

# 보건의료 공공성을 넘어 건강공공성으로: 건강안보와 사회적 대화를 중심으로

문다슬<sup>1</sup> · 정혜주<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>고려대학교 대학원 보건과학과 BK21PLUS 인간생명·사회환경 상호작용 융합사업단, <sup>2</sup>고려대학교 보건과학대학 보건정책관리학부

## Health Publicness beyond the Healthcare Systems: Focusing on the Concept of Health Security and the Process of Social Dialogue

Daseul Moon<sup>1</sup>, Haejoo Chung<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>BK21PLUS Program in Embodiment·Health-Society Interaction, Department of Public Health Sciences, Korea University Graduate School; <sup>2</sup>School of Health Policy and Management, Korea University College of Health Science, Seoul, Korea

The study seeks to widen the discussion from healthcare oriented 'health publicness' to human security oriented 'health publicness'. The shortcomings of previous literatures on health publicness are as follows: (1) the studies have confined the range of discussions to healthcare system, (2) lacked arguments from political perspectives, and (3) failed to provide actionable pathways to achieve the goal. Thereby, we suggest 'health publicness' based on the concept of human security to solve multidimensional healthcare problems. The health publicness based on human security, which aims to secure everybody's freedom from want and fear, enables not only to expand the scope of health problems that can be discussed but also to propose the procedures to achieve health publicness. More specifically, it consists of substantive and procedural health publicness. The former is about 'health security'-protecting, maintaining, and promoting individual's health-whereas, the latter is about 'social dialogue' guaranteeing participation of citizens, government, employers, and worker representatives. In conclusion, this study proposes the 'Regional Healthcare Quadripartite' as the incarnation of health publicness involving a variety of actors within and across the healthcare system.

**Keywords:** Health publicness; Human security; Health security; Social dialogue; Healthcare quadripartite

### 서론: 보건의료 공공성의 위기

한 사회의 공공성 위기는 제도와 개인의 행위를 지탱하는 공적 윤리와 규범이 더 이상 사회적 효력을 갖지 못하는 것으로, 기존의 공적 질서에 대해 구성원들이 합의하지 않고 있다는 사실을 말해 준다[1]. 공공성의 위기로 인해 발생하는 사회문제는 다수의 사람과 두루 연관되며[2], 매일을 살아가는 개개인들의 삶에 다양한 형태로 영향을 미친다. 오늘날 한국 사회의 공공성 위기는 광범한 사회현상으로 드러나고 있으며, 보건의료영역에서도 예외는 아니다.

세계무역기구(World Trade Organization)와 자유무역협정(Free Trade Agreement) 등 시장개방으로 인해 영리병원 설립과 투자활성화 대책, 의료채권 등 의료기관 경영합리화 등의 의료서비스 산업화 정책이 등장하고 있으며, 보건산업을 미래성장동력으로 육성하기 위한 신약개발 해외진출 등의 제약산업 경쟁이 심화되고 있다[3]. 더하여 급속한 고령화와 함께 질병의 구조가 감염질병에서 심혈관계 질병과 암 등의 건강문제로 변화하는 역학적 전환이 일어났으나, 최근의 조류독감, 신종플루, 메르스사태 등에서 보듯이 감염성 질환문제 역시 간과할 수 없다[4]. 이러한 환경의 변화는 공공의

Correspondence to: Haejoo Chung

School of Health Policy and Management, Korea University College of Health Science, B-365, Hana-Science Building, 145 Anam-ro, Seongbuk-gu, Seoul 02841, Korea  
Tel: +82-2-3290-5675, Fax: +82-2-921-7361, E-mail: hpolicy@korea.ac.kr

\*본 논문은 2017년 전국보건의료산업노동조합 서울지역본부가 발주한 '서울시 보건의료노사민정위원회 의제발굴 및 근거마련을 위한 연구'의 내용 일부를 학술논문으로 발전시킨 것임을 밝힌다.

Received: July 31, 2018 / Revised: August 11, 2018 / Accepted after revision: August 21, 2018

© Korean Academy of Health Policy and Management

© This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

료기관의 부족, 민간 중심의 의료체계, 의료전달체계의 단절, 불충분한 의료인력 및 미흡한 안전보건 등의 문제와 중첩되어 국민들의 건강을 위협하고 건강불평등을 심화시키고 있다.

지난 2015년 일명 ‘메르스사태’라 불리는 중동호흡기증후군 유행의 발생은 한국사회 보건의료 공공성의 위기를 보여주는 대표적인 사례이다. 중동호흡기증후군 코로나바이러스(Middle East respiratory syndrome coronavirus)에 의해 첫 환자가 확진된 2015년 5월 20일부터 공식적으로 종식이 선언된 7월 28일까지 약 두 달간 총 168명이 감염되었고, 37명이 사망했다. 메르스 감염의 확산은 의료 관련 감염(health care associated infection)이 주요 원인으로, 이를 둘러싸고 민간 중심의 의료체계, 병원 감염과 병원인증평가의 민간 운영, 부실한 공공의료, 불충분한 보건의료인력, 가족 중심의 간병제도, 병원정보 비공개, 의사소통의 실패, 과밀한 응급실과 부족한 음압실, 그리고 초동대응 실패 등이 해결 과제로 떠올랐다[5]. 즉 보건의료 공공성의 위기는 대개 수익성과 비용절감에 초점을 맞춘 보건의료체계(healthcare system)의 한계로 드러났다.

메르스사태를 좀 더 들여다보면 보건의료 공공성의 위기는 보건 의료체계를 넘어 건강을 둘러싼 정치·경제·사회문제가 다차원적으로 중첩된 형태로 나타난다는 것을 알 수 있다. 먼저, 메르스사태는 한국 사회에 존재하는 구조적인 차별과 밀접한 관련이 있다. 메르스의 예방과 감염관리에 있어 정규직과 비정규직에 대한 차별적인 대응이 이루어졌다. 병원 비정규직은 정규직과 달리 감염관리대상자에서 제외되었고, 보호장비도 제대로 지급받지 못한 것으로 나타났다. 병원 노동자뿐만 아니라 인천공항의 비정규직 노동자들, 그리고 많은 서비스직 종사자들이 감염관리과정에서 배제되었다. 두 번째로, 적절한 대응의 실패는 시민들의 정부 신뢰도 감소로 이어졌다[6]. 세 번째로, 메르스는 감염의 문제를 넘어 관광산업을 비롯한 내수산업 침체 등의 경제적 문제를 가져오기도 했다[7]. 마지막으로, 메르스는 개인의 삶에도 영향을 미쳤는데, 일반 대중 가운데 90%가 본인 또는 가족이 메르스에 감염될 것에 대한 두려움을 느꼈다고 보고하였으며[8], 감염환자와 의료진, 그리고 이들의 가족은 사회적 낙인을 경험하기도 하였다.

보건의료체계를 넘어 개인의 일상과 이를 둘러싼 다양한 삶의 조건이 중첩된 형태의 보건의료 공공성 위기는 보건의료영역의 새로운 공적 질서가 필요하다는 사실을 말해준다. 이는 생활고와 불건강의 악순환을 끊지 못해 일가족이 목숨을 잃은 송파 세 모녀 사건과 광주 세 남매 사건 등과 같이 사회 안전망 부족과 관련된 수많은 사례들을 통해서 더욱 정당화된다. 두 사례는 극단적이지만, 결코 드문 사건이 아니며, ‘건강의 사회적 결정요인’ 관점에서 소득의 상실로부터 개인과 그 가족을 보호해 줄 수 있는 제도의 부재가 건강의 위협요인으로 작동할 수 있음을 보여준다[9]. 따라서 새로운

보건의료 공공성은 개인이 의료서비스를 이용할 수 있는가 그렇지 않은가를 넘어 사회와 제도로부터 배제되지 않고 매일매일을 잘 살아갈 수 있도록 구성되어야 한다. 오늘날 국내외에서 보건의료 공공성은 여전히 ‘의료’와 그 서비스를 제공하는 주체(예컨대, 정부)를 중심으로 이해되는 경향이 있다. 보건의료의 최종적인 목표가 ‘건강’이라고 할 때, 보건의료 공공성이 구체화된 형태는 건강에 영향을 미치는 요인들로부터 건강을 보호하고, 건강을 지속시키며 증진시키는 좀 더 포괄적인 범위를 포함하여야 한다.

본 연구는 기존 보건의료 공공성의 논의를 확장시키려는 의도를 가진다. 이는 보다 적극적인 개념으로 ‘건강공공성’을 제안함으로써 보건의료시스템을 넘어선 건강문제 해결범위를 제안하기 위함이다. 이를 위해 먼저 보건의료 공공성을 둘러싼 국내 논의 검토를 통해 개념확장의 필요성을 파악할 것이다. 다음으로, 공공성의 개념과 구성요소를 살펴봄으로써 연구의 개념틀을 제공한다. 마지막으로 공공성의 개념틀에 입각하여 보건의료 공공성을 ‘건강공공성’ 개념으로의 확장을 시도하며, 구체적인 형태로 ‘지역별 보건의료 노사민정 위원회’를 제안한다.

## 보건의료 공공성 논의와 한계

### 1. 보건의료체계 공공성

보건의료 공공성을 재구성하기 위해서는 이를 둘러싼 기존 국내 논의들이 어떻게 이루어져 왔는지 파악하는 작업이 필요하다. 보건의료 공공성에 관한 국내 논의는 공공성의 필요성[10-17], 의료기관 공공성 지표 개발[18-21] 및 평가[20,22,23] 등 다양한 주제를 통해 이루어져 왔다. 이들 중 보건의료 공공성의 개념화에 주목하는 연구는 상대적으로 적지만 제한적이나마 그 개념 및 정의를 제공하고 있다. 국내 보건의료영역의 공공성은 민간 혹은 시장 주도의 한국 보건의료체계의 특성을 반영하여 서비스를 제공하는 주체를 중심으로 공공조직 또는 정부와 관련된 것으로 이해되고 있다 [24,25].

먼저, 보건의료 공공성 필요성은 건강권과 정의(justice)의 가치에 주목한다. 건강권 중심의 논의는 “도달 가능한 최고 수준의 건강을 누리는 것은 모든 인간이 인종, 종교, 정치적 신념, 경제적, 사회적 조건 등에 따른 구별 없이 가지는 기본적 권리”임을 전제한다 [26,27]. ‘건강은 인간의 기본권리이므로 보장되어야 하며, 따라서 그 수단인 보건의료는 건강권 보장 및 보건의료 공공성 보장을 우선 원칙’으로 가질 것을 주장한다[13,16,21,24,25,28,29]. 정의를 강조하는 Daniels [30]는 정상적 기회(normal opportunity)를 갖기 위해서는 정상적인 신체적 및 정신적인 기능이 필요하다고 보았다. 그리고 정상적 기능을 유지하기 위한 조건으로 보건의료의 역할을

1) ‘의료공공성’이라는 용어도 많이 사용되었지만, 보건의료체계 강화 또는 의료접근성 보장이라는 주요 내용을 공유하므로, 본 연구에서는 모두 ‘보건의료 공공성’이라 일컫기로 한다.

강조하였다. 또한 건강의 사회적 결정요인은 공정함(fairness)에 포함되므로 건강의 사회적 격차를 감소시키는 것, 즉 건강형평성을 달성하기 위해 노력하는 것이 타당하며 이것은 보건의료의 공공성의 근거가 된다[31].

보건의료 공공성 개념 논의는 서로 다른 두 개의 수준, 즉 보건의료조직(healthcare organization)과 보건의료체계 수준에서의 공공성 확보 또는 실현을 강조하고 있다. 먼저, 보건의료조직 차원에서는 Anderson [32]의 보건의료조직 공공성과 그 서비스를 연계하는 모형을 중심으로 논의가 진행되고 있다. 보건의료서비스 제공자, 서비스 측정, 그리고 공적 서비스의 결과 등이 논의에 포함되며 조직의 소유권, 조직의 경제적 권한과 정치적 권한 정도, 조직의 공공서비스 가치의 고수 정도를 각각 핵심적 공공성, 차원적 공공성, 그리고 규범적 공공성으로 설명하고 있다[29].

보건의료체계를 중심으로 하는 논의는 '의료접근성' 문제와 주로 연결된다. 즉 지리적이거나 직업적인 조건이나 경제적인 능력에 상관없이 의료이용을 할 수 있도록 의료접근성을 보장하여야 하며, 이때 공공의료기관의 적극적인 역할을 강조한다[15,16]. 공공보건의료체계 및 재원조달구조 개혁을 통해 국민의 건강보장 강화[15-17], 공공병상 비중, 의료인력 공급 등을 포함한 공공의료비지출의 확대[15,33], 의료인력의 지역별 공평한 배분 및 지역 중심의 보건의료네트워크 구축[15] 등을 주요 내용으로 가진다.

## 2. 기존 논의의 한계

기존의 보건의료체계 중심의 공공성 논의는 다음과 같은 세 가지 한계를 가진다. 첫째, 공공성의 내용이 공공보건의료서비스로 제한된다. 둘째, 공공성 실현의 정치적 과정에 관한 논의가 부족하다. 셋째, 구체적인 실천을 제안하지 않는다. 먼저, 보건의료는 기본적으로 건강을 다루는 영역이다. 건강은 "사람들이 태어나고 자라고 일하며 생활하고 나이 들어가는 환경, 그리고 이러한 일상의 환경을 만들어 내는 더욱 광범위한 힘과 시스템의 집합"의 결과이며, 경제정책 및 경제체제, 개발의제, 사회적 규범, 사회정책, 정치시스템 등에 의해 결정된다[34]. 따라서 보건의료 공공성이 구체화된 형태는 공공병원의 양적·질적 확충을 넘어 건강에 영향을 미치는 다양한 요인들로부터 건강을 보호하고, 건강을 지속하며 증진시키는 것이어야 한다.

둘째, 보건의료 공공성이 어떤 절차를 통해 달성되어야 하는지에 대한 논의가 부족하다. 특히 공적 권력의 프레임을 사용함으로써 이의 공공성 실현을 위한 다양한 건강 주체들이 배제되고 있다. 보건의료노조의 활동, 건강 관련 사업에의 지역주민 참여 확대, 의료조합의 등장 등을 예로 들더라도 이제는 다양한 건강 주체들의 참여에 기반한 민주적 의사소통 절차가 필요한 것으로 보인다.

셋째, 보건의료 공공성의 가치로 논의되는 건강권과 정의의 개념 모두 보건의료 공공성의 당위성에 대한 논의는 가능하지만, 그 자

체로 어떻게 공공성을 확보하고 강화할 것인가에 대한 구체적인 실천에 대해서는 제한적이다. 따라서 공공성의 내용과 이를 어떻게 달성할 것인가를 명시하는 새로운 가치가 필요하다. 물론 새로운 가치가 건강권과 정의에 바탕하는 것이어야 함은 분명하다.

결론적으로, 기존 논의들은 무엇을 어떻게 해결할 것인지에 대한 총체적인 이해가 부족하다. 이러한 한계를 극복하기 위해서는 보건의료 공공성 개념을 두 가지 차원에서 확장해야 한다. 첫째, 공공성이 다루는 내용의 확장이다. 반복하여 주장하였듯이 보건의료는 건강을 다루는 영역으로, 보건의료체계만으로는 설명할 수 없다. 둘째, 공공성 차원의 구분이다. 공공성을 보다 적극적으로 해석하고자 할 때, 그 핵심은 한편으로는 문제정의를, 다른 한편으로는 문제해결을 위한 노력의 형태를 구체화하는 데 있다.

## 연구의 개념들: 공공성의 개념과 구성

기존 보건의료 공공성 논의의 한계를 극복하고 보건의료 공공성이 다루는 내용과 이를 달성하기 위한 절차를 모두 포괄하는 개념으로 확장하려는 본 연구의 노력은 공공성에 관한 두 가지 합의에 기초한다. 첫 번째는 공공성의 개념적 합의로, 공공성은 공익(公益)을 추구한다는 데 대한 동의이다[24]. 두 번째는 공공성의 구성적 합의로, 공공성의 개념적 역동성에도 불구하고 형식적 차원과 내용적 차원으로 구성된다는 데 대한 동의이다[35-38].

### 1. 공공성의 개념

공공성은 사회의 공적 질서를 가능케 하는 '공동의 삶에 대한 미체계'로, 사회를 구성하는 가치, 제도, 규범 그리고 물적 자원에 대해 다양한 사회구성원이 합의함으로써 개인을 넘어 구축된다[1]. 이때 합의의 과정은 그 사회의 시공간적인 특성을 반영하기에 공공성은 고정불변의 것이기보다는 새로운 필요에 따라 계속해서 변화하는 역동적인 개념으로 이해하는 것이 알맞다[1,25,38-40]. 다만 개념의 역동성에도 불구하고 공익을 추구한다는 사실은 변하지 않는다.

오늘날 한국 사회의 공공성은 일차적으로 공적 질서가 일상생활에 내재화되는 현상을, 이차적으로는 다양한 생활영역의 공적 질서가 협치적으로 재구성되는 것을 포함하는 것으로 생활공공성의 시대라고 일컬을 수 있다[1]. 주목할 것은 생활공공성 시대의 공공성 실현은 보다 적극적인 의미를 가지며, 공공부문을 포함한 다양한 부문의 이해관계에 기반한 사회구성원들이 주체가 되어 서로 협력하여 공공문제를 해결하는 데 핵심이 있다는 점이다[41]. 따라서 공공성은 '공동의 삶에 대한 의미체계를 통해 다양한 사회문제를 해결하기 위한 다양한 주체의 노력과 관련된 것'으로 이해 가능하다[42].

보건의료문제는 특정 인구집단이 아닌 한 사회의 불특정 다수

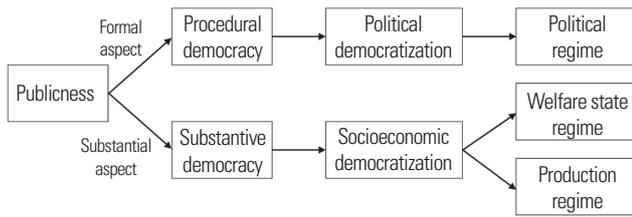


Figure 1. Conceptual framework. From Lee. Korean J Public Adm 2010;48(2):145-168 [38].

와 관련되어 있으며, 일회성이 아닌 반복성을 특징으로 하므로 공공문제로 규정 가능하다[13]. 의료접근성을 보장하고 건강의 사회적 결정요인으로부터 개개인을 보호하는 등의 모든 노력은 사회적으로 이루어져야 하며, 노력의 목표는 결국 개개인의 건강의 보호와 지속, 그리고 증진의 추구일 것이다. 이에 본 연구에서는 보건의료 공공성을 '건강의 보호와 지속, 그리고 증진을 위해 다양한 사회문제를 해결하고자 하는 다양한 주체의 노력과 관련된 것'으로 정의하고 논의를 진행하고자 한다.

2. 공공성의 구성: 실질적 공공성과 절차적 공공성

본 연구는 민주주의 담론과 레짐이론을 통해 공공성을 포착하는 Lee [38]의 개념들을 통해 보건의료 공공성의 구성을 실질적 및 절차적 공공성으로 구분하고자 한다. 공공성은 절차적 민주주의와 실질적 민주주의의 구분을 통해 각각 대의제 민주주의하에서 대표성과 책임성이 강화된 '정치적 민주화'와 시장경제 및 사회복지영역, 즉 일하고 살아가는 삶의 과정에서 시민으로의 권리와 참여의 확장을 내용으로 가지는 '사회·경제적 민주화'로 구성할 수 있다. 이를 그림으로 나타내면 Figure 1과 같다.

본 연구에서는 위 개념들에 비추어 보건의료 공공성을 절차적(형식적) 측면과 실질적(내용적) 측면으로 구분하여 살펴보고자 한다(Figure 2). 절차적 공공성은 보건의료영역의 정치적 민주화를, 실질적 공공성은 보건의료영역의 사회경제적 민주화를 그 내용으로 가진다. 본 연구는 보건의료 공공성을 평가하고 비교하기보다는 보건의료 공공성을 재구성하여 새로운 개념을 제시하는 데 그 목적이 있다. 본 연구에서는 레짐이론보다는 '건강안보'와 '사회적 대화'라는 두 개념을 중심으로 실질적 보건의료 공공성과 절차적 보건의료 공공성을 논의하고자 한다[43].

보건의료 공공성의 확장<sup>2)</sup>

보건의료 공공성을 구성하는 실질적인 내용과 이를 구현하기 위한 절차를 구분하여 개념화하는 것은 기존 개념의 한계를 극복하

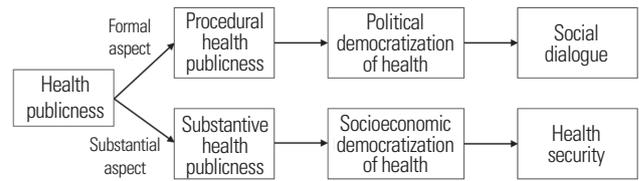


Figure 2. Analytical framework of health publicness.

여 보건의료 공공성을 보다 총체적으로 이해하도록 돕는다. 또한 건강권과 정의의 가치를 모두 포괄하면서 보건의료 공공성에 대한 당위적인 논의를 넘어 실천적 논의를 가능하도록 하기 위하여 '인간안보(human security)'를 공공성의 핵심가치로 제안한다. 다시 말해 인간안보는 보건의료를 둘러싼 새로운 공적 질서를 제안하는데 유용하다. 이때 '안보'는 '비의도적인 위협(danger)에 대한 대비'를 의미하는 안전(safety)은 물론 '외부로부터의 의도적인 위협(threat)으로부터 생명, 재산, 영토를 지키고자'하는 안보(security)의 개념을 함께 고려하는 것이다[44].

1. 공공가치: 인간안보

지난 1980년대 이후 국경을 중심으로 하는 안보개념이 의미가 없어졌음을 선언하는 학자들이 생기면서 앞으로 필요한 것은 "영토에 기반을 둔 국가의 안보라기보다는 인간안보"라는 의견이 대두되기 시작하였다[45,46]. 이때 인간안보는 "매일을 살아가는 사람들의 삶에 대한 안보"를 의미한다[46]. 이러한 의견들은 1990년대에 퍼져나가기 시작하여, 기본적 음식에 대한 접근, 세계환경의 질, 저개발국에 사는 사람들의 경제적 복지 등을 그 내용으로 하는 인간안보의 개념이 발달하였다. 이때의 문제는 외부의 적으로부터 국민을 방어하는 것이 아니라 '구체적인 실체가 존재하지 않는 위협을 어떻게 무력화시키는가'하는 것이 된다[47].

이후에 정식화된 인간안보의 개념은 새로이 등장하는 더욱 넓은 스펙트럼의 안보문제들에 주의를 돌리고 기존의 국가안보(National Security)라는 전통적 안보개념과 구분되어 위하여 발전되었다. 1994년 UN 인간개발보고서는 '7-문제가 되는 안보의 범위'에서 경제적, 환경적, 개인적, 지역사회적, 보건적, 정치적, 영양적 문제를 지적하였으며, 2005년 세계정상회의(World Summit) 결과의 143절에서는 "모든 사람들이 자유와 존엄성을 누리며, 빈곤과 절망으로부터 해방되어 살아갈 권리"로 인간안보를 정의하며, "특히 취약계층을 포함하는 모든 개인은 공포와 부족(want)으로부터 해방되어 그들의 모든 권리와 그들의 인간적 잠재성을 완전히 개발할 권리가 있다"고 표현하였다[48].

2) 이 부분은 주로 Chung [43]의 연구에 기반하여 작성하였음.

이러한 인간안보의 특징은 (1) 현재와 새로이 나타나는 위협에 대응하여 인류의 생존, 생활, 존엄성을 보장하는 것을 목표로 하며, (2) 인간의 삶에 근본적인 몇 가지 자유(공포로부터의 자유, 부족[want]으로부터의 자유, 존엄한 삶을 살 자유)가 보편적이고 상호 의존적이라는 사실을 강조하고, (3) 결과적으로 안전, 발전, 인권의 상호의존성을 인정하며, 따라서 이들이 인간과, 나아가 국가의 안전을 보장하는 초석으로 고려하는 점, 그리고 (4) 개인적 수준에서 제도 및 국제적 수준까지 다양한 개입을 통해 성취될 수 있는 점 등을 들 수 있다.

## 2. 실질적 건강공공성: 건강안보

보건의료영역에서는 ‘보건안보(health security)’가 익숙한 개념이다. 보건안보는 인구집단의 건강을 보전하고 보호하기 위한 수단의 제공과 지속, 또는 국가안전과 공중보건적 문제가 중첩되는 정책영역으로 정의하는데[49], 혹은 ‘기본적으로 건강에 대한 위협으로부터의 보호’라는 좀 더 포괄적 의미를 제안하며, 비전통적 안전문제의 가장 중요한 것으로 인정된다고 설명하기도 한다[50]. 따라서 보건안보는 국경의 단속과 전염병의 예방이라는 전통적/집단적 안보와 개개인의 삶의 보장이라는 신흥안보(emerging security)/인간안보의 개념 모두와 중첩된다.

이러한 맥락에서 보건안보를 집단적 보건안보(collective health security)와 개인적 보건안보(individual health security)로 나누어 설명하는 학자도 있다[50]. 그에 따르면 집단적 보건안보는 ‘국경을 넘어 전파되는 전염성질환의 위협으로부터 사회의 취약성을 감소시키는 것’으로서 14세기의 흑사병, 최근의 메르스 등을 그 예로 들 수 있다. 개인적 보건안보는 ‘보건의료서비스와 상품, 기술에 대한 안전하고 효과적인 접근성을 보장하는 것’으로서 1970년대 예방접종의 광범위한 시행이나 백신개발을 위해 세계무역기구(World Health Organization)와 유엔아동기금(United Nations International Children’s Emergency Fund)이 함께 추진하고 있는 Gavi Alliance, 에이즈, 말라리아, 결핵 박멸을 위한 글로벌 펀드, 의약품 공동 구매기관인 Unitaid를 그 예로 들 수 있다. 이때 전통적 보건안보와 비전통적 보건안보의 영역이 서로 중첩된다는 점이 중요하다. 이 둘은 서로의 필요조건이 되기도 하지만 건강이 최종적으로 개개인의 몸에 ‘신체화’된다는 점에서 개인을 벗어난 보건안보는 고려하기 힘들기 때문이기도 하다[51,52].

그러나 인간안보 개념에 비추어 보건안보를 이해하고자 할 때에도 전염병 예방과 보건의료시스템 및 서비스에 대한 접근을 중심으로 하는 위와 같은 정의는 그 범위가 너무 좁은 측면이 있다. 인간안보의 관점을 적극적으로 받아들인다면 보건안보는 개개인의 건강의 안전성을 지키는 것으로, 소위 ‘건강의 사회적 결정요인(social determinants of health)’에서 고려되는 다양하고 수많은 요소에 의해 영향을 받으며, 개인적 수준에서 제도 및 국제적 수준까지 다양

한 개입을 통해 성취되어야 한다. 보건안보의 최종적인 목적이 ‘건강의 보호와 지속, 증진’이라면 보건안보의 수단이 보건의료서비스와 상품, 기술에 한정될 수는 없다. 따라서 이 글에서는 개개인의 건강을 지키는 데에 관련된 모든(제도와 정책을 포함하는) 사회적 기술을 보건안보의 수단으로 이해하고자 한다. 또한 이 글에서는 ‘보건안보’를 보건의 영역을 넘어 ‘건강’의 영역으로 이해하기 위해서 이를 ‘건강안보’로 부르려고 한다.

## 3. 절차적 건강공공성: 사회적 대화

절차적 공공성의 원활한 작동은 공공성을 구현하기 위한 메커니즘으로 핵심적일 뿐 아니라 공공성이 구체화된 내용인 실질적 공공성의 발전을 위해서도 필수적이다[38]. 절차적 공공성은 시민의 다양한 요구에 대한 책임 및 대응의 문제로, 건강안보를 누가 주체가 되어 어떤 절차를 통해 실현할 것인가에 관한 것이다. 구성원들이 건강안보를 위협하는 사회적 위험문제에 대해 서로 대화하며, 소통하며, 합의에 이를 수 있도록 하는 제도적 기제의 마련은 건강공공성 실현을 위해 필수적이다[41]. 이는 정치적 민주주의의 측면으로, 건강을 둘러싼 다양한 구성원의 동의와 참여를 전제로 하는 민주적 의사소통의 장을 형성하는 데에서부터 시작된다[24,53,54].

건강을 둘러싼 복잡하고 다양한 문제가 공존할 때, 공적 영역만으로는 문제해결이 어렵다. 그뿐만 아니라 생활공공성 시대의 공공성은 공권력과 공공행정 및 시민사회의 공존성 등 국가와 시민사회에 내재된 법적, 제도적 요소를 포함할 뿐만 아니라 시장영역에 내재된 공공관계까지 포괄하는 공적 질서이다[55]. 따라서 기존 공적 권력 프레임에서 보다 확장된 형태로 이해관계자들의 범위를 재구성할 것이 요구된다. 건강안보의 실현을 위해서는 한편으로는 보건의료를 둘러싼 경제사회적 주체로 정부와 서비스를 제공하는 노동자와 사용자가, 한편으로는 시민사회가 함께 주요 참여자로 역할을 하는 것이 중요하다. 이때 시민이 주도적으로 보건의료와 관련한 문제나 정책의 전 과정에 직접 참여하는 것이 중요한 것은 대의적이고 참여적이며 숙의적인 생활공공성은 시민의 참여를 적극 보장하는 것이며[1], 건강의 당사자인 시민의 직접참여 확보를 통해 이들의 건강권 보장과 역량강화 실현이 가능하기 때문이다[24]. 따라서 보건의료문제는 노사민정 4자가 함께 참여하여 의사소통하는 것이 핵심이다. 노사민정 4자는 서로의 사회적 파트너로서의 합법적 역할을 인정하는 동시에 충분히 영향력 있고 대표적이며 독립적이어야 한다. 즉 정부를 포함한 공공기관은 물론 민간영역의 기관과 시민사회, 이익집단 등 다양한 기관들이 공동의 위원회나 협의회를 구성하여 일정한 토의절차와 형식을 구성해야 한다[41].

따라서 본 연구에서는 공공성의 이행주체로 참여의 자유(freedom of association)의 존중 및 실현에 기초하는 ‘사회적 대화’를 제안한다. 이때 사회적 대화는 기업수준에서 국가수준에 이르기까지 다양한 수준에서 보여지는 노사정 간 공식·비공식 접촉으로 정의

**Table 1.** Comparisons of healthcare publicness and health publicness

Categories	Healthcare publicness	Health publicness
Public value	Right to health, social justice	Right to health, social justice, human security
Goal	Better access to healthcare	Guarantee of health security (protection, maintenance, and promotion of health)
Objectives	Expansion of public hospital and improvement of health service qualities	Tackling social determinants of health
Main actor(s)	Government	Institutions of social dialogue
Means	The healthcare system	Social skills including institutions, systems and policies to guarantee and/or protect population's health

된다[56]. 사회적 대화는 노사정 간 상호 의견을 교환하는 과정을 의미하는 ‘사회적 자문’과 노사정 간 실질적이고 민주적인 교환 체제인 ‘사회적 합의주의,’ 그리고 공공정책 결정과정에 대한 노사의 참여를 의미하는 ‘사회적 협의’를 포괄한다[56]. 즉 사회적 대화는 경제 및 사회정책과 관련하여 공통 관심사를 가지는 문제에 대한 사회적 파트너 간 이루어지는 모든 유형의 협상, 협의 또는 정보공유를 의미한다. 따라서 건강안보의 실현에 관심을 둔 다양한 행위자 간 건강안보 실현을 위한 정치적인 의사소통과정을 보건의료의 사회적 대화 과정으로 이해할 수 있다. 이때 사회적 대화의 참여자들은 ‘건강의 보호와 지속, 증진’이라는 공통의 목표에 대한 충분한 이해에 기초하여 사회적 대화에 참여하여야 하며, 대화 과정에 참여하기 위한 정치 의지(political will)와 상호 간의 신뢰가 바탕이 되어야 한다[57].

보건의료 사회적 대화기구의 설치는 국제적으로도 그 논의가 활발히 이루어지고 있다. 국제노동기구(International Labour Organization)에서는 2002년부터 보건의료부문의 사회적 대화를 강조해 왔다[57]. 특히 보건의료부문의 사회적 대화기구는 보건료서비스의 발전과 개혁에 긍정적으로 기여하며 따라서 구조적 변화에 중요한 역할을 할 수 있다. 공공의 영역과 사적 영역, 그리고 노동과 사용자의 사회적 파트너로서의 참여는 다양한 형태로 구성 가능하며 정보의 교환, 협의, 그리고 협상을 넘어 단체교섭과 분쟁처리(dispute settlement)를 위한 과정과 메커니즘을 모두 포함할 수 있다.

#### 4. 보건의료 공공성과 건강공공성의 비교

이상의 논의를 종합하여 보건의료 공공성과 건강공공성을 다양한 차원에서 비교해 보면 Table 1과 같다. 건강권과 정의를 규범적 가치로 가지는 기존의 보건의료 공공성 논의는 공공병원의 양적·질적 확충을 통한 의료접근성 향상을 공공성 실현의 최종적인 형태로 파악한다. 이와 달리 개개인의 매일을 보호하는 데에 주목하는 인간안보의 관점에서는 건강의 사회적 결정요인의 관리를 통한 건강안보의 확보가 공공성 실현의 최종 목적이 된다. 또한 보건의료 공공성은 보건료체계를 도구로 공적 권력이 주체가 되지만, 건강공공성은 건강을 둘러싼 다양한 이해관계자들로 구성된 사회적 대화기구를 공공성 실현의 이행주체로 설정함으로써 보다 민주주의적 절차를 통해 실현된다.

#### 건강공공성의 실제: 지역별 보건의료 노사민정 위원회

건강공공성이 구체화된 형태는 어떤 것인가? 사회적 대화가 제도화된 형태 가운데 하나로 노사정협의제도를 들 수 있다. 노사정 협의제도는 일반적으로 정부의 공공정책문제에 대한 정책결정과정에 노동조합과 경영계를 대표하는 최상위 대표들이 참여하는 노사정 간의 공동결정의 장을 의미한다. 한국에서도 노사정위원회를 중심으로 사회적 대화의 제도화가 이루어져 왔다. 우리나라 노사정위원회는 1997년 말 외환위기를 극복하기 위해 1998년 1월 설립되었으며, 노동정책 및 이와 관련된 경제·사회정책 등을 협의하고 대통령에 대한 정책을 자문하는 두 가지 큰 역할을 가진다.

최근에는 사회문제 해결의 복잡성으로 인하여 중위수준(meso level)에서 사회적 대화의 산업별·업종별·지역별·의제별 분권화 및 중층화가 적극적으로 고민되고 있다[58]. 지역 차원에서 국내 지역노사민정협의회는 2003년부터 2008년까지 존재한 지역노사정협의회와 2008년 대체된 지역노사민정협의회로 제도화되어 운영되어왔다. 지역노사민정협의회는 그 체제, 주체, 그리고 운영과정에서 안정화되지 못한 불안정한 모습으로 운영되어 왔지만, 형식적인 여건을 갖추고 노사민정 간 협의가 20년 넘게 이루어지고 있다는 점은 주목할 만하다. 다만 산업별 협의회의 경우 공공, 보건의료, 금융, 금속 등의 업종에서 실질적인 수요가 있었음에도 불구하고 경영계의 무관심과 노동계 중앙단체의 정치적 입장으로 인한 불참, 정부의 소극적 자세 등의 이유로 논의만 지속되고 있는 실정이다[3]. 보건료산업업을 중심으로 한 사회적 대화의 경우, 전국보건료산업노동조합이 2004년 ‘의료산업 발전과 의료공공성 강화를 위한 노사정 특별위원회’의 구성을 논의하고 정부의 참가를 건의하면서 본격적으로 설립이 논의되기 시작했다.

이러한 정치적 흐름과 보건료서비스의 생산과 유통 그리고 소비 등 보건료를 둘러싼 모든 행위가 특정 지역사회 내에서 이루어지는 점을 고려할 때[59,60], 지역별 보건의료 노사민정 특별위원회의 활성화는 반드시 필요한 것으로 보인다. 또한 보건료의 경우 산별노조라는 점에서 사회적 대화와 협의의 제도화 및 활성화 동력이 보다 클 것으로 평가된다. 실제로 서울시에서는 보건료산업 중심의 협의기구 설치에 관한 구체적인 논의가 진행되어 왔다. 2011년 지방선거 당시 보건료노조와 서울시는 ‘서울시 보건료

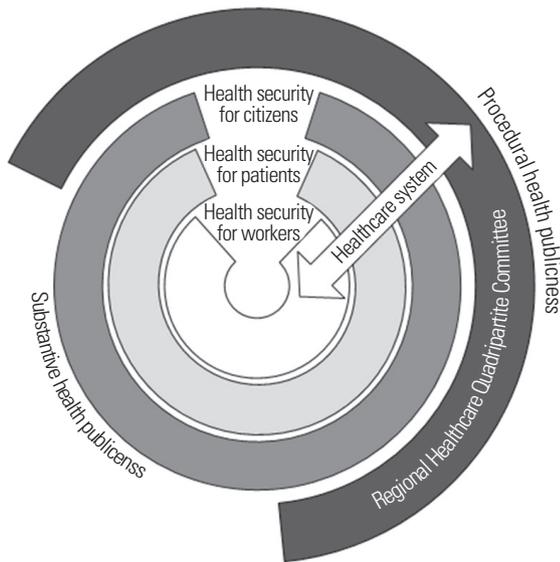


Figure 3. Conceptual framework of health publicness.

위원회’를 구성하기로 협약이 체결되었으며, 2017년에 들어서는 서울시 노사민정협의회 산하 ‘보건의료 노사민정 특별위원회’라는 구체적인 형태로 그 구성 및 운영에 대한 논의가 진행되고 있다.

지금까지의 논의를 요약하면 Figure 3으로 나타낼 수 있다. 건강공공성은 다양한 건강주체들의 건강안보가 확보되고(실질적 보건의료 공공성), 지역별 보건의료 노사민정 특별위원회(절차적 보건의료 공공성)가 잘 작동할 때 실현 가능하다.

건강공공성은 실질적 공공성과 절차적 공공성이 성공적으로 연결될 때에 실현 가능하다[38]. 본 연구에서는 건강공공성의 함의를 공보보건의료체계를 넘어 제시하였지만, 그럼에도 강조해야 할 것은 포괄적이며 보편적인 보건의료시스템이 건강공공성 실현을 위한 효과적인 전략적 도구가 될 수 있다는 점이다. 즉 건강공공성 실현을 위해서는 재정적 장애물 등을 제거할 수 있는 포괄적 의료보장이 모든 시민들에게 공평한 형태로 부여되어야 하며, 따라서 보건의료서비스를 제공받는 데에서 발생하는 재정적인 위험에 대한 적절한 보상이 정부에 의해 보증되는 것을 통한 보건의료시스템의 강화가 중요하다[43].

### 결론

본 연구에서는 보건의료 공공성을 인간안보 관점에 기반하여 ‘건강공공성’으로 재개념화하였다. 결론적으로 건강안보 확보를

통한 건강공공성의 실현이라는 실질적 공공성은 지역사회를 토대로 하는 노, 사, 민, 정의 네 사회적 파트너 간 사회적 대화 및 상호작용이 이루어지는 지역별 보건의료 노사민정위원회 등 사회적 대화 기구라는 절차적 공공성의 틀을 통해 달성 가능하다. 이와 같은 건강공공성 개념은 기존 보건의료 공공성의 범위였던 보건의료시스템을 넘어서 건강의 사회적 결정요인이라는 확장된 건강의 이해를 적극적으로 포괄하는 건강문제의 범위를 제안할 뿐만 아니라 보다 구체적인 문제해결 절차로서 사회적 대화를 제시한다는 점에서 의의가 있다.

새로운 정부의 출범은 다양한 맥락에서 보건의료산업의 사회적 대화의 실현 가능성을 가져왔다. 2017년 8월 23일 보건의료부문에서 최초의 노사정 공동선언이 이루어진 것이다. 공동선언식에서는 보건의료분야가 ‘일자리 양은 늘리고 질은 높이고 격차는 줄인다’는 정부 기본방향에 적합한 분야라는 평가와 함께 보건의료분야의 일자리 창출과 보건의료 종사자들의 근무환경 개선을 위한 10대 과제<sup>3)</sup>를 제안하고 이를 실현하기 위한 협력에 대한 노사정 공동선언이 이루어졌다. 더욱이 이를 지원하기 위해서 보건의료 인력관리와 지원을 위한 법·제도·재정 기반을 강화하고 대통령직속 일자리위원회에 ‘보건의료분야 특별위원회’를 설치하기로 하였다. 또 다른 한편으로는 대통령이 노동조합 설립과 가입을 격려하면서 보건의료 사업장을 중심으로 노조설립과 가입이 눈에 띄게 증가하고 있다. 이에 따라 조직이 확대되고 있다는 점은 보건의료산업의 사회적 대화 가능성을 높이고 있다.

지역별 보건의료 노사민정 위원회가 실질적으로 운영되기 위해서는 보건의료를 둘러싼 다양한 변화에 대응하고, 변화의 결과로 발생하는 다양한 문제를 해결하기 위해 현장 중심의 의제를 파악하는 것이 선행되어야 한다. 사회적 대화가 다양한 행위자 간 의사소통을 통해 사회에 드러난 다양한 문제를 해결하고자 하는 적극적인 노력이라고 할 때, 의제는 그 자체로 사회적 대화의 대상이며, 사회적 대화를 통한 협의의 결과이기 때문에 의제 발굴은 사회적 대화의 핵심과정 가운데 하나로 이해할 수 있다. 이때 의제는 실제적이며 제도적 원리로 작동 가능하도록 해당 사회멤버십에 대한 정의, 자원배분의 원리, 정당성의 원천 등을 규정하는 세부적 지침들로 구성되어야 한다[40].

그뿐만 아니라 건강공공성의 실현을 위해서 지역별 보건의료 노사민정 위원회는 의제와 세부과제 발굴 및 설정은 물론 이를 통해 제안된 과제 시행을 감독하고 평가하는 역할을 수행하는 것이 중요하다. 따라서 중앙 및 지역차원의 건강안보지표의 개발이 필수적이다. 건강안보는 물론 건강에 영향을 미치는 다양한 원인 및 과정

3) 보건의료노조, 의료산업연맹과 국립대 및 사립대병원을 포함한 190여 개 병원, 일자리위원회, 교육부, 보건복지부, 고용노동부 등 관계부처 관계자 400여 명이 참석한 공동선언식에서는 좋은 일자리 창출을 위한 10대 과제가 제안되었다. 10대 과제는 (1) 간호인력수급 종합대책 수립, (2) 간호·간병통합서비스 확대를 위한 인력수급 지원방안, (3) 취약지와 공공의료 인력확충 방안, (4) 보건의료인력 모성보호와 일·가정 양립방안, (5) 보건의료분야 비정규직 근로자의 정규직화 등 근로안정화 방안, (6) 보건의료인력 관리체계 구축, (7) 의료기관의 일자리 창출환경 조성, (8) 지역사회 보건의료 인력 확충 등 지역보건 인프라 강화 방안, (9) 인력자원 투입에 대한 보상방안, (10) 일자리 창출 미래형 신산업으로 보건의료 육성이다.

차원의 지표를 개발하여 이를 해결하려는 보다 적극적인 실천의 과정을 통해 보다 건강한 사회로 나아갈 수 있을 것이다.

질병을 포함한 일상의 고통으로부터 자유롭게 살아가는 것은 모든 시민의 기본적 권리이며, 이는 인간안보의 관점에서는 물론 사회정의와 건강권의 관점에서도 온당한 것이다. 그렇다면 중요한 것은 모두가 평등하게 건강을 누리는 상태에 도달할 수 있는 방안이다. 건강은 그 자체로서 획득해야 할 개인적이고 사회적인 가치임과 동시에 경제적 활동을 포함하는 다양한 사회적 활동들을 가능하게 하는 토대역량(basic capability)이다[61]. 건강은 개인이나 개별 제도, 관행, 규범의 문제이기보다는 훨씬 포괄적이고 복잡한 범위에 걸친 것이다. 이때에는 ‘공공성’의 관점이 필요하며, 건강의 포괄적이고 복잡한 성질은 건강 그 자체를 사회의 공적 질서의 핵심 내용으로 가지는 건강안보와 사회적 대화를 중심으로 보건의료 공공성을 이해해야 하는 이유이다.

### 감사의 글

2016년도 정부(교육부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 연구되었다(NRF-2016S1A3A2923475).

### ORCID

Daseul Moon: <https://orcid.org/0000-0003-3106-5088>; Haejoo Chung: <https://orcid.org/0000-0002-2661-4161>

### REFERENCES

1. Cho DY, Hong ST. Social construction of publicness and its historical frames. *J Asiat Stud* 2013;56(2):7-41.
2. Ha SW. *The publicness*. Seoul: Chaek Sesang; 2014.
3. Choi HJ, Lim SH, Kim SG. *Sectoral social dialogue*. Seoul: Economic, Social and Labor Council; 2011.
4. Chung HJ. Health inequalities and suicide. In: Lee JH, Kim JW, Ahn MY, Jeong HJ, Eom TY, Lim WS, et al. *Welfare strategy for dynamic transforming social risk*. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2015. pp. 194-260.
5. Kim TH. Causes of MERS epidemic and task of social movements. *Radic Rev* 2015;66:47-69.
6. Paek HJ. Strategic risk communication for infectious disease outbreaks: the evolving landscape of publics and media. *J Korean Med Assoc* 2017;60(4):306-313. DOI: <https://doi.org/10.5124/jkma.2017.60.4.306>.
7. Moon JH, Han SL. Analysis of the influence of MERS epidemic on the retailing industry of Seoul City. *J Channel Retail* 2016;21(1):129-152.
8. Lee DH, Kim JY, Kang HS. The emotional distress and fear of contagion related to Middle East respiratory syndrome (MERS) on general public in Korea. *Korean J Psychol Gen* 2016;35(2):355-383. DOI: <https://doi.org/10.22257/kjp.2016.06.35.2.355>.
9. Chung HJ, Heo HH, Moon DS, Che XH. *Developing evidence-based agendas for the Healthcare Quadripartite Committee of Seoul*. Seoul: Korean Health and Medical Workers' Union Seoul Office; 2018.
10. Lee CW. Focus: public hospital and health insurance for low-income families. *KIRI Wkly* 2013;(231):10-12.
11. Oh YH. Problem with and policy agenda for public health services in Korea. *Health Welf Policy Forum* 2013;(200):62-82.
12. Shin YJ. The global economic crisis and blind spots of health security. *Korea Soc Policy Rev* 2010;17(1):95-127.
13. Kam S. Public health care: current status and improvement options. *Health Welf Policy Forum* 2010;(169):38-44.
14. Choi BH, Shin YW. Performance evaluation of Korean health care system using OECD health data. *Health Welf Policy Forum* 2003;(77):83-95.
15. Kim YI. The future direction of healthcare reform to secure right to health and strengthen medical publicness. *Proceedings of the 4th Korean Health and Medical Workers' Union Policy Forum*; 2003 Jun 12; Seoul, Korea. Seoul: Korean Health and Medical Workers' Union; 2003.
16. Kim CY. *The necessities of publicness in health care in South Korea* [Internet]. Seoul: Korea Labour and Society Institute; 2002 [cited 2018 Nov 10]. Available from: <http://www.ksli.org/content/%ED%95%9C%EA%B5%AD%EC%9D%98-%EB%B3%B4%EA%B1%B4%EC%9D%98%EB%A3%8C-%EA%B3%B5%EA%B3%B5%EC%84%B1%EC%9D%84-%EA%B0%95%ED%99%94%ED%95%B4%EC%95%BC>.
17. Lee KS. Review of debate over the expansion of public medical facilities to enhance the public role in the medical care sector. *Health Policy Manag* 2001;11(1):107-130.
18. Park SG, Kim JG. The analysis and evaluation on the performance evaluation system of local governmental medical centers. *Account Inf Rev* 2003;21:81-100.
19. Kim HJ, Eun SJ, Lee JY. A new proposal for the incentive scheme for quality evaluation of hospital services focusing on publicness area. *Korea J Hosp Manag* 2016;21(4):63-70.
20. Yang JH, Chang DM, Myoung SM. A panel data analysis of the relationship between publicness and profitability of public hospitals: focused medical patients. *Health Soc Welf Rev* 2014;34(4):418-440. DOI: <https://doi.org/10.15709/hswr.2014.34.4.418>.
21. You MS, Kwon SM, Jung Y, Sohn HJ. A study on evaluation and improvement of publicness in private hospitals. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2013.

22. Hwang RI, Seo SR, Kim JS, Choi ID, Moon SW, Yoon SJ, et al. A study of the evaluation of service publicness in public and private hospitals. Wonju: National Health Insurance Cooperation; 2008.
23. Sim YO, Yun YS, Son HI. The effect of new management system on the publicness in the hospital. *Korean J Labor Stud* 2010;16(2):273-305.
24. Kim C. Further conceptualizing of “publicness” in health and health care in South Korea. *Public Health Aff* 2017;1(1):65-77. DOI: <https://doi.org/10.29339/pha.1.1.65>.
25. Min HS, Kim CY. Exploratory study of publicness in healthcare sector through text network analysis. *Health Policy Manag* 2016;26(1):51-62. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2016.26.1.51>.
26. World Health Organization. Preamble of the constitution of the WHO. Geneva: World Health Organization; 1946.
27. The Writing Group for the Consortium for Health and Human Rights. Health and human rights: a call to action on the 50th anniversary of the Universal Declaration of Human Rights. *JAMA* 1998;280(5):462-464, 469-470. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.280.5.462>.
28. Bae K, Lee K, Yeo Y. A study on the publicness of healthcare reform process in Germany. *Chung-Ang Public Adm Rev* 2016;30(4):431-460.
29. Kim NS, Jun JA, Kim MH, Lee HY, Park GR, Choi JH, et al. Current status and future direction of public medical system: focus on regional public hospital and national university hospital. Sejong: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2014.
30. Daniels N. *Just health: meeting health needs fairly*. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.
31. Park GR, Kim YH, Jun JA, Kim NS. Realistic evaluation on regional public hospital's de-publicization in South Korea. *J Crit Soc Welf* 2016;(52): 289-329.
32. Anderson S. Public, private, neither, both?: publicness theory and the analysis of healthcare organisations. *Soc Sci Med* 2012;74(3):313-322. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.07.021>.
33. Jeong HS. The evaluation of healthcare system in South Korea. *Proceedings of the 42nd Conference of Korean Academy of Health Policy and Management*; 2009 May 29; Seoul, Korea. Cheonan: Korean Academy of Health Policy and Management; 2009.
34. World Health Organization. *Closing the gap in a generation*. Geneva: World Health Organization; 2008.
35. Ko JK. Rethinking about publicness of public administration: focused on public service delivery modes. *Korean Gov Rev* 2014;21(2):287-302. DOI: <https://doi.org/10.17089/kgr.2014.21.2.013>.
36. Lee BR. Cultural policy and publicness. *Korean Gov Rev* 2011;18(3):119-146. DOI: <https://doi.org/10.17089/kgr.2011.18.3.006>.
37. Shin DM. A study of the measurement of “publicness” in social welfare. *Korea Soc Policy Rev* 2010;17(1):241-265. DOI: <https://doi.org/10.17000/kspr.17.1.201004.241>.
38. Lee JH. The diversity of democracy and publicness: a focus on regime approaches. *Korean J Public Adm* 2010;48(2):145-168.
39. Kim WS, Kim S. The formation and structure of state publicness in Korea during the period of developmental state. *J Asiat Stud* 2013;56(2):42-74.
40. Shin JW. Publicness in Korean society. *Citizen World* 2007;11:18-39.
41. Hong SM. Publicness in risk society: focusing on leakages of hydrofluoric acid and radioactivity. *Korean Assoc Policy Stud* 2013;13(2):117-135.
42. Lee MS. Collaborative governance and publicness. *Contemp Public Adm* 2010;20:23-53.
43. Chung HJ. Health security and global governance. In: Kim SB, editor. *The future strategy of emerging security*. Seoul: Social Criticism; 2016. pp. 275-313.
44. Kim CS. Sewol ferry disaster, MERS epidemic, and national security. *News Tomato* [Internet]. 2015 Jul 3 [cited 2018 Nov 10]. Available from: <http://www.newstomato.com/ReadNewspaper.aspx?no=567409>.
45. Mathews JT. Redefining security. *Foreign Aff* 1989;68(2):162-177. DOI: <https://doi.org/10.2307/20043906>.
46. Kaul I. Peace needs no weapons: from military security to human security. *Ecum Rev* 1995;47(3):313-319.
47. Thomas N, Tow WT. The utility of human security: sovereignty and humanitarian intervention. *Secur Dialogue* 2002;33(2):177-192. DOI: <https://doi.org/10.1177/0967010602033002006>.
48. United Nations General Assembly. *World summit outcome*. New York (NY): United Nations General Assembly; 2005.
49. World Health Organization. *The world health report 2007: a safer future: global public health security in the 21st century*. Geneva: World Health Organization; 2007.
50. Heymann DL, Chen L, Takemi K, Fidler DP, Tappero JW, Thomas MJ, et al. Global health security: the wider lessons from the west African Ebola virus disease epidemic. *Lancet* 2015;385(9980):1884-1901. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60858-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60858-3).
51. Hertzman C. Putting the concept of biological embedding in historical perspective. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2012;109 Suppl 2:17160-17167. DOI: <https://doi.org/10.1073/pnas.1202203109>.
52. Krieger N. Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. *J Epidemiol Community Health* 2005;59(5):350-355. DOI: <https://doi.org/10.1136/jech.2004.024562>.
53. Kim CY. Publicness of healthcare in Korea: path dependency or modernization: proceedings of the Korean Society of Social History fall conference. Seoul: The Korean Society of Social History; 2012.
54. Shin YJ. The historical context and policy implications of health care

- privatization policy and social response in South Korea. *J Crit Soc Welf* 2010;29:45-90.
55. Cho DY. Transition of modernity and restructuring of publicness: logic of social constructive publicness and structure of micro publicness. *Korean Soc* 2012;13(1):3-62.
56. Lim SH. International comparative study on social pacts I: social pacts and social concertation system. *Int Labor Brief* 2006;4(3):51-58.
57. International Labour Organization. Social dialogue in the health services: a tool for practical guidance: the handbook for practitioners. Geneva: International Labour Organization; 2005.
58. Chang HG, Park MJ. The era of great transformation: conception of new social dialogue system. *Mon Labor Rev* 2017;145:19-28.
59. Lee JS. Lecture: understanding healthcare finance [Internet]. Seoul: Institute of Health Policy & Management, Seoul National University; 2004 [cited 2017 Mar 10]. Available from: <http://www.snu-dhpm.ac.kr/pds/article.html?code=seminar1&number=579&subject=&author=%C0%CC% C1%F8%BC%AE&year=>.
60. Kim MH, Kim S, Seo SH, Choi JH. Study on health Seoul master plan establishment and activation plan. Seoul: People's Health Institute; 2012.
61. Sen A. Health: perception versus observation. *BMJ* 2002;324(7342):860-861. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7342.860>.