

# 영유아 건강형평성의 추구: 현황과 정책<sup>1)</sup>

김은설 육아정책연구소 선임연구위원

건강형평성 개념에서 보면 건강은 개인의 선택이 아닌 소득, 교육, 지역 등 사회적 요인에 의해 크게 영향을 받으며, 계층 간 건강 격차를 완화하는 것이 중요한 정책 과제로 부각되고 있다. 특히 영유아기는 생애 전반의 건강과 발달을 결정짓는 시기로, 이 시기의 건강불평등은 장기적 사회적 격차로 이어질 수 있다. 정부는 건강검진, 영양지원, 예방접종 등 다양한 정책을 추진하고 있으나, 건강형평성 관점에서의 효과 점검과 보완이 요구된다. 향후에는 건강형평성 지표 개발과 지속적인 모니터링 체계를 구축하고, 취약계층과 지역 간 격차 해소를 위한 정책 강화가 필요하다. 궁극적으로 영유아기부터 건강불평등이 고착되지 않도록 국가 차원의 적극적인 개입과 지원이 중요하다.

## 1 건강형평성과 건강불평등

건강은 개인의 삶의 질을 결정하는 핵심 요소이자 사회 전체의 지속가능성을 좌우할 수 있는 중요한 구성요인이다. 그러나 건강할 수 있는 기회는 개인의 선택이나 생물학적 요인에만 달려 있다고 볼 수 없으며, 소득, 교육, 주거, 지역사회 환경과 같은 사회적 결정요인에 의해 크게 영향을 받을 수밖에 없다. 이러한 맥락에서 동일한 사회 내에서도 계층, 지역, 가정 배경에 따라 건강 격차가 발생하는 '건강형평성(health equity)'의 문제는 중요한 정책적 과제로 부상하고 있다.

건강형평성은 모든 개인이 자신의 잠재적인 건강 수준을 최대한으로 실현할 수 있는 동등한 기회를 보장받아야 하며, 그 과정에서 누구도 불이익을 받

아서는 안 된다는 개념을 의미한다(Whitehead, 1991, 1992). 그러나 현실에서는 개인의 노력만으로 극복하기 어려운 사회구조적 요인으로 인해 사회적·경제적·지리적 집단 간 건강 수준의 차이가 발생하며, 이러한 현상을 건강불평등이라 정의한다(Macinko & Starfield, 2002). 다시 말해, 건강불평등은 단순히 공정하지 못한 상황에서 발생하는 '회피 가능한' 격차가 아니라, 사회 구조 속에서 체계적으로 나타나는 '회피하기 어려운' 차이를 의미한다(Whitehead, 1998). 예를 들어 소득 수준에 따른 기대수명의 차이, 교육수준에 따른 저체중아 출산율의 격차 등이 이에 해당한다(김창엽, 2016: 257).

한편, 정부는 국민건강증진법 제4조에 근거하여 국민건강증진종합계획(Health Plan)을 주기적으로 수립하고 있으며, 이를 통해 국민 건강 증진을 위한 정책 방향을 제시하고 성과지표 모니터링을 통해

1) 본 원고는 육아정책연구소가 2025년 발행한 보고서 "영유아기 건강형평성을 고려한 건강증진 정책방안"(김지현 외, 2025)의 내용을 요약, 정리하고 보완한 글임.

정책 효과를 평가하고 있다. 특히 2006년 수립된 HP 2차 계획부터는 건강형평성 향상을 주요 목표 중 하나로 설정하였으며, HP2030에서는 성별, 사회계층, 지역 간 건강 격차 해소 등 보다 구체적인 목표를 제시하였다.

영유아기는 생애 전반의 건강과 발달 궤적을 형성하는 결정적 시기로, 이 시기에 발생하는 건강 격차는 이후 교육, 노동시장 성과, 사회적 이동성에까지 장기적인 영향을 미친다. 따라서 건강형평성 문제를 보건외로 영역에서의 광범위한 개념으로 볼 수 있지만, 영유아 양육의 측면에 국한하여 건강형평성이 제대로 이루어지고 있는지, 국제적 지표에 비추어서는 우리나라가 어떤 수준에 위치하고 있는지 등 육아 및 관련 정책 전반과 연결된 구조적 문제로 이해할 필요도 있다. 실제로 의료 접근성, 부모의 양육 환경, 지역사회 자원의 분포 등은 영유아의 건강과 발달에 직접적인 영향을 미치며, 이는 다시 건강불평등의 재생산으로 이어질 수 있으므로, 영유아기 건강불평등의 현황과 문제점을 짚고, 이를 정책적으로 개선하기 위한 논의가 필요한 시점이다. 이에, 본 글에서는 건강형평성에 영향을 주는 요인을 이해하고 우리나라의 현황과 관련 정부 정책사업의 내용을 살펴봄으로써 영유아 건강불평등의 현주소를 확인하여 이의 개선과 지속적 추진에 필요한 사안들을 생각해 보고자 한다.

## 2 건강형평성에 영향을 주는 요인

아동의 건강형평성에 영향을 주는 요인은 학자에 따라 조금씩 다르게 제시하고 있지만 이들을 큰 범주로 나누어 보면, 사회경제·문화·환경적 요인과 가족 및 개인적 요인으로 구분 가능하다.

### 가. 사회경제·문화·환경적 요인

#### 1) 구조적 요인, 주거환경 요인 및 빈곤

우선 사회경제·문화·환경적 요인에 속하는 세부 요소로 먼저, 사회경제적 지위, 교육, 소득수준 등 구조적 요인과 거주지역 및 주택 안정성 등 주거환경 요인, 부모의 고용환경 및 빈곤을 들 수 있다.

McCartney et al. (2021), Artiga & Hinton(2018), Marmot(2007), Cuartas(2022) 등은 사회경제적 불평등, 정치적 환경, 부모의 교육수준이나 소득 수준이 건강불평등에 영향을 준다는 논문을 발표하였고 자본 및 권력의 불균형은 건강불평등을 심화시키므로 이를 개선하기 위해 재분배 정책과 제도적 개입이 중요하다고 주장하였다.

또한 Swope & Hernandez(2019), Haurin et al.(2002), Pillas et al.(2014) 등은 주거가 구조적 불평등과 맞닿아 있어 건강형평성에 중요한 영향을 미치는 요소로 고려되어야 한다고 주장하였다. 거주지역과 주택의 질, 거주 안정성이 아동 건강에 직접적 영향을 미치며, 특히 주택 소유의 경우는 비소유의 경우보다 아동의 높은 인지 능력, 낮은 문제 행동을 보여준다고 하였다.

김명희 외(2011: 38-40)은 부모의 고용 환경과 빈곤이 아동의 건강에 결정적인 영향을 미치는 주요 요소라고 분석하였고, Berger et al.(2009)과 Seguin et al.(2003)은 저소득층 아동은 인지 점수가 낮고 행동 문제가 많으며, 건강상태가 양호하지 않을 가능성이 더 높다는 연구결과를 발표하였다. 즉 빈곤, 부모의 고용 환경은 아동의 건강불평등과 깊은 연관을 가지고 있다고 보겠다.

#### 2) 지역사회요인

또 다른 사회적·문화적·환경적 요인으로 지역사회요인을 들 수 있다. 지역사회요인에는 지역사회의 안전성, 신뢰감, 공공시설 등 지역환경요인과 지역사회 기반의 개입 수준이 있으며, 지역환경요인과 관련된 연구결과를 보면, 부모의 지역사회의 안전성과 편의시설의 유무에 대한 인식은 아동의 사회정서 발달과 건강에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 보고

되고 있다(Cronin & Gran, 2018; Christian et al., 2015). 또 의료접근성은 지역사회 신뢰도를 향상시키는 데 중요한 역할을 한다는 연구결과도 있다(Omoladun-Tijani et al., 2023).

한편 지역사회 기반의 개입 또한 아동의 건강형평성 개선에 긍정적인 역할을 할 수 있다고 알려져 있다. 통합적 지역사회 개입은 건강형평성 제고에 기여하였으나, 이러한 개입의 효과는 정치적 및 행정적 지원의 유무와 네트워크 구조에 따라 달라진다는 연구가 있었다(Voss et al., 2024). 이러한 결과들은 지역 간 연계 강화, 개입의 지속성 확보, 그리고 기관 간 협력 증진의 필요성을 강조한다.

## 나. 가족 및 개인적 요인

### 1) 부모의 장애 및 건강상태

부모의 장애 여부와 건강상태는 아동의 건강에 간접적으로 부정적 영향을 줄 수 있다. 특히 부모가 장애를 지닌 경우 돌봄의 취약성으로 인해 아동의 예방접종률이 낮아지는 경향이 보고되었으며(Hyatt & Allen, 2005), 부모의 음주와 흡연은 예방접종률 감소, 부상 위험 증가, 호흡기 질환 발생 등과 유의한 관련성을 보였다(Damashek et al., 2009; Zhuge et al., 2020).

또한 보호자의 우울감과 양육스트레스는 아동의 건강상태와 의료이용에 중요한 영향을 미치며, 보호자의 우울증이 아동의 정신건강 문제와도 관련이 있음이 확인되었다(Olfson et al., 2003). 부모의 정신적 건강이 좋지 않을 경우 아동이 건강 문제를 경험할 가능성이 높아지고, 이러한 경향은 의료서비스 이용 양상에서도 뚜렷하게 나타난다(Olfson et al., 2003). 더불어 부모의 양육스트레스 역시 아동의 건강과 밀접하게 연결되어 있으며(Larkin & Otis, 2018; Park & Walton-Moss, 2012), 이러한 스트레스는 아동에게 부정적 영향을 미쳐 전반적인 발달에도 악영향을 줄 수 있다.

### 2) 부모의 양육 방식

부모의 양육 방식은 아동의 건강 및 발달에 직접적인 영향을 미치는 중요한 요소이다. 우선 출생 초기 양육 방식의 한 가지 지표로 사용되고 있는 모유 수유는 아동의 건강에 직접적이고 장기적인 영향을 미친다. 모유수유 여부와 수유 기간은 아동의 생존율에 중요한 영향을 미치며, 이후 아동의 질병 및 신체 건강에 중요한 요인으로 작용한다(Pattison et al., 2019; Wang et al., 2017).

체벌과 아동학대는 아동의 외현적 문제 행동 및 언어능력 저하와 관련이 있으며, 이러한 행동은 아동의 전반적인 발달에 부정적인 영향을 미친다(Mackenzie et al., 2012). 또한, 방임은 아동의 내분비 변화와 신경 생리에 장기적인 영향을 미쳐 건강 문제를 유발할 수 있으며, 이는 아동의 문제 행동으로 이어진다(Dahake et al., 2018).

### 3) 영유아의 생활 방식

식생활을 통하여 섭취하는 영양소와 에너지는 신체활동과 신체의 기능, 기초대사 유지 등에 필요한 요소이며, 이 에너지를 적정량으로 섭취하는 것은 건강에 매우 중요하다(Precious et al., 2023). 에너지 과잉 섭취 시 체지방 저장으로 비만을 초래하고, 대사증후군, 심혈관 질환 등의 암 발생이 높을 수 있으며, 에너지 과소 섭취 시는 성장 저하, 면역 관련 질환 등이 올 수 있다(Nikolić, Gadzic & Stamenković, 2023).

또한 과도한 디지털 미디어 사용, TV 시청 시간과 낮은 신체활동 수준은 과체중 및 비만과 관련이 있다는 연구(Tahir et al., 2019)가 있으며, 태블릿 PC 사용 시간은 아동의 소근육 발달에 부정적인 영향을 미친다는 연구도 있다(Lin et al., 2016).

요컨대, 세계보건기구 『건강의 사회적 결정요인 위원회』에서는 건강을 사회적 현상으로 이해하기 위한 개념적 틀<sup>2)</sup>을 제공하고 있다. 이 개념들에 따르면 건강과 안녕의 형평성에 영향을 미치는 요인을

구조적 결정요인(structural determinants)과 중간 결정요인(intermediary determinants)으로 구분하고 있다. 구조적 요인은 사회경제적·정치적 맥락과 사회경제적 위치로 구성되며, 이 둘은 서로 영향을 주고받는 관계에 있다. 사회경제적 위치는 사회계급, 성별, 인종 및 민족과 같은 요인에 의해 형성되며, 이를 측정하는 지표로는 일반적으로 소득, 직업, 교육수준이 사용된다. 중간 결정요인에는 물질적, 환경, 심리사회적 환경, 행동 및 생물학적 요인이 포함된다. 보건의료체계는 의료 접근성과 관련된 불평등을 완화하거나 심화시키는 방식으로 중간 요인에 영향을 미칠 수 있으며, 사회적 결속(social cohesion)과 사회적 자본(social capital)은 구조적 요인과 중간요인 간의 상호작용을 매개하는 연결 기제로 작용할 수 있다. 결론적으로, 세계보건기구가 제시한 건강불평등의 개념은 사회경제적·정치적 맥락이 중간요인과 건강 결정요인에 영향을 미치고, 이러한 영향이 사회경제적 위치에 따라 생애주기 전반에 걸쳐 누적되면서 건강불평등이 형성된다는 점을 핵심적으로 강조하고 있다.

### 3 영유아 건강형평성 현황

영유아의 건강형평성 현황을 확인하기 위해서는 건강형평성을 측정할 수 있는 지표가 있고 해당 지표에 대해 앞서 논의한 영향요인들(사회·환경적 요인, 가족 및 개인적 요인 등)에 따른 차이를 살펴보는 과정이 필요하다. 그러나 2025년 이전까지 영유아 건강형평성 확인을 위한 지표가 확고히 마련되어 있지 못하여 이를 활용한 요인별 비교는 자료가 없는

실정이다<sup>3)</sup>. 그러나 영유아 건강형평성을 해외 국가와 비교해볼 수 있도록 통용되고 있는 국제지표는 확인이 가능하여 우리나라의 건강형평성 수준을 국제지표를 통해 살펴보고자 한다.

## 가. 국가 간 영유아 건강형평성

영유아의 건강형평성을 보여주는 주요한 지표들은 국가별로 산출이 되어 국가 간 건강형평성의 정도를 비교해 볼 수 있다. 국가 간 건강형평성은 해당 지표의 내용이 국제 수준에서 어느 만큼 형평적인 현황으로 나타나고 있는지, 해당 건강지표가 어느 국가에서 낮은 점수로 측정되는지를 쉽게 확인할 수 있다. 주로 쓰이는 국제지표로는 영아사망률, 저체중 출생아 비율, 예방접종률, 영유아 사고 사망률 등이 있다.

### 1) 영아사망률

우리나라의 영아사망률은 출생아 1,000명당 2.3명으로, OECD 평균인 4.1명보다 낮은 수준이다. OECD 회원국의 경우 콜롬비아(16.5명)와 멕시코(12.7명)를 제외하면 대부분 10.0명 미만으로 나타났으며, 전체 37개국 가운데 벨기에를 포함한 16개국은 3.0명 미만의 영아사망률을 보였다. 이 중 가장 낮은 국가는 스웨덴으로, 출생아 1,000명당 1.8명 수준이다(보건복지부·한국보건사회연구원, 2024)<sup>4)</sup>

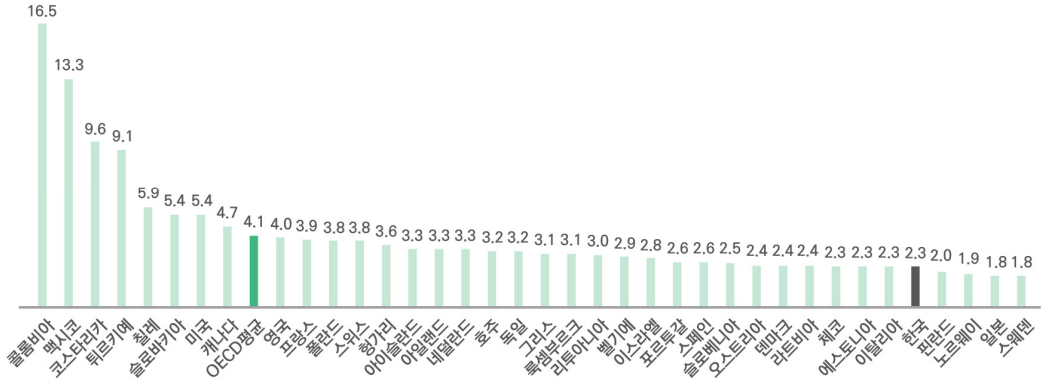
### 2) 저체중 출생아 비율

우리나라 저체중 출생아는 6.8%로 OECD 평균

2) 세계보건기구 사회적건강 결정요인 위원회에서 제시한 개념적 틀로서 Solar & Irwin(2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2(Policy and Practice) pp.25-44 내용을 일부 발췌하여 정리함.  
 3) 이와 같은 문제점을 인식하고 김지현 등(2025)이 최근 영유아 건강형평성 지표를 개발하여 측정하는 시도를 진행한 바 있음. 관련 내용은 본 포럼지의 다음 섹션에서 논의될 것이므로 본 글에서는 제외함.  
 4) 보건복지부·한국보건사회연구원(2024). OECD Health Statistics 2024. 보건복지부·한국보건사회연구원.

[그림 1] OECD 국가의 영아사망률 (2022년)

(단위: 명/출생아 1,000명)



출처: 김지현 외(2025). 영유아기 건강형평성을 고려한 건강증진 정책방안. 육아정책연구소, p.60, 그림 II-4-1.

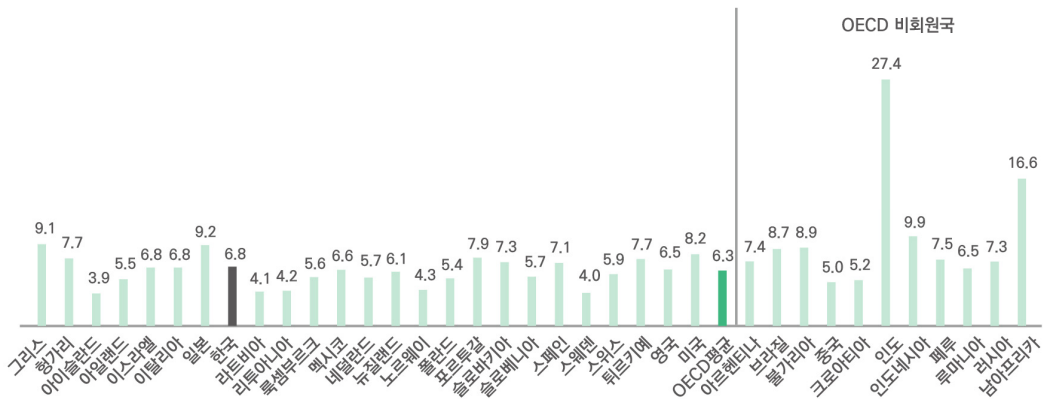
인 6.3% 보다 높은 편이다. OECD 회원국 중 가장 높은 비율은 일본(9.2%)과 그리스(9.1%)이고, OECD 회원국은 모두 10% 미만인 반면, 비회원국 중 인도 27.4%, 남아프리카 16.6% 순으로 상당히 높다.

### 3) 예방접종률

디프테리아, 파상풍, 백일해 조합(DPT) 접종을 3회 이상 한 1세의 비율(%)과 10만 명당 백일해 발병 보고 건수를 기준으로, OECD 국가의 예방접종률 평균은 94.8%이고 95% 이상이 과반이다(김은

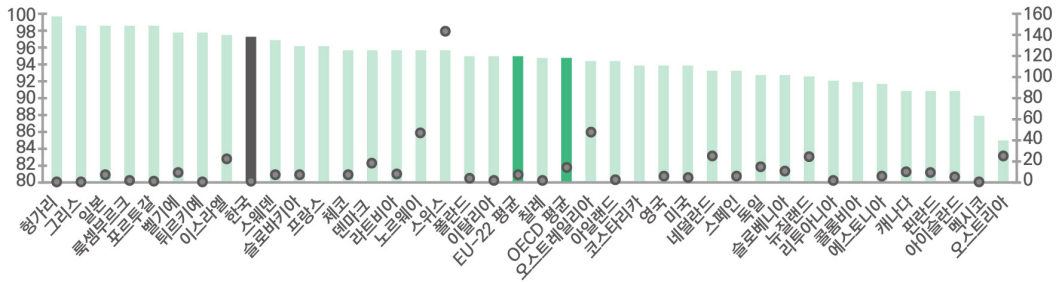
[그림 2] 국가별 저체중 출생아 비율 (2022년)

(단위: %)



출처: 김지현 외(2025). 영유아기 건강형평성을 고려한 건강증진 정책방안. 육아정책연구소, p.61, [그림 II-4-2].

[그림 3] OECD 국가의 DPT 예방접종률 및 백일해 발병률



출처: 김은지·이상정·유해미·강민정·최진희·김수정·박미진·김나영·유민상·박미선·김수진·고제이·이주연·최선영·최효미·조숙인·김영민·오수미(2024). 가족·아동 국제비교지표 산출방안 연구(II): OECD 가족 데이터베이스(Family Data base) 지표 보완 및 한국 상황 점검. 경제인문사회연구회, pp.361-362.

자료: OECD Family Database Chart CO1.4.A. [https://web-archiv.e.oecd.org/2020-09-22/129021-CO\\_1\\_4\\_Childhood\\_vaccination.pdf](https://web-archiv.e.oecd.org/2020-09-22/129021-CO_1_4_Childhood_vaccination.pdf) (인출일: 2025. 11. 23.)

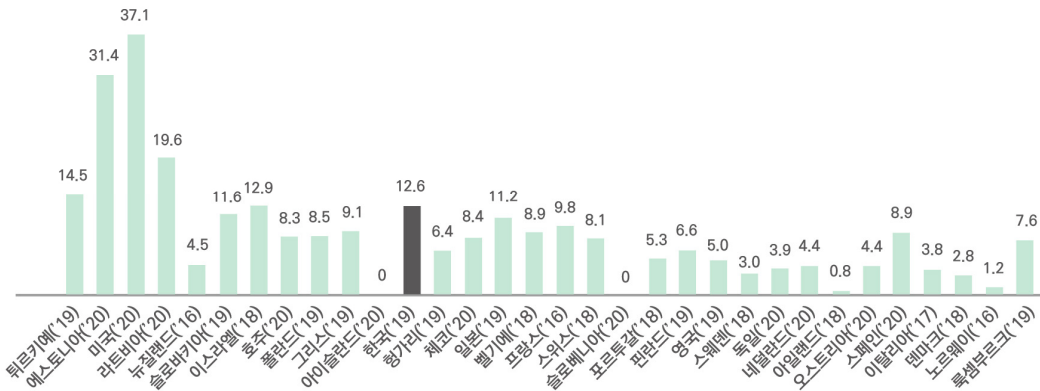
지 외, 2024: 361). 우리나라도 97.5%로 접종률이 높은 편이며, OECD 평균보다 높고, OECD 국가들 중 9번째로 높게 나타났다(김은지 외, 2024: 361). 백일해 발병률은 OECD 국가들에서 10만 명당 20명 이하로 낮은 편이며, OECD 평균은 10만 명당 7.8명이다(김은지 외, 2024: 361). 우리나라의 백

일해 발병률은 10만 명당 1.9명으로 OECD 국가 중 9번째로 낮게 나타났다(김은지 외, 2024: 361).

한편 OECD 회원국의 홍역 백신을 1회 이상 접종한 1세 미만 아동 비율(%)에서도 OECD 평균은 95.0%이고 우리나라는 네 번째로 높은 약 98%로 파악되고 있다. 홍역 건수도 0으로 매우 좋은 양상

[그림 4] OECD 0~5세 비의도적 사고 사망률

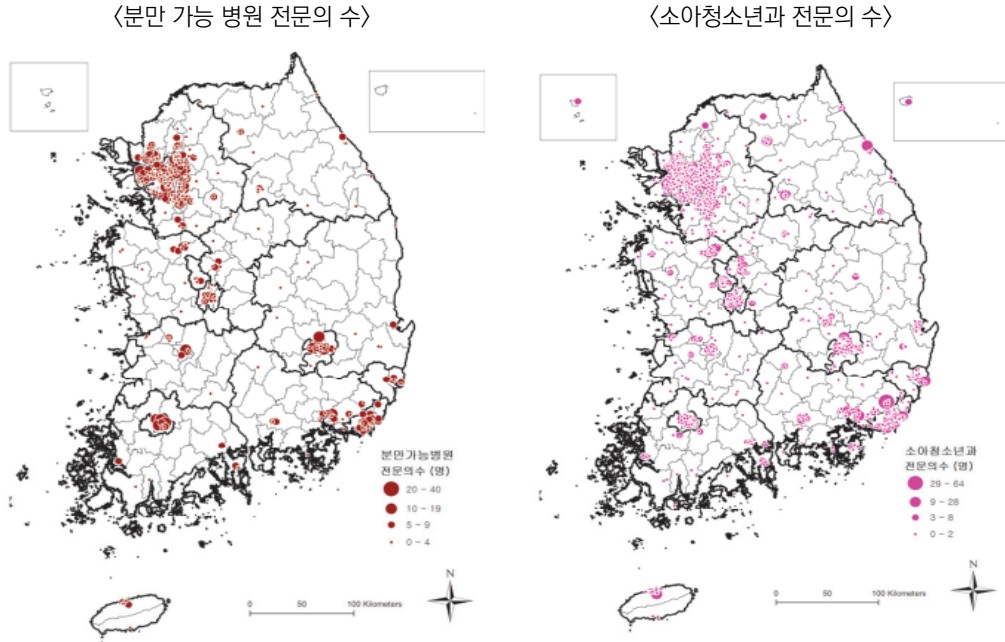
(단위: 명/10만 명당)



주: 비의도적 사고는 교통사고·중독·추락·화재·익사·자연재난 등을 포함한 사고.

자료: 소방청(2023). 영유아 생활안전사고 저감 대책, 소방청. p.3

[그림 5] 출산 및 영유아 전문 의료인력의 분포 현황



자료: 이재희·김동훈·김종근·엄지원·윤소정(2022). 저출생시대 육아인프라추이분석 및 대응 방안(1): 임신·출산 관련 인프라 중심으로, 육아정책연구소, p.190.

이다(김은지 외, 2024: 362).

#### 4) 영유아 사고 사망률

OECD 32개국의 0~5세 (비의도적) 사고 사망률은 10만 명당 평균 8.8명(소방청, 2023: 3)으로 나타났다. 우리나라는 2019년 12.6명으로 높은 편으로 나타났다. 영유아 사고 사망률이 가장 높은 나라는 2020년 기준 미국으로 37.1명이었고 가장 낮은 나라는 2020년 슬로베니아로 0명이었다.

#### 나. 지역 간 영유아 건강형평성

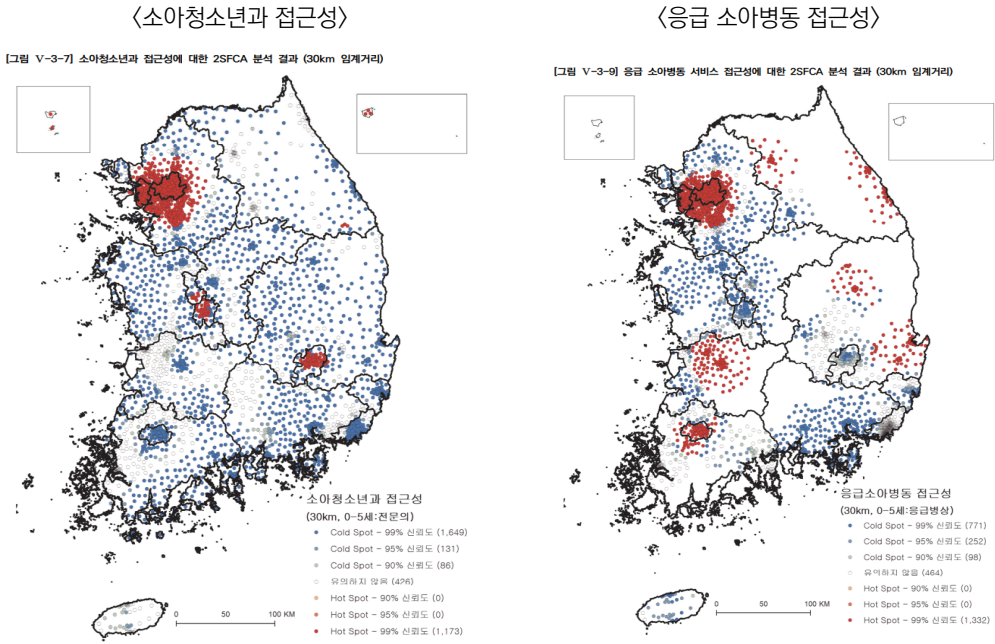
우리나라 국내 기준으로 별도의 건강형평성 지표가 기존에 마련되어 있지 않아 지역 간 비교가 쉽지 않으나 건강을 보장해주는 하나의 지표로 볼 수 있

는 의료기관의 분포를 중심으로 지역 간 차이를 살펴보고자 한다. 향후 지표 개발과 자료의 활용을 통해 해당 내용 외에도 다양한 건강형평성 확인의 노력이 더 필요함은 말할 것도 없다.

#### 1) 분만 및 소아 전문의 수

임신·출산 및 영유아를 대상으로 한 의료인력 분포를 살펴보았을 때 분만 병원의 전문의 수, 소아청소년과 전문의 수는 수도권, 부산, 대구, 광주, 대전 등 대도시에 집중되어 있어 지역 간 차이가 있는 것으로 나타났다(이재희 외, 2022: 190). 산업과 인구 분포에 의한 자연스러운 결과이겠지만, 광역시 이상의 대도시가 인근에 존재하지 않는 강원도나 충청북도의 경우 분만 가능 병원과 전문의가 매우 희박한 것으로 나타나고 있어, 이 영역에서 건강형평

[그림 6] 소아청소년과 및 응급 소아병동의 접근성



자료: 이재희·김동훈·김중근·엄지원·윤소정(2022), 저출생시대 육아인프라추이분석 및 대응 방안(1): 임신·출산 관련 인프라 중심으로, 육아정책연구소, pp.215, 219.

성이 보장되고 있는지 면밀한 검토가 필요하다(이재희 외, 2022: 190).

소아청소년과 전문의의 수의 경우 또한 분만 가능 전문의 수와 비슷한 분포를 보이고 있는데, 존재하는 지역이 분만 가능 병원보다는 상대적으로 형평성에서 나은 결과를 보이는 듯하다.

## 2) 소아과 병원 접근성

영유아 대상 의료시설의 경우 수도권의 접근성이 매우 높으며, 특히 소아청소년과는 대전, 대구 지역을 제외하고는 대도시의 경우도 충분히 접근성이 높아 보이지는 않는다. 그러나 해당 지표는 응급 소아병동 접근성에 비해서는 접근성 존재 지역이 더 넓게 분포되어 있어 그나마 나은 것으로 판단이 되나, 응급 소아병동 접근성은 매우 지역 편차가 심하고

수도권에만 최대 집중되어 있음을 확인할 수 있다. 강원도와 충청북도, 제주도 지역이 특히 접근성이 떨어지는 것으로 나타나 영유아의 건강형평성 지표가 보여주는 지역 편차의 확연한 사례로 보인다.

## 다. 건강불평등 관점에서 영유아 건강에 대한 인식 분석

0-5세 영유아 부모 1,400명을 대상으로 자녀의 건강증진과 관련한 부모 행동에 대한 인식, 실천 정도 등을 살펴보고 이를 통해 집단 간 건강형평성이 이루어지고 있는지 데이터를 통해 살펴보고자 하였다.

먼저, 자녀 건강을 위한 부모의 관련 행동의 실천이 얼마나 중요하다고 생각하는지 인식을 질문해 보았을 때, 대부분 높게 나타났지만, 항목에 따라서 부모의 학력 수준과 소득에 따라 중요도를 인식하는

〈표 1〉 영유아 자녀의 건강 관련 항목에 대한 부모의 중요성 인식

(단위: 점)

구분	정기적 건강검진	정기적 예방접종	균형적 영양섭취	충분한 신체활동	정신건강관리	미디어 노출제한	충분한 수면시간	위생적 환경유지	주변안전관리	질병 예방활동	세심한 자녀관찰	건강정보탐색	건강교육참여
전체 (N=1,400)	4.5	4.6	4.6	4.5	4.5	4.3	4.6	4.4	4.5	4.5	4.5	4.2	4.1
부모 학력													
고졸 이하	4.4	4.6	4.5	4.4	4.4	4.2	4.5	4.4	4.5	4.5	4.5	4.2	4.1
대졸	4.5	4.6	4.6	4.5	4.5	4.4	4.6	4.4	4.5	4.5	4.5	4.2	4.1
대학원 재학 이상	4.6	4.7	4.7	4.6	4.5	4.4	4.7	4.5	4.5	4.5	4.6	4.3	4.1
F	2.4	<b>3.1*</b>	<b>3.6*</b>	<b>3.4*</b>	1.3	<b>3.9*</b>	<b>4.0*</b>	0.9	0.5	0.7	1.2	0.4	0.6
가구소득													
300만원 미만	4.5	4.6	4.4	4.4	4.4	4.3	4.4	4.4	4.4	4.5	4.5	4.2	4.2
300~500만원	4.5	4.6	4.6	4.5	4.4	4.3	4.6	4.4	4.5	4.5	4.5	4.2	4.1
500~800만원	4.6	4.7	4.6	4.5	4.5	4.3	4.6	4.5	4.5	4.5	4.5	4.2	4.1
800만원 이상	4.5	4.6	4.6	4.6	4.5	4.4	4.6	4.5	4.6	4.5	4.5	4.2	4.1
F	1.5	2.0	<b>6.4***</b>	<b>2.9*</b>	1.8	0.7	<b>3.6*</b>	<b>2.8*</b>	1.5	0.5	0.8	0.1	0.4

\*  $p < .05$ , \*\*\*  $p < .001$ .

주: 1. 중요도 평균은 '전혀 중요하지 않다' 0점 ~ '매우 중요하다' 5점으로 평정한 결과임.

2. 응답자는 부 540명, 모 860명임.

출처: 김지현 외(2025). 영유아기 건강형평성을 고려한 건강증진 정책방안. 육아정책연구소, p.285, 표 V-1-17.

〈표 2〉 영유아 자녀의 건강 관련 항목에 대한 부모의 실행 정도

(단위: 점)

구분	정기적 건강검진	정기적 예방접종	균형적 영양섭취	충분한 신체활동	정신건강관리	미디어 노출제한	충분한 수면시간	위생적 환경유지	주변안전관리	질병 예방활동	세심한 자녀관찰	건강정보탐색	건강교육참여
전체 (N=1,400)	4.4	4.6	4.0	4.0	3.9	3.5	4.1	4.1	4.2	4.3	4.2	3.8	3.6
부모 학력													
고졸 이하	4.3	4.5	3.8	3.8	3.7	3.3	4.0	4.0	4.1	4.2	4.1	3.7	3.4
대졸	4.4	4.6	4.0	4.0	3.9	3.5	4.1	4.1	4.2	4.3	4.2	3.8	3.6
대학원 재학 이상	4.5	4.7	4.1	4.1	4.0	3.7	4.1	4.3	4.3	4.4	4.3	3.9	3.6
F	<b>4.4*</b>	<b>3.2*</b>	<b>5.7**</b>	<b>5.1**</b>	<b>10.5***</b>	<b>7.0**</b>	2.4	<b>5.6**</b>	<b>7.2**</b>	2.5	<b>6.7**</b>	1.6	<b>3.2*</b>
가구소득													
300만원 미만	4.3	4.6	3.9	3.9	3.8	3.5	4.0	4.0	4.2	4.2	4.2	3.9	3.6
300~500만원	4.4	4.6	3.9	3.9	3.8	3.4	4.1	4.1	4.1	4.3	4.1	3.8	3.5
500~800만원	4.5	4.7	4.0	4.0	3.9	3.5	4.1	4.2	4.2	4.3	4.2	3.8	3.6
800만원 이상	4.4	4.6	4.1	4.1	4.0	3.7	4.1	4.3	4.3	4.3	4.2	3.9	3.8
F	<b>3.7*</b>	<b>2.7*</b>	<b>4.3**</b>	<b>2.9*</b>	<b>3.6*</b>	<b>3.8*</b>	2.1	<b>5.7**</b>	<b>3.9**</b>	2.5	1.8	1.4	<b>3.2*</b>

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .

주: 실행 정도는 '전혀 실천하지 않는다' 0점 ~ '항상 실천한다' 5점으로 평정한 결과임.

출처: 김지현 외(2025). 영유아기 건강형평성을 고려한 건강증진 정책방안. 육아정책연구소, p.284, 표 V-1-16.

정도가 유의미하게 차이가 있었다. 다음의 〈표 1〉를 보면, 부모의 교육수준이 높을수록 또한 소득이 높

은 가구에서 정기적 예방접종, 균형잡힌 영양 섭취, 충분한 신체활동, 미디어 노출 제한, 충분한 수면시

〈표 3〉 영유아 자녀의 건강상태, 건강검진, 치과검진에 영향을 미치는 요인 (다항회귀분석 결과)

	구분	주관적 아동건강상태	건강검진	치과검진
사회구조적 변수	지역규모(대도시=1)	-0.102**	-0.008	-0.039
	교육수준(전문대졸이상=1)	0.123***	0.052***	0.032**
	소득수준	0.064***	0.001**	0.014**
	직업유무(취직=1)	0.014	-0.032	0.015
	상수	4.126***	0.794***	0.784***
N=5,753				

\*\*\*  $p < .001$ .

출처: 김지현 외(2025). 영유아기 건강형평성을 고려한 건강증진 정책방안. 육아정책연구소, p.324, 표 V-3-4.

간이 건강에 중요하다고 생각하는 정도가 차이 나게 높다는 것을 알 수 있다.

다음으로는 상기의 건강 관련 항목들을 실제로 얼마나 실천하고 있는가를 부모에게 자기보고식으로 5점 척도에서 답하도록 하였다. 결과를 보면 인식 정도보다 더 많은 항목에서 부모의 학력과 소득 수준에 따라 차이를 보이고 있음을 알 수 있다(〈표 2〉 참조). 특히 스트레스 해소 노력 등이 포함되는 '정신건강 관리'를 실천한다고 답한 부모가 학력별로 상당한 차이가 있음은 인상적인 결과이고, 가구 소득보다는 부모 학력에서 항목에 따라 집단 간 차이가 더 심하게 보이는 것을 확인할 수 있다.

추가적으로, 부모가 영유아 자녀의 건강상태를 평가하고 사회구조적 요인이 이에 영향을 주는 정도를 살펴보았다. 결과를 보면, 대도시보다는 농촌지역일수록, 부모 학력이 높을수록, 가구소득이 높을수록 자녀의 건강상태를 긍정적으로 평가하는 것으로 나타났다. 또한 건강검진과 치과검진 여부에 대한 영향요인 분석에서도 부모의 학력, 소득수준이 유의한 요인으로 도출되었다.

결과적으로 우리나라 영유아 부모의 경우 건강 관련 항목의 중요성 인식과 실천, 아동의 건강상태 및 건강검진, 치과검진이라는 건강에 필수적인 요소들에 대해 부모의 학력, 가구 소득, 거주 지역에 따라

건강불평등이 존재하고 있음을 경험적(experimental) 데이터를 통해 확인할 수 있다.

#### 4 건강형평성 보장을 위한 영유아 건강 지원 정책

정부는 건강형평성 보장을 위해 영유아를 위한 건강 지원 정책을 영양, 보건, 의료적 예방 등 다양한 측면에서 실시하고 있다. 정책의 종류와 내용을 간략히 정리해보고자 한다.

### 가. 영유아 대상 건강 지원 정책의 법적 근거

영유아 건강 증진 사업은 중앙정부의 정책적 의지와 함께 명확한 법적 기반 위에 추진되고 있다. 특히 「모자보건법」과 「국민건강증진법」에서는 영유아기 건강관리의 기본 방향을 제시하고 있으며, 개별 사업의 성격에 따라 「감염병예방법」, 「국민건강보험법」, 「장애인복지법」 등 관련 법령이 함께 적용되어 정책적 정당성과 제도적 연계성을 살펴볼 수 있다.

### 나. 주요 정책<sup>5)</sup>

#### 1) 국민건강증진종합계획 수립

5) 정책의 분류는 보건복지부 홈페이지에 제시된 구분에 따라, 건강정책과 건강증진정책으로 나누어 제시함.

〈표 4〉 영유아 건강 지원 정책사업 관련 주요 법령

법령명	주요 조항	관련 사업	비고
모자보건법	제10조 (임산부·영유아·미숙아 등의 건강관리 등)	영유아 건강검진, 난청 조기진단, 발달장애 정밀검사, 미숙아 의료비 지원	생애초기 건강관리 전반
국민영양관리법	제11조 (영양취약계층 등의 영양관리사업)	영유아, 아동 등 영양 취약계층을 위한 영양관리 사업, 어린이집, 유치원, 학교, 등 시설 및 단체에 대한 영양관리 사업	영양 및 건강습관 개선 사업
국민건강증진법	제18조 (구강건강사업) 제19조 (건강증진사업 등)	보건교육 및 건강상담, 영양관리, 신체활동 장려, 구강 등 건강증진사업 등	건강증진
감염병예방법 (감염병의 예방 및 관리에 관한 법률)	제24조, 제25조	국가예방접종(NIP)	감염병 예방 중심 법령
국민건강보험법	제52조 (건강검진)	영유아 건강검진	건강검진 실시 근거 (종류 및 대상)

자료: 국가법령정보센터(<https://www.law.go.kr>)

출처: 김지현 외(2025). 영유아기 건강형평성을 고려한 건강증진 정책방안. 육아정책연구소, p.88. 〈표 III-1〉.

국민건강증진종합계획<sup>6)</sup>의 목적은 「국민건강증진법」 제4조 ‘국민건강증진종합계획의 수립’에 따라, 질병 사전 예방 및 건강증진을 위한 중장기 정책 방향을 제시하고, 성과지표 모니터링 및 평가를 통해 국민의 건강 수준 및 건강정책의 효과를 평가하고 국가 건강증진 전략 도출 및 건강증진 정책 개발의 근거를 확보하는 것이다. 2002년부터 10년 단위로 계획을 수립하고 5년마다 보완계획을 마련하여 HP2030은 2021년부터 2030년까지로 제5차 국민건강증진종합계획이 추진 중이다.

제5차 국민건강증진종합계획<sup>7)</sup>은 건강수명 연장, 건강형평성 제고라는 두 가지 총괄목표를 가지고 있다. 그 중 건강형평성 제고는 소득수준별 건강수명 격차와 지역별(시·군·구별) 건강수명 격차를 낮춘다는 실행목표를 가지고 있다. 먼저 소득수준별

건강수명 격차 감소 목표에 대해 살펴보면 소득수준 상위 20%의 건강수명과 소득수준 하위 20%의 건강수명 격차를 7.6세 이하로, 지역 간 건강수명에 대해서는 건강수명 상위 20% 해당 지자체의 건강수명과 하위 20% 해당 지자체의 건강수명의 격차를 2.9세 이하로 낮춘다는 구체적 목표를 수립, 실행 중이다.

## 2) 건강 정책: “통합건강증진사업”

통합건강증진사업은 기존 획일적인 국가주도형 방식을 탈피하여 지자체의 선택권과 자율성을 제고하고 지역여건에 맞는 건강증진사업을 추진할 수 있도록 하는 제도 개선을 통해 2013년부터 시작되었으며, 지자체가 지역사회 주민을 대상으로 실시하는

6) 국민건강증진종합계획 사업개요 <https://www.khepi.or.kr/board?menuId=MENU01278&siteId=null->  
(인출일: 2025. 3. 10.)

7) 국민건강증진종합계획 5차 계획 <https://www.khepi.or.kr/board?menuId=MENU01287&siteId=SITE00012->  
(인출일: 2025. 2. 26.)

8) 보건복지부 홈페이지 <https://www.mohw.go.kr/menu.es?mid=a10706010200>. (인출일: 2026. 3. 25.)

건강생활실천 및 만성질환 예방, 취약계층 건강관리를 목적으로 하는 사업을 통합하여 지역특성 및 주민수요에 맞게 기획·추진하는 사업이다<sup>9)</sup>. 여기에는 영양을 비롯해 신체활동, 비만예방, 구강보건 등 다양한 건강 정책사업들이 포함되어 있다.

### 가) 영양 사업<sup>9)</sup>

영양 사업에서는 생애주기별 맞춤형 영양 관리와 지역사회 기반의 식생활 실천 환경 조성을 목표로, 건강 취약계층을 포함한 전 생애 인구 집단(영유아, 임산부, 어린이, 청소년, 성인, 노인)을 포괄하는 통합적 접근방식을 제시하고 있다.

임산부·영유아 영양 관리 사업은 임산부 및 영유아를 대상으로 올바른 영양정보 제공 및 상담, 조리 실습 운영 등을 지원한다. 또한 영양플러스 사업, 임산부 철분제·엽산제 지원사업, 모유수유교실 등과 연계 가능하고, 산부인과 산후조리원, 어린이집, 국민행복카드 발급 기관 등과 연계하여 영양·식생활 및 보건소 프로그램에 관한 정보를 체계적으로 확산하는 사업이다.

어린이집·유치원 기반 영양 관리 사업은 영유아기 영양 사업을 통하여 바른 식생활 인식과 식습관 형성을 도모하고자 하는 사업이다. 영유아기 영양교육 프로그램 실시, 어린이집 등에 정기적인 영양교육 자료 지원, 어린이집·유치원 교사, 부모 대상 영양교육 병행 실시를 권장하고 있다.

다문화가족 영양관리 사업은 다문화가족 중 관리대상자를 선정하여 1년 단위로 영양관리 프로그램 운영 등 관리를 진행하고, 영양플러스 사업과도 연계를 추진한다. 그 밖에 다문화가족 조리 교실 및 영양 문제 유형별 다국어 교육자료 제공, 다문화가족

지원센터와 연계하여 식생활, 육아, 문화 적응을 지원하고 있다.

### 나) 비만예방 사업<sup>10)</sup>

비만예방 관리사업은 생애주기 전반에 걸친 건강행태 개선을 목표로 하며, 특히 경제적·사회적으로 취약한 계층에 대한 선제적 개입을 강조한다. 본 사업은 지역의 보건소를 중심으로 기획·운영되고 있으며, 지역사회와 지역주민 대상 비만예방 관리사업 수행을 통해 생애주기 및 생활터별 비만 유병률을 개선하거나 현 수준으로 유지하여 제5차 국민건강증진종합계획 내 비만 목표를 달성하는 것이 사업의 목적이다. 비만예방 사업은 비만을 예방하는 물리적 환경으로 변화를 시켜 비만예방관리 실천을 위한 접근성을 개선하는 것이다. 또한 유치원이나 어린이집을 방문하여 비만예방 교육을 실시하고, 지역사회 홍보·캠페인을 진행하고 있다. 비만예방 관리사업은 건강행태 개선을 위한 지역맞춤형 접근을 강화하는 동시에, 사회적 취약계층에 대한 개입의 우선순위 명시를 통해 건강형평성 제고에 기여하고 있다.

### 다) 신체활동 사업<sup>11)</sup>

생애 주기별·생활터별 신체활동 프로그램을 제공하여, 주민의 신체활동 실천기회 확대 및 지식수준 향상, 개인별 맞춤형 신체활동 관리 역량 강화 및 건강위험 감소, 신체활동 친화적 환경조성 등을 통해 규칙적인 신체활동 실천율을 증가시키고 지역 내 건강불평등 해소를 함께 도모한다.

운영 방식은 지역 보건소를 중심으로 지역 실정에 맞춘 자율적 기획이 가능하며, 주민 참여형 프로

9) 보건복지부·한국건강증진개발원(2025g): 2025년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 영양.

10) 보건복지부·한국건강증진개발원(2025c): 2025년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 비만예방관리. 보건복지부·한국건강증진개발원.

11) 보건복지부·한국건강증진개발원(2025d): 2025년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 신체활동. 보건복지부·한국건강증진개발원.

그램 구성과 성과지표 기반의 체계적인 모니터링이 이뤄진다. 특히 걷기 실천율, 중강도 이상 신체활동 실천율 등을 주요 성과지표로 관리하며, 지역주민의 건강행태 변화 추이를 객관적으로 파악할 수 있다.

#### 라) 아토피·천식 예방관리<sup>12)</sup>

영유아 대상 사업으로, 아토피·천식 안심학교 참여를 희망하거나 운영 경험이 있는 유치원과 어린이집을 대상으로 사업을 소개하고 선정하여, 환아 선별, 응급상황 관리, 교육자료 지원, 보호자 대상 알레르기 교육, 안심학교 환경 체크리스트 작성 및 보관, 응급키트 비치, 아나필락시스 치료제 비치, 비상 연락체계 구축 등의 지원을 한다. 취약계층 알레르기 질환 환자에게는 치료와 관리 지원을 하고 있다. 관내 영유아 알레르기 환아 중심으로 우선 지원하고, 예산에 여유가 있을 때는 일반 영유아 환아도 지원한다.

#### 마) 구강보건사업<sup>13)</sup>

사업 목적은 모자 보건수첩을 발급받은 임부의 치주병 예방으로 태아 건강과 건강한 출산에 기여하는 것, 임신부와 건강검진의 대상이 되는 영유아(18개월까지)의 가정에서 구강 관리 실천 능력을 향상하는 것이다. 주요 사업내용은 임신부와 영유아를 대상으로 모자보건사업, 건강증진 사업 등과 연계하여 구강질환 예방서비스를 제공하며, 유아 대상 불소 도포, 치아 홈 메우기, 치면 세정술 등의 지원을 해주는 것이다. 또한 취약계층 및 취약지 대상 구강 보건사업을 통해 치과 의료 접근성이 떨어지는 도

시·벽오지 지역주민의 건강 수준 향상을 위해 구강 보건교육 및 홍보, 순회 구강건강관리, 구강보건 이동 진료 차량, 병원선 치과치료 등의 지원을 한다.

#### 바) 여성·어린이 특화사업<sup>14)</sup>

여성·어린이 특화사업은 생애주기별 여성과 어린이, 특히 임신부, 영유아, 초등학교 여아, 청소년기 여성, 경력단절 여성 등 건강 취약집단을 주요 대상으로 설정하고 있다. 지역사회 내 보건 통계를 기반으로 건강위험이 높거나 서비스 접근성이 낮은 대상군을 중심으로 세부 대상자를 설정하며, 성평등 및 건강 격차 해소의 관점에서 접근하고 있다. 보건소가 중심이 되어 기존 보건사업과의 연계를 통한 통합형 서비스 제공을 기본으로 하며, 어린이집, 학교, 여성복지시설 등 생활터 기반 접근방식 적용과 함께 집단교육, 개별상담, 캠페인, 문화행사, 방문형 서비스 등 중재 수단이 다양하다. 여성과 어린이, 특히 임신부와 출생아의 건강증진을 위한 질적인 교육·상담 및 추후관리 등 현 보건의료체계에서 보장되지 못하고 민간부문에서 충족되지 못하는 서비스를 찾아 수요자의 욕구를 지원하는 사업이다. 임신부와 영유아를 위한 사업으로는 임신부 및 신생아 가정방문 지도, 산후건강관리 코칭, 영유아 보건교실, 시기별 임신부, 출산부 및 수유부, 영유아 대상 영양관리, 기존 사업간 연계 및 관련 자원 활용이 있다.

#### 사) 유아 흡연위해 예방사업<sup>15)</sup>

유아 흡연위해 예방사업은 유아(5~7세)를 대상으로 흡연에 대한 올바른 인식 변화를 제고하고, 이를 통한 성장기 흡연 진입 방지, 간접흡연 예방 및 주

12) 보건복지부·한국건강증진개발원(2025e). 2025년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 아토피·천식 예방. 보건복지부·한국건강증진개발원.

13) 보건복지부·한국건강증진개발원(2025b). 2025년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 구강보건. 보건복지부·한국건강증진개발원.

14) 보건복지부·한국건강증진개발원(2025f). 2025년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 여성·어린이 특화.

15) 한국건강증진개발원. 유아 흡연위해 예방교육 사업. <https://www.khepi.or.kr/board?menuId=MENU01698&siteId=null> (인출일: 2025. 6. 4.)

변 흡연 예방을 권유, 유도한다. 사업 목적은 유아의 눈높이에 맞는 콘텐츠를 활용하여 간접흡연 및 흡연의 위해성을 조기 인식시키고, 건강한 생활습관 형성과 가족 연계 건강교육 기반을 마련하는 데 목적이 있다. 『찾아가는 유아 흡연위해 예방교실』 프로그램은 유치원과 어린이집 현장에서 참여형 교육, 체험형 활동, 가정 연계 프로그램을 통해 흡연에 대한 거부감 및 건강의 중요성 인식을 유아의 눈높이에 맞춰 전달하기 위해 개발되었다.

### 3) 건강증진 정책

#### 가) 영유아 건강검진<sup>16)</sup>

영유아 건강검진 사업은 법(「건강검진기본법」)에 근거하여 영유아의 성장 발달사항을 추적 관리하고 보호자에게 적절한 교육프로그램을 제공하여 영유아 건강 증진을 도모하기 위한 목적으로 시행되고 있다. 2007년에 만 6세 미만 영유아 건강검진 계획을 발표한 이후 2014년에는 한국 영유아 발달선별검사(K-DST) 도구를 개발하여 시행하였고, 그 후 2021년에는 영유아 초기(생후 14일-35일) 건강검진을 추가하고 2024년에는 영유아 건강검진 정서 및 사회성 분야 검사대상을 확대(4차, 6차)하는 등 영유아의 적합한 성장을 증진하기 위해 사업을 보완, 발전시켜 나가고 있다.

#### 나) 영양플러스<sup>17)</sup>

영양플러스 사업은 임신·출산·수유로 인해 영양 측면의 위험성이 높은 임신부(임신부, 출산부, 수유부)의 건강과 태아, 영유아의 미래 건강을 위해 맞춤형 영양교육 및 영양지원을 실시하는 것을 목적으로 한다. 영양플러스 사업은 보건소의 관할 지역 내에 거

주하면서 참여를 희망하고 소득 및 영양 위험기준을 충족하는 대상자에 한해 지원을 한다. 소득기준과 영양 위험기준은 가구규모별 기준 중위소득의 80% 이하나 빈혈, 저체중, 성장 부진, 영양 섭취상태 중 한 가지 이상의 영양 위험요인 보유자로 영유아는 0-5세(생후 72개월, 태아 포함)가 포함된다. 영유아가 해당 기준에 충족하여 대상자로 선정되면, 보건소를 통해 보충식품이 배달되고, 조제분유를 선택하지 않고 모유수유를 하도록 권장한다. 6-12개월 영아용 식품패키지에서 달걀은 전란을 공급하되, 영아에게는 반드시 노른자만 소량씩 천천히 주도록 교육하고 있다. 2025년부터는 방문보건사업 및 생애 초기건강관리사업과의 연계가 추가되었다.

### 4) 출산 정책

#### 가) 임신 출산 지원 사업

‘저소득층 기저귀·조제분유 지원사업’은 2015년 10월에 시작하여 지금까지 이어져 오고 있으며, 저소득층 영아(0-24개월) 가정의 육아 필수재인 기저귀와 조제분유 지원을 통해 경제적 부담 경감 및 아이 낳기 좋은 환경 조성을 목적으로 한다(보건복지부, 2025a: 341). 운영방식은 국가 바우처 통합카드인 국민행복카드를 발급하여 이용할 수 있도록 한다(보건복지부, 2025a: 341). 지원대상은 영유아 부모 등 신청권자이며, 기저귀 지원대상은 만 2세 미만 영유아를 둔 기초생활보장수급자, 차상위계층, 한부모가족이며, 영아별로 지원한다(보건복지부, 2025a: 346). 또한 기준 중위소득 80% 이하 다자녀, 장애인 가구의 만 2세 미만 영아가 대상이다(보건복지부, 2025a: 10).

한편 ‘산모·신생아 건강관리 사업’은 출산가정에 건강관리사를 파견하여 산모의 회복과 신생아 양육

16) 보건복지부(2024). 2024 건강검진 사업안내. 보건복지부.

17) 보건복지부·한국건강증진개발원(2025g). 2025년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 영양. 보건복지부·한국건강증진개발원.

을 지원하고, 출산가정의 경제적 부담을 경감하는 목적으로 진행되는 사업이다(보건복지부, 2025b: 3). 서비스 제공에 대한 정부 지원은 사업 초기 시점에는 쿠폰 형태의 바우처로 제공되었고, 2008년부터 바우처별 전용카드가 있는 전자바우처 형태로 전환, 2015년에 국민행복카드를 통한 지원 방식이 도입되어 지금까지 유지되고 있다(김자연 외, 2022: 42). 바우처 신청 대상은 국내에 주민등록 또는 외국인 등록을 둔 출산가정이다. 서비스를 신청하여 이용하는 경우에는 서비스 가격에서 정부지원금을 뺀 차액을 본인 부담하는 형태이다(보건복지부, 2025b: 48).

#### 나) 모자보건 사업<sup>18)</sup>

‘미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원’은 미숙아 및 선천성이상아를 대상으로 의료비를 지원하여 가정의 경제적 부담을 완화하고 고위험 신생아의 건강한 발달을 도모하는 것이 목적이다. 지원대상은 긴급한 수술 또는 치료가 필요한 출생 후 24시간 이내 신생아중환자실에 입원한 미숙아이다. 2000년에 사업을 개시하여 2005년에는 미숙아 체중별 차등 지급을 하였고, 2020년 9월 선천성이상아 지원기준이 완화되었으며, 2024년에는 소득기준 폐지 및 선천성이상아 지원기준이 더 완화되었다.

‘선천성대사이상 검사 및 환아 관리’ 사업은 선천성대사이상 여부를 조기에 발견하여 치료하고 특수 식이를 지원하여 정신지체 등 장애 발생을 예방하는데 목적이 있다. 지원대상은 신생아 선천성대사이상 외래 선별검사를 받은 영아, 선별검사 결과 유소견 판정 후 선천성대사이상 환아로 판정된 영아이다.

지원기준은 2024년에는 소득기준을 폐지하고 선천성이상아 지원기준도 완화하였다.

‘선천성 난청 검사 및 보청기 지원’ 사업은 선천성 난청의 조기 발견을 통해 재활치료를 함으로써 언어, 지능 발달장애를 예방하여 사회적응 등 후유증을 최소화하는 것이 목적이다. 2007년에 사업을 개시하여 2020년 보청기 1개 지원, 2021년 보청기 양측 지원으로 지원 범위가 확대되다가 2024년에는 소득기준이 폐지되었다.

### 5) 기타 영유아 건강 정책

#### 가) 어린이 국가예방접종 지원사업<sup>19)</sup>

어린이 국가 예방접종 지원사업은 국가가 예방접종 비용을 부담함으로써 가계 부담을 경감하는데 기여하고, 예방접종률 향상을 통해 감염병 퇴치 기반을 강화하기 위한 목적으로 시행되고 있다.<sup>20)</sup> 감염병 예방을 위해 12세 이하 어린이에게 필수 예방접종을 인근 보건소나 위탁 의료기관에서 비용 부담 없이 접종받을 수 있다.

#### 나) 생애초기 건강관리 사업<sup>21)</sup>

생애초기 건강관리 사업은 2020-2023년까지 시범사업을 진행하였으며, 2024년에 본 사업으로 전환되었다. 임신부와 만 2세 미만 영아기부터 건강한 출발을 지원하는 체계 마련과 산모 우울 등 고위험 가정에 대한 지속적 관리 및 심리·사회적 지지를 통해 아동의 건강한 출발을 지원하는 사업이다<sup>22)</sup>. 사업대상은 보건소에 등록되어 있고, 서비스를 신청

18) 보건복지부(2025a). 2025 모자보건사업 안내. 보건복지부.

19) 질병관리청-어린이 국가예방접종사업 홈페이지 <https://nip.kdca.go.kr/irhp/infm/goVcntInfo.do?menuLv=1&menuCd=131>(인출일: 2025. 5. 16.)

20) 정부 24 <https://www.gov.kr/portal/service/serviceInfo/326000000053>(인출일: 2025. 5. 22.)

21) 보건복지부·한국건강증진개발원(2025a). 2025 생애초기 건강관리 사업안내. 보건복지부·한국건강증진개발원.

22) 한국건강증진개발원 홈페이지 사업소개 <https://www.khepi.or.kr/board?menuId=MENU01688&siteId=null>(인출일: 2025. 5. 16.)

한 임신부 및 만 2세 미만 영아가정(다문화 산모, 조손가정도 대상자에 포함)이다. 사업의 주요 내용은 영유아 건강 간호사와 사회복지사가 가정을 방문하여 건강 및 영아 발달 상담, 양육 교육, 정서적 지지 등 맞춤형 건강관리 서비스를 제공하는 것이다.

생애초기 지원사업의 건강형평성 개선 의의는 임신기부터 생후 24개월까지, 건강과 발달에 결정적 영향을 미치는 민감기에 개입함으로써 아동이 출생 환경과 관계없이 공평한 건강출발선에서 시작할 수 있도록 지원한다는 점이다. 특히 저소득, 미혼모, 청소년 부모, 다문화가정 등 구조적 위험요인을 가진 집단에 대한 선제적 접근은 건강불평등을 차단하는 사회적 안전망 역할을 한다.

#### 다) 취학 전 아동 실명 예방사업<sup>23)</sup>

취학 전 아동의 눈 건강관리 교육과 시력 검진을 통해 저시력 및 안질환을 조기에 발견하고, 치료와 관리가 적절하게 진행되어 아동 시각장애를 사전에 예방하도록 지원하고 있다. 지원대상은 전국 취학 전 아동 중 정밀 검진 대상자, 저소득 가정 눈 수술비 지원대상자, 약시 추후 관리 대상자, 저시력 어린이 시각 재활 대상자이다.

## 5 마치며

우리나라 영유아의 건강형평성 추진의 현황을 확인하고 향후 더 보완이 필요한 부분에 대해 논의하고자 하는 관점에서, 지금까지 살펴본 내용들에 근거하여 몇 가지 제안을 제시하고 글을 마무리하고자 한다.

먼저, 우리 사회에서 영유아의 건강형평성이 제대로 보장되고 있는지, 건강불평등이 고착되고 있지는 않은지 지속 모니터링하고 점검하는 시스템이 필

요하다. 이를 위해서는 영유아기를 위한 건강형평성 지표를 개발하고 이를 활용하여 꾸준한 실증적 데이터를 수집하며 모니터링하는 공식적 기관 지정이 우선 필요하다. 관리체계가 마련되면 정기적 건강불평등 모니터링을 실시하고 공표하며 영유아 건강 지원 정책에 반영하는 것이 뒤따르게 된다. 육아정책연구소에서는 2025년에 연간 연구프로젝트로서 ‘영유아 건강불평등 모니터링 지표’를 개발한 바 있다. 이 지표들이 연구결과로만 묻히기보다는 정부의 정책 실행에 대한 모니터링의 실제 지표로서 활용되고 지속적으로 개선되어갈 필요가 있다.

둘째는, 건강형평성의 국제적 관점에서, 영유아의 사망사고를 줄이기 위한 사회 전반의 노력이 요구된다. 영유아 건강형평성의 국제지표에 있어, 우리나라는 대부분 어느 정도 양호한 위치에 있는 것으로 보이지만, 영유아의 비의도적 사망사고 지표에 있어서는 OECD 국가들 중 높은 비율을 보이는 것으로 나타났다. 사회 전반에서 영유아 사망사고를 줄일 수 있는 완벽한 제도적 체계의 마련, 안전사고, 교통사고 등 영유아에 영향을 줄 수 있는 사고에 대한 철저한 대비와 예방, 아동학대 제로화를 위한 제도의 추진 등 이를 개선할 수 있는 사회적 구체적 장치들이 필요하다.

셋째, 영유아 건강형평성의 국내 현황을 보았을 때, 지역에 따른 의료체계 접근성의 불평등이 뚜렷하게 나타나므로 이를 완화하기 위한 정책적 노력이 필요하다. 소아과 전문의나 소아응급시설의 설치가 대도시 중심으로만 집중되어 있어 지역에 따라서는 접근성은 매우 떨어지는 경우들이 많다. 생애 전체 건강의 틀을 마련해야하는 영유아기라는 초기 시기에 특히 중요한 보건, 의료적 지원 체계가 지역에 따라 다르게 작동하지 않도록 최대한의 실행방안을 마련할 필요가 있다. 지역의 노령화 심화와 대비되는 영유아 인구의 감소는 자연스러운 소아전문 의료시

23) KDI 경제교육·정보센터 취학전 아동 실명예방 [https://ieic.kdi.re.kr/policy/customView.do?polc\\_seq=221&search\\_polc\\_cls\\_cd=00013000020000](https://ieic.kdi.re.kr/policy/customView.do?polc_seq=221&search_polc_cls_cd=00013000020000)(인출일: 2025.5.22.) 내용 요약·발췌함.

설의 지역 편파적 분포를 낳고 있지만, 영유아 건강을 위한 의료 인프라는 최소한 어떤 지역 거주가 불이익을 받지 않는다는 인식을 국가가 심어줄 수 있다면, 이는 지역소멸을 막는 요인으로서도 작용하게 될 것이다.

넷째, 영유아의 건강을 1차적으로 책임져야 하는 부모의 역량 강화를 위한 정책사업을 확대하고 활성화함으로써 건강불평등이 있는 지역, 계층에 대해 정책이 특히 차별적으로 강화되어야 할 것이다. 본 글에 인용된 조사내용을 보면, 부모의 학력, 가구소득, 그리고 거주지역에 따라 영유아 자녀의 건강을 위한 필수적 사안들에 대해 인식하는 정도, 건강 지원 행동을 실천 하는 정도가 차이가 있는 것으로 나타나고 있다. 데이터가 보여주는 함의를 염두에 두고, 어떤 경제적, 문화적 상황에 있든, 어떤 지역에 살든 영유아 부모가 자녀 건강을 책임지고 지원할 수 있는 역량을 키워주고, 자원을 충분히 이용할 수 있도록 지원하고, 지속적으로 건강한 양육을 모니터

링하는 사업들을 더 개발하고 추진해야 한다. 지자체에 따라 예산의 부족으로 사업을 확대하지 못하는 경우도 많으나 이에 대한 중앙 정부 차원에서의 개입도 필요하다.

한편으로는, 앞서 본 글에서 개관했던 여러 건강증진 정책사업들이 건강형평성을 제고하고 불평등을 줄이는데 어느 정도 효과를 보이고 있는지 관련 기관, 전문가들이 참여해 점검해 볼 필요가 있다. 특히 영유아기의 건강형평성을 보장하기 위해서 가장 효과적인 사업이 무엇인지 지역이나 계층에 대해 확인해 보는 것도 이후 정책의 추진에 많은 시사점을 줄 수 있을 것이다. 지금은 사회 구조로 인한 건강불평등이 영유아시기부터 고착되지 않도록 특별한 정책적 관심이 필요한 시기이다.

## 참고문헌

- 김명희·전경자·서상희(2011). 아동기의 건강불평등: 사회적 결정요인을 중심으로. 보건복지포럼, 2011(6), 32-44.
- 김은지·이상정·유해미·강민정·최진희·김수정·박미진·김나영·유민상·박미선·김수진·고제이·이주연·최선영·최효미·조숙인·김영민·오수미(2024). 가족·아동 국제비교지표 산출방안 연구(II): OECD 가족 데이터베이스(Family Database) 지표 보완 및 한국 상황 점검. 경제인문사회연구회.
- 김자연·이정원·조혜주(2022). 산모·신생아 건강관리 지원사업 개선 및 활성화 방안: 서비스 인력 관리를 중심으로. 육아정책연구소.
- 김지현·김은설·이지윤·조혜주·정최경희·한동현·김익한·노은정·강희연·하랑경(2025). 영유아기 건강형평성을 고려한 건강증진 정책방안. 육아정책연구소.
- 김창엽(2016). 공중보건정책과 건강 형평성. 보건행정학회지, 26(4), 256-264.
- 보건복지부(2024). 2024 건강검진 사업안내. 보건복지부.
- 보건복지부(2025a). 2025 모자보건사업 안내. 보건복지부.
- 보건복지부(2025b). 2025 산모·신생아 건강관리 지원사업 안내. 보건복지부.
- 보건복지부·한국건강증진개발원(2025a). 2025 생애초기 건강관리 사업안내. 보건복지부·한국건강증진개발원.
- 보건복지부·한국건강증진개발원(2025b). 2025년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 구강보건. 보건복지부·한국건강증진개발원.

## 참고문헌

- 보건복지부·한국건강증진개발원(2025c). 2025년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 비만예방관리. 보건복지부·한국건강증진개발원.
- 보건복지부·한국건강증진개발원(2025d). 2025년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 신체활동. 보건복지부·한국건강증진개발원.
- 보건복지부·한국건강증진개발원(2025e). 2025년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 아토피·천식 예방. 보건복지부·한국건강증진개발원.
- 보건복지부·한국건강증진개발원(2025f). 2025년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 여성·어린이 특화. 보건복지부·한국건강증진개발원.
- 보건복지부·한국건강증진개발원(2025g): 2025년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 영양. 보건복지부·한국건강증진개발원.
- 보건복지부·한국보건사회연구원(2024). OECD Health Statistics 2024. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 소방청(2023). 영유아 생활안전사고 저감 대책, 소방청.
- 이재희·김동훈·김중근·엄지원·윤소정(2022). 저출생시대 육아인프라 추이분석 및 대응 방안(Ⅰ): 임신·출산 관련 인프라 중심으로. 육아정책연구소.
- Artiga, S., & Hinton, E. (2018). Beyond health care: the role of social determinants in promoting health and health equity. Henry J.Kaiser Family Foundation.
- Berger, L. M., Paxson, C., & Waldfogel, J. (2009). Income and child development. *Children and Youth Services Review*, 31(9), 978–989.
- Christian, H., Zubrick, S. R., Foster, S., Giles-Corti, B., Bull, F., Wood, L., Knuiam, M., Brinkman, S., Houghton, S., & Boruff, B.(2015). The influence of the neighborhood physical environment on early child health and development: A review and call for research. *Health & Place*, 33, 25–36.
- Cronin, C. E., & Gran, B. K. (2018). The importance of environment: Neighborhood characteristics and parent perceptions of child health. *Journal of child health care*, 22(4), 658–669.
- Cuartas, J. (2022). The effect of maternal education on parenting and early childhood development: An instrumental variables approach. *Journal of Family Psychology*. 36(2), 280–290.
- Dahake, P. T., Kale, Y. J., Dadpe, M. V., Shep, S., Dhore, S., & Kendre, S. (2018). Impact of child abuse & neglect on children: A Review Article. *A. Journal of Dental Research*, 1(1), 36–49.
- Damashek, A., Williams, N. A., Sher, K., & Peterson, L. (2009). Relation of caregiver alcohol use to unintentional childhood injury. *Journal of Pediatric Psychology*, 34(4), 344–353.
- Haurin, D. R., Parcel, T. L., & Haurin, R. J. (2002). Does homeownership affect child outcomes? *Real Estate Economics*, 30(4), 635–666.
- Hyatt, R. R., & Allen, S. M. (2005). Disability as a “family affair”: Parental disability and childhood immunization. *Medical Care*, 43(6), 600–606.
- Larkin, S. J., & Otis, M. (2018). The relationship of child temperament, maternal parenting stress, maternal child interaction and child health rating. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 36, 631–640.

## 참고문헌

- Lin, L., Cherng, R., & Chen, Y. (2016). Effect of touch screen tablet use on fine motor development of young children. *Pediatrics*, 37(5), 457-467.
- Macinko, J. A., & Starfield, B. (2002). Annotated bibliography on equity in health, 1980-2001. *International journal for equity in health*, 1, 1-20.
- Mackenzie, M. J., Nicklas, E., Waldfogel, J., & Brooks-Gunn, J. (2012). Corporal punishment and child behavioral and cognitive outcomes through 5 years of age: Evidence from a contemporary urban birth cohort study. *Infant and Child Development*, 21(1), 3-33.
- Marmot, M. (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet*, 370(9593), 1153-1163.
- McCartney, G., Dickie, E., Escobar, O., & Collins, C. (2021). Health inequalities, fundamental causes and power: towards the practice of good theory. *Sociology of Health and Illness*, 43(1), 20-39.
- Nikolić, D., Gadžić, A., & Stamenković, S. (2023). Overnutrition and obesity of preschool children. *Facta Universitatis, Series: Teaching, Learning and Teacher Education*, 6(2), 197-217.
- OECD Family Database Chart CO1.4.A. [https://web-archiv.e.oecd.org/2020-09-22/129021-CO\\_1\\_4\\_Childhood\\_vaccination.pdf](https://web-archiv.e.oecd.org/2020-09-22/129021-CO_1_4_Childhood_vaccination.pdf) (인출일: 2025. 11. 23.)
- Olfson, M., Marcus, S. C., Druss, B., Pincus, H. A., & Weissman, M. M. (2003). Parental depression, child mental health problems, and health care utilization. *Medical Care*, 41(6), 716-721.
- Omoladun-Tijani, T. A., & Vish, N. L. (2023). Family and neighborhood resilience are associated with children's healthcare utilization. *The Journal of Pediatrics*, 261, 1135-43.
- Park, H., & Walton-Moss, B. (2012). Parenting-style, parenting stress, and children's health-related behaviors. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 33(6), 495-503.
- Pattison, K. L., Kraschnewski, J. L., Lehman, E., Savage, J. S., Downs, D. S., Leonard, K. S., Adams, E. L., Paul, I. M., & Kjerulff, K. H. (2019). Breastfeeding initiation and duration and child health outcomes in the first baby study. *Preventive medicine*, 118, 1-6.
- Pillas, D., Marmot, M., Naicker, K., Goldblatt, P., Morrison, J., & Pikhart, H. (2014). Social inequalities in early childhood health and development: A European-wide systematic review. *Pediatric research*, 76(5), 418-424.
- Precious, F. K., Owhor, G. A., Opeyemi, M. O. A., Igwe, S. C., Beauty, O. C., Sy, F. A. R., ... & Lucero-Prisno III, D. E. (2023). Why nutrition programs for children remain important. *Advances in Food Security and Sustainability*, 8, 187-215.
- Seguin, L., Xu, Q., Potvin, L., Zunzunegui, M., & Frohlich, K. L. (2003). Effects of low income on infant health. *Canadian Medical Association Journal*, 168(12), 1533-1538.
- Swope, C. B., & Hernández, D. (2019). Housing as a determinant of health equity: A conceptual model. *Social Science and Medicine*, 243, 112571.
- Solar & Irwin (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2(Policy and Practice)*

## 참고문헌

- Tahir, M., Willett, W., & Forman, M. R. (2019). The association of television viewing in childhood with overweight and obesity throughout the life course. *American Journal of Epidemiology*, 188(2), 282-293.
- Voss, S., Bauer, J., Jung-Sievers, C., Moore, G., Rehfuess, E., Rhein, V. Z., & Coenen, M. (2024). Process evaluation of an integrated community-based intervention for promoting health equity in children in a new residential development area. *Archives of Public Health*, 82(19).
- Wang, L., Collins, C., Ratliff, M., Xie, B., & Wang, Y. (2017). Breastfeeding reduces childhood obesity risks. *Childhood Obesity*, 13(3), 197-204.
- Whitehead M. (1998). Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective. *Milbank Quarterly*, 76(3), 469-492.
- Whitehead, M. (1991). The concepts and principles of equity and health. *Health Promotion International*, 6(3), 217-228.
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 22(3), 429-445.
- Zhuge, Y., Qian, H., Zheng, X., Huang, C., Zhang, Y., Li, B., Zhao, Z., Deng, Q., Yang, X., Sun, Y., Zhang, X., & Sundell, J. (2020). Effects of parental smoking and indoor tobacco smoke exposure on respiratory outcomes in children. *Scientific Reports*, 10, 4311.
- 정부 24 <https://www.gov.kr/portal/service/serviceInfo/326000000053> (인출일: 2025. 5. 22.)
- 질병관리청-어린이 국가예방접종사업 홈페이지 <https://nip.kdca.go.kr/irhp/infm/goVcntInfo.do?menuLv=1&menuCd=131> (인출일: 2025. 5. 16.)
- 한국건강증진개발원 홈페이지 사업소개 <https://www.khepi.or.kr/board?menuId=MENU01688&siteId=null-> (인출일: 2025. 5. 16.)
- 한국건강증진개발원. 유아 흡연위해 예방교육 사업. <https://www.khepi.or.kr/board?menuId=MENU01698&siteId=null> (인출일: 2025. 6. 4.)
- 국가법령정보센터 <https://www.law.go.kr>
- 보건복지부 홈페이지 <https://www.mohw.go.kr/menu.es?mid=a10706010200>. (인출일: 2026. 3. 25.)
- 국민건강증진종합계획 5차 계획 <https://www.khepi.or.kr/board?menuId=MENU01287&siteId=SITE00012-> (인출일: 2025. 2. 26.)
- 국민건강증진종합계획 사업개요 <https://www.khepi.or.kr/board?menuId=MENU01278&siteId=null-> (인출일: 2025. 3. 10.)
- KDI 경제교육·정보센터 취학전 아동 실명예방 [https://eiec.kdi.re.kr/policy/customView.do?polc\\_seq=221&search\\_polc\\_cls\\_cd=00013000020000](https://eiec.kdi.re.kr/policy/customView.do?polc_seq=221&search_polc_cls_cd=00013000020000) (인출일: 2025. 5. 22.)