

한국 학교 밖 청소년 건강검진의 현황과 과제

Status and Challenges of Korean Out of School Children Health Check-up

김양희
건강보험정책연구원

YangHee Kim(emily111@nhis.or.kr)

요약

건강불평등은 사회적 취약계층에게 부정적 영향을 미칠 수 있는 건강상의 차이를 일컫는다. 여러 학자들은 경제적, 사회적 불평등이 건강에 부정적 영향을 미치고 있으므로 건강 불평등을 축소하려는 사회적 개입이 필요하다고 주장한다. 이런 맥락에서 이 글은 여성가족부가 지난 2016년부터 시행하고 있는 학교 밖 청소년 건강검진을 한국 사회의 건강불평등 감소 정책의 일환으로 소개하고자 한다. 국가건강검진제도에서 소외됐던 학교 밖 청소년을 검진제도 내로 편입한 것은 국가차원의 건강불평등 완화 정책으로서 큰 의미를 갖는다. 지금까지 학교 밖 청소년은 한국 사회에서 소외집단이었을 뿐 아니라, 건강검진제도 내에서도 사각지대에 있었다. 이층의 상당수는 가족주의가 굳건한 한국사회에서 가족의 보호와 지원을 받지 못한 채 거리로 쫓겨난 어린 노동자임에도 불구하고 '일탈적인 10대', '가출 청소년', '비행 청소년' 등으로 불리며 차별받았다. 현행 학교 밖 청소년 건강검진은 대안학교에 다니거나 쉼터에 거주하는 등 비교적 주거파악이 쉬운 청소년 위주로 실시되고 있다. 이 제도의 실질적인 성과를 위해서는 주거가 불안정한 가출 청소년까지 검진제도 내로 포섭하는 접근성 확대 정책이 필요하다. 그리고 검진 사후관리, 예방접종과 정신건강, 검진주기 단축 등 실질적인 성과를 거두기 위한 방법과 실행이 더해져야 할 것이다.

■ 중심어 : | 건강 불평등 | 학교 밖 청소년 | 가출 청소년 | 건강검진 |

Abstract

Health inequality means health gaps that can be affected adverse effects to the vulnerable groups in a society. Many scholars argue that it is needed social interventions to reduce health gaps between the vulnerable and the privileged in a society, because social inequalities can be caused and resulted health inequality among them. In this context, this article introduces Korean out of school children health check-up as part of the policies to reduce health inequality in the society. For a long time, many out of school children have been alienated from the national health checkup systems. That means they are not only marginalized groups in Korean society, but also excluded from the benefits of health promotion and health management. Many runaway youths are struggling to live by themselves, who are escaped from their families and they don't have enough resources to keep their health. They are also young and low waged workers who are expelled to the streets, while they don't have any support and protection from the communities. Out of school children health checkup has been conducted to the adolescents who stay in the shelters or study in alternative schools. To get meaningful results as the health inequality reduction policy, it is needed to expand out of children health checkup to the runaway teenagers.

■ keyword : | Health Inequality | Out of School Children | Health Checkup | Runaway Youth |

I. 들어가며

이 글은 여성가족부가 지난 2016년부터 시행하고 있는 학교 밖 청소년 건강검진을 한국사회 건강 불평등 완화 정책의 일환으로 소개하고자 한다. 한국의 전 국민 건강검진제도는 세계적으로 유례를 찾아보기 어려운 정도로 광범위한 연령대의 인구를 대상으로 한다[1]. 한 해에 전체 인구의 절반가량인 2500만 명이 검진 대상자 명부에 오른다. 그럼에도 불구하고 비교적 최근까지 학교 중퇴자, 가출 청소년 등은 한국사회의 취약계층이면서도 건강검진제도의 사각지대에 있었다. 기존 건강검진 범주에서 소외되었던 학교 밖 청소년을 국가 건강검진 제도 내로 편입시켰다는 점은 국가차원의 건강불평등 완화 정책으로서 큰 의미를 갖는다. 이는 소수의 소외 집단과 다수의 주류 집단 간 건강 격차를 축소하려는 정책적 조치인 동시에, 건강 격차로 야기될 수 있는 또 다른 불평등을 예방하려는 조치로 평가할 수 있다. 예를 들어 빈곤과 영양부족으로 인해 결핵에 감염된다면 사회적 불평등의 결과로 건강 격차가 발생한 것이며, 결핵 때문에 직업을 갖지 못하고 더 빈곤해 진다면 건강 불평등으로 인해 사회적 불평등이 심화되는 것으로 볼 수 있다. 결핵에 걸리지 않도록 국가차원에서 예방접종이나 정책적 지원을 제공함으로써 건강 불평등이 사회적 불평등으로 진행되는 것을 막을 수 있다.

학교 밖 청소년 건강검진은 보건재정 보호 측면에서도 의미를 갖는다. 학교 밖 청소년의 경우 자신의 건강을 지킬 수 있는 경제적, 사회적 자원이 부족한 경우가 많다. 중년기에 이르러 만성질환을 비롯한 여러 가지 질병에 봉착할 가능성이 있는 이들에게 조기건강검진을 제공함으로써 추후 만성질환으로 인해 증가할 수 있는 보건재정 지출 부담을 덜 수 있다.

하지만 현재의 학교 밖 청소년 건강검진은 명백한 한계를 안고 있다. 여성가족부가 운영하는 학교 밖 청소년 지원센터를 중심으로 쉼터 거주 청소년, 대안학교 학생 등 비교적 주거가 분명한 청소년을 대상으로 실시되는데 그치고 있다. 이는 학교 밖 청소년의 일부만을 아우르는 한계를 나타낸다. 이 제도가 명실공히 '학교 밖 청소년'을 위한 제도가 되려면 학교는 물론, 가정의

울타리를 벗어난 가출 청소년까지 검진대상으로 포섭할 수 있는 접근성 확대가 필요하다.

현재 학교 밖 청소년 건강검진 제도는 사업 실행 4년째를 맞아 제도 정착을 위해 많은 고려, 논의, 실험을 계속하며 개선을 꾀하고 있는 과정 속에 있다. 따라서 이 시점이 모든 학교 밖 청소년을 아우르는 실질적인 검진 제도로 확대되어야 할 적기라고 할 수 있다. 제도는 일단 구축되면 큰 틀의 변화를 피하기 어려운 경로의존성을 갖고 있으므로 시행 초기에 대상자 확대와 실행방안이 정교하게 구축, 실행될 필요가 있다. 그래야 이 제도가 대안학교 학생들에게 적용되고 마는 유명무실한 제도에 그치지 않고, 가출 청소년까지 포괄하여 실질적으로 그들의 건강을 증진시켜주는 사회적 노력이자 정책적 조치로 자리매김할 수 있을 것이다. 이런 맥락에서 이 글은 학교 밖 청소년 건강검진의 현황에 대해 논의하고 현재의 문제점을 지적하며, 가출 청소년까지 아우를 수 있는 접근성 강화 및 제도 개선방안을 제안하고자 한다.

II. 건강의 사회적 책임과 학교 밖 청소년

1. 사회적 격차와 건강 불평등

건강 불평등(health inequality)은 서로 다른 사회경제적 집단 간의 건강 차이를 일컫는다[2]. 자칫 중립적으로 들릴 수 있는 건강 격차는 사실 건강 불평등의 다른 이름이라고도 할 수 있다. 사회적 취약계층, 차별을 경험했거나 사회적으로 배제당한 집단에게 부정적 영향을 미칠 수 있는 건강상의 차이를 건강 불평등이라 말할 수 있다.¹ 건강 불평등을 얘기할 때는 건강의 책임

1 이 때 건강 차이를 비교할 기준은 '건강권'이다. 건강권은 최고수준의 건강 기준을 확보할 수 있는 권리를 의미한다. 최고 수준의 건강이란 해당 사회에서 특권층이 누릴 수 있는 건강수준을 지칭한다. 선진국에서 최고 수준의 건강과 빈곤 개도국의 최고 수준의 건강이 같지 않다는 반론에 대해서는 해당 사회 내에서 최고 수준의 건강을 누릴 수 있는 것이 실용적 관점의 '건강권'이라는 정의가 있다[2]. 건강 불평등보다 더 포괄적 의미에서 본다면 건강 형평성을 말할 수 있다. 건강 형평성은 건강 불평등을 야기한 사회정의의 문제를 포괄하는 개념으로 볼 수 있다. 하지만 건강 형평성을 구체적으로 논의하는 것은 쉽지 않는데, 사회 정의 문제가 건강과 연결돼 있음을 실증적으로 증명하는 것이 어렵기 때문이다. 부정의와 건강간의 인과관계를 증명하지 않은 채 불형평성을 시정하라고 정책결정을 촉구하는 것은 쉽지 않다. 그래서

이 누구에게 있는가에 대한 고려가 포함된다. 건강의 책임을 개인에게 지운다면 그 책임은 해당 신체를 소유한 자의 몫으로 귀결된다. 즉, 건강하지 못한 원인을 신체적 조건에서 찾거나, 스스로 건강관리를 하지 못한다에서 찾게 된다. 이 문제를 해결하기 위해서는 '사적이며', '시장기반' 접근을 선택할 수밖에 없다[3]. 건강을 지키지 못한 개인은 시장에서 의료서비스를 개인적으로 구매해야 한다.

의료인류학자 폴 파머(Farmer)는 건강 책임을 개인의 의지와 능력에 부여하는 기존 건강 개념에 대해 건강에 영향을 미치는 사회구조적 요인을 간과한 채 '개인의 행위성을 과장한 것(exaggeration of personal agency)'이라고 비판했다[4]. 그에 따르면 사회적 장(social field)이 평등하게 공유되고 있다는, 임의적이고 자의적으로 구성된 사회적 환상에 빠져서 건강을 지키지 못하는 사람을 무책임하거나, 자존감이 낮거나, 열등한 사람으로 간주해버리는 것은 사회구조적인 영향을 간과한 것이다.

그는 나아가 국가가 처해있는 국제사회 지형에 따라서도 개인의 건강이 위협받을 수 있다고 지적한다[4][5]. 그는 빈곤한 국가의 경제적, 사회적 취약계층에게서 AIDS같은 치명적인 질병이 나타나는 경로를 사회구조 속에서 찾는다. AIDS는 개인의 몸에서 발병되지만 그 원인은 그/녀가 속한 빈곤한 위치, 나아가 세계질서 속에서 그/녀의 모국이 처한 취약한 위치에서 기인하는 것이기도 하다. 파머는 이처럼 개인이 건강할 수 없게 만드는 사회구조적 요인을 '구조적 폭력'이라고 말했다.

파머와 비슷한 맥락에서, 페미니스트 철학자 콜린스(Collins)[6]는 한 여성이 개인의 힘으로 도저히 극복하기 어려운 사회구조적인 한계와 제약을 '중층적 억압' 또는 '억압의 중층성'이라고 지칭했다. '구조적 폭력'이나 '억압의 중층성' 등은 비록 용어는 다르지만, 개인이 신체적, 정신적, 사회적 역량을 개발, 발휘할 수 없게 만드는 사회구조적 요인을 일컫는다는 공통점을 갖는다. 개인의 힘으로 이런 폭력과 억압을 극복하기엔 역부족이다. 지속적인 억압의 결과 그/녀는 질병에 취약해지고 노동력을 상실해 사회에서 배제 당하게 된다.

이 글에서는 건강 형성성 개념보다 눈에 보이는 건강 차이에 주목할 수 있는 건강 불평등으로 논의영역을 제한하고자 한다.

여러 학자들은 사회적 불평등이 건강격차로 이어지지 않도록 사회적 노력이 필요하다고 입을 모은다[2][3][7][8]. 예를 들어 미국의 빈곤 흑인은 사회적 차별 뿐 아니라 보건의료시스템에서도 차별받고 있어 인종과 관련된 건강 피해를 입는다[3]. 빈곤 흑인의 건강 격차는 '흑인 전용 약'이 없어서가 아니라 사회적 차별과 경제적 불평등으로 인해 야기된다. 칸(Kahn)[3]은 미국 FDA가 흑인 환자 전용 약물이라는 라벨을 달고 출시된 인종특화 심장약인 비딜(BiDiI)을 승인한 것에 대해, 사회적 현실을 비가시화한 채 인종의 신체적 특징에 따른 문제로 초점을 옮겼다고 비판했다.

이처럼 건강과 질병의 책임을 개인에게 묻는 것과 사회구조적 원인에게 찾는 것은 전혀 다른 접근법을 제시한다. 전자는 개인적 책임을, 후자는 사회적 노력을 요청한다. 건강의 책임을 개인에게 묻는다면 취약계층을 더 극심한 건강 불평등에 빠지게 만들 수 있다. 하루 벌 어 하루 먹고사는데 급급한 사람들은 '더 건강한 상태'를 알지 못한다. 그들에게 있어 건강의 의미는 그저 큰 질병 없이 진통제를 먹고서라도 그럭저럭 하루를 보내는 상태도 포함된다.

반면, 건강의 책임을 사회구조적 원인에서 찾게 되면 이는 '평등(equality)'의 문제가 된다. 사회는 그 집단에게 불건강의 원인을 제공하였으므로 다시 건강권을 누릴 수 있도록 질병을 치료하고 지원할 정치적 책임을 지게 된다. 이 경우에 정부와 국가는 해당 집단의 건강 상태에 적극적으로 개입해야하며 정부 차원의 정책을 제시해야 한다. 이는 질병 치료, 예방, 건강 증진 등 모든 공공보건영역에 영향을 미친다. 이처럼 취약계층의 건강 문제는 사회적 불평등과 밀접한 관련을 보인다. 사회는 취약집단의 건강을 지원, 증진해서 건강 격차를 줄이고 나아가 사회적 불평등을 해소할 책임을 갖는다.

2. 학교 밖 청소년의 건강

1) 누가 '학교 밖 청소년'인가

학교 밖 청소년 건강검진에 대해 논하기 위해서는 먼저 '학교 밖 청소년'의 개념과 범주에 대한 정리가 필요할 것이다. 지난 2015년 시행된 '학교 밖 청소년 지원에 관한 법률'에 따르면 학교 밖 청소년은 9-18세 이하 청소년으로서, 초·중학교 3 개월 이상 결석자 및 유예

자, 고등학교 중퇴자 및 미진학자로 정의된다[11]. 한편, 청소년기본법은 학교 밖 청소년의 연령 범주를 좀 더 넓게 보고 있다. 청소년기본법 제3조는 학교 밖 청소년을 “9세 이상 24세 이하 청소년으로서, 초·중학교 3개월 이상 결석자 및 유예자, 고등학교 중퇴자 및 미진학자”로 정의한다. 이 범주는 의무교육기관에 입학하지 않은 비취학자, 입학 후 학업을 중단한 학업중단자, 상급학교에 진학하지 않은 미진학자, 학교에서 벗어나 있는 근로청소년, 무직청소년, 비진학 청소년 등을 포함한다[14].²

학교 밖 청소년이라는 용어는 1990년대 초부터 학교 부적응의 관점에서 ‘중도탈락자’, ‘중퇴청소년’, ‘등교 거부자’ 등으로 불렸다가, 지난 2001년 교육인적자원부 인적자원개발회의를 시작으로 2005년 청소년기본법, 2012년 청소년 복지지원법 등에 근거해 ‘학업중단 청소년’으로 부르기 시작했다. 그러나 학교를 중퇴했다고 해서 학업을 중단한 것은 아니라는 비판이 제기되었고, 지난 2014년 학교 밖 청소년 지원에 관한 법률 제정을 시작으로 ‘학교 밖 청소년’이란 용어를 사용하기 시작했다.

학교 밖 청소년 건강검진 이전에는 보건복지부가 지난 2007년부터 전국 보건소를 중심으로 생애전환기 비취학 청소년 건강진단사업으로 비취학 청소년 대상 무료건강검진을 실시하였다. 하지만 대상이 15-18세 사이 1,500명 내외로 제한적이었고 주로 청소년 쉼터, 비인가 대안학교 등 특정시설에 있는 청소년들을 대상으로 보건소에서 실시됐었다. 그러다 2014년 제정된 학교 밖 청소년법이 이듬해인 2015년 5월부터 시행되면서 여성가족부를 중심으로 전국에 학교 밖 청소년 지원센터가 설치 및 지정되었다. 이곳을 중심으로 상담, 교육, 직업체험 및 취업지원, 자립지원 등 학교 밖 청소년들의 학업복귀나 사회진입을 지원하는 서비스가 제공되기 시작했다. 학교밖청소년 지원에 관한 법률 11조에 학교 밖 청소년에 대한 의료 지원과 건강검진 의료비 지원 등이 명시돼 있다.

2) 피해자이자 행위자로서의 학교 밖 청소년

² 학교 밖 청소년 건강검진의 연령범주는 학교 밖 청소년 지원법에 따라 9-18세 이하 청소년으로 제한했다. 19세 이상 부터는 성인건강검진 연령범위에 해당되기 때문에 국가건강검진과의 중복을 피하기 위해 연령 상한을 두었다.

학교 밖 청소년의 범주는 상당히 넓다고 볼 수 있다. 간단하게 말하면 이들은 기존 학교 울타리를 벗어난 모든 10대 청소년을 일컫는다. 기준은 정규제 초·중·고등학교 취학 여부다. 예를 들어 기존 학교체제에 적응하기 어려워 자퇴 후 대안학교에 다니고 있거나, 학업의 때를 놓쳐 미인가 학교를 다니고 있는 청소년, 학교 뿐 아니라 가정의 울타리까지 벗어난 가출 청소년, 학교 자퇴 후 생계 노동을 하며 살아가는 근로 청소년 등이 모두 포함된다. 그중에서도 가출 청소년은 가족주의가 굳건한 한국사회에서 가족의 울타리를 벗어난 채 미성년 상태에서 노동으로 생계를 유지하는 어린 시민이기도 하다. 그들은 가정폭력, 빈곤, 가정해체 등의 문제로 학업을 중단한 채 편의점, PC방, 주유소 등에서 저임금 임시직 노동을 하거나, 성매매에 유입되기도 한다. 때론 가출 후 쉼터나 학교 밖 청소년 지원센터에 머물기도 한다. 저임금 임시직 노동으로 생계를 이어가며 주거가 고정되지 않기도 한다.³

이런 면에서 가출 청소년은 단순히 학교 울타리를 벗어난 것 뿐 아니라 가족의 보호와 지원을 받을 수 없는 사회적 취약계층으로 이해된다. 이들 중 상당수가 빈곤, 가족해체, 가정폭력, 성폭력, 사고 등의 원인으로 인해 가족의 보호와 지원을 받지 못한 채 임시직 노동자로서 일상을 살고 있기 때문이다.

학교 밖 청소년 범주가 상당히 넓기 때문에 이들 간에 큰 차이를 발견할 수 있다. 예를 들어 대안학교 청소년도 학교 밖 청소년의 범주에 포함되지만, 이들이 경제적, 사회적 불평등에 처해있다고 단언한 근거는 부족하다. 하지만 가출 청소년의 경우라면 이야기가 달라진다. 가출 청소년은 학교 뿐 아니라 가정의 울타리까지 벗어난, 한국사회의 명실상부한 소외계층이라고 할 수 있다. 그러므로 사회적 불평등으로 야기된 건강 불평등을 해소하고자 한다면 가출 청소년, 빈곤 근로 청소년에게 정책의 무게를 실을 필요가 있다.

청소년을 학교 밖으로 내모는 구조적인 요인인 ‘빈

³ 일부 학자들은 ‘가출 청소년’에 대해 “부모 허락없이 집을 나와 최소한 하룻밤을 지낸 경우”로 정의내리기도 한다. 그러나 현장에서 일하는 청소년 업무담당자들은 대부분의 부모나 보호자들은 아이들이 집을 나갔는지조차 신경쓰지 않거나, 청소년이 가출할 정도로 집안의 불화가 심하기 때문에 허락 여부는 무의미하다고 지적한다. 실제로 가출 청소년의 대부분은 집안 불화, 구타, 성추행 및 성폭력, 가정폭력 등을 피해 달아나고 있다[11].

곤, '가족 문제', '학교시스템으로부터 소외' 등은 가출 청소년에게서 두드러지게 나타나고 있다. 예를 들어 백혜정·임희진(2014)이 쉼터에 거주하는 학교 밖 청소년 434명을 대상으로 한 연구에 따르면, 한부모 가정(37.8%), 친부모가정(18.2%), 계부모가정(13.6%), 조손가정(7.6%) 순으로 한부모 가정이 가장 많았다. 경제적 수준에 대해서는 전체 응답자의 36.9%(155명)가 상/중상/중/중하/하 가운데 '하'라고 응답했다.⁴ 빈곤과 가족의 문제는 다른 연구에서도 비슷하게 나타난다.

이 연구에서 학교 밖 청소년의 주관적 건강과 객관적 상태가 일치하지 않는 것에 주목할 필요가 있다. 위 연구에서 응답자 430명중 85%(366명)가 자신이 건강하거나 건강상태가 "보통"이라고 답했다. 하지만 질병 치료를 위한 통원 경험은 29%(47명)였고, "병원에 가고 싶었으나 못 간 적이 있다"는 응답도 32.3%(135명)였다. 치과진료 결과, 잇몸에서 피가 나거나(38.5%), 차갑고 뜨거운 음식을 먹을 때 아프거나(36.2%), 쑤시고 욱신거리는(32.6%) 등 전반적으로 구강 건강이 좋지 않았다. "지난 1년간 치과에 가고 싶었으나 가지 못한 적이 있는가" 하는 물음에 32.2%(137명)이 "그렇다"고 응답했다[21]. 이는 학교 밖 청소년의 주관적 건강과 객관적 건강 상태가 일치하지 않을 수 있음을 보여준다. 다시 말해 이들이 생각하는 '건강한 상태'는 온전한 신체적 안녕이라기보다는 병원에 갈 정도로 아프지 않은 상태, 그냥저냥 살아가 수 있는 상태를 의미한다고 볼 수 있다. 또한 아파서 병의원에 가고 싶어도 돈이 없어 갈 수 없는 상황이 많이 있었다는 데서 건강에 미치는 사회적 불평등의 여파를 가늠해 볼 수 있다. 빈곤이 이미 이들의 건강에 영향을 미치고 있다고 볼 수 있다.⁵

가출 청소년을 포함한 학교 밖 청소년의 건강과 취약함에 대한 관심이 미흡한 이유 중의 하나는 그들이 '미

4 이들의 빈곤과 영양에 대해 살펴보면, 쉼터에 입소 전 일주일 동안 한 번도 아침식사를 하지 않은 경우가 전체 응답자의 28.6%였고, "쉼터에 입소하기 전 1년 동안 먹을 것이 없어 하루 종일 아무 것도 먹지 못한 경우가 있었는가" 하는 질문에 거의 항상 또는 1주일에 1회 이상이었다는 응답이 전체 응답자의 19.5%(84명)이었다. 또 입소 전에는 1주일간 한 번도 과일, 우유를 섭취하지 않았다는 경우가 48.8%(202-204명)이었다. 반면에 라면/컵라면 등 인스턴트식품을 1주일에 3-4회 이상 섭취한 경우가 71.8%(306명)이었다[21].

5 이 조사에서 응답자들의 절반이상(51.1% 217명)은 보건소에서 무료 건강검진을 받을 수 있는 정책이 있다는 걸 알지 못했고, 받은 적도 없었다.

성년'이라는 데서 찾을 수 있을 것이다. 가족주의가 팽배한 한국사회에서 청소년은 주체성이 미흡하고 부모의 보호아래 성장해야 할 존재이자 관리와 훈육의 대상으로 여겨진다. 부모 및 학교의 관리, 훈육 대상으로부터 벗어난 10대는 '비정상'으로 간주되고 사회적 냉대와 차별의 대상이 되곤 한다[12]. 이들은 사회적 취약계층임이 분명함에도, '일탈적인 10대', '비행 청소년' 등으로 불리며 사회적 비난과 냉대를 통해 비가시화 된다.

학교 밖 청소년의 비가시화는 지금까지 이들이 공공보건의 사각지대에 놓여 있었다는 사실에서도 확인할 수 있다. 국가 건강검진제도 하에서 초·중·고등학교의 경우 교육부 주관 하에 3년마다 정기적으로 학생건강검진을 받는 것과 달리, 이들에게는 그 기회가 주어지지 않았다.

그렇다고 이들을 불평등의 피해자로 간주한 채 잔여적 복지 차원에서 건강지원을 제공해야한다는 시각으로 본다면, 그것은 이들을 그저 건강검진 수검포에 해당되는 '타자'로 만드는 것이다. 오히려 많은 가출 청소년들은 자신들이 처한 상황에서 끊임없이 타협, 협상, 수용, 저항하고 자신을 둘러싼 사회구조와 상호작용하면서 삶을 만들어가는 행위자로 살고 있다. 물론 그들의 행위성은 자신이 처한 구조를 벗어날 수 없는 한계를 지니지만 그들이 처한 사회적 맥락 안에서 벌이는 저항, 순응, 포섭, 협상의 전략을 무시할 수는 없다. 그렇지 않은 채 가출 청소년의 행위를 '자발에 의한 비도덕적 행위'로 비난만 한다면 취약한 개인에게로 책임을 돌리는 방식으로 건강 불평등 해소에 나서야 할 사회적 책임을 회피하는 것에 다를 아니다.

가출 청소년을 타자화한다면 이들은 건강 위협이 높은 뿐 아니라 간염, 결핵, 성병 등 전염병 매개 가능성이 높은 위험군으로 조치돼야 할 대상이 된다. 하지만 이들을 시민권을 가진 보편적 주체이자 그에 합당한 건강관리를 받을 수 있는 시민으로서 대우한다면, 이들은 사회적 불평등의 피해자가 아니라 스스로 자신의 건강을 지킬 수 있는 주체이며, 자신의 건강에 관한 정보와 지식을 습득할 권리를 지닌 건강권의 담지자가 된다. 브레이브맨[2]은 한 사회에서 최고 수준의 집단이 누리는 것과 동일한 건강을 누리는 것이 건강 평등이라고

말했다. 그에 따르면 가출 청소년도 한국 사회에서 또래집단이 누리는 최고 수준의 건강을 누릴 권리를 갖는다. 학교 밖 청소년 건강검진이 기존의 대안학교나 학교 밖 청소년 지원센터에 입소한 청소년뿐 아니라, 가출 청소년에게로까지 검진 대상 및 정책 확대를 실시해야 할 정당성이 확보되는 것이다.

3) 여성 가출청소년의 건강과 섹슈얼리티

특히 여성 가출청소년의 경우는 학교 밖 청소년 범주에서도 가장 맨 아래에 있는, 가장 취약한 계층으로 볼 수 있다. 그들은 위에서 밝힌 빈곤, 폭력, 가정문제 외에도 성폭행, 성매매, 임신, 낙태, 성병 등의 위험을 겪었거나 그런 환경에 노출될 확률이 높다[9]. 어린 여성의 성이 거래되는 한국 사회에서 일부 가출 여성 청소년은 성매매를 하며 생계를 잇기도 하고, 때로는 같은 가출 남성 청소년으로부터 성적 착취를 당하기도 한다[10].

한국사회에서 십대 여성은 몸의 '상품성'면에서 가장 부각되는 반면, 노동면에서는 최저임금에 겨우 미칠까 말까할 정도로 노동자로서 숙련을 인정받지 못하고 있다. 민가영[10]은 가출한 여성 10대들이 가시적 폭력과 강압이 부재한 상황에서도 자발적으로 성매매를 하고 돈을 벌여와 가출팸⁶의 유지에 기여함으로써 자신의 '피해'에 스스로 협력하게 만드는 맥락을 비강압적 착취의 맥락으로 파악하였다. 이는 가출 10대 여성이야말로 학교 밖 청소년 가운데 가장 낮은 위계에 위치한 것을 보여준다. 그들의 섹슈얼리티는 막다른 골목에 몰린 그들을 성적 착취의 대상으로 만든다.

김연주[12] 역시 가출 십대 여성이 부모와의 단절과 동시에, 빈곤층으로 추락하게 되고 사회적 관계망도 상실함으로써 가출팸을 형성한 뒤 경제적 어려움에 의한 성매매로 유입되는 맥락을 설명하고 있다. 가출 여성

청소년이 가정, 학교, 친구관계에서 겪는 성/폭력 경험, 가출 후 성매매로 유입되는 과정, 성매매를 통해 생활할 수밖에 없는 맥락은 젠더가 미치는 사회적 영향을 보여준다.

여성 청소년이 학교 밖 청소년으로 이행하는 과정에서 젠더와 섹슈얼리티는 큰 영향을 미친다. 이소희 외 [11]의 연구에 따르면 연구대상자인 여성 청소년 26명 가운데 19.2%(5명)이 성경험이 있었고, 연령분포는 11세~15세였다. 이들중 3명은 친부, 동년배 남학생들, SNS로 만난 성인 남성으로부터 성폭행을 당한 경우였다. 이중 한 명은 중학생 때 의붓아버지로부터 4-5차례 성추행을 당한 적이 있었다. 연구대상자중 1명(3.8%)은 16세에 출산을 했는데 임신사실을 알고 나서 학교를 자퇴했으며 미혼모시설에 입소하여 출산했다.⁷ 이 연구의 경우 여성 연구대상자가 26명으로 표본 수가 적기 때문에 대표성을 띠다고 말하기는 어려울 것이다. 만약 표본수를 확대한다면 여성 청소년이 남성 청소년과 달리 학교 밖 청소년으로 이행하는 원인, 과정, 결과에 젠더와 섹슈얼리티가 미치는 영향을 쉽게 확인할 수 있을 것이다.

그렇다고 이 여성 가출 청소년들이 피해자인 것만은 아니다. 오히려 그들은 상황에 따른 판단력과 성적 욕망을 지닌 존재로서 주어진 환경에서 최선의 것을 얻기 위해 행위하는 주체들이다. 그럼에도 많은 청소년 관련 연구에서는 청소년을 무성적 존재로 상정하는 경향이 있다[11][13-17][19][20]. 가출 여성 청소년의 섹슈얼리티와 성 건강 위협에 대해서는 침묵하고 있는 것이다.

III. 학교 밖 청소년 건강검진 현황

1. 학교 밖 청소년의 건강 상태

1) 발달과 신체건강

학교 밖 청소년은 학교 밖 청소년 지원센터나 쉼터에 머물고 있지 않는 한, 주거가 불안정한 것이 특징 중의

6 가출팸이란 '가출'과 '패밀리'를 합한 용어으로써 가출 청소년이 함께 모여 생활하는 집단을 말한다[12]. 민가영[10]은 '가출팸'에 대해 또래중심의 일시정착형 가출이라고 분석한다. 그는 가출팸의 관계에서도 상대적으로 어리거나, 여성이거나 약자들이 가족에서 얻지 못한 소속감, 돌봄, 친밀감, 외부로부터의 보호, 또래 그룹내에서의 특혜등을 제공받음으로써 가출팸을 위해 돈을 벌여오는 역할을 맡고 있음을 밝혔다. 이처럼 이들이 자발적으로 피해에 협력하는 것은 착취와 보호, 일상과 피해가 공존하는 맥락에서 가출팸 내 상대적 약자가 자신의 피해에 협력하도록 만드는 조건이 된다. 이때 자발적인 것으로 보여지는 피해자의 협력은 비강압적 착취의 섬세한 작동방식을 드러낸다.

7 이 연구에서 학교 밖 여성 청소년의 성경험 비율은 19.2%인데 반해, 전국 여자 중고등학생 평균 비율은 3.3%였다. 또 이들의 성교육 경험은 0%였는데 비해, 전국 여자 중고등학생의 연간 성교육 경험율은 75.5%에 이르러 큰 격차가 있었다[11].

하나다. 이들은 불안정한 주거, 빈곤, 가족, 폭력, 사회적 편견, 저임금 노동 등 여러 가지 억압적 구조 속에 있다. 그것을 '구조적 폭력'[4][5][22]이라 부르든 아니면 '억압의 중층성'[6]이라 부르든 간에 어쨌든, 이들은 개인의 힘으로 극복하기 어려운 구조 속에 있다. 그것을 오로지 개인의 힘으로 극복해야한다고 하는 것은 개인의 책임을 과장하고 사회구조를 비가시화 시키려는 전략과 다르지 않다.

이들이 처한 구조적 억압은 신체를 통해서도 체현된다. 이들은 동일 연령대의 재학 청소년보다 키, 몸무게 등 신체발달이 저조했고, 충치 등 치과치료가 필요한 경우가 10명중 4명(41.1%)으로 높았다. 5명중 1명(18.1%) 골로 고혈압(4.6%), 신장병(6.6%), 간질환(2.5%), 빈혈(2%) 등의 질환의심자로 나타났다. 또 10명중 7명(69.9%)이 B형 간염 예방접종이 안 돼 있는 것으로 조사됐다[23].⁸

다른 연구에서도 비슷한 결과를 찾아볼 수 있다. 앞서 학교 밖 청소년 지원센터에서 머물고 있는 청소년 50명을 대상으로 임상조사를 실시한 이소희 외[11]의 연구에 따르면 1개 이상의 증상을 호소하거나 질환의 의심되는 경우가 연구대상자 50명(100%) 전부에게서 나타났다. 주로 호흡기(기침 또는 천식), 위장, 안과(시력저하) 증상과 질환이었다. 50명 가운데 12명(24%)은 위험음주 수준이었고 18명(36%)은 흡연을 하는 등 음주와 흡연율도 높은 편이었다.

2) 정신건강

학교 밖 청소년의 우울과 자살 생각 등 정신건강은 위험한 수준이라고 할 수 있다[11]. 정익중 외[13]가 재학 청소년 4,076명과 쉼터, 소년원등에 있는 청소년 423명을 대상으로 설문조사결과에 따르면, 학교 밖 청소년의 경우 재학 청소년과 비교했을 때 자살 생각을 더 빈번하게 하고 있으며 실제 자살시도를 하는 경우도 더 많았다. 학교 청소년 응답자 가운데 자살 생각을 한 경우는 조사대상의 58.1%였으며 학교 밖 청소년의 경

우는 66.4%였다. 실제로 자살을 시도한 경우는 학교 청소년의 경우 조사대상의 9%였으나 학교 밖 청소년의 경우는 16.8%였다. 학교 청소년의 경우 교우관계가 자살 생각을 하게 되는 큰 원인중의 하나인 반면, 학교 밖 청소년의 경우 경제적 문제가 자살생각에 가장 큰 영향을 미쳤다[13][27]. 학교 밖 청소년의 경우 경제적 취약상태가 자살생각, 자살충동을 강화한다는 것은 경제적 불평등이 정신건강에 영향을 미치고 있음을 실증적으로 드러낸 것으로도 해석할 수 있다.

특히 여성 청소년의 경우 남성 청소년에 비해 3배 이상 자살생각이나 자살 시도를 많이 하는 것으로 나타났다. 이들의 자살시도에 영향을 주는 요인은 주변인의 자살, 자살사이트 방문 경험, 유명인의 자살보도 영향력 인식 등으로 조사됐다. 이들은 자살생각이나 우울이 심한 상태에서 주변인의 자살을 경험하거나 유명인의 자살 소식을 들으면 자살 생각을 더 많이 하는 경향을 보였다. 이 조사에서 연구대상의 50%가 넘는 청소년이 자살을 생각한다는 것은 그만큼 현재 삶이 고통스럽고 절망스럽다는 반증이라고 할 수 있다[13]. 여성 청소년이 자살생각이나 자살 시도를 3배 이상 많이 한다는 것은 그들의 삶이 남성 청소년보다 더 고통스럽고 피폐한 것임을 정신건강을 통해 드러내는 것으로도 볼 수 있을 것이다.

2. 학교 밖 청소년 건강검진 현황

학교 밖 청소년 건강검진은 청소년기본법 제3조에 따라 9-18세 이하 청소년을 대상으로 청소년복지지원법 제6조(체력검사와 건강진단) 및 같은 법 시행규칙 제7조(체력검사와 건강진단 실시)등의 법적 기준을 근거로 실시된다.⁹ 이 사업은 학교 밖 청소년의 질병 조기발견과 예방을 위한 맞춤형 건강검진을 목표로 한다. 사업의 주체는 여성가족부이고, 실행은 국민건강보험공단이 기존 건강검진의 노하우를 살려 실행하고 있다.

검진 대상은 만 9세 이상 18세 이하 학교 밖 청소년이며, 각 시도의 학교 밖 청소년 지원센터에 머물고 있는 청소년을 주된 대상으로 한다. 학교 밖 청소년 지원

⁸ 여성가족부 (2017), "학교 밖 청소년 5명중 1명은 건강관리 필요: 2016년 첫 시행 학교 밖 청소년 건강검진 결과 분석", 2017.3.22.일자 보도자료. 이 자료는 2016년도 학교 밖 청소년 건강검진 수검자 총 6,986명(여, 3,204명/남, 3,782명)을 대상으로 분석했다.

⁹ 학교 밖 청소년의 연령범위는 9-24세이지만 만약 이 학교 밖 청소년이 만19세가 넘어 취업을 했거나, 세대주인 경우에는 일반 건강검진대상자가 되기 때문에 학교 밖 청소년 건강검진 대상자에서 제외된다.

센터가 일괄적으로 검진 대상자 명부를 제출하면 공단에서 검진표를 발송한다. 청소년들은 이 검진표를 갖고 지정된 검진기관을 방문해 검진을 받는다. 검진은 매 3년마다 간염검사, 구강검진 등 18개 항목을 기본으로 실시하고, 의사와의 문진결과에 따라 매독검사, 자궁경부세포검사, HIV 항체검사 등 3개 항목을 추가검진할 수 있다. 학교 밖 청소년 건강검진 대상자 수는 2016년 신청인원 12,563명(수검 6,986명), 2017년 신청인원 10,268명(수검 5,019명) 등에 이른다[24]. 비용은 전액 국고 부담이며 본인 부담금은 발생하지 않는다.

문제는 위의 신청인원 수와 수검자 수 차이에서 볼 수 있듯 실제 검진을 받는 수검자 수가 신청인원의 50%정도라는 데 있다. 학교 밖 청소년 지원센터나 쉼터에 머물고 있지 않은 청소년의 경우는 아예 검진 기회가 있다는 것조차 알지 못한다. 학교 밖 청소년 건강검진에 대한 접근성 강화방안이 필요한 지점이라고 할 수 있다.

검사 항목은 아래 [표 1]에 보듯 건강상담(문진), 결핵 측정(흉부촬영), 소변검사, 혈액검사(콜레스테롤, 혈액소 등), B형 및 C형 간염검사, 구강검진 등이다. 문진시 의사와 상담을 통해 필요할 경우 매독혈청반응검사, HIV항체검사, 자궁경부세포검사 등 3가지 항목을 추가할 수 있다. 추가항목에 성병으로 일컬어지는 전염병 항목이 포함된 것은 이들이 성적으로 취약한 환경에 처해있을 가능성에 대비하기 위해서이다.

표 1. 학교밖 청소년 건강검진 검사항목

구분	검사항목										
	결핵		병리검사		당뇨*	혈액검사*			구강검진		
기본 검진	건강 상담 (문진 등)	흉부 촬영	소변	혈색소	B형간염 C형간염	혈당	총콜레스테롤	AST	ALT		
추가 검진	매독혈청반응, HIV 항체, 자궁경부세포검사(상담포함)										

* 체질량지수가 백분위수 도표 95이상 또는 BMI 25 이상인 경우에 한해 실시 (자료 : 국민건강보험공단 (2018), '2018 건강검진 실시안내', P31).

검사 항목 중 소변검사, 혈액소검사, B형간염과 C형 간염, 혈당검사, 총콜레스테롤검사, 매독혈청반응검사 6개 검사는 2018년 7월부터 확진검사제도를 실시하여 측정치가 위험수준일 경우, 병·의원에서 무료로 확진검사를 받을 수 있도록 했다.¹⁰ 또 2018년 7월부터는 건강검진 신청자 수에 비해 실제 검진을 받는 수검율이 낮은 문제점을 개선하기 위해 학교 밖 청소년 지원센터나 쉼터로 검진인력이 직접 찾아가는 '출장검진'제도를 시범 실시하고 있다.

3. 전 국민 건강검진제도의 맥락에서 본 학교 밖 청소년 건강검진의 중요성

건강검진의 중요성은 스스로 건강관리를 할 수 있도록 개인의 건강 상태를 점검할 수 있는 '증거(건강검진 결과 및 기록 조회)'를 제시하고, 건강관리에 나설 수 있는 '동기(건강정보 및 의학정보 제공)'와 '방법(운동 및 영양 정보)', 나아가 상담 및 컨설팅 등을 제공하는 것에 있다. 건강상태를 알게 됨으로써 스스로 건강관리에 나설 수 있도록 증거, 동기, 방법을 제공하는 것이 현행 건강검진제도의 효과라고 할 수 있다.

한국은 건강보험 적용인구가 국민의 97.2%를 넘는 전 국민 건강보험과 더불어 전 국민 대상 건강검진제도를 실시하고 있다. 전 국민 건강검진제도는 1)영유아건강검진(만6세미만), 2)청소년건강검진(6-18세 이하)과 3)학교밖 청소년 건강검진(9-18세 이하), 4)일반건강검진(19세 이상), 5)암 검진 등 크게 다섯 가지 형태로 구분된다.¹¹

10 검진 흐름은 다음과 같다. 학교 밖 청소년 지원센터에서 학교 밖 청소년에게 건강검진을 안내하면, 안내를 받은 해당 청소년은 지원센터에 건강검진 신청서와 개인정보 제공 동의서를 제출한다. 이후 지원센터에서 대상자 명단을 건강보험공단 지역본부에 통보하면 건강보험공단이 건강검진표를 신청 주소지로 개별 발송한다. 미수검자에게는 수검 독려를 위한 검진 안내문을 추가 발송한다. 건강검진 대상자는 학교 밖 청소년 건강검진 기관으로 지정된 의료기관을 방문해 검진을 받는다. 검진후 의료기관은 건강보험공단에 검진비용을 청구하고, 공단은 접수된 청구내역을 심사한 뒤 접수일로부터 15일 이내에 검진비용을 지급한다. 건강검진 기관은 검진 실시일로부터 15일 이내에 해당 청소년에게 검진결과를 통보한다. 검진결과 질환의심 판정을 받은 청소년은 지원센터 상담원과 상담을 통해 위기청소년 특별지원 연계를 안내받는다[25].

11 영유아건강검진, 일반건강검진과 암검진은 국민건강보험공단이 주관하고, 학교 밖 청소년 건강검진은 여성부 주관으로 국민

이렇게 개인의 생애주기에 따라 건강검진이 실시되고 있지만, 기존 제도 내에서 학교 밖 청소년에 대한 고려는 찾아보기 어려웠다. 다만 보건복지부가 비취학 청소년 건강검진이라고 하여 1년에 약 1500명의 청소년에게 건강검진을 실시한 것이 전부였다. 학교 밖 청소년은 저소득 취약계층을 대상으로 실시되는 의료급여 대상자 건강검진에도 포함되지 못함으로써 건강검진의 사각지대에 놓여있었다. 앞서 언급한 대로 학교 밖 청소년의 신체적, 정신적 건강이 같은 또래 재학 청소년들보다 좋지 못한 상태임에도 불구하고, 이들이 기존 건강검진제도에서 소외돼 있었다는 사실은 국민 건강검진제도의 사각지대가 존재함을 알 수 있는 지점이다.¹²

이런 점에 비춰볼 때 학교 밖 청소년 건강검진은 무엇보다도 기존 학교 체제 내에서 소외돼 있던 학교 밖 청소년들을 국민건강검진제도 속에 편입시킴으로써 소외계층, 취약계층의 건강을 증진시키려는 목적을 갖는다고 볼 수 있다. 이 제도는 기존의 비취학 청소년 건강검진에 비해 검진대상자 수를 확대했고 검진 항목도 다양화했다. 검사항목도 소변검사, 혈액검사, 간염검사, 혈당검사, 콜레스테롤검사 등은 학생 건강검진 항목과 동일하게 하고, 학교 밖 청소년의 취약한 상황을 고려한 검사 항목을 추가했다. 궁극적으로 학교 밖 청소년 건강검진은 국가 차원에서 소외계층의 건강 불평등을 해소하기 위한 제도적 노력이라는 데서 의의를 찾을 수 있다.

건강보험공단이 위탁실행하고 있다. 학생건강검진은 교육부 주관으로 실시된다. 영유아 건강검진은 생후 4개월부터 시작해서 71개월에 이르기까지 총 7차례 실시된다. 주로 영유아의 신체발달, 영양 상태 등을 점검하며 검진비용은 국민건강보험공단에서 전액 지급된다. 일반검진은 직장가입자와 피부양자, 지역가입자의 세대주와 세대원을 대상으로 2년에 1회씩 실시된다. 암검진은 발생률이 높고, 조기진단 및 치료가 가능한 5대 암(위암, 간암, 대장암, 유방암, 자궁경부암)을 대상으로 실시되는데 검진 대상과 검진주기는 성별, 연령, 병력에 따라 다르다. 암검진의 검진 대상과 검진주기는 자궁경부암(20세이상/매 2년), 유방암(40세 이상/매 2년), 대장암(50세 이상/매 1년), 간암(40세이상/6개월), 위암(40세이상/2년) 등으로 다양하다. 비용은 자궁경부암과 대장암의 경우는 건강보험공단이 전액 부담하고, 위암, 간암, 유방암 검진비용은 공단과 수검자가 9:1의 비율로 부담한다[1].
12 2017년도 건강검진 수검자 수는 일반건강검진 1,398만7,091명, 암검진 1,141만1,098명이다. 영유아 검진까지 합하면 2,539만명을 넘어 전 국민의 50% 가까이가 검진을 받고 있다고 볼 수 있다[26].

하지만 앞서 밝혔다시피, 학교 밖 청소년 건강검진은 시설거주 청소년 위주로 실시되고 있는 등 한계를 갖고 있다. 그런 맥락에서 아직 개선해야할 점이 많이 남아 있는 미완성의 제도로도 볼 수 있다. 앞으로 학교 밖 청소년 건강검진이 가출 청소년까지 아우르는 실질적인 건강관리 방안으로 자리매김하길 바라면서 접근성 향상을 비롯한 제도 및 실행 개선에 대해 논의해 보려고 한다.

IV. 학교 밖 청소년 건강검진의 과제

1. 대상 발굴 및 접근성 강화

현행 학교 밖 청소년 건강검진의 최우선 과제는 낮은 수검율을 끌어올리고 검진대상자를 확보하는 것이다. 이 제도는 현재 대안학교, 학교 밖 청소년 지원센터 등 주거가 비교적 분명한 청소년을 위주로 실시되고 있다. 그러나 이 제도가 원래의 취지와 목적을 달성하려면 주거가 불분명한 가출 청소년과 근로청소년을 검진대상에 포섭하기 위한 적극적이고 지속적인 노력이 필요할 것이다. 가출 청소년을 대상으로 제도를 확대하지 못하는 한계는 자명하다. 그들에 대한 주거 및 소재 파악이 어려워 건강검진 수검표를 발송할 수 없고, 설명 발송한다 하더라도 자발적으로 지정 의료기관을 찾아와 검진을 받는 경우가 거의 없기 때문이다. 그래서 대안학교에 재학 중이거나 학교 밖 청소년 지원센터에 머물고 있는 등 비교적 소재 파악이 쉬운 청소년을 위주로 검진을 실시하고 있다. 이 제도가 명실상부한 '학교 밖 청소년' 건강검진으로 자리매김하기 위해서는 이 제도가 있는 지도 모르고 설명 알고 있어도 검진을 받지 않거나 받을 수 없는 상황에 있는 청소년[21]을 발굴하여 포섭하는 제도적, 정책적 노력이 반드시 요청된다.

일례로 가출 청소년의 경우 어떤 형태로든 일을 하고 있고 주거가 불안정한 것이 특징이다. 그렇다고 이들이 혼자 사는 것은 아니다. 이들은 PC방, 찜질방, 친구집, 모텔 등을 전전하기도 하고 그러다가 가출팸을 형성해 생활하는 경우도 있다[10]. 가출팸은 월세, 달세 등을 내고 도심에서 벗어난 주변부지역의 쪽방, 모텔 등에서 가출한 10대들이 함께 주거하는 형태로, 다른 주거방식

보다는 일시적으로 안정적이지만 경제적 어려움에 의한 비행, 성매매 위험, 혼숙에 의한 성폭행 위험이 상존한다. 그럼에도 가출팸은 현재 가출한 10대들에 의해 실천되는 주된 거주 방식으로 보여진다[12]. 이들에게 고정된 주소지로 검진안내문을 보내기는 사실상 불가능하며, 설령 검진안내문을 받았다 하더라도 검진을 받으러 의료기관을 찾지 않을 가능성도 높다. 그렇다고 해서 이들을 검진대상으로 포섭하기 위한 노력을 포기한다면 이 제도는 실질적으로 '학교 밖 청소년'을 지원하는 제도라기보다 '시설 거주 청소년' 지원 제도에 머물 수밖에 없을 것이다.

시설 거주 청소년과 거리의 청소년을 모두 아우를 수 있는 진정한 학교 밖 청소년 검진이 되기 위해서는 접근성 강화 및 검진 대상자 발굴을 위한 제도 개선과 정책적 실천이 요청된다. 먼저 현행 학교 밖 청소년 건강검진이 홍보조차 제대로 되지 않고 있는 상황임을 감안해 제도 홍보에 주력할 필요가 있다. 아울러 더 많은 학교 밖 청소년을 건강검진으로 이끌 수 있는 방법적 고민과 실행이 병행되어야 할 것이다. 가출팸들이 모여 사는 도심주변지역 모델이나 원룸, 편의점, PC방, 노래방 등에서 손쉽게 이 제도를 안내받을 수 있도록 홍보 활동을 펼칠 필요가 있다. 인근 산부인과, 비뇨기과, 소아청소년과 등에 포스터·홍보책자를 비치하고, 전화·온라인 상담 및 안내, 나아가 지하철, TV 광고 등도 생각해볼 일이다. 한 가지 예를 든다면, 가출 여성 10대 청소년 가운데 원치 않는 임신 등의 이유로 산부인과 상담이 필요한 경우가 있을 수 있으니 이들을 대상으로 산부인과 상담을 실시하고 건강검진으로 안내하는 방법도 고려해 볼 만한 것이다.

또 다른 예로, 몇 년전 아동학대사건으로 사회적 이슈가 되었을 당시 전국 초등학교 대상으로 학교를 중단한 초등학생 전수조사를 실시했던 적이 있다. 그 당시의 자료를 바탕으로 추적을 하는 방법도 있을 것이다. 가장 확실한 방법은 교육부로부터 중·고등학교 재학생 현황 자료를 받아서 중퇴자나 미진학자를 추적 조사하는 것이다. 이런 방법이 비용이 많이 들기도 하고, 부처간 협력이 필요하기 때문에 쉽지 않지만 학교 밖 청소년 건강검진에 대한 의지가 확고하다면 방법을 찾을 수 있을 것으로 생각한다.

2. 예방접종과 정신건강

학교 밖 청소년의 경우 초·중·고등학교에서 완료됐어야 할 예방접종을 하지 않은 경우가 많아서 전염병 감염 위험이 높은 것으로 알려져 있다. 일례로 여성가족부가 발표한 2016년 검진결과 자료에서 수검자의 69.9%에게서 B형간염 예방접종이 필요한 것으로 나타났다. 또 학교 밖 청소년 50명을 대상으로 한 예비조사 연구에서 45명(90%)의 청소년들이 1가지 이상 국가 필수 예방접종을 받지 못했고, 4명(8%)은 4가지 필수 예방접종을 하나도 받지 않았다. 또 50명(100%) 전부가 B형 간염항체검사를 받은 적이 없었고 이중 70%에게서 B형 간염 항체 음성 결과가 나와 1차 접종을 했다고 밝히고 있다[11]. 이는 학교 밖 청소년들이 예방접종 사각지대에 있다는 것을 보여주는 것이므로, 검진 시 필요한 경우 필수예방접종을 실시하는 것이 필요하다.

현행 학교 밖 청소년 건강검진의 또 다른 문제는 정신건강 검진이 누락됐다는 점이다. 학교 밖 청소년의 정신건강 상태가 좋지 못하다는 것은 이미 여러 연구에서 밝혀진 바 있다[2][13][16][18][20]. 많은 학교 밖 청소년들이 외상 후 스트레스 증상을 경험하고 있으며, 극심한 빈곤으로 인한 상처, 우울, 가족의 투병, 사고, 사망, 별거, 이혼, 성폭행, 신체적 폭행, 교통사고 등 트라우마를 갖고 있다.

이처럼 학교 밖 청소년의 정신건강이 상당히 취약한 것으로 밝혀지고 있음에도 불구하고, 현행 제도에서 정신건강 검진이 제외돼 있는 것은 분명히 문제적이다. 앞으로 개선될 학교 밖 청소년 건강검진에는 정신건강 항목은 물론, 이에 대한 지속적인 사후관리도 포함돼야 할 것이다.

3. 검진 사후관리 강화

현행 학교 밖 청소년 건강검진 제도는 시행초기인 까닭인지 주로 검진 시행 자체에 초점이 맞춰져 있다. 그러나 건강관리는 검진보다 검진결과를 바탕으로 한 사후관리가 중요하다. 학교 밖 청소년 건강검진의 경우에도 검진 사후관리에 대한 세심한 정책 설계와 실행이 병행되어야 할 것이다.

앞서 밝힌 바와 같이 건강검진은 개인으로 하여금 자신의 건강상태에 대한 과학적 '증거 제시'를 통해 스스

로 건강관리에 나서게 만드는 '동기부여'와 건강관리 '방법 제시'로 만성질환을 예방하려는 것이 주요 목적이다. 이런 면에서 볼 때 검진 사후관리와 건강관리의 중요성은 아무리 강조해도 지나치지 않는다. 건강보험공단에서 실시하는 일반건강검진, 암 검진 등의 경우 수검자에게 건강검진 결과 및 기록 조회 등 증거를 제시하고, 스스로 건강관리에 나설 수 있는 건강 및 의학정보와 건강관리 방법을 전달하며, 만성질환자로 확인될 경우 당사자 동의를 얻어 인근 보건소·1차 의료기관과 연계해 의료서비스를 제공한다.

현행 학교 밖 청소년 건강검진의 경우에도 건강이상이 확인된 경우에 한해 의료비특별지원 서비스가 제공된다. 하지만 검진 사후관리가 별도로 실시되고 있지는 않다. 여러 연구결과 학교 밖 청소년이 재학 청소년보다 발달상태도 좋지 않고 안과 질환, 치과 질환, 고혈압, 당뇨 등 여러 가지 만성 질환 요인을 갖고 있는 경우가 많아서 검진 사후관리의 필요성이 더 높다고 할 수 있다. 그래서 학교 밖 청소년을 위한 검진 및 사후관리까지 고려하는 세심한 정책 설계 및 실행이 필요하다.

검진 사후관리 실행의 한 예로 국민건강보험공단의 건강검진 사후관리사업인 '대사증후군 관리사업'이나 모바일을 이용한 검진사후관리 시스템인 '스마트 검진 사후관리 시스템' 등을 이용할 것을 제안해 본다. 국민건강보험공단은 2019년부터 모바일을 통한 검진 사후관리 서비스를 실시하기 위해 '스마트 검진사후관리 시스템'을 개발하고 있다. 검진 결과 고혈압, 당뇨병 등 만성 질환 의심요인이 1-3개 이상 나타난 주의군 대상자들과 3-5개 이상인 위험군 대상자들에게 실시했던 기존의 '대사증후군 관리사업'¹³을 모바일을 이용해 맞춤형 서비스로 제공하겠다는 전략이다. 이 시스템을 이용해 '학교 밖 청소년 건강검진 사후관리 서비스'를 시작

13 대사증후군 관리사업은 건강검진 결과 위험요인이 1개 이상 나온 질환주의군이나 위험요인이 3개 이상 나온 질환의심군, 그리고 5개 이상인 환자군 등을 대상으로 전화 상담, 진료 안내, 영양 및 운동상담 등의 건강관리 서비스를 제공하는 것이다. 스마트 검진사후관리 시스템은 기존에 유무선 서비스로 이루어지던 대사증후군 관리서비스를 모바일을 이용해 확대하는 것으로써 질병 위험요인이 1개 이상인 수검자들을 대상으로 모바일 앱을 다 운반도록 한다. 이 시스템은 2017년부터 시범사업 형태로 시작했다. 지난 10년간의 건강검진 결과와 현재 디바이스 기기를 통해 측정된 혈압, 혈당 등 건강수준을 분석 모니터링을 통해 건강생활습관을 개선하도록 유도하고 건강검진 결과 건강위험요인에 맞춘 콘텐츠를 제공한다는 게 사업의 취지다.

해 볼 수 있을 것이다.

건강보험공단은 2018년 6월말부터 기존의 '만성질환 관리수가시범사업'과 '지역사회일차의료시범사업' 등을 통합한 '통합적 만성질환관리사업'을 실행하고 있다. 이는 지역의 1차 의료기관에서 확진한 만성질환자들을 지역 보건소, 건강동행센터 등에 의뢰하면, 이 센터에서 운동처방, 영양 관리, 상담, 컨설팅 등의 서비스를 제공하는 것이다. 1차 의료기관의 문지기 역할을 통해 만성질환자들을 확인하고, 보건소, 건강동행센터, 건강증진센터 같은 지역사회 자원을 통해서 이들의 건강을 관리하려는 것이다. 이 시스템 안에 고혈압, 당뇨병 등의 만성질환을 가진 학교 밖 청소년들을 포함하는 방안도 고려할 수 있을 것이다. 즉, 기존에 실시되고 있는 만성질환 관리 프로그램 및 검진 사후관리 서비스에 학교 밖 청소년을 포함시켜 스스로 건강을 지킬 수 있는 정보, 방법 등을 제공함으로써 이들이 최소한의 사후관리라도 시작할 수 있는 토대를 제공해야 할 것이다.

4. 검진주기 단축

현행 학교 밖 청소년 건강검진은 학생건강검진과 동일하게 3년을 검진주기로 한다. 학생건강검진이 초1, 초4, 중1, 고1 시기 등 12년 동안 총 4회 검진을 받는 것과 마찬가지로 학교 밖 청소년 건강검진도 검진 첫해를 기준으로 매 3년씩을 검진주기로 잡는다. 그러나 가출 청소년의 경우 검진주기를 3년으로 잡으면 사실상 1회 검진에 그칠 가능성이 높다. 그들은 재학 청소년에 비해 상대적으로 이동성이 높기 때문에 지속적인 수검을 보장하기 어렵다.

이들은 재학 청소년과 비교했을 때 상대적으로 열악하고 위험한 환경에 노출될 빈도가 더 높다. 많은 가출 10대 청소년들이 생계를 위해 어떤 형태로든 노동을 하고 있는 상황에서 재학 청소년과 동일하게 매 3년마다 검진을 실시하는 것은 1회성 건강검진에 그치게 만들 우려가 있다.

가출 10대 청소년은 불안정하고 취약하고 열악한 환경에서 생계를 위해 노동하고 있는 저임금 임시직 육체 노동자라도 간주될 수 있다. 그러므로 현행 일반건강검진에서 현장직 노동자들에게 1년에 1회 건강검진을 실시하는 것과 마찬가지로, 가출 10대 청소년에게 연 1회

의 건강검진을 실시하고 지속적인 사후관리서비스를 제공하는 것이 필요하다. 이것은 그들이 처한 사회적 맥락을 고려하고 건강 형평성을 높이기 위한 조치로 이해되어야 할 것이다.

V. 나가며

이상으로 학교 밖 청소년 건강검진에 대해 소개하고 이 제도의 현황과 개선과제에 대해 살펴보았다. 정규제 교육기관을 다니지 않고 있는 청소년을 이 사회가 규정된 '정상성'을 벗어난 '일탈적인 10대'로 보거나, 또는 '불쌍한 10대'로 보는 시선은 청소년이 가진 힘과 주체성을 제대로 인식하지 못한 데서 기인한다. 학교 밖 청소년의 범주는 부모의 사회경제적 지위, 학력, 지역에 따라 다르다. 하지만 이들은 이 사회가 '정상'으로 분류한 학생 집단의 바깥에 있다는 이유로, 대안학교에 다니는 부유한 청소년이든, 빈곤과 폭행을 피해 집으로부터 도망친 가출 청소년이든 사회적 차별에 노출돼 있는 것도 사실이다. 학교 밖 청소년 범주 가운데서도 특히 여성 청소년은 같은 가출 청소년 위계에서도 하위에 위치한 경우가 많다. 같은 남성 가출청소년이 여성 청소년을 성적으로 착취하고 그들이 벌어들인 돈을 가로챘던 사건을 통해서도 간접적으로 그 양상을 알 수 있다. 성매매에 동원된 여성 가출청소년의 경우 생존을 위해 타인이 원하는 모습으로 '연기'하는 '자기소외' 문제를 안고 있는 경우도 많다.

그런 측면에서 정부가 제도권 학교 밖으로 밀려난 청소년을 위해 건강검진 제도를 실시한 것은 매우 반가운 정책적 출발이라고 본다. 하지만 현행 제도의 혜택은 쉽거나 학교밖청소년 지원센터 등 비교적 주거 파악이 쉬운 청소년에게만 도달할 뿐 가출 청소년에게까지는 이르지 못하고 있다. 현행 제도는 접근성확대정책을 통해 수검율을 끌어올리고, 이 제도의 유용성을 알려서 건강 불평등에 놓여 있는 많은 학교 밖 청소년들을 검진제도 안으로 포섭하는 것이 시급한 과제라고 할 수 있다. 이 제도가 모든 학교 밖 청소년을 아우르며 실질적 도움을 주는 제도가 되기 위해서는 이들이 처한 사회적, 경제적 맥락을 파악하고 이들이 건강 불평등에

빠지지 않도록 조치하는 정책 당국과 실행자들의 세심한 정책적, 실행적 노력이 필요하다. 이를 통해 건강 사각지대에 놓여있는 많은 10대 청소년의 건강상태가 개선되길 바란다.

참고 문헌

- [1] 국민건강보험공단, *2018 건강검진 실시안내*, 2018.
- [2] P. Braveman, *Health Difference, Disparity, Inequality, or Inequity-What Difference Does It Make What We Call It?*, Buchbinder, Mara, Michele Rivkin-Fish and Rebecca L. Walker eds. *Understanding Health Inequalities and Justice*, The University of North Carolina Press: Chapel Hill, 2016.
- [3] J. Kahn, *Chapter 2: The Politics of Framing Health Disparities: Markets and Justice*, Gomez, Laura E & Nancy Lopez eds. *Mapping "Race": Critical Approaches to Health Disparities Research*, New Brunswick, New Jersey, and London: Rutgers University Press, 2013.
- [4] P. Farmer, *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*, Berkely, Los Angeles and London: University of California Press, 1999.
- [5] 폴 파머 지음, *권력의 병리학*, 김주연·리병도 옮김, 서울: 후마니타스, 2009.
- [6] Collins, Patricia Hill, *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness, and the Politics*, Routledge, 2008.
- [7] Kittay, Eva Feder, *The Liberal Autonomous Subject and the Question of Health Inequalities*, Buchbinder, Mara, Michele Rivkin-Fish and Rebecca L. Walker eds. *Understanding Health Inequalities and Justice*, The University of North Carolina Press: Chapel Hill, 2016.
- [8] 김기태, *대한민국 건강불평등 보고서*, 나눔의 집, 2012.
- [9] D. Sherman, "The Neglected Health Care Needs of Street Youth," *Public Health Reports*,

Vol.107, No.4, 1992.

[10] 민가영, “피해 협력성”을 이끌어내는 ‘비강압적 착취의 맥락’에 대한 연구: 십대 가출여성의 가출뱀 관계를 중심으로,” 한국여성학, 제32권, 제1호, pp.101-141, 2016.

[11] 이소희, 안명옥, 정은희, 이문수, 이연정, *학교 밖 청소년 건강증진 서비스 시범사업 운영 및 개선방안*, 국립중앙의료원, 2015.

[12] 김연주, “성매매 피해 십대 여성들의 자활을 위한 센터의 역할과 위치 모색:A센터를 중심으로,” 한국여성학, 제30권, 제3호, pp.123-158, 2014.

[13] 정익중, 박재연, 김은영, “학교청소년과 학교밖청소년의 자살생각과 자살시도에 영향을 미치는 요인,” 정신보건과 사회사업, 제34권, pp.222-251, 2010.

[14] 김은녕, 서보람, “가출 청소년의 사회적지지, 진로태도성숙이 자립준비에 미치는 영향: 일시 청소년쉼터 이용 청소년을 중심으로,” 한국콘텐츠학회논문지, 제18권, 제12호, pp.197-207, 2018.

[15] 윤철경, 성운숙, 유성렬, 김강호, *학교 밖 청소년 이행경로에 따른 맞춤형 대책 연구*, 한국청소년정책연구원, 2016.

[16] 백혜정, 송미경, *학교 밖 청소년 지원 정책 체계화 방안 연구*, 한국청소년정책연구원, 2015.

[17] 황순길 외, *학교 밖 청소년 건강실태 및 건강증진 방안 연구*, 한국청소년상담복지개발원, 2014.

[18] 성운숙, *학교 밖 청소년 이행경로에 따른 맞춤형 대책 연구-학교 밖 청소년 이행경로별 특성에 대한 질적 분석-*, 한국청소년정책연구원, 2016.

[19] 황세영, 조성화, *학교 밖 청소년을 위한 지속가능발전교육 프로그램 개발*, 한국청소년정책연구원, 2015.

[20] 이현우 양명숙, “학교 밖 청소년이 지각한 가족건강성, 자기개념명확성이 진로태도성숙에 미치는 영향,” 청소년학연구, 제24권, 제2호, pp.91-116, 2017.

[21] 백혜정, 임희진, “학교 밖 청소년 건강실태 및 지원방안 연구,” NYPI 청소년정책 리포트, 한국청소년정책연구원, 2014.

[22] P. Farmer, *Aids and Accusation: Haiti and the Geography of Blame*, Berkely, Los Angeles and London: University of California Press, 2006.

[23] 여성가족부, “학교 밖 청소년 5명중 1명은 건강관리 필요: 2016년 첫 시행 학교 밖 청소년 건강검진 결과 분석,” 2017.3.22.일자 보도자료.

[24] 여성가족부·국민건강보험공단, 2017년 학교 밖 청소년

년 건강검진 사업설명회, 2017.

[25] 여성가족부, “학교 밖 청소년 건강검진, 하반기부터 국가가 확진까지 전액 부담,” 2018.7.11일자 보도자료, 2018.

[26] 국민건강보험공단, 2017년도 건강보험 수검률 현황, 기간행, 2018.

[27] 구승신, 정옥희, 장성화, “청소년의 자아정체감, 사회적 지지와 정신건강과의 관계,” 한국콘텐츠학회논문지, 제11권, 제9호, pp.225-237, 2011.

저 자 소 개

김 양 희(YangHee Kim)

정희원



- 1992년 2월 : 이화여대 정치외교학과(문학사)
- 2009년 8월 : 이화여대 여성학과(문학석사)
- 2016년 8월 : 이화여대 여성학과(문학박사)
- 2016년 12월 ~ 현재 : 국민건강보

험공단 건강보험정책연구원 부연구위원
 <관심분야> : 건강보험, 젠더와 건강, 국제개발