

유럽의 건강투자 패러다임: 모델과 정책 콘텐츠 및 그것의 전환을 중심으로

The European Paradigm of Health Investment: Focusing on the Model and Policy Content, and Their Transformation

박승민

국립한밭대학교 노마드칼리지 인문교양학부

Seung-Min Park(smpark@hanbat.ac.kr)

요약

최근 유럽에서 보건의료 서비스에 대한 국가 재정 투입을 경제적 이해득실만으로 평가하는 것을 경계하는 건강투자 패러다임이 확산되고 있다. 이에 본 논문은 건강투자 패러다임의 핵심 모델과 정책 콘텐츠를 분석하고 그것의 함의를 도출하고자 한다. 이를 위해 건강투자 관련 WHO, EU(EC), 유럽 국가들의 핵심 정책 자료, 연구 논문을 전통적 내용분석 방법을 통해 분석했다. 분석 결과, 유럽의 건강투자 패러다임은 기본 및 확장 모델을 중심으로 생애주기적 건강투자 원칙에 기반한 12가지 건강투자 정책과 투자의 사회적 혜택(SROI) 평가 방법 적용이 핵심 콘텐츠로 구성되어 있었다. 이상의 분석 결과와 건강투자 패러다임을 둘러싼 세 가지 논쟁(경제 성장 간 선순환 구조, 매튜 효과, 국가 역할 축소)은 포스트 코로나 시대 한국의 지속 가능한 보건의료시스템과 경제 발전 선순환 구조 형성을 위해 유럽의 건강투자 패러다임의 비판적 변용이 필요함을 시사한다.

■ 중심어 : | 건강투자 | 생애주기 | 코로나-19 | 유럽 | 세계보건기구 | 내용분석 |

Abstract

The purpose of this research is to analyze the European paradigm of health investment and its implication. Conventional content analysis of WHO/EU(EC)/European countries' policy data, and articles shows that the European paradigm of health investment is consist of the basic and extended models, twelve life-course-based health investment policies, and SROI evaluation method. The analyses and discussion points provide policy implications for making virtuous cycle of Korean sustainable healthcare system with economic development in the post Covid-19 era.

■ keyword : | Health Investment | Life Course | Covid-19 | Europe | WHO | Content Analysis |

I. 서론

세계보건기구(World Health Organization, WHO)

는 1946년 WHO 헌장에서 '인종, 종교, 정치적 신념, 경제 또는 사회적 조건과 무관하게 모든 인간이 도달할 수 있는 최고의 건강 수준을 누리는 것은 가장 근본적

* 이 논문은 2019학년도 국립한밭대학교 교내학술연구비의 지원을 받아 수행되었습니다.

접수일자 : 2022년 08월 11일

수정일자 : 2022년 09월 30일

심사완료일 : 2022년 10월 04일

교신저자 : 박승민, e-mail : smpark@hanbat.ac.kr

인 권리'라며 건강권(right to health)을 인권으로 인정했다[1].¹ 같은 맥락에서 세계인권선언, 인종차별철폐협약, 여성차별철폐협약, 유럽사회헌장 등 각종 국제 협약 및 선언 또한 건강권의 중요성을 인정하고 공식화했다. 예를 들면, 1948년 국제연합(United Nations, UN)이 공식화한 세계인권선언은 제25조 제1항에서 건강권을 다음과 같이 밝혔다[2].

“모든 사람은 의식주, 의료 및 필요한 사회복지를 포함하여 자신과 가족의 건강과 안녕에 적합한 ...종량... 보장을 받을 권리를 가진다.”

이와 같은 맥락에서 UN의 경제적·사회적·문화적 권리 위원회는 건강권에 적용되어야 할 원칙 세 가지를 제시하고 있다[4]. 첫째, '존중의 의무(obligation to respect)' 원칙은 개인의 건강권 향유에 대한 국가 침해 금지이다. 둘째, '보호의 의무(obligation to protect)' 원칙은 개인이 건강권을 누리는 데 방해가 되는 제3자의 행위를 국가가 미리 차단해야 한다는 것이다. 셋째, '충족의 의무(obligation to fulfil)' 원칙은 개인이나 집단의 건강권 향유를 위해 국가가 적극적인 역할을 해야 한다는 것이다.

우리나라 또한 보건의료기본법에서 건강권을 다음과 같이 명시하고 있다[5].

“제10조 제1항 모든 국민은 이 법 또는 다른 법률에서 정하는 바에 따라 자신과 가족의 건강에 관하여 국가의 보호를 받을 권리를 가진다 ; 제10조 제2항 모든 국민은 성별, 나이, 종교, 사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 자신과 가족의 건강에 관한 권리를 침해받지 아니한다.”

건강권에 관한 이와 같은 국내·외 논의는 국가가 부족하지 않은 보건의료 서비스를 모든 국민에게 시의적절하게 제공해야 할 책임이 있음을 밝힌 것으로 볼 수 있다. 그러나 사회적 성격이 강한 건강권은 세계적인

1 건강권은 엄격히 말해 개인이 건강을 누릴 권리가 있다는 것을 의미하는 것이 아니라, 건강에 영향을 미치는 보건의료 서비스에 접근할 권리가 있다는 것을 의미하며, 여기에는 인종, 거주지, 남녀노소, 소득 수준 등 그 어떠한 요소에 따른 차별도 허용되지 않는다는 원칙이 전제된다[3].

로 자유권에 비해 주목을 덜 받았고, 각국 정부의 정책 차원에서도 소극적 고려 대상이었다. 이러한 경향은 각국의 보건의료시스템 유형에 따라 건강권의 보장 수준이 달라지는 점을 봐도 쉽게 알 수 있다. 예를 들면, 영국의 국민건강서비스(National Health Service)와 같은 베버리지형 보건의료시스템, 독일과 같은 비스마르크형 보건의료시스템, 캐나다와 같은 건강보험형 보건의료시스템, 대부분의 후진국이 채택하고 있는 자가지불형 보건의료시스템, 그리고 위 네 가지 유형이 모두 혼합되어 존재하는 미국형 보건의료시스템과 같이 각국의 보건의료시스템 유형에 따라 건강권의 보장 수준은 많이 다르다.

그런데 최근 유럽(European Union, EU)을 중심으로 건강권 보장 관련하여 보건의료 서비스에 대한 국가 재정 투입을 경제성 평가에 초점을 맞춰 결정하던 기존 방식과 달리 새로운 보건의료 패러다임으로서 '건강투자(health investment)' 패러다임이 확산되고 있다. 예를 들면, 건강투자 정책을 국가와 광역 및 로컬 수준에서 적용할 수 있게 고안된 베로나 벤치마크(Verona Benchmark)가 1998년 10월에 제안된 이후 영국, 이탈리아, 스웨덴, 슬로베니아 등 유럽의 15개 국가에서 시범사업이 시행되었다[6]. 이러한 정책 흐름은 2013년 WHO 유럽지역의 21세기 유럽 정책 및 전략 프레임워크로서의 'Health 2020'으로 이어져 오고 있다[7].²

이와 같은 건강투자를 WHO 유럽지역은 다음과 같이 정의한다[8].

“건강과 웰빙에 대한 투자는 각 국가 내에서 뿐만 아니라 여러 국가에 걸쳐 모든 연령대를 위한 가장 높은 수준의 건강을 성취하기 위한 투자이다.”

건강투자는 기본적으로 건강권 보장을 위한 국가 재정 투입을 경제적 이해득실만으로 판단하는 것을 경계한다. 즉, 건강투자는 누구나 최고 수준의 신체 및 정신적 건강을 누리는데 반드시 필요한 보건의료 서비스를 받을 권리가 있으며, 그러한 보건의료 서비스 제공과

2 건강투자 패러다임은 G20 회원국으로도 점점 확산하고 있다. 예를 들면, G20의 건강과 발전 파트너십은 2019년 G20의 각국 보건 장관과 재정 장관 합동회의에서 회원국들이 건강투자 정책을 적극적으로 고려하도록 요청하며 구체적인 권고안을 제공했다[10].

국가 경제발전이 선순환 구조를 형성할 수 있기 때문에 건강권 보장에 소요되는 공적 재정 투입을 국가 재정 낭비로 간주해서는 안된다고 본다.

WHO 유럽지역과 EU가 건강투자 확대를 강조하는 핵심 이유는 크게 두 가지로 요약할 수 있다[8][9]. 첫 번째 이유는 보건의료적 차원과 관련된다. 기존 보건의료시스템은 코로나-19(Covid-19)와 같이 인류가 지금까지 겪어 보지 못한 새로운 감염병 대응에 매우 취약할 뿐만 아니라, 급격한 기후 변화 및 생태 시스템 악화가 유발하는 불건강에 제대로 대응하기 어렵기 때문이다. 이에 최근 선진국들은 환경오염이 심화하고 기후가 급격하게 변화하면서 인류가 겪어 보지 못한 바이러스와 질병에 대비하는 등 건강 안보(health security) 강화를 위한 공적 재정 투입을 늘리고 있다.

두 번째 이유는 사회적 차원과 관련된다. 기존 보건의료시스템은 아동 빈곤, 청년 실업, 인구 고령화 등으로 더욱 악화하는 건강 불평등과 건강 형평성(health equity) 문제에 선제적으로 대응하기 어려워 새로운 보건의료 패러다임이 필요하기 때문이다. 즉, 기존 보건의료 패러다임은 어린 시절 불건강이 장기 축적되어 성인기에까지 악영향을 미치는 문제에 제대로 대응하지 못했으며, 이를 해결하기 위해 개인, 사회, 경제 모두에 도움이 될 수 있는 생애주기적 접근에 기반한 새로운 보건의료 패러다임이 필요하다는 것이다. 이는 새로운 보건의료 패러다임으로서 건강투자가 확대되면 개인 수준에서의 건강 증진이 사회 수준에서의 지속가능한 발전으로까지 선순환 구조를 형성할 수 있다고 보는 것이다.

이에 본 연구는 최근 유럽을 중심으로 급속하게 확산하는 건강투자 패러다임의 핵심 모델과 정책 콘텐츠를 분석하고 그것의 함의를 도출하는 것을 목적으로 한다.³ 이를 위해 본 연구는 건강투자를 주제로 한 WHO, EU(EC), 유럽 국가들의 핵심 정책 자료와 연구 논문을 대상으로 내용분석을 수행한다. 다양한 내용분석 방법 중에서 특히 본 연구는 전통적 내용분석 방법

3 유럽의 건강투자 패러다임 분석과 유사하게 국내에서 보건의료 분야에 대한 공공 지출 확대가 경제에 미치는 영향을 분석한 대표적인 연구로 사회회계행렬을 활용하여 건강투자의 경제적 효과를 분석한 연구[17], 우리나라 보건의료시스템 하에서 소득이 낮은 가계일수록 보건의료 공공지출을 확대할수록 소득 증가 효과가 증가함을 밝힌 연구[18] 등을 들 수 있다.

(conventional content analysis)을 적용한다.⁴ 왜냐하면, 전통적 내용 분석 방법은 기존 연구가 없거나 혹시 있어도 사례가 소규모라 귀납적 탐색 연구에 적합한 방법이기 때문이다[11][12]. 그뿐만 아니라, 전통적 내용 분석 방법은 유사 내용 분석 방법과 달리 연구자의 구조화 된 접근을 지양하고 원자료(raw data)의 흐름 자체를 인정하며 그것에 따라 자료를 분석하기 때문에 유의미한 구체적 항목이 지닌 각각의 맥락(context)을 최대한 반영할 수 있는 장점이 있다[13][14].⁵

II. WHO 유럽지역과 EU의 건강투자 모델

1. 건강투자 기본 모델

WHO 유럽지역과 EU의 건강투자에 관한 기본 시각은 2008년 6월 27일에 발표된 탈린 헌장(Tallinn Charter)의 시각과 동일하다[15]. 즉, WHO 유럽지역과 EU의 건강투자 모델은 건강은 생산력 증대와 경제 발전을 통해 건강의 1차적 가치를 넘어 사회 전체 웰빙에 기여하고, 우수한 보건의료시스템 또한 건강뿐만 아니라 경제 발전에도 기여한다고 본다. 구체적으로, [그림 1]에서 보는 바와 같이, WHO 유럽지역과 EU의 건강투자 기본 모델은 사회 전체 웰빙을 위한 '건강·보건의료시스템·경제 발전 삼각형'으로 요약할 수 있다.

4 내용분석 방법의 정의 및 연구 과정은 연구자와 연구 상황에 따라 다양하지만, 일반적으로 세 가지 유형으로 분류할 수 있다 [14][19]. 전통적 내용분석 방법(conventional content analysis)은 기존 연구가 거의 없는 분야의 새로운 연구 결과 도출을 위해 탐색적 접근법으로 활용된다. 유도적 내용분석 방법(directed content analysis)은 기존 이론 또는 분석을 확장할 시도할 때 활용되기 때문에 주로 구조화된 접근을 한다. 총체적 내용분석 방법(summative content analysis)은 핵심어 또는 단어가 지닌 1차 의미 너머에 있는 의미 파악으로써 전체적인 맥락을 이해하고 해석할 때 활용된다.

5 본 논문에서 전통적 내용분석 방법 적용은 모두 4단계를 거쳐 이뤄졌다. 즉, 분석의 1단계에서 1차 내용분석을 통해 자료의 기술적 분석을 완료한 후 2단계에서 의미 단위별로 항목을 범주화했다. 3단계에서는 구분된 항목별로 심층 내용분석을 실시한 후 그 결과를 기반으로 건강투자 패러다임 모델과 정책 및 그것의 전환의 핵심 내용을 도출했다. 마지막 4단계에서 이상의 결과를 종합하여 항목별로 논리적 흐름에 따라 해석한 후 관련 쟁점을 도출하고 논의했다.

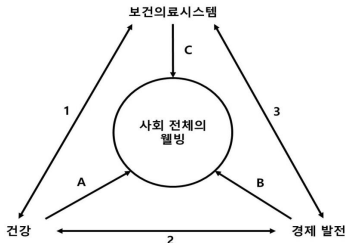


그림 1. WHO 유럽지역과 EU의 건강투자 기본 모델[15][16]

건강·보건의료시스템·경제 발전 삼각형에서 보건의료 시스템은 의료 인력 고용, 교육, 연구개발 등을 통해 경제 발전에 직접적으로 긍정적인 영향을 미치고(그림 1)의 3번), 건강 수준을 향상시킴으로써 경제 발전에 간접적으로도 긍정적인 영향을 미치며(그림 1)의 1번), 건강이 향상되면 교육 성취와 노동 생산성 향상에 직접적으로 긍정적인 영향을 미친다(그림 1)의 2번). 보건의료시스템의 강화로 기대 수명이 증가하고 장애가 감소하면 직장에서 질병으로 인한 결근 감소, 은퇴 연령 상향, 노동 시장에 더 오래 머무름으로써 인적 자본에 대한 투자 증대, 투자 자금 마련에 이로운 저축 증대 등과 같은 다양한 경로를 통해 거시 경제 성장에 긍정적인 영향을 미치게 된다. 그리고 건강, 경제 발전, 보건의료시스템은 ①건강 그 자체를 향상시킴으로써(그림 1)의 A), ②경제 수준을 끌어올림으로써(그림 1)의 B), ③ 보건의료시스템을 통한 보건의료 및 복지 서비스를 제공함으로써(그림 1)의 C) 모두 상호의존적으로 연결된 상태에서 복합적으로 사회 전체의 웰빙에 긍정적인 영향을 미친다.

2. 건강투자 확장 모델

WHO 유럽지역과 EU는 ‘건강투자 및 지속 가능한 발전을 위한 프레임워크(Framework for Investment for Health and Sustainable Development, FIHSD)’를 건강투자 확장 모델로 제시하고 있다. [그림 2]에서 보는 바와 같이 FIHSD는 두 가지를 대원칙으로 삼고 있다. 첫째, 건강투자는 정부 전체(whole-of-government)와 사회 전체(whole-of-society)의 포괄적 접근을 통해 시행되어야 한다는 것이다. 둘째, 건강투자가 개별 국가 수준에 그치지 않고 UN의 ‘지속

가능한 개발 목표(Sustainable Development Goals, SDGs)’ 및 유럽의 ‘Health 2020’의 목표 달성과 상호 연관되어 시너지 효과를 얻을 수 있게 추진되어야 한다는 것이다.

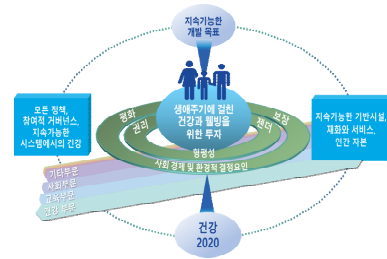


그림 2. WHO 유럽지역과 EU의 건강투자 확장 모델[8]

FIHSD가 추구하는 구체적인 건강투자 방법은 세 가지로 요약할 수 있다[8]. 첫째, FIHSD는 건강 결정 요인을 개인적 요인부터 전 지구적 환경 요인까지 광범위하게 포괄할 수 있는 방법으로 이뤄져야 한다. 즉, FIHSD는 건강 결정 요인을 경제적 변인, 사회적 변인, 환경적 변인으로 구분하며, 이들 모두 상호의존적 관계를 맺고 있는 것으로 본다.

둘째, FIHSD는 건강투자가 인권(human rights)의 가치를 실현할 수 있는 방법으로 이뤄져야 한다고 본다. 건강투자는 단순히 경제적 효율성을 우선으로 하는 투자가 아니라 시민의 건강권 실현에 필수 요소이므로 건강 관련 모든 정책 실행에서 건강투자가 핵심 역할을 해야 한다는 것이다. 따라서 FIHSD는 이 논리에 따라 건강에 직접적인 영향을 미치지 않는다고 여겨지는 건강의 간접적 결정 요인에 대한 투자도 적극적으로 이뤄져야 한다고 본다. 왜냐하면, 건강의 간접적 결정 요인은 출생, 성장, 노동, 노화 등 생애 전반에 걸쳐 건강에 영향을 미치는 요인들에 유의미한 역할을 하는 정치·경제·사회·문화·환경적 조건에 영향을 미치기 때문이다.

셋째, FIHSD는 건강투자가 구조적 접근을 통해 지속 가능한 사회 인프라 구조를 형성할 수 있는 방법으로 이뤄져야 한다고 본다. FIHSD는 대표 사례로 보건의료 시스템 강화 개혁을 꼽는다. 즉, FIHSD는 건강투자의 목적 달성을 위해 보편적(universal) 의료보장 강화를 통한 전 생애에 걸친 의료보장을 가능하게 하는 포용적 보건의료시스템(inclusive healthcare system) 구축

을 추구한다.

III. WHO 유럽지국과 EU의 건강투자 정책 및 원칙

1. 생애주기적 건강투자 원칙

Marmot Review, WHO Commission on Social Determinants of Health 연구 등에서 밝혀진 바와 같이 건강이 특정 순간에 단기적으로 결정되는 것이 아니라, 생애주기에 걸쳐 축적 효과를 지닌다는 것은 관련 학계 중론이다[20-22].⁶ 이러한 건강의 생애주기적 접근은 개인뿐만 아니라 인구 집단의 건강도 생애 전반에 걸쳐 수많은 건강 위험 요인 간 상호작용이 축적된 결과로 간주한다[23]. 이는 곧 건강한 삶의 지속성을 확보하기 위해서는 삶의 초기 단계에서부터 건강투자가 적극적으로 이뤄져야 함을 시사한다[24]. 만약, 생애주기적 건강투자에 실패하면, 노년기가 될수록 개인의 불건강 범위가 확대됨에 따라 인구 집단의 건강 수준도 낮아져 결국 건강에 소요되는 국가 재정이 증가하여 경제 성장에도 부정적인 영향을 미치게 된다[21].

유럽에서 건강투자는 교육, 보육, 고용 지원과 더불어 사회투자(social investment) 정책의 핵심 영역 중 하나로 간주된다[25][26]. 따라서 유럽의 건강투자 패러다임에는 사회투자 국가(social investment state)⁷

6 생애주기는 학자에 따라 다양한 단계로 구분하기 때문에 한 가지 모델로 한정할 수 없지만, 일반적으로 두 가지 구분 방법이 통용된다[29]. 첫째, 4단계 구분 방법은 생애주기를 ①태아 및 유아기 ②아동 및 청소년기 ③성인기(주로 노동 시장에 참여하고 출산/재생산의 초기 단계) ④장/노년기로 구분한다. 둘째, 6단계 구분 방법은 생애주기를 ①태아 및 유아기 ②아동기 ③학령기 ④청소년기 ⑤초기 성년기 ⑥성인기로 구분한다.

7 사회투자 국가는 대략 1980년대부터 1990년대 신자유주의에 기반한 복지국가 축소로 인해 사회 양극화와 불평등이 심화됨에 따라 이를 타개하기 위한 대안으로 주목받았다[30-32]. 사회투자 논리를 적용하는 국가마다 사회투자의 의미, 유형, 기능이 다양하여 사회투자 국가의 형태를 한 가지로 한정할 수 없다[33-36]. 그러나 공통적으로 전통적 복지국가가 복지 욕구에 기반한 수동적 복지 서비스 제공 방식인 반면 사회투자 국가는 생애주기에 걸쳐 숙련(skills)을 제공하려는 적극적 개념의 복지 제공을 지향한다[37]. 즉, 사회투자 국가는 빈곤, 무지, 불결, 나태, 질병과 같은 5대 악으로부터의 자유를 추구했던 전통적인 베버리지형 복지국가처럼 복지국가의 소극적 역할을 넘어 아마르티

원리가 그대로 적용된다[27]. 다시 말해, 불평등 축적 효과가 태아기부터 시작되기 때문에 사회투자가 특정 생애 단계에만 적용될 경우, 불평등 축적 부작용을 유의미하게 줄일 수 없으므로 사회투자를 생애주기에 걸쳐 시행하는 것을 기본 원칙으로 하는 것과 마찬가지로 건강투자도 생애주기를 고려해서 시행되어야 한다는 것이다[27][28].

2. 건강투자 세부 정책 및 평가 원칙

WHO 유럽지국과 EU는 건강투자 기본 및 확장 모델을 종합하여 UN의 SDGs 달성을 위한 직·간접적 건강투자 경로로 세 가지를 꼽는다[16]. 첫 번째는 건강 및 사회보장 경로로 기대 수명 증대, 삶의 질 향상, 인간자본 형성, 노동 생산과 활동성 강화, 국내 및 세계 건강안보 보장을 목적으로 한다. 두 번째는 사회 및 형평성 경로로 건강의 사회적 요인과 젠더 및 건강 격차 축소, 사회적 자본 형성, 정치적 안정 창조, 여성과 청년 및 빈곤 계층의 고용 형평성 확보를 목적으로 한다. 세 번째는 경제 및 혁신 경로로 양질의 일자리 제공, 직업/직무 능력 함양, 사회기반시설 조성, 장비와 기술 구매, 물류 지원, 세금 및 사회보장의 역할, 경쟁력 있는 보건의료 서비스와 보건의료기술 혁신을 목적으로 한다.

이와 같은 세 가지 건강투자 경로에 기반하여 WHO 유럽지국과 EU는 [표 1]에서 보는 바와 같이 구체적인 건강투자 정책 12가지를 설정했다.

표 1. WHO 유럽지국과 EU의 12가지 건강투자 정책[8]

- | |
|---|
| ① 사회·경제·환경적 건강 결정 요인 문제 해결을 위한 비례적 보편주의 적용 건강투자 정책
② 젠더 형평성과 여성의 권리 보장 및 폭력과 학대 해결을 위한 건강투자 정책
③ 낙오된 아동이 없도록 최상의 생애 첫 출발 보장을 위한 건강투자 정책
④ 아동과 청소년기 교육, 건강 문해력(health literacy), 양질의 고용 보장을 위한 건강투자 정책
⑤ 건강하고 활동적인 노화 보장을 위한 건강투자 정책
⑥ 흡연, 음주 오남용, 비만, 건강에 해로운 식이요법, 부족한 신체 활동 문제 해결을 위한 건강투자 정책
⑦ (비)감염성 질환 문제 해결을 위한 건강투자 정책
⑧ 보편적 의료보장과 자기 부담의 최소화를 위한 건강투자 정책 |
|---|

아 센(Amartya Sen)이 주장했던 역량(capability)을 길러주는 적극적 복지를 지향하며[38], 공통적으로 건강증진서비스, 아동 복지서비스, 은퇴 후 노후 준비 서비스, 고용가능성 증대 서비스에 공공 재정을 집중적으로 투입하는 경향이 강하다[39].

- ⑨ 각국 및 세계 건강 안보를 지지하는 공공 보건의료시스템 강화를 위한 건강투자 정책
- ⑩ 보건의료 인력 확대와 최적화 및 개혁을 위한 건강투자 정책
- ⑪ 건강한 환경 조성을 위한 건강투자 정책
- ⑫ 지속 가능한 생산/소비/조달 체계를 담보한 녹색 경제 보장에 기여할 수 있는 건강투자 정책

한편, WHO 유럽지역과 EU는 건강투자 정책에 공격 재정이 투입된다는 것을 근거로 건강투자 정책이 기존의 경제 정책 평가와 동일한 방식으로 평가되면 안된다고 강조한다. 즉, 건강투자 정책 평가는 단기 비용과 즉각적인 편익에 집중하는 방식의 경제적 평가 방식이 아닌 건강투자 정책의 장기적 효과 및 편익을 평가해야 한다는 것이다. 이를 위해 건강투자 정책 평가에 '투자의 사회적 혜택(Social Return on Investment, SROI) 평가 방법' 적용을 권장하고 있다[8][40]. 왜냐하면, SROI는 투자한 자본에 대한 경제적 효율 평가에 집중하는 투자수익률(Return on Investment) 평가 방법과 달리 경제적 비용과 편익뿐만 아니라 사회 및 환경적 혜택을 종합적으로 고려함으로써 건강투자 정책이 사회 전반의 발전에 기여한 정도 또한 평가할 수 있게 하기 때문이다[8].

IV. 논의

지금까지 분석한 유럽의 건강투자 패러다임을 각국이 실제 적용하는 데 있어 다양한 논쟁이 존재하는데, 이는 크게 세 가지로 요약될 수 있다. 첫 번째는 유럽의 건강투자 패러다임과 경제 성장 간 선순환 구조 형성에 관한 논쟁이다. 국가의 건강투자 확대가 보건의료 분야에 대한 국가의 지나친 개입 확대로 이어져 결국 건강투자 본래 목적 달성에 유의미한 효과를 거두지 못할 것이라며 건강투자의 긍정적 효과에 일부 회의적인 시선도 존재한다. 그러나 '건강투자 확대를 통한 신체·정신적 건강 향상이 인적 자본 확충에 기여하고, 인적 자본이 축적되면 생산성이 향상되며, 생산성 향상은 결국 경제 성장으로 이어진다'는 건강투자과 경제 성장 간 선순환 구조 메커니즘의 유효성은 관련 학계 중론이다[41-43]. 즉, ①신체·정신적으로 더 건강한 사람의 업무 능률이 높아 노동 시장에서 생산성 또한 높아지고, ②

건강한 노동자의 생산성 향상은 임금 증대로 이어지고 이는 시장에서의 소비를 증대시켜 거시 경제에 긍정적 효과를 발휘하며, ③생애주기적으로 이뤄지는 건강투자는 건강수명을 증대시켜 보건의료 재정 절약에 기여할 수 있다는 것이다[44][45].

이러한 건강투자과 경제 성장의 선순환 구조는 한 국가에 한정되는 것이 아니라 세계적 차원에서도 유의미한 것으로 보고되고 있다. 예를 들면, 건강투자과 경제 성장의 선순환 관계는 OECD 회원국 20개국을 대상으로 한 연구에서 증명되었다[46]. 그리고 서유럽 국가들, 영국, 미국, 캐나다, 호주, 뉴질랜드, 일본에서 이뤄진 건강투자 정책의 경제적 효과를 분석한 52개 연구를 대상으로 한 체계적 고찰(systematic review)에서 1파운드(£) 건강투자가 평균 14파운드 만큼의 경제적 효과를 거두는 것으로 밝혀졌다[47]. 뿐만 아니라, 세계적으로 건강투자가 1달러(US\$) 확대될 때마다 2-4달러의 경제 효과를 거둘 수 있는 것으로 나타났다[48]. 만약, 위와 동일한 추세를 유지한다면, 2040년까지 선진국은 투자 대비 3배의 GDP 성장 효과, 선진개발도상국은 투자 대비 2배의 GDP 성장 효과, 개발도상국은 투자 대비 4배의 GDP 성장 효과, 저개발국가는 투자 대비 2배의 GDP 성장 효과를 가져올 것으로 추정되고 있다[48].

두 번째는 유럽의 건강투자 패러다임의 매튜 효과(Matthew Effect) 유발 위험에 관한 논쟁이다. 건강투자 패러다임을 둘러싼 매튜 효과 논쟁은 사회투자 국가가 매튜 효과에 취약할 수 있다는 비판과 매우 유사하다. 즉, 사회투자 국가의 복지 프로그램이 고도로 설계되지 못했을 때, 이미 사회경제적으로 더 나은 위치에 있는 이들이 그렇지 못한 이들 보다 사회투자의 혜택을 더 받게 되는 매튜 효과가 발생하는 것과 유사한 부작용이 건강투자에서도 발생할 수 있다는 것이다[28][40].

유럽의 건강투자 패러다임이 매튜 효과에 취약할 수 있다는 단점을 보완하고 본래의 정책 목표를 달성하기 위해서는 최소한 두 가지 접근법이 병행되어야 한다. 첫째, 건강투자의 실제 적용에서 수급자의 사회경제적 지위 차이를 완화할 수 있는 정책이 병행되어야 한다. 둘째, 첫째 요건의 연장선에서 서비스를 일괄적으로 제공하는 것이 아니라 필요한 이들에게 맞춤형으로 제공

하여야 한다. 건강투자가 더 많이 이뤄져야 하는 이들에게는 그러한 상황에 맞게 투자가 이뤄져야 하는데, 이를 위해서는 서비스 제공을 위한 행정 지원을 중앙 정부가 아닌 지방 정부 수준으로 낮추는 등 서비스 전달체계를 지역사회 현장 대응형으로 설계하고 적용해야 한다.

세 번째 논쟁은 유럽의 건강투자 패러다임이 보건의료 서비스 제공 관련하여 국가 역할을 축소하는 방향으로 악용될 위험이 있다는 것이다. 유럽의 건강투자 패러다임의 기본 방향은 민간영역 보다 공공영역 즉, 국가 역할의 확대를 기본으로 하는데⁸ 실제 현장에 적용하면서 본래 취지가 오히려 역전되는 상황이 발생할 수 있다는 것이다. 개인의 건강 행동 변화로 일정 수준 향상될 수 있는 건강도 개인의 건강 행동에 영향을 미치는 다양한 사회적 요인들로부터 영향을 받기 때문에 [22] 건강투자는 개인·가족·지역사회·국가 수준 모두에서 통합적으로 이뤄져야 하는데 이때 국가의 건강투자 와 가족 간 관계에서 가족의 역할이 강조되어 건강투자에 대한 국가의 책임이 희석되는 방식으로 진행되지 않도록 주의해야 한다.

V. 결론

아마르티아 센(Amartya Sen)은 건강을 인간의 기본권 중 가장 기초일 뿐만 아니라 역량(capability)의 핵심 요소라고 강조했다[50]. 이처럼 중요한 건강에 대한 국가 수준의 인식은 일반적으로 권리로서의 건강, 소비자로서의 건강, 투자재로서의 건강과 같이 세 가지 유형으로 구분된다[51]. 이 중 어느 특정 시각이 절대적으로 우세한 것이 아니라 각국의 정치·경제 및 사회·문화적 여건에 따라 다양한 스펙트럼을 띠게 된다.

최근 확산하고 있는 유럽의 건강투자 패러다임도 예외가 아니다. 전통적인 경제 발전 시각에서 건강은 기껏해야 주변적 위치에만 머무르거나 건강투자는 종종 예산 낭비로 여겨지기도 했다. 그러나 코로나-19로 인

해 세계 경제 시스템에 혼란이 가중됨으로써 각국의 경제 시스템 재건 등에 이전보다 건강의 중요성이 커지고 있다. 다시 말해, 건강은 국가의 새로운 부로 재평가받고 있으며, 건강투자는 더 이상 예산 낭비가 아닌 경제 발전의 중요한 변수로 인정받기 시작했다[52].

이와 같은 맥락에서 유럽의 건강투자 패러다임은 건강에 소요되는 공공재정이 국가 예산 낭비가 아닌 경제 성장의 밑거름이 된다는 논리에 기반하여 지속적으로 확대되고 있다. 그리고 유럽의 건강투자 패러다임의 구체적 발전 통로로서의 건강투자 기본 모델과 확장 모델은 개인적 수준의 변화와 사회구조적 수준의 변화 모두를 건강투자의 현실적 완성 요건으로 전제하고 있다. 개인의 건강 행동 변화는 그것에 영향을 미치는 사회제도와 인프라의 구축 없이 유의미한 효과를 발휘할 수 없다는 점에 비추보면, 유럽의 건강투자 기본 모델과 확장 모델 구현을 위한 전제 조건은 타당하다고 평가할 수 있겠다.

이와 같은 유럽의 건강투자 패러다임은 건강보험형 보건의료시스템을 채택하고 있는 우리나라에도 유의미한 정책적 함의를 제공해주고 있다. 우리나라는 저출산율 전 세계 1위를 기록하고 있으며, 더불어 급속하게 진행되는 인구 고령화로 건강보험 재정 악화가 확실시되고 있다. 유럽의 건강투자 모델이 보여주었듯이 이는 노동 시장 효율성을 해쳐 기업의 생산성 하락으로 이어질 것이며, 중국에는 국가 경제 쇠퇴로 이어지게 될 것이다. 그뿐만 아니라, 유럽과 마찬가지로 우리나라도 백신 개발에 필수적인 원천 기술에 대한 국가 지원과 투자 부족 문제, 역학 및 예방 의학 분야에 대한 지원 부족 문제, 보건의료 자원과 인력 배치의 지역 간 불균형 문제, 보건의료 인력 처우 문제, 감염병 예방 및 대응 수칙에 대한 국민 인식 부족과 그에 대한 부족한 교육 문제 등[53-55] 코로나-19를 겪으면서 기존 보건의료 패러다임의 한계를 명확히 확인했으며, 그것을 극복하기 위한 새로운 보건의료 패러다임 정립이 시급한 상황이다. 우리나라도 이제 현실이 되어가는 포스트 코로나(Post Covid-19) 시대 개인의 건강 관리와 지속 가능한 보건의료시스템 및 경제 발전의 선순환 구조 형성을 위해 유럽의 건강투자 패러다임의 비판적 변용을 적극적으로 고려해야 할 때가 된 것이다.

8 유럽의 건강투자 패러다임은 개인의 건강에 영향을 미치는 요소들이 매우 복합적으로 작용하기 때문에 개인의 건강 행동 변화를 통한 건강 증진은 한계가 명확하므로 건강 환경 조성과 같은 사회구조적 차원의 변화를 위한 국가의 적극적 개입을 필수 요소로 간주한다.

이와 같은 맥락에서 우리나라는 본 논문의 분석 결과가 시사하는 세 가지 정책적 함의를 고려해야 한다. 첫 번째 함의는 유럽의 건강투자 모델로부터 얻을 수 있다. 즉, 유럽의 건강투자 모델이 개인과 지역사회 및 국가 수준의 노력이 종합적으로 수행될 수 있게 설계된 것과 같이 우리나라의 건강투자도 통합적 수준에서 이뤄질 수 있도록 해야 한다. 예를 들면, 개인의 건강 행동 증진을 위한 지원을 강화하는 것뿐만 아니라 기본적인 건강에 관해서는 국가 수준의 책임을 강화함과 동시에 시/도 단위의 역할과 책임 강화를 통해 지역 단위의 특성이 반영될 수 있도록 하는 것이다.

두 번째 함의는 유럽의 건강투자 모델 적용 원칙으로부터 얻을 수 있다. 즉, 유럽의 건강투자 패러다임이 생애주기적 건강투자를 원칙으로 삼는 것과 같이 우리나라의 건강투자 변용도 생애주기적 건강투자를 강화할 수 있는 방향으로 이뤄져야 한다. 건강의 생애주기적 축적 효과는 관련 학계 통설이다. 따라서 생애주기적 건강투자 실행 계획을 정교하게 구축하여 구체적으로 적용될 수 있게 할 필요가 있다. 예를 들면, 임신과 출산에 대한 토탈 케어에서부터 다양한 학교 건강프로그램 개발, 노년기 건강 지원까지 통합적으로 이뤄질 수 있도록 해야 한다.

세 번째 함의는 유럽의 건강투자 패러다임이 SROI 평가 방법을 적용하는 것으로부터 얻을 수 있다. 즉, 우리나라의 건강투자 변용에 반드시 건강투자 결과를 측정하고 평가할 수 있는 가치 ‘한국형 건강투자지표(Korean Health Investment Index, KHII)’ 개발이 포함되어야 한다. 앞에서 논의한 바와 같이 건강투자를 위한 국가 재정 투입이 함몰 비용이 아니라 경제 성장에 긍정적인 영향을 미친다는 점은 이미 선행 연구들에서 증명되었다. 그러나 우리나라의 보건의료 및 정책 환경은 선협국과 다르기 때문에 실제 적용할 경우 구체적으로 효과를 측정하고 보완할 수 있는 독자적인 한국형 지표(KHII)가 반드시 필요하다.

참고 문헌

- [1] WHO, *Basic Documents(49th edition)*, Geneva: WHO, 2020.
- [2] <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights> , 2022. 8. 6.
- [3] A. Clapham, *Human Rights*, Oxford: Oxford University Press, 2015.
- [4] CESCR(Committee on Economic, Social and Cultural Rights), *General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health(E/C.12/2000/4)*, New York: UN, 2000.
- [5] <https://www.law.go.kr/LSW/lsInfoP.do?efYd=20210323&lsiSeq=230437#0000> , 2022. 8. 6.
- [6] J. Watson, V. Speller, S. Markwell, and S. Platt, “The Verona Benchmark,” *Promotion and Education*, Vol.7, No.2, pp.16-23, 2000.
- [7] WHO, *Health 2020*, Geneva: WHO, 2013.
- [8] M. Dyakova, C. Hamelmann, M. A. Bellis, E. Besnier, C. N. B. Grey, K. Ashton, A. Schwappach, and C. Clar, *Investment for Health and Well-being*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2017.
- [9] EC, *Investments in Health*, Brussels: EC, 2014.
- [10] D. Heymann, *Healthy Nations Sustainable Economies*, The G20 Health & Development Partnership, 2019.
- [11] B. L. Berg and H. Lune, *Qualitative Research Methods for the Social Sciences*, CA: Pearson, 2011.
- [12] N. L. Kondracki and N. S. Wellman, “Content Analysis,” *Journal of Nutrition Education and Behavior*, Vol.34, No.4, pp.224-230, 2002.
- [13] G. Hickey and C. Kipping, “A Multi-stage Approach to the Coding of Data from Open-ended Questions,” *Nurse Researcher*, Vol.4, No.1, pp.81-91, 1996.
- [14] H. F. Hsieh and S. E. Shannon, “Three Approaches to Qualitative Content Analysis,” *Qualitative Health Research*, Vol.15, No.9, pp.1277-1288, 2005.
- [15] WHO Europe, *The Tallinn Charter*,

- Copenhagen: WHO, 2008.
- [16] J. Cylus, G. Permanand, and P. C. Smith, *Making the Economic Case for Investing in Health Systems*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2018.
- [17] 남상호, *사회회계행렬을 이용한 건강투자의 경제성장 효과 분석*, 한국보건사회연구원, 2007.
- [18] 남상호, 정영호, *건강투자의 경제성장 효과 분석*, 한국보건사회연구원, 2008.
- [19] K. Krippendorff, *Content Analysis*, London: Sage, 2012.
- [20] https://heckmanequation.org/www/assets/2013/07/F_HeckmanDeficitPieceCUSTOM-Gener ic_052714-3-1.pdf, 2022.8.7.
- [21] <https://www.who.int/life-course/publications/importance-of-life-course-approach-to-health/en/>, 2022.6.5.
- [22] <https://www.ucl.ac.uk/marmotreview>, 2022.8.1.
- [23] Y. Ben-Shlomo and D. Kuh, "A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology," *International Journal of Epidemiology*, Vol.31, No.2, pp.285-293, 2002.
- [24] R. Tudor-Edwards, L. Bryning, and H. Lloyd-Williams, *Transforming Young Lives across Wales*, Bangor: Bangor University, 2016.
- [25] <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1044&langId=en>, 2022.8.7.
- [26] EC, *Social Investment Package*, Brussels: EC, 2013.
- [27] EC, *Towards Social Investment for Growth and Cohesion-Including Implementing the European Social Fund 2014-2020*, Brussels: EC, 2013.
- [28] T. Leoni, "The Social Investment Perspective as Guiding Principle for Welfare State Adjustment," WIFO Working Paper, Vienna: WIFO, 2015.
- [29] T. Callahan, C. Stampfel, A. Cornell, H. Diop, D. Barnes-Josiah, D. Kane, S. Mccracken, P. McKane, G. Phillips, K. Theall, C. Pies, and W. Sappenfield, "From Theory to Measurement," *Maternal and Child Health Journal*, Vol.19, No.11, pp.2336-2247, 2015.
- [30] G. Esping-Andersen, *Social Foundations of Post-industrial Economies*, Oxford: Oxford University Press, 1999.
- [31] G. Esping-Andersen, D. Gallie, A. Hemerijck, and J. Myles, *Why We Need a New Welfare State*, Oxford: Oxford University Press, 2002.
- [32] A. Giddens, *The Third Way*, Cambridge: Polity, 1998.
- [33] R. Prandini, M. Orlandini, and A. Guerra, *Social Investment in Times of Crisis*, Brussels: European Commission, 2016.
- [34] B. A. Lundvall and E. Lorenz, "Social Investment in the Globalising Learning Economy," in N. Morel, B. Palier and J. Palme eds. *Towards a Social Investment Welfare State?*, Bristol: Policy Press, pp.235-257, 2012.
- [35] A. Hemerijck, *The Uses of Social Investment*, Oxford: Oxford University Press, 2017.
- [36] A. Hemerijck, V. Drabing, B. Vis, M. Nelson, and M. Soentken, *European Welfare States in Motion*, Brussels: EC, 2013.
- [37] M. R. Busemeyer, C. de la Porte, J. L. Garritzmann, and E. Pavolini, "The Future of the Social Investment State," *Journal of European Public Policy*, Vol.25, No.6, pp.801-809, 2018.
- [38] N. Morel and J. Palme, "Social Investment and Capabilities," in A. Hemerijck, eds *The Uses of Social Investment*, Oxford: Oxford University Press, pp.150-157, 2017.
- [39] A. Hemerijck, "Social Investment as a Policy Paradigm," *Journal of European Public Policy*, Vol.25, No.6, pp.810-827, 2018.
- [40] K. Ashton, P. Schröder-Bäck, T. Clemens, M. Dyakova, A. Stielke, and M. A. Bellis, "The Social Value of Investing in Public Health across the Life Course," *BMC Public Health*, Vol.20, p.597, 2020.
- [41] B. Rivera and L. Currais, "The Effect of Health Investment on Growth," *International Advances in Economic Research*, Vol.9, pp.312-323, 2003.
- [42] G. Becker, *Human Capital*, Chicago: University

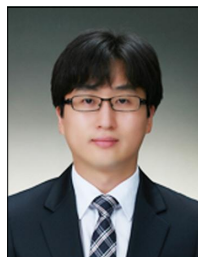
of Chicago Press, 1993.

- [43] M. Grossman, "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health," *Journal of Political Economy*, Vol.80, No.2, pp.223-255, 1972.
- [44] A. Bhargava, D. T. Jamison, L. J. Lau, and C. J. L. Murray, "Modeling the Effects of Health on Economic Growth," *Journal of Health Economics*, Vol.20, No.3, pp.423-440, 2001.
- [45] D. E. Bloom and D. Canning, "The Health and Wealth of Nations," *Science* Vol.287, No.5456, pp.1207-1209, 2000.
- [46] F. Tatoglu, "The Relationships between Human Capital Investment and Economic Growth," *Journal of Economic and Social Research*, Vol.13, No.1, pp.77-90, 2011.
- [47] R. Masters, E. Anwar, B. Collins, R. Cookson, and S. Capewell, "Return on Investment of Public Health Interventions," *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol.71, No.8, pp.827-834, 2017.
- [48] MGI(McKinsey Global Institute), *Prioritizing Health*, MGI, 2020.
- [49] G. Bonoli and F. Liechti, "Good Intentions and Matthew Effects," *Journal of European Public Policy*, Vol.25, No.6, pp.894-911, 2018.
- [50] A. Sen, "Why Health Equity?," *Health Economics*, Vol.11, pp.659-666, 2002.
- [51] A. Green, *An Introduction to Health Planning in Developing Countries*, Oxford: Oxford University Press, 2001.
- [52] NHS Reser and NHS Confederation, *Health as the New Wealth, The NHS's Role in Economic and Social Recovery*, London: NHS Confederation, 2020.
- [53] A. Sagan, *Health Systems Resilience during COVID-19*, Copenhagen: WHO, 2021.
- [54] 이명화, *한국의 코로나19 대응 현황과 주요 동인*, 과학기술정책연구원, 2020.
- [55] 신정우, 천미경, "코로나19 대응을 위한 보건의료 자원의 확충," *보건복지 이슈&포커스*, 408호, 한국보건사회연구원, 2021.

저 자 소 개

박 승 민(Seung-Min Park)

정회원



- 2013년 : University of Oxford (DPhil, Dept. of Sociology)
- 2009년 : LSE (MSc, Dept. of Social Policy)
- 2007년 : 고려대학교 사회학과(학/석사)
- 2015년 8월 ~ 2019년 7월 : 차의

과학대학교 일반대학원 조교수

- 2019년 8월 ~ 현재 : 국립한밭대학교 노마드칼리지 인문교양학부 조교수

〈관심분야〉 : 인권, 사회정책