

지역 건강형평성 완화를 위한 해외의 경험



Community-level Efforts to Reduce Health Inequalities: Lessons from Selected Countries

기명 | 고려대학교 예방의학교실 교수

지역 건강형평성 정책은 독립적인 정책이면서, 동시에 다른 정책들에 접목되어야 한다는 인식이 강화되고 있다. 건강형평성에서 의미 있는 성과를 거두기 위해서도, 정책을 지속하기 위해서도 정책 형성 ‘과정’과 집행 ‘방식’에 해당하는 ‘건강형평성과 도시 정책의 결합’, ‘지역 역량 강화와 주민 참여’, ‘다부문 협력’ 등의 원칙은 존중되어야 한다. 건강형평성에서 선진적인 도시들은 건강형평성 정책을 건강도시, 건강 영향 평가 등과 결합하여 도시 정책으로 구체화하고 있다. 주민 참여는 서비스의 내용과 범위를 주민들에게 맞게 넓힐 수 있다는 점에서 건강형평성을 개선하고 있다. 건강형평성 정책은 그 속성상 다른 보건 정책, 타 부문의 보건적 요소들과 협력하여야 하며, 따라서 종합적 정책으로 기능하고 있기도 하다. 해외의 여러 지역에서 발견되는 사례들은 건강형평성이 막연한 목표나 몇 가지 개별 정책의 성공에 기대는 것이 아니라 보건 정책과 도시 정책 전체와 결합됨으로써 여러 다른 정책의 방향을 잡아 주는 역할을 통해 한 지역과 사회의 미래 비전과 가치로서 자리매김하는 것이 중요하다는 것을 보여 준다.

1. 들어가며

건강형평성을 국가 수준의 전략으로 언급하고 있는 국가들은 흔하게 관찰된다. 단지 건강의 수준뿐 아니라 건강의 형평까지 국가 정책의 방향과 기준으로 삼고 있는 것이다. 이

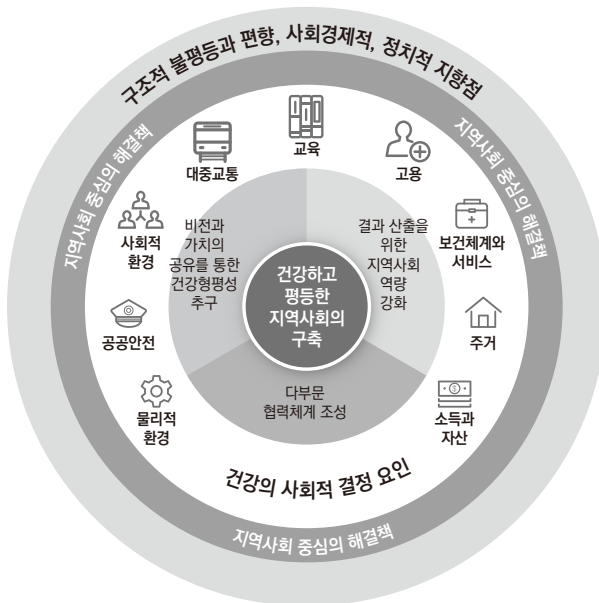
는 Whitehead(1998)와 Barsanti 등(2017) 논문의 비교에서 잘 드러난다. 두 논문은 국가들의 건강형평성 정책 수준을 ‘인식(awareness)’에서 ‘광범위한 통합적 정책(comprehensive coordinated policy)’까지 8단계로 동일하게 단계화하여 비교하고 있다. 1999년 ‘우려

(concern)' 수준에 머물렀던 이탈리아와 프랑스는 각각 건강형평성 정책의 '개별 정책으로의 시행(isolated initiative)'과 '더욱 구조화된 발전(more structured development)' 단계로 진전되었다. 1990년 초 블랙보고서에 이어 1997년 노동당 집권으로 영국에서 촉발된 사회적 실험은 영국, 북유럽, 서유럽 국가뿐 아니라 체코, 슬로베니아와 같은 동유럽과 칠레, 베네수엘라, 브라질에까지 영향을 주어 건강형평성이 국가 정책의 일부로 자리 잡아 가고 있다. 이러한 흐름에서 세계보건기구(WHO)의 지속적인 지원도 중요한 역할을 하고 있다. 2008년 건강의 사회적 결정 요인 위원회 활동 이후 건강형평성은 WHO

의 전통적 가치들인 건강증진, 공공의료 강화 등의 개념을 현대화하는 방향으로 접목되고 있다.

건강형평성 완화를 위한 지역 차원의 노력이 본격적으로 논의되기 시작한 것은 비교적 근래이다. 그 이전 영국 노동당은 핵심 정책 중 하나로 낙후 지역을 대상으로 하는 'Health Action Zone' 사업을 전개하였으나 이 사업은 근본적인 문제를 방기한 채 지역의 역할을 지나치게 강조(Asthana, & Halliday, 2006, pp. 57-59)한 정책으로 비판받기도 하였다. 건강형평성은 국가마다 다르게 전개되고 있으며, 지역분권과 직접민주주의가 발달한 유럽 대륙, 특히 북유럽에서는 국가보다 지역 차원에서 건강형평성의 가치

그림 1. 건강의 사회적 결정 요인에 대한 개입을 강화하는 요소들



자료: National Academies of Sciences E, Medicine. (2017). Communities in action: pathways to health equity, p. 5.

가 주목되고 있다. 본고에서는 이들 국가의 몇몇 도시들에서 벌어지고 있는 사례가 중심이 되었음을 미리 밝힌다. 본고에서 또 한 가지 주목하고자 하는 경향은 최근 미국 National Academies of Sciences(2017)가 강조하고 있는 지역 건강형평성 정책 과정의 중요성이다. 이 글에서는 정책 과정의 프레임워크로 [그림 1]의 세 가지 요소, 즉 건강형평성에 대한 비전과 가치, 지역사회 역량 강화, 다부문 협력을 제시한다.

[그림 1]에서 제시하고 있는 프레임워크를 공유하면서 본고는 다음의 순서로 기술되었다. 첫째, 도시 차원에서 건강형평성이 어떻게 도시 정책의 담론과 가치로 작동하는지 살펴보았다. 건강형평성이 도시 정책과 결합하면서 ‘건강도시’, ‘건강 영향 평가’, ‘모든 정책에 건강을(Health in all policy)’ 등과 같은 비교적 최근의 공중보건 기조들을 더 단단하게 구현하고자 한 시도들에 대한 것이다. 둘째, 지역 역량 강화와 주민 참여 접근은 건강형평성을 촉진하기 위한 지역사회 내부적 요소로 자주 거론된다. 건강형평성에 연관되는 주민 참여의 내용과 방식에 대해 간략하게 살펴보았다. 셋째, 건강형평성 정책은 독립적이기보다 여러 다른 정책과 결합되거나 각각의 정책에 한 가지 요소로 자리 잡는 것이 중요하다. 그런 면에서 건강형평성 정책과 다른 보건 정책, 사회 정책 간 ‘다부문 협력’이 중요함을 알려 주는 사례를 간략하게 기술하였다. 넷째, 지역을 통한 건강형평적 접근의 성공 사례들과 이들의 정책적 특성에 대해 논의하였다.

2. 지역 건강형평성 정책의 몇 가지 경향

가. 도시계획과 건강형평성 정책의 결합

건강형평성 정책은 다른 도시 차원의 건강 정책과의 협력을 통해 도시 전략으로서 진지하게 논의, 채택되기 시작한 것으로 보인다. 이런 점에서 스웨덴의 도시들은 상당히 앞서 있는데 말피, 예테보리, 그리고 영국의 런던 같은 몇몇 도시가 도시계획의 총괄 혹은 상위 정책으로서 건강형평성 전략을 도시 정책 전반에 연결하고 있다. 많은 도시가 건강형평성을 지향한다고 표명하였으나 이러한 계획을 실질적인 정책과 프로그램으로 구체화하지는 못하는 상황에서 이들의 시도는 충분한 의미를 갖는다.

런던은 ‘런던계획’이라는 도시계획을 통해 런던의 사회 정책을 체계적으로 정리하고 있다. 런던계획은 건강 영향 평가, 평등 영향 평가, 지역사회 안전 영향 평가 등을 포함하는 통합영향평가를 도시 설계의 렌즈로 제시한다. 이 계획에서 건강형평성은 기본 정책으로 자리매김하며, 건강도시뿐 아니라 토지 정책(그린벨트), 주거 제공, 사회적 인프라 구축 등을 자체적인 도시 정책 이면서 동시에 보건 정책의 한 요소가 되도록 통합하는 역할을 한다. 런던계획 전반에 걸쳐 ‘건강과 건강형평성’이라는 용어가 지속적으로 짝을 이루는 것도 건강형평성이 보건 정책을 특수한 영역의 목표로 분리하거나 한정하지 않고 사회 정책과 연결하며 도시의 보편적 목표로 인식할 수 있는 확장된 의의를 제공하기 때문이다

(Mayor of London, 2016). 스웨덴의 말뫼 역시 건강불평등을 확대하는 도시 환경적 요소들에 대해 도시계획(urban planning)을 통해 개입하고 있다. 물리적 환경뿐 아니라 거주지역 간의 장벽, 사회적 신뢰와 같은 사회적 환경이 건강(아울러 광범위한 다른 결과)에 영향을 미치는 사회적 과정을 포괄적 도시 정책으로서 풀어 보려는 시도이다(Stigendal & Östergren, 2013; Commission for a Socially Sustainable Malmö, 2012).

이 과정에서 WHO가 제기하는 ‘건강도시’, ‘모든 정책에 건강을’, ‘건강 영향 평가’ 등은 긍정적인 촉매제 역할을 하는 것으로 보인다(WHO Europe, 2012). 본래 건강도시는 활동(activity)에 유리한 도시 공간 조성으로부터 시작된 운동이었으나 WHO의 핵심 가치들(건강형평, 주민 참여, 부문 간 협력 등)과 내용적으로 결합하여 의미가 확대되고 있다. 건강도시의 도시 설계는 걷기 좋은 환경 조성 등에 국한되지 않고 사회적 네트워크, 거주, 고용 기회, 평등과 사회적 자본 등 건강의 사회적 결정 요인을 폭넓게 수용하고 있다(Barton & Grant, 2013). 미국 오리건주 멀트노마의 ‘형평과 권한 이양’ 정책이나 시애틀 킹카운티에서 시도한 ‘모든 정책에 형평을’ 접근(Beatty & Foster, 2015), 매사추세츠주에서 이루어 낸 건강 영향 평가 입법화(National Academies of Sciences E, Medicine, 2017, chapter 7) 역시 도시를 기반으로 광범위한 범위에서 건강형평성에 개입하기 위한 시도로 볼 수 있다.

나. 주민 참여를 통한 건강형평성의 개선

주민 참여 전략은 개념적으로 지역사회 참여(local participation, community participation), 주민 역량 강화(empowerment), 비전문 보건인력(lay-led programme, community health worker, role of outside agents), 사회적 자본 등의 학문적 접근과 주민의 주체적 역량을 지지한다는 측면에서 유사한 스펙트럼을 갖는다. 주민 참여와 건강형평성이 어떻게 관계를 맺는지 보여 주는 사례들은 다음의 두 가지 면으로 구별해 볼 수 있다. 첫째, 주민 참여는 지역 주민 스스로 보건에 대한 통제 능력을 강화한다는 점에서 건강형평성에 직결된다. ‘The Joseph Rowntree Foundation’s Area Regeneration Programme’은 지역 개발에서 주민 참여가 이루어진 사례이다. 주민들에게 지역 개발 방식의 결정권을 부여하였을 때 그들은 대규모 재개발 대신 소규모 공공 개발을 선택하였고, 교통량을 늘리지 않고 주민들의 지역사회에 대한 신뢰와 소속감을 목표로 개발이 이루어지도록 하였다(Forrest & Kearns, 2001). 미국의 ‘WEACT’는 지역의 환경 문제에 지역의 유색인종과 저임금 계층을 대표하는 주민 조직이 개입하여 공평한 환경 보건 정책과 프로그램을 만들어 낸 경우다(National Academies of Sciences E, Medicine, 2017, pp. 299-305). 이 밖에도 자살 예방 정책(프랑스의 렌)과 환경 문제(스웨덴의 예테보리)에서 컨설팅을 통해 주민 리더와 지역정부가 유연하게 결합하기도 하였다(WHO,

2002). 전문적 영역에 대한 민주적 참여를 통해 지역 주민에게 유리한 정책 결정으로 이어진 사례들이다.

둘째, 주민 참여 사업은 통상 주변부 인구집단을 대상으로 하며, 참여를 통해 사업에 대한 주민들의 반응성과 접근성을 높일 수 있다는 점에서 건강형평성을 개선할 수 있는 방식이다. 다른 자원이 빈약한 인구집단에 적절한 지원이 제공된다면 주민들은 공적보전제도가 도달할 수 있는 범위와 사업 방식을 극적으로 확대할 수 있다(Uphoff et al., 2013). 실제로 비전문 보건인력을 활용한 주민 참여는 아프리카를 비롯한 개발도상국의 부족한 전문 의료인력을 보충하기 위한 중요 전략으로 여겨진다. 또한, 사회의학의 전통이 강한 브라질, 베네수엘라 등에서의 건강위원회나 지역보건원(Nancy, Timothy, & Corinha, 1988) 등의 주민 참여 경험 역시 접근성을 개선함으로써 건강형평성에 기여한 것으로 보고되는 사례다. 그러나 요사이 지역을 중심으로 하는 돌봄과 생활서비스 등 비전문 서비스의 수요가 증대하면서 주민 참여가 다시 주목받고 있으며 영국, 미국 등 많은 선진국에서도 만성질환 관리의 핵심적인 요소로 받아들여지고 있다(Woodall, Kinsella, South & White, 2015; Perry et al., 2014).

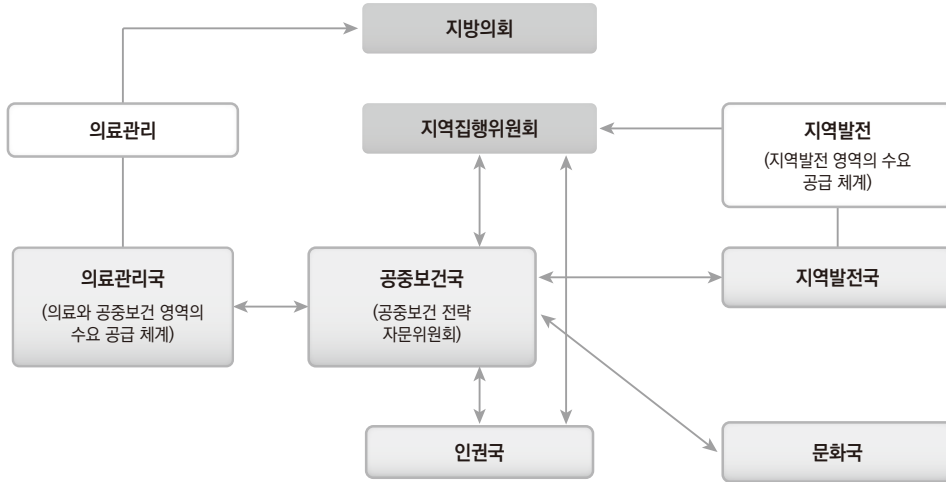
다. 다부문 협력

다부문 협력은 건강형평성 정책의 중요한 특성으로 이해된다. 영국 노동당의 건강형평성

정책에서도 국가보건서비스(NHS: National Health Service)와 지방정부, 지역시민 단체들과의 파트너십은 중요하게 받아들여졌으며, 건강형평성 정책은 부총리실(HM Treasury) 산하에 범부처 집행위(Inter-Departmental Group)를 두고 고용, 거주, 교육, 여성 등 18개의 정부 부처가 참여하는 협력 사업으로 추진된다(Department of Health, 2002; Department of Health, 2009). 현재 공중보건에 대한 책임은 NHS에서 지방정부의 몫으로 돌아갔다. 이러한 변화는 재정 축소 등 여러 우려에도 불구하고 공중보건을 보건의료 영역에 제한하지 않고 다양한 영역과의 협조를 강화할 수 있는 기회로 여겨지기도 한다. 영국 노동당이 국가 수준에서 협력을 보여 주는 예라면, 스웨덴의 베스트라예탈란드(Västra Götaland)는 지역 수준에서 건강형평성을 매개로 여러 부문의 협력을 조직한 예이다. 베스트라예탈란드 지역의회는 지역의 공중보건국(Public Health Committee)에 건강불평등 감소를 위한 행동계획을 마련하도록 위임하였고 의료관리국, 지역발전국, 인권국, 문화국 등 참가를 의무화한 다른 부서들이 결합한 ‘베스트라예탈란드 지역 건강형평성 운영위원회’를 설치하게 된다[(WHO Europe, 2014) 그림 2].

이는 보건과 복지 영역에서 자신의 고유한 어젠다와 책임을 지닌 부서 간의 새로운 형태의 협력으로, 하나의 정부 조직(government organization)이라기보다는 거버넌스 조직(governance organization)으로 기능하는 예라고 할 수 있다. 또한 집행 단위로서 대책본부(task

그림 2. 베스트라예탈란드 지역 건강형평성 운영위원회의 조직 구성



자료: WHO Europe. (2014). Tackling health inequities: from concepts to practice. The experience of Västra Götaland.

force)가 만들어지는데 여기에는 베스트라예탈란드의 공공서비스, 사회보험실, 도시운영위, 노동조합, 비영리기구 등 다른 부서와 기관의 대표들이 참가하게 된다. 건강형평성 행동계획에 대한 네트워크 참가 단위의 광범위한 동의는 긍정적이다. 행동계획은 참가하는 기관들의 정치적 관심, 재정적 우선순위 등에서의 입장 차이, 제공되는 서비스에 대한 관여 정도 등에서 나타나는 상당한 차이를 조정하는 역할을 담당하기 때문이다. 스웨덴은 전통적으로 지방 중심의 분권적 경향이 강하며 국세에 비해 지방세(50%에 이르는)의 세수 비중이 높다. 보건 분야에서도 지방정부의 책임이 크고 지역 보건의 지방 행정서 중심 정책으로 다뤄져 왔다(Bidgood, 2013; OECD, 2007). 이러한 환경은 건강형평성 이슈의 통합적

특성이 스웨덴 지방정부 내의 중요 정책으로 자연스럽게 자리잡는 조건이 된다. 영국, 스웨덴과 달리 미국의 지역 건강형평성 정책에서 부문 간 협력은 공식적인 부문뿐 아니라 공공, 민간, 정부 기관, 보건기관 간의 다양한 파트너십이 기반을 이루는 것으로 보인다. 예를 들어, 미국에서는 건강과 건강형평성에서 민간기업의 역할을 강조하며 그 결과에 바탕해 ‘Advancing Health Equity Award’를 기업에 시상하고 있다. 오하이오주 클리블랜드에서는 50개 이상의 기관(대학, 박물관, 오케스트라, 도서관, 대학병원, 교회 등)이 참여하는 ‘클리블랜드 모델’을 통해 구매, 고용, 거주, 네트워크에서 지역사회 순환과 여러 협력을 이루어 내고 있다(National Academies of Sciences E, Medicine, 2017, pp. 383-446).

3. 성공적인 건강형평성 정책 사례와 그 특성

앞에서 건강형평성은 정책이 형성되고 집행되는 과정이 중요하다는 것을 살펴보았다. 이 장에서는 그림에도 불구하고 지역 수준에서 건강형평성 정책(국가 수준은 다루지 않는다)이 담아야 하는 정책적 내용에 대해 알아보기로 하자. 건강형평성 정책은 한두 가지 중재 프로그램의 조합이나 일부 취약계층이나 소수 지역을 대상으로 하는 사업으로는 달성될 수 없다고 인식된다. 따라서 건강형평성 중재는 복합적이고 실행과 평가 모두 어렵다. 생의학적 연구 모형에 따라 다른 변인을 통제한 상태에서 단일 요인에 대해 실시하는, 그것도 개인을 대상으로 하는 중재를 실제로는 다양한 요인의 결과로 만들어지는 건강형평성에 적용하는 것이 타당할지 의심을 받는다. 사회문화적으로 다른 상황에 적용할 수 있는지 불분명해지기 때문이다.

이런 사실을 염두에 두면서, 건강형평성을 완

화하는 것으로 알려진 정책들을 개념적으로 구분하는 것은 유의미하다. 건강의 원인은 흔히 사회경제적 요인은 원위적(upstream) 원인으로 의학적, 건강 혹은 건강행태적 요인은 근위적(downstream) 원인으로 구분된다. 또한 보편적(universal), 구조적(structural) 접근 혹은 인구 집단(population) 접근과 선택적(selective), 요인적(agentive) 혹은 개인적(individualistic) 접근은 대비된다. 보통 고위험군을 대상으로 하는 보건교육이나 그 도달 범위가 일부 인구집단에 한정되는 건강 캠페인 같은 근위적 혹은 개인적인 접근법들은 건강형평성을 악화시킨다고 알려져 있다. 근위적 접근은 개인적 접근과 동일하게 받아들여지기도 하며, 마찬가지로 원위적 접근과 보편적 접근은 건강형평성을 개선한다는 측면에서 개념적으로 비슷하다. 그러나 다음 그림은 이러한 개념들을 구분함으로써 건강 혹은 건강행태와 관련된 정책(사업)들의 특성에 따라 건강형평성에 미치는 영향이 어떻게 달라질 수 있는지

그림 3. 노르웨이의 건강형평성 중재 분류

	사회적 개선 (원위 요인 접근)	위험 감소 (중간 요인 전략)	효과 감소 (근위 요인 접근)
보편적 수단	교육, 세금, 고용시장 정책을 위한 공공체계	근로, 생활환경, 구조적 생활 방식 수단	보편적 건강보험 서비스
선택적 수단	보조금 지급	특정 생활 방식 수단	특정 건강보험 서비스

자료: Whitehead, M., Poval, S., & Loring, B. (2014). The Equity Action Spectrum: Taking a Comprehensive Approach: Guidance for Addressing Inequities in Health. p. 10.

중요한 단초를 제공한다. 이 그림은 Whitehead, Poval, Loring(2014)이 유럽 국가들의 건강형평성 전략 평가에서 가장 앞서 있다고 평가한 노르웨이의 중재 분류이다.

위의 범주화에서 알 수 있듯이 근위적일수록(가로축), 그리고 선택적일수록(세로축) 그 사업은 건강형평성에 대해 부정적인 효과를 보일 수 있다. 흡연을 예를 들어 설명하면, 금연 캠페인이나 금연 클리닉 등의 선택적, 개인적 접근은 오히려 건강형평성을 악화시킨다. 반면, 흡연과 같은 근위적 요인(위의 그림에서는 중간 요인으로 제시되지만)에 대한 접근이더라도 담배 가격 정책이나 규제존 지정과 같이 보편적 접근을 하는 경우는 건강형평성을 개선한다고 할 수 있다.

한 사회(그 단위는 지역사회부터 국가까지 다양할 수 있음) 전체를 대상으로 하는 보편적 접근들은 제한적 인구집단에만 도달하는 서비스보다 건강형평성에 관해 긍정적인 효과를 보인다. 영국 지방의회와 차량 제한 속도 낮추기, 뉴욕주의 트랜스지방(몸에 가장 해로운 지방으로 잘 알려진 심혈관질환의 위험 요인임) 사용 제한 조치, 캐나다와 영국에서 시행한 수도 불소화 사업·녹지 접근성 확대·미국의 담배 규제 정책, 안전벨트 착용 강제 등(Tan et al., 2012; Harper & Strumpf, 2017)은 그러한 예다. 또한 학교 기반의 중재인 학교 급식(mass catering), 이 닦기(tooth brushing at school), 공교육에서의 체육 교과(sports at school) 강조 등도 보편적인 접근의 예에 해당한다. 이러한 정책들이 어떤 과정을 통해 건강형평적으로 작동할 수 있는지 뉴욕

주 트랜스지방의 예를 살펴보자. 뉴욕주는 트랜스지방을 요리에 사용하지 않도록 레스토랑들을 유도하고자 하였으며, 2005년에는 광범위한 캠페인을 통해 자발적으로 제한하도록 하였으나 실제 사용량 감소로 이어지지는 않았다. 이에 뉴욕주는 2008년 모든 레스토랑에서 트랜스지방을 0.5g 이상 사용하지 못하도록 강제 규제를 실시해 사용량의 절대적 감소를 이루어 냈다(Okie, 2007). 트랜스지방은 패스트푸드에서 그 함유량이 높는데, 사용을 제한함으로써 건강형평적 결과를 가져왔다고 평가된다. 뉴욕주의 조치는 다른 지원들, 즉 트랜스지방을 대체할 수 있는 요리 방법 소개, 헬프라인 설치 등과 동시에 시도됨으로써 레스토랑 산업의 반발을 감소시켰다는 것도 주목할 대목이다. 이러한 시도는 2년 후 미국 캘리포니아 주정부와 12개의 지역정부에서도 수용되었고, 영국에서도 트랜스지방의 완전한 금지를 추진하는 계기로 이어졌다(Allen et al., 2015). 그러나 위의 정책 분류와 그 결과가 절대적인 것은 아니다. 특정 지역 혹은 특정 인구집단 접근일 경우에도 그것이 보편적 접근에 의해 보완된다면 대상 집단 내부적으로뿐 아니라 인구 집단 전체에 대해서도 건강형평성 개선 효과를 보일 수 있다. 이러한 개념을 체계화한 비례적 보편주의는 건강형평성에서 한두 가지 정책의 분리된 효과가 아니라 다양한 정책의 전체 효과를 바라보는 관점을 강조한다.

4. 결론

본고에서 지역 건강형평성 정책의 중요한 이슈들에 대해 간략하게 살펴보았으나, 다루지 못한 이슈와 해외 사례가 많다. 지방정부의 법규와 조례 제정은 사회경제적 결정 요인을 사회적으로 각인하는 효과를 가지며, 지역사회 기반의 해결책을 지속적으로 지지하는 방책이 될 수 있다. 또한 지역사회 조직들의 인력과 자원, 정치적 의지 등에 따라 정치적 요구가 어떤 강도로 얼마나 지속될 수 있는지도 중요하다. 자원의 배분, 지속적인 모니터링(최근에는 여러 국가에서 건강형평성 모니터링을 위해 다양한 인터랙티브 툴을 이용하고 있다) 역시 구체적인 정책 지점이다. 지역사회의 고유한 특성에 따라 이러한 정책 수단들이 어떻게 달리 적용되는지 등에 대한 소개도 본고에서 다루지 못하였다.

세계적인 수준에서 건강형평성은 그 자체로 혹은 다른 역사적인 공중보건의 구상들(예: 의료 접근성, 건강증진, '모든 정책에 건강을', 건강도시, 도시계획 등)과 결합하면서 현실에서 구체성을 더해 가고 있다. 그러한 구상들 역시 건강형평성과 결합되어 좀 더 그 이론적 기반을 단단하게 하고 실효적인 방향을 잡아 나가는 것으로 보인다. 건강형평성은 지역보건과 공공의료를 추동하는 계기이면서, 이를 넘어 일반 사회 정책과 긴밀하게 연결되는 계기가 된다. 건강형평성 정책은 본래 다부문에 걸쳐 협력하는 것을 추구하며, 몇 가지 정책이 아니라 여러 정책을 종합하는 역할에 적합하다. 그런 면에서 건강형평성 정책은

지역 단위에서 효과적일 수 있다. 지역은 문제를 통합적으로 바라보고 해결하는 데 유리하며, 따라서 건강형평성 정책의 원칙인 사회경제적 결정 요인들에 대한 전체적 개입을 실행하기에 용이하다. 지역에서는 주민들의 직접 참여가 가능하며 이를 통해 보건사업은 접근성이 떨어지는 인구집단 깊숙이 들어가 더 넓게 사업을 펼 수 있다. 건강형평성 정책은 별개의 정책이기도 하지만, 그보다는 여러 정책의 목표와 방향을 잡아 주고 그 정책들을 연결하면서 구체화되는 것으로 보아야 할 것이다. 건강형평성이 간단하게 도달할 수 있는 과제가 아니라면, 중요한 것은 건강형평성을 지역과 사회의 비전과 가치로서 공유하고 지역과 사회를 그러한 방향으로 향하도록 하는 것이다. ■

참고문헌

- Allen, K., Pearson-Stuttard, J., Hooton, W., Diggle, P., Capewell, S., & O'Flaherty, M. (2015). Potential of trans fats policies to reduce socioeconomic inequalities in mortality from coronary heart disease in England: cost effectiveness modelling study. *BMJ*, 351, h4583.
- Asthana, S., & Halliday, J. (2006). What works in tackling health inequalities?: pathways, policies and practice

- through the lifecourse: Policy Press.
- Barsanti, S., Salmi, L. R., Bourgueil, Y., Daponte, A., Pinzal, E., & Menival, S. (2017). Strategies and governance to reduce health inequalities: evidences from a cross-European survey. *Glob Health Res Policy*. 2:18.
- Barton, H., & Grant, M. (2013). Urban planning for healthy cities. *Journal of Urban Health*, 90(1), 129-141.
- Beatty, A., & Foster, D. (2015). The determinants of equity: Identifying indicators to establish a baseline of equity in King County. King County Office of Performance. Strategy & Budget Retrieved February. 8:2016.
- Bidgood, E. (2013). Healthcare systems: Sweden & localism-an example for the UK. CIVITAS October 1st.
- Commission for a Socially Sustainable Malmö. (2012). The city's spatial impact on health.
- Department of Health. (2002). Tackling health inequalities - 2002 cross-cutting review.
- Department of Health. (2009). Tackling Health Inequalities: 10 Years On-A Review of Developments in Tackling Health Inequalities in England over the Last 10 Years. Department of Health London.
- Forrest, R., Kearns, A. (2001). Social Cohesion, Social Capital and the Neighbourhood. *Urban Studies*, 38(12), 2125-2143.
- Harper, S., Strumpf, E. C. (2017). Primary Enforcement of Mandatory Seat Belt Laws and Motor Vehicle Crash Deaths. *Am J Prev Med*, 53(2), 176-183.
- Hillemeier, M. M., Lynch, J., Harper, S., & Casper, M. (2003). Measuring contextual characteristics for community health. *Health services research*. 38(6p2), 1645-1718.
- Hofrichter, R. (2006). Tackling health inequities through public health practice: A handbook for action: National Association of County & City Health Officials, the Igham County Health Department.
- Mayor of London. (2016). The London Plan: Spatial Development Strategy for London: Consolidated with Alterations Since 2011. Greater London Authority.
- Nancy, R. M., Timothy, D. B., Corinha, F. (1988). The Community Health Worker: Forty Years of Experience of an Integrated Primary Rural Health Care System in Brazil*. *The Journal of*

- Rural Health*, 4(1), 87-100.
- National Academies of Sciences E, Medicine. (2017). *Communities in action: pathways to health equity*. National Academies Press.
- OECD. (2007). *MULTI-LEVEL REGULATORY CAPACITY IN SWEDEN*.
- Okie, S. (2007). New York to trans fats: you're out! *New England Journal of Medicine*, 356(20), 2017-2021.
- Perry, H. B., Zulliger, R., Rogers, M. M. (2014). Community health workers in low-, middle-, and high-income countries: an overview of their history, recent evolution, and current effectiveness. *Annu Rev Public Health*, 35, 399-421.
- Stigendal, M., Östergren, P. (2013). Malmö's path towards a sustainable future: Health, welfare and justice. Malmö: Commission for a socially sustainable Malmö.
- Tan, C. E., Glantz, S. A. (2012). Association between smoke-free legislation and hospitalizations for cardiac, cerebrovascular, and respiratory diseases: a meta-analysis. *Circulation*, 126(18), 2177-2183.
- Uphoff, E. P., Pickett, K. E., Cabieses, B., Small, N., Wright, J. (2013). A systematic review of the relationships between social capital and socioeconomic inequalities in health: a contribution to understanding the psychosocial pathway of health inequalities. *International journal for equity in health*, 12(1), 54.
- Whitehead, M. (1998). Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective. *Milbank Q*, 76(3), 469-492.
- Whitehead, M., Poval, S., Loring, B. (2014). *The Equity Action Spectrum: Taking a Comprehensive Approach: Guidance for Addressing Inequities in Health*. World Health Organization, Regional office for Europe.
- WHO. (2002). *Community participation in local health and sustainable development: Approaches and techniques*.
- WHO Europe. (2012). *Healthy cities tackle the social determinants of inequities in health: a framework for action*.
- WHO Europe. (2014). *Tackling health inequities: from concepts to practice. The experience of Västra Götaland*.
- Woodall, J., Kinsella, K., South, J., & White, J. (2015). *COMMUNITY HEALTH CHAMPIONS AND OLDER PEOPLE: A REVIEW OF THE EVIDENCE*.