아동 건강형평성에 대한 사회적 책임

황옥경 육아정책연구소 소장

아동기의 건강 격차는 한 사람의 생애 전반에 걸쳐 교육, 노동시장 참여, 사회적 이동성에 중대한 영향을 미치는 핵심요인이다. 특히 영유아기는 신체·인지·정서 발달의 기초가 형성되는 시기로, 이 시기의 건강불평등은 이후 삶의 불평등으로 구조화될 가능성이 크다. 따라서 아동 건강형평성은 단순한 의료 접근성의 문제가 아니라, 생애초기 발달과 가족환경, 사회경제적 조건이 결합된 구조적 문제로 이해되어야 한다.

모든 부모에게 아기의 탄생은 흥분되고 행복한 경험이어야 한다. 하지만 현실에서, 많은 가정은 출산 이후 정신건강 문제, 빈곤, 장애, 배우자와의 갈등, 또는 약물 남용, 지역격차 등 다양한 위험에 직면한다. 이러한 요인은 '좋은' 부모가 되는 부모의 양육역량을 극적으로 저해하고, 결과적으로 아동의 건강과 발달에 직접적인 영향을 미친다. 특히, 인간은 다른 어떤 동물보다도 매우 미성숙한 상태로 태어나 초기 환경에 크게 의존하는 존재이기 때문에 생애 초기 경험의 질은 평생의 건강과 삶의 기회를 좌우하는 결정적 요인이 된다.

아동 건강형평성은 아동의 출생배경이나 환경과 무관하게 건강하게 성장할 기회를 보장하는 것을 목표로 한다. 이는 단순히 모두에게 동일한 자원을 제공하는 '평등(Equality)'을 넘어, 필요에 따라 차별화된 지원을 제공하는 '형평성(Equity)'의 관점을 포함한다. 특히 생애초기 발달은 뇌 발달, 애착형성, 정서조절 능력 형성의 핵심 시기로, 이 시기의 스트레스, 빈곤, 양육환경이 건강불평등의 출발점으로 작용한다. 때문에, 정책은 의료 중심의 접근을 넘어 예방과 발달지원, 가족지원을 포함하는 통합적인 구조로 설계되어야 한다.

영국 정부는 한 개인의 불평등은 출생 이전부터 시작된다는 인식 하에, 임신부터 만 2세까지 약 1,001일을 생애 전반의 건강을 좌우하는 결정적 시기로 규정하였다. 이에 따라 'Best Start in Life' 비전을 중심으로 조기개입과 통합서비스를 강화하였다. 의료적인 사후 치료보다 아주 이른 시기의 예방과 발달 지원에 정책의 무게를 두고 있다. 나아가 정책은 모든 아동이 출생배경과 무관하게 건강하고 긍정적인 삶의 출발선을 확보하는 데 역점을 두고 있다.

이러한 정책 기조는 다음과 같은 특징으로 구체화된다. 보편성과 형평성의 동시 달성, 예방 및 조기개입, 복합적인 불평등 요인의 동시 제거, 서비스의 연속성, 그리고 데이터 기반이 그것이다. 정책은 개인의 필요 수준과 사회경제적 상황에 따라 지원의 수준과 개입의 강도를 조정하는 비례적 보편주의, 예방 및 조기개입, 통합적 서비스 제공, 생애주기 기반 접근의 4가지 목표 하에 이행된다. 비례적 보편주의를 통해 보편성과 형평성을 동시에 달성하고자 하며, 특히 생애초기 개입이 강조된다. 아울러, 보건, 교육, 복지, 지역사회 서비스가 통합적으로 작동하는 것을 지향하는데, 이는 복합적인 불평등 요인을 동시에 해결하기 위한 것이다. 정책의 단절을 최소화하기 위해서 임신기부터, 영유아기, 학령기, 청소년기로 이어지는 연속적인 서비스 체계를 구축하였다.

영국의 Healthy Child Programme(HCP)은 0~19세 아동을 대상으로 한 통합건강 프로그램으로 생애 전반에 걸친 정책 연속성을 보여준다. 또한 'Core 20 PLUS5' 정책을 통해 취약계층 20%의 아동을 중심으로 5대 건강문제(천식, 당뇨, 간질, 구강건강, 정신건강)에 대해 우선 개입하고 있다. 지역특성에 맞는 서비스 인프라 설계와 데이터 기반 정책의 강조도 눈에 띈다. 영유아 발달 데이터를 축적하고, 서비스 이용 데이터를 분석하여 조기 사각지대 발견 체계를 구축하였다. 이로써 정책 효과를 즉각적으로 검증할 수 있다. 아동 건강불평등 유발의 주요 요인을 부모에 대한 지원과 정보 격차로 보고, 이 문제를 해소하기 위해서 부모와 보호자를 위한 양육 정보 접근성도 강화했다.

우리나라 아동 건강정책은 인구 감소 지역 아동의 의료 서비스 부족 등이 이슈가 되면서 관심을 받게 되었다. 정책은 「모자보건법」, 「국민건강증진법」, 「감염병예방법」, 「국민건강보험법」, 「장애인복지법」, 「아동복지법」 등의 다양한 법률에 기반하여 추진되고 있다. 2013년부터는 지방자치단체 중심의 건강증진 사업도 운영되고 있다. 그러나 현재 정책은 몇 가지 한계를 보인다.

먼저, 서비스의 분절이다. 보건·복지·교육 영역 간 정책의 분리 시행으로 인해 통합적인 접근이 어렵다. 이러한 구조는 서비스 접근성과 연계성을 저해하고, 취약계층에 대한 맞춤형 지원의 누락 가능성을 높인다. '통합 건강증진 사업'이 지역 수요 및 여건에 맞는 사업을 시행하고 있지만, 아동 건강서비스에서 지역 간 차이와 서비스의 분절은 피하지 못하고 있다. 지방자치단체의 책임 아래 영유아 기관과 보건소, 복지기관으로 나뉘어 서비스가 통합되지 못하고 분절적으로 제공되면서 '찾아오는 서비스'가 아니라 '찾아가야 하는 서비스'가 제공되는 셈이다. 전 세계적으로 통합의료모델은 저소득, 중소득 및 고소득 국가 전반에 걸쳐 효과가 있음이 드러났다.

다음으로 보편주의 중심 구조이다. 모든 아동에게 동일한 수준의 서비스를 제공하는데 초점이 맞춰져 있어, 취약계층에 대한 맞춤형 개입이 제한적이다. 영국이 비례적 보편주의를 통해서 지원의 수준과 개입의 강도를 개인의 필요와 요구에 맞추는 차등지원 정책을 실행하는데 반해, 우리나라는 보편주의에 머물러 있다. 영국이 격차를 줄이기 위한 건강형평성을 도모하는 정책을 설계·시행하고 있다면, 우리나라는 아직 '서비스 제공 중심의 정책'에 머물러 있다.

세 번째로는 데이터 기반 정책의 부족이다. 분절적 서비스는 서비스 지원 수준에 대한 통합적 통계자료의 생산을 어렵게 한다. 그 결과, 아동 건강 발달 수준에 대한 포괄적인 파악이 어려우며, 이행 모니터링 및 정책효과에 대한 검증이 어렵다.

이러한 구조는 서비스 중복이나 공백을 동시에 발생시킨다. 나아가 특수한 요구를 가진 아동 지원의 누락 가능성을 높인다.

아동 건강형평성 정책은 한 사람의 발달 가능성에 관한 것이다. 아동은 부모를 선택할 수 없고, 사는 곳도 부모에게 의존되어 있는 존재다. 이러한 아동의 처지를 사회가 제도로써 건강한 성장의 가능성 열어주는 것이 아동 건강형평성 정책이다. 아동 건강형평성 정책은 여러 가지 방식으로 사고되고 존재할 수 있어야 한다. 아동 건강형평성 정책에 대한 정부의 책임감은 정책의 중요성에 대한 논쟁을 넘어 특정 결과를 얼마나 효과적으로 산출하느냐 하는 기술적인 문제로까지 이어져야 한다.

아동 건강형평성은 부차적으로 다루어지는 소소한 정책의 영역이 되어서는 안 된다. 부모와 아동의 요구와 필요가 동시에 노출되는 정책 영역으로서 정책 결정에 내재하는 다수의 쟁점과 논쟁이 깊이 논의되고, 아동 건

강정책에 관련한 다양한 회로를 연결하여 아동 건강정책을 재구성할 수 있어야 한다. 아동 건강형평성에 대한 이해, 평가, 이행 등에 내재한 여러 사안이 여과 없이 드러나서 치료가 아닌 예방, 임신기부터 5세까지의 생애초기 개입 강화, 위험요인의 조기 발견, 보건·교육복지·지역사회 서비스가 통합적으로 기능하는 정책 전달체계가 갖추어져야 한다. 이와 함께, 모든 아동에게 기본 서비스를 보장하되 필요 수준에 따라 지원의 강도를 달리하는 '비례적 보편주의'의 관점이 병행되어야 한다. 이는 단순한 동일 제공을 넘어, 더 큰 필요를 가진 아동에게 더 많은 지원을 제공함으로써 실질적인 격차를 완화하기 위한 핵심 원리이다.

정책은 대부분 일시적일 수 있고 논쟁의 여지가 있지만, 사회가 무엇을 우선 가치로 두는지를 보여주는 중요한 기준이 된다. 생애초기 최선의 출발이 이후 건강·배움·삶의 기회를 좌우한다는 것을 기억하면서 우리는 책임감 있게 실효성 있는 아동 건강형평성 정책을 마련해야 한다.