

# 건강한 청소년을 위한 첫단계, 건강한 공공정책 만들기 ②

## - 건강영향평가와 모든 정책에서 건강

2010.12.14 | 이은경\_새사연 연구원 | eundust@saesayon.org

### 목 차

1. 모든 정책에서 건강(Health in All Policies, HiAP)
2. 건강할 권리에 대한 철학적, 윤리적 사고의 확장
3. 의료에 대한 접근성을 넘어
4. 건강한 공공정책과 청소년 건강



<http://saesayon.org>

요약

한국의 청소년은 매우 많은 시간을 학교와 민간학원에서 보내고 있으며 대부분의 여가시간 역시 학업에 할애하고 있다는 점에서 학교와 학원을 중심으로 한 건강증진 사업의 수행과 학업시간과 건강증진사업의 효율적 배분은 매우 중요하다. 너무나 긴 학업시간, 턱없이 부족한 여가 및 체육활동 시간, 심각한 정신적 스트레스의 증가 등은 청소년 건강의 적신호일 뿐만 아니라 평생 건강의 기초와 습관을 형성하지 못한다는 측면에서 국가적 문제가 된다. 따라서 건강한 공공정책의 핵심은 아동·청소년의 건강문제를 해결하는 방향에서 구축되어야 한다. 건강한 공공정책의 핵심은 건강에 영향을 미칠 수 있는 정책들은 최소한 건강에 해가 되지 않는 방향에서, 더 적극적으로는 건강에 기여할 수 있는 방향에서 입안하고 집행해야 한다는 것이다.

이런 관점에서 우리나라의 아동·청소년의 교육정책을 평가해 보면 매우 심각한 수준임을 알 수 있다. 청소년 건강수준 저하에 대한 실증적 증거는 매우 많다. 학부모들이 자녀의 건강유지를 위해 쏟는 노력도 높다. 반면 정책결정과정에서 건강을 중심으로 고려하는 사례는 극히 드물다. 현재 우리나라에서 교육문제는 최대의 이슈이다. 사교육억제, 대학입시 개혁, 지식정보사회에 필요한 인재육성 등 교육정책은 선거의 단골 이슈들이고 무상급식 문제는 정치적 논란의 중심에 서있다. 하지만 정치적 입장과 학업성취 성과에 대한 논란만 존재할 뿐 갈등을 해소할 수 있는 기준을 제시하지는 못하고 있다. 청소년 정책의 합리적인 기준으로 건강을 고려할 필요가 있다. 앞서 논의한바대로 건강은 사회정책의 척도와 기준으로 활용될 가치가 높기 때문이다.

단적인 예로 무상급식에 관한 논쟁에서 보편적 복지와 선택적 복지라는 이분법, 경제적 부담에 대한 논의만 존재한다. 하지만 무상급식과 직영체계의 운영은 일상생활의 대부분을 학교에서 보내는 아동·청소년의 건강수준을 일정하게 유지할 수 있는 핵심적 요구이다. 하루에 한두끼 이상의 식사를 학교에서 해결해야 하는 청소년들에게 일정수준이상의 급식을 제공하는 것이 청소년기의 건강을 유지하고 건강한 식습관을 정착시킬 수 있으며 청소년 건강의 불평등을 해소할 수 있기 때문이다. 특히 건강결정요인에서 중요하게 고려하는 것은 건강불평등이다. 사회경제적, 문화적, 심리적 불평등이 건강수준에 미치는 영향은 매우 명확하게 증명되고 있다. 무상급

식정책에 건강영향평가를 도입한다면 투입되는 예산부담만을 고려하는 것이 아니라 소외된 저소득층의 건강수준저하에서 발생하는 개인적 비용과 사회적 부담, 이후 청소년이 갖게 되는 신체적 정신적 건강불평등으로 인해 발생하는 숨겨진 비용까지를 함께 고려하게 된다. 또한 실제 정책의 수혜자인 청소년과 학부모가 정책결정과정에 참여하는 민주적 절차와 건강영향평가의 내용이 구체적인 정책결정에 반영되는 결정력까지를 포함해야 한다. 이것이 청소년 정책결정과정에서 건강영향평가의 일례가 될 수 있다. 이런 관점에서 출발한다면 우리사회의 첨예한 갈등을 합리적으로 해결할 수 있는 하나의 지침을 마련할 수 있을 것이다. 특히 건강을 중심으로 청소년 정책을 결정하는 것은 윤리적이고 공정할 뿐 아니라 경제적 효용과 공리주의적 관점 모두를 충족시킬 수 있는 하나의 대안이 될 것이다.

이번 보고서는 청소년 건강의 중요성에서 출발하여 건강한 공공정책의 의미와 철학적, 윤리적 배경을 살펴보고 중요한 정책수단인 건강영향평가와 건강도시정책을 살펴보았다. 그 과정에서 건강은 사회 전반의 수준을 평가할 수 있는 척도일뿐더러 선진화된 사회일수록 건강에 미치는 요인을 고려한 모든 정책에서 건강을 중심에 두는 건강한 공공정책이 정책결정의 핵심적 요구임을 알 수 있었다. 또한 그 수단으로서의 건강영향평가와 건강도시, 건강불평등의 해소는 적은 비용으로 최대의 효과를 낼 수 있는 효율적 가치와 윤리적 가치를 동시에 충족시킬 수 있는 사회운영 원리로서 의미를 지님을 강조한다. 우리사회에서는 사회구조와 경제수준은 의료서비스에 대한 접근성을 넘어 사회전반의 건강회복이 요구됨에도 불구하고 건강한 공공정책은 논의수준에 머물러있다. 청소년 정책을 중심으로 건강한 공공정책을 결정하고 집행하는 것은 사회전반의 질적 수준 향상에 크게 기여할 수 있을 것이다. 다음 글에서는 청소년 건강영향평가와 건강도시와 건강학교의 구체적 모델에 대해 논의해보고자 한다. 건강한 청소년은 우리의 미래이고 미래에 투자하는 것만큼 확실한 투자는 없다는 것을 잊지말아야 한다.

본문

## 1. 모든 정책에서 건강(Health in All Policies, HiAP)

### 1) 건강한 공공정책이란?

건강한 공공정책이란 모든 정책에서 건강(Health in All Policies, HiAP)을 의미하며 사회운영원리로서의 건강과 모든 정책결정과정에서 건강을 중심으로 접근할 것을 주장한다. 건강은 전통적인 보건의료 제도 밖의 영역들에 의해 더 큰 영향을 받기 때문이다. 실지로 병원에 와서 치료를 받아 건강문제가 해결되는 경우보다는 사회경제적 조건과 심리적 요인, 개인의 건강행태 등이 종합적으로 건강에 영향을 미친다는 것은 이제 상식이 되고 있다. 이를 사회경제적 건강 결정요인이라고 하는데 이것이 건강 정책이 보건의료제도에 관한 정책만이 아닌 모든 부분의 정책이 되어야 하는 이유이다. 역사적 관점에서 보면 질병관이 단일원인에 의한 병인론에서 다양한 원인이 다양한 층위로 인구집단의 건강수준에 영향을 미친다는 라론드의 건강장이론(Lalonde health field concept)으로 확대되는 것을 알 수 있다. 이런 과정을 통해 1980년대에 들어서면서 인구집단의 건강증진을 위해서는 전통적인 보건의료 진료만이 아니라 건강증진이라는 영역으로 확대되어야 한다는 것을 강조하게 된다. 건강증진 정책은 질병 예방, 보건 교육 및 건강 보호 등의 내용으로 구성되며 전통적 공중 보건의 영역을 생활 양식 개선으로 넓히는데 기여했다. 하지만 건강증진 정책은 건강 정책 분야에 국한되어 추진되고 건강증진을 수행할 개인에게 책임이 지워지는 희생자 비난(Blaming the Victim)이라는 한계가 있다. 이러한 한계에 직면하여 생활 양식 요인에서 한발 더 나아가 사회경제적, 물리적, 심리적 환경 요인의 개선과 종합적 지역사회 건강 정책을 지향하는 건강한 공공정책, 건강도시 정책이 서구사회를 중심으로 제기되게 된다.

건강에 이로운 공공정책이란 모든 영역의 정책에서 건강과 형평에 대하여 명확한 관심을 표명하고, 정책이 건강에 미치는 영향에 대하여 책임을 지는 특성을 가진다. 건강에 이로운 공공정책의 주요 목표는 국민들로 하여금 건강한 생활을 영위할 수 있도록 지원적 환경을 창출하는데 있다. 이러한 정책은 시민들이 건강한 선택을 가능하게 하며, 또한 사회적, 물리적 환경을 강화시킬 수 있는 것들이 되도록 할 수

있다. 모든 정책에서 건강목표를 추진하는 것은 도시와 국가차원에서 진행되어야 하며 범 부처별 정책 입안과 집행이 이루어져야 하기 때문에 정책 부문 간 협력이 필수적으로 요구된다는 특징을 지닌다.

## 2) 건강한 공공정책의 의의

건강에 대한 연구의 발전으로 영양과 위생적 환경의 개선과 같은 공중보건적 개혁과, 의료서비스의 발전외에도 생활 양식이 중요하다는 1970년대의 연구성과를 통해 1980년대 이후 의료서비스에 대한 접근성을 넘어 개인 생활 양식 변화의 건강 증진으로 확대된다. 그 이후 건강 형평성에 기반을 둔 사회 환경적 관점으로 ‘건강 증진’의 개념이 확장되고 건강 도시(Healthy Cities) 운동과 건강 영향 평가(Health Impact Assessment) 등과 같은 구체적 방법으로 확대되고 있다. 이러한 성과는 구체적으로 건강한 공공정책, 모든 정책에서 건강추구와 같은 원칙으로 표현되고 있으며 그 내용에는 개인적 노력이 아닌 사회경제적 측면의 개선과 건강외의 비건강 영역에서의 건강목표추진이 건강달성의 핵심적 요건이라는 것을 이야기하고 있다.

이러한 활동은 단순히 질병이 없는 상태가 아닌 신체적, 정신적, 사회적, 영적으로 안녕한 상태인 건강이 모든 시민의 기본적인 권리라는 인식에서 출발하고 있다. 가능한 최고 수준의 건강달성에는 단순히 보건분야 만이 아닌 사회 각 분야의 활동이 필요함을 역설한 WHO의 오타와 헌장에 기초하고 있다. 즉 사회의 모든 정책이 건강을 증진하기 위한 목표에 부합하는지를 평가하는 건강영향평가에 근거하여 입안되고 실행되어야 하며 건강증진을 위해서는 사회경제적 불평등이 해소되어야 할 뿐만 아니라 국민의 자발적이고 민주적 참여 속에서 집행되어야 한다는 점을 강조한다. 이러한 접근은 건강정책이 보건정책을 넘어서 사회정책으로 확대되어야 한다는 점에서 기존의 건강정책과 구별되는 의의를 지닌다.

먼저 건강한 공공정책은 1990년대 이후, 신자유주의가 확산되면서 양극화로 인한 사회문제가 심각해지고 있는 상황에서 사회양극화로 인한 문제를 극복할 수 있는 대안으로 제시되고 있다. 양극화는 사회 곳곳에서 발생하고 있으나 특히 소득과 교육 영역에서 심각해지고 있으며 그 결과는 건강에서의 불평등으로 구체화되고 있다. 양극화란 수치상으로만 존재하는 것이 아니라 사람들의 삶의 구체적 상황에 파고드는 심각한 영향을 미치기 때문이다. 건강과 교육은 기회의 평등을 위한 핵심 과제이기 때문에 양극화로 인한 폐해를 줄이고 양극화의 실질적 극복을 위한 주요

접근방식이 된다. 하지만 오히려 양극화와 불평등 확대에 의한 건강불평등이 심화되고 있으며 많은 의료비를 지출하면서도 건강성과(Health output)는 답보상태에 머물러있는 것이 건강을 둘러싼 현 지형이다. 따라서 아무리 보건의료시스템을 정비하고 의료비를 많이 지출한다고 해도 사회전반의 양극화가 개선되지 않는 이상 건강에서의 불평등은 해소되지 않는다. 특히 건강불평등에 관한 연구가 진행되면서 일정수준이상의 소득수준을 누리고 있는 집단에서도 집단내에서의 지위, 자기 결정권, 공동체의 지지 정도 등에 따라 심각한 수준으로 건강불평등이 발생하고 있다는 보고가 이어지고 있다. 이는 건강에 영향을 미치는 요인이 매우 다양하다는 것을 증명하는 것으로 이를 해결하기 위해서는 모든 정책에 건강 형평을 포함하는 포괄적 접근, 건강결정요인에 대한 문화, 정책, 환경, 사회경제적 다수준접근, 생애 주기적 접근이 필요함을 지적하고 있다.(이스타나, 건강불평등을 어떻게 해결할까?, 2009) 즉, 건강한 공공정책은 양극화로 인한 피해를 줄이고 공정한 기회의 평등을 제공할 수 있다는 점 뿐만아니라 건강을 위해서는 사회의 양극화를 줄여야 가능하다는 점에서 양극화를 극복할 수 있는 대안이 되는 것이다.

또한 건강한 공공정책 개념은 사회운영원리로서의 가능성이 매우 크다. 현재 우리나라에서 가장 많은 논의가 되고 있는 사회지표는 747로 대비되는 GDP, 경제성장률, 세계 경제 규모 등의 경제지표이다. 하지만 국내외적으로 그러한 경제지표가 사람들의 삶을 제대로 평가할 수 없다는 문제점이 많이 지적되고 있다. 이를 극복하기 위해 사회의 질지표, 행복지표 등을 제안하고 있다.<sup>1)</sup> 건강한 공공정책은 의미있는 사회평가지표로서 건강수준이 의미가 있으며 그를 통해 건강수준의 향상이 국가와 공동체를 위한 정책의 목표가 되어야 함을 제안한다. 건강수준은 사회운영의 결과에 영향을 받은 인간의 삶이 궁극적으로 나타내는 결과이기 때문에 어떤 평가지표보다 사회운영의 결과에 대한 평가지표로서 가치가 있다. 사망률, 유병율, 영아사망률, 건강수명, 장애보정건강수준 등은 추상적인 경제지표가 갖는 인간 삶의 다

1) 지금까지 개발된 사회관련 지표들은 대략 다음과 같다.

- GDP/GNP
- 사회지표(social indicator)
- 국민총행복(Gross national happiness)
- OECD 사회지표
- 인간개발지수(HDI)
- 삶의 질(QOL)
- 참발전지표(GPI)
- 여성권한척도/남녀평등지수(GEM/GDI)
- 새천년개발목표(MDG)
- 사회통합지표(Social Cohension Indicator)
- 환경발자국(EF)
- 지구행복지수(HPI)



이래 최초로 폭발적인 인구성장과 평균수명의 증가가 가능하게 되었다. 하지만 과학적 의학의 발달로 해부와 실험, 관찰과 연구가 진행되면서 질병의 증상과 원인이 하나씩 규명되기는 했으나 실제 전염병을 줄이고 사람들의 수명을 연장할 수 있었던 요인은 생활수준의 향상으로 인한 안정적 식품공급과 공중위생의 발전, 전염성 질환에 대한 격리 등의 사회적 경제적 변화였다.(토마스 매큐언, 의학의 한계와 새로운 가능성, 1994) 이를 전통적인 임상의학과 대비되는 개념으로 사회의학이라고 부르기도 한다. 하지만 이때의 건강은 목적과 당연한 권리가 아닌 생존과 노동이 가능하게 하여 국가와 사회적 부를 증가시키기 위한 조건일 뿐이었다. 건강에 대한 사회의 관심은 전염병을 막고 질병을 치료하여 사회의 비용을 줄이고 국부를 증대시키는 것에 집중되어 있었다.

이러한 건강관은 치명적인 전염병이 거의 사라지고 사람들의 평균수명이 길어지는 과정에서 크게 변화한다. 변화의 핵심은 건강을 권리로 보는 사회복지개념의 확산과 건강권 달성을 위한 결정요인으로 의료서비스에 대한 접근성을 핵심에 두는 관점이었다. 사회가 보장해야 할 권리가 확장되면서 건강문제는 서구국가의 주요한 과제가 되었다. 그 과정에서 실제 평균수명을 증가시키는 데는 큰 역할을 하지 못했던 의료서비스가 산업사회의 성장과 함께 큰 주목을 받게 된다. 병원과 의과대학은 확장되고 의료의 질은 높아졌으며 그 과정에서 건강을 둘러싼 핵심적 과제로 의료서비스에 대한 접근성을 높이는 것이 대두되게 된다. 물론 이를 가능케 한 동력은 민중운동에 있었다. 사회전반의 민주화와 민중의 권리가 강화되면서 복지에 대한 주장과 권한이 확대된 것이다. 이를 통해 서구사회 대부분은 보편적 의료보장시스템을 갖추게 된다.(미국은 심각한 예외이다.) 즉 건강에 대한 요구가 높아지고 시민의 당연한 권리로 주장되면서 질병치료와 건강유지에 결정적 역할을 할 수 있는 의료서비스에 대한 접근성을 높이는 것이 건강을 둘러싼 핵심적 주제가 된 것이다. 의료서비스에 대한 접근성을 높이기 위한 주요 근거로 제시된 것이 건강권개념이다. 건강은 사람의 기본적 권리이고 국가와 사회는 최소한의 건강을 공적으로 보장해주어야 한다는 개념이 정립된 것이다.

## 2) 권리로서의 건강

- WHO “건강은 단순한 질병이나 허약함이 없는 상태가 아니라, 신체적, 정신적, 사회적으로 완전히 안녕한 상태”



- UN “건강권은 도달할 수 있는 가장 최고 수준의 신체적 정신적 건강을 향유할 권리”

- Sen(2002) “개인적 잠재력의 필수적인 요소로 건강하기 때문에 얻을 수 있는 자유를 통해 우리가 소중히 여기는 다른 계획이나 과제를 추구할 수 있다는 점에서 중요하다”

- 세계인권선언문(1948년)

제3조 “모든 사람은 생명과 신체의 자유와 안정에 대한 권리를 가진다”

제25조 “모든 사람은 식량, 의복, 주택, 의료, 필수적인 사회 서비스를 포함하여 자신과 가족의 건강과 행복에 적합한 생활수준을 누릴 권리를 가질 수 있다”

제12조 “1. 모든 사람이 도달 가능한 최고 수준의 신체적 정신적 건강을 향유할 권리를 가지는 것은 인정한다. 2. 동 권리의 완전한 실현을 달성하기 위해서 취해야 할 조치에는 다음사항을 포함한다. (a) 사산율과 유아사망률의 감소 및 어린이의 건강한 발달, (b) 환경 및 산업위생에 있어서 모든 부문의 개선, (c) 전염병, 풍토병, 직업병 및 기타 질병의 예방과 치료 및 통제, (d) 질병 발생시 모든 사람에게 의료와 간호를 확보할 수 있는 여건을 조성할 것”

인간의 권리는 인권, 사회권, 자유권, 시민권 등 다양한 가치들을 포함한다. 세계인권선언문에서는 인간의 권리를 자유권과 사회권으로 접근하고 있다. 인권은 시민적 정치적 권리로서 누구에게 적용되는 보편적인 가치로서의 ‘자유권’과 경제적 사회적 문화적인 권리를 함축하는 ‘사회권’적인 의미가 포함되어 있으며 건강권은 ‘사회권’에 위치한다고 규정하고 있는 것이다. 이 경우 자유권과 사회권은 개념적으로나 실천적으로 충돌할 수 있는 내용을 포함하고 있다. Nozick과 같은 경제적 자유주의자들의 경우에는 자유를 절대적인 권리로 보고 건강을 특수한 범주로 보지 않기 때문에 모든 사회구성원에게 보건의료와 건강보험을 제공하기 위해서 세금을 거둬들이는 의무를 거부하게 된다. 반면, Sen이나 Daniels 등 후생경제학자들은 평등한 건강에 대한 공평한 기회접근의 필요성이나 건강형평성을 사회적 분배, 정의, 공정성의 관점에서 접근해야 하며, 건강권을 적극적인 권리 또는 능동적인 권리의 관점에서 해석할 것을 주장한다. 이를 건강권이라는 측면에서 좀 더 구체적으로 살펴보자.

자유권이 다른 사람들이 직접적으로 해를 입지 않은 범위에서 자신이 하고자하는 것을 하거나 하지 않을 권리라는 소극적 측면의 권리를 말한다면 사회권으로 확장되는 권리개념은 1) 생명권, 신체의 자유권 2) 시민적 자유권 3) 법 집행에 대한 권리, 법 앞에서의 평등 4) 정치적 권리 5) 경제적 권리 6) 사회적 권리 7) 문화적 권리를 포함한다.(안치민, 복지권의 구성과 성격, 한국사회복지학 Vol.55, 2003, pp. 5-25.) 자유주의에 입각한 소극적 측면의 자유권이 경제적 사회문화적 권리를 포함한 시민권의 개념으로 확장되는 것이다. 역사적으로 사회권은 자본주의의 발달 과정에서 나타나는 양극화를 해소하고 경제적 민주적 권리를 찾기 위한 민중운동의 과정에서 획득된 적극적 권리였고 격렬한 사회투쟁의 결과물이었다. 서구사회가 복지국가를 달성할 수 있던 배경에는 인간이 누려할 할 당연한 권리로 사회권, 복지권을 인정하게 된 인식의 변화가 있는 것이다. 이렇듯 인간의 권리가 기본적 자유권에서 적극적 사회권으로 확대되어가는 투쟁과정에서 건강권에 대한 요구가 핵심적으로 제기되었다. 이러한 투쟁의 과정에서 양차 세계대전을 기점으로 한 복지국가의 건설과정에서 보편적 의료보장이 건강권의 핵심 과제로 쟁취될 수 있었다. 건강에 대한 관심은 질병극복과 치료를 넘어 인간의 보편적 권리로 확장되어 온 것이다. 하지만 여전히 건강은 보건의료내에 있었다.

### 3) 정의로서의 건강권

최근 마이클 샌달 교수의 정의란 무엇인가라는 책이 우리나라에서도 선풍적인 인기를 끌고 있다. 저자가 직접 강의하는 출판사 초청 강연에 무려 5천명이 넘는 참석자가 몰렸다고 할 정도이다. 이런 열풍에 대해 일각에서는 우리사회에서 정의에 대한 질문이 관심을 끌고 있는 이유를 분석해볼 필요가 있다는 주장을 하고 있다.(물론 수험생과 부모들이 강연장을 메웠긴 하지만) 사람들이 사회의 공정과 정의에 대해 갈망하고 있다는 것이다. 이 책에서 저자가 주요하게 다루고 있는 정의에 대한 관점은 크게 자유주의, 공리주의와 칸트, 롤스의 정의론이다. 신자유주의가 확대되면서 더욱 강화되고 있는 정의론은 자유주의에 입각한 효용과 선택에서의 자유개념이다. 이러한 관점에서 보면 건강은 자신이 선택한 행위에 대한 결과이며 건강에서의 불평등에 개입하고자 다른 사람의 행위와 효용에 개입하는 것은 옳지 않다는 결론으로 이어진다. 이에 대비되는 것이 공리주의이다. 공리주의적 관점에서 건강은 중요한 효용의 한 가지로 간주하며 사회적 가치의 총합이 극대화되는 것이 중요하다고 본다. 건강을 효용으로 보고 다른 가치들과 비교해 보았을 때 더 큰 효용을

갖는 가치에 자원이 분배되는 것이 정당하다는 것이다. 가중된 공리주의적 관점에서서는 가장 나쁜 건강을 가진 사람에게 우선적으로 자원이 배분되어야 한다고 보며 그 외에도 자원의 평등성이 가장 중요하다고 보는 입장 등이 있다.

롤스의 정의론에서는 기본적인 권리와 의무의 할당에 있어 평등을 요구해야 하는 점과 사회적 경제적인 불평등, 예를 들면 재산과 권력의 불평등을 허용하되 그것이 모든 사람 그중에서도 특히 사회의 최소 수혜자에게 그 불평등을 보상할 만한 이득을 가져오는 경우에만 정당하다는 ‘차등원칙’을 내세운다. 즉 모든 개인이 무지의 베일에 있다는 전제하에 사회의 원칙을 정할 경우, 가난한 집에서 태어나거나 장애 등과 같이 비의도적인 불운을 지닌 사람에게도 보상이 돌아가는 수준에서의 불평등에만 동의할 것이며 이것이 합리적 이성을 가진 개인이 모두 합의할 수 있는 원칙이기 때문에 가장 정의롭다는 것이다. 이러한 롤스의 정의론을 건강정의로 확장한 대니얼스는 건강을 인간의 정상적인 기능성으로 보고 이러한 정상적인 기능성을 담보하는 것을 기회에서의 공정한 평등의 기본적인 요건으로 상정한다. 건강은 기회를 보호하는데 기여하기 때문에 평등하게 담보되어야 한다는 것이다. 쉐(SHEN, 1999)은 건강은 하나의 능력이자 능력으로 가치있는 일들을 할 수 있는 잠재력의 중요한 요소로 규정하고 모든 사람이 동등한 능력조건에서 출발하는 것이 정의에 부합한다고 본다. 즉 건강은 그 자체로 삶의 핵심 조건임과 동시에 다른 기능을 선택하고 성취할 수 있는 자유의 원천이 된다는 것이다. 이러한 관점에서 보면 건강 불평등은 한 인간이 주체적 인간으로 살아갈 수 있는 기본적인 능력에서의 불평등을 의미하며 롤스의 공평성으로서의 정의 원칙중 하나인 기회에서의 공평한 평등을 달성하기 위해 건강에서의 불평등을 적극적으로 해소하는 것의 중요성을 강조하게 된다.(신영전, 김명희, 왜 건강불평등인가? 대한예방의학회지, 2006) 즉 건강을 삶의 기본적인 기회로 보며 기회에서의 불평등은 공정하지 않기 때문에 폐기되어야 하기에 적극적으로 건강불평등을 해소해야 한다는 건강형평성 이론으로 확대되고 있다.

### 3. 의료에 대한 접근성을 넘어

건강권에 대한 사회적 요구와 그 표현으로써 보편적 건강보장이 확립되는 과정에서 건강권은 주로 보건의료서비스에 대한 접근권으로 표현되어 왔다. 하지만 건강할 권리에 대한 인식이 확대되면서 건강권의 달성을 위한 사회적 노력의 접근방식도

변화하고 있다. 건강권이 의료서비스에 대한 접근성만으로 달성되지 못한다는 사실이 주목받기 시작한 것이다. 이러한 변화는 이론적, 경험적인 측면에서 증명되고 있다. 대표적인 경우가 앞서 논의한 건강결정요인의 변화로 사회적, 경제적, 문화적, 심리적 요인이 건강에 미치는 영향에 대한 연구가 심화되고 있는 것이다. 경험적으로는 의료비에 가장 많은 지출을 하고도 건강결과는 서구국가 중 최하위이며 그보다 1/10도 쓰지 않는 몇몇 개발도상국에 비해도 건강수준이 좋지 않은 미국의 사례가 그를 증명한다. 미국은 매우 예외적 사례라 치부하더라도 의료에 대한 접근성을 매우 높은 수준으로 올린 북유럽과 영국 등의 사례는 더욱 주목할만 하다. 보편적 의료접근성을 달성하고 있으며 전체 GDP의 9-10%에 달하는 재정을 보건의료비에 지출하고 있음에도 불구하고 건강수준은 획기적으로 개선되지 않을 뿐더러 건강불평등은 오히려 심화되고 있다는 점이 실증적으로 밝혀진 것이다. 선진국임에도 건강불평등으로 인한 공정한 기회의 상실은 국가의료보장시스템의 유무와는 큰 연관이 없었던 것이다. 이러한 이론적, 경험적 사실의 발견은 건강권의 달성을 위해서는 보건의료서비스에 대한 접근성을 넘어서야 한다는 합의로 이어지게 된다. 여기에 앞서 논의한 건강결정요인에 대한 사회적 철학적 천착이 활용되게 되고 그 구체적인 방법론이 건강영향평가와 건강도시, 건강형평성의 달성 등 건강한 공공정책으로 표현된다. 여기에는 여러가지 해결해야 할 도전과제들이 있다.

### 1) 건강영향평가

1990년대 중반 이래로 영국, 캐나다, 미국, 호주, 뉴질랜드, 태국 등은 자국민의 건강수준을 향상시키는 접근방법의 하나로 “건강영향평가(health impact assessment)”를 도입하여 정책이나 프로그램에 대하여 어떤 의사결정을 할 경우에 관련되는 정보를 미리 알고 의사결정하게 하며, 가능한 여러 선택지 가운데 특정한 선택지를 선택할 때 그 선택으로 말미암아 초래될 국민의 건강상의 결과를 예견하게 하고 있다.<sup>2)</sup> 세계보건기구는 1999년에 발간한 “Gothenburg Consensus Paper”에서 건강영향평가(Health Impact Assessment)를 “정책과 프로그램 혹은 프로젝트가 어떤 특정한 인구집단의 건강에 미치는 잠재적 효과와 그 효과의 같은 인구집단 내에서의 분포를 판단하게 하는 절차들(procedures)과 방법들(methods), 그리고 도구들(tools)을 조합한 것”이라고 정의하였으며 2006년에 발표된 세계보건기구 건강증진 용어집에서는 앞에서 말한 정책과 프로그램 외에 생산물(products)과 서비스(services)를 추가하였다.<sup>3)</sup> 건강영향평가는 건강을 사회개발의 최우선 과

2) 김공현, 건강영향평가의 배경 및 정의, 보건복지포럼 (2008. 12.)

제에 두고 모든 부문에서 건강친화성을 향상하기 위한 도구로, 건강도시, 생활터 중심의 접근 등과 맥을 같이 하고 있다. 세계건강증진대회 오타와 선언에서 주창된 건강한 공공 정책의 실현을 통한 국민의 건강증진이 그 목적인 것이다.

건강영향평가에서는 원칙으로 민주주의, 형평성, 지속가능한 개발, 근거를 윤리적으로 활용해야 한다는 점을 강조한다.

- 민주주의(democracy) : 인구집단의 삶에 영향을 주는 정책의 과정을 형성, 집행, 평가할 때 인권을 강조.
- 형평성(equity) : 성별, 연령, 인종, 사회경제적 수준에 따른 인구집단내의 건강영향 평가.
- 지속가능한 개발(sustainable development): 직접적인 영향의 정도를 평가할 뿐만 아니라 단기적 장기적 영향 평가.
- 근거를 윤리적으로 활용함 : 건강영향을 평가하는 데 사용되는 정량적, 정성적 근거는 각기 다른 분야에서 나올 수 있지만 정밀해야하고 예상되는 영향을 종합적으로 평가할 수 있는 방법이어야 함.

정책에 대한 영향평가는 2000년대 들어서 유럽을 비롯한 선진국을 중심으로 정책 결정과 집행에서 규제와 평가기준을 마련하기 위해 도입한 개념으로 환경영향평가, 부패영향평가, 성별영향평가, 성과영향평가, 고용영향평가 등의 다양한 영향평가 개념을 발전시켜왔다. 우리나라에서 실시하고 있는 대표적인 영향평가 제도의 대상은 크게 환경, 교통, 재해, 인구, 성별, 규제 등으로 나눌 수 있으며 최근 들어 건강영향평가 도입이 논의되고 있다. 특히 유럽의 경우 광범위한 규제영향평가를 제안하고 있는데 유럽연합의 유럽위원회(European Committee)는 ‘영향평가(Impact Assessment)’라는 이름으로 다양한 영향평가들을 통합하려는 움직임을 보이고 있다. 2003년 EC는 위원회 내부의 다양한 부서에서 사용되어 오던 여러 종류의 평가를 통합하여 모든 주요사업에 대한 ‘영향평가’를 시행하도록 하였다. EU연합 출범을 계기로 Lisbon회의이후에 정책결정과 실행과정에서 시행해야할 영향평가에 대해 구체적 가이드라인을 제안하고 각 평가의 수행원칙을 제안하고 있다. 2005년에 만들어지고 2006년에 수정보완한 영향평가지침에서는 1. 문제를 파악한다. 2. 목표를 정한다. 3. 중요 정책 대안을 정한다. 4. 대안에 대한 영향을 분석한다. 5. 대안들을 비교한다. 6. 정책감시와 평가단계를 설계한다. 는 핵심단계를 설정하고 있다.

3) WHO European Center for Health Policy. (1999). Health Impact Assessment: main concepts and suggested approach. Gothenburg Conference Paper.

그리고 분석절차로 문제의 범위 설명, 핵심 인물과 영향을 받는 인구 규명, 원인 정립, 문제가 조치로 인해 완화되는지 여부 등을 핵심적으로 분석할 것을 요구하고 있다. 유럽의 경우, 건강영향평가가 활발히 이루어지고 있는 지역으로 특히 북서부 유럽 국가들을 중심으로 다양한 제도적 형태로 발전하고 있다. 개발사업에 대한 건강영향평가가 많은 부분을 차지하며, 일부 국가에서는 정책 전반에 걸친 건강영향 검토를 제도화하고 있다.

건강영향평가는 건강에 미치는 요인을 파악하고 공공정책이 이러한 요인들에 미치는 긍정적, 부정적 영향을 분석하여 정책결정과 집행과정에서 반영하자는 것이다. 이는 정책의 집행이 건강부분에 전가시킬 수 있는 숨겨진 비용을 고려하고 장기적으로 건강에 미치는 영향을 인지하자는 소극적 측면과 건강에 이로운 공공정책의 입안으로 나가자는 적극적인 측면을 갖고 있다. 즉 정책결정과 집행의 도구적 합리적 수단의 측면에서 건강한 공공정책의 도입으로 건강영향을 모든 정책들로 확대시키려는 노력이 일어나고 있다.

표 1 건강에 영향을 미치는 요인

대요소	세부요소
① 사회 경제적 환경	① 수입과 사회적 신분
② 물리적 환경	② 교육
③ 사람의 개인적 특성과 행동들	③ 물리적 환경
	④ 고용과 작업조건
	⑤ 사회적지지망
	⑥ 문화
	⑦ 유전적 특질
	⑧ 개인의 행동과 대처 수기
	⑨ 건강서비스
	⑩ 성(性)

출처 : WHO. The Determinants of health.

<http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>

## 2) 건강도시

건강도시는 WHO가 1988년도에 ‘건강도시의 정의’를 내리고, 11개 도시에서 ‘건강도시 프로젝트’ 시작을 기점으로 한다. The Healthy Cities Approach가 화두가 되기 시작한 것이다. 건강도시는 1986년 Ottawa Charter에서 “건강은 우리가 살고,

즐기고, 배우고, 일하는 곳에서 창조된다.”는 개념에서 출발한 것으로 지역사회의 물리적, 사회적 환경을 개선하고, 지역사회의 참여 주체들이 상호협력하여 지역주민의 건강과 삶의 질을 향상시키기 위하여 지속적으로 노력하는 도시라는 정의를 갖는다.(WHO) 즉 시민의 건강과 안녕을 의사결정 과정의 최우선순위로 놓는 도시를 의미하며 민관협조하에 도시의 물리적 사회적 환경을 지속적으로 개선하고 다양한 건강관련 사업을 진행하며 개개인의 능력과 잠재력 개발 기회를 부여하고 시민이 적극적으로 참여하는 도시를 의미한다. 건강도시의 사업영역은 건강 의식(health awareness)의 강화, 전략적 기획, 부문간 협력 활동, 지역사회 참여 활성화, 혁신 진작, 건강한 공공정책 강화의 내용으로 구성된다. 유럽의 경우에는 1986년에 1기 15개 도시를 시작으로 4기 79개 도시까지 총 30개국가, 1천3백 개 이상의 도시가 국내외 건강도시 망에서 활동하고 있다.

다시 말해 건강도시란 건강한 공공정책의 구체적 표현으로 시민들이 가장 밀접하게 영향을 받는 삶의 터전을 건강하게 만들자는 움직임이다. 여기에는 앞서 이야기한 건강권 개념의 확장, 건강권의 달성 수단으로서 시민의 참여, 건강의 사회적 결정요인인 사회적 물리적 환경의 직접적 개선, 지역사회의 건강한 개발 등의 가치를 포함하고 있다. 또한 건강도시의 ‘달성’이 아닌 ‘건설 과정’으로 규정하고 국제기구와 국내 협의체를 통한 구체적인 목표와 사업영역을 제시하고 추진하고 있다는 점에서 건강한 공공정책의 주요한 수단으로 추진되고 있다.

국내에서 건강도시란 1996년에 과천시에서 시범사업으로 시작된 이후 2004년에 4개 도시가 AFHC(Alliance for Healthy Cities) 정회원으로 가입함으로써 본격적으로 도입되기 시작하였고, 2006년에는 대한민국건강도시협의회(KHCP)가 발족되었으며 2010년 현재 총 46개 지자체가 이 협의체 회원이다.<sup>4)</sup> 하지만 우리나라의 건강도시란 자치단체 중심으로 건강도시에 가입하는 것이 사업의 주를 이루고 있다. 외국의 경우, 몇 년 동안의 준비와 기반구축 후 실질적인 건강도시의 내용을 갖춰 가입을 하는데 반해 지자체의 홍보효과를 위해 보건소 몇 몇 직원을 중심으로 서류상의 형식적 가입이 이루어지고 있다. 국내 협의회보다 국제 건강도시 연맹에 더 많이 가입한 유일한 나라이며 대부분 보건소중심의 캠페인성 활동을 하고 있는 점 등이 이를 단적으로 보여준다. 건강도시를 위해 필수적인 조건인 정책적 의지와 부처간 합의, 주민참여가 없이 진행되는 건강도시란 실질적 내용의 부재로 이어지며 건강도시 가입이 급속도로 확산되는 것 이외의 실질적 건강도시 사업은 진행되지

4) 강은정, 건강도시 현황 및 정책과제, 보건복지포럼, 2010

못하고 있다고 평가된다.

### 3) 기존의 건강 정책 평가

현재 건강정책의 흐름은 건강불평등의 해소, 건강한 공공정책 만들기, 건강도시 등으로 표현되는 포괄적 접근방식을 취하고 있다. 하지만 정책결정과정이 근거의 명확함, 평가의 용이성, 빠른 성과 도출이 가능한 정책중심으로 추진되는 경향이 강하기 때문에 건강에 대한 상위흐름(포괄적이며 구조적인 접근)보다는 하위흐름(세부 정책과제별 접근)이 주를 이루는 것으로 평가된다. 건강수준에 영향을 미치는 요인 중 확실한 근거의 대부분은 개인화된 행동 또는 임상적 개입과 관련된 것이고 주거, 범죄, 고용 등과 같이 보다 총체적인 개입에 대한 근거는 매우 불충분하기 때문에<sup>5)</sup> 외국에서도 건강정책의 대부분이 일차의료의 강화, 빈곤층에 대한 지원 확대, 공공의료서비스의 강화, 금연 금주 운동 등 건강행태 강화 사업 등과 같은 중하위 수준의 개입방식을 주로 택하고 있다. 전반적 수준의 사회구조개혁 없이도 건강수준의 향상이 가능하다는 전제에서 출발하고 있으며 이는 가장 가난한 개인을 주 대상으로 지역사회에 기초한 단순개입 위주의 접근방식으로 표현되고 있는 것이다.

우리나라의 경우에는 중하위수준의 접근도 매우 불충분하다. 초보적 수준의 보건의료서비스에 대한 접근권도 보장받지 못하고 있으며 일차의료강화, 빈곤층 지원, 공공의료서비스 확대, 건강증진 사업 등은 아예 집행되지 못하거나 매우 형식적으로 진행되고 있다. 앞서 보았던 건강도시사업처럼 지방 정부의 생색내기 사업으로 진행되고 있으며 정책결정에서 건강은 아예 고려의 대상도 되고 있지 못하다. 그러다 보니 건강의 문제는 주로 민간의료기관에서 다루어지고 있으며 건강증진은 형식적인 수준의 건강도시 정책이나 보건소를 중심으로 한 몇 개의 사업이 주를 이루고 있다. 이러한 상황은 재난적 의료비지출 및 과부담 의료비 가구의 폭발적 증가, 저소득층 및 워킹푸어의 질병으로 인한 극빈층 전락, 매우 낮은 수준의 건강행태, 건강불평등의 심화로 이어지고 있다. 반면, 의료비의 증가폭은 세계에서 가장 높은 수준이며 이는 다시 건강보험재정의 악화와 국가의 의료비 부담으로 인한 공적 의료서비스의 축소라는 악순환을 반복하게 된다. 사회가 발전하고 경제가 성장하는 기간에는 의료서비스에 대한 일정한 투자를 감당할 수 있고 의료서비스의 확대로 인한 건강문제 해결의 순효과도 크게 나타난다. 하지만 인구감소와 고령화, 그로인한 건강문제의 변화, 경제성장의 둔화 등은 의료서비스에만 건강문제를 맡겨서는 안된

5) 이스타나, 건강불평등을 어떻게 해결할까? 한울



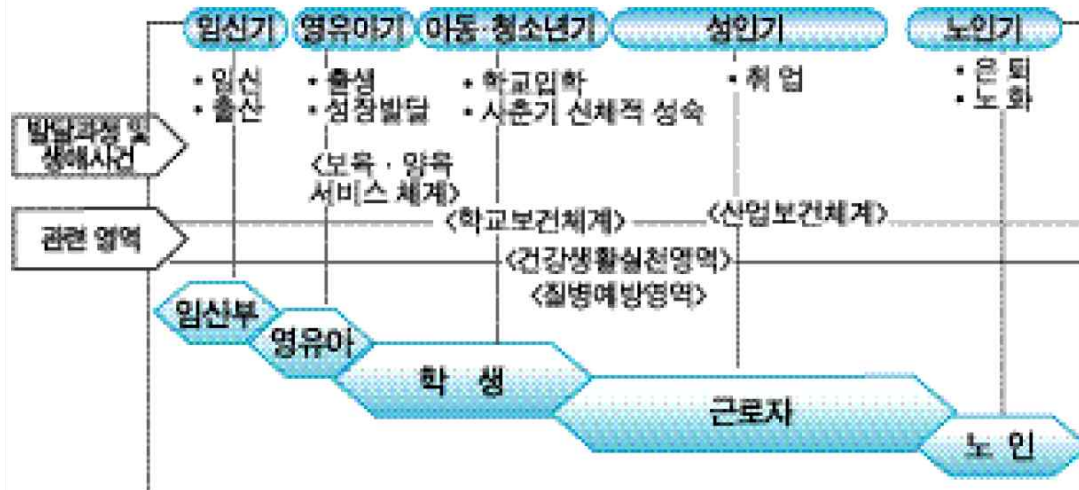
다는 정책의 변화를 강하게 요구하게 된다. 하지만 우리나라는 변화의 필요성은 매우 높으나 사회의 분위기와 정책의 방향은 건강증진과 건강불평등의 해소, 그를 위한 건강한 공공정책의 입안과 집행과는 너무 멀리 떨어져 있다.

#### 4. 건강한 공공정책과 청소년 건강

##### 1) 건강한 청소년 정책의 중요성

건강한 공공정책에서 핵심은 건강한 미래세대의 육성이다. 아동청소년 시기의 건강이 평생의 건강을 결정짓기 때문이다. 청소년 건강의 중요성에 대해서는 앞선 보고서에서 중점적으로 다루었다. 여기에서는 건강한 공공정책의 관점에서 청소년 건강 문제를 다뤄보고자 한다. 건강증진을 위한 접근방식으로 가장 인정받는 방법은 생애주기적 접근방식이다. 인구집단별로 생애주기 단계에 따라 접근하여 건강목표와 전략을 세우는 것은 연령별로 생애의 주기에 따라 인구집단이 가지는 건강위험요인 및 건강에 영향을 미치는 요인, 건강요구, 환경적 구조(학교, 사업장 등)도 다르다는 점과 인구집단별로 건강을 위한 필수적인 서비스를 통합적·포괄적으로 제공할 수 있다는 점, 또한 효율적으로 건강을 보호하고 지지하는 환경을 만들 수 있다는 점에서 효과적인 접근 방법이다. 즉 생애주기별로 핵심적 건강문제를 상정하고 공통의 접근방식을 취할 때만이 보다 효율적인 건강개선을 이룰 수 있다는 점이다. 생애주기는 영유아, 아동시기, 청소년기, 임신부 모자 보건, 사업장 보건(직장보건), 노인 시기로 크게 나뉘어 진다.(그림 1)

그림 1 생애주기에 따른 건강증진사업대상 인구집단



생애주기별 건강증진에서 아동·청소년 건강은 2가지 의미를 지닌다. 첫째로 청소년 시기는 전체 생애를 통틀어 건강한 생활습관과 신체조건을 형성할 수 있는 핵심시기라는 점이다. 기존의 건강결정요인에 관한 연구에서는 태아기 건강, 영유아 시기의 건강이 평생 건강에 영향을 미친다는 보고가 축적되고 있다. 아동-청소년기는 기초적인 건강수준이 완성되는 후반기이며 특히 건강생활습관과 개념을 형성하는 시기로서 중요하다. 기초체력의 습득과 건강한 생활습관을 학습하고 체화할 수 있는 건강증진 사업이 아동-청소년 시기의 핵심 과제가 되는 이유이다. 두번째로는 접근방식에서 의미가 있다. 아동·청소년기는 대부분의 시기를 학교에서 보내며 학업이 주된 일상이다. 따라서 청소년 건강증진을 위한 접근방식은 지역사회의 학교와 학업기관을 중심으로 진행되어야 한다. 건강증진을 효과적으로 달성하기 위하여 지역사회의 학교, 사업장, 보건의료기관 등의 장을 중심으로 접근하는 것은 세계적인 추세이며 청소년과 학생을 대상으로 하는 경우에는 학교에서 사업을 확산시키는 것이 효과적이다. 건강증진사업을 학교 중심으로 전개하는 것은 대상인구 집단이 동일한 체계 속에 속해 있고 동질적이어서 프로그램의 적용이 용이하며 실현이 용이한 다양한 사업수단이 적용될 수 있고 사업의 연속성이 유지될 수 있으며, 구체적인 사업내용을 개발하여 적용하고 확산시킬 수 있는 가능성이 높다는 등의 장점이 있다. 우리나라의 경우에는 학교외에도 민간학원에 대한 고려도 중요하다. 단적인 예로 신종플루와 같은 유행성 독감이 유행하는 시기에 휴교조치는 매우 효과적이지만 우리나라의 경우에는 학교는 쉬어도 학원은 나가기 때문에 유행성 독감의 유행 차단이 쉽지 않은 것을 들 수 있다.


## 2) 무상급식 사례를 통해 본 건강한 청소년 정책

한국의 청소년은 매우 많은 시간을 학교와 민간학원에서 보내고 있으며 대부분의 여가시간 역시 학업에 할애하고 있다는 점에서 학교와 학원을 중심으로 한 건강증진 사업의 수행과 학업시간과 건강증진사업의 효율적 배분은 매우 중요하다. 앞의 보고서에서 밝혔듯이 너무나 긴 학업시간, 턱없이 부족한 여가 및 체육활동 시간, 심각한 정신적 스트레스의 증가 등은 청소년 건강의 적신호일 뿐만 아니라 평생 건강의 기초와 습관을 형성하지 못한다는 측면에서 국가적 문제가 된다. 따라서 건강한 공공정책의 핵심은 아동청소년의 건강문제를 해결하는 방향에서 구축되어야 한다. 건강한 공공정책의 핵심은 건강에 영향을 미칠 수 있는 정책들은 최소한 건강에 해가 되지 않는 방향에서, 더 적극적으로는 건강에 기여할 수 있는 방향에서 입안하고 집행해야 한다는 것이다.

이런 관점에서 우리나라의 아동청소년의 교육정책을 평가해 보면 매우 심각한 수준임을 알 수 있다. 청소년 건강수준 저하에 대한 실증적 증거는 매우 많다. 학부모들이 자녀의 건강유지를 위해 쏟는 노력도 높다. 반면 정책결정과정에서 건강을 중심으로 고려하는 사례는 극히 드물다. 현재 우리나라에서 교육문제는 최대의 이슈이다. 사교육억제, 대학입시 개혁, 지식정보사회에 필요한 인재육성 등 교육정책은 선거의 단골 이슈들이고 무상급식 문제는 정치적 논란의 중심에 서있다. 하지만 정치적 입장과 학업성취 성과에 대한 논란만 존재할 뿐 갈등을 해소할 수 있는 기준을 제시하지는 못하고 있다. 청소년 정책의 합리적인 기준으로 건강을 고려할 필요가 있다. 앞서 논의한바대로 건강은 사회정책의 척도와 기준으로 활용될 가치가 높기 때문이다.

단적인 예로 무상급식에 관한 논쟁에서 보편적 복지와 선택적 복지라는 이분법, 경제적 부담에 대한 논의만 존재한다. 하지만 무상급식과 직영체계의 운영은 일상생활의 대부분을 학교에서 보내는 아동청소년의 건강수준을 일정하게 유지할 수 있는 핵심적 요구이다. 하루에 한두끼 이상의 식사를 학교에서 해결해야 하는 청소년들에게 일정수준이상의 급식을 제공하는 것이 청소년기의 건강을 유지하고 건강한 식습관을 정착시킬 수 있으며 청소년 건강의 불평등을 해소할 수 있기 때문이다. 특히 건강결정요인에서 중요하게 고려하는 것은 건강불평등이다. 사회경제적, 문화적, 심리적 불평등이 건강수준에 미치는 영향은 매우 명확하게 증명되고 있다. 무상급식정책에 건강영향평가를 도입한다면 투입되는 예산부담만을 고려하는 것이 아니라

소외된 저소득층의 건강수준저하에서 발생하는 개인적 비용과 사회적 부담, 이후 청소년이 갖게 되는 신체적 정신적 건강불평등으로 인해 발생하는 숨겨진 비용까지를 함께 고려하게 된다. 또한 실제 정책의 수혜자인 청소년과 학부모가 정책결정 과정에 참여하는 민주적 절차와 건강영향평가의 내용이 구체적인 정책결정에 반영되는 결정력까지를 포함해야 한다. 이것이 청소년 정책결정과정에서 건강영향평가의 일레가 될 수 있다. 이런 관점에서 출발한다면 우리사회의 첨예한 갈등을 합리적으로 해결할 수 있는 하나의 지침을 마련할 수 있을 것이다. 특히 건강을 중심으로 청소년 정책을 결정하는 것은 윤리적이고 공정할뿐 아니라 경제적 효용과 공리주의적 관점 모두를 충족시킬 수 있는 하나의 대안이 될 것이다. 다음 글에서는 청소년 건강영향평가와 건강도시와 건강학교의 구체적 모델에 대해 논의해보고자 한다. 건강한 청소년은 우리의 미래이고 미래에 투자하는 것만큼 확실한 투자는 없다는 것

을 잊지말아야 한다.  saesayon.org