

N. Daniels의 생애에 대한 타산적 접근법과 그에 대한 비판: S. Brauer를 중심으로

이경도*

요약

이 논문은 연령주의(Ageism) 즉, 역연령(Chronological age)을 기준으로 한 보건의료 자원 분배 논의를 주제로 하여 N. Daniels의 생애에 대한 타산적 접근법(Prudential lifespan approach)과 이에 대한 비판을 살펴보고, 이를 통해 이론이 지닌 한계를 개선시키고 현실적 상황에 대입할 수 있는 지점을 탐구하는 것을 목적으로 한다. 생애에 대한 타산적 접근법은 연령에 따른 의료 자원 분배 논의를 연령 집단간 경쟁이 아닌 개인의 생애 전체에서의 연령별 분배로 바라보게 한다. 하지만 이 이론을 통한 N. Daniels의 연령주의 정당화가 일반적인 상황에서는 이루어지지 않으며 연령별 분배를 정당화하는 과정 또한 논리적 결점이 존재한다. 이러한 약점들을 구체적으로 S. Brauer와 M. Schefczyk가 지적하고 있으며 이는 철학적인 문제뿐만 아니라 현실적 제약까지도 포함하고 있다. 필자는 이러한 한계에도 불구하고 생애에 대한 타산적 접근법이 지닌 강점이 분명히 존재하고, 이를 통해 연령별 분배 논의가 더욱 합리적으로 지속될 것이라 전망한다. 이를 위해서는 연령별 분배에 대한 사회적 논의가 필요하고 건강보험 재정의 지속 가능성에 대한 개선이 선행되어야 할 것이다.

색인어

분배적 정의, 세대간 정의, 연령차등주의, 건강 자원

I. 들어가는 말

연령¹⁾차등주의(Ageism)는 1969년 Robert Neil Butler [1]가 처음 사용했던 용어로 성차별주의(Sexism), 인종차별주의(Racism)처럼 부정적인 어감을 가지며, 연령 그 자체를 기준으로 한 차별이나 배제를 뜻하였다. 보건의료 분야에서의 연령차등주의란 특정 연령 집단, 대부분 노인에게 어떠한 보건의료적 자원을 배분하는 것이 그 연령으로 인해 정의롭지 못하다는 주장으로 여겨진다. 넓게 보면 연령별로 의료 자원을 배분할 수 있다는 연령별 배분 논의까지 포함하고 있다. 보건의료 윤리에서 이 주제가 주목을 받게 된 것은 Daniel Callahan [2]의 공헌이 컸다. 그는 의료의 목적은 평균 연령을 달성하는 것, 고통을 경감하는 것이라 보았으며 평균 연령을 이미 달성한 노인들에게 진정한 덕은, 자신의 삶에서 노년기가 지닌 의미를 탐색하고 독립적으로 생활하며 질병이나 다른 두려움으로부터 자유롭게 되는 것이라 주장하였다. 공동체주의자로서 그는 이러한 논점을 통해 평균 연령을 넘는 노인들에게 행해지는 연명의료(Life-sustaining treatment)를 제한하고, 이 의료 자

원을 다른 이들에게 양보하는 것이 공동체 내에서의 덕이라고 주장했다[2]. 여기에서 주로 이야기하는 의료 자원들은 실제 의료 보장 제도, 미국의 경우에는 메디케어(Medicare)²⁾에서 보장하는 보건의료 자원들 중 연명의료에 쓰이는 한정된 자원들만을 지칭하는 말이라 보아도 무방하다.³⁾

Daniel Callahan의 이런 주장으로 인해, 보건의료 윤리 분야에서의 연령차등주의 논쟁이 촉발되었다. 미국의 의료보장 시스템이 작동하는 특수한 방식 또한 이를 확산시켰다. 현재 어린이와 성인은 대부분 민간 보험에 가입되어있는 반면, 65세 이상은 연방 차원의 공적 의료보장 제도인 메디케어에 속해 있다. 메디케어는 재정적 측면에서 단순한 부과 방식(Pay-as-you go)⁴⁾으로 운영되고 있고 근로자와 수혜자가 함께 속한 시스템이 아니기 때문에 인구의 노령화로 인한 재정 건전성의 악화가 진행되고 있었고 앞으로 더욱 악화될 것으로 예상되었으며 미래 세대가 현재와 동등한 서비스를 보장받지 못할 것이라는 우려가 존재했다. 다양한 학자들이 이러한 상황에 대해 개혁이 필요하다는 사설을 게재하기도 했다[4]. 이러한 특성으로 인해 연령차등주의

1) 여기에서 말하는 연령은 역연령(Chronological age)을 뜻한다. 구체적인 기능 혹은 구조를 측정하여 얻는 생물학적 연령(Biological age)이나 골격 연령(Bone age)과는 달리 역연령은 단순히 출생 시기부터 현재까지의 기간을 계산하여 얻어진다.

2) 메디케어는 미국의 연방 공적 의료 보장 제도로 65세 이상 혹은 특정 장애가 있는 사람, 말기 신장 질환(End-stage renal disease)을 지닌 사람을 대상으로 한다. 환자가 지불 가능한(Affordable) 수준으로 기본적인 일차 진료와 입원 등 의료 서비스를 이용할 수 있도록 보장하며 민간 보험과의 계약을 통해 서비스를 추가하여 보장받을 수도 있다.

참고. <https://www.medicare.gov/sign-up-change-plans/decide-how-to-get-medicare/whats-medicare/what-is-medicare.html>

3) 여기에서 말하는 보건의료(Health care)는 건강(Health)에 미치는 수많은 요인들 중 하나다. 건강에 영향을 주는 요인들을 모두 고려하는 연령차등주의 논의는 현재 거의 존재하지 않는다. 또한 보건의료를 물론 다양하게 정의할 수 있지만, 연령차등주의 논의에서는 그 특성상 실제 의료 서비스 중 급여 체계(공적 보험, 민간 보험)를 통해 보장되는 것으로 한정하는 경우가 많다. 왜냐하면 집단이 속한 시스템을 통해 보장되지 않고 온전히 자신의 사적 자원을 통해 이용하는 비급여 서비스는 개인의 선택과 자원에 따라 분배되며, 사회적 분배 구조가 아직 성립되지 않은 영역이기 때문에 연령별 분배 논의가 이루어지기 더욱 힘들기 때문이다. 그 중에서도 한정된 의료 자원, 특히 수명을 연장시킬 수 있는 의료 자원, 좁게 보면 연명의료에 투입되는 자원을 대부분 다루고 있는데 본 논문의 논의도 이러한 대상에서 벗어나지 않는다.

4) 사회 보장 자금 운영 방식에는 부과 방식(pay-as-you go)과 적립 방식(accumulation of fund)이 있다. 부과 방식은 그 시점에 가입자가 낸 모든 기여금(contribution)을 그대로 수혜자에게 나누는 것이다. 따라서 간단히 계산한다면 수혜자의 몫은 기본 비용을 제외한 기여금을 수혜자의 수로 나눈 값이다. 그 반면 적립 방식은 그 동안 개인이 적립해온 기여금을 당사자에게 분배하는 것이다. 일견 적립 방식이 합리적으로 보이지만 현실적인 제약으로 부과 방식이 더욱 흔하며, 적립 방식으로 출발하였어도 부과 방식으로 전환되는 경우가 많다[3].

논쟁은 미국에서 가장 먼저 촉발되었고, 그 안에서 다양한 논의가 발생할 수 있었다.

하지만 이 논쟁은 대부분의 선진국에서 일어나고 있는 인구의 노령화 과정으로 인해 더욱 확산되었고 특히 영국에서는 공적 기관인 NICE (National Institute of Health and Care Excellence)가 명시적으로 연령차등주의에 대한 견해를 제시하면서 논쟁이 가열되었다. 현재 한국의 보건의료 윤리 분야에서 이 주제에 대한 관심은 아직 미미한 상황이지만, 인구적 특성의 급격한 변화와 더불어 건강보험공단이라는 단일한 분배 기관의 존재로 인해 한국에서 이 논쟁은 발생할 수 밖에 없는 것이 현실이다. 따라서 전체적인 논쟁을 살펴보고 합리적으로 풀어나갈 윤리적 토대를 마련하는 일은 절실히 필요하다. 이러한 맥락에서 본 논문의 서론에서는 먼저 연령차등주의에 대한 전체적인 논쟁을 살펴보고 그 안에서 N. Daniels의 ‘생애에 대한 타산적 접근법(Prudential lifespan approach)’⁵⁾가 지닌 의미를 알아보려고 한다.

연령차등주의에 대한 주장들을 단순하게 분류하면, 대략적으로 이를 옹호하는 주장과 그를 반대하는 주장으로 나눌 수 있다. 본 논문의 서론에서는 그 중 대표적이고 중추적인 주장들만 살펴보기로 하겠다. 먼저 연령차등주의를 옹호하는 입장으로 비용 대비 효과(Cost-effectiveness)를 계산하여 이에 따라 분배 원칙을 세우는 공리주의적 입장, 모든 사람이 일정 정도의

수명을 살 수 있도록 보장해야 한다는 ‘공정한 이닝’ 주장(‘Fair-innings’ argument)을 소개하려고 한다.⁶⁾

첫 번째 주장은 효용(Utility)을 다양한 방식 즉, 삶의 질 보정 수명(Quality-adjusted life-years, QALY), 장애 보정 수명(Disability-adjusted life years, DALY), 단순 기대 수명(Simple life-expectancy) 등으로 계산하고 비용 대비 효과를 비교하여 노인 의료 분배를 결정하는 것이다. 이 주장은 수량화가 가능하다는(Quantifiable) 측면에서 강점이 있으며 이러한 강점을 통해 구체적인 정책 수립에서 강력한 도구가 될 수 있다. 실제 연령별 분배 논의가 사회적으로 진행되는 과정에서 이 주장은 굉장히 설득력이 있다. 왜냐하면 이 주장에서는, 연령에 맞추어서 무조건적으로 분배에 대한 판단이 이루어지는 것이 아니며 비용 대비 효과라는 연령에 무차별적인 기준이 존재하기 때문이다. 직관적으로 보면, 이 주장을 통해 노인에게 불리한 분배 결정이 이뤄질 것이라 예상할 수 있지만, 극단적인 예로 심각한 희귀 질환이나 장애의 경우에는 어린 연령대라고 하더라도 비용 대비 효과가 일반적인 노인보다 작을 수 있다[7]. 또한 반대로 어떤 노인의 경우에는 건강 상태가 좋아서, 치료를 통해 얻을 수 있는 효과가 더욱 크다면 우선권을 줄 수도 있다. 사실은 엄밀하게 연령 그 자체를 기준으로 하지 않는다는 점에서 연령차등주의를 뚜렷하게 대변하지는 않지만, 결

5) 본 이론에 대한 유일한 선행 연구인 박상혁 [5]의 논문에서 사용한 ‘타산적으로 합리적인 평생이론’ 대신 ‘생애에 대한 타산적 접근법’이라는 표현을 사용하였다.

6) N. Daniels의 ‘생애에 대한 타산적 접근법’을 여기에 포함시키지 않았다. 그 이유는 자신의 초기 논의에서 이를 통해 연령차등주의를 일정 부분 정당화할 수 있다고 보았지만, 이론을 통하여 정당화할 수 있는 연령차등주의는 매우 제한적 상황에서만 가능하며 다양한 사회적 논의가 필요하다고 설명하였기 때문이다. 본문의 반론 중, 타산적으로 숙고하는 이들이 동의하지 않을 것이며 합리적인 이견이 존재할 것이라는 부분이 결정적인 그 근거이다. 이들이 서로 완전한 동의가 이루어진다면 이 이론을 통해 연령차등주의를 옹호 혹은 반대할 수 있지만, 그렇지 못할 가능성이 크기 때문에 결국 사회적 논의를 통한 합의가 이루어져야지만 윤리적인 정당성을 획득할 수 있다. 따라서 이 이론 자체로는 어떠한 명확한 답이 얻어지지 않는다고 볼 수 있다. N. Daniels [6] 또한 이 이론이 연령차등주의에 대한 해답을 제시하는 데에 목표가 있지 않고 현재 이루어지고 있는 논의의 토대를 전환하는 데에 있다고 설명하였다. 그리하여 필자는 이 이론이 연령차등주의를 옹호하고 반대하는 전형적 주장에는 해당하지 않는다고 생각한다.

과적으로 일정 정도의 연령차등주의를 옹호하게 된다. 하지만 여기에서 난치성 질환에 걸린 어린이보다 일반적인 노인이 우선권을 가지는 것이 옳은지 아닌지는 논쟁점이 될 수 있다.

두 번째 주장은 ‘공정한 이닝’ 주장으로 알려져 있으며, 노인들은 이미 수십 년의 생애를 누렸기 때문에 어린이들이 어느 정도의 수명을 향유할 수 있게 의료 자원을 분배해야 한다는 것이다. 이러한 분배 원칙을 구체화시키기 위해서 다양한 지표들을 사용하였다. McKie, J. 등[7]이 삶의 질 보정 수명(QALY)만으로 계산한 비용 대비 효과를 통해 ‘공정한 이닝’ 주장을 구체화하려는 시도는 실패하였다. 그 이유는 단순히 이것만을 계산한다면 위에서 서술한 극단적인 경우에는 어린이보다 노인을 우선시할 수 있기 때문이다. 이러한 결점을 보완하기 위하여 Williams A. [8]는 연령에 가중치를 둔 삶의 질 보정 수명(Age weighted QALY)를 통해 이를 구체화하여 주장하였다. ‘공정한 이닝’ 주장을 뒷받침하는 구체적 기준과 지표는 다양한 학자들마다 조금씩 상이하다.⁷⁾ 이 주장의 약점은 서로 간 연령이 많이 차이 나는 경우에는 분배 원칙이 쉽게 적용될 수 있지만 차이가 적은 경우에는 직접 적용하기 힘들다는 점이다.

이러한 연령차등주의를 옹호하는 입장과는 달리, 이에 반대하는 주장에는 다양한 논거가 혼재되어있다. 먼저 J. Harris [10]는, “‘공정한 이닝’ 주장에 따르면 삶의 가치를 단순 수명을 통해 측정해야 하며 일정한 수명 전까지는 나이가

들수록 가치가 더해지고 일정한 수명을 넘어가면 그 가치가 떨어진다 ... 이러한 주장을 받아들이는 이들은 노인이나 말기 환자들에 대한 살인을 상대적으로 덜 심각하게 받아들일 것이다 ... 이 주장에 동조하는 이들도 이러한 귀결이 전해주는 메시지가 문명화된 사회에서 위험한 것이라 생각할 것이다.”라는 논리적 흐름으로 연령 무차별 원칙(Age indifference principle)을 주장한다. 사회 전체에 미칠 파급력의 측면에서 연령차등주의가 사회적 연대(Solidarity)를 감소시키는 효과를 가져올 것이라고 주장하기도 한다[10,11]. 또한 몇몇 학자들은 범국가적 기구, 즉 유럽 연합(EU), 세계보건기구(WHO), 국제연합(UN)이 연령에 따른 모든 차별을 금지하며 노인이 보건의료를 받을 권리를 천명하였다는 것을 근거로 연령차등주의는 명백한 차별이며 인권을 침해하는 것이라 주장한다[12,13]. 일부 반대론자들은 의료 자원의 분배는 무조건 의료 요구(Medical need)⁸⁾에 맞춰져야 하고 이는 역연령만으로 정확히 파악할 수 없는 것이라 지적하며 연령차등주의가 잘못된 편견에 기초해있다고 주장한다[15]. 연령차등주의가 초래할 결과의 측면에서 연령차등주의를 통한 분배가 빈곤층에 더욱 많은 피해를 줄 것이라는 근거를 들어 비판하기도 한다[16].

살펴본 바와 같이, 연령차등주의 논의들은 대부분 노인과 어린이로 대표되는 각각 연령 집단(Age group)⁹⁾이 지닌 특성이나 비용 대비 효과, 사회적 가치를 서로 비교하며 이루어지게 된

7) ‘공정한 이닝’ 주장과 공리주의적 주장은 다양한 변형들이 존재하며, 서로 교차되고 겹치는 부분이 다수 존재한다. 이에 대해서 일목요연하게 정리된 저술로 Tsuchiya, A [9]를 참고하라.

8) 의료 요구란 현존하는 의학 지식의 관점에서 의료 전문가가 필요하다고 할 때 성립되는 것을 말한다. 이에 반해, 의료 욕구(Medical want)는 환자 자신이 주관적으로 의료 서비스에 대한 소비의 필요성을 감지할 때 만들어지는 순수한 신체적 반응이다 [14]. 의료 요구와 욕구가 겹치는 부분이 바로 의료 수요(Medical demand)가 된다. 따라서 의료 요구는 전문적 지식을 통해 어느 정도 객관적으로 측정할 수 있으며, 의료 수요는 개별적인 욕구에 따라서 다를 수 있다[14].

9) 연령 집단이란 특정한 연령대에 속한 사람들의 집합을 뜻한다. 노인이나 청년과 같이 동일한 연령대에 속한 이들을 동일한 연령 집단으로 지칭한다.

다. 이러한 과정에서 옹호하는 이들과 반대하는 이들 모두 특정 연령 집단, 대부분은 노년층에 대한 가치 판단에 기초하여 논쟁을 이끌어가는 경우가 많아 합리적이지 않은 방식으로 논쟁이 과열되는 양상을 보였다. 기존 연령차등주의 논의가 지닌 약점에 대해서 N. Daniels [17]는 생애에 대한 타산적 접근법을 통해 중요한 전환점을 제시한다. J. Harris나 연령차등주의에 반대하는 이들의 주장과는 달리, 흔히 옳지 않다고 여겨지는 성이나 인종에 따른 차별은 변하지 않는 서로 다른 특징을 지닌 타인이나 집단을 대상으로 이루어지는 데에 반해, 인간은 모두 차별 없이 나이가 들고 노인이 될 것이기 때문에 연령별 분배를 옳지 않은 차별로 보는 것은 맞지 않다고 지적한다. 따라서 연령차등주의 논의를 연령 집단을 서로 비교하기보다 개인의 전체 생애에 있어서 의료 자원을 연령별로 어떻게 분배할 것인지에 대한 문제로 풀어서 보자고 주장한다[17]. N. Daniels는 이러한 관점 위에서 이론을 정립하고, 연령차등주의를 정당화할 수 있도록 몇 가지 가정(Premise)을 통한 사고 실험(Thought experiment)을 전개하였다. 이 연령차등주의 정당화 과정은 본문에서 자세히 탐구할 것이다. 이는 연령차등주의 논의에서 중추적인 논리적 도구로 여겨지고 있다.

이렇게 N. Daniels는 연령차등주의 정당화에 공헌하였지만 그의 최근 저서[18]에서 과거 자신의 이론을 통해 이 문제를 풀어낼 수 있다고 신뢰하였던 것을 지나친 낙관이었다고 평가하며 이 이론은 연령별 분배에 대한 제한적인 접근일 뿐이라고 시인하였다. 본 이론에서 연령차등주의를 정당화하는 것은 매우 제한적 상황(매우 한정된 자원과 연령별 분배가 불가피한 환경)에서만 가능하다고 지적하며 연령차등주의가 그리 쉽게 풀리는 문제가 아니라는 서술을 남겼다

[19]. 이 이론에 대한 새로운 평가가 이루어진 데에는 이 이론을 통한 연령차등주의 정당화 과정에 논리적 결점이 존재했었기 때문이었다. 이러한 결점으로 인해 이 이론이 지닌 함의까지 저평가되는 계기가 되기도 했다. 그럼에도 불구하고, 필자는 이 이론이 기초하고 있는 사고의 전환 자체가 연령별 분배 문제에 새로운 의미를 분명히 주고 있다고 본다. 연령차등주의를 정당화하는 과정에서의 논리적 약점과 현실적 제약을 정확히 파악하고 이를 생애에 대한 타산적 접근법 내에서 개선해 나갈 수 있다면 본 이론이 주는 함의를 수용하면서도 이론이 지닌 논리적 약점을 보완할 수 있을 것이다. 또한 이러한 과정을 통해 연령별 분배 문제를 어떻게 정의롭게 실현할 수 있을지 유추해볼 수 있다고 본다.

이 주제에 대한 선행 연구인 박상혁 [20]의 논문에서는 N. Daniels의 이론을 소개하고 연령별 분배를 정당화하는 논리적 구조와 그에 대한 반론으로 맥컬리의 비판을 소개하였다. 이 논문에서 제시한 맥컬리의 비판은 상당 부분 이 이론에 대한 오해에 기인하였기 때문에 이 이론에 대한 이해를 깊게 하는 데에 아쉬움이 있었다. 또한 이 논문에서는 N. Daniels [19]가 일반적인 상황에서 연령차등주의의 정당성을 위해 필요하다고 지적한 사회적 논의에 대한 부분을 염두에 두었다기보다, 이 이론에서 이루어진 연령차등주의 정당화를 위한 사고실험 자체에 더욱 집중하였다. 연령차등주의 정당화 과정이 사고실험만으로 쉽게 이루어지지 않는다는 N. Daniels [19]의 서술을 참고한다면 필자는 이 이론에서 제시한 연령차등주의의 정당화 과정 자체에 집착하기보다 연령차등주의에 대한 사회적 논의가 지닐 기반을 단단하게 하는 것이 필요하며, 이론이 주는 함의를 적용하고 이론의 논리적 결점을 보완하는 과정 자체가 실제 이루어질 사회적 논

의에 적절한 토대가 될 것으로 판단한다. 그리하여 본 논문에서는 N. Daniels의 주장, 즉 ‘생애에 대한 타산적 접근법’을 정리하고 이에 대한 비판, 특별히 S. Brauer의 비판을 중점적으로 소개하며 이러한 비판이 ‘생애에 대한 타산적 접근법’이 주는 함의를 어떻게 변형시키고 발전시킬 수 있을지 논의할 것이다. 그리고 실제 의료 체계와 한국의 상황에서 어떻게 적용되고, 사회적 논의의 과정에 어떤 현실적 제약이 존재하는지 알아볼 것이다.

II. 본론

1. 생애에 대한 타산적 접근법과 그 의의

N. Daniels는 J. Rawls의 정의론을 토대로 의료 자원의 분배 문제를 풀어나간 학자이다. 그는 건강을 Boorse가 언급한 ‘종에 특정한 정상 기능(Species-type normal functioning)’이라고 정의하며 이 정의를 기초로 건강이 박탈되면 정상적 기능에서 벗어나게 된다고 말한다[21]. J. Rawls [22]의 ‘정의론(A theory of justice)’을 기초로, 정상적 기능에서 벗어나게 되면 사회적 기본 재화(Basic social goods)에 포함된 기회(Opportunity)를 감소시켜 정상 기회 범위(Normal opportunity range)의 정당한 몫(Fair share)에서 벗어나게 하기 때문에 건강은 특별한 도덕적 중요성을 지닌다고 주장한다[21]. 따라서 일정 수준의 건강을 보장하여 개인의 공정한 기회의 평등(Fair equality of opportunity)을 이룰 수 있도록 해야 할 책무가 존재한다. 다시 말하면, 질병으로 인한 기회 범위

의 축소를 막고 다시 회복시키며 이를 유지하게 할 서로 간의 책임이 존재한다는 것이다[23].¹⁰⁾

그의 주장에 따르면, 개개인이 지닌 정상적 기회 범위의 공정한 몫을 유지할 수 있도록 건강에 필요한 자원도 보장되어야 한다. ‘생애에 대한 타산적 접근법’은 이러한 전제 위에서 출발한다. 즉, 정상적 기회 범위를 공정하게 보장할 수 있도록 개인이 생애 전반에 걸쳐 사용할 수 있는 보건의료 자원을 분배해야 한다. 그 다음, 연령별 분배는 이 총량을 다시 평생에 걸쳐 연령별로 어떻게 분배할 것인지 결정하는 것이라고 주장한다[24].¹¹⁾ 결국 연령차등주의에 대한 논의는 개인 간(Interpersonal)의 분배 문제라기보다 개인의 삶 전체(Intrapersonal)에서의 분배 문제라고 지적한다.

이러한 개인적 결정을 사회적으로 합의해야만 연령차등주의가 가능해질 것이다. 하지만 개인의 삶 내에서의 분배 문제는 각자가 여기는 좋음(Good)과, 가치 있다고 판단하는 기준, 즉 가치관이 무엇인지에 따라 달라질 수 있다. 또한 자신의 현 연령에 따라 분배 결정으로 인해 받을 이득이 달라지므로 이러한 분배 결정이 현재 연령으로 인해 왜곡될 가능성이 있다. 따라서 사회적인 분배 문제에 적용하기 위해서는 좋음에 대한 개인적 견해와 자신의 현재 연령을 불편부당하게(Impartially) 반영할 필요가 있다. 그 때문에 N. Daniels [17]는 일종의 사고 실험을 제안하는데, J. Rawls [22]의 무지의 베일(veil of ignorance)을 차용하여 연령별 배분 논의에 참여하는 이들이 좋음에 대한 견해, 가족 구성, 현 연령 등 왜곡시킬 수 있는 다양한 요소를 모른다고 가정한다. 이러한 논의에 참여하는 이들을

10) 본 논문에서 중점적으로 논의할 사항이 아니기 때문에 자세한 논리적 구조는 생략하였다. 자세한 사항은 N. Daniels의 저서 [21,23]를 확인하라.

11) N. Daniels가 정의한 건강 개념, 종에 특정한 정상 기능에는 연령에 따른 구분이 없기 때문에 연령대와 비교한 정상 기능(Age-relative normal functioning)이라는 개념을 통해 주장을 펼친다.

타산적으로 숙고하는 이들(Prudent deliberators)으로 정의하며 서로 공정하게 협력하고 서로의 타산에 맞도록 숙고 과정을 통해 적절한 합의를 이룬다고 가정한다. 이러한 가상의 논의는 생애에 걸쳐 의료 자원¹²⁾을 어떻게 분배할 것인지에 대한 상호 합의를 목표로 한다. 이 사고 실험의 조건으로, 논의에 참여하는 이들이 알고 있는 것을 현 의학적 지식과 한 사회의 통계에서의 연령에 따른 질병 발생 확률, 현재 기술 수준, 사회 정책에 따라 수명이 연장되고 있는 사실로 규정한다. 또한 그들은 특정한 가치에 대한 견해를 알고 있지 않지만, 그들의 삶에서 건강이 특정한 가치를 추구할 수 있는 토대가 될 것이라는 점은 인지하고 있다고 가정한다[17]. 각 연령별 정상 범위를 유지하는 것이 삶에 어떤 영향을 지니고 있는지 알고 있으며 모든 삶의 시기를 동일하게 고려한다는 동일한 고려의 요건(Requirement of equal concern)을 충족하도록 한다. 이는 청년기만을 더욱 중요하게 생각하거나 노년기만을 중시하는 왜곡된 사고를 막기 위함이다[17].

논의에 참여하는 타산적으로 숙고하는 이들은 먼저 연령이 낮을 때 의료 자원을 저축해두었다가 노인이 되면 지출하는 계획을 세울 것이다. 왜냐하면 의료 요구가 비교적 이전에는 낮다가 노인 시기에 높아지기 때문이다. 타산적으로 숙고하는 이들은 연령과 상관 없이 의료 요구에 따라서만 배분하는 계획 L (Lottery)과 연령에 따라 배분하는 계획 A (Age rationing) 중 한 가지를 선택할 것이다. N. Daniels [25]의 견해에 따르면, 계획 A에서는 계획 L에 비해 노년기가 되기 전까지 의료 자원을 더 많이 사용할 것이다. 따라서 계획 A에 따르면, 젊은 사람들이 정

상 수명을 달성할 확률이 계획 L과 비교하여 더 높아질 것이다. 극단적인 경우이지만, 75세를 달성할 확률이 A 계획에서는 1.0이라면, 계획 L에서는 50세를 달성할 확률 0.5, 100세를 달성할 확률 0.5가 될 것이다. 이들이 합리적인 선택의 원칙인 ‘최소극대화 원칙(Maximin principle)’에 입각하여 결정을 내리게 된다고 가정하자. 이 원칙은 어떤 결과가 나타날지 모르는 상태에서는 일어날 수 있는 가장 좋지 않은 결과를 가능하면 개선할 수 있도록 선택하는 것을 뜻한다. 이 최소극대화 원칙에 따라 선택한다면, 논의에 참여하는 이들에게 가장 나쁜 결과는 조기 사망(Premature death)일 것이고 이를 더 높은 확률로 만들 수 있는 계획 L을 포기하고 계획 A를 선택할 것이라고 예상할 수 있다[25].

자세한 논리적 근거는 과거와 상이하지만, N. Daniels [17]는 이러한 논리를 발전시켰던 과거 주장에서도 연령차등주의를 일반적으로 옹호하지 않았으며, 자원의 부족이나 사회적 상황에 따라 판단해야 하며 민주적 절차를 통해야 한다는 단서를 덧붙였다. 그럼에도 이 이론을 통해 연령차등주의를 정당화할 수 있다는 가능성을 보여주었고 N. Daniels 또한 이러한 가능성에 대해 낙관적으로 평가하였기 때문에 이러한 제한적 단서들을 대부분 학자들이 제대로 인식하지 못했다[26]. 따라서 연령별 분배에 대해 복합적인 입장을 취한 이 주장을 연령차등주의를 단순히 옹호하는 입장으로 파악한 학자들이 많았다. 연령차등주의 옹호에 이 이론의 논리적 근거를 차용하는 경우도 많았으며 이 이론에 대한 비판 역시 대부분 이를 연령차등주의를 단순히 옹호하는 입장으로 보고 이루어졌다.¹³⁾ 대부분의 비판은

12) 여기에서 언급된 의료 자원은 보건의료에 국한된 개념이다. N. Daniels [6]는 이 이론을 단순화하고 사고 실험의 복잡성을 줄이기 위하여 보건의료만을 건강에 영향을 주는 유일한 요소라고 가정하여 이론을 전개하였다.

13) N. Daniels의 논의에 대한 비판 중 대부분은 ‘생애에 대한 타산적 접근법’에 대한 것이라기보다 연령차등주의에 대한 비판이었으며 Jecker, N.S. [12]의 경우 자유주의적 평등주의 자체에 대한 비판으로 이어지기도 했다.

N. Daniels의 이론이 단순히 연령차등주의를 옹호하고 있다는 오해 속에서 이루어졌기 때문에 이론에 대한 제대로 된 논쟁이 되었다고 보기 힘들다. N. Daniels 자신 [19]은 분명히 이 이론으로 연령차등주의의 옳고 그름을 확인할 수 없다고 지적한 바가 있음에도 불구하고, 대부분의 논의는 이를 확실히 짚고 넘어가지 못했던 것으로 보인다. 필자는 이 이론과 직접적인 연관성을 지니고 본 이론 내에서 비판이 이루어진, 연령차등주의 논의를 더욱 발전시킬 비판, S. Brauer의 비판을 주로 소개하고자 한다. 이러한 비판과 그에 대한 논의들은 현실적으로 연령별 분배가 어떻게 정당화될 수 있는지 많은 시사점을 준다. 이제 이러한 비판을 살펴보고 N. Daniels는 어떻게 그에 대해 답변하였는지 논의할 것이다.

2. 생애에 대한 타산적 접근법에 대한 비판과 N. Daniels의 답변 - S. Brauer를 중심으로

1) 출생 코호트(Birth cohort)¹⁴⁾ 간 형평성

‘생애에 대한 타산적 접근법’에 따르면, 노인과 어린이 사이의 형평성이 아니라 출생 코호트 간 형평성이 중요해진다. 왜냐하면 이 이론이 전제하고 있는 원칙은 개인이 평생 받을 의료 자원의 총량은 출생 시기와 상관 없이 기회의 평등을 보장할 수 있게 배분되어야 한다는 것이기 때문이다. N. Daniels [27]는 출생 코호트 간 형평성과 연령 집단 간 형평성이 서로 연결되어 있는 문제이며 한 문제를 푸는 해답이 다른 문제 또한 해결할 수 있으며, 그 역도 성립한다고 주장한다.

이 부분에서 첫 번째 비판이 가해진다.

S. Brauer [28]는 출생 코호트 간 형평성이 지켜지지 않는다면 연령별 분배는 설득력을 잃게 된다고 주장한다. 그 이유는 개인이 평생에 사용할 총 의료 자원을 연령에 따라 분배하는 것에 서로 합의하려면, 먼저 서로가 가지는 총 의료 자원이 형평하게 배분되어야 하기 때문이다. 따라서 출생 코호트 간 형평성과 연령 집단 간 형평성은 N. Daniels [29]가 이야기한 바와 같이 한꺼번에 풀어야 하는 문제들이 아니라 논리적으로 서로 간에 선후 관계가 존재하는 문제들이라고 주장한다[28]. 이에 대해 이전 주장에서도 N. Daniels [30]가 ‘생애에 대한 타산적 접근법’이 성립하기 위해서 각 출생 코호트가 받을 혜택이 서로 대략적인 형평성(Rough equity)을 이뤄야 한다고 주장하였고 연령별 분배 논의에 참여하는 타산적으로 숙고하는 이들 또한 이 논의를 진행하는 동시에 연령에 따른 분배가 가능해지기 위해 출생 코호트 간 재분배(연금, 보험 등)를 통해 코호트 간 연대를 증대하여 서로 합의할 것이라 주장했다는 점을 S. Brauer의 비판에도 지적하고 있다.

하지만 이 후 비판에서, 이러한 N. Daniels의 주장처럼 각 출생 코호트가 받을 수 있는 의료 자원이 불확실하게 배분될 것을 우려하여, 서로 협력하여 코호트 간 재분배가 이루어질 수도 있겠지만, S. Brauer [28]는 지금의 인구적 상황, 즉 노인 인구의 증가와 저출산으로 인한 생산 인구의 감소가 확실히 예상되는 경우에는 출생 코호트들이 서로 협력하려 하지 않을 것이라고 주장한다. 이러한 협력이 이뤄지지 않을 경우, 개

14) 출생 코호트는 세대(generation)가 뜻하는 두 가지 의미를 많은 사람들이 혼란스러워 하였고 때문에 이를 구분하기 위해 사용된 단어이다. 첫째, 세대는 같은 시기에 태어난 집단, 예를 들면 X세대, 베이비 부머(Baby-boomer) 세대, 한국의 386세대와 같은 의미로 쓰인다. 둘째로, 노인 세대, 청년 세대와 같이 특정한 연령 집단을 지칭할 때 쓰이기도 한다. 출생 코호트는 첫 번째 의미, 즉 같은 출생 시기를 공유하는 코호트이다. 두 번째 의미로 쓰인 세대는 연령 집단에 가까우며, 이 의미로서의 세대는 노인 세대나 청년 세대로 연령대가 고정되어 있지만 첫 번째 의미, 즉 출생 코호트를 뜻하는 세대의 나이는 시간이 지나면서 많아지게 된다.

인이 평생에 받을 총 의료 자원의 개인 간 형평성이 훼손될 것이고 이를 연령별로 배분한다는 생애에 대한 타산적 접근법은 설득력을 잃게 될 것이다. 특히 개발도상국의 경우엔 사회 보장 제도가 아직 정착되지 않았으므로 출생 코호트 간 형평성이 훼손될 것이라 확실성이 더욱 크게 존재한다고 예상할 수 있기 때문에 본 이론이 정당화되기란 힘들 것이라 예상한다[28].

N. Daniels는 이러한 비판에 대해서, 이 문제들은 선후 관계로 보이지 않으며 연령 집단 문제와 출생 코호트 문제를 합치시킬 수 있는 토대가 존재한다고 이야기하며 과거 자신의 주장을 반복하였다[31]. N. Daniels [31]는 이러한 문제가 선후 관계로 이루어졌다고 보기보다는 현재 인구의 노령화로 인하여 부과 방식의 존립이 위협을 받고 있는 현실에 있다고 주장하였다. 이전 저술에서 N. Daniels [32]는 각각의 출생 코호트들은 연령 집단 문제를 풀어낼 수 있는 안정된 제도를 보장하는 데에 이득이 존재한다고 주장하며, 출생 코호트 간 협력이 되지 않을 때에 위험성을 한 코호트가 모두 담당하기보다는 서로 협력하여 위험을 분담하는 것이 낫다고 지적한 바 있다.

2) 타산적으로 숙고하는 이들의 동의 가능성

N. Daniels [17]는 제한적 상황이라는 단서를 붙였지만 생애에 대한 타산적 접근법을 통해 연령차등주의를 정당화할 수 있다고 주장했다. 타산적으로 숙고하는 이들이 제한된 상황에서는 연령차등주의에 대해 동의할 수 있다고 서술

하였다. 하지만 S. Brauer는 이 대목에서 문제를 제기한다.

S. Brauer [28]는 이들이 자신의 연령, 삶에서 중요시하는 가치, 가족 구성원 등 다양한 요소를 무지의 베일로 가린 채 논의에 임한다고 해도, 서로 동의할 수 없는 부분이 반드시 존재한다고 주장한다. 더 나은 인생이란 무엇인가에 대한 답변 없이 연령별 분배가 이루어지기 힘들기 때문이다. 그는 예를 들어, 부활을 믿는 사람은 오래 사는 것보다 짧게라도 좋은 삶의 질을 누리고 가는 것을 택할 것이고, 그와 다른 예로 만약 신이 자신의 삶을 관장한다고 믿는 이는, 노년기의 치료를 거부하여 인위적으로 자신의 삶을 짧게 만드는 행위를 하지 않을 것이라고 지적한다[28].

결국 생애에 대한 타산적 접근법에서 연령차등주의의 정당화가 성립하려면 논의에 참여하는 이들의 이에 대한 동의가 있어야 하는데, 합리적인 인간이라도 연령별 분배에 대해 서로 동의하지 않는 지점이 존재한다고 S. Brauer는 비판한다. 이에 대해 N. Daniels [31]는 최근 저술에서 단순하게 최대화 원칙을 사용하여 문제가 풀리지 않다는 것을 인정하였고, 이미 서로 이견이 존재할 것이라 인지했고 이러한 합리적 이견 (Reasonable disagreement)을 합리성에 대한 책무 (Accountability for reasonableness)¹⁵⁾를 지닌 민주적 절차를 통해 풀어가야 한다고 명시하였다는 점을 덧붙였다. 결국 이 부분에 대해서 두 학자의 의견이 일치했다고 볼 수 있지만, N. Daniels는 이러한 이견이 합리성에 대한 책무를 지닌 정당한 (Legitimate) 민주적 절차를 통해 풀어갈 수 있다는 여지를 남겨두었다.

15) N. Daniels [28]는 의료 자원 분배에 있어서 대원칙을 세웠지만, 이것만으로는 한정된 의료 자원의 분배를 구체적으로 모두 결정하기란 어렵다고 보았다. 따라서 절차적 정당성을 지닌 사회적 합의가 필요하며 이러한 합의는 합리성에 대한 책무를 따라야 한다고 주장하였다. 합리성에 대한 책무는 합리성(Relevance), 투명성(Publicity), 개정 가능성(Revisability), 강제성(Enforcement)으로 이루어져 있다. 자세한 내용은 N. Daniels [33]를 참고하라.

3) 자아의 복수성에 입각한 비판(Multiple self objection)

이 비판은 M. Schefczyk [34]에 의해 제기되었는데, 다양한 시점(Time point)에서의 자신(Self)은 서로 다른 선호(Preference) 체계를 지닐 수 있다는 반론에서 출발한다. 풀어 쓰자면 지금의 ‘나’와 미래의 ‘나’는 좋아하는 것, 더욱 가치 있다고 생각하는 것이 상당히 다를 수 있기 때문에 여러 선호 체계로 이루어졌다고 볼 수 있는 ‘자신’이라는 개념, 즉 자아(Ego)가 시간에 따라 같지 않을 수 있다는 것이다. 이러한 주장이 생애에 대한 타산적 접근법에서 중추적인 비판이 되는 이유는, 이 이론에서는 ‘자신’이라는 주체가 시점에 상관 없이 미리 생애 전체의 ‘자신(들)’ 모두가 받을 의료 자원에 대한 결정을 사전에 내리는 점 때문이다. 만약 개인의 선호가 시점마다 상당히 달라진다고 본다면, 생애에 대한 타산적 접근법에 따라 사전에 이루어지는 분배 결정이 어떤 시점에서의 ‘자신’이 지닌 선호 체계로 이루어져야 하는지 혹은 한 시점에서의 결정이 다른 시점에서도 유효한지 논란이 될 수 있다[34].

M. Schefczyk [34]는 Sidgwick을 인용하면서, 두 가지 문제를 지적한다. 첫 번째 문제는 생애에 대한 타산적 접근법이 기초하고 있는 동일한 고려의 요건, 즉 합리성이란 어떠한 삶의 시기에 대해서도 동일하게 고려하는 것을 필요로 한다는 주장에 대한 것이다. 생애에 대한 계획을 평가하는 데에 동일한 경험이라면 어느 시기에 이루어지는지는 포함되어서는 안 된다는 것이다. 하지만 이러한 주장과는 달리 실제 사람들은 60대에 열정적 삶을 살 것이라는 계획보다 20대에 열정적 삶을 살 것이라는 계획을 선호한다고 지적하며, 이는 동일한 경험이라도 60대의 것과

20대의 것은 다르기 때문이라고 비판한다[34].

두 번째 문제는 자신의 미래에 대해서는 타인과는 달리 합리적으로 숙고할 것이라는 가정에 있다. 생애에 대한 타산적 접근법에서 개인의 생애 내에서의 분배로 선회한 가장 큰 이유는 타인과는 달리 자신의 미래에 대해서는 타산적으로 숙고할 것이라는 기대 때문이었다. 하지만 만약 타인과 마찬가지로 미래의 자신 또한 지금의 자신과 상당히 다른 자아를 가지고 있다면 합리적으로 고려의 대상이 되지 않을 수도 있다[34]. Posner가 사용했던 예를 들어 설명하자면, 미래에 자신이 휠체어를 타고 다닐 것이라는 점이 지금의 자신에게는 아무런 의미가 없을 것이지만 그런 연약한 노인이 된 직 후에는 이 사실이 자신에게 다가오는 의미가 완전히 달라질 것이라고 주장한다. 결국 연령 집단의 문제를 더욱 합리적으로 풀기 위해 개인 내에서의 분배로 논의를 선회한 이 이론은 서로 다른 개인들 간에 분배하는 논의와 다를 바가 없다는 비판이다[34].

즉 현실적으로 말하자면 이 비판은 개인이 미래에 자신이 지닐 선호나 가치 기준에 대해 알 수 없고 시점마다 그것들이 다르기 때문에 사전에 모두 결정할 수 없다고 주장한다. 따라서 M. Schefczyk [34]은 대부분의 사람들이 자신이 시점에 따라 직접 선택할 수 있는 가능성을 열어두려고 할 것이라 주장하였다.

N. Daniels [31]는 M Schefczyk이 지적한 부분에 대해 어느 정도 인정하면서도 그가 이전에 반박했던 주장을 나열하였다. 특히 Parfit이 제기한 정체성(Identity)에 대한 환원주의적 입장¹⁶⁾을 비판하였던 과거 주장을 인용하였다. 그는 Parfit 또한 시간에 따라 단순히 선호를 바꾸었다고 주장한 것이 아니라 시점이 달라져도 자신의 정체성은 다른 형태의 심리적 연계성(Psychological connection)을 지녔다고 생각

했을 것이라 주장하였다. 결국 선호가 변화하였다고 하더라도 서로 다른 시점에서의 자신이 지닌 연계성이 존재한다면, 이러한 선택은 유효할 수 있다는 판단이다. 그와 더불어, N. Daniels는 타산적으로 숙고하는 이들이 자신이 새로운 시점에서도 사전 결정과는 다른 결정을 내릴 수 있는 여유 자원을 남길 것이라고 주장하여 이 이론을 통해서도 시점에 따른 새로운 결정을 수용할 수 있다는 가능성을 보여주었다. 이러한 점에서는 M Schefczyk의 의견을 일부 수용하지만, 그 이유가 다중 자아의 문제에 있지는 않다고 주장하였다[31].

3. 연령별 분배에 대한 유의점과 제약들

건강 보험 재정의 적립금이나 지속 가능성이 확립되지 않은 한국의 상황에서 출생 코호트 간 형평성은 더욱 심각한 문제가 될 수 있다. 최근 건강보험 재정은 흑자를 기록하였지만, 보장성 강화로 나아가는 과정에서 코호트 간 형평성을 인식하고 개선하려는 움직임은 존재하지 않는다. 건강보험공단의 2015년 이사회 보고에 따르면 인구의 변화로 인해 2016년 이후 적자는 점점 늘어날 전망이다. 지속 가능성에 대한 특별한 조치가 없는 상황에서 연령별 분배 논의는 합리적으로 이루어지지 못할 가능성이 크고 연령별 분배와 출생 코호트 간 형평성에 대한 논의가 함께 이루어진다고 하더라도, 논의 가운데 연령별 분배 논의가 이루어지는 목적에 대해 많은 비판이 가해질 수 있다. 출생 코호트 간 형평성에 대해

서도 논의가 거의 이루어지지 않고 있으며 재정 위기에 대한 합리적 조치들을 시행하지 않는 상황은 연령별 분배 논의를 시작도 하지 못하게 만드는 강력한 제약으로 작용할 것이다.

출생 코호트 간 형평성에 대한 문제뿐만 아니라, 연령별 분배에 대한 사회적 논의를 진행하는 과정에도 걸림돌이 존재한다. 먼저 정당한 사회적 논의에 대해 N. Daniels [36]는 합리성에 대한 책무를 이행해야 한다고 주장한다. 이를 4가지 조건으로 이야기하는데, 이는 합리성과 투명성, 개정 가능성, 강제성이다. 본 논문에서는 연령별 분배에 대한 사회적 논의의 과정에서의 합리성 측면을 중점적으로 살펴보고자 한다. 합리성이란 공정한 심성을 지닌 사람들(Fair-minded people)이 합리적으로 여기는 의견을 통하여 이들이 표현하는 방식으로 합의가 이루어져야 한다는 것을 의미한다[36].

이러한 의견 교환 과정에 있어서, 민주적 의사결정 과정 중 숙고(Deliberation) 부분을 강조하는데, 이는 다수결(Majority rule)[37]과는 다른 개념이다. 합리적인 의견을 서로 교환하고 설득하는 과정을 거친 후에 서로가 더욱 합리적이라고 생각되는 의견을 채택하는 과정으로, 어떤 의견을 지지하는 이들이 다수라고 하더라도 소수가 지지하는 의견에 대한 적절한 반론을 제시해야 하고 합리성이 부족하다면 다수가 지지하는 의견을 채택하지 않을 수도 있다. 왜냐하면 이러한 결정은 단순한 선호의 총합이 아닌 중요한 가치 결정의 문제이기 때문이다[38]. 하지만 이러한 차이에도 불구하고 숙고 과정을 현실적

16) Derek Parfit [35]은 인간의 정체성에 대한 사고를 환원주의적 입장에서 전개한다. 환원주의자의 입장에서, 우리의 존재는 오직 뇌, 몸의 존재와 상호 연관된 일련의 신체적, 정신적 사건들의 발생으로 볼 수 있다. 어떠한 영혼이 존재하여 지속적으로 정체성을 형성하지 않는다고 보기 때문이다. 이러한 개인을 이루는 정체성은 체세포의 유전체와 구성, 특징들에 있다. 하지만 체세포는 새롭게 분열하고 죽는 과정을 거듭하며 새로운 세포로 대체된다. 따라서 환원주의적 입장에서 우리의 정체성이란 일정 정도의 신체적, 정신적 연결성에 있다고 설명한다. 하지만 이러한 연결성이란 일반적으로 사람들이 생각하는 정체성의 개념에 비교했을 때 굉장히 작으며, 미미하다고 이야기한다. 환원주의적 입장에 따르면 일관된 정체성에 대해 확신하지 않게 되어 미래를 지나치게 생각하는 태도를 지양하고 현재만을 고려하게 된다고 주장한다[35].

으로 시행하는 데에 어려움이 있다는 이유로 속고 과정처럼 진행되나 실제 결정은 다수결에 가까운 원칙으로 이루어지는 경우가 많다. 속고 과정을 제대로 시행할 수 없는 환경에서는 더욱 그러하다.

연령별 분배 논의에 있어서 다수결의 원칙과 속고 과정을 구분해야 하는 중요한 이유가 있다. 먼저, 다수결의 원칙을 따라서는 안 되는 근본적인 이유는 연령대별로 참여할 수 있는 사람의 숫자가 다르기 때문이다. 생애에 대한 타산적 접근법에서는 연령을 불편부당하게 반영하기 위해서 자신의 연령을 모른다고 가정하였다. 실제 사회적 논의가 이루어지는 과정에서는 개인이 자신의 연령을 알고 있는 상태이기 때문에 논의가 최대한 특정 연령에 치우치지 않도록 주의를 기울여야 한다. 하지만 다수결의 원칙을 사용하게 되면 특정 연령 집단, 영유아 혹은 어린이들은 대리자를 통해 진행할 수 밖에 없다. 그에 반해 현재 숫자 면에서 강력한 힘을 지닌 중장년층의 경우에 자신이 곧 노인이 될 것이기 때문에 노년층에 대한 분배를 늘리려는 움직임이나 의견 피력을 하게 될 경향이 있어, 상대적으로 논의가 한 쪽으로 쏠릴 위험이 있다. 특히 현재 영국의 NICE를 비롯한 다양한 시민 참여 논의 기구에서는 시민 합의 회의를 구성할 때, 인구적 특성을 고려하여 참가자를 선발한다. 이러한 선발 기준으로는 베이비 부머 세대의 인구가 크기 때문에 단순한 투표로는 특정 연령 집단 혹은 출생 코호트에 치우친 결정을 하기가 쉽다. 이러한 제약들로 인해 속고가 아닌 다수결의 원칙으로 결정한다면 정의롭지 못한 결과가 초래될 것이다. 이러한 치우침이 합리성에 관한 책무의 측면에서 위험한 이유는 N. Daniels [39]가 누군가 이득을 보고 손해를 보는 것은 당연한 분배 결정의 결과라고 하였지만 한 집단에 속한 사람들이 유

사한 다른 누군가에 비해 더욱 크게 손해를 본다면 이는 분배 결정에 이의를 제기할 만한 합리성의 조건에 포함된다고 보았기 때문이다. 따라서 속고 과정은 단순한 투표와 달리 충분한 시간을 두고 이루어져야 하며, 의견 교환 과정이 충분히 진행되었다고 서로 인정할 수 있어야 한다. 이러한 조건들이 이행되지 않은 상태에서 투표나 설문 이루어진다면 그 결과는 윤리적으로 정당하다고 보기 어려울 것이다. 또한 시민들이 지닌 의견의 합리성과 논쟁의 기술, 토론의 자세와 같은 민주적 사회의 시민이 지녀야 할 특징들이 충분히 획득되어야 적절한 합의가 이루어질 것이다.

우리 나라가 가지고 있는 사회적 환경은 이러한 걸림돌을 악화시킨다. 먼저 우리의 유교적 문화로 인해 연령에 따른 차이가 위계 질서를 구성하게 되고, 권력 관계가 연령에 따라 형성될 수 있다. 이렇게 된다면 사회적 논의가 합리적으로 이루어지기 어려울 것이다. 이는 단순한 정치적 발언의 평등을 통해 해결되기 힘들 것으로 보인다. 문화는 법적인 권력 관계뿐만 아니라 실제 사회 구성원들의 인식 기저에 있기 때문이다. 현재 이루어지고 있는 연령차등주의 논의에서 어린 연령층을 우선하려는 흐름과는 달리, 건강 보험 보장에 대해서 이루어진 시민 참여 실험에서, 취약 계층 중에 어떤 집단을 선별적으로 지원할 의향이 있냐는 질문에 노년층이라고 가장 많은 시민들이 답하였고 장애인이나 빈곤층보다 더 우선순위가 낮은 집단이었다[40]. 이 사실 자체가 그르다는 것이 아니라, 전체적인 경향성의 측면에서 형평성을 훼손할 수 있는 위험성이 존재한다는 것이다.

이러한 문화적 토대가 지닌 가장 큰 문제는 이 편향성이 노년층에게 이로운 것만은 아니라는 사실이다. 노년층을 효도라는 문화로 노동하지

못하게 만들고 홀로 살 수 없는 존재로 규정하며, 단순한 수혜자로 대우하고 있는 것이 현실이다[41]. 결국 연령을 통해 권력 관계를 구성하는 문화는 어린 연령층과 노인 모두를 배제할 수 있는 토대가 된다고도 볼 수 있다. 특히 생애에 대한 타산적 접근법에 따라 사회적 논의를 하는 과정에서는 모든 연령층에서 마주할 중추적 경험과 그 시기에 맞춘 필수적인 의료를 어떻게 충족할 것인지를 논의해야 하는데, 이러한 과정에서 각 연령층이 현재 경험하고 과거에 경험해왔던 것들을 합리적으로 피력할 수 있어야 한다. 따라서 이러한 제약들을 개선해나가려면, 한국 사회가 이러한 문화를 지니고 있다는 사실을 직시하고 한계를 인정하면서, 이 환경을 조금은 비판적으로 바라보고 모든 연령층의 사람들을 주체적으로 합리적 의견을 제시할 능력을 가질 수 있도록 교육하는 과정 또한 필요할 것으로 보인다.

III. 결론 및 제언

1. 출생 코호트 간 형평성

이 문제에 대해서는 연금과 보험 분야에서의 다양한 분석이 이루어진 상황이다. 한국 보건사회연구원에서 실시한 2004년 연구 ‘고령화와 의료비간의 상호관계 분석과 세대간 형평성 제고 방안’에 따르면 인구를 제외하고 현재 의료 수요와 연관된 다른 요인의 변화가 없다는 가정 하에 이루어진 추계에서 1980년대 이전에 태어난 세대는 자신이 기여한 것보다 더 많은 혜택을 받고, 그 이후에 태어난 세대는 자신의 기여분보다 적게 혜택을 받을 것이라고 예측되었다. 이러한 결과는 대체적인 경향성을 알 수 있다는 측면에서 현재 한국의 건강보험에 출생 코호트 간 형평성의 문제가 분명히 존재하고 이것이 머지 않은

미래의 상황이라는 것을 보여준다[42]. 특히 이러한 분석 대부분은 베이비 부머 다음 세대, 즉 대략 1970, 1980년대 이후에 태어난 출생 코호트가 손해를 볼 것을 확실히 예견하고 있다. 이러한 상황은 출생 코호트 각각이 받을 혜택을 대략적으로 예측할 수 있다는 점에서 서로 간의 협력을 어렵게 만들 가능성이 있다. 왜냐하면 N. Daniels가 출생 코호트들이 자신이 받을 수 있는 혜택이 불확실하다고 인식하여 서로가 협력할 것이라 예상했던 부분은 우리나라의 현실 상황에서 확실하게 이득을 취할 출생 코호트와 손해를 볼 출생 코호트가 정해져 있기에 실현되기 어려워 보이기 때문이다.

뿐만 아니라, 연령차등주의가 생애에 대한 타산적 접근법을 통해 정당화되는 과정 또한 S. Brauer의 반론에 힘을 실어준다. 이 이론에서 타산적으로 숙고하는 이들이 만장일치로 연령차등주의를 선택하지 않는다면 결국 사회적 합의, N. Daniels가 주장한 합리성에 대한 책무를 지닌 민주적 절차를 통해 연령에 따른 분배를 결정해야 한다. 이렇게 사회적 논의를 통해야 하는 상황에서 세대 간 합의의 적절한 토대로서 출생 코호트 간 형평성을 맞출 수 있는 조치가 없다면 연령별 분배에 대한 사회적 논의가 제대로 이루어지지 않을 것이다.

이러한 상황에서 필자는 다음과 같은 이유로 출생 코호트 간 형평성이 먼저 해결되거나, 해결하려는 움직임이 먼저 이루어져야 한다고 생각한다. 그 첫 번째 이유는 연령별 분배가 출생 코호트 간 형평성을 개선할 수는 있지만 연령별 분배가 시행되지 않은 상태에서도 출생 코호트 간 형평성을 달성할 수 있는 수 많은 사회적 조치들이 존재하기 때문이다. 이 문제는 부과 방식의 개선과 보건 의료 외적인 다양한 사회적 대책을 통해 해결할 수 있다. 위에서 언급한 보건사

회연구원의 추계에서도 한국 건강 보험 재정에서 부과 방식을 개선하고 적립 방식을 일부 도입한다면 출생 코호트 간 형평성이 개선될 수 있다는 결과가 나왔다[42]. 아울러 연금 확충, 은퇴 시기를 늦추는 것, 노인과의 양질 일자리 나누기 등 전체 사회 수준에서의 개선 또한 필요하다는 지적도 많다. N. Daniels 또한 이러한 해법들을 잘 설명하고 있다[43]. 둘째, 생애에 대한 타산적 접근법이 주는 함의는 연령별 분배가 특정한 출생 코호트들의 (집단)이기주의적 결정이 아니라 각 개인의 연령별 분배 결정을 서로 타산적으로 숙고하도록 전환하는 데에 있는데, 이렇게 두 문제가 서로의 해답이 될 수 있다는 주장은 오히려 이 이론의 강점을 훼손시킨다. 왜냐하면 연령별 분배가 출생 코호트 간 형평성을 개선할 수 있는 해답이라고 주장하는 순간, 곧 노년기를 맞이할 출생 코호트가 연령별 분배 결정이 자신들의 주체적 결정이 아니라 재정 건전성을 위하여 다수가 사회적 압력을 가하였기 때문에 이루어졌다고 주장하며 연령별 분배 결정에 반대할 수 있기 때문이다. 연령별 분배가 재정 절감을 목적으로 시행되든 다른 목적으로 시행되든 간에 연령별 분배가 노인 의료비를 줄이기 위한 움직임으로 보일 수 있는 상황이라면 이를 사회적으로 용인하기란 더욱 어려워 질 것이다. 출생 코호트 간 형평성이 연령별 분배 논의가 진행되기 전에 어느 정도 이뤄진다면 연령별 분배에 대한 이러한 반론의 여지는 더욱 줄어들게 될 것이다.

2. 타산적으로 숙고하는 이들의 동의 가능성

과연 더 나은 인생이 무엇인지에 대한 답 없이 연령별 분배가 가능할까? 두 학자는 이에 대해 어느 정도 동의하기도, 대립하기도 한다. 하지만 두 학자 모두 삶에 대한 다양한 견해로 인해 완

전한 합의가 어려울 것이라는 데에는 동의한다. 왜냐하면 어떤 삶이 좋은 것인지에 대한 이견이 존재하는 한, 이러한 분배 결정에 대한 완벽한 만장일치가 이루어지기 힘들기 때문이다. 구체적으로 N. Daniels [36]는 합리성에 대한 책무를 지닌 정당한 절차를 통해 사회적 합의에 이를 때 연령별 분배가 가능하다고 설명한다. 따라서 결국 연령차등주의, 즉 연령별 분배는 생애에 대한 타산적 접근법에 따라 논변이 어느 정도 가능하지만 이를 구체적 상황에서 채택하기 위해서는 실제 사회적 합의가 필요하다는 결론을 얻을 수 있다.

그렇다면 현재 다른 국가에서는 연령별 분배에 대한 논의가 어떻게 진행되고 있을까? 이에 대한 사례를 통해 연령별 분배에 대한 일반적 인식과 생애에 대한 타산적 접근법이 지닌 함의를 알아보기로 하자. 장기에 대한 분배(Allocation of organs)는 N. Daniels가 연령차등주의가 정당화될 수 있다고 서술했던 제한적 상황에 어느 정도 들어맞는 사례이다. 왜냐하면 장기라는 자원은 매우 한정되어 있고, 장기 이식은 효과가 입증되어 있으며 장기를 한번 이식하면 다른 사람에게 다시 사용하기 어렵기 때문이다. 미국의 경우, 장기이식을 관리하는 미국 장기이식 센터(United Network of Organ Sharing, UNOS)에서는 이런 분배에 대한 알고리즘을 개발한다. 2007년 미국 장기이식 센터에서 신장 이식에 대한 효과를 토대로 이식을 통한 여명(Life time from transplantation, LYFT)이라는 새로운 지표를 만들었다[44]. 이전에는 이식 대기명단에 올라간 순서, 즉 선착순대로(First come, First served) 분배가 이루어졌지만 이식에 따른 효과를 새로운 지표로 예측하여 이 예측치에 따라 분배하자는 제안이었다. 이러한 제안을 수용하여 새로운 지표를 통해 분배한다면,

노인들의 우선순위가 하락할 것이라 예상되었으며 이러한 결과가 나타난 이유는 이 예측치가 계산되는 데에 있어 역연령이 매우 강력한 요소(25%)로 포함되었기 때문이었다[44,45]. 이러한 예측 결과로 인해 새로운 분배 원칙에 대한 반론이 적지 않았으며 반대측의 가장 강력한 근거는 역연령으로는 이식을 통한 효과를 정확히 예측하지 못한다는 것이었다. 그럼에도 역연령은 사람들이 숙일 수 없다는 점, 자료를 얻기 쉽다는 것을 이유로 새로운 지표 개발에 중요한 요소가 되었다.

이 알고리즘 개발 후 이에 따른 사회적 논쟁이 발생했기 때문에, 연령별 분배 논의에 있어서 비용 대비 효과 분석(Health technology assessment, HTA)을 보충할 수 있는 틀(Framework)이 제시되었다. 첫 번째로, 연령별 분배를 하지 않을 때 사용되는 사회적 비용이 상당히 높아야 한다는 조건을 충족해야 하고 두 번째, 분배 결정을 위한 지표 산출에 들어가는 자료들이 어떤 것인지 공적으로 공개되어야 하며 마지막으로 같은 나이라도 다른 기능 수준과 동반 질환을 지닌 사람들을 구분할 수 있는 자료가 포함되어야 한다는 점을 지적했다[45]. 하지만 다양한 방면의 개선과 논쟁에도 불구하고 이 사례에서 분배 결정은 비용 대비 효과에 의해서만 이루어졌기 때문에 윤리적인 한계가 있었다. 그렇지만 연령별 분배가 실제로 사회적 합의에 이르기까지 어떠한 장애물들을 넘어야 하고 어떤 사회적 인식이 존재하는지 알 수 있게 해주는 사례라고 볼 수 있겠다.

두 번째 사례를 살펴보기로 하자. 영국은 세금을 기반으로 의료 재정을 조달하고(Tax-based financing) 대부분 정부가 직접 NHS (National Health Service)를 통해 의료 자원을 제공하기(Direct provision) 때문에 의료 자원의 분배 원칙을 합리적으로 세우려는 노력을 해왔다. 이러한 결과로 설립된 영국의 NICE (National Institute of Health and Care Excellence)는 의료 자원의 분배 원칙에 있어서 구체적 규칙을 세우고 공표하는 역할을 한다. 윤리적, 사회적 가치에 영향을 주는 결정을 내리는 과정에서는 시민들을 참여시켜 그들의 의견을 통해 원칙을 세우기도 한다. 가장 최근 NICE(National Institute of Health and Care Excellence) [46]에서 발간한 사회적 가치 결정문(Social Value Judgements: principles for the development of NICE guidance)에는 차별 부분에 연령을 따로 기술하고 있다. 여기에서 시민 합의 회의(Citizens Council)¹⁷⁾는 단순히 연령만을 이유로 의료 서비스를 거부하거나 이에 대한 접근을 제한해서는 안 된다는 원칙을 세웠다. 하지만 효과의 측면에서 연령이 중요한 요소가 될 경우에는 분배 기준에 포함될 수 있다는 점을 덧붙였다. 여기에 몇 가지 단서 조항을 달았는데, 첫 번째는 치료의 부작용이나 환자의 몇몇 건강 상태를 판단하는 데에 연령이 좋은 지표라는 근거가 존재해야 하고 두 번째로 환자를 판별하는 데에 연령 외에 다른 자료가 현실적으로 없는 경우, 세 번째로 대상 치료에 있어 연령으로 인해 다른 치료 효과가 나타날 것이라는 적절한 근거가 있

17) 시민 합의 회의는 NICE (National Institute of Health and Care Excellence)가 고려해야 할 도덕적, 윤리적 문제들에 대한 시민들의 견해를 대변하는 조직이다. 참가자의 특성은 영국 전체 인구를 반영할 수 있도록 구성되며 1년에 한 번 2일 동안 함께 같은 주제로 토론하게 된다. 논의를 과학적 사실이나 올바른 합리적 토대를 기반으로 이끌어 내기 위해서 독립적으로 이를 촉진시키는 사람(Facilitator)이 함께 참여한다. 전문가의 지식이나 견해만을 제시하고 전적인 결정은 시민들이 직접 이룬다. 이 결정이 바로 NICE(National Institute of Health and Care Excellence)의 결정이 되지는 않지만 적절할 경우에는 결정에 포함되기도 한다. 참고, <https://www.nice.org.uk/get-involved/citizens-council>

는 경우로 한정하였다[46]. 이러한 조항들이 실제 분배 결정으로 바로 실현되는 것은 아니지만, 매우 영향력 있는 사회적 합의 기구가 내놓은 결정이라는 점에서 주목할 만하다.

먼저 두 사례를 정리해보면, 첫 번째 사례에서는 연령 자체를 기준으로 하기보다 구체적 지표를 통해 분배하는 과정에서 연령이 결과적으로 주된 요소가 되어버린 경우이다. 이러한 결과적인 연령차등주의는 공적으로 표현되지 않기 때문에 실제로 지금도 이루어지고 있을 가능성이 있다. 두 번째 사례에서는 연령 자체를 기준으로 삼는 분배 원칙을 직접적인 대상으로 하고 있지만 그 단서를 효과 예측에 두었다. 두 사례 모두 연령 자체에 따른 분배에 대해서는 소극적이거나 더 나은 효과를 내기 위하여 의료 자원을 분배하는데에 연령을 기준으로 하는 것은 정당화될 수도 있다는 일반적 인식을 보여준다. 이러한 인식은 생애에 대한 타산적 접근법을 통한 사회적 논의 과정에도 영향을 미칠 것으로 보인다. 결과적으로 의료 자원이 낼 수 있는 효과가 연령별로 어떻게 달라지는지 정확한 자료를 통해 알 수 있어야 이론을 통한 논의 과정에서도 연령별 분배 결정을 더욱 합리적으로 숙고할 수 있을 것이다.

하지만 이러한 효과 측면의 분석만으로는 부족한 부분이 존재한다. 효과를 어떻게 정의하는지에 따라 달라지겠지만 대부분 기대되는 여명을 통해 측정하고 있어 첫 번째 사례와 비슷한 결과적인 연령차등주의가 쉽게 이루어질 가능성이 있다. 또한 동일하게 효과가 작을 것이라 예측되는 빈곤층, 혹은 장애인이나 난치성 질환자들을 어떻게 대우할 것인지도 문제가 될 수 있다. 만약 노년층에만 추가적인 근거 없이 효과 예측에 따른 분배 결정이 단호히 이루어진다면 이를 정당하다고 보기는 어려울 것이다. 필자는 사회적 형평성의 관점에서 이를 개선하고 보강

해 줄 틀이 반드시 필요할 것으로 본다. 따라서 이러한 효과 측면에 더해, 노년층을 배제하지 않고서도 분배 결정을 합리적으로 세우려면 다양한 연령층에 더욱 필요한 의료 자원이 무엇인지 고민하지 않을 수 없다. 필자는 이러한 고민이 ‘생애에 대한 타산적 접근법’을 통해 풀 수 있다고 생각하는데, 왜냐하면 자신의 생애 전체라는 관점에서 사회적으로 노년기를 논의하고, 연령별로 반드시 필요한 의료 자원을 어떻게 충족시킬 것인지를 사회적으로 탐구할 수 있는 적절한 토대가 되기 때문이다. 이 이론을 통한 사회적인 논의로 현재 이루어지고 있는 연령별 분배 논의에서의 비용 대비 효과 분석을 보충할 수 있다면 더욱 합리적인 분배 결정이 이루어질 수 있을 것이다.

3. 자아의 복수성에 입각한 비판

이 비판에는 현실적으로 매우 타당한 부분이 있다. 우리의 가치관, 혹은 자원 분배에 대한 결정은 시간에 따라 변하는 경우가 많은 것이 사실이기 때문이다. 또한 이러한 변화가 단지 심적인 변화와 같은 내적 요소뿐만 아니라 환경적, 기술적 변화 등 다양한 외적 요소로 인한 것일 수도 있다. 이런 측면에서 자신의 총 자원을 연령별로 미리 분배한다는 사고 실험은 매우 합리적으로 보이지만 실질적으로 많은 위험을 내포하고 있기도 하다.

그럼에도 필자가 보기에 현실적인 상황에서, 정체성이나 가치 체계가 달라졌기 때문에 사전에 이루어진 모든 결정이 효력을 잃는다는 주장을 그대로 받아들이기는 힘들다. 이러한 주장을 받아들인다면, 현재 연금이나 보험, 채권 등 현재뿐만 아니라 미래에도 유효한 많은 경제적 도구들이 없어져야 할 것이다. 물론 그렇다고 하여

사전에 이루어지는 결정이 가지는 위험성이 존재하지 않는 것은 아니다. 따라서 사전에 이루어진 결정이 미래에도 어느 정도는 이루어져야 한다고 전제한 상태에서 새로운 시점에서도 결정할 수 있는 개인적 자유가 일정하게 보장될 필요성을 염두에 두어야 한다.

결과적으로 ‘자아의 복수성에 입각한 비판’은 이러한 개인적 자유를 보장하도록 요구한다고 볼 수 있다. 하지만 N. Daniels [26]는 ‘생애에 대한 타산적 접근법’ 내에서도 이러한 자유가 연령별 분배가 되지 않은 여유 자원을 통해 정당화될 수 있다고 주장한다. 새로운 시점에서도 이러한 여유분을 통해 또 다른 선택을 할 수 있도록 타산적으로 숙고하는 이들이 여유 자원을 두는 데에 합의할 것이라고 주장한다. 왜냐하면 합리적으로 새로운 문제와 환경 혹은 기술적 진보, 새로운 가치 체계에 직면할 수 있는 가능성에 대응할 필요가 존재할 것이라 예상할 수 있기 때문이다[24].

필자는 ‘생애에 대한 타산적 접근법’을 이용한다면 이러한 문제를 어떻게 풀어갈 수 있을지 실마리를 얻을 수 있다고 생각한다. ‘생애에 대한 타산적 접근법’이 토대를 두고 있는 “개인이 평생 동안 받을 의료 자원의 총량은 연령에 맞춘 기회의 범위를 보장하기 위한 만큼으로 한정되어야 한다”는 원칙으로 인하여, 한 개인이 쓸 수 있는 자원의 총량 내에서 여유 자원은 제한될 것이라 예상할 수 있다[24]. 예를 들어, 타산적으로 숙고하는 이들이 상호 동등한 여유 자원을 통해 연령별 분배된 자원 이상을 사용하여 연명의료를 받기로 결정했다면 이는 합리적으로 개인에게 분배된 여유분을 초과할 수 없다는 제약 안에서 이루어져야 한다.

이러한 ‘생애에 대한 타산적 접근법’ 내에서의 대응은 합리적으로 보인다. 새로운 선택을 어느

정도 보장하면서도 개인이 쓸 수 있는 자원의 양을 연령에 맞춘 기회 범위를 보장하는 범위에서 제한하였기 때문이다. 필자가 보기에, 이러한 논리적 귀결은 현실에 시사하는 점이 많다. 먼저 연령별 분배가 이루어진다고 하여도, 각 개인의 선택이 일정 부분 가능하게 만들어야 한다. 만약 연명의료에 쓰일 자원이 부족하여 사회적 합의가 이루어져 90세 이상의 노인에게서는 이를 제한하기로 결정했다고 하더라도, 90세 이상의 환자가 일정 정도는 이를 사용할 수 있는 자유를 보장할 필요가 있다. 각 개인과 그 가족이 처한 상황은 서로 다르며, 기술과 환경 또한 변화할 수 있기 때문이다. 하지만 그렇다고 하여, 이러한 선택에 따른 이용을 무제한으로 허용할 수는 없다. 건강 보험 급여를 통해 연명의료를 연장하고자 할 경우에는 그에 대한 적절한 근거(연령에 맞춘 공평한 기회의 평등의 달성)가 존재해야 할 것이다. 왜냐하면 개인이 지속적으로 사용하여 이를 더욱 필요로 하는 이들이 사용하지 못할 수도 있기 때문이다. 현재 의료 윤리 논의는 개인의 자율성 측면에서만 이루어지고 있어서 개인의 선택권에 비교적 치우쳐져 있지만, 자원의 정의로운 분배라는 측면에서 이를 어떻게 조율할 것인지 사회적 논의와 윤리적 탐구가 있어야 한다.

지금까지 생애에 대한 타산적 접근법을 통하여 이러한 여유분을 보장하는 것뿐만 아니라 이것을 제한하는 것까지 정당화할 수 있다는 것을 살펴보았다. 어느 정도로 이러한 여유분을 보장할 것이며 여유분에 대한 제한은 어떻게 가할 것인지에 대한 논의는 민주적인 절차로 풀어가야 하며, 합리성에 대한 책무를 지닌 숙고 과정 속에서 다루어야 할 것이다. 또한 구체적인 의사 결정을 할 수 있는 독립적 기구나 시민 참여 기구가 필요할 것으로 보인다.

IV. 나가면서

연령차등주의 논의는 노인을 배제하거나 노인이 지닌 가치를 절하한다는 편견을 많이 받아왔다. 물론 어떠한 분배 결정을 내리는 것 자체가 사회적 반향을 불러일으킨다는 점에서 이러한 편견은 당연한 결과로도 볼 수 있다. 하지만 연령별 분배 논의가 이루어지는 것은 현실적으로 불가피한 상황이다. 의료 요구가 높은 노년기의 특성 상, 인구의 노령화로 인해 이들이 점점 의료 자원을 사용하는 비중은 커질 수 밖에 없다. 이러한 상황에서 노인이 아닌 장애인이나 빈곤층, 어린이가 지닌 필요를 어떻게 형평성에 맞게 충족할 수 있는지 문제가 될 수 있다. 현재 의료 자원의 분배는 개인적 차원에 머물러 있으며 건강보험 급여화 과정에서 이러한 윤리적인 고려가 이루어지고 있지 않다. 합리적인 기준은 노년층이 아닌 이들뿐만 아니라 노년층에게도 절실하다. 노년층이 필요로 하는 의료 자원이 무엇이고, 보건의료 외적으로 보장되어야 하는 것들은 무엇인지 제대로 논의가 이루어지지 않은 상황에서 65세 이상 인구를 대상으로 한 다양한 보장 강화 정책이 선거 공약으로 남발되는 것은 윤리적으로 바람직하지 않다. 또한 이러한 정책 대부분은 행정적 편의에 치중해있으며 현실적으로 노인들에게 도움이 되지 않는 것들이 많다.효라는 문화로 인해 드러내놓고 논의하지 못했지만 노령화와 한정된 자원의 상황으로 인해 이를 표현하고 토론할 필요가 있다. 노년기라는 인간이 거처가는 한 시기에 대한 사회적 논의가 합리적인 방향으로 이루어지는 과정에서 생애에 대한 타산적 접근법이 담당할 수 있는 역할이 클 것으로 기대한다.

물론 결론에서 지적한 제약들과 더불어, 한국에서 생애에 대한 타산적 접근법이 이러한 합리

적인 틀로 작용하기엔 거쳐야 할 관문이 많기 때문에 이 이론이 지닌 실효성에 대해 의심할 수 있다. 연령별 분배 논의가 진행되려면 개개인이 받을 의료 자원의 총량에 있어서 먼저 형평성이 이루어져야 하는데, 이에 대한 보장은 아직 취약하다. 또한 이러한 측면에서 현재 노년층은 한국 전쟁을 경험한 이들이고 어린 시절을 비교적 빈곤한 상황 가운데 보낸 이들이어서 연령별 분배 논의가 더욱 합리적이지 않게 보일 수도 있다. 한국의 시민들이 합리적인 숙고 과정을 거친 경험이 없다는 것도 큰 걸림돌이다. 하지만 본 논문의 결론에서도 알 수 있듯이, 이 이론은 가상의 조건들을 완벽히 실현하여 연령차등주의를 정당화한다는 무조건적인 윤리적 결론으로 사용되기보다 사회적으로 점차 논의할 수 있는 틀이라는 측면에서 적용되어야 하기 때문에 이러한 한계들에 대해서도 다양한 시사점들을 던져줄 수 있다. 다시 말해, 생애에 대한 타산적 접근법을 통한 사회적 논의를 시작해나가는 과정에서 이러한 걸림돌을 적절히 개선시킬 수 있는 사회적 조치를 요구한다면, 더욱 합리적인 분배 구조를 만들어 나갈 수 있을 것이다. 시민들이 자신의 노년기가 어떠할지를 상상하고 실제 연령대별 경험하는 삶을 합리적으로 서로 소통한다면 연령별 분배뿐만 아니라 다양한 분배 원칙을 세우는 데에도 도움이 될 것이라 기대한다. ㉞

REFERENCES

- 1) Butler RN. Age-ism: another form of bigotry. *The Gerontologist* 1969 ; 9(4) : 243.
- 2) Callahan D. Terminating Treatment: Age as a Standard. *The Hastings Center Report* 1987 ; 17(5) : 21-25.
- 3) 신수식. 사회보장론. 서울: 박영사 1986: 281-284.
- 4) Powers M, Faden R. Which way for Medi-

- care?, in Washington Post, 1997, A19.
- 5) 박상혁, *고령화 사회에서 근로세대와 은퇴세대 간의 보건의료 혜택과 부담의 정의로운 분배*, 서울대학교 철학사상연구소 2014.
 - 6) Daniels N, Global aging and the allocation of health care across the life span, *Am J Bioeth* 2013 ; 13(8) : 1-2.
 - 7) McKie J, et al, Allocating healthcare by QALYs: the relevance of age, *Camb Q Healthc Ethics* 1996 ; 5(4) : 534-545.
 - 8) Williams A, Intergenerational equity: an exploration of the 'fair innings' argument, *Health Econ* 1997 ; 6(2) : 117-132.
 - 9) Tsuchiya A, QALYs and ageism: philosophical theories and age weighting, *Health Econ* 2000 ; 9(1) : 57-68.
 - 10) Harris J, The age-indifference principle and equality, *Camb Q Healthc Ethics* 2005 ; 14(1) : 93-99.
 - 11) Loewy EH, Age discrimination at its best: should chronological age be a prime factor in medical decision making? *Health Care Anal* 2005 ; 13(2) : 101-117.
 - 12) Jecker NS, Justice between age groups: an objection to the prudential lifespan approach, *Am J Bioeth* 2013 ; 13(8) : 3-15.
 - 13) Giordano S, Respect for equality and the treatment of the elderly: declarations of human rights and age-based rationing, *Camb Q Healthc Ethics* 2005 ; 14(1) : 83-92.
 - 14) 양봉민, et al, *보건경제학*. 파주: 나남 2015: 101.
 - 15) Bowling A, Rationing health care. Access to treatment should be equal, regardless of age, *Bmj* 1997 ; 314(7098) : 1902.
 - 16) Bamba CL, Clear winners and losers are created by age only NHS resource allocation, *Bmj* 2012 ; 344 : e3593.
 - 17) Daniels N, Justice between Age Groups: Am I My Parents' Keeper? *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, Health and Society 1983 ; 61(3) : 489-522.
 - 18) Daniels N, *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*, Cambridge, GBR: Cambridge University Press 2008.
 - 19) Daniels N, *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*, Cambridge, GBR: Cambridge University Press 2008 : 178.
 - 20) 박상혁, *보건의료자원의 분배에 있어서 세대 간 정의: N. Daniels의 프루던셜한 평생이론*, *한국의료윤리학회지* 2013 ; 16(1) : 11-26.
 - 21) Daniels N, *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*, Cambridge, GBR: Cambridge University Press 2008 : 29-78.
 - 22) Rawls J, *A theory of justice*, Cambridge, Mass: Belknap Press of Harvard University Press, 1999.
 - 23) Daniels N, *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*, Cambridge, GBR: Cambridge University Press 2008 : 140-160.
 - 24) Daniels N, *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*, Cambridge, GBR: Cambridge University Press 2008 : 161-171.
 - 25) Daniels N, *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*, Cambridge, GBR: Cambridge University Press 2008 : 178, 179.
 - 26) Daniels N, *Am I My Parents' Keeper?: An Essay on Justice Between the Young and the Old*, Vol. 20, Oxford University Press, 1988.
 - 27) Daniels N, *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*, Cambridge, GBR: Cambridge University Press 2008 : 53, 63.
 - 28) Brauer S, Age rationing and prudential lifespan account in Norman Daniels' *Just health*, *J Med Ethics* 2009 ; 35(1) : 27-31.
 - 29) Daniels N, *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*, Cambridge, GBR: Cambridge University Press 2008 : 170.
 - 30) Daniels N, *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*, Cambridge, GBR: Cambridge University Press 2008 : 181, 182.
 - 31) Daniels N, *Just health: replies and further thoughts*, *J Med Ethics* 2009 ; 35(1) : 36-41.
 - 32) Daniels N, *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*, Cambridge, GBR: Cambridge University Press 2008 : 181-183.
 - 33) Daniels N, *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*, Cambridge, GBR: Cambridge University Press 2008 : 103-139.
 - 34) Schefczyk M, The multiple self objection to the prudential lifespan account, *J Med Ethics* 2009 ; 35(1) : 32-35.
 - 35) Parfit D, *Comments*, *Ethics* 1986 ; 96(4) : 832-872.
 - 36) Daniels N, *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*, Cambridge, GBR: Cambridge University Press 2008 : 117-139.
 - 37) Joshua C, PLURALISM AND PROCEDURAL-

- ISM, Chicago-Kent Law Review 1994 ; 69 : 589-1121.
- 38) Daniels N, Just Health: Meeting Health Needs Fairly, Cambridge, GBR: Cambridge University Press 2008 : 111-113.
- 39) Daniels N, Just Health: Meeting Health Needs Fairly, Cambridge, GBR: Cambridge University Press 2008 : 123-126.
- 40) Oh J, et al., Participation of the Lay Public in Decision-Making for Benefit Coverage of National Health Insurance in South Korea, Health Systems & Reform 2015 ; 1(1) : 62-71.
- 41) 이현정, 고령화시대 한국의 복지 프로그램과 새로운 노년 주체의 형성 : 서울 K복지관 도시락 배달 사업의 사례, 한국문화인류학 2014 ; 47(3) : 161-203.
- 42) 유근춘, et al, 고령화와 의료비간의 상호관계 분석과 세대간 형평성 제고방안, 연구보고서 2004 ; 2004(0) : 0-1.
- 43) Daniels N, Just Health: Meeting Health Needs Fairly, Cambridge, GBR: Cambridge University Press 2008 : 181-185.
- 44) Wolfe RA, et al, Calculating Life Years from Transplant (LYFT): Methods for Kidney and Kidney-Pancreas Candidates, American Journal of Transplantation 2008 ; 8(4p2) : 997-1011.
- 45) Reese PP, et al, How should we use age to ration health care? Lessons from the case of kidney transplantation, J Am Geriatr Soc 2010 ; 58(10) : 1980-1986.
- 46) NICE, Social Value Judgements: principles for the development of NICE guidance, 2008; Available from: <https://www.nice.org.uk/proxy/?sourceurl=http://www.nice.org.uk/aboutnice/howwework/socialvaluejudgements/socialvaluejudgements.jsp>.

A Response to the Critics of the Prudential Lifespan Approach

LEE Kyung Do*

Abstract

Norman Daniels proposed the prudential lifespan approach (PLA) to resolve debates about ageism. In this approach, he redefined the allocation of healthcare resources, especially regarding life-sustaining treatment, between age groups and tried to change the focus of the ageism debates from competition between the young and the old to personal allocative decisions within one's lifespan. Using this approach, Daniels justified rationing healthcare resources by age in some limited settings. However, several critical problems remain with the justification of age-based rationing made by PLA. Brauer and Schefczyk have pointed to philosophical as well as practical problems with the PLA. This article examines both the PLA and the critiques of it offered by these two authors. While maintaining the basic idea of the PLA, several modifications to the justification of age-based rationing using PLA are made in order to solve these both the practical and philosophical problems. Furthermore, recommendations for the application of this modified justification of age-based rationing in a real-world setting are given.

Keywords

resource allocation, intergenerational relation, ageism, health resources

* *Department of Health and Health Policy, Seoul National University, Graduate School of Public Health: Corresponding Author*