

## ‘삼중 부담(Triple burden)’을 넘어서 : 한국 공중보건의 과거, 현재 미래와 과제

신영전\*

\*한양의대

### 1. 과거

한국 공중보건의 이루어낸 성과는 놀라운 것이다. 그것이 가능했던 여러가지 이유가 있겠지만, 그 중에 공중보건전문가의 헌신을 빼 놓을 수 없다. 그러나 아쉬운 부분도 있고 성찰해야 할 부분도 있다. 첫째, (일제 강점기까지는 가지 않더라도) 군사독재와 권위주의 정권의 비민주적인 통치와 관행에 대한 저항이 충분했었는지, 더 나아가 그 권위주의에 부적절하게 편승하지는 않았는가이다. 소록도 등에서 행해진 비인권적 단종, 권위주의적 가족계획 사업 등이 그 예이다. 둘째, 공중보건부문 종사자들의 공중보건의 자부심과 정신, 충분한 인프라, 안정적 노동조건을 만들어 냈는지이다. 다시 말해, 질적으로뿐만 아니라 양적으로 충분한 공중보건 인프라를 확보하고 있는지이다. 예를 들어, 주민 수 40-50만명 지역에 100명의 보건소 인력으로 충분한 것인지, 공공병상비율이 10%도 안되는 공공병상비율, OECD 최저수준의 공공재원비율 등이 그 좋은 예이다. 마지막으로, 일본, 미국 등 다른 나라의 정책을 그대로 답습하는 것에 그치지 않았는지, 우리 사회 실정에 맞는 정책과 사업을 만들어 는 지에 대한 성찰이 필요하다.

### 2. 현재

수 많은 성과에도 불구하고, 현재에도 성공하지 못하고 있는 부분이 있다. 대표적인 영역으로는 (1) 의료보장수준의 획기적 개선과 의료사각지대문제 해결, 자살을 포함

한 정신보건영역, 기후, 환경오염, 원자력 발전 문제와 같은 부문의 진전이 너무 더디다. 또한, (2) 보다 근본적으로, 보다 근본적인 원인(proximal causes) 또는 구조적 문제에 대한 제기와 접근은 여전히 소극적인 상황이다. (3) 부문간 분절적인 사업과 기존의 고식적인 공공보건영역을 넘어서는 ‘건강한 공공정책(healthy public policy)’ 또는 ‘모든 정책에 건강을(Health in All Policies)’ 접근으로 전환 속도는 너무 더디다. (4) 공중보건정책 결정, 시행, 평가에서 시민, 환자의 참여 역시 지극히 초보적인 수준에 머물러 있거나 형식화 단계에 의미 있는 진전을 이루어 내지 못하고 있다. 마지막으로, (5) 공중보건 부문 정책과 사업에서 인권과 성인지적 민감도는 여전히 더딘 진전만이 이루어지고 있다. 그러나 현재 한국 사회가 당면한 보다 시급하고 현실적인 문제는 다음과 같다.

‘Health for MONEY’와 ‘Health for ALL’이라는 보건의료 체계 목표 간의 충돌이다.

‘Health for MONEY’에 기반한 대표적인 정책이 ‘의료민영화, 영리화/사유화’이다. 예를 들어, 국내 환자의 유인 알선은 의료법 위반이고 해외환자 유치에 국가는 장려하는 논리적 모순이 존재한다. 이 두 가지 목표의 ‘공존 논리’가 제공되지 않은 상태에서 무작정 정책과 사업이 진행되고 시달되고 있다.

‘건강’ 그 자체의 의미를 해체하고 재구성하는 일이다. ‘건강’이란 개념은 ‘건강하지 않음’이란 상태가 있음을 전제한다. 그리고 많은 경우 ‘건강’을 더 바람직한 것으로 간주한다. 일견 맞는 이야기지만, 이런 논리는 ‘건강’을 자기 마음대로 정의하고, 그 범주에서 벗어난 이들을 ‘루저’ 또는 ‘배제되어야 할 이’로 만들기도 한다. 무엇보다 ‘건강

하지 못한 이들'을 '가치가 덜한 자'로 간주하는 오류를 자주 범하고 있다. 따라서 우리는 기존 '건강'의 개념을 해체하거나 더 바람직한 것으로 재구성해야 한다.

### 3. 미래

미래에 대한 새로운 패러다임의 모색은 기본적으로 새로운 상황 또는 상황인식을 전제로 한 것이다. 공중보건 부문이 나아가길 모색함에 있어 우리가 염두에 두어야 할 새로운 상황은 이미 잘 알려져 있는 바와 같이 고령화, 과학기술의 발전, 저성장을 포함한 국제정치경제의 불안정, 사회 불평등, 그리고 한반도를 둘러싼 국제정치적 불안과 전쟁, 통일 가능성 등이다. 여기서 두 가지에 대해서만 약간 부연하면 다음과 같다.

#### 1) 사회 불평등

현재 OECD 최고 수준은 아니나 가장 빠른 속도로 증가하는 나라 중 하나이다. 사회불평등이 건강에 미치는 영향에 대해서는 이미 잘 알려져 있듯이 소득 불평등이 건강에 영향을 미칠 수 있는 적어도 분명한 세 가지 경로들이 제시되어왔다. (1) 소득 불평등이 인간 자본에 있어서 저투자(underinvestment)를 야기한다(Kaplan et al. 1996), (2) 소득 불균형은 사회의 조직을 분열시키고 "사회자본"에 있어서 불리한 투자(disinvestment)를 야기한다(Kawachi et al. 1997a; Kawachi and Kennedy 1997b), (3) 소득에 있어서 불균형은 불공평한 사회적 비교에 의해 생겨난 좌절과 같은 직접적인 심리학적 통로를 통해 좋지 못한 건강상태를 초래한다(Kawachi et al. 1994; Wilkinson 1996)

사회 불평등 그 자체가 문제이다. 오늘의 주제와 관련하여 특별히 강조하고 싶은 것은 의무교육, 국민건강보험, 국민연금 등 기존 한국사회의 많은 사회제도들이 사회 연대에 기초하고 있는 점이다. 사회불평등은 사회적 연대를 붕괴시키는 가장 강력한 요인이다. 사회불평등의 심화는 기존의 다양한 사회정책의 존립 자체를 어렵게 할 것이다. 구체적인 예 중 하나로 일정 수준이상의 노동인구, 높은 고용률, 임금의 지속적인 인상을 전제로 하는

'비스마르크식' 사회보험/의료보험제도는 유지가 불가능한 방향으로 나아가고 있다. 따라서 빠른 시간 안에 중대한 결정과 이에 준하는 변화를 만들어 내어야 할 것이다 (그 구체적인 내용은 토론의 범위를 넘어서는 것이라 생략한다).

#### 2) 한반도의 전쟁과 통일

작금의 국제 정치, 경제상황은 분단 이후 한반도에서 가장 심각한 전쟁위기를 낳고 있다. 한반도에 대한 주변 강대국들의 영향력이 급속히 커지고 있는 반면, 남한과 북한은 본인의 운명을 좌우할 지도 모르는 논의구조에서 급속히 영향력을 상실해 가고 있다. 평화는 건강과 안녕의 전제다. 평화 없는 국민건강은 무의미하다. 엄중한 현실에 비해 평화를 위한 보건의료 전문가들의 노력은 너무 빈약하다.

#### 3) 소결: '삼중 부담(Triple burden)'을 넘어서

모든 시대에는 '동시대의 비동시성'이 존재한다. 한국 공중보건부문도 마찬가지이다. 다시 말해, 한국 공중보건 영역에는 앞서 언급한 과거, 현재, 미래의 부담이 공존하며, 이러한 '삼중 부담(Triple burden)'에 효과적으로 대처하고 '건강권'에 기반을 둔 'Health for ALL'이라는 공중보건의 궁극적인 목표를 달성하기 위해서는 '치열하고, 헌신적이고', '전문적이며', 무엇보다 보다 '전략적'인 접근이 필요할 것이다.

저자가 주장하는 건강의 '새로운' 정의 또는 기존 건강의 개념을 대치하는 '온존'의 정의는 "질병이나 장애가 없는 것이 아니라, 우리 삶의 위치에 따라 적절하다고 간주되는 활동들을 수행할 수 있는 역량(the capacity to carry out those activities that are deemed appropriate for us according to our station in life)(Levins, 2009)이며, 모든 존재와 조화를 이루는 '좋은' 존재로 있는 것(the harmonious well-being with all existence)"이다(신영전, 2017). 하지만 이에 대한 추가 논의는 오늘의 주제를 넘어서는 것이고 따라서 별도의 논의가 필요하다.

일부 연구결과를 한국의 불평등 수준이 이미 아시아에서 최고 수준이라고 주장하기도 함. 2016년 3월에 발표

된 IMF(국제통화기금)의 『아시아의 불평등 분석』 보고서에 따르면, 한국은 소득 상위 10%가 전체 가계/개인 소득에서 차지하는 비중이 2013년 현재 45%이며 이것은 아시아에서 가장 높은 수치임.

1946년 7월 19일부터 22일 사이 뉴욕에서 세계 61개국의 대표들이 참석한 국제 보건의료 회의(the International Health Conference)에서 만들어진 세계보건기구 헌장에서는 건강권을 다음과 같이 표명하고 있다. “달성 가능한 최고 수준의 건강을 향유하는 것은 인종, 종교, 정치적 입장, 경제적·사회적 조건에 상관없이 모든 인류의 기본적인 권리 중의 하나이다”

구체적으로, (1) 추동력에 조응하는 방식, (2) 새로운 건강 정의에 입각하는 방식, (3) 참여와 민주적 의사결정방식을 강조하는 방식, (4) 정치 역동을 고려하는 방식이라는 정책 구성의 원칙 하에, (1) 온존(건강)중심정책'으로의 전환, (2) 「국민건강위원회」 설치운영, (3) 「국민건강/건강보장」 30년계획의 수립, (4) 보건복지부장관을 사회부총리로 격상, (5) 건강영향평가제도의 제도화, (6) 주치의제도의 전면적 실시, (7) 입원은 병원, 외래는 주치의센터로 국한하는 전달체계 개편, (8) 주치의센터와 개방형 병원체계의 전면실시, (9) 보건소를 보건행정+공공주치의(관리)센터로 확대, 전환, (10) 비급여를 포함하는 실질적 100만원 상한제의 실시, (11) 공공병원의 양적, 질적 확대, (12) 총액예산제로의 전환, (13) 의료보험과 의료급여의 통합, (14) 의료보장(국민건강보험+의료급여) 심의기관을 국회로 이전, (15) 의료민영화정책의 전면 중단 등이 필요하다. 이에 대한 논의는 역시 토론의 범위를 넘어서는 것으로 별도의 논의가 필요하다.

