



# 건강형평 정책의 국제 동향: 영국, 네델란드, 스웨덴, 세계보건기구의 경험으로부터의 교훈

윤 태 호\* | 부산대학교 의학전문대학원 예방의학 및 산업의학교실

## Global trends in health equity policy: lessons from experiences in the UK, the Netherlands, Sweden, and the World Health Organization

Tae-Ho Yoon, MD\*

Department of Preventive Medicine and Occupational Medicine, Pusan National University School of Medicine, Yongsan, Korea

\*Corresponding author: Tae-Ho Yoon, E-mail: yoonth@pusan.ac.kr

Received February 22, 2013 · Accepted March 3, 2013

Health equity is not just concerned with health care; rather, it is an issue of fairness and social justice. Equity-oriented health policies have increasingly been recognized as important public health issues for the last decades. This study investigates the blueprints for health equity policy that have been made in several developed countries or international organizations. From the late 1990s, national committees in the UK, the Netherlands, and Sweden have proposed comprehensive policies to strengthen health equity. In addition, the World Health Organization and its European regional office have developed policies for their member countries. Several lessons can be drawn from a review of the major blueprints: 1) setting attainable and quantitative targets, 2) action across all the social determinants of health, not just health care services, 3) giving the best start in early life for all children, 4) building equity-oriented universal health care systems, 5) political commitment, 6) participation and democratic decision making at the local level, and 7) monitoring and evaluation of health inequalities and their determinants.

**Keywords:** Health; Equity; Policy; Social determinants

### 서 론

지난 20여 년간에 걸쳐 전 세계 공중보건에서 가장 큰 이슈 중의 하나가 바로 건강형평성이다. 평균적인 수명의 급격한 증가에도 불구하고, 계층, 계급간 수명의 상대적 불평등뿐 아니라 절대적 불평등의 크기도 증가하고 있으며, 이는 자연스럽게 왜 건강의 불평등이 나타나는가라는 원인

탐색과 함께 건강불평등을 줄이기 위한 효과적인 건강형평성 정책에 대한 관심으로 귀결되고 있다. 1990년대 이후로 유럽 국가들에서 건강의 사회경제적 불평등은 중요한 공중보건적 이슈로 인식되어 왔으며[1], 2000년대 들어서는 전 세계적으로 형평성에 근거한 건강정책 및 전략에 대한 관심사가 급증하고 있다[2].

건강형평 정책은 보건의료 자원의 균형적 배분 또는 서비

© Korean Medical Association

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

스의 형평적 이용만을 의미하는 것이 아니다. 노벨 경제학 수상자인 Sen [3]은 건강형평을 경제적 분배를 포함한 사회적 질서의 공정성 및 정의와 관련되어 있음을 강조하였다. 비슷한 맥락으로 유럽 국가들의 건강형평 정책에 대한 연구를 수행하였던 Mackenbach 등[4]은 건강형평성의 정당성을 두 가지 측면에서 제시하였는데, 첫째는 건강형평성이 공평성과 정의의 가치에 부합한다는 것이며, 둘째는 전체 인구 집단의 평균적인 건강수준을 향상시키기 위해서는 건강형평성이 개선되어야 한다는 것이다. 세계보건기구에서도 사회 정의는 “삶과 죽음의 문제이며, 사람들이 살아가는 방식에 영향을 미치고, 질병에 걸릴 가능성과 조기사망의 위험을 야기한다.”고 지적함으로써 사회정의의 실현과 건강과는 밀접한 관련성이 있음을 지적한 바 있다[5]. 이를 종합해 볼 때, 건강형평 정책은 건강에서의 사회정의와 공평성의 실현이라는 기본가치를 지향하면서, 단지 빈곤층 내지는 취약계층에 대한 보건의료서비스의 지원에 국한되는 것이 아니라, 전체 인구집단에 걸쳐 분포되어 있는 불평등 내지는 격차를 줄이면서 평균적인 건강수준을 향상시키는 정책적 노력이라 할 수 있다.

최근, 유럽을 중심으로 하는 서구 복지국가들 중심으로 관심을 받아왔었던 건강형평 정책은 전세계적으로 확대되고 있는 추세이며, 세계보건기구에서도 2008년 ‘한 세대 내 격차 줄이기’라는 보고서를 통해 전 세계적으로 건강형평 정책의 중요성을 알려 나갔다[5]. 미국 역시 “Healthy people 2010”을 통해 처음으로 국가 정책에서 “건강 불균형을 없애겠다(eliminating health disparities)”는 내용을 목표로 제시한 바 있다[6]. 우리나라도 2005년 수립된 새국민건강증진종합계획을 통해 처음으로 건강형평성 제고를 국가적 목표로 제시하였으며, 최근 발표된 제3차 국민건강증진종합계획에서도 그 기초를 계속 유지하고 있다. 하지만, 건강형평성 정책은 건강불평등에 대한 인식 수준과 이를 해결하고자 하는 정책적 의지에 따라 다양한 수준과 형태를 보이고 있는 바, 어떤 국가들에서는 수사학적 수준에 머무르는 반면, 어떤 국가들에서는 적극적인 정책 활동으로 이어지고 있다[7].

본 연구에서는 전 세계적으로 건강형평 정책의 모범 사례로 널리 알려진 영국, 네덜란드, 스웨덴 및 국제기구인 세계보건기구에서의 핵심적 정책보고서의 검토를 통해 국제적

정책동향을 살펴보고, 우리나라의 건강형평 정책이 지향해야 할 방향에 대해 논의하고자 한다.

## 국제 정책동향

### 1. 영국

영국의 건강불평등에 대한 관심은 150년 이전으로 거슬러 올라가지만[8], 건강불평등을 개선하기 위한 정책적 접근은 1980년에 출간된 블랙보고서로부터 출발한다는데 이를 제기할 이는 없을 것이다. 이 기념비적인 보고서가 탄생한 영국은 전세계적으로 국가 차원에서 가장 적극적인 건강형평성 정책을 추진하고 있는 국가로 인정을 받고 있다.

#### 1) 블랙 보고서

블랙 보고서(Black report)는 블랙경이 위원장이 되어 국영보건서비스(National Health Service, NHS) 탄생 30주년에 즈음하여 1977년 당시 영국 노동당 정부에서 영국의 사회계급 간 건강수준의 격차를 파악하고, 그 원인과 정책적 함의 및 향후 연구과제를 제안하기 위하여 조직된 건강불평등에 관한 실무그룹의 연구 성과물이다[8]. 이 보고서에서는 보건분야에서의 세 가지 우선순위로 첫째, 아동들에 대해 더 나은 출발선의 보장, 둘째, 장애인들에 대하여 누적되는 불건강과 박탈을 완화시키고, 셋째, 나은 건강을 위해 예방 및 교육 활동을 강화할 것을 권고하였다. 그리고, 보다 광범위한 사회정책으로는 포괄적인 반빈곤(anti-poverty) 정책과 교육의 개선을 제안하였다. 보고서에서는 보건서비스가 아닌 건강개발의 정책을 강조하였으며, 인구집단의 건강필요에 대응하기 위해서는 보건의료 부문을 넘어서는 보다 포괄적인 건강정책의 필요함을 역설하였다. 하지만, 보고서가 출간된 1980년에는 대처의 보수당 정부 시기였으며, 보수당 정부의 이 보고서에 대한 반응은, 특히 막대한 재정 투입에 대해서는, 대단히 부정적이어서 단지 260부의 복사본만 배포되었을 뿐이었고, 보고서의 권고안은 받아들여지지 않았다. 이후 17년 동안 영국 정부는 ‘건강불평등(health inequalities)’이라는 용어 대신 ‘건강변이(health variation)’를 공식적으로 사용하였다. 블랙 보고서가 나온 지 18년 후에서야 건강불평등 문제를 전면적으로 다루는 정부의 공식적인 보고서가 나오게 된다.

## 2) 애치슨 보고서

1997년 총선에서 압도적 승리를 거머쥔 노동당 정부는 영국 사회의 심각한 건강불평등 문제를 해결하는 것을 국정 의 중심과제로 두었고, 당시 보건부 장관은 애치슨에게 그 작업을 맡겼다[9]. 애치슨 보고서(Acheson report)에서는 불평등을 해결하기 위한 총괄 영역으로 공공정책이 건강불평등에 미칠 영향을 중심으로 하는 건강영향평가의 실시, 아동이 있는 가족의 건강에 높은 우선순위를 둘 것, 소득 불평등의 감소 및 빈곤가구의 생활수준을 개선하기 위한 조치를 취할 것을 제안하였다[10]. 구체적으로는 일급 가지의 정책 영역(빈곤·소득·조세 및 복지급여, 교육, 고용, 주거 및 환경, 이동·교통수단·환경오염, 영양과 일반농업정책, 국가보건의서비스)와 생애주기별(모자와 가정, 청년들과 노동 생산층, 노인, 소수인종, 성) 접근을 권고하였다. 이 보고서의 권고안은 무려 123개에 달한다. 애치슨 보고서의 권고안은 블랙 보고서에서 제안하였던 권고안들과 넓은 범주에서 일치하고 있으나[11], 그 범위가 너무 포괄적이고 우선순위 없이 나열적으로 정책들이 제시되어 있고, 건강불평등의 증거들과 이에 대한 정책들이 일치하지 않는 등의 비판이 있었다[12]. 그럼에도 불구하고 애치슨 보고서는 최근 영국 정부의 건강형평 정책에서 가장 중요한 근거가 되었다는 점은 부인할 수 없다.

## 3) 건강불평등 해결하기: 활동 프로그램

애치슨 보고서에서 제시하고 있는 권고안들에 근거하여 정부의 활동을 위한 별도의 범부처 합동 계획서 'Tackling health inequalities: a programme for action'를 발간하였다[13]. 이 계획서에서는 2010년까지 건강불평등을 줄이기 위한 정부 활동의 총괄 목표를 두 가지로 제시하였는데, 첫째는 육체적과 전체 인구집단 간 영아 사망률의 격차를 최소 10% 감소시킨다는 것이며, 둘째는 출생 시 기대수명이 가장 낮은 하위 5분위군과 전체 인구집단 간의 격차를 최소 10% 감소시킨다는 것이다.

총괄 목표와 함께 건강형평 정책에 대한 정부의 활동을 지속적으로 모니터링 하기 위하여 일차의료 접근성, 취약지역에서의 사고, 아동 빈곤, 교육, 흡연, 주거, 학교 체육 및 스포츠, 육체적과 임신부의 흡연, 저소득층의 영양, 10대 임신, 하위 5분위 지역의 암과 순환기질환 사망률 등 12가지

영역에서 대표 지표를 제시하고 있다.

특히, 중앙정부, 광역지방정부, 기초자치정부의 책임과 역할을 구체적으로 명시하여 지침화하였다는 점이 특징적이다. 국가 수준에서는 부총리가 위원장이 되는 내각 산하 위원회를 구성하여 부처 간 건강형평 정책 조율을 하도록 하였고, 보건부 내에는 건강불평등 특별팀을 두도록 하였다. 광역지방정부 수준에서는 지방정부를 중심으로 NHS의 광역행정기관(strategic health authority)과의 협력 및 공공보건 광역 책임자의 전문적 지원을 통해 건강불평등 문제에 대처하도록 하였다. 기초자치정부 수준에서는 공공부문, 공동체, 비정부기관, 지역 경제단체 등이 참여하는 지역 전략 파트너십을 중심으로 다양한 시민들이 참여하는 방식으로 해당 지역의 건강불평등 특성에 맞는 건강형평 정책을 추진하도록 하였다.

## 4) 마뮷 리뷰

마뮷 리뷰(the Marmot review)는 영국 정부의 건강형평 정책에 근거한 사업을 평가하고, 향후 방향을 제시한 것이었다[14]. 이 보고서에 따르면, 지난 10년 간 영국인들의 건강 수준에서 전반적인 개선은 있었으나, 건강형평 정책의 핵심 목표였던 사회계층 간 영아사망률 격차와 취약지역에서의 기대수명 격차를 10% 이내로 줄이는 데는 성공하지 못하였다. 그는 건강불평등의 문제는 사회불평등의 결과이며, 공평성과 사회정의의 문제로 접근을 해야 함을 강조하였고, 특히 정책 접근의 원칙으로 전체 인구집단을 포괄하되 취약성의 정도에 비례하는 비례적 보편주의(proportionate universalism)를 제안하였다. 그리고, 영국에서 건강불평등을 줄이기 위해서는 모든 건강의 사회적 결정요인들에 걸친 활동이 필요한데, 특히 다음과 같은 여섯 가지 영역에서의 활동을 제안하였다[14].

- 모든 아동들에게 최선의 출발선을 보장한다.
- 아동, 청년, 성인들이 삶을 통제할 수 있고 능력을 최대한화하도록 보장한다.
- 모든 사람들이 공평한 일자리와 좋은 직장을 가지도록 보장한다.
- 모든 사람들에게 대해 표준적인 건강한 삶을 보장한다.
- 건강하고 지속 가능한 지역과 공동체를 창출하고 개발한다.

- 불건강 예방의 영향과 역할을 강화한다.

이러한 정책 목표들을 시행하기 위해서는 중앙정부와 지방정부, NHS, 비정부기구 및 지역공동체의 활동을 필요로 하며, 모든 정책에서 건강형평성을 강조하는 국가정책이 성공하기 위해서는 효과적인 지역 전달체계가 있어야 하고, 이는 개인과 지역의 역량 강화를 통해서만 가능함을 강조하였다.

## 2. 스웨덴

스웨덴은 1997년에 중앙정부 및 다양한 사회 분야로부터 추천을 받은 전문가뿐 아니라 연방의회를 구성하고 있는 모든 정당을 포괄하는 '국가공중보건위원회'를 구성하여 건강형평성을 중심으로 하는 공중보건 정책을 만들기 위해 3년간의 논의를 진행하였다. 위원회에서는 2000년에 '형평성의 관점에서 건강-국가공중보건목표'라는 보고서를 통해 건강결정요인들과 인프라에 중점을 둔 18가지의 목표치를 제시하였다[15]. 보건복지부는 이 보고서의 내용에 근거한 법안 상정을 위해 69개의 기관에 보고서를 배포하고, 4차례의 지역 세미나를 통해 의견수렴을 하였다. 그 결과 법안 상정 시에는 애초 18개의 목표가 11개로 압축되었다. 법안의 목적은 "전체 인구집단에 동등하게 좋은 건강상태를 보장하기 위한 사회적 조건을 창출" 하는 것이었으며, 11개의 정책 영역 및 주요 모니터링 지표는 다음과 같다. 1) 사회에서 참여와 영향(총선 투표율, 성 평등 지표 등), 2) 사회적, 경제적 보장(지니계수, 빈곤아동률 등), 3) 아동 및 청소년기에 우호적인 여건을 조성(아동과 부모의 관계, 학력 수준 등), 4) 보다 건강한 근로생활(자가평가 건강상태, 직무 스트레스 지표 등), 5) 건강하고 안전한 환경 및 생산(대기오염 지표, 상해 발생률 등), 6) 좋은 건강을 촉진하는 보건 및 의료서비스, 7) 감염성질환에 대한 효과적 대책(법정 감염병 발생률, 법정 예방접종률, 항생제 내성률 등), 8) 안전한 성생활 및 더 나은 생식보건(10대 임신 및 임신중절률, 클라미디아 감염률 등), 9) 신체활동의 증가(매일 30분 이상 신체활동률, 걷기 및 자전거 타기 실천율 등), 10) 좋은 식이습관과 안전한 식품(체질량지수, 과일 및 채소섭취율, 모유수유율 등), 11) 담배, 알코올 사용의 감소, 불법적 약물과 도박에서 안전한 사회, 과도한 도박에 따른 해로운 효과 감소(흡연율, 알코올소비량,

향정신약품 사용률, 도박률 등)와 같다. 스웨덴의 모니터링 지표들은 건강과 밀접한 관련성이 있는 건강결정요인들 이면서 정책적 노력을 통해 변화 가능하고, 상대적으로 행정적 비용이 크지 않은 것들을 기준으로 선정하였다.

## 3. 네델란드

네델란드는 영국과 스웨덴의 건강형평성에 관한 정책적 노력에 영향을 받았지만, 국가 차원의 체계적인 근거기반 중재사업에 근거하여 네델란드의 실정에 맞는 정책을 개발하였다[16]. 약 5년여간에 걸쳐 보건부를 중심으로 건강불평등에 대한 체계적인 연구와 함께 중재사업을 진행했었고, 이러한 활동에 근거하여 '건강의 사회경제적 불평등에 관한 위원회'를 구성하여 총괄목표와 4가지 전략 영역 및 26개의 권고안을 제안하였다[17,18].

네델란드의 건강형평 정책 총괄목표는 "2020년까지 건강의 사회경제적 불평등을 25% 감소시킨다"는 것이다. 네 가지 전략 별로 26개의 권고안과 핵심적인 목표치 11개를 설정하였다. 1) 교육, 소득, 기타 사회경제적 요인에서의 불평등 감소(낮은 사회계층 아이들의 고등교육 진학률을 12%에서 25%로 증가; 지니계수를 0.24로 유지; 최저생계비 105% 미만인 가구를 8%로 감소), 2) 건강 문제가 사회경제적 위치에 부정적인 영향을 미치는 것을 감소(직업성 질환으로 인한 장애 급여자를 2000년 수준으로 유지; 25-64세 만성질환자 고용률을 48%에서 57%로 증가), 3) 사회경제적 위치가 건강에 미치는 부정적 영향을 감소(초등교육과 고등교육 인구집단 간 흡연율, 신체활동률, 비만율, 중노동에 종사하는 비율의 격차를 각각 절반으로 감소), 4) 낮은 사회경제적 집단을 위한 보건의료의 접근성과 효과성을 개선(초등교육과 고등교육 인구집단 간 의료기관 이용의 차이를 1998년 수준으로 유지)하는 것이다.

## 4. 세계보건기구

세계보건기구의 궁극적 지향은 '모든 인류에게 건강을 (health for all, HFA)'로 대표할 수 있으며, 기본적으로 건강형평성을 지향하고 있다. 따라서 세계보건기구는 건강형평성에 높은 우선순위를 두고 있다. HFA를 달성하기 위한

**Table 1.** Overview of main contents in five major policy documents

Policy documents	Main contents or recommendations
Tackling health inequalities [13] (The UK)	<p>Objectives</p> <p>Starting with children under one year, by 2010 to reduce by at least 10% the gap in mortality between routine and manual groups and the population as a whole</p> <p>Starting with local authorities, by 2010 to reduce by at least 10% the gap between the fifth of areas with the lowest life expectancy at birth and the population as a whole</p> <p>12 National headline indicators</p> <p>Access to primary care: the number of primary care professionals per 100,000 population</p> <p>Accidents: road accident casualties in disadvantaged communities</p> <p>Diet (5 a day): 5+ portions of fruit and vegetables per day in the lowest 5th income household</p> <p>Education: aged 16 whose get qualifications equivalent to 5 GCSEs at grades A* to C</p> <p>Homelessness: no. of homeless families with children living in temporary accommodation</p> <p>Housing: proportion of households living in non-decent housing</p> <p>Influenza vaccinations: % uptake of flu vaccinations by older people (aged 65+)</p> <p>PE and school sport: % of schoolchildren who spend a minimum of 2 hours each week on high quality PE and school sport within and beyond curriculum</p> <p>Smoking prevalence: smoking rate among people in manual social groups and pregnant women</p> <p>Teenage conceptions: rate of under 18 conceptions</p> <p>Mortality from the major killer diseases: age standardized death rates for cancer, circulatory diseases, age under 75 (for 20% areas with the highest rates compared to the national average)</p>
The proposal for public health objectives [15] (Sweden)	<p>Objectives</p> <p>To create the social conditions to ensure good health and equal terms for the entire population</p> <p>11 Domains</p> <p>Participation and influence in society</p> <p>Economic and social security</p> <p>Secure and favourable conditions during childhood and adolescence</p> <p>Healthier working life</p> <p>Healthy and safe environments and products</p> <p>Health and medical care that more actively promotes good health</p> <p>Effective protection against communicable diseases</p> <p>Safe sexuality and good productive health</p> <p>Increased physical activity</p> <p>Good eating habits and safe food</p> <p>Reduced use of tobacco and alcohol, a society free from illicit drugs and doping, and reduced harmful effects of excessive gambling</p>
Programme Committee on Socio-Economic Inequalities in Health [17,18] (The Netherlands)	<p>Objectives</p> <p>Reduction of socioeconomic inequalities in health by 25 % by the year 2020</p> <p>4 Main strategic areas</p> <p>Intervention targeting socioeconomic disadvantage</p> <p>Intervention to reduce effects of health on socioeconomic disadvantage</p> <p>Interventions to reduce effects of socioeconomic disadvantage on health</p> <p>Intervention to improve accessibility and quality of health care services</p>

(Continued)



**Table 1.** (Continued)

Policy documents	Main contents or recommendations
Closing the gap in a generation [5] (CSDH, WHO)	<p>Overarching recommendations</p> <p>Improve daily living conditions</p> <p>Equity from the start; healthy places healthy people; fair employment and decent work; social protection across the lifecourse; universal health care</p> <p>Tackle the inequitable distribution of power, money, and resources</p> <p>Healthy equity in all policies, systems, and programs; fair financing; market responsibility; gender equity; political empowerment-inclusion and voice; good global governance</p> <p>Measure and understand the problem and assess the impact of action</p> <p>Social determinants of health: monitoring, training, and research</p>
Health 2020 [20] (WHO Regional Office for Europe)	<p>Main strategic objectives</p> <p>Improving health for all and reducing health inequalities</p> <p>Improving leadership and participatory governance for health</p> <p>Four priority action areas</p> <p>Investing in health through a life-course approach and empowering people</p> <p>Tackling Europe's major health challenges of non-communicable and communicable diseases</p> <p>Strengthening people-centred health systems, public health capacity preparedness, surveillance and response</p> <p>Creating resilient communities and supportive environments</p> <p>Target</p> <p>Reduce premature mortality in Europe by 2020; increase life expectancy in Europe; reduce inequalities in health in Europe (social determinants target); enhance well-being; universal coverage and the 'right to health'; member states set national targets</p>

PE, physical education; GSCE, General Certificate of Secondary Education; CSDH, Commission on Social Determinants of Health; WHO, World Health Organization.

세계보건기구의 전략적 접근인 일차보건의료, 건강증진 역시 건강불평등의 해결 내지는 건강형평성을 기본적 배경 및 원칙으로 하고 있다. 좀 더 직접적인 정책으로는 세계보건기구 유럽지역사무소에서 발간한 'Health 21 [19]', 'Health 2020 [20]', 그리고 '건강의 사회적 결정요인에 관한 위원회 보고서[5]'를 들 수 있다.

#### 1) 세계보건기구 유럽지역사무소의 정책: Health 21과 Health 2020

세계보건기구 유럽지역사무소에서 1999년 발간한 Health 21 [19]에서는 기본 가치로 근본적 인권으로서의 건강, 건강형평성과 연대에 의한 활동, 그리고 개인, 집단, 공동체의 책임과 참여를, 4가지 주요 활동전략으로 건강의 결정요인을 해결하기 위한 다부문 전략, 건강결과의 개선을 목표로 하는 프로그램, 통합적인 가족 및 공동체 중심의 일차보건의료, 모든 수준에서 건강과 관련된 자원들이 관여하는 참여적 건

강개발 과정을 제시하고 있다.

구체적인 활동영역으로는 21개의 목표영역을 제시하고 있는데, 그 중 첫 번째와 두 번째 목표가 건강형평성에 관한 것이다. 첫 번째 목표는 유럽 지역에서 건강 연대(solidarity for health)로 회원 국가들 간의 건강수준의 현재 격차를 2020년까지 최소한 1/3 수준으로 감소한다는 것이다. 두 번째 목표는 건강형평(equity in health)으로 사회취약 집단의 건강수준을 지속적으로 향상함으로써 모든 회원국들에서 국가 내 사회경제적 집단 간 건강격차를 최소 25% 감소한다는 것이다.

Health 21의 후속 작업이라 할 수 있는 Health 2020 [20]에서는 건강을 기본적 인권으로 바라보고 있다는 점은 동일하지만, 건강에 대한 투자적 관점을 좀 더 강조하는 경향이 있다. Health 2020에서는 건강은 주요한 사회적 자원이자 자산이며, 사회경제적 생산활동에 건강수준이 중요함을 강

조하고 있고, 효과적 전략을 통해 제한된 자원 아래에서 지불 가능한 비용으로 실질적 건강의 혜택이 가능함을 역설하고 있다. Health 2020에서 전략 목적은 두 가지로 첫째는 모든 사람들의 건강수준을 향상시키고, 건강 격차를 줄이는 것이며, 둘째는 건강을 위한 리더십과 참여 거버넌스를 향상시키는 것이다. 주요 목표로는 2020년까지 조기 사망을 감소, 기대수명을 증가, 건강에서의 불평등 감소(사회적 결정요인 목표), 웰빙의 증진, 보편적 보장과 건강할 권리, 회원국들이 국가 목표를 정하도록 하는 것 등이다[20]. 건강불평등을 감소하기 위한 방안으로는 생애주기별 접근, 범 사회적 접근 및 제도적 접근의 측면에서 건강의 사회적 결정요인을 해결하는 것이 중요함을 지적하고 있다.

## 2) 건강의 사회적 결정요인에 관한 위원회

영국의 저명한 학자인 Marmot이 위원장이었던 세계보건기구 '건강의 사회적 결정요인에 관한 위원회'에서는 건강불평등은 사회적 불평등에서 기인하는 것이므로 건강의 불평등을 해결하려는 노력은 모든 건강의 사회적 결정요인들의 해결을 필요로 한다는 것을 강조하였다[5]. 즉, 건강형평성 정책은 보건의료 정책이 아니라 넓은 범위의 사회 정책이라는 점이다. 이 보고서에서는 전 세계적으로 건강불평등을 줄이기 위하여 세 가지 총괄 권고를 하였는데, 첫째는 일상 생활 여건의 개선, 둘째는 권력, 돈, 자원의 불공평한 분배 문제의 해결, 마지막으로 건강불평등의 문제를 측정하고 이해하며 활동결과를 평가하는 것이다[5].

첫 번째 원칙인 일상생활 여건의 개선을 위한 구체적 과제로는 생애 출발점에서의 형평, 건강에 이로운 환경의 창출, 차별 없는 고용과 양질의 일자리, 생애주기별 사회 보호, 보편적 보건의료를 제안하였다. 두 번째 원칙인 불공평한 분배 문제의 해결을 위해서는 모든 정책과 시스템, 프로그램에서 건강형평성을 고려, 공평한 재정 부담, 시장의 책임 강조, 양성 평등, 정치적 권한부여, 건강형평을 위한 국제적 거버넌스를 추창하였다. 마지막으로 문제의 측정과 이해 및 활동 영향을 평가하기 위해서는 건강의 사회적 결정요인의 모니터링, 관련 인력의 훈련 및 연구를 강조하였다.

앞에서 살펴 본 주요한 건강형평 정책의 주요 내용을 Table 1에 정리하였다.

## 바람직한 건강형평 정책을 위하여

앞서 살펴보았던 주요 문헌들을 검토한 결과, 건강형평 정책은 단순한 보건의료 자원 배분 내지는 서비스 제공에 의존하는 방식이 아니라, 사회정의와 공평성의 실현이라는 관점에서 포괄적인 사회정책적 접근을 하고 있음을 확인할 수 있었다. 향후 우리나라에서 건강형평 정책을 추진하기 위해 고려해야 할 사항을 몇 가지 정리하였다.

### 1. 구체적인 목표설정

모든 정책이 그렇듯이 정책목표가 없다면 이를 실행할 구체적인 정책수단이 개발되기 어렵다. 또한, 달성해야 할 목표가 없으므로 건강형평 정책을 모니터링 할 수도, 평가하기도 어렵게 된다. "건강형평성 제고"와 같은 수사학적 수준의 정책목표만으로는 제대로 된 건강형평 정책을 도모하기란 어렵다. 따라서, 건강형평성을 개선하고자 하는 정책적 의지는 구체적인 목표의 설정 여부로 판단할 수 있다. 예컨대, 적극적인 건강형평 정책을 추구하였던 영국은 사회계급과 지역 간 건강 격차를 10% 줄이는 것을, 네덜란드는 교육수준을 중심으로 하는 사회경제적 건강 격차를 25% 줄이는 것을 주요한 정책목표로 제시하고 있으며, 각각의 영역별로 모니터링 해야 할 구체적인 목표치를 제시하고 있다. 스웨덴 역시 11개 정책영역에 걸쳐 구체적인 모니터링 지표들을 제시하고 있다. 심지어 선언적 의미가 강하였던 세계보건기구 유럽지역 사무소의 Health 21에서도 2020년까지 건강에서의 사회적 경제적 불평등을 25% 감소시키는 것으로 명시하고 있다.

### 2. 건강의 사회적 결정요인을 강조하는 건강한 공공정책의 지향

앞에서 살펴 본 정책 사례들의 공통점은 건강형평성을 개선하기 위하여 단지 생활습관 교정이나 질병의 위험요인 관리 등과 같은 보건의료 부문에만 국한하지 않고, 보다 더 광범위한 사회적 결정요인과 구조적 문제를 해결하기 위한 정책에 상대적으로 높은 비중을 둔다는 것이다. 건강불평등의 문제를 해결하기 위해서는 근원적 접근(upstream approach)의 중요성이 강조되고 있으며, 이를 현실화하려는 정책 노력들

이 최근의 건강형평 정책으로 구체화되고 있다.

앞서 살펴본 바와 같이 애치슨 보고서에서는 건강불평등을 해결하기 위해서는 건강에 영향을 미치는 보건의료체계의 외부 요인들인 소득과 빈곤의 문제, 교육, 실업, 주거, 교통수단, 일반 농업정책의 중요성을 강조한 바 있다. 비슷한 맥락으로 Wilkinson 등[21]은 사회적 지위, 스트레스, 생애 초기의 삶, 사회적 배제, 노동, 실업, 사회적 지지, 물질적 탐닉, 식량, 교통수단을, Dahlgren과 Whitehead [22]는 농업 및 식량생산, 교육, 작업환경, 실업, 식수 및 위생, 보건의료 서비스, 주거를 제시하였다. 건강형평 정책은 곧 건강의 사회적 결정요인을 해결하는 것이며, 이는 세계보건기구의 오타와 현장에서 지적한 바 있는 공공정책을 건강의 관점에서 수립하고 추진하는 건강한 공공정책(healthy public health)의 지향과 그 맥을 같이한다고 할 수 있다.

따라서, 건강형평 정책은 보건의료 부문에 국한하는 것이 아니라 다양한 부문의 협력을 필수적으로 동반하게 된다. 이렇게 되기 위해서는 건강형평 정책이 국정의 중심 과제로 되어야 가능한 일이며, 이는 사회적으로 건강형평 정책에 대한 높은 가치 부여가 있어야 가능한 것이다. 영국에서 부총리실에서 건강형평 정책의 조정자 역할을 담당하도록 한 것은 이를 실천한 좋은 사례라 할 수 있다.

### 3. 아동기에 최선의 출발선 보장을 위한 정책

생애주기별로 다양한 건강형평 정책들이 있지만, 공통적으로 가장 높은 우선순위를 둔 집단 하나를 꼽자면 바로 아동기이다. 이는 아동기가 성인기의 건강수준을 결정짓는 가장 중요한 시기일 뿐 아니라[23], 건강형평성 사업을 통해 건강불평등이 줄어든다는 강한 근거가 있기 때문이기도 하다[24]. 아동기의 건강형평 정책은 공공보건기관을 중심으로 하는 제한적인 모자보건사업에만 그치는 것이 아동의 건강에 영향을 미치는 요인들에 대한 총괄적 지지를 포괄하는 것이다. 가장 대표적으로 0-3세 아동과 그 가족을 중심으로 하는 영국의 슈어 스타트(Sure Start) 프로그램을 들 수 있다. 1998년에 취약지역을 중심으로 시작된 이 프로그램은 영국 정부의 아동빈곤의 문제를 해결하기 위해서는 아동의 건강문제가 중요하다는 인식에 근거하고 있으며, 2010년에

는 영국 전역에 걸쳐 3,500개의 센터가 운영되었다. 다섯 가지 핵심적인 영역으로는 가족과 부모에 대한 지지, 좋은 학습 능력을 갖추도록 지지, 보건 서비스와 상담, 가정방문, 특별한 필요가 있는 아동과 가족들에 대한 지지이다[25].

### 4. 형평성 지향의 보편적 보건의료체계

보건의료체계에서 건강형평성의 실현은 핵심적 가치이다. 건강불평등을 감소시키는데 보건의료서비스가 가장 중요한 요인이라 할 수는 없지만, 건강형평성을 고려하지 않은 채 전반적 위험요인을 감소시키고자 하는 접근 전략은 오히려 건강의 사회경제적 불평등을 악화시키게 된다[26]. 애치슨 보고서[10]에서 지적하였듯이 보건의료체계가 건강불평등을 화하는데 기여하기 위해서는 부담 없이 필요한 효과적인 보건의료를 이용하도록 보장하고, 건강불평등을 야기하는 원인을 해결하고 건강을 개선하기 위해 관련 부문들과의 협력을 하는 것이 중요하다. 특히, 질병예방과 관련하여 국가 또는 공적 보험자가 부문들과의 협력에서 리더십을 발휘하는 것이 매우 중요하다. 예컨대, 건강불평등에서 중요한 건강 결과인 암, 심혈관질환의 예방을 위한 식이 및 영양에 대한 접근은 단지 영양 지원사업에만 국한되는 것이 아니라, 보다 근원적 영역인 물가관리 정책, 식량생산 및 분배 정책이 중요하기 때문이다.

보건의료체계에서 한 가지 더 강조해야 할 점은 보건의료 자원 배분인데, 이 역시 전통적인 방식의 단순한 인구수의 크기에 비례하는 것이 아니라 인구집단의 건강 필요 정도에 비례하도록 배분해야 하고, 이를 위한 합리적 방안을 마련해야 할 것이다.

### 5. 정치적 의지

다른 정책들도 마찬가지로겠지만, 건강형평성에 근거한 정책적 활동은 특히 정치적 영향을 많이 받는다. 대표적으로 예로 영국의 블랙보고서를 들 수 있는데, 이 기념비적 보고서의 내용과 권고안은 보수당 정부 동안에는 수용되지 않았고, 노동당 정부가 정권을 잡은 18년이 지난 후에야 받아들여 졌다. 하지만, 건강형평 정책이 특정 정치적 입장을 초월하여 추진되는 예도 있다. 스웨덴의 경우 연방의회를 구성



하는 모든 정당의 대표자들이 함께 참여하여 기본 계획을 수립한 것이 좋은 사례라 할 수 있다. 또한, 영국은 2010년에 노동당 정부가 선거에 패배하여 보수당-자유민주당 연합정부가 들어섰지만, 마못의 평가에 근거하여 건강형평 정책을 지속적으로 수행해 나갈 것이라는 의지를 표명한 바 있다.

건강형평 정책은 특정 정치 세력의 전유물이 아니며, 평등주의적 지향, 자유주의 지향 등 여러 다양한 이데올로기적 관점에서 접근이 가능하다[27]. 즉, 건강형평 정책은 정치적 지향 내지는 정치적 이해관계를 떠나 사회정의의 실현과 국민 건강 격차의 해결을 위해서 수행해야 한다는 인식에 근거하는 것이 바람직할 것이다. 이제 경제성장으로 한 국가 또는 사회의 성공을 측정하는 시대는 지나가고 있다. 공평한 건강과 삶의 질, 지속가능성이 중요한 사회적 목표인 시대를 맞이하고 있다.

## 6. 지역 수준에서의 참여와 민주적 의사 결정

국가 정책의 성공 여부는 그 정책이 직접 실현되는 지역에서 얼마나 효과적으로 수행되는가에 달려 있다. Marmot [14]은 건강형평 정책이 지역에서 효과적으로 전달되는 것은 지역 수준에서의 참여적 의사결정에 달려 있으며, 이는 지역사회에 권한이 부여될 때 가능하다고 하였다. 동일한 정책 또는 사업이라 하더라도 그것이 실현되는 방식은 지역마다 큰 차이가 있으며, 이는 지역 간 격차를 야기하는 원인이 된다. 따라서, 지역의 건강 필요에 따라 분배된 자원을 효과적으로 활용하기 위해서는 지역적 상황에 가장 적합한 방안을 찾는 것이 중요하며, 이는 몇몇 관료나 엘리트들에 의해 결정되는 것이 아니라 다양한 주민들의 참여와 심의를 통한 민주적 의사 결정이 수반되어야 한다.

## 7. 건강불평등과 그 결정요인에 대한 지속적인 모니터링

앞서 살펴보았던 모든 건강형평 정책에서 공통적으로 지적하고 있는 것이 바로 국가와 지역 수준에서 건강의 불평등의 실태와 그 결정요인에 대한 지속적 모니터링 활동이다. 특히, 세계보건기구의 건강의 사회적 결정요인에 관한 위원회에서는 국가 수준의 건강형평성 모니터링을 위해 필요한 사항으로 1) 성, 사회경제적 요인(교육, 소득, 직업계급), 인

종, 지역 간 건강 불형평성, 2) 건강결과로 사망(총사망, 원인별, 연령별), 정신보건, 상병 및 장애, 주관적 육체적, 신체적 건강, 3) 결정요인으로 건강행태(흡연, 음주, 신체적 활동, 식이 및 영양), 물리적, 사회적 건강(식수 및 위생, 주거 상태, 도로교통, 도시계획, 대기환경, 사회적 자본), 근로조건(작업 위험요인, 스트레스), 보건의료(보장률, 보건의료체계 하부구조), 사회 보호(보장률, 관대함), 젠더, 사회적 불평등(사회적 배제, 소득분포, 교육), 사회정치적 맥락(시민권, 고용상태, 공공지출 우선순위, 거시경제 상태), 4) 불건강으로 인한 사회적, 경제적 불이익을 제안하였다[5].

이러한 모니터링 영역은 특정 부문에만 국한되는 것이 아니라 건강에 영향을 미치는 사회의 전반적 영역을 다루고 있으므로, 한 국가의 사회경제적 불평등 문제가 실제로 얼마나 개선되었으며, 이로 인해 건강형평성이 얼마나 개선되었는지에 대한 직간접적 지표로 활용할 수 있다. 따라서, 건강형평성 지표는 사회통합을 평가하는 국정의 주요 지표로 활용 가치가 매우 높다고 할 수 있다.

## 결론

건강형평성 정책에 대한 국제적 동향을 살펴본 결과, 초기에는 영국, 스웨덴, 네덜란드 등 일부 유럽 복지국가들을 중심으로 시작된 건강형평 정책들이 전 세계적 관심사로 확대되어 가고 있음을 확인할 수 있었다. 건강의 사회경제적 불평등 문제의 해결을 목적으로 하는 건강형평 정책은 통상적인 보건의료 정책과는 달리 보건의료자원 분포나 서비스 제공의 형평성 문제에 국한되는 것이 아니라, 사회정의와 공평성의 실현이라는 관점에서 보건의료 부문을 뛰어넘어 건강의 사회적 결정요인 해결을 목표로 하는 포괄적 사회정책을 지향하고 있는 것이 전 세계적 추세이다. 우리 사회의 건강 불평등 문제를 해결하기 위해서는 구체적 목표의 설정, 건강의 사회적 결정요인을 강조하는 건강한 공공정책의 지향, 아동기에 최선의 출발선 보장, 형평성 지향의 보편적 건강보장 체계, 정부의 정치적 의지, 지역 수준에서의 참여적 의사결정, 건강불평등에 대한 지속적 모니터링 등을 고려한 포괄적 건강형평 정책 수립이 필요할 것이다.

## Acknowledgement

This work was supported by the Financial Supporting Project of Long-term Overseas Dispatch of Pusan National University's Tenure-track Faculty, 2010.

**핵심용어:** 건강; 형평성; 정책; 사회적 결정요인

## REFERENCES

- Mackenbach JP, Bakker MJ; European Network on Interventions and Policies to Reduce Inequalities in Health. Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences. *Lancet* 2003;362:1409-1414.
- Benach J, Malmusi D, Yasui Y, Martinez JM. A new typology of policies to tackle health inequalities and scenarios of impact based on Rose's population approach. *J Epidemiol Community Health* 2013;67:286-291.
- Sen A. Why health equity? *Health Econ* 2002;11:659-666.
- Mackenbach JP, Bakker M, Sihto M, Diderichsen F. Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health. In: Mackenbach JP, Bakker M, editors. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London: Routledge; 2002. p. 25-49.
- World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization; 2008.
- Centers for Disease Control and Prevention. *Healthy people 2010* [Internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2010 [cited 2013 Jan 25]. Available from: <http://www.cdc.gov/nchs/healthy-people/hp2010.html>.
- Whitehead M. Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective. *Milbank Q* 1998;76:469-492.
- Macintyre S. The black report and beyond: what are the issues? *Soc Sci Med* 1997;44:723-745.
- Marmot MG. Tackling health inequalities since the Acheson inquiry. *J Epidemiol Community Health* 2004;58:262-263.
- Acheson D. *Independent inquiry into inequalities in health: report*. London: Stationery Office; 1998.
- Benzeval M. England. In: Mackenbach JP, Bakker M, editors. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London: Routledge; 2002. p. 201-213.
- Exworthy M, Blane D, Marmot M. Tackling health inequalities in the United Kingdom: the progress and pitfalls of policy. *Health Serv Res* 2003;38(6 Pt 2):1905-1921.
- Department of Health. *Tackling health inequalities: a programme for action*. London: Department of Health; 2003.
- Marmot MG. *Fair society, healthy lives: the Marmot review*. London: The Marmot Review; 2010.
- Background to the new Swedish public health policy. *Scand J Public Health* 2004;32(Suppl 64):6-17.
- Mackenbach JP, Stronks K. The development of a strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. *Int J Equity Health* 2004;3:11.
- Mackenbach JP, Stronks K. A strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. *BMJ* 2002;325:1029-1032.
- Programme Committee on Socio-Economic Inequalities in Health. *Reducing socio-economic inequalities in health: final report and policy recommendations from the Dutch Programme Committee on Socio-Economic Inequalities in Health, second phase*. Den Haag: ZonMw; 2001.
- World Health Organization, Regional Office for Europe. *Health 21: the health for all policy framework for the WHO European region*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1999.
- World Health Organization, Regional Office for Europe. *Health 2020: policy framework and strategy*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2012.
- Wilkinson RG, Marmot MG; World Health Organization, Regional Office for Europe; WHO Healthy Cities Project; WHO International Centre for Health and Society. *The solid facts*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2003.
- Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute of Future Studies; 1991.
- Wadsworth M, Butterworth S. Early life. In: Marmot MG, Wilkinson RG, editors. *Social determinants of health*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2006. p. 31-53.
- Mielck A, Graham H, Bremberg S. Children, and important target group for the reduction of socioeconomic inequalities in health. In: Mackenbach JP, Bakker MJ, editors. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London: Routledge; 2002. p. 144-168.
- Stewart K. Towards an equal start? Addressing childhood poverty and deprivation. In: Hill J, Stewart K, editors. *A more equal society? New labour, poverty, inequality and exclusion*. Bristol: Policy Press; 2005. p. 143-165.
- Woodward A, Kawachi I. Why reduce health inequalities? *J Epidemiol Community Health* 2000;54:923-929.
- Mackenbach JP, Judge K, Navarro V, Kunst A. Strategies to reduce socio-economic inequalities in health in Europe: lessons from the Eurothine Project. In: Mackenbach JP, Kunst A, Stirbu I, Roskam A, Schaap M, editors. *Tackling health inequalities in Europe: an integrated approach EUROTHINE*. Rotterdam: University Medical Centre; 2007. p. 587-603.



### Peer Reviewers' Commentary

본 논문은 영국, 네덜란드, 스웨덴 정부와 세계보건기구의 핵심적 건강형평 정책 보고서를 검토하고 우리나라 건강형평 정책이 지향하여야 할 방향을 제시하고 있다. 적극적 건강형평 정책을 추진해온 주요 외국의 사례를 요약적으로 잘 제시하고 있고, 외국 사례 검토에만 그치지 않고 우리나라 건강 정책의 방향도 제시하고 있다는 점에서 이 논문은 의의를 지닌다. 한편 건강형평 정책의 내용 뿐만 아니라 건강형평 정책의 아젠다 형성 과정, 정책 실행과정, 정책 평가 내용도 중요하므로, 다양한 측면에서 외국의 건강형평 정책을 검토하는 연구가 향후 필요하다.

[정리: 편집위원회]

### 자율학습 2013년 2월호 정답 (근육통의 진단과 치료)

1. ②

2. ④

3. ①

4. ③

5. ④

6. ①

7. ①

8. ④

9. ②

10. ①