

일반인의 건강불평등에 대한 인식과 정책적 함의

Lay Perceptions of Health Inequalities
and Their Policy Implications

채수미 | 한국보건사회연구원 부연구위원

우리 사회에서는 소득불평등을 비롯하여 다양한 불평등 문제가 제기되어 왔다. 그런데 사회계층이나 거주 지역에 따른 건강불평등이 입증되어 왔음에도 상대적으로 건강불평등에 대해서는 국가, 전문가, 당사자인 국민 모두가 소극적으로 반응해 왔다.

건강은 자신의 문제 또는 가족, 주변의 문제로, 일상적으로 고민해 본 적이 있는 주제일 것이다. 그러나 일반인 사이에서 건강불평등은 친숙하지 않은 문제였다. 대체로 사회계층 간 건강 격차에 대해서는 인식하고 있는 편이지만 거주 지역 간 건강 격차를 이해하는 데는 어려움이 있었다.

사람들의 인식 속에 건강은 개인적인 책임이라는 생각이 강하게 자리 잡고 있다. 그렇기 때문에 건강 불평등에 대한 인식과 그것에 대한 안타까움이 곧바로 건강불평등 해소가 필요하다는 반응으로 이어지는 않는다. 보건당국은 사회통합을 위해 국민이 건강불평등을 인식하고 문제를 제기할 수 있도록 지지하고, 건강불평등을 완화하기 위한 정책 대안을 마련해야 한다.

1. 들어가며

새 정부의 보건복지 정책에서는 이른바 문제어라고 불리는 건강보험 보장성 강화, 기초연금 증액, 최저임금 인상 등 취약집단의 보건·복지 안정망 확충에 대한 논의가 활발하다. 이러한 정책들

에 대한 뜨거운 토론은 뒤로하고, 여기에서는 새 정부의 정책적 움직임이 사회 양극화로 팽팽해진 우리 사회의 불안과 긴장을 완화시키기 위한 첫걸음이라는 점에 의미를 두고자 한다.

사회 양극화의 주요 쟁점은 바로 불평등이다. 그동안 다수의 연구와 보도를 통해 소득불평등을

비롯하여 교육, 지역, 성의 불평등 관점에서 문제가 제기되었다. 그러나 건강불평등에 대해서만큼은 국가, 전문가, 그리고 가장 중요한 당사자인 국민 모두가 소극적으로 반응해 왔다.

그런데 우리 사회의 건강불평등 실태는 여러 측면에서 평가되어 왔다. 우리나라 출생 시 기대여명은 전반적으로 늘어나고 있기는 하지만 교육 수준에 따른 격차가 좁혀지지 않고 있다. 2010년 기준 30세 기대여명에 대해 중학교 졸업 이하와 대학교 졸업 이상 집단을 비교하면, 고학력자에 비해 저학력자가 남성은 9.5년, 여성은 4.9년 기대여명이 짧다. 또한 소득, 교육 수준이 낮을수록 고혈압, 관절염, 당뇨, 허혈성심질환과 같은 만성질환의 유병률이 높다.¹⁾ 사망, 질병과 같은 최종 결과지표뿐 아니라 중간 단계의 건강행태와 관련된 지표에서도 불평등이 보고되어 왔다. 예를 들면, 2000~2010년 사이 소득 수준에 따른 흡연율 격차는 지속적으로 나타나고 있고,²⁾ 신체활동 지침 준수율도 도시보다 농촌에서, 그리고 소득 수준이 낮은 집단에서 더욱 낮다.³⁾

이 밖에도 건강불평등과 관련된 기존의 연구 결과들을 통해 사회경제적으로 취약한 집단의 건강 수준이 낮고 그 현상이 지속되고 있다는 근거는 쉽게 파악할 수 있다. 그럼에도 불구하고 우리나라에서는 건강불평등 완화를 위한 정책적 노력을

찾기 어렵다. 이러한 문제의식을 바탕으로 본고에서는 국민 스스로가 건강불평등에 대해 인식하고 있는지, 인식하고 있다면 건강불평등을 어떻게 이해하고 있는지 파악하려고 한다. 이것은 왜 우리 사회에서 건강불평등 해소에 대한 국민의 목소리가 중요한 사회적 이슈로 부각되지 않는지, 또한 정책적 변화로 이어지지 않는지를 이해하는 데 도움이 될 것으로 기대한다.

2. 건강불평등 인식 실태

가. 건강불평등 인식률

2016년 한국보건사회연구원에서 20세 이상 일반 국민 2000명을 대상으로 실시한 대국민 건강 불평등 인식 조사 결과⁴⁾에 따르면, 응답자의 80%가 사회경제적 수준이 낮은 사람들의 건강이 상대적으로 나쁘다고 생각하였으며, 응답자의 82%는 거주 지역의 특성이 거주자의 건강에 영향을 미칠 것이라고 답하였다. 이 두 가지 질문에 모두 긍정적인 응답을 한 경우, 즉 사회경제적 수준에 따른 건강불평등과 지역에 따른 건강불평등을 모두 인식하는 경우가 70%에 달하는 등 일반인의 건강불평등 인식률은 상당히 높았다(그림 1).

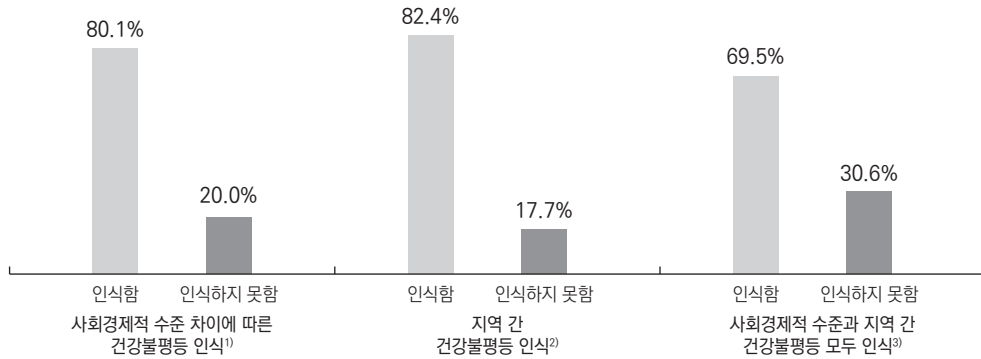
1) 김동진, 김명희, 김유기, 기명, 윤태호, 정혜주, 채수미 등. (2014). 한국의 건강불평등 지표와 정책과제. 한국보건사회연구원. p. 184.

2) Kim & Jung-Choi (2013). Socioeconomic inequalities in health risk factors in Korea. J Korean Med Assoc, 56(3). 177-178.

3) 김소연. (2014). 우리나라 성인의 신체활동 현황. **주간 건강과 질병**, 7(5), 103-104.

4) 김동진, 채수미, 최지희, 김창엽, 김명희, 박유경 등. (2016). 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발. 한국보건사회연구원. p. 107.

그림 1. 국민의 건강불평등에 대한 인식



자료: 한국보건사회연구원. (2016). 대국민 건강불평등 인식 조사 원자료.

주: 1) '선생님께서 소득 수준이 낮거나 교육 수준이 낮은 사람들의 건강이 그렇지 않은 사람들에 비하여 더 나쁘다고 생각하십니까?'에 대한 응답으로 '전혀 그렇지 않다'와 '그렇지 않다'를 '인식하지 못함'으로, '그렇다'와 '매우 그렇다'를 '인식함'으로 분류함.

2) '선생님께서 거주 지역의 특성이 지역 내 사람들의 건강에 얼마나 영향을 미칠 것이라고 생각하십니까?'에 대한 응답으로 '전혀 영향을 미치지 않는다'와 '영향을 미치지 않는다'를 '인식하지 못함'으로, '영향을 미친다'와 '매우 영향을 미친다'를 '인식함'으로 분류함.

3) 사회경제적 수준과 지역 간 건강불평등을 모두 인식하는 경우는 '인식함'으로, 하나라도 인식하지 못하는 경우는 '인식하지 못함'으로 분류함.

이와 같은 결과는 필자가 본고의 도입에서 우리 사회의 건강불평등에 대한 인식이 낮음을 지적한 것과는 상반되므로 이 결과가 갖는 의미가 무엇인지 좀 더 설명하고자 한다. 그동안 건강불평등에 대한 인식을 파악할 수 있는 조사가 부족했던 상황에서 이 결과는 지역, 성, 연령별 인구구조를 고려한 표본을 대상으로 하기 때문에 우리나라 국민의 인식 정도를 이해하는 지표로서 의미가 있다. 그러나 전화 조사를 통해 얻어진 응답 결과이므로 이러한 조사 방식에서 일반적으로 나타나는 한계점을 안고 있다. 즉, 응답자는 평소에 깊이 생각해 보지 않은 주제에 대해 짧은 시간 내에 판단

해야 했다. 또한 건강불평등은 간결한 문장으로 정의하기가 용이하지 않기 때문에 전화 조사로는 단편적으로 질문할 수밖에 없었다. 특히 건강불평등을 구체적으로 무엇으로 해석하고 있으며 그 시각은 어떻게 형성되는지에 대한 답은 전화 조사를 통해 얻을 수 없기 때문에 별도의 질적 조사가 필요하였다. 전화 조사의 한계점을 보완하고 건강불평등 인식을 구체화하기 위해 지금부터는 주로 일반인을 대상으로 한 심층 인터뷰 결과를 살펴보고자 한다.⁵⁾

5) 원고에 제시하는 심층 인터뷰는 “김동진, 채수미, 최지희, 김창엽, 김명희, 박유경 등. (2016). 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발. 한국보건사회연구원 연구의 일환으로 실시되었으며, 본 원고의 취지에 맞게 재분석하거나 재구성하였음

나. 건강불평등 인식의 구체화

심층 인터뷰 대상자 선정 방식을 간단히 소개하면 다음과 같다. 건강불평등은 지역, 사회계층에 따른 건강 수준이나 기대여명의 차이를 의미하므로 거주 지역과 사회계층은 건강불평등 인식의 중요한 요인일 것이다. 또한 개인에게 건강과 불평등이라는 주제에 대한 인식이 자리 잡기까지 다양한 삶의 과정이 연관될 것이기 때문에 응답

자의 연령을 고려할 필요가 있다. 따라서 대상자의 거주지는 박탈지수 상위 25%, 하위 25%⁶⁾ 범위에서 각각 선정하고, 사회계층에서는 교육 수준을 고려하였다. 연령은 사회생활 초년기에 해당되는 20~30대, 경제활동의 중심 집단인 40~50대, 노년기인 60대 이상을 고르게 선정하였다. 결과 분석에 포함된 대상자는 15명이다(표 1).

표 1. 조사 참여자의 일반적인 특성

연번	거주 지역	성	연령	거주 기간	교육 수준	직업	자가 평가 소득 수준	
1	박탈지수 하위 25%	서초구	남	20대	25년	대졸 이상	회사원(병가)	상
2		강남구	남	30대	서울 강남구 10년, 서울에서만 거주	대졸 이상	개인사업	하
3		분당구	여	30대	경기 분당구 5년, 서울에서만 거주	고졸 이하	주부	중산층
4		강남구	남	50대	20년	대졸 이상	회사원	중
5		서초구	여	50대	서울 서초구 25년, 결혼 전 강북구 거주	대졸 이상	비정규직	중
6		분당구	여	50대	경기 분당구 8년, 여러 지역 이동	고졸 이하	주부	평균
7		송파구	여	60대	서울 송파구와 강남구 40년	고졸 이하	주부	평균
8		송파구	남	70대	서울 송파구 40년, 대학 시절부터 서울 거주	대졸 이상	무직(퇴직)	중하
9	박탈지수 상위 25%	보은군	여	20대	충북 보은군에서만 거주	고졸 이하	비정규직	중
10		부여군	여	30대	충남 부여군 15년	고졸 이하	주부	중
11		부여군	여	30대	충남 부여군 10개월, 소도시 내에서 자주 이동, 공주에 가장 오래 거주	대졸 이상	비정규직	하
12		보은군	남	40대	충북 보은군 5년, 대부분 서울 거주	대졸 이상	회사원	중
13		괴산군	여	40대	충북 괴산군 4년, 대부분 소도시 거주	대졸 이상	공무원	상
14		부여군	여	60대	충남 부여군에서만 거주	고졸 이하	비정규직	용돈 수준
15		괴산군	남	60대	충북 괴산군에서만 거주	고졸 이하	개인사업	중

자료: 김동진, 채수미, 최지희, 김창엽, 김명희, 박유경 등. (2016). 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발. 한국보건사회연구원. p. 74.

6) 전체 집단의 박탈 수준을 산출하여 사등분하였을 때 박탈 수준이 가장 높은 지역은 박탈지수 상위 25%. 박탈 수준이 가장 낮은 지역은 박탈지수 하위 25%에 해당됨.

일반인이 자신의 언어로 표현한 내용을 공통의 개념으로 분류하고, 이 개념을 다시 상위 개념(하위 범주)으로 분류하여 건강불평등 인식 여부를 판단하는 것이 가능하였다. 앞서 전화 조사에서는 단지 사회계층이나 거주 지역에 따른 건강 수준의 차이에 동의하는지에 따라 인식 여부를 판단할 수밖에 없었다. 짐작건대 전화 조사 결과에서 인식률이 높게 나타났던 것은 실제로는 건강불평등이 아닌 의료이용의 불평등에 대한 인식이 혼재되었을 가능성이 높다.

심층 인터뷰를 통해 사회계층이나 거주 지역에 따른 건강 수준 차이에 동의한 사람들이 과연 건강불평등이 어디에서 비롯된다고 생각하는지를

충분히 들을 수 있었다. 결론부터 말하면 이들의 인식률은 앞서 제시한 수치만큼 높다고 단언할 수 없다. 일반인의 건강불평등 인식은 다음과 같이 설명할 수 있다.

첫째, 건강불평등이 있다고 응답한 사람들은 대체로 우리 사회에서 사회계층에 따라 건강 상태나 수명에 차이가 있을 것이라고 생각하였다. 사회계층이 높은 집단은 소득, 의료 접근성, 식생활, 건강에 관심을 기울일 수 있는 여유가 있는 것이 원인이라고 보았다. 이는 건강불평등을 단순히 의료이용의 불평등으로 인식하는 수준을 뛰어넘는 것이었다.

식생활 문제가 (원인이라고 봐요).... 00 동네에 와서 사람들 만났을 때하고 다른 쪽(지역) 사람들하고 이야기해 봤을 때 여러 가지 차이가 있었어요. 힘들게 사는 분들 보면 약간 드시는 것도 그렇고요. 조금 돈이 있으시고 살기 좋은 도시에서는 뭘 드시는지 좋은 정보가 공유가 돼요. 그런데 어떤 분이 항문암에 걸렸는데 기운이 너무 없다고 하는데, 드시는 것이 시원치 않다 보니까 그런 거예요. 그래서 지역적으로(거주 지역에 따라 차이가 있는 이유는) 힘들게 사는 분들이 돈 문제가 걸려 있더라고요.

둘째, 사회계층에 따른 건강 격차를 이해한다고 해서 거주 지역에 따른 건강 격차도 똑같이 이해하고 있는 것은 아니었다. 거주 지역에 따른 건강불평등을 인식하는 집단은 좋은 지역에 거주할수록 건강수준이 좋다고 생각하는 이유가 근린시설 때문이라고 보기도 했지만 주로 의료 서비스의 질, 접근성의 차이 때문임을 강조하였다.

반면, 도시보다 농촌 지역, 그보다 더욱 벽오지

에 사는 사람들이 오히려 건강할 것이라는 주장도 있었다. 그것은 농촌에서는 자연 환경이 건강에 도움이 될 뿐 아니라 긴장되지 않은 분위기 속에서 스트레스에 덜 노출되기 때문이라고 설명하였다. 지역 간 건강불평등에 대해 이 같은 시각을 가진 조사 참여자는 모두 농촌 지역 거주자였다.

아무래도 대도시에 사는 사람들은 정보가 빠르고 주위 사람들을 통해서 많이 듣는 게 있기 때문에 빨리 치료를 하는데...그렇지 않은 사람들은 아무래도 알고 있다고 해도 병원 가거나 약을 사는 것이 부담스럽거나...주위 사람들도 되게 중요한 것 같습니다. 건강한 사람들과 있으면 건강해지고 아픈 사람들과 있으면 아픈 것 같다는 생각이 드는데...

거주 지역에 따라 건강에 차이가 있는 이유는 공기나...나는 자연인이다 보세요? 암 말기에 산 속에서도 혼자 살면서 완치 되는 거 보면 공기 좋은 곳에 살면 나아지지 않을까...

셋째, 우리 사회에 건강불평등이 과연 존재하는 것일까 의문을 갖거나 건강불평등이 없을 것으로 단정 짓는 경우가 있었다. 15명 중 4명이다. 그런데 여기에서 주목할 점은 도시 지역 거주자들은 모두가 건강불평등을 부분적으로나마 이해하고

있으며 건강불평등을 인식하지 못하는 사람들은 모두 농촌 지역 거주자라는 점이다. 또한 농촌 지역 거주자는 건강불평등을 인식하더라도 건강의 사회구조적 요인은 인식하지 못했다.

소득 차이 때문에 건강 차이가 나지 않을 것 같아요. 본인이 챙기면 챙기고, 못 살아도 내 건강 챙기면 되고...

돈 있다고 해서 오래 살고 그런다면 돈 있는 사람은 몇백 년 살아야 하는데, 이견희 씨는 돈 없어서 그래요? 여기는 (박탈지수가 높은 지역) 지역 특성으로 보면 그래도 일단 공기도 좋고, 사람이 소득 수준은 낮을지언정 생활 만족도가 더 있겠지요. 도시에 가면 소음에 뭐에... 또 이런 데서 산다는 것은 큰돈 안 들이면서 사는 것이...

넷째, 건강불평등이라는 주제는 교육, 지역, 성의 불평등만큼 일반인에게 친숙한 주제는 아니었기 때문에 자신의 의견을 표현하는 데 어려움이 있었다. 건강불평등에 대한 인식은 유사한 의미를 담은 반복된 질문과 조사 참여자의 응답을 재확인함으로써 결론지을 수 있었다. 전화 조사 결과에서는 사회계층 간, 지역 간 공정하지 않은 건강 문

제에 대해 모두 인식하고 있는 경우가 70%로 높았으나, 심층 인터뷰 결과에서는 두 가지 불평등을 모두 인식하는 경우를 찾을 수 없었다. 부분적으로라도 인식한 경우라 하더라도 인터뷰를 진행하는 과정에서 처음의 의견에 대해 한 번 더 고민하고 수정하는 등 건강불평등에 대한 자신의 의견을 확신하는 데 어려움이 있었다.

결론적으로 하위 범주에서 나타나는 건강불평등 인식을 가장 상위의 개념(범주)으로 나타낸다면, ‘건강불평등을 부분적으로 인식함’이라고 표현할 수 있다. 사회계층이나 거주 지역 간 건강불평등을 모두 인식하지는 않더라도 대부분의 조사 참여자는 건강에서의 불공정성을 부정하지는 않았다. 그러나 사회계층과 지역 간 건강 격차에 대해 일관되게 인식하지 않고 있고, 건강 격차의 원인을 개인적인 문제로 축소하거나 사회적 요인에서 찾지 못하고 있었다.

3. 건강불평등 인식의 유형

지금까지 건강불평등 자체에 대한 인식을 중심으로 설명하였다. 일반인의 건강불평등에 대한 인식은 완전하지 않고 인식의 형태도 다양함을 알 수 있었다. 여기에서 더 나아가 인터뷰에서 나타난 건강의 책임에 대한 인식, 건강불평등 해소에 대한 태도를 종합하여 건강불평등 인식을 더 세분화한 후 유형을 구분해 보고자 한다. 건강불평등에 대한 인식은 우선 ‘인식’과 ‘불인식’으로 이분화된다. 물론 ‘인식’군이라 하더라도 건강불평등에 대한 인식이 완전하지 않고 부분적이기는 하다. ‘불인식’군에는 우리 사회에 건강불평등은 없다고 분명히 표현하거나, 다양한 건강불평등 현상의 예시에도 동의하지 않고 모르겠다고 하는 경우가 해당된다.

이를 건강의 책임이라는 관점에서 보면 ‘불인식’군은 공통적으로 건강을 개인의 책임으로만 인식하고 있었다. 그런데 ‘인식’군 내에서도 ‘불인식’

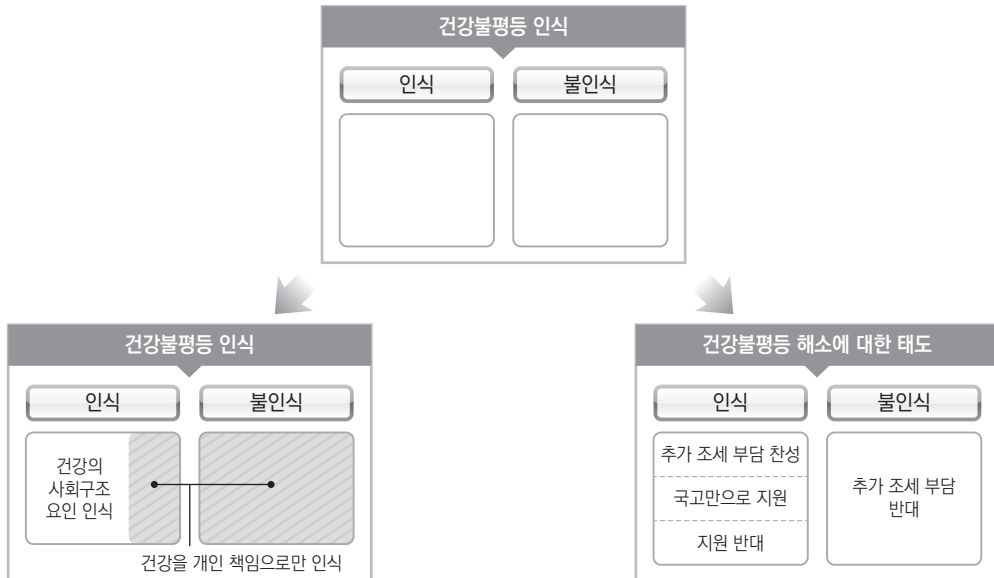
군과 같은 의견을 보이는 경우를 확인할 수 있었다. 즉, 건강불평등을 인식하는 군이라 하더라도 건강불평등이 사회구조적인 문제에서 비롯된다고 생각하지는 않았다.

또 다른 측면으로 건강불평등 해소에 대해 어떠한 태도를 취하고 있는지에 따라 차이가 있다. ‘불인식’군은 건강불평등 해소를 위한 국가의 정책과 사업을 위해 조세 부담이 늘어나는 것에 반대하였다. ‘인식’군은 개인적 부담에 대한 의견이 세 가지로 갈린다. 건강불평등 해소를 위한 추가 조세 부담에 찬성하는 집단, 추가 조세 부담은 반대하지만 현재의 국고 안에서 해결하는 것에는 동의하는 집단, 새로운 국가 정책과 사업 자체를 반대하는 집단이다. 건강불평등 해소를 위해 개인의 부담을 늘리지 않겠다는 것은 건강불평등의 인식과 별개로 단순히 조세 저항을 표현했다고 볼 수 있겠다. 그러나 이는 건강불평등이 정책 의제화되는 데 국민의 적극적인 지지가 뒷받침되지 못하는 이유를 짐작할 수 있는 부분이다(그림 2).

이러한 이해를 바탕으로 건강불평등 인식 유형을 여섯 가지로 분류하였다. 불인식 집단을 완전불인식형이라 명명하였고 인식 집단은 완전인식형, 불완전인식형Ⅰ, 불완전인식형Ⅱ, 불완전인식형Ⅲ, 위장인식형의 다섯 가지로 분류하였다(표 2).

① ‘완전불인식형’은 건강불평등에 대한 인식이 없는 집단이다. 이들은 건강을 개인의 책임으로 인식하며, 그렇기 때문에 건강불평등 해소를 위해 세금을 부담하는 등의 개인적인 참여를 반대하는 일관된 반응을 보였다.

그림 2. 건강불평등에 대한 인식의 세분화



자료: 김동진, 채수미, 최지희, 김창엽, 김명희, 박유경 등. (2016). 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발. 한국보건사회연구원. p. 102.

② ‘완전인식형’은 건강불평등 인식 집단 중 가장 인식 수준이 높고 적극적인 집단으로 볼 수 있다. 건강의 사회구조적 요인을 인식하고 있으며, 국가의 정책적 지원을 위한 추가적인 조세 부담에 동의하였다.

③ ‘불완전인식형Ⅰ(국가책임형)’은 ‘완전인식형’과 마찬가지로 건강의 사회구조적 요인을 인식하고 있고, 건강불평등 완화를 위해 국가의 역할이 필요하다는 데 의견을 같이한다. 그러나 세금에 대한 부담감이나 국가의 세금 활용에 대한 불신 등으로 자신이 동참하는 것은 원하지 않았다.

④ ‘불완전인식형Ⅱ(수동형)’는 건강불평등 현

상에 대한 이해는 있지만 건강을 개인의 책임으로 인식하고 있다. 즉, 개인의 건강을 국가가 반드시 지원해 주어야 하는가 하는 의문을 갖고 있지만, 그럼에도 불구하고 국가가 취약한 사람들의 건강 문제를 해결하겠다는 세금을 더 낼 의향이 있다. 따라서 이들은 자신의 판단과는 달리 국가 정책에 수동적으로 참여하는 집단으로 볼 수 있다.

⑤ ‘불완전인식형Ⅲ(방임형)’은 역시 ‘불완전인식형Ⅱ(수동형)’와 같이 건강불평등 현상에 대한 이해는 있지만 건강을 개인의 책임으로 인식하는 집단으로, 국가가 건강불평등을 개선해야 할 이유를 찾지 못하고 있다. 그렇기 때문에 추가적인 조

세 부담에 대한 저항이 강하게 나타난다. 그러나 국가가 현재의 국고 안에서 관련 정책을 수행하는 것에는 굳이 반대할 이유가 없다고 보고 있다. 즉, 자신의 조세 부담에 영향을 미치지 않는다면 건강 불평등 해소를 위한 새로운 국가 정책 시행에 상관하지 않겠다는 의미이므로 ‘방임형’에 속한다.

⑥ ‘위장인식형’은 사회계층 또는 거주 지역에 따른 건강불평등에 대해서는 이해하는 듯하지만

건강을 개인의 책임으로 간주하고 있다. ‘불완전 인식형’은 자신의 참여를 거부하거나 수동적으로 참여하는 것에서 그치지만 ‘위장인식형’은 건강 문제는 개인이 해결해야 하며 개인의 잘못에서 비롯된 것이기 때문에 국가 차원의 지원이나 제도가 불필요하다고 주장한다는 차이가 있다. 즉, 건강의 책임을 철저히 개인의 책임으로 간주하고 있어 사실상 ‘완전불인식형’에 가깝다.

표 2. 건강불평등에 대한 인식 유형

유형	건강불평등 인식 여부	건강의 책임	건강불평등 해소에 대한 태도
완전불인식형	건강불평등이 없음/ 건강불평등을 모름	건강을 개인의 책임으로 인식	건강불평등 해소를 위한 개인적 참여를 반대함
완전인식형	건강불평등을 부분적으로 인식	건강의 사회구조적 요인 인식	건강불평등 해소에 적극 동참함
불완전인식형 I (국가책임형)			건강불평등 해소에 대해 개인보다 국가의 역할을 강조함
불완전인식형 II (수동형)		건강을 개인의 책임으로 인식	건강불평등 해소를 위한 개인적 참여에 찬성함
불완전인식형 III (방임형)			건강불평등 해소를 위한 국가의 역할에 반대하지 않음
위장인식형			건강불평등에 대한 대응을 개인의 책임으로만 인식함

자료: 김동진, 채수미, 최지희, 김창엽, 김명희, 박유경 등. (2016). 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발. 한국보건사회연구원. p. 105.

4. 나가며

한정된 자원을 배분하기 위한 우선순위는 비단 객관적인 근거만으로 결정되는 것은 아니다. 그

근거들이 정책에 반영되기까지는 다양한 가치를 반영하려는 노력이 필요하다. 보건 정책에서 직접 영향을 받는 일차적인 대상이면서 재원을 납부하는 주체는 바로 일반 국민이다. 따라서 이들의 선

호와 가치가 반영되어야 한다.⁷⁾ 국민의 선호와 가치가 중요한 정책적 근거로 활용되어야 한다면 국민은 문제를 제기하고 대안을 제안하는 등 적극적으로 정책 결정 과정에 참여해야 한다. 보건의료기본법⁸⁾에도 보건의료 정책 수립 시 국민의 의견을 수렴하도록 하고 있다.

그렇다면 우리 국민은 건강불평등을 해소하기 위한 정책 결정 과정에 참여하는 것이 가능한가? 이에 대한 답은 다음과 같다. 설문조사를 통해 나타난 이들의 인식은 매우 높았으나 심층 인터뷰를 통해 얻어진 자료를 분석한 결과 국민의 건강불평등에 대한 인식은 완전하지 않았다. 따라서 일반인 사이에서 건강불평등 해소에 대한 요구가 집단적으로 표출되기는 어려울 것이다.

건강은 자신의 문제 또는 가족, 주변의 문제로 일상적으로 고민해 본 적이 있는 주제일 것이나, 사람들의 인식 속에서 건강불평등은 친숙하지 않은 문제였다. 또한 사회계층 간 건강 격차에는 일반적으로 동의하는 편이었으나 거주 지역 간 건강 격차를 이해하는 데는 어려움을 보였다.

심지어 인구집단 간 건강 격차를 인식하더라도 건강을 개인의 책임으로만 인식하는 경우가 많았다. 일반인의 인식 속에는 건강이라는 주제가 지극히 개인적인 영역으로 분리되고 건강은 개인적인 책임이라는 의식이 강하게 자리 잡고 있기 때문에 건강불평등에 대한 인식과 현실에 대한 안타

까움이 곧바로 건강불평등 해소가 필요하다는 반응으로 이어지지는 않았다.

인구집단 간 건강 격차가 사회구조적인 요인에서 비롯되기 때문에 개인 스스로의 노력보다는 국가, 사회 차원의 움직임이 필요하다는 선도적 인식을 갖춘 경우는 매우 드물었다. 대부분은 건강 불평등의 현실에 안타까움을 갖기도 하고, 개인이 극복하지 못할 건강 문제에 두려움과 불안을 느끼기도 하지만 건강불평등을 국가나 지역이 우선적으로 해결해야 할 문제라고 인식하지 않았다.

더욱 큰 문제는 건강불평등을 단호하게 부정하거나 도저히 추측하지 못하는 경우는 박탈지수가 높은 지역 거주자에게서만 나타났다는 점이다. 박탈지수가 높은 지역 거주자들 역시 질병 치료에 어려움을 겪었던 경험이 있고 거주 지역 내 의료 접근성, 근린시설에 대해 부정적으로 평가하고는 있으나 그러한 상황에 익숙해져 있거나 긴급하게 개선을 요구하지 않았다. 어쩌면 이러한 특성들은 장기간 취약한 상황에 노출됨으로써 적응의 단계에 접어들었기 때문일 수 있다.

국민의 건강불평등 인식 실태가 말해 주는 정책적 시사점은 분명하다. 우리나라 보건당국은 모든 국민이 차별 없이 정당한 건강권을 행사할 수 있도록 지지해 주어야 한다. 이를 위해 첫째, 건강 불평등에 대한 객관적인 근거를 지속적, 체계적으로 축적해야 한다. 그러자면 타당성 있는 지표

7) 권순만, 유명순, 오주환, 김수정, 전보영. (2012). 보건의료 정책 의사결정과 시민참여: 「건강보험 보장성 시민위원회」의 사례. **보건행정학회지**, 22(4), p. 468.

8) 「보건의료기본법」 제8조(국민의 참여). 국가와 지방자치단체는 국민의 권리·의무 등 국민생활에 중대한 영향을 미치는 보건의료정책을 수립·시행하려면 이해관계인 등 국민의 의견을 수렴하여야 한다.

를 개발하고 그것을 측정해 낼 수 있어야 한다. 둘째, 축적된 근거를 국민이 이해할 수 있는 언어로 전환하여 전달해야 한다. 그리고 국민으로 하여금 문제를 인식하고 문제를 제기할 수 있도록 해야 한다. 세계보건기구에 따르면 보건당국이 시민의 참여를 가능하게 하고 조정하는 공간을 만들어 낼 수 있다고 하였다. 또한 사회적으로 배제된 계층까지 포함한 시민의 사회 참여는 스스로가 건강 결정 요인들을 통제할 수 있는 권한을 갖게 될 수 있다는 것이다.⁹⁾ 마지막으로, 건강불평등 완화를 위한 정책 대안을 수립하고 이행해야 한다. 2015년 말 보건복지부는 5년마다 보완되는 제4차 국민건강증진종합계획(2016~2020)을 발표하였다. 종합계획은 건강수명 연장과 건강형평성 제고를 중장기 목표로 하고 있다.¹⁰⁾ 그런데 이 목표는 이미 2005년에 주요 목표로 설정된 이후 지속되어 온 것이다. 종합계획의 전 영역에서는 건강형평성을 달성할 수 있는 중점 과제와 세부 추진 사업이 더욱 구체화되어야 하며, 사업 시행을 통해 일어나는 개선을 측정할 수 있는 지표를 확충하여 충실하게 모니터링해야 하겠다. ■

9) 윤태호. (2016). 보건에서 '참여'가 왜 동원되고 소비되고 있나? 지역보건에서의 참여의 재해석 또는 재검토. 토론회(지역건강과 참여, 다시 길을 묻다) 자료. **한국농촌의학·지역보건학회**, 시민건강증진연구소. p. 9.

10) 보건복지부 보도자료(2015. 12. 28.). 건강수명 75세를 위해 사전예방적 건강관리 강화한다.