



근로자 흡연의 건강불평등과 사업장 금연정책(5)

- 건강형평성 정책(1)

양산삼성병원 산업의학과 / 박 정 래

기존의 보건사업은 오히려 건강불평등을 심화시킬 수 있다.

2004년 10개 보건소를 대상으로 한 금연 클리닉 시범사업의 결과는 그 좋은 예이다. 사업 결과, 금연성공률은 건강보험 대상자가 의료급여 대상자에 비해, 직업을 가진 사람들이 무직업자에 비해, 그리고 대도시 거주자가 농촌거주자에 비해 유의하게 높게 나타났다.

이러한 금연사업을 지속적으로 확대시켜 나가는 것은 결과적으로 계층간의 건강불평등 격차를 더욱 확대시킬 수 있다. 금연과 관련한 건강불평등을 줄이기 위해서는 각종 보건의료서비스의 접근성이 떨어지는 저소득층 집단에 특화된 금연정책과 사업을 마련할 필요가 있다.

바로 이것이 건강형평성 정책이다.

건강형평성 정책 사업이란?

건강형평성 정책 사업이란 건강불평등의 예방과 완화, 궁극적으로는 이의 해소를 위한 정책 또는 사업을 말한다. 보다 구체적으로는 다음과 같은 성격을 가진 정책과 사업에 해당한다.

첫째, 건강 불평등을 예방하는 사업과 그 정도를 해소하고 나아가 건강형평성을 견고히 하는 사업, 모두를 포함한다.

둘째, 사업 목적 자체를 기존 건강불평등을 줄이기 위해 설계하는 사업을 말할 뿐만 아니라 어떤 사업의 진행을 기획하는 시점에서 그 사업의 결과가 건강불평등을 심화시키지는 않는지, 또는 이 사업을 통해서 건강불평등을 줄일 수 있는지를 검토하고, 사업의 설계와 진행과정에서 이를 반영하는 것까지를 포함한다.

셋째, 건강형평성 사업은 일반근로자 집단 전체를 대상으로 할 수도 있고(건강불평

등 예방), 현장근로자 또는 비정규직 근로자와 같이 특별히 취약집단을 주된 대상으로 할 수 있다(기존 건강불평등 해소).

넷째, 건강형평성 사업은 상대적인 건강 불평등을 해소하는 정책과 절대적인 건강불평등을 해소하는 정책 모두를 포함한다.

건강형평성 정책 사업의 특징

통상적으로 진행되어 오고 있는 근로자 건강증진 정책사업과 비교할 때 건강형평성 정책사업의 특징은 다음과 같다.

첫째, 건강형평성 정책 사업은 근로자 계층간의 건강불평등 문제해소를 우선적인 목표로 한다.

둘째, 건강형평성 사업 대상은 주로 취약한 근로계층집단이며, 건강불평등의 예방사업시에는 전체근로자를 대상으로 할 수 있다.

셋째, 통상적 건강증진사업이 개인적 접근을 통한 행동변화적 접근방식 또는 특정한 고위험군에 집중하는 경향(population-at-risk approach)이 강한 반면에 건강형평성 정책은 복합적 문제를 가진 집단에 대한 포괄적 접근과 사업대상의 참여를 강조하는 취약집단접근법(the vulnerable gr-

oups approach)을 강조한다.

넷째, 건강형평성 정책 사업은 사업장 보건의료문제에 국한되지 않으며, 노동, 교육, 주거 등의 포괄적인 문제에 대한 지역사회 기반의 다수준적 접근방식과 사회적 지지프로그램 제공, 현장방문 서비스 등이 더욱 중요한 역할을 수행한다.

일반적으로 개인이나 사회집단에 관한 연구는 전형적으로 상호 참여하게 대비되는 정책적 함의를 제공한다. 개인연구는 동일한 인구나 사회집단에 속한 사람들을 일정한 문제(질병이나 사회문제)를 지닌 군과 그렇지 않은 군으로 구분하게 마련이며, 이러한 접근방식에 따라 문제군의 사람들을 질병의 징후와 동일한 것으로 간주해서 이들의 생활방식이나 사회경제적 환경에서 다른, 달랐던 점을 찾아낸다. 그리고 거의 필연적으로 그 결과는 이 문제군이 그 질병의 발병 '위험성이 높은' 집단으로 나타나는 데, 왜냐하면 이들은 특정한 요소가 취약하기 때문이다.

그 다음 문제는 이 문제 집단에 어떻게 개입해서 그 질병에 걸리지 않도록 할 것인가 하는 것이다. 때로는 그것이 정기적인 건강진단과 같은 '선별검사(screening)'를 통해 병의 유무나 발암가능성을 효율적으로 가려내는 것과 그에 따른 조기치료를 제공

하는 방식일 수도 있고, 때로는 생활방식의 어떤 측면을 변화시키는 방식일 수도 있지만, 어떤 방식이든 특정한 서비스의 제공이나 개입을 제공하는 것임에는 틀림없다. 이러한 접근방식은 보건분야 뿐만 아니라 사회, 심리, 발달, 교육 문제 등의 연구에서도 광범위하게 적용되고 있다.

이러한 접근방식의 문제점은 결과적으로 많은 비용이 드는 새로운 서비스(예를 들면 금연 진료의 보험급여 적용, 금연보조제의 무상지급 범위 확대) 등에 대한 제안을 무성하게 하지만, 사회에 내재해 있는 그 문제의 근원은 여전히(그리고 어쩌면 전혀 알려지지 않은 채) 남아있게 된다는 점에 있다.

게다가 새로운 문제들은 제각각 계속적으로 발생하는 위험성을 구조적으로 바로잡는데 쓰여야 할 자원까지도 끊임없이 요구하게 된다. 그 체제의 근본적인 결함이 바로잡히지 않음으로써, 그로 인해 고통 받는 사람과 그들의 필요에 부응하는 특별한 서비스에 대한 요구가 끊임없이 생겨나게 되는 것이다.

예를 들어 흡연문제의 경우, 저소득층의 근로자집단이 흡연행위를 수용하게 되고 결과적으로 니코틴 중독 상태를 유지, 강화시켜 나가게 되는 사회구조적인 요인들에 대한 문제 해결 노력보다는 중증 흡연자에 대한 금연보조제의 지급확대 또는 금연진료의

보험급여를 추진하는 등과 같이 특별한 의료서비스의 제공혜택을 확대하는 데 주력하게 되는 것과 그 맥을 같이한다. 이러한 접근방식은 결과적으로 금연사업의 예산을 보다 늘리게 만드는 결과를 낳을 수 있다.

그러나 또 다른 접근방식이 가능하다. 직장스트레스의 예를 들어보자. 기업은 직무스트레스를 심하게 받고 있는 직원들에게 값비싼 전문 심리상담 서비스를 제공하는 방안을 제공하여 외부에서 우수한 심리상담사를 정기적으로 초빙하는 데 비용을 들이는 것을 선택할 수도 있지만 이와는 다른 방법으로 직원들의 업무자율성을 높이는 등의 업무관행과 조직체계를 변화시킴으로써, 질병으로 인한 결근을 줄이고 생산성을 높일 수도 있다(Karasek and Theorell, 1990).

전문상담서비스를 제공하는 것처럼 기업의 보건비용을 증가시키는 방식으로 직장스트레스에 대처하기 보다는 좀 더 직무스트레스의 구조적 요인을 해결하는 방안으로 적극적으로 접근하는 것이 추가적인 보건의료서비스 비용을 발생시키지 않을 뿐만 아니라 궁극적인 업무 효율성까지도 높일 수 있는 것이다.

물론 사업장의 모든 건강문제를 근원적으로 해결할 수 있는 제도적 변화를 밝혀내고 이를 실천해 나간다는 것은 분명 쉽지 않은

일이다. 하지만 우리에게서 위험한 기계의 안전장치나 유독성 물질의 노출규제 등과 같이, 기술적인 위험요소를 방지하는 법률 제정과 개혁의 오랜 역사를 가지고 있다. 이러한 기술적인 해결방안은 직업과 작업환경으로부터 건강보호에 크게 기여해 온 것이 사실이다.

이제 오늘날의 건강불평등 연구에서는 질병의 사회구조적인 원인들이 점차적으로 밝혀지고 있다. 한마디로 우리는 유독성 물질과 기계적 위험성에 노출되어 온 것과 마찬가지로 사회적 환경과 조직형태의 유독성에 노출되어 있다고 할 수 있는 것이다.

건강영향평가(Health Impact Assessment)?

건강영향평가는 대상 사업을 시행할 경우 초래될 수 있는 건강결정요인 변화로 인해 특정 인구집단의 건강에 미치는 잠재적 영향을 확인하여 긍정적인 영향은 최대화하고 부정적 영향과 건강불평등은 최소화하여 사업계획을 조정하거나 대책을 마련하도록 의사결정권자에게 정보를 제공하기 위한 목적으로 이뤄진다. 이를 위해 건강영향평가는 정책 등이 시행되기 전에 이뤄지는 것이 적절하다. 이는 사회적 취약집단의 건강상태에 초점을 맞추는 데 기여할 수 있다.

건강영향평가는 '정책 또는 사업이 건강에 미칠 수 있는 영향과 인구집단 사이에 나타나는 영향의 분포를 평가하는 과정, 방법, 수단'으로 정의할 수 있다. 최근 세계적으로 관심을 끌고 있는 것은 특히 건강불평등, 건강형평성에 초점을 둔 건강영향평가이다.

일반적으로 국민들의 건강이나 의료이용을 개선하고자 하는 정책이 결과적으로는 계층간의 의료이용 불평등을 심화시키는 결과를 초래할 수 있다. 이런 관점에서 각종 보건 의료정책이나 사업의 효과를 사전, 사후에 분석하는 것이 건강영향평가의 목적이다.

Quigley 등(2006)은 건강영향의 기본가치 가운데 하나로 형평성을 들고 있다. 형평성은 인구집단에서 건강수준이나 건강결정요인의 차이가 감소하는 것이 바람직하다는 것을 의미한다. 형평성의 차이를 존중하여 건강영향을 평가하는 것은 해당 정책이 인구집단의 건강수준에 미치는 영향뿐만 아니라 인구집단 내에서 이러한 건강영향이 차별적으로 나타나는가에 대해 주의를 기울인다.

특정 보건정책이나 사업과 관련한 이해당사자의 건강영향평가 참여는 자신들의 건강 불평등을 개선하는데 기여할 수 있는데, 불리한 조건을 가진 집단은 이를 통해 자신들의 관점을 제시하여 편익을 얻을 수 있을 뿐만 아니라 자존감도 향상될 수 있다. 그러나

보건소 금연클리닉의 민간병원 위탁 시도

작년 연말 정부는 2011년부터 전국보건소의 금연클리닉을 사실상 없애고 금연치료를 민간병원에 맡기는 방안을 확정하여 발표한 바 있다. 실제로 보건복지부의 2011년도 예산안 가운데 금연사업 부문에서는 전국 보건소 금연클리닉 운영예산(2010년 165억여 원)이 2011년 예산안에서는 사라지고, 대신에 흡연자 금연지원 프로그램으로 민간 병·의원 금연치료서비스 지원 예산이 143억 원 가량 신설한 바 있다.

새로 책정된 금연 관련 예산에서는 25만 명 가량이 금연지원 프로그램을 이용할 것으로 예상하고 병·의원에 금연 보조제 및 치료약물을 지원하는 데 75억 원을, 금연상담비로 15억 원 등을 배정하였다. 또 복지부의 금연상담전화들 기존보다 2배가량 늘려 예산을 7억 4000만원 책정하였다. 이 방안에 따르면 전국 보건소에서 독립적으로 진행하던 금연사업은 보건소 건강증진사업에 통합돼 금연클리닉은 사실상 간판을 내리게 되고, 금연상담사 인력 역시도 지금까지는 보건소당 평균 3명, 많게는 4-5명이었으나, 2011년부터는 모두 건강증진사업에 통합되고 그 가운데 1명만 금연사업을 담당하게 되는 것이다.

이러한 정부의 방안에 대해 대다수의 금연전문가들은 2010년 한 해에만 39만 명의 흡연자들이 등록하고 금연성공률이 40%에 이르고 있는 보건소 금연클리닉을 없애는 것은 정부가 금연정책을 후퇴시키려 하는 것이라고 일제히 비판하였다.

정부의 담당사무관은 “금연클리닉이 활성화돼 있지만 시·군·구에 한 곳밖에 없어 주민들이 이용하기에 불편했다”며 “금연치료의 접근성을 높이기 위해 시·군·구 한 곳당 병·의원 4곳을 지정해 금연치료를 하도록 한 것이다. 또한 보건소 금연사업이 건강증진사업과 통합되면서 흡연자가 금연뿐만 아니라 절주, 운동, 비만관리 등의 서비스도 받을 수 있을 것”이라고 설명하였다.

이에 대해 금연운동 단체들은 보건복지부의 계획대로라면 보건소가 아닌 민간병원에서 금연상담, 치료서비스를 할 수 있게 돼 공공서비스 기능은 축소되는 대신, 의료민영화로 평가되는 건강관리서비스는 활성화될 가능성이 높다는 비판의견을 제기하였다. 국민건강관리사업을 강화하기 위해 보건소의 역할을 강화하는 방향이 아니라 이를 민간에 넘기는 건강관리서비스법은 국민의 건강복지를 위한 정책이라기보다는 정부가 의도하고 있는 보건서비스 산업화를 위한 경제정책의 일환이라는 것이다.

결과적으로 이러한 정부의 방안은 의료민영화사업의 일환으로 간주되어 금연운동 진영의 거센 반발에 따라 폐기된 바 있다. 정부가 수립했던 민간병원 위탁형의 금연사업정책이 근로자집단과 같이 민간의료의 접근성이 낮은 취약 계층에 미치는 건강영향을 어떻게 평가할 수 있을까?

제한된 시간과 자원으로 인해 모든 이해당사자의 참여를 보장하기 어렵고, 특히 접근하기 어려운 집단은 소외될 수 있어 적절한 시간과 참여를 이끌어 내는데 필요한 자원을 확보하려는 노력이 필요하다.

국내의 경우는 건강영향평가제는 산업단지나 소각장 등 각종 개발 사업에 대한 환경영향평가 때 주민건강에 미치는 영향 정도를 검토, 평가하는 것에서 사회적 필요성이 크게 대두된 바 있다.

이 때문에 지금까지는 주로 환경부가 주무부처가 되어 각종 건강영향평가를 실시해 온 바 있다. 환경부에서 다루고 있는 건강영향평가제도는 환경영향평가의 세부 영역의 성격을 가진다. 즉 환경오염에 따른 지역주민들의 건강피해 실태를 파악하고 원인을 규명하기 위한 목적으로 운영되며, 주로 새집증후군, 천식, 아토피 등의 환경성질환 예방에 치중하고 있다.

결과적으로 각종 국가정책이나 보건사업이 취약계층의 건강불평등에 미치는 영향을 평가하는 과제는 우선순위에서 벗어나 있는 것으로 보여진다. 이 때문에 건강영향평가를 보건복지부가 주무부처로서 담당해야 한다는 의견이 크게 제기되고 있는 상황이다.

건강영평성과 간접흡연 노출

질병은 외부효과를 가진다. 건강의 외부효과란 한 사람이 아프면 그 영향이 개인에서 끝나지 않고 아픈 사람과 직접적인 관계가 없는 다른 사람에게도 영향을 주는 것을 말한다. 그 좋은 예가 전염병이다. 한 개인이 아무리 청결을 유지하고 위생에 철저를 기하더라도 주위에 전염병에 걸린 사람이 많으면 역시 전염병에 걸릴 확률이 높아진다.

한 근로자가 건강한 겨울을 지내기 위해 독감 예방 주사를 맞았다면, 그는 감기에 걸릴 가능성이 줄어들므로 직접적으로 예방접종의 혜택을 받게 된다. 그리고 그가 받은 예방접종은 자신의 주변 가족들과 동료들에게도 간접적인 혜택을 준다. 왜냐하면 이 근로자가 감기에 안 걸릴 경우, 그로 인해 주변사람들이 질병에 감염될 확률이 낮아지기 때문이다. 이러한 현상을 경제학 이론에서는 질병의 긍정적 외부효과로 설명될 수 있다.

외부효과란, 어떤 사람의 경제활동이 뜻하지 않게 다른 사람에게 혜택이나 손해를 주는데도 이것이 가격에 반영되지 않는 경우를 말한다. 여기서 한 근로자가 독감 예방 주사를 맞은 것은 주변 사람들에게 편익을 주기 위해서가 아니다. 다만 자신의 건강을 염려해서이다. 그러나 그 주변 사람들은 간접적인 혜택을 입었기에 예방접종의 사례는 긍정적 외부효과가 된다.

따라서 정부는 이러한 긍정적 외부효과를

장려하기 위해 예방접종에 대한 보조금 등의 경제적 혜택을 제공할 필요가 생기는 것이다.

마찬가지로 본인이 힘들게 금연에 성공하여 금연상태를 유지하고 있더라도 직장에서 주변에 흡연자가 많으면 재흡연의 유혹에 끊임없이 시달리게 될 수 있고, 주변에서 내뿜게 되는 담배연기의 건강피해에서 벗어나기도 어렵게 된다. 따라서 상대적으로 금연 성공이 어려운 저소득층의 흡연층에 대해 정부차원에서 각종 지원책을 다양하게 마련하여 제공하는 것 또한 간접흡연 노출과 관련한 금연행위의 긍정적 외부효과를 높이는 데 도움이 될 수 있다.

건강형평성 정책/사업의 어려움

이상의 필요성에도 불구하고 건강형평 정책/사업을 진행하는 데에는 많은 장애물이 존재한다.

그동안 각 시, 군, 구 보건소 단위의 금연 클리닉 사업은 해당 지역사업장을 대상으로 찾아가는 이동형 금연클리닉 방문사업, 금연교육, 홍보사업 등을 추진하여 왔다.

그러나 이러한 사업은 비교적 사업장 출입이 용이하고 업무협조가 원활하고 보다는 실적 산출도 가능한 지역사회의 대기

업 중심으로 사업을 전개하려는 경향이 강했다.

소규모 사업장의 경우는 상대적으로 금연 상담사들의 사업장 출입과 업무 협조, 업무 시간 중 상담자 동원 등에 많은 어려움을 겪게 되므로 이를 기피하는 문제가 발생했다.

지역의 자치단체장은 기본적으로 사회적 취약계층에 대해 적극적인 우호적 입장을 계속 유지해 나가기 어렵다. 이는 취약계층의 특성상 지역여론을 주도하는 중심적 역할에서 배제되어 있는 경우가 많고, 결과적으로는 사회적 영향력이 강한 중산층 이상의 주민들이 선호하는 정책과 사업에 관심을 기울이는 경향이 강하기 때문이다.

또한 취약한 근로자계층을 대상으로 하는 사업은 일반근로자 집단을 대상으로 할 때 보다 성과가 안 좋은 경우가 많다.

금연사업의 경우도 영세사업장 근로자들을 상대로 할 경우, 보다 많은 노력이 요구되면서 사업의 참여율이나 금연성공률 등이 대기업 근로자에 비해 좋지 않게 나타나는 경우가 많다. 취약계층의 사업장 근로자들을 상대로 하는 사업의 경우는 대기업의 경우보다 상대적으로 더욱 많은 경비를 필요로 하게 된다.

회사내 주차공간이 없어 별도의 주차비용이 발생하고 점심식사 비용도 지역보건소의

예산에서 자체 부담하는 경우가 많고, 회사 소속의 보건관리자의 도움을 받을 수 없어 추가적인 보건소의 보조 인력을 확보해야 하고, 건강관리실 등의 정해진 상담공간이 없어 이를 확보하는데 많은 시간이 걸리는 등의 여러 가지 추가적인 기회비용들이 발생하게 된다. 또한 학력수준이 낮은 고령 근로자들이 많아서 글을 제대로 읽지 못하거나 각종 서식의 작성에 많은 시간이 걸리며 금연정보를 담고 있는 유인물을 이해하는 능력도 떨어진다.

이처럼 금연상담 등의 기본적인 의사소통에도 어려움을 겪는 등 사업진행상의 어려움이 매우 클 수 밖에 없다. 이는 금연상담사의 성취감과 업무의욕 등에 부정적인 영향을 미친다.

결과적으로 영세사업장의 취약계층 근로자들 대상의 금연사업은 보다 많은 수고를 들이고도 사업실적의 평가에서 낮은 점수를 받게 되고 이는 다음 연도 사업 예산을 확보하는 데에도 상당한 어려움을 초래하게 된다. 기왕이면 성공률이 높게 나오면서 회사의 도움을 받을 수 있고 지역 언론의 관심을 끌어내기도 용이한 대기업을 사업대상으로 포함시키는 경우가 많아질 수 밖에 없는 것이다.

여기서 강조되어야 할 문제들 중의 하나는 금연사업의 평가지표와 관련된 것이다.

유의해야 할 점은 사업의 성과(performance)와 효과(effectiveness)를 구별하는 것이다.

일반적으로 보건사업의 참여율, 지속률, 성공률에서 저소득층은 중산층이나 고학력층에 비해 저조한 경우가 많다. 따라서 금연 프로그램에 대한 참여율, 지속률, 성공률과 같은 성과지표들을 금연사업의 주요한 평가 지표로 삼을 경우, 저소득층보다는 중산층에 대한 자원을 할당하는 것이 보다 나은 평가를 받을 수 있다. 마찬가지로 사업장 영역에서도 비교적 학력수준이 높은 대기업을 사무행정직들을 대상으로 금연프로그램을 진행하는 것이 저학력의 육체직 근로자들의 비중이 높은 소규모 사업장을 대상으로 한 경우보다 더 좋은 평가를 얻을 수 있다.

그러나 국가 전반적인 건강수준 향상과 같은 건강결과를 최종 지표로 삼을 경우, 중산층은 사업 전부터 건강수준이 좋은 편이어서 사업 후와 비교할 때 건강수준에서 큰 차이를 보이지 않는 경우가 많은 반면, 건강수준이 좋지 않았던 저소득층에게는 의미 있는 건강수준의 향상이라는 효과를 기대할 수 있다.

한편 대기업과 지역보건소와의 연계협력 사업에 대해서는 일부 부정적인 시각도 있다. 이는 상대적으로 근로자들의 건강관리에

충분한 비용을 지불할 수 있는 경제력을 갖추고 있고, 부속의원 등의 일정한 보건의료 인력을 가진 상태에서 지역보건소로부터 예산과 인력의 지원을 제공받는 것이 바람직하지 않으며, 결과적으로 기업체(의사를 포함한)의 보건관리자들이 건강증진에 대한 자기역할을 지역 보건소에 떠넘겨버리는 관행이 굳어지고 있다는 문제인식에 기인한다.

지금까지 줄곧 언급했듯이 전반적인 국민 건강수준을 높이려면 건강불평등을 줄여야 한다. 즉 전반적인 국민의 흡연율을 낮추기 위해서는 상대적으로 건강수준이 낮은 저소득층 집단의 금연율을 높여야만 한다. 이미 건강수준이 좋은 집단은 추가적인 사업을 시행하더라도 그 이상으로 건강수준을 끌어올리기 어렵다. 이는 국가차원의 금연사업의 성과를 평가할 수 있는 지표를 어떻게 산정하느냐의 문제로 이어진다.

건강형평성의 개념과 지향

한 사회에서 건강증진의 개념은 단순히 평균적 수준의 건강향상을 말하는 것이 아니라 사회경제적으로 불이익을 받는 인구집단의 건강향상을 통해 전체 인구집단의 건강수준을 높이는 것을 의미한다. 이것이 바로 건강형평성의 개념이다.

그렇기 때문에 건강형평성은 건강수준의 하향평준화가 아니라 상향평준화를 기본적으로 지향한다. 이는 세계보건기구의 궁극적 지향과도 일치한다.

세계보건기구의 궁극적 지향은 ‘모든 인류에게 건강을(health for all)’이다. 더 정확하게 말하자면 ‘모든 인류가 달성 가능한 최고의 건강상태를 유지’하는 것이다. 이때 ‘모든’으로 번역되는 ‘All’이란 성별, 인종, 교육수준, 소득수준, 권력 등에 차별받지 않는다는 의미를 내포하고 있다. 국민건강과 관련하여 모든 국가들이 보편적으로 받아들이고 있는 세계보건기구의 지향에는 바로 ‘건강형평성’이라는 개념이 자리 잡고 있는 것이다.

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. 최근 우리나라는 사회적 양극화현상으로 일컬어지듯 소득의 상대적 격차가 커지고 소득불평등도 악화되고 있다. 경제 불황과 취업난의 가중으로 실업이 증가되어 신빈곤층의 증가가 예측된다.

사회경제적 계층간 건강수준의 차이가 크다는 것은 사회적 노력을 통하여 그만큼 계층간 건강불평등이 개선될 여지가 있다는

것을 의미한다. 이러한 배경에서 건강수준과 건강행태의 차이를 개선하기 위한 프로그램과 서비스 전달에서 사회계층간 건강수준에 영향을 미치는 차이를 구조적으로 파악하고, 그 인구집단의 특성을 고려한 적절한 방안이 마련되어야 정책의 실효성을 얻을 수 있을 것이다. 건강행태의 건강수준에 기여하는 역할은 사회경제적 맥락에서 파악할 필요가 있으며, 건강증진사업을 개인차원의 건강행위 개선에 지나치게 초점을 두고 있는 기존의 건강증진정책과 프로그램은 재고될 필요가 있다.

건강증진과 질병예방서비스가 저소득, 저학력 계층의 근로자들에게 적합하고, 효과적으로 전달될 수 있도록 낮은 사회경제적 계층의 참여와 접근이 보장되고, 문화적, 심리적 장애요인들을 타개하면서, 환경적 지지를 포함한 방향으로 접근하여야 할 것이다.

이는 인구집단 전체를 대상으로 한 접근 방식과 병행하여 건강불평등 정도가 큰 집

단에 대해 그들의 요구에 부응하고 접근이 가능한 방법으로 건강증진정책과 프로그램이 마련되어야 하는 것을 의미한다. 사회경제적 불평등에 기여하는 건강행태 요인에 효과적으로 개입하기 위해서는 이제까지의 건강증진사업을 좀 더 사회경제적, 생애주기별 인구집단 특성별로, 적합한 전략을 개발하여야 할 필요성이 높다.

영국, 네덜란드, 스웨덴 같은 국가적 건강형평성을 위한 정책을 가진 국가들에서와 같이 사회경제적 취약계층의 사회적 배제 감소와 흡연, 음주, 식이 등 생활습관의 위험에 노출되기 쉬운 집단에 대한 지원, 장기적으로는 건강행태와 건강불평등에 구조적으로 영향을 미치는 소득보장정책, 교육과 주택정책, 사회서비스, 의료보장 등의 관련 정책이 건강 친화적 정책으로 변화하도록 유인하고, 이러한 정책들에 대한 건강영향평가를 통해 건강형평성을 제고하는 방향으로 사회적 합의를 도출하고, 실행계획을 수립하고 이행해 나가야 할 것이다. 🍀