

지역 간 건강불평등 해소를 위한 영국의 대응 정책 분석과 함의 고찰

Tackling Regional Health Inequalities in
England: Review and Implications

김동진 | 한국보건사회연구원 부연구위원

우리나라에서는 그동안 지역의 건강불평등 해소를 위한 구체적인 정책이 마련되지 않았다. 국민건강 증진종합계획이나 지역보건법 시행령 등에 지역의 건강 격차 해소를 위한 정책이나 사업이 포함되도록 근거는 마련되어 있으나 실효성은 담보할 수 없는 실정이다. 이러한 상황에서 영국의 사례를 자세히 살펴보는 것은 구체적인 정책 방향을 설정하는 측면에서 의미가 있다. 이 글에서는 영국의 건강불평등 대응 정책에서 얻을 수 있는 시사점을 정책 목표 설정, 건강불평등 발생 원인에 대한 인식, 보건료서비스 제공, 평가와 모니터링, 사업 참여 기관별 연계·협력 등의 차원에서 정리하였다.

1. 들어가며

지난 20여 년간 전 세계 공중보건의 큰 이슈였던 것 중 하나가 바로 건강형평성이다. 기대여명의 꾸준한 증가에도 불구하고 사회계층 간에는 기대여명의 상대적 불평등뿐 아니라 절대적 불평등의 크기도 함께 증가하고 있으며, 이는 자연스럽게 건강불평등이 왜 나타나는가라는 원인

탐색과 함께 건강불평등을 줄이기 위한 효과적인 건강형평성 정책에 대한 관심으로 귀결되고 있다. 1990년대 이후로 유럽 국가들에서 건강의 사회경제적 불평등은 중요한 공중보건적 이슈로 인식되어 왔으며, 2000년대 들어서는 전 세계적으로 형평성에 근거한 건강정책과 전략에 대한 관심이 급증하고 있다.¹⁾

세계보건기구(WHO: World Health Organi-

1) 윤태호(2013). 건강형평 정책의 국제 동향: 영국, 네델란드, 스웨덴, 세계보건기구의 경험으로부터의 교훈. J Korean Med Assoc. March; 56(3). p.195.

zation)는 1998년 세계보건총회에서 사회계층 간 건강불평등 해소를 주요 목표로 설정한 이후 2008년 “한 세대 안에 격차 줄이기(Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants)” 보고서를 통해 건강형평성과 건강형평성 제고를 위한 정책의 중요성을 공식적으로 발표하였다.

영국, 스웨덴, 노르웨이, 네덜란드 등의 유럽 국가들은 물론이고 보건으로 분야에서 세계적으로 가장 자유주의적인 입장을 고수하는 미국에서조차 ‘건강증진종합계획 2010(Healthy people 2010)’을 통해 ‘건강 격차 해소(eliminating health disparities)’를 국가적 목표로 제시하고, 2003년부터 “건강불평등에 관한 보고서

(National Healthcare Disparities Report)”를 매년 공식적으로 발표하고 있다.

국가별로 건강불평등 문제에 대응하는 정책 단계는 서로 다르다. 우리나라는 건강불평등 문제를 사회적으로 인식하는 수준에 그치는 반면, 영국은 건강불평등 문제 해결을 위한 포괄적인 건강형평 정책을 수립, 시행하고 있다. 건강형평 정책이 국가마다 서로 다르게 나타나는 이유는 건강불평등에 대한 인식 수준과 이를 해결하고자 하는 정책적 의지에 따라 정책의 수준과 형태가 각각 다를 수밖에 없기 때문이다.²⁾

건강결정요인이란 어떤 특정한 인구집단이나 개인의 건강 수준을 높이거나 낮추는 요인들을 총칭한 것이다. 어떤 인구집단이 건강한가 혹

그림 1. 다양한 건강결정요인



자료: Dahlgren & Whitehead(1991). Policies and Strategies to promote social equity in health. Institute of Future Studies; 건강영향평가 지식포털 (hia.kihasa.re.kr/web/introduction/cause.do)에서 2017. 8. 21. 인출.

2) 윤태호(2013). 위의 책. p.196.

은 건강하지 않은가는 상당 부분 그 인구집단이 처해 있는 주위의 사정과 환경에 의해 결정된다. Dahlgren과 Whitehead(1991)³⁾는 건강결정요인들을 [그림 1]과 같이 계층적으로 설명하고 있다. 여기서 지역의 개념은 개인을 둘러싼 외부의 다양한 사회적 건강결정요인이 개인에게 미치는 직접적인 영향을 완화하는 역할을 하는 것으로 해석할 수 있다. 이때 지역은 개인이 거주하는 환경 혹은 물리적 조건 이상의 의미를 가질 수 있다. 그렇기 때문에 지역은 건강불평등 연구에서 개인의 사회적 경제적 지위만큼 중요한 결정요인이 될 수 있다.

본고에서는 건강형평 정책에 관한 한 세계에서 가장 발전된 형태의 정책을 시행하고 있는 영국의 지역 건강불평등⁴⁾ 대응 정책과 우리나라 지역 건강불평등 정책의 발전 과정을 비교하여 살펴봄으로써 영국의 사례에서 얻을 수 있는 시사점과 앞으로 우리나라가 발전시켜 나가야 할 지역 건강불평등 정책의 방향을 도출해 보고자 한다.

2. 우리나라의 지역 간 건강불평등 현황과 대응 정책

2006년 한 일간지에서 보도한 건강불평등 관련 특집 기사⁵⁾가 사회적인 이슈가 된 바 있다. 양

극화를 다룬 특집 기사의 첫 번째 주제는 건강불평등이었는데, 서울시 자치구별로 빈부의 격차에 따라 표준화사망률에도 양극화 현상이 나타나고 있음을 보도하였다. 이러한 보도는 당시 사회적으로 큰 반향을 일으켰고, 그해 보건복지부에서는 ‘건강 격차 해소를 위한 범정부 대책 마련 추진’을 발표하면서 “건강불평등 문제를 사회문화 정책 관계 장관 회의에서 양극화 관련 의제로 채택해 지속적으로 관리”할 계획임을 밝혔다. 아울러 “특별팀을 꾸려 장단기 건강 격차 해소 대책을 마련하고 관계 부처 합동으로 기초 조사와 성과 평가도 벌이기로”⁶⁾ 하였으나⁷⁾ 후속 조치는 이루어지지 않았다.

2006년 이전에도 건강불평등과 관련한 정책적 인식이 없었던 것은 아니다. 2005년에 수립된 ‘새국민건강증진종합계획(2005~2010)’에서 보건복지부는 ‘건강형평성 제고’를 ‘건강수명 연장’과 함께 정책 목표로 설정함으로써 건강불평등 해소 필요성을 인식한 바 있다.⁸⁾ 이후 우리나라는 ‘제4차 국민건강증진종합계획(2016~2020)’에 이르기까지 10여 년 넘게 같은 기초를 유지하고 있다. 그러나 제3차 계획까지는 건강형평성 목표 달성을 위한 구체적인 정책 방안이나 세부 과제 등이 마련되지 않아 정책적 수사에 지나

3) Dahlgren & Whitehead(1991). Policies and Strategies to promote social equity in health. Institute of Future Studies.

4) 이 글에서 ‘지역 건강불평등’은 대부분 ‘지역 간 건강불평등’을 의미하며, 일부 사업이나 정책을 예로 들어 설명할 때 경우에 따라 ‘지역 내 건강불평등’을 의미하기도 함.

5) 한겨레신문(2016. 1. 15.). 2006 연중 기획 함께 넘자, 양극화, 1부 건강불평등 사회.

6) 한겨레신문(2006. 1. 26.). 건강불평등 해소 정부가 나선다.

7) 김동진 등(2016). 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발. p.3.

8) 김동진 등(2016). 앞의 책. p.3.

지 않는다는 비판이 지속적으로 제기되어 왔다. 2016년 발표된 제4차 계획에서도 건강불평등 해소를 위한 별도의 중점 과제나 세부추진 과제가 설정되지는 않았다. 다만, 그동안의 비판을 의식하여 기존 추진 과제에 건강형평성 제고를 위한 몇 가지 사업이 가미된 정도의 진전은 있었다.

형평성 관련 세부 사업은 총 9개 중점 과제에 대해 추가되었는데 절주, 신체활동, 암, 관절염,

비만, 예방접종, 에이즈, 모성건강, 영유아건강 과제에 생애주기, 소득 편차 혹은 지역 편차 등의 관점에서 건강불평등 관련 사업이 추가되었다.⁹⁾ 이 중 지역의 건강불평등 해소와 관련된 내용은 지역암센터 활성화, 검진 취약지역 지원 등 암 관리를 위한 사업으로, 기존의 건강형평성 지표를 포함하면 금연¹⁰⁾과 암에 대해서만 지역 격차 해소를 위한 과제가 설정되어 있는 것이다.

표 1. 제4차 국민건강증진종합계획에서 건강형평성 전략이 강화된 과제

분야	과제명	방향	주요 사업
건강생활실천 확산	절주	생애주기(청소년)	청소년 주류 판매 금지 강화
	신체활동	소득 편차	취약계층 신체활동 프로그램 개발 및 보급
만성퇴행성질환과 발병위험요인 관리	암	지역 편차	지역암센터 활성화, 검진 취약지역 지원
	관절염	소득 편차	재가 노인 관절염 프로그램 개발 및 보급
	비만	생애주기(아동·청소년)	교과과정 연계 비만 예방 프로그램
감염질환 관리	예방접종	취약계층 전반(아동, 노인, 취약지역, 다문화가정 등)	예방접종 지원 범위 확대
	에이즈	감염인 인권 보호	국민 인식 개선, 의료인 태도 수준 개선
인구집단 건강관리	모성건강	생애주기(고령, 청소년)	고위험 임신부 지원, 청소년 산모 지원
	영유아건강	소득 편차	취약계층 영유아 건강증진 지원

자료: 이연경(2016). 국민건강증진종합계획2020(HP2020) 평가를 통한 HP2030의 나아갈 방향. 국민건강증진포럼 제1호, p.15.

최근 개정된 지역보건법 시행령에 지역의 건강불평등과 관련된 내용이 추가되었다. 지역보건법 제4조 지역보건의료계획의 세부 내용으로

“취약계층의 건강관리 및 지역 주민의 건강 상태 격차 해소를 위한 추진 계획”을 포함¹¹⁾함으로써 지역 차원에서 건강형평사업을 실시할 수 있는

9) 이연경(2016). 국민건강증진종합계획2020(HP2020) 평가를 통한 HP2030의 나아갈 방향. 국민건강증진포럼 제1권 제1호, pp.14-15.

10) 금연 과제에 대한 건강형평성 지표로는 “지역 간 성인 남자 현재흡연율 차이”, “지역 간 성인 여자 현재흡연율 차이” 지표가 설정되어 있음[보건복지부(2015). 제4차 국민건강증진종합계획 2016-2020, p.36].

11) 보건복지부(2016). 지역보건법 시행령 전부 개정안.

기반을 마련하였다.

이와 같이 제4차 국민건강증진종합계획과 지역보건법 시행령에 각각 지역의 건강불평등 해소와 관련된 내용이 포함되어 있으나 세부 추진 계획 등은 아직 마련되지 않아 구체적인 정책 효과는 기대하기 어려운 실정이다.

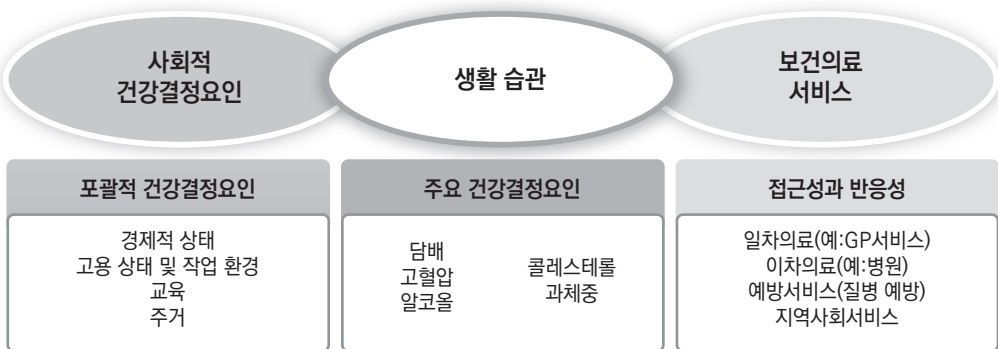
3. 영국의 지역 간 건강불평등 대응 정책

가. 정책 수립

1) 건강불평등 발생 원인과 사회적 건강결정 요인¹²⁾

영국의 건강불평등에 대한 정책적 대응은 1997년부터 본격적으로 시작되었다.¹³⁾ 영국의 건강불평등 정책을 이해하기 위해서는 건강불평등 발생 원인에 대한 이해에서부터 시작할 필요가 있다. 영국에서는 건강불평등 발생 원인을 보건의료서비스나 개인의 생활 습관에 국한하는 것이 아니라 다양한 요인의 복잡하고 광범위한 상호 연관 작용의 결과로 이해하고 있으며, 건강불평등 발생 원인을 크게 사회적 건강결정요인과 개인의 생활 습관, 보건의료서비스로 분류하고 있다. 그리고 각각의 요인은 상호 배타적인 것이 아니라 서로 연계되는 것으로 이해하고 있다(그림 2).

그림 2. 건강불평등의 원인



자료: Department of Health(2010). Tackling inequalities in life expectancy in areas with the worst health and deprivation. p.4.

12) Department of Health(2010). Tackling inequalities in life expectancy in areas with the worst health and deprivation. pp.4-44.

13) 영국의 건강불평등에 대한 공식적인 대응은 1980년 발간된 블랙 보고서로 볼 수 있으나 발간 이후 노동당 정부의 정치적 권력이 쇠퇴하여 건강불평등 문제는 17년 동안 정책 의제화가 이루어지지 않았음. 1997년 노동당 정부가 다시 집권하면서 블랙 보고서에서 제시한 사회경제적, 지역적 차이에 따른 건강불평등 문제를 제기하기 시작하였음[이창곤(2007). 추적, 한국 건강불평등: 사회의제화를 위한 국민보고서. pp.162-163].

2) 정책 목표 설정

1997년 영국 노동당 정부는 집권 이후 공정한 사회를 만들고 불건강으로 인한 사회적 비용을 줄이기 위해 건강위해요인 제거 대책을 수립하였는데, 건강불평등 대책이 핵심 내용으로 포함되어 있었다. 영국 정부는 가장 먼저 애치슨(Donald Acheson)을 중심으로 위원회를 구성하여 건강불평등에 관한 조사와 연구(1998)를 수행하였고 그 결과로 애치슨 보고서(Acheson report)¹⁴⁾를 발표하였다. 애치슨 보고서의 가장 큰 의의는 보고서에서 제안한 내용에 따라 재무부와 보건부가 건강불평등을 줄이고자 합의하였고, 3년마다 건강불평등 감소를 위한 정책적 방안도 마련하였으며, 무엇보다 건강불평등을 사회 문제로 인식하기 시작했다는 것이라 할 수 있다.

2000년 영국 보건부는 '사회경제적 인구집단 간 건강 격차'와 '가장 결핍된 지역과 나머지 전체 지역의 건강 격차를 줄이는' 정책 목표를 수립한 후,¹⁵⁾ 2002년 기존 목표를 수정하여 "보건당국은 2010년까지 출생 시 기대여명이 낮은 최하위 20% 지역과 나머지 지역 간의 격차를 최소한 10% 줄인다"로 재설정하였다.

건강불평등에 대응하기 위한 정책 목표는 2004년에 더 정교하게 업데이트되었는데, 영국 보건부는 건강 수준이 낮고 결핍 정도가 심한 지역(spearhead group)을 별도로 선정하여 정책

의 중점 대상 집단으로 설정하였고, 이에 따라 정책 목표를 "2010년까지 건강 수준이 가장 열악하고 물질 결핍 수준이 가장 심한 하위 20% 지역과 나머지 지역 간의 출생 시 기대여명 격차를 적어도 10% 감소시킨다"로 수정하였다.

2004년 변경된 정책 목표가 기존 정책 목표와 다른 점은 기존 목표는 정책 대상 지역이 상대적인 개념으로 설정되어 정책의 성과에 따라 대상 지역이 변경될 수도 있었으나, 변경된 목표는 건강형평 정책이 집중되는 대상 지역을 절대적인 개념으로 설정하여 정책 수행과 성과 측정의 일관성이 유지될 수 있도록 한 것이다. 당시 정책의 주요 대상이 된 스피어헤드(spearhead) 지역은 영국 전역 70개 지역(local authorities)으로, 62개 1차의료트러스트(PCTs: Primary Care Trusts)가 담당하고 있었다.

정책 대상 지역을 특정하여 건강형평 정책을 집중시키고자 했던 영국 보건부의 결정은 건강 불평등 문제에 대응하고 정책의 성과 측정을 용이하게 하는 수단으로 이해할 수 있다. 그러나 기대수명이 낮은 최하위 20% 지역 중 스피어헤드 그룹에 포함된 곳은 50% 정도에 불과하여 여전히 정책의 사각지대가 존재한다는 것이 취약점으로 지적되었다.

영국 보건부 외에 영국 공공의료서비스(NHS: National Health Services)에서도 건강불평등

14) 애치슨 보고서에서는 불평등을 해결하기 위해 1) 건강에 영향을 미칠 가능성이 있는 모든 정책은 단지 건강 상태의 개선뿐만 아니라 건강불평등에 대한 영향을 함께 평가해야 한다고 하였고, 2) 어린이를 부양하고 있는 가족들의 건강에 우선순위를 두어야 하며, 3) 소득불평등을 줄이고 빈곤 가구의 표준생계를 향상하는 조치를 취할 것을 제안하였음[이창곤(2007). 위의 책, pp.163-164].

15) 영국 보건부의 2000년도 지출검토서(spending review)에 나타나 있음.

해소를 목표로 설정하고 있다. NHS에서는 2000년부터¹⁶⁾ 건강불평등에 대한 대응 필요성을 인정하고 이후 지속적으로 건강불평등 대응 정책과 가이드라인을 발표하고 있다.

2003년 영국 보건부에서 실시한 분석에 따르면, 스피어헤드 그룹과 영국 전체 지역 간 기대여명 격차의 3분의 2가 암, 순환기계·호흡기계 질환의 격차에서 비롯되는 것으로 나타났다. 이에 따라 NHS에서는 단순노무직과 육체노동직 종사자에 대한 금연사업과 관상동맥질환, 암에 대한 예방·관리사업을 우선적으로 실시하였다. 이러한 단기적인 조치 외에도 건강의 사회적 결정요인에 대응하기 위해 장기적이고 지속 가능한 접근 방안 마련이 함께 추진되고 있었다.¹⁷⁾

2003~2006년 영국 보건부 중기 계획(Department's Policy and Planning Framework)은 보건의료서비스 제공 계획의 목표로서 건강불평등 해소를 우선 과제로 설정하고 있으며, 이는 2005~2008년 계획에도 똑같이 적용되었다. 이후 2006~2007년 NHS의 실행계획에서는 건강불평등을 NHS의 6대 우선순위 중 하나로 설정하였고, 스피어헤드 지역의 일차의료트러스트

(PCTs)는 지역의 건강불평등 현황을 평가하도록 의무화하였다.

영국의 건강불평등 정책 방향은 2010년 발간된 마멋리뷰(Fair Society, Healthy Lives: the Marmot review)에 집대성되어 있다고 볼 수 있다. 마멋리뷰는 영국 정부의 건강불평등 대응 정책과 사업을 평가하고 향후 방향을 제시하였다. 이 보고서에 따르면, 지난 10년간 영국 국민의 건강 수준은 전반적으로 개선되었으나 건강형평정책의 핵심 목표였던 사회계층 간 영아사망률 격차와 취약지역에서의 기대수명 격차를 10% 이내로 줄이는 데는 성공하지 못하였다. 마멋 교수는 건강불평등의 문제를 사회불평등의 결과로 보고, 공평성과 사회정의의 문제로 접근해야 함을 강조하였다.¹⁸⁾

마멋리뷰¹⁹⁾는 “건강불평등을 해소하는 것은 사회정의의 문제이며, 건강불평등은 가장 취약한 인구집단만의 문제가 아니라 사회 전반에 걸쳐 건강의 사회적 결정요인을 폭넓게 다루어야 하는 문제”임을 강조했다. 그럼에도 불구하고 마멋리뷰에서는 불평등 문제에 대응하기 위해서는 중앙정부와 지방정부, 비정부기구, 지역공동

16) NHS PLAN 2000; David Buck, David Maguire(2015). inequalities in life expectancy: changes over time and implications for policy. The King's Fund. p.16 재인용.

17) 건강불평등 해소를 위한 NHS의 활동은 2003년 발표된 건강불평등 해소를 위한 범정부 간 전략을 담고 있는 핵심 보고서 '건강불평등 해소를 위한 실행계획(Tackling Health Inequalities: A Program for Action)'에 잘 나타나 있음. 이 보고서는 건강의 포괄적 결정요인에 대한 대응과 함께 NHS의 치료·예방 활동을 통해 건강불평등을 감소시킬 계획을 담고 있는데, 이에 따르면 일차의료트러스트(PCTs), 지역 보건당국(local authorities), 정책적 보건 조직(strategic health authorities)이 각각 계획을 수립하고 그 결과를 평가할 때 건강불평등 해소를 우선적으로 고려할 것을 요청하고 있음.

18) Marmot MG.(2010). Fair society, healthy lives: the Marmot review. London: The Marmot Review; 윤태호(2013). 앞의 책. p.197 재인용.

19) Marmot MG(2010). Fair society, healthy lives: the Marmot review. London: The Marmot Review.

체의 활동과 함께 보건의료서비스를 제공하는 NHS의 역할이 중요함을 강조하고 있다. 특히, 건강형평성을 강조하는 국가 정책이 성공하기 위해서는 효과적인 지역 전달체계가 성립되어야 함을 강조하고 있다.

나. 정책 실행

1) 지역 건강불평등 감소를 위한 보건의료서비스 강화

스피어헤드 지역에서 의료서비스 제공을 담당하는 일차의료트러스트는 지역 당국과의 협업을 통해 주요 사망 원인이 되는 질환을 앓고 있는 사람들의 건강 수준을 개선하고 지역 내 보건의료서비스의 접근성을 향상함으로써 건강불평등 해소에 기여하였다.

다수의 연구 결과에 따르면 건강과 관련해 도움이 가장 필요한 지역에 일차의료의사를 늘리고 일차의료서비스에 대한 접근성을 개선하는 것은 주민의 건강을 향상하고 건강불평등을 감소하는 가장 효과적인 방법이다.

2008년 스피어헤드 지역 내 일차의료트러스트의 65%는 연령과 필요를 고려했을 때 잉글랜드 전체 평균보다 낮은 수준의 일반의를 보유하고 있었고, 특히, 스피어헤드 지역 내 일차의료트러스트의 48%는 잉글랜드 전체 평균보다 의사수가 10% 이상 적었다.

2007년 보건부는 지역 주민의 보건의료 욕구가 높으면서도 일차의료의사들이 평균보다 적게 배치되어 있는 지역에 일반의 진료소(practice)

112개를 추가 설치하였다. 2008년에는 스피어헤드 지역 일차의료트러스트의 진료소 운영 시간을 연장하여 제공할 것을 권고하였으며, 지역 주민의 의료 접근성을 더욱 높이기 위한 방안을 마련하였다.

영국 정부는 스피어헤드 지역의 조기사망률을 낮추는 가장 비용효과적인 방법으로 세 가지 중재 방안을 제안하였다. 첫째는 금연서비스를 통한 금연 성공자 증가, 둘째는 심혈관질환을 진단받은 환자 혹은 심혈관질환 발병 위험이 높은 사람들에게 대한 혈압강하제 투여율 제고, 셋째는 심혈관질환을 진단받은 환자 혹은 심혈관질환 발병 위험이 높은 환자에 대한 스타틴(콜레스테롤 저하제) 투여율 제고다.

심뇌혈관질환이나 암 환자를 조기에 발견하고 이들을 안정적으로 관리하기 위해서는 일반의의 역할이 필수적이다. '의료의 질과 결과 연계 프레임워크(Quality and Outcomes Framework)'는 일반의로 하여금 심뇌혈관질환 환자 등의 치료뿐만 아니라 환자가 건강한 생활 습관을 갖도록 유도하는 역할을 수행하게 만들었다. 이를 통해 스피어헤드 지역과 비스피어헤드 지역(non-spearhead) 간 심뇌혈관질환 등에 대한 일차의료 질 격차가 줄어드는 효과를 낳았다.

2009년 4월 이후 NHS는 건강검진(NHS Health Checks) 프로그램을 강화하였다. 건강검진 프로그램은 중점 질환에 대한 개인별 위험도를 평가하고 개인별로 패키지 형태의 맞춤형 중재 프로그램을 제공하는 것이었다. 건강검진 프로그램은 기대여명을 개선하는 데 주요한 역

할을 할 수 있으며, 이는 스피어헤드 지역에서 기대여명의 격차를 개선하는 주요한 수단이 될 수 있었다.

NHS의 금연서비스(stop smoking services) 또한 스피어헤드 지역에서의 건강불평등 감소를 위한 주요한 중재 방법이었는데, 흡연으로 인한 사망이 연간 수만 명에 이르며 이들 중 다수는 결핍 지역에 거주하고 있었기 때문이었다. 특히, 스피어헤드 지역에 거주하는 단순노무직과 육체노동자의 흡연을 감소가 사업의 핵심이었는데, 이들 집단에서 중등도 흡연자가 가장 많았던 반면 금연 성공률은 가장 낮았기 때문이다. 여러 가지 어려움에도 불구하고 결과적으로는 스피어헤드 지역과 비스피어헤드 지역의 격차를 줄이는 데 긍정적인 성과를 이끌어냈다. 아울러 영국 정부는 건강불평등에 대응하기 위해 위에서 언급한 중재 방안 이외에도 장기적인 관점에서 비만이나 알코올 관리 사업을 중요하게 다루었다.

2) 지역 건강불평등 감소를 위한 중앙정부의 정책 지원

영국에서 지역 건강불평등 해소에 대한 책임은 일차적으로 해당 지방정부에 있다. 그럼에도 불구하고 중앙정부는 스피어헤드 그룹의 건강불평등 감소를 위해 여러 가지 지원 방법을 모색하였다. 예를 들어 중앙정부는 스피어헤드 그룹 내 일차의료트러스트에 대한 기술 지원, 일차의료트러스트의 보건의료서비스 구매 지원, 일반의

(GP: General Practice)들이 취약계층의 서비스 접근성 제고를 위해 방문진료를 하는 데 대한 인센티브 제공 등을 통해 해당 지역 내 보건의료서비스 제공 체계를 강화하였다.

일반적으로 지역의 건강불평등 해소와 관련한 보건의료서비스 제공 재원으로는 해당 지역의 일차의료트러스트에 할당된 재원을 우선적으로 활용하는 것이 원칙인데, 영국 정부는 이에 더하여 스피어헤드 지역에는 추가적인 출연금을 지원하였다. 예를 들어, 영국 정부는 2008년과 2009년에 각각 3400만 파운드와 2100만 파운드²⁰⁾를 중앙정부 지원금으로 지출하였는데, 주로 스피어헤드 지역의 건강불평등 해소와 지역 주민의 건강생활실천 증진에 재원을 투입하였다.

영국 정부는 스피어헤드 지역에 직접 지원하는 방법 외에도 취약지 의료 접근성 강화를 위해 다양한 방법을 강구하였는데, 그중에서 ‘필요 기반 자원 배분 공식(needs-based formula)’ 도입이 대표적인 사례이다. 영국 정부는 새롭게 도입된 자원 배분 방식을 통해 스피어헤드 지역을 중심으로 지역 주민에게 보건의료를 제공할 때 ‘동일한 필요에 따른 동일한 접근성(equal access to healthcare for people at equal risk)’이 보장되기를 기대하였다.

2010년 전후로 일차의료트러스트에 대한 자원 배분 방식에서 지역의 건강 취약성이 추가로 고려되기 시작하였는데, 이는 자원 분배 시 지역 사회 주민의 평균 연령과 의료서비스에 대한 미

20) 현재 환율로 500억여 원과 310억여 원.

충족 욕구 등을 가중치로 활용하는 방식이었다.

재원 배분에 대한 관여와 함께 영국 정부는 지역의 건강불평등 해소를 지원하기 위해 지역의 불평등 수준 측정과 모니터링을 위한 도구를 개발해 왔다. 지역 건강불평등 모니터링 도구 개발은 2005년부터 시작되었다. 대표적으로 ‘건강불평등 지원팀(Health Inequalities National Support Team)’과 ‘건강불평등 중재 툴킷(Health Inequalities Intervention Tool)’²¹⁾ 등이 있는데, 이들 도구는 2007년부터 지역의 건강불평등 중재 사업의 효과성 평가를 위해 활용되었다.

지역 건강불평등 해소를 위한 중앙정부의 조치에는 의료서비스 제공뿐만 아니라 지역사회 주민의 건강증진을 위한 노력 또한 포함되었으며, 주로 스피어헤드 그룹 내 일반의의 행태 변화를 유도하기 위한 정책들이 실시되었다.

2001년 이후 지역의 의료서비스 커미셔닝²²⁾에 대한 권한과 책임은 일차의료트러스트가 갖고 있었으나,²³⁾ 2004년 이후 보건부는 일반의와 지역의 일차의료전문가들을 커미셔닝에 참여하도록 유인하여 지역사회 주민들에게 필요한 의료서비스 구매를 유도하였으며, 이러한 변화는

일반의가 환자들로 하여금 더 건강한 생활 습관을 갖도록 유도할 수 있는 기회를 제공했다.

아울러 일반의가 제공하는 보건의료서비스의 질적 수준 제고를 위해 2004년부터 ‘의료의 질과 결과 연계 프레임워크’를 도입하였는데, 이 제도의 주요 목적은 만성질환에 대한 의료서비스의 질에 재정적 인센티브를 연계하는 것이다. 새로운 프레임워크 도입으로 관상동맥질환이나 암에 대한 2차 예방 사업이 강화되었고, 그 결과 만성질환자의 사망률이 감소하였다.²⁴⁾

다. 정책 평가

영국에서는 지역 간 기대여명 격차 해소를 위한 정책과 사업의 성과를 기대여명, 총사망률, 순환기계 질환·심뇌혈관 질환 사망률, 흡연율 등으로 측정하였다.

마뎃리뷰에도 나타나 있듯이 영국 정부는 2010년까지 달성하고자 했던 건강불평등 감소 정책 목표를 100% 달성하는 데 실패했다. 영국 전체의 기대여명 수준은 건강불평등 해소를 위한 정책적 노력을 시작한 1997년 이후 해마다 개선되어 왔으나, 스피어헤드 그룹과 나머지 인

21) ‘건강불평등 중재 툴킷’에 대한 자세한 설명은 ‘김동진 등(2013). 한국의 건강불평등 지표와 정책과제. 한국보건사회연구원. pp.227-230’을 참고하기 바람.

22) 영국의 의료시스템에서 커미셔닝(commissioning)이란, 지역사회 주민들에게 어떤 보건의료서비스가 필요한지 결정하여 필요한 서비스를 구매하고 구매한 서비스가 당초의 요구와 부합하는지를 확인하는 과정이며, 커미셔닝 절차를 개선해 보건의료서비스의 접근성과 질의 형평성을 제고할 수 있음.

23) 2013년 4월부터 NHS 의료전달체계의 변화로 일차의료트러스트가 폐지되고 지역별 일반의(GP)를 중심으로 구성된 임상전문가그룹(CCGs: Clinical Commissioning Groups)이 그 자리를 대신하게 되었으며, 이에 따라 보건의료서비스 구매 담당도 CCGs에서 담당하게 되었음.

24) 이 프레임워크에는 134개의 지표가 있는데 이 중 20개 영역 86개 지표는 임상 지표로 구성되어 있음[Department of Health(2010). 앞의 책, pp.33].

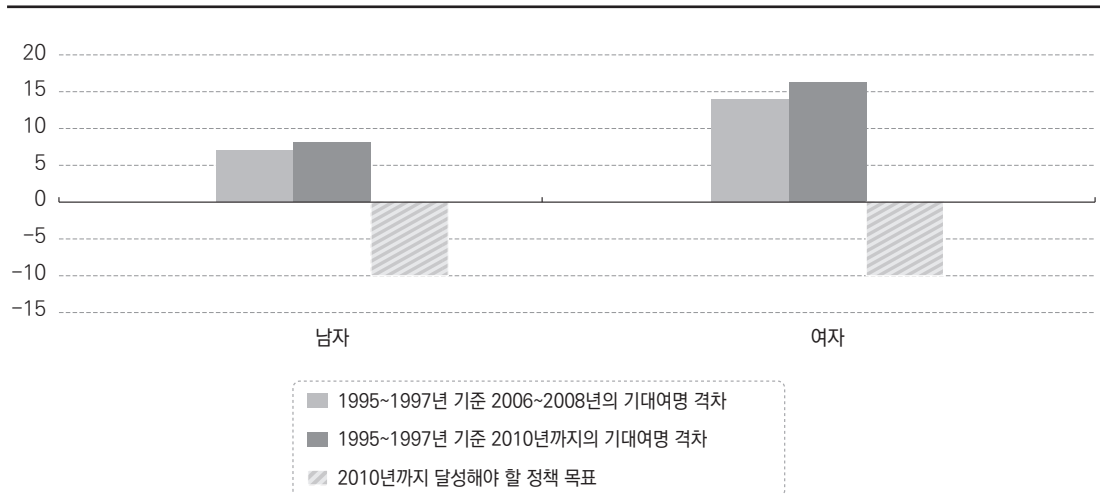
구집단 간의 기대여명 격차는 오히려 증가하였고, “2010년까지 스피어헤드 그룹과 영국 전체 평균의 기대여명 격차를 10% 줄인다”는 목표는 결국 달성하지 못하였다(그림 3).

2010년 영국 정부가 설정했던 건강불평등 감소 정책 목표를 달성한 스피어헤드 지역은 17%에 불과한 반면 53%는 목표를 전혀 달성하지 못했다. 이처럼 건강불평등 정책의 성과는 스피어헤드 지역 내에서도 편차가 있었는데 런던 내 스피어헤드 지역에서만 남녀의 기대여명 격차를 모두 줄이는 데 성공한 것으로 나타났다.

총사망률 변화 또한 지역 수준에서의 건강불

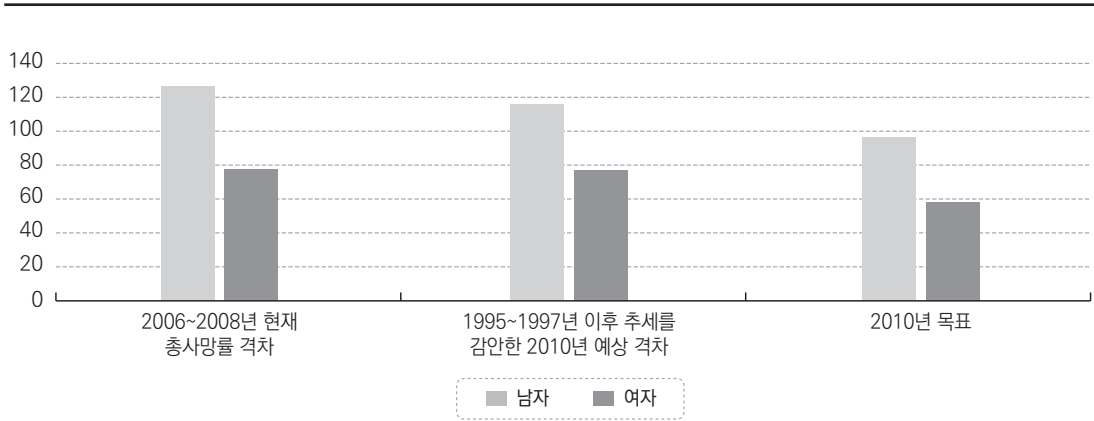
평등 측정 지표로 사용되었다. 총사망률은 NHS와 지방정부의 성과관리시스템(performance management system)을 평가하는 지표이기도 하다. 영국 정부는 기대여명의 불평등 감소 목표를 달성하기 위해 스피어헤드 지역과 영국 국가 전체 간의 총사망률 격차를 남자는 인구 십만 명당 142명(1995~1997년 기준)에서 98명으로, 여자는 75명에서 58명으로 낮추는 것을 목표로 설정하였다. 그러나 절대적인 사망률 감소에도 불구하고 총사망률 격차 감소 목표는 달성하지 못하였다(그림 4).

그림 3. 스피어헤드 지역과 영국 전체 지역 간 기대여명 격차



자료: Department of Health(2010). Tackling inequalities in life expectancy in areas with the worst health and deprivation. p.22 수정.

그림 4. 영국 성별 총사망률 격차와 정책 목표



자료: Department of Health(2010). Tackling inequalities in life expectancy in areas with the worst health and deprivation. p.25 수정

영국 정부는 흡연을 격차와 암·순환기계질환 사망률의 격차가 기대여명의 격차를 발생시키는 중요한 요인이라고 파악하고, “암으로 인한 사망률 20% 감소와 순환기질환으로 인한 사망률 40% 감소”를 건강불평등 감소를 위한 보건의료 서비스 제공 목표로 설정하였다. 흡연 또한 심뇌혈관질환과 회피 가능한 사망의 가장 큰 원인으로, 영국 보건부는 흡연과 관련해 “2010년까지 성인의 흡연율을 21% 이하로 낮추는” 것을 정책 목표로 설정하였다. 특히 “단순노무직이나 육체노동직 종사자의 흡연율을 26% 이하로 낮추는 것”을 별도로 설정하고 있다.

이와 같이 지역 내 건강불평등 해소를 위해 적절한 목표를 설정하고, 그에 따른 정책적 노력과 재정적 지원 노력을 경주하였음에도 불구하고 지역 간 건강불평등이 개선되지 않은 이유에 대해 영국 정부는 지역 단위 일차의료트러스트

(PCTs)에서 발생하는 총사망의 80~85%가 일차의료트러스트(PCTs)에서 수행하는 사업 범위 외에 있는 사회경제적 요인(소득, 물질 결핍, 교육 수준, 중위소득, 사회경제적 계층, 인종 등)과 관련 있는 것으로 파악하였다.

4. 시사점

가. 건강불평등 해소 목표와 정책 방향 설정

건강불평등 해소를 위한 정책 대응의 첫 단계는 정책의 목표와 방향을 설정하는 일이 될 수 있다. 영국의 지역 간 건강불평등 대응 정책에서 가장 먼저 눈에 띄는 것 또한 지역 간 건강불평등 완화를 위해 정책 목표를 설정하고 이를 수정해 나가는 일련의 과정이다. 영국은 2000년 지역 건강불평등 해소를 위한 목표를 설정한 후 2004

년 이를 수정하여 스피어헤드 그룹이라는 정책 대상 지역까지 분명하게 설정하였다.

정책 목표와 정책 대상이 분명해지자 투입해야 할 정책적 노력과 평가해야 할 대상도 분명해지게 되었다. 특히, 지역사회의 기대여명 격차를 줄이기 위해 스피어헤드 지역에서의 주요 사망 원인으로 지목된 ‘흡연으로 인한 사망’을 예방하는 사업을 강화하고 심뇌혈관질환과 암으로 인한 사망을 줄이는 데 많은 자원을 투입할 수 있게 되었다. 아울러 스피어헤드 지역에서의 금연사업 성과를 모니터하기 위해 건강불평등 중재 툴킷(health inequalities intervention tool)을 개발하여 금연사업의 성과를 건강불평등 관점에서 평가할 수 있도록 하였다.

이와 같이 건강불평등을 해소하고자 하는 정책 의지는 구체적인 정책 목표 설정 여부로 판단할 수 있다. 우리나라는 1995년 수립된 새국민 건강종합계획 이후 제4차 계획에 이르기까지 ‘건강형평성 제고’가 국가 건강증진 정책의 목표로 설정되어 있으나 아직 정책 목표의 구체성이나 목표를 달성하기 위한 세부 사업 마련으로 이어지지 못하는 실정이다.

나. 사회적 건강결정요인에 대한 중요성 인식

영국의 건강불평등 정책에 대한 이해는 건강불평등 발생 원인으로서는 사회적 건강결정요인을 이해하는 데에서 시작한다. 건강이나 건강불

평등의 결정요인 혹은 해결 방안으로서 개인의 생활 습관 개선, 질병 예방이나 치료를 위한 의료 서비스에 대한 접근성에 국한하지 않고, 교육이나 주거 등 광범위한 사회불평등 개선에서부터 정책을 시작하려는 노력을 경주하였다.

이러한 시각은 1980년에 발간된 블랙 보고서에서부터 시작된다. 블랙 보고서는 건강불평등이 단지 흡연이나 건강 습관이 원인이 된 것이 아니라 좀 더 깊은 사회적 원인의 소산이란 사실을 분명히 드러내 보였다는 점과 그런 사회적 원인에 대한 개입을 통해 건강불평등을 개선 가능한 일로 바라보기 시작했다는 점에서 의미를 가진다.²⁵⁾

2010년 발간된 마멋리뷰에서도 이러한 인식을 공유하고 있다. 마멋리뷰는 건강불평등의 문제를 사회불평등의 결과로 인식하고, 공평성과 사회정의의 문제로 접근해야 함을 강조하였으며,²⁶⁾ 건강불평등 해소를 위한 주요 정책 목표를 교육, 고용, 지역사회 개발 등 사회적 건강결정요인을 바탕으로 설정한 바 있다.

다. 형평성을 고려한 보건의료서비스 제공

영국 보건의료서비스 정책의 가장 기본적인 원칙은 동일한 수요(need)를 가진 인구집단을 대상으로 동일한 의료서비스에 대한 접근성을 보장하는 것이다. 이에 따라 지역의 건강 수준이 낮아 보건의료서비스에 대한 수요가 높은 지역에서는 취약성 정도에 비례하여 서비스 접근

25) 이창근(2007). 앞의 책. p.162.

26) 윤태호(2013). 앞의 책. p.197.

성을 제고하는 비례적 보편주의(proportionate universalism)를 실현하고 있다.

이러한 원칙은 스피어헤드 지역 내 일차의료 트러스트에 대한 재원 배분 시에도 적용되어 건강형평성 관점에서의 재원 배분 공식(formula)이 별도로 만들어져 사용되었는데, 주로 지역별 연령 구성과 의료서비스에 대한 수요가 가중치로 적용되었다.

건강형평성 관점이 적용된 것은 재원뿐만 아니라 의료인력 배치에서도 마찬가지이다. 건강불평등 해소 정책의 중점 대상 지역인 스피어헤드 그룹에는 의료인력이 상대적으로 적게 배치되어 있었는데, 문제 해결을 위해 의료 취약지역에서 근무하는 일반의에게 상대적으로 더 많은 보상을 제공하는 등 정부가 주도적으로 나서서 의료인력 부족 문제에 적극 대응하였다.

라. 평가와 모니터링

건강형평성 제고를 위한 사업을 활성화하려는 사업 담당자들이 사업을 통해 건강형평성이 얼마나 개선되는지 또는 개선될 가능성이 있는지를 확인할 수 있어야 한다.²⁷⁾

영국 정부가 건강불평등 중점 대상 지역을 스피어헤드 지역으로 지정한 이유 중의 하나도 정책의 효과를 일관되게 평가하기 위해서이다. 그 뿐만 아니라 스피어헤드 지역에서 실시한 사업의 효과를 평가할 수 있는 도구를 개발하는 데도 많은 투자를 하였다. 개별 사업의 효과를 사업에 투

입한 자원이나 중간 결과물로 평가하는 것이 아니라 최종 결과물인 건강불평등 개선 효과로 평가하도록 기술적으로 지원함으로써 사업이 목표 지향적으로 추진될 수 있는 기반을 마련하였다.

영국 정부는 2007년부터 스피어헤드 지역에서 ‘건강불평등 중재 툴킷’을 활용할 수 있도록 지원하였는데, 이 도구는 지역에서 건강불평등 해소 사업으로 실시한 금연사업 등의 효과를 건강불평등 개선의 효과로 나타내어 평가할 수 있도록 개발되었다. 즉, 지역 내 금연 성공자의 수가 증가할 경우 향후 지역의 기대여명 증가분과 영국 전체 평균 기대여명의 격차 감소분이 계산됨으로써 사업 담당자들이 정책의 지향점을 잃어버리지 않도록 도움을 주는 것이다.

현재 우리나라에서 지역 단위로 실시하고 있는 건강증진사업의 평가 지표가 주로 사업 참여 인력이나 건수 등의 과정 지표 위주로 설정되어 있는 것과 비교하면 큰 차이가 있다.

마. 분권화와 연계·협력

영국 정부는 중앙과 지역 보건당국 사이의 협업을 건강불평등 해소를 위해 중요한 과제로 파악하였다. 특히 사회적 건강결정요인에 대응하기 위해서는 다양한 기관 간 협업이 더욱 중요하였다.

영국에서 실시되고 있는 건강불평등 정책에는 보건부뿐만 아니라 다양한 정부기관이 참여하고 있는데, 이러한 분위기가 형성된 것은 애치슨 보

27) 김동진 등(2016). 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발. p.548.

고서 이후이다. 건강불평등의 원인이 되는 사회적 건강결정요인에 적절히 대응하기 위해서는 다각적인 접근이 필요한데, 애치슨 보고서에서 건강불평등 해소를 위한 다양한 정부기관의 참여를 강조한 이후 정부 내 여러 조직과 기구가 건강불평등 정책 내에 수직적 혹은 수평적으로 조직되어 있다.²⁸⁾

중앙정부와 지방정부 간에도 지역의 건강불평등 문제 해결을 위한 역할을 분담하여 접근이 이루어지고 있다. 영국에서 지역의 건강불평등 문제를 해소하여야 할 책임은 일차적으로 해당 지방정부에 있으며, 중앙에서는 지역의 건강불평등 문제 해결을 위한 정책 목표와 관련 서비스가 차질 없이 공급될 수 있도록 재원 투자, 프로그램 개발, 기술 지원 등의 역할을 수행하고 있다.

특히 중앙에서 건강불평등사업 지원팀(Health Inequalities National Support Team)을 구성하여 스피어헤드 지역의 일차의료트러스트를 순회하면서 기술 지원 활동을 펼쳤는데, 그러한 지원 활동이 해당 지역의 건강불평등사업을 원활하게 수행하는 데 많은 도움을 준 것으로 평가되었다.

5. 나가며

최근 정부는 100대 국정과제 중 ‘건강보험보장성 강화 및 예방 중심 건강관리 지원’의 목표 가운데 하나로 “건강증진사업 확대를 계층·지역

별 격차 완화와 건강수명 연장”을 발표하였다. 건강불평등이나 건강형평성 등과 같은 구체적인 단어로 표현하지는 않았으나 이전의 정부들과는 달리 사회계층별, 지역별 건강 격차를 인정하고 이를 완화하려는 노력을 정책적 목표로 설정한 것은 고무적이라 할 수 있다.

그동안에도 국민건강증진종합계획 등에서 건강불평등 완화가 정책 목표로 설정되어 있었지만 구체적인 사업 마련으로 이어지지 않았다. 지역 차원에서도 지역 보건의료계획 내용으로 지역의 건강 격차 해소를 위한 구체적인 내용이 포함되도록 법이 개정되었으나 얼마나 실효성 있는 계획이 수립될지는 알 수 없다.

이러한 시점에서 영국의 사례를 자세하게 살펴보는 것은 구체적인 정책의 방향을 설정하는 측면에서 의미를 찾을 수 있다. 이 글에서는 영국의 건강불평등 대응 정책에서 얻을 수 있는 시사점을 정책 목표 설정, 건강불평등 발생 원인에 대한 인식, 비례적 보편주의에 의한 서비스 제공, 정책 효과의 평가와 모니터링, 사업 참여 기관별 연계·협력 등의 차원에서 정리하였는데, 우리나라의 정책 현실에 비추어 보았을 때 아직은 이 중 어느 하나도 쉽게 실현될 수 없는 내용이다. 그러나 이번 정부에서는 건강불평등 해소를 위한 목표가 단순히 정책 구호에 머물지 않고 더욱 구체적인 실행 방안과 자원 배분이 뒷받침되어 문제 해결을 위한 첫걸음을 내디딜 수 있기를 기대한다. ■

28) 이창곤(2007). 앞의 책. p.165.