

연구보고서 2016-29

# 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발



김동진·채수미·최지희·김창엽·김명희  
박유경·손수인·김새롬·박여리

**【책임연구자】**

김동진 한국보건사회연구원 부연구위원

**【주요 저서】**

한국의 건강불평등 지표와 정책과제  
한국보건사회연구원, 2015(공저)  
제4차 국민건강증진종합계획 수립방향  
보건복지부·한국보건사회연구원, 2015(공저)

**【공동연구진】**

**〈한국보건사회연구원〉**

채수미 한국보건사회연구원 부연구위원

최지희 한국보건사회연구원 전문연구위원

**〈서울대학교 보건대학원〉**

김창엽 서울대학교 보건대학원 교수

김새롬 서울대학교 보건대학원 연구원

박유경 서울대학교 보건대학원 연구원

손수인 서울대학교 보건대학원 연구원

**〈시민건강증진연구소〉**

김명희 시민건강증진연구소 상임연구위원

박여리 시민건강증진연구소 연구원

연구보고서 2016-29

**국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링  
및 사업 개발**

발행일 2016년 12월 31일  
저자 김동진  
발행인 김상호  
발행처 한국보건사회연구원  
주소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370  
세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)  
전화 대표전화: 044)287-8000  
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>  
등록 1994년 7월 1일(제8-142호)  
인쇄처 (주)한디자인코퍼레이션  
가격 14,000원

© 한국보건사회연구원 2016  
ISBN 978-89-6827-389-6 93510

## 발간사 <<

한 국가의 건강수준을 나타내주는 대표적인 지표로 출생 시 기대여명이 흔히 사용된다. 최근에 발표된 우리나라의 출생 시 기대여명은 남성 79.0세, 여성 85.5세로 남자는 OECD 34개 국가 중 18위, 여성은 OECD 34개 국가 중 무려 4위에 해당한다. 1970년 우리나라의 출생 시 기대여명이 남성 58.7세, 여성 65.6세였던 것과 비교하면 불과 반세기가 채 되지 않은 기간 동안 반전을 이루어냈다고 해도 과언이 아니다.

그런데 한편으로는 눈부시게 높아진 건강수준과 길어진 수명의 혜택을 우리 사회의 모든 사람들이 골고루 누리고 있는가에 대해서는 재고의 여지가 있다. 2000년대 초반 한 일간지에서 서울의 자치구별 사망수준 격차에 대한 특집 기사를 게재한 이후 우리 사회의 건강불평등 실태를 확인하려는 다양한 연구들이 수행되어 왔으며, 최근 들어서는 정부의 공식 통계에서도 사회경제적 수준에 따른 인구집단 간, 지역 간 건강수준의 격차에 대한 내용이 빠지지 않고 있다.

이러한 내용으로 미루어 볼 때, 우리 사회에서 건강불평등이 존재한다는 것은 추측이나 가설이 아닌 널리 알려진 사실로 받아들여도 큰 무리가 없을 것 같다. 그런데도 소득, 교육, 기회 등 다른 불평등에 비해 유독 건강불평등 문제에 대해서만 지금까지 소극적인 자세로 일관해왔다. 대표적인 예로, 2005년 수립된 ‘새국민건강증진종합계획’ 이후 ‘제3차 국민건강증진종합계획’(2011년), ‘제4차 국민건강증진종합계획’(2016년)까지 우리나라의 대표적인 건강정책에서 모두 건강형평성 제고를 목표로 설정하고 있으나, 그에 따른 구체적인 실천 프로그램들은 한 번도 마련되지 못했다.

우리 사회의 건강불평등 문제를 해결하기 위해 무엇을 어떻게 해야 하는 지에 대한 논의가 부족한 실정이며 지금까지의 정부정책에서 나타나는 목표도 정치적 수사에 그치고 있다.

중장기 과제로서의 본 연구는 우리나라 건강불평등의 현황에 대한 모니터링과 건강불평등 완화를 위한 정책과제를 개발하는 것까지를 다루고 있으며, 그중 1차 연도 과제로서 건강불평등 인식과 정책의제화에 영향을 미치는 요인에 대한 탐구, 그리고 의료불평등 지표에 대한 연구를 담고 있다. 특히, 건강불평등 인식과 건강불평등 정책의제화에 대한 연구 내용은 향후 건강불평등 정책을 수립하는 데 참고할 수 있는 맥락적 연구로서의 함의를 제공할 수 있기를 기대하고 있다.

본 연구는 김동진 부연구위원의 주관하에 본원의 채수미 부연구위원, 최지희 전문연구원, 그리고 서울대학교 김창엽 교수 연구진, 시민건강증진연구소 김명희 센터장 연구진의 참여하에 의해 수행되었다. 본 연구진은 연구가 진행되는 동안 사려 깊은 조언을 해 주신 본원 이상영 선임연구위원과 시민건강증진연구소 유원섭 센터장에게 감사의 뜻을 전한다. 끝으로 본 연구과정에서 수행된 자문회의에 참석해 주신 전문가들과 심층 인터뷰에 응해 주신 참여자들에게도 감사의 인사를 전한다.

2016년 12월

한국보건사회연구원 원장

**김 상 호**

# 목 차

Abstract .....	1
요 약 .....	3
<b>제1부 서 론 .....</b>	<b>9</b>
<b>제2부 건강불평등 경험과 인식 .....</b>	<b>29</b>
제1장 서 론 .....	31
제2장 이론적 배경과 선행연구 검토 .....	39
제3장 연구 내용 및 방법 .....	59
제4장 연구 결과 .....	71
제5장 소결 .....	135
<b>제3부 건강불평등 정책의제화 .....</b>	<b>143</b>
제1장 서 론 .....	145
제2장 이론적 배경과 선행연구 검토 .....	151
제3장 연구 방법 .....	173
제4장 연구 결과 .....	181
제5장 소결 .....	313
<b>제4부 의료불평등 모니터링 개선 방안 연구 .....</b>	<b>319</b>
제1장 서 론 .....	321
제2장 의료불평등 모니터링 현황과 평가 .....	331
제3장 의료불평등의 새로운 이해와 측정 .....	341

---

제4장 의료불평등 모니터링과 정책 .....	413
제5장 의료불평등 모니터링과 자료원 .....	467
제6장 소결 .....	489
<b>제5부 결론 .....</b>	<b>495</b>
<b>참고문헌 .....</b>	<b>511</b>
<b>부록 .....</b>	<b>537</b>
부록 1. 건강불평등 인식 조사표 .....	537
부록 2. 우리나라 건강불평등 톨킷 개발 방안 .....	546

## 표 목차

〈표 2-2-1〉 기존 불평등 인식 조사의 특징과 본 연구에서의 활용 가능성 .....	57
〈표 2-3-1〉 건강불평등 인식 영향요인 .....	68
〈표 2-3-2〉 주요 연구 질문과 조사 내용 .....	69
〈표 2-4-1〉 조사 참여자의 일반적인 특성 .....	74
〈표 2-4-2〉 건강불평등 인식 경험에 대한 주요 개념 및 개념의 범주화 .....	75
〈표 2-4-3〉 건강불평등에 대한 인식 유형 .....	105
〈표 2-4-4〉 응답자 특성 .....	106
〈표 2-4-5〉 건강불평등 인식도 .....	107
〈표 2-4-6〉 사회경제적 차이에 따른 건강불평등 인식과 영향요인(1) .....	108
〈표 2-4-7〉 사회경제적 차이에 따른 건강불평등 인식과 영향요인(2) .....	110
〈표 2-4-8〉 사회경제적 차이에 따른 건강불평등 인식과 영향요인 - 유의변수 중심 로지스틱 회귀분석 .....	110
〈표 2-4-9〉 사회경제적 차이에 따른 건강불평등 인식과 영향요인 - 모형별 로지스틱 회귀분석 .....	114
〈표 2-4-10〉 지역 차이에 따른 건강불평등 인식과 영향요인(1) .....	117
〈표 2-4-11〉 지역 차이에 따른 건강불평등 인식과 영향요인(2) .....	119
〈표 2-4-12〉 지역 차이에 따른 건강불평등 인식과 영향요인 - 유의변수 중심 로지스틱 회귀분석 .....	120
〈표 2-4-13〉 지역 차이에 따른 건강불평등 인식과 영향요인 - 모형별 로지스틱 회귀분석 .....	121
〈표 2-4-14〉 사회경제적 수준 및 지역 차이에 따른 건강불평등 인식과 영향요인(1) .....	126
〈표 2-4-15〉 사회경제적 수준 및 지역 차이에 따른 건강불평등 인식과 영향요인(2) .....	128
〈표 2-4-16〉 사회경제적 수준 및 지역 차이에 따른 건강불평등 인식과 영향요인 - 유의 변수 중심 로지스틱 회귀분석 .....	128
〈표 2-4-17〉 사회경제적 수준 및 지역 차이에 따른 건강불평등 인식과 영향요인 - 모형별 로지스틱 회귀분석 .....	132

〈표 3-2-1〉 권력의 3차원 .....	169
〈표 3-3-1〉 질적 연구 방법을 이용한 응용정책연구의 연구 목적 .....	177
〈표 3-4-1〉 연구 참여자들의 일반적 특성 .....	183
〈표 3-4-2〉 건강불평등 연구 현황에 대한 인식 .....	223
〈표 3-4-3〉 건강불평등 관련 국내 논문 수 2006년 이전과 이후 비교 .....	246
〈표 3-4-4〉 권력의 3차원의 작동을 통한 정책의제화 억압 .....	309
〈표 4-3-1〉 심층면담 참여자 특성 .....	367
〈표 4-3-2〉 의료필요의 구분 .....	372
〈표 4-3-3〉 비율지표(rate-based indicator)와 감시지표(sentinel indicator)의 예 .....	382
〈표 4-3-4〉 의료필요-총족-불평등 시범지표 도출을 위한 틀 .....	385
〈표 4-3-5〉 연도별 소득순위 표본 비율 .....	390
〈표 4-3-6〉 소득분위별 총의료비 분율: 의+치+한 .....	392
〈표 4-3-7〉 소득분위별 총의료비 분율: 치과 .....	392
〈표 4-3-8〉 소득분위별 암환자 의료비 분율 .....	395
〈표 4-3-9〉 소득분위별 암 외래 횟수 분율 .....	395
〈표 4-3-10〉 소득분위별 암 입원 횟수 분율 .....	396
〈표 4-3-11〉 소득분위별 암 입원일수 분율 .....	396
〈표 4-3-12〉 소득분위별 고혈압·당뇨환자 의료비 분율 .....	399
〈표 4-3-13〉 소득분위별 고혈압·당뇨 외래 횟수 분율 .....	399
〈표 4-3-14〉 소득분위별 고혈압·당뇨 입원 횟수 분율 .....	400
〈표 4-3-15〉 소득분위별 고혈압·당뇨 입원일수 분율 .....	400
〈표 4-3-16〉 소득분위별 고혈압 환자 외래 지속성(MMCI) .....	402
〈표 4-3-17〉 소득분위별 당뇨환자 외래 지속성(MMCI) .....	403
〈표 4-3-18〉 소득분위별 서울 소재 종합병원 입원 분율: 수도권 .....	404
〈표 4-3-19〉 소득분위별 서울 소재 종합병원 입원 분율: 수도권 외 지역 .....	405
〈표 4-3-20〉 소득분위별 ACSCs로 인한 입원 분율 .....	407
〈표 4-3-21〉 소득분위별 ACSCs로 인한 응급실 내원 분율 .....	408
〈표 4-3-22〉 소득분위별 암 사망자 분율 .....	410

〈표 4-3-23〉 소득분위별 국가 일반건강검진 수검자 수: 지역가입자 분율 .....	412
〈표 4-3-24〉 소득분위별 국가 일반건강검진 수검자 분율 .....	412
〈표 4-4-1〉 8세 아동의 도농 간 치면열구전색 보유자율 추세 .....	444
〈표 4-4-2〉 5~9세 아동의 건강보험 소득5분위별 치면열구전색률 수진건수와 평균 수진건수 .....	445
〈표 4-4-3〉 10~14세 아동의 건강보험 소득5분위별 치면열구전색률 수진건수와 평균 수진건수 .....	446
〈표 4-4-4〉 20세 이상의 건강보험 소득5분위별 치석제거 수진건수와 수진율 .....	447
〈표 4-4-5〉 75세 이상 노인의 건강보험 소득5분위별 틀니 수진건수와 수진율 .....	448
〈표 4-4-6〉 국민건강영양조사 2007~2012의 75세 이상 노인의 소득분위별 무치약자율과 20개 미만 치아보유자율 .....	449
〈표 4-4-7〉 국민건강영양조사 2012의 75세 이상 노인의 소득분위별 틀니 필요자율 .....	449
〈표 4-5-1〉 의료불평등 모니터링을 위한 주요 자료원 장단점 분석 .....	477
〈표 4-5-2〉 의료불평등 모니터링을 위한 주요 영역별 변수 .....	484
〈표 4-5-3〉 의료불평등 모니터링을 위한 자료원별 가용변수 .....	486

## 부표 목차

〈부표 1〉 출생 시 기대여명의 산출-Chiang Method(II) .....	552
〈부표 2〉 금연사업으로 인한 기대여명의 증가 효과 .....	557
〈부표 3〉 고혈압 관리 사업을 통한 기대수명의 증가(예) .....	562

## 그림 목차

[그림 1-1-1] 소득수준별 기대여명 격차 .....	12
[그림 1-1-2] 시도별 연령표준화 총사망률의 Spine Chart .....	13
[그림 1-1-3] 전국 시군구별 연령표준화 총사망률의 분포 추이 .....	14
[그림 1-1-4] 건강불평등 대응의 스펙트럼 .....	17
[그림 1-1-5] Diderichsen & Hallqvist(1998)의 모델 .....	18
[그림 1-1-6] 영국(the Marmot review)과 런던(Fair London, Healthy Londoners?)의 건강불평등 보고서 .....	19
[그림 1-1-7] 미국의 건강불평등 보고서(National Healthcare Disparities Report) .....	20
[그림 1-1-8] WHO 건강불평등 발생기전 .....	24
[그림 1-1-9] 연구 목표 및 주요 연구 내용 .....	26
[그림 1-1-10] 건강불평등 해소를 위한 정책과제 중 1차 연도 연구 내용 .....	28
[그림 2-1-1] 국가별 위험요소에 대한 설문조사 결과 .....	34
[그림 2-2-1] 불평등 인식의 순환 고리 .....	41
[그림 2-3-1] 건강불평등 인식도 주요 연구 내용 .....	61
[그림 2-3-2] 심층면접조사 개요 .....	66
[그림 2-4-1] 건강불평등 인식 과정에 대한 모형 .....	80
[그림 2-4-2] 건강불평등에 대한 인식 세분화 .....	102
[그림 3-1-1] 건강불평등 대응의 스펙트럼 .....	147
[그림 3-1-2] 정책의제화 연구 개요 .....	149
[그림 3-2-1] Straus의 지식전환 과정 모델 .....	158
[그림 3-4-1] 본 연구를 기반으로 분석한 지식전환의 걸림돌 .....	245
[그림 3-4-2] 건강정책분석의 틀 .....	267
[그림 3-4-3] 건강불평등 정책의제화 분석의 틀 .....	267
[그림 4-1-1] 의료불평등 모니터링 연구 과제 .....	329
[그림 4-3-1] 의료 접근성 모형 .....	353
[그림 4-3-2] 분모를 고려하지 않은 의료미충족률 .....	360

[그림 4-3-3] 의료필요가 있는 사람 중 미충족률 .....	361
[그림 4-3-4] 미충족 상황 .....	362
[그림 4-3-5] 미충족 이유 .....	362
[그림 4-3-6] 의료필요-충족 모형 .....	375
[그림 4-3-7] 총의료비의 불평등 .....	391
[그림 4-3-8] 암환자 의료비, 의료이용의 불평등 .....	394
[그림 4-3-9] 고혈압·당뇨환자의 의료비와 의료이용 불평등 .....	398
[그림 4-3-10] 고혈압·당뇨환자의 외래진료 지속성 불평등 .....	402
[그림 4-3-11] 서울 소재 종합병원 입원 횟수의 지역별 불평등 .....	404
[그림 4-3-12] 외래진료민감질환(ACSCs)의 입원과 응급실 내원 불평등 .....	407
[그림 4-3-13] 암 사망자의 소득분위별 불평등 .....	409
[그림 4-3-14] 건강검진 수진율의 불평등 .....	411
[그림 4-4-1] 의료불평등의 사회적 결정 요인 .....	421
[그림 4-5-1] 보건의료체계의 강화를 위한 모니터링과 평가 .....	475
[그림 4-5-2] 국가 건강 전략의 진도와 성과 리뷰 프로세스 .....	476
[그림 4-5-3] 자료 거버넌스, 자료 관리, 자료 질 관리 .....	479
[그림 4-5-4] 자료 거버넌스 프레임워크와 개인자료 사용 시 고려해야 할 위험과 혜택 ...	480

## 부도 목차

[부도 1] 남성의 기대수명 격차에 기여하는 사망원인들 .....	548
[부도 2] 여성의 기대수명 격차에 기여하는 사망원인들 .....	548



---

## Abstract <<

### **Socioeconomic Inequalities in Health in Korea: Magnitude of Its Challenges and Strategy for Alleviation ( I )**

The first year part of a multi-year project on monitoring health equity in Korea, this study aims at studying the causes of health inequality in Korea and suggesting policy alternatives.

The authors surveyed the public about their experiences of health inequality and surveyed the researchers, public servants, and professors about the knowledge translation and agenda setting on health equity.

We also examined social determinants of health care disparity, a major cause of health inequality, and drew an effective strategy for monitoring health care disparities.

The key findings of this study are as follows:

First, there is a need to grasp the current status of health inequality by using objective measurement and gathering subjective perceptions.

Second, researchers need to focus on improving the quality of the evidence on health inequality for a more effective discourse on the issue. Also, policymakers should be able to fully recognize health inequality as a political agenda.

## 2 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발

Third, there is a need to establish a ‘user-centered’ monitoring system for a better understanding of the current state of health care disparity.

### 1. 연구의 배경 및 목적

본 연구는 우리나라 건강수준의 전반적인 향상을 위해 건강불평등 현황을 모니터링하고 건강불평등 완화를 위한 사업 개발을 목적으로 하는 중장기 연구이다. 올해는 1차 연도 연구로서, 2005년 '새국민건강증진종합계획'의 주요 목표로 '건강형평성 제고'가 설정된 이후 아직까지도 건강불평등 문제에 대한 정책 대안이 마련되지 않은 데 대한 원인과 대안을 찾고자 하였다.

구체적으로는 건강불평등 완화를 위한 전략 모색의 일환으로 건강불평등에 대한 국민의 경험과 인식을 파악하고 건강불평등 이슈의 정책의제화에 영향을 미치는 요인을 파악하였다. 또한 건강불평등의 주요 발생요인인 의료불평등의 사회적 결정요인을 파악하고 의료불평등 문제의 효과적인 모니터링 방안을 도출하였다.

### 2. 주요 연구 결과

#### 가. 건강불평등 경험과 건강불평등 인식

건강불평등 경험 및 건강불평등 인식과 그 영향요인을 파악하기 위하여 심층면접조사와 설문조사를 실시하였다. 건강불평등에 대한 심층면접조사 결과, 연구 참여자들은 건강문제를 주로 개인의 문제로 인식했다.

#### 4 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발

즉, 건강을 사회적 성취에 따른 보상의 개념으로 인식하는 경향이 강했으며, 이러한 경향을 띤 경우 건강불평등 해소를 위한 국가의 역할에 대해서도 소극적인 입장을 취하는 것으로 나타났다. 또한 건강불평등 인식수준은 주로 박탈수준이 낮은 지역에 거주하는 집단에서 더 높게 나타났는데 교육수준에 따른 격차는 뚜렷하지 않았다.

건강불평등 인식에 대한 설문조사에서는 조사대상자의 80.1%가 사회경제적 차이에 따른 건강불평등을 인식하고 있었고, 82.4%는 지역 간 건강불평등을 인식하고 있었으며, 두 가지를 모두 인식하고 있는 사람은 전체의 69.5%로 조사되었다. 또한 교육수준이 높을수록 건강불평등 인식수준이 높은 것으로 나타났다. 박탈지수에 따른 거주 지역 간 건강불평등 인식의 격차는 심층면접조사에 이어 설문조사에서도 박탈수준이 낮을수록 건강불평등에 대한 인식은 높아지는 것으로 확인되었다.

#### 나. 건강불평등의 정책의제화

건강불평등의 지식 전환과 정책의제화 실태를 파악하기 위하여 연구자, 정책실무자, 정책결정자를 대상으로 한 심층면접조사를 실시하였다. 건강불평등의 지식 전환에 대한 심층면접조사 결과, 연구 참여자들은 건강불평등 정책의제화 과정에서 지식전환의 당위성에 대해 동의하는 경향을 보였다. 그러나 지식전환의 중요성에 대해 인식하면서도, 생산된 연구 근거가 제대로 공유되지 않는 점은 지식전환 기반이 미비함을 의미한다. 또한 연구 참여자들은 대체로 국내에서 생산된 건강불평등 연구 근거가 충분하지 않다고 인식했는데, 이는 연구 자체에 대한 사회적 수요가 부족한 것과 관련이 있는 것으로 판단된다. 그리고 연구에 대한 수요뿐만 아니라 현재의 지식을 가공하고 합성하는 데 필요한 지식전환 인프라의 부족을 주요 문제로 지적하였다.

건강불평등의 정책의제화와 관련해서는 정책의제화를 어렵게 하는 원인으로 건강불평등의 추상성 및 복잡성, 증재에 대한 근거 부족, 정책 영역에서의 주변화, 건강불평등이 주는 감정적 불편함 등이 주요하게 언급되었다. 또한 정책과정에서 부조화를 유발하는 요인으로 건강불평등의 구조적 속성, 장기적·다면적인 증재의 필요성, 정책적 개입을 어렵게 만드는 행정 구조와 관료주의, 정부의 무관심, 정책 수단과 자원의 제약, 지방정부의 권한과 역량 부족 등이 꼽혔다.

#### 다. 의료이용불평등 모니터링

의료필요와 의료불평등을 종합적으로 이해하기 위하여 전문가나 정책 결정자가 아닌 이용자 중심의 시각으로 의료필요를 살펴보았으며, 필요와 충족의 측면에서 의료불평등을 재해석하였다. 이후 기존 의료이용 지표의 한계를 보완한 새로운 의료불평등 모니터링 지표를 제안하였다.

다음으로 의료불평등에 관여하는 사회적 결정요인을 살펴보았다. 크게 구조적 요인, 매개요인, 보건의료체계요인, 사회 자본 등으로 사회적 결정요인을 구분하였으며, 보건의료체계요인에는 건강보장제도, 의료전달체계, 의료공급자특성, 의료자원분포, 공공보건의료 등을 포함하였다.

마지막으로 의료불평등 모니터링을 위한 자료원을 제안하였다. 의료불평등 모니터링을 위해 신빙성 있는 자료의 구축은 필수적이다. 기존 자료의 한계를 극복할 수 있는 빅데이터나 인공지능 등의 기술적 발전들을 반영한 자료원 구축이 필요하다.

### 3. 결론 및 시사점

#### 가. 건강불평등 경험과 건강불평등 인식

첫째, 건강불평등 현황과 추이 파악을 위한 모니터링 시 객관적인 건강 불평등 수준 외에 주관적인 건강불평등 인식에 대한 모니터링도 필요하다. 실제 불평등이 심각한 사회에서 불평등 인식 수준은 이와 반대로 낮게 나타날 수 있으므로, 건강불평등 인식 측정이 객관적·주관적 차원에서 포괄적으로 이루어져야 한다.

둘째, 건강불평등 인식을 측정하기 위한 타당성 있는 지표 개발과 적절한 조사 방법에 대한 고려가 필요하다. 건강불평등이라는 개념이 갖는 추상성과 건강불평등에 영향을 미칠 수 있는 요인이 복잡적이고 다면적이라는 점을 고려하여 보다 심화된 건강불평등 인식 지표를 개발할 필요가 있다.

셋째, 건강불평등 인식 제고를 위한 별도의 노력이 필요하다. 건강불평등은 상대적으로 교육수준이나 소득수준이 낮고 박탈정도가 높은 지역에 거주하는 사람들이 겪는 문제이나, 본 연구에서는 취약 집단에서의 문제 인식도가 오히려 낮은 것으로 나타났다. 또한 박탈수준이 낮은 지역에 거주하는 사람들은 건강불평등의 원인을 사회 구조에서 찾는 반면, 박탈수준이 높은 지역에 거주하는 사람들은 건강불평등의 원인을 개인의 노력과 책임에 돌리고 있어 계층 간 건강불평등의 원인과 발생에 대한 이해가 다름이 확인되었다. 건강불평등이란 무엇이고 왜 발생하는지, 건강의 사회적 책임이 어떻게 중요한지에 대한 정보의 확산이 요구된다.

#### 나. 건강불평등 정책의제화

건강불평등의 정책의제화를 진전시키기 위하여 학계에서는 첫째, 건강

불평등 담론을 구성하기 위한 이념적·이론적·실증적·정치적 논거를 강화해야 한다.

둘째, 건강불평등 정책의제화와 관련하여 예상되는 정치적 기회에 대비하고 있어야 한다. 예컨대 사전 준비를 통해 제4차 국민건강증진종합계획에 건강불평등에 대한 개별 지표와 목표치를 포함시키고, 그를 달성하기 위한 전략 개발이 이루어질 수 있도록 해야 한다.

셋째, 여러 지방자치단체에서 시행 중인 중재 사례들을 면밀하게 평가하고, 향후 제도화에 도움이 될 수 있는 근거를 마련하는 것도 중요하다.

넷째, 연구자와 실무자, 정책결정자들이 교류하고 상호학습을 할 수 있는 정책공동체(policy community)를 형성해 건강불평등 의제를 꾸준히 이끌어 나갈 필요가 있다. 마지막으로 현재는 제도화된 지식전환 과정이 확립되지 않은 상황이므로, 전통적인 의미의 학술적 성과물 발표에 그치지 않고 정책 공동체를 통해 지식 전환을 촉진하는 등 적극적으로 지식전환 과정에 참여해야 한다.

정책결정자의 경우 첫째, 건강불평등 의제가 갖는 정치적 잠재력을 인정하고, 현재 국내 건강불평등과 관련하여 축적된 다양한 연구 근거를 바탕으로 적극적인 논거 개발을 진행해야 할 것이다.

둘째, 건강불평등 문제를 지역별 또는 계층별 문제로 축소시키지 않고 보편적 의제로 제시해야 한다.

셋째, 건강불평등의 정책의제화를 위한 지식전환 기반을 마련해야 한다. 온라인 데이터베이스를 구축하고 정책 리뷰 결과를 제공하거나, 건강불평등 관련 연구근거를 체계적으로 검토하여(systematic review) 지역의 맥락에 맞게 가공·제공하는 등 연구와 정책결정 사이를 중개(Jones, 2001)하는 연구 관리 전문 기구와 제도를 구축해야 할 것이다.

넷째, 정부 부처 혹은 공공기관에 근거 중심 문화(evidence culture)

를 조성해야 한다. 결정자의 주관적 판단이나 상명하달의 지시가 아니라 객관적 근거에 기반을 둔 정책 결정이 필요하다는 인식이 확산되어야 한다.

#### 다. 의료불평등 모니터링

첫째, 의료불평등은 의료이용자-제도-사회적 환경을 포함하는 복잡한 요인 및 과정을 거쳐 발생하기 때문에, 의료불평등의 실재를 제대로 파악하기 위해서는 의료필요와 충족 측면에서의 이용자 중심 모니터링 체계가 마련되어야 한다.

둘째, 지속 가능하고, 비교 가능하며 간단히 산출 가능한 의료불평등 지표가 필요하다.

셋째, 건강불평등 모니터링을 위한 자료원의 지속적인 보완과 새로운 설계가 요구된다. 정기적이고 체계적으로 수집되는 안정된 자료원은 바람직한 모니터링에서 필수적인 요소이다.

넷째, 의료불평등의 감소를 위하여 모니터링 결과를 다시 정책에 환류시켜야 하며, 의료불평등의 사회적 결정요인의 틀에서 제시한 것처럼 사회정책도 큰 범위에서 의료불평등(정책)의 모니터링과 평가범위에 포함해야 한다.

\*주요 용어: 건강형평성 제고, 건강불평등 경험과 인식, 건강불평등 의제화, 의료불평등 모니터링

제 1 부 서론



## 1. 연구 배경

### 가. 건강형평성 제고의 사회정책적 필요성

2006년 한 일간지에서 보도한 건강불평등 관련 특집기사<sup>1)</sup>가 사회적 이슈가 된 바 있다. 양극화를 주제로 한 특집기사의 첫 번째 주제는 건강 불평등이었는데, 서울시 자치구별로 빈부의 격차뿐만 아니라 표준화사망률의 격차를 분석하였고 뒤이어 부모의 지위에 따른 아이의 건강지수, 흡연, 의료이용에 대해서도 사회계층 간 양극화 현상이 나타나고 있음을 보도하였다(이창곤, 박주희, 김양중, 2006; 김동진 등, 2014 재인용).

이러한 보도는 당시 큰 사회적 반향을 일으켰고, 그해 1월 보건복지부에서는 ‘건강격차 해소를 위한 범정부 대책마련 추진’을 발표하면서 “건강불평등 문제를 사회문화정책 관계 장관 회의에서 양극화 관련 의제로 채택해 지속적으로 관리”할 계획을 밝혔으며, 아울러 “특별 팀을 꾸려 장단기 건강격차 해소 대책을 마련하고 관계부처 합동으로 기초조사와 성과평가도 벌이기로”<sup>2)</sup> 하였다(김동진 등, 2014).

2006년 이전에도 건강불평등과 관련한 정책적 인식이 없었던 것은 아니다. 2005년에 수립된 ‘제2차 국민건강증진종합계획’에서 보건복지부

1) 이창곤, 박주희, 김양중(2006. 1. 15.). 2006 연중기획 함께 넘자, 양극화, 1부 건강불평등 사회. 한겨레신문. [http://www.hani.co.kr/arti/society/society\\_general/95405.html](http://www.hani.co.kr/arti/society/society_general/95405.html)

2) 이창곤, 박주희, 김양중(2006. 1. 16.). 건강불평등 해소 정부가 나선다. 한겨레신문. <http://www.hani.co.kr/arti/society/health/98289.html>

## 12 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발

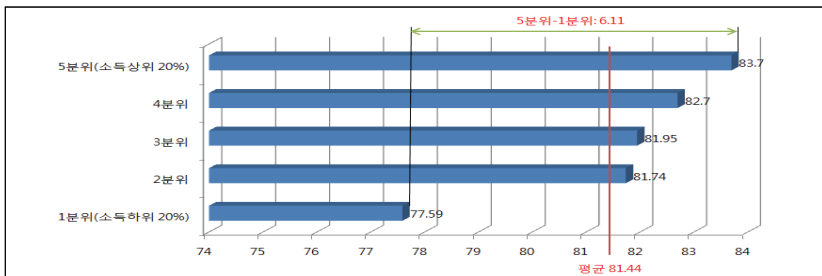
는 ‘건강형평성 제고’를 ‘건강수명 연장’과 함께 계획의 2대 목표 중 하나로 설정함으로써 그 중요성에 대해 인정한 바 있다(김동진 등, 2014).

이때 보건복지부는 “건강형평성은 소득수준, 교육정도 등에 의해서 구분되는 사회경제적 계층 간에 존재하는 건강수준의 격차를 완화함으로써 제고될 수 있음”을 인정하였다. 아울러 “현재로서는 형평성의 실태를 총괄적으로 나타낼 자료가 없으므로 형평성 제고의 계량적 목표를 제시하지 못하는 형편이지만 건강형평성의 제고를 건강수명의 연장과 더불어 총괄적 목표의 양대 축으로 설정함으로써 사업계획의 모든 측면에서 형평성 추구에 관심을 가지고, 추진 방안을 마련토록 하는 지침이 될 것”<sup>3)</sup>임을 분명히 밝힌 바 있다(김동진 등, 2014).

이러한 일련의 사건들이 발생한 지 10년이 지난 지금 우리나라의 건강 불평등은 어느 정도 개선이 되었을까?

2009~2014년 국민건강보험 및 의료급여자료를 이용하여 소득수준별 기대여명을 분석한 결과, 우리나라 소득 상위 20%의 기대여명은 83.70세, 소득 하위 20%의 기대여명은 77.59세로 나타나 상·하위집단 간 기대여명 격차는 6.11세(남자는 7.5세, 여자는 4.0세)로 나타났다.

[그림 1-1-1] 소득수준별 기대여명 격차

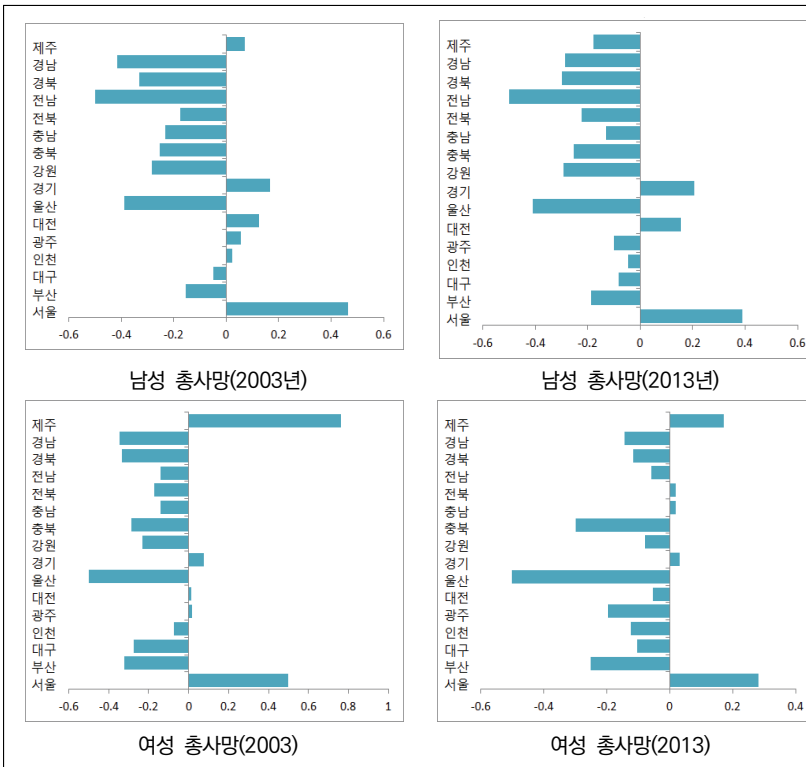


자료: 강영호(2015) 재구성.

3) 보건복지부-한국보건사회연구원(2005). 새국민건강증진종합계획수립. p.46.

성별 시도별 연령표준화 총사망률을 비교해 본 결과 지난 10여 년간 지역별 건강불평등 격차가 줄어들지 않고 있으며, 오히려 건강불평등 양극화 현상이 더욱 심화되고 고착화되는 양상이 나타나고 있다. 비교 지역의 수준을 시군구 단위로 낮췄을 때도 양상은 비슷하게 나타났는데, 지난 2002~2004년 기간에 비해 2011~2013 기간 동안 시군구별 연령표준화 총사망률은 사망수준이 높은 지역은 높은 지역끼리 낮은 지역은 낮은 지역끼리 군집현상을 나타내고 있었다(김동진 등, 2015).

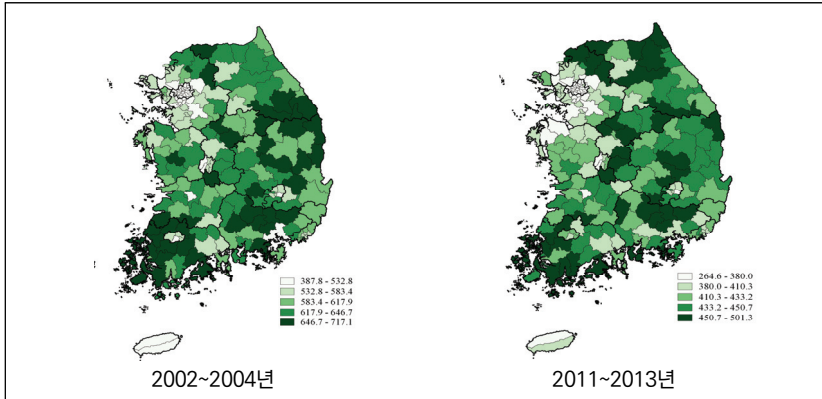
[그림 1-1-2] 시도별 연령표준화 총사망률의 Spine Chart



자료: 김동진 등(2015).

#### 14 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발

[그림 1-1-3] 전국 시군구별 연령표준화 총사망률의 분포 추이



자료: 김동진 등(2015).

김창엽 등(2015)은 개인이 건강에 부여하는 가치를 정상적이거나 혹은 더 나은 기능을 보장할 수 있는 “기회”의 측면에서 살펴보고 있다. 예를 들어 대니얼스(Norman Daniels)는 건강이 공정한 기회(fair opportunity)를 보장한다고 하였고, 이때 건강은 부스가 말하는 정상기능(normal functioning)을 의미(Daniels, 2008, pp.29-30; 김창엽 등, 2015, p.26 재인용)한다고 하였다. 아마티아 센(Amartya Sen)은 건강 그 자체에 의미를 부여하면서 좋은 건강을 유지하는 것은 인간이 살아가는 본질적 측면으로 보았고, 건강은 그 자체로 삶을 구성하는 핵심 요소(기능)인 동시에 다른 기능을 선택하고 성취할 수 있는 자유와 연관된다고 하였다(Sen, 2002; Grandjour, 2008; 김창엽, 2009, p.72; 김창엽 등, 2015, p.28 재인용).

이와 같이 삶의 공정한 기회를 보장하는 “정의”의 측면에서 건강의 의미와 가치를 살펴볼 수 있다면, 건강불평등의 중요성 또한 그 연장선상에서 찾을 수 있다. 사회정의를 추구하는 것이 보편적인 가치로 인정될 수 있다면, 그 부정의의 결과물인 건강불평등에 관심을 가지고 불평등을 개

선하기 위해 노력하는 것 또한 정당화될 수 있기 때문이다. 특히, 세계보건기구 건강의 사회적 결정요인 위원회(WHO, Commission on Social Determinants of Health, 2008)에서 말한 것처럼 건강불평등이 자연스러운 현상이 아니라 사회적 노력으로 극복할 수 있는, 즉 피할 수 있는 불평등이라면 이를 더욱 중요하게 다루어야 할 필요가 있다(김창엽 등, 2015, p.69 재인용).

건강의 의미와 중요성에 대한 질문은 단지 철학적인 것에만 머무는 것이 아니다. 건강과 보건의료를 사회·정책적으로 어떻게 다루어야 하는지, 더 구체적으로는 어떤 중요성을 부여해야 하는지 혹은 얼마나 많은 자원을 배분해야 하는지 등의 질문과 관련이 있다. 어느 나라든 건강수준의 향상을 위한 정책과 자원배분의 우선순위가 낮다거나 높다고 하는 식의 논의가 자주 일어난다. 이것은 한 사회가 건강에 어떤 의미를 부여하고 있는지와 연관된 것이다(김창엽 등, 2015, p.25).

건강불평등과 관련된 기존 연구 결과에서는 “사회경제적으로 불이익을 받는 집단의 건강수준이 일관되게 낮다는 점”을 지적하고 있다(김철웅 등, 2010, p.197). 이런 이유 때문에 사회경제적으로 불이익을 받는 집단의 낮은 건강수준을 끌어올리지 않는 한, 사회 전체적으로 건강수준을 높이는 데는 한계가 있을 수밖에 없게 된다. 결국 한 사회에서의 건강증진의 개념은 단순히 평균적 수준의 건강 향상을 말하는 것이 아니라, 사회경제적으로 불이익을 받는 인구집단의 건강 향상을 통해 전체 인구집단의 건강수준을 높이는 것을 말한다. 이것이 바로 건강 형평성의 개념이며, 그렇게 때문에 건강 형평성은 건강의 하향평준화가 아니라 상향평준화를 기본적으로 지향한다(김철웅 등, 2010, pp.197-198).

국가적인 수준에서 건강불평등을 감소시켜야 하는 이유는 도덕적인 측면에서 뿐만 아니라 건강정책적인 측면, 그리고 국가 자원 활용의 효율성

측면에서도 충분한 이유가 있다(김동진 등, 2014). Woodward 등 (2000)<sup>4)</sup>은 건강불평등이 그 자체로서 불공평하고 모든 국민에게 영향을 미치며, 회피할 수 있고 불평등을 감소시키려는 시도들이 비용효과적인 경우가 많기 때문이라고 주장한 바 있다(신영전 등, 2009; 김동진 등, 2014 재인용).

세계에서 가장 많은 보건의료비를 지출하는 국가 중 하나인 미국이 상당한 수준의 자원 투입에도 불구하고 각종 보건지표가 쉽게 개선되지 않는 가장 큰 이유는 인종을 비롯한 인구집단 간 건강불평등 문제에서 비롯되었음은 이미 널리 알려진 사실이다.

우리나라는 제2차 국민건강증진종합계획(2005~2009)에서부터 제4차 계획(2016~2020)에 이르기까지 ‘건강수명 연장’과 함께 ‘건강형평성 제고’를 목표로 설정하고 있으나 현재 목표로만 설정되어 있을 뿐 구체적인 사업내용이나 성과지표가 설정되어 있지 않다. 그렇기 때문에 건강형평성 제고를 위한 구체적인 정책의 수립이 필요하다.

## 나. 건강형평성 모니터링의 필요성

Whitehead(1998)는 건강불평등 해결을 위한 활동 단계를 [그림 1-1-4]와 같이 제시하였다. 건강불평등 해소를 위해 반드시 이러한 순서를 따라야 되는 것은 아니지만 우리보다 앞서 건강불평등 해소 정책을 실시한 주요 외국의 사례를 보면 대부분 건강불평등 해소를 위한 첫 번째 단계는 현상에 대한 측정이 되어 왔다.

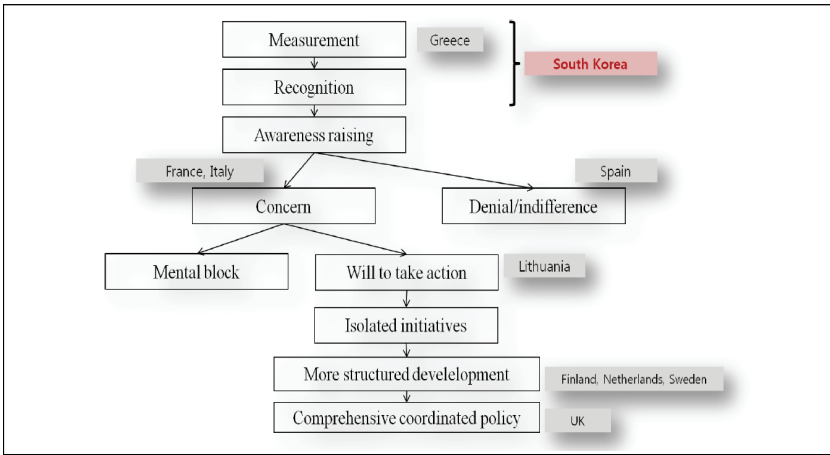
기존의 많은 선행연구들에서도 건강불평등에 대한 대응활동의 첫 출발

---

4) Woodward, A & I. Kawachi(2000). Why reduce health inequalities?: J Epidemiol Community Health. 54(12), pp.923-929.

점을 건강불평등에 대한 측정과 근거 마련으로 두었는데(김동진 등, 2013), 그 이유는 문제적 현황을 드러내는 것이 건강불평등에 대한 사회적 관심과 정책을 촉발하는 데 영향을 미칠 수 있기 때문이다.

[그림 1-1-4] 건강불평등 대응의 스펙트럼



자료: Whitehead(1998); 한국건강형평성학회 2012 춘계학술대회 자료집 재인용.

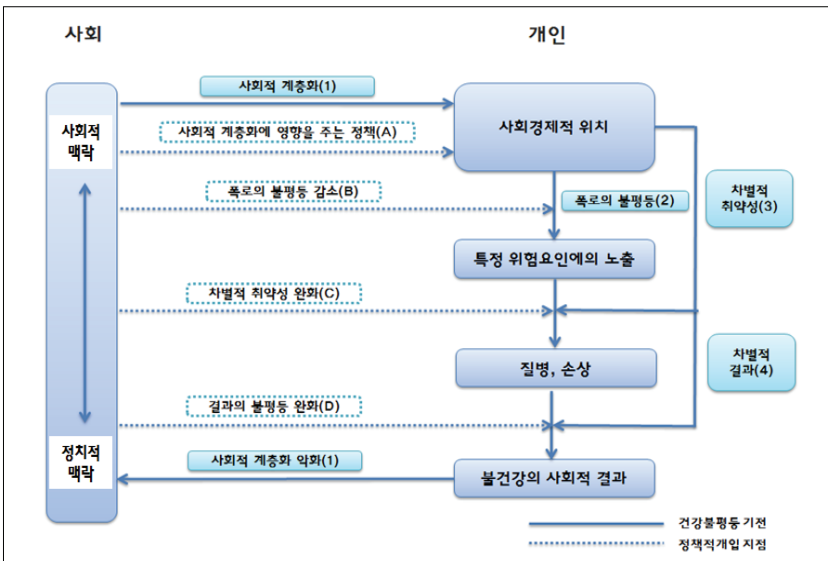
2008년 세계보건기구 건강의 사회적 결정요인 위원회(WHO Commission on Social Determinants of Health, CSDH)는 ‘Closing the Gap in a Generation’ 보고서를 통해 지금까지 건강불평등 문제를 해결하기 위한 전 지구적 차원의 노력을 집대성하였다. 이 보고서에서 WHO CSDH는 건강불평등의 발생 과정과 그에 따른 중재의 지점을 개념화하기 위해 Diderichsen과 Hallqvist(1998)의 설명 모형을 채택하였다(김명희, 이주희, 2013; 김창엽 등, 2015, pp.77-79 재인용).

이 모형은 건강불평등이 발생하는 과정을 사회 단계, 중간 단계, 개인 단계로 구분하여 단계별로 설명하고 있다. 사회적 맥락에 의해 사회 계층

18 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발

이 발생하고, 사회계층별로 건강에 유해한 환경에 차별적으로 폭로되며, 건강과 관련된 조건이나 물질적 자원에서의 가용성에도 격차가 발생하고, 그에 따른 차별적 취약성이 결국 건강에서의 차별적 결과로 이어지고 있음을 나타낸다.

[그림 1-1-5] Diderichsen & Hallqvist(1998)의 모델



자료: Diderichsen & Hallqvist(1998). pp.25-39; 김동진 등(2014). p.33 일부 용어 수정 사용.

이 중 '사회계층화'에서부터 '차별적 취약성'까지의 단계는 중간단계 결정요인으로서 개인들이 직면하는 물질적 요인, 사회심리적 요인, 행태 및 생물학적 요인들과 관련이 있다. 또한 사회적 계층화는 불건강에 대한 차별적 결과(differential consequences)를 낳는다(Solar, Irwin 2010; 김명희, 이주희, 2013; 김창엽 등, 2015, pp.77-78 재인용).

이와 같이 건강불평등의 발생 과정을 개념화하면 이로부터 각 단계에 조응하는 건강불평등 완화 정책이 개입할 수 있는 지점을 확인할 수(김명

희, 이주희, 2013; 김창엽 등, 2015, p.78 재인용) 있기 때문에 건강불평등 모니터링을 위한 접근 지점 또한 이러한 단계별 접근이 이루어질 필요가 있다.

세계에서 가장 적극적으로 건강불평등 해소 정책을 펼치고 있는 영국은 1980년 블랙보고서(Black report) 발간 이후 1997년 애치슨보고서(Acheson report), 2010년 마뎀리뷰(the Marmot review) 등 건강불평등과 관련된 가장 의미 있는 보고서들을 발간하고 있다(김동진 등, 2014). 아울러 중앙정부뿐만 아니라, 광역지방정부인 런던에서도 건강격차와 관련된 모니터링 보고서나 정책보고서들을 펴내며 건강불평등 현황을 모니터링하고 있는데(김동진 등, 2014, p.20), 한 예로 런던의 건강격차 모니터링 보고서 “Fair London, Healthy Londoners?”에서는 인구 5,000명에서 15,000명 단위의 자치구(borough)별로 박탈지수와 기대수명을 산출하여 지역 간 건강격차 수준을 모니터링하고 있다(정최경희 등, 2013; 김동진 등, 2014, 재인용 p.20).

[그림 1-1-6] 영국(the Marmot review)과 런던(Fair London, Healthy Londoners?)의 건강불평등 보고서

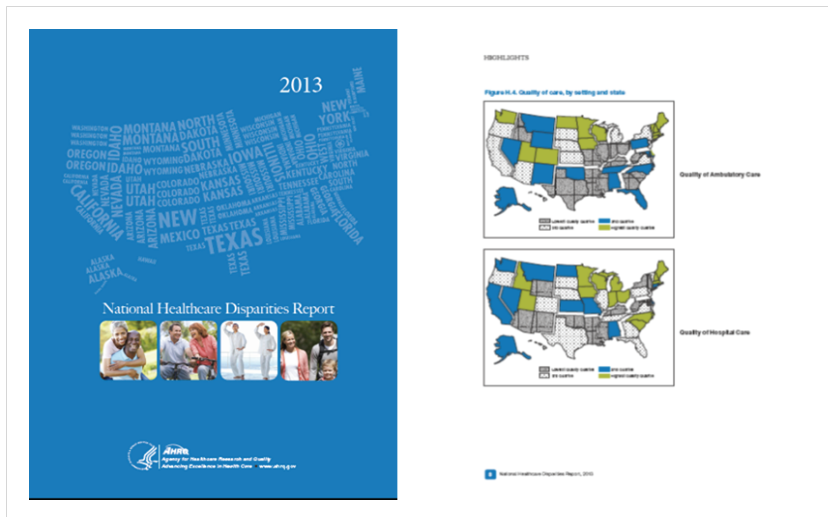


자료: Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010, 2010: The London Health Commission, 2011; 김동진 등(2014). p.21 재인용.

## 20 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발

영국뿐만 아니라 건강이나 보건의료의 영역에서 가장 자유주의적인 입장을 고수하고 있는 미국에서조차 건강불평등에 대한 모니터링이 이루어지고 있다(김동진 등, 2013, p.75). 미국 보건부(U.S. Department of Health & Human Services)는 매년 산하 연구기관인 AHRQ(Agency for Healthcare Research and Quality)를 통해 ‘건강불평등에 관한 보고서(National Healthcare Disparities Report, NHDR)’를 발간하고 있다.

[그림 1-1-7] 미국의 건강불평등 보고서(National Healthcare Disparities Report)



자료: AHRQ(2013); 김동진 등(2014). p.22 재인용.

### 다. 건강형평성 모니터링 선행연구 및 차별성

국내에서 건강형평성을 다룬 정책연구는 2000년대 초반부터 꾸준히 실시되어 왔다. 김혜련 등(2004)의 ‘건강 수준의 사회계층 간 차이와 정

책 방향', 강영호 등(2006)의 '건강증진목표 설정을 위한 건강 형평성 평가지표 개발과 건강 형평성 현황 조사 연구', 이상이 등(2006)의 '우리나라 뇌혈관 질환의 사회경제적 불평등 실태와 정책과제', 권순만 등(2007)의 '건강형평성 관련 성과지표 개발 연구', 손미아 등(2008)의 '암 발생과 사망의 건강불평등 감소를 위한 역학지표 개발 및 정책개발 연구', 강은정 등(2008)의 '건강 수명의 사회계층 간 형평성 및 정책과제', 신영전 등(2006~2009)의 '건강불평등 완화를 위한 건강 증진 전략 및 사업 개발', 강영호 등(2012)의 '서울시 건강 격차 해소를 위한 보건 정책 방안 연구 보고서', 정최경희(2013) '서울시 건강격차 모니터링', 김동진 등(2013, 2014, 2015) '한국의 건강불평등 지표와 정책과제' 등이 대표적이다.

이 중에서 강영호 등(2012)은 서울시의 건강수준 및 건강불평등 모니터링을 위해 불평등 지표를 개발하였고, 이는 정최경희 등(2013)의 연구로 이어져 '서울시 건강격차 모니터링 보고서'가 발간되는 데 바탕이 되었다. '서울시 건강격차 모니터링 보고서'는 현재 '서울특별시 공공보건 의료지원단'에서 발간하고 있다.

신영전 등(2006~2009)의 연구는 건강불평등 분야에서 최초로 수행된 중장기 연구로서 의의가 있다. 신영전 등은 "2008 통계로 본 한국건강불평등"과 "2009 통계로 본 한국건강불평등"을 통해 우리나라의 건강불평등 수준을 측정하여 발표하였는데, 건강불평등 통계집은 이후 '한국건강형평성학회'에서 관련 사업을 이어받아 수행하였고, 이는 다시 김동진 등(2013, 2014, 2015) 연구로 이어졌다.

김동진 등은 2013~2015년의 3년 동안 '한국의 건강불평등 지표와 정책과제' 연구를 수행하였는데, 김동진 등(2013)에서는 한국형 건강불평등 지표 개발을 위한 기반 연구를 수행하였고, 김동진 등(2014)에서는 김동진 등(2013)을 바탕으로 한국형 건강불평등 지표 개발 및 생산을 통해

‘한국의 건강불평등 통계집 I, II’를 발간하였다. 김동진 등(2015)의 ‘한국의 건강불평등 지표와 정책과제: 건강불평등 완화 전략’ 연구에서는 건강불평등 통계에 나타난 수치 이상의 의미를 해석하려는 시도를 하였다. 구체적으로는 흡연, 음주 등 주요 건강결정요인의 인구집단 간 격차 발생 기전에 대해 전문가 면담을 통해 분석하고, 건강형평성 인지적인 정책 대안을 모색하였다. 아울러 건강 취약집단인 생애초기 및 아동기, 경제적 취약계층 등을 대상으로 건강불평등의 현황과 대응방안에 대해 전문가들과 세미나를 진행하고 그 결과를 정리하였다.

신영전 등(2006~2009)과 김동진 등(2013~2015)의 연구를 제외하면 지금까지 실시된 대부분의 건강불평등 연구들은 특정 시점에서 우리나라 건강불평등 통계를 제시하는 데 그쳤고, 건강불평등이 발생하는 맥락에 대해 탐구하거나 건강불평등 해소를 위한 구체적인 정책대안을 제시하는 연구는 드물었다.

본 연구는 향후 3년 이상 실시되는 중장기 연구로서, 건강불평등에 대한 통계생산 및 모니터링뿐만 아니라 건강불평등이 발생하는 요인을 파악하고 건강불평등 발생 기전을 규명하며, 중앙 및 지역 단위에서 요구되는 건강불평등 해소 전략과 사업을 개발하므로 기존 연구와 차별성이 있다.

특히 1차 연도 연구는 건강불평등에 대한 일반 국민들의 인식과 건강불평등 정책의제화 이슈를 다루고 있는데, 이는 그동안 건강불평등 연구 분야에서는 한 번도 심도 깊게 다루어지지 않은 주제들이다. 연구 방법의 측면에서도 본 연구는 건강불평등이 심화되고 있는 우리나라의 상황을 보다 깊이 파악하기 위해 양적 연구 방법과 질적 연구 방법을 동시에 활용하여 결과의 타당성을 높이고자 하였다. 아울러 본 연구에서는 분석된 결과를 토대로 보다 구체적인 정책 대안을 제시하고자 노력하였는데, 이는 많은 선행연구들이 우리나라의 건강불평등 문제를 부각시키는 데 그쳤던 것과 차별되는 점이다.

본 연구의 구체적인 내용과 방법은 다음에서 보다 구체적으로 설명하고자 한다.

## 2. 중장기 과제 추진 계획(안)

본 연구는 향후 최소 3년간 진행될 수 있는 중장기과제로서, 우리나라의 건강불평등<sup>5)</sup> 해소를 목적으로 건강불평등 현황을 측정하고 인식하는 것에서부터 건강불평등 해소를 위한 포괄적인 정책의제화 과정에 이르기까지의 전 과정을 다루고 있다.

구체적으로는 첫째, 우리나라의 건강불평등 모니터링 지표를 개발·산출하고, 그 결과에 대한 기술과 함께 우리나라 건강불평등 추이와 경향에 대한 분석하고자 한다. 둘째, 우리나라의 인구집단 간, 지역 간 건강불평등 발생에 영향을 미치는 요인 규명과 함께, 건강불평등이 나타나는 기전과 맥락에 대한 이해를 위해 심층적인 분석을 실시한다. 셋째, 인구집단 간, 지역 간 건강불평등 완화를 위해 중앙부처와 지방정부에서 추진할 수

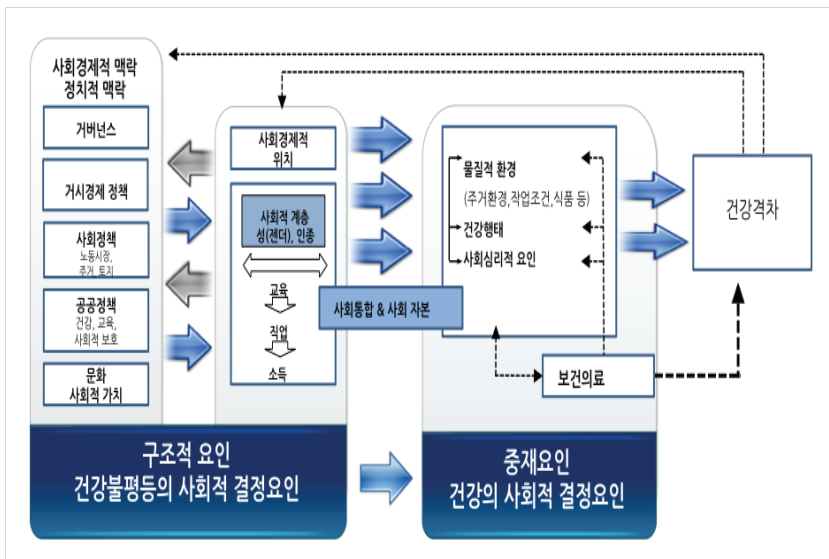
5) 여기서의 건강불평등(health inequality) 개념은 단순히 건강수준이 다르다는 산술적인 판단을 넘어 그 차이가 부당하고 불공정하다는 의미를 내포하고 있음. 엄밀하게 말하면 이는 '건강불평등(health inequality)'이라기보다 '건강불공평(health inequity)'으로 정의되어야 함. 전자가 단순히 차이를 나타내는 산술적 개념이라면 후자는 그것에 도덕적, 윤리적 차원이 덧붙여진 것이라 할 수 있음(김창엽 등, 2015, p.66). 하지만 무언가를 불공평하다고 이야기하기 위해서는 그 원인이 확인되고 사회적 맥락에 비추어 그것이 불공평하다고 판단되어야 함(Whitehead, 1992; 김창엽 등, 2015, p.67 재인용). 그런데 그러한 판단은 당대의 사회적 발전수준, 윤리와 규범에 따라 달라질 수 있고, 현실에서 특정한 건강불평등 현상에 대해 합의에 이를 때까지 판단을 유보하고 개입하지 않는 것은 생각하기 어려우며, 또한 모든 이해당사자가 동의 할 수 있는 '완전한 합의'란 현실적으로 가능하지 않음(김창엽 등, 2015, pp.67-68). 때문에 일반적으로 건강불공평을 "사회적, 경제적, 지리적으로 구분되는 인구집단들 사이에서 체계적이고 잠재적으로 개선 가능한 한 가지 이상의 건강측면에서 차이가 존재하는 상태"(Machinko & Starfield, 2002; 김창엽 등, 2015, p.68 재인용)로 정의할 수 있음. 또한 용어의 친숙성과 가치 판단의 잠정적 성격을 감안하여 건강불공평이 아닌 건강불평등 이라는 포괄적 용어를 사용함(김창엽 등, 2015, p.68).

24 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발

있는 건강불평등 완화 전략을 모색하고자 한다.

이러한 계획은 WHO CSDH에서 제시한 건강불평등 발생 기전에 근거하고 있다. WHO CSDH에서 제안한 건강불평등 발생 기전 모형에 따르면, 건강불평등 완화 정책의 스펙트럼은 사회적 계층화나 사회적 불평등을 완화시키는 근본적 기획과 사회정책에서부터 차별적 폭로와 취약성을 개선할 수 있는(김명희, 이주희, 2013) 제도와 사업들, 불건강의 차별적 결과를 완화하는 사회적 보호 장치들에 이르기까지 매우 포괄적임을 시사하고 있다.

[그림 1-1-8] WHO 건강불평등 발생기전

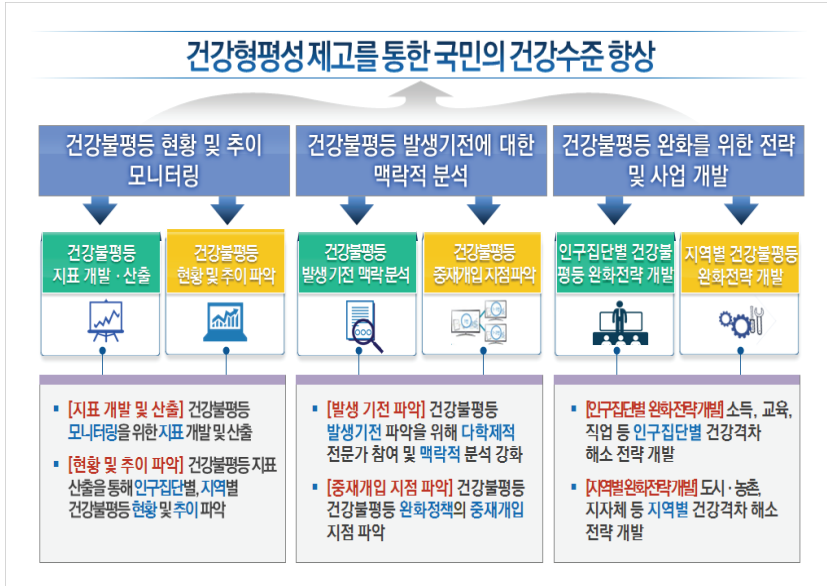


자료: WHO CSDH(2010), p.48; 김동진 등(2013), p.99 재인용.

본 과제에서 중장기적으로 다룰 필요가 있는 연구 내용은 크게 세 가지로 나눌 수 있다.

- 우리나라 건강불평등 현황과 추이를 파악하기 위한 통계생산 및 모니터링
  - 건강불평등 통계 생산을 위한 지표 개발 및 산출
  - 산출된 지표에 대한 해석 및 이해
- 건강불평등 관련 요인 파악 및 건강불평등 발생기전 규명을 위한 맥락 연구
  - 건강불평등에 영향을 미치는 결정요인 파악
  - 건강불평등 발생기전 파악
  - 건강불평등 발생기전에 대한 맥락적 분석을 통해 정책 개입지점 파악
- 중앙 및 지역 단위에서 건강불평등 해소를 위한 전략과 사업 개발
  - 중앙부처 및 지방정부 단위에서 건강형평성 인지적인 정책 수립을 위한 정책 방향 제시
  - 중앙 단위에서의 인구집단별 건강불평등 완화를 위한 사업 전략 모색
  - 지역 단위에서의 건강불평등 완화를 위한 사업 전략 모색

[그림 1-1-9] 연구 목표 및 주요 연구 내용



### 3. 1차 연도 연구 내용

앞서 [그림 1-1-4](p.17)와 같이 건강불평등 대응 과정을 스펙트럼으로 나타내었을 때, 건강불평등 해소를 위한 첫 번째 단계는 우리나라의 건강불평등 현상을 확인하는 일이 될 것이다. 우리나라의 건강불평등 현황과 관련하여서는 본 연구의 선행연구라 할 수 있는 김동진 등(2013)의 연구에서 ‘한국의 건강불평등 통계집 I, II’를 발간하였기 때문에 금년도 연구에서는 건강불평등 발생기전과 완화전략에 대한 내용을 다루고자 하였다.

우리나라의 경우 건강불평등에 대한 사회적 관심이 본격화되기 시작한 지난 2000년대 초반 이후 건강불평등에 대한 연구논문과 보고서들이 급격히 증가하였다. 특히 과거 건강불평등에 대한 연구는 보건학이나 사회

학 등 일부 학문 중심으로만 이루어지던 것에서 벗어나 2016년에는 ‘대한예방의학회 추계학술대회’ 주제<sup>6)</sup>로 건강불평등이 다루어질 만큼 학문적으로는 보편화되었다고 할 수 있다.

이러한 학술적인 성과에도 불구하고, 정책적 측면에서는 건강불평등 해소를 위한 정책이나 중재프로그램 마련이 아직은 더딘 상태이며, 건강 불평등을 나타내는 일관된 통계 수치에도 불구하고 대응 정책이나 중재 프로그램이 마련되지 않는 이유조차 명확하지 않은 실정이다. 따라서 국민들의 건강불평등 인식 여부와 함께 정책의제화가 이루어지지 못하는 이유에 대해 살펴볼 필요가 있다.

한편 우리나라에서 건강과 관련하여 사회적으로 주된 관심을 받는 주제는 “건강수준” 자체보다는 “보건의료서비스”(김창엽 등, 2015, p.24)라고 볼 수 있다. 특히 전 국민 건강보험제도 실시 이후 의료이용 시 경제적 접근성이 다른 나라들에 비해 상대적으로 높아졌기 때문에 의료이용 행태와 관련하여서는 상반된 의견들이 나타나고 있다.

예를 들어, 우리나라에는 법정 본인부담과 비급여 부분이 있기 때문에 사회계층 간 의료이용의 양적, 질적 수준에 격차가 발생한다고 보는 시각과 건강보험 가입자 중 일부와 의료급여 대상자의 경우 상대적으로 의료이용 시 지불하는 비용이 적기 때문에 이를 악용한 도덕적 해이가 있다고 보는 시각이 공존한다.

여기에서 의료이용의 “적정성” 혹은 “불평등”의 판단기준으로 의료이용의 “필요”가 고려될 수 있을 것이다. 그러나 아직 의료이용의 측정 도구로서 “필요”에 대한 명확한 정의가 없고, 측정 지표 또한 합의가 이루어지지 않아 객관적인 모니터링이 이루어지지 않고 있다.

6) 2016년도 제68차 대한예방의학회 추계학술대회는 “건강불평등과 질병예방의 미래 전략”을 주제로 2016. 10. 19.~21. 기간 동안 개최되었음.

이상을 종합하여, 건강불평등 해소를 위해 필요한 연구과제 중 1차 연도 연구 내용을 도식화하면 [그림 1-1-10]과 같다. 건강형평성 제고를 위한 중장기 과제로 1차 연도 연구 내용은 건강불평등 발생기전에 대한 맥락적 연구로서 의료이용의 불평등에 대해 살펴보고, 건강불평등 완화를 위한 전략 및 정책 마련 연구로서 건강불평등에 대한 국민인식도와 정책 의제화에 영향을 미치는 요인을 파악하는 것으로 설정하였다.

[그림 1-1-10] 건강불평등 해소를 위한 정책과제 중 1차 연도 연구 내용



주: 1차 연도 연구 내용은 음영으로 표시된 부분임.

## 제 2 부

# 건강불평등 경험과 인식

제1장 서론

제2장 이론적 배경과 선행연구 검토

제3장 연구 내용 및 방법

제4장 연구 결과

제5장 소결



# 제 1 장 서론

제1절 연구 배경 및 필요성



## 제1절 연구 배경 및 필요성

최근 우리나라에는 “수저계급론”이 등장한 바 있는데, 이는 취업이나 삶의 기회의 불평등에 대한 대중들의 인식을 반영한 것이다. 특히, 각종 언론매체에서도 “금수저”, “흙수저”라는 용어가 자주 사용되고 있는 것은 이념이나 나이를 막론하고 불평등 문제가 우리 사회에서 중요한 문제로 인식되고<sup>7)</sup> 있기 때문으로 생각할 수 있다.

그런데 수저계급론이 본격적으로 등장하기 시작하기 이전에도 우리 사회는 불평등에 대해 적지 않게 인식하고 있었던 것으로 나타난다. 2014년 ‘세계 태도 설문조사(Global Attitudes Survey)’ 결과를 보면, 전 세계 국민들은 대부분 특정 국가의 지정학적 문제가 반영되었거나 사회적으로 가장 화두가 된 응답을 하였다. 예를 들어 중동에서는 종교와 인종 갈등이 가장 큰 위협이라고 생각했고, 아프리카 지역 국민들은 에이즈가 가장 큰 문제라고 응답하였으며 원전사고가 발생한 곳에서는 핵무기를, 대기오염이 심각한 중국과 남아메리카 지역에서는 대기오염을 가장 큰 위협으로 응답했다.<sup>8)</sup>

여기에서 우리나라 국민들은 한국 사회의 가장 큰 위협요소를 사회적

7) 정혁(2015. 12. 26.). 2015년 ‘수저계급론’ 유행, 불평등 인식의 결과다. 오마이뉴스, [http://www.ohmynews.com/NWS\\_Web/View/at\\_pg.aspx?CNTN\\_CD=A0002170918](http://www.ohmynews.com/NWS_Web/View/at_pg.aspx?CNTN_CD=A0002170918)에서 2016. 2. 29. 인출.

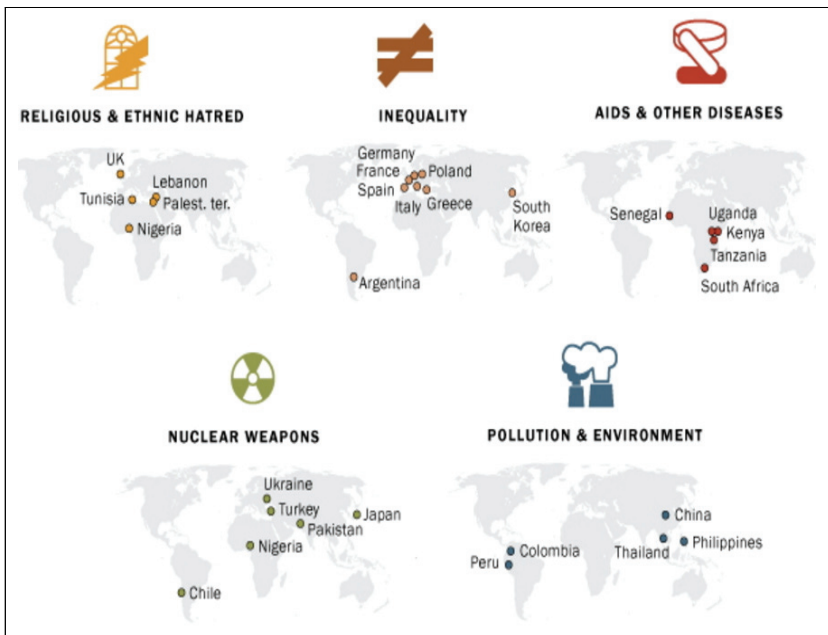
8) 정혁(2015. 12. 26.). 2015년 ‘수저계급론’ 유행, 불평등 인식의 결과다. 오마이뉴스, [http://www.ohmynews.com/NWS\\_Web/View/at\\_pg.aspx?CNTN\\_CD=A0002170918](http://www.ohmynews.com/NWS_Web/View/at_pg.aspx?CNTN_CD=A0002170918)에서 2016. 2. 29. 인출.

### 34 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발

불평등이라고 응답하였다. 이는 우리나라 사람들이 당시 사회적인 이슈였던 원전사고나 환경오염보다 불평등을 더 큰 사회적 위협으로 느끼고 있음을 보여주는 증거라고 할 수 있다.

이 조사 결과는 무엇보다 계급사회의 불평등을 우리 사회에서 인정하기 시작했다는 데에 큰 의미가 있다. 대한민국의 불평등은 단지 경제적 문제만은 아니라는 것을 많은 사람들이 느끼고 있는 것이며, 사회 전반에 걸친 불평등을 정면으로 응시하는 사회 전반적 논의가 본격화될 필요가 있음을 암시하는 결과로 해석할 수 있다.

[그림 2-1-1] 국가별 위험요소에 대한 설문조사 결과



자료: 전세계태도설문조사(Global Attitudes Survey) 결과, 정혁. (오마이뉴스), 2015, [http://www.ohmynews.com/NWS\\_Web/View/at\\_pg.aspx?CNTN\\_CD=A00021709](http://www.ohmynews.com/NWS_Web/View/at_pg.aspx?CNTN_CD=A00021709) 18에서 2016. 2. 29. 인출.

불평등인식(perception of inequality)이란 “평등원리와 실제적 평등 사이의 간극에서 비롯된 주관적 감정이며, 교육·취업·승진 및 승급기회, 성별, 법집행, 소득 및 재산 등 사람들의 일상생활에서 그들이 행사할 수 있는 사회적 기회들에 대한 상대적 박탈감”을 의미한다(이웅, 임란, 2014, pp.95-96 재인용).

불평등 인식은 실제 발생하는 불평등만큼이나 중요한 사회적 현상이며, 다수의 연구에서 불평등이나 복지, 빈곤 문제에 대한 주관적 인식(subjective perceptions)을 중요하게 다루어져야 할 연구 주제로 보았다(Franicevic, 2012, pp.226-229; 이웅, 임란, 2014, pp.95-96).

특히 “불평등 인식은 사회의 보편적인 신뢰수준에 영향을 미치며(강철희, 이상철, 2013), 근로자의 경우 부당행위 의도(fraudulent intent)와 같은 반사회적 행위에 유의미한 영향을 미치는 것으로 보고되었다(Benjamin & Samson, 2011, p.100). 또한 불평등 인식은 국정운영 불만과 국가기관 불신, 그리고 정치항의(political protest)에 영향을 미치는 것으로 나타났으며(김상돈, 2011), 민주주의의 심화과정에서 확대된 경제적 불평등에 대한 인식은 민주주의의 효능에 대한 회의로까지 나아갈 수 있음이 검증되었다(강우진, 2012). 이 외에도 불평등 인식은 정치적·사회적 유리(disengagement)와 높은 관련이 있으며, 신뢰와 정치적 효능을 저하시킬 뿐만 아니라 타인에 대한 보편적 불신 및 정치적 무관심의 수준을 높이는 것으로 나타났다(Loveless, 2013). 이처럼 불평등 인식, 즉 불평등하다는 느낌은 사회통합을 해칠 수 있으며, 효율성의 저해를 야기한다(Sen, 1999)”(이웅, 임란, 2014, p.96 재인용).

Han 등(2012)은 불평등 인식이 중요한 이유를 다음과 같이 제시하였다. 첫째, 한 사회 내에서 사회구성원의 불평등 인식은 그들의 태도와 행동에 영향을 줄 수 있다. 그러나 개인이 불평등을 인식하는 순간에서부터

태도와 행동에 영향을 주기까지의 과정은 복잡하고, 수많은 요인들이 작용하고 있다. 예를 들어 개인이 불평등을 받아들이는 방식에는 여러 가지 요인들이 작용할 수 있는데 그중에서 불평등이 발생하는 사회의 문화나 사상 등이 대표적 요인이라 할 수 있다.<sup>9)</sup>

불평등 인식이 중요한 두 번째 이유는 불평등 인식이 시민 참여 혹은 정치 참여 등 사회통합의 결과들과 강한 상관관계에 있기 때문이다. 사람들은 사회적 불평등과 같이 불합리하다고 느끼는 상황에 직면하였을 때, 이를 변화시키기 위해 시민참여나 정치참여에 보다 적극적으로 나서려는 경향이 있다(Haste, 2004; Meyer, 2007; Han et al., 2012 재인용). 동시에 불평등에 대한 인식은 투표 참여 등과 같은 정치 참여에 영향을 미치게 된다. 또한 사회적 상황이나 맥락에 따라 다를 수 있지만, 실제 불평등 수준과는 별개로 불평등에 대한 국민들의 인식 수준이 정치 참여와 같은 행동에 더 깊게 관련되어 있는 것으로 나타나고 있다(Han et al., 2012).

불평등 인식이 중요한 세 번째 이유는 그 자체로서 사회적인 영향을 미치기 때문이다. 그러나 불평등 인식과 사회적 효과의 연관성을 연구한 국가 단위의 연구가 많지는 않은 실정이다(Han et al., 2012).

이웅, 임란(2014)에 의하면, 우리나라의 불평등 연구는 소득 및 건강불평등을 주제로 한 연구가 다수 이루어져 왔으나, 불평등 인식을 중심으로 다룬 연구는 제한적이었다. 불평등 인식을 주제로 한 연구에는 정치 성향, 국가 및 사회 보편적 신뢰, 민주주의의 효능 등 거시적인 정치·사회적 특성과 불평등 인식과의 관련성 연구(강우진, 2012; 강철희, 이상철, 2013; 김상돈, 2011), 불평등 인식에 대한 국가 간 비교 연구(최숙희, 최

---

9) 이와 관련하여 Osberg & Smeeding(2006)은 서구국가들 사이에 실제 불평등 수준과 개인이 느끼는 불평등 수준 사이의 편차가 국가별로 다른 것을 확인한 바 있음(Han et al., 2012).

순화, 2013; 박상수, 서운석, 2012), 거주 지역의 사회경제적 특성에 따른 불평등 인식과 빈곤관 차이 연구(장동호, 2011), 소득불평등에 대한 인식과 삶의 만족도 간 관계 연구(장승진, 2011) 등의 연구들이 이루어져 왔다(이웅, 임란, 2014, p.96). 그러나 건강불평등 인식과 관련한 연구들은 찾아보기 힘들다.

우리나라 국민은 건강불평등에 대해서는 얼마나 인식하고 있을까?

본 연구는 이러한 질문에 대한 대답을 구하기 위해 일반 국민의 건강불평등 인식 수준을 알아보고자 하였으며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 일반 국민들의 건강불평등 인식(lay perception of health inequality) 수준을 조사하고, 주요 외국 사례와 비교·분석하였다. 둘째, 소득, 교육, 거주지역 등 특정 인구집단 간 건강불평등 인식에 격차가 있는지 파악하고자 하였다. 셋째, 건강불평등 인식에 영향을 미치는 요인을 파악하고자 하였다. 넷째, 건강불평등 완화 정책에 대한 필요성에 대한 일반 국민들의 인식을 파악하고자 하였다.



## 제 2 장

# 이론적 배경과 선행연구 검토

제1절 불평등 인식

제2절 건강불평등 인식

제3절 불평등 관련 인식조사 현황

제4절 시사점



# 2

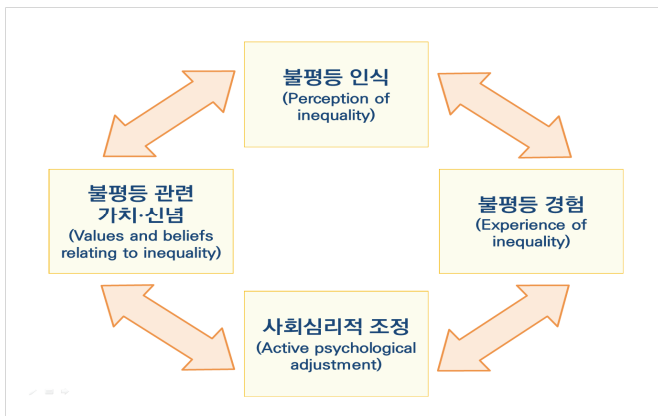
## 이론적 배경과 선행연구 검토 <<

### 제1절 불평등 인식

Han 등(2012)은 인식(perceptions)을 “경험한 것을 이해하려는 개인의 노력”으로 정의하였으며, 불평등의 인식과 유사한 개념으로 불평등의 경험(experience), 믿음(beliefs), 판단(judgements), 이해(understandings) 혹은 가치(values) 등을 언급하였다. 이들 개념은 모두 감정요소를 포함하고 있으며, 사회규범에 비추어 개인이 경험하는 상황에 대한 평가와 이해를 위한 정신적인 노력과 인지과정에 대한 개념이 담겨져 있다.

불평등에 대한 가치와 믿음, 경험, 그리고 심리적 조정 과정은 불평등 인식과 서로 영향을 주고받는 것으로 보고된 바 있으며(Han et al., 2012, p.18), 이는 불평등 인식이 다시 불평등 인식에 영향을 미치는 순환 고리로 표현되기도 한다.

[그림 2-2-1] 불평등 인식의 순환 고리



자료: Han C., Janmaat J.G., Hoskins B., & Green A(2012). p.18을 참고하여 한국보건사회연구원에서 작성함.

또한 불평등 인식의 개념에는 주관적 특성뿐만 아니라 현실의 물질적 요인과 같은 객관적 특성이 모두 존재하기 때문에 불평등 인식은 주관적·객관적 특성 간 역동적 관계를 반영하는 하나의 과정으로 이해될 수 있다 (Lam, 2004; 이웅, 임란, 2014 재인용).

국내 불평등 인식 연구의 주요 흐름은 크게 ① 불평등 인식과 보편적 신뢰, 정치적 성향과의 연관성, ② 사회경제적 수준 및 거주 지역에 따른 불평등 인식, ③ 불평등 인식과 삶의 만족도 및 건강 등(이웅, 임란, 2014, p.96)<sup>10)</sup>에 대한 연구로 분류될 수 있다.

불평등 지각과 빈곤 원인 인식이 복지태도에 미치는 영향력을 살핀 연구에 따르면, 사회구조에 대한 책임 인식이 높을수록 선별적 복지를 옹호하고, 빈곤층에 대한 지원 확대 및 국가에 대한 책임 인식이 높아지는 것으로 나타났다(이충환, 2015, p.394). 또한 교육기회의 불평등, 여성 처우에 불만족이 높을수록 재분배정책을 강하게 지지하는 것으로 나타났다(조정인, 2014, p.175). 더불어 소득과 분배의 불평등에 대한 불만족이 높을수록 정부의 재분배정책을 강하게 지지하는 것으로 나타났고, 소득과 분배의 불평등에서 비롯된 부자와 빈자 간의 갈등이 매우 심각하다고 인식하는 경우에도 재분배정책에 대한 지지가 강한 것으로 나타났다(조정인, 2014, pp.175-176).

서울시에 거주하는 성인 512명을 대상으로 시민의 사회참여 행동과 사회적 불평등(사회지도층에 대한 정서적 거리)이 보편적 신뢰에 미치는 영향을 파악한 연구에서는 사회가 불평등하다고 인식할수록 보편적 신뢰의 수준은 낮아지는 것으로 밝혀졌다(강철희, 이상철, 2013, pp.1-28).

10) 본 연구에서는 불평등 인식, 그리고 불평등 인식과 연관성을 갖는 다양한 사회경제적 요인을 탐색하고자 문헌고찰을 실시하였음. 범주 ①~④는 불평등 인식을 주제로 한 국내 선행연구들을 범주화한 것으로, 범주 ④의 선행연구는 주로 국가 간 불평등 인식도를 비교하는 것에 초점을 두고 있어 본 연구의 문헌고찰 목적에 부합하지 않음. 이에 따라 범주 ④의 구체적인 고찰 결과는 따로 기술하지 않음.

이 밖에 불평등 인식과 정치 성향 사이의 연관성을 파악한 연구에 따르면 불평등 인식이 국정운영에 대한 불만 및 국가 기관에 대한 불신, 정치적 향의 등과 양(+)<sup>11)</sup>의 인과관계를 갖는 것으로 나타났다(김상돈, 2011, p.143).

사회경제적 수준 및 거주 지역에 따른 불평등 인식과 관련해서는 거주 지역의 소득분배 구조가 불평등할 경우 우리 사회의 경제 불평등에 대한 인식이 강하게 나타났으며, 거주 지역의 소득수준에 비해 개인의 소득수준이 크게 낮은 경우에도 경제 불평등에 대한 인식수준이 높았다. 또한 지역의 소득분배 구조가 불평등할수록 빈곤의 책임을 사회에 묻는 구조주의적 빈곤관이 강해지는 것으로 확인되었다(장동호, 2011, pp.259 - 284).

건강취약지역<sup>11)</sup>의 저소득층이 인식하는 건강불평등의 의미를 조사한 초점집단인터뷰 연구에서는 개인의 건강행태(음주, 흡연, 영양 및 식습관, 과중노동, 건강인식, 건강검진), 빈곤수준(낮은 경제상태, 열악한 주거환경), 지역사회 서비스부족(보건의료서비스 제약, 소비생활 제약, 여가문화 활동 제약), 지역주민 특성(공동체의식 약화, 심리정서) 등이 건강 불평등의 영향요인으로 분석되었다(심미영 등, 2012, pp.191-194).

불평등 인식과 삶의 만족도, 건강에 대한 연구들에서는 한국 사회의 소득격차 및 빈부갈등에 대한 인식이 삶의 만족도에 부정적인 영향을 미치고 있는 것으로 나타났다. 소득수준이 낮은 사람일수록 빈부갈등에 대한 인식이 삶의 만족도에 부정적으로 영향을 미치는 경향이 두드러지는 것으로 나타났다(장승진, 2011, p.43).

한편 불평등 인식이 발생하게 되는 기전에 따라 심리사회학 이론, 사

11) 경남의 20개 시·군에서 2004년부터 2007년까지 표준화 사망비가 지속적으로 높았던 40개 지역 중 15개 지역을 임의로 선정함.

회·정치학 이론하에서 불평등 인식을 이해할 수 있다.

심리사회학 이론(Psycho-social theory)에 따르면 개인의 특성·가치·태도·기준이 불평등 인식에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 구체적으로는 불행한 경험, 개인의 서로 다른 문화, 부모로부터 물려받은 왜곡된 시각과 사회계층 이동성, 가족의 구조 등 다양한 개인적 특성이 이에 포함될 수 있다. 일반적으로 인구사회학적 특성이라 일컬어지는 성별, 소득 및 교육수준, 종교, 사회계층 등도 심리사회학 이론으로 설명될 수 있다. 해당 이론과 관련하여 인구사회학적 특성과 사회분배정책 선호 간 상관성을 본 연구에 따르면, 부유할수록, 정치적으로 보수성향일수록, 여성보다는 남성이 재분배 정책에 대한 선호도가 낮아지는 것으로 나타났다(Alesina & Giuliano, 2009; Han et al., 2013, pp.21-22에서 재인용).

그리고 개인의 의사결정 과정 또한 불평등 인식에 영향을 미치는 것으로 나타났는데, 본인의 투입 대비 결과와 타인의 투입 대비 결과가 같지 않다고 느낄 때 불평등하다고 인식하는 것으로 확인되었다(Adams, 1965; Han et al., 2013, pp.21-22에서 재인용).

사회·정치학 이론(Social and political theory)에 의하면 개인은 타인에게 적용된 사회적 규범 혹은 기준에 따라 형평성을 개념화하며, 타인과 자신이 동일한 기준에 의해 대우받은 경우 공평하다고 인식하는 것으로 나타났다. 또한 개인 혹은 집단 간 사회적 가치, 문화, 정치적 차이가 불평등 인식에 영향을 미치는 것으로 나타났다(Luebker, 2004; Alesina & Giuliano, 2009; Han et al., 2012, pp.29-30에서 재인용).

성공 기회에 대한 기원과 믿음 또한 불평등 인식에 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 과거 미국 사람들의 불평등 인식수준이 낮은 이유는 아메리칸 드림과 같은 신화가 있었기 때문으로 해석되었다(Robinson et al., 1983; Han et al., 2013, p.31에서 재인용). 이와 유사하게 승진 기회도

불평등 인식 수준에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 승진을 위한 자원(교육 혹은 훈련) 접근성이 높거나 실제 기회가 높을수록 불평등 인식이 낮아지는 것으로 확인되었다(Han et al., 2012, p.32). 한편 불평등 인식은 개인 수준에서의 요인뿐만 아니라 시민권 운동과 같은 사회적 환경에 의해서도 영향을 받는 것으로 나타났다(Han et al., 2012, p.32).

## 제2절 건강불평등 인식

건강불평등의 인식에 대한 연구는 상대적으로 활발하게 이루어지지 않은 편인데, 주로 유럽 국가에서 수행되었다. 특히 일반인을 대상으로 수행된 주요 연구들은 2000년대 영국에서 주로 수행되었는데, 이 시기에 이러한 연구가 수행된 배경에는 영국이 건강불평등 완화를 위해 국가 차원의 목표를 설정하고 중앙정부 차원의 정책을 시도하였던 시대적 상황이 반영된 것으로 여겨진다.<sup>12)</sup>

Davidson 등(2006)은 건강불평등 인식에 대한 연구가 시작된 초기의 배경에 대해 다음과 같이 설명하였다. 사회경제적 상태와 건강의 연관성 특히 소득수준에 따른 인구집단 간 건강격차에 대한 많은 연구 결과들이 발표되어 왔다. 특히 Wilkinson(1996)은 사회경제적 불평등이 건강 결과로 나타나게 된 배경으로 사회심리적 메커니즘이 있음을 주장하고 있다. 즉, 소득분배의 양극화는 스트레스, 자기효능감, 사회적 관계 등에 부

12) 영국에서는 1980년 Black Report, 1998년 Acheson 보고서 등 관련 연구를 통해 건강불평등에 대한 근거를 확보해 나가며, 이에 대한 관심이 집중되었음. 1999년에는 정책보고서와 백서를 발간하여 정책 대응 방안을 마련하고자 하였으며, 2000년에는 NHS Plan이 '2000년까지 전체 평균과 하위 5분위 지역의 기대 수명의 차이를 적어도 10%로 줄인다', '2010년까지 전체 평균과 육체노동자 집단의 영아사망률의 차이를 적어도 10%로 줄인다'는 두 가지 국가 목표를 설정하였음(김동진 등, 2015, p.237).

정적 영향을 미치고, 이는 결국 육체적인 안녕에까지 영향을 미치게 된다는 주장이다. Wilkinson의 주장에서 주목해야 할 점은 사회경제적 불평등이 건강에 영향을 미치는 메커니즘 안에서 사람들이 불평등을 어떠한 방식으로 경험하고 인식하는가 하는 것이다. 그동안 건강과 관련하여 다양한 형태의 일반인들의 인식도(lay perception)에 대한 연구가 진행되어 오기는 했으나 사회적 불평등과 건강에 대한 일반인들의 인식도에 대해서는 상대적으로 덜 알려져 있다. 특히 그동안 연구되어 온 이 분야의 건강관련 담론들은 중산층이나 근로계층을 중심으로 한 심리·사회적 특성과 건강행동과의 연관성에 대한 것이거나(Lynch, Kaplan & Salonen 1997; Davison et al., 2006, p.2172 재인용) 혹은 건강에 영향을 미치는 사회자본과 사회적 네트워크의 역할 등에 관한 연구들(Campbell, Wood & Kelly, 1999; Sixsmith & Boneham, 2002; Davison et al., 2006, p.2172 재인용)이 주를 이루어 왔다. 그러나 이러한 연구들은 일반인들이 건강불평등에 대해 어떻게 인식하고 있으며, 사회적 위계질서 내에서 그들 스스로를 어느 위치로 평가하고 있는가를 직접적으로 보여 주지 못하고 있다(Davidson et al., 2006, p.2172).

반면에 Blaxter(1997)는 질적인 논문들에 대한 리뷰와 양적 데이터에 대한 분석을 통해 일반인들의 건강에 대한 인식도를 조사하였다(Davidson et al., 2006, p.2172). Blaxter(1997)에 의하면, 저소득층은 건강과 질병에 대한 사회구조적 결정요인들에 대해 덜 인식하고 있다는 결론을 내렸다. 저소득층 주민들은 사회구조적인 결정요인 대신 건강과 질병에 대해 개인의 생활습관이 보다 큰 역할을 하는 것으로 응답하였고, 고소득층의 경우에는 이와 반대로 건강에 대한 사회경제적 요인들의 중요성을 보다 잘 인지하고 있는 것으로 결론내렸다(Blaxter, 1997; Davidson et al., 2006, p.2172).

Blaxter(1997) 이후 일반인들의 건강불평등 인식도에 관한 연구가 이어지게 되었는데, 일반인을 대상으로 수행된 연구는 건강불평등 자체에 대한 인식보다는 건강결정요인, 특히 거주 지역에 따른 건강불평등에 대한 인식을 파악하는 데에 중점을 두었다.

Popay 등(2003)도 설문조사와 심층면접 등을 통해 일반인들의 건강불평등 인식에 대한 연구를 실시하였는데, 우편 설문조사와 심층면접 등 조사 방식의 차이에 따라 건강불평등 인식에 대한 응답이 다소 차이가 있다는 결론을 내렸다(Popay et al., 2003, p.1).

Davidson 등(2006)은 영국과 스코틀랜드에 거주하는 주민들을 포커스 그룹 인터뷰 방식으로 불평등을 받아들이는 일반인들의 인식과, 불평등이 건강에 미치는 영향에 대한 탐색적 연구를 실시하였다. 특히 Davidson 등은 ‘일반인들이 건강불평등과 사회경제적 상태가 연관되어 있다는 사실을 받아들일 수 있는지’, ‘그렇다면 건강불평등과 사회경제적 상태의 연관성을 어떻게 설명하는지’, 그리고 ‘사회경제적 상태의 상대적인 차이를 중요하게 생각하는지, 그리고 자신과 타인의 사회경제적 상태의 격차를 비교하는지’에 대한 연구 질문을 중심으로 조사를 진행하였다. 그 결과 보다 결핍된 지역에 거주하는 주민들이 사회경제적 결핍의 악영향과 그로 인한 건강영향에 대해 더 적극적으로 의사를 표현하는 것으로 나타났고, 반대로 잘사는 지역에 거주하는 주민들은 사회경제적 상태와 건강 영향에 대해 잘 응답하지 못하였다. 또한 건강불평등과 사회경제적 상태와의 연관성을 설명하는 데 있어서도 결핍된 지역에 거주하는 주민들이 보다 적극적인 것으로 나타났다(Davidson et al., 2006, p.2175).

Macintyre 등(2005, 2006)은 경제적으로 부유한 사람들과 가난한 사람들 중 어떤 사람들이 건강불평등에 대해 더 잘 인식하고 있는지에 대해 연구를 실시한 바 있다. 먼저 Macintyre 등(2005)의 연구에서는 사회경

제적 상태와 건강불평등 인식의 상관관계에 대해 이전에 실시되었던 질적 연구 결과들과의 비교를 위해 양적인 연구 방법을 사용하였다. 특히, 조사 대상자들에게 몇 가지 질병이나 사고의 보기를 보여주면서 가난한 사람과 부유한 사람들 중 어떤 사람들이 질병이나 사고의 유병률이 높은지에 대해 질문하였다. 그 결과 사회경제적 위치가 낮거나 혹은 결핍된 지역에서 거주하는 사람들은 부유한 사람들이 장수한다는 사실을 덜 인지하고 있었으며, 통계적으로도 유의한 결과를 나타내었다. 이 연구 결과는 건강불평등의 가장 불리한 위치에 있는 사람들이 건강불평등에 대해 덜 인식하고 있다는 역설적인 사실을 보여주고 있다(Macintyre et al., 2005, p.317).

Macintyre 등(2006)의 연구에서도 그 이전의 연구와 유사한 연구 설계를 활용하여 일반인들의 건강불평등 인식도에 대한 연구를 수행하였다. 이전의 연구와는 설문조사의 질문 형태가 다른데, 건강에 영향을 미치는 요인들에 대한 질문을 통해 응답자의 사회경제적 상태에 따른 건강에 대한 인식도를 분석하였다(Macintyre et al., 2006, p.731).

Popay 등, Macintyre 등의 연구 이후에 발표된 Davison 등(2008)의 연구에서는 이들 연구와 대립되는 결론을 이끌어 내었다. 이 연구에서는 지역에서의 건강불평등 경험을 어떻게 설명하고, 지역이 건강에 미치는 영향을 어떻게 이해하고 있는지를 분석하기 위하여, 신문기사, 이미지 등 다양한 자료를 이용하여 일반인의 생각과 경험에 대한 이야기를 유도하였다(Davison et al., 2008, p.170). 연구 결과, 지역 간 건강수명의 불평등에 가장 쉽게 동의하는 집단은 취약 지역에 거주하는 사람들이었다. 여기에서의 취약 지역 거주자는 과거에 빈곤을 경험하였던 비취약 지역 거주자를 포함한다. 또한 취약 지역 거주자 중 일부의 의견에 따르면, 열악한 지역 환경으로 인해 건강과 삶의 질에 차이가 있을 뿐 아니라, 체격이 덜 발달하거나 노화가 빨라지는 등 신체적 결과에도 차이가 드러난다고

설명하고 있었다(Davison et al., 2008, p.178). 이처럼 건강불평등 인식에 대한 연구는 아직은 연구자에 따라, 연구 대상자에 따라, 연구 방법에 따라 조금씩 상반된 결과가 나타나고 있다.

조사방법에 따른 응답의 차이를 나타낸 것은 Davidson 등(2006)뿐만 아니었으며 Popay 등(2003)도 비슷한 결과를 나타내었다. 이들은 일반인이 건강불평등의 원인을 어떻게 이해하고 있는지를 파악하고자 하였는데, 다른 사회계층 간 차이가 아니라 다른 장소에 거주하면서 경험을 통해 얻어진 차이에 중점을 두고 있다. 이를 위해 양적, 질적 방법론을 동시에 적용하였는데, 연구 방법론에 따라 얻어진 결과는 흥미로운 차이를 보였다(Popay et al., 2003, p.21). 설문조사 결과에 따르면, 취약 지역 거주자가 ‘지역의 효과’에 보다 집중하였고, 비취약 지역 거주자는 건강불평등을 개인적인 문제로 설명하는 경향이 있었다(Popay et al., 2003, p.10). 그러나 질적 연구의 취약 지역 거주자는 건강불평등의 개념을 부정하려고 하면서도 물질적 환경의 불평등이 어떻게 건강에 부정적 영향을 미치는가를 생생하게 설명하였다(Popay et al., 2003, p.1). 이러한 결과에 대해 저자는 건강에 나쁜 영향을 미치는 장소에서 거주하는 자신의 일상적인 경험을 드러내야 하는 상황에서, 응답자가 질적 연구 방법의 특성상 익명성이 보장되는 조사방식보다 사회적, 도덕적으로 설명해야 한다는 압박을 느꼈기 때문일 것으로 해석하고 있다(Popay et al., 2003, p.21).

## 제3절 불평등 관련 인식조사 현황

### 1. 세계가치관조사(World Value Survey)

세계가치관조사는 1980년 이후 5년을 주기로 수행되어 온 국제협력조사프로그램이며, 미국 미시간대학교의 주도하에 진행되고 있다. 전 세계 100여 개국의 연구자들이 해당 조사에 자발적으로 참여하고 있으며, 한국에 대한 조사는 한국사회과학데이터센터(KSDC)에서 맡고 있다. 조사 내용은 사람들의 일반적 가치와 신념을 포함하고 있으며, 이들의 시계열적 변화 및 변화에 영향을 미친 요인을 사회적·정치적 측면에서 조사하고 있다. 주요 조사 항목으로는 민주주의·양성평등에 대한 지지, 환경, 일(직업), 가족, 정치, 문화, 불안, 주관적 건강수준에 대한 태도 등이 포함된다. 그러나 조사 실행이 국가별 자발적 참여에 의존하고 있으며, 조사의 과정·질에 대한 직접적 통제가 이루어지지 못하기 때문에 신뢰성을 담보한 활용이 어렵다는 한계점을 가지고 있다(김석호 등, 2013, p.43).

[관련 문항: 세계가치관조사 2010-2014(6th wave)]

V56. 당신은 대부분의 사람이 당신의 기회를 빼앗아간다고 생각하십니까, 아니면 공정하게 행동한다고 생각하십니까?

V96. 소득은 평등해야 한다. vs. 개인의 노력에 따라 달라져야 한다.

V131. 정부는 부자를 대상으로는 증세를, 빈자를 대상으로는 재정지원을 해야 한다.

V137. 정부는 사람들의 소득을 평등하게 해야 한다.

자료: World Values Survey 홈페이지  
(<http://www.worldvaluessurvey.org/AJDocumentation.jsp?CndWAVE=6&COUNTRY=>)  
에서 2016. 3. 21. 인출.

## 2. 국제사회조사프로그램(International Social Survey Programme, ISSP)

국제사회조사프로그램은 1983년에 결성된 회원국 공통으로 실시하는 국제비교 설문조사이다. 매년 회원국 간 협의를 거쳐 조사 주제를 선정하고 설문지를 공동으로 개발하여 조사를 수행하고 있으며, 국내 ISSP는 성균관대에서 2003년 이후부터 담당하고 있다. 조사 주제 선정은 7년을 주기로 하고 있으며, 국민정체성, 노동지향, 여가와 스포츠, 사회 불평등, 가족과 성역할 변화, 시민권, 정부의 역할 등이 주제에 포함된다. 본 연구의 관심주제인 사회 불평등에 대한 조사는 1987년, 1992년, 1999년, 2009년에 수행된 바 있다(김석호 등, 2013, p.43).

## 3. 전 세계 태도 설문조사(Global Attitudes & Trends)

미국 여론조사 기관인 퓨 리서치 센터(Pew Research Center)에서는 44개국 국민을 대상으로 2001년부터 전 세계 태도 설문조사(Global Attitudes & Trends)를 실시하고 있다. 매년 국가만족도, 국가/개인 경제수준 평가, 국가/개인 경제발전 예측, 타 국가 및 국제기구에 대한 만족도 내용 등에 대하여 조사를 실시하고 있으며, 일부 불평등 문제에 대해서도 질문하고 있다.

[관련 문항: 전 세계 태도 설문조사 2013년 봄 문항 기준]

- Q8. 오늘날 아이들이 성장했을 때 그들의 부모보다 경제적으로 더 나아 것이라고(혹은 더 나쁠 것이라고) 생각하십니까?
- Q21. 당신은 (물가 상승/고용기회 저하/부자와 빈자 간 격차/공공의 빚) 문제가 얼마나 크다고 생각하십니까?
- Q22. 당신은 물가 상승/고용기회 저하/부자와 빈자 간 격차/공공의 빚 문제 가운데 어떤 것에 대하여 국가가 가장 큰 우선순위를 두어야 한다고 생각하십니까?

Q23. 당신은 부자와 빈자 간 격차가 더 커진다고(혹은 더 작아진다고) 생각하십니까?  
Q56. 당신은 국가 경제시스템이 부자에게 더 유리하다고(혹은 공정하다고) 생각하십니까?

자료: Pew Research Center 홈페이지  
(<http://www.pewglobal.org/2013/05/01/spring-2013-survey/>)에서 2016. 3. 21.  
인출(<http://www.pewglobal.org/files/2013/07/Pew-Research-Global-Attitudes-Project-Balance-of-Power-TOPLINE-July-18-2013.pdf>).

#### 4. 한국종합사회조사

한국종합사회조사는 시카고대학의 종합사회조사(General Social Survey)를 기본모형으로 해서 만들어진 사회조사이다. 매해 조사가 실시되고 있으며, 국제비교 조사인 ISSP, EASS 등과 협력하여 공동 문항을 개발·포함하고 있다. 조사내용에는 일반적인 가치와 의식에 대한 문항을 포함하고 있으며, 연도별 특별 조사 주제를 ISSP와 동일하게 가져가고 있다. 최근의 조사 주제로는 가족과 성역할 변화(2012년), 국민정체성(2013년), 시민권(2014년) 등이 있으며, 사회 불평등에 대한 최근 조사는 2009년 수행된 바 있다(김석호 등, 2013, p.44).

[관련 문항: 한국종합사회조사 2009년 문항 기준]

55. 귀하는 인생에서 성공하는 데 다음과 같은 사항이 얼마나 중요하다고 생각하십니까? (부유한 집안 출신, 높은 교육을 받은 부모, 본인의 좋은 학력, 야망을 갖는 것, 열심히 일하는 것, 좋은 사람을 아는 것, 정치적 연고, 뇌물을 주는 것, 인종, 종교, 성별)
56. 귀하는 귀하가 받아야 할 보수보다 적게 받는다고 생각하십니까, 아니면 많이 받는다고 생각하십니까?
57. 귀하는 다음 의견에 어느 정도 동의 또는 반대하십니까?
- 1) 오늘날 한국에서 정상에 오르려면 부패할 수밖에 없다.
  - 2) 한국에서는 좋은 중·고교 출신만이 대학교육을 받을 수 있는 기회가 많다.
  - 3) 한국에서는 부자만이 대학학비를 감당할 수 있다.

- 4) 한국에서는 성별, 인종 및 사회적 배경과 관계없이 대학에 들어갈 수 있는 기회가 누구에게나 같다.
59. 귀하는 다음의 주장에 얼마나 찬성 또는 반대하십니까?
- 1) 한국의 소득차이는 너무 크다.
  - 2) 고소득자와 저소득자간 소득차이를 줄이는 것은 정부의 책임이다.
  - 3) 정부는 실업자들도 어느 정도의 생활수준을 유지할 수 있도록 해주어야 한다.
  - 4) 정부는 가난한 사람들에게 주는 혜택을 줄여야 한다.
- 60.1. 귀하는 고소득자가 내는 세금의 비율이 저소득자가 내는 세금의 비율에 비해서 얼마나 높아야 한다고, 아니면 낮아야 한다고 생각하십니까?
- 60.2. 귀하는 현재 한국에서 고소득자가 내는 세금이 일반적으로 얼마나 높다고, 아니면 낮다고 생각하십니까?
- 61.1. 귀하는 고소득자들이 저소득자들보다 더 좋은 건강보험을 갖는 것이 얼마나 공정하다고, 아니면 불공정하다고 생각하십니까?
- 61.2. 귀하는 고소득자들이 저소득자들보다 자녀에게 더 좋은 교육을 시키는 것이 얼마나 공정하다고, 아니면 불공정하다고 생각하십니까?
62. 어느 나라에서나 사회집단 간에는 차이나 갈등이 있습니다. 귀하가 생각하기에 한국에는 다음 집단들 간에 갈등이 어느 정도 심하다고 생각하십니까?
- 1) 가난한 사람과 부유한 사람
  - 2) 저소득층과 중산층
  - 3) 경영자와 노동자
  - 4) 최상층과 최하층
- 63.1. 한국 사회에는 최상층과 최하층에 속하는 집단이 있습니다. 한국 사회의 최하층을 1로 하고 최상층을 10으로 한다면 귀하는 어디에 속한다고 생각하십니까?
- 63.2. 귀하가 성장할 당시에 귀하의 가족은 어디에 속했다고 생각하십니까?
66. 귀하의 능력이나 노력에 비추어 볼 때 귀하의 소득은 어떻다고 생각하십니까?
75. 한국 사회에서 다음의 사항들이 어느 정도 평등 또는 불평등하다고 생각하십니까 말씀해 주십시오.(교육기회, 취업기회, 승진·승급기회, 법의 집행, 여성의 대우, 소득과 재산, 지역 간)
78. 같은 직장에서 똑같은 일을 하는 경우, 다음과 같은 조건에 따라 보수를 더 받는 것이 당연하다는 의견에 대하여 얼마나 동의 또는 반대하십니까?(근속 연수가 많을수록, 교육 수준이 높을수록, 자격증을 가진 사람이, 남자가 여자보다, 나이가 많을수록, 부양가족이 많을수록, 성과를 많이 낼수록, 업무 능력이 좋을수록)

자료: 한국종합사회조사 홈페이지([http://kgss.skku.edu/?page\\_id=39](http://kgss.skku.edu/?page_id=39))에서 2016. 3. 21. 인출.

## 5. 한국 사회 기회 불평등에 대한 국민인식 조사

동그라미재단에서 2015년부터 수행하고 있는 한국 사회 기회 불평등에 대한 국민인식 조사는 개인의 노력과 성취에 대한 인식, 개인 성공의 중요 조건, 한국 사회 기회 균등 수준, 개인 노력과 기회 불평등 수용 인식 등에 대한 문항으로 구성되어 있으며, 교육·사회적 관계·취업 및 승진·문화·건강·정보 분야에서의 기회 불평등 수준과 해소 욕구를 질문하고 있다(동그라미재단, 2015). 2016년에는 특별히 생애과정의 각 단계에서 다양하게 나타나는 기회 불평등이 조사되었다. 유아기의 경우 부모와의 관계형성을 통해 발달시킬 수 있는 인지 및 정서 관련 기회 불평등이 주요하게 조사되었으며, 청년기의 경우 진학 또는 취업의 불평등을 중심으로 조사가 이루어졌다. 이후의 시기에 대해서는 단계별로 결혼, 출산, 주택구입 등 생활기회의 불평등, 계층이동 기회의 불평등, 자녀 교육 기회의 불평등 등이 조사되었다. 본 연구에서도 과거에서 현재의 사회계층 변화에 대한 인식, 미래 사회계층에 대한 예측이 건강불평등 인식에 미치는 영향을 보고자 하는 것이므로 관련성이 있다.

[주요 주제: 한국 사회 기회불평등 조사 2016년 보고서 기준]

1. 생애주기별 실태

- 청소년: 고등학교에 대한 평가, 사교육 실태, 진로 관련 등
- 청년: 대학생활, 외국 방문 경험, 취업 및 결혼 등
- 중장년: 자녀 교육비, 문화 활동 및 사회적 관계, 퇴직, 노후준비 등

2. 기회불평등 실태

- 어린 시절의 경험: 학령기 전 예체능 사교육 경험, 문화 활동 경험, 가정 분위기
- 정치적 기회 및 인식: 투표참여 여부 및 미 참여 이유, 정치에 대한 의견, 정치 관심도
- 차별 또는 불이익을 당한 경험, 연락 가능한 사회지도층 여부
- 15세 때의 주관적 계층 소속감, 현재 계층 소속감, 자녀의 예상 계층

3. 기회불평등 인식

- 개인의 성공에 대한 인식

- 기회의 불평등에 대한 인식
- 한국 사회에 대한 인식
- 세금에 대한 인식, 비정규직에 대한 인식 등

자료: 동그라미재단 홈페이지

(<http://www.thecircle.or.kr/business/%EA%B8%B0%ED%9A%8C-%EB%B6%88%ED%8F%89%EB%93%B1%EC%97%90-%EB%8C%80%ED%95%9C-%EA%B5%AD%EB%AF%BC%EC%9D%B8%EC%8B%9D%EC%A1%B0%EC%82%AC/>)에서 2016. 3. 21. 인출.

## 제4절 시사점

Whitehead(1998)의 건강불평등 대응 스펙트럼에 따르면 건강불평등 해소를 위한 대응은 건강불평등 현상을 측정, 인지하고 현상에 대한 이해를 널리 확산시키는 것으로부터 시작된다. 현재 우리나라의 건강불평등 대응은 스펙트럼의 초기 단계에 머무르고 있으며(한국건강형평성학회 2012 춘계학술대회자료집), 관련 연구 주제 또한 건강불평등 현상을 측정하는 것에 집중되어 있다. 그러나 건강불평등 문제를 이슈화하고 정책적 우선순위를 높이기 위해서는 건강불평등 현상에 대한 측정 이후의 단계들에 대한 연구가 본격적으로 수행될 필요가 있다.

사회운동이론(Social Movement Theory)에서는 사회운동을 촉발시키는 요인, 사회적 불만이 표출되기 위한 전제조건으로 정보의 전달, 정보 접근성을 꼽은 바 있다(서영표, 2013, pp.303-346). 건강불평등 문제를 완화하기 위한 사회·정치적 노력을 일종의 사회운동이라고 간주한다면, 사회운동을 발생시키기 위해서 건강불평등을 인지하고 깨달음을 확산시키는 것이 필요하다. 이에 따라 본 연구에서는 우리 사회가 건강불평등 문제를 얼마나 인식하고 있으며 어떠한 특성, 집단에 따라 인식도가 달라지는지를 조사하기에 앞서 다양한 국내외 문헌을 고찰하였다.

먼저 “불평등 인식”을 주제로 한 선행 연구들에 따르면 개인의 특성·가치·태도·기준 등이 불평등 인식과 서로 연관성을 가지는 것으로 나타났다. 개인의 특성·가치·태도에는 사회경제적 수준, 정치 성향 등이 포함되며 이 밖에 건강, 삶의 만족도, 보편적 신뢰감도 불평등 인식과 연관된 것으로 확인되었다. 또한 개인 차원의 속성뿐만 아니라 사회적 규범, 사회적 기준 등 사회 차원의 요인에 따라서도 불평등 인식이 달라지는 것으로 나타났다(Han et al., 2012; 이웅, 임란, 2014).

“건강불평등 인식”에 대한 외국의 연구들은 사회계층이나, 거주 지역 특성에 따른 건강불평등 인식 차이를 파악하는 연구들이 주를 이루었다(Macintyre et al., 2005, 2006; Davison et al., 2008). 특히 Macintyre 등(2005, 2006)은 건강불평등에 불리한 위치에 놓여 있는 사람들이 오히려 건강불평등에 대해 덜 인식하고 있다는 연구 결과를 내놓았으며, 그러한 현상을 “역설(paradox)”로 표현하였다. 이는 건강불평등이란 주로 낮은 사회계층이나 결핍이 높은 지역에 거주하는 사람들이 겪게 되는 문제인데, 이들이 건강불평등에 대해 덜 인지하고 있는 것은 자연스러운 현상이 아님을 표현한 것이라고 해석할 수 있다.

또 다른 연구에서는 조사방법에 따라 사회계층 간 건강불평등 인식이 서로 달라지는 점을 밝혔는데(Popay et al., 2003, p.21), 양적 조사에서는 취약 지역의 거주자들이 지역 효과에 집중한 반면 질적 조사에서는 취약 지역 거주자들이 오히려 건강불평등의 개념을 부정하는 것으로 분석되었다. 이는 건강불평등 인식 맥락을 정확하게 이해하기 위해서 맥락을 구성하는 각 요인을 파악하는 것도 중요하지만, 종합적 연구 방법에 대한 고려가 함께 이루어져야 함을 시사한다.

한편 불평등 인식도와 관련된 기존의 연구들은 주로 인류학, 사회학, 심리학 분야에서 많이 수행되어 왔다. 그러나 보건학 분야에서도 건강불

평등에 대한 일반인들의 인식도를 조사하고, 조사 결과를 바탕으로 정책 대안을 내놓을 수 있다는 측면에서 인식도 연구가 의미를 가질 수 있다. 이에 본 연구에서는 건강불평등의 상위 개념인 일반적 불평등, 사회 불평등에 대한 인식 연구들을 기반으로 불평등 인식 조사의 기본적인 개념과 흐름을 파악하고, 건강불평등 인식 조사 문항 개발의 근거로 활용하였다.

〈표 2-2-1〉 기존 불평등 인식 조사의 특징과 본 연구에서의 활용 가능성

구분	세계 가치관조사	국제사회조사 프로그램	전 세계 태도 설문조사	한국종합 사회조사	한국 사회 기회불평등에 대한 국민 인식조사
주요 주제 및 내용	<ul style="list-style-type: none"> <li>대한 지지</li> <li>(사회)환경</li> <li>일(직업)</li> <li>정치</li> <li>문화</li> <li>불안</li> <li>주관적 건강수준</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>국민경제성</li> <li>노동</li> <li>여가스포츠</li> <li>사회 불평등</li> <li>가족 성역할 변화</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>국가민족도</li> <li>국가별 위험요소</li> <li>국가 개인 경제수준 평가</li> <li>국가 개인 경제발전 예측</li> <li>타 국가 및 국제기구에 대한 민족도 등</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>사회 불평등</li> <li>가족과 성역할 변화</li> <li>국민경제성</li> <li>시민권 등</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>생애주기별 주요 사건 (교육, 진로, 취업, 결혼 등)</li> <li>기회불평등 실태 및 인식</li> </ul>
	<p>① 건강불평등의 상위 개념인 일반적 불평등, 사회 불평등에 대한 인식 조사를 기반으로 “불평등 인식 조사”의 기본적인 개념과 흐름을 파악하고, 건강불평등 등 인식 조사 문항 개발의 근거로 활용</p> <p>② 위 조사를 자료원으로 한 기존 선행연구에서 불평등 인식과 상관성이 있는 것으로 확인된 사회·경제적 수준 측정 문항을 확인하고, 건강불평등 인식 영향 요인을 도출하기 위한 문항의 근거로 활용</p>				
활용 가능성	기회의 공정성, 소득형평성, 정부의 조세정책, 부의 재분배 등에 대한 조사문항 참고 가능	사회 불평등 조사문항 참고 가능 (문항 내용이 유사한 한국종합사회조사로 활용 가능성 설명 대체)	사회계층 이동성(자녀 세대의 사회계층 이동성), 사회 양극화 조사문항 참고 가능	사회 불평등 조사문항 참고 가능: 정치·사회 가능: 정치·사회 측면에서의 불평등 인식, 양극화, 정부의 조세정책, 부의 재분배, 집단 간 갈등, 사회계층 이동성 등	정치적 기회 및 참여, 기회의 불평등에 대한 인식, 한국 사회에 대한 인식 조사문항 참고 가능



제 3 장

연구 내용 및 방법

제1절 심층면접조사

제2절 전화설문조사

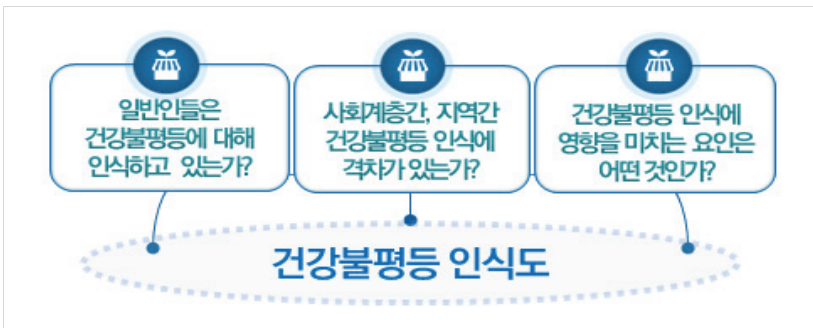


# 3

## 연구 내용 및 방법 <<

본 연구의 주된 내용은 건강불평등에 대한 국민들의 인식수준을 조사하는 것으로, 국민들이 건강불평등에 대해 어느 정도 인식하고 있으며, 건강 불평등을 인식하고 있는 인구 집단의 특성은 어떠하며, 또 어떠한 요인들이 건강불평등 인식에 영향을 주는 것인가에 대한 해답을 구하는 것이다.

[그림 2-3-1] 건강불평등 인식도 주요 연구 내용



그런데 “건강”의 개념과 “불평등”의 개념이 다소 추상적이기 때문에 화자에 따라 “건강”과 “불평등”의 개념이 다를 수 있다. 예를 들어, “건강”은 유병이나 사망과 같은 결과의 측면에서 정의될 수 있고, 동시에 의료이용과 같이 과정으로서의 “건강”을 정의하는 것이 가능할 수도 있다.

이러한 이유로 건강불평등 인식에 대한 조사는 다소 까다로운 측면이 없지 않다. 본 조사에서는 건강불평등 인식 파악을 위해 심층면접조사와 전화설문조사의 두 가지 방법을 이용해 조사 결과의 해석에 보완적으로 활용하였으며, 각각에 대한 자세한 연구 내용 및 방법은 다음과 같다.

## 제1절 심층면접조사

### 1. 조사 목적 및 설계

본 조사는 일반인이 건강불평등에 대해서 알고 있는가에 대한 연구 질문으로 시작되었다. 구체적으로는 일반인이 건강불평등을 무엇으로 해석하고 있으며, 건강불평등을 바라보는 시각이 어떻게 형성되는지 살펴보고자 하였다. 조사의 설계는 일반인의 건강불평등 인식 과정에 대한 이론을 도출하기 위하여, Strauss & Corbin(1998)의 근거이론방법에 따른 질적 연구 방식을 적용하였다.

근거이론(grounded theory)은 현장에 기반을 두고 이론을 찾아 나가는 질적 연구 방법의 하나로서, 자료를 체계적으로 수집해 분석한 뒤 자료에서 이론을 발견하는 과정을 말한다(Charmaz, 2006; 박현선 등(역), 2013, p.7). 근거이론의 창시자인 Glaser와 근거이론의 주요 학파로 대표되는 Strauss는 질적 연구가 단순한 서술연구를 넘어서 설명 가능한 이론적 틀을 제시할 수 있어야 한다고 보았다(Charmaz, 2006; 박현선 등(역), 2013, p.32). 이들은 연구자들이 각기 자신의 방법으로 자료를 개념화, 범주화하여 이론을 개발하도록 권장하였다(임종섭, 김명준, 2015, p.430).

본 조사에서 이와 같은 근거이론방법에 따른 질적 연구를 수행한 배경은 다음과 같다. 지금까지 일반인을 대상으로 하는 건강불평등 인식에 대한 연구가 제한적으로 이루어졌으며, 특히 국내에서는 한 번도 시행된 적이 없어 새롭게 자료를 생성해 내야 하는 상황이다. 그런데 ‘건강불평등’이라는 용어가 일반인에게 친숙하지 않기 때문에 의미를 쉽게 해석하여 간결한 문장으로 질문하기가 용이하지 않을 뿐 아니라 응답자 또한 생소

한 주제에 대해 빠르게 판단하여 답하기에 어려움이 있을 수 있다. 따라서 일반인이 건강불평등을 어떻게 인식하고 있으며, 그러한 인식이 정착되는 과정에 대해 체계적으로 자료를 수집하고 분석하며, 그것을 바탕으로 건강불평등 인식 모형을 도출하는 데 근거이론이 적절한 접근 방식일 것으로 보았다.

## 2. 조사 및 분석 방법

### 가. 조사 참여자

건강불평등이 지역이나 사회계층에 따른 건강수준, 기대수명의 차이에 중점을 두고 있으므로, 거주 지역과 사회계층은 인식에 가장 크게 영향을 미치는 요인으로 예측되었다. 또한 개인에게 건강과 불평등이라는 주제에 대한 인식이 자리 잡기까지 다양한 삶의 과정이 연관될 것이기 때문에, 응답자의 연령을 고려할 필요가 있다.

참여자 선정 방식은 다음과 같다. 거주지의 경우 지역의 박탈지수 상위 25%, 하위 25%<sup>13)</sup> 범위에서 각각 선정하기로 하고, 연구자의 조상 대상자에 대한 접근성을 함께 고려하였다. 사회계층은 교육수준을 고려하여, 고졸이하와 대졸 이상이 모두 포함되도록 하였다. 연령은 사회생활 초년기에 해당되는 20~30대, 경제활동의 중심 집단인 40~50대, 노년기인 60대 이상이 고르게 분포되도록 하였다. 1차적으로 서울 및 경기 지역 참여자를 조사 전문 기관의 홈페이지를 통해서 섭외하였으며, 선정 조건에 부합하는 대상자를 추가로 모집하기 위하여 조사원의 지인을 통해 추천

13) 전체 집단의 박탈수준을 산출하여 사등분하였을 때, 박탈수준이 가장 높은 지역은 박탈지수 상위 25%, 박탈수준이 가장 낮은 지역은 박탈지수 하위 25%에 해당됨.

받았다.

박탈지수 상위 지역의 조사 참여자를 대상으로 심층면접을 진행하면서 개략적으로 주요 개념과 범주를 도출하였고, 참여자를 추가로 선정하거나 참여자 선정 조건을 수정할 필요가 없을 것으로 판단하였다. 따라서 박탈지수 하위 지역의 조사 참여자도 초기의 참여자 선정 계획과 동일하게 섭외하였다.

#### 나. 자료 수집 및 분석

참여자 섭외와 심층면접은 2016년 7~8월 사이 이루어졌다. 조사는 반구조화 된 설문지를 기초로 시작하였으며, 상황에 따라 추가적인 질문과 응답이 이루어졌다. 주요 설문 내용은 건강불평등을 인식하고 있는가, 건강불평등 인식에 영향을 미치는 주요 경험은 무엇인가, 응답자의 사회적, 개인적인 특성은 무엇인가, 건강불평등에 어떻게 반응하는가이다. 특히 첫 번째 내용인 건강불평등을 인식하고 있는가를 파악하는 데 많은 질문이 필요하였다. 응답자에게 ‘불평등’이라는 용어를 사용하게 되면, 연구자의 의도가 비치거나 응답자 스스로 무의식중에 윤리적인 응답을 할 수 있기 때문이다.

조사는 일대일 면접 방식으로 이루어졌다. 일반인 사이에서 건강불평등에 대한 지식수준이 각기 다를 것이기 때문에 적절한 설명이 충분히 이루어져야 하며, 질문에 대해 정확히 이해하고 응답하였는지를 확인할 필요가 있다. 또한 일반인 집단의 인식 여부나 유형을 파악하는 것을 넘어서, 개인의 특성과 경험 등 불평등 인식이 형성되는 과정을 도출하기 위해서 개인별 심층 면담이 필요하였다.

총 3인의 조사자가 조사를 진행하였고, 각 조사별로 2인의 조사자가

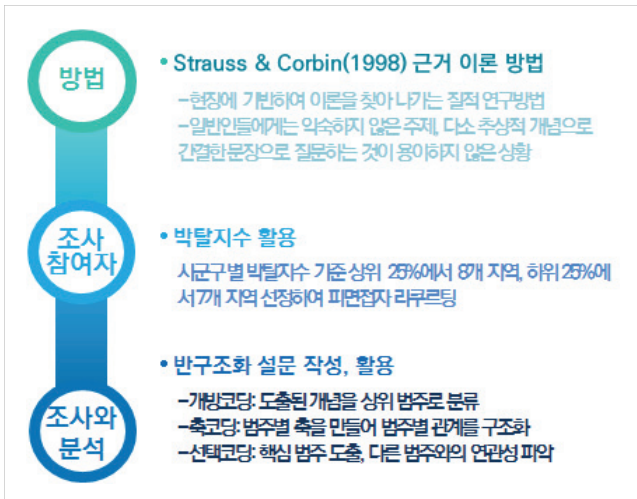
동석하였다. 이 중 1인의 조사자는 전체 진행 상황을 정확히 비교·이해하기 위하여, 조사를 직접 진행하거나 보조진행자의 역할로 모든 조사에 참여하였다. 조사 참여자 1인당 면접 소요시간은 1시간 내외였다. 조사의 목적과 자료 활용에 대하여 설명하고 동의를 얻었으며, 면접 내용을 녹취하여 텍스트로 전사하였다. 각각의 조사가 끝날 때마다 조사 참여자의 표정, 감정, 태도 등에 대하여 기록하였다. 또한 응답 결과에서 얻어진 주요 결과를 조사자 간에 공유하고, 해석상의 혼란이 있는 부분이나 조사 참여자에 대한 느낌에 대해 간략히 토론하여 다음 조사의 질문을 수정·보완하였다.

자료의 분석은 Strauss & Corbin(1998)이 제시한 개방코딩, 축코딩, 선택코딩 방식으로 분석하였다. 개방코딩은 개념을 발견하고, 명명하고 발전시키는 과정으로, 자료를 개별 부분으로 분해하여 꼼꼼하게 검사한 후 유사성과 차이점을 찾아 비교하는 것이다. 개념적으로 유사하거나 의미상 관련 있는 사고, 사건, 물체, 작용/상호작용을 한층 추상적인 개념 하에 범주라는 이름으로 무리를 짓는다(Strauss & Corbin, 1998; 신경림 역, 2001, p.92). 축코딩은 어떤 범주를 축으로 하여 그것을 둘러싼 관계의 조밀한 구조를 만들어 내는 것으로, 누가, 언제, 어디서, 어떻게, 왜, 무슨 결과를 가져왔는가에 대한 질문의 답이다. 축코딩의 결과는 조건(연구현상의 구조를 형성하는 상황 또는 환경), 행위/상호작용(쟁점, 사건, 문제에 대한 연구 참여자의 일상적 또는 전략적인 반응), 결과(행위와 상호작용의 산물)를 도식화하여 나타낼 수 있다(Charmaz, 2006; 박현선 등(역), 2013, pp.133-134). 개방코딩으로 범주와 범주의 속성을 생성하고, 축코딩으로 범주를 체계적으로 발전시키고 하위범주들과 연결한 후 마지막으로 범주를 통합시키고 정교화하는 선택 코딩의 단계를 거친다. 즉, 주요 범주들을 통합하여 하나의 더 큰 이론적 도식을 형성하는 단

케이다(Strauss & Corbin, 1998; 신경림 역, 2001, p.130).

분석 과정 및 결과에 대한 신뢰도를 확보하기 위하여 다음과 같은 과정으로 진행하였다. 개방코딩은 전사한 자료를 줄 단위로 분석하여 주요 개념과 범주를 도출하는 방식으로 이루어졌다. 일차적으로 조사 결과가 가장 충실한 사례를 선정하여, 2인의 조사자가 각각 개방코딩을 진행하였고, 각자의 개념, 범주, 해석방식을 비교하였다. 그 결과를 토대로 개념과 범주를 일치하도록 정리하였다. 다음으로 동 사례에 대한 축코딩을 개방코딩과 동일한 방식으로 2인의 조사자가 각각 수행하였다. 모든 연구진이 참여하여 2종의 축코딩 결과에 대해 논의하였는데, 연구자 간 의견을 일치하도록 2차례 회의를 거쳐 조정하였다. 코딩 결과를 논의하는 회의는 특정 연구자의 해석이 주도적으로 반영되지 않도록, 원만한 분위기를 유지하도록 하였다. 이와 같은 절차에 따라 정해진 개방코딩, 축코딩 초안을 기준으로 하여, 다음 사례를 분석하면서 코딩 초안을 수정·보완하였다.

[그림 2-3-2] 심층면접조사 개요



## 제2절 전화설문조사

### 1. 조사 목적

본 조사는 일반 국민이 건강불평등을 인식하고 있는지, 또한 건강불평등을 인식하고 있다면 이것에 영향을 미치는 요인이 무엇인지를 파악하기 위하여 수행되었다. 구체적인 조사 목적은 아래와 같다.

첫째, 일반인들의 건강불평등 인식 수준을 조사한다.

둘째, 교육수준, 소득수준 등 사회계층 간, 지역 간 건강불평등 인식의 격차를 파악한다.

셋째, 건강불평등 인식에 영향을 미치는 요인(인구사회경제학적 특성, 사회에 대한 인식, 정치적 성향 및 사회참여, 사회계층이동성, 신체적·사회적 건강 등)을 규명한다.

### 2. 조사 방법

조사표 개발을 위하여 불평등 인식에 대한 국내외 선행연구를 고찰하였다. 불평등 인식 기전을 설명하는 주요 이론으로는 개인의 특성·가치·태도·기준과 불평등 인식 간 관계를 설명하는 Psycho-social theory, 사회적 규범 또는 사회적 기준에 따른 불평등 인식을 설명하는 Social & political theory 등이 있다(Han et al., 2012). 또한 사회경제적 수준, 정치 성향, 건강, 삶의 만족도, 보편적 신뢰감 등 개별 요인과 (건강)불평등 인식 간 관계를 파악하는 연구도 다수 이루어졌다. 그러나 불평등 인식, 특히 건강불평등 인식에 영향을 미치는 요인을 종합적으로 검증하는 연구는 아직 이루어지지 않은 것으로 확인되었다(이용, 임란, 2014,

p.96). 이에 따라 건강불평등 인식의 맥락을 포괄적으로 설명하는 동시에 전화조사를 통하여 신뢰성 있는 응답을 이끌어낼 수 있는 방향으로 모형을 구성하였고, 이를 문항으로 구현하는 작업을 진행하였다.

새롭게 구성된 건강불평등 인식 모형(건강불평등 인식 영향요인)의 구성은 아래와 같다. Psycho-social theory를 기반으로 하되 불평등 인식에 영향을 미칠 수 있는 다양한 개별요인과 경로를 고려하였으며, 이때 유사한 속성으로 묶일 수 있는 요인들은 동일 영역으로 범주화하였다.

〈표 2-3-1〉 건강불평등 인식 영향요인

	영역	영향요인
개인적 요인	개인의 태도, 기준, 믿음	- 정치 성향 - 가족구조 - 종교
	인구학적 특성	- 성 - 연령 - 결혼 - 거주 지역
	사회적 계층	- 소득수준 - 교육수준 - 직업
	개인적 역사와 경험	- 성장기 삶의 경험 - 부모의 특성
	신체적·정신적 건강	- 건강수준 - 삶의 만족도
사회적 요인	사회 환경	- 사회·문화 - 정치 - 경제
	사회계층 이동성	- 사회계층 이동성(기회의 균등)
	시민사회 참여	- 정책결정 과정의 참여
	사회적 자본	- 사회적 네트워크 - 사회적 지지 - 사회적 신뢰 - 거주 지역의 환경 - 건강불평등 정보 접근성
강화/완화 요인	불평등 경험	

문화 개발 과정에서 세계가치관조사(World Value Survey), 국제사회 조사프로그램(International Social Survey Programme), 전 세계 태도 설문조사(Global Attitudes & Trends), 한국종합사회조사, 한국 사회 기회 불평등에 대한 국민인식 조사 등을 참고하였다. 전문가 자문회의와 연구진 회의를 거쳐 기존의 문항을 원형 그대로 활용하거나 필요시 새롭게 개발하였으며, 조사방식의 특성(전화조사의 응답률 및 신뢰성 등)과 연구 질문을 고려하여 문항수와 배치를 조정하였다.

최종 선정된 25개 구조화 문항을 활용하여 2016년 7월부터 약 한 달 동안 국내 20세 이상 성인 남녀 2,000명을 대상으로 17개 시도별 성·연령 인구구조를 고려한 무작위 전화조사를 실시하였다.

### 3. 조사 내용

일반 국민이 인식하고 있는 건강불평등이 무엇인지를 파악하고, 건강 불평등 인식에 영향을 미치는 요인을 도출하기 위한 연구 질문과 구체적인 조사 내용은 아래와 같다.

〈표 2-3-2〉 주요 연구 질문과 조사 내용

연구 질문	조사 내용
일반인들은 건강불평등에 대해 인식하고 있는가?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 사회경제적 수준 차이에 따른 건강불평등</li> <li>- 지역 차이에 따른 건강불평등</li> </ul>
인구집단 간 혹은 거주 지역 간 건강불평등 인식에 차이가 있는가?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 교육수준, 소득수준, 거주 지역의 박탈지수에 따른 건강 불평등 인식수준에 대한 차이</li> </ul>
건강불평등 인식에 영향을 미치는 요인에는 무엇이 있는가?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 선행연구 결과 건강 및 불평등 인식에 영향을 미친다고 알려진 변수 중 건강불평등과 관련 있는 변수 파악</li> <li>· 인구사회경제학적 특성: 성, 연령, 교육수준, 결혼상태, 월평균 소득수준, 고용형태, 박탈지수 등</li> </ul>

70 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발

연구 질문	조사 내용
	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 사회에 대한 인식: 사회공정성에 대한 인식, 한국 사회의 계층에 대한 인식 등</li> <li>· 정치적 성향 및 사회참여: 정치적 성향, 사회참여 의사 등</li> <li>· 사회계층이동성: 과거→현재 사회계층 이동성, 현재→미래 사회계층 이동성</li> <li>· 신체적·사회적 건강: 건강상태, 전반적인 생활 만족도, 사회적 지지 등</li> </ul>

# 제 4 장

## 연구 결과

- 제1절 건강불평등 인식에 대한 심층면접조사 결과
- 제2절 건강불평등 인식에 대한 국민 설문조사 결과



## 제1절 건강불평등 인식에 대한 심층면접조사 결과

### 1. 조사 참여자의 일반적인 특성

조사 참여자는 서울 지역(경기도 1명 포함) 8명, 충북 및 충남 지역 7명으로 총 15명이다. 서울 지역 거주자는 현재 거주지나 근처에서 대부분의 기간을 거주한 강남 또는 서울 토박이였다. 소득수준은 직접적으로 질문하지 않고 스스로 평가하도록 하였는데, ‘중’이라고 응답하면서도 자신의 소득수준에 대해 부정적이거나 불안한 느낌을 표현하였다. 그러나 심층면담 중에 파악한 본인 및 가족의 직업, 여가생활, 소비행태 등을 통해 추정컨대, 절대적인 가구소득은 중간 이상일 것으로 짐작되었다.

충북 및 충남 지역 거주자의 인구·사회학적 특성은 복합적이었다. 4명은 현재 거주지에서 출생하였거나 오랜 기간 거주하여 농촌 지역의 삶을 충분히 대표하는 경우였다. 2명의 참여자는 여러 소도시를 여러 번 이동한 경험이 있었는데, 현재 거주지에 적응하는 데 어려움이 없고 크게 불만을 갖고 있지 않았다. 반면 1명의 참여자는 본래 서울에서 거주하다가 직장 때문에 불가피하게 혼자 지방에서 거주하고 있는 상태로, 중소도시 이상의 지역에서 거주하기를 희망하였다. 참여자들이 응답한 소득수준의 범위는 다양하였는데, 서울 지역 참여자들과의 차이점은 소득에 대한 불안이나 불만족을 크게 표현하지 않는 것이었다.

74 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발

〈표 2-4-1〉 조사 참여자의 일반적인 특성

연번	거주 지역	성	연령	거주기간	교육수준	직업	자가 평가 소득 수준	
1	박탈 지수 하위 25% <sup>1)</sup>	서초구	남	20대	25년	대졸 이상	회사원(병가)	상
2		강남구	남	30대	강남구 10년, 서울에서만 거주	대졸 이상	개인사업	하
3		분당구	여	30대	분당구 5년, 서울에서만 거주	고졸 이하	주부	중산 층
4		강남구	남	50대	20년	대졸 이상	회사원	중
5		서초구	여	50대	서초구 25년, 결혼 전 강북구 거주	대졸 이상	비정규직	중
6		분당구	여	50대	분당구 8년, 다양한 지역에서 거주	고졸 이하	주부	평균
7		송파구	여	60대	송파구와 강남구 40년	고졸 이하	주부	평균
8		송파구	남	70대	40년, 대학시절부터 서울 거주	대졸 이상	무직(퇴직)	중하
9	박탈 지수 상위 25% <sup>2)</sup>	보은군	여	20대	보은군에서만 거주	고졸 이하	비정규직	중
10		부여군	여	30대	부여군에 15년 거주	고졸 이하	주부	중
11		부여군	여	30대	부여군에 10개월 거주, 소도시 내에서 자주 이동, 공주에 가장 오래 거주	대졸 이상	비정규직	하
12		보은군	남	40대	보은군에 5년 거주, 대부분 서울 거주	대졸 이상	회사원	중
13		괴산군	여	40대	괴산군 4년 거주, 대부분 소도시에 거주	대졸 이상	공무원	상
14		부여군	여	60대	부여군에서만 거주	고졸 이하	비정규직	용돈 수준
15		괴산군	남	60대	괴산군에서만 거주	고졸 이하	개인사업	중

주: 1) 박탈지수 하위 25%는 박탈수준이 낮은 순으로 전체의 25% 이내 지역을 의미함.

2) 박탈지수 상위 25%는 박탈수준이 높은 순으로 전체의 25% 이내 지역을 의미함.

## 2. 주요 개념 및 개념의 범주화

심층면접을 통해 수집된 건강불평등 인식 과정 및 경험에 대한 자료를

유사한 개념으로 통합하고, 이러한 개념을 보다 상위개념으로 추상화하여 하위범주가 도출되었다. 그리고 하위범주를 더욱 추상적인 개념으로 통합한 결과 16개의 범주가 생성되었다. 이와 같이 개방코딩으로 도출된 16개의 범주는 다음 단계인 축코딩에서 패러다임 모형으로 재구성된다.

〈표 2-4-2〉 건강불평등 인식 경험에 대한 주요 개념 및 개념의 범주화

범주	하위범주	개념
건강문제로 고통을 겪음	내 몸이 아픔	만성적으로 아픔, 오랫동안 약을 먹음, 질병 때문에 불안함, 질병에 대한 두려움, 사고, 이직을 계획함, 부작용 때문에 우울함, 생활비를 줄임, 치료비용을 생각함
	정신적 고통	약간의 정신건강 문제, 우울, 돈 문제로 스트레스를 받음, 일상생활에 지장을 줌.
	가족의 질병으로 힘들었던 시간	가족의 입원과 수술, 질병으로 갑작스러운 사망, 응급실 방문, 아이가 자주 아픔
의료이용에 대한 경험과 생각	대형병원의 의료서비스	대기시간이 길, 절차가 복잡함, 응급실로 가는 것이 빠름, 치료에 유리함, 아이가 아프면 항상 상급 종합병원에 감, 처음부터 큰 병원에 감, 의료서비스의 질이 좋음
	더 좋은 병원을 찾아감	확실하게 진단받고 싶음, 만족스럽지 않음, 작은 병원에서 수술한 것이 후회됨, 다른 병원에 가면 다시 검사해야 함, 환자를 돈으로 생각함, 의료기관 정보를 얻기 위한 네트워크가 형성됨, 지인이 병원 이동을 추천함, 인터넷에서 정보를 얻음
	동네병원의 의료서비스	내 시간에 구애받지 않음, 믿음이 가지 않음, 경증질환일 때 감, 불친절함, 잘 낫지 않음
	오진율이 높음	의사의 오진율이 높음, 대충 관찰하여 오진함, 병원마다 얘기가 다름, 정말 잘하는 병원이 없음, 의사들도 잘 모르는 것 같음, 다른 처방을 함, 치료가 잘못된 것 같음
	지방은 의료서비스의 질이 낮음	사람들이 서울의 대형병원을 이용함, 중요한 문제는 큰 데로 감, 지방에서는 큰 병원에 가기 어려움, 먼 곳에 다니느라 차비가 들어감, 초기대응을 하지 못함, 정확한 상담을 하지 않음, 의사가 아닌 사람이 진단을 내림, 식사가 엉망임, 서울이었다면 사망하지 않았을 것임, 아이가 아프면 불안함

76 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발

범주	하위범주	개념
과거로부터의 계층이동에 대한 회고	과거보다 나아짐	전보다 나아짐
	변화가 없음	소득수준이 크게 변하지 않음, 사회계층이 변하지 않음
	예전이 좋았음	맛벌이를 해야만 함, 경제적으로 나빠짐, 사업에 실패함, 전보다 돈벌이가 못 함, 몇 십 년 전에 돈을 많이 씀, 지출이 줄어들
미래의 계층 이동에 대한 가능성	희망적임	자식은 나보다 잘될 것임, 노후걱정이 없음
	현재의 수준이 유지됨	앞으로 변화가 없음, 지금처럼 살 것 같음
	불안한 미래	나이가 들어감에 따라 하향함, 자녀의 미래를 정확히 기대하기 어려움, 희망적이지 않음, 경제상황에 융통성이 없음, 인생이 부담됨, 앞이 보이지 않음
정치적 성향	보수적인 성향	대대로 절대 보수, 국가정책에 지지와 격려가 필요함, 운동권의 부적절한 행동, 대학시절 학생들이 군중심리로 집회 참여, 일부 잘못된 시민운동 주도자, 시민단체 활동이 과격해짐
	변화가 필요함	환경 변화 때문에 진보 성향으로 변해가려고 함, 사회구조에 대해 반발심리가 생김, 불이익이 온다면 시위에 참여함
	자라온 환경	부모님이 지지하는 정당, 부친의 직업, 부모님의 자녀에 대한 평등한 교육
우리 사회의 불평등에 대한 인식	계층 간 격차가 심해짐이 안타까움	계층 간 격차가 심화됨, 소득 불평등이 심화됨, 소득불평등이 모든 불평등의 원인, 모든 것이 경제와 직결됨, 강남과 강북의 격차를 줄여야 함, 잘하면 상을 받는 것이 지켜지지 않음, 개천에서 용이 못 남, 불평등이 세습됨, 노력해도 안 되는 사람은 안 됨
	불평등은 자신에게서 비롯됨	자기 할 일은 해야 함, 사회에 해를 끼치면 안 됨, 가난하고 성공하지 못한 것은 게으름 때문임, 자업자득이라는 말이 있음
	공정한 대한민국	김영란법이 생겨남, 인사 청탁이 통하지 않음, 계층 이동이 충분히 가능함
사회에 대한 생각	사회 환경이 부정적으로 변해감	대한민국의 최고 가치는 경제, 가정이 파괴됨, 젊은 아이들의 상상할 수 없는 가치관, 남북의 이념대립은 상당히 문제임, 외국 박사가 별 볼일 없음
	국가 정책에 대해 반발심이 생김	정부 정책에 대한 반발, 괴리감, 정부의 예산 배분에 대한 불신, 불법자금, 선거물 하락 국가 정책에서 국민과의 소통이 필요함, 정부 정책의 유연성 필요함, 정부 정책이 양극화를 야기함
	기득권 통제가 필요함	기득권층이 증세를 반대함, 기득권층이 권력을 행사함, 공무원의 개, 돼지 이야기, 기득권층이 사회제도나 정책을 입법화함, 기득권층에 좌우되지 않는 국가 정책 결정 필요

범주	하위범주	개념
건강과 질병 관리	질병 관리를 위한 의료기관 이용	만성질환 관리를 위한 지속적인 의료서비스 이용, 동네병원에서 경증질환 관리, 상급병원에서 중증질환 관리, 정기적인 건강검진, 꾸준히 약을 복용, 좋은 의사를 찾아 이사함
	도시의 근린 효과	식이와 운동에 최적의 환경, 운동장과 공원을 이용함, 평평한 거리, 자전거를 탈 수 있음, 체육시설, 거주지 환경이 정신건강에 영향을 미침, 환경이 나쁘면 불안함, 정신적 치유, 깨끗함, 안전함
	시골에서는 건강관리가 어려움	시골 사람은 바빠서 운동을 못 함, 여가시설 부족, 마땅한 병원이 없음, 특별히 관리하지 않음
	식습관을 개선함	식사를 제때에 함, 식단을 바꿈, 인스턴트를 먹지 않음, 음식에 대해 공부함
	스스로 노력함	애써 운동함, 긍정적으로 삶, 금연, 드물게 술 마심, 아픈 곳을 생각함, 체중 조절, 건강 정보를 찾음, 영양제를 먹음, 운동모임에 참여, 등산
건강불평등을 부분적으로 인식함 (사회계층 간 건강불평등과 거주 지역 간 건강불평등을 분리해서 생각함)	사회계층에 따른 건강불평등의 원인	소득이 제일 문제가 됨, 좋은 설비, 좋은 의사에 대한 기회, 건강검진, 병원에 갈 돈과 시간, 식생활 수준, 먹는 것이 다름, 영양상태, 건강에 대한 관심, 정보를 찾으려고 함, 의사 말만 믿지 않음, 시간이 여유로움, 건강에 대한 투자
	거주 지역에 따른 건강불평등의 원인	의료서비스의 질적 차이, 의료서비스에 대한 접근성 차이, 아픈 사람은 병원가기 쉬운데 살아야 함, 비슷한 집단끼리 건강 정보를 공유함, 정보가 빠름, 건강한 사람과 있어야 건강함, 근린시설
	건강불평등을 부정함	못 살아도 내 건강을 챙길 수 있음, 재벌도 아픔, 상관없음, 공기 좋은 곳에 살면 나아짐, 자연환경이 좋은 곳이 건강함, 대도시에 살면 스트레스가 많아짐, 누구나 의료혜택을 받을 수 있음
의료이용의 불평등에 대한 인식	거주 지역에 따른 차이	시골에 살면 미충족의료가 발생함, 지방에서는 치료시기를 놓침, 서울 내에서는 차이가 없음, 고가의료장비를 공동으로 사용해야 함, 의료서비스의 질적 차이에 집중해야 함
	사회계층에 따른 차이	상급 의료기관에 대한 접근성, 병원 정보의 차이
	의료서비스에 대한 접근성이 좋아짐	지역에 따라 의료서비스의 양이 차이가 없음, 시골도 좋아짐

78 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발

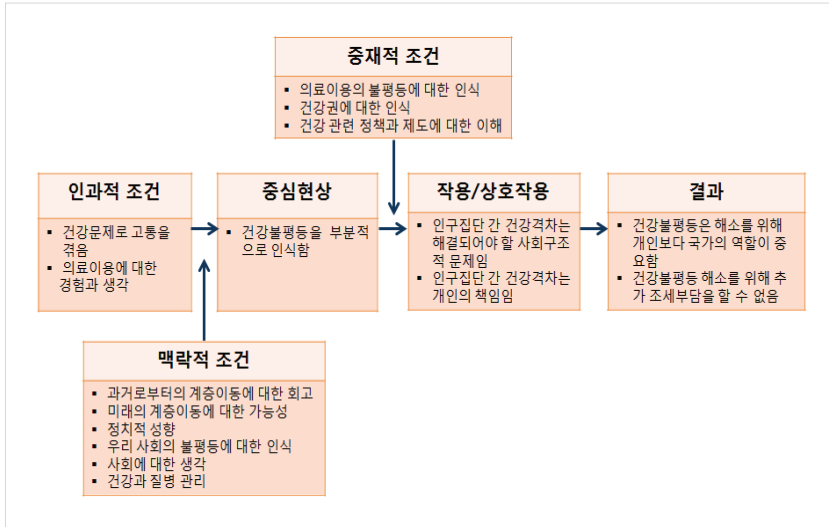
범주	하위범주	개념
건강권에 대한 인식	국가가 잘 보장해줌	대한민국 의료보험이 좋음, 미국은 의료보험 혜택을 못 받는 사람이 많음, 미국보다 못 사는데 잘하고 있음, 잘해 주는 것 같음, 국가의 보호를 받고 있음, 치료비를 지원함, 건강검진을 해 줌, 지원하다가 재정이 바닥날 것 같음
	공정하게 작동하지 않음	취약계층은 제대로 안 됨, 부유한 사람에게 한정됨, 건강권이란 말이 생소함
건강 관련 정책과 제도에 대한 이해	건강 관련 정책에 대한 지식	의료혜택의 기회를 개선하기 위해 건강보험을 도입, 우리나라의 의료부문은 사회주의 개념, 민주주의 국가 영국은 무상 의료, 의료보험만큼은 공공성을 강화해야 함, 외국에 다녀온 사람들이 우리나라 건강보험이 잘되었다고 함, 중증질환에 대한 지원이 잘됨, 예방과 재활에 대한 지원이 소극적임
	민간 주도의 의료 관리에 문제가 있음	큰 병원 위주로 돌아감, 사람들이 의료를 믿지 못함, 병원에서 환자를 상품으로 대함, 정부가 바로 잡아야 함, 의료 민영화가 한심함, 의료민영화가 의료이용의 형평성을 침해함
	건강보험공단의 건강검진 제도에 실망함	형식적임, 완전한 검진을 위해 추가 비용을 냄
인구집단 간 건강격차는 해결되어야 할 사회구조적 문제임	건강불평등은 사회구조적인 문제로 일어남	당연히 해결해야 할 사회구조적인 문제, 불공정함, 가진 자에게 유리함
인구집단 간 건강격차는 개인의 책임임	건강은 개인의 문제임	건강상태는 개인에게서 원인을 찾음, 우선적으로 본인의 책임, 건강문제는 지역보다 개인의 책임이 큼, 나라에서 어떻게 해 줄 수 없음, 나라에 떼쓰는 사람들을 보면 속상함, 건강문제로 남을 탓할 수 없음, 국가 자체의 문제가 아님, 어느 사회에나 불공평은 있음
	나의 건강문제는 나와 내 가족에서 비롯됨	유전, 선천적으로 약함, 운동 습관, 자세, 생활습관을 바꾸지 못함, 잘못된 식습관, 술, 과로, 스트레스, 체력, 몸을 혹사함
건강불평등 해소를 위해 개인보다 국가의 역할이 중요함	취약집단의 건강은 국가의 책임	계층 및 지역 간 건강 상태의 차이는 사회와 정부의 책임, 건강불평등 해소를 위한 국가 지원이 당연함, 평등한 의료서비스를 지원해야 함, 건강문제는 삶을 공포로 만들

범주	하위범주	개념
	국가의 역할이 중요함	불평등 해소는 정부 정책의 목적임, 정부가 사회 양극화 해소를 해결해야 함, 의료의 공공성 강화, 일관된 정책, 똑똑한 정부
	건강불평등 해소를 위한 증세는 바람직함	취약해서 건강이 나쁜 사람을 위해 당연히 세금을 낼 것임, 소외계층을 위해 세금을 낼 것임, 같이 사는 사회에서 세금을 부담하겠음, 언젠가 내가 혜택을 받게 됨
건강불평등 해소를 위해 추가 조세부담을 할 수 없음	국가의 세금 활용에 대해 신뢰하지 않음	예산을 효율적으로 사용하면 됨, 반발심, 괴리감, 조세정의를 실현되지 않음, 국가는 돈이 없을 것임, 투명성이 보장되면 세금을 냈, 담뭍세가 보건에 쓰이지 않음
	지원받는 것을 약용함	개인의 처우를 국가가 일일이 개선해 주는 것은 부적절함, 편법을 써서 혜택을 받으려 함, 근본적으로 본인 밥벌이를 해야 함, 사정이 괜찮은 사람도 지원을 받음
	세금을 더 내고 싶지 않음	고소득자의 세금으로 저소득층을 도움, 대기업이 모범을 보여야 함, 정부가 다른 세원을 마련해야 함, 세금을 걷으면 중산층이 어려워짐, 간접세도 많이 걷어감, 지금도 충분히 많이 냈, 사회에 기여하지 않는 사람까지 챙기지 말아야 함, 국민에게 떠넘김

### 3. 건강불평등 인식 과정에 대한 모형

개방코딩으로 도출된 범주를 근거이론의 패러다임 모형에 따라 조건, 작용/상호작용, 결과로 분류하고, 이들 요인이 중심현상을 축으로 어떻게 연결되어 나타나는지를 도식화하였다. 건강불평등 인식 과정에 대한 패러다임 모형은 아래 그림과 같이 도출되었다. ‘건강불평등을 부분적으로 인식함’이라는 중심현상을 축으로 중심현상이 일어나게 된 원인과, 중심현상에 대해 나타나는 반응과 결과들을 구체적으로 살펴보고자 한다.

[그림 2-4-1] 건강불평등 인식 과정에 대한 모형



자료: 본 연구의 심층면접조사 결과를 바탕으로 구성함.

## 가. 인과적 조건

Strauss & Corbin(1998)에 따르면, 인과적 조건은 어떤 현상이 발생 하거나 발전하는 데 전제되는 사건이나 일들을 말한다. 중심현상인 건강 불평등을 인식하는 데에 직접적인 영향을 미치게 되는 인과적 조건은 ‘건강문제로 고통을 겪음’, ‘의료이용에 대한 경험과 생각’이다.

### □ 건강문제로 고통을 겪음

‘건강문제로 고통을 겪음’은 조사 참여자들의 신체적 건강 상태를 말한다. 조사 참여자 중에는 현재 중증질환으로 일상생활에 큰 어려움을 겪고 있는 경우는 없었지만, 만성적으로 아프거나 아팠던 과거의 경험으로 건강에 대해 불안, 우울을 호소하기도 하였다. 질환의 관리는 사람들로 하

여금 경제적인 문제를 고민하도록 하고 있었다. 응답자의 건강상태를 파악하는 것은 크게 어려운 일은 아닐 것으로 생각하였으나, 공개하기 어려운 질환이 아님에도 자신의 질환을 표현하는 것을 불편해하는 경우도 있었다. 또는 처음에는 자신의 건강상태를 특별히 아프지 않고 건강한 편이라고 설명했으나, 면접이 진행되는 과정에서 여러 건강문제를 겪고 있음이 드러나기도 하였다.

한편 참여자들의 '정신적 고통'에 대해서는 깊숙이 파악하기는 어려웠다. 정신건강에 대한 우리 사회의 분위기 때문이기도 하지만, 특히 조사 시점에는 국제적으로도 각종 테러가 정신질환자와 관련되어 보도되기도 하였고, 국내에서도 강남역 사건으로 인한 불안감이 강하게 형성되어 있기 때문이기도 하다. 분석 결과, 현재보다는 과거에 약한 우울이나 스트레스가 있었고, 그것은 오래 지속되지 않았던 과거의 경험으로 설명하는 편이었다.

마지막으로 '가족의 질병으로 힘들었던 시간'은 모든 참여자가 가지고 있는 경험이다. 어린 자녀나 고령의 부모님이 있는 경우에는 비교적 중증의 긴급한 질병 경험이 있었다. 함께 살고 있거나 왕래가 잦은 가족의 질병에 대해서는 본인의 질병보다 더 자세하게 설명하였으며 그러한 경험은 정신적으로도 고통을 가져다주었다.

〈글상자 가-1〉 인과적 조건: 건강문제로 고통을 겪음

- 앉아 있다가 일어나면 뻗뻗한 느낌이에요. 왼쪽 무릎이. 그래서 지금 너무 힘들어요. 진짜 정신적으로...(중략)... 한번은 마취에서 깨어나다가 기절한 적도 있고 그런 경험들이 많아서 아프면 죽는다는 생각을 하고 있어요.
- 저희 친정오라버니도 당뇨 합병증으로 18년을 투병하시다가 과사가 와서 발도 절단하고 눈도 안 보이시고 그랬거든요. 저는 안 그러려고 노력을 하는데 늘 불안해요. 항상 불안해요.
- 4년 전 공황장애를 진단 받았어요. 단체 생활 좋아하긴 하는데 약간 지장이 있을 때가 있어요. 정신 건강은 다른 사람 몰라요. 제가 안고 사는 거지요.

□ 의료이용에 대한 경험과 생각

나와 가족의 건강문제는 각기 유형과 강도에서 차이가 있기는 하지만 모두가 갖고 있는 경험이었으며, 이를 해결하는 과정에서 의료이용에 대한 불편함과 부정적인 인식이 축적되었다. ‘대형병원의 의료서비스’에 대해서는 대기시간이 길거나 절차가 복잡하다는 점에 대해 불만을 표시하고 있었으나, 의료서비스의 질이 높다는 점에서 선호하는 경향이 있었다.

‘더 좋은 병원을 찾아감’은 ‘확실하게 진단받고 싶음’, ‘만족스럽지 않음’과 같은 개념에서 드러난 것처럼 질환의 상태와 치료에 대해 확신을 갖고자 하는 욕구가 반영되어 있다. 더 나은 의료기관을 찾기 위해서 주변에서 정보를 얻기 시작하고, 이것이 강화되면 네트워크가 형성되기도 하였다.

사람들은 ‘동네병원의 의료서비스’에 대해 무조건 부정적으로 평가하는 것은 아니었다. 대형병원에 비해 동네병원은 시간적, 물리적으로도 접근성이 높다는 점을 장점으로 보았다. 그러나 동네병원에서의 치료에 대해서 믿음이 가지 않고, 잘 낫지 않는다는 인식을 갖고 있었다.

‘오진율이 높음’은 더 좋은 병원을 찾아가게 하는 이유 중의 하나였다. 동일한 질환에 대해 병원마다 다른 진단이나 처방을 하였던 경험은 오진에 대해 확신을 갖게 하였다. ‘의사들도 잘 모르는 것 같음’, ‘정말 잘하는 병원이 없음’이라는 개념에서 깊은 불신이 드러난다.

지방의 낮은 의료서비스의 질은 지방에서의 의료이용 경험이 없더라도 모든 응답자가 공감하였다. 보편적으로 중증의 질환에 대해서는 큰 병원을 이용하고, 서울의 대형병원을 선호하는 것 자체가 지방의 질적 수준이 낮음을 반영하고 있다. 농촌 지역에서 본인이나 가족의 의료경험에서는 ‘불만족, 아쉬움, 의심’의 감정을 표현하는 경우가 많았다.

## 〈글상자 가-2〉 인과적 조건: 의료이용에 대한 경험과 생각

- 사실은 무릎이 조금 안 좋아서 병원을 갔었거든요. 연골이 찢어졌다고 하더라고요. 그래서 집 근처에 있는 00병원이라고 갔었는데 엑스레이를 찍고서 MRI를 찍었는데 수술이 필요하다고 해서 큰 병원을 갔어요. 00병원하고 00원도 갔다 오고 했는데 다 수술을 요한다고…. 제가 무릎 수술하는 게 후에 안 좋다는 얘기를 들어서…(중략)… 00병원을 갔더니 거기는 통증완화 약만 처방해 주고 수술을 굳이 하지 말라고 하시면서 수술을 하면 오히려 더 안 좋아질 수 있다고 하시더라고요. 병원도 여섯 군데 정도 갔다 왔거든요. 무릎 때문에. 그런데 수술을 해야 된다는 게 다섯 병원이고 한 병원이 수술을 안 해도 된다고 하고…. 부당하게 의료비가 나가는 것이 아닌가라는 생각이 약간 들더라고요.
- 실제로 의사가 확진을 했는데도 그 환자에게 정확하게 맞았는지 틀렸는지 보면 오진율이 거의 50%가 넘는대요. …(중략)… 어느 정도 중병이 아니면 완전히 성의 있게 보지 않고 관찰을 안 하면 오진이 상당히 많기 때문에…. 특진을 받는 이유가 조금 더 나은 질적으로…. 한 번에 가서 비싸고 어렵더라도 제대로 질병이 낫는 것 때문에 대학병원, 종합병원에 몰리는 경우가 많이 있지요.

## 나. 맥락적 조건

Strauss & Corbin(1998)은 맥락적 조건을 작용-상호작용을 통해 반응해야 하는 상황이나 문제들을 만들어내는 특수한 조건의 집합이라고 하였다(Strauss & Corbin, 1998, 신경림 역, 2001, p.81). 맥락적 조건에 해당되는 범주는 ‘과거로부터의 계층이동에 대한 회고’, ‘미래의 계층이동에 대한 가능성’, ‘정치적 성향’, ‘우리 사회의 불평등에 대한 인식’, ‘사회에 대한 생각’, ‘건강과 질병 관리’이다. 이 범주들은 건강불평등을 인식하게 하는 맥락으로 작용하여 건강불평등에 반응하게 하는 특수한 조건들이다.

□ 과거로부터의 계층 이동에 대한 회고, 미래의 계층 이동에 대한 가능성

과거와 미래의 계층 변화를 주로 소득 수준의 변화로 판단하는 편이었는데, 대부분의 사람들은 현재의 삶이 더욱 힘들어졌다고 토로하였고, 자신이나 자녀의 미래를 불안하게 바라보는 편이었다. 우리 사회의 경기침체가 장기화되면서 이러한 응답은 보편적인 반응일 것으로 짐작했던 부분이다. 반면, 과거에 비해 현재, 현재에 비해 미래를 분명히 긍정적으로 평가하거나, 단호하지는 않더라도 비교적 안정적으로 유지될 것으로 생각하는 경우도 있었다. 계층 이동에 대한 긍정적, 부정적 평가는 현재 자신의 사회 경제적 위치와는 별개였으며, 사회에 대한 시각이나 삶의 만족도를 짐작할 수 있는 부분이었다.

〈글상자 가-3〉 맥락적 조건: 과거로부터의 계층 이동에 대한 회고, 미래의 계층 이동에 대한 가능성

- 앞으로 더 안 좋아질 것이라고 생각하고 있어요. 경제 상황이 그렇게 좋지 않고, 여러 가지 정치적 여건도 그렇고 경제적 여건도 그렇고, 그러니까 사회 전반적으로 부익부 빈익빈이 더 심해지고, 그러다 보니까 격차가 더 벌어지면서 서민들은 소득 수준이 더 낮아지고, 이제 부유한 사람들 위주로 정책이 진행되는 것 같아서... 지금은 전보다는 나아졌는데 앞으로의 대해서는 전망이 조금 어둡습니다.
- 화려하게 쓴 것은 몇 십 년 전이 더 돈을 많이 썼어요. 정신 모르고 그냥 되게 비싼 것 사고 뭐하고 그리고 차도 비싼 것 타고 그랬는데... 지금은 매월 얼마씩은 나오지만 돈을 더 못 쓰겠어요. 아껴서 쓰게 되더라고요. 왜냐하면 살면서 더 큰 병이나 무슨 일이 벌어졌을 때 자식한테 손 벌리면 안 되겠다 그런 생각이 들어요.

□ 정치적 성향

‘정치적 성향’은 어느 정당을 지지하는가 또는 보수와 진보 중 어느 쪽에 가까운가라는 질문으로는 명확하게 알아내기 어려웠다. 그 이유는 다

양했는데, 정치적 성향을 표현하는 것이 조심스러워 여러 가지 상황과 사례를 복잡하게 설명하거나, 보수와 진보에 대한 자신만의 개념을 갖고 있거나, 실제 자신의 정치적 성향을 잘못 이해하기 때문이었다. 일부 응답자들의 정치적 성향은 소신껏 생겨나지 않고, 주변 환경과 소속을 유지하기 위해서 끼워 맞추는 듯하였다. 그런데 정치적 성향은 건강불평등의 인식과 반응에 작용하는 요인이기 때문에, 응답자가 갖고 있는 실제 정치적 성향을 이해하는 것은 중요하였다.

#### 〈글상자 가-4〉 맥락적 조건: 정치적 성향

- 저희는 대대로 절대보수예요. 여당이 다 잘한다는 것은 아니지만 그래도 저는 대대로 시댁도 그렇고 친정도 그렇고 보수.
- 보수 경향이 있었는데... 저희 부친도 공무원 하시고 그랬거든요. 요새 들어서는 자꾸 사회를 보는 게... 조금 계층 간의 심화가... 전에는 그런 것은 없었거든요. 뭔가 사회구조가 거의 멈춰있는 상태가 됐고 경쟁력이나 그런 것들을 보면 어렵기 때문에 진보 쪽으로 성향이 바뀌려고 하고 있어요. 자꾸 외부적인 환경이 뭔가 이게 잘못되어 가는구나 하는 반발 심리도 (정치적 성향이) 변화하고 싶은 그런 것은 있습니다.

#### □ 우리 사회의 불평등에 대한 인식

‘금수저, 흙수저’라는 용어가 고유명사로 자리 잡을 만큼 불공정, 불평등은 사회적 이슈가 된지 오래이다. 고위 계층의 불공정 행태가 그 어느 때보다 많이 보도되고 있고, 심층 면담이 이루어진 시기는 일명 「청탁금지법」의 시행을 바로 앞두고 있어 일반 사람들의 인식 속에 불평등 문제는 쉽게 자리 잡았을 것이라 짐작하였다. 분석 결과, 주로 사회계층이 상대적으로 높을 것으로 판단되거나, 박탈지수가 낮은 집단 사이에서 소득 불평등이 심각한 수준에 이르렀음을 표현하였으며, 이것이 다른 불평등의 원인이 되고, 불평등이 세습되기 때문에 안타깝게 느끼고 있었다. 반

면, 공정한 편이라고 보는 경우도 있었으며, 박탈지수가 높은 집단 사이에서는 불평등 문제를 강력하게 표현하지 않는 편이었다.

그런데 사회의 불평등한 상황을 설명하는 것과 그것에 대한 평가나 이해는 다른 차원이었는데, 불평등을 사회적 요소가 아닌 게으름과 같은 개인적 책임에서 비롯된다고 보기도 하였다.

〈글상자 가-5〉 맥락적 조건: 우리 사회의 불평등에 대한 인식

- 저희 어렸을 때는 정말로 어려운 환경에서 살고 했지만 조금씩 나아졌거든요. 정치도 좋아지고 경제도 좋아지고 사회도 다 좋아졌는데 최근 10년간은 그게 역전된다는 느낌을 많이 받아서 그게 제일 문제가 되지 않을까라는 생각이 들었거든요. 미국도 평등하지 않지요. 그렇지만 그 안에서도 룰이 있어서... 그런데 지금 가장 안타까운 것은 소위 말하면 개천에서 용이 못 나가거든요. 그게 제일 안타까운 것이지요.
- 아주 노가다를 하는 하층은 한 번 뒤집어져야 한다는 희망이랄까. 그런데 기득권층은 안정성을 추구하잖아요. 그런 사람(사회계층이 낮은 사람) 보면 그래요. 세상을 바꿔야 한다. 떨어질 때를 바라는 거지요. 자기 노력은 하기 싫고 그런 사람이 보통 그런 이야기 하더라고요.
- 요즘은 김영란법도 나오다 보니까 지금에서는 그게(불평등이) 타당하지 않다고 생각 하거든요. 옛날에 아들 보내면 군대에서 높은 지위 사람이 뺄 수 있는데 요즘은 인사 청탁이 안 되기 때문에 그게 통하지 않아요.

## □ 사회에 대한 생각

사회 전반에 대한 부정적인 판단 역시 다른 맥락적 조건들과 함께 불평등에 대한 인식을 강화시키고, 그에 대한 반응을 조장하는 역할을 하였다. 이 범주는 주로 도시 지역 거주자나 농촌 지역 거주자 중에서도 상당 기간 도시에 거주했던 응답자에게서 잘 드러났다. 경제 위주의 가치, 가정 파괴, 젊은 세대의 그릇된 가치관 등 사회 환경이 부정적으로 변해 간다고 생각했으며, 정부 정책에 대한 반발심을 갖고 있었다. 또한 바람직

하지 못한 기득권층의 통제를 요구하기도 하였다.

〈글상자 가-6〉 맥락적 조건: 사회에 대한 생각

- 대한민국 제일 문제는 경제, 모든 최고 가치가 경제로 변했잖아요. 그러니까 도둑질을 하고 뭐를 해도 돈만 많으면 좋은 사람, 아무리 착하게 살고 해도 돈을 못 벌면 능력 없는 사람, 이런 식으로 변하지 않았는가 싶어서... IMF 이후로 그런 것이 심해진 것 같기도 해요. 가정도 파괴가 되고...
- 기득권의 반발심리가 굉장히 많고, 그 좋은 정책이 있더라도 (기득권자가) 입법화를 어떻게든지 막는다고요. 막는 것은 결국... 기업들이 그 많은 비자금 갖고 뭐 하겠어요. 정당에 후원금을 왜 주겠어요? 그런 문제를 이제 어느 정도는 정리할 때가 되지 않았냐.

#### □ 건강과 질병 관리

개인이나 가족이 심각하고 다양한 질병을 경험했을수록, 또는 적극적으로 질병 관리를 하고 있을수록 건강문제에 대한 신념과 태도가 확고해질 가능성이 높아졌다. 도시 지역 거주자들은 의료기관 접근성이 높은 만큼 질병 관리를 위해 의료기관을 적극적으로 탐색하는 경향을 보였고, 한 명의 응답자는 전담 의사의 근무지 이동에 따라 자신의 거주지도 이동하는 적극성을 보였다. 또한 도시 지역 거주자들은 건강에 대한 근린 효과를 충분히 활용하며 만족하고 있었다. 반면, 농촌 지역 거주자들은 주변 환경이 건강관리에 도움이 되지 않는다고 생각하면서도, 그에 대한 불편함을 크게 호소하지 않았다.

이 밖에도 건강관리를 위해 식습관을 개선하려는 노력이 흔히 발견되었고, 그 외에도 흡연, 음주, 운동 등 건강 행태를 스스로 노력하는 측면이 두드러졌다.

〈글상자 가-8〉 맥락적 조건: 건강과 질병 관리

- 저희 집에서 이렇게 건너서 보면 00공원이 있어요. 그리고 또 제가 운동할 수 있는 00스포츠센터, 거기는 돈도 조금 내고 다른 스포츠센터보다 조금 저렴해요. 그리고 00천도 저희 집 가까이에 있어서 운동할 수 있고 또 옆으로 이렇게 돌아보면 00공원이 있어요.
- 제가 한강 나가서 자전거를 타거든요. 내가 힘들지 않아도 즐길 수 있잖아요. 그런데 만약에 내가 00동에 산다고 그러면 자전거 타는 거 감히 생각도 못하고... 한강에 나가면 정말 좋거든요. 정신적인 힐링이 돼요. 그래도 내가 여기 00구에 살아서 이런 것을 누릴 수 있구나 라는 그런 것을 많이 느껴요. 그래서 좋더라고요.
- 그 전에도 요리에 대해서 조금 관심은 있었지만 (암수술을 받은) 남편을 위해서 제가 자연식이라든지 인터넷, 어디 찾아다니면서 음식을 공부했지요. 그래서 매식 안 시키고 모든 재료를 그날 아침에 새벽에 해서 육수 내서 해 주고... 지금 본인도(남편도) 인스턴트 안 먹고... 전에는 되게 인스턴트 좋아했어요.
- 시골 사람은 아프다고 제때 제때 (병원에) 못 가요. (병원이) 가까우면 여건 안 되니까 주변에 가까운 병원 다니고, 암이나 걸렸다면 00병원(멀리 있는 큰 병원) 가고 그러시지. 무조건 큰 병원 가시는 거 아니고... 여기 종합운동장 있지요. 제가 거기 살거든요. 거기서도 (운동)하고 주변에 하려면 있지요. 그렇지만 시골 사람은 바빠서 못해요.

## 다. 중심 현상

패러다임 모형에서 중심현상은 ‘여기에서 무엇이 진행되고 있는지’를 대표하는 것으로, 연구의 주제를 추상적으로 표현하는 요소이다(Strauss & Corbin, 1998). 분석 결과에서 도출된 중심현상은 ‘건강불평등을 부분적으로 인식함’이다. 조사 참여자들은 건강불평등에 대하여 평소에 잘 생각해 보지 않았기 때문에, 이에 대한 자신의 의견을 즉각적으로 답하지 못하였고, 여러 가지 다른 경험과 예시로 추측하여 묘사하였다.

일반인의 건강불평등 인식에서 발견한 것은 사회계층에 따른 건강격차와 거주 지역에 따른 건강격차를 개별적으로 이해하고 있다는 점이다. 대체로 사회계층에 따라 건강상태나 수명이 차이가 있을 것이라는 점에 동

의하였는데, 사회계층이 높은 집단의 소득, 의료접근성, 식생활, 건강에 대해 관심을 기울일 수 있는 여유가 그 원인이라고 보았다. 이러한 점은 건강불평등을 단순히 의료이용의 불평등으로 인식하는 수준을 뛰어넘는 것이었다.

거주 지역에 따른 건강격차에 대해서는 좋은 지역에 거주할수록 건강 수준이 좋다고 생각하는 이유가 근린시설 때문에 일어난다고 보기도 하였지만, 주로 의료서비스의 질, 접근성의 차이 때문임을 강조하였다. 그런데 지역에 따른 건강불평등 인식은 반대로 나타나기도 하였다. 도시보다 농촌지역, 그보다 더욱 벽·오지에서 사는 사람들이 오히려 건강할 것이라는 주장도 있었다. 그것은 농촌의 자연 환경이 건강에 도움이 될 뿐 아니라 긴장되지 않은 분위기 때문에 스트레스에 덜 노출되기 때문으로 설명되었다. 지역 간 건강불평등에 대한 이 같은 시각을 가진 조사 참여자는 모두 농촌 지역 거주자였다.

건강불평등에 대한 인식은 유사한 의미를 담은 반복된 질문과 조사 참여자의 응답을 재확인함으로써 결론지을 수 있었다. 그만큼 조사 참여자들에게 건강불평등이라는 주제는 생소하였음을 알 수 있다. 사회계층 간, 지역 간 공정하지 않은 건강 문제를 완전하게 인식하고 있거나, 일관되게 설명하거나, 확고하게 동의하는 경우는 찾기 어려웠다. 건강불평등을 일상적으로 심각하게 느끼지는 않더라도, 또한 사회계층이나 거주 지역 간 건강불평등을 모두 인식하지는 않더라도 대부분의 조사 참여자는 건강에서의 불공정성을 부정하지 않았다.

그러나 이와는 반대로 4명의 조사 참여자는 우리 사회에 건강불평등이 과연 존재하는 것인지에 의문을 갖거나, 건강불평등이 없을 것으로 단정지었다. 그런데 여기에서 주목할 점은 도시지역 거주자들 모두가 건강불평등을 부분적으로나마 이해하고 있었으나, 건강불평등을 인식하지 못하

고 있는 사람들은 모두 농촌지역 거주자라는 점이다. 또한 농촌 지역 거주자 중 건강불평등을 인식하고 있는 경우에도 건강의 사회구조적 요인을 인식하지는 못하였다.

〈글상자 가-9〉 중심현상: 건강불평등을 부분적으로 인식함

- 아무래도 대도시에 사는 사람들은 정보가 빠르고 주위사람들을 통해서 많이 듣는 게 있기 때문에 빨리 치료를 하는데... 그렇지 않은 사람들은 아무래도 알고 있다고 해도 병원 가거나 약을 사는 것이 부담스럽거나... 주위사람들도 되게 중요한 것 같습니다. 건강한 사람들과 있으면 건강해지고 아픈 사람들과 있으면 아픈 것 같다는 생각이 드는데...
- 식생활 문제가 (원인이라고 봐요.) 00동네에 와서 사람들 만났을 때하고 다른 쪽(지역) 사람들하고 이야기 해 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 향문암에 걸렸는데 기운이 너무 없다고 하는데, 드시는 것이 시원치 않다 보니까 그런 거예요. 그래서 지역적으로(거주 지역에 따라 차이가 있는 이유는) 힘들게 사시는 분들이 돈 문제가 걸려 있더라고요.
- 소득 차이 때문에 건강 차이가 나지 않을 것 같아요. 본인이 챙기면 챙기고 못 살아도 내 건강 챙기면 되고...
- 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.
- 돈 있다고 해서 오래 살고 그런다면 돈 있는 사람은 몇 백 년 살아야 하는데, 이걸희 씨는 돈 없어서 그래요? 여기는(박탈지수가 낮은 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...

## 라. 중재적 조건

중재적 조건은 인과적 조건이 현상에 미치는 영향을 감소시키면서 변화시키는 것들로서, 중심현상이 어떤 작용·상호작용으로 나타나는지를 이해하는데 도움이 된다(Strauss & Corbin, 1998, 신경림 역, 2001, p.119).

## □ 의료이용의 불평등에 대한 인식

응답자들은 자신과 가족의 경험, 주변의 경험을 직간접적으로 체험함으로써 건강불평등이라는 문제와는 달리 의료이용의 불평등에 대한 생각을 쉽게 설명해 냈다. 의료이용의 불평등은 거주 지역과 사회계층의 차이로 나타날 수 있다고 하였다. 시골에는 의료기관의 수가 충분하지 않기 때문에 미충족의료 발생하게 되고, 치료 시기를 놓친다는 상식적인 현상을 발견하였다.

그런데 이와 같은 지역에 따른 의료기관의 양적 불평등에 동의하지 않는 현상도 나타났다. 최근에는 접근성이 개선되어 지역에 따라 양적 불평등은 감소하였고, 다만 질적 수준의 차이가 문제가 되기 때문에, 의료이용의 불평등은 질적 측면에서 고려해야 한다는 것이다.

사회계층에 따라서는 상급 의료기관을 이용할 수 있는 경제적 능력과 병원 정보에 대한 취약성 때문에 의료이용의 불평등이 발생하는 것으로 이해하고 있었다.

## 〈글상자 가-10〉 중재적 조건: 의료이용의 불평등에 대한 인식

- 작년에 저희 처가 00병원(지방 소재 병원)에서 건강진단 받았는데 너무 무성의하고 완전히 세밀하게 하지 않고 기계적으로 해서, 현재 의료보험체계가 잘되어 있지만 (질병을) 발견도 못 하고 의무적으로만 하니까, 실질적으로 큰 병은 잡지도 못 하고, 그런 것이 있는 것 같아요. 몇 년 전에 00병원(시내의 병원)에 예약을 해서 처하고 1인당 40만 얼마 들어서 갔다가 왔는데 그게 비싸긴 하지만 (괜찮았어요).
- 제가 생각을 했을 때는 (의료서비스의) 양적인 차이는 별로 없을 것 같고... 옛날 같이 의료 기관이 없어서 (진료를 못 받는 일은 없어요.) 요새는 낙도 같은 곳에 환자가 발생하면 헬리콥터가 떠서 후송을 하니까요. 하다못해 보건지도 있고요. 그래서 양적인 차이보다 질적인 차이가 많이 있겠지요.

□ 건강권에 대한 인식

우리나라 헌법에 명시되어 있는 건강권을 알고 있는지, 알고 있다면 이것이 우리나라에서 어떻게 작동되고 있다고 생각하는지에 대한 인식은 건강불평등 인식에 대한 반응에 영향을 미친다. 건강권이라는 용어 자체를 생소해하는 경우도 있었지만, 도시지역 거주자 중에는 현재의 직업과는 무관할지라도 법학을 전공하거나 공부한 경우가 종종 있어 건강권을 정확하고 구체적으로 설명해 내기도 하였다.

우리나라에서 건강권이 잘 보장되는 편이라고 보는 이유는 다른 국가에 거주하는 지인이나, 다른 국가의 의료시스템에 대한 자신의 지식을 통해 우리나라 수준을 상대적으로 평가할 수 있었기 때문이었다. 또는 치료비 지원, 무료 건강검진 제공 등 보장성을 강화하는 다양한 지원이 오히려 건강보험 재정을 심각하게 만들 것이라고 우려하기도 하였다. 그러나 건강권은 부유한 사람들 중심으로 보장되고 취약계층은 제대로 보장받지 못한다는 반대 의견도 강력하였다.

〈글상자 가-11〉 중재적 조건: 건강권에 대한 인식

- 잘 모르지만 대한민국이 의료보험 제도가 대단히 좋은 제도로 알고 있고, 다른 나라에 사는 미국인들 친구, 캐나다 친구들(의 얘기를 들어) 보면 입 벌리면 10만원 달라고 한다고 그러더라고요.
- 중증환자, 암 걸린 사람들 5%만 내고 할 수 있고, 그 다음에 기초생활수급자 같은 사람들은 다 치료해 주고. 그런데 미국같이 우리나라보다 선진국이고 잘사는데도 의료보험 혜택 못 받는 사람 되게 많거든요. 그런데 우리나라는 미국보다 훨씬 못 사는데도 그런 것은 우리나라에서 잘하고 있는 것 같아요. 그러니까 재정이 바닥나서 자식들이 고생할까 봐 저는 그게 걱정이예요.
- 건강권이 잘 보장되는 것 같지 않아요. 모든 사람이 다 적용이 된다고 하지만 취약계층은 제대로 안 되어 있고 가기 힘들잖아요. 그래서 100% 그런 건 아닌 것 같아요.
- 건강권이라는 말은 처음 들었는데 이렇게 건강권이 있다면 나라에서 조금 더 개입해 줘야 하지 않나 싶네요.

- 건강 관련 사항을 보면 저희 헌법 35조에 보면 국민은 건강하고 쾌적한 환경에서 살 권리가 있다고 분명히 명시가 되어 있어요. 기본법에 보장이 되어 있는데 (현실은 그렇지 않은 것 같아요.)

#### □ 건강 관련 정책과 제도에 대한 이해

이 범주는 건강권에 대한 인식과 상당부분 혼합되어 나타나는 현상이었다. 그러나 건강 관련 정책에 대한 지식, 의료제도 변화에 대한 요구라는 측면에서 별도의 범주로 분리해 내었다. 일반인 사이의 건강 관련 정책에 대한 지식수준은 높지 않지만, 일부는 어느 정도 오류를 포함하더라도 상당한 수준의 전문성을 갖추기도 하였다. 건강보험 도입 배경, 의료의 공공성과 사회주의, 질병의 치료·예방·재활에 대한 지원 방식에 대한 지식은 결국 건강불평등에 대한 문제 인식과 대응으로 이어졌다.

또한 우리나라의 민간 주도의 의료시스템이 지적되기도 하였으며, 대부분의 응답자가 수혜자가 되는 건강보험공단의 건강검진 제도의 비효율성이 자주 언급되었다.

#### 〈글상자 가-12〉 중재적 조건: 건강 관련 정책과 제도에 대한 이해

- (우리나라) 의료 부분 같은 경우는 사회주의 국가의 개념을 당연히 받아들여서 시행하고 있어요. 영국의 경우 민주주의 발상지고 하지만 의료보험이 무료 아니에요? 자기네들이 병원 갔다가 집에 가는 차비까지도 다 국가에서 지원해 준다. 물론 세금을 다 걸겠지만요.
- 의료 민영화 한다는 거 보면 참 진짜 한심해요. 병원이 비영리 단체잖아요. 이익이 발생되면 다시 설비나 병원에 재투자 하는 것이 비영리인데 그걸 영리화 시켰을 때 과연... 전부 다 동일한 이유가(전 국민 의료보험을 실시한 이유가) 국민이 그 재원을 갖고 평등하게 나눠서 골고루 형평성을 이루려는 정책인데... 민영보험이 비싸겠지요. 수익성이 있어야 하는데... 10개 병원 중에 6개가 전부 다 영리 병원으로 전환을 하면 그 때는 진짜 어떻게 하려고.
- 지금은 2년에 한 번 꼴로 건강검진이 나오잖아요. 그것도 잘못된 것이 유방암 검사를

해도 초음파 검사로 발견할 수 없어요. 아무런 의미 없어요. 더 돈 내고 자세히 다시 받아요. 갑상선부터 다시 하다 보면 (별도로 돈을 많이 내게 돼요.) 이왕 지원해 주려면... 사실 고위층은 어떻게 대우를 받는지 몰라도 그런 면에서 차이가 있을 것 같아요. 일반 서민들하고는 (차이가) 많을 것 같아요. 검사를 해도 무료라고 건강검진 해주지만 이것만으로 전혀 아무 의미가 없는 것 같아요.

### 마. 작용/상호작용

작용·상호작용은 전략적(strategic)이거나 일상적인 전술(routine tactics)을 일컫는데, 다시 말해 사람들이 직면하게 되는 문제, 상황, 쟁점을 다루는 방식을 말한다. 이는 사람이나 조직, 사회, 국민이 행동하고 말하는 것을 나타낸다. 전략적 작용·상호작용은 문제를 풀기 위해 행하는 의도적이고 고의적인 행위이고, 일상적 작용·상호작용은 일상에서 일어나는 일들에 대해 보다 습관적인 방식으로 반응하는 것이다(Strauss & Corbin, 1998; 신경림 역, 2001, pp.120-121). 건강불평등 현상에 대해 사람들은 문제라고 판단하거나, 어쩔 수 없다고 보는 견해로 나뉘었다.

□ 인구집단 간 건강격차는 해결되어야 할 사회구조적 문제임

건강불평등은 개인이 대처할 수 없는 사회구조적인 문제이고, 불공정한 것이기 때문에 당연히 해결해야 할 문제라고 보는 것이다. 건강에 대한 사회구조적 영향을 인식하는 경우는 모두 도시 지역 거주자였으며, 3명의 응답자가 보인 작용/상호작용이었다.

〈글상자 가-13〉 작용/상호작용: 인구집단 간 건강격차는 해결되어야 할 사회구조적 문제임

• (사회계층에 따라) 차이가 많이 나는 것 같아요. 아쉬워요. 있는 자와 없는 자의 차이점...

- (지역에 따라 사회계층에 따라) 건강이 다른 것은 불공정해요. 개인 문제로 생각하지 않고 국가가 지원을 해줘야 되는 게 맞습니다.
- 사실 옛날에 의료보험이 건강보험으로 바뀐 이유가 사람의 의료 혜택의 기회라든지, 제공이 되는 것에 대해서 어느 정도 개선을 시키기 위해서 이름을 바꾸고자 했어요. 단순하게 건강보험 그게 아니라 사회적 불평등이 없게끔 하는 것이 정부 정책의 목적이고 또 하나의 제도적 개선이 되는데...(중략)... 건강 상태가 다른 것에 대해서 당연한 현상이기보다 구조적 문제고 불공정하고 개선을 해야 하는 것이 당연합니다.

### □ 인구집단 간 건강격차는 개인의 책임임

사실 건강불평등을 인식하는 대부분의 응답자들은 인구집단 간 건강격차를 수용할 수밖에 없다고 반응하였다. 이는 건강을 개인의 문제로 바라보는 시각이다. 이러한 시각을 설명하는 개념들은 건강의 원인은 사회가 아닌 개인에게서 찾아야 하며, 지역보다 개인의 책임이 크고, 나라에 떠쓰는 사람들에게 대해 속상해하며, 어느 사회에나 일정 수준의 불공평이 존재한다는 것 등이 포함된다.

건강을 개인의 문제로 간주하는 것과 함께 또 다른 시각은 건강의 원인을 선천적 요인과 자신이 만들어낸 후천적 요인에서 찾는 것이다. 다시 말해 사회의 영향을 받기 이전에 가족으로부터 물려받았거나 운동, 식생활 등의 생활습관이나 일을 하면서 얻게 되는 스트레스, 체력이 건강의 주요 원인이라고 보는 경우이다.

#### 〈글상자 가-14〉 작용/상호작용: 인구집단 간 건강격차는 개인의 책임임

- 그런(치료가 없거나 치료를 못하는) 사람 안타깝기는 너무 안타깝워요. 그런데 나라에서 어떻게 해 줄 수가 없잖아요. 그 사람들 다 치료해 주면... 나라에서 잘못된 것도 아닌데 너무 떼를 쓰고 이러는 거 보면 너무 속이 상해요. 열심히 하고 그랬으면 그렇게 안 될 텐데, 뭔가 어려운 것은 하기 싫어하고 쉬운 것만 하려고 그러고... 그렇지만 많은 사람도 있지만 대부분 사람은 그런 사람들이 많거든요. 나라에서 뭐 안 해 준다 그러고, 여당은 나쁜 새끼들이라고 그러고... 그거는 아니라고 생각해요.

- 건강은 본인의 문제고, 저도 그것에 대해서 이야기 많이 듣는데 외국 다녀 온 사람들 이야기 들으면 한국처럼 의료보험 제도가 잘 된 곳은 없대요. 한국이 세계적으로 손에 꼽힌대요.

## 바. 결과

패러다임 분석의 마지막 요소로서 결과는 작용·상호작용에 반응하여 결과적으로 무엇이 일어났는가에 대한 것이다(Strauss & Corbin, 1998). '건강불평등의 존재를 인식하는가, 건강불평등을 무엇으로 인식하는가'라는 중심현상은 건강불평등은 해결해야 할 문제인가라는 작용·상호작용의 반응으로 이어지며, 그렇다면 그것을 어떻게 해결해야 하는가라는 문제로 귀결되었다.

### □ 건강불평등 해소를 위해 개인보다 국가가 앞장서야 함

건강불평등을 인식하고 있는 응답자들은 대부분 건강불평등 해소에 국가가 앞장서야 한다고 하였다. 즉, 건강불평등은 사회와 정부의 책임이기 때문에 국가의 지원이 당연할 수 있다는 것이다. 또한 불평등의 해소는 정부가 수립하고 이행해야 하는 정부 정책의 목적이기 때문이다. 그뿐만 아니라 건강불평등 해소를 위해 세금을 납부하겠다는 의지를 보이기도 하였다.

### 〈글상자 가-15〉 결과: 건강불평등 해소를 위해 개인보다 국가가 앞장서야 함

- 그 사람들(어려운 사람들)을 위해서 중산층 이상에 어느 일정 부과를 한다고 그러면 같이 사는 사회에서는 그렇게 해야 된다고 생각을 하거든요. 언젠가는 또 내가 혜택을 받을 수 있는 것이고, 지금은 줄 수 있는 입장이면 더 좋지요. 그래서 그것은 사회 전체가 책임을 져야 될 부분이 아닐까 싶거든요.

- 천성적으로 타고 난 거 있잖아요. 태생적으로 지역이나 소득은... 일단 국가적으로 인프라가 구축이 많이 되었으면 하고요. 우리나라는 일단 공공적인 의료는 약한 편 이거든요. 헬스케어 시스템이 구축 안 되어 있어요. 거의 큰 병원 위주로 돌아가고 있고요. 작은 병원도 많지만 사람들이 믿지 못 해요. 의료에서 문제가 생기면 다시 정상적인 생활로 돌아갈 수 없다는 공포가 있어요. 그게 또 소득하고 연관이 되어 있 고요. 왜냐하면 여유가 있는 사람은 의료 문제가 터져도 버틸 수 있는 힘이 있지만, 없는 사람은 그럴 여유가 없거든요. 하루하루 벌어먹고 사니까. 국가적 책임이 있다 고 봐요.

#### □ 건강불평등 해소를 위해 추가 조세부담을 할 수 없음

국가가 적극적으로 개입할 수 있는 원동력의 하나가 재원인데, 국가의 재원 활용과 확보에 대한 거부감이 높았다. 그러나 간단히 생각하여 건강 불평등에 반대한다고 보아서는 안 되며, 그보다 조세 저항의 의미가 더욱 크게 부각된 부분으로 볼 수 있다.

건강불평등 완화를 위해 세금을 더 낼 수 없는 까닭은 국가의 세금 활용을 신뢰하지 못하기 때문이며, 수혜자 선정이 합리적이지 않다고 느끼고 있으며, 현재 내고 있는 세금 수준에 대한 부담 때문이기도 하였다.

#### 〈글상자 가-16〉 결과: 건강불평등 해소를 위해 추가 조세부담을 할 수 없음

- 우리 같은 사람한테는 세금이 부과가 될지 모르지만 세금을 징수하는 방법은 여러 가지가 있을 것 아닙니까. 세금을 걷어 들이는 방법에는. 아주 합리적이고 타당성이 있게. 또 우리나라 경제 여러 가지 여건에 맞게 잘 조절을 해서요. 예를 들어서 지금 엄청난 수익을 가져오는 기업체에서 이해하기 어렵게 적은 부담을 한다든지, 또 부담이 힘든 중소기업에서 어떤 일률적인 기준에 의해서 자기가 부담하기에는 벅찬 것을 부과한다든지, 이런 것만 잘 조절해서 걷어 들여야 된다고 나는 생각해요.
- 일부러 가난하고 싶어서, 소득 없고 싶어서 없는 거 아니지만 그걸 국가가 다 책임지는 것은 아니지 않을까. 처우 개선이나... 주말에도 일 하는 사람에게... 나라가 보장해 줄 수 있는 (것은 없을 것 같아요.) 그런 것까지 다 해 줘야 한다는 생각은 아닌 것 같아요.

- 직장생활 하는 우리 딸이나 사위가 유리지갑이라서... 연봉은 얼마라고 그러는데 가지고 오는 실수령액을 보면 이거 떼고 저거 떼고 너무 많이 떼잖아요. 샐러리맨은 너무 많이 떼는 것 같아요. 다른 사람들은 의사나 뭐나 어떻게 해서 불법으로도 하고 그러는데 샐러리맨들한테 너무 세금을 또 더 매기면 그거는 또 아휴... 가없어요.

#### 4. 핵심범주와 이야기 윤곽

##### 가. 건강문제의 개인화

건강이라는 주제는 비교적 건강상태가 좋은 사람들일지라도 자신의 문제로 또는 가족, 주변의 문제로 고민해 본 적이 있는 일상적인 것이다. 그러나 건강불평등은 사람들의 인식 속에 친숙하지 않은 문제였으며, 연구 참여자들은 인터뷰를 통해 비로소 건강불평등에 대한 견해를 정리해 보는 계기를 갖는 듯하였다. 그렇기 때문에 본 연구에서 파악한 일반인의 인식 수준은 우리 사회에서 일어나는 건강불평등을 얼마나 이해하고 있는가보다는 얼마나 동의하는가라는 표현이 적절할 것이다.

건강불평등에 대한 인식 과정에서 도출된 핵심범주는 ‘건강문제의 개인화’이다. 우선 건강불평등에 대한 인식은 두 가지 측면으로 분리되어 나타났는데, 일반적으로 사회계층이 높을수록 건강 상태가 좋거나 수명이 길 것이라는 점에서 동의하는 편이었으나, 거주 지역에 따른 건강 격차를 이해하는 데 어려움을 보였다. 그런데 인구집단 간 건강 차이를 인식하더라도 건강을 개인의 책임으로만 인식하는 경우가 많았다. 일반인의 인식 속에는 건강이라는 주제가 지극히 개인적인 영역으로 분리되고, 건강의 개인적인 책임이 강하게 자리 잡고 있기 때문에, 건강불평등에 대한 인식과 현실에 대한 안타까움이 곧바로 건강불평등 해소가 필요하다는 반응으로 이어지지 않았다. 인구집단 간 건강격차가 사회구조적인 요

인에서 비롯되기 때문에, 개인 스스로의 노력보다는 국가, 사회 차원의 움직임이 필요하다는 선도적 인식을 갖춘 경우는 매우 드물었다.

대부분은 건강불평등의 현실에 안타까움을 갖기도 하고, 개인이 극복하지 못할 건강 문제에 대해 두려움과 불안을 느끼기도 하지만, 건강불평등을 국가나 지역이 우선적으로 해결해야 할 우선순위라고 인식하지 않았다. 따라서 일반인 사이에서 건강불평등 해소에 대한 요구가 집단적으로 표출되기는 어려울 것이다.

## 나. 거주 지역 간 인식의 차이

건강불평등에 대한 인식은 거주 지역에 따라 뚜렷한 차이를 보였는데, 여기에서 거주 지역은 조사 대상자를 소득 수준에 따라 크게 두 집단으로 분류하는 대리지표로 볼 수 있다. 조사 대상자들은 소득수준에 대해서 명확히 응답하기를 주저하였고, 주관적인 소득수준은 실제 소득과는 거리가 먼 것으로 판단되었다.

반면, 사회계층을 나타내는 또 다른 지표인 학력과 직업에 대해서는 비교적 정확히 파악할 수 있었으나 이들 지표에 따른 건강불평등 인식의 차이를 찾을 수는 없었다. 이러한 이유로 본 연구에서는 조사대상자의 교육과 직업을 사회계층을 판단할 수 있는 지표로 활용하기 어려웠다. 기혼여성은 학력이 낮고 직업이 없더라도 배우자의 소득 수준이 높으면 사회계층이 낮다고 볼 수 없었다. 또한 교육수준이 낮고 소도시나 농촌에 거주하더라도 사업의 규모가 크고 안정적인 경우 소득수준이 높을 것으로 판단되었다.

이 밖에도 남녀의 차이도 명확하지 않았는데, 건강불평등 인식은 인구학적 특성보다는 사회 환경적인 요인과 경험이 보다 중요하게 작용한 것

으로 해석된다.

따라서 여기에서는 건강불평등의 인식 차이가 분명하게 드러나는 거주 지역 요인을 중심으로 결과를 재해석하고, 인식의 차이가 발생하게 된 원인을 정리해 보고자 한다.

우선 거주 지역에 따른 건강불평등에 대한 인식의 결과를 살펴보면, 건강불평등을 단호하게 부정하거나 도저히 추측하지 못하는 경우는 박탈지수가 높은 지역 거주자에게서만 나타났다. 박탈지수가 높은 지역 거주자들의 인식 상황을 살펴보면, 응답자의 반은 건강불평등을 인식하지 못했고, 나머지 반은 건강불평등을 부정하지는 않았지만 건강의 개인적 책임을 강조하였다. 응답자들의 건강불평등에 대한 반응을 통해서 건강문제의 개인화가 더욱 확고해졌다.

박탈지수가 높은 지역 거주자들 사이에서 건강불평등을 인식하지 못하는 집단은 건강불평등 완화 정책에 동참하기를 거부하였다. 인식을 하고 있더라도 건강불평등 해소에 대한 태도는 소극적이었다. 건강불평등 완화 정책에 동참하지는 않겠으나 국가가 수행하는 하는 것을 굳이 반대하지 않겠다고 하거나 또는 건강불평등은 국가가 나서서는 안 되고 전적으로 개인이 대응해야 한다고 하였다.

거주 지역에 따른 인식의 차이는 인과적, 맥락적, 중재적 조건의 차이에서 비롯될 수 있다. 박탈지수가 높은 지역 거주자들은 박탈지수가 낮은 지역 거주자들과 비교했을 때 대체로 자신의 건강 상태를 긍정적으로 평가하거나, 질병으로 인한 고통을 적극적으로 호소하지 않는 편이었다. 또한 상대적으로 질병 치료를 위하여 의료기관을 방문하는 일이 적었고, 건강과 질병에 적극적으로 대응하지 않는 성향을 나타냈다. 물론 질병 치료에 어려움을 겪었던 경험이 있고, 거주 지역 내 의료접근성, 근린시설에 대해 부정적으로 평가하고는 있으나, 그러한 상황에 익숙해져 있거나 긴

급하게 개선을 요구하지 않았다. 어쩌면 이러한 특성들은 장기간 취약한 상황에 노출됨으로써 적응의 단계에 접어들었기 때문일 수 있다.

반면, 박탈지수가 낮은 지역 거주자들은 개인적 능력과 환경이 뒷받침 되어 건강과 질병에 대응하기 위한 다양한 경험을 축적하였을 것이다. 이러한 경험들이 인식으로 전환되면서, 현재의 대응 역량을 갖지 못하게 되는 것을 박탈, 불평등으로 인식하였을 가능성이 있다. 이들의 다양한 관련 경험은 의료이용의 불평등이나 건강권에 대한 인식, 건강 관련 정책과 제도에 대한 이해를 높이는 데 기여할 수 있다. 그뿐만 아니라 박탈지수가 낮은 지역은 경쟁이 과열된 사회적 분위기에 더 많이 노출되어 있고, 치열한 경쟁과 다양한 불평등을 경험함으로써 건강불평등이라는 주제에 더욱 민감하게 반응했을 수 있다.

## 5. 건강불평등 인식 유형 분석

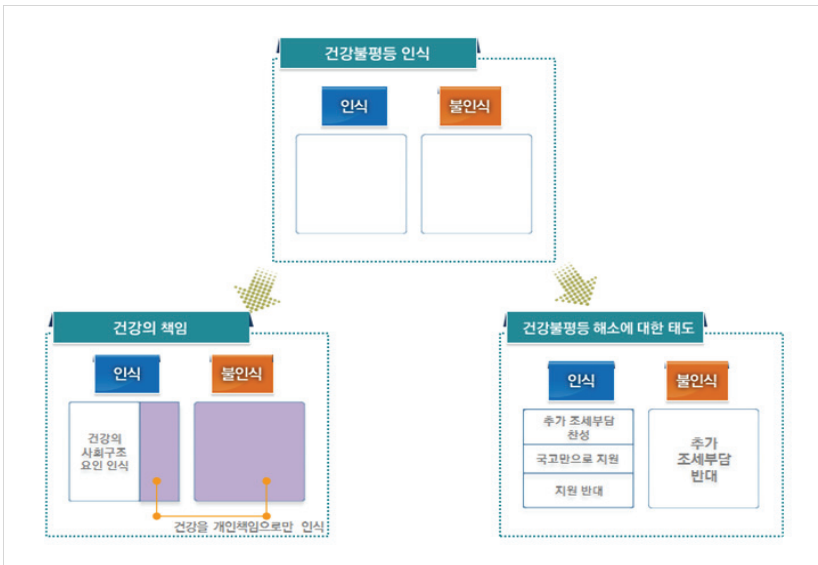
일반인의 건강불평등에 대한 인식은 완전하지 않고 인식의 형태도 다양하여, 유형 분석에 앞서 건강불평등 인식에 대한 분석 결과를 세분화해 보았다. 건강불평등에 대한 인식은 우선 ‘인식’과 ‘불인식’으로 이분화된다. 물론 ‘인식’군이라 하더라도 건강불평등에 대한 인식이 완전하지 않고 부분적이기는 하다. 그러나 건강불평등을 정확히 없다고 하거나 다양한 건강불평등 현상의 예시에도 동의하지 않고 모르겠다고 하는 경우와는 차이가 있으므로, 두 집단으로 분류하였다.

이를 건강의 책임이라는 관점에서 보면 ‘불인식’군은 건강을 개인의 책임으로만 인식하고 있는 것으로 나타났다. 그런데 ‘인식’군 내에서도 ‘불인식’군과 같은 의견을 보이는 경우를 확인할 수 있었다. 즉, 건강의 사회구조적 요인을 인식하지 못하고 있다는 것은 건강불평등의 본질을 제대로

로 이해하지 못하는 것이다.

이번에는 건강불평등 해소에 대한 태도의 측면에서 살펴보았다. ‘불인식’군은 건강불평등 해소를 위한 국가의 정책 및 사업을 위하여 추가적인 조세 부담에 반대하였다. ‘인식’군에서는 개인적 부담에 대한 의견이 다음의 세 가지로 나뉜다. 건강불평등 해소를 위한 추가 조세 부담에 찬성하는 집단, 추가 조세부담은 반대하지만 현재의 국고 안에서 해결하는 것에는 동의하는 집단, 새로운 국가 정책 및 사업 자체를 반대하는 집단이다. 이러한 태도는 조세 저항의 의미를 내포하고 있기 때문에 건강불평등을 인식하지 못하는 것이라고 판단할 수는 없지만, 건강불평등이 정책의 제화되는 데 국민의 적극적인 지지가 뒷받침되지 못하는 이유를 짐작할 수 있는 부분이다.

[그림 2-4-2] 건강불평등에 대한 인식 세분화



자료: 본 연구의 심층면접조사 결과를 바탕으로 구성함.

이러한 이해를 바탕으로 건강불평등 인식 유형을 여섯 가지로 분류하였다. 불인식 집단을 완전불인식형이라 명명하였고, 인식 집단은 완전인식형, 불완전인식형 I, 불완전인식형 II, 불완전인식형 III, 위장인식형의 다섯 가지로 분류하고, 불완전인식의 유형에 대한 이해를 돕고자 부제를 제시하였다.

### 가. 완전불인식형

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

### 나. 완전인식형

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

### 다. 불완전인식형 I : 국가책임형

‘불완전인식형 I’과 ‘완전인식형’과 마찬가지로 건강의 사회구조적 요인을 인식하고 있고, 건강불평등 완화를 위해 국가의 역할이 필요하다는 데 의견을 같이 하고 있다. 그러나 세금에 대한 부담감이나 국가의 세금 활용에 대한 불신 등으로 자신이 함께 동참하는 것은 원하지 않았다.

## 라. 불완전인식형 II: 수동형

이 유형의 사람들은 건강불평등 현상에 대한 이해는 있지만, 건강을 개인의 책임으로 인식하고 있다. 즉, 개인의 건강을 국가가 반드시 지원해 주어야 하는가하는 의문을 갖고 있기는 하지만, 그럼에도 불구하고 국가가 취약한 사람들의 건강 문제를 해결하겠다면 세금을 더 낼 의향이 있다. 따라서 이들은 자신의 판단과는 달리 국가 정책에 수동적으로 참여하는 집단으로 볼 수 있다.

## 마. 불완전인식형 III: 방임형

‘불완전인식형 III’은 역시 ‘불완전인식형 II(수동형)’과 같이 건강을 개인의 책임으로 인식하고 있는 집단으로, 국가가 건강불평등을 개선해야 할 이유를 찾지 못하고 있다. 그렇기 때문에 추가적인 조세부담에 대한 저항이 강하게 나타난다. 그러나 국가가 현재의 국고 안에서 관련 정책을 수행하는 것에 굳이 반대할 이유는 없다고 보고 있다. 즉, 자신의 조세부담에 영향을 미치지 않는다면, 건강불평등 해소를 위한 새로운 국가 정책 시행에 상관하지 않겠다는 의미를 가지므로 ‘방임형’에 속한다.

## 바. 위장인식형

‘위장인식형’은 사회계층, 또는 거주 지역에 따른 건강불평등에 대해서는 이해하고 있는 듯하지만, 건강을 개인의 책임으로 간주하고 있다. 뿐만 아니라 불완전인식형은 자신의 참여를 거부하거나, 수동적으로 참여하는 것에서 그치지만, ‘위장인식형’은 건강 문제는 개인이 해결해야 할 문제이

며, 개인의 잘못에서 비롯된 것이기 때문에 국가 차원의 지원이나 제도가 불필요하다고 주장한다고 하는 차이를 보인다. 즉, 건강의 책임을 철저하게 개인의 책임으로 간주하고 있어 사실상 ‘완전불인식형’에 가깝다.

〈표 2-4-3〉 건강불평등에 대한 인식 유형

유형	건강불평등 인식 여부	건강의 책임	건강불평등 해소에 대한 태도
완전불인식형	건강불평등이 없음/ 모름	건강을 개인의 책임으로 인식	건강불평등 해소를 위해 개인적 참여를 반대함
완전인식형	건강불평등을 부분적으로 인식	건강의 사회구조적 요인 인식	건강불평등 해소에 적극 동참함
불완전인식형 I (국가책임형)			건강불평등 해소에 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 인식

## 제2절 건강불평등 인식에 대한 국민 설문조사 결과

### 1. 응답자 특성

전체 응답자의 성 분포에는 큰 차이가 없었으며, 연령이 증가할수록 응답자 비율이 다소 높아졌으나 그 차이는 크지 않았다. 교육수준의 경우 대학교 졸업 이하라고 응답한 사람이 전체의 53.5%로 가장 높았으며, 월 평균 소득수준은 201만~400만 원이라고 응답한 사람이 가장 많았다. 또한 정규직 또는 비정규직 등 고용형태에 관계없이 현재 취업상태인 응답자가 64.6%로 실직, 은퇴 등 현재 미취업 상태인 응답자보다 높은 비율

을 차지하였다.

〈표 2-4-4〉 응답자 특성

구 분		응답자 수	%
성별	남	991	49.6
	여	1,009	50.5
연령	20대	325	16.3
	30대	367	18.4
	40대	426	21.3
	50대	404	20.2
	60대 이상	478	23.9
교육수준	중학교 졸업 이하	181	9.2
	고등학교 졸업 이하	593	30.1
	대학교 졸업 이하	1,053	53.5
	대학원 졸업 이상	142	7.2
결혼상태	기혼	1,540	77.2
	미혼	430	21.5
	사별/이혼/별거	26	1.3
월평균 소득수준	200만 원 이하	337	18.3
	201만~400만 원	641	34.8
	401만~600만 원	502	27.3
	601만~800만 원	200	10.9
	801만 원 이상	162	8.8
취업상태	미취업	697	35.5
	취업	1,269	64.6

주: 교육수준 결측치 31건, 결혼상태 결측치 4건, 월평균 소득수준 결측치 158건, 취업상태 결측치 34건.

## 2. 일반 국민들의 건강불평등 인식도

이번 조사는 건강불평등이 인구집단의 사회경제적 수준, 혹은 거주하는 지역 차이에 따라 발생하는 점에 착안하여 세 가지 차원으로 건강불평등 인식을 정의하였는데, 첫 번째는 인구집단 간 건강불평등에 대한 인식(사회경제적 수준 차이에 따른 건강불평등), 두 번째는 지역 간 건강불평등에 대한 인식, 세 번째는 두 가지 개념을 모두 이해하고 있는 건강불평등 인식으로 구분하였다.

분석 결과 전체 조사대상자 중 80.1%는 사회경제적 차이에 따른 건강불평등을 인식하고 있었고, 82.4%는 지역 간 건강불평등을 인식하고 있었으며, 두 가지를 모두 인식하고 있는 사람은 전체의 69.5%로 나타났다.

〈표 2-4-5〉 건강불평등 인식도

(단위: 명, %)

구 분		응답자 수	%
사회경제적 수준에 따른 건강불평등 인식	사회경제적 수준 차이에 따른 건강불평등을 인식함	1,601	80.1
	사회경제적 수준 차이에 따른 건강불평등을 인식하지 못함	399	20.0
지역 간 건강불평등 인식	지역 차이에 따른 건강불평등을 인식함	1,647	82.4
	지역 차이에 따른 건강불평등을 인식하지 못함	353	17.7
사회경제적 수준+지역 간 건강불평등 인식	사회경제적 수준 및 지역 차이에 따른 건강불평등을 인식함	1,389	69.5
	사회경제적 수준 및 지역 차이에 따른 건강불평등을 인식하지 못함	611	30.6

### 3. 사회경제적 수준 차이에 따른 건강불평등 인식의 격차

세 차원의 건강불평등 인식 중 인구 집단 차이에 따른 건강불평등 인식에 영향을 미치는 요인을 살펴보기 위하여 인구·사회·경제학적 특성, 사회에 대한 인식, 정치적 성향 및 사회참여, 사회계층 이동성, 신체적·사회적 건강과 건강불평등 인식 간 이변량 분석을 실시하였다.

분석 결과, 연령이 증가할수록, 교육수준이 높을수록, 월평균 소득수준이 높을수록, 본인의 생활에 전반적으로 불만족할수록, 국가로부터 자신과 가족의 건강을 보호받을 권리인 건강권을 인지하고 있을수록 사회경제적 수준 차이에 따른 건강불평등을 인식하였다. 또한 기혼인 경우, 사회가 공정하지 않다고 인식하는 경우, 한국 사회의 구조가 불평등하다고

생각하는 경우(모래시계 구조, 피라미드 구조 등), 정치적으로 진보 성향인 경우, 사회참여 의사가 있는 경우 사회경제적 수준 차이에 따른 건강 불평등을 인식하는 것으로 나타났다.

〈표 2-4-6〉 사회경제적 차이에 따른 건강불평등 인식과 영향요인(1)

(단위: 명, %)

구 분			건강불평등 인식률(n=1601)		chi <sup>2</sup> value <sup>1)</sup>
			N	%	
인구·사회·경제학적 특성	성별	남	796	80.3	0.092
		여	805	79.8	
	연령	20대	231	71.1	35.358****
		30대	311	84.7	
		40대	368	86.4	
		50대	324	80.2	
		60대 이상	367	76.8	
	교육수준	중학교 졸업 이하	129	71.3	37.302****
고등학교 졸업 이하		439	74.0		
대학교 졸업 이하		889	84.4		
대학원 졸업 이상		121	85.2		
결혼상태	기혼	1,258	81.7	12.649**	
	미혼	323	75.1		
	사별/이혼/별거	17	65.4		
월평균 소득수준	200만 원 이하	248	73.6	14.670**	
	201만~400만 원	521	81.3		
	401만~600만 원	417	83.1		
	601만~800만 원	164	82.0		
	801만 원 이상	137	84.6		
취업상태 <sup>1)</sup>	미취업	544	78.1	2.885	
	취업	1,031	81.3		
사회에 대한 인식	사회공정성에 대한 인식 <sup>2)</sup>	사회가 공정하지 않다고 인식함	1,519	81.5	37.563****
		사회가 공정하다고 인식함	82	59.9	
	한국 사회의 구조에 대한 인식 <sup>3)</sup>	다이아몬드 구조임	474	77.7	18.581****
		역피라미드 구조임	22	56.4	
		모래시계 구조임	113	80.1	
	피라미드 구조임	992	82.0		
정치적 성향 및 사회참여	정치적 성향 <sup>4)</sup>	보수적임	441	79.0	9.010*
		중도임	446	78.7	
		진보적임	503	84.8	

구 분			건강불평등 인식률(n=1601)		chi <sup>2</sup> value <sup>11)</sup>
			N	%	
	사회참여 의사 <sup>5)</sup>	없음	868	75.8	29.186***
		있음	733	85.6	
사회계층 이동성	과거→현재 사회계층 <sup>6)</sup>	좋아지지 않음	904	79.5	0.486
		좋아짐	697	80.8	
	현재→미래 사회계층 <sup>7)</sup>	좋아지지 않을 것임	938	81.2	2.312
		좋아질 것임	663	78.5	
신체적·사회적 건강	건강상태 <sup>8)</sup>	좋지 않음	217	75.1	5.251
		보통임	690	81.1	
		좋음	694	80.7	
	전반적인 생활 만족도 <sup>9)</sup>	불만족스러움	289	84.8	6.019*
		보통임	772	78.6	
		만족스러움	540	79.8	
사회적 지지 여부 <sup>10)</sup>	사회적 지지 없음	206	79.8	0.008	
	사회적 지지 있음	1,395	80.1		

주: 1) 취업상태: 취업 준비 및 구직, 경제활동을 하지 않고 있는 경우 '미취업'; 정규직 또는 비정규직으로 일하고 있는 경우 '취업'.

- 2) 사회공정성에 대한 인식: 한국 사회에서 연고(혈연, 지연, 학연 등)가 작용하고 있느냐는 질문에 '그렇다' 또는 '매우 그렇다'고 응답한 경우 '사회가 공정하지 않다고 인식함'; '그렇지 않다' 또는 '매우 그렇지 않다'고 응답한 경우 '사회가 공정하다고 인식함'.
- 3) 한국 사회의 구조에 대한 인식: 한국 사회의 구성원을 상층/중간층/하층으로 구분하였을 때, 각 계층이 차지하는 비율에 따라 형성화되는 모양으로 구분함; 다이아몬드(중간층이 가장 많음); 역피라미드(상층이 가장 많고 중간층, 하층 순서로 적어짐); 모래시계(상층과 하층이 많음); 피라미드(상층이 가장 적고 중간층, 하층 순서로 많아짐).
- 4) 정치적 성향: 정치 성향을 묻는 질문에 '보수' 또는 '중도보수'라고 응답한 경우 보수; '중도'라고 응답한 경우 중도; '중도 진보' 또는 '진보'라고 응답한 경우 '진보'.
- 5) 사회참여 의사: 국가의 결정에 평화적 집회 등 민주적 방식으로 의사를 표현한 적이 있거나 앞으로 표현할 의사가 있느냐는 질문에 '전혀 없다' 또는 '없는 편이다'고 응답한 경우 '없음'; '있는 편이다' 또는 '매우 있다'고 응답한 경우 '있음'.
- 6) 과거→현재 사회계층: 현재의 사회계층에서 과거의 사회계층을 뻗 값이 0과 같거나 낮으면 '좋아지지 않음'; 0보다 높으면 '좋아짐'.
- 7) 현재→미래 사회계층: 미래의 사회계층에서 현재의 사회계층을 뻗 값이 0과 같거나 낮으면 '좋아지지 않을 것임'; 0보다 높으면 '좋아질 것임'.
- 8) 건강상태: 전반적인 건강상태를 묻는 질문에 '매우 좋지 않다' 또는 '별로 좋지 않다'고 응답한 경우 '좋지 않음'; '보통'이라고 응답한 경우 '보통'; '좋은 편이다' 또는 '매우 좋다'고 응답한 경우 ' 좋음'.
- 9) 전반적인 생활 만족도: 전반적인 생활 만족도를 묻는 질문에 '매우 불만족스럽다' 또는 '불만족스럽다'고 응답한 경우 '불만족스러움'; '보통이다'라고 응답한 경우 '보통임'; '만족스럽다' 또는 '매우 만족스럽다'고 응답한 경우 '만족스러움'.
- 10) 사회적 지지 여부: 다른 사람과 일상적인 문제·감정을 함께 나누고 정보와 애정을 교환하고 있느냐는 질문에 '전혀 그렇지 않다' 또는 '그렇지 않다'고 응답한 경우 '사회적 지지 없음'; '그렇다' 또는 '매우 그렇다'고 응답한 경우 '사회적 지지 있음'.

11) \* p<.05, \*\* p<.01, \*\*\* p<.001

또한 박탈지수가 낮을수록(박탈수준이 낮을수록) 사회경제적 수준 차이에 따른 건강불평등을 인식하는 것(p=0.0018)으로 나타났다.

〈표 2-4-7〉 사회경제적 차이에 따른 건강불평등 인식과 영향요인(2)

구 분		건강불평등을 인식하는 군(n=1601)		건강불평등을 인식하지 못하는 군(n=309)	
		Mean	SD	Mean	SD
인구·사회·경제학적 특성	박탈지수	-5.106	5.6	-4.097	5.9

다음으로 이변량 분석 결과 건강불평등 인식에 유의한 영향을 미치는 것으로 확인된 요인을 중심으로 다중 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 분석 결과, 20대보다는 30~40대인 경우(각 OR=2.02, 2.42), 중학교 졸업 이하에 비하여 대학교 졸업 이하의 교육수준인 경우(OR=1.99), 사회가 공정하지 않다고 인식하는 경우(OR=2.85), 그리고 박탈수준이 낮을수록(OR=0.97) 사회경제적 수준 차이에 따른 건강불평등 인식이 유의한 것으로 나타났다.

〈표 2-4-8〉 사회경제적 차이에 따른 건강불평등 인식과 영향요인 - 유의변수 중심 로지스틱 회귀분석

구 분		ODDS RATIO	95% CI	
인구사회경제학적 특성	연령			
	20대	ref		
	30대	2.02	1.147	3.402
	40대	2.42	1.299	4.133
	50대	1.78	0.968	3.075
	60대 이상	2.09	1.148	3.77
	교육수준			
	중학교 졸업 이하	ref		
	고등학교 졸업 이하	0.93	0.597	1.607
	대학교 졸업 이하	1.79	1.128	3.24
대학원 졸업 이상	1.48	0.778	3.292	

구 분		ODDS RATIO	95% CI	
	결혼상태			
	기혼	ref		
	미혼	0.98	0.596	1.543
	사별/이혼/별거	0.66	0.227	1.715
	월평균 소득수준			
	200만 원 이하	ref		
	201만~400만 원	0.95	0.661	1.534
	401만~600만 원	0.99	0.698	1.723
	601만~800만 원	0.81	0.531	1.620
	801만 원 이상	0.92	0.547	1.864
박탈지수	0.97	0.947	0.995	
사회에 대한 인식	사회공정성에 대한 인식			
	사회가 공정하다고 인식함	ref		
	사회가 공정하지 않다고 인식함	2.85	1.784	4.54
	한국 사회의 구조에 대한 인식			
	다이아몬드 구조임	ref		
	역피라미드 구조임	0.66	0.257	1.697
모래시계 구조임	1.21	0.672	2.167	
피라미드 구조임	1.10	0.814	1.481	
정치적 성향 및 사회참여	정치적 성향			
	보수적임	ref		
	중도임	0.90	0.646	1.247
	진보임	1.24	0.857	1.791
사회참여 의사				
참여할 의사가 없음	ref			
참여할 의사가 있음	1.34	0.995	1.797	
신체적·사회적 건강	전반적인 생활 만족도			
	불만족스러움	ref		
	보통임	1.35	0.904	2.01
	만족스러움	1.30	0.865	1.959

마지막으로 건강불평등 인식에 미치는 영향이 통계적으로 유의하고, 선행연구에서도 건강불평등과의 연관성이 높은 것으로 나타난 영역순으로 모형에 포함시킨 다중 로지스틱 회귀분석의 결과는 아래의 <표 2-4-9>와 같다.<sup>14)</sup>

14) 이변량 분석 결과 및 stepwise 로지스틱 회귀분석 시(SAS package 9.3 사용) 변수가 투입된 순서를 통계적 유의성의 근거로 삼았으며, 선행연구에서 건강불평등과 연관성이

첫째, 인구·사회·경제학적 특성과 건강불평등 인식 간 관계를 살펴본 MODEL1에서는 20대보다는 40대인 경우(OR=2.90), 중학교 졸업 이하에 비하여 대학교 졸업 이하의 교육수준을 가지는 경우(OR=2.01), 그리고 박탈지수가 낮은 경우(OR=0.98) 사회경제적 수준 차이에 따른 건강불평등을 더 많이 인식하는 것으로 나타났다.

둘째, 인구·사회·경제학적 특성 및 사회에 대한 인식과 건강불평등 인식 간 관계를 살펴본 MODEL2에서도 20대에 비하여 40대인 경우(OR=2.90), 중학교 졸업 이하에 비하여 대학교 졸업 이하의 교육수준을 가지는 경우(OR=1.74), 사회가 불공정하다고 인식하는 경우(OR=3.07) 사회경제적 수준 차이에 따른 건강불평등을 인식하는 것으로 나타났다. 한편 사회구조가 모래시계, 피라미드 등 불평등한 구조라고 생각하는 경우(각 OR=1.27, 1.10) 건강불평등을 더 많이 인식하였으나 통계적으로 유의하지는 않았다.

셋째, MODEL2에 정치적 성향 및 사회참여 요인을 추가한 MODEL3에서는 20대에 비하여 40대인 경우(OR=2.36), 중학교 졸업 이하에 비하여 대학교 졸업 이하의 교육수준을 가지는 경우(OR=1.88), 사회가 불공정하다고 인식하는 경우(OR=2.93), 사회참여 의지가 있는 경우(OR=1.35), 그리고 박탈지수가 낮은 경우(OR=0.97) 사회경제적 수준 차이에 따른 건강불평등을 더 많이 인식하는 것으로 나타났다.

넷째, MODEL3에 신체적·사회적 건강 요인을 추가한 MODEL4에서는 20대에 비하여 40대인 경우(OR=2.34), 중학교 졸업 이하에 비하여 대

---

높은 것으로 다수 등장하였던 변수 및 영역을 주요하게 고려하였음.

그 결과 사회경제적 수준 차이에 따른 건강불평등 인식을 파악하는 모형은 1단계: 인구·사회·경제학적 특성, 2단계: 인구·사회·경제학적 특성+사회에 대한 인식, 3단계: 인구·사회·경제학적 특성+사회에 대한 인식+정치적 성향 및 사회참여, 4단계: 인구·사회·경제학적 특성+사회에 대한 인식+정치적 성향 및 사회참여+신체적·사회적 건강, 5단계: 인구·사회·경제학적 특성+사회에 대한 인식+정치적 성향 및 사회참여+신체적·사회적 건강+사회계층이동성으로 구성되었음.

학교 졸업 이하의 교육수준을 가지는 경우(OR=1.85), 사회가 불공정하다고 인식하는 경우(OR=2.91), 박탈지수가 낮은 경우(OR=0.97) 사회경제적 수준 차이에 따른 건강불평등을 인식하는 경향이 유의하게 높은 것으로 나타났다. 또한 사회참여 의지가 있는 경우, 전반적 생활 만족도가 낮은 경우 건강불평등을 더 많이 인식하는 것으로 나타났으나 통계적으로 유의하지는 않았다.

마지막으로 MODEL4에 사회계층 이동성 요인을 추가한 MODEL5에서는 20대에 비하여 40대인 경우(OR=2.34), 중학교 졸업 이하에 비하여 대학교 졸업 이하의 교육수준인 경우(OR=1.85), 사회가 불공정하다고 인식하는 경우(OR=2.89), 박탈지수가 낮은 경우(OR=0.97) 사회경제적 수준 차이에 따른 건강불평등을 더 많이 인식하였다. 추가된 요인과 관련하여 현재의 사회계층이 과거보다 높아졌거나, 또는 미래의 사회계층이 현재보다 낮아질 것이라고 응답한 경우 사회경제적 수준에 따른 건강불평등을 더 많이 인식하는 것으로 나타났으나, 통계적으로 유의하지는 않았다. 건강불평등 인식에 영향을 미칠 수 있는 전체 요인들을 모두 고려해본 결과 높은 교육수준, 낮은 박탈수준, 그리고 사회 공정성에 대한 문제의식이 사회경제적 수준 차이에 따른 건강불평등 인식에 큰 영향을 미치는 것으로 확인되었다.



구 분	MODEL 1: 인구사회경제학적 특성		MODEL 2: MODEL1+ 사회에 대한 인식		MODEL 3: MODEL2+ 정치적 성향 및 사회참여		MODEL 4: MODEL3+ 신체적·사회적 건강		MODEL 5: MODEL4+ 사회계층 이동성	
	ODDS RATIO	95% CI	ODDS RATIO	95% CI	ODDS RATIO	95% CI	ODDS RATIO	95% CI	ODDS RATIO	95% CI
601만~800만 원	0.91	1.488	0.81	0.491 1.35	0.83	0.476 1.436	0.87	0.497 1.537	0.86	0.490 1.517
801만 원 이상	1.17	0.668 2.039	1.05	0.597 1.851	0.91	0.494 1.676	0.96	0.515 1.788	0.94	0.501 1.746
취업상태	ref		ref		ref		ref		ref	
미취업	0.96	0.702 1.308	0.95	0.695 1.309	1.11	0.786 1.571	1.11	0.783 1.573	1.11	0.782 1.572
취업	0.98	0.954 0.997	0.98	0.957 1.001	0.97	0.947 0.995	0.97	0.947 0.995	0.97	0.947 0.995
박탈지수										
사회공정성에 대한 인식			ref		ref		ref		ref	
사회가 공정하다고 인식함			3.07	2.027 4.655	2.93	1.835 4.669	2.91	1.820 4.661	2.89	1.805 4.628
사회가 공정하지 않다고 인식함										
한국 사회의 구조에 대한 인식										
다이어몬드 구조임	ref		ref		ref		ref		ref	
역피라미드 구조임	0.51	0.229 1.142	0.51	0.229 1.142	0.68	0.265 1.763	0.63	0.242 1.629	0.64	0.247 1.666
모래시계 구조임	1.27	0.742 2.157	1.27	0.742 2.157	1.22	0.676 2.185	1.14	0.629 2.047	1.14	0.633 2.065
피라미드 구조임	1.10	0.834 1.451	1.10	0.834 1.451	1.10	0.82 1.488	1.06	0.781 1.43	1.06	0.782 1.432
정치적 성향										
보수적임	ref		ref		ref		ref		ref	
중도임	0.88	0.634 1.226	0.88	0.634 1.226	0.89	0.635 1.235	0.89	0.635 1.235	0.88	0.630 1.227
진보임	1.23	0.852 1.78	1.23	0.852 1.78	1.23	0.852 1.78	1.23	0.848 1.779	1.22	0.842 1.769
사회참여 의사										
참여할 의사가 없음	ref		ref		ref		ref		ref	
참여할 의사가 있음	1.35	1.002 1.812	1.35	1.002 1.812	1.33	0.988 1.799	1.33	0.988 1.799	1.33	0.982 1.790

구 분	MODEL 1: 인구사회경제학적 특성		MODEL 2: MODEL1+ 사회에 대한 인식		MODEL 3: MODEL2+ 정치적 성향 및 사회참여		MODEL 4: MODEL3+ 신체적·사회적 건강		MODEL 5: MODEL4+ 사회계층 이동성	
	ODDS RATIO	95% CI	ODDS RATIO	95% CI	ODDS RATIO	95% CI	ODDS RATIO	95% CI	ODDS RATIO	95% CI
건강상태 좋지 않음 보통임 좋음							ref 1.50 1.51	2.263 2.327	ref 1.50 1.51	2.252 2.325
전반적인 생활 만족도 불만족스러움 보통임 만족스러움							ref 0.59 0.60	0.902 0.961	ref 0.58 0.59	0.894 0.945
사회적 지지 여부 사회적 지지 없음 사회적 지지 있음							ref 0.77	1.192	ref 0.78	1.198
과거→현재 사회계층 이동성 좋아지지 않음 좋아짐										
현재→미래 사회계층 이동성 좋아질 것임 좋아지지 않을 것임									ref 1.10	1.459
									ref 1.06	1.403

#### 4. 지역 차이에 따른 건강불평등 인식의 격차

지역 차이에 따른 건강불평등 인식에 영향을 미치는 요인을 살펴보기 위하여 인구·사회·경제학적 특성, 사회에 대한 인식, 정치적 성향 및 사회참여, 사회계층 이동성, 신체적·사회적 건강과 건강불평등 인식 간 이변량 분석을 실시하였다.

〈표 2-4-10〉 지역 차이에 따른 건강불평등 인식과 영향요인(1)

(단위: 명, %)

구 분			건강불평등 인식률(n=1601)		chi <sup>2</sup> value <sup>11)</sup>
			N	%	
인구·사회·경제학적 특성	성별	남	802	80.9	2.731
		여	845	83.8	
	연령	20대	251	77.2	12.097*
		30대	308	83.9	
		40대	364	85.5	
		50대	341	84.4	
		60대 이상	383	80.1	
	교육수준	중학교 졸업 이하	143	79.0	8.586*
		고등학교 졸업 이하	476	80.3	
		대학교 졸업 이하	876	83.2	
대학원 졸업 이상		127	89.4		
결혼상태	기혼	1,292	83.9	12.687**	
	미혼	329	76.5		
	사별/이혼/별거	22	84.6		
월평균 소득수준	200만 원 이하	266	78.9	7.833	
	201만~400만 원	536	83.6		
	401만~600만 원	427	85.1		
	601만~800만 원	159	79.5		
	801만 원 이상	138	85.2		
취업상태 <sup>1)</sup>	미취업	562	80.6	2.195	
	취업	1,057	83.3		
사회에 대한 인식	사회공정성에 대한 인식 <sup>2)</sup>	사회가 공정하지 않다고 인식함	1,553	83.4	19.094***
		사회가 공정하다고 인식함	94	68.6	
	한국 사회의 구조에 대한 인식 <sup>3)</sup>	다이아몬드 구조임	488	80.0	9.741*
		역피라미드 구조임	28	71.8	
		모래시계 구조임	111	78.7	
	피라미드 구조임	1,020	84.3		

118 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발

구 분			건강불평등 인식률(n=1601)		chi <sup>2</sup> value <sup>11)</sup>	
			N	%		
정치적 성향 및 사회참여	정치적 성향 <sup>4)</sup>	보수적임	443	79.4	8.940*	
		중도임	472	83.3		
		진보적임	510	86.0		
사회참여 의사 <sup>5)</sup>	사회참여 의사 <sup>5)</sup>	없음	895	78.2	31.151***	
		있음	752	87.9		
사회계층 이동성	과거→현재 사회계층 <sup>6)</sup>	좋아지지 않음	935	82.2	0.024	
		좋아짐	712	82.5		
	현재→미래 사회계층 <sup>7)</sup>	좋아지지 않을 것임	954	82.6	0.115	
		좋아질 것임	693	82.0		
신체적·사회적 건강	건강상태 <sup>8)</sup>	좋지 않음	240	83.0	0.277	
		보통임	703	82.6		
		좋음	704	81.9		
	전반적인 생활 만족도 <sup>9)</sup>	전반적인 생활 만족도 <sup>9)</sup>	불만족스러움	295	86.5	4.904
			보통임	801	81.6	
			만족스러움	551	81.4	
사회적 지지 여부 <sup>10)</sup>	사회적 지지 여부 <sup>10)</sup>	사회적 지지 없음	214	83.0	0.072	
		사회적 지지 있음	1,433	82.3		

- 주: 1) 취업상태: 취업 준비 및 구직, 경제활동을 하지 않고 있는 경우 '미취업'; 정규직 또는 비정규직으로 일하고 있는 경우 '취업'.
- 2) 사회공정성에 대한 인식: 한국 사회에서 연고(혈연, 지연, 학연 등)가 작용하고 있느냐는 질문에 '그렇다' 또는 '매우 그렇다'고 응답한 경우 '사회가 공정하지 않다고 인식함'; '그렇지 않다' 또는 '매우 그렇지 않다'고 응답한 경우 '사회가 공정하다고 인식함'.
- 3) 한국 사회의 구조에 대한 인식: 한국 사회의 구성원을 상층/중간층/하층으로 구분하였을 때, 각 계층이 차지하는 비율에 따라 형상화되는 모양으로 구분함; 다이아몬드(중간층이 가장 많음); 역피라미드(상층이 가장 많고 중간층, 하층 순서로 적어짐); 모래시계(상층과 하층이 많음); 피라미드(상층이 가장 적고 중간층, 하층 순서로 많아짐).
- 4) 정치적 성향: 정치 성향을 묻는 질문에 '보수' 또는 '중도보수'라고 응답한 경우 보수; '중도'라고 응답한 경우 중도; '중도 진보' 또는 '진보'라고 응답한 경우 '진보'.
- 5) 사회참여 의사: 국가의 결정에 평화적 집회 등 민주적 방식으로 의사를 표현한 적이 있거나 앞으로 표현할 의사가 있느냐는 질문에 '전혀 없다' 또는 '없는 편이다'고 응답한 경우 '없음'; '있는 편이다' 또는 '매우 있다'고 응답한 경우 '있음'.
- 6) 과거→현재 사회계층: 현재의 사회계층에서 과거의 사회계층을 뻗 값이 0과 같거나 낮으면 '좋아지지 않음'; 0보다 높으면 '좋아짐'.
- 7) 현재→미래 사회계층: 미래의 사회계층에서 현재의 사회계층을 뻗 값이 0과 같거나 낮으면 '좋아지지 않을 것임'; 0보다 높으면 '좋아질 것임'.
- 8) 건강상태: 전반적인 건강상태를 묻는 질문에 '매우 좋지 않다' 또는 '별로 좋지 않다'고 응답한 경우 '좋지 않음'; '보통'이라고 응답한 경우 '보통'; '좋은 편이다' 또는 '매우 좋다'고 응답한 경우 ' 좋음'.
- 9) 전반적인 생활 만족도: 전반적인 생활 만족도를 묻는 질문에 '매우 불만족스럽다' 또는 '불만족스럽다'고 응답한 경우 '불만족스러움'; '보통이다'라고 응답한 경우 '보통임'; '만족스럽다' 또는 '매우 만족스럽다'고 응답한 경우 '만족스러움'.
- 10) 사회적 지지 여부: 다른 사람과 일상적인 문제·감정을 함께 나누고 정보와 애정을 교환하고 있느냐는 질문에 '전혀 그렇지 않다' 또는 '그렇지 않다'고 응답한 경우 '사회적 지지 없음'; '그렇다' 또는 '매우 그렇다'고 응답한 경우 '사회적 지지 있음'.
- 11) \* p<.05, \*\* p<.01, \*\*\* p<.001

분석 결과, 교육수준이 높을수록, 월평균 소득수준이 높을수록 지역 차이에 따른 건강불평등을 더 많이 인식하고 있었다. 또한 연령이 중년층인 경우, 사회가 불공정하다고 인식하는 경우, 한국 사회 구조가 불평등하다고 생각하는 경우(피라미드 구조), 정치적으로 진보 성향인 경우, 사회참여 의사가 있는 경우, 국가로부터 자신과 가족의 건강을 보호받을 권리인 건강권을 인지하고 있는 경우 지역 차이에 따른 건강불평등을 더 많이 인식하는 것으로 나타났다.

그리고 박탈지수가 낮을수록(박탈수준이 낮을수록) 지역 차이에 따른 건강불평등을 인식하는 것( $p=0.027$ )으로 나타났다.

〈표 2-4-11〉 지역 차이에 따른 건강불평등 인식과 영향요인(2)

구 분		건강불평등을 인식하는 군(n=1601)		건강불평등을 인식하지 못하는 군(n=309)	
		Mean	SD	Mean	SD
인구·사회·경제학적 특성	박탈지수	-5.106	5.6	-4.097	5.9

다음으로 이변량 분석 결과 건강불평등 인식에 유의한 영향을 미치는 것으로 확인된 요인을 중심으로 다중 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 분석 결과, 사회가 공정하지 않다고 인식하는 경우(OR=1.81), 사회참여 의지가 있는 경우(OR=1.63) 지역 차이에 따른 건강불평등 인식수준이 유의하게 높은 것으로 나타났다(표 2-4-12 참조).

마지막으로 건강불평등 인식에 미치는 영향이 통계적으로 유의하고, 선행연구에서도 건강불평등과의 연관성이 높은 것으로 나타난 영역 순으로 모형에 포함시킨 다중 로지스틱 회귀분석의 결과는 〈표 2-4-13〉 과 같다.<sup>15)</sup>

15) 이변량 분석 결과 및 stepwise 로지스틱 회귀분석 시(SAS package 9.3 사용) 변수가

〈표 2-4-12〉 지역 차이에 따른 건강불평등 인식과 영향요인 - 유의변수 중심 로지스틱 회귀분석

구 분		ODDS RATIO	95% CI	
인구·사회· 경제학적 특성	연령			
	20대	ref		
	30대	1.07	0.623	1.846
	40대	1.11	0.617	1.995
	50대	1.12	0.609	2.045
	60대 이상	1.08	0.589	1.997
	교육수준			
	중학교 졸업 이하	ref		
	고등학교 졸업 이하	1.12	0.661	1.878
	대학교 졸업 이하	1.26	0.743	2.129
	대학원 졸업 이상	1.61	0.760	3.416
	결혼상태			
	기혼	ref		
미혼	0.62	0.390	0.988	
사별/이혼/별거	1.73	0.479	6.263	
박탈지수	0.98	0.952	1.001	
사회에 대한 인식	사회공정성에 대한 인식			
	사회가 공정하다고 인식함	ref		
	사회가 공정하지 않다고 인식함	1.81	1.103	2.986
	한국 사회의 구조에 대한 인식			
	다이아몬드 구조임	ref		
역피라미드 구조임	0.73	0.272	1.978	
모래시계 구조임	0.99	0.561	1.755	
피라미드 구조임	1.32	0.976	1.784	
정치적 성향 및 사회참여	정치적 성향			
	보수적임	ref		
	중도임	1.31	0.932	1.842
	진보임	1.37	0.950	1.985
	사회참여 의사			
참여할 의사가 없음	ref			
참여할 의사가 있음	1.63	1.193	2.214	

투입된 순서를 통계적 유의성의 근거로 삼았으며, 선행연구에서 건강불평등과 연관성이 높은 것으로 다수 등장하였던 변수 및 영역을 주요하게 고려하였음.

그 결과 지역 차이에 따른 건강불평등 인식을 파악하는 모형은 1단계: 인구·사회·경제학적 특성, 2단계: 인구·사회·경제학적 특성+정치적 성향 및 사회참여, 3단계: 인구·사회·경제학적 특성+정치적 성향 및 사회참여+사회에 대한 인식, 4단계: 인구·사회·경제학적 특성+정치적 성향 및 사회참여+사회에 대한 인식+신체적·사회적 건강, 5단계: 인구·사회·경제학적 특성+정치적 성향 및 사회참여+사회에 대한 인식+신체적·사회적 건강+사회계층이동성으로 구성되었음.





구 분	MODEL 1: 인구사회경제학적 특성		MODEL 2: MODEL1+ 정치적 성향 및 사회참여		MODEL 3: MODEL2+ 사회에 대한 인식		MODEL 4: MODEL3+ 신체적·사회적 건강		MODEL 5: MODEL4+ 사회계층 이동성	
	ODDS RATIO	95% CI	ODDS RATIO	95% CI	ODDS RATIO	95% CI	ODDS RATIO	95% CI	ODDS RATIO	95% CI
모래시계 구조임					1.04	0.581 1.848	1.04	0.544 1.746	0.98	0.545 1.752
피라미드 구조임					1.34	0.985 1.809	1.34	0.949 1.755	1.29	0.950 1.758
건강상태 좋지 않음 보통임 좋음							ref		ref	
전반적인 생활 만족도 불만족스러움 보통임 만족스러움							ref		ref	
사회적 지지 여부 사회적 지지 없음 사회적 지지 있음 과거→현재 사회계층 이동성							ref		ref	
좋아지지 않음 좋아짐							0.63 0.407 0.985 0.67 0.415 1.103	0.63 0.407 0.985 0.67 0.415 1.103	0.63 0.405 0.983 0.67 0.412 1.097	
현재→미래 사회계층 이동성 좋아질 것임 좋아지지 않을 것임							ref		ref	
							0.91 0.583 1.395	0.91 0.583 1.395	0.91 0.584 1.400	
									ref	
									1.03	0.775 1.374
									ref	
									1.05	0.788 1.394

첫째, 인구·사회·경제학적 특성과 건강불평등 인식 간 관계를 살펴본 MODEL1에서는 여성인 경우(OR=1.43), 중학교 졸업 이하에 비하여 대학원 졸업 이상의 교육수준을 가진 경우(OR=2.16), 박탈지수가 낮은 경우(OR=0.98) 지역 차이에 따른 건강불평등을 더 많이 인식하는 것으로 나타났다.

둘째, 인구·사회·경제학적 특성, 정치적 성향 및 사회참여 요인과 건강불평등 인식 간 관계를 살펴본 MODEL2에서는 여성인 경우(OR=1.46), 현재 취업 상태인 경우(OR=1.43), 사회참여 의지가 있는 경우(OR=1.73), 박탈지수가 낮은 경우(OR=0.97) 지역 차이에 따른 건강불평등을 더 많이 인식하는 것으로 나타났다.

셋째, MODEL2에 사회에 대한 인식 요인을 추가한 MODEL3에서는 여성인 경우(OR=1.45), 취업 상태인 경우(OR=1.45), 사회참여 의지가 있는 경우(OR=1.66), 사회가 불공정하다고 인식하는 경우(OR=1.81), 그리고 박탈지수가 낮은 경우(OR=0.97) 지역 차이에 따른 건강불평등을 유의하게 인식하는 것으로 나타났다. 또한 정치적으로 진보성향인 경우, 사회구조가 불평등하다고 인식하는 경우(모래시계 구조, 피라미드 구조 등) 지역 차이에 따른 건강불평등 인식수준이 더 높았으나 통계적으로 유의하지는 않았다.

넷째, MODEL3에 신체적·사회적 건강 요인을 추가한 MODEL4에서는 여성인 경우(OR=1.50), 현재 취업 상태인 경우(OR=1.47), 사회가 불공정하다고 인식하는 경우(OR=1.84), 사회참여에 대한 의지가 있는 경우(OR=1.63) 지역 차이에 따른 건강불평등을 더 많이 인식하는 것으로 분석되었다. 한편 추가된 요인과 관련해서는 사회적 지지 관계가 없을 때 지역 차이에 따른 건강불평등을 더 많이 인식하는 것으로 나타났으나 통계적으로 유의하지는 않았다.

마지막으로 MODEL4에 사회계층 이동성 요인을 추가한 MODEL5에 서는 여성인 경우(OR=1.50), 취업 상태인 경우(OR=1.47), 사회가 불공정하다고 인식하는 경우(OR=1.83), 사회참여 의지가 있는 경우(OR=1.62), 그리고 박탈지수가 낮은 경우(OR=0.97) 지역 차이에 따른 건강불평등 인식 수준이 유의하게 높게 나타났다. 추가된 요인과 관련하여 현재의 사회계층이 과거보다 높아졌거나, 미래의 사회계층이 현재보다 낮아질 것이라고 응답한 경우 지역 차이에 따른 건강불평등을 더 많이 인식하고 있었으나 통계적으로 유의하지는 않았다.

결과적으로 여성이고, 현재 직장생활을 하고 있으며, 박탈수준이 낮고, 사회 공정성에 대한 문제의식과 사회참여에 대한 의지가 있을수록 지역 차이에 따른 건강불평등 인식수준이 높은 것으로 확인되었다.

## 5. 사회경제적 수준 및 지역 차이에 따른 건강불평등 인식의 격차

사회경제적 수준 및 지역에 따른 건강 격차를 모두 인식하는 데 영향을 주는 요인을 살펴보기 위하여 인구·사회·경제학적 특성, 사회에 대한 인식, 정치적 성향과 건강불평등 인식 간 이변량 분석을 실시하였다. 분석 결과, 연령이 중년층에 해당하고, 기혼이며, 사회가 공정하지 않다고 인식하고, 한국 사회 구조가 불평등하다고 생각하며(모래시계 구조, 피라미드 구조 등), 사회참여 의사가 있는 경우 사회경제적 수준 및 지역 차이에 따른 건강불평등을 더 많이 인식하는 것으로 나타났다. 또한 교육수준이 높을수록, 월평균 소득수준이 높을수록, 정치적으로 진보 성향을 띠수록, 전반적인 생활 만족도가 나쁠수록 사회경제적 수준 및 지역 차이에 따른 건강불평등을 더 인식하는 것으로 분석되었다.

〈표 2-4-14〉 사회경제적 수준 및 지역 차이에 따른 건강불평등 인식과 영향요인(1)

(단위: 명, %)

구 분			건강불평등 인식률(n=1601)		chi <sup>2</sup> value <sup>11)</sup>
			N	%	
인구·사회·경제학적 특성	성별	남	683	65.9	0.260
		여	706	70.0	
	연령	20대	195	60.0	32.236***
		30대	272	74.1	
		40대	324	76.1	
		50대	289	71.5	
		60대 이상	309	64.6	
교육수준	중학교 졸업 이하	108	59.7	34.255***	
	고등학교 졸업 이하	375	63.2		
	대학교 졸업 이하	772	73.3		
	대학원 졸업 이상	114	80.3		
결혼상태	기혼	1104	71.7	16.297***	
	미혼	267	62.1		
	사별/이혼/별거	15	57.7		
월평균 소득수준	200만 원 이하	210	65.3	17.516**	
	201만~400만 원	452	70.5		
	401만~600만 원	374	74.5		
	601만~800만 원	136	68.0		
	801만 원 이상	123	75.9		
취업상태 <sup>1)</sup>	미취업	460	66.0	6.181*	
	취업	906	71.4		
사회에 대한 인식	사회공정성에 대한 인식 <sup>2)</sup>	사회가 공정하지 않다고 인식함	1,321	70.9	27.217***
		사회가 공정하다고 인식함	68	49.6	
	한국 사회의 구조에 대한 인식 <sup>3)</sup>	다이아몬드 구조임	402	65.9	18.789***
		역피라미드 구조임	18	46.2	
모래시계 구조임		94	66.7		
	피라미드 구조임	875	72.3		
정치적 성향 및 사회참여	정치적 성향 <sup>4)</sup>	보수적임	373	66.9	9.880**
		중도임	389	68.6	
		진보적임	444	74.9	
	사회참여 의사 <sup>5)</sup>	없음	731	63.9	38.824***
있음	658	76.9			
사회계층 이동성	과거→현재 사회계층 <sup>6)</sup>	좋아지지 않음	788	69.3	0.026
		좋아짐	601	69.6	

구 분			건강불평등 인식률(n=1601)		chi <sup>2</sup> value <sup>11)</sup>
			N	%	
신체적· 사회적 건강	현재→미래 사회계층 <sup>7)</sup>	좋아지지 않을 것임	820	71.0	3.078
		좋아질 것임	569	67.3	
	건강상태 <sup>8)</sup>	좋지 않음	190	65.7	2.207
		보통임	595	69.9	
		좋음	604	70.2	
	전반적인 생활 만족도 <sup>9)</sup>	불만족스러움	260	76.3	9.573**
		보통임	661	67.3	
		만족스러움	468	69.1	
	사회적 지지 여부 <sup>10)</sup>	사회적 지지 없음	182	70.5	0.167
		사회적 지지 있음	1,207	69.3	

주: 1) 취업상태: 취업 준비 및 구직, 경제활동을 하지 않고 있는 경우 '미취업'; 정규직 또는 비정규직으로 일하고 있는 경우 '취업'.

2) 사회공정성에 대한 인식: 한국 사회에서 연고(혈연, 지연, 학연 등)가 작용하고 있느냐는 질문에 '그렇다' 또는 '매우 그렇다'고 응답한 경우 '사회가 공정하지 않다고 인식함'; '그렇지 않다' 또는 '매우 그렇지 않다'고 응답한 경우 '사회가 공정하다고 인식함'.

3) 한국 사회의 구조에 대한 인식: 한국 사회의 구성원을 상층/중간층/하층으로 구분하였을 때, 각 계층이 차지하는 비율에 따라 형상화되는 모양으로 구분함; 다이아몬드(중간층이 가장 많음); 역피라미드(상층이 가장 많고 중간층, 하층 순서로 적어짐); 모래시계(상층과 하층이 많음); 피라미드(상층이 가장 적고 중간층, 하층 순서로 많아짐).

4) 정치적 성향: 정치 성향을 묻는 질문에 '보수' 또는 '중도보수'라고 응답한 경우 보수; '중도'라고 응답한 경우 중도; '중도 진보' 또는 '진보'라고 응답한 경우 '진보'.

5) 사회참여 의사: 국가의 결정에 평화적 집회 등 민주적 방식으로 의사를 표현한 적이 있거나 앞으로 표현할 의사가 있느냐는 질문에 '전혀 없다' 또는 '없는 편이다'고 응답한 경우 '없음'; '있는 편이다' 또는 '매우 있다'고 응답한 경우 '있음'.

6) 과거→현재 사회계층: 현재의 사회계층에서 과거의 사회계층을 뺀 값이 0과 같거나 낮으면 '좋아지지 않음'; 0보다 높으면 '좋아짐'.

7) 현재→미래 사회계층: 미래의 사회계층에서 현재의 사회계층을 뺀 값이 0과 같거나 낮으면 '좋아지지 않을 것임'; 0보다 높으면 '좋아질 것임'.

8) 건강상태: 전반적인 건강상태를 묻는 질문에 '매우 좋지 않다' 또는 '별로 좋지 않다'고 응답한 경우 '좋지 않음'; '보통'이라고 응답한 경우 '보통'; '좋은 편이다' 또는 '매우 좋다'고 응답한 경우 ' 좋음'.

9) 전반적인 생활 만족도: 전반적인 생활 만족도를 묻는 질문에 '매우 불만족스럽다' 또는 '불만족스럽다'고 응답한 경우 '불만족스러움'; '보통이다'라고 응답한 경우 '보통임'; '만족스럽다' 또는 '매우 만족스럽다'고 응답한 경우 '만족스러움'.

10) 사회적 지지 여부: 다른 사람과 일상적인 문제·감정을 함께 나누고 정보와 애정을 교환하고 있느냐는 질문에 '전혀 그렇지 않다' 또는 '그렇지 않다'고 응답한 경우 '사회적 지지 없음'; '그렇다' 또는 '매우 그렇다'고 응답한 경우 '사회적 지지 있음'.

11) \* p<.05, \*\* p<.01, \*\*\* p<.001

그리고 거주 지역의 박탈수준이 낮을수록 사회경제적 수준 및 지역 차이에 따른 건강불평등을 더 많이 인식하는 것(p=0.0011)으로 나타났다.

〈표 2-4-15〉 사회경제적 수준 및 지역 차이에 따른 건강불평등 인식과 영향요인(2)

구 분		건강불평등을 인식하는 군(n=1601)		건강불평등을 인식하지 못하는 군(n=309)	
		Mean	SD	Mean	SD
인구·사회·경제학적 특성	박탈지수	-5.182	5.5	-4.267	5.9

다음으로 이변량 분석 결과 건강불평등 인식에 유의한 영향을 미치는 것으로 확인된 요인을 중심으로 다중 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 분석 결과, 중학교 졸업 이하에 비하여 대학교 졸업 이하의 교육수준을 가지는 경우(OR=1.61), 사회가 불공정하다고 인식하는 경우(OR=2.40), 사회참여 의지가 있는 경우(OR=1.40), 그리고 박탈수준이 낮은 경우(OR=0.97) 사회경제적 수준 및 지역 차이에 따른 건강불평등 인식수준이 유의하게 높은 것으로 나타났다.

〈표 2-4-16〉 사회경제적 수준 및 지역 차이에 따른 건강불평등 인식과 영향요인 - 유의 변수 중심 로지스틱 회귀분석

구 분		ODDS RATIO	95% CI	
인구·사회·경제학적 특성	연령			
	20대	ref		
	30대	1.40	0.877	2.236
	40대	1.35	0.823	2.228
	50대	1.30	0.777	2.161
	60대 이상	1.50	0.891	2.533
	교육수준			
	중학교 졸업 이하	ref		
	고등학교 졸업 이하	1.05	0.671	1.647
	대학교 졸업 이하	1.61	1.006	2.566
대학원 졸업 이상	1.84	0.971	3.500	

구 분		ODDS RATIO	95% CI	
	결혼상태			
	기혼	ref		
	미혼	0.72	0.482	1.078
	사별/이혼/별거	0.96	0.364	2.546
	월평균 소득수준			
	200만 원 이하	ref		
	201만~400만 원	1.02	0.702	1.467
	401만~600만 원	1.20	0.809	1.783
	601만~800만 원	0.88	0.545	1.415
	801만 원 이상	1.17	0.687	1.996
	취업상태			
	미취업	ref		
취업	1.19	0.904	1.569	
박탈지수	0.97	0.953	0.994	
사회에 대한 인식	사회공정성에 대한 인식			
	사회가 공정하다고 인식함	ref		
	사회가 공정하지 않다고 인식함	2.40	1.520	3.785
	한국 사회의 구조에 대한 인식			
	다이아몬드 구조임	ref		
	역피라미드 구조임	0.77	0.308	1.898
모래시계 구조임	1.08	0.658	1.785	
피라미드 구조임	1.26	0.972	1.622	
정치적 성향 및 사회참여	정치적 성향			
	보수적임	ref		
	중도임	1.05	0.787	1.394
	진보임	1.31	0.957	1.779
	사회참여 의사			
참여할 의사가 없음	ref			
참여할 의사가 있음	1.40	1.085	1.795	
신체적· 사회적 건강	전반적인 생활 만족도			
	불만족스러움	ref		
	보통임	0.58	0.410	0.829
	만족스러움	0.64	0.436	0.929

끝으로 건강불평등 인식에 미치는 영향이 통계적으로 유의하고, 선행 연구에서도 건강불평등과의 연관성이 높은 것으로 나타난 영역 순으로 모형에 포함시킨 다중 로지스틱 회귀분석의 결과는 <표 2-4-17>과 같다.<sup>16)</sup>

첫째, 인구·사회·경제학적 특성과 건강불평등 인식 간 관계를 살펴본 MODEL1에서는 20대에 비하여 40대인 경우(OR=1.63), 중학교 졸업 이하에 비하여 대학교 졸업 이하(OR=1.72) 또는 대학원 졸업 이상의 교육수준인 경우(OR=2.15), 그리고 박탈지수가 낮은 경우(OR=0.98) 사회경제적 수준 및 지역 차이에 따른 건강불평등을 더 많이 인식하는 것으로 나타났다.

둘째, 인구·사회·경제학적 특성 및 사회에 대한 인식과 건강불평등 인식 간 관계를 살펴본 MODEL2에서는 20대에 비하여 40대인 경우(OR=1.59), 중학교 졸업 이하에 비하여 대학원 졸업 이상의 교육을 받은 경우(OR=1.94), 사회가 불공정하다고 인식하는 경우(OR=2.48), 박탈수준이 낮은 경우(OR=0.98) 사회경제적 수준 및 지역 차이에 따른 건강불평등 인식수준이 더 높은 것으로 나타났다. 추가된 요인과 관련하여 한국 사회구조가 불평등 하다고 생각하는 경우(모래시계, 피라미드구조 등) 사회경제적 수준 및 지역 차이 차이에 따른 건강불평등을 더 많이 인식하는 것으로 나타났으나 통계적으로 유의하지는 않았다.

16) 이변량 분석 결과 및 stepwise 로지스틱 회귀분석 시(SAS package 9.3 사용) 변수가 투입된 순서를 통계적 유의성의 근거로 삼았으며, 선행연구에서 건강불평등과 연관성이 높은 것으로 다수 등장하였던 변수 및 영역을 주요하게 고려하였음.

그 결과 사회경제적 수준 및 지역 차이에 따른 건강불평등 인식을 파악하는 모형은 1단계: 인구·사회·경제학적 특성, 2단계: 인구·사회·경제학적 특성+사회에 대한 인식, 3단계: 인구·사회·경제학적 특성+사회에 대한 인식+정치적 성향 및 사회참여, 4단계: 인구·사회·경제학적 특성+사회에 대한 인식+정치적 성향 및 사회참여+신체적·사회적 건강, 5단계: 인구·사회·경제학적 특성+사회에 대한 인식+정치적 성향 및 사회참여+신체적·사회적 건강+사회계층이동성으로 구성되었음.

셋째, MODEL2에 정치적 성향 및 사회참여 요인을 추가한 MODEL3에서는 사회가 불공정하다고 인식하는 경우(OR=2.36), 한국 사회 구조가 불평등(피라미드 구조)하다고 생각하는 경우(OR=1.30), 사회참여 의지가 있는 경우(OR=1.46), 그리고 박탈지수가 낮은 경우(OR=0.97) 사회경제적 수준 및 지역 차이 차이에 따른 건강불평등을 더 많이 인식하는 것으로 나타났다.

넷째, MODEL3에 신체적·사회적 건강 요인을 추가한 MODEL4에서는 여성인 경우(OR=1.34), 중학교 졸업 이하에 비하여 대학원 졸업 이상의 교육을 받은 경우(OR=1.92), 사회가 불공정하다고 인식하는 경우(OR=2.40), 사회참여 의지가 있는 경우(OR=1.44), 또한 박탈지수가 낮은 경우(OR=0.97) 사회경제적 수준 및 지역 차이에 따른 건강불평등 인식수준이 유의하게 높게 나타났다. 한편 정치적으로 진보 성향이거나 사회적 지지 관계가 없을 때, 사회경제적 수준 및 지역 차이에 따른 건강불평등을 더 많이 인식하는 것으로 나타났으나 통계적으로 유의하지는 않았다.

다섯째, MODEL4에 사회계층 이동성 요인을 추가한 MODEL5에서는 여성인 경우(OR=1.34), 사회가 불공정하다고 인식하는 경우(OR=2.38), 사회참여 의지가 있는 경우(OR=1.44), 그리고 박탈지수가 낮은 경우(OR=0.97) 사회경제적 수준 및 지역 차이에 따른 건강불평등을 인식하는 경향이 유의하게 높게 나타났다. 이 외에도 사회구조가 불평등하다고 인식하고(모래시계 구조, 피라미드 구조 등), 정치적으로 진보 성향을 띠며, 현재의 사회계층이 과거보다 높아졌거나, 또는 미래의 사회계층이 현재보다 낮아질 것이라고 응답했을 때 건강불평등 인식수준이 높은 것으로 나타났으나 통계적으로 유의하지는 않았다.

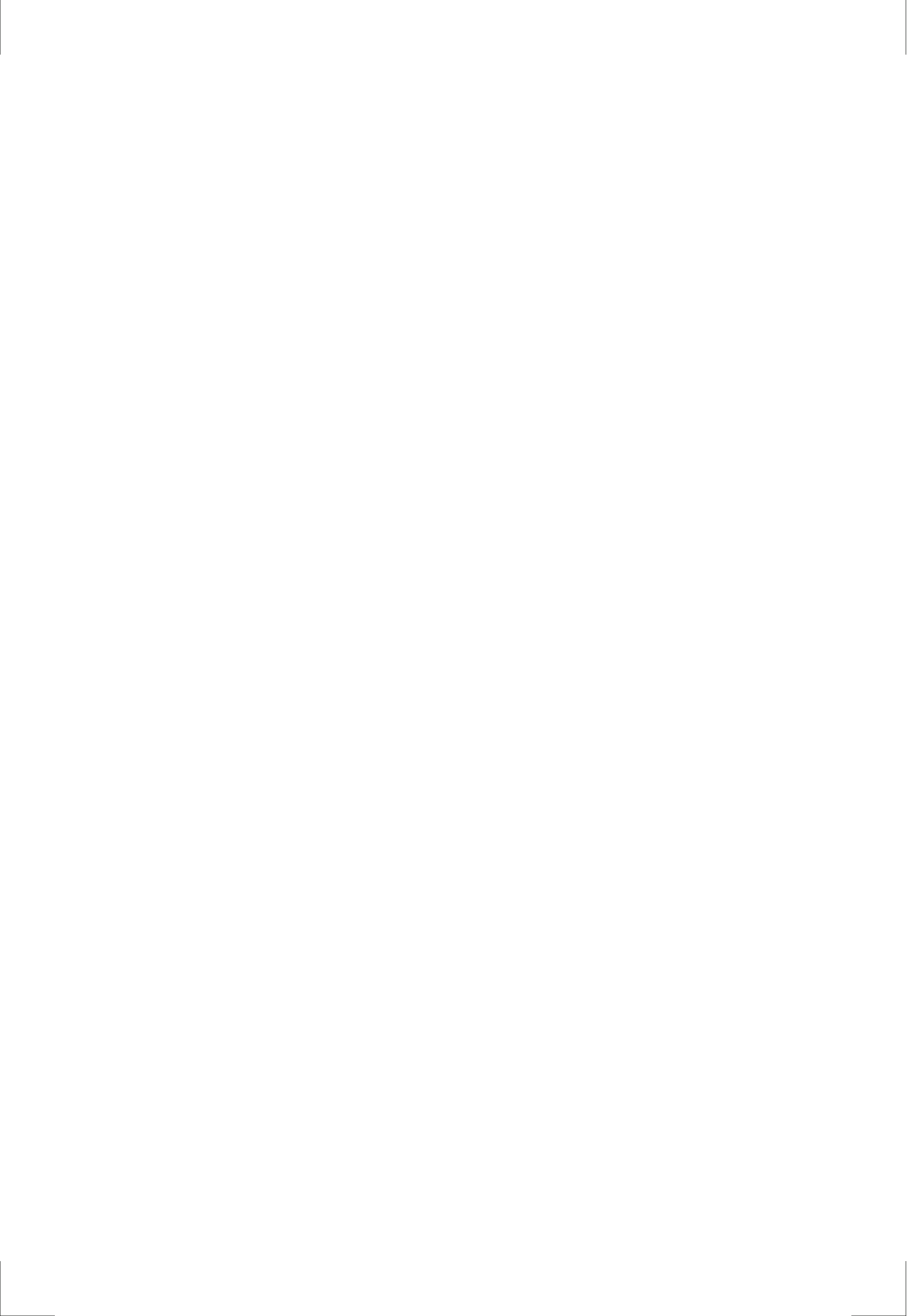
〈표 2-4-17〉 사회경제적 수준 및 지역 차이에 따른 건강불평등 인식과 영향요인 - 모형별 로지스틱 회귀분석

구분	MODEL 1: 인구사회경제학적 특성		MODEL 2: MODEL 1+ 사후에 대한 인식		MODEL 3: MODEL 2+ 장차적 성향 및 사회참여		MODEL 4: MODEL 3+ 신체적·사회적 건강		MODEL 5: MODEL 4+ 사회계층 이동성	
	ODDS RATIO	95% CI	ODDS RATIO	95% CI	ODDS RATIO	95% CI	ODDS RATIO	95% CI	ODDS RATIO	95% CI
성별										
남	ref		ref		ref		ref		ref	
여	1.21	0.960 1.514	1.21	0.962 1.524	1.27	0.987 1.632	1.34	1.037 1.728	1.34	1.040 1.735
연령										
20대	ref		ref		ref		ref		ref	
30대	1.49	0.987 2.243	1.46	0.966 2.213	1.43	0.896 2.279	1.38	0.861 2.213	1.37	0.855 2.200
40대	1.63	1.042 2.540	1.59	1.010 2.487	1.39	0.847 2.282	1.35	0.817 2.237	1.35	0.815 2.233
50대	1.36	0.863 2.152	1.34	0.845 2.125	1.34	0.804 2.227	1.29	0.771 2.164	1.28	0.765 2.148
60대 이상	1.25	0.791 1.981	1.24	0.777 1.963	1.52	0.899 2.557	1.60	0.941 2.711	1.58	0.929 2.680
교육수준										
중학교 졸업 이하	ref		ref		ref		ref		ref	
고등학교 졸업 이하	1.10	0.740 1.628	0.99	0.661 1.485	1.04	0.666 1.629	1.04	0.659 1.629	1.03	0.658 1.626
대학교 졸업 이하	1.72	1.135 2.593	1.51	0.991 2.311	1.58	0.994 2.523	1.60	1.000 2.568	1.59	0.993 2.556
대학원 졸업 이상	2.15	1.192 3.879	1.94	1.066 3.526	1.85	0.980 3.505	1.92	1.005 3.654	1.90	0.997 3.636
결혼상태										
기혼	ref		ref		ref		ref		ref	
미혼	0.71	0.497 1.020	0.73	0.509 1.053	0.76	0.507 1.133	0.73	0.488 1.096	0.73	0.484 1.090
사별/이혼/별거	0.86	0.340 2.152	1.06	0.407 2.752	1.03	0.384 2.738	0.97	0.365 2.560	0.98	0.371 2.596
월평균 소득수준										
200만 원 이하	ref		ref		ref		ref		ref	
201만~400만 원	1.00	0.723 1.387	0.94	0.673 1.306	0.94	0.653 1.363	0.99	0.681 1.435	0.99	0.678 1.430
401만~600만 원	1.11	0.779 1.575	1.04	0.727 1.493	1.09	0.735 1.609	1.17	0.784 1.748	1.16	0.777 1.736

구 분	MODEL 1: 인구사회경제학적 특성		MODEL 2: MODEL1+ 사회에 대한 인식		MODEL 3: MODEL2+ 정치적 성향 및 사회참여		MODEL 4: MODEL3+ 신체적·사회적 건강		MODEL 5: MODEL4+ 사회계층 이동성	
	ODDS RATIO	95% CI	ODDS RATIO	95% CI	ODDS RATIO	95% CI	ODDS RATIO	95% CI	ODDS RATIO	95% CI
601만~800만 원	0.75	0.488 1.153	0.70	0.455 1.089	0.77	0.480 1.233	0.85	0.527 1.382	0.85	0.521 1.370
801만 원 이상	1.16	0.715 1.888	1.09	0.665 1.777	1.03	0.608 1.754	1.13	0.656 1.934	1.11	0.644 1.908
취업상태	ref		ref		ref		ref		ref	
미취업	1.18	0.903 1.548	1.19	0.904 1.562	1.32	0.985 1.780	1.34	0.992 1.803	1.34	0.991 1.801
취업	0.98	0.958 0.995	0.98	0.960 0.998	0.97	0.952 0.993	0.97	0.952 0.993	0.97	0.951 0.993
사회공정성에 대한 인식										
사회가 공정하다고 인식함			ref		ref		ref		ref	
사회가 공정하지 않다고 인식함			2.48	1.659 3.710	2.36	1.501 3.721	2.40	1.516 3.792	2.38	1.504 3.767
한국 사회의 구조에 대한 인식										
다이어몬드 구조임			ref		ref		ref		ref	
엠펙라메드 구조임			0.62	0.287 1.341	0.86	0.352 2.108	0.78	0.315 1.947	0.79	0.319 1.974
모래시계 구조임			1.12	0.718 1.760	1.17	0.713 1.925	1.10	0.665 1.814	1.10	0.667 1.821
피라미드 구조임			1.26	0.991 1.594	1.30	1.005 1.670	1.25	0.965 1.615	1.25	0.966 1.618
정치적 성향										
보수적임					ref		ref		ref	
중도임					1.01	0.761 1.347	1.02	0.768 1.365	1.02	0.760 1.354
진보임					1.30	0.956 1.773	1.30	0.955 1.778	1.30	0.951 1.770
사회참여 의사										
참여할 의사가 없음					ref		ref		ref	
참여할 의사가 있음					1.46	1.136 1.875	1.44	1.119 1.859	1.44	1.114 1.851

구분	MODEL 1: 인구사회경제학적 특성		MODEL 2: MODEL1+ 사회에 대한 인식		MODEL 3: MODEL2+ 정치적 상황 및 사회참여		MODEL 4: MODEL3+ 신체적·사회적 건강		MODEL 5: MODEL4+ 사회계층 이동성	
	ODDS RATIO	95% CI	ODDS RATIO	95% CI	ODDS RATIO	95% CI	ODDS RATIO	95% CI	ODDS RATIO	95% CI
건강상태 좋지 않음 보통임 좋음							ref 1.22 1.24	0.845 1.752 1.820	ref 1.22 1.24	0.845 1.751 1.824
전반적인 생활 만족도 불만족스러움 보통임 만족스러움							ref 0.56 0.60	0.390 0.802 0.897	ref 0.56 0.60	0.388 0.800 0.889
사회적 지지 여부 사회적 지지 없음 사회적 지지 있음 과거→현재 사회계층 이동성 좋아지지 않음 좋아짐							ref 0.73	0.505 1.065	ref 0.74	0.507 1.071
현재→미래 사회계층 이동성 좋아질 것임 좋아지지 않을 것임									ref 1.04	0.821 1.320
									ref 1.08	0.855 1.374

제 5 장 소결



건강불평등 연구들은 지금까지 사회계층과 건강과의 관계를 객관적으로 입증하여 왔으며, 사회계층에 대한 사회학적인 논의도 상당히 이루어져 왔다(Bolam et al., 2004, p.1357).

그러나 사회계층 간 건강불평등이 커져가고 있음에도 건강불평등 인식 수준은 그동안 개선되지 않았다(Bolam et al., 2004, p.1357). 특히 일반인 사이에서 건강불평등은 중요하게 논의되지 않았고, 취약한 환경에 노출된 사람들 사이에서 더욱 그러한 경향이 있었다(Bolam et al., 2004, p.1357).

Whitehead(1998)는 유럽 국가들의 건강불평등 정책을 검토한 후 건강불평등 대응에 대한 발전 단계를 제시하였는데(그림 1-1-4 참고), 이에 따르면 건강불평등 대응의 가장 첫 단계는 현상에 대한 “측정”이고, 다음으로는 측정된 결과를 바탕으로 한 건강불평등 현상에 대한 “인식”이 된다. 이는 건강불평등에 대한 사실의 확인(측정)에서부터 포괄적인 대응 정책을 마련하는 일련의 과정에서 “건강불평등 인식”의 역할과 중요성을 보여주는 근거가 될 수 있다.

앞에서도 기술하였다시피 우리나라는 2005년에 수립된 ‘새국민건강증진종합계획’에서부터 최근의 ‘제4차 국민건강증진종합계획’에 이르기까지 10여 년 동안 일관되게 “건강형평성 제고”를 정책 목표로 삼고 있으나 여전히 구체적인 정책은 마련되지 않고 있다. 그렇기 때문에 우리나라에서 건강불평등 정책이 마련되지 않은 이유에 대한 구체적인 검토가 필요하며 그 첫 번째 단계로서 본 연구에서는 건강불평등 인식 수준에 대한

조사를 실시하였다.

주요 조사 결과는 다음과 같다. 첫째, 건강불평등에 대한 심층면접조사 결과, 본 면접조사 대상자들은 건강문제를 주로 개인화하여 인식하고 있었다. 특히, 사회계층이 높을수록 건강 상태가 좋거나 장수할 것으로 인식하고 있어서 주로 건강을 사회적 성취에 따른 보상, 즉, 능력주의적인 입장을 가지는 경향이 있었다. 그리고 이러한 인식의 연장선에서 면접조사 대상자들은 건강이 개인적인 책임의 영역이기 때문에 건강불평등을 인식하는 경우에도 건강불평등 해소가 필요하다는 반응으로 이어지지 않았다. 둘째, 조사대상자 거주 지역의 박탈수준에 따라 건강불평등 인식에 격차가 나타났다. 박탈수준이 낮은 지역에 거주하는 응답자들의 건강불평등 인식수준이 박탈수준이 높은 지역에 거주하는 응답자들의 인식수준보다 높은 것으로 나타났다. 셋째, 건강불평등 인식에 대한 설문조사 결과 조사대상자의 80.1%는 사회경제적 차이에 따른 건강불평등을 인식하고 있었고, 82.4%는 지역 간 건강불평등을 인식하고 있었으며, 두 가지를 모두 인식하고 있는 사람은 전체의 69.5%로 나타났다. 넷째, 건강불평등 인식과 관련 변수간의 이변량 분석 결과, 건강불평등은 교육수준 및 소득수준 등 사회계층에 따라 인식수준에 차이가 있는 것으로 나타났고 박탈정도에 따른 지역 간 격차도 나타났다. 다섯째, 건강불평등 인식은 연령이 높을수록, 교육수준이 높을수록, 거주 지역의 박탈수준이 낮을수록, 그리고 사회가 공정하지 않다고 인식할수록 인식 수준이 높게 나타났다. 지역에 따른 건강불평등 인식은 사회가 공정하지 않다고 인식할수록, 사회참여 의지가 높을수록 인식수준이 높은 것으로 나타났으며, 교육수준, 박탈지수 등은 통계적으로 유의하지 않았다. 사회경제적 수준 및 지역 간 건강불평등을 모두 인식하고 있는 인구집단은 교육수준이 높고, 거주 지역의 박탈지수가 낮으며, 사회가 불공정하다고 인식하고, 사회참

여 의지가 높은 집단이었다.

지금까지 건강불평등 인식에 대해서는 상대적으로 많이 연구되지 않았는데, 그 이유는 일반인들이 건강불평등에 대해서는 잘 응답하지 않는다는 것이 주된 이유였다. 특히 Blaxter(1997)는 일반인이 건강불평등에 대해 잘 인식하지 못하는 원인을 다음의 세 가지로 설명하고 있다. 첫째, 건강불평등에 영향을 미치는 구조적인 요인들이 개인 수준에서 의미를 갖지 못하기 때문일 수 있다. 둘째, 건강은 개인의 책임이라는 도덕적 의무일 수 있다. 셋째, 사람들은 건강에 대한 질문을 받으면 즉각적으로 개인적인 문제로 반응한다(Blaxter, 1997 재인용; Bolam et al., 2004, p.1357).

지금까지 건강불평등 인식도를 주제로 한 주요 선행연구들은 사회경제적 계층 간 혹은 지역 간 비교를 주로 다루어왔고 전체 인구를 대상으로 인식도를 조사한 경우는 드물기 때문에 본 연구와의 직접 비교는 어렵다. 대신 최근에 우리나라에서 실시된 “한국 사회 기회불평등 조사”(동그라미재단, 2016) 결과에서 나타난 기회불균형 인식과 비교해보면 다음과 같다. 동그라미재단(2016)에 의하면 우리나라 국민 중 62.1%가 기회불균형에 대해 인식하고 있는 것으로 나타났고, 한국의 소득차이는 매우 크다고 응답한 사람이 91.4%로 나타났다. 건강과 관련하여서는 ‘건강관리 분야에 대한 불평등은 용인될 수 없다’는 응답이 48.0%로 나타났다.

동그라미재단(2016)의 조사와 본 조사의 목적과 조사대상, 조사방법 등의 차이로 직접 비교는 불가능하지만, 본 조사 결과 나타난 인식도는 기존 연구에 비해 디서 높게 나타났다고 볼 수 있다. 이처럼 우리나라 국민의 건강불평등에 대한 인식도는 적지 않으며, 추후에도 건강불평등 인식도를 계속 모니터해 볼 필요가 있을 것으로 생각된다.

본 연구 결과 소득수준이나 교육수준, 그리고 거주 지역의 박탈정도별

건강불평등 인식도의 격차를 확인할 수 있었다. 사회계층별 건강불평등 인식에 대한 차이는 주요 외국의 선행연구에서도 나타나는 현상이다. Blaxter(1997)는 건강불평등을 겪고 있는 사람일수록 불평등에 대해 언급하는 것을 꺼려하고 덜 인식한다고 하였다. 특히, 저소득층은 건강불평등이 발생하는 사회구조적인 요인보다는 개인의 책임으로 생각하는 경향이 강하고, 고소득층은 건강의 사회경제적 요인에 대해 더 잘 이해하고 있다고 하였다. 이와 같은 연구 결과는 그 뒤의 후속 연구들인 Popay 등(2003), Macintyre 등(2005)에서도 확인할 수 있다.

특히 Macintyre 등(2005)<sup>17)</sup>은 영국을 배경으로 건강불평등 인식에 대한 사회계층 간, 지역(군립) 간 차이에 대해 연구하였는데, 상대적으로 고소득층이 건강불평등에 대한 인식이 더 높고, 건강불평등이 발생하는 사회구조적 요인들에 대해 더 잘 알고 있는 현상을 “역설(paradox)”이라고 표현하고 있다(Macintyre et al., 2005 p.313)

이와 관련하여 상대적으로 소득이 높은 집단이나 박탈정도가 낮은 지역에 거주하는 집단에서는 개인적 능력과 보다 풍족한 환경이 뒷받침되어 건강과 질병에 대응하기 위한 다양한 경험을 축적했을 가능성이 있다. 그리고 이들의 다양한 관련 경험은 의료이용의 불평등이나 건강권에 대한 인식, 건강 관련 정책과 제도에 대한 이해를 높이는 데 기여할 수 있다. 뿐만 아니라 박탈지수가 낮은 지역은 경쟁이 과열된 사회적 분위기에 더 많이 노출되어 있고, 치열한 경쟁과 다양한 불평등을 경험함으로써 건강 불평등이라는 주제에 더욱 민감하게 반응했을 가능성이 있을 것으로 생각한다.

17) Macintyre 등(2005)은 사회경제적 상태와 건강불평등 인식의 상관관계에 대한 연구에서, 조사대상자들에게 몇 가지 질병이나 사고의 보기를 보여주면서 가난한 사람과 부유한 사람들 중 어떤 사람들이 질병이나 사고의 유병률이 높은지에 대해 질문하고 그 결과를 분석하였음. 그 결과 사회경제적 위치가 낮거나 혹은 결핍된 지역에서 거주하는 사람들은 부유한 사람들이 장수한다는 사실을 덜 인지하고 있다는 결과를 도출하였음.

한편, 사회경제적 계층 간 건강불평등 인식에 대한 격차는 조사방법론에 따른 차이로 설명하는 경우도 있다. Popay 등(2003)은 지역별 건강불평등 인식 정도를 양적, 질적 연구 방법을 이용하여 조사하였는데, 결핍된 지역에 거주하는 사람들의 경우 양적인 조사방법과 질적인 조사방법 간에 응답율의 차이가 컸음을 보고하고 있다(Popay et al., 2003, p.1). Davidson 등(2006, 2008)은 결핍된 지역에 거주하는 사람들이 건강불평등에 대해 더 잘 인식하고, 건강과 사회경제적 결정요인들 간의 관계에 대해서도 더 많이 인지하고 있다고 하면서, 조사방법에 따라 연구 결과에 차이가 있을 수 있음을 보고한 바 있다(Davidson et al., 2006, p.2171).

아울러 Blaxter(1997)는 설문 형태에 대해서도 강조하였는데, 설문 유형에 따라 일반인들의 응답에 많은 영향을 미친다고도 하였다(Bolam et al., 2004, p.1363). 특히 Blaxter(1997)은 “일반인은 연구라는 상황 속에서 건강불평등에 대해 말하려고 하는 경향이 있으며, 특히 취약집단에서 건강불평등이라는 개념에 대해 불신과 불안의 감정을 나타내거나, 개념을 어려워하였다”(Blaxter, 1997 재인용; Popay et al., 2003, p.3)고 지적한 바 있다. 또한 “설문조사를 통해 나타난 결과에서 모든 사회 계층의 사람들이 건강과 질병에 영향을 미치는 구조적인 원인을 무시하고, 개인의 책임을 우선시하는 경향이 있음을 발견했던 반면, 질적 연구를 통한 결과에서는 일반인이 건강불평등을 개인의 문제 또는 구조적 문제로 인식하는지 이분법으로 단순화하기 어렵다”고 하였다(Blaxter, 1997 재인용; Popay et al., 2003, p.3).

본 연구는 우리나라의 건강불평등 인식에 대해 처음으로 조사하였다는 의미가 있으나, 그 결과 해석에 있어 제한점이 있다. 첫째, 연구 방법에 대한 한계이다. 외국의 선행연구에서 보고한 것과 같이 연구 방법에 따른 결과의 격차가 있음을 감안하였을 때, 연구 방법에 대한 보다 다양하고

세밀한 접근이 필요하다. 본 조사에서는 전화설문조사와 심층면접조사를 상호보완적으로 사용하였으나, 부족한 측면이 적지 않다. 그렇기 때문에 후속 연구에서는 사회학이나 심리학에서 활용하고 있는 면접조사 기법을 고려해 볼 필요가 있다. 특히, 기존의 인구·사회·경제학적 특성 외에도 인지, 심리, 문화 등 건강불평등 인식에 영향을 미칠 수 있는 다양한 측면을 조사 항목에 추가하여 보다 심층적인 건강불평등 인식 지표 개발의 필요성이 있다. 아울러 건강불평등 인식이란 명시적으로는 파악하기 힘든 개념이므로, 개념에 대한 무의식적 판단을 측정하는 IAT(Implicit Association Test) 등의 활용 가능성을 고려해 볼 필요가 있다.

둘째, 조사에 사용된 설문이다. 일반인들을 대상으로 불평등이라는 주제에 대해 조사하는 것은 예상보다 더 어려운 측면이 있었고, 건강에 대해서도 의료와 구별하여 정의내리는 것이 쉽지 않았다. 이 때문에 조사방법과는 별도로 설문구성에 따라 조사결과에 영향을 미칠 수 있을 것으로 생각된다. 이에 대한 대안으로 특정 사례나 시나리오를 제시하여 조사대상자들의 반응을 조사하는 방법도 고려해 볼 필요가 있다.

셋째, 사회계층별 조사대상자 선정이다. 질적조사의 경우 박탈지수를 활용한 거주 지역별로 면접대상자를 모집하였다. 그러나 본 설문조사 결과와의 연관성을 더 확보하기 위해서는 소득수준에 따른 샘플링도 필요하였을 것으로 생각된다. 향후의 후속연구에서는 이러한 단점들이 보완된 보다 정교한 조사방법을 활용한 연구가 수행되기를 기대한다.

불평등 인식은 실제 불평등만큼이나 중요한 사회적 현상이고, 실제 불평등 수준과는 별개로 나타날 수 있음을 감안할 때, 우리나라의 건강불평등 완화를 위해서는 객관적인 건강불평등 수준을 측정하는 것에 더하여 주관적인 건강불평등 수준을 지속적으로 측정해 볼 필요가 있을 것으로 생각된다.

제 3 부

## 건강불평등 정책의제화

제1장 서론

제2장 이론적 배경과 선행연구 검토

제3장 연구 방법

제4장 연구 결과

제5장 소결

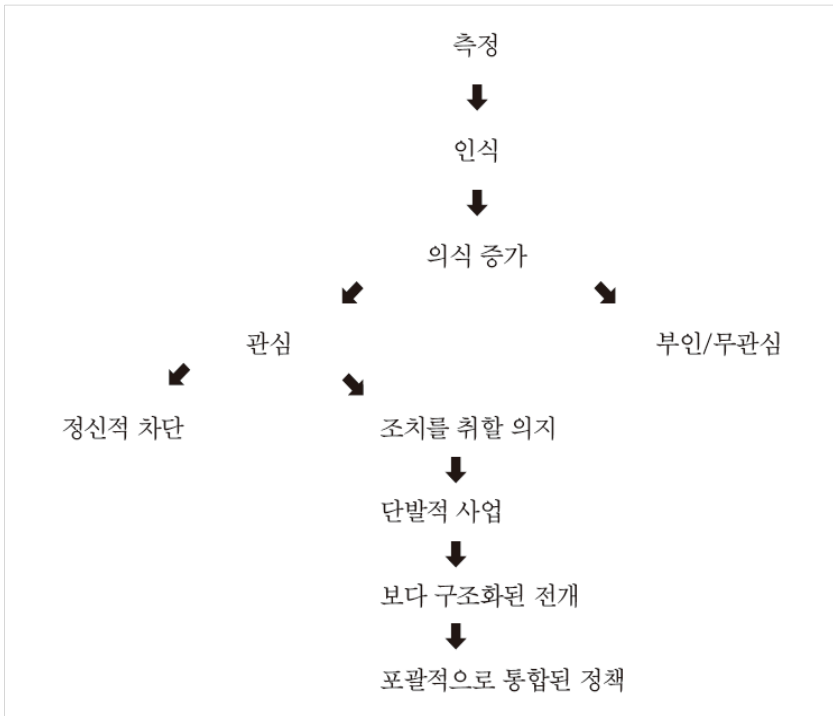


제 1 장 서론



건강불평등 문제의 심각성이 알려진 것은 최근의 일이 아니다. 하지만 국가나 사회마다 이 문제에 대처하는 양상은 다르다. Whitehead(1998)는 유럽 국가들에서 건강불평등 연구와 정책 동향을 검토한 후 진전 단계를 도식화하여 그림과 같이 개념화했다(그림 3-1-1).

[그림 3-1-1] 건강불평등 대응의 스펙트럼



자료: Whitehead(1998).

이러한 단계들이 저절로 진전되거나 반드시 순차적으로 단계를 밟아야 하는 것은 아니다. 각 사회의 정치경제적 상황이나 제도적 환경에 따라 단계를 거슬러 올라 보다 높은 수준의 정책이 실행되기도 하고 특정 단계에서 답보 상태에 머무를 수도 있다. 한국 사회의 경우, 지난 20년 동안 건강불평등에 대한 실증 연구 성과들이 적지 않게 축적되었고, 전면적이지는 않지만 사회적 관심도 일정한 수준에 올라 있는 것으로 보인다. 하지만 선행연구들이 반복적으로 지적했듯(윤태호, 2007; 강영호 등, 2012, 김명희 등, 2013) 건강불평등에 대한 실질적 대응은 매우 미흡한 수준이다. 현 단계는 건강불평등 완화를 위한 정책 수립으로 이어지느냐, 혹은 정책적 진전이 더 이상 이루어지지 않느냐의 갈림길이라 할 수 있다(김명희 등, 2013).

이 연구는 현재 한국 사회에서 건강불평등이 정책의제로 자리 잡고 정책 과정에 진입하는 경로에 어떤 장애요인이 존재하며, 의제화와 정책 수립·실행을 촉진하기 위해 무엇이 필요한지 분석하는 것을 목표로 한다.

우리는 두 가지 측면에서 이 문제에 접근했다. 첫째, 지식전환(knowledge translation) 관점에서 건강불평등 관련 연구와 근거들이 정책·사업으로 전환되는 과정의 문제점을 파악하고 대안을 모색하는 것이다. 이는 ‘정책 수립에 활용하기에 충분하고 적절한 연구 근거들이 생산되고 있는가’뿐 아니라 ‘이미 생산된 근거들을 기반으로 지식전환 프로세스가 순조롭게 작동하느냐’, ‘만일 그렇지 못하다면 왜 그러한가’라는 질문까지도 포괄한다. 둘째, 정책 수립과 실행 이전 단계에서 보다 근본적으로 건강불평등 문제의 정책의제화 그 자체에 초점을 두는 접근이다. 건강불평등을 정책 의제로 부상하게 만들거나 혹은 가로막는 정치적·사회적·제도적 환경, 주체의 문제점들을 분석하고자 한다. 이 두 가지는 상호 연관되어 있다. 지식전환을 통해 정책의제화가 진전되기도 하고, 또한 정책의제화 과정

에서 지식전환이 촉진될 수 있기 때문이다. 하지만 전자의 지식전환이 조금 더 실무적이고 구체적인 분석과 제안을 포함하고, 후자의 논의는 정치적 행위주체를 포함하는 보다 상위의 이론적 논의가 된다는 점에서 우리는 두 가지 주제를 분리하여 접근했다. 지식전환은 정책의제화를 촉진하거나 방해하는 여러 가지 요인들 중 하나인데 반해, 정책의제화와 정책 실행은 지식전환을 촉진하거나 방해하는 매우 중요한 영향요인이다.

우리는 이러한 분석을 위해 건강불평등 연구와 정책 수립, 실행의 주요 행위자들을 대상으로 반구조화된 형식의 심층면담을 진행했고, 그 내용을 지식전환과 정책의제화라는 두 가지의 초점에 따라 별도로 분석했다.

[그림 3-1-2] 정책의제화 연구 개요



자료: 김명희. 2016 대한예방의학회 추계학술대회 발표자료 일부 발췌.



제 2 장

## 이론적 배경과 선행연구 검토

제1절 건강불평등 중재와 지식 전환

제2절 정책의제화 설명 모형



# 2

## 이론적 배경과 선행연구 검토 <<

### 제1절 건강불평등 중재와 지식 전환

#### 1. 지식전환(Knowledge translation)의 정의

지식전환(knowledge translation)은 1990년대 후반부터 캐나다의 보건연구원(Canadian Institutes of Health Research)에서 발전시킨 이론으로, 근거중심의학(Evidence-based Medicine, EBM)에 뿌리를 두고 있다. 근거중심의학은 “개인과 인구집단 전체의 건강관리에 있어서 최선의 근거를 양심적이고 신중하게 사용하는 것”으로 정의하고 있다 (Sackett et al., 1996, pp.71-72), 1970년대 역학자인 Cochrane은 무작위대조임상실험(randomized controlled trial)처럼 편향되지 않은 방식으로 의학적 치료가 평가되어야 한다고 역설하였고(Ashcroft, 2004, p.131), 이후 의학계에서는 명확한 근거와 충분한 사전실험 없이 이루어지던 기존의 치료방식을 재평가하고, 효과를 입증할 수 있는 타당한 근거(evidence)가 제시되어야 한다는 점을 널리 받아들여지게 되었다.

그런데 EBM을 적용하기 위해서는 연구 자체의 타당성이 확보되어야 할 뿐 아니라, 해당 연구가 편향되지 않은 방법으로 실제 임상 진료에 적용될 수 있어야 한다. 임상진료 현장에서도 이것이 쉽지 않지만, 특히 표준화되지 않은 개방 환경에서 문제를 다루는 보건학에서는 더욱 어려운 과제가 된다. 이에 1990년대 캐나다 McMaster 대학의 연구진은 “근거중심의학 실행 그룹(Evidence Based Medicine Working Group)”을

조직하고 근거중심의학운동을 활발히 전개하는 동시에, 근거들을 보건 정책 맥락에서 잘 활용할 수 있는 방안을 고민해 왔다.

이러한 노력으로부터 등장한 개념이 지식전환이다. 지식전환은 “보건 정책의 설계와 진행 과정의 각 단계에서 윤리적으로 타당한 지식(근거)의 적용, 통합, 상호교환과정”으로 정의될 수 있다(The Canadian Institutes of Health Research, 2000). 다시 말해 지식전환은 적절한 근거들의 생산과 더불어, 생산된 근거들을 어떻게 적절한 방식으로 활용하고 관리하느냐에 대한 이론적 지침인 것이다.

지식전환 이론에서는 다음과 같은 점을 전제하고 있다. 첫째, 보건 영역의 다양한 정책들에 적용되는 증거와 실제 의사결정 사이에는 간극(gap)이 존재한다는 것이다. 현실에서는 보건정책을 연구하는 연구자와 현장실천가가 다른 사람들인 경우가 많기 때문에 양측 사이에 지식의 접근가능성, 상황적 맥락에 대한 이해, 관리수준, 사고의 경향 등에서 차이가 날 수밖에 없다. 둘째, 지식 자체의 다양한 차원이 존재한다는 점이다. 예를 들어, Eraut(1985)는 지식이 생산되는 세 가지 차원을 이야기했다. ① 학문적 맥락(구체적 행동을 전제하지 않음), ② 정치적 맥락(특정한 사회적 정치적 기술을 요구함), ③ 행위적 맥락(특정한 행위를 위한 지식의 실용적 적용)이 그것이다. 이러한 전제에 기초하여 지식과 현실 사이의 간극을 최소화하는 효율적인 지식전달과 활용방식을 고안하는 과정에서 지식전환이론이 등장하였다.

지식전환은 다음과 같은 세 가지 측면에서 기존의 과학적 전파(dissemination)와는 차별점을 갖는다. 첫째, 지식전환의 참여자들이 학계를 넘어 의사결정자로 확장된다. 둘째, 단순한 지식의 확장뿐 아니라 정책입안, 의사 결정 과정에서도 관여한다. 셋째, 개별 연구의 지원보다는 통합적 연구를 목표로 하며, 의사결정자들과의 적극적인 소통을 통해 지

식활용방법 자체를 개발하는 데 주목한다(Graham & Tetroe, 2007, p.938).

## 2. 지식전환 이론(Carole et al., 2006)

지식전환이 ‘knowledge transfer’, ‘knowledge mobilization’, ‘knowledge utilization’, ‘knowledge translation’ 등 다양한 명칭으로 변용되어 왔고, 이를 뒷받침하는 다양한 이론들도 제시되어 왔다. Estabrooks 등(2006)은 지금까지 제안된 다양한 지식전환 이론들을 소개하면서 그 중 연구 설계에 가장 보편적인 도움이 될 것으로 예상되는 네 가지 지식전환 이론들을 심층적으로 분석했다.

첫째는 혁신의 확산(Diffusion of Innovation) 이론이다. 이는 1950년대 농촌사회학에서 처음 소개된 이래 다양한 분야에 적용되어 왔다. 기본적으로 새로운 생각의 전파방식에 관한 논의를 다룬다. Rogers(1995)는 이 이론에서 새로운 아이디어의 전파에 영향을 미치는 네 가지 요소들을 ① 혁신, ② 의사소통 경로(communication channels), ③ 시간, ④ 사회 체계(social system)로 구분하였다. 즉, 확산이란 특정한 시간 동안 혁신이 의사소통 경로를 통해 사회 체계 내의 구성원들에게 전달되는 과정이라고 할 수 있다. 확산과정에서 처음 새로운 생각을 접한 개인들은 ① 인지, ② 설득, ③ 결정, ④ 실행(implementation), ⑤ 적용(adoption)의 다섯 가지 단계를 거쳐 이를 내재화한다. 이 과정에서 확산의 정도와 적합성은 과학적 관점에서 평가되기보다 개인의 주관적 인식에 의해서 더 크게 영향을 받는다. 일정 시간 동안 이 과정이 진행된다면 마침내 사회 체계가 확산을 규정하고, 확산의 규범과 역할 등을 결정하게 된다.

둘째는 연구 전파 및 활용 체계(Research Development Dissemination Utilization Framework)이다. 1960년대 후반, Rogers의 혁신확산 이

론에 영향을 받은 Havelock과 그의 동료들이 보다 발전된 형태로서 이 이론을 제안했다. 그는 사회에 운동성을 발현시키는 두 가지 사회적 동력을 개념화했다. 하나는 과학적 지식의 폭발적인 증가(explosion)이며, 다른 하나는 과학적 지식이 사회에 유용해야 한다는 사회적 기대의 증가이다. 이들은 지식 활용의 새로운 규율을 발전시키기 위해서는 지식 구축(knowledge building)과 제도화(institutionalizing)의 과정이 필요하다고 주장했다. 이 때 지식 구축이란 분산되고 파편화된 접근들을 체계적인 통합이론으로 구축하는 것을 말한다. 제도화는 다양한 분야의 행위자들(정책결정자들, 연구자들, 그리고 실천가들 같은)이 접근할 수 있는 통로를 설립하는 것이다. Havelock은 2,643개의 지식전환 관련 연구들을 분석한 후 지식전환에 영향을 미치는 7가지 일반적 요소들을 도출했는데, 여기에는 결합(linkage), 구조, 개방성, 능력, 보상, 근접, 시너지 효과 등이 포함되었다.

셋째는 의료 서비스에서 연구 실행에 대한 행동 촉진 모델(Promoting Action on Research Implementation in Health Service Model)이다. Kitson과 그의 동료들이 고안한 이 모델에서, 성공적인 연구가 이루어지기 위해서는 증거, 맥락, 그리고 촉진 또는 편리화(facilitation) 간의 관계 형성이 필요하다. 연구 실행(research implement)은 한 집단이 ① 실행자와 환자들의 수요와 일치하는, 믿을 만한 과학적 근거를 가지고 있고, ② 변화를 추동하고 지지하는 사회적 맥락이 존재하고, ③ 숙련된 내외부의 조력자들이 있을 때 일어날 수 있다.

넷째는 연구 활용의 오타와 모델(Ottawa Model of Research Use)이다. 이 이론은 지식전환 모델의 구성과 평가 과정에 중점을 두고 있다. 이에 따르면, 지식전환의 프로그램을 구성할 때 다음과 같은 여섯 가지 기준을 충족시켜야 한다. ① 실행 환경, ② 근거의 잠재적인 연구 적용자

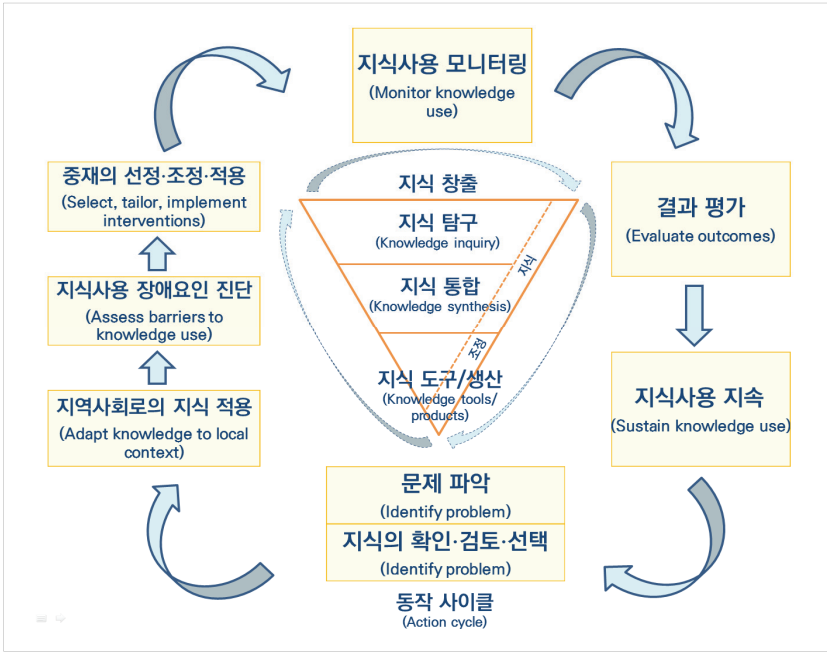
들, ③ 근거 기반 혁신(지식), ④ 연구 전환 전략, ⑤ 근거 적용, ⑥ 건강과 관련된 다른 결과들이다.

### 3. 지식전환 과정 모델(Straus et al., 2009)

앞서 소개한 지식전환 이론들이 지식전환의 개념화에 기여했다면 Straus 등(2009)은 지식전환 이론을 적용한 의사결정모델을 제안했다. 이 모델은 지식 생산(knowledge creation)과 실행순환주기(the action cycle)라는 두 가지 차원으로 구분된다(Straus et al., 2009, p.6). 아래 그림이 보여주듯, 지식 생산 과정은 지식 탐색(knowledge inquiry), 지식합성(synthesis of knowledge), 지식 도구(knowledge tools) 개발의 세 단계로 세분화된다. 지식 탐구 단계는 기존 연구의 보완을 포함한다. 통합 단계에서는 개별적인 연구 결과들을 종합하고 공통의 패턴을 찾는다. 이 단계에서 지식 전환의 가장 중요한 기반이 다져진다. 지식 도구 개발 단계에서는 가장 양질의 지식이 더욱 통합되고 농축되어 활동 강령, 환자행동 지침 같은 지식결정 도구로 종합된다(그림 3-2-1).

한편 실행순환주기는 7단계로 구분된다. 그러나 지식 생산 단계와 달리, 각 단계는 동시다발적으로 발생할 수도 있고, 서로가 각 단계의 결과로 나타날 수도 있다. 그리고 지식 자체는 동작 주기의 어떤 지점에도 개입될 수 있다. 동작 주기의 모든 과정에서는 지식 활용의 최종 중차역이라 할 수 있는 각 이해당사자들의 요구를 고려해야 한다.

[그림 3-2-1] Straus의 지식전환 과정 모델



자료: Straus, Sharon, Jacqueline Tetroe, and Ian D. Graham, eds.(2009). Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice. John Wiley & Sons, p.6.

지식전환의 각 단계가 효과적으로 진행되기 위해서는 연구자와 현장실천가들 사이에 긴밀한 협력체계가 필요하다. 보건정책 영역에서 성공적으로 지식전환 프로세스를 도입한 캐나다 보건연구원 Canadian Institute for Health Research(이하 CIHR)은 지식전환 프로세스를 유지하기 위해 필요한 행위자들의 상호작용을 다음과 같이 세 가지로 구분했다(CHSRF, 2000; Baumbusch, 2007에서 재인용). ① Producer-Push: 연구자가 생산된 연구 결과를 적극적으로 홍보하고 현장에 도입될 수 있도록 가공하는 활동으로, 연구자 주도에 의해 현장실천가들에게로 지식이 전환되는 현상을 말한다. ② User-Pull: 실무기관이 의사 결정 과정에

서 근거기반의 중요성을 인식하고 근거를 적극적으로 활용하는 것이다. 현장실천가가 필요한 근거의 생산을 연구자에게 요구하는 형태가 여기에 해당한다. ③ Exchange: 보다 명시적인 형태의 상호작용으로 연구자와 현장실천가가 연구생산, 정책 수립 단계에서부터 교류하는 것을 말한다. 이러한 상호작용을 통해 근거기반정책을 수립할 수 있는 사회적 분위기가 마련될 수 있다.

#### 4. 정책의제화 과정에서의 지식전환의 필요성

2005년 WHO는 보건정책 수립 과정에서의 “know-do gap”, 즉 보건 지식과 정책 실행의 단절을 보건정책 영역 성과부진의 중요한 원인 중 하나로 지목한 바 있다(WHO, 2005). WHO는 이 간극을 메울 수 있는 가능성으로써 지식전환 연구를 강조했다. 현재의 보건정책 체계에서 실제 생산된 근거 자체의 타당성을 검토하는 것뿐 아니라 근거의 활용과정 자체를 연구하는 것은 보건정책의 수립과 실행 과정에 커다란 함의를 제공할 수 있다.

공중보건 정책·사업 영역의 다양한 행위자들, 예컨대 의료서비스 제공자, 환자 등을 포함한 의사결정자, 정책결정자 등은 이미 생성된 양질의 근거들을 충분히 활용하지 못하고 있다는 평가가 지배적이다(Straus et al., 2009). Lavis 등(2002)이 캐나다의 정책결정 과정을 분석한 결과, 분석 대상으로 삼았던 8개 정책 중 구체적인 연구 결과가 정책 수립에 활용된 경우는 4건에 그쳤고, 그마저도 신뢰성 있는 연구 결과를 사용한 사례는 1건에 지나지 않았다. 이와 유사하게 WHO의 평가에서도 연구 결과에 대한 체계적 검토와 정책 활용이 부진하다고 진단했다(Oxman, 2007). 국내 상황도 이와 다르지 않다. 최근 공중보건 정책 수립에서 근

거중심 의사결정이 강조되고는 있지만, 일부 제한된 영역을 제외하고는 활용되지 못하고 있다(김남순 등, 2013). 이러한 상황에서 지식전환에 대한 체계적 모형과 사례를 분석하여 제안하는 것은 공중보건정책 과정을 개선하는 데 도움이 될 것이다. 적실한 근거를 기반으로 정책을 고안할 경우 정책의 실패확률을 감소시킬 수 있으며, 특정 집단의 이해관계에 기반을 둔 정책이 아닌 타당한 근거를 기반으로 한 정책이 필요하다는 인식을 확산시킴으로써 균형 잡힌 정책을 수립하고 정당성을 확보할 수 있다.

## 5. 건강불평등 중재와 관련된 지식전환 연구

앞서 소개한 지식전환 이론들은 실천을 염두에 둔 연구, 특히 임상진료나 보건정책·사업 연구에 적용될 수 있는 잠재력을 갖는다. 하지만 공중보건 정책과 사업, 특히 건강의 사회적 결정요인을 다루는 건강불평등 중재와 관련해서는 특별한 고려가 필요하다.

Murphy & Farard(2012, pp.267-283)는 지식전환 이론이 기본적으로 임상 환경에 토대를 두고 도출된 것이기 때문에 사회역학 분야에 그대로 적용하기에는 적합하지 않다고 지적한 바 있다. 기존의 지식전환은 기술적 문제를 해결하기 위한 개인 수준의 행동 변화를 요구하며 이미 공유된 정의(definition)를 가정한다. 그러나 건강불평등에 대한 연구는 ‘변화’를 다루며, 개념 자체가 논쟁적이고, 공공성과 사회정의라는 가치판단을 전제로 한다. 이에 저자들은 지식전환 이론을 사회역학 분야에 적용하기 위해서는 완결된 해결책이 아닌 정책과정으로 이해하고 연구자가 기여할 수 있는 바를 찾아야 한다고 주장했다. 이들은 또한 정책 입안에서 정치적 역할이 중요하다는 점을 역설했다. 마지막으로 지식의 생산과 활용에서 권력관계가 작용함을 인정하고 의사결정자들의 인식에 영향을 미

치는 사회적 결정요인들을 중요하게 다루어야 함을 지적했다.

실제로 건강불평등 완화 정책과 관련된 지식전환 연구들은 암묵적으로 이러한 관점에 기초하여 진행된 것으로 보인다.

Diderichsen 등(2001, pp.13-23)은 지식전환이 건강불평등 완화에 기여할 수 있다고 주장했다. 구체적으로는 ① 사회적 계층화를 감소시키는 방식으로, ② 노출된 환경의 격차를 줄이는 방식으로, ③ 질병 감수성(susceptibility)의 차이를 줄이는 방식으로, ④ 근거를 기반으로 한 의료 서비스의 지속적 평가를 통해 질과 접근성, 이용 가능성을 개선하는 방식으로 이루어질 수 있다고 보았다.

이와 동일한 맥락에서 지식전환을 통한 정책 수립이 건강불평등 개선에 유효하다는 것에 동의하는 선행 연구들이 존재한다. 먼저 국가 간 건강불평등 문제를 해결하기 위한 방법으로 지식전환이 제기된 바 있다. Welch(2009)는 열악한 환경으로 인해 건강불평등이 심화되고 있는 국가들에서, 문제해결을 지원하는 국제 정책 수립에 지식전환이 유효할 수 있다고 주장했다. 그러면서 국제적 차원에서 지식전환 모니터링을 용이하게 진행할 수 있는 정책도구를 제시했다. McCoy 등은 구체적인 연구 자료를 통해 건강불평등 관련 사회운동을 뒷받침했던 The Global Equity Gauge Alliance(GEGA) 사례를 분석했다(McCoy et al., 2003). Curtis(2008)는 정책 수립과 실행 과정에서 근거이자 도구로써 건강영향평가(Health Impact Assessment)를 강조했다. 특히, 새롭게 생산된 지식은 지역적 맥락, 지역정책에 맞게 활용해야 한다는 점을 역설했다.

그렇다면 건강불평등과 관련한 지식전환의 유용성에 대한 연구에도 불구하고 현실에서 지식전환이 종종 실패하는 이유는 무엇일까? 이는 앞서 언급했던, 지식전환 이론의 기본 전제인 연구자와 실천가 사이의 메울 수 없는 간극에서 일부 비롯된다고 할 수 있다(Petticrew et al., 2004).

Petticrew 등은 이 지점에 주목하여, 질적 자료를 이용해 건강불평등 완화를 목표로 하는 보건 정책에서 정책결정자들이 어떤 증거자료를 선호하는지 분석했다.

그 결과, 우선 정책 결정자들은 증거 자료 자체의 질보다는 연구 결과의 비용효율적인 측면에 더 큰 관심을 기울이는 것으로 나타났다. 정책 결정자들은 해당 자료의 신빙성 보다는 경제적 측면에서 투입되는 비용 대비 얼마나 큰 효과를 낼 수 있을 것인가의 여부에 집중하였다. 둘째, 왜 어떤 연구는 정책에 활발히 활용되고 또 다른 연구는 그렇지 않은가에 대한 질문에 많은 정책 결정자들이 시기적절성(timing)을 꼽았다. 특정한 연구가 사회의 주목을 받는 것 자체뿐 아니라 정책이 얼마나 효과적으로 잘 실행되느냐 또한 시기적절성과 관련 있다. 마지막으로, 정책결정자들은 인과관계가 복잡하지 않고 명료하게 드러나는 연구 결과를 선호했다. 정책 실행자의 입장에서 볼 때, 연구 결과가 보여주는 다양한 요인들은 오히려 정책의 방향성을 모호하게 만든다. 연구자들의 연구는 정책결정자들의 시각에서 보기에 너무 모호하고 중요한 요인을 파악하기 힘들도록 설계되어 있다는 것이다. 정책결정 과정에 대한 연구자의 이해 부족, 불명확한 결론 등으로 인해 정책 결정자는 연구의 활용을 포기하게 된다.

Petticrew 등(2004)의 연구가 정책결정자의 시각에서 건강불평등 지식전환 실패 요인을 분석했다면, Campbell 등(2009)은 연구자와 정책결정자 모두를 대상으로 실제 정책에서 연구가 어느 정도나 활용되는지 그 현황과 인식에 대해 조사했다. 결론부터 말하자면, 정책결정자와 연구자의 인식에는 상당한 차이가 있었다. 대부분의 정책결정자들은 정책결정과정에서 연구가 거의 활용되지 않으며, 활용할 만한 연구에 접근하기 어렵다고 답했던 반면, 연구자들은 정반대로 답변했다. 이 같은 인식의 간극에 대해 Campbell 등(2009)은 정책 기구들의 연구 수용성과 학계

와 정책 연계 같은 구조적 장애요인을 해결하고 연구의 정책 타당성을 높여야 한다고 주장했다.

국내에서도 공중보건 정책의 현황을 분석하고, 이를 활성화하는 방안으로 연구의 생산과 활용을 강조한 사례들이 있다(예, 강영호, 2007; 강영호, 2014; 김남순 등, 2013; 박병주, 2009). 강영호(2007)는 영국의 블랙리포트(Black Report) 발간 이후에 건강불평등 연구에 관한 논쟁들을 정리한 후 한국 사회에서 건강불평등 연구가 어느 정도나 진행되었는가를 검토했다. 그는 대부분의 건강불평등 연구들이 현황 파악에 그치고 있으며 시계열 연구와 원인과 기전에 대한 연구가 부족하다고 결론을 내리면서 건강불평등 완화 정책 수립을 뒷받침할 수 있는 다양한 형태의 근거연구들이 필요하다고 역설했다. 김남순 등(2013)은 보다 구체적인 정책 실행의 맥락에서 근거중심 보건정책에 필요한 연구의 현황과 지식전환 사례 등을 분석했다. 캐나다와 영국의 공중 보건 분야에서 지식확산 활동이 활발히 이루어지고 있다는 점을 소개하면서 국내 보건정책 관련 연구 현황과 이를 비교했다. 이들은 과거에 비해서 연구 활용의 필요성에 대한 현장실천가들의 동의 수준이 높아졌지만, 여전히 국내에 보건연구에 대한 통합적 관리체계가 없음을 지적했다.

이러한 선행 연구들은 건강불평등 완화 정책의 수립과 실행을 위해 지식전환 문제가 중요하게 다루어져야 한다는 점을 보여준다. 하지만 실제로 국내 건강불평등 분야의 지식전환 프로세스에 어떤 문제들이 존재하는지, 연구자와 현장실천가, 정책결정자 등의 주요 행위자들 사이에 어떤 간극이 존재하는지를 분석하는 데에는 이르지 못하고 있다.

우리는 국내에서 건강불평등 문제가 충분히 의제화되고 정책 수립에 이르지 못하는 원인 중 한 가지가 불충분한 지식 전환에 있다는 진단하에 Straus 등(2009)의 지식전환 과정 모델에 근거하여 지식생산과 실행주기

측면을 살펴보았다. 이는 Petticrew 등(2004)이 제시한 연구자와 실천가의 ‘간극’을 중심으로 한 지식전환 실패 요인 분석, Campbell 등(2009)의 연구가 제시한 ‘인식’ 조사에서 한 걸음 더 나아간 분석으로, 지식전환의 전 과정과 체계를 분석 대상으로 삼고자 한다.

## 제2절 정책의제화 설명 모형

### 1. 정책의제와 정책의제설정

정책의제는 “정부 공무원 또는 그들과 긴밀한 관계를 맺는 외부 사람이 특정 시기에 큰 관심을 보이는 주제나 문제의 목록(Kingdon, 1984, p.3; Gill Walt, 2016, p.114 재인용)”을 의미한다. Cobb & Elder(1972)은 정치적 공동체의 구성원들이 공공의 관심을 끌 가치가 있고 정부가 합법적으로 다룰 수 있는 문제라고 동의하는 이슈를 공공 의제(public agenda) 또는 체계 의제(systematic agenda)로, 권위 있는 의사결정자가 적극적인 관심을 기울이는 이슈를 정책 의제(policy agenda) 또는 결정 의제(decision agenda)라고 규정했다(Cobb & Elder, 1972, pp.85-86; Fischer & Miller, 2006, pp.63-65 재인용).

Anderson의 정책과정 단계에 비추어 보았을 때, 정책의제설정(political agenda setting)은 ① 문제 식별과 의제 형성, ② 정책 형성, ③ 정책 채택, ④ 정책 집행, ⑤ 정책 평가라는 정책과정(policy process)의 5단계에서 좁게는 첫 번째 단계를, 넓게는 앞의 세 단계를 지칭한다(Anderson, 1975; 온라인행정학전자사전 재인용). 특정한 사회적 현상이 문제로 식별되고(problem identification) 의제로 구성(agenda

formation)되는 과정은 언제나 선별의 과정이다. 모든 사회적 현상이 문제로 여겨질 수 없으며, 또한 모든 사회적 문제가 주목을 받을 수는 없기에 무수히 많은 사안들(issues) 중 일부가 의제화에 성공한다.

좁은 의미에서 정책의제 설정은 '정부'가 사회적 문제의 해결을 위해 특정한 사안(issue)을 정책 의제로 채택하는 것을 의미한다. 반면 넓은 의미에서 정책의제 설정은 특정한 사회적 실재가 문제적인 것으로 정의(problem definition)되고, 이를 사회적, 정책적으로 해결해야 한다는 가치 판단이 이루어지는 과정을 포괄한다. 좁은 의미의 정책의제 설정이 정부가 중심이 되어 공공영역에서 이루어지는 것이라면 넓은 의미의 정책의제 설정은 사회적 공론장(public arena)에서 다양한 행위자들의 논의와 숙고를 거친다. 공론장의 여러 의제들은 각기 대중의 관심과 지지를 차지하기 위해 경쟁한다. 한 가지 현상이나 문제에 한정한다고 해도, 문제가 의제로 형성되는 과정에서 현상을 해석하는 서로 다른 프레임(framing) 사이에 경쟁이 이루어진다.

어떤 사회적 조건 또는 상황이 문제로서 인식되고, 체계 의제, 제도 의제, 더 나아가 정책 의제로 진입하는 데에는 다양한 자원이 필요하다. 문제에 대한 근거 축적, 촉발 사건(triggering event) 발생, 상징적 서사의 개발과 확산, 정책공동체 출현과 지지집단 조직화 등 일련의 과정을 통해 이전에는 당연하게 여겨지거나 보이지 않던 사회적 문제가 정치적 의제로 진입하게 된다(Fischer & Miller, 2006, p.65).

## 2. 미시 모형

### 가. Hall(1975)의 모형: 정당성, 실행 가능성, 지지

정책의제설정(political agenda setting)에 관한 Hall(1975)의 모형에

서는 정당성(legitimacy), 실행 가능성(feasibility), 지지(support)라는 세 가지 요소가 갖추어졌을 때 문제가 의제로 전환될 수 있다고 본다. 정당성은 정부가 마땅히 관심을 보여야 할 뿐 아니라 개입할 권한을 가졌다고 인식하는 것을 의미하며 실행 가능성은 정책 수단과 역량 등을 의미한다. 충분히 정당성을 확보한 의제라 하더라도 이를 실현시킬 수 있을 만한 정책 수단이 갖춰지지 않은 상황에서 이슈를 의제화하기는 어렵다. 지지는 해당 사안을 정부가 나서서 해결하는 것에 대한 지지 혹은 공적 신뢰를 의미한다(Hall et al., 1975; Gill Walt, 2016, pp.115-116 재인용).

이 모형에 기초하면, 건강불평등 의제는 정부가 마땅히 관심을 보이고 개입해야 할 만한 이슈로 인식되고 있는지, 건강불평등 해소가 현재의 제도적, 정책적 수단과 역량을 기울였을 때 해결가능한 문제인지, 건강불평등 의제에 대한 정치적 지지는 어떠한지를 파악함으로써 정책의제화의 가능성을 판단할 수 있다.

## 나. 무의사결정

무의사결정(non-decision making)은 공식적인 의사결정 공간의 정책의제설정 단계 이전부터 작동하는 권력(power)의 작동과 영향을 설명하는 이론이다. Bachrach & Baratz(1962)는 Schattschneider(1960)의 제한적 정치참여(limited political participation), 편견의 동원(mobilization of bias) 개념을 발전시켜 권력의 두 얼굴(two faces of power) 이론을 제안했다. 권력의 첫 번째 얼굴이 이미 의제화된 정책 문제와 관련된 의사결정에서 행사되는 권력을 뜻한다면 두 번째 얼굴은 갈등을 억압하고 갈등이 의사결정 영역으로 진입하는 것을 억제하는 권력을 뜻한다. 구체적으로는 ① 지배적인 사회적 가치, ② 일반적으로 받아들

여지는 게임의 규칙, ③ 기존 조직과 계층들 간에 구축되어 있는 권력 관계, ④ 강제 수단 혹은 사회 제도 등이 다원주의 분석에서는 잘 드러나지 않는 권력의 작동을 매개한다(Bachrach & Baratz, 1962, pp.947-952).

무의사결정 이론은 다원주의 관점보다 포괄적으로 정책결정 과정을 파악할 수 있게 해준다. 가시적으로 기록되는 결정과 행동뿐 아니라 무의사결정(non-decision making)과 비행동(inaction)을 연구대상에 포함시킴으로써, 정책의제화나 정책결정이 이루어지지 못한 사안의 정책과정을 설명할 수 있다. 미국의 정치학자 Crenson은 인접한 철강 도시 Gary와 East Chicago의 대기오염 규제 정책을 비교하는 사례 연구를 시행했다. 이스트시카고가 1949년 대기오염 규제 법률을 통과시킨 데 비해 개리는 14년 후에나 규제 법률을 만들 수 있었다. Crenson은 East Chicago에는 여러 개의 철강 회사가 있었지만 개리에는 하나의 회사인 유에스 스틸(US Steel)이 모든 철강 생산을 담당했고, 유에스 스틸이 강력한 경제적 지위를 가진 개리에서 정책결정자들은 이 문제를 정책 의제로 만들 엄두도 내지 못했다고 분석했다(Crenson, 1971; Gill Walt, 2016, p.124 재인용). 이와 같이 무의사결정은 가시적으로 관측 가능한 정책의제의 장에서 이루어지는 권력행사가 아니라, 의제화 이전 단계에 권력의 두 번째 얼굴이 작동함으로써 이루어진다. 위의 사례처럼 무의사결정 이론은 특정한 이념과 실천을 선택적으로 강화함으로써 일부 집단의 이해관계를 보호하게 되는 결과를 이해할 수 있게 해 준다(Richardson, 1996, p.290).

#### 다. 권력의 3차원

Steven Lukes는 『Power: A Radical View』(1974)에서 기존의 권력

이론을 검토하고, 무의사결정 이론을 발전시켜 ‘권력의 3차원(3 dimension of power)’ 개념을 제시했다.

3차원적 권력 중 첫 번째 차원은 다원주의적 권력으로, 행사된 권력에 대한 행동주의적 전통(behavioral tradition)을 따른다. 이 권력은 A가 B에 대한 권력을 행사하여 B가 (자의라면) 하지 않았을 일을 하게 만드는 힘<sup>18)</sup>이다. 이 차원은 권력과 정책 분석에서 일상적 결정보다는 특수한 갈등과 그와 수반된 의사결정에 초점에 둔다. 이러한 관점은 엘리트주의 또는 신엘리트주의자로부터 정책 과정상 드러난 내용에만 초점을 맞추는 것이라는 비판을 받는다.

두 번째 차원의 권력은 무의사결정 이론이 드러내는 권력이다. 갈등을 의제로 구성하고, 의제가 공식적인 정책의 장(場) 내로 동원되지 못하게 만드는 힘에 주목한 신엘리트주의자들은 다원주의자들의 관심보다 더 넓은 영역, 즉 정책과정 내에서 의사결정이 일어나기 이전 단계와 연결 있었다. 예컨대 B는 문제에 대한 불만을 가지고 있지만 금지, 배제, 예상되는 실패, 무력감 등 다양한 이유로 문제를 갈등으로 쟁점화하지 못한다. 비행동과 무의사결정이 일어나는 데에는 가시적으로 드러나는 힘의 열세 뿐 아니라 선택적으로 의제의 쟁점화를 억제하는 제도적 관성(institutional inertia)이나 게임의 규칙(rule of the game)과 같은 구조적 요소들이 작동한다. 관료주의적 문화와 행정규칙, 법정의 절차, 입법과 집행 절차 등 역사적으로 형성된 규칙들은 체계적으로 특정한 종류의 쟁점을 동원하기 어렵게 만드는 편향을 보인다.

세 번째 차원의 권력은 B가 자발적으로 자신의 실질적 이해에 반대되는 방향으로 행동하고, 자신의 문제를 알아차리지 못하게 만드는 힘

18) 이에 대한 로버트 달의 표현을 빌면 다음과 같음 “A는 B에게 애초에 하지 않았을 어떤 것을 할 수 있게 만들 수 있는 만큼 B에 대한 권력을 가진다(A has the power over B to the extent that he can get B to do something that B would not otherwise do)”

이다. 이는 구조주의 권력이론에서 제시하는 “권력의 내면화를 통한 주체 형성”에서 호출되는 권력에 상응하는 개념이다. 이러한 권력은 사회적 이데올로기, 정보 통제, 관습과 문화적 양식 등을 통해 작동한다. 권력의 작동을 인지하지 못하는 B는 기존의 상태를 무비판적으로 수용하며 문제를 식별하지 못하기에 가시적 갈등은 나타나지 않는다. B는 (자신이 아닌) A에게 객관적으로 유리한 실천을 자발적으로 선택하고, 그 실천의 근거가 되는 담론과 합리성을 내면화한다. 결과적으로 세 번째 차원의 권력은 문제 해결의 필요성, 가능성, 대안, 전략 형성에 영향을 미치고 대안적 실천에 대한 상상을 제한한다(Gaventa, 1980, pp.16-23; Lukes, 2004, pp.25-29).

〈표 3-2-1〉 권력의 3차원

권력의 3차원	작동 양식
첫 번째 차원 (자유주의적 관점) : 다원주의적 권력	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 행동</li> <li>• 의사결정 행위</li> <li>• 핵심 의제</li> <li>• 공공연한 관측 가능한 갈등</li> <li>• 정책선호와 정치참여를 통해 드러나는 주관적 이해관계</li> </ul>
두 번째 차원 (개량주의적 관점) : 무의사결정 이론의 권력	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 의사결정과 비결정 행위</li> <li>• 의제와 잠재적 의제</li> <li>• 공공연하거나 은밀한 관찰 가능한 갈등</li> <li>• 정책선호나 불만의 형태로 나타나는 주관적 이해관계</li> </ul>
세 번째 차원 (급진적 차원) : 이데올로기 혹은 통치성	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 의사결정 행위와 정치적 의제에 대한 통제 (반드시 결정을 통해 이루어지는 것은 아님)</li> <li>• 의제와 잠재적 의제</li> <li>• 공공연하거나 은밀한 관찰 가능한 갈등</li> <li>• 주관적 이해관계와 진정한 이해관계</li> </ul>

자료: Lukes S(2004). p.29.

### 3. 거시 모형

#### 가. 공공선택론

공공선택론(Public choice theory)은 경제학적 방법을 정치, 정부의 이론과 실제에 적용하는 것으로 정치의 경제학(the Economics of Politics)이라고 일컬어지기도 한다. 공공선택론은 시장에서 관찰되는 개인의 이익을 극대화하기 위한 합리성이 정치 영역에서도 작동하며, 관료, 정치인, 이익집단, 투표자가 각자의 상황에서 최소의 노력으로 자신의 이득을 극대화하기 위한 선택을 한다고 본다.

공공선택론에서 보자면 단일한 공익은 존재하지 않으며, 상이한 이익 사이의 경쟁은 불가피하다는 정치적 다원주의 전제 하에서 개인의 행태를 분석한다. 정치적 의사 결정은 공익의 추구가 아니라 서로 다른 이해를 가진 개인과 집단 사이의 투쟁이다. 정당이나 정부 관료들도 각자가 자신의 정치적 이익을 극대화하기 위한 합리적 선택을 한다. 이 같은 전제에 의하면 정부실패는 예상된 결과이다. 사람들은 경제적 합리성에 따라, 자신의 직접적 이해관계와 무관한 정치적 의사결정에는 관심을 가지지 않으며 이 현상을 합리적 무시(rational ignorance)라고 부른다.

결정을 통해 이익을 얻을 것으로 예상하는 소수와 이익이 분산되는 다수 사이의 갈등이 발생할 때, 소수의 영향력이 정치적 결정을 주도하게 되리라는 점은 합리적으로 추론 가능하다. 공공선택론의 관점에서 볼 때, 정치 과정의 개별적 지대 추구(rent seeking)는 이해당사자의 합리적 행동이기 때문에, 공적 목표의 달성이나 소수에 의한 착취는 정치적 경합을 통해 해결되지 않는다. 따라서 공공선택 이론가들은 합리적 이기심으로 무장한 정치적 장의 행위자들로 인한 실패를 극복하기 위해서는 정치적

의사 결정이 헌법적 규칙으로 제한되어야 한다고 주장한다(Eamonn, 2012, pp.13-15).

## 나. 권력자원이론

권력자원이론(Power Resource Theory)은 1970년대 후반~1980년대 초반 서구 산업 국가들에서 서로 다른 복지레짐이 발전하는 양상을 설명하기 위해 제안된 이론이다. 자본주의 국가에서 경제적 권력인 자본과 정치적 권력인 노동 권력이 서로 구분되며, 이들 사이의 분배 갈등과 계급 정치의 산물로 복지국가가 발전하게 되었다고 설명한다.

권력자원이론은 권력이 분산되어 있다고 보는 다원주의적 접근을 거부하며, 사회에서 가장 강력한 집단은 생산수단을 소유한 자본가 집단이라고 본다. 경제 권력과 노동 권력 사이의 균형은 유동적이고 변화할 수 있는 것으로, 분배갈등에서 가장 중요한 토대는 사회경제적 계급이다. 자본주의적 체제 안에서 자본가 계급이 우위를 차지하고 있는 것은 사실이지만, 노동 권력은 정당과 노조 결성 등 다양한 방식을 이용하여 정치권력을 확보할 수 있으며, 이러한 정치적 자원을 이용해서 어느 정도 분배적 불평등을 해소하기 위한 사회 개혁을 추진할 수 있다. 사회민주주의 정당이나 노동자 정당의 성공은 잘 조직된 노동 운동의 힘의 크기에 의해 좌우되며, 따라서 노조 조직률은 복지국가의 매우 중요한 변수이다. 개인들의 시장 지위와 무관하게 보장되는 사회적 시민권과 복지는 결국 두 권력이 유동적으로 상호작용하여 타협한 결과이다. 권력자원 이론은 노조 조직률, 좌파 정당의 의식 점유율, 단체협상 적용률 등의 변수를 이용한 다양한 실증 연구를 통해 검증되었으며, 최근에는 노동계급의 변화에 맞추어 이론적 정교화가 이루어지고 있다(O'Connor & Olsen, 1998, pp.6-7; 고세훈, 2013).

우리는 정책의제화와 관련한 설명 이론들 중에서 Lukes(1974) '권력의 3차원' 개념을 적용하여, 현재 한국 사회에서 건강불평등이 충분히 의제화되고 있지 못한 현상을 설명하고자 했다. 이는 정책의 내용 자체보다는 정책이 어떻게 의제로 부상하거나 혹은 부상하지 못하는가에 초점을 둔다는 점에서, 각 차원별 권력의 작동 양식을 분석한다는 점에서 한국 사회의 현상을 구체적으로 설명하고 드러내는 데 적합한 이론적 틀이라 할 수 있다.

제 3 장

연구 방법

제1절 자료의 수집

제2절 분석의 틀



## 제1절 자료의 수집

본 연구는 현실 상황에서 정책의제화를 촉진하거나 저해하는 사회문화적 요인들, 이에 대한 주요 행위자들의 인식과 의견을 파악하는 것을 목적으로 두고 있다. 따라서 단편적인 설문조사보다는 심층 면담 자료를 이용한 질적 연구가 적절하다고 할 수 있다.

질적 연구는 표본의 대표성보다는 참여자들의 심도 있는 내러티브(narrative)에 의의를 둔다(Padgett, 2008). 본 연구도 건강불평등 정책의제화와 관련한 행위자들의 인식과 전망에 대한 풍부한 내러티브를 수집하는 데에 중점을 두고 목적 표집(purposive sampling)을 시행하였다.

우선 정책의제화와 관련된 행위자 집단을 크게 ① 연구자(근거의 생산), ② 현장실천가(정책·사업의 실행), ③ 정책결정자(정책 의사 결정과 입안)의 세 집단으로 구분하고, 그룹별로 건강불평등 혹은 건강정책과 관련된 활동을 지속해 온 행위자들을 연구진 합의와 전문가 자문을 통해 선정했다. 조사의 편의를 위해 임의로 세 집단을 구분하기는 했지만, 면담 대상자들은 경우에 따라 세 집단에 중첩적으로 속해 있는 경우가 많았다.

선정된 대상자들에게 전화나 이메일로 연구 참여 의사를 1차 확인한 후, 직접 만나서 연구의 목적을 설명한 후 연구 참여와 대화 녹취에 대한 동의를 얻은 참여자들과 면담을 시행하였다. 면담 일정을 확정된 후에는 사전에 질문 목록을 이메일로 전송하였다. 면담에는 정책결정자 6인, 현장실천가 6인, 연구자 5인을 포함하여 총 17명이 참여했으며, 연구자 집단을 제외하고 모두 1:1 개별 면담이 이루어졌다.

정책결정자와 실무자들의 다수는 전·현직 공무원이기 때문에 기존 정책 추진 경과나 연구에 대한 비판적 견해를 공개적으로 진술하는 것은 어렵다는 연구진의 판단에 따라 이들은 모두 개별 면담을 시행하였다. 이에 비해 연구자 집단의 경우 건강형평성 학회 활동 등을 통해 이미 서로 잘 알고 있고, 현실 비판에 대한 부담이 적으면서 다양한 ‘토론’ 결과를 도출할 수 있다는 점에서 집단 면담을 시행했다.

연구 참여자에 대한 상세한 기술은 4장 1절에 제시되어 있다. 면담은 2016년 6월 29일에서 2016년 7월 25일 사이에 진행되었으며, 세 명의 연구자들이 두 명씩 팀을 이루어 주 진행자와 보조 진행자로 참여했고, 세션 당 최소 1시간에서 최대 3시간이 소요되었다.

연구진은 반구조화된 질문 가이드를 이용하여 면담을 진행했으며, 이는 ① 건강불평등 인식, ② 건강불평등 정책에 대한 인식과 의견, ③ 본인이 경험했던 건강불평등 정책·사업, ④ 건강불평등의 의제화 현황에 대한 인식, ⑤ 건강불평등 연구와 정책에 대한 제안 등을 포함하고 있다. 모든 면담은 참가자 동의하에 녹음이 이루어졌으며, 전사된 녹취록을 이용하여 분석하였다.

## 제2절 분석의 틀

### 1. 응용정책연구에서 질적 연구의 활용

전통적으로 사회정책 영역에서 응용연구(applied research)는 행정 자료를 이용한 양적 분석을 중심으로 발전했으며, 질적 연구는 본격적인 연구를 설계하기 전 단계에서 탐색적 역할이나 양적 분석의 결과를 설명하는

보완적 역할을 담당했다. 그러나 복잡한 사회 현상에 대한 개입을 뒷받침하기 위한 근거로서 질적 연구의 활용이 점차 많아지고 있다. 질적 연구가 다루고 있는 사람들의 경험, 인식, 세계관은 그 자체로 문제의 일부를 구성하기 때문에 질적 연구는 정책결정에 의해 영향을 받게 될 사람들의 경험과 세계관에 부합하는 사회적 행위에 대한 이론을 제공할 수 있다(Richie & Spencer, 2002, pp.305-307).

Richie & Lewis는 응용정책연구에서 질적 연구방법이 던지는 연구 질문을 표 3과 같이 크게 네 가지로 분류했다(Richie & Lewis, 2003, pp.27-28).

〈표 3-3-1〉 질적 연구 방법을 이용한 응용정책연구의 연구 목적

맥락적(contextual) 연구 연구 대상의 형태와 속성에 대한 탐구	진단적(diagnostic) 연구 동기, 이유, 원인을 탐구
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 사람들의 인식과 태도에는 어떤 차원들이 존재하는가?</li> <li>• 참여자들의 경험의 속성은 어떠한가?</li> <li>• 연구 집단의 필요는 무엇인가?</li> <li>• 체제 내에서 어떤 요소들이 중요하게 작동하고 있는가?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 특정한 태도나 인지의 기저를 이루는 요소는 무엇인가?</li> <li>• 어떤 행동이나 결정은 왜 이루어지거나 이루어지지 않는가?</li> <li>• 특정한 요구는 어째서 발생하는가?</li> <li>• 특정 서비스나 프로그램은 왜 사용되지 않는가?</li> </ul>
평가적(evaluative) 연구 효율성에 대한 평가	전략적(strategic) 연구 새로운 이론, 정책, 계획, 전략 개발
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 목적은 어떻게 달성되고 있는가?</li> <li>• 성공적인 프로그램/서비스의 전달은 무엇의 영향을 받는가?</li> <li>• 경험은 향후 행동에 어떤 영향을 미치는가?</li> <li>• 작동하는 체제에 대한 장애물은 무엇인가?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 요구를 충족시키기 위해서는 어떤 종류의 서비스가 필요한가?</li> <li>• 프로그램/서비스를 더 효과적으로 만들기 위해서는 어떤 종류의 수정이 필요한가?</li> <li>• 체제는 어떻게 개선될 수 있는가?</li> <li>• 새롭게 규정된 문제를 극복하기 위해서 어떤 전략이 요구되는가?</li> </ul>

자료: Richie & Lewis. p.27.

본 연구는 국내의 건강불평등 문제에 대한 주요 행위자들의 인식과 태도, 경험 (맥락적 연구), 건강불평등 의제화가 진척되지 않는 이유와 영향 요인 (진단적·평가적 연구), 향후 의제화의 전망 (전략적 연구) 등 질적 연구

구방법이 던지는 질문들에 적합한 주제를 다루고 있다.

## 2. 프레임워크 방법(Framework method)

질적 연구에서도 근거이론 방법과 같은 현상학적 연구, 참여관찰 연구, 민족지 연구 등 다양한 접근 방법이 있는데 본 연구는 프레임워크 방법을 채택하였다.

프레임워크 방법(framework method)은 1980년대 영국 National Center for Social Research의 사회정책연구자들이 질적 자료를 관리, 분석하기 위해 개발한 방법으로 테마 분석(thematic analysis) 또는 질적 내용 분석(qualitative content analysis)의 범주에 포함된다. 응용사회정책(applied social policy) 부문에서 발전한 이 방법은 사회 현상과 맥락을 이해하기 위해 연구 참여자들의 인식과 경험을 검토하는 과정에서 발전되었다. 최근 20여 년간 프레임워크 방법을 이용한 연구들이 늘어났으며, 특히 다학제 연구나 혼합방법연구(mixed-method research)에서 많이 활용되고 있다(Gale, Heath et al., 2013, pp.117-118).

프레임워크 방법은 분석 자료를 구조화하고, 체계적으로 구성된 분석틀(analytical framework) 이용하여 자료를 요약, 관리하는 것을 특징으로 한다. 실용적 관점의 응용 연구(applied research) 전통에 따라 연구 질문과 주제를 중심으로 자료를 해석한다. 이는 온전한 귀납적 접근을 옹호하는 근거이론과는 상당한 거리를 둔다. 프레임워크 방법은 이론 생성보다는 연구 질문을 중심으로 의미 있는 테마를 도출해 냄으로써 복잡한 현상에 대한 풍성한 이해와 함의를 이끌어내는 데에 초점을 둔다(Smith & Firth, 2011, p.53).

기존 이론을 가정하거나 구체적 연구 질문에 대한 확정 없이 진행되는

근거 이론(Grounded theory) 접근과 비교할 때, 프레임워크 방법은 확인하고자 하는 연구 질문이 명료하기 때문에 연구에 주어진 시간이 제한되어 있거나 연구 참여자들이 미리 정해지는 경우(예, 전문가, 정치인 등)에서 활용하기 좋다(Srivastava & Thomson, 2009, p.75). 또한 연구자들 간 합의를 통해 도출된 분석틀을 토대로 자료를 종합하기 때문에 서로 다른 관점과 전문성을 가진 다수의 연구자들이 협력하는 다학제 연구에 적합하며, 상이한 이론적·인식론적 관점을 가로지르며 이론에 대한 검증을 시도하는 데에 사용될 수 있다(Gale, Heath et al., 2013, p.119).

기존의 질적 연구 전통을 고수하는 연구자들은 이러한 실용적 접근이 연구자의 믿음, 실천, 관점의 관계를 명확하게 서술하지 않기에 연구의 일관성(consistency)을 보장할 수 없으며, 인식론적-존재론적 기반을 명확히 밝히지 않기 때문에 연구의 질을 평가할 수 없다고 비판했다(Morse, 1998; Richie & Lewis, 2003, p.2).

그러나 이 같은 비판에 대해 Richie & Lewis는 응용연구의 신뢰성과 강건함은 인식론적, 존재론적, 철학적 일관성의 고수보다는 연구 질문에 적합한 연구 방법을 선택하는 것과 더 깊은 관련이 있다고 주장한다. 더불어 이들은 실용주의적인 질적 연구의 인식론적, 존재론적 기반을 제시했다. 인터뷰와 자료 분석 과정에서 연구자들이 객관성과 중립성을 확보하고자 노력하지만 (유도하는 질문을 하지 않고, 자료에 충실한 해석을 한다는 의미에서), 참여자와 연구자 모두가 필연적으로 특정한 관점과 개인적 해석을 가지고 있다는 인식론적으로 겸허한 관점, Hammersley가 '미묘한 실재론(subtle realism)'이라고 명명한 관점을 채택한다(Hammersley, 1992; Richie & Lewis, 1993, p.21에서 재인용). 이는 사회 세계가 개별 인간의 주관적 이해와 독립적으로 존재하지만, 개별 관찰자의 해석을 통해서 접근 가능하다는 입장이다. 이런 관점에서는 관찰

자(연구 참여자)의 고유한 해석이 중요하며, 각자가 처해있는 입장에 따라 서로 다른 관점과 이해를 가지고 있음을 수용하고 관찰자들의 입장을 토대로 연구자의 해석을 이끌어내야 한다.

프레임워크 방법의 과정은 ① 익숙해지기(familiarization), ② 분석 틀(Thematic framework) 도출, ③ 색인(indexing), ④ 기입(charting), ⑤ 해석과 도시(mapping)의 다섯 단계로 도식화할 수 있다. 그러나 이는 분석 과정을 명료화하기 위한 것이지, 다섯 단계가 항상 순차적으로 진행되는 것은 아니다. 분석은 반복적이고 순환적인 과정을 거쳐 도출된 개념과 테마에 의해 분석틀을 수정하고 새로운 해석을 도출해낸다.

본 연구는 Richie & Lewis 와 동일한 존재론적, 인식론적 관점에서 프레임워크 방법을 이용해 건강불평등 정책의제화와 지식전환 현황을 살펴보았다. 질적 연구에서 가장 흔하게 쓰이는 ‘근거이론’ 접근법이 기존 이론에 대한 사전 가정이나 구체적 연구 질문을 확정하지 않은 채 진행되는 것과 달리, 우리 연구에서는 연구 질문이 명확하고 자료 분석의 개념틀(지식전환 과정 모델, 권력의 3차원 모형)을 이미 설정하고 있다는 점에서 프레임워크 방법이 가장 적합하다고 할 수 있다.

건강불평등 정책의제화와 지식전환은 일부 중첩되는 지점이 존재하지만 서로 다른 층위의 문제를 다루고 있기에 동일한 면담 자료를 토대로 두 방향의 분석을 실시하였다. 모든 녹취록에 대해 세 명의 연구자가 수집된 자료를 반복적으로 살펴보는 익숙해지기(familiarization) 단계를 거쳐 테마와 개념을 도출한 후, 연구진 회의를 통해 대상자 집단 별로 개념과 해석의 일치 여부를 확인하고 합의를 도출했다. 그리고 토론을 거쳐 지식전환과 정책의제화라는 두 가지 연구 주제에 따라 분석적 틀(analytical framework)을 도출한 후 그에 따라 코딩 자료의 색인과 기입, 해석과 도시의 과정을 거쳤다.

# 제 4 장

## 연구 결과

제1절 연구 참여자의 일반적 특성

제2절 지식전환을 둘러싼 행위자들의 견해: 수렴과 발산

제3절 건강불평등 정책의제화의 맥락과 영향 요인



# 4

## 연구 결과 <<

### 제1절 연구 참여자의 일반적 특성

연구에 참여한 17명의 일반적인 특성은 다음과 같다. 우선 성별을 살펴 보면 전체 17명 중 11명(64.7%)이 남성이었으며, 특히 정책 결정자 집단은 모두 남성이었다. 연령대의 경우 40대가 8명(47.1%)로 가장 많았으며 50대가 7명(41.2%), 30대와 60대가 각각 1명(0.1%)이었다. 직군 유형은 연구자 집단 5명(29.4%), 현장실천가 집단 6명(35.3%), 정책결정자 집단 6명(35.3%) 이었다. 연구자 집단의 경우 모두 대학 교수였으며, 현장실천가 집단의 경우 현직 보건소장 2명, 건강정책·사업과 관련된 유관 기관의 책임자 2명, 지방자치단체의 담당 공무원 (전임) 1명, 건강권 관련 시민단체 활동가 1명으로 구성되어 있다. 정책결정자의 경우 (전임) 국회의원 1명, 입법 관료 2명, 중앙 정부 관료 2명, 지방정부 관료 1명으로 구성되었다.

〈표 3-4-1〉 연구 참여자들의 일반적 특성

집단	ID	대상자		
		연령 <sup>19)</sup>	성별	직군
연구자	Research 1 (FGI 집단)	40대	남	교수
		50대	남	교수
		40대	남	교수
		40대	여	교수
	Research 2	50대	남	교수
현장실천가	Field 1	50대	여	유관기관 책임자
	Field 2	50대	여	보건소장
	Field 3	50대	남	보건소장
	Field 4	30대	여	시민단체 활동가
	Field 5	40대	여	유관기관 책임자
	Field 6	50대	여	(전) 지자체 담당 공무원

집단	ID	대상자		
		연령 <sup>19)</sup>	성별	직군
정책결정자	Policy 1	60대	남	(전) 국회의원
	Policy 2	40대	남	지방정부 관료
	Policy 3	40대	남	입법관료
	Policy 4	50대	남	중앙부처 관료
	Policy 5	40대	남	중앙부처 관료
	Policy 6	40대	남	입법관료

## 제2절 지식전환을 둘러싼 행위자들의 견해: 수렴과 발산

이러한 관점에서 볼 때 지식전환 프로세스의 구축은 비단 생산된 연구 근거들의 전달체계를 갖추는 것에만 그치지 않는다. 정책의사결정 과정에서 과학적 근거를 기반으로 한 판단을 요구하는 사회적 분위기, 정책 환경을 형성한다는 점에서도 의의가 있다.

### 1. 건강불평등 정책의제화 과정에서 지식전환의 당위성

최근 우리 사회에서는 정책의제화 과정에서 신뢰성 있는 근거를 위한 지식 생산과 지식전환의 중요성에 대한 인식이 점차 늘어나고 있다. 이는 연구 참여자들이 근거생산과 전파의 당위성에 동의하고 있다는 점에서도 찾아볼 수 있었다. “과학적인 근거에 기반을 두지 않고 정치적인 당위성만으로 정책을 만들어내기는 어렵다”는 한 현장실천가의 말에서 드러나듯, 정치적 행위인 정책의제화 과정 안에서 ‘과학적인 근거’로서의 건강 불평등 연구가 갖는 중요성은 늘어나고 있다. 이 장에서는 각 행위자들이

19) 2016년 9월 18일 기준으로 만 나이 계산.

어떠한 맥락에서 지식전환을 중요하게 여기게 되었는지를 분석하면서 지식전환이 건강불평등 정책 수립 과정에서 갖는 당위성을 고찰하고자 한다.

## 가. 근거기반정책의 필요성 및 근거개념의 이해

Oxman 등(2009, pp.3-4)은 보건정책 결정 과정에서 근거기반의 중요성을 강조했다. 이들은 정책 의사결정(policy decisions)이 객관적인 근거보다는 다양한 내외적 요인들에 의해 영향을 받을 수밖에 없다는 점을 우선 지적했다. 의사결정 과정은 기관과 이익집단의 압력, 가치관을 포함한 관념체계, 경기침체 같은 구조적인 요인들까지 다차원적 요인이 영향을 미친다는 것이다. 이러한 상황에서 연구 근거는 단지 판단을 위한 정보를 제공할 뿐 아니라 연관성과 정책의 질을 결정할 수 있는 중요한 가이드라인으로 작용할 수 있다. 여기에서는 지식전환을 논하기에 앞서 Oxman의 논의를 확장하여 정책 수립 과정에서 근거 자체가 갖는 의미에 대한 행위자들의 인식을 살펴보고자 한다. 또한 각 행위자들이 어떤 것을 “근거”로 이해하고 있는지 분석했다. 이는 정책 수립에서 어떠한 근거가 가치를 가질 것인가에 대한 함의를 준다고 할 수 있다.

근거중심정책에 대해 논의하기 위해서는 우선 근거의 정의에 대한 합의가 도출되어야 한다. 일반적으로 근거는 “결론을 지지하는 목적으로 사용되는 모든 것”이라고 할 수 있다. 그러나 보건 정책에서 근거는 “정책과 중재의 효과, 혹은 실행과 관련된 문제를 체계적으로 접근한 연구”로 그 의미를 한정하고 있다(김남순 등, 2013). 정책 수립에서 근거가 중요하게 여겨지는 이유는 민주주의 사회에서 정책 결정 과정의 각 단계마다 설득의 주체가 존재하기 때문이다. 다시 말해, 설득을 위한 기반으로서 근거의 당위성이 존재한다. 현대 민주주의 사회에서 각자 다른 이해관계를 가

진 주체들 간에 효과적인 의사결정에 이르기 위해서는 상대가 납득할 만한 근거를 제시하는 것이 중요하다. 특히 공중보건 정책의 효과성은 통제된 실험 환경 안에서 조작을 통한 가설검증의 방식으로 도출하는 것이 매우 어렵다. 또한 공중보건 정책의 실행과 결과 사이에는 오랜 시간이 소요되고, 다른 제3의 요인이 개입할 가능성 또한 증가하기 때문에 불확실성이 크다. 따라서 정책실패의 위험을 감수하고 정책을 진행하는 것에 대한 당위성이 강조된다(Victora et al., 2003).

연구 참여자들은 한국 사회에서 건강불평등 정책 수립을 위한 설득 과정에 크게 두 단계의 표적을 상정하고 있었다. 첫 번째는 민주적 의사결정 과정의 특수한 맥락으로, 대중의 공감을 얻어내는 과정에서 ‘근거’가 설득의 도구로 활용되어야 한다는 입장이다. 두 번째는 실제 정책 입안의 권한을 가진 결정자들을 설득하는 데에서 ‘근거’의 중요성을 강조하는 입장이다. 각각의 위치에서 근거는 같은 맥락으로 인식되기도 하지만 다르게 인식되기도 했다. 설득에 가장 효과적인 매체로 ‘근거’가 이용된다면 설득 단계에 따라 다른 매체가 이용될 수 있을 것이다.

첫 번째 설득의 표적은 대중이었다(글상자 나-1). 대중은 사회적 공론화를 이끌어낼 가능성을 담지한 주체로 여겨졌다. 한 참여자는 건강불평등 정책의 의제화 과정에서 근거(evidence)가 있어야만 사회적 의제화, 즉 대중의 공감을 얻어낼 수 있다고 강조했다(Policy 5). 이 참여자의 경우, 통계적 수치로 드러나는 건강격차나 차이 등을 근거로 받아들이고 있었다. 이처럼 연구 참여자들은 의제화를 위한 기본 전제가 근거의 명확성임을 반복적으로 강조하는 경향이 있었다. 근거에 기반을 둔 사회적 공론화가 이루어지면 정책결정자 집단 또는 개인은 여기에 반대하더라도 정책을 이행할 수밖에 없다는 이해는 상향식 의사결정(Bottom-up decision making)을 존중하는 민주주의 가치관에 기반하고 있는 것으로 보인다.

## 〈글상자 나-1〉 설득의 타깃: 대중

- Policy 1: 건강불평등은 이미 상당한 담론형성에 성공하고 있다고 생각하는데요, 그래서 그런데 건강불평등은 진짜 evidence가 중요하거든요. 그래서 그게 여러 가지 불평등 지표를 그림으로 보여주고 있잖아요. 나도 이제 일부 따다가 비춰 주고 하면 그건 뭐 누구든지 동의를 안 할 수 없는 거거든.
- Policy 5: 의제화가 되려고 그러면 evidence가 있어야 되죠. evidence가 축적이 되면 사회적 의제화를 시도할 수 있고요, 의제화가 되고 나면 제가 보기에 next step은 통계를 만드는 거예요. 이런 evidence들이 얼마나 이례적으로 변동되고 있느냐 매년. 연혁 적으로 더 나빠지고 있는 거냐 아니면 좋아지고 있는 거냐. 통계가 구축되기 시작하면 정책 필드는 움직이기 싫어도 움직일 수밖에 없게 돼요.

두 번째 설득의 대상은 정책 결정의 보다 현실적인 맥락을 강조한다. 바로 정책 수립을 직접적으로 결정하는 권한을 가진 주체들(예컨대 중앙 정부 또는 지방정부의 고위공무원 등)이다(글상자 나-2).

## 〈글상자 나-2〉 설득의 타깃: 정책결정자

- Field 3: 한 사업을 예를 들면, 그런 관점에서 근거가 있는 것 있잖아요. 외국에서 해 봤더니, 00라는 사업을 제가 관심을 가지게 되었고 시범사업에 참여한 이유가 근거가 확실하고, 그런 근거를 청장님한테 이야기하기도 좋고.
- Field 3: 미국에 무슨 이름은 잘 생각이 안 나는데, 노벨 경제학상을 받은 사람이 그걸 연구했어요. 연구했더니 이것의 비용이 굉장히 많이 줄더라, 사회적비용이. 그런 논문도 냈습니다. 그러니까 그런 걸 근거가 있으니까 이 아이들이, 보통 아이들한테 인풋 되는 게 초등학교 들어가면서부터 돈을 쓰잖아요. 그런데 그 전에 좀 돈을 투입하는 게 굉장한 효과가 있더라. 이 아이들이 나중에 범죄율도 떨어지고, 교도소에도 덜 가고, 사회복지시설도 덜 이용하더라. 이런 근거들이 나와 있더라고요. 그래서 저는 논문을 잠깐 봤었는데 그런 게 중요하죠. 그런 걸 구청장 일하는 사람들한테 딱 이야기해주면 그런 건지 이해를 하지요. 매일 우리끼리 앉아서 뭐 P value가 어떤 데 이러면 좋아요.

대중의 지지를 이끌어 내서 사회적 공론화가 이루어졌다 해도 결국 정책이 입안되고 실행되는지의 여부는 최종 의사결정자에 의해 확정된다. 연구 참여자들은 이들을 설득하고 움직이는 과정에서 근거가 중요한 매개로 작동할 수 있다는 점을 강조했다. 정책결정자 또한 주관적 가치판단 의해 결정하는 주체인데, 이들을 설득하는 과정에서 주관성을 배제하고 ‘객관적인’ 신뢰를 줄 수 있을 만한 구체적 근거의 제시가 힘을 발휘할 수 있다는 것이다. 흥미로운 점은 Field 3이 이야기하는 근거란 앞서 Policy 5가 제기했던 통계 수치가 아니라 해외 또는 시범사업 사례를 지칭하고 있다는 점이다. 근거의 정의 자체가 설득을 위한 논거라고 할 때, 근거 자료의 출처와 성격이 필요에 따라 달라질 수 있음을 보여준다. 통계자료를 요구하는 설득 대상에게는 통계적 수치가 ‘근거’로, 사업의 성공과 실패를 예측할 수 있을만한 구체적 모델케이스를 요구하는 대상에게는 사례를 ‘근거’로 제시하는 유동적 측면이 존재한다. 이는 정책 수립이라는 의사결정 과정에서 근거의 정의에 대한 사회적 혹은 학문적 합의보다 설득을 효과적으로 수행할 수 있는지의 여부, 즉 실용적인 목적이 더 중요하게 여겨지고 있음을 보여준다.

#### 〈글상자 나-3〉 정책결정자의 근거요구 경향 및 근거개념의 이해

- Policy 5: 모든 정책에 있어서의 건강영향평가를 의무화시키자, 하면 나오는 이야기가 ‘왜 필요한데?’, ‘효과가 있나?’, ‘증거는 어디 있어?’, ‘외국에서 하는 데는?’ 이 네 개거든요.
- Field 6: (데이터를) 많이 참고했어요. 그때 제가 직접 할 시간은 없었고, 저희 담당자가 그걸 굉장히 많이 찾아서, 데이터베이스 없이는 절대 안 되죠.

연구 참여자들이 정책 입안 과정에서 정책결정자가 먼저 ‘증거’를 요구하는 경향이 있음을 지적했다(글상자 나-3). 이로부터 근거기반 정책의 당위성에 대해 연구 참여자들뿐 아니라 설득의 대상들도 같은 관점을 공유한다고 유추할 수 있다. 특히 이 담화에서는 앞서 논의했던 근거의 두 가지 이해방식, 즉 효과성에 대한 통계와 “외국에서 하는 데는?”이라는 내용에서 알 수 있듯 구체적 실행 사례의 제공을 모두 근거로 인식하고 있음을 보여준다.

근거기반정책은 정책 수립의 과정 자체가 설득의 과정이라는 점에서 당위성을 갖는다. 보다 효과적인 설득을 위한, 그리고 보다 정확한 현실 인식을 가능하게 하는 근거는 정책 수립과 실행에 중요한 요소로 작용할 수밖에 없다. 각 행위자들은 근거를 사례로 이해하기도 하고, 통계적 수치로 이해하기도 하지만 보다 효과적인 설득을 위한 매개로서 근거를 이해하고 있다는 점 자체 또한 근거기반정책의 당위성을 뒷받침한다.

#### 나. 정책 입안 과정에서 통계자료의 설득력

앞선 논의에서 해외사례의 중요성을 언급했지만 다수의 참여자들은 근거를 통계자료로 이해하는 경향을 보였다. 이뿐만 아니라 실제로 ‘연구’ 영역에서 생산되는 많은 근거들은 실험과 관찰에 의한 통계에 기반을 둔 것이다. 그렇다면 참여자들이 통계자료를 특히 강조하는 이유는 무엇일까? 통계자료는 어떠한 측면에서 설득력을 가진 것으로 이해되는 것일까?

지식전환의 과정에서 대표적으로 생성되는 자료 중에 하나가 통계라고 할 때, 통계자료가 어떠한 사회적 설득력을 갖는지 분석함으로써, 지식전환이 정책의제화 과정에서 갖는 당위성을 확인할 수 있을 것이다.<sup>20)</sup> 연구

참여자들은 통계자료가 다음과 같은 두 가지 측면에서 사회적 설득력을 갖는다고 보았다. 첫째, 시각화에 용이하다는 점이며 둘째, ‘판단의 근거’로 이용될 수 있다는 점이다.

〈글상자 나-4〉 통계자료의 설득력: 시각화에 용이

- Field 4: 사실 통계라고 하는 것이 사람들에게 이 이슈를 한눈에 보여주기 좋잖아요. 예를 들면 사망률, 강남과 강북의 사망률 같은 걸 통계나 이런 게, 비교할 수 있는 게 나와 있으면, 사람들에게 딱 보여줄 수 있는 거잖아요. 이를테면 아, 이게 강남이, 잘 사는 사람들이 오래 산다더니 이게 진짜구나. 이런 것들의 근거로 fact를 보여주는 거니까 사실 의미가 있죠.

먼저 통계자료는 시각화에 용이하다는 장점이 있다. 수치화된 자료이기 때문에 그래프 등의 시각자료로 이용하기 쉬울 뿐 아니라 여러 수치들 간에 정량적 비교가 가능하다. 한 참여자는 비교가 가능하다는 점을 강조했다(글상자 나-4). 건강불평등이라는 개념 자체가 여러 사회집단이나 계층 간의 건강 수준의 ‘격차’이므로 격차를 보여주기 위해서는 각 집단 간의 비교가 가능해야 한다(Kawachi et al., 2002, pp.647-648). 이 지점에서 통계자료는 명확한 대비를 가능하게 하므로 상당한 설득력을 갖는다. 특정 집단이 다른 집단에 비해 건강수준의 차이가 크게 나타나는 것을 통계자료를 통해 드러내면서 이를 보완하기 위한 정책의 필요성을 대중과 정책결정자에게 호소할 수 있다. 건강불평등을 완화하는 것이 왜 필요한가에 대한 논의는 또 다른 차원의 문제이나 이 참여자는 건강불평등 문제에 대한 사회적 관심을 높이기 위해서는 격차가 명확하게 드러내

20) 물론 통계자료의 객관성과 과학성에 대한 많은 학문적인 논쟁이 있다. 그러나 본 연구는 통계자료 자체의 객관성에 중점을 두기보다 이를 이해하는 행위자들의 인식에 초점을 두고 있기 때문에 객관성에 대한 논의는 여기서 생략하고자 한다.

는 “fact”를 제시하는 것이 중요하다고 주장했다.

같은 맥락에서 통계자료는 이슈화뿐 아니라 판단의 근거로도 작용할 수 있다. 건강불평등이 존재한다는 사회적 믿음과 별개로 관련 행위자들은 구체적 정책 실행과 집행을 위해서 건강불평등이 정말로 존재하는지를 증명해야 하는 위치에 놓여 있다. 증명을 위해서는 판단 기준이 필요한데, 이 판단의 기준을 통계가 제공할 수 있는 것이다. 예컨대 ‘지역사회 건강조사’ 같은 통계자료가 생산되고 나서야 건강불평등을 추정해 볼 수 있는 판단의 근거가 생겼다는 이러한 인식을 보여준다(글상자 나-5).

〈글상자 나-5〉 통계자료의 설득력: 판단의 근거

- Field 2: 지역사회건강조사나, 옛날에는 그런 지역사회건강조사를 전국적으로 한 적이 없잖아요. 그리고 3년마다 하는 국민건강영양진단조사 같은 것도 정말 대규모, 신뢰성이 있는 자료가 나오기 시작한 이후부터가 아닐까 싶어요. 그리고 또 하나는, 근거가 생긴 거죠. 우리가 건강불평등이라든지 이런 걸 추정해볼 수 있는, 판단해볼 수 있는 자료가 생겼다는 것 하고요, 두 번째는 요즘에 양극화가 굉장히 심화되었잖아요. 그래서 양극화 내지는 이런 것들에 대한 관심이 더 커지면서, 그러면 우리가 양극화가 굉장히 심화되고 있는데 건강문제는 그러면 어떻게 되고 있을까. 이런 것들에 대한 사람들의 인식도가 굉장히 높아졌다고 해야 되나, 그런데다가 또 데이터가 있고 하니까 건강불평등문제가 이제 자꾸 많이 이슈가 되지 않나, 관심을 가지게 되지 않나.

이 장의 논지는 다양한 형태의 연구들 중 통계자료만이 건강불평등 정책의제화 과정에서 가치가 있다고 주장하려는 것이 아니다. 그보다는 건강불평등 정책 관련 행위자들이 통계자료에 부여하는 인식론적 특권을 보여준다고 할 수 있다. 이는 숫자로 요약된 통계자료가 한국 사회에서 ‘과학’으로서 갖는 권위를 보여줌과 동시에 정책 수립 과정에서 무엇보다 ‘활용이 용이한’ 근거의 유용성이 강조되는 현실을 드러낸다. 행위자들의

인식과 신념이 다시금 실재를 구성하는바, 통계자료들이 근거 중심 정책, 나아가 지식전환 과정에서 효과적으로 지식을 전파할 수 있는 중요한 매개로 작용한다는 점을 향후 정책의제화 과정에서 염두에 두어야 할 것이다.

#### 다. 정책 지속성을 위한 지식전환 프로세스 확립

공중보건정책에서 지식전환이 필요한 또 다른 이유는 지식전환 프로세스가 정책 지속성의 근간을 이루기 때문이다. Straus 등(2009, p.6)의 지식전환모형에 의하면 지식전환 프로세스는 크게 지식생산, 지식합성, 지식도구의 개발과 실행순환주기(the action cycle)로 구분된다. 두 차원은 서로 분리된 것이 아니라 상호보완적이며 계속 순환하는 체제로 연결되어있다.

한 참여자는 ① “계속 (연구를 통해) 보여줘야 된다” ② “모니터하고” ③ “계속 리포트가 되고” ④ “이런 생각들을 계속 하게 될 것 아니에요” 라고 말했는데, 이는 정확하게 지식전환의 프로세스를 나타낸다(글상자 나-6). ①은 지식생산 부분을, ②는 행동 모형에서 평가 부분을, ③은 행동 모형에서 도출된 결과를 반영한 새로운 지식의 생산을, ④는 최종적으로 이러한 프로세스가 시민들의 인식에 변화를 가져올 가능성을 의미하는 것으로 해석된다.

<글상자 나-6> 정책결정자의 근거요구 경향 및 근거개념의 이해

- Policy 2: 아주 적나라하게 학력에 따른 격차하고 소득수준에 따른 격차를 계속 보여주고 그걸 계속 모니터링하고 그게 뭔가 계속 리포트가 되고, 그런 것부터 해야 되는 것 같아요. …(중략)… 이런 생각들을 계속 하게 될 것 아니에요.

건강불평등 문제를 포함한 다수의 공중보건 정책들은 중재 시작부터 결과에 이르기까지 오랜 시간이 소요된다. 또한 무작위 임상 시험 같은 방식으로 평가를 진행하기도 어렵다(Victora et al., 2003). 그렇기 때문에 정책의 효과성을 판별하기 위해서는 장기적 관점의 접근이 필요하며, 정책 수립 과정에서부터 지속 가능성에 무게를 두어야 한다. 본 연구에 참여한 대부분의 행위자들도 정책의 지속 가능성을 강조하는 경향이 있었다(Research 2). 정책의 지속 가능성을 위해서는 구체적인 로드맵을 설정할 필요가 있는데, 바로 이 부분에 지식전환이 기여할 수 있다. 지식 탐구 과정에서 프로세스의 시작에 필요한 연구를 생산하고, 지식합성과 도구의 개발 과정에서 이를 바탕으로 한 구체적인 로드맵을 만들고 나면 이를 이용하여 체계적으로 정책이 유지될 수 있는 것이다.

## 2. 지식전환(Knowledge translation)의 걸림돌: 단계별 분석

이 장은 Straus 등(2009)의 지식전환 모형에 근거한 두 단계 중 [그림 1]에서 확인 가능한 ‘지식생산’ 영역을 다룬다. 이를 기반으로 지식탐색(Knowledge inquiry), 지식의 가공과 합성(synthesis), 지식도구(tools) 각 단계에서 건강불평등 연구가 어떠한 지점에 와 있는가를 살펴보고자 한다. 특히 각 단계에서 지식생산의 걸림돌로 작용하는 요인들에 주목할 것이다.

### 가. 지식 탐색(Knowledge inquiry): 연구의 수요 및 공급

이 장에서는 한국 사회에서 건강불평등 연구가 필요하다는 인식이 충분히 조성되어 있지 않았음을 밝히고, 왜 그러한 인식이 조성되지 않는지

에 대해 논의하고자 한다.

지식 탐색의 단계에서 개인들이 관련 연구가 필요하다고 인식하기 위해서는 문제의 심각성을 인지할 수 있는 사회적 분위기가 선행되어야 한다. 우선 각 참여자들이 건강불평등 문제를 어떻게 바라보고 있는지 묻고, 건강불평등에 대한 연구의 수요와 공급 측면에 대한 인식과 의견을 청취했다. 결론적으로, 건강불평등의 규모나 심각성에 대한 인식은 상이했는데, “건강”이라는 개념의 모호함과 중층성이 해당 연구에 대한 접근을 어렵게 만들고, 나아가 “불평등”이 갖는 부정적 이미지가 장벽으로 작용한다는 점을 공통적으로 제기했다.

연구 참여자들은 대부분 건강불평등 관련 연구에 대한 수요가 부족한 첫 번째 이유로 건강불평등이라는 개념 자체가 가진 “모호하고 어려운” 속성을 지적했다(글상자 다-1).

참여자들은 일반 시민들이나 다양한 정책 관련 행위자들에게 건강불평등 개념을 이해시키기가 쉽지 않다고 말했다. 한 참여자가 “유령”이라고 표현한 대목에서 건강불평등 개념의 모호함이 잘 드러난다(Policy 2). 불평등 개념 자체가 상대적이기 때문에 개개인들이 이를 ‘체감’하기가 쉽지 않고 결국 불평등 해결을 위한 사회적인 동의를 이끌어내기가 어렵다는 것이다. 또 다른 참여자는 형평성에 대한 학술적 논의는 오래전부터 있었지만 개념 자체가 너무 어려워서 실무 영역의 행위자들에게 이를 이해시키기 어렵다고 이야기했다(Field 1). 이는 성과주의를 강조하는 정책 문화와도 관련된다. 정책 수립 과정에서 얼마만큼의 성과를 거둘 수 있느냐가 중요한 결정 요인으로 작용하는데, 개념 자체를 이해시키기 어려워니 성과를 제시하는 것이 불가능하다는 것이다. 건강불평등/형평성 용어를 어렵다고 인식하는 바탕에는 건강불평등 문제를 야기하는 원인 자체가 복합적이라는 인식이 자리하고 있다.

## 〈글상자 다-1〉 연구 수요의 부족: 개념의 모호함 및 어려움

- Policy 1: 건강불평등을 일으키는 아웃컴의 형태, 또는 인풋의 종류 등등이 상당히 광범위하기 때문에, 건강불평등이라는 용어 자체는 정책의 명칭으로 쓰이기가 어려워요.
- Policy 2: 형평성을 체감할 수 없으니까, 절대적인 상황에서 체감하는 거지 이게 내가 작년, 재작년보다 더 나빠졌다, 좋아졌나를, 내가 위치가 어디에서 어떻게 변화했다. 그걸 확인할 수가 없으니까. 네, 이게 마치 어떻게 보면 유명하고 싸우는 것 같기도 하고 그래요…(중략)… 상대적인 개념 때문에 그런지 절대적인 순간에서는 보이지만 상대적인 변화는 가시적인 영역에 들어오지 않으니까 이걸 참 어떻게 컨트롤도 못하겠고 그런 점이 참 어려운 것 같아요.
- Policy 3: 건강이 좀 막연하잖아요. 의료불평등은 오히려 사람들은 정말 직관적으로 받아들이고 자기도 불편을 겪고 있으니까 그렇긴 한데 건강이라고 했을 때는 좀 애매하잖아요.
- Field 1: 사람들이 ‘형평성’ 이려면 어려워요. 지금 너무 어려워요. 그런데 복지도 멀하면, 사업 뭐했냐고 이려면 예산 많이 썼으면 사업 잘한 거예요. 우리는 지금 멀해가지고 (건강불평등) 사업을 했다고 나타낼지 아무도, 같이 일을 할 수가 없는 거예요.

대부분의 연구 참여자들은 건강불평등 문제가 사회구조적 원인(social determinants of health, SDOH)에서 비롯된다는 인식을 가지고 있었다(글상자 다-2). 특히 건강불평등을 근본적으로 해결하기 위해서는 소득 불평등을 개선해야 한다고 생각하는 경우가 대부분이었다. 이는 “그건 (보건) 교육 가지고 될 게 아닌 것 같아. 근본적인 문제가 해결돼야죠. 소득의 양극화 현상이 해소된다든지, 근본적인 해결은 그런 거여야 되겠죠.”라는 담화로 대표된다(Field 2). 다시 말해, 건강불평등 문제를 해결하기 위해서는 다른 층위의 문제들을 먼저 해결해야 하므로 해결이 어렵고, 개념 자체도 추상적이고 모호하다는 것이다. 실제로 많은 건강불평등 연구들은 건강의 사회적 결정 요인들을 강조해 왔다(Marmot, 2005). 이것이 학문적으로는 타당하지만, 다른 한편으로는 건강불평등 연구와 정책 수요를 가로막는 장벽으로 작용할 수 있다.

<글상자 다-2> 연구 수요의 부족: 중층적인 원인

- Policy 2: 이 건강 지표는 사망률, 사망원인, 자살률, 너무 근본적인 차원에 가 있으니까 이걸 엄두가 안 나는 정도의 상황인 거예요. 이걸 어디부터 어떻게 손을 대서 이 격차를 줄이라는 이야기야, 우리보고.
- Policy 2: 근본적인 시스템에서 이 고용문제가 안 풀리니까 소득문제로 당연히 연결이 되고, 그러니까 거기에서 여러 가지 포기현상들이 나타나고. 그게 격차를 더 키우는 근본적인 원인인데 이걸 어떻게 손을 안대면 의료를 아무리 한다고 하더라도 한계가 너무 큰 것 같고, 그런 점에서는 이게 각각 개별 개별이라고 생각하는 경향이 또 심하고. 그러니까 그냥 속편하게 있으려면 이런 건강부서들은 그건 내 책임이 아니야. 이렇게 밀면 되거든요. 내 책임이 아니야. 나보고 어쩌라고, 이렇게.
- Field 4: 풀어내기가 사실 되게 쉬운 문제는 아니예요. 왜냐하면, 저희가 보건의료단체이지만 병원에 가서 비급여 문제 해결하는 것도 너무 쉬운 문제가 아닐뿐더러, 사회경제적, 구조적인 문제들까지 문제를 해결하려면 너무나 정치적인 큰 담론의 문제까지 사실 나아가야, 빈곤을 넘어서는 문제까지 나아가야 되는 거기 때문에 사실 쉬운 주제는 아니고, 구체적으로 다가오지 않고, 구체적으로 어떤 활동을 해야 될지도 사실 쉽지는 않은 것 같아요.
- Research 1: 그런데 보건의료정책을 전공하는 사람들, 하지만 건강불평등에 대해서 큰 인식이 없는 이런 경우는 사실상은 근본적 원인들로 많이 환원시키는, 그래서 우리가 할 수 있는 게 별로 없는, 그런 인식들이 이제 상당히 강한 것 같고요, 그런 것들은 보건복지부 내에서도 정책을 펴는, 건강형평성에 대해서 별로 생각은 없지만 중요하다고 생각하는 고위의 사람들의 이야기를 들어보면 그건 사회적으로 해결해야 될 문제이지, 우리가 뭘 할 수 있느냐라는 그런 생각들이 좀 강한 것 같고요.
- Research 2: 형평개선의 정말 큰 문제는, 진짜 임팩트가 큰 문제는 측정도 잘 안되고 손대기가 진짜 어려워요. 예를 들면 비정규직 문제 이런 거잖아요. 노동문제이고, 기업의 문제이고, 그런 사회경제적인 깊은 문제이기 때문에 사실 그건 보건 분야의 행위자들이나 연구자들의 범위를 상당히 벗어나는 경향이, 그쪽에 이제 좀 탄탄하지 못하다보니까 진짜 fundamental한 건 사실 연결을 잘 못하고 있는 셈이죠. 뭐 그런 것까지 보건정책에서 의제화를 할 수는 없기도 하고.

한 참여자는 건강불평등 문제가 공론화된다고 해도, 건강불평등 개념의 모호함과 중층적 특성 때문에 특정 집단이나 개인의 책임 소재를 묻기 어렵다는 점을 지적했다(글상자 다-3). 성과내기는 힘들고, 누구의 책임

인지도 분명하지 않으니 서로 떠넘기게 되면서 건강불평등 문제를 전담하려 하지 않는다는 것이다. 또는 역으로, 소득불평등 개선에만 초점을 두면서 건강불평등에 관한 의제화 자체가 필요치 않다고 여기게 되는 측면도 있을 수 있다.

〈글상자 다-3〉 연구 수요의 부족: 중층적인 원인 - 책임의식 부재

- Research 1: 실제로 건강불평등 문제라는 것이 대단히 중요한, 다양한 사회적인 factor, 의료를 제외한, 또는 보건영역 이외에 다른 문제가 어쨌든 연결되어 있으니 그 문제를 인식하고 있다는 측면에서는 뭐 바람직한 인식일 수는 있지만, 문제는 뭐냐 하면 그렇게 함으로써 실제로 아무 일도 안한다는 거예요.

결국 건강불평등 문제에 대해 “거북하게 생각하고,” 소득불평등 문제를 우선시하게 되면서 건강불평등 해결은 부차적인 문제로 치부된다(글상자 다-4). 최종 결정권자가 건강불평등 문제에 관심이 없으니 의제화가 되지 못하고, 결국 의제화를 위한 정책연구의 수요가 부족해지는 결과가 초래되는 악순환 구조라 할 수 있다.

〈글상자 다-4〉 연구 수요의 부족: 건강불평등 문제의 주변화

- Policy 5: 그런데 문제는 이 주제를 되게 거북하게 생각해요. 쉽지 않다고요, 그러니까 스모킹 정책에 있어서만 의 equity 정책을 따로 어떻게 뺄 거냐. 아니면 nutrition 정책에 있어서의 equity 정책을 따로 어떻게 뺄 거냐. 혹은 알코올에 있어서의 equity 정책을 따로 어떻게 뺄 거냐는 부분들이 쉽게 잘 안 나온다고요. 그리고 그 각 파트의 정책 담론의 행위자들이 사실은 그다지 관심이 없죠.
- Research 1: 우리가 언론을 통해서 이러저러한 건강불평등 현상에 대한 보도를 하잖아요. 연구 결과도 내놓고 그러면 대체로 그 보도자료를 배포를 했던 기관에서 맞는 response가 있어요. 그 response들이 대체로 별로 좋은 그런 response는 아니거든요 …(중략)… 00에서 사는 것도 서러운데 왜 그런 기사로 더 힘들게 하느냐. 그

런 민원전화가 00시에 걸려오기도 하고. …(중략)… 그렇지 않아도 힘든 농촌생활에 대해서 이제 오히려 안 좋은 생각들을 가지게 만들고 그래서 오히려 그 지역을 떠나고 싶어 하는 생각이 주민들로부터 일면은 어떻게 할 거냐.

앞서 살펴본 것처럼 건강불평등 개념 자체의 어려움과 해결이 어렵다는 인식 때문에 건강불평등 문제를 거북하게 생각하는 측면도 있지만, 다른 한편으로 두 가지의 이데올로기적 억압이 문제 인식과 대응을 가로막기도 한다. 첫째, ‘불평등’ 문제 자체를 부정적으로 인식하는 보수주의 이데올로기이다. 이는 정책결정자들의 과거 경험에서 두드러졌다. 둘째, 건강관리 혹은 복지의 문제를 개인 책임으로 인식하는 신자유주의적 관념이다. 이는 시민들의 인식에 관한 담화에서 두드러지게 나타났다.

과거 냉전체제 하에서 불평등 혹은 불공평과 관련한 문제제기를 반공 이데올로기로 억압하던 기제는 건강불평등 논의에도 부정적 영향을 미쳤다. 강영호(2007)가 국내 건강불평등 연구 동향을 분석하면서 “한국 전쟁 이후 냉전 이데올로기 속에서 건강불평등 연구들이 있긴 했으나 뚜렷한 성과물을 남기지 못한 것이 사실”이라고 평가한 것도 이러한 맥락에서 이해할 수 있다. 본 연구 참여자들은 그동안 한국 사회에서 건강불평등 문제가 충분히 논의되지 못한 이유에 대해 형평성 논의를 적대적으로 인식하는 보수주의 이데올로기의 작용을 꼽았다(글상자 다-5).

건강불평등 문제에 대한 논의가 “금기시되고,” “억압되어 온 측면들이 없지 않았으며,” 심지어 이에 대해 문제를 제기하면 “빨갱이”로 공격받기까지 했다는 것은, 과거 건강불평등 문제를 국가가 해결해야 한다는 인식 자체가 지배적 질서에 반하는 위험한 이념으로 여겨졌음을 알 수 있다.

한 참여자의 담화는 그동안 한국 사회에서 건강불평등에 대한 문제제기가 정치적 선동으로 간주되기도 했음을 드러냈다(Policy 5). 정치적 선동

이란 과학적 근거를 기반을 둔 정책의제화라기보다 상대방에 대한 비이성적 공격으로 간주되는 경향이 있다는 점에서, 건강불평등 문제를 전면에 내세우는 것이 매우 어려웠다는 것이 참여자들의 공통된 지적이었다.

〈글상자 다-5〉 연구 수요의 부족: 이데올로기적 억압

- Policy 1: 전반적으로 한국 사회는 그동안의 불평등이라고 하는 용어를 쓰지 않았어요. 굉장히 오랫동안. 그리고 평등, 불평등 이런 이야기를 하면 상당히 오해받기도 쉬웠죠. …그때는 건강불평등이라는 말 자체는 없었지만, 이 불평등한 상황에 대해서 연구를 해봐야 되겠다는 생각이 없었겠어요? 그런 생각은 하지만 내가 젊었을 때는 그런 연구를 한다는 게 잘 상상이 안 됐어요.
- Policy 5: 일단 00당이 소수 정당이었고, 그 다음에 무상이라는 단어가 들어가는 것에 대해서 굉장히 사회적이거나 공산당 이미지가 강했기 때문에, 공격을 하면 빨갱이 정책이라고 공격을 하지, 구체적인 내용을 가지고 이야기하지는 않거든요.
- Research 1: 최근 한 십여 년 동안에 건강불평등에 대한 사회적 공론화가 사실상은 억압되어온 측면들이 없지 않았다고 생각이 좀 들고요. … (중략)… 보건복지부 내에서 건강불평등이라는 용어는 사실상 금기시된 용어라는 이야기를 들을 정도로 일단은 이게 연구자 개인이 뭐 사회적인 공론화를 하고 이렇게 하기에는 좀 한계들이 있어요.

건강불평등 문제가 정치적 선동으로 여겨졌던 사회적 분위기는 신자유주의적 ‘효율성’의 강조와 대조를 이룬다(글상자 다-6). 경제위기 이후 신자유주의가 지배적 이념이 되면서 복지 영역에서조차 비용 대비 최대한의 성과를 내는 효율성 목표를 강조하게 되었다(윤도현, 2003). 건강불평등 문제를 사회 전면에 드러내고 의제화한다는 것은 불평등에 대해 정부에게 책임을 묻는다는 의미가 된다. 그러나 이미 신자유주의 이데올로기를 체현한(embedded) 개인들은 정부가 건강 관련 문제에 책임을 져야 하는 것 자체에 의문을 갖는다. 건강수준은 개인의 ‘경제적 능력’에 따라 당연히 차등적으로 나타나며, 이를 인정해야 한다고 생각하게 된다. 우리

사회에서도 이는 마찬가지이다. 특히 한국 사회는 공공성이나 사회연대의 이념이 충분히 자리 잡지 못한 상황에서 신자유주의로의 이행을 경험했기 때문에 문제가 더욱 복잡해졌다(김창엽, 2006). 이는 건강불평등이 (소득을 비롯한) 사회 불평등에 기초한다는 인식과도 관련이 있다. 소득 불평등을 용인하는 신자유주의적 사회에서 건강불평등을 문제 삼는 것은 받아들여지기 어렵다.

한 참여자는 “효율성” 관련 정책에는 사람들이 많은 관심을 보이면서 불평등 관점에서 정책을 제안하면 아무도 관심을 갖지 않고 심지어 ‘자료 생산’조차 되지 않는다는 점을 지적했다(Policy 1). 효율성에 중점을 두는 우리 사회의 지배적 시각이 정책 수립, 나아가 관련 연구의 생산에까지 영향을 미치고 있음을 알 수 있다. 이러한 인식은 비단 연구 참여자들에서만 나타나는 것이 아니다. 일부 참여자들은 일반 시민들, 심지어 복지가 필요한 취약계층의 시민들도 이러한 시각을 가지고 있다고 비판했다.

<글상자 다-6> 연구 수요의 부족: 이데올로기적 억압 - 효율성과의 대조

- Policy 1: 그런 문제를 거론하고, 그런 이야기를 해도 이상하지 않은, 빨갱이로 보지는 않는 그런 분위기가 있었다는 건데요. 그렇다고 하더라도 지금 불평등을 시정해야 된다는 걸 그렇게 곱게 생각하지 않고, 우리나라의 각종 정부기구들이 불평등의 관점에서 자료 생성을 안 하죠. 예를 들어서 재경부나 이쪽에서 소득을 백분위 소득분포를 내나라. 그러면 절대로 안 내놓죠. 또는 백분위 소득 분포와 함께 조세 부담액을 내놓아라. 그러면 더더군다나 안 내놓지. 그런 거죠. 반면에 효율성 지표라고 생각되는 건 기를 쓰고 만들어 내는 거지.

한 참여자는 건강불평등과 관련한 대중매체 글을 게재한 적이 있는데, 이를 읽은 한 독자가 자신이 “하류계층”에 속한 사람인데 불평등을 드러

내는 것 자체가 자신이 사회에 낙오된 사람으로 느껴지게 만들어 기분이 나쁘다는 내용의 항의 전화를 한 적이 있다고 털어놓았다(글상자 다-7). 당시 항의자는 글의 내용이 자신의 이야기 같고 기분이 나쁘다고 표현했는데, 건강불평등 문제의 실질적 취약 집단에 속한 사람조차 이 문제를 드러내는 것에 대해 불편하게 생각할 수 있음을 보여준다. 이는 건강불평등 문제를 금기시하고 그 책임이 개인에게 있다고 여기는 인식에서 비롯된 것이다. 건강관리를 개인의 책임으로 여기는 경향은 다음과 같은 대화에서 잘 드러난다.

〈글상자 다-7〉 연구 수요의 부족: 이데올로기적 억압 - 시민들의 인식

- Research 1: 그러니까 그때 썼던 용어 하나가 있었고요, 그게 워낙에 이제 하위, 하류계층 이런 표현들이 있었던 것 같고, 그게 애당초 000 교수의 직업계층분류에 따른 용어가 사용이 됐는데 거기에 대해서 기분이 나쁘다. 그리고 사망률이 높고 이런 것들이, 어쨌든 직업을 잃고 이런 사람이 내가 거기에 해당이 되는 것 같고, 그런 사람들이 그렇게 이제 묘사가, 건강의 측면에서도 안 좋은 사람으로 묘사가 되는 것에 대해서 기분이 나쁘다.

참여자들은 시민들이 일반적으로 취약계층에 속한 사람들을 “게으르다”고 여기며, 심지어 취약계층 스스로도 “자신들이 감내해야 한다”고 생각하는 경향이 있다고 말했다(글상자 다-8). 이데올로기적 억압은 특정 계층이 타 계층을 가시적으로 억압하는 것이 아니라 사회 구성원 모두의 인식 체계 자체를 억압하는 방식으로 작동한다. 그렇기 때문에 소위 엘리트 계층이라고 할 수 있는 전문가 집단뿐 아니라 일반 시민들까지도 건강 불평등 문제에 대해 논하는 것을 금기시하게 된 것이다. 건강관리는 국가의 책임이 아니라 개인의 책임이라는 인식하에서, 건강을 잘 관리하지 못한 개인들에게 도덕적인 비난을 가하는 양상은 이데올로기적 억압에서

비롯된 결과라고 할 수 있다.

건강불평등 문제가 중요하다는 사회적 인식 자체가 부족한 상황에서 건강불평등 문제를 전면에 드러내는 연구에 대한 수요가 부족한 것은 어찌면 당연하다. 결국 지식생산 프로세스를 활성화하기 위해서는 건강불평등을 공론화할 수 있는 사회적 분위기의 형성이 선행되어야 할 것이다.

〈글상자 다-8〉 연구 수요의 부족: 이데올로기적 억압 - 시민들의 인식

- Policy 3: (건강불평등을 시민들이) 당연하게 받아들이는 것 같은데요. 건강 수준이 똑같아야 된다고 생각하는 사람은 없잖아요. 가난한 사람이 더 그렇다는 건 알고 있고, 옛날 사람들도 부자들은 똥똥하고 배가 나오고, 그런데 요새는 이제 부자들은 몸 관리 잘하고, 뭐 그런 것 다. 그냥 기본적으로 다 알고 있는 사안들이잖아요.
- Policy 3: 일단 아직까지도 우리나라에서 건강을 개인을 관리문제로 좀 보는 경향이 있고, 복지부 정책들도 그런 쪽에 초점이 맞춰져 있고.
- Field 4: 가난한 사람들에 대해서 우리 사회가 왜 이렇게 관대하지 못할까. 정말 너무나 비참하게 사는, 막 인간 이하의 삶을 사는 사람들의 이야기를 들어도 왜 자꾸 개인적인 탓을 할까. '저 사람의 잘못이야.' 라고 했을 때 이게 어떻게 오는 걸까라고 잘 따져가다 보면, 이를테면 한국은 빈곤을 이겨낸 나라거든요. 6·25가 지나고, 엄청 가난했던 나라고, IMF맞았는데도 그걸 이겨내고, 막 이런 과정의 세대들이 함께 살고 있잖아요. 그 세대들이 볼 때는 이게 그냥 게으른 사람들인 거예요.
- Field 4: 사회구조상 이렇게 된 문제인 건데 되게 개인적인 문제로 치부해버리고 이 사람들의 문제를 네가 게으르고, 네가 문제가 있는 거고, 이런 식으로 배척하면서 이 사람들을 우리 사회의 시야에서 가리는 작업들을 사회적으로 하잖아요. 이 사람들의 문제가 잘 드러나지 않는 지점이 있는 거고, 2등 국민으로서 자신들이 감내해야 된다고 또 이분들 개인들도 다 그렇게 생각하세요. 본인들도.
- Research 1: 굉장히 내 옆집의 이웃이 어떤 어려움에 처했는지 아무도 관심이 없는 분들이거든요. 저도 장애인 관련 과제를 하면서 장애인들의 면담을 죽 해봤는데 실제로 점점 더 해가 갈수록 옆집에 장애인이 살든 말든, 그 사람이 거동이 불편해서 병원에 가는지, 마는지 그런 것에 아무런 관심이 없다는 거예요. 점점 더 관심이 없어지고, 그래서 이제 본인 스스로 이웃에 대해서 아무런 기대가 없다.

지금까지 건강불평등 연구의 수요 부족 문제를 논의했다면 여기에서는 공급 문제를 이야기하고자 한다. 수요와 공급은 서로 영향을 받기 때문에 어떤 문제가 선행했다고 말하기는 어렵다. 수요 측면에서 보자면, 건강불평등 문제에 대한 부정적 인식이 공급을 저지했다고 볼 수 있고, 반대로 연구의 공급이 충분치 않아서 사람들이 이 문제를 충분히 인식하지 못하는 것일 수도 있다. 여기에서는 선후관계에 주목하기보다 수요와 공급이 상호작용하면서 충분한 연구가 생산되지 못하고 있음을 지적하고자 한다. 구체적 정책을 뒷받침할 수 있는 근거(연구)를 제공하기 위해서는 연구를 지원할 수 있는 기반이 마련되어야 한다. 그러나 한국 사회에서는 수요 부족으로 인해 건강불평등 연구에 초점을 두고 지원하는 제도적 장치가 마련되어 있지 않을 뿐 아니라, 관심을 가지는 정책결정자들이 적기 때문에 관련 예산을 확보하기도 어렵다.

이러한 상황은 앞서 논의했던 건강불평등 문제에 대한 인식 부족과 연결된다(글상자 다-9). 다시 말해, 참여자들은 수요 부족의 영향으로 공급이 부족해지는 측면을 이야기한다고 볼 수 있다. 건강불평등 정책이 지속성을 갖기 위해서는 이를 뒷받침할 수 있는 충분한 근거들이 계속해서 제공되어야 하지만, 건강불평등에 대해 관심을 갖는 사람들 자체가 적다 보니 예산지원이 충분히 되지 않는다. 게다가 성과주의를 강조하는 정부 구조 하에서는 장기적 모니터링을 필요로 하고 결과의 불확실성이 큰 건강불평등 중재 연구는 충분한 경제적 유인을 주지 못한다. 예산 부족으로 공급이 원활하게 이루어지지 못하면 지식 생산이 충분히 되지 않고, 관련 연구가 없으니 공론화가 어려워지며 설득을 위한 근거도 제시할 수 없게 된다. 연구 예산부족은 지식생산 프로세스 자체의 순환을 가로막는 장벽으로 작용한다.

<글상자 다-9> 연구 공급의 부족: 예산부족

- Policy 1: 그 보건의료 쪽으로만 하자면 이 불평등문제 이런 건 상당히 예외적인 것에 속한다고 나는 생각하는데 왜 그러냐면 연구라는 건 기본적으로 돈이 있는 곳에 연구가 있는 거잖아. 그래서 건강증진 이런 연구가 많아요. 또 건강보험 연구가 많고, 수가체계 연구도 제법 많고. 왜 그러냐 하면 지원을 많이 해주니까 그런 걸 하는데 나는 그런 연구가 균형이라고 하는 관점에서는 조금 지나치다고 오히려 나는 생각하거든요. 건강불평등 같은 건 어디에서 돈을 얻어서 하는지는 몰라도 연구비에 비하면 많이 하는 거지. 그러니까 이걸 연구를 하는 사람들의 상당한 소명의식이 있었던 거죠. 돈을 많이 줄 리가 없었거든.
- Field 1: 시장님이 분석해라 이라고 예산 처에 가면 돈이 깎인대요. 그 돈이 없어진대요. 이제 그렇게 됐고, 실제로 그게 또 뭐 문제가 있으면 원인분석은 안하더라도 그러면 이쪽에 뭐, 예산을 투입해야 되고 그런 것 한 번도 없었어요. 그동안에. 그러니까 신문에 그렇게 때리고 나면 그때 막 한 번씩 난리만 나는 거지 후속조치는 한 번도 이뤄진 적이 없었고.
- Research 2: 건강형평성 연구가 그거 자체가 지속가능하려면 끊임없이 연구비가 들어와 줘야 되요. 그건 맨손으로 연구라는 게 진행이 안 돼요 아무리 하려 그래도. 알바로 연구는 성과가 별로 안 나고, 지금 연구비가 계속 순환이 되어야 되고, 연구비가 일단 많이 늘어나면 그건 확산화되게 되어있어요. 그런데 건강형평성에 지금 투자된 연구비를 다른 분야와 비교해보면 몇 퍼센트나 되겠어요. 그게 제일 큰 이유인 것 같은데요.

근거 생산의 부족과 예산 부족의 인과관계를 이 연구에서 밝히기는 어렵지만 연구의 참여자들은 국내에서 건강불평등 연구자 집단의 규모(pool) 자체가 작은 것도 큰 문제로 인식하고 있었다(글상자 다-10).

심지어 한 참여자는 건강불평등 연구자들이 전체 보건학계에서 주류가 아니라고 평가했다(Field 5). 이는 건강불평등에 대한 사회적 인식이 미흡한 가운데, 관심 있는 연구자들이 별로 없을 것이라는 고정관념에서 비롯된 인식일 수도 있고, 실제로 연구자 집단이 작은 것일 수도 있다. 다수의 참여자들이 건강불평등 문제에 관해 충분히 목소리를 낼 만한 연

구자들이 별로 없다는 점을 중요한 문제로 지적했는데, 실제로 연구자가 부족한 것이라면 연구 생산을 할 수 있는 인력이 불충분하다는 것을 의미하며 이는 지식전환의 첫 과정에서부터 장벽으로 작용한다.

〈글상자 다-10〉 연구 공급의 부족: 연구자 수의 한계

- Policy 3: 연구자들 사이에서도 (건강불평등에 대한) 관심이 너무 적은 것 아닌가요. 하시는 분들이 별로 없잖아요.
- Policy 5
- 참여자: 닭이 먼저냐, 달걀이 먼저냐 이겠지만 사람이 너무 작죠.  
연구자: 아 폴 자체가 너무 작다?  
참여자: 지겨운 분들만 계속 보면서 정책 논의하고 있으니까. 저희가 뭐 다 합쳐봤자 연구자분들이 100분 되려나 모르겠는데요. 매일 보는 그분들하고만 일하니까. 서로 무슨 이야기하는지도 나중에 뻘해지고.
- Field 5: 아까 말씀드린 것처럼 이쪽(건강) 파트는 지금 관심 있는 분들이 그렇게 많지 않기 때문에 그 노력을 할 수 있는 역량이 그렇게 많지 않아요.
- Field 5: 건강형평성 관련 학회 교수님들은 보건소 사업에, 거기에도 이제 예방의학과 교수님들이 주로 많이 involve하시는데, 그 속에서도 메인이 아니시더라고요. 목소리를 내실 수 있는 그런 위치에 안 계셨고.

앞서 언급했듯, 건강불평등 연구의 수요와 공급 부족은 그 선후관계를 파악하기 어렵다. 한 요소가 다른 요소의 일방적 원인이라기보다 서로가 상호작용한 결과라고 볼 수 있다. 그렇기에 이 문제를 해결하기 위해서는 두 영역에 대한 개입이 동시에 이루어져야 한다. 특히 취약한 인식에서 비롯된 연구 수요의 부족을 해결하기 위해서는 근거를 기반으로 한 공론화 과정이 무엇보다 중요하다. 그리고 이 공론화를 위해서는 충분한 양과 질의 근거가 제공되어야 한다. 예컨대 이미 생산된 연구 근거들을 기반으로 대중매체 작업을 통해 공론화를 시킬 수 있을 것이다. 반면 공급 부족,

특히 연구 예산부족 문제를 해결하기 위해서는 관련 부처에 근거를 기반으로 “세일즈”하는 작업이 필요할 수도 있다. 이는 연구 참여자들 중 특히 현장실천가와 정책결정자 집단이 연구자 집단에게 요구했던 것이기도 하다. 건강불평등의 개념과 영향 요인들이 복합적인 것은 사실이나, 개념의 전파 과정에서 보다 명료한 형태로 가공하는 작업을 거친다면 사회적 인식이 쉽게 확대될 수 있을 것이다. 이데올로기적 억압의 기제는 사회구조적 수준에서 접근해야 하는 것이 사실이나 너무 큰 영역의 변화를 강조하는 것은 한 참여자의 말처럼 “결국 아무것도 하지 못하게 되는” 상황에 놓이게 만든다(글상자 다-3). 이에 대한 완전한 해결이 요원하더라도 조금이라도 사회를 변화시킬 수 있는 ‘계기’를 만들어 주는 작업이 여전히 중요하다. 뒤에서 제시할 지식의 합성, 도구화 작업을 통한 연구근거의 생산과 전파가 바로 이 계기가 될 수 있을 것이다.

#### 나. 지식의 합성 (Knowledge synthesis)

앞 장에서는 근거기반 정책을 수행할 때 필요한 기본 재료인 ‘지식으로서의 근거’를 생산하는 과정에서 나타나는 장벽들에 대해 논의했다. 이 장에서는 지식의 합성 단계에서 발견되는 한계점을 다룬다. 지식합성이란 개별 연구 결과들을 분석하고 종합하여 보다 활용이 용이한 통합된 ‘근거’로 합성하는 과정을 말한다(Tetzlaff et al., 2009, pp.15-16). 건강불평등에 대한 연구의 종류는 다양하며 연구 방법론도 각자 다르기 때문에 개별 연구 수준에서는 정책 활용이 어려울 수 있다. 이때 지식전환의 간극(know-do gap)을 메우기 위해서는 개별 연구자와는 다른 층위에서 종합적으로 여러 정보들을 판단할 수 있는 관점이 필요하다. 참여자들은 지식합성 과정이 절실하다고 느끼지만 한국 사회에서 이를 전담할

수 있는 기구가 존재하지 않는다고 지적했다.

Ellen 등(2011)은 지식전환 인프라를 “근거에 대한 접근과 보급, 교환 그리고 사용을 용이하게 하려는 보편적 건강 체계나 핵심 기관에 속한 모든 수단(instrument)”으로 정의한 바 있다. 이들은 그 수단을 다음과 같이 두 가지로 범주화하였다. ① 전자 데이터베이스, 검색엔진 같은 기술적 수단(technological instruments), ② 문서화 전문가, 역학자 같은 데이터 분석가, 지식 중개자(knowledge broker), 교육 프로그램 등을 포함하는 조직적 수단(organizational instruments)이 그것이다. 한국 사회에서 이러한 기반이 제대로 구축되었는지 확인해 볼 필요가 있다. 건강불평등에 대한 사회적 인식이 높아지고 그에 따라 많은 연구 근거들이 생산된다고 해도 그것들이 정책 수립 단계에서 근거로 적절히 활용될 수 없다면 지식전환 모형을 통한 정책의제화는 어려워질 것이다. 따라서 지식 생산의 영역에서만 아니라 지식전환 자체를 위한, 즉 지식의 전파를 위한 인프라 구축은 필수적이다. 특정 지식의 생산과 더불어 생산된 지식을 어떻게 관리하느냐는 지식전환을 결정하는 핵심 요인 중 하나이다 (Straus et al., 2009). 예를 들어 연구 근거에 대한 접근이 가능한지, 정책 실행자들이 각 근거들을 검토하고 학습할 만한 충분한 시간이 주어지는지, 정책 실행자들이 연구 근거를 이해하고 적용할 수 있는 역량을 갖추고 있는지 등이 고려될 수 있다. 지식의 이해와 관리 기술은 연구자뿐 아니라 각 단계의 실행자와 참여자 모두에게 필요한 것으로, 이와 같은 역량이 부족하면 지식전환에 실패한다. 그러나 다른 한편으로 다양한 행위자들이 모두 이러한 역량을 갖춘다는 것은 현실에서 기대하기 어렵다. 본 연구의 참여자들은 한국 사회에서 지식전환의 기반이 제대로 구축되어 있지 않다고 지적했는데, 이들이 지적한 인프라는 생산된 근거들을 통합하고 관리할 수 있는 제도 혹은 기구를 지칭한다.

건강불평등 문제가 중층적, 사회구조적 요인의 결과로 나타난 것이라면 문제의 해결을 위해서도 통합적 접근이 필요하다. 그러나 현재 정부의 정책 결정, 집행과 관련한 거버넌스 구조 자체가 분절되고 전문화되어 있어 각 부서를 서로 유기적으로 연결하여 협력하기 어려운 것이 현실이다. 한 참여자는 이러한 현실적 한계를 인정하고, 각 부처 간 협력을 강조하기보다 중간 단계(mid-range)에서 조정할 수 있는 센터를 설립하자고 제안했다(글상자 다-11). 각 부처의 이해관계와는 다소 독립된 기구가 설립되면 특정 부처의 성과에만 치중하지 않으면서 보다 균형 잡힌 형태의 통합과 협력이 가능할 것이라는 전망이다. 또한 건강불평등 증재에 집중하는 전문가를 양성함으로써 지식전환 프로세스 확립에 초점을 둔 연구와 정책개발을 진행할 수 있을 것이다.

국내에서는 시도별 건강증진사업 지원단과 보건복지부 산하의 건강증진개발원, 지방 정부 산하의 공공의료지원단 등이 이와 유사한 역할을 했거나 할 수 있는 잠재력을 가지고 있다. 예컨대 공공의료지원단은 지식생산 측면에서는 공공보건의료 인력 역량 강화 지원, 공공보건의료 혁신을 위한 종합계획 수립을 진행하며, 행동모형 측면에서는 사업 지원, 모니터링과 각 공중보건 전문기관과의 정책 네트워크 확립 등의 역할을 담당하고 있다.<sup>21)</sup> 건강증진개발원은 건강증진 이슈와 관련하여 보다 정책친화적인 연구생산을 목적으로 하는 기관이다. 건강증진과 지역보건사업에 필요한 지표를 개발하거나 통계생산, 조사 분석을 제공하는 것과 더불어 정책 수립 관련 행위자들을 위한 교육 프로그램 운영, 기술 자문 등을 전담하고 있다.<sup>22)</sup> 이렇게 중간 단계에서 근거를 관리하는 기관이 존재하느

21) 목상균(2015. 12. 16.). 부산, '공공의료지원단' 출범. 한국일보. <http://www.hankookilbo.com/v/f7eb17b32fbb411bac16aa37d2d35e1f>에서 2016. 5. 21. 인출.

22) 건강증진개발원 홈페이지 설립목적 및 연혁 참고.

[http://www.khealth.or.kr/Contents.do?cmd=\\_300A&fid=01&nid=02&mid=339](http://www.khealth.or.kr/Contents.do?cmd=_300A&fid=01&nid=02&mid=339)

냐, 역할을 충분히 하고 있느냐에 따라 정책의제화와 실행 과정에서 연구의 영향력이 달라질 수 있다.

〈글상자 다-11〉 지식전환 인프라의 취약성

- Research 2: 각 분야에 띄워 주고 알아서 하라고 그러면 될 일도 안 되고, 그걸 이제 어떤 전체 프레임 가지고 각 부분들을 영향을 주고받으면서, 각 부분이 형평, 불평등 연구전문가들 또는 이제 형평성 정책 전문가들하고, 방법론 전문가요 일종에, 하고 각 분야 전문가들이 협력을 통해서 각 분야별 형평개선을 할 수 있는 것들을 이제 개발해서 의제로, 그런데 그 mid-range 어젠다가 좋은 게 이게 정치적으로 안보이거든요. 그러고도 좀 정당성을 주장할 수가 있어요. 당장 정권을 위협하는 것처럼 안보이면서도, 또 이제 규모가 크고 작기 때문에 그렇게 엄청난 돈이 드는 것 같지는 않으면서도, 실제로는 좀 영향을 줄 수 있는 것들, 그런 것들을 많이 찾아낼 수가 있어서 그렇게 하는 것에 대해서는 이제 제 생각의 한계 내에서는 그런 게 우선 좀 광범위하게 되어야 되지 않나하는 생각이요.

그러나 이러한 기구들의 존재에도 불구하고, 연구 참여자들은 기존에 생산된 ‘연구’의 통합 관리를 담당하는 기관이 없다고 주장했다(글상자 다-12). 특히 중앙 혹은 지방 정부가 발주한 연구 용역의 경우, 연구가 종료된 후 지속적 관리가 이루어지지 않기 때문에 나중에 해당 연구 결과를 활용하는 것이 어렵다고 했다. 일반적으로 특정 연구가 구체적 정책 실행에 까지 이르기 위해서는 수많은 단계들을 거쳐야 한다. 예를 들어, 보건 체계, 보건 관련 기관, 보건 사업 실행팀뿐 아니라 개별 전문가 혹은 환자들에게까지 이를 수 있다. 정책 실행 과정의 각 단계에서 근거자료가 온전히, 그리고 활용 가능한 형태로 전달되기 위한 체계 구축 또한 지식전환의 성공을 결정하는 중요한 요인 중 하나이다(Straus et al., 2009).

한 참여자는 기존 연구에 대한 충분한 검토 없이 생산만 하는 형태의 연구용역은 큰 의미가 없다고 지적했다(Field 6). 기존 연구에서 이미 나

온 결과를 무시하거나 알지 못하는 상태에서 비슷한 종류의 연구를 반복적으로 수행하는 이유는, 연구에 대한 적절한 평가나 관련 연구를 목록화하는 관리기관이 부재하기 때문이라고 할 수 있다. 결국 효율성 관점에서 평가해도 상당히 비효율적인 연구 생산을 반복하고 있는 것이다. 연구 보고서로만 존재하고, 막상 정책에서 활용하려고 보면 자료를 찾을 수 없다는 말은 이미 생산된 연구를 활용할 수 있는 실질적 방안이 없다는 의미이다. 생산된 연구의 충분한 활용, 즉 지식전환을 위해서는 각 행위자들의 정책 실행을 연계할 중간 기관도 필요하지만 연구 근거 자체의 관리와 통합을 주도하는 인프라 확립도 중요하다고 할 수 있다. 연구 자료의 통합관리와 생산을 담당하는 전문 기관의 대표적 예로 캐나다 사례를 들 수 있다. 캐나다에서는 근거중심 보건정책을 보건정책의 우선순위에 두고 캐나다보건연구원(Canadian Institute for Health Research, 이하 CIHR)을 설립하여 지식전환에 필요한 기반을 구축해 왔다(김남순 등, 2013). CIHR은 연구합성, 지식전환 기반 구축, 지식전환 활동과 연구자의 정책 직접 개입 지원 등 다양한 방법으로 지식전환에 기여하고 있다. 특히, 연구 자료의 관리와 관련해서 CIHR은 Health System Evidence라는 보건정책 연구 온라인 데이터베이스를 자체적으로 운영하고 있다. 그뿐만 아니라 Health Evidence라는 리뷰 보고서를 제공하는 등 연구의 가공과 합성 또한 담당하고 있다. 또 다른 예로 영국을 들 수 있다. 영국의 경우 National Institute for Health and Care Excellence(이하 NICE)라는 연구합성 및 도구화 전문 기관을 설립하여 CIHR의 Health System Evidence와 유사한 Evidence Services를 운영하고 있다.<sup>23)</sup> 여기에서는 생산되는 연구 근거들을 통합하여 정책 실행과 임상 진료에

23) Evidence Services 홈페이지 참고.

<https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/evidence-services>

종합적인 가이드라인을 제시하고 있다. 한국의 경우 건강불평등 문제뿐 아니라 공중보건 영역의 연구를 통합하여 관리하고 가공하는 기관 자체가 없다. 그렇기 때문에 참여자들이 언급한 것처럼 ‘한 번 쓰이고 나면 버려지는’ 연구들만 산발적으로 쌓이게 되는 것이다.

〈글상자 다-12〉 지식전환 인프라의 취약성: 연구통합관리기관 부재

- Field 1: 구 보고서 몇 개 있었어요. 00시가 이걸 어떻게 해야 된다고 하는 이런 것들이. 그런데 그게 그냥 연구보고서로 계속 끝난 거였죠.
- Field 6: 그때 당시에 제가 만들 때는 지표를, 처음에는 다 하나씩 백 몇 가지가 나오는 거예요. 그거 다 안 된다고 해서 딱 줄인 게 그때 스무 가지인가. 그걸 해마다 우리가 여러 가지 통계가 나오잖아요. 통계를 이용해서 충분히 관리할 수 있는 지표를 개발해서 그것만 해도 충분히 관리가 된다고 했는데 그것도 아마 지금 어디 가있는지 없을 거예요. 그런 식으로 만들었던 것만이라도 잘 관리가 되어야 되는, 예를 들어 어느 지표에서, 예를 들어 금연 실천율이 떨어지고 있잖아요. 그러면 지표니까 보이니까 문제가 되고, 우리가 거기에 대한 사업을 개발하고 이렇게 되는데 실컷 개발했던 지표를 썩 다 몽개버리고, 지금 완전 도루묵으로.
- Research 1: 참여자: 역으로는 우리가 도대체 매년 복지부한테 이런저런 용역과제도 해서 주고, 이런저런 결론도 해서 악약거리고 이야기를 다 했는데, 또 똑같은 이야기를 또 해야 되느냐 그런 이야기도 좀 있긴 했었는데요.
- Research 1: 복지부 담당자가 바뀌면 기존의 보고서는 참고에 들어가고, 참여자: 그렇죠. 할 때마다. 그러니까 우리가 교육기관도 아니고 이게 뭐하는 짓이나 그런 의견도 실은 있었고.
- Research 1: 하다못해 작은 DB를 통합하고 서로 열람해보는 것마저도 잘 안 되고 있거든요. 그런데 그게 법적으로도 문제가 없고, 행정적으로 문제가 없는 게 뻔한데도 서로 열람해주지 않는 아주 그런 실무적인 선에서부터 시작해서.

기존의 건강불평등 관련 정책이 지식의 가공, 합성 단계에서 취약성을 보이는 또 다른 이유는 지식의 생산부터 연구의 적절한 활용, 실제 정책 시행까지 유기적으로 연결하는 구체적 로드맵이 부족했기 때문이다. 이 문제는 특히 연구자 집단에 속한 참여자들이 강조하는 경향이 있었다(글상자

다-13). 이들은 정책의 기획 단계에서부터 세세한 실행전략에 이르기까지 연구자들이 로드맵 기획과 제공에 참여해야 한다는 인식이 있었다.

구체적 로드맵 설정은 중재기관의 설립과 더불어 실무와 연구를 통합하는 지식전환 프로세스 확립의 중요한 요소라 할 수 있다. 앞서 “건강불평 등의 원인이 통합적이어서 누구도 책임지지 않으려 하고 결국 아무것도 해결되지 못하는” 문제를 해결하기 위해서는 로드맵의 기획부터 책임지고 정책의제화를 이끌어 갈 담당 부처나 팀의 존재가 필수적일 것이다. 이는 앞서 제기한 인프라 구축을 통해서 부분적으로 해결할 수 있을 것이다.

〈글상자 다-13〉 지식전환 인프라의 취약성: 구체적 로드맵 부재

- Research 1: 어떤 전략을 4년간 할 거냐, 계획 수립 단계에서도 포함하도록 한다는 지, 그걸 구성하기 위한 지역별 어떤 뭐 협의체를 만들든, 기구를 만들든지 그걸 거에 대해서 국가가 특별하게 어떤 로드맵이 좀 있으면 그대로 이제 실행전략이 나올 텐데 그런 부분들이, 가시적인 전략이 없기 때문에 그냥 다들 뭘 해야 될지 모르는 상황. 국가도 모르고, 그 사무관이나 과장이 뭘 해야 될지 본인들이 모르겠다.
- Research 2: 사실 그 때 시간이 충분했으면 프로그램을 뭐 열심히 찾아서 집어넣었으면 되는데, 사실은 그 2020의 목표를 개발하는 팀은 정책을 개발하는 팀이 아니기 때문에 이제 그 연구범위가 좀 벗어나더라고요. …(중략)… 이게 그렇게 간단하게 개선될 문제는 아닌 거 같다, 그래서 지표도 조금 이제 아주 평탄한 이론에 근거한 지표라기보다는 눈에 띄는 몇 가지 지표로도 있고, 목표를 세울 때도 그 목표를 어떻게 세워야 될 지를 좀 분석을 해서 이렇게 했어야 되는데, 그런 툴을 찾아서 하는 그만한 시간이 없더라고요. 그것도 별도 과제로 해서 준비를 미리 해 놔보면 할 수 있었지만, 갖다 쓸 건 없었고 사실. 그래서 그 자리에서 새로 만들어 낼 수 있는 그런 팀은 아니었던 것 같고.
- Research 2: 그때 말았던 분은 이제 그렇게 했는데 또 그런 양반들이 자꾸 바뀌잖아요. …(중략)… 2030에 굉장히 또렷하고 강하게, 명확한 로드맵을 따를 수 있도록 형평개선목표설정을 상당히 이제 이론적 기반을 갖춰서 계량적인 실증적 근거를 가지고 세우고, 그걸 어떤 단계로 어떻게 접근할 건지의 로드맵을 만들어 놔야 돼요.

지금까지 지식합성 과정에서 나타나는 문제점들을 살펴보았다. 지식합성을 가능하게 하는 인프라와 로드맵 설정은 개별 연구자의 역량으로는 감당할 수 없다. 이를 위해서는 “HP2020”처럼 건강정책의 통합적 방향성을 결정하는 수준부터 집합적 논의를 필요로 한다. 건강불평등을 야기하는 요인이 복합적이라고 할 때, 개별 요인들에 관련된 하위 정책만 내놓는 방식으로는 오히려 생산되는 근거들을 더욱 산발적으로 만들 수 있다. 이를 막기 위해서는 정부 단위의 종합계획 단계에서 건강형평성 이슈가 주요 의제로 포함되어야 하며, 이를 플랫폼으로 삼아 여러 근거들의 통합과 합성을 기반으로 하는 로드맵 설정이 가능해질 것이다. 이를 위해서는 지식을 합성하고 근거를 관리하며 로드맵을 기획할 수 있는 인프라의 구축이 선행되어야 한다.

#### 다. 지식도구(Knowledge translation tools): 요구되는 근거의 형태

이 장에서는 Straus 등(2009, p.6)의 지식전달 모형에서 실행순환주기로 넘어가기 전 지식 생산(knowledge creation)의 마지막 단계인 지식도구 생성 영역의 문제점을 논의하고자 한다. 지식 도구란 생산된 연구를 정책에 직접 활용 가능한 형태로 가공하는 단계를 말한다(Brouwers et al., 2009, pp.35-36). 지식합성이 다양한 연구를 통합하는 과정이었다면 지식도구 개발은 각 연구들이 즉각적으로 정책 수립에 적용될 수 있도록 간결화시키는 작업이라고 할 수 있다. 더 나아가서 정책을 적용할 지역 혹은 세팅의 맥락을 고려한 정책을 제시하는 단계를 말하기도 한다. 이러한 개념에 비추어 볼 때, 참여자들은 건강불평등 영역에서 지금까지 생성된 연구의 범위가 제한적이며 특히 구체적 대안이 부족하다는 점을 지적했다. 또한 지역화된 맥락의 반영이라는 지식도구 측면에서 볼 때,

현장의 필요와 특성을 반영한 연구들이 부족하다고 할 수 있다.

연구자들은 보통 ‘근거’라고 하면 학술 논문과 연구 결과 자체를 떠올린다. 그러나 지식전환 모델에서 말하는 신뢰성 있는 근거 자료란 근거 자체의 타당성에 대한 신뢰뿐 아니라 근거 자료의 활용 가능성에 대한 신뢰를 포함하는 자료를 말한다(Straus et al., 2009, pp.3-5). 앞선 참여자의 관점도 이와 유사했다(글상자 다-14). 학술논문은 “고도 아카데미 자료”이기 때문에 정책결정자나 현장실천가들이 볼 이유가 없다는 답화는, 정책 현장에서 생각하는 ‘근거’와 연구자들이 생각하는 근거가 다르다는 점을 보여준다. 이들이 생각하는 근거는 요약되어 있거나 즉각 활용할 수 있도록 가공된 형태의 근거를 지칭한다. 말하자면 건강불평등 정책 의제화의 여러 단계에서 각 행위자들마다 전제하는 근거의 형태가 다를 수 있는데, 이는 건강불평등 정책 수립을 위해 ‘어떠한 형태의 근거가 필요한가’에 대한 논의로 연결된다.

참여자들 모두가 지적했던 문제는 기존 연구들이 불평등의 기술 측면에만 제한되어 있다는 것이다. 이들이 요구하는 근거의 형태는 크게 네 가지로 분류할 수 있었다. ① 인과관계를 명확히 규명한 연구, ② 정책에 적용 가능한 통합 지표 개발, ③ 구체적 대안을 제시하는 정책 연구, ④ 추가 연구가 필요 없는 완결된 형태의 연구가 그것이다. 이 네 가지는 모두 지식도구의 단계에 해당하는 가공 과정이 반영된 연구들이라 할 수 있다. 공중보건정책 결정자들이 선호하는 근거자료의 경향을 분석한 Petticrew 등(2004, p.812)의 연구에서도, 참여자들은 인과관계가 복잡하지 않고 명료한 형태의 연구를 선호하는 경향이 있었다. 본 연구 참여자들도 Petticrew 등의 연구 결과와 유사하게 도구화된 형태의 근거에 대한 수요가 높았으며, 특히 현장실천가/정책결정자들은 상당히 구체적인 형태의 근거를 요구하는 양상을 보였다.

## 〈글상자 다-14〉 다양한 관점의 연구 부재: 근거 개념의 이해

- Policy 5: 고도 아카데미 자료잖아요. 고도 아카데미 자료는 오히려 저희가, 저희뿐만 아니라 이걸 선진국이라는 영국이나 미국도 마찬가지인데, 공무원들이 그 자료까지는 안 봐요. …(중략)… 정부의 연구과제만 하더라도 저희 복지부가 일 년에 한 500개 가까이 될 걸요. 정부의 연구과제가. 그러니까 정부의 연구과제조차 제대로 읽고 있는지도 의아스럽다고 해요. 그런데 논문은, 이게 논문 검색을 해 보면 그게 어마어마하게 나오죠.

참여자들이 요구하는 연구 근거의 첫 번째 형태는 인과관계를 보다 명료하게 설명할 수 있는가와 연관되어 있다. 참여자들은 ‘(현황이) 그렇다’는 현상 기술에 그치는 것이 아니라 현황의 이면에 내재한 원인을 분석하는 연구 형태를 요구했다(글상자 다-15).

## 〈글상자 다-15〉 다양한 관점의 연구 부재: 인과관계 규명

- Policy 4: 연구논문 쓰시는 것 보면. 그리고 그 과정도 너무 비약적이라서 그렇게 전제 자체가 우리랑 아예 다른 경우도 많고, 그러니까 전체적인 트렌드에 대해서만 이해하는 것에만 도움이 되지, 구체적으로 이래서 이렇습니다. 라고 우리가 주장할 수 있는 근거를 생산을 못해요.
- Field 1: 알 수 없죠. 지금 그런데 이걸 원인분석이라는 걸 해본 적이 사실 없어요. 이거는. 그동안에 사업을, 그때 왜 00시 계획이라는 걸 몇 번 세우라고 했잖아요. 그 때, 이천 몇 년도더라, 그 때 한 번 심혈관질환이라든지 원인을 분석했다기보다는 있는 자료를 약간 심층 분석해서 이런 것 같다, 저런 것 같다 정도는 했는데 그 이후로 후속사업이 이뤄졌다는지, 후속연구가 있었다든지 그런 정보도 없었고.
- Field 2: 우선은 연구를 좀 해야 될 것 같아요. 지금 보면 발표되어있는 게 지역간격차를 보면, 현황만 나오잖아요. 이상하게 00은 좋은데 00 쪽이 안 좋다. 지방. 그러면 그 원인이 무엇인가에 대해서 상세하게 원인분석부터 들어가야 되는데, 아직 그런 분석은, 역학조사, 그러니까 뭔가 그런 것에 대한 조사는 안 되어 있는 것 같거든요.

다음으로 요구되는 근거의 형태는 통합적으로 활용할 수 있는 건강지표의 개발이다(글상자 다-16). 특히 참여자들 중 연구자로 분류된 집단에서 ‘건강지표’라는 세부적인 연구 범주를 요구하는 경향이 있었다. 이는 뒤에 논의할 정책 대안과도 연결되는 지점이다. 실제 정책에서 사용하기 위해서는 여러 지표들이 산개한 형태가 아니라 소수의 통합 지표를 구성해야 한다는 것이다. 통합지표를 바탕으로 단순화된 논지를 전개해야 증거를 기반으로 한 설득 과정이 보다 용이해질 것이다. 동일한 지표를 바탕으로 연구를 진행한다면 지식 합성의 단계 또한 상당히 단축시킬 수도 있을 것이다.

<글상자 다-16> 다양한 관점의 연구 부재: 통합지표 개발

- Field 6: 지표관리가 제대로 잘되면 제일 기본, 우리 그렇잖아요. 1 더하기 1이 2가 되면 딱 산수의 기본이잖아요. 그거하고 마찬가지로 저는 그렇게 생각해요. 00시에 딱 맞는 정말 관리해야 될 지표를 셋업 해서 그 지표만이라도 관리를 잘할 수 있도록 사업도 개발하고.
- Research 1: 그런데 제가 보기에는 건강불평등 전체 지표가 너무 많아. 일반 사람들이 받아들이기에는 너무 복잡하고 많고, 이해하기가 어렵다는 생각을 개인적으로 가지고 있어요. 그러니까 좀 더 명확하고 단순하면서 사람들이 쉽게 이해할 수 있는 지표들이 될까.
- Research 1: 건강형평성의 격차를 정확하게 해소할 수 있는 지표를 산출한다고 하면 좀 고민들을 좀 정말로, 여러 가지 지표를 그냥 가져다 놓고 그냥 이렇게 정리하는 수준의 문제가 아니라 고민들을 할 필요가 있지 않을까.

세 번째로 요구한 근거의 형태는 정책의 실행 방안까지 제시하는 연구, 즉 정책연구이다(글상자 다-17). 구체적 정책을 제시하는 연구의 필요성에 대해서는 다수의 참여자들이 동의했다. 현장실천가/정책결정자로 분류된 참여자들뿐 아니라 연구자로 분류된 참여자들도 이와 유사한 의견

을 보였다. 건강불평등 정책의제화와 관련된 행위자들이 지식의 도구화 과정을 보다 명시적으로 요구하고 있음을 알 수 있다. 그리고 도구화 과정의 책임이 연구자에게 있음을 지적하고 있다.

참여자들이 구체적 맥락의 정책 제안이 필요하다고 이야기하기는 하지만 무엇을 ‘정책적’ 제안이라고 생각하는지에 대해서는 의견 차이를 보였다. 행동강령을 요구하는 의견에서부터 정책 자체를 분석한 연구까지 사실상 구체성을 논의하는 수준 자체도 참여자마다 다르다고 할 수 있다. 그럼에도 불구하고 ‘현장실천가들이 이해 가능한 수준으로 끌어내린’ 정책연구가 필요하다고 주장한다는 점에서 여전히 공통점은 존재한다. “그야말로 연구 자료라서”라는 대답의 이면에는 실행 단계에서 활용할 수 있는 연구들이 여전히 부족하다는 의미를 함축한다(Policy 3).

#### 〈글상자 다-17〉 다양한 관점의 연구 부재: 정책적인 대안

- Policy 3: 일단 자료를 만들기가 어려워요. 그게 기본적으로 저희가 이슈화를 시키려면 자료가 어느 쪽에서든 나와야 하는데, 자료가 나오기가 힘들고, 그 다음에 이제 000(연구기관) 같은 데나 이런 데서 종종 나오기는 하지만 그건 그냥말로 연구 자료라서.
- Field 3: 보건소장도 마찬가지로겠지만 위에 정치하는 분들한테 소통의 기술이 좀 부족한 게 아닌가. 그걸 이슈화 시킬 만 한, 그 사람들을 설득 할, 정책결정권자들의 수준에 맞는 언어, 그분들의 그런 것들하고 좀 어긋장 나는 게 아닌가. 학자 분들은 이야기를 많이 하시는데 정말 건강형평에 대한 자료는 엄청나게 많이 늘었잖아요. 그런데 So what. 그래서 어쩌라고. 그래서 뭘 해야 되는 가겠지.
- Field 5: 복지부 공무원들은 본인이 말을 꺼낸 이상 제도화시켜야 된다는 그런 게 있어요. 그런데 교수님들은 편하게 이야기 다 하시잖아요. 외국의 사례도 이야기하시고 왜 안하냐고 막 다그치기도 하시고 그런데 그런 게 불편한 거죠. …(중략)… 이게 이제 정책과 떨어져서는 비판이, 정책과 떨어진 비판은 공허하다는 것.
- Research 1: 실태에 대한 연구는 상당히 많은 것 같아요. 그게 어떤 중재를 통해서 그게 줄어드느냐는 중재연구는 별로 또 없죠.
- Research 2: 그런데 사실 그 형평성 관련 연구는 굉장히 많이 했었는데, 형평성 학

회에서 여러 가지 좀, 그렇게 정책에 직접 연결되는 게 상대적으로 좀 적고, 형평의 현황을 주로 분석하고 제시하는 형평문제가 불평등이 이 정도로 크다. 불평등을 기술하는 것에 대부분 집중을 했던 것 같아요.

- Research 2: 정책실무자들은 아이 뭐 개선되면 좋지. 그런 거지. 왜냐하면 큰 목표는, 그리고 누구나 도의적으로 당연히 좋다고 생각하잖아요. 그런데 그 사람들이 좀 갈등을 일으킬 만큼도 지금 안 돼 있다고 보는데 그게 이제 진짜 이렇게 싸움이 일어나려면 정책대안들이 짝 제공이 되어야 돼요. 그래서 이런, 이런 대안이 있고, 이런 쪽으로 가면 형평개선이 그만큼 되지만 지금 어떤 걸 뚫고 나가야 되는지 그런 정책옵션들이 쪽 나와 있어야 되는데 그거 자체가 아직 안 나와 있고, 충분치 않기 때문에 고민하고 말고 할 게 없어요.

마지막으로 흥미로운 점은 정책 실행자들의 경우 ‘완결성 있는’ 연구를 강력하게 요구하는 경향이 있었다는 점이다(글상자 다-18). 특정 주제를 다루는 개별 연구들, 특히 인구집단을 대상으로 하는 보건학 연구들은 현실에서 모든 혼란 요인이나 영향 요인들을 고려할 수 없기 때문에 방법론적 한계를 지닐 수밖에 없다. 이를 인지하고 있는 연구자들은 보통 논문의 말미에 본 연구가 갖는 한계점과 추가 연구의 필요성을 명시한다. 그러나 정책결정자들은 결론에서 ‘한계’가 언급되어 있으면 근거로서의 설득력이 떨어진다고 인식하고 있었다. 정책을 의제화하기 위해서는 반대자들을 설득할 수 있을 만한 강력한 증거가 필요한데, 스스로 한계가 있다고 명시한 연구들은 근거로서 신뢰를 주기 어려우며 정책 제안자 스스로도 확신을 가질 수 없게 만든다는 것이다.

현재 건강불평등을 주제로 하는 많은 연구들이 구체성이 불충분하다는 점에 대해 대부분의 참여자들이 동의했다. 문제의 다양한 측면을 다루는 연구가 부족하다는 것은 도구화할 재료 자체가 부족하다는 의미이기도 하지만, 가공된 결과로서의 근거가 부족하다는 의미이기도 하다. 이는 앞서 논의했던 지식전환 전담기구의 부재, 건강불평등 연구의 중요성에 대

한 인식 부족 등이 복합적으로 작용한 결과일 수 있다.

〈글상자 다-18〉 다양한 관점의 연구 부재: 완결된 형태

- Policy 3: 데이터가 너무 방대한 것. 분석이 너무 여러 갈래로 뻗치는 것. 그 다음에 요새 논문들 특징이 그런지 몰라도 어쨌든 보고서 쓸 때 마다 이게 이리이러한 한계가 있고, 이리이러한 관점에서 볼 수도 있고, 추가연구가 필요하고 그렇게 나오면 정책 담당자들은 손대기 힘들어요. 국회에서는, 이게 완결된 게 아니구나.
- Policy 4: 연구자들이랑 이야기를 해서 제가 100퍼센트 만족했던 적은 한 번도 없어요. …(중략)… 내가 이야기하고 싶은 거에 대해서 이렇게 생각할 수밖에 없는 근거나 이런 부분들을 좀 제시를 해주기를 바라는데, 그런 부분에서 제가 만족스럽게 받아본 적은 거의 없던 거 같아요. …(중략)… 구체성이 떨어져요. …(중략)… 나로 하여금 또 다른 연구를 하라는 형태로 결론이 나는 게 많아요.

기존의 많은 지식전환 연구들은 정책 실행자와 연구자를 이분법적 시각에서 구별하는 경향이 있다. 이는 지식(knowledge)과 실행(practice)이 분석적으로도 경험적으로도 분리되어 있다는 인식이 전제되어 있기 때문이다(Greenhalgh & Wieringa, 2011, pp.502-503). 그러나 실제 정책 현장에서는 두 부분이 분리되어 있다고 보기 어렵다. 공중보건 영역에서는 조작적 형태의 통제된 시험이 아니라 실제 현실에서 적용되는 정책적 판단과 연계된 연구가 많기 때문에 지식의 생산 자체도 실행과 연계되어 있다고 할 수 있다(ibid.: 205). 그러나 여전히 지식과 실행을 분리하는 인식으로 인해 전문가 집단이 현장에서 분리되어 타 부문을 배제하는 경우가 생길 수 있다. 본 연구의 참여자 다수가 현재 건강불평등을 연구하는 연구자들에게 현장 경험이 부족하다고 지적했다(글상자 다-19). 그래서 현실의 맥락(local context)을 고려하지 못한 그러한 연구는 실행 과정에서 활용도가 떨어진다는 것이다.

이러한 견해는 현장실천가 집단에서 두드러지게 나타났다. 이는 현장 실천가들이 정책 실행의 현장과 직접 연관되어 있기 때문인 것으로 보인다. 지식전환 프로세스에서 지식의 생산만으로는 충분치 않으며, 현장의 수요를 반영하여 맥락에 맞게 가공한 형태의 지식을 생산해야 효과적 전환이 이루어질 수 있다는 점을 보여준다.

〈글상자 다-19〉 현장수요반영 연구 부족: 연구자의 현장이슈 경험 요구

- Policy 6: 현장에서 느끼게 됐을 경우에 느끼는 박탈감, 소외감이나 차별의식. 이런 것들. 이런 것들이 다 이제 이걸 건강불평등이라고 추상적으로 이야기할 때는 사실 막연한 것처럼 들려지지만 하나하나를 쪼개서 이야기하게 되면 모두가 대부분 느꼈던 불편함이거나 모두가 공감할 수 있는 의제들이 되는 거죠. 그래서 저는 오히려 불평등 문제를 너무 추상적인 의제로 끌고 갈 문제가 아니라 뭐랄까 단계별로 가더라도 좀 더 세밀하고 구체적인, 실제로 국민들이 피부로 느끼는 불편사항이나 불공평의 사례중심으로 접근하면서 의제를 끌고 가는 것이 훨씬 더 탄력을 받지 않을까 이런 생각을 갖고 있어요.
- Field 3: 저는 그러니까 그런 것 연구하는 분들이 좀 필드에 관심을 가져야 된다고 생각해요. 여기는 잘 모르고 맨날 외국 거나 논문이나 이런 것 이야기하면, 그건 뭐 누구나 다 찾아보면 알 수 있는 이야기하잖아요. 그러니까 실제적으로 현장에서 이런 상황을 알고, 여러 재정상황, 이런 걸 알고 할 수 있는 일이 뭘까를 고민해서 같이 고민해줬으면 좋겠어요.
- Field 4: 현장에 왔으면 좋겠다는 거고, 제가 의료급여를 하면서 000(연구기관)이나 이런데 불만이 뭐냐면, 000에 아는 선생님들 많지만 어쨌든, 우리나라가 사실 패널의 나라이긴 한 것 같아요. 데이터만 보시더라고요. 데이터만 많이 봐요. 연구하시는 분들이 데이터만 많이 보고, 현장에서 이분들이 어떤 문제들을 겪고 있는지 현실적인 문제는 잘 안보는 거죠.

현장 수요와는 조금 다른 맥락에서 연구자들 스스로도 현장 경험이 중요성을 제기했다(글상자 다-20). 앞서 현장실천가들이 말하는 현장 경험이란 지역에서 일어나는 보다 세부적인 이슈와 맥락을 고려한 연구가 필

요하다는 의미였다면, 연구자들은 다른 부문의 연구자들 또는 현장실천가들과의 협업 과정에서 발생할 수 있는 갈등의 경험을 강조하는 경향이 있었다.

〈글상자 다-20〉 현장수요반영 연구 부족: 연구자의 협업 경험 요구

- Research 1: 건강불평등과 관련해서 보건과 관련된 어느 데에서 (다분야 협력을) 뭘 제대로 해본 적이 없어요. 그러니까 이게 이제 당위를 계속 이야기를 하는 건데, 실제로 실무자의 입장에서 왜 그걸 해야 되는지에 대해서 정책적인 경험, 정치적 경험 이런 것들이 별로 없는 거죠. 그 필요성 자체가 다분히 개념적이거나 당위적이거나 그렇게 가있지, 그게 실제로 경험으로서 왜 내가 이렇게 콜라보레이션을 하면서 하는 것이 필요한지 그게 안 가있습니다.

지금까지 지식의 도구화 단계에서 나타나는 장애요소에 관해 살펴보았다. 많은 참여자들이 지식의 도구화 과정에서 연구자의 역할이 중요하다고 주장했다. 현장실천가와 정책결정자들은 보다 구체적인 근거, 정책 입안 과정에서 설득의 자료로 쓰일 수 있도록 명료하고 간소화된 근거를 요구하는 경향을 보였다. 하지만 연구의 도구화 과정을 위해서는 연구 내용을 종합적으로 판단할 수 있는 능력이 필요할 뿐 아니라 정책 결정 과정에 대해서도 명확한 이해가 요구된다. 장기적 관점에서 보자면, 이처럼 고도화된 업무에는 보다 특화된 중간 단계의 중재 전문가들을 별도로 양성하는 것이 필요해 보인다. 그러나 국내에서 중재 전문가들을 양성하는 것이 당장 어려운 일이라면, 앞서 현장실천가들이 지적했던 대로 정책·사업 현장과 연구 영역 간의 활발한 교류가 보다 현실적인 대안이 될 수 있을 것이다. 예를 들어 현장실천가들이 학술대회에서 자신들의 경험을 발표하거나 연구자들이 실무 현장을 직접 방문하고 토론회와 간담회 참여

등을 진행하는 것이 하나의 사례이다. 이를 통해 문제의 완전한 해결에 이르지 못하는 못하겠지만, 최소한 어떠한 수준과 종류의 근거가 필요하며 현장에서 요구되는지 합의에 이를 수 있을 것이다.

### 라. 실행의 순환 주기(The knowledge to action cycle): 지식적용과 활용 측면

지금까지 한국 사회에서 실제 활용 가능한 형태의 건강불평등 연구들이 생산되는 것을 가로막는 요인들을 분석했다. 그러나 아무리 적절한 형태로 가공된 지식이 산출된다 하더라도 이를 적절하게 사용할 수 있는 기반이 현장에 충분히 갖추어져 있지 않다면 지식전환 프로세스는 구축될 수 없다. 이 장에서는 건강불평등 관련 지식의 적용과 활용이 이루어지는 현장(field)에서 지식전환을 가로막는 요인을 분석하고자 한다.

현장에서 연구의 내용을 적용하려면 현장실천가 혹은 정책결정자가 해당 연구를 충분히 이해할 수 있는 역량을 갖추거나 전문적 연구자가 아닌 사람들도 이해할 수 있도록 연구 내용을 쉽게 가공하는 작업이 필요하다. 이 작업이 앞서 언급했던 지식의 도구화라고 할 수 있다. 그러나 현재 건강불평등 이슈와 관련하여 활동하는 현장실천가/정책결정자들은 정책 수립에 기반이 될 지식정보에 접근하는 것에 어려움을 겪고 있다고 응답했다. 심지어 연구 자체의 현황에 대해서도 상당히 상반된 인식을 가지고 있을 만큼 현황 파악 자체에 어려움을 겪고 있었다. 그렇다면 충분한 연구 근거들이 주어지고 연구의 존재에 대해 현장실천가와 정책결정자들이 제대로 인식하기만 한다면 문제가 해결될 것인가? 참여자들은 아니라고 답했다. 이들은 현재 생산되는 연구들이 충분히 활용 가능한 형태로 가공되지 않았으며, 원자료는 너무 전문적이라서 현장실천가들 선에서 이해

하기가 어렵다고 했다.

아래의 표는 현재 국내외 사례를 포함하여 건강불평등 정책 수립을 위한 근거가 충분히 생산되고 있는지를 묻는 질문에 대한 현장실천가와 정책결정자들의 답변을 일부 발췌한 것이다. 상당히 상반된 방식으로 현황을 인식하고 있음을 알 수 있다.

〈표 3-4-2〉 건강불평등 연구 현황에 대한 인식

건강불평등 연구 현황에 대한 인식	
기존의 연구근거가 불충분	기존의 연구 근거가 충분
Policy 2	Policy 3
“건강 형평성에 대한 연구는 별로 없어요. 여기서 나온 건 별로 없고, 차라리 WHO나 이쪽에 좀 자료가 있지, 이렇게 구체적으로 나온 자료는 내가 많이 보지를 못했어요.”	“뭘 많이 있죠. 반복되는 이야기지만 지역하고 성별은 참 많고, 학력하고 소득은 좀 적고. 네. 그게 더 많이 더 많이 보였으면 좋겠어요. 그게 간간히 나오잖아요. 간간히.”
Policy 5	Policy 6
“건강불평등 문제가 별로 안 다루져요. 많이 심도 있게 학회에서 연구도 많이 안 된 것 같고요.”	“네. 실증적인 데이터들도 이미 많이 존재하는 거고, 정책추진과정에서도 이미 많이 확인된 바 있고.”
Field 4	Field 3
“저는, 제가 예전에 이제 뭐 저도 빈곤 쪽 하나까 사람들이 이제 뭐 강의 같은 걸 들 어와서 자료를 만들다보면, 통계가 별로 또 없더라고요.”	“굉장히 많지 않나요? 나는 잘 모르겠지만, 2007년 이후에 무지무지 많은 자료들이 있는 걸로 알고 있는데.”
Field 2	Field 5
“없는 것 같은데요. 이 연구가 제가 볼 때는 상당히 처음이었을 것 같고요, 그리고 아마 연구하시는 분들, 건강불평등에 대해서 연구하시는 분들이 조금씩 계신 것 같고, 그분들이 논문을 좀 내시는 것 같고요.”	“건강불평등 관련한 연구는 (많아서) 소화불량에 걸리겠다는 생각이 들어요. …(중략)… 정책연구로써 해야 될 시기가 오긴 했잖아요.”

주: 건강불평등 연구의 현황에 관해 제시된 의견 중 명확하게 근거의 (불)충분 여부를 명시한 답변만 요약하여 삽입.

심지어 같은 집단에 소속된 행위자들 사이에서도 연구 현황에 대한 인식은 상이했다. 연구가 “없는 것 같다”는 주장에서부터 “무지무지 많은 자료들이 있다”는 반응에 이르기까지 인식의 범위가 다양하다는 점이 흥미롭다. 이처럼 인식이 상이한 이유는 단순히 현장실천가/정책결정자들이 연구에 대한 이해가 부족하기 때문만은 아닐 것이다. 그보다는 생산되는 연구의 절대적인 양에 관계없이, 연구를 현장으로 내려 보낼 수 있는 시스템의 부재 때문이라 할 수 있다. 생산되는 근거들에 즉각 접근할 수 있게 해 주는 시스템이 구축되어 있지 않기 때문에 연구자가 아닌 다른 영역의 행위자들은 연구의 현황 자체를 정확하게 인식하기 어려운 것이다. 다시 말해, 이처럼 연구의 현황파악에서부터 인식의 차이가 발생하는 이유는 한국에서, 특히 건강불평등 이슈와 관련된 정보의 접근성이 떨어지기 때문이라고 할 수 있다.

실무진들이 연구의 활용과 관련하여 겪는 또 다른 어려움은 가공되지 않은 학술논문을 해석하는 과정에서 발생한다. 대부분의 공중보건정책 관련 학술논문들에서 제시되는 근거가 통계지표이기 때문에 통계산출 방법이나 원자료(raw data)의 해석을 위해서는 통계에 관한 전문적인 지식이 필요하다. 그러나 대부분의 현장실천가들이 단순히 논문을 보는 것만으로는 해당 통계지표가 갖는 사회적 함의를 정확히 파악하기 어려움을 지적했다(글상자 다-21). 이 ‘해석의 어려움’은 본 연구 참여자들이 스스로의 수준에서 해석이 어렵다고 말하는 측면뿐 아니라 통계자료를 기반으로 상부를 설득하는 과정에서 상대방이 자료를 이해하지 못하여 설득에 실패하는 측면을 포함했다. 특히 두 번째 측면은 근거지식을 이용한 정책의 의제화를 막는 보다 직접적인 장벽으로 해석될 수 있다.

## 〈글상자 다-21〉 정보 접근성의 문제: 연구 해석의 어려움

- Field 1: 다른 부분은 이렇게 비슷하대요. 뭔가가, 돌아가는 게. 복지도 그렇고 일반 행정도 비슷하게 돌아가는 부분이 있대요. 그런데 건강은 굉장히 전문분야래요 이게. 국장님이 와보면 행정하시는 분들이 오면 용어부터도 너무 다른 거예요. 이게 막 지표에서도 어떤 건 %인데 어떤 거는 백, 천 명당 나온 것도 있고, 뭐 '왜 어떤 건 퍼센트인데 어떤 건 왜 명으로 나오냐.' 하고 국장들이 모르니까 막, 모르는데 누가 그걸 관여하려고 하겠어요. 그런데 뭐 우리 국장은 몰라도 끝까지 알고 노력하고 있지만 그래도 골치아파죽겠다고 막 이러는데. 조금 다른가 봐요. 다른 분야들하고.
- Field 3: 항상 제가 이야기하는데 00시에서 무슨 심포지엄이나 이런 것 조금 재미있는 것 하면 구청장들이 왔으면 좋겠는데, 구청장들이 안와요. 그러니까 그런 기회가 되면 조금 더 낫지 않을까. 그리고 소통의 수준이 좀 비슷하려면 서로 그런 용어도 알고 그래야 되잖아요. 그러니까 그걸 더 힘든 거죠. 저분은 모르는데 나는 여기에서 건강형평을 이야기하려니까 잘 모르는. 그걸 가져다가 쉽게 이야기하려니까 잘 안 되는 거죠.
- Field 4: 이제 확 근거를 보여주니까 사람들이 이게 이제 그냥 "뭐 그렇겠지,"라고 하는 것들을 확실하게 과학적인 근거로 보여주니까 신뢰가 가는 거죠. 그래서 통계 자료나 이런 것도 저도 인용하는 거고, 사실 통계라고 하는 게 일반 분들이 보시기에 쉬운 자료가 아니에요. 저희가 볼 때는 아는 사람이 볼 때는 아 정리가 잘됐다. 이런 정도이지만 실제로 그런 걸 가지고 시민들이나 일반 대중들한테 설명하는 건 쉽지가 않긴 하거든요. 그래서 사실 저도 통계자료를 이렇게 보면 저도 다 몰라요. 대부분 모르고, 그런 식의 자료들, 딱 저도 이제 눈에 봐서 확 들어오는 자료들을 가지고 인용하는 거지, 실제로 통계학적 근거라든지 이런 통계는 사실 저는 잘 모르죠.

앞선 장에서 말했던 것처럼 통계자료 자체가 갖는 신뢰성 때문에 설득의 과정에서 연구가 유용하게 활용될 수 있는 가능성이 있긴 하지만, 위의 사례들은 통계자료를 제시하는 설득의 주체나 이를 받아들이는 설득의 대상이 자료를 정확히 이해하지 못하면 효과적인 설득에 실패할 수 있다는 점을 보여준다. 그렇기 때문에 단순히 원자료를 많이 생산하는 것에서 끝나는 것이 아니라 연구의 가공과 활용이 별도의 작업으로 이루어져야만 보다 원만한 지식전환이 이루어질 수 있다. 특히 한 참여자는 연구

자의 수준에서 실용적인 단계까지 가공을 한 다음 연구가 현장으로 뿌려져야 함을 지적하면서, 이러한 가공의 과정을 거쳐야만 “피드백이 다시 올라가고 그래서 다시 연구가 생성이 되는” 지식전환 프로세스의 순환이 가능해진다는 점을 보다 명시적으로 짚어냈다(글상자 다-22).

〈글상자 다-22〉 정보 접근성의 문제: 연구 해석의 어려움

- Field 5: 연구는 이 소화를 못할 만큼 연구는 된 것 같아요. 000 선생님 오백 몇 페이지 저는 읽다가 죽을 뻔 했는데, 요약본 보는 것도 힘든데. 그런데 참 어렵다. 이 내용들이. 이 용어라든지 이런 것들을 계산법이라든지, 000 선생님 오셔서 한 번씩 강의하면 계산법 막 돌리고 이러면 아 저거는 정말 통계를, 고난이도의 통계 내는 걸 모르는 사람은 들어도 모르겠다. 그런데 그런 연구를 하셨는데 이제 practical하게 소화를 해서 이걸 뭔가를 creamy한 단계로 이게 뿌려져야 되는데 교수님들이 연구하시는 것들에 비해서, 이런 것에 대해서 굉장히 실천적인 어떤 그런 것들이 이뤄지면서, 여기에 대한 피드백이 다시 올라가고, 그래서 다시 연구가 생성이 되고, 이런 것들이 돌아가야 되는데 그렇지 않은 건 아시죠.

통계자료 자체의 전문성이 갖는 어려움 외에 다른 층위의 어려움도 존재한다. 바로 언어장벽으로 인한 어려움인데, 이는 기존의 서구 지식전환 이론에서는 크게 강조되지 않는 비영어권 국가의 특수한 사회적 맥락이 반영된 결과라고 할 수 있다. 아래의 담화는 이 지점을 잘 보여준다(글상자 다-23).

〈글상자 다-23〉 정보 접근성의 문제: 연구 해석의 어려움

- Field 4: 자료나 논문을 되게 많이 읽고, 왜냐하면 저희도 모르잖아요, 잘 모르니까 검색해보는 거죠. 뭐 000(검색엔진) 검색해볼 수는 없으니까 그런 거를 찾아서 사실 보는 거죠. 영어로 된 건 엄청 짜증내요. 읽을 수가 없잖아. …(중략)… 그런데 이렇게 다 영어로 되어있으니까 볼 수가 없잖아.

서구의 영어권 학계에 비해 국내 연구 기반이 취약하거나, 혹은 국내 학자들이 영문으로 연구 결과를 발표하기 때문에 위의 경우처럼 관련 연구를 찾고 싶어도 외국어라는 장벽에 부딪혀서 원하는 정보를 찾기 힘든 상황에 놓일 수 있는 것이다. 다양한 측면의 연구 근거를 확보하기 위해서는 번역 작업 또한 지식전환의 중요한 단계로 제시될 수 있다.

Marshall(1939, p.326)은 전문가주의가 새로운 형태의 사회 서비스 개념을 도입시켰으며, 개인이 집단에서 벗어난 주체로 성장할 수 있는 가능성을 열어주었다고 말했다. 그러나 한편으로, 그는 전문가주의가 지나치게 개인주의화 되는 경향을 비판적으로 바라보아야 한다고 지적했다(Marshall, 1939, p.337). 보건학을 포함한 의학 영역에서도 Marshall의 논의와 유사하게 의사들이 생명을 다루는 주체로서 인정받는 전문가적 권위(medical professionalism)가 다른 분야와의 협력을 가로막는 걸림돌로 작용할 수 있다(Relman, 2007, pp.2668-2670). 많은 현장실천가들은 보건학계 연구자들이 전문가주의적 인식을 가지고 있어 다른 행위자들과의 소통이 부족하다고 지적했다(글상자 다-24). 건강불평등의 문제는 의료적 접근만으로 해결될 수 있는 문제가 아니며 다른 사회적 요인들을 복합적으로 고려해야 한다. 그러나 연구자들의 연구 주제 자체가 지나치게 세분화되는 경향이 있어 다학제 또는 다부문 간 협력이 어렵다는 것이다.

현장실천가들은 보건학이 현장과 보다 밀접하게 맞닿아 있는 학문임에도 불구하고 연구자들이 ‘연구’의 생산에만 지나치게 집중하는 경향이 현장과의 소통 부재를 야기한다고 말했다. 한 참여자는 “연구자로서의 자기 위치를 딱 뒤탈까, 그냥 결정해놓고 자기는 이것만 잘하면 된다”는 식의 전문가주의를 비판하면서 다른 행위자들과의 교류가 중요함을 역설했다(Field 4). 다른 참여자가 “우리끼리만 이야기하고 한 발짝 밖으로는 못

나간다”고 말한 것도 비슷한 맥락에서 이해될 수 있다(Field 1). 이는 연구자들이 배타적인 태도로 스스로를 현장으로부터 고립시키는 양상이 지속되면 건강정책에 대한 통합적인 접근이 어려워질 수 있다는 현장의 우려를 보여준다.

〈글상자 다-24〉 보건 영역의 지나친 전문화: 전문가주의로 인한 소통부재

- Field 1: 저는 이 일을 하면서 느낀 게 너무 전문가적인 일을 한다. 의료, 건강 쪽에는, 보드가 다 많잖아요. 모든 전문가들이 여기 다 붙어 있잖아요. 그러니까 우리가 건강문제를 해결한다고 생각하면 다 자기가 전문가인 거예요 이게. 아까도 이야기했지만 건강문제를 해결하는데 그 전문가들이 자기 전문분야를 해결한다고 될 수 있는 게 아니잖아요. 그래서 그걸 우리끼리는 매일 앉아가지고, 모든 분야에 이 건강정책이 적용되어야 되고, 그래서 건강영향평가를 해야 되고, 우리끼리 앉아서 맨날 이야기는 하는데 이게 한 발짝 밖으로는 못 나간다는 거죠.
- Field 4: 연구자들은 자기네 연구만 잘하면 된다. 이런 게 있고 자기가 연구자이지만 활동가가 될 수도 있는데 그 연구자로서의 자기 위치를 딱 뭐랄까, 그냥 결정해 놓고 자기는 이것만 잘하면 된다. 이런 게 좀 있는 것 같아요. 그런데 그런 연구가 사회적으로 파급을 좀 시키려면 본인이 또 활동가가 되어야 될 수도 있고, 활동가와의 관계도 되게 중요하고, 그런 자기의 이슈들을 활동을 통해서 풀어낼 수 있는 방법들도 고민을 같이 해야 되는데 그런 게 잘 안 되죠.

참여자들은 앞선 전문가주의의 병폐를 극복하기 위한 구체적인 방안으로 연구자들이 직접 “세일즈(sales)”에 나설 것을 제안했다(글상자 다-25). 현장실천가/정책결정자들은 연구자의 역할이 연구 생산에서 끝나는 것이 아니라 연구의 판촉까지 담당해야 한다고 생각하고 있었다. 여기서 세일즈라는 단어는 실제 판매를 의미하는 것이 아니라 연구자가 현장 단계까지 내려와서 소통해야 한다는 의미로 사용되었다. 연구자들이 기존의 연구자/현장실천가의 경계를 깨고 직접 설득의 행위자로서 활동해

야 한다는 것이다. 정책결정자인 국회의원에서부터 일반 시민에 이르기까지 세일즈의 대상 또한 다양하게 제시되었다.

사실 연구자가 직접 현장으로 소통하러 나와야 한다는 인식은 전문가주의의 또 다른 측면의 반영일 수 있다. 예를 들어 한 참여자는 “결과물들을 저는 많이 세일하셔야 된다고 생각해요. 보고서 봐서는 잘 이해하기 어렵잖아요. 가서 설명해 줘도 잘 이해하기 어려운데.”라고 언급하였다 (Policy 3). 여기서 “세일”의 주체는 “보고서”를 정확히 이해하고 있는 전문가로서의 연구자이며, “잘 이해하기 어려운” 주체는 현장실천가/정책결정자이다. 이는 연구자가 전문가일 수밖에 없고 현장실천가/정책결정자는 이를 수용하는 입장이 되어야 한다는 인식의 표현이라고 할 수 있다. 다시 말해, 이들은 연구자가 전문가로서의 배타적 관점을 벗어나야 한다고 주장하면서도 다른 한편으로 연구자의 전문성을 인정하는 양가적 입장을 보여준다. 연구자의 역할이 제안만 해서는 안 되고 더 넓은 구체화의 단계로까지 넓혀져야 한다는 인식도 현장실천가로서 연구자와 자신을 구별하고 연구자가 갖는 전문가로서의 권위를 인정하고 있음을 보여준다 (Field 5).

〈글상자 다-25〉 보건 영역의 지나친 전문화: 연구자의 “세일즈” 의식 필요

- Policy 3: 연구하신 결과물들을 좀 세일을 좀 하셔야 돼요. 국회에 세일즈를 좀 하셔야 돼요. 왜 이 관점에서 중요하고 이게 이제 어떻게 예산하고 임법에 반영될 수 있는지를 좀 아이디어가 있으시면 던져주셔야 되고 없으시면 와서 같이 한 번 이야기라도 찾아보는 그런 것들을 좀 해주셔야지. 지금 방마다 보좌진들이 인턴까지 하면 아홉 명이 있는데 실제로 정책을 하는 사람들은 한 세 명, 맥시мум으로 해도 네 명 정도 될 거예요. 비례 의원님들은 조금 다르긴 하지만. 그런데 그 네 명에서 그 보건 복지부 정책들을 다 감당을 해야 된다고요. 식약처하고 산하기관까지. 이게 다 알기 어려워요. 감당할 수 있는 수준이 아니예요. 복지부만 해도 거기 일하는 담당 공무원들이 몇 명입니까. 그런데 그 사람들이 하는 걸 서너 명에서 감당해야 하는 거죠.

...(중략)... 보좌진들도 예전하고는 좀 달라져서 계속 근무를 이어가는 형태가 많거든요. 좀 계속 지속적으로 미팅 자리를 마련하셔야죠. 개별적인 게 되었던 집단적인 게 되었던. 결과물들을 저는 많이 세밀하셔야 된다고 생각해요. 보고서 박서는 잘 이해하기 어렵잖아요. 가서 설명해 줘도 잘 이해하기 어려운데.

- Field 1: 우리보다 더 이 분야를 모르는 사람한테 자꾸만 중요하다 하는 것만 강조를 하고, 이걸 해야 됩니다.라고 하는데, 자기들하고는 많이 좀 다른 부분이 있다는 거죠. 그러면 우리가 맞춰줘야 그 사람들이 일을 할 수 있는 거죠. 중앙에서 행정가들이나 정책가들이.
- Field 5: 연구자의 역할은 일단 제안만, 요즘에는 연구자의 역할이 제안만 해서는 안 된다고 생각해요. 뭐 제안은 누구나 할 수 있고요. 누구나 할 수 있는 것보다 그걸 보고 좀 공부를 하고 이려면 교과서에 따다가 이렇게 제안하시는 분들이 많아서. 미국에 뭐 논문 번역해서 제안하시고 그런 것 많은데, 이걸 정말 실천할 수 있을 단계로 까지, 이걸 만약에 구체화시키고 사업화시킨다고 그러면 여기 자문회의에 적극적으로 involve하셔서 적극적으로 제안해주시고, 그다음에 현장에서 만약에 이걸 시범 사업을 한다고 하면 시범사업의 자문위원으로까지 깊숙이 개입을 해주셔서 이 과제 실적이 나오는 것까지 보시고, 정말 이게 아닌, 이게 우리 한국 현실에서는 이런, 이런 것들이 어렵겠구나.

지식전환의 실행순환주기에서 정책의 평가가 상당히 중요한 요소로 고려된다. 정책 실행의 마지막 단계에서 근거에 기반을 둔 정책이 어떠한 실질적 효과를 보았는지, 정책 수립 과정에서 적실한 근거가 사용되었는지에 대한 충분한 피드백(feedback)을 받는 것은 지식전환을 지속하는데 필요한 마지막 연결고리이다. 그러나 본 연구의 참여자들은 건강불평등 문제에 관해서 적절한 평가를 내릴 수 있을 만한 통합적인 지표가 없다는 점을 문제로 지적했다(글상자 다-26). 성과지표 통합이 되지 않아 모니터링이 활성화되지 못하고 있다는 것이다.

〈글상자 다-26〉 적실한 평가지표 부재: 모니터링(monitor knowledge use)

- Research 1: 이런 취약계층 위주의 사업이 하나정도는 있어야 되겠다 싶은 생각은

물론 들지만 생각보다 이 사업에 대한 성과라든지, 또는 학계조차도 이 사업이 건강 불평등 개선이나 형평성 제고의 좋은 어떤 방법이나, 또는 전략이 되겠다고 합의가 되지 못하는... (중략)... 성과로 따지자면 성과는 많아요. 많은데 실질 DB를, 데이터 베이스를 분석을 해도 이 사업을 받은 사람들을 전후비교를 했을 때 다 좋아집니다. 허약도도 좋아지고, 우울증상점수도 개선되고, 통계적으로 위아래가 좋아져요. 그런데 이제 그런 사업기반평가를 했을 때는 다 그렇게 나타나고, 대부분의 보건소 사업들이 다 그렇게 나타납니다. 그런데 문제는 이게 인구집단 전체로 봤을 때 건강불평등을 개선했는가. 그거는 아무도 모르는 거죠.

이 같은 지적은 연구자 집단에서 두드러지게 나타났다. 연구자들은 적실한 성과지표가 부재한 상황에서 이미 진행되었던 시범사업들도 제대로 평가하지 못했다고 말했다. 결국 평가되지 못한 시범사업은 모델케이스로 작동하지 못하고 추후 해당 연구와 정책을 시행하기 위한 근거로서의 의미를 잃어버리게 되는 것이다(Lavis et al., 2006, pp.623-626). 지식 전환의 행동모형에서 모니터링이 중요하게 고려되는 이유는 모니터링의 결과 자체가 또 다른 형태의 근거로 활용될 수 있기 때문이다. 그러나 현 시점에서 건강불평등 관련 정책들의 경우 시범사업이 진행되더라도 이 사업들이 충분히 근거로 제작될 수 있을 만한 평가 시스템이 구축되어있지 않은 것으로 보인다.

앞선 논의들이 생산되는 연구의 질과 연구자들의 역량을 다뤘다면 여기서는 현장실천가/정책결정자들이 건강불평등 연구의 필요성에 대해 인식하지 못하는 경향과 한국의 거버넌스(governance)<sup>24)</sup> 구조 자체가 지

24) 국가경영 또는 공공경영으로 번역될 수 있음. 신공공관리론에서 등장한 개념으로 정부를 포함하여 비영리 기관 등의 공공기관의 활동을 모두 포괄하는 개념임. 통치·지배의 기구로서의 정부(government)와 구별하기 위해 파생된 개념으로 통치가 아닌 경영의 의미로 사용됨. 정부가 독점적으로 시민들을 관리하는 방식이 아니라 사회 내 다양한 기관이 각자 자율성을 가지고 국정운영에 참여하는 형태의 통치방식임. 그렇기 때문에 행정기관과 시민사회 간의 네트워크에 이론의 방점을 둠(행정학 용어 표준화 연구회, 2010).

식전환 행동영역의 장벽으로 작용하고 있음을 이야기하고자 한다. 본 연구의 참여자들은 한국 사회에서 정부가 정책의 독점적 결정권을 가지고 있다고 보았다. 그렇기 때문에 의제화를 위해서는 정부 관료가 건강불평등에 대해 충분히 인식하고 있어야 하며, 이를 추진할 정치적인 의지가 필수적이라고 말했다. 그러나 참여자들은 현재 한국 사회에서는 행정 관료의 보수성으로 인해 건강불평등 문제가 정책 실행에서 소외되는 경향이 있음을 지적했다. 이는 최종적으로 실무의 영역에서 지식의 적용과 활용을 제한하게 된다.

대부분의 연구 참여자들은 정책의제화의 영역에서 정부가 상당한 영향력을 가지고 있기 때문에 정부의 인식이 바뀌는 것이 건강불평등 문제의 정책의제화를 가능하게 하는 ‘필수적인’ 조건이라고 주장했다(글상자 다-27). 정부가 상당한 권한을 가지고 있다는 주장은 아래에 제시된 참여자들의 담화를 통해 뒷받침된다.

“모든 정책이 정부의존도가 굉장히 크다”는 주장(Policy 5)은 Policy3이 보여주는 구체적인 사례를 통해 보다 자세하게 묘사된다. Policy3은 복지부의 차관, 즉 정부의 입장에서 해당 법안에 대해 반대하면 아무리 타당한 근거가 제시되어도 정책을 진행할 법안이 제정되기 어려워지는 한계를 지적했다. 국회를 통해 기본 법안이 발의되고 시민들의 정치참여도 증가하고 있는 추세이긴 하나 여전히 정책 집행에 있어서는 한국 사회에서 행정 관료가 상당한 권한을 가지고 있다는 것이다. 이 사례의 이면에는 정책 수립을 위해서 행정 관료의 시각에 부합하는 제안이 중요할 수 있음을 보여준다.

그러나 연구 참여자들은 한국의 행정 관료들에게 있어서 건강불평등 문제가 그다지 관심이 있는 사안이 아니기 때문에 정책 수립이 더욱 더 어려울 수밖에 없다고 말했다(Research 1). 정책 수립에서 정부의 역할

이 핵심 요소인데 정작 정부가 관심이 없으니 건강불평등 정책을 주도적으로 이끌어갈 충분한 영향력 있는 주체가 부재한 상황에 놓인 것이다. 이는 불평등 문제에 대한 부정적 인식의 영향일 수도 있고, 후술하겠지만 성과중심주의적 행정구조 상 단기 효과가 뚜렷하지 않은 건강불평등 정책이 주변화되는 경향 때문일 수 있다. 정부의 의지 결여는 의제화라는 최종 단계까지 가지 않더라도 의제화를 위한 근거생산 과정, 즉 지식전환의 단절을 야기하기도 한다. 정부에서 관심이 없으니 기존에 진행되었던 사업의 사례나 연구의 관리가 제대로 되지 않고 결국 근거가 정책 수립에 활용되지 못하게 된다.

〈글상자 다-27〉 현장실천가/정책결정자 역량부족: 정부의 정책의지 부재

- Policy 1: · 관료는 독자성이 있어요. 아무리 정권이 그걸 통제해도, …(중략)… 예를 들어서 국회가 뭐 법을 내서 하더라도 공무원들이 할 생각이 없어. 그러면 시행령과 시행규칙에서 그게 안 되죠. 그러면 사문화가 되는 거거든요.
- Policy 3: · 국회 같은 경우가 건강 형평성 대안이 입법을 할 수 있잖아요. 통과가 안 되는 가장 큰 이유는 위원님들 간 생각의 차이도 있겠지만 결정적으로는 정부가 반대하는 거예요. 여기가 소회의실인데 보통 법안심사는 여기서 하거든요. 그런데 위원님들이 여야 간 합의를 해서 어떤 안을 만들었던 말이에요. 복지부가 저 옆에 앉아서 차관이 참석하는데 반대를 하면 그 법안 통과 안돼요. 국회의원한테 입법권이 있다고 하지만 정부의 동의를 받지 않으면 입법이 안돼요 …(중략)… 보통 정부가 끝까지 반대하면 여당 의원님들도 반대를 해버리죠.
- Policy 5: 우리나라는 정부의 힘이 굉장히 강력한 나라예요. 다른 나라보다. 아마 이렇게 강력한 정부가 있는 나라는 제가 보기에 일본하고 몇 개 나라밖에 안 되는 것 같은데, 그러니까 모든 정책이 정부의존도가 굉장히 크거든요. …(중략)… 중앙정부의 힘이 워낙 강력하고, 중앙정부의 지도력이 세기 때문에 자기 것 챙기기도 바쁘다고 그럴까요.
- Research 1: 문제는 지금까지의 정부에서는 건강불평등의 문제라는 것이 우리의 중요한 사회적 어젠다라고 인식을 해본 적이 거의 없을 뿐만 아니라, 그렇기 때문에 거기에서 정책의지에 반응이 되거나 아니면 정책적 조율을 해야 되겠다고 생각하는 것이 거의 없죠.

다음으로 참여자들은 경직된 관료구조로 인해 지식전환이 제대로 이루어지지 않는다는 점을 문제로 지적했다. 참여자들이 말하는 한계는 크게 두 가지로 요약된다. 첫 번째는 상명하달식의 거버넌스 구조 아래 수동적으로 업무를 진행할 수밖에 없는 실무자들의 경향성, 두 번째는 순환근무 제도로 인한 사업 지속성의 결여이다.

연구 참여자들은 실제 정책을 집행하는 공무원들이 상명하달식 거버넌스 구조 아래서 수동적으로 대응하는 경향이 있다고 말했다(글상자 다-28). 각 담당 부처의 자율성이 불충분한 문제도 있고, 이 같은 구조에서 근무하는 공무원들이 보수적 성향을 가진 것도 문제로 여겨졌다. 연구 참여자들은 특히 후자에 주목하여 한국 관료구조의 경직성을 건강불평등 정책의제화의 장벽으로 지적했다. 정책의제화를 뒷받침할 지식전환을 위해서는 새로운 연구들에 대한 열린 태도가 필요할 뿐 아니라 해당 정책·사업을 적극적으로 추진하고 평가할 담당자들이 필요하다. 그러나 책임지는 것을 꺼리는 경향으로 인해 보수적 정책들만 제시되는 한계가 있다는 것이다.

보수적 관료구조가 정책 과정에서 정부의 배타적 권력과 맞물리게 되면 정책의 실행 단계에서만 영향을 미치는 것이 아니라 근거를 기반으로 한 정책 수립 과정에까지 영향을 미칠 수 있다. 기존의 틀을 잘 바꾸려 하지 않고 보수적 정책을 선호하는 공무원들의 경향성은 새로운 연구 결과가 제시되었을 때 이를 적극적으로 활용하여 다른 시각의 정책을 내놓을 수 있는 가능성을 차단하기 때문이다.

〈글상자 다-28〉 관료주의적 한계: 하향식 경직된 관료 구조

- Policy 5: · 사무관이 단독으로 결정할 수 있는 정책은 그리 많지는 않죠. …(중략)… 중간 중간의 검증단계가 굉장히 많아요. …(중략)… 경솔한 정책이 나오기보다는 이게 보수적인 정책이 많이 나오죠. 이게 새로운 것들은 잘 안 나오는 시스템이에요.

이 시스템 자체가 굉장히 많은 중층화된 견제장치들이 작동되고 있기 때문에.

- **Field 5:** 중앙부처 공무원이나 지방 자치, 지자체 공무원이나 이런 분들. 기존의 틀을 잘 안 바꾸려고 하니깐. 왜냐하면 본인들이 지금도 힘들어죽겠는데 뭘 자꾸 우리한테 새로운 걸 요구 하나. 이렇게 생각하시니까 그런 부분들이 계속적으로 힘들었죠. 본인들은 이야기는 해요. 우리는 시키면 시키는 대로는 한다. 하지만 영혼이 없이 하는 거죠.
- **Research 1:** 뭐냐면 이게 일반 공무원들은 그걸 상당히 기존에 있는 프로그램 속에서 사고를 하려고 하거든요. 자기들이 manageable할 수 있는 그런 것에서 이걸 approach를 하려고 그러는 거예요.

실행순환주기 중 정책의 성과측정과 평가 측면의 걸림돌로 지적된 또 다른 요소는 공무원의 순환근무제도이다(글상자 다-29). 이는 공무원의 청렴 유지를 위해 시행되는 것으로 나름의 장점이 있기는 하지만 건강불평등 이슈를 비롯한 정책의제화 과정에서는 걸림돌로 작용할 수 있다. 건강불평등 문제의 해결은 장기적 노력을 필요로 하고 ‘지속성’이 정책성과의 핵심이라고 했을 때 순환근무제로 인해 담당자가 주기적으로 바뀌는 현상은 치명적 단점으로 작용할 수 있다. 많은 참여자들이 이 문제를 지적했다. 정책 담당자가 자주 바뀌는 것은 성과를 장기적으로 추적하지 못하게 한다. 참여자들은 다른 정책들과 달리 건강 효과는 복합적이며 단기적으로 성과가 나타나는 것이 아니므로 사업을 시행할 때 “지속성이 관건인데” 이 지속성의 유지가 불가능해진다는 점을 문제로 지적했다. 정책 시행 과정에서도 지속성이 떨어지지만 또 다른 문제는 평가 측면에서 발생한다. 지식전환의 행동모형에서 평가는 프로세스 순환을 가능하게 하는 핵심적 요소 중 하나인데, 순환근무 제도로 인해 장기간의 모니터링이 어려워진다는 것이다. 모니터링의 부재로 인해 단기적 사업들만 산발적으로 축적되어서는 통합적인 지식순환체계를 구축하기 어려워진다. 이에 더하여 일부 참여자들은 순환근무 구조가 공무원들의 책임의식을 약화시키는

기제로도 작용한다고 지적했다. 어차피 다른 부서로 이동할 것이라는 인식이 일부 공무원들의 책임의식을 약화시키고, 위의 사례처럼 부담스러운 정책을 떠안게 되었을 때 공무원들이 다른 부서로 이동해 버리는 결과를 낳는다(Research 1). 최종적으로 정책을 책임질 담당자가 부재한 상황에 놓이게 되면서 모니터링이 제대로 되지 않고, 모니터링까지 가지 않더라도 사업 자체가 제대로 진행되지 못할 가능성이 높아진다.

〈글상자 다-29〉 관료주의적 한계: 순환근무제

- **Field 5:** 그리고 이걸 중장기플랜을 쭉 세워서 꼼꼼하게 촘촘하게 정말 잘 그렸어야 되는데 그렇게, 그러니까 좀 하고 난 다음에 1년이 지나면 과장님 바뀌고 사무관 바뀌고 주무관 바뀌고 계속 바뀌게 되고. 그래서 저희 같은 기관도, 저희도 1, 2년 안에 또 막 바뀔 거예요. 그러다보니까 저희가 건강증진사업이나 이런 건 지속성이 굉장히 관건인데 그런 것에 있어서 좀 미비했죠.
- **Research 1:** 보건소 담당자들은 보통 00은 6개월의 1번 바뀌거나 1년 단위로 해서 바뀌고 이렇게 하니까 특히 정규직은 더 그렇죠. 그래서 좀 할 만하면 다른 데로 가버려요. 그리고 이 사업이 잘 익숙하지 않다보니까 본인들이 원해서 다른 데로 보내달라고 소장님한테 이야기를 해서 마지못해 또 보내주고, 이렇게 하는 것들이 계속해서 이제 반복이 되는 거예요.

정책 실행 단계에서 연구 참여자들이 지적하는 또 다른 문제점은 지나친 성과중심주의였다(글상자 다-30). 여러 층위의 사회구조적 요인이 건강불평등을 유발하기 때문에 건강불평등 문제의 해결을 위해서는 다각적 접근이 필요하다. 이를 위해서는 정책 실행 단계에서 여러 부처 간에 원활한 의사소통과 협력이 전제되어야 한다. 그러나 연구 참여자들은 현재의 거버넌스 구조가 성과를 강조하는 경쟁구도로 이루어져 있어 다부처 간 협력이 어렵다고 비판했다.

참여자들은 특히 행정 관료들에게서 이와 같은 경향이 두드러진다고

말했다. 여러 부처가 사업을 함께 기획하더라도 어떤 부처의 성과로 기록할 것이냐를 두고 벌어지는 갈등에서부터 관료 개인의 성과주의 성향에 이르기까지 성과와 효율성의 여부에만 관심이 집중된다는 것이다. 이는 앞선 순환근무 제도의 문제점과도 연결된다. 정책결정자의 경우 정해진 임기 내에 가시적 성과를 내야만 본인의 성과로 인정받을 수 있기 때문에 보다 빨리 결과를 낼 수 있는 정책을 선호하게 되는 것이다. 이러한 분위기는 단지 행정 관료의 개인 성향 문제라기보다는 성과와 효율성만을 중시하는 거버넌스 구조 자체의 문제라고 할 수 있다. 물론 이를 체화한 행정 관료들이 이러한 구조를 재생산하는 데 기여하고 있음은 분명하다. 연구 참여자들이 말하는 행정 관료들이 중시하는 ‘성과’는 개개인에 다를 수 있지만 대체적으로 단기적이고 가시적인 변화와 비용 절감 효과를 의미한다. 본 연구의 참여자들은 성과 중심주의 자체를 비판한다기보다 건강불평등 문제 해결에서 ‘단기적인’ 측면의 성과만을 중시해서는 안 된다는 점을 지적하였다.

#### 〈글상자 다-30〉 성과중심주의

- Policy 6: 이게 공유지의 비극 같은 건데, 모두에게 혜택이 골고루 나눠지는 것에 대해서는 별로 관심을 갖지 않고, 특정 지역의 또는 예결의원들 입장에서는 자기 지역구로 예산을 배정받는 것이 가장 큰 정책성과라고 판단하기 때문에 좋은 정책들 임에도 불구하고 예산이 잘 배정되지 않는 문제가 발생하긴 해요.
- Field 1: 그게 내용에도 있는데 그게 성공했던 이유는 구청장님한테 5년에서 10년 걸린다고 그랬더니 딱 첫마디가 뭐냐면 정치인들은 그렇게 못 기다리는데? 그러니까 정치인들은 다 자기 임기 내에 눈에 보이는 게 있어야 되잖아요.
- Field 3: 예를 들어서 공무원들은 그런 게 있어요. 실적. 네가, 내 실적.
- Field 5: 그래서 제가 본 공무원들은 생각은 하지만 당장에 떨어진 장관 관심사항이라든지 이런 것들에 뭐 거의 정신이 없더라고요. 밤새시고, 쫓아다니시고, 이걸 어떻게 하면 이걸 이제 성과를 이뤄야 될 것인가에 모든 것들을 다 걸기 때문에 거기에 한 번 빠지면 본인이 건강불평등에 대해서 이 개념을 어떻게, 물론 누가 질문을

하면 거기에 대한 당위성이나 이런 걸 넣겠죠. 그런데 이게 막 체화돼서 말씀하시는 것 같지는 않아요.

- **Research 1:** 각 요소마다 다 문제가 많은데 정책결정자 측면에서는 이게 매칭 펀드이다 보니까 복지부는 복지부 나름의 성과를 얻기 위한 지침을 딱 내려주기 바쁘고, 내려진 지침에 의거해서 얻을 수 있는 성과 그 이상도, 그 이하도 바라지 않는 거고. 시군구 입장에서는 본인들도 매칭 펀드를 했기 때문에 자기들이 원하는, 시도에서 원하는 뭔가 특화된 그런 성과가 필요하고, 투자한 만큼의 성과를 또 정책 수행자인 간호사들이 좀 제대로 해오길 바라고, 그러면 계속 push를 하게 되는 거예요.
- **Research 1:** 그래서 결국은 가장 문제가 되는 지점이 뭐가 하면 성과를 누구의 성과로 할 것이냐 에서 가장 민감해지더라고요. 결국은 다분야간이 한 문제를 놓고 같이 해결해야 할 때, 그때 여러 과정적 측면에서의 소통의 어려움이 있겠지만, 이렇게 거버넌스를 발휘해야 할 때는 합리적인 의사소통이 가장 중요하다고 이론적으로 누구나 다 알고 있고, 다 합의하지만, 실질적으로 성과라는 문제에 딱 맞닥뜨려서는 이제 그 다음부터 굉장히 서로 날을 세우고 이제 힘들어지는 그런 상황인 것 같아요.
- **Research 1:** 예컨대 보건복지부에서 보건파트하고 복지파트가 무슨 어떤 정책협의를 하느냐. 서로 그냥 완전 다른 부처의, 그게 어떤 내용적으로 예컨대 행정복지센터인데 그걸 이제 복지영역이 상당히 강하죠. 그러면 보건은 뭐냐, 라고 하면, 보건의 그냥 방문간호사 한 명 정도 파견해주는. 그러다보니까 보건 쪽에서 굳이 협력을 할 이유가 없는 거예요. 그런데 보건 쪽의 입장에서는 복지에 이용당하고 있다는 생각을 계속해서 하는 거고, 그러다보니까 기관 대 기관의 논리, 부처 대 부처 간의 논리로 이게 계속해서 접근을 해오고 있기 때문에 결국은 이제 성과를 누가 가져갈 거냐. 서로 성과를 공유하면 된다고 생각하는데, 그런데 기관의 입장에서 성과가 공유가 안 되는 거죠.

마지막으로 행동모형과 관련하여 연구 참여자들이 지적했던 문제점은 현장에서 활동하는 사람들이 건강불평등에 대한 관심이나 이해가 부족하다는 점이었다(글상자 다-31). 지식전환 프로세스가 행동영역까지 연결되기 위해서는 현장의 실천가들이 근거기반 정책의 필요성과 건강불평등 연구의 중요성에 대해 충분히 공감해야 한다. 앞서 살펴본 것처럼 근거기반정책의 중요성에 대해서는 이미 한국 사회에 어느 정도 사회적 동의를

이루어진 것으로 보인다. 그러나 연구 참여자들은 건강불평등 연구의 중요성, 나아가 의제화의 필요성에 대해서는 현장 수준에서 큰 동의를 이끌어내지 못했다고 지적했다. 비단 정책결정자들뿐만 아니라 활동가, 현장 실천가들도 건강불평등 문제에 대해 관심이 없거나 문제의 심각성과 중요성에 대해 공감하지 못하는 태도를 보인다는 것이다. Mohr(1969)는 충분히 훈련받지 않은 관리자의 위치에 있는 사람들의 태도가 조직의 혁신을 막는 장애물로 작용할 수 있다고 주장한 바 있다. 이와 유사한 관점에서 건강불평등 문제 해결에 대한 사회적 인식이 선행하지 않는 한 체계적 방식으로 지식전환 프로세스가 작동하기는 어려울 것이다. 또한 지식전환 프로세스의 부재는 건강불평등 정책을 더욱 더 비가시화시키는 결과를 낳을 수 있다.

위에 제시된 담화들은 정책결정자 수준에서 이 문제에 대한 이해가 부족함을 보여준다. 위의 의견에서 드러나는 첫 번째 유형은 건강불평등 논의 자체의 중요성에 대해 인식하지 못하는 것이다(Policy5, Policy 6). 효율성 정책을 선호하는 경향으로 인해 건강불평등은 부차적 문제로 치부되고 다른 정책들에 비해 중요도가 낮은 것으로 인식되고 있었다. 이는 이데올로기적 억압으로 인한 인식체계 자체의 부재로서 지식생산을 가로막는 기제로 작용할 수 있다. 두 번째 유형은 정책 결정자들이 보건 영역의 전문적 지식을 이해할 역량이 부족한 경우이다(Field1, Field5, Policy5). 위의 두 유형은 건강불평등 문제에 대해서는 이해하고 있으나 연구 결과를 활용하여 구체적 대안을 내놓지는 못하는 경우로, 지식의 합성과 활용이 현장에까지 이어지지 못하는 상황을 나타낸다. 이는 지식생산 단계에서 활용 가능한 정책을 생산하지 못하기 때문일 수도 있고 행위자들의 역량이 부족하기 때문일 수도 있다. 어떠한 유형이든 현장실천가들이 건강불평등 문제를 충분히 이해하지 못하고 있다는 점에서는 동일하다.

〈글상자 다-31〉 건강불평등에 대한 관심/이해 부족

- Policy 5: 건강불평등 문제가 그다지 공감도가 약해서. 이게 우리 내부에서 해도, 뭐 이 문제가 틀리다고 말하는 게 아니라 항상 보면 분위기는 다른 것 중요한 게 더 많다고 하는 분위기가 있거든요.
- Policy 6: 기재부를 중심으로 한 경제 관료들이 자원의 우선배분을 공공서비스확대라든지 이런 건강보험의 보장성 확대를 하는 쪽으로 중점을 두고 있지 않고, 이를테면 영리화라든지 사적시장을 통한 효율성 이런 부분에 방점을 두고 있기 때문에, 가장 많이 부딪히는 세력이기도 하고, 우리입장에서 보면 의료의 공공성을 강화하고 건강보험의 보장성을 확대하는데 가장 큰 방해세력이기도 하죠. 그리고 이제 이 경제 관료들과 함께, 통합적으로 청와대라고 표현되어지는데, 그건 결국 집권자의 의지가 반영된 것이라고 할 수 있기 때문에 그렇게가 가장 큰 방해세력.
- Field 1: (정책 결정자들도) 공부를 해야죠. 그런데 저는 이게 우리로서는 쉽게 뭔가 그 사람들이 받아들일 수 있도록 해야 되고, 그렇고. 제가 뭐 시장님 입에서 건강이라는 말이 안 나오더라.
- Field 5: 그러니까 이거는 금방 눈에 드러나는 가시적인 성과가 있는 게 아니고 하나의 조직을 만들어주는 일이고 그 나머지는 주민들이 할 수 있도록 우리는 계속 옆에서 서포트해주고 도와주고 지원을 해주는 건데, 뭔가 예산을 투입하고 뭔가를 해서 성과가 나오고 이런 데 익숙해진, 이런데 익숙한 사람들은 이 개념들이 험치라든지 뭐 주민의 공동체를 세운다든지 이런 건강증진의 핵심적인 전략들을 이해를 못하시더라고요. 체화도 안 되어있고.

연구 참여자들은 정책결정자들뿐 아니라 실제 정책을 진행하는 현장실천가들도 건강불평등 개념이나 구체적 정책·사업의 의의를 충분히 이해하지 못하는 경우가 있다고 비판했다(글상자 다-32). 정책결정자들의 관심과 이해 부족이 정책의제화 자체를 가로막는다면, 현장실천가들의 이해 부족은 정책 실행에서 걸림돌로 작용할 수 있다. 낮은 이해 수준으로 인해 정책이 의도치 않은 방식으로 실행된 경우 해당 정책·사업의 가치는 평가 절하될 수 있다.

## 〈글상자 다-32〉 건강불평등에 대한 관심/이해 부족: 현장실천가 역량 부족

- Field 4: 또 활동가들도 사실은 공부를 또 잘 안 해요. 그럴 수밖에 없는 게 너무 바빠. 현장이 너무 바쁘고 해야 될 일도 산적해있고 이러니까 무슨 사건 터지면 논문 보는 정도의 수준인거지. 실제로 뭐 그런 학계에서의 흐름도 잘 파악하기가 어려운 상황이라서 그런 것도 잘 안 되고 그런 거죠. 외국은 활동가였다가 연구자였다가 교수로 가기도 하고 이런 게 많은데 한국은 그렇지 않죠. 그러니까 활동가들이 아이 뭐 교수될 것도 아닌데, 사실 교수되려고 공부하는 건 아닌데 공부도 잘 안 하려고 그러고, 그런 거죠. 그런데 공부가 되게 많이 필요하거든요. 활동가들이 현장에만 있으면 현장에 매몰될 수밖에 없어서 그런 문제들을 해결하기 위해서는 교류를 서로 해야 되는데 잘 안 하게 되는 거죠.
- Research 1: 00(보건정책)도 실제로 수행자 측면에서의 문제가 좀 있어서 아까 말씀드린 것처럼 굉장히 오랫동안 유희하던 인력들이 오니까, 전문성 훈련이 정말 중요한데, 이런 유희인력이 재취업을 했을 때는 가장 중요한 게 교육인데 재교육자체가 실은 그에 상응하지 못했어요. 이 사람들이 건강형평성에 대한 개념을 좀 더 알게 한다든지 그런 게 없었고, 그냥 기본적으로 내가 왜 이사업을 통해서, 어떤 동기 부여나 이런 것들이 그냥 봉사하는 차원으로 하면 그나마 좀 낫고, 어쨌든 일반인 수준도 못 미치는 건강 상식을 가진 사람들도 꽤 있었어요.
- Research 1: 문제는 여전히 일선 공무원들의 입장에서 훨씬 더 중요한 점은 이게 일반 구 주민들의, 자치구 주민들의 반응이 더 중요한 거예요. 불평등의 해소가 중요하다기보다는 훨씬 더 중요한 건 만족도, 이게 훨씬 더 중요하고, 그것이 politically 중요하게끔, 이게 훨씬 더 1차적인 관심이기 때문에 불평등 문제는 다소간의 2차적인 관심이 될 수밖에 없다.

그렇다면 현장실천가/정책결정자들의 이해 수준을 높이기 위해서는 어떠한 방안이 효과적일까? 본 연구의 참여자들은 교육과 경험이 중요하다고 말했다(글상자 다-33). 이들의 역량 강화는 건강불평등 정책의제화를 촉진하는 중요한 요소이기 때문에 건강불평등에 관한 정확한 지식과 필요성에 대한 인식을 심어주기 위해서는 지식전환 프로세스를 통한 역량 강화가 필수적이라는 것이다. 특히 국제적 포럼이나 학술행사에 연구자들만 참여할 것이 아니라 현장실천가들도 참여해 이들의 해당 이슈에

대한 이해를 높이는 접근이 필요하다고 주장했다(Field 3). 이는 현장실천가들이 수동적인 연구 소비자로서만 남아 있을 것이 아니라 연구생산의 장에 직접 참여하는 것이 필요하다는 뜻이기도 하다.

〈글상자 다-33〉 건강불평등에 대한 관심/이해 부족: 교육의 중요성

- Field 2: 보건소직원이라든지 민간전문가도 그렇고 그 사람들에 대해서 건강불평등이라는 것에 대한 인식을 심어줘야죠. …(중략)… 우리가 새로 수습대책을 개발하는 정도이지, 이게 뭐 사업이 딱 있어서 실적을 취합하는 것도 아니고, 정규사업이 아니다보니까 그러니까 일단은 직원들에 대한 그런 인식도를 높이기 위한 교육이라든지 아니면 건강불평등을 해소하기 위한 사업을 개발하는 기획능력이라든지, 그 사업을 어떻게 수행해야 되는지 이런 것들에 대한 역량, 역량에 대한 그런 걸 해야겠죠.
- Field 3: 같이 보건소장이랑 많이 이야기할 기회를 만들어야 된다고 생각해요. 그래서 WHO 외국에 이런데 있으면 모시고 가는 거죠. …(중략)… 그런데 가서 그런 걸 경험해보고 그런 이야기를 많이 들으면 좀 낫지 않을까. …(중략)… 보건소에서도, 건강파트에서도 그런 기회를 자꾸 만들어서 정책결정권자를 데리고 다녀야 될 것 같아요. 데리고 다니는 게 아니라 모시고 다녀야죠.

현장실천가의 역량 부족에 대해 많은 참여자들이 지적했지만, 참여자들은 그래도 예전에 비하면 건강불평등 문제에 대한 인식이 상당히 높아졌다고 말했다(글상자 다-34). 학회 등 연구자 중심의 활동 영역에도 현장실천가들이 관심을 보이는 경우가 점차 늘어나고 있다는 점에 대부분 동의했다. 이러한 추세는 앞으로 한국 사회에서 건강불평등 정책의제화의 영역에서 지식전환 프로세스가 중요한 기전으로 작용할 가능성을 보여준다.

## 〈글상자 다-34〉 건강불평등에 대한 관심/이해 부족: 긍정적 평가

- Research 1: HP2030에서는 뭔가 전략이 있어야 되지 않겠냐. 이 부분이 빠져있다는 거에 대해서는 인지를 하시는 것 같고, 또 지역사회에서도, 이번에 제가 건강형평성 학회에서 건강불평등방법론 워크숍을 했는데, 시, 도 보건소에서 굉장히 많이 오셨고요, 보건소장님들도 전화를 많이 주시고, 임원 분들도 많이 전화를 주셔서 이거 뭐지. 이제 예전에는 있을 수 없는 일이었는데, 관심은 굉장히 많아지고, 그게 뭔지 알고 싶어 하는 그런 느낌을 받았거든요.

지금까지 행동모형, 즉 정책이 수행되는 실무 현장에서 지식전환의 걸림돌로 작용하는 여러 요인들을 살펴보았다. 지식 생산 프로세스와 관련해서 현장에서는 정보 접근이 쉽지 않다는 문제가 있었으며 연구자 영역의 지나친 전문화로 인한 타 영역과의 단절 문제가 제기되었다. 프로세스 순환을 위한 평가 단계가 제대로 수행되지 못하는 문제와 현장실천가/정책결정자들의 건강불평등 이슈에 대한 이해, 역량 부족의 문제 또한 있었다. 그러나 마지막에 언급했듯 많은 연구 참여자들이 건강불평등 문제에 대한 사회적 인식이 높아지는 추세라는 점에 동의했다. 이러한 상황에서 현장실천가와 정책결정자의 역량을 높이기 위한 교육 체계가 갖추어진다면 이러한 인식의 확산을 더욱 가속화할 수 있을 것이다. 또한 현장실천가들이 정보에 보다 쉽게 접근할 수 있도록 외국어 자료들을 번역하고 통계지표로 산출된 연구 결과를 현실적 함의와 연결시키고 그래프, 표로 도식화하여 쉽게 전달하는 작업을 담당하는 전담 부서 또는 기구가 필요해 보인다. 앞서 언급했던 캐나다의 Canadian Institute for Health Research 모델을 토대로 한국에서도 보건연구 지원과 가공 전담 기구를 마련하여 현장에서 나타나는 “간극(gap)”을 매우도록 노력해야 할 것이다.

### 마. 소결: 정책의제화 걸림돌로서의 지식전환 단절

건강불평등 정책의제화 과정에서 지식전환 프로세스의 구축이 중요하다는 것은 거꾸로 말하자면 지식전환이 제대로 이루어지지 않으면 건강불평등 정책의제화 과정의 걸림돌로 작용할 수 있음을 의미한다. 정책 수립 과정에서 지식전환이 갖는 중요성에 대한 연구 참여자들의 동의에도 불구하고 실제 현실에서는 지식전환 프로세스의 각 단계에서 여러 가지 한계점이 드러나고 있는 실정이다. 분석 결과에 근거할 때, 현재 한국 사회에서 가장 두드러진 문제점은 지식생산과 지식활용의 측면이 (거의) 분리되어 있다는 점이다.

[그림 3-4-1]은 본 연구에서 도출한 국내 건강불평등 지식전환 프로세스의 문제점을 도식적으로 요약한 것이다. 연구 참여자들의 인식에 의하면, 지식 생산의 영역에서는 건강불평등 관련 연구에 대한 사회적 수요 자체가 매우 적고, 공급 또한 (연구비 유인이 큰) 여타 분야들에 비해 부족한 상황이다. 이러한 상황에서 불충분한 연구 생산물마저도 정책 수립과 실행 현장의 요구를 반영하지 못하고 구체적 '대안' 없이 '현황'만을 보여주는데 그치는 경향이 있다는 점이 지적되었다. 구체적 대안을 제시하지 않는 연구는 정책에서 활용도가 떨어질 수밖에 없고, 결국 지식전환의 단절을 야기한다는 것이다.

지식전환 단계의 행위자들이 배타적으로 활동하는 것이 이러한 문제에 기여하고 있는 것으로 보인다. 연구 참여자들은 연구자가 엘리트 의식으로 연구를 생산하는 데에만 치중하고, 정책 대안은 자신의 영역 밖이라고 인식하는 경향이 있다고 말했다. 또한 현장실천가와 정책결정자는 전문적 연구를 이해할 역량이 부족하고, 건강불평등 연구가 갖는 사회적 중요성 자체를 인식하지 못하며, 이러한 상황이 건강불평등 관련 정책의제화

의 걸림돌로 작용한다고 주장했다.

[그림 3-4-1] 본 연구를 기반으로 분석한 지식전환의 걸림돌



면담에 참여한 일부 행위자들은 현재 한국 사회에서 건강불평등 관련 연구가 별로 없다고 인식하고 있었던 반면, 또 다른 참여자들은 ‘소화불량에 걸릴’ 정도로 연구는 많다고 인식하고 있었다(글상자 다-35, 표 3-4-3).

연구 현황에 대한 인식이 건강정책 혹은 건강불평등 관련 분야의 전문가들로 구성된 연구 참여자들 사이에서조차 이렇게 다른 것은 건강불평등 연구의 지식전환이 체계적으로 이루어지지 않고 있음을 드러낸다. 강영호(2007)는 『건강불평등 연구의 역사적 발전』이라는 논문에서 2006년까지 한국에서 출판된 건강불평등 관련 연구현황을 살펴보았다. 저자는

미국 국립의학도서관인 PubMed에서 건강불평등 관련 키워드를 검색하는 방식으로 문건을 수집했고, ① MESH term에 socioeconomic factors 와 Korea를 넣고 검색했을 때 798건, ② socioeconomic/inequality/differentials과 Korea로 검색하였을 때 153건, ③ 제목과 초록에 socioeconomic과 Korea를 입력하고 검색한 결과 128건의 문헌이 추출되었다. 또한 ④ 국내 의학 데이터베이스 KoreaMed에서 제목과 초록에 socioeconomic 키워드로 검색한 결과 269건이 추출되었다.

〈글상자 다-35〉 건강불평등 연구가 없다는 인식

- Policy 2: 건강 형평성에 대한 연구는 별로 없어요. 여기서 나온 건 별로 없고, 차라리 WHO나 이쪽에 좀 자료가 있지, 이렇게 구체적으로 나온 자료는 내가 많이 보지 못했어요.
- Policy 5: 지금은 evidence도 잘 제시되지 않았고, 의제화도 약하다 보니까 기반 통계는 전무해요. 아까 말한 소득계층에 따른 생존율 격차를 제가 통계로 매년 추출하고 있지도 않고, 소득격차에 따른, 예를 들면 건강행태의 차이와 그로 인한 기대수명의 차이 같은 경우도 통계로 관찰하고 있지 않다고요.
- Field 4: 지역 간 격차라든지, 뭐 사망률이라든지, 그다음에 개인의 역량이 얼마나 건강에 영향을 미치는가, 사실 이런 사회학적 방식의 연구들이 되게 많이 있을 것 같다는 생각이 드는데, 그게 좀, 제가 공부를 잘 안 해서 모르겠지만, 그런 통계나 지표들을 찾으려고 하면 별로 없는 것 같더라고요.

〈표 3-4-3〉 건강불평등 관련 국내 논문 수 2006년 이전과 이후 비교

건강불평등 관련 국내 논문 현황		
검색용어 <sup>25)</sup>	2006 이전	2007 이후
1) socioeconomic factors & Korea	798	X
2) socioeconomic/inequality/differentials & Korea	153	2096
3) socioeconomic & Korea	128	435
4) socioeconomic	269	608

이 논문이 발표된 이후 현재까지<sup>26)</sup> 얼마나 많은 연구 논문들이 발표되었는지 확인하기 위해 동일한 방식을 사용하여 검색해 보았다. ①번 방식은 더 이상 유효하지 않았으며, ②번 방법으로 검색한 결과 2,096건, ③번 방식으로 검색한 결과 435건, ④번 방식으로 검색한 결과 608건이 추출되었다(표 6). 이 결과를 두고 연구가 많다, 적다라고 판단하기는 어렵다. 하지만 2007년 이래 빠른 속도로 연구가 늘어났으며 최소한 정책결정자/현장실천가들이 지적한 대로 “활용할 만한 건강불평등 연구가 없다”고 말하기는 어려울 것으로 보인다.

본 연구는 이러한 인식의 차이가 단순히 정책결정자/현장실천가 개인들의 문제라고 보지는 않는다. 그보다는 현재 한국 사회 지식전환 프로세스 부재의 결과로 보는 것이 더욱 타당할 것이다. 앞으로는 지식전환의 개별적인 단계에서 어떠한 한계점이 자리하고 있는지 보다 구체적으로 논의할 것이며, 지식전환의 사례를 밝히면서 지식전환 프로세스가 한국에서 정책의제화 과정의 기반으로 자리할 수 있는 가능성을 보여주고자 한다.

### 3. 지식전환의 가능성: 국내 사례를 중심으로

앞 장에서 확인할 수 있듯 한국 사회에서 지식전환이 체계적으로 진행되지는 못한 것으로 보인다. 이는 앞서 분석한 한국의 특수한 맥락들이 상호작용한 결과라고 할 수 있다. 그럼에도 불구하고 여전히 건강불평등 연구를 하고 정책을 수립, 실행하는 데 관여하는 다양한 주체들이 한국 사회에 존재한다. 이들은 다양한 방식으로 건강불평등 정책의제화를 이

25) 1번부터 3번까지는 PubMed에서, 4번은 KoreaMed에서 검색. 검색조건은 본문에 제시함.

26) 2007년 1월 1일부터 2016년 9월 20일까지 발간된 논문 기준.

끌어왔으며, 이러한 활동들은 현재와 미래의 지식전환 가능성을 보여준다. 이 장에서는 연구 참여자들이 그동안 경험한 건강불평등 관련 정책과 연구 사례들을 중심으로 한국 사회에서 어떠한 방식으로 지식전환이 이루어졌는가를 살펴보고자 한다. 이러한 내용들을 토대로 앞서 언급된 문제점들을 보완한다면 한국에서도 체계적인 지식전환 프로세스의 수립과 정책의제화가 가능해질 것이다.

### 가. 지식생산의 사례: 혁신의 확산(diffusion of innovation)

지식전환은 다양한 방식으로 이루어질 수 있다. 활용 가능한 형태로 지식을 제공하여 해당 연구 근거가 바로 정책에 적용되는 방식, 혹은 새로운 관념을 전파시키는 방식으로 사회의 인식체계 자체를 변화시킬 수도 있다. 특정 집단에서 새로운 지식의 생산을 통해 다른 집단의 인식을 변화시키는 방식은 혁신의 확산 이론으로 설명할 수 있다. 혁신의 확산 이론은 여러 학문 분야에서 변주되어 왔으며, 근거기반 정책의 영역에서도 혁신의 확산 이론이 적용된 바 있다. 이 분야에서 혁신의 확산은 지식과 행동 사이의 간극을 메우는 지식전환 개념으로 보다 구체화되었다 (Greenhalgh et al., 2008, pp.23-24). 건강불평등에 대한 사회적 인식을 증대시키는 과정에서 연구자들이 주도적 역할을 하는 경향 역시 혁신의 확산 이론에 입각해서 설명할 수 있다. 이 장에서도 혁신을 추동하는 지도자를 연구자 개인으로 상정하기보다 학회로 구성된 연구자 집단(‘학회’)와 사업 수행의 주체들로 확장하고자 한다.

많은 참여자들이 이전에 건강불평등에 대한 인식 자체가 없다가 학회에 참여하면서 건강불평등이라는 용어를 알게 되었다고 답했다(글상자라-1). 이 ‘인식’이 이후 건강불평등 관련 정책 혹은 사업에 관심을 갖는

계기가 되었다고 했다. 신자유주의적 이데올로기의 억압으로 불평등에 대한 논의가 금기시되는 상황에서도 건강불평등이라는 혁신적 개념이 학술적 장을 통해 전파될 수 있음을 보여준 것이다. 학회를 통한 혁신 전파는 연구자가 직접 정책 수립 과정에 참여한 것은 아니지만 연구를 기반으로 한 근거가 정책 영역의 현장실천가나 정책결정자의 인식을 전환시키는 간접적 방식으로 지식전환에 기여했다고 할 수 있다. 학회를 통한 혁신전파는 다음과 같은 두 가지 점에서 지식전환의 가능성을 보여준다. 첫째, 사회적 공론화를 이끌어 낼 수 있는 ‘인식’을 전파시킬 수 있다. 둘째, 현장실천가/정책결정자가 정책적 자문 등 전문가의 지식을 필요로 할 때 개별 개인이 아닌 전문가 ‘집단’으로서 보다 큰 영향력을 행사할 수 있는 가능성이 열린다.

위에 제시된 참여자들의 담화는 이 중 첫 번째 방식을 잘 보여준다. 건강불평등 개념을 “공론화”시키고 이에 대한 다른 분야의 전문가, 대중들의 이해를 증진시키는 것은 학회의 중요한 역할일 수 있다. “연구자 개인 보다는 집단으로서의 학회의 역할이 좀 더 클 수 있겠다는 생각이 든다”고 언급한 내용에서 유추 가능하듯, 학회가 개인이 아닌 연구자 ‘집단’이라는 점에서 사회적 공론화에 보다 큰 영향력을 발휘할 수 있다 (Research 1).

#### 〈글상자 라-1〉 학회를 통한 전파

- Policy 3: 여력이 되실지 모르지만 헬스플랜 2020에 담아야 하는 지표들을 학회에서 측정하고 계산하기 위한 수단들을 만들어내고 그런 것들을 좀 공론화시키고 하면 좀 더 도움이 될 수는 있겠죠. 어쨌든 전 지금 단계에서는 우리나라에서는 연구자들이 좀 끌고 가는 단계라고 보고요.
- Field 2: 90년대 중반 경부터 건강증진이나 만성병 걸린 이런 쪽으로 사업을 많이 하게 되었지만, 주로 그전까지는 아무래도 좀 취약한 계층들, 경제적으로 취약한 계층들을 위한 그런 사업들이 보건소의 주된 사업이었죠. 그러다가 요즘 건강불평등, 그

계 아마 000 교수님으로부터, 제가 볼 때 그때 아마 노무현 정부였을 것 같은데, 그때 아마 무슨 책자가 나왔죠. 건강불평등 관련해서 책자가 나온 것 같은데, 저거구나. 잠깐. '건강불평등 완화를 위한 건강증진전략 및 사업개발.' 아마 이게 처음이 아니었을까싶어요. 2006년에.

- **Field 5:** 사회적인 분위기도 그렇고, 시민들이 바꿨다고 저는 생각하거든요. 학계나 이런 데서도 사실은 계란으로 바위치기를 많이 하셨고. 계란으로 바위를 치다 보면 계란이 이제 깨지지만 바위도 뭔가 노르스름해지지 않을까요. 계란에 이렇게 물들어가지고 바위도 좀 노르스름해지지 않을까요. 계란 냄새도 나면서. 그렇게라도 해 보자는 생각이 들어요.
- **Research 1:** 정부가 움직이기 위해서는 사실상 공론화를 계속해서 여론화를 시킬 수 있는 문제제기를 하는 집단이 또 필요하고, 저는 그것이 또 학회의 역할. 연구자 개인보다는 집단으로서의 학회의 역할이 좀 더 클 수 있겠다는 생각이 들고.

혁신전파에서 학회의 역할 중 현실적 효용이 보다 큰 것은 두 번째 방식, 즉 자문 전문가로서의 역할을 할 수 있다는 점이다(글상자 라-2). 학회에서 건강불평등 개념을 전파시킨 측면도 있지만, 정부 같은 정책 실행 기관에서 관련 정책을 수립하고자 할 때 필요한 '설득력'과 '근거'를 학회에서 제공할 수 있는 것이다. 이는 정책 수립에 근거가 갖추어져 있어야 한다는 점을 보여주면서, 이를 적극적으로 지원하는 것이 학회의 중요한 역할일 수 있다는 점을 드러낸다. 개별 연구자가 건강불평등 관련 정책의 모든 부분을 다루는 것은 현실에서 불가능하다. 이러한 상황에서 학회를 통해 모인 여러 분야의 연구자들이 각자 다양한 맥락에서 진행한 연구를 소개하고, 학회는 이를 통합하여 활용 가능한 형태로 정책결정자들에게 제공하는 지식전환의 '통로'로 기능할 수 있을 것이다. 연구가 부족하다고 느낄 때 구체적으로 어떤 연구가 필요한지 요구할 수 있고, 어떤 연구들이 활용 가능한지에 대한 현실적 자문을 할 수 있는 통합 기구로서 학회는 지식전환에 중요한 역할을 할 수 있을 것이다(Field 2).

## 〈글상자 라-2〉 학회를 통한 전파

- Research 2: 그래서 지난번에는 그 2020을 주도하는 게 이제 건강증진개발원이라 건강증진개발원의 담당 팀을. 거기에서 지금 뭘 하고 있는지 그것도 발표도 부탁하고, 색션도 만들고 그렇게 해서 2020팀에서 어쨌든 형평, 2030팀 이제 그 팀에서 형평개선 그 목표를 세우고 사업제안을 해야 되니까 상당히 연구가 필요한 내용이고 지금 있는 것 그냥 갖다 쓸 만큼은 안 되어있으니까 과제를 만들어서 형평성 학회에 달라고 이제 이야기를 해서 일리가 있다.

그런데 학회에서 발표되는 대부분의 연구들은 현장에서 근거로 사용하기에는 매우 전문적이어서 다른 행위자들이 해석하고 활용하기에 어려울 수 있다. 그렇기 때문에 연구자 집단이 인식의 차원에서 간접적으로 영향을 미치는 것을 넘어서 보다 정책친화적인 근거를 제공할 필요가 있다. 이에 대한 좋은 예시가 바로 ‘사례’ 제공이다. 정책이라는 것은 현실에 적용하기 위한 것이므로, 실제 현장에서 적용되었던 정책 사례들을 제공하는 것은 앞으로 정책 수립에 보다 직관적이고 강력한 근거를 제공할 수 있다. 건강불평등의 정책의제화 과정에서도 다양한 영역의 행위자들이 사례를 기반으로 정책을 수립하는 경향이 있었다. 본 연구의 참여자들이 경험했던 사례의 형태는 다음과 같다. ① 해외 정책, ② 시범사업, ③ 주민 참여 사업이 그것이다.

국내에서 시행된 적이 없는 정책이나 사업의 경우, 새로운 정책·사업 도입에 대한 사례를 국내에서는 찾을 수 없을 것이다. 이때 해외 사례는 새로운 정책의 당위성을 제공할 수 있다. 물론 국가마다 사회문화적 맥락이 다르기 때문에 해외의 정책이 그대로 적용될 수 없고 똑같은 효과를 기대하기도 어렵다. 그럼에도 불구하고 해외 사례는 해당 정책이 도입되었을 때 어떠한 결과나 문제가 발생할 수 있는지에 대한 가설 수립에 상당한 설득력을 제공할 수 있다. 예컨대 공공병원이 비효율적이라는 담론

을 근거로서 해외의 ‘효율적’ 공공병원 운영 사례가 제시될 수 있는 것이다(Policy 6). 소위 ‘선진화된’ 서구사회의 사례 자체가 갖는 권위는 한국에서 상당한 설득력을 제공하며, 실제로 이를 잘 알고 있는 본 연구 참여자들은 해외 사례를 정책 제안에 자주 사용한 경험이 있었다(글상자 라-3). 한편 해외에서 성공적이었던 정책 사례들은 비단 설득력의 근거로만 활용되는 것이 아니라 특정 문제의 해결을 고민하는 참여자들에게 통찰력을 주기도 한다(Policy 2, Policy 3). 해외의 선행 사례는 건강불평등 문제에 대한 대안을 구상할 때 어떤 식의 정책을 수립하고 정책의 세부 집행이 어떻게 진행되어야 할지에 대해 상당히 구체적 방안을 보여주기 때문이다.

〈글상자 라-3〉 모델케이스를 통한 전파: 해외 사례

- Policy 2: 블룸버그 시장이 갖고 있는 특징 중에 하나는 그런 거 아니에요. 건강정책을 너무 잘 활용했어요. 자신의 정치적인 이런 거에서 너무 잘 활용을 했고, 그걸 활용하면서 3선이나 했는데, 저 사람이 어떻게 저런 생각을 하게 됐을까. 블룸버그는 어떻게 저런 전략을 구사했을까.
- Policy 3: 00당에서 두 가지 작업을 했는데 첫 번째는 무상의료로 입법화하는 작업이었고, 그게 끝난 다음에 이제 사실 두 번째 작업이 더 중요할 수는 있는데, 건강불평등, 건강 형평성을 어떻게 하면 00당의 정책의제로 할 것이냐를 가지고 그때 몇몇 분야에서 같이 작업을 했는데, 제목이 미래의제였어요. …(중략)… 뭐 그때 이제 윌킨슨이나 마멋 같은 사람들이 국내에 많이 소개됐었고, 관련 책도 있었고. 그런 것들을 어떻게 하면 좀 더 활성화, 만들어볼 수 있을까. 이제 혼자 고민하고 있었는데 마침 정책연구원 내에서 미래의제를 한번 만들어보자고 나와서.
- Policy 6: 우리 영리병원 논의할 때도 소위 말하는 런던보고서라고 하는 보고서에서도 공공병원이, 외국사례이긴 하지만 프라이빗 병원들보다 훨씬 더, 비용 대비 효과면에서 훨씬 더 효율적이라는 결론을 냈었거든요. 우리나라에서도 이런 부분에 대한 경험적인 연구들이 좀 나올 수 있었으면 좋겠다.

다음으로 중요하게 논의되었던 사례는 시범사업이다(글상자 라-4). 해외의 성공 사례는 선도적 사례를 제공하고 보다 광범위한 정책 옵션을 보여주지만 개별 국가의 특수한 사회적 맥락을 반영하지 못하는 한계가 있다. 이에 비해 국내에서 진행된 시범사업은 한국 사회의 상황을 반영하고 있다는 점에서 유용한 정책사례가 될 수 있다. 시범사업은 ‘시범’이기 때문에 실패할 여지가 있지만 실패 자체가 다음 정책 수립의 기반으로 활용될 수 있다. 또한 이전과는 다른 형태의 새로운 대안을 모색하고 정책에 적용할 수 있다는 장점도 있다(Policy 6). 그뿐만 아니라 시범사업은 현재 국내에서 활동 중인 연구자/현장실천가/정책결정자들이 협업할 수 있는 장이 된다는 점에서도 의의가 있다.

그러나 시범사업 시행 자체가 어려울 수 있다는 한계가 존재한다. 시범 사업을 제안할 때 상위결정권자가 건강불평등 정책의 필요성에 동의하지 않을 경우 사업의 진행 자체가 어려워질 수 있다. 이 지점에서는 이미 진행된 해외 사례가 근거로서 활용되기 쉽다는 장점이 있다.

〈글상자 라-4〉 모델케이스를 통한 전파: 시범 사업

- Policy 6: 그리고 시범사업을 이미 한 번, 물론 실패했던 했지만 이전에 해봤기 때문에 뭐라고 해야 할까, 시행착오를 다시 겪을 가능성이 좀 낮았다는 거죠. 그래서 성공에 대한 확신이 더 높았다는 거고.

마지막으로 건강관련 정책의 특수한 맥락에서 주민참여 사업이 구체적 사례로 제시될 수 있다(글상자 라-5). 주민참여 사업은 앞서 현장실천가들이 강조했던 연구자들의 현장참여를 이끌어 낼 수 있는 접근법이기도 하다. 건강불평등 정책 과정에서 ‘건강’이라는 개념이 갖는 모호함을 극복할 수 있는 사례로도 주민참여사업이 유효할 수 있다. 주민들의 경험에

서 우리나라 정책적 제안과 주민들의 사업 참여가 거시적인 맥락에서 구체적으로 드러나지 않았던 부분들을 가시화시킬 수 있다(Research 1). 이는 추상적이라는 이유로 우선순위에서 밀려났던 건강불평등 정책을 수면으로 끌어올리는 계기가 될 수 있다. “바로 눈에 보이니까” 같은 미시적 정책 사례를 통해 거시 수준에서 비가시화되었던 문제를 드러내는 역할을 할 수 있을 것이다(Field 2).

정부의 정책 의지가 건강불평등 정책의제화의 상당히 중요한 역할을 하지만 한국 사회는 민주주의를 기초 이념으로 삼고 있으므로 유권자로서 주민의 정치 활동 여부가 정책결정자, 나아가 정부의 정책 방향성에 영향을 미칠 수 있다(Field 5).

〈글상자 라-5〉 모델케이스를 통한 전파: 주민참여

- Field 2: 이 사업혁신은 지방에서부터 일어날 수밖에 없어요. 현장에서부터. 변방에서부터 일어날 수밖에 없어요. 제가 볼 때는, 바로 눈에 보이니까. 그래서 물론 그때 눈에 보이더라도 그걸 어떤 사람은 민감하게 감지하고, 어떤 사람은 둔감하게 별로 안할 수도 있겠죠. 그런데 민감하게 감지하는 데에서는 아무튼 자기 지역의 문제를 해결하기 위해, 건강격차를 해결하기 위해서 노력해야 될 것이고, 그런 것들이 하나의 시범, 모델케이스가 되어서 확산되어야 되겠죠. 그리고 그것이 또 중앙정부에서 받아들여져서 또 사업화되어야 되고 그런 과정, 다 되어야겠죠.
- Research 1: 건강불평등의 개념으로 가기보다 우리 마을이 좀 더 건강해졌으면 좋겠다는 인식을 하게 되고, 건강불평등이라는 개념은 마을 단위에서는 특별하게 주민들이 가지지는 않아요. 그런데 우리 마을이 이 정도일 줄은 잘 몰랐다. 그래서 뭔가 개선되었으면 좋겠다, 라고는 하는.
- Field 5: 시민들의 어떤 그 마을공동체의 움직임이라든지 협동조합이라든지 시민들의 목소리라든지 이런 것들이 굉장히 정치참여적인 경향들이 많이 나타났다고 저는 생각하거든요. 제가 구체적으로 분석을 해보지는 않았지만, 그래서 그런 것들이 중앙부처의 공무원들의 태도의 변화에 영향을 크게 미쳤다고 생각해요.

위에서 언급한 시범사업과 주민참여 사업들이 성공하는 경우, 경쟁 구조의 관료체계에서 상당한 파급 효과를 가져올 수 있다(글상자 라-6). 이전 장에서 살펴본 것처럼 성과 중심적인 관료구조가 지식전환의 걸림돌로 작용하기도 하지만, 오히려 성과주의로 인해 성공 사례가 여러 부처에 전파될 가능성도 있다. 특정한 사업이 성공을 거두었을 때 다른 부처들도 이를 벤치마킹하여 좋은 성과를 거두고 싶어 한다는 점에서 성과주의적 경향은 지식전환의 추동력이 될 수도 있다. 모델케이스의 제공이 경쟁을 통한 혁신의 확산으로 이어질 수 있다는 것이다.

〈글상자 라-6〉 모델케이스를 통한 전파: 벤치마킹(benchmarking)

- Field 2: 경쟁하거든요. 지자체의 사업은, 항상 보건사업은 경쟁해요. 서로. 그렇기 때문에 한쪽에서 좋은 사업을 하면 다 벤치마킹하고 나름대로 또 지자체에 ‘보건소는 새로운 사업을 개발해야 된다.’ 이런 압박감이 있고 그렇잖아요, 또 지자체 우선 시장님 같은 경우도 그런 걸 바라잖아요. 좋은 사업들 발굴하기를 바라고 이렇기 때문에 열심히 하는 데는 엄청 벤치마킹도 많이 다녀요. 그래서 서울 같은 경우 이렇게 하면 가서 많이 배우고, 그게 파급효과가 커요.

## 나. 실행의 순환 주기(Action cycle) 사례

건강불평등에 대한 연구는 구체적이고 설득력 있는 근거를 만들어낸다는 측면에서 지식전환에 기여할 수 있다. 학회가 집단으로서 사회적 공론화에 기여하는 측면이 있다면 보다 근본적인 차원에서 개별 연구 또한 이슈화의 근거로 활용될 수 있다. 건강불평등 연구에 참여하는 다양한 행위자들이 ‘설득’의 근거로서 연구를 활용하는 것이다. 객관적, 과학적 증거에 대한 사회적 믿음을 기반으로 연구 자료가 건강불평등 이슈의 공론화를 뒷받침하는 근거로 활용된다면, 지식전환 프로세스를 통해 건강불평

등 인식이 전파될 가능성이 커진다. 이는 이전 장에서 제기한 설득력 있는 자료로서의 통계가 갖는 중요성과도 연결된다. 참여자들은 정책의제화를 위해서는 공론화가 필수적이며, 이 공론화를 위해서는 연구가 뒷받침되어야 한다고 주장했다(글상자 라-7).

〈글상자 라-7〉 근거기반 이슈화

- Policy 3: 그때 당시에는, 일단 기본적으로는 건강보험 보장률이나 본인부담 같은 경우는 공단이나 복지부에 나오는 자료들을 썼고, 물론 그때에도 건강 형평성 관련한 것들은 좀 참조를 했어요. 블랙리포트나 그런 것들 참조를 했었고, 그리고 그렇지. 그런 식으로 연구 자료들을 다 굵어모았죠. 주로 많이 활용했던 것은 보사연하고 정부에서 받은 자료였던 것 같은데요.
- Policy 5: 뭔가 획기적인 연구의 경우는 언론에서 이슈가 되기 시작하고 그 이슈에 따라서 논쟁이 되기 시작해요. 언론에서 계속 논쟁을 시킨다든지 데모가 일어난다든지, 정치권에서 논쟁을 받는다든지. 그러면 그때서야 정부가 이 문제가 진짜 그런지 안 그런지 연구 결과를 낸다든지 거기에 대해서. 그런 2차 response를 하게 되어있죠.
- Field 4: 실은 저희가 하는 방식이 몇 가지 있는데, 하나는 언론작업을 많이 하는 거고, 피해사례라든지 이런 것들을 잘 계속, 이제 이걸 문제라고 하는 걸 언론에 자꾸 보도하는 것. 그 다음에 시민들에게 요양병원의 문제를 어떻게 인식하고, 어떤 방식으로 가야되는지에 대한 설문조사 같은 것도 하고, 피해사례모집도 해서 그런 것들을 언론에, 언론작업으로 주로 하는 거죠, 사실은. 그런 작업들을 통해서 사회적으로 아, 이런 문제가 계속 있구나, 라는 걸 자꾸 보여주는 방식, 그런 작업들을 주로 하는 거죠.
- Field 6: 관심을 가지고 계신다고 하실 때 놓치지 않고 예산을 따야 되요. 돈 없이 되는 일은 아무것도, 제가 00사업을 하면서 느낀 건요, '돈 없이 되는 건 없다'예요. 그러려면 내가 많은 데이터를 가지고 있어야 되겠죠. 사업을 발굴할 수 있는 데이터를 많이 가지고 있어야 되는 거죠.

대부분의 연구 참여자들은 정책의제화를 위해서는 먼저 해당 문제가 심각하다는 사회적 동의를 필요하며, 이 동의를 얻어내기 위해서는 문제

가 이슈화될 필요가 있다고 이야기했다(글상자 라-7). 이슈화는 언론을 통해서 가능하지만 언론의 관심을 얻기 위해서는 결국 문제의 심각성을 효과적으로 드러낼 수 있는 연구 자료들이 있어야 한다고 주장했다. 참여자들은 주어진 연구들을 수동적으로 활용하는 것에 그치지 않고 자신이 의도한 방향으로 의제를 끌고 가기 위해서 연구 생산의 단계에 개입하기도 했다. 한 참여자는 정책의제화를 위한 구체적 작업과정을 설명했는데, 예컨대 설문조사와 피해 사례 조사 등 근거를 직접 생산하고 이를 언론보도에 이용할 수 있다고 이야기했다(Field 4). 이슈화할 수 있는 기회가 왔을 때 미리 연구 근거가 준비되어 있어야 하며, 이를 기반으로 의제화에 성공할 수 있다는 의견을 제기했다(Field 6).

지금까지는 생산된 지식이 어떻게 직간접적으로 정책의제화에 구체적 영향을 미칠 수 있는지 살펴보았다. 건강불평등 연구들은 행위 주체의 인식을 변화시킴으로써 간접적인 영향을 미칠 수 있고, 보다 직접적으로는 정책 대안을 제시하는 사례로 기능할 수도 있다. 이뿐만 아니라 생산된 지식은 해당 정책 시행의 사회적 동의를 이끌어내기 위한 설득력을 제공할 수도 있다.

연구 결과를 매개로 다른 주체들의 인식에 변화를 가져오는 방식으로 지식전환이 이루어지는 것 외에도 연구자가 직접 정책 수립에 개입하는 방식으로 지식전환이 일어날 수도 있다. 본 연구의 참여자들은 건강불평등 문제 해결에 대한 사회적 동의를 확산시키기 위해서 연구자의 선도적인 역할이 중요하다고 강조했다. 실제로 국내에서 연구자들이 정책 수립 과정에 직접 개입한 사례들을 확인할 수 있었다. 연구자가 직접 개입하는 방식은 다음과 같은 세 가지, ① 용역과제를 통한 개입, ② 구체적인 정책 개발 연구 참여, ③ 연구자와 실천가/정책결정자와의 교류 등으로 범주화될 수 있다. 세 가지 방식의 개입에서 연구자의 정체성은 지식을 생산하

는 주체이자 정치적 활동가로 그 범위가 확장된다. 이는 앞에서 설명한, 현장참여의 중요성을 강조하는 맥락과 연결되기도 한다.

우선, 연구자는 정책 수립을 위한 용역과제에 참여하여 직접 의견을 제시할 수 있다(글상자 라-8). 용역과제는 정부 또는 의회 등 다양한 분야에서 특정한 정책 수립의 목적을 가지고 해당 주장을 뒷받침할 근거 생산을 목표로 연구자에게 발주하는 방식의 연구 과제를 말한다. 연구자는 이 용역과제에 참여함으로써 정책 수립 과정에 의견을 제시할 수 있다. 용역과제 형태의 연구는 우선 예산 문제를 극복할 수 있고, 정책 수립에 보다 특화된 과제의 경우 연구자의 연구 결과가 직접적으로 정책방향에 영향을 미칠 수 있다는 장점이 있다.

그러나 다른 한편으로는 ‘특정한 목적과 연구의 방향’이 이미 정해진 상태의 연구발주이기 때문에 연구 결과가 왜곡될 위험성이 있고, 발주처의 견해에 반하는 연구 결과가 나올 경우 해당 연구의 가치를 인정받기 어렵다는 단점이 존재한다. 연구비 지원을 받는 대신 연구자의 자율성이 떨어지는 것이다. 이에 더하여 목적이 이미 확립되어 있으므로 새로운 관점의 연구나 시도가 진행되기 어렵다는 단점도 있다. 한 참여자는 용역과제를 “필요에 의한 용역들”이라고 지칭하면서 용역과제를 발주하는 것은 특정한 정치적 혹은 정책적 목적을 기반으로 하며, 그렇기 때문에 해당 목적을 벗어나기 힘들다는 한계가 있다고 지적했다(Policy 5).

그럼에도 불구하고 용역과제는 건강불평등 관련 연구에 대한 지원이 충분하지 않을 때 대안이 될 수 있다. 실제로 심각한 수준의 지표가 용역과제를 통해 발견될 경우 이는 해당 정책을 수립하는 데에 굉장히 설득력 있는 논거로 활용될 수 있다(Field 6). 용역과제를 통해 생산된 근거라든 지식전환 기반이 잘 구축된다면 해당 연구를 비슷한 유형의 다른 정책 수립에도 활용할 수 있을 것이다. 또한 용역과제의 발주 행위 자체가 해당

기관이 건강불평등 문제를 이미 인식하고 있다는 것을 보여준다. 무엇보다도 용역과제의 발주는 건강불평등 정책 관련 행위자들이 근거기반 정책의 중요성을 인식하고 있으며, 그 구체적인 근거로 연구를 사용하고자 하는 경향이 있음을 보여준다. 구체적 연구 결과 형태의 근거를 요구하는 현장실천가들의 경향성은 지식전환이 정책의제화로 연결될 가능성을 보여준다. 영국의 경우 국가 보건부 차원에서 National Institute for Health Research(NIHR)라는 연구기관을 설립하고 여러 용역과제들을 발주하고 있다. 이 중에서 공중보건연구 프로그램은 건강불평등 관련 연구에 특화되어 있으며 연구계약을 중개할 뿐만 아니라 연구자 주도의 연구주제를 지원하기도 한다(NIHR, 2013). 영국의 사례는 정부 주도의 적극적인 용역과제 생산이 지식전환에 상당히 기여할 수 있음을 보여준다.

#### 〈글상자 라-8〉 용역과제

- Policy 5: 저희가 용역을 하는 건 다 필요에 의한 용역들이죠. 그러니까 예를 들면 A 방향으로 가려고 마음을 먹고 A방향을 지지하는 연구를 했다든지, 이 부분에 있어서. 아니면 A방향의 하부요소를 개발하는 연구용역을 준다든지 이런 것이기 때문에 그런 거는 제가 당연히 활용을 하죠. 제게 필요해서 낸 거니까. 그런데 정부는 그 중에서 순수하게 그냥 어디에 쓸지는 잘 모르겠지만 이런 걸 한번 연구해 보자는 연구는 거의 없죠. 저희 연구 중에.
- Field 2: 일단은 그 지표 있잖아요. 이게 동별로 안나와있는데, 우리가 지역보건의로 계획수립을 용역을 00대학에 000 교수님한테 용역을 했어요. 그래서 000 교수님한테 동별로 그 지표를 좀 뽑아달라고 그랬죠. 그래서 일단은 그래서 00동하고 몇 개동이 개발이 된 거고요, 그리고 사업을 할 때 회의서류라든지 사업계획 만들고 그런 건 이제 우리 내부자료, 내부행정자료니까 우리가 그거는 다 했고, 그리고 그 가운데서 우리가 또 동 주민들하고 회의를 한 100명 모여서 했잖아요. 그래서 그런 것들, 거기에서 의제 도출되고 이런 것들은 또 나름 찾아보면 있을 거예요, 아마. 사업계획서 만들어지고.
- Field 5: 저희가 당위성을 만들기 위해서 연구 과제를 내기도 하고요. 저희가 RnD사업, 그러니까 연구 과제를 내는 것도 연구개발팀이 있으니까 교수님들한테 용역을

줘서, 연구용역을 줘서 저희가 RFP를 쓰고 부탁을 드리기도 하고 그다음에 외국계 사례나 이런 것들이 있으니까. 공무원들은 사례가 있어야 돼요. 사례와 예산이 없으면 일 안해요. 그걸 만들어 줘야 돼.

- Field 6: 00시에서, 아니 대한민국에서 건강도시에 관련된 모든 교수님들, 정말 자기가 아는 모든 인력들을 다 동원해서서 중간발표도 하고, 그러니까 거의 막, 그 과정은 말도 못했는데 저희가 중간에 의뢰가 있잖아요. …(중략)… 그렇게 참 우여곡절을 거쳐서 어쨌든 발표를 해서 어쨌든 제 개인적인 생각으로는 그랬어요. 해보니까 정말로 안 좋아요 지표가. 정말로 안 좋은 거예요. 상상을 초월해서 그때 당시에 생각했던 것보다 더 안 좋았어요.
- Research 1: 그 중에 보건 쪽에서 실제로 해볼 만한, 그게 지방정부차원에서 할 수 있는 그런 것들을 해가지고 되었던 게 하나는 모니터링이고, 건강불평등 모니터링이라는 게 하나가 있었고, 다른 하나가 산전아동기 조기계획 프로그램, 아동발달 조기계획 프로그램이 있고, 다른 하나가 흡연에서의 불평등 해소를 위한 그런 프로그램 개발, 그리고 나머지 자살사망률에서의 불평등 감소를 위한 사업 이렇게 되어 있었습니다. 그래서 모니터링은 지금까지 계속 되고 있어요.
- Research 1: 그걸 이제 같이 중지를 모아서 한 번 고민해보자라는 그런 용역과제거든요. 결국은, 그래서 이렇게 서로 정책실무자와 학계가 함께 공론화해서 머리를 맞대고 고민해볼 수 있는 기회가 되지 않을까 싶어서 기대를 좀 하는데, 과연 그게 어떻게 결말이 나올지.

연구자가 정책에 직접 개입하는 두 번째 유형은 정책연구이다(글상자라-9). 용역과제의 하위범주로 속할 수도 있지만, 여기서의 정책연구란 구체적인 정책 시행 안을 제시하는 형태를 말한다. 정책연구의 사례들은 한국에서도 활용 가능한 형태의 지식을 제공하는 도구화 단계가 부분적으로 이루어지고 있음을 보여준다. 연구자가 건강불평등에 대한 연구 결과만 제시하는 것이 아니라 정책 수립에 즉각 적용할 수 있는 문제의 해결방안까지 제시하는 것이다. 정책연구를 통해 현장실천가나 정책결정자의 시각에서 놓칠 수 있는 부분을 보완하는 것뿐만 아니라 보다 다양한 관점에서 건강불평등 해결 방안을 논의할 수 있는 장이 마련된다. 현장실천가 측에서는 연구자가 갖는 전문가의 권위 자체를 정책 수립의 근거로

활용할 수 있으며, 동시에 보다 검증된 형태의 정책을 계획할 수 있게 된다. 연구자 측에서도 정책연구는 건강불평등 개선에 필요한 정책에 대한 본인의 견해를 효과적으로 전달할 수 있는 창이 된다. 정책연구는 심지어 자신이 타당하다고 생각하는 정책 실행을 위해 필요한 “예산안”까지 짜서 구체적이고 세부적인 부분까지 본인의 견해를 피력할 수 있으며, 나아가 새로운 후속 연구를 제안할 수 있다(Research 1).

#### 〈글상자 라-9〉 정책연구

- **Policy 2:** 그러니까 그걸 우리가 이제, 제가 12년에 와서 12년, 13년에 이제 00시에서 연구도 하면서 전문가들 의견도 들으면서 막 고민을 했어요. 그때 이제 00시에서 건강형평성을 개선할 수 있는 정책 몇 개를 좀, 그러니까 다 접근하기 어려우니까 몇 개를 뽑아서 해보자. 그런데 어떻게 몇 가지 정책을 뽑아서 할까. 그때 기준으로 논의했던 게 있어요. 이거 다 000 선생님 다 잘 아는데 이걸 이렇게까지 이야기해야 되나. 그런데 000 선생님이 그 당시에 연구에 참여했기 때문에, 000 교수님하고 이런 분들이 주축으로 참여하시면서 연구를 진행했는데, 당시에 3가지 기준이 있었어요. 첫째는 국내외에 검증된 프로그램이 있는 사업, 국내가 되었던 국외가 되었던. 두 번째는 저소득층에게 특히 유리한 사업. 저소득층에게 하면 특히 효과가 나타나 는 사업. 그 다음에 세 번째는 사망률이 좀 높은 사업. 그러니까 사망률이 높은 것에 대한 대책이 되는 사업이겠죠. 이 세 가지 기준을 가지고 한번 쳐다보자고 그래서 그걸로 막 짚어가서 그래서 당시에 3개 사업을 딱 뽑았어요. 건강형평성을 개선하기 위한 3대 정책.
- **Research 1:** 저는 지금 00시에서 000라는 그런 사업을, 2011년도에 서울시장이 바뀌고, 그다음에 건강불평등, 건강격차해소가 어쨌든 보건 분야 시정 계획 중에 대단히 중요한 두 가지 중에 하나로 되어있었고, 그래서 이제 그 문제에 대해서 무언가 보건 쪽에서 일을 해야겠으니 그 때, 2012년도에 000 선생님도 포함해가지고 몇 가지 정책 제안들을 했죠.
- **Research 1:** 그런데 이제 어쨌든 그 예산안을 짰어요. 제가 이제 그 예산안을 짰 거 를 보고 어느 주무관이 ‘아, 교수님이 이걸 진짜로 하고 싶구나’라고 생각을 했대요. 행정적으로 그게 make sense한, 왜냐하면 해본 적이 없는 그런 일이니 이게 행정 적으로 예산안이, 거기에다가 결국 돈을 줘야 되는 거거든요.

마지막으로 다른 연구자의 직접개입 사례는 자문 형식으로 연구자와 활동가가 교류하는 것으로, 앞선 두 방식보다는 간접적 형태라고 할 수 있다(글상자 라-10). 그러나 연구자의 책임감을 덜 수 있는 방식이기 때문에 유연하게 활용될 수 있는 여지가 있다. 앞서의 두 가지 방식은 개별 연구자에게 자신의 전문성을 넘어서 상당한 책임감을 요구하는 측면이 있다. 그러나 자문 형식의 교류는 연구자가 직접 사업 집행을 담당하지 않을뿐더러 특정한 연구 결과를 낼 필요가 없기 때문에 보다 유연하고 독립적으로 대처할 수 있다. 그뿐만 아니라 각 분야 전문가들 간의 교류는 건강불평등에 대한 전반적 인식 확산에도 기여할 수 있다.

본 연구의 참여자들은 건강불평등 문제의 해결을 위해서 현장실천가 정책결정자들이 “외부 전문가 그룹”이라고 지칭되는 연구자를 초빙하여 자문을 구하는 형태로 교류하는 사례가 많다고 이야기했다. 이때의 자문은 비공식 간담회나 콘퍼런스 형태가 되기도 하며, 개별 연구자나 정책결정자/실천가의 관계를 넘어 학회라는 보다 조직적 수준에서 교류를 할 수도 있다. Field4의 사례는 직접 연구를 발주하는 형태가 아니라 자문을 통해서도 각 분야의 행위자들이 상호보완적인 교류가 가능하다는 것을 보여준다.

〈글상자 라-10〉 자문 형식의 연구자활동가 교류

- Policy 6: 정책위가 외부 전문가그룹들을 많이 활용해요. 이를테면 뭐 이제 00 선생이나, 00 선생이나 이런 분들도 저희랑 계속 여러 가지 건강정책, 의료정책 포함해서 여러 어드바이스를 주고 계신 그룹 중에 하나고, 또 다른 영역에서도 그런 일을 하시는 분들이 많이 있거든요. 그런 분들과 콘퍼런스를 하거나 토론회나 또는 비공식 간담회를 많이 한단 말이죠.
- Field 4: 자문을 구하죠. 저희도 늘상 공부하는 사람이 아니니까 현장에서 그런 제도나 이런 것들이 어떻게 작동되는지를 모니터하는 건 맞는데, 그 모니터링 지점에서의 중요한 지점들은 사실 활동가들은 감으로 아는 거거든요. 현장에서 감으로 아는

거지, 그걸 학문적으로나 이런 분들이 Checking을 해주는 과정이 되게 중요한 거거든요. 그래서 사실은 저는 교류가 되게 많이 필요하다고 생각해요. 연구자나 활동가들이. 연구자들은 계속 그 지점을 학문적으로 공부하고 계신 거고, 활동가들은 현장에서 계속 모니터하고 있는 건데 그 지점을 서로 checking하는 게 되게 중요하다는 생각이 들어요.

지금까지의 논의를 통해 한국 사회에서 지식전환 프로세스가 제대로 작동하지 못하게 하는 사회적 요인들을 살펴보았다. 그럼에도 불구하고 이 장에서 확인한 것처럼 지식전환 프로세스가 건강불평등 정책의제화의 유용한 도구로 기능할 수 있는 잠재력을 보여주는 여러 사례들이 존재한다. 걸림돌로 작용하는 요소와 성공 사례들을 확인했으니, 이를 기반으로 건강불평등 완화 정책 수립에서 지식전환 프로세스의 구축 작업에 착수해야 할 것이다.

## 5. 소결

이 연구는 현재 한국의 건강불평등 정책의제화 문제를 지식전환 이론에 기초하여 분석하고자 했다. 이를 위해 공중보건 영역에서 건강 혹은 건강불평등 문제와 관련한 주요 행위자들을 대상으로 심층면담을 시행했다.

연구 참여자들은 건강불평등 정책의제화 과정에서 지식전환의 당위성에 대해 동의하는 경향을 보였다. 정책 수립 과정에서 연구를 기반으로 한 근거 구축이 중요하다고 응답했으며, 정책 입안을 설득하는 과정에서 통계자료가 설득력 있는 논거로 사용될 수 있음을 강조했다. 그러나 지식전환의 중요성에 대해 인식하면서도, 생산된 연구 근거에 대한 공유가 제대로 이루어지지 않고 있다는 점은 지식전환 프로세스 구축의 미비함을 잘 보여준다.

연구 참여자들은 대체로 국내에서 생산된 건강불평등 연구 근거가 충분하지 않다고 인식했는데, 이는 연구 자체에 대한 사회적 수요가 부족한 것과 관련 있는 것으로 보인다. 참여자들은 건강불평등 개념 자체의 모호성과 복합적 원인 때문에 건강불평등 문제를 해결하기 어렵다는 인식이 존재하며 그로 인해 연구 근거 자체를 요구하지 않는 것으로 인식했다. 또한 반공, 신자유주의 이데올로기의 영향으로 불평등 담론이 억압되고 있는 것도 연구 근거 생산을 가로막는 원인이다. 이러한 인식은 공중보건 영역의 다른 의제와 건강불평등 의제가 구별되는 지점이다. ‘불평등’이라는 개념에 내재한 가치판단적 측면과 정치성으로 인해 여타의 ‘의료 부문에 한정된’ 공중보건정책에 비해 주변화되어 왔다는 것이다.

다음으로 참여자들은 지식을 가공하고 합성하는 단계에서 중개 기관 혹은 연구의 통합관리 기구의 부재 등 지식전환 인프라의 부족을 문제로 지적했다. 인프라가 불충분하기 때문에 체계적으로 지식전환을 지시하고 각 단계의 행위자들을 포섭할 수 있는 로드맵을 수립하기 어렵다는 점도 지적했다.

이어서 지식의 도구화 측면에서 많은 참여자들은 현재의 연구들이 현상 기술에 그치는 경우가 많으며 보다 다양한 관점의 연구가 필요하다고 지적했다. 대표적으로 요구했던 근거의 형태는 ① 인과관계를 규명한 연구, ② 정책에 적용 가능한 통합 지표 연구, ③ 구체적 대안을 제시하는 연구, ④ 추가 연구를 요구하지 않는 완결된 형태의 연구 등이다. 이와 더불어 현장실천가들은 현장의 요구와 현실 맥락을 반영한 연구의 필요성을 제기했다.

지식생산의 측면에서 앞서 제기한 문제들이 근거기반정책 수립의 걸림돌로 작용하고 있었다면, 실제 정책 수립 혹은 실행 현장에서도 지식전환을 가로막는 요인들이 발견되었다. 이를테면 현장실천가와 정책결정자들

은 건강불평등 연구 현황에 대해 상당히 다른 인식을 하고 있었다. 일부는 연구 결과가 충분하다고 이야기했고, 또 다른 일부는 연구가 거의 없다고 응답했다. 이렇게 인식에 차이가 나는 이유는 개개인의 역량 문제라기보다 지식을 현장으로 전달할 지식전환 기반이 미비하기 때문이라고 할 수 있다. 현장실천가들은 대체로 정보 접근성의 문제를 지적하는 경향이 있었다. 또한 보건 영역 연구자들의 지나친 전문가주의 경향으로 인해 소통이 부재한 점을 지식전환 실패의 원인으로 꼽기도 했다. 그러면서 그 대안으로 연구자들이 생산한 연구 결과를 현장에 “세일즈”할 것을 제안했다. 이에 달리 연구자들은 적실한 평가지표가 부재하다는 점을 문제로 제기했다. 또한 모든 연구 참여자들이 지식 전환과 관련한 역량 부족 문제를 지적했다. 한국의 거버넌스 구조상 정부가 정책 과정에 강력한 힘을 가지고 있는데, 정부 관계자들의 건강불평등에 대한 인식이 부족하여 의제화가 충분히 이루어지지 못했다는 것이다. 실제 정책이 실행된다 하더라도 성과주의적 조직 규율로 인해 해당 사업의 충분한 평가와 피드백이 어렵다는 점도 문제로 지적했다.

하지만 이러한 걸림돌에도 불구하고 참여자들은 지식전환의 성공 사례들을 제시하며 한국 사회에서 지식전환 프로세스 구축의 가능성을 이야기했다. 먼저 연구자 집단을 중심으로 학회나 모델케이스 제시를 통한 건강불평등 개념전파가 이루어진 사례를 확인할 수 있다. 이는 지식전환 행동모형의 Push action 에 해당한다(CHSRF, 2000). 다음으로 현장실천가/정책결정자 측에서 연구용역을 발주하거나 현장에서 현장실천가와 연구자 간 상호교류를 통한 지식전환 사례를 제시했다. 이는 지식전환 행동모형의 Pull action 및 Exchange로 해석될 수 있다.

지금까지의 논의를 종합하면, 연구 참여자들은 전반적으로 한국 사회의 정책 과정, 특히 건강불평등과 관련된 정책 과정에서 지식전환이 충분

히 이루어지지 못했다고 인식하고 있었다. 연구 현황에 대한 인식에서 상당한 차이가 나는 것은 지식전환이 단절되었음을 보여주는 단적인 사례라고 할 수 있다. 그럼에도 불구하고 여전히 건강불평등 이슈와 관련한 주요 행위자들이 존재하고 서로 교류를 강화해 왔으며, 현장실천가와 정책결정자들의 인식이 증진된 것도 사실이다. 이러한 긍정적 측면은 건강불평등 정책과정에서 지식전환 프로세스를 적극적으로 활용하여 보다 체계적인 근거기반정책을 수립할 수 있다는 가능성을 시사한다.

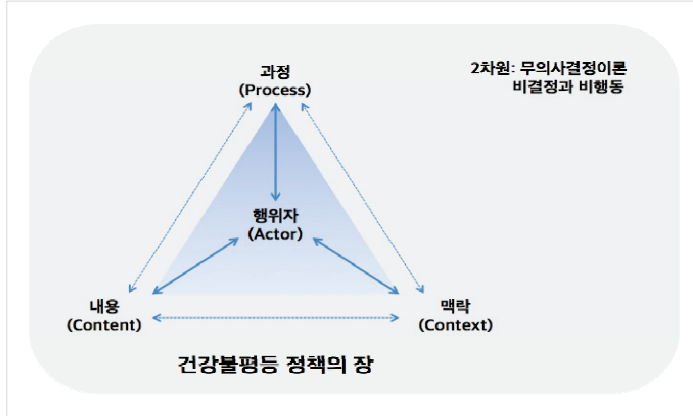
### 제3절 건강불평등 정책의제화의 맥락과 영향 요인

이 절에서는 건강불평등 문제와 관련된 주요 행위자들에 대한 면담을 토대로 국내 건강불평등 정책의제화의 맥락과 영향 요인들을 분석했다.

이 연구는 건강 정책의 세 요소인 내용(content), 과정(process), 맥락(context), 그리고 이 세 요소 모두에 영향을 미치는 행위자(actor) 중 과정과 맥락에 초점을 맞추고 있다. 건강불평등 정책의 구체적 내용보다는 건강불평등이 어떤 맥락 속에서, 어떤 경로를 통해 해소될 수 있는지를 연구 질문으로 삼았다. 이는 행위자를 중심으로 정책의 내용 혹은 과정에 초점을 두는 행위주의 모형에 기초한 정책 연구와는 달리, 무의사결정 이론에서 의제를 통제하는 권력의 작동을 탐색하는 것이다(그림 3-4-2).

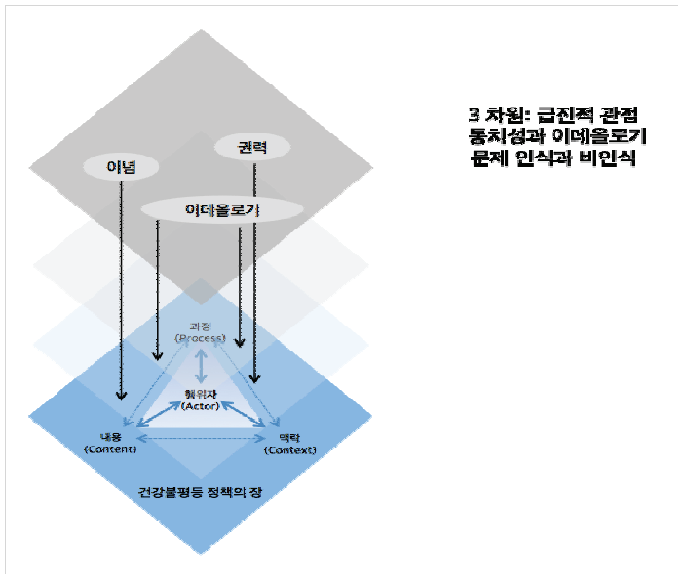
또한 건강불평등 정책의제화 전반에 영향을 미치는 요인들도 살펴보았다. 이는 행위자의 행동뿐 아니라 기존의 정책 구성, 과정, 맥락 모두에 영향을 미치는, Lookes(1992)가 설명한 ‘세 번째 차원의 권력’의 작동을 탐색한 것이기도 하다(그림 3-4-3).

[그림 3-4-2] 건강정책분석의 틀



자료: Gill Walt(2016). p.15.

[그림 3-4-3] 건강불평등 정책의제화 분석의 틀



자료: Gill Walt(2016). p. 15를 참고하여 한국보건사회연구원에서 작성함.

우리는 프레임워크 분석을 통해서 ① 건강불평등 인식, ② 의제화의 어려움, ③ 정책과정 상의 부조화, ④ 정책의제화 기회, ⑤ 정책적 전망과 제언의 다섯 가지 테마를 도출했다.

‘건강불평등 인식’은 정책 과정의 전 단계에 영향을 미친다. 정책행위자들의 인식은 문제를 드러내고 사회적 이슈로 부각시키며 정치적 의제를 형성하는 틀이자 관점으로 작동한다. 또한 개별 연구 참여자 본인의 건강불평등 인식 뿐 아니라 메타인식(즉, 시민 혹은 다른 행위자들이 어떻게 인식할 것이라는 인식)은 정치적 지지와 실행 가능성에 대한 예측으로 이어진다는 점에서 중요하다.

두 번째 테마인 ‘의제화의 어려움’에서는 정책의제화를 어렵게 만드는 건강불평등의 속성과 건강불평등에 대한 사회적 인식을 분석했다. 여기에서 정책의제화란, 어떤 현상이 사회 문제로 정의되고 사회적으로 해결해야 할 정책의제로 진입하는 과정을 통칭하는 넓은 의미의 의제화를 뜻한다.

세 번째 테마는 건강불평등 의제의 ‘정책과정(policy process)상 부조화’를 다룬다. 정책 형성, 채택, 집행, 평가와 환류 과정을 포괄하는 이 단계에서는 정치적, 경제적, 문화적 환경이나 제도적 조건 같은 맥락이 중요하다. 네 번째 테마에서는 건강불평등 ‘정책의제화의 기회’를 다룬다. 본 연구의 참여자들은 각자의 경험과 이해를 토대로 한국에서 건강불평등 정책의 창이 열리기 위한 조건이나 상황들을 제시해 주었다. 마지막 다섯 번째 테마에서는 건강불평등 정책의제화와 건강격차 해소를 위한 ‘정책적 제언과 전망’을 다룬다.

## 1. 건강불평등 인식과 정책과정의 걸림돌

### 가. 건강불평등 인식

연구 참여자들은 각자의 경험에 따라 건강불평등을 다양하게 개념화하고 있었다. 거의 모든 참여자들이 건강불평등을 가치와 결부된 개념(value-laden concept)으로 이해했으며, 건강불평등의 규범적, 당위적 속성을 인식하고 있었다. 의료불평등이 공공·의료 서비스 접근성, 공급과 관련된 ‘기회의 평등’에 대한 문제라면, 건강불평등은 사회적, 경제적 불평등의 결과이자 증상으로 나타나는 것이기에 ‘결과의 평등’을 의미한다는 이해가 일반적이었다.

#### 〈글상자 마-1〉 건강불평등 인식과 심각성

- Policy 1: 개인이 인권적인 문제가 생긴다든지 어떤 집단에서 사회적인 문제가 생긴다든지 그렇게 되지 않을 범위 내의 정도의 불평등을 용인할 수는 있지만 그 이상으로 넘어가면 그건 개인적 차원에서나 사회적 차원에서나 정치적 차원에서 용납할 수는 없는 것이다.
- Policy 5: 저도 궁금해서 여쭙보려고 그랬는데, 아니 그러니까 저희가 옛날에 불평등하면 계속 그 의료접근성 이야기를 많이 거론했거든요. …(중략)… 건강불평등은 제가 알기로 원래 저는 다른 말로 알고 있어요. 그러니까 이런 의료불평등의 이야기가 아니라, 이것까지 포함해서 실제 outcome적 측면에서의 건강의 형평성 측면으로 이렇게 바라보는 문제로 제가 알고 있거든요.
- Field 5: 건강불평등은 하… 저는 글썸 세뇌가 됐나 봐요. 이건 우리가 수정가능하며 굉장히 불편한 것이며 우리가 노력해서 없애야 되고 좁혀야 되고.

문제의 심각성에 대한 인식은 참여자마다 차이가 있었다. 정책결정자들에 비해 현장실천가들이, 그리고 중앙정부보다는 지방정부의 담당자일 수록 문제를 심각하다고 인식하는 경향이 있었다. 현장실천가들은 불평

등을 취약집단의 문제, 즉 취약성과 빈곤의 문제로 설명하는 경향이 있었으며, 건강불평등과 더불어 한국 사회의 불평등이 매우 심각한 수준에 이르고 있다는 우려를 표했다.

〈글상자 마-2〉 건강불평등의 심각성

- Field 3: 심각하죠. 왜냐하면 고령화도 되고, 양극화도 심해지고. 아까 이야기한 것처럼 양극화가 심해진다는 건 소득의 격차가 심해지면 건강격차도 점점 심해진다고 보고요. 특히 고소득층은 점점 건강해지는 것 같고, 이쪽 분들은 이제 정체가거나 좀 저기한 것 같고, 그런 지역에서 그런 분들을 찾아내는 게 쉽지 않거든요.
- Field 5: 우리나라는 정말 저는 요즘에는 정말 심각한 거 같아요. 이게 건강은 하나의 나타나는 증상이고 건강불평등은 나타나는 증상 중에 하나인 것 같고 총체적으로 좀 고민을 해야 되지 않을까.

일부 참여자는 건강불평등을 의료불평등과 분명하게 구분할 필요가 없다고 이야기하거나, 개념상 양자를 구분하였지만 이후 서술에서 용어를 혼용하는 모습을 보이기도 했다. 이런 경향은 주로 중앙정부의 정책을 다루는 정책결정자에게서 나타났는데, 이는 사회적 불평등이 건강격차로 이어지는 경로 속에서 의료서비스가 차지하는 비중을 높게 평가하는 것과 관련이 있는 것으로 보인다. 이들은 다른 참여자들에 비해 건강불평등 현황이 그리 심각하지 않거나 심각하더라도 개선되고 있다고 생각했으며, 정책의제화 수준에 대해서도 긍정적으로 평가했다.

건강불평등과 의료불평등의 구분은 건강의 사회적 결정요인에 대한 인식과 관련 있다. 의료서비스를 중심으로 생각하며 건강불평등과 의료불평등을 구분하지 않는 참여자들일수록 정책의 의도하지 않은 결과로 건강불평등이 악화될 수 있다는 사실에 대해서는 주목하지 않았다. 이들은 건강보험 정책을 중심으로 사고했으며, 의료 정책을 통해 건강격차를 개

선할 수 있으리라고 기대했다. 반면 건강불평등을 의료불평등과 명확하게 구분하는 참여자들은 건강불평등에 대한 대응이 매우 미흡한 수준에 머물러 있고, 구체적 개입은 지방정부 수준에서 협소하게 이루어지고 있다고 판단했다.

〈글상자 마-3〉 건강불평등과 의료불평등 구분 여부에 따른 대조

건강불평등과 의료불평등 구분	
구분이 모호한 사례	구분이 명료한 사례
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Policy 1: 건강불평등, 의료불평등을 굳이 뭐 자잘하게 자꾸 학자들이 나누려고 하는데, 그 현실적으로는 별로 문제가 없죠. 현실적인 함의는 사실 별로 없습니다.</li> <li>• Policy 4: 건강에 안 좋은 유해요인에 대해서 소득이 적은 분들이 더 많이 접근을 하게 되고, 거기에 이제 중독이 되게 되고, 동시에 거기에서 생기는 질병에 대해서, 아무래도 의료급여 환자는 병을 치료하는데 제한이 생기기 마련이기 때문에 거기에 대해서 그런 측면에서 보면, 건강 불형평의 문제는 발생을 할 수밖에 없는 거죠.</li> <li>• Policy 6: 계층, 소득수준이든 뭐든 소득이나 아니면 다른 교육, 아니면 다른 기타 사회, 경제적인 요건에 의해서 separate 되어있는 계층들로 공공적 서비스가 제공 되어지는 부분에 있어서의 차별이 발생하고 있는 부분들, 또는 격차가 발생하고 있는 것들. 이런 걸 총칭해서 건강불평등의 한 분류로 보고 있습니다.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Policy 6: 건강불평등은 구조적이나 사회경제적 요건 때문에 발생하고 있는 부분이라고 보여진다고 한다면, 상대적으로 의료서비스에 대한 불평등이라고 하는 것은 의료서비스 공급체계의 편중화 때문에 발생하는 것이라고 보여지거든요.</li> <li>• Field 1: 저도 의료불평등 쪽은 어떻게 보면 약간 서비스의 측면이 조금 강한 쪽으로 생각하죠. 그래서 그건, 건강의 전체적인 측면으로 볼 때는 결과를 중심으로 저는 생각을 하고, 의료 쪽은 어차피 뭐 치료? 우리 지금의 부분은 치료 중심으로 돌아가는 거니까 결국은 직접적인 치료라든지 이런 서비스를 받는 측면에서 그야말로 우리가 의료 취약지 이런 이야기를 하듯이 그건 서비스의 양, 접근성, 전체적인 어떤 이런 측면에서 보는 거고, 건강의 문제는 결과적인 측면에서 저는 그렇게 생각을 하고, 저는 그렇게 생각합니다.</li> </ul>

건강불평등 정책에 대한 인식	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Policy 1: 그런데 이 건강불평등이라는 개념이, 그러니까 건강불평등을 일으키는 아웃컴의 형태, 또는 인풋의 종류 등등이 상당히 광범위하기 때문에, 건강불평등이라는 용어 자체는 정책의 명칭으로 쓰이기가 어려워요. 그러나 예를 들어서 야당 의원들, 특히 야당의원들의 경우, 어떤 문제를 판단할 때 이게 형평성이 있느냐 하는 것은 반드시 따지죠. (책임자: 선생님 생각에는 이름은 그렇게 안 붙였지만) 네. 그게 그렇게 neglect되는 건 아니다, 라는 거죠.</li> <li>• Policy 4: 건강정책적인 측면에서는 모든 국민들을 똑같이 하고 있는 상황이기 때문에, 그런 불형평을 초래할 만한 이유는 없었어요. 건강정책이라는 측면에서만 보면. 그런데 이제 다른 측면에서, 의료정책이나 의료보호 또는 건강보험 이렇게 좀 따지면, 형평성의 문제를 발생시키는 요인들이 좀 있기는 하죠.</li> <li>• Policy 5: 복지부 정책 중에서 악화시키는 건 별로 없을 것 같고요, 아마 주로 약화나 사고치는 데는 경제라인이니까. 저기에서 약화시켜놓고 저희가 구제하는 역할이니까. 약화시키는 정책은 없을 것 같고. 그나마 저희가 가지고 있는 대부분의 정책들이 어느 정도 완하는 시키겠죠, 완하는. 주 목적에 있어서 그게 아니다하더라도.</li> <li>• Policy 6: 공공성을 강화하는 거고, 보장</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Policy 3: 형평성 개입 정책이 있나요. 건강 형평성을 어디에서 개입을 하죠. (책임자: 없다고 생각하시는 거예요?) 전에는 있었죠. 복지부에 담당과도 있었고, 그런데 지금은 모르겠는데. 있나요?</li> <li>• Field 2: 아직은 정부가 이거에 대해서 하나의 구체적인 정책으로 해서 나온 건 없는 것 같아요. 그런데 지방자치단체에서는 많이 하고 있죠. 예를 들어 서울이라든지, 우리 수도도 그렇고 마을 만들기 요즘 많이 하는 것하고 같이 연결해서 건강마을 만들기를 취약지역에 많이 하고 있죠. 지방에서는 많이 하는 것 같은데 이게 국가정책으로까지는 아직 시행되지 않는 것 같아요.</li> <li>• Field 3: 보편적인 서비스를 일률적으로 하다 보니 정보에 능한 사람이나, 저기 보건소에 가끔 보면 자가용 몰고 오는 사람 많아요. 아우디도 타고 오고. 그런 거죠. 그런 정보에, 인터넷에 좀 아주 능하고 이런 정보에 약삭빠른 사람들은 오히려 보건소의 무상 서비스나 이런 것들을 잘 이용하고, 취약계층은 점점, 그 디지털 디바이드라고 그러잖아요. 점점 인터넷 환경에 익숙하지 않은 사람들은 점점 뒤쳐지고 그런 거죠.</li> <li>• Research 1: 건강형평성 또는 불평등이라는 용어를 사용하는 정책이나 전략이나 사업은 그동안 없었다는 생각이 들고요, 보건복지백서라든지 HP2020을 보더라도</li> </ul>

<p>성을 확대하는 방안, 이 두 가지가 결국은 뭔가 하면, 이 두 가지는 기본적으로, 두 가지가 제대로 되지 않으면 건강불평등이 심화되는 거예요. 그러니까 결국 이 두 가지 정책을 통해서 건강불평등을 해소하겠다는 궁극적 목적을 갖고 있다고 봐야 되는 거죠.</p>	<p>도 목표는 건강형평성 제고가 분명히 명시되어있음에도 그거와 연결된 어떠한 사업의 내용이 없기 때문에, 그런데 없다고 이야기하면 이제 억울하다. 정책 현장 실천가들이나 입안자들도 억울하다. 드림스타트도 있고, 전문보건사업도 있는데 그거 다 건강불평등 관련된 사업 아니냐, 이렇게 이야기하는데 실은 그래 보이지 않거든요.</p>
--	--

참여자들은 건강불평등의 원인으로 소득, 재산, 노동, 교육 같은 사회경제적 불평등을 지적했다. 건강의 사회적 결정요인에 대한 인식에 따라 의료서비스나 공공서비스의 접근성의 격차를 건강불평등의 구체적 원인으로 꼽거나, 건강격차를 야기하는 일상적인 삶의 조건에 대하여 이야기했다. 그러나 건강불평등이 총체적인 사회적 불평등의 누적으로 나타나는 결과라는 인식은 건강불평등에 대한 개입이 어렵고 막연한 일이라는 인식으로 이어지기도 했다.

#### 〈글상자 마-4〉 건강불평등의 원인

- Policy 3: 우리 사회가 진짜 일부 부자들 말고 대부분의 중산층 이하 사람들에게 건강을 관리하도록 허용하는 사회가 아니라고 봐요. 그게 이제 노동조건이 되었건, 아이들 학습, 공부를 시키는 것이 됐건. 그러면서 외부에서 오는 어려움들을 뭐 잘 먹거나 틈틈이 시간 내서 나름대로 잘 쉬거나 그렇게 할 수 있는 사람은 자기 건강을 관리하면서 버티는 거고, 못하는 사람은 그냥 그야말로 과로사를 할 때까지 버티는 구조이기 때문에 그렇다고 생각을 하고,
- Policy 5: 건강불평등 아무리 저희가 해보려고 해도 그 뭐예요, 소득이 불평등하고, 고용이 이따위 식이면 여기에다 돈 떨어 붓는 게 국가적으로 낭비 아닐까요. 이게, 좀 소득부터 좀 나아져야지 이게 뭘 하든가 말든가 하지.
- Field 3: 빈부격차 그게 아니겠어요. 나는 항상 그런 누가 물어보는데 결국은 그걸 해결하지 않으면 그 형평성이 해결이, 그러니까 그게 참 어려운 일이에요. 건강형평, 불평등을 해

결해야 되는데 그건 지자체에서 할 수 있는 일이 아니잖아요.

- Field 4: 그리고 이 자본주의 사회라는 불평등한 사회에서 이분들이 계급적으로 차별받고 있었던 거고, 그런 것들이 누적되어서 사실은 건강을 되게 해치는 선택, 판단 이런 것들을 하셨던 거고, 그런 것들이 축적되다 보니까 이제 건강이 안 좋아지게 된 거라는 거죠. 그래서 그런 부분들을 어떻게 해결할 수 있을까라고 하면, 좁은 의미로는 이 분들이 아플 때 병원을 잘 가서 치료를 받을 수 있게 하는 것도 불평등을 줄여주는 거고, 또 하나는 이 분들이 살아오면서 기회의 평등이 없었는데, 그 평등을 좀 기회를 좀 평등하게 만들어주는 것도 사실 건강불평등을 해소하는데 되게 중요한 지점이라는 생각이 드는 거죠.

시민들이 건강불평등을 어떻게 이해하고 있다고 생각하는지 메타 인식을 질문했다. 대부분의 참여자들은 한국 사회에서 건강불평등에 대한 인식이 예전에 비해 진전되었다는 인식을 공유하고 있었지만, 시민들의 인식에 대한 평가는 다양했다. 정책결정자와 현장실천가들은 시민들의 인식에 대해 비교적 긍정적 평가를 내리는 반면, 연구자들은 시민들의 건강불평등 인식 수준이 낮고 정책결정자나 현장실천가들의 인식 역시 피상적인 수준에 그치는 경우가 많다고 보았다. 시민들의 인식에 대한 메타인식은 각자의 건강불평등 개념이 투영되는 것이기에 이를 단순히 비교하여 의제화에 대한 인식으로 해석할 수는 없다. 그러나 메타인식은 참여자들이 제시한 향후 건강불평등 정책의제화에 대한 전망에 영향을 미쳤다.

〈글상자 마-5〉 시민들의 건강불평등 인식에 대한 예상

- Policy 1: 시민들이 그 문제를 모르고 있다는 생각은 들지 않고요, 상당한 관심과 이런 걸 가지고 있는데 그게 그분들이 자기가 그런 처지에 있거나 자기와 가까운 사람이 그런 처지에 있지 않는 한 그런 불평등문제를 매일 매일의 의식수준에서 생각하기는 어려운 것이거든요. 그건 어느 부분이든지 다 그렇기 때문에 일상적인 활동에서 저 사람들이 도대체 불평등문제, 또는 건강불평등 문제에 대해서 알고 있을까, 사고하고 있을까, 이렇게 보면 아닌 것처럼 보이지만 그러나 그분들이 갖고 있는 내면적인 인식 차원에서 그게 없느냐고 한다면 그건 아니겠죠.

- Policy 2: 잘 모르죠. 관심을 가질 이유가 있을까요. 그냥 그 상대적 박탈감이 좀 더 커졌다. 그걸 체감할 수 있을까요. 음, 그것보단 이제 그래도 상대적이기 때문에 이게 상대적인, 과거에 비해서, 내가 내 또래에 비해서 건강상태가 나빠졌다 이렇게 상대적으로 느끼기 어렵기 때문에 그 시민들이 표현하고 표출되는 방식은 절대적인 순간, 절대적인 경험에 의해서 나오겠죠. 뭐 내가 병원에 간 횟수가 줄었다든지, 아니면 소득이 줄어서 병원에 가는 걸 많이 참았다든지 그런 것.
- Field 4: 가난한 사람들이나 우리 사회의 취약계층들의 문제는 여전히 대중적인 이슈가 사실 아닐뿐더러, 사람들이 크게 관심을 갖는 이슈도 아니고, 당사자 본인들도 별로 그런 의식이 없어서 사회적으로 확산이 잘 안 돼요.
- Field 6: 이제 조금 아시거든요. 그전에는 아무리 설명해도 잘 몰라요. 그런 형편이기 때문에 시민들이 옛날보다는 많이 느끼는 것 같아요. 많이 좋아진 것 같아요. 건강도시라는 그런 건 모르지만, 뭐 보건소에서, 국가라고는 생각 안할 텐데, 보건소에서 조금 노력은 하고 있는데 그건 나한테 별로 피부는 안 와 닿아.
- Research 3: 하지만 여전히 지식인계층에서는 확실히 그 문제가 공정성의 문제고, 윤리적인 문제이고, 이렇게 심하구나, 이런 이제 생각들. 그리고 대부분의 기자들이 그렇게 이해를 하는데, 실제로 일반인들이 그런 생각들을 그대로, 우리가 리프트하는 그런 방식으로 그걸 받아들이는 것이냐에 대해서는 저는 개인적으로는 그렇게 긍정적인 그런 생각을 가지고 있지는 않아요.
- Research 4: 사실은 대부분의 사람들은 일단 나라의 건강불평등, 우리 지역사회 건강불평등에 대해서 잘 모를 거다, 이런 생각이 듭니다.

참여자들은 한국에서 건강불평등 개념이 본격적으로 논의되기 시작한 것이 약 10년 정도 되었다고 말했다. 정책의제화 현황에 대해서, 정책결정자들이 중앙 수준의 입법, 제도화를 염두에 두고 이야기했다면 현장실천가들은 지방정부나 보건소의 보건사업을 중심으로 논의를 전개했다. 정책결정자들이 민주노동당의 무상의료 정책, 참여 정부의 건강투자정책, 박근혜 정부의 건강보험 보장성 강화 정책 등을 건강불평등과 관련해서 이야기한 반면, 현장실천가들은 지방정부와 보건소가 중심이 된 사업 경험을 토대로 건강불평등 정책을 서술했다. 다수의 현장실천가들은 신영진 등의 “건강불평등 완화를 위한 건강증진 전략 및 사업 개발(2009)”

연구를 언급하면서, 그 이후 건강불평등 개념이 지역보건사업에서 안전으로 다루어지기 시작했고, 별도의 사업이 추진되기보다는 취약계층 대상의 보건소 사업들이 건강불평등 완화 개입으로 명칭이 바뀌는 등 형태 변화가 있었다고 언급했다.

대체로 비관적인 전망을 가지고 있는 연구자 집단과 달리 정책결정자나 현장실천가들은 건강불평등 정책의제화가 충분하지는 못하더라도 지난 10년간 개념 확립과 담론 형성에서 일정한 성과가 있었다고 평가했다. 예전에 비해 건강불평등과 관련된 주제들이 공식적으로 논의되고 있으며, 정책 영역에서 형평성에 대한 고려가 이루어지고, 당위적 성격을 가지는 건강불평등에 대한 이해가 증진되었다는 것이다.

〈글상자 마-6〉 건강불평등 정책의제화 현황에 대한 인식

- Policy 1: 건강불평등은 이미 상당한 담론형성에 성공하고 있다고 생각하는데요, 그래서 그런데 건강불평등은 진짜 evidence가 중요하거든요. 그래서 그게 여러 가지 불평등 지표를 그림으로 보여주고 있잖아요. 나도 이제 일부 따다가 비춰주고 하면 그건 뭐 누구든지 동의할 안 할 수 없는 거거든요.
- Policy 3: 2002년부터였나 그때 건강보험으로 통합이 되고 하면서, 아 그때 아마 건강불평등 관련한 자료들이 많이 언론에 나왔을 거예요. 건강불평등 문제가 그 때 많이 났을 거고 그러면서 아마 의료 영리화도 추진되고, 그 반댓불로 공공의료 강화도 같이 이야기 되면서 아마 그 와중에 건강 형평성도 일정하게 의제로 들어갔을 것 같은데요,
- Policy 4: 10년 전부터 형평에 대해서 굉장히 많은 분들이 문제제기를 하고 있고, 정부 정책도 계속 그 부분에 관심을 두고, 그쪽에 신경을 쓰면서 진행을 하고 있어요. 이제 정부가 그 문제에 대해서 전혀 모르고 있는 거나 손을 놓고 있는 건 전혀 아니라는 걸 말씀드리고 싶어요.
- Policy 5: 잠깐 000 장관 있을 때, 헬스 쪽으로 좀 관점을 전환시키면서 그 당시에 건강불평등이라는 말이 좀 쓰이기 시작했거든요. 이제 그 이후로 국내에서 어느 정도나 그게 정책적으로 왔는지는 잘 모르겠네요.
- Field 1: 한국 전반에 대해서 정책의제화 됐느냐? 의제화는 됐죠, 충분히. 의제화, 이슈화 충분히 됐죠, 사실은 지금. 이슈화 다 됐고 그런 거는 다 되는데 실행으로 넘어가는 데에서 문제가 되는 거죠.

- Field 2: 아무래도 좀 취약한 계층들, 경제적으로 취약한 계층들을 위한 그런 사업들이 보건 소의 주된 사업이었죠. 그러다가 요즘 건강불평등, 그게 아마 000교수님으로부터, 제가 볼 때 그때 아마 노무현 정부였을 것 같은데, 그때 아마 무슨 책자가 나왔죠. 건강불평등 관련해서 책자가 나온 것 같은데, 저거구나. 잠깐(책장에서 보고서를 꺼내서 확인). '건강불평등 완화를 위한 건강증진 전략 및 사업 개발.' 아마 이게 처음이 아니었을까 싶어요, 2006년에(연구보고서는 2009년에 발간되었음).

## 나. 건강불평등 정책의제화의 어려움

영국의 경험을 토대로 건강의 사회적 결정요인에 대한 정책과정을 연구한 Exworthy는 정책적 해결을 어렵게 만드는 건강불평등의 고유한 속성들에 대하여 다음과 같이 정리하였다.

첫째, 건강불평등은 다중의 원인에 의한 다층적 현상이다. 따라서 건강불평등을 해결하기 위한 협조적 전략을 구상, 실천하는 것은 어렵고 복잡하다. 둘째, 건강불평등은 생애과정을 거쳐 누적되며, 생애주기적 관점으로 파악해야 하는 현상이다. 이와 같은 누적적, 장기적 접근은 일반적인 정책 스케줄에 부합하지 않는다. 셋째, 건강불평등에 대한 개입은 부문 간(inter-sectoral) 협조와 파트너십을 필요로 하는데, 이는 대단히 어렵다. 넷째, 건강의 사회적 결정요인에 대한 개입은 다른 우선순위들에 의해서 주변화되는 경향이 있다. 다섯째, 건강과 건강불평등에 영향을 미치는 인과관계는 복잡하고, 규명할 수 있더라도 각각의 기여분을 구분하여 각 원인에 귀속하는 것은 어렵다. 이와 같은 귀속 문제(attribution problem)는 정책의 기획과 평가 모두를 어렵게 만든다. 여섯째, 건강불평등을 드러내기 위해서는 많은 자료가 필요하다. 정기적으로 양질의 자료를 수집하고, 시의적절하고 사용가능한 정보를 생산해 내는 것은 어려운 일이다. 일곱째, 건강불평등은 세계화와 탈(脫)중앙집권화의 영향을 받는다.

다양한 수준에서 정책적 결정이 필요하고, 점차 더 많은 이해관계자들이 연루되는 상황은 문제의 정책적 해결을 어렵게 만든다(Exworthy, 2008).

본 연구에서도 Exworthy가 제시한 정책의제화를 어렵게 만드는 건강불평등 의제의 속성 대부분을 확인할 수 있었다. 또한 한국의 제도적, 정치적 맥락과 관련된 요인들을 추가로 도출할 수 있었다.

먼저, 건강불평등의 정책의제화가 어려운 이유로 참여자들은 건강불평등 의제가 일반 대중과 정책결정자들이 체감하기에 다소 추상적이고 이해하기 어려운 개념이라는 점을 꼽았다. 일부 참여자들은 개념의 추상성을 극복할 수 있다 하더라도 건강 개입에 대한 구체적 전략이 제시되기 어렵기 때문에 건강불평등이 정책의 총론적 의제로 제시되기 어렵다고 판단했다. 의료불평등에 비해 건강불평등 현황을 측정하고 평가하기가 어렵다는 것 역시 정책의제화를 어렵게 만드는 요인으로 지적되었다.

〈글상자 마-7〉 건강불평등의 추상성, 복잡성

- Policy 1: 건강불평등을 일으키는 아웃컴의 형태, 또는 인풋의 종류 등등이 상당히 광범위하기 때문에, 건강불평등이라는 용어 자체는 정책의 명칭으로 쓰이기 어려워요.
- Policy 2: 형평성을 체감할 수 없으니까, 절대적인 상황에서 체감하는 거지 이게 내가 '작년, 재작년보다 더 나빠졌다, 좋아졌다'를, 내가 '위치가 어디에서 어떻게 변화했다', 그걸 확인할 수가 없으니까. 네, 이게 마치 어떻게 보면 유명하고 싸우는 것 같기도 하고 그래요. …(중략)… 상대적인 개념 때문에 그런지 절대적인 순간에서는 보이지만 상대적인 변화는 가시적인 영역에 들어오지 않으니까 이걸 참 어떻게 컨트롤도 못하겠고 그런 점이 참 어려운 것 같아요.
- Field 4: 너무 사실 추상적인 개념이 아닌가, 라는 생각이 들거든요. 그런데 실제로 그 불평등이라는 이슈를 현장에서 보면 너무나 구체적으로 현장에 있는데, 그걸 연결이 잘 안 되는 지점이 있는 거죠. 자기문제가 아니면. 그래서 그 문제를 어떻게 자기문제화, 그다음에 내가 당할 수 있는 일이라고 생각을 하게끔 하는 게 중요한 거죠. 관심을 가지게 하는 게 중요한 건데, 관심을 가지게 하려고 하는 게 무엇일까라고 하면 굉장히 사실 활동이나 정치적으로 유연함을 갖춰야 되는 거고, 그런 건 쉽지가 않은 거죠.

참여자들은 불평등을 가시화할 수 있는 구체적인 근거가 부족한 것도 문제라고 보았다. 그러나 건강불평등 현황에 대한 근거가 얼마나 있는지에 대한 인식은 다양했다. 기본적인 통계자료조차 충분치 않다는 의견에서부터 불평등 현황의 근거는 충분하지만 사회적 이슈화를 위해 필요한 가공된 자료가 부족하다는 의견, 현황에 대한 연구는 많지만 건강불평등 발생 기전에 대한 연구나 정책연구, 평가연구 등이 필요하다는 의견까지 근거에 대한 다양한 인식이 확인되었다.

〈글상자 마-8〉 건강불평등 현황에 대한 가용한 근거가 부족함

- Policy 3: 일단 자료를 만들기가 어려워요. 그게 기본적으로 저희가 이슈화를 시키려면 자료가 어느 쪽에서든 나와야 하는데, 자료가 나오기가 힘들고, 그 다음에 이제 보시면 같은 데나 이런 데서 종종 나오기는 하지만 그건 그야말로 연구 자료라서.
- Policy 4: 건강 형평성에 대한 연구는 별로 없어요. 여기서(한국) 나온 건 별로 없고, 차라리 WHO나 이쪽에 좀 자료가 있지, 이렇게 구체적으로 나온 자료는 내가 많이 보지를 못했어요.
- Policy 5: 지금은 evidence도 잘 제시되지 않았고, 의제화도 약하다보니까 기반 통계는 전무해요. 아까 말한 소득계층에 따른 생존율 격차를 제가 통계로 매년 추출하고 있지도 않고, 소득격차에 따른, 예를 들면 건강행태의 차이와 그로 인한 기대수명의 차이 같은 경우도 통계로 관찰하고 있지 않다고요.
- Field 2: 우선은 연구를 좀 해야 될 것 같아요. 지금 보면 발표되어있는 게 지역간격차를 보면, 현황만 나오잖아요. 이상하게 서울은 좋은데 부산 쪽이 안 좋다. 지방. 그러면 그 원인이 무엇인가에 대해서 상세하게 원인분석부터 들어가야 되는데, 아직 그런 분석은, 역학조사, 그러니까 뭔가 그런 것에 대한 조사는 안 되어 있는 것 같거든요.
- Field 4: 연구는 이 소화를 못할 만큼 연구는 된 것 같아요. 000 선생님 보고서 오백 몇 페이지 저는 읽다가 정말 힘들었는데, 요약본 보는 것도 힘든데. 그런데 참 어렵다. 이 내용들이. 이 용어라든지 이런 것들을 계산법이라든지,

건강불평등 현황에 대한 근거가 충분히 생산되어 있다고 생각하는 정책결정자나 현장실천가들은 구체적 정책의제화를 위해 현황 기술을 넘어서 건강불평등 중재에 대한 추가적 지식이 필요하다고 보았다. 연구자들

도 지금까지의 연구가 정책보다는 현황을 분석하고 불평등을 기술하는데 집중했다는 점에 동의했다. 이와 더불어 이미 진행된 연구와 유사한 연구 용역이 다시 발주되는 등 지식전환의 단절 문제 또한 지적했다. 연구자들은 지금까지 건강불평등 현황에 대한 파악이 중심이 되었다면 앞으로는 중재를 위한 정책연구와 중재에 대한 평가 연구가 필요하며, 이를 위해서는 정부의 역할이 중요하다고 언급했다.

〈글상자 마-9〉 건강불평등 중재를 위한 근거가 부족함

- Field 2: 우선은 지금 ‘그렇다’라고 하는 것만 되어 있잖아요. 그러면 ‘왜 그러나’에 대한 연구 좀 해주셨으면 좋겠어요. 왜 그러나. 그리고 지금 전국에서 마을 만들기 사업이 진행되고 있는데 그거에 대해서 효과 평가를 좀, 평가에 대한 연구를 해주셨으면 좋겠어요.
- Field 4: 그런 연구를 하셨는데 이제 practical하게 소화를 해서 이걸 뭔가를 크리미한 단계로 이게 부러져야 되는데 교수님들이 연구하시는 것들에 비해서, 이런 것에 대해서 굉장히 실천적인 어떤 그런 것들이 이뤄지면서, 여기에 대한 피드백이 다시 올라가고, 그래서 다시 연구가 생성이 되고, 이런 것들이 돌아가야 되는데 그렇지 않은 건 아니죠.
- Research 2: 보건정책전문가들의, 보건정책관리자, 보건정책관리자들의 scop안에 있는 게 뭐냐. 그걸 찾아서 대안들을 만들어주고. 그 사람들이 할 수 있는 것들이 사실 꽤 있어요. 할 수 있는 융통성들이 있는데 그걸 이제 세밀하게 잘 만들어주면 실제로 실행할 수 있는 것들도 있을 거라고 봐요. 물론 이제 자잘한 거겠죠. 아주 부리를 흔드는 건 어렵겠지만 그래도 꽤 있을 것 같아요.
- Research 5: 그런데 문제는 건강불평등과 관련되어서 중재연구를 좀 하려면 사실 돈 되는 연구는 아니잖아요. 특허를 할 수도 없는 거고, 여튼 실험을 통해서 그렇다는 것처럼 그렇게 할 수도 없는 부분이고. 그래서 그것과 관련되어서는 제가 볼 때는 예컨대 국가전략차원으로, 그래서 저는 이제 국가의 역할이 중요하다고 보는데.

건강 의제는 정책 영역에서 다른 의제들에 밀려 주변화되는 경향이 있는 것으로 인식되었다. 선거 공약이나 정당의 정책 목록에서 건강은 그리 중요한 이슈가 아니고, 아래에서부터 요구가 있어도 경제, 노동, 건설 등 다른 의제에 밀려나는 경쟁력 없는 의제라는 것이다. 한 참여자는 정책의

제설정 과정에 참여했던 경험을 서술하면서 건강 의제의 막연함과 전문적 속성 때문에 정책결정자들이 건강 의제를 언급하는 것을 꺼린다며 안타까움을 드러냈다. 일부 현장실천가는 건강불평등은 차치하고, 건강과 공중보건 이슈 자체가 한국 사회에서 중요한 정치적 의제로 다루어지지 않는 것이 큰 문제라고 진단했다.

〈글상자 마-10〉 건강과 공중보건 이슈의 주변화

- Field 1: 일반 정치인들 있죠, 지자체장이라든지 아니면 대통령이라든지 이런 분들은 아직 제가 볼 때, 지금 경제적인 거에만 관심이 있지, 소득격차라든지 양극화문제에 대해서 관심이 있지, 그것이 어떻게 건강문제에 영향을 미쳐서 어떻게 나타나고 있는지에 대해서는 제가 볼 때 관심이 없으실 것 같아요. 그거보다도 일단 그것도 그 문제지만 이 공중보건, public health에 대한 관심도 없거든요, 사실. 그런 것을 반영하지 않았나 싶어요.
- Field 2: 보건파트는 국가정책에서 우선순위가 높지 않고, 게다가 보건소 경우는 공중보건 사업을 주로 하는 곳인데 이쪽에는 우선순위가 별로 높지 않다보니까 예산도 적고...(후략)
- Field 2: 우리나라는 public health 자체에 대해서 다들, 전문가들도 제대로 인식을 못하고 있고, 중요성을, 정부는 더 말할 것도 없고, 이렇다보니까 모든 의료의 중심이 의료제도, 건강보험 그렇게 되다보니까 그런 것에 기인해서 제가 볼 때는 건강불평등 문제도 이렇게 제대로 우선순위가 안 되고, 의제화가 안 되는 것 아닌가, 저는 그런 생각이 들어요.

보건복지와 건강 영역으로 한정했을 때에도 건강불평등 의제는 보건의료 의제에 비해 주변화되는 것으로 여겨졌다. 건강 정책은 의료 정책에 비해 주변적 위치에 머물러 있으며, 따라서 인력과 연구비 할당에서 우선순위가 떨어진다는 것이다. 이에 대해 참여자들은 일반적으로 정책 영역에서 건강 문제에 대한 인식 수준이 낮고 건강 이슈의 속성이 막연하여 해결책을 떠올리기가 어려운 반면, 의료영역은 상대적으로 수치화, 계량화가 가능하고 행정적으로 통제 가능한 부분이 많기 때문에 상대적으로 의제화에 용이하다고 보았다.

〈글상자 마-11〉 보건영역 내에서 주변화되는 건강불평등 의제

- Policy 5: 헬스 쪽은, health policy 쪽은 세력이 별로 없어요. 보시면 예를 들면 우리나라에서 복지 쪽에 의견이 강한 그룹들을 정치적으로 생각해보시면, 야당이나 혹은 뭐 민노총이라든지, 한노총 같은 노동세력들이라든지, 진보적 학계라든지, 이쪽의 메인 포커스는 항상 건강보험이죠. health insurance쪽이니까. 건강보험은 일 년에 뭐 한 50조 가까운 돈을 벌고 있기 때문에 이 돈의 분배를 어떻게 하고, 이 돈의 혜택이 어느 계층으로 집중되느냐.
- Policy 5: 그런데 문제는 이 주제를 되게 거북하게 생각해요. 쉽지 않다고요, 그러니까 스모킹 정책에 있어서만의 equity 정책을 따로 어떻게 뺄 거냐, 아니면 nutrition 정책에 있어서의 equity정책을 따로 어떻게 뺄 거냐, 혹은 알코올에 있어서의 equity정책을 따로 어떻게 뺄 거냐는 부분들이 쉽게 잘 안 나온다고요. 그리고 그 각 파트의 정책 담론의 전문가들이 사실은 그다지 관심이 없죠.
- Policy 6: 재원을 투자하는 정부 입장에서는 그 부분들을 수직화하고, 계량화하고, 평가할 수 있는 게 쉬운 것을 위주로 집행하려고 하는 경향이 있을 것 아니겠어요. 그러다보니까 그런 통제 가능한 보장성, 또는 급여 이런 부분들로 집중하는 경향이 있기 때문에 거기에서도 또다시 편차가 발생하게 된다는 거죠.

건강불평등 또는 “불평등” 의제를 금기시하는 분위기가 있었다는 것도 공통된 지적이었다. 한국 사회에서 불평등 의제는 전반적으로 억압되어 왔으나 점차 불평등 의제를 드러내기 용이한 상황으로 변하고 있는 것으로 보인다. 그러나 일부 참여자는 불평등 의제에 스스로 노골적인 불편함을 드러냈으며, 불평등 의제를 제시하는 것이 거북하거나 부담스럽고 꺼림칙한 것으로 여겨지는 분위기가 있다고 증언하였다.

〈글상자 마-12〉 금기시되는 건강불평등 의제

- Policy 1: 전반적으로 한국 사회는 그동안의 불평등이라고 하는 용어를 쓰지 않았어요. 굉장히 오랫동안. 그리고 평등, 불평등 이런 이야기를 하면 상당히 오해받기도 쉬웠죠... 그때는 건강불평등이라는 말 자체는 없었지만, 이 불평등한 상황에 대해서 연구를 해봐야 되겠다는 생각이 없었겠어요? 그런 생각은 하지만 내가 젊었을 때는 그런 연구를 한다는 게 잘 상상이 안 됐어요.

- Policy 4: 아까도 말씀드렸듯이 형평과 평등은 완전히 다른 이야기예요. 평등 이야기했으면 저는 여기를 오지를 않았어요. 이 자리에 앉아있을 이유가 없습니다.
- Research 2: 사회적 공론화라는 부분들이 상당히 중요한데, 지금 최근 한 십여 년 동안에 건강불평등에 대한 사회적 공론화가 사실상은 억압되어온 측면들이 없지 않았다고 생각이 좀 들고요. …(중략)… 보건복지부 내에서 건강불평등이라는 용어는 사실상 금기시된 용어다, 라는 이야기를 들을 정도로 일단은 이게 연구자 개인이 뭐 사회적인 공론화를 하고 이렇게 하기에는 좀 한계들이 있어요.

일부 연구자와 현장실천가들은 건강불평등과 관련된 연구 결과를 공론화시키는 데 어려움을 겪거나 연구 결과를 공개·발표한 이후 책망을 받은 경험을 가지고 있었다. 건강 수준이 열악한 것으로 드러난 지역의 담당자나 정치인이 불만을 표시하거나, 건강 열세 집단에 속하는 당사자가 불쾌감을 표현한 것이다. 정부나 지방정부가 지원한 연구임에도 불구하고 연구 결과에서 드러난 건강격차에 대한 정보가 최대한 확산되지 않도록 숨겼던 사례도 확인되었다.

#### <글상자 마-13> 건강불평등 의제에 대한 불편함

- Field 1: 중앙에서 내려오는 것 이외의 것을 하고자 하는 노력은 없었다. 심지어 00시 같은 경우에는 사망수준도 안 좋고 이럼에도 불구하고 계속 그 숨겼죠. 00시에서 사망수준이 높다는 건 언론에 나오면 안 되는 천기였고, 천기를 누설하면 안 되는 거였고 그랬는데 어느 시점부터 이제 언론이 00의 건강에 대해서 떠들기 시작한 거죠. 지역사회건강조사 결과 나오고 막 이러면서, 사망원인이 언론에 나오고 이러면서 이제 처음에는 좀 많이 부딪혔죠.
- Research 1: 왜 그런 연구 결과를 계속 발표를 해 가지고 그렇잖아도 불평등한 사회인데 계속 사람들을 이간질시키느냐.
- Research 1: 하위, 하류계층 이런 표현들이 있었던 것 같고, 그게 애당초 000 교수의 직업계층분류에 따른 용어가 사용이 됐는데 거기에 대해서 기분이 나쁘다. 그리고 사망률이 높고 이런 것들이, 어쨌든 직업을 잃고 이런 사람이 내가 거기에 해당이 되는 것 같고, 그런 사람들이 그렇게 이제 묘사가, 건강의 측면에서도 안 좋은 사람으로 묘사가 되는 것에 대해서 기분이 나쁘다.

연구 방법에서 제시한 대로, 이 연구는 건강불평등 정책의 장애 전반적으로 영향을 미치며 건강불평등 정책의제화를 어렵게 만드는 이념 혹은 권력을 분석하고자 했다. Lookes(1992)의 권력의 3차원 이론에서 첫 번째 차원의 권력이 직접적으로 건강불평등의 정책의제화를 어렵게 만드는 정치적 지형과 이해관계를 지칭한다면, 두 번째 차원의 권력은 건강불평등 의제화를 가로막는 제도적 장치나 무력감으로 인한 비행동과 무의사 결정을 설명한다. 마지막으로 세 번째 차원의 권력은 당사자와 정책결정자 집단의 인식을 구성하고 내면화된 합리성을 통해 의사결정 행위와 정치적 의제를 통제한다. 이때 건강불평등은 비가시화되고 사회적 문제로 인정되지 못한다. WHO 건강의 사회적결정요인 위원회가 “건강불평등은 어떠한 의미로도 결코 자연스러운 현상이 아니다”라고 선언했듯, 건강불평등을 당연한 것으로 여기게 만드는 장치들은 결코 자연스러운 것이 아니며 세 번째 차원의 권력이 작동한 결과이다. 건강불평등 정책의제화를 억압하는 기제를 파악하기 위해 참여자들의 발언을 참여자 관점과 연구자 관점 모두에서 분석하였으며, 이를 통해 네 가지 기제를 도출하였다. 일부 참여자는 건강불평등의 정책의제화를 억압하는 담론·프레임을 명시적으로 지적하였으며, 이를 극복할 수 있는 방법에 대한 고민과 잠정적 대안을 제시하기도 했다.

분석을 통해 파악한 건강불평등 정책의제화 억압의 첫 번째 기제는 건강을 개인이 관리·책임지는 것으로 여기게 만드는 담론과 능력주의이다. 두 번째는 의료화되어 소비·투자의 대상으로 건강을 인식하는 것, 그로부터 건강의 사회적 결정요인을 비인식하도록 만드는 것이며, 셋째, 경제를 우선시하는 논리, 넷째, 건강불평등을 잔여적 사안으로 인식하고 취약계층의 문제로 타자화하는 프레임이다.

첫 번째 기제는 건강을 개인화시키는 담론이다. 개인화 담론은 건강을

각자 스스로 관리하고, 개인이 의료서비스를 구매하여 해결해야 할 문제로 만든다. 따라서 사람들은 건강보장을 위한 국가적, 사회적 책임과 개입을 요구하지 않는다. 이와 더불어 능력주의 이데올로기는 가난과 불건강을 개인의 책임으로 돌리면서 희생자를 비난하고, 희생자들 역시 스스로의 불행과 고통에 순응하게 만든다.

〈글상자 마-14〉 건강을 개인화시키는 담론

- Policy 3: 구조적인 문제를 개인한테, 개인이 해결하라는 식으로 간 거거든요. 저는 지금 정부가 약간 커다란 의제에 대응하는 방식이 다 그렇다고 봐요. 그건 문제가 있는 거죠. 구조적으로 해결할 건 구조적으로 대답을 해야 되는 거고.
- Field 2: 사실 일반 국민들은요 건강에 대한 관심이 무지무지 많아요. 그런데 그걸 그러니까 뭐냐면 많은데 어떤 걸 요구해야 되는지 잘 몰라요. 그런데 주로 생각하는 게 이제 ‘그냥 병이 나면 병원에 잘 가면 된다.’ 이런 정도이지, 뭐 진짜 자기네 건강권, 나한테 건강권이 있고, 내가 건강하게 살기 위해서는 우리 지자체나 정부가 어떻게 예방사업을 해줘야 되고, 뭐 이런 사업을 해줘야 된다는 걸 잘 인식을 못 해요.
- Field 4: 사회구조상 이렇게 된 문제인 건데 되게 개인적인 문제로 치부해버리고 이 사람들의 문제를 내가 게으르고, 내가 문제가 있는 거고, 이런 식으로 배척하면서 이 사람들을 우리 사회의 시야에서 가리는 작업들을 사회적으로 하잖아요. 이 사람들의 문제가 잘 드러나지 않는 지점이 있는 거고, 2등 국민으로서 자신들이 감내해야 된다고 또 이분들 개인들도 다 그렇게 생각하세요, 본인들도.
- Field 4: 사회양극화문제, 불평등문제라서 막 통합도 필요하고, 그런 걸 줄이기 위한 정책적 개선도 필요하다고 말은 그렇게 하는데 실제로는 당연하게 생각한다는 거예요. 경쟁에서 밀린 사람들은 낙오자가 되는 게 당연한 거고, 그런 사람들을 위해서 국민의 세금이나 이런 것들을 투여할 필요가 있느냐, 이렇게 생각한다는 거죠.

둘째, 건강을 의료화하는 담론은 민간의료 중심의 보건의료 생산체계와 더불어 건강을 “투자의 대상”으로 만든다. 건강에 대한 생의학적 관점에서 이루어지는 의료화, 의료의 상품화는 건강을 개인 수준에서 의료서비스를 소비함으로써 개선시킬 수 있는 것이자 개인의 자산으로 만들고,

국가 수준에서 국민의 건강을 가능한 적은 비용으로 관리해야 하는 투자 대상으로 여기게 만든다. 이 같은 관점은 건강의 사회적 결정요인에 대한 인식 부족으로 이어진다. 다양한 측면의 경제·사회적 정책들의 연계를 통해 기존의 정책들을 재구성함으로써 인구집단의 건강을 보장하는 ‘모든 정책에 건강을(Health in All Policies, HIAP)’ 전략은 이러한 인식 체계에서 상상하기 어렵다. 이렇게 의료화된 건강 담론 속에서는 독립적인 중재조차 건강보험제도의 틀을 넘어서기 어렵다.

〈글상자 마-15〉 건강의 의료화, 상품화와 건강의 사회적 결정요인에 대한 무인식

- Policy 4: (건강불평등의 정의에 대한 질문에 대한 답으로) 정신질환자의 의료급여, 의료급여 정신질환자 문제들, 그 분들 일당 정액제 수가로 묶여있어서 제대로 된 약을 처방받지 못한다거나, 서비스를 제대로 못 받는다거나 이런 것들이 대표적인 예라고 볼 수 있어요.
- Policy 5: 라운드 보고서라든가 이런 것들 하면서 건강문제가 좀 더 중요하다고 이야기는 되니까 그러면서 건강투자라고 하는 경제학적 용어를 만들어졌죠. 그래서 전체 정부 내에서는? 이게 더 싸게 먹힌다. 이렇게 한 게.
- Field 4: 건강문제는 사실 아프기 전까지는, 아파서 병원을 이용하기 전까지는 사실은 좀 부차적인 이슈, 그러니까 되게 많이 아프고, 자기가 질병도 많고 술도 많이 마시고 담배도 많이 피우시고 이러니까 뭔가 몸이 안 좋은 건 알겠는데 진짜 암 진단 받아 가지고 늙기 전까지는 건강이라는 문제가 자기 문제로 잘 다가오지 않는 게 사실 있더라고요.

세 번째 억압의 기제는 경제를 우선시하는 논리이다. 이러한 이데올로기는 경제 성장과 효율성을 강조하면서 불평등의 의제화를 어렵게 만든다. 효율성 대(對) 형평성이라는 전형적 대립구도를 활용하면서 재정 건전성을 강조하고, 경제적 위기를 이유로 불평등 의제의 공론화를 어렵게 만든다. 경제를 우선시하는 논리는 일반적인 정책합리성 논리로 작동하며 정책결정의 전 과정에 걸쳐 불평등 의제를 주변화시키고 무의사결정의 정치를 지속시킨다. 정책 개입의 효과와 비용이 분산되며, 이해집단이

명확하지 않기에 행정부와 대통령이 주도적인 역할을 하는 다수주의 정치(Majoritarian politics)에 해당하는 건강불평등 의제에서 정부의 무의사결정은 더욱 결정적이다.

〈글상자 마-16〉 경제를 우선시하는 논리: 효율성과 경제 성장

- Policy 1: 우리나라의 각종 정부기구들이 불평등의 관점에서 자료 생성을 안 하죠. 예를 들어서 재경부나 이쪽에서 소득을 백분위 소득분포를 내놓아, 그러면 절대로 안 내놓죠. 또는 백분위 소득 분포와 함께 조세부담액을 내놓아라, 그러면 더더군다나 안 내놓지. 그런 거죠. 반면에 효율성 지표라고 생각되는 건 기를 쓰고 만들어내는 거지.
- Policy 1: 여당의 사람들 생각으로는 복지를 함부로 하면 안 된다. 그런 신념이 있는 사람들이 또 있어요. 비교적 복지는 그게 좀 그래도 좀 덜한 편이지만 그런 강력한 신념이 있는 사람이 있기 때문에.
- Policy 3: 기본적으로 재계는 반대할 거라고 봐요. 사용자 입장에서 정책 내용에 따라서 쉽게 받아들이기 어려운 게 있을 거예요. 건강의 관점에서 보자면 노동의 자유권이라든가 이런 것들에 대한 논의들이 시작될 수밖에 없으니까 사용자 입장에서 받아들이기 어려운 부분들이 분명히 존재할 거고.
- Policy 6: 기재부를 중심으로 한 경제 관료들이 자원의 우선배분을 공공서비스확대라든지 이런 건강보험의 보장성 확대를 하는 쪽으로 중점을 두고 있지 않고, 이를테면 영리화라든지 사적시장을 통한 효율성 이런 부분에 방점을 두고 있기 때문에, 가장 많이 부딪히는 세력이기도 하고, 우리입장에서 보면 의료의 공공성을 강화하고 건강보험의 보장성을 확대하는데 가장 큰 방해세력이기도 하죠. 그리고 이제 이 경제 관료들과 함께, 통합적으로 청와대라고 표현되어지는데, 그건 결국 집권자의 의지가 반영된 것이라고 할 수 있기 때문에 그렇게 가장 큰 방해세력.

네 번째 기제는 건강불평등을 잔여적 사안으로 인식하고 취약계층의 문제로 타자화하는 프레이밍이다. 이 관점은 건강불평등이 정부가 즉각 대응하지 않으면 안 되는 현실 과제이고, 건강불평등을 감소시키지 않고는 국민 전체의 건강수준을 향상시키기 어려우며, ‘소득과 건강불평등의 악순환’이 존재하기에 건강불평등을 중요한 정책 문제로 다루어야 한다

는 보편주의적 관점(신영전, 2009; 김동진 등, 2013, pp.14-15 재인용)과 대비된다.

건강불평등을 특정 집단의 문제로 축소하는 잔여적 접근은 건강불평등 의제화에 부정적인 영향을 미친다. 먼저 취약계층에 대한 개입을 통해 불평등 문제를 해결할 수 있다고 보는 잔여적 관점은 의제의 보편적 성격을 거세함으로써 문제와 이해 당사자를 축소시킨다. 정책과정을 집단들 간의 경쟁을 통해 자원이 배분되는 이해집단 정치로 인식하는 다원주의적 관점과 이러한 잔여적 관점이 결합하는 것도 문제이다. 다원주의적 참여의 역설, 즉 취약한 집단의 정치적 침묵(voiceless)은 불평등의 정치적 해결을 불가능하게 만든다. 건강의 사회적 기울기를 총체적, 보편적 관점에서 이해하지 않고 특수 집단의 문제로 타자화했을 때 불건강은 낙인이 될 수 있다. 본 연구 참가자들의 담화에서도 집단 간 건강격차가 자원의 배분을 위한 정치적 정당화 논리로 도구화되거나 구별 짓기 담론으로 이용되었음을 확인할 수 있었다.

<글상자 마-17> 잔여적 관점과 타자화 프레임

- Policy 2: 꼴찌 하는 구가 우리지역에 투자해달라고 호소할 때 쓰는 논리예요. 1등하고 차이가 이만큼이나 난다. 이렇게 하면서 논리가 형성이 되는 거지. 격차에 대한 논리를 써먹는 거죠. 그러니까 이게 굉장히 정치적인 이슈다 뭐 이런 생각이 들어요. 정치적인 동력이 생겨서 밀려가는 것도 맞는 것 같고. 그런데 이게 무슨 뭐 정책의 패러다임이 바뀌어야 되고 이런 차원이 아니라.
- Policy 6: 이게 공유지의 비극 같은 건데, 모두에게 혜택이 골고루 나눠지는 것에 대해서는 별로 관심을 갖지 않고, 특정 지역의 또는 예결의원들 입장에서는 자기 지역구로 예산을 배정받는 것이 가장 큰 정책성과라고 판단하기 때문에 좋은 정책들임에도 불구하고 예산이 잘 배정되지 않는 문제가 발생하긴 해요.
- Field 1: 도와줘야지, 당연히 도와줘야 되는데, 도와주는데, 예산, 잘 사는 사람들이 세금 더 내야지. 이러면 다 반대하잖아요. …(중략)… 이 사회라는 건 취약계층만 있는 게 아니라는 거죠. 불평등의 문제를 갖고 있는 사람만 있는 게 아니라면 사회는 어차피 하나로 가야되는

거기 때문에 비전을 제시하고 그 부분을 충분히 가져가고, 그 비전을 달성하기 위해서 우리가 이 취약계층의 취약한 그 부분을 같이 끌어올려야 된다는 측면에서 이야기를 해야 되는 데.

- Field 4: 자기 문제로 안 다가오는 게 가장 크고, 자기 문제로 안 다가오게끔 하는 그런 다양한 이슈들이 있죠. 이를테면 분리하는 작업도 사실 정치적인 이슈인 거고, 다른 식의 시각으로 자꾸 눈을 돌리게 한다든지 이런 것도 다 문제가 되는 거고, 사회적 이슈화가 안 되는 큰 이유는 자기문제로 안 받아들이는 것, 그리고 이슈화가 안 되게 끊임없이 언론이나 이런 데에서도 그런 작업들을 하고 있다는 것, 그런 게 아닐까요.
- Research 1: 서초구 보건소에서는 “교수님 감사합니다”라고 합니다. 그래서 우리가 서초구가 여러 가지 삶의 지표나 이리저리한 데에서 좋은 것을 기록하는데 건강불평등이나 이런 측면에서도 좋다는 거를 우리가 선전을 할 수 있게 되었다. 그렇게 하기도 하고, 또는 신문 기사를 보면 서울시 인근지역에 있는 어떤 지역에 있는 지방지가 우리 지역이 서울시에 이리저리한 구만큼 기대수명이 높더라. 그래서 그러니까 이게 이제 땅 값이 오를 수도 있는, 예를 들면, 괜찮은 데다, 우리지역이. 그렇게 활용을 하기도 하고.

#### 다. 건강불평등 정책과정 상의 부조화

건강불평등 해소를 위한 정책이 만들어지고, 지속 가능한 방식으로 제도화되지 못하는 것과 관련된 다양한 행정적, 정치적 요인들이 확인되었다.

먼저 건강불평등의 복합적 속성은 이를 정책적 과제로 다루기 어렵게 만든다. 건강불평등 완화를 위해 필요한 거시 정책(즉, 돈, 권력, 자원의 재분배)은 다소 막연하고, 건강 부처에서 책임지기 어려운 영역에 있는 것으로 인식되었다. Whitehead의 건강불평등 해결을 위한 활동단계를 참조했을 때, 이는 Mental block의 단계에 해당한다. 한 연구자는 위와 같은 인식을 지적하면서 정책 영역에서 많은 행위자들이 건강불평등 문제를 구조적 불평등의 결과로 환원하고 이를 핑계로 이에 대한 어떤 적극적인 대응도 하지 않는 것이 문제라고 하였다.

〈글상자 마-18〉 건강불평등의 구조적 속성과 Mental Block

- Policy 2: 이 건강 지표는 사망률, 사망원인, 자살률. 너무 근본적인 차원에 가있으니까 이 건 엄두가 안 나는 정도의 상황인 거예요. 이걸 어디부터 어떻게 손을 대서 이 격차를 줄이라는 이야기야, 우리보고. 이렇게 생각이 되는 거죠.
- Policy 5: 방법론이 안보여요. …(중략)… 어쩌라고! 이렇게 되죠. 건강을 모든 삶을 요소에서 제 1원칙으로 되라. 뭐 이런 이야기들 하기 시작하면 그때부터 정책적으로는 멍해진다고요. 어쩌라고 나보고, 이러면서.
- Research 1: 자살관련 정부보고서가 문제의 근원으로 소득불평등 문제에서부터 시작을 해요. 그리고 대단히 큰 사회적 문제라는 걸로 이제 이야기를 끌고 갑니다. 그런데 그것의 일종의, 저는 그게 싫어요. 왜 그런가 하면 이 문제가 굉장히 우리나라의 경제구조나 여러 가지에 대단히 깊이 뿌리박힌 그런 문제이기 때문에 발생하는 것이라서 이걸 쉽게 고치기 어렵다는 판단을 하게끔 만들어요. 그래서 그것이 결과적으로는 multidisciplinary한 대단위 경제정책을 포함한 대단히 광범위한 정책적인 대처가 필요하다는 식으로 결론을 끌고 갑니다. 그 말은 뭘 안하겠다는 거예요.

참여자들은 건강불평등 문제의 속성상 중재를 위해서는 다부문적 협력이 필요하며 이를 위한 상위 수준의 거버넌스가 필수적이라고 보았다. 그러나 현재로서는 건강의 사회적 결정요인을 다룰 수 있는 거버넌스 구조가 존재하지 않고, 정책 의지가 있다고 해도 부처 간 협력이 원활하게 이루어지기는 힘들며, 각 기관이 자신의 관할 영역 내에서 제한적인 접근을 하는 데 그친다고 보았다.

〈글상자 마-19〉 건강불평등 개입의 다부문적 속성

- Policy 2: 중앙정부에서 만약에 조정을 하더라도 이거는 이제 국무총리정도의 수준에서 이걸 조정해주고 엮어줘야죠. 엮어주려면 이걸 정말 경제노동정책하고 건강정책이 같이 묶여서 돌아갈 수 있는 방식을 찾아야 되니까.
- Field 4: 저는 현장에서 만나보면 더더욱 그렇고, 이분들이 건강격차를 줄여주려면 보건의료나 복지서비스 전달체계뿐만이 아니라 사회적으로 구조적인 문제까지 사실 해결해야 되는데, 그런 걸 해결하려면 사실은 그거에 관련된 과들이 다양하게 협치를 통해서 풀어야 될 문제라는 거죠.

건강불평등 문제의 특성상 기존의 제도적 배열 속에서 이를 해결하기 어려운 것도 사실이다. 건강불평등의 해결을 어렵게 만드는 구조에는 부처 간 협력을 어렵게 만드는 부처 간 칸막이, 정해진 기간 안에 가시적인 성과를 도출해야 하는 성과제, 정책 지속성을 어렵게 만드는 순환 근무제, 정책 스케줄의 불일치 등이 지적되었다. 다부문적, 장기적, 복합적인 것이 특징이며, 정책 영역에서 비교적 새로운 주제인 건강불평등 정책은 실적이 중요한 행정 조직 내에서 성과로 이어지기 어렵고, 그렇기에 관련 부처나 담당자들이 이를 적극적으로 추진하기 어렵게 만드는 것으로 보인다.

〈글상자 마-20〉 건강불평등 개입을 어렵게 만드는 행정적 구조

- Policy 6: 저희도 지금 하는데 잘 아시지만 공무원들의 청렴도 관련 이런 게 있어서, 그게 또 한 자리에 계속 있을 수가 없어요. 그래서 저도 이제 버티다, 버티다 최대까지 오래해서 한 4년 있었는데 도저히 더 이상 있을 수가 없겠더라고요. 그래서 다시 제가 보건위생과로 넘어가고 난 다음에 사실은 어디든 그렇겠지만 부처 간의 칸막이가 굉장히, 같은 구간에 있어도 과거 다르고 그러다보니까 내가 한 것도 아닌데 우리가 있을 때 했던 일을 다음에 오시는 분이 자기 생각을 가지고 또 이렇게 하는데, 그 뒤에 계셨던 분들이 조금 우리가 생각했던 방향으로 가지 않고 계시고, 그냥 흐지부지하고 있다가 쉽게 말하면 시장님이 바뀌셨죠.
- Field 6: 1년 안에 무슨 사업성과가 나올 수가 없잖아요. 옛날에 그냥 건강증진계일 때도 운동, 영양, 절주, 비만이 그 사업을 한 지가 10년이 채 안 된 시점인데 맨날 성과 안 나온다고 맨날 기획실에서 뉘달 당했거든요.
- Research 3: 결국은 다분야간이 한 문제를 놓고 같이 해결해야 할 때, 그때 여러 과정적 측면에서의 소통의 어려움이 있겠지만, 이렇게 거버넌스를 발휘해야 할 때는 합리적인 의사소통이 가장 중요하다고 이론적으로 누구나 다 알고 있고, 다 합의하지만, 실질적으로 성과라는 문제에 딱 맞닥뜨려서는 이제 그 다음부터 굉장히 서로 날을 세우고 이제 힘들어지는 그런 상황인 것 같아요.

일부 참여자는 정부와 관료조직 내부의 무의사결정이 지속되는 구조에 주목했다. 강한 중앙집권적 국가는 아래로부터의 요구에 의해 의제가 부상하는 것을 억제하고, 현장에서 목격되는 건강 격차 문제를 해결하기 어

롭게 만들었다. 이에 더해 불평등 의제에 대한 부정적 관점을 가진 관료와 정부 분위기는 건강불평등 의제화를 더욱 어렵게 만든다.

강한 중앙집권적 국가, 독자성을 가진 관료에 의해 건강불평등 의제에 대한 비행동(예, 불평등 관련된 정보 요청이나 통계 생산에 소극적이거나, 의제화된 이슈에 대한 정책대안 생산 부진), 사회적 의제화를 억압하고 대응하지 않는 무의사결정(예, 부산의 지역불평등)이 이루어지는 것이다. 이와 관련하여 일부 참여자는 강한 정부와 대비되는 사회 권력의 상대적 열세가 이런 상황에 기여하고 있음을 지적했다. 그는 정책 헤게모니를 정부가 독점하고 있는 상황에서 벗어나 의회와 시민사회의 역량이 강화되고, 시민적 통제가 강화된다면 정부의 무의사결정을 극복하고 사회적 의제가 정책 영역으로 진입할 수 있을 것이라고 전망했다.

〈글상자 마-21〉 강한 중앙집권적 국가와 관료의 독자성

- Policy 1: 관료는 독자성이 있어요. 아무리 정권이 그걸 통제해도, 그러니까 이제 청와대를 들어가서 보면 그 의사결정 안의 구조는 일반사회와 똑같아. 일반사회 정도의 보수적인 인물들과 진보적인 인물들과 이런 사람들이 있어. 그런데 보수적인 인물들도 적어도 현재는 굉장히 의사결정에 영향력이 큰 사람들이 많아
- Policy 5: 우리나라는 정부의 힘이 굉장히 강력한 나라예요. 다른 나라보다. 아마 이렇게 강력한 정부가 있는 나라는 제가 보기에 일본하고 몇 개 나라밖에 안 되는 것 같은데, 그러니까 모든 정책이 정부의존도가 굉장히 크거든요. …(중략)… 중앙정부의 힘이 워낙 강력하고, 중앙정부의 지도력이 세기 때문에 자기 것 챙기기도 바쁘다고 그럴까요.

건강불평등에 대한 정치적 지지를 확보하기 어렵고, 해결의 정치적 의지를 가진 리더가 부재한 정치적 조건도 문제로 지적되었다. 이는 시민의 건강불평등 인식, 이해와 무관하지 않으며, 앞서 서술한 정책의제화의 어려움과도 관련되어 있다. 정치적 무관심은 무의사결정을 지속시킨다.

이는 건강불평등 의제가 정부 의제가 되지 못했거나, 국민건강증진중

합계획 같은 정부 계획이 목표로는 제시하면서도 구체적인 추진 방안은 마련하지 않는 위장의제(pseudo agenda) 상태에 머물러 있음을 의미하는 것이기도 하다.

〈글상자 마-22〉 정부의 무관심과 무의사결정

- Field 4: 그런데 어떻게 정책을 사업화시키고 전략화시키는 것들은 어떻게 해야 되냐. 그러면 정부의 관심이 있어야 되고, 저희한테 한 10가지 일을 복지부에서 만들어달라고 하잖아요. 그런데 불평등과 관련된 일은 만들어달라고 이야기를 하지 않아요.
- Research 1: 지금까지의 정부에서는 건강불평등의 문제라는 것이 우리의 중요한 사회적 여젠다라고 인식을 해본 적이 거의 없을 뿐만 아니라, 그렇기 때문에 거기에서 정책의지에 반영이 되거나 아니면 정책적 조율을 해야 되겠다고 생각을 하는 것이 거의 없죠.

건강불평등 개입을 위한 정책 수단과 자원의 제약도 문제이다. 현장 사업을 담당할 인력들의 고용 안정성과 지속성 문제, 관련 조직들의 인력과 자원 제약, 인건비 문제 등이 반복해서 지적되었다. 이는 건강불평등 정책에 한정되는 문제는 아니지만 중앙에서 무의사결정에 의해 건강불평등 의제의 실현가능성을 낮게 평가하도록 만들고, 문제 해결을 요원한 것으로 인식하게 함으로서 정책의제화를 가로막는 요인이라는 점에서 주목할 필요가 있다.

중요한 정책 수단인 현장실천가들의 역량이 강화되고, 인력에 대한 처우(특히 취약계층의 돌봄 노동을 담당하는 여성노동자에 대한 처우)가 개선되어야 하며, 해당 노동에 대한 사회적 존중과 인정이 제공되어야 한다는 의견을 확인할 수 있었다. 실무 담당자들의 건강불평등에 대한 이해와 인식은 사업 기획에서 집행에 이르기까지 전체 사업주기에 걸쳐 영향을 미친다. 일선 담당자들에 대한 교육훈련이 제공되어야 하며, 이들의 역량 강화는 장기적으로 성과측정의 어려움이나 부처 간 협력 같은 제도적 관

성으로 인한 난관을 극복하기 위해서도 중요하다.

〈글상자 마-23〉 정책 수단과 자원 제약

- Field 2: 보건소직원이라든지 민간전문가도 그렇고 그 사람들에게 대해서 건강불평등이라는 것에 대한 인식을 심어줘야죠. …(중략)… 우리가 새로 수습대책을 개발하는 정도이지, 이게 뭐 사업이 딱 있어서 실적을 취합하는 것도 아니고, 정규사업이 아니다보니까 그러니까 일단은 직원들에 대한 그런 인식도를 높이기 위한 교육이라든지 아니면 건강불평등을 해소하기 위한 사업을 개발하는 기획능력이라든지, 그 사업을 어떻게 수행해야 되는지 이런 것들에 대한 역량, 역량에 대한 그런 걸 해야겠죠.
- Research 1: 인건비의 문제, 급여수준의 문제인 거예요. 그게 여러 가지를 이야기를 하는 겁니다. 그게 퀄리티도 이야기를 하고, 그게 그 사람들의 전문성이나 그 사람들에게 요구해야 되는 어떤 종류의 여러 가지 그런 것들을 다 이야기를 하고, 그 사람들의 고용의 안정성, 지속성 여러 가지는 이야기하는데, 너무 낮아요. 일부 이제 무기 계약직이 되는 경우도 있고, 뭐 하는 경우도 있고 이렇기는 한데 심한 경우에는 굉장히 낮습니다. 굉장히 낮아요. 상상하기 어려울 정도로 낮은 경우도 있어요.
- Research 1: 사람들의 변화를 유발할 수 있는 케어라는 건 상당히 집중적이고 지속적으로 이뤄져야 되는데 이 사업의 구조자체가 그렇게 되어있지 않아요. 그런 집중적이고 전문적이고 지속적인 서비스를 제공할 수 있는 여건 자체가 되지 않는 사업구조로 이뤄져있고요.

지역 내 건강격차를 해결하고자 하는 정책적 노력은 비교적 경계가 명확한 일정한 공간에 거주하는 이들의 관심을 집중시킬 수 있으며, 따라서 주민의 지지를 얻는데 용이한 측면이 있다. 이런 지역 중심적 접근은 지방자치단체장, 지방의회 의원, 지역구 국회의원처럼 명확한 정치적 책임 주체를 호명하기 용이하며, 현장에 가까운 지방정부 수준의 반응성 있는 중재사업을 통해 효과적 정책을 개발하는 데 기여할 수 있다(윤태호, 2010, p.69). 그러나 현재 지방정부의 권한과 역량 제약은 지방자치단체가 건강불평등 문제에 적극적으로 개입하는 것을 어렵게 만든다. 일부 현장실천가가 언급한 것처럼, 건강불평등 해소를 위해서는 현장에서 출발

하는 상향식 정책혁신이 필요하며, 이는 지방자치의 활성화와 더불어 가능할 것이다.

〈글상자 마-24〉 지방정부의 권한과 역량 제약

- Policy 2: 중앙정부하고 지방정부 역할과 권한에 대한 문제인데, 그러니까 이게 이제 중앙정부는 법률과 제도를 만들고 관리하고 운영하기 때문에 중앙정부가 만들어서 내려준 정책수단 안의 범위에서 활용하거나 아니면 일부의 경우는 법적인 근거가 없으면 조례를 만들어서 하기도 하고, 청년수당처럼. 그렇게 풀어나가는 건데, 그런데 이마저도 지금 이제 중앙정부가 사회보장심의위원회를 통해서 평가하죠. 명분은 중복사업을 피한다는 명분이지만 사실상 지방자치단체의 자율성을 엄청나게 침해하는 거거든요. 그렇게 되면 지방자치단체는 현장에 가깝기 때문에 제도와 정책은 못해도, 현장에 가깝기 때문에 현장에 맞게 발 빠른 액션을 하면서 대응을 해줘야 되는데 그런 게 제약당하는 거죠.
- Policy 2: 돈과 보상체계는 다 건강보험에 가 있는데 이게 지방자치단체하고 완전히 단절되어 있어서 아무것도 할 수가 없어요. 지방자치단체가 건강보험에 대해서 아무것도 할 있는 게 없는 거예요. 그냥 의료급여정도나 좀 하고 있지, 그거 외에는 할 수가 없는 거죠.
- Field 2: 제가 볼 때 이 사업혁신은 지방에서부터 일어날 수밖에 없어요. 현장에서부터. 변방에서부터 일어날 수밖에 없어요. 제가 볼 때는. 바로 눈에 보이니까. 그래서 물론 그 때 눈에 보이더라도 그걸 어떤 사람은 민감하게 감지하고, 어떤 사람은 둔감하게 별로 안할 수도 있겠죠. 그런데 민감하게 감지하는 데에서는 아무튼 자기 지역의 문제를 해결하기 위해, 건강 격차를 해결하기 위해서 노력해야 될 것이고, 그런 것들이 하나의 시범, 모델케이스가 되어서 확산되어야 되겠죠. 그리고 그것이 또 중앙정부에서 받아들여져서 또 사업화되어야 되고 그런 과정, 다 되어야겠죠.

## 2. 기회와 제언

### 가. 건강불평등 정책의제화의 기회

건강불평등 정책의제화의 다양한 어려움에도 불구하고 많은 참여자들은 건강불평등이 정치적 의제로서 잠재력이 있다고 보았다. 건강불평등

이 가지적으로 드러나고 사람들의 관심을 이끌어 낸다면, 당위적 성격과 감정적 호소력을 갖춘 불평등 이슈는 주요 의제로 부각될 수 있다는 것이다. 일부 참여자는 사망률, 자살률 같은 건강불평등 지표가 그 최종적이고 복합적인 성격 때문에 부담스럽기도 하지만, 동시에 정치인들이 관심을 기울이는 정치적으로 중요한 지표라고 하였다.

〈글상자 마-25〉 건강불평등 의제의 정치적 가능성

- Policy 2: 건강형평성은 정치적인 동력이에요. 지금도 보면, 지금도 순전히 정치적인 동력이에요. 그래서 그리고 이제 그걸 정치인들이 뒤에 예민한 건가 하면 매년 발표되는 사망률, 자살률 그 지표에 굉장히 예민하게 반응하는 거죠.
- Field 3: 지표들 중에서도 가장 민감하게 반응하시는 지표가 있어요. 자살사망률. 그건 당신이 구정을 잘하느냐, 못하느냐를 가장 잘 반영한다고 생각을 합니다. 그래서 저희 구청장님의 경우에, 이 구청장뿐만 아니라 다른 구도 마찬가지예요. 9월 달 쯤에 사망통계가 나오면 자살사망통계는 꼭 챙겨두시고.
- Research 2: 사실은 건강불평등은 오히려 사회적인 공감대는 더 쉽게 얻을 수 있는 그런 부분일 것 같아요. 기본적인 인권의 측면이 있기 때문에. 그러니까 사람들이 ‘부가 더 평등해야 된다.’ 거기에 이제 스티그리츠나 여러 가지 경제학자들이 주장하는 자본주의의 불가피한 선택이라고 주장하는 거지만, 부가 평등해지는 데는 그래도 한계가 있지 않느냐라는 생각이 있지만, 건강불평등은 ‘건강은 누구나 똑같이 평등해야 되는 것 아니냐.’ 라는 주장이 훨씬 더 가능한.

건강불평등 정책의제화를 위한 구체적 기회들도 제안되었다. 첫 번째 기회는 한국에서 불평등 의제의 부상과 더불어 건강불평등이 함께 부각될 가능성이 있다. 불평등 의제에 대한 사회적 금기가 약화되고, 개선 가능한 사회적 불평등 심화에 대한 사회적 문제의식이 형성되며, 사회 불평등을 개선하기를 바라는 대중의 요구와 지지가 결합된다면 건강불평등 정책의제화를 위한 기회의 창이 열릴 수 있다는 것이다.

## 〈글상자 마-26〉 건강불평등 의제화 기회 1: 전반적 불평등 의제의 부상

- Policy 2: 짐작이 가는 건 하나 있는데, 그게 뭐냐 하면 과거보다 격차가 커지기 시작했다는 것 때문에 막을 수 있는 건데 못 막지 않았냐, 라고 하는 그런 책임의식이 좀 있는 것 같아요. 저걸 하기에 따라서는 격차가 늘어나는 걸 막을 수도 있는 건데 그걸 못 막거나 또는 막기 위한 노력을 안했거나 이런 책임의식이 뭔가 밑바닥에 깔려있어서 그런가, 그런 생각이 얼핏 들어요. …(중략)… 사회적인 분위기가 이제 뭐 고용도 힘들어지고, 경쟁은 더 세지고, 일자리 줄어든다고, 소득격차 커지고 힘들어지니까 사람들이 공공성에 대한 요구가 많아지잖아요. 돌봄에 대한 요구가 많아지고. 중앙정부에 대해서, 지방자치단체에 대해서 공공서비스에 대한 요구가 많아지고. 이런 두 가지 흐름이 좀 합쳐지는 것 아닌가라는 생각.
- Policy 5: 건강불평등 문제가 정치적 의제로 들어오는 유일한 경우는 소득불평등 문제가 정치적 의제로 되고 있는 것에 밀려 꼬리로 따라붙는 거예요. 그러니까 대책은 이 대책이 주 대책이 될 거고요, 주 대책 쪽 나올 때 저 끝에 가서야 그래도 건강불평등 정책도 좀 나와야지. 하면서 밀려 꼬리로 붙이는 그 정도가 현실적으로 유일하게 가능하지 않겠냐.

다가오는 대통령 선거가 중요한 정치적 기회가 될 수 있을 것이라는 기대도 있었다. 메르스 유행이나 가슴기 살균제 사건 등을 거치면서 안전과 건강에 대한 시민들의 관심이 높아지고 국가 책임을 인식하게 되었으며, 진주의료원 사태 등을 통해 공공의료의 역할에 대한 사회적 학습이 이루어진 상황 등이 향후 정치적 의제설정에도 영향을 미칠 것이라는 전망이 제시되었다.

## 〈글상자 마-27〉 건강불평등 의제화 기회 2: 정치적 기회

- Policy 2: 세월호, 메르스, 구의역 사고, 그 다음에 옥시 이렇게 네 건이 동시에 몇 년 사이에 터지니까, 옥시아 뭐 물론 오래전 문제이긴 하지만 이 옥시까지 포함해서 이렇게 터져버리니까 이것 정말 시민들이 반응, 이제는 시민들이 공공의료에 대한 요구가 좀 달라지는 것 같은 느낌이 드는데, 그게 아직 원인은 잘 모르겠어요. 그런 차원에서도 어쨌든 격차의 문제를 어떻게 넘어서면서 반영할지.
- Policy 6: MB정부와 박근혜정부를 거치면서 야당의 다양한 스펙트럼이 오히려 정리되는 현상이 발생했어요. 으레 영리화 논쟁이 불어지고 그 과정에서 우리가 뭘 겪었냐면 이제 진

주의료원 폐업사태도 겪으면서 '공공의료가 과연 무엇이지, 어떤 역할을 해야 되지?'라고 하는 진지한 고민들을 할 수 있는 기회를 얻었어요. 역설적으로. 그러면서 아, 공공성이라고 하는 것이 기관이 아닌 어떤 기능이고 역할이라고 하는 것에 대한 보편적인 정서가 만들어졌고, 공공성을 후퇴하게 됐을 경우에 초래되어지는 사회적인 어떤 문제들에 대해서 굉장히 경각심을 갖게 된 거죠.

연구자들을 중심으로 일부 참여자들은 기존의 제도적 플랫폼을 활용할 수 있도록 사전 대비가 중요하다고 주장했다. 국민건강 증진계획 2030 수립 시 구체적인 형평성 목표와 전략이 포함될 수 있도록 학회 차원에서 준비가 필요하다는 의견이 주를 이루었다. 이에 더해 한 참여자의 경험에서 드러나듯(Field2) 지역보건의료계획처럼 기존 제도에 형평성 요소를 반영하는 것도 중요한 정치적 기회가 될 수 있다(글상자4). 한국의 건강 불평등 정책들을 검토한 연구에서도 지역보건정책과 사업 계획 수립 시 건강형평성 요소를 반영할 수 있도록 제도적 배열을 정비하고 사업 주체들에 대한 교육과 훈련, 지지가 이루어져야 한다고 제안한 바 있다(최용준 등, 2012, pp.396-396).

〈글상자 마-28〉 건강불평등 의제화 기회 3: 정책적 기회

- Field 2: 지역보건의료계획이. 4년마다 한 번씩 되기 때문에 그게 이제 5기 계획이었을 거예요. 5기 계획 수립하면서, 가만있어 지금 15년이지, 그 계획 수립하면서 저희가 지역별로, 동별로 해서 건강지표를 한 번 산출해봤어요. 그런데 여기를 보면 주로 사망률을 가지고 했더라고요. 그래서 동별로 사망률을 뽑아보니까 몇 개 동에서 굉장히 지표가 안 좋게 나온 거예요.
- Research 2: 2030에 굉장히 또렷하고 강하게, 명확한 로드맵을 따를 수 있도록 형평개선 목표설정을 상당히 이제 이론적 기반을 갖춰서 계량적인 실증적 근거를 가지고 세우고, 그걸 어떤 단계로 어떻게 접근할 건지의 로드맵을 만들어놔야 돼요.

해외의 건강 담론과 건강정책은 국내의 건강정책에 영향을 미친다. 참여자들은 UN의 지속 가능한 개발목표(Sustainable Developmental Goal, SDG)나 WHO의 건강도시, 미국의 국가 건강목표인 Healthy People 2020 등이 한국의 건강불평등 의제화 과정에 도움이 될 것이라고 예상했다.

실제로 국내의 실증 연구는 지방자치단체의 건강도시정책 수립과 근린환경의 개선이 거주민의 건강수준을 향상시킬 수 있다고 보고한 바 있다(이진희, 2016), 또한 해외 정책 전파는 담론적, 실천적 논거로 작동할 수 있을 뿐 아니라 정치적 차원에서도 정책결정자들이 경험을 통해 건강 정책에 관심을 가지도록 유도하는 데 기여할 수 있다.

〈글상자 마-29〉 건강불평등 의제화 기회 4: 세계적 건강 담론의 영향

- Policy 1: 각 SDG에 대해서 뭔가를 할 것 아니에요. 그러면 이제 SDG 3은 그 혜택을 보는 거지. 특히 이제 social determinant 부분에서, social economic determinant 부분에서 나는 상당한 gain이 있을 수 있겠다.
- Field 3: (구정장 등 정책결정자와) 같이 보건소장이랑 많이 이야기할 기회를 만들어야 된다고 생각해요. 그래서 WHO 외국에 이런데 있으면 모시고 가는 거죠.
- Field 6: 건강도시가 제대로 되면, 정책이 일단 변화가 되면 그 밑에 전략들이 변화가 될 거니까, 그게 가장 그걸 잘하면 제일 좋죠.
- Research 2: 그 2020 준비하는 팀에도 참여했었는데, 그때 형평성 개선을 미국의 health people을 모델로 하는 거니까 그 목표가 들어가 있는데 그걸 어떻게 할 거냐.

참여자들은 건강불평등 중재 사례로 건강마을 사업, 건강도시, 서울아기 건강 첫걸음 사업 등의 경험을 제시했다. 이 중 건강마을 사업은 지역 수준에서 주민들이 주체가 되어 자신이 속한 공동체의 문제를 인식하고 해결해 나가는 참여형 개입이다. 참여자들은 건강마을 사업을 통해 지역의 취약계층을 찾아내고, 연대를 기반으로 지속가능한 중재를 할 수 있을

것으로 기대했다. 앞서 건강불평등 증재의 어려움으로 지적되었던 부처 간 협력의 어려움이나 부처 간 성과 경쟁이 주민들의 요청을 중심으로 하는 사업에서 해소될 수 있었던 경험은 아래에서부터의 시민적 통제를 통해 건강불평등 해결을 어렵게 만드는 제도적 배열의 부조화를 일정 부분 극복할 수 있음을 시사한다. 이를 비롯해 현재 실행 중인 정책에서 얻을 수 있는 구체적 증재의 경험과 근거는 향후 건강불평등 정책의제화의 기반이 될 수 있다.

〈글상자 마-30〉 건강불평등 개입 경험과 사례의 축적

- Field 3: 저는 그거라고 생각해요. 주민참여, 부문 간 협력, 부문 간 협력이 헬싱키인가 어디에서 이야기했던 Health in All Policies 같은, 모든 정책에 건강을 심는 것이고, 주민참여가 되면 불평등이 해결되지 않겠습니까.
- Research 5: 그 건강의 결정요인들 중에 일부는 중앙정부수준에서 정책을 통해서 해결해야 될 부분도 있지만, 지역사회수준에서 해결되어야 될 중요한 부분들도 있다. 그 대표적인 것이 사회적 네트워킹이라는 부분들에서. 그래서 어떻게 보면 마을 단위에서는 공동체형성 일 수도 있고, 그다음에 어떤 사람과 사람 간의 관계 문제, 그 다음에 사회적 네트워킹 이러한 부분들은 사실상 지역사회, 특히 주민들이 참여할 때 가장 왕성하게 이루어지더라. 그리고 주민들이 참여하니까 보건소하고 복지관이 움직여지더라, 역으로.

## 나. 정책적 전망과 제언

이 장에서는 참여자들의 의견을 참고하여 향후 한국 사회에서 건강불평등 정책의제화의 전망과 이를 위한 제언을 정리했다.

첫째, 건강불평등과 관련된 담론의 형성이 중요하다. 건강불평등이 교정가능하고 제도적으로 해결가능한 차이로 인식되고, 사회정의의 실현과 공공복지를 위해 건강불평등의 사회적 해결이 필요하다는 관점이 확산되

어야 한다. 담론의 성공이 건강불평등 의제에 대한 정치적 지지로 이어지고, 이것이 제도적 개입을 가능하게 한다.

〈글상자 마-31〉 정책의제화를 위한 제언 1: 담론의 중요성

- Policy 1: 운동 쪽에서 해야 될 굉장히 중요한 일은, 나는 담론 형성이라고 생각해요. 그런데 담론 형성이 진짜 중요한 게 담론 형성이 돼야 정치적인 지지가 나오고, 정치적인 지지에 의해서 예산과 조직과 이런 게 나와요. 그런데 거꾸로 예산과 조직인력을 내놓으라고 하는 걸 운동 쪽에서 담론 형성이 되지 않은 상태에서 그걸 내놓으라고 하면, 이제 그건 로비 아니면 투쟁 아니면 헛소리가 되는 거야.
- Field 4: 개차반 같은 인생을 산 인간이라 하더라도 아플 때 치료받을 수 있는 권리는 인간으로서 있는 거다. …(중략)… 사회적 인식을 바꾸는 이런 작업들이 사실 필요한 거예요. 그래서 활동가들이나 연구하시는 분들이나 이런 분들은 사실 이제 그런 근거들을 가지고 사회적으로 그런 내용들을, 사회적인 인식을 바꾸기 위한 작업들을 하시는 거고, 저희는 활동 쪽으로 그렇게 하는 거니까 그런 지점이 굉장히 중요하다는 생각이 들어요.

둘째, 건강불평등을 폭로하고 가시화하기 위한 노력이 필요하다. 격차 드러내기는 단순히 현황에 대한 통계를 생산하고 가용한 형태의 정보로 가공하는 것만을 의미하지는 않는다. 정책의제화에 성공하기 위해서는 구체적이고 이해하기 쉬운 근거뿐 아니라 문제를 해결할 수 있는 정치적 프레임, 공론장에서 대중의 관심을 이끌어 낼 수 있는 성공적 상징과 서사, 그리고 이론적·담론적 토대가 필요하다.

〈글상자 마-32〉 정책의제화를 위한 제언 2: 건강불평등 드러내기

- Policy 1: 불평등 운동은, 불평등을 드러내고 사람들의 분노를 유발하는 것이거든요.
- Policy 5: 대개 언론이 띄우고요, 뭔가 획기적인 연구의 경우는 언론에서 이슈가 되기 시작하고 그 이슈에 따라서 논쟁이 되기 시작해요. 언론에서 계속 논쟁을 시킨다든지 데모가 일어난다든지, 정치권에서 논쟁을 받는다든지. 그러면 그때서야 정부가 이 문제가 진짜 그런지 안 그런지 연구 결과를 낸다든지 거기에 대해서. 그런 2차 response를 하게 되어있죠.

- Field 4: 사회적 의제화라고 하는 게 내가 막 띄운다고 되는 게 아니라 그런 사회적인 문제들을 인식하고, 사람들이 없다, 없다 하더라도 사회 전반에 그런 문제들이 있었던 거고, 사실 그게 터질 때가 돼서 터진 거죠. 그래서 사실 활동가들은 준비를 하고 있어야 돼요, 그래서. 그런 문제들이 언제 터질 줄 모르니 준비를 하는 거죠. …(중략)… 논의가 없었더라면 그냥 지나가고 말았겠죠. 그런데 이제 그런 준비를 사실 하고 있었으니까 바로 들어갈 수 있었던 거고, 그런 지점이 있는 거죠.
- Research 1: 현실적으로 가장 유효했던 건 현황에 대한 거죠. 지금까지 어쨌든 모니터하고, 그 모니터링의 결과를 내고, 그리고 그런 것들이 어떻게 되고 이런 것들이 현실적으로는 연구자, 특히나 연구자의 입장에서, 특히나 학회의 입장에서, 그리고 현실적으로 그나마 이제 가장 유효한 방법일 수밖에 없죠.

셋째, 집권세력과 정책결정자의 정치적 의지가 중요하다. 참여자들의 반복되는 언급처럼 건강불평등 의제에 관심을 가진 집권 정당이나 정치지도자의 존재는 결정적 영향력을 행사한다.

<글상자 마-33> 정책의제화를 위한 제언 3: 정치적 의지의 중요성

- Policy 2: 다른 부서하고 협력이 잘되냐. 이런 이야기 하다가 자기네도 잘 안 된대요. 그러면 어떻게 해결하냐, 그랬더니 제일 중요한 게, 시장님의 의지다. 그러더라고요. 아 그건 전 세계 어디나 마찬가지구나. 이렇게 이야기를 했는데 이젠 결국에 이제 정책, 최고 의사결정을 내릴 수 있는 사람의 인사이트가 참. 그게 그런데 그 인사이트는 어떻게 생기는지 그러면 또 할 말이 없는데. 그런데 그게 참 80%, 90%를 차지할 정도로.
- Field 6: 지자체 단체장이라든지 국가가 되면 대통령이듯이, 지자체 단체장의 시각이 어떠하냐에 따라서 모든 게 따라가요. 일개 개인이, 내가 열심히, 담당자가 열심히, 과장이 열심히 그래서 되는 게 아니고. 이것 보세요. 그렇게 힘들게 만들어놔도 '왕' 하고 덜컥 덮었잖아요. 그런 것 같아요. 지자체 단체장의 관심도와 참여도.
- Research 5: 정책적인 의지 이런 것들이 굉장히 중요한데 사실은 정책적 의지 없이 지역사회에 의해서 '야, 건강불평등 문제를 한번 해결해 보자.'라고 지역사회단위의 어떤 현장실천가가 그런 생각을 하기는 쉬운 일이 아닐 거다.

넷째, 건강불평등 증재를 위한 구체적 전략이 마련되어야 한다. 이제까지 많은 건강불평등 연구들이 현황을 기술하는 데에 중점을 두었다면, 이제는 건강불평등이라는 의제에 상응하는 구체적 프로그램들이 마련되어야 한다. 많은 참여자들이 구체적인 정책 대안이 제시되어야 할 단계라고 입을 모았다.

현장실천가들은 주로 문제별 처방(downstream solution)들 통해 성공사례를 구성하고, 정책 확산이 이루어지기를 기대했다. 또한 일부 연구자는 현재의 담론 지형 내에서 정당성과 실행 가능성을 모두 확보할 수 있는 중간진입전략(midstream approach)이 유용할 것이라고 주장했다. 또 다른 참여자는 격차 완화를 위한 증재가 반드시 건강불평등이라는 슬로건 하에서 진행되어야만 하는 것은 아니며, 포착하기 쉬운 형태로 세분화한 건강불평등 증재가 축적되는 것이 중요할 것이라는 의견을 제시했다.

〈글상자 마-34〉 정책의제화를 위한 제언 4: 구체적인 대안과 전략 마련

- Policy 3: 큰 연구를 하시는 건 큰 연구를 하시는 거고 좀 더 작게 잘라서 들어와야 될 필요가 있지 않을까 생각을 해요. …(중략)… 아까 제가 본인 부담금하고 도덕적 해이 문제를 이야기했는데, 사실 그게 이제 복지부든, 정책결정자들 가장 결정적인 반대논리예요. 저는 그런 것들을 연구자들이 싸워야 된다고 생각하거든요.
- Field 5: 건강불평등을 의제화시키고 이런 것들은 하나의 굉장히 세부적이고 세밀하게, 그거는 어떤 컨셉을 잡아서 생명과 안전과 관련된 건 주제를 강화시키고 이런 식으로 해서 하나하나 풀어가는데 과정, 그러니까 세분화시키는 과정이 필요하고, 이것들을 시민들에게 국민들에게 어필을 하는 건 어떨까, 라는 생각이 들어요.
- Research 2: 이번에는 구석구석에 다 형평의제를 집어넣도록 하고, 그걸 이제 코디네이트 하는 그런 센터가 있어야 될 것 같기는 해요. 그래서 이제 각 분야에 띄워주고 알아서 하라고 그러면 될 일도 안 되고, 그걸 이제 어떤 전체 프레임 가지고 각 부분들을 영향을 주고받으면서, 각 부분이 형평, 불평등 연구전문가들, 또는 이제 형평성 정책 전문가들하고, 방법론 전문가, 일종에. 하고 각 분야 전문가들이 협력을 통해서 각 분야별 형평개선을 할 수 있는 것들을 이제 개발해서 어젠다로, 그런데 그 mid-range 어젠다가 좋은 게 이제 정치적으로 안보이거든요. 그러고도 좀 정당성을 주장할 수가 있어요.

다섯째, 정책결정자와 현장실천가들은 건강불평등 연구자들의 보다 적극적인 역할을 요청했다. 이들은 건강불평등에 대한 사회적 인식이 아직 충분히 형성되지 못했기 때문에 연구자들이 담론을 주도하면서 정책결정자, 공무원들의 관심을 촉구해야 하며, 연구 결과를 적극적으로 확산하고 교류하는 과정에서 의제화에 도움이 되는 아이디어들을 제시할 필요가 있다고 이야기했다. 또한 현장실천가들은 연구자들이 정책 현장의 상황을 이해하고 현실적인 문제에 천착하는 연구를 해 주기를 기대했다.

<글상자 마-35> 정책의제화를 위한 제언 5: 연구자들의 적극적인 역할

- Policy 3: 연구하신 결과물들을 좀 세일을 좀 하셔야 돼요. 국회에 세일즈를 좀 하셔야 돼요. 왜 이 관점에서 중요하고 이게 이제 어떻게 예산하고 입법에 반영될 수 있는지를 좀 아이디어가 있으시면 던져주셔야 되고 없으시면 와서 같이 한 번 이야기라도 찾아보는 그런 것들을 좀 해주셔야지.
- Field 3: 연구하는 분들이 좀 필드에 관심을 가져야 된다고 생각해요. 여기는 잘 모르고 맨날 외국 거나 논문이나 이런 것 이야기하면, 그건 뭐 누구나 다 찾아보면 알 수 있는 이야기하잖아요. 그러니까 실제적으로 현장에서 '이런 상황을 알고, 여러 재정상황, 이런 걸 알고 할 수 있는 일이 뭘까'를 고민해서 같이 고민해줬으면 좋겠어요.
- Field 4: 사실 활동가들은 감으로 아는 거거든요. 현장에서 감으로 아는 거지, 그걸 학문적으로나 이런 분들이 Checking을 해주는 과정이 되게 중요한 거거든요. 그래서 사실은 저는 교류가 되게 많이 필요하다고 생각해요, 연구자나 활동가들이. 연구자들은 계속 그 지점을 학문적으로 공부하고 계신 거고, 활동가들은 현장에서 계속 모니터링하고 있는 건데 그 지점을 서로 checking하는 게 되게 중요하다는 생각이 들어요.
- Field 6: 이걸 같이 의논해서 할 사람들은 복지부 공무원인데 복지부 공무원들 거기서 가는 사람 별로 없어요. 그냥 발표만 하고 가시거나 토론자로 와서 잠깐앉아계시다가 가시거나 그런 식이니까. 그런 부분들이 조금 교류를 조금, 설득하고 이런 것들을 활발하게 하셨으면 좋겠다.

일부 연구자들도 건강불평등을 중심으로 현장실천가, 정책결정자와 협력하는 연구기구, 연구자가 필요하다는 데 의견을 함께했다. 건강불평등

을 중점적으로 연구하는 학계와의 일상적 연계가 필요하다는 현장실천가, 정책결정자들의 발언을 종합하면 건강불평등 정책공동체(policy community)의 필요성으로 이어진다.

2000년대 노르웨이의 건강불평등 정책의제화 과정을 소개한 WHO 보고서는 건강불평등 정책의제화 성공을 위한 7가지 요소 중 하나로 전문가와 학회, 현장실천가, 활동가 등이 공동의 기반을 형성하고 역량을 키우며 상호이해를 촉진할 수 있는 장을 형성해야 한다고 강조했다. 당시 노르웨이에서는 복지부의 전문가 포럼이 그 역할을 수행했다. 전문가 포럼은 정치적인 것으로 여겨질 수 있는 건강불평등 의제를, 사회의 공익을 위해 해결해야 하는 과학적 문제이자 근거 기반 정책을 통해 해결할 수 있는 것으로 공식화하는 데 적극적 역할을 했다. 이들은 연구와 정책, 현장을 연결하면서 지식전환을 돕고, 이론적, 기술적 기반 위에서 불평등에 대한 개입이 이루어지고 있음을 입증함으로써 행정적, 정치적 영역에 책무를 부과할 수 있었다(Strand et al., 2009, pp.2-4).

현장실천가와 정책결정자, 연구자들이 협력하고 상호작용할 수 있는 정책공동체는 복잡하고 다층적인 건강불평등 문제를 해결하는 데 중요하다. 또한 정치적, 이념적인 것으로 여겨져서 담론적으로 억압될 수 있는 건강불평등 중재에 대해 실증적 근거를 제시함으로써 건강불평등의 정책 의제화를 뒷받침할 수 있을 것이다.

〈글상자 마-36〉 정책의제화를 위한 제언 6: 정책공동체

- Policy 6: 간호간병통합서비스와 관련해서는 자문위원회를 운영하면서 이 제도를 시범사업부터 운영했어요. 자문위원회에는 국회도 들어가고, 정부도 들어가고, 시민단체, 노동단체, 공급자단체 다 포함되어 있어요. 약간 사회적 논의, 합의 기구 형태의 자문기구를 만들어놓고 수시로 계속 자문기구와 협의를 하면서 이 제도를 운영하고, 연구영역도 하고 시범사업을 해왔단 말이죠. 그래서 현장에서 제기되는 문제점들을 그때그때 수용하거나 논의하거나 해법을 모색하거나 대안을 찾거나 해왔기 때문에 그게 굉장히 성공적인 사례라고... (후략)
- Field 2: 교류를 조금, 설득하고 이런 것들을 활발하게 하셨으면 좋겠다. 그리고 그들의 입장을 이해하면서 조금 강성으로만 아니라 첫 번째는 좀 열은 농도로 계속 주시면서 나중에는 이게 궁극적으로 우리가 가고자하는 방향들을 계속적으로 틀지 않도록 이야기하고 설득하고 이런 것들이 중요하지 않을까 그런 생각을 해요.
- Field 3: 자료보다는 같이 이런 걸 이야기할 수 있는 모임 같은 게 있으면 좋을 것 같아요. 왜냐하면 그런데 가서 내가 뭐 자료를 보는 것보다, 잘 아시잖아요. 그래도 잘 아는 전문가가 이렇게 summary해주는 것 듣고서 책을 보는 게 훨씬 더 낫지.

마지막으로 지역 간 건강불평등 논의에 대한 검토가 필요하다. 지역 간 건강불평등 문제는 정치적, 행정적 책임 구조가 비교적 분명하고, 지역적 동질감과 공동체적 유대 위에서 건강격차 해결을 위한 지지를 이끌어내기 용이하다는 장점이 있다(윤태호, 2010). 본 연구의 참여자들 중 다수도 지역 간 격차를 중심으로 사업 혹은 정책을 기획했던 경험을 가지고 있었다.

그러나 일부 정책결정자는 지역 중심의 논의가 학력, 소득 수준에 따른 격차처럼 더 핵심적인 사회 문제를 은닉할 수 있음을 우려했다. 이러한 견해는 지역적 접근이 중앙정부의 책임을 묻는 계층적 접근보다 용이하다는 점(윤태호, 2010)에는 동의하면서도 그것이 건강불평등을 발생시키는 가장 중요한 요인은 아니라는 문제의식에서 비롯된다. 이는 지역 격차를 중심으로 하는 논의가 계층 간 갈등의 의제화를 억압하는 것에 대한 불편함으로, 일부 진보적 성향의 정책결정자들에게서 나타난 태도였다.

또한, 정치적 프레임 차원에서도 지역 간 건강불평등 프레임이 가진 위험을 인식할 필요가 있다. 잔여적 관점, 타자화 프레임과 결합되었을 때 지역 간 건강격차는 취약한 개별 지역의 문제로 축소된다. 지역 격차를 수도권과 지방 갈등, 지방자치 공간 내의 지역 간 갈등, 지방끼리의 경쟁으로 치환하는 신자유주의적 분권주의 논리(조명래, 2011)하에 건강격차 해결을 위한 자원 배분 요구는 자기 지역의 이익만 편협하게 챙기는 소지역주의로 폄하되고 보편적 의제로서의 건강불평등 인식을 억압할 수 있다. 지역 간 건강불평등 의제의 확산이 어떠한 맥락과 관점에서 이루어지는지에 대한 주의가 필요한 지점이다. 지역 기반 접근의 유용성을 수용하되, 소득이나 학력 같은 계층적 범주에 따라 발생하는 건강격차의 현황과 기제를 규명하는 노력이 지속되어야 한다.

〈글상자 마-37〉 정책의제화를 위한 제언7: 지역 간 불평등 의제에 대한 재검토

- Policy 2: 지역적으로만 통계가 자주 나오고 그 걸로만 계속 강조되고 있고. 그런데 진짜 중요한 영향 요인, 아주 크게 중요한 영향 요인은 뒤로 약간 빠져있는. 이런 속에서 형평성 논의를 계속 하고 있는 거죠. 그러니까 이런 게 계속 부담이 되는 거예요. 건강 형평성을 뭔가 정책을 하고 행정을 하는 데 있어서. 이걸 손도 못 대게 하면서 나머지 가지고 뭐 어떻게 해보라고 하는데 그걸 어떻게 하냐고. 그런 게 참 이 건강 형평성 문제가 보여준 한계랄까. 그나마 이게 그 정부라든지 이런 데가 이제 그래서 이런 상황을 좀 쪽 쳐다보면서, '아 이걸 조정이 필요하구나.' 이렇게 판단을 하고 이걸 종합적으로 좀 끌어주고 이런 기능을 하거나 역할을 해주면 좋은데 별로 그런 모습은 보이지는 않아요.

### 3. 정책의제화 분석

홀의 모형에 비추어 본다면 건강불평등은 정책의제로서 정당성을 확보하는 것에는 대체로 성공했으나 실행 가능성과 정치적 지지 측면에서 의

제화가 되기에는 불충분한 단계라 할 수 있다. 연구 참여자들은 건강불평등을 해소하기 위한 정책 대안이 충분히 구성되지 못했을 뿐 아니라 정책 수단이 부족하며, 정부가 나서서 문제를 해결하기를 바라는 국민적 지지도 미약하다고 판단했다.

무의사결정 이론은 건강불평등 의제의 실행 가능성과 정치적 지지가 낮은 수준에 머물러 있는지에 대한 설명을 추가함으로써 홀의 모델을 보완한다. 분석의 두 번째, 세 번째 테마에서 제시된 요인들은 무의사결정을 통해 건강불평등 정책의제화를 어렵게 만든다. 강한 중앙집권적 국가와 지방정부의 약한 권한은 지역 수준에서 드러나는 건강 문제를 해결하고자 하는 상향적 정책 요구를 묵과하게 만든다. 또한 다부문 협력을 필요로 하는 다층적 현상인 건강불평등을 다루기에 부적절한 행정 구조는 무의사결정을 야기하는 제도적 장치이자 게임의 규칙으로 작동한다.

권력의 3차원 이론은 무의사결정 이론에서 한 발 더 나아간다. 건강불평등이 ‘문제’로 인식되지 못하는 이유를 탐색하기 위해 건강불평등 정책의 장뿐 아니라 전반적인 사회 가치체계에 영향을 미치는 이념, 이데올로기, 담론을 분석의 대상으로 포함시킨다. 우리의 분석에서는 건강을 개인화시키는 담론, 건강의 의료화와 상품화, 경제를 우선시하는 논리, 건강불평등에 대한 잔여적 관점과 타자화 프레이밍이 다양한 층위와 경로를 통해 건강불평등 정책의제화를 억압하고 있음을 확인했다. 건강을 개인화시키는 담론은 불리한 사회적 조건에 의해 건강을 보장받지 못하는 이들이 자신의 처지에 순응하게 만들고, 건강의 의료화, 상품화는 건강의 사회적 결정요인에 대한 인식을 가로막아 건강보험정책 외의 개입을 상상하기 어렵게 만든다. 한편 경제를 우선시하는 논리는 지속적으로 건강불평등 의제를 주변화시키고, 취약계층을 타자화하는 잔여적 관점은 일반 대중이 건강불평등 정책을 지지하지 않게 만든다.

〈표 3-4-4〉 권력의 3차원의 작동을 통한 정책의제화 억압

권력의 3차원	관찰된 기제
첫 번째 차원 (자유주의적 관점) : 다원주의적 권력	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 무관심한 정부와 집권세력</li> <li>• 낮은 정치적지지</li> <li>• 취약집단의 정치적 침묵(voicelessness)</li> <li>• 정치적 의제의 장에서 주변화되는 건강불평등</li> </ul>
두 번째 차원 (개량주의적 관점) : 무의사결정 이론의 권력	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 복잡, 중층적 문제를 해결하기 어려운 행정적 구조</li> <li>• (상향식 의제화를 어렵게 만드는) 강한 중앙집권적 국가와 관료의 독자성</li> <li>• (현장의 문제를 소외시키는) 지방정부의 권한과 역량 제약</li> <li>• 정책 수단과 자원 제약</li> <li>• 건강불평등 의제를 금지시키는 분위기</li> </ul>
세 번째 차원 (급진적 차원) : 이데올로기/ 통치성	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 건강을 개인화 시키는 담론과 능력주의로 인한 당사자와 순응</li> <li>• 의료화, 상품화 되는 건강</li> <li>• 경제를 우선시 하는 논리</li> <li>• 잔여적 관점과 타자화 프레임</li> </ul>

건강불평등 정책의제화에 대한 거시적 분석은 실증적 근거를 필요로 하며, 본 연구의 질적 자료만을 토대로 거시 이론을 적용하기는 어렵다. 따라서 여기에서는 공공선택론과 권력자원 이론에 따라 한국의 건강불평등 정책의제화 현황을 개괄하는 데 그치고자 한다.

건강불평등은 사회경제적 불평등의 결과이며, 불건강한 집단은 건강한 집단에 비해 사회적, 경제적 자원이 적다. 당사자들이 건강격차 해소를 위한 조직화, 정치적 지지를 이끌어낼 수는 있지만, 이 또한 기존의 권력 관계 하에서 작동하기 때문에 사회적 약자들이 이해집단 정치에서 승리할 가능성은 낮다. 따라서 정치적 의사결정을 통해 취약집단의 건강부담을 완화할 수 있는 적절한 자원은 제공되지 못하고, 불건강은 다시 사회경제적, 정치적 취약함으로 이어지는 악순환이 발생한다. 공공선택론은 더 많은 권력을 가지고 있는 집단이 정치적 지대를 추구하는 것이 정당한 것으로 간주한다. 그렇기에 사회경제적 불평등의 결과로 나타나는 건강격차의 해결은 시장과 정부 모두에서 이론적으로 불가능하다. 공공선택

론 관점에서 건강불평등의 해소는 지역균형발전(지역 간 불평등)이나 헌법적 가치로서 건강권의 보장처럼 시장 실패와 정부 실패를 극복하는 사법적 장치를 통해서 가능할 뿐이다.

권력자원론에 의하면 한국 사회가 스칸디나비아 국가와 같은 보편적 복지체제를 발전시키지 못한 것은 자본이 압도적인 권력을 가지고 있는데 비해 노동자 계급의 조직력이 낮고 이들을 대변할 수 있는 이념 정당이 발달하지 못한 탓이다. 노동 권력이 약한 상태에서 한국의 계급투쟁은 노동자의 건강권 보장, 보편적인 사회적 시민권과 복지 확충으로 이어지지 못한 것이다. 한국의 높은 산재사망률과 위험한 근로환경, 사회경제적 불평등에 따라 나타나는 위험 배분의 불평등이야말로 건강불평등의 원인이라 할 수 있다. 국내에서 국민건강보험의 발전을 권력자원이론에 입각하여 해석하려는 시도도 있었지만, 대개는 다원주의적 관점, 마르크시즘적 관점, 네오마르크시즘적 관점을 채택했다. 노조와 노동자 정당의 권력이 건강보험제도 형성에 중요한 영향을 미쳤다고 해석하는 경우는 드물다(백승호, 2001). 그러나 제도화가 아닌 미제도화, 정책의제화의 실패를 설명하는 데에는 권력자원 이론을 적용할 수 있다. 불평등을 완화하는 제도의 도입을 촉진할 수 있는 노동 계급의 권력이 허약한 현 상황에서, 건강의 사회적 결정요인에 대한 포괄적 개입을 필요로 하는 건강불평등 정책의제화는 어려운 일이며, 정부의제로 선정된다 하더라도 위장의제로 제시되거나, 정책집행 과정에서 무력화될 가능성이 크다.

#### 4. 소결

정책의제화(agenda setting)는 특정 현상을 사회적으로 해결해야 하는 문제로 인식하고, 의제와 대안을 형성하며, 정책적 해결을 위해 관심

을 이끌어내는 과정을 뜻한다. 국내에서 건강불평등 연구들이 활발하게 이루어지고 있지만, 아직 공공의제로 주목받지 못했고, 따라서 정책 수준까지 도달하지 못하는 것으로 보인다. 기존의 연구들이 건강불평등 현황을 분석하고 이를 개선하기 위한 정책 내용(content)을 주로 다루었던 것에 비해 우리는 정책과정(process)과 권력(power)을 중심으로 건강불평등 정책의제화를 이해하고자 했다.

정책결정자, 현장실천가, 연구자들에 대한 심층면담 또는 초점집단 면담을 실시하고, 프레임워크 방법/framework method)을 이용하여 건강불평등 정책공동체 구성원들의 인식과 경험을 분석한 결과, ① 인식, ② 의제화의 어려움, ③ 정책과정에서 부조화, ④ 정책의제화의 기회, ⑤ 정책 전망과 제언이라는 다섯 가지 테마를 도출했다.

정책의제화를 어렵게 만드는 원인으로 참여자 관점에서는 건강불평등의 추상성, 복잡성과 현황, 중재에 대한 근거 부족, 정책 영역에서 이중으로 주변화되는 경향, 건강불평등이 주는 감정적 불편함 등의 요인이 지적되었다. 연구자 관점에서 이를 다시 해석하면, 건강을 개인화시키는 담론, 건강의 의료화와 상품화, 경제를 우선시하는 논리, 잔여적 관점과 타자화 프레이밍의 기제를 도출할 수 있었다. 정책과정에서 부조화를 유발하는 요인으로 건강불평등의 구조적 속성, 장기적, 다면적인 중재의 필요성, 개입을 어렵게 만드는 행정 구조와 관료주의, 중앙집권적 국가와 독자성을 가진 관료, 정부의 무관심, 정책 수단과 자원의 제약, 지방정부의 권한과 역량 부족 등이 지적되었다.

이와 더불어 건강불평등 의제의 가능성, 정치적·정책적 기회, 의제화를 위한 제언이 제시되었다. 건강불평등의 정책의제화를 위한 담론의 형성, 대중의 정치적 지지, 정책결정자의 정치적 의지, 현황의 적시, 구체적 전략 마련, 정책공동체 형성과 연구자들의 적극적인 역할에 대한 요청이

있었다.

결론적으로 현재 한국 사회에서 건강불평등은 위장의제이거나 아직 제도 의제로 진입하지 못한 단계에 머무르고 있는 것으로 보이지만 향후 의제화의 잠재력은 충분하며 이를 위한 대비가 필요하다고 할 수 있다.

제 5 장 소결



이 연구는 현재 한국의 건강불평등 정책의제화 문제를 지식전환 이론, 정책의제화 모형에 기초하여 분석했다. 이를 위해 건강 혹은 건강불평등 문제와 관련한 주요 행위자들을 대상으로 심층면담을 시행하고, 프레임 워크 방법론에 따라 면담 내용을 분석했다.

면담 내용의 분석 결과, 건강불평등 정책·사업 연구와 관련한 주요 행위자들 사이에서 지식전환의 중요성이나 필요성은 어느 정도 공유되고 있음을 알 수 있었다. 그에 비해 공중보건 전반, 특히 건강불평등 영역에서 지식전환 프로세스의 구축 수준은 매우 낮은 것으로 확인되었다. 그러면서도 다른 한편으로 지식전환의 부분적 성공 사례들도 확인할 수 있었다. 향후 지식 전환의 인프라 구축 등 몇 가지 선결 조건들을 개선한다면 지식 전환 프로세스가 정착되고 보다 체계적인 근거기반의 건강불평등 완화 정책을 수립할 수 있을 것으로 보인다.

정책이나 사업의 기획, 실행을 넘어서 정책의제화 측면에서 건강불평등 이슈를 바라본다면, 국내에서 이는 아직 공공의제로 충분히 주목받지 못했고, 따라서 국가 정책 수준까지 도달하지 못한 것으로 보인다. 이는 건강불평등의 구조적 속성, 장기적/다면적 중재의 필요성 등 건강불평등 문제가 가진 독특한 속성에서 비롯된 것이기도 하지만, 그보다는 건강을 개인화시키는 담론, 건강의 의료화와 상품화, 경제를 우선시하는 논리, 잔여적 관점과 타자화 프레임과 관련 있다고 할 수 있다. 정책과정에서도 건강의 사회적 결정요인에 대한 개입을 어렵게 만드는 행정 구조와 관료주의, 중앙집권적 국가와 독자성을 가진 관료, 정부의 무관심, 정책 수

단과 자원의 제약, 지방정부의 권한과 역량 부족 등을 걸림돌로 지적할 수 있다. 말하자면, 현재 한국 사회에서 건강불평등은 일종의 ‘위장의제’이거나 아직 제도 의제로 진입하지 못한 단계라고 할 수 있다. 그러나 연구 참여자들이 지적한 대로 한국 사회의 전반적 불평등 심화와 더불어 향후 의제화의 잠재력이 충분하다는 점에서 정책 대안과 논거 마련 등 이에 대한 대비가 필요할 것으로 보인다.

이 연구는 방법론 측면에서 제한점을 갖는다. 가장 중요한 문제는 견해의 다양성이 포괄되었는가 하는 점이다. 질적 연구의 표본 표집이 반드시 모집단의 ‘대표성’을 전제로 하는 것은 아니다. 그러나 다양한 경험과 인식의 전 범위를 포괄할 수 있도록, ‘이론적 포화’ 단계까지 표본 표집을 지속하는 것이 보통이다. 이 연구는 아무런 전제가 없이 시작하여 다양성을 포착해내고 이론을 만들어가는 ‘근거 이론’ 방법이 아니라 ‘프레임워크’ 방법으로 접근했다. 따라서 처음부터 이 문제에 관여된 당사자들을 중심으로 표본을 표집했고, 이들의 인식과 경험의 범위가 이 커뮤니티 바깥의 개인들과는 차이가 있었을 가능성이 존재한다. 그러나 건강불평등과 관련한 연구의 생산, 정책 수립과 의제화의 핵심 역할을 담당하는 주요 행위자들이며, 정치적 성향상 진보와 보수를 포괄했고, 학계, 현장실천가, 입법/행정 영역의 정책결정자들을 고루 포함했다는 점에서 타당성이 심각하게 훼손되었다고 생각하지는 않는다.

또 다른 제한점은 면담과 자료 분석 과정에서 연구진이 깨달은 것으로, 국내외의 특정 사례나 시나리오를 가지고 면담을 진행했다면 훨씬 구체적인 경험, 비판과 정책 대안들을 도출할 수 있었을 것이라는 점이다. 건강불평등 이슈가 추상적이고, 도덕적 규범과 분리할 수 없는 주제이다 보니 면담 참여자들의 담화 내용 자체가 추상적 수준에 머무르는 경우가 많았던 것이다. 향후 후속 연구에서는 이러한 제한점을 반영하여 국내 정책·

사업 사례 혹은 구체적 시나리오를 기반으로 의제화 프로세스와 지식전환 과정의 걸림돌, 성공의 조건 등을 논의하고 분석한다면 보다 정교한 이론화 작업을 할 수 있을 것이다.

이러한 제한점에도 불구하고, 이 연구는 정책 내용에 집중했던 기존 연구와 달리 건강불평등 이슈가 ‘왜, 어떻게 정책의제화가 되거나 혹은 되지 못하는지’를 지식전환, 행위 주체의 권력·정치의 관점에서 분석한 국내의 첫 시도라 할 수 있다. 이 결과는 건강불평등 이슈의 근거기반을 확대하고 정책의제화를 촉진시키기 위한 논거로 활용될 수 있으며, 향후 국내 보건학 분야에서 지식전환과 정책의제화 이론적 논의를 심화하는 데에도 기여할 수 있을 것이다.



제 4 부

# 의료불평등 모니터링 개선 방안 연구

제1장 서론

제2장 의료불평등 모니터링 현황과 평가

제3장 의료불평등의 새로운 이해와 측정

제4장 의료불평등 모니터링과 정책

제5장 의료불평등 모니터링과 자료원

제6장 소결



# 제 1 장

## 서론

제1절 연구의 필요성 및 목적

제2절 연구 방법



## 제1절 연구의 필요성 및 목적

### 1. 연구의 필요성

의료불평등은 흔히 건강불평등과 밀접히 관련되어 있으며 건강불평등을 발생시키는 매개요인의 하나로 이해되어 왔다. 의료불평등에 대해서는 결정요인과 기제(경로)가 ‘자명한’ 것으로 이해하는 경향도 강하다. 하지만 의료불평등은 건강불평등과는 다른 발생 경로를 통해 실현되는 ‘독립적’ 현상이며 그 자체로 의미를 가진다. 주로 논의되는 경제적, 지리적 접근성의 불평등 외에도 정치·경제적, 사회·문화적 맥락과 함께 보건의료 체계 안에서 다양한 요인들이 작동하여 발생하는 현상이다.

지금까지 주로 사용되어 왔던 의료불평등의 지표 역시 의료불평등을 이해해 온 한계를 잘 벗어나지 못한다. 의료는 건강에 종속된 것이자 과학적이고 객관적인 것으로써 전문가의 영역에 속한다는 이유로 사회적으로는 진지한 논의를 진전시키지 못한 영역이다. 그러나 의료와 의료불평등은 분명히 ‘사회적 문제’다. 의료는 건강에 도움이 되는 한에서만 의미를 가지는가? 의료불평등 역시 그러한 맥락에서만 문제가 되는가? 이 연구는 다음과 같은 생각을 중심으로 의료의 사회적 의미를 재조명하고 의료불평등의 문제에 대응하기 위한 실천적 지식을 마련하고자 한다.

(1) 의료를 건강의 결정요인으로서만이 아닌 독립적 의미를 갖는 무엇

으로 이해해야 한다. 특별히 이 연구에서는 의료를 아마티아 센(Amartya Sen)이 제안한 능력(capability)의 하나로 이해한다.

“능력은 그 사람이 성취할 수 있는 다양한 기능함(‘됨’과 ‘함’)의 조합이다.”

“능력은 각자가 여러 삶의 방식 가운데 어떤 삶을 살 것인지 선택할 수 있는 자유를 나타낸다.”(Sen, 2003, p.44)

(2) 익숙하게 알고 있는 바, 보건의료 서비스의 형평성은 같은 필요에 대해 동일한 보건의료 서비스를 제공하는 것(수평적 형평) 또는 더 많은 필요를 지닌 이에게 더 많은 의료서비스를 제공하는 것(수직적 형평)이다(Starfield, 2001, p.546). 즉, 의료불평등은 기본적으로 의료필요를 기준으로 의료이용의 어떠한 정도를 측정하고 평가해야 한다. 지금까지 의료필요는 의료불평등 정도를 산출하기 위해 전문가에 의해 측정되는 종류의 것으로 가정하고 보정하는 방식으로 다루어졌으나 실제 의료필요는 그렇게 측정하는 것으로 대체할 수 없다. 의료의 의미가 건강의 도구 이상으로 개인의 자유에 관한 것이라면 의료필요는 전문가가 아닌 필요를 느끼는 주체(의료이용자, agent)의 관점에서 이해해야 한다.

(3) 이와 같은 맥락에서 의료이용은 건강과는 또 다른 의미에서 다층적 사회체제와 행동 사이에 작동하는 상호작용이 더욱 중요해진다. 따라서 측정 지표의 타당성과 적절성을 판단하기 위해서는 기본 개념들에 대한 이론이 정립되는 것과 함께 개인의 행동과 인지 요인에 대한 이해가 필요하다.

이 연구에서 답하고자 하는 질문은 다음과 같다. ① 의료불평등은 사회와 일반인의 삶 속에 어떤 형태로 실재하며, 이를 어떻게 모니터링에 반영할 수 있겠는가? ② 의료불평등 모니터링을 의료불평등 감소로 연결하기 위해서는 무엇을 고려해야 하는가? ③ 지금의 미충족의료 지표에서 명확하게 드러나지 않는 의료필요와 충족은 어떤 것들로 이루어져 있는가? ④ 사람들이 인식하는 의료필요와 그것의 충족이란 무엇이며, 그에 대한 불평등은 어떻게 나타나는가? ⑤ 어떤 모니터링 지표가 의료불평등 문제를 포착하고 가시화하는 데에 효과적인가?

이에 답하기 위해 지금까지의 의료불평등을 이해해 온 경계를 넘어서 현실의 의료불평등을 제대로 반영할 수 있는 포괄적인 설명 틀을 마련하고 지표의 개선 가능성을 검토하려고 한다. 이번 연구를 넘어서 궁극적으로 기대하는 것은 의료불평등의 실제와 그 개입 지점을 제대로 파악함으로써 불공정한 의료의 격차를 줄이는 데에 있을 것이다. 우선은 의료불평등을 체계적이고 지속적으로 모니터링하는 것이 첫걸음이 될 것이므로 모니터링의 영역과 방향을 분명히 하는 것이 중요하다. 또한 모니터링과 지표 자체뿐 아니라 장·단기적 목표와 긴밀히 연결되는 정책, 그리고 모니터링의 필수 조건인 자료원에 대한 검토도 필요하다.

## 2. 연구 목적

본 연구의 목적은 의료불평등 모니터링의 현황과 문제점을 파악하고 개선 방안을 제시하는 것이며 세부 목적은 다음과 같다.

- 의료필요와 미충족의료, 의료이용과 의료불평등, 모니터링 지표, 자료원, 모니터링 정책을 이론적으로 고찰함.

- 의료필요와 미충족의료, 의료불평등의 개념을 능력(capability)의 관점에서 확장하고 재해석함.
- 현재 모니터링되고 있는 의료불평등 산출 영역 및 지표의 타당성을 재검토하고 ① 사람 중심의 관점과 ② 지속 가능하고, 비교 가능한 지표 탐색이라는 두 원칙에 의거한 새로운 불평등 측정 지표를 제시함.
- 의료불평등 모니터링에 사용되는 자료원 및 자료원별 산출 가능 지표를 파악하고, 적절한 모니터링을 위한 자료원 개선 방안 및 새로운 자료원 구축을 위한 가능성을 검토함.
- 의료불평등에 영향을 주는 정책을 검토하고 전체 정책에서 의료불평등에 미치는 영향을 고려하기 위한 틀을 제시함.

## 제2절 연구 방법

### 1. 문헌고찰

주요 개념과 모니터링, 자료원 일반에 관한 문헌, 정책 관련 문헌, 의료 불평등 선행연구를 종합적으로 찾고 검토하였다.

### 2. 자료원 조사

의료불평등 지표를 생산할 수 있는 자료원 정리를 위해 통계청 국가승인 통계목록을 검토하였으며 그에 포함되지 않았으나 주제와 관련된 각종 보건의료 조사를 정리하였다.

### 3. 실증 자료 분석

#### 가. 심층면담

일반인들의 의료이용 경험과 미충족의료, 의료불평등에 대한 인식을 탐색하기 위하여 심층면담을 실시하였다. 면담 대상자는 한국소비자평가연구원을 통하여 모집하였으며, 성별, 나이, 교육수준, 지역을 기준으로 16명을 선정하였다. 지역 구분은 지역박탈지수와 의료 자체충족률이 모두 상위인 지역과 모두 하위인 중북 지역을 선별하였으며, 최종적으로 상위지역은 서울시 강남구, 서초구, 경기도 성남시 분당구, 하위 지역은 경북 상주시, 충남 부여군, 충남 청양군, 충북 괴산군, 충남 보은군을 선정하였다.

주진행자와 보조진행자 2인 1조로 한 팀을 이루어 총 두 팀이 면담을 진행하였고 팀원을 교차 배치하여 인터뷰 진행방식으로 인한 체계적 오차를 최소화하였다. 참여자의 동의하에 면담 내용을 녹음하고, 녹취록을 바탕으로 테마분석(Thematic analysis)방법에 기초하여 내용을 분석하고 결과를 도출하였다. 면담에 참여한 연구자 모두가 개방 코딩을 수행하였으며, 1차로 코딩된 내용을 바탕으로 분석틀을 개발하였다.

#### 나. 전화설문조사

일반인들의 미충족의료 현황과 의료불평등에 대한 인식 파악을 위해 한국소비자평가연구원을 통하여 총 1,000명을 대상으로 전화설문조사를 실시하였다. 대상자는 성별, 연령, 거주지를 기준으로 확률표본을 추출하였다. 미충족医료를 경험하는 사람들의 분포를 확인하기 위해 빈도분석

을 실시하였다.

#### 다. 건강보험공단 표본 코호트 자료 분석

의료불평등 모니터링을 위한 새로운 지표 제안과 시범적 산출을 위해 2002년부터 2010년까지의 건강보험공단의 표본 코호트 자료를 이용하여 소득 분위별 의료비(총의료비, 암환자 의료비, 고혈압·당뇨환자 의료비, 사망자 당해 연도 보험급여비)와 의료이용[고혈압·당뇨, 암, 외래진료 민감질환(Ambulatory Care Sensitive Conditions, ACSCs), 서울 소재 종합병원 입원 횟수, 노인 요양병원 입원 횟수, 건강검진 수진건수], 암 사망자 수를 구하고 의료급여 수급자, 소득 1분위와 10분위가 전체 의료비, 의료이용에서 차지하는 비중을 산출하였다.

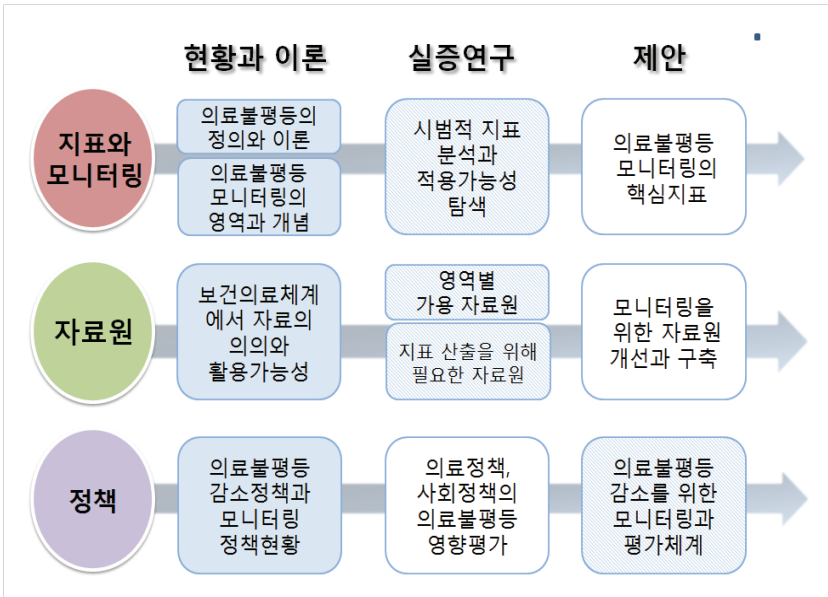
치과의료이용 불평등 감소 정책의 효과를 분석하기 위해 치면열구전색이 건강보험 급여가 시행된 이후 2009년부터 2013년까지 소득분위 5분위별 치면열구전색술 수진건수와 평균 수진건수, ‘후속 치주질환치료(치근활택술 등 치주수술) 없이 치석제거만으로 치료가 종료된 전악치석제거’의 건강보험 급여가 시행된 2013년 소득분위 5분위별 치석제거 수진건수와 백분율을 산출하였다.

#### 4. 연구 단계 모형

의료불평등 모니터링 개선을 위해서는 지표와 모니터링, 자료원, 정책의 영역에서 현황 파악과 이론적 검토, 실증연구를 통한 현황의 평가 혹은 개선안에 대한 탐색적 시도가 필요하며 이를 바탕으로 개선 방향에 대한 제안을 할 수 있을 것이다. 각 영역별 연구 과제를 도식화하면 [그림

4-1-1]과 같다. 이 연구에서는 주로 현황과 이론 부분을 다루었으며, 지표와 모니터링, 자료원의 실증연구 일부를 포함한다. 또한 정책의 의료불평등 평가 체계 필요성 제시와 함께 참고할 수 있는 평가 틀을 검토하였다.

[그림 4-1-1] 의료불평등 모니터링 연구 과제



제2장에서는 현재 의료불평등 모니터링에서의 측정, 모니터링 정책, 자료원의 현황을 살펴보았다.

제3장에서는 의료불평등 관련 개념이 확장되고 재구성될 필요가 있다는 것과, 다른 한편으로 모니터링 지표로서 직관적이고 비교 가능한 지표가 필요함을 주장하였다. 이를 뒷받침하기 위해 기존 의료불평등 개념을 이론적으로 검토하고 심층면담 결과를 분석하여 도출한 의료필요의 해석과 재구성에 기초하여 의료필요-충족 모형을 제시하였으며, 새로운 직관

적 지표를 제시하고 적용 가능성을 탐색하였다.

제4장에서는 한국과 외국의 의료불평등 모니터링 정책을 간단히 정리하고, 의료불평등의 사회적 결정요인의 틀을 제시하며 더불어 의료불평등에 영향을 미치는 정책을 살펴보았다. 또한 정책을 개입 지점으로서뿐 아니라 영향요인의 하나로서 이해하는 관점에서 정책에 대한 의료불평등 영향 평가의 필요성을 제안하였다.

제5장에서는 지속적이고 안정적인 모니터링을 위해 갖추어야 할 자료원에 대한 이론적 검토와 함께 현재 가용한 자료원에서 산출 가능한 지표 등을 정리하였다.

## 제 2 장

# 의료불평등 모니터링 현황과 평가

- 제1절 의료불평등에 대한 이해와 측정
- 제2절 의료불평등 모니터링과 정책
- 제3절 의료불평등 모니터링과 자료원



# 2

## 의료불평등 모니터링 현황과 << 평가

### 제1절 의료불평등에 대한 이해와 측정

의료불평등을 어떻게 측정할 것인가의 문제는 어떤 상태가 바람직하다고 상정하는지에 따라 달라진다. 의료불평등은 주로 다음과 같은 세 가지 논리에 따라 이해되는 경향이 있다. ① 형평성은 국가 보건의료체계의 목표 중 한 가지이다. ② 국가 건강보장체계의 목적은 전 국민이 필요한 의료서비스를 이용할 수 있게 하여 궁극적으로 건강을 향상시키려는 것이다. ③ 보건의료에 접근할 권리는 건강이라는 기능을 성취할 자유와 능력을 보장하는 것이므로 기본적인 권리이고 이는 형평적이어야 한다(김창엽 등, 2015, p.61). 우선 이 논리는 의료가 건강에 종속된 도구적 의미를 보여준다. 그 전제 하에 보건의료 형평성은 접근성이라는 기회의 형평과 실제 의료이용이라는 결과의 형평의 두 가지 차원에서 주로 논의되어 왔다(김동진 등, 2014, p.36).

첫째로 의료를 건강을 성취할 수 있는 기회로 보는 경우 Mooney(1983)와 Le Grand(1982)의 주장과 같이 의료에 대한 공정한 접근성을 강조하게 된다. 즉, 의료가 필요한 사람이 동일한 시간과 화폐비용을 소요하면서 의료서비스를 이용할 수 있도록 제도적으로 보장되고 의료자원의 분포도 균등해야 한다. 이를 평가하려면 상용치료원의 존재 여부, 경제적 이유로 인한 치료포기 경험, 의료시설에 대한 물리적 거리 등의 변수가 중요하고, 정책적으로는 공급측면에서의 장애요인 제거에 집중하게 된다(김동진 등, 2014).

그러나 환자가 필요 자체를 인식하는 차원에서도 불평등은 발생할 수 있고 필요와 선호 역시 사회경제적 요인에 의해 의식적, 무의식적으로 영향을 받을 수 있다. 따라서 단순히 접근성만으로 형평성을 평가하는 것은 충분하지 않다.

둘째는 의료가 형평적이라는 것은 동일한 의료필요에 대해 동일한 의료이용을 하는 것(Equal treatment for equal need)이라는 관점이다 (Oliver et al., 2004, p.655). 기회가 공정하게 주어지더라도 이용하는 사람의 선호나 여건에 따라 실제로 이용하는 측면에서 불평등이 발생할 수 있기 때문에 궁극적으로 이루어진 의료이용을 주목한다. 이를 위해서는 의료이용 경험률, 외래방문 횟수, 재원일수, 지불된 의료비 등의 변수가 중요해진다(김동진 등, 2014, p.37).

이렇게 최종 결과물인 의료이용을 형평성의 기준으로 삼을 경우, 마찬가지로 의료를 필요로 인식하는 차원과 의료를 찾고 이용하는 과정에서의 불평등, 그리고 의료를 이용한 결과로 나타나는 불평등과 같은 차원을 포착하지 못한다는 점에서 현실을 충분히 드러내 주지 못한다.

최근 의료불평등 연구에서 가장 빈번하게 사용되는 측정방식은 회귀분석을 활용하거나 의료이용 집중지수(Concentration Index)를 활용하는 것이다(김동진 등, 2011; 김동진 등, 2014; 김도영, 2012; 김진희, 2011; 권순만 등, 2003; 김정희, 2007; 사공진 등, 2012; 임국환과 이준협, 2010). 실제 의료이용 집중곡선과 기대되는 의료필요 집중곡선의 차이를 이용한 수평적 형평 지수(Horizontal Index of Inequality, HI<sub>wv</sub>)이다. 수평적 형평지수에서 핵심적인 논리는 동일한 의료필요에 대한 동일한 의료이용이므로 의료필요를 얼마나 잘 보정하는지가 핵심적인 과정이 된다. 지금까지는 연구에 따라 성, 연령, 주관적 건강상태, 활동제한 유무, 만성질환 수, 유병기간, 합병질환의 수 등을 의료필요 보정에 사용

해왔다. 대개의 경우 사용한 이차 자료원에 포함된 변수가 제한적이므로 그 내부에서 필요를 보정할 수밖에 없다는 한계가 언급되었고 어쩔 수 없는 부분으로 받아들여지는 것이 일반적이었다.

수평적 형평지수는 (+)로 나타날 때 고소득층에 치우친 불평등, (-)로 나타날 때 저소득층에 치우친 불평등이라고 해석한다(한국건강형평성학회, 2008, p.353). 치우친 불평등은 해당 집단이 필요로 하는 의료에 비해 더 많은 의료를 이용한다는 의미다. 일반적으로 외래, 입원, 응급의료를 구분하고 각각에서 이용한 횟수(입원한 경우 입원일수도 포함)와 지출한 의료비 각각에서의 지수를 구한다. 여러 연구의 결과를 종합하면 연도에 따라 변화가 있기도 하지만 전반적으로 외래 이용은 저소득층에 치우치고 외래 의료비는 고소득층에 치우치며, 입원 이용은 비슷한 수준이나 입원 의료비는 역시 고소득층에 치우친다. 응급의료이용은 비슷한 편이나 의료비는 비슷하거나 고소득층에 치우치는 결과가 혼재된다. 보건소는 저소득층 이용이 많으나 종합병원급은 외래나 입원 모두 고소득층의 이용이 많다(김도영, 2012, pp.107-110). 많은 연구에서 의료이용 정도를 양적인 형평을 보기 위한 것, 의료비 지출 정도는 본인부담과 비급여 비중이 큰 한국의 의료제도에서 질적인 형평을 보기 위한 것으로 적용하고 해석한다. 예컨대 저소득층이 의료이용 횟수는 많지만 고소득층이 의료비를 더 많이 지출한다는 결과의 해석으로, 저소득층은 상대적으로 같은 횟수의 의료를 이용할 때 저가의 의료를 이용하거나 필요한 의료를 충분히 다 이용하지 못하고, 고소득층은 한번 이용하더라도 비싼 검사와 치료를 이용하는 것이라고 보는 것이다.

현실에 비추어 이 결과를 설명하는 것은 그리 간단하지 않다. 응급실 이용은 정말로 소득에 관계없이 형평적인 상태인가? 필요에 비해 자주 이용한다는 것은 무엇을 의미하고 더 많이 지출한다는 것은 무엇을 의미하

는가? 이용자의 도덕적 해이인가 공급자의 도덕적 해이인가? 더 비싼 검사와 치료는 많이 받을수록 좋은 것인가? 어디까지가 적절한 의료를 이용하고 있는지 이 지표 안에서는 확인할 수가 없고 그에 비추어 얼마나 부족한 또는 과잉된 의료를 이용하는지를 판단할 수도 없다. 저소득층의 사회적 입원 현황에서도 알 수 있듯이 이용자의 실제 의료필요는 전문가의 평가에 기반을 둔 건강상태요인을 넘어선다. 기존의 방식으로 가정된 의료필요(건강상태)와 의료이용은 현실의 요구와 필요를 지닌 이용자의 현실을 온전히 설명해내기 어렵다. 자칫하면 이미 알고 있는 현실의 다양한 의료불평등 중에서 지수에 맞는 부분만 골라 역으로 설명하는 오류를 범할 위험도 있다.

다른 한편, 불평등 지수의 해석이 어려운 것은 의료필요의 보정이라는 가정 자체가 지닌 한계 때문이기도 하다. 만일 의료필요가 이상적으로 보정되었다고 가정하면 보정 후의 결과는 의료필요(need factor)와 관계없는 요인(비필요요인, non-need factor)의 영향 때문이 된다. 여기에는 개인의 사회경제적 요인 외에도 거주하는 지역의 의료 접근성이나 의료에 대한 신뢰와 문화와 같은 요인이 포함되는데, 사실 의료필요 자체도 이러한 요인(의료 비필요요인)의 영향을 받는 내재적 관계를 가진다. 게다가 여기서 의료필요요인은 건강요인을 의미하는데, 실제 의료필요에는 비(非)건강요인도 포함되며 이 부분은 특히 비필요요인의 영향을 많이 받는다. 예를 들어 예방적 의료서비스는 건강요인보다는 건강에 대한 태도와 정보를 포함한 가용자원에 따라 그 이용 정도가 달라지는데 이는 건강요인으로 구성된 필요요인으로는 보정될 수 없다. 마찬가지로 급성질환인지 만성질환인지, 또는 필요로 하는 서비스 영역이 검사인지 치료인지에 따라서도 중요한 필요요인의 종류와 영향력의 크기가 달라질 것이다.

의료불평등을 줄이고자 한다면 어느 지점에서 불평등이 발생하는지를

확인하고 그 기제에 따라 발생을 줄이고 이미 발생한 격차를 좁히려는 개입을 계획하고 실행하며 평가해야 한다. 그 첫 번째 단계인 의료불평등의 측정과 모니터링에서 지금의 방식은 많은 한계를 지니고 있다. 그러나 그보다 더 중요한 것은 의료불평등을 어떻게 바라보고 있는가에 대한 문제이다. 지금까지 의료불평등은 전문가의 관점과 보건의료체계라는 제도적 관점에서 평가되어 왔다. 접근성이라는 차원에서 자원과 재정의 문제로 축소되었고 의료이용은 전문가가 인정한 건강문제에 대한 것으로, 의료의 질적 격차는 비용으로 인한 검사나 치료 소비의 불평등으로 국한되었다. 의료불평등은 최소한 의료에 대한 접근과 이용을 넘어 보건의료체계 전반의 관점에서 바라볼 필요가 있으며<sup>27)</sup> 건강증진에 국한되지 않는 의료 자체의 사회적 효용을 고려한 사회적 불평등의 의미로 해석해야 한다.

즉, 기술적으로 의료필요를 보정하는 방식이나 이를 위해 자료를 보완해야 한다는 제안 이전에 중요한 것은 근본적으로 의료불평등이 무엇을 의미하는지에 대해 다시 설명해야 한다는 것이다. 의료불평등을 어떤 관점으로 설명하고 어디까지 고려하는가에 따라 의료필요를 무엇으로 정의할 것이며 어떠한 자료가 필요한지도 자연스럽게 도출될 수 있다. 그리고 그 관점과 영역은 당연히 현실에 존재하는 의료불평등에 철저하게 기반을 둔 설정이어야 한다.

27) 영국은 NHS를 운영하고 있음에도 불구하고 여전히 사회적 차원의 건강불평등 감소와 의료체제로 인한 불평등이 존재함을 문제로 인식했음. 2012년 Health and Social Care Act 2012를 통해 NHS와 CCGs(Clinical Commissioning Groups)가 건강불평등 감소를 위해 노력해야 할 법적 의무가 있음을 공표하고 이를 위한 평가와 성과보고를 수행했음. 그 결과 영국 NHS는 2010년에 개발된 NHS Outcomes Framework에 형평성 평가 지표가 지정되는 등 개정 노력을 해왔음.

## 제2절 의료불평등 모니터링과 정책

한국에서 의료불평등은 건강불평등에 비해 주목받는 일이 드물고 단독의 의미를 지닌 영역으로 주목받지 못하고 있다. 이는 의료불평등을 측정하고 평가하려는 정책적인 시도가 거의 전무하다는 것만 보아도 알 수 있다. 의료불평등의 양상을 파악할 수 있는 정부 발간 보고서는 <인구집단별 의료이용 형평성 현황과 요인 분해(2011)>, <국민의료의 형평성 분석과 정책과제(2004)>, <한국 의료 질 보고서(2015)> 등이 있으나 이는 지속적인 모니터링을 목적으로 하기 보다는 단발적인 성격을 가진다. 그 외에는 건강불평등 모니터링과 관련한 보고서나 작업에서 한 가지 요소로 의료불평등이 일부 포함되거나, 특히 취약지역과 취약계층을 대상으로 한 의료자원과 이용 현황정도가 파악될 뿐이다.

의료불평등을 측정하고 평가하는 연구 대부분이 결과를 통해 이를 해소하기 위한 정책적 제언을 제시한다. 그러나 측정 자체가 제한된 의미의 프레임 안에서 시도되었을 때 이에 대한 정책 제언 역시 충분한 접근이 되기 어렵다. 예컨대 다음과 같은 결과의 해석과 제언을 보면,

“소득에 따라 의료서비스의 질적 수준이 결정된다면 단지 이용의 접근성만 완화하는 정책으로는 부족하며, 저소득층의 의료비 부담을 보다 감소시키는 정책을 통해 소득계층별 의료이용의 질적 격차를 감소시키려는 보다 적극적인 정책이 필요하다.”(김도영, 2012, p.122; 김동진 등, 2014, p.53 재인용.)

접근성을 완화하는 정책과 저소득층의 의료비 부담을 감소시키는 정책의 개념이 명확하지 않다. 접근성을 광의로 해석하면 저소득층의 의료비 부담 감소도 접근성 강화에 해당한다. 또한 의료이용의 질적 격차라는 부분이 의료비 부담으로 인한 의료서비스 소비의 차이라는 의미로 축소되

는 것을 볼 수 있다. 즉, 의료이용의 질이라는 개념이 이를 측정하는 방식에 맞추어 덩달아 협소해지는 것이다.

이는 다시 앞에서 언급한 의료불평등의 이해와 관련한 문제로 곧바로 연결되고 관점의 전환에 따라 재정비되어야 할 연속적인 과제이다.

### 제3절 의료불평등 모니터링과 자료원

정기적이고 체계적으로 수집되는 안정된 자료원은 바람직한 모니터링에서 필수적인 기본요소다. 많은 연구가 이론적 틀과 연구모형을 세우고도 이를 뒷받침해줄 자료(특히 이차자료)를 충분히 구할 수 없어 분석에 포함하지 못했음을 제한점으로 제시한다. 모니터링에서도 예외는 아니어서 원칙과 속성에 맞는 지표 목록을 제시하고도 결과를 산출하지 못하거나 아예 지표를 만들 때부터 기존의 가용한 자원을 고려하여 그 경계 안에서 결정하게 되는 경우가 허다하다. 이는 분명히 본말이 전도된 상황이다.

지금까지 의료불평등 모니터링에 활용 가능한 자료원은 매우 제한적이었다. 우선 앞에서 언급한 것처럼 같은 의료필요를 가정하는 의료불평등 지표를 산출할 때 필요를 반영하는 변수가 충분하지 않았다. 또한 건강과 직접 관련이 없는 의료필요의 영역도 분명히 존재함을 감안하면 지금의 지표와 자료원 수준으로는 의료불평등을 제대로 측정하기 어렵다.

의료불평등을 개선하기 위한 개입지점을 찾기 위한 모니터링이라면 의료불평등이 발생 가능한 주요 지점을 파악할 수 있어야 하는데 현재 자료원은 그러한 목적에 기초하여 설계된 것이 아니다. 그렇다 보니 다른 이유와 목적으로 수집되는 산발적인 자료들을 끌어모아 그 안에서 가능한 지표를 생산하게 되고 이는 현실을 파악하고 개선하는 데에 명백한 한계

를 드러낼 수밖에 없다. 의료불평등이 사회적으로 중요한 의미로 합의될 수 있고, 따라서 모니터링이 필요하다고 결정했으면 이미 있는 자료원의 조각을 모아 의료불평등을 맞추어 내는 방식이 아니라 무엇을 측정할 것인지에 따라 자료원을 개정하고 보완하는 작업도 필요할 것이다.

# 제 3 장

## 의료불평등의 새로운 이해와 측정

제1절 의료불평등의 새로운 이해와 측정

제2절 의료불평등의 이론적 검토

제3절 미충족의료의 재해석

제4절 새로운 이해에 기초한 의료필요-충족의 불평등

제5절 의료불평등 모니터링과 지표

제6절 의료불평등 모니터링 지표의 제안과 적용 가능성 탐색



# 3

## 의료불평등의 새로운 이해와 << 측정

### 제1절 의료불평등의 새로운 이해와 측정

앞서 2장에서는 의료불평등의 측정방식, 의료불평등을 모니터링하고 개입하기 위한 정책, 그리고 모니터링에 필요한 자료원이 의료불평등에 대한 제한적인 이해에 따라 각기 한계를 지니고 있다고 주장했다. 의료불평등의 개념은 지금까지와는 다른 관점에서 주목해 보아야 하며 이를 기반으로 하여 측정과 모니터링을 위한 지표도 개발될 수 있다. 이 연구에서 우리는 새로운 의료불평등 접근의 틀과 그에 따른 측정방식 개선을 제안하며 동시에 현 가용자료의 범위 내에서도 모니터링 지표의 원칙을 고려한 지표를 일부 제안하고 시범적으로 분석했다.

#### 1. 의료불평등 개념의 해체와 재구성의 필요성

의료불평등은 중요한 사회문제로 인식되고, 다른 건강불평등 문제에 비해 비교적 중요한 의제로 다루어진다. 의료접근성 혹은 의료이용의 불평등이 부당하며 사회적으로 불평등의 감소와 해소를 위해 (규범적으로나마) 노력해야 한다는 것에 이의를 제기하는 사람은 많지 않을 것이다. 즉 의료의 사회적 가치는 수용성이 높다고 할 수 있다. 하지만 의료불평등은 주로 건강불평등의 매개요인으로서 이해되고 있다. 건강수준 향상을 위한 도구로서의 의료가 아닌 의료 자체의 사회적 가치와, 건강불평등과 독립된 현상으로서의 의료불평등에 주목하는 경우는 많지 않다. 건강

과의 관련성을 떠나서도 의료불평등이 중요한 사회문제임을 주장하기 위해서는 건강수준의 향상 외에 의료가 가지는 사회적 가치와 의의가 무엇인가를 설명할 수 있어야 한다.

김창엽 등(2015)은 의료의 의의를 건강수준의 향상 외에도 기본적인 권리로서의 의료로 이해할 수 있으며, 근거로서 Sen의 능력(capability) 논의를 적용할 수 있음을 주장하였다(김창엽 등, 2015, pp.58-63). Sen(2002)에 의하면 의료는 건강을 성취하는 과정으로서의 성격을 가지고 있고, 그 과정이 공정한 것도 사회정의와 관련이 있으므로 보건의료의 불평등은 사회정의에 위배된다. 즉 건강은 삶의 기본적인 목적이자 성취이고, 사람은 여러 가지 기능 중 자신이 원하는 것을 추구할 자유를 가져야 하며, 보건의료는 그 자유를 가능하게 하는 능력과 연관된 것으로 해석할 수 있다(Sen, 2002, pp.660-661; 김창엽 등, 2015, pp.60-61 재인용). 이 연구에서는 의료를 비단 건강뿐만이 아닌 삶의 핵심적 기능을 성취하기 위한 자유를 가능하게 하는 능력(capability)으로서 이해하고, 이 관점에 기반을 두어 의료불평등 및 의료필요의 개념을 재구성하고자 한다.

하지만 무엇이 의료불평등인지를 정의하는 것은 쉽지 않다. 건강불평등과 달리 의료불평등은 의료필요(need)의 개념을 동반하기 때문이다. 의료불평등은 주로 '동등한 필요에 동등한 서비스(equal treatment of equal needs)' 즉 수평적 형평(horizontal equity), '다른 필요에 다른 서비스(unequal treatment of unequal needs)' 즉 수직적 형평(vertical equity)으로 정의되고, 이는 필요(need)의 정의와 측정을 기반으로 한다(김창엽, 2016, p.117). 즉 현재의 이해로는 (주로 전문가가 정의한) 의료필요에 의거하여 의료이용의 적정성을 평가할 수밖에 없다. 이런 관점에서 의료이용은 적정이용, 과다이용, 과소이용으로 분류될 수밖에 없고, 이는 필연적으로 도덕적 해이 논의로 이어진다. 하지만 이런 논

의는 필요를 어떻게 정의하고 측정하느냐에 따라 달라질 수밖에 없다.

지금까지는 필요를 객관적으로 정의하고 측정할 수 있는 것, 특히 의료 전문직의 ‘과학적’ ‘의학적’ 판단에 따르는 것으로 이해해 왔으나, 실제 필요는 항상 특정한 역사적, 문화적 맥락 속에 위치하는 상대적 개념이다. 따라서 필요는 물론 필요가 충족되었는지 여부를 객관적으로 정의하고 측정하기 어렵고, 이에 기초한 의료불평등 개념과 지표는 불안정하고 무의미하다. 더구나, 건강과 직접 관련이 없는 많은 보건의료에서는 필요 개념을 도출하고 의료불평등을 측정하는 것이 가능하지 않았다. 필요는 객관적으로 정의하고 측정되어야 하는데, 필요의 충족 여부가 사회 정의와 관련되기 때문이다. 필요를 객관적으로 정의할 수 있어야 이를 충족하는 것에 도덕적 의무가 부과되고 이를 기준으로 사회 정의에 부합하는지 판단할 수 있다(김창엽, 2016, p.117).<sup>28)</sup>

다시 정리하면, 의료는 일차적으로 사람의 필요에 따라 가치를 부여받는다. 이용자의 입장에서 의료필요를 충족하지 못하는 것은 의료의 핵심적 기능이자의 의미와 관련되며, 능력(capability)의 일종인 의료필요를 충족하지 못하는 것은 정의의 문제가 된다. 이에 관련되는 불공정한 차이가 바로 의료불평등이다. 기존의 미충족의료 지표와 개념을 이미 사용해왔지만 우리는 새롭게 정의하는(또는 확장한) 의료불평등을 측정할 대안의 하나로 재구성한 의료필요의 충족-미충족의료 개념을 다시 제안한다. 제2절에서 의료접근성과 의료이용, 의료필요와 미충족의료 개념에 대한 기존 연구를 검토하고 제3절에서 기존에 사용하던 미충족의료 지표에 대한 문제의식을 제기하고 제한적이지만 문항을 개정한 전화조사 결과로 시사

28) 해당 문단은 김창엽(2016). 의료불평등 연구와 정책의 재조명. 대한예방의학회, 2016년 대한예방의학회 제68차 추계학술대회 연세집. 서울: 대한예방의학회. p.117.에서 직접 인용하였으나 학회에서 이 연구의 결과를 정리하여 일부 발표한 것으로 따로 직접인용 표기를 하지 않았음

점을 논하였다. 제4절에서는 일반인의 인식을 조사한 심층면담의 결과를 토대로 의료필요의 충족과 미충족 과정에서 발생하는 불평등에 대한 새로운 이해를 도출하고자 하였다.

## 2. 의료불평등의 모니터링과 지표 개선-확장적 지표와 직관적 지표의 개발

의료불평등을 새롭게 이해함에 따라 자연스럽게 무엇을 측정해야하는 지가 도출될 것이다. 그러나 어떻게 측정할 수 있는가에 대해서는 지표를 구체화하고 자료원 확보계획을 구축하는 등의 과제가 남아 있다.

한편, 지금까지는 의료불평등을 모니터링하기 위한 계획이나 시도가 거의 없었고 주로 연구 목적으로 의료불평등을 다루어 왔기 때문에 모니터링이라는 목표에 적합한 형태의 지표라기보다는 다소 복잡하더라도 엄밀한 방식으로 측정하려는 시도가 많았다. 그러나 모니터링이란 정확한 평가 자체와는 또 다른 측면을 가지고 있다. 모니터링은 과정에 따라 주기적으로 확인하며 장기적 추세와 변동을 살피고 바람직한 방향으로 유지, 개선되도록 피드백을 주고 개입하기 위한 것이다. 따라서 장기적으로 안정적인 생산이 가능해야 하고 가급적 지역과 국가, 시간에 따른 비교를 할 수 있는 일반성이 있어야 한다.

지표의 구체화뿐 아니라 가용한 자료가 있느냐의 문제도 중요한 과제다. 의료불평등의 의미를 재해석함에 따라 측정하는 영역과 지표 역시 새로 구성하고 자료를 마련해야 하는 부분도 분명히 있다. 그러나 완전하게 반영하지는 못하더라도 이미 축적된 자료로 기존의 제한적 측정관점을 넘어서 현실의 불평등을 보다 직관적으로 드러내 줄 수 있는 간단한 형태의 지표를 구상해 볼 수도 있다. 제5절과 제6절에서는 후자의 관점에서

먼저 바람직한 모니터링과 지표의 원칙을 정리하고 이를 고려한 지표를 제안하며 일부를 시범적으로 분석하여 그 활용 가능성을 살펴보고자 한다.

## 제2절 의료불평등의 이론적 검토

### 1. 의료접근성과 의료이용

의료불평등은 접근성에 대한 형평(equity for access to health care)과 의료이용에 대한 형평(equity for health care utilization)으로, 각각 기회의 평등과 결과의 평등이라는 관점으로 나누어 바라보기도 한다. 이때 접근성에 대한 형평은 주로 의료 자원への 접근성을 다룬다. 의료이용에 대한 형평은 접근성이 실현된(realized access) 실제 서비스의 이용이 평등해야 한다고 보는 관점으로, 동등한 접근성이 보장된다고 하더라도 동등한 의료이용이 일어나는 것은 아니며, 이용까지의 경로에는 또 다른 요인들이 영향을 미친다는 점에서 접근성과 구분된다. 즉 이 관점에서 접근성의 개념은 주로 공급 측면에서 다루어지며 의료이용은 이용자 측면의 결정요인을 포함하여 고려한다고 할 수 있다.

접근성 개념을 적용하면, ‘접근성’과 ‘이용’의 관계는 잠재적 접근성(potential access)과 실현된 접근성(realized access)으로 구분할 수 있다. 하지만 접근성, 이용이라는 개념의 정의가 확립된 것이라고 보기는 어렵다. 연구자마다 접근성, 혹은 비슷한 용어들을 다양하게 정의하고 있으며 정의에 따라 접근성이라는 개념이 포괄하는 범위도 달라진다. 크게 경제적 접근성, 물리적 접근성의 틀로 나누어 접근하기도 하며 자원이 준비

된 상태뿐 아니라 의료서비스의 이용이 이루어진 단계를 넘어 제공된 서비스가 적절했는지를 보는 의료의 질의 형평까지를 포괄하기도 하는 등 접근성의 세부 영역 역시 구분이 명료하지 않다. 이는 접근성(혹은 이용, 질)이 다차원적이면서 동시에 상호관련성이 있고, 의료서비스 이용 과정의 연속선상에서 일어나는 일이기 때문이다.

이 연구에서는 실현된 접근성인 의료이용(모형에 따라 의료의 질까지)을 포함하는 넓은 의미로서 접근성을 정의하며, 대표적인 의료이용 혹은 의료 접근성 모형을 검토하였다. 모형의 분류는 Riegle & Stewart(2013)의 연구와 Lavesque 등(2013)의 연구를 참고하였다.

## 가. 의료접근성과 의료이용 설명 모형

### 1) 행태 모형(Andersen, 1968)

Andersen(1968)이 개발했으며 현재 가장 널리 쓰이는 의료이용 설명 모형이라고 할 수 있다. 주로 개인의 의료이용을 설명하는 데 이용되었으며 의료이용을 필요 요인(need), 소인 요인(predisposing factor), 가능 요인(enabling factor) 등 세 가지 요인의 인지 기능으로 보았다. 후에 Andersen & Newman(1973)에 의해 수정되었으며 그 외에도 여러 연구자에 의해 확장 및 수정·보완되어 왔다.

초기 모형이 발표된 후 소인 요인 중 유전적 요인, 인지장애 등의 심리적 특성이 배제되었고 가능요인에서 조직 수준의 요인이 충분히 반영되지 못하였으며 사회적 관계, 상호작용, 문화 요인 등을 포함하지 못했다는 등의 비판, 요인들 간 관계를 과소평가하였으며 의료체계, 거시적 환경 등 더 넓은 사회적 맥락을 반영하지 못하였다는 비판을 받았으나 대부

분의 비판은 초기모형에 한정되는 것으로, Andersen(1995)에서 제시하는 최종 모형은 외부의 보건의료체계와 거시적 환경 및 이용, 건강결과와 질의 영역까지를 포함하고 있다(Andersen, 1995).

## 2) 경제학적 모형(Mooney, 1983)

Mooney(1983)는 의료이용을 수요-공급 함수로 보았다. 의료이용은 장소, 가용성, 비용과 같은 공급 요인과 질병부담, 태도 등과 같은 수요 요인의 함수로 결정되며 서비스의 가용성은 개인이 의료서비스를 받기 위해 지불하는 비용으로 측정될 수 있으며, 이때 비용은 교통비 등의 간접비용과 기회비용을 포함한다. Mooney의 모형에 따르면 접근성과 이용은 구분되는 개념으로 접근성은 전적으로 공급의 측면에서 일어나는 문제이며 따라서 접근성의 평등은 동등한 기회 제공에 있지, 기회가 실제로 이행되었는가는 평가하지 않는다.

## 3) Penchansky와 Thomas(1981)의 모형

Penchansky & Tomas(1981)는 접근성을 이용자와 의료 체계 간의 적합한 정도(degree of "fit")라고 정의했으며 이는 앤더슨의 모형에서 주로 가능 요인과 연관되어 있다. 또한 접근성의 영역을 가용성(availability), 접근가능성(accessibility), 지불가능성(affordability), 적응성(accommodation), 수용성(acceptability) 등 다섯 가지로 분해하고 각 영역과 상관성을 보이는 요인들을 분석하였으며, 접근성이 의료 체계와 이용자에게 서비스의 이용, 이용자의 만족도, 공급자의 제공 패턴 등 세 가지 방면에서 영향을 미칠 수 있다고 보았다.

#### 4) 미국 의학연구소(Institute of Medicine)의 대인의료서비스(personal health service) 모형(Millman, 1993)

미국 의학연구소(Institute of Medicine)에서 개인의 대인의료서비스(personal health service) 접근성을 모니터링하기 위해 개발한 모형으로, 의료이용의 구조적, 경제적, 개인 수준 장애요인들과 함께 의료의 '적정성(appropriateness)' 개념을 접목시켰다. 이때 치료의 효능(efficacy), 제공자의 질, 이용자의 처방에 대한 순응도(adherence) 등이 적정성의 지표로 활용된다. 또한 건강 결과를 접근성의 지표로 포함한 점에서 주목 받았으며 기존 모형에 비해 모니터링에 초점을 맞춰 집단 간 장애요인으로 인해 어떻게 의료이용의 차이가 나타나는지를 보는 접근성의 형평성 측정이 용이한 특징을 가진다.

#### 5) Network-Episode 모형(Pescosolido, 2011)

지역사회 네트워크의 크기, 밀도, 가까운 정도(proximity), 단체(associations), 상호작용이 개인이 언제, 어떻게 의료를 이용하게 되는지에 유의한 영향을 미친다는 사실에 주목하는 모형으로, 의료이용을 찾는 과정이 매우 역동적이며, 이용 결정이 자발적이거나 개인의 비용편익적 선택에 기초한 것이 아니라 사회적 관계의 맥락에서 이해될 수 있음을 보여준다. 네트워크의 특성은 개인의 사회적 위치, 의료 체계에 대한 태도와 믿음, 가족력 등 개인적 특성, 질병과 친근한 정도, 물질적 및 사회적 지지, 의료 기관의 규정 등을 포함한다.

## 6) 공공보건모형(Derose et al., 2011)

Derose et al(2011)의 모형은 이제까지의 모형이 개인 수준을 강조하는 것을 비판하며 공중보건의 관점에서 의료 접근성을 이해하고자 하였다. 앞서 살펴보았던 모형들이 비록 사회적, 경제적, 문화적 요인과 더불어 공급자와 의료 시스템 요인을 고려하였지만 공공보건의료체계는 주로 지역사회 수준의 요인 중 하나로 고려되었고, 대부분의 연구에서 개인 의료 서비스(personal health care)와 관련된 지표로만 측정된 점을 비판하며 이를 넘어선 공공보건의료체계의 역할을 접근성의 이론적 틀에서 포함시킴으로써 의료불평등을 더 잘 나타낼 수 있다고 보았다.

## 7) 사람 중심 모형(Lavesque et al., 2013)

이상의 고전적 모형들을 종합하여 Lavesque 등(2013)은 사람 중심 모형을 제시하였다. 이는 이용자 관점에서 각 단계별로 접근성의 영역(dimension)을 ① 필요, ② 필요의 인지와 케어의 욕구, ③ 보건의료 추구, ④ 도달, ⑤ 이용, ⑥ 결과 등으로 구분한다. 접근성을 결정하는 공급자 요인은 각 단계에 따라 진입가능성(Approachability), 수용성(acceptability), 가용성과 적응성(availability and accommodation), 지불가능성(affordability), 적절성(appropriateness)의 다섯 개 영역으로 나누어지고, 수요자 요인은 개인의 능력 또한 인식할 수 있는 능력(ability to perceive), 필요한 것을 추구할 수 있는 능력(ability to seek), 도달할 수 있는 능력(ability to reach), 지불 능력(ability to pay), 참여 능력(ability to engage)으로 구분된다.

의료필요(healthcare need)의 객관적 존재(하지만 누군가에 의해 인

식되거나 평가되지 않은)와 그 필요를 인식하고 치료를 원하는 상태 사이에도 개인적, 사회적 요인들이 작용한다. 개인의 측면에서 본다면 의료필요를 인지하는 능력은 건강 문해력, 건강 신념, 기대 등에 따라 달라질 것이다. 어떤 상태가 의료를 필요로 하는 정도로 아픈 상태인가를 판단하고 필요를 인식하는 정도는 개인에 따라서도 다를 수 있지만 체계와 공급자 요인 역시 영향을 미친다. 투명성, 보건 프로그램, 접할 수 있는 정보, 검진 등에 따라 진입가능성이 달라질 수 있다.

필요를 인지하고 치료를 원하는 상태(perception of needs and desire for care)와 적극적으로 의료 서비스를 받기 위한 추구 행위를 하는 상태 역시 구분할 수 있다. 이 단계를 수용성이라고 개념화하였는데, 사회의 전문가적 가치, 규범, 문화, 성 등의 요인에 의해 수용성이 차이가 나며, 개인의 필요에 따른 의료 추구 능력 또한 개인적, 사회적 가치, 문화, 성, 자율성 등에 영향을 받는다.

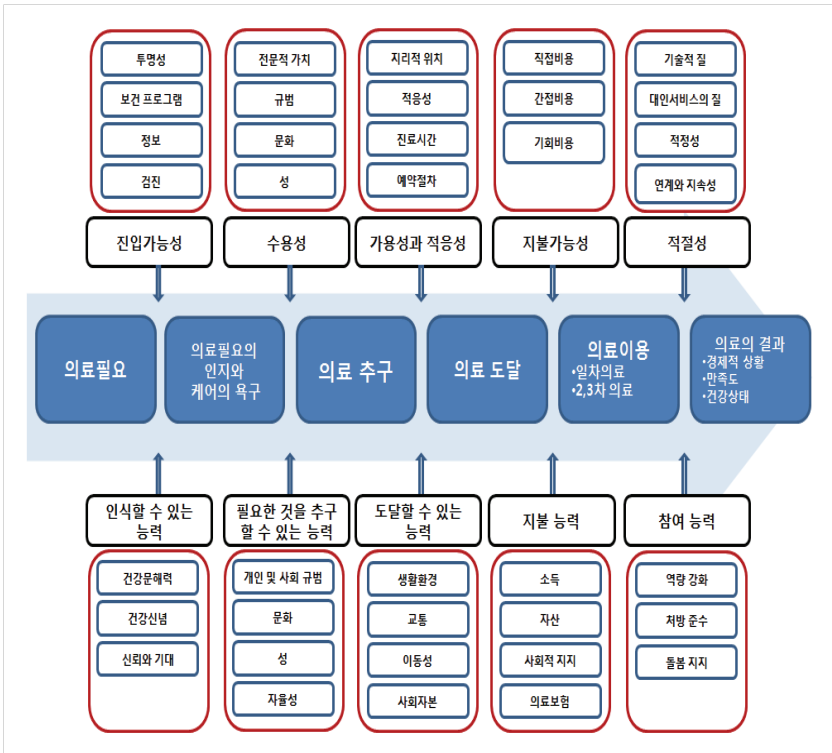
개인이 의료를 이용하기로 결정하고 의료 서비스를 찾았으나 다양한 제약으로 인해 의료와 만나지 못할 수도 있다. 이때 의료가 이용할 수 있는 상태로 존재하는 것을 가용성과 적응성이라고 개념화할 수 있으며, 가용성에는 지리적 위치, 시설, 진료시간, 예약 방법 등의 장애요인과 그에 따른 변이가 존재할 수 있다. 개인의 시점에서는 생활환경, 교통, 이동성, 사회적 지지 등이 의료에 도달할 수 있는 능력에 영향을 미치는 요인이 될 수 있다.

물리적, 문화적 장애를 극복하고 의료시설에 도달하였더라도 경제적 장벽으로 인해 의료이용으로 이어지지 못할 수 있다. 지불가능성은 제도적으로 직접의료비, 간접의료비, 기회비용 등에 따라 결정되며 개인 수준에서 소득, 자산, 사회자본, 의료 보험 등이 지불 능력을 결정할 것이다. 이때 이용하고자 하는 의료의 종류에 따라 비용 부담 역시 달라지므로 의

료이용의 실현도 차이가 나타날 수밖에 없다.

모든 과정을 거쳐 의료이용이 실현되고 난 후에도 의료이용이 적절하게 이루어졌는지 역시 이용 과정의 한 단계로 파악해야 한다. 의료의 적절성에는 기술적 질과 대인서비스의 질, 적정성, 조화와 지속성 등이 포함된다. 또한 이용자의 입장에서는 의료서비스의 과정에 참여할 수 있는 능력이 중요하다. 역량 강화, 정보, 처방 준수, 돌봄 지지 등이 영향요인으로 작동할 수 있다(그림 4-3-1).

[그림 4-3-1] 의료 접근성 모형



자료: Levesque, Harris & Russell(2013). p.5.

이 연구에서는 Lavesque 등(2013)의 모형을 잠정적으로 의료이용과 의료불평등을 설명하는 기본 틀로 삼고, 의료필요-필요의 인지와 케어의 욕구-의료 추구-의료 도달-의료이용-결과로 이어지는 각 단계별 불평등의 발생을 이해하고자 하였다.

### 3. 의료필요와 미충족의료

#### 가. 의료필요의 정의

의료필요는 여러 학자들에 의해 다양하게 정의되었으며, 대표적으로 Acheson(1978), Liss(1993), Culyer & Wagstaff(1993)의 연구를 들 수 있다.

Acheson(1978)은 의료필요를 바라보는 관점으로 인도주의적 접근과 현실주의적 접근 두 가지가 있다고 보았다. 인도주의적 접근은 어떤 사람이 건강상의 필요를 느낀다면 의료필요가 존재한다고 보는 관점이고, 현실주의적 접근은 자원의 희소성이 필요 충족에 영향을 미칠 수밖에 없으므로 이를 고려하여 적절한 가격에 질병의 예후에 따라 긍정적 효용을 주는 의료적 개입으로 충족될 수 있는 경우를 의료필요라고 정의해야 한다는 주장을 제시하였다(Acheson, 1978, p.10).

Liss(1993)는 의료필요를 바라보는 관점을 네 가지로 구분하였는데, ① 불건강 접근, ② 공급 접근, ③ 규범적 접근, ④ 도구적 접근이 그것이다(Per-Erik Liss, 1993; Burt, 2010, p.37 재인용). 불건강 접근은 앞서 Acheson이 제시한 인도주의적 접근과 상응하는 관점으로, 누군가가 의료를 요구하는 건강의 결핍이 있다면 의료필요 역시 존재하는 것으로 본다. 규범적 접근에서는 환자나 의사와 같은 개인 혹은 집단이 누군가가

의료를 제공받아야 한다고 믿는 상태에 있다면 의료필요가 존재한다고 본다. 이런 접근에서는 의료전문가가 객관적 의료필요를 결정하는 사람으로 인식되기 쉬우며 의사와 환자 간의 불균형한 권력관계가 영향을 미칠 수 있다. 하지만 개인이 인지한 필요와 전문가의 관점에서 의학적으로 정의된 필요 두 가지 모두 가치와 규범에 영향을 미친다. 이때 필요(need)는 욕구(wants) 혹은 수요(demand)와 구분되며, 의료를 개인 혹은 집단이 꼭 받아야 하는 것으로 간주한다. 도구적 개념은 의료를 어떤 결과를 성취하기 위해 필요한 도구로 보는 관점으로, 즉 건강 성취를 위해서 의료가 존재한다고 본다. 따라서 의료적 개입의 결과를 측정하는 것이 중요하며, 필요 개념에 효율성을 도입한다(Liss, 1993; Burt, 2010, pp.37- 42 재인용).

Culyer & Wagstaff(1993)는 의료필요를 ① 개인의 건강문제 수준(Individual's level of ill health), ② 의료로부터 편익을 얻을 수 있는 수용성(Individual's capacity to benefit from healthcare), ③ 개인이 지불해야 한다고 대다수가 생각하는 비용(Expenditures a person ought to have), ④ 개인이 의료로부터 받을 수 있는 효용(expenditures required to exhaust capacity to benefit)을 만족시키는 데 필요한 최소량의 자원으로 정의하였다(Culyer & Wagstaff, 1993, pp.433-436).

또한 Culyer(1995)는 필요가 실용적인 개념이 되려면 구체적인 요건을 만족시켜야 하며, ① 가치와 내용이 선행적이고 쉽게 해석될 수 있어야 함, ② 의료체계의 목적에서 직접적으로 파생되어야 함, ③ 수평적, 수직적 분배 문제 해결에 실증적으로 도움이 되어야 함, ④ 구체적인 서비스와 사람을 대상으로 해야 함, ⑤ 자원으로서의 직접적인 연결이 가능해야 함, ⑥ 분배원칙으로서 이용될 경우 명백하게 불평등한 결과를 초래해서는 안 됨 등의 요건을 어느 하나라도 만족하지 못할 경우 쓸모가 없다고 주

장하였다(Culyer, 1995, p.727). Culyer의 관점으로 접근한다면 의료서비스는 반드시 효과가 있어야 한다. 만약 건강결과 향상이 기대되지 않는다면 의료서비스로부터 얻는 편익이 없기 때문이다. 하지만 이 정의만으로는 의료자원 분포의 형평성을 담보할 수 없으므로 후속연구에서는 '의료필요는 한 개인의 (의료서비스로부터 받을 수 있는) 편익을 얻기 위해 필요한 최소한의 자원을 요구함'이라고 재정의하기도 했다(Culyer, 1995, p.728). 즉 다른 관점에 비해 Culyer의 필요 개념은 자원의 가용성을 강조하고 있다.

#### 나. 의료필요의 충족

Acheson(1978)은 의료필요가 존재한다면 그 필요를 충족하기 위한 등가의 의료서비스 역시 있어야 한다는 개념을 제시하였다(equivalents to meet need for care). 어떤 서비스가 어떤 필요와 동등한 등가의 가치를 지니는지 판단하기는 어려운 과정이나, 필요의 충족과정을 살펴본다는 점에서 의의가 있다(Acheson, 1978, p.11).

Acheson(1978)의 모형에 의하면 필요를 충족시킬 수 있는 서비스가 존재하지 않는다면 그 필요는 '진짜 필요'가 될 수 없다. 하지만 인도주의적 접근 혹은 권리적 접근에서 볼 때 상응하는 서비스가 없다고 해서 필요가 존재하지 않는다고 말하기는 어려울 것이다. 따라서 이 모형 역시 Culyer(1995)의 접근과 마찬가지로 자원의 가용성을 매우 중요하게 생각하며, 또한 전문가주의적 접근이라는 점에서 한계를 가진다.

존재하는 필요가 모두 충족되어야 한다는 믿음이 정당한가, 자원의 한계를 염두에 둘 때 어떤 필요가 더 우선적으로 충족되어야 하는가 등의 질문을 차치하고, 필요의 충족 혹은 미충족 과정을 추적할 필요가 있다.

필요 자체를 측정하는데 이제까지의 논의가 있었다면 필요가 충족되는 과정, 즉 의료이용 과정과 그 과정에서 충족되지 못한 필요, 즉 미충족의료(unmet need)라는 개념을 살펴보아야 한다.

#### 다. 미충족의료

의료필요의 개념을 결핍의 충족이라는 관점에서 본다면 결핍에 대한 객관적/주관적 인식, 즉 미충족의료라는 지표가 필요 측정에 중요한 의미를 가질 수 있다.

미충족의료는 대상자가 원하거나 의료전문가의 기준으로 필요하다고 판단하지만 받지 못한 의료서비스가 있거나, 서비스를 적절히 이용했다면 예방, 경감, 제거될 수 있는 질병 혹은 불능상태인 경우를 모두 뜻한다고 보는 Donabedian(1973)의 정의로 가장 널리 이해된다(Donabedian, 1973; 문정화와 강민아, 2016, p.483 재인용).

Allin(2010)은 미충족의료를 바라보는 관점을 임상적인 접근과 주관적인 접근으로 구분하였다(Allin, 2010, p.465). 임상적 접근은 개인이 적절한 치료를 받았는지를 임상적으로 측정하는 방법에 의존하며, 이때 적절한 치료를 판단하는 기준은 진료가이드에 의거한다. 따라서 특정하고 좁은 범위의 상태나 치료에 국한될 수밖에 없다. 반면 주관적 접근은 개인의 주관적 측정에 의거하며 그들이 필요로 하는 치료를 받지 못한 경우를 측정한다.

이에 기초하여 미충족의료를 ① 개인이 자신이 의료를 필요로 한다는 것을 인지하지 못한 상태(unperceived unmet need), ② 주관적, 필요를 인지하지만 가지 않기로 선택함(subjective, chosen unmet need), ③ 주관적, 필요를 인지하였으나 선택하지 않은 이유로 충족하지 못함

(subjective, not-chosen unmet need), ④ 주관적, 의료인이 미충족의료를 판단(subjective, clinician-validated unmet need), ⑤ 주관적, 필요를 인지했으며 기대를 충족하지 못함(subjective unmet expectation) 등 다섯 가지로 개념화할 수 있다(Allin, 2010, p.466).

인구집단의 미충족의료를 측정하고자 할 경우 임상적 접근은 한계를 가지며, 많은 연구자들이 의료접근성의 대리지표로서 미충족의료를 사용할 때는 이용자들의 주관적 필요를 반영한 미충족의료가 더 의미가 있다고 보았다. 따라서 대부분의 실증연구에서는 미충족의료 경험 여부를 직접 물어보는 방식을 사용하는데, 많은 설문에서 관련 문항을 포함하고 있기 때문에 가용성이 높고, 개인이 그들의 건강상태를 판단하는 데 더 낫다는 주장도 이 접근의 유용성을 뒷받침해 준다(Ideler & Benyamini, 1997, Allin, 2007, p.4 재인용).

하지만 미충족의료는 직관적이고 경험적인 장점에도 불구하고 임상적, 주관적 판단 모두 모호함을 포함하는 ‘유동적’ 개념이라는 점을 유의해야 한다. 따라서 의료필요가 충족 혹은 미충족되는 경험에 대한 질적 탐구가 필요하다.

### 제3절 미충족의료의 재해석

#### 1. 새로운 미충족의료 문항 구성의 필요성

다수의 연구들에서 미충족의료는 의료불평등을 측정하기 위한 대리지표로 사용되어 왔으며, Lavesque 등(2013)의 의료접근성 모형에 따르면 주로 가용성과 도달할 수 있는 능력, 지불가능성과 지불할 수 있는 능력

에 관련된 미충족의료를 다루어 왔다(김새롬 등, 2016, p.21). 의료필요의 미충족은 의료이용의 모든 단계에서 일어날 수 있지만 편증된 영역에서의 미충족의료 경험이 주로 다루어지는 것은 미충족의료 개념 자체가 명확히 정의되고 합의되지 않은 탓이기도 하고 기존 자료원에서 미충족의료를 측정하기 위해 사용하는 문항의 한계 때문이기도 하다. 이 연구에서는 제한적이거나 미충족의료 문항을 개선하여 일반인 1,000명을 대상으로 의료불평등 및 미충족의료 경험을 조사하였다.

심층면담을 먼저 진행한 후 분석 결과를 바탕으로 전화조사를 설계했다면 더 구체적으로 설문을 개정할 수 있었을 것이나 연구기간의 제약으로 동시에 수행할 수밖에 없었다. 따라서 전체 프레임을 완전히 새롭게 하기보다는, 주로 미충족의료의 경험과 이유에 대한 기존 질문의 모호한 개념을 보다 명료하게 하는 것에 초점을 맞추었다. 개인적 요인으로 인구사회학적 특성과 사회적 계층을, 사회적 요인으로 사회적 자본과 의료자원, 사회 전반에 대한 불평등 인식을 묻고 핵심 질문으로 의료이용과 미충족 경험, 의료와 관련한 인식을 질문으로 포함했다. 특히 미충족의료 경험은 기존의 여러 설문조사에서 제한점(여러 의미를 포함하고 있는 응답일 수 있음, 대리지표 이상의 구체적 평가를 하기는 적절하지 않음, 이유에 대한 선택지의 기준이 명확하지 않음 등)으로 지적된 문제들을 개선하는 쪽으로 질문을 구성했다. 일반적인 미충족의료 설문은 특정 기간 내에 병의원에 가고 싶었으나(필요가 있었으나) 가지 못했던 경험 유무를 묻고 미충족 경험이 있는 사람 중 그 이유에 대해 한 가지만을 고르게 되어 있다. 이번 조사는 기존의 구분에서 미충족의료 경험에서 병의원 외에도 약국이 일반인들에게 중요한 필요충족의 수단임을 고려하여 ‘병의원 이용을 못했을 경우 약국 이용으로 대체했는지’와, ‘의료필요 자체가 아예 없었기 때문에 미충족의 경험도 없었던 경우’를 구분하였다. 또한 미

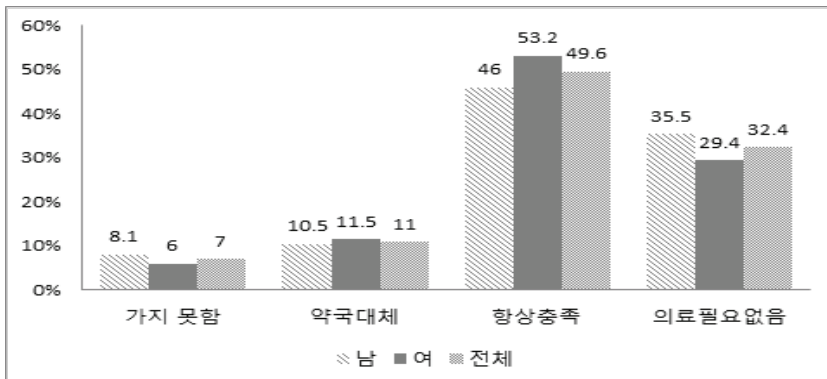
충족 경험 여부와 당시의 상황, 그리고 이유가 혼재되지 않도록 ‘해당 경험이 있었을 당시 어떤 의료필요가 있었고 무엇 때문에 이용할 수 없었는지’를 하나의 세트로 묶어 질문했다. 미충족의료 경험의 이유는 정말 필요했으나 외부적 장애요인이 강하게 작동했는지, 필요 자체가 그리 크지 않아 내부적 선택요인이 강하게 작동했는지를 구분하고자 했다.

## 2. 의료미충족 경험과 영향요인

의료미충족은 1,000명 중 180명(18.0%)이 경험했다고 응답했으며(가지 못함 70명, 약국대체 110명), 치과 미충족은 1,000명 중 188(18.8%)명이 경험했다고 응답해 거의 비슷한 결과를 보였다. 이 수치는 다른 자료원과 연구들에서 제시하는 미충족의료 정도의 범위 내에서 크게 벗어나지 않는 수치이다.<sup>29)</sup>

[그림 4-3-2] 분모를 고려하지 않은 의료미충족률

(단위: %)

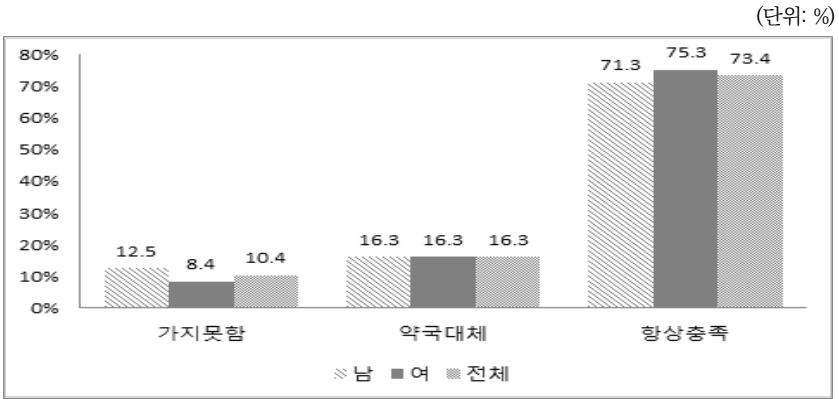


주: 본 연구에서 수행한 ‘의료불평등 일반국민 인식 조사’를 분석한 결과임.

29) 2013년 한국의료폐널 조사에서는 미충족의료 경험률이 17.6%로 나타났다(서남규 등, 2015, p.74).

의료미충족이 필요를 충족하지 못한 것을 의미한다면 필요 자체가 없었던 사람은 미충족의료를 계산할 때 분모에 해당하지 않는다. 의료미충족에서 의료필요가 없음을 제외한다면 실제로 의료미충족을 경험하는 비율은 26.7%(가지 못함 10.4%, 약국대체 16.3%)로 매우 높아지고 이는 기존 연구 결과들 중에서도 상위에 속한다.

[그림 4-3-3] 의료필요가 있는 사람 중 미충족률



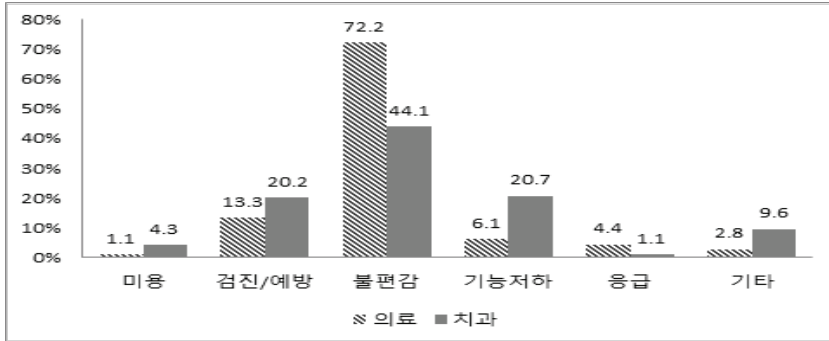
주: 본 연구에서 수행한 '의료불평등 일반국민 인식 조사'를 분석한 결과임.

미충족 상황과 미충족 이유에서 의료미충족과 치과미충족 모두 성별에 따른 유의한 차이는 없었다. 의료와 치과를 비교한 그래프는 아래와 같다.

의료(18.0%)와 치과의료(18.8%)에서 미충족을 경험한 비율은 거의 비슷했다. 미충족을 경험했다고 응답했을 때의 상황에서 의료는 불편감이 72.2%로 다른 상황들보다 압도적으로 많았고 치과는 검진/예방과 기능저하가 각각 20.2%, 20.7%로 44.1%인 불편감의 절반 정도씩을 차지했다.

[그림 4-3-4] 미충족 상황

(단위: %)

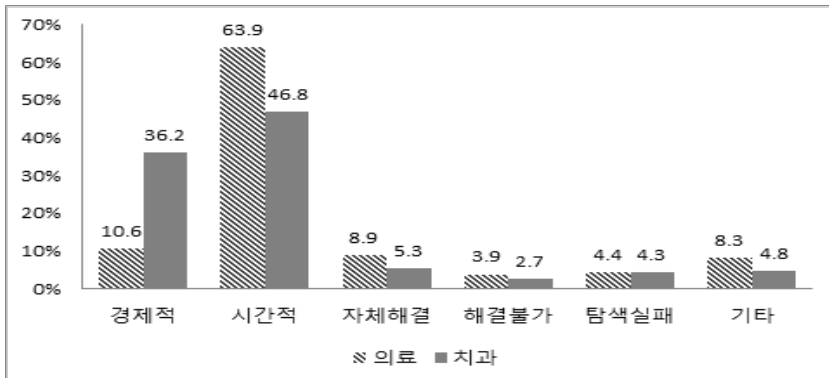


주: 본 연구에서 수행한 '의료불평등 일반국민 인식 조사'를 분석한 결과임.

응답했던 미충족을 경험했을 때 가장 중요했던 한 가지 이유에 대해서 의료 미충족은 (정말 필요했음에도 불구하고) 시간적 이유가 63.9%, (정말 필요했음에도 불구하고) 경제적 이유가 10.6%였고 치과 미충족은 시간적 이유가 46.8%, 경제적 이유가 36.2%로 나타나 치과에서 의료에 비해 경제적 부담이 더 많음을 알 수 있다.

[그림 4-3-5] 미충족 이유

(단위: %)



주: 본 연구에서 수행한 '의료불평등 일반국민 인식 조사'를 분석한 결과임.

미충족 경험을 한 군과 하지 않은 군 사이에 chi-square 단변량 분석으로 군 별 평균의 유의한 차이를 확인했다(의료의 경우 미필요군을 제외한 나머지 중에서 약국 대체한 경우도 미충족군으로 포함함). 유의한 차이를 보인 변수는 연령, 거주지, 취업상태, 직종구분, 건강상태, 정기적으로 관리하는 질환 유무, 사회적 인식(평등정도, 건강보험 보장성, 의료에 대한 신뢰)이었다. 치과 미충족 경험 유무의 경우 유의한 차이를 보인 변수는 교육수준, 소득수준, 취업상태, 직종구분, 건강상태, 민간의료보험 유무, 사회적 인식(평등정도, 의료의 질, 의료 신뢰도)로 분석되었다. 치과미충족의 경우 의료와 달리 교육수준과 소득수준, 민간의료보험 유무가 유의한 차이로 나타나 의료보다는 비용과 관련한 미충족 경험이 더 많을 것이라고 예상할 수 있다. 의료 미충족이 치과와 달리 거주지에 따른 차이를 보이는 것은 대개 의원 수준에서 필요가 충족될 수 있는 치과보다 넓은 범위에서 다양한 수준의 의료필요를 가지고 있는 의료에서 마땅한 의료기관을 찾기 어려울 가능성이 높기 때문이라고 생각할 수 있다.

의료 미충족군 중에서도 병원 대신 약국을 이용했다고 응답한 군과 병원도 약국도 가지 못했다고 응답한 군을 비교했을 때 통계적으로 유의한 차이를 보인 변수는 소득수준과 직종구분뿐이었다.

### 3. 시사점

이번 연구에서 수행한 전화조사 결과는 미충족의료가 18%, 치과의료 미충족이 18.8%로 기존 조사들의 결과값에서 중간 정도에 속하는 수준이었다. 국민건강영양조사, 지역사회 건강조사, 한국의료패널과 복지패널 등의 조사에서 미충족의료는 질문 자체가 조금씩 상이하기는 하였으나 대체로 14~22% 정도의 범위를 보였다(김새롬 등, 2016, p.10). 차이

점이 있다면 병의원을 방문하는 대신 약국에서 일반의약품을 구매하는 것으로 해결하는 경우와 약국마저도 가지 못했던 경우를 분리했다는 점이다. 약국으로 대체한 경우는 미필요군을 포함한 경우 11%, 제외한 경우 16.3%로 둘 다 가지 못한 경우보다 더 많았다. 일반적으로 의료이용과 관련한 연구가 일반의약품과 관련한 약국 이용과 법적으로 구분된 의료기관을 분리하여 연구대상으로 삼는 경향에 비해 현실에서 일반인의 약국이용은 의료이용의 연속선상에서 상당한 비중을 차지하며 함께 고려해야 하는 부분임을 시사한다.

기존 연구와 조금 다른 결과를 보였던 것은 미충족 이유였다. 의료미충족에서 시간적 이유로 답한 비율은 2013년 한국 의료패널 조사에서 나타난 35.6%에 비해 거의 두 배에 달하는 수치라는 점이 특이할 만하다. 상대적으로 경제적 부담으로 인한 미충족의료는 35.7%여서 이번 조사결과는 훨씬 적은 수치를 보였다. 치과미충족의료는 오히려 의료패널 조사(의료만 해당)와 비슷한 수치를 보였다(서남규 등, 2015, p.75).

미충족 이유의 경우 설문 구성 자체가 아주 다른 결과를 낼 수 있을 정도로 바뀌었다고 생각하지 않으나 이와 같이 다른 결과가 나왔다는 것은 시사하는 바가 있다. 이 설문에서는 미충족 경험 유무를 상대적으로 구체적으로 확인한 뒤 해당 미충족이 일어난 상황과 이유에 대해 연속적으로 질문함으로써 단순히 특정 기간 중 미충족의료의 가장 큰 이유를 물을 때보다 구체적인 상황을 떠올릴 수 있게 했을 것이다. 따라서 경험하는 여러 이유들 가운데 막연히 떠오르는 것보다는 실제로 그러했던(아마도 표면적인)이유에 더 가까운 대답을 하는데 도움이 되리라고 기대했다. 실제 이유인지 아닌지를 확인할 도리는 없으나 이는 최소한 경제적 이유나 시간적 이유로 인한 의료 미충족이 단순한 기제로 작동하지는 않을 것임을 시사한다. 예컨대 같은 의료필요가 있을 때 직장일이 바빠서 병원에 갈

시간을 낼 수 없었던 경우는 그럼에도 불구하고 갈 수 있었던 경우보다 실제로는 직장에서 시간을 내서 병원에 갈 수 없는 정도의 직장 내 위치나 그러한 직장 자체에 근무하는 경우, 그로 인해 불이익을 당할 때 미충족의료로 인한 일상생활의 지장보다 더 큰 문제를 겪게 될 사회경제적 상황에 있는 경우일 것이다. 그 경우를 단순히 경제적 이유가 아닌 시간적 이유로 미충족된 군이라고 지칭하거나 그룹 짓는 것은 타당하지 않다. 경제적으로 전혀 문제되지 않음에도 꼭 필요했지만 순수하게 시간문제로 이용하지 못했을 경우를 구분하는 것, 시간적 문제가 직장이나 다른 일 때문인지 거리가 멀어서 갈 시간이 여의치 않은 것인지, 교통수단의 제한 때문인지, 의료기관의 운영시간 때문인지를 구분하는 것 역시 불가능하다. 이 조사 항목이 학문적, 실천적 의미를 갖기 위해서는 이러한 종류의 질문을 단순히 세분화하는 것 이상으로 미충족이 발생하는 기제 자체에 대한 더 심화된 이해가 필요하다. 지금과 같은 질문방식으로는 조사한 인원 내부에서의 차이(예컨대 의료와 치과에서의 미충족 이유가 차이가 난다면 이에 대한 해석) 이상의 해석을 하기 어렵고 정책적 근거로 삼기에도 부족하다.

지금까지 간단히 결과를 살펴본 것과 같이 본 연구에서 수행한 전화조사는 몇 가지 시사점을 주기는 했지만 그 자체로 새로운 사실을 밝히거나 자세한 기제를 알기에는 부족했다. 측정과 모니터링을 통해 의료불평등의 원인을 진단하고 해결방법을 모색하기 위해서는 의료이용에 대한 이해가 지금보다 더 깊어져야 한다. 최소한 충분히 개념화되지 않은 방식으로 측정했음에도 불구하고 이를 단순화하여 지칭하거나 설명하는 선부른 적용은 피해야 한다.

## 제4절 새로운 이해에 기초한 의료필요-충족의 불평등

### 1. 의료필요 개념의 재구성

기존의 이론은 의료필요와 미충족의료를 측정함에 있어서 있음/없음의 이분적 구분을 하고 있으며 주로 전문가의 관점에서 정의한 의학적 필요에 한정해왔다. 이는 건강에 도움이 되지 않는 의료에 대한 욕구는 의료필요로 보지 않는 관점이다. 하지만 의료, 혹은 의료불평등은 건강과 건강불평등과 독립적인 의미를 가진다. 보건의료는 건강수준 향상에 기여할 뿐만 아니라 권리와 ‘능력(Sen의 Capability)’을 보장하는 것과 연관되기 때문이다.

이 연구에서는 의료필요 충족을 능력(capability)의 보장으로 보고, 전문가가 정의한 의학적 필요를 넘어서 의료이용 과정에서 포착되는 다양한 필요와 필요의 충족/미충족 과정을 이해하고자 심층면담 결과와 이론적 고찰을 바탕으로 의료필요 개념을 재구성하였다.

의료필요를 인지방식, 충족과정의 단계, 필요 영역의 세 가지 축으로 구분하였다. 인지방식에 따라 경험적 필요와 규범적 필요, 충족과정의 단계에 따라 과정상의 필요와 결과 필요, 필요 영역에 따라 신체적 필요와 심리사회·정신적 필요, 비의료적 필요의 개념을 구분하여 제시하고자 한다. 전통적 구분인 필요(need), 욕구(want), 수요(demand)에 적용하면 이 연구에서 정의한 필요는 욕구(want)와 인지된 필요(perceived need)를 포함하는 개념에 가깝다고 볼 수 있다.

또한 의료필요와 필요의 충족, 미충족의 연속적 상태를 나타내기 위하여 필요의 정도(degree of need)와 충족의 정도(degree of meeting need) 개념을 제시하였다.

각 범주를 도출한 면담 내용을 본문 중 인용하였으며, 면담자의 특성과 함께 맥락을 이해하기 위하여 면담자를 ‘사회경제적 위치(Low, High)\_성별(M, F)\_번호’로 표기하였다.

〈표 4-3-1〉 심층면담 참여자 특성

ID	성별	연령대	학력	거주지
High_F1	여	20~30대	대졸 이상	서초구
High_F2		40~50대	고졸 이하	강남구
High_F3		40~50대	고졸 이하	서초구
High_F4		60~70대	고졸 이하	분당구
High_M1	남	20~30대	대졸 이상	강남구
High_M2		20~30대	대졸 이상	분당구
High_M3		40~50대	대졸 이상	강남구
High_M4		60~70대	대졸 이상	송파구
Low_F1	여	20~30대	고졸 이하	부여군
Low_F2		40~50대	대졸 이상	괴산군
Low_F3		40~50대	고졸 이하	상주시
Low_F4		60~70대	고졸 이하	청양군
Low_M1	남	20~30대	대졸 이상	보은군
Low_M2		40~50대	대졸 이상	상주시
Low_M3		60~70대	대졸 이상	괴산군
Low_M4		60~70대	고졸 이하	청양군

### 가. 인지방식에 따른 구분: 경험적 필요, 규범적 필요

#### □ 경험적 필요

경험적 필요는 (잠재적) 이용자가 구체적인 증상이나 불편을 인식하여 느끼는 필요를 말한다. 예를 들어 열이 나거나 허리에 통증을 느껴 의료기관을 방문할 필요를 느끼는 경우를 들 수 있다. 면담 중 의료이용 경험을 물었을 때 나오는 답변 중 가장 많은 비중을 차지하며, 사람들이 의료 필요라고 즉자적으로 인지하기 쉬운 범주에 해당한다.

“소화가, 음, 속이 많이 쓰리다거나 뭐 이랬을 때 가는 거하고 걱정이 돼서, 먼저 걱정이 돼서 가는 거 있잖아요.”(Low\_F3)

“네. 좀 참았어요. 그냥 내가 한번 내 욕심에 운동으로 이거를 한번 고쳐보자. 아이 이게 막 심하게 못 걸을 정도는 아니었어. 근데 이게 한 4월, 3월 말쯤 되니까 이 무릎에 막 뼈터덕 거리더라고. 뼈근하고.”(High\_F3)

#### □ 규범적 필요

규범적 필요는 사회적 규범에 따라 마땅히 의료를 이용해야한다고 이용자가 판단한 필요를 의미한다. 예방접종, 정기 건강검진 등의 예방적 의료가 주로 규범적 필요에 해당한다. 증상이나 불편을 느끼지 못하여 본인이 경험적으로 납득하지 못함에도 전문가의 의견에 따라 혹은 주변인의 충고에 따라 의료가 필요하다고 판단한 경우 역시 규범적 필요로 분류하였다.

“물론 짙는 사람은 없지만 폐에 대해서 제가 관심을 한 번도 안 가져줬는데 하도 요즘 나오는 게 많으니까. 폐 CT를 한 번 찍어봐야겠다고 일단 예약을 해놨고.”(High\_F4)

“아니요, 동맥경화 약을 먹으라고 하면서 동맥경화는 동맥이 어디에 있는 뭐가 동맥이 막혀서인지 뭔지 그런 자세한 설명은 못 듣고. 약을 먹으라고 하니까 먹는 거지.”(Low\_M4)

위의 두 범주는 완전히 배타적이지 않으며 때로 경계가 모호하고 중첩될 수도 있다. 증상을 인지하지 못했으나 검진, 진료 등으로 병이 발견되는 경우는 규범적 필요에 해당하나 경험적 필요와 명확히 구분된다고 하기는 힘들다. 혹은 반대로 증상이 있으나 검진 결과 이상이 없다고 나타나서 의료를 찾지 않기로 결정한 경우(증상을 의료필요로 인지하지 않는 경우) 경험적 필요와 규범적 필요가 중첩된다고 볼 수 있을 것이다.

## 나. 충족과정의 단계에 따른 구분: 과정상의 필요, 결과의 필요

### □ 과정상의 필요

과정상의 필요는 의료필요를 충족하고자 의료이용의 여러 단계(필요 인지, 의료 추구, 도달, 이용 등)를 거치며 각 단계에서 느끼는 필요를 의미한다. 의료 추구 단계에서 이용자가 느끼는 필요는 나의 증상을 완화하기에 알맞은 의료기관은 어디인지, 언제 병원에 가야 하는지 등에 대한 답이 될 것이다. 의료이용 단계에서 느끼는 필요는 의료인의 자세한 설명과 친절한 태도, 찾아가기 편리한 병원의 위치 등이 될 수 있다. 참여자 High\_F1는 의료이용 단계에서 의료인의 자세한 설명에 대한 필요를 언급하고 있다. Low\_M2와 High\_M2은 모두 의료이용 단계에서 병원의 지리적 접근성에 대한 필요를 말하고 있지만 시설과 인력의 부족으로 아예 다른 지역으로 가야만 하는 경우와 이사와 이직으로 인해 다시 근처에서 ‘가고 싶은’ 병원을 찾아야 하는 경우로 환경에 따라 다른 양상으로 나타난다.

“그냥 뭐 왜 목이 부었는지, 아니면 어디가 아파서 열이 나는지 좀 자세히 설명을 해주면 좋는데 그냥 약 3일치 드릴 테니까 이거 먹이세요. 이렇게만 이야기를 하세요. 그러면 저는 ‘아, 어디가 아파요?’ 이렇게 물어봐야 선생님이 ‘목이 부었네요.’ 뭐 이렇게만 이야기 하시고. 거기 세 명의 선생님이 계시는데 되게 그 한 분만 그래요. 그래서 그 분은 대기자가 없어요. 다들 엄마들이 그런 경험을 당해서. 거긴 사람들이 안 가요, 이제.”(High\_F1)

“그런 거면 일단은 뭐 시설이라든가 이름 있는 인력, 교수님들 모셔가지고 지방에 거 해가지고 지방으로…. 안 그러면 할 수가 없잖아. 의료시설에서도 차이가 많은데…. 대구랑 서울만 하더라도. 의료시설은 차이가 많아요. 대구에서 수술 못해가지고 서울로 보내는 경우가 많거든.”(Low\_M2)

“이사를 하거나 이동을 하면은 몇 달간은 좀 힘들긴 해요. 일단 근처에서 찾아보는 게 제일 먼저겠지만 사실 쉽지 않고 그렇게 막 마음에 딱 병원이라든지, 이런 거 잘 모르니까. 그렇다고 예전에 있었던 데 간다, 지금 뭐 이전 근무지랑 지금 근무지랑 거의 한 시간 반 차이 나는데 예전에 다니던 병원에 간다고 한 시간 반을 간다. 그거는 되게 저 스스로한테 안 되는 거니까 비효율이나까 근처에서 되도록 찾으려고는 하는데 한두 달은 고생해요. 잘 못 찾아서.”(High\_M2)

□ 결과의 필요

결과의 필요는 증상의 완화, 질병의 치료 등 의료이용으로 인해 얻을 것으로 예상되는 편익에 대한 필요를 말한다. 하지만 결과의 필요 정도가 반드시 질병의 중증도로 치환될 수는 없다. 전통적 개념으로는 적절성(relevance)에 가깝다. 결과의 필요를 인지하는 정도가 강할수록 과정상의 필요가 미충족되는 것을 용인하는 경향을 보이기도 하였다.

“네. 만족도는. 그럴 때는 되게 ‘아, 병원에 와서 잘 해결됐다’고 생각을 하니까. 뭐 제일 좋았던 거는 작년 초에 저희 아버지 수술 잘 끝났을 때 제일 좋았고.”(High\_M2)

“솔직히 말씀드려서 제가 지금 결과가 좋으니까 그랬을 거예요. 만약에 거기서 제가 정말 다리가 못쓰게 되고 만약에 이런 상황이었으면 탓 했겠죠. 거기를. 근데 지금 일단은 과정이야 어쨌든 지금 저는 두 다리로 잘 걷고 있고.”(Low\_M1)

“병원을 가서 치료를 받기 전까지는 심리적인 것도 좀 있겠지만 불편한 게 되게 많이 보였어요. 근데 치료가 다 끝나고 이제 그럴 때는 불편한 게 눈에 잘 안 들어오더라고요. 우선은 큰 거를 다 해결했다는 안도감 때문에 감사한 마음이 되게 커서 그런 거일 수도 있고.”(High\_M2)

**다. 필요의 영역에 따른 구분: 신체적 필요, 심리사회·정신적 필요, 비의료적 필요**

□ 신체적 필요

신체적 필요는 증상의 원인 파악, 치료, 통증 완화 등에 대한 필요로, 일반적으로 말하는 ‘의학적 필요(medical needs)’에 가깝다.

“내과. 내과는, 그니까 가정의학과 같은 게 있잖아요. 급할 때 바로 가서 일단 병의 원인을 알 수 있는 그런 게 주변에 좀 많이 있었으면 좋겠어요.”(Low\_F1)

“음, 내가 다니던 데를 애들이 갔을 때 안 들으면 나는 바로 옮깁니다. 저도 바로 옮겨요. 가서 효과가 없잖아요? 그럼 바로 옮겨요.”(Low\_F3)

“약만 먹으면 낫는 거.”

“(약이 잘 듣는다고 하면 거의 하루 만에 증상이 없어지는 건가요?) 완전히 없어지는 건 아는데 이제 좀 경감되는 느낌? 일단 나아지고 있다는 게 느껴지는 느낌.”(Low\_F1)

#### □ 심리사회·정신적 필요

심리사회·정신적 필요는 불안 해소, 안심, 불확실함의 해소, 질병에 대한 예측과 판단 등 의료이용을 통해 얻을 수 있는 심리사회·정신적 효용에 대한 필요를 말한다. 의료의 효용 중 일부가 공포의 해소라는 점에 비추어 볼 때 신체적 필요와 마찬가지로 마땅히 충족되어야 할 필요의 영역이라고 할 수 있다.

“근데 예를 들면, 너무 큰일 날 것 같다. 좀 걱정이 된다. 하, 수술... 이럴 때 가서 이 건강 쪽으로만 치유를 받는 것도 있지만 또 심적으로 사람을 좀 치유해주는 그런 목적으로도 사람들이 많이 가는 것 같아요. 이게 사람들이 몰라요. 아, 가면 낫겠지, 그냥. 근데 가서 의사 선생님들이랑 ‘아, 괜찮다.’ 이렇게 심적으로 안심을 시켜주는 거죠. 그것도 되게 중요한 것 같아요. 그게 바로 병원에 가서 바라는 점도 있을 것 같아요. 그냥 그 말을 듣는 것만으로도 ‘아무 걱정 마십시오. 별 거 아닐 겁니다.’라는 말을 듣고 싶어서 가는 거. ‘크게 심한 거 아닙니다. 맹장 누구나 뭐 있을 수 있는 거죠. 별 거 아닙니다.’ 뭐 그런 말을 듣고 싶어 하는 것 같기도 해요, 사람들이. 뭐, 저도 마찬가지고.”(High\_M1)

“예예. 차라리 어디가 아픈 거면 괜찮아요. 어디가 딱 의사가 너 여기가 아파, 그러면 여기가 아프니까 치료하면 낫겠다. 그러면 되는데 이름 모를 병명이나 불안하지. 나는 아프고 막 머리가 깨질 것 같고 갑자기 심장이 막 뛰고 그러면 이리다 멈추는 거 아닌가? 하여튼 되게 불안한 것보다 공포라고 그래야 되나? 약간 불안한 게 아니라 공포에 가까운 거라고 생각하면 돼.”(High\_F3)

“특히 또 왜 그런 사람도 있잖아요. 좀 이렇게 뭐라 그러지? 친절하게 하는 의사들도 있잖아요. 환자의 뉘 좀 파악한다. 그래야하나? 환자의 그런, 일단은 우리가 수술하고 어디가 몸이 아픈 사람은 일단 불안하잖아요. 어디가 뭐 잘못됐서 견지도 못하지 않을까? 이렇게 불안 뭐 그런 증이 있잖아. 근데 그런 거를 알아서 이렇게 다 얘기해주고 걱정할 필요 없다고 얘기하고 그러면 아무래도 좀 편하지 않아요. 판사람이 얘기하는 것보다 의사가. 아무래도 아파서 갔으니까 의사가 얘기하면 조금 좀, 아무래도 좀 편하지.”(High\_F3)

“이런 저런 거 불편한 게 있으면 ‘아, 그건 이래서 그럴 수 있고’ 이런 식으로 대화를 통해서 안심을 한다거나 아니면 의심되는 부분에 대해서 더 진료를 한다거나 이렇게 좀 의료적인 도움을 받고 싶어서 왔는데 약간 전문의약품을 받기 위해서 약 타러 와서 한번 찍고 가는 그런 느낌으로.”(High\_M2).

□ 비의료적 필요

비의료적 필요는 존중, 인간적 상호관계, 신뢰감, 공정함, 충분한 소통 등에 대한 필요이다. 심리사회·정신적 필요와 비슷하지만 심리사회·정신적 필요는 불안과 공포의 해소에 집중한다면 비의료적 필요는 이용과정에서 느끼는 존중과 소통을 강조하며, 전통적 개념으로는 반응성( responsiveness)에 가깝다.

“아, 뭐 그런 거죠. 한 번씩 가다가 개인적인, 뭐 그니까 농담 따먹기도 해주시면서, 뭐 팔 뽀얏냐고 뭐 그냥 한번 물어봐주는 거. 아니면 이제 진찰을 해서 ‘이렇게 할 때 아프죠? 잘 때 아플 거예요.’ 이렇게 먼저 짐작을 해주고 제 입장에서 한번 생각을 해주면서. 말 그대로 그게 이제 그 어떻게 보면 영업적인 멘트. 그니까 저도 영업을 하는 사람이어서 막 상대방이 듣기 좋은 말을 한 번씩 해주는 그런 사람. 상대방 입장에서, 그리고 같이 있는 시간을 좀 지루하게 안 만드시는 분들. 뭐 너무 많은 것을 바라는 건 아니지만 그런 쪽 ‘아, 나랑 좀 통하네. 잘 맞네. 아, 의사 너무 좋다.’ 이렇게 되는 거예요. 밖에 나와 가지고. 뽀얏더라, 선생님.”(High\_M1)

“실손을 들었다고 하니까 50만원이 더 올라가는 거야. 내가 물론 실손 들어서 그 돈을 다 병원비 보험회사에서 나오지만 사람이 양심이 조금, 보험회사에서 개념들이 그렇게 부른다 그 비싸게 다 주고 그런 저기는 아니잖아요. 그래서 딱 드는 생각이 이 병원은 아니다. 딱 그렇게 얘기를 하니까, 이 병원은 아니라는 생각이 들더라고.”(High\_F3)

“이 의사가 저희 아빠한테 믿음을 줬어요. 이야기를 하면서. 그니까 아빠가 당장 듣자마자 내려와 가지고 막 그 의사를 봤죠, 일단. 어떤 의사인지. 준중합병원이다보니까 그냥 4층짜리 정형외과, 신경외과, 정신과. 이렇게 3가지가 딱 있는 데인데. 그 엄청 믿음을 주는 거예요, 그 의사가. ‘걱정 마십시오. 자신 있습니다. 이걸 뭐 수술 간단합니다. 간단한 건 아닌데 뭐 할 수 있습니다.’”(High\_M1)

“기계적이잖아요, 기계적. 인간적인 게 아니라 기계적이라고. 컴퓨터 딱 쳐놓고 이 사람의 기록을 보고. 이제 딱 들어가면 접수하는데 생년월일하고 이렇게 딱 적으면 딱 시간되면 순서 돼서 딱 들어가면 딱 앉아있는 표정들도 다 기계적이잖아요.”(Low\_M3)

〈표 4-3-2〉 의료필요의 구분

구분 축	개념	내용
인지 방식	경험적 필요	개인이 신체적 증상을 경험하여 인지한 필요
	규범적 필요	증상이 없었으나 마땅히 의료가 필요하다고 규범적으로 인지한 필요

구분 축	개념	내용
충족과정의 단계	과정상의 필요	의료이용 과정에서 발생하는 필요
	결과의 필요	의료이용으로 얻을 것으로 예상되는 편익에 대한 필요
필요의 영역	신체적 필요	증상의 원인 파악, 통증 완화, 치료 등에 대한 필요
	심리사회-정신적 필요	불안 해소, 안심, 불확실함의 해소, 질병 진행 과정의 예측과 판단에 대한 필요
	비의료적 필요	존중, 인간적 상호관계, 신뢰감, 공정함, 충분한 소통 등에 대한 필요

## 라. 필요와 필요 충족의 연속적 상태

필요와 필요 충족은 모두 유/무, 충족/미충족으로 이분화 되는 것이 아니라 연속적인 상태로 존재하였다. 증상의 경중에 따라 경험적 필요의 정도에 차이가 나고 이후 대처가 달라지는 경우를 관찰할 수 있었으며, 필요의 영역이 일부 충족되고 일부 미충족되는 경우도 있었다. 이를 필요의 정도(degree of needs), 필요 충족의 정도(degree of meeting needs)로 개념화하였다.

“저희 엄마는 약간 약국에서 대충 약으로 커버하시다가 병이 좀 안 낫는 것 같으면 그 때 병원을 가시는 것 같아요.”(High\_F1)

“그니까, 음, 만족도 뭐. 이 건강상의 만족도는 당연히 뭐, 네. 당연히 편도가 이제 없으니까. 노이로제였던 감기가 안 걸리니까, 편도선 같은 게 안 부으니까 괜찮은데. 그 일단 대학 병원에서 진행을 했던 거는 뭐 크게 만족을 했다고는 말씀드리기 어렵죠.”(High\_M1)

Burt(2010)가 필요가 연속적인 개념일 수 있음을 주장하였으며, Lima와 Allen(2001)은 미충족의료를 충분히 충족되지 않은 경우와 전혀 충족되지 않은 경우로 나누어 분석하기도 하였다(Burt, 2010, p.40).

## 2. 의료필요-충족 모형

앞서 정리한 의료필요의 재개념화와 Lavesque 등(2013)의 모형을 토대로 의료접근성 및 이용 과정을 의료필요의 충족 과정으로 이해하고, 의료필요-충족 모형을 구성하였다.

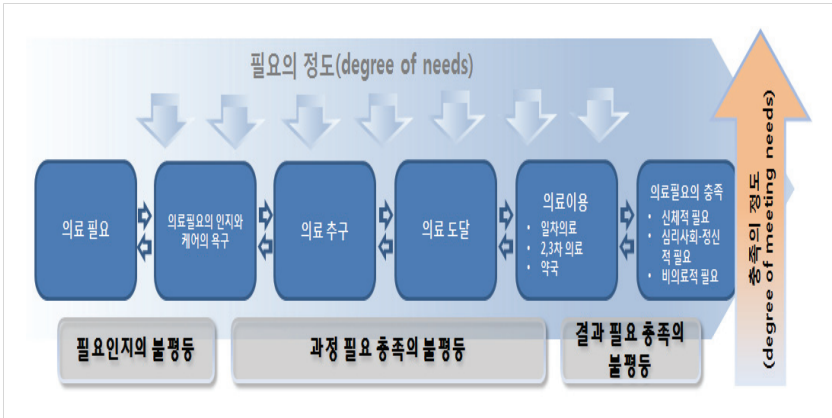
의료필요 충족의 단계(혹은 의료이용 단계)의 기본 틀을 Lavesque 등(2013)의 모형에서 가져왔으나 의료이용<sup>30)</sup>이 일어날 때 일차의료, 이차의료뿐만이 아닌 약국 이용이 중요하고 빈번하게 나타났으므로 모형에 추가하였다. 약국 이용은 흔히 필요의 정도(degree of needs)가 약할 때 병원 방문 대신 선택하는 것으로 보이나, 일반인의 인식에서 약국이 차지하는 위치가 현재 보건의료체계의 구분에 따라 병원과 확연히 구분되는 것이 아니라고 판단하였다. 경험적 필요를 인지했을 때 약국 이용은 필요의 정도가 경미할 경우 가장 자주 선택하는 대안으로 나타났다.

“약국에서 그냥 뭐 병원을 가기 직전까지의 불편함을 해결할 수 있는 정도? (뭐 예를 든다면?) 뭐 눈이 뻑뻑하고 힘들 때 일시적으로 식염수나 이런 걸로 대충 해결을 하고 이제 안과에 가서 이렇게 약을 받아온다든지 이런.”(High\_F1)

각 단계에서 필요의 충족과 미충족은 필요의 정도(degree of needs)와 충족의 정도(degree of meeting needs)에 영향을 받는다. 의료필요 충족 과정(혹은 의료이용 과정)은 한 방향으로만 일어나지 않으며 단계별로 필요가 미충족될 때 전 단계로 되돌아올 수 있음을 고려하였다. 과정상의 필요와 결과의 필요, 신체적 필요와 심리사회·정신적 필요, 비의료적 필요의 충족을 구분하였다. 이상을 그림으로 나타내면 다음과 같다.

30) 양한방을 모두 포함한 개념이며, 대체의료는 논의에서 제외함.

[그림 4-3-6] 의료필요-충족 모형



자료: Levesque et al.(2013). p.5. 의료접근성 모형(a conceptual framework of access to health care)을 재구성.

의료필요-충족 모형에서 강조하는 것은 (1) 이용자 중심의 관점과 그에 따른 (2) 전문가 중심의 의학적 필요의 범위를 넘어선 필요의 포착이다. 한 개인이 의료이용을 하는 과정에서는 여러 단계에서 다양한 종류의 필요가 발생한다. 이때 개인 수준, 사회 수준의 결정요인이 작동하여 필요의 발생과 인지, 충족과 미충족에 영향을 미치며 이 과정에서 불평등이 발생할 수 있다. 그림에서는 의료필요와 의료필요 인지와 케어의 욕구 단계에서 필요 인지의 불평등이, 의료 추구, 의료도달, 의료이용 단계에서 과정 필요 충족의 불평등이, 의료이용 단계에서 결과 필요 충족의 불평등이 발생하는 것으로 영역을 구분하였으나 충족 과정이 단선적이지 않음을 고려하면 전 단계에서 필요 인지와 과정 필요 충족의 불평등이 반복적으로 나타날 수 있다.

## 제5절 의료불평등 모니터링과 지표

### 1. 의료불평등 모니터링의 의미와 목표

#### 가. 모니터링의 의미와 목표

모니터링은 시간에 따라 상황의 변화를 반복적으로 관찰하는 과정이다. 인구집단에서 건강을 모니터하는 것은 건강상황의 개선, 악화 또는 유지를 알 수 있도록 도와준다. 정책의 영역에서 모니터링의 목적은 주로 정책의 영향력을 찾기 위한 조건의 측정인 경우가 많다. 이 맥락에서 모니터링은 시간에 따라 정책 결과를 추적할 수 있고 정책 변화가 필요한지 평가할 수 있는 수단을 제공해 준다. 만일 정책이 바뀐다면 뒤이어서 지속적인 모니터링도 필요하다.

하지만 모니터링이 정책결정자들에게 문제지점이나 성공을 알도록 도와줄 수는 있으나 그 자체로는 문제가 되는 경향의 원인을 설명해 주지 않는다. 즉, 모니터링은 일종의 경고체계인 셈이다. 모니터링을 통해 문제적 경향성을 발견하고 난 다음 그 지점에서 더 심층적인 연구를 통해 근본 원인을 찾아내어야 한다(Braveman, 2003, p.182; WHO, 2013, p.1).

불평등을 모니터링하기 위해서는 ‘누구의 어떤 불평등을(reality), 무엇으로 대표하여(proxy, indicator), 어떻게 드러낼 것인지(translation)’를 정해야 한다.

#### 나. 의료불평등 모니터링의 구성요소와 고려 사항

##### 1) 모니터링을 구성하는 요소

- 무엇을 모니터할 것인가: 무엇이 문제인가, 무엇을 목표로 할 것인가

- 모니터하려는 대상을 측정할 수 있는 가장 적절한 지표
- 지표의 분석과 의미 해석
- 보고와 확산: 누구에게, 어떤 형식으로 할 것인가

## 2) 의료불평등 모니터링의 기본 질문(Braveman, 2003, p.186)

- 서로 다른 사회집단 사이의 의료이용 수준은 얼마나 다른가?
- 여러 사회집단 사이에서 주요 의료이용 결정은 얼마나 다른가?
- 서로 다른 사회집단 사이의 의료, 의료이용 결정요인의 수준과 그 차이는 시간에 따라 어떻게 변화하는가?

의료불평등의 모니터링을 구상할 때는 그 결과로 다음 사항들에 정보를 제공하고, 계획에 근거를 제공하며, 시행 중인 작업의 형평성 증진 여부를 평가할 수 있겠는지를 염두에 두어야 한다.

- 불공정하고 부정의한 의료 격차를 줄이기 위한 정책, 프로그램, 실천
- 기존 의료체계의 영향
- 의료체계와 사람들에 영향을 미치는 모든 종류의 사회체계, 정책

## 3) 핵심 고려 사항

- 정책결정자와 다양한 이해관계집단의 관심을 환기(경고)할 수 있는 주제(결과물)인가
- 개선, 보완하거나 해결 가능한 (정책)대안을 낼 수 있는 종류의 것인가
- 의료불평등에 영향을 미칠 수 있는 전반적인 사회 정책을 포괄하고 있는가

## 다. 이용자 중심의 의료불평등 모니터링

본 연구의 기본 관점 중 하나는 의료가 단순히 건강을 위한 도구가 아니라 개개인이 가치 있는 삶을 선택하고 성취할 수 있는 능력(capability)이라는 것이다. 의료가 가치 있는 삶을 추구하고 성취하기 위한 자유로서의 의미를 가질 때 의료에 대한 필요를 인식하고 충족하는 것은 마땅한 권리가 되며 여기에서 의료필요는 전문가의 관점이 아닌 이용자 중심의 관점이 될 수밖에 없다. 이때 의료불평등이란 의료필요와 충족에 대한 인식, 추구, 성취에서 공정하지 못한 격차가 발생하는 것을 의미한다.

건강불평등을 줄이기 위한 행동 스펙트럼에서 ‘인식(awareness)’은 첫 분기점에 해당한다. 즉, 의료불평등을 줄이고자 한다면 사람들이 무엇을 의료불평등으로 인식하고 해결되어야 할 것으로 받아들이는지를 파악하는 것이 중요하다. 이는 의료불평등을 줄이려는 사회적 동력을 결정짓는 핵심요인이기 때문이다.

## 2. 의료불평등 모니터링의 영역

지금까지 의료불평등 측정과 평가는 보건의료체계를 중심으로 이루어왔다. 자원, 재정, 서비스 제공(이용, 미충족이용), 과부담의료비는 모두 보건의료체계의 기본 요소다. 최근에는 의료의 질에 관한 불평등에도 관심이 생기고 있지만 아직까지는 병의원 시설, 의료제공 절차, 의료이용의 결과와 같은 의료체계를 중심으로 하는 객관적 측정과 환자 만족도로 대표되는 주관적 측정의 이분적 구분에서 크게 벗어나지 않는다. 기존의 틀에서 의료불평등 모니터링 영역을 구분하면 다음과 같다.

## 가. 보건의료체계 관점의 의료불평등 모니터링 영역

- 의료자원 분포의 불평등(접근성의 일부)
  - 대부분 지역적 불평등
- 의료이용
  - 의료이용률(utilization)
  - 의료 미충족률(unmet need)
- 재정(접근성과 이용의 접점)
  - 재정분담(보험료)
  - 지출(의료비, 민간의료보험)
  - 공적 자금의 지원
- 질(넓은 의미, 접근성의 일부)
  - 의료(health)
  - 비의료(responsiveness)<sup>31)</sup>

## 나. 언론이 주로 다루는 의료불평등 영역

이용자 중심의 의료불평등과 널리 수용될 수 있는 불평등 모니터링 지표를 고려할 때 언론에서 다루어지는 의료불평등 이슈를 참고할 필요도 있다. 언론기사는 학문적 엄밀성은 떨어질 수 있지만 사람들이 주목할 만한 이슈를 선택하는 경향이 있기 때문이다. 의료불평등을 다루는 기사들은 질병 전반에 대한 것이 아니라 암과 같이 필요가 확실한 것을 중심으

31) 건강의 회복과 유지, 개선과 직접 관련되지는 않지만 환자가 의료체계를 경험하는 동안 마땅히 대우받으리라고 기대하는 바를 얼마나 충족하는지와 관련되는 부분. 사람들이 질병으로 인해 경험할 수 있는 존엄성과 자율성 손상, 두려움과 수치심을 줄여주는 것을 의미함. WHO(2000)는 반응성(responsiveness)를 보건의료체계의 세 가지 목표 중 하나로 제시하였음.

로 계층 간, 지역 간 불평등을 다룬다. 지역 간 의료자원 차이와 건강결과 차이를 드러내며 시각화자료를 활용하는 경향이 있다. 지역 간 자원 불평등 중에서도 공공의료와 의료 취약지, 취약계층을 같은 이슈나 연결되는 흐름으로 엮어 가는 경우가 많은데, 이는 공공의료에 대한 편향된 인식을 강화할 뿐 아니라 일반 사람들과 동떨어진 안타까운 일 정도로 여기게 하는 문제를 동반한다. 한국의 건강검진 특성상 여타의 예방적 의료에 비해 건강검진 수진율의 불평등에 대해 종종 다루었다. 의료의 질 불평등은 직접적으로 드러내지 못하고 자원의 차이(예, 상급종합병원의 수)나 결과의 차이(예, 특정 질병으로 인한 사망률) 안에서 간접적으로 추정하는 정도로만 나타났다.

아쉽게도 주로 강력히 드러날 만한 현상을 고발하는 내용이 대부분이고 불평등이 발생하는 과정과 이유에 대한 탐색은 언론에서 잘 다루어지지 않는 편이었다.

## 다. 의료불평등 발생의 다층적 구조에 기초한 모니터링

물론 보건의료체계의 각 영역에서 의료불평등을 모니터링하는 것은 매우 중요하며 반드시 포함되어야 한다. 그러나 연구의 핵심 전제로도 언급했듯이 체계와 주체(행위자, agent)가 상호작용하는 실제 현상을 무시해서는 안 된다. 우리는 WHO(2000, p.25)의 보건의료체계 모형에 이용자의 의료필요 충족과정을 또 하나의 축으로 더해야 한다고 제안한다.

체계 요소별 불평등도 의미가 있으나 아무리 엄밀하게 측정한다 그것이 사람들에게 어떤 영향을 어떻게 왜 미치는지에 대해 알 수 없다면 어떻게 개입해야 할지에 대해서는 실질적인 도움을 주기 어렵다. 드러나는 현상 속에는 보이지 않고 자연스러워진 구조와 맥락에 따라 달리 상호작

용하는 여러 층위의 기제가 존재한다. 최소한 의료불평등의 모니터링이 단순한 현황 파악에 그치지 않고 실천적인 의미가 있기 위해서는 첫째로 의료불평등의 발생 기제를 가능한 잘 포착하고 실증하며 지속적으로 수정해나가야 한다(다네마르크 등, 2004, pp.51-53).

### 3. 의료불평등 모니터링을 위한 지표

#### 가. 모니터링을 위한 지표의 역할과 원칙

##### 1) 지표의 효용과 역할

지표는 어떤 체계에 대해 가능한 많은 것을 서술하기 위해 가능한 핵심 지점만 간결하게 측정하는 것이다. 따라서 지표는 알고자 하는 질문에 매우 정확한 답을 낸다는 목표를 가지고 선택해야 한다. 그러나 지표는 절대로 체계 전체의 복잡성을 완전히 담아낼 수 없으며 현실의 ‘단편’만을 볼 수 있을 뿐이므로 반드시 맥락 안에서 이해해야 한다.

평가와 측정이 복잡하고 어려움이 많은 주제일 경우 누구나 인정할 수 있을 만한 범위 내에 있거나 한계지점(marginal point)을 고려하여 지표를 선정하는 것도 한 가지 방법이다.

감시지표(sentinel indicator)를 활용할 수도 있다. 감시지표는 일종의 대리지표(proxy)로, 결과를 측정하기보다는 복잡한 시스템 내에서 핵심적인 지점에 놓여 있기 때문에 ‘문제가 되는 신호’를 알아차리는데 도움이 되는 지표다(Mayo, 2016, p.6; Dixon et al., 2015, p.12). 비율지표(Rate-based indicator)는 이와 반대로 어느 정도의 빈도로 일어날 것이라고 예상되는 사건을 측정한다. 표본 인구집단의 비율, 율, 비, 또는

평균값으로 표현하며 특정 기간 동안 해당 사건이 일어날 위험에 대한 분모와 분자 모두 필요하다. 감시지표는 정상적이라면 일어나지 않을 것으로 예상되는 개별 사건이나 현상을 규명하며, 심각한 성과 부진을 찾아내기 때문에 일반적으로 위험관리에서 사용된다(Kristensen et al., 2007, p.8).

〈표 4-3-3〉 비율지표(rate-based indicator)와 감시지표(sentinel indicator)의 예

비율지표	청결-오염 상처 감염(Clean and contaminated wound infection) (1) 분자: 수술 후 5일째부터 상처 감염이 발생한 환자 수 (2) 분모: 수술 후 5일 이상 입원한 전체 환자 수
	병원 내 감염 (1) 분자: 병원 내 감염 환자 수 (2) 분모: 병원에 내원한 전체 환자 수
감시지표	수술 도중에 사망한 환자 수 주산기에 사망한 환자 수

자료: Mainz(2003). p.525.

## 2) 바람직한 지표의 원칙과 기준(Pencheon, 2008, pp.23-25)

- 중요하고 적절한 이슈를 다루고 있는가?
- 과학적으로 타당한가?
- 의미 있는 자료로 실제 구성 가능한 것인가?
- 지표가 의미하는 바는 무엇이며, 당신에게 무엇을 말해주고 있는가? 얼마나 정밀한가?
- 지표로 인한 시사점은 무엇인가? 그 결과로 무엇을 하겠는가?

국내의 건강불평등 지표 선정과 관련한 연구 다수에서 제시한 원칙은 의료불평등 지표 선정에서도 참고할 수 있다. 목표 설정, 정책적 활용도, 문제의 크기와 현실적 중요도, 측정 용이성과 안정성, 간결성 등이 공통

적인 원칙으로 제시되었다(강영호, 2006, pp.410-412; 권순만, 2007, p.64; 신영전, 2009, p.12; 김동진, 2014, p.35). 그중에서도 신영전(2009, p.12)은 성인지적 관점이 견지될 수 있는 지표를, 김동진(2014, p.35)은 국가별, 지역별 비교가능성을 추가로 제안하였다.

## 나. 최근의 의료불평등 영역과 지표 논의

### 1) 형평성 지표 연구

지표마다 장단점이 있으나 대개 계층 간 의료필요 대비 이용률 비교와 같은 특정 집단 간 비교로부터 기율기 지표인 절대/상대 경사 불평등지수 (absolute/relative slope index of inequality), 종합지수인 표준화된 의료이용 집중지수(Horizontal Inequity index; HI<sub>wv</sub>) 등으로 점차 기존지표의 단점을 보완해 왔다.

종합지수로 갈수록 의료필요를 보정하는 것이 관건이나, 의료필요를 정의하는 것이 쉽지 않다는 어려움을 지니고 있고 여전히 완전하게 해결 되지 않은 상태다. 지금까지는 연구에 따라 성, 연령, 주관적 건강상태, 활동제한 유무, 만성질환 수, 유병기간, 합병질환 수 등을 의료필요 보정에 사용해왔다.

이 연구는 이미 의료필요를 능력(capability)과 자유라는 다른 관점에서 해석해야 한다고 제안했다. 이때 의료필요는 전문가가 인정하는 필요를 넘어 이용자가 인식하는 필요이자 건강과 직접 관련되지 않는 필요까지를 포함한다. 즉, 능력과 자유의 관점에서 의료불평등을 측정하고자 한다면 지금까지의 방식대로 의료필요를 보정하는 것이 아무리 정밀하게 한다고 해도 의미가 없게 되어 버린다. 이 관점에서 중요해지는 것은 첫

째, 무엇이 사회와 일반인들의 삶 속에 실재(reality)하는 의료필요인가, 둘째, 의료필요에 대한 충족과 미충족은 어떠한 기제를 통해 어떠한 형태로 나타나는가, 셋째, 사회적 결정요인이 이러한 의료필요의 충족과 미충족에 어떤 방향으로 작동하는가에 대한 것이다.

## 제6절 의료불평등 모니터링 지표의 제안과 적용 가능성 탐색

### 1. 의료불평등 모니터링을 위한 지표의 개선방향

이 연구의 목표 중 하나는 의료불평등의 기존 영역과 지표를 검토하여 개선하고 지표의 측면에서 새로운 의료불평등 측정지표를 제시하는 것이다.

지금까지 검토한 바람직한 모니터링과 지표의 원칙, 그리고 본 연구에서 제안하고자 하는 의료필요-충족 불평등의 개념을 고려하여 다음 세 가지의 가이드라인을 설정했다.

- 이용자 관점을 중심에 두고 가중치를 둔다.
- 실제 현상을 직관적으로 이해할 수 있도록 간편해야 한다.
- 지속적이고 안정적으로 산출 가능하여 추세를 파악할 수 있고 지역과 국가 간 보편적으로 비교할 수 있어야 한다.

이미 언급한 바와 같이 새로 제안하는 의료필요-충족 불평등을 측정하려면 지금까지 사용하던 자료와는 다른 관점의 자료가 계획, 수집되어야 한다. 지금 활용 가능한 자료들 중 미충족 정도의 연속성에 따른 분류나 필요인식 자체 또는 충족 과정의 불평등을 볼 수 있는 것은 거의 없다. 이번 연구에서는 구체적인 항목을 새로이 선정하기보다 전반적인 의료필요

-충족 모형(그림 4-3-6)을 반영하면서 현재의 자료로 확인할 수 있는 몇 가지 지표를 시범적으로 분석했다. 지표가 가리키는 영역을 확인하고 이해를 돕기 위해 아래 표를 제시한다.<sup>32)</sup>

〈표 4-3-4〉 의료필요-충족-불평등 시범지표 도출을 위한 틀

	의료필요의 개인-사회적 준거		미충족 유형	충족/미충족 결과		
	↑	Level1	반드시 필요하며, 이용하지 않을 경우 낮지 않거나 더욱 악화되는 경우	필요인식 못함	객관적	문제해결 미해결
Level2		이용하면 더 나아지겠지만 안한다고 해서 악화되지는 않는 경우 (삶의 질/예방)	이용지연 이용부족 이용중단 이용포기	주관적	만족/ 기대-충족	
Level3		하지 않아도 살아가는데 지장을 주지 않고 개인의 만족 외에 증진되는 것이 없는 것	이용했으 나 미충족		불만족/ 기대-미충족	
해석	(어느 정도로) 마땅히 충족되어야 할 의료필요가		어떤 방식으로	(어느 정도나) 충족되거나 충족되지 못했는가		

지표의 원칙과 시범적으로 선정한 지표 요소를 구체적으로 설명하면 다음과 같다.

□ 시범지표 선정을 위한 원칙

- 이용자 관점과 인식을 고려한 지표: 어떤 불평등이 더 불공정한가 의료이용의 흐름에 따라 이용자가 경험하는 필요 인식과 충족의 과정에서 어떤 부분의 격차를 문제 삼는지의 경계는 개인 안에서도 명확하게 가리기 어렵다. 그러나 개인적 준거가 각기 다름에도 불구하고 사회적 준거로서는 대부분 표 2의 구분에서 level 1로 갈수록 수용성이 높아지는 경향을 보인다(제3장 제1절 3. 일반

32) 첫 번째 구분인 '의료필요의 개인-사회적 준거'는 [그림 4-3-6]의 필요-충족 개념 모형에는 없는 부분으로, 불평등 인식과 관련한 심층면담 결과에서 도출된 내용을 추가한 것임.

인의 의료불평등 인식] 참고).

- 실제 현상을 직관적으로 이해하는 데에 도움이 되는 간편한 지표 종합적인 지수는 때로는 유용하지만 여러 문제를 일으킬 수 있다. 다차원적인 현실이 일차원적 지수로 요약되기란 불가능하기 때문이다. 불평등을 분석하는 데에는 전체 중 다양한 분위의 계층이 차지하는 몫을 보여주는 피케티가 제시했던 것처럼 분포표를 이용하는 것이 더 나을 수 있다. 이 방법은 정밀하거나 섬세하지는 않다. 그러나 본래 복잡한 사회현상을 요약하여 설명하고자 할 때 발생하는 한계를 간과하지 않도록 해 주며, 불평등 현상을 더 직관적이고 실제적으로 이해할 수 있게 해 준다(피케티, 2014). 특히 무엇을 모니터링하고 어떤 모니터링체계를 구축할 것인가를 논하는 단계에서는 이러한 방식이 종합지수보다 장점을 가질 수 있다.
  - 지속적이고 안정적으로 생산하고 지역, 국가별로 비교 가능한 지표 기존의 의료불평등 연구와 보고서는 대부분 패널 자료를 이용한 개 연도의 형평성 지수를 통해 집단 간 불평등을 설명해왔다. 그러나 모니터링의 역할과 의미를 고려하면 시간에 따른 추세를 확인하는 것이 필요하며 이를 위해서는 패널 자료보다는 보다 장기적으로 수집 가능하며 대표성 있는 자료가 필요하다. 또한 복잡한 의료필요의 보정을 위해 필요한 자료의 여부에 따라 자료, 지역, 국가 간 비교가 어려울 수 있다.
- 제시한 의료필요-총족 모형(그림 4-3-6)에 따라 선정한 지표의 요소
- 의료필요의 종류

- 암과 같이 마땅히 치료받을 수 있어야 한다고 받아들여지는 유형
  - 고혈압/당뇨와 같이 신체적 증상은 적더라도 많은 사람들에게 해당하고 일반적으로 꾸준히 관리해야 한다고 널리 알려진 유형
  - 외래진료 민감질환(Ambulatory Care Sensitive Conditions, ACSCs)과 같이 상대적으로 약한 정도의 의료필요가 미충족되어 더욱 큰 의료필요로 전환되는 유형
  - 규범적 필요에 해당하는 건강검진(예방적 의료)
  - 중한 질환에는 서울에 있는 큰 병원에서 진단받고 수술해야 안심이 되는 또는 높은 질의 치료를 받고 싶은 심리적 필요 유형
- 필요 충족의 과정과 그 과정에서 발생하는 미충족 유형
- 활용 가능한 자료 부재로 간접적으로 유추할 수밖에 없음.
  - 의료이용은 의료필요의 정도와 의료 도달 가능성을 나타내주며 의료비는 접근성과 재정의 접점에서 의료이용으로 인해 발생한 결과임. 그 사이에서 필요의 인식 정도와 이용하지 못하고 발생하는 다양한 미충족 유형들이 구조적 요인과 보건의료체계, 매개요인을 통해 나타나게 됨.
- 충족/미충족 결과
- 객관적 충족에서 관리되는 경우는 고혈압/당뇨 외래이용과 그 지속성
  - 가벼운 필요가 미충족으로 악화되는 경우는 ACSCs로 인한 응급실 내원, 입원
  - 객관적 미충족에서 악화로 인한 최종결과는 사망
  - 주관적 충족, 미충족 결과는 자료의 한계로 알기 어려움

## 2. 의료불평등 모니터링 지표의 제안과 적용 가능성 탐색

### □ 자료원 - 건강보험공단 표본 코호트 DB

건강보험공단 표본 코호트 자료는 건강보험 및 의료급여권자 전체에 대한 자료를 담은 ‘국민건강정보 DB’를 기초로 구축되었다. 모집단에서 소득분위, 성별, 연령, 건강보험자격을 층화기준으로 하고 총의료비를 기준으로 대표성을 검증한 자료이다(이준영 등, 2014, p.5). 다른 설문조사 자료에 비해 데이터가 광범위할 뿐 아니라 지속적이고 안정적으로 생산된다는 장점이 있다. 특히 의료비 지출과 관련하여 전체 인구의 상황을 잘 반영해 줄 수 있기 때문에 본 연구의 목적에 부합한다고 보았다.

표본코호트 자료는 2002년부터 2013년도까지 제공하지만 자료 내부의 호환 가능성 문제로 본 연구 결과는 2002년에서 2010년까지의 추세만을 제시하였다.

### □ 모니터링 지표의 형태 - 소득분위별 분포표의 활용

모니터링 지표의 시범적 분석영역은 자료의 한계로 인해 의료필요의 종류에 따라 의료필요 중 이용결과의 충족, 그로 인한 건강결과의 일부를 다룬다. 지표의 형식은 공통적으로 소득분위별로 전체 몫(집단 전체의 총합)에서 해당 소득분위집단의 몫(하위집단별 합)이 차지하는 분율을 표로 제시하고 그 대표적인 양상을 보기 위해 1분위와 10분위의 연도별 추세를 그래프로 제시하였다. 이러한 지표 형태는 의료필요를 보정하지 않은 상태의 결과를 그대로 보여준다. 즉, 필요(needs) 자체를 고려하지 않는 지표라고 할 수 있다. 기존의 의료불평등 지표들은 만성질환 수, 합병증 여부와 같은 전문가 시각에서 규정된 의료필요를 보정함으로써 동일필요

(equal need)를 만족한다는 가정을 적용해 왔다. 그러나 실제 의료필요는 전문가의 시각만으로는 온전히 다루어질 수 없다. 진정한 의료필요는 이를 경험하는 주체(행위자, agent)의 시각에서 정의되고 의료불평등 역시 이와 같은 관점에서 평가되는 것이 마땅하다.

예를 들어 경제적 관점에서 도덕적 해이(moral hazard)라고 불리는 종류의 필요까지도 제도나 전문가의 시각에서 평가되고 제거되어야 할 것이 아니라 마땅히 실재하는 의료필요로 진지하게 고려되어야 한다. 이는 의료가 단순히 건강을 위한 도구로서가 아니라 건강을 넘어선 삶 자체에서의 가치 추구를 위한 자유로서의 의미를 갖기 때문이다. 요컨대, 전문가 시각에서 측정된 필요를 보정해서 제시하는 의료불평등 지표는 이러한 관점에서 의미가 없으며, 오히려 현실을 왜곡하여 반영할 위험이 있다. 소득분위별 분포표를 완전히 해석하기 위해서는 의료필요에 대한 더 깊고 풍부한 이해가 필요하다. 그러나 의료필요의 특정 종류와 영역에 따라서, 지금까지의 수준에서도 의료불평등에 대한 양상과 추세를 보기 위한 모니터링으로써 충분한 의미를 도출해 낼 수 있을 것이다.

#### □ 연도별 소득분위 표본 수(%)

1~10분위는 건강보험 가입자의 소득분위를 나타내고, 의료급여 수급권자(이하 의료급여)는 따로 구분하였다. 세대 소득분위를 해당 세대원에게 일괄 부여했기 때문에 가구소득을 기준으로 산정한 분위별 표본 비율이 동일하지 않다. 소득분위별 표본 비율은 높은 소득분위일수록 증가하여 의료급여와 1분위, 1분위와 10분위는 거의 2배씩 차이가 난다. 이 상태에서 소득분위별 몫을 구하면 있는 그대로의 현황을 볼 수는 있지만 분위별 표본비율 차이와 의료필요 차이를 동시에 고려해야 하므로 해석이 더욱 복잡해져 그 의미를 제대로 파악하기 어려울 수 있다. 따라서 본 연

구는 표본 비율을 보정하여 표준화한 값으로 지표를 산출하였다. 참고를 위해 소득순위별 표본비율을 제시한다(표 4-3-5).

〈표 4-3-5〉 연도별 소득순위 표본 비율

(단위: %)

구분	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
의료급여	3.0	3.1	3.3	3.7	3.9	3.9	3.9	3.5	3.5
1	6.0	6.0	6.0	6.2	6.0	6.3	6.5	6.5	6.5
2	6.1	6.1	6.1	6.2	6.2	6.3	6.5	6.4	6.8
3	7.2	7.0	6.9	7.0	7.0	7.1	7.1	7.0	7.1
4	8.2	8.1	8.1	8.1	8.1	7.9	7.9	8.0	7.9
5	9.3	9.2	9.1	8.9	8.9	9.0	8.9	8.8	8.6
6	10.3	10.1	10.1	10.0	10.0	9.9	9.7	9.7	9.5
7	11.3	11.3	11.0	10.9	10.8	10.7	10.6	10.6	10.6
8	12.3	12.4	12.4	12.3	12.1	11.9	11.7	11.8	11.8
9	13.1	13.2	13.3	13.1	13.3	13.3	13.3	13.4	13.3
10	13.2	13.6	13.6	13.6	13.7	13.7	13.9	14.2	14.3

## 가. 의료비와 의료이용

### □ 총의료비의 소득분위별 불평등

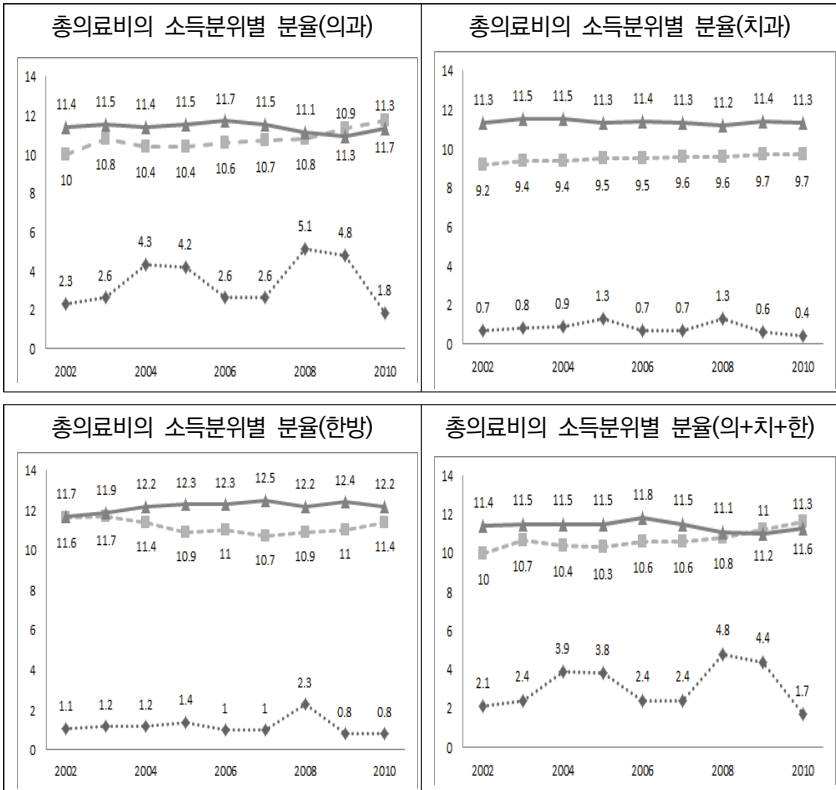
특정 상병으로 제한하지 않은 연간 총의료비를 기준으로 의과, 치과, 한방을 모두 포함했을 때 10분위가 1분위보다 약간 높은 비율을 보이다가 2008년도 이후 거의 비슷해졌다. 의료급여군은 이에 전혀 미치지 못했다. 의과부분의 총의료비는 전체 총의료비와 패턴이 비슷했고 치과부분의 총의료비는 10분위가 1분위보다 더 많이 격차를 보이고 그 추세가 변동 없이 지속적이다.

의료비 지출은 의료필요로 인한 소비이므로 필요가 같다면 동등한 수준이어야 마땅하다. 사회경제적 수준이 낮은 집단에서 높은 집단에 비해 건강수준이 좋지 않다는 사실은 이미 잘 알려져 있기 때문에 10분위가 1분위보다 조금이라도 높거나 비슷하다는 사실 자체가 이미 1분위에게 불

평등한 의료비 지출상태(의료를 덜 이용하고 있음)라고 해석해야 한다. 더구나 건강보험공단 자료는 비급여 의료지출 부분이 제외된 보험급여액과 본인부담금액에 해당하므로 실제 의료비 지출(이용)의 격차는 더욱 크다는 것을 짐작할 수 있다.

[그림 4-3-7] 총의료비의 불평등

(단위: %)



- 주: 1) 의료비는 청구요양급여비용총액에 해당하는 금액인.  
 2) 모든 수치는 <표 4-3-5>의 집단별 표본비율로 표준화하여 하위집단 별 인구크기가 같을 때의 값임.  
 3) 해당 수치는 다음 수식에 의해 도출되었음.  

$$\frac{\text{소득분위 하위집단별 연간의료비총합}}{\text{전체가입자의 연간의료비총합}} \times 100$$

392 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발

〈표 4-3-6〉 소득분위별 총의료비 분율: 의+치+한

(단위: %)

구분	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
의료급여	2.1	2.4	3.9	3.8	2.4	2.4	4.8	4.4	1.7
1분위	10.0	10.7	10.4	10.3	10.6	10.6	10.8	11.2	11.6
2분위	8.9	9.2	8.7	8.7	8.7	8.9	8.6	9.3	9.4
3분위	9.1	8.7	8.9	9.0	9.0	8.9	8.8	8.5	8.8
4분위	9.1	9.4	8.8	8.9	8.9	8.9	8.6	8.7	9.3
5분위	9.3	9.0	9.0	9.0	9.0	9.1	9.0	8.9	9.1
6분위	9.5	9.0	8.9	8.9	9.4	9.4	9.1	9.2	9.4
7분위	9.9	9.6	9.5	9.5	9.3	9.5	9.2	9.0	9.2
8분위	10.2	10.0	10.0	10.0	10.3	10.0	9.7	9.6	9.8
9분위	10.5	10.4	10.4	10.3	10.6	10.6	10.3	10.2	10.5
10분위	11.4	11.5	11.5	11.5	11.8	11.5	11.1	11.0	11.3

〈표 4-3-7〉 소득분위별 총의료비 분율: 치과

(단위: %)

구분	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
의료급여	2.1	2.4	3.9	3.8	2.4	2.4	4.8	4.4	1.7
1분위	10.0	10.7	10.4	10.3	10.6	10.6	10.8	11.2	11.6
2분위	8.9	9.2	8.7	8.7	8.7	8.9	8.6	9.3	9.4
3분위	9.1	8.7	8.9	9.0	9.0	8.9	8.8	8.5	8.8
4분위	9.1	9.4	8.8	8.9	8.9	8.9	8.6	8.7	9.3
5분위	9.3	9.0	9.0	9.0	9.0	9.1	9.0	8.9	9.1
6분위	9.5	9.0	8.9	8.9	9.4	9.4	9.1	9.2	9.4
7분위	9.9	9.6	9.5	9.5	9.3	9.5	9.2	9.0	9.2
8분위	10.2	10.0	10.0	10.0	10.3	10.0	9.7	9.6	9.8
9분위	10.5	10.4	10.4	10.3	10.6	10.6	10.3	10.2	10.5
10분위	11.4	11.5	11.5	11.5	11.8	11.5	11.1	11.0	11.3

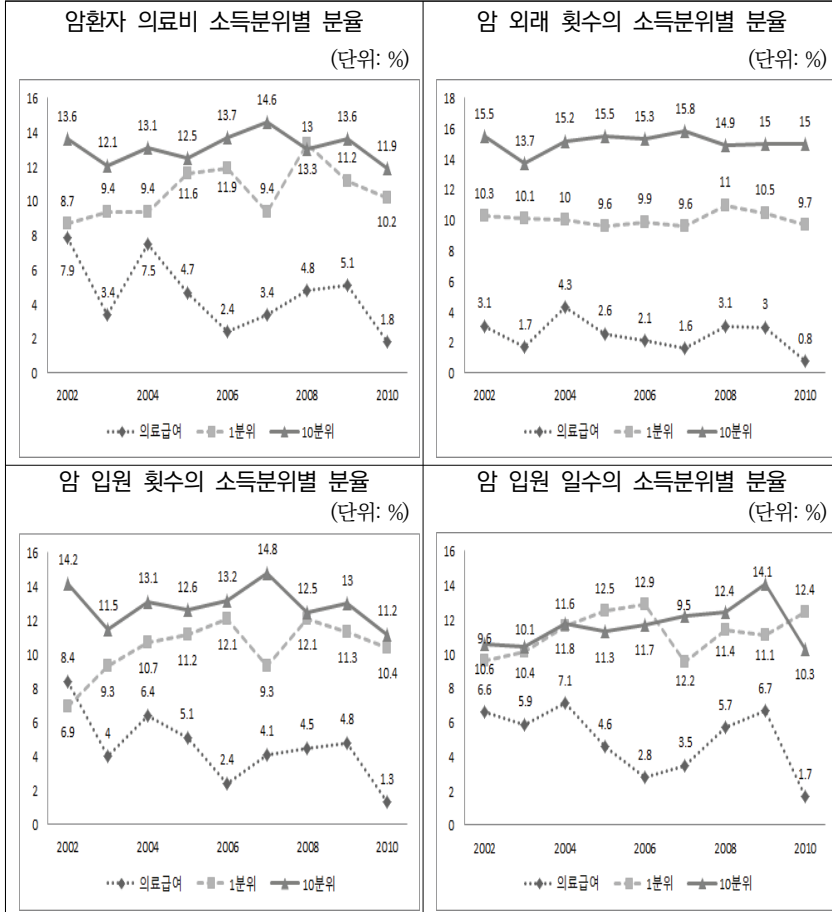
## □ 암환자 소득분위별 의료비, 의료이용 불평등

전체 암환자의 연간 의료비 중 10분위가 차지하는 비율이 1분위에 비해 많으나 시기에 따라 격차가 크고 작은 변동을 보인다. 의료급여군은 그보다 훨씬 큰 격차를 보이며 꾸준히 가장 낮은 비율을 차지한다. 의료비와 입원 횟수는 비슷한 패턴을 보이며 입원일수는 의료비나 입원횟수에 비해 1분위가 10분위와 엇비슷하고 때로 더 많은 해도 있다.

외래 횟수는 10분위에서 1분위에 비해 명백한 격차를 지속적으로 유지한다. 의료비와 입원 횟수가 비슷한 패턴을 보이는 이유는 한번 입원할 때 지출되는 의료비가 전체 의료비 중에서 많은 부분을 차지하기 때문인 것으로 보인다. 외래방문 횟수의 격차는 고소득층이 더 자주 외래를 방문할 수 있는, 또는 외래를 통한 관리가 더 잘 이루어지거나 입원보다 외래로 관리 가능한 상황이 많은 것으로 해석할 수 있으며 기존 연구와도 일관된 결과이다(김진희 등, 2011, p.408).

입원일수는 1분위와 10분위의 차이가 그리 나지 않는 편이다. 낮은 소득계층이 외래나 의료비와 달리 높은 소득계층에 대해 상대적으로 높은 입원일수 비중을 차지한다는 것은 입원할 때의 진료나 검사 정도, 또는 입원치료의 질이 낮다고 해석할 수도 있다. 암환자의 입원일수는 다른 연구들에서도 소득계층 간 차이가 없는 경우가 많아서 단순히 질병 요인이나 경제적 요인만으로 설명되지 않는 여러 기제가 존재할 것으로 보인다.

[그림 4-3-8] 암환자 의료비, 의료이용의 불평등



- 주: 1) 암환자 의료비는 주상병이 암에 해당하는 청구요양급여비용총액에 해당하는 금액임.  
 2) 암 외래/입원 횟수, 암 입원일수는 주상병이 암에 해당하는 의과, 보건기관 외래와 의과 입원에 해당하는 수치임.  
 3) 모든 수치는 <표 4-3-5>의 집단별 표본비율로 표준화하여 하위집단 별 인구크기가 같을 때의 값임.  
 4) 해당 수치는 다음 수식에 의해 도출되었음. 입원일수도 같은 형식을 적용함.  

$$\frac{\text{소득분위 하위집단별 암으로 인한 연간 외래/입원 횟수 총합}}{\text{전체가 가입자의 암으로 인한 연간 외래/입원 횟수 총합}} \times 100$$

〈표 4-3-8〉 소득분위별 암환자 의료비 분율

(단위: %)

구분	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
의료급여	2.1	2.4	3.9	3.8	2.4	2.4	4.8	4.4	1.7
1분위	10.0	10.7	10.4	10.3	10.6	10.6	10.8	11.2	11.6
2분위	8.9	9.2	8.7	8.7	8.7	8.9	8.6	9.3	9.4
3분위	9.1	8.7	8.9	9.0	9.0	8.9	8.8	8.5	8.8
4분위	9.1	9.4	8.8	8.9	8.9	8.9	8.6	8.7	9.3
5분위	9.3	9.0	9.0	9.0	9.0	9.1	9.0	8.9	9.1
6분위	9.5	9.0	8.9	8.9	9.4	9.4	9.1	9.2	9.4
7분위	9.9	9.6	9.5	9.5	9.3	9.5	9.2	9.0	9.2
8분위	10.2	10.0	10.0	10.0	10.3	10.0	9.7	9.6	9.8
9분위	10.5	10.4	10.4	10.3	10.6	10.6	10.3	10.2	10.5
10분위	11.4	11.5	11.5	11.5	11.8	11.5	11.1	11.0	11.3

〈표 4-3-9〉 소득분위별 암 외래 횟수 분율

(단위: %)

구분	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
의료급여	3.1	1.7	4.3	2.6	2.1	1.6	3.1	3.0	0.8
1분위	10.3	10.1	10.0	9.6	9.9	9.6	11.0	10.5	9.7
2분위	7.4	8.9	7.9	7.7	7.6	7.2	8.8	8.5	9.3
3분위	8.5	8.4	8.5	10.0	8.3	8.8	8.7	6.9	7.6
4분위	7.5	9.1	7.7	8.0	7.6	9.1	7.6	8.3	8.8
5분위	8.2	7.3	8.2	7.3	7.8	8.4	8.5	8.9	8.5
6분위	8.5	8.4	7.6	8.1	9.0	8.9	8.1	8.4	8.6
7분위	10.4	9.7	9.0	9.3	9.1	8.9	8.6	9.2	8.7
8분위	9.5	11.4	9.8	10.8	10.8	9.4	9.9	9.8	10.8
9분위	11.0	11.3	11.9	11.1	12.6	12.5	10.9	11.5	12.3
10분위	15.5	13.7	15.2	15.5	15.3	15.8	14.9	15.0	15.0

396 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발

〈표 4-3-10〉 소득분위별 암 입원 횟수 분율

(단위: %)

구분	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
의료급여	8.4	4.0	6.4	5.1	2.4	4.1	4.5	4.8	1.3
1분위	6.9	9.3	10.7	11.2	12.1	9.3	12.1	11.3	10.4
2분위	10.6	8.7	7.1	9.5	8.8	8.6	7.6	9.1	12.0
3분위	6.6	5.2	9.8	10.9	9.4	8.7	10.1	7.1	7.6
4분위	8.0	9.4	7.5	4.8	8.3	9.7	7.8	7.6	11.0
5분위	8.5	6.5	7.6	7.8	7.5	8.5	11.8	8.9	8.7
6분위	9.2	10.8	7.9	7.5	8.7	9.1	7.4	9.6	10.1
7분위	9.1	12.0	8.7	8.4	7.4	7.2	7.3	8.7	6.9
8분위	9.8	12.6	10.0	11.8	11.2	9.5	8.5	9.3	9.7
9분위	8.7	10.0	11.2	10.4	10.8	10.4	10.4	10.7	11.0
10분위	14.2	11.5	13.1	12.6	13.2	14.8	12.5	13.0	11.2

〈표 4-3-11〉 소득분위별 암 입원일수 분율

(단위: %)

구분	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
의료급여	6.6	5.9	7.1	4.6	2.8	3.5	5.7	6.7	1.7
1분위	9.6	10.1	11.6	12.5	12.9	9.5	11.4	11.1	12.4
2분위	13.8	8.9	6.6	9.8	9.1	9.3	7.9	8.0	12.6
3분위	7.0	6.1	9.4	9.6	9.0	8.5	8.0	6.4	6.7
4분위	8.2	8.8	7.8	5.2	8.0	11.4	7.5	6.8	11.1
5분위	8.0	7.8	9.7	8.2	8.1	10.2	12.5	9.9	9.5
6분위	7.7	7.9	6.7	6.9	8.2	8.3	8.2	10.1	10.8
7분위	9.6	11.6	8.6	8.8	8.2	6.4	6.7	8.2	6.2
8분위	8.8	11.4	9.0	13.2	11.7	10.4	9.4	8.9	8.2
9분위	10.0	11.2	11.7	9.8	10.5	10.3	10.1	9.8	10.5
10분위	10.6	10.4	11.8	11.3	11.7	12.2	12.4	14.1	10.3

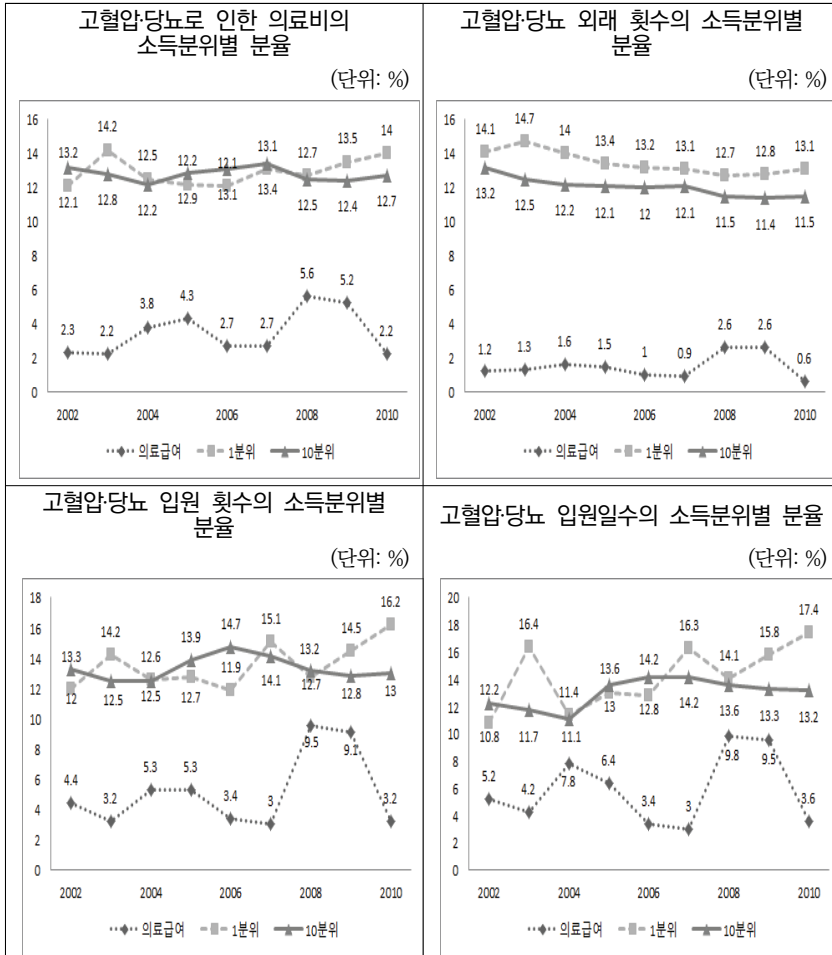
### □ 고혈압·당뇨환자의 의료비와 의료이용

고혈압과 당뇨환자의 경우 의료비와 입원 횟수는 암환자에서처럼 1분위와 10분위의 분율이 비슷한 정도로 교차되다가 2010년에 가까워지면서 점차 1분위의 분율이 10분위보다 높아지는 패턴을 보인다. 외래 횟수의 경우 암환자의 양상과는 반대로 1분위에서 10분위보다 약간 높은 상태를 유지한다. 입원일수도 지속적이지는 않지만 전반적으로 1분위에서 10분위보다 높은 편이다.

암환자와 고혈압, 당뇨 환자의 의료이용은 위중하고 심각하며 대개 경제적 부담이 커지는 질환과 규범적 필요에 가깝고 지속적으로 관리해야 하는 만성질환이라는 다른 유형의 의료필요를 대표한다. 암은 경제적 부담을 비롯한 접근성이 의료이용에 큰 영향요인으로 작용하는 반면 고혈압과 당뇨는 일상적인 관리(외래)에는 인지수준 외에 큰 장애요인은 없는 편이다. 암과는 달리 소득 1분위의 외래 횟수 분율이 10분위보다 높은 패턴이 이를 반영한다고 볼 수 있다.

반면 입원 횟수와 입원일수는 암의 경우 질병 자체의 특성상 대부분 입원을 요하는 반면 고혈압과 당뇨는 평소에 관리가 잘되지 않아서 발생하는 합병증이나 급성 악화로 인해 입원이 필요한 경우가 많다. 입원필요가 발생하는 기제는 상이하나 필요 자체가 생겼을 때 미충족될 수 있는 요인과 기제는 비슷한 지점을 공유하기도 하므로 입원 횟수나 일수, 의료비를 단순히 해석하기는 어렵다.

[그림 4-3-9] 고혈압·당뇨환자의 의료비와 의료이용 불평등



주: 1) 이 지표의 대상자는 주상병과 부상병에서 고혈압과 당뇨인 경우의 합집합에 해당함.  
 2) 의료비, 외래횟수, 입원횟수, 입원일수별 지표는 [그림 4-3-7]의 주3)에 제시한 형식을 따름.

〈표 4-3-12〉 소득분위별 고혈압·당뇨환자 의료비 분율

(단위: %)

구분	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
의료급여	2.3	2.2	3.8	4.3	2.7	2.7	5.6	5.2	2.2
1분위	12.1	14.2	12.5	12.2	12.1	13.1	12.7	13.5	14.0
2분위	10.6	10.4	9.7	8.2	8.3	8.8	8.7	9.7	9.0
3분위	9.3	8.2	8.6	8.9	8.6	8.4	8.6	7.8	8.0
4분위	9.0	9.5	8.3	9.0	8.4	8.2	7.7	8.1	8.5
5분위	8.6	7.5	8.9	8.1	8.8	8.0	8.1	8.4	8.3
6분위	7.6	8.1	7.8	8.2	8.5	8.6	8.3	8.1	7.9
7분위	8.9	8.3	8.5	8.7	8.9	8.0	8.1	7.6	8.4
8분위	8.2	8.8	9.2	9.3	9.8	9.6	8.6	8.3	9.7
9분위	10.2	9.9	10.6	10.2	10.8	11.3	10.9	10.9	11.3
10분위	13.2	12.8	12.2	12.9	13.1	13.4	12.5	12.4	12.7

〈표 4-3-13〉 소득분위별 고혈압·당뇨 외래 횟수 분율

(단위: %)

구분	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
의료급여	1.2	1.3	1.6	1.5	1.0	0.9	2.6	2.6	0.6
1분위	14.1	14.7	14.0	13.4	13.2	13.1	12.7	12.8	13.1
2분위	9.6	10.1	10.0	9.7	9.5	9.6	9.5	9.9	10.4
3분위	9.0	8.8	9.3	9.5	9.3	9.2	9.3	9.1	9.1
4분위	8.3	8.7	8.4	9.0	9.1	9.1	8.8	8.7	8.9
5분위	8.0	8.0	8.2	8.2	8.2	8.5	8.4	8.8	9.0
6분위	8.2	7.9	8.0	8.3	8.9	8.9	8.8	8.7	8.8
7분위	8.7	8.4	8.7	8.8	8.7	8.7	8.8	8.7	8.8
8분위	9.1	9.1	9.1	9.3	9.5	9.4	9.3	9.1	9.5
9분위	10.7	10.3	10.6	10.2	10.6	10.6	10.4	10.3	10.4
10분위	13.2	12.5	12.2	12.1	12.0	12.1	11.5	11.4	11.5

400 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발

〈표 4-3-14〉 소득분위별 고혈압당뇨 입원 횟수 분율

(단위: %)

구분	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
의료급여	4.4	3.2	5.3	5.3	3.4	3.0	9.5	9.1	3.2
1분위	12.0	14.2	12.6	12.7	11.9	15.1	12.7	14.5	16.2
2분위	9.9	10.2	10.1	8.1	8.7	7.9	8.5	8.8	8.4
3분위	8.3	7.8	8.7	9.2	8.6	8.4	7.2	8.1	8.5
4분위	8.3	9.2	7.6	8.2	7.4	7.6	6.9	7.6	7.8
5분위	8.9	7.8	8.2	7.4	7.2	7.8	8.2	7.3	7.8
6분위	7.8	8.1	7.9	7.2	8.9	8.0	7.4	6.5	6.9
7분위	8.5	8.4	7.9	7.8	9.1	7.1	7.3	7.2	7.9
8분위	9.3	9.1	8.3	9.9	9.8	9.3	8.0	7.3	8.9
9분위	9.2	9.5	10.9	10.2	10.2	11.6	11.1	10.7	11.5
10분위	13.3	12.5	12.5	13.9	14.7	14.1	13.2	12.8	13.0

〈표 4-3-15〉 소득분위별 고혈압당뇨 입원일수 분율

(단위: %)

구분	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
의료급여	5.2	4.2	7.8	6.4	3.4	3.0	9.8	9.5	3.6
1분위	10.8	16.4	11.4	13.0	12.8	16.3	14.1	15.8	17.4
2분위	11.0	10.2	10.7	7.4	8.8	8.1	8.4	8.7	8.5
3분위	8.0	7.7	8.0	9.8	9.6	7.6	7.3	7.7	8.3
4분위	8.8	10.4	7.3	7.9	6.4	7.9	6.4	8.0	7.6
5분위	11.4	7.5	9.8	6.7	6.4	7.4	8.1	7.0	7.2
6분위	7.9	7.5	6.8	7.5	8.9	8.0	7.1	5.9	6.3
7분위	9.9	8.0	8.5	7.4	9.7	6.3	7.0	7.0	7.3
8분위	7.6	7.9	8.2	9.9	9.7	9.0	7.0	6.4	8.6
9분위	7.2	8.4	10.4	10.4	10.2	12.1	11.2	10.9	12.1
10분위	12.2	11.7	11.1	13.6	14.2	14.2	13.6	13.3	13.2

## □ 고혈압·당뇨환자의 외래진료 지속성

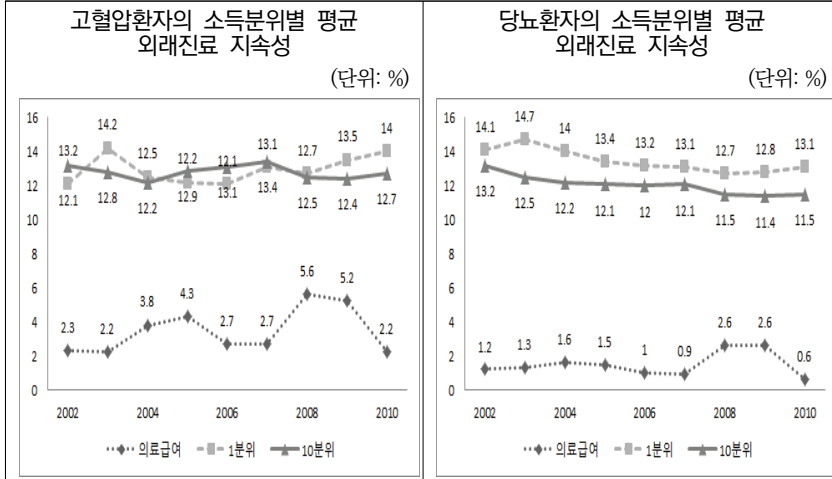
진료지속성(Modified, Modified Continuity Index, MMCI)은 환자의 진료 지속성을 나타내는 지표이다.<sup>33)</sup> 고혈압 환자와 당뇨환자의 소득 순위별 평균 진료지속성 수치를 비교하면 전반적으로 상승하는 추세를 보이나 의료급여군에서 상승 폭이 크고 고혈압의 경우 2010년에는 건강보험군보다 더 높은 수치를 보인다. 당뇨는 각 소득분위에서 가장 높은 정도로 수렴하는 패턴을 보인다. 2006년의 자료로 당뇨환자의 외래진료 지속성을 측정한 홍재석 등(2009, p.62)의 연구에서는 의료급여군이 건강보험군보다 지속성이 유의하게 낮게 산출되어 본 자료와 다르지 않으며, 패턴에 따르면 의료급여군의 고혈압, 당뇨 외래 지속성이 2000년도 이후 지속적으로 개선되고 있으며 지속성과 관련한 불평등이 줄어들고 있다고 해석할 수 있다.

지속성 자체는 전체 진료 횟수 중 같은 의사에게 진료를 받은 정도를 의미하므로 외래 진료의 전체 횟수나 치료와 관리의 질 전체를 담보하지는 못한다. 따라서 지속성 지표와 일관되지 않게 고혈압, 당뇨와 관련한 의료이용과 의료비 지출은 여전히 불평등이 의심되는 양상으로 공존할 수 있다.

33) 진료 지속성은 환자가 특정 상병으로 같은 의료제공자에게 방문하는 정도를 의미함. MMCI는 의료기관 전체 방문 횟수와 이용 가능한 의료제공자 수를 포함한 수식을 사용하여, 다른 의료제공자에 대한 방문 횟수나 방문 분포를 일정하게 반영하는 지표임. MMCI를 구하는 공식은 아래와 같으며 홍재석 등(2009 p.54-55)의 연구를 참고하여 분석대상은 연간 4회 이상 외래서비스를 이용한 경우로 제한하였음.

$$MMCI = \frac{1 - \left(\frac{M}{N+0.1}\right)}{1 - \left(\frac{1}{N+0.1}\right)} \quad (N=\text{전체 방문횟수}, M=\text{전체 의료제공자 수})$$

[그림 4-3-10] 고혈압당뇨환자의 외래진료 지속성 불평등



주: 해당 수치는 지표의 특성상 총합의 소득분위별 몫이 아니라 소득분위별 평균치를 적용함.

<표 4-3-16> 소득분위별 고혈압 환자 외래 지속성(MMCI)

구분	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
의료급여	0.913	0.941	0.924	0.955	0.943	0.964	0.961	0.963
1분위	0.943	0.940	0.944	0.944	0.949	0.955	0.955	0.955
2분위	0.938	0.946	0.944	0.948	0.954	0.956	0.957	0.956
3분위	0.935	0.940	0.944	0.944	0.953	0.954	0.959	0.956
4분위	0.942	0.944	0.944	0.949	0.953	0.955	0.958	0.958
5분위	0.945	0.944	0.947	0.949	0.954	0.955	0.958	0.959
6분위	0.948	0.946	0.947	0.949	0.956	0.959	0.956	0.958
7분위	0.943	0.949	0.948	0.948	0.955	0.958	0.961	0.960
8분위	0.942	0.948	0.946	0.947	0.956	0.956	0.958	0.959
9분위	0.945	0.949	0.947	0.950	0.953	0.958	0.961	0.959
10분위	0.945	0.945	0.948	0.948	0.951	0.954	0.956	0.959

〈표 4-3-17〉 소득분위별 당뇨병자 외래 지속성(MMC)

구분	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
의료급여	0.912	0.940	0.930	0.932	0.929	0.938	0.959	0.963
1분위	0.950	0.948	0.953	0.944	0.955	0.957	0.958	0.960
2분위	0.955	0.950	0.955	0.955	0.961	0.956	0.963	0.958
3분위	0.947	0.951	0.952	0.949	0.955	0.967	0.962	0.966
4분위	0.947	0.948	0.946	0.955	0.959	0.961	0.961	0.960
5분위	0.949	0.954	0.951	0.951	0.954	0.958	0.961	0.959
6분위	0.955	0.948	0.950	0.960	0.956	0.963	0.965	0.962
7분위	0.952	0.950	0.956	0.953	0.960	0.961	0.966	0.961
8분위	0.954	0.953	0.949	0.952	0.960	0.959	0.961	0.960
9분위	0.952	0.955	0.954	0.951	0.958	0.962	0.959	0.962
10분위	0.953	0.954	0.954	0.955	0.959	0.959	0.961	0.962

#### □ 서울 소재 종합병원급 입원 횟수 비율로 본 지역 불평등

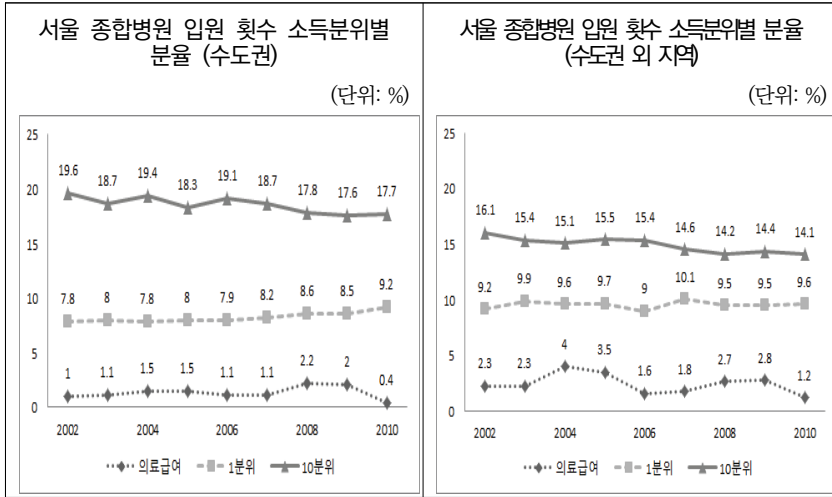
서울 소재의 종합병원 입원 횟수는 주로 중등도의 질병 치료를 위해 크고 인지도 높은 병원을 찾는 필요 충족을 측정하고자 한 것이다. 전체적으로 10분위가 1분위보다 높은 비율을 차지하고 의료급여군은 매우 낮은 비율을 차지한다. 물론 같은 소득 10분위라고 하더라도 수도권과 비수도권을 비교하면 수도권의 고소득층이 비수도권의 고소득층에 비해 같은 지역 인구 중 서울소재의 종합병원 입원 비율이 높다.

그러나 지리적 접근성은 수도권이 그 외 지역보다 나올 수 있음에도 불구하고 소득분위 간 분포(격차)를 보면 수도권이 그 외 지역에 비해 더 크다. 이를 두고 수도권 외의 지역에 거주하는 저소득층이 수도권에 거주하는 저소득층에 비해 서울의 종합병원을 더 잘 이용할 수 있는 여건을 가진다고 해석하는 것은 적당하지 않다. 수도권 지역이 비수도권 지역에 비해 가벼운 질환이 아닌 중등도의 질병을 다룰 수 있는 다양한 크기의 의료기관에 대한 접근성이 좋기 때문에 같은 의료필요를 가지고도 분산될

404 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발

수 있는 여지가 많다고 해석하는 것이 더 적합하다.

[그림 4-3-11] 서울 소재 종합병원 입원 횟수의 지역별 불평등



주: 증화변수로 수도권(서울특별시, 경기도)과 그 외의 지역을 나누었음.

<표 4-3-18> 소득분위별 서울 소재 종합병원 입원 분율: 수도권

(단위: %)

구분	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
의료급여	1.0	1.1	1.5	1.5	1.1	1.1	2.2	2.0	0.4
1분위	7.8	8.0	7.8	8.0	7.9	8.2	8.6	8.5	9.2
2분위	7.1	7.5	7.7	7.5	7.6	8.3	8.0	8.5	8.4
3분위	7.3	7.1	7.3	7.6	7.7	7.6	7.6	7.8	7.8
4분위	7.7	8.2	7.6	7.7	8.0	7.4	7.4	7.6	7.8
5분위	8.0	8.0	8.0	8.1	7.6	7.9	7.5	7.6	8.0
6분위	8.8	9.3	8.9	8.4	8.7	8.3	8.6	8.3	8.2
7분위	10.0	9.1	9.8	10.1	9.4	9.5	9.1	8.9	9.2
8분위	10.6	11.4	10.1	10.3	10.7	10.8	10.7	10.8	10.7
9분위	12.1	11.6	12.0	12.4	12.2	12.2	12.6	12.3	12.6
10분위	19.6	18.7	19.4	18.3	19.1	18.7	17.8	17.6	17.7

〈표 4-3-19〉 소득분위별 서울 소재 종합병원 입원 분율: 수도권 외 지역

(단위: %)

구분	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
의료급여	2.3	2.3	4.0	3.5	1.6	1.8	2.7	2.8	1.2
1분위	9.2	9.9	9.6	9.7	9.0	10.1	9.5	9.5	9.6
2분위	7.2	9.0	8.5	7.2	7.4	7.9	8.2	8.4	8.5
3분위	8.1	7.7	7.8	8.7	8.1	8.3	8.7	7.6	7.9
4분위	8.6	8.0	7.9	7.7	7.8	8.0	8.6	8.1	7.9
5분위	7.7	8.2	7.9	8.1	8.1	8.0	8.3	9.2	8.6
6분위	8.5	8.2	7.4	7.8	9.4	9.4	8.8	9.2	9.3
7분위	10.1	9.2	8.9	9.2	8.8	8.9	9.4	9.1	9.6
8분위	9.8	10.2	10.9	11.1	11.6	10.2	9.9	10.3	11.1
9분위	12.3	11.8	12.1	11.4	12.7	12.7	11.8	11.3	12.3
10분위	16.1	15.4	15.1	15.5	15.4	14.6	14.2	14.4	14.1

## 나. 의료이용으로 인한 결과영역

□ 외래진료민감질환(ACSCs) 입원, 응급실 내원 횟수의 소득분위별 불평등<sup>34)</sup>

외래진료민감질환(Ambulatory care sensitive conditions, ACSCs)은 일차의료 중재를 통해 예방할 수 있는 입원을 야기하는 상황(질환)을 일컫는 말이다. ACSCs로 인한 입원이나 응급실 방문은 일상적인 일차의료 수준에서의 관리에 실패했음을 의미한다. 보건의료체계에 따라 일차의료(Universal Health Care)가 기본인 영국에서는 일차의료의 질을 측정하는 성과지표로 사용되는 반면, 미국에서는 일차의료 접근의 용이성

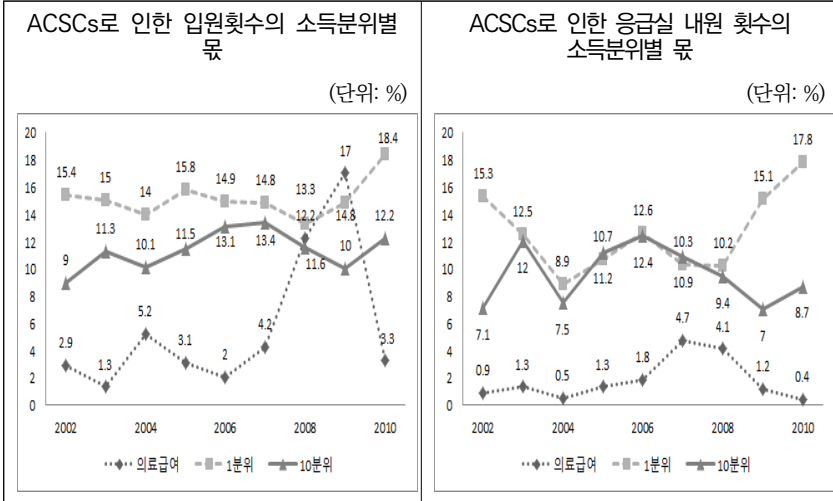
34) 다른 지표에 비해 발생하는 횟수 자체가 상대적으로 적어서 연도에 따라 불안정한 수치를 보일 수 있음

을 반영하는 보건의료체계의 성과로 사용되는 측정도구이다(Purdy, 2009, p.170). 한국의 경우 그 중간지점에 해당하겠으나 여전히 의료기관 접근성을 반영하는 지표로 해석할 수 있다. 어떤 질환을 ACSCs로 포함시킬 것인지는 대상이나 국가에 따라 달라질 수 있는데, 이 분석에는 기존문헌들을 참고하여 고혈압, 당뇨, 울혈성 심부전, 협심증, 세균성 폐렴을 포함하였다(은상준 등, 2006, p.412; 김수정 등, 2015, p.409).

의료필요 충족의 과정에서는 객관적 결과 지표 중에서도 (일상적 의료필요 충족이 제대로 되지 않았기 때문에) 악화된 경우에 해당한다. 동시에 ACSCs로 인해 의료필요가 추가로 생성되는 정도이기도 하며, 수치로 나타난 결과를 해석할 때는 소득분위에 따라 입원이나 응급실 내원의 필요 충족에서 차이가 날 수 있음을 고려해야 한다.

다른 지표에 비해 해당건수가 그리 많지 않아 변동 폭이 큰 편이지만 입원과 응급실 내원 모두 전반적으로 1분위에서 10분위보다 높게 나타나고, 의료급여군은 가장 낮은 분율을 차지한다. 1분위가 10분위에 비해 의료필요가 충분히 충족되지 못한 것이라고 설명할 수 있으나 의료급여대상자에서 현저히 낮은 분율을 차지하는 것이 관리가 잘되기 때문이라고 해석하기는 어려우므로 입원이나 응급실 방문 자체에 장애가 있기 때문이라고 해석하는 것이 적절할 것이다.

[그림 4-3-12] 외래진료민감질환(ACSCs)의 입원과 응급실 내원 불평등



주: 응급실 내원 횟수는 청구명세서에 응급의학과가 진료과목으로 표기된 경우에 해당함. 나머지 지표들과 같은 형식을 통해 산출함.

<표 4-3-20> 소득분위별 ACSCs로 인한 입원 비율

(단위: %)

구분	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
의료급여	2.9	1.3	5.2	3.1	2.0	4.2	12.2	17.0	3.3
1분위	15.4	15.0	14.0	15.8	14.9	14.8	13.3	14.8	18.4
2분위	13.4	12.2	11.7	9.6	9.2	10.4	8.5	6.3	7.0
3분위	8.8	8.8	10.0	10.5	11.0	6.9	6.7	8.3	9.2
4분위	9.2	9.1	6.7	8.6	8.1	7.3	7.1	9.0	8.4
5분위	7.6	9.3	8.7	8.9	7.2	6.2	7.1	5.9	8.2
6분위	6.7	7.7	6.3	6.2	9.1	10.6	8.5	5.6	7.1
7분위	7.9	8.0	8.6	7.5	9.8	6.8	6.9	6.5	6.2
8분위	10.5	8.2	8.3	8.8	7.3	8.4	7.2	5.8	8.1
9분위	8.7	9.2	10.5	9.4	8.5	10.9	11.1	10.9	12.0
10분위	9.0	11.3	10.1	11.5	13.1	13.4	11.6	10.0	12.2

〈표 4-3-21〉 소득분위별 ACSCs로 인한 응급실 내원 비율

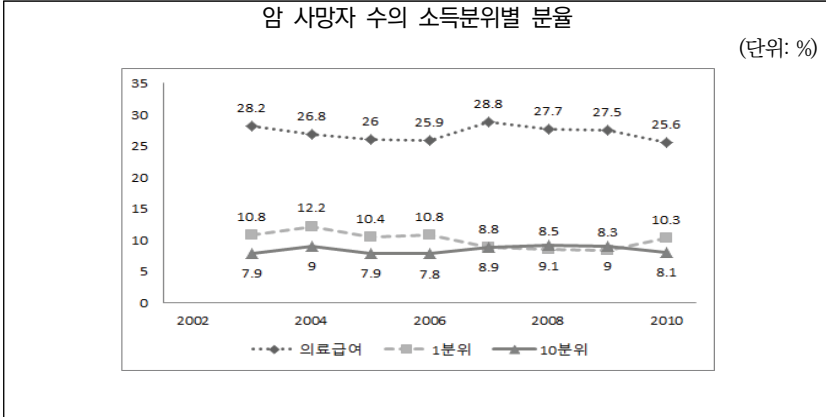
(단위: %)

구분	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
의료급여	0.9	1.3	0.5	1.3	1.8	4.7	4.1	1.2	0.4
1분위	15.3	12.5	8.9	10.7	12.6	10.3	10.2	15.1	17.8
2분위	8.8	12	13.2	8.7	10.4	14.2	15.2	21.0	19.0
3분위	8.3	9.3	7.8	10.1	14.5	15.2	15.5	12.8	11.2
4분위	11.4	9.9	10.9	7.4	8.0	5.4	7.1	4.4	4.5
5분위	9.3	6.4	8.4	8.0	4.8	4.9	5.9	6.9	8.4
6분위	10.7	8.8	12.9	6.7	5.5	11.8	6.4	8.6	6.8
7분위	8.8	14.0	13.9	14.0	7.1	5.4	4.7	5.5	6.5
8분위	10.0	7.1	6.9	11.1	10.1	7.1	10.0	9.1	9.4
9분위	9.5	6.7	9.0	10.9	12.7	10.1	11.4	8.5	7.3
10분위	7.1	12.0	7.5	11.2	12.4	10.9	9.4	7.0	8.7

□ 암으로 인한 사망 수에서 소득분위별 불평등

사망은 의료필요-충족의 프레임에서 객관적 결과지표에서도 필요가 제대로 충족되지 못하여 가장 악화되는 객관적 결과에 해당한다. 암으로 인한 사망은 암환자의 의료필요 충족정도(의료비, 의료이용)의 패턴과 연속선상에서 해석할 여지도 있다. 일반적으로 소득 하위계층으로 갈수록 암발생률이 높고 생존기간이 감소하며, 암의 종류에 따라 치명률이 낮은 암(예, 대장암, 위암)에서 치명률이 높은 암(예, 폐암, 간암)보다 소득수준에 따른 사망위험도가 크다(권순만, 2012, p.43).

[그림 4-3-13] 암 사망자의 소득분위별 불평등



주:  $\frac{\text{소득분위 하위집단별 연간암으로 인한 사망자수의 총합}}{\text{전체 가입자의 연간암으로 인한 사망자수의 총합}} \times 100$

연간 암환자 사망 중 1분위와 10분위는 비슷한 추세를 보이지만 의료급여는 의료비에서 나타나는 격차보다도 훨씬 큰 폭으로 높은 비율을 차지한다. 암 사망률 불평등의 결과는 암환자의 의료이용 불평등만으로 설명하기에는 부족하지만 의료필요 미충족의 측면에서 보면 더 많은 부분을 설명할 수 있을 것이다. 암의 치명률에 따라 소득계층 간 사망위험도의 차이가 달라진다는 선행연구 결과에 따라 치명률이 낮은 종류와 높은 종류의 암 사망자를 대상으로 각각 사망자 비율 분포표를 그린다면 다른 결과를 발견할 가능성도 있다.

〈표 4-3-22〉 소득분위별 암 사망자 비율

(단위: %)

구분	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
의료급여	NA	28.2	26.8	26	25.9	28.8	27.7	27.5	25.6
1분위	NA	10.8	12.2	10.4	10.8	8.8	8.5	8.3	10.3
2분위	NA	6.9	8.8	7.4	7.7	6.2	7.5	6.6	7.2
3분위	NA	7.5	6.1	6.6	8.1	6.4	7.1	8.1	7.7
4분위	NA	7.6	6.2	6.6	6.5	6.9	6.5	6.7	7.5
5분위	NA	6.0	6.5	6.8	6.2	5.7	7.6	6.8	7.2
6분위	NA	5.4	5.5	5.9	6.1	7.4	5.5	6.8	7.2
7분위	NA	5.8	6.4	7.0	6.1	5.5	5.3	6.2	5.7
8분위	NA	6.9	5.9	7.4	6.8	7.5	6.7	6.3	5.6
9분위	NA	7.2	6.6	8.1	7.9	7.9	8.4	7.6	8.0
10분위	NA	7.9	9.0	7.9	7.8	8.9	9.1	9.0	8.1

#### 다. 예방적 의료필요 충족 영역

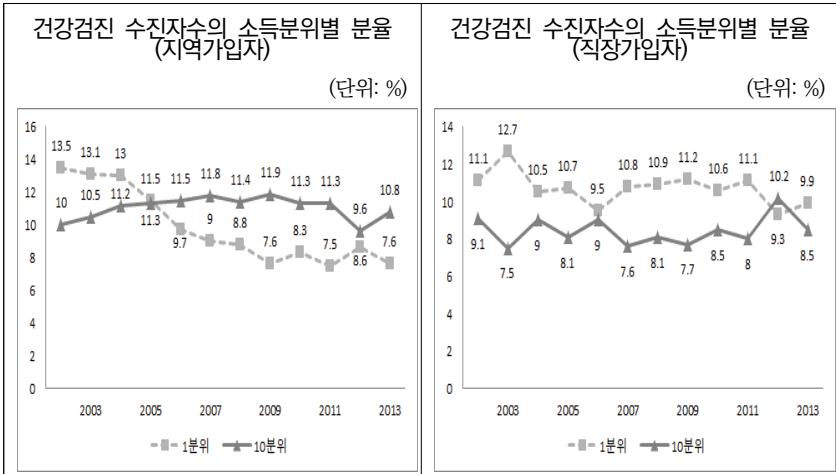
예방적 의료필요는 의료필요-충족 모형으로 보면 규범적 필요 인지에 해당한다. 지금 당장 신체적 증상은 없지만 이후의 편익을 고려했거나 받아야만 한다는 압력, 전문가 또는 국가차원의 권고에 순응하는 등 다양한 종류의 자원-권력 작용의 기제가 포함되어 있다.

#### □ 건강보험 가입형태에 따른 건강검진 수검자 비율의 불평등

일반적으로 직장가입자는 지역가입자에 비해 건강검진을 더 많이 받는 것으로 알려져 있다(최령 등, 2011, p.337). 그러나 각 군에서 다시 소득분위별 분포를 본다면 또 다른 패턴이 드러난다. 바로 지역가입자와 직장가입자에서 국가건강검진 수검자 비율의 우위가 거꾸로 나타나는 현상이다.

지역가입자의 경우 낮은 분위의 집단일수록 검진을 받기 위해 필요한 자원, 특히 시간적 여유가 부족하거나 필요성을 적게 느끼기 때문이라고 볼 수 있다. 직장가입자에서 반대의 현상을 보이는 것은 직장가입자에서 건강검진이 주로 직장건강검진으로 사업주에게 강제되는 측면이 있기 때문에 개인의 규범적 필요가 아니라 조직의 규범적 필요에 따르는 것으로 해석할 수 있다. 다만, 낮은 소득분위의 직장가입자는 상대적으로 중소기업 규모의 직장에, 높은 소득분위의 직장가입자는 상대적으로 규모가 크고 사원복지가 잘 갖추어진 직장에 있을 확률이 높다는 현실이 조절변수로 작용한다. 이런 경우 근로자 일반검진을 회사가 제공하는 종합검진으로 대체하면서 국가 건강검진 통계에 반영되지 않기 때문에 오히려 더 적게 나타난 것이라고 해석할 수 있다.

[그림 4-3-14] 건강검진 수진율의 불평등



주: 총화변수로 지역가입자와 직장가입자를 적용하였으므로 의료급여군은 본 지표에 포함되지 않음.

412 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발

〈표 4-3-23〉 소득분위별 국가 일반건강검진 수검자 수: 지역가입자 분율

(단위: %)

구분	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1분위	13.5	13.1	13.0	11.5	9.7	9.0	8.8	7.6	8.3
2분위	9.5	9.1	9.1	7.7	6.9	7.0	6.8	7.9	8.2
3분위	11.3	9.6	10.1	10.8	9.1	9.1	9.3	7.8	8.0
4분위	10.5	10.2	9.3	10.6	10.8	10.1	9.8	10.0	9.8
5분위	9.3	9.9	8.7	9.2	9.4	10.0	10.6	10.6	10.5
6분위	8.7	9.1	8.6	9.4	11.0	11.1	11.1	11.2	11.3
7분위	8.6	9.0	9.6	9.8	10.4	10.8	10.8	11.0	10.8
8분위	8.9	9.3	9.7	9.2	10.5	10.4	10.5	10.9	11.0
9분위	9.7	10.2	10.7	10.3	10.7	10.7	10.9	11.1	10.7
10분위	10.0	10.5	11.2	11.3	11.5	11.8	11.4	11.9	11.3

〈표 4-3-24〉 소득분위별 국가 일반건강검진 수검자 분율

(단위: %)

구분	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1분위	11.1	12.7	10.5	10.7	9.5	10.8	10.9	11.2	10.6
2분위	9.7	12.0	10.9	11.1	10.2	10.8	10.3	10.1	9.7
3분위	8.9	10.4	9.6	10.4	9.9	10.4	10.9	11.3	10.2
4분위	9.5	10.3	9.7	10.6	9.5	10.8	9.9	10.2	9.8
5분위	9.3	10.3	9.6	10.6	10.0	10.8	10.5	10.9	10.3
6분위	10.7	9.9	9.5	10.4	10.2	10.5	10.0	10.1	10.3
7분위	10.3	9.4	10.6	10.0	10.5	10.1	10.0	10.1	10.3
8분위	10.5	9.0	10.2	9.3	10.7	9.5	9.8	9.5	10.2
9분위	10.8	8.5	10.6	8.9	10.6	8.7	9.6	8.8	9.9
10분위	9.1	7.5	9.0	8.1	9.0	7.6	8.1	7.7	8.5

# 제 4 장

## 의료불평등 모니터링과 정책

제1절 의료불평등 모니터링 정책

제2절 의료불평등의 사회적 결정요인

제3절 의료불평등에 영향을 미치는 정책

제4절 의료불평등 영향평가



# 4

## 의료불평등 모니터링과 정책 <<

의료불평등 모니터링과 관련한 정책은 ① 의료불평등 모니터링 자체에 대한 정책, ② 의료불평등 감소를 위한 정책, ③ 의료불평등에 영향을 미치는 정책으로 나눌 수 있다.

첫 번째, 지속적인 모니터링을 위해서는 대표 지표 선정, 자료원 생산 등을 통합적으로 관리하는 체계가 필요함은 앞서 강조한 바 있다. 제1절에서 외국의 모니터링 정책 및 한국의 현황을 일부 정리하였다.

두 번째와 세 번째 분류는 모두 의료불평등의 발생과 감소, 심화에 어떤 방식으로든 영향을 주는 정책으로, 두 번째는 모니터링의 궁극적 목적이라고 할 수 있는 불평등 감소와 해소를 위한 개입이라는 점에서, 세 번째는 의료불평등의 발생기전을 보여준다는 점에서 중요하다. 특히 보건 의료 관련 정책뿐 아니라 다양한 사회정책이 의료불평등에 영향을 미친다는 사실을 강조할 필요가 있다. 이 연구에서는 보건의료 정책을 포함한 전반적인 사회정책이 의료불평등에 어떻게 영향을 미치는지를 의료불평등의 사회적 결정요인이라는 틀에서 이해하고자 한다. 의료불평등은 그간 건강불평등의 매개요인으로서 주로 이해되어 왔고, 의료불평등의 발생기전은 분명 건강불평등의 그것과 다름에도 의료불평등의 ‘사회적 결정요인’을 따로 호명하고 주목하는 경우는 별로 없었다. 제2절과 제3절에서 의료불평등의 사회적 결정요인과 발생기전을 연구하는 것이 중요함을 주장하며, 심층면담 결과를 바탕으로 도출한 의료불평등의 사회적 결정요인 틀을 제시하고 각 요인에 대한 불평등 발생 기전 및 발생에 영향을 미치는 정책을 정리하였다.

이런 틀에서 바라보면 정책은 불평등 결과에의 개입으로서도 작동하지만, 의료불평등의 발생에 영향을 미치는 결정요인으로서도 작동함을 알 수 있다. 따라서 정책 자체가 모니터링의 대상이 될 필요가 있다. 제4절에서는 정책 모니터링을 위한 의료불평등 영향 평가 체계의 필요성을 주장하고, 영국의 평등영향평가의 틀을 빌려 의료불평등 영향평가를 제안하였다.

## 제1절 의료불평등 모니터링 정책

### 1. 국내외 의료불평등 모니터링 정책 현황

#### 가. 한국

의료불평등 모니터링을 목적으로 하는 정책은 없으나 2008년부터 건강영향평가가 법제화를 거쳐 시행되고 있다. 건강영향평가는 정책 전반에서 건강을 고려하도록 하는 것을 목적으로 하며, 사회적, 물리적 환경의 건강에 대한 영향을 사전 또는 사후에 점검함으로써 정책의 개선점이나 문제점을 확인하고자 시행하는 평가체계이다(한국보건사회연구원, 2015, p.102).

의료불평등 양상을 파악할 수 있는 단발적인 정부발간 보고서는 ‘인구 집단별 의료이용 형평성 현황과 요인 분해(2011)’, ‘국민의료의 형평성 분석과 정책과제(2004)’, ‘한국 의료 질 보고서(2015)’ 등이 있으며 특히 ‘한국 의료 질 보고서(2015)’는 다양한 기관의 방대한 자료를 활용하여 의료 효과성(질병의 예방치료 결과), 환자 안전(환자 위험·위해 최소화),

적시성(지연대기 시간 감소), 환자 중심성(환자의 선호·가치 존중) 등 8개 범주 153개의 지표를 통해 각 지역의 의료 서비스의 질을 평가했다는 점에서 주목할 만하다(강희정, 2015, pp.3-11).

‘국민보건의료실태조사’는 보건의료자원 및 의료이용 등 보건의료실태 조사를 정기적으로 모니터링하는 대표적인 조사로 보건의료기본법 제55조 및 같은 법 시행령 제14조에 근거하여 5년마다 이루어지며 보건의료자원과 보건의료이용에 대한 보고서를 각각 발간한다. 보건의료자원 보고서는 시설 관련하여 기관명, 주소지, 진료개시일, 기관종류, 설립구분, 환자 수, 시설면적, 진료과목, 병상 수(병실종류), 구급차, 급식시설, 영안실, 주차시설을, 인력 관련 의사, 치과의사, 한의사, 약사 및 관련 종사자의 인력 현황, 의료장비 관련 주요 검사장비, 수술 및 처치장비, 방사선 진단 및 치료 장비, 이학요법장비, 치과용 장비, 한방장비, 약제장비 등을, 약국현황실태 관련 기관명, 주소지, 업무개시일, 약국면적, 평균조제건수, 약국장비, 약사인력, 약사보조 인력현황 등을 지역별로 조사한다. 보건의료이용 보고서는 보건의료기관 입원 및 내원환자의 의료이용 항목을 조사하되 의료이용 총환자 수 및 입원일수(방문 횟수), 총진료비(의료급여비), 지역별, 연령별, 건강보험료 수준별, 급여별, 진료과목별, 상병 별 의료이용 상세현황, 자기지역 보건의료기관 이용현황 등을 조사한다(국민보건의료실태조사, 2011 기준).

‘국민건강통계’는 국민건강영양조사를 이용하여 해마다 건강행태, 영양, 만성질환의 세 영역에서 세부지표를 생산하고 있으며, 의료 관련 지표는 건강행태 부문에 포함되어 건강검진 수검률, 암검진 수검률, 인플루엔자예방접종률, 소아청소년 인플루엔자 예방접종률, 연간 미충족의료율(병의원), 연간 미충족의료율(치과), 연간 입원율, 2주간 외래이용률을 제시하고 있다. 각 지표는 성별, 연령별, 거주 지역(동, 읍면)별, 소득수준별

로 분율을 제시하고 거주 지역, 소득수준별로 표준화율을 제시한다[2014 국민건강통계(2015) 기준].

한편 최근 기사를 통해 ‘Health plan 2020’의 일환으로 국민건강보험공단에서 ‘건강보험 빅데이터를 활용한 HP2020 평가지표 생산 및 모니터링 지원 방안 마련’ 연구를 시작하였다. 이 연구는 건강형평성 평가지표를 검토하고, 지역별, 성별, 연령별, 사회경제적 수준별 등 세부 집단별로 건강형평성 지표를 개발하고 활용하는 내용을 포함하며, 무엇보다 정기적으로 지표를 생산하여 건강증진정책이나 사업을 평가하고 정책 수립의 근거로 활용하는 것을 목표로 하고 있다(엄태선, 2016, p.1).

이상의 연구들은 단발적으로 발간된 보고서이거나, 건강불평등 연구에 의료불평등이 일부 포함되거나, 단순히 의료자원과 이용 현황을 파악하는 것을 목적으로 하고 있으며 그마저 충분하지는 않다. 따라서 의료불평등 모니터링을 위해서는 어떤 지표를 선정하고 모니터링해야 하는지에 대한 정책적 고민이 있다고 보기는 힘들다. 김동진 등(2014)은 “건강불평등 해소를 위해 관련 지표를 일괄적으로 파악하고 관리하기 위한 별도의 노력을 기울여야 하며, 이때 건강불평등 보고서가 영국의 블랙보고서와 같이 전 국민의 건강불평등 현황을 파악하고 건강불평등 해소 정책을 수립하기 위한 가장 기초적이면서 필수적인 단계로서 의미를 가질 수 있다”고 말하고 있다. 의료불평등 또한 건강불평등과 마찬가지로 관련 지표를 지속적으로 파악하고 정책 수립 근거의 기초 자료를 마련할 필요가 있다.

## 나. 미국

미국의 보건의료연구 품질관리청(AHRQ)은 2003년부터 매년 국가 의료 질 보고서(NGQR)와 국가 의료불평등 보고서(NHDR)를 발간하고 있

다. 국민에게 제공되는 보건의료 서비스의 질을 평가하거나 인종적 특성, 사회경제적 특성에 의해 보건의료 서비스를 이용하는 데 나타날 수 있는 불평등을 감소시키는 것을 목적으로 하며, 국가 의료불평등 보고서(NHDR)는 200개 이상의 보건의료 과정과 결과, 접근 방법 등의 다양한 요인들을 포함하여 조사한다.

보고서는 크게 질, 접근성 그리고 불평등의 정도 세 가지 영역으로 나뉘며(강희정, 2013, pp.121-131), 기준이 되는 집단과 각각 선택한 집단 간의 상대적 비교를 통해 불평등 정도를 조사한다. 집단 간의 통계적 수치를 비교하여 같거나 10% 내외로 차이가 나는지를 확인하는 방법이다. 보고서에 의하면 히스패닉계는 백인이 의료서비스를 이용하는 수준의 60% 정도만 서비스에 접근할 수 있는 것으로 나타난다. 또한 연도별 비교를 통해 불평등 변화를 파악하고, 불평등이 증가하거나 개선된 부분을 인종별로, 소득별로 구분하여 보여주고 있다(AHRQ, 2014, p.1-15). 이 외에 미국은 10년마다 'Healthy people'을 통해 건강 증진을 위한 국가목표를 제시하고 있으며, 2010년 'Healthy people 2020'을 제안했다. '모든 사람이 오래 살고 건강하게 사는 사회'라는 비전으로 네 가지 총괄목표를 제시했는데 '건강 형평성 달성, 격차 제거, 모든 집단의 건강 개선'이 포함되어 있다(김창엽 등, 2015, pp.263-264).

#### 다. 영국

영국은 평등법(Equality act 2010)을 통해 모든 정책에서 연령, 장애, 성전환, 임신과 육아, 인종, 종교, 성, 성적 취향, 혼인의 영역을 모두 포함하여 평등이 보장되고 있는지를 평가하고 있다. 이전에 있었던 차별금지법들을 하나로 엮어 이해하기 쉽도록 만든 것이다. 보건 분야에서도 평

등법을 기반으로 다양한 대상의 건강형평을 위한 가이드라인을 세우고 있다. 국가보건의체계(NHS) 하의 모든 병원, GP, 가정에서 노인이나 장애를 가진 사람들을 돌보는 사람들, 요양 보호소 등을 포함한 모든 의료서비스가 이 법에 포함된다(Equality act 2010). 또한 “2013 평등 의무(Equality duty in 2013)”를 통해 보건의료 서비스를 제공받는데 사람들 간에 차별이 없도록 함으로써 불평등을 감소시키는 것을 목표로 한다. 2012년 “Health and Social Care Act 2012”를 통해 NHS와 CCGs(Clinical Commissioning Groups)가 건강불평등 감소를 위해 노력해야 할 법적 의무가 있음을 공표하고 이를 위한 평가와 성과보고를 수행하게 되었으며, 국립보건연구원(NIH)에서는 ‘Developing indicators of change in NHS equity performance’라는 연구를 최근 수행하고 그 연구 결과가 2016년에 나오기 시작하고 있다. 이 연구는 의료불평등 자체보다는 보건의료 서비스가 지역사회 건강불평등을 줄이는 데 얼마나 공헌하는지를 모니터링하는 것이 일차적인 목적이나, 영국의 사례를 통해 의료불평등 모니터링 지표에 대한 시사점을 얻을 수 있을 것이다. 2013년 4월 1일부터 이러한 의무가 적용되었으며 대상은 단순히 사회경제적으로 어려운 사람, 장애인, 어려운 상황에 처한 소수의 사람들뿐만이 아니라 모든 보건 불평등의 요소들을 대상으로 하고 있다.

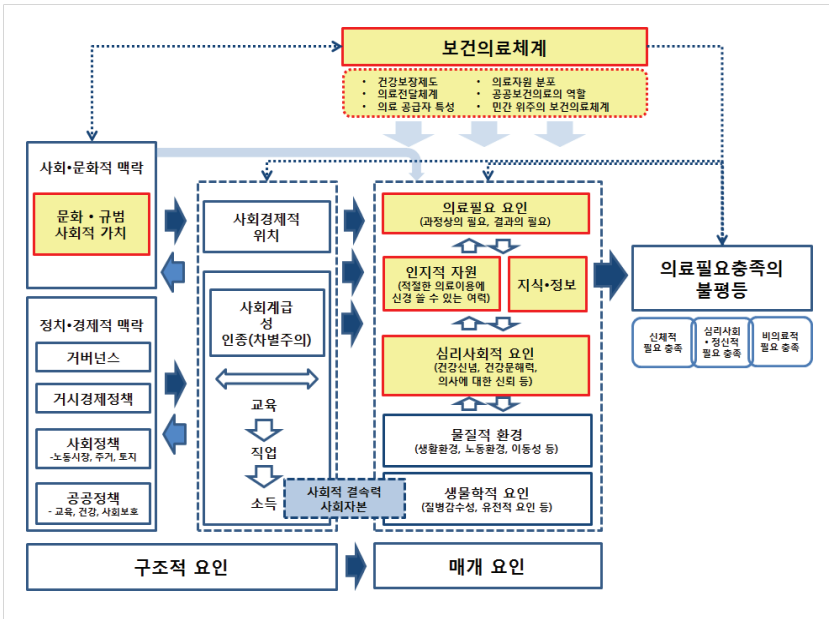
영국의 국립보건임상연구원(NICE)은 차별을 줄이고 기회의 평등을 높이며 평등법에 명시된 취약 집단을 보호하고자 매년 형평 보고서를 발간하고 있다. 이러한 일련의 과정은 1998년에 제정된 인권법(Human right act)에 따른 것이다. 또한 NICE는 사회경제적 요인으로 인해 나타나는 건강불평등을 감소시키고 특정 취약 집단의 건강향상을 위해 보건의료 서비스로의 접근 기회를 높이는 것을 목적으로 2011년부터 지금까지 총 6개 보고서가 발간되었다(NICE, 2016, pp.1-27).

## 제2절 의료불평등의 사회적 결정요인

의료불평등의 사회적 결정요인은 건강불평등의 사회적 결정요인과 상당 부분 겹치며, 또한 의료불평등 자체가 건강불평등의 매개요인으로 작용한다. 하지만 결정요인이 영향을 미치는 작동 방식과 경로는 건강불평등과 차이가 있다. 따라서 의료불평등의 사회적 결정요인을 별도로 다룰 필요가 있다.

이 연구에서는 심층면담 내용과 건강불평등의 발생기전(WHO, 2010, p.6)을 토대로 의료불평등을 설명하기 위해 수정·보완하여 다음과 같이 의료불평등의 사회적 결정요인 모형을 제시하였다.

[그림 4-4-1] 의료불평등의 사회적 결정 요인



자료: WHO(2010). p.6. 건강불평등 발생 기전(Final form of the CSDH conceptual framework)을 재구성.

앞서 설명했듯 건강의 사회적 결정요인을 대부분 공유하고 있으며, 특히 더욱 '근본적' 요인인 구조적 요인은 WHO(2010)의 모형과 거의 동일하다. 그러나 건강에 비해 개인이 의료를 이용하는 과정에는 문화나 사회적 가치, 규범과 지식·정보, 이들을 받아들이는 사회와의 상호작용 요인이 더욱 큰 영향을 미치므로 이를 강조하였다. 또한 보건의료체계 요인의 역할이 더 중요해짐에 따라 모든 결정요인에 전 방위적으로 영향을 미치는 위치로 이동하였다. 의료보장체계, 의료전달체계, 의료자원분포 등은 특히 직접적인 영향을 미치는 요인이며 보건의료에 있어서 공공의 역할과 민간부문에 의존하는 정도는 의료불평등의 대표적 사회적 결정요인에 해당한다. 매개 요인을 의료필요 요인, 인지적 자원, 심리사회적 요인, 지식·정보, 물질적 환경, 생물학적 요인으로 구분하였으며, 각 요인이 따로 작동하는 것이 아니라 상호작용하며, 따라서 다층적 구조로 불평등이 발생할 수 있음을 나타냈다. 앞서 제시한 의료필요-충족 모형에 따라 의료필요 요인은 과정상의 필요와 결과의 필요로, 결과는 신체적, 심리사회·정신적, 비의료적 필요 충족의 불평등으로 나타난다. 주요 요인에 대한 설명을 아래에 제시하였다.

## 1. 구조적 요인

### 가. 정치·경제적 맥락 요인

보건의료 분야 정책이 아닌 외부 환경, 거시정책과 맥락이 건강불평등과 마찬가지로 의료불평등에도 영향을 미친다. 예를 들어, 조세 정책이 불평등하여 소득 재분배의 기능을 수행하지 못했을 때 저소득층은 더 필수적인 재화를 위해 의료필요가 있음에도 이용을 포기하게 될 것이다. 혹은 노동 정책의 영향으로 질이 낮은 일자리가 양산되었을 때 경제적 부담

뿐 아니라 일 때문에 시간을 내기 힘들어 미충족의료가 발생하는 경우를 어렵지 않게 떠올릴 수 있다.

정치권력의 불평등은 특히 의료를 산출하는 투입요소, 즉 재원조달과 인력, 시설 등의 자원 분포에 직접적 영향을 미친다. 불평등한 정치권력의 분포가 불평등한 조세와 복지 제도를 낳으며, 재정을 비롯한 의료의 불평등 역시 이에 영향을 받을 수밖에 없다(김창엽 등, 2015, p.112).

심층면담 결과에서도 정치권력의 영향을 간접적으로 도출할 수 있었다. 의료불평등을 어떻게 인식하는지 물어봤을 때 참여자들은 ‘하면 좋은데 정부가 돈이 없으니까’, ‘다른 중요한 일이 있으니 의료에만 쓸 수 없어서’ 어쩔 수 없는 일이라고 답변한다. 자원 배분에서 우선순위를 결정하는 것에는 명백히 정치권력이 작동하며, 이는 불평등을 야기하는 중요한 원인이다. 불평등 인식의 체계정당화वाद도 맥락이 닿는 부분이다.

“그니까 돈을 조금 더 내더라도 전체적인 걸 해줬으면 좋겠어. 전체적인 건강검진을. 그게 뭐 워낙 돈이 많이 들어가니까 다 나라에 돈이 없어서 그렇겠지만 어쨌든 간에 그렇다 이거지. 뭐 이거는 내가 얘기해봤자 소용도 없는 거고.”(High\_F3)“

## 나. 사회경제적 위치 요인

성, 교육, 직업, 소득, 자산 등의 사회경제적 계층화는 건강불평등의 결정요인이자 의료불평등을 결정하는 핵심요인이기도 하지만 이들 요인이 의료불평등에 작동하는 구체적인 방식과 경로는 건강불평등과 다르게 나타난다.

예를 들어 소득수준의 불평등이 있어도 건강보장제도가 충실하게 작동하면 의료불평등은 줄어들 것이다(김창엽 등, 2015, p.108). 교육수준은 의료 관련 정보, 지식, 건강 문해력 등의 심리사회적 요인에 영향을 미치고, 정보와 지식의 차이는 애초에 의료에 기대하는 바나 의료필요 인지

자체에 불평등을 야기할 수 있다. 또한 사회적 규범에 따라 성에 기대되는 바가 다르며 이는 의료이용 행태에 영향을 줄 수밖에 없다. 어린 아이를 양육중인 여성의 경우 의료이용을 할 수 있는 시간적 여유를 찾기 힘든 것이 많은 연구 및 면담 결과에서 관찰되며, 산부인과, 비뇨기과 등의 진료과목을 찾을 때 같은 성별의 의사를 찾는 것 역시 예시로 들 수 있다. 직업 역시 노동환경과 마찬가지로 의료에 접근할 수 있는 시간적, 경제적 여유에 영향을 미칠 것이다. 경제적 접근성과 시간적 접근성은 대표적인 미충족의료 발생 이유로 꼽힌다. 이런 관점에서 본다면 경제적 이유로 인한 미충족의료 발생과 시간적 이유로 인한 발생의 구분이 명확하지 않고 중첩된다.

“얘기들 때문에 누가 봐줄 사람이 있어야 되는데, 병원을 가더라도 진료를 받으려면. 그래서 그냥 그렇게 넘겼어요.”(Low\_F1)

“그래서 사실 그, 제가 누누이 말씀 드리지만 치과 제외하고는 그냥 좀 다 크게 아무리 좀 소득이 작다고 해도 부담되는 금액은 아닌 것 같고요, 솔직히 말씀드리면. 의료업계가, 뭐 솔직히 실비도 안 비싸잖아요, 한 달에 만 얼마 하면 아무런 돈도 아니잖아요. 부담되면 거기서 보전받으면 되는 거고. 그게 아니더라도 사실 병원 한번 가면 솔직히 만 원이면 다 되잖아요. 약값까지 다 포함해서. 특별한 거 아니고는. 제가 아파서 간 거는 솔직히 만원 안 되는 것도 많았어요. 진료비라고 해봤자 뭐 3천원, 4천원. 약값 2천 얼마. 5~6천원은 뭐 실비 청구할 수도 없을 만큼의 그 정도여가지고 크게 부담됐다고 생각은 안 되거든요.”(High\_M1)

“그 다음에는 직장생활 하다가 시간이 없어서 못 가는 거. 그거 하려면 바로 휴가를 내야 되고 검사를 해야 되는데. 그래서 휴가를 낼 수가 없는 상황이니까. 대체를 할 사람이 없어서. 그런 식으로 해서 뭐 일을 키웠던 경험까지도 있고.”(Low\_F3)

#### 다. 사회문화적 맥락 요인

건강이 그 자체로 달성해야 할 가치라고 한다면 의료는 필요가 있을 때 충족되어야 하는 재화이므로 개인의 결정과정이 큰 영향을 미친다. 따라서 문화, 사회적 가치, 규범 등이 더욱 중요하게 다루어져야 한다. 이런

맥락 요인들은 개인 수준에서 앞서 설명한 사회경제적 결정요인과 상호 작용·결합하여 불평등을 야기한다. 엄마로서 본인보다 아이의 필요를 우선순위에 놓는 행동에는 ‘엄마’에 대한 사회적 규범과 문화, 어린 아이는 약한 존재이며 우선적으로 보호되어야 한다는 사회적 가치가 성, 경제적 상황 등의 요인과 결합하여 나타난 결과이다.

건강식품을 권유하는 사회적 분위기, 자궁암의 위험을 강조하는 미디어와 같은 요인들이 문화와 규범으로 작동하기도 하였다.

“그 다음에 영양학적으로도 이거는 사실 진짜로 맞다 안 맞다가 정확히 있는 지는 잘 모르겠는데, 누구는 맞다 그러고 누구는 안 맞다고 하는데. 그 영양제 같은 경우에 저는 몇 개는 챙겨 먹고 있거든요. 이게 뭐 예전에 건강검진 할 때는 뭐 중성지방 이런 거 높게 나오고 콜레스테롤 높게 나오고 비타민D는 무조건 결핍으로 나오고 막 이런 식이었어요. 그런데 그거를 이제 챙겨먹으니까 결핍에서 부족이 되고 조금 올라오고, 중성지방은 정상범위 안에 들어오고 이런 식으로 도움이 되는 걸 스스로 조금 느꼈거든요. 그래서 그런 부분들도 이게 효과가 있는 부분이면 이걸 개인의 선택에 맞가지 말고 아예 진짜로 뭐 엽산 먹듯이, 임신부가 엽산 먹듯이, 영양제 같은 거를 좀 줄 수도 있지 않나 생각이 들긴 해요. 아니면 그냥 주는 게 비용적인 게 좀 그러면 저렴하게 지원을 해줘서 좀 사먹을 수 있게 할 수 있지 않나 이런 것도 좀 있고. 그래도 아예 식사로 챙겨먹기 힘든 영양소를 아예 선정을 해서 그런 부분들에 대해서 의료보험을 혜택을 좀 줘서 약을 저렴하게 꾸준히 챙겨먹을 수 있게끔 지원을 해준다거나.”(High\_M2)

“애매하다기보다는 주의를 한 거예요. 그니까 증상은 하나도 없었어요. 뭐 출혈이나 뭐 아프거나 그런 건 없었어요. (그러면 수술, 유방암수술을 하시기 전에 자궁암검사를 정기적으로 하신 거예요?) 정기적으로는 안 하고 두 번 정도 했어요. 그니까 막내 출산하고 나서, 막내출산이 마지막으로 했다가 한 15년 만엔가 그냥 했어요. 이제 나이도 들고 자궁암, 자궁암 얘기들을 많이 해서.”(High\_F2)

“아뇨. 애기는 돈이 조금 들어도 가게 되는데. 저는 병원에 잘 안 가게 되더라고요. (아, 그러니까.) 돈이 얘기들은 만원 미만으로 들지만 저희가 한번 병원에 갔다 왔다 하는 비용을 말씀하시면 적게는 십만 원, 이것저것 검사를 많이 하라고 해서 권유를 하고 하나씩 거 때문에 솔직히 겁도 나기도 하고.”(Low\_F1)

## 2. 매개 요인

### 가. 의료필요 요인

객관적 건강상태는 물론 필요의 인지와 해석에도 불평등이 나타날 수 있다. 특히 필요-충족 모형에 따르면 의료이용 과정에서 발생하는 모든 필요에서 인지의 불평등이 발생할 가능성을 쉽게 떠올릴 수 있다. 어떤 상황에서 어느 정도의 고통이나 증상을 느낄 때 의료이용을 할 필요성을 느끼는지 혹은 의료를 이용할 때 어떤 내용을 기대하는지에 대한 인식은 다양하게 나타난다. 같은 증상을 두고도 이를 의료필요로 인지하는 사람과 그렇지 않은 사람이 있고, 이때 인지와 해석은 감수성, 교육 수준 등 개인 특성에 의해서도 차이가 나지만 개인이 경험하는 장애요인, 주변인의 의료이용 행태 등 개인을 둘러싼 사회적 환경에 따라서도 달라진다.

아래 인용구는 각각 의료접근성이 높은 참여자와 낮은 면담자가 필요 인지에 어떤 차이를 나타내는지를 보여준다. 면담의 맥락상 개인 특성 외에도 의료접근성이 낮고 장애요인이 많을수록 필요라고 인지하는 기준이 높은 경향을 보였다.

“이게 아주 움직이는데 아주 일을 못 할 정도다. 운전하는데 운전대도 못 잡겠다. 그렇게 이제 심각하다 해야 가서 주사 맞고 그러지. 그게 조금 불편하다고 해서 병원에 못 찾아가지.”(Low\_M4)

“조금이라도 아프면 무조건 병원에 가요. 예를 들어, 양치를 하다가 시큰하거나 아니면 어느 날, 제가 치실 사용하는데, 치실 사용하다가 뭐 치아가 조금 검게 보이는 부분이 있다가 나 이런 이상한 게 발견이 되면 병원에 바로 가요.”(High\_M2)

## 나. 인지적 자원

의료필요 충족을 위해 수많은 정보를 취합 및 취사선택하고, 필요의 충족을 방해하는 장애요인들을 제거하기 위해 이용자는 인지적 자원을 소모하게 된다. 이때 인지적 자원은 스스로의 몸과 의료에 대한 지식과 적절한 의료이용에 신경 쓸 수 있는 여력을, 인지적 자원의 소모는 '신경 써야 하는 일'의 발생으로 상정하였다. 당장의 일상생활 유지에 대부분의 인지적 자원을 소모하여 어떤 의료기관에 가야 필요를 적절하게 충족할 수 있을지 생각할 수 없는 상태라면 의료이용을 포기하게 될 것이다.

필요-충족 모형의 단계별로 인지적 자원의 소모 과정을 관찰할 수 있었는데, 의료 추구(seeking)와 도달(reaching) 단계에서 참여자는 원하는 의료기관 혹은 서비스에 도달하기 위해 너무 많은 정보를 스스로 찾고 선택을 내려야했으며, 그 과정에서 인지적 자원을 소모했다. 어떤 의료기관에 가야하고 어떤 서비스를 필요로 하는지에 대한 판단이 모두 개인에게 맡겨져 있는 의료시스템의 문제가 인지적 자원의 소모를 일으키는 것으로 볼 수 있다. 또한 이때 인지적 자원을 소모하고 어려워하는 사람이 있는 반면 스스로 정보를 찾고, 의사결정을 하는 과정에 어려움을 느끼지 않는 사람도 있었는데, 주로 노인층에서 어려움을 느끼는 등 나이에 따른(혹은 다른 개인 수준 특성에 따른) 불평등이 발생하는 것을 관찰할 수 있다.

“아쉬웠던 건 그거. 나의 몸을 이렇게 눈으로 훑어가지고 아, 어디 검진 좀 해보세요. 그런 거. 그녀가 가정의학과적인 거. 그런 주치의 같은 게 없는 게 좀 아쉬워요. 그리고 지금도 내가 복부 초음파를 안 했다는 거를 잊지. 한참, 진짜 몇 년이 지난 뒤에 생각이 난 거예요. 아, 그래서 이거는 한 번 해봐야겠구나. 나 스스로 그걸 갔다가 체크를 해가지고 일단 예약을 해놨어요.”(High\_F4)

“아니 병을 찾으려고 왜 그런가 종이에다가 내 증세 적고 병원에도 가보고 그랬는데 그게 이렇게 해가지고 의사들이 쭉 하고 앉아가지고 내 증세가 이렇게. 이렇게 해서 고생한다 이거 한 장 주면 누가 쳐다보면서, 야 이거 내 소관이다. 내가 한번 찾아본다고 이런 정도로 봤으면 좋겠어요. 누가 그렇게 의사가 찾아가서 당신 이런 증상이면 뭐가 저기 하니까, 뭐

가 나빠서 그러니까 나한테 와 보라고. 그런 정도로 누가 의사가 좀 또 그렇게 집어갔으면 좋겠어. 의사들은 그런 얘기하면 대강 감이 올 텐데.”(Low\_M4)

“일단은 직접 가서 최종 결정을 하겠지만 그 전에 저는 인터넷으로 찾아서 갔다 온 사람들 댓글도 좀 보고 그 다음에 그 선생님의 약력도 좀 보고 그리고 위치나, 보는 진료과목도 좀 보고, 그래서 가능하면은 전문의였으면 좋겠고 여러 개 보시는 분 말고 한 가지만 좀 잘하는 병원이었으면 좋겠고 해서 그렇게 일단 사전으로 좀 찾고, 그 다음에 직접 가서 한번 보고, 그리고 나서 계속 다닐지, 말지를 결정하는 것 같아요.”(High\_M2)

의료이용(utilization) 단계에서 역시 절차의 복잡성이 불편함을 야기하고, 인지적 자원의 소모를 일으켰다. 많은 소모가 예상되는 경우는 이 용을 포기하기도 하였다.

“이제 내 스스로 호흡기내과를 가봐라, 가서 뭐 검사하면 폐기능이 이것저것 검사하고, 그 결과 나온 거 이제 보면 그 증상이 아니고. 그렇게 한두 번 하다 말았죠. 그러면 의사가 내 과든, 외과든 이제 어디든지 신경외과든지 자기가 그 병 아니면 또 딴 데 가보라고 해서 또 이걸 검사하고 저걸 검사하고 하니까 하다 말고, 내 스스로 끝까지 쟁겨서 할 수도 없고, 하도 못하고. 그리고 또 이런 개인의원 같지 않고 대학병원은 이제 복잡하더라고요. 예약하고 날짜, 시간까지 정해서 왔다 갔다 하고, 가려고 하면. (시간 잡아서 예약하고 가고 이런 게 좀 불편하신 거예요?) 네.”(Low\_M4)

“여기서는 무조건 종합병원 격인 데로 가게 돼 있어요. 여기는 가면 노인들이 그렇게 많지는 않아요. 그게 이상하더라고요. (그니까 노인 분들은 왜 거기 안 가실까요?) 거기 절차가 이제 복잡하잖아요.”(Low\_M3)

#### 다. 지식과 정보, 심리사회적 요인

지식과 정보의 차이에 따라 의료필요를 인지하는 정도, 충족 정도에 영향을 미치며 또한 건강신념, 건강 문해력 등의 심리사회·문화적 요인에 영향을 미친다. 의사에 대한 신뢰, 의료이용에 대한 친화성, 의료 체계에 대한 태도와 믿음 등이 이에 해당한다.

일반적으로 건강과 의료에 대한 지식과 정보가 많아지고 문화적, 심리

사회적으로 의료에 친화적일수록 의료에 대한 필요가 높아진다. 따라서 의료에 대한 기대와 필요를 높여서 미충족이 더 발생할 가능성도 내포한다. 지역사회 단위로 미충족의료 설문조사를 볼 때 일부 지역에서는 오히려 의료접근도가 떨어지고 도시지역과 동떨어진 읍면지역에서 대도시의 중앙에 위치한 구 지역보다도 미충족률이 훨씬 낮게 나타나는 현상은 이러한 기제 때문일 것이다. 그러나 지식과 정보의 경우 적절한 수준으로 획득하게 되면 의료이 과도하게 필요하지는 않다는 것을 알게 되기도 하므로 단순히 한 방향으로만 작동한다고 보기 어렵다.

의사에 대한 신뢰나 태도도 양방향의 가능성을 모두 가지고 있다. 의료 체계에 대한 신뢰가 낮을 때 오히려 의료를 믿지 않고 다른 방식의 해결 방안을 찾으려 해서 의료필요가 낮아질 수도 있으나, 반대로 의심을 해소하기 위해 더 많은 병의원을 찾아다니는 식으로 오히려 높아질 수도 있다. 따라서 지식과 정보, 심리사회적 요인이 의료불평등에 미치는 영향을 해석할 때는 대상과 맥락에 따라 주의를 기울여야 한다.

“점점 지식이 들어오고, 책도 보고 그러니까 고혈압이 뭔지 알겠다 싶죠. 고혈압이라는 게 평생 갖고 가는 거다. 치료 안하면 안 된다. 뭐 이러니까, 뭐 의사도 그렇게 말씀하시고, 또 그런 이야기가 있었어요. 약을 한번 시작하면 상당히 아마 웬만해서는 중단을 못한다고 하던데, 이거 오래 먹으면 부작용이 없겠는가. 그 말씀이 명언이시죠. 의사선생님 말씀하시는 것이. 요즘 약이 좋아져서 부작용은 거의 없고, 설사 부작용이 있다고 그러더라도 먹어서 부작용보다 안 먹어서 아주 이상한 결과 생기는 경우보다는 훨씬 낫다고 하시는 거죠. 그 말이 참 와 닿더라는 거죠.”

“그러다보니까 내 주위의 사람들에게, 나도 이제 반 의사가 되었어. 하도 그러니, 보면 혈압 높다 그러면 얼마냐 그러면 160/100 나왔다고 그래. 언제부터 그랬냐. 한 몇 년 되었다는 거예요. 이 사람이 안 먹는다는 거죠. 결국에는 내가 약 먹게 한 사람도 있어요. 요즘은 이제 먹고 있대요, 그 친구가.”(High\_M4)

“예를 들어 지방이라든가 그런 정보가 어두운 쪽에서는 이런 병이 있는지조차 모르고 지나가고 마는 게 있는 거예요. 그런데 정보가 있고 교육수준이 높고 하는 경우에는 조금만 그래도 아 이진 병원에 가야 한다, 이진 아니다..그런 판단을 막 할 수 있고, 병원에 가려고 하겠죠, 아무래도. 큰 차이가 있다고 봅니다. 옛날에는 병을 그냥 모르고 살았던 것이 이제는 다 알게 되니까. 그런 것에는 환경 요인이 크다고 봅니다. 알고 모르고, 정보의 양이 틀리기 때문에.”(High\_M4)

“고혈압이 너무 지금 우리가 말하자면 다국적기업 이런 데에서 약을 내놓으려고, 그래서 좀 상업적으로 그렇게 해서 우리가 너무 과잉진단이 된다.  
(약을 팔아야 되기 때문에?)  
“그런 걸 많이 이야기를 하더라고요. 그럼 주변에 또 이렇게 약을 안 먹고 이렇게 또 하시는 분들도 있고.”  
“그렇게 생각을 하면. 근데 제가 사실은 이제 혈압기를 사다가 놓고, 또 사무실에도 있고 하니깐 재고 하는데 이제 불안하기도 하니깐 근래에 약을 끊어보기도 하고 그렇게 해요. 먹다가 안 먹다가 그렇기도 하고. 그래서 아니 지금 신뢰가 안 가니까. 너무 약만 지금 먹게 되면, 이게 평생 먹어야 되는 약이잖아요, 이게. 그래서 그런 부분들이 내가 좀 반신반의하고 있어요.”(High\_M3)

## 라. 물질적 환경

생활환경, 노동환경과 더불어 의료의 지리적 접근성에 영향을 미치는 교통수단과 이동성 등은 의료불평등의 중요 결정 요인이다. 물질적 환경이 건강에 미치는 영향에 비해 의료자원への 접근성은 훨씬 직접적으로 의료불평등에 영향을 미친다. 또한 물질적 환경에 따라 의료자원への 접근성이 달라지고, 의료자원의 분포는 앞서 언급했듯 정치권력의 불평등에 의해 결정됨을 생각하면 결정요인들 간의 상호작용이 있음을 이해할 수 있다.

특히 농촌지역에서 지리적 접근성의 필요가 충족되지 않는 경우가 많이 나타났으며 의료기관까지의 거리가 비슷하더라도 자동차 소유 유무에 따른 이동성이 차이가 접근성에 큰 차이를 가져왔다. 면담참여자 Low\_F4와 Low\_M4는 같은 마을에 살고 있으나 Low\_M4는 자가운전자이고 Low\_F4는 하루에 세 번 오는 버스를 이용해야만 의원에 방문할 수 있었다.

“여기서 청양 읍내라는 데가 저기여. 청양 읍내 여기서 군소재지가 병원이 있는데. 병원이라는 데를 가려면 여기서 버스타고서 한 40분 가야 돼요, 버스 타고. (버스는 자주 와요?) 자주 안 와요. 하루에 3~4번 와. 그래서 그거 이용하려면 아침에 8시 40분에 갔다가 1시, 거기서 12시 40분에 오는 거 그거 타야 돼요. 그거 못 타면 이제 못 와. 그러니까 병원 다니는 게 굉장히 불편해요.”(Low\_F4)

“(갈 때 조금 불편하거나 이런 점은 없으세요?)아 뭐 내 차로 가니까 상관없지. 버스는 잘 안 타는데. 그리고 이제 집 식구는 운전을 못 하니까 버스 타고 갔다 와야지.”(Low\_M4)

## 마. 생물학적 요인

유전적 요인으로 인한 건강상태, 가족력, 질병 감수성 등이 의료불평등의 영향요인으로 작용할 수 있다. 또한 명확하게 밝혀지지는 않았으나 유전적 요인, 생물학적 요인이 의료이용 ‘행태’에 영향을 줄 수 있다. 직접적 원인으로 작동하지 않더라도 가족력, 유전적 요인에 대한 인식이 규범적 필요에 영향을 미치기도 한다.

“저도 장이 되게 약한 편인데 아버지가 대장암이니까 그 다음에 저도 좀 유전적인 요인이 있으니까 겁이 좀 나는 거예요. 거기다가 저는 아버지만 그런 게 아니고 할아버지도 그러시고 그리고 외가 쪽도 외할아버지도 그러시고. 다들 약간 대장 쪽에 뭐가 있으시고 또 삼촌들도 그 종합검진을 하면은 용종 떼고 막 그런 이야기를 들으니까 젊은 나이긴 하지만 설사만 하면 걱정이 되는 거예요.”(High\_M2)

## 3. 보건의료체계 요인

### 가. 건강보장제도

보건의료체계는 그 자체로서 의료불평등 발생과 감소에 영향을 미친다. 건강보장제도는 개인의 경제적 능력에 따른 보건의료의 불평등을 완화할 수 있는 핵심 요인이다. 하지만 전체 의료비 지출 중 공공 재원이 차지하는 비중이 낮고, 환자 본인이 스스로 부담해야 하는 낮은 보장성으로 인해 제도의 한계가 의료불평등을 심화시키는 방향으로 작동할 수도 있다(김창엽, 2015, p.108). 또한 건강보장제도는 경제적 접근성을 향상시키는 것을 일차적 목적으로 하지만 형태에 따라 사람들이 의료를 인식하

는 방식, 의료필요 인지에도 영향을 미칠 수 있다. 공공 영역의 건강보장 제도가 제대로 작동하지 않을 경우 민간의료보험이 활성화되고, 의료필요 인지와 이용 행태도 달라지는 것을 볼 수 있다.

“지금 그래도 우선은, 그래도 병원 가면 우선 조금 내는 건 그래도 그 의료보험카드 써먹으니까 조금 덜 내는 거 아니야. 보험카드에서 이제 떼어 내는 건 떼어 내더라도. 그래서 우선은 우리가 가서 내는 건 조금 적은 것도 있어. 그것도 안 해주면 더 많이 내야 되잖아.”(Low\_F4)

“가족 중에 뭐 있어도 실비 들어와 가지고 웬만하면 또. 집사람 수술하고 해도 뭐 나중에 다 타니까. 다 타니까 뭐 큰 그거는 없어요. 별로 많이 들어간 게 없어요. 들어가도 집사람은 이제 팔이 이렇게 아파가지고 여기를 수술을 양쪽 손을 다 했거든요. 병원에 입원 해가지고 여기 수술해가지고, 손이 저리고 이런 것 때문에. 근데 그런 비용이 꽤 들어가는데도 나중에 어차피 뭐 실비 들어 있으니까. 다 나중에 비용은 다 타니까 뭐 그런 건 크게 없죠. 그런 거에 대한 부담이. 그래서 실비는 중요한 것 같아요.”(Low\_M3)

## 나. 의료전달체계

의료전달체계, 혹은 환자의뢰 체계에 따라 사람들이 어떤 의료기관을 찾아야 할지에 대한 혼란을 느끼고 인지적 자원을 소모함을 앞서 언급하였다. 또한 대도시 위주로 종합병원과 환자가 집중되는 전달체계로 인해 3차 의료기관을 이용할 필요가 있을 경우 접근성이 떨어지는 지역에서 불편함을 느끼고, 반면 가까운 지역에서는 경증인 경우에도 쉽게 큰 병원을 이용하게 되는 경험의 차이가 나타났다.

“맨 처음에 갔을 때는 갑상선 여기에 몽우리 있다고, 사실상 개인병원에 여기 동네 갔더니 있다고 관리를 필요로 하더라고요. 그래서 집이 그 개인병원보다 서울대병원 걸어서 한 15분 정도면 가니까. 그때는 무슨 의료순위 이런 거 필요 없이 오픈할 때는 그냥 1차, 지금 거기 3차병원이에요? 1차 병원으로 해가지고 그냥 아무나 갈 수 있었어요. 오픈할 때니까.”(High\_F4)

“거기하고, 그 병원하고 이제 같이 연계돼서, 자매결연, 이렇게 연결된 병원 있잖아요. 그래서 거기 그 개인병원에서는 삼성의료원도 하고 아산병원 이렇게 연계가 되가지고 가게 되었어요. 그래서 보통 사람들 생각에 큰 데 가면 빨리 낫지 않나, 급하니까. 그래서 저도 서울로 가게 되었어요.”(Low\_F3)

#### 다. 의료 공급자 특성

의사의 진료행태 등의 공급자 요인도 의료체계 요인의 일부에 해당한다. 진료예약 방식의 복잡함과 번거로움이 인지기적 자원이 부족한 집단, 예컨대 노년층이나 이주민들에게 불리한 불평등을 가져올 수 있으며 의사의 진료행태는 특히 심리사회·정신적 및 비의료적 필요 충족에 큰 영향을 미쳤다.

“아, 만족했던 거는 애들 아빠 수술했을 때 그때 뭐 결과 좋고 했으니까. 그리고 교수님하고 엄청 잘 신경 많이 써서 그거 해줬을 때. 그때가 제일 만족했었고요. (교수님이 신경을 써서 잘 해주셨다는 거는 어떤 거?) 뭐 설명도 잘 해주시고, 또 걱정할까봐 수술 끝나자마자 오셔서가지고 다독여주시고 그랬을 때.”(Low\_F3)

“이제 내 스스로 호흡기내과를 가봐라, 가서 뭐 검사하면 폐기능이 이것저것 검사하고, 그 결과 나온 거 이제 보면 그 증상이 아니고. 그렇게 한두 번 하다 말았죠. 그러면 의사가 내 과든, 외과든 이제 어디든지 신경외과든지 자기가 그 병 아니면 또 탄 데 가보라고 해서 또 이걸 검사하고 저걸 검사하고 하니까 하다 말고, 내 스스로 끝까지 챙겨서 할 수도 없고, 하도 못하고. 그리고 또 이런 개인의원 같지 않고 대학병원은 이제 복잡하더라구요. 예약하고 날짜, 시간까지 정해서 왔다 갔다 하고, 가려고 하면.”(Low\_M4)

#### 라. 의료 자원 분포

앞서 언급한 바와 같이 대도시 위주의 상급병상 집중, 지방 산부인과의 부족 현상, 분만 가능한 산과 전문의 부족, 의료 인력의 경제적 보상이 높지 않은 과목의 기피 등 의료자원의 분포는 그 자체로 치명적인 결과를 가져올 수 있는 결정요인이며, 민간위주 보건의료체계와 정치권력의 불

균형 등 다른 맥락요인의 영향을 받는다. 의료접근성이 차이가 나는 두 지역에 살고 있으며 비슷한 나이의 아이를 키우고 있는 면담참여자 High\_F1과 Low\_F1의 상황에서 자원 분포에 의한 불평등이 극명하게 드러나는 것을 관찰할 수 있었다. High\_F1 참여자는 집과 가깝고 쉽게 갈 수 있는 소아과가 두 곳이며, 이중 한 곳은 24시간 환자를 받는 야간진료가 가능하였다. 반면 Low\_F1 참여자는 거주중인 시 전체에 소아과가 총 두 곳 있으며, 가까운 소아과에서 오진 경험을 하고 난 후로는 의료이용을 위해 매번 30분 이상이 걸리는 타 도시로 이동하고 있었다.

“그것도 또 그 병원이 또 야간 진료를 해서 월, 수, 금은 9시까지 하거든요. (얘기들 다니는 소아과가 근처에 있어요?) 네. 있어요. 이수역에. (병원 가는 데 뭐 크게 어려운 점은 없으신 걸로.) 네. 야간 진료 하는 병원이 요즘에 조금 많아졌어요. 이쪽에도 좀 많이 생기는.”  
 “음, 그니까 거기가 야간진료 하고 365일 열거든요? 추석이고 설날이고 무조건 해요.”  
 “(그렇게 매일 하는 병원이 그거 하나 있는 거예요?) 이수역 쪽에 하나 있고, 내방역 쪽에 새로 하나 생겼어요, 최근에. 그래서 이제 두 군데예요. 근데 이제 내방역 쪽은 별로 마음에 안 들어서 이제 이수역 쪽으로 가죠.”(High\_F1)

“첫째는 일단 여기가 부여잖아요. 근데 부여에는 소아과가 두 군데 정도가 있기는 해요. 근데 저희가 이제 공주나 대전 쪽으로 다니거든요. 그 이유는 이제 오진이 많이 나니까. (오진이 그러니까 공주에서는?) 아뇨, 아뇨, 여기서서.”  
 “그니까 쉽게 얘기해서 큰 병원을 가서 진료를 받으면 폐렴이다, 라고 말씀을 하시는데 여기서도 그냥 단순감기다. 병을 키우는 것 같아서 저희는 조금 비용이 들더라도 멀리 나가는 편이에요. (그러니까 지금 얘기 관련해서 말씀하시는 거죠? 오진이 난다는 거는 그럴 가능성이 있다, 라고 생각을 하시는 건가요, 아니면 실제 그런?) 아뇨, 여기서도 그니까 오늘 아침에 제가 급한 대로 여기 병원에 가서 처방약을 받아서 왔는데 신랑이 아니다, 한번 대전 쪽으로 가보자 해서 대전 이제 대전 큰 병원으로 갔는데 폐렴이라고 하더라고요. 조금 더 심해지면 오늘 처방약을 받고 이걸 먹어보고 안 되게 생겼으면 병원에 입원을 해야 된다, 라고 얘기하더라고요. (아, 실제로 경험을 하신 거예요?) 네. 그래서 저희는 여기를 안 다니는 거죠. 여기 살면서도.”(Low\_F1)

## 마. 공공보건의료의 역할과 민간위주의 보건의료체계

Derose(2011)가 강조한 것처럼 공공보건의 역할 또한 중요하다. 공급에 있어서 공공보건의료의 미미한 비중과 취약성은 의료불평등 완화에

제 역할을 못하게 하는 작용을 하며, 적절한 평가와 모니터링, 정책 개발 역시 공공이 수행해야 할 역할이다. 공급에 있어서 공공의 비중 역시 중요한 결정요인이 될 수 있다. 또한 민간 위주의 보건의료체계는 미시적으로 의료이용과 제공자의 행태, 서비스의 질에 영향을 미치고 거시적으로 정책과 체계의 기본 구조를 결정하는 중요한 요인으로 작용한다(김창엽 등, 2015, p.111).

국민건강보험공단에서 제공하는 국가 건강검진을 받은 참여자가 검진에서 제공하는 기본 항목 외에 추가적 검사를 권유받았고, 이는 이용자의 불안을 가중시켜 결국 추가 지출을 가져오게 하였다. 의료 공급의 대부분을 민간에 의존하고 있고 따라서 민간 부문이 영향력과 ‘권력’을 가지고 있는 상황에서는 이윤추구를 근본적 동기로 가진 민간 부문이 불평등을 강화시키는 방향으로 영향을 미치는 것이 당연하다(김창엽 등, 2015, p.111). 참여자 High\_F3에게 국가에서 권장하는 필요한 의료의 범위와 직접 이용할 때 권유받는 의료의 범위가 달라 혼란스러웠던 경험은 공공도, 의사도 믿지 못하게 하는 신뢰 형성의 방해요인으로 작용했다.

“그 왜 나라에서 해주는 거 있잖아요. 나라에서 해주는 그 건강검진. 근데 그것도 사람이 있잖아. 가면은. 병원에 가면은 그 간호사들이 막 괜히 유도를 해. 이거는 세네 가지밖에 안 해줘요. 그니까 이것도 문제가 있는 것 같아. 나라에서 해주는 거는 세네 가지잖아요. 세네 가지로 피검사를 하나봐. 근데 그거 가지고는 안 나온다 이거야. 그게 다 병이 안 나온다 이거야. 그래서 자기네가 하는 스몰 몇 가지가 있더라고. 그걸 하면 거의 다 나온다. 그럼 어느 누가 가서 그 국민건강검진 그거를 하나고. 갔을 때 이거는 몇 개 안 나온다는데, 내가 아파서 검사를 갔는데 생각을 해봐. 그럼 세네 가지밖에 안 나온다는데 돈을 더 들여서라도 그 스몰 몇 가지를 검사를 하지. 안 그러겠어요? (그렇죠.) 그니까 이 국민건강보험에서 한다는 이 국민공단에서 이거만 해도 충분히 뭐 병이 다 나온다거나 이런 거를 하면 저기 할 텐데 병원에 가면 이렇게 얘기를 하나까. 나 같아도 불안하니까. 그래, 괜히 이거 공짜로만 했다가 이거 만약에 내가 돈이 아까워서 될 안 했다. 그럼 나중에 무슨 병이 발견이 안 됐다 그럼 불안하잖아. 그러면 다 하게 돼. 25만원, 30만원. 몰라 거의 그러는 것 같아. 거의 찰팔십 프로그가 거기에 속아서 검사를 하는 것 같아. 내 생각에. 주위에서 보면 그렇더라고. 하러 갔다가 세네 가지, 왜 사람들이 공짜로 한다고 하면 다 가지 않아요.”(High\_F3)

#### 4. 사회적 결속력과 사회자본

Pescosolido 등(2011)의 Network-Episode 모형에 따르면 개인의 의료이용은 사회적 관계의 맥락 속에서 이루어지며 지역사회 네트워크 특성에 따라 달라진다(Pescosolido, 2011; Riegle&Stewart, 2013, p.7 재인용). 개인 수준에서 사회자본, 또는 물질적/사회적 지지가 있는 지에 따라 의료이용 과정이 달라지는 것은 심층면담 결과에서도 쉽게 발견되며, 이는 의료체계 요인과 결합하여 아는 사람이 있는 경우 병원의 예약이 쉽고 더 빨리 가능했던 경험으로 나타나기도 했다. 한편 사회적 관계의 맥락에 따라 경제적 이유로 의료이용을 하지 못하는 경우를 거의 보지 못하고, ‘아마도 있을 것’이라고 타자화시키는 인식을 보여주기도 한다. 사회적 관계에 따라 의료불평등 인식이 달라질 수 있으며, 이는 의제화 형성 혹은 정책 시행의 어려움에 영향을 미칠 수 있다.

“그리고 또 마침 아산병원에 예약을 할 수가 없었어요. 그래서 일단은 두 달이나 대기를 타고 일단 예약을 걸어놓고 그리고 이제 저희 주변에 아는 사람들한테 뭐 연이 될 만한 사람이 있는지를 찾아봤죠. 근데 마침 저희 외삼촌 계시는 분 중에 000연구소, 00 연구단지에 센터장을 하시는 분이 계세요. 근데 외삼촌은 한의학 쪽이니까 양학 쪽은 잘 모를 수도 있겠다 생각이 들긴 했는데 그래도 이제 전화를 드려서 물어봤죠. 그랬더니 뭐 또 주변에 아는 사람 중에 아산병원에 누구 아는 사람이 있어서, 약간 바로 아는 사람은 아니고 몇 다리 거쳐가지고 아시는 분이 있다고 해서 그래서 진료를 좀 땅겨서 받을 수 있었어요.”(High\_M2)

“글쎄 뭐 내 주위에는 돈이 없어서 못 가는 사람들, 그니까 어쨌든 간에 아프면 병원에 가야지. 갑자기 아프거나 무슨 큰 병이 있다거나 그러면 가야지 뭐. 돈이 뭐 그렇게 있고 없고를 떠나서. 근데 일단은 그렇게 큰 병 같으면 돈이 없어서 치료를 못 하는 사람도 있을 것 같아. 있을 것 같아. 사람이 많으니까. 뭐 어디에 있는지는 모르겠지만. 그런 경우 있을 것 같은데. 돈이 없어서 치료 못 받는 사람들 있을 것 같아. 그러니까 왜 생활고에 시달려서 자살하는 사람도 있듯이 돈이 없어서 치료 못 받는 사람들도 있겠지.”(High\_F3)

### 제3절 의료불평등에 영향을 미치는 정책

이 절에서는 앞서 제시한 의료불평등의 사회적 결정요인 모형(그림 4-4-1)에 따라 보건의료체계와 의료필요 충족 과정에 개입하는 정책, 거시적인 정치·경제적, 사회·문화적 맥락에서 개입하는 정책을 나누어 살펴 보았다. 전자는 의료불평등 감소를 위한 정책, 후자는 의료불평등에 영향을 미치는 사회정책으로 구분하여 설명하였다.

#### 1. 의료불평등 감소를 위한 정책

##### 가. 재원조달

보건의료 서비스 체계가 원활히 운영되기 위해서는 자원의 확보가 중요하다. 자원을 누가 부담하고 어떻게 확보하는지를 살펴보는 것을 재원조달이라고 한다. 재원조달은 크게 조세, 건강보험료, 본인부담금 그리고 민간보험료로 나누어 볼 수 있다. 선행연구에 따르면, 한국의 의료비 재원 구성을 살펴보면 2012년 전체 의료비 중 42.4%가 사회보험으로 충당되며 조세는 12.1%를 차지한다. 가계가 직접 부담하는 비중은 35.9%로 나타나 개인의 의료비 부담 정도가 매우 높은 것으로 나타난다(서남규, 2014, p.122).

##### 1) 조세

조세를 통해 형평성을 높이기 위하여 누진세율을 적용하는 직접세의 형태로 보건의료 재원을 조달할 수 있다. 다수의 선행연구를 통해 소득에 관계없이 부과되는 간접세에 비해 직접세가 누진적이라는 것을 확인할

수 있다. 직접세가 가장 누진적이고 건강보험료, 간접세, 민간보험료, 본인부담금 순으로 누진적인 정도가 낮아지며(남재욱, 2014, p.41), 간접세의 경우 역진성이 약하거나 오히려 약한 누진성을 띤다는 결과를 발표한 연구들이 있다(김창엽 등, 2015, p.215). 역진성이 가장 높은 재원은 민간보험료, 본인부담금이며 한국의 의료비 재원에서 두 재원이 차지하는 비율이 가장 크다. 그리고 그 결과로, 보건의료 자원조달의 형평성을 시계열적으로 본 연구에서는 2006년 이후 본인부담금의 역진성이 심화되어 한국의 자원조달 체계가 불공평해지고 있는 것으로 나타났다(Cho, 2013, p.187).

## 2) 건강보험료

의도한 대로 부과체계가 작동한다면 건강보험료를 통한 자원조달이 지불능력에 비례적이 되어야 하지만 많은 선행연구에서 역진성이 관찰되고 있다. 그 원인으로 보험료의 부과기준이 되는 가구의 지불능력을 정확하게 반영할 수 있는 기준이나 방법이 미흡하고 보험료 부담에 상한이 있기 때문으로 여겨진다(김창엽 등, 2015, p.216). 특히 한국은 임금소득기반 보험료에 대한 의존도가 높은 구조로 전체 보험료의 80% 이상을 차지하고 있어 기업이나 근로소득자의 변화에 영향을 많이 받을 수 있다. 또한 직장, 지역가입자에 대한 보험료 부과방식이 다르고 소득이나 재산의 증가 폭에 비해 부과되는 비율이 낮아 역진성이 큰 것으로 보인다(강희정, 2016, p.20).

## 3) 본인부담금

본인부담금은 소득수준에 관계없이 부과되며, 입원의 경우 총진료비의

20%를 부담해야 한다. 따라서 역진성을 가질 것이라고 예상할 수 있다. 더욱이 소득수준에 따른 진료비는 소득이 높을수록 증가하는데, 소득 대비 진료비 비중을 살펴보면 소득수준이 낮을수록 진료비 지출 부담이 늘어나는 것으로 나타난다(정영호, 2011, p.76).

#### 4) 민간보험료

민간보험은 공적보험이 보장하지 않는 부분을 보장하고 의료비가 많이 들 경우를 대비한 저축의 형태를 가진다. 2005년 한국의 민간의료보험 규모는 GDP 대비 0.9~1.4%이며 건강보험수입의 42~45%에 달하는 금액이었으며 그 규모는 계속 증가하고 있다(백인립 등, p.130). 2009년에는 가구 중 77.79%가 민간의료보험에 가입하고 있는 것으로 나타났으며 가구당 월평균 보험료도 2008년에 비해 증가하였다(권기현 등, 2014, p.267). 민간보험 가입률이 증가하면서 민간보험료 자체가 가계에 부담이 되고 있으며, 더구나 민간의료보험에 가입 시 의료서비스 이용 횟수가 증가하는 것으로 나타났다. 고령자, 저학력자, 저소득자, 건강보험 미가입자 등의 사회적 취약계층이 민간의료보험 가입에 어려움을 겪고 있다(백인립 등, 2012, p.146). 즉, 민간보험은 의료비 부담을 가중시키고 취약계층을 가입에서 배제함으로써 의료불평등을 악화시키는 방향으로 작용하고 있다.

#### 나. 접근성 및 이용

보건의료기본법 제29조에 따르면, 국가와 지방자치단체는 보건의료자원이 지역적으로 고루 분포되어 보건의료서비스의 공급이 균형 있게 이루어지도록 해야 함을 명시하고 있다. 제10조에서는 모든 국민은 성별,

나이, 경제적 사정 등을 이유로 자신과 가족의 건강에 관한 권리를 침해 받지 않는다고 되어 있어 건강권과 보건의료접근권의 근거가 된다.

### 1) 지리적 접근성

지리적 접근성을 높이기 위한 대표적인 제도로 지역보건의료기관의 설치 있다. 지역보건법 제2조에 의하면, 지역보건의료기관이란 지역주민의 건강을 증진하고 질병을 예방, 관리하기 위해 보건소, 보건의료원, 보건지소 등을 설치한 것이다. 서울과 수도권에 밀집되어 있는 의료기관의 현재 상황에 비추어 볼 때, 지방의료기관을 의무적으로 각 지역에 설치하도록 함으로써 의료서비스에 대한 지리적 접근성을 높일 수 있다. 지방의료원의 경우 공공보건의 일환으로써 13개 시도에 34개의 지방의료원을 두고 있다. 의료기관의 지역적 불균형을 완화시키는 데 중요한 역할을 하는 기관이지만 필요 수준에 따른 지원이 적절히 이루어지지 않고 있고 민간이 우세한 경쟁적인 의료시장에서 수익성과 공익성을 함께 요구 받는 등의 구조적인 어려움 겪고 있다(허순임, 2015, p.326).

### 2) 경제적 접근성

경제적 접근성이란, 보건의료 기관의 지리적 접근성이 보장되어도 본인부담금이 높은 경우 실질적으로 서비스를 이용하지 못하는 제한을 의미한다. 무엇보다 사회경제적 위치가 낮을수록 경제적 이유로 보건의료 서비스로의 접근성이 더 낮아진다(김창엽 등, 2015, p.225). 선행연구에 따르면, 필요의료서비스 미치료율의 경우 소득수준이 높은 집단에 비해 낮은 집단에서 1.7배 높았으며, 암 검진율에 있어서도 소득수준이 가장 높은 집단과 낮은 집단 간에 격차가 계단형으로 관찰되었다(김동진,

2015, p.3). 즉, 보건의료불평등을 완화시키기 위해서는 경제적 접근성을 높이는 정책이 중요하다고 볼 수 있다.

경제적 접근성을 높이는 대표적인 정책으로 건강보장제도가 있다. 한국의 건강보장체계는 국민건강보험과 의료급여 이원체제이며 의료급여는 생활유지 능력이 없거나 생활이 어려운 저소득 국민의 의료문제를 국가가 공공부조를 통해 보장함으로써 의료서비스 이용을 좀 더 쉽도록 하는 기초의료보장제도이다. 하지만 의료급여는 건강보험보다 보장성 수준이 높고 실제 이용자들의 의료서비스 이용 횟수가 많다는 연구 결과에도 불구하고 여전히 의료급여 환자가 적절한 시기에 의료서비스를 받지 못하고 있다는 결과가 있다. 의료급여 환자들이 외래방문 시 최소한의 보험 적용 서비스만 이용하여 충분한 치료를 받지 못하며, 응급 서비스를 받을 경우 본인부담이 전혀 없으므로 경제적으로 취약한 의료급여 환자가 치료를 지연하여 응급한 상태가 될 때까지 기다리기 때문이라고 해석할 수 있다. 오히려 의료급여의 제도로 인해 치료를 지연시키는 등의 어려움을 겪는 것을 확인할 수 있다(김수정 등, 2015, p.420).

의료서비스 이용의 차이를 줄이기 위해 대표적으로 건강보험 직장가입자, 세대주인 지역가입자, 의료급여 수급권자 등을 포함해서 40세 이상인 모든 국민은 건강검진을 이용할 수 있도록 한 정책이 있다. 또한 중증 및 희귀 난치성질환자 산정특례를 통해 특정 질병을 가진 대상자라면 누구나 본인부담면제를 받을 수 있도록 한 제도도 있다. 이와 같은 제도들은 모든 국민에게 동일한 서비스를 제공함으로써 의료서비스를 이용할 기회에 형평성을 보장하고자 하는 것이다.

## 다. 질

사회경제적 지위에 따라 이용하는 보건의료 서비스의 질이 다를 수 있다. 한국에서의 고급 의료서비스는 보통 3차, 상급 병원에서 이루어지는 것이 대부분이며, 본인부담금만 많이 낸다면 어려움 없이 보다 나은 서비스를 이용할 수 있기 때문이다. 따라서 경제적 상황에 따라 서비스의 질이 달라진다고 얘기할 수 있다(김창엽 등, 2015, p.240). 이러한 질의 차이로 인해 나타나는 불평등을 완화시키기 위한 정책으로는 선택 진료나 상급병실 등과 같이 보다 많은 비용을 지불해야 받을 수 있었던 고급 서비스에 대한 제한을 낮추고 보다 높은 질의 서비스를 많은 사람들이 이용할 수 있도록 하는 방법이 있다. 예로, 3대 비급여 개선 대책에 따라 선택 진료를 단계적으로 축소하는 것이다. 추가비용 징수의사의 축소, 자격범위를 명확히 설정 그리고 완화의료 입원진료에 대해서는 선택 진료 추가 비용을 제외하는 등의 방안이 있다. 다양한 수준의 의료서비스에 대한 환자들의 경제적 부담을 낮춤으로써 의료불평등을 감소시킬 수 있다.

## 라. 재정보호

보건의료와 관련한 재정보호의 의미는 단순히 경제적 접근성을 높여 적은 부담으로 보건의료 서비스를 이용할 수 있도록 하는 것 외에 보건의료서비스를 이용한 후의 재정적 어려움이 없도록 지원하는 것을 의미한다(김창엽 등, 2015, p.241). 사회경제적 위치가 낮을수록 서비스 이용 후의 경제적 어려움에 처할 가능성이 높으며, 재난적 의료비와 빈곤의 상관관계를 보고하는 연구들이 존재한다. 재정보호를 위한 정책으로는 경제적 접근성 향상을 위한 개입과 마찬가지로 4대 중증 질환 의료 보장성

강화나 3대 비급여를 건강보험에 적용 등 보장성 확대 정책 등이 있으며(우경숙과 신영전, 2015, p.194), 특별히 경제적 취약계층을 위한 제도로 갑작스런 위기를 맞이한 저소득 가구를 대상으로 생계비와 의료비 등을 지원하는 긴급복지지원제도 등을 들 수 있다

#### 마. 치과의료불평등 감소를 위한 정책

비교적 최근 시행된 의료서비스 급여화 정책의 불평등 감소 효과를 보기 위하여 실런트(치아홈메우기), 스케일링, 노인틀니 등 치과의료서비스 3가지의 급여화 확대 정책의 불평등 감소 효과를 분석하였다.

##### 1) 실런트(치아홈메우기) 급여화

우리나라에서는 예방중심의 아동 구강건강관리를 위해 2000년부터 국가 구강보건사업의 일환으로 농어촌 지역의 아동을 대상으로 치아홈메우기 사업을 실시하였고, 2002년부터는 도시지역의 저소득층 아동으로 대상을 확대하였다. 2009년 12월부터 치면열구전색술의 건강보험 급여화가 시행됨으로써 국가 치아홈메우기 사업은 중단되었지만, 만 6세에서 14세 이하 아동의 제1대구치를 대상으로 한 치면열구전색의 건강보험급여가 시행되었고, 그 이후로 건강보험급여 기준도 점차 확대되어 2013년 6월부터 18세 이하 아동의 제1대구치와 제2대구치를 대상으로 한 치면열구전색의 건강보험 급여가 시행되고 있다.

2000년, 2006년, 2010년, 2012년 국민구강건강실태조사 원시자료를 이용하여 8세 아동들의 치면열구전색 보유자율의 도시와 읍·면 지역의 지역별 격차를 살펴보았다. 8세 아동의 치면열구전색 보유자율은 2000년에 19.2%에서 2006년 38.6%, 2010년 52.8%, 2012년 61.9%

로 점점 늘어났다. 도시 지역의 치면열구전색 보유자율이 2000년 이후 계속 증가한 반면, 읍·면 지역에서는 2000년에서 2010년까지 계속 증가하다가 2010년 63.4%에서 2012년 58.0%로 감소하였다.

〈표 4-4-1〉 8세 아동의 도농 간 치면열구전색 보유자율 추세

(단위: 명, %)

		전체	도시(동)	농어촌(읍면)
2000	치면열구전색 보유자	1,194	780	414
	치면열구전색 보유자율	19.2	19.4	18.8
2006	치면열구전색 보유자	875	694	181
	치면열구전색 보유자율	38.6	35.3	51.4
2010	치면열구전색 보유자	5,732	4,892	840
	치면열구전색 보유자율	52.8	51.1	63.4
2012	치면열구전색 보유자	4,379	3,781	598
	치면열구전색 보유자율	61.9	62.1	58.0

주: 건강보험공단 표본코호트 DB를 활용하여 직접 분석하였음.

건강보험공단에서 제공하는 표본코호트DB를 이용하여 치면열구전색(행위코드 U2390, U2390300)의 건강보험 급여가 시행된 이후 2009년부터 2013년까지 소득분위 5분위별 치면열구전색술 수진건수와 평균 수진건수를 조사하였다. 5~9세 아동에서 최상5분위가 실수진건수와 평균 수진건수 모두 다른 소득분위에 비해 가장 많았고 2009년부터 2013년 기간 동안 그 추세는 변하지 않았다. 5~9세 아동에서 의료급여 대상 아동의 수진건수와 평균 수진건수는 2011년부터 증가하였으나 여전히 다른 소득분위의 그것에 비해 가장 낮으며 소득최하1분위의 수진건수와 평균 수진건수 역시 소득최상5분위에 비해 적었다. 2009년 12월부터 치면열구전색술의 건강보험 급여화가 시행되었지만 의료급여 대상 아동의 경우 2010년까지 국가 구강보건사업인 치아홈메우기 사업이 지속되었던 것으로 보인다.

〈표 4-4-2〉 5-9세 아동의 건강보험 소득5분위별 치면열구전색술 수진건수와 평균 수진건수

(단위: 명, 건)

		의료급여	소득최하 1분위	소득 2분위	소득 3분위	소득 4분위	소득최상 5분위
2009	인원수	1,448	5,224	5,279	8,771	14,057	16,342
	수진건수	0	46	69	115	195	264
	평균 수진건수	0.00	0.01	0.01	0.01	0.01	0.02
2010	인원수	1,223	4,845	4,888	7,477	12,998	14,883
	수진건수	3	918	959	1,390	2,772	3,703
	평균 수진건수	0.00	0.19	0.20	0.19	0.21	0.25
2011	인원수	994	4,410	4,368	6,662	11,977	14,127
	수진건수	153	888	840	1,255	2,603	3,586
	평균 수진건수	0.15	0.20	0.19	0.19	0.22	0.25
2012	인원수	884	3,891	3,983	5,914	11,024	17,049
	수진건수	129	665	688	1,107	2,241	3,998
	평균 수진건수	0.15	0.17	0.17	0.19	0.20	0.23
2013	인원수	820	4,507	3,967	6,644	12,508	14,370
	수진건수	154	974	803	1,351	2,863	3,896
	평균 수진건수	0.19	0.22	0.20	0.20	0.23	0.27

주: 건강보험공단 표본코호트DB를 활용하여 직접 분석하였음.

반면 10~14세 아동의 경우 국가 구강보건사업인 치아홈메우기 사업 대상이 아니었다. 10~14세 아동에서도 치면열구전색술 수진건수는 증가하고 있으며 최상5분위가 실수진건수와 평균 수진건수 모두 다른 소득분위에 비해 가장 많았고 2009년부터 2013년 기간 동안 그 추세는 변하지 않았다. 10~14세 아동에서 의료급여 대상 아동의 수진건수와 평균 수진건수는 계속 증가하였으나 여전히 다른 소득분위의 그것에 비해 가장 낮으며 소득최하1분위의 수진건수와 평균 수진건수 역시 소득최상5분위에

비해 적었다.

〈표 4-4-3〉 10~14세 아동의 건강보험 소득5분위별 치면열구진색술 수진건수와 평균 수진건수

(단위: 명, %)

	의료급여	소득최하 1분위	소득 2분위	소득 3분위	소득 4분위	소득최상 5분위	
2009	인원수	3,034	7,636	7,629	10,560	15,298	23,399
	수진건수	0	26	28	32	65	97
	평균 수진건수	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
2010	인원수	2,805	7,789	7,465	9,947	14,775	22,877
	수진건수	5	468	447	596	1,108	1,854
	평균 수진건수	0.00	0.06	0.06	0.06	0.07	0.08
2011	인원수	2,429	7,660	7,090	9,402	14,391	22,188
	수진건수	76	403	312	516	799	1,476
	평균 수진건수	0.03	0.05	0.04	0.05	0.06	0.07
2012	인원수	2,017	6,452	6,348	8,143	12,221	23,471
	수진건수	91	353	310	472	745	1,710
	평균 수진건수	0.05	0.05	0.05	0.06	0.06	0.07
2013	인원수	1,732	6,871	6,127	7,828	12,249	19,992
	수진건수	182	769	670	789	1,490	3,055
	평균 수진건수	0.11	0.11	0.11	0.10	0.12	0.15

주: 건강보험공단 표본코호트DB를 활용하여 직접 분석하였음.

## 2) 스케일링 급여화

2013년 7월부터 ‘후속 치주질환치료(치근활택술 등 치주수술) 없이 치석제거만으로 치료가 종료된 전악치석제거’를 만 20세 이상을 대상으로 연1회에 한하여 급여를 확대하였다. 이전까지 치석제거는 치주질환처치에 실시한 부분 치석제거, 치주질환치료를 위한 전처치로 실시하는 전악치석제거 및 개심술 전에 실시하는 전악 치석제거에 한하여 급여 적용하여 후속 치주치료 없이 전악 치석제거만으로 종료되는 치석제거는 그간

비급여로 운영되어왔다. 그러나 2013년 7월부터 그간 비급여로 운영되었던 치주질환 치료를 위한 치석제거이지만 후속 치주 치료 없이 전악 치석제거만으로 종료되는 치석제거에 한하여 만 20세 이상, 연 1회에 한하여 급여 범위를 확대한 것이다.

건강보험공단에서 제공하는 표본코호트DB를 이용하여 ‘후속 치주질환치료(치근활택술 등 치주수술) 없이 치석제거만으로 치료가 종료된 전악치석제거’의 건강보험 급여가 시행된 2013년 소득분위 5분위별 치석제거(행위코드 U2233, UH233) 수진건수와 백분율을 조사하였다. 20~44세 연령층에서 치석제거 수진율이 가장 높았으며, 65세 이상 연령층에서 수진율이 가장 낮았다. 모든 연령층에서 의료급여 대상자의 치석제거 수진율이 가장 낮았으며 소득최상5분위의 치석제거 수진율이 가장 높았다.

〈표 4-4-4〉 20세 이상의 건강보험 소득5분위별 치석제거 수진건수와 수진율

(단위: 명, 건, %)

		의료 급여	소득 최하5분위	소득 2분위	소득 3분위	소득 4분위	소득 최상5분위
20~ 44세	인원수	91,961	503,048	598,507	744,586	913,877	914,976
	수진건수	409	4,812	6,186	8,035	10,212	11,108
	수진율	0.45	0.96	1.03	1.08	1.12	1.21
45~ 64세	인원수	273,469	868,547	893,564	955,604	1,185,217	1,659,019
	수진건수	509	3,896	3,811	4,389	5,737	10,671
	수진율	0.19	0.45	0.43	0.46	0.48	0.64
65세 이상	인원수	356,574	638,798	423,503	535,868	761,090	1,669,961
	수진건수	151	672	474	566	1,002	2,453
	수진율	0.04	0.11	0.11	0.11	0.13	0.15

주: 건강보험공단 표본코호트DB를 활용하여 직접 분석하였음.

### 3) 노인틀니 급여화

2012년 7월 1일부터 만 75세 이상 레진상 완전틀니, 임시 완전틀니가

건강보험 적용되었고, 2012년 10월 1일부터 틀니 유지관리 행위가 건강보험 적용되었으며, 2013년 7월 1일부터 만 75세 이상 금속상 부분틀니, 임시 부분틀니가 건강보험 적용되었다.

건강보험공단에서 제공하는 표본코호트DB를 이용하여 틀니의 건강보험 급여가 시행된 이후 2012년부터 2013년까지 소득분위 5분위별 레진상 완전틀니와 부분틀니 수진건수와 백분율을 조사하였다. 레진상 완전틀니 급여화 시행 첫째 의료급여 대상 노인의 레진상 완전틀니 수진율이 가장 낮았으나 급여화 다음 해 의료급여 대상 노인의 레진상 완전틀니 수진율이 가장 높았다. 한편, 부분틀니 급여화 시행 첫째 의료급여 대상 노인의 레진상 완전틀니 수진율이 가장 낮았다.

〈표 4-4-5〉 75세 이상 노인의 건강보험 소득5분위별 틀니 수진건수와 수진율

(단위: 건, %)

		의료 급여	소득최하 1분위	소득 2분위	소득 3분위	소득 4분위	소득최상 5분위
2012	인원수	5,638	6,642	4,318	5,491	6,817	19,754
	레진상 완전틀니 수진건수	67	105	50	115	115	368
	레진상 완전틀니 수진율	1.19	1.58	1.16	2.09	1.69	1.86
	인원수	5,668	7,543	4,835	6,210	7,820	19,641
2013	레진상 완전틀니 수진건수	189	213	143	175	219	575
	레진상 완전틀니 수진율	3.33	2.82	2.96	2.82	2.80	2.93
	부분틀니 수진건수	103	205	118	165	202	543
	부분틀니 수진율	1.82	2.72	2.44	2.66	2.58	2.76
	틀니 수진율	5.15	5.54	5.40	5.48	5.38	5.69

주: 건강보험공단 표본코호트DB를 활용하여 직접 분석하였음.

2007~2012년 국민건강영양조사 원시자료를 이용하여 소득분위별 무치악자율과 20개 미만 치아보유자율을 살펴보았다. 소득최하1분위의 무치악자율은 소득최상4분의 무치악자율보다 1.3배 많았고 소득최하1분위의 20개 미만 치아보유자율은 소득최상4분의 20개 미만 치아보유자율보다 1.2배 많았다.

〈표 4-4-6〉 국민건강영양조사 2007~2012의 75세 이상 노인의 소득분위별 무치악자율과 20개 미만 치아보유자율

(단위: 명, %)

	소득최하1분위	소득2분위	소득3분위	소득최상4분위
총인원수	707	680	665	641
무치악자	152 (21.5)	120 (17.6)	114 (17.1)	106 (16.5)
20개 미만 치아 보유자	559 (79.1)	492 (72.4)	495 (74.4)	432 (67.4)

주: 국민건강영양조사(2007~2012) 자료를 활용하여 직접 분석하였음.

2012년 국민건강영양조사 원시자료를 이용하여 75세 이상 소득분위별 완전틀니와 부분틀니 필요자율을 살펴보았다. 완전틀니 혹은 부분틀니 필요자율은 소득 최하1분위에서 소득최상4분위까지 차례대로 25.4%, 17.6%, 22.8%, 21.4%였다.

〈표 4-4-7〉 국민건강영양조사 2012의 75세 이상 노인의 소득분위별 틀니 필요자율

(단위: 명, %)

	소득최하1분위	소득2분위	소득3분위	소득최상4분위
총인원수	142	136	145	131
상하악 완전틀니 필요자	6 (4.2)	1 (0.7)	1 (0.7)	2 (1.5)
편악 완전틀니 필요자	0 (0.0)	2 (1.5)	1 (0.7)	0 (0.0)
완전, 부분틀니 필요자	2 (1.4)	2 (1.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
상하악 부분틀니 필요자	8 (5.6)	3 (2.2)	10 (6.9)	7 (5.3)

주: 국민건강영양조사(2007~2012) 자료를 활용하여 직접 분석하였음.

## 2. 의료불평등에 영향을 미치는 사회정책

### 가. 경제 정책

경제정책이 의료불평등에 영향을 미친 대표적인 사례는 그리스의 경제 위기를 예로 들 수 있다. 그리스는 2009년부터 심각한 국가부채위기를 겪으면서 EU와 유럽중앙은행 등으로 이루어진 '트로이카'로부터 구제 금융을 받게 되었다. 그리고 그 조건으로 2018년까지 GDP의 3% 수준의 긴축조치를 이행하는 데 합의했으며 이는 정부의 보건지출 감소로 이어졌다. 그리스 보건부에 의하면 2009년에서 2011년까지 공공보건에 투입되었던 예산이 매년 약 19.5%씩 축소되었다. 4개의 사회보장기관을 통합하였고, 보건인력의 임금 삭감, 보건인력 고용제한, DRG 지불제도의 도입 그리고 의약품 비용에 대한 지원이 줄어들었다. 2009년부터 이어진 보건예산의 감소는 의료서비스에 대한 접근성이 낮은 사람들을 증가시켰고, 취약계층에게 가장 큰 영향을 미쳤으며, 외래환자의 이용자부담이 거의 2배에 달하는 가격으로 상승하는 원인이 되었다. 상당한 보건예산의 삭감으로 인해 수술서비스에 필요한 적절한 장비의 부족이 뒤따르고, 이는 수술서비스 공급은 물론 수술환자의 건강에 부정적인 영향을 미쳤다. 서비스 이용의 가격이 상승하면서 기존에 민간의료기관을 이용하던 사람들이 공공의료기관으로 몰렸고 2009년에서 2010년 사이에 무려 24% 이상 공공기관을 찾는 사람들이 늘어났다는 결과가 나타났다(Eleni Koutso-georgou & Effie Simou, 2014, pp.111-119). 이처럼 경제정책이 긴축으로 돌아서면서 보건정책의 예산이 축소하게 되었고, 사람들의 의료서비스 이용이 어려워지면서 의료불평등이 악화됨을 확인할 수 있다.

## 나. 무역 정책

무역관련지적재산권(TRIPS)은 세계무역기구(WTO) 회원국 모두에 적용되는 것으로, 지적재산권을 법적으로 보호하기 위해 최소한의 기준을 강제하기 위한 규정이다. 그러나 저소득 국가와 고소득 국가 간의 경제적 수준의 불균형이 본 규정의 문제점을 드러내고 있다. 특히, 의약품에 관한 지적재산권이 보건의료분야에 있어서 논쟁이 많은 부분이다. 의약품의 특허권, 지적재산권의 강화는 저소득국가에 있어서 공공보건서비스는 물론 의약품의 가격과 이용가능성에 큰 영향을 주는 것으로 나타났다. 많은 선행연구들이 TRIPS가 적용된 이후에 의약품의 가격을 상승시켰을 뿐만 아니라, 복제 약의 생산도 늦췄으며 필수 의약품에 대한 접근성 또한 감소시켰다는 결과가 나타났다(Felicia Ardenmark Strand, 2014, pp.3-32). 국제 무역정책의 변화로 인해 한 국가 내의 의료서비스 공급에 차질을 발생시키고 결과적으로 의료불평등에 영향을 미칠 수 있음을 보여준다.

## 다. 노동 정책

사람이 살아감에 있어서 일은 매우 중요한 역할을 한다. 소득의 주요 원천인 동시에 사회적인 관계를 맺을 수 있는 통로이며, 자아실현의 한 방법이다. 따라서 건강의 사회적 결정요인 중에 하나로 고용조건과 근로 환경을 고려하는 것이 필요하다(김창엽 등, 2015, pp.134-135).

노동정책에 따른 정규직 여부 등 고용형태, 고용안정성 등에 따라 건강 수준과 의료이용이 달라질 수 있다. 김영선(2014)은 연구에서 비정규직의 근로자의 경우 고용안정이 없어 해당 직무에 대한 안전과 보건 교육이

부족하고, 업무강도와 노동시간이 고려되지 않은 상태에서의 자율성으로 인해 건강수준이 악화된다고 보고 있다(김영선, 2014, p.218). 김재원 등(2015)의 연구에서는 고용형태에 따른 민간의료보험 가입현황을 분석했는데, 정규직(상용직)보다 비정규직(임시직, 일용직)의 민간의료보험 가입 확률이 낮아지는 것으로 나타났다(김재원 등, 2015, p.116). 공공보험의 보장성이 충분하지 않은 환경에서 민간의료보험의 유무는 의료이용 접근성에 중요한 요인으로 작용한다. 따라서 민간의료보험에 대한 차별적인 접근성은 의료이용에서의 불평등으로 이어질 수 있다는 것이다. 또한 안지연 등(2014)의 연구에서는 스트레스를 많이 받는 직업군, 출퇴근 시간의 제약을 받는 직업군에서 의료기관 이용률이 낮은 것으로 나타났다(안지연 등, 2014, p.418). 즉, 정해진 근무시간이 없는 직업을 가진 사람일수록 병가를 적게 내고, 아파도 참고 일을 하러 가는 경우가 더 많았다. 관련 연구에 따르면 해고의 위험과 같이 직업이 불안정할 경우 아파도 참고 일을 하는 프레젠테즘(presenteeism)이 증가하고 실업률과 사회보장체계에 의해 영향을 많이 받는 것으로 나타났다. 다시 말해서, 사회적 공간에서 다른 위치를 가지고 있는 점에 따라 프레젠테즘이 달라지고 이것이 병가를 내는 데 영향을 미친다고 할 수 있다(Hansen & Andersen, 2008, pp.956-964).

## 라. 빈곤 정책

Wagstaff(2002)는 빈곤계층이 건강을 향상시키는 데 적절한 의료비에 대해 첫째, 의료비로 인해 소득불평등이 증가해서는 안 되며 둘째, 한 가구가 의료비에 드는 비용이 소득의 일정 비율을 넘어서는 안 되고 마지막으로 의료비로 인해 가구가 빈곤해지는 상황이 발생해서는 안 된다고

보았다(Wagstaff, 2002, pp.97-105). 이러한 이유로 대부분의 국가에서 빈곤한 가구나 개인을 위한 의료보장제도를 갖추고 있다. 그러나 저소득 계층을 위한 지원이 이루어지고 있음에도 2013년 국민건강통계에 따르면 경제적 이유로 인한 미충족 의료 발생률이 최저소득에서 5.0%로 최고소득에 비해 4.2배 높았고, 통계청의 가계동향조사자료에서는 과부담 의료비 가구에 속하는 인구비율은 최저소득층 53.9%, 최고소득층 10.5%로 5배 차이나며 재난적 의료비 부담 가구 비율이 최저소득층에서 6.8%로 최고소득층의 0.2%에 비해 34배 높았다(강희정, 2016, p.18). 무엇보다 의료급여 제도의 적용을 받지 못하는 중위소득 50%의 수준으로 살아가는 차상위계층, 60%의 수준인 차차상위계층의 의료필요 대비 이용량이 현저히 낮고 의료비에 대한 부담이 큰 것으로 나타나 의료불평등의 완화에 기존 정책이 적절한 대안이 되지 못함을 알 수 있다(최윤주 등, 2015, p.163). 저소득계층을 위한 정책이 있지만 필수적인 의료필요에 대한 파악이 미흡하고 이를 보장하는 공공보건의 역할이 약하여 의료불평등의 완화에 그다지 효과를 얻지 못하고 있다.

#### 마. 사회복지 정책: 장애인 복지 정책

사회복지 정책은 인간의 존엄성과 인간다운 생활을 할 권리를 보장하기 위해 사회복지가 필요한 사람에 대해 지원하는 것이다(사회복지사업법 제1장 제1조). 의료서비스와 같이 인간다운 생활을 유지하기 위해 필요한 지원 또한 복지정책과 긴밀한 관계에 있다.

여러 인구집단 중 장애인은 장애라는 건강상의 위협으로 인해 의료서비스의 중요성이 크게 작용하며 건강에 대한 분야가 가장 우선순위로 여겨지는 집단이다. 선행연구에 따르면 장애인과 비장애인 간에 객관적으

로 건강 차이가 있는 것으로 나타났으며 주관적인 건강상태도 나쁜 것을 확인할 수 있었다. 비장애인과 마찬가지로 장애인도 다양한 요인을 통해 건강수준이 결정되고 의료서비스 이용을 결정한다. 그러나 장애라는 요소로 인해 경제적, 사회적으로 여러 어려움을 겪고 비장애인들에 비해 부정적인 영향을 많이 받는 편이다(조정아, 2010, pp.364-365). 외래서비스의 경우 장애인의 45%가 이용하는 반면 비장애인은 27%만 서비스를 이용했다. 그러나 월평균 보건의료 비용이 장애인의 경우 월평균 소득의 약 20%에 달했지만 비장애인의 경우 약 3.4%로 차이가 컸다(신자은, 2013, p.550). 이러한 차별성을 줄이기 위해 여러 복지 정책들을 시행하고 있지만, 많은 장애인들이 국가나 사회로부터 지원을 받고 있지 못하다고 인식하고 있으며(약 62%) 저소득 장애인 가구의 경우 장애인 의료비 지원을 약 7.5% 정도만 이용한 경험이 있다고 답했다(이민경, 2012, p.46).

이처럼 장애인 집단은 경제적 문제뿐만 아니라 배우자의 유무, 장애의 종류, 물리적 이동성 제약 등 비경제적 원인이 비장애인보다 더 크게 나타나며 의료서비스에 있어서 불평등을 줄이기 위해서는 위의 문제를 완화시키는 방향으로 복지 정책이 필요함을 알 수 있다. 또한 장애인들의 취업상태와 형태가 비장애인과 차이가 많으며 이러한 점은 의료서비스로의 접근에 불평등을 일으키기도 한다. 비탄력적인 근무시간이나 대체인력 지원이 미흡한 경우가 더 많아 필수적인 의료서비스를 이용하는 데 어려움으로 작용한다(신자은, 2013, p.569).

## 바. 젠더 정책: 여성 노인 정책

고령화는 전 세계적으로 나타나는 추세이며, 이에 따라 보건정책들도

노인들을 대상으로 하여 다양하게 증가하고 있다. 2015년 한국은 65세 인구가 13.2%로 2060년에는 약 40%에 달할 것으로 예상된다. 특히, 성별 차이가 두드러지게 나타나는데 85세 이상의 경우 남성에 비해 여성의 수가 약 3배가량 많고, 2014년 기준으로 여성 노인 1인 가구는 전체 노인 1인 가구의 4분의 3을 차지하는 것으로 나타났다. 노인은 보통 취약한 집단으로 분류되지만, 그 중에서도 1인 가구는 간호문제, 경제적 어려움 등이 가중될 가능성이 높다. 더불어서 여성이라는 점이 이러한 집단을 더욱 취약하게 만들고 있다. 실제 여성노인의 빈곤율이 남성노인보다 10% 포인트 높고, 근로활동을 통해 소득을 얻는 남성에 비해 소득원천이 불안정하며 국민연금제도와 같이 과거 직업력이나 소득력을 통해 얻을 수 있는 공적연금 또한 적용이 제한적인 것을 통해 확인할 수 있다. 이러한 경제적 어려움은 자연스레 의료서비스가 많이 필요한 상황에 부정적인 요인으로 작용하며 서비스 이용에 불평등을 발생시키고 있다. 무엇보다 현재 시행되는 많은 정책들이 이러한 상황을 반영하지 못하고 있는 것이 문제이다. 현재 및 장래의 여성 노인의 국민연금 가입률을 높이거나 여성 노인을 위한 일자리를 우선적으로 지원함으로써 의료불평등을 완화시킬 방안을 제안해 볼 수 있다(송영신, 2015, p.34).

### 사. 교육 정책: 결혼이주여성 대상 교육 정책

2015년 전국다문화가족실태조사에 따르면 전국 다문화가구수는 약 27만 8천 가구로 2012년에 비해 4.3% 늘어났으며 이 중 결혼이민자, 귀화자는 약 30만 명으로 계속 증가하는 추세이다. 이 중 여성이 81.5%로 비중 또한 늘어나고 있다. 이처럼 한국에서 이주민들의 수가 많아짐에 따라 이들의 건강과 의료이용에 대한 정책의 필요성도 커졌다. 선행연구에

따르면 다문화가족은 의료보장제도가 포괄하는 인구보장률이 일반 국민에 비해 낮았고 미충족의료 경험률도 일반가구에 비해 높게 나타났다. 이러한 경험은 사회경제적 위치, 교육 수준, 연령 등에 주로 영향을 받으나 의료기관을 이용하는 데 더 큰 영향을 미치는 것은 의사소통의 어려움으로 조사되었다(김혜련, 2010, pp.50-51). 특히, 대다수의 이민자들이 여성인 점에서 임신과 출산에 대한 의료 서비스가 매우 중요하다. 그러므로 이주민들을 대상으로 한국어 교육 정책을 실시하는 것은 의료 서비스의 이용률을 증가시키는 방안이 될 수 있을 것이다. 또한 이주여성들을 대상으로 임신과 출산과정에 대한 교육을 제공함으로써 필수적인 의료서비스에 대한 정보제공과 함께 적절한 서비스를 받도록 할 수 있다. 이와 같은 교육 정책을 통해 의료불평등을 완화시키는 데 긍정적인 영향을 미친다.

## 아. 교통 정책

의료서비스를 이용하는데 중요하게 작용하는 요인 중 하나로 지리적 접근성이 있다. 많은 연구에서 도시와 농촌 간 의료시설과의 지리적 접근성의 차이가 의료시설을 이용하는 데 영향을 미치는 것으로 나타났으며 이는 곧 건강수준의 차이로 이어질 수 있다는 결론이 대부분이었다. 이유진 등(2015)의 연구에 따르면, 대중교통 접근성이 주관적 건강상태와 양의 상관관계를 가지는 것으로 나타났고 특히, 주관적 건강상태가 좋지 않을수록 그 영향력이 뚜렷했다(이유진 등, 2015, p.82). 즉, 대중교통을 포함한 지리적 접근성이 개선된다면 의료서비스를 이용하는 데 긍정적으로 작용할 것이라고 볼 수 있다.

## 자. 지역균형 정책

지역균형발전정책은 지역사회의 기반이 되는 지역의 사회경제적 자원을 총괄적으로 배치하고 계획하는 국가정책을 말한다. 지역균형발전의 범주는 물리적 정책, 재정 및 세제 차등화, 교육 및 산업지원, 제도적 기반 구축 등으로 구분이 되며 각각 장단점을 가지고 있다(초의수, 2015, p.604). 지역 간에 나타나는 차이를 좁히기 위한 정책들은 한국뿐만 아니라 많은 국가에서 시행되고 있다. 지리적 접근성, 경제적 접근성 등 여러 요인에 의해 의료불평등이 나타날 수 있음을 확인한 만큼 지역의 특성에 따라 의료서비스의 분포나 형평이 달라질 수 있다.

이용재(2005)의 연구는 지역특성이 의료자원 분포의 불평등에 미치는 영향을 분석하고 의료자원 배분정책을 합리적으로 하기 위한 자료를 제공하고자 한다(이용재, 2005, pp.72-73). 지역 간 의료자원 분포의 불평등을 분석하고자 의료자원 집중곡선을 이용하여 의료기관 종별, 진료과목별, 의사인력별로 지역을 나누어 살펴보았다. 또한 의료필요 등의 지역 특성이 의료자원의 분포에 미치는 영향을 확인했다. 그 결과 보건기관, 요양병원 등을 제외한 대부분이 도시지역에 분포하고 있으며 의사 수는 물론 진료과목별 전문의도 모두 도시지역에 많이 분포하고 있었다. 그리고 의료기관의 경우 도시지역의 특성과도 거의 일치했는데, 인구밀도, 재정자립도가 높고 지방세 납부액이 많은 지역일수록 의료자원이 많이 분포하고 있었으나 의료필요와 의료기관수, 의료자원의 경우 역진적인 형태를 띠었다. 다시 말해서 지역주민의 의료필요와 무관하게 사회경제적, 인구학적으로 의료공급자에게 유리한 특성을 가진 지역에 의료자원이 분포하는 것으로 나타났다. 이러한 문제는 지역 간의 건강수준 불평등으로 연장되어 발생할 수 있다.

또 다른 연구에서는 이와 같은 지역사회의 영향을 건강 결정요인으로 보고 건강의 사회적 결정요인으로 설명하였다. 사회계층을 결정짓는 구조 메커니즘을 건강 수준의 차이를 만들어내는 근본 원인으로 보고 중간 단계 결정인자인 보건의료체계를 통해 지역균형의 중요성을 설명하고 있다. 물질적 결핍과 사회적 결핍을 포함한 통합결핍지수를 비교하면 구지역의 경우 특히 지역적 차이가 컸으며 퇴원 환자 수와 지역의 물질결핍 정도를 분석한 것에서는 의료이용이 적은 지역일수록 물질적 결핍이 높은 것으로 확인되었다(신호성, 2012, pp.1-7). 즉, 개인의 의료이용에 있어서 지역의 경제적, 사회적 특성이 상당부분 영향을 미치며 의료서비스의 형평에 큰 비중을 차지하는 것이라고 볼 수 있다. 따라서 공공보건의 역할강화, 지역의료의 발전과 같은 직접적인 의료형평성 확대뿐만 아니라 지역의 균형 있는 발전을 위한 정책들 또한 의료불평등의 개선에 중요할 것이다.

## 제4절 의료불평등 영향평가

### 1. 평등영향평가

앞서 의료불평등 감소 혹은 접근성 향상을 목표로 하는 보건의료분야 정책 뿐 아니라 사회정책이 의료서비스에 영향을 줄 수 있음을 보았다. 다시 말해서, 하나의 분야에서 어떤 목표를 위해 정책이 시행될 때 그 정책이 달성하고자 하는 목표 외에 예상하지 못한 영향이 다른 사회 분야에서 나타날 수 있다. 따라서 영향평가는 사전에 관련 분야의 실태에 대한 조사, 분석 등을 바탕으로 관련 분야에서 합리적, 장기적인 계획을 수립하기 위한 것으로 지속 가능성을 고려한 제도라고 할 수 있다. 문제가 발

생 혹은 악화되기 전에 이를 방지하고자 하는 것이 바로 영향평가제도이다(장인중, 2013, pp.355-356). 미국과 유럽의 경우 검토 중인 정책이 사회에 미칠 영향에 대한 사전평가를 시행하고 있으며 특히 유럽은 모든 정책 영역에 대해 기획 단계부터 사회영향평가제도를 도입하고 운영하고 있다(김준현 등, 2011, p.5). 이처럼 정책이 일으킬 수 있는 영향을 평가하는 것은 매우 중요하다. 한국은 성별영향평가, 환경영향평가, 건강영향평가 등을 실시하고 있으며, 수행 중인 정책이나 프로그램 등이 미치는 특정 영향을 분석하고 그 결과에 따라 정책방향을 수정해 나가는 것을 목적으로 한다.

## 가. 평등영향평가의 틀

### 1) 영국의 평등영향평가(EIA)

평등영향평가는 공공이 정책을 시행할 때 그 정책이 미치는 영향을 장애, 성, 성 정체성, 인종 등 다양한 평등영역에서 체계적으로 평가하는 것이다. 새로 제안되는 정책을 포함하여, 지금 시행되는 정책, 서비스 계획이나 위원회에서 제시된 제안 등을 포함하여 평등과 다양성에 관련이 있다고 여겨지는 모든 서비스를 대상으로 한다. 그리고 인종관련법(The Race Relations Act 2000), 장애차별금지법(The Disability Discrimination Act 2005), 평등법(Equality Act 2006) 등을 법적 근거로 하여 차별문제로부터 국민을 보호하고자 한다(Miller, 2008, pp.3-7). NHS는 각 정책마다 시행했던 평등영향평가를 인터넷에 게시함으로써 누구나 참고할 수 있도록 하고 있다.

평등영향평가는 크게 두 개의 과정으로 나누어 시행한다. 우선 모든 정

책에 대해 기본적인 심사과정을 거쳐 특정 집단에게 부정적인 영향을 미치는지를 보는 기초 선별(Initial Screening)과 차별적인 영향을 미치는 정책에 대해 심도 깊게 살펴보고 개선 방안을 찾고자 하는 전체평등영향평가(Full Equality Impact assessment)이다. 이상적으로는 모든 정책에 시행하는 것이 좋으나, 후향적으로 실시될 때에는 인종, 장애, 성 평등과 관계가 있는 정책일 때 실시한다. 또한 정책이나 프로그램이 인종, 장애, 성 때문에 영향을 받는다면 영향 평가가 필요하다.

김준현 등(2011)의 연구에서 영국의 평등영향평가에 대한 대략적인 내용을 확인할 수 있다(김준현 등, 2011, pp.80-86). 우선, 평가 주체는 정책 등을 개발하는 기관에서 실시하며 정책개발에 책임 있는 실무자가 평등영향평가를 수행하는 것이 보통이다. 평등영향평가와 관련된 지침은 평등인권위원회(Equality and Health Rights Commission, EHRC)가 관리하고 2007년 독립한 GEO(Government Equalities Office)에서 평등법 2010을 맡아 전반적인 운영을 수행하고 있다. 평등영향평가에서 평가지표는 평등법 2010을 토대로 하고 있다. 성, 성 정체성, 인종, 장애, 연령, 종교 6개 집단이 있고 각 집단이 차별을 받지 않는지를 확인하고 사회의 균등과 이들 집단의 참여를 평가한다.

평등영향평가를 위해 진행해야 하는 단계들은 다음과 같다.<sup>35)</sup>

- 1단계: 정책에 대한 이해
- 2단계: 정책심사
- 3단계: 전체 평등영향평가 수행
- 4단계: 모니터링

35) Aston University 홈페이지. <http://www.aston.ac.uk/staff/hr/equalops/advice/>에서 2016. 5. 18. 인출.

1단계는 정책에 대한 기본적인 정보를 파악하는 단계이다. 정책의 목표, 정책의 내용과 성격, 정책을 평가하는 데 필요한 자원 등을 확인한다. 2단계에서는 각 평등요소에 따라 정책의 잠재적 영향력에 대해 평가하고 부정적인 영향이 확인된다면 어떻게 최소화할 수 있을지를 알아본다. 또한 평등에 영향을 주는 요인에 대해 정책의 우선순위가 어떠한지를 확인한다. 그 다음 단계에서는 본격적인 평등영향평가를 수행하기 위한 준비를 하게 된다. 수행에 필요한 데이터(설문조사, 국가 통계자료 등)를 모으고 분석하며, 정책과 연관된 개인, 집단에 관한 자료를 수집한다. 평가를 수행하여 정책이 특정 집단에게 부정적인 영향을 주는지 확인하고 이를 감소시키거나 제거하기 위한 대안을 연구한다. 이에 따라 정책의 개정과 폐기를 논의하게 된다. 마지막 모니터링 단계에서는 평등 영향을 꾸준히 모니터링하고 평가할 수 있는 기틀을 마련하고 추후에 영향 모니터링에 필요할 것으로 예상되는 정보를 모을 수 있도록 준비한다.

## 2. 의료불평등 영향평가 틀 제안

이 연구에서는 건강 혹은 건강불평등과 독립된 기전으로서 의료불평등에 미치는 영향을 평가하기 위한 틀의 필요성을 주장하며, 영국의 평등영향평가의 틀이 참고가 될 수 있음을 확인하였다. 평등영향평가의 틀을 의료불평등 평가에 적용하기 위해서는 평등의 영역으로 인종, 성, 장애뿐만 아니라 의료불평등의 결정요인을 포함해야 할 것이다. 특히, 관련성(relevance)에 있어서 정책이 의료불평등에 영향을 미치기까지의 기전을 파악하는 것이 중요하다. 기본적으로 평등영향평가에서 다루는 집단(연령, 성별, 장애, 인종 등)을 포함하여 지리적 접근성(의료취약지), 사회경제적 수준(차상위계층 등) 등을 특징으로 갖는 집단을 대상으로 하며, 앞

에서 다루었던 재원조달, 접근성, 이용, 질, 재정보호 측면에서 해당 정책이 긍정적인 방향으로 영향을 미치는지를 볼 수 있을 것이다.

영국의 평등영향평가, 한국의 건강영향평가의 형식을 참고하여 의료불평등 영향 평가의 틀 구성을 탐색적으로 시도해 보았다. 장인중(2013)은 영향평가가 제대로 이루어지기 위해서는 첫째, 객관적 자료와 정확한 실태분석이 선행되어야 하고, 둘째, 실행된 영향평가에 대한 관리감독이 합리적으로 이루어져야 하며, 셋째, 영향평가가 부실하게 진행될 경우 이에 대한 제재수단이 마련되어야 하고, 넷째, 장기적인 안목에서 다양한 분야에서 발생할 수 있는 피해와 위험들을 사전에 미리 예방해야 한다고 제안하였다(장인중, 2013, pp.344-346). 따라서 위의 제안들을 고려한 의료 평등 영향 평가의 틀을 구성하도록 할 것이다.

## 가. 평가대상

영국의 평등영향평가는 공공기관이 실시하는 각종 정책들을 모두 대상으로 하고 있다. 법적 의무대상인 공공기관뿐만 아니라 대학교 등의 기관에서도 평등영향평가를 시행한다(김준현 등, 2011, p.79). 건강영향평가 또한 정책, 프로그램, 프로젝트 등을 대상으로 한다는 점에서 의료 평등영향평가의 대상도 넓게 모든 정책, 프로그램, 계획 등으로 설정한다. 물론, 이 범위는 기초 선별(Screening)에 해당하는 것이다. 여러 영향평가 과정이 그러하듯이 모든 정책을 대상으로 선별 단계를 거쳐 그중에서 영향이 감지되는 정책을 대상으로만 전체 평가를 실시한다. 따라서 의료 평등영향평가의 전체(Full) 평가의 대상은 기초 선별과정을 거쳐 선택된 정책이나 계획 등이라고 할 수 있다.

## 나. 평가체계

영국의 평등영향평가는 정책을 개발하는 기관에서 실시하며, 정책개발에 책임 있는 실무자가 수행한다. 평가를 위한 훈련이 이루어져야 하며, 평등 관련 업무를 맡은 공무원들 또한 평등영향평가가 제대로 실행되는지를 감독한다(김준현 등, 2011, p.80). 모든 평등영향평가의 결과는 영국 보건부 내에 있는 평등 및 다양성 부서(Equality and Diversity department)에 보고되어야 하며, 평등인권위원회(Equality and Human Rights Commission)에서는 평등영향평가를 수행하는 데 필요한 지원을 받고 있다(Inclusion and Diversity Steering Group, 2014, pp.1-6). 한국의 건강영향평가의 경우 명확하게 법이 있거나 평가 주체에 대해 명시하지 않고 있으나 성 영향평가에서는 평가를 수행하는 주체를 중앙행정기관의 장 및 지방자치단체의 장으로 하고 있으며 분석평가서를 여성가족부에 제출하도록 한다(성별영향분석평가법, 2015). 의료 평등영향평가의 경우, 평가를 관리하는 주체가 보건복지부 혹은 산하 연구기관으로 명확하게 정해질 필요가 있으며, 평가를 수행하는 주체 또한 정책개발과 관련 있거나 평가에 대한 지식을 가진 공무원이나 연구원으로 명시해야 한다.

## 다. 평가절차

평등영향평가는 주로 정책을 개발하기 이전인 기획, 재검토 설계 단계에서 실시하여 불평등 요소로 인한 문제가 발생 혹은 확대되는 것을 막아야 한다(김준현 등, 2011, p.80). 또한 평가가 단기간의 일회성이 아니라 정책의 형성 과정에 자연스러운 하나의 단계로써 자리 잡을 수 있도록 위

치를 정하는 것이 중요하다. 한국의 건강영향평가의 경우 영국의 평등영향평가와 절차가 비슷한데, 크게 6가지로 구성된다. 선별(Screening), 범위설정(Scoping), 확인(Identification), 평가(Appraisal), 권고사항이 포함된 보고서(Reporting with recommendations), 평가(Evaluation) 및 추후조사(Follow-up)이 있다. 위의 두 평가방법의 절차를 참고하여 의료 평등영향평가의 절차 또한 정책이해(Identify the policy), 초기 선별(Initial Screening), 전체영향평가(Full Equality Impact Assessment), 평가 및 모니터링(Evaluation and Monitoring)로 세울 수 있다.

앞에서 설명했듯이, 정책의 평등영향을 파악하기 위해서는 정책에 대해 세세하게 파악하고 이해하는 것이 바탕이 되어야 가능하다. 따라서 의료 평등영향평가의 과정에서 정책을 파악하는 단계가 가장 우선되어야 하며 첫 번째 단계에서 관련 정보들을 수집한다. 이후, 간략한 선별과정을 통해 정책의 평등영향이 긍정적인지 부정적인지를 구별한다. 이 단계에서 전체평가가 필요하지 않다고 판단되면 초기선별과정에서 조사한 결과를 보고서로 작성하여 관할 기관에 제출하는 것으로 마무리한다. 그러나 영향의 크기에 관계없이 부정적인 결과가 나오면, 전체영향평가를 통해 자세하게 정책을 평가할 필요가 있다. 영국의 평가절차에서는 정식평가를 하는 기준을 ‘영향이 중요하거나 불법 혹은 그 가능성이 있을 때(법에 위배될 때)’로 하고 있다(김준현 등, 2011, pp.82-85). 이를 참조하여 의료 평등영향평가 또한 영향이 중요하거나 법적으로 금지된 차별이 나타날 수 있는 사항에 대해 전체평가를 수행하도록 한다.

김준현 등(2011)의 연구에서 조사한 바에 따르면, 영국의 전체 평등영향평가는 초기선별을 통해 수집한 정보와 전체평가를 위해 추가로 확보한 정보를 통해 평가대상 정책이 발생시킬 수 있는 차별적인 영향을 평가하는 단계이다(김준현 등, 2011, pp.82-85). 누가 편익을 얻고 얻지 못

하는지, 그 이유는 무엇인지 등을 확인하고 정책에 어떤 변화가 필요한지를 고민해야 한다. 단, 이 과정에서 직접적인 차별뿐만 아니라 간접적 차별도 고려해야 하며 정책으로 인해 두 개 이상의 집단들이 부정적인 영향을 받는다면 이들 사이의 균형을 찾는 것도 평가에서 이루어져야 하는 부분이다. 의료 평등영향평가를 시행함에 있어서도 위와 같은 과정이 포함되어야 할 것이며 의료라는 특정 분야에서 요구되는 의무나 법적 기준이 추가되어야 한다. 그리고 평가 결과가 심각하게 차별적 영향을 일으킨다면 정책 혹은 계획 폐지도 가능하다는 점을 염두하고 시행하도록 한다. 마지막 단계로 평가 결과를 재평가하고 개선할 부분이나 방안을 포함한 보고서를 작성하는 것이 있다. 권고된 부분이 개선되었는지를 확인하고 꾸준히 모니터링하는 순환이 이루어지도록 절차를 구성한다.

## 라. 측정방법

평등영향평가는 목적과 대상에 따라 측정방법이 달라질 수 있다. 영국의 경우 정책을 기획하거나 시행하기 전에 평가를 시행하여 불평등을 발생시킬 수 있는 요인을 제거하는 것이 목적이다. 따라서 평가의 대상 또한 이에 따라 달라진다. 그러나 정책을 시행하기 전과 후를 비교하여 평등의 정도가 얼마나 달라졌는지를 확인하고 이로써 정책이 평등에 미치는 영향이 어떠한지를 가늠하는 방식도 가능하다. 다음으로 평가의 지표를 무엇으로 하느냐가 중요하다. 지표의 기준에 따라 해당 정책이 평등한지 아닌지를 구분하고 개선이 필요한 부분을 대략적으로 파악할 수 있다. 영국의 평등영향평가에서의 지표는 평등법 2010에 제시된 성별, 인종, 성 정체성 등의 특정 집단이 고용, 임금, 교육 등의 분야에서 차별을 받는지를 지표로 삼고 있다. 계량화된 지표를 사용하는 것 외에 정책개발과

집행의 책임자들이 모여 정책에 대한 영향을 논의하는 방법이 있으며, 이때 차별영향과 관련된 집단의 참여, 의견 수렴 등의 과정이 매우 중요하다(김준현 등, 2011, pp.85-86). 지표라고 하는 것이 어느 집단을 대상으로 할 것인지, 무슨 요인을 평가할 것인지, '평등하다, 그렇지 않다'의 기준을 무엇으로 할 것인지를 결정하는 것이다. 김수진(2008)의 연구에서 건강보험의 암 급여 확대가 개인의 의료이용에 어떤 영향을 주었는지를 보기 위해 1인당 입원일수와 입원진료비, 외래일수와 외래진료비 등을 전과 후 비교하였다. 계량적 지표는 앞으로 추가적인 연구를 통해 개발이 필요하다(김수진, 2008, p.19).

지금까지 한국의 보건의료체계나 정책에서 상정하고 있는 의료필요는 주로 전문가 주도의 의학적 필요에 한정되어 있으며, 다양한 주체가 가지는 의료필요를 포착하지 못했다. 이 연구에서 제시한 바와 같이 의료필요의 개념을 능력(capability)으로 확장한다면 지금까지 정책 대상에 포착되지 못했거나 영향을 평가하지 못했던 의료필요와 미충족이 발견될 수 있다.

제 5 장

## 의료불평등 모니터링과 자료원

제1절 의료불평등 모니터링과 자료원

제2절 가용 자료원과 모니터링 지표



# 5

## 의료불평등 모니터링과 << 자료원

모니터링과 측정에서 자료원은 필수적인 재료에 해당한다. 아무리 좋은 개념과 틀을 구성하더라도 이를 제대로 뒷받침해 줄 수 있는 자료가 신빙성 있게 수집되지 않으면 결국 모니터링은 불가능하다. 보건의료체계에서 모니터링과 평가는 결국 체계가 제대로 작동하는지를 확인하고 바람직한 상태로 갈 수 있는 피드백을 제공하여 보건의료체계의 강화에 기여한다. 따라서 보건의료체계의 강화라는 차원에서도 적절한 자료원의 설계와 구축은 상당히 중요하다. 기존의 의료불평등 개념에 기초해 가용한 자료원을 정리해보면 이 연구의 주요 결과로 제시한 확장된 의료불평등 개념을 포괄하기에 턱없이 부족하다. 이는 앞에서 평가한 것과 같이 자료원이 처음부터 명확한 목적에 기초하여 설계된 것이 아니기 때문이기도 하다.

이 장에서는 전체 보건의료체계와 모니터링, 그리고 바람직한 자료의 조건과 원칙을 이론적으로 검토하고 현재 활용 가능한 자료원이 어느 정도에 머무르며 어떻게 보완되어야 하는지에 대해 살펴보고자 한다.

### 제1절 의료불평등 모니터링과 자료원

#### 1. 자료의 의의

##### 가. 자료, 정보, 지식

자료는 ‘인간이나 자동화된 수단의 의사소통, 해석, 그리고 처리 과정

을 위한 정보의 물리적 표현(UNECE, 2000, p12)'이라 정의할 수 있다. 자료를 다양하게 정의할 수 있겠지만, 대체적으로 자료란 맥락이나 해석을 수반하지 않기에 특정 의미와 가치를 지니고 있지 않으며, 정리나 처리되지 않은 분절적이고 객관적인 사실이나 관찰의 결과를 의미하게 된다(Rowley, 2006, p.8).

자료는 정보와 지식과의 비교를 통해 그 의미와 기능을 잘 파악할 수 있는데, 흔히 '지식 위계(Knowledge Hierarchy)'로 알려진 DIKW(Data-Information- Knowledge-Wisdom)모델이 사용된다. 이 모델이 함축하는 바는 자료가 정보를, 정보가 지식을, 지식이 지혜를 생산해 낸다는 것이다(Rowley, 2006, p.2). 이러한 위계에도 불구하고 자료와 정보는 혼용되기도 하며, 실제로 둘 다 지식을 생산해 내기 위한 투입요소로 기능한다.

정보와 지식에 비해 자료가 자기만의 의미를 갖기는 어렵지만, 알고리즘을 적용하거나, ICT를 활용할 수 있는 형태로 가공하기는 쉽다. 따라서 ICT기술의 향상과 함께 가속화되고 있는 인공지능(AI, Artificial Intelligence)이나 머신러닝(Machine Learning)의 발전은 인간의 사과에 의해 정보와 지식으로 가공되기 이전 단계로서의 자료의 양과 질의 중요성을 부각시키고 있다.

## 나. 정보의 가치

보건의료에 있어서 정보의 중요성과 가치는 갈수록 증가하고 있다. IT는 물론 빅데이터(Big Data), 인공지능, 생명공학의 발전으로 인해 의료기관의 운영 측면에서는 물론이고 개별 국가 보건의료체계를 넘어서서 국가 간 협력의 영역에 있어서도 자료를 기반으로 생산되는 정보와 지식

의 가치는 지속적으로 커지고 있다. Moody & Walsh(1999)는 정보의 가치를 자산 가치 평가 접근법을 활용하여 다음과 같이 일곱 가지 범칙으로 제시하였다(Moody & Walsh, 1999, p.7).

- 첫 번째: 사용자가 증가해도 가치가 떨어지지 않는다.
- 두 번째: 더 많이 사용할수록 가치가 증가한다.
- 세 번째: 시간이 지날수록 가치가 소멸된다.
- 네 번째: 정확할수록 가치가 증가한다.
- 다섯 번째: 다른 정보와 결합될수록 가치가 증가한다.
- 여섯 번째: 양이 많다고 더 많은 가치가 있는 것은 아니다.
- 일곱 번째: 고갈되지 않는다.

ICT 기술의 발전에 따라 정보와 관련하여 사용자 증가, 더 많은 사용, 정확성, 다른 정보와의 결합의 필요성과 실현가능성이 증가할 것으로 예상되며 정보 생산의 가장 기본이 되는 자료의 정확성과 시의성 등의 질적 측면이 중요하다.

#### 다. 자료의 평가기준

자료와 정보의 품질은 정책 수립을 위한 정보를 제공하고, 보건의료체계의 관리와 건강에 영향을 끼치는 요인들을 알리는 일에 있어서 본질적인 요소이다. 따라서 정보 수집과 제공에 있어서 높은 기준이 요구되며(CIHI, 2009, p.1) Hovenga & Grain(2013)은 AHIMA가 개발한 자료의 품질을 아래와 같이 요약하여 제시하고 있다(Hovenga & Grain, 2013, p.84).

- 정확성(Accuracy): 정확하고 유효한가
- 접근성(Accessibility): 획득가능하고 합법적으로 수집 가능한가
- 포괄성(Comprehensiveness): 필요한 모든 자료가 포함되어 있는가
- 일관성(Consistency): 가치가 신뢰할만하고 사용 시 값이 동일한가
- 현재성(Currency): 가장 최근의 것인가
- 정의(Definition): 의미를 알 수 있게 자료가 명확하게 정의되어 있는가
- 입상도(Granularity): 속성과 값이 구체적으로 정의되어 있는가
- 정밀성(Precision): 값들이 활용과 처리에 충분할 정도인가
- 적합성(Relevancy): 수집의 목적이 되는 처리와 활용에 유용한가
- 시의성(Timeliness): 활용과 맥락에 부합하는가

한국에서도 일부 자료원들을 대상으로 평가기준을 가지고 정기적으로 통계품질을 진단하고 있다. 예를 들어 통계청에서는 2015년도 기준으로 ‘국민건강영양조사’에 관련성, 정확성, 시의성/정시성, 비교성, 일관성, 접근성/명확성에서 각각 5점 만점에 5.0, 4.9, 4.0, 4.5, 4.0, 4.8의 점수를 부여할 수 있다고 평가하였다(통계청, 2015).

## 2. 보건의료체계와 자료

### 가. 보건의료체계

세계보건기구(WHO, 2008, p.6)는 건강정보체계가 건강 체계의 여섯

개의 빌딩 블록에 포함(WHO, 2007, p.3)되는 등 중요성이 커진 이유를 다음과 같이 제시하고 있다. 우선, 신뢰할 만하고 시의적절한 건강 정보가 건강 향상에 중요한 요소임에도 불구하고 미흡한 투자로 인해 의사결정자들이 제대로 문제와 필요를 파악하고 근거 중심의 의사 결정을 하지 못하고 있다. 또한, 건강을 측정하는 것이 개념적·기술적으로 복잡하여 질병 및 프로그램에 따른 고유한 전문지식을 필요로 하며, 이로 인해 건강 관련 통계의 사용성과 시의성이 분야마다 편차가 크다. 더불어 재정적인 문제를 포함하여 정보체계의 개발이 통합적으로 이루어지지 못해 왔기에 건강정보체계의 발전이 충분치 않다.

건강정보체계가 제대로 작동한다는 것은, 건강 결정요인, 보건의료체계의 성과, 그리고 건강 상태에 대한 신뢰할 만하고 시의적절한 정보의 생산, 분석, 배포가 보장되는 것을 의미한다(WHO, 2007, p.3). 신뢰할 만한 정보는 모든 보건의료체계의 빌딩 블록에 걸친 의사결정의 기초가 되며 정책 개발과 실행, 거버넌스, 규제, 리서치, 인력 개발, 건강 교육과 훈련, 서비스 전달과 재정에 필수적이다(WHO, 2010, p.44).

건강정보체계는 건강 체계의 소프트웨어라 할 수 있다. 이는 모니터링과 평가를 위해 다양한 방법으로 수집되는 정보와 건강 체계의 다양한 수준에서의 의사결정에 사용되는 지식을 포함한다. 지식과 정보는 모니터링, 평가 그리고 연구, 임상에서의 의사결정, 조직에서의 경영과 기획, 건강 동향 분석, 의사소통에 필요하며 개별 환자-제공자 관계, 건강 시설 수준, 인구집단 수준의 의사결정과도 관계된다(WHO, 2008, p.44).

#### 나. 모니터링 및 평가(Monitoring & Evaluation, M&E)와 자료

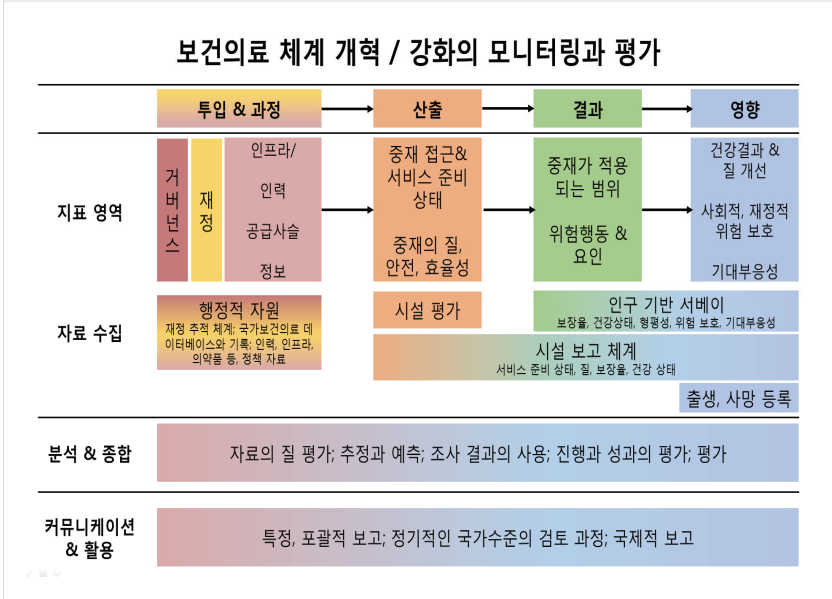
보건의료를 개선하기 위해선 현실에서 어떤 것이 실제로 작동하는지

하지 않는지 이해해야 하는 작업과 제공자와 환자, 각종 기관들과 공동체들의 상호작용을 필요로 한다. 대부분의 정책은 점진적이며, 이론과 사상보다는 경험과 증거를 기반으로 실현된다. 보건의료체계 성과의 측정과 보고의 중요성은 여기에 있다. 측정할 수 없는 것을 관리할 수는 없다. 더 나은 측정 방법과 정보의 공유 없이는 여기저기 존재하는 보건의료체계의 현실과 성과를 이해하고 문제를 해결해 나갈 수는 없다. 따라서 성과의 측정이야말로 문제와 해결책을 찾을 수 있는 '유일한' 수단이 된다(OECD, 2002, p.14).

모니터링과 평가(Monitoring & Evaluation, M&E)에 관여하는 건강관련 각종 국제기구, 교육기관들이 점점 증가하고 있다. M&E 활동에는 관련한 자원 조달, 프레임워크 개발, 자료 생성과 수집, 분석, 배포를 위한 기준과 도구 및 방법론의 개발이 있으며, 자료는 진척 상황을 모니터하고, 성과 기반의 자원 조달 그리고 대규모 프로그램의 평가를 가능하게 한다(WHO, 2009, p.5).

전체적인 국가별 보건의료체계의 성과 추적에 대한 관심 또한 증가하였다. 글로벌 펀드(Global Fund), 세계백신면역연합(GAVI), 세계은행(the World Bank) 그리고 세계보건기구(World Health Organization, WHO)는 보건의료체계 강화(Health System Strengthening, HSS) 전략을 공동으로 개발하고 있다. HSS에서의 모니터링과 평가는 중요한 역할을 하며 그 프레임워크는 아래와 같다. 보건의료체계 전체에 걸친 핵심 지표를 생산해 낼 수 있는 자료원의 검토와 선택, 그리고 자료의 분석과 종합, 활용이 중요한 역할을 차지하고 있음을 확인할 수 있다(WHO, 2009, p.1)

[그림 4-5-1] 보건의료체계의 강화를 위한 모니터링과 평가

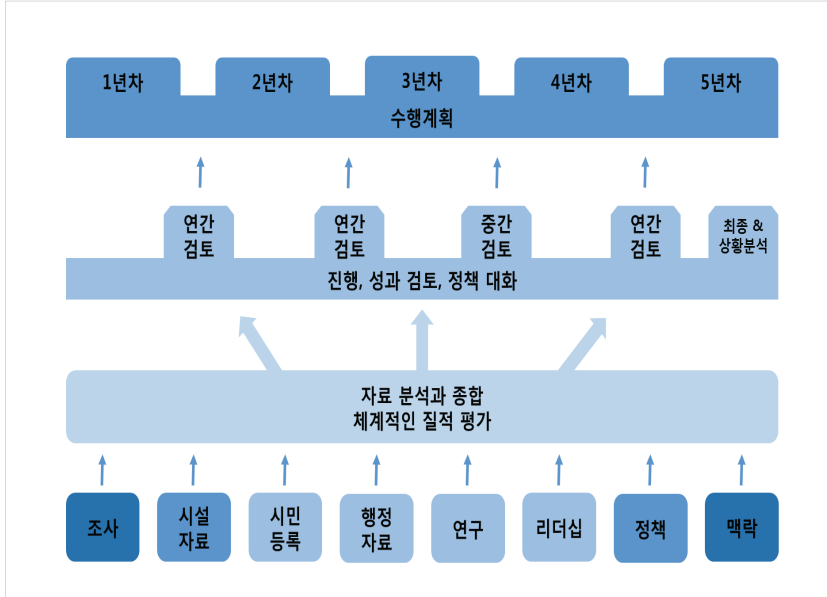


자료: WHO(2009). p.6.

또한 WHO는 국가 건강 전략(National Health Strategy, NHS)이 M&E를 효과적으로 구축할 수 있는 방안을 아래와 같이 제시하고 있다 (WHO, 2011, p.24). NHS의 M&E는 그 결과가 검토 가능하고 의사결정에 영향을 줄 수 있도록 과정을 기술해야 한다. 일반적으로 전략은 정기적으로 수정되기 마련인데, [그림 4-5-2]에서는 어떻게 정기적으로 진행수준과 성과가 평가되고 중간 검토 과정을 통해 전략이 수정되는지의 과정이 나타나고, 다양한 자료원에서의 공급을 기반으로 한 자료의 분석과 종합이 중추적인 역할을 하고 있음을 확인할 수 있다.

## 476 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발

[그림 4-5-2] 국가 건강 전략의 진도와 성과 리뷰 프로세스



자료: WHO(2011). p.24.

### 다. 자료원의 유형

WHO는 자료원을 크게 인구집단 기반과 기관 기반으로 구분하고 있다 (WHO, 2013, p.17). 인구집단 기반 자료원은 센서스 자료와 같이 인구 집단의 모든 개인에 대한 정보나, 인구집단 조사와 같이 인구집단을 대표 하는 표본에 대한 정보를 포함한다. 기관 기반의 자료원은 행정적이거나 운영적인 활동 중에 발생한 정보를 수집하며 따라서 주어진 기관과 상호 작용이 있는 사람들만 포함하게 된다. 한국적 상황을 반영하여 이를 표로 제시하면 아래와 같다.

(표 4-5-1) 의료불평등 모니터링을 위한 주요 자료원 장단점 분석

자료원	예시	장점	단점	개선 가능성
총조사 (센서스)	인국주택총조사	자료가 전체 인구 포함하며 하위 인구집단에 대한 정확한 분모 수치를 제공	건강 정보 제한적, 자료 수집 시점이 일관되지 않음	개인 또는 소영역 정보 포함
인구동향 신고	인구동향조사 출생, 사망, 혼인, 이혼 등 신고	신뢰할 만한 사망률, 기대 수명, 사망원인 자료, 종종 성별, 지역, 직업, 교육수준 정보에 연결됨	성별 외의 형평성 증화변수에 대한 정보를 정기적으로 포함하지 않음	포괄범위 확대, 적어도 하나의 사회경제적 지표 포함, 사망원인, 출생 시 몸무게, 임신부 연령 등 포함
인구집단 조사	인구학적 건강 서베이, 한국의료패널, 한국복지패널 등	자료가 특정 인구집단의 대표성 확보  삶의 기준이나 기타 보완적인 변수 뿐 아니라 특정 건강 주제에 대한 풍부한 자료	샘플링과 비샘플링 에러가 중요할 수 있음.  조사 하위 구집단에 대한 대표성이 없을 수 있음 지역별 불평등 평가에 사용 불가)	조사간의 서베이 질문을 조화시킴, 샘플 사이즈 증대
기관기반 기록	자원 기록(예. 병원 수, 보건의료 인력 현황) 서비스 기록(예. 예방접종 수) 개인 기록(예. 의료 차트)	자료가 즉각적이고 신속하게 가용함  하위 행정 수준에서도 활용 가능	자료의 저품질 및 파편화  자료가 다른 자료원과 연결 불가능  자료가 전체 인구 집단을 대표하지 않을 수 있음	개인 및 소영역 정보 포함  기관간의 전자 기록의 표준화

## 라. 자료 거버넌스

### 1) 자료 거버넌스의 의의

Hovenga는 거버넌스를 ‘권위를 가진 주체에 의해 특정 개념이나 주체

를 원하는 방향으로 이끌어 가는 것'이라 정의하였으며(Hovenga, 2013, p.7), WHO은 '전략적 정책 프레임워크가 존재함과 동시에 이것이 효과적인 감독, 협력, 적절한 규제와 유인의 제공과 결합되는지 보장하는 것'이라 정의하였다(WHO, 2007, p.3). 거버넌스를 정의하려는 여러 시도들에서 공통적으로 나타나는 내용은 자료의 관리와 사용에 있어서의 의사결정 권한과 관련된 의무들을 포함하고 있다는 것이다. 예를 들어 자료 거버넌스는 기업의 자료 사용과 관련한 의사결정 권한과 의무를 위한 구조적인 프레임워크를 구체화시키는 것을 뜻할 때도 있고, 자료 자산과 관련한 의사결정 권한의 할당을 의미하기도 한다(Otto, 2013, p.95).

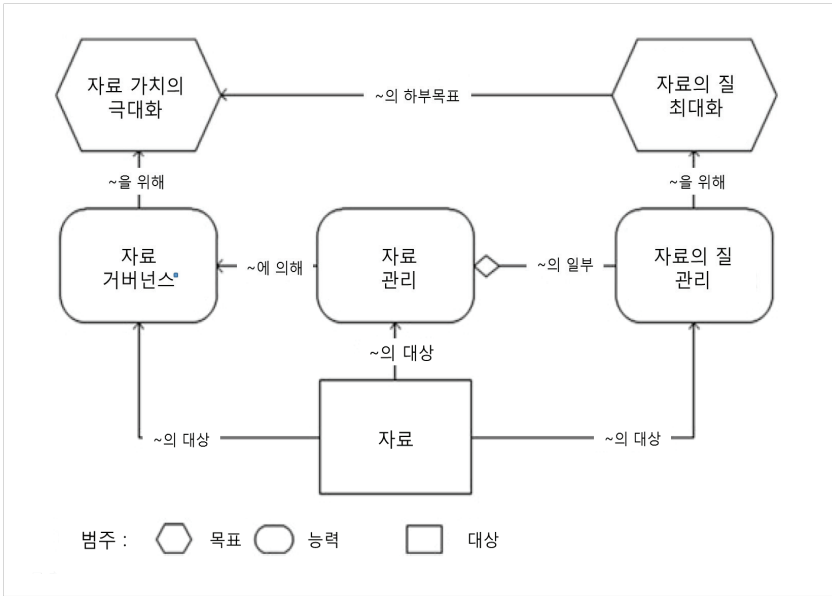
Otto에 의하면 자료 거버넌스 기업은 자료 자산의 가치를 극대화 시키려는 목표를 가지고 있다(Otto, 2013, p.95). 자료를 자산으로 보는 관점은 1980년대부터 대두되는데, 당시 유형의 상품을 관리하는 것과 관련된 방법과 지식들이 무형의 상품들의 영역으로 활용되기 시작하였다. 일반적으로 자료란 사용될 때만 가치를 지닌다. 앞서 Mood & Walsh에 의해 제시된 정보의 가치의 법칙을 적용한다면 자료 거버넌스는 자료의 사용성, 적시성, 정확성, 결합성, 적절성 등을 개선시켜 자료 자산의 가치를 극대화시킬 수 있다고 하겠다(Moody & Walsh, 1999, p.7).

## 2) 자료 거버넌스의 역할

Otto가 제시한 아래 [그림 4-5-3]에 따르면, 자료 거버넌스는 자료 관리를 위한 의사결정 프레임워크를 제공한다(Otto, 2013, p.96). 이 관점에서 자료 거버넌스는 자료의 사용과 관련하여 어떤 결정을 내려야 하는지, 의사결정에 누가 관여되어야 하는지를 결정함을 뜻하며 자료 관리란 단순히 의사결정을 하고 실행하는 것을 의미한다. 자료의 질 관리는 자료 관리의 한 부분이며 관리의 목표인 자료의 질 최대화도 결국엔 자료 거버

년스의 목적인 자료 가치의 극대화를 위한 하부 목표임을 알 수 있다.

[그림 4-5-3] 자료 거버넌스, 자료 관리, 자료 질 관리

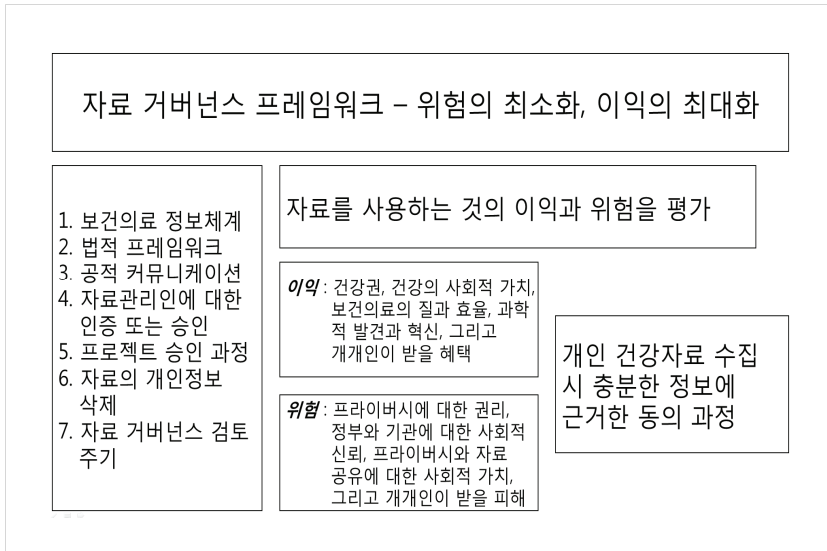


자료: Otto(2013). p.96.

한편 기업, 의료기관 등 다양한 조직에서 자료 거버넌스의 역할을 시행하는 과정에서 가장 큰 고려 사항은 프라이버시였다. 이는 자료가 수집, 배포, 확보, 사용되는 과정에서 프라이버시와 개인과 조직의 비밀을 보호하는 것을 의미한다(Hovenga, 2013, p.83). 보건의료 분야에서는 특히 만성질환의 증가, 평균수명 향상과 함께 정보시스템을 통한 케어의 질 개선 필요가 증가하고 개인 식별 정보에 기반을 둔 각종 건강 정보의 연결을 통한 통합적인 건강관리에 대한 요구도 증가하고 있다. 하지만 건강 정보의 연결은 중대한 프라이버시의 문제를 야기할 수 있다. OECD에 따르면 프라이버시에 대한 국가적 대응으로 OECD 국가 중 뉴질랜드, 스웨

덴, 영국이 국가 자료 보유 기관들 사이에 개인 자료의 공유가 가장 효과적으로 수행되고 있음에 반해 아홉 개국은 이를 허용하지 않고 있으며, 따라서 효과적인 자료 연결과 이의 활용이 이루어지지 않고 있다(OECD, 2015, p.41). 한국도 하위권에 해당한다. 따라서 개인 건강 자료의 안전한 사용을 위한 거버넌스 메커니즘을 강화하는 것은 연구와 케어의 질을 개선시키기 위한 우선순위가 되고 있으며, OECD는 이를 위한 여덟 가지 거버넌스 프레임워크 요소들을 제시함과 동시에 개인자료 사용을 위한 의사결정시 고려해야 할 사회적 위험과 혜택들을 아래의 그림과 같이 제시하였다(OECD, 2015, p.25).

[그림 4-5-4] 자료 거버넌스 프레임워크와 개인자료 사용 시 고려해야 할 위험과 혜택



자료: OECD(2015). p.25.

### 3. 빅데이터(Big Data)와 인공지능의 활용 가능성

빅데이터란 많은 양의 정보를 포함하고 있을 뿐만 아니라 매우 신속하게 생성되며, 기존에 다루지 않았던 화상, 동영상, 위치 정보, 텍스트 등 다양한 형태로 이루어져 있다(장동인, 2014). 보건의료의 영역에서는 특히 수많은 개인과 집단이 다양한 질병에 다양한 형태로 반응하며, 수명과 인구가 증가함에 따라 발생 가능한 데이터의 양적 질적 속성은 충분히 빅데이터를 구성하게 된다.

물론 보건의료의 특성상 다른 분야에서와 같이 빅데이터에 기초하여 공급을 결정할 수 있는 기본적인 구조가 되기 어려운 측면이 있는 것도 사실이다. 그러나 Groves 등(2013)은 더 좋은 자료에 대한 수요, 전자의 무기록(Electronic medical record, EMR) 등에 의한 건강 자료의 공급, 기술적 역량, 시장의 변화를 유도하려는 정부의 역할 등의 요소들이 보건의료 분야에서의 빅데이터에 기반을 둔 혁신을 주도하게 될 것이라 보았다(Groves et al., 2013, p.10). 구체적으로 개별 환자에 적합한 근거 기반의 돌봄, 비용대비 개선된 질의 서비스를 통한 가치 창출 등을 통한 새로운 보건의료의 가치들이 창출될 것으로 예상하였다.

기하급수적으로 증가하는 보건의료 데이터의 양, 즉 빅데이터와 이를 분석하고 처리하기 위한 방법론의 발전 필요성 등을 감안했을 때 머신러닝(machine learning)과 인공지능(AI, artificial intelligence)의 활용 잠재력이 갈수록 커지고 있다. 인공지능이란 컴퓨터 사이언스의 한 분야로서 수리적인 계산보다는 기호추론(symbolic reasoning)에 더 강조점을 두는 연구 분야이다(Shortliffe, 1977, p.1). Copeland에 의하면 1970년대에 이미 인공지능을 활용한 성공적인 초기 사례들이 등장했는데, 스탠포드 대학에서 1972년에 시작된 MYCIN 프로그램은 증상과 의

학적 검진 결과에 기초하여 환자를 진단하도록 설계되었으며 필요하다면 진단 전에 추가적인 환자 정보나 실험 결과를 요청하여 이후 치료 과정을 추천할 수도 있었다. 이후 인공지능의 발전과 함께 다양한 방식으로 인공지능이 보건의료 분야에 활용되고 있지만 현재까지는 특정 질병이나 진단, 혹은 소규모 환자 그룹에 적용하는 정도로 제한적이다. 따라서 보건의료에 있어서 인공지능의 다음 도전 과제는 전체 환자 인구집단을 대상으로 대규모 자료를 모니터링하면서 환자 안전과 관련된 문제와 위협들을 자동적으로 파악하고 환자 치료를 위한 새로운 치료법들을 발견해 나가는 것이 될 것이다(Neil, 2013, p.1).

## 제2절 가용 자료원과 모니터링 지표

의료불평등을 모니터링하기 위해 측정해야 할 주요 영역으로는 총화기준, 자원, 접근성, 기대부응성, 질, 미충족, 이용, 재정 등이 있으며, <표 4-5-2>에서 주요 자료원에서 찾아볼 수 있는, 이 주요 영역들에 해당하는 대표적인 변수들을 정리하였다. 또한 <표 4-5-3>에서는 의료불평등을 모니터링하기 위해 참조할 수 있는 주요 자료원들을 제시하고 모니터링 영역별로 확보할 수 있는 주요 변수들을 제시하였다.

의료불평등을 효과적으로 모니터링하기 위해서 자료원은 두 가지 조건을 만족시켜야 한다. 첫째, 전체 환자 집단을 안정적으로 대표할 수 있어야 하며, 둘째, 국가 간 비교가 가능해야 한다. 이러한 관점에서 국민건강보험공단에서 제공하는 표본 코호트 자료는 기존의 설문조사를 통해 확보된 패널 중심의 이차 자료원에 비해 상대적으로 장점을 가진다.

의료불평등 모니터링에 있어서 의료필요의 중요성을 감안했을 때, 가

용자료원에서 확보할 수 있는 필요와 관련된 자료는 주관적 건강상태와 만성질환 정도로 제한적임을 알 수 있다. 국민건강보험공단의 표본 코호트 자료에서도 필요 관련한 자료의 확보는 한계가 있다. 건강과 직접 관련이 없는 의료필요의 영역을 고려할 때 현재의 자료원 수준으로는 의료 불평등을 제대로 측정하기 어렵다.

의료필요가 충족되는 과정으로서의 의료이용 측면에서도 현재의 자료원은 의료불평등 모니터링에 있어서 제한점을 보인다. 이 연구에서는 의료필요-충족 모형에서 불평등의 영역을 의료필요 인지, 과정 필요 충족, 결과 필요 충족으로 구분하였는데, 과정 필요 충족보다는 상대적으로 의료필요 인지와 결과 필요 충족 영역에 있어서 현재의 가용한 자료원의 개선이 필요해 보인다. 예를 들어 현재의 자료원에서는 건강 문해력(Health literacy), 건강 신념(Health beliefs), 처방 준수(Adherence), 역량 강화(Empowerment) 등과 관련한 보완이 필요하다. 그뿐만 아니라 의료필요의 충족을 '능력(Capability)'의 보장으로 보는 관점에서는 지금의 자료원은 개선의 여지가 더욱 늘어난다고 할 수 있겠다.

모니터링은 상황의 변화를 시간에 따라 반복적으로 관찰하여 정책의 개입 시점을 찾기 위함이다. 같은 맥락에서 의료불평등 모니터링이란 의료불평등을 개선시키기 위한 개입 시점을 찾기 위함이라 할 수 있다. 이렇게 의료불평등을 별도로 모니터링한다는 것의 의미는 '능력'으로서의 의료의 역할의 중요성에 기인한다. 특히 고도화, 전문화되고, 심지어 지역별로도 사회경제적 역할이 분업화되고 있는 현대 사회에서 지금까지의 모니터링 수준으로는 적절한 정책적 개입 시점을 놓친 의료불평등의 결과를 예측하기 어려운 상황이 되고 있다. 따라서 앞서 살펴본 자료의 이론적 특성들을 감안하고, 빅데이터나 인공지능 등의 기술적 발전들을 반영한 자료원 구축이 필요하다.

484 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발

〈표 4-5-2〉 의료불평등 모니터링을 위한 주요 영역별 변수

영역	변수	설명
층화기준	개인/가구	대부분의 자료원이 가구나 개인을 조사 대상으로 하고 있으나, 환자조사의 경우에는 의료기관을 대상으로 하고 있다. 가계동향 조사는 가구만을 대상으로 하고 있으며, 사회조사의 경우에는 개인만을 대상으로 함.
	소득	특정 값이거나 구간의 형태일 수 있으며, 주로 전체 소득의 형태로 조사되지만, 원천별 소득을 자세하게 제시하기도 한다. 한국 복지패널의 경우에는 생활비를 자세하게 조사하고 있어 소득수준 측정에 활용이 가능.
	성별/학력/연령	기본적인 인구통계학적 변수로서 거의 모든 자료원에서 수집 가능.
	지역	지역사회건강조사는 지역별 비교 가능한 자료 생산을 목표로 하고 있음.
재정	조세	직접세, 간접세, 목적세 등으로 구분할 수 있으며, 한국복지패널의 경우 직접세를 소득세, 재산세, 부동산세 등으로 세분화해서 조사. 간접세의 경우는 개인과 가구에 특정하여 수집하기는 어렵다. 대부분의 조세 관련 조사에서는 총납부세액의 형태로 조세 자료 제공.
	건강보험료	한국복지패널, 한국노동패널 등에서 조사.
	본인부담금 접근성	보건의료비 지출 항목을 본인부담금 파악을 위한 자료로 사용할 수 있으며, 경제적 측면에서의 접근성 측정을 위한 변수로도 활용이 가능.
이용	건강검진 예방접종 암 검사	질병이나 사고 발생 이전 혹은 초기 단계의 의료이용 측정.
	입원 외래 응급 수술	질병이나 사고 발생 이후 단계의 이용 측정 변수들이며, 이용 횟수나 지출금액의 단위로 조사. 한국의료패널의 경우에는 질병종류에 따라 상세한 이용 현황을 조사.
	의료기관 형태	종합, 대학병원, 병의원, 한방병의원, 보건소 등으로 조사되며 의료이용의 수준을 측정하는 변수로 사용.
	고가의료 장비	MRI, CT 등 고가의료장비 이용.

영역	변수	설명
필요	주관적건강	“평소에 000님의 건강은 어떻다고 생각하십니까?”(국민건강영양조사)의 질문형태로 조사되는 조사대상자가 스스로 평가하는 주관적 건강상태에 대한 조사 자료.
	만성질환	질환의 종류 및 개수 그리고 관련한 유병기간 등을 상세한 측정의 자료로 사용할 수 있음.
	이환경험 사고중독	일정 기간 이내의 질병이나 사고중독의 경험을 조사하여 의료필요 측정.
	유병기간	질병의 지속 기간에 따라 의료필요의 강도를 측정.
미충족 의료	일반의료 이용	국민건강영양조사, 한국의료패널, 지역사회건강조사 등이 “최근 1년 동안 본인이 병의원에 가고 싶을 때 가지 못한 적이 있습니까?” 라는 질문으로 미충족의료 발생 유무를 조사하며, 거의 동일한 보기 문항을 통해 미충족의료 발생 원인도 조사함.
	건강검진	고령화연구패널과 장애인실태조사 등에서는 건강검진 여부와 건강검진을 받지 않은 이유를 조사하고 있어 관련 미충족의료 조사 가능.
질	서비스 만족도 불만족이유 환자경험	“귀댁에서는 의료기관에서 제공받은 진료 및 치료 등의 서비스에 대해 어느 정도 만족하셨습니까?”(한국복지패널) 형태의 간략한 질문으로 조사되는 의료서비스의 만족도 혹은 불만족이유 자료를 확보할 수 있으며, 국민건강영양조사(2015년)에서는 조금 더 상세하게 조사된 환자경험 자료를 조사하고 있음.

(표 4-5-3) 의료불평등 모니터링을 위한 자료원별 기용변수

자료원	중화변수	재정	이용	필요	미충족	질
건보공단자료	개인, 소득(분위), 사망년월, 성별, 연령	요양급여비용총액, 본인부담금, 보험자부담금	요양기관식별, 요양일수, 입내원일수, CT, MRI 지출, 총처방일수	주상병, 부상병, 진료과목, 상병기호, 사망원인	-	-
건보공단자료 (건강검진)	개인	-	건강검진	-	-	-
건보공단자료 (요양기관)	요양기관(병상 수, 의사 수, CT유무, MRI유무, PET유무)	-	-	-	-	-
심평원 환자표본자료	개인, 성별, 연령	요양급여비용총액, 본인부담금, 보험자부담금	입원/외래구분, 요양일수, 내원일수, 수술여부, 요양기관	주상병, 부상병, 진료과목, 상병기호	-	-
가계동향조사	가구, 원천별 소득	조세 건강보험료 보건의료비	-	-	-	-
사회조사	가구 및 가구원, 가구총소득, 성별, 학력, 연령	-	치료 일수, 의료기관종류	주관적 건강상태, 유병기간	-	서비스 만족도 및 불만족 이유
국민건강영양조사	가구 및 가구원, 가구총소득, 성별, 연령	보건의료비 (1998년)	입원(횟수, 일수), 외래(횟수), 예방접종, 건강검진, 암 검진, 당뇨병(안저검사)	주관적 건강상태, 만성질환	일반의료이용	환자경험 (2015년)

자료원	증화번호	재정	이용	필요	미충족	질
한국 복지패널	가구 및 가구원, 원천별 소득, 비록별 생활비, 성별, 학력, 연령	한부모 조세, 건강보험료, 보건의료비	임원(원수, 일수), 외래(원수), 의료기관 형태, 건강검진	주관적 건강상태, 만성질환	-	서비스 만족도
한국 노동패널	가구 및 가구원, 원천별 소득, 교육, 성별, 연령	건강보험료, 보건의료비	입원일수, 건강진단, 의료기관형태(2001년)	-	-	-
환자조사	의료기관 및 개인, 성별, 연령	-	외래, 재원, 퇴원, 의료기관종별이용, 상병분류	-	-	-
지역사회 건강조사	가구 및 가구원, 가구총소득, 지역, 성별, 연령	-	예방접종, 건강검진, 암 검진, 당뇨병(안저검사)	이환경험, 사고중독, 넘어짐	일반의료이용, 넘어짐	-
한국 의료패널	가구 및 가구원, 원천별 소득, 성별, 학력, 연령	보건의료비	입원, 외래, 응급, (원수, 지출, 의료기관, 질병), 건강검진, 암 검진	주관적 건강상태, 만성질환	일반의료이용	-
서울시민 보건지표 조사	가구 및 가구원, 교육, 성별, 학력, 연령	-	건강검진, 암 검사 치료 유무, 입원 기간, 보건의료 이용	주관적 건강상태	일반의료이용	의료기관 만족도, 보건의료만족 이유
고령화연구 패널조사	가구 및 가구원, 원천별 소득, 생활비, 교육, 성별, 연령	보건의료비, 건강보험료, 민간의료보험료	입원, 외래, 건강검진	주관적 건강상태, 만성질환, 사고, 넘어짐	건강검진	-

자료원	층화변수	재정	이용	필요	미충족	질
국민노후보장 패널조사	가구, 소득, 지출(가구), 교육, 성별, 연령	건강보험료, 보건의료비	-	주관적 건강상태, 만성질환	-	-
다문화가족 실태조사	가구 및 가구원, 소득, 성별, 연령	-	의료기관형태	주관적 건강상태	-	-
장애인 실태조사	가구 및 가구원, 소득, 지출(가구), 성별, 연령	-	입원, 외래, 건강검진, 암 검진, 예방접종	주관적 건강상태, 만성질환	일반의료이용, 건강검진	서비스만족도
노인 실태조사	가구 및 개인, 소득	보건의료비	입원, 외래, 건강검진	주관적 건강상태, 만성질환	일반의료이용	

제 6 장 소결



의료불평등은 건강불평등의 한 요소가 아닌 독립적 의의를 지닌 것으로 인식해야 하며, 의료불평등을 둘러싼 이용자, 제도, 사회적 환경을 포함해 단순하지도 자명하지도 않은 복잡한 과정을 거쳐 발생한다. 따라서 의료불평등은 건강불평등과는 구분되는 방식으로 이에 개입하기 위한 지속적이고 구조화된 모니터링체계를 마련할 필요가 있다.

가장 핵심적인 연구 결과로 의료필요와 의료불평등을 종합적으로 이해하기 위한 이론적 틀을 제시하였다. 의료이용은 시스템과 개인이 만나는 역동적 과정으로, 의료불평등을 잘 반영하고 현상을 해석할 수 있는지를 정확하게 파악하는 것은 쉽지 않다. 특히 불평등은 단순히 격차의 문제를 넘어서 사회적 고통을 나타내는 것이기 때문만이 아니라 의료불평등의 실재를 제대로 파악하기 위해서라도 전문가, 정책담당자의 시각이 아닌 이용자 중심(people-centered)의 시각을 강화하여야 한다. 이러한 차원에서 의료필요에 대한 재조명이 필요하고 이에 기초하여 필요와 충족의 측면에서 의료불평등을 재해석하였다. 제시한 대로 새로운 관점에서 의료불평등을 조명할 때 현재의 의료불평등 영역보다 훨씬 넓어진 모니터링 영역이 도출 가능하다. 또한 기존의 미충족의료지표에도 이러한 관점을 적용할 때 미충족의료의 의미하는 바와 범위가 확장되어 미충족의료 지표의 개정을 계획할 여지를 마련하였다.

기존의 의료불평등 정책 자체에서 본격적인 모니터링을 시도한 적이 없었기 때문에 지금까지는 개별적 연구 차원에 적합한 지표가 주로 활용되었다. 그러나 모니터링의 본래 목적에 따라 적합한 지표를 마련하고자

할 때에는 지속가능하고, 비교 가능하며 간단히 산출 가능한 지표의 조건에 기초하여야 한다. 본 연구는 이를 위한 시범적 지표 제안과 분석 결과를 검토하였다. 복잡한 현실을 단순화하려는 데에서 발생할 수 있는 왜곡과 오류를 방지하고자 하였으므로 지표 자체가 다양한 상황과 해석을 포함할 수밖에 없는 측면이 있다. 그러나 본 연구에서 제시한 의료불평등의 구조와 기제가 지속적으로 연구를 통해 점차 드러나고 밝혀짐에 따라 해석이 더욱 강화되고 개선될 여지가 충분하다. 물론 이를 위해서는 자료원의 지속적인 보완과 새로운 설계도 동반되어야 할 것이다. 나아가 의료불평등 감소를 위한 보건 의료 부문의 정책과 모니터링을 연계하고 평가해야 하며, 의료불평등의 사회적 결정요인의 틀에서 제시한 것처럼 관련된 사회정책도 큰 범위에서 의료불평등(정책)의 모니터링과 평가범위에 포함해야 한다.

국내 선행 연구는 기존에 활용되던 계량 지표를 이용하여 불평등 현상을 파악한 문헌이 많았다. 그러나 이 연구에서는 의료불평등을 측정함에 있어 의료필요 개념의 중요성에 주목하고 재해석하였으며 또한 의료와 의료필요를 Sen의 '능력(capability)'에 기초하여 개념의 확장을 시도했다는 점에서 의의가 있다. 이런 관점에서 볼 때 미충족의료라는 지표가 의료불평등 모니터링의 지표로서 갖는 의의를 부각하고 새롭게 바라볼 수 있을 것이다. 또한 이제까지 의료불평등 모니터링에서 활용된 지표들과 다른 직관적이고 지속적인 생산이 용이한 지표의 제안 및 적용 가능성을 탐색해 봄으로써 새로운 지표 개발의 기초 작업을 수행하였으며, 모니터링의 본래적 의미를 생각하고 적절한 지표가 무엇일지에 대한 고민을 던졌다는 점에서 의의를 찾을 수 있다.

향후에는 모니터링 지표의 개발 차원에서 연구 결과로 제시한 개념적 확장과 재해석을 토대로 더 구체적인 지표를 도출해 내야 할 것이다. 이

를 위해서는 다시 의료불평등의 필요-충족 모형과 사회적 결정요인 모형에서 아직 충분히 논의되지 못한 다층적 발생구조, 개인과 구조의 상호작용, 구조와 기제를 밝히고 검증하는 작업이 필요하다. 기제와 과정에 대해서는 본 연구에서 수행한 정도의 면담과 설문으로는 충분히 탐색할 수 없을 수 있으며 인류학적 접근이나 실재론적 검토와 같은 다양한 인문 사회학적 연구 방법이 필요할 것이다. 통계적 분석을 포함해 실제 사례들을 더 광범위하게 포함해 분석하는 실증적 연구도 물론 반드시 필요하다. 특히 본 연구에서 의료 접근도 이외에 사회경제적 의료취약계층의 사례를 충분히 포함하지 못하였기 때문에 이와 관련한 사례 조사는 특히 불평등의 측면에서 발생, 악화, 완화의 기제를 더 깊이 이해할 수 있도록 도와줄 것이다.

본 연구에서 특별히 주의할 점은 의료필요가 무한정 확장될 수 있는 것처럼 해석하는 것은 곤란하다는 점이다. 연구진은 의료를 단순히 도구적 효용으로 이해하는 것이 아니라 가치 있는 삶을 추구하는 데 필요한 근본적인 권리의 성격을 지니는 것으로 보았다. 물론 이는 모든 관련된 문제가 의료이용으로 해결될 수 있다고 주장하는 것이 아니며, 의료필요와 의료 충족에 대한 권리적 접근이 의료화로 해석되거나 적용될 수 있는 여지에 대해 충분히 경계하고 비판적으로 숙고해야 한다.



# 제 5 부

## 결론

제1절 주요 연구 결과

제2절 연구의 시사점 및 정책적 함의



## 제1절 주요 연구 결과

본 연구는 우리나라의 건강수준의 전반적인 향상을 위해 건강불평등 현황에 대한 모니터링과 건강불평등 완화를 위한 사업 개발을 목적으로 최소 향후 3년간 진행되는 중장기 연구이다. 올해에는 1차 연도 연구로서 “건강형평성 제고”가 정책목표로 설정된 지 10여 년이 지난 지금까지도 건강불평등 정책이 마련되지 않는 데 대한 맥락적 접근으로 국민인식도와 정책의제화에 대한 연구를 실시하였고, 건강불평등에 영향을 미치는 요인으로서 의료불평등에 대해 다루었다. 주요 연구 결과는 다음과 같다.

### 1. 건강불평등 경험과 인식

건강불평등에 대한 심층면접조사 결과, 조사 대상자들은 건강문제를 주로 개인화하여 인식하고 있었다. 특히, 사회계층이 높을수록 건강 상태가 좋거나 수명이 길 것이라고 인식하고 있어서 주로 건강을 사회적 성취에 따른 보상, 즉, 능력주의적인 입장을 가지는 경향이 있었다. 이러한 경향은 건강불평등 해소 정책에 대한 필요성에도 영향을 미치고 있었는데, 건강불평등을 인식하는 경우에도 건강불평등 해소를 위해 국가가 나서야 한다는 데에는 다소 소극적인 입장을 취하는 경우가 많았다.

건강불평등 인식수준은 주로 박탈수준이 낮은 지역에 거주하는 집단에서 더 높게 나타났는데 교육수준에 따른 격차는 뚜렷하지 않았다.

일반인들의 건강불평등 인식에 설문조사 한 결과 조사대상자의 80.1%는 사회경제적 차이에 따른 건강불평등을 인식하고 있었고, 82.4%는 지역 간 건강불평등을 인식하고 있었으며, 두 가지를 모두 인식하고 있는 사람은 전체의 69.5%로 조사되었다.

건강불평등 인식에 대한 인구집단별 격차가 있었는데, 사회경제적 수준에 따라 인구집단별 건강불평등 인식수준에 격차가 나타났다. 특히 교육수준 간 격차가 유의미하게 나타났다. 사회경제적 변수 외에는 사회 불공정에 대한 인식과 사회참여 의지 등이 유의미한 변수로 나타났다.

박탈지수에 따른 거주 지역 간 건강불평등 인식의 격차는 심층면접조사에 이어 설문조사에서도 유의미하게 나타났다.

우리 사회에서 건강불평등은 주로 교육수준이나 소득수준이 낮고, 박탈의 정도가 비교적 높은 지역에 거주하는 인구집단이 주로 겪게 되는 문제이다. 그렇다면 그러한 불평등을 겪고 있는 사람들이 자신들의 문제에 대해 더 잘 인식하고 있을 것이라고 생각하기 쉽다. 그러나 분석 결과는 그러한 예상과 반대로 나타났다.

우리 사회에서 건강불평등은 주로 교육수준이나 소득수준이 낮거나, 박탈의 정도가 높은 지역에 거주하는 인구집단이 겪게 되는 문제이다. 그러나 건강불평등이 빈발하는 인구집단에서 오히려 건강불평등에 대한 인식 수준이 낮은 문제적 현상이 발견되었다. 즉, 건강불평등 실재뿐만 아니라 문제의 인식에서도 인구집단 간·지역 간 불평등이 존재하였다.

Whitehead(1998)는 건강불평등 문제 해결을 위해서는 우선적으로 관련 문제를 인식하고, 이해를 높이는 것이 필요하다고 하였다. 사회운동 이론(Social Movement Theory)인 집합행동론, 자원동원이론, 사회적 구성주의 등에서도 문제해결을 위한 동력원으로 대상자의 문제인식, 정보 획득이 중요하다고 강조한 바 있다. 문제에 직면하였으나 그것이 문제

인지조차 인식하지 못하는 현실은 우리 사회에서 건강불평등 문제 해소를 위한 정책적 노력이 더디게 진행되는 원인일 수 있다.

## 2. 건강불평등 정책의제화

본 연구에서는 건강불평등의 정책의제화와 지식 전환 현황을 살펴보았으며, 주요 결과는 다음과 같다. 건강불평등 지식전환과 관련하여서는 첫째, 연구 참여자들은 건강불평등 정책의제화 과정에서 지식전환의 당위성에 대해 동의하는 경향을 보였다. 그러나 지식전환의 중요성에 대해 인식하면서도, 생산된 연구 근거에 대한 공유가 제대로 이루어지지 않고 있다는 점은 지식전환 프로세스 구축의 미비함을 잘 보여준다.

둘째, 연구 참여자들은 대체로 국내에서 생산된 건강불평등 연구 근거가 충분하지 않다고 인식했는데, 이는 연구 자체에 대한 사회적 수요가 부족한 것과 관련 있는 것으로 보인다. 참여자들은 건강불평등 개념 자체의 모호성과 복합적 원인 때문에 건강불평등 문제를 해결하기 어렵다는 인식이 존재하며 그로 인해 연구 근거 자체를 요구하지 않는 것으로 인식했다. ‘불평등’이라는 개념에 내재한 가치판단적 측면과 정치성으로 인해 여타의 ‘의료 부문에 한정된’ 공중보건정책에 비해 주변화되어 왔다는 것이다.

셋째, 다음으로 참여자들은 지식을 가공하고 합성하는 단계에서 중개 기관 혹은 연구의 통합관리 기구의 부재 등 지식전환 인프라의 부족을 문제로 지적했다. 이어서 지식의 도구화 측면에서, 많은 참여자들은 현재의 연구들이 현상 기술에 그치는 경우가 많으며 보다 다양한 관점의 연구가 필요하다고 지적했다.

넷째, 지식생산의 측면에서 앞서 제기한 문제들이 근거기반정책 수립

의 걸림돌로 작용하고 있었다면, 실제 정책 수립 혹은 실행 현장에서도 지식전환을 가로막는 요인들이 발견되었다. 이를테면 현장실천가와 정책 결정자들 간의 건강불평등 연구 현황에 대한 인식 차이를 그 단적인 예로 들 수 있다.

다섯째, 참여자들은 한국 사회에서 지식전환 프로세스 구축의 가능성을 긍정적으로 전망했다. 지금까지 건강불평등 이슈와 관련한 주요 행위자들이 존재하고 서로 교류를 강화해 왔으며, 현장실천가와 정책결정자들의 인식이 증진된 것과 같은 긍정적 측면은 건강불평등 정책과정에서 지식전환 프로세스를 적극적으로 활용하여 보다 체계적인 근거기반정책을 수립할 수 있다는 가능성을 시사한다.

건강불평등 정책의제화와 관련한 주요 연구 결과는 다음과 같다.

첫째, 건강불평등 정책공동체 구성원들의 인식과 경험을 분석한 결과, ① 인식, ② 의제화의 어려움, ③ 정책 과정에서 부조화, ④ 정책의제화의 기회, ⑤ 정책 전망과 제언이라는 다섯 가지 테마를 도출했다.

둘째, 정책의제화를 어렵게 만드는 원인으로 참여자 관점에서는 건강불평등의 추상성, 복잡성과 현황, 중재에 대한 근거 부족, 정책 영역에서 이증으로 주변화되는 경향, 건강불평등이 주는 감정적 불편함 등의 요인이 지적되었다. 연구자 관점에서 이를 다시 해석하면, 건강을 개인화시키는 담론, 건강의 의료화와 상품화, 경제를 우선시하는 논리, 잔여적 관점과 타자화 프레이밍의 기제를 도출할 수 있었다.

셋째, 정책과정에서 부조화를 유발하는 요인으로 건강불평등의 구조적 속성, 장기적, 다면적인 중재의 필요성, 개입을 어렵게 만드는 행정 구조와 관료주의, 중앙집권적 국가와 독자성을 가진 관료, 정부의 무관심, 정책 수단과 자원의 제약, 지방정부의 권한과 역량 부족 등이 지적되었다.

### 3. 의료불평등 모니터링 개선 방안 연구

본 연구는 의료불평등의 모니터링 개선을 위해 지표와 모니터링, 자료원의 영역에서 현황파악과 이론적 검토, 그리고 실증연구를 통해 의료불평등 지표의 개선을 제안하였다. 구체적인 연구 결과는 다음과 같다.

첫째, 의료필요와 의료불평등을 종합적으로 이해하기 위한 이론적 틀을 제시하였다. 의료불평등의 실재를 제대로 파악하기 위해 전문가, 정책담당자의 시각이 아닌 이용자 중심(people-centered)의 시각을 강화하여 의료필요에 대해 재조명하였고, 이에 기초하여 필요와 충족의 측면에서 의료불평등을 재해석하였다.

둘째, 기존 의료이용의 지표의 한계를 보완한 새로운 의료불평등 모니터링 지표를 제안하였다. 기존의 의료불평등 정책 자체에서 본격적인 모니터링을 시도한 적이 없었기 때문에 지금까지는 개별적 연구 차원에 적합한 지표가 주로 활용되었다. 그러나 모니터링의 본래 목적에 따라 적합한 지표를 마련하고자 할 때에는 보다 지속 가능하며 비교 가능하며 간단히 산출 가능한 지표의 조건에 기초하여 의료불평등 모니터링을 위한 지표가 필요하다. 본 연구는 이를 위한 시범적 지표 제안과 분석 결과를 검토하였다.

셋째, 국내외 주요 의료불평등 모니터링 제도에 대해 기술하였다. 국내 의 경우 별도의 의료불평등 모니터링 제도는 없으며, ‘국민건강통계’ 등 일부 정부발행보고서에서 의료불평등과 관련된 통계를 생산하고 있는 실정이다. 이에 반해 미국이나 영국에서는 주기적으로 의료불평등에 대해 모니터링하고 있다.

미국의 경우 AHRQ에서 매년 ‘국가 의료의 질 보고서’를 생산해 내고 있는데, 질, 접근성, 불평등의 세 가지 영역으로 나누어 의료불평등에 대

해 조사하고 있다. 영국은 이전의 차별금지법들을 하나로 묶어 ‘평등법 (Equality Act 2000)’을 제정하였는데, 보건의료분야에서도 평등법을 기반으로 다양한 건강형평을 위한 가이드라인을 세우고 있다. 2013년 4월 1일부터는 ‘평등의무(Equality duty in 2013)’가 적용되고 있는데, 사회경제적으로 어려운 사람, 장애인, 어려운 상황에 처한 소수의 사람들만을 대상으로 하는 것이 아니라 모든 보건의료불평등의 요소들을 제거하는 것을 목적으로 하고 있다.

넷째, 의료불평등에 관여하는 사회적 결정요인에 대해 기술하였다. 크게 구조적 요인, 매개요인, 보건의료체계요인, 사회 자본으로 나누어 접근하고 있다. 구조적 요인은 정치·경제적 맥락요인, 사회경제적 위치 요인, 사회·문화적 맥락요인이 포함되며, 매개요인은 의료필요요인, 인적 자원, 심리사회적 요인, 물질적 환경, 생물학적 요인 등이 포함되어 있다. 보건의료체계요인은 건강보장제도, 의료전달체계, 의료공급자특성, 의료 자원분포, 공공보건의료 등이 포함되어 있다.

다섯째, 의료불평등 모니터링을 위한 자료원을 제안하고 있다. 의료불평등 모니터링을 위해 신빙성 있는 자료의 구축은 필수적이다. 그러나 본 연구의 주요 결과로 제시한 확장된 의료불평등 개념을 포괄할 수 있는 자료는 현재 많지 않은 실정이다. 기존 자료의 한계를 극복할 수 있는 빅데이터나 인공지능 등의 기술적 발전들을 반영한 자료원 구축이 필요하다.

## 제2절 연구의 시사점 및 정책적 함의

### 1. 건강불평등 경험과 인식

건강불평등 인식의 정책적 중요성은 Whitehead(1998)가 주장한 “건강불평등 대응의 스펙트럼”에서 잘 나타난다. Whitehead는 유럽 국가들을 대상으로 한 사례 연구를 통해 건강불평등 해소를 위한 정책단계를 도식화 하였는데, 가장 첫 번째 단계는 건강불평등 현황의 “측정”이고, 두 번째 단계는 측정을 통해 확인된 건강불평등 현상에 대한 “인식”이다. 이는 건강불평등의 실제로 나타나고 있음에도 불구하고 문제로서 인식하지 못한다면 건강불평등 정책이 마련되지 않을 수 있음을 의미한다. 물론 국민들이 건강불평등에 대해 문제의식을 느끼지 못한다 하더라도 중앙정부의 강력한 의지가 있으면 정책이 마련될 수도 있겠으나, 현재로서는 그러한 가능성이 크지 않기 때문에 건강불평등에 대해 국민들이 문제의식을 느끼고 정책 대안 마련을 위한 목소리가 커져야 할 필요가 있다. 국민들의 건강불평등 인식 수준 제고를 위해서는 다음과 같은 몇 가지 조치들이 필요하다.

첫째, 건강불평등 현황과 추이 파악을 위한 모니터링 시 객관적인 건강불평등 수준 외에 주관적인 건강불평등 인식에 대한 모니터링도 필요하다. Esterlin은 실질적 불평등 수준의 증가가 반드시 불평등 인식 수준을 높이는 것은 아니고, 반대로 실질적 불평등이 감소한다고 해도 불평등 인식의 수준이 낮아진다고 단정할 수도 없다고 하였다(이용과 임란 2014 p.95).<sup>36)</sup> 이러한 주장이 건강불평등 인식에도 동일하게 적용된다고 가정

36) Esterlin(1995, 2001, 2003, 2005, 2010)은 소득과 행복 간의 긍정적인 상관 및 인과 관계를 쉽게 단정할 수 없다는 이스털린의 역설(The Esterlin paradox)을 주장함(이용과 임란, 2014).

하면, 객관적인 건강불평등 수준에 대한 측정 외에 주관적인 건강불평등 인식에 대한 별도의 측정이 필요하다. 특히 건강불평등에 대한 인식이 정책 마련의 단계로서 중요성을 가진다면 더더욱 건강불평등 인식에 대한 주기적인 측정이 필요할 것으로 보인다.

둘째, 건강불평등 인식을 측정하기 위한 타당성 있는 지표 개발과 적절한 조사 방법에 대한 고려 또한 필요하다. ‘건강불평등’이라는 주제가 추상적이면서도 어려운 개념이기 때문에 인구·사회·경제학적 특성 외에 인지, 심리, 문화 등 건강불평등 인식에 영향을 미칠 수 있는 다양한 측면을 조사 항목에 추가하여 보다 심층적인 건강불평등 인식 지표를 개발할 필요가 있다. 특히 건강불평등 인식이란 명시적으로는 파악하기 힘든 개념이므로, 개념에 대한 무의식적 판단을 측정하는 내재적 연관 검사 (Implicit Association Test) 등의 활용 가능성을 고려해 볼 필요가 있다.

셋째, 건강불평등 인식 수준에 대한 측정을 바탕으로 건강불평등 인식 제고를 위한 별도의 노력이 필요하다. 건강불평등은 상대적으로 교육수준이나 소득수준이 낮고 박탈정도가 높은 지역에 거주하는 사람들이 주로 겪고 있는 문제이다. 그런데, 본 연구 결과에 따르면 박탈정도가 비교적 높은 지역에 살고 있거나 교육수준이 낮은 인구집단 즉, 건강불평등 문제를 직접 겪고 있을 것이라고 짐작되는 인구집단에서 건강불평등 인식이 더 낮은 것으로 나타났다. 이는 지금까지 건강불평등 문제 해소를 요구했어야 할 이들의 목소리가 작을 수밖에 없었던 이유 중의 하나로 생각되며, 이러한 현실이 우리 사회에서 건강불평등 문제 해소를 위한 정책적 노력이 더디게 진행되는 원인이 될 수도 있었을 것이다. 이 때문에 이들 건강 취약집단에 대해 다양한 건강증진사업과 함께 집중적인 건강불평등 인식 제고를 위한 노력 또한 필요하다.

넷째, 건강결정요인과 관련한 사회계층 간 정보의 격차를 해소하려는 노력이 필요하다. 본 연구 결과에 따르면 사회계층 간 건강불평등 인식의 차이 이외에도 지역의 박탈 정도에 따라 건강에 대한 개인 책임의식도 격차가 발생하고 있었다. 즉, 지역박탈정도가 비교적 높은 지역에 거주하는 사람들은 건강에 대한 개인의 책임을 강조하는 반면, 지역박탈정도가 낮은 지역에 거주하는 사람들은 건강의 사회경제적 요인에 대한 인식이 더 높은 것으로 나타났다. 이는 건강결정요인과 관련한 사회계층 간 정보의 격차로도 볼 수 있다. 이 때문에 지역사회에서 건강증진사업의 일환으로 다양한 건강결정요인과 건강의 사회적 책임에 대한 교육이 필요할 것으로 생각된다.

## 2. 건강불평등 정책의제화

우리의 연구 결과를 바탕으로, 국내에서 건강불평등 문제에 대한 지식 전환 프로세스 구축을 촉진하고 정책의제화를 진전시키기 위해 다음과 같은 제안을 하고자 한다. 건강불평등 정책의제화 과정에서 행위자들마다 조금씩 다른 역할을 한다는 판단하에 주체별로 제안을 구분하였다.

제안에 앞서, 지식전환에 비해 정책의제화의 진전에는 정치적, 사회적 요소의 영향이 크기 때문에, 정책 제안은 지식 전환 구축에 보다 무게를 둘 수밖에 없었음을 미리 밝혀둔다. 정책의제화는 정책 수립 단계에 선행하는 정치적 과정이기 때문에 ‘정책 제안’을 통해 촉진할 수 있는 성격의 것이 아니다. 그러나 분석을 통해서, 전면에 부각되지 않던 정책의제화의 과정과 주요 주체들을 확인하고 드러내는 것 자체가 이미 정치적·정책적으로 중요한 함의를 갖는다는 점도 아울러 밝혀 둔다.

우선 연구자 또는 학계에 대한 제안이다.

첫째, 건강불평등 담론을 구성하기 위한 이념적, 이론적, 실증적, 정치적 논거를 강화할 필요가 있다. 이를 위해서는 역학적 연구뿐 아니라 질적, 양적 설계를 포함하는 다양한 형태의 연구들이 이루어져야 한다. 다양한 층위에서 다양한 연구 방법을 이용해 축적된 근거는 건강불평등 정책의제화를 가로막는 담론적 억압들을 극복하는 논거로 사용될 수 있다. 특히나 지식전환 프로세스가 구축되어 있지 않고 건강불평등 문제에 대한 사회적 인식이나 정책의제화 수준이 낮은 현 상황에서 당분간은 연구자들이 선도적 역할을 할 수밖에 없다는 점을 인정해야 할 것이다.

둘째, 건강불평등 정책의제화와 관련하여 예상되는 정치적, 정책적 기회에 대비를 하고 있어야 한다. 예컨대 사전 준비를 통해 제4차 국민건강증진종합계획에 건강불평등에 대한 개별 지표와 목표치를 포함시키고, 그를 달성하기 위한 전략 개발이 이루어질 수 있도록 해야 한다.

셋째, 여러 지방자치단체에서 시행 중인 중재 사례들에 대한 면밀한 평가를 통해 구체적 성공사례를 축적하고, 향후 제도화에 도움이 될 수 있는 근거를 마련해야 한다.

넷째, 연구자와 실무자, 정책결정자들이 교류하고 상호학습을 할 수 있는 정책공동체(policy community)를 형성해야 한다. 정책공동체는 일관적인 목표와 관점을 가지고 정책과정의 다양한 행위자들과 유연하게 상호작용하면서 건강불평등 의제를 이끌고 나가는 데에 기여할 수 있을 것이다.

다섯째, 제도화된 지식전환 프로세스가 확립되지 못한 상황에서 건강불평등 정책과 사업 적용에 적합한 형태의 가공된 지식을 생성하는 것 또한 당분간은 연구자의 몫 수밖에 없다. 전통적인 의미의 학술적 성과물 발표에 그치지 않고, 적극적으로 지식 전환 프로세스에 참여해야 하며, 정책 공동체를 통해서 지식 전환을 촉진해야 한다.

다음은 정책결정자 혹은 정책커뮤니티에 대한 제언이다.

첫째, 건강불평등 의제는 정치적 정당성을 담지하고 있으며 정치적 잠재력이 있다. 실제로 연구에 참여한 많은 정책결정자들이 정치적 가능성과 폭발력을 인정했으나 현황에 대한 근거는 부족하다는 인식을 가지고 있었다. 그러나 현재 국내 건강불평등에 대한 근거는 상당히 축적되어 있으며, 사회적·경제적 불평등에 대한 사회적 의제화 또한 상당한 정도로 진척되었다. 건강불평등을 드러내고 가시화하는 작업이 동반된다면 정책의 제로서 충분히 잠재력을 가지고 있는 만큼 적극적인 논거 개발과 대비를 하고 있어야 한다.

둘째, 건강불평등은 보편적 의제로 제시되었을 때 유의미한 해결책이 도출될 수 있다. 지역별 격차 또는 취약계층의 문제로 축소하는 경우, 그에 상응하는 제한적 범위의 정치적 지지밖에 얻을 수 없다. 헌법에서 보장하는 건강할 권리에 의거하여 보편적 건강권 보장에 대한 정부의 책무성을 분명히 하고, 이를 통해 건강을 개인화하는 담론을 극복할 수 있다면 보편적 건강불평등 의제에 대한 정치적 지지는 사회 일반으로 확장될 수 있다.

셋째, 건강불평등 정책의제화를 뒷받침하고 실질적 정책 과정으로 이어질 수 있는 지식전환 프로세스를 구축해야 한다. 구체적으로는, 앞서 언급했던 캐나다 보건연구원(Canadian Institute for Health Research) 또는 국제 근거기반 정책 연합 기구인 캠벨 연합(Campbell Collaboration) 같은 기능을 담당하는 지식전환 전문 기구를 마련할 필요가 있다. 이는 독립된 기관의 설립이 될 수도 있고, 기존의 조직들, 예컨대 건강증진개발원이나 한국보건사회연구원, 보건의료연구원 같은 중앙기구, 건강증진지원사업단이나 공공의료 지원사업단 같은 지역 수준의 조직 내부에 이러한 기능과 역할을 담당하는 전담부서를 배치하는 것일 수도 있다. 이

기구는 Health Systems Evidence<sup>37)</sup>처럼 온라인 데이터베이스를 구축하고 정책 리뷰 결과를 제공하는 연구 관리 전문 기구로서의 역할을 하거나, 캠벨 연합처럼 건강불평등 관련 정책과 관련된 타 분야 연구근거를 체계적으로 검토하여(systematic review) 지역의 맥락에 맞게 가공된 형태의 근거를 제공함으로써 연구와 정책결정 사이를 증개해야 한다 (Jones, 2001).

넷째, 정부 부처 혹은 공공기관에 근거 중심 문화(evidence culture)를 조성해야 한다. 앞서 분석에서 정책 실행 영역인 정부기관에서 근거의 중요성에 동의하는 문화가 형성될 필요가 있다고 지적한 바 있다. 결정자의 주관적 판단이나 상명하달의 지시가 아니라 객관적 근거에 기반을 둔 정책 결정이 필요하다는 인식의 확산이 필요하다. 이를 위해서는 우선 각 분야 행위자들을 대상으로 근거의 중요성에 대한 교육이 이루어져야겠지만, 교육만으로는 불충분하다. 행위자의 업무 평가 혹은 정책의 성과 평가 각 단계에서 '타당한 근거를 기반으로 정책을 수립하였는가' 같은 항목을 설정하고 근거기반 여부에 대한 평가 시스템이 도입되어야 한다.

### 3. 의료불평등 모니터링 개선 방안 연구

의료이용의 형평성과 관련하여 우리나라에서는 두 가지의 시각이 공존하여왔다. 국민건강보험을 기반으로 하는 의료보장제도로 인해 다른 나라에 비해 상대적으로 의료이용이 자유롭고 경제적인 장애도 낮기 때문에 의료이용이 형평적으로 이루어지고 있다는 시각과 함께, 그럼에도 불구하고 비교적 높은 본인부담율과 지리적으로 불균형한 의료자원의 분포로 여전이 의료이용의 접근성에 제약이 있고, 이로 인해 소득계층 간, 지

37) <https://www.healthsystemsevidence.org/>

역 간 의료불평등이 발생하고 있다는 시각이다. 이는 의료이용 기회의 형평과 실제 의료이용 결과의 형평 두 가지 차원의 논의(김동진 등, 2014 p.36)로 압축되어 왔으며, 각각의 관점에서 보다 정교한 측정방식에 대한 논의가 주를 이루었다. 그러나 이러한 논의 또한 개인적인 차원에서의 연구들이 대부분이었고, 정책차원에서 의료불평등은 단독의 의미를 지닌 영역으로 주목받지 못한 상태이다.

의료불평등을 줄이고자 한다면 어느 지점에서 불평등이 발생하는지를 확인하고 그 기제에 따라 발생을 줄이고 이미 발생한 격차를 좁히려는 개입을 계획하고 실행하며 평가해야 한다. 그러나 그 첫 번째 단계인 의료불평등의 측정과 모니터링에서 지금까지의 방식은 많은 한계를 지니고 있다. 의료불평등에 대한 보다 진전된 논의를 위해서는 다음과 같은 몇 가지 측면에서의 정책적 노력이 필요하다.

첫째, 의료불평등은 건강불평등과는 구분되는 방식으로 이에 개입하기 위한 지속적이고 구조화된 모니터링체계를 마련할 필요가 있다. 의료불평등은 의료이용자, 제도, 사회적 환경을 포함해 단순하지도 자명하지도 않은 복잡한 과정을 거쳐 발생한다. 그렇기 때문에 의료불평등의 실재를 제대로 파악하기 위해서는 이용자 중심의 시각이 강조된 모니터링 체계가 마련되어야 한다. 본 연구에서는 의료필요에 대한 재조명과 함께 필요와 충족의 측면에서 의료불평등을 재해석하였다.

둘째, 의료불평등 모니터링 목적에 보다 충실한 지표의 개발의 필요하다. 지금까지는 정책적인 차원에서 본격적인 의료불평등 모니터링을 시도한 적이 없었기 때문에 주로 개별적 연구 차원에 적합한 지표가 주로 활용되었다. 그러나 모니터링의 본래 목적에 따라 적합한 지표를 마련하고자 할 때에는 지속 가능하고, 비교 가능하며 간단히 산출 가능한 지표가 필요하다. 본 연구에서는 이러한 조건에 맞는 시범적 지표를 제안하였

고 분석 결과를 검토하였다. 현재 상태로는 제안한 지표에 대한 해석에 한계가 없지 않으나, 의료불평등의 구조와 기제에 대한 지속적 연구를 통해 새로운 지표에 대한 해석은 더욱 강화되고 개선될 여지가 충분할 것으로 생각된다.

셋째, 건강불평등 모니터링을 위한 자료원의 지속적인 보완과 새로운 설계도 동반되어야 할 것이다. 정기적이고 체계적으로 수집되는 안정된 자료원은 바람직한 모니터링에서 필수적인 기본요소이다. 지금까지의 많은 연구가 이론적 틀과 연구모형을 세우고도 이를 뒷받침해 줄 자료의 부재를 제한점으로 제시하고 있는 실정이며, 원칙과 속성에 맞는 지표 목록을 제시하고도 결과를 산출하지 못하거나 아예 지표를 만들 때부터 자료의 가용성을 최우선으로 고려하는 경우가 허다하다. 이는 분명히 본말이 전도된 상황이다. 따라서 의료불평등이 사회적으로 중요한 의미로 합의될 수 있고, 따라서 모니터링이 필요하다고 결정했으면 이미 있는 자료원의 조각을 모아 의료불평등을 맞추어내는 방식이 아니라 무엇을 측정할 것인지에 따라 자료원을 개정하고 보완하는 작업도 필요할 것이다.

넷째, 나아가 의료불평등 감소를 위한 보건 의료 부문의 정책과 모니터링을 연계하고 평가해야 하며, 의료불평등의 사회적 결정요인의 틀에서 제시한 것처럼 관련된 사회정책도 큰 범위에서 의료불평등(정책)의 모니터링과 평가범위에 포함해야 한다.

### <국내외 문헌>

- 강영호, 강민아, 김명희, 김유미, 신영전, 유원섭 등. (2006). 건강증진목표 설정을 위한 건강형평성 평가지표 개발과 건강 형평성 현황 조사 연구. 보건복지부; 울산대학교 의과대학.
- 강영호. (2007). 건강 불평등 연구의 역사적 발전 Historical Advances in Health Inequality Research. 예방의학회지, 40(6), pp.422-430.
- 강영호. (2015). 건강보험 빅데이터 개방, 2차년도 연구성과 심포지움. 국민건강보험공단.
- 강철희, 이상철. (2013). 한국인의 보편적 신뢰 영향 요인에 관한 연구: 시민의 사회참여행동과 사회적 불평등 인식의 영향력 검증. 한국사회복지행정학, 15(4), pp.1-28.
- 강희정. (2014). 미국 의료의 질 보고서와 시사점. 보건복지포럼, 207, pp.121-131.
- 강희정. (2015). 2015 한국 의료 질 보고서. 한국보건사회연구원, 연구보고서 2015-05, pp.3-11.
- 강희정. (2016). 건강보험제도의 현황과 정책과제. 보건복지포럼, pp.15-30.
- 고세훈. (2013). 2013년 봄: 복지와 노동 (권력): “권력자원접근”의 이론적 위상과 한국적 함의. 동서연구, 25(1), pp.5-31.
- 권기현, 이동규, 서인석. (2014). 건강보험보장성 강화정책과 민간보험지출액의 관계분석. GRI 연구논총, 16(2), pp.265-293.
- 권순만(2007). 건강형평성 관련 성과지표 개발 연구. 보건복지부; 서울대학교 보건대학원.
- 권순만, 양봉민, 이태진, 오주환, 이수형. (2003). 보건의료이용의 형평성. 보건경제연구, 9(2), pp.13-24.
- 권순만, 윤영호, 김윤희, 최지은, 현민경, 홍석원 등. (2012). 암 보장성 강화 전, 후 의료서비스 및 건강불평등 영향 평가. 한국보건의료연구원 연구보고서, pp.1-264.

- 김기승, 김명환. (2016). 정규직과 비정규직의 임금분해분석을 통한 기업 규모별 임금체계 비교. 산업관계연구, 26(2), pp.141-161.
- 김남순, 최지희, 오영인, 이희영, 서현주, 이진용, 김명희. (2013). 근거중심보건 정책에 필요한 연구근거 현황 및 활용.
- 김동진, 이소영, 기명, 김명희, 김승섭, 김유미, 윤태호, 장숙량, 최경희, 채희란, 이정아. (2013). 한국의 건강불평등 지표와 정책과제. 한국보건사회연구원.
- 김동진, 김지은, 박은자, 신호성. (2011). 인구집단별 의료이용의 형평성 현황 및 형평성에 영향을 미치는 요인분해. 한국보건사회연구원.
- 김동진, 기명, 김명희, 김유미, 윤태호, 장숙량, 정최경희, 강아람, 채희란, 최지희. (2014) 한국의 건강불평등 지표와 정책과제 -한국의 건강불평등 보고서: 통계집 I, II. 한국보건사회연구원,
- 김동진, 윤현피, 이정아, 채희란. (2014). 의료패널자료를 활용한 우리나라의 의료이용 불평등 측정. 보건사회연구, 34(3), pp.33-58.
- 김동진. (2015). 우리나라 의료이용 및 건강수준 불평등. Issue & Focus, 280, pp.1-8.
- 김동진, 김명희, 김유미, 기명, 윤태호, 정혜주, 채수미, 최지희. (2014). 한국의 건강불평등 지표와 정책과제 -건강불평등 완화를 위한 전략. 한국보건사회연구원.
- 김명희. (2016). No Action Talk only 건강불평등 정책은 있는가? 대한예방의학회 제68차 추계학술대회 건강불평등 심포지엄 6 발표자료.
- 김명희, 이주희. (2013). 한국의 건강형평성 정책의 현황과 과제. 대한의사협회지, 56(3), pp.206-212.
- 김상돈. (2011). 불평등 인식, 정치성향, 정당지지가 정치향의에 미치는 영향. 오토피아, 26(1), p.145.
- 김새롬. (2016). 미충족의료: 한국의 연구 현황과 제한점. 대한예방의학회, 2016년 대한예방의학회 제68차 추계학술대회 발표자료.
- 김석호, 한준, 배영, 이윤석, 신인철, 한수진. (2013). 『한국인의 의식·가치관 조사』의 이론적·방법론적 틀 구축에 관한 연구. 문화체육관광부·성균관대학

- 교 산학협력단. p.43.
- 김수정, 김보린, 박소정. (2015). 만성질환자의 예방 가능한 입원 및 질병으로 인한 응급실 방문: 의료급여 수급여부를 중심으로. 보건사회연구, 3(2), pp.405-428.
- 김수진. (2008). 건강보험 암 중증질환 급여확대가 소득계층별 의료이용에 미친 영향. 석사학위논문. 서울대학교 보건대학원. pp.19-56.
- 김영선. (2014). 고용 유연성이 근로자 건강에 미치는 영향. 보건과 사회과학, 36, pp.201-222.
- 김재원, 김정석. (2015). 고용형태에 따른 민간의료보험 가입현황 분석. 보건사회연구, 35(2), pp.100-123.
- 김정희. (2007). 암 보장성 강화 정책이 의료이용의 형평성에 미친 영향에 관한 연구[박사학위논문], 부산: 인제대학교 대학원.
- 김준현, 김경혜, 오현주. (2011). 서울시 복지영향사전평가제도 도입에 관한 연구. 서울연구원 정책과제연구보고서, pp.1-241.
- 김진희, 김경주, 박종혁. (2011). 암환자의 소득수준과 의료이용의 관련성. 보건행정학회지, 21(3), pp.397-413.
- 김창엽. (2006). 건강불평등 어떻게 대처할 것인가. 한겨레-한국건강형평성학회 공동 토론회 자료집.
- 김창엽, 김명희, 이태진, 손정인. (2015). 한국의 건강불평등. 서울대학교출판문화원.
- 김창엽. (2016). 의료불평등 연구와 정책의 재조명. 대한예방의학회, 2016년 대한예방의학회 제68차 추계학술대회 연제집. 서울: 대한예방의학회. p.117.
- 김철웅, 정백근, 윤태호, 김수영. (2010). “건강증진과 건강형평성의 현황과 과제.” 이상이 편저. 『역동적 복지국가의 논리와 전략』. 서울: 민. pp.191-227
- 김혜련. (2010). 다문화가족의 건강 및 보건의료 실태와 정책과제. 보건복지포럼, pp.46-57.
- 남재욱. (2014). 건강보험료 부과형평성 측정에 관한 탐색적 연구. 보건사회연

- 구, 34(4), pp.36-67.
- 다네마르크, 엑스트롬, 야콥센, 카를손. (2004). 새로운 사회과학방법론: 비판적 실재론의 접근(이기홍, 역). 파주: 한울. (원서출판 1997)
- 동그라미재단. (2015). 기회 불평등에 대한 국민인식 조사 최종보고서. pp.16-18.
- 문정화, 강민아. (2016). 독거노인의 미충족 의료와 영향요인: 취약계층 행동모델 적용. 보건사회연구, 36(2), pp.480-510.
- 박병주. (2009). 근거중심 보건의료. 서울: 고려의학.
- 박상수, 서운석. (2012). 한·중·일 3국 국민의 사회불평등 인식에 관한 연구. 한중사회과학연구, 10(4), p.106.
- 백승호. (2001). 의료보험통합일원화 정책결정과정 분석. 한국사회과학, 23(2), pp.151-169.
- 백인립, 변성수, 박현수. (2012). 사회적 취약계층의 민간의료보험 가입과 가입자의 의료서비스 이용에 관한 연구. 보건과 사회과학, 31, pp.127-151.
- 사공진, 임현아, 조명덕. (2012). 만성질환자의 의료이용과 의료비 지출의 형평성 분석. 보건경제와 정책연구, 18(3), pp.79-101
- 서남규, 강태욱, 허순임, 신호성, 오영호, 정세환 등. (2015). 2015년 한국의료패널 심층분석보고서, 국민건강보험공단 & 건강보험정책연구원.
- 서남규. (2014). 보건의료부문 자원조달방안에 대한 국민들의 태도. 보건과 사회과학, 37, pp.121-142.
- 서영표. (2013). 사회운동이론 다시 생각하기: 유물론적 분석과 지식구성의 정치. 민주주의와 인권, 13(2), pp.303-346.
- 송영신. (2015). 여성 노인 1인 가구의 실태 및 정책적 개선방안. 이화젠더법학, 7(2), pp.33-72.
- 신영전, 윤태호, 김명희, 조홍준, 김미경, 유원섭, 김기량, 김유미, 정백근, 강명근, 김종권, 정규석, 주영수, 김현주, 임준, 이상윤, 김인아, 김용규, 정최경희. (2009). 건강불평등 완화를 위한 건강증진 전략 및 사업개발. 한양대학교산학협력단, 건강증진사업지원단.

- 신자은. (2013). 건강보험 가입 재가 장애인의 미충족의료 경험에 영향을 미치는 요인. 보건사회연구, 33(2), pp.549-577.
- 신호성. (2012). 의료이용의 지역적 불평등. Issue & Focus, 145, pp.1-8.
- 심미영, 염동문, 안성아, 정백근. (2012). 건강취약지역 저소득층이 인식한 건강 불평등 관련요인 연구. 비판사회정책, 37, pp.155-201.
- 안지연, 이성은. (2014). 직업분류 및 고용분류에 따른 스트레스, 우울증상, 의료기관 이용률. 한국콘텐츠학회논문지, 14(2), pp.409-420.
- 엄태선. (2016). 건강보험 빅데이터 활용 'HP2020' 평가지표 개발 나섰다, 약사공론, <http://www.kpanews.co.kr/article/show.asp?idx=173362> 에서 검색.
- 오영호. (2011). 2011년 국민보건의료실태조사-보건의료자원실태조사 결과-. 한국보건사회연구원.
- 오영호. (2011). 2011년 국민보건의료실태조사-의료이용분석 결과-. 한국보건사회연구원.
- 우영숙, 신영전. (2015). 재난적 의료비 지출이 가구 경제에 미치는 영향. 보건사회연구, 35(3), pp.166-198.
- 윤도현. (2003). 신자유주의와 대안적 복지정책의 모색. 한국사회학, 37(1), pp.51-66.
- 윤태호. (2010). 지역 간 건강 불평등의 현황과 정책과제. 상황과 복지, 30, pp.49-77.
- 은상준, 홍지영, 이진용, 이진석, 김윤, 김용익 등. (2006). 외래진료 민감질환 유 질환자 중 장애인과 비장애인의 의료이용률 차이. 예방의학회지, 39(5), pp.411-418.
- 이건. (2014). 정치효능감, 한국행정학회 행정학전자사전. [http://www.kapa21.or.kr/epadic/files/%EC%9D%B4%EA%B1%B4\(%EC%A0%95%EC%B9%98%ED%9A%A8%EB%8A%A5%EA%B0%90\).pdf](http://www.kapa21.or.kr/epadic/files/%EC%9D%B4%EA%B1%B4(%EC%A0%95%EC%B9%98%ED%9A%A8%EB%8A%A5%EA%B0%90).pdf), 작성일 2014. 7. 23., 검색일 2016. 10. 20.
- 이민경. (2012). 장애인의 복지서비스 실태와 정책적 함의. 보건복지포럼,

pp.45-53.

- 이용재. (2005). 지역특성이 보건의료자원 분포의 불평등에 미치는 영향. 비판사회정책, (21), pp.49-78.
- 이유진, 김의준. (2015). 의료시설 접근성과 대중교통 접근성이 농촌 및 도시 지역 거주 노인의 주관적 건강상태에 미치는 영향 분석. 한국지역개발학회지, 27(1), pp.65-87.
- 이용, 임란. (2014). 박탈경험과 불평등인식의 관계연구: 우울의 매개효과 검증. 보건사회연구, 34(4), pp.96-122.
- 이준영, 김기환, 이지성. (2014). 국민건강정보 데이터베이스를 이용한 표본 코호트 DB 구축, 국민건강보험공단 표본코호트 DB 참고자료.
- 이진희. (2016). 지역적 건강불평등과 개인 및 지역수준의 건강결정요인. 보건사회연구, 36(2), pp.345-384.
- 이창곤. (2007). 추적, 한국건강불평등: 사회 의제화를 위한 국민 보고서, 서울: 뫼.
- 이충환. (2015). 빈곤 원인 인식과 불평등 인식이 복지태도에 미치는 영향연구. 한국사회복지행정학, 17(3), pp.375-401.
- 임국환, 이준협. (2010). 의료기관 종별 소득계층 간 의료이용 불평등. 보건경제와 정책연구(구 보건경제연구), 16(2), pp.39-56.
- 임종섭, 김명준. (2015). 근거이론방법의 고찰과 언론학 연구에 주는 함의: 보수신문과 진보신문의 탈북자 기획기사 분석을 중심으로, 한국언론학보, 58(2), pp.427-452.
- 장동호. (2011). 거주 지역의 경제적 특성에 따른 대중의 불평등 인식수준과 빈곤관의 차이 분석. 한국지역사회복지학, 37(6), pp.259-284.
- 장승진. (2011). 행복의 정치경제학: 소득불평등에 대한 인식이 한국인들의 삶의 만족도에 끼치는 영향. 한국정당학회보, 10(2), pp.43-66.
- 장인중. (2013). 지속가능성의 실현을 위한 영향평가제도에 관한 연구. 미국헌법연구, 24(2), pp.327-360.
- 정금지, 윤영덕, 백수진, 지선하, 김일순. (2013). 한국인 성인 남녀의 흡연관련

- 사망에 관한 연구. 한국보건정보통계학회지, 38(2). pp.36-48.
- 정영호. (2011). 한국의료패널로 본 의료이용 및 본인부담 의료비 지출. 보건복지포럼, pp.64-81.
- 정최경희 외. (2013). 서울시 건강격차 모니터링. 서울특별시; 이화여자대학교 산학협력단.
- 조명래. (2011). 만들어진 '공간 불평등', 지역격차. 월간 복지동향, (157), pp.4-9.
- 조정아. (2010). 장애인의 경제활동상태변화가 주관적 건강에 미치는 영향 연구. 세미나·토론회, pp.363-383.
- 조정인. (2014). 소득분배의 불평등과 기회 불평등 인식이 한국인들의 재분배정책 선호에 끼치는 영향력. 정치·정보연구, 17(2). pp.175-196.
- 질병관리본부. (2015). 2014 국민건강통계. 보건복지부 건강정책과
- 초의수. (2015). 수도권 및 지역균형발전 정책에 대한 전문가 인식조사연구. 한국지방정부학회 학술대회자료집, pp.603-625.
- 최령, 황병덕. (2011). 건강보험 건강검진 대상자들의 예방적 의료서비스 이용 특성. 한국콘텐츠학회논문지, 11(2), pp.331-340.
- 최령, 박재용, 황병덕. (2013). 소득계층과 주관적 계층인식에 따른 의료이용. 보건과 사회과학, 33, pp.85-107.
- 최병호, 노연홍, 윤병식, 신현웅, 김명희, 김창엽. (2004). 국민의료의 형평성 분석과 정책과제. 한국보건사회연구원.
- 최용준, 윤태호, 신동수. (2012). 건강 형평성의 관점에서 본 제 3 차 국민건강증진종합계획 평가. 비판사회정책, 37, pp.367-400.
- 최윤주, 이원영. (2015). 만성질환에 대한 의료보장 사각지대 연구. 한국사회정책, 22(4), pp.161-187.
- 피케티. (2014). 21세기 자본 (장경덕 등, 역). 파주: 글항아리. (원서출판 2013)
- 하동석. (2010). 이해하기 쉽게 쓴 행정학 용어사전. 네이버. 교육훈련.
- 한국건강형평성학회. (2008). 건강형평성 측정 방법론. 파주: 한울
- 한국보건사회연구원. (2015). 2014 연차보고서.

한국보건사회연구원. 건강영향평가 지식포털. <http://hia.kihasa.re.kr/>

허순임. (2015). 지방의료원의 구조적 제약과 정부의 책임성. *한국사회정책*, 22(2), pp.313-341.

Acheson, R.M. (1978). The definition and identification of need for health care. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 32, pp.10-15

Adams, J.S. (1965). 'Inequity in Social Exchange'. In L. Berkowitz (ed) *Advances in Experimental Social Psychology*. London: Academic Press. Vol II, pp.267-299.

AHRQ. (2014). 2013 National Healthcare Disparities Report, AHRQ publication No.14-0006, pp.1-15.

Alesina, A. and Giuliano, P. (2009). 'Preferences for Distribution', Discussion Paper 2170, Social Science Research Network Research Paper Collection, Harvard University. Online: <http://www.economics.harvard.edu/pub/hier/2009/HIER2170.pdf>, accessed 3.1.2011.

Allin, S., Grignon, M., Le Grand, J. (2010). Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: What are the equity implications? *Social Science & Medicine*, 70, pp.465-472

Allin, S., Masseria, C., Sorenson, C., Papanicola, I., & Mossialos, E. (2007). *Measuring inequalities in access to health care: a review of the indices?*. Brussels, Belgium: European Commission.

Anand S. (2004). The concern for equity in health. In: Anand S, Peter F, Sen A eds. *Public Health, Ethics, and Equity*. New York: Oxford University Press.

Andersen, R. (1968). *Behavioral model of families' use of health services*. Chicago(IL): University of Chicago.

- Anderson, J. E. (1975). *Public Policy Making*, New York : Praeger Publishers
- Andersen, R. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does It matter?. *Journal of Health Social Behavior*, 36, pp.1-10.
- Andersen, R., & Newman, J. F. (2005). Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *The Milbank Quarterly*, 83(4)
- Ardenmark Strand, F. (2014). *TRIPS and medicines—Prices, Availability and Health: The effect on India, Thailand, South Africa and Brazil*. Lund University, pp.3-21.
- Ashcroft, R. E. (2004). Current epistemological problems in evidence based medicine. *Journal of Medical Ethics*, 30(2), pp.131-135.
- Bachrach, P. and M. S. Baratz. (1962). "Two faces of power." *American political science review*, 56(04), pp.947-952.
- Baumbusch, J. L., Kirkham, S. R., Khan, K. B., McDonald, H., Semeniuk, P., Tan, E., & Anderson, J. M. (2008). Pursuing common agendas: a collaborative model for knowledge translation between research and practice in clinical settings. *Research in nursing & health*, 31(2), pp.130-140.
- Blaxter, M. (1997). Whose fault is it? People's own conceptions of the reasons for health inequalities. *Social Science & Medicine*, 44(6), pp.747-756.
- Boris, O. (2013). *On the Evolution of Data Governance in Firms: The Case of Johnson & Johnson Consumer Products North America*. In Shazia Sadiq(Eds). *Handbook of Data Quality*. [Ebook] DOI 10.1007/978-3-642-36257-6
- Braveman, P. A. (2003). *Monitoring equity in health and healthcare: A*

- conceptual framework. *Journal of health population and nutrition*, 21(3). pp.181-192.
- Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Journal of epidemiology and community health*, 57(4), pp.254-258.
- Brouwers, M. C., Stacey, D., & O'Connor, A. M. (2009). 2.3 Knowledge translation tools. *Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice*, p.35.
- Burt, J.A. (2010). Equity, need and access in health care: a mixed methods investigation of specialist palliative care use in relation to age. Ph.D. A thesis submitted in partial fulfilment of the requirements. UCL.
- Campbell, C., Wood, R., & Kelly, M. (1999). *Social capital and health*. London: Health Education Authority.
- Campbell, D. M., Redman, S., Jorm, L., Cooke, M., Zwi, A. B., & Rychetnik, L. (2009). Increasing the use of evidence in health policy: practice and views of policy makers and researchers. *Australia and New Zealand Health Policy*, 6(1), p.1.
- Canadian Health Services Research Foundation. (2000). *Knowledge Transfer: Looking beyond health*. Papers presented at the Canadian Research Transfer. ([http://www.chsrf.ca/knowledge\\_transfer/pdf/ktransfer\\_e.pdf](http://www.chsrf.ca/knowledge_transfer/pdf/ktransfer_e.pdf))
- Carter, L. E., & LaPlant, J. T. (1997). Diffusion of health care policy innovation in the United States. *State & Local Government Review*, pp.17-26.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis*. 박현선, 이상균, 이채원(역). 2013. 근거 이론의 구성: 질적 분석의 실천지침. 서울: 학지사, pp.7-32.
- Chiang, CL. (1984). *The Life Table and Its Application*. Robert E.

- Krieger Publishing Company, Malabar, FL, USA.
- Cho, H. J. (2013). 보건의료에서의 형평성: 우리나라의 현황. *Journal of Korean Medical Association*, 56(3), pp.184-194.
- CIHI. (2009). *The CIHI Data Quality Framework*
- Cobb, R.W. & Elder, C.D. (1972). *Participation in American Politics: The Dynamics of Agenda Building*. Boston: Allyn and Bacon. Inc.
- Crenson, M. A. (1971). *The un-politics of air pollution: A study of non-decision-making in the cities*. Johns Hopkins Press.
- Culyer A.J. (1995). Need: The idea won' do-but we still need it. *Social Science of Medicine*, 40(6), pp.727-730
- Culyer A.J., Wagstaff, A. (1993). Equity and equality in health and health care. *Journal of Health Economics*, 12, pp.432-457
- Curtis, S. (2008). How can we address health inequality through healthy public policy in Europe?. *European Urban and Regional Studies*, 15(4), pp.293-305.
- Daniels N. (2008). *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*. New York: Cambridge University Press.
- Davidson, R., Kitzinger, J., & Hunt, K. (2006). The wealthy get healthy, the poor get poorly? Lay perceptions of health inequalities. *Soc Sci and Med*, 62, pp.2171-2182.
- Davidson, R., Mitchell, R., & Hunt, K. (2008). Location, location, location: The role of experience of disadvantage in lay perceptions of area inequalities in health, *Health & Place*, 14, pp.167-181.
- Department of Health. (2008a). *Health Inequalities Intervention Tool - Background Information*.
- Department of Health. (2008b). *Health Inequalities Intervention Tool - Technical Document*.

- Derose, K.P., Gresenz, C. R., Ringel, J. S. (2011). Understanding disparities in health care access and reducing them through a focus on public health. *Health affairs*, 30(10), pp.1844-1851
- Diderichsen, F., & Hallqvist, J. (1998). Social inequalities in health: some methodological considerations for the study of social position and social context. *Inequality in health—a Swedish perspective*. *Stockholm: Swedish Council for Social Research*에 서 재인용.
- Diderichsen, F., Evans, T., & Whitehead, M. (2001). The social basis of disparities in health. *Challenging inequities in health: From ethics to action*, pp.13-23.
- Dixon, J., Spencelayh, E., Howells, A., Mandel, A., & Gille, F. (2015). Indicators of quality of care in general practices in England. The Health Foundation.
- Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*, doi:10.1136/bmj.38142.554479.AE (published 22 June 2004).
- Donabedian A. (1973). *Aspects of Medical Care Administration*. Cambridge, Mass, Harvard University Press.
- Eamonn Butler. (2012), *공공선택론 입문* (황수연, 역). 서울: 도서출판 리버티.(원서출판 2012)
- Ellen, M. E., Lavis, J. N., Ouimet, M., Grimshaw, J., & Bédard, P. O. (2011). Determining research knowledge infrastructure for healthcare systems: a qualitative study. *Implementation Science*, 6(1), p.1.
- Eraut, M. (1985). Knowledge creation and knowledge use in professional contexts. *Studies in Higher Education*, 10(2), pp.117-133.

- Estabrooks, C. A., Thompson, D. S., Lovely, J. J. E., & Hofmeyer, A. (2006). A guide to knowledge translation theory. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), pp.25-36.
- Exworthy, M. (2008). Policy to tackle the social determinants of health: using conceptual models to understand the policy process. *Health policy and planning*, 23(5), pp.318-327.
- Fischer, F., & Miller, G. J. (2006). *Handbook of public policy analysis: theory, politics, and methods*: crc Press.
- Gale, N. K., G. Heath, E. Cameron, S. Rashid and S. Redwood. (2013). Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC medical research methodology*, 13(1), p.117.
- Gaventa, J. (1980). *Power and powerlessness*. Urbana: University of Illinois Press, 36, pp.1-27.
- Goldenberg, M. J. (2012). *Innovating medical knowledge: Understanding evidence-based medicine as a socio-medical phenomenon*. INTECH Open Access Publisher.
- Graham, I. D., & Tetroe, J. (2007). Some theoretical underpinnings of knowledge translation. *Academic Emergency Medicine*, 14(11), pp.936-941.
- Grandjour A. (2008). Mutual dependency between capabilities and functionings in Amartya Sen's capability approach. *Social Choice and Welfare*. 31(2), pp.1149-1162.
- Greenhalgh, T., & Wieringa, S. (2011). Is it time to drop the 'knowledge translation' metaphor? A critical literature review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 104(12), pp.501-509.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Bate, P., Macfarlane, F., & Kyriakidou, O.

- (2008). Diffusion of innovations in health service organisations: a systematic literature review. John Wiley & Sons.
- Greer, A. L. (1977). Advances in the study of diffusion of innovation in health care organizations. The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society, pp.505-532.
- Groves, P., Kayyali, B., Knott, D., Kuiken, S. V. (2013). The 'big data' revolution in healthcare. McKinsey&Company
- Han C., Janmaat JG., Hoskins B., Green A. (2012). Perception of inequalities: implication for social cohesion. Center for Learning and Life Chances in Knowledge Economics and Societies.
- Hansen, C. D., & Andersen, J. H. (2008). Going ill to work—What personal circumstances, attitudes and work-related factors are associated with sickness presenteeism?. Social science & medicine, 67(6), pp.956-964.
- Hovenga, E.J.S., Grain, H. (2013). Health Information Governance in a Digital Environment. Amsterdam.
- Idler, E., Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twentyseven community studies. Journal of Health and Social Behavior, 38, pp.21-37.
- Inclusion and Diversity Steering Group. (2014). Equality Impact Assessment Toolkit, NHS Foundation Trust, pp.1-6.
- Jane Miller. (2008). Equality Impact Assessment Procedure. North East Ambulance Service NHS Trust, pp.3-7.
- Johnson, I. R., & Fujita, K. (2012). Change We Can Believe In Using Perceptions of Changeability to Promote System-Change Motives Over System-Justification Motives in Information Search. Psychological science, 23(2), pp.133-140.

- Jones, M. K. (2001). The Campbell Collaboration. *BMJ*, 323, pp.294-295.
- Jost, J. T., & Banaji, M. R. (1994). The role of stereotyping in system-justification and the production of false consciousness. *British journal of social psychology*, 33(1), pp.1-27.
- Jost, J. T., & Hunyady, O. (2005). Antecedents and consequences of system-justifying ideologies. *Current Directions in Psychological Science*, 14(5), pp.260-265.
- Kawachi, I., Subramanian, S. V., & Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities. *Journal of epidemiology and community health*, 56(9), pp.647-652.
- Kristensen, S., Mainz, J., Bartels, P., & Allé, O. P. (2007). Establishing a Set of Patient Safety Indicators. *Safety Improvements for Patients in Europe Working package*, 4.
- Lavis, J. N., Lomas, J., Hamid, M., & Sewankambo, N. K. (2006). Assessing country-level efforts to link research to action. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(8), pp.620-628.
- Lavis, J. N., Ross, S. E., & Hurley, J. E. (2002). Examining the role of health services research in public policymaking. *Milbank quarterly*, 80(1), pp.125-154.
- Law M, Wald N, Morris J. (2003). Lowering blood pressure to prevent myocardial infarction and stroke: a new preventive strategy. *Health Technol Assess* 7(31).
- Levesque, J-F., Harris, M. F. & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(18).
- Lima, J. C., & Allen, S. M. (2001). Targeting risk for unmet need: not

- enough help versus no help at all. *The Journals Of Gerontology. Series B, Psychological Sciences And Social Sciences*, 56(5), S302-S310.
- Liss, P-E. (1993). *Health Care Need. Meaning and measurement.* Aldershot, Avebury.
- Loeppke R. (2008). The value of health and the power of prevention. *International Journal of Workplace Health Management*. 1(2), pp.95-108.
- Luebker, M. (2004). 'Globalization and perceptions of social inequality', Working Paper No. 32. International Labour Office, Geneva. Online:  
<http://www.rrojasdatabank.info/inequality/SSRN-id655762.pdf>, accessed 14 Jan 2011.
- Lukes, S. (1992). 3차원적 권력론 Power: A Radical View (서규환, 역): 서울: 나남. (원서출판 1974)
- Lukes, S. (2004). *Power: A radical view*: Palgrave Macmillan.
- Lynch, J. W., Kaplan, G. A., & Salonen, J. T. (1997). Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic life course. *Social Science & Medicine*, 44(6), pp.809-819.
- Macintyre, S., McKay, L., & Ellaway, A. (2005). Who is more likely to experience common disorders: Men, women, or both equally? Lay perceptions in the West of Scotland. *International Journal of Epidemiology*, 34(2), pp.461-466.
- Macintyre, S., McKay, L, & Ellaway, A. (2006). Lay concepts of the relative importance of different influences on health; are there major socio-demographic variations? *HEALTH EDUCATION RESEARCH*, 21(5), pp.731-739.
- MacMahon S, Peto R, Cutler J, Collins R, Sorlie P, Neaton J, Abbott R,

- Godwin J, Dyer A, Stamler J. (1990). Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 1, Prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. *Lancet* 335(8692). pp.765-774.
- Mainz, J. (2003). Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(6), pp.523-530.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), pp.1099-1104.
- Marshall, T. H. (1939). The recent history of professionalism in relation to social structure and social policy. *The Canadian Journal of Economics and Political Science/Revue canadienne d'Economie et de Science politique*, 5(3), pp.325-340.
- Mayo, T. (2016) Sentinel indicators: A systems-based approach to monitoring and evaluation. USAID. presentation file.  
<http://www.fsnnetwork.org/sites/default/files/Results%20from%20a%20Meta-analysis%20of%20Sentinel%20Indicators%20in%20USAID-funded%20Projects.pdf>
- McCoy, D., Bambas, L., Acurio, D., Baya, B., Bhuiya, A., Chowdhury, A. M. R., ... & Ntuli, A. (2003). [Global Equity Gauge Alliance: Reflections on Early Experiences]. *Journal of Health, Population and Nutrition*, pp.273-287.
- Millman, M. (1993). *Institute of Medicine. Access to health care in America*. Washington DC: National Academies Press.
- Mohr, L. B. (1969). Determinants of innovation in organizations. *American political science review*, 63(01), pp.111-126.
- Moody, D., Walsh, P. (1999). *Measuring The Value Of Information: An Asset Valuation Approach*. European Conference on

- Information Systems 99.
- Mooney, G. (1983). Equity in health care: confronting the confusion. *Eff Health Care*, 1, pp.179-185.
- Murphy, K., & Fafard, P. (2012). Knowledge Translation and Social Epidemiology: Taking power, politics and values seriously. In *Rethinking Social Epidemiology* (pp.267-283). Springer Netherlands.
- NCSL. (2014). Health Disparities Legislation, <http://www.ncsl.org/research/health/2014-health-disparities-legislation.aspx>.
- Neill, D.B. (2013). Using Artificial Intelligence to improve hospital inpatient care. *IEEE Intelligent Systems*
- NIHR. (2013). Health Services and Delivery Research(HS&DR) Program.
- NICE. NICE Annual equality report 2015-16, pp.1-27. <https://www.nice.org.uk/about/who-we-are/policies-and-procedures/nice-equality-scheme>.
- O'Connor, J. S., &Olsen, G. (1998). Power Resources Theory and the Welfare State A Critical Approach. University of Toronto Press.
- OECD. (2002). Improving health system performance in oecd countries
- OECD. (2015). Health Data Governance: Privacy, Monitoring and Research, OECD Health Policy Studies, Paris:Author.
- Office for National Statistics. (2012). Guide to: Life expectancy in the United Kindom.
- Oliver, A., & Mossialos, E. (2004). Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(8), pp.655-658.
- Oxman, A. D., Lavis, J. N., & Fretheim, A. (2007). Use of evidence in

- WHO recommendations. *The Lancet*, 369(9576), pp.1883-1889.
- Oxman, A. D., Lewin, S., Lavis, J. N., & Fretheim, A. (2009). SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 1: What is evidence-informed policymaking? *Health Research Policy and Systems*, 7(1), pp.1-7.
- Padgett, D. K. (2008). *Qualitative methods in social work research* (Vol. 36). Sage.
- Penchansky, R., Thomas, W. J. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*, 19, pp.127-140.
- Pencheon, D. (2008). *The good indicators guide: understanding how to use and choose indicators*. NHS Institute for Innovation and Improvement.
- Pescosolido, B. A. (2011). Social network theories, findings and challenges for epidemiology, health services and policy. Presentation at the NIDA meeting Exploring Interconnections: A Network Dynamics Workshop for Understanding and Preventing Adolescent and Young Adult Substance Abuse.
- Petticrew, M., Whitehead, M., Macintyre, S. J., Graham, H., & Egan, M. (2004). Evidence for public health policy on inequalities: 1: the reality according to policymakers. *Journal of epidemiology and community health*, 58(10), pp.811-816.
- Peter F. (2004). Health equity and social justice. In: Anand S, Peter F, Sen A eds. *Public Health, Ethics, and Equity*. New York: Oxford University Press.
- Peter F, Evans T. (2001). Ethical dimensions of health equity. In: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M (eds). *Challenging inequalities in health: from ethics to action*. New

York: Oxford University Press.

- Popay J., Bennett S., Thomas C., Willams G., Gatrell A., & Bostock L. (2003). Beyond 'beer, fags, egg and chip'? exploring lay understandings of social inequalities in health. *Sociology of Health and Illness*, 25(1), pp.1-23.
- Purdy, S., Griffin, T., Salisbury, C., Sharp, D. (2009). Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians. *Public Health*, 123, pp.169-173. DOI:10.1016/j.puhe.2998.11.001
- Relman, A. S. (2007). Medical professionalism in a commercialized health care market. *Jama*, 298(22), pp.2668-2670.
- Remoundou, K., & Koundouri, P. (2009). Environmental Effects on Public Health: An Economic Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6(8), 2160-2178, <http://doi.org/10.3390/ijerph6082160>.
- Richardson, T. (1996). "Foucauldian discourse: Power and truth in Urban and regional policy making." *European Planning Studies*4(3), pp.279-292.
- Richie, J. and J. Lewis. (2003). *Qualitative research practice. A guide for social science students and.*
- Riegle, Stewart. (2013). Healthcare access and utilization among the poor. In Fitzpatrick, K. M. *Poverty and health: Crisis among america's most vulnerable vol.1*(pp.183-208). ABC-CLIO, LLC.
- Ritchie, J. and L. Spencer. (2002). Qualitative data analysis for applied policy research. *The qualitative researcher's companion*, 573, pp.305-329.
- Robinson Robert. (1983). 'Explaining Perceptions of Class and Racial Inequality in England and the United States of America', *The*

- British Journal of Sociology, 34, 3, pp.344-366.
- Rogers Everett, M. (1995). Diffusion of innovations. New York, 12.
- Rowley, J. (2006). The wisdom hierarchy: representations of the DIKW hierarchy. Journal of Information Science, 33(2), pp.163-180.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. Bmj, 312(7023), pp.71-72.
- Sen A. (1999). Development as Freedom. Oxford: Oxford University Press.
- Sen A. (1992). Inequality Reexamined. Cambridge: Harvard University Press.
- Sen A. (2002). Why health inequality? Health Economics 11(8), pp.659-666
- Shaper AG, Pocock SJ, Walker M, Phillips AN, Whitehead TP, Macfarlane PW. (1985). Risk factors for ischaemic heart disease: the prospective phase of the British Regional Heart Study. J Epidemiol Community Health 39. pp.197-209.
- Shortliffe, E. H. (1977). Mycin: A Knowledge-Based Computer Program Applied to Infectious Diseases. Proceedings of the Annual Symposium on Computer Application in Medical Care, pp.66-69.
- Simou, E., & Koutsogeorgou, E. (2014). Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. Health policy, 115(2), pp.111-119.
- Smith, J. and J. Firth. (2011). Qualitative data analysis: the framework approach. Nurse researcher, 18(2), pp.52-62.
- Sixsmith, J., & Boneham, M. (2002). Men and masculinities: Accounts of health and social capital. In V. Swann, & V. Morgan (Eds.),

- Social capital for health: Insights from qualitative research. Health Development Agency.
- Solar, O., Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)
- Srivastava, A. and S. B. Thomson. (2009). Framework analysis: a qualitative methodology for applied policy research.
- Starfield, B. (2001). Improving equity in health: a research agenda. International Journal of Health Services, 31(3), pp.545-566.
- Strahl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Loppo K. (2006). (eds) Health in all policies: Prospects and potentials. Ministry of Social Affairs and Health, Finland. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Strand, M., Brown, C., Torgersen, T., & Giæver, Ø. (2009). Setting the Political Agenda to Tackle Health Inequalities. Studies on Social and Economic Determinants of Population Health, No. 4. World Health Organisation, Copenhagen, Denmark.
- Strauss, A., Corbin, J. (1998). Basics of qualitative research : techniques and procedures for developing grounded theory. 신경림(역). 2001. 근거이론의 단계. 서울: 현문사, pp.1-267.
- Straus, S. E., Tetroe, J., & Graham, I. (2009). Defining knowledge translation. Canadian Medical Association Journal, 181(3-4), pp.165-168.
- Straus, S., Tetroe, J., & Graham, I. D. (Eds.). (2009). Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice. John Wiley & Sons.
- Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. (2010) Fair Society Healthy Lives. University College London.

- Suhrcke M, McKee M, Arce RS, Tsoлова S, Mortensen J. (2005). The contribution of health to the economy in the European Union. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Szreter, S. (2002). Rethinking McKeown: the relationship between public health and social change. *American Journal of Public Health*, 92(5), pp.722-725.
- Tetzlaff, J., Tricco, A., & Moher, D. (2009). Knowledge synthesis. Knowledge translation in health care. UK: Wiley-Blackwell, BMJ Books, pp.15-34.
- The London Health Commission. (2011). Fair London Healthy Londoners?. Retrieved from <http://www.thehealthwell.info/node/87234>.
- UNECE. (2000). Terminology on statistical metadata. Conference of european statisticians statistical standards and studies, vol.53, Geneva:UN.
- Van Kerkhoff, L., & Lebel, L. (2006). Linking knowledge and action for sustainable development. *Annual Review of Environment and Resources*, 31(1), p.445.
- Victora, C. G., Habicht, J. P., & Bryce, J. (2004). Evidence-based public health: moving beyond randomized trials. *American journal of public health*, 94(3), pp.400-405.
- Wagstaff, A. (2002). Poverty and health sector inequalities. *Bulletin of the world health organization*, 80(2), pp.97-105.
- Walt, G. (2016). 건강정책의 이해 Health policy: an introduction to process and power (김창엽, 역). 서울: 한울. (원서출판 1994)
- Welch, V., Ueffing, E., & Tugwell, P. (2009). Knowledge translation: An opportunity to reduce global health inequalities. *Journal of International Development*, 21(8), pp.1066-1082.

- Whitehead M. (1998). Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective. *Milbank Quarterly*. 76, pp.469-492.
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2006). Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. World Health Organization: Studies on social and economic determinants of population health, p.2.
- WHO. (2000). The world health report 2000: health systems: improving performance. Geneva:Author.
- WHO. (2005). Bridging the “know-do” gap meeting on knowledge translation in global health. Retrieved September, 25, 2006.
- WHO. (2007). Every body’s business: strengthening health systems to improve health outcomes. Geneva:Author.
- WHO. (2008). Framework and standards for country health information systems. Geneva:Author.
- WHO. (2009). Monitoring and evaluation of health systems strengthening. Geneva:Author.
- WHO. (2010). Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva:Author.
- WHO. (2011). Monitoring, evaluation and review of national health strategies. Geneva:Author.
- WHO. (2013). Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low- and middle-income countries. World Health Organization. Geneva.
- WHO Commission on Macroeconomics and Health. (2001). Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Geneva. WHO.

- WHO Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: WHO.
- Wilkinson, R. G. (1996). Unhealthy societies: The afflictions of inequality. London: Routledge.
- Wolf PA. (1991). Probability of stroke: a risk factor profile from the Framingham study. Stroke. 22. pp.312-318.

### 〈자료원〉

- 건강보험공단. 표본 코호트 DB.
- 한국보건사회연구원. 대국민 건강불평등 인식 조사 데이터(본 연구에서 자체조사).
- 한국보건사회연구원. 의료불평등 일반국민 인식 조사 데이터(본 연구에서 자체조사).

### 〈신문, 칼럼, 전자사이트 등〉

- 목상균. (2015. 12. 16.). 부산, '공공의료지원단' 출범. 한국일보, <http://www.hankookilbo.com/v/f7eb17b32fbb411bac16aa37d2d35e1f>에서 2016. 5. 21. 인출.
- 온라인행정학전자사전 [http://www.kapa21.or.kr/epadic/epadic\\_view.php?num=957&page=73&term\\_cate=&term\\_word=&term\\_key=&term\\_auth=](http://www.kapa21.or.kr/epadic/epadic_view.php?num=957&page=73&term_cate=&term_word=&term_key=&term_auth=)에서 2016. 6. 20. 인출.
- 이창곤, 박주희, 김양중. (2006. 1. 15.). 2006 연중기획 함께 넘자, 양극화, 1부 건강불평등 사회. 한겨레신문. [http://www.hani.co.kr/arti/society/society\\_general/95405.html](http://www.hani.co.kr/arti/society/society_general/95405.html)(김동진 등, 2014의 문헌을 재인용한 것으로 별도의 인출일자를 기재하지 않음.)
- 이창곤, 박주희, 김양중. (2006. 1. 16.). 건강불평등 해소 정부가 나선다. 한겨

레신문. <http://www.hani.co.kr/arti/society/health/98289.html>(김동진 등, 2014의 문헌을 재인용한 것으로 별도의 인출일자를 기재하지 않음.)

정혁. (2015. 12. 26.). 2015년 ‘수저계급론’ 유행, 불평등 인식의 결과다. 오마이뉴스, [http://www.ohmynews.com/NWS\\_Web/View/at\\_pg.aspx?CNTN\\_CD=A0002170918](http://www.ohmynews.com/NWS_Web/View/at_pg.aspx?CNTN_CD=A0002170918)에서 2016. 2. 29. 인출.

한국종합사회조사 홈페이지([http://kgss.skku.edu/?page\\_id=39](http://kgss.skku.edu/?page_id=39))에서 2016. 3. 21. 인출.

Aston University 홈페이지 <http://www.aston.ac.uk/staff/hr/equalops/advice/>에서 2016. 5. 18. 인출.

Pew Research Center 홈페이지 <http://www.pewglobal.org/2013/05/01/spring-2013-survey/>에서 2016. 3. 21. 인출.

(<http://www.pewglobal.org/files/2013/07/Pew-Research-Global-Attitudes-Project-Balance-of-Power-TOPLINE-July-18-2013.pdf>)

World Values Survey 홈페이지

<http://www.worldvaluessurvey.org/AJDocumentation.jsp?CndWAVE=6&COUNTRY=>에서 2016. 3. 21. 인출.



4. 한국사회의 최하층을 1로 하고 최상층을 10으로 한다면 선생님께서 성장할 당시(15세 전 후) 선생님 가족은 어디에 속했었다고 생각하십니까? 숫자로 말씀해 주십시오.

최하층	최상층
1	10

5. 한국사회의 최하층을 1로 하고 최상층을 10으로 한다면 선생님께서는 현재 어디에 속한다고 생각하십니까? 숫자로 말씀해 주십시오.

최하층	최상층
1	10

6. 한국사회의 최하층을 1로 하고 최상층을 10으로 한다면 선생님의 자녀는 앞으로 어디에 속할 수 있을 것이라고 생각하십니까? 숫자로 말씀해 주십시오.

최하층	최상층
1	10

**PART B**

다음은 **건강에 대한 선생님의 의견을** 묻는 질문입니다.

7. 선생님께서는 소득수준이 낮거나, 교육수준이 낮은 사람들의 **건강**이 그렇지 않은 사람들에 비하여 더 나쁘다고 생각하십니까?

- ① 전혀 그렇지 않다    ② 그렇지 않다    ③ 그렇다    ④ 매우 그렇다

8. 선생님께서는 거주지역의 특성이, 지역 내 사람들의 **건강**에 얼마나 영향을 미칠 것이라고 생각하십니까?

- ① 전혀 영향을 미치지 않는다    ② 영향을 미치지 않는다  
 ③ 영향을 미친다    ④ 매우 영향을 미친다

9. 선생님께서는 **개인 간 건강수준의 차이**에 가장 큰 영향을 미치는 것이 무엇이라고 생각하십니까?

- ① 생활습관    ② 의료서비스    ③ 소득수준    ④ 교육수준    ⑤ 문화시설    ⑥ 환경오염    ⑦ 안전 및 치안  
 ⑧ 건강정보

10. 선생님께서는 자신과 가족의 건강에 관해 국가의 보호를 받을 권리가 있다고 생각하십니까?

- ① 전혀 그렇지 않다    ② 그렇지 않다    ③ 그렇다    ④ 매우 그렇다

11. 그렇다면 현재 선생님과 가족의 건강이 국가의 보호를 받고 있다고 생각하십니까?

- ① 전혀 그렇지 않다    ② 그렇지 않다    ③ 그렇다    ④ 매우 그렇다

**PART C**

다음은 선생님의 건강과 사회활동에 대한 질문입니다.

12. 선생님의 건강상태는 전반적으로 어떻습니까?  
 ① 매우 좋지 않다 ② 별로 좋지 않다 ③ 보통이다 ④ 좋은 편이다 ⑤ 매우 좋다
13. 모든 상황을 고려해볼 때, 요즘 선생님 생활 전반에 대해 어느 정도 만족 또는 불만족하십니까?  
 ① 매우 불만족스럽다 ② 불만족스럽다 ③ 보통이다 ④ 만족스럽다 ⑤ 매우 만족스럽다
14. 선생님께서는 다른 사람과 일상적인 문제와 감정을 함께 나누고, 정보와 애정을 교환하고 있다고 생각하십니까?  
 ① 전혀 그렇지 않다 ② 그렇지 않다 ③ 그렇다 ④ 매우 그렇다

♣ 마지막으로 통계분류를 위한 몇 가지만 더 질문 드리겠습니다.

<b>정치 성향</b>	DQ1. 선생님의 정치 성향은 보수에 가깝습니까, 아니면 진보에 가깝습니까? 1) 진보 2) 중도 진보 3) 중도 4) 중도 보수 5) 보수 9) (임지 말 것) 모름/무응답 DQ2. 그러면, 선생님의 부모님의 정치 성향은 보수에 가깝습니까, 아니면 진보에 가깝습니까? 1) 진보 2) 중도 진보 3) 중도 4) 중도 보수 5) 보수 9) (임지 말 것) 모름/무응답
<b>결혼 여부</b>	DQ3. 선생님은 결혼하셨습니까? 1) 기혼 2) 미혼 3) 사별/이혼/별거 4) 기타 9) (임지 말 것) 모름/무응답
<b>교육 수준</b>	DQ4. 선생님은 학교를 어디까지 다니셨습니까? 1) 중졸 이하 2) 고졸 이하 3) 대학교 졸업(전문대 포함) 4) 대학원 졸업 이상 9) (임지 말 것) 모름/무응답
<b>소득 수준</b>	DQ5. 선생님 덕의 월평균 소득은 어느 정도 되시나요? (세전금액으로 같이 거주하는 가족의 근로소득, 금융소득, 연금 및 보험소득, 사회보장소득, 자녀 혹은 친척으로부터 정기적인 금전 지원 포함) 1) 200만원 이하 2) 201만원 ~ 400만원 3) 401만원 ~ 600만원 4) 601만원 ~ 800만원 5) 801만원 이상 9) (임지 말 것) 모름/무응답 DQ6. 선생님 덕의 소득은 우리나라 일반적인 가정과 비교했을 때 어느 정도 수준이라고 생각하십니까? 1) 평균보다 훨씬 높다 2) 평균보다 약간 높다 3) 평균이다 4) 평균보다 약간 낮다 5) 평균보다 훨씬 낮다 9) (임지 말 것) 모름/무응답
<b>취업 상태</b>	DQ7. 선생님은 현재 일하고 계십니까? 1) 정규직으로 일하고 있다(자영업 포함) 2) 비정규직으로 일하고 있다(무보수 가족회사 근무 포함) 3) 취업준비 및 구직 중이다 4) 경제활동을 하고 있지 않다(주부, 학업, 자녀양육, 퇴사, 장애 등) 9) (임지 말 것) 모름/무응답

▣ 오랜 시간 설문에 응답해 주셔서 정말 감사 드립니다. ▣

응답자성명	응답자연락처	( ) - ( ) - ( )
응답자주소	( )도/광역시/특별시	( )시/군/구 ( )읍/면/동
* 검증확인		
연접원 ID:	성명:	코딩요원
		실사관리자

## 2. 일반인 대상 심층면접조사

주제1. 건강불평등을 인식하고 있는가

1. 현재, 과거의 신체적, 정신적 건강상태는 어떠한가

1-1. 건강상태의 주요 원인

2. 무엇 때문에 건강이 나빠진다고 생각 하는가

예. 생활습관(흡연, 음주, 식습관, 수면), 타고난 체질, 운, 환경(주택, 기후, 오염),  
셀프케어(비타민 섭취, 따뜻하게 하는 것, 충분한 수면), 돈, 가족관계 등

3. 어떤 집단의 사람들이 더 건강이 나쁘다고 생각 하는가

예. 사회계층(직업(정규직 vs 비정규직), 소득, 교육), 거주 지역

3-1. 어떻게 알게 되었는가(주제2에 해당)

예. 당연히 그럴 것이다, 뉴스에 자주 나온다.

3-2. 왜 그렇게 생각 하는가

예. 사회계층이 높은 사람들이 생활습관, 의료이용, 건강정보

예. 거주지역의 환경오염, 혐오시설, 안전, 의료서비스, 문화 및 복지기관의 접근성, 교육기관의 접근성

3-3. (집단별 차이를 인식하고 있다면) 집단별, 지역별로 건강상태가 다른 것에 대해 어떻게 생각 하는가

예. 당연한 현상이라고 생각한다. 불공정한 상황이지만 어쩔 수 없는 일이다. 불공정한 상황이며 적극적으로 개선해야 할 문제이다.

4. 건강에 대한 책임은 누구에게 있는가

4-1. 사회계층이나 거주 지역에 따라 건강상태가 차이가 있다면, 그 책임은 누구에게 있다고 생각 하는가

예. 본인 및 가족/지역사회/국가, 개인/지방정부/중앙정부

4-2. 자신의 건강 문제에 대한 책임은 누구에게 있다고 생각 하는가

자신의 건강 문제에 사회가 개입해 주었으면 하는가

5. 국민의 건강권에 대해 알고 있는가, 이것이 어느 정도 보장되고 있다고 생각 하는가

(대한민국 헌법에서는 국민의 건강권을 보장하도록 하고 있다. 따라서 각 개인은 국가에 대해 자기 건강권이 침해받지 않도록 요구할 수 있고, 자신과 가족의 건강에 대해 국가의 보호를 받을 권리가 있다.)

주제2. 건강불평등 인식에 **영향을 미치는 요인**들이 있는가

1. 나와 내 가족(또는 이웃)이 의료서비스를 이용하면서, 건강문제를 해결하기 어려운 점이 있는가

예. 농촌지역 거주자의 의료기관에 대한 접근성 등

2. 나와 내 가족(또는 이웃)의 건강관리 방식이 건강문제를 완화하거나, 건강을 증진하는데 한계가 있는가

3. 개인적인 역사와 경험

부모님의 정치적 성향, 부모님의 자녀에 대한 평등한 교육

4. 시민사회 참여

국가의 결정에 대해 평화적 집회, 촛불 집회 등 민주적 방식으로 의사를 표현한 적이 있거나, 앞으로 표현할 의사가 있는가

## 542 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발

### 주제3. 어떤 사람들이 건강불평등을 인지하고 있는가

#### 1. 인구학적 특성

- 성, 연령, 결혼상태
- 현재 및 과거의 거주지(대도시, 대도시 주변, 소도시, 시골마을), 거주기간, 거주지역의 만족도

#### 2. 사회적 요인

- 교육수준(고등졸 이하, 대졸 이상)
- 직업(정규직, 비정규직, 취업준비 중, 무직 및 가사 등)
- 소득수준, 소득수준에 대한 자가평가
- 사회계층 이동성(social mobility)  
: 현재 자신의 사회계층이 어떤 수준이라고 판단하는가, 과거에 비해 변화가 있었는가, 앞으로 변화될 가능성은 어떤가
- 사회적 지지  
다른 사람과 일상적인 문제와 감정을 함께 나누고, 정보와 애정을 교환하고 있는가

#### 3. 개인의 태도, 기준, 믿음

- 정치적 성향은 보수에 가까운가, 진보에 가까운가

### 주제4. 건강불평등에 어떻게 반응하는가

#### 1. 개인이 해결할 수 없는 건강문제를 국가가 도와야 한다면 동참 하겠는가

- 1-1. 귀하보다 건강이 더욱 나쁜 사람들에게 국가가 지원을 더 많이 해주어야 한다고 생각 하는가
- 1-2. 귀하보다 건강이 더욱 나쁜 사람들을 대상으로 새로운 지원 사업을 시작한다면 세금을 더 낼 수 있는가


#### 2. 개인이 해결할 수 없는 몇 가지 주제에 대해 무엇이 가장 심각하다고 생각하는가(주제1에 해당)

: 교육/소득/성/지역/건강불평등

=> 건강불평등을 낮게 평가한 것인가, 건강불평등에 대한 이해가 없는가

- 2-1. 국가나 지역에서 무엇을 가장 먼저 지원해야 한다고 생각하는가

## 3. 의료불평등 조사표(일반인 대상 전화조사)

	<b>의료불평등 일반국민 인식 조사</b>	ID		
		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>		

안녕하십니까?

저는 한국소비자평가연구원 전문 조사원 ○○○입니다.

저희는 국무총리실 산하 국정연구기관인 한국보건사회연구원과 서울대학교와 함께 일반 국민들이 생각하는 건강한 삶과 그 영향요인을 파악하고자 본 조사를 실시하고 있습니다.

응답하신 내용은 통계법 제33조에 따라 개인정보보호를 받을 수 있으며, 순수 연구목적으로만 사용될 것입니다. 바쁘시지만 잠시 시간을 내어 응답해 주시면 감사하겠습니다.

2016년 7월  
(주)한국소비자평가연구원

담당연구원 : 유진호 센터장 (02-3279-2340) / 실사연구원 : 김경만 선임연구원 (02-3279-2336)

**Screen Q**      **응답자 선정 및 특성 질문**

SQ1. 선생님의 현 거주 지역은 어디입니까?(광역시나 도 단위로 말씀해 주세요) **(쿼터 확인)**

1) 서울 2) 부산 3) 인천 4) 대전 5) 대구 6) 광주 7) 울산 8) 세종 9) 경기 10) 강원  
11) 충북 12) 충남 13) 전북 14) 전남 15) 경북 16) 경남 17) 제주

SQ2. 성별 (☞ **목소리로 판단**) 1) 남자 2) 여자

SQ3. 실례지만 선생님의 연세는 올해 만 나이로 어떻게 되십니까? 만(    )세 ☞ **만 19세 미만 면접 중단**

**PART A**      **먼저 선생님의 건강 및 병원/의원 이용 경험을 묻는 질문입니다.**

1. 선생님의 건강상태는 전반적으로 어떻습니까?

① 매우 좋지 않다    ② 별로 좋지 않다    ③ 보통이다    ④ 좋은 편이다    ⑤ 매우 좋다

2. 선생님께서는 정기적으로 병원을 다니며 관리하는 질환을 가지고 계십니까?

① 예                  ② 아니오

3. 귀하께서는 최근 1년 사이에 병원이나(한의원/한방병원 포함), 치과 등을 이용하신 적이 있으십니까?

① 병원만(한방병원, 한의원 포함) 이용    ② 치과만 이용    ③ 둘 다 이용  
④ 어느 쪽도 이용하지 않음

4. 선생님께서 아플 때나 검사, 치료, 상담하기 위해 주로 방문하는 병원이나 의원이 있습니까?

① 예                  ② 아니오

5. 선생님께서는 기초생활보장수급권자로서 의료급여를 받고 계십니까?

① 예(의료급여 1, 2종 포함)    ② 아니오, 건강보험대상자임(지역 또는 직장건강보험)  
③ 아니오, 건강보험과 의료급여 어느 쪽도 받지 않고 있음(건강보험 미가입, 장기체납으로 급여중지 포함)

6. 선생님께서는 국민건강보험 외에 민간의료보험을 가지고 계십니까?

① 예                  ② 아니오

7. 선생님께서는 가족/친구/친척 등 다른 사람과 일상적인 문제와 감정을 함께 나누고, 정보와 애정을 교환하고 있다고 생각하십니까?

① 전혀 그렇지 않다    ② 그렇지 않다    ③ 그렇다    ④ 매우 그렇다

**PART B**

다음은 사회 및 의료 인식에 대한 선생님의 의견을 묻는 질문입니다.

8. 선생님께서는 우리 사회가 얼마나 평등한 편이라고 생각하십니까?  
(1점은 전혀 평등하지 않음, 10점은 완전 평등함)

전혀 평등하지 않음	완전 평등함
1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10	

9. 선생님께서는 현재 한국의 건강보험이 병원, 약국 등 의료이용을 얼마나 잘 해결해주고 있다고 생각하십니까?  
(1점은 하나도 해결하지 못함, 10점은 모두 해결하고 있음)

하나도 해결하지 못함	모두 해결하고 있음
1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10	

10. 선생님께서는 주로 이용하시는 병원의 전반적인 질이 어떻다고 생각하십니까?

매우 낮다	매우 높다
1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10	

11. 선생님께서는 병원이나 의사를 얼마나 신뢰하십니까?(1점은 전혀 신뢰하지 못함, 10점은 전적으로 신뢰함)

전혀 신뢰하지 못함	전적으로 신뢰함
1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10	

**PART C**

마지막으로 선생님의 병원 이용 미충족 경험이나 이유에 대한 질문입니다.

12. 최근 1년 사이에 병원에 가야 하는데 가지 못했던 경험이 있으십니까?

- ① 예, 결국 병원도 약국도 가지 못함
- ② 예, 병원에 가지 못해 약국이용으로 대신함
- ③ 아니오, 전혀 그랬던 경험 없음(병원/약국을 내가 원하는 시간에 내가 원하는 곳에 갔었음)
- ④ 아니오, 그럴 필요가 없었음(몸이 건강해서 병원에 전혀 갈 이유가 없었음)

- 12-1. ①, ② 라고 답한 경우 그런 경험을 하셨던 경우는 다음 중 어떤 필요가 있을 때였습니까?  
(가장 중요한 이유를 한 가지만)

- ① 미용 목적(피부관리, 성형 등)
- ② 검진과 예방(건강검진, 예방접종 등)
- ③ 불편감(통증, 심한 기침이나 코막힘, 불면증과 같이 일상생활이나 사회생활에 지장이 생기는 신체증상, 심리증상 등)
- ④ 기능저하(보고 듣는 감각이나 일상거동, 말하고 기억하는 등 정상 기능이 떨어진다고 느끼는 경우)
- ⑤ 응급상황
- ⑥ 기타( )

- 12-2. 당시에 가야 한다고 생각했지만 (12번 질문의 ①, ② 응답에 따라 다르게 질문) 병원에 가지 못했던(또는 대신 약국을 이용했던) 이유는 무엇입니까? (가장 중요한 이유를 한 가지만)

- ① 정말 필요했는데 경제적으로 부담이 되어서
- ② 정말 필요했는데 일 때문에 병원에 갈 시간이 나지 않아서
- ③ 고민되었지만 굳이 가지 않아도 괜찮을 것 같아서
- ④ 병원에 가더라도 문제를 충분히 해결할 수 없을 것이라고 생각해서
- ⑤ 근처에 마땅히 적당한 병원을 찾기 어려워서
- ⑥ 기타( )

13. 귀하께서는 최근 1년 사이에 치과에 가야 하는데 가지 못했던 경험이 있으십니까?  
 ① 예                      ② 아니오

13-1. (①에 라고 답한 경우) 그런 경험을 하셨던 경우는 다음 중 어떤 필요가 있을 때 었습니까?  
 (가장 중요한 이유를 한 가지만)  
 ① 심미적 필요(이가 가지런하지 않음, 미백, 치아 모양 등)  
 ② 구강검진 및 예방(구강검진, 충치예방)  
 ③ 불편감(입냄새, 음식물이 이 사이에 낄, 잇몸이 붓거나 피남, 이가 시림, 때운 것이 떨어짐, 충치, 사랑니 등)  
 ④ 기능저하(이가 빠짐, 틀니가 맞지 않음, 이가 흔들림 등)  
 ⑤ 응급(입벌릴 때 턱이 아플, 입이 안 벌어짐, 심한 치통, 입안에 덩어리가 생김 등)  
 ⑥ 기타( )

13-2. 당시에 가야 한다고 생각했지만 가지 못했던 이유는 무엇입니까? (가장 중요한 이유를 한 가지만)  
 ① 정말 필요했는데 경제적으로 부담이 되어서  
 ② 정말 필요했는데 일 때문에 병원에 갈 시간이 나지 않아서  
 ③ 고민되었지만 굳이 가지 않아도 괜찮을 것 같아서  
 ④ 병원에 가더라도 문제를 충분히 해결할 수 없을 것이라고 생각해서  
 ⑤ 근처에 마땅히 적당한 병의원을 찾기 어려워서      ⑥ 기타 ( )

♣ 마지막으로 통계분류를 위한 몇 가지만 더 질문 드리겠습니다.

거주 지역	DQ1. 선생님은 다음 중 어느 지역에 살고 계십니까? 1) 특별시/광역시   2) 대도시   3) 큰 도시 주변 위성도시   4) 소도시   5) 읍/면지역
결혼 여부	DQ2. 선생님은 결혼하셨습니다? 1) 기혼   2) 미혼   3) 사별/이혼/별거   4) 기타   9) (읽지 말 것) 모름/무응답
교육 수준	DQ3. 선생님은 학교를 어디까지 다니셨습니까? 1) 중졸 이하                      2) 고졸 이하                      3) 대학교 졸업(전문대 포함) 4) 대학원 졸업 이상            9) (읽지 말 것) 모름/무응답
소득 수준	DQ4. 선생님댁의 월평균 소득은 어느 정도 되시나요? (세전금액으로 같이 거주하는 가족의 근로소득, 금융소득, 연금 및 보험소득, 사회보장소득, 자녀 혹은 친척으로부터 정기적인 금전 지원 포함) 1) 200만원 이하                      2) 201만원 ~ 400만원                      3) 401만원 ~ 600만원 4) 601만원 ~ 800만원                5) 801만원 이상                      9) (읽지 말 것) 모름/무응답
취업 상태	DQ5. 선생님은 현재 일하고 계십니까? 1) 정규직으로 일하고 있다(임금을 받는 상황) → DQ5-1로 2) 비정규직으로 일하고 있다(무보수 가족회사 근무 포함) → DQ5-1로 3) 자영업을 하고 있다 4) 취업준비 및 구직 중이다 5) 경제활동을 하고 있지 않다(주부, 학업, 자녀양육, 퇴사, 장애 등) 9) (읽지 말 것) 모름/무응답  DQ5-1.(DQ5에서 1,2)번 응답자) 선생님 직업은 사무직입니까? 육체노동직입니까? 1) 육체 노동직                      2) 사무직                      9) (읽지 말 것) 모름/무응답

▣ 오랜 시간 설문에 응답해 주셔서 정말 감사 드립니다. ▣

응답자성명	응답자연락처	(        ) - (        ) - (        )
응답자주소	(        )도/광역시/특별시	(        )시/군/구 (        )읍/면/동

\* 검증확인

면접원	ID:                      성명:                      코딩요원                      실사관리자
-----	---

## 부록 2. 우리나라 건강불평등 툴킷 개발 방안

### 1. 건강불평등 툴킷 개발 필요성

중앙정부 및 지방정부 수준에서 건강형평성 제고를 위한 사업을 활성화하기 위해서는 사업 담당자들이 사업을 통해 건강형평성이 얼마나 개선이 되는지 또는 될 가능성이 있는지를 확인할 수 있어야 한다.

건강불평등 개선을 위해서는 국가수준의 노력만으로는 한계가 있고, 지역보건사업과 긴밀하게 결합되어야 하는데, 현재의 건강불평등 모니터링 체계로서는 지역에서 건강불평등을 완화하기 위한 사업을 구상하기 어렵다. 이러한 현실에서 건강불평등을 모니터링하는 툴킷을 지역 수준까지 개발하는 것은 큰 의미가 있다.

다행히 2008년부터 수행하고 있는 시군구 단위의 지역사회 건강조사를 통해 시군구의 건강 관련 지표들이 생산되고 있으며, 지역사회 건강조사를 통해 확보하기 어려운 지표들은 국민건강보험공단의 빅데이터를 통해 보완할 수 있다. 즉, 과거에는 가능하지 않았던 모니터링 지표들이 현재는 가능하게 된 것이다. 본 연구에서는 우리나라의 건강불평등을 완화하기 위한 모니터링 툴킷으로 개발할 때 고려해야 할 요소들을 검토하고, 툴킷 개발에 필요한 사업 영역 및 지표를 검토하고자 한다.

### 2. 건강불평등 툴킷 개발을 위한 사업 영역

건강불평등 개선 효과를 모니터링하기 위한 툴킷 개발을 위해서는 건강형평성 제고의 목표 설정이 먼저 되어야 하며, 어떤 영역의 건강불평등을 개선할 것인가가 정해져야 한다. 예컨대 국가 차원의 건강불평등을 개선

하기 위한 노력이 가장 활발하였던 영국에서는 다음과 같은 영역에서 두 가지 목표를 설정하였다(Department of Health, 2008a).

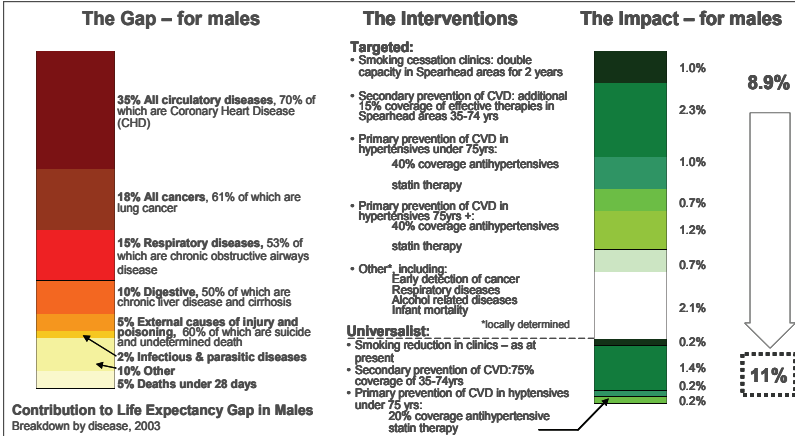
- 2010년까지 육체직 인구집단과 영국 전체 인구집단의 영아사망률 격차를 10% 감소
- 2010년까지 건강과 박탈 수준이 가장 열악한 하위 5분위 지역들과 영국 전체의 기대 수명 격차를 10% 감소

이에 근거하여 개발된 건강불평등 개선을 모니터하기 위한 툴킷 개발을 위한 접근은 기대수명의 격차를 개선하기 위하여 어떤 중재사업에 집중해야 하는지에 대한 고민으로 이어지게 된다.

[부도 1]과 [부도 2]는 건강과 박탈 수준이 가장 열악한 하위 5분위 지역과 영국 전체의 기대수명 격차가 어떤 사망원인에서 기인하는지를 도식화한 것이다. 남성의 경우, 순환기계 질환이 35%(이중 허혈성심질환이 70% 차지), 18%는 암, 15%는 호흡기질환, 10%는 소화기계 질환, 5%는 외인사와 신생아 사망이 기여하고 있다. 마찬가지로 여성에서도 30%는 순환기계 질환(이중 63%는 허혈성심질환), 21%는 호흡기질환, 16%는 암, 9%는 소화기계 질환, 6%는 신생아사망, 5%는 외인사가 기여하고 있다.

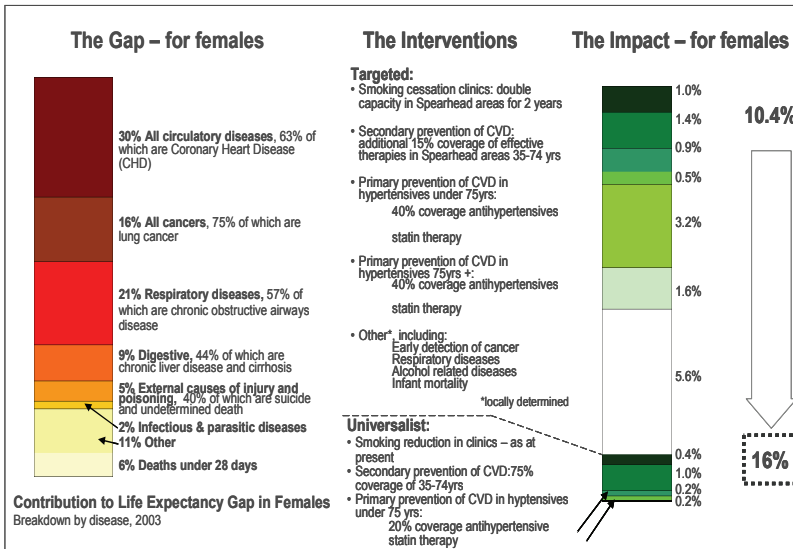
출생 시 기대여명의 격차에 기여하는 사망원인들을 파악한 후, 이들 사망원인을 해결하기 위한 중재사업의 영역을 설정하였다. 금연사업, 심뇌혈관질환 예방관리사업이 주를 이루며, 그 외 조기암검진사업, 호흡기질환 관리사업, 알코올성 질환 예방사업, 영아사망률 감소를 위한 사업들이 중재사업으로 포함하여 시행하였다(Department of Health, 2008a).

[부도 1] 남성의 기대수명 격차에 기여하는 사망원인들



자료: Department of Health, Health Inequalities Intervention Tool – Background Information, 2008.

[부도 2] 여성의 기대수명 격차에 기여하는 사망원인들



자료: Department of Health, Health Inequalities Intervention Tool – Background Information, 2008.

## 가. 툃킷 개발을 위한 총괄 목표의 설정

우리나라에서 건강불평등 개선을 모니터하기 위한 툃킷을 개발하기 위해서는 우선 총괄적 목표를 설정하는 것이 필요한데, 총괄 목표를 설정하기 위해 가장 중요하게 고려해야 할 사항은 중재사업을 통한 개선 효과 측정이 가능해야 한다는 것이다.

이러한 점에서 총괄 목표는 기대수명으로 설정하는 것을 제안한다. 기대수명은 일반적으로 생명표에 근거하여 산출되는데, 특히 사망원인별 생명표를 통하여 어떠한 사망원인을 감소시켰을 때 기대수명이 얼마나 증가하는지를 산술적으로 계산함으로써 중재사업의 효과를 측정할 수 있다.

건강불평등 개선 수준을 모니터하기 위한 툃킷 개발에서의 출생 시 기대여명은 크게 지역과 사회계층으로 접근할 수 있다. 먼저, 지역적 접근은 다음의 지표들 중에서 3가지 이상이 하위 5분위에 속하는 지역을 선정하고, 이들 지역의 기대여명과 전국 기대여명과의 격차를 줄이는 것을 그 목표로 하는 것을 제안한다.

- 
- 남성의 출생 시 기대여명
  - 여성의 출생 시 기대여명
  - 남성의 피할 수 있는 사망률
  - 여성의 피할 수 있는 사망률
  - 지역 박탈 지수
- 

사회계층적 접근은 소득수준으로 하되, 표본조사 자료의 제한성을 고려하여 국민건강보험 데이터를 활용하여 건강보험 하위 5분위에 속하는 계층과 국민 전체의 기대여명의 격차를 줄이는 것을 그 목표로 할 것을 제안한다.

출생 시 기대여명을 산출하는 방법에는 여러 가지가 있지만, 가장 대표적인 것으로는 Chiang 방법이 있다. 이는 연령별 사망확률을 10만 명으로 이루어진 가상 코호트에 적용하여 각 연령에서의 연도별 생존자수와 생존확률, 정지인구를 산출하여 기대여명을 계산하는 것이다(Chiang, 1984).

〈부표 1〉은 Chiang 방법을 이용하여 간이 생명표를 활용하여 기대여명을 산출하는 과정을 나타낸 것이다. 연령구간은 1세 미만, 1~4세, 5~9세... 85세 이상의 19개 집단으로 나누었다. 표에서의 용어의 정의는 다음과 같다(Office for National Statistics, 2012).

$x$ : 각 연령구간의 시작 연령

$n$ : 연령구간의 폭

$a_x$ : 각 연령구간 내에서의 사망자 발생시기의 확률값(1세 미만은 0.1, 그 외 구간은 0.5)

pop: 해당 지역 또는 인구집단의 연앙인구수

death: 해당 지역 또는 인구집단의 사망자 수

$M_x$ : 연령별 사망률= death/pop

$q_x$ : 연령구간에서의 조건부 사망확률=  $n \times M_x / (1 + (n - a_x) \times M_x)$

$p_x$ : 연령구간에서의 조건부 사망확률=  $1 - q_x$

$l_x$ : 생명표에서의 가상 코호트 인구(1세 미만 100,000명, 그 이후 연령군은  $p_x - 1 \times l_x - 1$ 로 계산함. 예컨대, 1~4세의 코호트 인구는  $0.992160 \times 100000 = 99216$ )

$d_x$ : 생명표에서의 연령별 가상 사망자 수(해당 연령군 생존인구에서 다음 연령군 생존인구를 뺀 값, 예컨대 1~4세의 가상 사망자 수는  $99216 - 99180 = 36$ )

$L_x$ : 연령구간에서 생존한 인년수  $n \times (l_x + (a_x \times d_x))$

$T_x$ : 연령  $x$ 로부터 생존한 년수의 누적값  $x=0$ 에서의 누적값은  $x=0 \sim x=85$   
의 총합계  $(99294 + 396793 + \dots + 89019) = 7198691$

$e_x$ : 기대여명  $= T_x / l_x$ , 0세 기대여명  $= 7198691 / 100000 = 71.99$

여기에서 특정 사인을 제거하였을 때, 기대여명의 증가분을 계산하기 위해서는 각 연령군별 특정사인에 의한 사망자 수 감소분을 반영하면 된다. 예컨대, <부표 1>에서 출생 시 기대여명은 71.99세이다. 만약, 중재사업을 통해 영아사망률을 20명에서 5명 수준으로 감소시켰다고 가정한다면 1세 미만의 사망자 수 20명을 5명으로 대체하면 된다. 이때 예상하는 기대여명은 72.41세이며, 중재사업을 통해 예상되는 기대여명 증가는 72.41세에서 71.99세를 뺀 값으로 0.42세이다.

이와 같이 특정 중재사업을 통해 예측되는 연령별 사망자 수의 감소분을 예측한 후 아래의 기대여명 산출표에서 사망자 수를 대입하게 되면 중재사업을 통한 기대여명의 증가 효과를 파악할 수 있다. 이를 건강불평등을 개선하기 위한 중재사업에 적용한다면, 인구집단이나 지역 간 기대수명의 격차를 확인한 후, 그 격차에 크게 기여하는 사망원인을 파악하고 그 사망원인을 줄이기 위한 특정 중재사업을 수행하였을 때, 발생하는 사망자 수의 감소분을 예측할 수 있다면 그 중재사업을 통해 기대할 수 있는 기대여명의 증가분을 계산할 수 있을 것이다.

다만, 현실에서 연령별 사망자 수를 정확하게 예측하기 어렵기 때문에 툴킷을 개발하기 위해서는 몇 가지 가정을 한 모형을 적용할 수밖에 없을 것이며, 개발된 툴킷의 활용 역시 실제 얼마나 정확하게 예측하였는가에 대한 것보다는 사업을 통해 얼마나 효과를 거둘 수 있을 것인지를 예상하는 것이 주된 목적이 되어야 할 것이다.

(부표 1) 출생 시 기대여명의 신축-Chiang Method(II)

연령	x	n	ax	pop	death	Mx	qx	px	lx	dx	Lx	Tx	ex
<1	0	1	0.1	2,533	20	0.007896	0.0078401	0.992160	100000	784	99294	7198691	71.99
1-4	1	4	0.5	11,130	1	0.000090	0.0003593	0.999641	99216	36	396793	7099397	71.55
5-9	5	5	0.5	15,519	2	0.000129	0.0006442	0.999356	99180	64	495742	6702604	67.58
10-14	10	5	0.5	16,409	4	0.000244	0.0012181	0.998782	99116	121	495280	6200862	62.62
15-19	15	5	0.5	16,133	9	0.000558	0.0027854	0.997215	98996	276	494289	5711582	57.70
20-24	20	5	0.5	21,482	10	0.000466	0.0023248	0.997675	98720	230	493026	5217293	52.85
25-29	25	5	0.5	15,997	22	0.001375	0.0068527	0.993147	98490	675	490765	4724267	47.97
30-34	30	5	0.5	16,026	35	0.002184	0.0108605	0.989140	97816	1062	486422	4233501	43.28
35-39	35	5	0.5	19,800	34	0.001717	0.0085492	0.991451	96753	827	481698	3747080	38.73
40-44	40	5	0.5	16,076	39	0.002426	0.0120568	0.987943	95926	1157	476739	3265381	34.04
45-49	45	5	0.5	13,404	59	0.004402	0.0217688	0.978231	94770	2063	468690	2788642	29.43
50-54	50	5	0.5	13,027	108	0.008290	0.0406107	0.959389	92706	3765	454120	2319953	25.02
55-59	55	5	0.5	10,051	136	0.013531	0.0654412	0.934559	88942	5820	430157	1865832	20.98
60-64	60	5	0.5	10,220	176	0.017221	0.0825516	0.917448	83121	6862	398451	1435675	17.27
65-69	65	5	0.5	9,190	320	0.034820	0.1601602	0.839840	76259	12214	350763	1037224	13.60
70-74	70	5	0.5	7,427	445	0.059917	0.2605539	0.739446	64046	16687	278510	686461	10.72
75-79	75	5	0.5	5,231	414	0.079144	0.3303543	0.669646	47358	15645	197679	407951	8.61
80-84	80	5	0.5	2,884	355	0.123093	0.4706350	0.529365	31713	14925	121253	210272	6.63
85+	85	11	0.5	1,840	347	0.188587	1.0000000	0.000000	16788	16788	89019	89019	5.30

### 3. 건강불평등 툃킷 개발을 위한 지표

금연사업과 고혈압 환자의 혈압관리 사업을 중심으로 건강불평등 툃킷 개발 방안을 제시한 결과는 다음과 같다.

#### 가. 금연사업을 통한 기대수명의 개선 효과 추정

금연사업을 통해 사망자가 얼마나 감소할 지를 측정하기 위해서는 금연사업을 통한 금연자 수, 현재 흡연율과 과거 흡연율, 비흡연자 대비 흡연자 및 과거흡연자의 사망 상대위험 등의 자료가 필요하다(Department of Health, 2008b).

#### 1) 필요 자료

##### ① 출생 시 기대여명

생명표를 이용하여 2009~2011년 자료를 합산하여 시군구별 출생 시 기대여명 산출

##### ② 출생 시 기대여명의 격차:

$$\frac{\text{전국의 출생 시 기대여명} - \text{해당 지역의 출생 시 기대여명}}{\text{전국의 출생 시 기대여명}} \times 100$$

##### ③ 6개월간 금연자 수

당해 연도 각 보건소 금연클리닉 등록자 중 6개월 금연 성공자 수

④ 현재 흡연율과 과거 흡연율

지역사회 건강조사 자료를 활용하되 3년치 자료를 합산하여 산출

⑤ 비흡연자 대비 흡연자의 사망률 상대위험

$$\frac{\text{흡연자의 연간 사망률}}{\text{비흡연자의 연간 사망률}}$$

- 영국에서는 영국 남성 의사를 대상으로 한 50년 추적관찰 연구(Doll, 2004)에 근거하여 상대위험 2.19 적용(20세기 출생자 중 60세 이상 사망자에 한정하였으며, 연령표준화 적용한 결과값)
- 한국에서는 국민건강보험 공무원 및 사립학교 교직원 가입자와 서울시 대사증후군 사업과 연계된 한국인 심장연구 대상자를 대상으로 수행한 추적관찰 연구(정금지 등, 2013)에 근거하여 남성의 상대위험 1.75, 여성의 상대위험 1.72로 추정

⑥ 비흡연자 대비 과거흡연자의 사망률 상대 위험

$$\frac{\text{과거 흡연자의 연간 사망률}}{\text{비흡연자의 연간 사망률}}$$

- 영국에서는 영국 남성 의사를 대상으로 한 50년 추적관찰 연구(Doll, 2004)에 근거하여 상대위험 1.46 적용(20세기 출생자 중 60세 이상 사망자에 한정하였으며, 연령표준화 적용한 결과값)
- 한국에서는 과거흡연자의 상대위험 자료는 미확인

## 2) 예측 감소 사망자 수 산출

① 1단계: 흡연자의 전체 연령에 대한 총사망 기여분을 측정

$$\frac{p_s r_s}{p_s (r_s - 1) + p_x (r_x - 1) + 1}$$

p: 유병률

r: 비흡연자에 대한 총사망 위험

s: 현재 흡연자

x: 과거 흡연자

\* 35세 미만의 흡연자에서는 사망이 없다고 가정함

② 2단계: 흡연자의 연령별 사망률의 기여분 측정

연령별 사망률의 측정

$$\frac{\text{연령별 사망자수}}{\text{연령별 인구수}}$$

연령별 사망률에 흡연자의 기여도 측정

$$\text{연령별 사망률} \times \text{흡연자의 사망률 기여도} \quad \text{-- ①}$$

③ 3단계: 금연으로 인한 연령별 총사망의 감소분을 측정

6개월 금연 성공자의 지속 금연율 측정

- 6개월 금연성공자 중 60%가 금연을 한 것으로 가정한다면, 6개월 금연 성공자가 2,000명인 경우, 1,200명이 지속적인 금연을 한 것으로 간주함.

금연사업의 결과로 금연한 사람의 연령별 분율 계산

$$\frac{\text{연령군별 금연자의 수}}{\text{연령군별 흡연자의 수}} \quad \text{-- ②}$$

흡연자들에서 금연 후 5년의 총사망의 분율 감소분 계산

- 현재 흡연자가 금연을 통해 과거 흡연자가 됨으로써 나타나는 사망률 감소분
- 금연 후 5년부터 기대여명에 영향을 미칠 것으로 추정

$$1 - \frac{\text{비흡연자에 대한 흡연자의 상대위험}}{\text{비흡연자에 대한 과거 흡연자의 상대위험}} \quad \text{--- ③}$$

금연 후 연령별 총사망률 감소분 계산

$$\text{①} \times \text{②} \times \text{③}$$

흡연자의 전체 사망률 기여도 33.4%, 각 연령층의 흡연율 30%, 1년 금연자수가 각 연령별 흡연자의 5%, 금연 후 총사망의 분율 감소분을 -0.5로 가정하고, 35세 미만에서는 흡연으로 인한 사망자가 없다고 가정하였을 경우, 앞의 기대여명을 산출한 표에 적용하면 다음과 같은 기대여명의 증가분을 계산할 수 있다. 즉, 71.99세에서 72.14세로 0.15세 증가한다.

〈부표 2〉 금연사업으로 인한 기대여명의 증가 효과

	x	n	ax	pop	deat h	Mx	qx	px	lx	dx	Lx	Tx	E <sub>x</sub>
<1	0	1	0.1	2,533	20	0.007896	0.0078401	0.992160	100000	784	99294	7213808	72.14
1-4	1	4	0.5	11,130	1	0.000090	0.0003593	0.999641	99216	36	396793	7114513	71.71
5-9	5	5	0.5	15,519	2	0.000129	0.0006442	0.999356	99180	64	495742	6717721	67.73
10-14	10	5	0.5	16,409	4	0.000244	0.0012181	0.998782	99116	121	495280	6221979	62.77
15-19	15	5	0.5	16,133	9	0.000558	0.0027854	0.997215	98996	276	494289	5726698	57.85
20-24	20	5	0.5	21,482	10	0.000466	0.0023248	0.997675	98720	230	493026	5232409	53.00
25-29	25	5	0.5	15,997	22	0.001375	0.0068527	0.993147	98490	675	490765	4739383	48.12
30-34	30	5	0.5	16,026	35	0.002184	0.0108605	0.989140	97816	1062	486422	4248618	43.43
35-39	35	5	0.5	19,800	34	0.001710	0.0085133	0.991487	96753	824	481707	3762196	38.88
40-44	40	5	0.5	16,076	39	0.002413	0.0119945	0.988005	95930	1151	476771	3280489	34.20
45-49	45	5	0.5	13,404	59	0.004374	0.0216347	0.978365	94779	2051	468768	2803718	29.58
50-54	50	5	0.5	13,027	107	0.008237	0.0403556	0.959644	92728	3742	454287	2334950	25.18
55-59	55	5	0.5	10,051	135	0.013419	0.0649152	0.935085	88986	5777	430490	1880663	21.13
60-64	60	5	0.5	10,220	175	0.017080	0.0819047	0.918095	83210	6815	399010	1450173	17.43
65-69	65	5	0.5	9,190	317	0.034504	0.1588205	0.841179	76394	12133	351640	1051163	13.76
70-74	70	5	0.5	7,427	440	0.059243	0.2580024	0.741998	64261	16580	279858	699523	10.89
75-79	75	5	0.5	5,231	407	0.077880	0.3259404	0.674060	47682	15541	199556	419665	8.80
80-84	80	5	0.5	2,884	345	0.119529	0.4601438	0.539856	32140	14789	123729	220109	6.85
85+	85	11	0.5	1,840	331	0.180029	1.0000000	0.000000	17351	17351	96380	96380	5.55

## 나. 고혈압 관리 사업을 통한 기대여명의 개선 효과 추정

고혈압 관리 사업을 통한 기대여명의 개선 효과는 허혈성심질환과 뇌졸중을 진단받지 않는 사람들 중에서 진단을 받지 않은 고혈압 환자 또는 고혈압을 진단받았지만 혈압이 조절되지 않는 환자를 그 대상으로 한다 (Department of Health, 2008b).

고혈압 관리 사업을 통한 기대여명의 개선 효과를 추정하기 위해서는 진단을 받지 않은 고혈압 환자 또는 고혈압을 진단받았지만 혈압이 조절되지 않는 인구가 얼마나 되는지를 파악하는 것이 관건이다. 이는 건강검진이 함께 이루어지는 국민건강영양조사 자료를 활용할 수밖에 없다. 또한, 시군구 보건소 수준에서 활용하기 위해서는 별도의 추정 모형을 통해 고혈압 유병률을 계산해야 한다. 아직까지 우리나라에서는 국가 수준의 데이터를 이용하여 시군구 또는 그 이하 수준의 유병률을 추정하는 연구가 이루어지지 않았으므로 본고에서는 이를 적용할 수 없었다. 하지만 지역사회 건강조사만으로는 지역보건사업을 모니터링하는 데 역부족이므로 보다 정교한 방식의 지역 단위 또는 인구집단의 유병률을 추정하는 연구가 활성화될 필요가 있을 것이다.

1단계: 허혈성심질환과 뇌졸중 환자에게서 허혈성심질환 및 뇌졸중 사망 분율 계산

- 허혈성심질환

$$= \frac{RR \times \text{허혈성심질환/뇌졸중 유병률}}{(RR \times \text{허혈성심질환/뇌졸중 유병률}) + 1 - \text{허혈성심질환/뇌졸중 유병률}} - ①$$

\* RR= 허혈성심질환 또는 뇌졸중 환자의 허혈성심질환 사망 상대위험

- 뇌졸중

$$= \frac{RR \times \text{허혈성심질환/뇌졸중 유병률}}{(RR \times \text{허혈성심질환/뇌졸중 유병률}) + 1 - \text{허혈성심질환/뇌졸중 유병률}} \quad \text{--- ①'}$$

\* RR=허혈성심질환 또는 뇌졸중 환자의 뇌졸중 사망 상대위험

2단계: 진단을 받지 않았거나 진단을 받았지만 조절이 되지 않는 고혈압 환자에게서 발생하는 허혈성심질환/뇌졸중의 분율 계산

$$\text{- 허혈성심질환} = \frac{RR \times \text{고혈압 유병률}}{(RR \times \text{고혈압 유병률}) + 1 - \text{고혈압 유병률}} \quad \text{--- ②}$$

\* RR=정상혈압에 비해 고혈압 환자에서의 허혈성 심질환 사망상대위험

$$\text{- 뇌졸중} = \frac{RR \times \text{고혈압 유병률}}{(RR \times \text{고혈압 유병률}) + 1 - \text{고혈압 유병률}} \quad \text{--- ②'}$$

\*RR= 정상혈압에 비해 고혈압 환자에서의 허혈성심질환 사망 상대위험

이완기 혈압을 5mmHg 낮추면 허혈성심질환과 뇌졸중을 각각 21%, 34%를 낮출 수 있으며, 10mmHg 낮추면 각각 37%, 56%를 낮출 수 있음(Shaper et al., 1995; MacMahon et al., 1990; Wolf, 1991)

3단계: 허혈성심질환이나 뇌졸중을 앓은 적이 없는 고혈압 환자들에서 허혈성심질환 또는 뇌졸중 사망의 분율 계산

$$\text{- 허혈성심질환의 분율} = ② \times (1 - ①) \quad \text{--- ③}$$

$$\text{- 뇌졸중의 분율} = ②' \times (1 - ①') \quad \text{--- ③'}$$

4단계: 고혈압 치료를 통해 예방할 수 있는 사망의 분율 계산

- 치료 분율 =  $\frac{\text{치료를 통해 혈압조절을 할 고혈압 환자수(전체 연령)}}{\text{고혈압 환자의 수(전체 연령)}}$  -- ④

치료를 할 고혈압 환자 수는 고혈압 관리 사업에서 계획하고 있는 환자 수를 의미함. 위에서 계산한 치료분율은 모든 연령군에 일괄 적용함.

- 치료를 통해 예방할 수 있는 사망의 분율 계산

\* 허혈성심질환 분율= ③ × 치료를 통한 허혈성 심질환의 감소율(21%) × ④ -- ⑤

\* 뇌졸중 분율= ③ × 치료를 통한 뇌졸중의 감소율(34%) × ④ -- ⑤'

적절한 치료를 하게 되면 성별, 연령별, 지역별에 관계없이 모든 고혈압 환자에게서 혈압이 5mmHg 감소한다는 것을 가정함(Law et al., 2003). 45세 이전에는 허혈성심질환 또는 뇌졸중으로 사망하는 사람은 없다고 가정함.

5단계: 고혈압 치료를 통해 연령별 총사망률의 감소를 계산

허혈성심질환과 뇌졸중의 연령별 사망률

허혈성심질환 =  $\frac{\text{허혈성 심질환 사망자수}}{\text{인구수}}$

뇌졸중 =  $\frac{\text{뇌졸중 사망자수}}{\text{인구수}}$

연령별 사망률의 감소 수준

감소 = (⑤ × 연령별 허혈성심질환 사망률) + (⑤' × 연령별 뇌졸중 사망률)

허혈성심질환이나 뇌졸중을 앓은 적이 없는 고혈압 환자들에서 허혈성 심질환 사망분율을 10%, 뇌졸중 사망 분율을 15%로 가정하고, 해당 인구집단에서 미진단 및 혈압조절이 되지 않는 고혈압 환자 수가 20,000명 이고 이 중 고혈압 관리 사업을 통해 5,000명을 치료한다고 가정(치료분율 25%)할 때,

$$\text{허혈성심질환 분율} = 0.1 \times 0.21 \times 0.25 = 0.00525$$

$$\text{뇌졸중 분율} = 0.15 \times 0.34 \times 0.25 = 0.01275$$

45세 이상의 연령층의 모든 연령군에서 허혈성심질환 사망률을 10%, 뇌졸중 사망률을 15%로 가정한다고 하면, 예상하는 기대수명은 72.45세로 증가한다.

〈부표 3〉 고혈압 관리사업을 통한 기대수명의 증가예

	x	n	ax	pop	death	Mx	qx	px	ix	dx	Lx	Tx	ex
<1	0	1	0.1	2,533	20	0.007896	0.0078401	0.992160	100000	784	99294	7244884	72.45
1-4	1	4	0.5	11,130	1	0.000090	0.0003593	0.999641	99216	36	396793	7145589	72.02
5-9	5	5	0.5	15,519	2	0.000129	0.0006442	0.999356	99180	64	495742	6748797	68.05
10-14	10	5	0.5	16,409	4	0.000244	0.0012181	0.998782	99116	121	495280	6253055	63.09
15-19	15	5	0.5	16,133	9	0.000558	0.0027854	0.997215	98996	276	494289	5757774	58.16
20-24	20	5	0.5	21,482	10	0.000466	0.0023248	0.997675	98720	230	493026	5263485	53.32
25-29	25	5	0.5	15,997	22	0.001375	0.0068527	0.993147	98490	675	490765	4770459	48.44
30-34	30	5	0.5	16,026	35	0.002184	0.0108605	0.989140	97816	1062	486422	4279694	43.75
35-39	35	5	0.5	19,800	34	0.001710	0.0085133	0.991487	96753	824	481707	3793272	39.21
40-44	40	5	0.5	16,076	39	0.002413	0.0119945	0.988005	95930	1151	476771	3311565	34.52
45-49	45	5	0.5	13,404	58	0.004322	0.0213772	0.978623	94779	2026	468829	2834794	29.91
50-54	50	5	0.5	13,027	106	0.008135	0.0398659	0.960134	92753	3698	454520	2365965	25.51
55-59	55	5	0.5	10,051	133	0.013203	0.0639049	0.936095	89055	5691	431048	1911445	21.46
60-64	60	5	0.5	10,220	172	0.016810	0.0806621	0.919338	83364	6724	400010	1480397	17.76
65-69	65	5	0.5	9,190	312	0.033897	0.1562440	0.843756	76640	11975	353262	1080387	14.10
70-74	70	5	0.5	7,427	430	0.057950	0.2530848	0.746915	64665	16366	282412	727125	11.24
75-79	75	5	0.5	5,231	395	0.075456	0.3174037	0.682596	48299	15330	203171	444713	9.21
80-84	80	5	0.5	2,884	325	0.112689	0.4396009	0.560399	32969	14493	128612	241542	7.33
85+	85	12	0.5	1,840	301	0.163604	1.0000000	0.000000	18476	18476	112930	112930	6.11

## 간행물회원제 안내

### ▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

### ▶ 회원종류

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원
- 정기간행물회원 : 35,000원

### ▶ 가입방법

- 홈페이지([www.kihasa.re.kr](http://www.kihasa.re.kr)) - 발간자료 - 간행물구독안내

### ▶ 문의처

- (30147) 세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동 1~5F  
간행물 담당자 (Tel: 044-287-8157)

## KIHASA 도서 판매처

- |   |   |
|---|---|
| ■ 한국경제서적(총판) 737-7498   | ■ 교보문고(광화문점) 1544-1900  |
| ■ 영풍문고(종로점) 399-5600  | ■ 서울문고(종로점) 2198-2307   |
| ■ Yes24 <a href="http://www.yes24.com">http://www.yes24.com</a> | ■ 알라딘 <a href="http://www.aladdin.co.kr">http://www.aladdin.co.kr</a> |