리로, 육체적, 신체적으로 질병에서 자유로우며 건강한 삶을 영위할 권리이다. 그 보호와 보장이 자유의사에 근거하여야 하며 이에 대한 방해, 제한 요인은 없어야 한다.

○ 쪽방주민의 사례 - (1) 쪽방주민의 건강권 보장 현황

현재 서울시 쪽방주민은 의료서비스 공급 측의 차별적 개방 등으로 의료 혜택 공급에 제한이 있을 뿐만 아니라 열악한 주거환경, 그 밖의 노동, 생활 환경 등으로 인해 건강한 삶을 위한 환경적 조건 형성에 제약을 받고 있다.

○ 쪽방주민의 사례 - (2) 쪽방주민의 건강권 개선을 위한 권고안

- 최소한의 권리(건강권) 보장을 위해 의료서비스 수요에 차별이 없도록 공공의료의 확대와 환자 차별적 대우와 관행을 철폐하고 의

료진의 올바른 의식 확립을 권고한다. 더불어 의료서비스 이용에 경제적 제한을 최소화하기 위해 정부의 복지정책을 통해 비급여 부분의 의료비를 확대할 것을 권고한다.

- 최소한의 인간다운 삶을 누리기 위해 주거환경의 개선이 필수적이라고 판단된다. 온수의 공급, 주방, 목욕시설의 구축 등을 지자체, 정부 차원에서 지원할 것을 권고한다.
- (보류) 그 밖의 생활 여건 개선 등은 전반적인 생활여건의 향상이 요구되는 것으로 절대적, 최소한의 보장으로 볼 수 없기에 이에 대한 논의는 생략한다.

36 개인 선언문 - 시민 6

○ 건강권에 대한 선언

건강은 개인의 삶을 영위하는 데 있어 필요조건이다. 개인이 사회의 최소 단위라면, 개인의 건강한 삶이 사회의 유지 공존의 대전제일 것이다. 따라서 개별 사회성원의 건강은 개인의 차원이 아닌 사회적 차원의 접근이 필수적이다. 건강권은 개인이 자신의 사회적 정치적 경제적 환경과 지위에 따라 건강의 조건이 달라지는 것을 최소화하려는 노력이다. 여기서 보장되어야 할 건강은, 신체적 정신적 사회관계적 건강을 아우른다. 따라서 정부와 사회성원들은 연대의식을 가지고 건강 제반에 영향을 미치는 개인의 의식주 생활의 기본적 보장과 정서적 고립 방지를 위해 노력해야 한다.

○ 쪽방주민의 사례 - (1) 쪽방주민의 건강권 보장 현황

현재 서울시 쪽방주민은 건강권을 침해당하고 있다. 그들은 질병에 고통 받고, 그에 의해 생존의 위기를 겪고 있으며, 자율성을 침해받고 사회적으로 고립되어 있기 때문이다. 열악한 거주환경과 위생 영양의 불량 문제는 건강 문제를 고착화시키며, 이것이 심리적 정서적 위축 및 실질적

질환으로 발전되기도 한다는 점에서 시급한 문제로 논의되어야 한다.

- 쪽방주민의 사례 - (2) 쪽방주민의 건강권 개선을 위한 권고안
현재 서울시 쪽방주민의 건강권을 보장하기 위해,
 - 기본적인 주거 조건을 충족시켜야 한다 : 겨울철 온수 제공, 공동 위생시설 증대, 위험요소 제거 등
 - 수혜가 아닌 공공서비스의 차원으로 접근해야 한다 : 의료, 교육, 재활, 식생활 지원 시 물리적 심리적 접근성을 최우선으로 고려해야 한다.
 - 긴급지원 기금의 상시적 운영이 필요하다 : 소액대출서비스, 직업 및 재활교육 중 생활비 지원 등
 - 쪽방촌의 사회적 공동화 문제 해결이 시급하다 : 사회성원으로서의 위치 회복, 슬럼화 개선, 사회적 연결망 및 공동체 네트워크 재확립(공동체적 건강권)
 - 생존이 아닌 영위를 위한 조건을 보장해야 한다
 - 쪽방촌 내 소수자(여성, 아동, 장애인)의 상황조사 및 보호의 필요성이 있다.

37 개인 선언문 - 시민 7

- 건강은 기본적인 사회적 권리이며, 국가와 정부는 이를 시민들의 생존권의 하나로 보장해야 한다. 모든 시민은 자신의 건강을 보호받을 권리를 가지며, 또 자신의 건강을 지켜나가야 할 의무를 가진다.
- 정부는 시민들의 건강권을 보장하기 위해 기본 사회보장 제도 속에서 공중보건시스템을 갖춰야 한다. 이 공중보건시스템은 자신의 건강을 유지하고 증진시키려는 모든 시민에게 열려 있다. 특히 기본적으로 무상의료의 원칙과 공평성의 원칙, 접근성의 원칙 아래 공중보건시스템이 운영되어야 하며, 이러한 공중보건시스템은 정부 관리 아래 민영화하지 않는다.

- 시민들의 건강권이 침해당하지 않기 위해 건강권을 하락시키는 사회경제적 요인에 대한 정부의 적극적 개입이 필요하다. 모든 시민은 비영리 공공 서비스를 통해 질병과 장애, 정신적 건강문제, 산업재해, 실질, 가족의 사망, 열악한 주거환경 등으로 입게 되는 피해를 보호받아야 한다. 이러한 사회안전망은 시민 개개인의 건강권을 보장하기 위한 적극적 조치로서 확대 증진되어야 한다.
- 마찬가지로 시민들의 건강권과 직결되는 노동 및 소득, 주거 및 에너지, 보건의료 영역에 대해 모든 시민들이 공평하고 문턱 없이 접근할 수 있도록 국가와 정부가 책임을 지고 운영해야 한다.

38 개인 선언문 - 시민 8

- 건강권에 대한 선언
빈곤층의 건강권을 접하고 배우면서 배움은 죽는 날까지 지속되어야 한다는 당연한 논리와 삶의 최상의 가치는(?) 아마도 건강권일거란 결사삼 깨닫는 경험이었음. 다양한 교육프로그램 제공의 필요성.
- 쪽방주민의 사례 - (1) 쪽방주민의 건강권 보장 현황
 - 역량 있는 많은 분들, 사회의 노력으로 점진적으로 개선되고, 더 나은 방향으로 나아지리라 확신함.
 - 주거개선(취사 등 공용시설) - 내부 리모델링이 어떤 방식으로든 반드시 시급히 이루어져야 한다고 주장함.
- 쪽방주민의 사례 - (2) 쪽방주민의 건강권 개선을 위한 권고안
 - 일회성 봉사 기능에 앞서 교육을 받은 유급 상주 간호사를 충원, 전문성 있는 개인 맞춤형 운동처방이 효율적이지 않을까?(체크, 관리까지 해주는 프로그램)
 - 취미로 해보고 싶은 것이 어떤 것이 있는지 조사해보기. 재능기부자 모집을 통한 사물놀이, 노래교실, 수공예, 공통 소일거리 등을

개인 선언문 - 시민 9

- 건강권에 대한 선언
우리에게 건강은 삶의 지표이다. 건강은 우리의 최고의 행복이다. 몸과 정신이 건강하여야 일상을 잘 해 나갈 수 있기 때문
- 쪽방주민의 사례 - (1) 쪽방주민의 건강권 보장 현황
서울시 쪽방주민은 현재 최소의 건강권을 보장받지 못하고 있는 것 같다. 환경이 열악하고 위생시설 부족. 영양 필요. 하루에 한 끼로 넘기는 분도 있음(잘 해먹지 못함).
- 쪽방주민의 사례 - (2) 쪽방주민의 건강권 개선을 위한 권고안
 - 수준에 맞는 건강 프로그램 개발 (접근성) 필요 : 사랑방과 연결, 주기적 소통 필요
 - 위생, 공동 샤워시설 필요함. 안전하게 마실 수 있는 물 필요. 하루 섭취할 양
 - ① 일할 능력 있는 분 일거리, ② 아프면 - 도와줌, 청소, 반찬 연계, ③ 알코올(경마) 지속적 관리 필요

개인 선언문 - 시민 10

- 건강권에 대한 선언
우리에게 건강은 나무와 같다. 봄에 싹이 트고 잎이 무성하고 단풍이 들고 낙엽이 져서 떨어진다. 우리가 건강하기 위해서는 영양과 햇빛이 있어야 되고 또한 영양을 주기 위해서는 경제적인 면이 있어야 된다.
- 쪽방주민의 사례 - (1) 쪽방주민의 건강권 보장 현황
현재 쪽방주민들은 햇빛을 받을 수 없는 방과 위생 시설과 식사의 영양이 큰 문제인 것 같다. 기초생활수급의 돈으로는 생활할 수 없으므로 병원 가

고 싶어도 도우미가 필요하며, 비급여가 많아서 진찰을 잘 받을 수 없다.

- 쪽방주민의 사례 - (2) 쪽방주민의 건강권 개선을 위한 권고안
기초생활수급 외에 주민들에게 공동체에 모여 적은 금액이라도 모여 일할 수 있도록 해주면 좋겠으며 지자체에서 집을 빌려 대여한다면 취사와 목욕 같은 위생시설이 될 수 있어 주민들의 건강에 조금이나마 도움이 될 것 같다.

3 11 **개인 선언문 - 시민 11**

- 건강권에 대한 선언
우리에게 건강은 생명과 같다. 건강권이란 자유로운 권리 때문에 중요하고 핵심요소는 국민이 자존감을 가질 수 있도록 정부가 건강에 관련된 교육과 정보를 제공해야 한다.
- 쪽방주민의 사례 - (1) 쪽방주민의 건강권 보장 현황
먼지가 많고 주변의 악취 등으로 사람이 살기에는 위생적인 면이 열악했다.
- 쪽방주민의 사례 - (2) 쪽방주민의 건강권 개선을 위한 권고안
쪽방주민의 건강권은 열악한 환경 개선과 의료비 지원, 질병 예방 및 교육 프로그램을 제공하여 건강한 생활을 할 수 있도록 전반적인 주민들의 교류와 복지 증진이 필요하다고 생각한다.

3 12 **개인 선언문 - 시민 12**

- 건강권에 대한 선언
우리에게 건강은 숨을 쉬는 동안 지켜야 할 친구이다. 건강권의 핵심 요소는 마음건강이다. 정부는 최소한 건강권(마음지킴)을 보장해야 한다.
- 쪽방주민의 사례 - (1) 쪽방주민의 건강권 보장 현황
생존에 위협받는 상황이다. 건강권이란 몸과 마음을 유지할 수 있는 기본이다. 현재 쪽방주민은 실태는 열악하고 최악이기 때문이다.

- 쪽방주민의 사례 - (2) 쪽방주민의 건강권 개선을 위한 권고안
현재 서울시 쪽방주민의 건강권을 개선하기 위해 문화 생활, 프로그램, 말벗 등의 정신건강 도우미를 비롯해 최소한의 건강을 유지할 돌봄이 필요하다.

본회의 2일째 : 조별 선언문

2013년 12월 14일(토)에 열린 본회의 2일째의 목적은 아래와 같다. 이는 당일 현장에서 사회자가 말한 대본의 내용이다.

“오늘 모임의 목적은 한국 사회에서, 혹은 전 세계에서 최초로, 일반 시민이 숙의 과정을 거쳐 건강권이 무엇인지에 대해 천명하고, 그에 기초하여 쪽방주민의 현황을 평가하고 권고안을 내리는 것입니다.”

상기 목적을 위해 본회의 2일째에는 개인 선언문 발표, 조별 토론, 조별 선언문 발표, 전체 토론, 전체 선언문 작성, 전체 선언문 발표, 폐막식이 진행되었다. 이 날의 목적은 최종 산출물을 완성하는 것이기에, 사회자는 시민패널에게 다음과 같은 당부 말씀을 드렸다.

“어제(본회의 1일째) 강연은 주옥같은 강연이었고, 긴 시간 유익한 질의 응답이 이루어진 것 같습니다. 하지만 어제 내용이 정답은 아닙니다. 이번 서울시민회의에서 중요한 것은, 원래 가지고 계셨던 생각들이 이번 회의에서 보고 들은 정보를 바탕으로 고민과 토론 과정을 거쳐 ‘진짜 여러분이 도달하게 되는 생각과 입장’입니다. 이거는 자칫 도덕 시험처럼 좋은 얘기로 흐를 수 있는데, 그것은 우리에게도, 쪽방주민에게도, 우리 사회에도 도움이 되지 않습니다. 그리고 도덕 시험처럼 할 거였으면, 저희가 여러분들이 아닌 전문가들로 구성하여 하는 것이 더 현명했을 수도 있습니다. 그렇게 하지 않은 이유는, 이번에 주어진 과제에 정답이 없고, 그 정답은 바로 ‘일반 시민들이 갖고 있는 삶의 경험과 생각과 상식’에 비추어 도출하는 것이 맞다고 저희들은 확신하기 때문입니다. 따라서 그

런 측면에서 개인적 생각을 솔직하게 털어 놓으시고 자유롭게 토론을 하여 최종 선언문을 작성해 주십시오. 서로 솔직하게 자신의 생각을 논변하면서 이루어내는 결과가 더욱 의미 있고 값질 거라 생각합니다.”

이 절에서는 조별 선언문을 소개하고자 한다. 조별 선언문은 3개조로 나뉜 조별 토론을 통해 작성되었다. 개별 조에서 퍼실리테이터는 시민패널에게 다음과 같이 안내하였다.

“이 시간은 조별 선언문의 내용을 짜보는 시간입니다. 완성된 형태는 아니고요. 기본 스토리텔링과 개략적인 내용이라고 생각하시면 됩니다.” 한편, 실무진은 조별 토론에 들어간 퍼실리테이터에게 다음과 같은 요청을 하였다.

“퍼실리테이터 분들은 시민패널이 개인 선언문을 기반으로 토론을 이끌어 갈 수 있도록 해주시면 됩니다. 아마, 크게 개입하지 않으셔도 토론이 흘러갈 것으로 보입니다. 혹시 그렇지 않으면 최종 선언문을 짜는데, 우선 우리 조 버전을 만드는 거라고 말씀해 주시고, 전체 구성을 짜보고, 구성마다 들어가야 하는 내용을 고민해보자고 방향 제시 부탁드릴게요. 그리고 꼭 강조해 주셔야 할 것은, 사회자가 말한 부분 ‘도덕 시험을 보는 것이 아니니까, 좋은 얘기보다는 정말 시민패널들이 고민하고 토론 결과가 도출되는 그 얘기들을 써주십시오’를 강조해 주세요.” 이 절에서는 조별 선언문의 내용을 소개하고자 한다.

조별 선언문 - 1조

하나. 나는 서울 시민으로 당당하게 살고 싶다.

하나. 나는 별이 드는 곳에서 살고 싶다.

하나. 나는 깨끗하게 살고 싶다.

하나. 나는 지역 공동체의 일원으로서 주변 사람들과 소통하며 살고 싶다.

하나. 나는 내일을 꿈꾸며 살고 싶다.

조별 선언문 - 2조

건강권이란 스스로 삶을 영위할 수 있는 권리이다. 이를 위해서는 기본적으로 보편적인 지지기반이 보장된 상황에서 최선의 것을 자신이 선택하고 결정할 수 있어야 한다.

하지만 현재 쪽방주민들은 이러한 권리를 보장받지 못하고 있다. 건강권을 보장해야 할 기초생활보장제도는 최소한의 생존만을 가능케 할 뿐이다. 이러한 제도는 일방적, 시혜적, 한시적이므로 자활의지 회복에 도움이 못 된다.

이를 개선하기 위해, 우리는 다음 내용을 권고한다.

1. 기초생활수급제도의 개선이 시급하다.
 - 수입이 생기더라도 한시적 기간 동안 수급비를 보장해야 한다.
2. 주거환경개선을 위해
 - 주방 : 쪽방을 임대해서 공간 이용
 - 목욕 : 이동식 목욕서비스
 - 화장실 : 공공화장실 확충
3. 쪽방거주민에 대한 질적, 양적 사회조사 실시
 - 구성원의 집단 구분, 맞춤형 서비스 제공
4. 자활의지 고취
 - 교육, 봉사, 여가, 문화 기회 제공

조별 선언문 - 3조

1. 나는 동등한 시민으로 존중받아야 된다.
2. 나는 깨끗한 집에서 살고 싶다.
3. 나는 병원에 가고 싶을 때 간다.
4. 나는 영양가 있는 갖춰진 음식을 먹고 싶다.
5. 나는 이웃들과 즐겁게 살고 싶다.

6. 나는 일을 하고 싶다.
7. 나는 자아실현을 할 기회를 갖고 싶다.
8. 나는 쾌적한 놀이터가 필요하다.
9. 나는 가족과 함께 행복하게 살고 싶다.
10. 나는 무엇이든지 들을 수 있으며 어디든 갈 수 있다.

5

최종 선언문

앞서 소개하였듯이 본회의 2일째 마지막 시간에 전체 선언문이 작성되었다. 전체 선언문 작성은 시민패널들이 스스로 진행하였고 긴장감 넘치는 논쟁 속에서 단어 하나, 글자 하나까지 직접 만들어 갔다. 3주에 걸쳐 진행된 2차례의 시민패널 예비모임과 이틀간의 본회의 과정을 통해 이 절에서 소개하는 최종 선언문이 탄생되었다.

51

최종 선언문

- 본회의 2일째(2013. 12. 14.(토) 오후 6시 30분

모든 사람은 보편적으로 보장받아야 할 권리가 있다. 그렇기 때문에 국가와 사회는 개인들의 이러한 권리를 존중해야 할 의무가 있다.

건강은 다른 인권의 행사를 위해 필수불가결하다. 건강이란 신체적, 정신적, 사회관계적 건강을 모두 아우르는 것으로, 이것을 보장하는 건강권은 스스로 존엄한 삶을 누릴 권리이다. 건강권을 보장받는다라는 것은 생존기반이 갖춰진 상황에서 개인이 최선의 것을 선택하고 결정하는 것을 의미한다. 이러한 권리는 개인의 경제적, 사회적, 정치적 상황 및 조건에 상관없이 차별받지 않아야 한다.

1. 건강권 선언

하나, 서울시민은 누구나 동등하게 존중받을 권리가 있다.

하나, 서울시민은 깨끗한 주거환경에서 살 권리가 있다.

하나, 서울시민은 균형 잡힌 식사를 누릴 권리가 있다.

하나, 서울시민은 언제나 적절한 치료를 받을 권리가 있다.

하나, 서울시민은 공동체의 일원으로서 소통하며 살아갈 권리가 있다.

2. 권고안

현재 쪽방주민들은 이러한 권리를 보장받지 못하고 있다. 특히 건강권을 보장해야 할 기초생활보장제도는 최소한의 생존만을 가능케 할 뿐이다. 이러한 제도는 일방적인 시혜에 불과하므로 자활의지 회복에 도움이 되지 못한다.

따라서 우리는 서울시에 다음과 같이 권고한다.

하나, 쪽방주민은 불필요한 공권력으로부터 사생활을 침해당하지 않아야 한다.

(불심검문)

하나, 쪽방주민의 주거환경을 시급히 개선해야 한다.

(공공화장실, 공동주방, 목욕 및 난방시설의 확보, 일조권 보장, 방음시설, 공공조명 등)

하나, 쪽방주민의 건강 및 영양실태조사를 통해 적절한 서비스를 제공해야 한다.

하나, 쪽방주민의 의료서비스 개선을 위해 인적, 물적 자원을 확보해야 한다.

(방문간호인력 및 요양보호사 확충, 심리상담 및 치료, 공공병원, 무료진료소, 이동차량 지원 마련 등)

하나, 의료재원을 확충해서 의료제도를 개선해야 한다.

(본인부담금 및 비급여 부문 축소, 고액진료비 지원 확대)

하나, 기초생활보장제도를 현실화해야 한다.

(부양의무제 폐지, 소득 발생 시에도 수급비 보장, 수급비 인상)

하나, 쪽방주민을 대상으로 한 질적, 양적 사회조사를 정기적으로 시행해야 한다.

(쪽방공동체 내 여성, 장애인, 아동을 비롯한 구성원의 현황 파악 및 개별 지원 대책 마련, 근로기회 제공)

하나, 쪽방주민의 자치 공간을 확보해야 한다.

(상호 재능 교환, 교육 및 여가 프로그램을 위한 공간 마련, 정보접근성 보장을 위한 정보통신 이용 공간 마련)

하나, 쪽방주민의 사회구성원으로서의 지위 회복을 도와야 한다.

(교육, 봉사, 여가, 문화 기회 지속적 제공)

이 모든 권고안을 서울시 및 중앙정부는 책임의식을 가지고 시급히 이행해야 한다.

2013년 12월 14일

건강권에 관한 서울시민회의 시민패널 일동

김명희 김예찬 김이라 김정현 유숙영 이순영 이원옥 이혜숙 정대성 정수영
정화성 하준영 한혜정

V 2013 건강권 서울시민회의의 사후 활동

- 1 2013 건강권 서울시민회의의 사후 평가**
- 2 2013 건강권 서울시민회의의 사후 활동**

V 2013 건강권 서울시민회의의 사후 활동

1 2013 건강권 서울시민회의의 사후 평가

2013년 건강권에 관한 서울시민회의를 종료한 후 사후 평가를 진행하였다. 사후 평가 진행 과정은 다음 표와 같다.

표 5-1 2013 건강권 서울시민회의의 사후 평가 일정

진행과정	일시	목적
사후 평가 1 - 시민패널 설문조사	2013.12.14.(토)	시민패널의 자기기입식 설문조사
사후 평가 2 - 퍼실리테이터 모임	2013.12.19.(목) pm1:00~4:00	퍼실리테이터와 실무진의 사후 평가
사후 평가 3 - 시민패널 인터뷰	2013.12.23.(월) ~ 2013.12.27.(금)	시민패널 3인과 개별 면대면 인터뷰, 시민패널 6인과 개별 전화 인터뷰
사후 평가 4 - 서기 모임	2013.12.26.(목) am10:30~12:00	서기와 실무진의 사후 평가

1 1 시민패널의 사후 평가

시민패널의 설문조사 항목과 인터뷰에서 질문한 내용을 소개하고자 한다. 이는 서울대학교 보건대학원 연구윤리심의위원회를 통과한 정보수집 도구로서, 상세한 내용은 부록에 수록하였다. 참고로 사후 평가의 분석 결과는 VI장에서 제시하였다.

1 1 1 시민패널의 설문조사 항목

- 서울시민회의의 공정성 여부
- 최종결과물에 대한 동의 여부
- 최종결과물의 국가정책 반영 당위성

- 건강 및 보건복지에 시민참여 바람직
- 정부의 시민회의 주최 필요
- 인권 분야 시민회의 도입 바람직
- 건강권에 대한 지식과 통찰력 증가 여부
- 빈곤과 건강에 대한 지식과 통찰력 증가 여부
- 건강권의 보호·증진 정책에 관한 견해 변화 여부
- 빈곤과 건강 관련 정책에 관한 견해 변화 여부
- 건강권 영역 시민참여에 대한 생각 변화 여부
- 건강권 관련 태도 변화 여부 및 향후 활동 의향 유무

112 시민패널 인터뷰 질문

- 참여 동기
- 자료집 일독 여부와 자료집 평가
- 주제 관련 사전 지식 유무
- 충분한 정보 제공 여부
- 다른 참여자에 대한 묘사
- 주제의 명확화에 도움 된 정보
- 귀하의 말할 기회 유무와 그 정도
- 참여자들의 경청 여부와 그 정도
- 동의 불가능한 의견 유무
- 토론을 장악한 시민패널 유무
- 모든 참여자의 토론 기여 여부
- 다른 참여자에게서 배운 새로운 정보
- 최종 결과물에 대한 합의의 용이성
- 귀하 견해의 최종 결과물 반영 여부
- 퍼실리테이터에 대한 묘사
- 이번 회의가 귀하에게 어떤 경험이 될지

- 이 분야의 발전에 대한 지속적 관심 여부
- 과거 숙의 과정 참여 경험 유무와 향후 참여 계획 여부

12 퍼실리테이터와 서기의 사후 평가

퍼실리테이터와 서기의 사후 평가에서 질문한 내용을 소개하고자 한다. 사후 평가 모임별로 맥락에 맞는 질문만을 평가하였다. 상세한 내용은 부록에 수록하였다. 참고로 사후 평가의 분석 결과는 VI장에서 제시하였다.

- 퍼실리테이터(혹은 서기)의 역할 정의
- 퍼실리테이터(혹은 서기) 경험
- 퍼실리테이터(혹은 서기)의 훈련받은 경험
- 건강권 서울시민회의의 배경 이해와 사전지식 여부
- 시민패널에 대한 묘사
- 토론 공간의 동학 묘사
- 퍼실리테이터(혹은 서기)의 가장 큰 도전과제
- 주기적으로 방해했던 시민패널의 유무
- 숙의과정에 기여하지 않은 참여자의 존재 여부와 참여 유도 방법
- 시민패널 과제의 명확화 위해 언급한 내용
- 토론 현장 설명(분위기, 대화 과정, 대화 내용, 합의의 용이성)
- 쪽방 방문이나 주민과의 대화 시간 설명
- 본회의 2일째 조별토론 현장 설명
- 시민패널의 상호작용 방식 변화 여부
- 귀하에게 이번 회의가 어떤 경험일지
- 퍼실리테이터(혹은 서기)로서 차별적인 다른 것 수행 여부

2013 건강권 서울시민회의의 사후 활동

2013년 건강권에 관한 서울시민회의 이후 사회 공론화와 연대, 정책 연계를 위해 사후 활동을 진행하였다. 이들 사후 활동은 본회의 2일째 시민패널의 토론을 통해 결정된 사항으로, 중앙 정부와 서울시 관계부서에 공개서한 전달, 시민패널의 언론 기고, 동자동 쪽방주민에게 최종 선언문 전달로 구성되었다. 다음 표는 사후 활동 경과를 보여준다.

표 5-2 2013 건강권 서울시민회의의 사후 활동

진행과정	일시	목적
사후 활동 1 : 공개서한 전달	2013.12.19.(목)	- 복지부장관과 사회복지정책실에 공개서한 전달 - 서울시장과 복지건강실에 공개서한 전달
사후 활동 2 : 간담회	2014.01.17.(금) pm 2:00~3:30	시민패널-서울시 관계 공무원 간담회
사후 활동 3 : 간담회	2014.01.22.(수) pm 2:00~3:30	시민패널-동자동 쪽방주민 간담회
사후 활동 4 : 언론 기고	2014.01.02.(목), 2014.01.09.(목) 2014년 2월~3월	- 한겨레신문 '왜냐면' 기고 - 오마이뉴스 기고 - 프레시안 등 기고 예정
사후 활동 5 : 동영상 제작·배포	2014.02.02.(일)	- 시민회의의 과정을 담은 동영상 제작 - YouTube 공개 : 짧은 동영상, 긴 동영상 (http://www.youtube.com/watch?v=z32cKWLtv2w)

복지부와 서울시에 공개서한 전달

2013년 12월 19일 문형표 보건복지부 장관과 보건복지부 사회복지정책실, 박원순 서울시장과 서울시 복지건강실에 시민회의의 최종선언문을 담은 공개서한을 전달하였다. 이후 서울시장 비서실과 서울시 자활지원과에서 간담회 관련 문의가 왔으나 복지부에선 회신이 없었다.

표 5-3 박원순 서울시장에게 전달한 공개서한 내용

박원순 서울시장님께 보내는 공개서한

박원순 서울시장님께,
안녕하십니까? 저희는 “건강권에 관한 서울시민 - 서울시민, 건강권을 선언하다! 쪽방주민의 삶을 중심으로” 라는 시민회의를 준비한 ‘건강권 서울시민회의 기획단’입니다.

저희는 작년 건강세상네트워크와 동자동사랑방을 중심으로 2012년 ‘서울시 동자동 건강권 실태조사’를 수행하였고, 조사 결과 쪽방주민의 건강이 한국인 평균에 비해 나쁜 것으로 나타났습니다. 이에 쪽방주민들의 건강문제를 이 사회가, 우리 이웃들이 어떻게 풀어나갈 것인가를 고민하다 서울 시민들이 모여 인권과 건강권에 대해 말하는 자리를 마련하게 되었습니다. 이에 ‘건강권 서울시민회의 기획단(이하, 기획단)’을 설립하고 올해 ‘건강권에 관한 서울시민회의 - 서울시민, 건강권을 선언하다! 쪽방주민의 삶을 중심으로(이하, 서울시민회의)’를 진행하였습니다.

기획단은 서울시에 거주하는 일반 시민 13분이 참여하여 2012년 쪽방촌 실태조사 결과를 중심으로 건강권에 대해 토론하고 숙의하는 자리를 마련하였습니다. 시민패널에게 공정한 토론 환경을 제공하기 위해 11월 30일과 12월 7일 두 차례의 예비모임을 진행하였고 여러 전문가의 발표와 쪽방지역 방문, 쪽방주민과의 대화를 진행하였습니다. 그리고 12월 13일과 12월 14일 이들 동안 토론과 논의를 통해 서울시 쪽방주민의 건강권에 관한 평가와 권고안을 도출하여 선언문을 발표하였습니다.

이번 시민회의는 시민 스스로 인권과 건강권의 기준과 내용을 만들고 인권과 민주주의의 가치를 실현하는 자리였습니다. ‘건강권에 관한 서울시민회의’ 참여자들은 이번 선언문과 권고안을 박원순 서울시장님에게 제안하고 시정에 반영되기를 희망하며 권고안에 대한 서울시의 입장과 답변을 부탁드립니다. 회신 및 면담을 요청드립니다.

시민패널이 제시한 권고안에 대해 서울시의 숙의와 성실한 답변을 당부 드립니다.

〈건강권에 관한 서울시민회의 일정〉

(1) 제1차 시민패널 예비모임 / 11월 30일 (서울대 의대)
- 시민패널에게 선언문 작성 수행에 필요한 인권과 건강권 강의 및 쪽방주민의 건강권 실태 발표 후 과제선정을 위한 토론진행

(2) 제2차 시민패널 예비모임 / 12월 7일 (동자동 쪽방촌)
- 쪽방지역을 방문하여 주민들과의 대화 진행

※ 본회의 프로그램

(1) 제1차 시민패널 본회의 / 12월 13일 (금) / 서울대 의대
- 김창엽(서울대 보건대학원), 조효제(성공회대 사회과학부), 주은선(경기대 사회복지학과) 교수의 발표와 시민패널과의 집단 토론

(2) 제2차 시민패널 본회의 / 12월 14일 (토) / 서울대 의대
- 시민패널의 토론과 선언문 작성 및 폐막식

‘건강권에 관한 서울시민회의 - ‘서울시민, 건강권을 선언하다! 쪽방주민의 삶을 중심으로’에서 만들어진 개인 선언문과 조별 선언문 소개

- 총 4일 동안 진행된 시민회의에서는 시민패널들 스스로 일상에서의 경험을 바탕으로 우리사회에서 인권의 가치가 지켜지고 모든 사람이 건강할 권리에 대한 관점에서 개인 선언문을 작성하였다.

- 한 시민패널은 나의 건강할 권리와 쪽방주민의 건강할 권리가 충돌되거나 분리되는 것이 아니라 쪽방주민의 건강권이 나의 건강권이고 곧 서울시민의 건강권이 모든 시민의 건강권인 것 같다며 개인 선언문을 작성했다.

“나는 건강하고 행복하게 살고 싶다. 나는 가족들과 함께 안전한 집에서 살고 싶다. 나는 맛있고 깨끗한 음식을 먹으며 살고 싶다. 나는 이웃들과 이야기를 나누고 즐겁게 살고 싶다. 나는 배우고 싶다. 나는 즐겁게 일하고 싶다. 나는 쉬고 싶다. 나는 알고 싶다(나는 나의 권리와 의무, 새로운 정보 등을 알고 싶다. 나는 말하고 싶다(나는 내가 하고 싶은 일, 원하는 것, 필요한 것을 말하고 싶다). 나는 아플 때 병원에 가서 알맞은 치료를 받고 싶다. 나는 서울시민으로 인정받고 싶다. 나는 가족들과 행복하게 살고 싶다.”

- 조별 선언문 작성에서는 시민으로서의 건강한 삶을 영위하기 위해 건강권은 기본적인 생존권이며 시민의 권리임을, 그래서 우리 사회가 무엇을 보장해야 할 것인지에 대한 절실하고 시급한 다양한 문제들을 논의하였다.

“건강권이란 스스로 삶을 영위할 수 있는 권리이다. 이를 위해서는 기본적이고 보편적인 지지기반이 보장된 상황에서 최선의 것을 선택하고 결정할 수 있어야 한다. 하지만 현재 쪽방주민들은 이러한 권리를 보장받지 못하고 있다.”

‘건강권에 관한 서울시민회의 - ‘서울시민, 건강권을 선언하다! 쪽방주민의 삶을 중심으로’에서 만들어진 최종 선언문 소개

- 아래는 시민패널들이 작성한 최종 선언문이다. 최종 선언문 작성을 위한 모든 과정은 시민패널이 직접 진행하였다.

〈최종 선언문〉

모든 사람은 보편적으로 보장받아야 할 권리가 있다. 그렇기 때문에 국가와 사회는 개인들의 이러한 권리를 존중해야 할 의무가 있다.

건강은 다른 인권의 행사를 위해 필수불가결하다. 건강이란 신체적, 정신적, 사회관계적 건강을 모두 아우르는 것으로, 이것을 보장하는 건강권은 스스로 존엄한 삶을 누릴 권리이다. 건강권을 보장받다는 것은 생존기반이 갖춰진 상황에서 개인이 최선의 것을 선택하고 결정하는 것을 의미한다. 이러한 권리는 개인의 경제적, 사회적, 정치적 상황 및 조건에 상관없이 차별받지 않아야 한다.

1. 건강권 선언

하나, 서울시민은 누구나 동등하게 존중받을 권리가 있다.

하나, 서울시민은 깨끗한 주거환경에서 살 권리가 있다.

하나, 서울시민은 균형 잡힌 식사를 누릴 권리가 있다.

하나, 서울시민은 언제나 적절한 치료를 받을 권리가 있다.

하나, 서울시민은 공동체의 일원으로서 소통하며 살아갈 권리가 있다.

2. 권고안

현재 쪽방주민들은 이러한 권리를 보장받지 못하고 있다. 특히 건강권을 보장해야 할 기초생활보장제도는 최소한의 생존만을 가능케 할 뿐이다. 이러한 제도는 일방적인 시혜에 불과하므로 자활의지 회복에 도움이 되지 못한다.

따라서 우리는 서울시에 다음과 같이 권고한다.

하나, 쪽방주민은 불필요한 공권력으로부터 사생활을 침해당하지 않아야 한다.

(불심검문)

하나, 쪽방주민의 주거환경을 시급히 개선해야 한다.

(공공화장실, 공동주방, 목욕 및 난방시설의 확보, 일조권 보장, 방음시설, 공공조명 등)
 하나, 쪽방주민의 건강 및 영양실태조사를 통해 적절한 서비스를 제공해야 한다.
 하나, 쪽방주민의 의료서비스 개선을 위해 인적, 물적 자원을 확보해야 한다.
 (방문간호인력 및 요양보호사 확충, 심리상담 및 치료, 공공병원, 무료진료소, 이동차량 지원 마련 등)
 하나, 의료자원을 확충해서 의료제도를 개선해야 한다.
 (본인부담금 및 비급여 부문 축소, 고액진료비 지원 확대)
 하나, 기초생활보장제도를 현실화해야 한다.
 (부양의무제 폐지, 소득 발생시에도 수급비 보장, 수급비 인상)
 하나, 쪽방주민을 대상으로 한 질적, 양적 사회조사를 정기적으로 시행해야 한다.
 (쪽방공동체 내 여성, 장애인, 아동을 비롯한 구성원의 현황 파악 및 개별 지원 대책 마련, 근로기회 제공)
 하나, 쪽방주민의 자치 공간을 확보해야 한다.
 (상호 재능 교환, 교육 및 여가 프로그램을 위한 공간 마련, 정보접근성 보장을 위한 정보통신 이용 공간 마련)
 하나, 쪽방주민의 사회구성원으로서의 지위 회복을 도우야 한다.
 (교육, 봉사, 여가, 문화 기회 지속적 제공)

이 모든 권고안을 서울시 및 중앙정부는 책임의식을 가지고 시급히 이행해야 한다.

2013년 12월 14일

건강권에 관한 서울시민회의 시민패널 일동

2.2 시민패널 - 서울시 관계 공무원 간담회

2.2.1 일정

- 일시 : 2014년 1월 17일(금) 오후 2:00 - 3:30
- 장소 : 서울시청 4층 자활보호팀 회의실



그림 5-1 시민패널 - 서울시 관계 공무원 간담회 현장

간담회 내용

- 참석자 소개
 - 건강권 서울시민회의 시민패널(6분) : 김명희, 김예찬, 김이라, 이순영, 이혜숙, 정화성
 - 서울시 관계 공무원(5분) : 자활지원과 양재연 과장, 자활보호팀 유정태 팀장, 자활보호팀 기재일 주무관, 공공보건팀 김창오 팀장, 용산구 보건소 보건기획팀 장경자 팀장
 - 건강권 서울시민회의 실무진 : 김정숙, 손정인(도움 : 김지연)



그림 5-2 시민패널 - 서울시 관계 공무원 간담회 사후 모습

- 건강권 서울시민회의의 배경 소개(사회 : 김정숙)
 - 건강권 서울시민회의의 배경, 개요, 최종 선언문 간략 소개
 - 시민패널에게 선언문 소개 및 대화 요청
- 시민패널과 서울시 관계 공무원 대화

- 시민패널들은 시민회의의 배경 및 최종 선언문 내용을 간략하게 소개하고 쪽방주민들이 서울시민으로서 평등하고 건강한 삶을 살아갈 수 있도록 서울시가 노력해야 하며 시민패널들이 작성한 최종 선언문이 시정에 반영되기를 희망한다고 하였다. 동시에 여러 가지 아이디어도 제안하였다.
- 이에 서울시도 시민들이 직접 제안한 내용을 시정에 반영하고 서울시가 이 내용들을 잘 이행했는지 모니터링을 부탁드립니다며 이행사항을 시민패널들에게 메일을 보내 보고하겠다고 하였다.
- 시민패널은 서울시민의 한 사람으로서 이런 시민참여의 장을 서울시가 적극적으로 받아들이고 고민하면 좋겠다는 제안을 하였다.

2 3 시민패널 - 동자동 쪽방주민 간담회

2 3 1 일정

- 일시 : 2014년 1월 22일(수) 오후 2:00 - 3:30
- 장소 : 용산구 동자동사랑방

2 3 2 간담회 내용

- 참석자 소개
 - 건강권 서울시민회의 시민패널(3분) : 김이라, 김정현, 하준영
 - 동자동 쪽방촌 주민(6분)
 - 건강권 서울시민회의 실무진 : 김정숙, 손정인(도우미 : 김지연)



그림 5-3 시민패널 - 동자동 쪽방주민 간담회 참석자

- 서울시민회의의 배경 소개(사회 : 김정숙)
 - 건강권 서울시민회의의 배경, 개요, 최종 선언문 간략 소개
 - 시민패널에게 선언문 소개 및 대화 요청
- 건강권 서울시민회의의 시민패널과 쪽방주민과의 대화
 - 시민패널은 최종 선언문 작성 과정과 최종 선언문 내용을 소개하고 서울시 관계 공무원과의 간담회 결과를 공유하였다.
 - 동자동 쪽방주민들은 2012년, 2013년 동자동 쪽방주민 건강권 활동을 시민패널들에게 소개하였고, 쪽방주민이 생각하는 건강의 우선순위(알코올, 만성질환, 정신질환, 치아, 영양)와 시급히 해결해야 할 주거 개선 문제(공원문제, 화장실문제, 목욕탕문제, 공공의료시설 확충)를 소개하였다. 쪽방주민들은 시민패널들의 최종선언문에 이런 문제들이 많이 녹아있다면 이 문제를 해결하기 위해 함께 노력해 줄 것을 당부하였다.



그림 5-4 시민패널 - 동자동 쪽방주민 간담회 현장

2 4

언론 기고

건강권 서울시민회의의 사후에 진행되거나 진행될 언론 기고 활동은 다음 표 5-4와 같다. 여기서는 기고했거나 기고할 예정인 글을 싣고자 한다.

표 5-4 2013 건강권 서울시민회의의 사후 언론 기고 활동

일시	언론	기고자
2014.01.02.(목)	한겨레신문 '왜냐면'	시민패널 김정현
2014.01.09.(목)	오마이뉴스	실무진 김정숙
2014년 2월~3월	프레시안 등 기고 예정	시민패널 하준영 퍼실리테이터 남웅 실무진 손정인

2 4 1

한겨레 신문 '왜냐면' 기고(2014년 1월 2일)

시민, 시민을 위해 선언하다 !

: 건강권에 관한 서울시민회의 후기

김정현(건강권에 관한 서울시민회의 시민패널)



연말연시이면 낮익은 풍경이 있다. 텔레비전과 일간지 지면에 등장하는 우리 주변의 ‘불우한 이웃들’의 힘겨운 겨울나기, 그리고 각지에서 쏟아지는 ‘온정’에 대한 짧은 기사들이 그것이다. 매년 반복되는 이런 모습에 우리는 왜 묻지 않았을까? ‘그들은 왜 늘 빈곤한가?’, ‘긴 시간을 지나도 가난한 이의 삶은 어찌하여 같은 모습인가?’ 우리가 궁금해하지도 묻지도 않는 동안, 너무나 익숙하지만 사실은 알지 못하는 그들의 삶은 그렇게 의미 없이 소비되어왔다.

지난 11월 30일 ‘건강권에 관한 서울시민회의 : 서울시민, 건강권을 선언하다! 쪽방주민의 삶을 중심으로’라는 긴 제목의 시민회의가 시작되었다. 12월 14일까지 총 4회에 걸쳐 이루어진 이 회의에 나는 13명의 시민패널 중 한 명으로 참여했다. 전문가 및 관계자들의 참여를 최대한 배제한 채, 순전히 시민들의 힘으로 서울시민의 건강권에 관한 선언문을 작성하는 것을 최종 목표로 한 이번 회의는 ‘아래로부터’의 사회 정책 제안의 한 과정이라고 볼 수 있다. 더불어 개인이 스스로를 ‘시민’으로 인

식하고 공동체적 연대감을 형성함으로써 시민 의식을 회복할 수 있는 기회를 마련해주었다는 점에서 시민사회운동의 또다른 형태로도 볼 수 있을 것이다.

12월 13일과 14일, 양일간 진행된 본회의에 앞서, 우선 11월 30일과 12월 7일, 두 차례에 걸친 예비모임이 열렸다. 예비모임 첫날, 패널들은 인권과 건강권 및 쪽방주민의 건강 관련 실태에 대한 기본 정보들을 제공받고, 조별 토론 및 전체 토론을 통해 의견을 교환하는 기회를 갖게 되었다. 이날의 토론은 건강권 문제에 관한 패널 간 관점의 차이가 여실히 드러난 시간이었다. 조별·개인별로 다소 겹도는 것 같았던 논의는 건강을 개인적 차원으로 다루어야 하는가, 사회적 차원으로 다루어야 하는가의 문제부터, 서울시민의 건강권과 쪽방주민의 건강권을 구분하느냐 마느냐의 문제, 또 패널에 쪽방주민이 포함되지 않은 것이 오히려 그들을 대상화하는 것이 아닌가에 대한 질문까지 광범위하고 산발적으로 이루어졌다. 이는 그만큼 건강권이 일반 시민들에게 낯선 개념이었으며, 우리 안에 ‘나와 다른 그들’이라는 구별짓기가 꽤나 단단히 자리잡고 있음을 반증하는 것이었다. 결국 짧은 시간 동안 이러한 논의의 합의점을 찾는 것은 불가능하다는 점에 우리 모두는 동의했고, 동자동 쪽방촌 방문 및 주민들과의 만남이 예정된 2차 예비모임을 통해 이 문제들을 해결하기로 했다.

한 주 뒤에 열린 2차 예비모임에서는, 우선적으로 동자동 쪽방촌에 대한 영상 및 그곳에서 오랜 시간 활동하고 계신 간호사님의 강의를 통해 지역의 특성을 이해하는 시간을 보냈다. 이후 우리는 간단한 주의사항들을 숙지한 뒤, 현재 동자동 쪽방에 거주하고 계신 ‘가이드’분들을 따라 조별로 이동하였다. 한국전쟁 직후 피란민들의 판자촌에서 시작하여, 이후 주거 빈민들의 거주지로 이름만 달리하며 지난 60여 년간 늘 그곳 ‘서울역 맞은편’에 자리해 온 동자동 쪽방촌은, 그럼에도 불구하고 마치 보이지 않는 섬처럼 존재해왔다. 쪽방에 대한 선입견과 달리 언뜻 보기에 서울의 오랜 동네들과 다르지 않았던 그곳은 안으로 들어간 순간, 완전히

다른 차원의 모습으로 다가왔다. 겨울인데도 사라지지 않는 악취, 차갑고 습한 공기, 빛 한 줄기 들지 않는 어둠, 1평이 채 되지 않을 것 같은 방들의 연속, 열악하다 못해 위험해 보이는 공동 시설 및 구조, 건물 벽과 벽 사이의 틈까지 칸을 막아 세를 놓는 모습은 흡사 찰스 디킨스 소설에 등장하는 19세기 영국 빈민굴의 모습을 떠올리게 했다. 동자동에는 분명 색이 있는데도 보이는 모든 것들을 가난의 색, 흑백으로 만들어버리는 힘이 있는 것만 같았다. 그렇게 설명할 수 없는 기분으로 돌아온 모임 장소에서 주민들과의 만남이 시작되었다. 약 1시간 반 동안 주민 한 분 당 패널 두세 명이 함께 대화를 나눈 뒤, 조별로 그 내용과 생각을 정리하여 발표했는데, 유의미한 공통분모들을 찾을 수 있었다.

우선 건강 상태가 나빠질 수밖에 없는 생활 환경과 비현실적인 수급제도 및 의료 제도하에서 쪽방주민들의 자립이 불가능하다는 점, 그리고 쪽방주민들을 힘들게 하는 것은 경제적·신체적 어려움만이 아니라, 사회관계망에서의 소외문제가 크다는 것 등이 주요 지점이었다. 이를 통해 우리는 건강권이 단순히 건강할 권리가 아닌, 정치적·경제적·사회관계적 차원에서 건강에 영향을 끼치는 모든 것에 대한 권리를 말한다는 것에 합의할 수 있었다. 또한 이러한 건강권을 가장 침해받고 있는 계층인 쪽방주민들을 우선으로 바라보는 것이 좀더 포괄적인 범위로 우리 모두의 건강권을 보장받을 수 있는 길이라는 것 또한 이해하게 되었다. 다시 한 주가 지나 앞선 예비 작업을 통해 정리된 생각들을 본격적으로 선언문으로 만들어야 하는 본회의가 시작되었다. 각각 8시간씩 이틀간 이어지는 본회의의 첫날은 이전에 패널들이 인권과 건강권, 사회보장에 대해 의문을 제기했던 부분들을 더 명확히 해줄 전문가 세 분의 강의 이후, 전문가·패널·참관인·관계자들 간의 질의응답 시간으로 이루어졌다. 약 4시간에 걸친 질의응답 및 토론에서 나는 무엇을 어디부터 어떻게 해야 할지 난감해하던 첫날 토론과는 달리, 패널들이 가진 건강권에 관한 관점과 의문점이 명확해졌다는 점에 깊은 인상을 받았다. 그렇게 장시간의

질문과 토론을 거친 뒤, 패널들은 각각 자신이 생각하는 건강권은 무엇인지 개별 선언문을 작성하며 다음날을 준비했다.

이튿날 시민회의의 마지막 날인 본회의 둘째 날은 최종 선언문을 작성하기에 앞서, 전날 작성한 개인 선언문을 각자 발표하고, 조별로 선언문의 개략적 내용을 구성하는 것으로 시작하였다. 조별 선언문 내용에 대한 발표와 토론이 이루어진 뒤, 우리는 최종 선언문을 온전히 패널만의 힘으로 만들어 나가야 했다. 나는 우연찮게 그 과정에서 사회를 맡게 되었는데, 어떠한 틀도 방향도 제시되지 않았기 때문에, 패널들은 선언문 작성의 모든 과정을 서로 논의하며 정해야만 했다. 보편적 인권의 범주에서 건강이 왜 중요한지, 우리가 말하는 건강권이 무엇인지, 그것을 위해 보장받아야 하는 것은 무엇이며, 현재 쪽방주민들이 침해받고 있는 권리는 무엇이 있는지, 이 선언문을 향후 어떻게 이용할 것인지 등을 합의하는 과정은 이전 3일간의 시간보다 더 어렵게 느껴졌다. 문장 하나 단어 하나까지 함께 손보며 때로는 박수치고, 때로는 논쟁하는 과정에서 탄생한 건강권 선언문은 여전히 아쉬운 점이 많고, 최고의 결과물이라 말할 수도 없다. 또한 이것이 현실 문제의 해결에 얼마나 도움이 될지에 대해서도 확신할 수 없다. 하지만 건강권이라는 것에 대한 전문지식 하나 없는 일반 시민들이 모여 나흘 동안 토론을 거듭하고 숙의하는 과정을 거쳐 스스로를 위해, 그리고 나의 이웃인 사회적 약자를 위해 옳은 것을 요구했다는 것은 한번쯤 그 의미를 되짚어보아야 한다고 생각한다. 위로부터의 권력에 한계를 느끼는 요즘이다. 시민사회가 시민이 권력 주체로 모두를 위한 삶의 조건을 구성해가는 것을 의미한다면, 이번 건강권에 관한 시민회의가 그 옳은 길에 한 걸음 보탬이 되었길 바란다.

242 오마이뉴스 기고(2014년 1월 9일)

“쪽방주민의 건강할 권리, 나랑 다르지 않더라.”

[건강권에 관한 서울시민회의 후기] 시민들이 자발적인 건강 선언문을 내기까지

김정숙(건강권 서울시민회의 기획단)

지난해 12월, 거동이 불편한 상태에서 가족과 떨어져 수년 째 쪽방촌에서 생활을 해온 50대 한 남성이 숨진 채 발견됐다. 주인을 대신해 밀린 월세를 받으려 간 동네주민이 숨져있는 이 남성을 발견했다. 이 주민은 “방 안에 술병이 나뒹굴고 있었고 냄새가 지독했다”고 했다. 쪽방촌에서는 이처럼 삶을 포기하고 외롭게 죽어가는 고독사가 낯선 일이 아니다. 빈곤 가구의 마지막 잠자리인 쪽방의 역사는 6·25 전쟁 직후까지 거슬러 올라가지만 이 지역에 대한 사회적 관심이 주목된 것은 비교적 최근의 일이다. IMF 경제위기로 인해 노숙인 문제가 심화되면서 절대 빈곤층인 잠재적 노숙인의 집단 거주지로서 쪽방이 주목받게 된 것이다.



▲ 2011년 영등포 쪽방촌. 영등포 고가도로와 영등포역 일대 경인로 안쪽으로 개발이 멈춰 있다. 2년이 지난 2013년 8월 현재도 변한 것이 없다. 단지 리모델링 공사를 위해 고가 도로 아래 임시거주시설이 들어섰고 순차적인 공사가 진행되고 있을 뿐, 생활이나 상황은 개선되지 못하고 있다. © 이희훈

대부분 쪽방촌은 큰 빌딩숲에 가려져 보이지 않지만 동네 안으로 들어오면 40~50년 된 낡은 쪽방 건물들이 즐비하다. 그 낡은 쪽방 건물에 들어서면 좁은 복도 양 옆으로 다닥다닥 붙어 있는 쪽방 문들이 줄서듯 있다. 인간답게 살 수 있는 최저주거기준에 미달된 작은 방 안에서 주민들은 불안한 삶을 꾸려나가고 있었다.

건강세상네트워크와 동자동사랑방, 사랑방마을공제협동조합은 이런 현실을 접하고 쪽방촌 주민들의 건강상태를 파악하기 위해 지난 2012년 ‘서울시 동자동 건강권 실태조사’를 수행하였다. 조사 결과 쪽방주민의 건강이 한국인 평균에 비해 나쁜 것으로 나타났고 주민의 건강은 보건의료 서비스뿐 아니라 노동, 복지, 경제, 정치 등의 복합적인 영향을 받고 있었다. 특히 사회경제적 요인이 개인의 건강행동 요인보다 건강에 미치는 영향이 크다는 결론을 얻었다.

이 결과를 바탕으로 쪽방주민들의 건강문제를 이 사회가, 우리 이웃들이 어떻게 풀어나갈 것인가를 고민하다 서울시민들이 모여 이들의 인권과 건강권에 대해 말하는 자리를 마련하게 되었다. 이에 ‘건강권 서울시민회의 기획단’을 설립하고 지난 달 ‘건강권에 관한 서울시민회의-서울시민, 건강권을 선언하다! 쪽방주민의 삶을 중심으로(아래 시민회의)’를 진행하였다.

시민 스스로 건강권의 기준을 만들다.



▲ 건강권에 관한 서울시민회의의 최종 선언문을 함께 낭독하고 있는 시민패널들 © 김정숙

이날 시민회의에는 나이, 성별, 연령을 고려해 선발된 서울시 거주 일반 시민 13명이 참여했다. 이 자리에선 2012년 쪽방촌 실태조사 결과를 중심으로 이들과 함께 건강권에 대해 토론하고 의견을 나눴다.

기획단은 시민패널에게 공정한 토론 환경을 제공하기 위해 두 차례의 예비모임을 진행했다. 이 자리에선 여러 전문가의 발표와 쪽방 지역 방문, 쪽방주민과의 대화가 이뤄졌다. 12월 13일과 12월 14일 본회의 이틀 동안 토론한 결과를 바탕으로 서울시 쪽방주민의 건강권에 관한 평가와 권고안을 도출하여 선언문을 발표하였다.

이 자리에서 시민패널들은 우리 사회에서 인권의 가치가 지켜지고 모든 사람이 건강할 권리를 가져야 한다는 것에 동의했다. 이번 시민회의의 핵심은 ‘어떻게 하면 모든 시민이 평등하고 함께 건강하게 살아갈 수 있는 사회를 만들어 나갈 것인가’였다.

최종 선언문에는 이 사회의 근본적인 변화를 주장하거나 급진적인 요구가 담기지 않았다. 그러나 현실은 더디고 우리가 가는 길은 직선이 아니

지 않은가. 시민들 스스로 자신의 생각과 경험을 나누면서 우리 사회의 지속적인 변화를 위해 다양한 목소리를 내고, 더 나은 사회를 위해 성찰하는 중요한 계기였다고 생각한다.

한 시민패널은 “나의 건강할 권리와 쪽방주민의 건강할 권리가 충돌되거나 분리되는 것이 아니라 쪽방주민의 건강권이 나의 건강권이고 곧 서울시민의 건강권이 모든 시민의 건강권인 것 같다”라고 이야기하며 아래와 같은 개인권고문을 작성하기도 하였다.

“나는 건강하고 행복하게 살고 싶다. 나는 가족들과 함께 안전한 집에서 살고 싶다. 나는 맛있고 깨끗한 음식을 먹으며 살고 싶다. 나는 이웃들과 이야기를 나누고 즐겁게 살고 싶다. 나는 배우고 싶다. 나는 즐겁게 일하고 싶다. 나는 쉬고 싶다. 나는 알고 싶다(나는 나의 권리와 의무, 새로운 정보 등을 알고 싶다. 나는 말하고 싶다(나는 내가 하고 싶은 일, 원하는 것, 필요한 것을 말하고 싶다). 나는 아플 때 병원에 가서 알맞은 치료를 받고 싶다. 나는 서울시민으로 인정받고 싶다. 나는 가족들과 행복하게 살고 싶다.”

또 다른 시민패널은 “건강권이란 스스로 삶을 영위할 수 있는 권리이다. 이를 위해서는 기본적인 지지기반이 보장된 상황에서 최선의 것을 선택하고 결정할 수 있어야 한다. 하지만 현재 쪽방주민들은 이러한 권리를 보장받지 못하고 있다”며 정부와 지자체의 책임을 강조하기도 하였다. 이번 시민회의는 시민 스스로 인권과 건강권의 기준과 내용을 만들고 민주주의의 가치를 실현하는 자리로서 그 의미가 크다.

시민들이 현실의 문제에 직접 참여하여 그 과정에서 평등하고 수평적인 의사결정을 경험하는 이런 시도는 더 많아져야 한다. 민주적 참여와 평등한 소통의 과정이 시민 스스로 세상을 바꿀 수 있는 꿈을 꾸게 하는 것이니까. 아래는 시민패널들이 작성한 최종 선언문이다. 최종 선언문 작성을 위한 모든 과정은 시민패널이 직접 진행하였다…….

‘너’와 ‘나’의 건강권을 위한 ‘우리’의 회의

: 건강권에 관한 서울시민회의 후기

하준영(건강권에 관한 서울시민회의 시민패널)

처음 이 회의에 대해 들었을 때 개인적으로 너무나 흥미로웠다. 관심 있는 주제였고, 많은 것을 접하고 배울 수 있을 것이라는 기대가 컸기 때문이다. 그렇지만 한편으로는 시민회의가 어떤 역할을 할 수 있을지 의문이 든 것도 사실이다. 13명의 서울시민이 대표성을 가질 수 있을지, 너무 다양한 사람들이 모이면 어떻게 논의가 진행될지 걱정이 들었다.

이러한 우려가 실제로 첫 모임에서부터 드러나기도 했다. 그것은 “쪽방촌 주민들의 건강과 우리의 건강을 달리 보아야 하는 것이 아닌가, 그렇다면 우리는 무엇을 해야 하는가”에 대한 물음이었다. 처음에는 이러한 질문이 왜 나오는지도 잘 이해되지 않았지만, 그만큼 우리가 할 수 있는 일을 최대한 해보고자 하는 사람들의 열정이 아니었나하는 생각이 들었다. 그렇게 2번의 예비모임과 2번의 본회의로 이루어진 총 4번의 ‘건강권에 관한 서울시민회의’는 뜨겁게 진행되었다.

건강권은 도대체 무엇일까?

첫 날부터 “주제가 무엇인가”에 대한 막막한 질문이 제기되었지만 결국 13명의 시민들은 “쪽방촌 주민의 건강권이 우리의 건강권과 다르지 않다”는 것에 동의하게 되었다. 2번의 예비모임과 2번의 본회의를 거쳐 마지막 회의에 이르러서야 이러한 생각을 공유하게 된 것은 늦은 감이 없진 않지만, 결국 합의가 이루어진 것만으로도 큰 의미가 있다고 생각한다. 연말이 되면 쪽방촌에 대한 시혜적인 봉사활동이 매우 많다. 쌀, 라면 등

먹거리를 나누는 것들이 그러하다. 하지만 1년 내내 그러한 관심이 이어지는 것도 아니며, 모든 사람이 관심을 보이는 것도 아니다. 심지어 이러한 관심들조차 줄어들고 있다는 신문 기사가 나오기도 한다. 또한 사회적 활동을 할 수 있도록 하기보다는 적은 돈만 쥐어주는 현재의 복지 제도는 사람을 ‘사육’하는 것에 불과하다.

4일간의 논의를 통해 단순히 ‘불쌍한’ 사람들을 ‘돕는’ 것이 아니라, 함께 사는 사람들이 최소한의 건강을 누리며 살 수 있도록 다 같이 고민하는 것이 우리가 해야 할 일이라는 것에 대해 동의할 수 있었다. 이에 따라 ‘자립’에 대한 논의가 많이 나왔고, ‘의지’에 관한 것 혹은 그 의지를 만들어 낼 수 있는 ‘환경’에 대한 논의도 많이 나왔다.

동자동 쪽방촌을 방문한 이후 나는 내가 깊게 고민하지 못했던, 아니 할 필요가 없었던 건강에 대해서 고민할 수밖에 없었다. 실제로 나뿐만 아니라 많은 분들이 동자동 쪽방촌을 방문하고 나서 너무나 넓은 ‘건강권’에 조금 구체적으로 접근할 수 있었던 것 같다. 영양을 갖춘 음식을 제때 먹을 수 없어서 병이 생긴다는 것, 병이 걸려서 병원에 가는 게 경제적으로 부담된다는 것, 몸이 불편해서 멀리 움직이기 힘든데 병원은 멀리 있다는 것, 호흡기 질환이 있는데 벽지가 떨어지고 곰팡이가 핀 공간에서 생활한다는 것, 운동을 해야 좋아지는데 운동은 커녕 누우면 딱 차는 공간에서 생활한다는 것……. 이런 것들만 보더라도 건강을 지키는 데 의료에 대한 접근과 제대로 된 식사, 그리고 건강을 해치지 않을 집이 필요하다는 것까지 동의할 수 있었던 것이다.

자세한 건 전문가가 안다? 시민회의의 역할은?

이렇게 조금씩 ‘건강권’에 대해서 느끼고 합의하고 있던 와중 다시금 우리의 역할에 대해 물음이 제기되었다. 할 수 있는 것이 너무나 없다는 무력감이었을까. ‘숙의’는 일상생활과 먼 것이었기 때문일까. 내 생각으로

는 비참하다고까지 말할 수 있는 현실을 접하고 난 후 무언가 더 해야 할 것 같다는 생각이 사람들을 지배했던 것 같다. 그런 반면 전문가가 아닌 우리들이 4일이라는 짧은 시간 안에 무언가를 만들어 내기에는 역부족이라는 생각도 있었던 것이 아닌가 한다. 하지만 의료나 복지를 전문가에게만 맡기는 것은 올바른 것인지에 대한 근본적인 생각도 필요하다고 본다. 시간적 여유가 없어서 이러한 부분까지 세밀하게 논의하지는 못했지만, 시민회의가 다시 기획된다면 근원적인 문제에서부터 논의를 시작하는 것이 어떨까라는 생각도 해본다.

지나고 나니 4일의 기간이 짧게 느껴져 아쉽기도 했지만, 분명 한 가지 주제에 대해 논하기에 충분한 시간이었던 것 같다. 많은 사람들이 다양한 아이디어를 냈고, 그에 따라 권고안에서는 구체적인 정책 부분까지 요구하게 되었다. 그 중에서는 깜짝 놀랄 만한 아이디어들도 있었다. ‘전문가’의 입장에서는 어떻게 생각할지 모르겠지만, 이러한 작은 아이디어들이 모이고 모인다면 담론을 형성할 수 있다고 생각한다. 설혹 그렇게까지 되지 않더라도 이런 회의 자리를 마련해서 아이디어를 모으고 정리한다면, 또 그것이 조금이라도 퍼진다면, ‘쪽방촌’이 무엇인지도 모르는 사람들에게도 큰 메시지가 될 수 있지 않을까 생각한다.

삶에 치여 자신을 돌보기도 힘든 세상에서 취약계층은 더욱 더 잊혀져간다. 개인이 안타까움에 한숨만 쉬고 있거나 발만 동동 구르고 있을 때 이런 기회가 있다면 더 없이 좋을 것이다. 큰 변화를 만들어 내는 것이 아니더라도 같이 이야기해볼 수 있다는 것만으로 큰 의미가 있을 것이다. 이러한 과정이 ‘정치’이고, 우리가 지향하는 ‘민주주의’의 모습이라고 할 수 있다.

논의와 숙의를 통해 우리의 건강을 권리로 말하는 것에 대한 낯섦 깨기

마지막으로 앞으로의 시민회의를 더 의미 있게 만들기 위해 생각해볼아야 할 것이 있다. 다들 건강권과 선언문에 들어가야 할 내용에 대해서는

많은 부분 공감대를 형성하였다. 하지만 정책적인 접근에 대해서 비판적인 시각도 있었다. 앞서 말한 내용과 같이 건강, 의료, 복지를 전문가의 영역으로만 치부하는 것이다.

하지만 이는 분명 바람직하지 않다고 생각하고, 이번 시민회의에서도 합의를 이루어냈다고 생각한다. 건강에 대한 구체적인 내용에 대해서도 우리가 ‘권리’로서 말할 수 있어야 한다고 생각한다. 이러한 생각들이 최종 선언문에 완전히 드러나지 않았지만, 최종 선언문의 권고안 부분에 보다 자세하고 분명하게 담겨 있다. 최종 선언문에 자세히 이어지지 못한 것은 시간이 부족해 논의가 다 이루어지지 못한 점 때문이기도 하지만 보다 근본적으로는 아직까지 우리 사회에 존재하는 ‘권리’라는 단어에 대한 낯섦 때문일 것이다.

강연을 해주었던 조효제 교수의 말씀처럼 권리 혹은 인권은 절대적인 것은 아니다. ‘권리’라는 단어가 번역 과정에 그 의미를 충분히 담아내지 못한 것도 사실이다. 그에 따라 내 권리를 위해 남의 권리를 침해하는 것이 남용되는 ‘권리’의 모습도 많이 보인다. 그래서 ‘권리’에 대해 말할 때는 신중해야 한다. 그렇기에 이번 시민회의와 같은 논의의 장이 더 많이 마련되어야 하고, 많은 시민들이 우리 사회의 문제와 나의 문제에 대해서 더 깊이 고민할 수 있어야 한다. 그러한 고민의 과정 중에서 또 다른 언어로서 접근하는 것이 낫다는 결과가 나올 수도 있다. 그만큼 가능성이 더 크게 열려있다는 것이 시민회의의 매력이기도 하다.

‘권리’, ‘인권’의 개념이 시대에 따라 달라질 수 있듯이, ‘건강’의 개념도 그럴 수 있다고 생각한다. 그렇기에 끊임없는 대화와 소통이 필요하고, 민주주의 국가에서 그것이 충분히 가능하다. 또한, 그것은 절대 전문가나 정치가들만의 몫이 아니다. 따라서 시민들이 끊임없이 주위를 살피고 고민해야 한다. 이번 시민회의를 통해서 이러한 당연한 교훈들을 다시 한 번 마음속에 되새길 수 있었기에, 앞으로 이러한 자리가 더 활성화되기를 바란다.

소통을 위한 노력, 모두의 건강권을 이야기하다

: 건강권에 관한 서울시민회의 후기

남웅(건강권에 관한 서울시민회의 퍼실리테이터)

지난 12월 <건강권에 관한 서울시민회의: 서울시민, 건강권을 선언하다! 쪽방주민의 삶을 중심으로>(이하 시민회의)가 진행되었다. 시민회의는 건강권 전문가 쪽방주민이 아니지만 관심 있는 시민들이 모여 쪽방주민의 삶을 바탕으로 건강권을 숙의(熟議)하고 최종적으로 ‘서울시민 건강권 선언문’을 도출하는 것을 목표로 했다. 필자는 실무를 맡고 있는 지인 활동가의 추천으로 퍼실리테이터(facilitator)를 맡게 되었다. ‘촉진자’로도 부르는 퍼실리테이터의 역할은, 숙의과정에서 논의에 개입하지 않되 의견을 원활하게 교환할 수 있도록 시민패널들의 언어를 조율하고 의견을 이끌어내는 것이었다.

시민회의는 3주에 걸쳐 진행되었다. 회의에 참여한 13명의 패널들은 성별, 연령을 고려하여 사전에 선발되었다. 이들은 4번의 만남을 갖고 각 프로그램에 참여하면서 선언문 작성의 준비를 다졌다. 첫 번째 만남에서 패널들은 시민회의를 위해 어떤 이야기들을 나눌 수 있을지를 논의했다. 이어 두 번째 모임에는 동자동 쪽방촌을 둘러보고 방문간호사의 이야기를 듣고, 이어서 주민들을 만나 대화를 나눴다. 그리고 인권 및 사회복지 제반 교수진들에게 인권과 건강권, 복지와 제도에 관한 강연을 들으며 질의응답을 주고받았고, 일련의 논의과정을 거쳐 마지막 시간에는 선언문을 작성했다.

일정은 차질 없이 진행되었지만 모든 것이 수월하지만은 않았다. 먼저 시민회의의 ‘긴 이름’이 예고하듯 참가자들은 회의의 취지를 정립해나가는 작업부터 해야 했다. 기실 ‘쪽방주민의 건강권을 중심으로 서울시

민들의 건강권을 선언한다.’는 구호 속에는 쏙고 넘어가야할 키워드가 한두 개가 아니다. 그래서였을까? 시민회의는 쪽방주민들의 건강권만 이야기하는 건지, 서울시민의 건강권을 이야기해야 하는 건지, 왜 내가 그들의 건강권을 논해야 하는 건지, 왜 정작 여기에 쪽방주민들은 참여하지 않는 건지에 대해 패널들의 질문이 꼬리를 물었다.

일련의 혼란은 회의 진행에 걸림돌이 되기도 했다. 첫 모임에서 필자는 조를 나눠 이야기했던 내용들을 하나로 묶어내는 과정을 진행했다. 헌데 선언문 작성을 위해 필요한 사항들을 논하는 자리에서 조별로 내놓은 결과는 이들이 다룬 범주부터 달랐다. 일테면 한쪽은 건강권을, 다른 한쪽은 쪽방주민의 삶을, 그리고 다른 한쪽은 주민들에게 무엇이 필요한지를 내놓은 것이다. 게다가 토론을 진행하는 중에도 패널들은 발표 내용들을 정리하기에 앞서 주제를 어떻게 진행해야 할지에 대해 어려움을 호소했다. 결국 첫 회의시간은 의견을 수렴하지 못한 채 물음표 가득한 마무리로 끝마칠 수밖에 없었다. 하지만 이후에 확인할 수 있듯이 첫날 정리되지 못한 각각의 조별 기록들은 이후 건강권 선언문을 구성하는 항목을 예고한다. 시민회의는 참여자들에게 특별한 방향을 제시하기보다 그들 스스로 방향을 잡아가도록 했다. 그리고 패널들의 솔직하고 열의 있는 질문들은 당사자들을 만나고 전문가들에게 건강권 전반을 배우며 서로의 생각을 나누는 과정을 통해 조금씩 방향을 잡아갔다. 다시 말해 참여자들의 논의과정은 곧 시민회의의 윤곽을 다듬어나가는 과정이기도 했다. 일례로 논의에 참여하면서 필자는 패널들의 관심사가 변하고 있음을, 더불어 이들이 사용하는 언어들도 바뀌고 있음을 체감했다. 일례로 첫 모임에서 많은 패널들은 쪽방주민들의 건강권을 위해서 그들의 의지가 중요하다는 의견을 피력했다. 하지만 쪽방의 열악한 환경을 둘러보고 쪽방주민을 만나 이야기를 나누면서 패널들은 주민들이 의지를 가질 수 있는 환경조차 제공되지 않고 있음을 발견할 수 있었고, 보다 구체적으로 어떤 것들이 필요한지를 이야기했다. 그리고 전문가들로부터 건강권이 무엇이며

어떤 제도들이 있는지를 들으며 언어를 다듬어나갔다. 쪽방주민들의 삶을 바탕으로 건강권을 이야기하는 것은, 비록 패널들이 비당사자일지라도 (혹은 비당사자이기 때문에) 각자의 개별적인 요구를 넘어 특수한 이들의 삶까지도 아우를 수 있는 보편적 건강권을 이야기하는 과정일 터, 이는 시민패널들 곁에서 그들의 이야기를 정리하고 논의를 진행하며 필자가 정리할 수 있었던 시민회의의 취지였다.

매 차례 숙의과정을 거치면서 패널들은 쪽방주민의 건강권과 함께 호흡을 맞춰나갔으며, 그 사이 이들의 언어는 물음표에서 마침표로 바뀌며 단단해져갔다. 하지만 저마다 다른 연령대, 다른 관심사와 다른 가치관을 가진 패널들의 언어는 부딪힐 수밖에 없었다. 특히 마지막 시간 선언문을 작성하는 과정은 패널들의 언어가 하나의 문장으로 모아져야 했기에 여느 때보다 긴장감이 높았다. 회의장은 흡사 서로의 생각과 언어들이 부딪히는 전장을 방불케 할 정도였다. 몇 시간이 지나도 선언문 작성은 더디기만 했고, 서로가 지친 와중에도 문장 하나 단어 하나 허투루 지나가는 법이 없었다. 패널들의 추천으로 선언문 작성과정을 진행한 시민패널은 참여자들의 의견들을 감당하는 데 어려움을 호소하기도 했다. 천신만고 끝에 한 편의 선언문이 나왔다. 선언문은 시민패널이 생각하는 건강권, 시민의 건강권을 위해 필요한 요구들, 보편적인 건강권에 대한 논의를 기반으로 하여 서울시민과 쪽방촌 주민들의 건강권을 위한 권고로 구성된다.

선언문의 문장들은 그간의 시민회의가 전개된 흐름과 패널들의 생각을 반영하고 있었다. 그렇다고 한 편의 선언문이 이들의 모든 이야기를 담았다고 이야기할 수는 없을 것이다. 더구나 한정적인 조건 아래서 완결된 텍스트가 나왔다고 하더라도 모두의 만족을 충족시킬 수도 없다. 하지만 이러한 불완전성이야말로 지속적인 노력을 들여 의견을 모으는 ‘민주주의’의 동력이 아닐까.

건강권은 여러 갈래의 의미를 갖기에 하나로 종합하거나 수렴시켜 이야

기할 수 없다고 한다. 건강의 범주만 하더라도 신체적·물리적 건강뿐 아니라 정서적, 관계적, 경제적, 사회적 건강까지도 포함하기 때문이다. 하지만 적어도 건강권이 나와 당신의 삶에 존엄성을 보장하는 권리라는 데 이견이 없다면, 건강권에 대한 시민들의 목소리는 곧 나의 건강한 삶을 위한, 그리고 당신과 함께 건강한 사회를 구성하기 위한 요구일 수 있다. 나아가 민주주의는 건강한 공동체를 전제로 하고, 반대로 건강한 공동체를 목표로 함을 이야기할 수 있다. 이와 관련하여 건강권을 이야기하면서 패널들이 중요하게 의미부여한 키워드 중 하나가 바로 타인과의 관계였다는 점은 의미심장하다.

시민회의도 다르지 않을 것이다. 시민주체로서 서울시민의 건강권을 선언하고 쪽방주민들의 건강권을 권고하는 시민회의의 과정은, 타인을 만나고 그들에게 귀 기울여 언어를 조율함으로써 다시금 우리를 바라보려는 노력이다. 타협과 협의의 과정은 생각만큼 쉽지 않을지라도 공동의 목소리를 냈으로써 정치적 무게를 가질 수 있다. 더불어 집단의 목소리를 만드는 시도는 이슈에 대한 사회적 주체로서의 참여와 소통의 방식을 보여준다는 점에서 과정 자체로 의미가 있다고 평가하는 것이 무리는 아닐 것이다.

쪽방주민의 생활환경을 통해 서울시민의 건강권을 숙의한 시민회의는, 시민대중들이 의식을 다듬고 목소리를 모아내는 채널의 역할을 갖는다. 특정 집단을 만나 그들의 삶을 살펴보고 필요한 것들을 찾아 배우며 의견을 주고받는 과정에서 공동의 언어를 다듬는 시도는, 소통을 거부하고 비정상과 정상을 나눠 비정상의 대상들을 사회의 꼬트머리로 몰아내는 사회에서 시민들이 시민으로서 어떤 실천을 해야 하는지를 고민하는 실천이다. 시민패널을 모으고 현안을 숙의하는 과정을 통해 하나의 문장을 만들어내는 것은 민주주의가 쉽지 않음을, 그럼에도 피하거나 부정할 수 없는 선택임을 보여준다.

마지막으로 그들의 의견들을 이끌어내고 조율하는 촉진자로서 필자의

노력이 있었다면 그들의 의견을 되도록 지나치거나 묻히지 않도록 하는 것이었음을 기억해본다.

245 프레시안 등 기고 예정(2014년 2월~3월)

건강권에 관한 서울시민회의가 우리 사회에 던지는 함의

손정인(건강권 서울시민회의 기획단)

건강권 개념은 한국 사회의 건강과 보건의료 문제 해결에 중요한 역할을 하고 있다. 하지만 그에 대한 논의는 미미하고, 논의가 있더라도 추상적 수준이거나 전문가의 영역에 머물러 있다. 보다 나은 실천을 위해 건강권 개념을 일상과 현장의 언어로 번역하고 구체화하는 ‘귀납적 방식’이 필요한 때다.

작년 말 자그마한 실천 활동으로 ‘건강권에 관한 서울시민회의 - 서울시민, 건강권을 선언하다! 쪽방주민의 삶을 중심으로(이하, 건강권 서울시민회의)’를 진행하였다. 서울연구원의 연구비 지원을 받아 어렵사리 시작하게 되었다. 2012년 ‘서울시 동자동 쪽방주민 건강권 실태조사’에 참여한 활동가와 연구자 4인이 만든 ‘건강권 서울시민회의 기획단(이하 실무진)’이 기획과 실무를 맡았다.

건강권 서울시민회의의 목적은 비전문가인 일반 시민의 건강권 개념 논의와 쪽방주민의 사례 평가 및 권고안 도출이었다. 2013년 11월 관심 있는 일반 시민(이하, 시민패널) 총 13인을 모집하였다. 시민패널에게 주어진 과제는 “건강권의 내용과 수준에 대한 논의를 통해 서울시 쪽방주민의 건강권 현황을 평가하고 권고안을 마련”하는 것이었다. 2013년 11월 30일 ~ 12월 14일 사이 2차례의 예비모임과 이틀간의 본회의가 진행되었고, 12월 14일 최종 선언문이 완성되었다(참고로 건강권 서울시민회의 동영상은 유튜브에 올려져 있다).

건강권 서울시민회의의 과정과 내용, 그리고 이에 대한 평가는 이전 기고문에 잘 나타나 있다. 그럼에도 건강권 서울시민회의의 기획과 실무를 담당할 일원으로 보태고 싶고 또 보태야 하는 것이 있다. 시작과 종료조차 ‘불확실’했던 이번 기획이 어떻게 최종 선언문이 도출되는 ‘확실’한 사례로 마칠 수 있었는지에 대한 검토이다.

건강권 서울시민회의의 기획에는 3가지 ‘불확실’한 측면이 있었다. 주제, 내용, 효과였다.

먼저 주체란 건강권 서울시민회의에 참여하는 사람이다. 건강권과 빈곤은 사회적 관심이 미미한 데다, 예산의 한계로 참여자 사례비가 적거나 아예 책정하지 못했던 상황이었다. 뭘 논의하는지 논의 주제는 추상적이고, 더군다나 4차례나 모여야 했다. 과연 실무진을 빼면 일반 시민과 여타 참여자들이 선뜻 함께하러 할까? 그야말로 자신이 없었다. 더군다나 일정 가운데 금요일도 끼여 있어 어려운 상황이었다.

우여곡절은 있었지만 사람들은 참여했다. 참여한 분들은 관심과 열의가 높은 분들이었다. 비전문가 일반인인 시민패널, 외부 전문가로 구성된 의사결정과 자문 역할의 조정위원들, 행사 진행 사회와 토론 축진을 맡은 퍼실리테이터들, 강의를 맡아준 전문가패널, 토론과 질의응답을 기록했던 서기들. 적극적으로 자신의 역할에 임했고 자극과 격려, 때론 일손까지 보태었다.

가장 어려운 부분은 시민패널 모집이었다. 거의 4주 동안 온·오프라인으로 가용한 모든 자원을 동원했지만 연령과 직업 구성이 우려가 되었다. 연령의 경우 ‘50대 이상의 일반 시민’에게 다가가기가 너무 어려웠다. 다행히 서울시의 온라인 뉴스 공간을 활용하여 50대 후반과 60대의 일반 시민 5분을 모집할 수 있었다. 직업의 경우 금요일 때문에 30대, 40대, 50대의 직장인, 특히 남성 직장인 모집이 어려웠다. 이는 한계로 남았다. 둘째, ‘불확실’한 내용이란 시민패널의 과제였다. 과제는 앞서 서술한 한문장이 전부였다. 대부분 추상적이고 어려워서 논의에 적합하지 않다고

하였다. ‘전력정책 미래에 대한 시민합의회의’ 실무자였던 김병수 시민 과학센터 부소장도 주제 설정이 매우 중요하다고 하였다. 그럼에도 의사 결정기구인 조정위원회에서는 최대한 다양한 논의의 장이 되도록 더 이상 내용을 구조화하지 않도록 결정하였다. 단, 논의의 효율성을 위해 논의 과정의 구조화만 허용하였다.

막상 1차 예비모임에서 시민패널 과제에 관한 강력한 문제제기가 있었다. 이전의 기고 글에서도 언급되었듯이, 가장 중요한 문제 제기는 “주어진 과제가 일반 시민의 건강권에 대한 논의인지 아니면 쪽방주민의 건강권에 대한 논의인지”였다. 사실, 예상치 못했던 문제 제기였다. 건강권의 보장 현황이야 다를 수 있겠지만, 보편적 인권인 건강권을 일반 시민과 빈곤층에 따라 분리한다는 것은 추호도 생각할 수 없었다.

그럼에도 그 순간 절망보다는 가능성이 보였다. 인권 담론이 부실한 한국적 맥락에서 인권 전문가가 아닌 일반 시민이기에 제기할 수 있는 문제였다. 인권의 토양이 척박한 한국적 현실에서 그것부터 논의가 필요했다. 정답이 아니라 토론과 숙의 과정이 중요했기 때문이다. 그리고 시민패널 내부에서 먼저 비판을 제기했기 때문이다. “당사자인 쪽방주민이 시민패널 속에 없는 게 맞는가?”, “쪽방주민을 대상화시키게 된다”라고.

셋째 ‘불확실’한 효과란 건강권 서울시민회의의 사후 영향이다. 앞서 건강권 서울시민회의의 목적을 설명하였지만, 보다 광범위한 목적은 공감과 연대, 사회적 공론화, 정책 연계였다. 하지만 언론, 복지부, 서울시 등 대응 주체들이 반응할지 여부는 불확실하였다.

시민패널은 최종 선언문의 공개방식을 다음과 같이 결정하였다. 복지부와 서울시에 공개서한 전달, 동자동 쪽방주민에게 전달, 온라인 공개, 보도자료 배포, 언론 기고. 공개서한 전달 후 복지부는 응답이 없었고 서울시에서 연락이 왔다. 검토하라는 서울시장의 지시가 있었다고 한다. 지난 1월 17일 서울시청에서 시민패널과 서울시 관계 공무원(자활지원, 자활보호, 공공보건, 용산구 보건기획 담당)이 간담회를 하였다. 그리고

지난 1월 22일 동자동 쪽방촌에서 시민패널과 쪽방주민이 간담회를 하였다. 두 간담회 모두 쪽방주민의 건강과 삶을 개선하고자 서울시, 시민패널, 쪽방주민이 소통하고 힘을 모으는 자리가 되었다.

이렇게 ‘불확실’했던 건강권 서울시민회의가 좌초하지 않고 ‘확실’한 사례로 마칠 수 있었던 것은 무엇보다 참여한 모든 분의 관심과 열의 때문이었다. 이전 기고 글에서도 알 수 있듯이, 어려운 이웃과 함께 더불어 사는 좋은 사회를 만들고 싶은 소박한 마음에서 비롯된 것으로 보였다. 또한 2004년 시민과학센터의 ‘전력정책 미래에 대한 시민합의회의’, 2012년 시민건강증진연구소의 ‘내가 만드는 건강 공약’ 등 한국 사회에서 축적된 시민참여제도 실천 경험, 건강과 보건의료 영역에서 숙의적 민주주의에 대한 실천적·학술적 요구, 지방정부의 반응성 역시 중요했다. 미시적으로는 건강권 서울시민회의 참여자 간 소통 구조, 프린터와 대자보 같은 기술적(technical) 준비도 중요했다.

그렇다면 이번 건강권 서울시민회의에서 무슨 함의를 얻을 수 있을까? 건강권 서울시민회의 첫날 시작하기 전에 시민패널은 각자 메모지에 건강에 필요한 것을 적었다. 운동과 가족이 여러 번 나왔고 지속적 관리, 주치의, 내 삶에 대한 결정권, 대기오염, 공동체가 한 번씩 언급되었다. 그 날 기초 강의가 제공된 후 시민패널 토론에는 절반 이상의 시민패널이 쪽방주민의 불건강과 어려운 삶과 관련해 그들의 의지와 개인 행태가 중요한 문제라고 의견을 제시했다. 더불어 기초생활보장제도 부정 수급자가 있는 것 아니냐는 의문을 표시했다.

하지만 최종 선언문에서 확인할 수 있듯이 시민패널의 목소리는 점차 사회구조적 관점, 정부와 사회의 책임이 필요하다는 방향으로 옮겨갔다. 사후 설문 결과, 건강권에 관한 견해가 변화했다고 응답한 시민패널은 13인 중 12인으로 나타났다. 건강권에 관한 견해가 변화한 시기는 2차 예비모임(쪽방촌 방문과 쪽방주민과의 대화)이 가장 많았고 본회의 1일째(전문가패널 강의와 집단 질의응답), 본회의 2일째(시민패널 토론) 순

이었다.

이러한 사실에서 ‘치우치지 않은 정보 제공’이 중요함을 확인하였다. 아마티아 센의 표현을 빌면 도구적 자유로서 ‘투명성 보장’이다. 이를 위해 건강권 서울시민회의에서는 다양한 입장을 가진 외부 전문가로 구성된 조정위원회가 정보 제공 관련 의사결정을 수행하였다. 사회적 차원에서 이를 담당하는 것은 공정한 언론일 것이다. 하지만 앞서 시민패널의 빈곤층에 대한 시각에서 알 수 있듯이, 현재 한국 사회의 언론 구조와 환경, 생산자들은 그렇지 못하다. 언론의 공정성이 한국 사회의 건강권에 중요한 영향을 미칠 수 있음을 이번 사례가 보여준다.

또한 한국 사회의 건강과 보건의료 영역에서 ‘일반 시민의 숙의적 참여’가 필요함을 확인하였다. 시민패널은 제공된 정보뿐 아니라 자기 자신의 경험과 상식, 가치를 반영한 총체적 삶의 시각에서 건강권과 쪽방주민의 사례를 들여다보았다. 이는 사회적 결정요인보다 보건의료에 집중하거나, 존엄성과 사회관계보다 재화와 서비스에 주목하는 전문가의 시각과 다른 지점이다. 그리고 설문 결과에서 알 수 있듯이, 시민패널은 더 나은 사회를 위해 열린 마음으로 소통하고 자신과 집단의 목소리를 ‘바꾸고 다듬고 단단하게’ 만들어 갔다. 이런 측면에서 전문 영역으로 선을 긋고 자신이 속한 집단이나 계급적 이해관계를 대변하는 전문가가 사회 전반의 의사결정을 점유하고 있는 것은 아닌지 사회적 성찰이 필요하다.

마지막으로 덧붙이고 싶은 것은, 이번 자그마한 사례에서도 숙의 환경 조성에 상당히 많은 시간과 돈, 인력, 노력이 필요했다는 점이다. 흔히들 경제적·사회적·문화적 권리와 다르게 정치적·시민적 권리는 국가의 소극적 의무로도 가능하다고 한다. 하지만 이번 사례는 그러한 생각이 틀렸음을 보여준다. 건강권 발전에도 필수적인 민주주의의 환경 조성을 위해 국가의 적극적 의무가 절실한 상황이다.

건강권 서울시민회의 과정을 담은 동영상을 제작하고 2014년 2월 2일에 YouTube에 공개하였다. 동영상 촬영 시에 촬영을 알리고 동의를 한 분에 한해 촬영을 하였으며, 제작 후에도 미처 동의를 받지 못한 분들에게 동의를 구한 후 YouTube에 공개하였다.

동영상 제작과 배포의 목적은 건강권 서울시민회의의 과정과 결과를 알려내는 사회적 공론화와 향후 이런 방식의 시민참여제도를 시도할 주체들을 위해 참고자료를 남기는 것이었다. 따라서 10분가량의 짧은 버전과 20분가량의 긴 버전을 제작하여 배포하였다. YouTube에 공개된 동영상의 온라인 주소는 다음과 같다.

- 건강권에 관한 서울시민회의 동영상 - 짧은 버전(10분 06초)
<http://www.youtube.com/watch?v=z32cKWLtv2w>
- 건강권에 관한 서울시민회의 동영상 - 긴 버전(19분 23초)
<http://www.youtube.com/watch?v=gukE-4xWMTI>

VI 2013 건강권 서울시민회의에 대한 평가

- 1 시민참여제도에 대한 평가 틀
- 2 2013 건강권 서울시민회의에 대한 평가
- 3 소결

VI 2013 건강권 서울시민회의에 대한 평가

1 시민참여제도에 대한 평가 틀

1.1 로위와 프루어(Rowe and Frewer)의 평가 도구

로위와 프루어(Rowe and Frewer)는 2000년 논문을 통해 여러 시민참여제도를 평가하는 도구를 제시하였다. 저자들은 기존 문헌의 평가 도구들이 효과성보다 절차성에 초점을 두고 있다고 지적하면서, 두 영역을 포괄하는 수용성 기준과 절차적 기준을 포괄하는 평가 도구를 제안하였다. 하지만 로위와 프루어(Rowe and Frewer)는 자신들이 제안한 평가 틀이 확정적인 것이 아니라 평가를 위한 사고와 논쟁을 촉진하는 수단이라고 주장한다. 그리고 시민참여제도는 다양한 맥락과 환경적 요인들과 상호작용하여 효과가 나타난다고 주장한다. 따라서 저자들의 평가 틀을 활용하되, 이번 건강권 시민회의의 맥락과 환경을 유념할 필요가 있다. 로위와 프루어(Rowe and Frewer)가 제안한 평가 도구의 기준은 다음과 같다. 이는 여러 시민참여제도의 유형을 비교할 수 있게 해준다.

- 수용성 기준(acceptance criteria)
 - 대표성 : 의사결정으로부터 영향을 받는 대중의 대표성이 반영되도록 시민을 선정해야 함.
 - 독립성 : 관리자나 실무진이 실제로 독립적이어야 하고 시민 대표자들도 후원단체와 독립적이어야 함.
 - 조기참여 : 시민 참여는 가능한 빨리, 가치판단이 두드러지는 단계에 즉시 이루어져야 함.
 - 영향력 : 참여의 결과물은 정책에 영향력을 행사해야 함.
 - 투명성 : 참여 과정이 투명해서 무엇이 진행되고 어떻게 결정이 내려지는지 대중들이 알 수 있어야 함.

- 절차적 기준(process criteria)
 - 자원 접근성 : 적절한 정보에 대한 접근권을 가져야 함.
 - 임무의 명확성 : 참여하는 임무가 명확하게 정의되어야 함.
 - 의사결정의 구조화 : 의사결정 과정을 구조화해야 하고 그 정도를 보여줄 수 있는 방식을 제시해야 함.
 - 비용효율성 : 참여 절차가 비용·효율적이어야 함.

상기 평가 항목 가운데 ‘대표성’은 성, 연령, 직업, 거주지 등 인구사회학적 통계만으로 치환하는 것은 바람직하지 않다(김두환, 2000 : 101). 합의회의의 취지에 비추어, 주제와 관련하여 일반 시민들이 갖는 다양한 견해나 광범위한 경험 기반을 대표하는 것이 가장 중요하다(The Danish Board of Technology; 김두환, 2000).

로위와 프루어(Rowe and Frewer)는 상기 평가 도구를 활용하여, 여러 가지 시민참여 방법을 평가하였다. 그 평가 결과는 다음 표 6-1과 같다. 유념할 사항은, 다음 결과를 과대하게 해석하지 말라는 저자들의 당부이다.

표 6-1 시민참여제도에 대한 예비 평가 결과

	주민 투표	공청회	여론조사	협상 통한 규칙 설정
〈수용성 기준〉				
대표성	높음	낮음	대개 높음	낮음
독립성	높음	대개 낮음	높음	보통
조기 참여	다양	다양	높을 가능성	다양
정책 영향	높음	보통	간접적	높음
투명성	높음	보통	보통	낮음
〈과정 기준〉				
자원 접근성	낮음	낮음/보통	낮음	높음
임무 명확성	높음	대개 높음	낮음	높음
의사 결정 구조화	낮음	낮음	낮음	보통
비용 효과성	다양/낮음	낮음	높을 가능성	높을 가능성

표 계속 시민참여제도에 대한 예비 평가 결과

	합의회의	시민배심원제도	시민자문위원회	포커스 그룹
〈수용성 기준〉				
대표성	보통	보통	보통/낮음	보통
독립성	높음	높음	보통	높음
조기 참여	높을 가능성	높을 가능성	다양/높음	높을 가능성
정책 영향	다양	다양	다양	간접적
투명성	높음	보통	다양/낮음	낮음
〈과정 기준〉				
자원 접근성	높음	높음	다양	낮음
임무 명확성	대개 높음	대개 높음	다양/높음	다양/높음
의사 결정 구조화	보통	높을 가능성	다양	낮음
비용 효과성	보통/높음	보통/높음	다양	높을 가능성

출처 : Rowe and Frewer(2000)

이번 건강권 서울시민회의의 경우 변형된 합의회의의 방법을 사용하였기에 상기 표에서 합의회의의 평가 결과를 유념할 필요가 있다. 하지만, 이번 건강권 서울시민회의의 경우, 기존 과학기술 분야처럼 정책 결정이나 평가 과정에 필요한 구체적 사례이면서 매우 논쟁적인 주제가 아니었다. 따라서 로우와 프루어가 제안한 평가 도구 가운데, 수용성 기준의 조기 참여, 투명성 항목은 적절하지 않아 제외하였다. 또한 이번 건강권 서울시민회의의 재정이 소규모여서 시민패널과 일부 전문가를 제외하면 대부분 자원 봉사 활동으로 참여하였기에, 과정 기준의 비용효과성 항목 역시 제외하였다.

따라서 평가 항목인 대표성, 독립성, 정책영향, 자원 접근성, 임무 명확성, 의사결정 구조화를 유념하고, 다음 항에서 다룰 국내 기존 문헌의 평가 도구를 함께 고려하여 평가 틀을 정하고자 한다.

국내 기존 문헌에서의 평가 도구

국내 기존 문헌 가운데 시민참여제도에 대한 평가를 다룬 윤순진(2005)의 연구와 김두환(2000)의 석사학위논문을 참고하였다.

윤순진(2005)의 연구에서 2004년의 ‘원자력 중심의 전력정책, 어떻게 할 것인가 : 전력정책의 미래에 대한 시민합의회의’ 사례를 검토하였다. 저자는 원래의 취지, 에너지 거버넌스에 대한 기여, 제한점 완화의 관점에서 전력정책 시민합의회의를 평가하였고 평가 기준은 다음과 같다.

- 참여자의 대표성과 선정의 공정성 : 시민패널의 선정, 제공되는 자료, 전문가의 선정 등에서 중립성과 공정성의 확보 여부
- 민주적 의사소통구조의 작동 : 전문가와 비전문가 사이 전문지식의 불균형을 최소화하는 토론의 진행 여부
- 사회적 학습과 공론화 : 언론보도를 통해 사회적 토론과 논쟁을 확산시켜 공공의제로 부상시켰는지 여부
- 정책결정과의 연계성 : 합의회의의 결과의 정책결정과정 연계와 운영 여부

김두환(2000)의 학위논문에서 1999년 ‘제2차 생명복제기술 합의회의’ 사례를 분석하였다. 저자는 사회적 학습과정과 협력적 계획으로서 합의회의를 평가하였고 평가 틀은 다음과 같다.

- 사회적 학습과정으로서 합의회의
 - 견해, 태도, 가치, 지식의 변화
 - 상호 학습과정 vs 일방적 학습과정
- 협력적 계획으로서 합의회의
 - 목표 측면 : 사회적 토론과 합의의 촉진
 - 주체 측면 : 전문가패널, 시민패널, 주최기관
 - 과정 측면 : 공정성, 진행과정

2013 건강권 서울시민회의에 대한 평가 틀

앞서 로위와 프루어(Rowe and Frewer, 2000)의 연구, 윤순진(2005)의 연구, 김두환(2000)의 학위논문에서 사용한 시민참여제도 평가 도구를 검토하였다. 이들 도구를 종합하고, 건강권 서울시민회의의 맥락과 가용한 자료를 고려하여 다음 표 6-2와 같이 결과의 수용성 측면과 과정 측면으로 구성한 평가 틀을 만들었다.

표 6-2 2013 건강권 서울시민회의에 대한 평가 틀

양적 평가		질적 평가
〈결과의 수용성 측면〉		
대표성	시민패널의 구성	시민패널의 구성 조정위원회의 구성
독립성		참여자의 독립성
영향력		공론화와 연대 정책연계
숙의	지식, 견해 등의 변화	
〈과정 측면〉		
의사소통구조	말할 기회 경청 정도 토론 장악 참여자 존재 여부 토론 기여 여부 결과물에 견해 반영 여부	
자원 접근성		자원 접근성
임무 명확성		과제의 명확성 참여자 역할의 명확성
공정성	공정성 충분한 정보 제공	퍼실리테이터의 역할 전문가패널 구성

2013 건강권 서울시민회의에 대한 평가

건강권 서울시민회의를 평가하기 위해 결과의 수용성 측면에서 대표성, 독립성, 영향력을 검토하고, 과정 측면에서 의사소통구조, 자원 접근성,

임무 명확성, 공정성을 검토하였다.

2 1 **결과의 수용성 측면**

결과의 수용성 측면에서 대표성, 독립성, 영향력을 검토하였다.

2 1 1 **대표성**

대표성 항목에서는 시민패널의 구성과 조정위원회의 구성을 평가하였다.

1) **시민패널의 구성**

건강권 서울시민회의의 시민패널로 선정되어 모든 일정에 참여한 일반 시민은 총 13명이다(표 2-1 참조). 인구사회학적 통계 측면에서 성별, 연령, 직업의 대표성은 한계가 있다. 특히, 경제활동에 종사하는 30대 이상의 남성은 부재하였다. 가장 큰 이유는 주중이 포함된 회의 일정 때문인 것으로 짐작된다.

하지만 합의회의는 무작위 추출로 시민을 선정하는 배심제와 달리 자원자 선정 방식이기에 대표성에 한계가 있을 수밖에 없다. 이는 로위와 프루어(2000)의 연구 결과에서도 확인되었다. 따라서 통계적 대표성을 넘어 건강권 서울시민회의의 주제와 관련된 견해의 대표성을 확인할 필요가 있다. 이를 위해 2가지 질적 자료를 활용하였다. 첫 번째 자료는 첫 모임인 1차 시민패널 예비모임을 시작할 때 시민패널이 작성했던 ‘건강에 필요한 것’이다(그림 4-1). 이들 내용은 개인적 요인 47%, 관계적 요인 20%, 구조·환경적 요인 20%, 환경 및 개인적 요인 13%으로 나타났다.

두 번째 자료는 1차 시민패널 예비모임의 조별 토론 내용이다. 이를 검토하면 시민패널이 빈곤이나 건강을 바라보는 관점이 주체 중심 혹은 잔여주의 관점과 구조 중심 혹은 보편주의 관점 중 어느 쪽에 무게중심을 두는지 파악할 수 있다. 검토 결과, 주체 중심 혹은 잔여주의 접근법에

무게중심을 두는 시민패널이 7명, 구조 중심 혹은 보편주의 접근법에 무게중심을 두는 시민패널이 6명이었다.

첫 모임에서 건강의 결정요인과 빈곤의 원인에 관해 시민패널이 보여준 견해는 주체, 관계, 구조·환경에 다양하게 걸쳐 있었고 잔여주의 접근법과 보편주의 접근법에 두는 무게와 차이가 있었다. 모든 시민의 견해를 완벽하게 대표한다고 볼 수 없지만, 한국 사회의 주요 관점을 반영하는 시민패널의 구성이라 볼 수 있다 .

2) 조정위원회의 구성

조정위원회의 대표성은 주제와 관련하여 전문분야와 관점 측면에서 최대한 포괄적으로 구성하고자 노력하였다. 조정위원회는 빈곤 운동, 쪽방주민 대표, 인권 운동, 서울시 자활보호 관련 공무원, 의료제도 연구, 쪽방 지역 서비스 제공, 민주주의와 건강 연구를 하는 조정위원으로 구성하였다(표 2-2 참조).

한편, 조정위원회는 3차례의 자문과 의사결정을 통해 평가 틀의 대부분인 대표성(시민패널 구성), 영향력, 자원 접근성, 임무의 명확성, 공정성(공정성, 정보 제공, 전문가패널)에 중요한 영향을 끼쳤다.

2 1 2 독립성

독립성 항목에서는 참여자의 독립성 측면에서 질적 평가를 수행하였다.

1) 참여자의 독립성

여기서 독립성이란 건강권 서울시민회의의 주제와 관련하여 이해관계가 없고 타인이나 타 조직에 의해 지배당하지 않는 것을 의미한다. 그리고 참여자란 시민패널, 조정위원회, 퍼실리테이터, 서기, 실무진을 의미한다.

- 시민패널의 독립성 : 선정된 시민패널 13명은 온라인 광고를 접했거나

지인들⁷의 소개로 신청하였다고 한다. 최종 시민패널은 조정위원회에서 선정하였는데, 정당 실무자이거나 시민사회단체 활동가, 인권이나 보건 의료 전문가는 제외하였다.

- 조정위원회의 독립성 : 앞서 소개하였듯, 조정위원회를 위촉할 때 전문 분야와 관점 측면에서 최대한 포괄적인 구성을 하고자 노력하였다. 따라서 개별 위원의 소속과 전문성에 따라 이해관계가 존재할 수 있겠지만, 조정위원회라는 자문 및 의사결정기구에서는 토론과 숙의를 통해 개별 이해관계가 배제되었다.
- 퍼실리테이터의 독립성 : 퍼실리테이터의 역할은 최대한 토론에 개입하지 않고 시민들이 자발적으로 소통할 수 있도록 조력하며 토론의 방향이 큰 흐름에서 벗어나는 경우 알려주는 역할이었다. 따라서 이해관계나 실무진의 영향력이 반영될 가능성은 배제되었다. 이들의 독립성은 공정성 항목에서의 평가 결과와 일맥상통한다.
- 서기의 독립성 : 서기의 역할은 토론에 전혀 개입하지 않고 제3자로서 서기나 속기를 수행하는 역할이었다. 따라서 이해관계나 실무진의 영향력이 반영될 가능성은 배제되었다.
- 실무진의 독립성 : 재정 지원 단체인 서울연구원, 개별 실무자가 소속된 단체들로부터 실무진에 대한 영향력은 행사되지 않았다. 한편 실무진은 기획안 및 자료 준비, 연락, 섭외 등 실무를 수행하였고 조정위원회에서 주요한 의사결정을 하였기에 실무진이 다른 참여자나 토론 과정에 영향을 미칠 가능성은 배제되었다.

213 영향력

영향력 항목에서는 공론화와 연대, 정책연계 측면에서 질적 평가를 수행하였다.

⁷ 이들 지인 가운데 실무진이 직접 아는 사람은 없었다.

1)

공론화와 연대

공론화와 연대에는 3가지 접근이 존재하였다. 3가지 접근은 건강권 서울시민회의에 대한 사전 홍보와 소개, 사후 결과 공개 및 언론 기고, 쪽방주민과의 간담회이다. 앞서 IV장에서 진행경과가 소개되었듯이 가능한 수단으로 최대한 노력하였지만 사회적 공론화와 연대에는 한계가 있었다. 그럼에도 시민패널과 쪽방주민의 간담회를 통해 연대의 자리가 마련된 것은 의미가 있다고 할 수 있다.

2)

정책연계

사후 정책연계를 위해 복지부 장관과 서울시장에게 건강권 서울시민회의의 최종 결과물을 전달하는 공개서한을 보냈다. 복지부에서는 응답이 없었고 서울시에서는 박원순 시장의 지시로 연락이 왔다. 그리하여 2014년 1월 17일 시민패널과 서울시 관계 공무원이 만나는 간담회가 열렸다. 이 자리에서 시민패널은 최종 결과물과 정책 아이디어를 전달하고 서울시 관계 공무원들은 이를 시정에 반영하도록 노력하겠다는 의지를 보였다. 시민패널은 서울시의 시정 반영 노력에 대해 모니터링하고 서울시 관계 공무원은 추후에 시정 반영 결과를 공지하겠다고 약속했다.

214

숙의

숙의 항목에서는 지식, 견해 등의 변화 측면에서 양적 평가를 수행하였다. 이는 건강권 서울시민회의의 마지막 날 시민패널 13명이 동의하여 자기입식으로 설문 조사한 자료를 활용하였다.

- 문항7. 건강권에 관한 지식과 통찰력이 증가하였다.
- 문항8. 빈곤과 건강에 관한 지식과 통찰력이 증가하였다.
- 문항9. 건강권의 보호·증진 정책에 관한 견해가 바뀌었다.
- 문항10. 빈곤과 건강 관련 정책에 관한 견해가 바뀌었다.
- 문항11. 건강권 영역에 시민이 참여하는 문제에 대한 생각을 바꾸게 되

었다.

- 문항12. 건강권 관련 문제에 대한 나의 태도가 적극적으로 바뀌었으며, 할 수 있는 역할을 찾아 활동하겠다(시민단체 활동 참여 등)는 생각을 하게 되었다.
- 문항13. 시민회의 이전과 비교해서 시민회의 이후에 건강권에 관한 귀하의 견해가 바뀌었다면, 바뀐 시기는 언제입니까?(여러 번 바뀐 경우 복수로 표기해 주십시오.)

다음 표 6-3에서 알 수 있듯이 건강권 서울시민회의를 통해 시민패널의 지식, 견해, 태도가 변화하였음을 알 수 있다. 그러한 변화의 내용은 최종 선언문에서 확인할 수 있다. 결국 건강권 서울시민회의를 통한 숙의 과정이 이루어졌음을 보여 준다.

표 6-3 2013 건강권 서울시민회의를 통한 시민패널의 지식, 견해 등의 변화

(시민패널 총 13명)

	전혀 그렇지 않다	대체로 그렇지 않다	모르겠다	대체로 그렇다	전적으로 그렇다
문항7	0%	0%	0%	69%	31%
문항8	0%	0%	8%	69%	23%
문항9	0%	15%	8%	69%	8%
문항10	0%	15%	15%	62%	8%
문항11	0%	8%	15%	62%	15%
문항12	0%	0%	8%	62%	31%

건강권에 대한 견해가 바뀐 시기는 복수 응답 항목으로 다음 표 6-4와 같이 나타났다. 견해가 변화한 12명의 시민패널들은 쪽방촌 방문과 쪽방주민과의 대화가 가장 큰 영향을 미친 것으로 평가했고 본회의 때 강의와 질의응답, 시민패널 간의 토론이 그 다음 순서로 나타났다.

표 6-4 건강권에 대한 견해가 변화된 시기(복수응답 문항)

(시민패널 총 13명)

	1차 예비모임	2차 예비모임	본회의의 강의, 질의응답	본회의의 시민패널 토론	견해가 바뀌지 않았다.
문항13	1	8	5	4	1

2.2 과정 측면

건강권 서울시민회의를 평가하기 위해 과정 측면에서 의사소통구조, 자원 접근성, 임무 명확성, 공정성을 검토하였다.

2.2.1 의사소통구조

의사소통구조 항목에서는 시민패널의 말할 기회, 경청 정도, 토론 장악 참여자 존재 여부, 토론 기여 여부, 결과물에 견해 반영 여부 측면에서 양적 평가를 수행하였다. 이는 건강권 서울시민회의의 종료 이후 전화 혹은 면대면 인터뷰에 응한 시민패널 9명의 인터뷰 자료를 분석한 결과이다.

1) 말할 기회

- 인터뷰 질문 : 귀하에게 말할 기회가 주어졌습니까?
9명의 시민패널 모두 ‘예’라고 응답하였고, 정도를 묻는 추가 질의에서 ‘충분히 주어졌다’는 4명, ‘많이 주어졌다’는 2명, ‘적당히 주어졌다’는 3명이 응답하였다.

2) 경청 정도

- 인터뷰 질문 : 참여자들이 귀하의 견해와 관심을 잘 경청해주었다고 생각하십니까?
9명의 시민패널 모두 ‘예’라고 응답하였고, 정도를 묻는 추가 질의에서 ‘잘 경청해주었다’는 6명, ‘대체로 경청해주었다’는 1명, ‘그럭저럭 경청

해주었다’는 1명이 응답하였다.

3) 토론 장악 참여자 존재 여부

- 인터뷰 질문 : 토론을 장악했던 참여자가 있었습니까?

2명의 시민패널은 ‘예’라고 응답하였다. 그 중 1명은 전체 토론과 조별 토론에 1~2명 있었다고 했고 나머지 1명은 초반에는 그랬으나 회의가 진행되면서 서로 자발적으로 하게 되었다고 했다. 7명의 시민패널은 ‘아니오’라고 응답하였다. 그 중 4명은 장악이 아닌 주도적이거나 적극적인 분은 존재하였다고 했고 나머지 2명은 모든 시민패널이 함께 하였다고 응답했다.

4) 토론 기여 여부

- 인터뷰 질문 : 모든 참여자가 토론에 기여했다고 생각하십니까?

8명의 시민패널은 ‘예’라고 응답했다. 나머지 1명의 시민패널은 전체 토론에서 거의 말씀 안 하신 분이 한두 분 계셨다고 응답했다. 하지만 다른 시민패널 중 전체 토론에서 얘기를 안 했어도 조별 토론에서 한 얘기가 전체 토론에서 얘기되었기 때문에 기여한 것이라고 평가한 분도 있었다.

5) 결과물에 견해 반영 여부

- 인터뷰 질문 : 귀하의 견해와 관심이 최종 결과물에 반영되었다고 보십니까?

8명의 시민패널은 ‘예’라고 응답했다. 나머지 1명의 시민패널은 40% 정도 반영되었고 그 이유는 최종 선언문의 분량이 많고 어렵게 썼기 때문이라고 했다.

2.2.2 자원 접근성

자원 접근성 항목에서는 자원 접근성 측면에서 질적 평가를 수행하였다.

1)

자원 접근성

건강권 서울시민회의에서 중요한 자원은 정보였다. 정보에 대한 접근성은 2가지로 분류된다. 자료집에 수록해야 하지만 접근하기 어려운 자료에 대한 접근성과 강의를 해줄 전문가에 대한 접근성이었다. 일부 자료를 제외하고는 두 가지 모두 조정위원회에서 접근할 수 있도록 보장해주었다.

2 2 3

임무 명확성

임무 명확성 항목에서는 과제의 명확성과 참여자 역할의 명확성 측면에서 질적 평가를 수행하였다.

과제의 명확성의 경우, IV장에서 소개하였듯이 첫 모임인 1차 시민패널 예비모임에서 참여한 시민패널은 주어진 과제의 불명확성에 대해 문제제기하였다. 따라서 사후 시민패널 9명에 대한 전화 혹은 면대면 인터뷰에서 관련 내용을 질문하였다.

참여자 역할의 명확성의 경우, 시민패널의 역할은 과제와 일치하므로 제외하고 조정위원회, 퍼실리테이터, 서기, 실무진의 역할을 검토하였다. 관련 평가 자료는 부족하지만 II장의 내용을 참고하고 관찰한 내용을 기술하였다.

1)

과제의 명확성

- 인터뷰 질문 : 귀하가 주제를 명확히 하는 데 어떤 정보가 도움이 되었습니까?

이 질문과 관련하여 2명의 시민패널은 처음부터 주제를 명확하게 이해하고 있었다고 응답했다. 나머지 7명의 시민패널은 처음에 주제가 명확하지 않았지만 쪽방촌 방문, 전문가 강의, 시민패널 토론, 자료집을 통해 주제를 명확하게 할 수 있었다고 했다.

2) 참여자 역할의 명확성

II장에서 기술한 참여자들의 역할은 덴마크기술위원회(The Danish Board of Technology)의 누리집, 2004년 전력정책 미래에 대한 시민 합의회의 관련 문헌, 김두환(2000)의 석사학위논문 등 합의회의의 관련 기존 자료를 종합하여 매뉴얼로 만들었다. 이 매뉴얼은 참여자들과의 사전 모임이나 만남, 전자우편을 통해 공유하였고 참여자들은 이를 숙지하고 충실히 이행하였다.

2 2 4 공정성

공정성 항목에서는 공정성 측면에서 양적 평가를 수행하였고 충분한 정보 제공, 퍼실리테이터의 역할, 전문가패널 구성 측면에서 질적 평가를 수행하였다. 여기에서 양적 평가는 건강권 서울시민회의의 마지막 날 시민패널 13명의 자기기입식 설문 조사 결과이다. 질적 평가는 사후 시민패널 9명에 대한 인터뷰와 사후 퍼실리테이터와 서기의 평가 모임 결과를 활용하였다.

1) 공정성

- 문항1. 건강권 서울시민회의는 한쪽 의견으로 치우침 없이 공정하게 진행되었다.

표 6-5 2013 건강권 서울시민회의의 공정성

(시민패널 총 13명)

	전혀 그렇지 않다	대체로 그렇지 않다	보통이다	대체로 그렇다	전적으로 그렇다
문항1	0%	15%	8%	54%	23%

상기 표에서 알 수 있듯이 시민패널의 77%가 건강권 서울시민회의를 공정하다고 평가하였다.

2) **충분한 정보 제공**

- 인터뷰 질문 : 귀하는 이번 회의 주제와 관련하여 충분한 정보를 제공받았습니까?

5명의 시민패널은 ‘예’라고 응답했다. 이들 가운데 1명은 4일치고는 충분히 제공받았다고 했다. 다른 3명은 ‘충분히는 아니지만 많이’, ‘충분히는 아니지만 어느 정도’, ‘보통’이라고 각각 응답했고, 마지막 1명은 ‘글쎄요’라고 응답했는데 그 이유로 인권과 건강권의 연계가 부족한 것 같다고 했다.

3) **퍼실리테이터의 역할**

- 인터뷰 질문 : 함께 하신 퍼실리테이터에 대해 얘기해 주시길 바랍니다. 9명의 시민패널 모두 퍼실리테이터가 최대한 개입을 안 하고 시민패널끼리 토론하도록 해주었고 방향을 못 잡거나 어색할 때 도움을 주었다고 했다. 하지만 이에 대한 평가는 상반되었는데 6명은 이러한 퍼실리테이터의 역할을 긍정적으로 평가했고 다른 3명은 비판적으로 평가하였다. 비판적인 시민패널들은 퍼실리테이터가 좀 더 개입하고 구조화된 진행이 필요했다고 평가했다. 불편부당해야 하는 공정성 측면에서는 이러한 퍼실리테이터의 역할이 긍정적이었다고 평가할 수 있다.

4) **전문가패널**

전문가패널과 관련하여 직접적인 설문조사 문항이나 인터뷰 질문은 없었지만, 사후 서기들의 평가 모임에서 다음과 같은 비판과 반론이 나왔다. “만약 개인 책임을 강조하는 강사가 있었다면 결과가 다르게 나타날 수 있었을 텐데 그런 부분에 대한 정보 제공이 안 된 것 같다.”

“인권 자체가 편향적일 수밖에 없다. 그리고 제공된 정보가 갖는 계몽성은 있겠지만 시민패널들이 일방적으로 수용한 것이 아니라 스스로가 판단행위를 했다고 본다.”

이런 측면에서 실무진은 전문가패널 선정 시에 편향되지 않은 정보 제공

을 위해 개인 책임을 강조하거나 잔여주의적 접근법을 갖는 전문가도 선택해야 한다는 의견을 제시하였다. 하지만 조정위원회에서는 그런 관점까지 두루 설명해 줄 수 있는 분들로 전문가패널을 추천하고 최종 승인을 하였다.

3

소결

건강권 서울시민회의에 대한 평가를 수행한 결과, 결과의 수용성 측면에서 대표성과 영향력, 과정 측면에서 임무 명확성(특히, 과제의 명확성)에 한계가 있었지만 나머지 대부분은 긍정적인 평가 결과를 보였다. 더욱 상세한 평가 결과는 다음 표에 정리하였다.

표 6-6 2013 건강권 서울시민회의에 대한 평가 결과

평가 결과	
〈결과의 수용성 측면〉	
대표성	시민패널의 경우, 사회인구학적 분포 측면에서 한계가 존재하였으나 주제 관련 견해의 분포는 일반 대중과 유사 조정위원회의 경우, 최대한 포괄적인 구성 노력
독립성	이해관계와 타 조직으로부터의 지배 측면에서 시민패널, 조정위원회, 퍼실리테이터, 서기, 실무진의 독립성 확보
영향력	공론화와 연대의 경우, 언론 측면에서 한계가 존재하였지만 쪽방주민과의 연대 자리가 마련됨 정책연계의 경우 복지부는 무심했지만 서울시는 적극적으로 연락이 와서 간담회가 성사됨
숙의	건강권, 건강과 빈곤에 대한 지식, 견해, 태도가 변화했음
〈과정 측면〉	
의사소통구조	시민패널의 말할 기회, 경청 분위기, 토론 장악 참여자 존재 여부, 토론 기여 여부, 결과물에 견해 반영 여부를 종합하면 대체로 민주적이었음
자원 접근성	조정위원회가 중요한 역할을 수행하여 필요한 자원에 대한 접근성은 높은 편이었음
임무 명확성	과제의 명확성은 초기에 한계가 있었으나 회의 일정이 진행되면서 점차 명확해졌다고 함 참여자의 역할은 명확하게 규정되었고 공유되었음
공정성	전문가패널 구성에 일부 한계가 있었으나, 공정성, 충분한 정보 제공, 퍼실리테이터의 역할은 긍정적인 편

앞서 지면을 할애하여 기술하지 않았지만 속의 환경 조성과 관련하여 실무진 진행한 입장에서 추가로 언급할 사항이 있다. 실무진의 주요 역할은 속의 환경 조성, 즉 불편부당하고 충분한 정보 제공과 원활하고 풍부한 의사소통이 될 수 있는 환경을 만들어 주는 것이었다. 이번 진행 경험을 통해 도움이 된다고 판단한 몇 가지 사항을 소개하고자 한다. 첫째, 빔프로젝트, 화이트스크린, 노트북, 프린터, 전지, 메모지, 필기구, 마이크와 같은 기술적(technical) 준비가 중요하다. 특히 전체 토론의 경우 참여자가 많기에 음향 설비, 대자보, 실시간으로 다 같이 볼 수 있는 서기 작업 장치, 화이트스크린의 한계를 보완하기 위해 더 많은 토론 내용을 정리·편집하고 그 즉시 출력할 수 있는 체계가 필요하다. 둘째, 개인적 시간, 조별 토론, 전체 토론을 적절히 배열하여 모든 이가 소통에 참여할 수 있는 기회 구조를 만드는 것이 중요하다. 셋째 조별 편성에서 참여자의 관점이나 경험을 적절히 고려하여 다양한 구성원들이 한 조가 될 수 있도록 배려하는 것이 필요하다. 넷째 퍼실리테이터의 경우 사전 워크숍이나 모임을 통한 역할 숙지와 더불어 해당일에 공식적인 대본을 미리 배포하여 공유하는 것이 중요하다. 이는 보통 세부 일정과 함께 작성하기 때문에, 이렇게 작성한 대본을 서기, 실무자, 도우미 등 행사 진행 인력과 공유하는 것은 일관되고 조직적인 진행을 위해 유용하다. 마지막으로 이번 서울시민회의의 관계자 간 소통과 실무진 내부의 소통 구조, 즉 건강권 서울시민회의의 관계자의 거버넌스를 잘 구축하는 것이 중요하다. 향후 이러한 시민참여 방법을 수행할 경우 상기 내용이 도움이 되었으면 하는 바람이다.

VII 결론과 제언

- 1 결론
- 2 제언

VII 결론과 제언

한국 사회에서 건강권이 수사(rhetoric) 이상의 역할을 할 수 있도록 2012년 서울시 동자동 건강권 실태조사를 수행하였고, 후속 연구로 2013년 건강권에 관한 서울시민회의를 진행하였다. 이는 일반 시민이 참여하는 속의 민주주의적 방식을 이용하여 2012년 연구 결과인 쪽방주민의 건강권 실태를 평가하고 권고안을 마련하는 것이었다. 즉, 사법부나 국가인권위원회와 같은 전문기관이 아닌 일반 시민들이 건강권 침해 여부를 심사하는 실험적 활동이었다.

2013 건강권 서울시민회의의 목적은 3가지이다. 첫째, 비전문가 일반 시민이 참여하여 건강권에 대해 심사숙고하고 그를 바탕으로 현재 서울시 쪽방주민의 건강권 현황에 대한 평가와 권고안을 담은 시민패널 선언문을 만든다. 둘째, 건강권의 평가와 권고안 마련에 일반 시민이 참여하는 속의 민주주의적 시민참여 제도의 가능성 및 한계를 검토한다. 셋째 사회적 공론화와 연대, 정책 연계를 통해 서울시 쪽방주민의 건강권 실현에 기여한다.

이 장에서는 3가지 연구 목적을 중심으로 결론을 내리고 제언으로 마무리하고자 한다.

1 결론

1 1 시민패널의 최종 선언문

2013 건강권 서울시민회의에 참여한 총 13명의 시민패널은 2013년 11월 30일부터 12월 14일까지 3주간에 걸쳐 2차례의 예비모임과 이틀간의 본회의에 참석하였고 마지막 날 최종 선언문을 작성하고 발표하였다. 이는 첫 번째 연구 목적을 달성했다고 평가할 수 있다.

4차례의 일정 동안 시민패널이 소화한 일정을 살펴보자. 지식과 정보 제공 측면에서 기초 강의 2회, 전문가 발표 2회, 심층 강의 3회, 3시간에 걸친 전체 질의응답 일정이 있었고, 소통과 공감 측면에서 30분가량의 쪽방촌 방문과 1시간가량의 쪽방주민과의 대화 일정이 있었으며, 토론 측면에서 각기 조별 토론 2회(조 편성은 상이함), 전체 토론 2회, 개인 선언문 발표 1회, 조별 선언문 발표 1회, 2시간 남짓의 최종 선언문 작성 1회, 개인 시간 측면에서 개인 선언문 작성 일정이 1회 있었다.

길게도 혹은 짧게도 평가될 수 있는 이들 일정 동안 시민패널은 건강권의 내용과 쪽방주민의 실태에 대해 학습, 토론, 성찰하면서 건강권과 쪽방주민에 대한 관점과 판단을 변화시키고 다듬어 나갔다고 볼 수 있다. 이러한 숙의 과정의 흔적들은 시민패널의 초기 메모, 1차 시민패널 예비모임의 조별 토론과 전체 토론 내용, 2차 시민패널 예비모임의 쪽방주민과의 대화 정리 내용, 개인 선언문, 조별 선언문, 최종 선언문으로 확인할 수 있다.

숙의 과정의 결과로 도출된 시민패널의 최종 선언문은 이전에 작성된 개인 선언문과 조별 선언문을 바탕으로 전체 시민패널이 직접 토론을 진행하고 글자 하나까지 논쟁하고 합의해서 작성한 것이다.

최종 선언문은 전문, 건강권 선언, 권고안으로 구성되었다. 전문에는 건강의 개념과 가치, 건강권에 대한 해석을 담았고, 건강권 선언 부분에는 건강권의 목록을 담았으며, 권고안 부분에는 서울시 쪽방주민의 건강권 현황 평가와 그 근거, 권고 내용을 담았다. 이는 첫 모임에서 강력하게 비판 받았던 시민패널 과제의 불명확성에 대한 우려가 말끔히 해소되었고 주어진 시민패널 과제(건강권 내용 선언 - 쪽방주민의 건강권 현황 평가 - 쪽방주민의 건강권을 위한 권고안) 그대로 완수되었음을 보여준다.

최종 선언문의 내용을 검토해보자. 최종 선언문의 전문은 모든 이의 보편 인권과 국가/사회의 의무를 천명하는 것으로 시작한다. 이어 건강의 개념과 가치를 기술한다. 건강의 개념은 신체적, 정신적, 사회관계적 건

강을 포괄하는 개념임을 명시하고, 건강은 인권 행사를 위한 필수요소로서 가치가 있음을 기술하고 있다. 이어 건강권에 대한 해석을 밝히고 있는데 인간의 존엄성, 자기 결정권, 생존기반의 보장, 비차별을 누릴 권리로 해석하고 있다.

최종 선언문의 두 번째 건강권 선언 부분에는 건강권의 목록이 담겨 있다. 평등과 존엄성, 주거에 대한 권리, 균형 잡힌 영양에 대한 권리, 적시의 적절한 의료에 대한 권리, 공동체 소속과 소통에의 권리가 선언되었다.

최종 선언문의 세 번째 권고안 부분에는 서울시 쪽방주민이 건강권을 보장받지 못하고 있다는 평가를 내리고 그 근거로 최소한의 생존만 가능하게 만들며 자활의지 회복에 도움 되지 못하는 시혜적 기초생활보장제도를 꼽았다. 이어 서울시 쪽방주민의 건강권을 개선하기 위해 중앙 정부와 지방 정부(서울시)에게 권고안을 표명하였다. 권고 내용은 앞서 제시한 건강권의 목록을 바탕으로 작성되었고, 불필요한 공권력의 사생활 침해 금지, 시급한 주거환경 개선, 건강 및 영양 실태조사를 통한 적절한 서비스 제공, 의료서비스 개선 위한 인적·물적 자원 확보, 의료재원 확충 통한 의료제도 개선, 기초생활보장제도의 현실화, 쪽방주민 대상 질적·양적 사회조사 정기적 시행, 쪽방주민의 자치공간 확보, 쪽방주민의 사회구성원으로서의 지위 회복 도움이 포함되었다.

한편, 최종 선언문에 담겨 있는 건강권에 대한 해석과 건강권의 목록은 실제적인 수치를 보여주진 않지만 건강권의 기준(benchmark)으로 중요한 지침이 될 수 있을 것이다. 건강 관련 사회문제를 진단하고 해결하기 위해 자원 배분, 우선순위, 정책 대안, 정책 실행, 정책 평가에 건강권 접근법으로서 시민패널의 건강권에 대한 해석과 건강권 목록을 활용할 수 있을 것이다.

지금까지 최종 선언문의 내용을 건강권의 개념 틀로서 검토하였는데, 추가로 건강권 침해 규명과 관련하여 I 장에서 제시한 건강권에 관한 국가의 의무 개념으로서 검토할 필요가 있다. 앞서 기술하였듯이 건강권에

관한 국가의 의무는 존중의 의무, 보호의 의무, 실현의 의무로 구성된다. 시민패널의 최종 선언문의 경우 3가지 의무 가운데 주로 존중의 의무와 실현의 의무에 해당하는 내용들이 담겨 있다. 예로, 쪽방주민의 건강권 침해의 근거로 국가의 존중 의무 위반(최소한의 생존만 가능하게 하는 시혜적 기초생활보장제도는 국가의 인권 침해로 해석 가능)을 들고 있으며, 권고 내용으로 존중의 의무(불필요한 공권력의 사생활 침해 금지, 기초생활보장제도 현실화, 부양의무자 폐지 등), 실현의 의무(의료서비스 개선을 위한 인적·물적 자원 확보, 의료재원 확충을 통한 의료제도 개선, 쪽방주민의 자치공간 확보 등)를 촉구하고 있다. 시민패널은 숙의 과정에서 쪽방 지역의 주거 임대 문제를 얘기하면서 쪽방 건물 소유자에 대한 규제 등의 내용을 논의한 바 있다. 이것은 재산권과 충돌하고 실효성보다 부작용이 클 가능성에 대한 반론으로 인해 최종 선언문에는 담겨 있지 않지만, 건강권에 대한 국가의 보호 의무란 개념을 고려한다면 더욱 생산적인 논의로 이어질 수 있었을 것으로 본다.

건강권 심사에 있어 숙의적 시민참여제도의 가능성과 한계

두 번째 연구 목적은 건강권 현황에 대한 평가와 권고안 마련이라는 건강권 심사에 일반 시민이 참여하는 숙의적 방법의 가능성과 한계를 검토하는 것이다. 첫 번째 연구 목적의 달성은 건강권 심사에 숙의적 시민참여제도를 도입하는 것이 가능하다는 것을 보여준다.

물론, 최종 선언문을 작성했다고 해서 진정한 숙의가 일어났음을 보여주는 것은 아니다. 하지만 앞 절에서 언급하였듯이 이번 서울시민회의의 경우 4차례 일정을 거치면서 초기 메모, 초판 토론 정리 내용, 개인 선언문, 조별 선언문, 최종 선언문에 변화의 과정을 확인할 수 있었다. VI장에서 서술하였듯이 시민패널 설문조사 결과 총 13명의 시민패널 가운데 12명의 시민패널이 건강권에 관한 견해가 바뀐 것으로 나타났다.

한편, 견해가 변화했다는 것만으로 진정한 숙의라고 볼 수는 없다. 하지만 이번 서울시민회의의 경우 견해가 변화한 시기로 쪽방촌 방문과 쪽방주민과의 대화가 가장 큰 영향을 미친 것으로 평가했고 본회의 때 강의와 질의응답, 시민패널 간의 토론을 꼽았다. 이는 일방적인 계몽의 기획이 아니라, 현장 방문과 당사자와의 소통, 지식과 정보, 토론을 통해 시민패널의 판단과 견해를 다듬어 나가는 숙의의 과정이 진행되었음을 보여준다.

또한 숙의의 내용 측면에서도 초기 메모에서 최종 선언문에 이르는 과정에 걸쳐 사회 구조적 요인과 인권 개념이 강조되는 것을 확인할 수 있었다. 특히 인권 개념의 강조와 관련하여, 초기 시민패널들이 불합리하다고 느낀 것(시민패널에 쪽방주민이 포함되지 않은 사항, 쪽방촌 방문과 쪽방주민과의 대화 시 인권 침해 우려)을 인권이라는 개념적 도구를 갖게 되면서 최종 선언문에 권리 용어로 담아낸 것은 중요한 부분이다.

이로써 건강권 심사에 숙의적 시민참여방법을 도입하는 것이 가능함을 확인하였다. 하지만 건강권 심사에 숙의적 시민참여제도를 도입하는 것의 한계도 지적할 필요가 있다. 우선, 시간, 재정, 인력 등 많은 자원이 요구된다. 이번 건강권 서울시민회의의 연구비는 2004년 ‘전력정책의 미래에 대한 시민합의회의’의 20%에 못 미쳤고 시간이 매우 짧았음에도 성공적으로 마칠 수 있었던 이유는 적극적으로 역할을 수행하고 도움과 지원을 아끼지 않은 관계자들 덕분이었다. 따라서 실제로는 훨씬 많은 규모의 자원이 필요함을 알 수 있다.

다음으로 시민패널 모집의 어려움을 들 수 있다. 물론 시민합의회의가 다른 숙의적 시민참여제도에 비해 시민의 대표성 확보가 어려운 측면이 있지만, 실무진의 경험으로 느끼게 된 어려움을 추가하자면 건강과 빈곤이 사회적으로 중요한 의제가 아니기에 관심 있는 시민을 모집하기가 어려웠고, 여러 수단을 동원했지만 그야말로 ‘일반’ 시민에게 접근하는 것이 쉽지 않았으며, 참여해야 할 일정이 몇 차례 되다 보니 경제활동에 참

가하는 중장년층의 직장인을 모집하기가 어려웠다.

다음으로 숙의적 시민참여의 과정과 결과물이 사회적 공론화, 사회적 연대, 정책 연계 등의 영향력을 미치는 데 한계가 있었다. 이는 이번 서울시민회의의 주제가 사회적 의제가 아닌데다 주어진 과제가 일반인과 언론인에게 생소하여 사회적 공론화와 연대가 어려웠다는 점, 그리고 중앙 정부나 지방 정부, 혹은 공적 주체가 아닌 민간에서 수행하다 보니 그들에게 책무성을 부여하는 정책 연계가 쉽지 않다는 점이다. 이는 세 번째 연구 목적과 바로 직결되는 문제이다.

13

사회적 공론화와 연대, 그리고 정책 연계

앞서 언급하였듯이 세 번째 연구의 목적은 2013 건강권 서울시민회의를 통해 사회적 공론화와 연대, 정책 연계에 영향을 미쳐 서울시 쪽방주민의 건강권 실현에 기여하는 것이었다. 하지만 언론의 관심을 통한 사회적 공론화와 중앙 정부의 정책 연계는 이루어지지 못했다.

그럼에도 사후 활동으로서, 시민패널과 서울시 관계 공무원과의 간담회는 시민패널의 최종 선언문과 여러 정책 아이디어를 전달하고 이를 반영하겠다는 서울시의 입장을 확인할 수 있는 자리였고, 시민패널과 동자동 쪽방주민과의 간담회는 다 같은 시민으로서 서로의 상황을 공감하고 소통할 수 있는 자리였다. 또한 시민패널과 관계자들의 언론 기고와 동영상 제작 및 공개는 사회적 기록을 남기고 조금이나마 알려내려는 사회적 공론화의 노력을 수행하였다.

2

제언

여러 한계에도 불구하고 일반 시민들이 2013 건강권 서울시민회의를 통해 시민패널의 최종 선언문이 만들어졌다. 이번 활동은 결과물과 과정 측면에서 2가지 시사점을 가진다. 첫째, 서울 시민패널의 최종 선언문의

내용은 건강권의 의미와 내용을 한국 사회의 맥락에 맞춰 선언하고 구체화했다고 볼 수 있다. 따라서 공적 주체들이 건강과 보건의료 관련 정책 대안을 만들고 결정, 실행, 평가하는 데 최종 선언문의 내용을 건강권 접근법으로 적용하기를 바란다. 특히, 최종 선언문의 건강권에 대한 해석과 목록은 중요한 기준이 될 수 있다. 이는 시민사회단체와 활동가들에게도 해당한다.

둘째, 이번 서울시민회의는 국민건강보험공단의 국민참여위원회 제도나 기존의 시민합의회의(유전자조작식품의 안전성, 생명복지기술의 윤리성)에 비해 덜 논쟁적이고 더욱 규범적이며 포괄적인 주제를 다루었지만 그것의 실현 가능성을 확인하였다. 따라서 건강과 보건의료 관련 정부와 공공기관에서 숙의적 시민참여제도를 제도화시키되, 국민건강보험공단의 보장성 확대 우선순위처럼 기술적(technical)이고 명확한 주제뿐만 아니라 더욱 포괄적이고 규범적인 범위까지 확장시켜 숙의적 시민참여제도를 제도화시킬 필요가 있다. 제도화의 주제, 방식, 범위와 관련해 추후 연구가 필요하다.

참고문헌

참고문헌

- 경제적·사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약(발효일 1990.7.10)(다자조약, 제1006호, 1990.6.13).
- 국가인권위원회, 2006, “사회적 약자-소수자의 인권보호”, 「국가인권정책기본계획(2007-2011) 권고안」.
- 국가인권위원회 국제인권팀, 2006, “경제문화사회권리위원회 일반논평 14 : 도달 가능한 최고 수준의 건강에 대한 권리(제12조)”, 「유엔 인권조약 감시기구의 일반논평 및 일반권고 1」.
- 국가인권위원회 상임위원회(최경숙, 유남영, 문경란), 2008, 법원 청소용역근로자 인권개선 권고.
- 김두환, 2000, “사회적 학습과정으로서 협력적 계획모형의 적용 : 합의회의를 사례로”, 서울대학교 환경대학원 석사학위논문.
- 김병수, 2006.09, “2004년 ‘원자력 중심 전력정책 합의회의’ : ‘원자력 발전소 신규 건설 중단해야 한다’ 합의, 04_합의회의 국내사례들 - ③ 원자력 중심 전력정책”, 「과학과 기술」.
- 김주경, 2011, “헌법상 건강권의 개념 및 그 내용”, 「헌법판례연구」, 12 : 137-180.
- 김창엽, 2010, “건강과 인권 - 한국적 상황과 적용”, 「건강과 인권 국제 심포지엄 자료집 2010」.
- _____, 2013, 「건강할 권리」, 서울 : 후마니타스.
- 김창엽·손정인·김슬기·김정숙·조승화, 2012, 「동자동 쪽방주민 건강권 실태조사 “동자동 쪽방 김씨는 건강한가?”」.
- 대한민국 헌법(전문개정 1987년 10월 29일 : 헌법 제10호).
- 보건복지가족부, 2007, 「행복한 한국생활 도우미」.
- 보건복지부, 2013, 「2013년 국민기초생활보장사업 안내」.
- _____, 「2013 의료급여사업안내」.
- 샌드라 프레드먼 지음, 조효제 옮김, 2009, 「인권의 대전환」, 서울 : 교양인.
- 세계보건기구 헌장(발효일 1949.8.17.)(다자조약, 제6호, 2008.5.22.).
- 세계인권선언(1948년 12월 10일 유엔총회 제정)(조효제 번역).
- 시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약(발효일 1990.7.10)(다자조약, 제1007호, 1990.6.13).
- 신영전, 2011, “사회권으로서의 건강권 : 지표개발 및 적용가능성을 중심으로”, 「비판사회정책」, 32 : 181-222.
- 윤순진, 2005, “공공참여적 에너지 거버넌스의 모색 : 전력정책에 대한 시민합의회의의 사례에 대한 평가를 바탕으로”, 「한국사회와 행정연구」, 15(4) : 121-153.

이영희, 2009, “기술과 시민 : ‘국가재난질환 대응체계 시민배심원회의’의 사례”, 『경제와 사회』, 82 : 216-39.

일차보건의료에 대한 국제회의, 1978년 9월 6-12일, 「알마아타 선언」(번역문 출처 : 건강과 대안 누리집).

조현석, 2006, “숙의적 시민참여 모델 연구 : 울산시 북구 음식물자원화시설 건립 사례”, 『과학기술학연구』, 6(1) : 1-30.

조효제, 2007, 「인권의 문법」, 후마니타스.

주디스 애셔 지음, 김주연 옮김, 2009, 「NGO를 위한 건강권 매뉴얼」, 국가인권위원회 인권정책과.

주성수, 2004, “시민참여, 자치권능, 심의민주주의 제도 : 정책 갈등 해결방안의 탐색”, 『경제와 사회』, 63 : 124-145.

참여연대 시민과학센터, 2004, 「2004 전력정책의 미래에 대한 시민합의회의의 종합보고서」.

참여연대(시민과학센터 김병수), 2004.10.11., “보도자료 : 시민패널, 원자력 발전소 신규 건설 중단 권고, 현재의 전력정책방향 재고 필요성에도 의견일치 : ‘전력정책의 미래에 대한 시민합의회의’ 시민패널 보고서 발표”.

허선, 2009, “국민기초생활보장법 제정 10년! 바뀐 것과 바뀌지 않은 것”, 『복지동향』, 131 : 8-11.

Abelson, J., P.-G. Forest, J. Eyles, P. Smith, E. Martin, and F.-P. Gauvin, 2003, “Deliberations about deliberative methods : issues in the design and evaluation of public participation processes”, **Social science and medicine**, 57(2).

Asher, J., 2004, **The Right to Health : A Resource Manual for NGOs**.

Commission on Social Determinants of Health, 2008, **Closing the gap in a generation : Health equity through action on the social determinants of health**, WHO.

COMMITTEE ON ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS, 2000, “General Comment No. 14 : The right to the highest attainable standard of health”, Economic and Social Council, UN.

Dahlgren, G., and M. Whitehead, 1991, “Policies and Strategies to Promote Social 9”, **Equity in Health**, Stockholm : Institute for Future Studies.

Daniels, N., 2008, **Just health : meeting health needs fairly**, Cambridge University Press.

De Vos, P., W. De Ceukelaire, G. Malaise, D. Pérez, P. Lefèvre, and P. Van der Stuyft, 2009, “Health through people’s empowerment : a rights-based approach to participation”, **health and human rights**, 23-35.

Greater London Authority, **The London Health Inequalities Strategy**.

Rowe, G., and L. J. Frewer, 2000, “Public participation methods : A framework for

evaluation", *Science, technology and human values*, 25(1) : 3-29.

Ruger, J. P., 2006, "Toward a theory of a right to health : capability and incompletely theorized agreements", *Yale Journal of Law & the Humanities*, vol, 18.

<http://oneclick.law.go.kr/CSM/>

[OvCnpRetrieveP.laf?csmSeq=47&ccfNo=3&cciNo=1&cnpClsNo=2](http://oneclick.law.go.kr/CSM/OvCnpRetrieveP.laf?csmSeq=47&ccfNo=3&cciNo=1&cnpClsNo=2)

국민기초생활보장-찾기 쉬운 생활법령정보

http://rent.lh.or.kr/file/living_welfare.pdf

주거복지사업안내

<http://www.tekno.dk/>

The Danish Board of Technology

부록

- 1 사전 언론 기고 및 홍보
- 2 시민패널 자료집
- 3 ‘건강권에 관한 서울시민회의’의 시민패널을 위한 설문지
- 4 시민패널 인터뷰를 위한 질문지
- 5 퍼실리테이터 및 서기 사후 평가 질문지

부록

부록 1 사전 언론 기고 및 홍보

1) 2013년 11월 7일 프레시안에 실린 글

쪽방주민 건강권, 국민참여재판처럼 풀면 어떨까?

- 건강권, 시민이 참여하는 민주주의가 필요하다

손정인 건강권 서울시민회의 기획단

근래 국민참여재판에 대한 정치적 논쟁이 격렬하다. 보수 언론과 여권은 참여재판의 대상으로 정치적 사건이 적절한지가 논란의 핵심이라며, 여러 가지 이유와 근거를 제시해 비판적인 태도를 보인다. 하지만 이런 입장은 “진영 논리나 지역주의에 편승한 지나친 비판이라는 게 법조계의 대체적인 시각”으로서 크게 설득력은 없어 보인다.

그럼에도 국민참여재판을 비판할 때 제시하는 이유를 검토해볼 필요가 있다. 그 이유는 거칠게 요약하면 “정치적 성향(性向)이나 감성(感性)적 호소”에 휘둘리는 국민(배심원)을 못 믿겠다는 것과 법리적으로 어려운 문제는 전문가의 영역이라는 것이다.

더욱이 국민(배심원)을 못 믿겠다는 이유의 현실적 근거로, 한 사건의 배심원이 지난 대선 때 문재인 후보가 86.25%의 몰표를 받은 전북 지역에서 뽑혔다는 점, 그리고 또 다른 사건은 재판이 피고인 지지자 150여 명이 야유, 환호, 박수를 보내는 재판정에서 열렸다는 점을 제시하였다. 하지만 전자의 경우 이에 대한 반대 근거가 나타나 설득력이 없어졌고 후자의 경우 상식적으로 납득하기 어렵다.

허위 사실 공표나 명예훼손 등의 법리가 어려워 배심제가 부적절하다는

논리도 있다. 이에 대해 서울지역의 한 부장판사는 “명예훼손이나 공직 선거법은 법리가 어렵거나 전문 식견이 필요한 부분이 아니다. 오히려 법관이 일반인의 상식과 관점에 맞춰 판단해야 한다. 이런 사건이야말로 국민참여재판으로 해야 한다”고 말했다.

이렇듯 국민참여재판을 비판하는 측의 이유와 근거는 설득력이 없고 심지어 ‘국민 모독’에 가깝게 느껴진다. 비판하는 측은 결국 배심원의 평결이 마음에 들지 않아 공세를 퍼붓고 있다고밖에 볼 수 없지만, 그럼에도 이들이 주권을 가진 민(民)을 모독하는 주장을 서슴지 않는 이유는 무엇일까? 그것은 국민참여재판의 취지를 ‘재판의 질’ 문제로 제한하는 〈조선일보〉 기사에서 그 실마리를 찾을 수 있다.

“전관(前官)예우, 무전유죄(無錢有罪)·유전무죄(有錢無罪)와 같은 사법 부에 대한 국민 불신을 덜고, 공정한 재판을 하자는 취지로 도입된 국민 참여재판이 흔들리고 있다.”

하지만 국민참여재판은 더욱 근본적인 가치인 민주주의의 문제이다. 서보학 경희대 법학전문대학원 교수의 말처럼 “국민주권주의 실현을 위해 법정에서도 시민이 주인이 되는 시스템”이자, 한 법조인의 말처럼 선출되지 않은 권력인 “법관의 고유 영역이었던 재판에 일반 시민이 참여하는 것은 그 자체가 이른바 권력에 대한 도전”이다. 최근의 비난은 “참여재판의 이런 속성을 눈치챈 권력이 시민 권력을 견제하는 것”으로도 볼 수 있다.

쪽방주민 건강권, 열쇳말은 ‘숙의적 시민 참여 제도’

건강권에 관한 글을 쓰면서, 국민참여재판에 대해 아주 길게 풀어 놓는 이유는 바로 “민주주의”, “권력에 대한 도전”이라는 열쇳말이 건강권의 보장과 발전을 위해 중요하고, 그 열쇳말을 실천하는 데 배심제를 비롯한 숙의적 시민 참여 제도가 필요하기 때문이다.

건강세상네트워크, 동자동사랑방, 사랑방마을공제협동조합, 서울대학교 보건대학원은 지난해 7월부터 11월까지 서울시 동자동 쪽방 지역에서 쪽

방주민 건강권 실태 조사를 수행하였다. 그때의 문제의식은 모호한 건강권 개념을 명확하게 만들고 보건의료 담론에 국한된 건강권의 내용을 확장해 보는 것이었다. 연구 결과, 건강권은 ‘건강할 수 있는 삶의 기회를 실질적으로 누릴 권리’로서, 그 내용은 건강 그 자체, 사회 보장 제도, 사회적 관계와 삶터/일터 환경, 자력화와 정치적 힘으로 확장해야 한다는 결론이 나왔다. 이를 바탕으로 한 쪽방주민 설문 조사 결과, 대부분의 범주에서 한국인 평균보다 열악하게 나타났다. (☞ 관련 기사: 건강 나쁜 건 팔자 탓? 그건 당신의 착각, 쪽방주민 62% “죽고 싶다”…한국인 평균 4배)



▲ 쪽방 ©프레시안(최형락)

2012년 실태 조사 이후 동자동 쪽방 지역에서는 주민이 참여하거나 주체가 되는 활동들이 진행되고 있다. 이는 확장된 건강권 내용과 인권의 결정적 장점인 “사람들이 주체적으로 자기 주장을 하도록 자력화하는 잠재력”이 지역사회 활동에서 구현되고 있어 고무적이다.

그럼에도 우리는 이러한 지역사회 활동에 더해 뭔가가 더 필요하다고 생각하게 되었다. 그것은 건강 및 보건의료에 ‘건강권’이라는 인권적 접근을 하는 이유에 대한 성찰이었다. 건강권 실태 조사와 당사자의 자력화에

더해 동자동 지역을 넘어선 관점과 국가의 명확한 역할과 책임 부여 측면의 활동이 필요하다는 결론에 이르렀다. 이는 결국 국민참여재판의 도입 취지인 “민주주의”, “권력에 대한 도전”과 일맥상통하는 지점이다.

미국 하버드대학교 교수인 법학박사 알리시아 엘리 야민은 1996년 자신의 논문에서 “질병은 인간의 자연에 대한 불완전한 지배의 산물일 뿐 아니라, 특정 사람에 대한 다른 사람의 지배 산물이기도 하다”고 하면서 임파워먼트 측면에서 건강권을 다시 규정하면 권리와 보건의료에 관한 논쟁 대부분이 “건강에 영향을 끼치는 사회 내 권력 관계를 재규정할 책임과 재규정할 가능성을 가정하는 방법”에 대한 논쟁이라고 하였다.

쉽지 않다. 우선 인권도, 건강권도 이해하기 어려운데 이를 민주주의 혹은 권력에 대한 도전과 연결하기란 쉽지 않다. 또한 현실에서는 보건의료에 대한 권리조차 제대로 보장되지 않는 문제가 더 시급하다는 의견도 있다. 충분히 동의한다. 하지만 건강권을 비롯한 전체 인권의 실현을 위해서는 여러 수준과 여러 분야에서 여러 가지 실험과 활동이 수행되어야 한다고 본다. 우리의 사업은 그 가운데 자그마한 하나의 실험적 활동이라 할 수 있다.

시민이 결정하면 정치적으로 휘둘린다? 오해

이를 위해 2012년 실태조사 연구진 4인은 ‘건강권 서울시민회의 기획단’을 만들고 2012년 실태조사 결과를 활용한 후속 사업으로 ‘건강권에 관한 서울시민회의-서울시민, 건강권을 선언하다! 쪽방주민의 삶을 중심으로’를 수행하고 있다. 숙의적 시민 참여 제도를 통해 건강권의 내용과 수준을 토론하고 숙의하는 과정을 수행하고자 한다. 서울시민회의의 결과물로 쪽방주민의 건강권 현황에 대한 평가와 권고안이 도출될 것으로 예상된다. 하지만 여러 가지 우려도 존재한다. 앞서 살펴본 국민참여재판에 대한 비판과 유사한 측면이 있다. 인권과 같은 어려운 문제에 일반 시민의 참여가 적절한지, 시민패널의 대표성을 어떻게 확보할지, 치우치지 않은 정보 제공이 가능할지 등등.

앞서 국민참여재판에 일반인의 상식과 관점이 중요하다고 했듯, 인권에도 일반인의 삶과 경험, 의견이 중요한 토대가 된다. 과학기술과 같은 전문 분야에 시민 참여를 제도화한 덴마크에서는 숙의적 시민 참여 “과정에서 ‘평범한 사람’의 일상과 감정적 의견, 경험에 기초한 견해가 기술 평가에 핵심 역할을 한다”고 본다.

이는 시민패널의 대표성과도 연결되는 지점인데, 덴마크에서 숙의적 시민 참여의 시민패널 요건은 연령, 성별, 고용, 지역 측면의 대표성, 토론 쟁점에 대한 관심과 열린 마음이다. 그리고 “가장 중요한 것은 전체 시민패널이 회의 주제와 관련해 광범위한 경험 기반을 대표하는 것”이라고 되어 있다. 서울시민회의에서 이를 잘 고려하는 것이 중요하다.

마지막으로 치우치지 않은 정보 제공을 위해 서울시민회의 진행에 관한 의사결정기구인 조정위원회를 구성하였다. 서울시 공무원, 쪽방 상담센터 관계자, 국책연구기관 연구원, 민주주의 전문가, 인권 활동가, 빈곤단체 활동가, 쪽방주민 대표로 구성되었다. 이들 조정위원은 정보 제공과 발표자 추천과 관련해 의사 결정을 하고 연구진은 이에 따를 것이다.

앞서 정치적 사건에 국민참여재판을 반대하는 측의 이유로 배심원이 지역 여론(정치적 성향)과 재판 방청객들의 반응(감성적 호소)에 휘둘린다고 하였다. 하지만 이는 숙의 과정을 제대로 이해하지 못한 주장이다. 숙의란 “참여자들이 학습과, 토론, 그리고 성찰을 통해 자신들의 판단, 선호, 관점을 변화시켜나가는 동태적인 과정이다. 특히 이러한 선호의 전환이 강제, 위협, 상징 조작, 기만이 아닌 토론과 논변에 기초한 설득과 상호 학습을 통해 일어난다는 점이 큰 특징이다.”

지금까지 국민참여재판에 관한 정쟁을 검토하면서 건강권에 관한 서울시민회의를 소개하였다. 숙의적 시민 참여 제도를 수행하는 취지 측면에서 민주주의, 권력에 대한 도전은 양쪽의 공통점이다. 이때 중요한 것은 전문가가 아닌 일반 시민의 상식과 인생 경험, 의견, 이해하기 쉽고 균형 잡힌 정보를 제공하는 숙의 환경 조성이다. 따라서 어려운 법리 문제를

들어, 혹은 “온정주의적 국민성”을 들어 국민참여재판을 흔드는 주장에 단호히 반대한다. 오히려 국민참여재판 확대를 통해 민주주의와 시민 사회의 발전을 촉진해야 한다. 이는 곧 건강권을 비롯한 인권의 보장과 발전에도 중요한 역할을 할 것이다.

이번 건강권에 관한 서울시민회의는 민(民)의 지배를 실현하기 위한 자그마한 실험이고 활동임을 기억해 주길 바란다. 그리고 이번 서울시민회의에 관심 있는 일반 시민의 참여를 부탁한다.

2) 2013년 11월 13일 인권오름에 실린 글

시민들이 논하는 건강권

‘건강권 서울시민회의’ 시민패널로 초대합니다!

명숙(인권운동사랑방, 건강권 서울시민회의 조정위원)

옷깃을 여미고, 머리는 모자 밑으로 쑥~독감 주사 맞으러 가는 바쁜 사람들. 예년보다 빨리 다가온 겨울에 혹여나 아플까, 건강을 잃을까 사람들은 모두 나름의 대비를 하고 있다. 돈이 있건 없건 건강은 사람들의 관심사이다. 건강을 잃으면 하고 싶은 것들도 하기 어렵고, 만나고 싶은 사람들도 만나기 힘들어지니까. 그래서 사람들은 최소한의 건강한 삶을 유지하기를 서로서로 기원해준다.

국제인권규약(경제적·사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약)에도 건강에 대한 권리는 인권의 한 목록으로 들어가 있다. 또 건강권에 관한 사회권위원회 일반논평14에서 건강권은 다른 권리를 실현하기 위한 바탕이 되는 권리로 이해하고 있다. 하지만 우리 사회에서 아직 건강권을 인권으로서 접근하는 일은 낯설다. 특히 건강권에 대한 두 가지 오해 속에서 건강권을 어떻게 보장받고 지켜나갈지 갈팡질팡할 때도 많다.

하나의 오해는 건강권을 보건의료나 의료상품에 대한 권리로 협소하게

이해하는 것이다. 건강한 삶은 의료혜택만으로 보장되지 않는다. 정기적인 검진과 진료, 치료 외에도 위생, 영양, 건강한 일터, 차별 없는 사회 분위기 등 건강한 삶의 조건이 보장돼야 가능하다. 건강권을 의료접근권으로 협소하게 이해해서는 안 된다. 물론 그마저도 가난한 사람들은 제대로 이용하지 못하는 한국의 현실이기는 하지만 말이다.

다른 오해는 건강권을 건강할 권리로 오해하는 것이다. 만약 건강권을 그렇게 이해한다면 모든 사람들이 질병이 없는 상태가 되는 것이 건강권의 완전한 실현이고, 그에 따라 사회는 의료기술의 확장에만 온 힘을 기울여야 할 것이다. 그러나 사람마다 유전적 조건과 문화가 다르기에 이는 불가능하다. 또한 이렇게 이해한다면 이미 병을 얻은 상태인 만성질환자나 난치성 환자는 건강권을 보장받을 길이 없어지게 될 것이다. 그래서 국제인권규범에서 건강권이란 모든 사람이 차별 없이 건강한 삶을 살 수 있으려면 그/그녀가 병이 있건 없건 간에 건강한 삶의 유지를 위한 돌봄(의료적 돌봄을 포함한 것으로 right to healthy care)과 건강할 수 있는 조건(right to healthy conditions)에 대한 권리가 보장되어야 한다고 본다. 질병이 있더라도 그에 필요한 적절한 의료와 돌봄, 차별 없는 사회분위기가 있을 때 병이 (더 악화되지 않고) 건강한 삶을 살 수 있다.

건강권의 패러다임을 바꾸는 시도

이렇게 낯선 ‘건강권’을 서울시민들이 논하는 자리가 준비되고 있다. 바로 <건강권에 관한 서울시민회의 - 서울시민, 건강권을 선언하다! 쪽방주민의 삶을 중심으로>(약칭 건강권 서울시민회의)이다. 제목에도 나와 있듯이 서울시민 전체의 건강권에 대한 진단과 권고를 하는 것이 아니라 쪽방주민의 삶으로 한정되어 있다. 범위가 한정되어 있으니 더 낯지 않겠냐고 생각할 수도 있지만 그렇지 않다. 왜냐하면 쪽방촌을 경험하거나 알지 못하는 사람들이 어떻게 쪽방주민의 건강권을 논할 것인가 하는 문제가 있기 때문이다. 물론 충분한 쪽방주민들의 건강 및 생활 상태와

인권기준 등에 대한 정보 제공을 하겠지만 쉬운 일은 아니다. 흑여 쪽방 주민을 대상화하지는 않을까 우려될 수도 있다.

하지만 이러한 우려에도 불구하고 ‘건강권 서울시민회의’는 건강권을 삶의 영역으로, 인권의 영역으로 한발 가깝게 하는 일이기에 필자도 조정위원으로 참여하게 되었다. 인권은 모든 사람들의 권리이자 의무이다. ‘건강권 서울시민회의’는 국제인권체계가 기본적으로 설정하고 있는 인권에 대한 청구권적 모델에서 한발 나아가는 시도이다. 다시 말해 인권 보장의 의무주체인 국가에게 권리주체인 시민들이 인권보장을 청구하는 방식에서, 사회구성원이 인권 보호 의무를 행사하기 위해 직접적인 당사자가 아니더라도 함께 건강권에 대해 논의하고 필요한 권고를 하는 과정을 거치면서 시민들이 건강권 실현의 의무주체로 서게 되기 때문이다(건강한 삶에 필수적이지도 않음의 다른 말인 ‘관계맺음’이 여기서부터 시작되지는 않을까하는 선부른 기대도 해본다).

나아가 국제인권규범에서 강조하는 인권 관련 정부정책 결정 과정에서 당사자들을 포함한 개인 및 집단의 참여를 실현하는 모델이기도 하다. 자유권이든 사회권이든 국제인권규범에서는 권리와 관련된 정책을 결정할 때는 정책에 영향을 받는 사회구성원의 참여를 보장할 것을 강조하고 있지만 그러한 과정이 수행되고 있는 영역은 매우 협소하다. 그나마 대규모 국책사업에서 해당 주민의 의견을 청취하는 과정을 거치도록 하고 있지만 밀양 송전탑 건설이나 제주 강정해군기지 건설 과정에서 보듯이 형식적이다. 그래서 ‘건강권 서울시민회의’가 논의한 내용을 지방정부인 서울시에 권고하는 형태를 띤 이번 시도가 잘 되었으면 한다. 물론 당사자인 쪽방주민의 참여를 이후 정책결정과정 모델에서 어떤 방식으로 남길까 하는 점은 아직 과제이다.

당신의 참여를 기대하며

그 외에도 기대되는 것은 건강권에 대한 전문가주의를 넘어서는 또 한

번의 시도가 될 것이라는 점이다. 물론 이러한 시도는 여러 번 있었다. 2008년 환자단체들이 모여 ‘환자권리선언’을 작성하였고, 작년 대선 때는 시민들이 ‘내가 만드는 건강공약’을 만들기도 했다. 이번에도 의사나 학자, 정책전문가들이 아닌, 다양한 사회구성원들이 쪽방촌 주민들의 건강을 심의한다는 점에서 중요하다. 제도화된 건강관리체계에서 전문가들에게 독점되거나 의료산업에서 상품으로만 접할 수 있었던 ‘건강’을 시민들이 논의하면서 어떻게 건강하게 살 수 있는 권리를 보장받을 것인지, 어떻게 스스로의 힘을 키우며 건강권을 실현할 것인지 신선한 아이디어와 의견이 나오리라 기대한다.

그래서 많은 사람들에게 낮은 건강권을 토론하기 위해 시민패널로 사람들이 참여하도록 하는 것과 다양한 나이와 성별, 신분 등의 고른 참여를 이루어내는 것은 ‘건강권 서울시민회의’에서 중요한 부분이다. 그러나 쪽방촌 주민이 아닐 때 시간을 내어 참여하기란 쉬운 일이 아니어서 고민이다.

그래서 필자는 야트막한 기대를 한다. 나의 삶이 타인의 삶과 연결되어 있음을 여러 경험으로 또는 감으로 느낀 수많은 시민들이 자신의 건강권을 지키기 위해, 쪽방촌 주민의 건강권에도 관심을 가질 거라고 말이다. 2011년 한진 중공업 희망버스 때 보여주었던 ‘연결의 힘’처럼 이러한 관심으로 인권은 악조건 속에서도 조금씩 진전했으니까. 또한 빈곤의 심화와 확대 속에서 건강하게 살거나 건강권을 보장받는 일이 얼마나 어려운가를 경험한 많은 사람들이 관심을 가질 수 있다고 믿는다. 폴 헌트 유엔 건강권 특별보고관이 2003년 보고서에서 썼듯이 “건강하지 못한 것은 가난의 원인이자 결과이며, 아픈 사람은 가난에 빠질 가능성이 더 많고, 가난한 사람들은 질병과 장애에 취약”하기에 쪽방촌 주민의 삶에 관심을 가질 수 있다. 누구나 병원 갈 때마다 줄어드는 통장잔고에 머리를 쥐어짜본 경험이 한번쯤 있을 테니 말이다.

끝으로 긴 글을 읽어준 분들께 고마워하면서도 부탁을 드린다. 주변에

‘건강권 서울시민회의’의 시민패널의 의미와 참여를 널리 알려주시기를 바란다. ‘우리’와 ‘인권’에 생명력을 넣어주는 것은 관심과 참여이다. ‘건강권 서울시민회의’에 참여하는 일은 ‘우리’를 확장하고, ‘인권’을 채워가는 일이기에 함께 한다면 유익하고 즐거운 일이 될 것이라고, 말을 보태주었으면 한다.

3) 2013년 11월 18일 경향신문에 실린 글

건강, 인권, 그리고 떠들썩한 민주주의

최영철(건강권에 관한 서울시민회의 조정위원)

서울역 주변 빌딩 숲 뒤편에 동자동 쪽방촌이 있다. ‘가난한 사람들의 마지막 잠자리’라고 불리는 이곳 쪽방에는 1000명 가까운 주민들이 살고 있다. 주거환경과 주민들의 건강은 예상대로 열악하다. 2012년 동자동 주민 225명이 참여한 조사를 보면 목욕샤워시설이 없는 주민이 41%, 화장실 공동사용이 90%, 공동부엌조차 없는 경우가 77%에 이른다. 난방장치가 없거나 있어도 사용하지 않는 주민들이 40%를 넘는다. 평균 1.76평의 무보증 월세방이 제공하는 편의는 건강한 삶을 위해서는 턱없이 모자란다. 만성질환, 장애, 치아건강, 영양, 흡연, 음주 등 조사항목에 대한 주민들의 답변 결과는 한국 평균치를 한참 밑돈다. 세 명 중 두 명이상이 자신의 건강을 ‘매우 나쁘다’고 생각한다. 더욱 가슴을 무겁게 하는 결과는 지난 1년간 60% 넘는 사람들이 자살을 생각해본 적이 있고 22%는 실제 시도한 적이 있다는 사실이다.

건강과 질병은 개인 소관일 뿐만 아니라 사회의 산물이기도 하다. 소득이 낮은 이들, 비정규직으로 일하는 이들, 장시간 노동하는 이들, 주거환경이 좋지 못한 이들은 건강수준도 낮다. 쪽방주민들의 건강실태는 필시 주민들이 처해 있는 사회 상황에서도 그 원인을 찾아야 한다. 건강은 또한

권리이다. 국제기구와 한국 정부가 이미 오래전에 공인한 기본적 인권이다. 건강이 인권이자 사회적 산물이라면 쪽방주민들의 건강상태는 사회적 요인들로 인해 실현되지 못하고 있는 인권이라고 표현할 수 있다.

그런데 건강이라는 권리는 흔히 전문적인 견해를 바탕으로 결정된 제도와 정책을 집행함으로써 실현되는 것으로 이해된다. 건강에 대해 말하려면 의학지식이나 정책에 대한 이해와 같은 전문성이 필요하다는 생각 때문일 것이다. 이에 따라 어떤 이들(정부, 정치인, 의료기관, 전문가)은 주고, 어떤 이들(지식, 전문성이 없는 이들)은 그저 받을 뿐이다. 이러한 이해는 인권과는 거리가 멀 뿐만 아니라 인권을 침해할 수 있는 사고방식이다. 건강을 타인의 판단에 의탁하거나 그것에 자신의 권리를 넘겨주기 때문이다. 지식과 전문성에서 비롯된 ‘능력’은 무엇을 할 것인지 결정하는 ‘권력’과 동일시될 수 없다. 건강권은 건강할 권리라는 의미를 넘어 자신의 건강을 위해 무엇이 필요하고 어떻게 해야 하는지를 결정할 수 있는 권리를 의미한다. 이것이 욕구 충족을 위한 단순한 복지나 시혜, 자선 등으로부터 인권을 구분하는 경계이다. 또한 이것이 인권을 위해서도 건강을 위해서 민주주의가 중요한 이유이다.

건강권은 무엇인가? 이를 위해서는 무엇을 해야 하나? 누군가 정답을 만들어 건네줄 수 있는 질문이 아니다. 쪽방주민들의 시급한 건강 개선을 위해 당장 실행되어야 할 권리들이 있다. 그리고 한걸음 더 깊이 들어가면 그 과제들이 무엇이고 언제 어떻게 실행해야 할지 결정할 권리가 있다. 두 가지 중 어느 하나도 소홀히 여겨서는 안되는 권리이다. 참여의 권리와 자유로운 주장의 권리는 건강권의 핵심이며 능력과 자격을 이유로 그것을 제한할 수 없다. 오히려 이런 제한조항을 없애야 민주주의가 넓어진다.

쪽방주민들의 건강문제를 계기로 서울의 시민들이 모여 건강권을 말하는 자리가 열린다(‘건강권에 관한 서울시민회의’ 트위터 @humanjs, 페이스북 ‘건강권에 관한 시민회의’). 앞서 말한 건강권의 두 가지 의미로

보자면 시민회의는 건강권이라는 권리를 말하는 자리이자 동시에 이 권리를 실현하는 자리라고 할 수 있다. 민의를 수렴하거나 합의를 도출하는 것은 이 권리의 종착지가 아니다. 때로는 자격과 능력이 없기 때문에, 때로는 기준에 부합하지 않기 때문에 묻히고 배제된 이야기들이 목소리 연기를 기대한다. 이 목소리들이 야기할 소란스러움은 지금 민주주의가 작동 중이라는 증거다. 떠들썩한 민주주의는 기준과 절차에 묶인 엄숙한 민주주의보다 더 인권에 가깝고 더 건강에 가깝다.

4) 2013년 11월 18일 서리풀 논평에 실린 글

‘작은’ 민주주의의 실천

시민건강증진연구소

1. 한국방송공사(KBS)의 한 프로그램에 진행자를 바꾸는 문제를 두고 한바탕 소동이 났다. 외부 사람은 참 이해하기 어렵다. 아무리 그래도, 진행자를 바꾸면서 담당 피디와 상의도 하지 않는 것은 정상이 아니다. 인사권자의 고유한 권리는 도대체 무슨 뜻인가.
2. 비슷한 일이 하도 많아 그러려니 하지만, 며칠 전 검찰의 감찰이라는 것도 이상하긴 마찬가지다. 외부 사람으로 감찰위원회라는 것을 열었다는데, 결정은 ‘마음대로’ 했다고 한다. 위원회는 그저 ‘물어는 봤다’ 식의 정당화 기능에 동원되었을 뿐이다. 언젠가 민주주의 비슷한 세례를 받은 결과인 그 형식은 허물만 남았다.
3. 또 있다. 모두가 그렇게 오래 반대해도 경제 부처의 의료서비스 산업 짝사랑은 끝이 없다. 얼마 전에는 부총리가 주저하지 않고 ‘결단’을 내릴 때라는 표현을 썼다. 이제는 보건복지부까지 나서 돈별이용 원격의료로 추진하겠다고 한다. 보통 사람들의 걱정, 반대, 여론에는 눈도 꿈쩍하지 않는다. ‘나를 따르라’ 식의 발전주의 국가로 회귀하는 것은 아닌지 걱정

스럽다.

겉으로는 이 세 가지가 크게 상관없이 보인다. 영역이나 양상은 제법 다르다. 하지만 어쩌면 같은 흐름을 상징하는 사건들인지도 모른다. 바로 한국의 민주주의가 처한 궁핍한 현실.

요즘 들어 한국 민주주의가 위기라고 말하는 사람이 부쩍 늘었다. 대충 봐도 크게 틀렸다고 부인할 자신이 없다. 한 가지 사건만으로도 설득력이 충분하다. 권력기관이 대놓고 선거에 개입한 것도 그렇지만, 법을 어긴 책임을 따지고 처벌하는, 민주주의의 기본 장치가 제대로 작동하지 않는 것.

공안과 종북 몰이도 보태야 한다. 그래도 30년 가깝게 조금씩 쌓아왔다고 생각했던 가치들은 쓰레기 풀이 되었다. 이념의 자유로운 시장에 맡기자는 소리는 사치라 치자. 이젠 보수의 금과옥조인 ‘법치’의 가치조차 우습게 여기는 것 아닌가 싶다. 전국교직원노동조합을 법외 노조로 만든 희한한 결정이 대표 격이다.

국가를 개인 회사처럼 운영하는 통치의 ‘사사화(私事化)’는 더욱 심해졌다. 여론 재판부터 해 놓고, 법 너머까지 법을 끼워 맞추는 판이다. 미국의(!) 정치학자가 말한 새로운 ‘전도된 전체주의’를 떠 올리는 것도 무리가 아니다(셸던 월린, <이것을 민주주의라 말할 수 있을까?>, 후마니타스, 2013).

그래도 국회나 검찰, 정당 같은 것은 여러 사람의 관심 속에 있다(피상적이라 하더라도). 답답하기 짝이 없지만 일부 언론의 일탈과 전횡은 겉으로 드러나기라도 한다. 가끔 눈치는 봐야 하니 알아차리기는 낫다.

사실 교묘하고도 은밀한 후퇴가 더 아프다. 보통 사람들의 일상에는 여기에 더 크게 영향을 받으니 말이다. 그런 줄도 모른 채 민주주의는 물러서고 삶의 토대는 곳곳에서 허물어진다.

집권 세력의 반-민주주의는 그 자체로도 그렇지만 널리 파급되는 것이 더욱 중요하다. 현실의 후퇴는 일상적으로 행사되는 권력에 시그널로 작

동한다. 직접 말하고 강제하지 않아도 그렇다. 눈치로, 알아서, 시대의 흐름을 읽는다. 권력이 작동하는 시장적 방식이다.

아마도 관료들이 가장 민감할 터. 이들만큼 최상위 권력층의 시그널에 민감한 집단이 또 있을까. 그나마 형식은 남아 있던 여론, 참여, 민주 등등은 벌써 잊었다. 밀양 송전탑 공사에서 보듯, 가장 격렬한 갈등 상황 속에서도 참여는 ‘공작’이나 동원 차원을 벗어나지 못한다. 무슨 위원회, 자문회의에 이르면 더 말할 것도 없다.

이쯤에서 성찰이 필요하다. 왜 이렇게 되었을까. 유신으로의 회귀, 공안 세력의 복귀 때문인가. 대답은 쉽지 않다. 그러나 한 가지, 벌써 한참 전부터 꾸준히 진행되고 있는 하나의 경향적 현상이라는 사실을 아프게 확인한다.

이 정부만으로 돌리면 너무 좁다. 이명박 정부만의 일이라고 하기도 어렵다. 그 가운데서도 한두 개인의 탓으로 돌리는 일은 특히 위험하다. 사람의 동기와 지향을 이해하는 것은 필요하지만, ‘의인화’해서 심리와 행태를 찾는 일은 핵심을 벗어난다.

다시 말하지만 민주주의의 후퇴는 경향적이다. 마녀 사냥보다는 구조와 기제(메커니즘)를 찾는 것이 필요하다. 더 정직하게 이야기하자. 이런 사태를 과연 후퇴라고 할 수 있을까. 혹 민주주의는 우리 사회에서 채 자라지 않았던 것은 아닐까. 이제야 민낯을 마주하고 있는지도 모른다.

본래 모습이 그런 것이라면 할 일은 분명하다. 다시 씨를 뿌리고 길러야 한다. 사실, 후퇴인가 아예 없었던 것인가는 중요하지 않다. 해야 할 일이 다르지 않기 때문이다. 다시 민주주의의 토대를 쌓는 일이라면 오늘 우리가 보는 현상이 후퇴이든 부재이든 꼭 같다.

실천의 공간과 국면은 실로 다양하고 복합적이다. 거시적일 수도, 미시적일 수도 있다. 그 오래된 구분을 따르자면, 중앙도 지역도 모두 제외되지 않는다. 토대가 아예 허술한 만큼, 작은 실천도 허투루 여길 수 없다. 그러나 집중하자면, 다시 ‘작은’ 민주주의를 주목하자고 하고 싶다. 각

사람이 만들고 실천하는 것으로야 다른 대안이 없다. 물론 전망은 드넓어야 하고 높고 낮은 곳을 모두 꿰어야 할 것이다. 보편성에 흐름을 대놓고 있어야 한다는 뜻이기도 하다. 그러나 이것 없이는 ‘깊은’ 민주주의도 없다.

이쯤에서 건강 이야기를 좀 하자. 건강은 작은 민주주의를 실천하기에 더 없이 좋은 주체이자 또한 객체이다. 건강을 단지 생물학적 현상으로 보지 않고, 사회적으로 보면 더욱 그렇다. 빈곤과 교육, 직장과 비정규직 등의 사회적 요인은 체질과 유전, 팔자보다 훨씬 더 중요하다.

어느 사람 치고 건강에 무관한 사람이 없다는 점도 민주주의의 힘을 실감하는 데에 좋은 조건이다. 그러니 지역과 학교, 직장에서 건강과 건강에 영향을 미치는 요인들은 곧 민주주의의 시험장이자 훈련장이 될 수 있다.

민주주의라는 관점에서 사태를 이해한 사람은 많지 않겠지만, 지나간 진주의료원 논란을 빼놓을 수 없다. 그 비슷한 일은 여러 군데서 지금도 현재진행형이다. 지방의료원의 구조 조정 논의는 관료와 지방 정치의 독점을 깨지 못하고 있다. 평범한 사람들의 생활과 직결된 내년도 예산도 ‘그들’끼리 논의되는 것으로 끝이다.

영리병원, 의료서비스 산업, 원격의료와 같은 문제는 더욱 더 깊은 민주주의를 요구한다. 삶에 직접 영향을 미치는 것이되, 제대로 판단하고 관료적 결정을 견제하기 위해서는 더 많은 정보, 논의, 심사숙고가 필요하기 때문이다. 작은 민주주의가 더 크게 넓게 그리고 깊게 확장되어야 한다.

소득과 교육의 불평등, 비정규직과 같이, 간접적이지만 강력한 건강 효과를 가진 요인들도 마찬가지다. 개인의 일이지만 또한 정책과 구조의 일이기도 하다. 이런 일에 민주적으로 참여하는 것은 결과를 얻고 말고를 떠나 그 자체로 삶을 더 ‘ 좋게 ’ 만든다.

우선은 전화나 이메일, 댓글달기와 같은 개인 의견을 표시하고 요구하는 것이 첫 걸음이다. 더 적극적이 되면 협동조합이나 지역 공동체, 노동조

합, 소비자 조직, 시민단체 등이 현장이 된다. 이렇게 해서 시민사회나 사회‘권력’이 튼튼하게 만들어질 수 있다.

마침 좋은 시도가 하나 있어 다시 소개한다. 서울에서 시민들이 모여 건강권의 기준과 내용을 만드는 모임이 기획되었다(프레스리안 기사 참조). 건강과 권리, 빈곤, 책임 등의 문제를 민주주의의 원리를 바탕 삼아 논의할 것으로 기대한다. 어떤 결과가 나오더라도 민주주의를 확장하는 중요한 시도가 될 것으로 믿는다. 이참에 새로운 참여 경험을 쌓는 것도 생각해 볼 일이다.

전체주의의 분위기가 느껴질수록 민주주의는 더욱 일상의 문제가 된다. 어떤 종류의 집중된 권력이든 자발적으로 동의하는 공모자-시민의 지지 없이는 전체주의가 횡포를 부릴 수 없다. 앞에서 인용한 셸던 월린의 말을 되새긴다.

더 여러 곳에서. 더 많은 사람이, 더 다양한 방식으로, ‘작은’ 민주주의를 상상하고 실천하자.

건강권에 관한 서울시민회의

서울시민, 건강권을 선언하다!
쪽방주민의 삶을 중심으로

시민패널 자료집 (2013년 11월~12월)

제작 : 건강권 서울시민회의 기획단

감수 : 건강권 서울시민회의 조정위원회

나누어 드리는 자료집은 교과서나 답안지가 아니라 전체 회의 과정에서 참고할 수 있는 정보입니다.

¹⁾ 실제 시민패널에게 배포된 인쇄물과 내용은 동일하지만 쪽 번호가 다릅니다. 이는 230쪽 목차에 반영되어 있습니다.

건강권 서울시민회의 일정

(1) 1차 시민패널 예비모임	2013.11.30.(토) 오후2시 ~ 오후6시 지하철 4호선 혜화역 2번 출구
(2) 2차 시민패널 예비모임	2013.12.07.(토) 오후2시 ~ 오후6시 지하철 1·4호선 서울역 11번 출구 ★ 사진 및 동영상 촬영 금지
(3) 본회의 1일째 (점심·저녁 제공)	2013.12.13.(금) 오전10시 ~ 오후6시 지하철 4호선 혜화역 2번 출구
(4) 본회의 2일째 (점심·저녁 제공)	2013.12.14.(토) 오전10시 ~ 오후6시 지하철 4호선 혜화역 2번 출구

건강권 서울시민회의 상세 일정

(1) 제1차 시민패널 예비모임(비공개)

- 목적 : 전문가의 기초 정보 제공 및 시민패널의 큰 질문 작성

일시 : 2013년 11월 30일(토) 14:00 - 18:00

장소 : 서울대학교 연건캠퍼스 교육관 115호

(지하철 4호선 혜화역 2번 출구)

14:00-14:40	건강권 서울시민회의 소개 및 시민패널 인사
14:40-15:30	발표 1 및 질의응답(인권과 건강권)
15:40-16:30	발표 2 및 질의응답(동자동 쪽방주민의 건강권 실태조사)
17:30-18:00	자유토론 및 질문지 작성

(2) 제2차 시민패널 예비모임(비공개)

- 목적 : 전문가의 기초 정보 제공 & 시민패널의 세부 질문 작성

일시 : 2013년 12월 07일(토) 14:00 - 18:00

장소 : 용산구 동자동 성남교회 교육관 3층 찬양홀
(지하철 1·4호선 서울역 11번 출구)

14:00-14:20 동자동 쪽방촌 소개
14:20-15:50 쪽방촌 투어
15:50-15:20 발표 1 및 질의응답(동자동 보건복지 현황)
15:20-15:40 시민패널 자유토론
15:40-17:10 쪽방주민과의 대화
17:10-18:00 시민패널 자유토론 및 질문지 작성

(3) 본회의 프로그램

장소 : 서울대학교 연건캠퍼스 교육관 115호(지하철 4호선 혜화역 2번 출구)

① 첫날(공개)

- 목적 : 전문가패널의 발표 & 전문가패널과 시민패널 간 집단 토론

일시 : 2013년 12월 13일(금) 10:00 - 18:00

10:00-10:10 축사
10:10-11:00 발표 1 (인권)
11:00-11:10 휴식
11:10-12:00 발표 2 (건강 및 보건의료)
12:00-13:10 점심식사
13:10-14:00 발표 3 (시민패널 요청)
14:00-15:00 시민패널의 발표내용 평가 및 추가 질문 작성
15:00-16:20 추가질문 및 응답 1(전문가패널 및 시민패널 전원참석)
16:20-16:30 휴식
16:30-18:00 추가질문 및 응답 2(전문가패널 및 시민패널 전원참석)

② 둘째 날(비공개)

- 목적 : 시민패널의 토론과 선언문 작성

일시 : 2013년 12월 14일(토) 10:00 - 18:00

10:00-12:00	시민패널 조별 토론
12:00-13:00	점심식사
13:00-15:00	시민패널 전체 토론
15:00-15:30	휴식
15:30-17:30	선언문 작성
17:30-18:00	선언문 발표 및 서울시민회의 폐막식

찾아 오시는 길 (1)

- ◆ 서울대학교 연건캠퍼스 교육관 115호



❶ 지하철이용

지하철 4호선 혜화역 (3번 출구)

❷ 버스이용 (하차기준)

혜화역, 서울대병원입구	
마 종로08	마 종로07
B 273	B 109
G 2112	
혜화역, 마로니에공원	
마 종로08	마 종로07
B 102	B 149
B 104	B 106
B 107	B 140
B 143	B 150
B 710	B 273
B 301	B 108(GS아파트)
B 109	B 162
B 160	B 108(TS아파트)
B 108(골프장)	G 2112

※ 각 버스의 자세한 운행노선은 버스노선검색 웹사이트(<http://bus.seoul.go.kr>)를 이용하기 바랍니다.

❸ 주소

110-799 서울 종로구 대학로 103 서울대학교 의과대학

찾아 오시는 길 (2)

◆ 용산구 동자동 성남교회 교육관 3층 찬양홀



* 서울역(4호선) 11번 출구로 나와 출구 방향으로 50M 직진후 우회전 그리고 직진(100M)하면 본 교회

도움 주신 분들과 실무진

가. 조정위원회

- 강동진 빈곤사회연대 집행위원장
- 기재일 서울시 자활보호팀 주무관
- 김창현 동자동사랑방 대표
- 명 숙 인권운동사랑방 활동가
- 신현웅 보건사회연구원 건강보장연구센터 연구위원
- 전익형 남대문지역상담센터 실장
- 최영철 시민건강증진연구소 초빙연구원

나. 퍼실리테이터

- 김영동 건강세상네트워크 시민참여사업단
- 남 웅 프리랜서
- 윤현옥 광진주민연대

다. 서기

- 김보경 한양대학교 예방의학교실 건강과사회연구소
- 박유경 서울대학교 보건대학원
- 이해민 고려대학교 보건과학대학
- 하준영 성균관대학교 법학대학

라. 실무진(건강권 서울시민회의 기획단)

- 김슬기 서울대학교 보건대학원 석사 졸업
- 김정숙 건강세상네트워크 빈곤총건강권사업단
- 손정인 서울대학교 보건대학원 박사과정
- 조승화 동자동 사랑방 사무국장

목차

제Ⅰ부 건강권에 관한 서울시민회의 개요	231
1장 2013 건강권 서울시민회의 개요	232
2장 참고 사례	234
제Ⅱ부 인권과 건강권	253
1장 세계인권선언	254
2장 경제적·사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약	261
3장 시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약	273
4장 경제문화사회권리위원회 일반논평 14 : 도달 가능한 최고 수준의 건강에 대한 권리 (제12조)	295
5장 세계보건기구 헌장	322
6장 알마아타 선언	337
제Ⅲ부 시민사회단체의 동자동 쪽방주민 건강권 실태조사 자료	343
1장 실태조사 개요	344
2장 서울시 동자동 쪽방지역 현황	346
3장 심층면담 결과	351
4장 양적 조사 결과	362
제Ⅳ부 사회보장 제도와 현황	393
1장 의료보장제도	394
2장 사회복지제도	401
3장 서울시 쪽방지역 보건복지서비스 제공 현황	422
제Ⅴ부 건강의 사회적 결정요인	431
1장 건강은 얼마나 사회적인가	432
2장 2008 세계보건기구 ‘건강의 사회적 결정 요인 위원회’의 보고서 「한 세대 내 건강 격차 줄이기」의 총괄 권고 및 행동 원칙	437
3장 2010년 영국 런던의 건강불평등 전략	447
메모	449

제 I 부

건강권에 관한 서울시민회의 개요

1장 2013 건강권 서울시민회의 개요

2013년 건강권 서울시민회의는 일반 시민들이 참여하는 숙의적 시민참여의 한 가지 형태인 합의회의를 변형하여 적용하고자 한다. 숙의란 “참여자들이 학습과 토론, 그리고 성찰을 통해 자신들의 판단, 선호, 관점을 변화시켜나가는 동태적인 과정이다. 특히 이러한 선호의 전환이 강제, 위협, 상징 조작, 기만이 아닌 토론과 논변에 기초한 설득과 상호학습을 통해 일어난다는 점이 큰 특징이다(조현석 2006).”

숙의민주주의는 숙의에 기반을 둔 시민참여를 통해 전통적인 대의민주주의와 참여민주주의의 한계를 뛰어넘어 민주주의를 확장하고 심화할 수 있는 가능성에 주목하는 새로운 민주주의론이라고 할 수 있다(이영희, 2009).

통상 합의회의는 “선별된 일단의 보통사람들이 정치적으로나 사회적으로 논쟁적이거나 관심을 불러일으키는 과학적, 혹은 기술적 주제에 대해 전문가들에게 질의하고 그에 대한 전문가들의 대답을 청취한 다음 이 주제에 대한 내부의 의견을 통일하여 최종적으로 기자회견을 통해 자신들의 견해를 발표하는 하나의 포럼”이라고 정의된다(이영희, 2009).

이번 건강권 서울시민회의의 주제는 통상적인 합의회의의 과학적, 혹은 기술적 주제 대신 규범적, 혹은 정책적 주제를 선정하였다. 또한 통상적인 합의회의에서는 시민패널 내부의 의견 통일을 요청하지만, 이번 서울시민회의의 경우 내부에서 나온 모든 의견을 시민패널이 합의한 방식으로 구조화하여 제시하도록 요청한다.

1. 2013 건강권 서울시민회의의 목적

일반시민이 참여하는 숙의적 시민참여제도를 통해 한국적 맥락에서 건강권의 내용과 수준을 검토하고 그에 기초하여 서울시 쪽방주민의 건강권 현황을 평가하고 권고안을 도출한다.

★ 시민패널의 과제

건강권의 내용과 수준에 대한 논의를 통해 서울시 쪽방주민의 건강권 현황을 평가하고 권고안을 마련하는 것입니다.

2. 2013 건강권 서울시민회의의 진행과정

진행과정	시간계획안	목적
1) 제1차 조정위원회	2013.10.26.(토) am 10:00~12:00	• 기획안 검토 및 승인 • 회의 제목 결정 • 회의 일정 결정 등
2) 시민패널 모집	2013.11.04.(월) ~ 2013.11.28.(목)	• 광고, 홍보 통한 시민패널 모집 • (서류 심사 + 간단한 인터뷰)
3) 서울시민회의 사전 워크숍	2013.11.06.(수) pm 7:30~9:30	• 연구진과 퍼실리테이터의 최종 기획안에 관한 사전 시뮬레이션과 준비 모임
4) 제2차 조정위원회	2013.11.22.(금) pm 3:00~5:00	• 시민패널 최종 선정 • (예비모임 및 본회의) 전문가패널 후보 명단 작성 및 접촉
5) 1차 시민패널 예비모임	2013.11.30.(토) pm 2:00~6:00	• 기초 지식과 자료 제공 • 시민패널의 회의 주제 토론 • 시민패널의 주요 질문 선정과 전문가패널 구성에 대한 제안
6) 제3차 조정위원회	2013.12.06.(금) pm 3:00~5:00	• 1차 예비모임의 시민패널 주요 질문에 답변할 전문가 추천 • 본회의 일정 최종 점검
7) 2차 시민패널 예비모임	2013.12.07.(토) pm 2:00~6:00	• 쪽방지역 방문, 주민과의 대화 • 시민패널의 심층적인 토론 • 주요 질문에 대한 세부 질문 작성 • 제3차 조정위원회에서 선정된 전문가패널 승인
8) 본회의 1일째	2013.12.13.(금) am 10:00~pm 6:00	• 전문가패널 발표와 간단한 질의·응답 • 시민패널 토론
9) 본회의 2일째	2013.12.14.(토) am 10:00~pm 6:00	• 전문가패널-시민패널 간 심도 깊은 추가 질의·응답 • 시민패널의 조별 토론, 전체 토론 • 시민패널보고서 작성, 발표

2장 참고 사례

1. 2004 전력정책의 미래에 대한 시민합의회의

(1) 시민합의회의 진행경과

□ 조정위원회 구성

시민합의회의를 ‘중립적’이고 ‘효과적’으로 진행하기 위해서 구성된 ‘조정위원회’는 총 3차례의 회의를 갖고 시민합의회의의 진행을 관리했다. 세 차례 열린 조정위원회 회의에서는 시민합의회의의 주제, 본 행사의 일시 및 장소, 시민패널 모집 계획 및 선정 등을 논의 주제로 다뤘다. 또한 조정위원회 회의에서는 시민패널들에게 공정하고 균형 잡힌 정보를 제공하기 위해서 예비모임 및 본 행사에서 발표할 전문가패널 선정과 제공자료 목록 등도 검토하였다.

□ 시민패널 선정

시민합의회의에서 핵심적인 역할을 하는 시민패널들은 지난 6월 22일부터 7월 11일까지 언론 광고를 통해 모집했다. 모집 결과 전국에서 176명의 시민들이 패널로 신청했는데 이는 1999년 생명복제 시민합의회의의 당시 지원자 85명에 비하면 2배 이상 증가한 것이다. 일반 시민들이 전력정책의 사회적 합의에 대해 많은 관심을 가지고 있는 것을 알 수 있었다. 시민패널의 선정은 서류와 면접을 통해서 이루어졌다. 신청자들 중에서 연령, 직업, 성, 지역 등을 고려해 약 50명을 1차로 선발했고, 1차에서 통과된 시민들은 면접을 통해 최종 후보로 선정되었다. 이 과정에서 전력정책에 직접적인 이해관계가 있는 사람들은 배제되었다. 전력정책의 미래를 논의할 시민패널 16명의 선정은 조정위원회에서 확정되었다.

□ 1, 2차 예비 모임

시민패널들은 7월 24일과 9월 20일 두 차례의 예비모임을 가졌다. 비공개로 진행된 예비모임에서 시민패널들은 전문가들의 발표를 듣고 밤늦게까지 상호 토론

한 후 본 행사 때 논의하고 합의할 질문들을 작성했다. 시민패널이 선정한 주요 질문은 ▲ 전력문제를 고려할 때의 중요한 가치기준 ▲ 전력정책의 현황과 바람직한 방향 ▲ 원자력 발전과 관련한 국내외 동향과 산업적 이해관계 ▲ 원자력 발전의 지속 여부 ▲ 원자력 발전의 대안 ▲ 전력정책 수립 시의 사회적 합의를 위한 의사결정 구조 등이다.

□ 본 행사

10월 8일 국민대학교 학술회의장에서 개최된 ‘전력정책의 미래에 대한 시민합의회의’ 본 행사는 고철환(지속가능발전위원회 위원장)의 축사로 시작되었다. 시민패널들이 선정한 주요 질문에 대해서 강창순 서울대학교 원자핵공학과 교수, 석광훈 녹색연합 정책위원, 황주호 경희대학교 원자력공학과 교수, 양이원영 환경운동연합 부장 등 11명의 전문가패널과 2명의 지역주민의 발표가 진행되었다. 다음날인 10일에는 시민패널과 전문가패널이 전원 참석한 가운데 추가적인 질의응답 및 토론이 진행되었다. 토론이 끝난 뒤에 시민패널은 9일과 10일에 거쳐 조별 토론과 전체회의를 지속적으로 진행하며 시민패널 보고서를 11일 오전까지 작성하였다.

(2) 시민패널 보고서

서문

원자력 발전과 방사성 폐기물 처리를 둘러싼 국민적 관심과 이해당사자 간의 갈등이 어느 때보다도 첨예한 우리나라의 현실 속에서, 시민패널 모두는 보통 국민의 의사를 대표한다는 무한한 자부심과 부담감을 동시에 안고 이번 합의회의에 임하였다.

원자력발전과 전력산업 전반에 대한 전문적인 지식을 갖추지 못한 사람들이 모여, 두 번의 예비모임 및 3박 4일의 본회의라는 비교적 짧은 기간 동안 전문가들의 의견 청취와 스스로의 학습 및 토론을 거쳐 만들어진 이 보고서가 완벽할 수 없다

는 점은 인정한다.

하지만 원자력에 직접적인 이해관계가 없고, 연령과 성, 직업, 거주 지역 등이 서로 다른 평범한 우리 16명의 시민들이 사회적으로 논란이 많은 문제에 대해서 토론하고 합의한다는 것은, 충분하고 균형 잡힌 정보가 주어졌을 경우 일반 국민들이 도달하는 상식적인 결론이 어떤 것인지를 보여 줄 수 있다는 점에서 의미가 있다고 할 것이다.

우리는 ‘원자력 중심의 전력정책, 어떻게 할 것인가’라는 주제 아래 다양한 입장의 정보들을 접하고 민주적으로 토론한 결과 친환경성, 공급안정성, 사회적 수용성 등의 기준을 도출하였고 이에 입각하여 그동안의 우리나라 전력정책을 평가하였으며, 진지하고 치열한 토론과 표결의 산고 끝에 원자력발전소의 신규건설 중지와 중장기적인 대안 마련이라는 최종 결론에 합의하였다.²⁾

현실적으로 원자력발전을 대신할 수 있는 단기적 대안이 없는 상황에서 기존 원전의 가동을 무조건 중지한다는 것은 있을 수 없는 일이며, 중장기적인 차원에서 다음과 같은 대안을 추진하는 것이 바람직하고 필요하다고 판단하였다.

그동안 이루어진 원자력에 대한 투자 이상으로 신재생에너지에 대한 과감한 투자와 이를 위한 재원을 확보하고, 향후의 전력정책 수립에 있어서 투명하고 민주적인 방식을 따르며, 전력소비를 낮추기 위한 철저한 수요관리를 추진하고, 원자력규제기구의 실질적 독립성을 확보하며, 발전소의 지역적 분산화 및 전력원의 다양화를 추구하고, 대국민 에너지 교육의 확대 및 시민의식의 제고를 위한 정책을 추진해야 한다.

우리 시민패널 모두는 뜻 깊은 이번 합의회의의 주최기관인 참여연대 시민과학센터와 후원기관인 한국과학문화재단, 한겨레신문사, 프레시안, 국민대학교 사회과학연구소에 감사를 드린다. 아울러 이번 합의회의의 조정위원, 전문가패널, 프로젝트 책임자인 김환석 교수, 헌신적으로 회의진행을 도와준 김병수 간사를 비롯한 여러 실무자분들, 특히 관심을 갖고 방청객으로 참여해 주신 시민들과 언론인들께 뜨거운 감사를 드린다.

2) 전체 시민 패널 16명의 3/4인 12명 이상이 동의할 경우 ‘합의’한 것으로 간주하기로 결정하였다.

I 전력정책을 판단하기 위한 가치기준은 무엇인가?

전력과 에너지는 우리의 신체가 필수적으로 공급 받아야 할 영양소처럼 국가경제나 국민들의 생활에 없어서는 안 될 중요한 요소다. 전력은 국가 기간산업으로서 오늘날을 살아가는 우리의 일상생활뿐만 아니라 우리 후손들의 삶의 질과 복지에까지 많은 영향을 미친다. 그러므로 국가의 전력정책은 장기적인 안목을 가지고 계획하고 추진해야 하며 그 목표와 지향점은 분명한 가치관을 담고 있어야 한다.

우리는 이러한 전력정책의 지향점을 ‘지속가능한 발전’으로 보았다. 여기서 지속가능한 발전은, 1987년 ‘세계환경개발위원회’의 유명한 보고서인 「우리 공동의 미래」에서 제시된 “미래세대의 욕구를 충족시킬 수 있는 능력을 위태롭게 하지 않으면서 현 세대의 욕구를 충족시키는 발전”이라는 정의를 기본적으로 따른다. 지속가능한 발전이라는 목표 아래에서 전력정책의 평가를 위해 우리가 중요하게 생각하는 가치들로는 친환경성과 평화라는 범인류적인 가치와 공급안정성이라는 경제적 가치, 그리고 사회적 수용성과 형평성 및 신뢰라는 가치가 포함될 수 있다.

첫째, 친환경성과 평화를 우선적으로 고려해야 한다. 여기서 친환경성이란, 미래세대에게 물려줄 환경을 보전하고 자원을 고갈시키지 않으며, 건강을 해치지 않는 것을 의미한다. 또 석유를 둘러싼 국제적 분쟁과 사용 후 핵연료의 재처리를 둘러싼 갈등 사례들은, 평화 역시 중요한 가치기준임을 일깨워준다.

둘째, 친환경성과 평화 못지않게 중요한 것이 공급안정성의 확보이다. 공급안정성은 에너지의 수요량이나 질이 변화했을 때 이에 유연하게 대처할 수 있는 것으로, 경제 발전의 초석이라는 점에서 더욱 중요하다고 할 수 있다. 공급안정성이 중요하다고 하여, 이것이 전력정책의 방향을 공급 중심으로 잡아야 한다는 것은 아니다. 공급 위주의 정책은 자원의 효율적 이용을 막는다는 점에서 많은 부작용을 야기한다.

셋째, 형평성과 사회적 수용성, 그리고 이 둘을 바탕으로 한 신뢰 역시 중요한 가치라 할 수 있다. 형평성은, 전력을 바탕으로 한 에너지가 사회구성원 누구에게나 그

들의 기본적인 삶의 필요를 충족시킬 수 있도록 배분되어야 하며, 편익과 비용이 고르게 분배되어 어떤 개인이나 집단도 그들의 동의 없이 타인의 이익을 위해 희생되어서는 안 된다는 원칙이다. 이러한 형평성이 깨질 때 가난한 사람들이 기본적인 필요를 충족하지 못하게 되는 등 부작용이 일어나며 각종 사회 갈등이 유발된다. 한편, 형평성을 실현하기 위해서는 민주적인 의사결정과정에 따라 절차적 정당성을 확보하는 것이 필요하다. 그 결과 얻어진 사회적 합의, 즉 사회적 수용성 역시 전력정책의 정당성을 판단하는 데 있어 중요한 가치기준이다. 결국 이와 같은 형평성과 사회적 수용성이 보장될 때에야 비로소 국민들은 정부 정책을 신뢰할 수 있게 될 것이다.

II 그 동안의 전력정책을 어떻게 평가할 것인가?

1. 전력산업의 현황

지난 30년간 우리 전력산업은, 발전설비를 기준으로 하면 약 160배, 전력수요를 기준으로 100배 가까이 성장하였다. 이 결과 2004년 현재 우리나라 발전설비 용량은 5,900만kw로 그 규모가 세계 12위에 달하며, 전기 공급률 99.99%, 전압유지율 및 주파수유지율 99.99%에 달하는 등 전기 품질 또한 세계적인 수준에 이른다.

70년대에 우리나라의 전력원에서 석유가 차지하는 비중은 70%에 이르렀으나 두 차례에 걸친 석유위기를 거치며 ‘탈석유 전원정책’을 추진한 결과, 2003년 현재 전력원에서 원자력과 유연탄의 비중이 각각 30%에 이르고 석유의 전력원 비중은 8.3%로 감소하였다. 그리고 발전량의 비중은 원자력이 41.5%에 달해 우리나라 전력생산의 상당부분을 원자력에 의존하고 있다.

이같이 지난 30년간 전력산업의 발전과 변화는 우리나라의 급속한 경제성장의 초석이 되었으며, 국민들이 싼값에 양질의 에너지를 사용할 수 있도록 하였다.

2. 전력정책에 대한 패널 의견

우리는 그동안 우리나라의 전력정책이 경제성장에 기여했음에도 불구하고 다음과 같은 문제점이 있다는 결론에 도달하였다.

첫째, 원자력과 유연탄 발전의 확대를 통해 실제 수요에 비해 설비용량이 과도하게 증설되었고 그로 인해 공급위주의 전력정책이 초래되었다. 이 때문에 수요를 제한하려고 하는 노력이 실질적으로 ‘총량을 규제’하는 성과를 거두지 못하였다.

둘째, 발전 설비가 특정한 지역에 집중됨으로써 생산지와 소비지의 이원화 즉 부담과 혜택이 이분화되는 결과가 초래되었다.

셋째, 전력정책을 결정하는 과정이 투명하지 않고 일방적으로, 정부주도하에 결정된 측면이 있다. 특히 ‘방사성 폐기물 처리장’ 부지선정의 강행과 주민과의 약속을 저버린 울진 원자력발전소의 추가 건설과 같은 사례에서 보듯이 지역 주민의 의사를 존중하지 않은 정부의 정책 결정은, 국민들로 하여금 정부의 전력정책 특히 원자력중심의 전력정책에 대해 신뢰를 상실하게 했다.

넷째, 기후변화협약, 화석연료의 고갈 등에 대비한 신재생에너지 개발 노력을 소홀히 하였다. 특정 전력원 즉 원자력에 대한 연구와 기술개발에 투자가 전폭적으로 이루어진 반면 신재생에너지 개발에 대한 투자는 상대적으로 미약하여 연구와 기술개발이 부족하다.

마지막으로 ‘넌비현상’에 대한 논의가 있었다. 넌비현상은 공공의 편익은 누리면서 이를 위해 자신은 손해를 보지 않으려 한다는 부정적 뜻이 내포된 개념이고, 이것이 현재 우리사회에 나타나고 있다는 점에 대해선 동의하였다. 하지만 이것은 우리사회가 오랜 기간 동안 ‘이견과 갈등’이 있다는 사실조차 부정당하는, 통제되고 획일화되었던 역사에서 유래한 것이다. 그 결과 우리사회가 아직 ‘이견과 갈등’을 치유하는 것에 익숙하지 않고, 정부의 정책 또한 ‘일방성’을 벗지 못했다는 점을 고려하면서 넌비현상에 대해 접근해야 한다는 의견이 제기되었으며, 이에 공감하였다.

III 원전에 대한 의존을 감소시킬 중장기적 대안은 있는가?

단기적으로 원자력 발전을 대체하기는 어렵지만, 중장기적 대안의 가능성이 있다는 것에 대해서 모두 합의하였으며, 철저한 전력수요관리 및 시스템 정비, 발전소의 지역적 분산화 및 전력원의 다양화 같은 대안들이 제시되었다.

1. 철저한 수요관리와 시스템 정비

전력을 생산하기 위한 에너지원의 공급이 무한하게 이뤄질 수 없는 이상 안정적 전력공급 못지않게 중요한 것이 늘어나는 전력수요를 어떻게 억제할 것인가의 문제이다. 현재 시행하고 있는 최대부하 관리 위주의 수요관리정책보다는 다음과 같이 총체적이고 적극적인 방법으로 전력 과소비를 줄여나가야 한다.

첫째, 가장 적극적으로 수요를 관리할 수 있는 ‘전력 소비 총량제’³⁾의 도입이 필요하다. 총량제 도입의 적용 단위로는 가구별, 지역별, 기업별, 건물별 등의 다양한 방식을 생각할 수 있다.

둘째, 전력 이용을 효율적으로 할 수 있는 고효율 동력기기, 절전형 사무가전기 기, 축전지 등의 전기기기 및 주변 장치기술을 개발하고 보급을 확대한다.

셋째, 설비나 기기의 사용에너지를 전력에서 다른 에너지로 대체하는 연료대체 방법과 에너지 순환횟수를 감소시켜 1차 에너지원을 그대로 사용하여 효율을 높이는 방법 등이 있다. 예를 들어 여름철에 전기 냉방기구(1차 에너지→전기→냉방) 대신 가스 냉방기구(1차 에너지→냉방)의 사용을 확대하는 것이다.

넷째, 기존의 전력요금 체제를 수요 억제 방향으로 개편하는 방법이다. 미리 전력요금을 지불함으로써 자발적 소비 억제를 촉진하는 전력요금 선불제도⁴⁾ 도입, 전력 수요를 급격히 증가시킨 심야전력 요금할인제 재검토 등의 전력요금 제도 개선을 통한 수요 억제 방안이 있다.

2. 지역적 분산화 및 전력원의 다양화

현재까지의 발전소 건설 정책은 대규모화 및 집중화로 요약될 수 있다. 이에 따른 발전소 주변 지역 주민의 반발, 천재지변 등의 예기치 못한 문제 발생 시 신속한 대처 능력 결여, 송전선 길이 연장으로 전력 손실 증가 등의 문제점이 제기되고 있다.

그러므로 기저부하를 제외한, 첨두부하를 관리할 수 있는 방향으로의 소규모이며 지역적으로 분산된 열병합 발전소 등의 건설 지원 정책이 필요하며 다음과 같

3) 전력수요의 목표를 설정하고 전력소비총량이 설정된 목표 이하가 되도록 관리하는 제도

4) 영국과 중국의 일부에서 이미 시행 중인 제도로서 전력소비 잔여량을 수시로 확인할 수 있으므로 전력소비량을 효과적으로 줄일 수 있다.

이 전력원의 다양화도 함께 이뤄져야 한다.

첫째, 풍력, 태양광, 바이오매스, 소수력, 연료전지, 수소, 메탄하이드라이드 등의 신재생에너지를 적극 이용할 수 있는 전력정책을 강구해야 한다. 현재 우리나라의 신재생에너지는 전력 부분에서 소수점 이하의 점유율을 보이고 있다. 이는 원자력에 비해서 신재생에너지의 경제성이 떨어진다는 이유로 사회적 투자가 아직 미진하기 때문이다⁵⁾. 하지만 덴마크, 독일 등의 ‘재생에너지 선진국들’을 비롯한 많은 국가에서 신재생에너지가 눈에 띄는 증가추세에 있으며, 이는 경제성뿐만 아니라 친환경성, 지속가능성 등을 고려한 정부의 적극적 정책 지원에서 비롯된 것이다.

따라서 우리나라에서도 목표만 제시하고 구체적인 투자와 실행이 미미한 소극적인 신재생에너지 지원정책에서 탈피하여 적극적으로 기술개발에 투자하고, 전문 인력을 양성해야 한다. 또한, 민간투자를 유도하기 위해 발전차액 지원 대상을 확대하고 관련 규제를 정비하여 시장진입장벽을 완화시켜야 한다. 신재생에너지 재원 확보를 위해서는 그동안 다른 부문으로 대부분 활용되었던 전력산업기반기금을 신재생에너지 분야에 확대해야 한다⁶⁾.

둘째, 천연가스는 아직까지는 수요자에게 유리한 시장이 형성되어 있어 연료공급의 안정성이 보장되고, 소규모로 발전소 건설이 가능한 전력원이므로 충분히 이용할 수 있는 방안을 강구해야 한다. 천연 가스는 원자력보다 연료비용은 크지만, 초기건설 비용이 저렴하고 공사기간이 짧아 침투부하와 같은 전력수요에 탄력적으로 대처할 수 있는 장점이 있다.

전력원의 다양화에 관련하여 두 명의 소수 의견이 제시되었다. 원자력발전소 건설의 반대로 인하여 중장기적으로 전력수급에 차질이 발생하는 경우 극동러시아에서 여분의 전력을 북한을 통해 한국에 공급하는 것을 검토해 볼 수 있다. 물론 북한을 통로로 한다는 점에서 정치적, 기술적으로 어려움은 있겠지만 정부가 적극적

5) 2003년도 12월에 산자부가 발표한 ‘2차 신재생에너지 기술개발 및 이용 보급계획’에 의하면 신재생에너지 분야에 대한 기술개발 투자는 미국의 2%, 일본의 3.5%에 불과한 수준이다.

6) 산자부에서 발표한 자료에 따르면 2003년도 전력산업기반조성기금 총지출 935,050백만원 중 전력수요관리 99,532백만원(10.6%), 발전소주변지역지원사업 189,000백만원(20.2%), 타 에너지지원사업 271,939백만원(29.1%)이다. 이중 신재생에너지발전지원금은 타에너지지원사업 지출 중에서 5,352백만원으로 총기금 중 0.6%를 차지하고 있다.

으로 대처한다면 가능성은 충분할 것이다.

IV 원자력 중심의 전력정책을 지속할 것인가?

시민패널들이 검토한 원자력 발전에 대한 큰 논점은

- ① 정부의 제2차 전력수급기본계획에 의거한 원자력 발전소 추가건설
- ② 정부의 제2차 전력수급기본계획보다 축소. 단 수요의 필요에 따라 국민의 동의를 얻어 제한적으로 원자력 발전소 추가 건설 허용
- ③ 원자력 발전소 신규건설 중지⁷⁾

였고, ③번 안에 합의하였다.

먼저 시민패널은 예비모임에서 정한 질문들에 따라 본회의에서 제공받은 정보들을 가지고 스스로 공부하고 토론하여 쟁점들을 설정하였다. 각자의 의견을 자유롭게 표현하고 설득하는 과정을 거쳐 최종적으로 위의 세 가지 안에 대해 무기명 투표를 실시하였다. 그 결과 16명의 시민패널 중 12명이 ③번, 4명이 ②번을 선택하였다.

원자력 발전이 공급하고 있는 발전용량을 다른 전력원으로 대신할 수 있는가에 대해서 지금의 시점에 한정하여 본다면 회의적이라는 시각이 시민패널 사이에서 지배적이었다.

그러나 현재와 같은 원자력 중심의 전력정책을 이어나가는 한 원자력 발전을 대신할 만한 대안은 찾기 힘들 것이다. 당장 지금 시점에서 현실성을 가지고 있지는 못하지만 대안적인 에너지원이 현실성을 갖추기 위해서는 오랜 기간의 투자와 기술 개발에 대한 적극적 노력이 필요할 것이다.

우리의 합의안은 신규 발전소 건설을 제한함으로써 우리가 나아가야 할 정책적 방향과 생활 방식 변화의 필요성을 강조하는 것이다. 또한 이는 지속 가능한 신재생에너지에 대한 적극적 조치가 취해져야 한다는 것을 의미한다.

우리의 합의안은 석탄이나 석유를 사용하여 현재 예측되고 있는 전력 수요의 증가량을 공급하자는 의견은 아니다. 공급의 증가는 수요의 증가를 동시에 불러왔

7) 신고리 1, 2호기에 대해서는 시민패널이 논의하기에 자료와 시간이 부족하여 논의할 수 없었다.

다. 공급위주 전력 정책은 전력 의존적인 산업발달을 촉진하여 왔고 소비자들도 스위치만 올리면 전기를 제약 없이 손쉽게 사용할 수 있는 자원으로 여기게 되었다. 한정된 자원을 사용하는 에너지 체제는 지속 가능하지 못하기 때문에 장기적인 관점에서 바뀌어야 할 것이다.

소수의견으로, 신규 원자력 발전소 건설을 완전히 중지한다면 향후 예상되는 전력 수요에 안정적으로 대처하기 힘들 것이고 이에 따른 고비용과 혼란을 무시할 수는 없다는 의견이 있었다. 수요의 필요에 따라 국민적 동의를 거쳐 제한적으로 추가 건설을 할 수 있다는 의견이 있었다. 또한 앞으로 수명이 다되어 폐쇄된 원자력 발전소만큼 추가 건설을 하여 현재 원자력 발전용량을 유지하는 것이 필요하다는 의견도 있었다.

V 전력정책의 바람직한 방향을 위한 제언

이번 합의회의를 통해서 우리는 전력정책 결정에 있어서 가장 우선되어야 할 가치기준으로 지속가능한 발전을 목표로 하는 친환경성과 공급안정성 및 사회적 수용성을 꼽았다. 이런 관점을 바탕으로 전력정책의 바람직한 방향을 위해 다음과 같은 사항을 정부와 전력 산업계 및 일반 국민에게 제언한다.

첫째, 원전과 유연탄 발전에 편향된 정책에서 벗어나 신재생에너지 개발과 상업적 이용에도 선진국 수준의 장기적인 투자와 지원을 하여야 한다.

둘째, 전력정책의 결정과정에서 투명성과 공정성이 확보되어야 하고 시민의 참여가 보장되어야 한다. 이를 위해 전력정책 결정에 관한 국가 주요 위원회의 구성원을 다양화하고 국민의 다각적인 의견을 수렴하여야 한다. 이는 전력문제의 사회적 합의를 이끌기 위한 필수 조건이다.

셋째, 전력 소비를 억제하기 위해 공급위주의 정책이 아닌 철저한 수요관리 중심의 정책을 실행하여야 한다. 선불요금제 등과 같이 수요 억제를 촉진하는 전력요금제도와 더불어 에너지 절감과 효율화를 위한 방안들을 적극 추진하여야 한다.

넷째, 원자력의 개발과 진흥을 담당하는 기구와 규제 및 감시를 담당하는 기구

사이에 확실한 독립성을 구축하여 국민의 신뢰를 받도록 해야 한다. 이를 위해 원자력 규제기구는 전문성과 객관성을 바탕으로 그 구성원을 선정하고, 일반 시민의 대표들을 포함시키며 재정 및 인사의 독립성이 철저히 보장되어야 한다.

다섯째, 지역에 적합한 중·소규모의 열병합 발전 등 독립적인 운영이 가능한 에너지원을 개발·지원하여 전력공급의 지역적 분산화와 전력원의 다원화를 추구하여야 한다. 일부 지역에 편중된 전력의 대량 생산 공급을 지양하고 지역적 특색에 맞는 열병합 발전, 소수력 발전 등 전력 수급을 다양화하여야 한다.

여섯째, 전력 생산과 소비의 이원화로 인한 지역간 갈등의 해소를 위한 방안을 적극 강구하여야 한다. 예컨대 영국 및 일부 선진 국가에서는 전력의 소비지역에서 생산지역 및 공급유통 지역의 발전비용을 일부 부담함으로써 지역적인 갈등을 해소하기 위한 노력을 하고 있다.

일곱째, 에너지 절감 및 신재생에너지의 필요성은 일회성 홍보가 아니라 생활과 밀착된 지속적인 교육으로 뒷받침되어야 한다. 학교에서의 교육뿐 아니라 다양한 방법으로의 국민 참여를 독려하고 각 지역별로 에너지 체험교육관 등을 한 곳 이상 설치하여 이를 통해 대안적 삶을 접할 수 있게 해야 할 것이다.

2. 국가인권위원회

(1) 상임위원회 결정 사례

제목 : 법원 청소용역근로자 인권개선 권고

주문

국가인권위원회는 대법원장에게, 법원 건물청소업무에 종사하는 근로자의 저임금문제를 개선할 수 있도록 국가계약에 관한 법령 및 관련 규정을 준수할 것을 권고한다.

이유

I. 권고배경

우리 사회는 근로빈곤층(working poor)이 증가하는 새로운 사회적 위험에 직면해 있다. 한국경제의 성장(2006년 기준, 한국 국내총생산(GDP)은 세계 13위, 세계은행)에도 불구하고, OECD가 발표한 「고용전망보고서(Employment Outlook)(2007)」에 따르면 한국의 저임금계층비율은 OECD 회원국 중 가장 높은 수준이라 한다. 또한 취업상태에 있는 근로자 가구의 2006년 현재 상대빈곤율(가처분소득이 중간계층 소득의 50% 미만)이 9.29%로 집계돼 10가구 중 1가구가 일을 함에도 빈곤상태에 있는 것으로 나타났다. 선행연구에 따르면 여성·중졸 이하의 저학력·50세 이상 노년은 근로빈곤층의 징표적 요소로 보고되고 있는 바, 우리 위원회가 2006년도에 실시한 ‘공공부문 청소용역근로자 인권상황 실태조사’에서도 청소용역근로자는 여성 74.3%, 중졸 이하 81.4%, 평균연령 57.2세로 나타나 우리 사회 대표적인 근로빈곤층이라 할 수 있다.

위원회는 위 실태조사에 기초하여 2007년 9월 공공부문 청소용역근로자들의 인권개선을 위한 정책 및 법령의 개선을 노동부, 행정안전부 및 기획재정부 장관 등에게 권고한 바 있다.

위원회가 청소근로자에 주목한 이유는 90년대 후반 노동시장의 유연화 과정에서 비정규직근로자의 급증과 더불어 직접고용에서 용역으로 전환된 경우가 많은데, 이러한 현상은 특히 우리 사회의 소외계층인 특정계층에 집중적으로 나타났고 그 대표적인 분야가 바로 청소근로자였다는 점에서다. 청소업무는 이른바 비핵심(주변) 업무로 분류되어 그 종사자 또한 여성·저학력·고령으로 주로 구성되어 있어 우리 사회 중층적 취약계층이라 할 수 있다. 이와 같은 이유에서 위원회는 청소근로자의 취약한 인권문제 개선을 위해 권고하였다.

이후, 전국민주노동조합총연맹 산하 전국여성노동조합연맹이 우리 위원회에 진정(08-진차-914)을 제기하여 조사·검토한 결과, ‘법원’ 청소용역근로자의 임금이 전반적으로 다른 공공기관과 비교하여 상대적으로 매우 낮은 수준이어서 이의 개선을 위해 「국가인권위원회법」 제19조 제1호에 의하여 검토하였다.

II. 판단기준

「헌법」 제10조, 제32조, 제34조, 「경제적·사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약(이하 ‘사회권규약’이라 함)」 제6조 및 제7조를 기준으로 판단하고, ILO 제94호 협약「공제약에 있어 근로조항에 관한 협약」, ILO 총회의 「도급노동의 보호에 관한 결의안(1998)」(Resolution concerning the possible adoption of international instruments for the protection of workers in the situations identified by the Committee on Contract Labour), ILO 「보호를 필요로 하는 근로자에 관한 전문가회의의 공동성명(2000)」(Common statement by the experts participating in the meeting of Experts on Workers in Situations Needing Protection), ILO 「고용관계 결의문(2003)」(Resolution concerning the employment relationship), ILO 「고용관계권 고문(2006)」(Recommendation on the Employment Relationship) 및 경제적·사회적 및 문화적 권리위원회(이하 ‘사회권위원회’라 함)의 일반논평 제18호를 참고하였다.

III. 판단

공공부문에 종사하고 있는 청소용역근로자에 대해 실시한 우리 위원회의 실태조사(2006)에 따르면, 가구 내 경제활동인구가 청소용역근로자 자신뿐이라고 응답한 비율이 49.7%로 나타나 이들의 임금이 가구 내 유일한 소득원으로서 실질적 가구주인 경우가 상당하였다. 우리 「헌법」은 제32조 제1항에서 국가가 근로자의 적정임금의 보장에 노력할 의무를 명시적으로 규정하고 있으며, 유엔 사회권위원회는 “근로의 권리는 다른 인권을 실현하는 데에 필수적이며, 인간존엄성의 분리될 수 없는 본질적인 부분을 구성하고, 개인의 생존과 그 가족의 생존에 동시에 기여하며, 개인의 개발과 공동체 내에서의 인정에 기여한다(사회권 규약 일반논평 18)”라고 한 바, 대표적 근로빈곤층인 청소용역근로자와 그 가족의 생존 보장 차원에서 저임금 문제의 개선은 우리 사회가 당면하고 있는 인권과제 중 하나이다.

청소근로자의 열악한 상황은 근로자를 직접고용하지 않고 도급(용역)을 주어 간

접 고용하는 형태가 일반적인 데서 상당부분 비롯된다. 도급은 민법상의 계약일 뿐 노동법적 규제를 받지 않기 때문인데, 도급인은 자신의 사업장에 필요한 인력 이지만 직접고용에 따르는 노무관리·노사관계 등 노동법상의 사용자 책임을 지지 않으면서 수급인(용역업체)의 근로자를 사용한다는 편리함 때문에 외주용역(도급)을 선호하게 된다. 청소용역근로자의 일자리는 도급인과 수급인간의 도급(용역)계약의 존속여부에 따라 결정되고, 도급인의 도급(용역)계약 해지는 청소용역 근로자에 대한 해고로 이어지므로 고용상태가 매우 불안정할 수밖에 없다. 또한 청소용역근로자는 도급인의 사업장 내에서 근로를 제공하므로, 이들의 근로조건은 실질적으로 도급인에 의해서 결정될 수밖에 없다. 결국 수급인(용역업체)은 근로계약상의 사용자일 뿐, 청소용역근로자의 임금을 비롯한 근로조건과 고용의 계속여부까지도 도급인에 의해 좌우되게 된다. 이러한 이유에서 청소용역근로자의 근로조건 및 지위는 더욱 열악해질 수밖에 없다.

이에 ILO는 1998년 총회에서 「도급노동의 보호에 관한 결의」를 채택하여 ‘하도급계약자를 위해 일하는 근로자를 보호가 필요한 노동자로 규정하고 이와 같은 근로자가 보호받을 수 있는 적절한 조치를 취할 것’을 결정하였다. 또한 ILO는 「보호를 필요로 하는 근로자에 관한 전문가회의의 공동성명(2000)」을 통해 ‘고용구조의 변화는 법에 의해 마땅히 보호되어야 할 근로자들이 보호받지 못하는 상황을 초래하였고, 그 영향으로 근로자와 그 가족에 대하여 고용과 생활의 불안정을 야기하였으며, 이는 사회전체에 악영향을 미치고 있다’고 발표하였다. 뿐만 아니라, ILO 「고용관계 결의문(2003)」에서 ‘양호한 조건의 노동(decent work) 의제 틀 내에서 모든 근로자가 고용상의 지위에 관계없이 품위(decency)와 존엄(dignity)하에서 일할 수 있어야 하며, 법적 보호의 결여는 노동시장에서 여성차별을 악화시키고 있으므로 명확한 조치가 필요하다’고 밝혔으며, 2006년 「고용관계 권고문」에서도 ‘고용관계상의 불확실성으로 인해 불이익을 받기 쉬운 여성·고령·비공식부문·이주 등 가장 취약한 근로자에 대한 보호 조치를 수립할 것’을 거듭 권고한 바 있다.

우리나라가 가입한 「경제적·사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약」 제6조 및

제7조의 양호한 조건의 노동(decent work)이란 인간의 기본적 권리뿐만 아니라 작업안전과 보수조건에 있어서의 근로자의 권리를 존중하며 그 자신과 가족의 생계를 부양할 수 있도록 소득을 제공하는 것을 의미한다. 이러한 관점에서 여성·고령·비정규직의 중층적 취약계층인 법원 청소용역근로자에 대한 양호한 조건의 노동(decent work) 확보, 특히 저임금 문제의 개선은 근로자의 인간다운 생활 보장을 위한 인권과제라 할 것이다.

우리 위원회가 이번에 검토한 법원과 청소근로자의 관계 역시 위와 같은 도급(용역)에 의한 간접고용 방식으로 사용되고 있어, 그 임금은 법원(도급인)과 청소업체(수급인)간 체결한 도급(용역)계약의 내용에 따라 결정된다. 즉 계약 체결시 인건비의 기준단가를 무슨 기준으로 정하느냐에 따라 임금 수준이 정해지게 된다. 대법원에 설치된 법원행정처는 각급 법원의 조직·인사·예산·회계·시설 등의 관리와 같이 사법부를 운영해 가는 데 있어서 필요한 사법행정사무를 수행하고, 대법원장은 대법원의 직원과 각급 법원 및 그 소속 기관의 사법행정사무에 관하여 직원을 지휘 감독하는 지위에 있다. 따라서 대법원은 각급 법원의 청소용역(도급)에 소요되는 예산을 편성하고 이를 배정하여 총괄 관리하므로, 각급 법원의 청소용역 근로자 임금수준을 실질적으로 결정하고 있다 할 것이다.

위원회의 조사결과, 법원 청소용역근로자의 저임금은 대법원(법원행정처)이 각급 법원의 청소용역에 소요되는 예산을 편성할 때에 인건비의 기준단가를 「최저임금법」상 최저임금에 의하고 있기 때문인 것으로 파악된다. 이는 공공기관이 일반적으로 따르고 있는 「국가를 당사자로 하는 계약에 관한 법률(이하 ‘국가계약법’이라 함)」 시행령 및 시행규칙에 의한 기획재정부 회계예규 「예정가격작성기준」 제30조 제2항의 “청소용역 등 단순용역에 대한 인건비의 기준단가는 「통계법」 제8조의 규정에 따라 중소기업협동조합중앙회가 발표하는 제조부문 직종별 평균 조사 노임 중 보통인부 노임(이하 ‘제조업 보통 노임’이라 함)으로 한다”는 규정을 따르지 않은 것이다. 제조업 보통 노임은 「최저임금법」상 최저임금을 상회하는 금액으로 매년 정해지고 있기 때문에 저임금 근로자에게 보다 더 유리한 기준이라 할 것이다.

현재 국가계약법에 의거해 청소용역업체를 선정하는 방식은 경쟁 입찰을 통해서인데, 낙찰자의 결정은 계약이행능력을 심사(이를 ‘적격심사’라 함)한 후 ‘예정가격’ 이하의 낮은 가격을 제시하는 업체를 결정하게 된다(국가계약법 시행령 제42조 제1항). 결국 최종적으로는 예정가격보다 낮은 금액으로 계약이 체결되기 때문에, 예정가격 작성시 인건비 단가를 무슨 기준으로 했느냐가 청소용역근로자의 임금수준을 사실상 결정한다. 따라서 각급 법원의 청소용역 예산을 최저임금으로 산정하여 배정하고 예정가격의 인건비 기준단가를 최저임금으로 작성할 경우 임금이 지나치게 낮아지게 된다. 법원 청소용역근로자 임금이 현행 「최저임금법」을 위반하고 있는 것은 아니나 다른 공공기관의 임금수준에 비해 매우 뒤쳐지며, 다른 공공기관의 경우엔 적어도 최저임금수준 이상이 확보되도록 노력하고 있는 것과도 비교된다. 저임금 근로자의 생존권 개선과 같은 사회적 과제를 해결하는데 있어서 공공기관이 선도·모범적인 역할을 해야 한다는 점에서 법원과 같은 사회적 책임이 특히 큰 국가기관은 경제·사회적 약자인 청소용역근로자의 열악한 저임금 실태를 개선하는 데 더욱 적극적인 노력을 기울여야 한다는 점에서, 적어도 국가계약에 관한 법령과 관련 규정을 준수하는 것이 마땅하다.

IV. 결론

따라서 국가인권위원회는 「국가인권위원회법」 제19조 제1호 및 제7호 규정에 의하여 주문과 같이 권고하기로 결정한다.

2008. 10. 9.

위 원 최 경 숙(위원장 직무대행)

위 원 유 남 영

위 원 문 경 란

(2) 국가인권정책기본계획에 관한 권고안-장애인 건강권과 생활권 보장 부문

서론

- 유엔 정신지체인권리선언(1971년), 장애인권리선언(1975년)은 신체적·정신적 장애 예방, 장애인의 능력 개발 지원 및 사회생활의 통합 촉진 등을 규정하고, 장애인에관한세계행동계획(1982년), 장애인의기회평등화에 관한 기본규칙(1993년)은 장애인의 평등과 참여 보장, 국가정책 수립시 장애인 관점 반영, 장애인의 사회적 문제 해결 등을 규정함으로써 장애인의 권리 강화와 이에 대한 사회적 책임 및 실천을 강조함.
- 그동안 정부는 국제적 추세와 사회적 요구를 반영하여 한국장애인인권헌장을 제정하고(1998년), 4대 장애관련법(장애인복지법, 장애인고용촉진 및 직업재활법, 특수교육진흥법, 장애인·노인·임산부등의편의증진보장에관한법률) 정비를 통해 장애인 차별개선과 권리보호에 노력해 왔음.
- 그럼에도 우리사회의 장애 관련 법·제도는 장애인의 고용, 근로조건, 사회보장 등의 차별을 해소하는 데 여전히 미흡하고, 장애 유형에 따른 적절한 서비스가 제공되지 않아 교육·이동·접근성 등 일상적 생활에서의 장애인의 기본적인 권리조차 충분히 보장되지 못하고 있음 .
- 따라서 국가와 지방자치단체는 장애인의 기본적인 권리를 보장하고 능력개발과 사회통합을 촉진하여 장애인의 인권을 보장하는 정책을 시행해야 함.

목표

장애인을 위한 의료체계를 확립하고 사회보장을 강화하여 장애인의 건강권을 확보함.

현황 및 필요성

- 장애인 재활 프로그램을 운영할 수 있는 시설과 전문인력이 부족하고, 재활 시설 대부분이 대도시에 집중되어 장애인의 접근이 어려움.

- 보험회사가 장애를 이유로 보험계약 및 보험금보상에서 장애인을 불리하게 대우함.
- 장기간 치료하고 재활이 필요한 장애인은 의료부문의 복지혜택이 절실 하지만 장애인 가구의 특성이 충분히 고려되지 않아, 국민기초생활보장 제도의 수급자 선정에서 제외되거나 수급자로 선정되더라도 급여수준에서 불합리한 처우를 받음.
- 장애인 생활비 지원으로 지급되는 장애수당이 실질적인 소득보장 기능을 하기에 크게 부족하고, 이러한 장애수당마저도 국민기초생활보장제도의 수급을 받는 중증장애인에게만 한정되어 지급됨.

국내·외 기준 및 해외사례

- 미국은 노령·장애로 노동력을 상실했지만 사회보험으로도 충분히 보호 받지 못하는 사람의 소득을 보장하기 위해 보충보장소득이라는 공적부조 프로그램을 시행함.
- 영국은 국민보건서비스 체제에 따라 장애인에게 의료서비스를 제공하는데, 중증장애인에겐 지역보건센터의 간호서비스를 제공하고, 소득수준에 관계없이 모든 장애인에게 장애생계수당을 지급함.
- 스웨덴은 장애인에게 국민연금으로 일반 장애인연금과 직업과 관련된 보조 장애인연금을 제공하고, 유가족에게도 일반 유가족연금과 보조 유가족연금을 제공함.
- 호주는 무료 의료제도와 보험제의 혼합 또는 절충식 의료서비스를 제공하고, 장애인이 적정 수준으로 생활할 수 있도록 장애연금·이동수당·장애아동수당 등을 지급함.
- 일본은 장애인을 위한 의료서비스로 의료비 지원·갱생의료·양육의료 등을 제공함.

국가 정책방향

- 법·제도를 개선하여 장애인 의료보장체계를 확립하고, 장애인의 국민 기초생활보장제도 또는 장애수당을 현실화하여 장애인의 건강권과 생활권을 보장해야 함.

핵심 추진과제

- 장애인에게 재활서비스를 제공할 의료기관을 확충하고 재활 전문 인력을 확보하여 재활의료 중심의 장애인 의료보장체계 확립
- 관련법을 정비하여 장애인 재활보조기구 지원 확대
- 장애인의 보험가입과 불합리한 차별을 개선하기 위해 상법과 보험업법을 개정하고, 장애인시설 및 사업장의 보험가입을 법적으로 의무화하기 위해 화재로 인한재해보상과보험가입에관한법률을 개정하고 그 재원을 국가에서 지원하도록 함.
- 장애가구의 특성을 고려하여 최저생계비 책정 또는 장애수당 현실화
- 공공과 사설의 문화·여가시설을 이용할 수 있도록 장애인 이동권과 접근권 확보, 장애인의 문화활동 참여 확대, 각종 놀이시설에 장애인 이용 안전수칙을 마련하여 장애인의 문화권 및 생활권 증진

제 II 부

인권과 건강권

1장 세계인권선언

조효제 번역

전문

인류사회의 모든 구성원이 갖는 고유한 존엄과 평등하고도 양도할 수 없는 권리를 승인함은 세계의 자유, 정의와 평화의 기초이기에, 인권 무시와 멸시는 인류의 양심을 짓밟는 만행을 초래하였으며, 언론과 신앙의 자유 그리고 공포와 결핍 없는 세계의 도래는 사람들의 최고의 소망으로 선언되어 왔기에, 인간이 전제와 탄압에 저항하는 최후의 수단으로 반란을 일으키지 않도록 하기 위하여 법의 지배에 의해 인권을 보장하는 것이 필수적이기에, 여러 국가 사이의 우호적 관계의 발전을 증진시키는 것이 필수적이기에, 유엔의 여러 국민들은 유엔헌장에서 기본적 인권, 인간의 존엄과 가치, 그리고 남녀의 평등권에 대한 믿음을 재확인하고, 더욱 광범한 자유 중에서 사회적 진보와 생활수준 향상을 촉진하고자 결의하였기에, 가입국은 유엔과 협력하여 인권과 기본적 자유의 보편적인 존중 및 준수의 촉진을 이루어내고자 서약하였기에,

이러한 권리와 자유에 대한 공통된 이해는 그러한 서약의 완전한 실현에 가장 중요한 것이므로, 따라서 이에 국제연합 총회는, 사회의 모든 개인과 기관이 이 세계인권선언을 항상 마음에 새기면서, 가입국 자신의 인민들과 자국의 통치하에 있는 인민에게도 이들 권리와 자유의 존중을 교육을 통하여 촉진하는 일 및 그 보편적이고 효과적인 승인과 준수를 확보하도록 국내적 및 국제적인 점진적 조치를 통하여 확보하기 위하여 노력하도록, 모든 인민과 모든 국가가 이룩해야 할 공통의 기준으로 이 세계인권선언을 공포한다.

제1조

모든 사람은 태어나면서부터 자유롭고, 존엄과 권리에 있어 평등하다. 모든 사람은 이성과 양심을 타고났으며 서로 동포의 정신으로 행동하여야 한다.

제2조

1. 모든 사람은 인종, 피부색, 성, 언어, 종교, 정치적 또는 기타의 의견, 국민적 또는 사회적 출신, 재산, 출생 또는 이들과 유사한 그 어떠한 이유에 의해서도 차별을 받지 않고 이 선언에 규정된 모든 권리와 자유를 누릴 수 있다.
2. 나아가 개인이 속하는 국가 또는 지역이 독립국이든 신탁통치지역이든 비자치지역이든, 또는 어떤 주권제한 하에 있든지, 그 국가 또는 지역의 정치적, 사법적 또는 국제적인 지위에 근거하는 어떤 차별도 받지 않는다.

제3조

모든 사람은 생명, 자유 및 신체의 안전에 대한 권리를 가진다.

제4조

누구도 노예가 되거나 괴로운 노역을 강요당하지 않는다. 노예제도와 노예매매는 어떤 형태로든 금지된다.

제5조

누구도 고문 또는 잔인하고 비인도적이며 모욕적인 취급 또는 형벌을 받지 않는다.

제6조

모든 사람은 어디에서나 법 앞의 인격으로 인정받을 권리를 가진다.

제7조

모든 사람은 법 앞에 평등하며, 아무런 차별 없이 법의 동등한 보호를 받을 수 있다. 모든 사람은 이 선언을 위반하는 어떤 차별로부터도, 또한 그러한 차별을 부추기는 어떤 행위로부터도 평등한 보호를 받을 권리를 가진다.

제8조

모든 사람은 헌법 또는 법률에 의해 부여된 기본적인 권리를 침해하는 행위에 대하여, 권한을 가진 국내법원으로부터 유효한 구제를 받을 수 있는 권리를 가진다.

제9조

아무도 자의적인 체포, 구금 및 추방을 당하지 않는다.

제10조

모든 사람은 자신의 권리와 의무 및 자신에 대한 형사책임이 결정될 때에 독립된 공평한 법원에 의해 공정한 공개 심리를 받는 데 있어 완전히 평등한 권리를 가진다.

제11조

1. 범죄의 소추를 받은 사람은 누구나 자신을 변호하는 데 필요한 모든 것을 보장 받는 공개재판을 통하여 법률에 따라 유죄가 입증될 때까지 무죄로 추정될 권리를 가진다.
2. 누구도 행위시에 국내법 또는 국제법에 의해 범죄를 구성하지 않은 작위나 부작위로 인하여 유죄가 되지 않는다. 또한 범죄가 행해진 때의 형벌보다 더 무거운 형벌을 받지 않는다.

제12조

누구도 자신의 개인적인 일, 가족, 주거 또는 통신에 대하여 함부로 간섭받거나 명예 및 신용에 대하여 공격을 받지 않는다. 모든 사람은 이러한 간섭이나 공격에 대하여 법의 보호를 받을 권리를 가진다.

제13조

1. 모든 사람은 각국의 경계 내에서 자유롭게 이전하고 거주할 권리를 가진다.
2. 모든 사람은 자국이나 다른 나라를 떠나거나 자국에 돌아갈 권리를 가진다.

제14조

1. 모든 사람은 박해를 피하여 타국에 피난처를 구하고 체재할 권리를 가진다.
2. 이 권리는 비정치적 범죄 또는 국제연합의 목적 및 원칙에 반하는 행위만을 원인으로 하는 소추의 경우에는 원용될 수 없다.

제15조

1. 누구에게나 국적을 가질 권리가 있다.
2. 누구나 자의적으로 국적을 박탈당하거나 국적을 변경할 권리를 거부당하지 않는다.

제16조

1. 성년 남녀는 인종, 국적 또는 종교에 의한 어떤 제한도 받지 않고 혼인하며 가정을 만들 권리를 가진다. 그들은 혼인기간 중 또는 그것을 해소할 때에 혼인에 관하여 평등한 권리를 가진다.
2. 혼인은 그 의사를 가진 양 당사자의 자유롭고 완전한 합의에 의해서만 성립된다.
3. 가정은 사회의 자연적이고 기초적인 집단 단위로서 사회와 국가의 보호를 받는다.

제17조

1. 모든 사람은 단독으로 또는 타인과 공동하여 재산을 소유할 권리를 가진다.
2. 누구나 자의적으로 자신의 재산을 빼앗기지 않는다.

제18조

모든 사람은 사상, 양심 및 종교의 자유를 누릴 권리를 가진다. 이 권리는 종교 또는 신념을 바꿀 자유, 단독 또는 타인과 공동하여 공적 또는 사적으로 포교, 행사, 예배 및 의식을 통하여 종교나 신념을 표명할 자유를 포함한다.

제19조

모든 사람은 의견과 표현의 자유를 누릴 권리를 가진다. 이 권리는 간섭을 받지 않고 자신의 의견을 가질 자유를 포함하며, 또한 모든 수단을 통하여, 국경을 넘거나 넘지 않거나에 관계없이, 정보와 사상을 추구하고 받고 전할 자유를 포함한다.

제20조

1. 모든 사람은 평화적인 집회 및 결사의 자유를 누릴 권리를 가진다.
2. 누구도 결사에 소속할 것을 강요 받지 않는다.

제21조

1. 모든 사람은 직접 또는 자유롭게 선출된 대표자를 통하여 자국의 정치에 참여할 권리를 가진다.
2. 모든 사람은 자국에서 평등하게 공무를 담당할 권리를 가진다.
3. 인민의 의사는 통치권력의 기초가 되어야 한다. 이 의사는 정기적이고 진정한 선거에 의해 표명되어야 한다. 이 선거는 평등한 보통선거에 의한 것이어야 하고 비밀투표 또는 그것과 동등한 자유가 보장되는 투표절차에 의해 치러져야 한다.

제22조

모든 사람은 사회의 일원으로서 사회보장을 받을 권리를 가지며 국가적 노력 및 국제적 협력에 의해 또한 각국의 조직 및 자원에 따라 자신의 존엄과 자신의 인격의 자유로운 발전에 불가결한 경제적, 사회적 및 문화적 권리의 실현을 요구할 권리를 가진다.

제23조

1. 모든 사람은 노동할 권리, 직업을 자유롭게 선택할 권리, 공정하고 유리한 노동조건을 확보할 권리, 실업으로부터 보호 받을 권리를 가진다.
2. 모든 사람은 어떤 차별도 받지 않고 동등한 노동에 대하여 동등한 보수를 받을 권리를 가진다.

3. 모든 노동자는 자신과 가족이 인간의 존엄에 적합한 생활을 할 수 있는 공정하고 유리한 보수를 받고, 나아가 필요한 경우에는 다른 사회적 보호수단에 의해 보충 받을 권리를 가진다.
4. 모든 사람은 자신의 이익을 보호하기 위하여 노동조합을 조직하고 또한 그것에 가입할 권리를 가진다.

제24조

모든 사람은 노동시간의 합리적인 제한과 정기적 유급휴가를 포함하여 휴식 및 여가를 누릴 권리를 가진다.

제25조

1. 모든 사람은 자신과 가족의 건강과 안녕에 적합한 생활수준을 누릴 권리가 있다. 이러한 권리에는 음식, 입을 옷, 주거, 의료, 그리고 생활에 필요한 사회서비스 등을 누릴 권리가 포함된다. 또한 실업 상태에 놓였거나, 질병에 걸렸거나, 장애를 당했거나, 배우자와 사별했거나, 나이가 많이 들었거나, 그밖에 자신의 힘으로 어찌할 수 없는 상황에 처해 생계가 어려워진 모든 사람은 사회나 국가의 보호를 받을 권리가 있다.
2. 자식이 딸린 어머니 그리고 어린이와 청소년은 사회로부터 특별한 보살핌과 도움을 받을 자격이 있다. 모든 어린이와 청소년은 그 부모가 결혼한 상황에서 태어났건 아니건 간에 똑같은 보호를 받는다.

제26조

1. 모든 사람은 교육을 받을 권리를 가진다. 교육은 적어도 초등과 기초적 단계에서는 무상이어야 한다. 초등교육은 의무적이어야 한다. 기술교육과 직업교육은 일반인이 이용할 수 있어야 하며 고등교육은 능력에 따라 모든 사람에게 동등하게 열려 있어야 한다.
2. 교육은 인격의 충분한 발전과 인권 및 기본적 자유의 존중을 강화할 것을 목적으로 하여야 한다. 교육은 모든 나라, 인종적 또는 종교적 집단 상호간의 이해, 관

용 및 우호관계를 증진하는 것이어야 하고, 평화의 유지를 위하여 국제연합의 활동을 촉진하는 것이어야 한다.

3. 부모는 자녀에게 주는 교육의 종류를 선택하는 데 있어 우선적 권리를 가진다.

제27조

1. 모든 사람은 그 사회의 문화생활에 자유롭게 참여하고 예술을 즐기며 과학의 진보와 그 혜택을 공유할 권리를 가진다.

2. 모든 사람은 자신이 창작한 과학적, 문화적 또는 예술적 작품에서 생기는 정신적 및 물질적 이익을 보호받을 권리를 가진다.

제28조

모든 사람은 이 선언에서 제시된 권리와 자유가 완전하게 실현될 사회적 및 국제적 질서에 대한 권리를 가진다.

제29조

1. 모든 사람은 그 인격의 자유롭고 완전한 발전이 그 사회 속에서만 가능한, 그런 사회를 만들어 나갈 의무를 진다.

2. 모든 사람은 자신의 권리와 자유를 행사함에 있어서, 타인의 권리와 자유의 정당한 승인 및 존중을 보장하고 민주사회의 도덕, 공공질서 및 일반적 복지의 정당한 요구를 만족시키는 것만을 목적으로 하여 법률로써 정해진 제한에만 복종한다.

3. 이러한 권리와 자유는 어떤 경우에도 국제연합의 목적과 원칙에 반하여 행사할 수 없다.

제30조

이 선언의 모든 규정은, 어떤 나라나 집단 또는 개인에 대하여 이 선언에 열거된 권리와 자유의 파괴를 목적으로 하는 활동에 종사하거나 또는 그러한 목적의 행위를 할 권리를 인정한다고 해석되어서는 안 된다.

2장 경제적·사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약

[발효일 1990.7.10] [다자조약, 제1006호, 1990.6.13]

이 규약의 당사국은, 국제연합헌장에 선언된 원칙에 따라 인류사회의 모든 구성원의 고유의 존엄성 및 평등하고 양도할 수 없는 권리를 인정하는 것이 세계의 자유, 정의 및 평화의 기초가 됨을 고려하고, 이러한 권리는 인간의 고유한 존엄성으로부터 유래함을 인정하며, 세계인권선언에 따라 공포와 결핍으로부터의 자유를 향유하는 자유 인간의 이상은 모든 사람이 자신의 시민적, 정치적 권리뿐만 아니라 경제적, 사회적 및 문화적 권리를 향유할 수 있는 여건이 조성되는 경우에만 성취될 수 있음을 인정하며, 인권과 자유에 대한 보편적 존중과 준수를 촉진시킬 국제연합헌장상의 국가의 의무를 고려하며, 타 개인과 자기가 속한 사회에 대한 의무를 지고 있는 개인은, 이 규약에서 인정된 권리의 증진과 준수를 위하여 노력하여야 할 책임이 있음을 인식하여, 다음 조문들에 합의한다.

제1조

1. 모든 인민은 자결권을 가진다. 이 권리에 기초하여 모든 인민은 그들의 정치적 지위를 자유로이 결정하고, 또한 그들의 경제적, 사회적 및 문화적 발전을 자유로이 추구한다.
2. 모든 인민은, 호혜의 원칙에 입각한 국제경제협력으로부터 발생하는 의무 및 국제법상의 의무에 위반하지 아니하는 한, 그들 자신의 목적을 위하여 그들의 천연의 부와 자원을 자유로이 처분할 수 있다. 어떠한 경우에도 인민은 그들의 생존 수단을 박탈당하지 아니한다.
3. 비자치지역 및 신탁통치지역의 행정책임을 맡고 있는 국가들을 포함하여 이 규약의 당사국은 국제연합헌장의 규정에 따라 자결권의 실현을 촉진하고 동 권리를 존중하여야 한다.

제2부

제2조

1. 이 규약의 각 당사국은 특히 입법조치의 채택을 포함한 모든 적절한 수단에 의하여 이 규약에서 인정된 권리의 완전한 실현을 점진적으로 달성하기 위하여, 개별적으로 또한 특히 경제적, 기술적인 국제지원과 국제협력을 통하여, 자국의 가용 자원이 허용하는 최대한도까지 조치를 취할 것을 약속한다.
2. 이 규약의 당사국은 이 규약에서 선언된 권리들이 인종, 피부색, 성, 언어, 종교, 정치적 또는 기타의 의견, 민족적 또는 사회적 출신, 재산, 출생 또는 기타의 신분 등에 의한 어떠한 종류의 차별도 없이 행사되도록 보장할 것을 약속한다.
3. 개발도상국은, 인권과 국가 경제를 충분히 고려하여 이 규약에서 인정된 경제적 권리를 어느 정도까지 자국의 국민이 아닌 자에게 보장할 것인가를 결정할 수 있다.

제3조

이 규약의 당사국은 이 규약에 규정된 모든 경제적, 사회적 및 문화적 권리를 향유함에 있어서 남녀에게 동등한 권리를 확보할 것을 약속한다.

제4조

이 규약의 당사국은, 국가가 이 규약에 따라 부여하는 권리를 향유함에 있어서, 그러한 권리의 본질과 양립할 수 있는 한도 내에서, 또한 오직 민주 사회에서의 공공 복리증진의 목적으로 반드시 법률에 의하여 정하여지는 제한에 의해서만, 그러한 권리를 제한할 수 있음을 인정한다.

제5조

1. 이 규약의 어떠한 규정도 국가, 집단 또는 개인이 이 규약에서 인정되는 권리 및 자유를 파괴하거나, 또는 이 규약에서 규정된 제한의 범위를 넘어 제한하는 것을

목적으로 하는 활동에 종사하거나 또는 그와 같은 것을 목적으로 하는 행위를 행할 권리를 가지는 것으로 해석되지 아니한다.

2. 이 규약의 어떠한 당사국에서 법률, 협정, 규칙 또는 관습에 의하여 인정되거나 또는 현존하고 있는 기본적 인권에 대하여는, 이 규약이 그러한 권리를 인정하지 아니하거나 또는 그 인정의 범위가 보다 협소하다는 것을 구실로 동 권리를 제한하거나 또는 훼손하는 것이 허용되지 아니한다.

제3부

제6조

1. 이 규약의 당사국은, 모든 사람이 자유로이 선택하거나 수락하는 노동에 의하여 생계를 영위할 권리를 포함하는 근로의 권리를 인정하며, 동 권리를 보호하기 위하여 적절한 조치를 취한다.

2. 이 규약의 당사국이 근로권의 완전한 실현을 달성하기 위하여 취하는 제반조치에는 개인에게 기본적인 정치적, 경제적 자유를 보장하는 조건하에서 착실한 경제적, 사회적, 문화적 발전과 생산적인 완전고용을 달성하기 위한 기술 및 직업의 지도, 훈련계획, 정책 및 기술이 포함되어야 한다.

제7조

이 규약의 당사국은 특히 다음 사항이 확보되는 공정하고 유리한 근로조건을 모든 사람이 향유할 권리를 가지는 것을 인정한다.

(a) 모든 근로자에게 최소한 다음의 것을 제공하는 보수

(i) 공정한 임금과 어떠한 종류의 차별도 없는 동등한 가치의 노동에 대한 동등한 보수, 특히 여성에게 대하여는 동등한 노동에 대한 동등한 보수와 함께 남성이 향유하는 것보다 열등하지 아니한 근로조건 보장

(ii) 이 규약의 규정에 따른 근로자 자신과 그 가족의 품위 있는 생활

(b) 안전하고 건강한 근로조건

- (c) 연공서열 및 능력 이외의 다른 고려에 의하지 아니하고, 모든 사람이 자기의 직장에서 적절한 상위직으로 승진할 수 있는 동등한 기회
- (d) 휴식, 여가 및 근로시간의 합리적 제한, 공휴일에 대한 보수와 정기적인 유급휴일

제8조

1. 이 규약의 당사국은 다음의 권리를 확보할 것을 약속한다.
 - (a) 모든 사람은 그의 경제적, 사회적 이익을 증진하고 보호하기 위하여 관계단체의 규칙에만 따를 것을 조건으로 노동조합을 결성하고, 그가 선택한 노동조합에 가입하는 권리. 그러한 권리의 행사에 대하여는 법률로 정하여진 것 이외의 또한 국가안보 또는 공공질서를 위하여 또는 타인의 권리와 자유를 보호하기 위하여 민주 사회에서 필요한 것 이외의 어떠한 제한도 과할 수 없다.
 - (b) 노동조합이 전국적인 연합 또는 총연합을 설립하는 권리 및 총연합이 국제노동조합조직을 결성하거나 또는 가입하는 권리
 - (c) 노동조합은 법률로 정하여진 것 이외의 또한 국가안보, 공공질서를 위하거나 또는 타인의 권리와 자유를 보호하기 위하여 민주사회에서 필요한 제한 이외의 어떠한 제한도 받지 아니하고 자유로이 활동할 권리
 - (d) 특정국가의 법률에 따라 행사될 것을 조건으로 파업을 할 수 있는 권리
2. 이 조는 군인, 경찰 구성원 또는 행정관리가 전기한 권리들을 행사하는 것에 대하여 합법적인 제한을 부과하는 것을 방해하지 아니한다.
3. 이 조의 어떠한 규정도 결사의 자유 및 단결권의 보호에 관한 1948년의 국제노동기구협약의 당사국이 동 협약에 규정된 보장을 저해하려는 입법조치를 취하도록 하거나, 또는 이를 저해하려는 방법으로 법률을 적용할 것을 허용하지 아니한다.

제9조

이 규약의 당사국은 모든 사람이 사회보험을 포함한 사회보장에 대한 권리를 가지는 것을 인정한다.

제10조

이 규약의 당사국은 다음 사항을 인정한다.

1. 사회의 자연적이고 기초적인 단위인 가정에 대하여는, 특히 가정의 성립을 위하여 그리고 가정이 부양 어린이의 양육과 교육에 책임을 맡고 있는 동안에는 가능한 한 광범위한 보호와 지원이 부여된다. 혼인은 혼인의사를 가진 양 당사자의 자유로운 동의하에 성립된다.
2. 임신부에게는 분만 전후의 적당한 기간 동안 특별한 보호가 부여된다. 동 기간 중의 근로 임신부에게는 유급휴가 또는 적당한 사회보장의 혜택이 있는 휴가가 부여된다.
3. 가문 또는 기타 조건에 의한 어떠한 차별도 없이, 모든 어린이와 연소자를 위하여 특별한 보호와 원조의 조치가 취하여야 한다. 어린이와 연소자는 경제적, 사회적 착취로부터 보호된다. 어린이와 연소자를 도덕 또는 건강에 유해하거나 또는 생명에 위험하거나 또는 정상적 발육을 저해할 우려가 있는 노동에 고용하는 것은 법률에 의하여 처벌할 수 있다. 당사국은 또한 연령제한을 정하여 그 연령에 달하지 않은 어린이에 대한 유급노동에의 고용이 법률로 금지되고 처벌될 수 있도록 한다.

제11조

1. 이 규약의 당사국은 모든 사람이 적당한 식량, 의복 및 주택을 포함하여 자기 자신과 가정을 위한 적당한 생활수준을 누릴 권리와 생활조건을 지속적으로 개선할 권리를 가지는 것을 인정한다. 당사국은 그러한 취지에서 자유로운 동의에 입각한 국제적 협력의 본질적인 중요성을 인정하고, 그 권리의 실현을 확보하기 위한 적당한 조치를 취한다.
2. 이 규약의 당사국은 기아로부터의 해방이라는 모든 사람의 기본적인 권리를 인정하고, 개별적으로 또는 국제협력을 통하여 아래 사항을 위하여 구체적 계획을 포함하는 필요한 조치를 취한다.
 - (a) 과학·기술 지식을 충분히 활용하고, 영양에 관한 원칙에 대한 지식을 보급하고, 천연자원을 가장 효율적으로 개발하고 이용할 수 있도록 농지제도를 발전시키

거나 개혁함으로써 식량의 생산, 보존 및 분배의 방법을 개선할 것

(b) 식량수입국 및 식량수출국 쌍방의 문제를 고려하여 필요에 따라 세계식량공급의 공평한 분배를 확보할 것

제12조

1. 이 규약의 당사국은 모든 사람이 도달 가능한 최고 수준의 신체적·정신적 건강을 향유할 권리를 가지는 것을 인정한다.

2. 이 규약당사국이 동 권리의 완전한 실현을 달성하기 위하여 취할 조치에는 다음 사항을 위하여 필요한 조치가 포함된다.

(a) 사산율과 유아사망률의 감소 및 어린이의 건강한 발육

(b) 환경 및 산업위생의 모든 부문의 개선

(c) 전염병, 풍토병, 직업병 및 기타 질병의 예방, 치료 및 통제

(d) 질병 발생 시 모든 사람에게 의료와 간호를 확보할 여건의 조성

제13조

1. 이 규약의 당사국은 모든 사람이 교육에 대한 권리를 가지는 것을 인정한다. 당사국은 교육이 인격과 인격의 존엄성에 대한 의식이 완전히 발전되는 방향으로 나아가야 하며, 교육이 인권과 기본적 자유를 더욱 존중하여야 한다는 것에 동의한다. 당사국은 나아가서 교육에 의하여 모든 사람이 자유사회에 효율적으로 참여하며, 민족 간에 있어서나 모든 인종적, 종족적 또는 종교적 집단 간에 있어서 이해, 관용 및 친선을 증진시키고, 평화유지를 위한 국제연합의 활동을 증진시킬 수 있도록 하는 것에 동의한다.

2. 이 규약의 당사국은 동 권리의 완전한 실현을 달성하기 위하여 다음 사항을 인정한다.

(a) 초등교육은 모든 사람에게 무상 의무교육으로 실시된다.

(b) 기술 및 직업 중등교육을 포함하여 여러가지 형태의 중등 교육은, 모든 적당한 수단에 의하여, 특히 무상교육의 점진적 도입에 의하여 모든 사람이 일반적으로

이용할 수 있도록 하고, 또한 모든 사람에게 개방된다.

(c) 고등교육은, 모든 적당한 수단에 의하여, 특히 무상교육의 점진적 도입에 의하여, 능력에 기초하여 모든 사람에게 동등하게 개방된다.

(d) 기본교육은 초등교육을 받지 못하였거나 또는 초등교육의 전 기간을 이수하지 못한 사람들을 위하여 가능한 한 장려되고 강화된다.

(e) 모든 단계에 있어서 학교제도의 발전이 적극적으로 추구되고, 적당한 연구·장학제도가 수립되며, 교직원의 물질적 처우는 계속적으로 개선된다.

3. 이 규약의 당사국은 부모 또는 경우에 따라서 법정후견인이 그들 자녀를 위하여 공공기관에 의하여 설립된 학교 이외의 학교로서 국가가 정하거나 승인하는 최소한의 교육수준에 부합하는 학교를 선택하는 자유 및 그들의 신념에 따라 자녀의 종교적, 도덕적 교육을 확보할 수 있는 자유를 존중할 것을 약속한다.

4. 이 조의 어떠한 부분도 항상 이 조 제1항에 규정된 원칙을 준수하고, 그 교육기관에서의 교육이 국가가 결정하는 최소한의 기준에 일치한다는 요건하에서, 개인과 단체가 교육기관을 설립, 운영할 수 있는 자유를 간섭하는 것으로 해석되지 아니한다.

제14조

이 규약의 당사국이 되는 때 그 본토나 자국 관할 내에 있는 기타 영토에서 무상으로 초등의무교육을 확보할 수 없는 각 당사국은 계획상에 정해질 합리적인 연한 이내에 모든 사람에 대한 무상의무교육 원칙을 점진적으로 시행하기 위한 세부실천계획을 2년 이내에 입안, 채택할 것을 약속한다.

제15조

1. 이 규약의 당사국은 모든 사람의 다음 권리를 인정한다.

(a) 문화생활에 참여할 권리

(b) 과학의 진보 및 응용으로부터 이익을 향유할 권리

(c) 자기가 저작한 모든 과학적, 문학적 또는 예술적 창작품으로부터 생기는 정신

적, 물질적 이익의 보호로부터 이익을 받을 권리

2. 이 규약의 당사국이 그러한 권리의 완전한 실현을 달성하기 위하여 취하는 조치에는 과학과 문화의 보존, 발전 및 보급에 필요한 제반조치가 포함된다.

3. 이 규약의 당사국은 과학적 연구와 창조적 활동에 필수불가결한 자유를 존중할 것을 약속한다.

4. 이 규약의 당사국은 국제적 접촉의 장려와 발전 및 과학과 문화 분야에서의 협력으로부터 이익이 초래됨을 인정한다.

제4부

제16조

1. 이 규약의 당사국은 규약에서 인정된 권리의 준수를 실현하기 위하여 취한 조치와 성취된 진전사항에 관한 보고서를 이 부의 규정에 따라 제출할 것을 약속한다.

2. (a) 모든 보고서는 국제연합 사무총장에게 제출된다. 사무총장은 이 규약의 규정에 따라, 경제사회이사회가 심의할 수 있도록 보고서 사본을 동 이사회에 송부한다.

(b) 국제연합 사무총장은 이 규약의 당사국으로서 국제연합 전문기구의 회원국인 국가가 제출한 보고서 또는 보고서 내용의 일부가 전문기구의 창설규정에 따라 동 전문기구의 책임에 속하는 문제와 관계가 있는 경우, 동 보고서 사본 또는 그 내용 중 관련 부분의 사본을 동 전문기구에 송부한다.

제17조

1. 이 규약의 당사국은 경제사회이사회가 규약 당사국 및 관련 전문기구와 협의한 후, 이 규약의 발효 후 1년 이내에 수립하는 계획에 따라, 자국의 보고서를 각 단계별로 제출한다.

2. 동 보고서는 이 규약상의 의무의 이행정도에 영향을 미치는 요소 및 장애를 지적할 수 있다.

3. 이 규약의 당사국이 이미 국제연합 또는 전문기구에 관련 정보를 제출한 경우에

는, 동일한 정보를 다시 작성하지 않고 동 정보에 대한 정확한 언급으로서 족하다.

제18조

경제사회이사회는 인권과 기본적 자유 분야에서의 국제연합헌장상의 책임에 따라, 전문기구가 동 기구의 활동영역에 속하는 이 규약 규정의 준수를 달성하기 위하여 성취된 진전사항을 이사회에 보고하는 것과 관련하여, 당해 전문기구와 협정을 체결할 수 있다. 그러한 보고서에는 전문기구의 권한있는 기관이 채택한 규정의 행에 관한 결정 및 권고의 상세를 포함할 수 있다.

제19조

경제사회이사회는 제16조 및 제17조에 따라 각국이 제출하는 인권에 관한 보고서 및 제18조에 따라 전문기구가 제출하는 인권에 관한 보고서 중 국제연합 인권위원회의 검토, 일반적 권고, 또는 정보를 위하여 적당한 보고서를 인권위원회에 송부할 수 있다.

제20조

이 규약의 당사국과 관련 전문기구는 제19조에 의한 일반적 권고에 대한 의견 또는 국제연합 인권위원회의 보고서 또는 보고서에서 언급된 어떠한 문서에서도 그와 같은 일반적 권고에 대하여 언급하고 있는 부분에 관한 의견을 경제사회이사회에 제출할 수 있다.

제21조

경제사회이사회는 일반적 성격의 권고를 포함하는 보고서와 이 규약에서 인정된 권리의 일반적 준수를 달성하기 위하여 취한 조치 및 성취된 진전사항에 관하여 이 규약의 당사국 및 전문기구로부터 입수한 정보의 개요를 수시로 총회에 제출할 수 있다.

제22조

경제사회이사회는 이 규약의 제4부에서 언급된 보고서에서 생기는 문제로서, 국제연합의 타 기관, 그 보조기관 및 기술원조의 제공에 관여하는 전문기구가 각기 그 권한 내에서 이 규약의 효과적, 점진적 실시에 기여할 수 있는 국제적 조치의 타당성을 결정하는 데 도움이 될 수 있는 문제에 대하여 그들의 주의를 환기시킬 수 있다.

제23조

이 규약의 당사국은 이 규약에서 인정된 권리의 실현을 위한 국제적 조치에는 협약의 체결, 권고의 채택, 기술원조의 제공 및 관계정부와 협력하여 조직된 협의와 연구를 목적으로 하는 지역별 회의 및 기술적 회의의 개최와 같은 방안이 포함된다는 것에 동의한다.

제24조

이 규약의 어떠한 규정도 이 규약에서 취급되는 문제에 관하여 국제연합의 여러 기관과 전문기구의 책임을 각각 명시하고 있는 국제연합헌장 및 전문기구헌장의 규정을 침해하는 것으로 해석되지 아니한다.

제25조

이 규약의 어떠한 규정도 모든 사람이 그들의 천연적 부와 자원을 충분히, 자유로이 향유하고, 이용할 수 있는 고유의 권리를 침해하는 것으로 해석되지 아니한다.

제5부

제26조

1. 이 규약은 국제연합의 모든 회원국, 전문기구의 모든 회원국, 국제사법재판소 규정의 모든 당사국 또한 국제연합총회가 이 규약에 가입하도록 초청한 기타 모든

국가들의 서명을 위하여 개방된다.

2. 이 규약은 비준되어야 한다. 비준서는 국제연합 사무총장에게 기탁된다.

3. 이 규약은 이 조 제1항에서 언급된 모든 국가들의 가입을 위하여 개방된다.

4. 가입은 가입서를 국제연합 사무총장에게 기탁함으로써 이루어진다.

5. 국제연합 사무총장은 이 규약에 서명 또는 가입한 모든 국가들에게 각 비준서 또는 가입서의 기탁을 통보한다.

제27조

1. 이 규약은 35번째의 비준서 또는 가입서가 국제연합 사무총장에게 기탁된 날로부터 3개월 후에 발효한다.

2. 35번째 비준서 또는 가입서의 기탁 후에 이 규약을 비준하거나 또는 이 규약에 가입하는 국가에 대하여는, 이 규약은 그 국가의 비준서 또는 가입서가 기탁된 날로부터 3개월 후에 발효한다.

제28조

이 규약의 규정은 어떠한 제한이나 예외없이 연방국가의 모든 지역에 적용된다.

제29조

1. 이 규약의 당사국은 개정안을 제안하고 이를 국제연합 사무총장에게 제출할 수 있다. 사무총장은 개정안을 접수하는 대로, 각 당사국에게 동 제안을 심의하고 표결에 회부하기 위한 당사국회의 개최에 찬성하는지에 관한 의견을 사무총장에게 통보하여 줄 것을 요청하는 것과 함께, 개정안을 이 규약의 각 당사국에게 송부한다. 당사국 중 최소 3분의 1이 당사국회의 개최에 찬성하는 경우, 사무총장은 국제연합의 주관하에 동 회의를 소집한다. 동 회의에 출석하고 표결한 당사국의 과반수에 의하여 채택된 개정안은 그 승인을 위하여 국제연합총회에 제출된다.

2. 개정안은 국제연합총회의 승인을 얻고, 각기 자국의 헌법절차에 따라 이 규약 당사국의 3분의 2의 다수가 수락하는 때 발효한다.

3. 개정안은 발효 시 이를 수락한 당사국을 구속하며, 여타 당사국은 계속하여 이 규약의 규정 및 이미 수락한 그 이전의 모든 개정에 의하여 구속된다.

제30조

제26조 제5항에 의한 통보에 관계없이, 국제연합 사무총장은 동 조 제1항에서 언급된 모든 국가에 다음을 통보한다.

(a) 제26조에 의한 서명, 비준 및 가입

(b) 제27조에 의한 이 규약의 발효일자 및 제29조에 의한 모든 개정의 발효일자

제31조

1. 이 규약은 중국어, 영어, 불어, 러시아어 및 서반아어본이 동등히 정본이며, 국제연합 문서보존소에 기탁된다.

2. 국제연합 사무총장은 제26조에서 언급된 모든 국가들에게 이 규약의 인증등본을 송부한다.

이상의 증거로, 하기 서명자들은 각자의 정부에 의하여 정당히 권한을 위임받아 일천구백육십육년 십이월 십구일 뉴욕에서 서명을 위하여 개방된 이 규약에 서명하였다.

3장 시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약

[발효일 1990.7.10] [다자조약, 제1007호, 1990.6.13]

이 규약의 당사국은, 국제연합헌장에 선언된 원칙에 따라 인류사회의 모든 구성원의 고유의 존엄성 및 평등하고 양도할 수 없는 권리를 인정하는 것이 세계의 자유, 정의 및 평화의 기초가 됨을 고려하고, 이러한 권리는 인간의 고유한 존엄성으로부터 유래함을 인정하며, 세계인권선언에 따라 시민적, 정치적 자유 및 공포와 결핍으로부터의 자유를 향유하는 자유인간의 이상은 모든 사람이 자신의 경제적, 사회적 및 문화적 권리뿐만 아니라 시민적 및 정치적 권리를 향유할 수 있는 여건이 조성되는 경우에만 성취될 수 있음을 인정하며, 인권과 자유에 대한 보편적 존중과 준수를 촉진시킬 국제연합헌장상의 국가의 의무를 고려하며, 타 개인과 자기가 속한 사회에 대한 의무를 지고 있는 개인은, 이 규약에서 인정된 권리의 증진과 준수를 위하여 노력하여야 할 책임이 있음을 인식하여, 다음의 조문들에 합의한다.

제1부

제1조

1. 모든 사람은 자결권을 가진다. 이 권리에 기초하여 모든 사람은 그들의 정치적 지위를 자유로이 결정하고, 또한 그들의 경제적, 사회적 및 문화적 발전을 자유로이 추구한다.
2. 모든 사람은, 호혜의 원칙에 입각한 국제적 경제협력으로부터 발생하는 의무 및 국제법상의 의무에 위반하지 아니하는 한, 그들 자신의 목적을 위하여 그들의 천연의 부와 자원을 자유로이 처분할 수 있다. 어떠한 경우에도 사람은 그들의 생존수단을 박탈당하지 아니한다.
3. 비자치지역 및 신탁통치지역의 행정책임을 맡고 있는 국가들을 포함하여 이 규

약의 당사국은 국제연합헌장의 규정에 따라 자결권의 실현을 촉진하고 동 권리를 존중하여야 한다.

제2부

제2조

1. 이 규약의 각 당사국은 자국의 영토 내에 있으며, 그 관할권하에 있는 모든 개인에 대하여 인종, 피부색, 성, 언어, 종교, 정치적 또는 기타의 의견, 민족적 또는 사회적 출신, 재산, 출생 또는 기타의 신분 등에 의한 어떠한 종류의 차별도 없이 이 규약에서 인정되는 권리들을 존중하고 확보할 것을 약속한다.

2. 이 규약의 각 당사국은 현행의 입법조치 또는 기타 조치에 의하여 아직 규정되어 있지 아니한 경우, 이 규약에서 인정되는 권리들을 실현하기 위하여 필요한 입법조치 또는 기타 조치를 취하기 위하여 자국의 헌법상의 절차 및 이 규약의 규정에 따라 필요한 조치를 취할 것을 약속한다.

3. 이 규약의 각 당사국은 다음의 조치를 취할 것을 약속한다.

(a) 이 규약에서 인정되는 권리 또는 자유를 침해당한 사람에 대하여, 그러한 침해가 공무집행 중인 자에 의하여 자행된 것이라 할지라도 효과적인 구제조치를 받도록 확보할 것

(b) 그러한 구제조치를 청구하는 개인에 대하여, 권한있는 사법, 행정 또는 입법 당국 또는 당해 국가의 법률제도가 정하는 기타 권한있는 당국에 의하여 그 권리가 결정될 것을 확보하고, 또한 사법적 구제조치의 가능성을 발전시킬 것

(c) 그러한 구제조치가 허용되는 경우, 권한있는 당국이 이를 집행할 것을 확보할 것

제3조

이 규약의 당사국은 이 규약에서 규정된 모든 시민적 및 정치적 권리를 향유함에 있어서 남녀에게 동등한 권리를 확보할 것을 약속한다.

제4조

1. 국민의 생존을 위협하는 공공의 비상사태의 경우에 있어서 그러한 비상사태의 존재가 공식으로 선포되어 있을 때에는 이 규약의 당사국은 당해 사태의 긴급성에 의하여 엄격히 요구되는 한도 내에서 이 규약상의 의무를 위반하는 조치를 취할 수 있다. 다만, 그러한 조치는 당해국의 국제법상의 여타 의무에 저촉되어서는 아니되며, 또한 인종, 피부색, 성, 언어, 종교 또는 사회적 출신만을 이유로 하는 차별을 포함하여서는 아니된다.
2. 전 항의 규정은 제6조, 제7조, 제8조(제1항 및 제2항), 제11조, 제15조, 제16조 및 제18조에 대한 위반을 허용하지 아니한다.
3. 의무를 위반하는 조치를 취할 권리를 행사하는 이 규약의 당사국은, 위반하는 규정 및 위반하게 된 이유를, 국제연합 사무총장을 통하여 이 규약의 타 당사국들에게 즉시 통지한다. 또한 당사국은 그러한 위반이 종료되는 날에 동일한 경로를 통하여 그 내용을 통지한다.

제5조

1. 이 규약의 어떠한 규정도 국가, 집단 또는 개인이 이 규약에서 인정되는 권리 및 자유를 파괴하거나, 또는 이 규약에서 규정된 제한의 범위를 넘어 제한하는 것을 목적으로 하는 활동에 종사하거나 또는 그와 같은 것을 목적으로 하는 행위를 행할 권리를 가지는 것으로 해석되지 아니한다.
2. 이 규약의 어떠한 당사국에서 법률, 협정, 규칙 또는 관습에 의하여 인정되거나 또는 현존하고 있는 기본적 인권에 대하여는, 이 규약이 그러한 권리를 인정하지 아니하거나 또는 그 인정의 범위가 보다 협소하다는 것을 구실로 동 권리를 제한하거나 또는 훼손하여서는 아니된다.

제3부

제6조

1. 모든 인간은 고유한 생명권을 가진다. 이 권리는 법률에 의하여 보호된다. 어느 누구도 자의적으로 자신의 생명을 박탈당하지 아니한다.
2. 사형을 폐지하지 아니하고 있는 국가에 있어서 사형은 범죄 당시의 현행법에 따라서 또한 이 규약의 규정과 집단살해죄의 방지 및 처벌에 관한 협약에 저촉되지 아니하는 법률에 의하여 가장 중한 범죄에 대해서만 선고될 수 있다. 이 형벌은 권한있는 법원이 내린 최종판결에 의하여서만 집행될 수 있다.
3. 생명의 박탈이 집단살해죄를 구성하는 경우에는 이 조의 어떠한 규정도 이 규약의 당사국이 집단살해죄의 방지 및 처벌에 관한 협약의 규정에 따라 지고 있는 의무를 어떠한 방법으로도 위반하는 것을 허용하는 것은 아니라고 이해한다.
4. 사형을 선고받은 사람은 누구나 사면 또는 감형을 청구할 권리를 가진다. 사형 선고에 대한 일반사면, 특별사면 또는 감형은 모든 경우에 부여될 수 있다.
5. 사형선고는 18세 미만의 자가 범한 범죄에 대하여 과하여져서는 아니되며, 또한 임신부에 대하여 집행되어서는 아니된다.
6. 이 규약의 어떠한 규정도 이 규약의 당사국에 의하여 사형의 폐지를 지연시키거나 또는 방해하기 위하여 원용되어서는 아니된다.

제7조

어느 누구도 고문 또는 잔혹한, 비인도적인 또는 굴욕적인 취급 또는 형벌을 받지 아니한다. 특히 누구든지 자신의 자유로운 동의없이 의학적 또는 과학적 실험을 받지 아니한다.

제8조

1. 어느 누구도 노예상태에 놓여지지 아니한다. 모든 형태의 노예제도 및 노예매매는 금지된다.

2. 어느 누구도 예측상태에 놓여지지 아니한다.
3. (a) 어느 누구도 강제노동을 하도록 요구되지 아니한다.
- (b) 제3항 “(a)”의 규정은 범죄에 대한 형벌로 중노동을 수반한 구금형을 부과할 수 있는 국가에서, 권한있는 법원에 의하여 그러한 형의 선고에 따른 중노동을 시키는 것을 금지하는 것으로 해석되지 아니한다.
- (c) 이 항의 적용상 “강제노동”이라는 용어는 다음 사항을 포함하지 아니한다.
 - (i) “(b)”에서 언급되지 아니한 작업 또는 의무로서 법원의 합법적 명령에 의하여 억류되어 있는 자 또는 그러한 억류로부터 조건부 석방 중에 있는 자에게 통상적으로 요구되는 것
 - (ii) 군사적 성격의 의무 및 양심적 병역거부가 인정되고 있는 국가에 있어서는 양심적 병역거부자에게 법률에 의하여 요구되는 국민적 의무
 - (iii) 공동사회의 존립 또는 복지를 위협하는 긴급사태 또는 재난 시에 요구되는 의무
 - (iv) 시민으로서 통상적인 의무를 구성하는 작업 또는 의무

제9조

1. 모든 사람은 신체의 자유와 안전에 대한 권리를 가진다. 누구든지 자의적으로 체포되거나 또는 억류되지 아니한다. 어느 누구도 법률로 정한 이유 및 절차에 따르지 아니하고는 그 자유를 박탈당하지 아니한다.
2. 체포된 사람은 누구든지 체포 시에 체포이유를 통고받으며, 또한 그에 대한 피의 사실을 신속히 통고받는다.
3. 형사상의 죄의 혐의로 체포되거나 또는 억류된 사람은 법관 또는 법률에 의하여 사법권을 행사할 권한을 부여받은 기타 관헌에게 신속히 회부되어야 하며, 또한 그는 합리적인 기간 내에 재판을 받거나 또는 석방될 권리를 가진다. 재판에 회부되는 사람을 억류하는 것이 일반적인 원칙이 되어서는 아니되며, 석방은 재판 기타 사법적 절차의 모든 단계에서 출두 및 필요한 경우 판결의 집행을 위하여 출두할 것이라는 보증을 조건으로 이루어질 수 있다.
4. 체포 또는 억류에 의하여 자유를 박탈당한 사람은 누구든지, 법원이 그의 억류

의 합법성을 지체없이 결정하고, 그의 억류가 합법적이 아닌 경우에는 그의 석방을 명령할 수 있도록 하기 위하여, 법원에 절차를 취할 권리를 가진다.

5. 불법적인 체포 또는 억류의 희생이 된 사람은 누구든지 보상을 받을 권리를 가진다.

제10조

1. 자유를 박탈당한 모든 사람은 인도적으로 또한 인간의 고유한 존엄성을 존중하여 취급된다.

2. (a) 피고인은 예외적인 사정이 있는 경우를 제외하고는 기결수와 격리되며, 또한 유죄의 판결을 받고 있지 아니한 자로서의 지위에 상응하는 별도의 취급을 받는다.

(b) 미성년 피고인은 성인과 격리되며 또한 가능한 한 신속히 재판에 회부된다.

3. 교도소 수감제도는 재소자들의 교정과 사회복귀를 기본적인 목적으로 하는 처우를 포함한다. 미성년 범죄자는 성인과 격리되며 또한 그들의 연령 및 법적 지위에 상응하는 대우가 부여된다.

제11조

어느 누구도 계약상 의무의 이행불능만을 이유로 구금되지 아니한다.

제12조

1. 합법적으로 어느 국가의 영역 내에 있는 모든 사람은, 그 영역 내에서 이동의 자유 및 거주에 대한 권리를 가진다.

2. 모든 사람은 자국을 포함하여 어떠한 나라로부터도 자유로이 퇴거할 수 있다.

3. 상기 권리는 법률에 의하여 규정되고, 국가안보, 공공질서, 공중보건 또는 도덕 또는 타인의 권리와 자유를 보호하기 위하여 필요하고, 또한 이 규약에서 인정되는 기타 권리와 양립되는 것을 제외하고는 어떠한 제한도 받지 아니한다.

4. 어느 누구도 자국에 돌아올 권리를 자의적으로 박탈당하지 아니한다.

제13조

합법적으로 이 규약의 당사국의 영역 내에 있는 외국인은, 법률에 따라 이루어진 결정에 의하여서만 그 영역으로부터 추방될 수 있으며, 또한 국가안보상 불가피하게 달리 요구되는 경우를 제외하고는 자기의 추방에 반대하는 이유를 제시할 수 있고 또한 권한있는 당국 또는 동 당국에 의하여 특별히 지명된 자에 의하여 자기의 사안이 심사되는 것이 인정되며, 또한 이를 위하여 그 당국 또는 사람 앞에서 다른 사람이 그를 대리하는 것이 인정된다.

제14조

1. 모든 사람은 재판에 있어서 평등하다. 모든 사람은 그에 대한 형사상의 죄의 결정 또는 민사상의 권리 및 의무의 다툼에 관한 결정을 위하여 법률에 의하여 설치된 권한있는 독립적이고 공평한 법원에 의한 공정한 공개심리를 받을 권리를 가진다. 보도기관 및 공중에 대하여서는, 민주 사회에 있어서 도덕, 공공질서 또는 국가안보를 이유로 하거나 또는 당사자들의 사생활의 이익을 위하여 필요한 경우, 또는 공개가 사법상 이익을 해할 특별한 사정이 있는 경우 법원의 견해로 엄격히 필요하다고 판단되는 한도에서 재판의 전부 또는 일부를 공개하지 않을 수 있다. 다만, 형사소송 기타 소송에서 선고되는 판결은 미성년자의 이익을 위하여 필요한 경우 또는 당해 절차가 혼인관계의 분쟁이나 아동의 후견문제에 관한 경우를 제외하고는 공개된다.

2. 모든 형사피의자는 법률에 따라 유죄가 입증될 때까지 무죄로 추정받을 권리를 가진다.

3. 모든 사람은 그에 대한 형사상의 죄를 결정함에 있어서 적어도 다음과 같은 보장을 완전 평등하게 받을 권리를 가진다.

(a) 그에 대한 죄의 성질 및 이유에 관하여 그가 이해하는 언어로 신속하고 상세하게 통고받을 것

(b) 변호의 준비를 위하여 충분한 시간과 편의를 가질 것과 본인이 선임한 변호인과 연락을 취할 것

- (c) 부당하게 지체됨이 없이 재판을 받을 것
 - (d) 본인의 출석하에 재판을 받으며, 또한 직접 또는 본인이 선임하는 자의 법적 조력을 통하여 변호할 것. 만약 법적 조력을 받지 못하는 경우 변호인의 조력을 받을 권리에 대하여 통지를 받을 것. 사법상의 이익을 위하여 필요한 경우 및 충분한 지불수단을 가지고 있지 못하는 경우 본인이 그 비용을 부담하지 아니하고 법적 조력이 그에게 주어지도록 할 것
 - (e) 자기에게 불리한 증인을 신문하거나 또는 신문받도록 할 것과 자기에게 불리한 증인과 동일한 조건으로 자기를 위한 증인을 출석시키도록 하고 또한 신문받도록 할 것
 - (f) 법정에서 사용되는 언어를 이해하지 못하거나 또는 말할 수 없는 경우에는 무료로 통역의 조력을 받을 것
 - (g) 자기에게 불리한 진술 또는 유죄의 자백을 강요 당하지 아니할 것
4. 미성년자의 경우에는 그 절차가 그들의 연령을 고려하고 또한 그들의 갱생을 촉진하고자 하는 요망을 고려한 것이어야 한다.
 5. 유죄판결을 받은 모든 사람은 법률에 따라 그 판결 및 형벌에 대하여 상급 법원에서 재심을 받을 권리를 가진다.
 6. 어떤 사람이 확정판결에 의하여 유죄판결을 받았으나, 그후 새로운 사실 또는 새로 발견된 사실에 의하여 오심이 있었음을 결정적으로 입증함으로써 그에 대한 유죄판결이 파기되었거나 또는 사면을 받았을 경우에는 유죄판결의 결과 형벌을 받은 자는 법률에 따라 보상을 받는다. 다만, 그 알지 못한 사실이 적시에 밝혀지지 않은 것이 전체적으로 또는 부분적으로 그에게 책임이 있었다는 것이 증명된 경우에는 그러하지 아니한다.
 7. 어느 누구도 각국의 법률 및 형사절차에 따라 이미 확정적으로 유죄 또는 무죄 선고를 받은 행위에 관하여서는 다시 재판 또는 처벌을 받지 아니한다.

제15조

1. 어느 누구도 행위 시의 국내법 또는 국제법에 의하여 범죄를 구성하지 아니하는

작위 또는 부작위를 이유로 유죄로 되지 아니한다. 또한 어느 누구도 범죄가 행하여진 때에 적용될 수 있는 형벌보다도 중한 형벌을 받지 아니한다. 범죄인은 범죄가 행하여진 후에 보다 가벼운 형을 부과하도록 하는 규정이 법률에 정해진 경우에는 그 혜택을 받는다.

2. 이 조의 어떠한 규정도 국제사회에 의하여 인정된 법의 일반원칙에 따라 그 행위 시에 범죄를 구성하는 작위 또는 부작위를 이유로 당해인을 재판하고 처벌하는 것을 방해하지 아니한다.

제16조

모든 사람은 어디에서나 법 앞에 인간으로서 인정받을 권리를 가진다.

제17조

1. 어느 누구도 그의 사생활, 가정, 주거 또는 통신에 대하여 자의적이거나 불법적인 간섭을 받거나 또는 그의 명예와 신용에 대한 불법적인 비난을 받지 아니한다.
2. 모든 사람은 그러한 간섭 또는 비난에 대하여 법의 보호를 받을 권리를 가진다.

제18조

1. 모든 사람은 사상, 양심 및 종교의 자유에 대한 권리를 가진다. 이러한 권리는 스스로 선택하는 종교나 신념을 가지거나 받아들일 자유와 단독으로 또는 다른 사람과 공동으로, 공적 또는 사적으로 예배, 의식, 행사 및 선교에 의하여 그의 종교나 신념을 표명하는 자유를 포함한다.
2. 어느 누구도 스스로 선택하는 종교나 신념을 가지거나 받아들일 자유를 침해하게 될 강제를 받지 아니한다.
3. 자신의 종교나 신념을 표명하는 자유는, 법률에 규정되고 공공의 안전, 질서, 공중보건, 도덕 또는 타인의 기본적 권리 및 자유를 보호하기 위하여 필요한 경우에만 제한받을 수 있다.
4. 이 규약의 당사국은 부모 또는 경우에 따라 법정 후견인이 그들의 신념에 따라

자녀의 종교적, 도덕적 교육을 확보할 자유를 존중할 것을 약속한다.

제19조

1. 모든 사람은 간섭받지 아니하고 의견을 가질 권리를 가진다.
2. 모든 사람은 표현의 자유에 대한 권리를 가진다. 이 권리는 구두, 서면 또는 인쇄, 예술의 형태 또는 스스로 선택하는 기타의 방법을 통하여 국경에 관계없이 모든 종류의 정보와 사상을 추구하고 접수하며 전달하는 자유를 포함한다.
3. 이 조 제2항에 규정된 권리의 행사에는 특별한 의무와 책임이 따른다. 따라서 그러한 권리의 행사는 일정한 제한을 받을 수 있다. 다만, 그 제한은 법률에 의하여 규정되고 또한 다음 사항을 위하여 필요한 경우에만 한정된다.

(a) 타인의 권리 또는 신용의 존중

(b) 국가안보 또는 공공질서 또는 공중보건 또는 도덕의 보호

제20조

1. 전쟁을 위한 어떠한 선전도 법률에 의하여 금지된다.
2. 차별, 적의 또는 폭력의 선동이 될 민족적, 인종적 또는 종교적 증오의 고취는 법률에 의하여 금지된다.

제21조

평화적인 집회의 권리가 인정된다. 이 권리의 행사에 대하여는 법률에 따라 부과되고, 또한 국가안보 또는 공공의 안전, 공공질서, 공중보건 또는 도덕의 보호 또는 타인의 권리 및 자유의 보호를 위하여 민주사회에서 필요한 것 이외의 어떠한 제한도 과하여져서는 아니된다.

제22조

1. 모든 사람은 자기의 이익을 보호하기 위하여 노동조합을 결성하고 이에 가입하는 권리를 포함하여 다른 사람과의 결사의 자유에 대한 권리를 갖는다.

2. 이 권리의 행사에 대하여는 법률에 의하여 규정되고, 국가안보 또는 공공의 안전, 공공질서, 공중보건 또는 도덕의 보호 또는 타인의 권리 및 자유의 보호를 위하여 민주사회에서 필요한 것 이외의 어떠한 제한도 과하여져서는 아니된다. 이 조는 군대와 경찰의 구성원이 이 권리를 행사하는 데 대하여 합법적인 제한을 부과하는 것을 방해하지 아니한다.
3. 이 조의 어떠한 규정도 결사의 자유 및 단결권의 보호에 관한 1948년의 국제노동기구협약의 당사국이 동 협약에 규정하는 보장을 저해하려는 입법조치를 취하도록 하거나 또는 이를 저해하려는 방법으로 법률을 적용할 것을 허용하는 것은 아니다.

제23조

1. 가정은 사회의 자연적이며 기초적인 단위이고, 사회와 국가의 보호를 받을 권리를 가진다.
2. 혼인적령의 남녀가 혼인을 하고, 가정을 구성할 권리가 인정된다.
3. 혼인은 양 당사자의 자유롭고 완전한 합의 없이는 성립되지 아니한다.
4. 이 규약의 당사국은 혼인기간 중 및 혼인해소 시에 혼인에 대한 배우자의 권리 및 책임의 평등을 확보하기 위하여 적절한 조치를 취한다. 혼인해소의 경우에는 자녀에 대한 필요한 보호를 위한 조치를 취한다.

제24조

1. 모든 어린이는 인종, 피부색, 성, 언어, 종교, 민족적 또는 사회적 출신, 재산 또는 출생에 관하여 어떠한 차별도 받지 아니하고 자신의 가족, 사회 및 국가에 대하여 미성년자로서의 지위로 인하여 요구되는 보호조치를 받을 권리를 가진다.
2. 모든 어린이는 출생 후 즉시 등록되고, 성명을 가진다.
3. 모든 어린이는 국적을 취득할 권리를 가진다.

제25조

모든 시민은 제2조에 규정하는 어떠한 차별이나 또는 불합리한 제한도 받지 아니

하고 다음의 권리 및 기회를 가진다.

- (a) 직접 또는 자유로이 선출한 대표자를 통하여 정치에 참여하는 것
- (b) 보통, 평등 선거권에 따라 비밀투표에 의하여 행하여지고, 선거인의 의사의 자유로운 표명을 보장하는 진정한 정기적 선거에서 투표하거나 피선되는 것
- (c) 일반적인 평등 조건하에 자국의 공무에 취임하는 것

제26조

모든 사람은 법 앞에 평등하고 어떠한 차별도 없이 법의 평등한 보호를 받을 권리를 가진다. 이를 위하여 법률은 모든 차별을 금지하고, 인종, 피부색, 성, 언어, 종교, 정치적, 또는 기타의 의견, 민족적 또는 사회적 출신, 재산, 출생 또는 기타 신분 등의 어떠한 이유에 의한 차별에 대하여도 평등하고 효과적인 보호를 모든 사람에게 보장한다.

제27조

종족적, 종교적 또는 언어적 소수민족이 존재하는 국가에 있어서는 그러한 소수민족에 속하는 사람들에게 그 집단의 다른 구성원들과 함께 그들 자신의 문화를 향유하고, 그들 자신의 종교를 표명하고 실행하거나 또는 그들 자신의 언어를 사용할 권리가 부인되지 아니한다.

제4부

제28조

1. 인권이사회(이하 이 규약에서 이사회라 한다)를 설치한다. 이사회는 18인의 위원으로 구성되며 이하에 규정된 임무를 행한다.
2. 이사회는 고매한 인격을 가지고 인권분야에서 능력이 인정된 이 규약의 당사국의 국민들로 구성하고, 법률적 경험을 가진 약간 명의 인사의 참여가 유익할 것이라는 점을 고려한다.
3. 이사회의 위원은 개인적 자격으로 선출되고, 직무를 수행한다.

제29조

1. 이사회회의의 위원은 제28조에 규정된 자격을 가지고 이 규약의 당사국에 의하여 선거를 위하여 지명된 자의 명단 중에서 비밀투표에 의하여 선출된다.
2. 이 규약의 각 당사국은 2인 이하의 자를 지명할 수 있다. 이러한 자는 지명하는 국가의 국민이어야 한다.
3. 동일인이 재지명받을 수 있다.

제30조

1. 최초의 선거는 이 규약의 발효일로부터 6개월 이내에 실시된다.
2. 국제연합 사무총장은, 제34조에 따라 선언된 결원의 보충선거를 제외하고는, 이 사회의 구성을 위한 각 선거일의 최소 4개월 전에, 이 규약당사국이 3개월 이내에 위원회의 위원후보 지명을 제출하도록 하기 위하여 당사국에 서면 초청장을 발송한다.
3. 국제연합 사무총장은, 이와 같이 지명된 후보들을 지명국 이름의 명시와 함께 알파벳 순으로 명단을 작성하여 늦어도 선거일 1개월 전에 동 명단을 이 규약당사국에게 송부한다.
4. 이사회 위원의 선거는 국제연합 사무총장이 국제연합 본부에서 소집한 이 규약 당사국회담에서 실시된다. 이 회합은 이 규약당사국의 3분의 2를 정족수로 하고, 출석하여 투표하는 당사국 대표의 최대다수표 및 절대다수표를 획득하는 후보가 위원으로 선출된다.

제31조

1. 이사회는 동일국가의 국민을 2인 이상 포함할 수 없다.
2. 이사회회의의 선거에 있어서는 위원의 공평한 지리적 안배와 상이한 문명형태 및 주요한 법률체계가 대표되도록 고려한다.

제32조

1. 이사회회의의 위원은 4년 임기로 선출된다. 모든 위원은 재지명된 경우에 재선될 수

있다. 다만, 최초의 선거에서 선출된 위원 중 9인의 임기는 2년 후에 종료된다. 이들 9인 위원의 명단은 최초 선거 후 즉시 제30조 제4항에 언급된 회합의 의장에 의하여 추첨으로 선정된다.

2. 임기 만료 시의 선거는 이 규약 제4부의 전기 조문들의 규정에 따라 실시된다.

제33조

1. 이사회의 어느 한 위원이 그의 임무를 수행할 수 없는 것이 일시적 성격의 결석이 아닌 다른 이유로 인한 것이라고 다른 위원 전원이 생각할 경우, 이사회의 의장은 국제연합 사무총장에게 이를 통보하며, 사무총장은 이때 동 위원의 결석을 선언한다.

2. 이사회의 위원이 사망 또는 사임한 경우, 의장은 국제연합 사무총장에게 이를 즉시 통보하여야 하며, 사무총장은 사망일 또는 사임의 효력발생일로부터 그 좌석의 결석을 선언한다.

제34조

1. 제33조에 의해 결석이 선언되고, 교체될 결석위원의 잔여임기가 결석 선언일로부터 6개월 이내에 종료되지 아니할 때에는, 국제연합 사무총장은 이 규약의 각 당사국에게 이를 통보하며, 각 당사국은 결석을 충원하기 위하여 제29조에 따라서 2개월 이내에 후보자의 지명서를 제출할 수 있다.

2. 국제연합 사무총장은 이와 같이 지명된 후보들의 명단을 알파벳순으로 작성, 이를 이 규약의 당사국에게 송부한다. 보궐선거는 이 규약 제4부의 관계규정에 따라 실시된다.

3. 제33조에 따라 선언되는 결석을 충원하기 위하여 선출되는 위원은 동조의 규정에 따라 결석위원의 잔여임기 동안 재직한다.

제35조

이사회의 위원들은 국제연합총회가 이사회의 책임의 중요성을 고려하여 결정하게 될 조건에 따라, 국제연합의 재원에서 동 총회의 승인을 얻어 보수를 받는다.

제36조

국제연합 사무총장은 이 규정상 이사회의 효과적인 기능수행을 위하여 필요한 직원과 편의를 제공한다.

제37조

1. 국제연합 사무총장은 이사회의 최초 회의를 국제연합본부에서 소집한다.
2. 최초회의 이후에는, 이사회는 이사회의 절차규칙이 정하는 시기에 회합한다.
3. 이사회는 통상 국제연합본부나 제네바 소재 국제연합사무소에서 회합을 가진다.

제38조

이사회의 각 위원은 취임에 앞서 이사회의 공개석상에서 자기의 직무를 공정하고 양심적으로 수행할 것을 엄숙히 선언한다.

제39조

1. 이사회는 임기 2년의 임원을 선출한다. 임원은 재선될 수 있다.
2. 이사회는 자체의 절차규칙을 제정하며 이 규칙은 특히 다음 사항을 규정한다.
 - (a) 의사정족수는 위원 12인으로 한다.
 - (b) 이사회의 의결은 출석위원 과반수의 투표로 한다.

제40조

1. 이 규약의 당사국은 규약에서 인정된 권리를 실현하기 위하여 취한 조치와 그러한 권리를 향유함에 있어서 성취된 진전사항에 관한 보고서를 다음과 같이 제출할 것을 약속한다.
 - (a) 관계당사국에 대하여는 이 규약의 발효 후 1년 이내
 - (b) 그 이후에는 이사회가 요청하는 때
2. 모든 보고서는 국제연합 사무총장에게 제출되며 사무총장은 이를 이사회가 심의할 수 있도록 이사회에 송부한다. 동 보고서에는 이 규약의 이행에 영향을 미치

는 요소와 장애가 있을 경우, 이를 기재한다.

3. 국제연합 사무총장은 이사회와의 협의 후 해당 전문기구에 그 전문기구의 권한의 분야에 속하는 보고서 관련 부분의 사본을 송부한다.

4. 이사회는 이 규약의 당사국에 의하여 제출된 보고서를 검토한다. 이사회는 이사회 자체의 보고서와 이사회가 적당하다고 간주하는 일반적 의견을 당사국에게 송부한다. 이사회는 또한 이 규약의 당사국으로부터 접수한 보고서 사본과 함께 동 일반적 의견을 경제사회이사회에 제출할 수 있다.

5. 이 규약의 당사국은 본조 제4항에 따라 표명된 의견에 대한 견해를 이사회에 제출할 수 있다.

제41조

1. 이 규약의 당사국은 타 당사국이 이 규약상의 의무를 이행하지 아니하고 있다고 주장하는 일 당사국의 통보를 접수, 심리하는 이사회에 권한을 인정한다는 것을 이 조에 의하여 언제든지 선언할 수 있다. 이 조의 통보는 이 규약의 당사국 중 자국에 대한 이사회에 그러한 권한의 인정을 선언한 당사국에 의하여 제출될 경우에만 접수, 심리될 수 있다. 이사회는 그러한 선언을 행하지 아니한 당사국에 관한 통보는 접수하지 아니한다. 이 조에 따라 접수된 통보는 다음의 절차에 따라 처리된다.

(a) 이 규약의 당사국은 타 당사국이 이 규약의 규정을 이행하고 있지 아니하다고 생각할 경우에는, 서면통보에 의하여 이 문제에 관하여 그 당사국의 주의를 환기시킬 수 있다. 통보를 접수한 국가는 통보를 접수한 후 3개월 이내에 당해문제를 해명하는 설명서 또는 기타 진술을 서면으로 통보한 국가에 송부한다. 그러한 해명서에는 가능하고 적절한 범위 내에서, 동 국가가 당해문제와 관련하여 이미 취하였던, 또는 현재 취하고 있는, 또는 취할 국내절차와 구제수단에 관한 언급이 포함된다.

(b) 통보를 접수한 국가가 최초의 통보를 접수한 후 6개월 이내에 당해문제가 관련 당사국 쌍방에게 만족스럽게 조정되지 아니할 경우에는, 양 당사국 중 일방에 의한 이사회와 타 당사국에 대한 통고로 당해문제를 이사회에 회부할 권리를 가진다.

(c) 이사회는, 이사회에 회부된 문제의 처리에 있어서, 일반적으로 승인된 국제법

의 원칙에 따라 모든 가능한 국내적 구제절차가 원용되고 완료되었음을 확인한 다음에만 그 문제를 처리한다. 다만, 구제수단의 적용이 부당하게 지연되고 있을 경우에는 그러하지 아니한다.

(d) 이사회가 이 조에 의한 통보를 심사할 경우에는 비공개 토의를 가진다.

(e) “(c)”의 규정에 따를 것을 조건으로, 이사회는 이 규약에서 인정된 인권과 기본적인 자유에 대한 존중의 기초 위에서 문제를 우호적으로 해결하기 위하여 관계당사국에게 주선을 제공한다.

(f) 이사회는 회부받은 어떠한 문제에 관하여도 “(b)”에 언급된 관계당사국들에게 모든 관련정보를 제출할 것을 요청할 수 있다.

(g) “(b)”에서 언급된 관계당사국은 당해문제가 이사회에서 심의되고 있는 동안 자국의 대표를 참석시키고 구두 또는 서면으로 의견을 제출할 권리를 가진다.

(h) 이사회는 “(b)”에 의한 통보의 접수일로부터 12개월 이내에 보고서를 제출한다.

(i) “(e)”의 규정에 따라 해결에 도달한 경우에는 이사회는 보고서를 사실과 도달된 해결에 관한 간략한 설명에만 국한시킨다.

(ii) “(e)”의 규정에 따라 해결에 도달하지 못한 경우에는 이사회는 보고서를 사실에 관한 간략한 설명에만 국한시키고 관계당사국이 제출한 서면 의견과 구두 의견의 기록을 동 보고서에 첨부시킨다. 모든 경우에 보고서는 관계당사국에 통보된다.

2. 이 조의 제규정은 이 규약의 10개 당사국이 이 조 제1항에 따른 선언을 하였을 때 발효된다. 당사국은 동 선언문을 국제연합 사무총장에게 기탁하며, 사무총장은 선언문의 사본을 타 당사국에 송부한다. 이와 같은 선언은 사무총장에 대한 통고에 의하여 언제든지 철회될 수 있다. 이 철회는 이 조에 의하여 이미 송부된 통보에 따른 어떠한 문제의 심의도 방해하지 아니한다. 어떠한 당사국에 의한 추후의 통보는 사무총장이 선언 철회의 통고를 접수한 후에는 관계당사국이 새로운 선언을 하지 아니하는 한 접수되지 아니한다.

제42조

1. (a) 제41조에 따라 이사회에 회부된 문제가 관계당사국들에 만족스럽게 타결되

지 못하는 경우에는 이사회는 관계당사국의 사전 동의를 얻어 특별조정위원회(이하 조정위원회라 한다)를 임명할 수 있다. 조정위원회는 이 규약의 존중에 기초하여 당해문제를 우호적으로 해결하기 위하여 관계당사국에게 주선을 제공한다.

(b) 조정위원회는 관계당사국에게 모두 수락될 수 있는 5인의 위원으로 구성된다. 관계당사국이 3개월 이내에 조정위원회의 전부 또는 일부의 구성에 관하여 합의에 이르지 못하는 경우에는, 합의를 보지 못하는 조정위원회의 위원은 비밀투표에 의하여 인권이사회 위원 중에서 인권이사회 위원 3분의 2의 다수결투표로 선출된다.

2. 조정위원회의 위원은 개인자격으로 직무를 수행한다. 동 위원은 관계당사국, 이 규약의 비당사국 또는 제41조에 의한 선언을 행하지 아니한 당사국의 국민이어서는 아니된다.

3. 조정위원회는 자체의 의장을 선출하고 또한 자체의 절차규칙을 채택한다.

4. 조정위원회의 회의는 통상 국제연합본부 또는 제네바 소재 국제연합사무소에서 개최된다. 그러나 동 회의는 조정위원회가 국제연합 사무총장 및 관계당사국과 협의하여 결정하는 기타 편리한 장소에서도 개최될 수 있다.

5. 제36조에 따라 설치된 사무국은 이 조에서 임명된 조정위원회에 대하여도 역무를 제공한다.

6. 이사회가 접수하여 정리한 정보는 조정위원회가 이용할 수 있으며, 조정위원회는 관계당사국에게 기타 관련 자료의 제출을 요구할 수 있다.

7. 조정위원회는 문제를 충분히 검토한 후, 또는 당해문제를 접수한 후, 어떠한 경우에도 12개월 이내에, 관계당사국에 통보하기 위하여 인권이사회의 위원장에게 보고서를 제출한다.

(a) 조정위원회가 12개월 이내에 당해문제에 대한 심의를 종료할 수 없을 경우, 조정위원회는 보고서를 당해문제의 심의현황에 관한 간략한 설명에 국한시킨다.

(b) 조정위원회가 이 규약에서 인정된 인권의 존중에 기초하여 당해문제에 대한 우호적인 해결에 도달한 경우, 조정위원회는 보고서를 사실과 도달한 해결에 관한 간략한 설명에 국한시킨다.

(c) 조정위원회가 “(b)”의 규정에 의한 해결에 도달하지 못한 경우, 조정위원회의

보고서는 관계당국 간의 쟁점에 관계되는 모든 사실문제에 대한 자체의 조사결과 및 문제의 우호적인 해결 가능성에 관한 견해를 기술한다. 동 보고서는 또한 관계 당사국이 제출한 서면 의견 및 구두의견의 기록을 포함한다.

(d) “(c)”에 의하여 조정위원회의 보고서가 제출되는 경우, 관계당사국은 동 보고서의 접수로부터 3개월 이내에 인권이사회의 위원장에게 조정위원회의 보고서 내용의 수락여부를 통고한다.

8. 이 조의 규정은 제41조에 의한 이사회의 책임을 침해하지 아니한다.

9. 관계당사국은 국제연합 사무총장이 제출하는 견적에 따라 조정위원회의 모든 경비를 균등히 분담한다.

10. 국제연합 사무총장은 필요한 경우, 이 조 제9항에 의하여 관계당사국이 분담금을 납입하기 전에 조정위원회의 위원의 경비를 지급할 수 있는 권한을 가진다.

제43조

이사회의 위원과 제42조에 의하여 임명되는 특별조정위원회의 위원은 국제연합의 특권 및 면제에 관한 협약의 관계 조항에 규정된 바에 따라 국제연합을 위한 직무를 행하는 전문가로서의 편의, 특권 및 면제를 향유한다.

제44조

이 규약의 이행에 관한 규정은 국제연합과 그 전문기구의 설립헌장 및 협약에 의하여 또는 헌장 및 협약하에서의 인권분야에 규정된 절차의 적용을 방해하지 아니하고, 이 규약당사국이 당사국 간에 발효 중인 일반적인 또는 특별한 국제협정에 따라 분쟁의 해결을 위하여 다른 절차를 이용하는 것을 방해하지 아니한다.

제45조

이사회는 그 활동에 관한 연례보고서를 경제사회이사회를 통하여 국제연합총회에 제출한다.

제5부

제46조

이 규약의 어떠한 규정도 이 규약에서 취급되는 문제에 관하여 국제연합의 여러 기관과 전문기구의 책임을 각각 명시하고 있는 국제연합헌장 및 전문기구헌장의 규정을 침해하는 것으로 해석되지 아니한다.

제47조

이 규약의 어떠한 규정도 모든 사람이 그들의 천연적 부와 자원을 충분히 자유로이 향유하고, 이용할 수 있는 고유의 권리를 침해하는 것으로 해석되지 아니한다.

제6부

제48조

1. 이 규약은 국제연합의 모든 회원국, 전문기구의 모든 회원국, 국제사법재판소 규정의 모든 당사국 또한 국제연합총회가 이 규약에 가입하도록 초청한 기타 모든 국가들의 서명을 위하여 개방된다.
2. 이 규약은 비준되어야 한다. 비준서는 국제연합 사무총장에게 기탁된다.
3. 이 규약은 이 조 제1항에서 언급된 모든 국가들의 가입을 위하여 개방된다.
4. 가입은 가입서를 국제연합 사무총장에게 기탁함으로써 이루어진다.
5. 국제연합 사무총장은 이 규약에 서명 또는 가입한 모든 국가들에게 각 비준서 또는 가입서의 기탁을 통보한다.

제49조

1. 이 규약은 35번째의 비준서 또는 가입서가 국제연합 사무총장에게 기탁되는 날로부터 3개월 후에 발효한다.
2. 35번째의 비준서 또는 가입서의 기탁 후에 이 규약을 비준하거나 또는 이 조약

에 가입하는 국가에 대하여는, 이 규약은 그 국가의 비준서 또는 가입서가 기탁된 날로부터 3개월 후에 발효한다.

제50조

이 규약의 규정은 어떠한 제한이나 예외없이 연방국가의 모든 지역에 적용된다.

제51조

1. 이 규약의 당사국은 개정안을 제안하고 이를 국제연합 사무총장에게 제출할 수 있다. 사무총장은 개정안을 접수하는대로, 각 당사국에게 동 제안을 심의하고 표결에 회부하기 위한 당사국회의 개최에 찬성하는지에 관한 의견을 사무총장에게 통보하여 줄 것을 요청하는 것과 함께, 개정안을 이 규약의 각 당사국에게 송부한다. 당사국 중 최소 3분의 1이 당사국회의 개최에 찬성하는 경우, 사무총장은 국제연합의 주관하에 동 회의를 소집한다. 동 회의에 출석하고 표결한 당사국의 과반수에 의하여 채택된 개정안은 그 승인을 위하여 국제연합총회에 제출된다.
2. 개정안은 국제연합총회의 승인을 얻고, 각기 자국의 헌법상 절차에 따라 이 규약당사국의 3분의 2의 다수가 수락하는 때 발효한다.
3. 개정안은 발효 시 이를 수락한 당사국을 구속하고, 여타 당사국은 계속하여 이 규약의 규정 및 이미 수락한 그 이전의 모든 개정에 의하여 구속된다.

제52조

제48조 제5항에 의한 통보에 관계없이, 국제연합 사무총장은 동조 제1항에서 언급된 모든 국가에 다음을 통보한다.

- (a) 제48조에 의한 서명, 비준 및 가입
- (b) 제49조에 의한 이 규약의 발효일자 및 제51조에 의한 모든 개정의 발효일자

제53조

1. 이 규약은 중국어, 영어, 불어, 러시아어 및 서반아어본이 동등히 정본이며 국제

연합 문서보존소에 기탁된다.

2. 국제연합 사무총장은 제48조에서 언급된 모든 국가들에게 이 규약의 인증등본을 송부한다.

이상의 증거로, 하기 서명자들은 각자의 정부에 의하여 정당히 권한을 위임받아 일천구백육십육년 십이월 십구일 뉴욕에서 서명을 위하여 개방된 이 규약에 서명하였다.

4장 경제문화사회권리위원회 일반논평 14 :

도달 가능한 최고 수준의 건강에 대한 권리 (제12조)⁸⁾

- 출처 : 국가인권위원회 국제인권팀(편), 2006, 「유엔 인권조약 감시기구의 일반논평 및 일반권고 1」

2000년 제22차 경제문화사회권리위원회 세션에서 채택됨.

1. 건강은 다른 인권의 행사를 위해 필수 불가결한 기본적인 인권이다. 모든 인간은 존엄한 삶에 보탬이 되는 도달 가능한 최고 수준의 건강을 향유할 권리가 있다. 건강권의 실현은 건강 정책의 수립, 세계보건기구(WHO)가 개발한 건강 프로그램의 이행 또는 구체적인 법적 문서의 채택 등 다수의 상호보완적인 접근법을 통하여 추구할 수 있다. 또한 건강권은 법적으로 집행가능한 요소를 포함한다.⁹⁾

2. 건강에 대한 인권은 다수의 국제 문서에서 승인되었다. 세계인권선언 제25조 1항은 “모든 사람은 식량, 의복, 주택, 의료, 필수적인 사회 역무를 포함하여 자신과 가족의 건강과 안녕에 적합한 생활 수준을 누릴 권리가 있다”고 확인하고 있다. “경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약”은 건강권에 대하여 국제인권법상 가장 포괄적인 조항을 규정한다. 동 규약 제12조 1항에 따르면 당사국은 “도달 가능한 최고 수준의 신체적 및 정신적 건강을 향유할 모든 이의 권리”를 인정하고 있으며, 제12조 2항은 “이 권리의 완전한 실현을 달성하기 위하여 당사국이 취하여야 할 조치”를 다수의 예시로 열거하고 있다. 그밖에도 건강권은 “모든 형태의 인종차별 철폐에 관한 국제협약” 제5조 (e)항 (iv), “모든 형태의 여성차별에 관한 협약” 제11조 1항 (f)항 및 제12조, 그리고 1989년 “아동의 권리에 관한 협약” 제

8) 한글 번역본에서 보건권(right to health)을 건강권으로, 권리(entitlement)를 급부권으로 다시 변경하였다.

9) 예를 들어, 보건 시설, 상품 및 서비스에 관련된 비차별 원칙은 다수의 국가 관할권 상에서 법적으로 집행 가능하다.

24조에서 인정되고 있다. 몇몇 지역적 인권 문서도 건강권을 인정하고 있는데, 이러한 것으로는 개정된 1961년 유럽사회헌장(제11조), 1981년 아프리카인권헌장(제16조) 및 1988년 “경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 미주인권협약 추가의 정서”(제10조)가 있다. 건강권은 인권위원회¹⁰⁾, 1993년 비엔나 선언 및 행동계획 및 기타 국제 문서¹¹⁾에서 선언되었다.

3. 건강권은 국제인권장전에서 규정하고 있는 바와 같이 식량권, 주거권, 노동권, 교육권, 인간존엄성, 생명권, 비차별권, 평등권, 고문금지, 사생활, 정보에 대한 접근권, 결사, 집회 및 이전의 자유 등 다른 인권의 실현과 긴밀하게 연관되어 있으며, 이에 좌우된다. 위의 권리와 자유 및 기타의 권리와 자유는 건강권의 필수적 요소를 다룬다.

4. 유엔총회 제3위원회는 규약 제12조를 작성함에 있어 건강을 “단순히 질병 또는 병약이 존재하지 않는다는 것이 아니라 육체적, 정신적 및 사회적으로 완전한 복리의 상태”로 개념화한 세계보건기구(WHO) 헌장의 전문에 규정된 건강의 정의를 채택하지 않았다. 그러나 규약 제12조 1항에 언급된 “도달 가능한 최고 수준의 신체적 및 정신적 건강”은 보건의료에 대한 권리에만 국한되는 것이 아니다. 반대로, 제12조 2항의 입안과정과 명시된 문안을 보면 건강권은 사람들이 건강한 삶을 영위할 수 있는 환경을 조성하는 광범위한 사회경제적 요소를 포괄하며, 식량과 영양, 주택, 안전하고 마실 수 있는 물과 적절한 위생, 안전하고 위생적인 노동조건, 건강한 환경 등 건강의 기초적인 결정요소에까지 확장된다는 것을 인식하고 있음을 알 수 있다.

10) 동 위원회 결의 1989/11

11) 유엔총회가 1991년 채택한 “정신질환자의 보호 및 정신보건의료의 개선을 위한 원칙”, 그리고 장애인에 관한 본 위원회 일반논평 5는 정신질환자에 적용된다. 1994년 “카이로에서 열린 인구와 개발에 관한 국제회의의 행동계획” 및 1995년 베이징에서 열린 “제4차 세계여성회의의 베이징선언 및 행동강령”은 각각 생식 건강과 여성 건강의 정의를 담고 있다.

5. 본 위원회는 전 세계 수백만 명의 사람들에게 건강권의 완전한 향유는 아직도 요원한 목표임을 인식한다. 또한, 많은 경우, 특히 빈곤하게 사는 이들의 경우, 이 목표는 갈수록 더 멀어지고 있다. 본 위원회는 많은 당사국에서 제12조의 완전한 실현을 막는 요소로서 국가의 통제하기 힘든 국제적 요소 및 기타 요소에서 기인하는 가공할 구조적 및 기타 장애물의 존재를 인식하는 바이다.

6. 본 일반논평은 당사국의 규약 이행 보고서 제출 의무의 이행을 지원하기 위하여 제12조의 규범적 내용(1장), 당사국의 의무(2장), 위반(3장) 및 국가 차원에서의 이행(4장)에 초점을 맞춘다. 당사국 이외의 행위자의 의무는 5장에서 다룬다. 본 일반논평은 다년간 당사국 보고서를 심사한 본 위원회의 경험에 바탕을 두었다.

제12조의 규범적 내용

7. 제12조 1항은 건강권의 정의를 규정하고, 제12조 2항은 당사국 의무를 예시적으로 열거한다.

8. 건강권을 건강할 권리로 이해해서는 안 된다. 건강권은 자유와 급부권을 모두 포함한다. 자유는 성적 자유 및 생식적 자유 등 자신의 건강 및 신체를 통제할 권리 및 고문, 합의하지 않은 치료 및 실험으로부터 자유로울 권리 등 간접으로부터 자유로울 권리가 포함된다. 반면에, 급부권은 사람들에게 도달 가능한 최고 수준의 건강을 누릴 기회의 평등을 제공하는 건강 보호 제도에 대한 권리를 포함한다.

9. 제12조 1항의 “도달 가능한 최고 수준의 건강”이라는 개념은 개인의 생물학적 및 사회경제적 조건과 국가의 가용 자원을 모두 고려한 것이다. 국가와 개인의 관계로만 다루어질 수 없는 측면이 많이 있다. 특히, 양호한 건강은 국가가 보장할 수 있는 것이 아니며, 국가가 인간의 건강 악화의 모든 가능한 원인으로부터 보호할 수도 없다. 따라서 유전적 요인, 건강 악화에 대한 개인적 취약성, 그리고 건강하

지 못하거나 위험의 소지가 있는 생활방식의 채택이 개인의 건강에 있어서 중요한 역할을 할 수 있다. 따라서 건강권은 도달 가능한 최고 수준의 건강을 실현하기 위해 필요한 시설, 상품, 서비스 및 환경을 향유할 권리로 이해하여야 한다.

10. 1996년 양 국제규약이 채택된 이래, 세계의 위생 상태는 극적으로 변화하였고, 건강 개념은 상당한 변화를 겪었으며 그 범위가 확장되었다. 자원배분, 성(gender)의 차이 등 보다 많은 건강 결정요소가 고려되고 있다. 폭력 및 무력충돌과 같은 사회적으로 관련된 문제 등 건강에 대한 보다 폭넓은 정의 역시 고려되고 있다.¹²⁾ 또한 인체면역결핍바이러스와 후천적 면역결핍증후군(HIV/AIDS)같이 종전에 알려지지 않았던 질병, 암과 같이 한층 더 확산된 기타 질병, 그리고 세계 인구의 급속한 증가는 건강권의 실현에 새로운 장애물을 야기하였으며, 이러한 점들이 제12조를 해석함에 있어 고려되어야 한다.

11. 본 위원회는 제12조 1항에 정의된 건강권을 적시의 적절한 보건의료뿐 아니라 건강의 기초를 이루는 결정요인에까지 확대되는 포괄적인 권리로 해석한다. 이러한 건강 결정요소로는 안전하고 마실 수 있는 물과 적절한 위생에 대한 접근성, 안전한 식량, 영양 및 주택의 적절한 공급, 위생적인 직업 및 환경 조건, 그리고 성적 건강 및 생식적 건강을 포함하는 건강 관련 교육과 정보에 대한 접근성이 있다. 또 다른 중요한 측면으로는 공동체, 국가 및 국제 차원의 모든 건강 관련 의사결정에 대한 시민의 참여이다.

12. 모든 형태 및 단계의 건강권은 다음의 상호 연관된 필수적인 요소를 포함한다. 이러한 요소의 구체적인 적용은 특정 당사국의 지배적인 환경에 달려있다.

(a) 가용성. 제대로 기능하는 공공 보건 및 보건의료 시설, 물품과 서비스, 그리고

12) 전쟁 피해자 보호를 위한 제(諸) 제네바협약(1949)의 공통 제3조, 국제적 무력충돌 희생자의 보호에 관한 제1추가의정서(1977) 제75조 2항 (a), 비국제적 무력충돌 희생자의 보호에 관한 제2추가의정서(1977) 제4조 (a)

프로그램이 당사국 내에 충분한 양으로 이용가능하여야 한다. 시설, 물품 및 서비스의 정확한 성격은 당사국의 발전 수준 등 다수의 요인에 따라 다르게 나타날 것이다. 그러나 이들은 “필수 의약품에 관한 세계보건기구(WHO) 행동계획”¹³⁾에 규정되어 있는 바와 같이, 안전하고 마실 수 있는 식수 및 적절한 위생시설, 병원, 진료소 및 기타 건강 관련 시설, 국내에서 경쟁력 있는 보수를 받고 있는 훈련된 의료 및 전문적 관계자, 필수 의약품 등 건강의 기초를 이루는 결정요인을 포함한다.

(b) 접근성. 보건 시설, 물품 및 서비스¹⁴⁾는 당사국의 관할권 내에서 차별 없이 모든 이에게 접근 가능하여야 한다. 접근성은 네 가지 차원을 가지는 것으로 볼 수 있는데, 이들은 부분적으로 겹치는 내용이 있다.

- 비차별 : 보건 시설, 물품 및 서비스는 모든 이에게, 특히 가장 소외된 인구 집단에 게, 법률상·사실상 어떠한 금지된 근거에 의한 차별 없이 접근 가능하여야 한다.¹⁵⁾
- 물리적 접근성 : 보건 시설, 물품 및 서비스는 소수민족과 선주민, 여성, 아동, 청소년, 노인, 장애인 및 HIV/AIDS 감염자와 같이 취약하거나 소외된 집단을 포함하는 모든 인구 집단이 물리적으로 안전하게 도달할 수 있는 범위 내에 있어야 한다. 또한 접근성은 의료 서비스, 그리고 안전하고 마실 수 있는 물과 적절한 위생시설 등 건강 결정요소가 농촌 지역 등지에서도 물리적으로 안전하게 도달할 수 있는 것을 의미한다. 접근성은 장애인의 건물에 대한 적절한 접근성 역시 포함한다.
- 경제적 접근성(경제적 부담가능성) : 보건 시설, 물품 및 서비스는 모든 이에게 경제적으로 부담 가능하여야 한다. 보건의료 서비스 및 건강 결정요소 관련 서비스의 비용은 형평의 원칙에 기초하여야 하며 사적으로 제공되었는지 공적으로 제공되었는지를 불문하고 사회적으로 혜택 받지 못한 집단을 포함하여 모든 이에게 부담 가능하도록 보장되어야 한다. 형평성은 가난한 가정의 부유한 가정과

13) WHO 필수 약품 모델 리스트(1999년 12월 개정, WHO 약품 정보, 13권, No. 4, 1999) 참조
 14) 명시적으로 달리 규정되는 경우를 제외하고, 본 일반논평에서의 보건 시설, 물품 및 서비스에 대한 언급은 본 일반논평 제11항 및 제12항(a)에 개설된 건강의 기초를 이루는 결정요인을 포함하는 것이다.
 15) 본 일반논평 제18항 및 제19항 참조

- 비교하여 건강 비용에 대해 불균형적으로 많은 부담을 지지 않을 것을 요구한다.
- 정보 접근성 : 접근성은 건강 문제에 관한 정보와 지식¹⁶⁾을 구하고 입수하고 전파할 권리를 포함한다. 그러나 정보의 접근성은 개인의 건강 정보가 비밀 유지의 조건하에 다루어질 권리를 손상해서는 안 된다.

(c) 수용성. 모든 보건 시설, 물품 및 서비스는 의료 윤리를 존중하여야 하며 개인, 소수자, 민족 및 공동체의 문화를 존중하는 등 문화적으로 적절하여야 하며 성(gender)과 생명주기의 필요에 민감해야 하며, 비밀유지 존중 및 관련인의 건강 상태 개선을 위해 계획되어야 한다.

(d) 질. 보건 시설, 물품 및 서비스는 문화적으로 수용 가능하여야 할 뿐 아니라 과학적 및 의학적으로 적절하여야 하며 양질이어야 한다. 이를 위해서는 특히 숙련된 의료 관계자, 과학적으로 검증되었으며 기한이 지나지 않은약품 및 병원 장비, 안정하고 마실 수 있는 물, 그리고 적절한 위생이 필요하다.

13. 제12조 2항의 예시적 목록은 국가가 취하여야 할 조치를 규정하는 데 길잡이를 제공한다. 이는 제12조 1항의 건강권에 대한 광범위한 정의에서 비롯되는 조치의 구체적인 일반 사례를 제시하여, 다음 항에서 예시된 바와 같이 건강권의 내용을 보여주고 있다.¹⁷⁾

16) “시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약” 제19조 2항 참조. 정보 접근성이 건강과 관련하여 특히 중요성을 가지므로 본 일반논평은 이 문제를 특별히 강조한다.

17) 건강권에 관한 문헌과 관행을 보면 세 단계의 보건의료가 흔히 언급된다. 1차 보건의료는 대체로 일반적이고 비교적 경미한 질병을 다루며 공동체 내에서 일하는 보건 전문가 및/또는 종합적인 훈련을 받은 의사에 의해 비교적 낮은 비용에 제공된다. 2차 보건의료는 주로 병원 등 센터에서 제공되며 전공 훈련을 받은 보건전문가 및 의사, 특수 장비, 그리고 때로는 입원치료를 활용하여 비교적 일반적이고 경미한 질병 중 공동체 차원에서는 관리할 수 없는 것이나 심각한 질병을 비교적 높은 비용으로 취급한다. 3차 보건의료는 비교적 소수의 센터에서만 제공되고, 대체로 전공 훈련을 받은 보건 전문가 및 의사, 그리고 특수 장비를 필요로 하는 소수의 흔하지 않은 질병 또는 중대한 질병을 취급하며, 대체로 비교적 고가이다. 1차, 2차 및 3차 보건의료의 형태는 중복되는 경우가 많고 상호 작용하는 경우가 잦으므로, 이러한 유형의 사용은 당사국이 어떠한 수준의 보건 의료를 제공하여야 하는지 평가하는 데에 도움이 될 만한 충분한 구별 기준을 언제든지 제공해주

제12조 2항 (a) : 모성, 아동 및 생식 건강에 대한 권리

14. “사산율과 유아 사망률의 감소 및 아동의 건강한 발육을 위한 조치”(제12조 2항 (a))¹⁸⁾는 가족계획 기회, 태아기 및 산후 관리¹⁹⁾, 응급 분만 서비스, 관련 정보에 대한 접근성 및 그 정보를 기반으로 조치를 취하기 위해 필요한 자원 등 아동과 모성의 건강 및 성과 생식 관련 건강 서비스를 강화하는 조치를 필요로 하는 것으로 이해할 수 있다.²⁰⁾

제12조 2항 (b) : 위생적인 자연 및 직장 환경에 대한 권리

15. “환경 및 산업 위생의 모든 부분의 개선”(제12조 2항 (b))은 직업 재해 및 질병에 대한 예방적 조치, 안전하고 마실 수 있는 물과 기본적인 위생의 충분한 공급을 보장할 필요, 그리고 방사선과 유해한 화학 물질 또는 인간 건강에 직접적 또는 간접적으로 해로운 기타의 환경 조건 등 유해 물질에 대해 인구가 노출되는 것을 예방하고 축소하는 것을 의미한다.²¹⁾ 또한 산업 위생은 노동 환경에 내재된 건강 위험의 원인을 합리적으로 가능한 범위까지 최소화하는 것을 의미한다.²²⁾ 제12조 2

-
- 는 것은 아니며, 따라서 제12조의 규범적 이해에 대하여 제한적으로 기여할 뿐이다.
- 18) 세계보건기구(WHO)에 따르면 사산율은 더 이상 일반적으로 사용되지 않으며, 그 대신에 영아 및 5세 미만 사망률이 측정되고 있다.
- 19) 태아기(prenatal)는 출생 전의 존재 또는 발생을 가리킨다. 주생기(Perinatal)는 출생 직전 및 직후의 기간을 가리킨다(의학적 통계상, 이 기간은 임태 후 28주가 지나면서 시작되고 출생 후 1주 내지 4주 사이에 끝나는 기간으로 다양하게 정의된다). 신생아기(neonatal)는 출생 후 첫 4주의 기간에 해당한다. 생후(post-natal)는 출생 이후에 발생하는 일을 가리킨다. 본 일반논평에서는 보다 일반적인 용어인 태아기와 산후만을 사용한다.
- 20) 생식 건강은 여성과 남성이 생식을 할 것인지, 그리고 언제 할 것인지를 결정할 자유를 가지면, 여성이 임신과 분만을 안전하게 거칠 수 있도록 하는 적절한 보건의로 서비스에 접근할 권리뿐 아니라 남녀가 자신이 선택한 가족계획을 위한 안전하고 효과적이고 경제적이고 수용 가능한 방법에 대한 정보를 입수하고 이에 대해 접근할 권리를 가짐을 의미한다.
- 21) 이러한 점에서, 본 위원회는 “인간은 존엄한 삶과 복지를 가능하게 하는 양질의 환경에서 자유, 평등 및 적절한 생활환경을 누릴 기본권을 갖는다.”고 선언한 1972년 스톡홀름선언의 제1원칙, 개인의 복지를 위한 건강한 환경을 보장할 필요성에 대한 총회 결의 45/94를 포함하는 최근 국제법의 발전, 리오선언 원칙1, 그리고 미주인권협약에 대한 산살바도르의정서 제10조와 같은 지역적 인권 문서에 주목한다.
- 22) 국제노동기구 협약 제155호의 제4조 2항

항 (b)는 또한 적절한 주거 및 안전하고 위생적인 노동 조건, 그리고 식량과 알맞은 영양의 적절한 공급을 포함하며, 알코올 남용 및 담배, 마약과 유해 물질의 사용을 하지 않도록 한다.

제12조 2항 (c) : 질병의 예방, 치료 및 통제에 대한 권리

16. “전염병, 풍토병, 직업병 및 기타 질병의 예방, 치료 및 통제”(제12조 2항 (c))는 특히 HIV/AIDS 등 성적 접촉으로 감염되는 질병 같은 행태 건강 문제와 성과 생식 건강에 악영향을 끼치는 질병들에 대한 예방 및 교육 프로그램의 수립, 그리고 환경 안전, 교육, 경제 발전 및 성(gender) 평등 등 양호한 건강의 사회적 결정 요인의 개선을 요구한다. 치료받을 권리는 사고, 전염병 및 유사한 건강 위해 발생 시의 긴급 의료 시스템의 구축 및 긴급 상황 시의 재난 구호 및 인도적 지원의 제공을 포함한다. 질병의 통제는 전염병 감시 및 요소별 정보 수집을 이용하고 개선하여, 관련 기술을 이용가능하며 면역 프로그램 및 기타 전염병 억제 전략의 시행 또는 강화를 하는 국가의 개별적인, 그리고 공동의 노력을 의미한다.

제12조 2항 (d) : 보건 시설, 물품 및 서비스에 대한 권리²³⁾

17. “질병 발생 시 모든 사람에게 의료와 간호를 확보할 여건의 조성”(제12조 2항 (d))은 그 질병이 신체적인 경우와 정신적인 경우 모두 기본적인 예방, 치료, 재활 보건 서비스 및 보건 교육에 대한 평등하고 적시의 기회 제공, 정기적 검사 프로그램, 유행하는 질병, 질환, 부상 및 장애에 대한 가급적 공동체 차원에서의 적절한 치료, 필수적 약품의 제공, 그리고 적절한 정신건강 치료 및 간호의 제공을 포함한다. 또한 중요한 것은 건강 부문의 단체, 보험제도, 공동체 및 국가 차원에서 취할 건강권 관련 정치적 결정에의 참여 등 예방적 및 치료적 보건 서비스의 제공에 대한 시민 참여의 증진 및 확대이다.

23) 상기 제12항 (b) 및 주석 8 참조

제12조 : 널리 적용되는 특별 주제

비차별 및 평등 대우

18. 규약 제2조 2항 및 제3조에 의해 동 규약은 보건 의료, 건강 결정요소 및 이를 획득하기 위한 수단과 자격에 있어서 건강권의 평등한 향유 또는 행사를 막거나 훼손할 목적으로 또는 그러한 효력의 인종, 피부색, 성, 언어, 종교, 정치적 또는 기타의 의견, 민족적 또는 사회적 출신, 재산, 출생, 신체적 또는 정신적 장애, 건강상태(HIV/AIDS 포함), 성적 취향 그리고 시민적, 정치적, 사회적 또는 기타 지위를 이유로 한 차별을 금지한다. 본 위원회는 건강 관련 차별을 근절하기 위해 고안된 대부분의 전략 및 프로그램 등 다수의 조치가 법률의 채택, 개정이나 폐기 또는 정보의 보급을 통하여 최소한의 자원으로 추진될 수 있음을 강조하는 바이다. 본 위원회는 자원이 심각하게 제약되는 때에도 취약한 사회 구성원은 상대적으로 저비용의 대상 특정 프로그램의 채택을 통하여 보호받아야 한다고 기술한 일반논평 3의 제12항을 상기한다.

19. 건강권과 관련하여 보건의료 및 보건서비스에 대한 평등한 접근성이 강조되어야 한다. 국가는 자력이 부족한 사람에 대하여 필수적인 건강보험 및 보건의료 시설을 제공하고 보건의료 및 보건서비스의 제공에 있어, 특히 건강권의 핵심적인 의무와 관련하여 국제적으로 금지된 사유에 근거한 차별을 금지할 특별한 의무가 있다.²⁴⁾ 건강자원의 부적절한 배분은 표면으로 드러나지 않는 차별을 야기할 수 있다. 예를 들면, 다수의 시민이 혜택을 누릴 수 있는 기초적이고 예방적인 보건의료보다 소수의 특권층에게만 접근가능한 고가의 치료적인 보건서비스에 투자가 불균형적으로 집중되어서는 안 된다.

성인지적 관점(gender perspective)

20. 본 위원회는 국가가 여성과 남성 모두의 보다 나은 건강을 위하여 건강 관련 정

24) 핵심 의무에 관해서는 본 일반논평의 제43항 및 제44항 참조

책, 계획, 프로그램 및 연구에 성인지적 관점을 통합할 것을 권고한다. 성(gender)에 기반한 접근법은 생물학적 요소 및 사회문화적 요소가 남성과 여성의 건강에 중대한 영향을 미치는 역할을 함을 인정한다. 성(sex)에 따른 건강 및 사회경제적 정보의 요소별 분해는 건강상의 불평등을 파악하고 개선하기 위해 필수적이다.

여성과 건강권

21. 여성에 대한 차별을 근절하기 위해서는 그들의 생애 전반에 걸쳐 여성의 건강권을 증진하기 위한 종합적인 국가 전략을 개발하고 시행할 필요가 있다. 이러한 전략은 여성에게 영향을 미치는 질병의 예방 및 치료를 목표로 하는 개입, 그리고 성 및 생식 관련 서비스를 포함한 경제적으로 부담 가능한 양질의 보건의료를 제공하기 위한 정책을 포함한다. 산모 사망률의 감소, 가정폭력으로부터의 여성의 보호 등 여성의 건강 위험을 감소시키는 것이 주요 목표가 되어야 한다. 여성 건강권의 실현은 성 및 생식 건강 분야를 포함하여 보건 서비스, 교육 및 정보에 대한 접근을 방해하는 모든 장애물을 제거할 것을 필요로 한다. 또한 여성의 완전한 생식 권리를 부정하는 유해한 전통적인 문화적 관행 및 규범의 영향으로부터 여성을 보호하기 위한 예방 및 개선 조치를 취하는 것도 중요하다.

아동과 청소년

22. 제12조 2항 (a)는 유아 사망률 감소 및 유아와 아동의 건강한 발육 증진을 위한 조치를 취할 필요성을 규정하고 있다. 후속 국제 인권 문서는 유아와 아동이 최고 수준의 건강을 향유하고 질병 치료를 위한 시설에 접근할 권리를 가진다고 인정하고 있다.²⁵⁾ “아동의 권리에 관한 협약”은 산모를 위한 산전 및 산후 관리 등 아동과 그의 가족을 위한 필수적인 보건서비스에 대한 접근성을 보장할 것을 국가에 지시한다. 동 협약은 이 목표를 예방적 행위 및 건강을 증진하는 행위에 관한 아동 친화적 정보에 대한 접근성을 보장하는 것, 그리고 이러한 행위를 실행하도록 가정과 공동체에 대한 지원을 보장하는 것과 연관 짓고 있다. 비차별 원칙의 이행은

25) “아동의 권리에 관한 협약” 제24조 1항

소년과 소녀가 적절한 영양, 안전한 환경, 그리고 신체 및 정신 보건 서비스에 대한 평등한 접근성을 갖도록 요구한다. 조혼, 여성 성기 할례, 식사와 보육에 있어서의 남자아이의 우대 등 아동, 특히 소녀의 건강에 영향을 미치는 해로운 전통적 관행을 철폐하기 위하여 효과적이고 적절한 조치를 채택하여야 한다.²⁶⁾ 장애 아동은 성취적이고 인간다운 삶을 영위하고 공동체에 참여할 기회가 주어져야 한다.

23. 당사국은 청소년이 자신의 건강에 영향을 미치는 결정에 참여하고, 생존 기술을 터득하고, 적절한 정보를 입수하고, 상담을 받고, 자신의 건강 관련 행동의 선택을 결정할 기회를 보장하는 안전하고 지원적인 환경을 청소년을 위해 제공하여야 한다. 청소년 건강권의 실현은 비밀유지와 사생활을 존중하고 적절한 성 및 생식 관련 건강 서비스를 포함하는 청소년 친화적인 보건의료의 개발에 달려 있다.

24. 아동과 청소년의 건강권을 보장하기 위한 모든 정책과 프로그램에 있어서 그들의 최선의 이익이 최우선적 고려사항이 된다.

노인

25. 노인의 건강권 실현에 있어 본 위원회는 일반논평 6(1995)의 제34항 및 제35항에 따라 예방, 치유 및 재활적인 건강 치료의 요소를 결합한 통합적인 접근법의 중요성을 재확인한다. 이러한 조치는 남녀 모두를 위한 정기적인 건강검진, 노인의 기능성과 자율성을 유지하도록 겨냥된 신체적 및 심리적 재활 조치, 만성질환 환자 및 불치병 환자가 피할 수 있는 고통을 당하지 않고 존엄하게 죽음을 맞을 수 있도록 이들에 대한 치료와 간호에 기반한 것이어야 한다.

장애인

26. 본 위원회는 신체적 및 정신적 건강에 대한 권리의 맥락에서 장애인의 문제를

26) “모성과 아동 건강 및 가족계획 : 여성과 아동의 건강에 해로운 전통 관행”이라는 제목의 1994년 세계보건총회 결의 WHA47.10 참조

다른 일반논평 5의 제34항을 재확인한다. 또한 본 위원회는 공공 보건 부문뿐 아니라 민간 보건 서비스 및 시설 제공자도 장애인에 대하여 비차별 원칙을 준수하도록 하여야 할 필요성을 강조한다.

선주민

27. 본 위원회는 선주민과 관련하여 최근 형성되는 국제법과 국제 관행 및 각국이 취한 최근의 조치에 비추어²⁷⁾, 선주민이 있는 당사국이 규약 제12조에 포함된 규정을 이행할 수 있도록 하기 위해서 선주민의 건강권을 정의하는 데 도움이 되는 요소를 확인하는 것이 유용할 것이라고 생각한다. 본 위원회는 선주민에게 보건 서비스 및 의료에 대한 접근성을 높이기 위한 구체적인 조치에 대한 권리가 있다고 본다. 이러한 보건 서비스는 전통적인 예방요법, 치유 풍습 및 약을 고려한 문화적으로 적절한 것이어야 한다. 당사국은 선주민이 이러한 서비스를 계획, 제공 및 통제하여 도달 가능한 최고 수준의 신체적·정신적 건강을 향유할 수 있도록 자원을 제공하여야 한다. 또한 선주민이 건강을 완전히 향유하기 위하여 절대로 필요한 약초, 약용 동물 및 광물이 보호되어야 한다. 본 위원회는 많은 경우 토착 공동체에서는 개인의 건강이 사회 전체의 건강과 연결되며 집단적 측면을 갖는다는 사실에 주목한다. 이러한 점에서, 본 위원회는 선주민을 그들의 의지와 상반되게 그들의 전통적인 지역 및 환경으로부터 이주시켜 그들의 영양 공급원을 빼앗고 영토와의 공생적 관계를 끊는 개발 관련 활동은 선주민의 건강에 해로운 효과를 미친다고 본다.

27) 최근 형성되는 선주민에 관한 국제규범은 다음을 포함한다. 독립국가의 선주민 및 부족민에 관한 국제노동기구 협약 제169호(1989), 아동의 권리에 관한 협약(1989) 제29조 (c) 및 (d), 그리고 제30조, 각국에 토착공동체의 지식, 제도 및 관행을 존중, 보전, 유지할 것을 권고하는 생물다양성협약(1992) 제8조 (j), 유엔환경개발회의(1992) 의제21, 특히 제26장, 그리고 각국이 비차별 원칙에 따라 선주민의 모든 인권에 대한 존중을 보장하기 위하여 통일되고 적극적인 조치를 취하여야 한다고 선언한 비엔나선언 및 행동계획(1993) 제1부 제20항. 또한 기후변화에 관한 유엔기본협약(1992) 전문 및 제3조, 그리고 심각한 가뭄 및/또는 사막화를 겪고 있는 아프리카 지역 국가 등 일부 국가들의 사막화를 방지하기 위한 유엔협약(1994) 제10조 2항 (e)를 참조하기 바란다. 최근 몇 년간 자국 헌법을 개정하고 선주민의 특수한 권리를 인정하는 법률을 도입한 국가가 증가하고 있다.

제한

28. 공중보건 문제는 당사국에 의해 다른 기본적인 권리의 행사를 제한하는 근거로 이용되기도 한다. 본 위원회는 규약의 제한조항, 제4조가 당사국에 의한 제한의 설정을 인정하기보다는 개인의 권리를 보호하는 데에 의도가 있음을 강조하고자 한다. 따라서 당사국이 국가안보 또는 공공질서의 보존을 이유로 HIV/AIDS 같이 전염성 질병을 가진 사람의 이동을 제한하거나 감금하는 경우, 정부에 반대하는 사람을 의사가 치료하지 못하게 하는 경우, 공동체의 주요 전염병에 대한 면역조치를 제공하지 않는 경우, 당사국은 이와 같은 중대한 조치를 제4조에 확인된 각 요소에 관하여 정당화할 책임을 진다. 이러한 제한은 국제 인권 기준 등 법률에 따른 것이어야 하며, 규약이 보호하는 권리의 본질과 양립 가능하여야 하며, 추구하는 정당한 목적의 이익을 위한 것이어야 하며, 민주주의 사회의 전반적인 복지의 증진을 위하여 엄격하게 필요한 것이어야 한다.

29. 제5조 1항에 따라 이러한 제한은 비례적이어야 한다. 즉, 몇 가지 종류의 제한이 이용 가능한 경우, 최소한으로 제한적인 대안이 채택되어야 한다. 공중보건의 보호를 근거로 한 제한이 기본적으로 허용되는 경우에도 그 기간이 제한되어야 하며, 심사를 받아야 한다.

당사국의 의무

일반적인 법적 의무

30. 규약은 점진적 실현을 규정하고 있고 가용 자원의 한계로 인한 제약을 인정하고 있지만, 당사국에게 즉각적인 효력의 다양한 의무를 부과하고 있기도 하다. 당사국은 건강권이 어떠한 차별 없이 행사되도록 보장할 의무(제2조 2항) 및 제12조의 완전한 실현을 위한 조치를 취할 의무(제2조 1항) 등 건강권에 대한 즉각적인 의무를 갖는다. 이러한 조치는 신중하고 구체적이며 건강권의 완전한 실현을 목표로 하는 것이어야 한다.²⁸⁾

28) 일반논평 13의 제43항 참조

31. 건강권을 시간을 두고 점진적으로 실현한다는 것은 당사국의 의무에서 유의미한 내용을 모두 제거하는 것으로 해석되어서는 안 된다. 점진적인 실현은 오히려 당사국이 제12조의 완전한 실현을 위하여 가능한 한 신속하고 효과적으로 행동하여야 할 구체적이고 지속적인 의무를 지는 것을 의미한다.²⁹⁾

32. 규약의 다른 모든 권리와 마찬가지로, 건강권에 대한 역행적인 조치의 허용불가능성이 강하게 추정된다. 의도적으로 역행적인 조치가 취해진 경우, 당사국은 이러한 조치가 모든 대안을 최대한 신중하게 검토한 후에 도입된 것이며, 규약에 규정된 권리 전체를 비추어 보고, 가용 자원이 최대치의 완전한 이용이라는 맥락에서 그러한 조치가 온당히 정당한 것임을 입증할 의무가 있다.³⁰⁾

33. 다른 모든 인권과 마찬가지로, 건강권도 당사국에 세 가지 유형 또는 단계의 의무, 즉 존중할 의무, 보호할 의무 및 실현할 의무를 부과한다. 실현할 의무는 촉진할 의무, 제공할 의무 및 증진할 의무를 포함한다.³¹⁾ 존중할 의무는 당사국이 건강권의 향유를 직접 또는 간접적으로 막지 않을 것을 요구한다. 보호할 의무는 제3자가 제12조에 보장된 사항을 방해하지 못하도록 국가가 조치를 취할 것을 요구한다. 실현할 의무는 국가가 건강권의 완전한 실현을 위하여 적절한 입법, 행정, 예산, 사법, 홍보 및 기타 조치를 채택할 것을 요구한다.

구체적인 법적 의무

34. 특히, 당사국은 수형자나 구금자, 소수자, 비호신청자 및 불법이민자를 포함한 모든 사람이 예방, 치료 및 고통완화를 위한 보건 서비스에 대한 동등한 접근성을 갖는 것을 거부하거나 제한하지 않고, 차별적 행위를 국가 정책으로 실시하는

29) 일반논평 3의 제9항, 일반논평 13의 제44항 참조

30) 일반논평 3의 제9항, 일반논평 13의 제45항 참조

31) 일반논평 12 및 13에 따르면, 실현할 의무는 촉진할 의무와 제공할 의무를 포함한다. 세계보건기구(WHO) 및 기타 기관의 업무에서 보건 증진의 중요성이 지대하므로 본 일반논평에서는, 실현할 의무는 증진(promote)할 의무도 포함한다.

일이 없도록 하며, 여성의 보건 지위 및 필요에 관해 차별적 관행을 강제하지 않음으로써 건강권을 존중할 의무가 있다. 또한, 존중할 의무에는 전통적 예방요법, 치료법 및 약을 금지하거나 저지하지 아니할 국가의 의무, 안전하지 못한 약물을 시판하지 아니할 국가의 의무, 그리고 정신질환의 치료 또는 전염병의 예방 및 역제의 예외적인 사유가 있는 경우가 아니라면 강제적 치료를 가하지 않을 국가의 의무가 포함된다. 이러한 예외적인 경우는 “정신질환자의 보호 및 정신보건의료의 개선을 위한 원칙” 등 최고의 실례와 적용 가능한 국제 기준을 존중하는 구체적이고 제한적인 상황에 국한되어야 한다.³²⁾ 또한, 국가는 피임약 및 성과 생식 건강을 유지하는 기타의 수단에 대한 접근을 제한하지 않아야 하며, 건강 관련 정보를 검열, 보류 또는 고의적으로 잘못되게 전하지 않아야 하며, 건강과 관련된 문제에 대한 대중의 참여를 막지 아니하여야 한다. 또한 국가는 국유 시설로부터 나온 산업 폐기물 등 불법적으로 공기, 물 및 토양을 오염시키지 않아야 하며, 핵무기, 생물 무기 또는 화학무기의 실험으로 인해 인간의 건강에 해로운 물질이 방출되는 경우 이러한 무기를 사용하거나 실험하지 않아야 하며, 예를 들어 무력충돌 시에 국제 인도법에 반하여 징벌 조치의 일환으로 보건 서비스에 대한 접근을 제한하는 등, 징벌 조치의 일환으로 보건서비스에 대한 접근을 제한하지 아니하여야 한다.

35. 보호할 의무는 특히 제3자가 제공하는 보건 의료 및 건강 관련 서비스에 대한 평등한 접근을 보장하는 법률을 채택하거나 기타의 조치를 취할 국가의 의무, 건강 부문의 민영화가 보건 시설, 물품 및 서비스의 가용성, 접근성, 수용성 및 질에 대한 위협이 되지 않도록 보장할 국가의 의무, 제3자에 의한 의료 장비 및 의약품의 판매를 감독할 국가의 의무, 그리고 의료 종사자 및 기타 보건 전문가가 적절한 수준의 교육, 기술 및 윤리 행동 강령을 충족하도록 보장할 국가의 의무를 포함한다. 또한 당사국은 유해한 사회적 또는 전통적 관행이 산전 및 산 후 관리와 가족계획에 대한 접근을 방해하지 않도록 보장하고, 제3자가 여성으로 하여금 여성 성기 할례와 같은 전통 관행을 따르도록 강요하지 못하도록 하

32) 총회 결의 46/119(1991)

며, 특히 여성, 아동, 청소년, 노인 등 사회의 취약집단 또는 주변화된 집단을 성(gender)에 근거한 폭력으로부터 보호하기 위하여 조치를 취할 의무가 있다. 또한 당사국은 제3자가 건강 관련 정보 및 서비스에 대한 대중의 접근을 제한하지 않도록 보장하여야 한다.

36. 실현할 의무는 당사국으로 하여금 가급적이면 입법적 이행의 방법을 통하여 국가의 정치 및 법 제도 내에서 건강권을 충분히 인정하고, 건강권 실현을 위한 세부적인 계획을 담고 있는 국가 보건 정책을 채택할 것을 요구한다. 당사국은 주요 전염병에 대한 면역 프로그램을 포함하는 보건 의료의 제공을 보장하여야 하며, 영양 면에서 안전한 음식과 마실 수 있는 식수, 기본적인 위생 및 적절한 주택과 주거 환경 등 건강 결정 요소에 대한 접근이 모든 이에게 평등하도록 보장하여야 한다. 공중보건 인프라는 특히 농촌 지역에서의 안전한 모성 등 성 및 생식 보건 서비스를 제공하여야 한다. 국가는 전국에 걸친 공평한 분포를 고려하여 의사 및 기타 의료 관계자의 적절한 양성, 충분한 수의 병원, 진료소 및 기타 보건 관련 시설의 보급, 상담 및 정신 건강 서비스를 제공하는 기관 설립에 대한 장려 및 지원을 보장하여야 한다. 추가적인 의무로는 모든 사람이 경제적으로 부담할 수 있는 공적, 사적 또는 혼합 의료 보험 제도의 수립, 의학 연구 및 건강 교육의 장려, 그리고 특히 HIV/AIDS, 성 및 생식 건강, 전통적 관행, 가정폭력, 알코올 중독, 흡연, 마약 및 기타 유해 물질의 남용에 관한 홍보 캠페인이 있다. 또한, 당사국은 환경적 및 직업적 건강 위험요인, 그리고 유행병학 자료에 나타난 기타 위험요인에 대한 조치를 채택할 의무가 있다. 이를 위하여, 당사국은 휘발유에서 유출되는 납 같은 중금속에 의한 오염을 포함하여, 공기, 물 및 토양의 오염을 감소시키고 제거하기 위한 국가 정책을 수립하고 시행하여야 한다. 더 나아가, 당사국은 산업 재해 및 질병의 위험을 최소화하기 위하여 일관성 있는 국가 정책을 수립하고 시행하고 정기적으로 검토할 의무가 있으며, 산업 안전 및 보건 서비스에 관한 일관성 있는 국가 정책을 제공할 의무가 있다.³³⁾

33) 이러한 정책의 요소는 다음을 포함한다. 위험한 원료, 장비, 물질,약품 및 작업과정의 특정, 확

37. 실현(촉진)할 의무는 개인과 공동체가 건강권을 향유할 수 있도록 하고 이를 지원할 적극적인 조치를 취할 것을 국가에 요구한다. 또한 당사국은 개인이나 집단이 자신의 통제 밖의 사유로 자신이 이용할 수 있는 수단을 통하여 권리를 실현하지 못하는 경우 규약의 구체적인 권리를 실현(제공)할 의무가 있다. 건강권을 실현(증진)할 의무는 국민 건강을 창출, 유지 및 회복하기 위한 조치를 취할 것을 국가에 요구한다. 이러한 의무에는 다음이 포함된다. (i) 긍정적인 건강 결과를 촉진하는 요인에 대한 인식을 조성하는 것, 예컨대 연구 및 정보 제공, (ii) 보건 서비스가 문화적으로 적절하며 보건의료 직원이 취약집단이나 주변화된 집단의 구체적인 필요를 인지하여 대응할 수 있게 훈련받도록 보장하는 것, (iii) 국가가 건강에 좋은 생활방식 및 영양, 유해한 전통적 관행, 그리고 서비스의 가용성에 관한 적절한 정보를 보급할 의무를 충족하도록 보장하는 것, (iv) 국민이 자신의 건강에 대해 정보에 입각한 선택을 하도록 지원하는 것이 그것이다.

국제적 의무

38. 본 위원회는 일반논평 3에서 모든 당사국이 개별적으로 또는 특히 경제적 및 기술적 국제 지원 및 국제협력을 통하여 건강권 등 규약에서 인정한 권리의 완전한 실현을 위하여 조치를 취하여야 할 의무에 대하여 주의를 환기시켰다. 유엔헌장 제56조, 규약의 특정 조항(제12조, 제2조 1항, 제22조 및 제23조) 및 “1차 보건의료에 관한 알마아타 선언”의 정신에 입각하여, 당사국은 국제 협력의 중요한 역할을 인식하여야 하며, 건강권의 완전한 실현을 달성하기 위한 공동 및 개별 행동을 취할 의무를 준수하여야 한다. 이러한 점에 있어서, 당사국은 한 국가 내에서뿐만 아니라 선진국과 개발도상국 간 존재하는 국민 건강 상태의 심각한 불평등이 정치적, 사회적 및 경제적으로 용납할 수 없으며 따라서 모든

정, 허가 및 관리, 노동자에 대한 보건 정보의 제공 및 필요한 경우 보호 의료와 장비의 제공, 충분한 감사를 통한 법률 및 규제 시행, 산업재해와 질병의 통지 요건, 중대한 재해 및 질병에 대한 조사의 시행, 연간 통계의 작성, 이러한 정책에 따라 적합하게 취한 행동에 대한 징계조치로부터 노동자와 그 대표자의 보호, 그리고 본질적으로 예방적 기능을 보유한 직장 보건 서비스의 제공. 1981년 세계노동기구 산업안전보건협약(제155호) 및 1985년 산업보건서비스협약(제161호) 참조

국가에게 공통적으로 중요한 사안이라고 선언하고 있는 알마아타 선언에 주목하여야 한다.³⁴⁾

39. 제12조와 관련하여 국제적 의무를 준수하기 위하여, 당사국은 다른 국가에서의 건강권 향유를 존중하여야 하며, 국가가 유엔헌장 및 적용 가능한 국제법에 따라 법적 또는 정치적 수단을 통하여 제3자에게 영향을 미칠 수 있는 경우 제3자가 다른 국가에서의 동 권리를 침해하지 못하도록 방지하여야 한다. 당사국은 자원의 가용성에 따라 다른 국가 내에서의 필수적 보건 시설, 물품 및 서비스에 대한 접근을 촉진하여야 하며, 가능하다면 요구되는 지원을 제공하여야 한다.³⁵⁾ 당사국은 국제 협정에서 건강권에 대한 충분히 주의가 기울여지도록 보장하여야 하며, 이를 위하여 추가적인 법적 문서의 개발을 고려하여야 한다. 다른 국제 협정의 체결에 있어, 당사국은 이러한 협정이 건강권에 부정적인 영향을 미치지 않도록 조치를 취하여야 한다. 마찬가지로, 당사국은 국제기구 회원국으로서의 자국의 활동이 건강권을 충분히 고려한 것이도록 보장할 의무가 있다. 따라서 국제 금융 기관, 특히 국제통화기금, 세계은행 및 지역개발은행의 회원국인 당사국은 이러한 기관의 대출 정책, 신용 협정 및 국제적 조치에 영향력을 행사함에 있어 건강권의 보호에 보다 많은 주의를 기울여야 한다.

40. 당사국은 유엔헌장 및 유엔 총회와 세계보건총회의 관련 결의에 따라 난민 및 국내 실향민에 대한 지원 등 비상시에 재난구호 및 인도적 지원을 제공함에 있어 협력할 공동 및 개별 책임이 있다. 각국은 최대의 역량을 다하여 이러한 임무에 기여하여야 한다. 국제적 의료 지원의 제공, 안전하고 마실 수 있는 물, 식량, 의료 물자 등 자원의 배분 및 관리, 그리고 재정적 지원에 있어서 가장 취약하거나 주변화된 집단에게 우선순위가 주어져야 한다. 더욱이 어떤 질병은 국경을 넘어서 쉽게 전염될 수 있다는 사실을 고려해 볼 때, 국제사회는 이 문제에 대응할 공동의 책임

34) 알마아타선언 제2조, 1차 보건의료에 관한 국제회의의 보고서, 알마아타, 1978년 9월 6-12일, 세계보건기구 “전 인류를 위한 건강” 시리즈 No. 1(1978, 제네바)

35) 본 일반논평 제45항 참조

이 있다. 경제 선진국인 당사국은 이런 측면에서 보다 가난한 개발도상국을 지원할 특별한 책임과 이해관계가 있다.

41. 당사국은 언제라도 다른 나라에 대한 적절한 의약품 및 의료 장비의 공급을 제한하는 수출 금지 조치나 유사한 조치를 부과하지 않도록 하여야 한다. 이러한 물자에 대한 제한은 결코 정치적 및 경제적 압력의 수단으로 사용되어서는 아니 된다. 이러한 점에서, 본 위원회는 경제 제재와 경제적·사회적·문화적 권리 존중 사이의 관계에 대한, 일반논평 8에 기술된 입장을 상기하는 바이다.

42. 국가만이 규약의 당사자가 될 수 있으며 궁극적으로 규약 준수의 책임을 지지만, 모든 사회 구성원, 즉 보건 종사자를 포함하는 개인, 가정, 지역 공동체, 정부간기구 및 비정부기구, 시민사회 단체 및 민간기업 부문은 건강권 실현에 관하여 책임을 갖는다. 따라서 당사국은 이러한 책임의 이행을 촉진하는 환경을 조성하여야 한다.

핵심 의무

43. 일반 논평 3에서, 본 위원회는 당사국이 필수적 1차 보건의료를 포함하여 규약에 명시된 모든 권리가 적어도 최소한 필수적인 수준으로 충족되도록 보장할 핵심 의무가 있음을 확인하고 있다. 국제인구개발회의(ICPD) 행동계획³⁶⁾과 같은 보다 최근의 문서와 연계하여 읽어보면 알마아타 선언이 제12조부터 발생하는 핵심 의무에 대한 권위있는 지침을 제공하고 있음을 알 수 있다. 이에 따라, 본 위원회는 이러한 핵심 의무에는 최소한 다음의 의무가 포함된다는 견해이다.

(a) 보건 시설, 물품 및 서비스에 대한 비차별적인 접근, 특히 취약집단이나 주변화된 집단을 위해 비차별적인 접근을 보장할 의무

(b) 모든 사람이 기아로부터 해방될 수 있도록 보장하기 위하여 영양적으로 적절하고 안전한 최소한의 필수적 식량에 대한 접근을 보장할 의무

36) 1994년 9월 카이로 국제인구개발회의 보고서(유엔 출판부, 판매 번호 E.95.XIII.18), 제1장, 결의 1, 부록, 제7장 및 제8장

- (c) 기본적인 안식처, 주거 및 위생시설에 대한 접근 및 안전하고 마실 수 있는 물의 적절한 공급을 보장할 의무
- (d) “필수의약품에 관한 세계보건기구(WHO) 행동계획”에 정의된 것을 포함한 필수 의약품을 제공할 의무
- (e) 모든 보건 시설, 물품 및 서비스의 공평한 분배를 보장할 의무
- (f) 유행병에 관한 증거를 기초로, 인구 전체의 보건 문제를 다루는 국가 공중 보건 전략 및 행동계획을 채택하고 실행할 의무. 이러한 전략 및 행동계획은 참여적이고 투명한 과정을 바탕으로 고안하고 정기적으로 검토하여야 한다. 여기에는 진전 사항을 면밀히 감시할 수 있는 건강권 지표 및 기준과 같은 방법이 포함된다. 전략 및 행동계획의 내용 및 고안 과정은 모든 취약집단 및 주변화된 집단에 특별히 주의를 기울이는 것이어야 한다.

44. 또한 본 위원회는 다음의 의무가 동등한 정도로 우선적인 의무임을 확인한다.

- (a) 생식, 모성(산전 및 산후) 및 아동의 건강을 보장할 의무
- (b) 공동체 내에서 발생하는 주요 전염병에 대한 면역조치를 제공할 의무
- (c) 유행병 및 풍토병을 예방, 치료 및 억제하기 위한 조치를 취할 의무
- (d) 건강 문제의 예방 및 억제 방법을 포함하여, 공동체 내 주요한 건강 문제에 관한 교육 및 정보에 대한 접근성을 제공할 의무
- (e) 건강 및 인권에 관한 교육 등 보건 종사자를 위한 적절한 훈련을 제공할 의무

45. 의문의 여지를 피하기 위하여, 본 위원회는 당사국 및 지원할 위치에 있는 기타 행위자는 개발도상국이 상기 43항 및 44항에 명시된 핵심 의무 및 기타 의무를 준수할 수 있도록 “경제적 및 기술적 국제 지원 및 국제협력”³⁷⁾을 제공할 의무를 지고 있음을 강조하고자 한다.

37) 규약 제2조 1항

3) 위반

46. 제12조의 규범적 내용(1부)이 당사국의 의무(2부)에 적용되는 경우, 건강권 위반의 확인을 용이하게 하는 역동적 과정이 개시된다. 다음의 항에서는 제12조 위반의 예시가 제시된다.

47. 어떠한 작위 또는 부작위가 건강권의 침해에 해당하는 것인지를 결정함에 있어, 당사국이 제12조상의 의무를 준수할 능력이 없는 경우와 의사가 없는 경우를 구별하는 것이 중요하다. 이는 도달 가능한 최고 수준의 건강을 규정하고 있는 규약 제12조 1항 및 가용자원을 최대한 활용하여 필요한 조치를 취할 각 당사국의 의무를 규정하고 있는 규약 2조 1항에 따를 것이다. 건강권의 실현을 위하여 가용자원을 최대한 활용할 의지가 없는 국가는 제12조상의 의무를 위반하는 것이다. 어떤 국가가 자원의 부족으로 인하여 규약상 의무를 완전히 준수할 수 없는 경우 국가는 상기의 의무를 우선적으로 이행하기 위하여 처분 가능한 모든 가용자원을 사용하기 위하여 최선의 노력을 기울였음을 입증할 의무가 있다. 그러나 당사국은 43항에 명시된 유예될 수 없는 핵심의무의 불이행은 어떠한 경우에도 정당화할 수 없다는 점을 강조하는 바이다.

48. 건강권의 위반은 국가 또는 국가에 의해 충분히 통제되지 않는 기타 실체의 직접적인 행위를 통해 발생할 수 있다. 위의 43항에 명시된 건강권에 관한 핵심 의무와 양립할 수 없는 역행적인 조치의 채택은 건강권의 위반을 구성한다. “작위”를 통한 위반에는 건강권의 계속적인 향유를 위해 필수적인 법률의 공식적 폐지나 정지, 또는 건강권에 관한 기존의 국내법 및 국제법상의 의무와 명백히 양립하지 못하는 법률이나 정책의 채택이 포함된다.

49. 건강권의 위반은 또한 국가가 법적 의무에서 파생하는 필요한 조치를 취하지 않거나 못함으로써 발생할 수 있다. “부작위”를 통한 위반에는 도달 가능한 최고

수준의 신체적 및 정신적 건강을 향유할 모든 사람의 권리의 완전한 실현을 위해 적절한 조치를 취하지 아니하는 것, 산업 안전 및 보건 및 직장 보건 서비스에 관한 국가 정책을 두지 아니하는 것, 그리고 관련 법률을 시행하지 아니하는 것이 포함된다.

존중할 의무의 위반

50. 존중할 의무의 위반은 규약 제12조에 명시된 기준에 저촉되며 신체적 위해, 불필요한 질병 및 예방할 수 있는 사망을 야기할 수 있는 국가의 행동, 정책 또는 법률이다. 예로는 법률상 또는 사실상 차별의 결과로 특정 개인 또는 집단에 대하여 보건 시설, 물품 및 서비스의 접근을 거부하는 것, 건강 보호 및 치료에 필수적인 정보를 고의로 보류하거나 잘못되게 전하는 것, 건강권의 구성요소 중 어느 것이든 그 향유를 방해하는 법률의 중지 혹은 그러한 법률이나 정책의 채택, 국가가 다른 국가, 국제기구 및 다국적 기업과 같은 기타 실체와 양자 또는 다자 협정을 체결함에 있어 건강권에 대한 자국의 법적 의무를 고려하지 않는 것이 포함된다.

보호할 의무의 위반

51. 보호할 의무의 위반은 국가가 제3장에 의한 건강권 침해로부터 자국 관할권 내의 사람을 보호하기 위하여 모든 필요한 조치를 취하지 못함으로 인해 발생한다. 이 범주에는 다음과 같은 부작위가 포함된다. 개인, 집단 또는 기업이 타인의 건강권을 침해하는 것을 방지하기 위한 그들의 행위 규제의 불이행, 특히 의업이나 식품의 사용자 및 제조업자에 의한 건강에 해로운 행위로부터의 소비자 및 근로자 보호의 불이행, 담배, 마약류 및 기타 유해한 물질의 생산, 매매 및 소비 억제 불이행, 폭력으로부터의 여성 보호 또는 가해자 소추의 불이행, 유해한 전통 의료 관행이나 문화적 관행의 계속적인 준수 억제의 불이행, 그리고 채취산업 및 제조산업에 의한 물, 공기 및 토양의 오염을 방지하기 위한 법률의 제정 또는 시행의 불이행이 그것이다.

실현할 의무의 위반

52. 실현할 의무의 위반은 당사국이 건강권의 실현을 보장하기 위하여 모든 필요한 조치를 취하지 아니함으로 인해 발생한다. 예로는 모든 사람을 위하여 건강권을 보장하기 위하여 고안된 국가 보건 정책의 채택 또는 시행의 불이행, 개인이나 집단, 특히 취약집단 또는 주변화된 집단이 건강권을 향유하지 못하게 되는 결과를 야기하는 공공 자원의 불충분한 지출 또는 부적절한 배분, 건강권 지표 및 기준을 설정하는 방법 등을 통한 국가 차원에서의 건강권 실현 감시의 불이행, 보건 시설, 물품 및 서비스 배분의 불공평성을 줄이기 위한 조치 시행의 불이행, 성(gender)인지적인 보건 접근법 채택의 불이행, 그리고 영아 및 모성 사망률 감소의 불이행이 있다.

4) 국가 차원에서의 이행

기본 입법

53. 건강권 이행을 위한 가장 적절하고 실행 가능한 조치는 국가에 따라 크게 다르게 나타날 것이다. 각국은 어떠한 조치가 자국의 특수한 상황에 가장 적합한지를 평가함에 있어 재량의 여지를 갖는다. 그러나 규약은 모든 사람이 도달 가능한 최고 수준의 신체적 및 정신적 건강을 가능한 한 조속히 향유할 수 있도록, 그들을 위해 보건 시설, 물품 및 서비스에 대한 접근을 보장하기 위하여 필요한 모든 조치를 취할 의무를 각국에 명시적으로 부과하고 있다. 이 의무에 따라 모든 이에게 건강권의 향유를 보장하기 위하여 그 목적을 규정하는 인권 원칙에 기반을 두어 국가 전략을 채택할 것, 그리고 정책과 그 정책에 상응하는 건강권 지표 및 기준을 수립할 것이 요구된다. 국가 보건 전략은 또한 결정된 목표를 달성함에 있어 이용 가능한 자원 및 그 자원을 사용하는 가장 비용 효과적인 방법을 확인하여야 한다.

54. 국가 보건 전략 및 행동 계획을 수립하고 시행할 때에는 특히 비차별과 국민 참여의 원칙을 존중하여야 한다. 특히, 개인 및 집단이 그들의 발전에 영향을 미칠

수 있는 의사 결정 과정에 참여할 권리는 제12조상의 정부의 의무를 이행하기 위해 개발된 정책, 프로그램 또는 전략의 필수적 구성요소이어야 한다. 건강의 증진은 보다 나은 건강의 달성을 위한 정책의 우선순위를 설정하고, 결정을 내리고, 계획을 수립하고, 전략을 시행하고, 평가함에 있어서 효과적인 공동체의 행동을 필요로 한다. 보건 서비스의 효과적인 제공은 국가에 의해 국민의 참여가 확보되는 경우에만 보장되는 것이다.

55. 국가 보건 전략 및 행동 계획은 또한 책임성, 투명성 및 사법부의 독립성 원칙에 기반을 두어야 하는데, 이는 선정(good governance)이 건강권의 실현을 포함한 모든 인권의 효과적인 이행에 필수적이기 때문이다. 당사국은 건강권 실현을 위한 유리한 환경을 조성하기 위하여, 민간기업 부문 및 시민사회가 그들의 활동을 추구함에 있어 건강권을 인식하고 그 중요성을 고려하도록 보장할 적절한 조치를 취하여야 한다.

56. 당사국은 건강권에 관한 국가 전략을 운용하기 위한 기본 법률의 채택을 고려하여야 한다. 기본 법률은 국가 보건 전략 및 행동계획의 이행을 감시하기 위한 국가 메커니즘을 수립하여야 한다. 그 내용에는 달성하고자 하는 목표 및 목표 달성을 위한 시한에 관한 규정, 건강권 기준을 실현할 수 있는 수단, 보건 전문가, 민간 부문 및 국제기구를 포함하는 시민사회와의 계획된 공조, 건강권을 위한 국가 전략 및 행동계획의 이행에 대한 제도적 책임, 그리고 가능한 청원절차가 포함되어야 한다. 당사국은 건강권 실현을 향한 진전을 점진함에 있어 자국의 의무 이행에 영향을 미치는 요소 및 어려움을 파악하여야 한다.

건강권 지표 및 기준

57. 국가 보건 전략은 적절한 건강권 지표 및 기준을 확정하여야 한다. 지표는 당사국의 제12조상 의무를 국가적 및 국제적 차원에서 감시하기 위하여 고안되어야 한다. 국가는 건강권의 여러 측면을 다루어야 하는 적절한 건강권 지표에 대한 길

잡이를 세계보건기구(WHO) 및 유엔아동기금(UNICEF)이 진행 중인 작업에서 얻을 수 있다. 건강권 지표는 규약이 금지하는 차별의 근거를 구성요소로 세분화되어야 한다.

58. 적절한 건강권 지표를 확정한 당사국은 각 지표에 관하여 적절한 국가 기준을 설정할 것이 요청된다. 본 위원회는 정기 보고 절차를 통하여 당사국과 함께 지표 및 기준에 대한 범위 설정 과정에 참여하게 된다. 범위 설정 작업(scoping)은 지표 및 국가 기준에 대한 당사국과 본 위원회의 공동 심리를 수반하며, 이 결과로써 차기 보고 기간 동안 달성할 목표가 제시될 것이다. 이후 5년간 당사국은 제12조의 이행 상황을 감시함에 있어 그 국가 기준을 사용하게 된다. 그 후에, 추후 보고 과정에서 당사국과 본 위원회는 그 기준이 달성되었는지 여부를 검토하고, 이때 발견된 문제점이 있다면 그 원인에 대해서도 살펴본다.

구제수단 및 책임성

59. 건강권을 침해당한 개인이나 집단은 국가적 및 국제적 차원에서 효과적인 사법적 또는 기타 적절한 구제수단에 대한 접근을 가져야 한다.³⁸⁾ 이러한 침해의 피해자는 모두 원상회복, 금전배상, 손해전보 또는 재발방지 보장의 형태로 적절한 보상을 받을 권리가 있다. 국가 옴부즈맨, 인권위원회, 소비자 단체, 환자 권리 보호 단체 또는 유사한 기관이 건강권 침해 사안을 다루어야 한다.

60. 건강권을 인정한 국제 규범장치의 국내법질서에서의 수용은 구제 조치의 범위 및 실효성을 크게 강화할 수 있으며, 이는 모든 경우에 있어 장려되어야 한다.³⁹⁾ 이러한 수용은 법원으로 하여금 규약을 직접 인용하여 건강권 또는 적어도 그 핵심 의무의 위반에 대해 판결할 수 있도록 한다.

38) 이러한 집단이 개별적인 권리 보유자로서 구제를 구할 수 있는지 여부와는 관계없이, 당사국은 제 12조의 집단적인 차원과 개인적인 차원 모두에 의해 구속된다. 집단적 권리는 보건 분야에서 매우 중요하다. 현대 공중보건 정책은 주로 집단에 대해 접근하는 예방 및 증진에 상당히 의존하고 있다.

39) 일반논평 2의 제9항 참조

61. 당사국은 판사 및 법률전문가가 자신의 기능을 수행함에 있어 건강권 침해에 보다 많은 관심을 가지도록 장려하여야 한다.

62. 당사국은 건강권 실현에 있어 취약집단 또는 주변화된 집단을 조력할 목적으로 인권 옹호자 및 기타 시민사회 구성원의 활동을 존중하고 보호하고 촉진하고 증진하여야 한다.

5) 당사국 이외의 행위자의 의무

63. 유엔 기구 및 프로그램의 역할, 그리고 특히 국제, 지역 및 국가 차원에서 건강권을 실현하기 위하여 세계보건기구(WHO)에 부여된 핵심 기능은 특별히 중요하며, 아동의 건강권에 관한 유엔아동기금(UNICEF)의 기능 역시 특히 중요하다. 당사국은 건강권에 관한 국가 전략을 수립하고 실행함에 있어 세계보건기구(WHO)의 기술적 지원 및 협력을 이용하여야 한다. 또한 당사국은 보고서를 작성함에 있어 자료 수집, 요소별 분해, 그리고 건강권 지표 및 기준의 개발과 관련하여 세계보건기구(WHO)의 광범위한 정보와 자문 서비스를 활용하여야 한다.

64. 더 나아가, 시민사회의 다양한 구성요소를 포함한 모든 관련 행위자 간 상호작용을 강화하기 위하여 건강권의 실현을 위한 공동의 노력이 유지되어야 한다. 규약 제22조 및 제23조에 따라, 세계보건기구(WHO), 국제노동기구(ILO), 유엔개발계획(UNDP), 유엔아동기금(UNICEF), 유엔인구기금, 세계은행, 지역개발은행, 국제통화기금(IMF), 세계무역기구(WTO) 및 유엔 체제 내의 기타 관련 기구는 각자의 개별적인 임무를 존중하며, 각자의 전문성을 강화하는 방식으로, 국가 차원에서의 건강권 이행에 관하여 당사국과 함께 효과적으로 협력하여야 한다. 특히, 세계은행, 국제통화기금(IMF) 등 국제 금융 기관은 대출 정책, 신용 협정 및 구조조정 프로그램에 있어 건강권의 보호에 보다 많은 주의를 기울여야 한다. 당사국의 보고서 및 제12조상 의무 이행 능력을 심사함에 있어 본 위원회는 여타 행위

자가 제공한 지원의 효과를 고려할 것이다. 유엔 전문기구, 프로그램 및 기관에 의한 인권에 기초한 접근권의 채택은 건강권 실현을 현저히 촉진할 것이다. 당사국 보고서를 심사하는 과정에 있어 본 위원회는 국가의 제12조상 의무와 관련하여 보건 전문가 협회 및 기타 비정부기구의 역할 역시 고려할 것이다.

65. 세계보건기구(WHO), 유엔난민고등판무관실, 국제적십자사위원회, 유엔아동기금(UNICEF), 비정부기구 및 국가 의료 협회의 역할은 난민 및 국내 실향민에 대한 지원 등 비상사태 시 재난구호 및 인도적 지원에 있어 특히 중요하다. 국제 의료 원조의 제공, 안전하게 마실 수 있는 물, 식량, 의료물품 등 자원의 배분 및 관리, 그리고 재정적 원조의 우선순위는 가장 취약하거나 주변화된 집단에게 부여되어야 한다.

2000년 5월 11일 채택됨.

5장 세계보건기구 헌장

[발효일 1949.8.17] [다자조약, 제6호, 2008.5.22]

- 출처 : 법제처 국가법령정보센터

(<http://law.go.kr/trtyInfoPWah.do?trtySeq=3258&chrClsCd=010202>)

본 헌장 당사국은 국제연합 헌장에 따라 다음의 원칙이 모든 국민의 행복, 조화로운 관계 및 안전의 기초임을 천명한다. 건강이라는 것은 완전한 육체적, 정신적 및 사회적 복리의 상태를 뜻하고, 단순히 질병 또는 병약이 존재하지 않는 것이 아니다.

도달할 수 있는 최고 수준의 건강을 향유한다는 것은 인종, 종교, 정치적 신념과, 경제적 또는 사회적 조건의 구별 없이 만인이 가지는 기본적 권리의 하나이다. 모든 국민의 건강은 평화와 안전을 달성하는 기초이고, 개인과 국가의 최대한의 협력에 의존한다.

어떠한 국가가 건강을 증진하고 보호한다는 것은 모두에 대하여 가치를 갖는다. 건강의 증진과 질병 특히 전염병의 억제가 여러 국가간에 불균등하게 발달하는 것은 공통의 위험이다.

아동의 건강한 발육은 근본적 중요성을 가지며, 변화하는 전반적 환경 속에서 조화롭게 생활할 수 있는 능력은 이러한 발육에 필수적인 것이다.

의학적 및 심리학적 혜택과 관련 지식을 모든 국민에게 보급하는 것은 건강을 최대한 달성하는 데 있어서 필수적인 것이다.

정보를 제공받은 공중이 의견을 가지고 적극적으로 협력하는 것은 건강을 향상하는 데 가장 중요한 것이다.

국가는 자국민의 건강에 관하여 적절한 보건 및 사회적 조치를 제공함으로써만 성취될 수 있는 책임을 가진다.

체약국은 이러한 원칙을 수락하고 모든 국민의 건강을 증진하고 보호하기 위하여

상호간 및 다른 국가와 협력할 목적으로 이 헌장에 동의하고, 이에 국제연합 헌장 제57조 범위 내의 전문기구로서 세계보건기구를 설립한다.

제1장 목 적

제1조 세계보건기구(이하 「기구」라고 한다)의 목적은 모든 국민이 가능한 최고 수준의 건강에 도달하는 데 있다.

제2장 임 무

제2조 본 기구가 그 목적을 달성하기 위한 임무는 다음과 같다.

- (a) 국제보건사업에 있어서 지도적, 조정적 기구로서 활동하는 것
- (b) 국제연합, 전문기구, 정부의 보건행정기구, 전문가 단체 및 적당하다고 생각되는 타 기관과의 효율적인 협력을 수립하고 유지하는 것
- (c) 요청이 있을 경우에 보건사업의 강화에 관하여 각국 정부를 원조하는 것
- (d) 각국 정부의 요청 또는 수락이 있을 경우에, 적당한 기술적 원조 및 긴급한 때에는 필요한 조력을 제공하는 것
- (e) 국제연합의 요청이 있을 경우에 신탁통치지역의 주민과 같은 특수한 집단에 대하여 보건상의 서비스 및 편의를 제공하거나 그 제공을 원조하는 것
- (f) 역학 및 통계 서비스를 포함하여 필요한 행정적 및 기술적 서비스를 확립하고 유지하는 것
- (g) 전염병, 풍토병 및 다른 질병을 퇴치하기 위한 사업을 장려하고 촉진하는 것
- (h) 필요한 경우에는 다른 전문기구와 협력하여 불의의 상해를 방지하기 위해 노력하는 것
- (i) 필요한 경우에는 다른 전문기구와 협력하여 영양, 주택, 위생, 오락, 경제상 또는 노무상의 조건 및 환경 위생의 여러 측면에 대한 개선을 촉진하는 것
- (j) 건강의 증진에 공헌하는 과학적 및 전문적 단체 상호간의 협력을 촉진하는 것
- (k) 국제적으로 보건과 관련된 사항에 대해 조약, 협정 및 규칙을 제안하고 권고를 행하며 이러한 조약, 협정, 규칙 및 권고 등으로 인하여 본 기구에 대하여 부과되는

의무 및 본 기구의 목적에 합치되는 의무를 수행하는 것

(l) 모자의 건강과 복리를 증진하고 변화하는 전반적으로 변화하는 환경 속에서 조화롭게 생활하는 능력을 육성하는 것

(m) 정신건강 분야에 있어서의 활동, 특히 인간 상호간의 조화에 영향을 미치는 활동을 육성하는 것

(n) 보건 분야에 있어서 연구를 촉진하고 지도하는 것

(o) 보건, 의료 및 관련 직업에 대한 교육 및 훈련 기준의 개선을 촉진하는 것

(p) 필요한 경우에는 다른 전문기구와 협력하여 병원업무 및 사회보장을 포함하여 예방 및 치료적 견지에서 공중보건 및 의료에 영향을 미치는 행정적 및 사회적 기술을 연구하고 보고하는 것

(q) 보건 분야에 있어서 정보, 조언 및 원조를 제공하는 것

(r) 보건 관련 사항에 관하여 전 국민이 정보를 제공받고 그에 따라 의견을 발전시킬 수 있도록 원조하는 것

(s) 필요에 따라 질병, 사인 및 공중위생업무에 관한 국제용어표를 작성하고 개정하는 것

(t) 필요에 따라 진단방법을 표준화하는 것

(u) 식품과, 생물학적, 약학적 및 이와 유사한 제품에 관한 국제적 기준을 발전·확립하고 향상시키는 것

(v) 일반적으로 본 기구의 목적을 달성하기 위하여 필요한 모든 행동을 취하는 것

제3장 회원국 및 준회원국

제3조 본 기구의 회원국 자격은 모든 국가에 개방된다.

제4조 국제연합의 회원국은 본 헌장 제19장의 규정 및 자국의 헌법상 절차에 따라서 본 헌장에 서명하거나 또는 별도로 이를 수락함으로써 본 기구의 회원국이 될 수 있다.

제5조 1946년에 뉴욕에서 개최된 국제보건회의에 옵서버를 파견하도록 초청받은 국가는 본 헌장 제19장의 규정 및 자국의 헌법상 절차에 따라서 본 헌장에 서명

하거나 또는 별도로 이를 수락함으로써 본 기구의 회원국이 될 수 있다. 다만 이러한 서명 또는 수락은 보건총회의 제1차 회기 이전에 완료되어야 한다.

제6조 제4조 및 제5조에 의하여 회원국이 되지 않은 국가는 제16장에 따라 승인된 국제연합과 본 기구 간의 협정의 조건에 따를 것을 조건으로 하여 회원국이 되기 위해 신청할 수 있고, 이 신청이 보건총회의 단순과반수의 투표에 의하여 승인되었을 경우에는 회원국으로 인정된다.

제7조 회원국이 본 기구에 대한 재정적 의무를 이행하지 않은 경우 또는 다른 예외적 경우에, 보건총회는 적당하다고 인정하는 조건으로서 회원국이 가지는 투표권 및 받을 수 있는 서비스를 정지할 수 있다. 보건총회는 이 투표권 또는 서비스를 회복하는 권한을 가진다.

제8조 보건총회는 국제관계에 있어서 스스로의 활동에 대하여 책임을 가지지 아니하는 영역 또는 영역의 집단에 대하여 그 국제관계에 대하여 책임을 가지는 회원국 또는 다른 통치권한이 동 영역 또는 영역의 집단을 위하여 신청을 행한 경우에 이를 준회원국으로 가입시킬 수 있다. 보건총회에 파견되는 준회원국의 대표는 보건 분야에 있어서 기술적 권한을 갖는 자격 있는 토착주민 중에서 선정된다. 보건총회는 준회원국의 권리·의무의 성질 및 범위를 결정한다.

제4장 기관

제9조 다음의 각 기관은 본 기구의 사업을 수행한다.

- (a) 세계보건총회(이하 「보건총회」라고 칭한다)
- (b) 집행이사회(이하 「이사회」라고 칭한다)
- (c) 사무국

제5장 세계보건총회

제10조 보건총회는 회원국의 대표로 구성한다.

제11조 각 회원국은 3명을 초과하지 않는 대표로 대표되며, 동 회원국은 대표 중 1명을 수석대표로 임명한다. 대표는 보건 분야에 있어서 기술적 권한을 갖고자

격이 있고, 가능한 회원국의 보건행정관청을 대표하는 자 중에서 선정된다.

제12조 대표는 교체대표 및 고문을 동반할 수 있다.

제13조 보건총회는 정기적 연례회기 및 필요에 따라 임시회기로 개최된다. 임시회기는 이사회의 요청 또는 회원국 과반수의 요청에 의하여 소집된다.

제14조 보건총회는 각 연례회기에서 차기 연례회기가 개최될 국가 또는 지역을 선정하고, 이어서 이사회는 장소를 확정한다. 임시회기의 개최지는 이사회가 결정한다.

제15조 이사회는 국제연합 사무총장과의 협의를 거쳐 각 연례회기 및 임시회기의 기일을 결정한다.

제16조 보건총회는 각 연례회기 초에 의장 및 다른 임원을 선정한다. 의장 및 임원은 후임자가 선출될 때까지 재임한다.

제17조 보건총회는 자체의 절차규칙을 채택한다.

제18조 보건총회의 임무는 다음과 같다.

- (a) 본 기구의 정책을 결정하는 것
- (b) 이사회의 이사를 임명할 권리를 가지는 회원국을 지명하는 것
- (c) 사무국장을 임명하는 것
- (d) 이사회 및 사무국장의 보고 및 활동을 검토하고 승인하며, 활동·연구·조사 또는 보고가 필요하다고 인정되는 사항에 관하여 이사회를 지도하는 것
- (e) 기구의 사업을 위해 필요하다고 인정되는 위원회를 설치하는 것
- (f) 기구의 재정정책을 감독하며 예산을 검토하고 승인하는 것
- (g) 보건총회가 적당하다고 인정하는 보건에 관한 사항에 관하여 회원국 및 정부간 또는 비정부간 국제기구의 주의를 환기하기 위해 이사회 및 이사국장을 지도하는 것
- (h) 국제 또는 국내기구, 정부간 또는 비정부간기구 여하를 불문하고 본 기구의 책임과 관련하여 책임을 가지고 있는 기구에 대하여 보건총회가 정하는 조건에 따라 보건총회 또는 그 권위하에 소집되는 위원회 및 회의의 회합에 투표권 없이 참가할 대표자를 임명하도록 요청하는 것. 다만 국내기구의 경우에는 관련 정부의 동

의가 있는 경우에 한하여 이러한 초청이 발급될 수 있다.

(i) 국제연합의 총회, 경제사회이사회, 안전보장이사회 또는 신탁통치이사회가 행한 보건에 관한 권고를 심의하고, 이러한 권고를 시행하기 위하여 본 기구가 취한 조치를 이들 기관에게 보고하는 것

(j) 기구와 국제연합 간의 협정에 따라서 경제사회이사회에 보고하는 것

(k) 기구의 자체적인 기관의 설치, 또는 회원국 정부의 동의를 얻어 동 회원의 공공 또는 비공공기관과의 협력에 의하여 보건 분야에 있어서의 연구를 촉진하고 지도하는 것

(l) 기구가 필요하다고 인정하는 다른 시설을 설치하는 것

(m) 기구의 목적을 촉진하기 위해 다른 적절한 조치를 취하는 것

제19조 보건총회는 본 기구의 권능에 속하는 사항에 관하여 협약 또는 협정을 채택하는 권한을 가진다. 이러한 협약 또는 협정은 보건총회의 3분의 2 이상의 투표가 요구되며, 각 회원국에 대해서는 자국의 헌법상의 절차에 따라 이를 수락하였을 때 효력이 발생한다.

제20조 각 회원국은 보건총회가 협약 또는 협정을 채택한 일자로부터 18개월 이내에 그러한 협약 또는 협정의 수락에 관한 절차를 취할 것을 약속한다. 각 회원국은 취한 조치를 사무국장에게 통고하여야 하며, 전기 기한 내에 협약 또는 협정을 수락하지 않을 때에는 불수락에 대한 이유서를 제출한다. 각 회원국은 수락할 경우에 제14장에 따라서 사무국장에게 연례보고서를 제출하는 데 동의한다.

제21조 보건총회는 다음의 사항에 관한 규칙을 채택하는 권한을 가진다.

(a) 질병의 국제적 확산을 방지하는 것을 목적으로 하는 위생상 및 검역상의 요건 및 기타 절차

(b) 질병, 사인 및 공중위생 업무에 관한 용어표

(c) 국제적으로 사용되는 진단절차에 관한 기준

(d) 국제무역에 있어서 취급되는 생물학적 제제, 약학적 제제 및 유사한 제품의 안전성, 순도 및 효력에 관한 기준

(e) 국제무역에 있어서 취급되는 생물학적 제제, 약학적 제제 및 유사한 제품의 광

고 및 표시

제22조 제21조에 따라 채택된 규칙은 보건총회가 채택에 관하여 적절한 통고를 행한 후에 전 회원국에 대하여 효력을 발생한다. 다만 통고서에 기재된 기한 내에 사무국장에게 거절 또는 유보를 통고한 회원국에 대하여는 효력을 발생하지 아니한다.

제23조 보건총회는 본 기구의 권능에 속하는 사항에 관하여 회원국에 권고를 행할 권한을 갖는다.

제6장 집행이사회

제24조 이사회는 24개 회원국이 임명한 24명으로 구성된다. 보건총회는 공평한 지리적 분포를 고려하여 이사회의 이사를 임명할 권한을 가진 회원국을 선출한다. 이들 각 회원국은 이사회에 대하여 보건 분야에 있어서 기술적으로 자격이 있는 자를 임명한다. 이 자는 대리 및 고문을 대동할 수 있다.(1)

제25조 이러한 회원국은 3년의 임기로 선출되며, 재선될 수 있다. 다만 본 헌장에 대해 이사회의 회원을 18명에서 24명으로 증가시키기로 하는 개정이 효력을 발생한 이후에 최초로 개최된 보건총회의 회기에서 선출된 12개 회원국 중에서 추첨에 의하여 결정되는 바에 따라 2개 회원국의 임기는 1년, 2개 회원국의 임기는 2년으로 한다.(1)

제26조 이사회는 적어도 매년 2회 회합하고 각 회합의 장소를 결정한다.

제27조 이사회는 이사 중에서 의장을 선거하고 그 자체의 절차규칙을 채택한다.

제28조 이사회의 임무는 다음과 같다.

- (a) 보건총회의 결정 및 정책을 실시하는 것
- (b) 보건총회의 집행기관으로서 행동하는 것
- (c) 보건총회가 위탁한 기타의 임무를 수행하는 것
- (d) 보건총회가 이사회에 부탁한 문제 및 협약, 협정 및 규칙에 의하여 본 기구에 부여된 사항에 관하여 보건총회에 조언하는 것
- (e) 보건총회에 대하여 자발적으로 조언 또는 제안하는 것

(f) 보건총회의 회의 안전을 준비하는 것

(g) 특정기간 동안의 일반사업계획의 심의 및 승인을 위하여 보건총회에 제출하는 것

(h) 이사회 권한 내의 모든 문제를 연구하는 것

(i) 신속한 조치를 필요로 하는 사안에 대처하기 위해서 본 기구의 임무 및 재정적 자원 범위 내에서 긴급조치를 취하는 것. 특히 이사회는 사무국장에게 전염병을 퇴치하는 데 필요한 조치를 취하고, 천재지변의 희생자를 위하여 보건상의 구제 마련에 참가하며, 또한 회원국 또는 사무국장이 그 긴급성에 관하여 이사회의 주의를 환기시킨 연구 및 조사를 행하는 권한을 부여할 수 있다.

제29조 이사회는 보건총회가 위임한 권한을 보건총회 전체를 대신하여 행사한다.

제7장 사무국

제30조 사무국은 사무국장 및 본 기구가 필요로 하는 기술 및 사무직원으로 구성한다.

제31조 보건총회는 보건총회가 결정하는 조건에 따라 이사회의 지명에 의해 사무국장을 임명한다. 사무국장은 이사회의 권한하에 종속되며, 본 기구의 최고의 기술 및 사무직원이다.

제32조 사무국장은 직권으로 보건총회, 이사회, 본 기구의 모든 위원회 및 소위원회와, 본 기구가 소집하는 회의의 간사가 된다. 사무국장은 이러한 임무를 위임할 수 있다.

제33조 사무국장 또는 그 대리인은 그 의무를 수행하기 위하여, 회원국의 여러 관청, 특히 보건행정관청과 정부 또는 민간 국내보건단체에 직접 접근하는 것을 허락하는 절차를 회원국과의 협정에 의하여 정할 수 있다. 사무국장은 또한 기구의 권한 내에 있는 활동을 행하는 국제기구와 직접적인 관계를 맺을 수 있다. 사무국장은 항상 해당 지역에 관한 모든 문제에 관하여 지역사무국에 정보를 제공하여야 한다.

제34조 사무국장은 연례적으로 이사회에 기구의 재정보고 및 예산안을 제출한다.

제35조 사무국장은 보건총회가 정하는 직원규칙에 따라 사무국의 직원을 임명한다.

다. 직원을 고용함에 있어서 가장 중요한 고려사항은 사무국의 능률성, 청렴성 및 국제적 대표성이 최고도로 유지되도록 보장하는 것이다. 또한 직원을 가능한 한 넓은 지리적 범위로부터 채용하는 것이 중요하다는 점이 충분히 고려되어야 한다. 제36조 기구 직원의 근무조건은 가능한 한 국제연합 기타 기구의 근무조건과 일치하여야 한다.

제37조 사무국장 및 직원은 임무의 수행에 있어서 일국의 정부 또는 기구 외의 어떠한 기관으로부터 지시를 구하고 또는 받지 않는다. 이들은 국제공무원으로서의 지위를 손상할 염려가 있는 일체의 행동을 삼간다. 기구의 회원국은 사무국장 및 직원이 배타적으로 국제적인 성질을 가진다는 점을 존중하고, 이들에게 영향력을 미치려고 노력하지 아니할 것을 약속한다.

제8장 위원회

제38조 이사회는 보건총회의 지시에 의하여 위원회를 설치하고, 기구의 권한 내에 있는 목적 달성을 위하여 필요하다고 인정하는 기타 위원회를 자발적으로 또는 사무국장의 제안에 의하여 설치할 수 있다.

제39조 이사회는 수시로, 또한 어떠한 경우에도 매년, 각 위원회를 계속시킬 필요성에 대해 검토한다.

제40조 이사회는 다른 기구와의 합동위원회 또는 혼합위원회의 창설 및 기구의 이러한 위원회에 대한 참가, 그리고 이러한 다른 기구가 설치한 위원회에 있어서의 기구의 대표성에 관하여 규정할 수 있다.

제9장 회의

제41조 보건총회 또는 이사회는 기구의 권한 내에 있는 사항을 심의하기 위하여 지방적, 일반적, 기술적 또는 다른 특별회의를 소집할 수 있으며, 또한 국제기구의 회의 및 국내기구인 경우에는 정부기구 또는 민간기구 여하를 불문하고 관계국 정부의 동의를 얻어 동 회의에 대표를 파견하는 필요한 조치를 할 수 있다. 보건총회 또는 이사회는 이러한 대표성에 관한 방식을 스스로 결정한다.

제42조 이사회는 본 기구가 이해관계를 가진다고 인정하는 회의에 기구의 대표를 파견하는 데 필요한 조치를 취할 수 있다.

제10장 본 부

제43조 기구의 본부소재지는 보건총회가 국제연합과 협의하여 결정한다.

제11장 지역적 약정

제44조 (a) 보건총회는 지역적 기구의 설치가 바람직하다고 인정하는 지역을 수시로 정한다.

(b) 보건총회는 이와 같이 정한 각 지역 내의 회원국 과반수의 동의를 얻어 당해 지역의 특별한 필요에 응하기 위하여 지역적 기구를 설치할 수 있다. 각 지역에는 2개 이상의 지역적 기구를 두지 아니한다.

제45조 각 지역적 기구는 본 현장에 따라서 기구의 불가분한 일부가 된다.

제46조 각 지역적 기구는 지역위원회 및 지역사무국으로 구성된다.

제47조 지역위원회는 당해 지역 내의 회원국 및 준회원국의 대표자로 구성된다. 국제관계의 처리에 관하여 책임을 가지지 않으며 준회원국이 아닌 당해 지역 내의 영역 또는 영역의 집단은 지역위원회에 대표를 파견하고 참여할 권리를 가진다. 지역위원회에 있어서 이러한 영역의 집단이 가지는 권리 의무의 성질 및 범위는 이러한 영역의 국제관계에 관하여 책임을 가지는 회원국 또는 다른 통치 및 그 지역 내의 회원국과 협의하여 보건총회가 결정한다.

제48조 지역위원회는 필요가 있을 때마다 회합하고 각 회합의 장소를 결정한다.

제49조 지역위원회는 그 자체의 절차규칙을 채택한다.

제50조 지역위원회의 임무는 다음과 같다.

(a) 지역적 성질만을 가지는 사항에 관한 정책을 수립하는 것

(b) 지역사무국의 활동을 감독하는 것

(c) 지역사무국에 대하여 기술회의의 소집을 제시하고, 지역위원회의 의견에 의하면 당해 지역 내에서 기구의 목적을 촉진하리라 생각되는 보건문제에 관한 추가적

인 사업 또는 조사를 제시하는 것

(d) 국제연합 및 기타 전문기구의 각 지역위원회 및 기구와 공통의 이해관계를 가지는 다른 지역적 국제기구와 협력하는 것

(e) 사무국장을 통하여 지역적 중요성보다 더욱 폭넓은 중요성을 가지는 국제적 보건 문제에 관하여 기구에 조언하는 것

(f) 각 지역에 할당된 기구의 중앙예산의 비율이 지역적 임무의 수행에 불충분할 경우에는 당해 지역 내 국가들의 추가적인 지역적 분담금 제공을 권고하는 것

(g) 보건총회, 이사회 또는 사무국장이 지역위원회에 위임하는 기타 임무

제51조 지역사무국은, 기구 사무국장의 일반적 권능에 예속되어 지역위원회의 행정기관이 되며 또한 보건총회 및 이사회의 결정을 지역 내에서 수행한다.

제52조 지역사무국의 장은 지역위원회와의 합의에 의하여 이사회가 임명하는 지역국장이 된다.

제53조 지역사무국의 직원은 사무국장과 지역국장과의 합의에 의하여 결정된 방법에 의하여 임명된다.

제54조 범미위생사무국으로 대표되는 범미위생기구, 미주위생회의 및 본 현장의 서명일 전에 존재한 다른 모든 정부간 지역적 보건기구는 점차적으로 본 기구에 통합된다. 이러한 통합은 관련 기구가 표명한 권한 있는 당국 상호간의 동의에 의한 공동행동에 의하여 가능한 한 조속히 실시하여야 한다.

제12장 예산 및 경비

제55조 사무국장은 기구의 연간 예산을 작성하여 이사회에 제출한다. 이사회는 이러한 예산안을 심의하고 이를 이사회가 필요하다고 인정하는 권고와 함께 보건총회에 제출한다.

제56조 보건총회는 기구와 국제연합 간의 합의에 따를 것을 조건으로, 예산안을 검토하여 승인하고 보건총회가 결정하는 비율에 따라 회원국 간에 경비를 할당한다.

제57조 보건총회 또는 이를 대리하는 이사회는 기구에 대하여 행하여지는 기부 및 유증을 수락하고 관리할 수 있다. 다만 이러한 기부 또는 유증에 부대된 조건은 보

건총회 또는 이사회가 수락할 수 있어야 하고, 기구의 목적 및 정책에 합치하여야 한다.

제58조 이사회의 재량에 의하여 사용되는 특별자금은 긴급사태 및 불의의 사건에 대처하기 위하여 설치되어야 한다.

제13장 표 결

제59조 각 회원국은 보건총회에 있어서 1개의 투표권을 가진다.

제60조 (a) 중요 문제에 관한 보건총회의 결정은 출석하고 투표하는 회원국의 3분의 2의 다수로써 행한다. 이러한 문제는 협약 또는 협정의 채택, 제69조, 제70조 및 제72조에 따라 기구가 국제연합 및 정부간 기구와 관계를 갖는 협정의 승인 및 본 헌장의 개정을 포함한다.

(b) 3분의 2의 다수에 의하여 결정할 문제의 추가적인 분류를 결정하는 것을 포함하는 기타 문제에 관한 결정은 출석하고 투표하는 회원국의 과반수에 의하여 행한다.

(c) 이사회 및 본 기구의 위원회에 있어서 유사한 사항에 관한 표결은 본조 (a)항 및 (b)항에 따라 행한다.

제14장 국가가 제출하는 보고서

제61조 각 회원국은 자국민의 건강을 향상시키기 위하여 취한 조치 및 달성한 진보에 관하여 기구에 대해 매년 보고한다.

제62조 각 회원국은 본 기구가 자국에 대하여 행한 권고 및 조약, 협정과 규칙에 관하여 취한 조치를 매년 보고한다.

제63조 각 회원국은 동 국가에서 발표한 보건과 관련된 중요한 법률, 규칙, 공식 보고서 및 통계를 기구에 조속히 통고한다.

제64조 각 회원국은 보건총회가 결정한 방법에 따라 통계적 및 역학적 보고서를 제출한다.

제65조 각 회원국은 이사회의 요청이 있을 때에는 보건에 관하여 실제적인 추가정보를 전달한다.

제15장 법적 능력 및 특권과 면제

제66조 기구는 각 회원국의 영역 내에서 그 목적달성 및 임무수행을 위하여 필요한 법적 능력을 향유한다.

제67조 (a) 기구는 각 회원국의 영역 내에서 그 목적달성 및 임무수행을 위하여 필요한 특권 및 면제를 향유한다.

(b) 회원국의 대표, 이사회의 이사 및 기구의 기술 및 사무직원 또한 기구와 관계있는 임무를 독립적으로 수행하기 위하여 필요한 특권 및 면제를 향유한다.

제68조 이러한 법적 능력과 특권 및 면제는 기구가 국제연합의 사무총장과 협의하여 작성하고 회원국 간에 체결되는 별도의 협정으로 규정한다.

제16장 다른 기구와의 관계

제69조 본 기구는 국제연합헌장 제57조에 의한 전문기구의 하나로서 국제연합과 관계를 갖는다. 본 기구와 국제연합 간 관계를 창설하는 협정은 보건총회에서 3분의 2의 투표에 의하여 승인된다.

제70조 기구는 필요한 경우에 다른 정부간기구와 효과적인 관계를 확립하고 긴밀히 협조한다. 이러한 기구와 체결하는 정식협정은 보건총회에서 3분의 2의 투표에 의하여 승인된다.

제71조 기구는 그 권한 내의 사항에 관하여 비정부간국제기구 및 관련국 정부의 동의를 있는 경우에는 정부 또는 비정부국내기구와의 협의 및 협력을 위하여 적합한 약정을 체결할 수 있다.

제72조 기구는 보건총회의 3분의 2의 투표에 의한 승인을 조건으로, 그 목적 및 활동이 기구의 권한 분야 내에 있는 다른 국제기구로부터 임무, 자산 및 의무를 인수할 수 있다. 그러한 임무, 자산 및 의무는 국제협정 또는 각 기구의 권한있는 당국간에 체결된 상호간에 수락할 수 있는 약정에 인수될 수 있다.

제17장 개 정

제73조 사무국장은 보건총회에서 본 헌장에 대한 개정안을 검토하기 최소한 6개

월 전에 이를 회원국에 통고한다. 개정은 보건총회에서 3분의 2의 투표에 의하여 채택되고 회원국의 3분의 2가 자국의 헌법상 절차에 따라 이를 수락하였을 때 모든 회원국에 대하여 효력을 발생한다.

제18장 해 석

제74조 본 헌장의 중국어, 영어, 불어, 노어 및 서반아어본은 동등히 정본이다.

제75조 협상 또는 보건총회에서 해결되지 아니한 본 헌장의 해석 또는 적용에 관한 일체의 문제 또는 분쟁은 국제사법재판소규정에 따라 동 재판소에 회부된다. 다만 관계당사자가 다른 해결방법에 합의하였을 경우에는 그러하지 아니하다.

제76조 기구는, 국제연합 총회의 허가 또는 본 기구와 국제연합 간의 협정에 의한 허가에 의거하여, 그 권한 내에서 발생하는 법률문제에 관하여 국제사법재판소에 대하여 권고적 의견을 요청할 수 있다.

제77조 사무국장은 국제사법재판소에 대한 권고적 의견의 요청으로부터 발생하는 절차와 관련하여 본 기구에 대한 소송대리인이 될 수 있다. 사무국장은 문제에 관한 상이한 견해의 주장을 정리하는 것을 포함하여 동 재판소에 사안을 제기하기 위하여 필요한 준비를 한다.

제19장 효력발생

제78조 제3장의 규정에 따라 본 헌장은 서명 또는 수락을 위하여 모든 국가에 개방된다.

제79조 (a) 국가는 다음의 방법에 의하여 본 헌장의 당사국이 될 수 있다.

- (i) 승인을 필요로 하는 유보를 붙이지 않은 서명
- (ii) 승인을 조건으로 한 서명과 후속적인 수락, 또는
- (iii) 수락

(b) 수락은 국제연합 사무총장에게 정식문서를 기탁함으로써 효력을 발생한다.

제80조 본 헌장은 26개 국제연합 회원국이 제79조의 규정에 따라 본 헌장의 당사국이 되었을 때 효력을 발생한다.

제81조 국제연합헌장 제102조에 따라서, 국제연합 사무총장은 본 헌장이 승인을 필요로 하는 유보를 붙이지 않은 채로 일국을 위하여 서명되었거나 최초의 수락서가 기탁되었을 때에 본 헌장을 등록한다.

제82조 국제연합 사무총장은 본 헌장의 효력 발생일을 본 헌장의 당사국에 대해 통고한다. 사무총장은 또한 다른 국가가 본 헌장의 당사국이 된 일자를 본 헌장의 당사국에 대해 통고한다.

이상의 증거로서 그러한 목적을 위하여 정당한 위임을 받은 이하의 대표는 본 헌장에 서명하였다.

1946년 7월 22일 뉴욕에서 중국어, 영어, 불어, 노어 및 서반아어로서 단일본을 작성하였으며, 각 본문은 동등하게 정본이다. 원본은 국제연합의 문서보관소에 기탁한다. 국제연합 사무총장은 이 회의에 대표를 파견한 각 정부에 인증등본을 송부한다.

(1) 제12차 세계보건총회에 의하여 개정되고(WHA 12.43, 1958) 1960년 10월 25일 효력을 발생한 조항임.

6장 알마아타 선언⁴⁰⁾

일차보건의료에 대한 국제회의, 소비에트사회주의공화국연방, 알마아타
1978년 9월 6-12일

1978년 9월 12일 알마아타에서 열린 일차보건의료에 대한 국제회의는 전 세계 인류의 건강을 보호하고 증진하기 위해, 모든 정부, 보건의료 및 국제 개발 종사자들, 세계 지역사회의 긴급한 행동이 필요함을 언급하면서 아래와 같이 선언한다.

I.

이 회의에서는, 단순히 질병이나 허약 상태가 없는 것이 아니라, 완전한 신체적, 정신적, 사회적 안녕 상태인 건강은 기본적인 인권이며, 가능한 최고 수준의 건강에 도달하는 것은 가장 중요한 전 세계 차원의 사회적 목표이고, 이를 실현하기 위해서는 보건의료 부문과 더불어 다른 많은 사회 경제 부문의 행동이 필요하다는 것을 강력히 재확인한다.

II.

한 국가 내에서뿐 아니라, 특히 선진국과 저개발국 인민 사이에 건강 수준의 불평등이 존재한다는 사실은 정치적, 사회적, 경제적으로 받아들여질 수 없다. 그러므로 이는 모든 국가의 공통 관심사이다.

III.

신국제경제질서(New International Economic Order)에 기초한 경제, 사회 발전은 모든 사람이 충분한 수준의 건강에 도달하는 것과 선진국과 저개발국 간의 건강 수준 격차 감소에 기본적인 중요성을 부여하고 있다. 인류의 건강 보호와 건

40) 번역문 출처 : 건강과 대안 누리집 참고자료
http://www.chsc.or.kr/xe/?listStyle=list&mid=reference&page=9&category=271&document_srl=743

강 증진은 지속가능한 경제, 사회 발전에 필수적인 것이며, 보다 나은 삶의 질과 세계평화를 보장한다.

IV.

인민은 보건의료에 대한 계획과 실행에 개인적으로나 집단적으로 참여할 권리와 의무가 있다.

V.

정부는 자국민의 건강에 대해 책임이 있다. 그런데 이는 오직 적절한 보건의료 서비스와 사회적 수단을 제공함으로써 성취될 수 있다. 향후 수십 년간 정부, 국제기구, 전 세계 지역사회의 주요한 사회적 목표는 2000년까지 전 세계의 모든 사람들이 사회 경제적으로 생산적인 삶을 영위할 수 있는 건강 수준에 도달하는 것이다. 사회정의 정신에 입각한 발전의 한 부분으로서 일차보건의료는 이러한 목표를 달성하기 위한 핵심 요소이다.

VI.

일차보건의료는 필수적인 보건의료 서비스이다. 이는 실제적이고 과학적으로 유효하며 사회적으로 받아들여질 수 있는 방법과 기술에 기초하고 있다. 이러한 방법과 기술은 자기신뢰와 자기결정의 정신에 의거해 발전의 매단계마다 지속적으로 지불할 수 있는 비용으로, 개인과 지역사회 가정이 충분히 참여함으로써 보편적인 접근이 가능한 것이다. 일차보건의료는 국가 보건의료체계(국가 보건의료 체계에서 일차보건의료는 중심적인 기능을 수행하는 핵심 요소이다)와 지역사회의 전반적 사회경제적 발전에 필수적인 구성 요소이다. 일차보건의료는 개인, 가족, 지역사회가, 사람들이 생활하고 일하는 곳에서 가능한 한 가까운 곳에서 보건의료 서비스를 제공하는 국가 보건의료체계를 접하는 첫 접촉점이다. 그리고 일차보건의료는 그 이후로 지속되는 보건의료 서비스 과정의 첫 단계이다.

VII.

일차보건의료는 :

1. 한 국가와 지역사회의 경제적 상태와 사회문화적, 정치적 특징을 반영하고, 이로부터 서서히 발전한다. 그리고 사회학, 생의학, 보건의료 서비스에 대한 타당한 연구 결과와 공중보건의 경험을 적용하는 것에 기초한다.
2. 일차보건의료는 지역사회의 주요 건강문제를 다루며, 건강증진, 예방, 치료, 재활 서비스를 제공한다.
3. 최소한 다음을 포함한다.
 - 주요한 건강문제와 이러한 문제를 예방, 관리하는 방법에 대한 교육
 - 음식 공급과 적절한 영양의 증진
 - 안전한 물과 기본적인 위생 시설의 충분한 공급
 - 가족계획을 포함한 모성보호와 아동건강관리
 - 주요 감염성질환에 대한 예방접종
 - 지역 유행 질병에 대한 예방과 관리
 - 흔한 질병과 외상에 대한 적절한 치료
 - 필수 의약품 제공
4. 보건의료 부문에 더하여, 특히 농업, 축산업, 식품, 산업, 교육, 주택, 공공사업, 통신 등과 같은, 국가와 지역사회 발전의 모든 관련된 부문과 양상을 포함하고, 이 모든 부문의 조화로운 노력이 요구된다.
5. 지역사회, 국가, 혹은 다른 사용 가능한 자원을 최대한 활용하기 위해, 일차보건의료의 계획, 조직, 운영, 관리에 대해 지역사회와 개인의 자기신뢰와 참여가 극대화될 것이 요구된다. 그리고 이러한 목표를 위해, 적절한 교육을 통해 지역사회의 참여 능력을 발전시킨다.
6. 통합적이고 기능적이며 상호 보완적인 전달체계에 의해 유지되어야 한다. 이는 모든 이들을 위한 포괄적인 보건의료 서비스를 점진적으로 향상시켜야 하고, 가장 필요한 사람에게 우선순위가 두어져야 한다.
7. 지역과 의뢰 수준에서는 필요하다면 전통의료 시술자를 포함하여 의사, 간호

사, 조산사, 의료보조원 등의 보건의료 종사자와 사회사업가에 의존한다. 이들은 보건의료 조직으로 일하고 지역사회의 보건의료 요구에 반응하도록 사회적으로나 기술적으로 충분히 훈련되어야 한다.

VIII.

모든 정부는 포괄적인 국가 보건의료체계의 한 부분으로서, 다른 부문과 조화를 이루면서, 일차보건의료를 적용하고 유지시키기 위한 국가 정책, 전략, 행동 계획을 작성해야 한다. 이것을 위해 정치적인 의지의 행사, 국가 자원의 동원, 사용 가능한 외부자원의 합리적 사용 등이 필요할 수도 있다.

IX.

한 국가 국민의 건강 달성은 직접적으로 다른 모든 나라와 관련되고 이득이 되므로, 모든 나라는 모든 이들을 위한 일차의료를 보장하기 위해 협력과 서비스 정신에 입각하여 협동하여야 한다. 이러한 맥락에서 일차보건의료에 대한 세계보건기구(WHO)/유엔아동기금(UNICEF) 협력 보고서는 전 세계적 차원에서 일차보건의료의 심화 발전과 실행을 위한 확고한 기초를 구축한다.

X.

2000년까지 전 세계 모든 이들이 수용 가능한 건강 수준에 도달하는 것은, 현재는 군비 확장과 군사적 갈등에 대부분이 낭비되고 있는 전 세계의 자원을 보다 충분히, 보다 잘 사용함으로써 가능하다. 독립, 평화, 긴장완화, 군비 축소에 대한 진정성 있는 정책은 추가적인 자원을 제공할 수 있고 제공하여야 한다. 이는 평화적인 목적으로 쓰일 수 있고, 특히 일차보건의료가 핵심적인 부분으로서 적절한 몫을 담당할 수 있는 사회 경제적 발전의 가속화 등에 쓰일 수 있다. 이러한 자원은 적절히 배분되어야 한다.

일차보건의료를 위한 국제회의는 기술 협력 정신과 신국제경제질서(New International Economic Order)에 의거해, 전 세계적으로, 특히 저개발국에 일

차보건의료를 개발하고 적용하기 위해, 긴급하고 효과적인 국가적, 국제적 행동을 요청한다. 일차보건의료를 위한 국제회의는 각국 정부, 세계보건기구(WHO)와 유엔아동기금(UNICEF), 국제기구, 다자간 혹은 양자간 기구, 비정부조직, 기금 조직, 모든 보건의료 종사자와 전 세계의 지역사회가 일차보건의료에 대한 국가적, 국제적 실행을 지원하고, 특히 저개발국에서 일차보건의료에 대한 기술적, 재정적인 지원을 증가시킬 길을 열 것을 재촉한다. 이 회의는 위에서 언급한 모든 주체들이 이 선언의 정신과 내용에 부합하는 일차보건의료를 도입, 개발, 유지하는 것에 협력하길 요청한다.

제Ⅲ부

시민사회단체의 동자동 쪽방주민 건강권 실태조사 자료

1장 실태조사 개요

1. 실태조사 배경 및 경과

- 2012년 초 서울시 용산구 동자동에서 주민회의를 통해 ‘건강한 마을 만들기’의 첫 단계로 동자동 주민의 건강권 현황을 파악할 필요성이 제기됨.
- 이를 위해 건강세상네트워크에서 국가인권위원회의 2012년도 단체협력사업으로 신청한 ‘쪽방주민을 위한 건강한 마을 만들기 - 쪽방주민을 위한 건강권 실태조사 및 매뉴얼 북 만들기’ 사업이 선정됨
- 2012년 3월부터 11월까지 국가인권위원회와 건강세상네트워크의 재정 지원으로 건강세상네트워크, 동자동 사랑방, 사랑방마을공제협동조합, 서울대 보건대학원이 주체가 되어 ‘쪽방주민을 위한 건강한 마을 만들기 - 쪽방주민을 위한 건강권 실태조사 및 매뉴얼 북 만들기’ 사업을 수행함.

2. 실태조사 개요

- 연구제목 : 서울시 동자동 건강권 실태조사
- 연구방법 : 심층면담과 면접설문조사
- 조사기간 : 2012년 7월 ~ 11월
- 분석 및 집필 기간 : 2012년 11월
- 연구책임 : 건강세상네트워크, 동자동 사랑방, 사랑방마을공제협동조합, 서울대학교 보건대학원
- 연구 및 집필진
 - 1) 김창엽 (서울대학교 보건대학원, 보건학과 보건정책관리학전공 교수)
 - 2) 손정인 (건강세상네트워크 빈곤층건강권사업단, 서울대학교 보건대학원 박사수료)
 - 3) 김슬기 (건강세상네트워크 빈곤층건강권사업단, 서울대학교 보건대학원 석사졸업)

- 4) 김정숙 (건강세상네트워크 빈곤층건강권사업단, 활동가)
- 5) 조승화 (동자동 사랑방 사무국장)
- 연구 참여자 : 서울시 용산구 동자동 및 주변 지역의 쪽방에 거주하는 주민

2장 서울시 동자동 쪽방지역 현황

1. 한국 사회의 쪽방지역 현황

빈곤 가구의 ‘마지막 잠자리’인 쪽방의 역사는 6.25 전쟁 직후까지 거슬러 올라갈 수 있지만, 이 지역에 대한 사회적 관심이 주목된 것은 불과 10년 정도밖에 되지 않았다. IMF 경제위기로 인해 노숙자 문제가 심화되면서 절대빈곤층인 잠재적 노숙자의 집단거주지로서 쪽방이 주목받게 된 것이다(김선희, 2001; 박재현, 2002). 현재 우리나라의 정확한 쪽방 규모는 파악하기 어려우나, 전국 쪽방상당소에서 파악하고 있는 쪽방의 수는 서울에만 3,614개이며, 전국적으로는 8,489개이다(배경동, 2012).

1) 쪽방의 정의

현재까지 쪽방에 대한 단일한 정의는 없으며, 쪽방을 정의하는 기관이나 단체, 쪽방이 있는 지역마다 그 정의를 달리 한다. 먼저 서울특별시·보건복지부(2000)는 쪽방을 건물의 물리적 특성, 거주자 특성, 운영 형태 면에서 정의하였는데, ① 방의 크기가 성인 한 사람이 잠만 잘 수 있을 정도이며 별도의 욕실이나 부엌과 같은 편의시설이 방마다 갖추어져 있지 않으며, ② 거주자는 대체로 불안정하고 이동성이 강한 직업을 가지고 있고, 소득이 낮은 도시의 최빈곤층으로 특히 가족을 구성하지 못한 경우가 많으며, ③ 대개 일세나 무보증월세로 운영되는 형태를 의미한다.

다음으로 보건복지부(2003)⁴¹⁾는 숙식용으로 이용하는 공간이 너무 협소하여 불편하고 열악한 방으로 쪽방을 정의하였는데, A형, B형, C형의 세 가지로 유형을 구분하였다. A형은 3평 이하의 서민용 방을 상·하 또는 중·횡으로 구획하거나 본채에서 달아낸 약 1평 규모의 소액임차 주거용 방을, B형을 실직·노숙자 등이 무료 또는 1일 이용료 5,000원 정도를 내고 숙식하는 약 1평 규모의 무허가 숙박용

41) 쪽방 및 비닐하우스 생활자 일제조사(국기법 수급권자격 보호, 주거복지 시책 개선)

방을, C형은 월세 5,000원 이하를 내며, 이용하기에 불편하고 환경이 열악한 약 1평 규모의 숙박용 방의 형태를 의미한다.

또한 하성규 외(2005)는 주거용도로 사용되는 주택 이외의 거처로서, 임대차계약에 의하지 아니한 무보증월세 또는 일세로 운영되는 시설로 쪽방을 정의하였으며, 전국쪽방상당소협의회(2009)는 최저주거기준 미만의 주택 이외의 거처로서, 보증금 없이 일세·월세·사글세를 지불하는 부대시설(세면·취사·화장실 등)이 없는 방으로서 단신·가족, 취약·주거불안계층이 거주하며, 수급권자나 비정기적인 일자리와 건설일용직과 같은 이직이 강하며 고용이 불안정한 직종에 종사하는 사람들이 이용하는 저렴한 주거 공간으로 쪽방을 정의하였다.

쪽방에 대한 지역별 정의는 다음과 같다⁴²⁾.

표 1 지역별 쪽방의 정의

	개념 정의	비고
인천	개인화장실, 세탁실, 취사실이 없이 숙박만 가능한 주거시설	주거시설을 중요하게 고려, 취사실 있어도 쪽방 유사형으로 간주, 자가주택도 포함
부산	낡고 오래된 여관이나 여인숙 등이 보증금 없이 일세(평균 7,000원) 또는 월세(평균 10만 원)의 형태로 임대하는 방	여관이나 여인숙 중심, 주택점유형태를 분명하게 명시
대구	일세 혹은 월세의 형태로 운영되면서 개별취사, 세면, 용변 등의 기초적인 부대시설이 없는 방에, 독신 혹은 가족단위로 일용직 등과 같이 이동이 강한 직업에 종사하는 사람들이 이용하는 저렴한 거주 공간	물리적인 특성과 거주민의 사회경제적 특성을 포괄, 가족단위 포괄
대전	① 단신일 경우 0.5~3평 미만, 가족단위의 경우 1인당 1평 미만의 방, ② 일세 5,000~10,000원, 무보증월세 50,000~15,000원, 전세 200만~500만 원, 자가(시유지, 포함, 철도청 부지의 무허가 노후주택, 시가 1,000만 원 미만의 가족단위 포함 주택), ③ 주방시설이 없거나 문 앞 공간을 활용하고, 개별 화장실이나 목욕시설이 없는 단독주택, 여인숙, 무허가 건축물, ④ 건설일용직 등 주로 저소득 일용직에 종사하거나 일정한 직업이 없는 사람들의 주거 공간	거주민의 사회경제적 특성을 강하게 고려, 전셋집이나 자가가구도 쪽방의 범주에 포함

자료 : 쪽방재생포럼(2007) 자료 일부 수정

42) 서울 지역의 경우, 쪽방에 대한 별도의 개념 정의가 없었다. 다만, 앞서 언급되었던 서울특별시·보건복지부(2000)의 쪽방 정의가 서울 지역을 중심으로 정의된 것이다.

2) 쪽방 지역 현황

쪽방 지역은 대중교통(기차역, 지하철역), 인력시장, 인력소개소, 재래시장, 노숙 장소 등과 인접해 있으며(김수현 외, 2002), 지리적인 집중 정도에 따라 크게 밀집 지역과 분산 지역으로 구분할 수 있다. 쪽방이 상대적으로 밀집되어 있는 지역으로 서울과 대전이 있는데, 서울의 경우 중구 남대문로5가동과 용산구 동자동, 영등포구 영등포동, 종로구 돈의동과 창신동이, 대전의 경우 동구 정동과 선화동이 쪽방 밀집 지역이라고 할 수 있다. 분산 지역은 쪽방이 다른 유형의 주택들과 혼재되어 존재하거나, 밀집 지역에 비해 상대적으로 넓은 지역에 분산되어 존재한다(하성규 외, 2005). 부산과 인천, 대구가 여기에 해당된다.

다음은 전국 쪽방상담소에서 파악하고 있는 각 지역별 쪽방 및 쪽방 거주자의 현황이다. 2011년 10월 말 현재 서울 3,614개, 부산 1,327개, 대구 1,591개, 인천 531개, 대전 1,426개의 쪽방이 있으며, 각각 3,099명, 781명, 1,017명, 630명, 1,055명이 살고 있다.

표 2 전국 쪽방상담소별 쪽방 및 거주자 현황(2011년 10월 말 기준)

		건물	쪽방 수	거주자 수	공실률
서울	영등포쪽방상담소	79	547	554	8.9
	남대문지역상담센터	38	822	767	5.5
	용산쪽방상담소	47	975	873	11.0
	종로쪽방상담소	87	773	529	32.1
	동대문쪽방상담소 ⁴³⁾	55	497	376	31.4
부산	부산진구쪽방상담소	41	587	395	34.4
	부산동구쪽방상담소	82	740	386	48.8
대구	대구쪽방상담소	130	1,591	1,017	37.5
인천	인천쪽방상담소	318	531	630	18.6
대전	대전쪽방상담소	393	1,426	1,055	32.9
합계		1,270	8,489	6,582	

자료 : 배경동(2012)

43) 2013년 현재 용산쪽방상담소는 서울역쪽방상담소로 이름이 바뀌었으며, 위탁기관도 학교법인 한국그리스도의교회학원에서 사단법인 빅이슈코리아로 변경되었다.

그러나 이러한 현황 자료는 두 가지의 한계를 가지고 있다. 첫째, 앞서 살펴보았듯이 지역별로 쪽방에 대한 개념 정의가 다양하기 때문에, 쪽방상당소별 상이한 기준에 의해 수집된 자료이다. 둘째, 이러한 현황 자료는 과소 추정된 것일 수 있는데, 현재 쪽방과 관련된 통계는 쪽방상당소를 통해 수집되기 때문에 쪽방상당소가 활동하지 않는 지역, 예를 들어 충청도나 강원도, 전라도 지역의 쪽방에 대한 정보는 파악하기 어렵다.

2. 서울시 동자동 쪽방지역 현황

서울역 맞은편에 위치한 동자동 쪽방 밀집지역은 서울역 11번 출구의 게이트웨이 타워(구 벽산빌딩) 뒤쪽을 중심으로 밀집되어 있다. 행정구역은 다르지만, 남대문로5가동에 위치한 남대문 쪽방 밀집지역과 지리적으로 근접해 있다.

6.25 전쟁 때 북에서 피난 온 사람들이 판자촌을 형성하여 살기 시작한 동자동 쪽방 밀집지역은 전쟁이 끝난 후 쪽방의 형태로 변천되어 운영되었다(김수현 외, 2002). 동자동 지역의 쪽방 건물은 매우 노후하고 열악한 상태로, 건물의 경과 연수가 50년 이상인 건물이 전체 쪽방 건물의 58%에 달한다(배경동, 2012). 2011년 10월 말 현재 동자동 쪽방 밀집지역에는 47개의 건물, 975개의 쪽방이 있으며 873명이 살고 있다.

동자동 쪽방 밀집지역은 다른 쪽방 밀집지역과 달리 지역주민 단체가 활발하게 운영되고 있다. 사랑방마을공제협동조합은 일종의 마을 은행으로, 동자동 쪽방지역의 주민들이 출자를 하고 직접 운영한다. 조합원이 긴급하게 돈이 필요할 경우 최대 50만 원까지 대출이 가능하다. 지역주민 공동체를 목표로 활동하는 동자동 사랑방은 주민들 간의 소통을 위해 마을신문인 ‘쪽방신문’을 발행하며, 마을부엌 겸 도서관인 ‘사랑방 식도락(食圖樂)’을 운영한다(김창엽 외, 2012)⁴⁴⁾.

44) 김슬기, 2013, ‘쪽방거주민의 사회적 관계망이 주관적 건강 및 미충족 의료에 미치는 영향’에서 일부 발췌



3장 심층면담 결과⁴⁵⁾

1. 심층면담에 참여한 쪽방주민의 건강은 어떠한가?

심층면담에 참여한 쪽방주민 5명의 건강은 매우 나쁜 상태였다. 가 님은 경추 수술, 요추 수술, 암 수술을 하였고 불면, 신경통, 관절염, 요통, 폐 기능 장애, 청각 장애, 골다공증, 간질, 중이염 등을 앓고 있었다. 나 님은 대장암 수술을 하였고 뇌졸중, 고혈압, 전립선 비대증, 녹내장, 안과질환, 부분 틀니, 불면, 위염, 비염 등을 앓고 있었다. 다 님은 간경화, 목 디스크, 요통, 관절염, 우울, 불면, 나쁜 구강 상태 등을 갖고 있었다. 라 님은 기관지염, 천식, 고혈압, 대장질환, 관절염, 안과질환, 어지러움, 위장병, 불면, 변비 등을 앓고 있었다. 마 님은 당뇨, 고혈압, 목 디스크, 나쁜 구강 상태를 갖고 있었고 혈당 조절이 잘 안 되어 당뇨 합병증이 온 상태였다.

2. 쪽방주민의 건강은 왜 나쁜가?

심층면담 결과를 소개하기 전에 면접설문조사에 나온 결과를 먼저 소개하고자 한다. 설문문항은 다음과 같다.

36. 조금 다른 질문입니다만, 지금까지 살아오시면서 현재 선생님의 건강상태와 질병에 큰 영향을 끼친 것은 어떤 것이라고 생각하시는지요? 생각나는 대로 모두 말씀해 주십시오.

이 설문문항에 대한 쪽방주민의 응답을 분석해보면 다음 그림과 같다. 주민 건강의 영향요인은 자기관리, 사고·불운, 근무환경, 무응답/모르겠다, 기타, 유전·고령, 어린 시절 환경, 소득, 사업실패, 주거 등의 순서로 응답하였다. 기타 영향요인으로 가정불화, 결혼, 인간관계, 조실부모, 외로움, 고문후유증, 베트남전 참전,

45) 이 부분의 통계 수치와 내레이션을 2012년 11월 22일 동자동에서 열린 「동자동 쪽방주민을 위한 건강권 실태조사 보고대회」의 자료집(2012)에 실려 있다.

불공평한 현실, 실직, 삶의 포기, 삶의 애환, 환경, 스트레스, 신앙, 일을 못해서, 고령 등을 응답하였다.

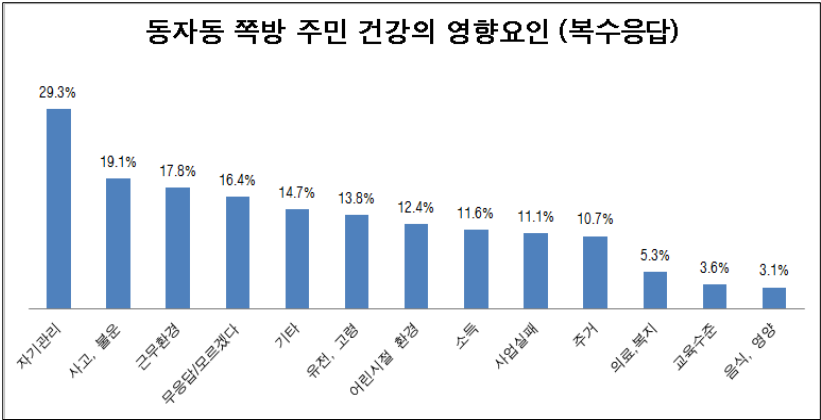


그림 1 서울시 동자동 쪽방주민의 건강 영향요인

하지만 이 결과는 단순히 영향 요인을 나열했을 뿐 재분류를 하지 않았다. 여기서 자기관리, 유전, 고령, 무응답/모르겠다 등을 제외하면 나머지는 사회경제적 요인으로 범주화할 수 있다. 따라서 이를 재분류하면 다음 그림과 같다.

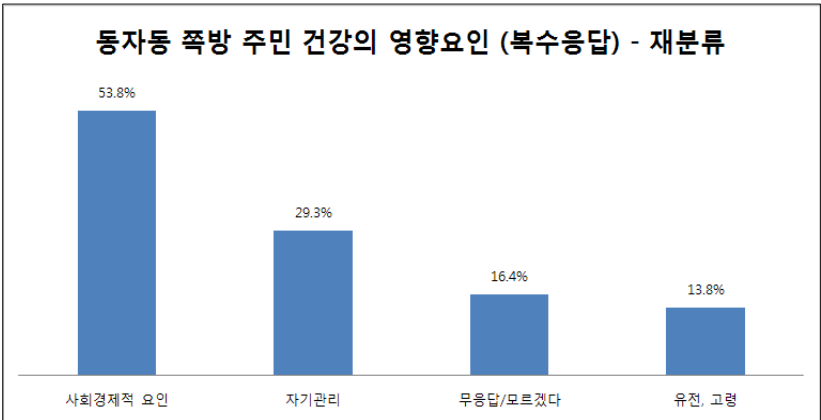


그림 2 서울시 동자동 쪽방주민의 건강 영향요인 - 재분류

재분류한 결과, 동자동 쪽방주민이 응답한 건강 영향요인은 사회경제적 요인이 53.8%로 가장 높게 나타났다. 그 다음이 자기관리, 무응답/모르겠다, 유전·고령 순이었다. 이는 쪽방주민의 현재 건강이 과거 삶의 누적된 결과이며 타고난 것이나 개인 탓이기보다 사회경제적 요인이 중요한 영향을 미친다는 것을 보여주고 있다.

그렇다면 이번에는 심층면담을 통해 나타난 쪽방주민의 건강 영향요인을 살펴보자. 우선 공공병원 예산 부족으로 입원을 거부당한 사연을 소개한다.

- 질문자 : 폐결핵 얘기를 좀 해주시면 좋을 것 같아요. 폐결핵으로 쓰러진 그 때 상황을….
- 쪽방주민 : 그 때 쓰러져서 병원에 실려 간 게 서북병원으로 실려 갔어요. 행려병동에. 그런데 거기에서 빠꾸 맞았어요.
- 질문자 : 왜요?
- 쪽방주민 : 예산이 없다고, 서울시에서 예산이 없다고 행려병동을 받지 못한다고 그래서….

다음으로 부양의무자 기준 때문에 의료급여 1종 수급에서 탈락하여 몇 개월 동안 당뇨약을 복용하지 못한 사연을 소개한다.

- 질문자 : 약을 이렇게, 당뇨 발견 이후에 못 드신 적이 있어요?
- 쪽방주민 : 예. 수급이 끊겨가지고, 예.
- 질문자 : 약을 그러면 한 며칠간 못 드셨어요?
- 쪽방주민 : 며칠이 아니라 몇 개월이죠. 그러다 보니까 지금까지 몸이 붓고, (혈당) 500 이상 넘어가고 그러죠. 몇 개월을 못 먹었으니까.

다음으로 MRI 비용이 없어 목 디스크 수술을 못하고 통증이 만성이 된 사연을 소개한다.

- 쪽방주민 : 그거 하면서 목 디스크가 먼저 왔어요. 내가 맨날 무거운 거 들고 하다보니까 디스크가 먼저 왔는데… 수술을 해야 하는데, 수술을 못했어요.

MRI비가 그때 당시 40만 원인데, 그 돈이 없잖아요. 그러니까 수술을 못하고 그냥 여기서 한 달치 진통제를 주면은, 한 보름 만에 없애고… 보름 걸 주면 일주일 만에 없애고, 약으로 해가지고 만성이 됐어요. 그래 가지고 이쪽으로는 힘을 못 써요.

다음으로 치과 비용이 없어 틀니를 못하고 있어 음식 섭취가 매우 불편한 주민의 사연을 소개한다.

- 쪽방주민 : 이빨이 없어요.
- 질문자 : 어떻게 지원받으실 데가 없으신가요?
- 쪽방주민 : 우리나라에서 치과는 안 되더라고요.
- 질문자 : 틀니 사업이 또 65세 이상부터라서…
- 쪽방주민 : 그게 안 되고. 그러다 보니까 힘들더라고요. 거의 씹어서 먹는 단계는 없죠. 예를 들어서 누가 족발을 하나 사왔다. 못 먹죠. 못 먹고 족발을 가져오면 다시 물을 집어넣고 삶든지, 삶아서 흐물흐물하게 해서 쪽 빨아 먹는 식으로 그렇게 하든지, 밥도 씹는 게 아니고 거의 삼키는 거죠. 야채도 마찬가지로. 치과가 돈이 좀 들어가서 그게 좀 힘들더라고요.

다음으로 고혈당으로 쓰러질 때까지 당뇨병 진단을 받지 못한 주민의 사연을 소개한다.

- 쪽방주민 : 그냥 뭐, 어디 진짜 심하게 통증 있는 그런 것이 아니기 때문에 그냥 내가 못 먹어서 그런가 보다 그렇게 생각만 했지, 당뇨란 것은 생각도 못했죠. (중략) 2000년 당시 서울역에 진료소가 있었는데, 거기는 안 갔죠. 뭐 특별하게 내가 어디 아파야지 가는데 그냥 피곤한 걸로만 느끼지, 뭐 진짜 배가 아프다, 심하게 아프다든가 이랬으면 갔을 거예요. (중략) 그러다가 어느 날 갑자기 쓰러지는 바람에… 병원에 와서 당뇨라는 걸 알게 됐고 그게 인자 진단 저기가 나온다고 해서 기초수급을 신청한 거죠.
- 질문자 : 그 때 당이 막 500씩 나오고 그러셨어요?

- 쪽방주민 : 예, 지금도 그렇게 나오고.
- 질문자 : 아... 근데도 그... 사실 쓰러지기 전에도 목이 타고 소변 많이 보셨을 텐데...
- 쪽방주민 : 예. 그런 게 ‘아, 내가 병으로 오는 거구나...’ 이런 걸 못 느끼죠. 갈증만 나고 힘드니까 계속 물만 먹고 햇배 부르고 그런 상태죠.

다음으로 쪽방주민의 삶의 맥락을 고려하지 않은 금주·금연 정책과 탈빈곤 의지를 꺾는 국민기초생활보장제도가 밀접히 연관되어 있음을 보여주는 사연을 소개한다.

- 쪽방주민 : 알코올, 이 사람들을 무조건 알코올 환자로 취급을 해버려요. 가게 되면 구금을 당하게 되어 있어요. 그러니까 이 사람들이, 여기에 있는 사람들도 가고는 싶은데, 구금 같은 것을 당하기 싫으니까 안 가는 사람 태반이에요. 그리고 흡연에 대한 걸 갖다가 학교 뭐 이런 식으로 자유로운 분위기를 이끌어서 이렇게 해주면 그 사람들도 따라 간단 말이에요. 내가 서울역에 몇 명 정도를 만나본 바로는 거의 다 갔다 왔어요. 갔다 오면 뭐하냐 말이에요. 갔다 와서 얼마 안 되면 다시 시작되는 게, 반복 생활이...
- 질문자 : 반복 생활...?
- 쪽방주민 : 그걸 방지하기 위해서는, 지금 현재 난 수급제도도 참 잘못되었다는 게, 이 수급제도라는 걸 갖다가 평생에 수급을 받아 먹고 그걸로 테두리 안에서 살게끔 만들면 안 된다는 거예요. 수급을 줌으로 해서 이 사람이 자립할 수 있는 기회를 마련해줘야 돼요.

다음으로 의료와 복지(주거, 영양)의 통합이 부재하여 건강에 나쁜 영향을 받았던 사연을 소개한다.

- 쪽방주민 : 그때도 서북병원 결핵병동에서 나와서 한 달 동안 거리에 있었어요.
- 질문자 : 집이 없어서...?
- 쪽방주민 : 예. 집이 없어서. 그런데 이동현 홈리스 행동 대표가 찾아와서 수

급 만들려 가자... 그래서 만들려 갔죠.

- 질문자 : 그러면 그때 서북병원 퇴원하실 때 결핵약에 대해서는 설명을 못 들었다고 하셨는데 관리를 어떻게 하라... 요런 설명을 어떻게 들으신 건 있어요?
- 쪽방주민 : 들은 건 있어요. 잘 먹으라는 거. 잘 먹어야 된다... 하는 건 들었죠. 어 근데 혼자 사는 놈이 뭐 잘 먹습니까? 집에서 혼자 뭐 반찬을 할 줄 알겠어? 뭘 할 줄 알겠어? 맨날 먹어봐야 김치 지지고 볶고 해서, 날김치 먹다가 싫으면 지져서 먹고 안 되면 뭐 볶아 먹고 해서 김치 갖고 요리해먹는 거지 뭐... 다른 거 뭐 굳이 먹을 게 뭐 있겠어요?

다음으로 최저주거기준 미달 주거로 인해 건강에 나쁜 영향을 받고 있는 사연을 소개한다.

- 쪽방주민 : 방 안에서 취사도구 펴놓고 저기 되는 바람에 (다른 건물에) 불이 났었어요.
- 쪽방주민 : 계란 후라이 하나를 하더라도... 난로 꺼내야지, 후라이팬 꺼내야지, 식용유 저기서 가져와야지, 냉장고에서 계란 꺼내야지, 짜증나요.
- 쪽방주민 : 먼지 많이 들어오고, 주변의 악취 같은 거 이런 것들 좀 있어서 사람이 살기에는 위생적으로 안 좋죠.
- 쪽방주민 : 공동 세면장에 뜨거운 물이 안 나오니까 겨울에 손 깨져요.
- 쪽방주민 : 우풍이 세서 얼굴만 내고 숨 쉬면 김이 올라가... 찬바람 불면 창문에서 바람 막 때리지, 방문에서 때리지, 저런 데서 들어오지...

다음으로 주거 불안정으로 인해 동자동 쪽방주민의 건강이 나쁠 수밖에 없다는 의견을 소개한다.

- 쪽방주민 : 못 사는 동네가 틀리지... 잘 사는 동네하고, 아무래도... 못 사는 데는 신경을 많이 쓰잖아. 그러면 혈압도 높고, 있는 동네하고는 천지 차이 지... (중략) 없는 동네는... 왜 그러냐면은 당장 방세 안 내면 쫓겨 나가잖아. 세사는 데는. 그러니 빨리 사람들이 죽고 그러지. (중략) 있는 동네는 완전히

여기하고 틀리지. 있는 사람들은 돈을 못 써서 그러는데… 이거는 밤에 자고 나면은, 한 달 되면은, 또 집세 그러잖아. 안주면 나가라 하는데… 그러니 신경쓰게 빨리 죽지.

다음으로 주거 불안정을 피해 영구 임대아파트에 선정이 되었음에도 갈 수 없는 사연을 소개한다.

- 쪽방주민 : (영구임대아파트 신청하는 데) 돈이 있어야 돼요. 그것도 돈 백, 돈 백(보증금) 있어야 되는데… 그 돈이 어디 있어, 수급비 40만 원 받아가지고… 지금은 물론 끊겼지만은. 40만 원 받아가지고 방세 내고, 뭐 저기 전화요금이나 텔레비세 내고, 생활하면은 뭐가 남아요?

다음으로 평생 벌어먹고 사느라 몸을 돌볼 겨를이 없었던 사연을 소개한다.

- 쪽방주민 : 인자 그제… 너무 일도 많이 하고, 그제 인자 이렇게… 병이 막 오는 것 같아. 너무 천덕꾸러기로 몸을 막 돌려가지고… (중략) 그 당시에 치료도 받고 이랬으면은 괜찮았는데… 치료도 안 받고, 돈 아까워가지고 아끼다가… 병이 더 크게 되고, 크게 되고, 이렇게 된 거야.

다음으로 고된 노동 탓에 건강에 나쁜 영향을 받았다는 쪽방주민의 얘기를 소개한다.

- 쪽방주민 : 내가 좀 다르게 살았으면, 건강이 요지경까지 안 왔어. (중략) 직장 생활을 했던지, 내가 이랬으면, 사무직원으로 직장생활을 했으면, 몸이 이 지경으로 안 왔지.

다음으로 사업 실패로 인한 거리 노숙 때문에 건강이 나빠진 사연을 소개한다.

- 쪽방주민 : 실패하면서 모든 스트레스가 한꺼번에… 병마도 인자 그 때 다 온 거예요.
- 질문자 : 한 2000년도 그 때 일 년 정도밖에 주무시고 하는 게 건강에 영향을

미친 건 아닐까요?

- 쪽방주민 : 건강에 많이 미쳤죠. 안 미친다고 하면 거짓말이죠. 아니 이런 길 바닥에서 박스 하나 깔고 자는데 그게 정상적으로 몸이 되겠어요? 그리고 뭘 밥을 제대로 먹어요, 뭘을 해요? 그냥 국밥 후루룩 먹는 거지.

다음으로 서민에게 불리한 한국 경제구조의 문제를 지적한 쪽방주민의 얘기를 소개한다.

- 쪽방주민 : 그때 당시에 그러한 게 사양 산업이 되다 보니까 모든 게 회의를 느끼는 상태예요. 사실. 진짜 왜 이게 저희만이 잘못이 아닌 나라가 정책을 잘못 세워서...(중략) 그러다 보니까 국내에 있는 사람들은 죽는 거예요, 자연적으로... 그리고 노숙하면서 한두 사람 만났겠어요? 수백 명을 만났겠지요? 그러한 사람들하고 이야기해봤을 때, 거의 가 그런 거예요. 자기 판에는 살려고 빚내서 열심히 했는데 그런 것이 안 되니까 망하는 거예요. 그러다가 자연적으로 빚을 갚을 길은 없고, 애들은 먹여 살려야 하는데 같이 있다 보면 다 망하는 거예요. 가족 전부 다 망하는 거예요.

마지막으로 쪽방주민의 목소리를 대변하는 정치 세력의 부재가 건강을 위한 노력을 방해하고 있다는 의견을 소개한다.

- 쪽방주민 : 국회의원들이나 구의원들이나 시의원들이 과연 표나 받으려 이런 데 와서 조금 동정심 갖다가 당선되고 나면 내가 언제 그랬냐 식으로 코빼기도 하나도 안 비치는 사람들...
- 질문자 : 새누리당이에요, 새누리당?
- 쪽방주민 : 예. 내가 그래서 오지 말라고 그랬어요. 민주당도 역시 마찬가지예요. 당선시켜 놓고 나니까 새누리당보다 못해요.
- 질문자 : 어떤 측면에서요?
- 쪽방주민 : 이런 데에 대한 제도가 하나도 개선되는 게 없고 이런 데에 대해서 관심도 없고 그래서 우리는 속상해요. 내가 6.2 지방선거할 때 2010년도,

내가 가서 밤새가면서 그 사람들 지원해 줬어요. 근데 돌아오는 건 결국 배신감이예요. 그래서 이제는 모든 게 싫어요. 그런 사람들이란 게... 진짜 이제 실망할 만큼 실망했고 싫어요.

요약하면 쪽방주민의 건강에 나쁜 영향을 미치고 있는 요인들은 의료제도의 문제점, 복지제도의 문제점, 보건의료와 복지의 통합 부재, 노동, 한국 경제 구조의 문제, 정치와 민주주의 문제를 포함한다. 이를 정리하면 다음 표와 같다.

표 3 심층면담 결과 : 쪽방주민의 주요한 건강 영향요인

범주	내용
의료 제도의 문제	• 공공병원 예산 부족 • 부양의무자 기준 때문에 의료급여 1종 수급 탈락 • MRI 비용이 없어 수술 못하고 만성화 • 치과 비용이 없어 틀니 못 함 • 고혈당으로 쓰러질 때까지 당뇨병 진단을 못 받음
복지 제도의 문제	• 최저주거기준 미달 주거 • 주거 불안정과 문턱 높은 영구임대아파트 • 사업실패와 거리 노숙
의료와 복지의 통합 부재	• 현실을 고려하지 않는 금주·금연 정책 • 탈빈곤 의지를 꺾는 국민기초생활보장제도의 문제 • 의료와 복지(주거, 영양)의 통합 부재
노동 문제	• 생계 유지, 힘든 노동(직업)
한국 경제 구조의 문제	• 산업정책, 금융정책 등 서민에게 불리한 한국 경제 구조의 문제
정치, 민주주의의 문제	• 쪽방주민을 대변하는 정치 세력 부재

결국, 건강은 흔히 생각하듯 자기관리, 타고난 것, 나이 때문이기보다 어린 시절 환경, 교육, 직업, 소득, 주거, 사회 관계, 의료, 복지, 경제, 정치 등 벌어먹고 사는 문제가 복잡하게 얹히고 누적되어 나타난 결과라고 할 수 있다. 이는 쪽방주민의 건강권을 보장하기 위해서 기존의 보건의료에 한정된 담론을 넘어서야 하는 현실적 근거를 제공해 준다.

3. 쪽방주민의 건강을 위해 서울시 동자동이 갖는 장점은 무엇인가?

이번 실태조사는 서울시 동자동의 쪽방주민들의 요청에 의한 것이므로 동자동에서 쪽방주민들이 할 수 있는 부분을 고민해 보는 것도 필요하다. 이를 위해 동자동 쪽방주민이 생각하는 동자동의 장점을 살펴보자.

우선 동자동의 이웃 관계, 복지 자원이 다른 동네보다 낫다는 의견을 밝히신 쪽방주민의 얘기를 소개한다.

- 질문자 : 어떻게~ 영구임대주택! 이런 거 신청하시면 안 될까요?
- 쪽방주민 : 아이~ 안 할라고!
- 질문자 : 왜요?
- 쪽방주민 : 다 싫어. 외롭고~ 안 그래도 하려고 했어. 하려고 했는데 안 해. 내가 인자 얼마나 산다고…. 너무 심심해서 안 돼.
- 질문자 : 여기 계시면 안 심심해요?
- 쪽방주민 : 응. 여기 아는 사람들이 많고, 죽을 때까지 그냥 이 근처에 있다가 죽을래. 안 그래도 신청하라고 몇 년 전부터 나와. (그게) 되어도 갔다가 도로 오더라고. 갑갑해서 못 산다고! 뭐 나오는 것도 없대. 수급자들이 돈만 나오는 거 가지고 살려니 도로 이사 오는 사람들이 더 많아. 동에서도 쌀 같은 것도 잘 안 나온대. 그런 소리를 들어 써서, 신청을 안 하는 거야.

다음으로 동자동에는 권리 주장과 사회적 행동을 하는 주민들이 존재한다는 쪽방주민의 얘기를 소개한다.

- 쪽방주민 : 처음에 우리가 여기 들어와서 민간단체 차려서 할 때에는 여긴 기초생활수급권자가 뭔지도 몰랐어요. 동네에 있는 사람들은…. 그거 우리가 처음 들어와 사무실 차려 놓고 할 때 엄병천 대표가 다 끌고 다니면서 동사무소하고 싸워서 만들어 났었지. 거기서 권리를 주장할 수 있는 거를 다 만들어 놓고 무지하게 싸웠어요. 동사무소 가면 우리들 가면 웬수 쳐다보듯이 했어요.

다음으로 동자동에는 자력화된 주민 조직과 그 조직이 제공하는 사회적 지지가 있다는 쪽방주민의 얘기를 소개한다.

- 질문자 : 서로 서로 도움을 주는 것들이…?
- 쪽방주민 : 그렇지요. 근데, 예전에는 그런 것들이 없었는데 요즘에는 그런 게 많아졌지요. 그래서 지금은 거리에 계신 분들이 들어왔을 때 보통 들어오면은 연락이 와요, 사무실로.
- 질문자 : 동자동 사랑방?
- 쪽방주민 : 예. 그런 거 제공하고 그 사람이 거기서 살 수 있게끔 여기서 뭐가 필요한지를 갖다가, 어디를 이용하고 무엇을 어디를 이용하고 이런 거를 가르쳐주지요. 이런 것을… 모르잖아요? 그 사람은… 근데 그 사람이 와서 낮선 데 와서 이야기하겠어요? 그러니까 그러한 것이 들어오는 게 저희 단체로 들어오죠. 동자동 사랑방이나 조합… 그런 데서 다 그런 거 알려 주죠. 동사무소가 어디 있고, 어디는 가면 뭐를 줄 것이고… 다 가르쳐 주죠. 이런 교회 같은 데 가면 반찬도 주고….

다른 동네에 비해 동자동의 물리적인 환경이 좋지 않음에도 불구하고 쪽방주민들은 동자동에 존재하는 사회적 자본과 주민들의 자력화된 관계망을 장점으로 생각하고 있음을 알 수 있다. 향후 동자동에서 ‘건강한 마을 만들기’를 위해 주민과 주민 조직들이 무엇을 할 것인지에 대한 논의 과정에 이 내용을 참고할 필요가 있고 동시에 숨어 있는 동자동의 장점을 발굴하는 것도 필요할 것이다.

4장 양적 조사 결과⁴⁶⁾

1. 조사 방법

1) 조사 대상

본 조사는 동자동 쪽방주민의 건강권 실태를 파악하기 위해, 용산구 동자동 쪽방 지역에 거주하는 쪽방주민을 대상으로 설문조사를 진행하였다. 동자동 쪽방 밀집지역을 중심으로 설문을 진행하되, 용산구 쪽방상담소에서 쪽방으로 파악하고 있고 서비스를 제공하는 범위인 갈월동과 후암동 일부를 조사 대상에 포함하였다. 또한 쪽방에 거주하는 주민에 더해 여관, 여인숙, 고시원의 일부를 조사 대상에 포함하였다. 이들은 단독 화장실이나 단독 목욕샤워시설, 부엌이 하나 이상 없는 특징을 가지고 있기 때문에 사실상 쪽방과 다를 바가 없다.

2) 자료 수집

설문조사는 2012년 10월과 11월에 걸쳐 진행되었으며, 사전에 설문지에 대해 충분히 훈련받은 조사원이 면접조사방식으로 설문조사를 수행하였다. 설문조사는 크게 두 가지 방식으로 진행되었는데, 동자동 쪽방지역 인근에 위치한 공원이나 동자동 사랑방, 사랑방 식도락 같이 쪽방주민이 많이 모이는 거점을 중심으로 한 설문 진행과 가가호호 방문을 통한 설문 진행이 그것이다. 설문에 소요된 시간은 약 1시간(평균 소요시간 59.48분)이었다.

조사 내용은 크게 인구사회학적 특성 관련 문항, 주거 관련 문항, 건강 수준과 건강 기능 관련 문항, 의료·공중보건·복지 관련 문항, 사회적 자본 관련 문항, 임파워먼트 관련 문항으로 나눌 수 있다. 이 중 건강수준과 건강기능, 의료·공중보건·복지, 사회적 자본, 임파워먼트가 본 연구에서 새로 도출한 건강권의 4가지 주요 구성 개념이다. 각 항목별 세부 조사내용은 아래의 표와 같다.

46) 이 부분의 통계 수치는 2012년 11월 22일 동자동에서 열린 「동자동 쪽방주민을 위한 건강권 실태조사 보고대회」의 자료집(2012)에 실려 있다.

표 4 양적조사 조사항목

세부항목	
인구사회학적 특성	성, 연령, 동거 여부, 결혼 상태, 교육수준, 최근 3개월간 노동 여부, 과거와 현재 직업, 노숙 경험 등
주거 관련	거주하는 주택 유형, 점유형태, 주거비, 전용면적, 물리적 환경(방 수, 창문, 화장실, 부엌, 목욕샤워시설, 난방시설) 등
건강수준과 건강기능	주관적 건강상태, 질병상태, 장애, 주관적 기대수명, 주관적 구강건강상태, 자살, 수면, 영양, 흡연, 음주 등
의료, 공중보건, 복지	국민기초생활보장제도 수급 여부, 의료보장, 건강 검진 여부, 인플루엔자 예방 접종 여부, 주 의료 이용기관 및 입원 의료기관, 미충족 의료, 치료비용 걱정, 보건의료서비스 인지 여부 및 인지 통로, 복지서비스 인지 여부 및 인지 통로 등
사회적 자본	사회적 관계의 양, 접촉빈도, 사회적 지지, 주치의 유무, 동네 환경, 신뢰, 사회규범 등
임파워먼트	건강지식, 자기 효능감, 건강추구 기술, 정치적 효능감, 인권 의식, 환자권리 보장 수준, 투표 여부, 정치적 사회적 행동 여부 등

그러나 설문조사의 한계상 무작위 샘플링이 불가능했기 때문에 조사에 참여한 쪽방주민들이 동자동 쪽방 지역을 완전히 대표하는 표본이 아닐 수 있다는 한계가 존재한다. 또한 설문조사가 낮 시간(오전 9시 ~ 오후 6시)에 집중되어 진행되었기 때문에 이 시간에 쪽방 지역에 계시지 않은 주민들은 조사에서 제외되었을 수 있다.

조사기간 동안 총 225부의 설문지가 수집되었으며, 225부 모두 분석에 활용되었다. 이 조사의 연구 설계와 설문지는 서울대학교 보건대학원 기관생명윤리위원회(Institutional Review Board, IRB)의 승인을 받았다.

2. 조사 결과

1) 기본통계

(1) 조사대상자의 인구사회학적 특성

조사대상자의 인구사회학적 특성은 다음과 같다. 조사에 참여한 동자동 쪽방주민의 성별을 보면 남성의 비중이 매우 높았는데, 84.9%가 남성이었다. 쪽방주민의 연령은 26세부터 91세까지 다양하게 분포되어 있었고, 이들의 평균 연령은 59.7세였다. 50대의 비중이 34%로 가장 높았고, 그 다음으로는 60대(24.0%),

70대(19.9%), 40대(13.1%) 순으로 나타났다. 쪽방주민들의 동거 여부를 살펴보면, 동거는 쪽방주민의 12.1%에 불과했으며 나머지 87.9%는 쪽방에서 혼자 살고 있었다. 결혼 상태는 별거, 사별 이혼 등으로 배우자가 없는 경우가 58.3%로 가장 높았으며, 미혼도 30.5%로 높게 나타났다. 쪽방주민의 교육수준을 보면 초등학교 졸업(29.6%), 고등학교 졸업(25.4%), 중학교 졸업(18.8%) 순으로 높게 나타났으며, 문자해독이 불가능한 무학도 5.6%에 달하였다. 최근 3개월 동안의 근로활동 여부의 경우, 쪽방주민의 24.2%가 근로한 적이 있다고 응답하였다. 또한 쪽방주민의 53.8%는 노숙 경험이 있었는데, 노숙 경험이 있다고 응답한 주민들의 평균 노숙 기간은 36.1개월이었다.

표 5 조사대상자의 인구사회학적 특성

	빈도 (명)	비율 (%)
성별		
남자	191	84.9
여자	34	15.1
연령		
20대	4	1.8
30대	8	3.6
40대	29	13.1
50대	75	33.9
60대	53	24.0
70대	44	19.9
80대 이상	8	3.6
평균(표준편차)	59.71(12.159)	
동거 여부		
동거	27	12.1
비동거	197	87.9
결혼 상태		
유배우(기혼, 동거)	25	11.2
무배우(별거, 사별, 이혼)	130	58.3
미혼	68	30.5

표 계속 조사대상자의 인구사회학적 특성

	빈도 (명)	비율 (%)
교육수준		
무학(문자해독 불가)	12	5.6
무학(문자해독 가능)	6	2.8
초등학교 중퇴	30	14.1
초등학교 졸업	63	29.6
중학교 졸업	40	18.8
고등학교 졸업	54	25.4
전문대학 졸업 이상	8	3.8
노동 여부(최근 3달)		
있음	54	24.2
없음	169	75.8
노숙 경험		
있음	119	53.8
없음	102	46.2

쪽방주민의 과거 직업과 현재 직업을 자세히 살펴보면 다음과 같다. 쪽방주민들이 과거 가장 오래 했던 일은 현재 직업에 비해 다양했으며, 건설일용직이 25%로 가장 많았다. 현재 직업은 무직이 78.7%로 가장 많았으며, 공공근로/취로사업이 10.4%로 그 뒤를 이었다.

표 6 조사대상자의 과거 직업과 현재 직업

	과거 직업		현재 직업	
	빈도 (명)	비율 (%)	빈도 (명)	비율 (%)
건설일용직	55	25.2	13	5.9
식당일	38	17.4	1	0.5
자영업	30	13.8	1	0.5
공장 근로자	23	10.6	-	-
농부, 어부, 광부	13	6.0	1	0.5
사무직	10	4.6	1	0.5

표 계속 조사대상자의 과거 직업과 현재 직업

	과거 직업		현재 직업	
	빈도 (명)	비율 (%)	빈도 (명)	비율 (%)
기술자	10	4.6	-	-
공공근로/취로사업	7	3.2	23	10.4
무직	5	2.3	174	78.7
폐지, 고물수집	3	1.4	2	0.9
기타	24	11.0	5	2.3
합계	218	100	221	100

(2) 조사 대상자들의 주거 환경

조사 대상자들이 현재 거주하는 주택 유형을 살펴보면, 쪽방이 96.8%, 여관·여인숙·고시원이 1.8%로 나타났다. 여관, 여인숙, 고시원에 거주한다고 응답한 경우, 단독 화장실이나 단독 부엌, 단독 목욕샤워시설이 제대로 갖춰있지 않은 곳이어서 사실상 이들도 쪽방으로 포함시켜야 한다. 이들이 쪽방이나 여인숙과 같이 열악한 주거 공간에 거주한 기간은 평균 12.8년이었다.

표 7 조사대상자가 현재 거주하는 주택 유형

	빈도 (명)	비율 (%)
쪽방	215	96.8
여관, 여인숙, 고시원	4	1.8
기타	3	1.4
합계	222	100

쪽방주민의 주택점유형태를 살펴보면 대부분이 무보증 월세(86.0%)로 거주하고 있었다. 보증부 월세는 9.5%였으며, 무상으로 거주하는 사람(2.3%)도 일부 있었다. 보증금 평균은 93.8만 원으로, 보증금이 있는 경우의 월 평균 임대료는 22.9만 원이었다. 그러나 보증금이 없는 경우의 월 평균 임대료는 18.8만 원으로, 보증금이 있는 경우보다 오히려 월 임대료가 낮았다. 이러한 결과는 거주하는 쪽

방의 수준을 고려하지 않았기 때문에 나타나는데, 보증금이 있고 월 임대료가 높을수록 거주하는 쪽방의 수준이 높다.

표 8 조사 대상자의 쪽방 점유형태

	빈도 (명)	비율 (%)
자가 ⁴⁷⁾	2	0.9
전세	2	0.9
보증부 월세	21	9.5
무보증 월세	191	86.0
일세	1	0.5
무상	5	2.3
합계	222	100

쪽방주민들이 현재 거주하고 있는 주택의 주거전용면적은 평균 1.76평으로, 성인 남성이 누울 정도의 매우 작은 공간이다. 쪽방주민들의 주거공간을 구체적으로 살펴보면, 방의 수가 1개인 경우는 96.8%였으며, 창문이 없는 방도 16.9%에 달했다. 화장실은 대부분의 경우 공동으로 사용(90.0%)하고 있었으나, 화장실이 아예 없는 경우도 6.8%에 이른다. 부엌의 경우 76.9%가 부엌이 없다고 응답하였으며, 부엌을 단독으로 사용하는 경우는 12.7%에 불과했다. 목욕샤워시설은 공동사용이 52.1%로 가장 많았으며, 목욕샤워시설이 전혀 없다고 응답한 경우도 41.0%로 비교적 높았다. 난방시설의 경우 절반 이상(57.4%)이 난방시설이 있으며 가동한다고 응답하였으나, 난방시설이 없는 경우도 22.7%에 달했다.

47) 쪽방 점유형태에서 자가 및 전세라고 응답한 경우는 모두 갈월동 쪽방 건물에서 나온 사례이다. 이 갈월동 건물은 노후 및 건축 재료의 부식으로 인한 붕괴위험 때문에 이미 2000년도에 E급으로 지정된 재난위험시설이다. 용산구청의 대피명령에도 불구하고 많은 가구들이 지금도 거주하고 있다.

표 9 조사대상자가 거주하는 쪽방의 물리적 환경

		빈도 (명)	비율 (%)
방(침실) 수	1개	213	96.8
	2개	7	3.2
창문	없음	37	16.9
	있음	182	83.1
화장실	없음	15	6.8
	단독사용	7	3.2
	공동사용	199	90.0
부엌	없음	170	76.9
	단독사용	28	12.7
	공동사용	23	10.4
목욕샤워시설	없음	89	41.0
	단독사용	15	6.9
	공동사용	113	52.1
난방시설	없음	49	22.7
	있지만 가동하지 않음	43	19.9
	있으며 가동함	124	57.4

2) 건강권 통계

(1) 건강 수준과 건강 기능

동자동 쪽방주민의 전반적 건강 상태는 다음과 같다. 자신의 건강을 매우 좋다고 인식한 경우(4.9%)가 가장 낮았고, 매우 나쁘다고 인식한 경우(37.1%)가 가장 높았는데, 건강 수준이 더 나쁘다고 인식할수록 그 비율이 증가하는 양상을 보인다. 이것을 우리나라 국민의 전반적 건강 상태와 비교해 볼 수 있다. 2010 한국종합사회조사에 따르면, 우리나라 국민의 전반적 건강상태는 다소 좋다가 30.4%로 가장 높았고, 건강 수준이 더 나쁘다고 인식할수록 그 비율도 낮아지는 양상을 보였다. 즉 동자동 쪽방주민의 전반적 건강 상태 인식이 더 낮다고 할 수 있는데, 우리나라 국민의 23.8%가 건강이 다소 나쁘다 혹은 매우 나쁘다고 응답한 반면 동자동 쪽방주민의 경우 68.4%가 건강이 나쁘다고 응답하였다.

표 10 조사 대상자의 전반적 건강 상태

구분	빈도 (명)	비율 (%)
매우 좋다	11	4.9
다소 좋다	22	9.8
좋지도 나쁘지도 않다	38	17.0
다소 나쁘다	70	31.3
매우 나쁘다	83	37.1
합계	224	100

쪽방주민들의 질병상태를 살펴보면 고혈압 유병률이 40.6%로 가장 높았다. 그 다음으로 관절염(29.0%), 치과질환(25.0%), 당뇨병(23.1%) 순으로 나타났는데, 정신질환 유병률도 21%로 높게 나타났다.

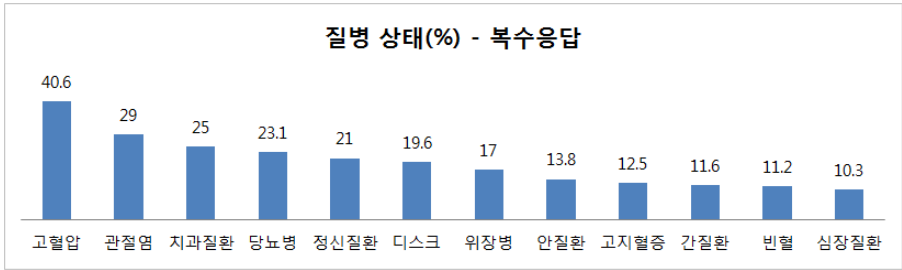


그림 3 조사 대상자의 질병 상태(유병률)

장애의 경우, 쪽방주민의 40.4%가 장애가 있다고 응답하였으며, 장애가 있다고 응답한 쪽방주민 중 67.8%만이 장애인 등록을 한 것으로 나타났다.

표 11 조사대상자의 장애 여부

구분	빈도 (명)	비율 (%)
있다	90	40.4
없다	133	59.6
합계	223	100

동자동 쪽방주민들의 주관적 기대수명은 평균 74.3세(표준편차 12.624)로 나타났다. 이것은 현재 한국 남성의 평균수명인 77.3세(UNFPA, 2012)에도 미치지 못한 수치이다.

동자동 쪽방주민들의 주관적 구강건강상태는 다음과 같다. 앞서 보았던 전반적 건강상태보다 주관적 구강건강상태가 매우 나쁘다고 응답한 비율이 더 높은 것을 확인할 수 있다. 자신의 구강건강이 나쁘다고 생각하는 동자동 주민이 전체의 76%에 달할 정도로 동자동 쪽방주민의 구강건강 문제가 심각하였다.

표 12 조사 대상자의 주관적 구강건강상태

구분	빈도 (명)	비율 (%)
매우 좋다	19	8.4
다소 좋다	18	8.0
좋지도 나쁘지도 않다	17	7.6
다소 나쁘다	52	23.1
매우 나쁘다	119	52.9
합계	225	100

자살의 경우, 최근 1년간 동자동 쪽방주민의 61.5%가 자살 생각을 해 본 적이 있다고 응답하였다. 이는 국민건강영양조사에서 나타난 우리나라 국민의 자살 생각을 15.0%(보건복지부, 2011)에 비해 4배 이상 높은 수치이다.

표 13 조사대상자의 자살 생각(최근 1년)

구분	빈도 (명)	비율 (%)
있다	136	61.5
없다	85	38.5
합계	221	100

또한 최근 1년 동안 자살 생각을 했던 동자동 쪽방주민 5명 중 1명(21.9%)이 실

제 자살을 시도했던 것으로 나타났다. 자살생각자의 자살 시도율 역시 국민건강영양조사에서 나타난 자살생각자의 자살 시도율 5.7%(보건복지부, 2011)보다 4배 가량 높은 수치이다.

표 14 자살 생각자의 자살 시도율(최근 1년)

구분	빈도 (명)	비율 (%)
있다	30	21.9
없다	107	78.1
합계	137	100

동자동 쪽방주민의 61.9%가 최근 1달간 불면을 경험하였다고 응답하였는데, 쪽방주민의 평균 수면시간은 5.75시간이었다. 이것은 우리나라 국민의 평균 수면 시간인 6.9시간(보건복지부, 2011)에 비해 1시간 정도 수면 시간이 적은 것이다.

표 15 조사 대상자의 불면 경험(최근 1달)

구분	빈도 (명)	비율 (%)
있었다	138	61.9
없었다	85	38.1
합계	223	100

동자동 쪽방주민의 주관적 영양상태를 보면, 영양상태가 매우 좋다는 응답은 6.7%에 불과했다. 그에 비해 영양상태가 매우 나쁘다는 응답이 29.1%로 가장 높았는데, 동자동 쪽방주민의 절반 이상이 본인의 영양상태를 나쁘다고 인지하고 있었다.

표 16 조사 대상자의 주관적 영양상태

구분	빈도 (명)	비율 (%)
매우 좋다	15	6.7
다소 좋다	40	17.9
좋지도 나쁘지도 않다	53	23.8
다소 나쁘다	50	22.4
매우 나쁘다	65	29.1
합계	223	100

흡연에 대해 살펴보면, 동자동 쪽방주민의 66.1%가 흡연을 하고 있는 것으로 나타났다. 우리나라 남성의 흡연율이 48.3%(보건복지부, 2011)라는 것을 고려했을 때, 쪽방주민의 흡연율은 매우 높은 것이다. 또한 흡연을 하는 주민들의 평균 흡연 기간은 32.7년이었으며, 50년 이상 흡연을 하신 분도 전체 흡연자의 13.1%에 달하였다.

표 17 조사 대상자의 흡연 여부

구분	빈도 (명)	비율 (%)
그렇다	148	66.1
아니다	76	33.9
합계	224	100

그러나 동자동 쪽방주민의 금연 의지는 매우 강하였는데, 흡연자의 절반 이상(56.1%)이 담배를 끊을 생각이 매우 있거나 다소 있다고 응답하였다.

표 18 흡연자의 금연 계획

구분	빈도 (명)	비율 (%)
매우 있다	43	29.1
다소 있다	40	27.0
있지도 없지도 않다	10	6.8

표 계속 흡연자의 금연 계획

구분	빈도 (명)	비율 (%)
별로 없다	15	10.1
전혀 없다	32	21.6
무응답	8	5.4
합계	148	100

다음은 남성 고위험음주⁴⁸⁾이다. 남성 고위험음주란 1회 평균 음주량이 7잔 이상, 주 2회 이상 음주하는 경우를 의미하는데, 동자동 쪽방 남성 주민의 25.7%가 고위험음주군으로 나타났다. 이것은 우리나라 남성의 고위험음주율 24.9%보다 약간 높은 수준으로, 동자동 쪽방 남성 주민의 고위험음주율이 우리나라 평균보다 훨씬 높을 것이라는 연구진의 예측보다는 적은 차이를 보였다. 추후에 이에 대한 정교한 조사가 필요하다.

표 19 남성 조사대상자의 고위험 음주 여부

구분	빈도 (명)	비율 (%)
그렇다	48	25.7
아니다	139	74.3
합계	187	100

동자동 쪽방주민의 금주 의지 역시 매우 강하였는데, 전체 음주자(고위험음주군 + 일반음주군)의 56.6%가 술을 끊거나 줄일 생각이 매우 있거나 다소 있다고 응답하였다.

48) 여성 고위험음주란 1회 평균 음주량이 5잔 이상, 주 2회 이상 음주하는 경우를 의미하는데, 동자동 여성 쪽방주민의 고위험음주율은 6.3%이다.

표 20 남성 음주자의 금주 계획

구분	빈도 (명)	비율 (%)
매우 있다	30	33.3
다소 있다	21	23.3
있지도 없지도 않다	4	4.4
별로 없다	6	6.7
전혀 없다	25	27.8
무응답	4	4.4
합계	90	100

(2) 의료, 공중보건, 복지

조사에 참여한 동자동 쪽방주민 중 72.8%가 기초생활보장제도 수급을 받고 있었다. 수급자 중 91.3%는 일반 수급자였으며, 8.7%는 조건부 수급자였다.

표 21 국민기초생활보장제도 수급 여부

		빈도 (명)	비율 (%)
그렇다	일반 수급	147	66.5
	조건부 수급	14	6.3
아니다		60	27.1
합계		221	100

쪽방주민의 의료보장 유형을 살펴보면, 의료급여 1종(67.3%)이 가장 많았다. 의료보장의 사각지대에 있는 건강보험 체납자가 6.0%, 건강보험 미가입자가 3.2%나 존재했다. 건강보험 체납자는 전체에서 6.0%밖에 차지하지 않지만, 건강보험 가입자를 100으로 보았을 때에는 26.5%에 달한다. 이것은 쪽방 지역의 건강보험 체납 문제가 심각하다는 것을 보여준다.

표 22 조사 대상자의 의료보장 유형

구분	빈도 (명)	비율 (%)
의료급여 1종	146	67.3
의료급여 2종	15	6.9
국민건강보험 지역가입자	27	12.4
국민건강보험 직장가입자	9	4.1
국민건강보험 체납자	13	6.0
미가입	7	3.2
합계	217	100

최근 3년간 건강검진 여부를 살펴보면, 건강검진을 받지 않았다는 응답이 37.1%로 가장 높았으며, 건강검진을 정기적으로 받았다는 응답은 30.4%로 가장 낮았다. 이를 우리나라 국민의 건강검진 여부와 비교할 수 있는데, 2010 한국종합사회조사에 따르면 건강검진을 정기적으로 받았다는 응답이 48.2%로 가장 높았고, 건강검진을 받지 않았다는 응답이 28.1%로 가장 낮게 나타났다. 즉 동자동 쪽방주민의 건강검진 수검률이 우리나라 국민의 수검률에 비해 낮다고 할 수 있다.

표 23 조사 대상자의 건강 검진 여부(최근 3년)

구분	빈도 (명)	비율 (%)
정기적으로 받았다	68	30.4
비정기적으로 받았다	73	32.6
전혀 받지 않았다	83	37.1
합계	224	100

인플루엔자 예방 접종을 경우, 최근 1년 동안 쪽방주민의 58.3%가 인플루엔자 예방 접종을 맞은 것으로 나타났다.

표 24 조사 대상자의 인플루엔자 예방 접종 여부(최근 1년)

구분	빈도 (명)	비율 (%)
그렇다	130	58.3
아니다	93	41.7
합계	223	100

다음 그림은 동자동 쪽방주민들이 주로 이용하는 외래 의료기관을 보여주는데, 공공병원이 36.5%로 가장 높게 나타났다. 그 다음으로 개인의원(18.4%), 무료진료소(12.6%), 민간병원(10.3%) 순으로 나타났다. 주 의료 이용기관이 없다고 응답한 경우도 3.2%로 나타났다.

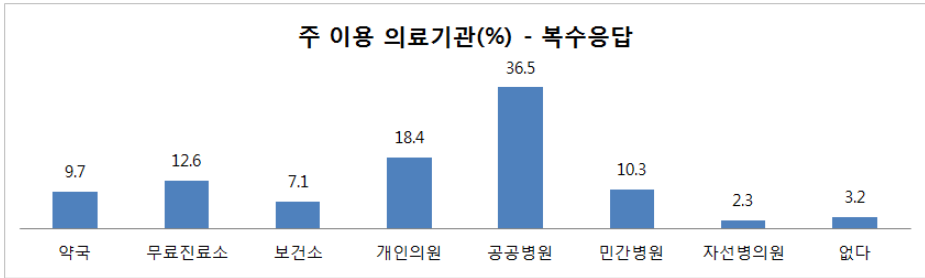


그림 4 조사 대상자의 주 의료 이용기관(외래)

동자동 쪽방주민이 주로 입원하는 의료기관을 살펴보면 역시 공공병원이 높게 나타났는데, 최근 1년 동안 입원한 경험이 있는 사람 중 75.4%가 주로 공공병원에 입원했다고 응답했다.

표 25 조사 대상자의 입원 의료기관

구분	빈도 (명)	비율 (%)
공공병원	46	75.4
민간병원	15	24.6
합계	61	100

그렇다면 왜 이들은 주로 공공병원에 입원했을까? 입원 의료기관의 선택 이유를 분석한 결과, 의료급여 환자여서 선택이 제한적이었다는 응답이 28.9%로 가장 많았다. 이 밖에도 행려환자여서 선택의 여지가 없었다는 응답이 9.2%, 진료비가 없거나 저렴해서라는 응답이 5.3%로 나타났는데, 결국 입원 의료기관 선택 이유 중 43.4%가 자발적인 선택의 결과가 아니라고 할 수 있다.

다음은 미충족 의료이다. 먼저 치과를 제외한 미충족 의료를 살펴보면, 동자동 쪽방주민의 40.6%가 치과를 제외한 미충족 의료를 경험한 것으로 나타났다. 이것은 우리나라 국민의 미충족 의료율인 20.3%(보건복지부, 2011)보다 2배나 높은 것이다.

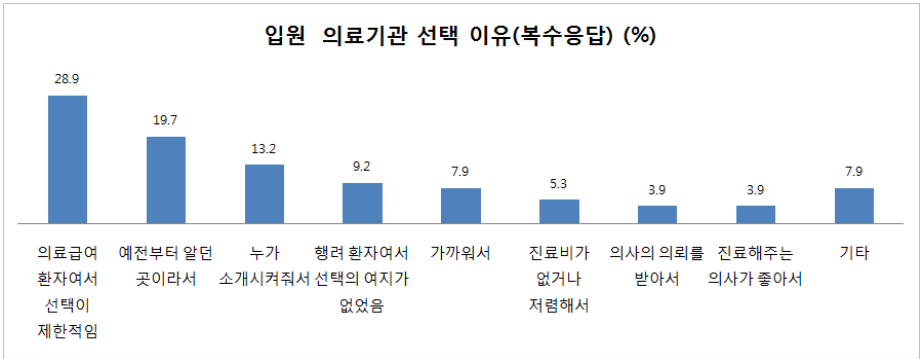


그림 5 조사 대상자의 입원 의료기관 선택 이유

표 26 조사 대상자의 미충족 의료(치과 제외)

구분	빈도 (명)	비율 (%)
그렇다	89	40.6
아니다	130	59.4
합계	219	100

치과를 제외한 미충족 의료의 이유를 살펴보면, 비용 때문이라는 응답이 54.3%로 가장 높았다. 이것은 우리나라 국민의 경제적 이유로 인한 미충족 의료율인

16.9%보다 3배 이상 더 높은 것이다.

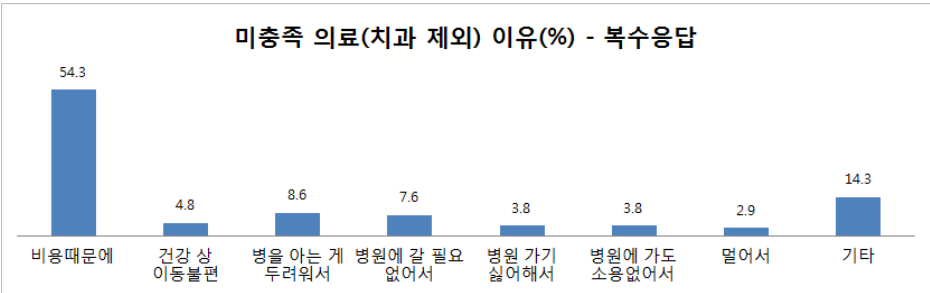


그림 6 미충족 의료(치과제외) 이유

다음은 치과 미충족 의료이다. 동자동 쪽방주민의 56.7%가 치과 미충족 의료를 경험하였는데, 이것은 일반 미충족 의료율 40.6%보다 더 높은 수치였으며 동시에 우리나라 국민의 치과 미충족 의료율 39.7%(보건복지부, 2011)보다도 훨씬 높은 수치였다.

표 27 조사 대상자의 치과 미충족 의료

구분	빈도 (명)	비율 (%)
그렇다	123	56.7
아니다	94	43.3
합계	217	100

치과 미충족 의료의 이유를 살펴보면, 비용 때문이라는 응답이 73.4%로 가장 높았다. 우리나라 국민의 33%가 경제적 이유로 인해 치과 미충족 의료를 경험했다는 것을 고려한다면 이는 2배 이상 높은 수치이다.

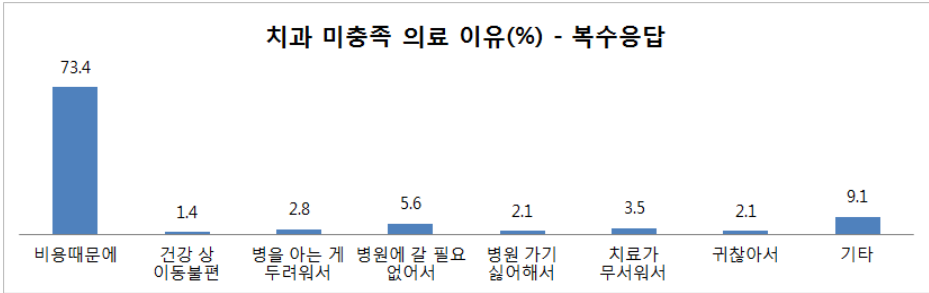


그림 7 조사 대상자의 치과 미충족 의료의 이유

이와 관련하여 동자동 쪽방주민의 치료 비용 걱정을 살펴보면 다음과 같다. 동자동 쪽방주민의 78.0%가 ‘나와 내 가족이 심각한 질병이나 상태에 처했을 때 비용을 지불할 수 없을까봐 걱정한다’고 응답했다.

표 28 조사 대상자의 치료비용 걱정

구분	빈도 (명)	비율 (%)
그렇다	170	78.0
아니다	48	22.0
합계	218	100

이러한 치료비용 걱정을 의료보장 유형에 따라 구분하여 살펴보면 다음 그림과 같다. 건강보험 지역가입자의 치료비용 걱정이 85.2%로 가장 높게 나타났다. 여기에서 주목해야 할 것은 우리나라에서 그나마 무상의료에 가장 가까운 의료급여 1종의 치료비용 걱정이 의료보장의 사각지대에 놓여 있는 건강보험 체납자나 건강보험 미가입자의 그것보다 높다는 것이다.

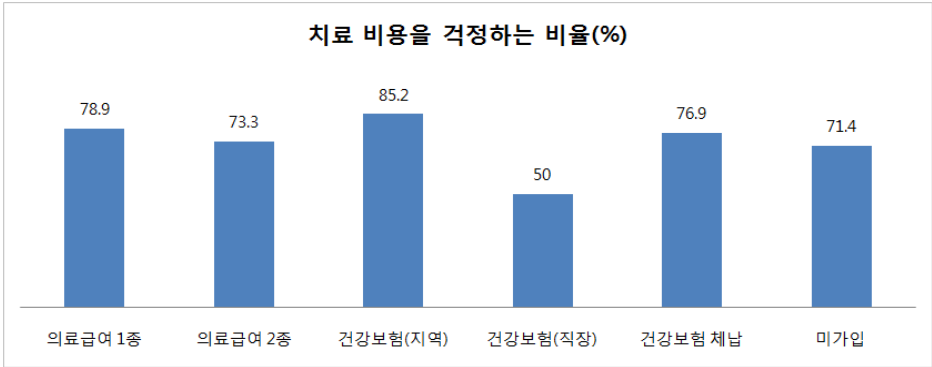


그림 8 조사 대상자의 의료보장 유형별 치료비용 걱정 비율

다음은 보건의료서비스에 대한 것이다. 인지하고 있는 보건의료서비스가 아무 것도 없다고 응답한 사람이 22.5%로 가장 높았으며, 9가지 보건의료서비스 중에서는 방문보건의 인지율이 가장 높았다. 그 다음으로 금연(12.3%), 암 조기검진(11.3%), 구강보건(10.9%)의 인지율이 높게 나타났다.

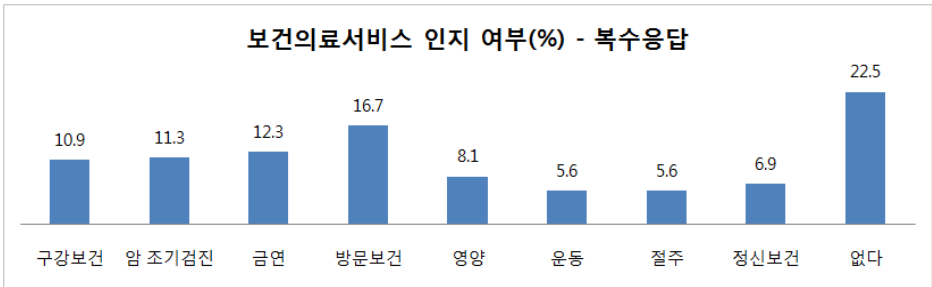


그림 9 조사 대상자의 보건의료서비스 인지 여부

이러한 보건의료서비스는 주로 공무원의 소개나 연락, 공문 등을 통해 인지(40.0%)되는 것으로 나타났으며, 가족, 친척, 친구, 이웃을 통해 인지되는 경우(22.1%)가 그 다음으로 많았다.

표 29 조사 대상자의 보건의료서비스 인지 통로

구분	빈도 (명)	비율 (%)
가족, 친척, 친구, 이웃	31	22.1
단체	21	15.0
공무원	56	40.0
신문, TV, 라디오	7	5.0
스스로 찾아보고	15	10.7
직접 이용해보고	2	1.4
홍보물을 보고	3	2.1
기타	5	3.6
합계	140	100

복지서비스의 경우, 보건의료서비스와는 달리 인지하고 있는 복지서비스가 아무 것도 없다고 응답하는 사람의 비율이 9.1%로 가장 낮았으며 생계비 지원에 대한 인지율이 27%로 가장 높았다.

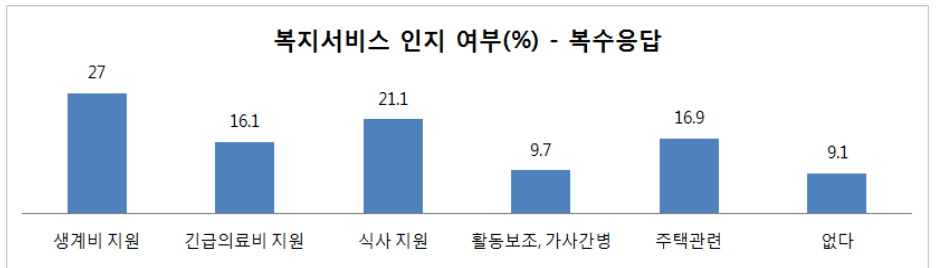


그림 10 조사 대상자의 복지서비스 인지 여부

이러한 복지서비스는 가족, 친척, 이웃을 통해 인지되는 경우(44.4%)가 가장 많았는데, 가족이나 친척보다는 주로 이웃을 통해 인지되는 것으로 나타났다. 그 다음으로 단체의 소개(15.1%), 스스로 찾아봄(11.7%), 공무원의 방문 및 소개(9.8%) 순으로 복지서비스가 인지되었다.

표 30 조사 대상자의 복지서비스 인지 통로

구분	빈도 (명)	비율 (%)
가족, 친척, 친구, 이웃	91	44.4
단체	31	15.1
공무원	20	9.8
신문, TV, 라디오	16	7.8
스스로 찾아봄	24	11.7
직접 이용해봄	10	4.9
병원에서 소개	4	2.0
기타	9	4.4
합계	205	100

(3) 사회적 자본

동자동 쪽방주민의 사회적 관계망의 크기를 살펴보면 다음과 같다. 동자동 안과 밖, 그리고 복지 전문가로 크게 나누어 그 안에서 맺을 수 있는 관계의 크기를 각각 살펴보았는데, 동자동 내의 쪽방 이웃이 평균 9.08명으로 관계의 크기가 가장 컸다. 동자동 밖의 친구는 평균 3.64명으로 관계의 크기가 두 번째로 컸다.

표 31 조사 대상자의 사회적 관계의 양

							(단위 : 명)
	동자동 안			동자동 밖			복지 전문가
	가족, 친척	쪽방 이웃	종교 단체인	가족, 친척	친구	종교 단체인	
N	222	223	223	223	222	223	223
평균	0.68	9.08	1.75	2.25	3.64	1.09	1.15
표준편차	4.778	29.936	6.323	7.337	15.110	5.380	3.035

각 관계망에 따른 접촉 빈도를 살펴보면, 쪽방 이웃과의 접촉 빈도가 가장 높은 것을 알 수 있는데, 쪽방 이웃과 거의 매일 만난다고 응답한 비율이 40%로 가장 높았다.

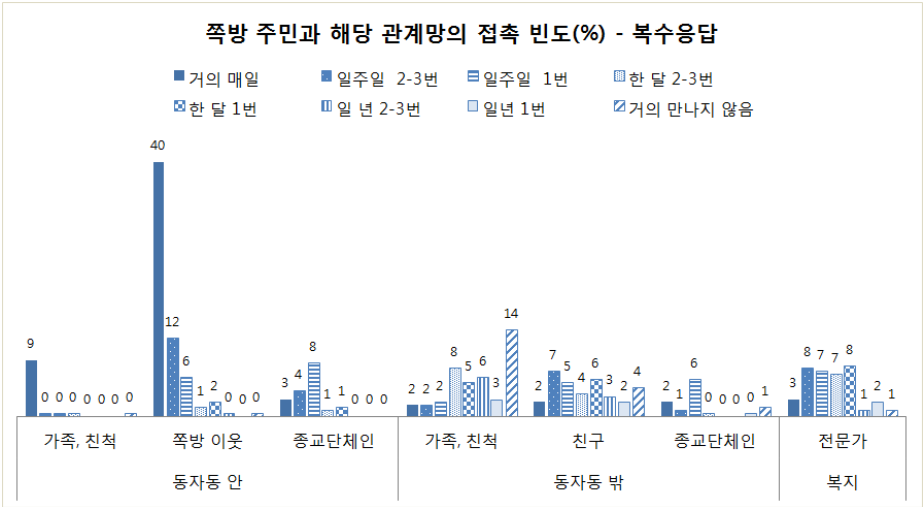


그림 11 조사 대상자의 사회적 관계망 접촉 빈도

다음의 그림은 해당 관계망으로부터 정서적 지지를 받는 쪽방주민을 보여준다. 정서적 지지란 심리적 안정감을 갖도록 믿고 의지할 수 있는 느낌을 제공하는 것(정연모, 2007)을 의미한다. 정서적 지지를 주는 관계망이 없다고 응답한 주민들이 많지만, 정서적 지지를 받는다고 응답한 경우에는 쪽방 이웃으로부터 지지를 받는다고 응답한 경우가 가장 높게 나타났다.

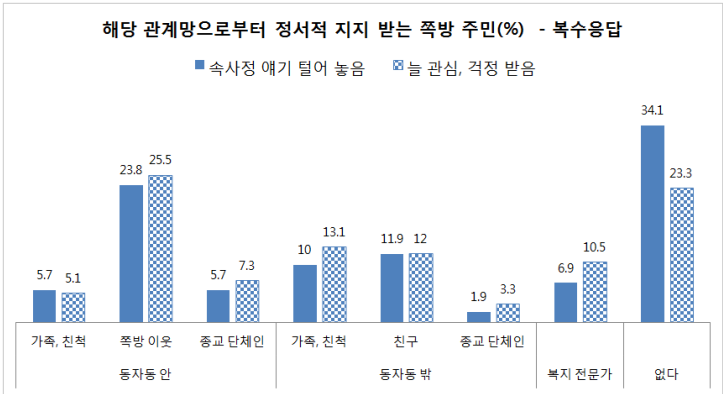


그림 12 해당 관계망으로부터 정서적 지지를 받는 쪽방주민

다음은 도구적 지지이다. 도구적 지지란 일상 생활의 어려움이 있을 때 경제적·물질적 도움이나 서비스를 제공하는 것(정연모, 2007)으로, 도구적 지지의 경우 정서적 지지보다 지지를 주는 관계망이 없다고 응답한 주민들이 더 높게 나타났다. 그러나 도구적 지지를 받는다고 응답한 경우에도 여전히 쪽방 이웃으로부터 지지를 받는 경우가 가장 많았다.

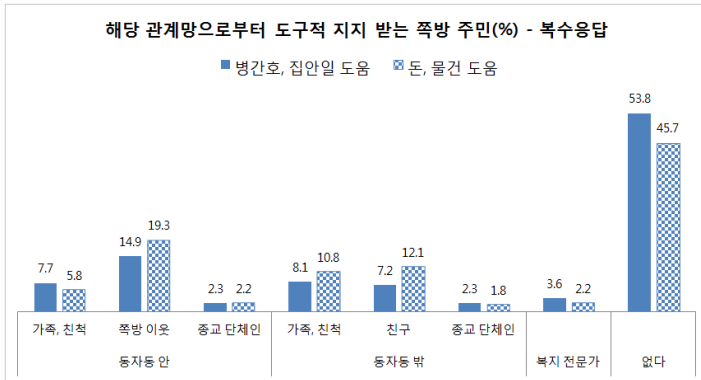


그림 13 해당 관계망으로부터 도구적 지지를 받는 쪽방주민

해당 관계망으로부터 정보적 지지를 받는 쪽방주민은 다음의 그림과 같다. 정보적 지지란 개인이 문제 해결을 위한 정보, 충고, 지침을 사회적 관계망으로부터 제공받는 것(정연모, 2007)을 의미한다. 정보적 지지를 주는 관계망이 없다고 응답한 경우가 가장 많았으며, 정보적 지지를 받는 경우 쪽방 이웃으로부터 지지를 받는 경우가 가장 많았다.

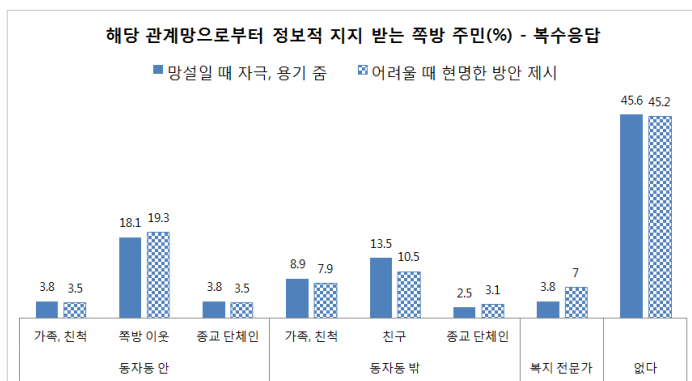


그림 14 해당 관계망으로부터 정보적 지지를 받는 쪽방주민

이러한 사회적 지지는 건강과도 밀접한 연관이 있는데, 다음의 그림은 사회적 지지 유무에 따른 주관적 건강 수준을 보여준다.

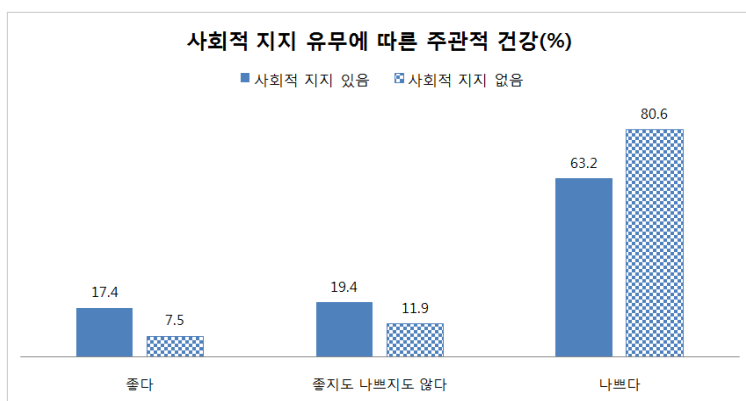


그림 15 사회적 지지 유무에 따른 주관적 건강

사회적 지지를 하나라도 받는다고 응답한 집단은 그렇지 않은 집단에 비해 주관적 건강이 더 좋게 나타났는데, 이러한 차이는 통계적으로도 유의미했다($p=0.034$).

쪽방주민의 주치의에 대해 살펴보면, 주민 4명 중 3명(75.6%)이 주치의 같은 의사가 없다고 응답하였다.

표 32 조사대상자의 주치의 같은 의사 유무

구분	빈도 (명)	비율 (%)
있다	54	24.4
없다	167	75.6
합계	221	100

다음은 동네 환경이다. 동자동 쪽방주민이 인식하는 동자동은 소음 공해가 심하고(73.4%), 비위생적이며(65.9%), 각종 재해의 위험(55.2%)과 철거의 위험(57.1%)이 있는 곳이다. 복지정보와 자원이 많지 않고(44.8%), 안전하지도 않다(48.1%). 동네 사람들의 경우, 서로 관심을 보이지 않으며(57.3%), 내가 도움이 필요할 때 기꺼이 도와주려고 하지 않는다(56.5%).

표 33 동자동 쪽방 지역의 동네 환경

	그렇다(%)	그저 그렇다(%)	아니다(%)
소음공해가 심하다	73.4	11.3	15.3
침수, 화재, 붕괴 등 위험이 있다	55.2	12.7	32.1
비위생적이다	65.9	13.4	20.7
철거 위험이 있다	57.1	12.8	30.0
복지정보와 자원이 많다	32.0	23.2	44.8
안전하다	32.9	19.0	48.1
동네 사람들이 서로 관심을 보인다	31.0	11.7	57.3
동네 사람들이 내가 도움이 필요할 때 기꺼이 도와주려 한다	30.0	13.5	56.5

동자동 쪽방주민의 신뢰에 대해 살펴보면, 사람에 대한 신뢰도의 경우 항상 신뢰할 수 있다(6.6%)가 가장 낮았고 항상 조심해야 한다(37.0%)가 가장 높았다. 이는 2010 한국종합사회조사에서 우리나라 국민의 17%가 사람들을 항상 조심해야 한다고 응답한 것에 비해 2배 이상 높은 수치로, 쪽방주민의 전반적인 신뢰도가 매우 낮다는 것을 보여준다.

표 34 조사 대상자의 사람에 대한 신뢰도

구분	빈도 (명)	비율 (%)
항상 신뢰할 수 있다	14	6.6
대체로 신뢰할 수 있다	48	22.7
대체로 조심해야 한다	71	33.6
항상 조심해야 한다	78	37.0
합계	211	100

사회기관 및 제도에 대한 신뢰도의 경우, 중앙정부나 지방정부, 국회, 사법부와 같은 사회기관에 대한 신뢰도는 낮았지만, 건강보험이나 의료급여, 국민기초생활보장과 같은 제도에 대한 신뢰도는 상대적으로 높았다.

표 35 조사 대상자의 사회기관 및 제도에 대한 신뢰도

	신뢰한다(%)	그저 그렇다(%)	신뢰하지 않는다(%)
중앙정부	16.2	12.7	71.1
지방정부	24.3	14.8	61.0
국회	9.5	8.1	82.4
사법부	13.2	10.7	76.1
국민건강보험, 의료급여제도	42.4	13.1	44.4
국민기초생활보장제도	46.0	12.0	42.0

다음은 사회 규범으로, 이것은 응답자 개인의 생각이 아닌 건강이나 의료이용에 대한 한국 사람들의 생각에 대해 묻은 것이다. 동자동 쪽방주민들이 보기에 한국 사람들은 담배와 술이 몸에 나쁘다고 생각하며(85.3%), 운동, 건강검진, 예방접종은 몸에 좋다고 생각한다(88.9%). 그리고 한국 사람들은 가난한 사람이 부자보다 일찍 죽고 병에 많이 걸리며(69.3%), 그러한 현실이 불공평하다고 생각한다(61.3%). 병원은 환자보다는 돈벌이를 더 중요시하며(80.9%), 돈이 없어 병원에 못 가는 현실은 없어져야 한다고 생각한다(83.6%). 또한 가난하고 못 배운 사람들이 병원 같은 데서 대우를 못 받는다고 생각하며(81.3%), 자살이 개인보다는 사회

에 책임이 있다고 생각한다(60.0%). 동시에 건강은 권리라고 생각한다(70.7%).

표 36 사회 규범

	그렇다 (%)	아니다 (%)	무응답 (%)
담배와 술이 몸에 나쁘다고 한국 사람들은 생각한다	85.3	7.6	7.1
운동, 건강검진, 예방접종은 몸에 좋다고 한국 사람들은 생각한다	88.9	3.6	7.6
가난한 사람이 부자보다 일찍 죽고 병에 많이 걸린다고 한국 사람들은 생각한다	69.3	22.2	8.4
가난한 사람이 부자보다 일찍 죽고 병에 많이 걸리는 현실이 불공평하다고 한국 사람들은 생각한다	61.3	28.0	10.7
병원이 환자보다는 돈벌이를 더 중요시한다고 한국 사람들은 생각한다	80.9	9.3	9.8
돈이 없어 병원에 못 가는 현실은 없어져야 한다고 한국 사람들은 생각한다	83.6	9.8	6.7
의료급여 수급권자들은 의료비가 공짜니까 낭비한다고 한국 사람들은 생각한다	47.6	40.9	11.6
가난하고 못 배운 사람들이 병원 같은 데서 대우를 못 받는다고 한국 사람들은 생각한다	81.3	12.4	6.2
자살이 개인보다 사회에 책임이 있다고 한국 사람들은 생각한다	60.0	27.6	12.4
건강이 권리라고 한국 사람들은 생각한다	70.7	18.7	10.7

(4) 임파워먼트

동자동 쪽방주민들은 건강과 관련하여 임파워먼트가 잘 되어있었는데, 자신의 질병 이름을 알고 있었으며(77.1%), 몸에 이상이 생기면 어떻게 해야 하는지를 알고 있었다(79.6%). 또한 건강과 질병에 관한 지식과 정보도 잘 이해하고 있었으며(64.7%), 정부는 보건의료 제공을 책임져야 한다고 생각했다(80.7%).

그러나 동자동 쪽방주민들의 절반 이상이 의사한테 이해될 때까지 설명해달라고 요구를 하지는 못하였으며(57.9%), 건강 때문에 오래 못 살 것 같다고 인식하고 있었다(59.0%). 동시에 동자동 쪽방주민의 대부분이 정부는 나 같은 사람들의 의견에 관심이 없다고 인식하고 있었다(73.6%).

표 37 조사 대상자의 임파워먼트

	그렇다(%)	아니다(%)
내 질병 이름을 안다	77.1	22.9
몸에 이상이 생기면 어떻게 하는지 알고 있다	79.6	20.4
건강과 질병에 관한 지식과 정보를 잘 이해한다	64.7	35.3
정부는 보건의료 제공을 책임져야 한다	80.7	19.3
평소 생활이 건강에 도움이 된다	51.4	48.6
의사한테 이해될 때까지 설명해달라고 요구한다	42.1	57.9
건강 때문에 오래 못 살 것 같다	59.0	41.0
앞날에 대해 비관적이다	59.3	40.7
나 같은 사람들은 정부가 하는 일에 대해 어떤 영향도 주기 어렵다	73.6	26.4

이러한 자력화는 건강과도 연관이 있는데, 이를 확인하기 위해 정치적 효능감에 따른 주관적 건강에 대해 살펴보면 다음 그림과 같다. 정부는 나 같은 사람들의 의견에 관심이 없다고 응답한 사람, 즉 정치적 효능감이 없는 사람들은 정치적 효능감이 있는 사람들에 비해 주관적 건강이 더 나쁜 것으로 나타났다($p=0.071$).

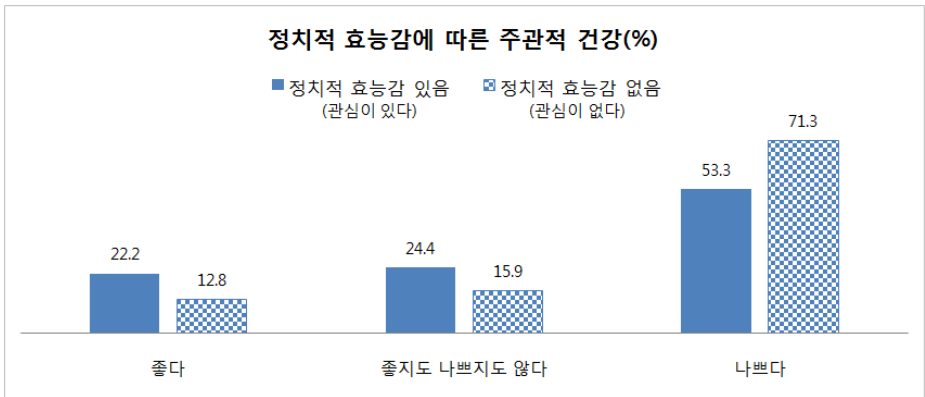


그림 16 정치적 효능감에 따른 주관적 건강

조사 대상자의 인권 의식은 다음과 같다. 동자동 쪽방주민들의 대부분이 모든

국민이 적정 생활 수준을 유지하는 것(81.8%), 건강(73.3%), 정부로부터 평등하게 대우받는 것(89.8%), 공공정책을 결정할 때 국민에게 참여 기회를 많이 주는 것(87.6%)이 권리라고 인식하고 있었다.

표 38 조사 대상자의 인권의식

	권리이다(%)	권리가 아니다(%)	무응답(%)
생활보장 권리	81.8	9.3	8.9
건강권	73.3	19.6	7.1
평등권	89.8	4.9	5.3
참여권	87.6	4.9	7.6

높은 인권 의식에 비해 쪽방주민들은 현재의 환자권리 보장수준은 낮다고 인식하였는데, 동자동 쪽방주민들은 환자들의 인간 존엄성(57.3%), 보건의료서비스 이용 권리(55.6%), 자기 결정권(56.9%), 충분한 정보 제공(61.3%), 개인정보 보호(45.8%)가 제대로 보장되고 있지 않다고 생각하고 있었다. 다른 문항들에 비해 인권 의식이나 환자 권리 보장과 관련된 질문의 무응답률이 높았는데, 특히 개인정보 보호의 경우 무응답률이 20.9%에 달하였다.

표 39 조사 대상자가 인식하는 환자권리 보장수준

	그렇다(%)	그저 그렇다(%)	아니다(%)	무응답(%)
인간 존엄성	27.1	9.8	57.3	5.8
보건의료서비스 이용 권리	32.9	4.4	55.6	7.1
자기 결정권	29.3	4.9	56.9	8.9
충분한 정보 제공	24.0	7.6	61.3	7.1
개인정보 보호	24.9	8.4	45.8	20.9

투표에 대해 살펴보면 다음과 같다. 지난 4.11 총선의 경우, 쪽방주민의 투표율은 75.0%에 달했는데, 이것은 4.11 총선 전국 투표율인 54.3%는 물론이고 가장

투표율이 높았던 60대 이상의 투표율 68.6%보다도 높은 수치이다. 다가올 12.19 대통령 선거의 경우, 투표를 하겠다고 응답한 비율이 81.2%로, 4.11 총선 투표율 보다 더 높게 나타났다.

표 40 조사 대상자의 4.11 총선 투표 여부 및 12.19 대통령 선거 투표 예정

	4.11 총선		12.19 대통령 선거(예정)	
	빈도 (명)	비율 (%)	빈도 (명)	비율 (%)
투표함	165	75.0	173	81.2
투표 안 함	55	25.0	40	18.8
합계	220	100	213	100

정치적, 사회적 행동의 경우, 다른 행동들에 비해 봉사활동을 한 적이 있다고 응답한 경우가 62.1%로 매우 높았으며, 모든 행동에서 과거에 한 적이 있다고 응답한 경우보다 미래에 필요하면 할 것이라고 응답한 경우가 더 높게 나타났다.

표 41 조사 대상자의 정치적, 사회적 행동 여부

	과거		미래	
	빈도 (명)	비율 (%)	빈도 (명)	비율 (%)
봉사활동	136	62.1	163	76.5
민원	41	18.9	122	58.9
항의	51	23.5	128	61.2
시위/집회 참가	57	26.1	106	52.0

지금까지 살펴본 동자동 쪽방주민의 건강권 실태를 요약하면 다음과 같다. 동자동 쪽방주민들의 건강 상태는 매우 나빴으며, 의료와 복지의 경우 제대로 보장받지 못하고 있었다. 사회 관계의 대부분이 단절된 상황에서 쪽방 이웃과의 관계가 중요했는데, 그럼에도 여전히 동네 환경은 열악하였다. 임파워먼트에 있어, 쪽방주민들의 자력화는 많이 되어 있었지만 정치적 영향력은 미미하였다.

제Ⅳ부

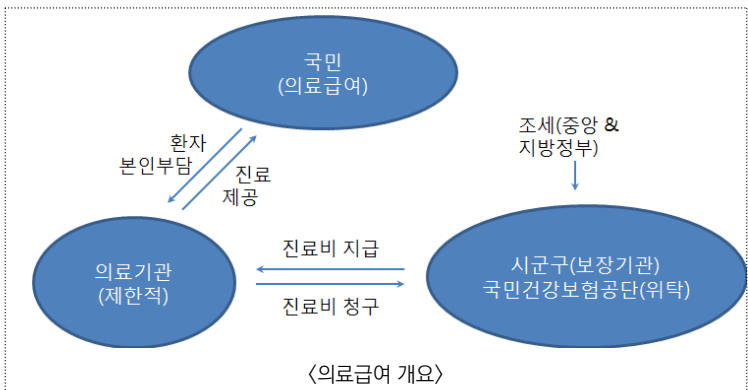
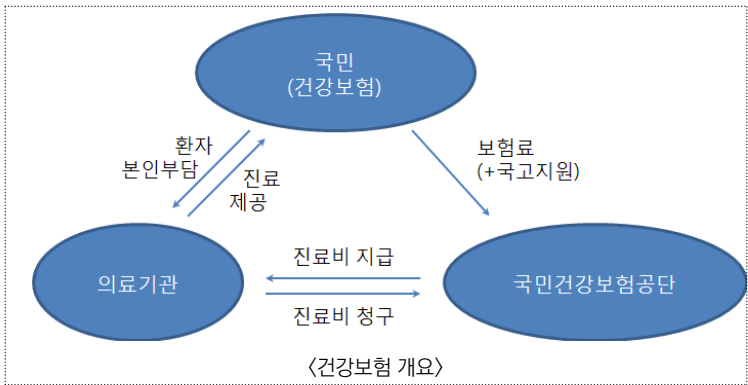
사회보장 제도와 현황

1장 의료보장제도

1. 의료보장제도 개요

우리나라의 의료보장은 ‘국민건강보험’과 ‘의료급여’의 2개 층으로 되어 있다. 국민건강보험은 국민들이 낸 보험료를 중심으로 운영되는 제도인 반면, 급여는 저소득층의 의료이용을 보장하기 위하여 국가와 지방자치단체가 국민의 세금으로 운영하는 제도이다.

모든 국민은 건강을 누리고 필요할 경우 의료서비스를 이용할 권리가 있고, 국가는 모든 국민에게 이를 보장해야 할 의무가 있다. 의료급여는 이와 같은 취지에서 만들어진 제도이며 국민의 권리를 보장하기 위한 제도이다.



(1) 건강보험과 의료급여 적용 인구

의료보험제도는 1977년 7월 500인 이상 사업장에 도입되면서 점차 확대하여 1989년 전국민의료보험 시대가 열렸다. 2000년 다수의 의료보험조합이 국민건강보험공단 하나로 통합되면서 국민건강보험제도로 명칭이 변경되었다.

의료급여제도는 2000년 10월 국민기초생활보장제도가 도입되면서 의료보호에서 의료급여로 명칭이 변경되어 현재 [국민기초생활보장법]과 [의료급여법]에 기초하고 있다.

건강보험	직장	34,106,034명(66.7%)	49,662,097명(97.1%)
	지역	15,556,063명(30.4%)	
의료급여	1종	1,058,223명(2.1%)	1,507,044명(2.9%)
	2종	448,821명(0.9%)	
총 적용 인구		51,169,141명(100%)	51,169,141명(100%)

* 자료 : 2012년 건강보험통계연보

(2) 건강보험과 의료급여 재정

① 비급여를 제외한 의료비 구성

건강보험의 재정은 보험료, 국고 지원, 담배부담금, 기타로 만들어진다. 반면, 의료급여 재정은 국고와 지방자치단체의 부담으로 만들어진다. 서울은 국고와 지방자치단체 부담이 5:5이고 나머지 지역의 경우 국고가 8, 지방자치단체가 2만큼을 부담하고 의료급여 재정은 국민건강보험공단에서 통합적으로 관리한다.

	건강보험	의료급여
재원	39조 5,220억 원('11년 결산 기준)	5조 2,272억 원('12년 예산 기준)
재원 조달	◎ 보험료(일부 국고) - 보험료 : 32조 9,292억 원 - 국고지원 : 5조 2,332억 원 - 담배부담금 : 9,494억 원 - 기타 : 4,102억 원	◎ 조세(국고+지방비) - 국고 : 3조 9,750억 원 - 지방비 : 1조 2,522억 원

	건강보험	의료급여
환자 본인 부담금	◎ 입원 : 20% ◎ 외래 - 의원급 이하 : 30% - 병원급 : 35%, 40% - 종합병원급 : 45%, 50% - 상급종합병원 : 60% ◎ 약국 : 30~50% - 처방전 발행 의료기관 종별에 따라 차등(병·의원 30%, 종합병원 40%, 상급종합 50%) ◎ 비급여 - 100% 환자 본인 부담	◎ 1종 수급권자 - 1차 1,000원, 2차 1,500원, 3차 2,000원, 약국 500원 - CT, MRI 등 : 급여비용의 5% - 입원 : 본인부담 없음 ◎ 2종 수급권자 - 1차 1,000원, 약국 500원 - 2차, 3차, CT, MRI 등 입원 : 급여비용의 10% 외래 : 급여비용의 10% ◎ 비급여 - 100% 환자 본인 부담

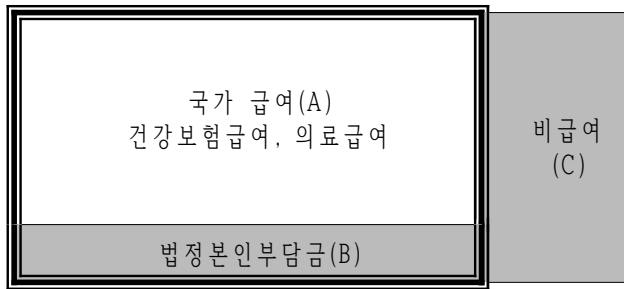
* 자료 : 2013년 의료급여사업 안내

② 비급여를 포함한 전체 의료비 구성

의료급여 및 건강보험 환자의 의료비는 크게 급여 부분과 비급여 부분으로 나누어진다.

다음 그림과 같이 (A+B)가 ‘건강보험, 의료급여’에 해당된다. 이 중 (A)는 국가 부담분이고 (B)는 법적으로 환자가 부담하도록 정해둔 비용으로, 환자가 부담하는 의료비는 이 중에서 (B+C) 부분이다.

- 법정본인부담금 (B)는 건강보험과 의료급여가 다르며 외래, 입원, 약국 등에 따라 차등 적용된다.
- 비급여부담금 (C)는 선택진료비(특진료), 상급병실료(건강보험적용 병실 외에 병실을 사용한 경우), MRI, CT를 적절하지 않은 환자에게 촬영할 경우 비용 등이 포함된다. 이런 비급여 부담금 때문에 의료급여 1종 환자의 입원인 경우에도 환자부담액이 있게 된다.



2. 저소득층 의료보장 : 의료급여 제도

(1) 의료급여 수급권자

① 1종 수급자

- 국민기초생활보장 수급권자

의료급여 수급권자는 우선, [기초생활보장법]에서 정하는 소득인정액이 최저생계비 이하이고, 가족의 부양을 받을 수 없거나, 부양의무자(1촌 이내의 직계혈족 및 그 배우자)가 있어도 부양을 받을 수 없는 사람이다.

- 의료급여법 및 타 법 지원에 의한 수급권자

노숙인, 이재민, 의상자 및 의사자의 유족, 국내에 입양된 18세 미만의 입양아동, 국가유공자 및 그 가족, 중요무형문화재 보유자 및 그 가족, 새터민(탈북주민)과 그 가족, 5.18민주화운동 관련 및 그 유족 등이 의료급여 1종의 자격이 부여된다.

② 2종 수급자

국민기초생활보장수급권자 중에서 투약 등 건강관리가 가능한 만성질환자, 국민기초생활보장수급권자 중에서 장애등급이 가능한 질환으로 진단서를 제출한 자, 의료급여특례자, 의료급여 수급자가 자활사업에 참가하여 발생한 소득으로 인하여 소득 인정액이 최저생계비를 초과한 경우에 2종의 자격이 부여된다.

※ 1종과 2종의 차이는 의료비 중 환자가 부담해야 하는 비용이 다르며 2종 수급권자의 경우 건강생활유지비(정부가 의료급여 1종 수급권자에게 외래 이용 시 사용하는 비용)를 받지 못한다.

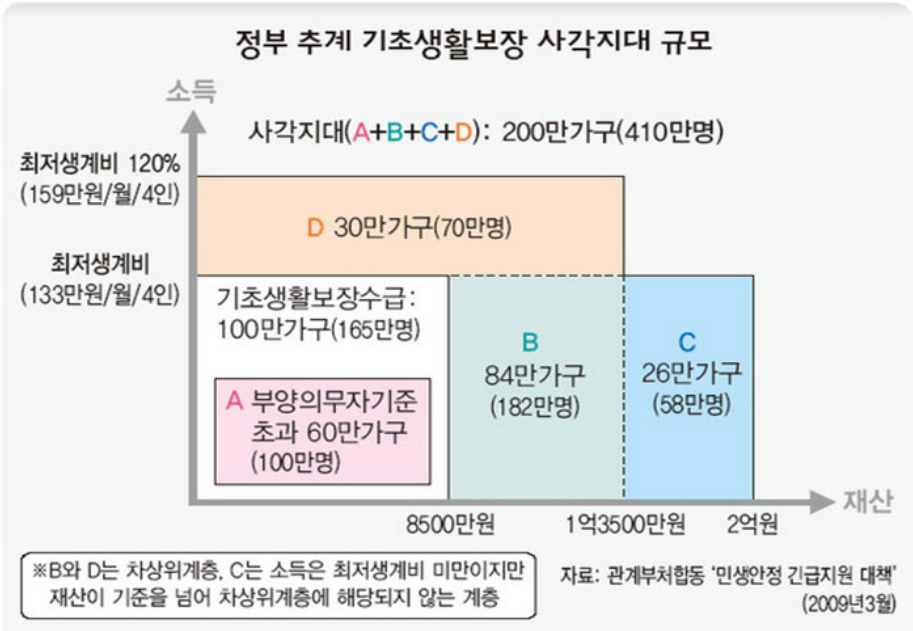
(2) 의료급여 수급자의 의료이용 절차

의료급여 수급권자는 건강보험 가입자와 달리 의료서비스를 이용할 때 3단계로 정해진 의료이용 방법을 따라야 한다. 이를 지키지 않으면 급여혜택이 무효가 되기도 한다.



또, 의료급여 수급권자가 병원 및 약국을 이용함에 있어서 의료급여 혜택을 받을 수 있는 법적으로 정해진 일수가 연 단위로 적용된다. 수급권자 가운데 일반 환자는 연간 365일이 적용되며 의사의 소견을 통해 연장이 가능하도록 되어 있다.

3. 의료보장의 사각지대



정부의 2009년도 '민생안정 긴급지원 대책' 자료에 따르면 비수급 빈곤층이 410만 명(전체 인구의 7.5%) 정도에 달하여 수급빈곤층 165만 명의 두 배를 훨씬 넘는다.

이런 거대한 사각지대에는 부양의무자기준과 재산기준에 의해 국민기초생활보장제도 대상자에서 제외된 비수급-빈곤층 혹은 잠재적-빈곤층, 건강보험 장기체납자(고의체납자 제외)로 추정된다.

이 중 의료사각지대에서 최저생계비 이하인 저소득층임에도 불구하고 의료급여에 포함되지 못하여 의료이용에 제약을 받는 계층과 건강보험료를 납부할 능력이 없어 체납함으로써 건강보험 자격이 정지되는 생계형 장기체납자가 존재한다.

4. 의료비 지원사업

- 국가지원사업

129긴급복지지원, 미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원, 소아암 환자 의료비 지원, 암환자 의료지원, 희귀 난치성질환자 의료비 지원, 본인부담금 상한제(건강보험가입자), 긴급복지지원제도 중 의료지원 등의 제도가 저소득층에게 지원되는 정부의 의료서비스 지원사업이다.

- 그 밖에 최근 서울시에서 공공의료망 강화를 목표로 비영리병원 5곳을 의료안전망병원으로 지정해 운영하고 있으며, 사회복지공동모금회, 각 복지재단 등의 민간기관 등에서 의료비를 지원해주고 있다.

2장 사회복지제도

쪽방주민들에게 영향을 미치는 복지제도를 보면, 소득보장의 측면에서는 국민기초생활보장제도가 있으며 건강 측면에서는 의료급여제도, 주거 측면에서는 저소득층 임대주택 지원사업이 대표적이다.

1. 소득 측면 - 국민기초생활보장제도

국민기초생활보장제도는 외환위기 이후 구조적으로 양산된 빈곤에 대해 국가의 책임을 강화한 것으로서 빈곤한 사람들이 생계, 주거, 교육, 의료 등의 기본적인 생활을 보장받을 수 있는 권리를 부여한 제도이다. 이 제도는 빈곤에 처한 사람들이면 연령이나 근로능력의 여부와 무관하게 신청할 수 있다. 다만, 해당 가구의 소득을 조사를 통해 최저생계비 이하인 경우, 그리고 부양의무자가 없거나 있어도 부양능력이 없거나 미약할 경우에 지원된다. 그리고 기초생활보장제도 수급자 중 근로능력이 있어 조건부수급자로 선정되면 가구여건이나 개인사정이 없는 한 자활사업에 참여하도록 하고 있다.

국민기초생활보장제도 수급자에 대한 지원은 생계급여, 주거급여를 현금으로 지급받게 되고, 의료급여, 교육급여, 해산급여, 장제급여, 자활사업에 참여할 경우 자활급여를 받게 된다. 2013년도 최저생계비는 572,168원이며 현금으로 받을 수 있는 최대 수급액(생계급여와 주거급여의 합)은 468,453원이다(2013년 국민기초생활보장사업 안내, 보건복지부).

(1) 국민기초생활보장

국민기초생활보장이란 소득이 최저생계비보다 적은 저소득층이 기본적인 생활을 보장받도록 필요한 급여를 제공해주는 제도이다. 대한민국에 거주하는 외국인도 일정한 요건(대한민국 국적의 미성년 자녀의 양육, 소득액이 최저생계비 이하 등)에 해당되면 국민기초생활급여를 받을 수 있다.

▶ 국민기초생활보장제도란?

■ 국민기초생활보장제도의 의의

- 국민기초생활보장제도란 소득이 최저생계비보다 적은 저소득층이 기본적인 생활을 보장받도록 하고, 자활을 돕는 것을 목적으로 하는 사회보장제도 중 하나이다(「국민기초생활 보장법」 제1조).
- 최저생계비란 국민이 건강하고 문화적인 생활을 유지하기 위해 필요한 최소한의 비용을 말하는 것으로 가구의 총소득이 최저생계비보다 적은 경우 그 부족한 금액을 지원받을 수 있다.

※ 최저생계비는 가족 구성원의 수와 경제상황에 따라 매년 다르며, 2013년도 가구별 최저생계비는 다음과 같다[「2013년도 최저생계비」(보건복지부 고시 제2012-141호, 2012. 11. 1. 발령, 2013. 1. 1. 시행)].

△ 2013년 최저생계비

구분	1인 가구	2인 가구	3인 가구	4인 가구	5인 가구	6인 가구	7인 가구
금액 (원/월)	572,168	974,231	1,260,315	1,546,399	1,832,482	2,118,566	2,404,650

※ 8인 이상 가구의 최저생계비 : 1인 증가 시마다 286,084씩 증가(8인 가구 2,690,734원)

△ 2013년 현금급여기준

구분	1인 가구	2인 가구	3인 가구	4인 가구	5인 가구	6인 가구	7인 가구
금액 (원/월)	468,453	797,636	1,031,862	1,266,089	1,500,315	1,734,541	1,968,768

※ 8인 이상 가구의 현금급여기준 : 1인 증가 시마다 234,226원 증가(8인 가구 : 2,202,994원)

※ 현금급여기준은 최저생계비에서 현물로 지급되는 의료비·교육비 및 타 법령에 의한 지원액을 제외한 금액으로 소득인정액이 전혀 없는 수급자 가구가 지급받을 수 있는 최고금액임

- 수급자에게는 가구규모별 현금급여기준에서 수급자 가구의 소득인정액을 제외한 금액을 생계급여·주거급여로 지급한다.

- 교육급여, 해산급여, 장제급여, 의료급여는 해당 가구원이 있는 경우 별도 지급한다.

▶ 국민기초생활급여의 대상 및 신청절차

■ 국민기초생활급여의 대상

○ 수급자의 범위

- 다음 어느 하나에 해당하는 사람은 국민기초생활급여의 수급권자가 된다(「국민기초생활 보장법」 제5조 및 「국민기초생활 보장법 시행령」 제4조·제5조).
 1. 부양의무자(직계혈족 및 배우자)가 없거나 부양의무자가 있어도 부양능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 자로서 소득 인정액이 최저생계비 이하인 사람
 2. 제1호에 해당하지 않아도 생활이 어려운 사람으로서 일정기간 동안 「국민기초생활 보장법」에서 정한 급여의 전부 또는 일부가 필요하다고 보건복지부장관이 정하는 사람

○ 외국인에 대한 적용

- 국내에 체류하고 있는 외국인 중 대한민국 국민과 혼인하여 본인 또는 배우자가 임신 중이거나 대한민국 국적의 미성년 자녀를 양육하고 있거나 배우자의 대한민국 국적인 직계존속(直系尊屬)과 생계나 주거를 같이 하고 있는 사람으로서 다음 어느 하나에 해당하는 외국인이 위 수급자 범위에 해당되면 국민기초생활급여의 수급자가 된다(「국민기초생활 보장법」 제5조의2 및 「국민기초생활 보장법 시행령」 제5조의2).
 1. 대한민국 국민과 혼인 중인 외국인으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 사람
 - 가. 본인 또는 대한민국 국적의 배우자가 임신 중인 사람
 - 나. 대한민국 국적의 미성년 자녀(계부자·계모자 관계와 양친자 관계를 포함)를 양육하고 있는 사람
 - 다. 배우자의 대한민국 국적인 직계존속과 생계나 주거를 같이 하는 사람

2. 대한민국 국민인 배우자와 이혼하거나 그 배우자가 사망한 외국인으로서 대한민국 국적의 미성년 자녀를 양육하고 있는 사람 또는 사망한 배우자의 태아를 임신하고 있는 사람

■ 국민기초생활급여 신청 절차

○ 급여의 신청

- 수급자와 그 친족, 그 밖의 관계인은 거주지 관할 특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 수급자에 대한 국민기초생활급여를 신청할 수 있다(「국민기초생활 보장법」 제21조제1항).

○ 제출 서류

- 급여 신청을 할 때에는 다음의 서류를 제출해야 한다(「국민기초생활 보장법」 제21조제3항, 「국민기초생활 보장법 시행령」 제36조 및 「국민기초생활 보장법 시행규칙」 제34조제1항).

1. 임대차계약서(주택을 임대하거나 임차하고 있는 사람만 제출)
2. 다음에 해당하는 금융정보, 신용정보 또는 보험정보의 제공 동의서

가. 금융정보

- 1) 보통예금, 저축예금, 자유저축예금, 외화예금 등 요구불 예금 : 최근 3개월 이내의 평균 잔액
- 2) 정기예금, 정기적금, 정기저축 등 저축성예금 : 예금의 잔액 또는 총납입액
- 3) 주식, 수익증권, 출자금, 출자지분, 부동산(연금)신탁 : 최종 시세가액. 이 경우 비상장주식의 가액 평가에 관해서는 「상속세 및 증여세법 시행령」 제54조제1항을 준용한다.
- 4) 채권, 어음, 수표, 채무증서, 신주인수권증서, 양도성예금증서 : 액면가액
- 5) 연금저축 : 정기적으로 지급된 금액 또는 최종 잔액

나. 신용정보

- 1) 대출 현황 및 연체 내용

2) 신용카드 미결제금액

다. 보험정보

- 1) 보험증권 : 해약하는 경우 지급받게 될 환급금 또는 최근 1년 이내에 지급된 보험금
- 2) 연금보험 : 해약하는 경우 지급받게 될 환급금 또는 정기적으로 지급되는 금액

※ 가족관계기록사항에 관한 증명서(부양의무자를 확인할 수 없는 경우만 해당), 외국인등록사실증명서(외국인만 해당) 및 부동산등기부 등본은 담당 공무원이 행정정보의 공동이용을 통해 확인할 수 있으므로 제출하지 않아도 되나, 신청인이 이에 동의하지 않는 경우에는 해당 서류를 별도로 첨부해야 한다(「국민기초생활 보장법 시행규칙」 제34조제2항).

국민기초생활급여의 종류 및 내용

- 국민기초생활급여의 종류 및 내용을 도표로 나타내면 다음과 같다.

급여 종류	내 용
생계급여	옷, 음식비, 연료비 등 일상생활에 필요한 생계비용을 지원
주거급여	집을 빌리는 비용과 집을 수리하는 비용을 지원
교육급여	중·고등학생 자녀가 있는 경우, 입학금, 수업료, 학용품비, 교과서대 등을 지원
해산급여	출산했을 때 출산 전후 관련 비용으로 약 50만 원을 지원
장제급여	가족이 사망했을 때, 장례비용으로 약 40만 원을 지원
의료급여	대상자가 되면, 저렴한 비용으로 의료기관을 이용

출처 : 「행복한 한국생활 도우미」(보건복지가족부, 2007)

(2) 국민기초생활보장법 10년의 변화⁴⁹⁾

① 바뀐 것

기존의 생활보호법과 비교해 본다면 분명 기초생활보장법은 긍정적으로 변화하였다는 평가를 받을 만하다. 첫째, 노동능력이 있는 가구에 대한 최소한의 생계비 지원이 가능하도록 법에 명시되게 된 점에서 그러하고, 둘째 제도의 합리성, 대상자 간의 형평성이 예전보다 나아진 것도 사실이다. 보충급여방식의 기초보장법은 보다 정확한 자산조사를 필요로 하기 때문에 기존보다 부정수급자를 확인할 수 있는 시스템이 강화되었고, 탈락시킨 대상만큼 새로운 대상이 수급자로 포함되게 되었다. 예전의 주먹구구식 행정에서 비교적 체계적인 행정으로 전환됨으로써 국가 재정의 효율적 사용이 가능해진 것이다. 법 시행에 따른 부수적인 성과도 있었다. 저소득 계층의 실태에 관한 사회적 관심이 많아졌고, 그들에 관한 보다 상세한 정보의 수집이 이루어지고 있다. 중앙생활보장위원회에서 결정해야 하는 최저생계비와 현금급여 기준액을 둘러싼 많은 논의로 인해 수급자들이 어떠한 사람들인지, 어떠한 생활을 하고 있는지에 대해 정확한 정보를 필요로 하게 된 것이다. 또한 정확한 자산조사 및 수급자 관리를 위해 사회복지공무원의 필요성이 증대되었고, 이는 공공사회복지행정체계를 정비하는 계기가 되기도 하였다. 생활보호법과 비교한다면 긍정적인 평가를 받을 만하지만, 법 제정의 목적에 비추어 본다면 그 평가는 달라질 수 있을 것이다. 법 제정 목적에 따른 평가에 앞서 제도의 구체적인 변화를 살펴보면, 다음 표와 같다.

일시	변경 내용
1999. 9. 7	- 국민기초생활보장법 제정
2000. 10. 1	- 국민기초생활보장법 시행
2001. 8	- 주민등록상 문제를 가진 자(노숙자, 쪽방, 비닐하우스촌 거주자 등)에게 기초생활보장번호 부여
2002. 6	- 수급자 중고생 자녀에 학용품비 신규지원 - 장애인, 학생, 자활공동체 근로소득공제를 확대 - 차상위계층 만성·희귀질환자 의료급여 실시

49) 허선, “국민기초생활보장법 제정 10년! 바뀐 것과 바뀌지 않은 것”, 복지동향, 2009.9. pp.8-11.에서 발췌하였다.

일시	변경 내용
2003. 1. 1	- 소득인정액제도(재산의 소득환산제) 시행 - 근로능력자의 근로소득공제제도 연기
2004. 12. 1	- 법 시행 이후 1차 최저생계비 실계측 후 최저생계비 결정
2005. 7. 1	- 부양의무자 범위 1차 축소(수급권자의 1촌의 직계혈족 및 그 배우자, 생계를 같이 하는 2촌 이내의 혈족)
2006. 3. 24	- 긴급복지지원법 시행
2006. 7. 1	- 부양능력판정기준 변경(최저생계비의 120% → 130%)
2007. 1. 1	- 부양의무자 범위 2차 축소 시행(생계를 같이하는 2촌 이내의 혈족 제외)
2007. 6	- 차상위계층에 대한 장제급여 및 자활급여 지급 근거 마련(시행령, 시행규칙 개정)
2008. 8	- 금융재산조회시스템 구축
2008. 11	- 부양의무자 재산기준 완화 - 간주부양비 부과율 인하(아들의 경우 40% → 30%)
2009. 1	- 재산기준(기본재산액) 변경(대도시 3,800만 원 → 5,400만 원)
2009. 5. 11	- 한시생계보호 실시

② 바뀌지 않은 것

수급자 규모의 추이

다음 표와 같이 기초보장법이 시행된 초기에 비해 수급자 수가 줄어들다가 2004년 후 약간씩 증가하고 있는 추세이긴 하지만 크게 변하지 않았다. 2000년 10월에 기초생활보장법이 시행되면서 직전의 생활보호대상자(한시보호자 포함) 151만 명이었던 대상이 149만 명으로 줄어들어든 채 법이 시행되었고 이러한 규모는 매년 감소추세를 보이다 최근에 와서야 초기 숫자보다 늘어난 상황이다. 빈곤의 심각성, 불평등의 정도에 따라 수급규모가 변화되어야 최후의 안전망으로서 제대로 기능하고 있다고 말할 수 있을 것이나 지난 10년간의 수급자 규모와 우리나라 빈곤의 심화정도를 비교하면 그렇지 못하다. 유경준(2009)에 따르면 2000년의 경우 상대빈곤율이 10.5%였지만 2008년의 경우 14.3%로 증가하였고, 불평등도를 나타내는 지니계수의 경우 동기간 0.299에서 0.321로 높아졌지만, 같은 기간 수급률은 별 변동이 없다. 2008년 금융위기 이후 경제성장률이 낮아지고, 실업률이 증가하였지만 수급자 수는 지난 6개월 동안 불과 5만 명밖에 증가하지

않았다. 이는 국민기초생활보장제도의 구조적인 문제점을 나타낸다고 할 수 있다.

기초보장 수급자 수 추이

		2001년	2002년	2003년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년
일반 수급자	가구	698,075	691,018	717,861	753,681	809,745	831,692	852,420	854,205
	인원	1,345,526	1,275,625	1,292,690	1,337,714	1,425,684	1,449,832	1,463,140	1,444,010
시설수급자		74,469	75,560	81,715	86,374	87,668	85,118	86,708	85,929
총 수급인원		1,419,995	1,351,185	1,374,405	1,424,088	1,513,352	1,534,950	1,549,848	1,529,939
수급률(%)		3.00	2.84	2.87	2.96	3.14	3.18	3.2	3.08

* 수급률 = 수급자 수/전체 인구×1001,513,352

* 자료 : 복지부(각 년도), 국민기초생활보장 수급자 현황

2. 주거 측면 - 주거복지사업

기존 대단지 아파트로 제공되는 영구임대주택과는 달리, 최근 도입된 <주거취약계층 주거지원사업>이란 이름으로 제공되는 임대주택은 지역사회 내에 위치한 주택을 공급하도록 하고 있는 것이 특징이다. 그 형식은 크게 매입임대주택과 전세임대주택이 있다.

주택공사(LH공사 등)가 다세대나 다가구형 일반주택을 매입한 후에 입주자에게 임대하는 것이 매입임대주택이며, 주택공사가 전세집을 집 주인과 전세계약한 후 입주자에게 임대하는 것이 전세임대주택이다. 주거취약계층 주거지원사업의 임대기간은 2년으로 하되 4회 재계약 가능하다. 큰 보증금 마련이 쉽지 않은 쪽방, 고시원, 여인숙 등에 거주하는 사람들에게 주거취약계층 주거지원사업으로 제공되는 임대주택은 현재 쪽방주민에게 접근성이 높은 주택이다(부록 참조 : 한국토지주택공사 주거복지 사업안내 리플릿).

[행복한 삶의 여정을 강조하는 초입문 보자주택서비스 기업]



주거복지사업안내
www.LH.or.kr

국토교통부 부조리신고센터

국토교통부 공무원의 부패행위 또는 부당행위를 알게 되었거나
부패행위를 당료 또는 제3자 받은 때에는 국토교통부에 신고할 수 있습니다.
• 인터넷 신고 : 국토교통부 홈페이지(www.mh.go.kr) 부조리신고센터
• 우편신고 : 경기도 국회사 운영 (민정 국토교통부 운영)
• 전화상담 : 02-12-95045 FAX : 02-204-9146

LH 주거복지사업 관련 문의처

[LH콜센터 : 1600-1004(www.lh.or.kr)
[전월세지원센터 : 1577-3399(http://jeonse.lh.or.kr)



2012.03

주거복지사업안내



국토교통부 부조리신고센터
국토교통부 부조리신고센터
LH 한국토지주택공사

저소득층의 주거 안정을 위한 **월간임대**와 **국민주택**이 주거복지사업을 지원합니다.





목차

01	기존주택 매입임대	4
02	기존주택 전세임대	8
03	신혼부부 전세임대	12
04	소년소녀가장 등 기존주택지원	14
05	취약계층 긴급주거지원	16

입주대상별 맞춤형 임대주택 지원체계

입주대상		지원사업			
		기초주택 매입임대	기초주택 전세임대	신혼부부 전세임대	초·소년녀가정 전세주택지원
기초생활수급자	일반	○	○		
	신혼부부		○	○	
보통대생	전부모가족	○	○		
전년도 도시근로자 가구당 월평균소득 이하 (이하의)	일반	○	○		
	신혼부부	○	○	○	
전년도 도시근로자 가구당 월평균소득 이하 (이하의)	일반	○			
근로주거지원 대상자		○			
부도임대주택거주자		○			
보통기립지원(공공건설임대) 거주자		○			
주거개혁특별 주거지원		○			
대학생		○	○		
초·소년녀가정					○
대리양육가정					○
친한친척가정					○
공공시설주거비					○
이혼배부지(노숙인)					○
공공생활가정					

(장래인, 보호아동, 노인, 미혼모, 성폭력 피해자, 가정폭력피해자, 기술장소소년
성(성매매)대상, 장애인, 중·고령자, 이혼배부지, 학업이탈자, 학업이탈(노숙인)

01 기존주택 매입임대

임대조건

- 시세의 30% 수준
- 임대보증금 : 시세의 5%
- 월임대료 : 시세의 30% 수준에서 보증금을 제외한 나머지 금액의 월세 환산액

* 서울지역 50㎡의 경우 / 보증금 제외하면, 월임대료 2만원 수준

임대기간

- 최소 임대기간은 2년으로 하되, 4회 재계약2년 단위 가능
- * 재계약은 기존주택 임대료와 입주자료를 충족하는 자에 한함
- * 공동생활가정인 경우 해당 시점, 도시지역 제정에 따라 기존 임차료 제정까지 가능

신청방법

구분	절차
일반가구	1. LH가 지정하는 시·군·구별 LH 홈페이지, 신청 현황 홈페이지 입주자 모집 2. 입주희망자는 주소지 관할 주민센터(동사무소)에서 입주신청서를 작성·제출 3. 시·군·구별은 대상지역 자격 현황 심사, 입주대상자를 선정하고 순위를 결정하여 LH에 통보 4. LH는 신청한 입주희망자 순위에 따라 임대대상자를 선정해, 입주희망자가 주택을 신청하면 임대차계약을 체결
공동생활가정 (다중주택)	1. 공동생활가정으로 신청하고자 하는 가구는 도시지역에 특화된 주택의 지원을 신청 (공동 생활생활가정의 형식 불충족이고 신청하여 입주자에 지원할 수 있는 경우에는 해당 공동생활가정의 형식에 신청) • 주거 또는 생활지원금 • 공동생활가정 지원금 지급에 따라 신청한 LH에 공동생활가정 지원금 지급(공동생활가정 지원금 지급대상자의 보충 지원)을 위한 공동생활가정 지원금 지급(공동생활가정 지원금 지급에 따라 신청한 LH에 공동생활가정 지원금 지급)을 위한 신청 2. 도시지역 형식 공동생활가정지원금의 신청을 거쳐 공동생활가정 신청과 공동생활가정 지원금 지급에 따라 신청한 LH에 공동생활가정 지원금 지급(공동생활가정 지원금 지급에 따라 신청한 LH에 공동생활가정 지원금 지급)을 위한 신청
기타	1. LH가 지정하는 시·군·구별 LH 홈페이지, 신청 현황 홈페이지 입주자 모집 2. 입주희망자는 주소지 관할 주민센터(동사무소)에서 입주신청서를 작성·제출 3. 시·군·구별은 대상지역 자격 현황 심사, 입주대상자를 선정하고 순위를 결정하여 LH에 통보 4. LH는 신청한 입주희망자 순위에 따라 임대대상자를 선정해, 입주희망자가 주택을 신청하면 임대차계약을 체결

절차도



도심
체간

지원실적 및 12년 계획

지원실적 및 12년 계획

구분	입주대상
기초소득 수급자 등	1. 시정민정합치형 주거지원: 무주택세대구성원 2. 1인 가구는 월평균 소득이 200만원 이하인 세대 2인 가구는 월평균 소득이 250만원 이하인 세대 3인 가구는 월평균 소득이 300만원 이하인 세대 4인 가구는 월평균 소득이 350만원 이하인 세대 5인 가구는 월평균 소득이 400만원 이하인 세대 ※ 소득기준은 전년도 소득을 기준으로 하며, 전년도 소득이 없는 세대나 전년도 소득이 100만원 이하인 세대의 경우 전년도 소득이 100만원 이하인 것으로 가정함
무주택세대구성원 이전 세대	1. 전년도 12월 31일 현재 무주택세대구성원으로 인정되는 세대 2. 전년도 12월 31일 현재 전년도 소득이 100만원 이하인 세대 3. 전년도 12월 31일 현재 전년도 소득이 100만원 이하인 세대 4. 전년도 12월 31일 현재 전년도 소득이 100만원 이하인 세대
보통가정	1. 나이 기준: 만 19세 이상 64세 이하 세대구성원으로 인정되는 세대 2. 소득 기준: 전년도 소득이 200만원 이하인 세대 3. 주택 기준: 전년도 12월 31일 현재 무주택세대구성원으로 인정되는 세대 4. 전년도 12월 31일 현재 전년도 소득이 100만원 이하인 세대 5. 전년도 12월 31일 현재 전년도 소득이 100만원 이하인 세대
주거지원대상 가정	1. 나이 기준: 만 19세 이상 64세 이하 세대구성원으로 인정되는 세대 2. 소득 기준: 전년도 소득이 200만원 이하인 세대 3. 주택 기준: 전년도 12월 31일 현재 무주택세대구성원으로 인정되는 세대 4. 전년도 12월 31일 현재 전년도 소득이 100만원 이하인 세대 5. 전년도 12월 31일 현재 전년도 소득이 100만원 이하인 세대
전년도 소득 대상자	1. 전년도 12월 31일 현재 전년도 소득이 100만원 이하인 세대 2. 전년도 12월 31일 현재 전년도 소득이 100만원 이하인 세대 3. 전년도 12월 31일 현재 전년도 소득이 100만원 이하인 세대
공동주택거주 (1인세대)	1. 소득 기준: 전년도 소득이 200만원 이하인 세대 2. 주택 기준: 전년도 12월 31일 현재 무주택세대구성원으로 인정되는 세대 3. 전년도 12월 31일 현재 전년도 소득이 100만원 이하인 세대 4. 전년도 12월 31일 현재 전년도 소득이 100만원 이하인 세대
대학생	대학 1학년 이상인 시·군립 대학 재학생 1. 소득 기준: 전년도 소득이 200만원 이하인 세대 2. 주택 기준: 전년도 12월 31일 현재 무주택세대구성원으로 인정되는 세대 3. 전년도 12월 31일 현재 전년도 소득이 100만원 이하인 세대 4. 전년도 12월 31일 현재 전년도 소득이 100만원 이하인 세대



☒ 전년도 도시근로자 가구당 월평균소득의 50% (1인 기준)

- * 1인 이하 가구: 2,924,300원, 2인가구: 2,359,680원, 3인 이상 가구: 2,464,610원
 *18세 미만 아동이 있는 가구의 경우 1인 이하 가구에서 20%를 초과하여 감액되고 2인 이상 가구에서 10%를 초과하여 감액된다.
- ① 전, 계층별시장의 집단거주지 조달방안 검토하는 경우: 기존 세율기준액(취득가액)을 기준으로 해당 지역의 경리상징(2019년 기준)을 반영한 금액이 20%이상변화한 초과하는 비임업용지중차량정비장, 자동차 세차장, 소유했던 경우에는 해당(2019년 기준) 세율
- * 소액, 자산보존지, 자동차 및 소유 확인은 세무주 및 세무대리세무주 및 동일한 주민등록세율의 배우자 및 세무주의

☒ 전년도 도시근로자 가구당 월평균소득 (11년 기준)

- 3인 이하 가구: 4,248,649원, 4인가구: 4,719,368원, 5인 이상 가구: 4,929,228원

- 단독·다가구·다세대·연립주택·아파트·오피스텔(바나나방, 휘사시절, 확장실험구)에서 주거용으로 이용되는 경우와 공·민간주택(최대면적 85㎡)이 전체주택의 5%를 초과한 경우에는 해당 지역의 가구의 경우 전용면적 50㎡ 이하 주택으로 제한
- 보증금월세 및 월세주택은 주택수 기준과 협의하여 전세주택으로 전환하여 계약할 수 있으며, 임대대상자가 될할 경우 월세 임대보증금과 주택수기준에 지급되는 월세를 일정한 가가 부담하고 1년치 가세에 해당하는 금액을 보증금으로 추가 납입

 전세금 지원 한도액

- 수도권 7천만원, 광역시 5천만원, 그 밖의 지역은 4천만원
- 폭염의 경우 수도권·광역시 5천만원, 그 밖의 지역은 4천만원
- 공동생활가정의 경우 수도권·광역시 1억원, 그 밖의 지역은 7천만원
- 치매환자 돌봄에 초과는 전세주거료 초과하는 전세금액을 입주자가 무분별 경조
 지원 하는 단, 전년도에 도당 제출한도액의 150% 이내로 제한하고 가구원의 수가
 5인 이상 시 예외인정 가능

- ※ 단, 보유자명의 변경 기타 부속 규정상 열거주주의 상호조건을 적용하여, 지분금액에 대한 이자면 환율은 동일하도록 함

* 단, 보충가설자의 경우 기존 공공건설임대주택의 임대조건을 적용하되, 지원금액에 대한 이자면 2%를 할인대로에 가산

기초주택 대입입대 **기초주택 전세입대** 신혼부부 전세입대 소년·소녀가장등 전세주택지원 취약계층 전세주택지원

 임대조건(예시)

- 임내기간**

임대기간

최초 임대기간은 2년으로 하되, 4회 재계약(2년 단위) 가능

신원방법

[illegible]

Jeollachodo



11



목적

입주대

-

임대차

유형

* 주택유형 및 공급지역에 따라 임대조건(보증금·임대료)이 다르며, 각 주택유형별·지역별로 공급가능한 세대 범위 내에서 지원

절차

▶ 지자체에서 지원대상자 명단을 나에 통보

지자체에서 지원대상자 명단을 나에 통보

▶ 내가 지원대상자에게 공급신청 사실 확인

내가 지원대상자에게 공급신청 사실 확인

나는 선정된 입주자에게 임대대상 주택 1
 저세주택 물세저세지원 임대차계약인도

나는 선정된 입주자에게 임대대상 주택
전세보증금(보증금) 임대차계약일 도

입주할 주택을 결정하고 LH와 입주대상자

입주할 주택을 결정하고 나와 입주대상자

임대차계약일로부터 지정기가 이내에 생

임대차계약일로부터 자정기가 이내에



05 취약계층 긴급주거지원

취약계층 유형(긴급복지지원법 제2조)

제1호 주소득자가 사망, 가혹 형상불행, 구급시설에 수용되는 등의 사유로 소득을 상실하고 가구 소득이 국민기초생활보장법 제5조에 따라 해당 공표되는 최저생계비 이하 "최저생계비"의 한도 이하인 경우

제2호 중한 질병 또는 무능력에 당한 경우

제3호 가구구성원으로부터 방임·유기되거나 학대 등을 당한 경우

제4호 가정폭력을 당하여 가구구성원과 함께 안전한 가정생활이 곤란하거나 가구구성원으로부터 성폭력을 당한 경우

제5호 화재 등으로 인하여 거주하는 주택 또는 건물에서 생활하기 곤란하게 된 경우

제6호 그 밖에 보건복지부장관이 정하여 고시되는 사유가 발생한 경우(보건복지부고시 제2009-102호)

1. 주소득자 및 인종의 사유로 소득을 상실하고 가구구성원의 소득이 최저생계비 이하일 때

2. 단친(친) 1개월간) 장기간에

3. 주소득자의 총인, 재산으로 가구구성원의 소득이 최저생계비 이하일 때

4. 주소득자의 실업으로 가구구성원의 소득이 최저생계비 이하일 때

취약성 심사기준(긴급복지지원법 시행령 제7조)

- 소득기준은 최저생계비의 85% 이하
- 재산 합계액은 대도시 2억 3,500만원, 중소도시 8,500만원, 농어촌 7,250만원 이하, 금융재산은 300만원 이하

2012년 최저생계비 (보건복지부 고시 2011-96호)

구분	1인 가구	2인 가구	3인 가구	4인 가구	5인 가구	6인 가구	7인 가구
금액	553,354	942,197	1,218,873	1,495,550	1,772,227	2,049,904	2,325,580

※ 1인 1인 가구, 최저생계비: 1인 553,354원 2인 942,197원 3인 1,218,873원 4인 1,495,550원 5인 1,772,227원 6인 2,049,904원 7인 2,325,580원

18



... KOREA LAND & HOUSING CORPORATION



3. 긴급복지지원제도

(1) 개요

가구의 주 소득자가 사망, 행방불명 등으로 소득을 상실하였거나, 가구 구성원이 중한 질병 또는 부상을 당하거나, 화재로 주거를 상실하는 등의 위기상황에 처하여 도움이 필요한 사람에게 신속하게 생계, 의료, 주거비 등을 지원하여 위기상황에서 벗어나 건강하고 인간다운 생활을 하도록 돕는 제도

(2) 지원대상

① 갑작스러운 위기상황으로 인하여 생계유지가 곤란한 자

지원기준 = [위기상황(사전확인) + 소득·재산기준(사후조사)]

- 위기상황 : 주 소득자가 사망, 행방불명, 구급시설에 수용되는 등의 사유로 소득을 상실하고 가구원 소득이 최저생계비 이하인 경우
 - 중한 질병 또는 부상을 당한 경우
 - 가구구성원으로부터 방임·유기되거나 학대 등을 당한 경우
 - 가정폭력 또는 가구구성원으로부터 성폭력을 당한 경우
 - 화재 등으로 거주하는 주택·건물에서 생활하기 곤란하게 된 경우
 - 주소득자와 이혼으로 소득을 상실하고 가구 구성원의 소득이 최저 생계비의 120% 이하인 경우
 - 단전되어 1개월이 경과된 때
 - 주소득자의 휴업, 폐업, 실직으로 가구의 생계유지가 곤란한 경우
- 소득기준 : 최저생계비의 150% 이하. 단, 생계지원은 최저생계비 이하
- 재산기준 : 대도시 13,500만 원, 중소도시 8,500만 원, 농어촌 7,250만 원 이하
- 금융재산 : 300만 원 이하(단, 주거지원은 500만 원 이하)

② 지원내용

종류	내용	금액
생계지원	식료품비, 의복비 등 생계유지비	1,043,800원(4인 기준)
의료지원	각종검사, 치료 등 의료비	300만 원 이내
주거지원	임시거소 제공 또는 이에 해당하는 비용지원	217,100원(농어촌, 4인 기준)
사회복지시설 이용지원	사회복지시설 입소 또는 이용비	1,251,000원(4인 기준)
교육지원	초·중·고등학생 수업료, 입학금 등 학비	초 197,700원, 중 314,800원, 고 385,700원 및 수업료, 입학금(21천 원)
그밖의 지원	연료비(10월~3월) : 85,800원	
	해산비·전기요금 : 50만 원	
	장제비 : 750,000원	

★ 동자동 쪽방주민의 체감온도1 : 국민기초생활보장제도

동자동 쪽방주민의 많은 수가 국민기초생활보장제도 수급자인데, 수급자가 수급비를 한 달에 47만 원가량을 받는다고 했을 때 쪽방 월세 20만~25만 원을 내고 부식비, 통신비, 담배 값 그리고 병원비까지 쓰고 나면 거의 돈이 남지 않는다. 저축이나 사회활동을 위해 사용하는 비용은 거의 전무할 수밖에 없게 된다.

“수급비 자체는 집구석에서만 딱 먹고 살기에 좋아. 그런데 수급비로는 자기 생활을 못 한다는 거지. 수급비는 사람을 집에 가두어 놓는다고 보면 되는 거지. 집 외의 세상을 구경할 수가 없어. 전혀 안 되지. 돈이 없는데. 가고 싶은데 못 가고, 놀고 싶은데 못 놀고. 그리고 나가서 일을 하려 해도 일을 찾아 볼 수 없는 거지.”

/ 동자동 쪽방주민의 수급비에 대한 응답

★ 동자동 쪽방주민의 체감온도2 : 의료급여제도

동자동 쪽방촌의 주민들의 상당수가 국민기초생활보장제도 수급자이기에 의료급여 수급자이기도 하다. 의료급여 수급자들은 병원 이용 시, 건강보험 비급여 서비스 비용으로 인한 어려움을 겪기도 하지만 대체로 병원 이용에 어려움을 겪지는 않는다. 하지만 만성질환의 정도가 매우 높고 복합질환도 많아 지속적인 치료와 건강 관리가 필요한데, 병원 이용에 비해 건강관리, 운동, 영양 등에 있어서는 매우 취약함을 나타낸다. 특히 의료급여 수급자가 되지 못하는 경우, 병원비 부담이나 건강보험 체납으로 병원 이용 자체가 어려운 경우도 많다.

★ 동자동 쪽방주민의 체감온도3 : 주거복지제도

쪽방주민들을 위한 주택공급 사업들이 있지만 사실상 적극적으로 참여하지 못하는 가장 큰 이유는 보증금이나 관리비 비용을 마련하기 어렵기 때문이다. 국민임대아파트의 경우에는 쪽방주민에게 보증금이 너무 높으며 그나마 쪽방주민의 접근성이 높은 매입임대주택, 전세임대주택의 경우도 최소 100만 원가량의 보증금이 없으면 입주가 불가능하다. 한 달 소득이 50만 원가량인 쪽방주민들에게 보증금 100만 원을 모으는 일은 매우 어려운 일이다. 또한 1인 가구가 다수인 쪽방에서 임대주택으로 이주할 경우, 기존의 관계나 공동체가 파괴되어 사회적 관계 단절 문제도 생겨 쉽게 선택할 수 있는 상황은 아니다.

3장 서울시 쪽방지역 보건복지서비스 제공 현황⁵⁰⁾

1. 쪽방 거주자 생활안정 지원

- 생활이 어려운 쪽방촌 주민의 생활안정 도모 및 정기적 안전점검 강화
- 주거환경 개선을 통한 취약구조 개선, 사회복지체계 연계를 통한 자립지원 강화

□ 사업개요

○ 추진근거

- 「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」 및 시행규칙 제9조
- 「2012년도 노숙인 등의 복지사업 운영 안내」(보건복지부 지침)
- 2012년 노숙인 및 쪽방거주자 보호사업 운영지원 계획
(복지건강실장 방침, '12.1.13)

○ 사업대상 : 5개 밀집지역 거주자 3,157명 /3,621개 쪽방

○ 사업내용

- 쪽방상담소 운영(5개소) : 쪽방 거주자 지원의 구심적 역할 수행
 - 행정지원 : 수급자(기초 및 의료) 지정, 말소된 주민등록 복원, 주소지 등록 등 지원
 - 기초생활지원 : 민간자원(후원) 및 푸드뱅크 등의 연계를 통한 식품, 생필품 지원, 무료급식, 이·미용, 목욕, 세탁 등 생활 편의 서비스 제공
 - 의료지원 : 보건소, 민간자원과 연계한 건강검진 및 의료서비스 제공
 - 자활·자립지원 : 공공 및 민간 취업 알선(노숙인 일자리 지원 사업 연계), 신용회복(신용 Re-start) 사업 등
 - 정서안정 및 자긍심 고취 : 생활애로 사항 등 상담, 명절공동차례상 등 문화 행사

50) 서울시 제공 자료이다.

- 소방·전기·가스시설, 전기장판 등 정기적 시설 안전점검 실시
- 생활편의시설(5개소) 및 공동작업장(2개소) 운영
- 서울형 집수리사업 연계 추진 : 보일러, 화장실, 도배, 장판, 천정누수 등
- 소요예산 : 1,018백만 원(시비 100%)

□ 추진실적

- 해빙기 쪽방 밀집지역 전기·가스시설물 안전점검 및 개·보수
 - 점검대상 : 884개소(전수 점검)
 - 점검기관 : 한국전기안전공사, 한국가스안전공사
- 쪽방상담소 운영 지원 사업 개선 추진
 - 5개 쪽방상담소의 시설 신고 완료 : '13. 2월 ~ 6월
- 쪽방상담소 표준업무 매뉴얼 제작
 - 추진기간 : '12.12.27 ~ '13.8.26
 - 제작방식 : (재)사회투자지원재단에 용역의뢰
 - 추진내용 : 쪽방상담소 업무내용 표준화, 매핑(Mapping), 민간자원 및 연계사항 등
 - 소요예산 : 19,400천 원
- 여름철 특별보호(폭염대비) 대책 시행('13. 8 ~ 9월)
 - 무더위 쉼터 운영, 목욕·샤워시설 확보 등
- 쪽방촌 희망의 집수리 사업 추진 : 68개소
 - 분야 : 화장실 개·보수 사업

■ 주요실적

구 분	세 부 내 용	실 적	
		'13. 9월	'12년
행정지원	수급자 지정, 주민등록 복원 등	3,337명	5,372명
시설물안전점검	전기·가스·소방 시설물 등	884세대	1,771세대
의료지원	무료검진, 의료서비스 연계	15,927명	20,276명
기초생활지원	식품, 생필품 지원(후원연계)	51,496건	63,281건
	무료급식, 의류제공, 이·미용서비스	56,793명	54,364명
자활·자립지원	취업연계, 신용회복	197명	220명
서울형 집수리 사업 연계	보일러, 도배, 장판, 화장실 등	68세대	85세대
정서지원 및 자긍심 고취	명절 공동차례상 행사 진행	29회	43회

□ 향후계획

- 겨울철 특별보호대책 시행('13.11월 ~ '14.2월)

참고자료 1

☐ 쪽방 거주자 현황

(‘13. 10월 말 현재)

구 별	밀집지역	쪽방 건물 수 (동)	쪽방 수 (개)	쪽방 거주자(명)			주 민 등록자 (명)	기초생활 수급자 (명)	65세 이상 홀몸노인 (명)	장애인 (명)
				계	일시	상시				
합 계	9개 지역	290	3,621	3,157	634	2,523	2,700	1,353	729	622
종로구	소 계	140	1,294	940	443	497	959	361	214	169
	돈 의 동	86	755	620	140	480	711	243	118	117
	창 신 동	54	539	320	17	303	248	118	96	52
중 구	소계	38	833	740	73	667	716	283	183	133
	남대문 경찰서 뒤	22	569	560	45	509	608	245	128	106
	연세빌딩 뒤	16	264	180	28	158	108	38	55	27
용산구	소 계	45	953	868	16	852	552	366	215	178
	동 자 동	44	888	835	16	819	519	348	193	170
	갈 월 동	1	65	33		33	33	18	22	8
영등포	소 계	67	541	609	102	507	473	343	117	142
	영등포동	41	441	500	82	418	389	280	93	106
	영등포본동	4	11	13	3	10	8	6	4	5
	문래1동	22	89	96	17	79	76	57	20	31

쪽방촌 대상 집수리사업 지원 현황

□ 서울시 지원

(단위 : 호, 천원)

년도	구 분	계	돈의동	동대문	남대문	서울역	영등포
계	가구수	369	129	37	29	55	119
	예 산	407,521	200,000	23,950	27,871	28,000	127,700
'11	가구수	281	94	32	29	52	74
	예 산	254,899	100,000	19,328	27,871	25,000	82,700
'12	가구수	88	35	5	-	3	45
	예 산	152,622	100,000	4,622	-	3,000	45,000

□ 민간 후원 연계

(단위 : 호, 천원)

년도	구 분	계	돈의동	동대문	남대문	서울역	영등포
계	가구수	410	222	1	-	37	150
	후원기관	10개 기관	4개 기관	1개 기관	-	2개 기관	4개 기관
	예 산	210,500	미상	미상	-	45,000	165,500
'11	가구수	85	79	-	-	-	6
	후원기관	4개 기관	한국해비타트 서울시자원봉사 센터	-	-	-	한국에너지재단 한국건축시공기 술사협회
	예 산	12,500	미상	-	-	-	12,500
'12	가구수	6	1	1	-	-	4
	후원기관	2개 기관	문화시민연대 (행정과 지원 공익사업)	문화시민연대 (행정과 지원 공익사업)	-	-	한국에너지재단
	예 산	3,000	미상	미상	-	-	3,000
'13	가구수	319	142	-	-	37	140
	후원기관	4개 기관	삼성사회봉사단	-	-	정해복지재단 주거복지재단	한국전기안전공 사
	예 산	195,000	미상	-	-	45,000	150,000

'12~'13년 겨울철 특별보호대책 실적

□ 서울형 집수리 사업(~'12.11월 말)

자치구	수리 대상			집행액(원)	참여업체
	목표	수리	달성률(%)		
계	114	88	77.2	86,927,250	5개 업체
종로구	55	48	87.3	38,927,250	서울주거복지사업단 (주)일촌나눔하우스
중구	-	-	-	-	-
용산구	14	8	57.1	3,000,000	아키테리어 금빛가람 KH리모델링
영등포구	45	32	71.1	45,000,000	(주)희망하우스

□ 전기·가스 시설물 안전점검 결과

○ 전기

자치구	지역	점검일	시설수			개보수					집행액 (원)
			적합	부적합		누전·배선 용 차단기 등	스위치	부점등	노후 전기선	기타 (경미한 수리)	
계			618	617	1	44	8	4	3	14	16,940,000
종로구	돈의동	12.11.26	87	87		3	2	1	3		2,392,500
	창신동	12.11.21	61	61		20	1	3			1,677,500
중구	남대문	12.11.21	80	79	1	6	2				2,200,000
용산구	용산	12.11.21	288	288		10	3			11	7,920,000
영등포구	영등포	12.12.12	102	102		5				3	2,750,000

○ 가스

자치구	지역	점검일	시설 수	결과		개보수					집행액 (원)
				적합	부적 합	자동 차단기	중간 밸브	고무 호스	시설 철거	기타 (경미한 수리)	
계			266	193	63	0	0	28	7	19	5,559,400
종로구	돈의동	12.11.26	87	87							1,818,300
	창신동	12.11.27	25	10	15						522,500
중구	남대문	12.11.28	40	24	6				6	6	836,000
용산구	용산	12.11.30	43	33	10				1	9	898,700
영등포구	영등포	12.11.28	71	39	32			28		4	1,483,900

□ 응급구호방 운영

자치구	지역	운영가구 수	집행액(원)	비고
계		9	5,970,000	
종로구	돈의동			
	창신동			
중구	남대문	4	980,000	응급주거지원
용산구	용산	3	990,000	응급주거지원
영등포구	영등포	2	400,000	보일러 고장

□ 건강관리

○ 방문진료

자치구	지역	진료인원	의료기관 연계		
			추가검진	통원	입원
계		364	9	30	16
종로구	돈의동	191		6	
	창신동	124		-	
중구	남대문	16	1	9	6
용산구	용산	16	8	8	
영등포구	영등포	17		7	10

○ 민간 의료봉사활동 연계

자치구	지역	단체	진료횟수	진료인원	의료기관 연계
계		7개 단체	27	1,440	6
종로구	돈의동	행동하는의사회	6	271	-
	창신동	삼일교회 의료선교부	3	177	-
		남서울평촌교회 의료선교부	1	43	-
중구	남대문	서울시의사회	3	203	-
용산구	용산	푸른교회 의료선교팀	2	200	-
영등포구	영등포	아름다운사람들의모임	6	261	1
		서울기독봉사회	6	285	5

□ 식품·생필품 후원 연계 실적

자치구	지역	후원기관 (횟수)	물품내역	환가액(천원)
계		87		506,017
종로구	돈의동	13	식료품세트, 미니케익, 책, 겨울점퍼, 라면, 햇반, 양말, 쌀, 84,990 가래떡, 생필품세트	
	창신동	29	김치, 반찬세트, 전기주전자, 이불, 패드, 내복, 라면, 85,581 의약품, 도시락, 부탄가스, 목도리&장갑, 빵, 양말, 음료수, 의류, 쌀, 가래떡, 쇠고기	
중구	남대문	15	라면, 생필품세트, 전기난로, 쌀, 즉석국세트, 햄, 방한복 104,420	
용산구	용산	10	내복, 칫솔&치약, 연탄, 방한복, 쌀, 밥, 생필품세트, 김치, 101,193 이불, 참치, 가래떡	
영등포구	영등포	20	연탄, 생필품, 기름(등유), LPG, 이불, 내복, 김치, 양말, 쌀 129,833	

※ 서울시 주관 침구류 후원 연계 : 무릎담요 1,006개, 거위털 이불 311개, 베개 589개

- 전달시기 : 12.7(금)

□ 순찰횟수

자치구	지역	전담순찰팀		쪽방안전지킴이		특이사항 발견 및 조치 횟수
		횟수	인원	횟수	인원	
계		391	570	844	1,073	23
종로구	돈의동	89	140	137	227	5
	창신동	76	140	229	308	1
중구	남대문	81	81	162	162	3
용산구	용산	64	128	235	294	8
영등포구	영등포	81	81	81	82	6

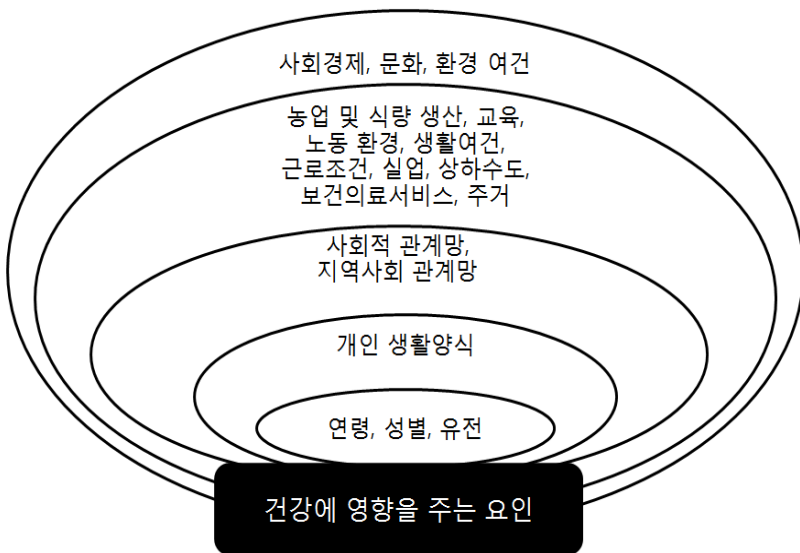
제Ⅴ부

건강의 사회적 결정요인

1장 건강은 얼마나 사회적인가⁵¹⁾

건강이 얼마나 사회적인가 따지기 전에 건강과 보건의료(또는 보건의료 서비스)는 다르다는 것을 지적해야 하겠다. 보건의료는 건강을 보호하거나 향상시키는 데 필요한 건강 증진, 예방, 치료, 질병 관리, 재활, 보호 등을 의미한다. 특히 보건의료 전문직 혹은 그와 관련된 인력이 시행하는 것을 가리킨다. 따라서 보건의료는 건강을 산출하는 데 기여하는 한 가지 요인일 뿐이다.

한 가지 원인이 병을 일으킨다는 것은 결핵균을 발견한 코흐가 증명한 것이다. 그러나 현실에서 한 가지 요인으로 건강과 질병 발생을 설명하는 것은 불가능하다. 건강과 질병을 결정하는 것은 단일한 요인만도 외부적 요인만도 아니라는 주장이 대세다. 특히 만성질환이 건강 문제의 대부분을 차지하게 된 20세기 후반기 이후부터는 ‘다모요인설’이 질병 발생을 설명하는 주된 이론이 되었다.



* 그림 출처 : 달그렌과 화이트헤드(1991)⁵²⁾

51) 출처 : 김창엽, 2013, 「건강할 권리」, 27-33쪽, 후마니타스(저자의 허락하에 전체 절을 인용함)
52) 이 그림은 단행본 「건강할 권리」와 무관하게 실무진이 추가하였다.

여기서는 주로 사회적 요인을 다룰 참이지만, 생물학적 요인이 건강과 질병에 심대한 영향을 미친다는 것은 확실하다. 아직도 중요한 건강 문제인 전염병을 생각하면 된다. 사회적 요인이나 환경이 같이 작용하지만, 외부의 미생물과 침입을 받는 쪽(사람)의 면역력을 포함해 생물학적 요인이 매우 중요한 역할을 한다.

생물학적 요인이 중요하다는 것은 개인의 건강이나 질병 경험, 또는 회복 경험 때문에 설득력이 강하다. 특히 개인적으로는 더욱 그렇다. 구체적인 건강과 질병 현상을 두고 행태(예를 들어 흡연, 운동, 음주 등)나 사회적 요인, 정신적 요인 등으로 설명하는 것이 쉽지 않기 때문이다. 예를 들어, 비슷하게 담배를 피웠는데도 어떤 사람은 폐암에 걸리고 다른 사람은 장수한다. 각 개인에게는 생물학적인 설명(예를 들어 유전자나 면역력)이 훨씬 설득력이 높을 것이다.

그러나 생물학적 요인의 중요성이나 기여도는 과장되어 있는 것이 확실하다. 미국 스탠퍼드 대학 의대 교수인 보츠가 추정한 결과로는 가장 대표적인 생물학적 요인인 유전도 인간 수명의 15~20퍼센트 정도만을 설명할 수 있을 뿐이다. 대부분의 생물학적 요인은 다른 요인들과 합해지거나 다른 요인들을 통해서 영향을 미친다.

생물학적 요인과 대비되는 것이 사회적 요인이다. 세계보건기구의 ‘건강의 사회적 결정 요인 위원회’는 2008년 펴낸 최종 보고서에서 사회적 결정 요인을 ‘총체적’ 시각에서 정의했다. 위원회는 “빈곤층의 낮은 건강 수준, 국가 내에서 나타나는 건강의 사회적 격차, 현저한 국가 간의 건강 불평등은 국가적·국제적으로 존재하는 권력, 소득, 물자, 서비스의 불평등한 분포 때문에 생긴다”고 설명한다.

권력과 소득, 물자 등의 불평등한 분포는 사람이 살아가는 직접적이고 가시적인 환경, 즉 의료, 학교, 교육 등에 대한 접근과 노동, 여가, 가정, 거주 지역의 조건에 불공정성을 초래한다. 이런 식으로 규정하면 건강에 영향을 주는 사회적 요인들이 모두 망라된다. 세계보건기구의 정의는 건강에 영향을 미치는 국가적·국제적 요인, 즉 주로 거시 요인에 초점을 두었다.

이에 비해 좀 더 미시적 차원에서 사회적 결정 요인을 규정할 수도 있다. 영국 런던 대학의 브루너와 마멋 교수 팀이 설명한 것을 보자. 두 사람은 질병이라는 최종

적인 결과는 생물학적 현상이지만 이것이 사회적 맥락 속에 있다고 본다. 사회구조가 질병과 사망, 안녕에 영향을 미치는데, 그 작용은 물질적 요인, 사회 환경, 노동환경이라는 세 가지 경로를 통한다. 그중 물질적 요인은 직접 건강에 영향을 미친다. 이에 비해 사회 환경은 개인의 행동과 습관을 통해, 그리고 노동환경은 심리적 요인을 통해 건강에 영향을 미친다. 사회 환경과 노동환경은 중간에 심리, 행태 요인을 거치는 것이 특징이다.

어느 쪽을 보나 건강에 영향을 미치는 가장 중요한 사회적 요인은 소득, 교육, 직업적 지위 등이다. 많은 조사와 분석, 연구가 일관되게 이들 변수와 건강의 관련성을 증명한다. 한국도 예외가 아니어서, 2000년 이후 많은 증거가 모였다.

우선, 소득과 건강의 관계는 명확하다. 비교적 최근의 예를 보더라도, 1998년 경제 위기 이후 소득 감소와 불평등 악화가 건강에 직접 영향을 미쳤다. 경제 위기가 없을 때도 마찬가지다. 울산대 강영호 교수팀의 연구(2009)에 기초하면, 가구 소득을 다섯 단계로 나눌 때 최저 소득 가구에 속하는 사람들의 사망률이 최고 소득 가구에 비해 1.56배 더 높다. 다른 조건을 같게 하고도 소득수준과 사망률은 정확하게 반비례한다.

건강 불평등에 영향을 미치는 또 하나의 핵심 요인은 교육이다. 앞에서 인용한 연구에서는 교육 수준의 차이에 따른 건강 격차가 소득보다 더 뚜렷하다. 고등학교 졸업 이상의 학력에 비해 무학인 사람의 사망률이 2.47배나 더 높다. 교육은 소득수준을 결정하고 소득은 다시 건강에 영향을 미친다. 교육이 소득을 통해 건강에 영향을 주는 것이다.

교육은 소득과 무관하게 그 자체로 직접 건강에 영향을 미친다는 점이 중요하다. 교육은 인지 기능을 향상시키고 인지적 요소는 건강 행태와 생활 습관에 영향을 미친다. 교육이 인지 기능을 통해 건강을 증진시킬 수 있다는 뜻이다. 같은 소득에서도 교육 수준이 높을 경우 건강 수준이 향상된다는 연구 결과는 이런 경로를 통한 것이다. 소득수준에 비해 여성의 교육 수준이 높은 인도 케랄라 주에서 영아 사망률이 매우 낮다는 사실은 국제적으로 유명하다.

소득이나 교육에 비하면 다소 미시적이지만, 노동과 작업환경도 중요한 사회적

요인이다. 이 가운데에 비정규직의 문제는 충분히 잘 알려져 있다. 흔히 물질적 조건이 불리하다는 것을 문제 삼지만, 소득이 같은 경우에도 비정규직의 건강이 더 나쁘다. 신체적 건강은 물론이고 정신적·심리적 건강도 악영향을 받는 것이 보통이다.

작업환경과 노동조건도 건강과 건강 불평등을 설명하는 데에 빼놓을 수 없다. 전통적인 건강 위험 요인인 장시간 노동이나 불안정한 작업 환경은 당연하다. 아울러 변화된 노동과정으로 인한 사회심리적 스트레스도 건강 불평등을 초래하는 중요한 원인으로 작용한다.

정책으로 연결될 때는 전통적인 위험 요인을 개선하는 것과 함께 새로운 요인들에 대한 대책을 마련해야 한다. 특히 사회심리적 스트레스는 노동조직 및 노동과정과 직접 연관된다. 미시적인 접근뿐만 아니라 노동과정에 대한 참여 혹은 민주화라는 근본적 문제를 동시에 제기한다.

이 밖에 주거 조건, 지역사회 특성, 환경적 요인 등이 건강과 건강 불평등에 영향을 주는 요인이다. 최근 외국에서 수행된 많은 연구들이 이런 요인 역시 건강을 결정하고 건강 불평등을 만드는 데 중요하게 작용한다는 것을 보여 준다.

조금 혼란스러운 것이 보건의료 서비스다. 보건의료는 생물학적 요인에 직접 영향을 주기 때문에 사회적 요인은 아닌 것처럼 보기 쉽다. 하지만 세계보건기구가 규정한 것에 기초하면 보건의료 서비스도 건강과 건강 불평등에 영향을 미치는 사회적 요인에 들어간다. 보건의료 서비스가 제도와 정책의 결과물이므로 사회적 요인으로 분류한 것이다.

보건의료 서비스가 건강에 어떤 영향을 미치는가에 대해서는 여전히 불확실한 점이 많이 남아 있다. 특히 『의학의 역할』을 쓴 영국의 사회의학자인 토머스 매케이언이 연구한 결과는 의료계에 큰 충격을 주었다. 유럽에서 현대 의학이 확립되기 이전에 이루어진 건강 수준 향상의 대부분이 의료 때문이 아니라 영양 공급이 증가했기 때문이었다는 것이다.

하지만 보건의료 서비스는 다양한 경로를 통해 건강과 형평성에 영향을 미칠 수 있다. 최근에는 효과가 입증된 보건의료 서비스가 건강 수준 향상에 직접 기여한

다는 주장이 많다. 신생아 중환자의 치료, 심장병 수술 등이 사람들의 생명을 연장하는 데에 크게 기여했다는 것이다.

보건의료 서비스가 건강에 영향을 미치는 경로는 몇 가지로 나누어진다. 우선 경제적 요소를 포함한 다양한 접근성이 영향을 미친다. 보건의료 서비스를 받아야 하는데도 서비스를 이용할 수 없으면 건강 수준이 악화되는 것은 당연하다. 물론 여기에는 보건의료 이외의 사회적 결정 요인이 다시 원인으로 작용한다. 실업과 소득 감소, 부담 능력을 넘는 의료비 지출 등이 그것이다. 또한 시설이나 인력과 같은 보건의료 자원이 제대로 없는 것도 접근성에 영향을 준다.

접근성 수준이 같아도 보건의료의 질적 수준이 다른 것이 건강에 영향을 미칠 수 있다. 2004년 미국 『뉴잉글랜드 저널 오브 메디슨』에는 일차 진료의 질적 수준이 인종에 따라 달라진다는 논문이 실렸다. 일차 진료를 담당하는 의사들에게 설문 조사를 한 결과, 환자에게 양질의 의료를 제공하지 못했다고 응답한 비율이 백인 환자에서는 19퍼센트였던 반면 흑인 환자에서는 28퍼센트에 이르렀다. 인종(이 역시 사회경제적 요인이다)이라는 요인 때문에 건강이 달라진 것이다.

엄밀하게 말하면 건강과 질병 현상은 여러 요인이 복합적으로 작용한 결과다. 그러나 생물학적 요인으로 설명하고 이해하는 것이 여전히 주류의 자리를 차지하고 있다. 여기에다 이제 사회적 관점을 보태야 한다. 미생물의 침입을 막고 유전적 결함을 고치는 것으로는 충분하지 않다. 소득과 교육, 노동과 주거가 모두 개입과 변화의 대상이다.

2장 2008 세계보건기구 ‘건강의 사회적 결정 요인 위원회’의 보고서 「한 세대 내 건강 격차 줄이기」의 총괄 권고 및 행동 원칙

〈총괄 권고〉

1. 일상생활 조건을 개선하라

소녀와 여성의 안녕을 증진하고 아이의 출생 조건을 개선하라. 초기 아동 발달과 청소년 교육을 크게 강조하고, 삶과 노동 조건을 개선하며, 모든 사람을 지원하는 사회보호정책을 수립하고 번영하는 장수의 삶을 위한 조건을 형성하라. 이들 목적을 달성하는 정책은 시민사회, 정부, 전 지구적 기관을 포함할 것이다.

(1) 출발에서부터 공정하기

활동 영역1 : 사회적·정서적·언어적·인지적 발달을 포함하기 위해 현존하는 아동 생존 프로그램과 확대되고 있는 생애 초기 개입 위에 구축하는 포괄적인 생애 초기 접근법에 전념하고 실행하라.

건강의 사회적 결정 요인 위원회는 다음 사항을 권고한다.

- 1.1. 세계보건기구와 유엔아동기금은 포괄적인 아동 초기 발달 접근법 같은 정책의 일관성을 확보하기 위해 기구 간 장치를 구축한다.
- 1.2. 정부는 사람들이 양질의 아동 초기 발달 프로그램과 아동, 모성, 돌봄제공자를 위한 서비스를 포함하는 포괄적 패키지를 지불능력과 상관없이 이용할 수 있도록 보편적 보장을 구축하라.

활동 영역2 : 아동 초기 발달에 대한 원칙(신체적, 사회적, 정서적, 언어적, 인지적 발달)을 담아내도록 교육의 제공과 범위를 확대하라.

건강의 사회적 결정 요인 위원회는 다음 사항을 권고한다.

- 1.3. 세계보건기구와 유엔아동기금은 포괄적인 아동 초기 발달 접근법 같은 정책의 일관성을 확보하기 위해 기구 간 장치를 구축한다.
- 1.4. 정부는 사람들이 지불능력과 상관없이 양질의 아동 초기 발달 프로그램과 아동, 모성, 돌봄제공자를 위한 서비스의 포괄적 패키지를 이용할 수 있도록 보편적 보장을 구축하라.

(2) 건강한 장소와 건강한 사람들

활동 영역1 : 건강과 건강 형평성을 도시 거버넌스와 도시 계획의 중심에 두어라.

건강의 사회적 결정 요인 위원회는 다음 사항을 권고한다.

- 2.1. 지역 정부, 시민사회는 지역의 참여 거버넌스 장치를 구축하여 지역사회와 지역 정부가 한층 건강하고 안전한 도시를 구축하는 데 협력하게 만든다.
- 2.2. 시민사회와 협력하는 중앙 정부와 지역 정부는 도시 개발을 관리하여 지불 가능한 양질의 주거를 더욱 이용 가능하게 한다. 우선적으로 필요한 곳이라면 유엔 해비타트의 지원을 받아 지불능력과 상관없이 전기, 상하수도, 포장 도로를 제공하는 등의 도시 슬럼 개선에 투자하라.
- 2.3. 지역 정부와 시민 사회는 교통 투자를 통해 신체 활동을 증진시키도록 도시 지역을 기획, 설계한다. 식품 이용가능성과 접근성을 관리하는 소매점 계획을 통해 건강한 식이를 장려한다. 알코올 판매점 수를 통제하는 등의 좋은 환경 설계와 규제적 통제를 통해 폭력과 범죄를 감소시킨다.

활동 영역2 : 시골 지역의 빈곤, 토지 무소유, 고향 떠남으로 이끄는 배제 정책과 과정을 해결하는 시골 지역 개발에 지속적인 투자를 하여 시골 지역과 도시 지역 사이의 건강 형평성을 개선하라.

건강의 사회적 결정 요인 위원회는 다음 사항을 권고한다.

- 2.4. 중앙 정부와 지역 정부는 시골 지역 토지의 보유와 권리, 시골 지역 일자리 기회, 농촌 개발과 국제 교역의 공정성, 건강과 교육 그리고 서비스를 비롯한 시골 지역 인프라, 시골 지역에서 도시 지역으로 간 이주민의 건강 보호 정책에 주목하는 정책과 프로그램을 개발, 실행한다.

활동 영역3 : 기후 변화 및 여타 환경 변화에 대응하는 경제 정책과 사회 정책이 건강 형평성을 고려하도록 보장하라.

건강의 사회적 결정 요인 위원회는 다음 사항을 권고한다.

- 2.5. 국제 기구와 중앙 정부는 기후변화에 관한 정부 간 패널의 권고사항에 기초하여 기후 변화에 관한 대처와 완화에 연관된 농업, 교통, 연료, 건축, 산업, 쓰레기 정책이 건강 형평성에 미치는 영향을 고려한다.

(3) 공정한 고용과 괜찮은 일자리

활동 영역1 : 완전하고 공정한 고용과 괜찮은 일자리를 일국적이고 국제적인 사회적·경제적 정책결정의 핵심 목적이 되게 하라.

건강의 사회적 결정 요인 위원회는 다음 사항을 권고한다.

3.1. 고용과 일자리 관련 정책, 입법, 프로그램 형성에서의 노동자 대표성이 강화된 완전하고 공정한 고용과 관참은 일자리는 국제기관의 공통 목표, 국가 정책 의제와 개발 전략의 핵심 부분이 된다.

활동 영역2 : 건강 형평성 달성은 모든 이에게 안전하고 안정적이며 공정한 급료가 지불되는 일자리, 연중 일자리 기회, 건강한 노동-삶의 균형을 필요로 한다.

건강의 사회적 결정 요인 위원회는 다음 사항을 권고한다.

3.2. 중앙 정부는 안정적인 일자리와 건강 생활에 필요한 실제 비용을 고려한 생활 임금을 제공하는 경제정책과 사회정책을 개발, 실행하라.

3.3. 모든 노동자에게 공정한 고용과 관참은 일자리 표준을 개선하고 강화하는 규제 장치를 실행하기 위해 공공 역량을 강화한다.

3.4. 정부는 실제 생활 비용, 사회 안전망, 부모 지원에 근거한 임금을 보장하는 정책과 입법을 통해 비공식 일자리, 임시직, 파트타임 일자리를 비롯한 불안정한 일자리 현실에서 사람들의 불안정을 감소시킨다.

활동 영역3 : 모든 노동자가 위험 물질, 작업 관련 스트레스, 건강 손상 행태에 노출되는 것을 감소시키도록 노동 여건을 개선하라.

건강의 사회적 결정 요인 위원회는 다음 사항을 권고한다.

3.5. 중앙 정부는 안정적인 일자리와 건강 생활에 필요한 실제 비용을 고려한 생활 임금을 제공하는 경제정책과 사회정책을 개발, 실행하라.

3.6. 모든 노동자에게 공정한 고용과 관참은 일자리 표준을 개선하고 강화하는 규제 장치를 실행하기 위해 공공 역량을 강화한다.

3.7. 직업안전보건 정책과 프로그램을 공식, 비공식 노동자에게 모두 적용하고 그 범위를 위해 물질에 대한 노출뿐 아니라 작업 관련 스트레스 요인과 행태까지 확장한다.

(4) 평생 사회 보호

활동 영역1 : 모든 이의 건강한 생활에 충분한 소득 수준을 지원하는 보편적이고 포괄적인 사회보호정책을 설립하고 강화하라.

건강의 사회적 결정 요인 위원회는 다음 사항을 권고한다.

4.1. 정부는 시민사회 조직의 지원과 더불어 고용주와 적절히 협력하여 보편적 사회보호체계를 구축하고 건강한 생활에 충분한 보장 수준으로 증가시킨다.

4.2. 정부는 시민사회 조직의 지원과 더불어 고용주와 적절히 협력하여 보편적 체계망을 빠져나가는 사람들을 지원하는 것을 목표로 한다.

활동 영역2 : 관례적으로 배제된 사람들에게 사회보호체계를 확대한다.

건강의 사회적 결정 요인 위원회는 다음 사항을 권고한다.

4.3. 정부는 시민사회 조직의 지원과 더불어 고용주와 적절히 협력하여 비공식 일자리, 주부, 돌봄 노동을 비롯한 불안정 일자리에 있는 사람들을 포함하도록 확장된 사회보호체계를 보장한다.

(5) 보편적 보건의료

활동 영역1 : 형평성 원칙, 질병예방 원칙, 건강 증진 원칙에 기초한 보건의료 체계를 구축하라.

건강의 사회적 결정 요인 위원회는 다음 사항을 권고한다.

5.1. 중앙 정부는 시민사회 조직의 지원을 받아 일차보건의료에 초점을 두는 보편적인 양질의 서비스 보장 원칙 위에 보건의료 서비스를 구축한다.

활동 영역2 : 공평한 보건의료 재정을 보장하라.

건강의 사회적 결정 요인 위원회는 다음 사항을 권고한다.

5.2. 중앙 정부는 조세 기반 재정 혹은 보험 기반 재정을 중심으로, 지불능력과 무관한 보편적인 보건의료 보장을 확인하고 환자본인 부담을 최소화하는 보건의료체계 재정에서 공공 영역의 리더십을 보장한다.

활동 영역3 : 보건 인력을 구축, 강화하고 건강의 사회적 결정요인에 영향에 대한 활동 역량을 확대한다.

건강의 사회적 결정 요인 위원회는 다음 사항을 권고한다.

5.3. 중앙 정부는 시골 지역과 도시 지역 간 인력 비율이 균형을 이루도록 의료 인력과 보건 인력에 투자를 증대한다.

5.4. 국제기구와 중앙 정부는 보건 인력 자원 증가, 훈련의 투자에 중점을 두어 보건 인력 자원의 해외 유출을 해결한다.

2. 권력, 돈, 자원의 불공평한 분배를 해결하라

건강 불평등과 불평등한 일상조건을 다루기 위해 사회의 조직 방식에서 불평등을 해결하는 게 필요하다. 이는 헌신하고 능력 있으며 적절하게 자원 조달하는 강

력한 공공 영역을 요구한다. 또한 강력한 정부 그 이상으로 강화된 거버넌스, 즉 시민사회 지원, 책무성 갖는 민간 영역 지원, 공익에 대한 대중의 동의, 집합적 행동 가치에 대한 대중의 재투자 동의를 위한 합법성, 공간, 지원이 필요하다. 지구화된 세계에서 형평성에 몰두하는 거버넌스는 지역 사회 수준에서부터 전 지구적 기관 까지 동등하게 필요하다.

(1) 모든 정책, 체계, 프로그램에서의 건강형평성

활동 영역1 : 건강과 건강형평성에 대한 활동 책임을 정부 최고위층에 부과하고 모든 정책에 걸쳐 일관되게 고려하도록 보장하라.

건강의 사회적 결정 요인 위원회는 다음 사항을 권고한다.

- 1.1. 의회 및 동등한 감시 기구는 정부 성과의 측정도구로서 건강의 사회적 결정요인에 대한 활동을 통한 건강형평성 개선 목적을 채택한다.
- 1.2. 중앙 정부는 의회에게 책무성을 갖는 전체 정부의 장치를 구축하라.
- 1.3. 사회적 결정요인과 건강형평성 지표 모니터링을 제도화하고 재정을 비롯한 모든 정부 정책의 건강형평성 영향 평가를 이용한다.

활동 영역 2 : 보건 분야의 권리를 확보하라. 보건부의 정책과 실용적 기능에 걸쳐 사회적 결정 요인 틀을 채택하고 정부 내 사회적 결정요인 접근법을 지원하는 주도적 역할을 강화하라.

건강의 사회적 결정 요인 위원회는 다음 사항을 권고한다.

- 1.4. 보건 분야는 보건부가 리더십을 발휘하여 건강의 사회적 결정요인 접근법을 포함하도록 건강 증진, 질병 예방, 보건 의료에서의 정책과 프로그램을 확대한다.
- 1.5. 세계보건기구는 건강의 사회적 결정요인 틀로 작업하고 정부 내 사회적 결정요인 접근법을 지원하는 데에 주도적 역할을 하도록 보건부의 지식과 역량 개발을 지원한다.

(2) 공정한 재정

활동 영역1 : 건강의 사회적 결정요인에 대한 활동을 위해 공적 재정을 강화하라.

건강의 사회적 결정 요인 위원회는 다음 사항을 권고한다.

- 2.1. 공여자, 다자간 기구, 당사국은 진보적인 조세를 위한 국가 역량을 구축하고 강화한다.
- 2.2. 특수한 건강 세금과 세계적 조세 방안을 비롯하여 새로운 일국적·세계적 공공 재정 장치를 개발한다.

활동 영역2 : 건강형평성을 위한 국제 재정을 증가시키고 건강의 사회적 결정요인 활동 틀을 통해 증대된 재정을 조정하라.

건강의 사회적 결정 요인 위원회는 다음 사항을 권고한다.

2.3. 공여국들은 GDP의 0.7%에 이르도록 원조를 증가시켜 기존 활동을 지원하고 다자간 부채 경감 사업을 확대하며 건강의 사회적 결정요인 틀을 통한 원조 활동을 조정한다.

2.4. 국제재정기관은 미래의 지속 불가능한 부채를 피할 수 있도록 국제적 채무 관계를 위한 투명성 조건과 여건을 확보한다.

활동 영역3 : 건강의 사회적 결정요인에 대한 활동을 위해 정부 자원을 공정하게 할당하라.

건강의 사회적 결정 요인 위원회는 다음 사항을 권고한다.

2.5. 중앙 정부, 지역 정부, 시민사회는 건강의 사회적 결정요인에 대한 활동 예산을 할당하는 정부 장치를 구축한다.

2.6. 형평성 지표 등을 사용하여 공공 자원을 지역, 사회단체 간에 형평적으로 할당하고 감시한다.

(3) 시장 책임

활동 영역1 : 일국적·국제적 경제 협정 및 정책 결정에서 건강 및 건강형평성 영향의 고려를 제도화하라.

건강의 사회적 결정 요인 위원회는 다음 사항을 권고한다.

3.1. 세계보건기구는 당사국을 지원하는 여타 다자간 기구와 협력하여 세계적으로, 일국적으로 주요 세계적·지역적·양자간 경제 협정의 건강형평성 영향 평가를 제도화한다.

3.2. 정부의 정책생성 기구는 세계보건기구의 지원을 받아 일국적·국제적 경제정책 협상에서 공중보건의 대표성을 확보하고 강화한다.

활동 영역2 : 상하수도과 같은 건강에 필수적인 기초 서비스의 제공, 담배와 술과 식품과 같은 건강에 중요한 영향을 미치는 재화와 서비스의 규제에서 국가의 일차적 역할을 강화하라.

건강의 사회적 결정 요인 위원회는 다음 사항을 권고한다.

3.3. 중앙 정부는 관련 다자간 기구와 협력하여 핵심적인 건강 관련 재화와 서비스 제공, 건강을 악화시키는 상품 통제에서 공공 영역의 리더십을 강화한다.

(4) 성 평등

활동 영역1 : 법과 그 집행, 조직 운영 방식, 개입 설계 방식, 일국의 경제적 성과 측정 방식과 같은 사회 구조에서 성별 불평등을 해결하라.

건강의 사회적 결정 요인 위원회는 다음 사항을 권고한다.

- 4.1. 정부는 성 평등을 증진하는 입법을 만들고 시행하며 불법적인 성별 불평등을 판별한다.
- 4.2. 정부와 국제기관은 강제적으로 정책, 프로그램, 제도의 성 평등에 대한 의미에 대해 분석하고 활동하도록 성 평등 기구를 위한 적절하고 장기적인 재원조달을 수립하고 제공한다.
- 4.3. 정부는 가사일, 돌봄 노동, 자원봉사의 국가계정에 대한 경제적 기여를 포함하고 비공식 일자리를 포괄하도록 강제한다.

활동 영역2 : 교육과 기술의 격차를 줄이고 여성의 경제 참여를 지원하는 정책과 프로그램을 개발하고 재원 조달하라.

건강의 사회적 결정 요인 위원회는 다음 사항을 권고한다.

- 4.4. 정부와 공여자는 공식 교육, 직업 교육, 훈련에의 투자를 통해 소녀와 여성의 역량을 확대하는 데 투자한다.
- 4.5. 정부와 고용주는 모든 수준에서의 고용 기회를 동등하게 보장하면서 법률로써, 그리고 남성과 여성이 동등한 방식으로 돌봄 책임을 갖는 가족 친화적 정책을 설정함으로써 공정한 급료가 보장되도록 경제적 역할에서의 여성을 지원한다.

활동 영역3 : 성 건강과 재생산 건강 및 권리를 보편적으로 다루는 데 전념함을 재확인한다.

건강의 사회적 결정 요인 위원회는 다음 사항을 권고한다.

- 4.6. 정부, 공여자, 국제 조직, 시민사회는 보편적 보장을 구축하면서 성 건강 및 재생산 건강 서비스와 프로그램에 대한 정치적 전념과 투자를 증가시킨다.

(5) 정치적 임파워먼트 - 포함과 목소리

활동 영역1 : 특히 건강형평성에 대한 효과와 관련해, 사회의 작동 방식에 대한 의사결정에서 공정한 대표성을 통해 사회의 모든 집단에게 권한을 부여하고 정책 결정에 사회적으로 포괄하는 틀을 형성하고 유지하라.

건강의 사회적 결정 요인 위원회는 다음 사항을 권고한다.

- 5.1. 중앙 정부는 모든 사람이 동등하게 포함하도록 보장하는 정치체제와 법률체계를 강화한다.
- 5.2. 중앙 정부는 사람들이 필요, 청구, 권리를 대변하도록 권한을 부여하는 정책, 입법, 프로그램에서 주변화된 단체, 특히 선주민을 인정, 정당화, 지원한다.
- 5.3. 중앙 정부와 지역 정부는 건강에 영향을 주는 의사결정과 후속 프로그램 및 서비스 전달과 평가에서 모든 단체의 공정한 대표성을 보장한다.

활동 영역2 : 건강형평성에 영향을 주는 정치적·사회적 권리를 증진, 실현하는 방식에서 시민사회가 조직하고 활동하도록 만들어라.

건강의 사회적 결정 요인 위원회는 다음 사항을 권고한다.

- 5.4. 아래로부터의 풀뿌리 접근법을 통한 건강형평성 활동을 위한 권한 부여는 시민사회가 건강형평성 방향의 사업을 발전, 강화, 실행하는 데에 지원을 필요로 한다.

(6) 좋은 전 지구적 거버넌스

활동 영역1 : 건강형평성을 전 지구적 개발 목적으로 만들고, 개발에 대한 다자간 활동을 강화하기 위해 건강의 사회적 결정 요인 틀로 채택하라.

건강의 사회적 결정 요인 위원회는 다음 사항을 권고한다.

- 6.1. 세계보건기구가 지원하는 경제사회이사회는 일국적, 국가간 양쪽에서 진보를 모니터링하는 적절한 지표와 더불어 2010년까지 UN이 건강형평성을 핵심적인 전 지구적 개발 목적으로서 채택함을 고려하도록 준비해야 한다.
- 6.2. 세계보건기구가 지원하는 경제사회이사회는 2010년까지 UN이 모든 적절한 다자간 기구와 시민사회 이해관계자, 정기적 보고를 비롯하여 건강의 사회적 결정 요인 작업단의 구축을 고려하도록 준비해야 한다.

활동 영역2 : 세계보건기구 부처와 국가 프로그램에서 지도 원칙으로 건강의 사회적 결정 요인을 제도화하면서 그것에 대한 전 지구적 활동에서 세계보건기구의 리더십을 강화하라.

건강의 사회적 결정 요인 위원회는 다음 사항을 권고한다.

- 6.3. 세계보건기구는 모든 작업 영역에서, 본부에서부터 국가 수준까지 건강의 사회적 결정 요인 접근법을 제도화한다.

3. 문제를 측정하고 이해하라

일국에서, 전 지구적 수준에서 문제의 존재를 인정하고 건강불평등의 측정을 보장하는 것은 행동을 위해 중요하다. WHO가 지원하는 국민정부, 국제조직은 건강 불평등과 건강의 사회적 결정요인을 일상적으로 모니터링하는 일국적, 전 지구적 건강형평성 감시체계를 구축해야 하고 정책과 행동에 대한 건강형평성 영향을 평가해야 한다. 건강 불평등에 효과적으로 행동하는 조직과 역량을 형성하기 위해 정책결정자와 보건실천가의 훈련, 건강의 사회적 결정요인의 공적 이해에 대한 투자가 필요하다. 또한 보건학 연구에서 사회적 결정요인에 더욱 강력하게 집중할 필요가 있다.

(1) 건강의 사회적 결정요인에 대한 모니터링, 훈련, 연구

활동 영역1 : 건강형평성과 건강의 사회적 결정 요인을 위한 일상적인 모니터링 체계가 지역적으로, 국가적으로, 국제적으로 여기저기에 존재하도록 보장한다.

건강의 사회적 결정 요인 위원회는 다음 사항을 권고한다.

- 1.1. 정부는 가구에 경제적 부담 없이 모든 아동이 출생하면 등록하도록 보장한다. 이는 출생과 사망 등록을 개선하는 일부이어야 한다.
- 1.2. 중앙 정부는 건강 및 건강형평성의 사회적 결정요인에 대한 일상적인 자료 수집과 더불어 전국적인 건강형평성 감시 체계를 구축한다.
- 1.3. 세계보건기구는 전 지구적 거버넌스 구조의 일부로서 전 지구적 건강형평성 감시 체계를 만드는 데 역할을 한다.

활동 영역2 : 사회적 결정요인이 인구집단의 건강과 건강형평성에 영향을 미치는 방식에 대한 새로운 근거와 사회적 결정요인에 대한 활동을 통해 건강 불평등을 감소시키는 조치의 효과성에 대한 새로운 근거를 생성하고 공유하는 데 투자해라.

건강의 사회적 결정 요인 위원회는 다음 사항을 권고한다.

- 1.4. 연구 재원조달 기구는 건강형평성 개입 연구를 비롯한 건강 및 건강형평성의 사회적 결정 요인에 대한 근거 생성과 전 지구적 공유를 위한 예산을 구축한다.

활동 영역3 : 정책 행위자, 이해관계자, 임상가에게 건강의 사회적 결정요인에 대해 훈련을 제공하고 대중 인식 제고에 투자하라.

건강의 사회적 결정 요인 위원회는 다음 사항을 권고한다.

- 1.5. 교육기관과 관계 부처는 건강의 사회적 결정요인을 의료 전문가와 보건 전문가 훈련의 표준적이고 강제적 일부가 되도록 만든다.
- 1.6. 교육기관과 관계 부처는 비의료적 전문가와 일반 대중의 건강의 사회적 결정요인에 대한 이해를 증가시키도록 활동한다.
- 1.7. 정부는 정부 부처에 두루 걸쳐 정책결정자와 기획자 사이에 건강형평성 영향 평가를 위한 역량을 구축한다.
- 1.8. 세계보건기구는 세계적으로, 국가적으로, 지역적으로 건강의 사회적 결정 요인에 대한 활동을 위한 기술지원을 제공하는 역량을 강화한다.

〈3가지 행동 원칙〉

- ① 사람들이 태어나고, 성장하고, 일하고, 늙어 가는 환경인 일상 조건을 개선하라.
- ② 그러한 일상 조건의 구조적 요인인 권력, 돈, 자원의 불공평한 분배를 전 지구적 수준에서, 일국에서, 지역사회에서 해결하라.
- ③ 문제를 측정하고, 행동을 평가하고, 지식 기반을 확장하고, 건강의 사회적 결정요인을 훈련받은 인력을 발전시키고, 그에 대한 대중 인식을 제고하라.

3장 2010년 영국 런던의 건강불평등 전략⁵³⁾

1. 런던 시장의 전략적 목표

(1) 목표 1 : 개인과 지역사회의 자력화

- 효과적인 육아, 생애 초기 발달, 젊은 연령층의 정서적 건강과 학습 자발성 증진
- 런던시민이 더욱 건강한 행태를 갖고 평생 학습에 참여하도록 동기와 가능성 부여
- 건강, 웰빙, 과정에서의 낙인과 금기에 대한 지식 구축
- 건강 증진, 제3영역의 역할을 적극적으로 지원하는 지역사회 발전 접근법 장려
- 개인과 지역사회를 효과적으로 참여시키는 공공 분야의 역량 구축

(2) 목표 2 : 양질의 보건의료서비스와 사회돌봄서비스에 대한 형평적인 접근성

- 건강불평등 활동을 적극적으로 수행하고 관련 일차의료트러스트와 지역사회 수장과의 협력적 작업에 대한 논의를 주도할 지역적 정치 리더십을 요청
- 런던의 보건의료서비스와 사회돌봄서비스를 위해 자원의 공평한 분배를 요청하고 공중 보건, 예방 초기 생애 개입에의 투자를 증가
- 국가보건의료서비스와 런던시 당국이 더욱 형평성 있는 자원 할당, 취약집단과 지역을 위한 서비스 개선에 더욱 효과적인 서비스 계약을 하도록 영향을 미침.
- 보건의료서비스와 사회돌봄서비스의 접근성 개선, 배제된 집단의 효과적 서비스 이용이 가능하도록 지지, 정보, 자문, 언어 지원의 제공에 투자
- 보건의료서비스와 사회돌봄서비스의 질과 접근성 개선에 있어서의 진전을 추적하고 보고

(3) 목표 3 : 소득 불평등과 건강

- 고용 장벽 해결, 배제된 집단의 노동 접근성 개선

53) 2010년 4월 발간된 「영국 런던의 건강불평등 전략(The London Health Inequalities Strategy)」에서 발췌하였다.

- 광범위한 지역사회 범위에서 더 나은 접근성, 인식 제고, 수급권 취득 지원을 통해 보수가 지급되는 고용 상태가 아닌 사람을 위한 소득 최대화
- 건강한 생활양식의 지속에 필요한 가구 소득 수준에 이르는 노동
- 재정적 포괄, 리터러시 개선, 생애 전환기의 재정 안전망 증대
- 건강과 안녕 증진 기회에 대한 지불가능성 개선을 위한 협력

(4) 목표 4 : 건강, 일 그리고 웰빙

- 불평등 개선과 정신적·신체적 안녕을 위한 조직 역량과 노동자 역량 구축, 작업장에서 건강 투자
- 지속가능한 고용 때문에 건강이 문제인 사람에게 적시의 효과적인 지원 제공 개선
- 돌봄자와 환자를 위한 직장 내 지원 개선의 효과적 방법 장려
- ‘좋은’ 직장의 편익을 일부 보장하기 위해 무보수 돌봄자를 비롯한 가정 기반 노동자 지원
- 자발성의 개인적·사회적·경제적 편익 증진, 런던시민이 더욱 다양한 범위의 영역에서 자발적인 기회를 증대

(5) 목표 5 : 건강한 장소

- 새 집과 새 동네가 건강 증진을 위해 기획되고 설계되도록 보장, 런던 계획에 따라 건강불평등을 감소
- 런던의, 특히 가장 불건강한 지역의 집과 동네의 질 개선
- 런던의 공공장소를 더욱 안전하고 통합적이도록 관리
- 더욱 건강한 생활양식을 위해 새롭고 개선된 기회를 제공
- 자연과 녹지 접근의 건강 편익에 대한 인식 제고, 모든 런던시민에게 이러한 편익을 확대

----- 메모 -----

부록 3 ‘건강권에 관한 서울시민회의’의 시민패널을 위한 설문지

〈‘건강권에 관한 서울시민회의’의 시민패널을 위한 설문지〉

안녕하십니까?

귀중한 시간을 내어 주셔서 감사합니다.

저희 ‘건강권 서울시민회의 기획단’은 ‘건강권에 관한 서울시민회의’에 참여해주신 시민패널 분들에게 설문조사를 수행하고자 합니다. 이 조사를 통해 서울시민회의의 과정과 결과, 서울시민회의의 참여를 통한 견해와 태도 변화에 대해 시민패널 분들에게 여쭙고자 합니다.

설문조사의 결과는 이번 서울시민회의에 대한 실천적·학술적 검토에 귀중한 자료가 되오니, 바쁘시더라도 한 문항도 빠짐없이 응답하여 주시면 대단히 감사하겠습니다. 본 설문 결과는 연구 목적 이외에는 사용하지 않을 것이며, 실명을 사용하지 않을 것입니다.

만일 연구 목적과 질문 사항에 의문이 있으시면 아래로 연락해 주십시오.

협조해 주셔서 대단히 감사합니다.

연구책임자 손정인, 서울대학교 보건대학원 보건정책학연구실
전화 : 02-880-2770, e-mail : jalja94@snu.ac.kr

성함 : _____

다음 각 문항에 대해 귀하께서 동의하는 답변을 표기(√)하여 주십시오.

※ 1~6번은 현재 귀하가 갖고 계신 견해를 묻는 문항입니다.

1. 건강권 서울시민회의는 한쪽 의견으로 치우침 없이 공정하게 진행되었다.

☐	☐	☐	☐	☐
전혀 그렇지 않다	대체로 그렇지 않다	보통이다	대체로 그렇다	전적으로 그렇다

2. 건강권 서울시민회의에서 도출한 최종 결과물의 주장에 동의한다.

☐	☐	☐	☐	☐
전혀 그렇지 않다	대체로 그렇지 않다	보통이다	대체로 그렇다	전적으로 그렇다

3. 건강권 서울시민회의에서 도출한 최종 결과물은 일반 시민들의 의견이므로
국가정책에 반영되어야 한다.

☐	☐	☐	☐	☐
전혀 그렇지 않다	대체로 그렇지 않다	보통이다	대체로 그렇다	전적으로 그렇다

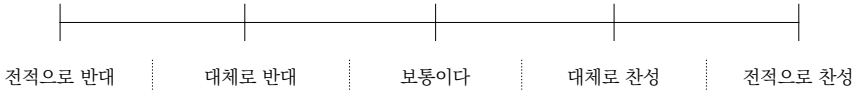
4. 시민회의와 같은 과정을 통해 건강, 보건, 복지 등의 문제에 관한 일반 시민
들의 참여가 강화되는 것이 바람직하다.

☐	☐	☐	☐	☐
전혀 그렇지 않다	대체로 그렇지 않다	보통이다	대체로 그렇다	전적으로 그렇다

5. 행정부나 입법부 혹은 사법부의 산하 기관 등에서 시민회의를 주최하도록
하여 공신력을 획득하도록 할 필요가 있다.

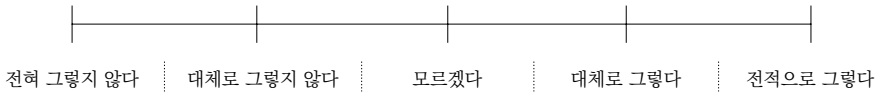
☐	☐	☐	☐	☐
전적으로 반대	대체로 반대	보통이다	대체로 찬성	전적으로 찬성

6. 시민회의 형식을 건강권뿐 아니라 다른 인권 분야에도 도입하는 것이 바람직하다.



※ 7~13번은 시민회의 참가 이전과 이후에 귀하의 견해 또는 태도의 변화에 관해 여쭙는 문항입니다. 변화한 정도를 표기(√)하여 주십시오.

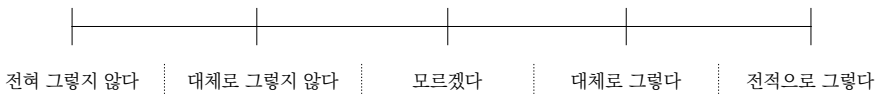
7. 건강권에 관한 지식과 통찰력이 증가하였다.



8. 빈곤과 건강에 관한 지식과 통찰력이 증가하였다.



9. 건강권의 보호·증진 정책에 관한 견해가 바뀌었다.



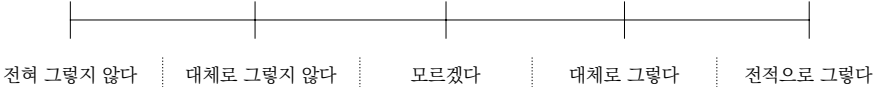
10. 빈곤과 건강 관련 정책에 관한 견해가 바뀌었다.



11. 건강권 영역에 시민이 참여하는 문제에 대한 생각을 바꾸게 되었다.



12. 건강권 관련 문제에 대한 나의 태도가 적극적으로 바뀌었으며, 할 수 있는 역할을 찾아 활동하겠다(시민단체활동 참여 등)는 생각을 하게 되었다.



13. 시민회의 이전과 비교해서 시민회의 이후에 건강권에 관한 귀하의 견해가 바뀌었다면, 바뀐 시기는 언제입니까?(여러 번 바뀐 경우 복수로 표기해 주십시오.)

- ① 1차 예비모임 이후
- ② 2차 예비모임 이후
- ③ 본 회의에서 전문가패널 발표와 추가 질문 이후
- ④ 본 회의에서 시민패널들간의 토론 이후
- ⑤ 견해가 바뀌지 않았다.

〈추가 질의〉 향후 귀하께서 가능하신 시간에 이번 시민회의에 관한 15~30분가량의 인터뷰에 참여하실 의향이 있습니까?

- ① 예()
- ② 아니오()

☞ 참여 의향이 있으시면 다음 중 어느 방식을 선호하십니까?

- ① 전화 인터뷰()
- ② 대면 인터뷰()
- ③ 기타() ☞ (시민패널 의견 :)

이제 질문을 모두 마쳤습니다. 귀중한 시간을 내어 설문에 응답해주셔서 대단히 감사드립니다. 늘 건강하시길 바랍니다.

부록 4 시민패널 인터뷰를 위한 질문지

〈시민패널에 대한 인터뷰 질문〉

1. 귀하께서 건강권에 관한 서울시민회의에 참여하시게 된 동기는 무엇입니까?
2. 귀하는 주최 측에서 제공한 자료집을 읽어 보셨습니까?
3. 귀하는 이번 회의의 주제에 관해 사전에 지식을 갖고 있었습니까?
4. 귀하는 이번 회의 주제와 관련하여 충분한 정보를 제공받았습니까?
5. 귀하가 보기에 다른 참여자들은 어떠하였는지 얘기해 주시길 바랍니다.
6. 귀하가 주제를 명확히 하는 데 어떤 정보가 도움이 되었습니까?
7. 귀하에게 말할 기회가 주어졌습니까?
8. 참여자들이 귀하의 견해와 관심을 잘 경청해주었다고 생각하십니까?
9. 귀하가 동의할 수 없었던 의견들이 있었습니까?
10. 토론을 장악했던 참여자가 있었습니까?
11. 모든 참여자가 토론에 기여했다고 생각하십니까?
12. 귀하가 주최 측이 제공한 자료가 아닌 다른 참여자에게서 배운 새로운 정보가 있었습니까?
13. 시민패널의 최종 결과물은 모든 참여자의 합의 하에 쉽게 만들어졌습니까?
14. 귀하의 견해와 관심이 최종 결과물에 반영되었다고 보십니까?
15. 함께 하신 퍼실리테이터에 대해 얘기해 주시길 바랍니다.
16. 귀하께 이번 서울시민회의는 어떤 경험이 될 것 같습니까?
17. 이 분야의 발전을 위해 계속 관심을 기울이실 예정입니까?
18. 귀하는 다른 숙의적 참여 과정에 참여해 보셨습니까? 앞으로 참여하실 계획이 있으십니까?

부록 5 퍼실리테이터 및 서기 사후 평가 질문지

- 퍼실리테이터의 역할을 어떻게 정의하였는지요?
- 퍼실리테이터 역할을 해보신 경험이 있었는지요?
- 퍼실리테이터 역할과 관련하여 훈련을 따로 받으신 적이 있었는지요?
- 이번 서울시민회의의 배경을 이해하셨는지요? 이번 주제와 관련하여 사전에 지식이 있었는지요?
- 시민패널에 대해 묘사해 주세요.
- 토론이나 대화 공간에서의 동학을 묘사해 주세요.
- 퍼실리테이터로서 가장 큰 도전과제는 무엇이었는지요?
- 일부 참여자(시민패널)가 다른 사람을 주기적으로 방해하였는지요? 그들을 어떻게 관리하였는지요?
- 숙의(deliberations) 과정에 거의 기여하지 않은 참여자가 있었는지요? 퍼실리테이터께서는 어떻게 그런 분들을 토론으로 참여시켰는지요?
- 시민패널들이 자신의 과제 수행을 구체화하고 명확화하는 데에 무엇을 언급하던가요?(예로, 쪽방주민과의 대화, 자료집, 강연, 시민패널의 얘기 등...)
- 1차 시민패널 예비모임 때 조별 토론이나 전체 토론은 어떠하였는지 설명해 주세요. 분위기, 토론 과정, 토론 내용 등. 이때 조별 발표를 위한 정리 시에 내부에서 합의가 잘 되었나요?
- 2차 시민패널 예비모임 때 쪽방촌 방문 시나 쪽방주민과의 대화 시간은 어떠하였는지 설명해 주세요. 분위기, 대화 과정, 대화 내용 등. 이때 조별 발표를 위한 정리 시에 내부에서 합의가 잘 되었나요?
- 본회의 2일째 조별 토론은 어떠하였는지 설명해 주세요. 분위기, 토론 과정, 토론 내용 등. 이때 조별 발표를 위한 정리 시에 내부에서 합의가 잘 되었나요?
- 지난 4차례 모임 동안 시민패널들이 다른 시민패널들과 상호작용(소통) 방식에 변화가 있었는지요?
- 선생님들께서는 이번 건강권 서울시민회의가 어떤 경험인가요?
- 퍼실리테이터로 참여했기 때문에 다르게 했던 것이 있었나요?

서울연 2013-PR-52

2013 건강권에 관한 서울시민회의 : 서울시민, 건강권을 선언하다! 쪽방주민의 삶을 중심으로

발행인 이창현

발행일 2014년 2월 4일

발행처 서울연구원

137-071

서울특별시 서초구

남부순환로 340길 57

전화 (02)2149-1234 팩스 (02)2149-1319

비매품

본 출판물의 판권은 서울연구원에 속합니다.