

건강형평성에서 건강행태의 함의와 정책과제

Implication of Health Behaviors in Socioeconomic Health Inequalities and Policy Directions



김혜련 한국보건사회연구원 연구위원

흡연, 영양, 음주, 운동 등 건강행태들은 건강수준을 결정하는 중요한 요인이다. 건강행태가 개인의 선택과 습관을 넘어서 사회구조와 사회경제적 요인에 의해서 영향을 받으며, 무엇보다도 다른 건강불평등 요인에 비하여 개선가능성이 크다는 점에서 건강불평등에서 건강행태의 중요성은 매우 크다. 최근 우리나라는 소득의 상대적 격차가 커지고 소득불평등도가 악화되고 있다. 경제불황으로 실업이 증가하여 신빈곤층의 증가가 예측된다. 이러한 상황에서 사회경제적 집단간 건강수준의 차이를 줄이고 건강형평성을 감소시키기 위한 건강증진사업 등 행태 개선 프로그램을 전달하는 데는 사회계층간 건강수준에 영향을 미치는 차이를 구조적으로 파악하고, 그 인구집단의 특성을 고려한 적절한 방안이 마련되어야 정책의 실효성을 거둘 수 있을 것이다.

본 소고에서는 주요 건강행태의 사회경제적 차이와 건강불평등에 미치는 영향을 우리나라의 최근 연구들을 중심으로 논의하고, 건강형평성 제고를 위한 건강행태 개선과제의 방향을 모색하고자 한다.

1. 들어가는 말

건강을 결정하는 요인들에 대해서 많은 연구와 모델들이 제시되어 왔다. 미국에서는 사회적 환경, 환경적 폭로, 건강행태, 유전 및 보건 의료서비스의 5가지 영역으로 구분하여 불평등이 이들 영역별로 조기사망을 초래하는 요인의 기여도도를 건강관련 행태요인이 약 40%, 유전적 소인이 30%, 사회적 환경이 15%, 보건의료 서비스 요인이 10%, 환경적 폭로가 5%가 되는

것으로 제시하고, 2000년 미국에서 조기사망을 초래하는 건강행태요인 중에서는 흡연이 43.5%로 가장 높고, 비만과 신체적 비활동이 36.5%, 알코올이 8.5%를 차지하는 것으로 분석하고 있다.¹⁾

건강불평등에 영향을 미치는 요인에 대해서 유럽의 영국, 네델란드, 북구유럽 국가를 선두로 많은 연구들이 이루어져 왔으며, 우리나라에서도 최근 여러 연구가 이루어지고 있다. 우리나라에서도 건강불평등 감소를 위한 전략이나

로드맵 수립은 미흡한 상태이기는 하나 새국민 건강증진종합계획(Health Plan 2010)에서 사회계층간 건강수준의 격차 해소를 국가 건강목표의 하나로 선언적이나마 천명한 바 있다.

건강불평등을 초래하는 결정요인에 대해서는 학자에 따라 차이가 있으나 대체로 사회경제적 수준, 즉, 물질적 요인과 건강행태요인 및 사회심리적 요인의 세 범주로 크게 분류하고 있으며, 최근에 와서는 이러한 관점과 함께 생애를 통한 장기적이고 누적적인 시간의 건강불평등에 대한 영향에도 관심이 대두되고 있다. 건강불평등을 초래하는 직접적이고, 강력한 요인이 물질적 요인, 즉 사회경제적 요인에 있다는 것이 여러 연구들에서 주류를 이루고 있지만 최근의 연구에서는 사회경제적 사망 불평등에서 건강행태의 기여도가 크며, 건강행태의 개선을 위한 정책과 프로그램을 통해서 사망불평등을 감소시켜 줄 수 있다는 연구들이 새롭게 제기되고 있다.

이미 1980년 영국의 블랙리포트에서 건강불평등을 초래하는 여러 설명방식의 하나로 건강행태 요인을 포함하여 건강행태의 중요성을 인식한 바 있다. 개인의 건강 위태행태가 사회계층별로 다르게 분포하며, 이들이 건강불평등의 일부를 설명할 수 있다는 것이다. 대표적인 건강행태는 흡연, 영양, 음주, 운동 등으로 이들 건강행태들은 건강수준을 결정하는 중요한 ‘근접 요인’이다. 건강행태가 개인의 선택과 습관을 넘어서 사회구조와 사회경제적 요인에 의해서 영향을 받으며, 무엇보다도 다른 건강불평등 요인에 비하여 개선가능성이 크다는 점에서 건강불평등에서 건강행태의 중요성은 매우 크다고

할 수 있다.

본 소고에서는 주요 건강행태의 사회경제적 차이와 궁극적으로 건강에 미치는 영향을 우리나라의 최근 연구들을 중심으로 논의하고자 한다. 특히 사회경제적 불평등도가 높은 흡연에 대해서는 보다 구체적인 사례를 들고자 하며, 끝으로 건강형평성 제고를 위한 건강행태 개선과제와 방향을 기술하고자 한다.

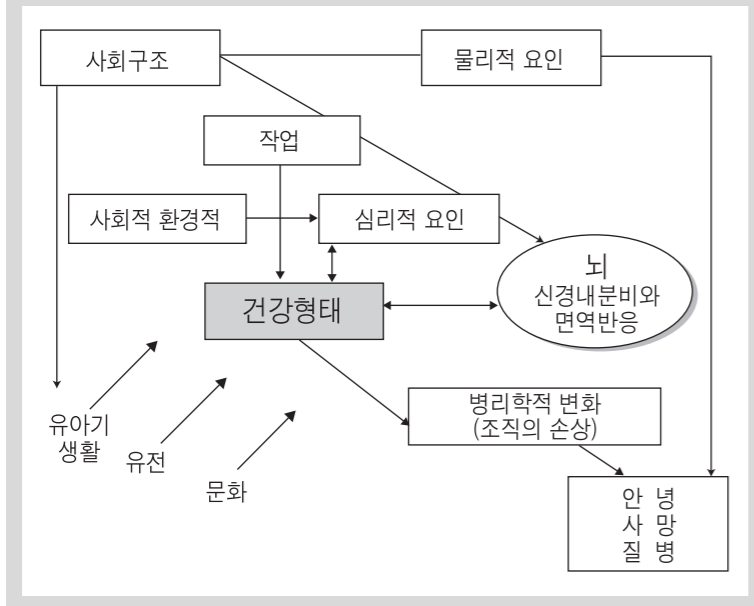
2. 사회경제적 건강불평등 기전에 영향을 미치는 건강행태 요인

그동안 많은 학자들이 사회경제적 건강불평등 기전을 설명하는 모형을 제시하여 왔다. 각각의 모형들은 세부적인 면에서는 차이점을 가지고 있으나 이들 모형들은 모두 건강불평등의 원인에 대하여 ‘중첩적(layered)’이고 ‘연쇄적(chain-like)’인 관점에 근거하고 있다는 공통점을 가지고 있다. 즉, 사회경제적 위치에 따라 발생하는 관련 요인들과 건강수준 사이에서 존재하는 수많은 중첩적이고 연관적인 요인들이 사망과 질병이나 장애를 가져오며, 따라서 이와 같이 사회경제적 요인들과 건강수준 사이에서 중첩적으로 존재하는 모든 요인들에 대하여 건강불평등을 감소시킬 수 있는 정책과 중재의 개입지점(entry point)이 존재할 수 있다는 것이다. 그 중 건강행태와 건강불평등과 관련한 모델의 하나로 [그림 1]의 Marmot & Wilkinson 모형을 들 수 있다.²⁾

사회경제적 건강불평등에서 건강행태가 미치는 영향의 정도에 대해서는 논란이 많은 주제

1) Schroeder SA. We Can Do Better—Improving the Health of the American People. N Eng Med 2007;357:1221~8.

그림 1. 사회구조가 건강에 미치는 경로: Marmot & Wilkinson 모형



으로 결정되어 진다는 것이다. 또 다른 주장은 건강행태가 건강에 여전히 중요한 영향을 미치며, 그 기전은 사회경제적 요인이 건강에 영향을 미치는 과정에서 중요한 매개변수로서 역할을 한다는 것이다.

최근 Laaksonen 등 몇몇 연구에서는 건강행태가 교육수준별 사망과 심혈관계질환으로 인한 사망 불평등에 큰 기여를 하고 있

이다. 연구에 따라 다른 결과들이 제시되고 있는데 이는 분석자료와 건강행태 변수의 차이에 따라서도 차이가 있다. 건강행태가 미치는 영향이 적다는 주장에는 건강행태가 물질적인 조건이나 사회구조적인 지위 등 사회경제적 요인에 뿌리를 두고 있기 때문에 건강증진행위나 건강위해행위를 선택하는 것이 사회경제적 계층에 따라 거의 유형화되어 있으며, 건강증진을 위한 서비스 이용 접근도나 장애요인도 사회구조적

음을 장기추적 연구를 통해 밝히고 있으며,³⁾ 우리나라의 1998년과 2001년 국민건강영양조사의 추적자료를 이용하여 교육과 소득의 사망불평등에 기여하는 위험요인의 기전을 분석한 연구에서도 건강행태가 사망률 불평등에 매우 큰 역할을 하는 것으로 밝히고 있다.⁴⁾ 이러한 연구들은 건강불평등의 감소시키거나 증가시키는데 있어서 건강행태가 중요한 역할을 하며, 건강위해 행위를 조절함으로써 사회경제적 계층

별 건강불평등을 상당히 감소시킬 수 있다는 주장을 제기하고 있다.

사회경제적 건강불평등에 영향을 미치는 대표적인 건강행태 요인으로는 흡연, 음주, 영양, 신체활동 등을 꼽고 있으며, 그 외에 수면이나 건강검진 수신 행태 등도 포함되고 있다. 우리나라에서도 윤태호 등은 1995년 국민건강영양조사 자료를 이용하여 건강관련습관을 분석하여 흡연, 음주, 운동에서 사회계층에 따라 달리 분포하고 있음을 제시하였고, 그 이후 1998년과 2001년 국민건강영양조사를 이용한 연구들이 건강행태에서의 사회경제적 차이를 제시한 바 있다. 1998년 국민건강영양조사 추적자료를 이용하여 흡연, 음주, 운동 등의 건강행태요인이 사망률에서의 불평등에 미치는 영향에 대해서 사회경제적 요인, 사회심리적 요인 및 심혈관계질환 위험요인(비만, 혈압, 혈당, 콜레스테롤)과 함께 연관성을 가지는 것을 제시하였으며(김혜련 등, 2004)⁵⁾, 1998년과 2001년 국민건강영양조사의 추적자료를 이용하여 교육과 소득의 사망불평등에 기여하는 위험요인의 기전을 분석한 연구에서는 흡연, 음주, 운동이 사망률 불평등에서 다른 사회심리적 위험요인이나 주요 임상적 지표 보다 큰 부분을 설명하는 것으로 분석하였다(김혜련 등, 2006; Khang et al, 2009).⁶⁾

본 소고에서는 흡연, 음주, 운동, 영양의 사회경제적 분포와 사망률 불평등 기전에서의 건강

행태의 영향을 국내의 연구결과들을 통해서 엿보고자 한다.

1) 흡연

흡연율은 건강행태 중에서도 사회계층별 격차가 큰 대표적인 건강행태이다. 흡연은 국민건강을 위협하는 대표적인 건강행태 위험요인으로 폐암 등 암과 관상동맥질환 등의 심혈관계 질환을 일으키는 위험요인으로 밝혀져 있다. 특히 남자의 흡연율이 여전히 전세계적으로 높은 수준에 있는 우리나라에서는 흡연이 건강에 미치는 영향은 매우 크다. 1998년 및 2001년 국민건강영양조사 자료를 추적조사한 우리나라의 연구에서도 흡연과 여러 만성질환과의 인과관계가 뚜렷하게 파악되었다. 흡연이 사망위험을 높이며, 흡연이 폐암, 당뇨 및 만성하기도 질환, 전체 암, 뇌혈관질환, 허혈성심질환의 발생위험을 높이는 것으로 분석되었다(김혜련 등, 2006).

국가의 사회경제적 발전단계나 성별에 따라 다소 차이는 있으나 대부분의 선진국에서 남녀 모두 사회경제적 위치가 낮을수록 흡연율이 높은 경향이 뚜렷하다. 2001년도와 2005년 국민건강영양조사 자료를 이용한 연구에서는 남녀 모두 직업계층, 교육수준, 소득수준에서의 사회계층별 흡연율 격차가 존재하는 것으로 보고되었다.⁷⁾ 1998년, 2001년 2005년 국민건강영양조사 자료를 이용한 연구에서도 흡연에서의 사회

2) Marmot M, Wilkinson RG, Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: A response to Lynch et al, British Medical Journal. 2001;322:1233~6.
 3) Laaksonen M, Talala K, Martelin T et al, Health behaviours as explanations for educational level differences in cardiovascular and all-cause mortality: a follow-up of 60000 men and women over 23 years, European Journal of Public Health 2008;18:38~43.
 4) Khang YH, Lynch JW, Harper S, Yang S, Jung-Choi K, Kim HR. Material, psychosocial, and behavioral factors to explain educational and occupational mortality inequalities in a nationally representative sample of South Korea: relative and absolute perspectives. Soc Sci Med 2009;68:858~66.

5) 김혜련, 강영호, 윤강재, 김창석. 건강 수준의 사회계층간 차이와 정책 방향. 한국보건사회연구원, 2004.
 6) 김혜련, 강영호, 박은자 외. 한국인의 사망과 질병 및 의료이용의 요인분석과 정책과제. 한국보건사회연구원, 2004.
 7) 김창엽·김명희. 건강수준 및 의료이용의 형평성. In. 한국인의 주요 상병 및 건강행태 분석. 보건복지부·한국보건사회연구원, 2003.

경제적 불평등이 커지고 있음이 보고되었다.⁸⁾ 또한 공무원과 사립학교 교직원 중 30~49세의 남자의 건강검진 자료를 분석한 연구에서도 소득수준과 흡연율은 역비례관계가 있으며, 해가 갈수록 소득수준에 따른 흡연율의 상대적, 절대적 격차가 더 커지고 있음을 보고하였다.⁹⁾ Khang 등은 2006년과 2009년 연구에서 통계청의 사회통계조사를 이용하여 학력, 직업, 소득에 따른 흡연율 격차를 시계열적으로 분석하여 대부분의 연령에서 남자는 물론 여자에서도 사회경제적 계층과 흡연율은 역상관관계를 나타내었고, 여러 금연 정책으로 흡연율 자체가 감소되고 있음에도 흡연율의 사회경제적 계층간 격차는 지속적으로 커지는 현상을 보여주었고, 사회경제적 위치가 낮은 인구집단에서 흡연율이 높은 경향을 보여주었다. 다만, 2004년 이후의 담배가격 정책으로 담배가격에 민감한 청소년이나 저소득층을 중심으로 영향을 미쳐 흡연율의 사회경제적 격차가 다소 완화되고 있을 가능성이 있음을 제시하고 있다.¹⁰⁾

2) 영양과 식생활

영양소 섭취 수준과 식생활은 건강에 영향을 미치는 라이프스타일에서 가장 중요한 요소의 하나다. 그런데 영양과 식생활에 가장 큰 영향

을 미치는 요인은 소득 등의 사회경제적 요인이다. 1988년 미국의 Surgeon General's Report on Nutrition and Health 보고서 및 최근 WHO 보고에서는 암 발생의 30% 이상이 식생활에서 비롯된 것이라고 하였다. WHO 유럽지역의 1차 식품영양실행계획(Food and Nutrition Action Plan)에서는 국가 내, 국가간 식량의 불평등 해소를 위한 식량공급의 안정성 확보(food security)를 식품안전 및 영양과 함께 주요 목표로 설정한 바 있고, 2차 식품영양실행계획에서도 Millenium 개발목표와 동일선상에서 기아고통받거나 식량 안정성의 위협을 받는 인구비율을 현재의 50%까지 감소시키는 것을 주요 목표로 설정하고 있다.

우리나라에서 영양과 식생활에 대해서 교육 수준, 직업계층, 고용수준, 소득수준 등 사회경제적 위치에 따라 건강불평등 문제를 체계적으로 다룬 연구는 거의 없다. 이러한 이유의 상당 부분은 흡연, 음주, 운동과는 달리 영양과 식생활의 질을 단일 지표로 파악하는데 있어서의 어려움에 기인한다. 최근에 와서 국민건강영양조사 자료를 이용하여 사회경제적 수준과 영양상태 혹은 식습관을 비교한 연구들이 제시되고 있다. 1998년과 2001년 국민건강영양조사를 분석한 연구는 권장량에 대비한 에너지, 칼슘, 철, 비타민A, 나이아신의 섭취량이 소득수준이 낮을

수록 낮았고, 노인에서는 영양섭취 적정도(MAR)와 칼슘, 비타민A, 리보플라빈 섭취수준에서 소득수준별 차이가 더욱 뚜렷한 것을 보여주었다.¹¹⁾

2005년 국민건강영양조사 심층분석 연구에서도 최저생계비를 이용한 빈곤층, 그리고 학력이 낮은 계층, 노동직종에서 영양섭취 적정도(MAR)가 낮았고 전반적인 영양소 섭취량이 낮았다. 또한 독거노인에서는 영양섭취가 더욱 열악하였고, 여성 가장, 저소득 가정, 부모의 학력이 낮은 가정의 아동과 청소년에서 영양상태가 열악한 것으로 파악되어 영양의 사회경제적 불평등도가 취약계층에서 나타난다는 것을 보여주었다.¹²⁾ 김혜련 등(2006)의 1998년과 2001년 국민건강영양조사의 추적연구에서는 영양섭취 적정도가 낮고, 에너지와 단백질 섭취가 낮은 노인에서 사망위험이 뚜렷하게 높으며, 뇌혈관 질환, 암, 심혈관계질환 발생 위험도 높았고 의료이용도 유의하게 높은 것으로 보고하였다.

한편, 선진국에서는 비만 유병율이 사회경제적 낮은 계층에서 더욱 높게 나타나는 점이 비만의 질병부담과 건강영향으로 인해 주목받고 있다. 이는 고열량 고지방의 패스트푸드에 비하여 과일과 야채와 같이 열량이 낮으면서 질적으로 우수하고 건강에 좋은 식품이 상대적으로 가격이 높기 때문에 낮은 사회경제 계층에서 질 높은 식품의 접근성이 떨어지기 때문으로 보고 있다.

3) 음주

음주 양상의 사회경제적 건강불평등에 대해서는 연구에 따라 차이를 보인다. 음주여부 보다는 고도음주나 문제 행동을 유발하는 음주양상이 문제가 된다. 과도한 음주는 특히 노동자 계층에서 질병은 물론 사고, 폭력과 관련된 사망위험을 높이는 것으로 밝혀져 있다. 알코올 섭취와 사망률 간에는 U자형 패턴을 보이는데, 이것은 일면 비음주자 범주에는 건강하지 않아서 음주를 포기한 사람이 포함되며, 음주가 허용되는 사회에서 적절한 음주를 하지 않는 인구 집단은 사회적으로 예외 집단일 가능성이 높기 때문에 간주되기도 한다. 외국의 연구에서는 대체로 사회경제적 지위가 낮은 집단에서 해로운 음주양상이 많이 나타나는 것으로 보고되며, 음주량이 많은 집단은 농업종사자와 사회경제 수준이 낮은 사람들로 파악되었고, 국내 연구에서도 교육수준이 낮은 집단에서 다른 종류의 술에 비해 소주를 많이 마시며, 자영업과 농업종사자의 음주량이 많은 것으로 나타났다.¹³⁾ 1998년과 2001년 국민건강영양조사 자료를 이용한 연구에서는 남자에서 교육수준과 소득수준에 따른 음주율의 차이를 볼 수 없었으나 여자에서는 교육수준이 높은 계층에서 음주율이 약간 높은 경향을 보였으며, 65세 이상 여자 노인에서는 교육수준과 소득이 낮은 계층에서 음주율이 높은 양상을 보이는 것으로 보고되고 있다(김혜련 등, 2004).

8) 김혜련. 우리나라에서 흡연율의 사회계층별 불평등과 변화추이. 보건사회연구 2007; 27:25~43.
 9) Cho HJ, Song YM, Davey Smith G, Ebrahim S. Trends in socioeconomic differentials in cigarette smoking behaviour between 1990-1998: a large prospective study in Korean men. Public Health 2004;118:553~558.
 10) Khang, Y.H., & Cho, H.J (2006). Socioeconomic inequality in cigarette smoking: Trends by gender, age, and socioeconomic position in South Korea, 1989-2003. Preventive Medicine, 2006;42:415~422.
 Khang, Y.H., Yun, S.C, Cho, H.J, Jung-Choi K (2006). The impact of governmental antismoking policy on socioeconomic disparities in cigarette smoking in South Korea, Nicotine & Tobacco Research, 2009 February 27.

11) 김초일. 사회계층과 영양섭취. 보건복지포럼 2004. 6.
 12) 질병관리본부 · 한국보건산업진흥원. 국민건강영양조사 심층분석. 영양부문. 2007.
 13) 강영호 등. 건강형평성 평가지표 개발과 건강형평성 현황 조사 연구, 울산대학교의과대학 · 건강증진사업지원단, 2006.

한편, 1998년과 2001년의 국민건강영양조사 추적자료를 이용하여 사망불평등에 기여하는 위험요인의 기전을 분석한 연구에서 사망률에서의 불평등에 영향을 미치는 건강행태요인으로 흡연과 함께 음주가 주요 요인으로 제시된 바 있다(김혜련 등, 2004; Khang et al, 2009).

4) 운동과 신체활동

운동실천과 신체활동은 여러 건강행태 중에서 흡연과 함께 사회계층에 따라 뚜렷한 차이를 보이는 건강행위이다. 여러 나라에서 시행된 연구들에서 낮은 사회경제적 위치가 일반적으로 낮은 수준의 신체활동과 관련이 있다고 보고하고 있다. 사회경제적 위치가 높은 여성은 여가 시간, 업무 관련 신체활동에 유의하게 많은 시간을 보내고 있었다. 남성에서는 사회경제적 위치에 따라 신체활동의 양상이 달라 사회경제적으로 낮은 위치에 있는 사람들이 보행이나 단순 노동에 많은 시간을 소비하는 반면, 높은 사회경제적 위치에 있는 남성들은 여가시간을 통한

신체활동에 더 많은 시간을 보내고 있었다(강영호 등 2006). 1998년과 2001년 국민건강영양조사 자료를 이용한 연구에서는 [그림 2]와 같이 운동실천율은 교육수준과 소득수준이 높을수록 뚜렷하게 높은 양상을 보였다(김혜련 등, 2004).

3. 건강행태의 불평등 현상: 흡연율의 사회경제적 불평등을 중심으로

사회경제적 계층별 건강불평등 기전에 영향을 미치는 건강행태 중에서 가장 영향력이 큰 건강행위는 여러나라에서의 연구결과 흡연으로 알려져 있다. 이는 흡연이 건강에 미치는 영향이 크데, 흡연인구가 사회경제적 위치가 낮은 계층에 더욱 집중되어 분포되기 때문으로 보인다. 그런데 이러한 사회계층별 흡연율의 정태적인 불평등 현상 자체보다는 시계열적인 추이를 모니터링하여 불평등 정도가 어느 방향으로 변

화하고 있는가가 구체적인 사회정책 과제로서 중요한 의미를 갖는다.

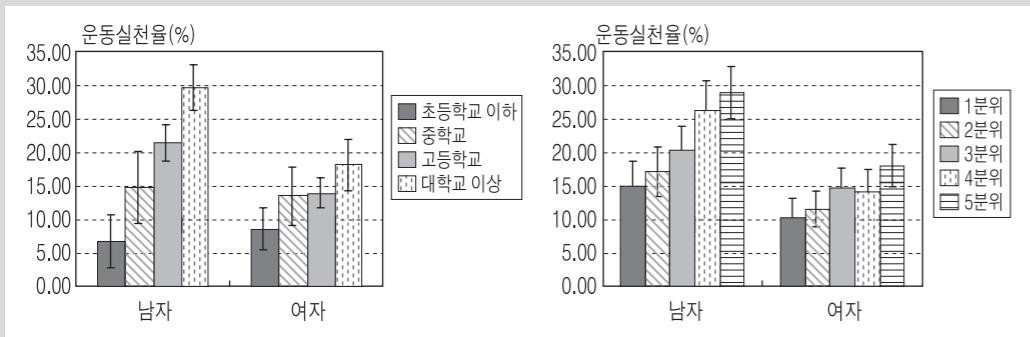
1998년, 2001년, 2005년 국민건강영양조사 자료를 이용한 분석에서 경제활동인구에 속하는 25~64세 남자의 교육수준별 흡연율 불평등도는 [그림 3]에서 볼 수 있듯이 1998년에 비하여 2001년에 심화되었다가 2005년에는 유지하

고 있는 양상을 보여 전반적으로 흡연율의 사회경제적 계층간 불평등이 커지는 양상을 보여주고 있다. 고학력 남자에서 흡연율이 많이 감소한 반면, 저학력 남자의 흡연율 감소가 상대적으로 적었기 때문이다. 25~64세 여자의 교육수준별 흡연율 불평등도 역시 [그림 4]에서 볼 수 있듯이 1998년에 비하여 2001년과 2005년에 더욱 커지고 있다. 이것은 고학력 여성의 흡연율이 거의 변화되지 않은 데 반하여 중학교나 초등학교 이하 학력 여성의 흡연율이 높아졌기 때문이다.

25~64세 경제활동인구에 속하는 남자의 직업유형별 흡연율의 불평등도는 전반적으로 남자의 흡연율이 최근 낮아지고 있음에도 비육체노동자와 육체노동자의 격차는 커지고 있다(그림 5). 이는 비육체노동자에서 흡연율이 크게 낮아졌지만 육체노동자의 흡연율 감소는 적었기 때문이다.

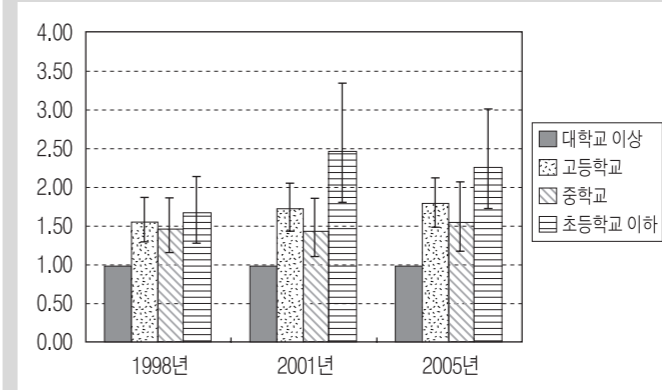
소득수준별로 볼 때 25~64세 남자의 흡연율은 1998년에 비하여 2001년, 2005년 감소되고 있으나 소득이 높은 계층에서는 큰 폭으로 흡연율이 감소한데 비하여 소득이 낮은 계층에서 흡연율 감소가 상대적으로

그림 2. 교육 및 소득수준별 연령표준화 운동실천율, 25~64세, 2001년



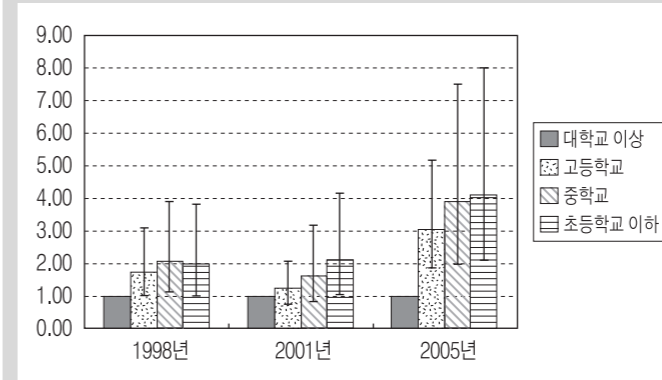
자료: 김혜련 등 (2004).

그림 3. 교육수준별 흡연율 및 교차비, 남자 25~64세



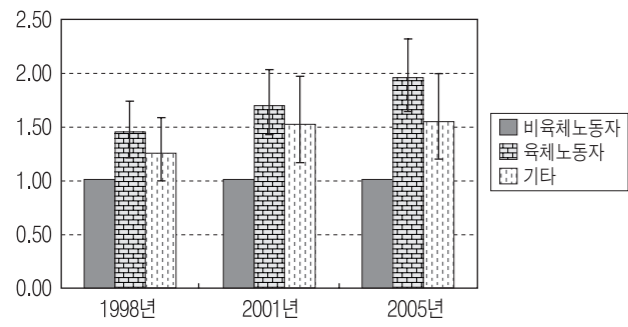
자료: 김혜련 (2007).

그림 4. 교육수준별 흡연율 및 교차비, 여자 25~64세



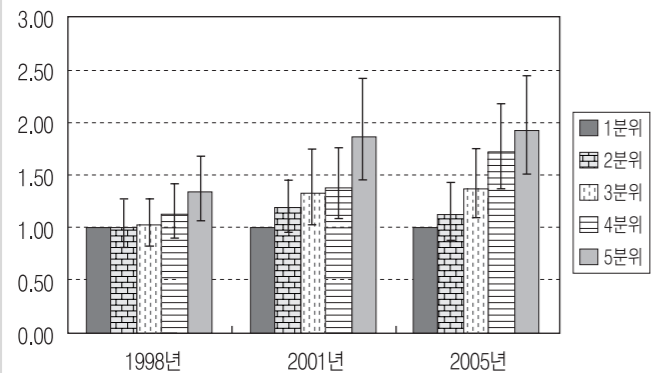
자료: 김혜련 (2007).

그림 5. 직업유형별 흡연율 및 교차비, 남자 25~64세



자료: 김혜련 (2007).

그림 6. 소득수준별 흡연율 및 교차비, 남자 25~64세



자료: 김혜련 (2007).

적어 흡연율 하락에서 소득수준간 차이가 있으며, 이것이 소득수준별 흡연율 불평등도를 심화시키고 있음을 볼 수 있다(그림 6).

한편, 통계청의 사회통계조사 자료를 이용하여 1989년부터 2003년까지 흡연에서의 사회경제적 불평등과 그 변화 양상을 분석한 연구는 대규모 조사표본을 통하여 연령군별 성별 흡연 추이를 분석할 수 있었는데 20~24세와 25~44

세에서 학력이 낮은 인구계층과 높은 계층의 흡연율 격차가 증가하면서 학력간 흡연율의 불평등이 심화되어 왔음을 [그림 7]~[그림 8]에서 볼 수 있다(Khang & Cho, 2006).

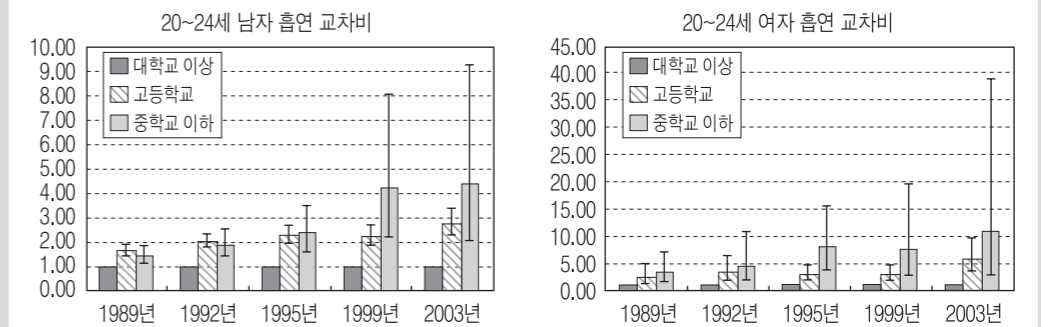
20~24세 남자에서 학력에 따라 흡연율의 불평등이 증가한 이유는 낮은 교육수준에서는 흡연율이 하락하지 않는데 반하여 높은 교육수준에서는 흡연율의 감소가 현저하였기 때문이다. 여자의 경우 흡연율 불평등의 증가는 주로 낮은 교육수준에서의 흡연율 증가에 기인하고 있다.

25~44세의 학력별 흡연율의 불평등도 증가는 교육수준이 낮은 사람들에서 흡연율 감소가 보다 현저하거나, 낮은 교육수준의

사람들에서 오히려 흡연율이 증가하였기 때문으로 볼 수 있다.

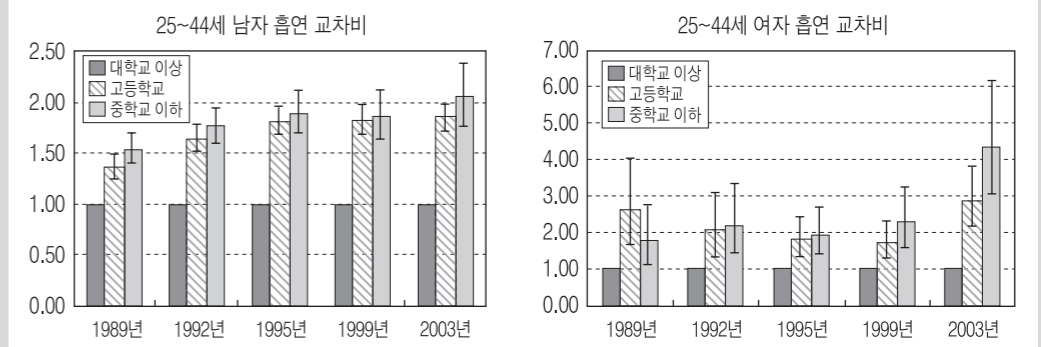
45~64세에서 학력별 흡연율 불평등은 [그림 9]에서와 같이 감소하고 있는 것을 볼 수 있는데, 이것은 이 연령에서 낮은 교육수준에 속한 사람들의 흡연율의 감소가 상대적으로 현저하였기 때문으로 보인다.

그림 7. 교육수준별 흡연율 불평등 추이, 20~24세



자료: Khang, Y.H., & Cho, H.J. (2006).

그림 8. 교육수준별 흡연율 불평등 추이, 25~44세

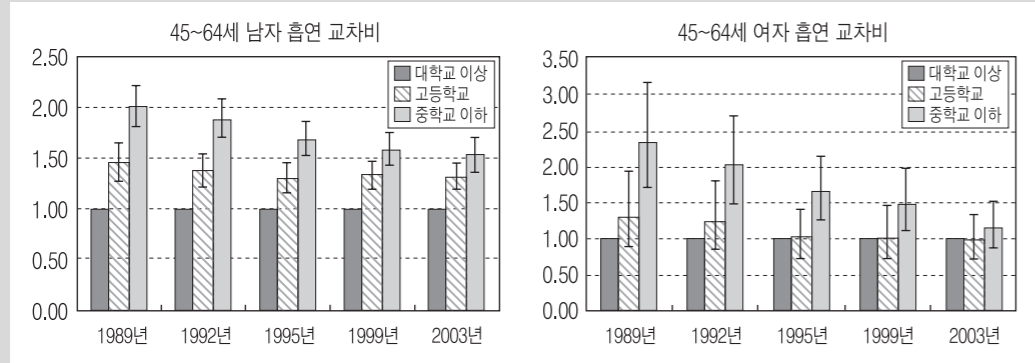


자료: Khang, Y.H., & Cho, H.J. (2006).

지난 10년간 우리나라는 담배 소비와 관련된 많은 정책적, 사회환경적 변화가 시도되었고, 국민건강법 제정 이후 건강증진기금을 활용한 금연캠페인과 금연프로그램이 활발하게 전개되어 왔음에 비추어 이러한 흡연율의 사회경제적 형평성의 함의를 찾아볼 수 있을 것이다. 위의 도표로 제시된 현상들은 일련의 금연 관련 정책들이 우리나라 국민의 흡연율에 어떤 영향

을 미쳤는가를 보여주는 결과로도 볼 수 있는데, 교육이나 소득, 직업계층간의 흡연율의 불평등을 완화시키는 효과는 가져오지 못하고 오히려 심화되었음을 보여주는 결과라 할 수 있다. 다만, 2005년 이후 담배가격 인상을 통한 가격 정책은 청소년이나 낮은 소득계층에게 효과가 있을 가능성이 있는데 담배가격 정책이 흡연율의 불평등도에 미친 효과에 대해서는 그 이후

그림 9. 교육수준별 흡연을 불평등 추이, 45~64세



자료: Khang, Y.H., & Cho, H.J. (2006).

에 이루어진 2007년 국민건강영양조사라든지 다른 조사의 분석을 통해서 최근의 추이분석을 면밀하게 시도할 필요성이 제기된다.

4. 정책과제

사회경제적 계층간 건강수준의 차이가 크다는 것은 사회적 노력을 통하여 그만큼 계층간 건강불평등이 개선될 여지가 있다는 것을 나타낸다고 할 수 있다. 건강불평등을 개선하기 위해 정책적 중재를 할 분야를 제시한 Whitehead는 사회경제적 요인에 의해서 영향을 받는 라이프스타일과 관련된 건강행태의 불평등은 불공정하며, 개선가능성이 높은 분야라고 지적하였다.

더욱이 최근 우리나라는 소득의 상대적 격차가 커지고 소득불평등도가 악화되고 있다. 경제불황으로 실업이 증가하여 신빈곤층의 증가가 예측된다. 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 개인의 건강행위 개선에 지나치게 초점을 두고 있는 것이 기존의 우리나라 건강증진 프로그램과 정책은 재고되어야 할 것이다. 건강증진과 질병 예방서비스가 저소득, 저학력 계층에게 적합하고, 효과적으로 전달될 수 있도록 낮은 사회경제적 계층의 참여와 접근이 보장되고, 문화적 심리적 장애요인들을 타개하면서, 환경적 지지를 포함한 방향으로 접근하여야 할 것이다. 인구집단 전체에 대한 접근과 함께 건강불평등 정도가 큰 집단에 대해서 요구에 부응하고 접근이 가능한 방법으로 건강증진 정책과 프로그램이 마련되어야 함을 제기한다. 사회경제적 건강불평등에 기여하는 건강행태 요인에 효과적으로 개입하기 위해서는 이제까지의 건강증진사업

을 좀더 사회경제적, 생애주기별 인구집단 특성별로 적합한 전략으로 개발하여야 할 필요성이 높다.

앞서 제시한 연구들이 우리나라에서도 상당한 수준의 건강불평등 문제가 있다는 것을 밝히고 있으나 아직까지 건강불평등 개선을 위한 획기적인 국가의 정책적 노력은 미흡하다는 것이 전문가들의 지적이다. 이제까지는 건강형평성의 문제의 현상을 기술하고, 건강형평성의 필요에 대해서 규범적 성격의 논의는 이루어졌으나, 이제는 건강형평성을 위한 전략을 마련하고, 자원을 배분하는 정책으로 나가야 할 단계이다.

영국, 네델란드, 스웨덴 같은 국가적 건강형평성을 위한 정책을 가진 국가들에서와 같이 사회경제적 취약계층의 사회적 배제 감소와 사회통합의 증진, 흡연, 음주, 식이 등 생활습관의 위험에 노출되기 쉬운 집단에 대한 지원, 장기적으로는 건강행태와 건강불평등에 구조적으로

영향을 미치는 소득보장 정책, 교육과 주택정책, 사회서비스, 의료보장 등의 관련 정책이 건강친화적 정책으로 변화하도록 유인하고, 이러한 정책들에 대한 건강영향 평가를 통해 건강형평성을 제고하는 방향으로 사회적 합의를 도출하고, 실행계획을 수립하고 이행해 나가야 할 것이다.

아울러 이러한 정책을 근거중심으로 지지하기 위해 건강의 결정요인으로서 사회경제적 요인과 개인의 건강행태가 어떻게 복합적으로 연관되어 건강불평등에 영향을 미치는지에 대한 타당성 있는 심층적인 연구가 이루어져 정책결정과 중재프로그램의 선택을 뒷받침할 수 있어야 할 것이다. 이를 위해 사회계층간 건강불평등에 영향을 미치는 건강행태의 기여도에 대해서 우리나라 국민을 대상으로 인과관계와 크기를 규명하는 장기추적연구 등이 우리나라에서도 활발히 이루어져야 할 필요성도 대두된다. 본문