



연구보고서 2013-32-2

건강영향평가TWG성과평가 및 건강행태위험요인의 사회경제적 격차감소를 위한 전략평가

최은진 · 오미애 · 이난희 · 오혜인 · 진경인 · 김진희
Esther Jungmee Choi · Peter Gry

【책임연구자】

최은진 한국보건사회연구원 연구위원

【주요저서】

세계보건기구 담배규제기본협약 및 담배제품불법거래근절에 관한 의정서
대응방안연구

한국보건사회연구원-한국건강증진재단, 2013(공저)

건강증진서비스이용에 대한 개인의 사회적 자본의 영향력 분석

한국보건사회연구원, 2012(공저)

【공동연구진】

오미애 한국보건사회연구원 부연구위원

이난희 한국보건사회연구원 선임연구위원

오혜인 한국보건사회연구원 연구원

진경인 한국보건사회연구원 연구인턴

김진희 서울대학교 보건대학원 연구원

Esther J. Choi 미국 The Pennsylvania State University 박사과정

Peter Gry Thematic Working Group on HIA in Danish Healthy
Cities Network 보조원

연구보고서 2013-32-2

**건강영향평가TWG성과평가 및 건강행태위험요인의
사회경제적 격차감소를 위한 전략평가**

발행일 2013년

저자 최은진 외

발행인 최병호

발행처 한국보건사회연구원

주소 서울특별시 은평구 진흥로 235(우:122-705)

전화 대표전화: 02)380-8000

홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>

등록 1994년 7월 1일 (제8-142호)

인쇄처 한디자인

가격 7,000원

발간사 <<

정부나 민간에서 추진하는 정책이나 사업은 대부분 개인과 인구집단의 건강에 직접적 간접적 영향을 주게 된다. 이러한 영향을 사전에 평가하여 건강에 미치는 부정적 영향을 최소화 하는 것이 건강영향평가의 기본 취지이다. 건강영향평가는 건강을 증진하기 위한 건강도시정책 등 지역사회정책의 기본이 되어야 한다.

산업발전과 의학기술의 발달로 인간의 수명이 연장되었고, 이에 따라 만성질환 및 퇴행성 질환이 사회적인 부담으로 등장하게 되었다. 이에 따라 만성질환을 예방하기 위한 여러 가지 정책과 사업이 개발되고 있다. 만성질환을 예방하기 위해서는 금연, 절주, 영양, 운동 등 기본적인 생활습관을 꾸준히 실천하는 일이 필요하다. 건강생활실천을 지속할 수 있게 하기 위해서는 사회환경적 여건을 조성하는 일이 필요하다. 건강생활을 실천할 수 있도록 정책적 여건을 공급하기 위해서는 개인 및 인구집단의 건강행태에 영향을 주는 사회경제적 요인을 검토하고 장애요인을 파악해야 한다.

도시화로 인해 교통혼잡과 주거밀집단지, 산업단지조성 등은 개인과 인구집단의 건강에 유해한 영향을 주는 요인으로 작용하게 되었다. 사회경제적으로 취약한 개인이나 인구집단일수록 유해한 환경에 노출될 가능성이 높아진다. 따라서 새로운 정책이나 사업을 추진할 때 건강취약집단에 미칠 영향을 파악할 필요가 있다. 많은 산업개발이 복잡하게 또는 질서없이 추진되는 저개발국가나 개발도상국들은 이러한 건강영향의 문제가 더 심각하다. 동남아시아 및 동아시아 환경보건장관포럼은 이러한 취지에서 환경과 건강보호의 문제를 지속적으로 검토하고 있다. 우리 연

구원에서 건강영향평가 Thematic Working Group 의장기관으로 역할 해 온 지난 3년간 불모지와 같은 건강영향평가 분야에 정보교류의 기반이 마련된 것으로 보인다. 이 보고서에서는 그동안의 성과에 대하여 검토하였다.

이 보고서의 검토와 평가를 맡아주신 환경정책평가연구원의 이영수 선임연구위원과 상지대학교 송현종 교수께 감사의 말씀을 전한다. 원내에서 검토를 해주신 김정선 박사와 김대중 박사께도 감사의 말씀을 전한다. 끝으로 본 보고서의 내용은 연구자 개인의 의견이며 연구원 전체의 의견이 아님을 밝힌다.

2013년 12월

한국보건사회연구원장

최 병 호

목 차

Abstract	1
요약	3
제1장 서론	29
제1절 연구의 배경 및 목적	29
제2절 연구의 내용 및 방법	31
제2장 동남아시아 및 동아시아 건강영향평가활동의 성과	37
제1절 건강영향평가TWG의 추진배경	37
제2절 활동계획 Work Plan 2010~2013의 성과	38
제3절 새로운 활동계획의 방향 Work Plan 2014~2016	49
제4절 소결	58
제3장 유럽 건강영향평가제도와 건강형평성 제고 정책	63
제1절 건강영향평가의 개념 및 정책	63
제2절 건강행태위험요인의 사회경제적 격차 개념과 정의	67
제3절 사회경제적 격차감소를 위한 전략	75
제4장 미국 건강영향평가제도의 발전 동향	93
제1절 연방정부의 건강영향평가 정책 현황	93
제2절 지역별 건강영향평가 정책 현황	95
제3절 건강영향평가 사례	104
제4절 미국의 다른 평가제도	109

제5절 건강영향평가와 다른 영향평가의 관계	115
제6절 건강격차의 과제	118
제7절 미국의 건강행태위험요인의 사회경제적 격차 현황	120
제8절 미국의 건강행태위험요인의 사회경제적 격차 감소 정책	126
제9절 소결	141
제5장 건강행태의 사회경제적 격차 분석	147
제1절 분석방법	147
제2절 사회경제적 요인별 흡연율 및 음주율 변화 추이	151
제3절 흡연 및 음주의 사회경제적 불평등 분석	163
제6장 결론 및 정책제언	175
제1절 건강영향평가 정책발전방안	175
제2절 사회경제적 격차감소를 위한 전략개선방안	181
참고문헌	185

표 목차

〈표 3-1〉 건강의 결정요인	65
〈표 3-2〉 건강 결정 요인(factors) 계산에 사용할 수 있는 지표들	66
〈표 4-1〉 건강영향평가 관련 미연방 근거법령	96
〈표 4-2〉 주(state)별 건강영향평가 법률화 추진 근거 법령	99
〈표 4-3〉 미연방 위해요소 평가기관	113
〈표 4-4〉 영향평가 비교표	116
〈표 4-5〉 미국인구의 종별 분포	121
〈표 4-6〉 인종/민족성별, 교육수준별, 연간소득별 운동 미실천율(미국, 2008)	124
〈표 4-7〉 National Stakeholder Strategy의 목표 및 세부전략	133
〈표 5-1〉 사회경제적 요인 관련 변수(독립변수)	148
〈표 5-2〉 흡연 및 음주 등 건강행태 관련 변수(종속변수)	149
〈표 5-3〉 성인 남성의 사회경제적 요인별 흡연여부 IRR 및 RII 변화 추이	165
〈표 5-4〉 성인 여성의 사회경제적 요인별 흡연여부 IRR 및 RII 변화 추이	166
〈표 5-5〉 성인 남성의 사회경제적 요인별 음주여부 IRR 및 RII 변화 추이	168
〈표 5-6〉 성인 여성의 사회경제적 요인별 음주여부 IRR 및 RII 변화 추이	170
〈표 6-1〉 HIA 활용의 규제적, 법적 접근법	179

그림 목차

[그림 1- 1] 연구의 추진 절차	33
[그림 2- 1] 건강영향평가 역량강화를 위한 워크숍 추진경과	47
[그림 4- 1] 보건 이외 분야의 건강영향평가 관련 법	103
[그림 4- 2] 미국의 건강영향평가 사례	104
[그림 4- 3] 분야별 건강영향평가 사례(1999~2013)	105
[그림 4- 4] 의사결정 단계	106
[그림 4- 5] 미국의 환경영향평가 절차	110
[그림 4- 6] 건강위해성평가 절차	114
[그림 4- 7] 연령별, 성별, 인종별 흡연율(미국, 2008)	123
[그림 4- 8] 연령별, 성별, 인종별 폭음경험률(미국, 2008)	123
[그림 4- 9] 인종별 과체중 및 비만율(미국, 2005~2008)	125
[그림 4-10] 미국 보건사회부(HHS)의 10개 권역 현황	128
[그림 4-11] National Stakeholder Strategy for Action 정책 개발 과정	129
[그림 4-12] National Stakeholder Strategy의 실행을 위한 조직도	136
[그림 5- 1] 성별 흡연율 변화 추이	152
[그림 5- 2] 성인 남성의 교육수준별 흡연율 변화 추이	153
[그림 5- 3] 성인 여성의 교육수준별 흡연율 변화 추이	154
[그림 5- 4] 성인 남성의 직업별 흡연율 변화 추이	154
[그림 5- 5] 성인 여성의 직업별 흡연율 변화 추이	155
[그림 5- 6] 성인 남성의 경제활동 참여상태별 흡연율 변화 추이	155
[그림 5- 7] 성인 여성의 경제활동 참여상태별 흡연율 변화 추이	156
[그림 5- 8] 성인 남성의 소득수준별 흡연율 변화 추이	156
[그림 5- 9] 성인 여성의 소득수준별 흡연율 변화 추이	157
[그림 5-10] 성별 고위험음주율 변화 추이	158
[그림 5-11] 성인 남성의 교육수준별 고위험음주율 변화 추이	159
[그림 5-12] 성인 여성의 교육수준별 고위험음주율 변화 추이	160

[그림 5-13] 성인 남성의 직업별 고위험음주율 변화 추이	160
[그림 5-14] 성인 여성의 직업별 고위험음주율 변화 추이	161
[그림 5-15] 성인 남성의 경제활동 참여상태별 고위험음주율 변화 추이	161
[그림 5-16] 성인 여성의 경제활동 참여상태별 고위험음주율 변화 추이	162
[그림 5-17] 성인 남성의 소득수준별 고위험음주율 변화 추이	162
[그림 5-18] 성인 여성의 소득수준별 고위험음주율 변화 추이	163



Abstract <<

Evaluation of the Action Plan of the Thematic Working Group on Health Impact Assessment and Strategies to lessen social economic Disparities of Smoking Behavior

This report is divided into two parts; one is about the evaluation of the action plan of the thematic working group on health impact assessment under the Environment and Health Regional Forum of the United Nations Environment Program and the Western Pacific Office of the World Health Organization, and the other one is for the evaluation of strategies to lessen social and economic disparities of smoking and drinking behavior.

Research methods

- literature review and website search
- Statistical analysis of data base : secondary data analysis of the Welfare panel from 2007~2012.

Result of the Study

The Korea Institute for Health and Social Affairs have served as a chair institute for the thematic working group on health impact assessment under the Environment and Health Regional Forum of the United Nations Environment Program and the

Western Pacific Office of the World Health Organization since 2010. After the three year term, the next chair is the member of Thailand. The TWG on HIA has been approved by the Second Ministerial Regional Forum with the Fifth High Level Meeting and the Fourth Advisory Board Meeting, held in Jeju, Republic of Korea, July 14-15, 2010. The major action plan of the TWG on HIA for 2010~2013 was to share information and knowledge on HIA practices, guidelines and tools, evidence on health effects of various projects, programs, plans and policies. There were eight member countries and six partner institutes. Members participated in collection of HIA policies and tools and sharing information. KIHASA has led information sharing workshops and conferences.

Researchers have analysed the impact of smoking and alcohol policy on socio economic disparities in Korea. We have found an increasing disparity during the last five years.

제1절 연구의 개요

1. 연구의 배경

- 건강영향평가는 정책결정자들로 하여금 공공정책이나 사업으로 인한 건강수준의 향상이나 질병·사고를 예방하기 위한 대안에 대한 정보를 제공해 줌으로써 건강한 공공정책 실현을 위한 적절한 수단이 될 수 있음.
- 선진국에서는 건강영향평가는 건강한 공공정책 실현에 기여할 수 있는 대표적인 방법으로 부각되고 있으며, 각종 정책과 사업에 건강영향평가를 적용하여 대상 인구집단에 대한 건강에 미치는 영향을 파악하며, 건강형평성을 증진하도록 권고하고 있음.

2. 연구의 목적

- 동남아시아 및 동아시아 지역환경보건포럼의 건강영향평가TWG의 활동계획의 성과를 분석함.
 - 동남아시아 및 동아시아 지역환경보건포럼에서 추진하고 있는 건강영향평가TWG의 활동계획을 분석함.
- 흡연, 음주 등 건강행태에 대한 영향요인을 평가하고, 격차감소를 위한 정책적 지원방안을 개발함.

4 건강영향평가TWG성과평가 및 건강행태위험요인의 사회경제적 격차감소를 위한 전략평가

3. 연구의 내용

- 건강영향평가 TWG의 3개년 추진계획의 성과 분석
- 건강형평성 차원에서 건강증진정책의 접근성, 적절성 분석
- 지역사회와 환경과 개인적 여건에 따른 변화전망 분석
- 행동변화에 핵심적인 정책수단 분석

4. 연구 방법

- 문헌고찰, 국내외 자료수집, 해외출장을 통한 자료수집
- 실증적 분석 : 한국복지패널을 사용한 소득수준에 따른 건강행태분석; 회경제적 요인별 IRR(Incidence Rate Ratio) 및 RII(Relative Index Inequality) 지표를 활용하여 우리나라의 건강행태 불평등 수준의 변화 추이에 대한 실증적 분석
- 전문가 원고의뢰

제2절 동남아시아 및 동아시아의 건강영향평가TWG 성과

1. 개요

- 세계보건기구 서태평양지역사무소(WPRO)와 유엔환경계획(UNEP)이 공동으로 추진하고 있는 동남아시아 및 동아시아지역 환경보건 장관회의는 환경부처와 보건부처의 장관들이 참여하는 국제회의임. 환경과 보건의 이슈를 접목하여 인간의 건강에 이로운 환경조성을

위한 정책을 개발하기 위한 모임임. 회원국은 총 14개국¹⁾이며 3년 간격으로 그동안 세차례의 장관회의가 있었음. 제1차 회의는 2007년 태국 방콕에서 개최되었고, 제2차 회의는 2010년 우리나라 제주도에서 개최되었음. 2013년 9월 제3차 장관회의를 말레이시아 쿠알라룸푸르에서 개최되었음.

- 환경보건장관회의의 조직은 환경보건고위급회의, Advisory Board 및 7개의 Thematic Working Group으로 구성됨. Thematic Working Group의 회원은 자발적인 회원국가의 환경 및 보건 관련 공무원으로 구성되고, 전문가집단은 파트너 회원으로 참여함. 7개의 Thematic Working Group은 공기질, 독성물질, 식수위생, 위기대응, 기후변화, 폐기물, 건강영향평가 등으로 구성됨.
- 한국보건사회연구원이 의장기관으로 활동하고 있는 건강영향평가 Thematic Working Group은 회원국 8개국(캄보디아, 베트남, 라오스, 태국, 필리핀, 몽골, 중국, 한국), 국제 파트너 3개기관(일본, 호주, 뉴질랜드), WHO 서태평양지역 사무소, WHO 동남아시아지역사무소, UNEP 등으로 구성되어 있음.
- 건강영향평가 TWG는 2010년 제2차 환경보건장관회의에서 승인된 이후 매년 회원 및 파트너회원들의 정규회의를 개최하였음. 정규회의의 의제는 환경보건장관회의가 개최되는 3개년동안 추진할 활동계획에 대한 논의로 주로 이루어졌음. 정규회의의 개최시기는 관

1) Brunei Darussalam, Cambodia, China, Indonesia, Japan, Republic of Korea, Lao People's Democratic Republic, Malaysia, Mongolia, Myanmar, Philippines, Singapore, Thailand, Viet Nam

6 건강영향평가TWG성과평가 및 건강행태위험요인의 사회경제적 격차감소를 위한 전략평가

런된 국제학술대회 또는 워크숍과 연계하여 back to back meeting 으로 추진해 왔음. 2010년에는 뉴질랜드의 오타고에서 개최된 제3차 아태지역건강영향평가 학술대회와 연계하여 진행하였음. 이때는 태평양지역의 국가들도 참여하여 정보를 교류하는 기회가 되었음. 2011년에는 Air quality Thematic Working group과 공동 워크숍을 서울에서 개최하였고 이와 연계하여 TWG 정규회의를 개최하였음. 2012년에는 제4차 아태지역건강영향평가학술대회를 우리원 주최로 서울에서 개최하였고 TWG 정규회의도 같이 개최하였음.

□ 건강영향평가TWG는 주제의 특성상 다른 환경보건주제들을 포함. 공기질, 식수위생, 기후변화의 영향, 폐기물안전관리, 자연재해로부터 안전대책 등이 건강영향평가를 실시할 때 고려해야 할 대상이 되기 때문임. 특히 개발이 추진되는 저개발국가나 개발도상국들에서 건강영향평가는 점점더 중요한 이슈가 되고 있음.

□ 2013년 8월에는 메콩강유역의 보건문제에 대한 국제회의가 태국 방콕에서 개최되었음. 이 회의는 세계보건기구의 동남아시아지역사무소와 세계보건기구의 서태평양지역사무소가 공동주최하였음. 이러한 공동주최의 이유는 메콩강의 지역개발과 관련된 국가들이 the Great Mekong Subregion으로 불리는 미얀마, 라오스, 태국, 캄보디아, 베트남 등 5개국이기 때문임. GMS지역의 보건의료문제는 경제개발과정에서 파생된 이민자 건강문제, 관광증가로 인한 AIDS 전파 등이었는데, 환경보건문제를 해결하기 위해서 국제적으로 지원과 협력이 필요한 상황이며 건강영향평가의 추진 필요성이 부각되었음.

2. 활동계획 Work Plan 2010~2013

- 목표: 다양한 사업, 프로그램, 정책의 건강영향에의 HIA practices, 가이드라인, 도구(tools), 근거(evidence)에 대한 정보(information)와 지식(knowledge) 공유, 국가수준 HIA의 개발 및 증진

- 내용
 - 정보의 교류
 - 지역 국가들의 의사결정과정의 통합 부분(integral part)로서 HIA의 개발을 증진
 - HIA와 연관 분야에 관련된 사람들과 전문 직원의 기술과 지식 향상

3. 활동계획 Work Plan 2014~2016

- 목표 : HIA 역량 강화 수요와 TWG-HIA 회원국들 그리고 지역적, 국제적 파트너들의 HIA 교육 과정/프로그램 가용성 탐색

- 내용
 - 회원국들 사이에서 공유되는 지식과 경험, HIA학습의 증진
 - HIA 도구와 방법의 사용과 HIA적용에 대한 경험 및 지식을 교환하기 위한 6개의 TWG들의 협력
 - 회원국들의 HIA 역량 강화

제3절 유럽건강영향평가제도와 건강형평성의 과제분석²⁾

1. 배경

- HIA는 1990년대에 개발 사업에 대한 건강영향평가에서 시작됨 (Kemmer, 2013).
- WHO 유럽센터(WHO European Centre for Health Policy, ECHP)는 HPP와 관련하여 HIA에서 사용될 개념, 정의, 방법들을 수집하고 명확히 하기 위한 프로젝트를 개발함. 이 작업은 1999년 고텐부르크 합의서(Gothenburg Consensus Paper)로 이어졌다 (Kemmer, 2013). 고텐부르크 합의서는 HIA의 절차적 측면을 개괄하고 네 가지의 HIA 가치-형평성(equity), 민주주의(democracy), 지속가능한 발전(sustainable development), 근거의 윤리적 사용(ethical use of evidence)-를 제안함.

2. 덴마크 사례

- 코펜하겐 시의 소음 사업계획서의 에 대한 건강영향평가를 통해 인구집단 건강에 대한 도로 교통 소음의 건강 영향이 기록되었고, 코펜하겐과 Folehaven의 인구집단에 대한 잠재적 위험이 계산되었음. 소음 감소대책으로는 소음 감소 아스팔트 사용, 주거지역의 도로 혼잡 감소시키기, 자전거 및 대중교통 사용 장려 등을 포함함 ((København Kommune, 2011) .

2) Peter Gry, University of Southern Denmark

3. 북아일랜드 사례

- 건강 형평성을 제고하기 위하여 심혈관계 건강 및 웰빙을 위한 서비스 프레임워크(the Service Framework for Cardiovascular Health and Wellbeing, CVSFW)의 도입을 강화하기 위해 건강영향평가를 추진함(O'Mullane, 2013). 지역사회의 특성(profile), 정치적 상황(political context), 근거(published evidence)의 검토 등이 과정에 포함됨. 데스크탑 평가도구(desktop appraisal tool)는 외부의 전문 HIA 고문이 개발하였으며, 지역사회의 구성원과 일련의 워크숍에 공적부문 참여를 논의하는데 도움을 주었다. HIA는 CVSFW가 건강 형평성(health equity)을 증진시키는데 긍정적인 기여를 한 것으로 평가됨.

4. 독일사례

- 협력적인 공간 계획(Joint Spatial Planning)에 대하여 간이 HIA(rapid HIA)가 Ruhr 도심지역에서 행해진 사례가 있음(Fehr and Welteke 2008). 간이 HIA는 지역토지이용계획(Regional Land Use Plan, RFNP) 서류에서 보건 문제(health topics)가 어떻게 다루어지고 있는지에 대한 반응(response)으로 발전되었음. 협력적인 공간 계획은 사회 통합(social inclusion)을 증진시킴으로써 건강 형평성(health equity)을 장려하는 기회가 될 것으로 평가됨.

제4절 미국 건강영향평가제도의 동향³⁾

1. 미연방정부의 건강영향평가제도 참여 현황

미국은 아직까지 건강영향평가를 연방정부 법에 의해 정식으로 제도화하여 관리하고 있지 않음. 하지만 미국 질병관리본부(Centers for Disease Control)과 같은 연방정부기관에서 지역보건당국, 주정부, 재단 또는 지역사회단체에 건강영향평가제도 시행을 권고하고 필요한 교육 및 자료를 제공하고 있음. Healthy People 2020을 시행할 때 건강영향평가를 중요한 기획 도구로 사용할 것을 권장하고 있음.

2. 건강영향평가 모범 사례

사례 1. 메릴랜드 주 볼티모어 Lexington Market지역 재개발 사업

□ 볼티모어의 Lexington Market 지역은 볼티모어 다운타운 지역 서쪽에 위치하고 있는 저소득 취약지역임. 볼티모어 시장이 볼티모어 시 보건국에 재개발에 따른 건강영향평가를 시행하도록 요청하여 볼티모어 시 보건국은 2012년 3월 CDC의 건강영향평가 보조금을 받아 Rapid HIA를 실시하였음. 주민들의 건강영향에 미치는 요인이 경제적 요인임을 파악하고, 보행자 안전, 건강한 식품 선택권, 일 자리 보장을 대안의 목표로 삼았음.

□ 시행된 건강영향평가는 이 지역 재개발에 참여하는 부동산업자들은

3) 미국 UCLA대학 노정미

지역 주민을 우선적으로 고용하고, 직업과 관련된 교육을 실시하며, 지역 기준에 맞는 임금을 지불하고, 고용혜택을 지원할 것을 권고하였음. 보행자 안전을 위해 중앙분리대에 조경 설치, 횡단보도 표시, 주간 보행도로 청소 등을 재개발에 포함할 것을 권고하였음. 그리고 1층에 설치된 주차공간을 어린이집 혹은 피트니스 센터로 개발할 것을 권고하였음.

- 해당 건강영향평가 사례는 지역 사회의 참여도로 인해 성공적으로 마무리된 사례임. 많은 이해관계자들이 참여하여 지역의 재개발이 건강에 미치는 영향을 파악하고 대안을 마련하였고, 취약계층의 요구를 잘 수용한 사례라고 볼 수 있음.

3. 건강형평성 관련 정책

- 건강 격차의 해소는 지난 20여 년간 미국의 Healthy People 계획의 중요 목표 중 하나로 자리매김해 왔음. Healthy People 2000의 목표는 미국인의 건강 격차를 줄이는 것(reduce)이었고, Healthy People 2010는 단순히 줄이는 것이 아니라, 제거하는 것(eliminate)이었으며, Healthy People 2020는 건강 형평성의 달성, 건강 격차의 제거, 그리고 모든 인구집단의 건강 향상로 목표가 한층 확장되었음.

- 미국 Healthy People 2020에서 건강 격차(health disparity)를 “사회적, 경제적, 또는 환경적으로 불리한 상황과 밀접하게 관련되어 나타나는 건강의 차이“로 정의하고 있음. 그리고 건강 격차는 특정 인구 집단에게 건강에 부정적인 영향을 주는데, 이는

12 건강영향평가TWG성과평가 및 건강행태위험요인의 사회경제적 격차감소를 위한 전략평가

이들 집단의 건강에 인종이나 민족, 종교, 사회경제적 수준, 성, 연령, 정신건강, 인지/감각/지체 장애, 성적 지향성, 성 정체성, 지리적 위치나 역사적으로 차별이나 배제 등의 조건이 조직적으로(systematically) 더 큰 장애를 주기 때문임(Healthy People 2020).

□ Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care [Unequal Treatment Report] (Institute of Medicine (IOM), 2002)에서 권고하는 건강격차를 해소하기 위한 전략으로는 환자의 인종, 사회경제적 수준, 사용 언어에 따른 의료 이용 행태에 관한 데이터를 수집하고 분석하여 그 원인을 밝히는 것이 필요하다고 제안하고 있음. 중재전략들의 효과를 평가하고 분석하는 것과 함께, 환자 교육을 통해 보건의료 서비스에 대한 지식과 치료와 관련된 결정에 보다 적극적으로 참여할 수 있도록 하는 노력도 강조하고 있음.

□ 미국은 2010년 오바마 정부에서 제정한 “Patient Protection and Affordable Care Act”에 따라 미국 보건사회부 산하 6개 기관에 소수인건강에 대한 전담부서를 설치하면서 보다 본격적으로 추진하게 되었음. 이들 기관들은 보건사회부와 국립보건원과 함께 미국인의 인종 및 민족성에 따른 건강격차를 해소하고 건강을 증진하기 위한 활동에 참여하고 있음. 또한 50개의 주정부에도 모두 소수인건강 혹은 건강격차에 관한 전담부서를 설치하고 있으며, 소수인의 건강을 모니터링하고, 교육 및 역량강화 활동, 지역사회 활동의 지원 및 정책 개발 활동을 추진하고 있음.

4. 사회경제적 격차 감소 정책사례

National Stakeholder Strategy for Achieving Health Equity(2011)

□ 전국에서 지역사회 회의인 “Community Voices Meetings”와 미국을 6개 권역으로 나누어 진행된 권역소수인 대표, 전문가, 관련 기관 대표 및 지역사회-기반 단체(community-based organizations) 등이 참여하여 소수인의 건강격차 문제와 전략을 연방정부에 보고하고, 연방정부의 부처간 건강형평성 팀에서 이 보고서를 검토함. 연방정부 차원의 부처간 조직으로 보건사회부, 농림부, 상무부, 국방부, 교육부, 주택도시개발부, 법무부, 노동부, 교통부, 재향군인회, 국토안보부 및 환경보호청으로 구성되며, National Stakeholder strategy를 개발함.

(표 1) National Stakeholder Strategy의 건강형평성 제고 목표 및 세부전략

목 표	세부전략								
1	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="291 1088 429 1317">Awareness</td> <td data-bbox="429 1088 1054 1317"> <p>1. Healthcare agenda 모든 차원-도시정부, 주정부, 부족, 권역, 연방정부-에서의 보건의료 정책의제에 반드시 건강 격차 해소가 우선순위 과제임을 보장한다.</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="291 1317 429 1470"></td> <td data-bbox="429 1317 1054 1470"> <p>2. Partnerships 공공, 비영리, 민간 기관과 협력관계를 구축하고 지원하여 건강 격차에 대한 인식을 제고하고 활동을 추진하고, 책무성을 보장하는 포괄적인 인프라를 구축한다.</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="291 1470 429 1579"></td> <td data-bbox="429 1470 1054 1579"> <p>3. Media 기존의 지역, 광역, 국가 차원의 전통적 대중매체 뿐 아니라 새로운 매체를 활용하여 다양한 인구집단-인종/민족 소수인 집단, 청소년, 청년, 노인, 장애 인구, 성적 소수자, 지리적으로 고립된 사람들-에 메시지를 전달하여 행동을 촉구하고 책무성 보장한다.</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="291 1579 429 1579"></td> <td data-bbox="429 1579 1054 1579"> <p>4. Communication 대상 인구집단 별로 전 생애에 걸쳐 맞춤형 메시지를 개발하고 전달하며, 건강 격차의 결과에 대한 다양한 인식을 전달하여 개인과 조직이 공중보건 영역에서 행동하고 참여하도록 유도한다.</p> </td> </tr> </table>	Awareness	<p>1. Healthcare agenda 모든 차원-도시정부, 주정부, 부족, 권역, 연방정부-에서의 보건의료 정책의제에 반드시 건강 격차 해소가 우선순위 과제임을 보장한다.</p>		<p>2. Partnerships 공공, 비영리, 민간 기관과 협력관계를 구축하고 지원하여 건강 격차에 대한 인식을 제고하고 활동을 추진하고, 책무성을 보장하는 포괄적인 인프라를 구축한다.</p>		<p>3. Media 기존의 지역, 광역, 국가 차원의 전통적 대중매체 뿐 아니라 새로운 매체를 활용하여 다양한 인구집단-인종/민족 소수인 집단, 청소년, 청년, 노인, 장애 인구, 성적 소수자, 지리적으로 고립된 사람들-에 메시지를 전달하여 행동을 촉구하고 책무성 보장한다.</p>		<p>4. Communication 대상 인구집단 별로 전 생애에 걸쳐 맞춤형 메시지를 개발하고 전달하며, 건강 격차의 결과에 대한 다양한 인식을 전달하여 개인과 조직이 공중보건 영역에서 행동하고 참여하도록 유도한다.</p>
Awareness	<p>1. Healthcare agenda 모든 차원-도시정부, 주정부, 부족, 권역, 연방정부-에서의 보건의료 정책의제에 반드시 건강 격차 해소가 우선순위 과제임을 보장한다.</p>								
	<p>2. Partnerships 공공, 비영리, 민간 기관과 협력관계를 구축하고 지원하여 건강 격차에 대한 인식을 제고하고 활동을 추진하고, 책무성을 보장하는 포괄적인 인프라를 구축한다.</p>								
	<p>3. Media 기존의 지역, 광역, 국가 차원의 전통적 대중매체 뿐 아니라 새로운 매체를 활용하여 다양한 인구집단-인종/민족 소수인 집단, 청소년, 청년, 노인, 장애 인구, 성적 소수자, 지리적으로 고립된 사람들-에 메시지를 전달하여 행동을 촉구하고 책무성 보장한다.</p>								
	<p>4. Communication 대상 인구집단 별로 전 생애에 걸쳐 맞춤형 메시지를 개발하고 전달하며, 건강 격차의 결과에 대한 다양한 인식을 전달하여 개인과 조직이 공중보건 영역에서 행동하고 참여하도록 유도한다.</p>								

14 건강영향평가TWG성과평가 및 건강행태위험요인의 사회경제적 격차감소를 위한 전략평가

목 표	세부전략
2	<p>Leadership</p> <p>5. Capacity Building 지역사회가 건강 격차 해소하는 전략을 추진할 수 있도록 모든 정책 차원에서 역량을 강화한다.</p> <p>6. Funding Priorities 지역사회가 연구와 사업을 추진하기 위한 예산을 조달하는데 참여할 수 있도록 조정하고 기회를 제공한다.</p> <p>7. Youth 젊은이들을 건강 프로그램의 기획과 시행 과정에 참여시킴으로써 지역사회 리더로 성장할 수 있도록 투자한다.</p>
3	<p>Health system and life experience</p> <p>8. Access to Care 모든 사람들이 좋은 보건의료 서비스를 받을 수 있도록 보장한다.</p> <p>9. Children 위험 집단의 어린이들에게 필요한 서비스가 제공되도록 보장한다.</p> <p>10. Older Adults 건강한 고령화를 위해 필요한 서비스와 프로그램이 제공되도록 보장한다.</p> <p>11. Health Communication 건강 리터러시, 커뮤니케이션 및 상호작용을 개선하여 건강 서비스 이용의 질을 높인다.</p> <p>12. Education 고등학교 졸업률 100%의 목표를 달성하여 교육의 장기 건강 효과가 나타날 수 있도록 학교, 어린이 프로그램, 지역사회 기관, 공공 보건 기관, 보건의료 제공자 및 기업과 협력한다.</p> <p>13. Social and Economic Conditions 건강에 보다 긍정적인 영향을 주는 사회적, 환경적, 경제적 여건을 조성하기 위한 정책을 시행한다.</p>
4	<p>Cultural and linguistic competency</p> <p>14. Workforce 보건의료 관련 인력이 다양한 문화권의 문화와 언어에 대한 이해를 증진하고 배려할 수 있도록 역량 강화 프로그램을 개발한다.</p> <p>15. Diversity 보건의료 관련 인력을 다양한 문화권에서 모집, 고용 및 훈련하여 인력의 다양성과 역량을 강화하도록 보건의료 관련 업계에서 리더십을 발휘한다.</p> <p>16. Ethics and Standards, and Financing for Interpreting and Translation Services 통역, 번역 및 2개 이상 언어를 사용하는 직원들이 보건의료 현장에서 의료 윤리 강령을 이해하고 따르도록 한다. 건강 관련 통역 서비스에 대한 예산을 확보하는 한편, 보험에서 지원하도록 한다.</p>

목 표	세부전략
5 Data, research, and evaluation	17. Data 모든 인종, 민족 및 취약계층에 대한 건강 데이터를 수집하여 이용 가능하도록 한다.
	18. Community-Based Research and Action, and Community-Originated Intervention Strategies 지역사회-기반 참여 연구와 지역사회 중재 전략 평가에 대한 투자를 확대하여 건강 격차 감소를 위한 지역사회 수준에서의 역량을 강화한다.
	19. Coordination of Research 건강과 보건의료 격차 해소에 대한 이해를 증대하고 전략과 방법을 제안하는 연구를 지원하고 조정한다.
	20. Knowledge Transfer 연구와 평가 결과에서 생산된 지식을 확대하고 전이하여 정책, 사업 및 예산지원 활동의 의사결정 과정에서 사용하도록 한다.

제5절 건강행태의 사회적 격차 분석(RII중심)

1. 분석개요

- 분석자료는 한국복지패널 자료를 활용하였음.
- 사회경제적 위치지표는 교육수준(education), 직업(occupational class), 경제활동참여상태(employment status), 소득수준(income quartile)을 보았으며 결과변수는 흡연여부와 과음주여부임. 교육 수준은 중졸이하, 고졸, 전문대이상으로 분류하였음. 직업은 화이트 칼라, 블루칼라, 기타의 3가지로 나누었으며, 경제활동 참여상태는 정규직, 비정규직, 기타로 구분하였다. 소득수준은 가구 경상소득을

가구원수로 보정하여 25%씩 순위를 매겨 나누었음.

- 본 분석에서는 현 흡연자를 ‘평생 담배 5갑(100개비)이상 피웠고, 현재 담배를 피우는 사람’ 으로 정의하였음. 과음주여부는 1년간 평균 음주량, 음주시 마시는 술잔 회수를 성별 요인을 고려하여 과음주여부를 판정하였음. 흡연과 음주에 영향을 미치는 요인은 성별에 따른 차이가 크기 때문에 남자와 여자를 따로 분리하여 살펴보았음. 그리고 복지패널 1차와 2차 데이터의 경우 흡연여부에 대한 문항이 없기 때문에 3차부터 7차까지의 데이터를 가지고 흡연여부와 음주여부의 특성을 분석하였음
- 사회경제적 위치지표별로 흡연여부, 음주여부에 대한 변화추이(연령 보정 전)를 살펴보고, 각 계층별 인구구성을 고려한 상대 불평등 지수 RII (relative index inequality)를 제시하였음. 연령 보정은 10세 단위로 하였으며 2008년도부터 2012년도까지의 추계인구를 표준인구로 사용하였음.
- 성인 남녀별 교육수준과 흡연율 변화 추이를 보면 전반적으로 고등학교 졸업자의 흡연율이 상대적으로 높았음. 2012년도에 흡연율이 다른 연도에 비해 줄어든 것은 2012년도에 질문문항이 달라졌기 때문임. 이는 다른 사회경제적 위치지표에서도 같은 현상이 나타남.
- 성인 남성의 직업별 흡연율은 화이트칼라가 상대적으로 흡연율이 높으며 성인 여성의 경우에는 연도별로 특성이 상이함.
- 경제활동 참여상태별 흡연율은 성인 남자의 경우 비정규직, 정규직,

기타 순으로 높았으며 성인 여성의 경우에는 정규직과 기타의 순위가 해마다 달라짐을 알 수 있음.

- 소득수준별 흡연율은 성인 남자의 경우에는 중상위 계층의 흡연율이 가장 높았으나 성인 여성은 전반적으로 중하위 계층의 흡연율이 가장 높았음.
- 교육수준별 음주율은 3차년도(2008)를 제외하고 같은 패턴을 보이는데 전문대 이상 졸업자, 고등학교 졸업자, 중학교 이하 졸업자 순으로 높았음.
- 직업별 음주율은 2008년도를 제외하고 연도별, 성별로 같은 패턴을 볼 수 있는데, 화이트칼라, 블루칼라, 기타 순으로 높았음.
- 경제활동 참여상태별 음주율은 정규직과 비정규직의 순위가 년도에 따라 달라지기는 하나 크게 차이가 나지는 않았음. 2008년도의 경우 다른 년도에 비해 다른 양상을 보였음.
- 소득수준별 음주율 변화추이를 보면 마찬가지로 2008년도만 다르게 나머지 연도에서는 비슷한 패턴을 보임. 2008년도를 제외한 다른 연도에서는 소득수준이 높을수록 음주율도 높았음.

2. 상대 불평등 지수(RII) 분석

- 본 분석은 건강행태 (흡연 여부, 음주 여부)와 사회경제적 위치지표에 따른 차이가 존재하는지, 그 차이의 추세 변화를 파악하기 위해 이루어졌음. 시간에 따른 흡연율, 음주율 변화를 살펴보기 위해 직

접 연령표준화율(포아송 분포 가정)을 계산하여 IRR(incidence rate ratio)를 산출하였음. 또한 흡연과 음주의 불평등 수준을 알아보기 위해 상대 불평등 지수(RII)를 측정하여 사회경제적 요인별 차이를 살펴보았음. RII는 사회경제적 집단의 인구 수를 고려한 상태에서 가장 높은 계층과 가장 낮은 계층의 격차를 상대위험도로 표시한 것으로 선형성을 가정함. 기준변수는 교육수준에서는 전문대이상, 직업에서는 화이트칼라, 경제활동 참여상태에서는 정규직, 소득수준에서는 상에 해당하는 집단으로 하였음. 다른 논문에서는 직업과 경제활동 참여상태 지표에서는 계층 간 서열을 정하기 어려워 RII 값을 구하지 않았으나 본 분석에서는 불평등 정도를 참고하기 위해 RII값을 구하였음.

- 분석 결과, 사회경제적 위치지표로 교육수준, 직업, 경제활동 참여 상태, 소득수준에 따라 흡연율, 음주율에 차이가 있었으며, 이러한 차이는 남녀별로 다르게 나타났음(표 2~5 참조).

〈표 2〉 성인 남성의 사회경제적 요인별 흡연여부 IRR 및 RII 변화 추이

구 분		3차(2008)	4차(2009)	5차(2010)	6차(2011)	7차(2012)
교육수준(Education)						
IRR (95% CI)	중졸 이하	1.47 (1.12-1.92)	1.55 (1.18-2.02)	1.31 (1.00-1.72)	1.50 (1.09-2.07)	1.38 (1.00-1.90)
	고졸	1.35 (1.22-1.50)	1.39 (1.24-1.55)	1.45 (1.30-1.63)	1.45 (1.28-1.64)	1.43 (1.26-1.62)
	전문대 이상	1.00 (0.89-1.11)	1.00 (0.89-1.12)	1.00 (0.88-1.12)	1.00 (0.88-1.13)	1.00 (0.88-1.13)
RII (95% CI)		1.74** (1.52-1.99)	1.87** (1.62-2.15)	1.45** (1.24-1.68)	1.79** (1.53-2.10)	1.59** (1.34-1.88)
직업(Occupational Class)						
IRR (95% CI)	기타	1.21 (1.03-1.42)	1.34 (1.14-1.58)	1.20 (1.01-1.42)	1.49 (1.23-1.79)	1.49 (1.23-1.80)
	블루 칼라	1.37 (1.20-1.56)	1.46 (1.27-1.68)	1.36 (1.18-1.57)	1.53 (1.31-1.79)	1.56 (1.34-1.83)
	화이트 칼라	1.00 (0.84-1.17)	1.00 (0.83-1.19)	1.00 (0.83-1.19)	1.00 (0.81-1.21)	1.00 (0.82-1.21)
RII (95% CI)		1.13 (0.98-1.31)	1.25** (1.08-1.46)	1.12 (0.95-1.31)	1.42** (1.20-1.67)	1.40** (1.17-1.66)
경제활동참여상태(Employment Status)						
IRR (95% CI)	기타	0.95 (0.84-1.08)	1.00 (0.88-1.13)	0.95 (0.83-1.10)	1.07 (0.93-1.25)	1.07 (0.92-1.26)
	비정규직	1.09 (0.97-1.22)	1.09 (0.98-1.23)	1.10 (0.98-1.25)	1.08 (0.95-1.24)	1.11 (0.96-1.28)
	정규직	1.00 (0.91-1.08)	1.00 (0.91-1.09)	1.00 (0.89-1.11)	1.00 (0.89-1.12)	1.00 (0.88-1.13)
RII (95% CI)		0.95 (0.83-1.10)	1.09 (0.94-1.26)	0.96 (0.82-1.13)	1.14 (0.97-1.35)	1.15 (0.97-1.37)
소득수준(Income Quartile)						
IRR (95% CI)	하	1.26 (1.09-1.45)	1.29 (1.10-1.51)	1.18 (1.00-1.40)	1.29 (1.07-1.56)	1.44 (1.20-1.74)
	중하	1.20 (1.07-1.35)	1.30 (1.15-1.47)	1.37 (1.21-1.56)	1.41 (1.23-1.62)	1.32 (1.14-1.53)
	중상	1.17 (1.05-1.31)	1.20 (1.07-1.35)	1.17 (1.03-1.32)	1.28 (1.13-1.46)	1.32 (1.15-1.51)
	상	1.00 (0.89-1.11)	1.00 (0.88-1.12)	1.00 (0.88-1.13)	1.00 (0.87-1.14)	1.00 (0.86-1.15)
RII (95% CI)		1.33** (1.17-1.53)	1.41** (1.22-1.62)	1.32** (1.14-1.53)	1.42** (1.21-1.66)	1.54** (1.30-1.82)

**p<.01 ; *p<.05

20 건강영향평가TWG성과평가 및 건강행태위험요인의 사회경제적 격차감소를 위한 전략평가

〈표 3〉 성인 여성의 사회경제적 요인별 흡연여부 IRR 및 RII 변화 추이

구 분		3차(2008)	4차(2009)	5차(2010)	6차(2011)	7차(2012)
교육수준(Education)						
IRR (95% CI)	중졸 이하	3.90 (1.72-8.84)	3.16 (1.29-7.73)	3.99 (1.59-9.98)	4.41 (1.47-13.24)	6.29 (1.56-25.29)
	고졸	2.03 (1.04-3.95)	2.53 (1.27-5.01)	2.45 (1.26-4.76)	2.71 (1.29-5.70)	2.81 (1.20-6.60)
	전문대 이상	1.00 (0.43-2.28)	1.00 (0.42-2.36)	1.00 (0.45-2.18)	1.00 (0.39-2.50)	1.00 (0.35-2.81)
RII (95% CI)		7.14** (4.35-11.71)	3.81** (2.24-6.47)	6.27** (3.46-11.37)	6.93** (3.77-12.73)	13.66** (6.33-29.45)
직업(Occupational Class)						
IRR (95% CI)	기타	1.21 (0.49-2.99)	2.21 (1.05-4.61)	1.74 (0.89-3.41)	2.84 (1.34-6.01)	1.94 (0.88-4.27)
	블루 칼라	1.89 (0.76-4.70)	2.72 (1.28-5.77)	1.88 (0.94-3.77)	3.36 (1.55-7.26)	1.89 (0.82-4.35)
	화이트 칼라	1.00 (0.28-3.47)	1.00 (0.36-2.72)	1.00 (0.40-2.44)	1.00 (0.36-2.74)	1.00 (0.34-2.86)
RII (95% CI)		0.66 (0.41-1.05)	1.20 (0.72-1.99)	1.30 (0.76-2.22)	1.42 (0.80-2.50)	1.62 (0.82-3.16)
경제활동참여상태(Employment Status)						
IRR (95% CI)	기타	0.87 (0.62-1.22)	1.19 (0.81-1.75)	1.20 (0.78-1.83)	1.13 (0.74-1.73)	1.04 (0.64-1.68)
	비정규직	1.54 (1.04-2.30)	1.56 (0.99-2.45)	1.41 (0.87-2.27)	1.39 (0.85-2.26)	1.15 (0.63-2.13)
	정규직	1.00 (0.67-1.48)	1.00 (0.62-1.60)	1.00 (0.59-1.67)	1.00 (0.59-1.67)	1.00 (0.56-1.78)
RII (95% CI)		0.62 (0.37-1.01)	1.04 (0.60-1.81)	1.10 (0.61-1.99)	1.01 (0.55-1.85)	0.98 (0.48-1.98)
소득수준(Income Quartile)						
IRR (95% CI)	하	2.92 (1.63-5.22)	2.41 (1.39-4.15)	2.98 (1.64-5.41)	3.93 (2.10-7.36)	1.94 (0.94-4.01)
	중하	2.56 (1.48-4.43)	2.49 (1.50-4.14)	2.61 (1.52-4.46)	2.25 (1.23-4.09)	2.53 (1.34-4.77)
	중상	1.64 (0.92-2.93)	1.39 (0.80-2.39)	1.16 (0.63-2.13)	1.11 (0.57-2.15)	0.87 (0.40-1.85)
	상	1.00 (0.49-2.00)	1.00 (0.53-1.87)	1.00 (0.51-1.94)	1.00 (0.47-2.08)	1.00 (0.45-2.19)
RII (95% CI)		3.72** (2.38-5.82)	3.13** (1.94-5.04)	4.76** (2.87-7.90)	8.00** (4.66-13.73)	2.93** (1.53-5.59)

**p<.01 ; *p<.05

〈표 4〉 성인 남성의 사회경제적 요인별 음주여부 IRR 및 RII 변화 추이

구 분		3차(2008)	4차(2009)	5차(2010)	6차(2011)	7차(2012)
교육수준(Education)						
IRR (95% CI)	중졸 이하	2.39 (1.54-3.68)	2.67 (1.62-4.41)	2.83 (1.59-5.02)	1.97 (0.97-4.00)	2.75 (1.47-5.15)
	고졸	1.45 (1.16-1.82)	1.57 (1.21-2.04)	1.92 (1.49-2.49)	1.60 (1.23-2.09)	1.69 (1.29-2.21)
	전문대 이상	1.00 (0.77-1.29)	1.00 (0.73-1.36)	1.00 (0.74-1.34)	1.00 (0.74-1.33)	1.00 (0.73-1.36)
RII (95% CI)		3.78** (2.85-5.00)	4.44** (3.22-6.11)	4.42** (3.26-5.99)	2.66** (1.91-3.69)	4.57** (3.28-6.39)
직업(Occupational Class)						
IRR (95% CI)	기타	1.15 (0.81-1.63)	0.99 (0.67-1.48)	1.10 (0.76-1.58)	0.91 (0.59-1.40)	1.14 (0.75-1.73)
	블루 칼라	2.12 (1.62-2.78)	1.72 (1.24-2.38)	1.77 (1.33-2.36)	1.49 (1.07-2.08)	1.56 (1.12-2.15)
	화이트 칼라	1.00 (0.70-1.42)	1.00 (0.64-1.54)	1.00 (0.68-1.45)	1.00 (0.64-1.54)	1.00 (0.65-1.52)
RII (95% CI)		0.85 (0.63-1.14)	0.77 (0.56-1.08)	0.87 (0.63-1.20)	0.74 (0.52-1.05)	0.97 (0.68-1.39)
경제활동참여상태(Employment Status)						
IRR (95% CI)	기타	0.73 (0.57-0.94)	0.67 (0.51-0.89)	0.71 (0.53-0.95)	0.61 (0.44-0.85)	0.80 (0.58-1.09)
	비정규직	1.50 (1.23-1.83)	1.14 (0.91-1.42)	1.11 (0.89-1.38)	1.00 (0.78-1.28)	0.93 (0.72-1.22)
	정규직	1.00 (0.86-1.16)	1.00 (0.84-1.18)	1.00 (0.82-1.20)	1.00 (0.80-1.23)	1.00 (0.82-1.20)
RII (95% CI)		0.74 (0.55-1.00)	0.59** (0.42-0.83)	0.64** (0.46-0.88)	0.50** (0.35-0.71)	0.70 (0.48-1.00)
소득수준(Income Quartile)						
IRR (95% CI)	하	1.19 (0.92-1.55)	0.81 (0.59-1.10)	0.82 (0.60-1.11)	0.78 (0.54-1.13)	1.06 (0.76-1.47)
	중하	1.21 (0.97-1.52)	1.19 (0.93-1.52)	1.37 (1.08-1.73)	1.11 (0.86-1.44)	1.28 (0.96-1.70)
	중상	1.11 (0.89-1.38)	1.22 (0.96-1.54)	1.08 (0.85-1.37)	1.11 (0.86-1.42)	1.29 (0.99-1.68)
	상	1.00 (0.79-1.25)	1.00 (0.78-1.27)	1.00 (0.78-1.27)	1.00 (0.77-1.28)	1.00 (0.75-1.33)
RII (95% CI)		1.28 (0.97-1.69)	0.82 (0.60-1.14)	0.94 (0.70-1.28)	0.80 (0.57-1.12)	1.09 (0.77-1.54)

**p<.01 ; *p<.05

22 건강영향평가TWG성과평가 및 건강행태위험요인의 사회경제적 격차감소를 위한 전략평가

〈표 5〉 성인여성의 사회경제적 요인별 음주여부 IRR 및 RII 변화 추이

구 분		3차(2008)	4차(2009)	5차(2010)	6차(2011)	7차(2012)
교육수준(Education)						
IRR (95% CI)	중졸 이하	1.53 (0.86-2.75)	1.59 (0.74-3.39)	1.12 (0.51-2.45)	2.33 (0.94-5.76)	2.08 (0.78-5.51)
	고졸	1.92 (1.41-2.62)	1.77 (1.23-2.55)	1.51 (1.08-2.09)	2.06 (1.46-2.90)	2.19 (1.52-3.17)
	전문대 이상	1.00 (0.69-1.43)	1.00 (0.65-1.52)	1.00 (0.69-1.43)	1.00 (0.68-1.45)	1.00 (0.65-1.52)
RII (95% CI)		1.34 (0.94-1.91)	1.55* (1.02-2.35)	0.96 (0.64-1.44)	2.79** (1.87-4.16)	2.21** (1.47-3.32)
직업(Occupational Class)						
IRR (95% CI)	기타	0.93 (0.59-1.46)	1.07 (0.72-1.58)	1.19 (0.83-1.70)	1.07 (0.73-1.57)	1.10 (0.64-1.86)
	블루 칼라	1.72 (1.09-2.70)	2.24 (1.52-3.32)	2.10 (1.48-2.98)	2.27 (1.58-3.26)	2.23 (1.33-3.75)
	화이트 칼라	1.00 (0.55-1.80)	1.00 (0.62-1.60)	1.00 (0.66-1.51)	1.00 (0.64-1.54)	1.00 (0.50-1.96)
RII (95% CI)		0.47** (0.34-0.66)	0.45** (0.30-0.67)	0.59** (0.40-0.85)	0.46** (0.31-0.69)	0.50** (0.34-0.76)
경제활동참여상태(Employment Status)						
IRR (95% CI)	기타	0.68 (0.54-0.86)	0.72 (0.53-0.96)	0.74 (0.56-0.98)	0.64 (0.47-0.85)	0.69 (0.51-0.94)
	비정규직	1.14 (0.86-1.49)	1.26 (0.91-1.75)	1.14 (0.85-1.54)	1.01 (0.74-1.38)	1.09 (0.80-1.50)
	정규직	1.00 (0.78-1.27)	1.00 (0.72-1.37)	1.00 (0.73-1.35)	1.00 (0.74-1.34)	1.00 (0.72-1.37)
RII (95% CI)		0.46** (0.32-0.65)	0.47** (0.31-0.72)	0.53** (0.35-0.78)	0.43** (0.29-0.65)	0.49** (0.32-0.75)
소득수준(Income Quartile)						
IRR (95% CI)	하	1.35 (0.91-2.02)	0.95 (0.58-1.55)	0.75 (0.47-1.19)	0.86 (0.51-1.45)	1.18 (0.70-0.99)
	중하	1.69 (1.26-2.26)	1.52 (1.10-2.11)	0.88 (0.64-1.22)	1.18 (0.85-1.62)	1.38 (0.96-1.98)
	중상	1.57 (1.18-2.09)	1.13 (0.81-1.57)	1.03 (0.77-1.38)	1.05 (0.77-1.44)	1.30 (0.92-1.83)
	상	1.00 (0.73-1.36)	1.00 (0.71-1.39)	1.00 (0.74-1.34)	1.00 (0.72-1.37)	1.00 (0.68-1.45)
RII (95% CI)		1.30 (0.94-1.79)	0.99 (0.66-1.47)	0.65* (0.45-0.95)	0.84 (0.57-1.23)	1.17 (0.80-1.73)

**p<.01 ; *p<.05

제6절 결론 및 정책제언

1. 결론

- 건강영향평가TWG의 주요 성과는 다음과 같음
 - 2010~2013년간의 Workplan개발과 활동지원
 - 2011년 다른 TWG(Air Quality)와의 공동워크숍 개최
 - 2012년 아태지역건강영향평가 국제학술대회와 연계한 회의개최
 - 2013년 건강영향평가의 영역확대 : 동남아시아 GMS지역
 - 2013년 환경보건장관포럼에서 지속적인 건강영향평가의 기술지원 강조

- 외국 사례에 나타난 건강영향평가와 건강형평성과제
 - 유럽의 건강영향평가 제도화 사례에서와 같이 건강형평성제고 중심 건강영향평가를 위해서 포괄적인 적용을 시도하는 것이 필요함. 건강형평성 차원에서 정책의 접근성, 적절성이 매우 중요함.
 - 미국의 건강영향평가정책 사례에서 보듯이 아직 초기단계에서는 건강영향평가의 전문가 양성이 필요하다. 전문가 양성을 위한 훈련과 지원이 필요하고, 대학에 건강영향평가 커리큘럼을 더 많이 만들어 전문가를 양성하도록 해야 함. 건강영향평가 시범 사업 뿐 아니라 건강영향평가 정책 연구에 예산지원 및 기술 지원이 필요함.

- 국내 한국복지패널데이터를 사용하여 건강행태의 사회경제적 격차를 확인하였음. 강영호등(2006)의 연구에서 분석된 바와 같이 흡연의 경우 소득수준별 건강형평성의 차이는 격차가 점점 더 커지는 것

으로 확인할 수 있었음. 즉 최근 몇 년간 국민건강증진을 위하여 흡연정책을 강력하게 추진하였지만 흡연율의 사회경제적 수준에 따른 격차를 줄이는 데는 영향력이 없었다는 것을 알 수 있음.

- 미국의 사례에서 볼 때 저소득층에 대한 건강증진 정책 및 사업의 지원이 더 확대되고, 다양한 경로를 통해서 보급함으로써 접근성이 높아져야 할 것임. 국가 전략 수립이 된 후에 지역사회에서의 참여와 협력관계의 구축을 통해 수립된 전략을 실현하고자 하는 노력이 필요함. 건강격차 감소를 위해서는 무엇보다도 건강격차 문제에 대한 국민들의 이해가 필요하기 때문에 홍보활동이 강화되어야 함. 효율적인 파트너십의 구축과 운영을 위해서는 리더십이 필요하며 이를 위해 인력양성을 위한 지원이 필요함. 지역사회기반의 참여적 연구에 대한 지원도 확대되어야 할 것임.

2. 정책제언

- 건강의 형평성을 고려한 건강영향평가의 기법개발
 - 취약한 인구집단을 대상으로 실시하는 건강영향평가의 방법이 개발되어야 할 것임.
 - 건강영향평가가 사업의 시작 이전에 실시하는 제도이기 때문에 근거기반의 정보를 체계적으로 관리할 필요가 있음.
- 환경보건의 이슈에 대하여 지속적인 국제교류와 지식개발이 필요함.
 - 대기질, 물, 독성물질, 기후변화, 위기대응, 폐기물 등 환경적 문제와 관련된 건강위해성평가 기법과 국제적 기준과 근거에 대해

여 정보를 교류하고 기술협력해야 할 것임.

- 동남아시아 지역의 저개발국가 및 개발도상국에서 직면하는 환경적 위해성에 대하여 보다 선제적인 대응방안에 대한 기술적 국제 협력이 활성화되어야 할 것으로 기대됨.

※ 동남아시아 및 동아시아 환경보건장관포럼을 주도하는 국가는 중국, 우리나라, 일본, 태국 등임. 다양한 형태로 인구집단의 이동 및 관광이 증가하는 상황에서 급만성 질병예방을 위한 건강영향 평가의 제도화 방안에 대하여 기술협력이 지속되어야 할 것으로 전망됨.

- 인구집단의 흡연율 관련 사회경제적 취약성에 대하여 재평가하고, 가정, 학교, 지역사회에서 각 수준의 역할과 기능을 구체화해야 할 것임.

- 흡연예방, 흡연청소년에 대한 조기개입, 취약 성인에 대한 금연프로그램 확대보급, 금연시도자에 대한 지속적인 지원과 관리 등이 필요함.

- 우울감 경험집단에 대한 조기개입을 할 수 있는 정신건강지원체계가 확대보급되어야 할 것임.

- 부문간, 부처간 협력을 통한 다각적인 접근 필요

- 취약계층의 사회경제적 격차를 지원하기 위해서는 중앙부처들의 협력, 공공민 민간의 협력이 필요함.

- 지역사회의 다양한 자원을 파악하고 연계하여야 할 것임.

26 건강영향평가TWG성과평가 및 건강행태위험요인의 사회경제적 격차감소를 위한 전략평가

□ 참여적인 건강증진사업과 건강영향평가의 확대

- 취약계층의 건강행태에 대한 정책의 부정적 영향을 감소하고 건강증진을 지원하기 위한 사회적 물리적 환경조성을 지원하는 특화된 사업이 개발되어야 하고 이를 위하여 건강영향평가를 확대 적용해야 할 것임.
- 건강영향평가 웹사이트를 확대개편하여 다양한 정책에 활용할 수 있도록 해야 할 것임.
- 다문화가정, 독거노인가정 등 건강취약계층이 많이 거주하는 지역에 대한 건강영향평가의 시범사업이 필요함.

*주요용어: 동남아시아 및 동아시아 건강영향평가TWG, 건강격차, 흡연



제1장 서론

제1절 연구의 배경 및 목적

제2절 연구의 내용 및 방법



제1절 연구의 배경 및 목적

건강영향평가는 정책이나 사업이 인구집단의 건강에 대한 잠재적인 영향과 인구집단에 미치는 영향에 관하여 판단할 수 있도록 하는 과정, 방법, 수단의 조합이다(WHO, 1999). 다학제적 접근, 다양한 평가방법 사용, 부문간 협력, 주민 참여, 건강형평성의 추구하는 특징을 가지고 있다. 건강영향평가는 건강한 공공정책의 실현을 목적으로 한다. 건강은 사회경제적, 환경적 다양한 건강결정요인들에 의해 영향을 받고 있으며, 중앙정부와 지방자치단체에서 실시하는 각종 정책이나 사업은 다양한 경로를 통해 인구집단의 건강결정요인에 영향을 준다. 건강영향평가는 정책결정자들로 하여금 공공정책이나 사업으로 인한 건강수준의 향상이나 질병사고를 예방하기 위한 대안에 대한 정보를 제공해 줌으로써 건강한 공공정책 실현을 위한 적절한 수단이 될 수 있다. 선진국에서는 건강영향평가는 건강한 공공정책 실현에 기여할 수 있는 대표적인 방법으로 부각되고 있으며, 각종 정책과 사업에 건강영향평가를 적용하여 대상 인구집단에 대한 건강에 미치는 영향을 파악하며, 건강형평성을 증진하도록 권고하고 있다.

1986년 세계보건기구는 제1차 세계건강증진대회 오타와선언에서 ‘건강한 공공 정책(Healthy Public Policy)’을 건강증진 추진의 핵심요소 중 하나로 강조하였다. 2010년 호주에서 개최된 건강증진 국제회의에서 건강한 공공정책을 강조한 아델레이드 선언(Adelaide Statement)이 공

표되었다.

아시아에서는 매년 약6.6백만명이 환경보건관련 위험요인으로 인해 사망하며, 이 통계는 서태평양지역의 총 사망의 사분의 일에 해당한다. 2004년 마닐라에서 환경보건문제관련 고위급회의가 개최되면서 남동 및 동아시아 지역의 첫 번째 환경보건회의가 시작되었고, 이 회의에서 장관급 환경보건포럼운영을 처음으로 제안하였다. 최은진(2012)의 아태지역 건강영향평가 연구에서 동남아시아 및 동아시아 지역의 건강영향평가 학술대회를 통하여 정부차원의 제도화추진을 위한 과제와 향후 추진계획을 논의하였다.

건강영향평가의 주된 목적중의 하나는 사업이나 정책으로 인해 사회적 경제적 건강취약계층의 건강피해를 최소화 하는데 있다. 본 연구에서는 사회경제적 격차감소를 위한 실효성 있는 정책에 대하여 연구하였다. 2005년부터 우리나라 정부의 국민건강증진 정책에서는 건강형평성 감소를 위한 목표를 설정해 왔다(서미경, 2005; 최은진 등, 2010). 건강형평성 감소목표의 사례로는 2005년 수립된 새국민건강증진종합계획에서 상위 25% 인구집단과 하위 25% 인구집단의 흡연율 및 고위험음주율을 감소시키는 데 있었다. 2010년의 제3차국민건강증진종합계획에서는 주요 분과별로 건강형평성의 목표를 수립하도록 하였다. 그러나 실제로 건강형평성 제고를 위한 정책은 부재하였다. 새국민건강증진종합계획의 성과평가에서도 건강형평성의 효과가 없는 것으로 평가된 바 있다(배상수 등, 2010). 사회경제적 격차감소를 위한 실질적 정책에 대하여 조사하고 연구하는 데 본 연구의 목적이 있다.

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같이 크게 두 가지로 구분된다.

- 동남아시아 및 동아시아 지역환경보건포럼의 건강영향평가TWG

의 활동계획의 성과를 분석함.

- 동남아시아 및 동아시아 지역환경보건포럼에서 추진하고 있는 건강영향평가TWG의 활동계획을 분석함.

- 흡연, 음주 등 건강행태에 대한 영향요인을 평가하고, 격차감소를 위한 정책적 지원방안을 개발함.

제2절 연구의 내용 및 방법

1. 연구 내용

본 연구의 내용은 크게 두 가지로 나뉘어진다. 첫째는 동남아시아 및 동아시아 환경보건포럼의 건강영향평가를 위한 Thematic Working Group(TWG)의 활동성과를 분석하고 활동계획을 분석하였고, 유럽 및 미국의 건강영향평가의 동향을 고찰하였다. 둘째는 건강행태의 위험요인의 격차감소를 위한 정책적 전략에 대하여 해외사례를 중심으로 분석하였다.

- 건강영향평가 TWG의 3개년 추진계획의 성과 분석
 - 동남아시아 및 동아시아지역의 환경보건포럼에서 추진해오고 있는 건강영향평가 TWG의 성과를 중심으로 연구하였다.
 - 2010~2013년 Workplan에 대한 회원국별 추진성과 자료 수집 및 분석
 - 2014~2016년 Workplan의 분석

○ 건강형평성 차원에서 건강증진정책의 전략 고찰

- 흡연과 음주의 행태위험요인의 사회경제적 격차감소를 위한 정책중심으로 분석하였다.
- 해외 사례를 중심으로 건강형평성관련 정책의 분석
- 행동변화에 핵심적인 정책수단 분석
- 우리나라의 건강행태의 형평성 격차에 대한 실증적 분석 : RII를 중심으로

○ 정책개선방안 도출

- 지역사회중심으로 생애에 걸쳐 지속가능한 정책수단 제안
- 중앙부처, 지방자치단체의 정부 수준별 정책개선방안 제시

2. 연구 방법

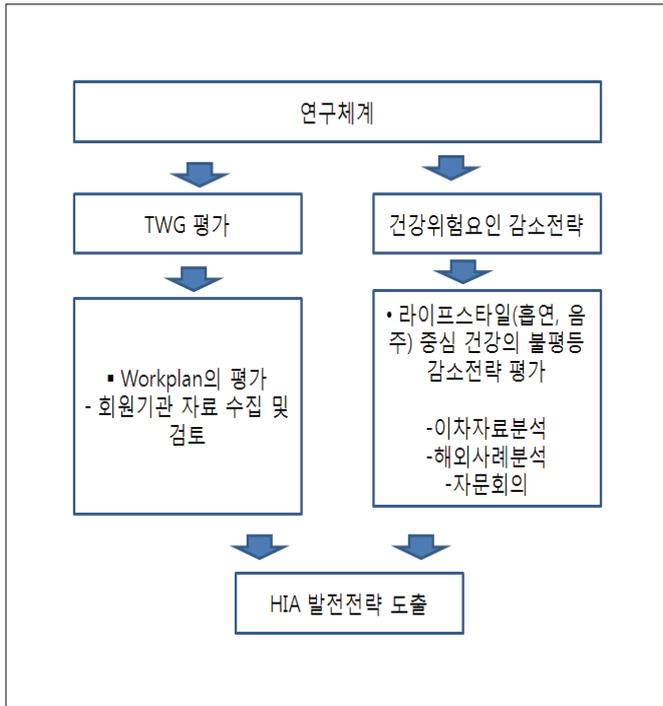
본 연구의 연구방법은 문헌고찰과 실증적 분석으로 크게 구분할 수 있다. 건강행태의 사회경제적 격차에 대한 실증적 분석을 위해 보건복지 패널데이터를 분석하였다. 문헌고찰은 본 연구에서 다루고 있는 건강영향평가와 건강의 불평등문제에 대하여 고찰하였고, 해외 선진국의 정책전략을 수집분석하였다.

통계분석방법을 위하여 사회경제적 위치의 범위는 강영호등(2009)의 연구에서 다양한 변수를 참고하였다. 특히 교육, 직업, 소득수준, 지역 등의 변수를 사용하였다. 건강행태의 형평성의 측정도구는 사회경제적 요인별 IRR(Incidence Rate Ratio) 및 RII(Relative Index Inequality) 지표를 활용하여 우리나라의 건강행태 불평등 수준의 변화 추이를 심층 분석하였다. 국내외 사례 연구는 미국, 유럽 등 주요 선진국의 건강영향

평가 최신사례를 수집분석하였다.

건강영향평가 TWG 활동과 관련하여 활동계획의 분석과 동남아시아 및 동아시아 환경포럼 회원국가(14개국⁴⁾)의 주요 사례를 분석하였다.

[그림 1-1] 연구의 추진 절차



4) Brunei Darussalam, Cambodia, China, Indonesia, Japan, Republic of Korea, Lao People's Democratic Republic, Malaysia, Mongolia, Myanmar, Philippines, Singapore, Thailand, Viet Nam





제2장 동남아시아 및 동아시아 건강영향평가활동의 성과

제1절 건강영향평가TWG의 추진배경

제2절 활동계획 Work Plan 2010~2013의 성과

제3절 새로운 활동계획의 방향 Work Plan 2014~2016

제4절 소결



2

동남아시아 및 동아시아 << 건강영향평가활동의 성과

제1절 건강영향평가TWG의 추진배경

세계보건기구 서태평양지역사무소(WPRO)와 유엔환경계획(UNEP)이 공동으로 추진 및 운영하고 있는 동남아시아 및 동아시아지역 환경보건 장관회의는 환경부처와 보건부처의 장관들이 참여하는 국제회의이다. 환경과 보건의 이슈를 접목하여 인간의 건강에 이로운 환경조성을 위한 정책을 개발하기 위한 모임이다. 회원국은 총 14개국⁵⁾이며 3년 간격으로 그동안 세 차례의 장관회의가 있었다. 제1차 회의는 2007년 태국 방콕에서 개최되었고, 제2차 회의는 2010년 우리나라 제주도에에서 개최되었다. 2013년 9월 제3차 장관회의를 말레이시아 쿠알라룸푸에서 개최되었다. 환경보건 고위급 공무원을 중심으로 한 회의는 매년 개최된다.

환경보건장관회의의 조직은 환경보건고위급회의, Advisory Board 및 7개의 Thematic Working Group으로 구성된다. Thematic Working Group의 회원은 자발적인 회원국가의 환경 및 보건 부처의 공무원으로 구성되고, 전문가집단은 파트너 회원으로 참여한다. 7개의 Thematic Working Group(TWG)은 공기질, 독성물질, 식수위생, 위기대응, 기후변화, 폐기물, 건강영향평가 등으로 구성된다. 건강영향평가TWG는 2010년 제2차 환경보건장관회의에서 새롭게 추가된 조직이다. 이 조직

5) 공식적인 의무 회원국명 : Brunei Darussalam, Cambodia, China, Indonesia, Japan, Republic of Korea, Lao People's Democratic Republic, Malaysia, Mongolia, Myanmar, Philippines, Singapore, Thailand, Viet Nam

은 자발적 회원가입을 근간으로 하고 있고, 초대 의장은 한국보건사회연구원원이 담당하였다. 2010년에서 2013년까지의 초기 활동계획을 작성하여 추진하였다.

제2절 활동계획 Work Plan 2010~2013의 성과

1. 활동계획의 세부내용

가. 배경

동남아시아 및 동아시아 지역 회원국들의 민간 및 공공 부문에서의 많은 개발 정책, 계획, 프로그램, 프로젝트들은 긍정적, 부정적인 측면에서 이 지역 사람들의 환경과 건강에 영향을 미친다. 그러나 개발이 환경에 미치는 영향을 이 지역 몇몇 국가들에 환경 영향 평가(Environment Impact Assessment)를 통해 체계적으로 고려해왔음에도 불구하고, 건강 영향은 충분히 검토되고 있지 않다.

건강영향평가(Health Impact Assessment, HIA)는 정책, 계획, 프로그램, 프로젝트의 긍정적, 부정적 영향을 예측함으로써 건강을 보호할 수 있는 유용한 도구가 된다. 또한 HIA는 긍정적 건강영향을 증진하고 부정적인 건강영향을 최소화하도록 적절한 측정을 제안한다. 나아가 HIA는 상이한 사회경제적 배경을 가진 사람들에게 영향을 미치는 건강의 불균등한 분배에 초점을 맞추므로써, 취약한 집단의 건강이 개발에 의해 불균형하게 영향을 받지 않도록 한다.

많은 회원국들이 HIA를 도입하기 위해 노력하였으나, 우리는 이 지역

의 개별 국가들이 HIA의 방법론을 개발할 수 있도록 더욱 협력할 필요가 있다. 또한 우리는 정책에서 HIA의 개발을 강화해야 한다. 이는 다학제적 접근을 통해서만 이루어질 수 있다. 지역적 노력은 이러한 활동을 조직하고 가능하게 하는데 필요하다.

이 지역의 일부 국가들은 정부 절차(government process)에서 HIA를 제도화하는데 성공하였으나, 대부분의 국가들은 사후적 사업로서 HIA를 도입하였다. 정부 절차에 HIA를 포함하지 않고는, HIA는 개발 사업, 계획, 정책의 부정적인 건강 영향에서 사람들을 효과적으로 보호하기 어려울 수 있다. 따라서 우리는 어떻게 HIA를 제도화하고 이미 제도화된 경우 HIA를 어떻게 확대할 수 있는지에 대한 정보가 필요하다.

다양한 부문에서 보건 부문만큼이나 점증하고 있는 HIA에 대한 관심은 HIA의 개발과 증진의 기반이 되고 있다. 또한 자문가(consultant)와 정부에 범위를 설정하고 HIA를 수행하고 완료된 HIA보고서들을 확인(review)할 수 있는 역량(capacity)이 요구된다. HIA를 위한 역량은 사전 계획 없이는 개발되기 어렵다. 현재 역량 강화(capacity building)를 위한 지역 활동(regional activities)은 지역 내의 의사소통(communication)과 정보 교환의 측면에서 검토되고 강화될 필요가 있다.

나. 목표 및 내용

1) 목표

The Regional Work Plans은 아래 목표를 통해 회원국들의 건강영향평가의 개발과 증진을 돕는다.

- ① 다양한 사업, 프로그램, 정책의 건강영향에의 HIA practices, 가이

40 건강영향평가TWG성과평가 및 건강행태위험요인의 사회경제적 격차감소를 위한 전략평가

드라인, 도구(tools), 근거(evidence)에 대한 정보(information)와 지식(knowledge) 공유

- ② 이 지역 국가들에서의 의사결정과정의 통합된 부분으로서 HIA를 개발 및 증진
- ③ 역량 강화, 정보와 아이디어의 확산 증진, 지역 국가들 간의 협력 사업 개발 등을 통해 HIA 및 연관 분야(related area)에 관련된 사람들과 전문 직원(professional staff)의 기술 및 지식 향상

2) 활동

전반적인 목표(overall objectives)를 성취하기 위해, 주요 주제들과 이 지역의 필요에 기반을 두어 아래 제시된 일련의 활동과 3년 동안의 연대표가 제안되었다.

활동	연대표			책임 기관 (Lead Institutions)
	2010	2011	2012	
1. 수집 - HIA 활동/관행(practices)에 대한 현존하는 서류들 - 가이드라인과 도구 - 근거 - HIA 전문가 목록	→	→	→	MOH, 캄보디아 MOH, 몽골/ MOH, 필리핀/ 한국 KIHASA, MOH 태국/ 호주 CHETRE
2. 지역 웹사이트와 HIA 웹사이트의 TWG를 통한 정보 공유		→	→	한국 KIHASA, 한국 KEI, 호주 CHETRE
3. Collaborate with other TWG's in collecting and sharing their information in HIA's in their environment concerns or context	→	→	→	한국 KIHASA, UNEP, WHO, KEI/ 중국 CDC

지역 국가들의 의사결정과정의 통합 부분(integral part)로서 HIA의 개발을 증진하기 위한 활동계획은 다음과 같다.

활동	연대표			책임 기관 (Lead Institutions)
	2010	2011	2012	
1. 이 지역에서 HIA를 위한 법령(legislation)과 조직구조(organizational arrangement) 기록	→	→		한국 KEI, Laos PDR MOH, University of New South Wales, University of Otago, Curtin University
2. 제도화에 대한 추천(recommendations) 작성		→	→	한국 KEI, 태국 Khon Kaen Univ., University of New South Wales, University of Otago, Curtin University

HIA와 연관 분야에 관련된 사람들과 전문 직원의 기술과 지식 향상을 위한 활동계획은 다음과 같다.

활동	연대표			책임 기관 (Lead Institutions)
	2010	2011	2012	
1. 필요한 경우, 최근 훈련 프로그램과 materials 수집 및 훈련 module 개발(불필요하지 않은 경우)	→	→	→	베트남 MOH, MONRE, 태국 MOPH, 호주 CHETRE, 뉴질랜드 University of Otago
2. 지역 기술 워크샵 수행	→	→	→	한국 KIHASA, KEI, 뉴질랜드 University of Otago
3. 협동 기술 워크샵을 계획하고 수행할 때 다른 TWG분과들과 협력	→	→	→	한국 KIHASA, KEI/UNEP, WHO, 호주 Curtin University

다. 예상되는 결과

- ① HIA 관행(practices), 가이드라인, 도구, 근거 및 다양한 사업, 프로그램, 계획, 정책의 환경 영향에 대한 정보와 지식 공유

- (1) HIA관행/가이드라인/도구/근거에 대한 정보 편찬(compilation)
 - (2) HIA 웹사이트
- ② 지역 국가들의 의사결정과정에 HIA의 개발의 편입(incorporation) 증진
- (3) HIA 제도화를 위한 법제화 및 조직구조(organizational arrangement)에 대한 정보 편찬(compilation)
 - (4) HIA 제도화에 대한 제안 및 가이드라인

라. TWG 활동 모니터링 및 보고체계

활동의 모니터링과 보고를 위한 체계는 환경보건포럼하에서 개최되는 고위급 회담 및 지역 포럼의 정기적인 보고(regular report)를 통해 아래 사항에 대한 개략적(overview) 설명이 이루어지도록 하였다.

- 목록의 활동 및 결과를 바탕으로 마지막 기간(term)에 적용될 활동들
- 다가오는 기간(term)을 위해 계획된 활동들

마. 활동을 위한 자원계획

활동계획을 실행에 옮기기 위하여 필요한 자원은 다음과 같다. 건강영향평가의 관행이나 가이드라인, 도구, 활동에 대한 정보를 수집하여 발간하기 위해서는 관련된 자원의 범위와 언어를 통일할 필요가 있었다. 건강영향평가의 웹사이트제작 및 운영에 연간 100,000달러 정도의 소요예산을 계획하였다. 건강영향평가를 국가차원에서 법제화 하고 조직적으로 구조화 하는 방식, 건강영향평가의 가이드라인, 훈련프로그램 등에 대하여 정보를 수집하고 공유하기 위하여 소요되는 예산과 자료에 대하여 계획을 수립하였다.

결과	필요한 자원
1. HIA 관행/가이드라인/도구/활동에 대한 정보 수집	(1) 회원국들과 국제 파트너들 내에 존재하는 자원 (2) 영어로 된 서류들
2. HIA 웹사이트	(1) 웹사이트를 만들고 관리하는데 필요한 기술적 지식 (2) 영어로 된 서류들 (3) 예산(\$100,000/year) (4) 인력
3. HIA 제도화를 위한 법제화 및 조직구조(organizational arrangement)에 대한 정보 수집	(1) 회원국들과 국제 파트너들 내에 존재하는 자원들 (2) 영어로 된 서류들
4. HIA의 제도화에 대한 제안 및 가이드라인	(1) 회원국들과 국제 파트너들의 워크샵 (2) 예산(\$30,000*2)
5. HIA를 위한 모듈(modules)을 포함한 훈련 프로그램과 자료(materials) 수집	(1) 회원국들 내에 존재하는 자원
6. 기술적인 워크숍 보고회	(1) 예산(\$50,000*2)

이상과 같은 계획을 추진함에 있어서 가장 큰 취약점은 예산문제였다. 예산에 대한 계획을 세웠으나, 실제로 예산을 지원할 수 있는 기관이 거의 없었기 때문이다. 세계보건기구의 서태평양지역사무소에서 2010년에서 2012년까지 TWG의 회의를 매년 지원해주었다. 2010년에 두차례였고, 2011년과 2012년에는 각각 한번씩 지원을 해주었다. 주된 지원내역은 저소득국가 회원의 여행경비와 체제비, 일비 등이었다. 참석하는 회원들은 대부분 보건부처의 공무원이었으나 환경부와 공동으로 참석하는 베트남과 같은 회원국도 있었다.

2. TWG 활동의 주요 성과

건강영향평가 TWG는 2010년 제2차 환경보건장관회의에서 승인된

이후 매년 회원 및 파트너회원들의 정규회의를 개최하였다. 정규회의의 의제는 환경보건장관회의가 개최되는 3개년 동안 추진할 활동계획에 대한 논의로 주로 이루어진다. 정규회의의 개최시기는 관련된 국제학술대회 또는 워크숍과 연계하여 back to back meeting으로 추진해 왔다. 2010년에는 뉴질랜드의 오타고에서 개최된 제3차 아태지역건강영향평가 학술대회와 연계하여 진행하였다. 이때는 태평양지역의 국가들도 참여하여 정보를 교류하는 기회가 되었다. 2011년에는 Air quality Thematic Working group과 공동 워크숍을 서울에서 개최하였고 이와 연계하여 TWG 정규회의를 개최하였다. 2012년에는 제4차 아태지역건강영향평가학술대회를 우리원 주최로 서울에서 개최하였고 TWG 정규회의도 같이 개최하였다.

가. 건강영향평가TWG의 회원가입 동향

건강영향평가TWG회원자격은 국가의 정부기관 또는 대학이나 연구소 등이 회원기관으로 등록할 수 있는데, 자발적인 참여가 원칙이다. 정회원은 동남아시아 및 동아시아 환경보건포럼에 의무적으로 가입되어 있는 14개국이 자격이 있다. 건강영향평가TWG가 공식적으로 출범을 시작하던 2010년 당시 참여한 회원국가들은 총 8개국이었다. 캄보디아, 중국, 라오스, 몽고, 필리핀, 한국, 태국, 베트남 등이다. 2011년 10월 22일-24일 인도네시아 반둥에서 개최된 제6차 고위급회의에서 인도네시아 정부가 회원이 되기를 요청하였다. 따라서 최종적으로는 9개국이 정회원이 되었다.

건강영향평가TWG의 파트너기관으로는 지역파트너와 국제파트너가 다 포함되어 있다. 대학기관으로는 호주의 Curtin University, University

of New South Wales, 태국의 Khon Kaen University, 뉴질랜드의 University of Otago, 우리나라의 순천향 대학 등이 있다. 파트너기관으로 등록된 세계보건기구의 지역기관으로는 South-East Asia Regional Office (SEARO), Western Pacific Regional Office (WPRO) 등이 있다. 또다른 , Regional Office for Asia and the Pacific (ROAP) and Regional Resource Centre for Asia Pacific (RRC.AP) 등이 있다. 이외에 아시아개발은행(Asia Development Bank)이 파트너로 가입을 진행하고 있다.

나. 정보수집과 공유

건강영향평가의 법제도를 위해서 다른 국가의 정보 및 국제적 차원의 정보를 공유할 필요가 있었다. 한국보건사회연구원에서는 건강영향평가의 법제도에 관한 정보를 수집하였고 건강영향평가지식포털의 영문웹사이트를 통하여 공유하였다. 수집하는 정보는 법제도에 관한 정보, 건강영향평가 가이드라인에 관한 정보, 건강영향평가를 담당하는 인력을 훈련하기 위한 프로그램 관련 정보 등으로 계획하였다. 정보를 수집한 결과 동남아시아 및 동아시아지역권에서 건강영향평가 법제도를 가지고 있는 국가는 있으나, 건강영향평가의 가이드라인, 훈련프로그램 등을 공식적으로 개발하여 운영하는 국가는 태국을 제외하면 거의 없었다.

다. 건강영향평가의 법제도적 도입 동향

회원국들 중에서 정책적으로 건강영향평가를 공식적인 도구로 사용하는 국가는 증가하는 추세이다. 태국은 건강영향평가를 위한 법제도와 조

직을 가지고 있다. 라오스도 건강영향평가의 정책은 있으나 아직 환경영향평가의 한 부분으로 추진되고 있다. 필리핀의 경우도 환경측면에서 건강영향평가를 시행하고 있다. 캄보디아, 몽고, 베트남 등은 건강영향평가의 정책을 제도화하기 위해 노력중인 국가이다. 베트남은 환경영향평가법제도를 가지고 있고, 개발사업에서 건강영향평가를 위한 기술적 가이드라인을 가지고 있다.

라. 건강영향평가의 역량강화 활동의 경과

건강영향평가의 역량강화를 위하여 technical workshop를 수행하는 역할은 한국보건사회연구원에서 주도적으로 추진하였다. 2010년에는 뉴질랜드에서 개최된 제3차 아태지역 건강영향평가 학술대회에서 태평양 지역의 국가들과 정보를 교류하는 기회를 가졌다. 2011년에는 TWG on Air Quality와의 공동 워크숍을 서울에서 개최하였다. 2012년에는 제4차 아태지역 건강영향평가 학술대회를 서울에서 개최하면서 건강영향평가TWG의 워크숍을 공동으로 추진하였다(그림 2-1 참조).

건강영향평가TWG는 주제의 특성상 다른 환경보건주제들을 포괄한다. 공기질, 식수위생, 기후변화의 영향, 폐기물안전관리, 자연재해로부터 안전대책 등이 건강영향평가를 실시할 때 고려해야 할 대상이 되기 때문이다. 특히 개발이 추진되는 저개발국가나 개발도상국들에서 건강영향평가는 점점 더 중요한 이슈가 되고 있다. 2013년 8월에는 메콩강유역의 보건문제에 대한 국제회의가 태국 방콕에서 개최되었다. 이 회의는 세계보건기구의 동남아시아지역사무소와 세계보건기구의 서태평양지역사무소가 공동주최하였다. 이러한 공동주최의 이유는 메콩강의 지역개발과 관련된 국가들이 the Great Mekong Subregion(GMS)으로 불리는 미

얀마, 라오스, 태국, 캄보디아, 베트남 등 5개국이기 때문이다. GMS지역의 보건의료문제는 경제개발과정에서 파생된 이민자 건강문제, 관광증가로 인한 AIDS 전파 등이었는데, 환경보건문제를 해결하기 위해서 국제적으로 지원과 협력이 필요한 상황이다. GMS지역의 건강문제를 해결하기 위한 대응방안으로 건강영향평가TWG의 운영사례가 발표되었다. 이후 9월에 개최된 제3차 환경장관회의에서도 TWG의 활동방향에 대한 논의가 있었다. TWG의 활동을 자발적 활동을 기반으로 하지만 전문적인 정책정보를 산출해 내는 중요한 기전이 된다는 것을 확인하였다.

[그림 2-1] 건강영향평가 역량강화를 위한 워크숍 추진경과

© 2010년 4월 제1차 회의



48 건강영향평가TWG성과평가 및 건강행태위험요인의 사회경제적 격차감소를 위한 전략평가

© 2010년 11월 제2차 회의(뉴질랜드에서 개최된 제3차 아태지역건강영향평가 국제학술대회 연합회의)



© 2011년 7월 TWG on HIA 와 TWG on Air Quality의 공동 워크숍



© 2012년 10월제4차 아태지역 건강영향평가국제학술대회와 건강영향평가TWG 연례회의의 공동개최



제3절 새로운 활동계획의 방향 Work Plan 2014~2016

1. 기본개념 및 배경

건강영향평가(Health Impact Assessment, HIA)는 이미 제안된 (proposed) 개발 정책, 프로그램, 프로젝트의 긍정 혹은 부정적인 영향을 예측하여 개인과 집단 건강을 보호하는 유용한 도구이다. HIA는 긍정적인 건강 영향을 증진시키고 부정적인 부분은 최소화시킬 수 있는 적절한 수단을 제안한다. 또한 HIA는 건강한 공공 정책 목표(healthy public policy goal)를 형성하고 모든 정책에 '건강(health)'을 포함(mainstream) 시키는데 주도적인 역할을 할 뿐만 아니라 의사결정과정을 지원하고 영향을 미친다.

2009년 3월, 베이징에서 개최된 환경과 건강에 관한 고위급 관료 회의(the Fourth High-Level Officials' Meeting on Environment and

Health)에 따르면, 일부 회원국들이 새로운 지역적 우선순위(the HIA)를 형성할 필요가 있음을 제안하였다. 이 연장선상에서, 한국보건사회연구원(the Korean Institute of Health and Social Affairs, KIHASA)을 의장으로 하여 2010년 4월에 HIA에 대한 새로운 Thematic Working Group(TWG-HIA)가 형성되었다. 동남아시아와 동아시아 국가들이 참여하는 두 번째 The Ministerial Meeting on Environment and Health in Southeast and East Asian countries 가 2010년 7월 15일에 대한민국 제주도에서 개최되었다. 이 회의에서 HIA에 대한 새로운 지역 우선순위가 승인되었고, TWG-HIA Work Plan(2010~2013)이 통과되었다.

TWG-HIA Work Plan(2010~2013)의 목표는 (i) HIA에 대한 정보 및 지식의 공유, (ii) 정부 의사결정과정에서의 HIA 포함과 개발, (iii) 정보 확산과 역량 강화를 통한 HIA 전문 인력(professional staff)의 기술과 지식 향상에 있다.

2010년 11월 19일에 뉴질랜드 더니든에서 열린 두 번째 TWG-HIA 회의 동안, 회원국들은 TWG-HIA Work Plan(2010~2013)을 검토하고 개선(refined)했다. 또한 이 회의에서 TWG-HIA 회원국 의장으로 지명된 태국이 계속해서 2014~2016년 사이에 열릴 다음 TWG-HIA 의장을 맡을 것을 동의하였다.

2012년 10월 9일부터 10일에 대한민국 서울에서 KIHASA의 주관으로 열린 네 번째 아시아-태평양 HIA 회담(conference)이 개최되었다. 연이어 TWG HIA 회원국들이 참석하는 Business meeting이 2012년 10월 11일에 열렸다. TWG-HIA 회의는 TWG-HIA Work Plan(2010~2013)의 진행 중인 활동에 대한 검토가 이루어졌다. 또한 이 회의에서는 회원국들의 HIA 역량 강화, 정보 공유가 필요하다는 점과

ASEAN 국가들에게 TWG-HIA를 알리고 참여시켜야 한다는 점에 대하여 다루었다. 또한 TWG-HIA 업무가 KIHASA에서 다음 3년 동안 TWG-HIA Work Plan(2014~2016)의 개발을 이끌 태국 Department of Health, Ministry of Public Health(DOH-MOPH) 의장으로 이전됨에 따른 준비 문제가 논의되었다.

태국 Khon Kaen University의 Public Health 학과 교수진 (FPH-KKU)와의 공조를 통해, DOH-MOPH는 현재 다음과 같은 사항이 필요하다. (i) TWG-HIA Work Plan(2014~2016) 초안, (ii) 회원국들이 HIA 역량 강화를 위한 수요(need) 조사가 그것이다.

새로운 TWG-HIA Work Plan(2014~2016)와 HIA 역량강화 수요 측정의 완수를 위해, DOH-MOPH와 FPH_KKU는 TWG-HIA Work Plan과 HIA 역량강화 필요 조사의 초안을 작성하고, 이 자료들을 회원국들과 지역 및 국제적 파트너에게 보내 제안과 의견을 수렴하였다.

2. 목표

- 1) 새로운 3년간의 TWG-HIA Work Plan(2014~2016)의 초안을 작성하고 회원국 및 지역, 국제적 파트너들에게 Work Plan 초안에 대한 제안 요청
- 2) HIA 역량 강화 수요와 TWG-HIA 회원국들 그리고 지역적, 국제적 파트너들의 HIA 교육 과정/프로그램 가용성 탐색

3. 활동

- 1) 태국의 DOH-MOPH와의 논의를 통해 FPH-KKU는 새로운 3년 간의

TWG-HIA Work Plan(2014~2016)의 첫 번째 초안을 개발하고 이를 TWH-HIA 회원국들과 지역적, 국제적 파트너들에게 보내 자문을 받을 예정이다.

- 2) 태국의 DOH-MOPH와의 논의를 통해 FPH-KKU는 현존하는 회원국들과 지역적, 국제적 파트너들의 HIA 훈련과 교육 과정/프로그램을 탐색함과 동시에, HIA 역량 강화 수요 측정에 대한 조사 양식을 보낼 예정이다.

4. 목표의 개발과정

TWG-HIA Work Plan(2014~2016)의 첫 번째 초안은 제안과 조언을 얻기 위해 TWG-HIA 회원국들과 지역적, 국제적 파트너들에게 보내질 예정이다. FPH-KKU와 태국의 DOH-MOPH는 피드백을 수렴하고 난 이후, TWG-HIA Work Plan(2014~2016)의 첫 번째 초안을 완료하고, DOH-MOPH는 한국 서울에서 개최될 다음 TWG-HIA 회의에서 TWG-HIA 회원국들에게 소개되고 자문을 받을 예정이다. HIA 훈련 수요 측정 보고와 HIA 훈련 및 교육 과정/커리큘럼들의 가용성 또한 다음 TWG-HIA 회의에서 논의될 것이다.

TWG-HIA 회의 동안, 회원국들에게 최종적으로 개정되고 개선된 새로운 TWG-HIA Work Plan(2014~2016)은 2013년 9월 9-10일에 말레이시아의 쿠알라룸푸르에서 동남아시아 및 동아시아 국가들의 참여로 개최될 세 번째 환경 및 건강 관련 장관급 회의에서 승인을 받아 추가 개선이 이루어진 뒤에 제출될 예정이다.

5. 활동계획의 기본개념

아시아 환경·보건장관 포럼(The Regional Forum on Environment and Health in Southeast and East Asian Countries)은 건강 위험을 감소하고 정책, 프로그램, 사업 개발 과정을 증진할 수 있는 기회를 모색 하는데 필요한 크로스커팅 도구(cross cutting tool)로서 HIA를 높이 평가해왔다. 2010년 한국 제주도에서 열린 두 번째 장관급 지역 포럼(The Second Ministerial Regional Forum)도 2010~2013년의 우선순위에 따라 지역 환경 및 보건 헌장(the Regional Environment and Health Charter)에 부록을 추가하였다. 이는 정부가 모든 차원(levels)에서 환경 문제(environment concern)와 관련한 우선순위에 건강영향(health impact)을 고려해야 함을 다루고 있다. 환경 문제에는 다음과 같은 사항이 포함된다. 공기 질(air quality), 물, 위생 시설(sanitation) 및 위생 상태(hygiene); 고형 폐기물(solid waste), 위험 폐기물(hazardous waste); 독성 화학물질(toxic chemicals)과 위험 물질들(hazardous substances); 기후변화, 오존층 파괴, 생태계 변화(ecosystems change); 환경보건 계획에서의 대응계획 수립(contingency planning), 준비, 대응이 그것이다.

지구적 차원에서는, 2012년 6월에 열린 리오 환경 정상회담(the Rio+20 Earth Summit Conference)에서 녹색 경제에 초점이 맞추어졌고, 지속가능한 개발을 위한 전제조건과 또 다른 인디케이터(indicator)로서 건강을 인지했다. 나아가, 세계보건기구(the World Health Organization, WHO)는 건강을 녹색경제개발 문맥 속에 포함시키고, 정책 측정 도구(policy measuring tool)로서 HIA를 사용하는 회원국들을 장려하였다. 최근 2012년 8월에 캐나다에서 개최된 국제

HIA 회의(International HIA Conference)에서는 부문 간 의사결정과 정책 영역의 고려대상에 건강을 포함시킬 필요가 있음이 강조되었다.

대부분의 동남아시아 및 동아시아 회원국들은 일부 국가들이 결국에는 HIA 의무조항을 이행하는 기관을 설립하고 법제화 틀 내에 HIA를 시행함에도 불구하고 여전히 HIA의 필요성에 대해 논의하고 있다. 다른 국가들은 기존의 EIA 체제 내에 포함시키는 추가적인 법적 메커니즘으로 HIA를 법령(degree) 및 관련 규정(sub-degree)에 제정하려고 하고 있다. 일부는, 자국민들의 건강을 보호하기 위한 도구 혹은 수단으로서 보건 혹은 환경 부문에 HIA를 편입시키기 위해 법(law)과 규제(regulation)의 개정을 검토하고 있다. 또한 대다수의 국가들은 그들의 국가 환경보건 시행계획(national environmental health action plan)에서 HIA를 다루고 있다. 또한 일부에서는 HIA를 그들의 개발정책 전략을 위한 또 다른 도구로서 적용하였다. 그러나 일부 국가들은 여전히 HIA가 국가 정책 개발 과정의 초기 단계에 머물러있다.

HIA 가이드라인과 방법은 -일부 국가들에서 입안 과정에 있음에도 불구하고- 많은 국가들에서 개발되어왔다. 일부 국가들은 HIA의 포괄적인 가이드라인뿐만 아니라, 특정 부문별 가이드라인(sector specific guidelines)까지 발전시켰다. 수자원, 광물자원, 에너지, 지역 정부 혹은 도시개발정책전략 등이 그 예이다. 가이드라인의 유형은 EIA 시스템, 공중보건법과 규칙의 HIA 코드, 공중보건 어드보카시(advocacy)를 위한 HIA 가이드들이 HIA와 결합된 형태이다. 정책 수준에서는, 개발 정책 측정에 HIA 적용하는 것은 괄목할만한 수준으로 이루어졌다. 예를 들어, 한국에서 산업복합공급계획(Industrial Complex Supply Plan, 2002-2011)의 검토와 측정에 HIA가 사용되었으며, 태국에서는 에너지와 자유무역협정 정책을 평가하는데 사용되었다.

회원국들이 이용한 HIA 방법(methods)과 도구(tools)는 변화하고 있으며, 상이한 초점(foci)을 가지고 있다. HIA의 정성적 방법은 최종적으로 국민 건강증진을 위하여 건강한 공공 정책 전달을 만들기 위해 HIA를 사용하는 국가들이 흔히 도입하는 방법이다.

환경보건 위험측정(the environmental health risk assessment) 및 전염병적 접근법(epidemiological approaches)과 같은 HIA 정량적, 반정량적 방법은 EIA 시스템에서 제시된 개발정책의 건강 영향을 평가하기 위해 일부 국가들에서 선호되는 방법이다.

많은 국가들은 보건 및 환경 전문가들을 위한 HIA 훈련 세션을 짧은 단기 코스로 만들었다. 일부 지방(local) 및 지역(regional) 대학들과 학문적 기관들은 다양한 HIA 단기 훈련 강좌를 제공하며, 일부는 교육 커리큘럼 안에 HIA 코스를 개발하기도 하였다.

현재까지, HIA에 대한 폭넓은 지식과 플랫폼(platform)을 교환하는 경험을 위해 최소 4개의 HIA Regional Asia and Pacific Conferences 가 회원국들과 연구기관, 국제기구의 협력 하에 조직되어 있다. 가장 최근에 생긴 것은, 2012년 10월 9-10일에 한국의 서울에서 열린 제 4차 Asia and Pacific Regional Health Impact Assessment Conference이다.

TWG-HIA Work Plan(2010~2013)의 목록에 포함된 현재의 활동들은 그 목표를 달성하였다. 그러나 TWG-HIA Work Plan 기존 활동의 지속적인 이행에 대한 회원국들의 예비 제안(a preliminary suggestion)과 그 반영(reflection)이 남아있다. 이를 위해 HIA 역량 강화와 정보 공유 및 교환에 대한 추가적인 행동을 강화해야 한다. 다음 3년 동안 TWG-HIA Work Plan(2014~2016)은 HIA 학습과 지식 공유, HIA 회원국들의 역량 강화, 회원국들에 HIA 모범 사례를 제시하는 등 더 많은 플랫폼들(platforms)을 조직하고 중재하는 데 고려될 수 있을 것이다.

6. 세부목표

- 1) 회원국들 사이에서 공유되는 지식과 경험, HIA 학습의 증진
- 2) HIA 도구와 방법의 사용과 HIA적용에 대한 경험 및 지식을 교환하기 위한 6개의 TWG들의 협력
- 3) 회원국들의 HIA 역량 강화

7. 세부활동

(목표 1) 회원국들 내의 지식과 경험 공유, HIA 교육 증진

활동	연대표			책임 회원(Lead member)
	2014	2015	2016	
1) 다부분별, 부분별 정책 개발 과정으로 HIA를 포함시키는데 있어 회원국들의 정책 기반 HIA 사례에서 교환 도출 및 검토, 그리고 지역을 위한 자료로서 간략한 문서 등의 HIA 정책 어드보카시(advocacy)를 만들.				미정
2) EIA시스템에 HIA를 포함시키는데 있어, 회원국들의 프로젝트 기반 HIA 사례에서 교환 도출 및 검토, 그리고 지역을 위한 자료로서 EIA 요약 문서에서 HIA 관련 내용을 만들.				미정
3) 지역사회가 주도한 회원국들의 HIA 사례 검토 및 교환 도출. 지역을 위한 자원으로서 지역사회 중심의 HIA 간략한 문서를 만들.				미정
4) HIA의 법제화와 제도화에 대한 간략한 문서를 만들고 검토				미정
5) 회원국들의 HIA에의 보건당국의 역할 및 기능에 대한 간략한 문서를 만들고 검토				미정
6) 회원국들의 보건법/규제에서 HIA의 개발과 관련한 간략한 문서를 만들고 검토				미정
7) 회원국들에게 새로운 HIA Conference와 Workshop events에 대한 정보를 널리 알림				미정

활동	연대표			책임 회원(Lead member)
	2014	2015	2016	
8) HIA의 지식 및 경험 공유를 위해 5번째 HIA Regional Conference 조직				미정
9) HIA 모범 사례 판별 및 전달				미정
10) 지역적, 포괄적 HIA 가이드라인만들기				미정

(목표 2) HIA 도구 및 방법의 사용, HIA 적용에 대한 경험 교환과 지식과 관련된 6개의 TWG가 함께 협력하는 것

활동	연대표			책임 회원(Lead member)
	2014	2015	2016	
1) 워크숍을 통해 6개의 환경보건 분야의 TWG 회원국들이 함께 HIA 정보 및 경험을 공유				미정
2) 회원국들의 HIA 시행을 위해 사용한 도구와 방법 검토				미정
3) 6가지의 TWG 테마 중에서 크로스커팅 이슈(cross cutting issues)에 대한 특정 HIA 가이드라인 제공				미정

(목표 3) 회원국들의 HIA 역량 강화

활동	연대표			책임 회원(Lead member)
	2014	2015	2016	
1) 학문적 기관과 WHO에 의한 HIA 훈련 과정과 이전 HIA 훈련 의 가용성 수집, TWG와 회원국 내의 관심 있는 전문가에게 해당 코스 알림				미정
2) 회원국들을 위해 가능한 HIA 훈련 워크숍 강좌 개시 및 개발				미정

8. 예상되는 결과물

- 1) 정책, 프로젝트, 지역사회 기반 HIA 사례에 대한 간략한 문서 보고서
- 2) 포괄적 HIA 가이드라인 보고
- 3) HIA 모범 사례 보고
- 4) HIA 도구(toolkit) 간략 문서 보고
- 5) HIA 도구(tools) 및 방법 훈련 워크샵 보고
- 6) HIA 훈련 및 학문적 HIA 강좌 모음(compilation) 보고
- 7) HIA 훈련 워크샵 강좌 개발 보고
- 8) TWG-HIA 웹사이트에서 HIA Conference 와 Workshop events
알림
- 9) HIA Regional Conference 보고
- 10) HIA 법제화와 제도화에 대한 간략한 보고
- 11) 회원국들의 HIA에 대한 보건 당국의 역할 및 기능에 대한 간략한
보고
- 12) 회원국들의 보건법/규제 내에서 HIA의 개발에 대한 간략한 보고

9. 자원

이상의 계획들은 회원국들과 국제기구에 의해 검토되고 2014년의 계획에 반영될 예정이다.

제4절 소결

동남아시아 및 동아시아 환경보건포럼은 환경과 보건이라는 두 가지

정책의 상호협력을 추구한다는 점에서 부처간 협력의 의의가 있다. 건강영향평가분야의 활동계획은 1회기를 2013년까지 마치고 2014년부터 2016년까지의 2차 활동계획을 마련하는 단계에 진입하였다. 1차 활동계획은 건강영향평가의 제도화 차원에서 지역 내의 장애요인 극복사례 및 성공사례를 공유하여 정부의 역량을 강화하는 데 기여할 수 있었다. 2차 활동계획은 여기서 좀더 나아가 지역내의 건강영향평가의 지침을 개발하고, 사례를 수집하는 등 기술적 측면에서 표준화 노력을 통해 역량을 강화하는 데 초점을 두고 있다고 볼 수 있다. 동남아시아지역의 건강영향평가노력이 유럽보다 늦게 시작하였지만 지역에 기반한 근거를 쌓아가는 데 기여할 것으로 사료된다.





제3장 유럽 건강영향평가제도와 건강형평성 제고 정책

제1절 건강영향평가의 개념 및 정책

제2절 건강행태위험요인의 사회경제적 격차 개념과 정의

제3절 사회경제적 격차감소를 위한 전략



3

유럽 건강영향평가제도와 << 건강형평성 제고 정책

제1절 건강영향평가의 개념 및 정책

1. 건강영향평가의 개념

건강영향평가는 여러 가지 영향평가 정책중의 하나이다.⁶⁾ 건강영향평가는 사업이나 정책이 시행되기 전에 건강의 영향을 미리 검토하여 건강에 이로운 방향으로 정책을 조정하도록 하는데 목적을 둔 보건정책의 방법이다. 주목할 것은 정책이나 사업, 프로젝트가 어떤 특정 인구집단의 건강에 줄 수 있는 잠재적 영향을 검토하고, 그 분포를 가늠할 수 있어야 한다(WHO, 1999). 세계보건기구에서 건강영향평가를 중요시하는 이유는 비보건분야에서 인구집단의 건강을 고려한 공공정책을 추진할 수 있도록 하기 위해서이다. 건강영향평가의 목적은 정책결정에 영향을 주어서 건강에 이로운 방향으로 수정하는 것 외에도 건강의 형평성을 제고하려는 취지가 있고 지속가능한 개발을 독려하기 위함이다.⁷⁾

건강영향평가를 통해서 건강의 위험요인을 최소화하고, 건강의 이득을 최대화 하기 위해 정책계획을 수정해야 한다(Kemm, Parry and Palmer, 2006). 이를 위해 여러 가지 평가절차와 평가방법, 평가도구들이 필요하다.

6) 영향평가에는 환경영향평가, 전략적 영향평가, 건강영향평가, 성 영향평가, 교통영향평가 등 다양한 종류의 평가정책이 포함된다.

7) 자료원 : www.who.int/hia

강은정 등(2008)의 연구에 의하면 건강영향평가에서 가장 중요한 업무는 다음의 두 가지 요소이다.

- 서로 다른 정책 대안들의 건강에 미치는 영향을 정확히 예견
- 모든 분야의 정책 결정 과정에서 건강에 대한 영향을 고려

건강영향평가의 두 가지 특성을 완수하기 위해서 다양한 근거를 검토하는 과정이 필요하고, 전문가의 참여가 필요하다. 모든 분야의 정책결정 과정에서 건강에 대한 영향을 고려해야 한다는 점에서 세계보건기구의 Health in all 정책의 의미를 반영한다는 것을 알 수 있다.

2. 건강의 결정요인

건강영향평가의 특징은 다양한 건강의 결정요인을 고려해야 한다는 데 있다. 건강의 결정요인을 검토해야 할 인구집단의 대상은 다양한 세부집단으로 구분할 수 있다. 어린이, 청소년(0~18세), 노년층(65세 이상), 소수민족, 저소득층, 장애인, 난민 망명자, 여행객, 일반계층(18~64세), 정책이나 서비스를 이용하는 이용자, 근로자 등이다.⁸⁾ 이러한 다양한 세부인구집단에 영향을 줄 수 있는 건강의 결정요인은 개인 및 가족요인, 물리적 및 사회적 환경요인, 제도적 요인 등으로 다시 구분할 수 있다 (Birley, 2011).

Nakamura, Keiko(2004)는 건강의 결정요인을 정량화하여 통계로 나타낼 수 있는 지표를 개발하였다. 인구학적 지표로는 인구성장률, 노인 비율, 1인가구비율 등이 대표적인 지표가 될 수 있다.

8) 지자체를 위한 건강영향평가 지침(영국)

<http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=44880>

〈표 3-1〉 건강의 결정요인

건강결정 요인 분류	특정 건강결정요인	
	세부 분류	사례
개인 / 가족	생물적(Biological)	유전, 연령, 특수한 감각(special senses), 성, 면역, 영양 상태 등
	행동(Behavioural)/ 생활양식(Lifestyle)	위험 인식, 행동, 직업(occupation), 교육 등
	정신 건강	자기 존중감(Self esteem), 주관적 규범(efficacy belief), 정신 질환(illness) 등
	가족 환경(family circumstances)	가난, 권한(empowerment), 가족 구조(structure) 등
환경	물리적	대기, 수질, 토질, 환경변화, 소음, 기반시설(infrastructure), 해충, 주거 공간, 에너지, 토지 사용, 오염, 농작물, 음식, 교통, 녹지, 기후 등
	사회적	지역사회구조, 가족구조, 문화, 범죄, 차별, 사회적 응집성 (social cohesion), 성별(gender) 등
	경제적/재정적	실업률, 투자율, 금리(interest rate), 인플레이션 비율, 환경 통제의 비용(cost of environmental controls) 등
제도	보건의료제도	일차 의료(Primary care), 병원 서비스, 접근성, 약품의 이용 가능성, 의료의 질 등
	기타 제도	화재 예방, 구급차, 민간단체, 시민단체, 복지서비스, 응급 서비스, 교통량 규제, 범죄에 대한 두려움 감소 등
	정책	규제관련 법제도(금연구역, 금연빌딩, 학교주변 식품안전구역 등) 주택 공급, 쓰레기 처리, 교육, 지역사회 동기부여 (Community empowerment)

자료: Martin Birley (2011) Health Impact Assessment: principles and Practice, Earthscan, New York, USA.

66 건강영향평가TWG성과평가 및 건강행태위험요인의 사회경제적 격차감소를 위한 전략평가

〈표 3-2〉 건강 결정 요인(factors) 계산에 사용할 수 있는 지표들

분류	지표들
인구학적 지표들	D1. 저녁 시간(Night-time) 인구 밀도 D2. 저녁 시간(Night-time) 인구 성별 비율 D3. 낮 시간(Day-time) 인구 밀도 D4. 인구집단 성장률 D5. 인구집단 중 노년층 비율 D6. 일인 가구(private one-person households) 비율
생활편의시설 (Amenity) 지표들	A1. 흡연 관련 가구당 불평신고 수 A2. 외부 소음 관련 가구당 불평신고 수 A3. 토지 1평방 킬로미터 당 도시 공원의 평방킬로미터 면적 A4. 인구당 하루에 배출되는 평균 쓰레기 무게 A5. 모든 거주 단위의 비율 대비 소유자(owner-occupied) 거주 단위 A6. 인구 당 거주 단위의 평균 면적 A7. 열악한 거주 단위의 비율 A8. 폭이 60m이상인 도로 50m내에 위치한 거주 단위 비율 A9. non-flush 화장실을 가진 거주 단위 비율
작업 환경 지표들 (Working- environmental indicators)	W1. 실업률 W2. 인구집단 비율 대비 취업 수 W3. 전체 인력 비율 대비 3차 산업 인력 W4. 전체 인력 비율 대비 매니저와 사무직 W5. 전체 인력 대비 피고용인 수 W6. 1000명 당 사업체(establishment) 수 W7. 전체 인력 성장률 W8. 모든 사업체 비율 대비 작은 규모의 사업체(4인 이하 고용) W9. 1인당 주민세
기반시설 지표들	I1. 하수도 가용성 I2. 전체 토지 면적 중 도로 비율 I3. 좁은 도로의 비율(5.5m 이하) I4. 도로 1킬로미터 당 자동차 수 I5. 인구 100,000명 당 우체국 수 I6. 방화 재료로 만들어지지 않은 나무 집의 비율
교육 지표들	E1. 초등학교 당 학생 수 E2. 중학교 당 학생 수 E3. 고등학교 당 학생 수 E4. 중학교 졸업생 취업률 E5. 고등학교 졸업생 취업률 E6. 정정 교육 수준(Age-adjusted educational level) E7. 정정 성별 교육수준(연령 50세 이내) E8. 100,000명 당 도서관 수

분류	지표들
보건의료 및 복지 서비스 지표들	S1. 100,000명 당 의사 수 S2. 100,000명 당 병원 혹은 클리닉 침상 수 S3. 전체 가구 비율 대비 복지 원조 수혜자 수 S4. 전체 복지 원조 지출의 의료-원조 지출의 비율 S5. 클리닉에서 건강검사를 받은 사람의 비율 S6. 100,000명 당 구급차 호출 수 S7. 의료 시설에서 500m 이상 떨어진 거주 단위 비율

자료: Nakamura, Keiko. Indicators for Healthy Cities: tools for evidence-based urban policy formation, Takano. Takehito. (eds.). (2004). *Healthy Cities and Urban Policy Research*. Routledge. p.102.

제2절 건강행태위험요인의 사회경제적 격차 개념과 정의

1. 사회경제적 건강격차의 개념과 정의

가. 건강의 불평등 및 형평성의 의미

건강수준과 관련된 사회경제적 격차의 개념은 건강불평등(health inequality), 건강격차(health disparity) 건강형평성(health equity) 등의 용어로 사용되고 있다. 건강불평등은 건강의 차이 또는 격차를 나타내는 용어로 주로 사용되고 있고, 건강형평성은 보다 정치적이고 사회정의적 차원에서 사용되는 것으로 해석되고 있다(한양대학교 산학협력단, 건강증진사업지원단, 2009). 건강형평성 또는 건강불평등을 나타내는 지표는 사회계층별 사망률의 차이, 지역별 사망률의 차이로 설명되기도 한다(강영호 등, 2006).

형평성은 고텐부르크 합의서의 네 가지 가치 중의 하나다. 이 용어는 아래와 같이 설명된다.

“형평성은 HIA가 인구집단 건강에 대한 정책 평가의 전체적 영향뿐만 아니라, 성별, 연령, 종교적 배경 및 사회경제적 위치의 측면에서 인구집단 내 영향의 분포에도 초점을 맞추고 있음을 강조한다.”(WHO, 1999)

먼저, 형평성(equity)과 비형평성(inequity)과 평등(equality) 과 불평등(inequality)을 구분할 필요가 있다(Kemm, 2013). 불평등(inequality)은 사람들이 건강한 상태, 부의 수준(degree)과 같이 상이한 특성을 가질 수 있음을 내포한다. 비형평성(inequity)은 이러한 차이가 불공정(unfair)함을 의미한다. 불평등은 유아 사망, 기대수명, 상이한 질병의 출현, 주관적 질병의 분석(measures of subjective health) 등을 통해 측정될 수 있다. 한 사회 안에서는 교육, 부, 건강과 같이 거의 모든 것들이 불평등하게 분포되어 있다. 그 결과, 상이한 사회 경제적 집단들 간에 존재하는 대부분의 건강 불평등은 사람들이 의도적으로 선택하거나 회피할 수 없다는 점에서 비형평성(inequity)하다. 불공평에 대한 이러한 관점은 피할 수 없는 부정적인 영향은 대부분 특혜를 받거나 덜 궁핍한(least deprived) 사람들에게 주어져야 하며, 반대로 긍정적인 영향은 궁핍하며, 덜 특혜를 받은 사람들에게 돌아가야 한다는 결론에 이르게 한다. 영향의 분포(the distribution of impacts)가 공정해야 하지만, 무엇이 공정한 것이며, 결과적으로 어떤 집단이 긍정적 혹은 부정적 영향을 감당해야 하는지에 대해서는 논란의 여지가 있다.

HIA 수행에 참여하는 사람들은 현재의 불공평과 부정 혹은 긍정적인 영향이 인구집단내의 상이한 집단들 사이에서 어떤 선택으로, 어떻게 분포되는지를 정의(describe)해야 한다. 현재의 불공평 여부를 판단하고 영향의 분포에 형평성 유무를 판단하는 것은 HIA 평가자가 아닌 의사결정자(decision maker)이다. 그럼에도 불구하고 HIA 평가자들은 자신들의 견해를 반영하여 불평등을 감소시킬 수 있는 완화 수단(mitigation

measures)을 제안할 수 있다(kemm, 2013).

고려할 영향이 많은 경우에는 중요성에 따라 이를 우선 순위화 하는 것이 도움이 될 수 있다. 존 켈(John Kemm, 2013)은 영향이 중요한지 혹은 그렇지 않은지를 판단할 수 있는 질문 몇 가지를 목록화했다.

- 얼마나 많은 사람 혹은 인구집단에서 어느 정도의 비율이 영향을 받을 것인가?
- 영향의 피해는 얼마만큼 심각한가?
- 영향이 발생할 확률은 어느 정도인가?
- 누가 영향을 받게 될 것인가?

만약 영향이 많은 수의 사람들에게 영향을 준다면, 적은 수의 사람들 보다 인구집단 중 높은 비율에 주는 영향이 더 중요하다. 영향의 본질에는 다음 사항이 고려되어야 한다. 논란의 여지가 있다 하더라도, 사망이 다리 절단 보다 더욱 심각한 영향으로 고려되어야 한다는 것이다. 영향의 지속기간과 가역성(reversibility) 또한 중요한 요소이다. 평생 지속되는 질환은 일시적인 질환에 비해 받아들이기 어려울 수 있다. 영향의 시기도 중요하다. 다음 달에 발생할 영향이 지금부터 5년 후에 발생할 같은 수준의 영향보다 받아들이기 어렵다. 영향의 확실성(certainty) 또한 관련이 있다. 반드시 발생할 부정적 영향이 일어날 가능성이 있는 영향보다 수용하기 힘들다. 누가 영향에 취약한지를 고려하는 것은 다소 논쟁의 여지가 있다. 모든 인간의 삶이 동등하게 고려되어야 하기 때문이다. 그러나 이는 성인보다는, 유아, 노인 혹은 장애인에 미치는 영향에 초점을 맞출 경우 완화될 수 있다. 만약 형평성을 중요하게 고려한다면, 특혜를 받은 사람들보다 사회적으로 소외된 사람들의 영향을 더 중요하게 본다는 것을 용인하기 어렵다. 이런 모든 영향을 결정하는 것은 영향들이 모두 복합적

으로 작용하며, 많은 가치판단(value judgement)을 해야 한다는 점 때문에 매우 어렵다. 그럼에도 불구하고 이는 논의될 필요가 있으며, 상황적 배경(contextual setting)에 맞게 사용될 수 있도록 개발된 다양한 도구들이 있다.

HIA 정책을 건강 증진 프로그램에 실제로 도입하는데 있어 형평성을 장려하는 것은 의도한 HIA의 정의, 목적, 내부 절차(internal process)의 구체적인 계획을 먼저 필요로 한다. 이 계획은 HIA의 전반적인 방향에 대한 안내(guidance)를 제공해야 한다. 지침서(a primer; Heller et al, 2013)는 건강증진프로그램에 사용될 수 있는 건강 형평성을 발전시키기 위한 도구로서 HIA를 활용하는 일련의 원칙들을 제공해왔다.

1. HIA의 초기 및 전체 단계에서 지역사회 리더십, 소유권, 감독(oversight), 참여를 보장.
2. HIA가 중점을 두는 의사결정 과정에서 취약 인구집단의 확실한 참여(authentic participation)를 지원하기 위한 절차로서 HIA를 활용
3. 취약 인구집단을 판별하고 연관 제안서(proposals)를 HIA의 실행 대상으로 함.
4. HIA의 주된 목표가 가장 취약한 인구집단의 건강 함의(health implication) 및 건강이 좋지 않은 사람들에 대한 위험을 판별하고 이해하는 것임을 보장
5. HIA는 자료가 가능한 경우이면 인구집단들 간의 건강영향의 분포 측정을 보장
6. 건강 이익(health benefits)의 형평성 있는 분포를 내고, 가장 취약한 인구집단 간의 긍정적인 건강 결과를 위해 필요한 조건을 극대화

할 권고사항을 판별

7. HIA의 결과물과 권고사항을 측정을 받는다는 결정으로 인해 가장 영향을 받을 것으로 생각되는 취약한 인구집단과 충분한 의사소통을 보장
8. HIA가 초점을 맞출 대상에 대한 결정이 내려지고 난 뒤에는, 그 결정의 실질적 영향이 모니터되고, 자원과 메커니즘들이 향후 발생할 수 있는 상반된 영향을 다룰 수 있도록 보장.

HIA의 제도화는 정부의 지방, 지역, 국가 수준의 정책 입안 절차에 포괄적인 도입을 위한 정책 지원을 필요로 할 수 있다. 이는 HIA의 제도화를 위한 정책 지원, 정치적 리더십, 역량 강화, 자원 등과 같은 가능한 요인들을 필요로 한다. 그러나 이것이 정책 결정 체제에 HIA의 절차가 통합되어 다양한 활동이 수행되지 않고 한 국가가 HIA 제도화의 폭넓은 절차를 가진 경우에는 적용되기 어렵다.

형평성(equity)과 불평등(inequality)에 대해서는 다각적인 고려가 필요하다. 고려할 사항들은 국가의 발전 단계, 국가 혹은 지역의 전체적 역량, 가능한 이슈들이나 HIA의 의도한 목적에 따라 달라질 수 있다. 만약 HIA가 건강 형평성(health equity)에 초점을 맞추고 있다면, 그것은 해당 국가의 계획 및 의사결정을 강화할 수 있는 가치와 목표에 대해 많은 특정 논란거리를 불러일으킬 것이다(Harris-Roxas et al, 2012).

나. 국제사회에서의 건강불평등 지표

OECD국가들에서 건강형평성의 과제는 보건의료서비스에 대한 공평한 접근성을 보장하는 것과 건강수준의 차이를 감소시키는 것 두가지에

중점을 둔다. 소득수준의 차이에 따라 보건의료서비스이용도가 다르다는 결과가 보고된 바 있다. 일반의료진 방문보다는 특수 전문의료진 방문에서 소득수준의 차이에 따른 의료이용차이가 더 뚜렷한 것으로 보고된 바 있다.⁹⁾

2. 건강격차 감소를 위한 정책적 전략

사회경제적 건강격차를 감소시키기 위한 정책적 전략으로는 작업환경, 고용, 주거, 교육, 건강보험, 식품 및 농업, 지역적 편차감소, 보건의료정책 등이 있다고 보고된 바 있다(Dahlgren & Whitehead, 1991). Dahlgren & Whitehead는 1991년 당시 보고서에도 라이프스타일이 사회경제적 격차에 따라 상이하다는 것을 지적하였고, 흡연, 음주, 식습관, 운동 등 건강행태의 격차의 원인은 인구집단의 시간, 공간, 비용적 제한 때문에 발생한다고 하였다.

3. 사회경제적 건강격차에 대한 실증적 연구결과

박정래¹⁰⁾의 연구에서 정부 추진보건정책과 소득수준별 건강양극화 현상을 고찰하여 우리나라의 건강관리서비스가 한계가 있음을 분석 및 지적하였다.

변용찬 등¹¹⁾의 연구에서 지역별 건강수명의 차이를 분석하였고, 기대수명과 건강수준의 상관관계를 규명하였고, 의료자원과 건강수명이 양의

9) <http://www.oecd.org/els/health-systems/inequalitiesinhealthcareuseinoecd-countries.htm>

10) 박정래, 근로자 흡연의 건강불평등과 사업장 금연정책, 산업보건, 2011년4월호, 38-49.

11) 변용찬 외(2011) 지역별 건강수명의 형평성분석과 정책과제, 한국보건사회연구원

상관관계가 있는 것으로 분석되었다.

이용재 등¹²⁾의 연구에서 국민건강영양조사자료에 나타난 의료이용의 형평성을 분석하여 저소득층의 미충족의료상태를 분석하였다.

신호성(2012)의 연구에서 다빈도 발생질환의 지역별 의료이용 차이, 다빈도 발생질환의 지역별 의료이용 차이 등을 연구하여 취약계층대상 건강불평등 완화정책을 제안하였다.

권순만 등(2007)의 연구에서 건강행태의 건강격차가 뚜렷하게 나타나는 분야는 흡연, 고도음주, 고강도운동, 여성의 비만 등이었다. 사회계층간 기대여명의 차이가 많게는 20년이상(20-24세 남자 경우) 나는 것으로 파악한 바 있어 사회적 업스트림 정책의 중요성이 강조되었다(권순만 등, 2007).

이상이 등(2007)의 뇌졸중 관련 사회경제적 격차 연구에 의하면 소득수준이 낮을 수록 뇌졸중발생이 높고 생존율은 낮았는데, 외래의료를 포함한 의료이용은 소득수준이 낮을수록 낮은 것으로 나타났다. 즉 소득수준이 낮은 계층에서 의료의 미충족이 많이 발생하는 것을 알 수 있다. 신호성 등(2012)의 연구에서는 사회적 격차에 따른 건강수준의 격차를 감소하기 위하여 의료이용자 중심의 의료생활협동조합을 기반으로 한 통합된 의료서비스모형을 제안하였다.

유럽은 세계보건기구 유럽사무소에 53개국이 등록되어 있으며, 서로 다른 역사를 가지고 있는 국가들의 집합체이다. 유럽에서 인구집단의 건강격차는 정치적인 역사에 기인한다고 볼 수 있으며, 현재 건강정책에서 해결되지 않은 문제 및 국가간 건강불평등이 증가하고 있다.

12) 이용재, 박창우, 건강상태에 따른 소득계층별 의료이용의 형평성 변화, 사회복지정책 38권1호, 2011년3월, pp. 33-55

건강불평등은 소득불평등, 건강수준의 격차, 사회안전망 부재, 건강보험의 보장성 약화 등 다양한 원인에 의해 심화될 수 있다(한겨레, 양극화 8, 2006). 세계보건기구는 '건강21'의 Target2에서 건강불평등(Equity in health)을 다루게 되었고, 2020년까지 모든 회원국의 사회경제적 집단간의 건강격차를 25% 줄인다는 목표를 제시한 바 있다. 이는 유럽지역에서 국가내 건강격차의 원인을 빈곤, 재정, 성별, 교육수준 등으로 보고, 사회의 모든 분야에서 사회적·성별 불평등의 감소, 건강에 미치는 영향의 완화에 대한 책임, '안전망'을 통한 취약계층의 사회복지에 대한 접근성 확보 및 지속 가능한 의료 서비스의 제공을 강조하였다(WHO, 1998).

유럽의 정치적 역사는 인구집단의 건강에 깊은 자취를 남긴다. 1970년대, 1980년대의 경제 성장과 효과적인 건강정책을 추진하고, 1990년대에 자본주의 경제에 파괴적인 전환을 꾀했던 공산주의체계의 붕괴는 인구집단의 건강에 악영향을 준 것이다. 다행히도, 특히 EU를 지향하는 여러 국가들은 최근 빠르게 개선시키고 있지만, 격차를 좁히는 데는 많은 시간이 걸릴 것이며, 보건정책에서도 많은 노력이 필요할 것이다(WHO, 2010).

사회경제적 건강불평등의 시각에서 비만을 재조명하여 EU국가들의 정책을 평가한 보고서로 식이요법과 생활습관 변화만 강조하던 비만예방사업에서 사회경제적 요인들과 문화적인 요인들도 고려해야 한다는 것을 강조하였다. 비만과 관련한 사회경제적 건강불평등의 변수로는 소득, 성, 교육수준, 인종, 주거환경, 사회적지지 등을 들 수 있다(Yoline M. Kuiper, 2010).

Yoline M. Kuiper(2010)은 사회경제적 건강불평등의 시각에서 비만을 재조명하였으며, EU국가들의 정책을 평가한 보고서로 식이요법과 생활습관 변화만 강조하던 비만예방사업에서 사회경제적 요인들과 문화적

인 요인들도 고려해야 한다는 것을 강조하였다.

제3절 사회경제적 격차감소를 위한 전략

1. 국가별 정책 현황

가. 서유럽(Western Europe)

○ 담배관리(Tobacco control)

유럽에서 담배는 주요한 사망원인 가운데 예방이 가능한 사망원인이다. 많은 서유럽국가들에서 실질적으로 담배 관리가 발전했다. 담배가격 인상, 공공장소 흡연 억제, 광고금지 등과 같은 담배관리정책을 많이 실시해 온 국가는 그러한 정책을 시행하지 않은 국가에 비해 특히 남성흡연율이 더 낮다. 많은 유럽국가에서 폐암으로 인한 남성의 사망률은 감소하고 있으며, 흡연율의 감소는 허혈성 심장질환으로 인한 사망률을 감소시키는데 기여했다.

공공장소에서의 흡연을 금지하는 정책은 국가마다 성격과 시기가 다르다. 아일랜드는 유럽에서 포괄적인 금지조치를 취한 국가이며, 스코틀랜드, 잉글랜드, 웨일즈, 이탈리아, 스페인, 프랑스가 그 뒤를 이었고, 불가리아까지 확대되었다. 그러나 독일과 오스트리아와 같은 담배산업, 정치인, 과학자들간 밀접한 관계를 가진 국가들은 이러한 정책 실시가 늦으며, 취한다 하더라도 부분적이거나 약하다.

덴마크와 스웨덴간의 차이는 특이할만하다. 덴마크에서 담배산업은 흡연이 개인 자유의 표현이라는 관점에서 성공적으로 발전해왔기 때문에

마지못해 금연조치를 수용한 반면 스웨덴에서는 정부가 지속적으로 흡연 감소를 확장시키는 조치를 취했다. 그 결과 덴마크에서 폐암으로 인한 사망률은 현재 스웨덴의 두 배이며, 덴마크 여성의 흡연율은 서유럽에서보다 가장 높다.

○ 알콜관리(Alcohol control)

담배관리와 반대로 지난 40년 동안 알콜 관리에는 그다지 큰 진전이 없었다. 비록 알콜 홍보와 이용자 억제, 세금을 증가하는 등 알콜관리 정책을 강화하였으나, 거의 변화가 없었다. 알콜 소비는 여러 서유럽국가에서 증가하고 있다. 알콜소비의 차이는 부분적으로는 정책의 차이로 인한 결과이며, 건강에 대한 결과를 나타낸다.

알콜소비는 유럽의 문화와 깊은 관련이 있다. 역사적으로 볼 때, 다양한 음료는 농업의 다양성 때문이다. 그러나 이러한 역사는 세계적인 알콜 산업과 청소년들을 유혹하는 알코팝과 같은 제품의 도입에 따른 대량홍보캠페인으로 인해 무너지고 있다.

프랑스는 서유럽에서 만성간질환과 간경변으로 인한 사망률이 가장 높은 국가 가운데 하나이며, 1970년 알콜의 유해한 소비를 감소시키기 위한 폭넓은 정책을 시도하였다. 이는 알콜 접근 억제, 가격인상, 홍보관리, 음주운전 감소를 위한 정책들이며, 현재 간경변으로 인한 사망률이 1970년에 3분의 1 미만으로 계속 감소하고 있다. 그러나 영국은 알콜에 더 쉽게 접근할 수 있는 비규제 접근 정책으로, 현재 영국에서 간경변으로 인한 사망률은 1970년 이후 약 4배가 증가하였다.

핀란드도 또 하나의 정책실패 국가이다. 1994년 EU에 가입했을 당시 국가가 독점하고 있던 매우 엄격했던 알콜관리 규제를 해제하였다. 그러다가 2004년에 알콜 가격이 훨씬 낮은 에스토니아가 EU에 가입했을 때

핀란드는 알콜에 대한 세금을 상당히 줄였다. 간경변을 포함한 알콜과 관련된 사망원인은 인한 크게 증가하였다. 2008년에 세금 증가를 도입하였고, 그 이후 사망률은 천천히 하락하기 시작하였다.

○ Food policy(식품정책)

식품정책은 여전히 초기단계이다. 2차대전 이후 유럽인들의 식이는 건강을 위한 혼합된 결과로 변화했다. 반대로 동물성 식품의 소비는 전통적으로 건강유주 식생활이었던 남유럽국가에서 증가했다. 한편으로는 북유럽 사람들은 고지방 식단이다.

그러나 몇몇 국가는 건강의 이유로 영양의 영향을 강조했는데, 가장 잘 알려진 예로 1972년부터 핀란드에서 핀란드 국민들의 전통적으로 불건강한 식이를 개선하기 위해 실시한 Finnish North Karelia 프로젝트를 들 수 있다.

유사한 프로젝트들이 지방 수준에서 실시되었다. 유럽 정부들은 국민들이 건강을 위한 식생활로 변화시킬 수 있는 정책을 실시하기를 주저했으나, 현재 덴마크는 트렌스 지방에 대한 정책을 실시하고 있으며, 프랑스와 핀란드 같은 몇몇 국가에서는 달고 부드러운 음료수에 새로운 세금을 부과하고 있고, 소금에 대한 정책도 고려 중이다.

○ 도로안전(Road traffic safety)

도로교통안전은 서유럽에서 또 다른 하나의 성공사례이다. 자동차 교통사고로 인한 사망률은 2004년 이전에 가입한 EU회원국 15개 국가 가운데 1970년에 인구10만명당 22.3명었던 것이 2009년에 5.8명으로 줄어든 것이다. 이 결과는 보다 안전한 도로만들기, 안전벨트 법률의 이행

과 강화, 속도제한, 헬멧, 음주운전 및 미디어 캠페인을 통한 대중들의 교육 정책이 일부분 기여했다고 볼 수 있다.

포르투갈과 같이 가장 높은 국가에서 가장 큰 감소를 보였다. 포르투갈은 점진적으로 일련의 포괄적인 정책을 도입했다. 사망률이 이미 낮은 다른 국가들은 훨씬 더 감소시켰다. 스웨덴은 1977년에 Vision Zero 캠페인을 실시하여 운송, 교육, 정의, 환경, 건강부문을 아울러 스웨덴의 도로에서 일어나는 모든 사망과 심각한 상해를 예방한다는 목표를 세웠다.

이와 유사하게 1990년에 네덜란드도 Sustainable Safety 전략을 채택하였다. 이 전략은 자전거를 타는 사람들과 보행인들의 보호를 특히 강조하였다. 2004년 이전 EU 회원국들 가운데 스웨덴과 네덜란드에서 자동차사고로 인한 사망률이 가장 낮다. 그러나 도로교통안전은 모든 국가에서 대단히 성공적이지만은 않다. 그리스에서 사망률은 지난 40년 동안 증가하였다.

나. 중유럽, 동유럽과 이전의 소비에트연방

불행하게도 중유럽, 동유럽과 이전의 소비에트연방에서는 성공한 정책이 거의 없다. 이들 유럽지역에서는 다른 지역에 비해 좋지 않은 건강결과들은 건강정책을 효과적으로 수행하지 못했기 때문으로 볼 수 있다.

소비에트연방이 붕괴되기 전 여러 지역의 건강관련 정책들은 개발되지 못했다. 담배정책은 제대로 되어 있지 않았고, 알콜 관리는 일정치 않았으며, 포화지방은 많고, 과일과 야채를 거의 없는 식생활에 대한 건강위험 인식이 매우 낮았다. 그것은 만성질환을 높이는 결과를 초래했다.

루마니아에서 니콜라이 차우세스쿠(Nicolae Ceausescu)에 의해 채택된 건강정책은 비극적인 결과를 낳았다. 최고로 높은 모성사망률은 피

임의 금지와 인공임신중절 때문이었다. 그리고 한 세대의 어린이가 HIV에 감염된 것은 정부가 영양실조에 걸린 어린이들의 면역체계를 증가시키기 위해 수혈을 하는 기이한 정책의 결과이다.

○ 담배와 알콜관리

담배관리는 비록 몇 개 국가가 발전하고 있지만 여전히 서유럽에 비해 뒤지고 있다. 철의 장막의 붕괴는 담배산업을 이전의 폐쇄시장에서 다국적인 산업으로 진입하는 계기를 마련하였는데, 이들 기업들은 전통적으로 흡연이 적었던 여성들에게 담배 상품을 공격적으로 홍보하여 젊은 여성의 흡연율이 실질적으로 증가하였다.

과음이 확산되고 있음에도 불구하고, 이전 소비에트연방국가에서의 알콜관리는 더 약해지고 있다. 면도 후에 사용하거나, 의학적인 기미용으로 팔리는 대용알콜은 값싸고 쉽게 구입이 가능하다. 대용알콜은 70~90% 에탄올을 함유하고 있으며, 세금이 없는 이유로 상당한 양이 소비되었다. 대용알콜이 심장마비를 일으키게 된다는 근거가 있는데, 에탄올 중독이 심근에 직접적으로 작용하기 때문이다. 현재 러시아에서도 2006년 몇몇 알콜제품과 이들 대용제품의 판매에 대한 관리법이 도입되고 있다.

○ 감염병 관리

1990년경에 일어난 정치적인 변화, 그 이후 새롭고 효과적인 건강정책들이 수행되었고, 몇몇 건강정책들은 실패했다. 소비에트 건강체계에서 성공하지 못한 것들 가운데 하나는 감염병 관리다. 불행하게도 1991년에 많은 신생독립국들에서 빠르게 붕괴되었다. 이전에 통제되었던 디프테리아와 같은 질병들이 다시 나타났으며, 다내제성결핵(multidrug-re-

sistant tuberculosis)과 HIV/AIDS 같은 새로운 질환들이 증가하였다. 실제로 다내제성결핵으로 인한 고부담을 갖고 있는 국가는 27개국 가운데 15개 국가가 중앙, 동유럽 또는 이전 소비에트연방 국가들이다.

그러나 에스토니아는 다내제성결핵을 퇴치하기 위한 포괄적인 전략을 개발하여 평가받고 있다. 이는 약국에서 결핵약 판매금지, 건강관리전문가들의 훈련 향상, 과음자들의 결핵을 막기 위해 더 많은 노력을 기울인 결과이다.

○ 가정내 안전과 도로안전

알콜은 중유럽, 동유럽과 이전 소비에트연방국가에서 상해와 폭력으로 인한 사망률을 증가시켰다. 그러나 여기에는 또 다른 요인들이 있다. 비록 주요한 개선이 유럽에 의한 구조기금의 투자의 결과로 중앙과 동부유럽에 이루어졌다 하더라도, 도로안전법을 강화하기 위한 다른 결정요인은 실패했다. 그 이유는 몇몇 국가에서 널리 퍼진 정책부패에 의한 것이다.

이 지역 어린이들은 특히 취약하고 안전한 놀이터에 접근이 거의 불가능하며, 가정환경에서도 많은 위험에 노출되어 있다. 익사의 비율도 매우 높다. 강과 호수에서 어른들의 감시없는 수영이 보편화되어 있기 때문이다.

○ 건강관리

인구집단의 건강을 개선하는데 있어 부적당한 건강관리는 도움이 되지 않는다. 중앙, 동유럽, 이전 소비에트연방국가에서 공산체제 붕괴 이후 예방할 수 있거나 늦출 수 있는 원인으로 인한 사망률은 몇몇 국가에서는 실제적으로 감소하였다.

소비에트연방은 현대약학산업을 발전시키는데 실패했다. 그 이유는 비

효과적인 분포체계로 인해 만성질환을 치료하지 못한 것이다.

1990년대 중반까지 초기의 중앙 및 동유럽에서의 기대수명의 상승 추세는 최소한 건강관리의 개선 때문으로 보인다. 그러나 여러 이전 소비에트연방국가에서는 감소하였다. 많은 사람들은 질병을 치료하는데 공식적, 비공식적으로 개인의 비용을 지불해야했다. 그 결과 많은 사람들은 필요한 치료를 받지 못했다.

다. 격차의 특성

○ 지역적 차이

유럽국가들은 크기가 다양하고 인구집단의 크기도 다양하다. 그렇기 때문에 국가 내에서의 차이는 국가간의 차이만큼 크다. Eurostat에 의해 제시된 사망률 지도는 지역적 차이가 다양한 두드러진 형태를 보이고 있다. 즉 남유럽에서는 프랑스와 독일, 영국의 기대수명이 가장 높고, 북유럽에서는 스페인이 가장 높다. 이러한 국가간 건강에서의 차이도 크다. 예를들어 스코틀랜드에서 출생시 기대수명은 영국의 남자에 비해 2.5세 낮고, 여자에서는 1.9년이 더 낮다.

유럽통합에도 불구하고 국가적인 경계선은 특정사망원인 지도상에 여전히 존재한다. 이는 국가수준의 요인들이 효과가 있음을 의미한다.

○ 사회경제적 불평등

국가내 건강의 차이를 나타내는 가장 실질적인 근거는 교육, 직업, 소득 등에 의해 정의된 사회경제적 집단간 불평등의 크기이다.

사회경제적 집단간 기대수명의 불평등은 대개 5~8년이며, 이 수치가

유지되거나 1970년 이후 더 커지고 있다. 비록 기대수명이 모든 사회경제적 집단에서 향상되고는 있지만, 그 향상은 사회경제적 수준이 높은 집단일수록 더 빠르다.

이들 주로 심장병으로 인한 사망에서의 차이가 커진 때문으로 보인다. 심장병으로 인한 사망률의 하락은 낮은 사회경제적 집단이 낮은 집단보다 높은 집단에서 더 크다.

보건정책에서 몇몇의 성공사례는 동등하지는 않지만, 대다수 건강불평등의 차이는 유럽지역간 이들 불평등이 조절이 가능하다는 점이다. 지중해국가에서 심장병과 암으로 인한 사망률의 불평등은 다른 곳에서보다 더 적다. 사회경제적 집단간 흡연과 과음소비에 있어서의 차이도 더 적다.

반대로 중앙과 동유럽에서 사망률의 불평등은 다른 지역보다 더 크다. 그 이유는 흡연, 과음소비, 부적당한 건강관리로 심장병, 암 등으로 인한 더 크기 때문이다. 민족적인 차이에 의한 문제도 있으나, 국가마다 원인이 다양하기 때문에 그 형태에는 일관성이 없다.

2. 국가별 불평등 해소전략 사례

가. 덴마크

코펜하겐 시의 소음 사업계획서의 HIA는 Health and Care Administration과 Technology and environment Administration에서 온 담당자들과의 공조, 즉 부문 간 워킹 그룹(intersectoral working group)을 통해 수행되었다. 이 보고서는 소음에 노출된 인구집단의 건강영향과 소음 감소 활동의 건강증진 영향을 측정하였다. 코펜하겐에서 높은 소음 노출 지역 중 하나인 Folehaven이 사례로 선정되었다. 이

지역에 상세한 소음 활동 계획이 이미 수립되어 있었기 때문이다. 잠재적 건강 이익(health benefits)을 알아보기 위해 여러 종류의 소음 감소 개입을 분석하였다.

잠재적인 소음의 부정적인 건강영향은 신경쓰임(annoyance), 수면장애, 스트레스, 혈압상승, 심혈관계 질병이다. 도로 교통 소음이 아이들의 인지 능력과 신경쓰임에 미치는 부정적인 영향 또한 기재되었다. 연구를 기반으로 인구집단 건강에 대한 도로 교통 소음의 건강 영향이 기록되었고, 코펜하겐과 Folehaven의 인구집단에 대한 잠재적 위험이 계산되었다. 이 자료는 몇몇 소음 감소 개입의 잠재적 건강 영향을 계산하기 위한 기반으로 이용되었다. 일부 소음 감소 활동은 두 종류의 소음 감소 아스팔트 사용, 주거지역의 도로 혼잡 감소시키기, 자전거 및 대중교통 사용 장려 등을 포함한다. 공기 오염, 신체 활동 저하 및 건강에서 사회적 형평성 문제를 악화시킬 위험성 등과 같은 건강에 대한 도로 교통의 부차적 영향은 묘사되었으나 수량화되지는 않았다.

이 사례연구는 소음 감소 개입(noise-reducing interventions)을 선택하기 위한 분명한 대안들을 제시하고자 자료가 얼마나 최신의, 유효한지를 보여준다. 다양한 개입의 잠재적 건강 이익은 명확하게 판별되었다. 이 HIA는 잘 정립된 목표를 가진 측정의 믿을만한 사례로서 정치인들이 선택할 수 있는 대안적 권고(alternative recommendations)를 제공한다.

나. 북아일랜드

HIA는 건강 불평등과 불공정성을 다루기 위한 심혈관계 건강 및 웰빙을 위한 서비스 프레임워크(the Service Framework for Cardiovascular

Health and Wellbeing, CVSFW)의 도입을 강화하기 위해 시작되었다 (O'Mullane, 2013). 서비스 프레임워크의 개념은 표준 및 수행 수단을 착수함을 통해 북아일랜드 지역에 건강 및 사회 보장 결과를 향상시키고, 건강 및 웰빙에서의 불평등(inequalities)을 감소하며 서비스 접근성과 전달을 증진시키는데 있다. 정보는 네 가지 방식으로 수집되었다. 지역사회의 특징(profile)은 북아일랜드에서 심혈관계 건강의 상황과 그 결정요인을 제시하였으나, 정치적 상황(political context)은 보다 폭넓게 해석되었다. 기존문헌 검토는 심혈관계 건강과 웰빙을 증진시키기 위해 효율적인 개입에의 발표된 근거(published evidence)로서 고려되었다. 데스크탑 평가도구(desktop appraisal tool)은 외부의 전문 HIA 고문이 개발하였으며, 지역사회의 구성원과 일련의 워크숍에 공적부문 참여를 논의하는데 도움을 주었다.

CVSFW 기준에 대한 각각의 제안점을 담은 가중보건행동계획(weighted health action plan)이 개발되었다. HIA는 보건정책 설계 및 건강 불평등(inequalities)과 비형평성(inequities) 시행에서 고려된 영향의 중요성을 강조하였다. 이는 정책 평가 도구로서 HIA에 대한 관심을 증진시켰으며 HIA와 관련한 기술을 가진 많은 직원(staff)이 배치되도록 하였다. HIA는 CVSFW가 건강 형평성(health equity)을 증진시키는데 긍정적인 기여를 했다.

이 사례 연구는 어떻게 서비스가 단순히 보건 및 사회복지 서비스 개발 정책이 건강에 이로울 것이라는 가정을 넘어서 건강 불평등(inequalities)과 비형평성(inequities)에 영향을 줄 수 있는지를 결정하는 이론적 틀/framework)을 HIA가 제공할 수 있음을 보여주었다. 또한 의도하지는 않았으나, CVSFW의 HIA는 보건 및 사회복지 정책이 건강 형평성(equity)에 역효과를 줄 수 있으며 건강 불평등(inequalities)를 판별하

고 저감시킬 수 있는 방법론을 제시하였다.

다. 독일

공동 공간 계획(Joint Spatial Planning)의 간이 HIA(rapid HIA)가 Ruhr 도심지역에서 행해졌다(Fehr and Welteke 2008). 일부 운영기구는 계획단계에 참여하였으며, 이 단계에서부터 다양한 이해관계자들과 대중의 높은 참여가 이루어졌다. 북부 라인 베스트팔리아 공중보건 연구소(The Institute of Health and Work North Rhine-Westphalia)는 정책 절차에서 건강 부문을 담당했다. 정보를 수집하기 위하여 문헌 분석(document analysis), 과정 참여(process participation), 전문가 판단(expert judgement)의 세 가지 방법을 이용하였다. 계획 재료(planning materials)는 세세하게 검토되었으며, 전체적으로 계획 참여와 HIA의 국제적인 경험을 기반으로 하여 평가되었다.

간이 HIA는 일련의 지역토지이용계획(Regional Land Use Plan, RFNP) 서류에서 보건 문제(health topics)가 어떻게 다루어지고 있는지에 대한 반응(response)으로 발전되었다. HIA 보고서의 다른 부분은 추가로 인구집단 건강의 관점에서 본 일련의 권고사항들을 포함한 실질적이고 절차적인 문제들을 언급했다. 권고사항에 포함된 일부는 인구집단 건강 결정요인에의 계획 사업(planning project)의 영향 및 성별 문제, 고위험군, 장애인 등과 같은 불평등(inequalities)에 미치는 영향을 다루었다. 인구집단 건강 상태와 관련하여, 보고서는 인구집단건강의 현 상황을 묘사하고, 특별히 관심을 가져야 하는 분야를 판별하며, 건강 타겟 도출 및 특정 개발 전략을 위해 현재의 건강 통계 및 지역 건강 보고서들이 RFNP 절차에 통합되어야 한다고 밝혔다. 또한 공간 계획(spatial plan)

은 사회 통합(social inclusion)을 증진시킴으로써 건강 형평성(health equity)을 장려하는 기회로 보았다.

이 사례 연구는 간이 HIA가 어떻게 지역적 수준에서 새로운 합동 계획 절차에 내재될 수 있는지 보여준다. 연구 결과는 직접적으로 계획 및 정책 절차에 반영되었다. 간이 HIA의 경험은 건강의 결정요인 및 보건부문의 부처 간 협력 증진에 대한 필요성을 확립하는데 도움을 주었다.

라. 영국

영국의 1980년, Black Report에서는 일찍이 건강행동의 사회경제적 상이함을 지적하였다. 1998년, Acheson Report에서는 건강불평등이 단지 건강을 담당하는 부처만이 아니라, 범정부 차원의 책임 하에 있어야 한다는 것을 보여주었으며, 그런 의미에서 모든 부처 장관들이 서명하였던 보고서로 영국 내 건강불평등 문제를 인식하는데 있어 근간이 된 리포트¹³⁾. 건강불평등에 대한 명확한 증거를 담은 과학적인 근거를 기반으로 하여 영향력이 매우 컸다.

Wanless Report(2004)는 재무부에서 발행한 보고서로, 건강불평등 문제를 재정적인 관점에서 지원하고 있다. 2022년까지 장기적인 차원에서 3가지 시나리오를 제시하였다.

1) 런던 북동부 체육관&수영장 미이용 사례

영국 북동부 런던은 역사적으로 취약한 지역사회이다. 프로그램은 재정적 투입과는 별도로 광범위한 개입프로그램이 마련되어야 하는데, 그

13) 이창곤(2007). 추적, 한국의 건강불평등 - 사회 의제화를 위한 국민보고서. 서울: 도서출판뫼. p.177

이유는 가령 프로그램에 참여하여 일정한 훈련을 받고 고용을 얻게 되더라도 훈련자들이 지역을 떠나버려 지역사회는 다시 빈곤한 계층을 흡수하게 되는 악순환이 계속되어 지역개선이 이루어지지 않는 경우가 있기 때문이다. 영국 보건부 산하의 북동부 런던 지역 보건정책 담당자는 지역 주민의 건강을 위해 체육관과 수영장을 설치했지만 제대로 활용되지 않았던 사례를 언급하였다. 지역치안문제로 인해 일몰 후에는 인적이 드물었기 때문에 낮시간에 국한되어 이용될 수밖에 없어 제약을 가져왔다. 즉, 지역경찰청, 교통부 등과의 협조가 이루어지지 않으면 아무리 획기적인 보건정책도 성공하기 어려우며, 단순히 보건문제에서 끝나는 것이 아니라 광범위하고 다양한 집단의 참여가 필요하다는 사실을 보여주었다.

2) 금연치료 프로그램

영국의 국영의료체계 금연치료 프로그램(NHS Stop Smoking Service)은 1999년에 시작되었으며, 사회경제적으로 가장 취약한 지역인 26개의 '건강행동지역(Health Action Zone)'에서 시작되어 2000년부터 전국으로 확대되었다.¹⁴⁾ 결과적으로, 금연진료 서비스가 흡연의 불평등을 개선할 수 있음을 보여주었는데, 이런 결과는 자연적으로 이루어진 것이 아니라 사회적 취약계층을 주요 목표로 정책을 수행한 결과라 할 수 있다.

영국에서 취약계층의 접근성을 높이기 위해 사용한 방안은 ① 취약지

14) 영국 국영의료체계 금연치료 프로그램은 노동당 정부의 건강 불평등 해소 방안의 하나로 도입되었다. 1997년 집권한 노동당 정부는 1998년 1월 "흡연이 죽인다(Smoking kills)"라는 금연정책에 관한 포괄적인 계획을 발표하였고 금연치료 프로그램도 이 백서에 포함되었다. 국영의료체계 금연치료 프로그램은 흡연 불평등을 줄이는 데 목적을 가지고 있었고, 따라서 우선순위를 두어야 할 집단으로 사회경제적 취약계층, 임산부, 청소년을 선정하였다.

역의 1차 의료기관이나 병원에서 서비스를 제공 ② 서비스 홍보, 비의료 기관에서의 서비스 제공이 다음으로 많았음. ③ 도서관, 레저센터, 지역 센터, 학교, 술집 등 전통적인 의료기관이 아닌 곳에서 금연서비스 제공 등이다. 접근성을 높이기 위한 방안으로 글래스고에서 사용된 방법은 drop-in rolling-group을 이용하는 것. drop-in이란 예약 없이 찾아갈 수 있다는 의미이며, rolling-group이란 일정한 집단을 미리 만들어 함께 집단 금연 상담을 시작하는 것이 아니라, 일정한 지역에서 열리는 여러 개의 집단 금연 상담 프로그램 중에서 자신에게 시간과 장소가 적합한 곳을 찾아가는 것이다. 이는 비의료전문가들이 제공하는 Roy Castle Lung Cancer Foundation에서 운영하던 Fag Ends라는 금연 프로그램에서 시작되었고, 국영의료체계 금연치료 프로그램이 도입되면서 정부의 지원을 받게 된 프로그램이다.

영국 금연치료 프로그램에서 우선순위를 둔 집단 중 임신부에 대해서는 별도의 프로그램을 시행하였는데, 기존에 임신부의 가정방문을 담당하는 방문 보건요원(health visitor)에 대해 금연상담 훈련을 실시해서 가정방문을 하도록 하였다.

3) 음주 관련 프로그램

알콜 소비로 인해 증대되는 건강 및 범죄 문제를 줄이기 위해 국가 및 지방정부차원에서 2007년부터 시작된 Safe, Sensible Social-Next Steps in the National Alcohol Strategy 프로그램이 있다. 2004년 알코올 오·남용으로 인한 피해를 감소시키기 위한 전략(Alcohol Harm Reduction Strategy)을 수립하여 우선순위를 통한 정책을 실시하였다. 주요 내용은 다음과 같다.

- 알코올문제 대상자 조기선별 및 진단

- 보건의료인력의 알코올 인식 변화 및 전문능력 증진
- 치료 서비스의 질적 개선, 서비스 수요와 공급의 적절한 연결
- 표준 치료체계 마련 및 지도감독의 기준강화





제4장 미국 건강영향평가제도의 발전동향

제1절 연방정부의 건강영향평가 정책 현황

제2절 지역별 건강영향평가 정책 현황

제3절 건강영향평가 사례

제4절 미국의 다른 평가제도

제5절 건강영향평가와 다른 영향평가의 관계

제6절 건강격차의 과제

제7절 미국의 건강행태위험요인의 사회경제적 격차 현황

제8절 미국의 건강행태위험요인의 사회경제적 격차 감소 정책

제9절 소결



4

미국 건강영향평가제도의 << 발전 동향¹⁵⁾

제1절 연방정부의 건강영향평가 정책 현황

1. 미연방정부의 건강영향평가제도 참여 현황

미국은 아직까지 건강영향평가를 연방정부 법에 의해 정식으로 제도화하여 관리하고 있지 않다. 하지만 미국 질병관리본부(Centers for Disease Control)과 같은 연방정부기관에서 지역보건당국, 주정부, 재단 또는 지역사회단체에 건강영향평가제도 시행을 권고하고 필요한 교육 및 자료를 제공하고 있다. 미국에서 건강영향평가에 관한 관심과 개발이 1980년대와 1990년대부터 시작되었지만, 아직까지도 연방정부는 건강영향평가를 법적으로 제도화 하지 않고, 지역사회에서 자체적으로 시행하도록 권고만 하고 있는 상태이다. 2006년을 시작으로 몇몇 의원들에 의해 국회에 건강영향평가를 제도화하려는 법안이 소개되었으나 통과되지는 못하였다.

미국 내 시행되고 있는 건강영향평가의 대부분은 지역사회 이해관계자들, 비영리단체 및 주정부 또는 지역 보건국 등이 주체가 되어 시범적으로 시행되는 것들인데, 이러한 지역 단체들이 서로 협력하여 건강영향평가를 자발적으로 시행한다. 이 때 연방정부가 자원을 제공하기도 한다. 예를 들어, 미연방 보건국(The U.S. Department of Health and Human Services)은 Healthy People 2020을 시행할 때 건강영향평가

15) 미국 UCLA대학 노정미

를 중요한 기획 도구로 사용할 것을 권장한다. 또한 CDC의 경우, 교통 관련 정책 및 사업을 계획함에 있어 정책이나 사업이 지역사회에 미치는 영향을 측정할 때 유용한 도구임을 강조하고, 건강영향평가를 시행할 것을 권장하고 있다.¹⁶⁾ 그리고 계속해서 지역사회 시범 사업 및 건강영향평가 연구에 관심을 가지고 이에 따른 자금 및 자원을 지원하고 있다. 이것은 미연방정부가 건강영향평가에 대한 관심을 증대시키고 있다는 것을 시사한다. 미연방정부의 건강영향평가에 대한 관심은 2010년 5월 백악관 내 영부인 산하 어린이 비만 대책위원회가 오바마 대통령에게 제출한 보고서에서도 나타났다.¹⁷⁾ 백악관 어린이 비만 대책위원회가 제출한 리포트에는 어린이 비만을 줄이기 위한 정책 대안이 여러 가지 소개되었는데, 각 지역사회에서 이러한 정책들을 발달시킬 때 건강영향평가를 시행하도록 권고하였다. 그리고 연방정부는 건강영향평가 접근방법 및 도구의 개발, 모범 사례를 발전시키는 것을 계속해서 지원하도록 한다고 보고서에 제안하였다.

2. 연방정부의 건강영향평가 제도 법제화 추진 사례

앞에서 언급한 바와 같이, 미국은 건강영향평가를 연방법으로 의무화하고 있지 않다. 하지만 건강영향평가 제도를 연방법으로 의무화하려는 움직임과 노력은 미국 내에서 계속되어지고 있으며, 2013년 초반까지 최소한 7개주 내 의회와 미국상원의회에 법률안이 제출되었다. United States Legislative Information 데이터베이스에서 현재까지 제출된 건강영향평가 관련 미연방 법령을 검색한 결과, 건강영향평가 제도 관련 근

16) <http://www.cdc.gov/healthyplaces/hia.htm>

17) http://www.letsmove.gov/sites/letsmove.gov/files/TaskForce_on_Childhood_Obesity_May2010_FullReport.pdf

거 법령은 2006년에 처음으로 의회에 제출되었고, 2007년과 2008년까지 의회에 제출되었지만, 법안이 통과되지는 않았다. 그리고 2013년 알라스카 상원의원에 의해 질병관리본부가 북극해 연안 지역의 건강영향평가를 지원하도록 요구하는 법령이 제출되었지만 통과되지 않았다. 건강영향평가 관련 연방 근거법령을 <표 4-1>에 표시하였다. 현재 미국 안에서 시행되고 있는 건강영향평가는 법률적 규제와 기준이 없기 때문에 규제 방식, 자금지원, 시행 및 규제 담당 기관 선정 등의 기준이 애매모호하여 이를 통합할 만한 법령이 있어야 한다고 전문가들은 말한다. 이에 따라 건강영향평가를 법률화하려는 움직임이 전문가들에 의해 계속되어지고 있다.

제2절 지역별 건강영향평가 정책 현황

1. 주(state)별 건강영향평가 법률화 추진 근거법령

미국은 각 주(state)가 자치권을 갖는 나라이기 때문에 각 주(state)별로 법령을 제정해 그 법을 자치권 내에서 시행할 수 있다. 그러므로 건강영향평가에 관한 연방정부의 법률이 마련되어 있지 않아도 각 주(state) 법이 건강영향평가를 입법화하면 자치권 내에서 그 법이 실행되어 질 수 있다. 현재 7개주가 건강영향평가 입법화를 추진하였다. 주(state)별 건강영향평가 법률화 근거 법령을 <표 4-2>에 정리하였다.

(표 4-1) 건강영향평가 관련 미연방 근거법령

Bill No.	Title	Sponsors	Latest Action	Summary	Tracker
S.2506 (상원) H.R. 5088 (하원)	Healthy Places Act of 2006	<ul style="list-style-type: none"> •상원의원: 오바마 (D-IL), 클링턴 (D-NY), 타빈 (D-IL), 케리(D-MA), 데이톤 (D-MN), 매넬레즈 (D-NJ), 레빈 (D-MI) •하원의원: 켈리포니아 솔리스 의원 (D-CA-32)외 민주당 의원 12명(AZ, CA, OH, MI, NY, WA, WI, WV) 	<ul style="list-style-type: none"> •상원: 2006년 4월 4일 제출. 두 번 검토, the Committee on Health, Education, Labor, and Pensions에 회부 •하원: 2006년 4월 19일 제출 the Subcommittee on Health에 회부 	<ul style="list-style-type: none"> •보건복지부 장관이 질병관리본부 내 국립 환경보건센터 (the National Center of Environmental Health)에 건강영향평가 관련 프로그램을 설립하도록 요구함. •설립된 프로그램 담당자(director)에게 토지 사용, 주택, 교통 정책에 및 개발 계획 시 일어난 잠재적 건강영향에 관한 지침서를 개발하도록 요구함. •보건복지부 장관은 담당자를 통하여 주(state)또는 지역(local) 정부가 건강영향평가를 시행할 때 필요한 기술 및 자금을 지원하는 프로그램을 설립하고, 건강영향평가 데이터베이스를 구축하도록 요구함. •보건복지부 장관이 공립 또는 민간 비영리단체가 진조환경 (the built environment) 이 개인 또는 국민 건강에 미치는 영향을 연구할 수 있도록 해당단체에 보조금을 지원하도록 요구함. 	Introduced
S.1067 (상원) H.R. 398 (하원)	Healthy Places Act of 2007	<ul style="list-style-type: none"> •상원의원: 오바마 (D-IL), 클링턴(D-NY), 타빈(D-IL), 케리(D-MA), 데이톤(D-MN), 매넬레즈 (D-NJ), 레빈(D-MI) •하원의원: 솔리스 의원 (D-CA-32) 외 4명 (AZ, CA, PA, IL) 	<ul style="list-style-type: none"> •상원: 2007년 3월 29일 제출. 두 번 검토, the Committee on Health, Education, Labor, and Pensions에 회부 •하원: 2007년 4월 23일 제출. Sponsor introductory remarks on measure 	<ul style="list-style-type: none"> •2006년 법령과 동일함. 	Introduced

Bill No.	Title	Sponsors	Latest Action	Summary	Tracker
S.3571 (상원)	HIA Act of 2008	<ul style="list-style-type: none"> • 메네테즈(D-NI) 	<ul style="list-style-type: none"> • 2008년 9월 24일 제출 두 번 검토, the Committee on Health, Education, Labor, and Pensions에 회부 	<ul style="list-style-type: none"> • 국민 건강증진 및 사회 정책, 토지사용, 건조환경, 또는 다른 공공 분야 정책에 따른 건강 불평등을 줄이기 위한 도구로 건강영향평가를 사용할 때, 회계감사원장(the Comptroller General)이 모범 사례, 표준화된 도구, 모델을 결정하기 위한 연구를 시행하고, 직접 지휘하도록 함. • 회계감사원장이 연방 정책과 프로그램이 건강에 미치는 긍정적, 부정적 영향을 직접 검토하고, 연방정부에 의해 직접 운영되는 또는 연방정부의 자금으로 운영되는 모든 연방, 주(state) 또는 지자체 건강영향평가 프로젝트를 어떻게 고려할 것인가를 직접 검토하도록 함. • 보건복지부 장관이 질병관리본부 (CDC) 원장을 통하여 고등교육기관에 보조금을 지원하여 1) 각 주(state), 지자체(local), 수도권의 기획 기관 및 지역의 기획부서에 건강영향평가 전문지식을 제공하고, 2) 모범 사례를 선정하여 보급하고, 지역 개발계획 및 정책 결정과 관련된 건강영향평가 범위와 사용에 관한 기술 지원 및 훈련을 제공하고, 3) 건강영향평가, 토지 사용, 지역 개발 및 여러 공공 정책을 알리기 위한 필요한 데이터와 증거를 개발하고, 4) 효과적인 절차와 모델을 구축한 건강영향평가를 개발 및 시행하기 위해. • 질병관리본부 원장은 건강영향평가 절차를 알리기 위하여 질병관리본부의 역량(capacity)을 늘리도록 요구함. 이것은 공공참여와 사회 정책 의사 결정에 따른 잠재적 건강영향을 평가하기 위한 지침서를 개발하는 것을 포함함 	Introduced

Bill No.	Title	Sponsors	Latest Action	Summary	Tracker
S.271 (상원)	Better Health in the Artic Act (2013)	•Sen. Begich(D-AK)	<ul style="list-style-type: none"> 2013년 2월 13일 제출. 두 번 검토, the Committee on Health, Education, Labor, and Pensions에 회부 	<ul style="list-style-type: none"> 질병관리본부 내 국립 환경보건센터에 복극해 연안 지역 건강영향평가 분야를 발전시키기 위한 프로그램을 설립하고, 기술 지원을 할 것을 요구함. 	Introduced

주: 1) 소속 정당과 지역(state abbreviation)을 표시함. D - The Democratic party (민주당), IL - Illinois (일리노이주)
 자료: Congress.gov (United States Legislative Information)
<http://beta.congress.gov/search?q=%7B%22congress%22%3A%22113%22%2C%22source%22%3A%22legislation%22%2C%22search%22%3A%22health%20impact%20assessment%22%7D>

(표 4-2) 주(state)별 건강영향평가 법률화 추진 근거 법령

주(state)	법령	연도	내용	입법여부
캘리포니아	California Health Places Act (AB1472)	2007	<ul style="list-style-type: none"> •예산: \$2.8 million(회계연도 2009~2010까지) •주(state)보건 담당자 (the Public Health Officer)가 유관기관협조실무자(interagency working group)를 형성하여 환경보건 모범사례, 근거, 프로그램 및 정보를 수집하고 보급하게함. •캘리포니아주 보건국(CA State Public Health Department) 내에 건강영향평가 관련 프로그램을 구축하고, 이에 따른 기술 및 자금을 지원하도록 함. •보건 담당자가 유관기관협조실무자 협력하여 토지사용, 주택 및 교통 정책에 대한 건강영향평가를 시행하기 위한 지침서를 개발하도록 함. 	주상원의회에 의해 통과됐으나, 재정 문제로 주정부 상원 세출 위원회에서 통과하지 못함.
메릴랜드	Maryland Healthy Places Act (H.R.1196)	2008	<ul style="list-style-type: none"> •예산: 매년 \$80,000~\$100,000 •주(state)보건당국 장관의 지휘 아래 건강영향평가 제도를 시행하기 위한 시범사업을 설립하여 자금 및 기술 지원을 하도록 요구함. •건강영향평가 시행 범위 <ol style="list-style-type: none"> 1) 토지 사용 정책에 따른 건강영향을 측정함. 2) 환경영향진술서 또는 진행되고 있는 혹은 앞으로 진행될 환경 관련 사업의 정책 평가서에 건강과 관련된 모든 이슈를 조사함. 3) 제안된 정책의 건강문제 해결을 위한 대체 방안을 비교 및 설명함. 4) 해당 정책의 환경영향서술서의 조사와 이와 관련된 모든 활동에 기여함. 	Introduced
	몽고메리카운티 주요 도로 개발 사업의 건강영향평가	2009	<ul style="list-style-type: none"> •메릴랜드 몽고메리 카운티(county)의 보건규정의회(Board of Health Regulation)는 주요도로 개발사업에 건강영향평가를 실시하도록 입법화함. 	입법

100 건강영향평가TWG성과평가 및 건강행태위험요인의 사회경제적 격차감소를 위한 전략평가

주(state)	법령	연도	내용	입법여부
			<ul style="list-style-type: none"> •건강영향평가 주요 시행 범위 1) 새로운 도로 공사를 할 때 건강에 미치는 영향, 특히 공기 오염에 관련된 것에 집중함. 	
매사추세츠	An Act to Create Environmental Justice	2007	<ul style="list-style-type: none"> •어떠한 사업이 취약계층에 영향을 미칠 경우 건강영향평가를 실시하도록 함. •사업이 환경과 관련된 공고문이 아닐지라도 10사람 이상이 탄원서를 제출할 경우, 건강영향평가를 시행할 수 있음. •법안에 건강영향평가 절차의 내용을 포함하고 있음. 1) 시민여론 반영 및 시민단체 참여 2) 부정적 영향을 최소화 하도록 하는 조치를 취하도록 함. 	Introduced
	Healthy Transportation Compact	2009	<ul style="list-style-type: none"> •매사추세츠 교통당국(MA Department of Transportation)과 보건당국(MA Department of Health and Human Services)이 협력하여 입법화를 진행함. •교통 관련 사업 및 정책을 계획할 때, 교통 개발 계획부서, 행정부서, 보건부서에서 협력하여 건강영향평가에 시행하도록 함. 	2009년 6월 입법
미네소타	Minnesota Healthy Communities Act (H.R. 1424)	2011	<ul style="list-style-type: none"> •보건증진기금을 책정하여 영구적 보건증진프로그램을 설립하도록 함. •보건증진 프로그램을 통해 지역 사회에 자금을 지원하여 건강영향평가를 시행하도록 함. 	1번 검토, the Committee on Health Care and Human Services and Policy Oversight에 회부
워싱턴	An Act relating to Health Impact Assessment	2006	<ul style="list-style-type: none"> •주(state) 법령 혹은 예산 변화에 따른 건강영향을 검토하도록 함. •2007년과 2009년 사이 총6건의 건강영향평가를 시행함. <p>(http://sboh.wa.gov/OurWork/HealthImpactReviews.aspx)</p>	입법

주(state)	법령	연도	내용	입법여부
	Replacement of SR520 (SB 6099)	2007	<ul style="list-style-type: none"> • 520번 고속도로 다리 및 카플레인 교체에 관한 법령. • 이 사업을 시행할 때 건강영향평가를 실시하도록 요구함. 	입법
뉴멕시코	New Mexico Health Impact Assessment Bill (SB 256)	2009	<ul style="list-style-type: none"> • 지역 보건 관련 법령에 관한 건강영향평가를 실시하도록 요구함. • 건강영향평가에 필요한 예산은 건강보험업자 연간 과세를 통해 지원하도록 요구함. 	Introduced
웨스트 버지니아	West Virginia Senate Bill 558	2007	<ul style="list-style-type: none"> • 웨스트버지니아 환경보호국이 공기 또는 수질 오염도 기준치를 변경할 경우, 이것에 대한 건강영향평가를 환경보호국이 직접 시행하도록 하는 법안. 	Stalled in Committee)

자료: UCLA Health Impact Assessment Clearinghouse.
<http://www.hiaguide.org/legislation> Health Impact Partners.
<http://www.humanimpact.org/hia-policy>

2. 보건 이외 분야의 건강영향평가 관련 법¹⁸⁾

Arizona State University's(ASU) Public Health Law and Policy Program은 건강영향평가와 관련된 법을 조사하여 systematic review를 실시하고 리포트를 발간하였다. 이 리포트는 미국 내 전반적인 직접 혹은 간접적으로 건강영향평가가 법에 얼마만큼 명시되어 있는지를 알 수 있으며, 앞으로 미국에서 연방 혹은 주(state)에서 건강영향평가 입법화를 추진할 때 참고할 수 있는 유용한 자료로 사용될 수 있겠다.

해당 연구에서 포함된 표본은 미국 내 20개 주(state), 10개 지역(localities), 5개 인디언 부족 마을 및 연방정부의 보건 이외 4개 분야 법령이다. 포함된 4개 분야는 1) 환경 및 에너지, 2) 교통, 3) 농업 과 4) 폐

18) 여기에 대해서는 전반적으로 Health Impact Project이 제공하는 "Legal Review Concerning the Use of Health Impact Assessment"문서를 참조하였다.

기물 처리 및 재활용으로 나누었다. 또한 조사된 법령을 1) 건강영향평가를 법으로 의무화함, 2) 건강영향평의 법 규정 실행이 가능함. 3) 건강평가(건강위해성평가 [health risk assessment-HRA], 건강영향연구 [health effect studies], 지역건강평가 [community health assessment] 포함)를 금지함과 같이 세 가지로 분류하였다. 이 리포트에서 조사 내용을 표로 (그림 1-1) 정리하였다.

표본을 분석한 결과, 표본 중 45%가 법령(statutory), 44%가 규제(regulatory), 10%가 사법(judicial)관련 법이었다. 환경 및 에너지 분야는 22개 관할권에서 건강영향평가를 의무화 또는 시행하였다. 예를 들어, 연방 정부 the National Environmental Policy Act (NEPA)에서 건강영향평가 시행을 지원하고 있다. 그리고 교통 분야의 경우 7개 관할권에서 건강영향평가 시행을 의무화 또는 시행 하였다. 이것의 예로 매사추세츠와 워싱턴 주의 교통 정책이 건강영향평가를 의무화하고 있는 것을 알 수 있겠다. 농업 분야의 경우 7개 관할권에서 건강영향평가를 시행하고 있다. 마지막으로, 폐기물 처리 및 재활용 분야에서는 11개 관할권에서 건강영향평가를 시행하고 있다. 해당 리포트는 몇 가지 중요한 연구 결과를 명시하였다.

- NEPA와 그와 상응하는 주(state)법령은 주로 건강영향평가를 법적으로 위임된 환경영향보고서 내에 추가하여 시행하도록 되어있음.
- 사업에 따른 건강영향의 평가는 소송 중에 있는 법정에서 증거자료로 채택되기도 함.
- 건강위해성평가 (HRA)를 의무화하는 법은 건강영향평가의 시행을 지원하기도 함. 이것은 법의 폭(幅)과 정부관계자의 평가 범위를 높여려는 의사에 의해 결정된다.
- 미국의 사법체계 특성상, 어떤 주(state) 또는 지역(local)에서는 특

정 분야의 연방(federal) 또는 주(state) 선매권(preemption)에 의해 건강영향평가 의무 법률화 추진이 어려운 경우가 있음.

[그림 4-1] 보건 이외 분야의 건강영향평가 관련 법

	Environment and Energy			Transportation			Agriculture			Waste Disposal and Recycling			Other		
Federal															
States															
Alaska															
Arizona															
Arkansas															
California															
Colorado															
Florida															
Illinois															
Kansas															
Kentucky															
Maine															
Massachusetts															
Minnesota															
Montana															
New York															
North Carolina															
Oregon															
Pennsylvania															
South Dakota															
Texas															
Washington															
Cities															
Denver, CO															
Raleigh, NC															
New York, NY															
Minneapolis, MN															
San Francisco, CA															
Seattle, WA															
Indian Tribes															
Snoqualmie Indian Tribe															
Prairie Band Potawatomi Nation															
Navajo Nation															
Totals	22	26	2	7	4	—	7	11	1	11	21	1	6	4	—

* No relevant legal provisions were found implicating HIAs for the following cities and tribes: Miami, Florida; Somerville, Massachusetts; Aberdeen, South Dakota; San Antonio, Texas; the White Earth Nation; and the Coquille Indian Tribe.

- HIA are legally required or facilitated
- HAs may be legally viable
- HAs are legally prohibited

자료: Health Impact Project (2013). Legal Review Concerning the Use of Health Impact Assessment

제3절 건강영향평가 사례

1. 건강영향평가 사례 현황

1999년부터 2013년 8월까지 완성됐거나 현재 진행 중인 미국의 건강영향평가 사례는 총 266건이다(그림 4-2 참조).

[그림 4-2] 미국의 건강영향평가 사례

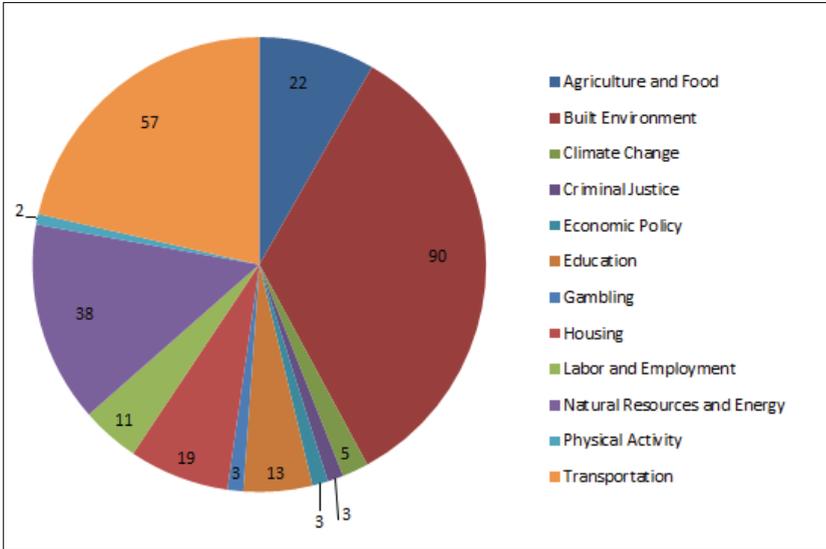


자료: Health Impact Project (2013).
<http://www.healthimpactproject.org/hia/us>

이 기간 동안 완성됐거나 현재 시행 중인 건강영향평가 사례는 Puerto Rico 와 워싱턴 수도를 포함한 37개의 주에서 시행되었고 [부록

1 참고], 그 외에 연방정부 지원으로 시행된 건강영향평가는 5건이었다. 모든 사례를 12개 분야로 나누어 분석하였다(그림 4-3 참조). 이 때 건조 환경(Built Environment)분야가 90건으로 가장 많은 사례가 있고, 교통 분야 (Transportation) 건강영향평가가 57건으로 그 다음으로 많은 사례를 차지하며, 천연자원 및 에너지(Natural Resources and Energy) 분야가 38건, 농업 및 식품(Agriculture and Food)분야가 22건을 차지한다.

[그림 4-3] 분야별 건강영향평가 사례(1999~2013)

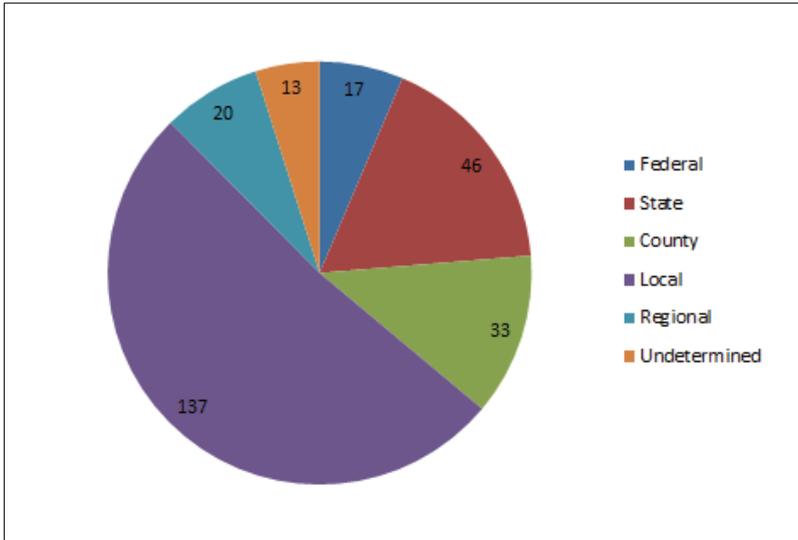


자료: Health Impact Project (2013). <http://www.healthimpactproject.org/hia/us>

또한 의사결정 단계를 분석한 결과, 지역(local)단계가 가장 많은 비중을 차지하였고, 그 다음으로 주(state)단계, 카운티(county)단계가 많은 비중을 차지한다. 이 중 연방(federal)단계의 의사결정은 총 17건으로 의사결정 단계가 결정되지 않은 사례를 제외하고 가장 낮은 비율을 차지한

다(그림 4-4 참조).

[그림 4-4] 의사결정 단계



자료: Health Impact Project (2013). <http://www.healthimpactproject.org/hia/us>

2. 건강영향평가 모범 사례

가. 사례 1. 메릴랜드 주 볼티모어 Lexington Market지역 재개발 사업

1) 상황

볼티모어의 Lexington Market 지역은 볼티모어 다운타운 지역 서쪽에 위치하고 있다. 이 지역은 1782년부터 지금까지 세계적으로 큰 시장을 형성하고 있으며 140곳의 상가가 현재까지 위치하고 있는 볼티모어의 역사적인 지역이다. 하지만 이 지역은 많은 건물이 낡고, 사용하지 않은

건물이 늘어나고 있어 안전하지 못한 지역이 되었다. 이에 따라 볼티모어 시 정부, 메릴랜드 주립대학과 중요 부동산 소유주들이 이 지역을 재개발 하려는 계획을 제출하였다.

2) HIA

볼티모어 시장은 볼티모어 시 보건국에 재개발에 따른 건강영향평가를 시행하도록 요청하였다. 볼티모어 시 보건국은 2012년 3월 CDC의 건강영향평가 보조금을 받아 Rapid HIA를 실시하였다. HIA 담당 팀은 지역 사회 취약계층의 의견을 수집하였다. 이 지역의 취약계층은 약물중독자, 저소득층, 정신건강 서비스 이용자로 구성되어있으며, 이들은 직장과 주거지를 보장하고, 안전한 환경을 조성하는 것을 요구하였다. 이에 따라 주민들의 건강영향에 미치는 요인이 경제적 요인임을 파악하고, 보행자 안전, 건강한 식품 선택권, 일자리 보장을 대안의 목표로 삼았다.

3) 결과

시행된 건강영향평가는 이 지역 재개발에 참여하는 부동산업자들은 지역 주민을 우선순위로 고용하고, 직업과 관련된 교육을 실시하며, 지역 기준에 맞는 임금을 지불하고, 고용혜택을 지원할 것을 권고하였다. 그리고 보행자 안전을 위해 중앙분리대에 조경 설치, 횡단보도 표시, 주간 보행도로 청소 등을 재개발에 포함할 것을 권고하였다. 그리고 1층에 설치된 주차공간을 어린이집 혹은 피트니스 센터로 개발할 것을 권고하였다.

해당 건강영향평가 사례는 지역 사회의 참여도로 인해 성공적으로 마무리된 사례이다. 많은 이해관계자들이 참여하여 지역의 재개발이 건강에 미치는 영향을 파악하고 대안을 마련하였고, 취약계층의 요구를 잘 수

용한 사례라고 볼 수 있겠다.

나. 사례 2. 하와이 카운티 농업 정책 계획의 건강영향평가

1) 상황:

하와이 (Hawai'i) 카운티는 새로운 농업 정책 계획을 추진 중이다. 농업 정책 계획을 통해 이 지역의 경제력 활성화의 기반으로 삼을 계획을 가지고 있다. 제안된 농업 계획은 지역 정부, 지역 상업, 지역 시민 단체의 지침서로 사용되어 지도록 추진하고 있다. 섬은 하와이 주에서 가장 큰 섬으로 1년 내내 농작물이 자라는 지역이다. 하지만 이 섬에서 판매되는 음식의 85%가 수입되고 있다. 제안된 새로운 농업 계획으로 다음과 같은 현재 지역 상태가 영향을 받을 수 있다.

- 이 지역의 1/4의 주민이 건강에 좋은 음식을 섭취하기 힘든 실정이다. 특히 더 많은 어린이들이 건강에 좋은 음식에의 접근이 어려운 실정이다.
- 비만률: 하와이 주 전체가 비만률이 낮지만 원주민, 지방취약지역, 저소득층에 비만률 분포가 불균형하다.
- 이 지역의 실업률은 미국 전지역에 비해 높은 편이다

2) HIA

건강영향평가를 통해 제안된 농업 계획이 건강에 미치는 유익한 영향을 발견하였다. 건강영향평가는 학교에 지역에서 재배한 농산물을 제공하는 방안과 지역 시장에 지역농산물을 많이 납품하는 전략, 그리고 거주지, 학교, 지역에 농작물을 재배하게 하는 정책을 새로운 농업계획에 포

합하도록 제안하였다.

3) 결과

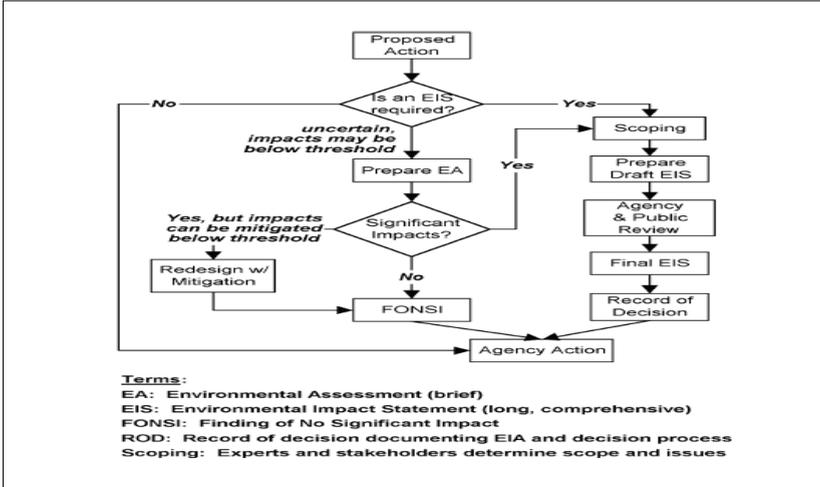
건강영향평가 관계자는 건강영향평가 시행 이후, County of Hawai'i Planning Department 담당자와 전략 계획 수립 회의를 하였고, 건강영향평가에서 제안한 모든 전략이 County of Hawai'i Planning Department에서 제출한 최종 전략 계획에 포함되었다. 하와이 주 전체 교육부 급식서비스 담당자는 급식서비스에 더 많은 직원을 추가하였다.

제4절 미국의 다른 평가제도

1. 환경영향평가

환경영향평가는 사업이 환경에 미치는 영향을 평가하는 것이다. 환경영향평가제도 추진은 세계2차대전 무렵 미국에서 처음으로 시작하였다. 그 후, 1969년 the National Environmental Policy Act가 입법화 되면서 환경영향평가를 의무화 하였다. 환경영향평가 절차는 평가가 마무리 된 후에 환경영향보고서를(Environmental Impact Statement-EIS) 제출하도록 되어있다. 모든 미연방기관들은 사업을 진행하기 전에 환경에 미치는 영향 및 환경을 보호할 수 있는 대안을 자세히 기록한 EIS를 제출해야 한다. 미국의 환경영향평가 절차는 다음과 같다(그림 4-5 참조)

[그림 4-5] 미국의 환경영향평가 절차



자료: Cole et al. (2004)

1999년에 Clean Air Act가 연방의회에서 법으로 제정되어 NEPA가 다루지 못한 부분을 규제하고 있다. 또한 미국 25개 주(state)정부가 NEPA와 유사한 법령을 입법화하여 각 주(state) 관할권 내에서 환경에 미치는 영향을 규제하고 있다. 대표적으로 캘리포니아, 워싱턴, 뉴욕 주 법규가 가장 광범위하고 엄격하다. 대부분의 주(state) 법은 건강한 환경을 조성하기위한 목표를 목적으로 삼고 있다. 이 중 워싱턴 주(state) 법은 특별히 EIS에서 건강영향을 분석하도록 규정하고 있다.

대체적으로 건강영향평가에 드는 비용은 수천만 달러에서 수백만 달러가 사용된다. 간혹 아주 복잡하거나 논란이 되는 프로젝트들은 수억의 비용이 들기도 한다.

EIS는 전반적으로 매우 길고 복잡하다. Cole et al.(2004)에 의하면 미연방 Council on Environmental Quality (CEQ)에서 EIS를 150페이지로 페이지수를 제한하였으나, Environmental Protection Agency

에서 추정된 결과, 2001년까지 CEQ 지침에 맞게 150페이지 이하로 작성된 환경영향평가 보고서는 전체 보고서에 37%밖에 되지 않는 것으로 나타났다. 보고서의 엄청난 분량 때문에 보통 EIS는 팀(team)이 함께 작성한다. 그리고 환경영향평가에 포함되는 영향과 평가 방법은 사업, 지역 환경, 평가기관의 관심에 따라 다르다.

환경 영향은 국민 건강과 밀접한 관계가 있기 때문에 환경영향평가 내에서 부정적 환경에 의해 발생하는 부정적 건강영향을 평가하고자 하는 움직임이 미국 안에서 점점 확산되었고, 점차적으로 건강 형평성에 관한 관심이 높아지고 있다. 이 움직임을 반영하는 것이 Executive Order 12898이다. 1994년 클린턴 전미대통령이 Executive Order 12898 (code of Federal Regulations, 3,859[1995])를 승인하였다. Executive Order 12898은 사업이 환경 공평성(environmental justice)에 미치는 영향을 환경영향평가 보고서에 포함시키도록 하였다. Executive Order 12898에 의하면, “각 연방 기관은 저소득층 또는 취약계층과 관련된 사업을 시행할 때 발생하는 국민건강과 환경 공평성의 영향을 발견하고, 주목해야 하며 이에 대한 방안을 제시하여야 한다”고 명시하였다. 캘리포니아 주는 이에 따라 환경 공평성 문제를 주목하였지만, 아직까지도 여러 전문가들은 환경공평성의 정의와 환경 공평성의 평가의 기준이 정확하지 않다고 말하고 있다.

미연방 환경보호국(The Environmental Protection Agency)은 환경영향평가 안에서 환경공평성을 평가하는 6가지 기본 방침을 제시하고 있다. 6가지 기본 방침¹⁹⁾은 다음과 같다.

- 1) 사업이 시행되는 지역에 저소득층과 취약계층이 거주하는지를 조사하고, 해당 인구에 부정적 건강 혹은 환경 영향 높아지는지를 고

19) "EPA Guide to Environmental Justice and NEPA" 참고

려한다.

- 2) 사업으로 인해 해당 인구가 여러 유해물질에 노출되었는지, 또는 지속적으로 건강 유해물질에 노출되었는지, 유해물질의 연대적 노출 패턴이 어떠한가를 나타내는 보건 및 산업 데이터를 검토하도록 한다.
- 3) 제안된 사업이 자연적, 물리적 환경에 미치는 영향을 증폭시키는 관련 문화, 사회, 직업, 역사, 경제 요인을 인식한다.
- 4) 효과적인 공공참여전략을 개발한다.
- 5) 절차를 진행할 때, 최대한 빠른 시기에 의미 있는 지역사회 참여를 보장한다.
- 6) 부족민(tribal)²⁰⁾의 참여를 추구한다.

환경형평성이 환경영향평가에 추가됨에 따라, 사업으로 인한 환경 변화에 따른 건강영향의 평가가 늘어나게 되었다. 이에 따라, EPA는 건강영향평가가 환경형평성 부분을 평가할 때 유용한 도구임을 강조하고, 환경형평성 부분을 검토할 때 건강영향평가를 사용할 것을 권장한다. 이에 따라 EPA는 1998년에 첫 번째 통합 EIA/HIA를 시행하고 모범 사례로 선정하였다.

2. 건강위해성 평가

미연방 환경보호국(EPA)는 건강위해성평가를 “현재 또는 미래에, 오염 환경에 있는 위해화학물질에 노출된 사람에게 미치는 부정적 건강영향의 현상과 확률을 측정하는 절차”²¹⁾ 라고 정의하였다. EPA는 건강위해성평

20) 미국 내 여러 인디언 부족민이 고유의 마을을 형성하고 있는 지역이 있다. 미국에서는 이러한 부족민들을 취약계층으로 분류하고 있다.

21) <http://epa.gov/riskassessment/health-risk.htm>

가를 통하여 환경에 노출되어 있는 부정적 화학물질을 관리하여 인체와 생태계에 유해한 물질 사용을 규제하여 국민의 건강과 환경을 보호한다. 이 때 "위해 관리자 (risk managers)"는 여러 기준을 사용하여 화학물질을 규제하게 된다. EPA는 "위해 관리자"를 다음과 같이 정의하였다.

- ◆ 연방 또는 주정부 환경보호 담당자
- ◆ 환경에 영향을 미치는 사업장을 운영하는 사업자
- ◆ 위해성(risk)에 관한 결정권이 있는 일반 시민

그리고 유해성 평가를 할 때 EPA는 과학적 근거를 바탕으로, the Science Advisory Board (SAB) 와 the FIFRA Scientific Advisory Panel 같은 연방 전문 자문위원단을 구성하여 전문가 심사(peer-review)를 거쳐 평가를 진행한다. 그리고 기관 이외 외부 자문위원단에게 심사를 의뢰하는 일은 거의 없다.

위해성을 평가하는 연방기관을 <표 4-3>에 정리하였다.

<표 4-3> 미연방 위해요소 평가기관

위해 요인	EPA 내 담당부서	다른 연방정부 담당기관
대기 오염	Office of Air and Radiation	
위험물질, 오염물질, 폐기물	Office of Solid Waste and Emergency Response	
의약품		FDA's Center for Drug Evaluation and Research
살충제, 농약	Office of Pesticide Programs	
방사능 (라돈 포함)	Radiation Programs	
독극물, 인체 노출, 환경 노출,	Office of Pollution Prevention and Toxics Office of Research and Development	
백신	FDA's Center for Biologics Evaluation and Research	
수질오염	Office of Water	

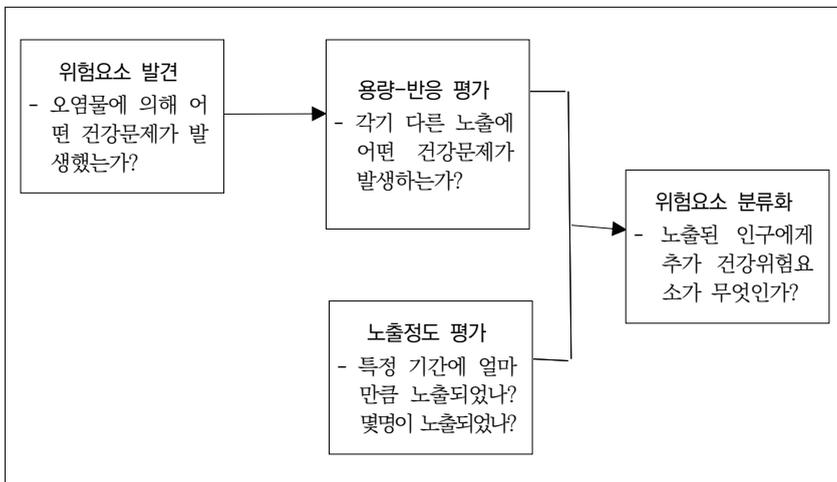
자료: The U.S. EPA. http://www.epa.gov/risk_assessment/basicinformation.htm

미국에서의 건강위해성 평가 단계는 다음과 같다(그림 4-6 참조). - 계획과 스코핑 (planning and scoping), 위험요소 발견 (hazard identification), 용량-반응 평가 (dose-response assessment), 노출정도 평가 (exposure assessment), 위험요소 특성화 (risk characterization)

계획과 스코핑은 유해평가를 시행하기 전에 계획단계로 분류된다. 이 단계에서 다음과 같은 문제를 제시하여 평가를 시작할 것인가를 결정한다.

- 누가 위험한가? 왜 위험한가? 위해성이 어디서 발견되었나?
- 어떤 환경 위험 문제가 제기되었나?
- 이러한 환경 위험문제는 어디서 발생되었나?
- 유해물질에 신체가 어떻게 반응하는가? 이것은 사회경제적요소 (성별, 인종, 나이, 유전적 요인)에 어떻게 영향을 미치는가?
- 건강에 미치는 영향은 무엇인가?
- 환경 유해물질 독성이 인체에 영향을 미칠 때까지 얼마나 걸리는가? 유해물질이 인체에 평생 노출되어도 문제는 없는가?

[그림 4-6] 건강위해성평가 절차



건강위해성평가는 EPA 규제에 중요한 역할을 하는데, 마지막 단계인 위험요소 특성화에서 내린 결론이 EPA 표준 규제 결정을 내릴 때 사용된다. 이러한 분석은 다른 사회적, 경제적 요소, 실행 가능한 위험요소 관리, 법적 문제, 여러 이해관계자들의 관심사 등의 문제를 통합하여 결정하게 된다.

제5절 건강영향평가와 다른 영향평가의 관계

1. 영향평가 차이점 및 비교

건강영향평가와 건강위해성평가는 환경영향평가에 기반을 두고 절차가 발달되었다. 모든 영향평가는 screening과 scoping 단계가 있어 평가할 사업, 정책 등의 평가를 시행할 것인가를 결정한다.

환경영향평가와 건강영향평가와의 관계를 볼 때, 현재 연방법에 의해 입법화된 환경영향평가 내 건강의 영향을 평가하는 절차가 있긴 하지만 분량이 매우 적고, 건강 관련 이해관계자들 및 전문가들의 참여가 아주 낮다. 이에 따라 환경영향평가 내에서 건강의 영향을 분석하기 위해 건강영향평가를 시행한 사례가 있다. 현재 미국에서는 건강영향평가가 입법화되지 않았기 때문에 환경영향평가 내에서 건강영향평가를 시행하는 것이 합리적이라는 전문가들의 의견이 많다.²²⁾ 그 이유는 두 가지로 나눌 수 있겠다. 첫째, 인간의 건강은 환경과 밀접한 관계를 가지고 있다. NEPA는 이를 인정하는 법으로 국민건강보호를 목적으로 세우고 있다. 하지만 현재 NEPA에 의해 입법화된 환경영향평가의 경우, 건강영향에

22) Cole et al. (2004)

관련된 조항이 많이 제한되어 있으므로 건강영향평가를 환경영평성 분석에 사용함으로써 건강영향 부분에 대한 평가를 확대해 나갈 수 있다. 둘째, 환경영향평가는 이미 오랫동안 시행되었고, 이미 입법화된 정책이므로 건강영향평가를 더 발전시키고 보급시키기 위해 환경영향평가 안에서 시행하는 것이 변화에 대한 불만을 최소화 할 수 있는 방법이기도 하다고 전문가들은 말한다.

건강위해성평가는 화학물질 및 다른 물질에 대한 노출에 관하여 정량적 측정 방법을 통해 평가하는 것이기 때문에 건강에 대한 정의가 포괄적이지 않고, 특정 환경 관련 화학물질에 제한되어 있다. 건강위해성평가의 결과를 어떤 특정 물질에 관한 노출에 의한 건강의 영향을 분석하기 위한 도구로 건강영향평가 시행 시 사용하도록 질병관리본부가 권고한다.²³⁾

각 영향평가의 절차와 제한점을 비교하여 <표 4-4>에 정리하였다.

<표 4-4> 영향평가 비교표

	건강영향평가	환경영향평가	건강위해성평가
절차	스크리닝 스코핑 평가 권고 리포팅 모니터링 및 건강영향평가의 평가	스크리닝 스코핑 (공공의 참여) 예측 및 대안 EIS 초안 작성 기관 및 공공의 평가 EIS 최종 보고서 제출 결정사항 기록 기관의 조치 모니터링 및 관리 EIS 감사	계획 및 스코핑 위험요소 발견 용량-반응 평가 노출정도 평가 위험요소 특성화

23) The Centers for Disease Control (CDC) 참조.
<http://www.cdc.gov/healthyplaces/relationship.htm>

	건강영향평가	환경영향평가	건강위해성평가
제한점	<ul style="list-style-type: none"> •평가의 질: 다른 영향평가에 비해 발전된 기간이 짧음. •건강에 대한 정의가 광범위해서 기준이 애매함. •과학적 근거를 바탕으로 한 건강영향평가 시행이 필요함. •건강영향평가 시범사업이 제한되어 있음. •연방법으로 의무화 되어 있지 않아 시행평가 기관의 선정, 평가 기준 등의 표준화가 필요함. 	<ul style="list-style-type: none"> •평가서가 길고, 복잡하며 사용하기 어려움 •공공 참여도가 제한되어 있고, 각 기관 간 대립구도가 형성됨. •절차가 실질적이지 못함. •대체적으로 평가는 프로젝트에 집중되어 있고 프로그램 및 정책에 대한 평가는 미비함. •건강영향에 대한 평가가 제한되어 있고, 건강관련 전문가들의 참여가 낮음. 	<ul style="list-style-type: none"> •건강에 대한 범위가 포괄적이지 못함 •공공 참여도가 제한되어 있음.

2. 통합 건강/환경영향평가(Integrated HIA/EIA) 사례

알래스카 동북부지역 국가석유개발 사업(Alaska's Northeast National Petroleum Reserve)사례는 EPA가 시행한 첫 번째 통합 건강영향평가와 환경영향평가의 사례이며, 통합 영향평가의 모범 사례이다. 이 사업은 1998년에 연방 the Bureau of Land Management가 사업계획을 수립하고, 2005년도에 관련법이 제정되었으며, 2008년에 추가법이 제정되었다. The Alaska InterTribal Council과 the North Slope Borough가 협력하여 이 지역 석유개발사업이 건강에 미치는 영향을 EIS에 추가하도록 연방 the Bureau of Land Management 부서에 설득하였다. 해당 사례는 지역 정부 부서와 협의하기 위해 전례에 없는 협정을 이끌어 내었다. 이 노력으로 인해 식품 및 환경오염 모니터링을 더 발전시키고, 건강 및 수확물 지표 모니터링이 증가하게 되었으며, 석유개발사업과 관련 종사자들에게 사업으로 인한 부정적 사회 영향을 감소할 수 있도록 이에 따른 교육을 실시하게 되었다.

이 외에도 트리니티 플라자 아파트 재건축 사업, 샌프란시스코 동부지역 용도구역 재정비, 알래스카 북부 처키해 석유 가스 개발권 입찰, 북극해 연안지역 석유 및 천연가스 개발권 허용 사례 등의 통합 건강/환경영향평가가 실행되었다. 이에 대한 자세한 사례연구는 김동진 외 4인(2012)의 “지방자치단체 환경보건정책에 대한 건강영향평가” 연구보고서에 자세히 소개되어 있다.

제6절 건강격차의 과제

미국의 건강격차 문제는 1985년 흑인 및 소수인 건강에 관한 보건사회부 장관 테스크포스 보고서(1985 Report of the Secretary's Task Force on Black and Minority Health [Heckler Report])의 주요 성과로 1986년 보건사회부에 소수인건강국(Office of Minority Health)가 구성되면서 정책적으로 다루기 시작하였다. 이후 미국은 2010년 오바마 정부에서 제정한 “Patient Protection and Affordable Care Act”에 따라 미국 보건사회부 산하 6개 기관에 소수인건강에 대한 전담부서를 설치하면서 보다 본격적으로 추진하게 되었다. 이들 기관들은 보건사회부와 국립보건원과 함께 미국인의 인종 및 민족성에 따른 건강격차를 해소하고 건강을 증진하기 위한 활동에 참여하고 있다. 또한 50개의 주정부에도 모두 소수인건강 혹은 건강격차에 관한 전담부서를 설치하고 있으며, 소수인의 건강을 모니터링하고, 교육 및 역량강화 활동, 지역사회 활동의 지원 및 정책 개발 활동을 추진하고 있다.

미국에서는 건강격차 문제를 개별 위험요소나 사회경제적 특성별 인구 집단에 따라 다루고 있지 않으며, 인종 혹은 민족성 간의 격차로 다루고

있는 것이 가장 큰 특징이다. 건강과 보건의료 이용에서의 격차는 인종, 민족성, 성별, 문해력, 사회경제적 지위, 지리적 위치, 장애 상태, 성적 지향성 혹은 성정체성 등에 따라 나타난다. 이들 인구집단의 건강결정요인들 간 복합적인 상호작용에 의해 건강행태위험요인, 건강수준 및 보건의료 이용에서의 격차가 나타나게 되기 때문에 건강격차의 해소도 이러한 상호관계를 감안하여 접근해야 한다. 그리고 효과적인 정책은 이들 인구집단의 생활영역에서 밀접한 영향력을 미치는 지역사회의 풀뿌리 단체, 봉사단체, 종교기관이나 개인에서부터 민간 사업체, 공공기관, 대학 및 연구기관, 그리고 더 나아가 지방정부, 주정부 그리고 연방정부의 연합된 노력과 활동에 기반하여 수립되고 추진되어야 한다는 기본적인 입장을 가지고 있다.

최근의 미국의 건강격차 해소 정책에서는 지역사회에서 적극적인 참여를 할 수 있도록 정책적 수단들을 많이 마련하고 있다. 건강격차가 취약인구집단이 속한 지역사회의 맥락 속에서 생겨나고 있기 때문에 그 해결 방안 또한 지역사회의 활동 속에서 찾아야 하는 것이다. 미국의 건강격차 해소를 위한 국가 전략인 National Stakeholder Strategy for Achieving Health Equity는 지역사회의 조직 및 단체들이 참여한 가운데 의견을 모아 목표와 추진 전략을 선정하였으며, 그 실천에 있어서도 지역사회에서의 활동을 촉구하고 있다.

제7절 미국의 건강행태위험요인의 사회경제적 격차 현황

1. 건강행태 위험요인 관련 사회경제적 취약계층의 종류와 정의

가. 소수인(minority) 정의 및 현황

미국 보건사회부 소수인건강국(Department of Health and Human Services, Office of Minority Health)에서는 인종 및 민족성에 따른 소수인을 다음과 같이 분류하고 있다.

- 아시아계 미국인
- 흑인 혹은 아프리카계 미국인
- 히스패닉 혹은 라티노
- 하와이 원주민 및 기타 태평양 섬 원주민
- 아메리카 인디언 및 알래스카 원주민

미국인 중 소수인은 2012년 기준 전체 인구의 34%에 해당하며, 2030년에는 40%가 될 것으로 예상된다. 현재 미국의 인종별 인구는 <표 4-5>와 같다.

이 외에도 건강격차가 장애, 연령, 성별, 거주지역, 사회경제적 지위, 성적 지향성 및 성정체성 등에 따라 나타나고 있기 때문에 이들도 취약집단에 포함하고 있다.

사회경제적 건강결정요인은 인종과 민족성에 따라 불균형적으로 분포한다. 빈곤층은 백인 인구집단보다 소수인 인구집단에서 더 많이 나타나고 있으며, 고용, 교육 등의 사회경제적 특징 또한 소수인 인구집단이 백인에 비해 취약하다.

〈표 4-5〉 미국인구의 종별 분포

	인구 (명)	구성비 (%)
백 인	242,639,242	79.8
흑 인	39,058,834	12.9
아메리카 인디언/알래스카 원주민	3,083,434	1.0
아시아인	13,549,064	4.5
하와이 원주민/태평양 섬 원주민	562,121	0.2
2개 이상	5,167,029	1.7
합 계	304,059,724	100.0

자료: U.S. Census Bureau, FactFinder, Data Sets, Annual Population Estimates, 2008 Population Estimates

나. 건강 격차(health disparity)에 대한 이해

건강 격차의 해소는 지난 20여 년간 미국의 Healthy People 계획의 중요 목표 중 하나로 자리매김해 왔다. Healthy People 2000의 목표는 미국인의 건강 격차를 줄이는 것(reduce)이었고, Healthy People 2010는 단순히 줄이는 것이 아니라, 제거하는 것(eliminate)이었으며, Healthy People 2020는 건강 형평성의 달성, 건강 격차의 제거, 그리고 모든 인구집단의 건강 향상로 목표가 한층 확장되었다.

미국 Healthy People 2020에서 건강 격차(health disparity)를 “사회적, 경제적, 또는 환경적으로 불리한 상황과 밀접하게 관련되어 나타나는 건강의 차이”로 정의하고 있다. 그리고 건강 격차는 특정 인구 집단에게 건강에 부정적인 영향을 주는데, 이는 이들 집단의 건강에 인종이나 민족, 종교, 사회경제적 수준, 성, 연령, 정신건강, 인지/감각/지체 장애, 성적 지향성, 성 정체성, 지리적 위치나 역사적으로 차별이나 배제 등의 조건이 조직적으로(systematically) 더 큰 장애를 주기 때문이다 (Healthy People 2020).

한편, 미국의 Healthy People 2020 이전에는 주로 질병이나 보건의료 서비스에 관한 격차를 줄이는데 집중해 왔으나, Healthy People 2020부터는 보건의료체계, 사회경제적 수준, 물리적 환경, 차별(discrimination), 인종차별, 문해력, 입법 정책 등 개인과 인구집단의 건강에 영향을 주는 광범위한 건강결정요인을 고려하고 있다.

특히, Healthy People 2020에서는 미국인의 유병률, 사망률, 만성적 질환 이환율, 건강행태 등의 건강 결과(health outcome)를 다음과 같은 인구학적 요소에 따라 건강 격차를 분석하고 다루고 있다.

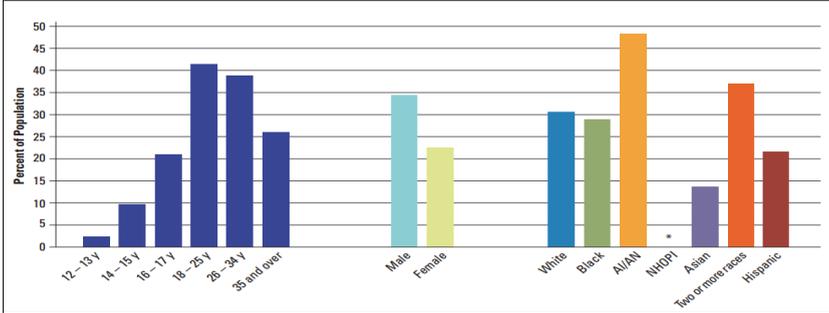
- 인종 및 민족성 (Race and ethnicity)
- 성별 (Gender)
- 성 정체성 및 성적 지향성 (Sexual identify and orientation)
- 장애 상태 혹은 특수 보건의료 요구도(Disability status or special health care needs)
- 지리적 위치 - 농촌 혹은 도시(Geographic location - rural or urban)

2. 건강행태 위험요인의 사회경제적 격차 현황

가. 흡연

현재 미국의 흡연자는 약 4,600만 명에 이르는 것으로 추산하고 있다. 연령별로는 18-25세에서 급증하며, 여성보다는 남성이, 그리고 인종별로는 아메리칸 인디언/알래스카 원주민, 그리고 2개 이상 복수 인종에게 높게 나타난다(그림 4-7 참조).

[그림 4-7] 연령별, 성별, 인종별 흡연율¹⁾(미국, 2008)



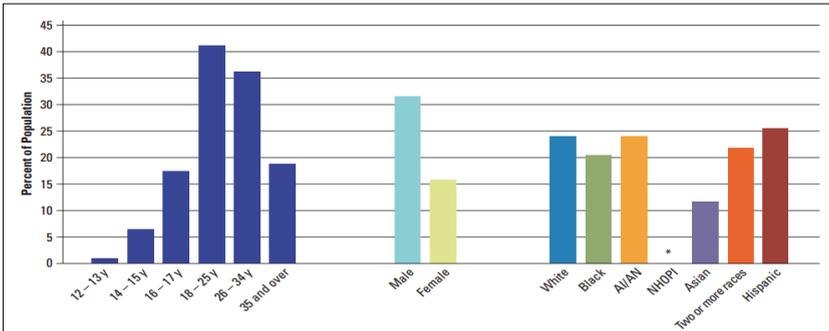
주: 1) 지난 12개월간 담배 제품의 이용 경험.

자료: Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Health Statistics. Publications and Information Products. Health, United States, 2010.

나. 음주

한 자리에서 술을 5잔 이상 마시는 폭음 경험은 젊은 층에서 많이 나타나며, 성별로는 남성이, 그리고 인종별로는 아메리칸 인디언/알래스카 원주민과 히스패닉계에서 많이 나타난다(그림 4-8 참조).

[그림 4-8] 연령별, 성별, 인종별 폭음경험률¹⁾(미국, 2008)



주: 1) 지난 30일 동안 최소 1일 이상 한 자리에서 술을 5잔 이상 마신 경험.

자료: Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Health Statistics. Publications and Information Products. Health, United States, 2010.

다. 운동 및 신체활동

운동실천율은 인종, 민족성, 낮은 교육수준, 낮은 소득수준에 따라 낮게 나타난다. 히스패닉 인구의 32.3% 및 흑인의 31.6%는 지난 한 달 동안 운동을 전혀 하지 않았는데, 이는 백인의 22.6%보다 높다. 교육수준이 낮을수록 운동실천율이 감소하는데, 고등학교 이하인 경우 41.9%가 운동을 하지 않았다고 응답하였고, 이는 대졸 이상의 14.8%에 비해 월등이 높다. 마찬가지로 소득이 낮을수록 운동실천율이 낮아진다(표 4-6 참조).

〈표 4-6〉 인종/민족성별, 교육수준별, 연간소득별 운동 미실천율¹⁾(미국, 2008)

(단위: %)

인종/민족성		교육수준		연간소득	
분 류	운동 미실천율	분 류	운동 미실천율	분 류	운동 미실천율
합 계	24.8	합 계	24.8	합 계	24.8
백 인	22.6	고등학교 이하	41.9	\$15,000 미만	41.7
흑 인	31.6	고등학교 졸업	32.2	\$15,000~24,999	36.1
히스패닉	32.3	대학 일부	23.8	\$25,000~34,999	31.4
기 타	25.8	대졸 이상	14.8	\$35,000~49,999	25.6
복수인종	18.8			\$50,000 이상	16.8

주: 1) 지난 한 달 동안 운동을 한 경험이 없음.

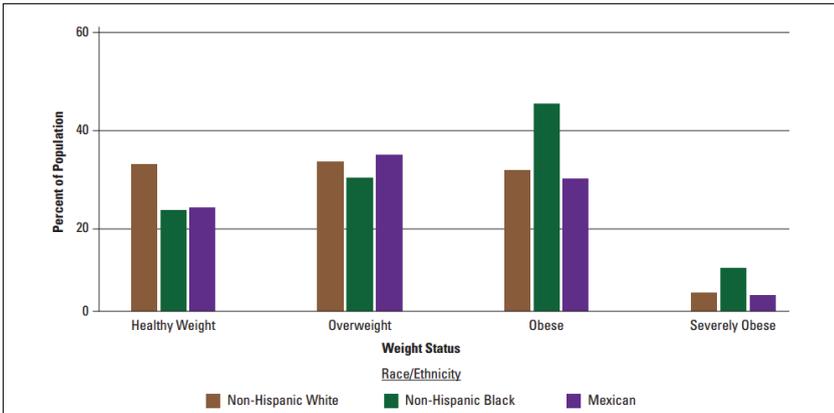
자료: Centers for Disease Control and Prevention. Healthy Living. Data and Statistics. Behavioral Risk Factor Surveillance System. Prevalence and Trends Database. United States, 2009, Exercise by race, education and income.

라. 과체중 및 비만

비만율은 인종에 따라 크게 다르게 나타나고 있다. 비-히스패닉계 흑인의 비만율과 고도비만율이 가장 높게 나타나고 있으며, 건강체중은 비-히스패닉계 백인이 가장 높다(그림 4-9 참조). 더구나 어린이 및 청소년

기 비만율이 1970년대에 비해 2~3배 증가하였는데, 1976~1980년에 비해 2007~2008년의 2~5세 비만율은 5%에서 10.4%로, 6~11세 비만율은 6.5%에서 19.6%로, 12~19세 비만율은 5%에서 18.1%로 증가하였다.

[그림 4-9] 인종별 과체중 및 비만율¹⁾(미국, 2005~2008)



주: 1) 건강체중(Healthy Weight): BMI 18.5 이상 25.0 미만; 과체중(Overweight): BMI 25.0 이상 30.0 미만; 비만(Obese): BMI 30.0 이상; 고도비만(Severely Obese): BMI 40.0 이상
 자료: Centers for Disease Control and Prevention. Healthy Living. Data and Statistics. Behavioral Risk Factor Surveillance System. Prevalence and Trends Database. United States, 2009, Exercise by race, education and income.

제8절 미국의 건강행태위험요인의 사회경제적 격차 감소 정책

1. 정책 개발의 역사

가. Report of the Secretary's Task Force on Black and Minority Health [Heckler Report] (미국 보건사회부 보고서, 1985)

미국 연방정부 차원에서 소수인(minority)의 건강 격차에 대한 정책은 1985년 흑인 및 소수인 건강에 관한 보건사회부 장관 태스크포스 보고서 (1985 Report of the Secretary's Task Force on Black and Minority Health [Heckler Report])를 발표하면서 본격적으로 시작되었다. Heckler Report는 흑인 뿐 아니라, 히스패닉, 아시아인 및 태평양 섬 주민, 그리고 아메리칸 인디언 등 소수인의 건강 격차에 대한 최초의 공식적인 보고였으며, 암, 심혈관계 질환/뇌졸중, 당뇨병, 영아 사망, 약물 의존증 및 타살을 이들 소수인에서 크게 나타나는 6대 건강 격차로 확인하였다.

나. Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care [Unequal Treatment Report] (Institute of Medicine (IOM), 2002)

미국 보건사회부는 의학협회(Institute of Medicine [IOM])에 인종 간 보건의료 치료의 현황을 분석하도록 의뢰하였다. 그 결과보고서인 Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care [Unequal Treatment Report]가 2002년에 발표되었으며, 건강 격차의 현황에 집중하기보다는 그 해결 전략을 개발하고 실행하는 데 집중할 것을 촉구하였다. 인종 간 건강 격차의 주요 원인으로는

보건의료 시스템의 구조와 운영을 비롯하여 환자와 의료인의 태도와 행태를 꼽았다. 건강격차를 해소하기 위한 전략으로는 환자의 인종, 사회경제적 수준, 사용 언어에 따른 의료 이용 행태에 관한 데이터를 수집하고 분석하여 그 원인을 밝히는 것이 필요하다고 제안하고 있다. 중재전략들의 효과를 평가하고 분석하는 것과 함께, 환자 교육을 통해 보건의료 서비스에 대한 지식과 치료와 관련된 결정에 보다 적극적으로 참여할 수 있도록 하는 노력도 강조하고 있다.

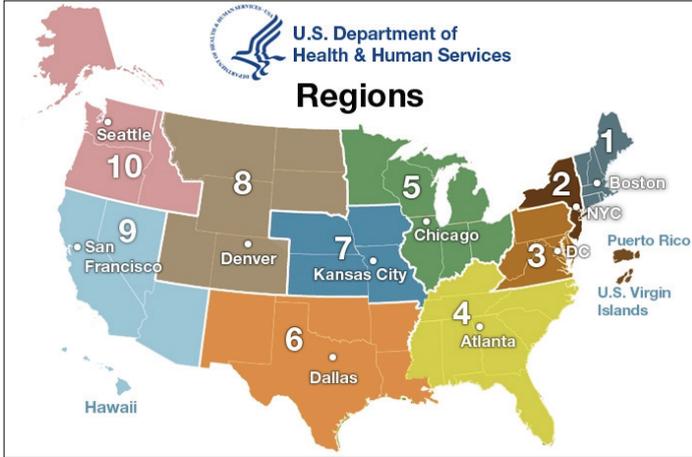
다. National Partnership for Action [NPA] (2006)

이처럼 미국에서는 1980년대 중반부터 인종간 나타나는 건강격차 문제를 정부 차원에서 본격적으로 다루기 위한 노력들이 진행되어 왔었고, 이는 2006년 National Partnership for Action [NPA]이라는 연방정부 차원에서의 전국 협의체로 발전하였다. NPA는 건강격차 해소를 위해 활동하고 있는 단체들의 협의체로 프로그램의 효과성을 극대화하는 것을 목적으로 설립되었다. 현재 전국의 620여 개의 기관에서 참여하고 있으며, 연방정부의 부처간 조직인 NPA Federal Team과 전국의 10개 권역에서 Regional Health Equity Council로 구성되어 있다.

2. National Stakeholder Strategy for Achieving Health Equity (2011)

NPA의 조직과 활동의 결과물로 2011년에는 건강격차 해소를 위한 국가 차원의 목표와 전략인 National Stakeholder Strategy for Achieving Health Equity가 개발되어 NPA의 참여 기관들이 공유하는 정책 비전으로 활용하고 있다.

[그림 4-10] 미국 보건사회부(HHS)의 10개 권역 현황



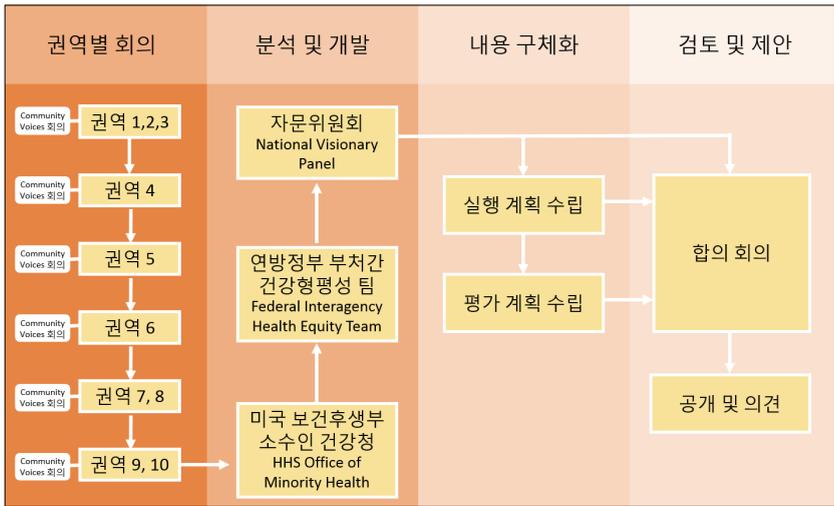
가. 정책 개발 과정

미국의 건강영향평가 전략의 정책 개발 과정은 전국에서 지역사회 회의인 “Community Voices Meetings”와 미국을 6개 권역으로 나누어 진행된 권역별 회의인 “Regional Conversations”에서 소수인 대표, 전문가, 관련 기관 대표 및 지역사회-기반 단체(community-based organizations) 등이 참여하여 소수인의 건강격차 문제와 전략을 논의한 후, 의견을 모아 연방정부 차원의 국가적 정책의 방향을 결정하는 상향식으로 추진되었다(그림 4-11 참조).

Community Voices Meetings에는 소수인과 이들 집단의 건강 관련 문제점들을 찾아 Regional Conversations 회의에 전달하였다. Regional Conversations 회의는 전국을 10개 권역으로 나누어 진행되었는데, 주정부 관계자들과 관련 전문 기관, 대학, 종교단체, 보건의료계 대표 및 민간기관 등 지역사회-기반 단체들로 이루어져 있다. 여기에서는

Community Voices Meetings의 의견을 기반으로 우선순위 과제와 해결 전략을 모색하였다.

[그림 4-11] National Stakeholder Strategy for Action 정책 개발 과정



지역사회에서 진행된 회의의 내용을 분석하고 정리한 내용은 연방정부 부처간 건강형평성팀(Federal Interagency Health Equity Team)에 전달하였다. 연방정부 부처간 건강형평성팀은 연방정부 차원의 부처간 조직으로 보건사회부, 농림부, 상무부, 국방부, 교육부, 주택도시개발부, 법무부, 노동부, 교통부, 재향군인회, 국토안보부 및 환경보호청으로 구성되었다. 또한, National Visionary Panel[NVP]라는 자문위원회에서 검토하여 최종적으로 5대 목표 20개 세부전략을 도출하였다.

나. National Stakeholder Strategy의 목표 및 세부전략

전국의 지역사회에서 논의되었던 현장의 의견들을 상향식(bottom-up)으로 반영하여 도출된 5대 목표는 다음과 같다.

1) 목표 1 : 인식제고(Awareness)

1985년 Heckler Report를 통해 처음으로 건강 격차 현황이 공식적으로 문서화된 이래 여전히 일반 국민을 비롯하여 정책가, 보건의료인 등 이해관계자들조차 인종 및 민족 간 건강 격차에 대한 인식이나 이해가 낮은 편이다. 심지어 소수인 인구집단조차 백인에 비해 건강 수준이나 보건의료 서비스의 질이 낮다는 것을 충분히 이해하지 못하고 있는 실정이다. 이에 대해 National Stakeholder Strategy에서는 보건의료 정책 의제, 파트너십, 미디어 및 커뮤니케이션 등의 전략을 통해 소수인 인구 뿐 아니라 모든 이해관계자들이 건강 격차 문제를 인식하고 가시화하는 것을 첫 번째 목표로 정하고 있다.

2) 목표 2 : 리더십 (Leadership)

건강과 보건의료 격차는 복합적인 원인에 의해 발생하기 때문에 이에 대한 해결 전략 또한 포괄적으로 접근해야 한다. 다부문 간의 횡적인 협력 관계 뿐 아니라 지역사회 차원에서부터 연방정부 차원에 이르는 수직적인 협력 관계를 형성하고 운영하기 위한 리더십을 발휘하는 것은 이러한 포괄적인 접근에 필수적인 요소이다. 그리고 특히 지역사회 차원에서의 리더십이 강조되는데, 지역사회-기반 조직이나 종교 관련 조직들은 소수인이나 취약계층이 가장 밀접하기 때문이다. 그러나 이들 기관은 예산,

인프라, 기술, 인력 등이 열악하기 때문에 이에 대한 지원이 요구된다. 이러한 지원은 지역사회의 사업체, 연구기관, 대학, 보건의료업계 등의 기관에서 제공하여 지역사회에 기반한 조직들의 리더들이 건강 격차 해소를 위한 활동을 하기 위한 역량을 개발하는데 중요한 역할을 해야 한다. 또한, 청소년 및 청년에 대한 투자를 통해 장래에 지역사회의 리더들로 성장했을 건강 격차 관련 정책과 사업에서 주요 자원이 될 수 있도록 준비하는 등의 전략들을 두 번째 목표에서 포함하고 있다.

3) 목표 3 : 보건의료체계와 생애 경험(Health system and life experience)

건강격차는 보건의료체계의 구조적 차원 뿐 아니라 의료인이나 환자의 태도나 행동 등 개인적인 차원에서 발생한다. 구조적인 차원에서는 의료인을 대상으로 문화적 다양성에 대한 교육 훈련이 부족하거나 다양한 문화적 배경을 가진 환자의 다양한 의료적 요구에 대해 대응할 수 있는 정책이나 인프라의 부재 등이 건강격차를 심화시킨다. 한편, 개인 차원에서는 의료인 입장에서 문화적 다양성에 대한 존중이 부족한 것과 동시에, 이용자인 환자 입장에서도 자신의 권리나 자신의 역할을 정확하게 알지 못하여 건강격차가 발생한다. 따라서 보건의료 현장에서는 의료인-환자 간 건강 커뮤니케이션을 증진하고 건강 리터러시 강화가 필요하다.

이러한 관점에서 교육수준은 건강과 밀접한 영향이 있는데, 흑인, 아메리칸 원주민 및 히스패닉 계 인구집단은 특히 교육수준이 낮은 편이며, 이로 인해 위험 건강행동이 더 많이 나타나고 있다. 또한 건강한 식품에 대한 접근성, 교통 수단에 대한 접근성, 알맞은 가격의 주택, 안전한 생활 환경, 대기질 및 수질, 교육 및 고용 기회에 대한 접근성, 인종차별로 인해 인지된 스트레스 등 사회경제적 요인도 건강에 밀접한 관계가 있으며,

이를 해소하기 위해서는 부문간 협력을 통한 포괄적이며 통합적인 접근이 요구된다. 사회경제적 요인 및 교육과 관련되어 나타나는 건강격차는 생애 주기별로는 어린이 및 노인 집단에서 특히 취약하기 때문에 이들에 대한 특별한 관심이 필요하다.

4) 목표 4 : 문화 및 언어적 역량(Cultural and linguistic competency)

어떤 활동이든 성공하기 위해서는 원활한 의사소통과 이해가 전제되어야 하며, 이 과정에서 문화 및 언어적 역량이 요구된다. 보건의료 현장에서는 환자가 이해할 수 있는 언어로 의사소통을 해야 하며, 보건의료인은 환자를 존중하는 의사-환자 관계를 형성해 나가기 위해 문화적 겸손을 발휘해야 하며, 환자의 문화적 배경으로 인해 발생하는 건강 문제에 대한 이해가 필요하다. 이를 위해서는 기본적으로 언어 장벽을 해소하는 노력이 필요하며, 보건의료 현장에서 충분히 훈련된 통번역 인력을 양성해야 한다. 또한, 환자와 같은 문화권의 보건의료 전문인이 문화 및 언어적 역량에 대한 충분한 훈련을 받을 경우, 보다 효과적으로 서비스를 제공할 수 있다.

5) 목표 5 : 데이터, 연구 및 평가(Data, research, and evaluation)

건강격차의 현황을 파악하고 분석하는 연구는 지속적으로 발전하고 있다. 그러나 건강격차의 원인이 되는 사회-환경적 결정요인에 대한 연구나, 이들 사회-환경적 건강결정요인을 개선하는 과학적으로 증명된 효과적인 전략의 개발, 보급, 및 연구 결과의 적용은 이에 비해 부족한 실정이다. 전국 자료를 활용하는 등의 연구에서 취약계층이나 소수인은 표본에 작은 수가 참여하기 때문에 데이터 수집이 어렵다. 따라서 데이터 수집

과정에서 이들 인구집단에 대한 고려가 필요하다.

최근에는 지역사회-기반 참여 연구나 지역사회-자발적 증재 전략이 전국적으로 활발하게 추진되고 있는데 이들 활동에 대한 평가가 수반되어 무엇이 효과적이었는지를 밝혀내야 보다 발전시킬 수 있다. 그리고 복합적인 원인과 다양한 양상으로 나타나는 건강격차에 대한 연구는 다양한 학문분야에서 참여하는 것이 필요하며, 학술적 지식을 현장에서 적용할 수 있는 지식전이(knowledge transfer) 활동을 통해 비-학술인에게도 지식에 대한 접근성을 높이는 전략이 필요하다.

〈표 4-7〉 National Stakeholder Strategy의 목표 및 세부전략

목 표	세부전략
1 Awareness	<p>1. Healthcare agenda 모든 차원-도시정부, 주정부, 부족, 권역, 연방정부-에서의 보건의료 정책의제에 반드시 건강 격차 해소가 우선순위 과제를 보장한다.</p> <p>2. Partnerships 공공, 비영리, 민간 기관과 협력관계를 구축하고 지원하여 건강 격차에 대한 인식을 제고하고 활동을 추진하고, 책무성을 보장하는 포괄적인 인프라를 구축한다.</p> <p>3. Media 기존의 지역, 광역, 국가 차원의 전통적 대중매체 뿐 아니라 새로운 매체를 활용하여 다양한 인구집단-인종/민족 소수인 집단, 청소년, 청년, 노인, 장애 인구, 성적 소수자, 지리적으로 고립된 사람들-에 메시지를 전달하여 행동을 촉구하고 책무성 보장한다.</p> <p>4. Communication 대상 인구집단 별로 전 생애에 걸쳐 맞춤형 메시지를 개발하고 전달하며, 건강 격차의 결과에 대한 다양한 인식을 전달하여 개인과 조직이 공중보건 영역에서 행동하고 참여하도록 유도한다.</p>
2 Leadership	<p>5. Capacity Building 지역사회가 건강 격차 해소하는 전략을 추진할 수 있도록 모든 정책 차원에서의 역량을 강화한다.</p> <p>6. Funding Priorities 지역사회가 연구와 사업을 추진하기 위한 예산을 조달하는데 참여할 수 있도록 조정하고 기회를 제공한다.</p>

134 건강영향평가TWG성과평가 및 건강행태위험요인의 사회경제적 격차감소를 위한 전략평가

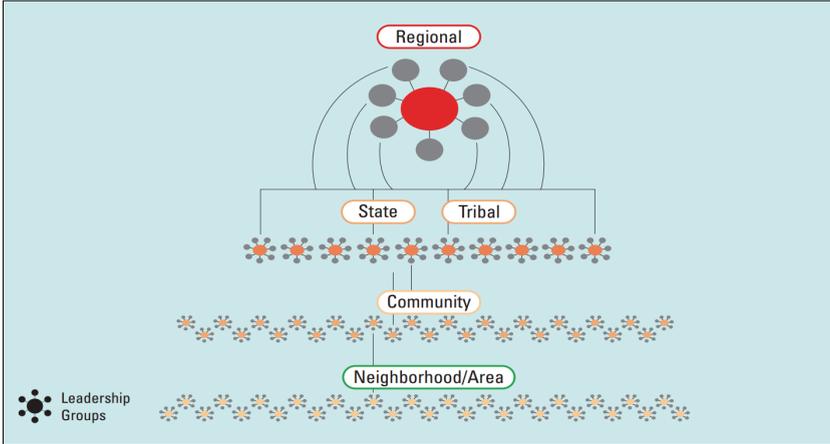
목 표	세부전략
	<p>7. Youth 젊은이들을 건강 프로그램의 기획과 시행 과정에 참여시킴으로써 지역사회 리더로 성장할 수 있도록 투자한다.</p>
3	<p>Health system and life experience</p> <p>8. Access to Care 모든 사람들이 좋은 보건의료 서비스를 받을 수 있도록 보장한다.</p> <p>9. Children 위험 집단의 어린이들에게 필요한 서비스가 제공되도록 보장한다.</p> <p>10. Older Adults 건강한 고령화를 위해 필요한 서비스와 프로그램이 제공되도록 보장한다.</p> <p>11. Health Communication 건강 리터러시, 커뮤니케이션 및 상호작용을 개선하여 건강 서비스 이용의 질을 높인다.</p> <p>12. Education 고등학교 졸업률 100%의 목표를 달성하여 교육의 장기 건강 효과가 나타날 수 있도록 학교, 어린이 프로그램, 지역사회 기관, 공공 보건 기관, 보건의료 제공자 및 기업과 협력한다.</p> <p>13. Social and Economic Conditions 건강에 보다 긍정적인 영향을 주는 사회적, 환경적, 경제적 여건을 조성하기 위한 정책을 시행한다.</p>
4	<p>Cultural and linguistic competency</p> <p>14. Workforce 보건의료 관련 인력이 다양한 문화권의 문화와 언어에 대한 이해를 증진하고 배려할 수 있도록 역량 강화 프로그램을 개발한다.</p> <p>15. Diversity 보건의료 관련 인력을 다양한 문화권에서 모집, 고용 및 훈련하여 인력의 다양성과 역량을 강화하도록 보건의료 관련 업계에서 리더십을 발휘한다.</p> <p>16. Ethics and Standards, and Financing for Interpreting and Translation Services 통역, 번역 및 2개 이상 언어를 사용하는 직원들이 보건의료 현장에서 의료 윤리 강령을 이해하고 따르도록 한다. 건강 관련 통역 서비스에 대한 예산을 확보하는 한편, 보험에서 지원하도록 한다.</p>
5	<p>Data, research, and</p> <p>17. Data 모든 인종, 민족 및 취약계층에 대한 건강 데이터를 수집하여 이용 가능하도록 한다.</p>

목 표	세부전략
evaluation	18. Community-Based Research and Action, and Community-Originated Intervention Strategies 지역사회-기반 참여 연구와 지역사회 중재 전략 평가에 대한 투자를 확대하여 건강 격차 감소를 위한 지역사회 수준에서의 역량을 강화한다.
	19. Coordination of Research 건강과 보건의료 격차 해소에 대한 이해를 증대하고 전략과 방법을 제안하는 연구를 지원하고 조정한다.
	20. Knowledge Transfer 연구와 평가 결과에서 생산된 지식을 확대하고 전이하여 정책, 사업 및 예산지원 활동의 의사결정 과정에서 사용하도록 한다.

다. National Stakeholder Strategy의 실행 전략

National Stakeholder Strategy는 전국의 모든 지역사회와 민-관의 참여를 전제로 하여 개발된 전략이며, 건강격차의 해소를 위해 지역사회의 참여와 활동을 적극적으로 촉구하고 있다. 예컨대, 지역사회의 조직과 단체에서 National Stakeholder Strategy의 5대 목표와 20개 세부전략들을 실행할 수 있는 구체적인 방법에 대한 지침서인 Toolkit for community action (NPA Toolkit)을 발간하여 보급하고 있다. 그리고 전국의 10개 HHS 권역별로 권역 건강형평성 위원회(Regional Health Equity Council)를 구성하고, 여기에서 각 권역의 주(州) 정부, 도시정부, 보건의료기관, 건강보험사, 사업체, 연구기관 및 대학 등의 활동을 조정하는 역할을 담당한다(그림 4-12 참조). 그러나 지역사회의 기관들은 권역 건강형평성 위원회의 발족을 기다릴 필요 없이 곧바로 자발적인 활동을 추진할 것을 적극 권장하고 있다.

[그림 4-12] National Stakeholder Strategy의 실행을 위한 조직도



National Stakeholder Strategy가 생명력 있는 정책 문서로 기능하기 위해서는 이해관계자들이 주인의식을 가지고 서로 성공과 실패 경험 교류하는 과정들을 통해 활동을 발전시키는 노력이 필요하다. 이해관계자들의 주인의식을 증진하기 위해서는 리더십을 발휘하도록 기회를 제공, 폭넓은 참여의 증진, 협력 관계의 형성과 발전, 양방향성 커뮤니케이션, 다부문의 활동 조정 및 성과에 대한 책무성 확립 등이 요구된다.

성공적인 전략의 추진을 위해서는 지역사회에서 파트너십의 구성과 유지, 발전이 이루어져야 한다. 성공적인 파트너십을 위해서는 파트너십의 목표 대상이 되는 구체적인 건강격차 문제에 대한 명확한 설정과 이해가 선행되어야 한다. 그리고 이에 따라 관련 기관과 파트너를 모집하고 예산과 인프라 등을 조성해 나가며, 실행할 수 있는 인력을 배정한다. 그리고 계획에 따라 활동을 추진해 나가며 평가를 통해 피드백과 지속적인 개선을 해 나가는 노력이 필요하다.

전략을 실행하는 과정에서 이에 참여하는 지역사회의 개인, 조직, 기관

에서는 전략 실행을 위하여 다양한 분야에서 역량이 필요하다. 역량을 강화해 나가기 위해서는 역량이 요구되는 영역 - 리더십, 프로그램 운영 및 예산 관리, 사정 및 평가, 제안서 작성, 지속적 추진 등을 위한 기술, 훈련, 예산 -이 무엇인지를 파악해야 한다. 개인과 조직 차원 모두에서 역량을 강화해 나가는 노력이 요구되며, 예산과 자원이 한정되어 있는 현실에서 참여하는 기관들 간에 자원을 연계할 수 있는 방안을 모색해야 할 것이다.

마지막으로, National Stakeholder Strategy의 실행을 위해서 효과적인 커뮤니케이션이 필요하다. 커뮤니케이션 역량을 키워나가는 한편, 홍보 자료를 개발하고, 인식제고를 위한 메시지를 보급하기 위해 지역사회와의 협력 파트너를 발굴하고 연계해야 하며, 다양한 대중매체를 활용할 것을 권장하고 있다.

라. National Stakeholder Strategy의 평가 방법

정책에 대한 평가를 위해 다음의 5가지 평가 질문을 개발하였다.

1. 공공과 민간의 기관들은 건강격차를 해소하기 위한 목적으로 어떤 방식으로 파트너십에 참여하고 있는가?
2. 20개의 세부전략들이 지역, 주, 권역, 연방 수준에서 각각 어떻게 추진되고 있는가?
3. 전략과 활동들의 성과는 무엇인가?
4. National Stakeholder Strategy의 최종 목표인 건강격차 해소 및 건강형평성 달성의 성과는 어떻게 진행되고 있는가?
5. 건강격차의 제거활동이 공중보건시스템을 비롯하여 정책 주류(policy mainstream)에 얼마나 진입하였는가?

평가 방법으로는 다중사례연구, 벤치마킹 방법론 및 종단적 연구의 다양한 방법론을 평가의 목적에 골고루 적용하는 것이 권장된다.

3. HHS Action Plan to Reduce Racial and Ethnic Health Disparities(2011)

HHS Action Plan to Reduce Racial and Ethnic Health Disparities [HHS Disparities Action Plan]는 건강격차 해소를 위한 미국 보건사회부의 실행계획이다. National Stakeholder Strategy는 전국의 지역사회의 단체들이 참여하는 포괄적인 계획이며, HHS Disparities Action Plan은 Healthy People 2020과 함께 이를 보완하는 정부차원의 계획이다. HHS Disparities Action Plan은 2010년 제정된 건강보험개혁법(Affordable Care Act)에서 언급하고 있는 건강격차 해소와 관련된 내용을 근거로 삼고 있다.

HHS Disparities Action Plan은 2010~2015년의 기간 동안 시행하며, 다음과 같이 5개의 목표를 삼고 있다.

- I. 보건의료 체계의 변화
- II. 보건사회부의 인프라와 인력의 강화
- III. 미국인의 건강, 안전 및 삶의 질 증진
- IV. 과학 지식과 혁신의 증진
- V. 보건사회부 프로그램의 효과, 투명성 및 책무성 강화

4. 기타 정책

이외에도 미국 보건사회부에서 실시하고 있는 건강격차 해소와 관련된

정책은 다음과 같다.

Healthy People 2020

Healthy People 2020의 4대 목표 중 하나가 '건강 형평성의 달성, 건강 격차의 제거, 그리고 모든 인구집단의 건강 향상'이다. 사망, 이환, 손상 및 기타 건강관련 행태에 대해 인종, 민족성, 성 정체성, 성적 지향성, 장애 상태 혹은 특수 보건의료 요구도 및 지리적 위치에 따른 건강 격차를 측정하고 이를 다루고 있다.

Let's Move

어린이 비만 문제를 해결하기 위하여 영부인이 추진하고 있는 프로그램으로 다음의 5개의 주요 활동으로 구성되어 있다. ① 어린이 모두가 건강한 생애의 출발 ② 가족을 위해 건강한 선택을 할 수 있도록 부모와 보호자 대상 역능화 ③ 학교에서 건강한 음식 제공 ④ 건강하고 적정 가격의 식품에 대한 접근성 보장 ⑤ 신체활동 강화

The National HIV/AIDS Strategy

2010년 7월 대통령이 발족한 정책으로 연령, 성별, 인종 및 민족성, 성적 지향성, 성정체성, 사회경제적 여건에 대한 차별 없이 치료를 받을 수 있도록 하는 것을 목표로 하고 있다.

HHS Strategic Action Plan to End the Tobacco Epidemic

2010년 11월 보건사회부 장관이 발족한 정책으로 다음의 4가지 영역으로 구성되어 있다: ① 지역사회 참여 ② 주정부 및 도시정부 차원에서 담배규제 정책 수립을 위한 근거 제공 ③ HHS에서 직접 모범 보이기

④ (특히 식품의약안전청의 규제 강화 측면에서의) 연구 활성화

Efforts to Reduce Disparities in Influenza Vaccination

인종 및 민족성에 따른 소수인 인구집단을 대상으로 예방접종 활동을 강화하고 공공-민간 파트너십 강화를 주요 골자로 하고 있다.

Interagency Working Group on Environmental Justice

미국 보건사회부 시행령 12898에 의해 모든 연방 정부 부처에서 환경 정의의 달성을 미션에 포함하는 것을 요구하고 있다. 보건사회부 및 관련 부처에서는 소수인 인구집단 및 저소득층의 건강과 생활환경에 불균형하게 영향을 주는 요소를 제거하여야 한다.

5. 미국의 건강행태위험요인의 사회경제적 격차 감소 정책의 주요 사례

Preconception Peer Education (PPE)

Preconception Peer Education (PPE)는 소수인 대학생들을 건강리더로 양성하는 프로그램으로, 이들은 대학 캠퍼스와 지역사회를 중심으로 동료 대학생들에게 건강에 대한 메신저로서 활동할 뿐 아니라, 소수인 건강과 관련한 다양한 활동에 핵심 인력으로서 활동을 확대해 나가고 있다. PPE 교육과정을 수료한 참여자에게는 인증서를 수여하며, Healthy Start Programs 등 시정부, 주정부, 연방정부 혹은 지역사회 기관에서 실시하고 있는 다양한 취약계층 대상 건강격차 해소 프로그램으로 연결해 주고 있다.

Think Cultural Health

Think Cultural Health는 보건의료기관이나 건강 서비스의 제공 현장에서 문화 및 언어적으로 적절한 서비스(Culturally and Linguistically Appropriate Services[CLAS])가 전달될 수 있도록 하기 위한 사업이다. 국가 CLAS 표준 지표를 개발하여 이를 주정부를 중심으로 법제화할 수 있도록 입법 활동을 추진하고 있다.

National Minority Health Month

매년 4월을 Minority Health Month로 지정하여 전국적으로 인종간, 민족간 건강격차에 대한 인식을 제고하고 건강격차 해소를 위한 국가 정책을 홍보하는 기회로 활용하고 있다. 2013년은 “Advance Health Equity Now: Uniting our communities to bring health care coverage to all”을 주제로 모든 사람들에게 질 좋은 보건의료서비스를 보장하기 위한 지역사회 통합적인 노력과 참여를 촉구하였다.

제9절 소결

미국은 아직까지 건강영향평가를 연방정부 법에 의해 정식으로 제도화하여 관리하고 있지 않다. 하지만 미국 질병관리본부(Centers for Disease Control)과 같은 연방정부기관에서 지역보건당국, 주정부, 재단 또는 지역사회단체에 건강영향평가제도 시행을 권고하고 필요한 교육 및 자료를 제공하고 있다. 예를 들어, Health Impact Project, UCLA Health Impact Assessment Center, Health Impact Partners 와 같은 공공 비영리 단체에서 건강영향평가의 개발과 정책 발전을 계속해

서 추진하고 있으며, 각 지역에 자금과 기술을 지원하여 건강영향평가 발전에 기여하고 있다.

1999년부터 2013년 8월까지 완성됐거나 현재 진행 중인 미국의 건강영향평가 사례는 총 266건이다. 건강영향평가는 주로 환경 및 에너지, 교통, 농업, 폐기물 처리 및 재활용 분야에서 사용되고 있었으며, 이 중 건조환경(built environment)가 가장 많은 비중을 차지하고 있다. 건강영향평가의 의사 결정 단계는 주로 지방(local) 단체 혹은 정부에서 이루어지고 있다. 지금까지 미국에서 시행된 건강영향평가의 사례는 지역 사회에 건강증진에 기여하고 있는 것을 사례연구를 통해 알 수 있었다.

미국에서는 건강영향평가 이외에 환경영향평가, 건강위해성평가 등도 시행되고 있다. 환경영향평가는 개발되고 법제화 된 기간이 오래되어 평가의 질과 도구가 건강영향평가에 비해 우수하지만, 환경영향평가 내에서 건강의 영향을 분석하기에는 제한이 있다. 그리고 건강위해성평가의 경우는 평가되는 건강의 폭이 환경에 노출된 화학물질을 평가하는 것에 제한되어 있어 전반적인 건강의 영향을 평가하기에는 제한이 있다. 하지만 환경영향평가와 건강위해성평가의 제한점을 건강영향평가를 함께 시행함으로써 보완하는 사례가 많이 있다.

미국의 많은 전문가들이 건강영향평가와 환경영향평가를 통합해서 실시하는 것에 대하여 긍정적인 반응을 가지고 있다. 그러므로 앞으로 미국 내에서 환경영향평가 내에 건강영향평가를 함께 시행하는 사례가 더 많아질 것이라고 전망한다.

미국에서의 건강영향평가 정책은 아직도 풀어야 할 숙제가 많다. 미국의 사법 및 행정 체계 특성상, 연방법에 의한 건강영향평가 입법화는 많은 시간이 걸릴 것으로 예측한다. 그 대신, 지역 자치단체의 자발적인 시행을 권고하는 추세로 이어질 것으로 본다. 그러므로 건강영향평가 정책

을 발전시키기 위해 다음과 같은 정책 제언을 한다.

- 건강영향평가 시범사업을 활성화하여 더 많은 분야의 정책, 프로젝트 및 프로그램에 건강영향평가를 시행한다. 이로써 건강영향평가의 중요성을 더욱 알리고, 모범 사례를 통해 여러 분야의 정책에 건강영향평가 도입을 추진한다.
- 현재 전문가들의 의견과 연구추세로 보았을 때, 환경영향평가 내에 건강영향평가를 시행을 의무화 하도록 NEPA에 추가 법령을 제안한다. 현재 EPA에서 NEPA에 추가된 환경 형평성 문제를 분석하기 위하여 건강영향평가를 시행할 것을 권고하였으므로, EPA와 CDC를 중심으로 전문 자문위원회를 구축하도록 해야한다.
- 환경영향평가 내에 건강영향평가를 성공적으로 시행하기 위해서는 다음과 같은 점을 고려해야 한다.
 - 1) EIA 시행자들에게 보건 관련 교육과 지침서를 제공해야 한다.
 - 2) 모든 프로젝트가 건강영향평가를 필요로 하는 것이 아니므로, EIA에 스크리닝 도구를 개발하여 건강영향을 파악한다.
 - 3) 프로그램 및 정책의 단계적 분석이 필요하다. 좀 더 많은 분야의 연방기관에서 건강영향평가와 환경영향평가를 시행토록 하여 프로그램 및 정책의 단계적 분석을 돕는다.
- 건강영향평가의 전문가 양성이 필요하다. 미국에서의 건강영향평가의 연구는 아직도 보건 분야에서 많이 알려지지 않았다. 그러므로 전문가 양성을 위한 훈련과 지원이 필요하고, 대학에 건강영향평가 커리큘럼을 더 많이 만들어 전문가를 양성한다.

□ 건강영향평가 시범 사업 뿐 아니라 건강영향평가 정책 연구에 연방 정부의 자금 및 기술 지원이 필요하다. 연방정부는 건강영향평가 정책 및 개발 연구에 더 많은 자금을 투자해야 한다.

미국의 건강격차 감소를 위한 정책은 개별 건강행태위험요인이나 사회경제적 인구집단별로 나누어 접근하기보다는 이들의 특성이 가장 대표적으로 나타나는 인종 및 민족간 인구집단별로 접근하고 있다. 건강과 보건의료 격차는 복합적인 원인에 의해 발생하기 때문에 이에 대하여 포괄적으로 접근하기 위해 연방정부에서 국가 전략을 수립하였고, 지역사회에서의 참여와 협력관계의 구축을 통해 수립된 전략을 실현하고자 노력하고 있다. 건강격차 감소를 위해서는 무엇보다도 건강격차 문제에 대한 국민들의 이해가 필요하기 때문에 인식제고 활동이 주요 목표에 포함되어 있고, 실효성 있는 파트너십의 구축과 운영을 위해서는 리더십을 강조하고 있다. 또한 이러한 활동에 참여할 수 있는 문화 및 언어적인 역량을 갖춘 인력을 양성하고 있으며 지역사회-기반 참여적 연구와 활동을 적극 장려하고 있다.

사회경제적 격차를 개별적인 건강행태위험요인별로 개별적인 정책과 사업을 수립하는 것도 나름대로의 의미와 성과가 있겠다. 최근의 미국의 국가 정책은 건강격차를 해소함에 있어 포괄적인 접근의 좋은 사례가 되고 있다. 보다 근본적인 해결전략을 모색하기 위하여 지역사회의 단체들간의 네트워크를 형성하고 참여할 수 있는 기반을 마련하고 있다는 점에서 조정자로서의 정부의 역할을 잘 수행하고 있는 사례라고 할 수 있겠다.

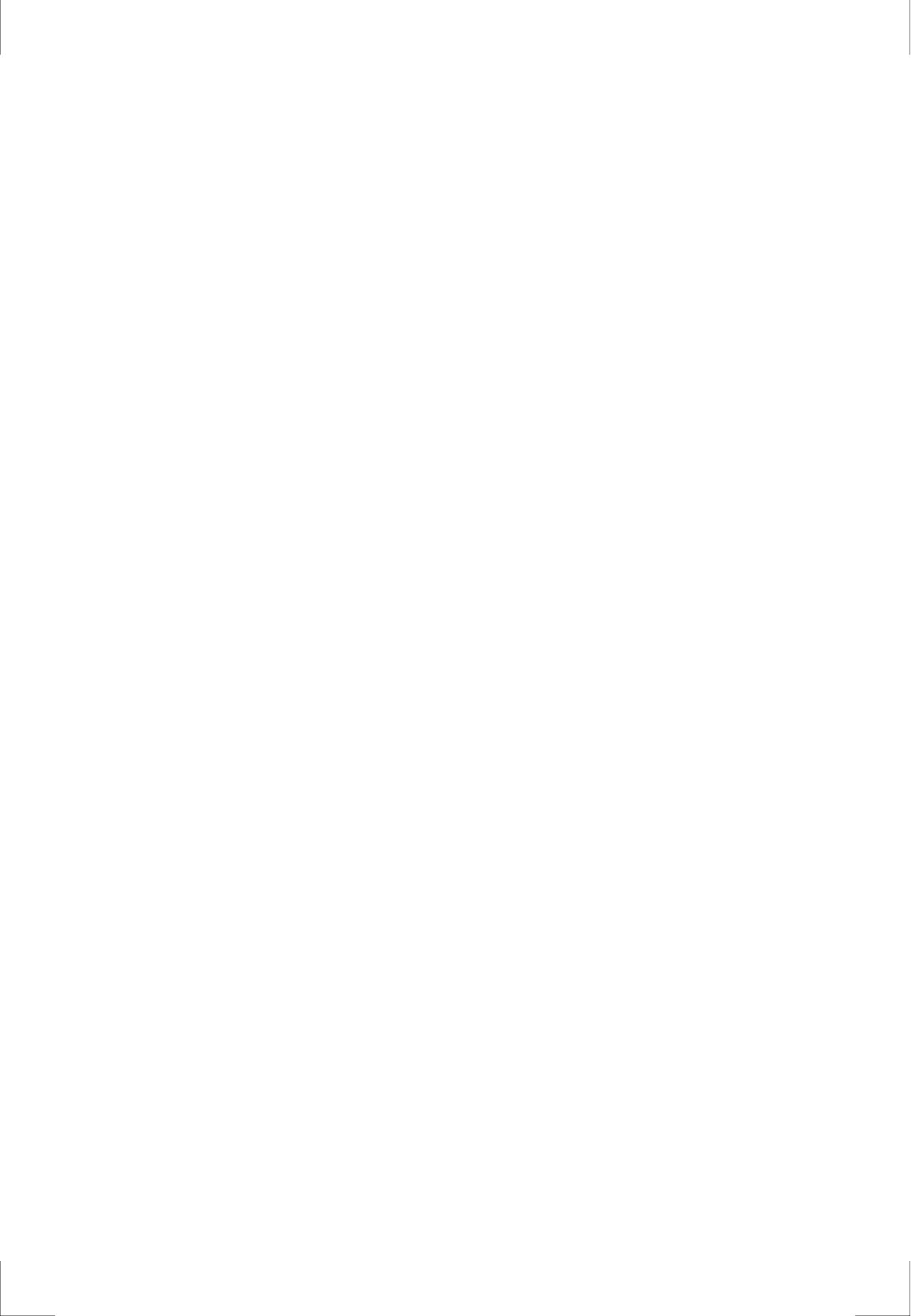


제5장 건강행태의 사회경제적 격차 분석

제1절 분석방법

제2절 사회경제적 요인별 흡연율 및 음주율 변화 추이

제3절 흡연 및 음주의 사회경제적 불평등 분석



5

건강행태의 사회경제적 격차 분석 <<

제1절 분석방법

최근 건강형평성에 대한 관심이 높아지면서 관련 논문들에서 건강 결정요인으로 사회경제적 요인이 중요한 영향을 미치는 것을 확인할 수 있다(김유미 외, 2007). Lynch 등(2000)은 사회경제적 요인을 개인적 지표와 지역기반 지표로 구분하였으며, 개인적 지표는 직업, 소득, 교육, 자산으로 분류하고 있으며, 지역기반 지표는 직업구조, 교육구조, 경제구조, 빈곤지역 등을 분석에 활용하고 있다.

이 장에서는 한국복지패널 3~7차 자료(2008~2012)를 활용하여 건강행태의 사회경제적 격차를 분석하고자 한다. 이를 위해서 먼저 2절에서는 성별에 따라 분류하여 사회경제적 요인별로 흡연과 음주로 대표되는 건강행태의 변화 추이(연령 보정 전)를 살펴본다. 건강행태 관련 핵심변수로는 현재흡연을 및 고위험음주율을 분석하였고, 인구학적 변수인 성별에 따라 구분하였다. 한편, 설명변수에 해당하는 사회경제적 요인으로는 교육수준(education), 직업(occupational class), 경제활동 참여상태(employment status), 소득수준(income quartile)을 선택하여 활용하였다. 교육수준은 '중졸 이하, 고졸, 전문대 이상'으로 분류하였고, 직업은 '화이트칼라, 블루칼라, 기타'로, 경제활동 참여상태는 '정규직, 비정규직, 기타'로 구분하였다. 소득수준은 가구의 경상소득을 가구원수로 보정하여 25%씩 4분위로 구분하여 소득계층을 '상, 중상, 중하, 하'로 구분하였다.

〈표 5-1〉 사회경제적 요인 관련 변수(독립변수)

구분	조사문항 내용	최종 분석변수
성별	1. 남 2. 여	sex(성별)
출생연도	년	age(연령)
교육수준	1. 미취학(만 7세 미만) 2. 무학(만 7세 이상) 3. 초등학교 4. 중학교 5. 고등학교 6. 전문대학 7. 대학교 8. 대학원(석사) 9. 대학원(박사)	education - 전문대 이상(기준변수) - 고등학교 - 중학교 이하
경제활동 참여상태	1. 상용직임금근로자 2. 임시직임금근로자 3. 일용직임금근로자 4. 자활근로, 공공근로, 노인일자리 5. 고용주 6. 자영업자 7. 무급가족종사자 8. 실업자(지난 4주간 적극적으로 구직활동) 9. 비경제활동인구	Employment Status - 정규직 1,5,6(기준변수) - 비정규직 2,3,4 - 기타 7,8,9
직업(직종)	직종 코드에 따른 분류	Occupational Class - 화이트칼라(기준변수) - 블루칼라 - 기타
소득수준	균등 조정 경상소득	Income Quartile 가구원수를 고려하여 경상소득 균 등 조정한 후 quartile에 의해 4분위로 구분하여 소득계층 분류 - 상(기준변수) - 중상/중하/하

한편, 종속변수인 건강행태와 관련하여 현재흡연율과 고위험음주율에 대해 살펴보면, 현재흡연은 ‘지금까지 피운 담배의 총량이 5갑(100개비) 이상이며, 현재 담배를 피우고 있는 사람’으로 정의하고, 이를 기초로 현재흡연율을 산출하였다. 고위험음주 여부²⁴⁾는 연평균 음주횟수 및 음주

24) 국민건강영양조사에서는 고위험음주를 ‘1회 평균 음주량이 7잔(여자 5잔) 이상이며 주 2회 이상 음주’로 구분하고 있으나, 여기서는 남성의 경우 음주 횟수는 이보다 더 많은 주 4회 이상을, 음주량은 5잔 이상으로 더 낮은 기준을 적용하여 정의함.

시 마시는 음주량(술잔 수)에 따라 구분하여 판정하였다. 본 연구에서는 남성의 경우 주 4회 이상, 5잔 이상, 여성의 경우는 주 2~3회 이상, 3잔 이상일 경우 단순 음주가 아니라 고위험음주로 판정하였다. 특히, 흡연과 음주에 영향을 미치는 요인은 성별에 따른 차이가 크기 때문에 남성과 여성을 분리하여 살펴보았다.

〈표 5-2〉 흡연 및 음주 등 건강행태 관련 변수(종속변수)

구분	조사문항 내용	최종 분석변수
지금까지 피운 담배의 총량	1. 5갑(100개비)미만 2. 5갑(100개비) 이상 3. 피운 적 없음	현재흡연여부 ☞ 지금까지 피운 담배 총량이 5갑(100개비) 이상이면서 현재 흡연하는 경우
현재 흡연 여부	1. 피움 2. 피우지 않음	
1년간 평균 음주횟수	1. 주1회 이하 2. 주 2~3회 3. 주4회 이상 4. 전혀 마시지 않는다	고위험음주여부 ☞ 1년간 평균 음주량 & 음주 시 마시는 술잔 회수 (남) - 주 4회 이상, 5잔 이상 (여) - 주 2~3회, 3잔 이상
음주 시 마시는 술잔 (음주량)	1. 1~2잔 정도 2. 3~4잔 정도 3. 5~6잔 정도 4. 7~9잔 정도 5. 10잔 이상	

여기서 활용하고 있는 분석자료는 한국복지패널(KOWEPS) 1~7차(2006~2012) 모두 조사가 완료된 20세 이상 패널 가구원 9,492명을 대상으로 구축한 것이다. 그러나, 한국복지패널 1~2차 데이터의 경우는 흡연여부에 대한 조사문항이 없었기 때문에 한국복지패널 3~7차(2008~2012) 데이터²⁵⁾를 활용하여 현재흡연여부 및 고위험음주여부를

25) 한국복지패널 데이터를 이용하여 건강행태의 사회경제적 불평등 수준을 분석하고 그 결과를 해석할 때 주의해야 하는 부분은, 현재 흡연여부를 '지금까지 담배를 5갑(100개비) 이상 피웠고, 현재 담배를 피우는 사람'으로 정의하였기 때문에 조사문항에서 평생 피운

판정할 수 있는 변수를 생성한 후 분석을 수행하였다.

다음으로, 3절에서는 한국복지패널 3~7차(2008~2012) 자료를 활용하여 성별 및 사회경제적 요인에 따른 흡연율 및 고위험음주율 변화 추이를 기초로, 사회경제적 요인별 IRR(Incidence Rate Ratio) 및 RII(Relative Index Inequality) 지표를 활용하여 우리나라의 건강행태 불평등 수준의 변화 추이를 심층 분석하고 있다.

이러한 분석은 건강행태(현재흡연율 및 고위험음주율)에 있어서 사회경제적 요인에 따른 격차가 얼마나 나타나는지, 그러한 격차가 존재한다면 어떻게 변화되고 있는지 파악하는 것을 목적으로 한다. 이를 위하여, 시간에 따른 현재흡연율 및 고위험음주율 변화 추이를 살펴보기 위하여 직접 연령표준화율(포아송 분포 가정)을 계산하여 IRR(incidence rate ratio)를 산출하여 제시하였다. 분석 시 활용된 사회경제적 요인별 기준 집단은, 교육수준의 경우 '전문대이상', 직업에서는 '화이트칼라', 경제활동 참여상태의 경우 '정규직', 소득수준에서 '상'에 해당하는 집단으로 설정하였다.

다음으로, 흡연 및 음주의 사회경제적 불평등 수준을 분석하기 위하여 상대 불평등 지수(RII)를 측정하여 사회경제적 요인별 차이를 살펴보았다. RII는 사회경제적 집단별 인구규모를 고려한 상태에서 가장 높은 계층과 가장 낮은 계층의 격차를 상대적 위험도로 표시한 것으로 선형성을 가정하고 있으며, 여기서는 2008~2012년까지 추계인구를 표준인구로

담배의 양에 대한 조사문항과 현재 담배를 피우는지에 대한 문항을 결합하여야 한다는 것이다. 그런데, 한국복지패널 3차(2008)부터 6차(2011)까지는 평생 피운 담배의 양에 대하여 질문한 후에 현재 담배를 피우는지에 대한 질문을 하였다. 평생 피운 담배의 양에 대한 답변으로는 '①5갑(100개비) 미만 ②5갑(100개비) 이상 ③ 피운 적 없음'으로 구분되어 있고, ①과 ②라고 응답한 경우 현재 담배를 피우는지에 대한 여부를 조사하였다. 반면에, 7차(2012)에서는 담배 총량에 대한 질문을 신규 가구원에 대해서만 실시하고 현재 담배 피우는지 질문하였으므로 이를 조합하여 현재흡연여부를 판정해야 한다.

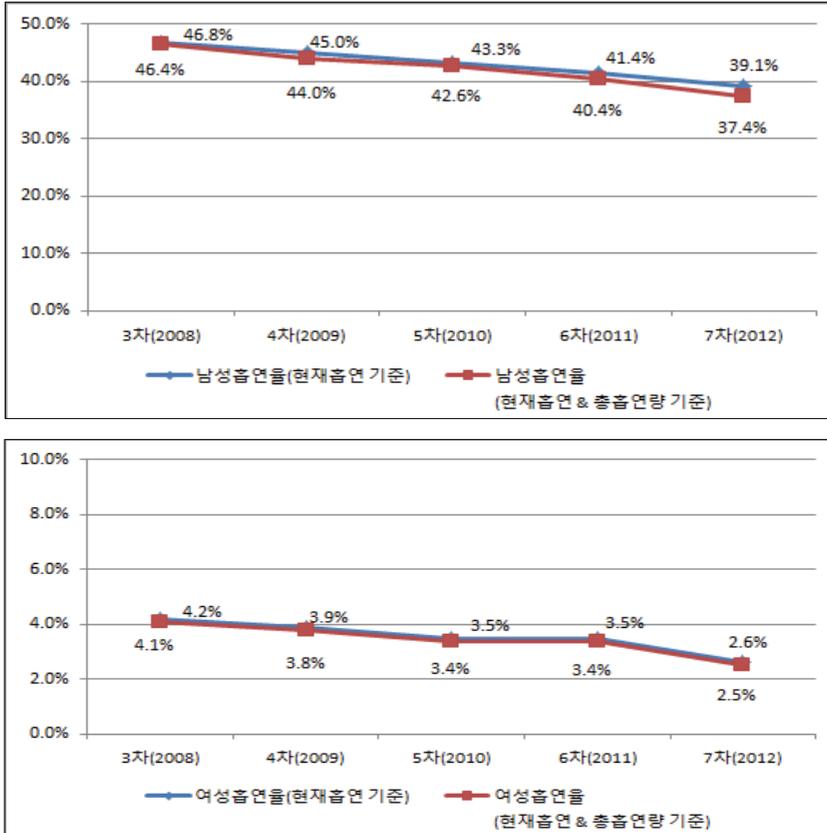
사용하여 10세 단위로 연령을 보정하였다. 일부 연구에서는 직업과 경제활동 참여상태의 경우 계층 간 서열을 반영하기 어렵다는 이유로 RII 값을 산출하지 않았으나, 여기서는 요인별 불평등 수준을 참고할 수 있도록 RII 값을 산출하여 제시하였다. 이러한 방법에 의한 분석결과를, 성별에 따라 구분한 후 교육수준, 직업, 경제활동 참여상태, 소득수준 등 사회경제적 요인별로 흡연과 음주로 대표되는 건강행태의 사회경제적 격차를 제시하였다.

제2절 사회경제적 요인별 흡연을 및 음주를 변화 추이

1. 사회경제적 요인별 흡연을 변화 추이

이 절에서는 사회경제적 요인별로 흡연율과 음주율의 변화 추이를 살펴보고자 한다. 먼저, 건강행태를 대표하는 두 가지 변수인 흡연과 음주 가운데 흡연여부 변수는 다음과 같이 구분할 수 있다. 단순히 현재 흡연상태만을 기준으로 흡연여부를 판단할 수 있고, 현재 흡연상태와 더불어 담배를 피우기 시작한 이래 전체 흡연량을 고려하여 흡연여부를 보다 엄격하게 판정할 수 있다. 두 변수의 차이는 현재 담배를 피우고 있다고 응답하였을지라도 총 흡연량이 5갑(100개비) 이상일 경우만 현재흡연율에 반영한다는 것이다. 보건복지부와 질병관리본부가 수행하고 있는 국민건강영양조사에서도 현재흡연율을 ‘평생 담배 5갑(100개비) 이상 피웠고 현재 담배를 피우는 분율’로 정의하고 있다. 따라서, 전자보다 후자의 현재흡연율이 다소 낮으며, 이같은 두 가지 흡연여부를 기준으로 성별 흡연율 변화 추이를 살펴보면 [그림 5-1]과 같다.

[그림 5-1] 성별 흡연율 변화 추이



먼저 한국복지패널 3~7차(2008~2012)까지 남성의 흡연율 변화 추이를 살펴보면, 현재 흡연여부만 고려한 현재흡연율에 비해 건강영양조사의 정의에 따라 현재까지 피운 총 담배의 양을 함께 고려한 현재흡연율은 약 0.4~1.7%p 낮게 나타났다.

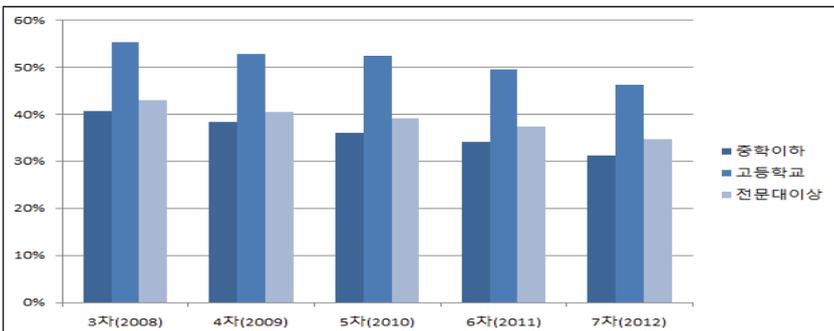
두 가지 현재흡연율은 공통적으로 2008~2012년 사이 지속적으로 감소하고 있는 경향을 보여주고 있다. 건강영양조사의 정의에 따라 측정된 현재흡연율은 2008년 46.4%에서 2012년에 37.4%로 9%p 감소한 것으

로 나타났다. 현재흡연을 감소폭은 2009~2010년 다소 둔화되었으나 2011~2012년에 3%p로 다시 증가하였다.

여성의 현재흡연을 변화 추이를 살펴보면, 건강영양조사의 정의에 따라서 현재까지 피운 전체 담배의 양을 함께 고려한 경우 약 0.1%p 낮게 나타났으나 차이가 미미하였다. 분석기간(2008~2012년) 중 여성 현재흡연율은 지속적으로 감소하는 추세를 나타내고 있는데, 건강영양조사 정의에 따라 측정된 현재흡연율은 2008년 4.1%에서 2012년에 2.5%로 1.6%p 정도 감소하였다. 현재흡연율의 감소폭은 2010~2011년에 정체되었으나, 2011~2012년에는 다시 0.9%p가 감소한 것으로 나타났다.

다음으로, 건강영양조사 정의에 따른 현재흡연율 변수를 기준으로 남성과 여성을 구분하여 사회경제적 요인에 따른 집단별 현재흡연율 변화 추이를 살펴보고, 3절에서는 이를 바탕으로 IRR과 RII 지표를 활용하여 이러한 흡연의 사회경제적 불평등 정도를 분석한다.

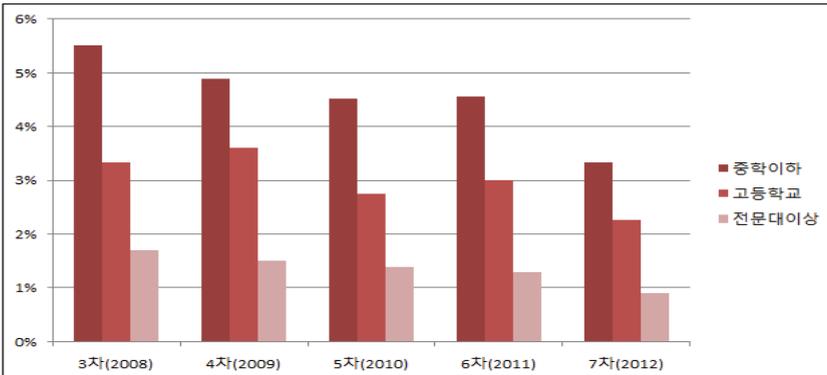
[그림 5-2] 성인 남성의 교육수준별 흡연율 변화 추이



성인 남성의 교육수준별 흡연율 변화 추이를 보면 고등학교 졸업자의 흡연율이 중학교 이하, 전문대 이상 졸업자의 흡연율보다 상대적으로 높음을 알 수 있다. 흡연율 순위는 고등학교, 전문대 이상, 중학교 이하 줄

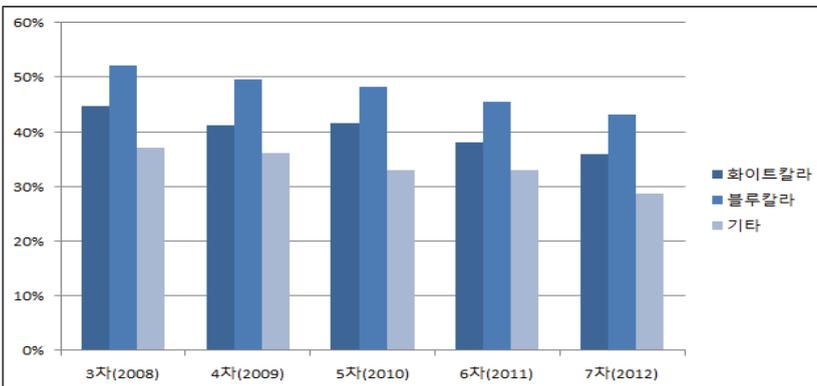
업자 순이며, 해마다 흡연율이 감소하고 있는 추세임을 알 수 있다.

[그림 5-3] 성인 여성의 교육수준별 흡연율 변화 추이



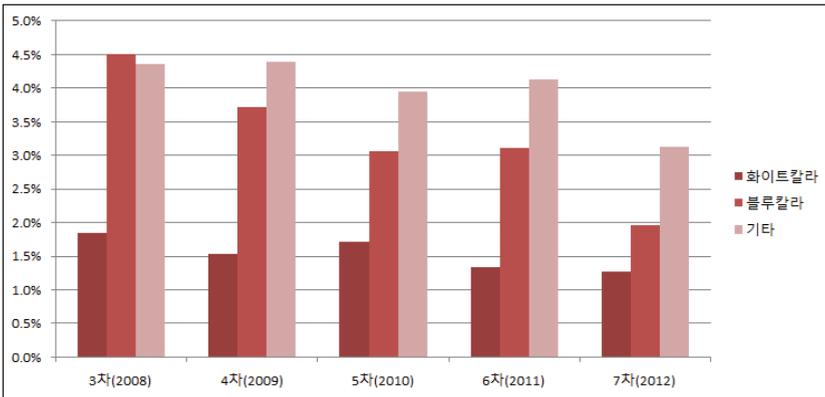
성인 여성의 교육수준별 흡연율은 중학교 이하, 고등학교, 전문대 이상 순으로 높게 나타났다. 이러한 경향성은 바뀌지 않으며 여성의 교육수준별 흡연율 역시 감소하고 있는 것으로 나타났다.

[그림 5-4] 성인 남성의 직업별 흡연율 변화 추이

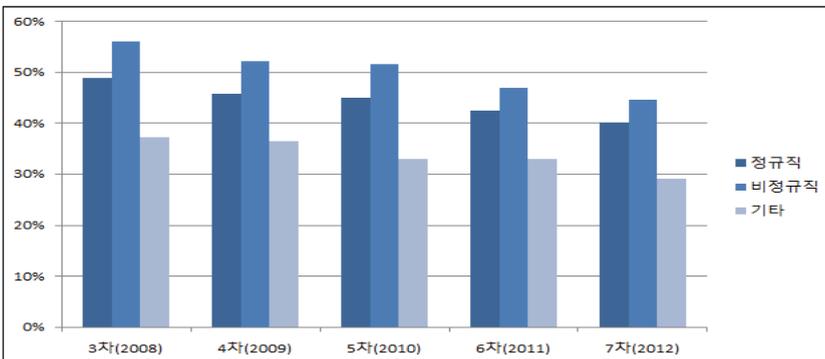


성인 남성의 직업별 흡연율은 블루칼라, 화이트칼라, 기타 순으로 높게 나타났고, 성인 여성의 경우에는 3차(2008) 조사를 제외하고 기타, 블루칼라, 화이트칼라 순으로 높게 나타났다.

[그림 5-5] 성인 여성의 직업별 흡연율 변화 추이



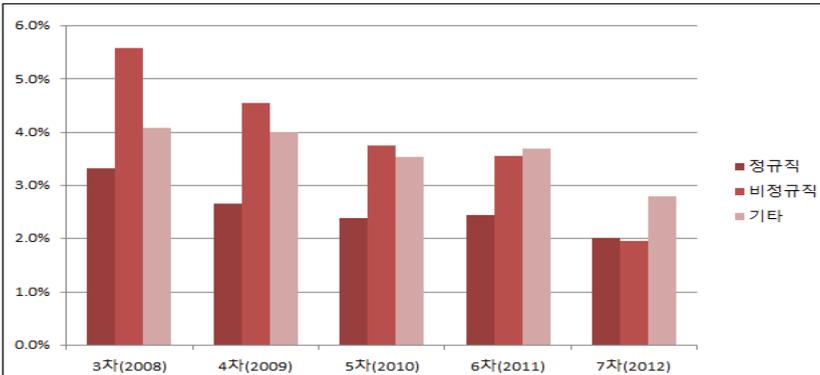
[그림 5-6] 성인 남성의 경제활동 참여상태별 흡연율 변화 추이



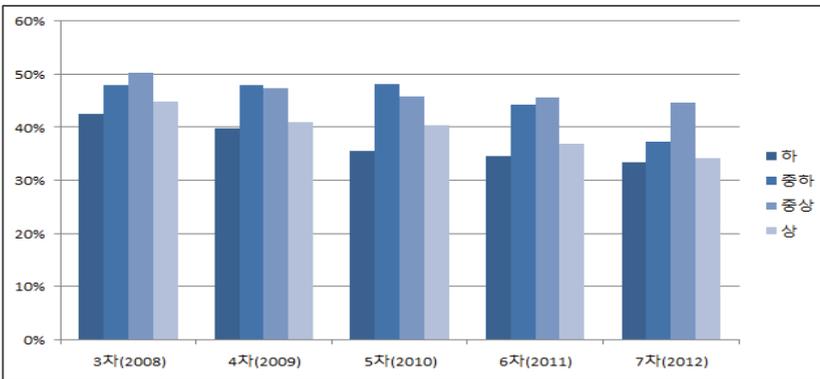
성인 남성의 경제활동 참여상태별 흡연율 변화는 전반적으로 감소하고 있는 추세이며, 비정규직, 정규직, 기타 순으로 흡연율이 높게 나타났다.

성인 여성의 경제활동 참여상태별 흡연을 변화 추이를 보면 감소하고 있음을 알 수 있으며, 흡연을 순위는 비정규직, 기타, 정규직에서 6차(2011)에 기타, 비정규직, 정규직 순으로 달라졌다.

[그림 5-7] 성인 여성의 경제활동 참여상태별 흡연을 변화 추이



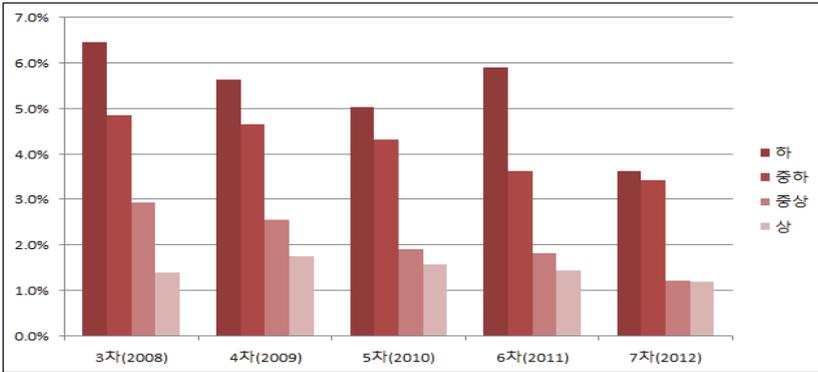
[그림 5-8] 성인 남성의 소득수준별 흡연을 변화 추이



소득수준별 흡연율은 성인 남자의 경우에는 중하, 중상위 계층의 흡연율이 가장 높은 편에 속했으나 성인 여성은 소득계층이 하위에 속하는

계층의 흡연율이 가장 높음을 알 수 있다.

[그림 5-9] 성인 여성의 소득수준별 흡연율 변화 추이



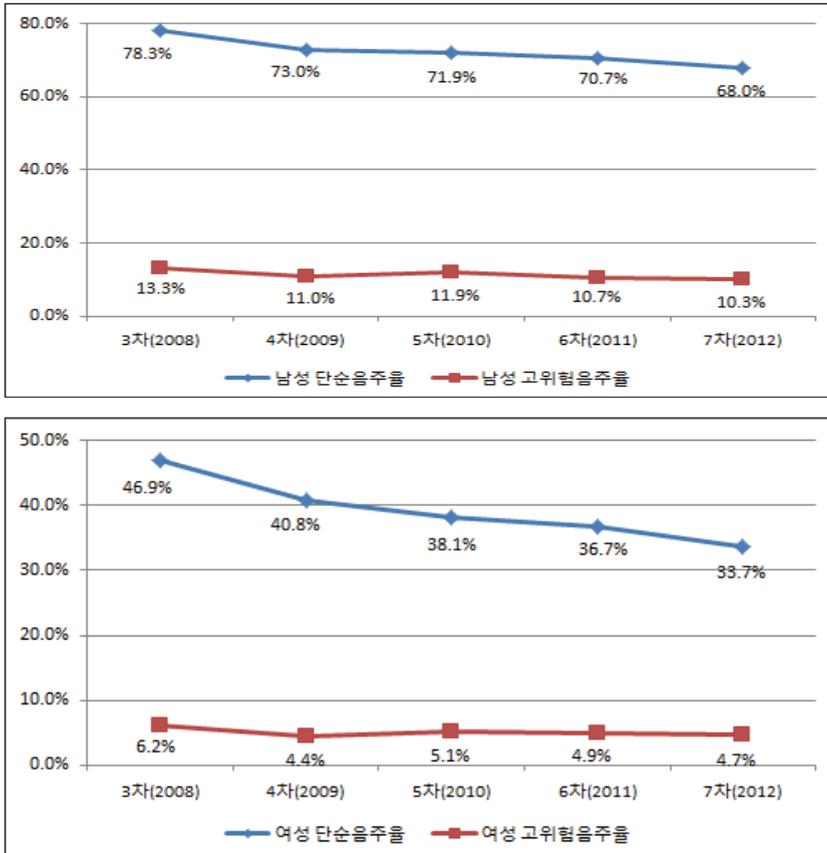
2. 사회경제적 요인별 음주율 변화 추이

앞서 살펴본 사회경제적 요인별 흡연율 변화 추이에 이어 여기서는 음주율 변화 추이를 살펴보고자 한다. 먼저, 음주여부 변수는 다음의 두 가지로 구분하였는데, 하나는 전혀 술을 마시지 않는다고 응답한 경우만 제외하고 주당 또는 월평균 음주 횟수와 음주 시에 음주량을 고려하지 않은 ‘단순 음주여부’이고 다른 하나는 이러한 단순 음주를 넘어 성별에 따라 고위험 음주 기준을 적용한 ‘고위험음주여부’이다. 앞서 제시한 바와 같이, 남자는 주 4회 이상 이면서 음주 시 5잔 이상 여자는 주 2~3회 이상 이면서 음주량은 3잔 이상으로 정의하였다. 단순 음주율보다는 후자의 고위험음주율이 낮게 나타나고 있으며, 이와 같은 두 가지 음주여부 변수 기준으로 성별 음주율 변화 추이를 살펴보면 [그림 5-10]과 같다.

먼저, 한국복지패널 3~7차 데이터를 기준으로 성별 음주율 변화 추이를 살펴보면, 남성과 여성 공통적으로 분석기간(2008~2012) 중에 단

순 음주율과 고위험 음주율이 감소하는 경향을 보이고 있다. 단순 음주율의 경우, 남성은 2008년 78.3%에서 2012년 68.0%로, 여성은 같은 기간 동안 46.9%에서 33.7%로 낮아졌다. 또한, 고위험 음주율 역시 남성은 2008년 13.3%에서 2012년에 10.3%로 3%p, 여성은 6.2%에서 4.7%로 1.5%p 감소하였다.

[그림 5-10] 성별 고위험음주율 변화 추이

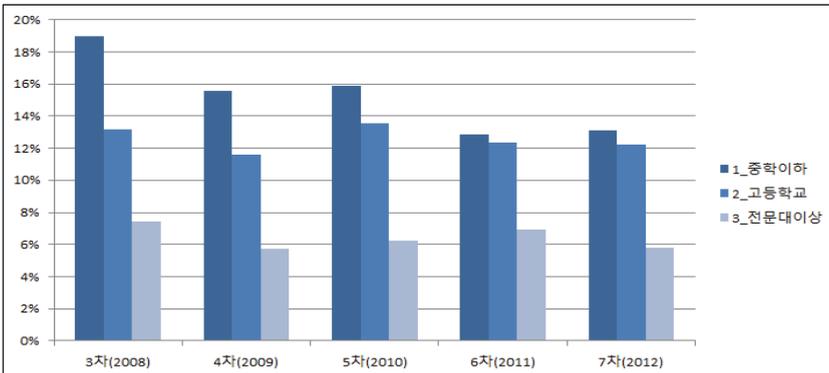


그러나 이러한 분석기간 중에서도 2008년 경제위기와 관련하여 2009~2011년에 단순 음주율 감소폭이 상대적으로 작게 나타났고, 고위험음주율의 경우에는 남녀 모두 2009~2010년 사이에 오히려 높아졌다가 2011년부터 다시 감소하고 있는 것으로 분석되었다.

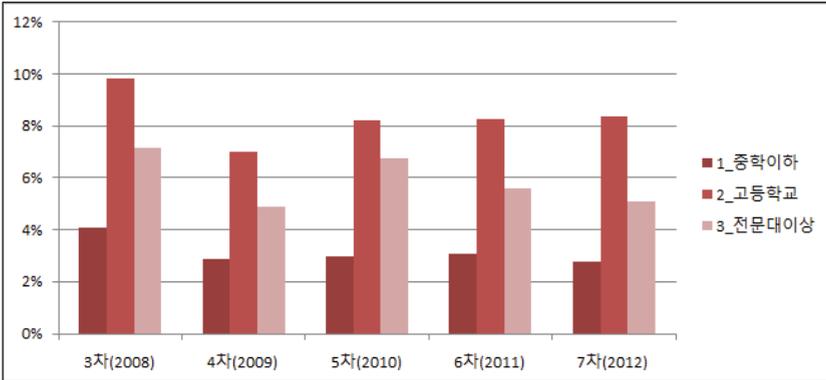
다음으로 본 연구에서 정의하고 있는 고위험음주여부를 기준으로 사회경제적 요인에 따른 집단별로 고위험음주율의 변화 추이를 살펴보고, 이어서 3절에서는 이를 바탕으로 IRR과 RII 지표를 활용하여 음주의 사회경제적 불평등 정도를 분석하고 있다.

성인 남성의 교육수준별 고위험음주율 변화 추이는 전반적으로 감소하는 추세이며, 특히, 중학교 이하 졸업자들의 고위험음주율이 감소하고 있음을 알 수 있다. 중학교 이하, 고등학교, 전문대 이상 순서로 고위험음주율이 높게 나타났다. 성인 여성의 경우에는 고등학교, 전문대 이상, 중학교 이하 졸업자 순으로 고위험음주율이 높음을 알 수 있다.

[그림 5-11] 성인 남성의 교육수준별 고위험음주율 변화 추이

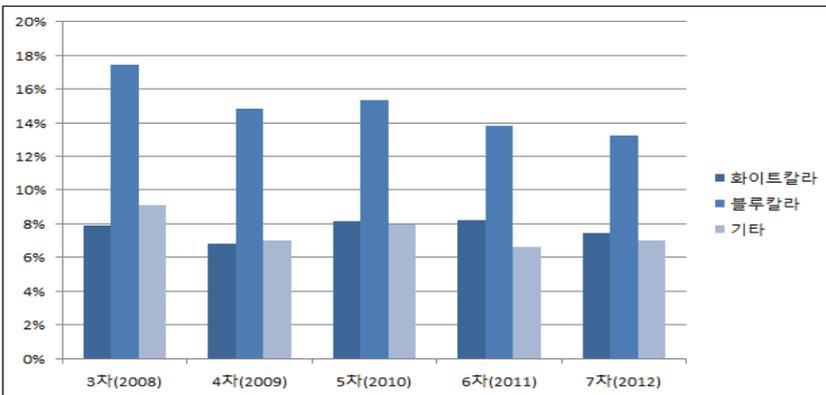


[그림 5-12] 성인 여성의 교육수준별 고위험음주율 변화 추이

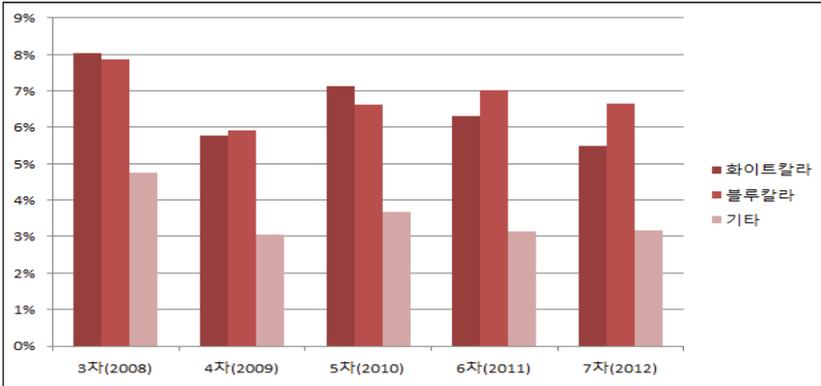


직업별 고위험음주율에서는 성인 남성의 경우 블루칼라의 고위험음주율이 화이트칼라와 기타 직업군보다 상대적으로 높았다. 성인 여성의 고위험음주율은 화이트칼라와 블루칼라 직업군에서 높았으며 6차와 7차 조사에서는 화이트칼라보다 블루칼라 직업군에서 약간 높게 나타났다.

[그림 5-13] 성인 남성의 직업별 고위험음주율 변화 추이

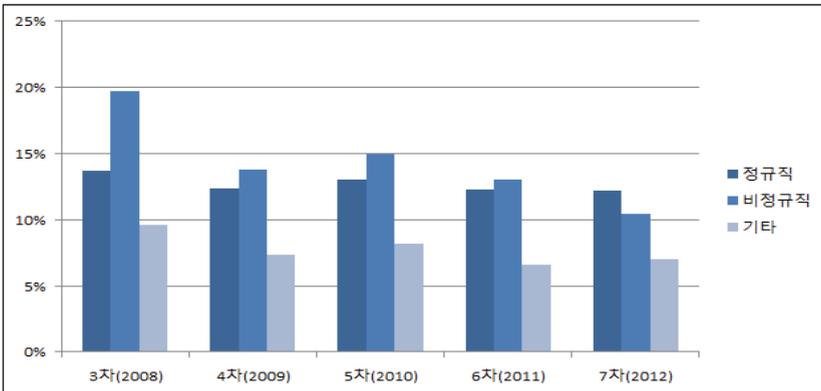


[그림 5-14] 성인 여성의 직업별 고위험음주율 변화 추이

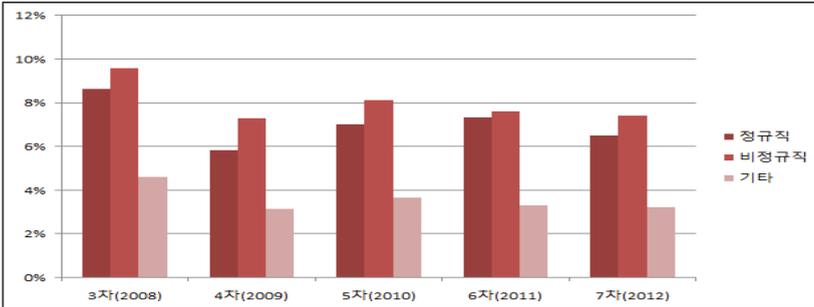


성인 남성의 경제활동 참여상태별 고위험음주율 변화 추이를 살펴보면 비정규직이 제일 높았으나 6차 조사에서 정규직과 비슷한 비율을 나타내었고 7차 조사에서는 정규직, 비정규직, 기타 순으로 높게 나타났다.

[그림 5-15] 성인 남성의 경제활동 참여상태별 고위험음주율 변화 추이

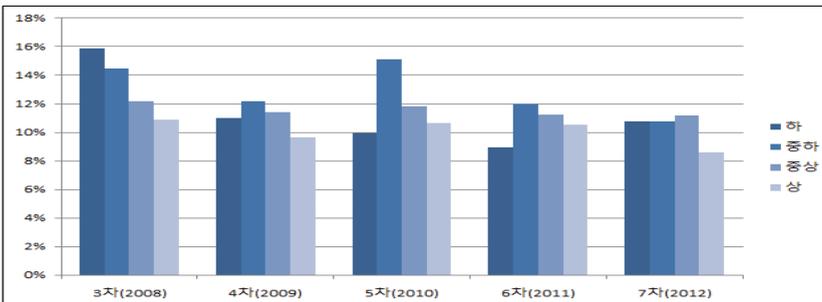


[그림 5-16] 성인 여성의 경제활동 참여상태별 고위험음주율 변화 추이

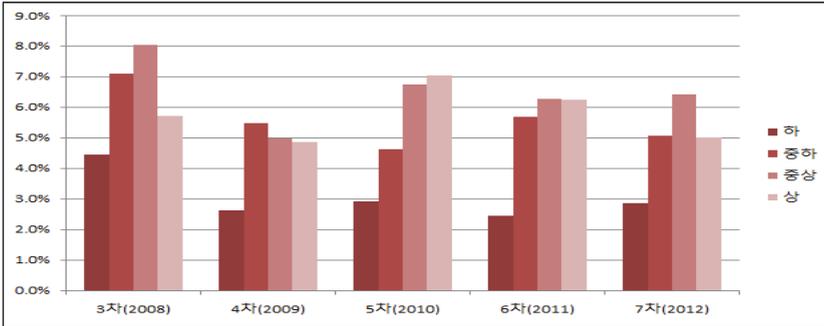


성인 남성의 소득수준별 고위험음주율 변화 추이를 살펴보면 3차 조사에서는 소득수준이 높을수록 고위험음주율이 낮아지는 것으로 나타났으나, 4차~6차 조사에서는 소득수준이 중하인 계층의 고위험음주율이 가장 높게 나타났다. 7차 조사는 전반적으로 고위험음주율이 소득수준별로 큰 차이를 보이지 않았다. 성인 여성의 소득수준별 고위험음주율은 남성의 경우와는 달리, 소득수준이 하인 계층의 고위험음주율이 가장 낮게 나타났다. 3차 조사와 7차 조사에서 중상계층이 고위험음주율이 가장 높은 비슷한 경향성을 보이며, 5차와 6차 조사에서는 소득수준이 증가할수록 고위험음주율이 높아지는 패턴을 보인다.

[그림 5-17] 성인 남성의 소득수준별 고위험음주율 변화 추이



[그림 5-18] 성인 여성의 소득수준별 고위험음주를 변화 추이



제3절 흡연 및 음주의 사회경제적 불평등 분석

1. 흡연의 사회경제적 불평등 분석

〈표 5-3〉은 성인 남성의 사회경제적 요인별 흡연여부 IRR 및 RII변화 추이를 나타낸 표이다. 성인 남성의 경우 2008년도 자료에서는 교육수준이 고등학교 졸업인 집단이 전문대 이상인 집단보다 흡연율이 35%, 중학교 졸업 이하인 집단이 전문대 이상인 집단보다 47%높았다. 5차와 7차 조사를 제외한 연도에서 계단형의 흡연율을 나타내었다. 교육수준별 격차는 4차 조사에서 특히 큰 차이를 보이고 있고 RII값은 1.87이다.

직업은 화이트칼라에 비해 블루칼라와 기타의 흡연율이 높았으며, 7차 조사에서는 블루칼라 집단이 화이트칼라인 집단에 비해 56% 높은 흡연율을 보였다. 경제활동 참여상태에서는 정규직과 비정규직과 기타의 흡연율에 큰 차이를 보이지 않았다. 직업과 경제활동 참여상태의 구분변수는 순서형 변수라고 보기는 어렵기 때문에 RII값은 참고로만 제시하였다.

소득수준에 따른 계층별 흡연의 불평등 변화추세는 4차 조사에 불평등

정도가 높아졌다가 5차 조사에 감소하고 6차 조사부터 다시 높아졌다.

성인 남성의 사회경제적 요인별 흡연여부에서는 상대불평등지수가 교육수준과 소득수준에서 유의미함을 알 수 있다.

〈표 5-4〉는 성인 여성의 사회경제적 요인별 흡연여부 IRR 및 RII변화 추이를 나타내었다. RII값을 보면 흡연의 불평등 변화 추세에 대한 경향성은 경제활동 참여형태에 따른 구분에서만 연도에 따라 달라지는 것을 확인할 수 있었으며 다른 요인들에 대해서는 연도별로 유사한 경향을 보이는 것으로 나타났다. 성인 여성의 사회경제적 요인별 흡연에 대한 불평등 정도에서 계층별로 가장 큰 차이를 보이는 것은 교육수준으로 7차(2012년) 조사의 경우 전문대 이상 졸업한 집단에 비해 중졸이하의 흡연율이 6.29배나 높은 것으로 나타났다.

직업 분류별 차이는 3차 조사에서 화이트칼라에 비해 블루칼라 집단의 흡연율이 1.89배, 4차 조사에서는 2.72배로 높아졌으며 5차에서는 1.88배, 6차년도에 3.36배로 높아지고 7차 조사에서 1.89배로 6차년도에 비해 낮아졌음을 알 수 있다. 경제활동 참여상태 역시, 정규직에 비해 비정규직의 흡연율이 높은 것으로 나타났다.

소득수준별 흡연에 대한 불평등 정도는 7차 조사를 제외한 나머지 연도에서는 비슷한 경향을 보이고 있다. 전반적으로 소득수준이 낮아질수록 흡연율이 상대적으로 높아짐을 알 수 있고, 6차 조사에서는 특히, 소득수준이 상인 집단에 비해 하인 집단의 흡연율이 3.93배나 높아 불평등정도가 큰 것으로 나타났다.

성인 여성의 사회경제적 요인별 흡연여부에서는 성인 남성과 마찬가지로 상대불평등지수가 교육수준과 소득수준에서 유의미함을 알 수 있다.

(표 5-3) 성인 남성의 사회경제적 요인별 흡연여부 IRR 및 RII 변화 추이

구 분		3차(2008)	4차(2009)	5차(2010)	6차(2011)	7차(2012)
교육수준(Education)						
IRR (95% CI)	중졸 이하	1.47 (1.12-1.92)	1.55 (1.18-2.02)	1.31 (1.00-1.72)	1.50 (1.09-2.07)	1.38 (1.00-1.90)
	고졸	1.35 (1.22-1.50)	1.39 (1.24-1.55)	1.45 (1.30-1.63)	1.45 (1.28-1.64)	1.43 (1.26-1.62)
	전문대 이상	1.00 (0.89-1.11)	1.00 (0.89-1.12)	1.00 (0.88-1.12)	1.00 (0.88-1.13)	1.00 (0.88-1.13)
RII (95% CI)		1.74** (1.52-1.99)	1.87** (1.62-2.15)	1.45** (1.24-1.68)	1.79** (1.53-2.10)	1.59** (1.34-1.88)
직업(Occupational Class)						
IRR (95% CI)	기타	1.21 (1.03-1.42)	1.34 (1.14-1.58)	1.20 (1.01-1.42)	1.49 (1.23-1.79)	1.49 (1.23-1.80)
	블루 칼라	1.37 (1.20-1.56)	1.46 (1.27-1.68)	1.36 (1.18-1.57)	1.53 (1.31-1.79)	1.56 (1.34-1.83)
	화이트 칼라	1.00 (0.84-1.17)	1.00 (0.83-1.19)	1.00 (0.83-1.19)	1.00 (0.81-1.21)	1.00 (0.82-1.21)
RII (95% CI)		1.13 (0.98-1.31)	1.25** (1.08-1.46)	1.12 (0.95-1.31)	1.42** (1.20-1.67)	1.40** (1.17-1.66)
경제활동참여상태(Employment Status)						
IRR (95% CI)	기타	0.95 (0.84-1.08)	1.00 (0.88-1.13)	0.95 (0.83-1.10)	1.07 (0.93-1.25)	1.07 (0.92-1.26)
	비정규직	1.09 (0.97-1.22)	1.09 (0.98-1.23)	1.10 (0.98-1.25)	1.08 (0.95-1.24)	1.11 (0.96-1.28)
	정규직	1.00 (0.91-1.08)	1.00 (0.91-1.09)	1.00 (0.89-1.11)	1.00 (0.89-1.12)	1.00 (0.88-1.13)
RII (95% CI)		0.95 (0.83-1.10)	1.09 (0.94-1.26)	0.96 (0.82-1.13)	1.14 (0.97-1.35)	1.15 (0.97-1.37)
소득수준(Income Quartile)						
IRR (95% CI)	하	1.26 (1.09-1.45)	1.29 (1.10-1.51)	1.18 (1.00-1.40)	1.29 (1.07-1.56)	1.44 (1.20-1.74)
	중하	1.20 (1.07-1.35)	1.30 (1.15-1.47)	1.37 (1.21-1.56)	1.41 (1.23-1.62)	1.32 (1.14-1.53)
	중상	1.17 (1.05-1.31)	1.20 (1.07-1.35)	1.17 (1.03-1.32)	1.28 (1.13-1.46)	1.32 (1.15-1.51)
	상	1.00 (0.89-1.11)	1.00 (0.88-1.12)	1.00 (0.88-1.13)	1.00 (0.87-1.14)	1.00 (0.86-1.15)
RII (95% CI)		1.33** (1.17-1.53)	1.41** (1.22-1.62)	1.32** (1.14-1.53)	1.42** (1.21-1.66)	1.54** (1.30-1.82)

**p<.01 ; *p<.05

〈표 5-4〉 성인 여성의 사회경제적 요인별 흡연여부 IRR 및 RII 변화 추이

구 분	3차(2008)	4차(2009)	5차(2010)	6차(2011)	7차(2012)	
교육수준(Education)						
IRR (95% CI)	중졸 이하	3.90 (1.72-8.84)	3.16 (1.29-7.73)	3.99 (1.59-9.98)	4.41 (1.47-13.24)	6.29 (1.56-25.29)
	고졸	2.03 (1.04-3.95)	2.53 (1.27-5.01)	2.45 (1.26-4.76)	2.71 (1.29-5.70)	2.81 (1.20-6.60)
	전문대 이상	1.00 (0.43-2.28)	1.00 (0.42-2.36)	1.00 (0.45-2.18)	1.00 (0.39-2.50)	1.00 (0.35-2.81)
RII (95% CI)	7.14** (4.35-11.71)	3.81** (2.24-6.47)	6.27** (3.46-11.37)	6.93** (3.77-12.73)	13.66** (6.33-29.45)	
직업(Occupational Class)						
IRR (95% CI)	기타	1.21 (0.49-2.99)	2.21 (1.05-4.61)	1.74 (0.89-3.41)	2.84 (1.34-6.01)	1.94 (0.88-4.27)
	블루 칼라	1.89 (0.76-4.70)	2.72 (1.28-5.77)	1.88 (0.94-3.77)	3.36 (1.55-7.26)	1.89 (0.82-4.35)
	화이트 칼라	1.00 (0.28-3.47)	1.00 (0.36-2.72)	1.00 (0.40-2.44)	1.00 (0.36-2.74)	1.00 (0.34-2.86)
RII (95% CI)	0.66 (0.41-1.05)	1.20 (0.72-1.99)	1.30 (0.76-2.22)	1.42 (0.80-2.50)	1.62 (0.82-3.16)	
경제활동참여상태(Employment Status)						
IRR (95% CI)	기타	0.87 (0.62-1.22)	1.19 (0.81-1.75)	1.20 (0.78-1.83)	1.13 (0.74-1.73)	1.04 (0.64-1.68)
	비정규직	1.54 (1.04-2.30)	1.56 (0.99-2.45)	1.41 (0.87-2.27)	1.39 (0.85-2.26)	1.15 (0.63-2.13)
	정규직	1.00 (0.67-1.48)	1.00 (0.62-1.60)	1.00 (0.59-1.67)	1.00 (0.59-1.67)	1.00 (0.56-1.78)
RII (95% CI)	0.62 (0.37-1.01)	1.04 (0.60-1.81)	1.10 (0.61-1.99)	1.01 (0.55-1.85)	0.98 (0.48-1.98)	
소득수준(Income Quartile)						
IRR (95% CI)	하	2.92 (1.63-5.22)	2.41 (1.39-4.15)	2.98 (1.64-5.41)	3.93 (2.10-7.36)	1.94 (0.94-4.01)
	중하	2.56 (1.48-4.43)	2.49 (1.50-4.14)	2.61 (1.52-4.46)	2.25 (1.23-4.09)	2.53 (1.34-4.77)
	중상	1.64 (0.92-2.93)	1.39 (0.80-2.39)	1.16 (0.63-2.13)	1.11 (0.57-2.15)	0.87 (0.40-1.85)
	상	1.00 (0.49-2.00)	1.00 (0.53-1.87)	1.00 (0.51-1.94)	1.00 (0.47-2.08)	1.00 (0.45-2.19)
RII (95% CI)	3.72** (2.38-5.82)	3.13** (1.94-5.04)	4.76** (2.87-7.90)	8.00** (4.66-13.73)	2.93** (1.53-5.59)	

**p<.01 ; *p<.05

2. 음주의 사회경제적 불평등 분석

〈표 5-5〉는 성인 남성의 사회경제적 요인별 고위험음주여부 IRR 및 RII변화추이를 나타낸 표이다. 교육수준에 따른 계층별 음주의 불평등 변화 추세는 증가하다가 6차 조사에서 감소하였다가 7차년도에 다시 증가함을 알 수 있다. 5차 조사의 경우, 고위험음주율은 고등학교 졸업인 집단이 전문대 이상인 집단보다 1.92배 높았고, 중학교 졸업이하인 집단이 전문대 이상인 집단보다 2.83배 높았다. 교육수준별 격차는 7차 조사에서 특히 큰 차이를 보이고 있고 RII값은 4.57이다.

직업은 화이트칼라에 비해 블루칼라의 고위험음주율이 높았으며, 3차 조사에서는 블루칼라 집단이 화이트칼라인 집단에 비해 2.12배 높은 고위험음주율을 보였다. 경제활동 참여상태에서는 정규직과 비정규직과 기타의 고위험음주율에 큰 차이가 나타나지 않았다.

소득수준에 따른 계층별 고위험음주의 불평등 변화추세는 흡연의 불평등 변화추세와는 다르게 소득수준별로 유의미한 차이를 보이지 않았지만 소득수준이 상인 집단에 비해 중상, 중하인 집단의 흡연율이 더 높음을 알 수 있었다.

성인 남성의 사회경제적 요인별 고위험음주여부에서는 상대불평등지수가 교육수준에서 유의미함을 알 수 있다.

〈표 5-5〉 성인 남성의 사회경제적 요인별 음주여부 IRR 및 RII 변화 추이

구 분		3차(2008)	4차(2009)	5차(2010)	6차(2011)	7차(2012)
교육수준(Education)						
IRR (95% CI)	중졸 이하	2.39 (1.54-3.68)	2.67 (1.62-4.41)	2.83 (1.59-5.02)	1.97 (0.97-4.00)	2.75 (1.47-5.15)
	고졸	1.45 (1.16-1.82)	1.57 (1.21-2.04)	1.92 (1.49-2.49)	1.60 (1.23-2.09)	1.69 (1.29-2.21)
	전문대 이상	1.00 (0.77-1.29)	1.00 (0.73-1.36)	1.00 (0.74-1.34)	1.00 (0.74-1.33)	1.00 (0.73-1.36)
RII (95% CI)		3.78** (2.85-5.00)	4.44** (3.22-6.11)	4.42** (3.26-5.99)	2.66** (1.91-3.69)	4.57** (3.28-6.39)
직업(Occupational Class)						
IRR (95% CI)	기타	1.15 (0.81-1.63)	0.99 (0.67-1.48)	1.10 (0.76-1.58)	0.91 (0.59-1.40)	1.14 (0.75-1.73)
	블루 칼라	2.12 (1.62-2.78)	1.72 (1.24-2.38)	1.77 (1.33-2.36)	1.49 (1.07-2.08)	1.56 (1.12-2.15)
	화이트 칼라	1.00 (0.70-1.42)	1.00 (0.64-1.54)	1.00 (0.68-1.45)	1.00 (0.64-1.54)	1.00 (0.65-1.52)
RII (95% CI)		0.85 (0.63-1.14)	0.77 (0.56-1.08)	0.87 (0.63-1.20)	0.74 (0.52-1.05)	0.97 (0.68-1.39)
경제활동참여상태(Employment Status)						
IRR (95% CI)	기타	0.73 (0.57-0.94)	0.67 (0.51-0.89)	0.71 (0.53-0.95)	0.61 (0.44-0.85)	0.80 (0.58-1.09)
	비정규직	1.50 (1.23-1.83)	1.14 (0.91-1.42)	1.11 (0.89-1.38)	1.00 (0.78-1.28)	0.93 (0.72-1.22)
	정규직	1.00 (0.86-1.16)	1.00 (0.84-1.18)	1.00 (0.82-1.20)	1.00 (0.80-1.23)	1.00 (0.82-1.20)
RII (95% CI)		0.74 (0.55-1.00)	0.59** (0.42-0.83)	0.64** (0.46-0.88)	0.50** (0.35-0.71)	0.70 (0.48-1.00)
소득수준(Income Quartile)						
IRR (95% CI)	하	1.19 (0.92-1.55)	0.81 (0.59-1.10)	0.82 (0.60-1.11)	0.78 (0.54-1.13)	1.06 (0.76-1.47)
	중하	1.21 (0.97-1.52)	1.19 (0.93-1.52)	1.37 (1.08-1.73)	1.11 (0.86-1.44)	1.28 (0.96-1.70)
	중상	1.11 (0.89-1.38)	1.22 (0.96-1.54)	1.08 (0.85-1.37)	1.11 (0.86-1.42)	1.29 (0.99-1.68)
	상	1.00 (0.79-1.25)	1.00 (0.78-1.27)	1.00 (0.78-1.27)	1.00 (0.77-1.28)	1.00 (0.75-1.33)
RII (95% CI)		1.28 (0.97-1.69)	0.82 (0.60-1.14)	0.94 (0.70-1.28)	0.80 (0.57-1.12)	1.09 (0.77-1.54)

**p<.01 ; *p<.05

성인 여성의 사회경제적 요인별 고위험음주여부 IRR 및 RII변화추이를 살펴보면 다음과 같다(표 5-6 참조). RII값으로 본 고위험음주의 불평등 정도에서는 사회경제적 요인인 교육수준, 직업분류, 경제활동 참여상태, 소득수준별로 변화 추이가 상이하게 나타나고 있음을 알 수 있다. 여러 요인들 중 성인 여성의 사회경제적 요인별 고위험음주에 대한 불평등 정도에서 계층별로 큰 차이를 보이는 것은 교육수준이었으나 3차(2008), 5차(2010) 조사에서는 RII값이 유의미하게 나타나지는 않았다.

직업 분류별 차이는 화이트칼라와 블루칼라만 비교할 경우, 뚜렷한 차이를 보이고 있는데 화이트칼라에 비해 블루칼라의 고위험음주율이 1.72(3차 조사)~2.24(4차 조사)배 높게 나타났다. 경제활동 참여상태 역시, 정규직에 비해 비정규직의 고위험음주율이 상대적으로 높게 나타났지만 유의미한 차이를 보이지 않았다.

소득수준별 고위험음주에 대한 불평등 정도는 3차와 7차, 4차와 6차에서 비슷한 경향을 보이고 있다. 5차 조사에서는 소득수준이 상인 집단이 중하인 집단보다 고위험음주율이 12% 높았고, 하에 해당하는 집단보다 25% 높게 나타났다. 3차와 7차 조사에서는 소득수준이 상에 해당하는 집단에 비해 중하와 하에 해당하는 집단의 고위험음주율이 더 높았다. 4차와 6차 조사에서는 소득수준이 상인 집단보다 중하인 집단의 고위험음주율이 더 높았고, 소득수준이 상인 집단에 비해 하에 해당하는 집단의 고위험음주율이 더 낮았다.

170 건강영향평가TWG성과평가 및 건강행태위험요인의 사회경제적 격차감소를 위한 전략평가

〈표 5-6〉 성인 여성의 사회경제적 요인별 음주여부 IRR 및 RII 변화 추이

구 분	3차(2008)	4차(2009)	5차(2010)	6차(2011)	7차(2012)	
교육수준(Education)						
IRR (95% CI)	중졸 이하	1.53 (0.86-2.75)	1.59 (0.74-3.39)	1.12 (0.51-2.45)	2.33 (0.94-5.76)	2.08 (0.78-5.51)
	고졸	1.92 (1.41-2.62)	1.77 (1.23-2.55)	1.51 (1.08-2.09)	2.06 (1.46-2.90)	2.19 (1.52-3.17)
	전문대 이상	1.00 (0.69-1.43)	1.00 (0.65-1.52)	1.00 (0.69-1.43)	1.00 (0.68-1.45)	1.00 (0.65-1.52)
RII (95% CI)	1.34 (0.94-1.91)	1.55* (1.02-2.35)	0.96 (0.64-1.44)	2.79** (1.87-4.16)	2.21** (1.47-3.32)	
직업(Occupational Class)						
IRR (95% CI)	기타	0.93 (0.59-1.46)	1.07 (0.72-1.58)	1.19 (0.83-1.70)	1.07 (0.73-1.57)	1.10 (0.64-1.86)
	블루 칼라	1.72 (1.09-2.70)	2.24 (1.52-3.32)	2.10 (1.48-2.98)	2.27 (1.58-3.26)	2.23 (1.33-3.75)
	화이트 칼라	1.00 (0.55-1.80)	1.00 (0.62-1.60)	1.00 (0.66-1.51)	1.00 (0.64-1.54)	1.00 (0.50-1.96)
RII (95% CI)	0.47** (0.34-0.66)	0.45** (0.30-0.67)	0.59** (0.40-0.85)	0.46** (0.31-0.69)	0.50** (0.34-0.76)	
경제활동참여상태(Employment Status)						
IRR (95% CI)	기타	0.68 (0.54-0.86)	0.72 (0.53-0.96)	0.74 (0.56-0.98)	0.64 (0.47-0.85)	0.69 (0.51-0.94)
	비정규직	1.14 (0.86-1.49)	1.26 (0.91-1.75)	1.14 (0.85-1.54)	1.01 (0.74-1.38)	1.09 (0.80-1.50)
	정규직	1.00 (0.78-1.27)	1.00 (0.72-1.37)	1.00 (0.73-1.35)	1.00 (0.74-1.34)	1.00 (0.72-1.37)
RII (95% CI)	0.46** (0.32-0.65)	0.47** (0.31-0.72)	0.53** (0.35-0.78)	0.43** (0.29-0.65)	0.49** (0.32-0.75)	
소득수준(Income Quartile)						
IRR (95% CI)	하	1.35 (0.91-2.02)	0.95 (0.58-1.55)	0.75 (0.47-1.19)	0.86 (0.51-1.45)	1.18 (0.70-0.99)
	중하	1.69 (1.26-2.26)	1.52 (1.10-2.11)	0.88 (0.64-1.22)	1.18 (0.85-1.62)	1.38 (0.96-1.98)
	중상	1.57 (1.18-2.09)	1.13 (0.81-1.57)	1.03 (0.77-1.38)	1.05 (0.77-1.44)	1.30 (0.92-1.83)
	상	1.00 (0.73-1.36)	1.00 (0.71-1.39)	1.00 (0.74-1.34)	1.00 (0.72-1.37)	1.00 (0.68-1.45)
RII (95% CI)	1.30 (0.94-1.79)	0.99 (0.66-1.47)	0.65* (0.45-0.95)	0.84 (0.57-1.23)	1.17 (0.80-1.73)	

**p<.01 ; *p<.05

**p<.01 ; *p<.05

3. 소결

본 장에서는 2008~2012년 한국복지패널자료를 비교하여 흡연율과 고위험음주율의 교육수준별, 직업유형별, 경제활동 참여상태유형별, 소득수준별로 연령표준화 흡연율, 연령표준화 고위험음주율 차이와 변화 추이를 살펴보았다. IRR과 RII를 통하여 사회경제적 계층별 흡연 및 고위험음주에 있어 나타나는 불평등 수준의 시계열적 변화 양상을 파악하고자 하였다.

먼저, 흡연 분석결과를 살펴보면, 성인 남성 전체의 흡연율은 꾸준히 감소하고 있는 가운데 사회경제적 격차는 줄어들지 않고 있으며 특히 교육수준과 소득수준에서 불평등 정도가 확대되었다. 성인 여성의 경우에도 교육수준과 소득수준에 따른 흡연의 사회경제적 불평등 격차가 크게 나타났고, 교육수준의 경우 그 격차가 더욱 확대되고 있음을 알 수 있다.

고위험음주율 분석결과에서는 성인 남성의 경우 교육수준에 따른 불평등 정도가 높았으며, 성인 여성은 음주의 불평등 정도 변화 추이에 있어서 사회경제적 요인별로 상이한 양상을 보이는 것으로 나타났다.

전반적으로 흡연과 고위험음주율이 감소하는 가운데 흡연과 고위험음주의 사회경제적 요인별 불평등은, 교육수준과 소득수준에 따라 현저하게 나타나고 있으며 불평등 정도는 증감을 반복하고 있으며 뚜렷하게 개선되지 않고 있다고 할 수 있다. 또한, 건강행태의 사회경제적 불평등 정도는 성별에 따라 뚜렷한 차이를 보이고 있다. 그러나, 성인 여성의 경우에는 남성과 달리 사회경제적 지위와 관련된 요인 관련된 다양한 논의가 있는 만큼, 사회경제적 지위에 따른 건강행태의 격차를 설명하는데 있어 주의해야 한다.

흡연과 고위험음주는 건강에 영향을 미치는 중요한 요인으로, 이상의

분석결과에서 확인한 바와 같은 건강행태의 사회경제적 격차는 주요 정책 이슈로 다루어져야 한다. 또한, 이를 개선하기 위해서 패널조사와 같은 다양한 자료를 활용하여 사회경제적 요인에 따른 집단별 특성에 맞는 합리적인 정책을 수립할 필요가 있다.

흡연의 경우, 특히 흡연율 감소를 위한 금연사업 및 건강증진정책이 필요하며, 분석결과에서와 같이 교육수준이 낮고 소득수준이 낮은 집단에 보다 효율적으로 제공될 수 있도록 다양한 방안을 모색해야 한다.

한편, 고위험음주 및 이로 인해 발생하는 문제를 감소시키기 위해서 음주행동 예방 차원에서 개인의 노력뿐만 아니라 음주문화를 개선하기 위한 기업 및 지역사회의 노력이 중요하다. 또한 고위험음주율에 대한 지속적인 모니터링이 필요하며, 고위험음주 예방 및 사회경제적 요인별 격차 해소를 위하여 각 요인별 고위험음주율이 높게 나타나는 집단별로 맞춤형 교육 및 관리프로그램을 개발하여 제공해야 한다.

흡연율과 고위험음주율의 사회적경제적 불평등 감소를 위한 중장기 계획 및 구체적 전략을 수립하고 이에 따라 국민의 흡연율 및 고위험음주율을 감소시키고 이를 통해 국민의 건강수준을 제고하기 위해 노력해야 할 것이다.



제6장 결론 및 정책제언

제1절 건강영향평가 정책발전방안

제2절 사회경제적 격차 감소를 위한 전략개선방안



6

결론 및 정책제언 <<

제1절 건강영향평가 정책발전방안

1980년대 밀리오(Milio, 1981)는 공공정책이 집단보건(population health)에 미치는 가장 중요한 영향을 주거, 무역, 경제, 교육 등과 같은 결정요인이라고 지적했다. 이 개념은 WHO의 5개 행동 영역중의 하나인 “건강한 공공정책 만들기(Build Healthy Public Policy, WHO, 1986)”로서 건강증진을 위한 오타와 헌장(the Ottawa Charter for Health Promotion)에 반영되었다. 이와 비슷하게 건강영향평가(Health Impact Assessment, HIA)가 사업, 프로그램 및 정책의 결과를 예측하기 위한 정책 도구로서 사용되는 건강한 공공정책(Health Public Policy, HPP)에 포함되었다. HIA가 세계적으로 퍼지도록 만든 또 다른 초석은 국제영향평가회(the International Association for Impact Assessment, IAIA), Health in All Policies(HiAP), 건강의 사회적 결정요인에 대한 리오 정치선언(the Rio Political Declaration on Social Determinants of Health)이다. 후자는 HIA에의 요구 및 필요성, 특히 건강 형평성(health equity)을 증진시키고 건강 불평등을 개선하는데 HIA가 필요함을 강조하였다(WHO, 2011). 리오 선언에서는 부문 간 협력을 가능하게 하고, 나아가 건강의 사회 경제적 결정요인에 초점을 맞추으로써 공공 보건 증진을 위해 필요한 도구로서 HIA를 확인하였다.

HIA는 지난 수십 년 간 놀라울 정도로 발전해왔으며, 이를 뒷받침하는 다양한 근거가 제시되었다. 제도화 및 건강 형평성 등의 측면은 여전히 HIA의 다학제적 성향과 함께 도전의 대상이 되고 있다(Harris-Roxas et

al, 2012).

1. 다부문간 연계

다부문적 활동(Intersectoral action)은 위의 특성들 중의 하나로서 모든 정책 부문에 관여하는데 필수적이며 결과적으로 정책결정 과정에 영향을 미치는데 중요한 역할을 한다. 다부문적 활동은 정책의 건강 함의(health implications)에 대한 고찰을 필요로 하는 HiAP 아젠다를 발전시키기 위해 선결조건이 된다. HIA의 제도화 맥락은 정책 과정과 함께 중요한 요인이 되며, 이는 제도적(institutional)일 수도 있고, 법적(legal), 정치적(political)일 수도 있다. 비건강 부문에서 HIA를 가능하도록 하기 위해, 이 맥락은 기존의 문화적, 제도적 장벽을 해체할 수단으로서 HIA를 주창하는 하나 혹은 그 이상의 제도적 기관(institutional bodies)을 동원하는 것을 기반으로 한다. 보건 부문에서 HIA를 주창하는 것은 공공 보건의 HIA에 대한 분명한 선두주자가 되기 때문에 중요하다. 국가의 보건 체제(health system) 또한 HIA의 제도화를 고려할 때, 마찬가지로 중요하다. 국가의 (공공) 보건 체제는 각각의 고유한 전통과 문화를 가지고 있으며, 이는 존중받고 인지될 필요가 있다. 일부 국가들은 해당 국가의 장관이 지역 혹은 지방 권위체를 위한 가이드라인을 만들어 제공하는 하향식 접근을 통해 HIA를 제도화하기도 하며, 다른 일부 국가들은 보건 당국과 관련 기관들에서 기인한 상향식 접근방식을 택하기도 한다(O'Mullane, 2013).

2. 건강영향평가의 표준화

HIA의 실천(The Practice of HIA)은 결과적으로 정책 과정과 함께 제도화를 가능하게 하기 위한 경험을 제공하는 중요한 역할을 한다. 만약 국가들이 배타적(exclusively) 혹은 대부분(mostly) 물리적 환경 영향에만 초점을 맞춘다면, 폭넓은 건강 결정요인을 강조하는 HIA 혹은 기타 영향평가가 국가적 수준 보다 넓은 범위로 확장되어야만 한다. 핵심은 중앙 정부 혹은 부처가 국제 표준(international standards)에 의존하기 보다는, 그들 자신만의 HIA 가이드라인과 구조를 개발해야만 한다는 것이다. 각 국의 상황에 맞는 특정(specific) HIA 절차를 탐색하고 만들어냄으로써, HIA 실행(practice)은 국가, 지역, 지방 권위체들의 일상적인 영역(sphere)에서 제도화될 기회가 주어진다. 정책 입안자들과 기타 관련된 사람들을 위한 건강 영향에 초점을 맞춘 HIA 워크숍 혹은 영향 평가는 이 과정의 추가적인 단계이다. 이와 관련하여, 평가를 관리하고 이후 정책 입안 과정에 적절한 정보를 제공하기 위한 운영위원회(steering committee)가 만들어져야 한다. 이를 통해, 모호한 HIA 권고안과 정책 과정에서 정보유실 및 불명확한 번역(translation)을 야기하는 소홀한 모니터링을 예방할 수 있다. 그러나 HIA를 수행하거나 참여하기에는 부족한 능력을 가진 참여자들(individuals), HIA 수행에 필요한 자원의 결핍, 건강 영향을 측정하는데 요구되는 자료의 부족, HIA 수행시간의 불충분 등등, HIA를 적용하는 데는 아직 많은 어려움이 산재해있다. 또 다른 문제는 만약 재정적 자원이 작은 경우, HIA의 포괄적 제도화는 재정 지원(funding)이 필요하게 된다는 점이다.

정책을 현실에 반영하는 것(translating from policy to practice)은 정책 과정에 HIA를 성공적으로 제도화하기 위해 필요한 단계이다. 이 단

계에서 직면하는 문제는 정책 권고안이 현실에 적절히 반영되지 못함 (the lack of translation)을 의미하는 실용화 격차(utilization gap)이다. 최종적으로 이런 간극을 줄이기 위하여 HIA가 중앙, 지역 정부 내에서 일상화(routine)되는 것이 필요하다. 이를 위해 정부 부처와 지방 행정부에서의 리더십 증진, 국가적 HIA 프로그램 구축, HIA의 국가적 법제화, 정부 내 HIA 지원 부서 설립(establishing a ministerial HIA support unit)등의 방법을 이용할 수 있다. 이는 정부 조직 내에 영향력 있는 직원으로부터 정치적, 행정적 지원을 통해 책무성을 마련할 수 있다는 점에서 중요하다. 이러한 책무성을 증진시키는 다른 수단으로는 역량 강화 및 훈련, 자원 및 필수 기반시설(necessary infrastructure)의 배분이 있다. 정책 입안 과정에 직·간접적으로 미치는 영향을 살펴볼 필요가 있다. 일부 간접적 영향은 민주적 정책 입안을 강화시키고, 부처 간 협력을 함양하며, 지역사회와의 관계를 증진시킨다.

3. 건강영향평가의 제도화 과제

HIA를 위한 국내 입법은 논란의 여지가 있다. HIA를 의회 입법 내에 놓음으로써, HIA가 국내에서 의무적으로 시행되도록 보장하고 활성화할 수 있다. 그럼에도 불구하고, 만약 HIA가 의무화되는 경우, 매몰될 위험이 있을 뿐만 아니라 관료계 내에 또 하나의 행정적 부담으로 인식될 수 있다. 대부분의 국가들에서는 아직 HIA를 법적 의무사항으로 지정하고 있지 않으나, 이 경우 HIA를 증진과 관련된 부처들(the sectors)의 관리를 위해 다부문적 활동(intersectoral action)이 긴요하다. 만약 국내에 분명한 HIA 프로그램이 없는 경우, HIA 아젠다의 발전은 의료체계(health system) 내에 건강 형평성(health equities)을 다루는 접근법으

로 HIA를 개발하는 것과 같이 좀 더 창조적인 방법으로 이루어져야 한다. HIA가 정책 혹은 입법을 통해 지원되는 경우에는 HIA의 활용을 지원하기 위한 법적, 정책적 프레임워크 개발에 다른 접근법이 필요하다. 일부 논문에서는 이 문제에 대하여, HIA 제도화를 관할(jurisdiction)에 따라 두 개의 큰 범주로 나눌 것을 제안하였다(Harris-Roxas et al, 2012). 첫 번째 범주는 법, 규제적 수단, 지원 정책(supportive policies)을 통해 HIA의 활용을 위한 환경을 만드는 것이다. 두 번째 범주는 HIA 포함 여부를 떠나서 정부 의사 결정 내에 건강 영향을 고려하도록 하는 것이다.

〈표 6-1〉 HIA 활용의 규제적, 법적 접근법

범주 1: HIA 활용을 요구, 지원, 증진하기	범주 2: 정부 절차 내의 건강
<ul style="list-style-type: none"> - EIA 또는 SEA, 사회 및 건강영향평가(ESHIA)와 같은 폭넓은 영향평가 절차의 일부로서 건강을 고려하도록 요구 - HIA가 제안서의 특정 유형 혹은 범주에서 독립적으로 수행되도록 요구 - 보건 당국이 그들의 재량 하에서 HIA를 요구할 수 있는 권한을 갖도록 법제화 - 잠재적으로 영향을 받는 지역사회들이 제안서에 HIA가 고려되도록 요구하고, HIA 절차에 참여할 수 있는 재량권을 가질 수 있도록 법제화(단순히 EIA 혹은 통합 평가에 건강이 포함되도록 하는 것을 넘어) - HIA의 활용을 지원하나, 강제성은 없는 정책 혹은 규칙 	<ul style="list-style-type: none"> - 모든 정부 정책에 건강 검토 혹은 스크리닝을 요구 - 비보건 절차에서 보건 문제를 재고할 수 있도록 재량적으로 활용 <p>이 범주는 국내 입법을 통해, IFC와 같은 매커니즘 혹은 국제기관(international agencies)을 통해, 산업 및 평가자(assessors)에 의한 자발적 실천 원칙(voluntary practice principles)의 활용을 통해 세 단계로 이루어질 수 있다.</p>

자료: Harris-Roxas et al, 2012

통합 평가 프레임워크를 발전시키는 것(Developing integrated assessment framework)도 공공 보건 및 정책 서클 내에서 논란의 대상이 된다. 환경영향평가(Environmental Impact Assessment, EIA)와 전략적 환경 영향(SEA)는 많은 국가들에서 제도화되었다. 또한 여러 국가들은 이

들을 EIA 내 건강영향 포함 및 HIA 발전을 위해 증진시켜왔다. 공간 계획 측면에서, 계획 절차 내에 HIA를 포함시킴으로써 공공 보전이 증진될 수 있는 잠재성이 있다. HIA를 국내 혹은 지방 공간 계획 우선순위로 정렬하는 것이 중요하며, 이를 통해 정책에 HIA 근거를 더욱 쉽게 통합될 수 있게 해야 한다. 더 나은 다부처간 정책 형성은 적절한 방법으로 통해 영향 평가 통합의 결과물로 나올 수 있다.

연구, 교육, 훈련에서 **정책 입안자들**과 그들의 역할은 매우 중요하다. 만약 정책입안자들이 HIA에 참여해야 하는 경우, 이들은 훈련을 받고, HIA에 의 경각심을 일깨울 수 있다. 또한, 폭넓은 건강 결정요인에의 건강영향에 초점을 맞추어야 한다. 정책 입안자들은 HIA 과정에서 자각(awareness) 및 통찰을 얻기 위해 HIA 안내(guidance)를 발전시키는데 참여해야 한다. 보전은 일반적으로 공중보건 서클을 넘어 좁게 정의되어 왔다. 또한 보전에 대한 배경지식이 없는 정책입안자들에게 부차적인 것으로 인식되어 왔다. 따라서 정책입안자들이 보전을 개념화하고 정의할 수 있는 훈련 코스가 필수적이다.

HIA 역량 개발은 HIA의 제도화를 보장하고, 이를 공공정책과 통합하는 길을 만들기 위해 필수적이다. 훈련과 역량 강화는 HIA에 참여하는 일반의(practitioner)들과 전문가들의 지식과 기술을 향상시키는데 핵심적인 요소이다. 광범위한 훈련프로그램의 도입은 HIA의 제도화를 보다 용이하게 하며, 정책을 현실에 잘 적용할 수 있게 한다. 다양한 국가 혹은 비국가적 배경을 가진 이해관계자들은 HIA 공동 소유권(co-ownership) 강화의 측면에서 역량 강화와 훈련 프로그램에 도움을 줄 수 있다. HIA관련 자료(the material)들은 각 국가의 상황에 맞게 수용되고, 그 나라의 언어로 접근할 수 있도록 해야 한다. 또한 역량 강화는 프로그램 및 사업 관리와 같은 기술 훈련과 협상 및 갈등 관리와 같은 사회적 기술

(social skill) 향상이 요구된다. 커리큘럼과 강좌를 개발하고 장려하는 것 또한 역량강화와 연관되어 있다.

HIA를 위한 도구 개발은 향후 HIA 방법론적 개발을 위해 큰 역할을 한다는 점에서 중요하다. 지속적인 개발과 표준화된 스크리닝, 스코핑, 위험평가 도구(Risk appraisal tools)와 체크리스트를 시험하는 것은 HIA를 위한 방법론적 프레임워크를 구축하는데 필요하다. 지역사회 참여는 HIA에서 힘든 단계가 될 수 있다. 새로운 도구, 기술, 정책을 위한 연구는 HIA 과정의 모든 단계에 지역사회의 집단을 효과적으로 참여시켜야 한다.

제2절 사회경제적 격차감소를 위한 전략개선방안

1. 일반적인 접근원칙

가. 근거기반의 정책적용

2013년 개최된 제141회 미국공중보건학회에서는 근거기반의 정책과 최우수 실행의 중요성이 강조되었다. 근거기반의 빈곤아동 대상의 보건 사업을 수행했을 때 3년이내에 5세아동의 문맹률개선효과를 볼 수 있었다는 영국의 사례도 있었다.²⁶⁾ 건강의 사회적 격차는 지역, 수입, 직업, 성행동의 경향, 인종 등과 밀접한 관련이 있지만, 출생시부터 최상의 서비스에 대한 접근성을 높여서 경제사회적 격차를 줄일 수 있는 효과를 보

26) 자료원 :APHA's YouTube Channel at <http://www.youtube.com/user/aphadc>.

기 위해서는 근거중심의 사업개발이 필요하다.

적절한 근거를 적용하여 효과를 보기 위해서는 국내의 근거를 충실히 마련할 필요가 있다. 이를 위해서 지속적인 연구개발사업에 대한 지원이 필요하다.

나. 포괄적 접근

기존의 질병 및 질병위험요인이 사회적인 것보다는 의학적인 것에 있으며, 지역사회나 인구집단보다는 개인에 초점을 맞추는 관점에서 건강형평정책에 교육, 노동, 주거, 재정, 운송정책등을 포함시키는 것이 바람직하다. 건강영향평가에서 건강의 결정요인을 포괄적으로 살펴보는 것도 이러한 이유에서이다.

다. 다수준 접근(multi-level approach)

기존의 개인수준별 위험요인의 독립적 분석만으로는 문화, 정책, 또는 환경이 개인에 미치는 영향을 밝히지 못한다. 다수준분석은 개인, 작업장, 이웃, 국가 또는 지리적 지역등과 같은 결정인자들과 건강과의 관련성을 동시에 살펴볼 수 있다.

라. 생애주기적 접근(lifecourse approach)

건강을 생애주기 속에서 파악하는 접근방식으로 생애 초기 노출의 동시적 또는 지연효과, 노출의 시간적 연쇄 및 축적을 중요하게 고려해야 한다.

2. 건강행태의 사회경제적 격차감소를 위한 전략의 개발

가. 흡연 및 고위험 음주 등 위험행태의 감소를 위한 전략

흡연이나 고위험행동에 노출되는 것을 초기부터 감소시키기 위해서는 고위험 지역 및 고위험 인구집단의 가족, 학교 및 지역사회에서의 금연사업과 절주사업이 다각적으로 공급되어야 한다. 즉 개인적 접근과 지역사회 전체의 캠페인이 동시에 공급되어야 효과적인 행태변화를 기대할 수 있고, 이러한 복합적인 접근이 가장 효과적이라는 근거가 강하다. 이러한 원리는 흡연과 음주행태 두가지에 동시에 유효한 전략이다(RAND, 2009). 세계보건기구의 담배규제기본협약에서 권고하는 접근방식은 개인적 접근과 인구집단적 접근을 동시에 사용하는 것이다.²⁷⁾ 또한 금연을 도와주는 서비스에 대한 접근성이 제고되어야 하는 것도 필수적인 정책적 과제이다. 왜냐하면 취약한 개인일수록 자발적으로 서비스에 접근하기 어렵기 때문에 공급자 측면에서 서비스를 더 가까이서 받을 수 있도록 제공해야 한다.

나. 건강증진행위의 수용을 증가시키기 위한 전략

흡연과 고위험음주가 개인의 건강위험행동으로서 예방중심의 건강증진전략이 필요한 것이라면 전반적인 건강의 잠재력 향상을 위한 과제는 균형잡힌 식습관과 활발한 신체활동을 수용하기 쉽게 정책을 개발하는 일이다. 건강한 생활습관을 가지도록 하기 위해서는 어릴적부터 습관을 가질 수 있도록 하는 것이 가장 바람직하다. 이를 위해서는 성인대상, 부

27) 자료: 담배규제기본협약원문(http://www.who.int/fctc/text_download/en/index.html)

모대상자의 영양 및 식습관 교육과 운동에 대한 교육이 필요하다. 건강한 식생활을 위해서 안전하고 건강에 유익한 먹거리가 적절하게 공급될 수 있도록 정책적인 제도를 강화하는 것도 필요하다.

복잡한 도시생활에서 다양한 정책과 사업을 추진할 때 건강영향평가를 실시하는 것은 건강행태의 사회경제적 격차를 감소시키는 데 효과적인 수단이 된다. 형평성 중심의 건강영향평가는 건강의 사회경제적 요인에 더 중점을 두고 평가한다. 즉 건강의 성과에 관심을 두기보다는 건강의 성과에 영향을 주는 intermediate component에 중점을 두고 정책을 변화시키거나 정책의 영향을 긍정적인 방향으로 수정하기 위한 전략이 건강영향평가이다.

참고문헌 <<

- 강영호, 강민아, 김명희, 김유리, 신영진, 유원섭 외 (2006) 건강증진목표설정을 위한 건강형평성 평가지표개발과 건강형평성 조사연구, 울산대학교의과대학, 건강증진사업지원단.
- 강은정, 노정미, 김효진, 임성은, 방미란 (2008) 드림스타트의 건강영향평가, 서울 : 한국보건사회연구원.
- 권순만, 손미아, 이은주, 조성일, 조영태, 구미진 외 (2007) 건강형평성 관련 성과지표 개발연구, 서울대학교보건대학원, 건강증진사업지원단.
- 김유미, 김명희 (2007). 한국 건강·평등의 현황과 문제점, 예방의학회지, 40권,6호
- 김혜련, 강영호, 윤강재, 김창석 (2004) 건강수준의 사회계층간 차이와 정책방향. 서울 : 한국보건사회연구원.
- 박정래(2011) 근로자 흡연의 건강불평등과 사업장 금연정책, 산업보건, 2011년 4월호, 38-49.
- 변용찬 외(2011) 지역별 건강수명의 형평성분석과 정책과제, 한국보건사회연구원 보건복지부. 국민건강영양조사. 각 연도.
- 서미경 (2005). 새국민건강증진종합계획, 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 신영진, 윤태호, 김명희, 정백근, 서제희(2011). 건강형평정책과 사업: 건강불평 등 완화를 위한 접근. 한국사회정책. 18(4): 41-77
- 신호성, 이수형, 유형석 (2012). 건강형평성 강화를 위한 의료서비스전달체계 개선방안. 서울 : 한국보건사회연구원.
- 이상이, 김수영, 김철웅, 박형근, 윤태호, 김지현 (2007) 뇌혈관질환관리의 필요성-사회경제적 요인, 건강불형평성연구(우리나라 뇌혈관질환의 사회경제적 불평등 실태와 정책과제). 제주대학교, 건강증진사업지원단.
- 이용재, 박창우 (2011) 건강상태에 따른 소득계층별 의료이용의 형평성 변화, 사회복지정책 38권1호, 2011년3월, pp. 33-55

- 이창곤(2007). 추적, 한국의 건강불평등 - 사회의제화를 위한 보고서. 밈.
- 장지연(2012). 유럽에서 불평등 연구의 쟁점. 국제노동브리프. pp.1~2
- 한겨레, 양극화8, 2006
- 최은진 서미경 김동진 정기혜 강은정 김혜련 외 (2010) 제3차 국민건강증진종합
계획(HP2020)세부전략수립에 관한 연구, 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 한양대학교 산학협력단, 건강증진사업지원단[공편] (2009) 건강불평등완화를 위
한 건강증진전략 및 사업개발: 서울, 보건복지가족부.
- Dahlgren, G. and Whitehead, M. (1991) *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Futures Studies.
- Johan P.M., Marina K.s, Martin M.(2003). The unequal health of Europeans: successes and failures of policies, *The Lancet*. Vol 381. pp.1124~1133.
- Kang EJ & Lee JH (2010) A Longitudinal Study on the Causal Association Between Smoking and Depression, *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 193-204.
- Kemm J. Parry J. Palmer S.(2006) Health Impact Assessment. Oxford University Press.
- Lynch, J. W., D. Simth, G. A. Kaplan and J. S. House. (2000). "Income Inequality and Mortality: Importance to Health of Individual Outcome, Psychosocial Environment, or Material Conditions." *British Medical Journal* 320: 1200 ~ 1204.
- Martin Birley (2011) *Health Impact Assessment : principles and Practice*, Earthscan, New York, USA.
- Nakamura, Keiko. Indicators for Healthy Cities: tools for evidence-based urban policy formation, Takano. Takehito. (eds.). (2004). *Healthy Cities and Urban Policy Research*. Routledge. p.102.
- Sabine Kleinert, Richard Horton(2013). Health in Europe—successes,

- failures, and new challenges. *The Lancet*, Volume 381, Issue 9872, 30 March-5 April 2013, Pages 1073-1074
- WHO, Gothenberg Consensus Paper, 1999
- WHO(2010). Socio-environmentally determined health inequities among children and adolescents. *HBSC Forum*
- Yoline M. Kuiper(2010). Focusing on obesity through a health equity lens. *EuroHealthNet*
- Committee on Understanding and Eliminating Racial and Ethnic Disparities in Health Care. (2003). *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Institute of Medicine (IOM)
- Healthy People 2020. www.healthypeople.gov
- Heckler, Margaret M. U.S. Department of Health and Human Services (1985) *Report of the Secretary's Task Force Report on Black and Minority Health* Volume I: Executive Summary. Other. Government Printing Office, Washington, D.C..
- National Partnership for Action to End Health Disparities. (2011) *National Stakeholder Strategy for Achieving Health Equity*. Rockville, MD: U.S. Department of Health & Human Services, Office of Minority Health.
- National Partnership for Action. <http://minorityhealth.hhs.gov/npa/>
- RAND (2009) *How the Department of Health Influences healthy living*.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2011). *HHS Action Plan to Reduce Racial and Ethnic Disparities: A Nation Free of Disparities in Health and Health Care*. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services.



간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 판매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회원종류

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원
- 정기간행물회원 : 35,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지(www.kihasa.re.kr) - 발간자료 - 간행물구독안내

▶ 회비납부

- 홈페이지를 통해 신용카드 결제
- 온라인 입금 : 우리은행 019-219956-01-014 (예금주: 한국보건사회연구원)

▶ 문의처

- (122-705) 서울특별시 은평구 진흥로 235 한국보건사회연구원
간행물 담당자 (Tel: 02-380-8157)

KIHASA 도서 판매처

- | | |
|---|---|
| ■ 한국경제서적(총판) 737-7498 | ■ 교보문고(광화문점) 1544-1900 |
| ■ 영풍문고(종로점) 399-5600 | ■ 서울문고(종로점) 2198-2307 |
| ■ Yes24 http://www.yes24.com | ■ 알라딘 http://www.aladdin.co.kr |

발간번호	보고서명	연구책임자
연구 2013-01	근거중심보건의정확에 필요한 연구근거 현황 및 활용	김남순
연구 2013-02	국민건강증진기금사업의 운영현황과 개선방안 연구	김혜련
연구 2013-03	의료서비스시장의 경쟁구조 및 경영효율성에 관한 연구	김대중
연구 2013-04	보건의료서비스 분야의 소비자 위상과 권리	윤강재
연구 2013-05	식품분야 규제정책의 변화와 향후 식품안전 관리강화를 위한 규제합리화	정기혜
연구 2013-06	화장품 및 의약품에 대한 소비자 중심적 연구	김정선
연구 2013-07	보건의료분야 국가연구개발사업 운영현황 및 개선방안	박은자
연구 2013-08	진료비지출 요인분석 및 거시적 관리방안	신현용
연구 2013-09	의약품 정책이 의사의 처방에 미친 영향 연구	박실비아
연구 2013-10	한국의 건강불평등 지표와 정책과제	김동진
연구 2013-11	한국 의료의 질 보고서 설계	강희정
연구 2013-12	국민연금기금운용 중장기 정책수립 -기금운용의 정책방향을 제시하는 실증적 연구	원종욱
연구 2013-13	소득분배 악화의 산업구조적 원인과 대응 방안	강신욱
연구 2013-14	소득계층별 순소득 부담의 분포에 관한 연구	남상호
연구 2013-15	저소득층 현금 및 현금서비스 복지지출의 사회경제적 영향분석	김태완
연구 2013-16	기회의 불평등 측정에 관한 연구: 성장배경을 중심으로	김문길
연구 2013-17	2013년 빈곤통계연보	임완섭/노대명
연구 2013-18	고용-복지 연계정책의 국제비교 연구: 한중일의 최근 정책변화를 중심으로	노대명
연구 2013-19	근로 및 사회정책에 대한 국민의식 분석	이현주
연구 2013-20	한국복지패널 연계 질적 연구(3차): 취약계층의 삶을 중심으로	김미곤
연구 2013-21	사회서비스 수요·공급의 지역단위 분석 연구	박세경
연구 2013-22	사회복지영역의 평가제도 분석 및 개선방안	정홍원
연구 2013-23	장애인의 자립생활 지원 방안: 발달장애인을 중심으로	김성희
연구 2013-24	장애인지원서비스의 질과 공급특성 분석 연구	박수지
연구 2013-25	복지재정 DB구축과 지표 분석	박인화
연구 2013-26	중앙과 지방의 복지재정형평화 연구	고제이
연구 2013-27	사회보장 중장기 재정추계 모형개발을 위한 연구	신화연
연구 2013-28	사회보장 재원조달에서의 세대 간 형평성 제고방안 연구	유근춘
연구 2013-29	의료기관의 개인정보 보호현황과 대책	정영철
연구 2013-30	우리나라 아동빈곤의 특성	정은희
연구 2013-31-01	한중일 인구동향과 국가 인구전략	이삼식
연구 2013-31-02	인구예측모형 국제비교 연구	이삼식
연구 2013-31-03	자녀 양육 지원 정책 평가와 개선 방안	신윤정
연구 2013-31-04	보육서비스 공급 적정성 분석 및 개선방안 연구	김은정
연구 2013-31-05	아동보호체계 연계성 제고방안	김미숙
연구 2013-31-06	여성고용 활성화 방안 연구	여유진
연구 2013-31-07	출산·보육 통계생산 및 관리효율화 연구	도세록

발간번호	보고서명	연구책임자
연구 2013-31-08	가구·가족의 변동과 정책적 함의	김유경
연구 2013-31-09	저출산·고령화 대응 인구 자질 향상 방안: 고령 임산부의 출산 실태와 정책 과제	이소영
연구 2013-31-10	저출산고령사회에서의 일차의료기관 모형개발	황나미
연구 2013-31-11	저출산고령사회 동태적분석을 위한 지역 추적조사: 사례지역을 중심으로	오영희
연구 2013-31-12	저출산·고령화 시대의 한국 가족주의에 대한 진단과 정책적 함의	외부위탁
연구 2013-31-13	남북한 통합 시 적정인구 연구	이삼식
연구 2013-31-14	중·노년층의 삶의 질과 정책과제	정경희
연구 2013-31-15	고령화 대응 노인복지서비스 수요전망과 공급체계 개편연구	이윤경
연구 2013-31-16	다층노후소득보장체계 관점에서의 공적연금제도 개편 방안	윤석명
연구 2013-31-17	노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안	선우덕
연구 2013-31-18	요양병원과 요양시설의 역할정립방안연구: 연계방안을 중심으로	김진수
연구 2013-31-19	효과적 만성질환 관리방안 연구	정영호
연구 2013-31-20	인구고령화가 소비구조 및 산업생산에 미치는 영향 연구	외부위탁
연구 2013-31-21	여성노인의 노후빈곤 현황 및 대응정책	외부위탁
연구 2013-31-22	농촌 인구구조변화에 대응한 농촌 경제활성화 방안 연구	외부위탁
연구 2013-31-23	평생교육관점에서 바라본 노년교육의 현황과 정책과제	이윤경
연구 2013-32-1	지방자치단체의 건강영향평가 및 지식포털운영	서미경
연구 2013-32-2	건강영향평가TWC성과평가 및 건강행태위험요인의 사회경제적 격차감소를 위한 전략평가	최은진
연구 2013-33	아시아국가의 사회정책 비교연구: 건강보장	홍석표
연구 2013-34	취약위기가족 및 다문화가족의 예방맞춤형 복지체계 구축 및 통합사례관리 연구(4년차)	정은희
연구 2013-35	2013년 친서민정책으로서 사회서비스 일자리 확충전략III: 사회서비스산업-제3섹터-고용창출 연계 모델	이철선
연구 2013-36	2013년 보건복지통계정보시스템 구축 및 운영	오미애
연구 2013-37	인터넷 건강정보 게이트웨이시스템 구축 및 운영: 빅 데이터 활용방안을 중심으로	송태민
연구 2013-38	2013년 사회정신건강 연구센터 운영: 한국사회의 갈등 및 병리현상의 발생현황과 원인분석 연구	이상영
연구 2013-39	2013년 지방자치단체 복지정책 평가센터 운영	김승권
연구 2013-40-1	2013년 한국복지패널 기초분석 보고서	이현주
연구 2013-40-2	2013년 한국복지패널 심층분석 보고서: 신규 표본가구 통합DB(KOWEPS_Combined)을 중심으로	최현수
연구 2013-41	2011년 한국의료패널 기초분석 보고서(II): 만성질환관리, 일반의약품이용, 임신출산, 부가조사	최정수
협동 2013-1	비영리법인 제도의 개선방안에 관한 연구(3년차)	오영호
협동 2013-2	가임기 임신 전 출산건강 관리지원 방안 연구	이상림