

# 우리나라 헬스리터러시 국가정책 방향

박동진\*, 고광욱\*\*, 이주열\*\*\*†

\*한림대학교 광고홍보학과 교수, \*\*고신대학교 의과대학 교수, \*\*\*남서울대학교 보건행정학과 교수

## Direction of national policy for health literacy in Korea

Dong-Jin Park\*, Kwang Wook Koh\*\*, Ju Yul Lee\*\*\*†

\* Professor, Hallym University, Department of Advertising and Public Relations,

\*\* Professor, Kosin University College of medicine,

\*\*\* Professor, Namseoul University, Department of Health Administration

**Objectives:** To suggest the direction of national policy for health literacy in Korea, this study compared and analyzed the health literacy policies of EU countries, China, United States, and Korea. **Methods:** In order to compare the health literacy policies of major countries, data on (1) general health literacy levels, (2) health literacy goals, (3) beneficiaries, (4) initiator, and (5) financial resources were collected and analyzed. **Results:** Although the levels of health literacy and the stage of policy development showed considerable differences among countries, the concept of health literacy and the strategies related to it have been continuously improved. In Korea, national policy for health literacy is now its infancy. Accordingly, goals and strategies need to be systematically prepared. **Conclusion:** The level of health literacy in Korea was estimated and the direction of national policy for health literacy was suggested. In Korea, national health literacy policies should be established to reduce health and social disparities, change structural conditions, strengthen cooperation in various fields, and enable participatory decision-making.

**Key words:** health literacy, health literacy level, national policy, health decision-making

### I. 서론

헬스 리터러시 개념은 1974년 보건교육의 세부목표로 처음 언급된 이후(Simonds, 1974), 1990년대 후반부터 국가 건강증진의 핵심 전략으로 주목받기 시작하였다(Dodson, Good, & Osborne, 2015; Lee, 2019; Nutbeam & Kickbusch, 1998; World Health Organization[WHO], 2016). 세계 보건기구는 1986년 오타와 건강증진선언에서 5대 건강증진 활동영역과 함께 주요 전략으로서 조직의 헬스 리터러시라 할 수 있는 관련 조직들의 협력과 개인의 헬스 리터러시 역량이라 볼 수 있는 개인의 건강결정 역량 강화

(empowerment)를 강조하였다. 2016년 제9차 국제건강증진회의의 상하이 선언문에서는 헬스 리터러시를 건강증진을 위한 역량 강화와 형평성을 가능하게 하는 수단으로 개인적 차원을 넘어 정치적 정책 수준으로 확대해야 한다고 하였다(WHO, 2016). 그러나 헬스 리터러시가 정책적 수준에서 논의되기 위해서는 신뢰할 만한 충분한 데이터와 헬스 리터러시의 명확한 중재 효과가 입증되어야 한다.

2000년대 이후 유럽지역의 많은 국가와 호주, 미국, 중국 등 여러 나라가 국가 차원의 헬스 리터러시 수준에 대한 공식적 조사를 시행하고, 국민의 헬스 리터러시 수준을 향상하기 위해 국가정책과 전략을 개발하여 추진하고 있다

Corresponding author: Ju Yul Lee

Department of Health Administration, Namseoul University, 91, Daehakro, Seonghwan-eup, Seobuk-gu, Cheonan-si, Chungcheongnam-do, 31020, Republic of Korea

주소: (31020) 충남 천안시 서북구 성환읍 대학로 91 남서울대학교 보건행정학과

Tel: +82-41-580-2333, Fax: +82-41-580-2926, E-mail: Ljy@nsu.ac.kr

※ 본 연구는 2022년도 한국보건교육건강증진학회 연구회 지원사업의 지원을 받아 수행되었음.

• Received: August 14, 2022

• Revised: September 9, 2022

• Accepted: September 21, 2022

(Nutbeam, 2017). 2006년 미국에서 성인 대상 헬스 리터러시 조사가 실시되었고(Ratzan & Parker, 2006), 2009~2011년에는 오스트리아, 불가리아, 독일, 그리스, 아일랜드, 네덜란드, 폴란드, 스페인 등 유럽지역 8개 국가가 국가 차원의 헬스 리터러시 조사를 하였으며, 2019~2021년에는 유럽지역 17개 국가가 조사에 참여하였다(Lee, 2019; Pelikan & Ganahl, 2017; Sørensen et al., 2015; The HLS<sub>19</sub> Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2021). 아시아에서는 중국이 2008년 국가 차원의 첫 번째 헬스 리터러시 조사를 한 이후 계속해서 모니터링을 시행하고 있다(Yao, Shi, & Li, 2016; Shi, Qi, Li, & Liu, 2020). 2016년에는 헬스 리터러시를 중국의 보건정책인 Healthy China 2030에 전략 계획으로 포함시켰다(Jiang & Jiang, 2021).

헬스 리터러시는 건강정보 전달 방식의 개선과 보건교육의 질적 수준을 향상하는데 중요한 전략이 될 수 있다(Parker, Ratzan, & Lurie, 2003). 그러나 우리나라에서는 헬스 리터러시가 건강정책으로 활용되지 못하였다(Lee, 2019). 우리나라에서는 2005년 헬스 리터러시 개념이 처음 소개되었고(Lee, 2019), 2021년 발표된 제5차 국민건강증진종합계획(HP2030)의 중점과제로 포함되었으며, 전국 규모로 매년 실시되는 지역사회 건강조사에 2021년부터 헬스 리터러시 관련 설문 항목 2개가 개인 조사표에 포함되었다. 외국과 비교하면, 우리나라의 헬스 리터러시 국가정책은 시작이 늦었고 아직은 체계를 갖추어가는 과정이라고 할 수 있다. 그러나 헬스 리터러시가 건강증진 분야에서 인구집단의 건강관리 질 및 건강 형평성 향상을 위한 중요한 수단으로 활용될 수 있다는 점을 고려할 때, 우리나라 보건교육 및 건강증진 분야에서 헬스 리터러시를 활성화하는 것은 매우 시급한 과제라고 할 수 있다. 본 연구에서는 헬스 리터러시 국가정책을 수립하여 추진하고 있는 오스트리아, 스코틀랜드, 아일랜드, 네덜란드, 독일, 중국, 미국의 헬스 리터러시 수준 및 관련 세부 계획을 분석하여 우리나라 헬스 리터러시의 국가정책 방향을 제시하고자 한다.

## II. 연구방법

### 1. 연구 자료

각국의 헬스 리터러시 정책 관련 연구를 학술 문헌검색

을 통해 체계적으로 수집 및 분석하기는 쉽지 않은 과정이다. 예를 들어, 구글 스칼라에서 2018년 이후의 헬스 리터러시를 검색하면 결과가 약 52,800개 제시되며, 헬스 리터러시와 정책을 핵심어로 검색 범위를 줄여도 34,400개의 학술자료가 검색 결과로 나타난다. 이에 본 연구에서는 연구 자료 수집을 기존의 관련 주제에 대한 학술서와 보고서를 중심으로 1차적으로 진행한 후, 소개된 국가의 정책 관련 2차 검색을 통해 분석 자료를 확보하였다. 해외 사례 수집은 International handbook of health literacy(Okan, Bauer, Levin-Zamir, Pinheiro, & Sørensen, 2019)와 한국보건사회연구원의 건강정보문해력(헬스 리터러시) 제고 방안 연구보고서(Choi et al., 2020)를 통하여 국가 차원의 헬스 리터러시 정책을 수립하여 실행하고 있는 국가를 먼저 확인하였다. 그 후 우리나라 헬스 리터러시 국가정책 수립에 도움이 될 수 있는 특정 국가명과 헬스 리터러시 정책(policy), 헬스 리터러시 계획(plan)을 주요 키워드로 학술 논문과 관련 보고서를 수집하였다.

### 2. 분석 방법

정책 분석을 위해 사회과학에서 사용하는 내용분석(content analysis) 방법을 사용하였다. 내용분석은 이미 존재하는 혹은 수집된 텍스트 내에서 특정 개념이나 단어, 주제를 체계적인 방법으로 분류하고 분석하여 연구의 결과를 찾는 연구방법이다. 본 연구에서는 이미 발표된 각국의 헬스 리터러시 관련 정책을 연구진이 설정한 분석단위에 따라 분류하고 비교분석 하였다. 내용분석의 분석단위로는 국가(country), 표적 공중(beneficiaries), 정책 목표(goals), 정책 추진 주체(initiator), 정책 추진 자원(financial resources)이 사용되었다.

국가별 헬스 리터러시 정책 자료는 Frederiksen과 Wängdahl (2022), Rondia, Adriaenssens, Van Den Broucke와 Kohn (2019a), Rondia, Adriaenssens, Van Den Broucke와 Kohn (2019b), Schaeffer, Gille와 Hurrelmann (2020), The HLS<sub>19</sub> Consortium of the WHO Action Network M-POHL (2021)으로부터 수집되었다. 중국의 헬스 리터러시 현황과 정책 파악은 최근 영어권 학술지에 발표된 논문(Liu, Huang, Li, Chen, & He, 2022)에 나타난 데이터를 중심으로 살펴보았다. 우리나라 헬스 리터러시 현황은 제5차 국민건강증진종합계획을 분석하였으

며, 국내 헬스 리터러시 수준 추정은 1,000명 이상 표본을 대상으로 실시된 4편의 조사 데이터(Park, 2016; Kim, Park, & Kang, 2019; Korea Academic Multimode Open Survey for Social Sciences[KAMOS], 2019; Choi et al., 2020)를 활용하였다.

### III. 연구결과

#### 1. 외국의 헬스 리터러시 현황

##### 1) 국가별 헬스 리터러시 수준

유럽지역에서는 국가 보건정책 마련의 일환으로 헬스 리터러시를 개념화하고 그 수준을 측정해 왔다. 그리스, 독일, 불가리아, 아일랜드, 네덜란드, 오스트리아, 폴란드, 스페인 등 유럽연합 8개 국가가 2009~2012년 처음으로 유럽 헬스 리터러시 프로젝트에 참여하며 국가 차원의 헬스 리터러시 수준을 측정한 이후 2019~2021년에는 17개 국가가 헬스 리터러시 수준 조사에 참여하였다(The HLS<sub>19</sub> Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2021). 첫 조사에 참여한 국가 중 그리스, 스페인, 네덜란드, 폴란드는 제외되었고, 체코공화국, 벨기에, 덴마크, 프랑스, 헝가리, 이스라엘, 이탈리아, 노르웨이, 포르투갈, 러시아, 슬로바키아, 슬로베니아, 스위스가 새롭게 조사에 포함되었다. 첫 조사에서는 15세 이상의 남녀를 대상으로 47문항으로 구성된 HLS-EU-Q47 측정 도구를 사용했다면 2차 조사에서는 18세 이상의 성인남녀를 국가별로 1,000명 이상의 표본 규모(국가별 855~5,660명)를 대상으로 12문항으로 축소된 HLS19-Q12 도구를 사용하여 헬스 리터러시 수준을 파악하였다. 초기 조사에 사용했던 HLS-EU-Q47은 헬스 리터러시를 포괄적으로 접근하여 접근, 이해, 판별, 활용의 영역에서 의료, 질병예방, 건강증진 관련 47문항을 사용하여 측정했지만 문항 수가 너무 많고 응답자의 편향이 나타날 수 있다는 지적에 따라 이후에는 조사 목적에 따라 축소한 헬스리터러시 측정 도구를 사용하게 되었다. 유럽 지역의 2차 조사에서도 1차 조사와는 달리 12문항으로 구성된 측정 도구를 검증과정을 거쳐 사용하였다. 2009~2012 조사 결과에서는 유럽 8개국 응답자의 48%가 제한적 헬스 리터러시 수준(부적절 및 문제 있음)을 가진 것으로

나타났다(Sørensen et al., 2015). 17개 국가로 확대한 2019~2021 조사 결과에서도 국가별 편차가 존재하지만, 평균적으로 살펴보면 이전의 조사 결과와 큰 차이가 없다. 제한적 헬스 리터러시 수준을 갖는 응답자의 비율이 46%였고, 적절하거나 우수한 수준을 갖고 있다는 응답자의 비율은 54%였다(The HLS<sub>19</sub> Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2021). 그러나 2019~2021 조사는 이전의 조사와 달리 코로나 19라는 감염병의 세계적 유행 상황에서 참여 국가별 조사시점과 조사방법(표본 추출과 데이터 수집 방법), 측정 방법의 차이로 인해 해석에 유의할 필요가 있다. 특히 HLS19-Q12 설문 문항들이 평균적으로 다소 쉬워 높은 수준보다는 낮은 수준의 헬스 리터러시에 더 민감하였으며, 조사에 참여한 대부분 국가에서 응답자들의 55%가 문항에 대해 쉽다(easy)고 반응하였다.

유럽지역 조사에서 가장 높은 헬스 리터러시 수준을 보여 준 나라는 네덜란드이다. 네덜란드의 헬스 리터러시 수준이 높은 이유는 보건교육과 건강증진 분야가 활성화되었고, 일찍부터 건강증진을 위해 개인과 지역사회의 역량을 강화해 왔을 뿐만 아니라 의료기관과 같은 조직 수준에서도 의사소통 전문가를 활용하여 헬스 리터러시 역량을 구축하였기 때문이다(Rondia et al., 2019a; 2019b). 이와 달리 오스트리아는 1차 조사 때 제한적 헬스 리터러시 수준이 56.4%로 높아 국가 차원에서 적극적으로 헬스 리터러시 관련 정책을 추진해 왔다. 독일 역시 매우 제한적인 헬스 리터러시 수준을 보이는데, 독일의 제한적 헬스 리터러시 수준은 낮은 교육과 사회적 수준, 이민 경험, 고령 및 만성 질환의 유무와 관련이 있는 것으로 알려져 있다.

유럽에서 2010년 전후로 국가 차원에서의 조사와 정책이 추진되었지만, 미국은 헬스 리터러시 관련 전국적인 조사는 시행되지 않고 있으며, 의료기관 특히 환자와 관련된 헬스 리터러시 연구가 다수를 차지하고 있다(U.S. Department of Health and Human Services[USDHHS], 2020). 2003년 실시된 성인 문해력 조사 결과에 따르면, 미국 성인의 36%가 기본 이하의 낮은 헬스 리터러시 수준이었다(Vernon, Trujillo, Rosenbaum, & DeBuono, 2016). 2011년부터는 의료 지출 패널조사를 이용하여 Healthy People 2020에 제시된 헬스 리터러시 수준을 측정하고 있다(USDHHS, 2020).

아시아 지역에서는 인도네시아, 카자흐스탄, 말레이시아, 미얀마, 타이완, 베트남이 HLS-EU-Q47를 해당국의 언

어로 번역된 도구를 사용하여 2013~2014에 조사를 수행하였다(Duong et al., 2017). 유럽에서 개발된 측정 도구지만 아시아 지역의 헬스 리터러시 수준을 측정하는 데도 신뢰도나 타당도가 높아 유용한 측정 도구라는 것이 입증되었다. HLS-EU-Q47로 측정한 6개국의 헬스 리터러시 수준은 타이완이 34.4점으로 가장 높았지만, 대부분 평균 30점 내외로 '제한적' 수준이었다. 아시아 국가 중 헬스 리터러

시에 가장 크게 관심을 두고 국가 차원의 조사와 정책을 적극적으로 추진하고 있는 나라는 중국이다. 중국은 2008년 국가 차원에서 전국 31개 지역의 15~69세 8만명을 대상으로 헬스 리터러시 수준을 조사하였는데, 적절한 헬스 리터러시 수준은 6.48%였다. 2012년 2차 조사를 실시한 이후 매년 같은 조사를 수행하고 있다. 2015년 조사에서 적절한 헬스 리터러시 수준은 10.25%였다(Liu et al., 2022).

<Table 1> General health literacy levels by country

	AT	BE	BG	CH	CZ	DE	DK	FR	HU	IE	IL	IT	NO	PT	RU	SI	SK	EU17	CHI	USA
Limited	32	62	57	49	47	72	47	44	41	43	52	58	46	30	49	25	59	46	90	36
Adequate	68	38	43	51	53	28	53	56	59	57	48	42	54	70	51	75	41	54	10	64

**Notes.** AT=Austria; BE=Belgium; BG=Bulgaria; CZ=Czech Republic; DK=Denmark; FR=France (FR); DE=Germany; HU=Hungary; IE=Ireland; IL=Israel; IT=Italy; NO=Norway; PT=Portugal; RU=Russian Federation; SK=Slovakia; SI=Slovenia; CH=Switzerland; EU17=EU 17 countries; CHI=China; US=United States of America.

**Sources.** The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2021; Liu, Huang, Li, Chen, & He, 2022; Vernon, Trujillo, Rosenbaum, & DeBuono, 2016.

## 2) 국가별 헬스 리터러시 정책 방향

본 연구에서는 외국 헬스 리터러시 국가 계획 현황을 살펴보기 위하여 오스트리아, 스코틀랜드, 아일랜드, 네덜란드, 독일, 중국, 미국의 헬스 리터러시 주요 목표, 주요 대상자, 정책적 목표, 업무 담당 부처, 재원 조달을 살펴보았다. 유럽지역 국가들은 국가 차원에서 일부 취약계층뿐만 아니라 전체 국민을 대상으로 헬스 리터러시 수준을 향상시키기 위한 목표를 설정하여 정책을 추진하고 있다. 정책의 목표 설정에서 주목할 부분은 개인의 기술과 능력 중심의 헬스 리터러시에 대한 논의를 넘어 환경적 맥락에서 지역사회, 학교, 의료기관 또한 개인들의 헬스 리터러시에 대한 요구에 부응해야 한다는 측면에서 시스템과 조직의 헬스 리터러시 역량을 강조하고 있다(Nutbeam, 2017; Trezona, Dodson, & Osborne, 2017). 이것은 헬스 리터러시 개념이 확장된 내용이라고 할 수 있다. 헬스 리터러시 개념이 과거에는 건강증진과 유지를 위하여 정보에 접근하고 이를 이해·활용하는 개인의 동기과 능력을 규정하는 인지적·사회적 기술로 정의되었다면, 최근에는 개인의 지식과 역량은 사람들이 자신과 주변 사람들의 건강과 웰빙

을 증진하고 유지하는 방식으로 정보와 서비스에 접근·이해·평가·활용할 수 있도록 하는 조직의 구조와 자원의 가용성에 의해 중재되는 것으로 정의된다(WHO, 2021).

헬스 리터러시 관련 정책의 추진 주체는 정부 주도와 관련 단체 주도로 구분할 수 있다. 분석 대상 국가 중 네덜란드를 제외한 대부분 국가는 보건 관련 정부 부처가 업무를 담당하고, 재원도 정부로부터 지원을 받고 있다. 네덜란드의 경우 헬스 리터러시 영역에만 제한하여 국가 목표를 별개로 설정하지 않고 보다 넓은 범주의 국가정책에 헬스 리터러시를 통합하고 있다. 또한, 정부 주도로 헬스 리터러시 관련 정책을 추진하기보다는 다양한 조직들의 자발적인 참여 활동을 지원하는 전략을 선택하고 있다. 한편, 오스트리아는 2012년 이후 내각을 중심으로 연방보건위원회가 건강에 대한 이해 정도를 기준으로 국민을 10개 표적 집단으로 구분한 후 헬스 리터러시 수준을 높이는 것을 최우선의 목표로 설정하고 헬스 리터러시 수준의 측정을 기획·감독하고 있다. 2013년에 실시된 보건의료시스템 개혁에서도 헬스 리터러시의 중요성을 강조하였다. 이것은 헬스 리터러시 개념이 의료분야에서 많이 이루어지고 있어서 의료

부문에서 헬스 리터러시를 개선하기 위한 목표와 개입의 개발에 헬스 리터러시를 적용할 기회가 되었다. 2015년에는 헬스 리터러시 정책을 지원하기 위해 오스트리아의 부문간 헬스 리터러시 플랫폼(Intersectoral Austrian Platform on Health Literacy, OEPGK)을 구축하여 헬스 리터러시 향상을 위한 추진 전략과 실행프로그램을 마련하였다(Rondia et al., 2019a; 2019b). 독일은 헬스 리터러시 문제를 해결하기 위해 개인뿐만 아니라 구조적 조건을 바꾸고, 정책 결정 과정에 참여와 공유를 가능하게 하며, 사회적 건강불평등을 해소하게 하고, 사회 모든 영역 구성원들의 협력 체계를 구축함과 동시에 디지털 기술의 활용을 우선으로 고려하고 있다(Schaeffer, Hurrelmann, Bauer, & Kolpatzik, 2018).

미국은 헬스 리터러시 관련 활동이 정부 주도보다는 민간 영역에서 활발히 진행되었다(Institute of Medicine, 2009). 연방정부 차원의 노력도 진행 중이지만 주 정부 차원에서 헬스 리터러시 수준을 향상하기 위하여 다양한 정책과 협력 프로그램들을 수행하고 있다. 구체적인 헬스 리터러시 관련 정책은 마련되지 않았지만, 환자 보호를 위한 법(Patient Protection and Affordable Care Act)이나 정부 의사소통에서의 알기 쉬운 용어 사용법(Plain Writing Act of 2010)을 제정하여 헬스 리터러시 수준 향상에 적용할 수 있는 정책적 토대를 마련하였다(Institute of Medicine, 2013). Healthy People 2010 및 2020에서는 헬스 리터러시를 적절한 건강 결정을 위한 개인의 정보와 서비스에 대한 접근, 획득, 이해 역량으로 정의하며 개인의 역량에 초점을 맞추었다. 이와 달리 Healthy People 2030

에서는 헬스 리터러시를 개인의 역량이 이해나 적절한 수준을 넘어 적극적 활용과 충분한 결정을 위한 능력으로 정의하고 있다. 그리고 헬스 리터러시에서 공중보건과 조직의 책임을 강조한 조직 헬스 리터러시(organizational health literacy) 부분을 추가하였다. 헬스 리터러시 향상과 관련해서 Healthy People 2020에는 3개 세부 목표 및 각각의 실천 전략이 제시되었다. 세부 목표로는 지침 제공자 수 증가, 지침 따르는 방법 설명을 요청한 환자 수 증가, 양식 작성을 지원할 수 있는 인력 증가를 제시하였으며, 이를 실천하기 위한 구체적 전략으로 특정 질병이나 건강 상태에 대한 지침 제공, 환자에게 지침 따르는 방법 설명 요청, 양식 작성 지원을 제시하였다(USDHHS, 2020). Healthy People 2030에서는 헬스 리터러시 관련 목표를 보건의료 인과의 소통 관련 목표 3개, 온라인 의무기록, 영어숙련도, 인구집단 헬스 리터러시의 6개 목표로 제시하였다. 그러나 미국의 경우 국가 보건정책에서 헬스 리터러시가 중요한 핵심 목표가 되었지만, 신뢰할만한 기본 자료나 관련 연구가 부재한 상황이라 국가 차원의 정책 및 전략은 수립 중에 있다(USDHHS, 2022).

중국을 국가 주도로 헬스 리터러시 향상을 위한 정책을 마련하여 추진하고 있다. 2008년 이후 자체적으로 개발한 헬스 리터러시 측정 도구를 활용하여 지속해서 헬스 리터러시 수준을 파악하고 있다. 2016년 중국 정부는 2030년까지 달성해야 할 보건목표를 제시한 Healthy China 2030 계획을 수립하였다. 이 계획에서 2030년까지 달성해야 할 적절한 헬스 리터러시 수준 국가 목표를 30%로 제시하였다.

〈Table 2〉 Comparison of national health literacy plan

Country	Beneficiaries	Goals	Initiator	Financial resources
Austria	<ul style="list-style-type: none"> <li>- All people living in Austria</li> <li>- Vulnerable populations (over 65, low-income, migrants, educationally disadvantaged groups, persons with chronic illness)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Improve individual health literacy (especially in vulnerable groups)</li> <li>- Improve the health literacy-friendliness of healthcare services</li> <li>- Improve the health literacy-friendliness of the production and service sector (the economic system).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Federal Health Commission</li> <li>- Austrian Council of Ministers</li> </ul>	<p>“Government-led” inter-sectoral platform OEPGK is publicly funded. Interventions are partly funded by the authorities and partly by health insurance funds. No private money.</p>

Country	Beneficiaries	Goals	Initiator	Financial resources
Scotland	All Scottish citizens	<ul style="list-style-type: none"> <li>- To make it easy for people to access and use information,</li> <li>- To design supports and services to better meet people's health literacy levels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Scottish government (Health &amp; Social care)</li> <li>- NHS Scotland</li> </ul>	"Government-led" the Scottish government (Health & Social care) + NHS Scotland
Ireland	<ul style="list-style-type: none"> <li>- General population</li> <li>- Vulnerable groups</li> </ul>	Empowering people and communities	<ul style="list-style-type: none"> <li>- National Adult Literacy Agency (NALA)</li> <li>- Irish Department of Health</li> </ul>	"Associative sector-driven" the National Adult Literacy Agency (NALA) is a charity. The main private sponsor of HL activity is pharmaceutical MSD.
Netherlands	All groups in society	To reduce health inequalities and focusing on people with, among others, limited health literacy	The National Alliance for Health Literacy (non-governmental collaboration of 80 groups)	"Associative sector-driven" the National Alliance for Health Literacy - partnership with more than 3000 partners, from governmental bodies to community centers, health care organizations and private groups
Germany	The public	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promote health literacy in all areas of everyday life</li> <li>- Create a user-friendly and health literate healthcare system</li> <li>- Living a health literate life with chronic disease</li> </ul> Systematically research health literacy	Federal Minister of Health	Federal Minister of Health, the Robert Bosch Foundation, the Federal Association of the AOK
USA	No data	Increase the health literacy of the population	U.S. Department of Health and Human Services	No data
China	People with lower health literacy	To increase in the people's health literacy (proportion of people with basic health literacy $\geq 30\%$ )	National Health Commission of China	Ministry of Finance

## 2. 우리나라 헬스 리터러시 현황 및 국가정책 방향

### 1) 제5차 국민건강증진종합계획(HP2030)의 헬스 리터러시 세부과제

2021년 발표된 제5차 국민건강증진종합계획에 헬스 리터러시는 6개 정책목표 중 건강친화력 환경 구축에 포함되었으며, 중점과제는 건강정보 이해력 제고이고, 세부과제 내용은 건강정보 이해 능력에 대한 주기적 모니터링, 건강

정보 활용 교육 체계 구축, 건강정보 제공 체계 구축 및 모니터링이다. 제5차 국민건강증진종합계획은 헬스 리터러시 조사 도구 개발 및 주기적 실태조사 등 헬스 리터러시 활성화를 위한 근거를 마련하고, 국민에게 올바른 건강정보가 제공될 수 있도록 정책 방향을 제시하였다. Lee (2019)는 국민건강증진종합계획에 헬스 리터러시와 관련된 세부목표를 포함해야 하며, 국가 차원의 헬스 리터러시 실태조사가 필요하다는 것을 제안하였다. 우리나라에서 최

초로 헬스 리터러시 기본 계획이 제5차 국민건강증진종합 계획에 포함된 것이다. 그러나 헬스 리터러시 목표가 분명 하지 않고 국민의 헬스 리터러시 수준을 향상시키기 위한 추진 전략이 미흡한 상태이다.

제5차 국민건강증진종합계획에서는 헬스 리터러시를 건강정보 이해 능력으로 번역하였다. 현재 우리나라에서 사용되고 있는 헬스 리터러시 한국어 번역 용어는 건강정보

이해 능력, 의료정보 이해 능력, 헬스 리터러시, 건강정보 활용 능력, 건강 문해력, 건강정보 문해력, 의료정보 문해력 등 다양하다(Lee, 2019). 보건복지부가 다양하게 사용되고 있는 헬스 리터러시 번역 용어 중에서 건강정보 이해 능력을 선정된 것은 통일된 번역 용어를 제시한 것이라고 할 수 있다.

〈Table 3〉 National plan for health literacy in HP2030

Sub-objectives	Action plan
Periodical monitoring for health literacy	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Development of monitoring tool for health literacy in Korea and periodical monitoring</li> <li>- Development of evidence base and effective delivery method for health information</li> </ul>
Construction of education system for suing health information	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Development of education material to increase health literacy according to population group and provision of educational program connected to public health centers, public hospitals and schools</li> <li>- Development of core message healthy living practice and campaigning</li> </ul>
Construction of health information delivery and monitoring system	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Provision of verified health information through national health information portal</li> <li>- Making standard distribution guideline for health information from public institution, integrated operation system and serviceability improvement for information diffusion</li> <li>- Quality assurance and construction of monitoring system for inadequate health information through establishment of standard management guideline for private health information sites</li> </ul>

## 2) 우리나라 헬스 리터러시 수준 추정

우리나라 헬스 리터러시 수준과 관련된 학술논문은 매년 10편 이상 발표되고 있지만, 논문의 74.8%가 노인층 대상이며 300명 이하의 작은 표본을 사용하고 있고, 각 연구 별로 사용된 측정 도구 역시 달라서 국내 헬스 리터러시 수준을 정확히 파악하기는 쉽지 않다(Choi et al., 2020). 본 연구에서는 유럽의 사례처럼 1,000명 이상의 대규모 표본을 대상으로 국내 헬스 리터러시 수준을 측정한 4편 연구 결과를 분석하여 우리나라 헬스 리터러시 수준을 추정하였다. 4편 연구는 2016년부터 2020년 사이에 조사된 것으로 온라인 조사(Park, 2016; Choi et al., 2020)와 대면 면접 조사(Kim et al., 2019; KAMOS, 2019)가 각각 2편이다. 4편 연구는 Sørensen 등 (2012)이 유럽의 헬스 리터러시 수준을 측정하기 위해 개발한 HLS-EU-Q47와 HLS-EU-Q47

의 문항 수를 16개로 줄인 Pelikan과 Ganahl (2017)의 HLS-EU-Q16를 번역한 측정 도구를 사용하였다. 국내 헬스 리터러시 수준을 측정한 4편 연구내용은 아래와 같다.

(1) 한림대학교 헬스커뮤니케이션 연구팀 조사 결과  
 한림대학교 헬스커뮤니케이션 연구팀은 2016년 1월 전국의 18세 이상의 성인 남녀 1,000명을 대상으로 Sørensen 등 (2012)이 유럽의 헬스 리터러시 수준을 측정하기 위해 사용한 HLS-EU-Q47를 번역하여 국내 헬스 리터러시 수준을 조사하였다. 조사에 참여한 응답자는 남성이 524명, 여성이 476명이었으며 평균연령은 39.4세였다. 응답자의 학력은 대졸이 62.4%였으며 직업은 사무/기술직이 41.3%였다. 헬스 리터러시 수준은 응답 평균을 활용한 공식을 사용하여 0~50점으로 계산하였는데, 0점부터 25점 미만은

〈Table 4〉 Health literacy survey results

	Hallym Univ. (2016.01)	NECA (2016.11)	KAMOS (2019.05)	KIHASA (2020.10)
Sample size	1,000	1,000	1,500	1,002
Data collection	online	face-to-face	face-to-face	online
Measurement	HLS-EU-Q47	HLS-EU-Q47	HLS-EU-Q16	HLS-EU-Q16
Health literacy levels (inadequate & problematic)	64.2%	44.7%	43.2%	70.9%
Sources	Park, 2016	Kim, Park, & Kang, 2019	Park, 2019	Choi et al., 2020

‘매우 낮음’, 25점 이상 33점 미만은 ‘문제 있음’, 33점 이상 42점 미만은 ‘충분’, 42점 이상은 ‘우수’로 평가하였다. 해당 공식을 사용하여 우리나라의 헬스 리터러시 수준을 평가한 결과, 종합적인 헬스 리터러시 수준은 30.8점으로 ‘문제 있음’이었다. 헬스 리터러시의 세부 항목에서도 건강관리 30.6점, 질병예방 31.9점, 건강증진 30.1점으로 ‘문제 있음’ 수준이었다. 응답자의 64.2%가 제한적 헬스 리터러시 수준(매우 낮음과 문제 있음)이었다. 인구통계학적 변인 중 헬스 리터러시에 영향을 주는 것은 소득이었고, 도시 규모 면에서는 중소도시의 헬스 리터러시 수준이 상대적으로 낮았으나 표집 편향의 결과일 수도 있다(Park, 2016).

#### (2) 한국보건의료연구원 조사 결과

한국보건의료연구원은 2016년 11월 전국의 19세 이상 80세 이하 성인 1,000명을 지역, 성, 연령으로 층화표집 한 후 대면 면접 조사 방식을 통해 헬스 리터러시 수준을 측정하였다. 사용된 측정 도구는 한림대학교 연구팀과 같은 HLS-EU-Q47였다. 한국보건의료연구원의 조사 결과와 한림대학교 조사 결과를 비교하면, 한국보건의료연구원의 조사 결과가 약간 높은 수준을 보였다. 응답자의 전반적인 헬스 리터러시 수준은 34.5점, 건강관리 34.7점, 질병예방 35.4점, 건강증진 33.3점으로 낮은 ‘충분’이었다. 응답자의 44.7%가 헬스 리터러시 수준이 ‘매우 낮음’과 ‘문제 있음’이었다. 헬스 리터러시의 세 항목 중 건강증진의 경우 응답자의 50%가 ‘매우 낮음’과 ‘문제 있음’으로 매우 제한적 헬스 리터러시 수준이었다. 성별, 소득, 교육 수준, 직업 등 사회경제적 특성과 헬스 리터러시 수준이 관련이 있었다.

#### (3) 충남대학교 아시아여론연구소(KAMOS) 조사 결과

충남대학교 아시아여론연구소는 2019년 확률 표집을 통해 구축된 전국 패널을 활용하여 1,500명을 대상으로 가구 방문 면접 조사를 통해 헬스 리터러시 수준을 조사하였다. 헬스 리터러시 측정 도구는 16문항으로 구성된 HLS-EU-Q16(Pelikan & Ganahl, 2017)가 사용되었다. 사용된 측정 도구는 신뢰도와 타당도를 확보하는 것으로 보고되었다(Park, 2019). 그러나 조사 대상자의 헬스 리터러시 수준에 대한 심층 분석이 발표되지 않아서 본 연구팀은 공개된 데이터를 활용하여 헬스 리터러시 수준을 다시 분석하였다. 응답자 중 남성은 681명(45.4%), 여성은 819명(54.6%)으로 평균연령은 48.6세였다. 고졸 이하의 학력은 53.7%, 거주 지역은 경기 20.3%, 서울 16.3%였다. 해당 도구는 ‘매우 어렵다’, ‘다소 어렵다’, ‘다소 쉽다’, ‘매우 쉽다’의 4점 리커트 척도로 측정된 후 어렵다고 응답한 경우 0점을 쉽다고 응답한 경우 1점을 할당하여 16점 만점으로 헬스 리터러시 수준을 측정하였다. 응답한 16문항의 점수가 8점 이하일 경우 ‘부족’, 9점 이상 12점 이하일 경우 ‘경계’, 13점 이상 16점 이하일 경우 ‘적정’으로 분류되었다. HLS-EU-Q16를 사용하여 국내 헬스 리터러시 수준을 측정한 결과, 전체 조사 대상자의 43.2%가 부족(13.5%) 또는 경계(29.7%) 수준이었으며, 적정 수준은 56.8%였다. 나이가 많을수록 헬스 리터러시 수준이 낮았고 지역 간에는 유의미한 차이가 있었다.

#### (4) 한국보건사회연구원 조사 결과

한국보건사회연구원은 전국의 19세 이상 69세 이하의



성인을 대상으로 성별, 연령별, 지역별 인구 비례 할당으로 1,002명을 표집한 후 온라인 설문조사의 방식으로 진행하였다(Choi et al., 2020). 설문조사에 응답한 1,002명 중 남성은 508명, 여성은 492명으로 남성 응답자가 50.7%를 차지하였다. 평균연령은 44.4세였고 대도시 거주자가 53.0%로 가장 많았다. 측정은 HLS-EU-Q16(Pelikan & Ganahl, 2017)을 Chun과 Lee (2020)가 번역한 도구를 이용하였다. 우리나라의 헬스 리터러시 수준을 측정된 결과, 조사 대상자의 70.9%가 부족(43.3%) 또는 경계(27.5%) 수준이었으며 적정 수준은 29.1%였다. 인구사회학적 변인들은 헬스 리터러시 수준에서 유의미한 차이가 없었다.

### (5) 우리나라 헬스 리터러시 수준

우리나라 헬스 리터러시 수준을 측정된 4편 연구결과를 종합적으로 살펴보면, 우리나라 국민의 43.2~70.9%가 제한적 헬스 리터러시 수준을 보였다. 조사방법과 표본의 특성에 따라 측정 수준에 편차가 있었다. 온라인 설문 조사를 한 한국보건사회연구원과 한림대학교 조사 결과는 각각 70.9%, 64.2%가 제한적 수준을 보였고, 대면조사를 실시한 한국보건의료연구원과 충남대학교 조사 결과는 각각 44.7%, 43.2%가 제한적 수준이었다. 부적절한 헬스 리터러시 수준은 온라인 조사 결과가 대면조사 조사 결과보다 높았다. 그러나 온라인으로 조사한 한림대학교 조사의 경우 표본에서 고학력자의 비율이 높고, 한국보건사회연구원의 경우 대도시 거주자의 비율이 높아서 결과의 해석에 유의할 필요가 있다. 본 연구에서는 대면조사를 통해 헬스 리터러시 수준을 측정된 한국보건의료연구원과 충남대학교의 조사 결과가 방법론적 측면에서 좀 더 타당하다고 본다. 두 조사 결과에 근거하여 우리나라 성인의 적절한 헬스 리터러시 수준을 파악한다면 대략 55.3~56.8%로 추정할 수 있다.

## 3) 헬스 리터러시 국가정책 방향

### (1) 헬스 리터러시 정책목표

헬스 리터러시는 개인이 건강 향상과 관련된 의사결정을 하는데 필요한 건강정보를 얻고, 이해하고, 판단하고, 활용할 수 있는 능력이라고 할 수 있다(Lee, 2019). Governali, Hodges와 Videto (2005)는 헬스 리터러시는 건강정보를 단순히 이해하는 수준을 넘어서 건강관리에 대

한 자기결정권을 갖도록 하는 것이 핵심이라고 하였다. Nutbeam (2008)도 헬스 리터러시와 관련된 지식과 기술은 개인이 건강과 관련된 의사결정을 할 때 더 큰 자율성과 권한을 갖도록 도와준다고 하였다. 헬스 리터러시는 건강서비스에 대한 접근성을 높일 수 있을 뿐만 아니라 이용하는 서비스의 질을 향상시킬 수 있다. 따라서 헬스 리터러시 정책목표는 건강관리에서 자기결정권 및 건강관리서비스 질 향상이 되어야 한다.

### (2) 적절한 헬스 리터러시 수준 목표

우리나라는 국가 차원에서 헬스 리터러시 수준을 측정된 경험이 없으므로 국민의 적절한 헬스 리터러시 수준을 알 수는 없다. 다만, 이번 연구에서 현재 우리나라 국민의 헬스 리터러시 수준을 55.3~56.8%로 추정하였다. 제5차 국민건강증진종합계획에서는 2030년까지 달성할 성인의 적절한 헬스 리터러시 수준 목표를 70%로 설정하였다. 그런데 우리보다 10년 이상 일찍 헬스 리터러시 국가정책을 추진한 여러 국가의 현재 헬스 리터러시 수준이 37.9~71.3%인 것을 고려하면 목표치 70%는 다소 높은 수준이라고 할 수 있다. 본 연구에서는 우리나라 국민의 교육 수준이 높고 문맹률이 1% 수준이며 건강에 관한 관심이 높다는 점을 고려하여 2030년까지 달성할 성인의 적절한 헬스 리터러시 수준 목표를 기존의 조사 결과를 바탕으로 60%로 제안한다.

### (3) 헬스 리터러시 우선 사업대상자

2030년까지 성인의 적절한 헬스 리터러시 수준 60%를 달성하기 위해서는 전략적 접근이 필요하다. 헬스 리터러시 국가정책은 기본적으로 전체 국민을 대상으로 하지만, 헬스 리터러시 수준이 낮은 취약 대상자를 먼저 선정하여야 한다. 지역사회에서 저소득층 노인의 헬스 리터러시 수준이 낮은 것으로 알려져 있다(Wolf, Gazmararian, & Baker, 2005). 국내 연구에서는 60세 이상 노인에서 연령이 증가할수록 헬스 리터러시 수준이 낮았다(Chun, 2020; Chun & Lee, 2020; Lee & Kang, 2008; Oh & Park, 2021; Park & June, 2011). 제5차 국민건강증진종합계획에는 노인, 만성질환자, 결혼이민자 등이 건강정보 취약군으로 제시되어 있다. 이러한 점을 고려할 때, 적절한 헬스 리터러시 수준 목표를 달성하기 위해서는 60세 이상 저소

득층 노인을 우선 사업대상자로 선정하여 필요한 사업을 추진하는 것이 바람직하다.

(4) 정부 담당 부서

우리나라 건강증진 관련 업무를 총괄하는 중앙정부 부서는 보건복지부 건강정책국이다. 헬스 리터러시는 건강증진의 중요한 전략(Nutbeam & Kickbusch, 1998; Dodson, Good, & Osborne, 2015; WHO, 2016)이라고 할 수 있으므로 기존 건강증진사업과 연계해서 추진하는 것 바람직하다. 이런 점을 고려한다면, 보건복지부 건강정책국 내 건강정책과에서 헬스 리터러시 관련 국가정책 업무를 담당하는 것이 적절할 것이다. 그런데 근거 중심의 헬스 리터러시 국가정책을 수립하기 위해서는 국가 차원의 헬스 리터러시 수준에 대한 조사가 고려되어야 한다. Lee (2019)는 현재 질병관리청이 실시하고 있는 국민건강영양조사 및 지역사회 건강조사를 활용하면, 전국단위와 지역단위에서 헬스 리터러시 수준을 측정할 수 있다고 하였다. 보건복지부 건강정책과가 헬스 리터러시 관련 중앙정부 업무를 총괄하고, 국가 차원의 헬스 리터러시 수준 조사는 질병관리청이 국민건강영양조사 및 지역사회 건강조사를 활용하는 것이 적절할 것이다.

(5) 재원

우리나라 건강증진사업의 재원은 국민건강증진기금이

다. 헬스 리터러시 국가정책은 건강증진 전략으로 추진되기 때문에 헬스 리터러시 수준에 대한 조사, 대상자별 맞춤형 헬스 리터러시 프로그램 등 헬스 리터러시와 관련하여 필요한 모든 예산은 국민건강증진기금으로 지원하는 것이 적절할 것이다.

(6) 추진 전략

제5차 국민건강증진종합계획에 헬스 리터러시 관련 세부 과제 및 추진계획이 포함된 것은 공식적으로 헬스 리터러시가 국가 건강증진정책으로 채택되었다는 것을 의미한다. 향후 국가 헬스 리터러시 수준을 측정할 수 있는 도구 개발과 조사 결과를 국가 승인통계로 추진하는 것을 가장 우선으로 고려해야 할 것이다. 조사 결과를 근거로 국민의 적절한 헬스 리터러시 수준 목표를 설정하고 헬스 리터러시 취약계층을 파악할 수 있을 것이다. 또한, 국가 헬스 리터러시 수준에 대한 지속적 모니터링과 중단연구를 진행하여 근거 중심의 맞춤형 중재 프로그램을 개발·운영하여야 할 것이다. 취약계층뿐만 아니라 전체 국민의 적절한 헬스 리터러시 수준을 향상하기 위해서는 필요한 예산을 확보하고 범정부 차원의 노력과 함께 관련 기관 간 파트너십이 형성되어야 한다. 국민에게 헬스 리터러시 기술을 배울 수 있는 다양한 교육 기회를 제공하고, 보건의료기관에서 보건의료인과 환자 간 의사소통이 개선될 수 있도록 보건의료 시스템을 개선하여야 할 것이다.

<Table 5> Direction of national policy for health literacy in Korea

Items	Contents
Goal of national policy	Improve health decision-making and health care quality
Adequate health literacy level	60%
Beneficiaries	Old people living in poor areas
Initiator of policy	Division of health policy in Ministry of Health and Welfare
Financial resources	National health promotion fund
Strategies	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Establish health literacy basic research, surveillance and evaluation system</li> <li>- Increase the evidence-based health literacy practices and interventions</li> <li>- Provide various opportunities to learn health literacy skills for citizens and health professionals to improve communication activities</li> <li>- Build multi-sector partnerships and governance to improve appropriate health literacy level</li> <li>- Advocate for funding allocation for health literacy initiatives</li> <li>- Change the health care system to promote health literacy</li> </ul>

## IV. 논의

최근 건강증진 핵심 전략으로 주목받고 있는 헬스 리터러시의 국가정책 방향을 모색하기 위하여 본 연구에서는 헬스 리터러시 국가계획을 수립하여 추진하고 있는 오스트리아, 스코틀랜드, 아일랜드, 네덜란드, 독일, 중국, 미국의 헬스 리터러시 수준 및 정책 방향을 살펴보았다. 헬스 리터러시 수준은 국가별로 상당한 편차를 보였고, 정책적 접근 방향도 다양하지만, 그 개념과 전략은 지속해서 개선되고 있었다. 우리나라는 헬스 리터러시가 2021년 발표된 제5차 국민건강증진종합계획의 6개 정책목표 중 건강친화력 환경 구축에 중점과제로 포함되었다. 그러나 헬스 리터러시 목표 및 추진 전략이 미흡한 상태로 향후 체계적 보완이 필요한 상태이다. 본 연구에서는 우리나라 헬스 리터러시 수준을 추정하고 향후 개선되어야 할 헬스 리터러시 국가정책 방향을 제시하였다. 세계보건기구가 발간한 건강증진 용어집에 헬스 리터러시는 개인이 좋은 건강 상태를 유지하고 증진하기 위하여 정보를 얻고, 이해하고, 사용할 수 있는 동기와 능력을 결정하는 인지적, 사회적 기술로 정의되어 있지만(Nutbeam & Kickbusch, 1998), Sørensen 등 (2012)은 헬스 리터러시가 단순히 건강정보를 읽고, 이해하는 능력을 초월하여 건강정보에 대한 접근 능력, 이해 능력, 판단 능력, 활용 능력까지를 모두 포함해야 한다고 하였다. 헬스 리터러시는 1970년대 미국에서 환자의 읽기 능력에 관한 연구에서 그 개념이 시작되었지만, 최근에는 미시적 수준의 보건의료 전문가와 환자 간 직접적 상호작용과 조직의 헬스 리터러시를 넘어 거시적 수준에서 사회 각 분야 모든 수준으로 개념이 확대되었다(Schaeffer et al., 2018). 세계보건기구 제9차 국제건강증진총회에서는 지속 가능 성장을 위한 2030 의제에서 건강증진을 위한 3대 축으로 좋은 거버넌스, 건강 도시와 함께 헬스 리터러시의 중요성을 강조하였다(WHO, 2016). 미국의 경우 'Healthy People 2030'에서 헬스 리터러시 관련 목표도 과거 개인적 수준의 헬스 리터러시와 웹사이트와 캠페인을 고려하는 정도에서 개인과 조직 수준의 헬스 리터러시를 구분하고, 조직의 헬스 리터러시의 중요성을 강조하며, 공중보건의 모든 영역에서 헬스 리터러시 목표를 포함했다(Cho & Yoon, 2021). 특히 모든 조직과 교육 프로그램에서 헬스 리터러시 강화를 위한 분야

간 전략 개발, 실행 및 모니터링을 하고 디지털 기술 활용 등을 통해 시민의 건강 결정요인 관리능력을 높이고 건강한 선택을 지원하도록 환경을 변화시키는 것을 실행계획에 포함하고 있다.

세계보건기구 유럽사무소가 발간한 헬스 리터러시 보고서(Kickbusch, Pelikan, Apfel, & Tsouros, 2013)에서는 인구집단의 높은 헬스 리터러시 수준은 사회에 유익하고 낮은 수준의 헬스 리터러시는 높은 의료비용과도 관련이 있을 뿐만 아니라 기존의 불평등을 악화시킨다고 하여 평생학습 과정에서 헬스 리터러시 기술과 역량 구축이 필요하다고 하였다. 기본적인 건강정보를 읽고 이해하는 능력인 기능적 헬스 리터러시와 만성질환 관리를 넘어 일상생활 영역에서 헬스 리터러시 친화적인 접근법을 강조하고 있다(Kickbusch et al., 2013). 이러한 내용은 향후 우리나라가 헬스 리터러시 국가정책을 수립하고 추진할 때 중요한 시사점이 될 것이다. 독일의 경우 헬스 리터러시를 건강역량(Gesundheits kompetenz)으로 번역하여 보건의료 시스템과 만성질환 관리를 넘어 일상생활 환경까지 고려한 국가적 실행계획을 2018년에 수립하였다. 일상생활 환경에서는 교육계와 직장, 소비와 영양제품, 미디어와 시민의 역량 강화를 권장하고, 보건의료 시스템에서는 헬스 리터러시 표준화와 정보탐색, 환자 참여의 강화 및 환자 친화적 정보생산을 권장한다. 만성질환 관리에서는 헬스 리터러시를 통합하여 질병 경과와 자기관리 및 일상대처를 돕고 체계적 연구개발 강화를 제시하고 있다(Schaeffer et al., 2018). 네덜란드에서는 국가적 건강정보 이해력 연맹을 창설하여 개인적 및 집단적인 요소에 대한 역량 강화 개입을 예방, 치료, 돌봄에 이르기까지 지역사회 개입을 성공적으로 시행한 것으로 보고되었다(Kickbusch et al., 2013). 벨기에가 권장하는 국가계획의 수립과 거버넌스, 인력개발, 파트너십 및 조직과 기관역량의 개발은 우리나라 국가정책 수립에 적절한 방향이 될 수 있을 것이다.

제9차 국제건강증진총회의에서는 전통적 건강증진의 비감염성 질환과 건강생활을 넘어 감염유행, 도시개발, 재난위험대처 등 지속 개발 목표를 달성하기 위한 건강증진 3대 전략으로 좋은 거버넌스, 건강한 도시, 헬스 리터러시를 제시하였다. 향후 헬스 리터러시가 건강과 사회를 변형시킬 수 있도록 정보 접근성 강화, 건강정보에 근거하여

선택할 수 있는 역량 강화, 정치지도자와 행정가의 옹호를 제안하였다(WHO, 2016). 세계건강증진연맹(IUHPE)에서도 정책에 있어서 시스템 접근을 높여 생애주기에 걸쳐 내용과 맥락별 정책을 수립하고 환자 교육을 넘어 건강증진 개입을 마련하도록 연구개발과 직장에서의 역량 구축과 분야 간 접근을 권장하고 있다(Bröder et al., 2018). 유럽연합에서는 전 사회적 접근으로 공공선의 가치와 함께 헬스 리터러시를 공공 의제화하고 근거 기반을 강화하도록 하고 있다. 그런데 우리나라에서 헬스 리터러시 국가정책을 수립할 때는 유럽지역 국가들과 구분되는 우리나라 보건의료 체계의 특성(Korean Society for Preventive Medicine, 2021)을 충분히 고려하여야 할 것이다. 현재 우리나라 보건의료 실태는 외래진료를 문지기 없이 자유방임형으로 받고 있고, 세계 최고 수준의 병상 인프라를 국내 총생산의 8% 이하의 의료비로 유지하고 있지만, 주관적 건강 수준은 높지 않고 건강수명의 지역별 격차도 뚜렷한 상태이다. 의료기술의 특성상 진단 기술의 개발이 더 빠르면서도 대체적 기술보다는 부가적 기술개발로 의료비는 기하급수적으로 증가하여 보건의료 소비자의 선택은 어려워지나 실손보험 등으로 인한 의료 이용의 왜곡은 심해질 수 있다. 우리나라에서는 한의학이 병존하면서 의료소비자에게 정보 이용과 선택의 어려움을 가중하고 있다. 기대여명의 급증과 만성질환의 급증, 사회적 격차의 확대, 디지털 지식의 확대와 정보화 사회로의 이행은 이러한 복잡성을 더하고 있다.

향후 우리나라에서 헬스 리터러시 국가정책은 건강과 사회적 격차를 줄이고 개인 이외에 구조적 여건을 바꾸고 여러 분야의 협력을 강화하며 참여적 의사결정이 가능하도록 수립하여야 할 것이다. 본 연구에서는 현재 우리나라 성인의 헬스 리터러시 수준을 29.1~56.8%로 추정하였다. 공식적인 국가 차원의 헬스 리터러시 조사가 시행되지 않았기 때문에 1,000명 이상의 표본을 대상으로 국내 헬스 리터러시 수준을 측정할 4편 연구 결과(Park, 2016; Kim et al., 2019; Park, 2019; Choi et al., 2020)를 분석하여 우리나라 헬스 리터러시 수준을 추정하였다. 본 연구 결과와 유럽지역 여러 국가의 헬스 리터러시 수준을 고려할 때, 제5차 국민건강증진종합계획에서 2030년까지 성인의 적절한 헬스 리터러시 수준 목표로 설정한 70%는 60%로 수정이 고려되어야 할 것이다. 체계적으로 헬스 리터러시 국가정

책을 시행하기 위해서는 헬스 리터러시 수준을 측정할 수 있는 도구 개발이 가장 우선으로 추진되어야 할 것이다. 조사 결과를 근거로 헬스 리터러시 수준 목표를 설정하고 국가정책 세부 계획을 수립할 수 있기 때문이다.

## V. 결론

우리나라에서는 헬스 리터러시가 2021년 발표된 제5차 국민건강증진종합계획(HP2030)에 건강정보 이해 능력으로 번역되어 중점과제로 포함되었지만 아직은 시작 단계라고 할 수 있다. 본 연구에서는 우리나라 헬스 리터러시의 국가정책 방향을 모색하기 위하여 헬스 리터러시 국가계획을 수립하여 추진하고 있는 여러 나라의 헬스 리터러시 수준 및 관련 세부 계획을 살펴보았다. 본 연구에서 제안하는 우리나라 헬스 리터러시의 국가정책 방향은 다음과 같다.

첫째, 현재 우리나라 성인의 적절한 헬스 리터러시 수준은 55.3~56.8%로 추정되며, 2030년까지 달성할 수준 목표를 60%로 제안한다. 둘째, 헬스 리터러시 정책목표는 건강관리에서 자기 결정권 및 건강관리 서비스 질 향상이 되어야 한다. 셋째, 60세 이상 저소득층 노인을 헬스 리터러시 우선 사업대상자로 선정하여 필요한 사업을 추진하여야 한다. 넷째, 보건복지부 건강정책과가 헬스 리터러시 관련 중앙정부 업무를 총괄하고, 국가 차원의 헬스 리터러시 수준 조사는 질병관리청이 국민건강영양조사 및 지역사회 건강조사를 활용한다. 다섯째, 헬스 리터러시와 관련하여 필요한 모든 예산은 국민건강증진기금으로 지원한다. 여섯째, 추진 전략으로 헬스 리터러시 수준을 측정할 수 있는 도구 개발, 헬스 리터러시 수준에 대한 지속적 모니터링, 근거 중심의 맞춤형 중재 프로그램 개발 및 운영, 필요한 예산 확보, 범정부 및 사회 차원의 거버넌스 형성, 헬스 리터러시 기술을 배울 수 있는 다양한 교육 기회 제공, 보건의료 시스템 개선 등을 고려하여야 한다. 2016년 제9차 국제건강증진회의에서 발표한 상하이 선언문 이후 헬스 리터러시 개념과 추진 전략이 크게 개선되고 있는데, 향후 우리나라 헬스 리터러시의 국가정책 계획을 수립할 때는 이러한 국제적인 동향을 반영하여야 할 것이다.

## References

- Bröder, J., Chang, P., Kickbusch, I., Levin-Zamir, D., McElhinney, E., Nutbeam, D., ... International Union for Health Promotion and Education. (2018). *IUHPE position statement on health literacy: A practical vision for a health literate world*. Montreal, Canada: International Union of Health Promotion and Education. doi: 10.1177/1757975918814421.
- Cho H. S., & Yoon N., Y. (2021). Global trends in organizational health literacy and their application to Korea. *Korean Journal of Health Education and Promotion*, 38(2), 85-93.
- Choi, S. K., Kim, H., Hwang, J., Chae, S., Han, G., Yu, J., & Chun, H. (2020). *A study for improving health literacy*. Sejong: Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Chun, H. (2020). Social disparity in health literacy among older adults. *The Journal of the Korean Public Health Association*, 44(1), 87-96. doi: 10.22900/kphr.2020.46.1.008.
- Chun, H., & Lee, J. Y. (2020). Factors associated with health literacy among older adults: Results of the HLS-EU-Q16 measure. *Korean Journal of Health Education and Promotion*, 37(1), 1-13.
- Dodson S., Good, S., & Osborne, R. H. (2015). *Health literacy toolkit for low and middle-income countries: A series of information sheets to empower communities and strengthen health systems*. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia.
- Duong, T. V., Aringazina, A., Baisunova, G., Pham, T. V., Pham, K. M., Truong, T. Q., . . . Chang, P. W. (2017). Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. *Journal of Epidemiology*, 27(2), 80-86. doi: 10.1016/j.je.2016.09.005.
- Frederiksen, N., & Wångdahl, J. (2022). *Health literacy in the Nordic countries: Not only a determinant of health, but also a tool for health promotion*. Stockholm: Nordic Welfare Centre. doi: 10.52746/JMVR1730.
- Governali, J. F., Hodges, B. C., & Videto, D. M. (2005). Health education and behavior: Are school health educators in denial? *American Journal of Health Education*, 34(4), 210-214. doi: 10.1080/19325037.2005.10608186.
- Healthy People 2010*. (2000). Retrieved from [https://www.cdc.gov/nchs/healthy\\_people/hp2010.htm](https://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/hp2010.htm)
- Institute of Medicine. (2009). *Health literacy, eHealth, and communication: Putting the consumer first: Workshop summary*. Washington, DC: National Academies Press.
- Institute of Medicine. (2013). *Health literacy: Improving health, health systems, and health policy around the world: Workshop summary*. Washington, DC: The National Academies Press. doi: 10.17226/18325.
- Jiang, Z., & Jiang, W. (2021). Health education in the healthy China initiative 2019-2030. *China CDC Weekly*, 3(4), 78.
- Kickbusch, I., Pelikan, J., Apfel, F., & Tsouros, A. (2013). *Health literacy: The solid facts*. Copenhagen: World Health Organization. Retrieved from [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/190655/e96854.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf)
- Kim, J., Park, C. Y., & Kang, S. (2019). A survey on the level and related factors of health literacy in Korean people. *Health Policy and Management*, 29(2), 146-159. doi: 10.4332/KJHPA.2019.29.2.146.
- Korea Academic Multimode Open Survey for Social Sciences. (2019). *Questionnaire/Data*. Retrieved from [http://cnukamos.com/kor/sub2/menu\\_1.php](http://cnukamos.com/kor/sub2/menu_1.php)
- Korean Society for Preventive Medicine. (2021). *Preventive medicine and public health fourth edition*. Seoul: Gyeochuk Munwhasa.
- Lee, J. Y. (2019). The necessary tasks for activating health literacy in Korea. *Korean Journal of Health Education and Promotion*, 36(2), 23-35.
- Lee, T. W., & Kang, S. J. (2008). Health literacy in the Korean elderly and influencing factors. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 28(4), 847-863.
- Liu, L., Huang, J., Li, G., Chen, Z., & He, T. (2022). The economic costs of limited health literacy in China: Evidence from China's National Health Literacy Surveillance data. *BMC Health Services Research*, 22(1), 521. doi: 10.1186/s12913-022-07795-9.
- Nutbeam D. (2008) The evolving concept of health literacy. *Social Science Medicine*, 67(12), 2071-2078. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050.
- Nutbeam, D. (2017). Health literacy as a population strategy for health promotion. *Japanese Society of Health Education and Promotion*, 25(3), 210-222. doi: 10.11260/kenkoyoiku.25.210.
- Nutbeam, D., & Kickbusch, I. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349-364.
- Oh, Y. J., & Park, K. H. (2021). Health literacy and related factors depending on socioeconomic status. *Korean Journal of Family Practice*, 11(4), 280-287. doi: 10.21215/kjfp.2021.11.4.280.
- Okan, O., Bauer, U., Levin-Zamir, D., Pinheiro, P., & Sørensen, K. (2019). *International handbook of health literacy: Research, practice and policy across the lifespan*. Bristol: Policy Press.
- Park, D. (2016). Measuring health literacy in Korea: The application of European Health Literacy Survey (HLS-EU-Q47). *Proceedings of Korean Health Communication Association's Fall Conference*.

- Park, D. (2019). Measuring health literacy: Reliability and validity of EU short scale. *Proceedings of Korean Society for Health Education and Promotion's Fall Conference*.
- Park, J. Y., & June, K. J. (2011). Influencing factors on functional health literacy among the rural elderly. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing, 22*(1), 75-85.
- Parker, R. M., Ratzan, S. C., & Lurie, N. (2003). Health literacy: A policy challenge for advancing high-quality health care. *Health Affairs, 22*(4), 147-153. doi: 10.1377/hlthaff.22.4.147.
- Pelikan, J. M. & Ganahl, K. (2017). Measuring health literacy in general populations: Primary findings from the HLS-EU consortium's health literacy assessment effort. In R. A. Logan, & E. R. Siegel (Eds.), *Health Literacy* (pp. 34-59). Washington, DC: IOS Press.
- Ratzan S. C., & Parker, R. M. (2006). Health literacy-identification and response, *Journal of Health Communication, 11*, 713-715. doi: 10.1080/10810730601031090.
- Rondia, K., Adriaenssens, J., Van Den Broucke, S., & Kohn, L. (2019a). *Health literacy: What lessons can be learned from the experiences of other countries?* Health Services Research (HSR): 2019. KCE Reports 322. D/2019/10.273/63. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
- Rondia, K., Adriaenssens, J., Van Den Broucke, S., & Kohn, L. (2019b). *International comparison of health literacy policies and options for a policy plan for Belgium - Supplement*. Health Services Research (HSR): 2019. KCE Reports 322S. D/2019/10.273/64. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
- Schaeffer, D., Gille, S., & Hurrelmann, K. (2020). Implementation of the national action plan health literacy in Germany—lessons learned. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(12), 4403. doi: 10.3390/ijerph17124403.
- Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U., & Kolpatzik, K. (2018). *National action plan health literacy: Promoting health literacy in Germany*. Berlin: KomPart 2018.
- Shi, J., Qi, L., Li, Y., & Liu, X. (2020). Investigation of health literacy status in Beijing, China. *HLRP: Health Literacy Research and Practice, 4*(3), e174-e184. doi: 10.3928/24748307-20200731-01.
- Simonds, S. K. (1974). Health education as social policy. *Health Education Monographs, 2*(1\_suppl), 1-10. doi: 10.1177/10901981740020S102.
- Sørensen K., Van den Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z., & Brand H. (2012). Consortium health literacy project European health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health, 12*(1):1-13. doi: 10.1186/1471-2458-12-80.
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., . . . Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European Health Literacy Survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health, 25*(6), 1053-1058. doi: 10.1093/eurpub/ckv043.
- The HLS<sub>19</sub> Consortium of the WHO Action Network M-POHL. (2021). *International report on the methodology, results, and recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL*. Vienna: Austrian National Public Health Institute.
- Trezona, A., Dodson, S., & Osborne, R. H. (2017). Development of the organisational health literacy responsiveness (Org-HLR) framework in collaboration with health and social services professionals. *BMC Health Services Research, 17*(1), 513. doi: 10.1186/s12913-017-2465-z.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2020). *Office of disease prevention and health promotion: Healthy People 2020*. Retrieved from <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/health-communication-and-health-information-technology/objectives>
- U.S. Department of Health and Human Services. (2022). *Office of disease prevention and health promotion: Healthy People 2030: Understanding and improving health*. Retrieved from <https://www.healthypeople.gov/2020/law-and-health-policy/topic/healthy-people-2030>
- Vernon, J. A., Trujillo, A., Rosenbaum, S., & DeBuono, B. (2016). Low health literacy: Implications for national health policy. 2007. University of Connecticut, Connecticut.
- Wolf, M. S., Gazmararian, J. A., & Baker, D. W. (2005). Health literacy and functional health status among older adults. *Achieves of Internal Medicine, 165*(26), 1946-1952. doi: 10.1001/archinte.165.17.1946.
- World Health Organization. (2016). *Shanghai declaration on promoting health in the 2030 agenda for sustainable development: 9th Global Conference on Health Promotion*. Shanghai: Author.
- World Health Organization. (2021). *Health promotion glossary of terms 2021*. Geneva: World Health Organization.
- Yao, H. W., Shi, Q., & Li, Y. H. (2016). The current status of health literacy in China. *Population Research (Peking, China), 40*(2), 88-97.

- Dong-Jin Park <https://orcid.org/0000-0002-5827-7980>
- Kwang wook Koh <https://orcid.org/0000-0002-3897-4359>
- Ju Yul Lee <https://orcid.org/0000-0003-3157-4026>