

건강형평정책과 사업: 건강 불평등 완화를 위한 접근*

신영진 ** · 윤태호 *** · 김명희 **** · 정백근 ***** · 서제희*****

◁ 요약 ▷

최근 건강 수준이 전반적으로 향상되었음에도 불구하고, 건강 불평등 문제는 점차 심각해지고 있어 건강형평이 중요한 보건정책 과제로 부각되고 있다. 건강 불평등의 완화를 위한 노력의 중요성에도 불구하고 아직 한국 내에서는 건강 불평등 완화를 위한 필요성, 주요 접근 원칙과 접근 방법에 대한 논의는 지극히 초기 단계에 머물러 있다. 건강형평정책은 건강 불평등의 예방과 완화, 해소를 위해 행해지는 모든 정책 또는 사업을 의미하며, 이것은 규범적인 측면에서 뿐만 아니라 현실적, 실용적 측면에도 필요하다. 기존의 보건사업 방식만으로는 건강 불평등을 예방, 완화, 해소하기 어려우므로 1) 건강공공정책과 부문 간 협력, 2) 다수준적 접근, 3) 지역기반전략, 4) 생애적 접근, 5) 참여, 역량 강화, 맥락에 대한 고려, 6) 건강 불평등 해소를 위한 모니터링, 관리와 평가와 같은 접근이 필요하다. 향후 건강형평관련 정책/

* 이 논문은 보건복지부 국민건강증진기금으로 수행된 프로젝트(정책과제 08-55)의 연구결과와 보고서를 일부 보완, 수정하여 논문형식으로 재구성한 것임

** 한양대학교 의과대학 예방의학교실 교수 (yshin@hanyang.ac.kr)

*** 부산대학교 의학전문대학원 예방의학 및 산업의학교실 부교수 (yoonth@pusan.ac.kr)

**** 시민건강증진연구소 상임연구원 (mhkim@gmail.com)

***** 경상대학교 의학전문대학원 예방의학교실 및 건강과학연구원 부교수 (jbbkkr@yahoo.co.kr)

***** 한양대학교 의과대학 예방의학교실 박사과정 (shiningmedic@gmail.com)

사업과 연구가 지속적으로 이루어져야 하며, 정책/사업의 기획과 시행에는 국내외 경험과 연구결과들을 바탕으로 만들어진 주요 원칙 및 접근방법을 유용하게 활용하여야 할 것이다.

주제어: 건강 불평등, 건강형평정책/사업, 접근방법

1. 서론

1) 연구배경 및 목적

전반적인 생활조건의 향상과 적극적인 보건 정책의 시행, 그리고 의학 기술의 향상 등을 통해 건강 수준의 향상을 이루어내고 있으나 국가 간, 국가 내 건강 불평등의 문제는 점차 커져 중요한 정책 과제 중 하나로 등장하였다. 유럽을 대상으로 한 연구에서는 1980년 이후 다수의 유럽 국가에서 사망률의 불평등이 심화되고 있음을 보고하고 있으며(Mackenbach et al., 2003; Mackenbach, 2006), 샤우(Shaw et al.)도 1980년대 이후 영국 내 건강 불평등이 악화되었다고 하였다(Shaw, Smith, & Dorling, 2005). 이러한 양상은 한국도 예외가 아니다. 소득 분위수 배율(P90/10)¹⁾은 1990년 3.16에서 2010년 4.08로 증가하였으며(통계청, 2010), 건강 불평등 현황 연구에서도 남성과 여성 모두에서 교육 수준에 따른 총사망, 사고 사망의 불평등이 일관되게 관찰되었고 1995년에 비해 2005년 교육 수준에 따른 총사망의 상대적 불평등이 증가하였으며, 사고 사망의 경우는 상대적 불평등뿐만 아니라 절대적 불평등도 증가하였다고 보고하였다(정최경희, 2011). 이러한 건강 불평등의 증가에 대응하기 위해서 전 세계적으로 다양한 노력들이 이루어지고 있다. 세계보건기구(World Health Organization WHO) 유럽지역사무국에서는 1999년 발표한 ‘Health 21’을 통해 건강 형평성을 강조하였으며, 유럽 지역 내 국가 간 기대수명을 최소한 30% 줄일 것과 사회경제적 집단 간 기대수명의 격차를 최소한 25% 줄일 것 등을 권고한 바 있다(WHO, 1999). 영국, 미국, 스웨덴, 네덜란드 등 주요 선진국에서도 국가 건강목표에 건강 수준의 향상과 함께 건강 불평등의 완화를 핵심 목표 중의 하나

¹⁾ 가처분 소득을 기준으로 도시 지역, 2인 이상 가구만을 대상으로 산출한 수치임

로 설정하고 다양한 정책들을 진행하고 있다(WHO, 1999; Department of Health, 2003; Commission on Social Determinants of Health, 2008; Ministry of Health and Social Affairs, 2000; Mackhenbach & Stronks, 2004). WHO는 2005년 ‘건강의 사회적 결정 요인 위원회 (Commission on Social Determinants of Health CSDH)’를 구성하고 2008년에는 건강의 사회적 결정요인 관점에서 건강 불평등 문제 해결을 강조하는 최종 보고서를 제출한 바 있다(CSDH, 2008).

이러한 세계적인 추세에 따라 최근 한국에서도 건강 불평등의 완화를 국가 건강증진 사업의 핵심 정책 목표 중 하나로 설정하였다. 2005년 정부가 발표한 ‘새국민건강증진종합계획’에 따르면, 국민건강증진사업의 비전은 ‘온 국민이 함께하는 건강세상’을 만드는 것이며, 이를 위해서는 ‘건강수명의 연장과 건강 형평성의 제고’를 궁극적 목적으로 설정하고 있다(보건복지부, 2005). 그러나 건강형평 정책과 사업이 모든 건강증진 사업에서 다루어져야 할 총괄적 개념임에도 불구하고, 24가지 사업 영역 중 마지막 별도사업으로 다루었으며, 이 역시도 ‘방문보건사업’, ‘희귀난치성질환 사업’ 등 소수의 제한적인 사업만을 제안하고 있다. 또한 최근 정부가 발표한 2020년까지의 ‘국민건강증진종합계획’에서도 인구집단 간 건강 수준 격차가 심화하는 점을 고려해 다문화가족 건강, 취약 가정 방문건강, 장애인 건강 등을 인구집단별 건강관리 대상에 추가하였으나(보건복지부, 2011), 이 역시 소수의 취약인구집단의 건강 개선에만 초점을 두고 있어 전 국가적인 건강불평등 문제를 해결하기에는 여전히 한계를 보이고 있다. 이처럼 한국의 건강형평정책의 단계는 건강불평등의 해결이 중요하다는 부분적인 인식단계에 머무르고 있으며, 본격적인 사회 아젠다화는 되지 못하고 있다.

최근 한국 내 학술영역에서도 건강불평등 관련 연구논문의 수가 증가하고 있으나 대부분 건강불평등의 양상이나 관련요인에 대한 연구가 주류를 이루고 있고, 최근 건강 불평등의 완화를 위한 정책과제를 제시하는 연구결과가 나오고 있으나 아직 그 수가 많지 않고 그 내용도 건강수명(강은정 외, 2008), 사망(정최경희, 2009)과 같이 특정 지표에 집중하거나, 건강행태(김혜련, 2009), 의료이용(신호성, 2009)과 같이 특정 관련요인에 초점을 맞추고 있으며 그 연구주제에 국한한 정책과제를 제안하고 있다.

이러한 한국 상황에서 건강 불평등을 완화하기 위해서는 건강 불평등의 중요성에 대한 사회적 인지를 높이고 효과적인 접근 원칙과 방법을 찾아내어 건강형평정책/사업

을 국가차원에서 보다 다양한 영역의 협력적 정책으로 발전시켜야 한다. 이 연구는 이를 위해 건강 불평등 완화의 중요성, 다른 선진 국가들의 경험과 한국 내 보건사업에서 건강 형평성이 얼마나 고려되고 있는지를 확인함과 동시에 한국 상황 하에서 건강 불평등 완화를 위한 포괄적 국가정책의 수립, 시행 가능성을 중심으로 이를 위한 효과적인 접근 방법과 정책과제들을 도출하고자 하였다.

2) 연구 구성 및 방법

이러한 연구목적을 달성하기 위하여 일차적으로 건강형평정책/사업을 정의하고, 기존 관련 국내외 논의들을 참조하여 그 규범적, 현실적 필요성을 정리하였다. 또한 건강형평정책에서 성공적인 성과를 이루어내고 있다고 보고되고 있는 국가들을 중심으로 이들 정책과 사업들의 내용과 접근방법 또는 전략들을 살펴보고 한국 건강 불평등 완화를 위한 정책과제의 제안에 활용하였다. 한국 내 건강형평정책/사업의 현황을 파악하기 위해 ‘새국민건강증진종합계획(2005)’와 ‘국민건강증진종합계획(2011)’을 평가하고, 전국 250개 보건소의 ‘2008 지역특화건강행태개선사업 계획서’가 건강형평성을 얼마나 고려하고 있는지를 분석하였다. 또한 연구자들이 2007년부터 2009년까지 부산시 해운대구 반송지역에서 진행한 지역 간 건강격차 해결을 목적으로 하는 건강형평시범사업인 ‘건강한 반송 만들기 사업’²⁾에 참여한 지역 보건요원 및 활동가들에 대해 사업 전 및 사업 후반부 초점집단면접조사를 시행하여 건강형평사업 현장의 현황파악과 필요한 지원내용을 수집하여 분석하였다.³⁾ 마지막으로 건강형평 분야 주요 연구자와 세계보건기구의 ‘건강의 사회적 결정 요인 위원회(CSDH)’가 국제적 연구와 사업의 시행을 통

2) ‘건강한 반송만들기 사업’은 이 연구의 연구자들이 보건복지부의 지원을 받아 2007년부터 2009년까지 3년간 부산시 반송지역에서 진행한 지역단위 건강형평사업이다(신영진, 윤태호, 김명희, 2009).

3) 시범사업 전 조사(2007.8)는 아동 및 청소년, 학부모, 주민자치센터위원 등 주민 대표, 지역자활센터 활동가, 사회복지사, 보건소 담당자, 차상위 계층, 기초생활수급자, 지역 풀뿌리조직 활동가 등 16개 초점집단별로 6-8명의 인원을 배정하여 수행하였다. 주요 면접 내용은 지역의 특성에 대한 인식, 건강에 대한 일반적 인식, 반송지역의 건강수준이 낮은 이유에 대한 의견, 지역의 주요한 건강문제와 해결 방안, 지역보건사업에서 주민참여의 이해와 가능성, 지역 자원 간 연계 방법 등이었다. 시범사업 종료 시점 조사(2009.9)은 사업에 직접 참여하였던 보건소 관리자 및 담당자, 주민 활동가, 주민자치센터위원, 사회복지사의 4개 초점집단별로 5-8명의 인원을 배정하여 수행하였다. 주요 면접 내용은 사업 전반에 대한 평가, 기존 지역보건사업과의 차별성, 사업의 성공요인과 실패 요인, 주민참여의 성과와 한계, 지역 자원과의 파트너십에서의 성과와 한계, 향후 지속가능한 사업 수행을 위한 해결 방안 등을 주제로 하였다.

해 제안하고 있는 건강형평정책/사업의 중요 시행원칙과 접근전략을 기반으로 앞에서 분석한 외국의 경험, 국내 건강형평정책/사업의 현황, 건강형평성 개선을 위한 시범사업 참여자들의 의견 등을 참고하여 한국 사회에서 활용가능성이 높은 건강형평사업의 접근방법과 정책과제들을 도출하는 작업을 진행하였다.

2. 건강형평정책/사업의 정의와 필요성

1) 건강형평정책/사업의 정의와 성격

2005년 정부가 발표한 ‘새국민건강증진종합계획’은 ‘건강수명의 연장’과 ‘건강 형평성의 제고’라는 두 가지 총괄 목표를 구분하여 설정하고 있는데, 건강 형평성의 제고를 위한 접근을 건강수명의 연장을 위한 접근과 구별하여 고찰하기 위해서는 이러한 접근에 대한 명명과 조작적 정의를 필요로 한다. 이 연구에서는 건강 형평성의 제고를 위한 정책 또는 사업을 ‘건강형평정책/사업⁴⁾’이라고 하고, 이것은 건강 불평등의 예방과 완화를 위해 행해지는 정책 또는 사업으로 정의하고 논의를 진행하였다. 구체적으로 ‘건강형평정책/사업’은 다음과 같은 성격을 가진다고 보았다. 첫째, 건강형평사업은 건강의 불평등을 예방하는 사업과 이를 완화하는 모두를 포함한다. 둘째, 건강형평사업은 사업 목적 자체를 기존의 건강 불평등을 줄이기 위해 설계하여 진행하는 사업뿐만 아니라 어떤 사업을 진행하려고 할 때 그 사업이 건강 불평등을 심화시키지는 않는지, 또는 이 사업을 통해서 건강 불평등을 줄일 수 있는 지를 검토하고, 사업의 설계와 집행에 있어 이를 반영하는 것까지를 포함한다. 셋째, 건강형평사업은 기존의 통상적인 보건의료사업만을 의미하지 않는다. 건강 불평등을 해소하고 이를 예방하기 위한 모든 사업들이 여기에 포함된다. 특히 소득보장정책, 노동정책, 주거정책, 교육정책 등은 건강형평정책/사업의 중요한 영역이다. 넷째, 건강형평사업은 일반주민을 대상으로 할 수도 있고, 특별히 취약집단을 대상으로도 할 수 있다. 다섯째, 건강형평사업은 상대적 건강 불평등을 해소하는 정책과 절대적 건강 불평등을 해소하는 정책 모두를 포함한다. 여섯째, 건

⁴⁾ 이하에서는 ‘건강형평사업’ 또는 ‘건강형평정책’을 특별한 구별 없이 혼용한다.

강형평사업은 중앙정부와 지방정부에 의해 주도되는 사업만을 의미하지 않는다. 민간 영역에서 이루어지는 사업, 특별히 주민들이나 취약계층 스스로의 자발적 조직화와 활동 역시 매우 중요하다고 보았다.

2) 필요성

사회가 무엇을 하여야 하는가에 대한 논쟁은 언제나 윤리적인 문제를 내포하고 있다. 이것은 어떤 이들이 그들의 주장이 전적으로 기술적인 문제이며 어떠한 가치도 포함되어 있지 않다고 주장할 때조차 그렇다(Roberts et al., 2004). 건강형평성과 관련한 규범적, 현실적 필요성에 대한 입장들을 살펴보는 것은 각 개인 또는 정책가들 자신의 윤리학적 관점의 일관성과 통일성을 높이고, 다양한 입장의 차이를 보다 명확히 이해할 수 있게 해준다.

(1) 규범적 필요성

건강 불평등 문제의 규범적 접근을 위해 우선 생각해야 할 것은 건강 자체의 중요성이다. 건강이 누구나에게 가장 중요한 삶의 목표는 아니다. 하지만 사람들로 하여금 스스로 가치 있다고 생각하는 일을 할 수 있게 해주는 ‘가능성(capability)’의 핵심적 요소이다(Sen, 2002). 이러한 맥락에서 건강 불평등 문제가 중요한 것은 무엇보다도 그것이 불공정한 사회 질서의 결과물이기 때문이다(Anand, 2004; Peter & Evans, 2001). 건강 불평등은 자연적 현상이라기보다 ‘불량한 사회정책과 사업, 불공정한 경제 질서, 나쁜 정치의 유독한 조합’의 결과물이다(CSDH, 2008). 더욱이 그러한 불평등은 사회적 노력에 의해 극복 가능하다는 점에서 더욱 수용하기 어렵다. 인간은 누구나 존중 받으며 살고 싶어 하는 존재임을 인정하는 것에서 보편적 권리 개념은 시작한다(장은주, 2006). 누군가 사회의 불공정한 질서에 의해 ‘불필요하게’ 고통을 받고 그것이 사회의 개입에 의해 극복 가능한 것이라면, 당연히 이를 문제 삼고 개입하여야 한다. 건강 불평등은 소득 불평등과도 달라서 효율성과 효용 증대를 위한 인센티브로 작동할 가능성도 전혀 없는 불평등이다(Anand, 2004).

건강 불평등의 완화를 적극적으로 옹호하는 대표적인 규범적 접근 중의 하나는 사회권으로서의 건강권을 주장하는 것이다. 이와 관련한 국내외 선언,⁵⁾ 국내 법 등에서 보이고 있는 건강과 관련한 권리의 내용을 요약하면 첫째, 최선의 의료서비스를 제공받을 권리, 둘째, 알 권리, 셋째, 치료 과정에서의 자기결정권, 사전 동의(informed consent), 넷째, 진료상의 비밀을 보장 받을 권리, 다섯째, 안전한 작업, 생활환경의 확보권리로 나눌 수 있는데, 이 중에서 사회권적 성격을 강하게 가지는 건강권은, (모든 사람이 도달 가능한 최고 수준의 신체적, 정신적 건강을 향유하는데 필요한) 최선의 의료서비스를 제공받을 권리와 안전한 작업, 생활환경을 보장받을 권리이다(문진영 외, 2007). 유엔 사회권 위원회의 일반논평은 특별히 (건강권의 실현을 위해 필요한) 시설, 재화, 서비스 및 환경을 향유할 권리가 갖추어야 할 요소로 가용성, 접근성, 수용성, 질을 강조하고 있다(인권운동사랑방, 2003). 건강증진과 관련한 오타와 선언에서도 “건강증진은 건강형평에 초점을 맞춘다. 건강증진을 위한 행동은 건강 수준의 격차를 줄이고 최상의 건강잠재력을 획득하기 위해 필요한 기회와 자원을 보장하는 것이다.”라고 특별히 건강형평의 중요성을 강조하여 선언하고 있다(WHO, 1986).

(2) 현실적, 실용적 필요성

이상과 같이 규범적 측면에서 건강형평정책/사업이 이루어져야 한다는 주장이 있는 반면 보다 현실적이고 실용적인 이유를 근거로 내세우는 주장도 있다. 첫째, 기존 불특정 다수를 대상으로 하는 보건사업은 오히려 건강 불평등을 크게 할 수 있다는 주장으로, 2004년 10개 보건소를 대상으로 한 금연클리닉 시범사업의 결과가 그 좋은 예이다. 사업결과 금연성공률은 건강보험대상자가 의료급여대상자에 비해, 직업을 가진 사람들이 무직자에 비해, 그리고 대도시 거주자가 농촌거주자에 비해 유의하게 높았다(조경숙·송태인, 2006; 전용욱·지남주·이원영, 2008). 따라서 이러한 금연사업을 지속할 경우, (보건사업의 효과만을 기준으로 할 때) 전반적인 건강지표의 개선이 이루어지더라도 이들 집단 간 건강 불평등은 오히려 커질 수 있다.

둘째, 국민의 건강 수준을 높이려면 상대적으로 건강 수준이 낮은 집단의 건강 수준

⁵⁾ <세계보건기구헌장>과 <세계인권선언> 등, 국제적인 인권 관련 성명을 말한다..

을 높여야 한다는 주장이다. 이미 건강 수준이 좋은 집단은 어떤 사업을 추가적으로 시행하여도 그 이상으로 건강 수준을 끌어올리기 어렵다. 예를 들어, 2000년 WHO의 보고서에 따르면 미국은 건강 수준부문에서 191개국 중 24위, 건강의 형평성 부문에서 32위였다(WHO, 2000). 이는 미국 내 고소득층의 건강수준이 다른 유럽 국가들에 비해 낮아서가 아니라 저소득층의 건강수준이 낮아 평균을 낮추고 있기 때문이다. 따라서 건강형평정책이 효과적으로 작동하지 않고서는 국민의 평균 건강 수준의 향상은 어렵다.

마지막으로 건강형평사업이 경제적으로 비용만을 발생시키는 것은 아니라는 주장이다. 질병은 노동생산력을 감소시키고 부양비를 증가시키는 악순환을 만들어낸다(Ruge et al, 2001). 건강에 취약한 사람들의 건강 수준을 높여주는 것은 일차적으로 그들이 아파서 사용하게 될 의료비를 줄이는 기능을 한다. 또한 이들이 건강해져서 생산 활동에 참여하게 될 경우, 진료비를 줄이는 역할뿐만 아니라 노동생산성을 높이고 부양비를 낮춤으로써 국가의 부를 창출하는데 기여하게 된다. 이것이 선진국들이 건강관련 지출을 ‘사회 경제적 투자’로 간주하는 이유이다(Dean, 2000).

3. 건강형평정책/사업의 국제적 경험과 국내현황

1) 건강형평정책의 국제적 경험

건강형평정책/사업의 국제적 경험으로부터 교훈을 얻기 위해 주요 국가들의 건강정책의 내용과 특징을 정리하였다. 검토대상 국가는 메켄바흐(Mackenbach et al.)가 선정한 건강형평정책/사업 모범국가 중 중앙정부수준에서 포괄적 건강형평정책을 수립하고 있는 국가이면서 또한 화이트헤드(Whitehead et al.)의 보고서에서도 우수국가로 평가 받고 있는 영국, 네덜란드, 스웨덴을 대상으로 하였다(Mackenbach et al., 2003; Whitehead et al., 2001).⁶⁾ 그리고 이 분류에는 포함되어 있지 않지만 한국 건강증진정책에 중요한 영향을 미치고 있는 미국의 건강증진과 질병예방정책에서 건강형평성이 어떤 위치를 차지하고

⁶⁾ 핀란드는 스웨덴과 유사점이 많아 제외하였다. 다른 선진 국가와 저개발국가들의 다양한 건강형평정책/사업의 예는 Whitehead 등(2001)의 보고서와 유럽연합이 건강 불평등 완화 프로젝트의 일환으로 진행한 ‘Closing the gap’ 과 ‘Determine project’(www.closing-the-gap.org) 등에 체계적으로 정리되어있다.

있는지에 대해서 살펴보았다. 이들 나라의 경험들은 한국 건강 불평등 완화를 위한 정책 과제의 제안에 참고하였다.

(1) 영국

건강형평정책과 관련하여 국가차원의 대규모 시도가 이루어진 나라가 영국이다. 이것은 1980년에 소득 계급 간 사망률의 차이를 보여주는 ‘블랙리포트(Black Report)’가 뒤늦게 세상에 알려지면서 사회적 반향을 일으킨 것에 힘입은 바 크다. 하지만 영국이 본격적으로 건강형평정책을 국가 주요 의제로 설정한 것은 노동당이 재집권한 1997년부터이다. 블레어 정부는 전국의 26개 낙후지역을 대상으로 ‘건강활동구역(Health Action Zone HAZ)’ 사업⁷⁾을 시작하였고, 1998년에는 영국 정부의 정책 방향을 집대성한 영국의 건강 불평등에 대한 독립심의기구 보고서(이른바 ‘애치슨 보고서’)를 냈는데 사회계급 간 영아사망률의 불평등을 줄이고, 박탈수준이 높은 지역에서의 기대수명을 증가시키는 것을 주요 목표로 하였으며 건강 불평등 해결을 위한 범정부적 구체적 활동계획을 포함하고 있다(Department of Health, 2003). 특별히 이 위원회는 불평등을 줄이기 위해 우선적으로 수행해야할 영역을 강조했는데, 그것은 건강 불평등 영향평가(health inequality impact assessment), 어린이를 가진 가족들의 건강, 소득 불평등의 감소와 빈곤층 생활조건의 향상이었다(Mackenbach & Stronks, 2004). 이후 잉글랜드 정부는 건강 불평등 해소를 위하여 12개 정부 부처가 협력하고 지방과 지역사회의 참여를 장려⁸⁾ 하는 등 국가적 전략과 구체적 목표를 세웠으며 여러 프로그램을 시행하였다(Department of Health, 2003).

이러한 영국의 사례는 개별 보건부처의 사업이 아니라 신노동당의 핵심공약으로 전면적으로 장기간 추진하였던 건강형평정책의 경험을 확인할 수 있을 뿐만 아니라 그

7). HAZs사업은 보건, 고용, 교육, 주택, 빈곤 등 건강에 영향을 미치는 요인들을 점검하고, 혁신, 공동체적 개입, 증거중심의 접근을 통하여 낙후지역 및 취약집단의 건강 불평등에 대처 하려는 종합대책이다(DoH, 1999)[김순양. (2009), 건강 불평등 해소를 위한 로컬 보건의로 거버넌스(Local Health Care Governance)체계의 구축방안: 영국 Health Action Zones 사업의 분석 및 벤치마킹, 한국행정연구. 제19권 제2호 (재인용)]. HAZs은 2004년에 시범사업이 종료되었으며, 이를 대신하여 영국 정부에서 추진한 사업이 바로 선두 그룹(Spearhead group, 이하 SG)이다.

8) 대표적인 예로, 이를 위한 접근 방식중 하나는 ‘공공서비스계약(Public Service Agreement)’을 통해 중앙정부 부서들이 모두 건강형평정책에서의 역할을 명확히 하는 것인데 이것은 중앙 정부부처 간에만 이루어지는 것이 아니라, 각 지역들에서도 ‘지역공공서비스계약’이라는 형태를 통해 계약이 이루어진다.

평가까지를 포함하고 있다는 점에서 새롭게 국가수준의 포괄적 건강형평정책을 수립, 시행하려는 국가들에게 유용한 정보를 제공하고 있다.

(2) 네덜란드

네덜란드는 과학자와 각 정당을 대표하는 정치가들이 동등하게 참여하여 구성된 ‘건강의 사회경제적 불평등에 관한 국가 프로그램 위원회(national programme committee on socioeconomic inequalities in health)’가 건강 불평등을 줄이기 위한 각기 다른 12개의 사업들에 대한 준실험적 평가(quasi-experimental evaluation)를 시행하는 등 10년간의 체계적인 국가적 노력을 기울였다. 이를 통해 건강의 사회경제적 불평등 실태와 그 결정요인, 그리고 건강 불평등을 감소하기 위한 26개의 구체적인 권고안을 만들었다. 이들은 또한 장애로부터 자유로운 기대여명(disability-free life expectancy)의 사회경제적 불평등을 2020년까지 25%까지 줄이기 위한 포괄적 접근전략을 수립하였다(Mackenbach & Stronks, 2004). 이 권고를 범주화한 4가지 접근 전략은 1) 교육, 수입, 다른 사회 경제적 요소들의 불평등 감소, 2) 건강문제가 사회경제적 위치에 미치는 부정적인 영향의 감소, 3) 사회경제적 요인들이 건강에 미치는 부정적인 영향 감소, 4) 낮은 사회경제적 위치에 있는 이들을 위한 보건의료서비스의 접근도와 질 향상이었다(Mackenbach et al., 2003).

네덜란드의 건강형평을 위한 접근 방식은 다른 유럽 국가들과 유사하지만 특별히 영국과 스웨덴의 방식에서 많은 영향을 받았으며, 체계적인 근거기반 정책/사업의 수립을 강조하고, 연구자와 정치결정자들이 정책수립과정에 함께 참여하고 있다. 또한 네덜란드에는 중앙보다는 지방정부수준에서 건강정책의 결정자들이 건강사업에서 권고안을 채택하도록 유인하는 지표들이 존재한다(Mackenbach & Stronks, 2004). 슈미츠(Schmidt et al.)는 강력하고 신뢰를 받는 활동가, 과학적 근거의 제시, 건강 불평등에 대한 국가차원의 연구지원 등이 건강형평정책을 정책의 우선순위가 되게 하는데 기여했다고 하였다(Shmidt et al., 2010).

(3) 스웨덴

스웨덴 ‘공중보건 목적에 관한 법률(Public Health Objective Bill)’⁹⁾에 명시된 공중보건정

책의 목표는 “모든 국민들이 동등하게 양질의 건강을 누릴 수 있도록 사회적 조건을 만드는 것”이며, 건강 형평성에 높은 우선순위를 두었다. 그리고 이를 달성하기 위해 정부 기관, 지방의회, 지방자치단체 간에 다부문적 활동을 명시하고, 11개의 목표 영역과 이와 관련된 31개의 정책과제를 제시하였다(표 1).

[표 1] 스웨덴 <공중보건목적에 관한 법률>의 공중보건 11대 목표 영역

1. 참여와 사회에의 영향(Participation and influence in society)
2. 경제적, 사회적 보장(Economic and social security)
3. 아동, 청소년 시기에 안전하고 우호적인 상황(Secure and favourable conditions during childhood and adolescence)
4. 더 건강한 노동 생활(Healthier working life)
5. 건강하고 안전한 환경과 생산품들(Healthy and safe environments and products)
6. 보다 적극적으로 건강을 증진에 기여하는 보건과 의료서비스(A more health-promoting health service)
7. 전염성 질환으로부터의 효과적 보호(Effective protection against communicable diseases)
8. 안전한 성과 좋은 생식보건(Safe sexuality and good reproductive health)
9. 육체적 활동의 향상(Increased physical activity)
10. 좋은 식이 습관과 안전한 식품(Good eating habits and safe food)
11. 담배와 알코올 이용의 감소, 불법적 약물과 도핑이 없는 사회, 과도한 도박으로부터의 위험 감소 (Reduced use of tobacco and alcohol a society free from illicit drugs and doping and a reduction in the harmful effects of excessive gambling)

이러한 스웨덴의 신공중보건정책은 정치가와 전문가들이 유기적 협력의 산물이며, 건강관련 여러 분야를 포괄하고, 강력한 과학적 근거에 기반을 두고 있다. 또한, 정책 개발이 민주적인 과정을 통해 진행되었으며, 기본적으로 모든 사회계층에게 골고루 적용되는 보편적 접근을 특징으로 하고 있다. 그러나 최근 보수연합의 집권과 함께 2007년에 이 국가보건의로 계획은 개인의 선택과 책임을 강조하는 방향으로 변화하였다. 이러한 변화에 따라 건강부문의 건강 불평등이 증가할 가능성에 대한 우려들이 제기되고 있지만(Burström B, 2009), 보수정권 하에서도 일차의료와 산업보건에서의 금주 프로그램, 0-18세 자녀를 둔 모든 부모들에 대한 양육 지원사업, 위험한 환경에 거주하는 아동들에 대한 건강보호 및 중독예방사업을 진행하기 위한 협력사업, 대학과 연계한

9) 공중 보건을 위한 국가 전략과 구체적 목표를 만들기 위하여 1997년에 구성한 스웨덴 국가공중보건위원회(National Public Health Committee)는 각 정당 대표자, 정부조직, 비정부조직, 학계 등 약 500여 개의 조직들에 자문을 통해 건강 형평성을 골자로 하는 국가공중보건정책 전략과 목표 18개를 2000년에 발표하였다(Ministry of Health and Social Affairs, 2000). 이것을 바탕으로 스웨덴 정부는 안 만들어 2002년 11월에 국회에 제출하였고, 2003년 4월 국회는 이 법안을 승인하였다(Moberg, 2006)

기초자치단체의 아동, 청소년 정신건강증진사업, 건강의 사회적 결정인자들을 고려한 지방정부의 도시개발 사업에 대한 지원, 신체활동을 지원하는 보건의료서비스에 대한 지원, 12-15세 청소년의 정신건강에 대한 체계적인 국가 서베이와 추적조사 등은 건강형평성의 개선에 긍정적인 효과를 보이고 있다고 보고하고 있다(Wamala, 2010).

(4) 미국

미국의 1979년부터 보건성(Health and Human Services)은 국민의 건강을 향상시키기 위하여 건강증진과 질병 예방에 대한 목표를 세우고 있는데, ‘Healthy People: The Surgeon General’s Report on Health Promotion and Disease Prevention(1979)’에서는 사망률 감소(연령별 목표 설정)가 주요 목표로 표방되었으나, ‘Healthy People 2000’부터는 ‘예방 가능한 사망과 장애의 감소를 통한 건강여명의 증가’, ‘예방 보건 서비스의 접근성 제고’와 함께 ‘인종·사회 계층 간 건강 불평등 완화’ 핵심 목표 중 하나로 설정하였다. 또한 ‘Healthy People 2010’에서는 ‘건강 불평등 제거’와 ‘건강여명의 증가’를 목표로 설정하고 특별히 2000년 목표부터 건강 불평등 완화를 총괄 목표로 설정하고 세부 목표치 설정, 관련 법령, 조례 및 규칙집행, 재정지원, 담당인력의 훈련, 국가 통계자료 생산, 건강증진사업 개발 및 시행 평가 등 다양한 관련 정책과 사업을 전개하고 있다(Department of Health and Human Service, 2000; 최윤정 외, 2006). 또한 최근 새로이 시작하는 ‘Healthy People 2020’에서도 ‘건강형평의 실현과 건강 불평등의 제거, 모든 집단의 건강증진’을 4개의 총괄 목표 중 하나로 설정하였으며, 특별히 ‘건강 결정요인들’을 중심으로 건강의 불평등을 ‘확인’하고, ‘측정’하며, ‘추적’하고 ‘감소’시킬 것을 선언하고 있다(Department of Health and Human Service, 2010). 이러한 미국의 건강형평정책이 가지는 중요한 의미와 특별히 한국 사회에서 가지는 시사점은 미국과 같이 자유주의를 핵심 가치로 삼고 있는 나라에서도 건강형평성을 국가건강정책의 총괄목표 중 하나로 설정하고 있다는 것이다.

2) 국내 건강형평정책/사업의 현황

한국의 중앙정부 또는 지방정부(광역, 기초 자치단체)가 얼마나 구체적인 건강형평정

책/사업을 계획하고 적극적으로 수행하고 있는지를 객관적으로 확인하는 것은 어려운 일이나 관련 중요 계획들의 평가와 분석을 통해 그 현황을 제한적이거나 확인하였다.

(1) 국민건강증진종합계획

2005년 정부가 발표한 ‘새국민건강증진종합계획’에 따르면, 국민건강증진사업의 비전은 ‘온 국민이 함께하는 건강세상’을 만드는 것이며, ‘건강수명의 연장과 건강 형평성의 제고’를 궁극적 목적으로 설정하고 있다(보건복지부, 2005). 그러나 건강형평 정책과 사업이 모든 건강증진사업에서 다루어져야 할 총괄적 개념임에도 불구하고, ‘방문보건사업’, ‘희귀난치성질환 사업’ 등 매우 적은 수의 개별 사업만을 제안하고 있다. 아울러, 영국, 네덜란드, 스웨덴의 건강형평정책 수립 시 근거를 만들기 위한 장기간 대규모의 연구과정을 진행한 것과는 대조적으로 2005년 계획에는 이를 위한 소규모의 예산(매년 1 억원)만을 계획하였다(보건복지부, 2005). 또한 2020년까지의 계획을 담고 있는 ‘국민건강증진종합계획’에서도 인구집단 간 건강 수준 격차가 심화하는 점을 고려해 다문화가족 건강, 취약 가정 방문건강, 장애인 건강 등을 인구집단별 건강관리 대상에 추가하였으나(보건복지부, 2011), 이 역시 소수의 취약인구집단의 건강 개선에만 초점을 두고 영국, 네덜란드, 스웨덴과 같이 전 국가 수준의 포괄적이고 구체적인 실행계획을 제시하지 못하고 있다.

(2) 전국 보건소 건강증진사업 중 건강형평사업의 현황

지방자치단체의 건강형평사업의 현황을 파악하기 위해 건강증진사업지원단으로부터 전국 250개 시군구 보건소의 2008 지역특화건강행태개선사업 계획서를 받아 3명의 연구진이 검토하였다. ‘건강형평성 확보 대책’이 기술되어져 있고 이 내용들이 세부사업에 포함되어 있을 때 건강형평성을 확보하기 위한 구체적인 계획을 수립한 것으로 파악하였다.

[표 2] 광역자치단체별 지역특화 건강행태개선사업 계획서의 건강형평성 고려 현황

| 광역자치단체 | 관내 보건소 수(A) | 건강형평성을 고려한 계획서 작성 보건소 수(B) | (B/A)x100 (%) |
|--------|-------------|-------------------------------|---------------|
| 서울특별시 | 25 | 10 | 40.0 |
| 부산광역시 | 16 | 11 | 68.8 |
| 인천광역시 | 10 | 1 | 10.0 |
| 대구광역시 | 8 | 4 | 50.0 |
| 광주광역시 | 5 | 2 | 40.0 |
| 대전광역시 | 5 | 1 | 20.0 |
| 울산광역시 | 5 | 2 | 40.0 |
| 경기도 | 44 | 14 | 31.8 |
| 강원도 | 18 | 8 | 44.4 |
| 충청북도 | 13 | 3 | 23.1 |
| 충청남도 | 16 | 8 | 50.0 |
| 전라북도 | 14 | 6 | 42.9 |
| 전라남도 | 22 | 3 | 4.5 |
| 경상북도 | 25 | 4 | 16.0 |
| 경상남도 | 20 | 8 | 40.0 |
| 제주도 | 4 | 1 | 25.0 |
| 전체 | 250 | 84 | 33.6 |

분석결과 검토 대상 250개 보건소 중 지역특화건강행태 개선사업계획서에 ‘건강형평성 확보 대책’이 명시적으로 기술되어 있고, 관련 내용이 세부사업계획 중 적어도 하나 이상 구체적으로 제시되어 있는 계획서를 작성한 보건소는 총 84개소로 전체 보건소 중 33.6%에 불과하였다(표 2). 84개소의 보건소에서 계획했었던 건강형평성 관련 사업은 총 129개 사업으로, 해당 보건소 당 평균 1.5개의 사업을 계획하고 있었다. 건강형평성 관련 계획이 지역특화건강행태개선사업의 네 가지 세부사업영역, 즉, 절주영역, 신체활동 및 운동 영역, 영양 영역, 비만관리의 모든 영역에서 기술되어 있는 보건소는 총 35개소로 이는 조사 대상 전체 보건소의 14.0%에 불과하였다. 지역사회, 학교, 직장 등 생활터별로 접근한 건강형평성 관련 사업은 총 20개였는데 이 중 17개 사업은 취약지역이나 벽오지를 사업대상으로 설정하여 보건자원을 집중한 사업이었다. 건강형평성 관련 사업 총 129개 사업 중에서 사업 예산이 아예 없거나 이를 구체적으로 명시하지 않아서 추정이 불가능한 사업은 총 50개 사업이었는데 이는 전체 건강형평성 관련 사업의 38.8%에 해당하는 것이었다. 사업내용은 주로 취약계층이나 취약지역들을 중심으로 보건교육을 수행하거나 관련 서비스를 제공하는 것이었다. 한국의 경우, 대부분의 보건사업이 보건소를 통해 제공되고 있는 실정에서 이상의 결과는 중앙 정부뿐만 아니라 광

역 및 기초자치단체의 보건사업 계획수립에서 건강형평성에 대한 고려가 충분하지 못함을 보여준다.

4. 건강형평정책/사업의 원칙과 접근방법

1) 건강형평정책/사업의 원칙

건강형평정책을 이해하는 데 있어 중요한 것은 건강의 결정요인들을 이해하는 것이다. 화이트헤드(Whitehead)와 달그렌(Dahlgren)의 모형에 따르면 건강의 결정요인은 다섯 개의 층으로 구성된다. 첫째는 연령, 성 등의 유전적 요인, 둘째, 개인의 생활습관 요인들, 셋째, 사회, 지역사회 네트워크, 넷째, 생활 또는 노동조건, 다섯째, 일반적인 사회경제, 문화, 환경조건이 그것이다(Dahlgren & Whitehead, 1991). 건강 불평등의 해소를 위한 노력 역시 이러한 5개 층의 결정인자들을 얼마나 효과적으로 변화시키는가에 달려 있다.

화이트헤드(Whitehead)와 달그렌(Dahlgren)은 건강의 사회적 불평등을 해결하기 위한 정책 활동의 10가지 원칙을 다음과 같이 제시하였다(Whitehead & Dahlgren, 2006). 1) 정책은 하향평등이 아니라 상향평등을 이루어내야 한다. 2) 건강의 사회적 불평등을 줄이기 위해서는 세 가지 주요 접근법(빈곤층에 초점을 둘 것, 건강 양극화의 간격을 줄일 것, 전체 인구집단의 사회적 불평등을 감소시킬 것)이 상호의존적이고 서로에 기반을 두어야 한다. 3) 인구집단을 대상으로 하는 건강정책은 인구 집단 전체의 건강상의 이득을 도모함과 동시에 건강 불평등을 감소시키는 두 가지 목표를 가져야 한다. 4) 정책 활동은 건강 불평등의 사회적 결정요인들에 관심을 가져야 한다. 5) 천명된 정책적 개입만으로 불충분하여 실제로 각 정책이 (건강 불평등에) 해를 미치는 지 모니터링 되어야 한다. 6) 건강 불평등과 이의 개선의 정도를 측정할 수 있는 적절한 도구들을 선택하여야 한다. 7) 목소리를 내지 못하는 이들에게 발언권을 주려는 통합된 노력들을 만들어 내야 한다. 8) 가능한 모든 경우에서, 건강의 사회적 불평등은 남성과 여성을 구분하여 제시하여야 한다. 9) 인종적 배경이나 지역에 따른 건강의 차이를 사회경제적 배경과 연결시

켜야 한다. 10) 보건의료체계는 형평성의 원칙 위에 구축되어야 한다. 이상의 원칙들은 건강 형평성과 관련한 국제기구와 많은 나라들의 접근원칙으로 받아들여지고 있다.

2) 건강형평정책/사업의 주요 접근방법

건강 불평등을 해소하기 위한 다양한 접근 전략들이 제안되고 있는데, 화이트헤드(Whitehead)와 달그렌(Dahlgren)은 1) 통합적 건강결정요인전략(integrated determinants of health strategies), 2) 질병별 전략(disease-specific strategies), 3) 장 기반 전략(the setting approach), 4) 집단별 전략(group specific strategies)을 제안하였다(Whitehead & Dahlgren, 2006). 또한 2008년 세계보건기구 사회결정요인위원회는 <Closing the gap in a generation> 보고서에서 1) 일상생활의 조건을 향상시킬 것, 2) 권력, 자원, 자원의 불균형한 분포 문제를 해소할 것, 3) 문제를 측정하고 이해하여 행동의 효과를 평가할 것을 제안하였다(CSDH, 2008). 이 두 가지 제안은 건강 형평성 분야에서 대표적인 제안이지만 전자의 경우 다소 원론적인 수준에 머물고 있고, 후자의 경우, 주로 사회적 요인에 초점을 맞추고 있다. 기존 제안을 바탕으로 국내 보건의료부문의 현황, 특별히 건강형평사업의 현황, 연구자들이 진행하였던 건강형평 시범사업인 ‘건강 반송만들기 사업’에 참여한 보건요원 및 지역 활동가들의 인터뷰를 통해 얻은 정보를 활용하여 한국 사회에서 활용 가능성이 높은 주요 접근방법을 요약하면 다음과 같다.

(1) 건강공공정책과 부문 간 협력

“우리나라의 경우 통합-연계사업이 힘듭니다. 왜 같이 해야 되는지 의문을 가지는 부서가 절대다수입니다. 아래로부터의 목소리를 반영하는 것이 물론 좋겠지만, 우리나라에서는 차라리 윗선에서부터 정책적으로 시행을 하는 것이 낫다고 보입니다. 즉 중앙에서 연계가 되지 않은 상태에서 지역에서 연계되어 시행하기는 힘들다는 겁니다.”(보건소 담당자)

① 건강공공정책(healthy public policy)

사회경제적 수준이 낮거나 다양한 이유로 취약한 집단들은 건강문제뿐만 아니라 의·식·주를 포함한 복합적인 장애와 문제를 가지고 있는 경우가 많고 이들 문제는 서로 얽혀 있다. 반면 이러한 문제를 해결하는 데 도움이 되는 물질적, 사회적 자원은 상대적으로 취약하다. 이러한 문제는 기존의 통상적인 보건정책/사업이나 의료서비스만으로는 해결할 수 없으며 다양한 부문 간 협력을 통한 포괄적 접근이 필요하다. 또한 빈곤층의 건강을 보호, 증진하고 질병을 치료하기 위해서는 각종 사회보장제도와 복지정책들의 역할도 매우 중요하다. 이렇게 ‘건강’문제를 중심으로 여러 분야의 포괄적 접근을 시도하는 것이 ‘건강공공정책(healthy public policy)’이다. 밀리오(Milio)의 정의에 의하면 ‘건강공공정책’이란 사람들의 삶의 조건들, 즉 위험이 없고, 안전하며, 적절하고 지속 가능한 삶의 형태, 생활습관, 환경을 개선시키는 정책을 말한다. 여기에는 주거, 교육, 영양, 정보의 교환, 어린이들의 돌봄, 이동수단 그리고 지역사회와 개인 수준의 사회, 보건 의료서비스를 포함한다(Milio, 1987; Milio, 2001). 특별히 이 개념은 1986년 ‘오타와 선언’에서 건강증진을 위한 핵심적인 전략 중의 하나로 공식 천명되면서 핵심적인 개념으로 자리 잡았다.¹⁰⁾ 1986년 오타와 선언 이후 아텔레이드 권고(WHO, 1988), 선즈볼 성명(WHO, 1991), 자카르타 선언(WHO, 1997)에서도 이 건강공공정책은 핵심적인 건강증진전략으로 지속적으로 강조하고 있는데, 이들 건강증진 선언들은 건강정책의 중요한 목표중 하나로 건강형평을 강조하고 있다. ‘건강도시 프로젝트(healthy city project)’, ‘건강영향평가(health impact assessment)’ 등이 이러한 건강공공정책의 취지에 부합하는 대표적인 정책의 예이다. 건강도시프로젝트에서 형평은 핵심적인 목표 중 하나이며, 더글라스(Douglas et al.)는 모든 정책/사업에 대해 ‘건강영향평가’를 시행하는 것이 건강 불평등의 개선에 효과적이라고 밝히고 있다(Douglas & Scott-Samuel, 2001).

② 부문 간 협력

건강공공정책에서 가장 이슈가 되고 있는 것은 부문 간 협력을 어떻게 효과적으로 이끌어 낼 것인가이다. 여기서 부문 간 협력이란 어느 한 분야를 넘어서는 것으로 공공, 민간,

¹⁰⁾ 오타와 선언은 “건강증진은 보건영역의 책임을 넘어서는 것일 뿐만 아니라 건강한 생활습관을 넘어 웰빙까지를 포함한다.”고 밝히고 있다(WHO, 1986).

그리고 자원봉사단체들을 포함한다(Naidoo & Wills, 2000). 건강의 사회적 결정요인과 부문 간 협력(intersectoral action 이하 IA)은 이미 알마아타 선언, 오타와 선언, 방콕헌장 등 중요 보건 분야의 선언에서 강조해오고 있는 내용이며, 최근 세계보건기구 건강의 사회적 결정요인 위원회(CSDH)가 제안한 주요 전략이기도 하다. 위원회는 부문 간 협력을 ‘건강과 건강형평을 향상시키기 위하여 부문 간 인지된 협력’이라 정의하였다(Public Health Agency of Canada, 2008). 건강증진사업을 위해 협력해야 할 주체들은 보건당국, 민간기업, 사업장, NGO, 자원봉사조직, 매스미디어로 크게 구분될 수 있으며 이들 각각은 중앙정부, 광역자치단체, 기초자치단체와 같은 수준에 따라 차이가 있다.

건강 불평등에 대한 IA의 효과를 알아보기 위해 WHO 건강의 사회적결정요인위원회에서 개발한 질문을 토대로 캐나다의 공중보건청(Public health Agency of Canada)과 보건의료체계지식네트워크(Health Systems Knowledge Network)가 여러 국가와 지역의 18개 사례를 조사하였는데, 건강 불평등의 해소를 위한 부문 간 협력의 성공사례들이 존재하며, 각 나라들에서 건강 불평등이 다양한 요인들에 의해 야기되는 만큼 부문 간 협력이 중요함을 확인하였다(Public Health Agency of Canada, 2008).

그러나 IA는 몇 가지 한계를 지니는데, 1) 상위 수준에서의 위임부족, 2) 견해 및 전망의 차이, 3) 전문가들의 경쟁의식(특히 지위의 차이가 있는 경우), 4) 연대를 위한 자원 조달에 있어서 기여도의 불균형, 5) 새로운 파트너의 배제, 6) 성취 가능한 공동 목표의 부족, 7) 다양한 조직의 문화에 대한 이해부족과 다른 조직에 대한 강제, 8) 서로 다른 지리적 범위, 9) 실질적인 성취의 부족 등이 그것이다(Naidoo & Wills, 2000). 이러한 문제를 극복하기 위한 다양한 노력들 역시 진행 중인데, 톰슨(Thomson)과 스타첸코(Stachenko)는 건강을 위한 파트너십의 촉진 요소로 파트너십 형성 및 강화 과정, 변화를 자극하고 지지하는 네트워크, 과정을 지지하는 필수 자원, 열성적인 중앙조정 기구 또는 사람, 의사소통 계획을 들고 있다(Thomson & Stachenko, 1994). 영국 보건부는 경험에 기반을 둔 보다 구체적인 기술을 하고 있는데, 부문 간 협력이 잘 이루어지기 위해서는 1) 직원들이 부서 간 활동에 투자할 충분한 시간을 가져야 한다. 2) 조정자는 열심히 일할 수 있는 환경을 조성하고 잠재된 자원을 분간하는 일을 돕는다. 3) 직원들은 자신들의 조직 내에서 결정에 영향을 미칠 수 있는 충분한 지위와 권한을 가져야 한다. 4) 건강에 대해 공유하는 비전과 개념이 있어야 한다. 5) 건강증진을 위한 공유된 목적과 목표가 있어야

한다. 6) 협력을 위한 지원과 작업을 원활하게 할 수 있는 기전이 있어야 한다. 가시적인 성과는 일하는 것을 고무시킨다. 7) 성과를 명시하는 것이 중요하다고 밝히고 있다 (Department of Health, 1992).

(2) 다수준적 접근

“우리 지역에는 경제적으로 어려운 사람이 많고, 또 지역 자체도 경제적으로 낙후된 것이 건강에 영향을 많이 주는 것 같아요, 그리고, 혼자 사는 노인이나 아이들이 많은데, 거기서부터 영양에 손실이 많이 생기지 않을까요?”(지역의 한 주민)

보건의료부문에 다수준적 접근이란 건강이 개인적인 수준, 지역사회 수준, 국가적 수준과 같이 다양한 수준의 요인들에 영향을 받는 것으로 보고 접근하는 방식이다. 물론 그 수준이 개인-지역-국가로 국한되는 것은 아니다. 다수준적 접근은 개인과 개인들이 속한 집단/지역/조직 등 다양한 층위에서 존재하는 사회적 결정요인들의 건강효과를 동시에 고려하고 상호작용을 평가할 수 있으면서, 무엇보다 여러 층위에서 관찰되는 관계들의 바탕에 자리한 변이의 원천을 모형화 할 수 있다는 점이 특징이다(Duncan, Jones & Moon, 1998).

이러한 다수준적 접근은 다양한 보건정책과 사업에도 적용할 수 있는데, 김명희는 다수준 모형이 지역사회 중재프로그램, 보건의료서비스, 노동안전보건, 학교보건, 담배 산업과 관련한 정책결정 등 다양한 주제와 영역에서 사용될 수 있는 예를 제시하였다(김명희, 2006). 살리스(Sallis et al.)는 인구집단의 신체활동량을 변화시키기 위해서는 개인, 사회적 환경, 물리적 환경, 정책을 포함하는 다수준적 중재가 필요하다고 하였다(Sallis et al., 2006). 또한 다수준적 접근 모형에 입각하여 보건사업을 상위흐름(upstream), 중위흐름(midstream), 하위흐름(downstream)으로 분류하여 설명하기도 하는데, 영국의 건강 불평등 정책을 다룬 아스타나(Asthana)와 할리데이(Halliday)의 분석이 그 좋은 예다(표 3). 이들은 영국의 건강형평정책이 지역사회 혹은 사회보다는 개인이나 의학적 접근(down-stream)에 집중하고, 건강, 건강 관련 행동, 보건사업에 대응으로 이루어지는 맥락을 과소평가하며, 프로그램의 성공을 측정하는 데 사실상 비현실적으로 완고한 기준

을 제시하는 것에 대하여 문제를 제기하며 상위흐름정책의 중요성을 강조하고 있다 (Asthana & Halliday, 2006).

[표 3] 수준별 건강형평정책/사업의 예

| 수준 | 수준별 건강형평정책/사업 예 |
|---------------------------------|--|
| 상위흐름 (upstream) 정책 및 사업 | <ul style="list-style-type: none"> . 각종 빈곤, 소득, 세금, 급여, 회계, 교육, 고용, 주택공급정책 <정책의 예> . 아동 세금공제 및 근로 세금공제(Child Tax Credit and Working Tax Credit) . 직업센터 플러스(Job centre Plus) . 학습 및 기술 위원회(Learning and Skills Councils) . 저임금 위원회(Low Pay Commission) . 최저소득 보장(Minimum Income Guarantee) . 국가최저임금(National Minimum Wage) . 프로그램 뉴딜 정책(New Deal for Programmes) . 새 기회 기금(New Opportunities Fund) . 영국 연료 빈곤 전략(UK Fuel Poverty Strategy) |
| 중위흐름 (midstream) 정책 및 사업 | <ul style="list-style-type: none"> * 헬스액션존(Health Action zone)- 최근 선도지역(Spearhead Group)사업으로 변경 * 슈어스타트(Sure Start): 0-4세 아동과 그들의 가족인 특정 하위 집단에 대한 지역기반사업 * 지역사회를 위한 뉴딜 정책(New Deal for Communities: NDC) * 지역 재개발을 위한 국가 전략(National Strategy for Neighbourhood Renewal: NSNR) |
| 하위흐름 (downstream) 정책 및 사업 | <ul style="list-style-type: none"> * 개인을 대상으로 한 각종 보건사업 - 금연사업, 절주사업, 영양사업 등 |

* Asthana, S. & Halliday, J.(2006). What works in tackling health inequalities? pathways, policies and practice through the lifecourse. Bristol: The Policy Press. 재구성

(3) 지역기반 접근

“지역의 환경 자체가 답답해요. 아이들끼리 소통이 원활할 수 있는 공간이 없어요. 첫째는 편안하게 뛰어놀 공간이 없어요. 놀이터에는 불량배들이나 있고, 학교 운동장 같은 경우에도, 축구부가 점령을 하고 있고, 그래서 학교 근처에 잘 가지 않아요. 산이 근처에 있어서 좋지만, 근처에 녹지 공간이 없고, 하천이 있지만, 더러운 개천을 계속 보면서 생활하는 것도 안 좋을 것 같아요”(지역의 한 주민)

지역은 그곳에서 살고 있는 사람들의 삶과 건강에 영향을 미치게 된다. 지역은 기본 재화에 대한 접근성이 보장되고, 사회적 결속력이 있으며, 육체적, 사회 심리적 안녕을 증

진할 수 있도록 만들어진, 그리고 자연 환경이 보호되는 지역은 건강 형평성을 위한 필수요건이다(CSDH, 2008). 지역기반 전략은 지역 주민들이 건강해지기 위해서는 지역 그 자체가 건강해져야 한다는 것이며, 이를 위해서는 보건부문 뿐 아니라, 사회복지부문, 경제부문 등 포괄적 영역에서의 접근이 필요함을 역설한다.

① 건강도시사업

지역기반 전략에 근거한 대표적 사업으로 ‘건강도시사업’을 들 수 있다. WHO에서는 인류의 80%가 도시지역에 거주하고 있음에 주목하며, “모든 인류에게 건강을!” 이라는 궁극적 목표를 실현하기 위한 전략으로 건강도시사업을 제안하였다. 이는 ‘물리적, 사회적 환경을 지속적으로 개선하고 창출하며, 지역사회의 자원을 증대시킴으로써 도시 구성원들이 개개인의 능력을 모두 발휘하고 잠재 능력을 최대한 개발하여 서로 상부상조할 수 있도록 하는 도시’로 정의하고 있다(WHO, 1998). 즉, 건강도시사업은 도시의 구조와 환경이 그곳에 사는 사람들의 건강에 미치는 영향이 중요하며, 따라서 도시의 구성원들이 건강해지기 위해서는 개인 수준의 접근뿐 아니라 건강의 사회적, 경제적, 환경적 결정요인을 직접적으로 다루어야 함을 역설한다. 특히 건강도시사업은 빈곤과 건강의 불평등 문제 해결을 강조한다.

② 건강취약지역 지원 사업

건강취약지역 지원 사업은 건강 수준이 낮고, 사회경제적 수준이 낮은 지역을 중심으로 집중적이고 포괄적인 건강사업을 전개함으로써 해당 지역의 건강 수준을 끌어올려 지역 내 또는 지역 간 건강 불평등의 격차를 개선하는 것을 목표로 하는 사업이다. 가장 대표적인 예로는 영국의 사례를 들 수 있다. 건강취약지역 지원사업으로 영국의 선도지역(spearhead group)사업은 각 지역행정구역별로 남성의 평균수명, 여성의 평균수명, 75세 미만 암 사망률, 75세 미만 심혈관질환 사망률, 지역박탈지수 등의 5가지 지표 중에서 3개 지표 이상이 하위 5분위에 속하는 곳을 중앙정부에서 일괄적으로 선정한다(Department of Health, 2004). 그리고 이들 지역들에 대해서는 건강 수준의 개선을 목표로 가중치가 적용된 예산을 해당 지역의 일차의료 트러스트(Primary Care Trust)¹¹⁾로 배

¹¹⁾ PCT는 잉글랜드 지역 국영보건서비스 예산의 80%를 지출하는 기관으로 2008년 현재 152개 기관이 있다. PCT

분한다.

건강취약지역 지원 사업은 지역 건강 불평등을 해결하는 것을 그 목적으로 하지만, 이것만으로 지역 건강 불평등 문제가 해결될 수는 없다. 건강취약지역지원사업과 관련한 가장 중요한 비판은 건강수준이 열악한 빈곤층이 건강취약지역에만 거주하는 것이 아니라는 점이다. 때로는 중앙수준의 정책이 더 효과적일 수도 있다. 그럼에도 불구하고, 지역기반 사업은 서비스가 최종적으로 제공되는 공간이 지역이라는 점, 각 지역별 사회적, 문화적, 환경적 특성 등에서 상당한 차이가 있다는 점을 고려할 때 국가정책 차원에서는 기대하기 어려운 건강 불평등을 해결하기 위한 가장 현실적이면서도 혁신적인 사례들이 도출될 수 있는 기회를 제공한다. 또한 성공적인 소규모 지역단위 건강형평 개선 사례들은 중앙정책으로 수용되고 확산됨으로써 건강 불평등 사업을 활성화하는데 기여할 수 있다. 따라서 건강 불평등 완화를 위해서는 중앙수준의 정책과 건강취약지역지원사업과 같은 지역적 접근의 병행이 효과적일 수 있다.

(4) 생애적 접근

사회경제적 건강 불평등에 대한 생애적 접근은 건강현상과 건강 불평등을 설명하는 데 시간적 요소를 강조하고, 위험요인은 한 개인의 전생애 걸쳐 누적적인 영향을 주거나 여러 시점간의 폭로가 교호작용을 일으켜 사회경제적 건강 불평등을 양산한다는 것이다(강영호, 2005). 아스타나(Asthana)와 할리데이(Halliday)는 이러한 생애적 접근이 건강의 사회적 결정 요인, 생물학적 매개 변수와 넓은 영역의 건강 결과 간의 연계를 탐색하는 기회를 제공하고, 사회적, 의학적 개입방식의 역할에 대한 연구 근거를 평가할 수 있도록 하며, (취약한 시기 또는 개입이 필요한 가장 중요한 시기가 언제인가와 같은) 논쟁점을 세밀히 살펴볼 수 있게 한다고 하였다. 또한 생애 주기의 틀 안에서 건강 불평등과 관련한 이론, 정책, 사업 사이의 확실한 연계를 만들어 낼 수 있다고 주장한다(Asthana & Halliday, 2006).

는 해당 지역의 일차진료의와 병원과 서비스 계약을 맺을 뿐 아니라, 지역 주민의 건강 필요를 충족시키기 위하여 공중보건 및 사회복지서비스에 대해 지방정부와 긴밀한 협력을 한다. 하지만, 최근 현 보수-자민 연합정부의 NHS 개혁안에 따르면, 2012년까지 모든 PCT를 폐지하고, 대신 GP Commissioning (이후 Clinical Commissioning Group으로 변경 예정)을 설치, 운영하도록 하고 있다. 행정비용을 줄이고, 관료주의를 최소화하며, 환자의 건강 필요를 현장에서 가장 잘 알고 있는 개원의(General Practitioners)들에게 권한을 일임한다는 취지인데, 이에 둘러싼 사회적 논란이 한창 진행 중에 있다.

[표 4] 생애 시기별 주요 건강형평 정책/사업

| 생애시기 | 영역 | 근거를 가지는 중요 정책/사업 |
|-------------|-----------------|---|
| 생애초기 | 흡연 | 임신 중 금연/ 어린 시절 간접흡연노출 방지 |
| | 영양 | 임신부 영양섭취 |
| | 모유수유 | 적기에 모유수유를 시행하고 지속 |
| | 부모역할 교육과 지지 | |
| | 초년기 교육과 보육 | 주간보호, 엄마교육, 고용 등 |
| 아동기 청소년기 | 사고 | 도로에서 사고 방지 대책 여가 시 상해 예방 장치 등 |
| | 정신건강 | 가족과 부모역할 중재 등 |
| | 주거와 지역사회 물리적 개선 | 재건축 등 |
| 성인기 | 소득과 고용 | |
| | 식이와 신체활동 | 성인기 비만과 과체중의 치료를 위한 식이와 신체활동 |
| | 흡연과 음주 | 다양한 금연사업 다양한 절주 금주사업 |
| | | |
| 노년기 | 식이와 영양 | 영양불량상태 노인에 대한 식이 보충제 제공 등 |
| | 육체적 활동 | 중간정도의 비지구력 육체활동 증진 사업 등 낙상관련 지역기반 접근 |
| | 흡연 | 금연사업 |
| | 거주환경 | |
| | 사회지지와 개인적 돌봄 | 가정방문 프로그램 등 |
| | 친절한 이웃과 공동체 정신 | 도로환경 개선 등의 결정에 참여 |
| | 중간보호시설 | 중간단계보호시설 운영 등 |
| | | |

* Asthana, S. & Halliday, J.(2006). What works in tackling health inequalities? pathways, policies and practice through the lifecourse. Bristol: The Policy Press. 재구성

이들은 그간 영국과 다른 나라에서 이루어졌던 생애의 시기에 따른 다양한 건강형평정책과 사업을 분석하여 효과가 있다는 근거를 보인 것들을 제시하였는데(표 4), 1) 생애초기에는 흡연, 영양, 모유수유, 부모역할 교육과 지지, 초년기 교육과 보육, 2) 아동, 청소년기에는 사고와 정신건강, 3) 성인기에는 주거와 지역사회 쇄신, 소득과 고용, 식이와 신체활동, 흡연과 음주, 4) 노년기에는 식이와 영양, 육체적 활동, 흡연, 거주환경, 사회지지와 개인적 보호, 이웃에 대한 인식도와 이동능력, 중간보호시설의 설치 등이 건강 불평등을 줄이는데 유용한 정책임을 강조하고 있다(Asthana and Halliday, 2006). 따라서 건강 불평등을 해소하기 위한 정책과 사업을 수행할 때 이러한 생애적 관점을 받아들여 각 생애 시기별 효과적인 개입 내용과 방법을 찾아야하고 이러한 각 시

기별 정책은 전 생애를 걸쳐 효과적으로 상호 연계를 이루어 진행되어야 한다.

(5) 참여, 역량강화, 맥락에 대한 고려

“어린이 놀이터나 공원에서 술을 마시고 이런 부분도 그 사람들의 고유 권한인거 같았는데 주민들이 직접 나서서 지도하고, 주민들이 직접 금연·절주 캠페인과 같은 활동들을 한 것이 의미가 있었어요. 주민 참여가 실질적으로 이루어지지 않으면 전혀 손댈 수 없는 그런 거였는데...”(지역의 한 주민)

건강 불평등의 극복에서 중요한 또 다른 중요한 원칙은 참여와 역량 강화이다. WHO 건강의 사회적결정요인 특별위원회는 3대 영역 중 두 번째인 ‘권력, 자원, 자원의 공평한 분배’를 다루면서 ‘정치적 역량 강화(political empowerment) - 사회 참여와 목소리 내기 (inclusion and voice)’를 주요 과제로 제시한 바 있다. 이는 건강 불평등의 핵심에 권력의 불평등이 자리하고 있으며, 건강 불평등을 극복하기 위해서는 사회 참여와 발언권에서 공정함이 보장되어야 한다는 것이다. 이를 위해 위원회는 각국의 중앙, 지역 정부들이 중요한 의사결정 과정에 모든 이들이 참여할 수 있도록 정치적·법적 제도를 마련하며, 특히 소외되고 배제된 이들이 제 목소리를 낼 수 있도록 역량을 강화할 것을 권고했다. 또한 아래로부터의 풀뿌리 운동을 통한 건강 형평성 증진이 가능하려면 시민사회가 발전하고 성장하며 건강 형평성 지향의 이니셔티브를 행사할 수 있도록 지원해야 한다는 점도 지적했다(CSDH, 2008). 실제로 건강 형평성과 관련된 다양한 정책들의 수준과 범위는 경제성장에 의해 저절로 결정되는 것이 아니라 정치세력과 사회운동의 역량에 따라 달라진다.

또한 이러한 과정의 진행에서 경제적으로 어려움을 갖고 있는 이들을 대상으로 하는 경우 그들이 처한 사회, 경제, 문화, 정치적 맥락을 고려한 접근이 필요하다. 흔히 가난한 사람들이 흡연, 음주 등과 같이 건강에 위대한 행동을 더 많이 하는 경우가 많다. 이에 대해 린치(Lynch et al.)는 “왜 가난한 사람은 부적절하게 행동하는가?”를 이해하기 위해서는 사고의 전환이 필요한데, 즉, 한때는 개인의 선택에 전적으로 달려있다고 생각했던 특정 행동들이 사회적 맥락에서 일어난다는 것을 이해해야 한다고 하였다. 사회

환경은 규범을 형성하고, 특정한 사회적 통제의 유형을 강화하며, 어떤 행동에 참여할 수 있는 환경적 기회를 제공하거나 제한함으로써, 스트레스를 양산하거나 경감함으로써 건강관련 행동에 영향을 미친다고 하였다(Lynch, Kaplan & Salonen, 1997).

취약집단은 일반적으로 외부 변화에 대해 이를 방어하거나 견딜 수 있는 능력이 취약한 경우가 많기 때문에 위해한 외부 요인에 영향을 더 많이 받을 가능성이 높다.¹²⁾ 따라서 취약집단을 대상으로 할 때에는 대상 집단의 고유의 언어, 문화 이해하고, 그들의 가독능력, 인지능력, 신체적 활동능력 등이 저하되어 있는 경우를 고려하여야 한다. 또한 그들이 절대적/상대적으로 낮은 사회적 지지, 낮은 정보에 대한 접근성을 염두에 두어야 한다. 또 이들은 여러 가지 문제를 복합적인 문제를 동시에 가지고 있는 경우가 많다. 따라서 문제의 해결을 위해서는 다양한 영역간의 부문 협력적 접근이 필요하다. 또한 이들은 장기간의 위험요인에 노출되어 있는 경우가 많고, 문제 역시 만성적인 경우가 많다. 따라서 이들을 대상으로 하는 정책/사업은 단기간의 성과를 내기보다는 장기간의 계획을 통해서 이루어져야 한다.

이러한 원칙이 주는 실질적인 정책적 의미는 취약계층을 대상으로 하는 사업에서 효과를 보기 위해서는 더 많은 전문 인력이 필요하고, 더 긴 시간을 필요로 하며, 사업대상에 대한 더 많은 배려와 당사자 참여를 포함하여야 한다는 것이다. 따라서 더욱 적극적인 정책적 의지와 더 많은 재정적 지원이 필요한 경우가 많다.

(6) 건강 불평등 해소를 위한 모니터링, 관리와 평가

“지역에서 제일 큰 성과는 건강이라는 개념 자체를 다 다르게 생각하시고, 이걸 우리(지역)의 중심 사업으로 잡아나가야겠다는 생각은 사실 아무도 못하고 있던 상황에서 계속 토론하고 만들어갔던 과정들이 중요하였다는 생각이 들어요. ...어쩌면 성과지표로 나타나지 않을 수도 있지만, 반송지역의 입장에서 보면 이게 가장 큰 성과라고 생각이 드네요. 지역의 성과를 이렇게 다르게 바라보기 시작한 것들이 제일 큰 성과인 거 같아요.”(주민 활동가)

12) 이에 대해 르윈틴 등은 슈말하우젠(Schmalhasen)의 법칙을 들어 설명하기도 한다. 이에 대한 자세한 설명은 Lewontin R., Levins, R., Biology under the influence, 2007, Monthly Review Press. 참조

“투입과 산출로 평가를 하는데 취약계층은 운동도 하지 않기 때문에 성과가 적습니다. 그렇기 때문에 취약계층을 대상으로 하는 사업을 평가할 때 취약계층 비율에 따라 가중치를 준다면 사업하는 사람들이 더 힘을 얻고 추진할 것입니다.” (보건소 담당자)

① 건강 형평성 모니터링체계 구축

건강 불평등을 해소하기 위해서는 소득계층, 젠더, 지역, 인종 등 집단과 지역 간 건강 불평등의 양상을 지속적으로 모니터링 하는 작업이 필요하다. 영국에서는 건강 불평등의 해소를 위해 지역별, 시기별로 건강 불평등의 근원적 요인, 매개요인, 건강결과를 조사하고 그 결과를 누구나 쉽게 접근하여 확인할 수 있는 ‘건강빈곤지수(Health Poverty Index, HPI)’를 개발하여 운영하였다.

② 운영조직의 개편

건강형평정책/사업의 핵심적인 접근방식인 부문 간 협력을 위해서는 이를 실제화 할 수 있는 조직의 개편이 필요하다. 또한 이러한 범부처적 조직이 실질적으로 작동하기 위한 작업이 필요하다. 이와 관련하여 영국에서는 이를 공공서비스 협약(Public Service Agreement, PSA)이라는 방식으로 접근하고 있다. 총리실 산하에 건강 불평등 해결을 과제로 하는 라운드테이블을 만들어, 각급의 정부 부처들이 달성해야 할 실행 목표들을 정한 후, 재무부 주도하에 ‘협약’을 맺는 것이다. 여기에는 보건부는 물론 교육부, 노동부, 농림부 등 다양한 정부 중앙 부처와 지방 자치정부, NHS 기구들이 포함되어 있다 (Department of Health, 2003). 또한 선도지역(spearhead group)과 같은 경우에는 지방정부와 일차의료트러스트(PCTs)간에 지역 전략 파트너십(Local Strategic Partnership, LSP)을 만들어 운영하기도 한다. 이러한 포괄적 협력조직과 그것을 실효화하는 장치의 마련은 건강형평사업의 성공을 위해서 반드시 필요하다.

③ 평가체계의 개편

평가체계는 조직을 움직이게 하는 방식과 성과에 큰 영향을 미친다. 건강 형평성 사업의 성공적인 수행을 위해서는 건강 형평성 사업의 특성에 맞는 평가체계를 구축하여 운영하는 것이 필요하다. 무엇보다 보건사업의 평가에서 건강관련 지표의 평균의 향상정

도와 함께 반드시 그 변이의 개선이 이루어졌는지를 함께 평가하는 것이 중요하며 평균의 상승 못지않게 불평등의 개선여부도 중요하게 간주되도록 설계하여야 한다. 또한 저소득층, 장애인 등 취약계층은 상대적으로 보건사업의 참여율, 지속률, 성공률이 낮을 가능성이 높기 때문에, 이들 지표만을 평가 지표로 삼을 경우, 보건요원들은 사업대상을 저소득층보다는 중산층에 집중할 가능성이 크다. 보건사업의 평가에 자주 사용하는 비용-편익분석을 이러한 취약계층의 특성을 고려하지 않은 상태에서 평가도구로 사용할 경우 건강형평사업은 좋은 평가를 받지 못해 정책에서 배제될 가능성이 있다. 따라서 건강 형평성의 향상을 위해서는 이들 취약계층대상 사업을 별도로 평가하거나 적절한 가중치를 부여하는 등의 고려가 필요하다. 아울러 건강형평정책의 평가에는 부문 간 협력을 통한 건강 불평등과 관련이 있는 주요 사회, 경제적 조건의 개선, 통합적 접근, 참여와 역량 강화를 위한 노력 등과 같은 핵심적 요소들을 포함하여야 한다.

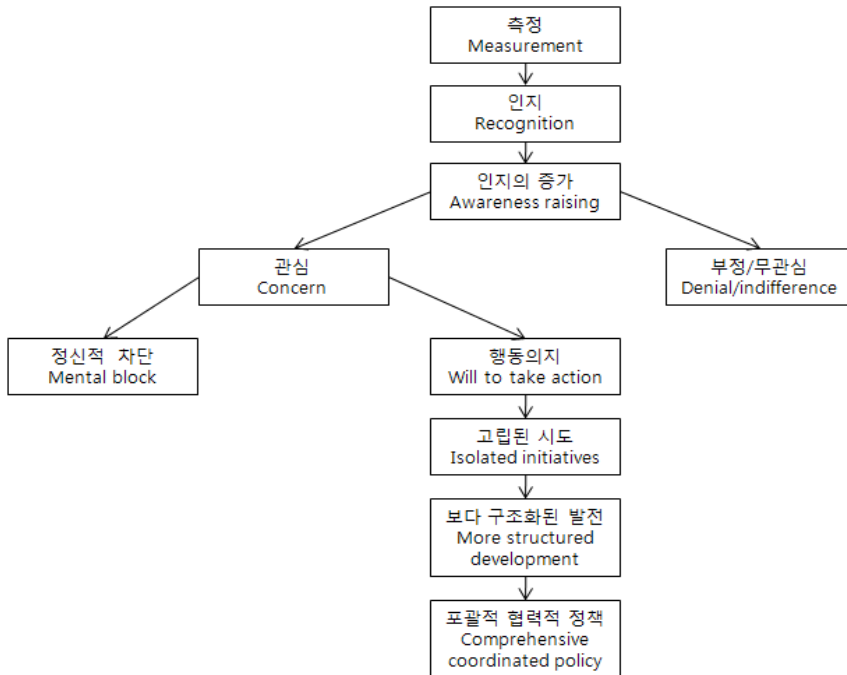
5. 고찰 및 결론 : 한국에서의 정책과제를 중심으로

화이트헤드(Whitehead)는 영국, 네덜란드, 스웨덴 등 유럽의 여러 나라들이 건강 불평등에 대해 국가적으로 어떻게 대응하는지를 살펴보고 측정-인지-관심 또는 부정-제한된 행동-보다 구체화된 행동-포괄적이고 협력적인 정책에 이르는 다양한 스펙트럼을 보임을 보고하였다(Whitehead, 1998). 또한 이러한 화이트헤드(Whitehead)의 틀에 기반을 두어 달(Dahl)과 리(Lie)는 노르웨이에서 건강 불평등 관련 국가정책들이 어떻게 발전해 나갔는지를 시기에 따라 1) 부분적 인지단계, 2) 건강 불평등이 정치 아젠다가 되는 시기, 3) 건강 불평등의 감소가 사회정책의 핵심 목표로 자리하는 시기, 4) 건강의 사회적 불평등을 해소하기 위한 포괄적 전략개발 및 시행기로 구분하고 있다(Dahl & Lie 2009) 이러한 시기구분에 따르면 우리나라는 아직도 1단계: 부분적 인지단계에 머물고 있는 것으로 보인다.

건강형평정책/사업의 필요성에도 불구하고 보건요원과 지역 활동가들을 통해 건강형평사업의 시행을 어렵게 하는 많은 요인은 제한된 인력과 예산, 과중한 업무, 자치단체장의 소극성, 낮은 성과에 대한 부담, 더 많이 필요한 경비, 소통의 어려움, 높은 위험성, 부문 간 협력의 어려움, 문화적 차이 등이었다(신영전 · 윤태호 · 김명희, 2009). 건

강정책의 효과적인 시행을 위해서는 이러한 장애를 넘어서는 노력이 필요하다. 그리고 사업의 장애요인을 넘어서서 건강형평정책이 성공하기 위해서는 정책결정자의 정치적 의지, 구체적인 목표, 과학적 전략, 효과 있는 사업/정책, 적절한 재정지원, 잘 훈련된 전문 인력을 필요로 한다. 특별히 중앙정부차원의 정책적 결정이 중요하다.

[그림 1] 건강 불평등에 대한 행동 스펙트럼



Whitehead, M. (1998). Diffusion of ideas on social inequalities in health: a european perspective. Milbank Q 76(3). 469-92.

건강 불평등 정책과 관련하여 앞선 정책을 수행한 나라들의 경험은 이 문제에 대한 국가적 대응모색을 시작하는 한국 사회에 다음과 같은 교훈을 제공한다. 첫째, 건강 불평등의 완화라는 목표를 성공적으로 달성하려면 건강 불평등의 원인에 대한 충분한 이해가 필요하다. 둘째, 건강형평정책은 건강 불평등을 야기하는 사회적 불평등을 사전에 예방하는 정책과 이미 발생한 건강의 불평등을 줄이거나 해소하는 정책으로 나누어진 다. 하지만 실제로는 많은 나라에서 두 가지 접근이 혼합되어 있다. 셋째, 이러한 원인을 해소할 수 있는 효과적인 정책과 개입방식들에 대한 확립된 지식이 필요하다. 특히 첫

번째, 두 번째 교훈과 관련하여 근거들을 만들어 내는 작업은 건강형평정책과 사업을 시작하거나 지속시키는데 매우 중요한데, 이와 관련하여 이어위커(Earwicker)는 영국에서 ‘블랙보고서’보다 ‘애치슨보고서’가 실질적인 성과로 이어진 데에는 이러한 근거 기반 접근이 유효했다고 하였다.¹³⁾ 넷째, 건강 불평등 완화를 위해 투자할 정치적 의지가 중요하다. 다섯째, 건강 불평등 문제는 보건의료만으로 해결할 수 없으며, 노동, 교육, 주거, 교통 등 사회 다양한 분야의 총체적 노력을 통해서만 그 실효성을 획득할 수 있다. 여섯째, 건강 불평등 완화를 위한 노력은 중앙정부, 지방정부, 가족, 개인 등 다양한 수준에서 동시에 이루어져야 한다. 일곱째, 건강 불평등 해소를 위한 노력은 출생 전부터 노년에 이르기까지 생애전반에 걸쳐 각 시기에 적합한 내용과 방식으로 이루어져야 한다. 여덟째, 건강 불평등의 완화정책/사업은 더 많은 자원, 헌신, 전문성을 필요로 한다. 아홉째, 어려움에도 불구하고 건강 불평등을 완화하기 위한 효과적인 정책, 사업들이 존재한다. 마지막으로, 건강 불평등 완화를 위한 노력은 ‘모든 이들에게 건강을(health for all)’이라는 건강정책, 사업의 궁극적인 목표의 핵심적인 요소를 구성한다. 따라서 한 국가, 한 지역사회는 건강정책이 이 목표를 지향하는 한 건강 불평등 완화를 위한 노력들은 필요하고 또한 계속되어야 할 것이다.

한국 사회에서 구체적으로 어떤 건강형평 정책과 사업이 필요할 것인가에 대한 논의는 많지 않지만 윤태호는 필요한 정책을 빈곤 및 사회경제적 불평등 완화, 건강 불평등에 영향을 미치는 중간 매개체의 영향 완화, 질병으로 인한 가계파탄 및 사회경제적 불평등의 완화, 국가적 차원의 조직적 노력으로 나누어 제안하고 또한 보건의료분야뿐만 아니라 경제, 고용, 교육, 환경, 사회복지 등 다양한 분야의 정책을 함께 제시하고 있는데(윤태호, 2006), 이러한 분류와 접근은 앞서 기술한 건강형평정책의 중요한 접근방법을 잘 반영하고 있다.

기존의 논의와 앞에서 검토한 외국의 경험과 접근전략을 토대로 건강 불평등의 해소를 위해 중앙정부와 자치단체가 우선적으로 해야 할 일을 중심으로 살펴보면 우선 건강 불평등의 해소를 국가/지방정부의 보건부문뿐만 아니라 전 부문에 걸친 중요한 정책목표로 천명하고 국민건강증진계획, 국가보건의료 계획 등의 보건 부문 정책뿐만 아니라 모든 정책에 건강 수준의 향상과 불평등의 해소를 위한 내용을 포함하여야 할 것

¹³⁾ Earwicker, 대담자료, 2009

이다. 또한 건강 불평등의 현황과 관련 결정인자들에 대한 지속적인 모니터링체계를 구축하고, 주요 건강형평정책인 ‘건강취약지역 지원 사업’, ‘건강영향평가’ ‘참여와 역량 강화 사업’ 등을 시행함과 동시에 건강 불평등의 해소에 기여하는 다양한 사업들을 개발하여야 할 것이다. 건강형평정책과 사업에 대한 교육훈련과정의 운영도 중요하지만 무엇보다 다양한 부문이 함께하는 범부서적 조직의 개편과 그 운영을 실효성을 높이기 위해 영국의 예에서와 같이 ‘공공서비스계약(PSA)’ 같은 공식적인 제도적 장치를 마련할 필요가 있다. 또한 기존의 보건의료관련 정책과 사업의 지표를 건강의 향상과 함께 불평등의 완화를 위한 노력과 결과를 포함하도록 제도화하여야 할 것이다. 건강 불평등의 결정인자와 사업의 효과를 확인하는 연구의 지원도 강화해야 할 것이다.

[표 5] 건강 불평등의 해소를 위한 정책

| 부문 | 분류 | 주요정책 |
|-------------------------------|-------------|--|
| 빈곤 및 사회경제적 불평등 완화 | 경제분야 | 탈빈곤정책 형평적인 조세부과를 통한 소득불평등 완화 사회보험료의 상한제 폐지 |
| | 고용분야 | 정규직과 비정규직의 차별완화, 해소 남성과 여성의 고용에서의 임금 등 차별 금지 고용불안정성 완화 및 교육 수준 간 실업률 격차를 완화 |
| | 교육분야 | 부모의 사회경제적 지위에 따른 대학 입학의 차별완화 교육복지투자우선지역 사업의 확대, 강화와 건강증진학교사업과의 연계 |
| 건강 불평등에 영향을 미치는 중간 매개체의 영향 완화 | 건강행태 분야 | 금연, 절주, 금주, 운동, 영양 |
| | 사회환경 분야 | 건강친화적인 도로, 교통의 구축 건강하고 신뢰하는 지역사회 만들기 |
| | 작업장 노동조건 분야 | 보상, 작업환경, 작업조건에 대한 노동자 통제권 강화 스트레스관리 등 |
| 불건강으로 인한 가계파탄 및 사회경제적 불평등의 완화 | 사회복지 분야 | 임산부와 어린이 가구에 대한 소득지원 장애인의 고용 안정화를 통한 소득보장 노인들을 위한 사회적 일자리 창출 |
| | 보건의료 서비스 분야 | 건강 불평등 완화를 국민건강보험의 주요과제로 설정 지역 간 의료자원의 공평한 배분 건강보험 상병수당제도의 도입 임산부와 어린이에 대한 무상의료 건강보험의 보장성 확대 및 실질적인 본인부담상한제의적용 |
| 국가적 차원의 조직적 노력 | | 건강 불평등 해소를 위한 법정부적 기구설치 모든 국가통계자료에 형평성 지표의 산출 의무화 국가차원의 종합적 연구수행 건강 형평성 제도를 중심으로 한 건강영향평가제도 도입 |

*윤태호 (2006). 건강 불평등을 넘어서. In 신영전, 김창엽 (편). 보건의료개혁의 새로운 모색. 서울: 한올아카데미. 305-358.

건강 불평등 해소의 중요성에도 불구하고 한국 사회에서 건강 불평등을 야기하는 요인과 기전에 대한 연구, 분석기술, 근거에 기반을 둔 효과적인 사업과 정책의 개발은 아직 초기단계에 머물고 있다. 이러한 상황의 제약에도 불구하고 향후 한국에서도 국가차원의 건강형평정책이 필요할 것으로 보이며, 이의 기획과 시행에는 국내외 경험과 연구결과들을 바탕으로 만들어진 주요 원칙 및 접근방법을 유용하게 활용하여야 할 것이다.

감사의 글

연구에 참여한 연구원들과 도움을 주신 부산 해운대구 보건소, 반송주민, 서울 성수지역 노동자들과 지역 활동가들께 감사드린다.

■ 참고문헌 □

- 강영호 (2005). 사회경제적 건강 불평등에 대한 생애적 접근법, *대한예방의학회지*, 38(3): 267-275.
- 강은정, 조영태, 김나영, 신호성 (2008). 건강수명의 사회계층간 형평성 및 정책과제. 한국보건사회연구원.
- 김명희 (2006). 다수준 분석: 이론과 정책의 함의. 2006년도 한국건강형평성학회 학술대회 자료집.
- 김혜련 (2009). 건강형평성에서 건강행태의 함의와 정책과제. *보건복지포럼 제149호*, 36-47.
- 문진영, 김진욱, 신영진, 은수미, 홍인옥 (2007). 사회권 지표개발을 위한 기초연구, 국가인권위원회.
- 보건복지부 (2005). 새국민건강증진종합계획수립. 보건복지부.
- _____ (2011). 국민건강증진계획 보도자료 요약본. 2011,05,27. Available at http://www.mw.go.kr/front/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&BOARD_ID=140&BOARD_FLAG=00&CONT_SEQ=252365&page=1
- 신영진, 윤태호, 김명희 (2009). 건강 불평등 완화를 위한 건강증진 전략 및 사업개발. 건강증진사업지원단.
- 신호성 (2009). 건강수준 및 의료이용의 형평성과 정책과제. *보건복지포럼 제149호*, 26-35.
- 윤태호 (2006). 건강 불평등을 넘어서. In 신영진, 김창엽 (편). *보건의료개혁의 새로운 모색*. 서울: 한울아카데미. 305-358.
- 인권운동사랑방 (2003). *사회권규약 해설서1*. 서울: 사람생각.
- 장은주 (2006). 사회권의 이념과 인권의 정치. *사회와 철학 12*, 187-216.
- 전용욱, 지남주, 이원영 (2008). 보건소 금연 클리닉 프로그램의 실시 후 6개월 금연 성공요인. *보건교육건강증진학회지 25(1)*, 25-38.
- 정최경희 (2009). 한국의 사회경제적 사망 불평등 실태와 과제. *보건복지포럼 제149호*, 5-14.
- _____ (2011). 한국의 건강 불평등 2009. 한국건강형평성학회 봄학술대회 자료집, 57-80
- 조경숙, 송태인 (2008). 보건소 금연 클리닉의 금연성공률과 비용효과분석. 한국보건사회연구원.
- 최윤정, 이영호, 정영호, 배성일, 장자풍, 김지윤, 강민선, 이선미, 최재식, 임달오, 박성은, 배이화 (2006). 주요 OECD 국가의 건강증진정책에 대한 연구. 건강증진사업단.
- 통계청. *가계동향조사*. Available at http://www.kosis.kr/abroad/abroad_01List.jsp?parentId=C
- Anand S. (2004). The Concern for Equity in Health. In: Anand S, Peter F, Sen A eds. *Public Health, Ethics, and Equity*. New York: Oxford University Press.

- Asthana, S. & Halliday, J. (2006). *What works in tackling health inequalities? pathways, policies and practice through the lifecourse*. Bristol: The Policy Press.
- Burström, B. (2009). "Will Swedish healthcare reforms affect equity?" *BMJ* 339. 4566.
- Commission on Social Determinants of Health (2008). *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization.
- Dahl, E. & Lie, M. (2009). Policies to tackling health inequalities in Norway: from laggard to pioneer? *International Journal of Health Services* 39(3). 509-523.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Futures Studies.
- Dean, M. (2000). Health spending is an economic and social investment. *Lancet* 355(9209). 1081-1081.
- Department of Health (1992). *The health of the nation-A strategy for England*. London: Department of Health.
- _____ (2003). *Tackling health inequalities: a program for action*. London: Department of Health Publications.
- _____ (2004). *Tackling health inequalities: The "spearhead group"*. London: Department of Health Publications.
- _____ (2009). *Tackling health inequalities: 10 years on*. London: Department of Health Publications.
- Department of Health and Human Service (2000), *Healthy People 2010*. US.
- _____ (2010), *Healthy People 2020*. US.
- Douglas, M. & Scott-Samuel, A. (2001). Addressing health inequalities in health impact assessment. *Journal of Epidemiology & Community Health* 55(7). 450-451.
- Duncan, C., Jones, K. & Moon, G. (1998). Context, composition and heterogeneity: using multi-level models in health research. *Social Science & Medicine* 46(1). 97-117.
- Lynch, J. W., Kaplan, G. A. & Salonen, J. T. (1997). Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviors and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse. *Social Science & Medicine* 44(6). 809-819.
- Mackenbach, J. P., Bos, V., Andersen, O., Cardano, C., Costa, G., Harding, S., Reid, A., Hemström, O., Valkone, T. & Kunst, A. E. (2003). Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *The Journal of Infectious Disease*

32(5). 830-837.

- Mackenbach, J. P, Bakke, M. J., & for the European Network on Interventions and Policies to Reduce Inequalities in Health. (2003). Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences *362(9393)*.1409-1414.
- Mackenbach, J. P, & Stronks, K. (2004). The development of a strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. *International Journal for Equity in Health* 3, 1-7.
- Mackenbach, J. P (2006). *Health inequalities: Europe in profile— an independent: Expert report commissioned by the UK Presidency of the EU*. Rotterdam: Department of Public Health, Erasmus MC.
- Milio, M (1987). Making healthy public policy; developing the science by learning the art: an ecological framework for policy studies. *Health Promotion International* 2(3). 263-274.
- ____ (2001). Glossary: healthy public policy. *Journal of Epidemiology & Community Health* 55. 622-623
- Ministry of Health and Social Affairs (2000). *Health on equal term: final proposal on national targets for public health*. Stockholm: Ministry of Health and Social Affairs.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2000). *Health promotion: foundation for health promotion (2nd, ed.)*. Baillière Tindall.
- National Institute of Public Health (2003). *Sweden's new public health policy*. The National Institute of Public Health.
- Public Health Agency of Canada (2008). *Health equity through intersectoral action- an analysis of 18 country case studies*. Canada; World Health Organization.
- Peter, F. & Evans, T. (2001). Ethical dimensions of health equity. In Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F. A. B., Wirth, M. (Eds.). *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York: Oxford University Press
- Roberts, M., Hsiao, W. C., Berman P. & Reich M. R (2004). *Getting health reform right: a guide to improving performance and equity*. New York: Oxford University Press.
- Ruger, J. P., Bloom, D. E., Jamison, D. T., Canning, D. (2001). Health and the economy. In M. H. Merson, M. H., Black, R. E. and Mills A. J. (Eds.). *International public health-disease, programs, systems, and policies (2nd, Ed)*. Sudbury, MA: Jones and Barlett.
- Sallis, J. F., Cervero, R. B., Ascher, W., Henderson, K. A., Kraft, M. K. & Kerr, J. (2006). An ecological approach to creating active living community. *Annual Reviews Public Health* 27. 297-322.

- Schmidt, M., Joosen, L. Kundst, A. E. Klazinga, N. S. & Stronks, K. (2010). Generating political priority to tackle health disparities: a case study in the Dutch city of The Hague. *American Journal of Public Health* 100(S1), 210-215.
- Sen, A. (2002). Why health equity? *Health Economics* 11(8), 659-666.
- Shaw, M., Smith, G. M. & Dorling, D. (2005). Health inequalities and New Labour: how the promises compare with real progress. *British Medical Journal* 330(7498), 1016-1021.
- Thomson, P. R. & Stachenko, S. (1994). Building and mobilising partnerships for health: a national strategy. *Health Promotion International* 9(3), 211-215.
- Wamala, S. (2010). *Is the Swedish national public health policy closing the Gap? Lessons learned from the WHO Commission on the Social Determinants of Health*. Moving forward equity in health. Madrid, WHO.
- Whitehead, M. (1998). Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective. *Milbank Q* 76(3), 469-492.
- Whitehead, M., Dahlgren, G., Evans, T. (2001) Equity and health sector reform: can low-income countries escape the medical poverty trap? *Lancet* vol. 358, 833-36.
- Whitehead, M. & Dahlgren, G. (2006) *Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health*. Copenhagen: World Health Organization.
- World Health Organization (1986). *The Ottawa charter for health promotion*. Geneva: World Health Organization.
- ____ (1988). *Adelaide recommendations on health public policy*. Available at http://www.who.int/hpr/NPH/docs/adelaide_recommendations.pdf
- ____ (1991). *Sundsvall statement on supportive environments for health*. Available at http://www.who.int/hpr/NPH/docs/sundsvall_statement.pdf
- ____ (1997). *Jakarta declaration on leading health promotion into the 21st century*. Available at <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/>
- ____ (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: World Health Organization.
- ____ (1999). *Health21-the health for all policy framework for the WHO European region*. Copenhagen: WHO European Region.
- ____ (2000). *The world health report*. Geneva: World Health Organization.

Health Equity Policy and Practice: Strategic Approach for Alleviation of Health Inequality

Shin, Young-Jeon* & Yoon, Tae-Ho** & Kim, Myoung-Hee***
& Jeong, Baek Geun**** & Seo, Jae-Hee*****

Despite overall health improvement over a few decades, health inequalities seem to be worsening, which calls for alternative health policies to consider health equity as their major agenda. However, yet much has been not discussed over justification of alleviating health inequalities, principles in program/policy planning, and modalities for delivery.

Health equity policies are defined as all policies and programs to be implemented for preventing, alleviating and eliminating health inequalities. They are required for practical as well as normative reasons. Conventional health programs solely cannot tackle health inequalities and the followings are required; 1) healthy public policies and inter-sectoral cooperation; 2) multi-level approach; 3) area-based strategies; 4) life-course approach ; 5) consideration for participation, empowerment, and social contexts; 6) monitoring, management, and evaluation of policies and programs through an equity lense. Further research and policy/programs for

* Professor, Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Hanyang University. (yshin@hanyang.ac.kr)

** Associate Professor, Department of Preventive & Occupational Medicine, School of Medicine, Pusan National University. (yoonth@pusan.ac.kr)

*** Researcher, People's Health Institute. (mhkim@gmail.com)

**** Associate Professor, Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Gyeongsang National University & Institute of Health Science (jbbkkr@yahoo.co.kr)

***** Ph.D Candidate, Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Hanyang University. (shiningmedic@gmail.com)

health equity should be followed in Korea. In addition, key principles and appropriate approach based on the best available evidence should be applied in planning and implementing policies and programs.

Key words: health inequality, health equity policies/programs, approach

◆ 2011.07.21. 접수 / 2011.09.22. 1차 수정 / 2011.12.16. 게재 확정