

특 집

# 우리나라 건강불평등 해소를 위한 정책 제안

윤태호

부산대학교 의학전문대학원 예방의학및산업의학교실

## The Proposal of Policies Aimed at Tackling Health Inequalities in Korea

Tae Ho Yoon

Department of Preventive and Occupational Medicine, School of Medicine, Pusan National University

Although the New National Health Promotion Plan 2010 target to reduce health inequalities, whether the program will be effective for reducing the health inequalities in Korea remains quite unclear. More and more developed countries have been started to concentrate on comprehensive policies for reducing health inequalities. The health policies of the UK, Netherlands, and Sweden are the most well-known.

I propose that a comprehensive blueprint for tackling health inequalities in Korea should be made and that it must contain five domains: a target, structure and process, life-course approach, area-based approach, and reorganization of health care resources. The target should be based on determinants of health and more attention should be paid to socioeconomic factors. The structure and process require changes from the national health care policy based on medical services to the national health policy that involves the establishment of a Social Deputy

Prime Minister and the strengthening multidisciplinary action. A life-course approach especially focused on the early childhood years. Area-based approach such as the establishment of healthy communities, healthy schools, or healthy work-places which are focused on deprived areas or places is also required. Finally, health care resources should be a greater investment on public resources and strengthening primary care to reduce health inequalities.

The policy or intervention studies for tackling health inequalities should be implemented much more in Korea. In addition, it is essential to have political will to encourage policy action.

*J Prev Med Public Health 2007;40(6):447-453*

**Key words :** Health promotion, Health policy, Socioeconomic factors

### 서론

건강불평등을 해결하기 위한 노력의 수준에 대해 Whitehead [1]는 활동단계 모형을 제시한 바 있다 (Figure 1). 이에 따르면, 우리나라의 현재 건강불평등을 해결하기 위한 노력은 '인지' 단계와 '경각심을 불러일으키는' 단계의 중간쯤으로 볼 수 있겠다. 우리 사회의 건강불평등에 대한 최근의 많은 연구들과 지난 2006년 한겨레신문의 '건강불평등 사회' 기획기사 등의 노력을 통해 우리 사회의 건강불평등의 현실과 건강불평등에 대한 사회적 인식이 증대되었지만, 이를 해결하기 위한 행동의 필요성에 대해서는 여전히 사회적 동기가 미흡한 실정이다. 물론, 새국민건강

증진종합계획 [2]에서 '건강형평성 제고'를 목표로 설정하였다는 점에서 관심의 단계를 뛰어넘어 행동을 개시할 단계라고 주장할 수도 있겠으나, 추상적 수준의 목표만 제시되어 있을 뿐 이를 해결하고자 하는 구체적 청사진은 없을 뿐 아니라, 국가보건정책에서 건강불평등의 해결은 주 관심사가 아니라는 점에서 이러한 주장은 수용하기가 어렵다.

건강불평등을 해결하기 위한 활동 단계 모형은 직선적이고, 순차적인 것을 의미하는 것은 아니며, 모든 국가들에서 각각의 단계를 모두 거쳐야 하는 것도 아니다. 즉, 첫 번째인 측정의 단계에서 '활동을 취하는' 단계로 이어질 수도 있는 반면, 측정 그 자체에만 머무르다가 정책적 무관심의

단계로 이어질 수도 있다. 우리나라의 건강불평등을 해결하고자 하는 행동 단계 역시 현재의 단계에서 부정 또는 무관심의 단계로 갈 수도 있고, 통합적이고 조화된 정책의 단계로 뛰어넘을 수도 있는데, 그 결정적 계기는 외국의 경험으로 이루어 짐작하건데, 건강불평등 해결에 적극적인 의지를 보이는 정당이 정권을 획득하는 등의 정치적 힘을 통해서이거나 특정 정당과 관계없이 건강불평등이 심각한 사회적 문제이며, 이는 전 사회적으로 함께 풀어야 한다는 사회적 합의로부터 나올 수 있을 것이다. 전자의 대표적 국가는 영국과 스페인으로, 영국은 블랙 보고서(Black Report)가 발표된 이후 약 17년간 부정과 무관심의 단계에 있다가 노동당 정부가 들어서자마자 마지막 단계로까지 발전한 예 [3]인 반면, 스페인은 스페인

이 연구는 건강증진기금 중장기 연구과제의 '건강불평등 완화를 위한 건강증진 전략 및 사업개발'의 지원을 받아 수행하였다.  
책임저자: 윤태호 (부산시 서구 아미동1가, 전화: 051-240-7969, 팩스: 051-243-1925, E-mail: yoonth@pusan.ac.kr)

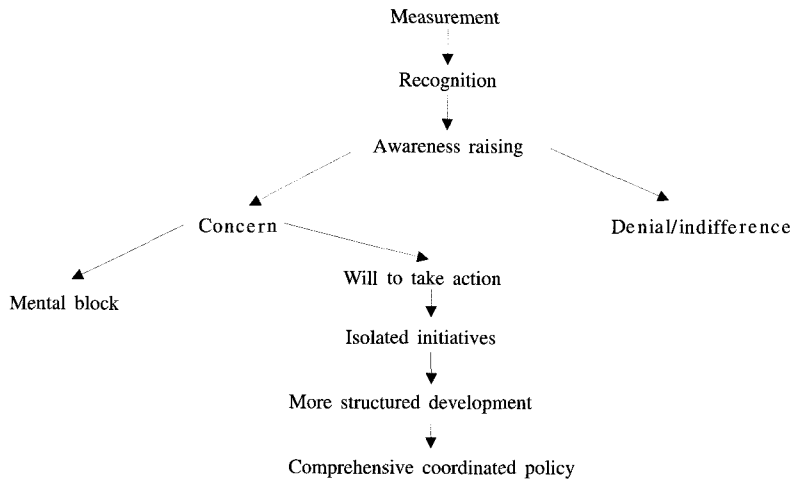


Figure 1. Action spectrum on inequalities in health (adapted from Whitehead [1], 1998).

판 블랙 보고서가 발간되고 이에 대한 정책적 노력을 시도하려 하였으나, 정권이 바뀔에 따라 폐기처분되었던 대표적 예이다 [4]. 이에 비해 네델란드는 후자의 대표적 국가로 어떤 특정 정치세력이 정치적 권력을 획득하는 것과는 비교적 무관하게 사회적 합의에 의해 건강불평등을 해결하기 위한 연구와 정책적 노력을 수행해왔다 [5].

건강불평등은 다양한 측면에서 해석될 수 있다. 즉, 젠더에 의한 건강불평등, 인종에 의한 건강불평등, 사회경제적 요인에 의한 건강불평등 등이 그것이다. 건강불평등을 어떤 측면에서 바라보느냐에 따라 정책도 달라질 수 있다. 하지만, 이들은 매우 밀접하게 연관되어 있다는 점과 대부분의 건강불평등 해결을 위한 각 국가들의 정책들이 사회경제적 요인을 중심으로 다루고 있으므로, 본 고에서는 건강불평등의 다양한 측면 중에서 사회경제적 건강불평등을 중심으로 논의하기로 한다.

### 우리나라의 정책 현황

아직까지 우리나라에서는 건강불평등 해결을 위한 정부 차원의 권위있는 보고서나 백서는 없는 실정이다. Kim 등 [6]이 건강수준의 사회계층간 차이와 정책방향이라는 제목의 연구보고서가 지금까지 나온 보고서 중 가장 눈에 띈다. 이 보고서에서는 현 실태에 대한 포괄적인 분석을 수행한 것에 비해 정책 내용은 포괄적이

지 못하다는 점이 한계로 지적할 수 있다. 이 보고서에서는 사회계층간 건강수준의 불평등 감소를 위해서는 ① 건강불평등에 대한 모니터링, ② 활용 가능한 통계에서의 사회경제적 지표 산출의 개선, ③ 건강불평등 감소를 위한 정책의제 형성과 국가 목표 설정, ④ 저소득층에 대한 의료보장의 강화와 사각지대 해소, ⑤ 인구학적 취약계층의 특성을 고려한 예방 서비스의 확충과 보건복지 프로그램의 강화, ⑥ 효과적인 건강증진 시책: 사회경제적 불평등을 고려한 흡연 시책 등을 제시하고 있다. 물론, 건강불평등을 해결하기 위한 정책 내용이 포괄적이지 못한 이유로 기초연구의 부족, 건강불평등 해결에 대한 정치적 의지 부족, 제시된 정책의 실현 가능성에 대한 회의 등이 주로 작용하였다는 점에서 이해할 수 있으나, 문제의 크기와 심각성이 부각된 반면, 건강불평등 해결을 위한 포괄적 정책이 제시되지 않았다는 면에서 아쉬움이 없지 않다.

우리나라에서 국가적 수준의 건강불평등 해소를 위한 정책은 새국민건강증진종합계획 [2]이 발표되기 이전까지는 거의 고려되지 않았다. 지난 2005년에 발표된 새국민건강증진종합계획에서는 2002년에 발표되었던 국민건강증진종합계획에는 없었던 ‘건강형평성 제고’를 ‘건강수명 연장’과 함께 양대 목표로 제시함으로써 건강불평등을 해결하려는 의지를 보였다. 하지만, 이를 실현하기 위한 구체적인 사업전략과 사업과제는 너무나도 취약

하여 목표를 달성하기에는 역부족인 것으로 판단된다. ‘건강형평성 제고’ 목표를 달성하기 위해서는 각 금연, 절주, 운동, 영양, 암 예방 및 관리, 고혈압·당뇨병 예방 및 관리, 심뇌혈관질환 예방 및 관리, 전염병 예방 및 관리 등 중요사업영역별로 건강형평성을 제고하기 위한 세부 목표 및 실행과제들이 제시되어야 하지만, 이에 대한 고려는 찾아볼 수 없다. 다만, 24개 세부 사업과제 중에서 24번째 사업과제(건강형평성)로 ‘소득수준별 상위 20%와 하위 20% 간 사망률 차이를 25% 감소시킨다’, ‘소득수준별 상위 20%와 하위 20% 간 건강행태 차이를 25% 감소시킨다’로 명시되어 있을 뿐이다. 건강형평성 제고를 위한 사업이 마치 다른 사업과제들과는 별도로 진행되는 듯한 느낌마저도 준다. 더군다나 건강형평성 사업과제의 세부추진계획을 살펴보면, ‘저소득층에 대해 희귀·난치성 질환에 소요되는 치료비 지원’, ‘방문보건사업 실시’, ‘취약지역 중심의 도시보건지소 설치’, ‘공공보건의료기관의 확대 및 기능 강화를 통해 취약계층에 보건서비스 지원 확대’ 등으로 제시되어 의료서비스 중심의 매우 제한적인 내용들로 구성되어 있다. 즉, 새국민건강증진종합계획에서는 ‘건강형평성 제고’라는 건강불평등을 해결하고자 하는 의지를 보였다는 점에서 그 의미를 부여할 수 있겠으나, 정책 목표와 정책 실행에서의 상당한 괴리를 보이고 있으며, 이는 여전히 건강불평등의 해결이 보건부문에서조차 정책적 우선순위가 아님을 반증하는 것으로 볼 수 있다.

### 외국의 정책 사례

국내의 건강불평등 해결을 위한 정책적 노력에 비해 서구 선진국에서의 노력은 상당히 포괄적이고 구체적으로 진행되고 있다. 가장 대표적인 영국, 네델란드, 스웨덴의 세 국가에서 건강불평등을 해결하기 위한 청사진이 어떻게 제시되고 있는지를 살펴보기로 한다.

먼저, 영국은 블랙 보고서 이후로 건강불평등에 대한 사회적 관심이 증가하였으나, 보수당 정부의 무시로 인해 정책 의제화

되지 못해 왔다. 블랙 보고서 [7]에서는 국영의료서비스(National Health Service)에 의한 무상의료제도가 시행되고 있음에도 불구하고 영국의 건강불평등 실태가 매우 심각함을 지적하였다. 그리고, 이를 해결하기 위해서는 어린이들에게 더 나은 삶의 기회를 부여하고, 예방과 교육 활동을 통해 대다수 인구집단의 건강수준을 향상시키며, 장애인에 대해서는 조기사망을 감소시키고, 지역사회 또는 시설에서의 삶의 질을 향상시킬 것을 권고하였다.

블랙 보고서 이후의 수많은 연구들과 정책적 요구들에 영향을 받아 1997년 노동당이 정권을 잡으면서 건강불평등은 중요한 국가 정책의제로 부각되었다. 그리고, 이러한 정책적 요구는 애치슨 보고서(Acheson Report) [8]를 통해 국가 정책으로 구체화되기 시작하였다. 애치슨 보고서는 영국에서 건강불평등을 해결하기 위해서는 조세와 사회보장, 교육, 고용, 주거 및 환경, 교통수단 및 오염, 영양, 국영의료서비스 등에 관여하는 정부 부처들의 협력이 필요하며, 이러한 사업들은 여성과 어린이, 청년 및 노동계층, 노년층의 생애주기별, 그리고 소수인종, 성을 고려하여 추진되어야 함을 제시하고 있다. 물론, 애치슨 보고서가 우선순위가 없이 나열적이며, 메카니즘이 없고, 근거와 정책이 일치하지 않으며, 비용효과성이 고려되지 않았다는 점 등에서 비판이 제기되고 있으나 [9], 이 보고서의 내용을 영국 정부에서 흔쾌히 수용하고 정부 정책에 반영되었다는 점에서 큰 의미를 가지는 것으로 평가할 수 있다.

네델란드는 영국의 사례에 비해 보다 체계화된 정책들을 제시하고 있는데, 교육, 소득 및 기타 사회경제적 요인들에서의 불평등을 감소, 사회경제적 지위에 부정적 영향을 미치는 건강문제의 감소, 건강에 대한 사회경제적 지위의 부정적 영향 감소, 그리고 저소득층에 대한 의료의 접근성과 질의 향상 등이 그것이다 [10]. 네델란드는 1990년대 10년간의 체계적인 연구를 통해 이러한 국가정책을 수립하였는데, 전반부 5년은 네델란드에서 건강의 사회경제적 불평등 실태와 그 결정요인을 연구한 것이었고, 후반부 5년은 건강불평

**Table 1.** Comparison of four well-known blueprints for comprehensive packages of policies and intervention to reduce inequalities in health

<p><b>The Black Report(UK, 1980)</b>                  Three objectives underpin:                  - To give children a better start in life                  - To encourage good health among a larger proportion of the population by preventive and educational action                  - For disabled people, to reduce the risks of early death, to improve the quality of life whether in the community or in institution, and as far as possible to reduce the need for the latter                  District action programme: general programme to be adopted nationwide                  - Health and welfare of mothers and pre-school and school children                  - The care of elderly and disabled people in their own homes                  - Prevention(the role of government): smoking, diet, exercise, drinking</p>
<p><b>Independent inquiry into inequalities in health(UK, 1998)</b>                  General recommendations                  - As part of health impact assessment, all policies likely to have a direct/indirect effect on health should be evaluated in terms of their impact on health inequalities, and should be formulate in such a way that by favouring the less well off                  - A high priority is given to policies aimed at improving health and reducing health inequalities in woman of childbearing age, expectant mothers and young children                  Main target areas                  - Poverty, income, tax and benefits; Education; Housing and environment; Mobility, transport and pollution; Nutrition and the common agricultural policy; The national health service                  - Mothers, children and families, Young people and adults of working age; Older people, Ethnicity, Gender</p>
<p><b>Programme Committee on socioeconomic inequalities in health(Netherlands, 2001)</b>                  Reduction of inequalities in education, income and other socioeconomic factors                  - eg. maintenance of income inequalities at the level of 1996                  Reduction of the negative effects of health problems on socioeconomic positions                  - eg. maintenance of the average benefit level;                  Reduction of the negative effect of socioeconomic position on health                  - eg. reduction of the difference between lower and higher educated people in the percentage of smoker, leisure time physical activities, overweight with 25%                  Improve access and effectiveness of healthcare for low socioeconomic groups                  - eg. maintenance of the differences between lower and higher educated people in healthcare utilization at the level of 1998</p>
<p><b>National Public Health Commission(Sweden, 2000)</b>                  Strengthening the social capital: eg. reduce poverty, reduce isolation and loneliness                  Growing up in a satisfactory environment: eg. secure bond btw children and parents                  Improving conditions at work: eg. low unemployment, reduced overtime                  Creating a satisfactory physical environment: eg. quiet and safe green areas near residential housing, a safe home environment, a safe traffic environment                  Stimulation health promoting life habits: eg. more physical exercise; reduce overweight; reduce unwanted pregnancies; reduce tobacco, alcohol consumption                  Developing a satisfactory infrastructure for health: eg. more health oriented health service; coordination of public health issues in the Cabinet Office and Ministries</p>

등을 감소하기 위한 체계적인 중재와 정책들을 만들어 내는 데 집중하였다 [10]. 특히, 네델란드에서는 건강불평등을 측정하는 여러 사회경제적 지표들 중에서 교육 수준에 주된 초점을 두고 있다. 예컨대, 교육수준 간 흡연율, 신체적 비활동률, 비만율, 의료이용률 등을 줄이는 것이 건강 불평등 해결을 위한 정책 목표로 제시되고 있는 것이다.

스웨덴은 사회적 자본의 강화, 만족스러운 환경에서의 보육, 작업조건 개선, 만족스러운 물리적 환경 창출, 건강한 생활습관의 촉진, 만족스러운 건강 인프라의 개발 등 6가지의 체계적이고 포괄적인 정책 영역과 함께 각각의 영역에서 구체적인 정책목표들을 제시하고 있다 [11]. 스웨덴 공중보건위원회에서 국가정책을 수립하는데 총 3년 간의 시간이 걸렸고, 정부조

직, 비정부조직, 학계 등 약 500여 개의 조직들에 자문을 받았다. 이러한 스웨덴의 국가건강정책은 전 세계에서 가장 선진적인 사례로 평가받고 있다 [12].

각 국가들의 정치경제적, 문화적 맥락은 상당히 다양하지만, 영국, 네델란드, 스웨덴의 공통점은 모두 건강결정요인에 근거한 포괄적이고 통합적인 건강불평등 해결을 위한 정책 청사진을 국가적 차원에서 제시되고 있다는 점이다 [13].

### 건강불평등 해결을 위한 정책 영역 및 주요 해결 과제

우리나라에서 건강불평등 해결을 위해 고려해야 할 정책 영역과 주요 과제들을 정책 목표, 정책구조와 과정, 생애주기적 접근, 지역 공동체 또는 장 중심의 접근, 보

**Table 2.** The domains and examples or approaches of policy tackling health inequalities

Domains of policy	Main policies or approaches tackling for health inequalities
Target	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Based on the wider determinants of health</li> <li>· More attention to socioeconomic factors</li> <li>· Development of national headline indicators</li> </ul>
Structure and process	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Paradigm shift from national medical care policy to national health policy</li> <li>· Strengthening multidisciplinary action</li> <li>· Establishment of Social Deputy Prime Minister</li> <li>· Strengthening public-private partnership</li> <li>· Health impact assessment</li> </ul>
Life-course approach: more focus on early childhood years	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Developing equal start program</li> <li>· Collaboration between education and health &amp; welfare system</li> <li>· Reducing childhood poverty</li> </ul>
Area-based approach: Focus on disadvantaged communities or fields	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Healthy communities</li> <li>· Healthy schools</li> <li>· Healthy work-places</li> </ul>
Reorganization of health care resources	<ul style="list-style-type: none"> <li>· More investment in public resources</li> <li>· More investment in preventive services</li> <li>· Strengthening primary care</li> </ul>

건의료자원의 재조직화 등 5가지 영역에서 제안하고자 한다 (Table 2).

**1. 정책 목표의 설정**

**1) 건강결정요인에 근거한 건강형평성 정책 목표 설정**

건강불평등 해결을 위한 정책 목표는 건강결정요인에 근거한 보편적이고 포괄적 정책이 근간을 이루되, 물질적으로 취약한 계층을 우선적으로 고려해야 한다. 그 정책적 접근 영역으로는 근원적 문제로서의 사회경제적 불평등 해결, 사회경제적 요인에 따른 위험요인에의 차별적 노출 해결, 불건강으로 인한 사회경제적 지위의 하락 또는 사회경제적 불평등 심화의 차단 등으로 나누어 볼 수 있다.

첫째, 근원적 해결 방안으로는 사회경제적 불평등을 해결하는 것이다. 물론, 이의 가장 적극적인 대치는 사회적으로 불평등하게 평가받는 사회경제적 지위 그 자체를 없애는 것이고, 그 중요성이 간과되어서는 않되지만, 정책 의제화 되는 데에는 현실적인 한계가 있다. 따라서 현실적 정책은 사회경제적 지위로 인해 나타나는 물질적 수준의 차이를 어떻게 해소 또는 완화시킬 것인가에 초점이 맞추어진다. 건강결정요인에 의하면 건강불평등에 가장 큰 영향력을 미치는 물질적 관련 요인은 소득불평등과 빈곤이다. 임금구조 및 조세 개혁 등을 통한 소득불평등의 완화

와 절대적 빈곤 뿐 아니라 상대적 빈곤까지 포괄하는 강력한 탈빈곤 정책의 실현이 핵심 정책 목표이다. 이는 보건의료의 영역을 벗어나는 것이지만, 건강불평등을 해결하기 위해서는 매우 중요한 과제이다. 이를 달성하기 위해서는 건강불평등 해결이 국가의 중요한 정책과제로 자리매김 되어야만 한다.

둘째, 사회경제적 요인에 따른 위험요인에의 노출을 해결하는 것이다. 이러한 위험요인으로는 사회심리적 요인과 건강행태 요인이 대표적이다. 사회심리적 요인은 비슷한 사회경제적 조건 하에서도 건강불평등이 나타나는 현상에 주목하며, 이는 사회적 지지, 사회적 영향의 힘, 사회참여와 참가의 수준, 물질적 재화와 자원에의 접근성 등을 통해 건강에 영향을 줄 수 있음을 강조한다. 특히, 노력에 대한 적절한 보상이나 사회적 지지 등 사회적 관계의 활성화가 스트레스에 대한 완충적 역할을 수행할 수 있다. 따라서 취약노동계층의 노동조건 개선과 노동과정에서의 자율적 통제력을 강화하려는 노력 등은 건강불평등을 해결하는데 중요한 정책 방안이다. 건강 행태적 요인은 흡연, 음주, 운동, 영양 등 매우 친숙한 개념이다. 현재 건강증진사업의 초점은 대부분 건강행태 요인에 맞추어져 있다고 해도 과언이 아니다. 하지만, 간과해서 안되는 사항은 사회경제적 요인을 고려하지 않은 건강행태

개선 사업은 건강불평등을 더욱 심화시킬 수 있다는 점이다. 특히, 사회경제적 취약계층은 건강에 나쁜 생활습관을 더 많이 하고 있을 뿐 아니라, 중재 사업을 통한 개선 속도도 매우 낮다. 이는 이들의 삶의 환경, 물질적 조건 등이 고려되지 않고, 일반 인구집단에 적용되는 접근법을 고수하기 때문이다. 실제, 이들에게 왜 건강하지 않은 행동을 하는지에 대해 직접 면접을 해 보면, 상당수가 건강이 중요한 건 알지만 생계 유지가 급선무이기 때문에 관심을 가질 여유가 없고, 설상 관심을 가지고 서비스를 이용하려 하더라도 다니고 있는 직장에서는 이러한 사업에 무관심할 뿐 아니라, 직장에서 집으로 돌아오더라도 밤이기 때문에 그 시간에 이용할 수 있는 곳이 없다는 반응이 대부분이다. 따라서, 이러한 문제를 해결하기 위해서는 보건학적 문제 외의 다른 문제들을 동시에 고려해야 하는데, 보건, 복지, 고용, 교육 등이 서로 협력하는 통합적 서비스망 구축이 필수적이며, 의식적으로 취약계층 또는 취약지역에 초점을 둔 건강생활실천사업이 필요하다. 특히, 취약계층들이 밀집해 있으면서, 건강수준이 낮은 지역을 선정하여 집중적인 사업을 수행하는 방식도 향후 건강불평등 해결 정책에서 중요하게 고려되어야 할 것이다.

셋째, 불건강으로 인한 사회경제적 지위의 하락 또는 불평등의 심화를 예방하는 것으로, 형평적인 보건의료 재원 조달과 보건의료서비스의 이용이 그것이다. 보건의료서비스가 건강불평등을 해결하는 데 제한적으로 알려져 있으나, 그렇다고 해서 보건의료서비스의 정책적 중요성을 간과해서는 안 된다. 특히, 경제적 구매 능력이 아닌 의학적 필요에 따라 의료서비스를 제공해야 한다는 의료이용의 형평성 원칙은 건강불평등 정책에서 여전히 중요하다. 의료서비스 자체가 사망률의 감소 또는 평균수명의 증가에 큰 기여를 하지 못하더라도 삶의 질의 향상 등에서 중요한 역할을 할 수 있음을 고려해야 한다. 이를 위해서는 질병으로 인한 소득손실과 가계 부담을 획기적으로 줄이기 위해 피부미용, 성형 등 사회적으로 수용하기 어려운 서비스를 제외한 모든 비급여서비스

의 원칙적 급여화, 상병수당제도, 본인부담 상한제 등을 골간으로 하는 보편적 의료보장제도가 확립되어야 한다.

2) 모니터링을 위한 핵심 건강불평등 지표의 선정

건강불평등 해결이라는 정책적 목표를 위해서는 지속적인 모니터링이 필요하며, 이는 핵심적인 건강불평등 지표의 선정이 필수적이다. 영국은 건강불평등을 모니터링하기 위한 핵심지표로 사회계층 간 영아사망률과 지역 간 평균수명 두 가지를 제시하였고, 법정부적 활동을 모니터링하기 위한 지표(Headline indicators)로 12가지를 제시한 바 있다 [14]: 압과 심장질환 사망률; 10대 임신율; 취약지역에서의 도로 교통 사고율; 일차의료전문가 수; 인플루엔자 백신 접종률; 육체적 노동자와 산모의 흡연율; 교육성취도; 과일과 야채 섭취; 취약주거비율; 학교 체육; 빈곤아동; 임시 시설에 거주하는 노숙자 가족수. 한편, Khang 등 [15]은 건강형평성 목표 설정과 관련하여 중요성이 큰 지표(예: 건강수명 등), 건강불평등의 기전으로 상대적으로 중요성이 큰 지표(예: 흡연 등), 건강불평등이 악화되거나 악화가 예상되는 지표(예: 자살 등), 건강불평등의 절대적, 상대적 크기가 큰 지표를 우선순위 선정의 원칙으로 선정하고, 다양한 지표들을 제시한 바 있다.

이러한 외국사례와 연구들을 근거로 하여 국가 수준에서의 가장 핵심적 건강불평등 지표들을 선정하고, 이들 지표들의 변화를 근거로 정책 및 사업의 효과성을 모니터링하는 노력이 필요하다.

2. 정책 구조와 과정의 혁신

1) 국가보건의료정책에서 국가건강 정책으로의 전환

대다수의 국가들에서는 보건정책(health policy)을 의료정책(medical care policy)과 동일하게 간주하고 있지만, 의료는 국가 보건정책 중 일부일 뿐이다 [12]. 이러한 문제 인식은 라롱드 보고서(Lalonde Report)에서부터 지적되어 왔지만, 여전히 해결되지 않는 부분이다. 실제, 치료의학적 서비스가 국민의 건강수준에 미치는 영향은 그

다지 크지 않다는 것은 널리 알려진 사실이다.

우리나라 보건정책 역시 의료정책이 중심에 있다. 국가보건의료정책의 최종 목표가 국민 건강의 향상에 있다하더라도, 실제 목표는 의료서비스의 형평성과 효율성만을 강조해 왔었다. 의료보험에서 건강보험으로 명칭을 변경한 이유 중의 하나가 치료보장의 영역에서 건강보장의 영역으로 인식을 확대하자는 것임에도 불구하고, 여전히 건강보험의 급여는 치료서비스가 대부분을 차지하고 있으며, 건강보장은 수사학적 표현에 머무르고 있다. 실제적인 국민의 건강을 향상시키기 위해서는 보건의료서비스 전달을 직접적 목표로 하는 현행 국가보건의료정책에서 국민의 건강 향상을 직접적 목표로 하는 국가건강 정책으로의 전환이 필요하다. 건강불평등을 해결하기 위한 정책은 이러한 국가건강정책의 핵심이 되어야 한다.

2) 사회부총리 제도의 신설을 통한 다부처간 접근

건강결정요인에 근거한 건강불평등 해결을 위해서는 보건복지부의 정책적 노력만으로는 한계가 있으며, 다부처의 긴밀한 협조가 필수적이다. 현재 새국민건강증진종합계획에는 교육인적자원부와 노동부에서 참여하고 있으나, 상호간의 긴밀한 협력이 없는 단순한 업무 할당에 그치고 있다. 즉, 국민건강증진사업을 종합적으로 수행해 나갈 주체는 결국 보건복지부에 한정되어 있다는 점이다. 이러한 운영 방식으로는 포괄적인 건강결정요인 중에서 일부분만 해결될 뿐이다. 건강증진사업이 금연, 절주, 운동, 영양 등 건강생활 실천사업에만 치우치고 있는 것도 이러한 맥락에서 이해될 수 있다. 건강결정요인의 해결을 통해 건강불평등을 줄이기 위해서는 소득, 노동, 교육, 환경, 교통, 보건 등 다양한 사회경제적 문제들을 건강의 관점에서 해결하는 것이 필요한데, 이는 보건복지부만의 힘으로는 불가하며, 보다 상위의 정책 조율이 필수적이다. 사회부총리제도의 신설은 이러한 정책 조율을 하는데 중요한 역할을 수행할 것으로 기대한다.

3) 공공-민간 파트너십의 형성

우리나라의 공공보건의료 조직은 매우 취약하며, 보건의료서비스는 대부분 민간 자원에 의존하고 있다. 문제는 민간 의료기관에서는 경제적 이유 등으로 공공적 성격이 강한 건강증진사업에는 큰 관심을 두지 않으며, 더군다나 민간자원의 참여 없이는 성공적인 건강증진사업을 수행하기 어렵다는 사실이다. 이를 해결하기 위해 민간자원에 공공서비스 계약 방식으로 공공과 협력하는 방안을 고려해 볼 수 있다. 즉, 민간자원에 일정한 예산을 주되, 그 계약 사항에 그 민간자원에서 수행해야 할 공공서비스의 내용과 목표치(예를 들어, 금연 상담 횟수, 금연 상담자의 금연 성공률 등)를 포함시키는 방식이다. 특히, 민간의료기관들의 건강증진사업 참여를 장려하기 위해 건강증진기금으로 확보된 예산을 공공서비스 계약에 사용하는 것을 적극 검토해 볼 필요가 있다. 이렇게 되면, 보건소는 지역사회 주민 전체를 대상으로 하는 건강증진사업 계획을 수립하고, 수립된 계획에 근거하여 민간자원과 공공서비스 계약을 맺는 등의 관리자적 기능을 강화해야 한다.

3. 생애주기적 접근

최근 들어 생애주기적 접근 정책이 중요하게 다루어지고 있다. 생애주기별 접근은 불건강이 생애 특정 시점의 일시적 문제가 아니라, 생애 전 과정에 걸쳐 축적된 결과라는 점을 강조한다 [16]. 특히, 태아기와 영유아기의 생애 초기는 성인기의 건강불평등을 유발하는 중요한 시기이다 [17]. 이러한 이유로 미국의 헤드 스타트(Head Start), 영국의 슈어 스타트(Sure Start) 프로그램은 평등한 기회의 보장을 위해 인생의 첫 출발단계인 영유아 시기에서부터 건강한 성장과 발달, 그리고 교육기회의 평등을 보장하는 데 그 목표를 두고 있다. 우리나라에서도 최근 건강투자전략을 앞세워 이전의 전통적 모자보건사업에서 보다 적극적으로 산모와 어린이 건강을 위한 자원 투입을 중요한 정책과제로 제시하고 있다. 하지만, 이 역시 각 주관부처 중심으로 진행되어 여전히 교육과 건강을 통합적으로 사고하는 데에는 한계가

있다. 또한 교육인적자원부에서 추진하는 교육복지투자우선지역 사업은 동등한 기회의 보장이라는 측면에서 교육과 복지 그리고, 보건을 결합할 수 있는 유력한 정책수단임에도 불구하고, 교육인적자원부와 학교의 영역을 벗어나지 못하는 한계가 있다. 아동과 청소년을 대상으로 하는 건강형평성 사업은 평등한 사회적 기회의 보장이라는 목표 하에서 교육과 복지, 그리고 보건이 서로 통합적으로 연계되는 방식으로 추진되어야 할 것이다.

#### 4. 지역 공동체 또는 장 중심의 접근

##### 1) 특별건강관리지역의 선정과 집중 관리

현행 보건소 중심의 건강증진사업(건강생활실천사업)은 원칙적으로 지역사회를 기반으로 하고 있으나, 매우 제한된 지역사회 주민들에 대해 집중적인 서비스가 제공되고 있다. 이는 보건소의 인적 역량에 비해 관찰하는 지역이 광범위하여 지역사회 전체를 대상으로 사업을 수행하는 것이 현실적으로 어렵기 때문이기도 한다. 소수의 주민들에게 서비스가 제공되는 한계를 극복하기 위해서는 개인 중심에서 지역 중심으로의 접근이 필요하다.

제한된 자원으로 사업을 수행하기 위해서는 전략적 접근이 필요한데, 취약계층이 밀집해 있고 건강수준이 타 소지역에 비해 낮은 지역을 중심으로 지역자원을 조직화하여 통합적이고 집중적인 지역 공동체 사업을 수행하는 노력이 국가적 수준에서 중심적으로 논의될 필요가 있다. 특히, 건강취약지역이 많은 지자체는 예산구조도 취약하다는 점을 고려하여 중앙 정부 수준에서 지역간 건강불평등의 해결이라는 목적에서 특별예산의 투입하는 정책적 노력이 필요하다.

##### 2) 취약지역 학교와 영세 사업장 중심의 접근

청소년과 성인을 대상으로 하는 사업에서 학교와 사업장은 매우 중요한 정책적 고려 영역이자 활동 공간이다. 부유한 지역의 학교 또는 대기업 사업장 등에서는 자체적인 건강증진사업을 활발하게 진행하고 있으나, 취약지역의 학교, 중소기업

업 또는 영세사업장에서는 건강증진이라는 용어 자체가 생소한 개념인 경우가 많다. 물론, 현재 학교와 사업장을 중심으로 하는 건강증진사업이 수행 중에 있고, 그 중요성도 강조되고 있으나, 관련 중앙부처 간 또는 관련 광역지자체 단위 간의 협력이 제대로 되어 있지 않아 일선 보건소나 학교, 또는 사업장에서 상호 간에 연계를 하는데 어려움을 겪고 있는 것 역시 사실이다. 이들 취약지역 학교와 영세 사업장은 자체적인 건강증진 프로그램을 수행하는 것이 어렵기 때문에 지역사회 자원과 함께 수행하는 것이 고려될 필요가 있다. 즉, 지역사회·학교·사업장을 함께 사고하는 건강증진 정책이 필요하다.

#### 5. 보건의료자원의 재조직화

건강불평등을 해결하기 위한 보건의료 자원의 재조직화의 핵심은 공공보건의료 자원의 확대, 치료서비스 중심에서 예방서비스로의 집중적인 투자, 그리고 일차의료의 강화에 있다. 특히, 취약계층이 원하는 때에 쉽게 이용할 수 있는 공공보건의료 자원이 확충되어야 한다. 예컨대, 현재 매우 제한적으로 이루어지고 있는 도시보건지소를 주민건강센터의 이름으로 취약지역을 중심으로 대폭 확대하는 것은 취약계층의 건강증진에 큰 기여를 할 수 있다. 일차의료에서 건강증진과 질병예방은 매우 중요한 사업 영역이다. 그러함에 불구하고, 우리나라 일차의료 서비스는 거의 전적으로 치료서비스 중심에 의존하고 있으며, 이로 인해 일차의료간의 불필요한 경쟁 역시 심화되고 있다. 따라서, 치료 중심적인 현행 서비스 제공 방식에서 건강증진과 질병예방 서비스의 비중이 높아지는 방향으로 일차의료의 전면적 개혁이 필요하다.

#### 결론

우리나라의 건강불평등에 대한 사회적, 정치적 관심은 여전히 미흡한 상태이다. 따라서 이를 해결해야 한다는 공감대 역시 제대로 형성되어 있지 않다. 건강불평등은 당연한 사회적 현상으로 간주하고

외면하려는 경향마저도 나타난다. 더군다나 학계에서조차 건강불평등을 해결하려는 정책적 노력은 중요한 연구의 대상이 되지 않고 있다.

정책이 성공하기 위해서는 문제에 대한 이해, 정책내용의 개발, 그리고 정치적 지지가 중요하듯이 건강불평등을 해결하기 위해서는 학문적 영역의 노력 그 이상을 필요로 한다. 하지만, 건강불평등에 관한 다양한 학문적 연구가 수행되지 않은 상태에서 건강불평등 해결을 주장하는 것은 한계가 있을 수밖에 없다. 건강불평등이 정책적 관심사가 되기 위해서는 우리 사회의 건강불평등의 실태를 파악하는 연구 수준을 뛰어넘어야 하며, 선연적이고 당위론적 정책 권고 수준을 벗어나 보다 현실감 있는 정책 연구와 중재사업 연구들이 수행되어야 한다. 물론, 건강불평등을 해결하고자 하는 정치적 의지가 중요함은 말할 나위가 없다. 건강불평등 해결이 중요한 국가 과제다로 채택되도록 끊임없는 연구와 정책적 노력이 필요할 것이다.

#### 참고문헌

1. Whitehead M. Diffusion on ideas on social inequalities in health: A European perspective. *Milbank Q* 1998; 76(3): 469-492
2. Ministry of Health and Social Welfare. New National Health Promotion Plan. Ministry of Health and Social Welfare; 2005 (Korean)
3. Benzeval M. England. In: Machenbach J, Bakker M, editors. Reducing inequalities in health: a European perspective. 1st ed. London: Routledge; 2002. p. 201-212
4. Benach J, Borell C, Daponte A. Spain. In: Machenbach J, Bakker M, editors. Reducing inequalities in health: A European perspective. 1st ed. London: Routledge; 2002. p. 262-273
5. Stronks K. The Netherlands. In: Machenbach J, Bakker M, editors. Reducing inequalities in health: a European perspective. 1st ed. London: Routledge; 2002. p. 249-261
6. Kim HR, Khang YH, Yoon KJ, Kim CS. Socioeconomic health inequalities and counter policies in Korea. Korean Institute of Health and Social Affairs; 2004. p. 317-328 (Korean)
7. Black D, Morris JN, Smith C, Townsend P. The Black Report. In: Townsend P, Whitehead M, Davidson N, editors. Inequalities in health : The Black Report and the Health Divide. 2nd ed. London: Penguin Books; 1992. p. 198-208

8. Acheson D. Independent inquiry into inequalities in health report. London: Stationery Office; 1998, p. 120-130
9. Exworthy M, Balne D, Marmot M. Tackling health inequalities in the United Kingdom: The progress and pitfalls of policy. *HSR* 2003; 38(6): 1905-1921
10. Machenbach JP, Stronks K. The development of a strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. *Int J Equity Health* 2004; 3(1): 1-7
11. Ministry of Health and Social Affairs. Health on equal term: Final proposal on national targets for public health. Stockholm: Ministry of Health and Social Affairs; 2000 (Korean)
12. Navarro V. What is national health policy? *Int J Health Serv* 2007; 37(1): 1-14
13. Machenbach JP, Bakker MJ. Tackling socioeconomic inequalities in health: Analysis of European experiences. *Lancet* 2003; 362(9393): 1409-1414
14. Department of Health. Tackling health inequalities: Status report on the programme for action. London: Department of Health; 2005. p. 10-13
15. Khang YH, Kang MA, Kim MH, Kim YM, Shin YJ, Yoo YS, Yoon TH, Jhang SR, Jeong BK, Choi KH, Cho SI, Cho HJ, Choi YE, Choi YJ, Huh SI. Developing indicators of equity in health and monitoring magnitude of socioeconomic inequality in health. Ministry of Health and Welfare; 2006, p. 405-422 (Korean)
16. Davey Smith G. Introduction: lifecourse approaches to health inequalities. Davey Smith G, Editor. Health inequalities-lifecourse approaches. 1st ed. Bristol: The Policy Press; 2003. p. xii-ix
17. Power C, Matthews S. Origins of health inequalities in a national population sample. *Lancet* 1997; 350(9091): 1584-1589