

다빈도 발생 질환의 지역적 의료이용 차이

Equity in Health: Regional Difference of Health Service Utilization



신호성 한국보건사회연구원 연구위원

지역을 중심으로 한 건강 불평등 연구로 지역에 따라 거주지역 인구집단의 건강이 사회적 지역적 차이를 보인다는 많은 연구결과가 산출되었다. 의료이용을 개인단위에서 분석하지 아니하고 지역을 기준으로 분석할 때 개인단위 분석에서 갖지 못하는 정책적 함의가 가능해진다. 특히 지역단위 의료자원의 양과 분포, 고위험의 분포, 인구학적 특성을 고려한 분석이 가능해지며 지역단위 의료정책의 평가에 근거한 다양한 방향의 전략적 접근이 가능해진다. 본 연구에서 고찰한 의료이용 차이가 지역간 차이만큼 실제 유병률의 차이를 나타내는 것은 아니나, 외래와 입원, 질병의 종류에 따라 지역적 차이가 있었다. 보건으로 서비스 이용의 차이가 지역 건강불평등을 악화시키는 한 요인으로 작용한다는 측면에서 지역 건강불평등 연구에서 중요한 의미가 있다.

1. 서론

사회적 경제적 결핍지역 거주 집단은 부유한 지역 거주자들보다 평균적인 측면에서 건강결과가 나쁘다고 알려져 있다. 가난한 지역 거주자들은 심질환, 호흡기질환, 암, 전반적인 사망률 등에서 높은 발생률을 보이고, 가난한 지역 거주 여성은 저체중 아이를 낳기 쉬우며 유아는 출생 첫째 사망할 확률이 더 높다. 소아들은 천

식으로 입원하거나 폭력의 희생자가 될 가능성이 더 높은 것으로 조사되었다(Ellen IG et al., 2001)¹⁾. 신호성 등(2009)²⁾은 지역에 따라 표준화사망비와 물질결핍지수의 상관관계를 살펴 보았는데, 읍면동 단위 지역 물질결핍지수와 표준화사망비는 유의한 상관관계가 있다고 하였다. 이석민(2004)³⁾은 지역의 구성적 효과를 감안한 후에도 여전히 만성질환 유병률의 지역적 맥락 효과(contextual effect)가 있음을 보여주었

1) Ellen IG, Mijanovich T, Dillman K(2001). Neighborhood Effects On Health: Exploring the Links and Assessing the Evidence. JOURNAL OF URBAN AFFAIRS 6 Vol. 23/No. 3-4.

2) 신호성 · 이수형 · 주장민(2009). 표준화사망비와 지역결핍지수의 상관관계: 지역사회 통합결핍지수 개발, 예방의학회지, 42(6), pp.392~402.

3) 이석민(2004). 개인 및 거주지역 특성이 만성질환 유병상태에 미치는 영향력 분석, 서울대학교 대학원 박사학위논문.

다. 세계보건기구는 1980년대 건강도시 프로젝트를 시작하였는데 이는 환자를 돌보는 전통적인 방법을 넘어서 새로운 건강증진 방향을 복돋우는 것을 목적으로 하였다. 건강도시 방법론은 지역 건강훼손의 주범인 위해물질을 관리하고 지역사회의 건강성을 확보함으로써 인구집단의 건강을 증진하려는 것이다. 1993년 겨울 1,400여개 이상의 도시 참가자들이 모여 건강도시 국제 컨퍼런스를 개최하였다.

전통적으로 지역을 중심으로 한 건강 불평등 연구는 특정 지역간 인구집단의 건강을 비교하는 연구를 함으로써 지역에 따라 건강상태가 어떻게 다른지를 연구하는 방식을 취한다. 이런 연구를 통하여 거주지역 인구집단의 건강이 사회적 지역적 차이를 보인다는 많은 연구결과가 산출되었다(Curtis S and Jones IR, 1998)⁴⁾. 생태학적 연구는 지역에 속한 개인의 특성을 합산한 효과의 영향을 조사하는데 Susser(1994)⁵⁾는 개인의 박탈 정도와 건강의 관계에서 개인이 속해 있는 인구집단의 사회경제적 특성에 따라 건강 수준이 달리 나타난다고 하였다. 이런 측면에서 가장 일반적인 분석단위인 개인에 대한 지나친 강조는 원자론적 오류(atomistic fallacy)—즉 가구단위나 이웃, 혹은 지역단위에서 보다 잘 설명될 수 있는 효과를 간과하거나 잘못 해석하는 오류—를 범할 수 있다고 하였다. 또한 Schwartz (1994)⁶⁾는 지역사회의 건강에 대한 구조적, 맥

락적, 사회적 효과를 검증하는 생태학적 변수를 고려할 필요가 있다고 하였다.

지역사회 맥락적 효과의 존재나 상대적 중요성을 확인하기 위한 실증연구는 항상 일정한 결과를 보여주고 있지 못하였다. 연구결과의 차이는 사용한 자료나 적용한 방법의 차이에서 기인하는 것인데, 맥락적/환경적 효과가 어떻게 발생하는지에 대한 충분한 이론적 기반이 미약함에 그 근원이 있다고 할 수 있다(Ellen IG et al., 2001). 이런 측면에서 실증연구결과의 해석이나 연구방법에 대한 보다 깊은 고민이 필요한 것으로 보인다. 우리나라를 비롯한 많은 국가에서 이루어진 다수준 분석을 이용한 건강불평등 연구는 불평등의 차이가 주로 개인적 속성과 관련이 있는 것으로 나타났고 일부 지역수준의 변수와 상관이 있는 것으로 보고되었다. 즉 맥락적 효과가 모든 연구결과에 동일하게 나타나는 것이 아니라 일부 연구에서는 나타나지 않거나 상관성이 상대적으로 낮은 것으로 보고되었다. 연구결과에 있어 이러한 불일치는 이론적 방법론적 접근에 있어서의 차이에 기인하는 것으로 예상되지만 건강에 대한 지역 지표가 각기 다르게 작용한 결과일 수도 있다(Curtis S and Jones IR, 1998).

최근 지역사회 결핍의 측면에서 의료, 환경, 도시개발 등 각 분야의 다양한 문제와 현상을 설명하고 연관관계를 추적하는 연구방법이 증

4) Curtis S and Jones IR(1998). Is there a place for geography in the analysis of health inequality? *Sociology of Health & Illness* Vol. 20 No.5

5) Susser, S(1994). The logic in ecological I: the logic of analysis, *American Journal of Public Health*, 84, 5, 825-9.

6) Schwartz, S(1994). The fallacy of the ecological fallacy: the potential misuse of a concept and the consequences, *American Journal of Public Health*, 84, 5, 819-24.

가하고 있다. 지역은 사회적 배제를 보여주는 주요한 도구이다. 일반적으로 사회적 배제는 물질적 결핍의 정태적인 상황에 초점을 두는 전통적 의미의 빈곤과는 달리 물질적 결핍이 일어나게 된 원인과 과정에 초점을 맞춘 개념이다(Moon, 2005). 따라서 관심대상 계층은 경제적으로 취약한 소득 빈곤계층뿐만 아니라 근로, 주거, 의료, 교육 등 다양한 사회적 환경에서 한시적으로 혹은 장기적으로 배제되고 있는 계층까지 포괄한다. 건강 불평등에 대한 사회적 결정요인 개념은 사회정치적 환경, 구조적인 메카니즘 그리고 이들이 매개한 개인의 사회경제적 위치 등이 복합적으로 작용한 결과로 건강불평등이 형성된다는 것이다. 개인에 따라서 결정요인 중 핵심요소가 다를 수 있으나 사회계층을 결정하는 구조 메카니즘을 건강불평등이 양산되는 근본적인 원인으로(Solar and Irwin, 2010)⁷⁾ 본다. 구조적인 메카니즘은 권력, 지위, 자원에 대한 접근성에서 개인의 사회적 지위를 결정하는 계층분화를 촉진하거나 강화하며 사회경제적 정치적 정책이나 이를 관리하는 핵심기관에 깊이 자리잡고 있다. 이제까지 연구된바 소득, 교육, 직업, 사회계층, 성, 인종 등이 가장 대표적인 계층분화 요소이다.

의료이용을 개인단위에서 분석하지 아니하고 지역을 기준으로 분석할 때 개인단위 분석에서 갖지 못하는 정책적 함의가 가능해진다. 특히 지역단위 의료자원의 양과 분포, 고위험의

분포, 인구학적 특성을 고려한 분석이 가능해지며 지역단위 의료정책의 평가에 근거한 다양한 방향의 전략적 접근이 가능해진다. 개인단위 접근방식이 불평등한 상황에 처한 개인에 대한 파악과 대상자의 산재로 정책 수립에 어려움이 발생하는 상황에서 지역단위 분석은 정책의 효율성을 높이게 해주는 장점을 가진다(이용재, 2009)⁸⁾. 기존의 연구에 따르면 지역단위 분석은 지역수준의 의료공급 변수와 의료이용과의 관계를 규명하는데 개인수준 분석보다 유용한 것으로 보고되었다(조우현과 김한중, 1991)⁹⁾.

2. 지역 의료이용의 차이

2008년 환자조사를 이용한 다빈도 질환의 지역의료이용에 대한 분석은 광역 시도 행정구역 중심으로 분석하였다. 기술분석에 사용된 간접표준화는 10세 단위 연령 구분에 따라 연령표준화를 시행하였다.

2008년 하루 동안 총외래의료 이용량은 인구 1000명당 53.1명으로 조사되었다. 외래 기반 주요 만성질환인 고혈압의 경우 5.37%, 당뇨병 2.51%, 관절염 4.37%로 3가지 만성질환이 전체 외래이용의 12.3%를 차지하였다. 이는 인구 10만명당 외래 이용률은 고혈압 285.1명, 당뇨병 113.3명, 관절염 232.3명에 해당한다.

7) Solar O, Irwin A(2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health, Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice), WHO.

8) 이용재(2009). 지역유형별 의료기관의 암환자 의료이용 차이와 진료부담에 관한 연구, 국토연구 60, pp.97~114.

9) 조우현·김한중(1991). 소규모 지역 간 의료이용 차이에 관한 문헌고찰, 보건행정학회, 1(1), pp.42~53.

표 1. 지역별 외래의료이용률(2008년)

(단위: 1000명, 10만명당/명)

구분	조외래이용률				연령표준화 외래이용률			
	총의료이용*	고혈압	당뇨병	관절염	총의료이용*	고혈압	당뇨병	관절염
서울	55.7	262.9	111.9	222.5	57.5	279.6	118.4	241.4
부산	55.6	273.0	129.4	237.0	54.7	256.0	119.9	224.3
대구	58.1	266.1	106.5	229.7	59.1	273.8	109.3	240.1
인천	43.7	227.8	69.8	164.8	45.8	256.9	79.3	193.3
광주	45.1	228.7	85.8	135.0	47.5	265.7	100.6	159.9
대전	51.2	276.5	98.5	178.6	54.1	323.6	114.3	210.7
울산	53.1	229.5	121.3	225.3	57.1	289.1	155.3	290.1
경기	45.9	230.0	94.4	129.6	47.8	268.1	110.3	153.2
강원	54.7	379.8	117.1	252.4	51.2	314.7	98.8	209.5
충북	55.4	340.7	126.7	358.6	53.1	303.2	116.2	311.7
충남	58.9	405.9	142.0	405.2	54.6	340.3	126.2	317.1
전북	66.1	349.3	163.0	401.6	60.8	285.2	132.9	314.3
전남	65.0	391.3	178.3	403.4	56.6	277.2	130.3	279.5
경북	55.7	411.9	136.7	322.2	51.2	326.4	112.1	254.8
경남	53.8	333.6	123.5	305.5	52.4	313.1	117.6	283.5
제주	59.9	275.7	70.6	290.0	58.3	269.6	69.2	275.2
전체	53.1	285.1	113.3	232.3	53.1	285.1	113.3	232.3

주: * 1000명당
 고혈압: I10-I15, 당뇨: E10-E14, 관절염: M05-M19

연령표준화를 적용할 경우 총의료이용은 지역간 큰 차이를 보이지 않으나 세부 만성질환은 지역에 따라 큰 차이를 나타내었다(그림 1 참조). 외래이용 만성질환은 연령 표준화를 적용할 경우 울산, 대전, 경기 등의 광역시도는 저추계 되었고 전북, 충남, 전남, 경북은 과대 추계되었다. 특히 고혈압 및 관절염이 당뇨병에 비하여 그 정도가 심하게 차이가 나는 것으로 조사되었다. 저추계된 곳은 광역시이며 과대 추계된 곳은 광역도이다.

동일지역 외래이용률은 외래 이용자가 거주

하는 광역시도내의 외래의료기관을 이용할 경우 동일지역 외래이용으로 분류하였다. 2008년 총의료이용의 경우 92.4%가 동일지역 의료이용에 해당하였다. 주요 외래만성질환의 경우 총의료이용보다 높은 동일지역 외래이용률을 보였는데 당뇨병은 93.2%, 고혈압은 93.9%, 관절염은 95.1%를 나타내었다. 서울, 부산, 광주, 대전, 강원, 전북, 제주 광역시도에서 타지역보다 높은 동일지역 총외래이용률을 보였으며 대구, 인천, 경기 등은 동일지역 외래총의료 이용률이 전국 평균보다 낮은 90% 미만을 보였다. 최고

그림 1. 지역별 외래이용 차이(조이용률과 연령표준화 이용률의 차이)

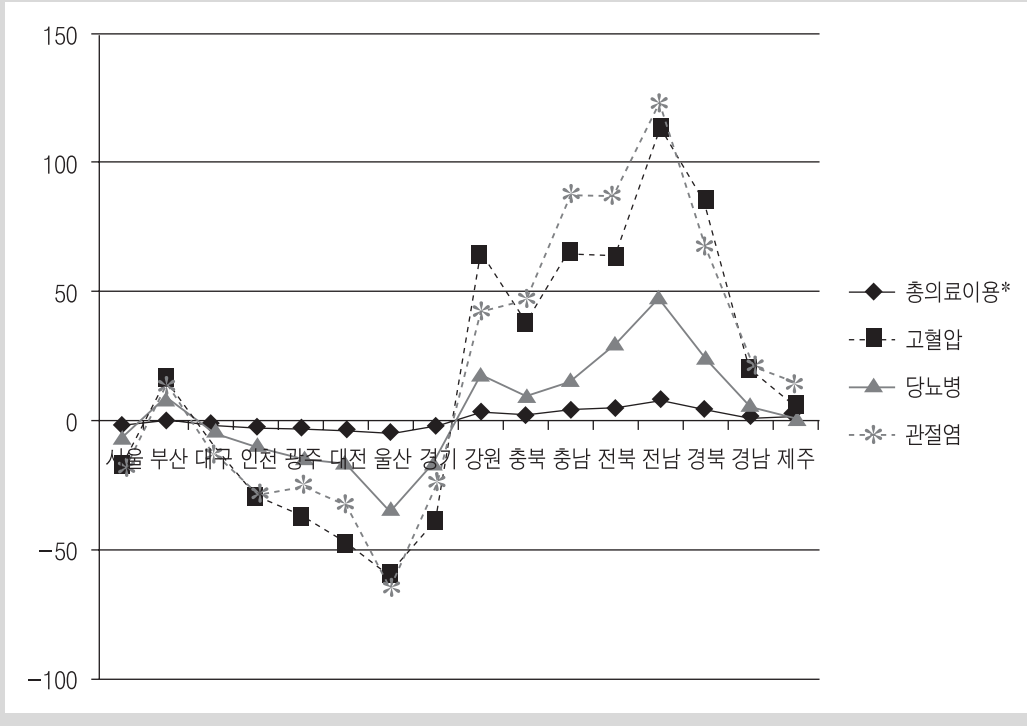


표 2. 동일지역 외래의료이용 비율(2008년)

(단위: %)

구분	총의료이용		당뇨병		고혈압		관절염	
	예	아니오	예	아니오	예	아니오	예	아니오
서울	96.1	3.9	97.1	2.9	95.7	4.3	98.2	1.8
부산	96.4	3.6	98.3	1.7	97.9	2.1	96.0	4.0
대구	81.8	18.2	85.6	14.4	72.5	27.5	91.8	8.2
인천	84.6	15.4	84.1	15.9	83.8	16.2	94.2	5.8
광주	95.6	4.4	95.3	4.7	97.6	2.4	97.7	2.3
대전	96.6	3.4	97.4	2.6	98.5	1.5	98.4	1.6
울산	95.2	4.8	96.2	3.8	98.3	1.7	91.9	8.1
경기	89.0	11.0	87.1	12.9	92.3	7.7	88.6	11.4
강원	95.1	4.9	96.1	3.9	98.2	1.8	96.3	3.7
충북	92.8	7.2	92.5	7.5	95.8	4.2	95.6	4.4

<표 2> 계속

구분	총의료이용		당뇨병		고혈압		관절염	
	예	아니오	예	아니오	예	아니오	예	아니오
충남	92.0	8.0	92.0	8.0	96.3	3.7	95.5	4.5
전북	96.3	3.7	97.6	2.4	97.4	2.6	97.9	2.1
전남	91.6	8.4	95.7	4.3	95.1	4.9	95.0	5.0
경북	90.9	9.1	91.9	8.1	96.3	3.7	93.5	6.5
경남	92.7	7.3	94.6	5.4	94.6	5.4	96.3	3.7
제주	97.7	2.3	98.4	1.6	96.8	3.2	99.5	0.5
전체	92.4	7.6	93.2	6.8	93.9	6.1	95.1	4.9

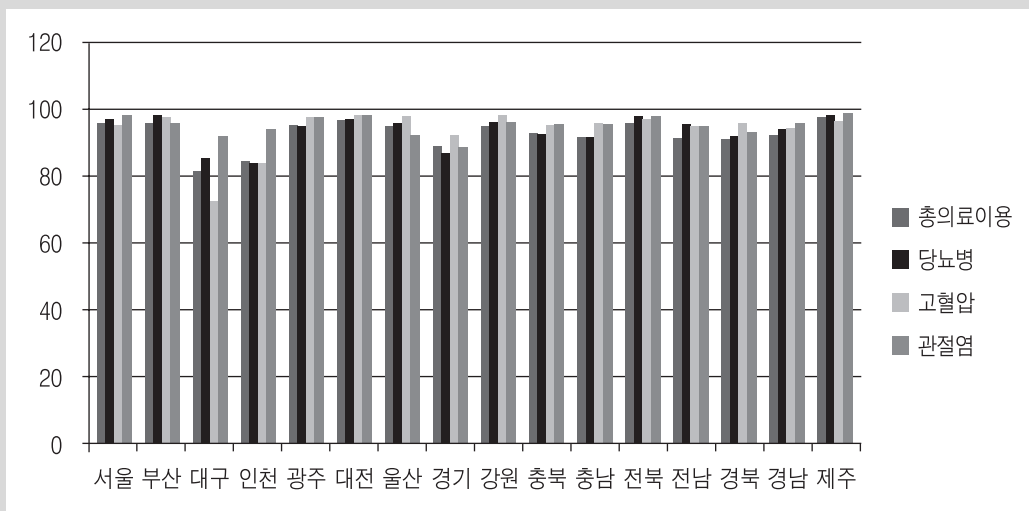
의 동일지역 외래이용률을 보인 곳은 제주도이며 가장 낮은 동일지역 이용률을 보인 곳은 대구이다. 제주도를 제외할 경우 대전이 가장 높은 동일지역 외래이용률을 보였다.

조사대상 만성질환 중에서 타지역 외래이용이 평균적으로 가장 높은 질환은 당뇨병인 것으로 조사되었지만 고혈압은 대구광역시, 인천광

역시의 경우 타지역 외래 이용률이 15%를 넘게 나타났다. 관절염은 경기도가 가장 높은 타지역 외래 이용률을 보였으며 제주도가 가장 낮은 타지역 이용률을 보였다. 관절염은 경기도를 제외한 모든 지역의 타지역 외래이용률이 10% 이하이다.

입원 이용률은 한달간 퇴원환자를 중심으로

그림 2. 광역시도별 동일지역 외래이용률(2008년)



주: * 1000명당

살펴본 것이다. 2008년 한달간 퇴원환자수는 약 67만명으로 이는 인구 1,000명당 162.9명에 해당한다. 조사대상 주요 입원질환에서 가장 높은 의료 이용률을 보이는 질병은 사고중독이며 신생물은 그 다음 순위로 한달간 퇴원환자수가 64,000명 가량으로 조사되었다. 이에 반해 당뇨병, 고혈압, 관절염은 모두 한달간 퇴원환자수가 만명 이하로 각각 8,900명, 5,200명, 8,200명에 해당하였다.

총 퇴원환자의 조퇴원율이 높은 지역은 전남, 전북, 강원, 경남으로 인구 1,000명당 200명 이상인 지역이다. 서울, 경기, 대전, 대구는 조퇴원율이 낮은 지역으로 조사되었는데 인구 1,000명당 150인 미만인 지역이다. 신생물은 전남, 부산, 제주가 퇴원환자수가 많고 대구, 광주 등은 신생물에 의한 조퇴원율이 낮은 지역으로 조사되었다. 전남, 경남, 전북은 당뇨병으로 인한 한달간 퇴원환자수가 십만명당 300명 이상이며 서울, 대전, 경기도는 십만명당 165명 미만인 낮은 지역으로 나타났다. 고혈압의 경우 역시 전남, 경남은 퇴원환자수가 많은 지역이며 서울, 대전, 대구는 퇴원율이 낮은 지역이다. 전남, 전북 지방은 관절염의 한달간 퇴원환자수가 인구 10만명당 480명 이상인 지역이며 대전, 경기, 서울은 140명 미만인 지역이다. 전남, 전북은 사고중독으로 인한 퇴원환자수가 5,000명 이상이며 제주, 서울은 3,000명 이하인 지역이다.

앞서 살펴본 조퇴원율은 인구구조가 고려되지 않은 것으로 타지역과의 차이를 좀 더 표준화하기 위하여 연령표준화 퇴원율과 비교하였다. 외래이용과 유사하여 전반적으로 부산을 제외한 광역시는 과추계 되었고 광역도는 저추계

된 것으로 나타났다. 그러나 사고중독은 나머지 조사대상 질환과 다른 분포를 보였다. 경남, 제주가 대표적인데 다른 질환들이 과추계된 경향에 반해 사고중독은 저추계된 것으로 조사되었다(그림 3 참조). 당뇨의 경우 광주광역시가 특이하게 저추계되었으나 전반적으로 당뇨, 고혈압, 관절염은 유사한 분포를 보인다.

입원의료 이용의 경우 외래와 달리 동일지역 의료이용률이 지역에 따라 차이가 크게 나타난다. 광역시일수록 동일지역 입원이용률이 높고 광역도는 전반적으로 낮다. 인천은 광역시 중에서 타지역 입원이용률이 높은 편이며 전북은 광역도 중에서 동일지역 입원이용률이 높은 지역이다. 의료기관의 종류에 따라서 동일지역 입원이용률이 달리 나타나는데 의원이 종합병원, 병원보다 동일지역 이용률이 높다. 병원이 그 다음 순이며 종합병원은 지역별로 많은 차이를 보였다. 의원 입원이용률의 동일지역 이용률에서 전북, 제주, 광주 등이 상대적으로 높은 수치를 보이며 전남, 경남에서 낮은 값을 보였다. 병원은 제주도가 특이한 분포를 보였는데 병원기관의 타지역 이용률이 60%를 상회한다. 제주도를 제외하고 병원 입원이용률은 지역적 편차가 가장 적은 영역이다. 서울이 다른 종별 기관에 비해서 타지역 이용률이 높은 것이 특이하며 대구가 가장 낮은 타지역 이용률을 보였다. 종합병원은 가장 큰 지역적 편차를 보인다. 서울 부산 등은 10% 이내의 타지역 종합병원 입원 이용률을, 대구, 대전, 제주 등은 10% 초반의 타지역 입원이용률을 보이는 지역이다. 광역시중 인천, 광주, 울산은 상대적으로 높은 타지역 이용률을 보였고 경기, 충북, 충남,

그림 3. 질환별 조퇴원율과 연령표준화 퇴원을 비교

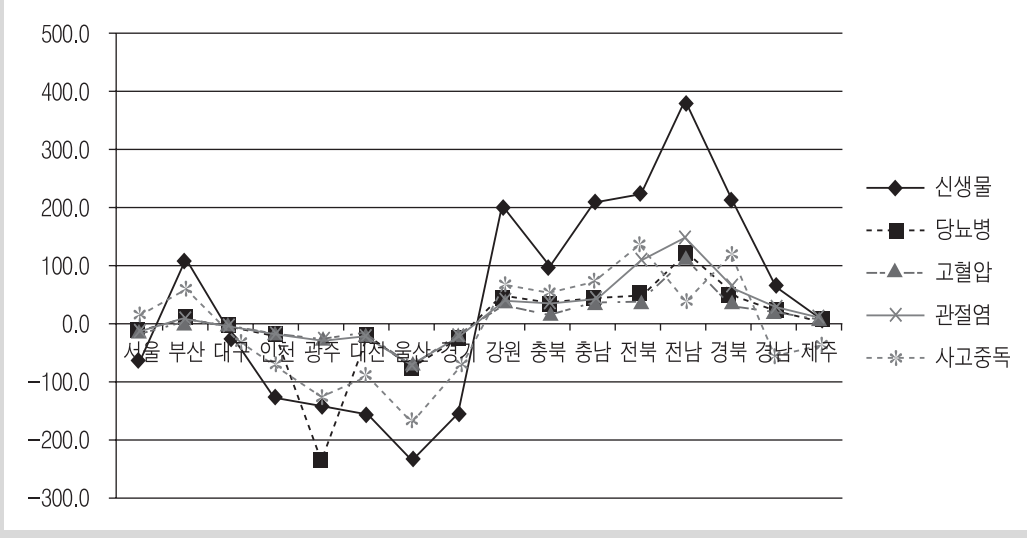
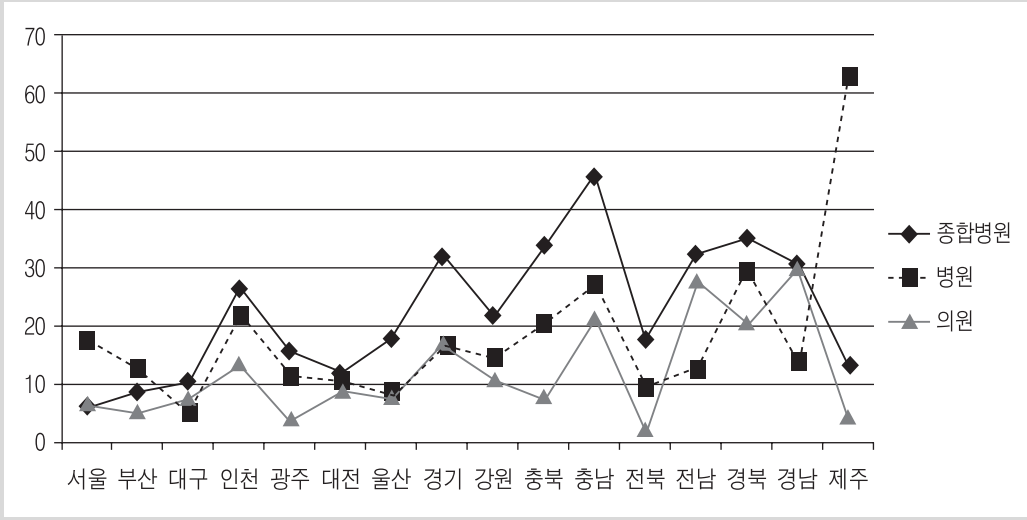


그림 4. 의료기관종별 타지역 입원이용률(2008년)




전남, 경북, 경남은 광역도 중에서도 타지역 이
용률이 높은 지역이다.

3. 결론 및 고찰

본고에서 고찰한 의료이용 차이가 지역간 차
이만큼 실제 유병률의 차이를 나타내는 것은
아니다. 미국의 연구에 따르면 당뇨병, 고혈압,
고콜레스테롤 질병 유병률은 조사대상 기간 동
안 23% 증가하였는데 의료이용은 121% 증가
한 것으로 보고되었다(King et al., 2009)¹⁰⁾. 이에
대해 임상진료지침이나 환자들의 순응도 증가,
생활습관의 변화 등이 작용한 것으로 평가하였
다. 같은 질환의 경우에도 질환의 심각성이나
중증도에 따라 의료이용 형태가 달리 나타나
다. 관절염의 경우 전신결합조직 장애, 류마티
스관절염, 관절증의 순으로 중증도가 덜한데
전신결합조직 장애의 경우 대형종합병원과 상
급종합병원에 대한 선호도가 높고 관절증은 입
원은 100병상 미만 외래의 경우 의원을 주로 이
용한다¹¹⁾(도세록 외, 2010).

입원이용률이나 외래의료이용률에서 조의
료이용률과 연령표준화 의료이용률의 차이는
노인인구구조의 차이 때문에 발생할 것으로 판
단되었는데 광역시의 경우 광역도에 비하여 노
인인구비율이 상대적으로 적고 광역도는 노인

인구비율이 전국 평균에 비하여 높기 때문이
다. 이를 반영 하듯이 노인인구에 대한 특이성
이 덜한 당뇨병의 경우 관절염이나 고혈압에
비하여 조이용률과 표준화 이용률 간의 차이가
덜한 것으로 조사되었고 외래 총의료이용은 조
이용률과 표준화 이용률간에 거의 차이를 보이
지 않았다. 광역도 중에서 충청북도와 경상남
도는 다른 광역도의 일반적 경향과 차이를 보
였으며 광역시 중에서는 부산광역시가 그런 경
우에 속하였다.

본 연구는 지역간 건강 불평등을 의료이용의
차이 관점에서 살펴보았다. 보건의료 서비스
이용의 차이가 건강수준과 바로 연결되는 것은
아니지만 지역 건강불평등을 악화시키는 한 요
인으로 작용한다는 측면에서 중요한 의미가 있
다. 앞서 살펴본 바와 같이 건강수준의 차이 해
소는 개인적인 요소와 함께 지역수준의 건강불
평등을 완화시키는 정책이 주요한 역할을 하게
된다. Solar and Irwin 등은 1) 취약계층에 초점
을 맞춘 프로그램 개발 2) 빈곤층과 부유층의
건강차이를 줄이기 위한 정책, 3) 인구집단내에
서 사회적 건강격차의 인지에 기초해서 개발될
수 있는 건강불평등 완화정책을 제안한 바 있
다(표 3). 이때 형평성에 기반한 지속적인 완화
정책은 서로 상호배타적인 것이 아니라 서로
보완적이며 상대적 취약점을 강화해주는 역할
이 필요하다. 

10) King DE, Ellis TM, Everett CJ, Mainous AG III.(2009). Medication use for diabetes, hypertension, and hypercholesterolemia from 1988-1994 to 2001-2006, Southern Medical Journal, 102(11), pp.1127~1132.

11) 도세록·오영호·최정수·신호성·장영식·손창균 등(2010). 2008년도 환자조사 심층분석, 한국보건사회연구원.

표 3. 사회적 건강결정요인 완화 정책 예시

요소	포괄적 정책	선택적 정책
사회계층: 불평등 및 계층분화의 영향을 완화하기 위한 정책	세금이나 공공서비스 할인 등을 통한 소득불 평등 완화 정책	취약계층에 대한 사회보장 정책
	무상 교육, 건강보험, 대중교통 정책	아동복지: 아동급식, 성장관리 등 유아기 프로그램 개발, 인지발달 등 입학전 프로 그램 개발
	일정소득이 보장된 안정된 직장, 노동집약적 성장정책	
	건강을 포함한 다양한 분야의 향상된 자원 배 분, 사회적 재분배 정책	
	여성에 대한 동등한 기회보장, 양성평등 정책 자율적 사회운동 지원 및 활동 장려 정책	
노출: 취약계층의 건강저하에 관여하는 요소의 노출감소를 위한 정책	건강하고 안전한 지역사회 환경 조성, 기초적 인 지역사회 서비스에 대한 접근성 보장	취약계층에 대한 음식물 조리, 연료, 난방 등의 지원 프로그램 및 정책
	건강하고 안전한 사회환경, 식수 및 위생관리	취약계층을 위한 주거안정 정책
	건강하고 안전한 작업장 환경	
취약성: 특정계층의 취약성 감소를 위한 정책	건강증진 및 건강한 생활방식을 위한 정책(금 연, 흡소비, 건강한 먹거리 등)	
	고용보험이나 실업자를 위한 사회안정망	취약집단의 학생을 위한 통학수단 제공
취약계층의 사회,경제,불건강의 불공평한 결과를 줄이기 위한 정책	편부모를 위한 사회안정망 프로그램이나 정책 (직업, 교육기회 제공)	무상급식
	지역사회 임파워먼트 향상을 위한 지역사회 네트워크 건설 및 개발 지원	건강증진을 위한 추가적인 지원 소득이전이나 현금급여를 위한 소득, 고용 창출 정책
	보건의료지출의 형평성, 과의료비 지출로 인 한 빈곤보호 정책	만성질환, 과의료비 지출, 사고를 당한 사 람을 대상으로 하는 부가적 건강서비스/지 원 정책
취약계층의 사회,경제,불건강의 불공평한 결과를 줄이기 위한 정책	과의료비 지출이나 만성질환으로 가계가 어려 워진 사람들의 직장복귀 지원 정책	건강 장애 계층에 대한 부가적 재활프로 그램
	무능력자를 위한 고용정책	
	만성질환, 사고로 손상을 입은 사람들을 위한 소득보장, 사회보장 정책	

자료: Solar and Irwin, 2010.