

## 건강과 복지: 권리와 사회정의의 관점에서

김 창 엽

한국에서도 나타날 의료비 폭증은 그 동안 기술과 관리의 차원이던 건강과 보건의료 분야의 자원조달과 배분의 문제를 정치화·사회화할 것으로 예상된다. 고령화와 생산인구의 감소, 생명연장 기술의 발전, 새로운 가족관계 등은 기존의 건강과 보건의료체계를 근본에서 위협할 것이며, 기술적인 접근만으로 이러한 도전에 대응하기 어렵다. 이러한 압력은 건강과 보건의료, 그 중에서도 건강보장의 구조에 대전환을 촉진할 공산이 크다. 사회적 제도로서의 건강보장이 복지의 한 요소로서 전통적인 사회적 위험에 대응하는 것이 목적이었다면, 새로운 건강과 보건체계가 당면해야 하는 상황은 과거의 사회적 위험, 특히 노동과 관련된 위험이라는 전통적 범주를 넘어설 수 있다. 또한 보건의료비 지출의 큰 비중에서 알 수 있듯이 사회투자국가론 등 새로운 복지국가의 지향성만으로는 해결할 수 없는 과제를 제기한다.

이상과 같은 맥락에서 이 논문에서는 변화하는 복지국가의 구조 안에서 건강보장의 범위를 넘어 건강과 보건의료의 과제를 설명하고 행동의 지침이 될 일관된 원리를 모색하고자 한다. 새로운 복지국가의 구성원리는 재정 측면에서의 지속가능성을 넘어 건강과 보건의료의 불평등을 줄이고 그 배분과 분포가 사회정의에 부합하여야 한다는 것이다. 현재로서는 이러한 원리가 규범적 차원을 넘기 어렵겠지만, 정의에 기초하여 새로운 원리를 모색하는 것은 복지국가의 새로운 구성과 이에 기초한 새로운 사회적 행동의 원칙을 수립하는 데에 중요한 기여를 할 것이다.

주제어: 건강, 보건의료, 사회정의, 불평등

한국에서 진행되는 복지 혹은 복지국가 논의에서 건강과 보건의료는 복지의 다른 요소에 비하여 독특한 위치를 차지하는 것처럼 보인다. 예를 들어 1977년 시작된 건강보험(시작 당시의 이름은 의료보험이었다)은 복지국가를 구성하는 가장 중요한 요소 중 하나이지만, 한편으로 의료와 보건은 전문가주의(professionalism)와 생의학적(biomedical) 관점의 영향을 강하게 받고 있다. 사회적·집합적 실체라기보다는 개인의 속성이나 가치로 이해되는 면이 강하며, 자연과학적·생물학적 범주를 넘어서 관심의 대상이 되는 일은 드물다. 한 가지 예외적인 상황이 건강보험의 재정 문제이지만, 그마저 건강보험료 인상과 같이 대중이 피부로 느끼는 일을 제외하면 지속적인 관심 대상이 되지 않는다. 한 마디로 말하자

면, 건강과 보건의료는 복지국가의 핵심적 구성요소이지만 마치 복지국가 외부에 별개로 존재하는 것처럼 보인다.

이러한 현상은 한편으로 건강과 보건의료의 성격에서 연유하는 것이지만, 다른 한편으로는 이 분야가 복지국가의 다른 구성요소들에 앞서서 제도화가 이루어졌기 때문에 나타나는 것이기도 하다. 즉, 대부분의 보건의료제도와 건강보험은 그 요인이 다른 사회서비스나 복지가 중요한 사회적 관심사가 되기 이전에 제도화되었고, 그 때문에 1990년대 후반 이후 ‘복지확장기’에 벌어진(또는 벌어질 수 있는) 논쟁에서 상대적으로 자유로울 수 있었다. 건강보험은 보편적 복지로 분류될 수 있는 대표적 정책이지만, 보편-선별 복지 논쟁에서 아예 벗어나 있다는 사실은 여러 사회정책이 시차를 두고 제도화되고 있는 결과라고 할 것이다. 유럽 국가와 같은 역사를 가진 것은 아니지만, 건강보험은 이미 제도화된 ‘삶의 양식’이라고 해도 좋을 것이다[Saltman and Dubois(2004)].

그러나 건강과 보건의료가 역사적 성숙기에 있다는 이유로 가질 수 있었던 상대적 ‘안정’이 계속될 수 있을지는 의문이다. 거의 모든 선진국에서 나타나는 의료비 지출의 폭발은 한국을 비껴가지 않을 것이고, 그 동안 기술과 관리의 차원이던 자원조달과 배분의 문제를 정치화·사회화할 것이 틀림없다. 그런 만큼, 고령화와 생산인구의 감소, 생명연장 기술의 발전, 새로운 가족관계 등은 우리에게 익숙한 건강과 보건의료체계를 근본에서 위협할 가능성이 크다. 흔히 논의되는 기술적인 접근만으로 새로운 도전에 대응할 수 있을지는 확신할 수 없다. 변화는 일찍이 경험한 적이 없는 새로운 원리를 요구할 것이며, 이에 따라 건강과 보건의료의 사회적 구성을 근본적으로 재편해야 한다는 압력이 나타날 가능성이 높다.

이러한 압력은 일차적으로는 사회적 구성물로서의 건강과 보건의료, 그 중에서도 건강보장에 대한 전환을 촉진할 공산이 크다.<sup>(1)</sup> 사회적 제도로서의 건강보장이 복지의 한 요소로서 사회적 위험에 대응하는 것이 목적이었다면, 앞에서 말한 새로운 환경은 사회적 위험, 특히 노동과 관련된 위험이라는 전통적 범주를 넘어설 수 있다. 그렇다면 복지의 충분성을 판단하는 기초적(basic) 보장 혹은 최저선(minimum)이라는 기준도 흔들리게 된다. 이를 대신할 새로운 기준은 당연히 새로운 원리와 새로운 사회적 구성에 조응하는 것이어야 한다.

이상과 같은 맥락에서 이 글의 일차적 목적은 변화하는 복지국가의 구조 안에서(건강보장의 범위를 넘어) 건강과 보건의료의 과제를 설명하고 행동의 지침이 될 일관된 원리를

(1) 이 글에서 ‘건강보장’은 건강을 보장한다는 일상적 의미가 아니라 건강보험(의료보험)과 의료급여와 같은 공공부조 등 보건의료 이용을 사회적으로 보장하기 위한 사회보장의 한 구성요소를 뜻한다.

모색하는 것이다. 비용 상승에 어떻게 대비할 것인가와 같은 정책적 과제가 아니라, 명확하게 예상되는 사회경제적 변화에 대응할 원리가 무엇인가에 관심의 초점이 있다. 비록 규범적 원리가 가지는 한계를 벗어나기는 어렵겠지만, 모색과정은 제도의 새로운 구성과 이에 기초한 새로운 사회적 행동의 원칙을 수립하는 데에 반드시 필요하다.

## 1. 서론: 건강, 보건의료, 그리고 복지국가

### 1.1. 건강과 보건의료

복지의 구성요소로서 보건의료를 논의하기 이전에 먼저 건강과 보건의료의 관계를 명확하게 하는 것이 필요하다. 이 둘을 같거나 비슷한 것으로 보게 되면 이론적으로나 실천적으로나 잘못된 결론을 내리기 쉽다.<sup>(2)</sup>

건강(health)은 여러 가지 요인의 영향을 받는 결과(outcome)인 반면, 보건의료(health care, health service, health care service)는 건강에 영향을 미치는 한 가지 요인이다. 다르게 표현하면, 보건의료는 건강이라는 생산물의 한 가지 투입요소라고 할 수 있다. 최근 들어 주목을 받고 있는 개념에 기초하자면, 보건의료는 ‘건강의 사회적 결정요인(social determinants of health)’ 중 하나이다. 건강을 결정하는 요소 중 생물학적 요인이 중요하다는 것은 부인할 수 없는 사실이다. 아직도 중요한 건강문제인 전염성 질환은 생물학적 요인 중에서도 외인(外因)에 속하고, 유전이나 체질 같은 것은 내인(內因)이라 할 수 있다. 그러나 이러한 생물학적 요인이 건강에 미치는 기여도나 그것의 중요성은 과장되어 있는 것이 확실하다. 물론 이는 건강과 질병을 설명하는 데에 생의학적 모형이 주도권을 가지고 있는 상황이 빚어낸 자연스러운 결과라 할 수 있다. 가장 대표적인 생물학적 요인이라 할 수 있는 유전적 요인도 인간수명의 15-20% 정도를 설명할 수 있을 뿐이고, 대부분의 생물학적 요인은 다른 요인들과 관련을 통해서 건강에 영향을 미친다[Bortz(2005)]. 최근 깨닫게 된 것이긴 하지만, 영향의 크기로 볼 때 생물학적 요인에 비하여 과소 평가되어 있는 것이 사회적 결정요인이다. 세계보건기구의 정의에 따르면 건강의 사회적 결정요인이란 사람의 출생, 성장, 생활, 노동, 노화의 조건을 말한다[World Health Organization(2008)]. 이런 조건은 지역, 국가, 전지구적 차원에서 돈, 권력, 자원의 분포에 따라 결정된다. 건강을 주로 생물학적으로 이해하는 통념과는 달리 “빈곤층의 낮은 건강수준, 국가 내에서 나

(2) 건강과 보건의료를 구분해야 할 필요성을 특히 강조하는 것은 이 글이 보건의료 논의에 익숙하지 않은 독자를 주 대상으로 가정하기 때문이다. 그러나 보건의료 내부에서도 건강과 보건의료를 명확하게 구분하지 않는 것을 흔히 볼 수 있다.

타나는 건강의 사회적 격차, 현저한 국가간의 건강 불평등은 국가적·국제적으로 존재하는 권력, 소득, 물자, 서비스의 불평등한 분포 때문에” 생긴다[WHO Commission on Social Determinants of Health(2008, p. 1)]. 권력과 소득, 물자 등의 불평등 분포는 사람이 살아가는 직접적이고 가시적인 환경, 즉 의료, 학교, 교육 등에 대한 접근과 노동, 여가, 가정, 거주지역의 조건에 불공정성(unfairness)을 초래하기 때문이다.

보건의료를 건강의 사회적 결정요인 중 하나라고 본다면, 역설적이게도 보건의료는 영향력이 실제보다 더 크게 인식되는 거의 유일한 요인이다. 흔히 생각하는 것과는 달리, 적어도 집단과 사회 수준에서 보건의료가 건강에 기여하는 비중은 절대적이지 않다. 보건의료 서비스보다 영양이나 공중보건의 건강수준 향상에 더 중요한 역할을 했다는 것은 맥퀸(Thomas McKeown)의 선구적인 업적과 포겔(Fogel), 프레스턴(Preston) 등의 연구로 이미 잘 알려져 있다[Preston(1975), McKeown(1979), Fogel(2004)]. 예를 들어, 영양 공급의 역할을 검토한 포겔은 18세기 말부터 19세기 말까지 전체 사망률 감소와 그 이후 사망률 감소의 절반은 영양 개선 때문에 가능했다고 주장하였다. 그러나 이들 연구들은 주로 20세기 전반 이전을 대상으로 한 것들로, 최근 분석, 특히 선진국들을 대상으로 한 연구에서는 보건의료가 건강수준 향상에 중요한 기여를 한다는 주장이 늘고 있는 것도 사실이다. 예를 들어, 커틀러(Cutler) 등은 최근의 사망률 저하나 수명 연장을 설명할 수 있는 단 하나의 요인을 꼽는 것은 불가능하지만 과학 발전과 기술적 진보가 사망률을 결정하는 유력한 요인이라고 주장하였다[Cutler, Deaton, and Lleras-Muney(2006)]. 1960년에서 2000년 사이에 미국에서 7년의 수명 연장이 있었는데, 그 중 70%는 심혈관 질환으로 인한 사망률 감소 때문이고, 심혈관 질환으로 인한 사망률 감소의 약 2/3는 의학 발전으로 인한 것이라고 추정하였다.

앞에서 조금은 자세하게 건강과 보건의료를 구분한 것은 이것이 건강보장, 복지, 복지 국가의 목표 혹은 목적과 관련되어 있기 때문이다. 즉, 건강과 관련된 사회적 제도(social arrangement)가 건강을 목표로 하는지, 보건의료가 목표인지, 혹은 이 둘을 모두 포함하거나 제3의 무엇인지 하는 것은 매우 중요하다. 만약 전체 사회구성원에게 일정 수준의 건강을 보장하는 것을 목표로 한다면, 보건의료를 보장하는 것만으로는 부족하다. 앞에서 말한 대로 건강은 보건의료만으로 결정되지 않기 때문이다. 그렇다고 해서 건강이 아니라 일정 수준 이상의 보건의료를 보장하는 것을 목표로 하는 것이라면, 그 보장의 궁극적 목적이 무엇인가 하는 질문을 피하기 어렵다. 당초 유럽 대륙에서 건강보험(당시에는 질병보험)이 국가제도로 성립될 때 제도의 핵심 목표는 경제적 보장이었다. 즉, 산업화와 함께 진행된 노동과 가족의 변화는 질병이나 손상으로 인한 임금 상실을 중요한 ‘사회적 위험’으로 만들

었고, 건강보험은 이러한 소득 상실이라는 사회적 위험에 대비하기 위한 것이 일차적인 목적이었다[van Langendonck(1973)]. 보건의료를 보장하기 위한 기능이 점차 커졌지만 이는 상당 기간 부수적인 것에 머물렀다. 그러나 현재의 건강보장이 경제적 보장에 국한된다고 보기는 어렵다. 분명 경제적 보장의 성격도 포함하고 있지만, 건강을 보장하거나 보건의료 이용을 보장하는 것으로 목표가 점점 확대되어 왔다는 것을 부인하기 어렵다. 이러한 질문은 앞으로의 복지국가 논의에서도 중요한 자리를 차지할 것이 틀림없다. 복지국가의 확대를 어렵게 만드는 요인이 많을수록 본래의 목표와 가치를 묻는 일은 피하기 어렵다.

## 1.2. 보건의료의 보장과 복지국가

보건의료는 복지국가를 구성하는 가장 중요한 요소라는 점에 별 이론이 없으면서도, 실제 복지국가 논의나 유형화 작업에서는 빠지거나 제대로 다루어지지 않는 경향이 있다 [Moran(2000)]. 물론 이런 상황은 어떤 기준에서 모든 자연스럽지 않다. 현대 복지국가에서 보건의료는 연금과 더불어 사회적 자원을 투입해야 하는 양대 분야이며, 동시에 국가의 성격에 관계없이 보건의료 재정의 주된 원천은 국가이기 때문이다. 투입되는 자원의 원천이 국가라는 사실은 보건의료 정책이 당연히 사회정책으로(이를 어떻게 정의하더라도) 이해되어야 함을 나타낸다.

이론과 논의에서 보건의료와 복지국가의 관계가 긴밀하지 않다는 것은 복지국가 유형론 논의에서 잘 드러난다. 유형론을 대표하면서 현재도 강력한 영향력을 미치고 있는 것은 에스핑 앤더슨의 분류이다[Esping-Andersen(1990)]. 그러나 결과적으로 이 분류는 보건의료와의 연계가 매우 약하다. 그는 18개국을 3개 유형의 복지국가로 나누면서 보건의료와 관련된 지표로는 민간보건의료비의 비중을 사용했다. 그러나 <표 1>에서 볼 수 있는 것과 같이 이 지표를 순서대로 나열하면 유형에 따른 일관된 경향을 발견할 수 없다. 사실 이러한 맥락에서 자주 거론되는 사례는 영국의 복지국가 성격과 보건의료체계의 특성 사이에서 볼 수 있는 편차이다. 영국은 전반적인 복지국가의 성격으로는 이른바 자유주의적 모형에 속하지만 보건의료는 자유주의와는 가장 거리가 먼 국가보건서비스(NHS) 제도를 운영하고 있다. 어느 경우든 이는 현재 널리 받아들여지는 복지국가 유형과 보건의료 사이의 관련성이 상대적으로 매우 느슨하다는 것을 뜻한다.

이러한 현상이 나타나는 것에 대해서 근본적으로는 복지국가 혹은 복지체제(레짐)의 유형론 자체를 문제 삼을 수 있고, 유형 구분의 가치를 인정하더라도 특정한 구분 방법이 현실을 제대로 반영한 정확한 것인가 하는 문제를 제기할 수 있다. 유형론을 검토하는 것은 이 글의 목적이 아니라는 점을 고려하더라도, 보건의료의 관점에서 특별히 언급할 것은 전통적인 복지국가 유형론이 각 개별 정책을 제대로 설명할 수 없다는 주장이 힘을 얻고 있

〈표 1〉 국가별 민간보건지출의 비중과 복지국가 유형

순위	국가	민간보건지출(%)	복지국가 유형*
1	노르웨이	1	S
2	아일랜드	6	L
3	스웨덴	7	S
4	영국	10	L
5	이탈리아	12	C
6	벨기에	13	S
7	덴마크	15	S
8	뉴질랜드	18	L
9	독일	20	C
10	핀란드	21	C
11	네덜란드	22	S
12	캐나다	26	L
13	프랑스	28	C
13	일본	28	C
15	스위스	35	C
16	오스트리아	36	S
16	오스트레일리아	36	L
18	미국	57	L

\* S: 사회민주주의, L: 자유주의, C: 보수적

자료: Esping-Andersen(1990).

다는 사실이다[Kasza(2002), Bambra(2005)]. 에스핑 앤더슨의 유형 구분이 소득정책을 기준으로 사용하여 전반적인 사회정책까지 확대하였기 때문에 적합성이 떨어진다는 것은 널리 알려진 비판이지만, 좀 더 근본적으로는 복지국가 혹은 복지레짐이라는 분석단위 자체가 문제가 된다. 카스자(Kasza)에 따르면 모든 정책을 포괄하는 하나의(단일한) 복지레짐을 상정하게 되면 두 가지 오류를 범할 수 있다[Kasza(2002)]. 그 중 하나는 소득, 교육, 보건, 주택 등 복지국가를 구성하는 핵심 정책들의 서비스 제공이 전반적으로 비슷한 접근(특히 국가의 역할이라는 점에서)을 한다고 가정하는 것이고, 또 다른 하나는 각 국가의 복지 패키지에 일관된 원칙이나 가치가 관철되고 있다고 가정하는 것이다. 각 나라의 여러 사회정책들은 다양한 요인과 경로에 따라 점진적으로 발전되어 온 것이며, 따라서 각각의 정책을 따로 비교하지 않으면 정책의 동학과 변동요인을 제대로 파악할 수 없다.

우리가 주목할 것은 유형론 그 자체보다는 전반적인 복지국가 논의와 보건의료의 관계이다. 그것이 분류 방법의 문제든 혹은 유형론 자체에서 연유하는 문제든 전통적인 복지국

가 논의에서 보건의료가 복지국가의 전반적인 성격과 상대적으로 ‘느슨한’ 관계를 맺고 있는 것은 분명하다. 그런데, 보건의료가 이와 같이 복지국가 논의에서 ‘반(半)독립성’을 가지게 된 것은 몇 가지 요인이 함께 작용한 결과로 보인다. 첫째, 전통적인 복지국가 논의는 에스핑 앤더슨의 분류에서 볼 수 있듯 주로 탈상품화와 계층화를 기준으로 삼아 현금급여 프로그램을 주된 관심 대상으로 하고 있다. 고용, 연금, 실업보험, 빈곤정책 등의 정책을 핵심 대상으로 하는 것은 그 때문이다. 결과적으로 이런 정책을 중심으로 복지국가의 성격을 규정하게 되면 현금급여가 아닌 사회적 서비스는 논의에서 제대로 다루어지지 못한다[김영순(2007)]. 둘째, 앞에서 언급한 것과 같이 복지국가가 논의 대상으로 삼고 있는 사회정책이나 프로그램이 대체로 근대 이후 정립된 것인데 반해 보건의료는 상대적으로 역사적 축적기간이 길다는 특징을 가지고 있다. 이는 근대국가 성립시기에 ‘근대적’ 보건의료제도의 확산효과가 크지 않을 조건으로 작용했고 결과적으로 개별 국가의 보건의료정책이 경로의존적으로 유지될 수 있는 요인이 되었을 것이다. 다음으로, Moran(2000)의 지적대로 보건의료체계에는 서비스의 소비(consumption) 측면 이외에도 서비스의 생산 또는 공급(provision), 그리고 기술(technology)이라는 요소가 크게 영향을 미친다는 것을 고려해야 한다. 예를 들어 의료전문직이 보건의료의 생산과 그 특성에 매우 중요한 역할을 한다고 할 때, 그리고 의료전문직의 역사적 발전과 변화가 각 국가의 고유한 경로를 따른다고 하다면, 보건의료는 소득보전을 위한 현금급여나 나아가 다른 사회서비스와도 뚜렷하게 구분되는 특성을 가질 수밖에 없다.

앞에서 복지국가와 보건의료의 관계를 검토한 것은 기존 복지국가 논의와는 별도로 보건의료체제를 따로 유형화하거나 남다른 특성을 이론화하기 위한 것은 아니다. 또한 복지국가 유형론이나 논의에서 보건의료의 ‘시민권’을 주장하기 위한 것도 아니다. 그보다는 보건의료 논의를 통하여 복지국가 논의의 복합적 성격을 드러내고, 나아가 변화된 환경 속에서 복지국가 논의가 당면하거나 당면하게 될 보편적 과제를 제시하려는 것이다. 그러한 점에서 복지국가와 보건의료의 관계를 탐색하는 일은 맥락적으로 이미 현재 한국사회에 진행되고 있는 복지국가 논의에서 자유롭지 않다.

## 2. 복지국가 논의와 보건의료

앞에서 보건의료와 복지국가가 느슨한 관계를 맺고 있다고 했지만, 상관관계의 수준이 유일하게 중요한 것은 아니다. 세부적인 구성요소에 따라 그 관계가 달리 나타나는 것은 당연하며, 그 성격을 어떻게 해석하는가에 따라 전체적인 관계도 새롭게 규정될 수 있다.

이러한 관계를 해석하고 규정하는 과정에서 한 가지 보태어야 할 고려사항은 1970-1980년대 이후 복지국가가 새로운 환경변화를 맞고 있다는 사실이다. 이 새로운 환경은 흔히 ‘새로운 사회적 위험(new social risks)’으로 대표된다. 본격적인 복지국가 단계에 접어들지는 않았으나 새로운 환경은 한국에도 강력한 영향을 미치고 있는 것이 틀림없다. 그런 점에서 한국의 복지국가 논의는 오래된 환경에 새로운 환경이 더해진 이중의 상황을 맞고 있다고 할 것이다. 그 중에서도 건강과 보건의료는 이러한 상황이 더 두드러진다. 그런 의미에서 건강과 보건의료는 오래된 위험(old social risks)인 동시에 새로운 위험이다.

### 2.1. 건강, 보건의료, 복지국가의 상호관련성

건강과 보건의료라는 하나의 구성요소가 복지국가 전반(혹은 다른 구성요소)에 관련되는 방식을 규명하는 것은 적어도 세 가지 측면에서 가치를 갖는다. 그 중 하나는 각 구성요소를 모은 종합으로서의 복지국가를 명확하게 규정하는 데에 도움을 줄 수 있다는 것이고, 다른 하나는 비교와 학습을 통하여 개별 구성요소가 제도적 완성도와 완결성을 높이는 데 기여할 수 있다는 점이다. 또한 각 구성요소의 상호관련성을 기반으로 제도 확충과 확장의 기반이 만들어질 수 있다는 점도 중요하다.

건강과 보건의료가 복지국가 혹은 그 구성요소로부터 영향을 받을 수 있다는 것이 가장 쉽게 생각할 수 있는 상호관련성이다. 그 중에서도 일찍부터 관심을 끈 것이 복지국가의 건강수준이 어떻게 다르고, 나아가 복지국가가 건강에 어떤 영향을 미칠 수 있는가 하는 점이었다. 이런 맥락에서 복지국가가 그 유형에 따라 건강에 다른 영향을 미친다는 것은 많은 연구로 어느 정도 정설이 되어 있다. 물론 이는 복지국가를 구성하는 정책이나 프로그램과 관련이 있고, 보건의료 서비스 이외에 다른 복지국가 프로그램이 건강에 영향을 미칠 수 있다는 주장이다. 복지국가의 정책과 프로그램, 혹은 하나의 실체로서 복지국가가 건강에 긍정적으로 기여할 수 있다면, 총체적인 것이든 개별적인 정책이든 복지국가의 정당성이 커진다.

우선 복지국가 유형이 다르면 영아사망률이나 평균수명과 같은 건강수준에 차이를 보인다는 연구결과가 적지 않은데[Bambra(2006), Chung and Muntaner(2006), Dahl *et al.* (2006), Navarro *et al.*(2006), Karim, Eikemo, and Bambra(2010)], 대체로 사회민주주의 유형의 국가들에서 건강수준이 더 높게 나타난다. 직접적인 경로는 명확하지 않지만, 보통 탈상품화되고 보편적인 복지급여와 소득 재분배 정책이 누적되어 효과를 발휘하는 것으로 해석한다. 다시 말하면, 현금 혹은 사회서비스 형태의 복지급여가 사회경제적 지위와 건강과의 관계에서 조절효과를 발휘하는 것으로 보는 것이다[Diderichsen(2002), Bambra and Eikemo(2009)]. 그러나 건강문제의 영역을 더 넓히면, 건강과 복지국가의 관계는 일관되게

해석하기 어렵다. 예를 들어 건강 불평등을 지표로 하는 경우, 일반적인 예상과 달리 사회민주주의 유형에서 성과가 가장 좋은 것으로 나타나지 않는다[Dahl *et al.*(2006), Eikemo *et al.*(2008), Bambra and Eikemo(2009), Hurrelmann, Rathmann, and Richter(2011)]. 이러한 결과는 복지국가 유형이라는 하나의 기준으로 건강성과를 모두 설명할 수 없으며, 그보다는 구체적인 정책 혹은 특정집단(여성, 이민자, 노인 등)에 따라 건강에 영향을 미치는 정도가 달라질 수 있다는 것을 뜻한다[Bambra(2007), Lundberg(2010)]. 예를 들어 사회민주주의 모형에서 여성 실직자와 취업자 사이에 건강 불평등이 높게 나타나는데, 이는 여성이 시간제 근무 등으로 사회보험 수급의 조건을 갖추기 어렵고 대신 소득대체율이 낮은 공공부조에 의존하는 비중이 크기 때문인 것으로 해석할 수 있다[Bambra and Eikemo(2009)]. 가족수당이 양호할수록, 특히 맞벌이 부모에 대한 지원을 강화한 정책을 채택한 국가일수록 영아사망률이 낮다는 연구결과도 비슷한 맥락이다[Lundberg *et al.*(2008a, 2008b)]. 좀 더 근본적으로는 어떤 정책이나 프로그램만으로 건강수준 전부를 설명할 수 있겠는가 하는 의문이 제기된다. 즉, 건강에는 소득 이외에도 다양한 생물학적, 사회적, 문화적 요인들이 작용하기 때문에 복지국가의 정책과 프로그램은 건강에 영향을 준다고 하더라도 그 정도는 부분적이라는 것이다. 특히 정책이나 프로그램과 밀접한 관련이 있는 사회적 결정요인으로 한정해서 보더라도, 소득, 교육, 직업, 노동시장의 특성 등이 다양한 영향을 미치므로 복지국가 유형과 건강의 관계를 단선적으로 규정하기는 어렵다. 또 다른 관점에서는, 이미 보편적 급여에 접근할 수 있는 국가에서는 소득보장과 빈곤 감소가 성인의 건강 불평등을 완화시키는 데 한계가 있다는 주장도 있다[Diderichsen(2002)].

앞에서 설명한 것이 복지국가가 건강에 어떤 기여를 할 수 있는지의 문제라면, 다른 방향으로 건강과 보건의료가 복지레짐에 미치는 영향도 동시에 검토되어야 한다.<sup>(3)</sup> 건강의 사회적 기능으로 가장 많이 논의되고 주목을 받는 것은 건강이 인적 자본의 하나로 거시적으로는 경제발전에, 그리고 미시적으로는 노동시장 성과에 기여한다는 주장이다. 이는 뒤에서 설명할 사회투자전략의 핵심적인 논리 중 하나이다. 사회투자론은 사후적인 소득이전을 통한 소득보장보다는 사람의 기술과 역량을 증진시켜 고용가능성을 높이고 실업을 막는 전략을 우선하고, 이런 관점에서 보육, 공교육, 직업훈련과 평생학습체계를 강조한다[양재진(2007)]. 건강은 사회투자전략의 중요한 관심사는 아닌 것으로 보이나, 사회투

(3) 에스핑 앤더슨의 정의에 따르면 복지레짐은 “국가, 시장, 가족 사이에서 복지가 생산되고 결합되고 배분되는 상호의존적인 양식”이다[Esping-Andersen(1999)]. 여기에서 복지레짐이라는 용어를 쓴 것은 영향의 종착지가 고용정책이나 소득정책과 같은 개별 정책이라 보기 어려웠기 때문이다.

자의 논리를 확장하면 건강 역시 직접 혹은 교육을 통하여 노동에 영향을 미치는 대표적인 인적 자본임을 부인할 수 없다. 물론 반드시 사회투자론에 기댈 필요도 없이 건강과 교육은 전통적으로 인적 자본을 확충하는 핵심 전략이다. 이처럼 인적 자본의 하나로 건강을 이해하는 데에는 이를 뒷받침하는 적지 않은 이론적·경험적 근거들이 제시되었다. 비교적 최근에 이루어진 대표적인 논의는 세계보건기구에 의한 것으로, 거시경제와 건강위원회(Commission on Macroeconomics and Health, CMH)의 결론은 건강에 투자하는 것이 막대한 경제적 이익을 산출한다는 것이다[WHO Commission on Macroeconomics and Health (2001)]. 방법론에 대한 논란이 있기는 하지만, 이 보고서에 의하면 출생시 평균여명(즉, 평균수명)이 10% 늘어하면 연간 국내총생산이 0.3-0.4% 증가한다. 이러한 CMH의 분석이 주로 개발도상국과 후진국에 해당한다는 비판이 있지만, 선진국을 대상으로 하더라도 결과는 크게 다르지 않다[Suhrcke *et al.*(2005)]. 따라서 건강이 경제성장에 기여한다는 것은 지역과 소득수준에 무관하게 나타나는 결과라고 할 수 있다. 건강이 경제성장에 영향을 미치는 데에는 인적 자본의 축적이 기여하는데, 크게 네 가지 경로를 통한다고 볼 수 있다. 노동생산성, 노동력 공급, 교육, 저축과 투자가 그 경로이다[Suhrcke *et al.*(2005, pp. 22-23)]. 우선 건강이 노동생산성에 긍정적으로 작용하는 것은 명확하다. 개인이 건강하면 생산성이 높을 뿐 아니라 기술과 장비도 더 효율적으로 활용할 수 있다. 또한 과업과 조직 등의 변화에 더 잘 적응하고 유연성이 높다. 이에 비하면 노동력 공급에 미치는 영향은 그리 명확하지 않다. 건강은 노동이나 여가에 사용할 수 있는 시간을 늘이지만, 임금, 기호, 미래생활 등에도 영향을 미치기 때문에 노동력 공급에는 복합적인 영향을 미친다. 교육은 대표적인 인적 자본의 요소로, 건강이 교육을 통해 경제에 영향을 미친다는 것은 의심할 바 없다. 개인의 건강, 특히 성장기의 건강은 교육에 큰 영향을 주고, 미래의 생산성에 간접적으로 영향을 미친다. 저축과 투자 또한 건강에 영향을 받는다. 개인이 좋은 건강상태에 있으면 수명이 더 길 것으로 예상할 수 있고 이에 따라 개인의 저축률은 올라가는 것이 보통이다.

보건의료가 복지레짐에 미치는 영향은 건강보다 더 직접적이어서, 보건의료비 지출을 통해 빈곤(소득보장)과 밀접한 관련을 맺는다. 예기치 않은 고액의 보건의료비 지출이 빈곤의 원인이 된다는 것은 쉽게 예상할 수 있고 실증적 연구도 적지 않다. 예를 들어 태국에서 수행된 연구결과, 입원 치료 때문에 2000년에 11.9%, 2004년에는 2.6%의 가구가 빈곤화(impooverished) 되었다[Limwattananon, Tangcharoensathien, and Prakongsai(2007)]. 아시아 11개 나라를 대상으로 한 조사에서는 보건의료비 지출 때문에 2.7%의 인구가 빈곤(하루 일일당 미화 1달러 이하 지출)에 빠지는 것으로 나타났다[van Doorslaer *et al.*(2006)]. 개발도상국을 대상으로 한 여러 연구들에서는 보건의료 혹은 질병이 빈곤으로 빠진 이유의 60-

88%를 차지할 정도로 압도적인 비중을 차지한다[Krishna(2007)]. 이러한 빈곤화가 주로 개발도상국에 적용되는 의미가 강하다면, 반드시 빈곤이 아니어도 소비(따라서 소득)에 실질적인 영향을 주는 보건의료비 지출은 선진국에서도 문제가 될 수 있다. 보건의료비 지출에서는 이러한 개념을 바탕으로 이른바 ‘위험성(catastrophic)’ 비용 지출에 관심을 갖는다.<sup>(4)</sup> Xu 등이 여기에 근거하여 116개국의 위험성 의료비 지출 정도를 살펴본 결과, 각 나라의 건강보장체계와 경제구조에 따른 차이가 작지 않았다[Xu *et al.*(2007)]. 체코, 슬로바키아, 영국 등은 거의 0%에 가까운 반면 브라질과 베트남은 10%가 넘었고, 평균은 2.3%, 중간값은 1.47%였다. 한국은 1999년 자료를 바탕으로 할 때 1.9% 수준으로, 평균보다는 낮으나 중간값보다는 높다. 특히 복지레짐과의 관련성이라는 맥락에서 주목할 만한 분석결과는 위험성 의료비 지출을 경험한 가구 비율에 의미있는 영향을 미치는 변수가 사전 기여(prepayment, 조세 혹은 보험료)의 비중과 소득 형평성이었다는 점이다. 사전 기여의 비중이 높을수록(즉, 보험료나 조세 비중이 사후 본인부담 비중보다 크면 클수록) 그리고 소득 분포가 평등할수록 위험성 의료비 지출 비중이 낮은 것으로 나타났다. 이는 복지체계에서 보건의료의 보장성이 높을수록 그리고 소득의 형평성이 높을수록 위험성 의료비 지출이 줄어들고 결과적으로 소득의 안정성이 높아진다는 것을 뜻한다.

이처럼 건강과 보건의료는 직접적으로 고용과 소득보장에 연관되어 있다. 간접적으로도 교육, 보육, 여성, 요양 등을 통해 복지국가의 다양한 정책과 프로그램에 영향을 미친다. 새삼 새로운 사회적 위험을 제기하지만, 건강과 보건의료의 이러한 성격은 최근에 대두된 것이 아니다. 그런 의미에서 이는 오래된 사회적 위험이라고 해야 마땅하다. 그럼에도 지금까지 복지국가 논의와 보건의료 혹은 건강은 상당한 정도로 분리되어 있었던 것처럼 보인다. 그 이유는 앞에서 이미 지적한 것과 같다. 여기에서는 그러한 분리가 복지국가의 정책 구성(policy mix)이나 체계에 직접적인 영향을 준다는 점만 지적해 두고자 한다.

## 2.2. 새로운 사회적 위험과 변화하는 복지국가

1970년대 중반 이후 전통적 복지국가는 강력한 변화의 압력을 받는데, 여기에는 변화된 경제, 사회 구조라는 요인이 작용하였다[Taylor-Gooby(2004, pp. 1-28), 김연명(2007)]. 경제성장의 둔화로 복지 재정을 감당할 기반이 약화되었으며, 동시에 지식기반 경제가 도래하면서 인적 자본을 축적하지 못한 계층에서 만성적인 빈곤과 사회적 배제가 광범위하게 나타났다. 서비스 산업의 팽창과 지식기반 경제로의 전환은 여성 노동력을 증가시키고 고용의 불안정성이 커지는 등 노동시장 전반에 구조 변화를 불러왔다. 또한 인구 노령화, 출

(4) 위험성 의료비지출은 김창엽(2009)을 참조할 것.

산을 저하, 가족 구조 변화, 문화적 다양성 등의 요인은 전통적인 복지국가 모형이 전제하던 가족 보호 기능을 현저하게 약화시켰다. 테일러 군비는 특히 네 가지 변화에 주목하였다. 첫째, 남성 노동인구가 줄어드는 대신 여성이 공식 노동시장으로 대거 이동한다. 이 과정에서 새로운 사회적 위험은 미숙련 여성 노동자에게 가장 급격하게 나타나는데, 노동과 가사를 양립하기 가장 어려운 집단이 이대이기 때문이다. 둘째로는 노인인구의 증가가 큰 영향을 미친다는 점이다. 노인인구가 증가함에 따라 이들을 보호해야 하는 필요가 생길 뿐 아니라, 보건의료와 연금과 같은 기존 프로그램의 비용이 급증하게 된다. 셋째, 미숙련 노동의 감소와 국가간 경쟁 심화로 대표되는 노동시장의 변화로 말미암아 교육과 고용의 연관성이 더욱 긴밀해진다. 마지막으로 국가가 지출을 줄이려는 노력을 강화함에 따라 민간 부문의 역할이 강화된다. 이러한 변화가 진행되면서 새로운 사회적 요구가 나타나게 되는데, 그것은 노동과 가사의 조화(특히 보육), 노인의 요양보호, 노동시장의 요구에 부합하는 교육과 훈련, 민간부문과 시장의 적절한 활용 등이 그것이다.

기존의 복지국가가 새로운 사회적 위험에 대응하는 방식은 다양하다. 특히 복지국가 유형에 따라 큰 차이를 보인다[Taylor-Gooby(2004, pp. 13-21)]. 이러한 대응 중 주목할 것은 이른바 '사회투자국가론'이다. '사회투자국가'라는 용어는 기든스(Giddens)가 1998년 처음 사용한 이후 영국과 유럽에서 새로운 사회정책을 의미하는 용어로 널리 사용되게 되었다. 사회투자 정책(혹은 사회투자 국가)에 대해서는 통일된 정의가 있는 것은 아니지만, 고전적 복지국가의 사회정책이 제대로 관리하기 어려운 새로운 사회적 위험에 대한 대처 전략을 통칭하는 의미로 쓰인다. 이러한 맥락에서 사회투자 정책은 몇 가지 공통적인 요소를 가지고 있다[Perkins, Nelms, and Smyth(2004)]. 첫째는 경제적 측면과 사회적 측면을 통합하여 정책에 접근한다. 사회적 비용 지출이 낭비라는 비판에 대하여 사회적 비용이 '투자'라는 사실을 강조한다. 이러한 맥락에서 사회투자 정책은 경제발전에 보탬이 되는 사회 프로그램을 더 중요하게 생각하게 된다. 둘째, 기회의 재분배를 강조한다. 사회투자는 급여와 권리, 재분배를 지향하는 프로그램에서 벗어나 인적 자본에 투자함으로써 경제활동에 참여하는 개인의 능력을 향상시키고자 한다. 셋째, 경제활동에 참여하는 것에 초점을 둔다. 노동시장에 적극적으로 참여하는 것으로 경제활동에 참여하는 것이 가능하며, 완전 고용이 목표가 아니라 고용 가능성(employability)을 강조한다. 이는 평생 학습을 통해 가능하다. 사회투자 정책을 위한 주요 프로그램은 근로연계 복지(workfare)와 적극적 노동시장정책 등을 포괄하는 활성화 정책(activation policy), 아동과 여성친화적 정책 등을 포함하는 사회 복지 서비스, 그리고 자산형성 등이 중요한 접근 전략이다. 결국 새로운 사회적 위험에 대비하기 위한 정책제안들인 유연안정성(flexicurity), 근로연계 복지, 학습복지(learnfare) 등

은 모두 사회투자 전략에 기초한 기획들이라 할 수 있다.

사회투자국가론 혹은 사회투자전략은 주로 영국 노동당 정부를 중심으로 추진되어 세계적으로 관심을 불러 일으켰고,<sup>(5)</sup> 한국에서도 한국적 복지체계를 모색하는 과정에서 활발하게 논의된 바가 있다. 한국에서 사회투자국가론을 옹호하는 입장은 이 전략이 복지국가 지향을 훼손하지 않으면서도 시장친화적 전략으로 새로운 사회적 위험에 대비하고 노동시장 참여를 촉진할 수 있는 방안이라는 것이다. 아울러 한국의 복지국가 기반을 고려할 때 허약한 체질을 강화할 수 있는 기획으로 정치적 유용성이 크다고 해석한다[양재진(2007)]. 그러나 적극적 복지를 강조하는 입장에서는 사회투자국가론을 긍정적으로 평가하지 않고 다음과 같은 비판을 제기한다[김영순(2007)]. 우선 개념적으로 (전통적 복지의) 사회지출과 (사회투자전략 혹은 사회투자국가론의) 사회투자를 구분할 수 있는가 하는 문제를 제기한다. 사회지출과 사회투자를 구분하는 것은 인위적인 이분법으로, 이론적으로나 정책적으로나 둘을 구분하는 것은 문제가 있다. 특히 사회투자는 마치 비용이 아닌 것으로 이야기하지만 사실은 그렇지 않다. 또, 사회투자국가론 논의에서는 결과의 평등이 아닌 기회의 평등을 강조하는데, 이는 경쟁에서 패배하고 밀려날 수밖에 없는 사람들의 문제를 도외시하는 것이다. 비정규직 고용이 급증하고 있는 데서 보듯 사회적으로 배제된 사람들은 단지 소수에 그치지 않는다. 또, 아동과 여성을 강조하지만 투자의 대상이라는 점에서 이들은 권리를 가진 인격체가 아니라 국가의 자산으로 취급된다. 시민권이라는 틀에서 볼 때 이는 매우 도구적인 시각이다. 즉, 노동시장 참여나 성과 측면에서 투자가치가 있다고 보는 것이다.

사회투자전략은 고용과 노동의 문제를 핵심으로 하는 것으로 ‘투자’라는 표현 자체가 그것을 명확히 하고 있다. 앞에서 살펴본 것처럼 사회투자전략은 찬반이 엇갈리는 논쟁적인 전략이다. 그러나 이것이 가진 문제의식, 즉 고용과 노동의 문제가 복지국가의 성격을 결정하는 중요한 문제라는 점에서는 크게 다른 것 같지 않다. 복지국가 논의에서의 여성, 가족정책 역시 고용과 노동의 연장선 위에서 해석할 수 있는 만큼, 복지국가 전략에서 서로 다른 입장을 갖는 경우라도 결국 지속 가능한 고용과 노동을 핵심적인 과제로 이해하는 것은 비슷하다.

### 2.3. 새로운 복지국가 논의와 보건의료

앞에서 언급한 새로운 사회적 위험과 이에 대응하는 전략을 ‘노동 중심적’ 복지국가 논의라고 한다면, 이는 현실을 제대로 반영하고 있는 것으로 보이지 않는다. 특히 건강과 보건의료의 요소를 고려하면, 고용과 노동을 중심으로 하는 복지국가 전략이 충분히 포괄적인

(5) 사회투자국가론과 사회투자전략의 차이에 대해서는 김연명(2007)을 참조할 것.

가 하는 데에서 의문을 갖지 않을 수 없다. 물론 '투자'라는 관점을 강조하면서 과거 보건의료 중심의 접근에서 건강, 특히 어린이와 청소년기의 건강에 관심을 가지게 된 것은 긍정적인 변화라고 할 것이다.<sup>(6)</sup> 그러나 여전히 압도적 비중을 차지하는 전통적인 보건의료 서비스는 전반적인 전략에 중요한 요소로 포함되지 않는다. 이는 무엇보다 보건의료를 전통적 복지 프로그램으로 이해하면서 새로운 전략에서 일종의 '상수'로 이해하기 때문에 벌어지는 일이다. 이 때문에 보건의료(연금도 그렇지만)는 흔히 현재의 상황이 지속되거나 점진적으로 변화하는, 즉 예측하고 통제하는 것이 가능한 요인으로 간주된다. 뿐만 아니라 앞에서 이미 설명한 것과 같이 역사적, 사회적으로 보건의료가 복지국가의 다른 구성요소와 상대적으로 더 느슨한 관계를 맺고 발전해 온 것도 영향을 미쳤을 것이다.

그러나 실제로도 보건의료가 하나의 소극적 요소에 지나지 않을 것인가는 다시 검토할 필요가 있다. 우선 복지국가를 구성하는 요소 중 보건의료가 갖는 비중이 압도적이라는 점이 중요하다. OECD 회원국에서 연금과 보건의료는 전체 지출의 약 2/3를 차지하고, 보건의료비 지출은 다른 모든 사회서비스 지출의 3배에 가깝다[Adema, Fron, and Ladaique(2011)]. 사회지출 역시 역사적 경로에서 자유롭기 어렵다면, 앞으로도 빠른 기간 안에 보건의료 지출의 비중을 줄이기는 어렵다. 그렇다면 보건의료를 제외하고 복지국가의 성격을 재구성한다는 것은 한계가 있을 수밖에 없다. 둘째로는 보건의료 지출을 통제·관리하는 것이 매우 어렵다는 점이다. 대부분 국가가 의료비 지출증가를 억제하려 하고 있지만 성공한 나라는 거의 없다. OECD 회원국 전체의 2007년 현재 보건의료비 지출은 GDP의 8.9%에 이르고[OECD(2009, p. 162)], 이는 대부분 국가에서 경제성장률을 넘는 속도로 증가하고 있다.

복지국가의 상황과 특성은 바뀌었지만, 이상과 같은 특성 때문에 보건의료는 여전히 복지국가 구성의 핵심을 차지하고 있을 뿐 아니라 미래에도 그 지위가 바뀔 가능성이 희박하다. 1980년 이후 OECD 국가에서 사회지출을 주도한 것은 고령자/은퇴자 지원과 보건의료 지출이었고, 인구구조의 변화 때문에 이러한 추세는 더욱 강화될 것으로 보이기 때문이다 [Adema, Fron, and Ladaique(2011, p. 10)]. 새로운 사회적 위협에 대비하는 것이라고 할 수 있는 가족급여 지출은 1990년 이후 0.5% 증가에 머물렀을 뿐이다.

이처럼 현실 복지국가에서는 보건의료가 압도적으로 중요하고 앞으로도 그 중요성이 줄어들지 않을 것으로 보이는데 반해, 복지국가의 개편이나 대안을 논의하는 데에서 보건의료는 큰 고려사항이 아니다. 물론 보건의료 그 자체로는 중요한 정책과 사회적 논의의 대

(6) 예를 들어, 사회투자국가 전략에 기초한 대표적인 사업인 영국의 Sure Start는 임신부터 어린이 건강, 인지발달 등의 프로그램을 시행한다.

상이지만, 복지국가 논의와 통합적인 경우는 찾아보기 어렵다. 이러한 복지국가와 보건의료의 분리 현상은 비단 한국 내의 현상으로 그치지 않고 기존의 복지국가에서도 크게 다르지 않다.

이러한 비정합성을 잘 드러내고 있는 것이 앞에서 설명한 사회투자국가 전략이다. 사실 사회투자국가 전략뿐 아니라 복지를 투자로 보는 모든 접근이 비슷한 문제를 안고 있다. 보건의료비와 연금이 복지국가의 현재와 미래를 여전히 규정하고 있지만, 이 두 가지 복지국가의 핵심요소와 생산 혹은 노동의 관계는 상당히 느슨하다. 다시 말하면, 사회투자국가에서 말하는 투자로서의 사회서비스, 적극적 노동시장 정책, 근로연계 복지 등은 복지국가의 일부분에만 영향을 미칠 수 있다. 연금과 보건의료를 빼고는 복지국가의 기본적인 성격을 바꾸기는 아주 어렵거나 기껏해야 부분적일 뿐이다. 물론 명시적으로 표현하지는 않지만, 새로운 복지국가 구성을 논의하면서 이 문제를 다루지 않는 것은 아니다. 그것은 바로 사회적 위험에 대비하는 장치로서의 연금과 보건의료를 민영화하자는 논의와 관련되어 있다. 민영화를 통해 ‘오래된 사회적 위험’은 ‘개인화’된다.<sup>(7)</sup>

#### 2.4. 새로운 위험으로서의 건강문제

노인인구의 증가와 고령화가 복지국가에 새로운 사회적 위험이 되고 있다는 것은 명확하다. 한국 사회가 고령화의 물결에 휩쓸려 들었고, 앞으로 그 물살이 더욱 거세질 것이라는 사실도 분명하다. 사실 건강문제와 질병은 복지국가의 시초부터 핵심적 위치를 차지했던, 말하자면 오래된 사회적 위험이었다. 그런데 이제 가속화되는 고령화의 추세 속에서 건강문제는 새로운 사회적 위험으로서의 성격을 더하고 있다.

고령화가 보건의료비 지출의 급격한 증가를 유발한다는 것은 이미 잘 알려져 있다. 다음 <표 2>는 한국에서도 노인의료비 지출 증가가 이미 현실적 문제임을 보여준다. 노인의료비는 1999년 전체의 17.0%를 차지하였으나 2009년에는 30.5%에 이른다. 한 해 사이에 전체 의료비는 12.5% 증가하였으나 노인의료비는 14.8%, 특히 75세 이상의 고령 노인의료비는 19.4% 증가하였다.

노인인구가 증가하고 평균수명이 연장되는 것만으로 보건의료비 지출 증가를 모두 설명할 수는 없다. 고령화에 따른 자연스러운 결과이지만, 비용지출의 원인이 되는 건강문제의 성격이 크게 바뀌었다. 잘 알고 있는 것과 같이, 과거의 급성기 질환, 전염성 질환의 비중은 급격하게 줄어들고 만성질환, 비전염성 질환이 건강문제의 대부분을 차지한다. 유병률과 유병기간이 크게 늘어난 것이다. 당연한 결과지만, 노인에서는 전체 인구가 모두 만성

(7) 노인의 소득보장을 위한 장치에는 적극적 노동시장 정책도 포함된다. 그러나 적극적 노동시장 정책도 개인의 역량 형성을 전제로 한다는 점에서 개인화된 사회투자이다.

〈표 2〉 65세 이상 인구의 건강보험 의료비 지출

(단위: 억원, %, %p)

	전체 의료비	65세 이상 노인의료비				전체 의료비 중 노인의료비 구성비
		계	65~69세	70~74세	75세 이상	
1999	113,797	19,332 (100.0)	7,859 (40.7)	5,705 (29.5)	5,768 (29.8)	17.0
2004	223,559	51,097 (100.0)	20,472 (40.1)	14,819 (29.0)	15,806 (30.9)	22.9
2009	394,296	120,391 (100.0)	39,871 (33.1)	35,552 (29.5)	44,968 (37.4)	30.5
증감(률) (2009/2008)	12.5	14.8	9.2	15.7	19.4	0.6

자료: 건강보험심사평가원(각년도): 『진료비통계지표』, 통계청(2010): 『한국의 사회지표 2010』에서 재인용.

질환을 가지고 있다고 해도 틀리지 않는다. 예를 들어, 2008년 한국보건사회연구원의 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사 결과에 따르면 65세 이상 노인의 90.9%가 만성질환을 가지고 있다고 응답하였다. 이처럼 노령기에 대부분의 사람이 건강문제를 가지게 되면, 사회적으로는 세대간 위험분산을 빼고는 위험분산이 의미가 없어진다.

만성질환이 늘어난 것뿐 아니라, 의료기술 발전도 보건의료비 지출을 증가시키는 중요한 요인으로 작용한다. 일부 분석에 따르면, 의료기술의 발전이야말로 고령화와는 비교도 되지 않을 정도로 중요한 원인이다. 예를 들어, 미국의 연구에서는 고령화의 기여도가 약 2% 수준인 데 비하여 의료기술의 발전은 전체 보건의료비 지출 증가의 개별 연구에 따라 38-62%, 49%, 65% 이상을 차지하는 것으로 분석되었다[Congressional Budget Office(2008)]. 여기에서 의료기술의 발전은 사회적으로는 결과적으로 비용지출을 늘린다는 것 이상의 의미를 갖는다. 그것은 의료기술의 발전이 수요자의 입장에서는 건강과 관련된 자원의 가용성(availability)이 급격하게 커졌다는 것을 뜻한다는 것이다. 경제적 부담 능력에 따라 가용한 자원에 접근할 수 있는 능력이 달라지고, 그 차이가 점차 커지고 있는 것이 의료기술 발전의 핵심적 의미라 할 수 있다.

건강과 관련된 문제가 급격히 의료화(medicalization) 되고 있는 것도 보건의료비 증가의 또 다른 원인이다. 이는 한편으로 건강문제의 성격 변화와, 그리고 다른 한편으로 보건의료 기술발전과 밀접하게 관련된다. 의료화를 조금 넓게 해석하면, 여기에 해당하는 대표적

에는 일상생활의 장애에 대처하는 방식일 것이다. 과거 일상생활 지원은 가족 안에서 비전문가가 직접 노동을 통해서 제공하는 것이었지만, 가족구조의 변화와 의료기술의 발전에 따라 가족을 벗어나서 전문가가 기술집약적으로 제공하는 서비스로 변모하였다. 예를 들어, 인공적인 영양공급이나 기계장치를 통한 이동보조는 주위에서 흔히 볼 수 있는 의료화된 일상생활 지원이다.

이상에서 볼 수 있듯이 현재와 미래의 보건의료비 증가 구조는 사회적으로 개입해서 교정할 수 있는 여지가 매우 좁다. 어떤 종류의 개입이든 반응도가 떨어질 가능성이 크다는 의미이다. 이러한 상황은 이미 미국에서 가장 극적으로, 그보다는 덜하지만 유럽의 여러 국가들이 공통적으로 경험하고 있다. 따라서 보건의료비 지출 급증은 복지국가의 장애에 영향을 미칠 핵심적 도전임에 틀림없다. 나아가 그 영향의 크기는 사회투자 전략이 관심을 가지는 사회서비스는 물론 노인의 소득보장과도 비교할 수 없을 정도일 것이다. 이는 보건 의료를 빼고는 복지국가의 미래를 말하기 어렵다는 것을 뜻한다.

그러나 비용 증가는 전통적인 도전이자 과제일망정 새로운 위협이라고 하기는 어렵다. 오히려 새로운 위협은 급증하는 보건의료 수요와 비용 지출의 압박 속에서 만들어질 건강과 보건의료 구조에서 찾을 수 있다. 보건의료비의 빠른 증가추세를 피할 수 없는 조건으로 보는 가운데, 이에 대응하는 핵심 전략이 위협의 '개인화'라는 것은 분명해 보인다. 물론 이는 복지국가를 구성하는 요소 중 보건의료에 국한된 전략이 아니다. 새로운 사회적 위협에 대처하는 유럽국가들의 경험에서도 알 수 있듯이, 민영화와 시장화를 통한 사회적 위협의 개인화는 전세계적으로 이미 광범위하게 일어나고 있는 현상이다. 앞으로 사회적 비용이 급증하는 것에 따라 개인화의 압력은 더욱 커질 것이다.

이제 새로운 사회적 위협은 개인화의 과정 속에서 드러날 광범위하고 새로운 불평등이 될 가능성이 높다. 보건의료의 필요와 수요가 급증하는 상황에서 위협을 개인화하게 되면 이에 대처하는 개인들의 능력은 뚜렷한 차이를 보일 수밖에 없다. 문제는 건강과 보건의료에서는 이러한 개인의 차이 또는 불평등이 다른 요소에 비하여 더 직접적이고 극적으로 나타날 가능성이 높다는 점이다. 즉, 불평등은 급박한 의료수요를 해결하는 방식이나 수명, 건강의 추구, 장애, 일상적인 삶의 질 차이 등으로 생활세계의 다른 어떤 것보다 더 생생하게 드러난다.

### 3. 복지국가의 원리와 권리

새로운 사회적 위협과 복지국가의 재구성 논의, 또는 전통적인 자유주의적 복지체제 논

의에서 중요한 관심 대상이 되는 것은 투입요소로서의 복지이다. 이러한 시각에서는 건강이나 교육은 대표적인 인적 자본으로 볼 수 있다. 그러나 노인인구에서, 특히 고령 노인에서 인적 자본으로서의 건강과 교육이 갖는 의의는 아주 없지는 않더라도 매우 제한적이다. 노동과 생산을 기초로 한 복지국가 논의가 새로운 상황의 건강과 보건의료에 적용되기에는 한계가 있다는 것을 뜻한다. 보건의료만 그런 것이 아니다. 앞에서 살펴 본 것과 같이, 노동과 생산에 기여할 수 있는 복지국가의 구성요소는 상당한 정도로 과장되어 있다. 그런 의미에서 ‘노동 중심적’으로 복지국가를 개편·재구성한다는 것은 부분적인 기획으로 그칠 공산이 크다. 그렇다면 복지국가의 ‘후퇴’ 혹은 ‘해체’는 현실에서 가능성이 높지 않더라도[Pierson(1994)], 그 중심은 보건의료와 소득보장의 후퇴 내지 개인화로 귀결될 가능성이 크다.

이런 점에서 미래의 복지국가에서 보건의료와 건강을 보장하는 대안적 원리는 권리, 그 중에서도 사회적 권리(social right)에 초점을 맞출 수밖에 없다. 사실 이는 대안적 근거가 아니라, 흔히 복지국가의 이념적 근거라고 말하는 마샬(Thomas H. Marshall)의 사회적 권리로 복귀하는 것이다[Turner(2009)]. UN의 인권선언과 규약에서도 사회권은 자유권과 함께 보편적 권리로 인정되고 있음은 널리 알려진 것과 같다. 권리를 복지국가의 원리로 삼는 것은 새삼스러운 느낌이 있지만, 복지국가의 구성 혹은 재구성이 논의되는 시점에 근본적 원리를 다시 확인하는 것은 그 가치와 유용성이 충분할 것이다. 아울러 이런 맥락에서 권리 논의는 건강과 보건의료에 한정되는 것이 아니라는 점을 다시 강조하고자 한다.

### 3.1. 권리로서의 건강과 보건의료

건강과 보건의료를 권리로 보는 데에는 일차적으로 건강과 보건의료를 나누어야 한다. 즉, 건강에 대한 권리(건강권)와 보건의료에 대한 권리가 다르다는 것이다. 이 중에서 건강에 대한 권리는 국제연합의 사회권 규약에 뿌리를 두고 있고, 최근 수십 년간 활동가, 민간기구, 연구자들의 노력으로 이론적·실천적으로 크게 발전해 왔다. 그러나 개념적·철학적 기반은 매우 모호하고 불확실한 상태를 면치 못하고 있다[Ruger(2006)].<sup>(8)</sup>

건강이 권리라는 주장의 유력한 근거는 건강이 사회적으로 공정한 기회(opportunity)를 보장하는 중요한 한 가지 요소라는 점이다. 대표적으로 다니얼스(Norman Daniels)는 보건의료의 특별한 의미를 이것이 건강(혹은 정상 기능, normal functioning)을 향상시키고 건강은 다시 기회(opportunity)를 보호하는 데 기여한다고 주장하였다[Daniels(2008, pp. 29-30)]. 이런 논리에 따르면 보건의료를 포함하여 건강 필요를 충족하는 것에 얼마나 가치

(8) 이론적으로 건강권의 근거를 모색하는 작업은 매우 미흡하고 여전히 부진하다. 대표적인 것으로는 Daniels(2008), Ruger(2006), Sen(1999) 등을 참조할 것.

를 부여할 것인가는 ‘정상적인 기회 범위(normal opportunity range)’에 어떤 가치를 부여하는가에 달려 있다[Daniels(2008, p. 44)]. 여기서 기회란 롤즈(Rawls)가 말하는 공정하게 평등해야 할 기회(fair equality of opportunity)로, 이는 모든 사람들에게 직책과 직위가 열려 있어야 한다는 것을 뜻한다. 동등한 능력과 의욕과 동기를 가진 사람들은 직책과 직위에서 동등한 삶의 전망을 가질 수 있어야 하고, 자신이 속한 사회 계층이나 초기 가정환경으로 인해 능력과 의욕 개발이 영향을 받아서는 안 된다[주동률(2008), Daniels(2008, pp. 29-30)]. 이런 논리에 따르면 보건의료를 포함하여 건강 필요를 충족하는 것에 얼마나 가치를 부여할 것인가는 ‘정상적인 기회 범위(normal opportunity range)’에 어떤 가치를 부여하는가에 달려 있다[Daniels(2008, p. 44)]. 여기서 기회란 롤즈(Rawls)가 말하는 공정하게 평등해야 할 기회(fair equality of opportunity)로, 이는 모든 사람들에게 직책과 직위가 열려 있어야 한다는 것을 뜻한다. 동등한 능력과 의욕, 그리고 동기를 가진 사람들은 직책과 직위에서 동등한 삶의 전망을 가질 수 있어야 하고, 자신이 속한 사회 계층이나 초기 가정환경으로 인해 능력과 의욕 개발이 영향을 받아서는 안 된다[주동률(2008)]. 이러한 두 논리를 연결하면 균등한 기회는 정의를 달성하는 데에 가장 중요한 요소 중 하나이므로 건강 필요를 충족시키는 것은 정의에 맞는 것이다. 한편 센(Amartya Sen)은 건강은 하나의 기능(functioning)이자 능력(capability)으로, 모든 사람이 동등한 능력을 가지는 것이 사회정의에 부합한다고 주장했다[Sen(1999)]. 그의 주장에서 기능은 ‘좋은 삶’을 이루는 것으로 적절한 영양섭취, 좋은 건강 유지, 피할 수 있는 병에 걸리지 않는 것과 조기사망에서 벗어나는 것과 같은 기본적인 것에서부터 행복한 생활, 자기존중 확보, 공동체 생활에 참여하는 것과 같이 좀 더 복잡한 것이 모두 포함된다. 이 기능 개념은 기능할 수 있는 능력 개념과 밀접하게 연관되는데, 능력은 가능한 기능 집합 중에서 특정한 기능(이나 기능집합)을 선택할 수 있는 자유이고 가능성이다. 이는 곧 성취할 수 있는 자유이며, 한 사람이 무엇을 할 수 있고 어떤 존재가 될 수 있다는 것을 뜻한다. 어떤 사람이 빈곤, 질병이나 장애, 혹은 영양 결핍 상태이면 그렇지 않은 경우보다 적극적 자유(positive freedom)가 제한될 수밖에 없다. 이런 맥락에서 보면 빈곤은 단순한 물질 조건의 결핍이 아니다. 개인이 가치 있다고 판단한 삶을 스스로 추구하는 자유, 즉 능력을 갖는 것이 사회정의라고 할 때, 빈곤은 단순히 물질의 결핍이 아니라 능력의 결핍이 된다.

다니얼스나 센의 주장을 기초로 건강을 중요한 권리로 해석할 수 있지만, 구체적으로 어떤 권리인가는 더 자세한 논의가 필요하다. 우선 지적할 것은, 건강은 보건의료(그리고 사회권의 다른 대상인 교육이나 주거 등)와 달리 투입요소가 아니라 산출물로서의 성격을 가진다. 즉, 건강에 영향을 미치는 요인(투입요소)은 매우 다양해서, 그 중에는 국가가 책임질

수 없고 의무를 다하기 어려운 많은 요인들이 포함된다. 예를 들어 타고난 체질을 비롯해서 개인의 습관, 소득이나 가정환경과 같은 사회적 요인, 질병의 치료 여부 등이 건강에 골고루 영향을 미친다. 이것은 ‘고칠 수(remediable)’ 없거나 ‘피할 수(avoidable)’ 없는 요소 혹은 드워킨(Ronald Dworkin)이 말하는 ‘눈먼 운(brute luck)’ 같은 것들이라고도 할 수 있다. 언뜻 생각하면 이런 요인들에 국가가 책임을 지는 것은 불가능하고, 따라서 개인도 이렇게 결정되는 건강 전부를 권리로 주장하기 어렵다. 최소 수준이나 적정 수준을 정할 수 없다는 점에서 건강에 대한 권리란 흔히 동일한 건강수준을 누릴 권리를 의미해야 맞지만, 이러한 이유 때문에 현실적으로 동일한 건강수준을 권리로 인정하는 시각은 극소수에 지나지 않는다. 즉, 생물학적 요인이나 개인의 선택은 피할 수 있고 고칠 수 있는 차이의 범위 밖에 있고, 따라서 ‘결과의 평등’을 지향하기는 불가능하다는 것을 대부분 인정한다. 건강 불평등이나 건강권을 논의할 때에 ‘최대강령적(maximalist)’ 접근을 하는 경우라도 사회적 결정요인을 주된 대상으로 하는 것도 이 때문이다.

그러나 건강에 대한 권리(이는 주로 평등한 건강에 대한 권리의 모습을 띤다)를 이런 관점에서 보는 것은, 실용적일 수는 있어도 여러 윤리적·논리적 도전을 피해갈 수는 없다. 우선, 현대 의학과 생물학의 발전에 따라 건강을 결정하는 요인들 사이의 경계가 점점 더 흐려진다는 사실을 고려해야 한다. 예를 들어 생물학적 소인과 환경(물리·사회적)의 상호작용은 이미 널리 알려져 있고, 겉으로는 개인의 선택으로 보이는 행동(예: 도박 중독)도 사실은 생물학적 요인(예: 뇌의 물리화학적 이상)으로 설명할 수 있다는 연구가 한둘이 아니다. 앞으로 ‘피할 수 있는’ 또는 ‘고칠 수 있는’의 차이를 구별해내는 것은 점점 더 어려워질 것이다. 이보다 더 중요한 문제는 (기회나 과정의 평등이 아니라) 결과의 평등을 지향하는 것이 권리의 본래적 의미에 부합한다는 점이다. 특히 건강수준이 그 자체의 중요성뿐만 아니라 기회나 기능, 능력에 관련되어 있는 것이라면[Sen(1999), Daniels(2008)], 결과의 평등을 지향하는 것이 당연하다. 이 때 결과를 달성하는 것이 가능한가 또는 어떤 수단이 있는가 하는 문제는 부차적이다. 건강에 대한 권리가 삶의 본질적 가치와 관련된 것이라면, 달성 가능성과 관계없이 결과로서 일정 수준(즉, 최소 수준)을 넘어 달성할 수 있는 최대치의 평등한 건강을 지향해야 정의롭고 윤리적이다.

건강권을 건강 자체의 평등을 지향하는 것으로 해석하는 것은 규범적일 뿐 아니라 실용적이기도 하다. 우선 ‘피할 수 있는’ 혹은 ‘고칠 수 있는’ 차이라는 조건은, 비록 실제적인 것처럼 보이지만, 건강의 결정요인을 서로 명확하게 구분되는 영역으로 구분함으로써 현실에서 벌어지는 두 영역의 상호의존성을 제거한다. 예를 들어, 유전 질환을 앓고 있거나 선천적인 장애가 있는 사람이 있다고 하자. 전통적 구분에서 이런 문제는 건강권이나 건강

불평등의 논의 대상이 아니고, 따라서 이들에게 건강권은 그런 질환을 가지고 있지 않은 사람과의 평등한 건강수준을 지향하는 것이 아니라 주어진 한도 안에서 최대한 건강수준을 확보하는 것이다. 그러나 실제로는 소득이나 주거, 노동 등 ‘고칠 수 있는’ 사회적 결정요인을 이런 환자들에게 더 유리한 방향으로 개선하는 것은 물론, 연구나 개발을 통해 문제 자체를 해결하도록 하는 사회적 동기가 작동한다. 이는 노인, 장애인이나 정신질환 등에서도 비슷하게 적용될 수 있고, 나아가 구금시설 수용인이나 이주 노동자 등의 경우까지 확장될 수 있는 논리이다. 즉, 현실에서 볼 수 있는 여러 분야의 적극적 처우(affirmative action)는 결과의 평등을 지향하는 건강권의 원칙이 아니면 그 논리적·윤리적 기반을 찾기 어렵다. 유전 질환을 해결하거나 정신장애인의 재활을 돕기 위한 복지국가 지출의 인권적·윤리적 근거는 평등한 건강수준을 지향하는 건강권을 기초로 해야 비로소 정당화된다. 이 때 중요한 것은 이러한 ‘지향’이 단순히 선언적 의미에 그치지 않는다는 점이다. 건강권을 지향하는 목표와 방향은 다른 인권과 마찬가지로 그 자체로 실천과 정책을 끌고 가는 힘이 있다[Sen(2004)]. 따라서 건강의 평등을 지향한다는 건강권의 원리는 건강의 사회적 결정요인뿐 아니라 생물학적 요인이나 개인의 선택 등에도 적극적으로 개입하는 근거이자 동력으로 작동한다.

이상의 논의를 종합하면 건강권은 보건의료에 대한 권리를 포함하여 건강에 영향을 미치는 여러 결정요인을 건강수준 달성에 유리한 방향으로 성취할 권리를 포함하는 것으로 해석할 수 있다. 물론 국가의 의무는 적극적 의무를 충족시킬 구성요건에 근거하여 규정될 수 있지만, 궁극적으로는 평등한 건강수준을 지향하는 건강권을 충족시키는 것으로 수렴될 것이다.

건강권에 비하여 보건의료에 대한 권리(right to health care)는 주로 보건의료에 대한 접근성(access)과 밀접한 관련이 있다. 이론적으로 접근성은 건강상 필요가 있을 때 보건의료를 이용할 수 있는 기회(opportunity)를 가리킨다[Oliver and Mossialos(2004)]. 이러한 보건의료의 접근성이 인권에 해당하는 권리로 인정되기 위해서는 그 근거로서 두 가지 전제 중 최소 하나가 충족되어야 한다. 하나는 건강이 인권이라는 가정 아래 보건의료가 건강을 달성하는 데에 필수불가결한 것이라야 한다는 것이고, 다른 하나는 건강을 달성하지 못하는 경우에도 보건의료는 그 자체로 인권에 해당하는 권리라는 것이다.

우선, 보건의료에 대한 접근성이 건강수준 향상과 관련성이 높다는(혹은 그럴 가능성이 높다는) 것에는 대부분의 연구자가 동의한다. 그러나 널리 알려져 있듯이 사회적(인구집단) 차원에서 보건의료 서비스가 건강 또는 건강수준과 맺는 관계는 논란이 많다. 적어도, 직접적인 인과관계를 증명할 수 없는 경우가 적지 않다. 그렇다면 건강이 권리이기 때문에

보건의료가 권리라는 주장은 온전하게 성립되기 어렵다.

이러한 주장에 대해 불평등한 보건의료가 곧 공정하지 못한 과정(process)이고, 과정 자체가 정의와 관련된다는 시각이 있다[Sen(2002)]. 이러한 시각에 따르면, 건강성취 여부와 관계없이 이를 추구하는 과정도 정의와 관련되고 따라서 과정으로서의 평등한 보건의료 접근은 권리라는 논리가 가능하다. 그러나 보건의료가 건강을 성취하는 데에 '유일한' 과정이 아니라는 점에서 이런 설명만으로는 충분하지 못한 것으로 보인다. 이 때문에 널리 알려진 쉐의 '능력' 개념을 확장해서 적용하는 것이 유용한데[Sen(1999)], 이 때 보건의료는 (과정이라는 의미를 넘어) 능력과 관련된 것으로 해석할 수 있다. 즉, 필요한(또는 요구하는) 보건의료에 접근할 수 있는 것은 건강(기능)을 '성취할 자유'와 연관된 것이다. 이 능력과 자유는 쉐이 말한 바대로 건강의 성취(achievement)와 반드시 일치해야 하는 것은 아니다. 보건의료의 성격에서 연유하든 혹은 과정에서 생기는 한계이든 실제 건강의 성취와 그것을 성취하려는 자유 혹은 능력 사이에는 틈이 있을 수밖에 없다. 그러나 그 틈이 건강을 성취할 자유와 능력을 의미없는 것으로 만들지는 못한다. 보건의료에 접근할 권리는, 쉐의 개념을 빌리자면, 건강이라는 기능을 성취할 자유와 능력을 보장하는 것이므로 기본적인 권리에 해당한다. 그러나 이것이 왜 보편적인(universal) 권리가 되어야 하는지 설명하는 데에는 어려움이 따른다.

### 3.2. 권리의 보장과 국가

건강과 보건의료에 대한 권리를 이상과 같이 정식화하더라도 사회적으로 이를 실현하려는 노력은 다른 과정을 필요로 한다. 국가가 적극적으로 이런 권리를 보장해야 하는지, 또 그 범위는 어느 정도인지, 보건의료에 대한 접근성의 정확한 의미는 무엇인지에 대해 의견이 통일되어 있지 않다[Ruger(2007)]. 복지국가에서도 이는 크게 다르지 않다. 복지국가 유형에 따라 권리를 가장 적극적으로 해석하는 것은 국가가 이를 최대한 보장해야 한다는 것이고, 반대편 극단은 자유권과 마찬가지로 국가가 보건의료에 접근하는 것을 방해해서는 안 된다는 것이다. 양 극단 사이에 있는 것이 '적정 수준의 최소한(decent minimum)'이라고 불리는 것으로, 이는 사실상 '기본(basic)'이나 '필수적(essential)' 보건의료와 비슷한 개념이다. 이러한 논란은 다른 사회권과 마찬가지로 누구나 동의하는 객관적인 기준을 정하는 것으로 해소되지 않는다. 그러한 기준을 정할 수 없거니와, 그것이 가능하다 하더라도 적극적 권리의 의미에 맞지 않는다. 즉, 보건의료에 대한 권리는 적극적 권리의 하나로, 이를 충족시킬 구성요건에 비추어 구체적인 맥락 속에서 국가의 의무를 규정하는 것이 타당하다.

건강과 보건의료에 대한 권리, 특히 건강권은 추상적인 주장으로 들리고 현실에서 멀어

보이는 데는 여러 가지 이유가 작용한다(이하 건강과 보건의료에 대한 권리를 모두 건강권으로 표현한다). 가장 흔히 제기되는 비판은 사회권을 비롯한 다른 적극적 권리와 마찬가지로 건강권도 권리(혹은 권리의 수준)와 의무를 명확하게 규정할 수 없다는 점이다. 즉, 권리는 곧 국가의 의무를 의미하는데, 국가가 개인의 건강을 위해 어디까지 책임져야 하는지 불명확하고 어느 정도의 건강수준이 권리에 해당하는지도 확실하지 않다. 이러한 건강권 개념의 한계는 건강권을 포함한 사회권에 공통적으로 해당되는데, 논점은 크게 두 가지로 나누어진다. 그 중 하나는 국가가 의무주체가 될 수 있는가 하는 점이며, 또 다른 하나는 국가가 의무주체가 되는 경우에도 어느 수준까지 책임을 져야 하는가(권리가 보장되는가) 하는 점이다. 실제로는 이 두 가지 논점은 서로 맞물려 있다.

먼저 국가의 의무와 책임문제를 살펴보자. 최근까지 사회권은 국가의 의무를 구체적으로 규정할 수 없다는 관점이 우세했다. 간접 금지를 요구하는 소극적 권리인 자유권과 달리, 국가의 적극적 노력과 의무 이행을 요구하는 것이 사회권의 기본적 속성이기 때문이다. 소극적 의무와 달리 의무 당사자(예를 들어 정부)에게 적극적 노력을 직접 요구하는 것은 현실 상황에서 구속력을 가지기 어려운 것이 사실이다[장은주(2006)]. 예를 들어 국가가 '전 국민에게 최소 이리이러한 조건의 주거를 제공할 책임'을 져야 한다고 규정하는 것은 쉽지 않다. 더구나 사회권은 대부분 경제적 성격을 띠기 때문에 보장 수준이 한 국가의 경제적 능력에 좌우될 수밖에 없고 상황에 따라 상대적 수준의 보장을 면하기 어렵다. 이런 맥락에서 흔히 사회권은 선언적 의미 이상을 가지기 힘든 것으로 간주된다.

그러나 사회권 이념은 인간의 보편적이고 근원적 필요에 대한 존중이라는 점에서 정당화되며[장은주(2006)], 국가가 일차적인 책임 주체라는 데에 의문을 품기 어렵다. 이에 더해 의무 주체와 그 주체가 져야 할 책임의 수준이 명확하지 않기 때문에 사회권이 성립하기 어렵다는 주장은 점차 설득력을 잃어가고 있다. 최근 프레드만(Sandra Fredman)이 주장했듯이, 권리를 충족하기 위한 의무가 아무리 어렵고 복잡하다 하더라도 그것이 의무를 소홀하게 할 수 있는 근거가 되는 것은 아니다[Fredman(2008)]. 즉, 권리는 하나의 목표로, 수준이 어떻든지 혹은 그것이 충족되는지 여부와 무관하게 의무는 존재한다. 따라서 건강권을 비롯한 사회권은 국가가 그것을 충족시키기 위한 의무가 어렵고 복잡하기 때문에 성립할 수 없는 권리가 아니라, 권리의 충족 여부와 관계없이 국가가 의무를 다해야 하는 것, 즉 실재하는 권리이다.

국가가 의무주체인 경우 어느 수준까지 책임을 져야 하는가 하는 것도 적극적 권리인 사회권의 공통적인 문제제기이다. 우선 지적할 것은 명확한 기준을 정하기 어렵기 때문에 권리보장이 어렵다는 주장은 타당하지 않다는 점이다[김창엽(2010)]. 모든 사람에게 어떤 상

태를 완전하게 보장하는 것이 권리의 필요조건이라면 어떤 권리도 제대로 성립할 수 없다. 한국의 경우 굳이 통신이나 전자우편의 감청 문제 혹은 국가보안법을 거론하지 않더라도, 통신의 자유나 의사표현의 자유(혹은 권리) 등이 이른바 공익이나 사회질서의 이름으로 얼마나 불확실한 상태에 있는지 말할 것도 없다. 사정이 그렇다고 해서 자유로운 통신의 권리가 성립하기 어렵다고 하는 사람은 찾아보기 힘들다. 사회권을 인정하는 것은 어떤 바람직한 상태를 목표로 하면서 이것에 가까워지도록 실천해 나가야 한다는 당위이자 사회윤리적 의무를 나타낸다고 보아야 할 것이다[Sen(2004)]. 자유권을 비롯한 다른 권리도 정도의 차이는 있을지언정 성취의 도정에 있기는 마찬가지이다.

다만 사회적 권리의 보장 수준이 한 사회의 경제사회적 능력에 좌우되고 ‘점진적으로 달성(progressive realization)’ 된다고 할 때, 사회권의 보장은 국가 주도의 프로그램 확대뿐 아니라 권리의 주체들이 권리 보장을 요구하는 과정을 통해서 성취될 수 있다. 복지국가의 보건의료비 지출이 급증한다고 할 때, 얼마나 많은 자원을 배분할 수 있을까 하는 문제도 기본적으로는 다를 바 없다. 자유권과 사회권 모두 변하지 않는 기준이나 수준이 있는 것이 아니라, 사회구성원 또는 서로 다른 당사자가 요구하고 그 요구가 조정되는 과정에서 범위와 수준이 결정될 수 있는 것이다.

물론 현실적으로는 이 과정에서 불확실성과 자의성을 줄이는 것이 필요하다. 이런 점에서 프레드만이 정리한 적극적 의무를 규정하기 위한 네 가지 구성요건(parameter)을 적용하는 것이 도움이 된다[Fredman(2008, pp. 77-80)]. 구성요건의 첫째는 유효성(effectiveness)으로, 적극적 의무는 적절해야 하고 권리를 달성하겠다는 실질적인 목표를 포함해야 한다. 둘째는 참여(participation)로, 관련된 과정에 영향을 받는 사람들이 그 과정에 직접 참여할 수 있어야 한다. 셋째는 책임성(accountability)으로, 국가와 정부는 적정한 수준의 권리를 결정한 근거를 설명하고 정당화할 수 있어야 한다. 넷째는 평등성(equality)으로, 적극적 권리를 ‘충족시킬 의무(duty to fulfil)’의 초점이 약자에게 있는 만큼, 실질적 평등을 달성할 수 있도록 약자와 취약계층에 더 많은 자원을 제공해야 한다. 이러한 구성요건 중 특히 권리 보장의 수준을 정하는 데에 책임성 기준의 유용성에 주목할 필요가 있다. 구체적인 책임 수준을 정하는 데에 사법적 심사의 기능이 큰 것은 자명한 것으로, 프레드만은 국가의 적극적 인권보호 의무와 관련한 사법심사 적합성의 기능을 매우 적극적으로 제시하고 있다. 즉, 정치적 의사결정자에게 단순히 설명을 요구하는 것이 아니라 적극적 인권보호 의무를 준수했는지, 준수하지 않았다면 왜 그러지 않았는지를 설명하도록 요구해야 한다는 것이다. 이런 주장에 따르면, 교육이나 주거, 건강 등에 관한 국가의 의무를 충족시키지 않은 이유가 예산사정이라면, 더 우선순위가 높은 예산배정(예를 들어 국방비)

의 근거를 국가가 설명해야 한다.

한편, 자원의 제약이 불가피한 ‘비이상적’ 상황에서 공정한 절차를 규정함으로써 부정의를 피하려는 전략도 있다. 절차를 규정하는 것이 유일한 방법이라는데 동의하지는 않더라도, 기준이나 원칙을 명시하고자 하는 노력과 함께, 혹은 그 이상으로 과정 자체에 주목해야 한다는 주장은 충분한 가치가 있다. 롤즈가 말하는 절차적 정의(procedural justice) 혹은 공정으로서의 정의(justice as fairness)가 바로 그것으로, 이러한 정의가 충족되면 의사결정 결과도 정당성을 얻을 수 있다는 점이 중요하다. 이러한 관점에서 다니얼스(Daniels)와 새빈(Sabin)은 우선순위를 정할 때에 의사결정 과정이나 이를 담당하는 공적 기구가 갖추어야 할 요건을 다음과 같이 정리하였다[Daniels and Sabin(2002)].

- ① 공개(투명성)의 원칙: 모든 이해당사자와 일반인이 결정 주체가 내린 결정 사항과 그 근거에 대해 접근할 수 있을 것.
- ② 적합성(relevance)의 원칙: 결정 기준이 공정하고 불편부당한 사람이 적합하다고 인정할 수 있는 근거, 논리, 원칙에 기초하여 합리적인 것.
- ③ 수정과 이의 제기의 원칙: 급여(benefit)나 우선순위의 결정에 대해 이의를 제기할 수 있어야 하고, 넓게는 새로운 근거와 토론을 바탕으로 정책을 재검토하고 수정할 있어야 함.
- ④ 규제(regulation) 혹은 강제(enforcement)의 원칙: 앞의 세 가지 원칙이 지켜지도록 공공 혹은 민간이 규제(강제)할 수 있을 것.

유의할 것은 여기서 말하는 과정은 자원배분의 수준에 따라 그 성격이 다를 수 있다는 점이다. 즉, 자원배분이 거시적인가 미시적인가에 따라 자원배분의 과정도 판이하게 달라진다. 거시적 자원배분이 주로 국가 수준에서 일어난다고 할 때 자원배분의 주체 역시 주로 국가이며, 이 경우 그 과정은 한 국가의 정치, 사회, 경제적 의사결정과정 전체를 반영한다. 그런 점에서 다니얼스의 제안은 (비록 이론적으로는 보편적 주장을 하고 있으나) 거시적 차원에서는 문제를 해결하는 데에는 역부족인 것으로 보인다. 그도 설명하고 있듯이 이러한 과정적 접근은 권리나 배분적 정의의 틀 안에서, 즉 이러한 가치를 촉진 혹은 지향하려고 할 때 나타나는 가치의 상충과 불일치를 해결하려는 시도이다. 그런데 배분의 문제는 매우 다양한 층위에서 일어난다. 한 국가를 놓고 본다면 가장 상위수준에서는 영역별로, 예를 들어 국방, 교육, 보건, 경제 등을 대상으로 자원을 어떻게 배분할 것인가가 중요한 문제이다. 따라서 현실에서는 거시적 배분에 대한 불일치가 가장 먼저 문제가 되는데,

이는 미시적 자원배분에 대한 불일치와 특성과 양상이 다르다. 예를 들어, 어린이 건강과 노인 요양 사이에서 어느 쪽에 높은 우선순위를 부여할 것인가와 보건분야에 자원을 어느 정도나 투입할 것인가는 같은 방법으로 접근하기 어렵다.

#### 4. 맺음말

앞에서 복지국가의 건강과 보건의료를 재구성하는 원리로서 건강과 보건의료의 권리를 제시했지만, 이것이 '전통적' 과제를 모두 해소할 수 있다고 말할 수는 없다. 여기에서는 이런 과제를 논의하는 과정에 덧붙여 고려해야 할 사항 두 가지를 언급하는 것으로 그치고자 한다.

먼저 새로운 도전과 과제를 맞아 복지국가의 구성과 그들간의 상호관계를 재편성해야 한다. 앞에서도 말한 것과 같이 그 핵심에는 인구 고령화가 만들어내고 있는 근본적 환경 변화가 자리잡고 있다. 노인인구의 증가는 가족구조와 보살핌(care), 소득, 건강보장과 의료, 영양과 일상생활지원 등 복지국가의 전 범위를 망라하는 도전이자 과제를 제기한다. 보건의료는 생산과 공급, 소비, 기술 등의 영역에서 더 이상 과거의 틀을 유지할 수 없으며, 복지국가를 구성하는 정책과 요소를 함께 고려하지 않고서는 작동 자체가 불가능하게 되었다. 건강보장 역시 재원조달, 급여와 보장성, 관리 등 모든 영역에 걸쳐 인구 고령화의 영향을 피할 수 없다. 넓은 범위에서 보면, 노인인구에 대해서는 개별 정책의 구분이 의미가 없을 정도로 정책과 사업의 연속성이 커졌고 상호의존성이 강화되고 있는 것이 현실이다. 이런 맥락에서 보건의료는 사업, 정책, 정치의 측면에서 모두 복지국가와의 통합성을 훨씬 더 높이지 않으면 안 된다.

다음으로, 새로운 복지국가 논의에서는 건강과 그 결정요인에 대한 이해가 확장되고 있는 것을 추가로 고려할 필요가 있다. 건강이 그 자체로 중요하다는 점을 제외하더라도, 현실의 보건의료가 건강과 건강수준에 결정적인 영향을 받는다는 점에서도 건강의 새로운 이해가 중요하다. 이 때문에 건강을 결정하는 요인은 주로 보건의료체계를 중심으로 편성되는 복지체제에도 영향을 미칠 수밖에 없다. 이런 점에서 중요한 것이 건강의 사회적 결정요인이다. 이미 잘 알려져 있는 것이지만, 최근 30여 년에 걸쳐 건강의 사회적 결정요인이 건강수준이나 그 분포에 강력한 영향을 미친다는 것이 더욱 명확해졌다. 여기서 사회적 결정요인은 소득, 교육, 노동시장에서의 지위, 주거 등 복지국가의 핵심 정책대상과 대부분 겹친다. 따라서 인구집단의 건강수준 향상과 건강 불평등 감소라는 중요한 사회적 과제를 해결하는 것은 사회적 결정요인을 수정하지 않고서는 불가능하다. 특히 정책적 관점에서는

건강에 영향을 주는 요인 중 수정할 수 있는(modifiable) 요인이 중요하고, 이 때문에 사회적 요인에 개입하는 것이야말로 핵심정책 중 하나라고 말할 수 있다. 이러한 점에서 건강과 보건의료정책은 복지국가의 다른 사회정책과 통합성을 높여가는 것이 필수적이다. 물론 복지국가의 개별 정책들이 얼마나 잘 작동하는가가 체계의 성과에 큰 영향을 미치고 건강을 결정하는 요인이 매우 다양하다는 사실을 고려하여야 한다. 사회적 결정요인에 대한 보편적 접근과 함께, 건강에 영향을 미치는 경로(pathway)에 따라 다른 사회정책과 보건의료의 접합점이 달라져야 하는 것은 이 때문이다.

건강의 사회적 결정요인과의 관련된 것이지만, 건강과 보건의료를 포괄하는 정치, 정책적 틀을 훨씬 크게 구축해야 한다는 것도 중요한 과제이다. 예를 들어 고령 사회를 특징짓는 것 중 하나가 ‘돌봄(care)’의 필요와 수요가 급격하게 늘어난다는 것이다. 전면적인 의료화·사회화가 지향이나 해결방법이 아니라면, 돌봄의 보편화를 위해서는 새로운 사회적 조정이 필요하다. 이러한 필요는 비단 돌봄에 그치는 것이 아니다. 건강의 증진, 수명의 연장과 같은 오래된 목표도 큰 맥락에서는 마찬가지이다. 이런 점에서 복지국가의 구성요소는 과거 개념의 보건의료가 아니라 가치, 규범, 규칙들의 총합으로 인간의 행태나 인간 간의 상호관계, 정책을 일정한 방향으로 결정하는 틀이라는 뜻에서의 ‘건강레짐(health regime)’이 되어야 할 것이다.<sup>(9)</sup>

서울대학교 보건대학원 교수

151-742 서울 관악구 관악로 1

전화: (02) 880-2722

팩스: (02) 762-2888

E-mail: cykim@snu.ac.kr

## 참 고 문 헌

김연명(2007): “사회투자론의 한국적 적용가능성과 쟁점,” 『사회복지정책』, 30, 423-443.

김영순(2007): “사회투자국가가 우리의 대안인가,” 『경제와 사회』, 74, 84-113.

김창엽(2009): 『건강보장의 이론』, 서울, 한울.

\_\_\_\_\_ (2010): “내 건강에 국가책임을 묻는다,” 『르몽드 디플로마티크』, 2010년 7월호.

(9) 이는 에스핑 앤더슨의 레짐과는 포괄범위가 다른 것으로, 세인즈베리(Sainsbury)의 논의를 빌린 것이다[Sainsbury(1999)].

- 양재진(2007): “사회투자국가가 우리의 대안이다,” 『경제와 사회』, **75**, 319-335.
- 장은주(2006): 『사회권의 이념과 인권의 정치』, 서울, 나남.
- 주동률(2008): “가장 합당한 자유주의를 위하여 — 롤즈 정의론의 배경, 내용, 특징과 논점들,” 『철학과 현실』, **77**, 240-255.
- 통계청(2010): 『한국의 사회지표 2010』, 대전, 통계청.
- Adema, Willem, Pauline Fron, and Maxime Ladaïque(2011): *Is the European Welfare State Really More Expensive?* Paris, OECD.
- Bambra, C., and T. A. Eikemo(2009): “Welfare State Regimes, Unemployment and Health: a Comparative Study of the Relationship between Unemployment and Self-reported Health in 23 European Countries,” *Journal of Epidemiology and Community Health*, **63**, **2**, 92-98.
- Bambra, Clare(2005): “Cash versus Services: ‘Worlds of Welfare’ and the Decommodification of Cash Benefits and Health Care Services,” *Journal of Social Policy*, **34**, **22**, 195-213.
- \_\_\_\_\_(2006): “Health Status and the Worlds of Welfare,” *Social Policy and Society*, **5**, **1**, 53-62.
- \_\_\_\_\_(2007): “Going beyond the Three Worlds of Welfare Capitalism: Regime Theory and Public Health Research,” *Journal of Epidemiology and Community Health*, **61**, **12**, 1098-1102.
- Bortz, Walter M.(2005) “Biological Basis of Determinants of Health,” *American Journal of Public Health*, **95**, **3**, 389-392.
- Chung, Haejoo, and Carles Muntaner(2006): “Political and Welfare State Determinants of Infant and Child Health Indicators: An Analysis of Wealthy Countries,” *Social Science and Medicine*, **63**, **3**, 829-842.
- Congressional Budget Office(2008): *Technological Change and the Growth of Health Care Spending*, Washington, DC, Congress of the US.
- Cutler, David, Angus Deaton, and Adriana Lleras-Muney(2006): “The Determinants of Mortality,” NBER Working Paper, **W11963**, Cambridge, MA, NBER.
- Dahl, Espen, Johan Fritzell, Eero Lahelma *et al.*(2006): “Welfare State Regimes and Health Inequalities,” in J. Siegrist, and M. Marmot(eds.), *Social Inequalities in Health*, Oxford, Oxford University Press.
- Daniels, Norman(2008): *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*, Cambridge and New

- York, Cambridge University Press.
- Daniels, Norman, and James E. Sabin(2002): *Setting Limits Fairly: Can We Learn to Share Medical Resources?* Oxford, Oxford University Press.
- Diderichsen, F.(2002): “Impact of Income Maintenance Policies,” in J. P. Mackenbach, and M. Bakker(eds.), *Reducing Inequalities in Health: A European Perspective*, London, Routledge.
- Eikemo, T. A., C. Bambra, K. Joyce, and Espen Dahl(2008): “Welfare State Regimes and Income-Related Health Inequalities: a Comparison of 23 European Countries,” *The European Journal of Public Health*, **18. 6**, 593-599.
- Esping-Andersen, Gøsta(1990): *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Princeton, N.J.: Princeton, Princeton University Press.
- \_\_\_\_\_(1999): *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford, Oxford University Press.
- Fogel, Robert W.(2004): *The Escape from Hunger and Premature Death, 1700-2100*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Fredman, Sandra(2008): *Human Rights Transformed: Positive Rights and Positive Duties*, Oxford, Oxford University Press.
- Hurrelmann, Klaus, Katharina Rathmann, and Matthias Richter(2011): “Health Inequalities and Welfare State Regimes. A Research Note,” *Journal of Public Health*, **19. 1**, 3-13.
- Karim, Syahirah Abdul., Terje A. Eikemo, and Clare Bambra(2010): “Welfare State Regimes and Population Health: Integrating the East Asian Welfare States,” *Health Policy*, **94. 1**, 45-53.
- Kasza, Gregory J.(2002): “The Illusion of Welfare,” *Journal of Social Policy*, **31. 2**, 271-287.
- Krishna, Anirudh(2007): “For Reducing Poverty Faster: Target Reasons before People,” *World Development*, **35. 11**, 1947-1960.
- Limwattananon, Supon, Viroj Tangcharoensathien, and Phusit Prakongsai(2007): “Catastrophic and Poverty Impacts of Health Payments: Results from National Household Surveys in Thailand,” *Bulletin of the World Health Organization*, **85. 8**, 600-606.
- Lundberg, Olle(2010): “Politics and Public Health—Some Conceptual Considerations Concerning Welfare State Characteristics and Public Health Outcomes,” *International Journal of Epidemiology*, **39. 2**, 632-634.

- Lundberg, Olle, Monica Åberg Yngwe, Maria Kölegård Stjärne *et al.*(2008a): “The Role of Welfare State Principles and Generosity in Social Policy Programmes for Public Health: an International Comparative Study,” *Lancet*, **372. 9650**, 1633-1640.
- \_\_\_\_\_(2008b): *The Nordic Experience: Welfare States and Public Health (NEWS)*, Stockholm, Centre for Health Equity Studies (CHESS), Stockholm University/Karolinska Institutet.
- McKeown, Thomas(1979): *The Role of Medicine*, Oxford, Basic Blackwell.
- Moran, Michael(2000): “Understanding the Welfare State: the Case of Health Care,” *British Journal of Politics and International Relations*, **2. 2**, 135-160.
- Navarro, Vicente, Carles Muntaner, Carme Borrell *et al.*(2006): “Politics and Health Outcomes,” *Lancet*, **368. 9540**, 1033-1037.
- OECD(2009): *Health at a glance 2009*, Paris, OECD.
- Oliver, Adam, and Elias Mossialos(2004): “Equity of Access to Health Care: Outlining the Foundations for Action,” *Journal of Epidemiology and Community Health*, **58. 8**, 655-658.
- Perkins, Daniel, Lucy Nelms, and Paul Smyth(2004): “Beyond Neo-liberalism: the Social Investment State?” Social Policy Working Paper No. **3**, Brotherhood of St. Laurence and Center for Public Policy University of Melbourne.
- Pierson, Paul(1994): *Dismantling the Welfare State?: Reagan, Thatcher, and the Politics of Retrenchment*, Cambridge and New York, Cambridge University Press.
- Preston, Samuel H.(1975): “The Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development,” *Population Studies*, **29. 2**, 231-248.
- Ruger, Jennifer Prah(2006): “Toward a Theory of a Right to Health: Capability and Incompletely Theorized Agreements,” *Yale Journal of Law & the Humanities*, **8. 2**, 273-326.
- Ruger, Jennifer Prah(2007): “Rethinking Equal Access: Agency, Quality, and Norms,” *Global Public Health*, **2. 1**, 78-96.
- Sainsbury, Diane(1999): “Gender and Social-Democratic Welfare States,” in Diane Sainsbury (ed.), *Gender and Welfare State Regimes*, Oxford, Oxford University Press.
- Saltman, R. B., and H. F. W. Dubois(2004): “The Historical and Social Base of Social Health Insurance Systems,” in Richard B. Saltman, R. Busse, and Josep Figueras(eds.), *Social Health Insurance Systems in Western Europe*, Maidenhead, Open University Press.

- Sen, Amartya(1999): *Development as Freedom*, New York, Knopf.
- \_\_\_\_\_(2002): “Why Health Equity?” *Health Economics*, **11. 8**, 659-666.
- \_\_\_\_\_(2004): “Elements of a Theory of Human Rights,” *Philosophy & Public Affairs*, **32. 4**, 315-356.
- Suhrcke, Marc, Martin McKee, Regina S. Arce, Svetla Tsolova, and Jørgen Mortensen (2005): *The Contribution of Health to the Economy in the European Union*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.
- Taylor-Gooby, Peter(2004): “New Risks and Social Change,” in Peter Taylor-Gooby(ed.), *New Risks, New Welfare*, Oxford, Oxford University Press.
- Turner, Bryan S.(2009): “T. H. Marshall, Social Rights and English National Identity,” *Citizenship Studies*, **13. 1**, 65-73.
- van Doorslaer, Eddy, Owen O’Donnell, Ravi P. Rannan-Eliya *et al.*(2006): “Effect of Payments for Health Care on Poverty Estimates in 11 Countries in Asia: an Analysis of Household Survey Data,” *Lancet*, **368. 9544**, 1357-1364.
- van Langendonck, Jozef(1973): “The European Experience in Social Health Insurance,” *Social Security Bulletin*, **36. 7**, 21-30.
- WHO Commission on Macroeconomics and Health(2001): *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*, Geneva, World Health Organization.
- WHO Commission on Social Determinants of Health(2008): *Closing the Gap in a Generation Health Equity through Action on the Social Determinants of Health*, Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization(2008): “Social Determinants of Health,” Geneva, World Health Organization. [http://www.who.int/social\\_determinants/en/](http://www.who.int/social_determinants/en/) (2009년 1월 10일 접속)
- Xu, Ke, David B. Evans, Guido Carrin *et al.*(2007): “Protecting Households from Catastrophic Health Spending,” *Health Affairs*, **26. 4**, 972-983.

**Abstract**

## Health and Healthcare in Welfare State: Social Justice as a New Principle

Chang-yup Kim

Explosion of healthcare expenditure will politicize issues of health financing and resource allocation which has been understood as technical policy agenda. Political fundamentals of health and healthcare system will be threatened by emerging problems of rapid aging, technology innovation, and new family structure. However, current health-related social policies are to cope with traditional social risks, labor market related ones in particular. Also ‘transformation’ of welfare state, such as social investment state, is not adequately dealing with health and healthcare by mainly focusing on financial sustainability. This paper is to insist health and healthcare system including health financing must be radically reformed, based on a new principle of equity and social justice in health and healthcare.

**Keywords:** Health, Healthcare, Social justice, Equity