

# 지역 건강불평등 완화를 위한 정책 수립 방안과 지역보건의료계획의 의의



Policy and Regional Health Planning for  
Reducing Regional Health Inequalities

정백근 | 경상대학교 의과대학 교수

지역 건강불평등은 다양한 차원의 많은 요인들에 영향을 받는다. 그럼에도 불구하고 이 문제를 해결하기 위한 체계적인 노력은 제대로 진행되지 못하였다. 하지만 지방선거를 중심으로 지역 건강불평등에 대한 사회적 관심이 높아지고 있고 올해는 제7기 지역보건의료계획을 수립하는 시점이기 때문에 우선적으로 지방정부 차원에서 이 문제를 주요한 정책과제로 설정할 수 있도록 해야 한다. 지역보건의료계획이 지방정부의 지역 건강불평등 완화 과정에서 의미를 가지기 위해서는 지역 건강불평등 완화 정책의 우선순위가 높아져야 하고 건강의 근원적 결정 요인에 개입할 수 있는 효과적인 부문 간 활동체계가 갖추어져야 하며 권력 강화에 기반한 주민 참여의 공간이 마련되어야 한다.

## 1. 들어가며

지난 6월 13일 제7회 전국동시지방선거가 실시되었고 지역마다 다양한 공약이 발표되었다. 선거라는 정치적 이벤트는 그 어느 때보다 국민들의 정치적 관심을 촉발시키고 다양한 정치적, 정책적 논쟁을 유발한다. 이번에는 유난히 지역 건강불평등과 관련된 이슈가 부각되었다. 지역

건강불평등 문제를 정책의제화하기 위해 정책 전문가, 시민단체, 노동조합 등이 함께 노력한 지역이 많았고 주요 언론사와 지방의 언론사들이 이를 보도하면서 많은 사람이 이 문제에 관심을 가지게 된 것이 주요한 이유였던 것으로 판단된다. 하지만 이전에도 간간히 지역 건강불평등 문제가 이슈화된 지역들이 있었을 뿐만 아니라 거의 매년 지역사회건강조사 결과가 언론을 통해

보도되기 때문에 지역 건강불평등 문제는 더 이상 낮은 주제가 아니다. 그러나 문제의 인지가 문제의 해결을 보장하지는 않는다. 문제를 해결하기 위해서는 실천이 필요하다. 그리고 문제를 해결할 수 있는 실천은 치밀한 계획 속에서 이루어져야 한다.

지역 건강불평등은 지역 간 건강불평등과 지역 내 건강불평등으로 구분할 수 있다. 지역 간 건강불평등은 국가 차원에서 파악할 수도 있지만 지역을 어떻게 정의하는가에 따라서 지역 차원에서도 소지역 간 건강불평등이라는 문제가 대두될 수 있다. 그러므로 지역 건강불평등은 중앙정부의 과제이기도 하지만 지방정부가 해결해야 할 문제이기도 하다. 마침 올해는 제7기 지역보건의료계획을 수립하는 해이다. 지역보건의료계획은 지방정부의 중장기 보건의료계획으로서 만약 지방정부가 지역 건강불평등 완화를 주요한 정책의제로 설정한다면 제7기 지역보건의료계획은 향후 4년 동안 지방정부가 추진할 지역 건강불평등 완화 정책의 로드맵이 될 수 있을 것이다.

이에 본고는 지역 건강불평등 완화를 위한 정책을 검토하고 이와 관련된 지방정부의 개입 전략을 정리하고자 한다. 이와 함께 지방정부의 지역 건강불평등 완화를 위한 정책적 노력과 관련하여 지역보건의료계획의 의의를 도출하고자 한다.

## 2. 지역 건강불평등의 원인

### 가. 지역 건강불평등에 대한 해석: 구성효과, 맥락효과

일반적으로 지역 건강 수준의 차이는 두 가지 효과의 결과인 것으로 보고되고 있다(Macintyre & Ellaway, 2000, p. 338).

첫째는 구성효과(compositional effect)로서, 지역을 구성하는 인구집단의 사회인구학적 특성이 다르기 때문에 지역 건강 수준에 차이가 난다는 해석이다. 일반적으로 가난한 사람들은 그렇지 않은 사람들보다 건강 수준이 좋지 않기 때문에 가난한 사람이 많은 지역은 그렇지 않은 지역보다 건강 수준이 좋지 않다는 식의 해석이 이에 해당한다.

또 다른 하나는 맥락효과(contextual effect)로서, 지역 구성원들의 특성과는 별개로 지역 자체에 건강에 영향을 미치는 독립적인 요인이 존재한다는 것이다. 일반적으로 맥락효과는 하위 분석 단위에 대한 상위 분석 단위의 효과를 지칭하는 개념으로서 개인 수준의 종속변수를 설명할 때 개인 수준의 설명 가능한 모든 요인을 통제 한 후에도 발생하는 조직이나 지역사회 같은 상위 수준 단위의 효과를 말한다(김형용, 2010, p. 61). 즉, 개인적 요인들을 모두 통제 한 후에도 특정 지역에 거주하기 때문에 받는 건강 영향이 있다면 이는 맥락효과가 존재한다고 말할 수 있는 것이다.

지역 건강불평등에 영향을 미치는 이 두 효과는

지역 건강불평등 완화 정책의 방향을 결정한다.

지역 건강불평등을 구성효과로 볼 경우 지역 자체에 대한 접근보다는 지역의 구성원들이 처해 있는 사회인구학적 조건을 개선하는 정책을 강조할 수밖에 없다. 교육 수준, 소득 수준, 직업으로 대표되는 사회경제적 지위는 건강에 영향을 미치며 사회계층이 낮은 사람들은 부정적인 건강 결과의 위험이 더 높은 것으로 알려졌다(Taylor, Price, Gill, Adams, Pilkington, Carrangis, et al., 2010, p. 18; Salisbury, Johnson, Purdy, Valderas, & Montgomery, 2011, pp. e12-e21; Yin, Zhang, Li, Jiang, & Zhao, 2011, p. 586; Agborsangaya, Lau, Lahtinen, Cooke, & Johnson, 2012, p. 201). 예를 들어 지역 건강불평등의 원인을 사회경제적 지위가 낮고 가난한 사람의 비율로 파악한다면 지역 건강불평등 완화 정책의 핵심 내용은 빈곤의 해결이 될 것이다. 지역 건강불평등을 유발하는 맥락효과는 건강을 결정하는 지역 자체 요인들에 대한 개입을 통해 해결할 수 있다. 이 경우 지역 주민들의 건강에 영향을 미치는 지역 요인들을 발굴하고 개선하는 것이 정책의 주요한 내용이 될 수밖에 없다.

이상과 같은 해석은 특정 지역 안에서도 적용될 수 있다. 우리나라는 17개 광역자치체로 구성되어 있고 각 광역자치체 안에는 읍·면·동으로 구성되는 기초자치체들이 있다. 특정 광역자치체 안에서의 기초자치체별 건강 차이, 특정 기초자치체 내의 읍·면·동별 건강 차이 역시 두 가지 효과의 렌즈로 해석할 수 있다.

지역은 다양한 이해관계와 사회인구학적 배경을 가진 사람들로 구성되어 있을 뿐만 아니라 건강에 영향을 미치는 지역 자체의 요인들도 가지고 있다. 그러므로 지역 건강불평등을 완화하는 정책은 구성효과와 맥락효과의 독립적 효과와 상호작용 효과를 모두 고려하는 것이어야 한다.

#### 나. 건강의 사회적 결정 요인과 지역 차원의 건강 결정 요인

세계보건기구(WHO: World Health Organization)는 '건강의 사회적 결정 요인 위원회(CSDH: Commission on Social Determinants of Health)'의 권고안이 적용될 수 있는 정책 영역을 확정하기 위해 건강의 사회적 결정 요인에 대한 활동과 관련된 개념 틀(Conceptual Framework)을 개발하였다(WHO, 2010, p. 6). 이 개념 틀은 사회적, 경제적, 정치적 기전이 사회경제적 지위를 유발하는 경로를 제시하며 사회 구성원들이 소득, 교육 수준, 직업 등의 요인에 의해 특정 사회경제적 지위로 계층화된다는 사실을 보여 준다. 또한 사회경제적 지위는 특정 건강 결정 요인을 결정하는데, 이는 사회경제적 위계 속에서 그들이 점하는 위치가 건강 위험 요인에 대한 폭로와 취약성에서의 개인 간 경험의 차이를 반영한다는 점을 보여 주고 있다.

이 틀에서는 개인의 사회경제적 지위와 이를 유발하는 사회경제적, 정치적 기전을 건강의 구조적 결정 요인(structural determinants)으로, 사회경제적 지위에 따른 특정 건강 결정 요

인을 중간 단계의 건강 결정 요인(intermediary determinants)으로 정의하였다. 이때, 건강의 구조적 결정 요인은 중간 단계의 건강 결정 요인을 통해 건강을 결정한다.

중간 단계의 결정 요인은 다시 네 가지 범주로 구분되는데, 첫 번째는 물질적 환경이다. 물질적 환경은 주거, 근린사회의 질, 구매 가능성, 물리적 작업 환경을 포함한다. 두 번째는 심리사회적 환경이다. 여기에는 부정적인 생활 사건, 직무 긴장 등의 심리사회적 스트레스 요인, 고액의 채무 등과 같은 스트레스가 심한 삶의 조건, 사회적 지지, 대처 방식 등이 포함된다. 세 번째는 행태적, 생물학적 요인으로서 영양, 신체활동, 흡연, 음주와 같은 행태적 요인과 유전적 요인을 포함한 생물학적 요인들이다. 네 번째는 보건의료체계이다. 보건의료체계는 형평성 있는 서비스 접근성 보장, 건강증진을 위한 부문 간 활동 등을 통해 건강에 영향을 줄 수 있다.

이 중 중간 단계의 결정 요인은 대부분 일상생활과 매우 관련성이 높다. 사람들은 특정 지역에 거주하면서 특정 지역의 학교, 직장, 시장, 병원 등 다양한 공간 속에서 다양한 생활사를 경험하며 이웃과 더불어 살아간다. 사회경제적 지위를 포함한 건강의 구조적 건강 결정 요인은 사람들의 일상 내용에 차이를 유발하며 건강과 건강불평등을 결정한다. 그러나 사람들의 일상생활은 매우 구체적인 공간, 그리고 이런 공간들을 아우르는 구체적인 지역에서 이루어진다. 이런 맥락에서 지역은 다양한 생활터를 보유하고 있는 삶의 자리라고 말할 수 있을 것이다(홍성태, 2006, p. 21).

건강에 영향을 미치는 요인들은 지역별로 균등하게 분포되어 있지 않다. 매연을 뿜어 대는 공장을 포함한 건강 위해 요인이 공간적으로 균등하게 분포되어 있는 것은 아니다. 또한 지역마다 보행 환경과 같은 지역사회의 물리적 특성에 차이가 있고 서비스의 질에도 격차가 있다. 그리고 지역 주민들의 건강에 대한 지방정부의 관심 역시 지역마다 다르다. 이는 모두 건강에 영향을 미치는 지역사회 요인들이다(이진희, 2016, p. 347).

Macintyre 등(2002)은 지역 주민들의 건강에 영향을 미치는 지역의 특징을 모든 지역 주민에 의해 공유되는 환경의 물리적 특성, 가정, 직장, 놀이 공간에서의 건강한 환경의 유용성, 일상생활 속에서 사람들을 지원하기 위해 제공되는 서비스, 지역사회의 사회문화적 특성, 지역의 평판으로 정리한 바 있다.

Curtis(2004)도 다양한 사회 이론들을 참고하여 공간이 사회 구성원들의 건강에 영향을 미치는 다섯 가지 차원을 보고하였다. 첫 번째는 생태학적 차원으로서 이는 지역 주민들의 건강에 영향을 미칠 수 있는 오염 및 다양한 위해 요인 등의 물리적 환경 측면을 포함한다. 부유한 지역보다 가난한 공동체가 모여 사는 공간이 대기오염 같은 환경 위해 요인에 더 많이 노출될 가능성이 있다. 두 번째는 소비적 차원인데 건강에 이로운 식품, 보건의료시설 등과 같은 지역의 재화들과 서비스의 이용 가능성에 관련된 것이다. 예를 들면, 어떤 지역에서는 생활에 필요한 물품과 서비스를 구입하거나 이용하는 데 어려움을 겪을 수 있다. 세 번째는 빈곤과 부의 차원으로서 개인의

사회경제적 환경에 영향을 주는 지역의 경제 상태와 같은 요인들을 포함한다. 예를 들면, 지역 노동시장 환경은 개인의 구직 여부에 영향을 줄 것이고 이들이 획득할 수 있는 지위의 종류, 개인의 생활 수준, 건강에 영향을 줄 것이다. 네 번째는 권력의 차원이다. 이는 각 개인이 일상생활에서 접하는 권력 구조가 건강에 영향을 주는 방식에 대한 것이다. 이 차원에서는 사회 속에서 힘이 약한 집단들이 건강에 나쁜 영향을 받는 방식으로 배제되거나 주변화되는 양상을 특별히 강조한다. 예를 들면, 난민이나 노숙자는 건강에 필요한 서비스나 자원을 이용하는 것이 어려운 경우가 많으며 지역사회에서 점점 배제되어 낙인이 찍힌다. 마지막으로 다섯 번째는 치료적 차원으로서 '장소성(sense of place)'이 건강에 미치는 긍정적인 효과와 관련된 것이며, 문화지리학에서 가지고 온 개념이다.

이상과 같이 지역 건강불평등은 건강의 구조적 결정 요인과 중간 단계의 결정 요인, 지역 차원의 건강 결정 요인에 영향을 받는다. 그러므로 지역 건강불평등을 완화하는 정책 역시 각각의 요인에 대한 개입이 주요한 내용이 되어야 한다. 이때 건강을 결정하는 지역 요인에 대한 개입은 건강불평등을 통제하는 주요한 전략이 될 수도 있다. 이런 맥락에서 지역 그 자체는 또 하나의 건강의 사회적 결정 요인이라고 해석할 수 있다.

### 3. 지역 건강불평등 완화를 위한 정책과제와 지방정부의 역할

세계보건기구(WHO, 2010, p. 54)는 건강의 사회적 결정 요인에 대한 개입을 통해 건강불평등을 줄이기 위한 정책 방향을 세 가지로 제시하였다.

첫 번째는 건강의 구조적 결정 요인과 중간 단계의 결정 요인에 대한 맥락 특이적 전략(context-specific strategies)이다. 이때 맥락은 사회경제적 지위를 낳은 사회경제적, 정치적 맥락을 의미한다. 여기에 해당하는 정책은 주로 사회경제적 불평등을 완화하는 정책이다. 두 번째는 부문 간 활동(intersectoral action)이다. 이는 건강의 구조적 결정 요인은 보건 부문에 국한된 정책이 아닌 다양한 공공정책을 통해 변화를 야기할 수 있다는 인식을 반영한 것이다. 그러므로 건강불평등의 근원에 개입하기 위해서는 부문 간 접근이 필수적인 조치이다. 이는 비단 중앙정부의 활동에만 국한되는 것이 아니라 지방정부에도 적용할 수 있는 전략이다. 세 번째는 참여와 권력 강화(social participation and empowerment)이다. 건강형평성을 증진하기 위한 정책 과정에서의 광범위한 시민사회 참여는 윤리적, 인권적 측면에서도 정당할 뿐만 아니라 실용적 차원에서도 의미 있는 조치이다. 주민들은 그들의 건강에 영향을 미치는 공공정책을 결정하는 과정에 적극적으로 참여함으로써 권력이 강화된다. 시민사회의 참여를 통한 권력 강화



는 건강불평등 해결 의제의 장기적인 지속가능성을 보장할 뿐만 아니라 정치 지도자들과 정부가 건강불평등 문제에 책임의식을 가지고 헌신하게 만든다. 그리고 권력이 강화된 시민사회와 정부의 협력은 건강불평등 해결에서 매우 중요한 의미를 가진다. 특히 권력 강화는 소외되고 억압받는 힘없는 공동체들이 그들의 삶에 영향을 미치는 정치적, 경제적 과정에 대한 효과적인 통제력을 얻는 것과 관련되어 있다. 세계보건기구는 이 영역에서의 지방정부의 역할을 특히 강조하였다. 동시에 지방정부는 주민 참여의 공간을 창출하고 이들의 권력이 강화될 수 있는 메커니즘을 만드는 것이 중요하다는 점을 역설하였다.

우리나라의 연구에서도 건강불평등 해소를 위한 정책이 정리된 바 있는데 윤태호(2006, pp. 334-358)는 건강불평등 해소를 위한 정책을 크게 빈곤 및 사회경제적 불평등 완화, 건강불평등에 영향을 미치는 중간 매개체의 영향 완화, 불건강으로 인한 가계 파탄 및 사회경제적 불평등 완화, 국가적 차원의 조직적 노력으로 나누어 기술한 바 있다. 여기서 제시된 정책의 대부분은 국가적 차원의 정책이지만 지역과 관련된 정책도 기술되어 있는데, 건강증진학교사업과 연계한 교육복지투자우선지역 사업의 확대, 건강하고 상호 신뢰하는 지역사회 만들기, 지역 간 의료자원의 공평한 배분 등이 그것이다. 또한 윤태호(2010, pp. 69-72)는 지역 건강불평등 해결을 위한 정책과제를 제시하였는데, 첫째는 새로운 지역균형발전 개념에 근거한 정책적 노력, 둘째는 중앙정부 및 지방정부 차원의 부문 간 협력,

셋째는 지역 중심적 접근의 사업 전환, 넷째는 주민 참여 중심의 접근이다. 이 중 부문 간 협력, 지역 중심적 접근의 사업 전환, 주민 참여 중심의 접근은 지방정부가 개입할 수 있는 영역이고 지역 차원의 건강 결정 요인에 영향을 줄 수 있는 전략들이다. 다른 한편으로 지방정부의 이러한 조치들은 국가 차원의 결정이 건강의 구조적 및 중간 단계의 건강 결정 요인에 미치는 영향력을 지역 차원에서 조절, 통제할 수 있는 전략이기도 하다.

지역 건강불평등 해결을 위한 지방정부의 핵심 정책과제와 전략의 방향이 지역 차원의 부문 간 협력과 주민 참여를 통해 문제를 해결하는 것이라고 할 때, 이는 세계보건기구가 제시한 건강증진을 위한 생활터 기반 접근법(setting approach to health promotion)의 핵심 원리와 정확하게 겹친다. 건강증진을 위한 생활터 기반 접근법은 네 가지 핵심 원리를 추구하는데 주민 참여(community participation), 파트너십(partnership), 권력 강화(empowerment), 형평성(equity)이 그것이다. 주민 참여는 권력 강화를 기반으로 해야 하며 참여의 결과가 권력의 크기에 영향을 미친다고 할 때, 참여와 권력 강화는 동전의 양면과 같다. 또한 정부와 시민사회의 다양한 부문의 파트너십과 부문 간 협력은 건강불평등 해결의 주요한 전략이다. 건강도시는 건강증진을 위한 생활터 기반 접근법 중에서 가장 잘 알려진 것인데, 건강도시가 갖추어야 할 11가지 요건은 지방정부가 지향해야 할 건강한 지역의 모습을 그리는 데 도움이 된다(표 1).

**표 1. 건강도시가 갖추어야 할 요건**

---

· 청결하고 안전한 양질의 물리적 환경
· 안정적이고 지속 가능한 생태계
· 상부상조적이고 비차취적인 지역사회
· 주민들의 생활과 안녕에 영향을 미치는 중요한 결정에 대한 시민들의 높은 수준의 참여와 통제
· 모든 주민을 위한 기본욕구의 충족(음식, 물, 주거, 소득, 안전과 직업)
· 다양하고 폭넓은 경험 교류 및 의사소통
· 다양하고 활력 있으며 혁신적인 경제
· 역사 및 문화적 유산의 장려와 찬양
· 위의 특성을 강화하고 발전시킬 수 있는 구조
· 모든 사람에게 접근 가능한 적절한 수준의 공중보건 및 질병 관리 서비스
· 높은 건강 수준

---

자료: Hancock, T., & Duhl, L. J. (1986). Healthy cities: Promoting health in the urban context. p. 33.

지역 건강불평등은 지역 차원의 노력으로만 해결될 수는 없다. 다양한 영역에서의 지역 간, 지역 내 차이는 국가 및 중앙정부 차원의 의사 결정 결과이고 이는 건강의 구조적 결정 요인과 중간 단계의 결정 요인에 영향을 미친다. 하지만 지방정부는 지역 차원에서 가장 많은 정책 수단과 권한을 가진 주체임에 틀림없고 중앙정부 차원의 의사 결정의 영향력을 지역 차원에서 조절할 수 있는 방법들을 강구할 수 있다. 동시에 지방정부는 지역 차원의 건강 결정 요인에 대한 직접적 개입을 시도할 수 있다. 결론적으로 지역 주민들의 건강 향상을 목적으로 하는 지방정부의 노력은 지역 건강불평등을 완화하는 데 도움을 준다(Corburn, 2004, pp. 541-546; Galea, Freudenberg, & Vlahov, 2005, pp. 130-135). 또한 이는 지방정부의 의무이기도 한데 지역보

건법 제3조 3항에서는 ‘국가 및 지방자치단체는 지역 주민의 건강 상태에 격차가 발생하지 아니하도록 방안을 마련하여야 한다’는 의무 조항을 들으로써 지역 간, 지역 내 건강불평등 해결이 정부의 의무라는 점을 명확히 하였다.

#### **4. 지역 건강불평등 완화 정책에서의 지역보건 의료계획 현황**

지역보건의료계획은 지역보건법 제7조에 근거하여 광역 및 기초지자체가 지역 주민의 건강 증진을 위해 4년 주기로 수립하는 지방정부의 중장기 보건의료계획이다. 또한 광역 및 기초지자체는 지역보건의료계획에 근거하여 매년 시행계획을 수립하고 이를 근거로 지역 주민의 건강 관련 정책 및 사업을 시행하고 있다.

지역보건의료계획은 보건의료 수요 측정, 지역보건의료서비스에 관한 장단기 공급 대책, 인력·조직·재정 등 보건의료 자원의 조달 및 관리, 지역보건의료서비스 제공을 위한 전달체계 구성 방안, 지역보건의료에 관련된 통계의 수집 및 정리와 관련된 내용을 포함하여 수립하도록 되어 있다. 이때, 지역보건의료서비스란 지역 주민의 건강을 증진하고 질병을 예방·관리하기 위해 지역보건의료기관(보건소, 보건의료원, 보건지소, 건강생활지원센터)이 직접 제공하거나 보건의료 관련 기관·단체를 통해 제공하는 서비스로서 보건의료인이 행하는 모든 활동이라고 규정되어 있다. 또한 지역보건의료계획과 연차별 시행계획은 지역보건의료심의위원회의 심의를 받게 되어 있다. 이 위원회는 해당 지방자치단체의 부단체장을 위원장으로 하며 지역 주민 대표, 학교 보건 관계자, 산업안전·보건 관계자, 보건의료 관련 기관·단체의 임직원 및 관계 공무원들을 중심으로 하는 20명 이내의 위원으로 구성되어 있다.

광역 및 기초지자체가 지역보건의료계획에 포함해야 하는 세부 내용 중에는 취약계층의 건강 관리 및 지역 주민의 건강 상태 격차 해소를 위한 추진계획이 포함되어 있는데, 이는 건강불평등 완화가 지방정부의 의무라는 점을 지역보건의료계획의 사업 내용에 구현하도록 한 것으로 해석할 수 있다. 또한 지역보건의료기관과 보건의료 관련 기관·단체 간의 협력·연계, 지역보건의료와 사회복지사업의 연계성 확보 계획 등은 부문 간, 지역사회 자원 간, 공공과 민간 부문 간 협력을 구체화한 내용으로 평가할 수 있다.

또한 연차별 시행계획에 따른 시행 결과는 매년 평가하도록 되어 있는데, 시·군·구의 지역보건의료계획은 시·도지사가, 시·도지사의 지역보건의료계획은 보건복지부 장관이 평가한다. 평가의 기준은 지역보건의료계획 내용의 충실성, 지역보건의료계획 시행 결과의 목표 달성도, 보건의료 자원의 협력 정도, 지역 주민의 참여도와 만족도, 그 밖에 지역보건의료계획의 연차별 시행 결과를 평가하기 위해 보건복지부 장관이 필요하다고 정하는 기준으로 설정되어 있다. 특히 평가 기준에는 지역 주민의 참여도와 같이 주민 참여와 관련된 내용들이 포함되어 있다.

이상과 같이 지역보건의료계획에는 건강형평성, 부문 간 협력, 참여 등 지역 건강불평등 완화와 관련된 핵심 내용들이 곳곳에 포함되어 있다.

2019년부터 2022년까지 적용되는 제7기 지역보건의료계획 수립 안내(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2018, pp. 3-11)를 보면 지역보건의료계획은 중앙정부, 광역지자체, 기초지자체 간 보건의료 정책 목표 및 전략을 공유하는 것을 기본 방향으로 설정하고 있다. 이 과정에서 광역지자체는 기초지자체의 계획, 사업 수행 과정의 조정 및 지도·감독 역할을 수행하는 것으로 되어 있다. 이 안내서에서는 건강불평등과 관련해 두 가지 중요한 지침을 제시하고 있다. 첫째, 의료접근성 측면에서 지역사회 보건의료 자원의 균형 있는 배치 및 지역 간 격차 해소에 주력하되 도서벽지, 산간벽지 등 의료 접근성이 취약한 지역 주민에 대한 의료 접근성 강화 방안을 모색하도록 권고하고 있다. 두 번째는 건강 격



차 해소로, 지역 간 또는 소득계층 간 건강 격차를 감소하기 위한 방안을 마련하도록 권고하고 있다. 또한 다양한 구성원의 참여 및 계획의 연계 강화를 위해 이해관계자들의 참여와 소통을 통해 보건정책 수요를 도출하고 다양한 의견을 반영하여 지역 보건정책의 실현성을 확보할 것과 공공보건의료계획, 지역사회보장계획 등과 연계하여 지역사회 전반의 보건의료종합계획으로서의 역할을 강화할 것을 주문하고 있다. 특히 참여와 관련해서는 계획 수립, 실행, 성과 평가의 모든 단계에서 지역 주민 및 이해 당사자가 참여할 수 있는 기전을 마련하도록 하고 있다. 이와 관련한 내용은 광역 및 기초지자체의 계획서 수립 담당자를 위한 교육과정에도 반영되어 내실을 기하고 있는 것으로 판단된다.

## 5. 지역 건강불평등 완화 정책에서의 지역보건의료계획에 대한 평가

지역보건의료계획은 건강형평성 강화, 주민 참여, 부문 간 활동 등 지방정부가 지역 건강불평등 완화를 위해 역점을 두어야 할 내용들을 보유하고 있다. 하지만 몇 가지 측면에서 문제점이 있는 것으로 판단된다.

첫째, 건강형평성 제고가 주요한 목표로 설정되어 있지 않다. 우리나라의 제4차 국민건강증진종합계획의 두 가지 목표 중 하나는 건강형평성 제고이다. 이 계획은 국민건강증진법에 근거하여 수립되는 우리나라 국민 건강증진과 관련된

중장기 계획으로서 건강증진을 목표로 하는 주요 사업의 근간이 된다. 이를 근거로 매년 지역사회 통합건강증진사업이 시·도 및 시·군·구에 의해 추진되는데, 이 사업은 지역보건의료계획의 실행 사업으로서의 위상을 가지며 지역보건의료계획에서 핵심적인 위상을 차지한다. 지역보건의료계획이 기초 및 광역지자체 지역 주민의 보건의료 질을 향상시키고 궁극적으로 주민 건강 향상을 도모하는 것이라고 했을 때 지역보건의료계획의 목표에서 건강형평성 제고는 다른 하위 목표들을 아우르는 상위 수준의 목표여야 한다. 물론 지역보건의료계획의 세부 내용 속에는 취약계층의 건강관리 및 지역 주민의 건강 상태 격차 해소를 위한 추진계획을 포함하는 것으로 되어 있으나 지역 건강불평등 완화는 하나의 부분 사업이 아니라 지역보건의료계획이 포괄하는 모든 사업과 프로그램에 반영되어야 하는 목표여야 한다.

둘째, 파트너십 형성과 부문 간 활동의 범위가 너무나 제한적이다. 지역보건의료계획에도 파트너십과 부문 간 활동에 대한 내용들이 포함되어 있으나 건강의 근원적 결정 요인에 개입하기에는 그 내용이 너무나 미흡하다. 파트너십은 보건의료 부문 내의 파트너십에 한정되어 있고 부문 간 연계도 사회복지 영역을 벗어나지 못한다. 이런 상황에서는 국가 차원의 결정이 지역사회 건강에 미치는 영향력을 제어할 수 없을 뿐만 아니라 지역 내의 문제도 제대로 해결하기 힘들다. 또한 지역 건강불평등 완화를 위한 사업은 저소득층이나 취약계층을 대상으로 하는 개인 단위 사

업에 머물 가능성이 높다. 지역보건의료계획심의위원회가 있고 지방자치단체의 부단체장이 위원장으로 되어 있어서 부문 간 활동의 공간이 전혀 없는 것은 아니지만 대부분 유명무실하게 운영되고 있을 뿐만 아니라 심의기구이기 때문에 영향력이 거의 없다(나백주, 2010, p. 198).

셋째, 권력 강화에 기반한 참여 개념이 명확하지 않다. 지역보건의료계획은 계획 수립 단계부터 실행, 성과 평가 단계까지 지역 주민의 참여 기전을 마련할 것을 권장하고 있다. 그뿐만 아니라 지역보건의료계획심의위원회에도 주민 대표가 참여할 수 있게 함으로써 심의 과정에서의 주민 참여를 제도화하고 있다. 그러나 주민 참여라는 것이 정확히 어떤 것인지 불명확할 뿐만 아니라 정부의 지침상에서도 이에 대한 언급이 없다. 더더욱 문제가 되는 것은 지역보건의료계획상에서 적어도 참여는 언급하고 있지만 주민의 권력 강화에 대해서는 어떠한 입장도 없다. 이 경우 참여는 형식적 참여가 되거나 참여라고 말할 수 없는 것이 되어 버린다. Arnstein(1969, p. 217)은 참여의 사다리(ladder of citizen participation)를 통해 참여의 단계를 비참여(nonparticipation), 형식적 참여의 단계(degree of tokenism), 시민 권력의 단계(degree of citizen power)로 나누었다. 그리고 시민 권력의 단계는 다시 협력(partnership), 권한 위임(delegated power), 시민 통제(citizen control)로 나누었다. 이때 시민 권력의 단계는 의사 결정에 대한 영향력이 가장 높은 단계이고 그중에서도 시민 통제 단계는 그 영향력이 가

장 높다. 시민사회의 구성원들의 건강 결정 요인에 대한 집합적 통제력 향상이 건강불평등 완화에서 중요한 의미를 가진다는 점에서 참여는 시민 권력의 단계를 지향해야 한다(WHO, 2010, p. 12). 그리고 지방정부는 이것이 가능한 체계를 만들어야 한다. 그러나 지역보건의료계획에서 언급하는 참여는 적어도 시민 권력의 단계를 사고하고 있지는 못한 것 같다.

그러므로 지역보건의료계획이 지방정부가 지역 건강불평등 완화를 시도하는 과정에서 의미를 가지기 위해서는 지역 건강불평등 완화 정책의 우선순위가 높아져야 하고 건강의 근원적 결정 요인에 개입할 수 있는 효과적인 부문 간 활동 체계가 갖추어져야 하며 권력 강화에 기반한 주민 참여 공간이 마련되어야 한다.

## 6. 나가며

지역 건강불평등은 다양한 차원의 많은 요인들에 영향을 받는다. 그럼에도 불구하고 이 문제를 해결하기 위한 체계적인 노력은 제대로 진행되지 못하였다. 하지만 최근 일부 광역지자체에서 지역에 기반한 주민 참여 전략을 통해 건강불평등을 완화하기 위한 노력을 하고 있다. 그뿐만 아니라 보건복지부가 확충하고 있는 건강생활지원센터는 운영 원리가 주민 참여와 지역사회 자원 연계인데, 건강취약지역에 우선적으로 설치되고 있다는 점에서 지역 건강불평등 완화의 주요한 정책 수단으로 평가할 만하다. 그러나 여전히 지역 건강불평등 완화 정책의 우선순위는 낮

다. 하지만 지방선거를 계기로 지역 건강불평등에 대한 사회적 관심이 높아지고 있고 올해는 제7기 지역보건의료계획을 수립하는 시점이기 때문에 우선적으로 지방정부 차원에서 이 문제를 주요한 정책과제로 설정할 수 있도록 해야 한다. 특히 이 과정에서 건강과 건강불평등 결정 요인에 효과적으로 개입할 수 있는 부문 간 활동 및 권력 강화에 기반한 주민 참여 전략이 적극적으로 검토되어야 한다. ■

---

## 참고문헌

- 김형용. (2010). 지역사회 건강불평등에 대한 고찰 -사회자본 맥락효과에 대한 해석. 한국사회학, 44(2), 59-92.
- 나백주. (2010). 제5기 지역보건의료계획 방향과 지침 소개. 농촌의학·지역보건, 35(2), 195-203.
- 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2018). 제7기 지역보건의료계획 수립 안내.
- 윤태호. (2006). 건강불평등을 넘어서. 신영전, 김창엽(편), 보건의료개혁의 새로운 모색 (pp. 305-358). 서울: 한울아카데미.
- 윤태호. (2010). 지역 간 건강불평등의 현황과 정책과제. 비판사회정책, 30, 49-77.
- 이진희. (2016). 지역적 건강불평등과 개인 및 지역수준의 건강결정요인. 보건사회연구, 36(2), 345-384.
- 홍성태. (2006). 지역과 민주주의. 시민과세계, 9, 21-45.
- Agborsangaya, C. B., Lau, D., Lahtinen, M., Cooke, T., & Johnson, J. A. (2012). Multimorbidity prevalence and patterns across socioeconomic determinants: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 12, p. 201.
- Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Planning Association*, 35(4), 216-224.
- Curtis, S. (2004). Health and inequity: geographical perspectives. London: Sage.
- Corburn, J. (2004). Confronting the challenges in reconnecting urban planning and public health. *American Journal of Public Health*, 94, 541-546.
- Galea, S., Freudentberg, N., & Vlahov, D. (2005). Cities and population health. *Social Science & Medicine*, 60(5), 1017-1033.
- Hancock, T., & Duhl, L. J. (1986). Healthy cities: promoting health in the urban context, Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Macintyre, S., & Ellaway, A. (2000). Ecological

- approaches: rediscovering the role of the physical and social environment. In Berkman, L. F., & Kawachi, I.(Eds), *Social epidemiology*(pp. 332-348). New York: Oxford University Press.
- Macintyre, S., Ellaway, A., & Cummins, S. (2002). Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them?. *Social Science & Medicine*, 55(1), 125-139.
- Salisbury, C., Johnson, L., Purdy, S., Valderas, J. M., & Montgomery, A. A. (2011). Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study. *British Journal of General Practice*, 61(582), e12-e21.
- Taylor, A. W., Price, K., Gill, T. K., Adams, R., Pilkington, R., Carrangis, N., et al. (2010). Multimorbidity-not just an older person's issue. Results from an Australian biomedical study. *BMC Public Health*, 10, p. 718.
- World Health Organization (WHO). (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva: Author.
- Yin, P., Zhang, M., Li, Y., Jiang, Y., & Zhao, W. (2011). Prevalence of COPD and its association with socioeconomic status in China: Findings from China Chronic Disease Risk Factor Surveillance 2007. *BMC Public Health*, 11, p. 586.