

복지국가와 보건의료

김창엽(서울대 보건대학원)

현재 진행되는 복지국가 논의는 매우 중층적이고 다의적이다. 이론적 측면에서 접근하면 엄밀한 개념과 정의에서 출발하는 것이 당연하다. 그러나 이 글에서는 논의의 목적상 용어와 개념의 모호함을 무릅쓰고 현실적, 실천적 관점을 유지하고자 한다.

1. 복지국가와 보건의료의 느슨한 관련성

보건의료는 복지국가를 구성하는 가장 중요한 요소라는 점에 별 이론이 없으면서도, 실제 논의나 유형화 작업에서는 빠지거나 제대로 다루어지지 않았다(Moran, 2000). 물론 이런 상황은 어떤 기준에서 보든 자연스럽지 않다. 보건의료와 복지국가 논의를 연결하는 것은 이론적으로는 너무나 당연하다. 현대 복지국가에서 보건의료는 연금과 더불어 사회적 자원을 투입해야 하는 양대 분야이며, 동시에 국가의 성격에 관계 없이 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 민간보건지출의 비중을 사용했다. 그러나 표 1에서 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.

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, 1990:70)

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. 특정한 유형 구분 방법은 여기에서 검토할 필요가 없다 하더라도, 보건의료의 관점에서 주목할 것은 전통적인 복지국가 유형론이 각 개별 정책을 제대로 설명할 수 없다는 주장이 힘을 얻고 있다는 사실이다(Bambra, 2005; Kasza, 2002). 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. Kasza에 따르면 모든 정책을 포괄하는 하나의(단일한) 복지레짐을 상정하는 것은 두 가지 오류를 범하는 것이다(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.

그것이 분류 방법의 문제든 혹은 유형론 자체에서 연유하는 문제든 전통적인 복지국가 유형 구분에서 보건의료가 복지국가의 전반적인 성격과 상대적으로 '느슨한' 관계를 맺고 있는 것은 분명하다. 그런데, 보건의료가 이와 같이 복지국가 유형에서 '반(半)독립성'을 가지게 된 것은 몇 가지 요인이 함께 작용한 결과로 보인다. 첫째, 전통적인 복지국가 유형 구분은 주로 탈상품화와 계층화를 기준으로 삼아 현금급여 프로그램을 주된 분석대상으로 하고 있다는 점이 작용했을 것이다. 방법론적으로 고용, 연금, 실업보험, 빈곤정책 등 좁은 범위의 정책을 핵심 대상으로 하는 것은 그 때문이다. 결과적으로 이러한 접근은 현금급여가 아닌 사회적 서비스의 성격은 제대로 담아내지 못하는 한계를 가지고 있다(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' 제도의 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.

그러나 복지국가와 보건의료의 관계를 검토한 것은 복지국가와는 따로 보건의료체제를 유형화하거나 특성을 이론화하기 위한 것은 아니다. 아울러 복지국가 유형이나 논의에 보건의료의 '시민권'을 주장하기 위한 것도 아니다. 현재 복지국가와 보건의료의 관계를 탐색하는 일은 맥락적으로 이미 현재 한국사회에 진행되고 있는 복지국가 논의에서 자유롭지 않다. 이러한 맥락에서 이 논의는 현재 진행형의 복지국가 논의를 전제로 복지국가와 보건의료가 어떻게 상승적(synergistic) 발전을 할 수 있는지 검토하는 것을 목적으로 한다. 이어서 복지국가와 보건의료가 어떤 의미와 상호관련성을 갖는지 개략적으로 탐구하는 것은 이러한 목적을 이루기 위한 시론적 성격을 갖는다.

2. 보건의료에서 복지국가로

한국 사회에서 보건의료, 특히 건강보장의 발전이 전반적인 복지국가의 발전 정도에 앞서 있다고 가정하면 보건의료가 복지국가 논의에 미치는 영향(보건의료 → 복지국가)을 먼저 살펴보는 것이 자연스럽다.¹ 그러나 보건의료가 복지국가 논의에 어떻게 연결될 수 있는지를 체계적으로 설명하기는 쉽지 않다. 특히 이론적 관점이 아니라 실천적 관점을 택할 경우 더욱 그렇다. 약간의 단순화를 감수하고 말한다면, 보건의료가 복지국가 논의에 긴밀하게 통합되어야 하는 이유는 크게 정치적, 규범적, 실무적인 것으로 나눌 수 있다.

우선, 정치적인 근거는 복지국가 논의 혹은 복지국가 자체의 진전에서 보건의료가 가장 중요한 정치적 '학습'의 대상으로 기능할 수 있다는 점이다. 여기에서 학습은 구체적으로는 정책학습(전파나 확산도 비슷한 개념인 것으로 본다)을 의미하며, 특정 시기나 장소, 정책에서 사용된 정책과 관련된 지식, 행정관리, 제도 등을 다른 시기나 장소, 정책에서 정책개발을 위해 활용하는 모든 과정을 뜻한다(Dolowitz and Marsh, 1996). 정책의 학습과 전파는 다양한 경로를 통하여 일어나는데, 국가 간에 이루어지는 것이 가장 두드러지지만 과거의 정책으로부터 혹은 다른 정책으로부터도 가능하다(Jacobs and Barnett, 2000). 한편, 학습의 당사자는 정치인이나 공무원 국가기구의 행위자에 그치지 않고 대중 혹은 소비자, 더 넓게 표현하면 사회적 행위자까지 포괄한다. 정책학습에서는 경험이 매우 중요하고(Hecllo, 1974:306), 특히 사회정책에서 대중의 태도를 결정하는 데에 중요한 역할을 한다. 예를 들어 새로 세금을 걷거나 증세를 하는 데에는 대중의 저항이 크게 마련이지만, 이 경우 세금의 효과를 개인적으로 경험하는 것이 대중의 태도변화나 결정에 중요한 역할을 할 수 있다. 예를 들어 스웨덴의 스톡홀름시는 2006년 교통혼잡세를 새로 부과하기 위하여 시범사업을 시행하고 이후 주민투표를 통해 정책을 최종적으로 결정했다. 이 때, 정책효과에 대한 정보보다는 시범사업 당시의 대중들의 개인적 경험이 부정적인 태도를 긍정적인 것으로 바꾸는데 크게 기여하였다(Winslott-Hiselius et al., 2009).

대중의 경험이 정책학습의 중요한 자원이 된다는 점에서 한국의 복지국가 논의에서 보건의료와 건강보장의 경험은 소중하다. 현재 복지국가 논의는 편향된 이념적 공세 속에서 대중의 불안과 불신을 완전히 극복하지 못하고 있고, 이는 복지국가와 사회정책의 확대에 중요한 장애물로 작용하고 있다. 이런 상황에서는 헤클로(Hecllo)의 말대로 사회정책을 둘러싼 정치(사회정치, social politics)는 학습을 가능하게 하는 중요한 수단이며, “사회정책은 그러한 학습의 결과”이다(Hecllo, 1974:307). 한국의 보건의료와 건강보장은 국가의 책임과 역할, 형평성, 보험료 인상, 급여(서비스) 확대, 지출의 억제, 도덕적 해이 등 중요한 사회정치적 논쟁을 거쳤다. 사회정치의 장을 통하여 집단적 학습이 이루어져 왔고

1) 이 글에서는 보건의료와 건강보장을 엄밀하게 구분하지 않는다. 이유는 복지국가라는 용어에 대해 앞에서 쓴 것과 크게 다르지 않다.

현재도 진행 중이라고도 표현할 수 있다. 복지국가와 사회정책의 확대와 공고화가 사회정치를 통하여 이루어질 수밖에 없는 것이라면, 이러한 학습은 앞으로 긍정적이든 부정적이든 중요한 정치적, 정책적 자원으로 작용할 것이 틀림없다.²

둘째로, 규범적 측면에서 보건의료의 의미를 찾을 수 있다. 내포와 외연을 어떻게 규정하든 의료서비스와 공중보건의 공급, 그리고 보건의료의 생산체제는 현대 복지국가를 구성하는 핵심요소에 포함된다. 따라서 보건의료를 제외하고 복지국가를 제대로 이해하는 것은 가능하지 않으며, 보건의료의 성격에 따라 복지국가의 특성을 다르게 규정할 수 있을 것이다.

보건의료를 포함한 복지국가의 전체상을 어떻게 이해하는가 하는 문제는 유형화와 같은 이론적 과제에 그치지 않고 복지국가를 구성 혹은 재구성하는 데에 직접 영향을 미친다. 예컨대 영국의 보건의료체계가 영국 복지체제에 어떤 의미를 지니는가를 고려하면, 영국의 것을 미국과 다를 바 없는 자유주의 복지체제라고 단순화하기 어렵다. 영국에서 NHS는 복지체제와의 비정합성 때문에 흔히 “자본주의에 바다에 있는 사회주의의 섬(island of socialism in a capitalist sea)”이라는 평가를 받는다(Powell, 1997). 하지만 바로 이 때문에 자유주의 유형의 복지체제와 NHS 사이에는 양쪽 방향으로 모두 긴장관계가 존재한다. 창립 이후 NHS가 끊임없이 자유주의의 공격에 노출되는 것도 사실이지만, 반대로 복지국가의 자유주의적 '폭주'를 견제하는 NHS의 역할도 무시할 수 없다.

보건의료가 복지국가 논의에 긴밀한 관련성을 가져야 하는 마지막 이유는 실무적, 실천적인 것이다. 복지국가를 구성하는 개별 정책이나 프로그램의 운영이나 성과는 그것이 작동하는 층위의 높고 낮음을 막론하고 복지국가의 성립가능성 혹은 지속가능성에 영향을 미친다. 그 때문에 구체적인 정책설계와 운영이 중요한 것은 두말할 필요가 없다. 보건의료가 경험하거나 새롭게 당면하는 많은 성과와 도전은 다른 사회정책이나 서비스와 공유되어야 할 것들이다. 대표적인 것만 하더라도 국가의 역할과 개인의 책임, 서비스의 생산체계(공공-민간-혼합), 서비스의 공급체계, 공급자와 소비자(이용자)의 관계 등 다양한 영역에 걸쳐 있다. 이 중에서 한 가지 예를 들자면, 한국의 보건의료에서 생산체계와 생산주체는 민간이 압도적인 우위에 있다는 사실을 모르는 사람은 거의 없다. 또, 그것이 초래하고 있는 결과를 긍정적으로 평가하는 경우도 찾기 어렵다. 그러나 이러한 경험은 다른 사회정책과 서비스(예를 들어 장기요양서비스나 보육 등)와 충분히 공유되지 않고 있다.

2) 반드시 긍정적인 방향의 학습만 일어나는 것은 아니라는 사실을 유념할 필요가 있다. 예를 들어 건강보장 논의에서 재정지출의 급증 문제는 정치적 학습 과정을 거치면서 (적어도 현재로서는) 전반적인 복지 확대에 부정적으로 작용한다. 복지국가 확대를 반대하는 주장은 대부분 복지재정의 과중한 부담을 중요한 근거로 삼고 있으며, 의도적이든 아니든 (이미 실현되고 있고 그런 의미에서 학습의 대상인) 건강보험의 재정적자와 연결시킨다. 최근 언론에 보도된 것과 같이(연합뉴스 2011년 2월 21일), 정치권의 무상복지 요구와 건강보험 적자 등 앞으로 재정건전성을 위협하는 재정수요가 지속적으로 제기되는 상황이라는 재정경제부의 언명은 '학습'을 둘러싸고 벌어지는 사회정치를 그대로 반영한다고 할 것이다.

보건의료와 다른 사회정책 사이에 이러한 분절화(fragmentation)가 초래된 이유 역시 단순하지는 않지만, 보건의료가 복지체제에 상대적으로 느슨하게 결합되어 있는 것도 중요한 한 가지 요인인 것으로 생각한다.

3. 복지국가에서 보건의료로

다음으로 살펴볼 것은 (앞의 논의와 반대 방향으로) 복지국가 논의나 복지국가의 진전이 건강이나 보건의료에 어떤 영향을 미칠 것인가 하는 점이다. 여기에서 복지국가는 보건의료를 포함하는 상위 개념일 수도 있지만, 복지국가를 구성하는 개별 정책 혹은 정책조합을 가리키는 것일 수도 있다.

우선 언급할 것은 복지국가가 건강에 미치는 영향이다. 직접적인 경로는 명확하지 않지만, 복지국가의 유형에 따라 영아사망률이나 평균수명과 같은 건강수준에 차이가 있다는 연구결과는 이미 드물지 않다(Bambra, 2006; Chung and Muntaner, 2006; Dahl et al., 2006; Karim, Eikemo and Bambra, 2010; Navarro et al., 2006). 이들 분석에서는 대체로 사회민주주의 유형의 국가들에서 건강수준이 더 높게 나타나는데, 높은 건강수준은 탈상품화되고 보편적인 복지급여와 소득 재분배 정책의 누적된 효과로 해석할 수 있다(Karim, Eikemo and Bambra, 2010; Navarro et al., 2006). 다시 말하자면, 현금 혹은 사회서비스 형태의 복지급여가 사회경제적 지위와 건강과의 관계에서 조절효과를 발휘하는 것으로 보인다(Bambra and Eikemo, 2009; Diderichsen, 2002). 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(Bambra and Eikemo, 2009; Dahl et al., 2006; Eikemo et al., 2008; 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 의미한다(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 맞벌이부모에 대한 지원을 강화한 정책을 채택한 국가일수록 영아사망률이 낮다는 연구결과도 비슷한 맥락이다(Lundberg et al., 2008a; Lundberg et al., 2008b). 보다 근본적으로는 소득 이외에도 다양한 생물학적, 사회적, 문화적 요인들이 건강 또는 건강 불평등에 영향을 미친다는 사실도 무시할 수 없다. 사회적 결정요인으로 한정해서 보더라도 교육이나 직업, 노동시장의 특성 등이 다양한 영향을 미치므로 복지국가 유형과 건강의

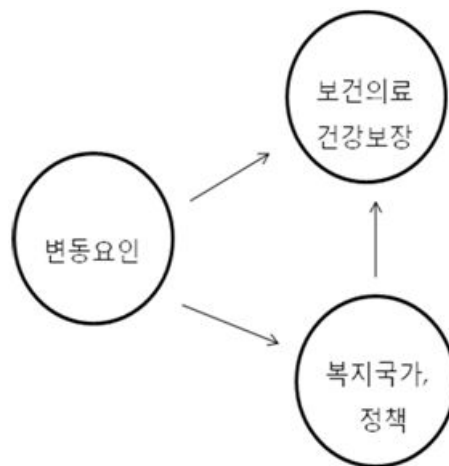
관계를 단선적으로 구성하기는 어렵다. 비슷한 맥락이지만 다른 관점에서는, 이미 보편적 급여에 접근할 수 있는 국가에서는 소득보장과 빈곤 감소가 성인의 건강 불평등을 완화시키는 데 한계가 있다는 점을 시사하는 것일 수도 있다(Diderichsen, 2002).

복지국가가 보건에 미치는 영향은 건강효과에 그치지 않는다. 복지국가의 전반적 특성과 역동은 보건의료와 건강보장체계의 양적, 질적 변화에 크게 영향을 미친다. 예를 들어 영국과 미국에서 이른바 복지국가의 해체 혹은 축소가 시도될 때 영국의 NHS나 미국의 메디케이드가 어떤 영향을 받았는지는 잘 알려져 있다(Pierson, 1994:132-139). 한국에서도 빈곤층을 위한 의료보장(과거의 의료보호와 현재의 의료급여)은 보건의료와 건강보장체계의 내재적인 동력에서도 영향을 받았지만 전반적인 복지 확대와 분리해서 생각하기 어렵다. 물론 이러한 변화를 순수한 형태의 인과관계, 즉 복지국가의 확대(축소)가 보건의료나 건강보장의 확대(축소)에 원인으로 작용하는 관계로 해석할 수는 없다. 그보다는 복지국가의 내적, 외적 동인이 보건의료나 건강보장에도 동시에 작용한다고 하는 것이 사실에 더 가까운 것이다. 복지국가가 이를 구성하는 세부 영역이나 정책과 완전히 독립적으로 존재하는 것이 아닌 한, 전체와 부분 사이에 인과적 관계가 있다는 것은 동어반복에 지나지 않는다. 그러나 그럼에도 복지국가는 개별 정책의 단순한 총합을 넘어선다. 특히 복지국가와 그 정책이 정치적, 이념적 요인의 영향을 크게 받는다는 점을 고려하면, 복지국가의 확대나 축소는 그 자체로 정치적, 정책적 동력 혹은 영향력을 가진다. 이 때 복지국가를 구성하는 개별 요소로서 보건의료와 건강보장이 영향을 받는 것은 당연하다. 예컨대 현재 한국 사회에서 한창 논쟁 중인 복지재정은 복지국가라는 차원에서 다분히 '총론적' 성격을 띠고 있다. 그러나 이 총론적 논의와 결과(예를 들어 증세 혹은 감세)는 개별 정책에 직간접적으로 영향을 줄 수밖에 없을 것이고, 보건의료와 건강보장의 재정 역시 결정적 영향을 받을 것이 분명하다. 같은 맥락에서 수동적 차원을 넘어 복지국가 논의가 새로운 보건의료를 '견인'할 수도 있다. 최근의 보편주의 논쟁만 하더라도 복지국가 담론은 보편주의와 선별주의라는 틀(렌즈)을 통하여 보건의료와 건강보장을 볼 수 있는 기회를 제공한다. 이것이 변화의 실제적인 동력이 되기 위해서는 또 다른 과정을 거쳐야 하지만, 복지국가가 보건의료와 건강보장의 상상력과 대안을 자극할 수 있다는 것은 틀림없다.

하나의 '독립적' 실체로서 존재하는 복지국가의 영향력과 구분하여 생각할 것은 복지국가를 둘러싼 환경과 복지국가의 구성요소들이 변화하는 것에 따라 보건의료가 영향을 받는다는 점이다. 예를 들어 노인의 소득보장은 건강보장(특히 사회보험)의 재원이 확대안정화 된다는 것을 의미하고, 지출 측면에서는 노인의 의료이용과 비용 증가로 연결된다. 보건의료에 미치는 이러한 범주의 영향은 여러 경로를 거칠 수 있는데, 거칠게 도식화하면 다음 그림과 같이 구분된다. 즉, 같은 요인이 복지국가(정책)와 보건의료에 동시에 영향을 주거나, 복지국가(정책)에 속하는 요인이 보건의료에 영향을 줄 수 있다.³

3) 그림에서는 표시하지 않았지만, 보건의료에서 복지국가 방향의 영향도 있을 수 있다. 이는 이미 앞에서 다루었다.

앞에서 말한 노인 소득보장이 후자에 속하는 것이라면, 시장과 노동, 가족구조의 변화(노동유연성 확대)가 복지국가 혹은 사회정책(사회투자정책)과 건강보장 정책(건강보험료의 기반을 근로소득 이외의 소득으로 확대)에 동시에 그러나 상호관련성을 가지고 영향을 주는 것이 전자에 해당한다.



한편, 복지체제(레짐)라는 시각에서 건강과 보건의료의 의미를 새롭게 규정할 수 있다. 이는 건강과 보건의료를 복지국가를 구성하는 한 요소로 이해할 때 가능한 것이다. 예를 들어 최근 생산체제와 복지체제 사이의 상호보완성에 대한 논의가 활발한데(신동면, 2006), 보건의료나 건강보험도 더 상세한 수준에서 이러한 시각과 해석이 필요하다. 이러한 접근은 건강과 보건의료를 개인의 권리나 효용, 인권적 요구 등을 넘어 전반적인 사회경제체제의 틀 속에서 이해하는 것이다.⁴ 보건의료는 복지국가의 틀을 통하여 '사회'정책으로서의 성격을 더 명확하고 풍부하게 할 수 있고, 사회경제체제 안에서 다른 영역과의 상호관련성을 강화할 수 있게 된다.

4. 복지국가와 보건의료 논의의 의미와 과제

보건의료나 다른 요소를 포함하여 복지국가 유형을 새롭게 구분하는 것은 분명 의미 있는 일이다(Padamsee, 2007). 보건의료의 중요성으로 볼 때 새로운 유형 구분은 반드시

4) 건강과 보건의료의 권리나 인권이 복지국가 논의와 무관하다는 의미는 아니다. 에스핑 앤더슨이 복지국가 유형을 나눈 기준 중 하나가 사회권이라는 사실에서도 이를 잘 알 수 있다. 또한, 과거에 보건의료를 사회경제체제의 틀 속에서 보고자 한 시도가 없었다는 뜻도 아니다. 보건의료를 복지체제나 생산체제 전반과의 관련성 속에서 파악하고자 한 시도가 부족했다는 의미로 해석해 주기 바란다.

필요한 작업이기도 하다. 그러나 국내적으로, 특히 실천의 관점에서는 유형론 논의를 과제로 삼는 것은 적실성이 그리 크다고 할 수 없다.

복지국가와 보건의료 논의를 '재구성'하여야 하는 가장 중요한 이유는 새로운 도전과 과제들이 제기되고 있기 때문이다. 그 핵심에는 인구 고령화가 만들어내고 있는 근본적 환경변화가 자리잡고 있다. 노인인구의 증가는 가족구조와 보살핌(care), 소득, 건강보장과 의료, 영양과 일상생활지원 등 복지국가의 전범위를 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, 건강과 그 결정요인에 대한 이해가 확장되고 있는 것도 복지국가와 보건의료의 관계를 재구성하여야 하는 중요한 이유이다. 이미 잘 알려져 있는 것이지만, 최근 30여년에 걸쳐 건강의 사회적 결정요인(social determinants of health)이 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.

그러나 복지국가와 보건의료의 관계를 재구성하는 것은 통합성을 강화하는 방향만 존재하는 것은 아니다. 보건의료 역시 복지국가를 구성하는 사회정책의 하나라는 점에서 보편성과 구체성의 긴장관계가 생길 수밖에 없고, 때로는 그러한 긴장관계가 불가피하다. 긴장관계가 필요한 대표적인 것이 이른바 서구 복지국가의 '해체(retrenchment)'가 보건의료에 미치는 부정적 영향을 차단하는 것이다. 복지국가의 기초에는 사회경제적 요인만 존재하는 것이 아니다. 현재의 복지국가 후퇴 혹은 해체가 주로 1970년대 중반 이후 나타난 새로운 사회경제적 압력에 대응하는 성격이라면, 보건의료는 상대적으로 그러한 압력과의 연관성이 약하다. 노동시장, 산업구조, 가족의 구조와 기능 등의 변화와는 별개로 혹은 그

때문에 오히려 더 사회정책으로서의 보건의료와 건강보장의 필요는 더욱 강화된다. 나아가 이러한 맥락에서 보건의료가 새로운 복지국가의 물적, 이념적 토대를 제공할 수도 있을 것이다.

참고문헌

- 김영순, 최현수, 이윤경, 방효정. 2007. 「복지국가유형별 사회서비스의 발전과정과 시사점」. 《보건복지포럼》, 3월호, 37-61쪽
- 신동면. 2006. 「한국의 생산체제와 복지체제의 선택적 친화성」. 《한국정치학회보》 40(1): 115-138.
- Bamba, Clare. 2005. "Worlds of Welfare and the Health Care Discrepancy." *Social Policy and Society*, 4(01): 31-41.
- , 2006. "Health Status and the Worlds of Welfare." *Social Policy and Society*, 5(01): 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.
- Bambra, Clare, 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Dolowitz, David, and David Marsh. 1996. "Who Learns What from Whom: a Review of the Policy Transfer Literature." *Political Studies*, 44(2): 343-357.
- 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 University Press.
- Hecló, Hugh. 1974. *Modern Social Politics in Britain and Sweden*. New Haven: Yale

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.
- Jacobs, Kerry, and Pauline Barnett. 2000. "Policy Transfer and Policy Learning: A Study of the 1991 New Zealand Health Services Taskforce." *Governance*, 13(2): 185–213.
- 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(02): 271–287.
- Lundberg, Olle. 2010. "Politics and public health: 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.
- Lundberg, Olle, Monica Åberg Yngwe, Maria Kölegård Stjärne, Lisa Björk, and Johan Fritzell. 2008b. *The Nordic Experience: Welfare States and Public Health (NEWS)*. Stockholm: Centre for Health Equity Studies (CHESS), Stockholm University/Karolinska Institutet.
- 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.
- Padamsee, Tasleem Juana. 2007. 『Infusing Health into the Welfare State: HIV/AIDS Policy Making in the United States and the United Kingdom』. The University of Michigan, Dissertation for Doctor of Philosophy.
- Pierson, Paul. 1994. *Dismantling the welfare state?: Reagan, Thatcher, and the politics of retrenchment*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Powell, Martin. 1997. "Socialism and the British National Health Service." *Health Care Analysis*, 5(3): 187–194.
- Winslott-Hiselius, Lena, Karin Brundell-Freij, Asa Vagland, and Camilla Byström. 2009. "The development of public attitudes towards the Stockholm congestion trial." *Transportation Research Part A: Policy and Practice*, 43(3): 269–282.