

## 한국의 의료개혁과 민주적 전문성

정웅기\*

독립연구자

## Health Care Reform and Democratic Expertise in South Korea

Ungki Jung\*

Independent Scholar

Received: Oct 26, 2025  
Revised: Dec 5, 2025  
Accepted: Dec 8, 2025**\*Corresponding author**Ungki Jung  
Independent Scholar  
E-mail: pophil13histo@gmail.com

Copyright © 2025 Korean Society for Medical Ethics. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

**Conflict of interests**

No potential conflict of interest relevant to this article was reported.

**Acknowledgements**

An earlier version of this article was presented at the 40th anniversary symposium of the Institute of Social Medicine at Hallym University on December 12, 2024.

**Funding information**

Not applicable.

**Data availability**

Upon reasonable request, the datasets of this study can be available from the corresponding author.

**ORCID <sup>id</sup>**Ungki Jung  
<https://orcid.org/0000-0003-1621-1702>**Author contributions**

The article is prepared by a single

**Abstract**

The evidence advisory system (EAS) is often criticized for serving to legitimize government-preferred policies rather than facilitating independent deliberation. Underlying this critique is a more fundamental question: Is expertise compatible with democratic governance? This article addresses that question by advancing two arguments in support of democratic expertise. First, drawing on theories of deliberative democracy, it argues that the epistemic authority of experts depends largely on the active judgment of citizens. The formation of expert consensus, which is central to EAS operations, is discussed as a working example. Second, using the framework of the politics of evidence, it contends that the legitimacy of the EAS hinges on institutional arrangements that enable the effective and democratic use of evidence. Together, these arguments clarify how ordinary citizens can develop the deliberative capacities needed to engage critically with expert knowledge.

**Keywords:** expertise; deliberation; legitimacy; health care reform

*We experts are in the business of socially constructing ignorance* (Roger Pielke Jr. Catastrophes of the 21st Century. Lecture delivered at the Oxford Martin School, November 16, 2022).

*Est praeterea hoc certum, quod Civitas semper magis propter cives, quam propter hostes periclitetur: rari quippe boni* (Benedictus de Spinoza. Tractatus Politicus, CAPUT VI., VI., 1670).

[www.kci.go.kr](http://www.kci.go.kr)

author.

Ethics approval  
Not applicable.

## I. 들어가는 말: 정책 유산을 상속하는 관료, 대중의 무지를 구성하는 전문가

“정책입안자는 선택하는 자이기 앞서 물려받는 자다”(P)olicymakers are heirs before they are choosers)[1]. 자신의 고유한 의제가 반영된 결정을 내리기보다는 그간 커져이 누적된, 정부가 상속한 것들의 결과를 처리하는 데 훨씬 더 많은 시간을 쓰게 된다는 의미에서다. 통념과 달리 한국의 보건 의료 거버넌스는 “자유방임적” 성격을 가지며, 그로 인해 국가-의사 관계는 미정립된 채 남았다[2]. 그러한 제도배열<sup>1)</sup>의 정착과 이후 진화는 보건 의료 분야에서 정치가 왜소화하는 결과를 낳았고, 이는 곧 문제 해결에 활용할 수 있는 관련 행위자들의 레퍼토리가 빈곤해진다는 것을 뜻했다. 거의 언제나 이 부문의 갈등이 극단적 대립의 양상을 띠는 것은 그에 기인한다[3]. 따라서 달리 말한다면, 한국의 정책입안자들이 현재 직면하고 있는 것은 이처럼 역사적으로 누적되어 온 거버넌스의 모순적 산물이다.<sup>2)</sup>

그런 상속 가운데 가장 긴급히 다뤄야 할 품목 중 하나는 전문지식(expertise)을 민주적으로 활용하는 데 고민이 부족했다는 데서 확인된다. 이는 그간 보건 의료 정책입안의 지속적 이슈였지만, 2024-2025년에 한국사회의 가장 큰 이슈 중 하나라 할 수 있는 의과대학 정원 2,000명 확대 발표(이하 의대증원)라는 맥락에 비추어볼 때 문제의 규모와 범위가 잘 드러난다. 복잡하고 고도로 전문화한 사회에서 보건 의료 정책을 만들고 실시할 때, 전문지식과 이

1) 이 글은 제도(institutions)와 제도배열(institutional arrangements)을 개념적으로 구분한다. 제도주의에 관한 일반적 이해에 따르면, 제도는 행위자가 관여하는 ‘게임의 규칙’(the rules of the game)을 의미한다. 즉 행위자가 담지하는 이해관계, 선호, 인식은 제도에 의해 형성되고(shape) 제약되거나(limit) 역으로 가능해진다(enable). 한편 제도배열이라는 용어는 제도의 이러한 정의를 기본적으로 포함하되, 해당 제도 또는 일련의 제도 조합이 전체 체계 내에 어떻게 배열되느냐에 관심을 둔다. 즉 동일한 제도라 하더라도 그 배치양식이나 활용방식에 따라 상이한 효과를 산출할 수 있다. 구체적으로, 한국의 맥락에서 제도배열 개념을 통해 전문가 위원회를 이해하는 것은 세 가지 효용을 갖는다. 첫째, 그동안 한국의 의료체계 거버넌스 하에서 작동해 온 전문가 위원회는 전문지식의 더 나은 사용이라는 본래 목적을 수행한다고 말하기 어렵다. 따라서 이는 제도 개편의 필요성을 환기한다. 둘째, 따라서 제도배열 개념은 기존 제도주의의 결정론적 이해에서 벗어나 이 제도를 배치하고 활용하는 작인(agency)의 중요성을 강조한다. 셋째, 본론에서 상술하듯이 제도배열 개념은 (내적 정당성을 담보한 제도로서 전문가 위원회뿐 아니라) 이 제도가 외적 정당성을 확보할 수 있는 조건들에 주목할 수 있도록 해준다. 역으로 말한다면, 전문가 합의에 관한 대중의 판단은 그러한 작인의 표현이다.

2) 물론 이 모순이 어떤 정치경제적 동학을 통해 산출되었는지 논구하는 것은 보건 의료 정책연구의 핵심 질문으로 아직 남아있다. 정치사회학자 제임스 오코너(James O’Connor)와 이후 클라우스 오페(Claus Offe)의 오래된 정식화를 따른다면, 한국의 국가는 자본주의 국가의 핵심 기능- 자본축적과 그 정당화-을 자본 과세의 완화와 조세 지출(tax expenditure)이라는 방식을 통해 수행해왔다. 정치학자 김미경의 저작 <감세국가의 함정>(2018)에 따르면, 이는 시장에서 발생하는 소득 불평등을 재분배를 통해 수정하는 공적 역할을 국가가 거부하고, 대신 다수 시민에게 납세의무를 면제해 주었다는 뜻이다(p. 305). 이처럼 의도적으로 협소한 세수 기반의 선택은 재정역량의 관점에서 포착되는 국가의 자유지상주의적 특성을 잘 드러낸다(p. 322). 그런데 이런 조세구조의 특성이 낳은 장기적인 정치적 결과 중 하나는 공적 권위의 쇠퇴와 그에 따른 반국가주의 정향- 궁극적으로, 시민의 탈정치화(“각자도생”) 경향의 심화-이다(p. 54). 민주화가 열어젖힌 사회문제를 정책의제로 전환하려면 국가의 공적 역할이 확대되어야 하는데, 1987년의 제3차 민주화 이전에 재정역량을 이미 상실한 한국의 국가는 그 기대에 부응할 수 없었다. 오히려 강력한 재정 긴축과 경제 자유화로 전환이 뒤따랐다(p. 242). 그런 의미에서, “전두환 정부가 한국 정치사에 남긴 경로의존성 효과는 국가의 재정 규모를 크게 감축함으로써 그 이후 시기 국가의 모든 재정지출 능력에 구조적 제약을 부과했다는 데 있다. 이럴 때 불평등 의제를 효과적으로 다룰 수 있는 국가의 능력 또한 원천적으로 봉쇄된다. 이 점에서 빈곤한 국가는 정의로운 국가가 될 수 없다.”(p. 348) 그런 맥락에서 본다면, 건강보험 재정 외에 한국의 국가가 일반조세 형태로 보건 의료 부문에 적극적으로 투자하지 않은 것은 납득 가능하다. 달리 말하면, 소위 급여 보장성의 확대라는 수요 측면의 재정 투입 외에, 의료인력의 생산을 비롯한 인프라 구축(공급 측면)에 국가의 투자가 미비한 것은 그 자연스러운 귀결이다. 따라서 국가의 발전역량(developmental capacity)과 재정역량(fiscal capacity)을 개념적으로 구분하지 않은 채, 단순히 경제발전에 집중한 탓에 한국의 국가가 (보건의료를 비롯한) 사회보장에 신경을 쓸 수 없었다는 차원에서 문제를 다루면 이론적으로 논의를 진전시킬 수 없다. 이러한 국가성격- 다시금 강조하지만 그 “반국가주의적 정향”-이 보건 의료 부문에 미친 영향을 분석하는 작업은 향후 의료 개혁의 전망을 체계적으로 검토하는 데 결정적 과제다.

를 담지한 전문가의 역할은 중요할 수밖에 없다. 보건 의료 부문에 민간 전문가가 관여하는 수많은 정부 위원회가 존재하는 이유다. 그런데 이번 의대증원 이슈로 촉발된 소위 의-정 갈등의 핵심에 놓인 것 역시 근거를 비롯한 전문지식과 이를 다루는 제도배열, 즉 전문가 위원회다. 따라서 근본적 차원에서 본다면, 의대증원 정책이 직면한 거센 저항은 전문지식을 둘러싼 일종의 이중과제에 기인하는 것으로 해석 가능하다. 한편으로, 전문가가 참여하는 각종 정부 위원회의 ‘무용론’ 또는 소위 ‘위원회 정치’에 대한 비판이 존재한다. 연구자가 생산한 과학적 근거와 전문적 견해를 토대로 정책을 만들겠다는 당초 취지와 달리, 실제 운영되는 대다수 위원회는 정부가 정책입안에 필요한 요건을 갖추었다는 사실을 보이려는 의도에 그친다는 것이다. 역으로 말한다면, 정부의 이런 의도가 충실히 관철되기 위해서는 해당 위원회에 관여하는 전문가나 (미디어를 비롯한) 외부 감시자가 관련 정보를 공유하려는 시도를 가급적 막는 것이 좋다.<sup>3)</sup> 이런 관행은 전문가가 해당 제도에 갖는 효능감에도 부정적 영향을 미친다. 많은 경우 위원회의 취지가 전문가가 참석했다는 형식적 절차의 충족 외에 다른 목적을 찾기 어렵다면, 그가 자문, 심의, 의결에 충분한 준비와 고민을 기울일 것이라 기대하는 것은 합리적이지 않다. 이는 보건 의료제도와 정책을 다루는 중앙정부의 여러 위원회들- 대표적으로 건강보험정책심의위원회(건강심), 보건 의료정책심의위원회(보정심), 공공보건 의료정책심의위원회(공정심), 최근의 의료개혁특별위원회(의개혁위)와 산하 소위원회 등 -의 경우에 그대로 적용된다. 지역보건 의료심의위원회(지보심)와 시·도 공공보건 의료위원회처럼, 지방정부 차원에서 작동하도록 법적 근거가 마련되어 있지만<sup>4)</sup> 사실상 사문화 형태로 머물러 있거나 공회전하는 수많은 위원회는 주목의 대상조차 되지 않는 것이 일반적이다.

이런 사정을 고려하면, 현행 제도배열에 강한 불만이 제기되는 것은 그리 놀랍지 않다. 게다가 이는 특정 집단의 불멘소리에 그치지 않는다. 한쪽에서는 보건 의료 분야를 다루는 위원회에 전문가이자 이해당사자인 공급자(의사)의 수가 너무 적다고 불만을 표시하고, 다른 한쪽에서는 일반 시민의 의견을 개진할 수 있는 대표의 수가 너무 적다고 비판한다. 여기서 전문 지식에 관한 이중과제의 또 다른 측면이 드러난다. 정부의 폐쇄적 태도는 그 반작용으로서 해당 제도배열에 대한 시민의 직접 참여를 강조하고 더 나아가 특권화하는 흐름을 낳았다. 물론 참여는 민주주의의 가장 기본적인 활동 중 하나로, 권리인 동시에 의무다. 그러나 전문지식을 다루는 제도배열에 대한 참여는 추가적인 고려사항을 필수적으로 요구한다. 전문 지식과 민주주의는 정의상 근본적인 긴장 관계에 놓이기 때문이다. 이제 이 문제로 넘어가 보자.

영국의 과학기술학자 스티브 레이너(Steve Rayner)는 ‘무지의 사회적 구성’이라는 테제를 제기한 바 있다[4]. 미국의 정치학자 로저 펠키 주니어(Roger Pielke)는 이 문제의식에 기초해 전문가가 하는 일은 대중의 무지를 사회적으로 구성하는 것이라 정식화했다. 말하자면, 전문가는 무엇을 앎(지식)으로 승인할 것인가라는 인식론적 권위를 행사한다. 이는 해당 이슈를 대중이 어떻게 인식하고 이해할지 틀을 짜는 작업, 따라서 이렇게 구획된 범주를 벗어나면/넘어서면 ‘무지’로 간주할 수 있는 작업이다. 그렇다면 다음과 같은 질문이 자연스레 제기될 수

3) 이번 의-정 갈등 국면에서 이런 폐쇄성을 상징적으로 드러낸 몇 가지 장면이 있었다. 일례로, 의대증원 실무를 담당한 복지부 과장은 정부의 발표 이후 한 유튜브 채널에 출연한 바 있다. 당시 그녀는 정부가 이를 전격적으로 공개한 이유에 대해 사전에 발표하면 정책에 영향을 받는 당사자나 언론에 “정부의 생각을 미리 밝히는 것이 되므로” 정책 시행에 악영향을 미친다는 취지로 발언한 바 있다. 한 논평자의 지적처럼, 이는 정부가 의과대학 정원 확대를 공공정책의 관점이 아니라 일종의 전시 “군사작전”으로 이해하고 있음을 잘 보여준다.

4) 예컨대 지역보건 의료심의위원회는 <지역보건법> 제6조에, 공공보건 의료위원회는 <공공보건 의료에 관한 법률> 제5조의2에 명시되어 있다.

있다: 보건의료 이슈를 다루는 전문가 위원회에 대중을 참여시키면 인식론적 불평등의 문제를 해결할 수 있는가? 더 나아가, 위원회 내에 다른 집단보다 일반 대중의 몫(비중)을 늘리면 이 제도는 더 민주적으로 기능하는가?

이에 답변하려면 민주주의를 사고하는 또 다른 자원이 필요하다. 그 핵심은 전문가의 권위와 대중의 판단 간의 관계를 새롭게 이론화하는 데 있으며, 숙의(deliberation)는 양자를 연결하는 핵심 개념이다. 이렇게 정식화하면, 그 권위는 대중이 불가항력적으로 무릎 꿇을 수밖에 없는 대상이 아니다. 전문가의 권위는 전문지식의 담지자라는 이유만으로 무조건적으로 승인되지 않으며, 오히려 대중이 그에 관해 판단을 행사함으로써- 달리 말하면, 이후 상론하듯이 ‘담론적 정당화’를 통해-부여된다. 숙의는 이 점을 논증하는 데 필수적이다. 그렇다면, 대중이 전문가의 주장을 더 잘 판단할 수 있도록 돕는 제도의 마련이 전문지식을 민주적으로 활용하는 데 긴요한 과제가 된다. 나는 이런 문제설정을 민주적 전문성(democratic expertise)으로 정식화한다. 이는 지적 차이가 발생시키는 난점들을 간과하지 않는 동시에, 대중이 전문가가 설정한 무지의 경계선을 조사하고 검토하며 비판할 수 있도록 해준다. 우리가 ‘전문지식에 따른 인식론적 권위를 어떻게 민주적으로 부여할 수 있는가?’라는 질문에 답변할 수 있는 계기 또한 여기다.

한국적 맥락에서 이 주장을 위치시키는 데는 여러 어려움이 따른다. 예컨대 정책입안 과정에서 숙의와 이를 뒷받침하는 투명성 제고 장치를 보장하는 일이 중요하다는 점을 강조하더라도, 보건의료 정책연구에 관여하는 어떤 분과에서든 그런 주장을 지지하는 연구자가 그 보장이 어떻게 정당성을 제고하는 데 기여하는지 이론적으로 해명하는 경우는 매우 드물었다. 이런 상황에서는 (그 메커니즘은 설명되지 않은 채) 정당하다면 감출 필요가 없으며, 투명성이 확보되어야 좋은 정책결정이라는 동어반복적 강변을 하는 데 그치기 쉽다. 앞서 지적한 것처럼 민주적 전문성이라는 문제의식 자체가 비단 정책입안자뿐 아니라 사회 전반에 뿌리내리지 않은 탓이다. 이는 지난 20여 년 동안 서구의 보건의료 정책학계가 숙의민주주의의 문제의식을 적극적으로 논의하고 이를 어떻게 적용할지 고민해 온 경험과는 대조적이다(예컨대, 캐나다의 줄리아 아벨슨[Julia Abelson]은 그 대표적 논자로 잘 알려져 있다[5,6]. 한국에서는 2010년대 초반 건강보험 보장성 이슈를 통해 이 문제의식을 학술적으로 검토하려는 시도가 얼마간 존재했다[7]. 물론 이후 건강보험 국민참여위원회가 제4기(2023년)까지 활동했고 그 결과가 건정심에 보고되고 있으나, 숙의의 역할과 그 제도화에 관한 정책적 관심도나 높거나 정책과정에서 수행하는 역할이 실질적이라 평가하기는 어렵다.).

뿐만 아니라, 이른바 시민참여(public engagement; civic participation)에 관한 대다수 논의는 의학을 비롯한 과학기술이 필연적으로 수반하는 인식론적 차이(epistemic difference)의 문제에 그동안 충분한 관심을 기울이지 않았다. 소위 ‘전문가의 종언’이나 역으로 기술관료제(technocracy)에 대한 공포만이 주로 다뤄진 것은 그에 기인한다. 정책 입안에서 시민의 직접 참여가 상찬되고, 전문가 합의에 기초한 의사결정은 주권자인 시민의 목소리가 반영되지 않은 “밀실 협상”으로 흔히 비판의 대상이 되어온 것 역시 마찬가지다. 반면 해당 이슈를 정치화하는 계기에 비해 이렇게 집적된 집합행동을 어떻게 제도배열로 전환할 것인지에 대해서는 주목이 훨씬 적었다. 그 결과, 전문지식이 어떻게 정책과정에서 합의를 산출하며, 이 합의가 어떻게 인식론적 권위를 획득할 수 있는지는 정작 논구되지 못했다. 예컨대, 건정심의 거버넌스를 다룬 극히 소수의 논의에서도 가입자(시민) 대표의 주장을 이 위원회 내에서 어떻게 더 잘 관찰시킬 것인가가 문제의식의 핵심을 이루며, 전문가-시민 간 인식론적 차이를 다루는 이론화의 진전은 발견되지 않는다[8]. 그러나 이후 상론하는 것처럼, 시민의



직접 참여는 전문지식을 민주적으로 활용하는 여러 방식 중 하나이며, 어떤 방식을 취하든 선결과제로서 숙의가 충분히 이뤄지지 않으면 정책 과정은 소기의 성과를 거둘 수 없다.

따라서, 이 글에서 나는 영국의 정치이론가 알프레드 무어(Alfred Moore)를 따라 능동적 참여 못지않게- 많은 경우에 실제로 그보다 더 -시민의 능동적 판단(active judgement)을 제도적으로 보장하는 것이 효과적이고 민주적인(effective and democratic)<sup>5)</sup> 보건의료 정책입안, 따라서 궁극적으로 정치체 구성원의 건강과 안녕에 결정적이라고 주장한다. 무어의 정식화는 지금까지 개진된 관련 논의들 가운데 가장 진전된 형태의 논변을 보여주며, 상세히 논구할 가치가 있다. 이하에서는 이 주장을 논증하기 위해 숙의민주주의의 관점에서 전문지식의 활용이라는 주제를 검토한다. 구체적으로, 2장에서는 먼저 민주주의와 전문지식 사이의 긴장 관계를 간략히 다룬다. 이후 인식론적 권위의 구성에서 대중의 판단이 수행하는 역할을 상론하고, 그 구성의 한 가지 양식으로서 전문가 합의가 어떻게 민주적 전문성을 달성할 수 있는 잠재성을 갖는지 보일 것이다. 3장에서는 앞 장의 논의를 토대로, 민주적 전문성이 실제 제도 배열의 수준에서 어떻게 작동할 수 있는지 살펴본다. 영국 보건정책학계에서 크게 발전해 이른바 ‘근거의 정치’(the politics of evidence)로 정식화한 이 논의를 진전시키려면 근거기반 의학(evidence-based medicine, EBM)을 무비판적으로 정책연구에 적용할 때 발생하는 난점들을 먼저 검토해야 한다. 이를 통해 보건의료 정책이 소기의 목적을 거두기 위해서는 좋은 근거뿐 아니라 근거의 좋은 사용(good use)이 결정적이라는 핵심 주장이 개진된다. 이렇게 확보된 제도배열의 정당성(legitimacy)은 전문가 권위를 대중이 판단할 수 있는 토대가 된다. 끝으로, 정책과정에서 근거를 잘 사용하는 관행이 지속적으로 작동하려면 제도화가 필요하다. 코로나19 팬데믹에서부터 의대증원에 이르는 오늘날 한국사회의 핵심 보건의료 이슈들은 이런 제도화의 구체적 논점들을 살펴봄으로써 보다 나은 대응의 전망을 사고할 수 있다. 당면과제에 관한 이런 검토는 우리를 처음의 문제제기로 복귀시킨다: 오늘날 한국사회가 정책입안과 시행에서 일종의 정당성 위기를 겪고 있다면, 이는 정확히 유산을 상속하는 자와 무지를 구성하는 이들의 위기일 것이다.

## II. 이론의 수준: 민주적 전문성의 정치

### 1. 전문지식과 민주주의

조금만 생각해보면, 민주주의와 전문지식이 근원적인 긴장 관계에 놓여있음을 알 수 있다. 민주주의는 기본적으로 모든 사람의 평등을 추구하는 반면, 전문지식은 정의상 어떤 이가 다른 이보다 무엇을 더 알고 있다는 사실, 즉 모종의 불평등을 함축하기 때문이다. 따라서 이러한 관계를 다루는 이론적 정식화 역시 크게 두 가지 방향으로 진행되었다. 한편으로, 전문가와 이들이 담지하는 전문지식을 민주주의에 대한 위협(threat)으로 보는 시각이 있다. 대표적으로, 위르겐 하버마스(Jürgen Habermas)에게 기술관료제는 무엇보다 ‘정치의 과학화’를 의미했다. 이는 정치의 범위가 (경제 운영과 같은) 특정 분야의 기술적 조정으로 협소해지고, 그에 따라 해당 전문가의 권력이 늘어나는 현상을 가리킨다. 따라서 기술관료제는 결단주의적(decisionist) 성격을 갖는다: 가치체계 간 경합은 애초에 합리적 토론의 대상이 될 수 없으

5) 해당 정책이 효과적이려면 과학적(scientific) 근거에 입각해야 하며, 민주적이려면 해당 정책에 관여하는 행위자들이 그에 관한 절차와 결과를 정당한(legitimate) 것으로 받아들여야 한다.

며, 정치적 결정은 해당 이슈에 적합한 기술을 합리적으로 실행하는 행위와 다르지 않다. 다른 한편으로, 전문지식이 민주주의를 지지할 수 있다는 입장이 존재한다. 이 희망(promise)의 메커니즘은 크게 세 가지로 구분할 수 있다. 첫째, 전문지식은 대중의 숙의에 기여한다. 즉 전문가의 적절한 역할은 시민이나 정치인이 특정 이론이나 주장을 검토할 때 일종의 “외부 필터”(external filter)의 역할을 수행하고, 이렇게 걸러진 선택지를 그들이 결정하도록 돕는 것이다. 둘째, 전문지식과 이를 담지한 전문가는 자신이 익힌 기술을 발휘해 민주주의 사회를 작동시킨다. 달리 말하면, 일반 시민이 의견을 피력할 수 있는 주제와 전문가에게 맡겨야 할 주제가 분업(division of labor)의 형태로 나뉠 수 있다[9]. 셋째, 전문지식은 제도의 독립성과 전문가의 자율성을 보장하는 자원으로 기능할 수 있으므로, 그 담지자가 외부 간섭과 지배로부터 벗어나 진리를 말할 수 있도록 해준다[10,11].

그런데 전문지식과 민주주의의 관계를 어떻게 정식화하더라도, 결국 지식의 전문화는 시민의 자율성(autonomy)과 직결된다. 전문가 또는 대표에게 권한을 위임하거나 어떤 형태의 분업을 상정할 경우, 시민은 그들의 결정에 따라야 하기 때문이다. 따라서 역으로 말한다면, 스스로가 논의에 직접 포함되지 않거나 유리된 결정을 대중이 어떻게 수용할 수 있느냐가 민주주의에서 전문지식과 전문가의 역할을 위치짓는 데 결정적이다. 숙의민주주의의 관점에서 이는 정당성의 두 차원을 충족하느냐로 평가할 수 있다. 한편으로, 내적 정당성(internal legitimacy)은 회의실 내에서 해당 이슈를 논의하는 사람들 간에 동의할 수 있는 권고가 도출될 수 있느냐와 관련된다. 다른 한편으로, 외적 정당성(external legitimacy)은 숙의가 이뤄지는 공간 바깥의 제도나 대중에 의해 그 결과가 수용될 수 있느냐를 묻는다. 말하자면, 외적 정당성의 획득은 회의실 “안”과 그 “바깥”이 얼마나 투과적인지(porous)에 달려있다. 이렇게 본다면, 정책과 이를 뒷받침하는 실천에 관한 민주적 정당성은 대의민주주의에서도 직접민주주의에서도 단순히 보증되지 않는다. 그것이 검토와 비판, 그리고 그에 따른 반복적 변화에 얼마나 충분히 열려있느냐가 관건이기 때문이다[10]. 이 논점을 발전시키려면, 전문지식이 함축하는 인식론적 우위를 대중이 받아들이는 과정을 어떻게 이론화하느냐의 문제로 넘어가야 한다.

## 2. 인식론적 권위와 판단

### 1) 권위와 판단

일찍이 한나 아렌트(Hannah Arendt)가 지적한 대로, 권위(authority)는 강제(coercion)와 다르다는 점을 먼저 지적해두자. 달리 말해, 대중이 이 권위를 수용한다는 것은 스스로의 지속적 판단에 준거해, 해당 전문가의 특정 주장이 정당하다고 받아들이는 것을 뜻한다. 즉 여기서 권위는 그 관계에 대한 당사자의 판단에 조건적이다(conditional). 그렇다면 정확히 무엇이 이런 판단의 대상인가? 세 가지를 상정해 볼 수 있다. 첫 번째 후보는 주장의 내용이다. 그러나 숙의민주주의의 관점은 특정 주제에 관한 전문가의 주장을 판단하려면 시민이 그와 동등한 수준의 지적 역량을 갖춰야 한다고 보지 않는다. 둘째, 주장의 전거나 원천을 그 대상으로 생각해 볼 수 있다. 그러나 누군가가 권위를 갖는다는 인식과정은 인지와 인정으로 구분된다. 전자는 권위에 관한 기준 자체의 타당성을 평가하지 않는 반면, 후자는 권위의 행사에 관한 신념과 가치를 판단하는 행위다. 셋째, 권위 관계 자체가 판단의 대상이 될 수 있다. 이 판단은 권위 관계에 놓인 사람들이 공유하는 신념과 가치를 수반한다는 점에서, 두 번째에

서 다른 '인정'을 토대로 한다[10].

따라서, 권위의 민주적 모델은 권위에 대한 관계론적(relational) 사고에 기초하고 있음을 알 수 있다. 이런 사고에 따르면, 기술이나 지식 자체에 대한 인정은 그 자체로 실재하는(real) 것이 아니라 사회적으로 구성된다.<sup>6)</sup> 이 모델은 네 가지 특징을 갖는다. 첫째, 권위의 작동 여부는 이 권위에 따라야 할 모종의 이유가 수용 가능한가에 달려있다. 소위 권위의 '투항'(surrender) 모델에서, 명령하는 자는 자신의 대상을 설득할 필요가 없다. 즉 권위를 갖는 명령 자체가 곧 여타의 모든 이유를 배제하고 그에 따라야 할 이유가 된다. 전쟁에 나서는 병사가 상관의 명령에 복종하는 것과 같은 이치다. 반면 민주적 모델은 설명과 정당화가 권위 관계를 지속적으로 유지하는 데 결정적이다. 따라서 이 관계는 그에 참여하고 이를 인정하는 이들의 비판적 판단에 달려있다. 둘째, 따라서 민주적 모델의 관점에서 보면 비판(criticism)은 권위의 행사에 내재한다. 이는 기존의 다른 시각들과 차별화하는 지점이다. 예컨대 전통적 모델에서 권위는 “무조건적인 인정”(unquestioning recognition)에 근거하는 반면, 자유주의적 모델은 권위에 대한 의문을 이 관계의 “사실상 해체”(de facto dissolution)로 간주한다. 앞서 든 예로 돌아가면, 상관의 명령에 병사가 의문을 제기하는 것은 군대에서 성립할 수 없다. 그러나 이 두 가지 시각과 달리, 민주적 모델의 관점에서 권위는 대상자의 지속적이고 실제적인 승인에 준거한다. 즉, 권위가 성립하기 위해서는 적어도 폭넓게 공감을 얻거나(역으로) 일관된 반대가 없어야 한다. 셋째, 민주적 모델은 권위에 시간성을 도입한다. 따라서 권위는 대중의 무조건적 투항에 기초하는 것이 아니라 해당 이슈에 관해 피권위자가 판단을 중지해도 괜찮다는 보장에 근거한다. 달리 말해, 우리는 권위를 담론적 정당화에 관한 바우처(a voucher for discursive justification)로 정식화할 수 있다. 일반적으로 바우처는 특정 조건- 근거나 이유, 상품, 서비스 -에 국한해 특정한 금전적 가치를 사용할 수 있음을 보증하는 증서를 지칭한다. 교육, 주택, 음식 바우처 등의 사례가 대표적이다. 이런 이해에 기초하면, 바우처로서 특정 이슈·분야·주제에 관한 권위는 대중이 이 권위를 받아들임으로써 그에 관한 자신의 추론을 더 발전시킬 수 있는 잠재성이 있을 때 현금이 된다(cash). 넷째, 민주적 모델은 이 권위의 대상이 되는 행위자가 성찰적 판단을 하는 데 기여하는 제도적 조건을 요청한다. 요컨대, 권위의 민주적 모델은 지속적 판단, 추론을 정교화할 수 있는 잠재성, 그리고 비판- 더 나아가 반대할 수 있는 권력 -을 행사할 수 있는 제도적 보장을 그 중핵으로 한다[10].

## 2) 인식론적 권위에 관한 숙의민주주의적 해석

이런 문제의식을 전제하면, 전문가가 행사하는 인식론적 권위는 민주적 권위 모델에 관한 일종의 “특수사례”(a special case)로 간주할 수 있다. 과학적 또는 전문적 권위는 인식론적 불평등을 전제한다는 점을 다시금 지적해두자. 그렇다면, 이러한 인식론적 권위를 대면하는 적어도 두 가지 대응이 존재할 수 있겠다. 하나는 이 불평등을 감축하려는 시도다. 이 관점의 극단에는 일반 시민들도 과학, 의학, 법, 정책 등에 관한 전문적 토론에 참여할 수 있을 정도로 해당 분야의 지식을 완전히 익혀야(master) 한다는 주장이 있을 수 있다. 다른 하나는 이 극단에 위치하는, 무조건적 항복(blind submission)이다. 대중은 전문가의 선의에 기대 그의 주장을 믿는 것 외에 달리 방법이 없다. 그러나 인식론적 권위에 대한 존중은 그 권위를 그저 믿는 데서 오는 것이 아니라 수용하는 데서 출발한다. 믿음(belief)과 달리 수용(acceptance)

6) 비근한 사례로, 의료공급자-개인과 조직 차원 모두에서 -의 임상적 역량과 그가 사회적으로 갖는 권위가 항상 조응하는 것은 아니라는 사실을 생각해 보자.

은 능동적이며 자발적이다. 영국의 철학자 코헨(L. Jonathan Cohen)의 말을 빌린다면, 수용이라는 행위는 능동적 “추론에 관한 보험증서”(a policy for reasoning)에 다름 아니다. 따라서 인식론적 권위에 관한 진술을 수용한다는 것은 스스로 행하는 속의의 전제(premise)로서 이를 채택한다는 뜻이다. 믿음과 판단의 차이가 발생하는 지점이 여기서다. 권위에 관한 믿음은 결정을 포함하지 않는 반면, 권위를 수용하는 판단은 결정(선택)을 실행하는 행위이므로 책임과 의무를 수반한다. 믿는 행위의 여부와 수용 행위의 여부를 결합해(2×2) 이 논의를 좀 더 진전시키면, 총 네 가지 가능성을 검토할 수 있다. 믿고 수용하는 것과 수용하지 않고 믿지 않기로 한 것은 각각 두 가지 행위가 중복되므로 명백한 이유가 있다. 그러나 나머지 두 경우는 우리의 논의에 비추어 흥미롭다. 예를 들어, 법정에서 피고가 유죄라고 느끼지만 무죄일 수 있다는 가능성을 받아들이는 배심원의 행위는 믿지만 수용하지 않은 것에 해당한다. 즉, 이는 무죄추정의 원칙을 인지하고 있으나 그 원칙의 권위를 수용하는 결정을 내리지 않는 상태다. 믿지 않더라도 수용하는 것은 또 다른 가능성을 산출한다. 일례로, 코로나19와 같은 신종 감염병 백신의 효과성과 안전에 대한 미국 질병통제예방센터(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)의 권고를 대중이 받아들이는 경우가 그에 해당할 수 있겠다. 대다수 일반 시민은 백신이 작용하는 메커니즘을 과학적으로 이해하기 어렵고, 유례없이 신속하게 개발된 코로나19 백신에 관해 의문을 품을 가능성도 있다. 그러나 예방접종에 참여하는 행위는 CDC의 권고로 대표되는 과학적 권위를 수용하기로 결정한 상태를 지칭한다. 요컨대, 권위의 수용은 “사실의 대리”(fact surrogate)를 받아들이는 행위다. 특정 맥락에서 어떤 명제를 의심하면서도 그를 따라 논증을 진행하는 것은 그 주장이 산출되는 과정을 좀 더 상세히 검토하려는 동기를 유발한다. 따라서 전문가의 권위를 존중하는 행위는 스위치의 점등/소등처럼 이항적이지 아니라, 맹목적 믿음부터 성찰적 수용을 아우르는 스펙트럼으로 이해할 필요가 있다. 이런 의미에서, 권위는 판단의 양도- 따라서 자율성의 상실 -가 아니라 “판단에 대한 보증된 중지”(a warranted suspension of judgement)로 이해된다[10].

### 3. 전문가 합의: 속의민주주의의 관점

앞 절에서 지적한 것처럼, 전문가의 권위는 대중이 해당 주제를 판단하는 데 기여하는 잠재성을 갖는 한에서 실제로 작동한다. 그런데 그 권위가 정말로 담론적 정당화에 사용되는 바우처라면, 대중은 이를 어떻게 현금으로 쓰게 되어 있는가? 달리 말해, 비전문가로서 대중은 전문가의 주장을 수용하는 결정을 할 때 어느 정도나 그에 관한 판단을 행사할 수 있는가? 전문지식을 수용하는 동시에 그에 관한 지속적 판단(ongoing judgement)을 수행할 때 가능하다. 그렇다면 이런 성찰적 수용을 가능케 하는 제도적 조건들과 실천들을 검토하고 보장하는 것이 전문지식을 민주적으로 활용하는 데 결정적이다. 이런 제도화에 대한 강조는 이른바 속의민주주의의 ‘체계적 전환’(systemic turn)을 구성하는 핵심 요소 중 하나다[12].

이상의 논의를 토대로, 여기서는 민주적 전문성을 뒷받침하는 제도배열의 한 사례로서 민간 전문가들로 구성된 공식 위원회(전문가 위원회)를 검토하고자 한다. (참고로, 이후 작업에서 무어는 민주적 전문성의 세 가지 모델에 관한 또 다른 정식화를 제시한 바 있다. 첫 번째 유형은 대의적(representative) 전문성이다. 대의기관의 의사결정에 필요한 전문지식을 제공하는 일종의 입법 지원이 이에 해당한다. 한국의 경우 입법조사처, 의회예산정책처 등이 그 사례라 할 수 있다. 두 번째 유형은 참여적(participatory) 전문성으로, 전문가와 대중을 직접적으로 연결시킨다. 다양한 유형의 미니퍼블릭(minipublics) 같은 대중 속의제도가 대표적



사례다. 마지막 유형은 결사적(associative) 전문성으로, 전문지식의 창출, 조직, 동원을 수반하며 시민사회단체의 활동과 저항적 사회운동이 그에 해당한다. 스스로 새로운 질병으로서 HIV/AIDS(Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome)의 위험과 치료의 필요성을 알리고 학문적으로 체계화하는 데 기여한 에이즈 활동가들이 대표적 사례라 할 수 있다[13].) 이는 곧 전문가 집단에서 도출된 합의를 보건의료 정책입안에 활용하는 제도를 뜻한다. 전문가 합의가 전문지식의 민주적 사용을 어떻게 확보할 수 있는지 이해하려면 앞서 다룬 정당성의 두 차원이라는 개념을 잠시 환기할 필요가 있다. 전문가 사이의 숙의를 통해 합의가 도출되는 경우 전문지식의 활용이 민주주의의 관점에서 '내적' 정당성을 갖는다고 말할 수 있다. 반면 전문지식의 민주적 활용에 관한 외적 타당성을 확보하는 메커니즘은 경합(contestation)이다. 전문가의 인식론적 권위를 대중이 판단하는 가능성의 조건들을 창출하기 때문이다. 구체적으로, 경합은 세 가지 메커니즘을 통해 작동한다. 첫째, 경합은 새로운 이슈를 표출하고 정식화할 수 있도록 해준다. 둘째, 이는 전문지식의 행사에 대한 감독(oversight)과 조사를 가능케 한다. 셋째, 다양한 사회운동- 시위, 캠페인, 보이콧, 쟁송 등 -을 통한 저항은 기성 제도의 결정을 저지하는 힘(powers of prevention)을 행사할 수 있다. 일례로, 경합의 두 번째 작동양식을 좀 더 살펴보자. 감독은 판단의 능동적 행사를 요구한다. 이는 행위를 대체하지 않으며, 행위에 관여하지 않은 사람의 단순한 사후 평가도 아니다. 오히려 이는 해당 행위에 구조를 부과함으로써 가능성을 창출하고 한계를 설정하는 일이다. 그린피스(Greenpeace)의 활동을 떠올려보면 이해하기 쉽다. 감시기관이자 썬크탱크로서 그린피스는 환경 위협의 공식평가에 의문을 제기하는 대항적 전문지식(counter-expertise)을 동원한다[10].

반면 서두에서 간략히 지적한 것처럼, 전문가 간 합의는 무지의 사회적 구성에 관한 가장 대표적 사례로 흔히 비판된다. 즉 합의는 다양한 의견의 존재를 부정하거나 더 나아가 묵살한다는 점에서 민주주의에 관한 실질적 위협이거나, 대중보다 무엇을 더 아는 사람들의 의사결정이므로 믿는 것 외에 달리 방법이 없다는 일종의 포기의 결과다[10]. 한국적 맥락에서는 시민 대표나 시민의 직접 참여가 없다는 이유로 종종 더 강한 비판의 대상이 된다. 전문지식을 민주적으로 사용하는 데 필수적 고려사항으로 숙의를 주장하는 논자들조차(시민배심원[citizens' jury], 시민의회[citizens' council], 숙의투표[deliberative polling]와 같은) 대중 숙의제도 외에 전문가 합의를 적극적인 이론적 대상으로 삼은 경우는 드물었다.

그러나 합의는 의사결정의 주요한 과정이자 방법 중 하나로, 정책을 입안하고 시행할 때 필수적이다. 구성원 간 숙의를 수반하는 결정절차(decision procedure)로 합의를 사고하고 실제로 이 절차가 수행되면, 우리는 이 합의가 민주적 전문성의 관점에서 내적 정당성을 갖는다고 말할 수 있다.<sup>7)</sup> 이 논점을 다루려면 먼저 합의의 종류를 구분해야 한다. 첫 번째 유형의 합의는 '자연스럽게 드러나는 만장일치'다. 이 합의는 숙의의 이상적 결과로서 강요되지 않은 믿음이나 신념의 수렴을 가리킨다. 이는 두 가지 경우에 발생한다. 하나는 일군의 사람들이 그저 우연히 같은 것을 믿게 되었을 때다. 다른 하나는 합의를 이룬 사람들 간에 상대적으로 명확하고 구체적인 입장에 대한 일치감이 있지만 이 일치감이 그 입장을 실제로 검토한 결과가 아닐 때다. 하지만 규범적 시각에서, 믿음의 통일은 관련 행위자들이 문제에 대한 답을 찾는 과정에서 각자의 주장을 설득한 결과로 이해되어야 한다. 그런 관점에 입각할 때 두 번째 유형

7) 한편, 구성원 간 숙의가 그 바깥에 위치한 대중에게 투과될 때, 대중이 전문가 합의에서 생산된 권위를 정당한 것으로 판단하고 수용할 가능성(외적 정당성)을 확보할 수 있다. 이 가능성을 비판적으로 검토할 수 있는 제도적 장치들은 다양한데, 그에 관해서는 다음 장에서 좀 더 상세히 다룬다.

의 합의로서 결정절차를 사고할 수 있다. 이는 크게 세 가지로 다시 나눌 수 있다. 결정절차로서 합의의 첫 번째 형식은 만장일치(unanimity)다. 이는 구성원 각자에게 합의를 거부할 권리(veto)를 부여한다. 이 거부권은 설익은 합의를 막고 근거와 논변에 관한 충분한 검토를 강제하는 역할을 한다. 두 번째 형식은 동의에 근거한 수용(joint acceptance)이다. 이는 모든 구성원들이 그 합의의 창출에 충분히 관여되어 있다는 점에서 합의라 할 수 있지만, 어떤 구체적인 사항에 관해 합의하지는 않은 상태를 가리킨다. 예컨대 고등학생 아들의 통금시간을 두고 한 부부가 논쟁을 할 때, 한 명은 시간을 걸 필요가 없다고 말하고 다른 한 명은 오후 8시라고 말했다고 하자. 여하튼 합의된 시간이 필요하므로, 의견을 절충해 오후 10시로 정했다고 하자. 이는 일종의 해석을 통한 결정으로, 이 부부가 오후 10시가 고등학생의 귀가에 적합한 시간이라는 데 동의한 것이 아니라 자녀의 귀가라는 공통의 목적을 달성하는 데 필요한 조치에 동의한 것이다. 그런 의미에서, 양자가 수용한 입장에 공개적으로 반대하지 않겠다는 가벼운 성격의 의무를 지우는 것이기도 하다. 따라서 당사자 간(“회의실 안”) 숙의의 수준(quality)은 최소한 충분하다고 평가할 수 있다. 그러나 당사자의 숙의 과정 “바깥”에 있는 사람들에 신뢰를 얻으려면, 이 과정에서 강력한 대안이 제시되었고, 그에 관한 소수의견이 청취되었으며, 모두가 최종입장을 내는 데 동의했다는 사실을 외부인들에게 보여줄 필요가 있다[10]. 합의의 마지막 형식이 두 번째 형식과 차별화는 지점이 여기다.

만장일치와 구별되는 두 번째 유형의 합의, 즉 결정절차로서의 합의의 마지막 형식은 숙의에 근거한 수용(deliberative acceptance)이다. 이는 합의에 도달하는 숙의 과정이 충분했다는 전제 하에 적극적인 이견 표명을 중지하는 행위다. 따라서 이 수용이 발생하려면 당사자들은 이견이 있는 분야를 기피하거나 그에 침묵으로 대응하는 대신 해당 이슈에 관한 철저한 설명을 요구한다는 점에서, 두 번째 형식과 다르다. 또 다른 차이점은 표결 여부에 있다. 앞서 지적한 것처럼 회의실 바깥 사람들의 수용을 이끌어내려면 내부의 논의과정을 외부에 보여야 한다. 물론 이 투표가 단지 다수결에 불과한 것이 아니냐는 우려가 제기될 수 있다. 적어도 두 가지 반론이 가능하다. 우선 합의에 근거한 수용과 달리, 이 합의 형식에서는 처음부터 각자의 의견이 동등하게 취급되지 않는다. 따라서 각자의 견해가 갖는 힘과 이를 수용 국면까지 일관되게 유지할 수 있느냐는 숙의 과정 전체를 거치면서 타인을 얼마나 설득할 수 있느냐에 달려있다. 또한 다수결이 투표 결과에 따라 모두가 해당 의견에 동의할 것이라는 점을 선행적으로(a priori) 전제하는 반면, 숙의에 근거한 수용은 소수의견을 가진 사람들도 최종적 입장을 내보내는 데 동의했는가에 관심을 기울인다. 따라서 이는 결정에 관여하는 전문가들이 집단사고(groupthink)의 덫에 빠지지 않도록 기여한다[10].

그런데 숙의에 근거한 수용이 우리가 추구하는 합의의 형식이라 하더라도, 전문가 위원회에서 이뤄지는 합의는 또 다른 차별성을 갖는다. 일반적으로 과학적 합의(scientific consensus)는 학계의 성격상 비강제성을 가장 중요한 특징으로 한다. 수학이나 물리학과 같은 자연과학의 난제가 수십 년, 심지어 한 세기가 넘도록 지속되는 경우는 흔하며, 현실과 가장 맞닿아 있는 분야 중 하나인 정책학에서조차 학계의 논쟁이 장기간 이어지는 사례가 적지 않다.<sup>8)</sup> 즉 과학적 합의는 시간의 제약과 논쟁을 종결하라는 외부 압력이 없는 조건에서 주장과 근거에 대해 과학자들이 벌이는 논쟁의 “부산물”(a by-product)이다. 반면 ‘능동적’ 합의(active consensus)는 특정 시점에 특정한 근거를 필요로 하는 상황에서 관련 근거들을 평

8) 한국의 비근한 사례로는 사회복지학계가 주도하고 이후에는 참여 범위를 확장해 (보건정책학·의료관리학 연구자를 포함해) 넓은 의미의 사회정책학 연구자들이 논의에 참여한 <한국 복지국가 성격논쟁> 1권(2002)과 2권(2009)의 출간을 들 수 있겠다.

가해야 한다는 점에서, 명시적 판단의 요소를 포함하는 강제된(forced) 합의다. 이 경우 합의는 근거를 전반적 합의로 전환시키는 방법의 하나로 가능하며, 게다가 불확실성과 긴급성 하에서 전문가들이 차이를 아우르는 과정을 거쳐 하나의 목소리를 내야 하는 집합적 결정이다. 예컨대, 기후변화를 다루는 대표적 국제기구인 Intergovernmental Panel on Climate Change(IPCC)는 정기적으로 출간되는 보고서를 통해 기후과학에 관한 현재 과학계의 합의된 입장을 표명하고 있다. 전문가 합의의 잘 알려진 사례로서, 그러나 IPCC의 관행은 결정과정으로서 합의라는 개념에 비추어보면 난점을 드러낸다. 무엇보다 IPCC의 보고서(요약문)는 합의 과정에서 중대한 이견이 존재하지 않았다는 점을 강조하기 위해 전문가 권위를 동원한다. 그러나 해당 주제의 불확실성을 신중히 검토하는 복합적인 과정을 통해 합의가 산출되었다는 사실을 우리는 알고 있다. 따라서 이 합의를 전문가들이 고려할 만한 이견(qualified dissent)이 없는 상태로 제시하게 되면, 활발하고 비판적인 토론이 있었으며 정확히 그 토론 덕분에 참여자들 모두가 합의할 수 있었다는 사실을 이 과정에 참여한 사람들이 표명하기 어려워진다. 따라서 전문가 합의를 민주적으로 사용하는 데 있어 중요한 것은 속의가 발생하는 장소가 전문가의 권위에 대한 대중의 판단 역량을 뒷받침하느냐 여부, 그리고 관점과 프레임의 다양성(diversity)을 유지하느냐 여부다[10] (따라서 전문가 속의가 그 자체로 민주화해야 하는 무엇이 아니라는 점에 주의해야 한다. 보건의료 분야에서 대중 관여에 대한 지지가 직접민주주의의 필요성으로 곧장 옮겨가는 논지를 비판하고, 이를 대의민주주의에서 발생하는 구체적인 결손들- 의료자원 배분, 보건의료 개혁, 공중보건 위기 대응의 사례 -을 다루는 수단으로 이해하는 관점[14]이 필요한 이유다.). 이는 곧 해당 제도배열(전문가 위원회)이 근거를 정당하게 활용하는 메커니즘을 갖추고 있느냐를 묻는 것과 같다. 이 주제를 다루는 것이 다음 장의 과제다.

### III. 제도의 수준: 근거의 정치

앞서 살펴본 것처럼, 민주적 전문성의 문제의식 하에서 전문지식과 전문가가 갖는 인식론적 권위는 이를 수용하는 대중의 판단에 의존한다. 이 판단은 경합의 메커니즘을 통해 작동하며, 이는 감독과 조사에서부터 사회운동까지를 아우른다. 그런데 2장 후반부에서 다룬 전문가 합의는 경합과는 구별되는 방식으로 민주적 전문성이라는 전망을 추구하는 한 가지 가능성을 보여주었다. 합의를 통해 결정에 이르는 일종의 ‘절차’로서 속의를 이해한다면, 전문가 사이의 합의가 속의를 토대로 이뤄질 때 이를 전문가 합의가 민주적일 수 있는 요건을 갖추었다고 말할 수 있다. 달리 말하자면, 회의실 안의 사람들 사이의 속의는 이 합의에 관한 내적 정당성을 이룬다. 하지만 이렇게 방 안에서 이뤄진 합의가 그에 직접적으로 관여하지 않은 사람들에게 정당하게 수용되려면, 즉 이 방 바깥에 있는 대다수에게 민주적인 것으로 받아들여지려면, 이 합의가 대중의 판단이 가능한 형태로 투과될 수 있어야 한다. 이 조건이 충족될 때 우리는 그 전문가 합의가 외적 정당성을 갖추었다고 말할 수 있다. 전문위원회에서 이뤄지는 능동적 합의는 불확실성과 긴급성 속에서 이견을 조율해 도출되는 집합적 결정이다. 그러나 앞서 IPCC의 보고서 사례에서 확인했듯이, 이 결정은 그것이 다양한 견해를 숙고한 결과로 생산되었다는 사실을 드러내는 방식으로 제시되어야 한다. 이 장에서는 전문가 위원회에서 근거가 어떻게 사용될 때 이런 외적 정당성을 확보할 수 있는지를 살펴봄으로써 이 논점을 구체화한다. 이는 단지 좋은 근거의 생산뿐 아니라 그 근거를 잘 쓰는 것, 그리고 해당 관행을

제도화하는 것의 중요성을 강조한다는 점에서 통상적인 근거기반정책과 궤를 달리한다. 그러나 대안적 관점을 제시하려면 먼저 그 비판의 대상을 간략히 일별할 필요가 있다.

### 1. 정책에 대한 근거기반의학(Evidence-Based Medicine, EBM) 적용? - 근거기반정책(Evidence-Based Policy, EBP) 비판

그 명칭이 시사하듯이, EBP는 EBM과 불가분의 관계에 놓여있다. 캐나다의 의사 데이비드 새킷(David Sackett)과 그의 동료들이 영국의학회지(British Medical Journal, BMJ)에 출판한 Editorial에 근거한다면, EBM의 고전적 정의 중 하나는 “개별 환자의 치료에 관한 결정을 내릴 때 현재 활용할 수 있는 최선의 근거를 의식적이고, 명시적이며, 신중하게 사용하는” 것이다[15]. 의학적 개입에서 어떤 처치(treatment)가 효과(effect)를 내는지 식별하는 작업이 EBM의 근본적 목표라는 점을 감안하면, 실험 방법론이 그 중핵을 차지하는 것은 자연스럽다. EBP는 이러한 문제의식을 정책연구와 실제 정책과정에 적용한 관점이라 할 수 있다. 물론 사회정책 분야에서 근거의 사용에 주목한 시기는 논자에 따라 20세기 중엽까지 거슬러 올라갈 수 있지만, EBP가 명시적으로 하나의 운동으로서 발전한 시기는 1990년대다. 당시 영국 노동당은 이 개념을 명시적으로 받아들였으며, EBM의 발전 덕에 일반적으로 보건의로 부문은 EBP에 핵심적인 영감을 제공한 것으로 평가된다[16].

EBP를 추동하는 이상은 우리가 과학적 실천에 충실할수록 근거를 조작하거나 오용하는 일이 줄어들고 과학을 적용하는 일이 늘어날 것이며, 이는 정책상으로도 더 좋은 결과를 낳을 것이라는 믿음이다. 그러나 정책입안이 기본적으로 우선순위/의제의 설정과 그에 소요되는 자원 배분에 관여하는 활동이라는 점을 인정한다면, 그런 이상은 이 활동의 정치적 속성을 지나치게 과소평가하는 것이라 할 수 있다[17,18]. 근거는 그 자체로 정책입안자가 무엇을 해야 할지 알려주지 않기 때문이다. 영국의 정치학자 폴 케어니(Paul Cairney)는 이를 다음과 같이 정식화했다: 근거는 과학적 불확실성(uncertainty)을 감소시킬 수 있는 반면, 정책적 모호성(ambiguity)의 감축에는 직접적 영향을 미치지 않는다[19,20]. 따라서, 이런 관점에서 보면 EBP는 적어도 세 가지 난점을 노정한다. 첫째, EBP는 정책입안에서 관련 행위자들이 근거를 생산, 선택, 해석할 때 발생하는 ‘편향’(bias)의 문제에 충분히 주목하지 않는다. 둘째, EBP는 근거가 적용되는 과정이 ‘정당한지’를 거의 고려하지 않는다. 셋째, EBP는 더 나은 근거의 사용을 ‘제도화’하려는 노력을 기울이지 않는다[16]. 이러한 특징들은 EBP를 비판적으로 검토한 선행연구와 ‘근거의 정치’의 문제의식을 차별화한다.

물론 이미 이전 연구들이 근거와 정책 사이의 간극(gap)에 주목했다는 점은 우리와 관심을 공유하는 중요한 논점이다. EBP는 이른바 ‘파이프라인 모델’(pipeline model)을 암묵적으로 전제하는데, 그에 따르면 더 많은 연구가 수행될수록 그 연구의 질은 더 좋아지며, 그 정책적 효과도 더 커진다. 하지만 이러한 모델 하에서 근거(투입)와 정책(산출)의 관계, 즉 과학적 근거가 만들어져 실제 정책으로 전환되는 과정은 일종의 블랙박스(black box)로 남아있다. 이 과정이 발생시키는 정책동학(policy dynamics) 자체가 보건의로 정책연구의 중요한 연구대상이라는 점이 거의 이해되지 않는 것은 그런 사정에 기인한다[21-25].

### 2. 근거의 좋은 사용: ‘정당성’의 문제설정과 제도화 과제들

#### 1) 근거와 편향

www.kci.go.kr



추구하는 이상과 달리, EBM/EBP가 현실적으로 산출하는 가장 지배적 효과 중 하나는 보건의료 정책에 관한 우선순위 설정 자체가 무작위대조시험(randomized controlled trial, RCT)과 같은 특정 유형의 근거 사용에 의존하게 된다는 데 있다. 근거에 관한 이 “황금률”이 왜 문제가 되는지 이해하려면 편향의 역할에 주목해야 한다. 한 가지 예를 들어보자. 응급피임약이 전 연령에서 안전하고 효과적이라는 식품의약품(Food and Drug Administration, FDA)의 발표에도 불구하고, 2013년 오바마 행정부는 이를 뒤집고 그 사용연령을 최소 15세로 규정해 논란이 되었다. 근거의 정치의 문제의식 하에서, 이 사례는 세 가지 질문을 제기한다. 첫째, 과학적 근거가 정치적 목적으로 오용되었는가? 둘째, 임상적 근거- 약의 안전성과 효과성 -가 결정의 유일한 기준이 되어야 하는가? 셋째, 애초에 이 결정을 내릴 때 법원의 권위가 행사되는 것이 정당한가? 영국의 보건정책학자 저스틴 파크허스트(Justin Parkhurst)에 따르면, 이 사례로부터 두 가지 유형의 편향이 작동한다는 사실을 알 수 있다. 한편으로, 기술 편향(technical bias)이 존재한다. 이는 증거가 정치적 목표를 위해 오용될 때 발생한다. 따라서 이는 과학의 정치화(the politicization of science) 현상에 조응한다. 다른 한편으로, 이슈 편향(issue bias)이 존재한다. 특정 형태의 증거가 작동해 정책 결정의 정치적 성격을 모호하게 만들 때 발생한다. 말하자면, 이는 마땅히 정치적으로 이해되어야 하는 사안이 탈정치화하는(the depoliticization of politics) 현상이다. 두 가지 편향은 근거의 생산, 선택, 해석 단계 모두에서 일어날 수 있다[16]. 좋은 근거는 과학적으로 충실할 뿐 아니라 당면 과제를 다루는 데 적절해야(appropriate) 한다는 주장은 이런 의미에서 이해할 수 있다.

게다가 이러한 편향은 관련 행위자들이 뚜렷한(overt) 정치적 이해관계를 추구할 때 뿐 아니라, 이를 인지하지 못하는(subtle) 때조차 작동할 수 있다. 예컨대 전자는 로비스트나 권익단체가 바라는 정책 결정을 달성하려고 시도하거나 불리한 결과를 지연시키려 하는 경우에 해당한다. 반면 후자는 해당 문제의 복잡성이나 경합성, 또는 극단으로 갈라진 정치환경(polarization)으로 인해 행위자들의 확증 편향이 발생하는 경우에 해당한다[16].

## 2) 근거의 좋은 사용: 정당성의 세 차원

따라서 효과적인 정책입안을 추구하려면 좋은 근거뿐 아니라 편향이 유발하는 문제들에 대응해 이 근거를 잘 사용할 수 있는 방법을 확보하고 이를 제도적으로 보장하는 과제가 중요하다. 전자가 과학적 충실성과 해당 문제에 관한 적합성의 충족을 요구한다면, 후자는 정당성이라는 개념과 직결된다. 잠시 앞서 2장의 논의로 돌아가보자: 숙의에 기초한 당사자들- 회의실 안의 전문가뿐 아니라 회의실 밖의 대중 모두 -의 능동적 판단이 전문가 권위를 구성한다. 따라서 의제 설정이나 정책 입안을 둘러싼 의사결정의 전 과정에서 그런 판단의 행사가 충분히 보장되지 않거나 누락되는 경우에는 그 결과를 민주적이라 평가하기 어렵다. 즉 대중이 전문가의 인식론적 권위를 정당하게 수용할 수 있는 여건이 마련되지 않은 셈이다.

민주적 전문성의 토대로서 숙의라는 이 논점은 또 다른 정식화를 통해 좀 더 상세히 검토할 수 있다. 예컨대, 미국의 정치학자 아콘 핑(Archon Fung)은 정책과정에서 민주주의의 결손(democratic deficit)이 어떻게 발생할 수 있는지 검토한다. 이런 결손이 적절히 관리되지 않을 경우 해당 정치체가 추진하는 정책은 정당성을 담보하기 어렵다.

그의 주장을 구체적으로 살펴보자[26]. 개별 시민의 이해관계(1)는 정책 선호의 형성(2)을 통해 구체화하며, 이는 투표 행위에 의해 정치인들에게 주권자의 신호로 표명된다(3). 선거 결과로부터 정치체 구성원들의 권한을 부여받은 정당은 새롭게 정부를 구성하고(4), 입법 활

동을 통해 정책을 만든다(5). 정부의 행정부처들이 해당 정책을 실행하면(6) 시민의 본래 이해관계에 조응하는 정책 결과가 산출된다(7). 이러한 일련의 과정에서 평이 일별하는 결손의 지점은 총 네 군데다. 첫 번째 결손(D1)은 유권자의 이해관계에서 도출되는 선호가 명료하지 않거나 불안정할 때 발생한다. 따라서 이 선호를 명확하게 표명할(articulate) 수 있도록 돕는 속의 과정이 요구된다. 두 번째 결손(D2)이 발생하는 지점은 투표를 통해 정치체에 다시금 권한을 부여하는 과정과 관련된다. 대의민주주의에 관한 가장 통상적인 비판 중 하나는 선거라는 신호가 유권자들의 선호를 정확히 반영하는 데 한계를 갖는 무딘(blunt) 수단이라는 것이다. 따라서 새로운 권한이 구성되는 과정에서 그 선호가 제대로 - 또는 충분히 - 인지되고 있는지 확인되어야 하며, 필요할 경우 재승인되어야(reauthorize) 한다. 세 번째(D3) 결손은 이 정치체가 정책을 입안하고 시행할 때 일어날 수 있다. 정책을 만드는 과정에서 정치인들은 다양한 형태의 후견 관계를 통해 자기 이익과 여러 특수 이해관계를 추구할 수 있고, 정책의 집행을 위임받은 행정관료 또한 그와 유사한 이슈에 직면할 가능성이 높다. 따라서 정치적 대표자와 유권자 간 유리를 최소화하려면 책임성(accountability)을 제고하는 메커니즘이 요구되며, 속의 제도가 동원될 수 있다. 정책과정의 마지막 결손 가능성(D4)은 행정기관 집행을 통해 정책 결과가 산출되는 과정에서 발견된다. 국가의 정책역량이 취약하면 실제 정책이 소기의 목적을 거두기 어렵기 때문이다. 이 경우 시민 속의를 통해 대안적 거버넌스나 문제해결역량을 구축해 대응할 수 있다[26]. 요컨대, 각 과정에서 발생가능한 결손을 속의를 위한 다양한 형태의 제도배열이 다룰 때, 해당 정책과정의 민주적 성격은 '가까스로' 유지될 수 있다.

이 글의 초점이 (전문가 합의가 중핵을 이루는) 전문가 위원회에서 근거가 사용되는 방식에 놓여 있다는 점을 고려하면, 위 정식화에서 결손이 일어나는 장소는 D3일 가능성이 높다. 정치인이나 관료가 정책을 입안하고 시행하는 과정에서 전문가의 관여가 통상 이뤄지기 때문이다. 따라서 전문가 합의를 다루는 제도배열의 정당성을 묻는 것은 곧 이 속의 결과에 기초한 인식론적 권위가 어떻게 정당하게 수용될 수 있는가라는 질문에 답변하는 것이다. 파크허스트는 이 논점을 투입, 과정, 산출의 차원으로 나누어 검토한다. 산출 정당성은 좋은 근거와 관련되는 반면, 투입 정당성과 과정 정당성은 이런 근거를 어떻게 사용할 것인가라는 질문을 다룬다. 특히 과정 정당성은 속의의 질과 직결된다.

이 논점을 좀 더 상세히 검토해보자. 투입(input) 정당성은 전문가 위원회가 민주적 대표성을 담지하고 있는지 묻는 것이다. 이를 확인하려면 두 가지 질문이 필요하다. 첫째, 공식 권한(official mandate)을 부여받은 정치적 행위자가 그 제도를 설계했는가? 둘째, 최종결정이 민주적으로 대표성이 있는 이에 의해 이뤄졌는가? 양자를 만족할 때, 이 제도는 투입 정당성을 갖는다. 투입 정당성의 핵심은 정책입안 과정이 때로는 대중의 '비합리성'(irrationality)을 수용해야 한다는 점을 강조하는 데 있다. 인지과학의 연구성과들은 실제로 대중의 비합리성이 일상적 현상이라는 점을 보여준다. 물론 EBM/EBP를 옹호하는 시각에서는 이렇게 되면 정치인이나 또 다른 대표자들이 근거를 오용하는 것을 막지 못한다는 우려가 제기될 것이다. 그러나 근거의 사용에서 민주적 원칙을 견지하려면 이는 필요한 조치다. 예컨대, 1999년 영국의 National Institute for Health and Care Excellence(NICE)는 질 보정 생존 연수(quality-adjusted life year, QALY) 계산에 기초한 비용효과성 평가에 따라 새로운 암 치료제의 NHS(national health service) 급여화를 반대하는 권고를 냈다. NICE의 권고는 사실상 보건의료 정책에 관한 의사결정의 권한을 함축한다. 그러나 대중과 정치인 모두 NICE의 결정에 반드시 오류가 있다고 믿지는 않았지만, 전문가 기관의 의사결정 결과에 대한 이들의 불만은 뚜렷했다. 무엇보다 여러 질환 가운데 암 치료 지원에 대한 지지의 목소리가 컸

www.kci.go.kr

다. 그런 대중적 요구에 대응하고자 영국 의회는 NICE의 권고를 뒤집어 암 치료제 특별기금(cancer drug fund)을 신설했다. EBM/EBP의 관점에서 보면 이는 불공정한 처사로 평가할 수 있으나, 민주적으로 선출된 정부는 대중의 요구에 응답해야 한다는 기본적인 민주주의 원칙을 지킬 때 투입 정당성은 유지될 수 있다[16]. 게다가, 비용효과성의 관점에서 바라본 대중의 '비합리성'은 그 결정의 가정과 이를 기초하는 가치판단에 관한 재고를 요청한다는 점에서 합리적일 수 있다.

한편 산출(output) 정당성은 정책과정에서 발생한 이런 비합리성을 다루는 규범을 확립하는 작업에 관한 것이다. 말하자면, 이는 근거의 생산, 선택, 해석에서 발생하는 기술 편향과 이슈 편향을 최소화할 수 있는 효과적 해법을 찾는 일이다. 따라서 산출 정당성을 유지하려면 좋은 근거가 반드시 필요하다. 이렇게 보면, 투입 정당성과 산출 정당성 간의 관계가 좀 더 명확해진다: 전자가 전문가 위원회가 견지하는 민주적 대표성을 유지하기 위해 때때로 근거의 비합리적 사용을 용인한다면, 후자는 그런 비합리성을 감축시킬 수 있는 위원회의 조직, 규칙, 규범을 구조화하는 방법을 탐색한다[16]. 간단히 말해, 효과적이지 않은 정책은 정당할 수 없다.

끝으로, 과정(throughput) 정당성은 전문가 위원회가 실제로 소기의 역할을 수행하고 있는지 묻는 것이다. 근거를 생산하고 제공하는 과정에서 기술적 고려가 대중의 목표나 가치와 완전히 조응하지 않는다면 또 다른 정당성 이슈가 발생할 수 있기 때문이다. 속의는 경합적 고려사항의 경중을 판단해 합의를 도출함으로써 제도의 정당성을 확보할 수 있는 길을 마련한다[16,27]. (참고로, 이상의 분석들은 보건의료 정책 전반에 관한 분석적 평가를 가능케 하는 유용성이 있으며, 별도의 과제로 다룰 필요가 있다. 예컨대, 한국에서 코로나19 대응을 위해 설치된 전문가 위원회는 정당성 이슈의 차원에서 여러 문제점을 노출했다. 오미크론 변이의 우세화 이후에도 지속된 '장기 억제'(long-term suppression) 전략의 기초는 의료화(medicalization)에 토대를 두고 있다는 점에서 과정 정당성의 부족을 지적할 수 있다[28]. 또한 코로나19 백신 예방접종 정책의 시행에 관한 관련 전문가 위원회들의 견해는 소위 '과학을 따르라'(follow the science)는 테제에서 크게 벗어나지 않았다. 이는 새로운 백신이 과학적 효과성과 안전성을 확보했다는 주장을 되풀이할 뿐 그에 관한 대중의 '비합리성'(공포와 주저)을 충분히 고려하지 않았다는 점에서- 달리 말해 "백시네이션의 가치판단"을 허용하지 않았다는 점에서-, 투입 정당성의 확보가 미비했다고 볼 수 있다[29,30].).

### 3) 근거 사용을 위한 좋은 거버넌스: '제도화'라는 과제

이상의 논지를 종합해보면, 정책과정에서 해당 정책을 뒷받침할 수 있는 근거를 잘 사용하기 위해서는- 즉 전문가 합의에 관한 외적 정당성을 확보하기 위해서는- 무엇보다 그에 관한 '제도화'라는 과제가 대두한다[31]. 파크허스트는 총 여덟 가지의 원칙을 제시한 바 있는데, 그 목록은 다음과 같다: 1) (적절성) 근거는 정책적 관심사에 적절해야 한다, 2) (질) 이 근거의 질은 높은 수준이어야 한다, 3) (엄밀성) 근거는 체계적이고 엄밀해야 한다, 4) (경합성) 근거는 도전과 반론에 열려있어야 한다, 5) (속의) 근거에 입각한 과정은 대중 속의를 통해 이뤄져야 한다, 6) (투명성) 근거의 사용은 투명해야 한다, 7) (대표성) 의사결정 권위는 민주적 대표성이 있어야 한다, 8) (책임성) 근거자문체제는 공식적 권한을 토대로 해야 한다[16]. 코로나19 팬데믹에 관한 대응에서도 전문가 위원회의 역할이 환기된 바 있는데, 관련 논자들은 이 제도배열의 정당성이 유지되려면 다양한 관점이 포함되어야 할 뿐 아니라 이견이 공개

적으로 다뤄질 수 있어야 한다는 점을 강조하였다. 예컨대, 무어와 정치이론가 마이클 맥킨지(Michael MacKenzie)는 이 두 원칙을 제도화하는 방법에 관한 아이디어를 제안하였다. 한 가지 안은 의회 모델을 원용해 전문가 상임위원회(standing committees of experts)를 설치하는 것이다. 이 위원회는 상이한 전공자들로 구성되며, 숙의와 표결과정이 대중에 공개된다. 상임위 모델은 특정 사건의 발생과 무관하게 존재하는 것이므로, 전문가들이 독립적이고 다양한 의견을 개진하고 정책과정에 영향력을 행사할 수 있도록 돕는다. 무엇보다, 듣기 원하는 의견만을 중시할 가능성이 높은 정치인들이 선별적으로 근거를 활용하는 문제를 차단하는 효과가 있다. 상반된 견해를 가진 일군의 전문가들이 정제된 형태로 정책토론을 하는 방법도 고려할 만하다. 이는 일종의 특별법원 모델(tribunal model)로서, 서로 반대의 입장을 가진 전문가들이 자신의 전공 분야 안팎의 전문가들을 청중으로 삼아 각자의 견해를 직접적으로 비판하고 검토할 수 있도록 한다[32-34].

전문가 위원회에 관한 제도화 이슈를 다룰 때 정치이론가 제이넵 파묵(Zeynep Pamuk)의 입론은 특히 유용한데, 그녀의 주장이 전문가 권위의 정당성을 보장하는 경로를 직접적으로 다루기 때문이다[35]. 두 가지 논점을 지적해두자.<sup>9)</sup> 첫째, 정책입안에서 과학 자문의 핵심은 (확정적) 정보의 전달이 아니라 해당 현상에 관한 “규범적 판단”이다. 예컨대 전문가 위원회의 회의에서 어떤 과학자가 산성강하물이 수생태계의 생물학적·화학적 구성에 미치는 영향을 설명한다면, 해당 분야의 전공자가 아닌 정책입안자가 그 내용을 완전히 이해하기는 어렵다. 그러나 환경정책의 자문에서 정책입안자가 과학자에게 기대하는 것은 전문지식 자체가 아니다. 그가 의사결정에서 참고하려는 것은 그런 전문지식을 토대로 과학자가 최선의 결정이라 보는 판단이다. 이런 판단에는 해당 정보를 기초로 하되 전문가가 더욱 중요하다고 간주하는 이해관계나 가치가 반드시 수반된다. 예컨대 임상의사라면 생계보다는 생명, 청소년의 교육기회 보장보다는 고령층의 생존에 더 큰 가중치(weight)를 둘 가능성이 높다. 코로나19 대응에서도 이는 마찬가지다. 예방접종에 관한 의사결정을 내려야 하는 정치인과 관료가 의료인과 과학자들로부터 청취하려는 것은 백신의 유형별 작동 기전 그 자체가 아니다. 백신의 종류가 아스트라제네카든 화이자든 모더나든, 접종 개시 시점에서 충분한 안전성을 담보하는지에 관한 그들의 판단을 참고할 따름이다. 감염병의 유행 규모를 예측하는 수리모델링 결과에서도 기대하는 바는 다르지 않다. 방역정책을 입안하고 시행할 때 이 연구자들에게 궁극적으로 기대하는 것은 모델링에 포함되는 변수의 종류와 추정 방식이 아니다. 예상 확진자 수가 현재 의료체계 역량을 초과하는지, 그렇다면 확충 방안은 무엇일지가 주무 관료의 관심사다.

둘째, 이 같은 이해에 기초한다면 전문가 위원회의 역할도 달라진다. 이는 정책입안자에게 “정립된 과학적 사실을 알려주는”(settling the science) 자족적 체계가 아니다. 오히려 이 위원회의 요체는 과학이 결부된 공적 이슈에 관한 “민주적 토론을 개시하고 이끄는”(initiating and guiding a democratic debate) 데 있다. 앞서 살펴보았듯이, 이 토론의 대상이 전문지식 그 자체가 아니라는 점을 확인해두자. 물론 필요한 경우 관련 전문가가 이를 설명할 필요가 있으며, 이를 대중적으로 전달하는 것 또한 그의 역할이다. 그러나 여기서 핵심은 전문가의 과학적 조언을 참조해 해당 정책이 어떻게 결정되었는지 공동체의 구성원들이 직접 확인하고 그에 관한 의견을 개진할 수 있어야 한다는 것이다. 말하자면, 민주주의 사회의 시민은 정책을 뒷받침하는 전문지식의 생산과 이해에 직접 참여하지 않지만, 그 정책이 어떤 근거와 논리로 만들어졌는지 능동적으로 판단할 권리를 갖는다. 라이브스트리밍(livestreaming)이

9) 이 두 논점에 관한 서술은 [28]의 일부를 전재한 것이다.



나 회의기록(transcript)처럼 자문기구에서 어떤 논의가 이뤄졌는지 접근할 수 있는 방법들이 이론적 정당화를 갖는 지점이 여기다. 따라서, 이런 제도화는 해당 이슈에 관한 전문가의 인식론적 권위가 담론적으로 정당한지 여부를 대중의 판단에 부치는 데 기여하므로, 민주적 전문성의 외적 정당성을 제고할 수 있다. 같은 맥락에서, 정당성 확보의 또 다른 장치로서 위원회 내에서 발생한 이견을 기록하는 작업도 중요하다. 특히 미국 연방대법원이 판결에 소수의견(dissenting opinions)을 남겨놓는 제도가 참고할 만하다. 속의민주주의적 관점에서 소수 의견의 명문화는 뚜렷한 효용을 갖는다. 이로써 위원회의 전문가가 자신의 논변이 충분히 설득력이 있는지, 그에 관한 근거는 분명히 갖추었는지 보다 정교하게 살피게 될 것이다. 일반 대중은 어떤 이견이 제기되었는지 검토함으로써 (위원회에서는 최종적으로 폐기되었지만) 자신에게 유용한 정보나 정책적 대안을 접할 수 있을 뿐 아니라, 해당 정책이 결정되는 과정을 비판적으로 점검할 기회도 얻게 된다. 요컨대, 이는 전문가 권위의 내적 정당성과 외적 정당성 모두를 보장할 가능성을 얻는 방안이다.

#### IV. 맺는말: 민주적 전문성의 전망과 대중역량의 아포리아

오바마 행정부 초기(2009-2010) 백악관의 관리예산실(Office of Management and Budget, OMB) 실장을 역임한 피터 올잭(Peter Orszag)은 경제정책에 관한 정부의 의사결정은 일반 유권자들의 영향으로부터 보호되어야(insulate) 한다고 주장한 바 있다[36]. 그의 관점에서 보면, 비정치적인 전문가가 근거에 기반해 정책을 만들 때 사회 전체의 후생은 더 증대한다. ‘불필요한’ 사회적 갈등을 겪지 않고 해당 분야의 전문가가 과학적 주장과 근거에 따라 의사결정을 내리기 때문이다. 전문지식과 민주주의의 관계를 다룬 앞서 논의를 떠올려본다면, 이는 전문지식이 민주주의를 지지한다는 ‘희망’의 메커니즘을 긍정한다. 하지만 동시에 뚜렷한 상충관계도 함축한다. 전문가는 자신의 기술을 발휘해 민주주의를 운영하는 데 기여하지만, 이는 전문가와 일반인 사이의 분업- 그런 희망의 메커니즘 하에서 이 구분은 가로질 수 없다 -을 통해 작동하므로 정확히 대중의 인식론적 투항을 전제하기 때문이다. 물론 우리는 올잭이 희구한 기술관료제적 이상이 바라는 대로 작동하기 어려울 뿐 아니라 사회 전체에도 나쁜 영향을 미칠 수 있음을 이제 알고 있다. 그런데 그가 피력한 아이디어의 반향은 오늘날 한국에서 그리 낯설어 보이지 않는다. 이 점을 확인하려면 현황에 대한 논의가 얼마간 선행되어야 한다.

이른바 저출생-고령화라는 인구학적 변동 및 의료비 증가라는 배경과 함께, 정부의 의대증원 추진이 촉발한 갈등은 그간 잠재되어 있던 보건의료 부문의 여러 이슈들을 본격적으로 공론장에 진입시켰다. 그 목록의 범위는 중증·응급, 분만, 소아 등의 의료 서비스에 관한 접근성이 떨어지고 이 접근성의 지역별 격차가 늘어나는 현상에서부터, 소위 ‘3분 진료’에 대한 불만, 실손보험의 폭발적 성장에 이르기까지 폭넓다.<sup>10)</sup> 물론 이런 쟁점들이 잠복해 있었던 데는 그럴만한 이유가 있었다. 평균적으로 말한다면, 그동안 한국의 보건의료체계의 주요 행위자들은 크고 작은 불만은 있지만 ‘그런대로’ 자신의 핵심 이해관계를 유지할 수 있었다. 정부로서는 ‘가성비’ 뛰어난 의료, 즉 주요 건강결과 지표가 우수한 동시에 OECD 평균을 크

10) 물론 상대적으로 덜 가시적이었을 뿐, 지역별 건강 격차나 취약계층의 의료 접근성과 같은 건강 형평성 이슈가 그와 병렬적으로 점차 깊어지고 있었다는 사실을 굳이 상론할 필요는 없었다.

게 하회하는 의료비 지출 비율을 관리해왔다. 의사집단은 상대적으로 낮은 수가에도 불구하고 의사 개인이 열심히 노력하면 진료의 박리다매와 비급여를 활용해 여전히 높은 소득수준과 사회적 지위를 유지할 수 있었다. 시민은 비교적 저렴한 비용으로 접근성이 높은 의료 서비스를 극도로 자유롭게 이용할 수 있었다. 이제 우리는 저간의 체계가 더 이상 작동하지 않는 새로운 시대로 진입하고 있다. 2023년에 건강보험 지출 규모는 110조 원을 넘어섰고, 같은 해 GDP(gross domestic product) 대비 의료비 비율(9.9%)은 OECD(Organization for Economic Co-operation and Development) 평균(9.5%)을 상회했다. 가성비 의료로 지탱했던 핵심축인 전공의의 상당수는 의대증원 갈등 국면에서 진료 현장으로부터 이탈했다. 갈등의 원인과 전개 양상을 고려하면, 문제가 일단락된 이후에도 그 여파가 단기간에 그치리라 기대하기는 어렵다.

사안의 중대성만큼이나, 각계에서 수많은 아이디어와 대책이 제기되고 있다. 본인부담금 인상, 실손보험 개혁, 비급여 개편, 상급종합병원의 구조 전환, 노인 주치의제 시행, 지역 의사제 도입, 공공의대 신설, 진료권 설정 등은 그 대표적 사례들이다. 관여의 정도와 수준에 차이가 있지만, 이 품목들은 적어도 두 가지 공통점이 있다. 하나는 전문지식이 반드시 동원된다는 것이고, 다른 하나는 기존 제도배열의 근본적 전환을 필요로 한다는 것이다. 문제는 이러한 논의들이 개진되는 방식이 올책의 기술관료제적 이상과 그리 멀지 않다는 데 있다. 이 점에서, 한국사회가 상속한 정책 유산은 여전히 강고히 작동하는 것으로 보인다. 비단 의대증원에 관한 정부와 의료계의 지난한 교착만이 아니라, 이를 둘러싸고 (다시금!) 부침을 거듭하는 여러 위원회는 그 방증이다.

그러나 앞서 제기된 기술적 해법들은 모두 전문가의 권위에 대한 대중의 판단과 그 토대로서 속의를 필수적으로 요청한다는 점에서, 민주적 전문성의 문제의식을 우회할 수 없다. 이에 관해 두 가지를 지적해두고 싶다. 하나는 향후 보건의료 개혁과제가 속의를 더욱 절실히 요구한다는 점이다. 정부의 주장대로 궁극적인 목표가 ‘필수의료 정상화’와 ‘지역완결적’ 의료체계의 구축이라면, 이는 그 수준과 범위에서 이번 의대증원 이슈보다 훨씬 광범위한 개입과 더 많은 집단의 적극적 관여- 의료계뿐 아니라 인구집단 전체 -를 수반하게 된다. 더 넓고 더 강한 사회적 갈등을 충분히 예상할 수 있다는 뜻이다. 다른 하나는, 어떤 문제가 있다는 것을 확인하고 드러내는 데 그치지 않고 그 문제를 어떻게 다룰 것인가라는 질문에 답하기 위해서도 속의가 결정적이라는 점이다. 아이디어의 표명은 그에 영향을 받는 이들의 행동을 즉각적으로 촉발하지 않지만, 이를 실제로 구현하려면 그 방법에 대한 정교하고 깊이 있는 논의가 필요하다. 지역 의사제든 공공의대든, 보건의료 정책은 이 정책에 영향을 받는 집단들이 그에 순응할 뿐 아니라 능동적으로 관여할 때 본래의 목적을 추구할 수 있다. 기존 제도나 담론에 파열을 내고 논의를 “개방시키는 것”(opening up)만큼이나 이렇게 열어젖힌 논의를 “잘 닫는”(closing down) 것이 중요한 까닭이다[10]. 그런 대안의 탐색은 속의의 핵심 기능이자 목표 중 하나다.

그럼에도 불구하고, 한국적 맥락에서 민주적 전문성의 전망은 여전히 이중의 의미에서 취약하다는(fragile) 점을 끝으로 지적해두자. 한편으로, 대중이 전문가 권위에 관해 판단을 행사할 수 있다면 이 권위의 외적·내적 정당성을 확보하기 위한 제도배열의 구축이 긴요하다. 그러나 제도화 과제는 그 자체로 기존 제도배열의 탈구축을 요하는 난제다. 다른 한편으로, 전문가 권위가 대중의 판단에 준거한다는 주장이 결정적인 만큼이나, 대중의 속의 역량 자체를 어떻게 기를 것인가라는 질문은 일찍이 알렉시스 드 토크빌(Alexis de Tocqueville)이 말한 관습(mores)- 말하자면, ‘마음의 습관’ -의 심대한 교정을 요한다는 점에서, 여전히 하나

의 아포리아다. 그렇다면 우리는 거대한 원환을 돌아 출발한 곳으로 돌아온 셈이다. 물론, 개혁의 어려움은 도정(道程)에 있지 길 자체를 선택하는 데 있지 않다는 테제를 수용하느냐 또한 우리의 몫일 것이다. ㉞

## REFERENCES

1. Mettler S. The polycscape and the challenges of contemporary politics to policy maintenance. *Perspect Politics* 2016;14(2):369-390.  
<https://doi.org/10.1017/S1537592716000074>
2. Jung U. Understanding the dynamics of the health system governance in South Korea. In: Paper presented to Special Symposium at the 75<sup>th</sup> Fall Conference of the Korean Society for Preventive Medicine. Incheon, Korea: KSPM; 2023.
3. Jung U. Where's the beef?: the politics of health care reform in South Korea. *J Korean Med Assoc* 2024;67(5):366-370.  
<https://doi.org/10.5124/jkma.2024.67.5.366>
4. Rayner S. Uncomfortable knowledge: the social construction of ignorance in science and environmental policy discourses. *Econ Soc* 2012;41(1):107-125.  
<https://doi.org/10.1080/03085147.2011.637335>
5. Abelson J, Forest PG, Eyles J, et al. Deliberations about deliberative methods: issues in the design and evaluation of public participation processes. *Soc Sci Med* 2003;57(2):239-251.  
[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00343-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00343-X)
6. Abelson J, Giacomini M, Lehoux P, et al. Bringing 'the public' into health technology assessment and coverage policy decisions: from principles to practice. *Health Policy* 2007;82(1):37-50.  
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2006.07.009>
7. Kwon S, You M, Oh J, et al. Public participation in healthcare decision making: experience of Citizen Council for Health Insurance. *Health Policy Manag* 2012;22(4):467-496.  
<https://doi.org/10.4332/KJHPA.2012.22.4.467>
8. Han JS, Kim CY. Factors affecting the insured organizations participation in decision making process in Health Insurance Policy Committee. *Health Policy Manag* 2017;27(4):335-345.  
<https://doi.org/10.4332/KJHPA.2017.27.4.336>
9. Christiano T. Rational deliberation among experts and citizens. In: Parkinson J, Mansbridge J, editors. *Deliberative systems: deliberative democracy at the large scale*. Cambridge University Press; 2012. pp.27-51.
10. Moore A. *Critical elitism: deliberation, democracy, and the problem of expertise*. Cambridge University Press; 2017.
11. Moore A, Invernizzi-Accetti C, Markovits E, et al. Beyond populism and technocracy: the challenges and limits of democratic epistemology. *Contemp Polit Theory* 2020;19(4):730-752.  
<https://doi.org/10.1057/s41296-020-00398-1>
12. Bächtiger A, Dryzek JS, Mansbridge J, et al. Deliberative democracy: an introduction. In: Bächtiger A, Dryzek JS, Mansbridge J, editors. *The Oxford handbook of deliberative democracy*. Oxford University Press; 2018, pp.1-32.
13. Moore A. Three models of democratic expertise. *Perspect Politics* 2021;19(2):553-563.  
<https://doi.org/10.1017/S1537592720002480>
14. McCoy MS, Emanuel EJ. Public engagement in health policy: mapping aims and approaches. In: Lever A, Poama A, editors, *The Routledge handbook of ethics and public policy*. Routledge; 2018, pp.368-380.
15. Patashnik EM, Gerber A, Dowling CM. *Unhealthy olitics: the battle over evidence-based medicine*. Princeton University Press; 2017, p.6.

16. Parkhurst J. The politics of evidence: from evidence-based policy to the good governance of evidence. Routledge; 2017.
17. Weale A. Democratic values, public consultation and health priorities: a political science perspective. In: Oliver A, editor. Equity in Health & Healthcare: views from ethics, economics & political science. Proceedings from a meeting of the Health Equity Network (research report). London, UK: Nuffield Provincial Hospitals Trust; 2003, pp.41-51.
18. Nuffield Council on Bioethics. Public health: ethical issues. Nuffield Council on Bioethics; 2007.
19. Cairney P. The politics of evidence-based policy making. Palgrave MacMillan; 2016.
20. Cairney P, Oliver K, Wellstead A. To bridge the divide between evidence and policy: reduce ambiguity as much as uncertainty. *Public Adm Rev* 2016;76(3):399-402.  
<https://doi.org/10.1111/puar.12555>
21. Cairney P, Oliver K. Evidence-based policymaking is not like evidence-based medicine, so how far should you go to bridge the divide between evidence and policy? *Health Res Policy Syst* 2017;15:35.  
<https://doi.org/10.1186/s12961-017-0192-x>
22. Ingold J, Monaghan M. Evidence translation: an exploration of policy makers' use of evidence. *Policy Politics* 2016;44(2):171-190.  
<https://doi.org/10.1332/147084414X13988707323088>
23. Oliver K, Lorenc T, Innvær S. New directions in evidence-based policy research: a critical analysis of the literature. *Health Res Policy Syst* 2014;12:34.  
<https://doi.org/10.1186/1478-4505-12-34>
24. Goldenberg MJ. On evidence and evidence-based medicine: lessons from the philosophy of science. *Soc Sci Med* 2006;62(11):2621-2632.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.11.031>
25. Peterson MA. In the shadow of politics: the pathways of research evidence to health policy making. *J Health Politics Policy Law* 2018;43(3):341-376.  
<https://doi.org/10.1215/03616878-4366136>
26. Fung A. Democratizing the policy process. In: Moran M, Rein M, Goodin RE, editors. *The Oxford handbook of public policy*. Oxford University Press; 2006. pp.667-683.
27. Cassola A, Fafard P, Palkovits M, et al. Mechanisms to bridge the gap between science and politics in evidence-informed policymaking: mapping the landscape. In: Farard P, Cassola A, de Leeuw E, editors. *Integrating science and politics for public health*. Palgrave Macmillan; 2022, pp.293-328.
28. Jung U. Why our response to the 'Omicron Wave' requires better, more politics (unpublished manuscript); 2022.
29. Jung U, Kim SJ, Jang Y. Critical reflections on the vaccination policy and its discourse. (unpublished manuscript); 2021.
30. Goldenberg MJ. Public misunderstanding of science? Reframing the problem of vaccine hesitancy. *Perspect Sci* 2016;24(5):552-581.  
[https://doi.org/10.1162/POSC\\_a\\_00223](https://doi.org/10.1162/POSC_a_00223)
31. Rayner S, Sarewitz D. Policy making in the post-truth world: on the limits of science and the rise of inappropriate expertise. *Breakthrough J* 2021;13:15-43.
32. Moore A, MacKenzie MK. Policy making during crises: how diversity and disagreement can help manage the politics of expert advice. *BMJ* 2020;371:m4039.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.m4039>
33. Jarman H, Rozenblum S, Falkenbach M, et al. Role of scientific advice in COVID-19 policy. *BMJ* 2022;378:e070572.  
<https://doi.org/10.1136/bmj-2022-070572>
34. Parker MJ. Bioethics and the value of disagreement. *J Med Ethics* 2024:1-7.



- <https://doi.org/10.1136/jme-2024-110174>
35. Pamuk Z. COVID-19 and the paradox of scientific advice. *Perspect Politics* 2022;20(2):562-576.  
<https://doi.org/10.1017/S1537592721001201>
36. Orr S, Johnson J. Models, mechanisms, metrics: the entanglement of methods of policy inquiry with democratic possibilities. In: Lever A, Poama A, editors. *The Routledge handbook of ethics and public policy*. Routledge; 2019, pp.62-75.