

# 건강도시의 건강영향 평가 적용 및 추진방안

*Strategies for Implementing Health  
Impact Assessment for Healthy Cities*



박윤형 순천향대학교 의과대학 교수  
건강도시 및 건강영향평가 연구소장

우리나라에서 건강도시정책은 지방자치단체에서 자발적으로 시행되었다. 건강도시와 지방자치의 기본원칙에는 부합되고 있으나 건강도시 정책에 포함되어야 할 내용과 정책의 기본방향 설정 등에서는 자치단체 별로 큰 차이가 있는 현실이다. 이러한 것을 극복하기 위해 보건복지부와 세계보건기구 서태평양사무소(WHO/WPRO)에서는 건강도시 평가기준을 만들고 기준에 따라 인증절차를 추진하고 있다. 평가기준에 건강영향평가가 포함되어 있어 앞으로 건강도시 확산과 함께 건강영향평가도 확대되리라 기대된다. 건강영향평가가 건강도시정책과 밀접한 관계를 갖는 것은 그 기본원칙이 주민자치, 주민참여이기 때문이다. 제8차 건강증진 국제회의에서도 향후 과제인 Health in All Policies의 중요한 수단으로 건강영향평가를 주목하였다. 앞으로 건강영향평가는 건강도시 평가 인증에 따라 교육, 시범시행을 거쳐 기반이 갖추어져 나갈 것이다.

## 1. 들어가며

건강을 위한 정책은 기본 개념의 변화와 함께 발전되어 왔다. 1978년 알마아타에서 채택된 1차보건회의는 1980년대의 대표적인 보건의료사업의 기본철학이었다. 일차보건의료의 기본이념에 따라 각 나라들은 의료의 접근성 증가를 위한 정책, 예방접종과 같은 기본적인 필수적인 의료를 우선 개발 공급, 지역사회 건강관리자(Community health Worker)의 교육과 활용 등에 집중하였다. 우리나라도 그러한 이념에 따라 농어촌 지역 등 의료취약지의 의료접근성 강화에 집중하였다. 1986년에는 캐나다 오타와에서 제1차 국제건강증진회의가 개최되었고 오타

와 헌장(Ottawa Charter)이 발표되었다. 이때 건강을 위해서는 질병에 걸린 이후 치료보다 예방을 위한 건강증진이 핵심과제가 되어야 한다는 내용으로 보건의료정책에 대한 기본개념이 전환되기 시작하였다. 즉 국민건강을 보호하기 위한 방법으로 의료인력과 시설을 확대 하는 것과 함께 금연 절주 영양 운동 등의 건강증진사업을 시행하기 시작하였다. 우리나라는 1995년에야 이러한 정책을 수용하여 국민건강증진법을 제정하고 금연 등 건강증진정책을 적극적으로 펼치기 시작하였다. 국제건강회의는 계속되어 1988년에 호주의 아델레이드에서 개최되어 공중보건정책에 대한 아델레이드 권고(Adelaid Recommendation on Public health policy), 1991

년에는 건강을 지원하는 환경에 대한 선즈볼 성명(sunsball statement on supportive environment for health), 1997년에 21세기에 건강증진을 선도하는 자카르타 선언(Jakarta Declaration on leading health promotion into the 21th century, new players for a new era), 2000년에는 칸쿤에서 건강증진에 대한 아이디어를 행동으로 실행하자는 멕시코 정부성명(Mexico ministerial statement for the promotion of health idea to action), 2005년에는 방콕에서 세계화 추세에서 건강증진을 위한 방콕헌장(Bangkok charter for health promotion in globalized world: Addressing the social deteminants of health)이 채택되었다. 방콕헌장에서 건강한 공공정책, 지원하는 환경만들기, 지역사회 활동 강화, 개인적 기술개발, 질병예방과 건강증진을 향한 보건 의료의 재 조정 의 5가지 행동원칙이 천명되었다. 2009년에는 나이로비에서 실행을 위한 장애요인을 줄이는 행동강령(Nairobi Call to action: closing the implementation gap)을 채택하였다. 그동안의 과정을 보면 건강을 위한 개념이 개인에서 사회로, 다시 국가로 변해가고 있다는 것을 알 수 있다. 즉 건강은 개인이나 사회의 노력보다 건강의 사회적 결정요인(Social deteminant of health)이 중요하다는데 주목하기 시작한 것이다.

2013년에는 헬싱키에서 제8차 건강증진회의가 개최되었다. 헬싱키 회의는 건강을 모든 정책에 반영하는 헬싱키 선언(The Helsinki

Statement on Health in All Policies)을 발표하였다. 헬싱키 선언에서는 ‘건강은 기본적인 인권이며 건강평등은 사회정의의 표상이다. 건강은 삶의 질을 높이고, 학습능력을 향상시키며, 가족과 지역사회를 강화하고, 직장에서 생산성을 향상시킨다. 건강은 건강관련분야 뿐만 아니라 무역과 대외정책을 포함한 넓은 정치적 문제에도 영향을 받는다. ‘건강을 모든 정책의 목표로(Health in All Policy)’는 모든 공공정책 의사결정 때 건강을 향상시키기 위해 건강영향을 살펴보고 시너지 효과를 감안하며 건강에 위해한 부분을 피하는 것이다.’라고 하여 공공 건강정책과 건강영향평가를 주요과제로 상정하였다. 이러한 국제회의를 통하여 나타나는 각 나라의 건강정책 추세를 보면 공공정책에 건강을 고려해야 한다는 것과 건강정책 또는 건강증진에 주민 또는 지역사회의 참여를 확대해야 한다는 점이다. 이러한 이념을 실현하기 위한 수단으로 부상되고 있는 것이 건강도시와 건강영향평가라고 할 수 있다.

## 2. 건강도시와 건강영향평가

건강도시란 ‘삶의 모든 기능을 수행하고 최대한의 잠재력을 개발하는데 있어서 서로 지원하도록 도시의 물리적, 사회적 환경을 지속적으로 창조하고 향상시키며 지역사회 자원을 확장하는 도시’이다<sup>1)</sup> 세계보건기구(WHO)는 건강

1) Hancock, Trevor, and Duhl, Len. *Healthy Cities: Promoting Health in the Urban Context*(Healthy Cities Paper #1). Copenhagen: WHO Europe 1986.

도시란 “시민들의 상호협조 하에 시민들이 삶의 모든 기능을 수행하고, 그들의 잠재력을 최대한 발휘할 수 있도록 물리적·사회적 환경을 지속적으로 창출하며 지역자원을 확충하는 도시이다”라고 하고 있으며, 아울러 ‘시장전반의 의사결정과정의 중심에 시민의 건강을 두고 도시의 건강을 개선하는 과정과 구조를 갖추어 노력하는 도시’라고 정의하고 있다.<sup>2)</sup> 이 정의는 2가지를 강조하고 있다. 첫째로, 개인의 건강 생활을 실천하는데 공공정책과 지역사회를 강화하는 것이 더 중요하다는 점이고, 둘째는 건강도시를 측정하는 척도는 도시에 살고 있는 주민들의 건강수준이 아니라, 건강을 모든 공공정책에서 고려하고 있는가를 더 중시하는 점이다. 특히, 건강도시 개념에 가장 중요한 요소는 지방정부(local government)의 역할이다. 다른 건강증진 사업과 구별되는 결정적인 차이가 바로 지방정부의 의지(commitment)와 참여(invovement)이다. 건강도시 사업을 반드시 지방정부가 추진하지 않더라도, 지방정부의 의지와 참여로 인해 건강도시의 개념이 실현된다는 점이다<sup>3)</sup>.

WHO는 건강도시의 요건을 다음과 같이 제시하였다

- 물리적인 환경이 깨끗하고 안전한 도시(주거의 질 포함)
- 자신들의 생활, 건강 및 안녕에 영향을 미치는 결정에 대한 시민의 참여와 통제기능이 높은 도시

- 모든 시민의 기본 욕구(음식, 물, 주거, 소득, 안전, 직장)가 충족되는 도시
- 광범위하고 다양한 만남, 상호교류, 커뮤니티케이션의 기회와 함께 폭넓은 경험과 자원이용이 가능한 도시
- 모든 시민이 접근할 수 있는 적절한 공중보건 및 최저 수준 치료서비스를 갖춘 도시
- 지역주민의 건강 수준이 높은 도시(높은 건강수준과 낮은 이환율)

WHO는 건강도시의 정의를 충족시키기 위한 조건으로 높은 시민의 참여와 통제, 상호협동적이며 통합적이고 비착취적인 지역사회, 안정되고 장기적으로 지속 가능한 생태계 뿐 아니라 깨끗하고 안전하며 질 높은 물리적 환경 등을 갖출 것을 제시하고 있다.

건강도시의 궁극적 목적으로 WHO는 “시민들의 건강을 향상시키기 위해서(to improve the health of city dwellers)”라고 하였다. WHO 건강도시 운동의 장기적 목적은 “도시 정책 의사결정자들의 의제 속에 건강을 통합시키고, 공공과 민간 부문 사이에 건강증진을 위한 강력한 파트너십을 형성하며, 사업을 실행할 때 지역적, 참여적 접근을 적용하는 것”이라고 할 수 있다.

한편 건강도시의 정의에서 기본적인 용어인 도시와 시민의 정의를 명확히 할 필요가 있다. 도시는 일반적으로 인구 5만 명 이상의 지방자치단체를 의미한다. 하지만 국내에서는 인구 5만 명 미만의 농어촌 지역에서도 건강도시 사업을 벌이는 곳이 많고 서울특별시나 부산광역시

2) World Health Organization, Healthy settings. [http://www.who.int/healthy\\_settings/en/](http://www.who.int/healthy_settings/en/). Assessed August 2010.

3) Hancock, Trevor.(1993). *The Evolution, Impact and Significance of the Healthy Cities/Healthy Communities Movement*.

와 같은 광역자치단체도 건강도시 사업을 추진하고 있다. 따라서 건강도시는 행정적인 의미에서의 도시가 아니라 보다 넓은 의미에서의 지역 사회라고 보는 것이 적절할 것이다. 또한 시민이라고 하면 주민등록이 해당 도시에 있는 사람들을 의미하는지 실제로 거주하는 사람들을 의미하는지 아니면 그 도시에서 경제활동이나 학업활동 등 각종 사회생활을 주로 하는 사람들을 의미하는지에 대한 기준이 필요할 수도 있다. 이것은 건강도시 사업이 어느 집단에게로까지 확대될 수 있는지의 문제이며 가급적 많은 사람들이 건강도시 사업의 대상이 될 수 있도록 시민의 개념을 최대한 확장하는 것이 바람직할 것이다.

건강영향평가(Health Impact Assessment)의 원칙과 방법을 처음 체계적으로 정리한 것은 1999년 세계보건기구 유럽지부 주관의 Gothenburg 세미나라고 볼 수 있다. 세미나의 합의문에서는 건강영향평가를 ‘정책<sup>4)</sup>, 프로그램<sup>5)</sup>, 사업<sup>6)</sup>에 대한 잠재적 건강영향과 그 분포의 검토를 위한 절차, 방법 및 도구의 조합’(a combination of procedures or methods and tools by which a policy, programme or project may be judged as to its potential effects on the health of a population, and the distribution of those effects

within the population)이라고 정의하고 있다. 건강영향평가는 일반적으로 정책이나 사업이 시행되기 이전에 그 정책이나 사업이 미치게 될 잠재적인 건강 영향과 건강 영향의 인구집단별 차이를 검토하는 것이다. 건강영향평가는 정책의 의사결정자들에게 1) 건강과 물리적, 사회적, 경제적 환경 등과의 관련성을 인지하게 만들어 의사결정자들이 의사결정을 심사숙고하는 과정에서 건강의 결과들에 대하여 항상 고려하게 하고, 2) 향후에 나타날 가능성이 있는 건강의 결과물들을 평가하고 파악하도록 도와주어 의사결정의 결과물이 적정하도록 하며, 3) 정책에 의해 영향을 실제로 받을 사람들이 정책의 형성에 참여하도록 도와줌으로써 의사결정자들에게 의사결정에 필요한 보다 나은 정보를 제공하여 의사결정을 돕는 데 있다<sup>7)</sup>. 건강영향평가는 질병예방이나 건강증진이라는 건강정책의 일반적 가치 이외에 기본적으로 몇 가지 중요한 가치를 가지고 있다. Gothenburg 합의문에서 밝히고 있는 건강영향평가의 기본적 가치는 모두 네 가지로, 민주주의, 형평성, 지속가능한 발전, 그리고 근거의 윤리적 사용이다. 이러한 가치들은 건강영향평가의 절차와 과정에 잘 드러나야 하며, 궁극적으로 평가대상이 되는 정책이나 사업의 의사 결정과 연결되어야 한다. 먼저 민주

4) 정책(policy)이란 정부나 조직이 그들이 세운 목적을 달성하기 위해 추구하는 방법(the way)을 의미함. 정책 수준에서의 건강영향 평가는 전략적(strategic)이며, 건강에 대한 관심이 조기에 포함되도록 할 수 있음. 세금(taxation)같은 경우의 건강영향평가는 정책 수준(policy level)에서 적용됨.

5) 사업(programme)은 정책(policy)에 영향을 주는 일련의 관련 활동들(a series of related activities)을 의미함.

6) 계획(project)은 사업(programme)의 구성 요소이며, 특정한 부분(specific location)에 대한 책임을 맡은 구분된 활동(discrete activity)임.

7) Anna Ritsataki, Ruth Barnes, Margaret Douglas and Alex Scott-Samuel, Health impact assessment—An approach to promote intersectoral policies to reduce socioeconomic inequalities in health.

주의란 건강영향평가의 전 과정에 걸쳐서 항상 강조되는 주민참여이다. 대상 정책이나 사업의 영향을 직접적으로 받는 주민의 참여는 해당 정책 및 건강영향평가의 성공적 시행의 핵심 요소가 되지만, 이를 건강영향평가과정에 포함시키는 것은 기술적으로 어려움이 많다. 하지만 정책의 영향을 직접적으로 받게 되는 주민의 정책 참여는 주민의 권리이기 때문에 적극적으로 이를 보장하려는 노력이 필요하며, 그에 적합한 장치를 건강영향평가 제도 내에 설치하여야 한다. 둘째로 형평성은 평가의 대상이 되는 인구 집단을 형평성과 관련된 기준에 따라 구분하여 평가를 시행하여야 한다는 것이다. 건강영향평가는 인구집단의 건강에 대한 잠재적 효과뿐만 아니라 그 효과의 인구집단 내에서의 분포 역시 판단의 대상으로 삼는다. 이는 인구집단 내에서 건강영향이 불균등하게 발생하는 현상 때문이며, 곧 건강위해 가능성이 상대적으로 큰 인구 집단이 있다는 의미이다. 연령, 성, 그 외의 여러 사회경제적 요인에 따라 인구집단을 구분할 수 있으며, 이런 인구 특성과 정책의 영향을 받게 되는 지역의 주거 특성이 같이 고려되어야 한다. 셋째로 지속가능한 발전은 주민의 건강에 대한 영향을 단기적 효과에 국한하지 말고 장기적 영향까지 고려하는 것을 의미한다. 지속가능성은 형평성과 함께 건강영향평가의 분석 내용을 규정하게 되는 핵심요소가 된다. 넷째 근거의 윤리적 사용은 건강영향평가 과정에서 제시되는 다양한 정량적, 정성적 근거들은 엄격하게 사용되어야 하며, 또한 가능한 한 포괄적인 평가를 하기 위하여 다양한 분야의 학문적, 기술적 방법론을 적용하여야 한다. 건강영향평가

에서 근거의 윤리적 사용이란 연구의 엄격함을 의미하며, 하나의 연구방법이 가지는 편협함을 다른 분야의 연구방법으로 보완하여야 한다는 것을 의미한다. 모든 연구 결과를 계량화할 수 없기 때문에, 정량적 분석에 포함되는 주관적 요소들을 엄격히 통제하고, 정성적 분석을 통하여 정량적 분석이 포괄할 수 없는 부분을 분석하여야 한다.

이러한 네 가지 중요 원칙하에 Gothenburg 합의문에서는 건강영향평가의 구성요소로서 정책과 건강문제 간의 관련성에 대한 근거, 정책에 의하여 영향을 받는 주민의 의견과 경험 및 기대, 정책의 건강영향에 대하여 정책결정자와 주민의 충분한 이해를 위한 정보 제공, 긍정적 건강영향을 극대화하거나 부정적 건강영향을 극소화할 대안 제시의 네 가지 사항을 필수적으로 제도에 포함시키도록 하고 있다.

건강영향평가는 각 도시들이 정책이나 사업의 계획과 실행 과정에서 건강에 대한 우려들을 고려할 수 있도록 함으로써 체계적으로 도시를 도울 수 있다. 건강영향평가가 건강도시를 포함한 지역사회에 도입되는 과정과 결과는 먼저 물리적(크기, 환경, 장소), 정치적, 사회적, 경제적 환경 요소들에 의존한다. 즉, 타부문에서 건강에 대한 가치를 얼마나 중요하게 받아들이느냐, 부문간 협력은 얼마나 원활하게 이루어질 수 있느냐, 건강에 대한 예산 지원이 충분한가 등의 질문에 대한 긍정적인 대답이 많을수록 건강영향평가를 도입하기에 유리한 환경이라고 할 수 있다.

따라서 건강도시에서의 건강영향평가를 위한 첫 번째 목표는 건강영향평가를 위한 환경을

조성하는 것이다. 환경 조성은 정치적 지지와 후원과 함께 행정가의 역량강화를 통해 달성될 수 있다. 정치적 지지와 후원은 정치인들에게 건강영향평가의 절차와 그 혜택 등에 대해 설명을 하여 이에 대한 인식을 높여줌으로써 달성될 수 있고, 행정가의 역량강화는 관련 공무원들이 건강영향평가를 시행할 수 있도록 교육과 훈련을 함으로써 실현할 수 있다.

두 번째 목표는 건강영향평가를 실제 실시함으로써 경험을 쌓는 것이다. 이는 시범사업이나 연구사업 형태로 이루어질 수도 있다. 건강영향평가는 방법과 자료 면에서 틀이 매우 느슨하기 때문에 실제로 수행해 봄으로써 배울 수 있는 것이 많다. 또한 이렇게 모아진 사례는 향후 건강영향평가를 본격적인 건강도시 사업으로 도입하는데 필요한 제도를 디자인하는데 유용한 정보를 제공해 줄 것이다.

세 번째 목표는 건강영향평가를 건강도시 행정의 공식적인 부분으로 제도화하는 것이다. 이는 전북 무주군과 같이 건강도시 조례에 건강영향평가를 건강도시 사업으로서 명시하는 경우라고 할 수 있다. 혹은 영국의 브라이튼 호브 시와 같이 장기적인 도시계획전략에 모든 도시개발 사업에 대해서 건강영향평가를 해야 한다고 하는 원칙을 포함할 수도 있다.

### 3. 건강도시에서 건강영향평가의 적용 및 추진방안

우리나라에서 건강도시시는 지방자치단체에서 자발적으로 시작되었다. 대한민국 건강도시협

의회(Korean Healthy Cities Partnership:KHCP)가 자발적 모임의 대표이다. 한편 일본과 홍콩 호주의 일부 도시와 관련학자들이 주도하여 건강도시연맹(Alliance for Healthy cities:AFHC)를 구성하였고 우리나라 도시들도 국제교류를 위하여 가입하기 시작하였다 WHO/WPRO에서는 자발적인 모임을 장려하기 위하여 AFHC 총회에서 표창을 하는 등 지원해 왔다. 이 AFHC의 회원 단체 중 우리나라 건강도시가 과반수를 차지하고 있는 등 우리나라의 기반이 가장 크다고 할 수 있다. 현재 우리나라에서 건강도시는 KHCP 또는 AFHC에 가입된 도시를 말한다.

AFHC나 KHCP에 가입함으로써 건강도시가 되었으나 지자체에 대한 기본적인 정보제출과 회비납부로서 회원이 되고 매년 회비를 납부하면 회원 상태가 유지되고 어떤 형태의 평가도 하지 않고 있어 건강도시로서 사회적으로 인정받기는 어려운 실정이다.

건강도시연맹(AFHC) 가입기준 및 회원자격은 가입 양식에 따라 도시의 △정책적 의지, △건강도시 추진의 목표와 비전, △도시건강 현황 보고서(프로파일), △우선순위 과제 분석을 제출하고 연회비(US\$500) 납부 시 회원자격 계속 유지되고 있다.

AFHC는 회원간 정보교류 및 국제 활동무대를 제공하는 기능을 하기 때문에 회원자격 및 유지에 대한 기준이 비교적 느슨하다. 일부도시에서는 AFHC 가입을 하면서 WHO인정 건강도시라고 홍보하였으나 AFHC 가입이 WHO 인정 건강도시가 아니며, WHO에서도 이를 홍보하지 말라고 수차례 AFHC에 요청하였고 AFHC에서 회원에게 통보하는 등 혼선이 있었다. 제

18대 국회에서는 이찬열의원 대표발의로 건강 도시사업을 건강증진기금으로 지원하는 내용의 국민건강증진법 개정안을 발의했으나 국회임기 만료로 폐기되었다. 법안에 대한 검토보고서는 건강도시에 대한 지원이 필요하나 건강도시의 범위와 개념이 추상적이고 건강증진기금으로 지원해야 할 사업이 구체적으로 명시되지 않아 이를 명확히 해야 한다고 지적하였다.

보건복지부에서는 이러한 기반 하에 ‘건강도시’를 건강증진사업을 추진하는 중요한 전략으로 채택하고 건강도시의 원칙에 따른 건강도시를 정의하고 사업을 추진할 의지를 표명하였다. 보건복지부는 WHO/WPRO와 같이 건강도시 기준과 범위 발전방향 등에 관한 회의를 수차례 개최하고 건강도시 인증기준을 검토하였다.

이러한 기반 하에서 보건복지부는 건강도시 인증기준을 마련하고 WHO/WPRO와 협의하여 WHO의 특별인증(Special Recognition)을 받게 되었다. 이는 WHO가 보건복지부에 건강도시 평가를 위임한 것으로 정부의 기준에 따라 건강도시의 인증을 받으면 WHO/WPRO가 인증한 것으로 간주한다는 내용이다. 인증기준은 보건복지부가 WHO/WPRO와 협의를 하여 마련하였다<sup>8)</sup>.

인증기준은 건강도시 운영체계영역, 도시프로파일 영역, 건강도시 사업 영역, 건강영향평가 영역의 4개 영역으로 구성되었다. 그중 건강영향평가영역은 다시 건강영향평가를 위한 환경조성, 건강영향평가 절차, 건강영향평가 반영

결과의 3개 세부영역으로 나뉘어져 있다. 세부영역에는 3~6개의 평가의제가 있으며 건강영향평가에는 15개의 평가의제가 있다. 평가의제는 필수와 권장의제로 나뉘어져 있으며 인증을 위해서는 필수이제는 갖추어야 한다. 건강영향평가는 제1단계평가에서는 모두 권장과제로 분류되었다<sup>9)</sup>.

평가기준 중 먼저 건강영향평가를 위한 환경 조성 세부영역에서는 5개의 과제로 구성되어 있다. 조직 내에 건강영향평가에 대한 교육이나 훈련을 이수한 인력이 있는지?, 조직 내에서 건강영향평가를 선도할 담당 인력이나 조직이 있는지?, 조직 내에서 건강영향평가에 대해 얼마나 지지적인 환경이 조성되었는지?, 건강도시 운영위원회에서 건강영향평가와 관련된 의제가 다루어진 적이 있는지?, 건강영향평가를 실시해 본 적이 있는지?의 5개 과제이다.

두 번째, 건강영향 평가절차 세부영역에는 7개 과제로 구성되었다. 건강영향평가 대상 사업의 선정은 적절하였는지?, 건강영향평가 스크리닝은 적절히 이루어졌는지?, 건강영향평가 운영위원회의 구성과 역할은 적절하였는지?, 건강영향평가 스코핑은 적절하였는지?, 건강영향평가에 필요한 자료가 적절히 수집되었는지?, 건강영향의 종합 평가는 적절히 수행되었는지?, 건강영향평가 권고안은 적절히 작성되고 제출되었는지?의 7개 과제이다. 세부영역에서는 건강영향평가의 절차를 명시하였다.

건강영향평가 절차는 일반적으로 스크리닝,

8) Yoon Hyung Park(2011). Developing a Guideline and an Evaluation Method for the Healthy cities movement, WHO/WPRO

9) 박윤형, 장원기, 강은정 외(2011). 건강도시 유형별 표준 가이드라인 및 평가체계 개발, 건강증진사업단, 보건복지부.

스코핑, 자료수집, 평가/사정, 의사결정 및 권고, 그리고 평가 및 추후조사의 순서로 진행한다.

스크리닝은 대상사업으로 인한 건강영향 여부 및 영향의 크기 정도를 사전에 파악하여 건강영향평가의 실시 여부를 결정하는 중요한 초기단계이다. 스크리닝은 한 명보다는 한 팀이 한 번의 스크리닝 회의를 수행함으로써 이루어져야 한다. 이 팀에는 사업/정책/계획의 제안서를 변경할 권한이 있는 의사결정자, 제안서 개발자, 제안서에 의해 영향을 받을 수 있는 지역 사회 및 지역사회 대표, 잠재적인 건강 영향이나 영향이 미칠 수 있는 인구집단에 대한 지식을 가진 전문가가 포함된다. 사전 스크리닝에서

는 제안서의 배경 정보를 수집하고 적절한 스크리닝 도구를 선택한다.

스코핑은 향후 진행될 건강영향평가의 범위, 내용, 방법 등을 결정하는 단계이다. 스크리닝 단계부터는 운영위원회를 구성하여 의사결정을 하는 것이 바람직하다. 운영위원회는 관리가 가능할 정도로 충분히 작으면서(최대 8명) 다양한 범위의 관점과 전문성을 포함할 수 있도록 충분히 커야 하는 균형이 필요하다. 일반적으로 제안서 내용, 영향을 받는 잠재적 인구집단, 관련된 지역사회, 공중보건학적 근거 및 연구, 협상 기술, 정책 분석, 형평성 문제, 그리고 건강의 사회적 결정요인에 대한 전문가가 포함된다.

**표 1. 건강영향평가 절차**

단계	목적	과업
스크리닝(screening)	HIA가 적절하고 필요한지 결정	* 사전 스크리닝 * 스크리닝 회의 * 스크리닝 권고사항 도출
스코핑(scoping)	HIA의 변수(parameters)를 설정	* 운영위원회 설치 * 수행해야할 HIA의 적합한 수준 (깊이) 선택 * 수집할 근거의 범위 선정 * 프로젝트 계획 설계
확인(identification)	잠재적 건강 영향을 확인하기 위한 지역사회/인구집단의 프로파일 작성과 정보 수집	* 지역사회/인구집단의 프로파일 작성 * 일차 및 이차 자료, 정성적, 정량적 정보 수집
평가(assessment)	건강영향의 우선순위를 정하기 위해 정보를 종합하고 비판적으로 평가	* 여러 정보원에서 수집된 영향들에 관한 정보의 평가 * 이 영향의 중요성을 평가하고 우선순위를 설정하기 위한 영향에 대한 숙고
의사결정 및 권고 (decision-making and recommendations)	HIA 결과를 바탕으로 실행에 옮길 수 있는 최종 권고사항 도출을 위한 의사결정	* 간결하고도 행동 중심적인 권고사항 초안 개발 * 실행과 행동을 위한 최종 권고 보고서 작성
평가 및 추후조사 (evaluation & follow-up)	HIA 과정과 그 영향을 평가하고, 모니터링과 건강 영향 관리 계획을 통해 HIA 추후조사	* 과정 및 영향 평가 실시 * 영향의 모니터링 실시 * 건강영향관리계획 개발



자료수집은 대상 사업으로 인한 건강영향 파악 및 관련된 권고안 도출을 위한 기본 자료를 수집하고 정리하는 단계로서, 지역사회 주민과 지역사회 자체에 대한 프로파일을 작성하고 스코핑 단계에서 수집하기로 결정된 근거 자료를 수집한다. 지역사회 및 주민에 대한 프로파일은 제안서에 의해 영향을 받을 수 있는 지역사회 혹은 인구집단에 대한 개요를 제공하되 건강영향을 판단하는데 관련된 정보이어야 한다. 프로파일에 포함될 수 있는 내용으로는 1) 일반적인 인구학적 특성, 2) 인구집단별 건강 수준, 3) 건강생활습관 지표들, 4) 대기, 수질, 토양, 쓰레기 처리 등 환경적 조건, 5) 주거상태, 사회경제적 상태, 고용이나 실업의 수준, 교통 기반구조, 사회적지지 및 서비스 접근성(보건의료서비스와 스포츠 및 여가 시설 포함) 등이 포함된다. 필요한 근거자료는 스코핑 단계에서 수집하기로 결정된 근거 자료들을 의미한다. 특히 이해관계자들은 유용한 정보자원이 될 수 있으며 이 정보들은 설문지, 인터뷰, 포커스 그룹을 통해 도출할 수 있으므로 적극적으로 포함한다.

건강영향의 종합 평가 단계에서는 평가팀, 이해관계자, 사업에 관련된 전문가, 직접적으로 영향을 받는 지역사회 구성원 등 균형 잡힌 평가를 위해 다학제적인 접근이 필요하다. 또한 스코핑 단계에서 결정된 범위의 자료들을 통해 건강영향에 관한 종합적인 평가를 한다. 이 단계에서는 예측되는 건강영향의 우선순위를 고려할 수 있다. 건강영향의 우선순위는 각 영향의 변경가능성과 중요성 정도에 바탕을 두고 정한다. 예를 들어 높은 중요성과 높은 변경가능성을 가진 건강영향이 최우선순위가 되며, 낮은

중요성, 낮은 변경가능성을 가진 건강영향은 가장 낮은 우선순위가 된다.

권고안 작성단계에서는 실시된 영향평가 결과를 바탕으로 예상되는 긍정적 건강영향을 강화시키고, 부정적 건강영향을 예방 혹은 최소화할 수 있도록 사업에 대한 대안을 권고한다. 권고사항을 포함한 HIA의 최종 보고서는 제안서의 담당부서에 전달하여야 한다.

평가 및 추후조사는 첫째, 건강영향평가를 통해 도출된 결과(권고사항)가 실제 정책에 반영되었는지의 여부, 둘째, 시민의 건강을 향상시키거나 건강형평성을 개선하였는지의 여부, 셋째 기타 간접적이고 부수적인 효과를 확인하는 단계이다. 마지막의 간접적이고 부수적인 효과는 정치인이나 행정관계자, 주민들로부터 건강영향평가와 관련된 지식 혹은 인식이 제고되었거나, 조직 내 건강영향평가 역량 혹은 사업부서간 네트워크 강화, 건강영향평가의 필요성에 대한 인식 공유 등의 성과를 의미한다.

세 번째 영역은 건강영향평가 반영 결과이다. 3개의 평가과제로 구성되었다.

건강영향평가 실시 결과가 정책, 프로그램 또는 사업 등과 관련된 의사결정에 환류된 사례가 있는지?, 건강영향평가 실시 결과가 정책 관련 의사결정에 환류된 것 외에 건강영향평가 실시를 통해 얻은 성과가 있는지?, 건강영향평가 결과에 대한 모니터링을 실시한 사례가 있는지?의 3개 평가지표이다.

## 4. 나가며

우리나라에서 건강도시사업은 지방자치단체에서 자발적으로 시작하였고 현재도 자치적으로 운영되고 있다. 건강도시의 기본원칙에도 부합되고 바람직한 방향이다. 그러나 현재까지의 진행내용을 보면 건강도시의 핵심영역에 대한 이해와 실행 및 이에 대한 평가가 이루어지지 않아 주민들에게 홍보하고 주민들이 참여하는 건강도시로 나아가지 못하고 있는 실정이다. 이런 단계에서 보건복지부나 WHO/WPRO 등 권위있는 기관의 지도는 건강도시를 발전시킬 수 있는 계기가 될 것이다. 정부에서 WHO/WPRO와 같이 개발한 건강도시 평가지침은 건강도시의 나아갈 방향을 제시하였다고 본다. 건강도시 평가지침에 건강영향평가가 포함된 것은 몇 가지 측면에서 건강영향평가의 확산에 도움이 될 것으로 생각된다. 첫째는 건강영향평가가 건강도시 사업내용중 하나의 중요한 부분이라는 것을 알리는 것이다. 유럽의 경우도 제4기 건강도시 평가에서 건강영향평가를 포함 하였다. 우리나라는 이를 감안하여 평가지침에 우선 권장사항으로 포함하였다. 두 번째는 건강영향평가의 구조를 알도록 하고 교육과 시범적 실행을 위한 기반이 될 것이다. 지침에는 평가를 위한 지표로서 건강영향평가의 단계별 수행내용을 주로 규정하였기 때문에 건강영향평가를 시행하는 것 자체가 평가지침을 준수하는 것이 된다. 현

재의 지방자치단체의 실정으로는 세부 시행을 위한 별도의 교육이 필요하다. 건강영향평가 교육과 교육에 따른 시범시행 등은 건강영향평가가 제도화 되기 위한 옹호(Advocacy) 역할을 할 것이다. 이러한 단계를 거치면서 정책기반이 마련될 것으로 기대한다. 세 번째는 건강영향평가는 환경영향평가와 같이 중앙정부에서 대상을 정해 직접 시행하는 것이 아니라 지방자치단체에서 자발적으로 시행하는 것이 바람직하다는 것을 명시하였다. 건강영향평가의 기본요건인 주민자치, 주민참여에 의한 풀뿌리 민주주의 원칙에 부합하기 때문이다.

런던은 1990년대부터 런던시의 주요정책에 대해 건강영향평가를 하고 있으며 시정에 시장 직속의 건강영향평가팀을 두고 있다. 평가팀은 반관반민으로 팀원으로 시민소비자단체가 파견되어 있었다<sup>10)</sup>. 런던시장은 선거 때 항상 건강영향평가를 주요공약으로 제시하고 있다. 제8차 건강증진회의에서도 여러나라에서 건강영향평가 실시내용과 결과, 평가를 반영한 정책결정과정 등이 발표되었다. 미국 샌프란시스코 항만 개발을 위한 건강영향평가는 잘 조직되고 시행된 건강영향평가로 호평을 받았다. 우리나라도 2000년대 중반부터 일부 지방자치단체에서 보건사회연구원의 지원을 받아 건강영향평가를 시행하고 있다. 건강영향평가는 앞으로 건강도시정책과 함께 지방자치단체의 핵심정책으로 발전시켜 나가야 할 정책이다. 보건복지

10) Opinion Leader Research, Report on the evaluation of the health impact assessments on the draft mayoral strategies for London executive summary.