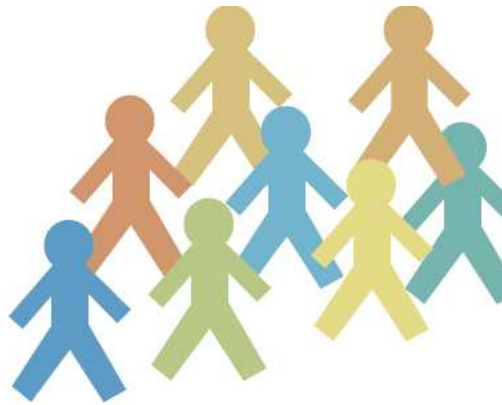




PHI Research Report 2012-02

PHI 연구보고서 2012-02



건강 서울 마스터플랜 수립 및
활성화 방안에 관한 연구

모두가 건강한 사회를 만들어가는

시민건강증진연구소

People's Health Institute



서울특별시

서울의료원

Seoul Medical Center

PHI Research Report 2012-02

PHI 연구 보고서 2012-02

건강 서울 마스터플랜 수립 및 활성화 방안에 관한 연구

* 보고서의 내용은 서울의료원의 공식입장과 다를 수 있습니다

출판일 || 2012년 5월 1일

연구진 || 김 명 희 (시민건강증진연구소, 상임연구원)
김 선 (시민건강증진연구소, 영펠로우)
서 상 희 (시민건강증진연구소, 상임연구원)
최 지 희 (서울대학교 보건대학원, 석사과정)

자문 || 강 영 호 (울산의대 예방의학)
김 창 엽 (시민건강증진연구소, 서울대학교 보건대학원)
윤 태 호 (부산의대 예방의학)
정 백 근 (경상의대 예방의학)
정최경희 (이화의대 예방의학)
최 용 준 (시민건강증진연구소, 한림의대 사회의학)

펴낸 곳 || (사) 시민건강증진연구소
서울시 서초구 방배로 140 인산빌딩 3층 302호
전화: 070 8658-1848 팩스: 02 581-0339
누리집: www.health.re.kr
전자우편: phikorea@gmail.com





서 문

많은 사람들이 지방정부는 할 수 있는 일이 별로 없다고들 생각했다. 무늬만 지방자치제일 뿐, 중앙정부가 실질적으로 모든 권한을 행사한다고 생각했다. 하지만 최근 몇 년 동안 사람들은 그렇지 않을 수도 있다는 가능성을 엿보았고, 또 일부는 실제로 그 힘을 체험했다. 지자체의 비합리적인 의사결정 때문에 지방재정이 파탄나고 개인의 삶이 황폐화되는 결과를 보기도 했고, 교육감과 시장이 바뀌면서 무상급식이 시행되고 반값등록금이 현실화되는 것을 보기도 했다.

우리는 건강 측면에서도 지방정부의 역할을 새롭게 조명할 필요가 있다고 생각한다. “지방 정부는 스스로 권력이 거의 없다고 생각하지만 영국 어린이들이 교통사고로 고통 받고 사망하는 것을 막을 수 있는 힘을 가진 이들이 누구인지 생각해 보라”는 영국 IDeA 보고서의 문장은 시민들의 건강보호와 관련된 지방정부의 중요성을 상징적으로 드러낸다.

건강불평등 완화 전략은 기저의 사회경제적 불평등, 건강의 사회적 결정요인에 대한 중재를 필요로 한다. 따라서 조세, 노동시장, 복지 정책처럼 중앙정부의 역할이 매우 중요하다. 하지만 지방정부가 할 수 있고 해야 하는 일 또한 상당하다.

우리는 이 보고서를 통해 서울시 차원의 건강불평등 완화 전략이 견지해야 할 원칙, 이 전략을 실행에 옮기기 위한 선결조건들을 살펴보고, 주요 정책 목표 영역들을 제안하고자 한다. 이러한 제안을 토대로 서울시가 포괄적인 건강불평등 완화 전략을 수립하고, 이를 현실화시킬 구체적인 사업/프로그램의 개발과 시행에 나서야 할 것이다. 서울의 규모와 역사적·정치적 상징성을 고려할 때, 서울시의 성공은 단지 1천만 서울 시민에게만 국한되지 않고 전국적인 의미를 갖는다.

“모두를 위한 건강 (Health for All)”의 가치가 서울에서부터 시작되길 기대한다.

시민건강증진연구소



요 약 문

● 지방 정부는 무엇을 할 수 있는가?

건강불평등 완화 전략의 많은 부분이 거시사회적이고 정치적인 노력을 필요로 한다는 점에서 지방정부가 할 수 있는 일은 많지 않을 것으로 생각하는 경향이 있다. 하지만 지방정부가 일상적으로 수행하는 많은 활동들은 의도하던 의도하지 않던 시민들의 생활과 건강에 커다란 영향을 미친다. 아직도 많은 이들, 그리고 지방 정부 스스로도 시민들의 건강증진을 자신의 가장 중요한 목표로 여기지 않는 경향이 있는데, 오히려 이것이야말로 지역 수준에서 건강불평등 완화정책을 마련하는데 가장 중요한 걸림돌이다.

지방정부는 다중적인 정체성을 갖는다. ① 보건 및 비보건 영역에 대한 기획 (planning), ② 보건 및 사회서비스의 직접 공급자 (provider), ③ 영향력 있는 구매자 (purchaser) 혹은 위탁자 (commissioner), ④ 고용주, ⑤ 집행 (enforcement) 혹은 규제 (regulation), ⑥ 정치적 리더십 혹은 지렛대로서의 정체성과 역할 등이 그것이다. 이는 지방정부가 다양한 층위와 측면에서 건강불평등 완화 전략을 추구할 수 있음을 시사한다.

● 서울시 건강불평등 완화 전략의 원칙과 선결조건

구체적인 사업/정책 개발에 앞서 다음과 같은 건강불평등 완화 전략의 원칙과 선결조건들을 주지할 필요가 있다.

- ① 서울시의 선출직 공직자들과 핵심역량들은 건강불평등의 문제가 사회정의의 문제이며 인권의 문제임을 분명히 인식해야 한다.
- ② 서울시는 건강불평등 문제의 해결을 위해 보다 근본적인 차원의 사회적 결정요인을 다루어야 한다. 건강불평등은 개인 대상의 생활습관 변화 프로그램이나 일회성 사업, 보건의료 서비스의 제공만으로는 결코 해결할 수 없다.



- ③ 서울시의 선출직 공직자들과 핵심역량들은 사회적 결정요인에 대한 중재와 관련하여 지방정부의 역할이 크지 않다고 스스로 과소평가하지 말아야 한다.
- ④ 건강불평등은 취약계층이나 빈곤층만의 특별한 문제가 아니라 전체 인구집단에 걸쳐 단계적으로 존재한다. 서울시민 전체를 대상으로 하되, 가장 열악한 상황에 있는 이들에게 부가적이고 특별한 관심이 더해지는 ‘비례적 보편주의 (proportionate universalism)’를 원칙으로 삼아야 한다.
- ⑤ 건강의 사회적 결정요인을 다루기 위해서는 보건 부처만의 노력으로는 어렵다. 단순한 부처 간 업무 협조 수준을 넘어서 최고 의사결정자가 이 문제 해결의 전 과정에 리더십을 발휘할 수 있어야 한다.
- ⑥ 건강불평등 완화가 결코 불가능한 일은 아니지만, 짧은 기간의 한두 가지 프로그램을 통해 해결될 수 있는 문제 또한 아니다. 장기적 목표의 전략과 더불어 단기적인 사업들이 일관성 있게 추진되도록 법제화된 제도적 기반이 필요하다.
- ⑦ 정책 및 사업의 개발과 시행은 타당한 근거에 기초해야 하며, 시작과 수행 전 단계에 걸쳐서 평가가 수반되어야 한다. 이를 위해서는 평가지표의 개발과 더불어 정보관리 업무를 지속적으로 수행할 수 있는 조직이 마련되어야 한다.
- ⑧ 전략을 개발하고 사업과 정책을 실제로 수행하는 과정에서 시민들과 다양한 주체의 참여를 보장해야 한다. 특히 사회적으로 세력화되기 어려운 소수자들 - 장애인, 성적 소수자, 이주민, 청소년, 비정규 노동자 등 - 의 목소리를 적극적으로 반영하려는 노력이 반드시 수반되어야 한다.

● **건강불평등 완화 전략 시행을 위한 제도적 기반과 조직**

서울시 차원에서 장기적인 건강불평등 완화전략을 실질적인 정책과 사업으로 추진하려면 다음과 같은 제도적 기반과 조직이 갖추어져야 한다.

- ① 영국의 사례처럼 시장 직속으로 실질적인 전략기획과 부처 간 업무조정을 할 수 있는 기획조직을 마련해야 한다. 부시장 급 이상의 정책결정권자와 의회 대표가



포함되는 실질적인 ‘정치적 전략 기구’가 필요하다.

- ② 런던의 사례를 벤치마크 삼아, 서울시 의회와 협력하여 건강불평등 완화 전략 개발과 시행을 서울시의 조례로 제도화해야 한다. 또한 이 법에는 ‘건강형평성 영향평가’가 반드시 포함되어야 한다.
- ③ 서울시 선출직 공직자들과 공무원들, 또 민간 분야의 다양한 관련자들이 건강불평등 문제, 건강의 사회적 결정요인에 대한 인식을 갖추는 것이 선행해야 한다. 이를 다루는 교육 훈련 프로그램을 시행해야 한다.
- ④ 실질적인 시민참여 기전을 마련해야 한다. 개별 사업에 대한 선호나 세부 프로그램 요구를 넘어서는, 가칭 ‘모두를 위한 건강증진 패널’ 혹은 ‘건강불평등 완화 전략 시민패널’을 마련하여, 전략의 개발부터 사업의 추진, 평가에 이르기까지 당사자들과 숙의하고 조정을 거쳐야 한다.

● **건강불평등 완화 전략의 핵심 영역**

서울시 건강불평등 완화 전략의 핵심 영역을 다음과 같이 제안한다.

- (1) 공정한 출발: 부모의 사회경제적 위치와 출신에 관계없이 서울시의 모든 어린이와 청소년은 건강하게 태어나고 생활하며 성장할 수 있어야 한다.
- (2) 공정한 고용과 건강한 일터: 모든 서울시민은 공정한 고용계약에 따라 생활임금을 받으며 안전하고 건강하게 일할 수 있어야 한다.
- (3) 건강한 공간: 모든 서울시민은 일상적으로 안전하고 쾌적한 공간에서 이동하고 활동하며 살아갈 수 있어야 한다.
- (4) 건강한 생활습관 선택의 공평한 기회 보장: 건강을 증진할 수 있는 건전한 생활습관을 채택하는 것이 서울시민 누구에게나 어렵지 않은 일이 되어야 한다.
- (5) 공평한 보건/사회서비스 접근: 모든 서울시민은 경제적·지리적·문화적인 이유로 필수적인 보건의료 서비스와 사회서비스 이용에 어려움을 겪어서는 안 된다.



- (6) 소득 보장: 서울시민 누구나 서울에서 건강하게 살아가는데 필요한 최저선 이상의 소득을 보장받아야 한다.
- (7) 차별과 배제 없는 서울: 서울에 사는 누구도 성별, 연령, 출신국가, 피부색, 성적 지향, 혼인 상태, 장애 유무, 종교, 사회경제적 위치 등으로 인해 건강한 삶의 기회에서 차별받거나 배제당해서는 안 된다.

● 결론

서울시는 건강의 사회적 결정요인에 대한 중재를 통해 건강불평등을 완화할 수 있는 중요한 정치적 행위자이다. 특히 서울시의 모범 사례는 전국적인 의제로 주목을 받아 확산될 가능성이 높다는 점에서 1천만 명의 서울 시민만의 문제가 아니기도 하다.

서울시는 현재 건강불평등 문제의 심각성, 그것이 발생하는 사회경제적 불평등 문제를 인식하고, 이 보고서에서 제시한 핵심 원칙들에 근거하여 제도적 기반과 함께 장기적인 건강불평등 완화 전략을 마련해야 한다. 이러한 전략은 보고서에서 제시한 일곱 가지 주요 영역을 중심으로 구성하되, 구체적인 정책과 프로그램들은 충분한 내부 논의와 더불어 다양한 행위자들의 의견을 반영하여 결정해야 한다. 시간이 걸리고 번거롭다고 여겨질 수도 있는 이 과정이 각 주체들의 참여와 협력을 증진시키는 중요한 단계임을 자각할 필요가 있다.

건강불평등 문제는 취약계층을 대상으로 하는 몇몇 프로그램들, 보건의료 서비스 접근성의 제고만으로는 결코 해결될 수 없다는 점을 서울시는 분명히 인식해야 한다. ‘건강과 사회정의라는 렌즈’를 통해 문제를 바라보고, 서울시가 관계하는 모든 분야의 정책과 사업들에 건강형평성의 가치가 녹아들도록 해야 한다. 건강한 공공 정책 (healthy public policies)이야말로 가장 바람직한 건강불평등 완화 정책이다.



< 차례 >

서 문 i

요 약 문 ii

I. 건강불평등과 건강의 사회적 결정요인 1

1. 왜 건강 불평등인가? 1

 1.1. ‘건강하다는 것’은 왜 중요한가? 1

 1.2. 건강불평등이 왜 중요한 문제인가? 1

2. 건강 불평등은 완화할 수 있는가? 3

 2.1. 건강불평등은 왜 생겨나는가? 3

 2.2. 건강불평등은 완화할 수 있는가? 3

 2.3. 건강불평등을 어떻게 완화해야 하는가? 5

II. 건강불평등 완화 전략과 지방정부의 역할 10

1. 지방정부에게 기대할 것이 있을까? 10

2. 지방정부의 다면적 역할과 건강의 사회적 결정요인 12

3. 영국 사례 소개 16

 3.1. IDeA의 <건강의 사회적 결정요인과 지방정부의 역할> (2010) 보고서 19

 3.2. 런던시의 건강불평등 전략 22

III. 서울시 건강불평등 현황 28

1. 서울시의 건강불평등 현황과 주요 건강문제 28

2. 건강의 사회적 결정요인 32



IV. 서울시 건강불평등 완화 전략	37
1. 원칙과 선결조건	37
2. 제도적 기반과 조직	39
3. 서울시 건강불평등 완화 전략의 핵심 영역 제안	43
3.1. 공정한 출발	44
3.2. 공정한 고용과 건강한 일터	46
3.3. 건강한 공간	48
3.4. 건강한 생활습관 선택의 공평한 기회보장	50
3.5. 공평한 보건/사회서비스 접근	52
3.6. 소득 보장	54
3.7. 배제와 차별 없는 서울	56
V. 결론	59
§ 참고문헌	61
<부록 1> 서울시의 다중적 정체성에 따른 건강불평등 완화 관련 사업	65
<부록 2> 생애주기에 따른 서울시의 건강 및 건강불평등 완화 관련 사업 목록	70



<표 차례>

표 1 건강불평등 완화를 위한 정책 권고들의 비교	18
표 2 런던 건강불평등 완화 전략 보고서의 목차	23
표 3 런던 건강불평등 완화 전략의 2012년 추진 계획 사례	26
표 4 서울시 25개 구별 연령표준화 사망률	29
표 5 서울시 건강불평등 완화 전략의 핵심 영역 (안)	43

<그림 차례>

그림 1 러시아 연방에서 학력수준에 따른 20세 남녀의 기대여명 추세	4
그림 2 Finn Diderichsen의 건강불평등 발생 모형	6
그림 3 영국 런던의 건강불평등 완화 전략 개념	8
그림 4 영국 IDeA 정책보고서에 소개된 건강불평등 관련 지방정부의 역할	15
그림 5 서울시의 주요 시정 분야	15
그림 6 영국의 공공서비스 협약 구성	40





I. 건강불평등과 건강의 사회적 결정요인

1. 왜 건강 불평등인가?

1.1. ‘건강하다는 것’은 왜 중요한가?

- 사람들마다 인생에서 중요하다고 생각하는 것들은 다르다. 실제로 모든 이들이 건강을 중요하게 생각하는 것은 아니며, 건강에 과도하게 집착하는 것은 오히려 불건강의 또 다른 징표일 수도 있다.
- 하지만 건강은 그 자체로 행복의 중요한 구성요소일 뿐 아니라 사람들로 하여금 스스로 가치 있다고 생각하는 일을 할 수 있게 해주는 ‘잠재력 (capability)’의 핵심 요소이다 (Sen, 2002). 건강은 내재적 가치와 도구적 가치를 동시에 지닌 특수재이며, 그렇기에 건강은 보편적인 사회권으로 인정받는 것이다.

1.2. 건강불평등이 왜 중요한 문제인가?

- 첫째, 건강의 내재적이면서 도구적인 가치를 고려한다면, 건강의 기회를 공정하게 보장하는 것은 여타의 권리 보장에 앞선다. 건강 불평등은 사회의 일부 사람들에게 잠재력을 발휘하고 다른 가치있는 일을 할 수 있는 기회를 차단하는 것에 다름 아니다.
- 둘째, 건강 불평등은 결코 자연적 현상이 아니며 ‘불량한 사회정책과 사업, 불공정한 경제 질서, 나쁜 정치의 유독한 조합’의 결과물이다 (CSDH, 2008). 사회적 불공정을 용납할 수 없는 것과 같은 이치로 건강불평등을 용인할 수 없다.
- 셋째, 건강불평등은 취약한 건강수준을 가진 이들의 문제일 뿐만 아니라 전체 인구집단의 평균을 저하시킨다는 점에서도 중요한 손실이다.



- 넷째, 이미 서울시는 “아파도 치료받지 못하는 사람 없는, 모두가 건강을 누리는 서울”이라는 시정 목표를 갖고 있다. “모두를 위한 건강 (health for all)”은 건강형평성의 핵심적 가치라 할 수 있다.



2. 건강 불평등은 완화할 수 있는가?

2.1. 건강불평등은 왜 생겨나는가?

- 건강불평등을 완화하기 위해서는 건강불평등이 왜 생겨나는지 알아야 한다. 여기에는 상당히 복잡한 기전들이 작동하지만, 간단히 말하자면 건강을 보호할 수 있는 다양한 형태의 자원, 건강에 해악을 미칠 수 있는 여러 가지 폭로요인들이 사회적으로 불평등하게 분포하기 때문에 발생한다.
- ‘건강의 사회적 결정요인 (social determinants of health)’은 우리가 흔히 알고 있는 건강위험요인들의 ‘근본적 원인 (fundamental cause)’으로서, 달리 말하자면 ‘원인의 원인 (cause of cause)’ 혹은 ‘위험에 빠질 위험 (risk at risk)’이라 할 수 있다. 건강 불평등은 불공정한 경제질서, 불량한 사회정책과 사업, 나쁜 정치가 조합된 결과로서, 즉 사회적 불평등을 반영하는 민감한 지표로 볼 수 있다 (CSDH, 2008).

2.2. 건강불평등은 완화할 수 있는가?

- 건강불평등의 역사는 이미 오래된 것이기에, 이것이 과연 완화될 수 있을 것인가에 대한 회의주의 또한 만연해있다. 불평등이란 마치 피할 수 없는 인류의 숙명인 양 받아들여지기도 한다. ‘WHO 건강의 사회적 결정요인 위원회 (이하 CSDH)’ 보고서가 답했듯, 건강불평등을 완화할 수 있는가에 대한 답은 “예” 혹은 “아니오” 두 가지 모두 가능하다. 지금까지 했던 대로 계속 한다면 건강불평등은 앞으로도 영원히 지속될 것이다. 하지만 지금까지와는 다르게 적극적으로 이 문제의 해결에 나선다면 건강불평등은 상당히 완화될 수 있을 것이다. 비록 단시간에 건강불평등이 사라지는 것은 아니겠지만, 우리가 옳은 길을 따른



다면 분명히 달라질 수 있다.

- 그리고 이 문제를 해결하는 데 걸리는 시간은 의외로 짧을 수 있다. 다음의 그림 1은 러시아 연방에서 1980-2000년 동안 20세 남녀의 학력 수준에 따른 기대여명의 추세를 나타낸다. 여성의 경우 1990년 이전까지 학력에 따른 기대여명의 차이가 거의 관찰되지 않다가 1990년을 지나면서 급속하게 격차가 벌어지는 것을 볼 수 있다. 2000년에 이르면 최저/최고 학력군의 기대여명 격차는 거의 10년에 달한다. 남성의 경우에는 1990년 이전에도 불평등이 존재했지만 역시 1990년을 기점으로 급속하게 격차가 심해지는 것을 확인할 수 있다. 1990년 소비에트 연방이 해체되면서 발생한 급격한 사회변화와 불평등의 심화는 불과 10년 만에 기대여명에서의 급격한 불평등을 가져온 것이다. 인구집단 건강수준을 변화시키는 데 아주 긴 시간이 필요한 것은 아니다. 이렇게 비교적 단기간에 진행된 악화는 사회적 변화와 그로부터 초래된 건강결과의 변화가 반드시 장구한 세월에 걸쳐서만 일어나는 것은 아님을 보여준다 (그림 1).

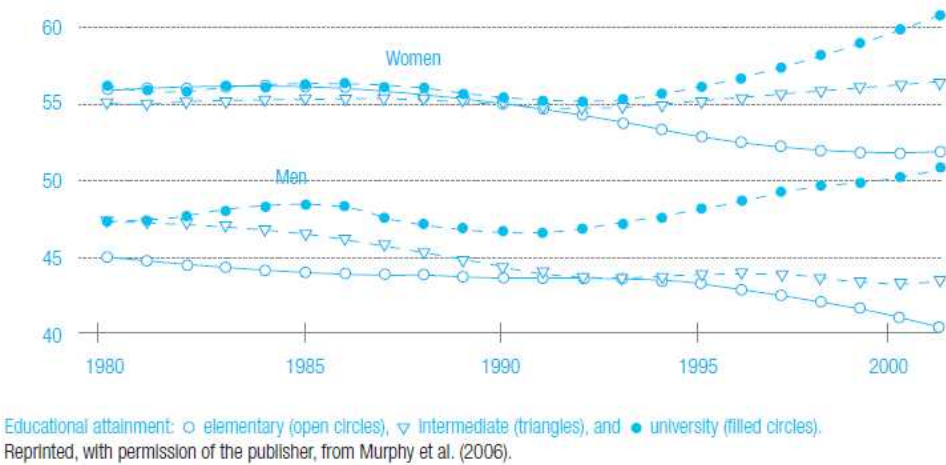


그림 1 러시아 연방에서 학력수준에 따른 20세 남녀의 기대여명 추세 (인용: CSDH 2008)



2.3. 건강불평등을 어떻게 완화해야 하는가?

- 그렇다면 건강불평등을 과연 어떻게 완화해야 할까? 우선 건강 불평등이 발생하고 악화되는 과정을 이해해야 완화 대책을 마련할 수 있을 것이다. 건강불평등 연구자들 사이에서 널리 받아들여지고, 특히 CSDH가 개념적 틀로 차용했던 ‘Diderichsen 모형’은 건강불평등의 발생을 단계별로 개념화하고 정책적 중재를 설계하는데 유용하다. 우선 사회 기저에서 일어나는 사회계층화 과정은 개인들이 차지하는 사회적 위치를 만들어낸다. 그리고 이는 차별적 폭로, 차별적 취약성, 질병과 손상의 차별적 발생으로 이어진다. 또한 건강문제로 인한 사회적 여파에서도 역시 불평등이 관찰되며, 이는 다시 사회계층화를 촉진한다. 이를테면, 신자유주의적 노동유연화 정책으로부터 비정규/정규직이라는 노동시장 분할구조가 나타나고 (‘사회계층화’), 비정규 노동자들은 보다 열악한 근로환경에서 일을 하며 (‘차별적 폭로’), 유해환경을 회피할 수 있는 힘이나 구체적인 안전장비의 보호를 받지 못한다 (‘차별적 취약성’). 그리고 산재가 발생한 경우에도 산재보상에 벗어나 재정적 취약성에 빠지거나 노동시장에서의 지위하락이 발생할 가능성이 높다 (‘불평등한 사회적 여파’).
- 이 모형에 기초하자면, 건강불평등 완화대책은 불평등이 발생하는 기전에서 다양한 ‘진입지점 (entry point)’을 설정할 수 있다. 즉, (A) 사회계층화 자체에 영향을 미치는 근본적인 정책 (예, 노동유연화 전략의 폐기), (B) 불평등한 폭로를 감소시키는 정책 (예, 비정규직에 대한 위험 전가 구조 철폐), (C) 취약성의 차이를 감소시키는 정책 (예, 비정규직에 대한 안전보건 교육과 장비 지급에서의 차별 금지), (D) 불평등한 건강 여파를 예방하는 정책 (예, 비정규직에 대한 산재보상 적용) 등이 각기 다른 수준과 상황에서 작동하도록 한다는 것이다 (Evans et al. 2001).
- 이는 건강불평등 문제가 공공의료 확충과 서비스 접근성 강화 같은 보건의료

분야만의 대응에서 벗어나야 함을 보여준다. 건강불평등을 완화하려면, 다양한 수준과 차원에서 건강의 ‘사회적 결정요인’을 다루어야 한다 (그림 2).

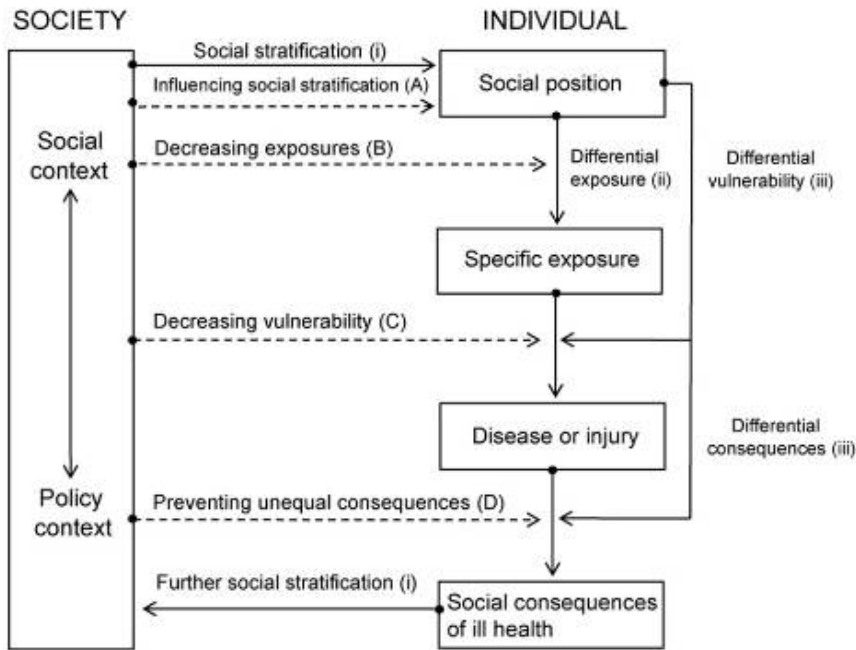


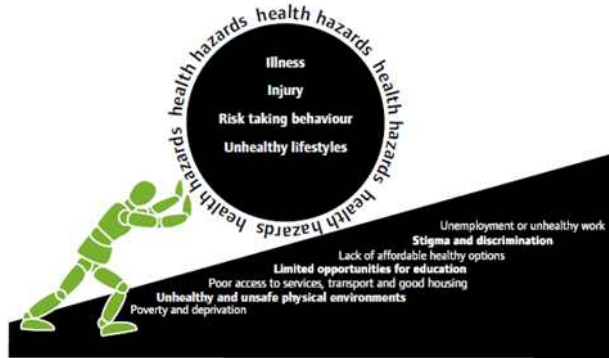
그림 2 Finn Diderichsen의 건강불평등 발생 모형

- 이러한 맥락에서 CSDH는 건강불평등 완화 전략으로 크게 세 가지 권고를 제시한 바 있다 (CSDH, 2008). ① 첫째, 일상의 생활 조건을 개선하고, ② 둘째, 권력, 금전, 자원의 불평등한 분포를 개선하며, ③ 셋째, 문제를 이해하고 측정하며 조치의 영향을 평가하라는 것이다. 이 중 첫째 권고는 사람들의 일상생활이야말로 불평등이 구체적으로 발생하고 경험되는 공간이기에, “태어나고 성장하고 살아가고 일하며 나이 들어가는 생애 전 과정에 걸쳐 일상생활의 조건들”을 개선하는 것이 중요함을 강조한다. 이와 관련하여 구체적으로 ▶ 시작부터의 형평성: 보다 평등한 삶의 시작을 향한 조치, ▶ 건강한 장소와 건강한 사람들: 번성하는 주거 환경을 건설하기 위한 조치, ▶ 공정한 고용과 괜찮은 일자

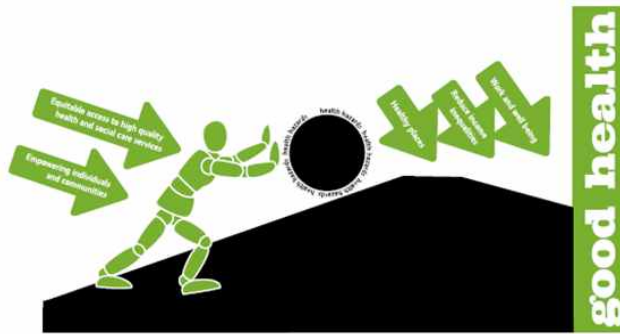


리, ▶ 생애과정에 걸친 사회적 보호: 보편적인 사회적 보호 조치, ▶ 보편적인 보건의료 서비스 보장을 제안하고 있다.

- 한편 영국 런던시는 CSDH 권고들(CSDH, 2008)과 Michael Marmot의 < 잉글랜드 불평등 완화 정책 평가 > (Marmot et al. 2010)에 기초하여 건강불평등 완화 전략을 제시한 바 있다. 이들은 건강불평등이 발생하는 과정과 해결방법을 다음과 같은 이미지로 구체화시켰다. 실업이나 불건강한 일자리, 차별과 낙인, 부담 가능한 건강행동 선택 기회, 제한된 교육기회, 서비스/교통/주거 접근성 제한, 불건강하고 안전하지 못한 환경, 빈곤과 박탈이 존재하는 삶의 오르막 길을 건강 위험이라는 커다란 장애물을 밀면서 힘겹게 올라가는 개인들이 있다고 가정한 것이다. 이 때 적절한 건강불평등 완화 전략이란 언덕길의 가파른 경사를 완만하게 만들고, 건강위험이라는 장애물의 크기를 줄이며, 이를 밀고 있는 사람의 뒤를 받쳐주어 이 어려운 상황을 보다 쉽게 헤쳐 나갈 수 있도록 돕는 것이어야 한다. 이를 위해 ① 개인과 지역사회 역량 강화, ② 양질의 보건 및 사회서비스에 대한 공평한 접근, ③ 소득불평등과 건강, ④ 건강, 일, 안녕, ⑤ 건강한 장소 등 다섯 가지의 전략 목표를 제시했다 (GLA, 2010) (그림 3).



Adapted from the Intersectoral action for Health WHO 1986 diagram



Adapted from the Intersectoral action for Health WHO 1986 diagram

그림 3 영국 런던의 건강불평등 완화 전략 개념





II. 건강불평등 완화 전략과 지방정부의 역할

1. 지방정부에게 기대할 것이 있을까?

- 앞서 제기한 건강불평등 완화 전략의 많은 부분은 거시사회적이고 정치적인 노력을 필요로 한다. 그렇기에 지방정부가 할 수 있는 일은 그리 많지 않을 것으로 생각할 수도 있다. 더구나 전국이 일일 생활권이고 고밀도 개발이 특징인 한국사회에서 장소나 지역성의 의미는 오랜 지방자치의 역사를 지닌 외국에 비해 더욱 미미하게 여겨질 수도 있다. 하지만, 시민들의 건강과 관련한 지방 정부의 역할은 “만일 지방정부가 어느 날 갑자기 사라져버린다면”이라는 가정 속에서 그 가치를 발견할 수 있다. 서울시청, 구청, 주민센터가 어느 날 갑자기 사라져 버린다고 상상해보자. 당장 도시는 생활쓰레기로 대혼란에 빠질 것이다. 식당의 위생 관리감독, 저소득 노인들을 위한 기초노령연금 지급, 저소득층 산모와 영유아의 영양지원 프로그램, 여름철 전염병 예방 사업, 겨울의 도로 제설 작업 등이 모두 중단된다면 어떤 일이 벌어질까? 실제로는 지방정부가 하는 많은 일들, 심지어 그 목적이 건강과 관련이 없는 많은 일들 - 이를테면 도로 유지보수에서부터 도심재개발 사업, 비정규직 노동자의 고용안정 보장에 이르기까지 - 조차 시민들의 건강에 큰 영향을 미친다.
- “지방 정부는 스스로 권력이 거의 없다고 생각하지만 영국 어린이들이 교통사고로 고통받고 사망하는 것을 막을 수 있는 힘을 가진 이들이 누구인지 생각해 보라”는 IDeA 보고서의 문장은 이를 상징적으로 드러낸다 (Campbell, 2010). 하지만 아직도 많은 사람들, 그리고 지방정부 스스로도 시민들의 건강증진을 자신의 가장 중요한 목표로 여기지 않는 경향이 있다. 이것이야말로 지역 수준에서 건강불평등 완화정책을 마련하는데 가장 중요한 걸림돌이다.



- 지방정부의 역할과 기능 재정립을 모색한 영국의 Lyons 보고서는 지방정부의 현대적 역할과 특성을 다음과 같이 지적했다. ① 우선 지방 정부는 별도의 독자적 체계라기보다 단일한 정부 체계의 일부분이면서, 지역 시민의 필요 충족에 초점을 둔다. ② 시장이나 준(準) 시장 기능이 아무리 발달해도 반드시 집합적으로 해결해야만 하는 영역이 존재하며, 지방정부는 특히 이러한 측면에서 시민의 안녕을 추구하는 역할을 맡는다. ③ 지역 혹은 장소라는 개념은 여전히 타당하다. 지역이 점점 더 복잡해지고 다양한 사회적·경제적 문제에 직면하면서, 지역 수준에서 유연하고 반응적인 대응이 오히려 더욱 필요해졌다. ④ 지역은 불평등 재생산의 공간이기도 하지만, 한편으로 국가적인 최저표준이 뒷받침된 상태에서 지역적 선택과 변이를 채택함으로써 오히려 불평등 완화에 기여하고 사회정의를 증진시킬 수 있다. 이는 ‘관리된 격차 (managed difference)’라는 개념으로 추상화될 수 있다. ⑤ 중앙정부에 비해 지방정부는 시민들이 접근하기 훨씬 쉽다. 따라서 시민의 참여가 증진될 수 있으며, 이를 통해 지역의 독특한 필요와 의견을 반영할 수 있다 (Lyons, 2007).



2. 지방정부의 다면적 역할과 건강의 사회적 결정요인

- 제 1장의 Diderischen 모형이 나타내듯, 건강불평등을 완화하기 위해서는 보건 의료 서비스의 제공이나 혹은 공중보건 프로그램만으로는 부족하다. 생애과정에 걸쳐 작동하는 ‘건강의 사회적 결정요인’에 대한 접근이 필요하다. 그렇다면 건강의 사회적 결정요인과 관련하여 지방정부는 어떤 역할을 할 수 있을까?
- 지방정부는 다음과 같은 여섯 가지 측면에서 다중적 정체성을 가지고 있다. 이들은 상호 배제하지 않으면서, 다양한 차원과 수준에서 작동하는 건강의 사회적 결정요인들을 다룬다.
 - ① 보건 및 비보건 영역에 대한 기획 (planning): 지방정부는 지역보건의료 계획은 물론 도시개발 계획 등 지역과 관련한 전략을 수립하고 기획하는 역할을 한다. 이는 시민들의 생활환경에 전반적인 ‘방향성’과 ‘틀’을 제시한다는 점에서 근본적 중요성을 갖는다. ‘건강불평등 완화 전략 수립’도 이러한 기능에 해당하는 것으로, 비 보건의료 영역의 기획도 직·간접적으로 건강에 중요한 영향을 미친다.
 - ② 보건 및 사회서비스의 직접 공급자 (provider): 지방정부는 시립병원, 보건소, 혹은 어린이집과 유치원, 요양시설 등을 직접 소유·운영하고 보건 및 사회 서비스를 제공한다. 또한 보건소를 통해 금연 프로그램, 비만 사업 등 공중보건 프로그램들을 직접 제공하기도 한다. 물론 이러한 보건 및 사회서비스들의 상당 부분이 민간을 통해 공급되며, 수량적 측면에서 지방정부의 직접 공급은 미미한 수준임은 사실이다. 하지만 공공 공급자들은 해당 서비스의 공공성을 유지하고 모범을 제시하며 선도하는 ‘유의미한 소수’의 지위를 갖는다.
 - ③ 영향력 있는 구매자 (purchaser) 혹은 위탁자 (commissioner): 또한 지방정부는 다양한 소비재와 서비스의 대량구매자이자 영향력 있는 위탁자이기도 하다. 요양, 장애인 활동보조, 보육 등의 사회서비스는 지방정부의 위탁을 거쳐 민간에서 제공된다. 따라서 서비스의 질이나 이곳에서 일하는 노동자들의 근로환경에 대해



지방정부는 직접적인 영향력을 행사할 수 있다. 또한 공무원들이 사용하는 문구 구매에서부터 대형 공사 발주에 이르기까지, 지방정부는 지역 내 영향력 있는 구매자이기도 하다. 예컨대, 지방정부가 발주하는 건물 공사에 수주하기 위해서는 노동자들의 안전보건 조건을 완비해야 한다던가, 청사 내 급식으로는 친환경 농산물을 우선적으로 사용해야 한다는 규정 등은 직접적·간접적으로 시민들의 생활과 건강에 영향을 미칠 수 있다.

- ④ 고용주: 지방정부는 또한 스스로 고용주이기도 하며, 특히 일부 지역에서는 가장 큰 고용주인 경우도 있다. 그리고 정규직 공무원들 뿐 아니라 파견/용역/하청/위탁업체 노동자들의 원청 고용주로서 유의미한 영향력을 행사할 수 있다. 이를테면 직무스트레스 문제, 산하 의료기관 보건의료 노동자들의 교대근무 문제, 시설관리 노동자들을 위한 휴게시설 확보 등 다양한 측면의 안전보건 문제와 최저임금 보장, 고용안전성 보장 등에 실질적인 영향력을 미칠 수 있다. 이러한 영향력은 해당 노동자 뿐 아니라, 민간부문에도 파급력을 미친다는 점에서 중요하다.
- ⑤ 집행 (enforcement) 혹은 규제 (regulation): 지방정부의 가장 일상적인 기능 중 하나가 바로 집행과 규제 기능이다. 식품안전과 소방안전은 물론, 공공장소 흡연 규제, 상하수 처리와 폐기물 수거 같은 일이 모두 지방정부의 역할이다. 이들은 외형적으로 크게 부각되지는 않지만 시민들의 일상을 유지하는 기능으로써, 시민들의 건강과 안전에 밀접하게 관련되어 있다.
- ⑥ 정치적 리더십 혹은 지렛대 역할: 지방 정부는 해당 지역 내에서 다양한 이해당사자와 조직/기관들을 포괄하고 조율하는 정치적 리더십을 갖는다. 지방정부가 지역 내 모든 현안을 직접 다루거나 모든 서비스를 제공할 수는 없기에 공공과 민간 부문들 사이에서 리더십을 발휘하고 조율하는 역할은 매우 중요하다. 다양한 측면의 사회적 결정요인을 다루기 위해 이러한 리더십은 필수적이다. 뿐만 아니라 지방 정부의 선도적인 활동은 중앙정부나 전국적 차원의 변화를 이끌어낼 수 있는 중요한 지렛대가 될 수 있다. 특히 한국사회에서 ‘서울’은 그 규모나 역



사적·정치적 상징성에서 특별한 지위를 갖는다. 서울시의 선도적 활동과 모범사례들은 다른 지방 정부와 자치단체로의 확산, 중앙정부의 움직임을 이끌어내는 큰 원동력이 될 수 있다.

- CSDH (2008)는 건강의 사회적 결정요인을 다루고 건강불평등을 완화시키기 위해 ‘강력한 공공부문 (strong public sector)’의 역할이 중요하다고 강조한 바 있다. 지방정부야말로 바로 그러한 공공부문의 중요한 일부분이다. 그림 4는 개인의 생활습관, 지역사회 환경, 지역 경제, 일상생활, 인공환경과 자연환경, 지구적 생태체계라는 건강의 사회적 결정요인들 각 부문에 대해 지방정부가 기여할 수 있는 활동들 일부를 보여준다 (Campbell, 2010) (그림 4)
- 이러한 활동들은 바로 앞에서 기술한 지방정부의 다양한 역할과 기능을 통해 이루어지며, 현재 서울시의 모습 또한 이와 크게 다르지 않다. 그림 5는 서울시의 주요 시정분야를 나타내며, <부록 1>은 서울 시민의 생애주기에 맞춰 시행되고 있는 주요 정책/사업/프로그램들을 서울시의 역할 정체성에 근거하여 보여주고 있다 (그림 5, 부록 1).



그림 4 영국 IDeA 정책보고서에 소개된 건강불평등 관련 지방정부의 역할



그림 5 서울시의 주요 시정 분야 (출처: 서울시 누리집)



3. 영국 사례 소개

- 영국은 건강불평등에 대한 연구 및 정책과 관련하여 세계적으로 상당히 선도적인 위치를 차지하고 있다. 이를테면, 1980년의 블랙리포트 발간이 전 세계적으로 건강불평등에 대한 관심을 촉발시키는데 중요한 역할을 했음은 이미 주지의 사실이다. 또한 1997년에 집권한 노동당은 ‘건강불평등 완화’를 주요 정책의제로 채택했는데, 이렇게 건강문제와 사회공정성 이슈를 주요 정책 의제로 채택한 것은 세계적으로도 드문 사례였다. 그 후 영국 정부는 건강불평등 완화를 위해 다양한 사업과 정책들을 개발하고 시행하는 데 앞장서왔다. 현재는 지난 전략에 대한 평가 작업과 더불어 새로운 포괄적 전략을 개발하고 시행하는 단계에 와 있다. 예컨대 잉글랜드 정부의 경우, WHO CSDH 위원장을 맡았던 Michael Marmot 교수에게 지난 건강불평등 사업을 평가하고 2010년 이후의 목표 설정과 전략을 마련하는 보고서를 의뢰한 후, 그 결과를 실천에 옮기고 있다. 스코틀랜드 정부 또한 이와 유사한 독자적인 건강불평등 완화 전략을 갖고 있다. 뿐만 아니라 런던 같은 광역시, 그리니치 같은 지자체 수준에서도 자체의 건강불평등 완화 전략을 개발하고 시행 중이다.
- 런던 시 같은 지방정부의 건강불평등 완화 전략에 대해서는 맥락에 대한 이해가 필요하다. 유명한 존 스노우 (John Snow)의 콜레라 예방조치가 보여주듯, 역사적으로 영국에서는 지방정부가 공중보건 관리의 최전선에서 중요한 역할을 수행해왔다. 하지만 NHS (National Health Services, 국립보건서비스) 제도가 확립되면서 보건과 관련한 지방 정부의 역할이 대폭 축소되었다. 특히 1974년에 개정된 법안은 지방정부가 맡던 공중보건 활동의 상당부분을 NHS로 이전시켰다. 하지만 NHS는 보건의료 서비스 이외의 건강결정요인을 다루는 데 분명한 한계가 있었다. 이를테면, 1998년 발표된 Acheson의 보고서는 건강불평등 완화를 위해 39개 권고를 제시했는데, 이 중 단 세 가지만이 NHS와 관계있는



것들이었다. 이후 2000년에 지방정부법 (Local Government Act 2000)이 제정되면서, 사회·경제·환경에서의 안녕을 도모할 힘이 다시 지방정부에게 부여되었다. 이에 따라 지방정부의 공중보건 역할 또한 새롭게 강조되고 있다 (Campbell, 2010).

- 이 보고서에서 소개하는 IDeA의 활동이나 런던의 건강불평등 완화 전략도 이러한 맥락에서 이해할 필요가 있다. 이들의 보고서나 전략은 전혀 새로운 것이거나 특별한 예외적 사례라기보다 WHO CSDH의 권고, Marmot Review에 기초하여 국가 전체적인 건강불평등 전략 틀이 구성된 가운데, 지방 정부 차원에서 이를 어떻게 구현할 것인가에 집중하고 있다. 따라서 전략의 원칙, 핵심 주제와 영역들은 이들 권고와 리뷰가 제시한 것들과 동일하며, 다만 지역에서 해결가능한 문제의 수준과 범위를 재규정하고, 파트너십 구축과 기존 사업/조직들과의 연계 같은 현지화·맥락화에 특별히 초점이 맞추어진 것이라 보면 된다 (표 1 참조).



표 1 건강불평등 완화를 위한 정책 권고들의 비교

WHO CSDH (2008년)	Marmot 리뷰 (2010년)	런던 시 전략 (2010년)
<ul style="list-style-type: none"> • 아동기: 공정한 출발 • 공정한 고용과 괜찮은 일자리 • 건강한 장소와 건강한 사람들 • 생애과정에 걸친 사회적 보호 • 보편적 의료 보장 	<ul style="list-style-type: none"> • 모든 어린이에게 최선의 출발 제공 • 모든 어린이, 청년, 성인들의 잠재력 극대화하고 삶의 통제력 강화 • 모두에게 공정한 고용과 괜찮은 일자리 제공 • 모두에게 건강한 삶의 표준 보장 • 건강하고 지속가능한 장소와 지역사회 • 불건강 예방의 역할과 영향을 강화 	<ul style="list-style-type: none"> • 개인과 지역사회의 역량 강화 • 양질의 보건 및 사회서비스에 대한 공평한 접근 • 소득불평등과 건강 • 건강, 일, 안녕 • 건강한 장소



3.1. IDeA의 <건강의 사회적 결정요인과 지방정부의 역할> (2010) 보고서

- IDeA¹⁾는 지방 정부의 개선과 혁신을 지원하는 정부 기구이다. IDeA는 지역의 모범 사례들을 개발하고 공유하기 위해 지방정부 당국 및 파트너들과 협력하며, 활동은 주로 네트워크, 온라인 커뮤니티와 웹 리소스를 통해 이루어진다. 이들은 지방의회 의원들과 당국자들을 지원하고, 한편으로는 도전적인 문제제기자로서의 역할을 하기도 한다.
- IDeA가 우선순위로 삼고 있는 이슈에는 ① 어린이와 청년, ② 지역사회 안녕, ③ 문화, 관광, 스포츠, ④ 경제, ⑤ 환경, ⑥ 주거, ⑦ 혁신과 비용 대비 가치 (value for money), ⑧ 지역 리더십, ⑨ 더욱 안전하고 강한 지역사회, ⑩ 노동력 등이 포함된다. 이 중 ‘지역사회 안녕’이라는 영역은 ▶ 건강 리더십 (health leadership), ▶ 전략적 요구 평가, ▶ 건강 파트너십과 통합, ▶ 건강의 사회적 결정요인 등 다수의 하위 주제들을 포괄하고 있다. 이들 주제별로 다양한 근거 기반 지식과 정보들을 온라인 상에서 제공하는데, 여기에는 정부 및 비정부기구의 보고서와 학술자료들이 다양하게 포함되어 있다. 뿐만 아니라 필요한 경우 자체적인 연구를 통해 권고를 제시하기도 한다. 2010년에 발간된 <건강의 사회적 결정요인과 지방정부의 역할> 보고서도 이러한 자체 연구 결과물이다. 이 연구는 영국 보건부로부터 재정지원을 받은 ‘건강한 지역사회 (Healthy Communities)’ 프로그램의 일부였다. 당시 영국 보건부는 WHO CSDH 권고와 Marmot Review를 고려할 때 건강 수준 개선과 건강불평등 완화에서 지방정부의 역할이 중요하다는 것을 재확인하고 IDeA로 하여금 이를 개발하도록 지원했던 것이다.
- 이 보고서의 목표는 ① 건강 불평등 및 건강의 사회적 결정요인, 지방정부의 역

1) IDeA (Improvement and Development Agency)는 현재 ‘Local Government (LG) Improvement and Development’로 이름이 바뀌었다.



할에 대한 지방 정부 선출직과 공무원들의 인식을 제고하고, ② 건강의 사회적 결정요인을 다루기 위해 지방 정부에 역량과 잠재력, 확신을 구축하며, ③ 잉글랜드 전역의 지방 정부들이 건강불평등에 대한 Marmot Review와 건강의 사회적 결정요인을 인지하고, 자문에 효과적으로 기여할 수 있도록 보장하며, ④ 모든 지역 당국과 그 파트너들에게 지식과 학습을 확산시키는 것이다.

- 보고서는 앞에서 소개한 < Lyons 보고서 > (Lyons, 2007)가 제시한 ‘place shaper’라는 개념을 채택했다. 이에 근거하여 건강의 사회적 결정요인과 관련한 지방정부의 역할을 강조하면서 바람직한 활동 영역, 지역적 접근 사례, 활용가능한 도구들을 소개했다. 여기에서 권고한 내용들은 NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence)에서 발간한 공중보건 근거 (public health guidance)들에 기초하고 있다.
- 보고서는 지방자치 단체가 스스로 건강증진 역할을 최상위의 것으로 생각하지 않거나 중점 사업으로 고려하지 않는 것이 일차적인 문제라고 지적했다. 그러면서 건강과 관련한 사회적 결정요인의 중요성, 이를 다루는 지방정부의 역할을 강조하고 있다. 다루고 있는 주요 주제는 ① 어린이 서비스, ② 성인기 사회적 돌봄, ③ 기획과 교통, ④ 주거, ⑤ 환경 서비스, ⑥ 문화와 스포츠, ⑦ 고용과 지역경제 등이다. 한편 지역적 접근 사례로 그리니치 (Greenwich)와 북동린커셔 (North East Lincolnshir) 시의 경험을 소개했으며, 건강한 지역사회를 위한 수단 (tool)으로써 정보 활용, 소셜 마케팅, 규제/단속, 건강영향평가, 감시 등을 설명하고 있다.
- 보고서에 소개된 그리니치 시 건강증진 전략 (‘보다 건강한 지역사회 전략, healthier communities strategy’)의 핵심 구성요소인 ‘건강: 모든 이의 비즈니스 (Health: Everyone's Business , HEB)’ 프로그램은 주목할 만하다. 이는 일종의 건강증진 입문 교육과정이라 할 수 있는데, 의회 각 부처의 의사결정 위치에 있는 스태프들에게 건강 증진을 위한 지식, 기술, 언어를 교육하는 것이다.2) 이는



모든 정책 결정에서 건강에 대한 영향을 고려하는 것은 의회 부처의 의사결정 자라는 전제에 기초하고 있다. 교육 과정의 이수자들이 이후 의회의 모든 부처에 걸쳐 건강증진의 핵심 그룹으로 자리 잡도록 돕는 것이 이 프로그램의 목표이다. 코스는 월 1회, 총 6개월에 걸쳐 이루어지며, 과정생들은 강의와 워크숍, 프로젝트 과제 등에 참여한다. 주목할 점은 이 코스의 참가대상이 보건-복지 관련 부서가 아니라 전체 부처의 당국자들이라는 점이다. 참가자들은 프로젝트 과제를 통해 각자 자신의 업무와 관련하여 긍정적인 건강 영향을 탐색하고 제시할 것을 요구받는다. 지금까지의 코스 이수자들은 프로그램을 상당히 긍정적으로 평가했으며, 파트너십이 있는 민간부문에 확대할 것을 제안한 것으로 알려졌다.

-
- 2) 영국은 지방정부도 내각제 방식으로 작동하기 때문에, 의회 각 부처와 행정부서와 밀착성이 높으며, 중요한 의사결정이 의회-내각을 통해 이루어짐을 이해해야 한다.



3.2. 런던시의 건강불평등 전략

- 1999년에 제정되어 런던 광역시의 역할과 권한을 법제화한 Greater London Authority Act가 2007년에 개정되면서 ‘건강’ 절에 건강불평등 관련 조항 (22-24조)이 추가되었다.³⁾ 이는 건강불평등 완화와 관련하여 런던 시와 시장의 역할을 규정하며, 관계있는 기구 혹은 개인들이 누구인지를 명시하고 있다. 여기에는 시 당국과 NHS 관련 기구는 물론 의회 (the Common Council & any London borough council), 건강 자문관 (health adviser) 등이 포함된다. 또한 건강 불평등의 조작적 정의와 더불어, “일반적인 건강결정요인 (general health determinants)”도 정의하고 있다. 이는 “기대여명이나 건강상태에 영향을 미칠 수 있는 요인들 중 유전적이거나 생물학적이 아닌 것”으로 (a) 주거 기준, 교통 서비스, 공공안전, (b) 고용전망, 소득능력과 번영 수준에 영향을 미치는 다른 요인들, (c) 공공서비스에 접근하기 쉽거나 어려운 정도, (d) 담배, 알코올, 혹은 다른 물질 등 건강에 해롭거나 해로울 수도 있는 개인의 행동과 생활습관 등이 포함된다.
- 법안은 첫 부분에 ‘시장은 “건강불평등 전략 (The London Health Inequalities Strategy)”이라고 알려진 문서를 준비하고 출판해야 한다’고 명시했다. 2008년 5월에 임기를 시작한 Boris Johnson 시장은 이에 따라 2010년 4월에 전략 보고서를 출간했다. 보고서는 2020년까지 매 4년마다 지속적으로 업데이트해야 하며, 중단기별로 구체적인 실행계획을 담은 ‘추진 계획 (Delivery Plan)’을 함께 펴내어야 한다. 첫 전략보고서와 같은 시기에 출판된 1차 추진계획 문서는 우선 2012년까지의 구체적인 사업계획들을 담고 있다.⁴⁾ 2010년에 출판된 전략보고서의 주요 내용은 다음과 같다 (표 2).

3) <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2007/24/contents>

4) The London Health Inequalities Strategy: First Steps to Delivery to 2012



표 2 런던 건강불평등 완화 전략 보고서의 목차

<p>1부: The case for action</p> <p>1.1. 왜 런던은 건강불평등 전략을 필요로 하는가?</p> <p>1.2. 도전과제: 런던의 건강불평등</p> <p>1.3. 건강불평등을 완화시키기 위해 무슨 일이 일어나야 하는가?</p> <p>1.4. 이 전략을 통해 우리는 무엇을 달성하고자 하는가?</p> <p>2부. 시장의 전략 목표</p> <p>2.1. 목표1: 개인과 지역사회의 역량강화</p> <p>2.2. 목표2: 양질의 보건 및 사회서비스에 대한 공평한 접근</p> <p>2.3. 목표3: 소득불평등과 건강</p> <p>2.4. 목표4: 건강, 일, 안녕</p> <p>2.5. 목표5: 건강한 장소</p> <p>3부. 전달과 평가</p> <p>3.1. Cross-cutting commitments</p> <p>3.2. 핵심 파트너들</p> <p>3.3. 리더십과 전달</p> <p>3.4. 지식과 학습</p> <p>3.5. 수도와 런던시민들 사이의 리더들에 대한 시장의 도전</p>
--

● 런던 건강불평등 전략의 목표는 모든 런던 시민의 안녕을 증진시키고, 최고 및 최저 수준의 건강을 가진 이들 사이의 격차를 감소시키는 것이다. 이를 위해 다음과 같은 5개 목표 영역을 설정했는데, 이는 앞서 소개했듯 Marmot Review 및 WHO CSDH 권고에 기초하고 있다.

- ① 목표 1 “역량강화” - ▶ 부모역할과 초기발달, ▶ 런던시민들이 보다 건강한 행태를 채택하도록 지원, ▶ 교육과 생활기술, ▶ 지역사회 역량강화, ▶ 공공부문 참여 (특히 자원활동 및 지역사회 부문의 역할 중요하며, 시장을 중개하는 역할 할 수 있어야 함)
- ② 목표 2 “공평한 접근” - ▶ 보건 및 사회서비스 위탁, ▶ 위탁과 전달을 지원하기 위한 지역 파트너십, ▶ 보건 및 사회서비스에 대한 문화적, 태도 관련 장벽 제거, ▶ 정신보건, ▶ (무급, 비공식) 돌봄 제공자에 대한 인정, ▶ 접근하기 어



럽거나 배제된 집단, ▶ 서비스 접근의 물리적 장벽 제거

- ③ 목표 3 “소득 불평등 완화” - ▶ 실업과 저임금 문제 (런던 생활 임금은 전국 최저임금보다 높아야 함), ▶ 유급노동에 종사하지 않는 이들 (실업자, 연금생활자)에 대한 건강 소득 (healthy income) 보장, ▶ 건강한 가구 소득 (healthy household income - 건강생활 최저소득) 보장, ▶ 삶의 이행기에 있는 시민들을 위한 더 나은 재정적 조언과 지원, ▶ 건강 생활습관의 비용 부담 가능성 증진
- ④ 목표 4 “일” - ▶ 작업현장의 건강과 안녕 (특히 직무 스트레스와 통제권), ▶ 잔류와 회복 (병가 후 일자리 복귀), ▶ 유급 노동 외부에서의 근로 (특히 돌봄 노동)
- ⑤ 목표 5 “장소” - ▶ 괜찮은 주거 기준 (Decent Homes Standard - 특히 연료빈곤 문제 초점), ▶ 새로운 주택과 도시계획, ▶ 도시 재개발, ▶ 지역사회 안전, ▶ 가까운 열린 공간 (공공 화장실 문제, 어린이/노인 접근성)

- 이러한 목표들을 달성하기 위한 핵심적 접근법으로 다양한 정부 내 부처들 사이에서 건강불평등 문제를 주류화시키고 부처 간, 또 민간부문과의 협력을 증진하는 것을 제시했다. 구체적으로 런던 시 혹은 시장은 다음과 같은 다섯 가지 임무를 갖는다. ① 건강불평등을 완화시키기 위해 지역의 비전과 리더십을 제공하고 전략적인 파트너십 액션을 지원한다. ② 지역 리더십의 전문성과 역량 개발을 지원하여 건강불평등 완화를 위한 효과적인 조치에 영향을 미치고 이를 보장할 수 있도록 한다. ③ 건강불평등에 대한 고려가 전략, 프로그램, 투자 결정에 체계적으로 뿌리박히도록 보장한다. ④ 목표로 삼는 건강불평등 결과를 구체적으로 선정하고, 건강의 사회경제적 결정요인에 영향을 미치는 전략과 프로그램에 프로그램 특이적 목표치를 개발한다. ⑤ 효과적인 중재의 강력한 근거 기반과 건강불평등 조치의 경제적 사례를 구축하고, 공개적으로 학습을 공유하며 지식을 구축한다.



- 건강불평등 완화 전략과 관련된 핵심 파트너들로 the Greater London Authority, London Assembly, London Health Commission, Health Adviser to the GLA, NHS in London, Local governments 들을 언급했다. 시장은 이러한 관련자와 주요 주체들이 참가하는 연례 ‘시 건강불평등 최고회의 (City Health Inequalities Summit)⁵⁾를 주재하는 역할도 맡는다. 한편 지식 및 학습과 관련하여 ① 변화를 위한 정보 생산, ② 학습과 역량 강화의 수단으로 건강영향평가와 건강불평등 영향평가 등을 제시하고 있다.
- 2012년까지의 추진계획은 앞서 서술한 5개 목표 영역별로 ① 세부 목표, ② 구체 실행 목표, ③ 1단계 접근, ④ GLA 핵심그룹 이외에 파트너를 삼아야 할 대상, ⑤ 기타 관련된 전략이나 프로그램들을 일목요연하게 기술하고 있다. 일례로 “목표 1 역량강화” 영역의 첫 번째 세부 목표인 “부모역할과 초기발달”의 경우 다음과 같이 정리되어 있다 (표 3).

5) 실제로 2010년 11월 1일에 Health Leadership Summit이 처음으로 개최되었으며 2백 명 이상의 NHS, 정부, 민간 부문의 리더들이 참여했다.



표 3 런던 건강불평등 완화 전략의 2012년 추진 계획 사례

시장의 임무	2012년까지 실천	첫 단계	핵심 GLA 팀 이의 파트너들	기타 전략/프로그램		
(전략 목표 제시)	(정책 목표 제시)	(1단계 구체 목표 제시)	(관련 주체 기술)	(관련 프로그램 나열)		
1. 효과적인 부모 역할, 조기 발달, 젊은이들의 정서적 건 강과 학습 자세를 증 진한다.	1.1. 초기 생 애와 가족을 위해 통합적 해결책의 전 달을 증가하 고 개선한다.	1.1.1. 부모들이 효과 적으로 자녀 건강을 증진시키도록 지원 하는 방식들을 포함 하여 변화를 위한 그들의 우선순위를 확인하는데 참여시 킨다.	<ul style="list-style-type: none"> • Marmot review team • Regional Public Health Group (RPHG) • Primary Care Trusts (PCTs) • Directors of Children's Services • Children's Trusts • NHS London, • Voluntary & Community Sector partners • Government Office for London (GOL) 	<ul style="list-style-type: none"> • Early Child Matters • Sure Start programme, • Total Place pilots • Olympics Host Boroughs Strategic Regeneration Framework, • The Child Health Strategy: Healthy Lives, Brighter Futures 		
		1.1.2. 가족을 지원하 고 조기발달을 촉진 하기 위해 통합된 공공서비스 증재의 전달을 개선한다				
		1.1.3. 조기발달 전문 가 라운드 테이블을 통해 파트너들이 행 동하도록 촉구한다.				
	1.2. 청년의 정서적 복원 력에 가장 큰 차이를 야기하는 보 다 조기 중 재 쪽으로 투자를 이전 한다.	1.2.1. 청년들이 그들 의 문제와 우선순위 를 확인하는데 참여 시킨다			<ul style="list-style-type: none"> • Mental Health Stusts • RPHG • NHS London • PCTs • Boroughs 	<ul style="list-style-type: none"> • NHS Healthcare for London - and Intergrated Strategic Plan 2010-2015 • Mental Health & Children's Health care Pathways • Oracle Programme • London Child Poverty Commission Legacy Plan
		1.2.2. 우선순위에 동 의하고 투자 이동에 대한 business case를 제시한다.				
		1.2.3. 정신보건 및 정서적 복원력 전문 가 라운드 테이블을 통해 파트너들의 행 동을 촉구한다.				





Ⅲ. 서울시 건강불평등 현황

1. 서울시의 건강불평등 현황과 주요 건강문제

- 서울은 전국의 다른 지역들과 비교할 때 상대적으로 양호한 건강수준을 보인다. 2009년 사망등록자료에 기초할 때, 연령표준화 사망률 (/10만 명)은 16개 시도 중 가장 낮아서 전국 420.5명에 비해 361.3명에 불과하다. 하지만 서울 안에서도 건강불평등 수준은 상당하다. 이를테면 서울시 25개 구별로 연령표준화사망률을 비교해보면, 총사망률이 가장 낮은 서초구 (280명)에 비해 가장 높은 금천구 (399명)의 사망률은 약 1.4배, 평균적으로 10만 명 당 1백명 이상의 초과 사망이 발생하는 것으로 나타난다. 이러한 구별 격차는 3대 사인인 암, 순환기 질환, 외인 (손상) 모두에서 정도의 차이는 있지만 비슷하게 관찰된다 (표 4).



표 4 서울시 25개 구별 연령표준화 사망률 (/10만 명), 2009년

순위	총사망	암	순환기	외인
1	서초 280.4	서초 87.8	서초 56.3	서초 32.5
2	강남 305.8	강남 92.6	강북 60.2	강남 36.2
3	송파 320.3	동작 103.8	강남 60.7	동작구 36.7
4	광진 346.5	강서 104.0	송파 61.0	송파구 38.1
5	용산 349.4	양천 104.7	용산 65.6	서대문 40.9
6	동작 350.1	송파 106.6	성동 66.1	양천 42.2
7	양천 352.5	성동 108.1	도봉 66.4	광진 43.7
8	도봉 354.3	동대문 108.1	광진 66.7	마포 43.8
9	성동 358.3	광진 108.7	성북 67.7	강서 45.0
10	종로 360.0	용산 108.9	종로 71.1	은평 45.9
11	성북 362.0	마포 109.5	은평 74.7	도봉 46.0
12	서대문 364.1	영등포 109.9	동작 77.4	노원 47.9
13	마포 364.5	금천 110.4	영등포 77.8	성북 48.0
14	영등포 367.7	도봉 112.6	강동 78.8	용산 49.1
15	강서 373.8	중랑 112.7	노원 81.0	구로 49.2
16	강동 376.5	은평 114.4	동대문 81.4	관악 49.9
17	은평 380.7	관악 114.5	관악 82.5	강동 50.3
18	관악 382.0	서대문 114.9	중랑 85.0	영등포 50.7
19	동대문 383.7	노원 115.7	중 85.9	종로 51.3
20	강북 384.2	중 115.8	구로 86.1	성동 51.7
21	구로 387.8	강동 115.8	양천 86.3	동대문 52.4
22	중 393.0	종로 116	강서 87.3	중 52.6
23	노원 393.1	성북 117.4	서대문 88.4	중랑 52.9
24	중랑 395.5	구로 119.9	금천 88.5	강북 53.4
25	금천 399.5	강북 121.5	마포 90.2	금천 53.6
서울	361.3	109.8	75.4	45.7
전국	420.5	121.9	90.1	60.3

- 또한 2004-2006년 동별 표준화 사망비를 분석한 연구에 따르면, 서울시 내에서 사망비가 가장 낮은 동 (38.6)과 가장 높은 동 (138.4) 사이의 격차는 3배가 넘는다. 518개 동의 표준화 사망비 평균이 84.0인데, 표준편차 13.4, 변이계수 (coefficient of variation) 16.0으로 변이가 상당히 크다. 규모가 큰 구 단위로 분석했을 때보다, 지역 주민의 동질성이 좀더 강한 동 단위로 분석할 때 불평등이 더욱 두드러지는 경향이 있다 (김지현 등 2008).



- 서울시에 거주하는 개인들 사이의 사망 불평등을 살펴본 연구는 많지 않다. 이를테면, 서울시에 소속된 공무원 및 사립학교교직원 건강보험 피보험자 남성을 대상으로 한 이무송 등의 연구 (2003)가 있는 정도이다. 이 연구에 따르면 낮은 교육수준, 비전문직에서 사망률이 더 높았다. 하지만, 전국 수준 자료를 분석한 연구들은 매우 풍부하며, 이 연구들은 일관되게 학력이나 직업계층, 소득수준이 낮을수록 사망률이 높고 기대여명이 짧다고 보고했다. 그리고 이러한 격차는 최근 10여 년 동안 거의 감소하지 않은 것으로 알려졌다. 서울시의 현황은 이와 크게 다르지 않을 것으로 추정된다.
- 서울뿐 아니라 전국적으로 건강불평등 완화와 관련하여 특히 주목해야 할 문제는 흡연, 만성질환의 예방 및 관리 서비스, 자살이다. 우선 흡연은 건강불평등 문제 뿐 아니라 공중보건 전체적으로 가장 중요한 건강위험이다. 국내 연구들에 의하면 현재 흡연자의 총 사망률은 비흡연자에 비해 1.3배 (1.1-1.5), 모든 종류의 암에 의한 사망률은 1.6배 (1.1-2.2), 폐암 사망은 3.9배 (1.9-7.7) 높다 (Lee et al. 2010). 총사망에 대한 흡연의 지역사회 기여위험도는 남성 30.7%, 여성 5.7%에 달한다 (Jee et al. 2005). 특히 젊은 연령일수록 흡연의 기여도가 크며, 심혈관질환과 허혈성 심질환의 약 30%가 흡연 때문에 발생하는 것으로 알려져 있다 (Khang et al. 2008). 뿐만 아니라, 소득 계층 사이에 나타나는 사망 격차의 상당 부분을 흡연률 차이로 설명할 수 있다. 이를테면 30-44세 남성들에게서 관찰되는 상대적 사망 불평등의 8.6%, 절대적 사망 불평등의 36%가 흡연 차이에서 비롯되며, 심혈관 질환으로 인한 사망에서도 상대 불평등의 15.9%, 절대 불평등의 46.9%가 흡연에서 비롯되었다 (Khang et al. 2008). 이는 흡연 문제의 개선이 전반적인 건강수준 향상과 불평등 완화에 매우 중요하며, 낮은 사회경제적 집단의 흡연 감소에 특별한 노력이 기울여져야 함을 시사한다.
- 사망원인의 1~3위를 차지하고 있는 암과 뇌혈관질환, 심장질환으로 인한 사망을



감소시키기 위해서는 일차적으로 흡연을 비롯한 건강행태의 변화가 중요하지만, 암 조기검진과 고혈압·당뇨의 관리 같은 2차 예방 또한 중요하다. 이러한 2차 예방의 건강불평등 영향에 대해서는 아직 충분한 연구가 이루어져 있지 않지만, 2차 예방실천에 불평등이 존재한다는 보고는 존재한다. 이를테면 학력이 낮을수록 자궁경부암 조기검진 수검률이 낮으며 (장숙량 등 2007), 노인들의 예방검진 서비스에서도 사회경제적 격차가 뚜렷하게 관찰되었다 (천희란, 김일호 2007). 한편 서울지역에서 1997~2005년 사이 건강검진 수검률 추이를 분석한 연구에 따르면, 사회계층간 불평등이 감소하기는 했지만 여전히 존속하는 것으로 나타났다 (전은정 등 2007).

- 한편 자살은 불평등 문제를 차치하더라도 한국인의 기대여명 증가를 가로막는 주요 건강문제라는 점에서 매우 중요하다. 손상에서 비롯된 사망률은 1996-2006년 동안 전체적으로 무려 30%나 감소했지만, 자살만은 유독 증가하고 있다 (Hong et al. 2011). 더욱 중요한 점은 이러한 자살률 변화가 인구학적 속성이나 사회경제적 위치에 따라 불균등하게 일어났다는 사실이다. 우선 가장 두드러진 것은 노인집단이다. 전 연령군에서 자살 사망이 증가한 가운데, 노인 집단의 자살률 증가는 어느 연령군보다 두드러진다 (Kim et al. 2010). 또한 국내 연구들은 자살의 사회경제적 불평등을 매우 일관되게 보고해왔다. 학력수준이나 (Kim et al. 2010; Lee et al. 2009) 직업계층이 낮을수록 (홍성철 등 2003), 거주지의 박탈 수준이 높을수록 자살사망률이 높을 뿐 아니라, 1995~2005년 사이에 남녀 모두에서 학력계층 간 자살 사망률의 절대적, 상대적 불평등의 크기가 커졌다 (Kim et al. 2010). 또한 1998-2007년 사이 소득수준에 따른 자살생각과 시도의 집중계수는 일관되게 고소득층에 유리한 형태로 나타났을 뿐 아니라 10년 간 그 크기가 두 배 증가했다 (Hong et al. 2011). 이러한 연구결과들은 전체적인 기대여명의 증가와 불평등의 감소라는 두 가지 측면 모두에서 자살문제가 중요함을 보여준다.



2. 건강의 사회적 결정요인

- 이러한 건강불평등을 낳는 사회적 결정요인들은 WHO CSDH가 설명한 대로 사람들이 태어나고 성장하고 살아가며 일하고 나이 들어가는 일상생활 환경에서 작동한다. 또한 건강불평등은 사회경제적 불평등의 결과물이라는 점에서, 건강 불평등 현상을 이해하고 대책을 마련하기 위해서는 기저의 사회불평등, 건강의 사회적 결정요인에 대한 이해가 필요하다.
- 우선 주의를 기울여야 할 요인은 아동기 환경이다. 아동기는 ‘4D’ - 발달 취약성 (developmental vulnerability), 의존성 (dependency), 차별적 이환 (differential morbidity), 인구학적 차이 (difference in demographics)를 특징으로 갖는다. 따라서 성인에 비해 외부환경과 사회경제적 불평등에 더욱 취약하기 쉽다 (Halfon et al. 2010). 그리고 그 영향은 아동기에만 한정되는 것이 아니라 이후 생애과정 전체에 작용한다. Heckman은 특히 인지능력이 집중적으로 발달하는 초기 아동기 환경의 중요성을 강조하며 투자의 필요성을 적극적으로 강조한 대표적 경제학자이다. 그는 사람의 생애 전체에서 초기 아동기의 결정적 중요성을 고려할 때, 이 시기의 투자에는 형평성-효율성의 저울질 자체가 불필요하다고 주장한 바 있다 (Heckman 2008). 이러한 논의는 건강자본 (health capital) 개념으로 확장할 수 있다. 실제로 성인기 건강불평등을 탐구한 많은 연구들은 아동기 환경의 중요성을 반복적으로 확인했다. 예컨대 아동기에 경험한 사회경제적 박탈이 중년 이후 심혈관계 질환의 발병 위험을 높인다는 것이다 (Lynch & Smith 2005). 국내 일부 연구들도 이러한 건강 결과를 실증적으로 확인한 바 있다 (예, Song et al. 2003; Song & Sung 2008; 서제희 등 2010). 현재 어린이들이 사회경제적인 조건에 따라 경험하는 환경에서의 차이는 매우 분명한 것으로 나타난다 (김명희 등 2011). 또한 부모의 사회경제적 위치에 따라 자녀들의 상급학교 진학기회를 비롯하여 삶의 기회에서 구조적인 격차가 발



생하고 있다는 사실은 이미 국내의 수많은 학술지와 보고서, 언론보도 등을 통해 반복적으로 확인된 바 있다.

- 또 다른 중요한 건강의 사회적 결정요인은 소득과 자산으로 표현되는 물질적 조건이다. 우선 소득은 물질적 조건의 가장 직접적인 척도로서, 주택처럼 건강과 관련된 환경 확보를 위한 지출, 식품이나 자전거 구입처럼 건강과 관련된 상품과 보건의료 같은 서비스를 구매하는 데 드는 비용으로 쓰일 수 있다. 뿐만 아니라 재정적 안정을 확보할 수 없는 상태에서 나타나는 불안감이나 타인과의 비교에서 오는 사회심리적 박탈감도 작지 않은 영향요인이다. 자산 혹은 부(富)는 즉각적인 소득에 비해 보다 안정적이며 장기적인 안전망 역할을 하는 축적된 자원으로 이해할 수 있다 (Berkman & Kawachi 2003). 이를테면 현금 소득의 차이가 본인부담금과 관련한 일상적인 보건의료 서비스 구매의 차이를 가져올 수 있다면, 저축이나 금융자산 같은 자산의 차이는 중대상병에 대한 치료접근성, 혹은 이후 경제적 파산 여부에 중요한 영향을 미칠 수 있다.
- 소득 불평등의 주요 동인이 분절화된 노동시장이라는 점은 잘 알려져 있다. 대기업과 중소기업, 수출기업과 내수기업, 정규직과 비정규직 사이의 임금격차는 매우 뚜렷하다. 특히 비정규 고용은 근로빈곤층이 증가하는 주요 원인 중 하나이며, 고용안정성, 임금, 부가급여, 작업장 안전보건 측면에서 구조적인 불이익에 직면해있다 (방하남 등 2004). 이러한 고용형태에 따른 건강격차는 이미 국내외에서 수많은 연구논문들이 발표되어 있다.
- 한편 국내에서 부/자산의 불평등도 매우 심각한 수준인데, 특히 1990년대 이후 소득과 자산의 불평등이 급격하게 심화되었다. 이러한 부의 불평등, 대개 부동산 자산의 불평등은 정부의 부동산 정책 실패와 지역불균등 개발전략에 전적으로 기인한 것이다 (방하남 등 2004). 이를테면 2001-2006년 사이에 집값이 올라 발생한 불로소득은 무려 648조원에 달하는데, 이 중 87%가 아파트 가격 상승에서 비롯되었고 그 중 57%는 서울지역에서 발생했다 (손낙구 2008). 한편



주택은 자산으로서의 의미뿐 아니라 일상을 보내는 주요 생활공간으로서 건강에 직접적인 영향을 미친다. 이를테면 과밀한 주거 환경이나 환기/냉난방 문제, 혹은 안전문제는 호흡기 질환과 전염성 질환, 폭력과 스트레스 등의 건강문제와 직접 관련이 있다. 옥탑방이나 지하방, 혹은 그보다 더 열악한 비닐하우스와 쪽방 등이 환기와 채광, 냉난방, 치안과 관련하여 많은 문제가 있음은 이미 잘 알려져 있다. 또한 고시원/원룸 등 최소주거 조건조차 충족하지 못하는 불안정 주거형태는 사생활보호 문제는 물론이거니와 각종 언론보도에서 드러나듯 치안에 매우 취약하다.

- 취약한 복지체계는 이러한 상황을 악화시키는 데 일조하고 있다. 이를테면 한국과 영국의 가계소비지출 불평등을 비교한 연구는, 두 국가에서 총 소비지출의 불평등 규모는 비슷하지만 교육비가 소비지출 불평등에서 기여하는 몫이 영국은 4%인데 비해 한국은 25%에 달한다고 지적했다. 마찬가지로 의료비가 불평등에 기여하는 정도도 한국이 영국의 3배에 달했다 (여유진, 김수정 2011). 다른 개발 국가들에 비해 한국의 사회보장 수준이 낮다는 사실 또한 이미 잘 알려져 있다. 따라서 가처분 소득의 상당부분을 이러한 서비스를 시장에서 ‘구매’하는데 지출해야 하며, 소득불평등으로 인해 나타나는 폐해를 완충하기는커녕 불평등을 더욱 악화시킨다고 할 수 있다.
- 뿐만 아니라 한국사회는 사회적 소수자에 대한 배제와 차별 또한 상당하다. 최근 서울시 학생인권조례 제정 과정에서 표출된 성적 소수자에 대한 노골적 혐오는 합리적인 문명사회라면 좀처럼 보기 힘든 것이었다. 실제로 세계가치조사에서 동성애의 정당성에 대한 국가별 인정 결과를 살펴보면, 조사에 참여한 OECD 국가들 중 한국은 이슬람 종교색이 강한 터키, 카톨릭 종교색이 강한 폴란드, 이탈리아와 함께 압도적인 비관용 그룹을 형성하고 있다. 또한 결혼 이주 여성이나 이주 노동자들에게 가해지는 혐오범죄와 차별 소식도 좀처럼 끊이지 않는다. 2011년, 전 세계를 경악하게 만들었던 노르웨이의 테러리스트가 가부



장제와 순혈주의의 이상국가로 한국을 지목했다는 점은 상징적이다. 이러한 차별과 배제가 피해 당사자들의 정신건강 뿐만 아니라 신체적 건강과 전반적 안녕에도 부정적 영향을 미친다는 점 또한 널리 알려져 있다 (Berkman & Kawachi 2003).

- 이 모든 상황들은 사람들이 건강에 도움이 되는 자원에 대한 접근성, 혹은 건강에 해를 미칠 수 있는 유해요인에 대한 폭로에서의 차이를 낳는다. 그리고 이것이 바로 건강불평등으로 이어진다.





IV. 서울시 건강불평등 완화 전략

1. 원칙과 선결조건

지금까지 살펴본 국내외 연구결과들과 전략보고서, 권고들을 종합할 때 서울시가 견지해야 할 건강불평등 완화 전략의 원칙과 선결조건은 비교적 분명하다.

- 첫째, 서울시의 선출직 공직자들과 핵심역량들은 건강불평등의 문제가 사회정의의 문제이며 인권의 문제임을 분명히 인식해야 한다. 건강불평등은 사회불평등과 별개의 현상이 아니라 사회적 불평등이 우리 몸에 발현된 결과일 뿐이다. 그리고 이는 결코 자연스러운 것도, 피할 수 없는 운명적인 것도 아니다.
- 둘째, 서울시는 건강불평등 문제의 해결을 위해 보다 근본적인 차원의 사회적 결정요인을 다루어야 한다. 건강불평등은 개인 대상의 생활습관 변화 프로그램이나 일회성 사업, 보건의료 서비스의 제공만으로는 결코 해결할 수 없다. 서울시의 모든 사업과 정책에 건강의 관점을 투영하는 전략 ('health in all policies'), '건강한 공공정책 (healthy public policy)'이 필요하다.
- 셋째, 건강불평등은 취약계층이나 빈곤층만의 특별한 문제가 아니라 전체 인구 집단에 걸쳐 단계적으로 존재한다. 따라서 '최저' 혹은 '최악'의 집단에게만 사업을 시행하는 것은 효과가 매우 제한적일 수밖에 없다. 서울시민 전체를 대상으로 하되, 가장 열악한 상황에 있는 이들에게 부가적이고 특별한 관심이 더해지는 '비례적 보편주의 (proportionate universalism)'를 원칙으로 삼아야 한다.
- 넷째, 서울시의 선출직 공직자들과 핵심역량들은 이러한 사회적 결정요인에 대한 중재와 관련하여 지방정부의 역할이 중요하다는 점을 인식해야 한다. 서울시는 1천만 명 이상의 일상생활에 직간접적으로 영향을 미치는 기획자, 서비스의 직접 공급자, 규제자, 영향력 있는 구매자이자 위탁자, 건전한 고용주, 정치적 리더이다. 서울시가 할 수 있는 일은 생각보다 많다.



- 다섯째, 건강의 사회적 결정요인을 다루기 위해서는 보건 부처만의 노력으로는 어렵도 없다. 다양한 부처 간의 업무를 ‘건강 형평성’이라는 렌즈를 통해 검토하고 통합하며 조율할 수 있는 강력한 정치적 리더십이 필요하다. 런던의 사례가 보여주듯, 단순한 부처 간 업무 협조 수준을 넘어서 최고 의사결정자가 이 문제 해결의 전 과정에 리더십을 발휘할 수 있어야 한다.
- 여섯째, 건강불평등 완화가 결코 불가능한 일은 아니지만, 짧은 기간의 한두 가지 프로그램을 통해 해결될 수 있는 문제 또한 아니다. 장기적 목표의 전략과 더불어 단기적인 실행과 평가가 가능한 정책과 사업들을 일관성 있게 기획하고 추진해야 한다. 실무 인력의 보직 이동이나 선출직 공직자들의 임기와 관계없이 장기적인 전략추진이 가능하려면, 런던의 사례처럼 법제화된 제도적 기반이 갖출 필요가 있다.
- 일곱째, 정책 및 사업의 개발과 시행은 타당한 근거에 기초해야 하며, 시행의 전체 단계에 걸쳐서 평가가 수반되어야 한다. 이를 위해서는 평가지표의 개발과 더불어 정보관리 업무를 지속적으로 수행할 수 있는 조직이 마련되어야 한다. 의사결정에는 최선의 근거를 활용하되, 과학적 근거나 평가지표들이 반드시 계량적인 척도일 필요는 없다. 또한 과학적 불확실성이 예방 사업이나 정책을 유예하는 근거로 악용되어서는 안 된다. 특히 예방과 관련해서는 ‘사전주의의 원칙 (precautionary principle)’이 적용되어야 한다.
- 여덟째, 전략을 개발하고 사업과 정책을 실제로 수행하는 과정에서 시민들과 다양한 주체의 참여를 보장해야 한다. 엘리트주의 혹은 권위주의 정권도 시민들의 건강증진에 도움이 되는 정책을 만들어낼 수는 있다. 하지만 건강불평등을 사회정의의 문제로 바라본다면, 과정 자체의 민주성 또한 결코 유보할 수 없는 가치이다. 특히 사회적으로 세력화되기 어려운 소수자들 - 장애인, 성적 소수자, 이주민, 청소년, 비정규 노동자 등 - 의 목소리를 적극적으로 반영하려는 의도적인 노력이 반드시 수반되어야 한다.



2. 제도적 기반과 조직

- 이러한 원칙에 따라 장기적인 건강불평등 완화전략을 마련하고 실천에 옮기려면, 이를 가능케 하는 조직적·제도적 기반이 뒷받침되어야 한다. 보건의료와 관련성이 적은 부처들의 업무와 정책까지 조율하기 위해서는 조정자 혹은 리더십의 역할과 권한이 중요하다. 또한 선출직 공무원과 담당자들의 변동에도 사업과 정책의 지속성이 확보될 수 있는 법적 기반이 필수적이다.
- 영국 중앙 정부는 이러한 목표를 달성하기 위해 ‘공공서비스협약 (public service agreement)’이라는 제도를 도입했다. 건강불평등 완화를 정책의 주요 의제로 삼으면서 총리실 산하에 ‘건강불평등 태스크포스 (health inequalities unit)’를 신설하여 전반적인 전략기획을 맡도록 한 후, 다양한 건강결정요인들을 다루는 부서들이 일관된 정책 목표를 달성할 수 있도록 재무부와 일종의 계약을 맺도록 했다. 이는 건강불평등이나 사회정의라는 규범적 당위만으로는 다른 정부 부처들과 민간 부문들을 설득하기 어렵다는 현실을 반영한 것이다. 정부 부처 내에서도 가장 강력한 힘을 발휘하는 재무부가 중심이 되어 사업과 재원을 연계시킨 점은 실효성을 높이는데 큰 도움이 되었다 (그림 6).

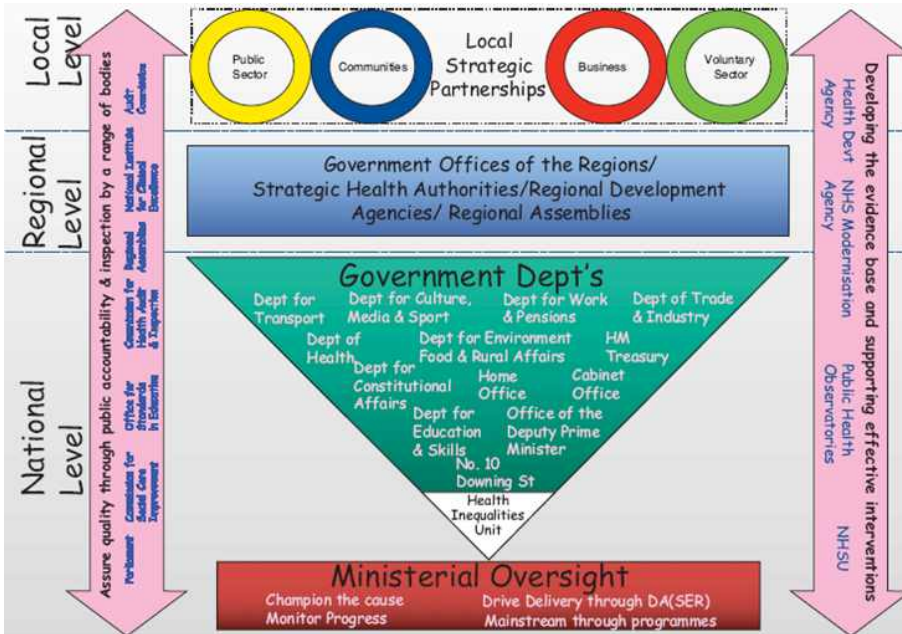


그림 6 영국의 공공서비스 협약 구성 (인용: WHO CSDH 2008)

- 한편 앞 장에서 살펴보았듯, 런던의 지방정부법령은 시가 건강불평등 완화 전략을 수립하고 이를 시행하도록 법적으로 규정하고 있다. 전략 수립 및 실행과 관련된 당사자들도 비교적 명확하게 규정해놓았다. 따라서 시의 집권 정당이 교체되거나 조직구성이 변하더라도 장기적으로 건강불평등 완화 전략을 추진해 나갈 수 있다.
- 국내에서도 앞서 제시한 것들과 유사한 원칙 하에서 포괄적인 건강증진 전략을 추구한 ‘건강도시 (health city)’의 경험이 존재한다. 건강도시 사업들은 명시적으로 혹은 암묵적으로 건강불평등 완화를 목표에 포함하고 있으며, 다양한 영역에 존재하는 건강의 사회적 결정요인에 대한 중재를 중요한 과제로 삼고 있다. 하지만 이러한 이론적 측면과 달리 실제 건강도시 사업에 대한 전반적인 평가는 부정적이다. 무엇보다도, 건강도시 사업이 선출직 공무원들의 정치적 업적으로 간주되는 경향 속에서 ‘건강도시’라는 브랜드 자체가 중요한 의미를 갖게



되었으며 사업의 실체는 찾아보기 어렵다는 점을 지적할 필요가 있다. 충분한 사전 협의와 부처 간 업무 조율이 없는 상황에서 대부분의 건강도시 사업은 보건소 중심의 기존 건강증진사업을 확대하는 수준에 머물거나 시민들에게 가시적으로 드러날 수 있는 이벤트성 사업 실천에 집중되었다. 뿐만 아니라 의제 개발이나 사업 추진을 지방자치 단체가 전적으로 주도하고 학계가 이를 뒷받침하는 양상을 띠면서 시민들의 민주적 참여나 모니터링은 거의 불가능했다. 또한 구체적인 업무체계가 확정되지 않은 상황에서 소수의 담당 인력이 교체되었을 때 사업 전체에 지장을 초래하는 등 인프라 구축 자체가 미비했다 (김건엽 2008; 김정희 2007; 오유미 등 2011). 즉, 건강도시 사업 자체는 건강불평등 완화전략의 좋은 벤치마크가 될 수 있고, 또 그 자체가 건강불평등 완화전략으로 기능할 수 있음에도 불구하고 현실에서는 그렇게 작동하지 못했던 것이다.

- 이러한 전례들을 참조할 때, 서울시는 건강불평등 완화 전략 수립과 실질적인 추진을 위해 다음과 같은 네 가지 조직적·제도적 기반을 마련할 필요가 있다.

① 우선 영국의 사례처럼 시장 직속으로 실질적인 전략기획과 부처 간 업무조정을 할 수 있는 기획조직을 마련해야 한다. 현재 논의되고 있는 ‘건강불평등 사업단’으로는 보건분야 중심의 개별 프로그램의 집행과 기술지원은 가능하겠지만, 다른 부처까지 포괄하는 조정 기능이나 정치적 리더십을 발휘하기는 어렵다. 부시장 급 이상의 정책결정권자와 의회 대표가 포함되는 실질적인 ‘정치적 전략 기구’가 필요하다.

② 런던의 사례를 벤치마크 삼아, 서울시 의회와 협력하여 건강불평등 완화 전략 개발과 시행을 서울시의 조례로 제도화해야 한다. 현행 국민건강증진법이나 지역보건법에 따라 주기적으로 국민건강증진계획이나 지역보건의료계획을 세우듯이, 가칭 ‘건강형평성 증진법’을 제정하여 장기전 전략과 주기적인 실행 및 평가계획



을 수립하도록 해야 한다. 또한 이 법에는 ‘건강형평성 영향평가’가 반드시 포함되어야 한다.

③ 이러한 기반을 마련하고, 또 서울시 차원의 실질적인 정책과 사업 수행이 가능하기 위해서는 서울시 선출직 공직자들과 공무원들, 또 민간 분야의 다양한 관련자들이 건강불평등 문제, 건강의 사회적 결정요인에 대한 인식을 갖추는 것이 선행해야 한다. 이를 위해서는 건강불평등과 관련된 교육 훈련이 필요하다. 런던 그리니치 시의 HEB 프로그램은 좋은 벤치마크 사례가 된다.

④ 실질적인 시민참여 기전을 마련해야 한다. 현재에도 각종 위원회, 정책 활동, 타운미팅, 온라인 투표 등 시민들의 의사를 반영하는 다양한 방식들이 존재한다. 하지만, 이러한 방식들은 개별 사업에 대한 선호나 세부 프로그램 요구를 넘어서 건강불평등 완화 전략 개발 전반과 추진과정에 심층적인 요구와 의견을 담아내기에 미흡하다. 소수자와 취약집단의 대표들이 포함된 가칭 ‘모두를 위한 건강증진 패널’ 혹은 ‘건강불평등 완화 전략 시민패널’을 마련하여, 전략의 개발부터 사업의 추진, 평가에 이르기까지 당사자들과 숙의하고 조정을 거쳐야 한다.



3. 서울시 건강불평등 완화 전략의 핵심 영역 제안

WHO CSDH의 권고와 국내 건강불평등에 관한 연구들에 기초하여 다음과 같은 7대 핵심 영역을 제안한다. 각 영역에서 활용가능한 구체적인 정책과 프로그램들은 전문가들과 실무진들의 의견을 반영하여 서울시가 직접 안을 마련해야 할 것이다. 서울시는 <부록 2>가 보여주듯, 건강불평등 완화를 명시적 목표로 내세웠던 아니던 간에 건강불평등 완화와 관련된 많은 정책/프로그램들을 이미 시행 중이다. 따라서 전혀 새로운 사업들을 개발하기보다는 이러한 핵심영역의 가치에 부합하도록 기존 사업들을 재배치하고 보완하며 조정하는 것이 우선 필요하다 (표 5).

표 5 서울시 건강불평등 완화 전략의 핵심 영역 (안)

- (1) 공정한 출발: 부모의 사회경제적 위치와 출신에 관계없이 서울시의 모든 어린이와 청소년은 건강하게 태어나고 생활하며 성장할 수 있어야 한다.
- (2) 공정한 고용과 건강한 일터: 모든 서울시민은 공정한 고용계약에 따라 생활임금을 받으며 안전하고 건강하게 일할 수 있어야 한다.
- (3) 건강한 공간: 모든 서울시민은 일상적으로 안전하고 쾌적한 공간에서 이동하고 활동하며 살아갈 수 있어야 한다.
- (4) 건강한 생활습관 선택의 공평한 기회 보장: 건강을 증진할 수 있는 건전한 생활습관을 채택하는 것이 서울시민 누구에게나 어렵지 않은 일이 되어야 한다.
- (5) 공평한 보건/사회서비스 접근: 모든 서울시민은 경제적·지리적·문화적인 이유로 필수적인 보건의료 서비스와 사회서비스 이용에 어려움을 겪어서는 안 된다.
- (6) 소득 보장: 서울시민 누구나 서울에서 건강하게 살아가는데 필요한 최저선 이상의 소득을 보장받아야 한다.
- (7) 차별과 배제 없는 서울: 서울에 사는 누구도 성별, 연령, 출신국가, 피부색, 성적 지향, 혼인 상태, 장애 유무, 종교, 사회경제적 위치 등으로 인해 건강한 삶의 기회에서 차별받거나 배제당해서는 안 된다.



3.1. 공정한 출발

3.1.1. 목표: 부모의 사회경제적 위치와 출신에 관계없이 서울시의 모든 어린이와 청소년은 건강하게 태어나고 생활하며 성장할 수 있어야 한다.

3.1.2. 배경

- 건강불평등과 관련하여 아동 및 청소년기, 특히 초기 아동기의 중요성은 아무리 강조해도 지나치지 않다. 그리고 이미 서울시에서는 아동을 대상으로 상당히 많은 사업들을 시행하고 있다 (부록 2). 이들은 주로 중앙정부의 사업을 집행하거나 혹은 구 단위에서 자체 기획한 것으로, 많은 프로그램들이 민간 위탁 방식으로 진행된다. 그런데 이들 사업의 상당수는 단기적이고 분절적으로 운영되며, 이를테면 독서지도 상품 바우처 프로그램처럼 효과성이 전혀 입증되지 않은 것들도 적지 않다. 이런 문제들을 서울시 단독으로 해결할 수 있는 것은 아니지만, 최소한 자체 전략을 가지고 중앙정부-서울시-구청들 사이의 정책/사업을 조율하는 것이 시급하다. 특히 서울시는 공공 인프라 구축과 직접 공급자로서의 역할을 대폭 강화할 필요가 있다.
- 산전~영유아기~학령전기~학령기~청소년기에 이르기까지 신체발달은 물론 인지능력과 정서, 사회적 기술을 충분히 발달시킬 수 있도록 돌봄과 교육이 강화되어야 한다. 또한 발달 단계별로 적절한 사회적 보호를 제공하고 사회적 배제를 최소화시켜야 한다. 특히 향후 성장발달에 결정적 영향을 미친다는 점에서 초기 아동기에 대한 강도 높은 중재 프로그램이 필요하다.



3.1.3. 하위 영역과 관련 주체/사업

구분	내용	
<p>공정한 출발: 부모의 사회경제적 위치와 출신에 관계없이 서울시의 모든 어린이와 청소년은 건강하게 태어나고 생활하며 성장할 수 있어야 한다.</p>		
영역	산전~영유아기	<ul style="list-style-type: none"> · 신체적·인지적·정서적 발달을 위한 부모 지지와 양육 기술 지원 (⇒ 취약계층을 위한 간호사 가정방문 프로그램과 보건-복지 연계체계 개발) · 영세사업장 근로여성의 출산휴가/육아휴직 보장 (⇒ 고용 지원프로그램)
	학령전기	<ul style="list-style-type: none"> · 모든 어린이들에게 가정 혹은 보육시설에서 적절한 돌봄과 양육 제공 (⇒ 공공보육시설 확대, 민간보육시설 규제 강화, 육아휴직 보장) · 부모의 경제적·문화적 자원에 관계없이 양질의 인지/정서발달 프로그램 접근 (⇒ 공공 프로그램 강화)
	학령기	<ul style="list-style-type: none"> · 방과 후 보호자 없이 지내는 어린이들이 없도록 (⇒ 방과 후 학교 프로그램 강화, 지역아동센터 지원 확대, 저녁 프로그램 운영) · 부모의 경제적·문화적 자원에 관계없이 양질의 인지/정서발달 프로그램 접근 (⇒ 공공 프로그램 강화)
	청소년	<ul style="list-style-type: none"> · 사회적 배제 경험의 최소화 · 학생 신분이 아닌 청소년들에 대한 보호 (탈학교 혹은 일하는 청소년)
	공통	<ul style="list-style-type: none"> · 필수 예방 서비스 무상 제공 · 등록신분 혹은 국적취득 여부와 관계없이 이주노동자 혹은 결혼 이민자 가정의 어린이/청소년들에게 내국인과 동등한 보육 및 교육 서비스 보장 · 건강생활을 유지할 수 있는 가구 소득 보장 (⇒ 서울 건강생활 최저 소득)
지표	<ul style="list-style-type: none"> · 수행척도: 사업 실천율, 대상집단 포괄 정도 (접근성) 등 · 결과척도: 아동 인지발달 수준 등 	
관련 주체	<ul style="list-style-type: none"> · 중앙정부 (여성가족부, 보건복지부, 고용노동부, 교육과학기술부 등), 서울시 의회, 자치단체, 교육청, 민간공급자 (보건의료, 보육 등) · 보건·복지·문화·노동·청소년 등을 포괄하는 시민사회 	
관련 사업	<p>임산부 영양플러스 사업 등 (<부록 2> 참조)</p>	



3.2. 공정한 고용과 건강한 일터

3.2.1. 목표: 모든 서울시민은 공정한 고용계약에 따라 생활임금을 받으며 안전하고 건강하게 일할 수 있어야 한다.

3.2.2. 배경

- 생계유지와 성취의 수단으로서 직업은 성인들에게 가장 중심적인 생활영역이다. 그렇기에 노동시장에서의 취약한 지위로 인해 발생하는 고용불안정과 저임금, 안전하고 건강하지 못한 작업환경은 건강에 심각한 해악을 미칠 수 있다.
- 서울시는 대기업에 버금가는 거대 고용주이자 시장에서 영향력 있는 구매자로서, 또 규제자이자 기획자로서 고용과 근로환경에 상당한 직간접적 영향을 미칠 수 있다.



3.2.3. 하위 영역과 관련 주체/사업

구분	내용	
공정한 고용과 건강한 일터: 모든 서울시민은 공정한 고용계약에 따라 생활임금을 받으며 안전하고 건강하게 일할 수 있어야 한다.		
영역	고용주	<ul style="list-style-type: none"> · 서울시가 한시/임시직으로 직접 고용하거나 용역/하청/파견 등으로 간접고용한 노동자들의 고용안정 증진 · 서울시가 직/간접적으로 고용한 노동자에게 적절한 임금 보장 (서울 생활임금 미만의 급여를 받는 경우 없도록) · 서울시가 직/간접적으로 고용한 노동자들의 노동조합 혹은 직장협의회 등 노동자 자치활동 지원 · 서울시 소속 노동자들의 고용 및 근로조건과 관련된 의사결정 과정에 노동자 대표의 참여 보장
	구매자	<ul style="list-style-type: none"> · 서울시가 발주하는 용역이나 물품 구매에 참여하는 사업체는 최저임금 규정, 안전보건 규정 준수하도록 제도화 (부당노동행위, 산업재해, 환경오염 등의 이력을 평가 반영)
	규제자	<ul style="list-style-type: none"> · 취약노동자 고용 조건 및 근로환경에 대한 규제 강화
	기획자	<ul style="list-style-type: none"> · 교육훈련 프로그램 강화 (특히 취약계층)
지표	<ul style="list-style-type: none"> · 수행척도: 사업 실천율, 대상집단 포괄 정도 (접근성) 등 · 결과척도: 평균 임금, 산재 발생율, 노동조합 조직율 등 	
관련 주체	<ul style="list-style-type: none"> · 중앙정부 (고용노동부 등), 지방노동청, 민간기업 등 · 노동조합 대표체 및 노동사회단체 	
관련 사업	희망취업 멘토스쿨, 비정규 근로자 무기계약직 전환 프로그램 등 (<부록 2> 참조)	



3.3. 건강한 공간

3.3.1. 목표: 모든 서울시민은 일상적으로 안전하고 쾌적한 공간에서 이동하고 활동하며 살아갈 수 있어야 한다.

3.3.2. 배경

- ‘공간’은 단지 비어있는 배경이 아니라 사람들이 먹고 자고 일하고 쉬는 중요한 생활의 장이다. 그렇기에 생활공간인 주택과 동네 환경, 운송 방식을 건강친화적으로 만드는 것은 매우 중요하다. 도시개발은 이러한 삶의 지도와 생활양식 자체를 변화시키는 작업이라는 점에서 건강관련 중요성이 강조될 필요가 있다.
- 생활의 가장 많은 시간을 보내는 집은 안전하고 쾌적해야 하며, 인간적 존엄성을 상실하지 않을 최소한의 주거 공간을 확보하고 유지하는 것은 누구에게나 부담 가능해야 한다. 또한 동네는 안전하고 살아가기에 편리한 최소한의 시설들을 갖추고 있어야 하며, 도시 개발은 주민의 건강과 안전에 대한 영향을 우선적으로 고려해야 한다. 뿐만 아니라 대중교통 수단과 도로는 환경 친화적이며 안전하고 누구에게나 이용에 장벽이 없어야 한다.



3.3.3. 하위 영역과 관련 주체/사업

구분	내용	
건강한 공간: 모든 서울시민은 일상적으로 안전하고 쾌적한 공간에서 이동하고 활동하며 살아갈 수 있어야 한다.		
영역	주택	<ul style="list-style-type: none"> · 서울시 최소 주거기준 설정 (⇒ 노후 주택 개선 지원, 냉난방 비용 부담의 소득 역진성 경감, 원룸/고시원 등 불안정 주거시설의 안전/시설기준 강화 및 규제 등) · 주거안정성 확보 (⇒ 공공임대주택 확대) · 친환경 주거 확산 (⇒ 모델 보급 및 주택개량 지원 등)
	동네	<ul style="list-style-type: none"> · 안전하고 건강한 물리적·사회적 환경 구축 (⇒ 학교 주변의 도로/보도 분리, 학교 주변의 사각지대 최소화, 어린이 유해환경 최소화, 야간 도보환경 개선, 공공 녹지와 휴게/놀이공간 확대)
	교통	<ul style="list-style-type: none"> · 안전한 이동 보장 (⇒ 교통사고 다발지역 공학적 개선) · 교통취약계층의 접근성과 편이성 향상 (⇒ 저상버스 확대, 건물 입구, 도보 설계) · 대기오염 적극 단속
	도시개발	<ul style="list-style-type: none"> · 지속가능하고 건강한 도시 개발 (⇒ 건강영향평가, 건강불평등 영향평가)
지표	<ul style="list-style-type: none"> · 수행척도: 사업 실천율, 대상집단 포괄 정도 (접근성) 등 · 결과척도: 교통사고 발생율, 대기오염 지표 등 	
관련 주체	<ul style="list-style-type: none"> · 중앙정부 (국토해양부, 지식경제부, 도로공사, LH 등), SH, 서울메트로, 서울시 버스운송사업 조합 등 · 주민 대표체, 이동권·거주권 관련 시민사회단체 등 	
관련 사업	마을공동체 만들기, 공공임대주택, 주거재생사업, 임대료 지원사업, 원전 하나 줄이기 종합대책, 승용차 요일제 사업 등 (<부록 2> 참조)	



3.4. 건강한 생활습관 선택의 공평한 기회보장

3.4.1. 목표 건강을 증진할 수 있는 건전한 생활습관을 채택하는 것이 서울시민 누구에게나 어렵지 않은 일이 되어야 한다.

3.4.2. 배경

- 사망과 질병에서 관찰되는 사회경제적 불평등의 일부는 건강 생활습관에서의 차이에서 비롯된다. 흡연, 위험음주, 신체활동량 부족, 바람직하지 못한 식이 행태나 식품 미보장 상태는 뚜렷한 사회경제적 불평등을 보인다. 특히 흡연은 계층별 차이가 크고 암과 심혈관질환 질환에 대한 기여도가 크다는 점에서 향후 사망불평등 문제 해결의 중요 고리라고 할 수 있다.
- 생활습관이 건강에 영향을 미친다는 것은 잘 알려져 있지만, 건강에 좋은 습관이 무엇인지를 아는 것과 그것을 실천하는 것 사이에는 간극이 존재한다. 개인이 처한 불리한 조건들에도 불구하고 무조건 개인의 노력만으로 건강생활을 유지하라는 것은 불공정하다. 일상 생활 속에서 건강한 생활습관을 채택하는 것이 누구에게나 쉬운 선택이 될 수 있도록 환경을 개선하는 것이 필요하다.



3.4.3. 하위 영역과 관련 주체/사업

구분	내용	
건강한 생활습관 선택의 공평한 기회 보장: 건강을 증진할 수 있는 건전한 생활습관을 채택하는 것이 서울시민 누구에게나 어렵지 않은 일이 되어야 한다.		
영역	흡연	<ul style="list-style-type: none"> · 간접흡연 최소화 (⇒ 식당/주점 등 소규모 사업장의 실내흡연 금지) · 생활기반 금연서비스 강화 (⇒ 보건소의 사업장 기반 금연서비스 확대, 취약계층에게 맞춤형 금연서비스 제공)
	음주	<ul style="list-style-type: none"> · 문제음주 최소화
	식생활	<ul style="list-style-type: none"> · 건강한 식품 선택권 강화 (⇒ 식자재 및 영양정보 제공 강화) · 취약계층의 건강 식단 보장 (⇒ 건강 식단 제공업체와 꿈나무 카드 제휴, 농수산물 구매 지원) · 급식/외식에 건강식단 보장 (⇒ 지역 식당 캠페인/인증제도, 학교/직장 등 급식 저지방우유 등 건강 식단 대체, 친환경 농산물 구매 인센티브)
	운동	<ul style="list-style-type: none"> · 일상생활의 활동량 증가 (⇒ 대중교통 확대와 기업체 유류/주차 요금 지원 철폐 유도) · 걷고 싶고, 걷기 쉬운 도시 (도보 안전) · 운동을 생활습관으로 (⇒ 공공 체육/레크리에이션 시설 확대, 여자청소년 프로그램 확대)
	정신보건	<ul style="list-style-type: none"> · 정신건강 위기 지원 (⇒ 고위험군 선별과 위기중재를 위한 게이트키퍼 프로그램, 온라인/전화 핫라인 활성화) · 생활 위기 지원 (⇒ 복지전달체계 강화, 상담 및 상담서비스 강화)
지표	<ul style="list-style-type: none"> · 수행척도: 사업 실천율, 대상집단 포괄 정도 (접근성) 등 · 결과척도: 건강생활 실천율 	
관련 주체	<ul style="list-style-type: none"> · 중앙정부 (보건복지부, 농림수산물부, 식품의약품안전청 등), 교육청·자치구·시의회·구의회 등, 민간기업 등 	
관련 사업	<ul style="list-style-type: none"> 금연클리닉, 민간단체 절주사업지원, 건강매점 만들기, 대상증후군 관리사업 등 (<부록 2> 참조) 	



3.5. 공평한 보건/사회서비스 접근

3.5.1. 목표: 모든 서울시민은 경제적·지리적·문화적인 이유로 필수적인 보건의료 서비스와 사회서비스 이용에 어려움을 겪어서는 안 된다.

3.5.2. 배경

- 국민건강보험과 의료급여, 장기요양보험, 산재보험 제도 등을 통해 보건의료/요양 서비스의 보편적이고 공공적인 기반이 마련된 것은 사실이다. 또한 장애인 활동보조인 제도, 국공립 보육시설 확대 등 사회서비스 부문도 짧은 시간 내에 상당한 발전이 있었다. 하지만 여전히 본인부담금 (건강보험/의료급여/장기요양보험) 혹은 까다로운 신청과 승인절차 (산재보험), 서비스 공급 부족 (보육시설, 재활병원, 정신보건 서비스) 등으로 인해 이들 서비스를 이용에 어려움을 겪는 이들이 적지 않다. 그리고 이러한 어려움은 경제적 혹은 문화적 취약계층에 집중되는 경향이 있다. 이러한 서비스는 건강과 안녕 유지에 필수적일 뿐 아니라, 건강문제로 인해 발생하는 사회적 부작용을 최소화시키고 불건강 - 빈곤의 악순환을 막아주는 중요한 안전망이다. 따라서 보편적 보장과 더불어 취약계층에 대한 특별한 주의가 필요하다.
- 서울시는 영리적 이해관계가 주도하고 있는 현재의 사회서비스 부문의 통제와 선도를 위해 직접 공급자 역할 확대에 노력을 기울여야 한다. 또한 질적인 측면에서 서비스 표준을 마련하고, 이를 활용하여 민간 부문 서비스 질을 모니터링하는 것도 시급하다.



3.5.3. 하위 영역과 관련 주체/사업

구분	내용	
	공평한 보건·사회 서비스 접근: 모든 서울시민은 경제적·지리적·문화적인 이유로 필수적인 보건의료 서비스와 사회서비스 이용에 어려움을 겪어서는 안 된다.	
영역	가용성 및 비용 접근성	<ul style="list-style-type: none"> · 예방 및 재활 서비스의 접근성 확대 (⇒ 공공 기관 및 서비스 확대, 취약계층을 위한 본인부담금 경감) · 요양/돌봄 서비스의 공공화 (⇒ 간병/장기요양/보육 등 공공 기관 확대 및 규제 강화, 관련 노동자의 고용 및 근로조건 개선)
	문화 접근성	<ul style="list-style-type: none"> · 문화적 접근성 강화 (⇒ 안내, interpreter 서비스 제공)
	서비스 질 상승	<ul style="list-style-type: none"> · 보건의료 및 사회서비스의 질 표준 제시와 모니터링
지표	<ul style="list-style-type: none"> · 수행척도: 공적 공급 규모, 질표준 지표 · 결과척도: 접근성, 이용자 만족도 	
관련 주체	<ul style="list-style-type: none"> · 중앙정부 (보건복지부, 국민건강보험공단, 근로복지공단 등), 민간공급자들 (의료기관, 보육시설, 장기요양서비스 기관 등) · 장애·돌봄·빈곤 관련 시민사회단체 	
관련 사업	서울시민복지기준, 희망온돌사업, 노인장기요양보험, 장애인 활동지원, 의료비 지원사업 등 (<부록 2> 참조)	



3.6. 소득 보장

3.6.1. 목표: 서울시민 누구나 서울에서 건강하게 살아가는데 필요한 최저선 이상의 소득을 보장받아야 한다.

3.6.2. 배경

- 적절한 소득보장은 건강하고 인간다운 생활을 위한 기본적인 조건이다. 인간에게는 생물학적인 생존 욕구 뿐 아니라 ‘사회적 생존’의 욕구가 있다. 따라서 최소한의 의식주를 감당하는 생계비를 넘어서 ‘건강하고 문화적인 생활’을 할 수 있는 수준의 생계비를 보장해야 한다. 특히 주거 관련 비용이 상대적으로 많이 드는 서울의 지역적 특성을 반영한 생계비 표준이 마련되어야 한다.
- 소득보장은 일자리가 있는 이들에게는 적절한 임금을 보장함으로써, 근로소득이 없는 이들에게는 현물/현금 지원 수준을 현실화함으로써 가능해진다. 우선 현행 최저생계비를 ‘건강과 안녕’이라는 측면에서 재검토하고, 서울 시민으로써 인간적 존엄성과 건강을 유지할 수 있는 비용을 추정하여 최저임금과 생계비 지원의 지침으로 삼아야 한다. 한편, 가족구성의 변동이나 개인 재정위기 등 생애과정의 전환기나 위기상황에 안전망 역할을 할 수 있는 공적 금융서비스의 확충이 필요하다.



3.6.3. 하위 영역과 관련 주체/사업

구분	내용	
소득보장: 서울시민 누구나 서울에서 건강하게 살아가는데 필요한 최저선 이상의 소득을 보장받아야 한다.		
영역	생활소득 보장	<ul style="list-style-type: none"> · 건강생활 유지를 위한 소득기준 마련 (⇒ 서울시민의 건강생활 최저소득) · 건강생활 최저소득의 실질적 보장 (⇒ 최저임금 인상 독려와 지원, 생계보조 확대)
	이행기 안전망	<ul style="list-style-type: none"> · 근로-복지의 순조로운 이행 (⇒ 복지업무 담당 인력 확충과 개별 상담 강화) · 생애 이행기/재정 위기 안전망 제공 (⇒ 개인 채무/파산, 재정 상담 서비스 공적 제공)
지표	<ul style="list-style-type: none"> · 수행척도: 공적 공급 규모, 질 표준 지표 개발 · 결과척도: 접근성, 이용자 만족도, 질 표준 평가지표 	
관련 주체	<ul style="list-style-type: none"> · 중앙정부 (보건복지부, 국민건강보험공단, 근로복지공단 등), 민간공급자들 (의료기관, 보육시설, 장기요양서비스 기관 등) · 장애 · 돌봄 · 빈곤 관련 시민사회단체 	
관련 사업	서울시민복지기준, 희망드림뱅크, 희망플러스 통장, 서울디딤돌 사업 등 (<부록 2> 참조)	



3.7. 배제와 차별 없는 서울

3.7.1. 목표: 서울에 사는 누구도 성별, 연령, 출신국가, 피부색, 성적 지향, 혼인 상태, 장애 유무, 종교, 사회경제적 위치 등으로 인해 건강한 삶의 기회에서 차별받거나 배제당해서는 안 된다.

3.7.2. 배경

- 다수결에 의한 정책 결정, 혹은 다수를 위한 정책 시행 과정에서 사회적 소수자의 처지가 충분히 고려되지 못하거나 이들의 희생을 전제로 작동하기도 한다. 보편주의적 접근이라는 것은 사회의 누구라도 존중받을 가치가 있음을 내포하지만, 별도의 특별한 주의가 기울여지지 않는다면 오히려 구조적으로 소수자들과 취약계층의 배제를 공고화시키는 기제로 작동할 수도 있다. 비례적 보편주의 (proportionate universalism) 원칙에 근거하여, 가장 취약한 조건에 처한 이들의 견해와 이해를 반영할 수 있는 기회를 만들고, 차별과 배제가 아닌 관용과 포용이 서울시민의 덕목임을 널리 공표할 필요가 있다.



3.7.3. 하위 영역과 관련 주체/사업

구분	내용	
	배제와 차별없는 서울: 서울에 사는 누구도 성별, 연령, 출신국가, 피부색, 성적 지향, 혼인 상태, 장애 유무, 종교, 사회경제적 위치 등으로 인해 건강한 삶의 기회에서 차별 받거나 배제당해서는 안 된다.	
영역	의식 개선	· 차별/배제에 반대하고 관용/포용 의식 확산
	제도 마련	· 사회적 소수자들의 정책 결정/검토 과정 참여 확대 (⇒ ‘소수의 목소리’ 위원회 설치 - 청소년, 비혼, 성소수자, 이주민, 장애인 등) · 누구나 서울시민으로 살아갈 수 있는 준비 지원 (⇒ 이주민과 자녀들을 위한 한국어/생활정보 지원)
지표	· 수행척도: 사업 실행율, 참여율 · 결과척도: 관용의식 수준	
관련 주체	· 중앙정부 (법무부, 고용노동부, 보건복지부 등), 교육청 · 시의회 · 자치구 · 구의회 등 · 이주민, 장애인, 여성 등 소수자 관련 시민사회단체	
관련 사업	늘푸른여성지원센터, 다문화가족지원사업 등 (<부록 2> 참조)	





V. 결론

- 서울시는 건강의 사회적 결정요인에 대한 중재를 통해 건강불평등을 완화할 수 있는 중요한 정치적 행위자이다. 특히 서울시의 모범 사례는 전국적인 의제로 주목을 받아 확산될 가능성이 높다는 점에서 1천만 명의 서울 시민만의 문제가 아니기도 하다.
- 서울시는 현재 건강불평등 문제의 심각성, 그것이 발생하는 사회경제적 불평등 문제를 인식하고, 이 보고서에서 제시한 핵심 원칙들에 근거하여 제도적 기반과 함께 장기적인 건강불평등 완화 전략을 마련해야 한다. 이러한 전략은 보고서에서 제시한 일곱 가지 주요 영역을 중심으로 구성하되, 구체적인 정책과 프로그램들은 충분한 내부 논의와 더불어 다양한 행위자들의 의견을 반영하여 결정해야 한다. 시간이 걸리고 번거롭다고 여겨질 수도 있는 이 과정이 각 주체들의 참여와 협력을 증진시키는 중요한 단계임을 자각할 필요가 있다.
- 건강불평등 문제는 취약계층을 대상으로 하는 몇몇 프로그램들, 보건의료 서비스 접근성의 제고만으로는 결코 해결될 수 없다는 점을 서울시는 분명히 인식해야 한다. ‘건강과 사회정의라는 렌즈’를 통해 문제를 바라보고, 서울시가 관계하는 모든 분야의 정책과 사업들에 건강형평성의 가치가 녹아들도록 해야 한다. 건강한 공공정책 (healthy public policies)이야말로 가장 바람직한 건강불평등 완화 정책이다.





§ 참고문헌

1. Berkman L, Kawachi I, eds. 사회 역학. 한울 아카데미 2003.
2. Campbell F (eds). The social determinants of health and the role of local government. IDeA (Improvement and Development Agency). 2010
3. Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M (eds). Challenging inequities in health : From ethics to Action. Oxford University Press 2001
4. GLA (Greater London Authority). The London Health Inequalities Strategy 2010
5. Halfon N, Larson K, Russ S. Why social determinants? Health Q 2010;14SpecNo:8-20.
6. Heckman JJ. Role of income and family influence on child outcomes. Ann N.Y. Acad Sci2008;1136:307-323.
7. Hong J, Knapp M, McGuire A. Income-related inequalities in the prevalence of depression and suicidal behaviour: a 10-year trend following economic crisis. World Psychiatry 2011;10(1):40-4.
8. Hong J, Lee WK, Park H. Change in causes of injury-related deaths in South Korea, 1996-2006. J Epidemiol 2011;21(6):500-6.
9. Jee S-H, Jo I-H, Yun J-E et al. Smoking and cause of death in Korea: 11 years follow-up prospective study. Korean J Epidemiology 2005;27(1):182-190.
10. Khang YH, Lynch JW, Jung-Choi K, Cho HJ. Explaining age-specific inequalities in mortality from all causes, cardiovascular disease and ischaemic heart disease among South Korean male public servants: relative



- and absolute perspectives. *Heart* 2008;94(1):75-82.
11. Kim MH, Jung-Choi K, Jun HJ, Kawachi I. Socioeconomic inequalities in suicidal ideation, parasuicides, and completed suicides in South Korea. *Soc Sci Med*2010;70(8):1254-61.
 12. Lee EH, Park SK, Ko KP et al. Cigarette smoking and mortality in the Korean Multi-center Cancer Cohort (KMCC) study. *J Prev Med Public Health* 2010;43(2):151-8.
 13. Lee W, Khang Y, Noh M, Ryu J, Son M, Hong Y. Trends in educational differentials in suicide mortality between 1993-2006 in Korea. *Yonsei Med J*2009;50(4):482-92.
 14. Lynch J, Smith GD. A life course approach to chronic disease epidemiology. *Annu Rev Public Health* 2005;26:1-35.
 15. Lyons M. Place-shaping: a shared ambition for the future of local government. *Lyons Inquiry into Local Government Final Report 2007*
 16. Marmot M, et al. *Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review. Strategic REview of Health Inequalities in England post-2010*
 17. Sen A. Why health equity? *Health Econ* 2002;11(8):659-66
 18. Song YM, Smith GD, Sung J. Adult height and cause-specific mortality:A large prospective study of South Korea. *Am J Epi* 2003;158(5):479-485.
 19. Song Y, Sung J. Adult height and the risk of mortality in South Korean women. *Am J Epi* 2008;168(5):497-505.
 20. WHO CSDH. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization, Geneva 2008*
 21. 김건엽. 건강도시의 국내외 현황 2008 (세미나 발표 자료)



22. 김명희, 전경자, 서상희. 아동기의 건강불평등. 보건복지포럼 2011;176:32-44
23. 김정희. 건강도시에 대한 비판적 고찰. 보건과 사회과학 2007;21:145~147.
24. 김지현, 윤태호. 표준사망비를 활용한 우리나라 소지역별 건강불평등 비교. 예방의학회지 2008;41(5):300-306
25. 방하남, 남춘호, 신광영, 장지연, 박경숙, 이성균. 현대 한국사회의 불평등. 한울 아카데미 2004.
26. 서제희, 김호, 신영진. 아동기 및 성인기 사회경제적 위치와 세대 간 사회 이동이 성인기 건강에 미치는 영향. J Prev Med Public Health 2010;43(2): 138-150.
27. 손낙구. 부동산 계급사회. 후마니타스 2008
28. 여유진, 김수정. 공적 서비스와 소비지출 불평등: 한국과 영국의 교육 및 보건의료비 지출 비교. 한국사회정책 2011;18(1):239-265.
29. 오유미 외. 대한민국 건강도시 평가 (2009-2010). 보건교육 건강증진학회지 2011; 28(3):99~111.
30. 이무송, 안윤옥, 이민정 등. 서울남성코호트의 전체 사망률 및 위험요인의 분석. 대한임상건강증진학회지 2003;3(3):253-263.
31. 장숙량, 조성일, 황승식 등. 자궁경부암 검진 수검률의 불평등 추이. 예방의학회지 2007;40(6):475-486.
32. 전은정, 장숙량, 조성일 등. 사회경제적 위치에 따른 건강검진 수진율의 차이: 서울시 성인 거주자를 대상으로. 예방의학회지 2007;40(5): 475-486.
33. 천희란, 김일호. 노년기 예방검진에서 사회경제적 불평등. 예방의학회지 2007;40(5):404-410.
34. 홍성철, 김문두, 이상이. 사회계층이 자살사망 위험도에 미치는 영향. 보건과 사회과학 2003;14:249-271.

< 부록 1 >

서울시의 다중적 정체성에 따른 건강불평등 완화 관련 사업

- ① 보건 및 비보건영역에 대한 기획 (planning)
- ② 보건 및 사회서비스의 직접공급자 (provider)
- ③ 영향력 있는 구매자 (purchaser) 혹은 위탁자 (commissioner)
- ④ 고용주
- ⑤ 집행 (enforcement) 혹은 규제 (regulation)
- ⑥ 정치적 리더십 혹은 지렛대

범주	현행 사업명	정체성
태아/영아	철분제 지급(보건소)	② 보건 및 사회서비스의 직접공급자
태아/영아	직장인 임신부 토요진료(보건소)	② 보건 및 사회서비스의 직접공급자
태아/영아	임산부 산전·후 건강관리(보건소)	② 보건 및 사회서비스의 직접공급자
태아/영아	임신·출산 진료비 지원(바우처)	③ 영향력있는 구매자 혹은 위탁자
태아/영아	임산부 영양플러스 사업(보건소)	② 보건 및 사회서비스의 직접공급자
태아/영아	산모·신생아 도우미 지원(보건소)	② 보건 및 사회서비스의 직접공급자
태아/영아	미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원(국민건강보험)	③ 영향력있는 구매자 혹은 위탁자
태아/영아	선천성대사 이상검사 및 환아관리 지원(국민건강보험)	③ 영향력있는 구매자 혹은 위탁자
영아기 유아기 아동기	필수예방접종 지원(국민건강보험)	② 보건 및 사회서비스의 직접공급자 ③ 영향력있는 구매자 혹은 위탁자
유아기	영유아 건강검진(국민건강보험)	③ 영향력있는 구매자 혹은 위탁자
유아기	보육료 지원(바우처)	③ 영향력있는 구매자 혹은 위탁자
유아기	다자녀 양육 지원 수당(동사무소)	② 보건 및 사회서비스의 직접공급자
유아기	재가 아동 양육지원(양육수당, 동사무소)	② 보건 및 사회서비스의 직접공급자
유아기	양육수당 추가지원(자치구 조례)	② 보건 및 사회서비스의 직접공급자
유아기	신생아 아동보험(자치구 조례)	③ 영향력있는 구매자 혹은 위탁자
유아기	시내버스·지하철 요금할인	② 보건 및 사회서비스의 직접공급자



태아/영아 유아기	임산부·유아동 승차량의 공공기관 이용시 승용차 요일제 적용제외	⑤ 집행 혹은 규제
유아기	국공립 보육시설 확충	① 보건 및 비보건영역에 대한 기획 ② 보건 및 사회서비스의 직접공급자 ④ 고용주
유아기	영유아 프라자 운영	② 보건 및 사회서비스의 직접공급자 ③ 영향력있는 구매자 혹은 위탁자 ④ 고용주
유아기	서울형 이린이집 인증제	⑤ 집행 혹은 규제
유아기	어린이집 안심모니터링단 운영	⑤ 집행 혹은 규제
유아기	어린이집 정부평가인증	⑤ 집행 혹은 규제
유아기	어린이 급식관리지원센터 운영	③ 영향력있는 구매자 혹은 위탁자
유아기	아이돌봄서비스(건강가정지원센터)	③ 영향력있는 구매자 혹은 위탁자 ④ 고용주
유아기 아동기	치아건강서비스	② 보건 및 사회서비스의 직접공급자
유아기 아동기 청소년기	안전도시 사업	① 보건 및 비보건영역에 대한 기획
아동기 청소년기	다동이 행복카드 발급	③ 영향력있는 구매자 혹은 위탁자
아동기 청소년기	자동차 취득세·등록세 감면	② 보건 및 사회서비스의 직접공급자
유아기 아동기 청소년기	임신·출산 및 다자녀 가정 자동차 구입 시 할인지원 (현대차와 양해각서 체결)	③ 영향력있는 구매자 혹은 위탁자
아동기 청소년기	국민임대주택 우선공급	② 보건 및 사회서비스의 직접공급자
유아기 아동기 청소년기	전세자금 대출	③ 영향력있는 구매자 혹은 위탁자
아동기 청소년기	어린이 식품안전·영양교육	② 보건 및 사회서비스의 직접공급자
아동기 청소년기	학교 건강증진실 만들기	② 보건 및 사회서비스의 직접공급자
청소년기	청소년참여위원회 청소년운영위원회	① 보건 및 비보건영역에 대한 기획
유아기	1-1. 「u-서울안전존」 확대 구축 (7개소)	① 보건 및 비보건영역에 대한 기획



<p>아동기 청소년기</p>	<p>1-2. 초등학교 주변 CCTV 설치 확대 (2,961대) 1-3. 어린이보호구역 개선사업 (551개소) 1-4. 아동청소년 성폭력예방 및 피해자 지원 1-5. 하굣길 「서울꿈나무 지킴이」 운영 1-6. 학교보안관 제도 운영 지원 1-7. 서울시 꿈나무 축제 운영 1-8. 유괴.미아방지 등 아동안전 교육 1-9. 아동청소년 생활안전 체험교실 운영 1-10. 청소년 인터넷중독예방센터 확대운영 1-11. 청소년 유해환경 감시단 운영 1-12. 아동청소년 정신건강 도담이 프로젝트 1-13. 집단결핵 근절로 아동청소년 행복찾기 1-14. 아토피 전문클리닉 및 아토피 교실 운영 1-15. 어린이 비만예방 및 관리 프로그램 1-16. 건강매점 및 굿모닝 아침밥 클럽 운영 (건강매점 설치 시범운영학교 32개교) 1-17. 어린이 급식안전관리센터 설치 운영 (건강밥상 시범 어린이집 103개소 운영) 1-18. Green Food Zone내 어린이 기호식품 안전관리 1-19. 워킹스쿨버스</p> <p>2-1. 강동청소년수련관 건립 2-2. 서울키즈센터 건립·운영 2-3. 한강공원 어린이놀이터 현대화사업 2-4. 청소년 문화존 및 동아리 지원 2-5. 청소년 야외체험학습장 운영 2-6. 1수련관 1특성화 프로그램 운영 2-7. 찾아가는 청소년프로그램 운영 2-8. 서울유스데이 운영 2-9. 창의적 놀이프로그램 개발 운영 2-10. 청소년 국제교류 프로그램 운영 2-11. 아동청소년 참여활동 활성화 2-12. 청소년수련관 방과후아카데미 운영 2-13. 방과후학교 활성화 지원 2-14. 청소년직업체험센터 확대 운영 2-15. 청소년 진로정보제공 사업 2-16. 문화콘텐츠 체험학습 프로그램 운영 2-17. 자기주도학습 프로그램 운영 지원 2-18. 특성화고 창의 프로그램 지원 2-19. 초·중등 디자인교육 지원</p> <p>3-1. Now Start 사업 추진 3-2. 아동발달지원계좌(디딤씨앗) 사업 3-3. 아동자립지원센터 확대 운영 3-4. 지역아동센터 운영 지원 3-5. 가정친화적 공동생활가정 운영 3-6. 다문화가족 부모교육 및 자녀생활서비스 3-7. 사회적약자에 대한 감수성 향상 프로그램 운영 3-8. 서울 청소년 종합지원센터 구축 3-9. 자치구 청소년상담지원센터 확충 3-10. 청소년 대안교육프로그램 운영 3-11. 학업중단 청소년 수련관 프로그램 개발·운영 3-12. 자립지원 아카데미 '두드림존' 확대 운영 3-13. 위기청소년 동반자 사업 강화 3-14. 특별지원대상 청소년 지원사업 강화 3-15. 아동청소년 자원봉사 활성화 지원</p>	<p>② 보건 및 사회서비스의 직접공급자 ③ 영향력있는 구매자 혹은 위탁자 ⑤ 집행 혹은 규제</p>
<p>성인기</p>	<p>대사증후군 관리사업(오락프로젝트)</p>	<p>② 보건 및 사회서비스의 직접공급자</p>



성인기	건강일터 만들기	② 보건 및 사회서비스의 직접공급자
성인기	간접흡연제로 서울만들기사업	⑤ 집행 혹은 규제
노인기	기초노령연금	② 보건 및 사회서비스의 직접공급자
노인기	노인장기요양보험 (사회보험)	③ 영향력있는 구매자 혹은 위탁자
노인기	데이케어센터	② 보건 및 사회서비스의 직접공급자 ③ 영향력있는 구매자 혹은 위탁자 ④ 고용주
노인기	재가노인돌보미 파견(노인돌봄종합서비스)	③ 영향력있는 구매자 혹은 위탁자 ④ 고용주
노인기	사랑의 안심폰 지원사업	③ 영향력있는 구매자 혹은 위탁자
노인기	노인환자약제비 지원(보건소)	② 보건 및 사회서비스의 직접공급자
노인기	노인의치보철사업	② 보건 및 사회서비스의 직접공급자 ③ 영향력있는 구매자 혹은 위탁자
노인기	어르신 무료급식	③ 영향력있는 구매자 혹은 위탁자
노인기	어르신 활력생활 서포트사업 01.시니어전문자원봉사단	③ 영향력있는 구매자 혹은 위탁자
노인기	어르신 활력생활 서포트사업 02.어르신인문학아카데미	③ 영향력있는 구매자 혹은 위탁자
노인기	노인의 집	② 보건 및 사회서비스의 직접공급자
노인기	○ 공영 경로우대제도(철도,수도권전철, 도시철도, 고궁, 능원, 국립박물관, 국·공립공원 및 국·공립미술관,국·공립 국악원) ○ 각종 세제혜택상속세 공제 민영 경로우대제도(항공기,여선,목욕,이발 등) ○ 각종 세제혜택상속세 공제 ○ 부모 봉양자에 대한 주택분양 우선권 및 임대주택 우선 공	국· 객 급 ② 보건 및 사회서비스의 직접공급자
장애인	활동보조서비스	③ 영향력있는 구매자 혹은 위탁자 ④ 고용주
장애인	이동서비스	③ 영향력있는 구매자 혹은 위탁자 ④ 고용주
장애인	여성장애인도우미 사업(홍헬퍼)	③ 영향력있는 구매자 혹은 위탁자 ④ 고용주
노숙인	쪽방촌 화재예방 및 거주자 생활안정 지원(2012)	② 보건 및 사회서비스의 직접공급자 ⑥ 정치적 리더쉽 혹은 지렛대
노숙인	노숙인에게 희망을 “서울희망영농학교”	② 보건 및 사회서비스의 직접공급자 ④ 고용주



공통	주민참여형 건강마을 조성	<input type="checkbox"/> 1 보건 및 비보건영역에 대한 기획 <input type="checkbox"/> 6 정치적 리더쉽 혹은 지렛대
공통	보호자없는 병상 운영	<input type="checkbox"/> 2 보건 및 사회서비스의 직접공급자 <input type="checkbox"/> 3 영향력있는 구매자 혹은 위탁자
공통	정신보건사업(자살예방사업)	<input type="checkbox"/> 2 보건 및 사회서비스의 직접공급자 <input type="checkbox"/> 3 영향력있는 구매자 혹은 위탁자

< 부록 2 >

생애주기에 따른 서울시의 건강 및 건강불평등 완화 관련 사업 목록 (2012.03.01 기준, 출처: 서울시청, 보건복지부, 여성가족부 홈페이지)

범주	서울시/정부사업	현행 사업명	지원내용
태아/영아	보건복지부 · 서울시	철분제 지급	▶ 대상 : 임신 5개월 이상 임산부 ▶ 지원내용 : 분만전까지 철분제 지원 ※ 단, 임신성빈혈 의심되는 임산부는 조기지원가능(임신 4개월부터)
태아/영아	서울시	직장인 임산부 토요일진료	▶ 대상 : 직장인 임산부 ▶ 지원내용 : 매월 넷째주 토요일(09:00~13:00)에 임산부 산전검사 및 예방접종 실시
태아/영아	보건복지부 · 서울시	임산부 산전·후 건강관리	▶ 대상 : 임산부 ▶ 지원내용 : 임신중 건강진단(빈혈, 매독, B형간염항체 검사), 선천성기형아 검사,교육 등의 산전·후 관리
태아/영아	보건복지부	임신·출산 진료비 지원	▶ 대상 : 임산부 ▶ 지원내용 : 2011년부터 40만원('10년 30만원)내 바우처형태의 고운맘카드로 국민건강보험 공단을 통해 지원
태아/영아	보건복지부	임산부 영양플러스 사업	▶ 대상 : 최저생계비 200% 미만 가정의 임산부 ▶ 지원내용 : 영양의학적 스크리닝 및 고위험군 지속적 영양평가관리, 교육, 상담, 대상자별 6개 식품패키지 공급(62,000원내외, 월1~2회 배송), 가정방문 식생활 관리
태아/영아	보건복지부	산모·신생아 도우미 지원	▶ 대상 : 전국가구 월평균소득 50%이하의 가정(지역보건소 신청) ※ 건강보험료 납부로 산정(5인가족 기준) - 직장가입자 50,010원 납부 - 지역가입자 45,260원 납부 ▶ 지원기간 : 2주(12일) ▶ 서비스내용 : 산모·신생아건강관리 (산모 식사, 모유수유 지도, 신생아목욕 등)
태아/영아	보건복지부	미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원	▶ 대상 : 출생시 2.5kg 미만이거나 37주 이내 분만한 미숙아, 선천성이상아 ▶ 지원내용 : 도시근로자 월평균소득 130%미만의 가구로 치료비 및 수술비 지원(최저 5백~10백만원) ※ 셋째아 이상 출생아가 미숙아 및 선천성이상아인 경우 소득수준에 관계없이 지원
태아/영아	보건복지부	선천성대사 이상검사 및 환아관리 지원	▶ 대상 : 출생아 전원 ▶ 지원내용 : 선천성대사 이상6종 무료검사 실시

			※ 도시근로자가구 월평균소득 200%이하 가정의 환아로 판명시 특수조제분유 및 의료비 지원
영아기 유아기 아동기	보건복지부 · 서울시	필수예방접종 지원	▶ 대상 : 만 12세 이하(1999.1.1 이후 출생아) ▶ 지원내용 : 백신비+시행비용일부(1만원/1회)지원. 지원백신(10종): BCG(피내), B형간염, DTaP, IPV, DTaP-IPV, MMR, 일본뇌염(사백신), 수두, Td, Tdap(추가) ※ 보호자 본인부담금은 5천원, 지자체별로 다를수 있는데, 서울시는 전액지원
유아기	보건복지부	영유아 건강검진 (사회보험, 국민건강보험)	▶ 대상 : 만 6세미만 영유아 ▶ 지원내용 : 건강검진 총 6회 실시 - 검진시기 : 4개월, 9개월, 만2세, 만3세, 만4세, 만5세 - 검진항목 : 문진 및 진찰, 신체계측, 발달평가 및 상담, 구강검진, 건강교육 (안전사고예방, 영양, 수면, 구강검진, 취학전 준비 등)
유아기	보건복지부	보육료 지원	▶ 대상 : 만0 ~ 2세, 만5세 ▶ 지원내용 : 소득수준과 무관하게 어린이집 이용 아동지원 (만 5세는 어린이집 및 유치원 보육료지원, 단 정부지원 단가) ▶ 대상 : 만3 ~4세 ▶ 지원내용 : 소득하위 70% 이하 가구의 만 3~4세아 ※ 만3~4세 맞벌이가구 소득산정방식 : 부모가 모두 근로소득이 있는 가구는 부부합산 소득의 75%(25% 감액)만 반영
유아기	서울시	다자녀 양육 지원 수당	▶ 대상 : 셋째 이후 영유아(부모의 소득에 무관한 보편적 지원) ▶ 지원내용 - 만5세(72개월)까지 보육료 50% 또는 수당 10만원 중 택일
유아기	보건복지부	재가 아동 양육지원 (양육수당)	▶ 대상 : 차상위(최저생계비 120%이하(4인기준 173만원)) 가정의 보육시설 미이용 36개월 미만 아동 ▶ 지원내용 : 월 10~20만원 양육수당 지원 (연령별 차등): 12개월미만 20만원, 24개월미만 15만원, 36개월미만 10만원 ※ 2013년 소득하위 70% 가정의 보육시설 미이용 36개월 미만아동에게 일괄 월 10만원씩 지원
유아기	서울시	신생아 아동보험 (자치구 조례)	○ 종로구 : 셋째이후 자녀 대상 5년 (7.1부터 시행 중). '11년 예산 58,800천원 ○ 광진구 : 셋째이후 자녀 대상 5년(조례제정 중), 1인당 15천원 내외, '11년 52,200천원 ○ 강북구 : '10.7.1이후 태어난 셋째이후 자녀, 1인당 월 18,000원 지원, '11년 50,400천원 ○ 동작구 : '09. 1. 10이후 태어난 셋째이후 자녀, 1인당 월 16,000원 5년간 지원 '11예산 99,120천원 ○ 관악구 : '10.6.30이후 태어난 셋째이후 자녀, 1인당 남자 월 17,750원, 여자 15,950원 5년간 지원,



			<ul style="list-style-type: none"> ‘11년 70,000천원 ○ 서초구 : ‘10.1.1이후 출생한 셋째이후 자녀, 1인당 남자 월 17,400원, 여자 월 17,100원, 5년간 지원 ‘11년 54,720천원 ○ 강남구 : ‘08.1.1이후 태어난 셋째이후 자녀(차상위계층(120%)이하는 첫째아부터), 만5세까지 1인당 남자 월 22,530원, 여자 월 23,290원 지원, ‘11예산 228,000천원 ○ 송파구 : ‘08. 1. 1이후 태어난 셋째이후 자녀 만5세까지, 1인당 남자 월 13,800원, 여자 월 14,810원 지원, ‘11년 284,000천원
유아기	서울시	양육수당 추가지원 (자치구 조례)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 강남구 : 양육수당 추가 지원(‘09.5.25~) ‘11년 예산 7,551,600천원 - 셋째아 이후 자녀 양육수당 월15만원 또는 보육시설 이용료 100%, - 둘째아 양육수당 월10만원 또는 보육시설이용료의 50%
유아기	서울시	시내버스· 지하철 요금할인	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 대상 : 만6세미만 영유아 ▶ 지원내용 : 보호자가 동반한 3명의 영유아까지 무료승차 ※ 단, 영유아 단독 승차시 초등학생요금 적용
태아/영아 유아기	서울시	임산부· 유아동 승차량의 공공기관 이용시 승용차 요일제 적용제외	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 대상 : 임산부 및 유아동승 차량. 임신사실이 확인된 자(임산부 수첩소지 등) 및 유아가 타고 있는 차량 ▶ 지원내용 : 요일제 적용대상 차량 중 미가입 차량 및 가입한 차량 중 임산부· 유아동승차량의 운휴요일 공공기관 출입에 제한을 두지 않음
유아기	서울시	국공립 보육시설 확충	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 공공보육시설 확충대상 39개소(총 799개소) - 신축, 공공청사 주민복지시설 등에 설치 - 공동주택단지내 보육시설 전환 추진 - 민간 건축물을 매입하여 리모델링 추진
유아기	서울시	영유아 프라자 운영	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 자치구별 1개소 운영(총 25개소) - 시설내용 · 시간제보육시설 및 육아정보나눔터, 어린이도서관, 놀이시설, 학습체험장, 교재교구 및 장난감 도서관, 보육정보센터 등 설치
유아기	서울시	서울형 어린이집 인증제	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 일정 기준과 조건을 갖춘 민간 보육시설을 서울형 어린이 집으로 인증하고 국공립 수준에 맞는 지원실시로 보육서비스 개선 - ‘10년 인증 2,700개소(증 108개소)
유아기	서울시	안심모니터링단 운영	▶ 2009년 추진실적: 126명(2인1조), 보육시설 6,549개소에 대한 3차례 모니터링 실시
유아기	보건복지부	정부평가인증	▶ 보육시설평가인증사무국통해 질관리, 영유아보육법에 의하여 설치한 모든 보육시설 대상.

유아기	서울시	어린이 급식관리지원센터 설치·운영	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 영양사가 없는 어린이 단체급식소(유치원 및 어린이집 등)의 위생 및 영양관리를 지원하기 위해 어린이급식 관리지원센터」를 설치·운영(위탁운영), 2011년부터. ▶ 어린이 급식안전지원을 위한 제반사항 지원·관리 <ul style="list-style-type: none"> - 어린이 급식용 식단개발 보급, 급식시설 순회방문 영양·식사지도 및 교육 - 급식소의 위생안전관리, 급식소의 급식관리 평가 및 식재료 구매 정보제공 - 50~100명 미만 어린이급식소 1,409개소: 센터에 등록시 위생·영양관리 식단 제공 - 50명 미만 어린이급식소 4,473개소: 식단제공 및 교육지원 																				
유아기	여성가족부	시간제 돌봄 서비스	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 대상 : 0~12세 아동을 양육하는 가정 ▶ 사업시행 : 25개구 서비스 제공기관 ▶ 이용요금 : 시간당 5천원 ▶ 서비스내용 : 이용자의 가정에 아이돌보미를 파견하여 임시보육, 등하교(원), 놀이활동 등 제공 ▶ 지원(시간당) <table border="1" data-bbox="775 644 2128 986" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">지원대상</th> <th style="width: 15%;">이용단가</th> <th style="width: 15%;">정부지원</th> <th style="width: 30%;">본인부담</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>전국가구 평균소득 50%이하(4인기준 215만원)</td> <td>5,000원</td> <td>4,000원</td> <td>1,000원</td> </tr> <tr> <td>전국가구 평균소득 50~70%이하(4인기준 307만원)</td> <td>5,000원</td> <td>2,000원</td> <td>3,000원</td> </tr> <tr> <td>전국가구 평균소득 70~100%이하(4인기준 439만원)</td> <td>5,000원</td> <td>1,000원</td> <td>4,000원</td> </tr> <tr> <td>전국가구 평균소득 100%초과</td> <td>5,000원</td> <td>0원</td> <td>5,000원</td> </tr> </tbody> </table>	지원대상	이용단가	정부지원	본인부담	전국가구 평균소득 50%이하(4인기준 215만원)	5,000원	4,000원	1,000원	전국가구 평균소득 50~70%이하(4인기준 307만원)	5,000원	2,000원	3,000원	전국가구 평균소득 70~100%이하(4인기준 439만원)	5,000원	1,000원	4,000원	전국가구 평균소득 100%초과	5,000원	0원	5,000원
지원대상	이용단가	정부지원	본인부담																				
전국가구 평균소득 50%이하(4인기준 215만원)	5,000원	4,000원	1,000원																				
전국가구 평균소득 50~70%이하(4인기준 307만원)	5,000원	2,000원	3,000원																				
전국가구 평균소득 70~100%이하(4인기준 439만원)	5,000원	1,000원	4,000원																				
전국가구 평균소득 100%초과	5,000원	0원	5,000원																				
유아기	여성가족부	종일제 돌봄서비스	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 대상: 3~12개월 0세아를 양육하는 취업가정 등 ▶ 사업시행: 25개구 서비스 제공기관 ▶ 이용요금: 월평균 200시간 이용시 100만원 ▶ 서비스내용: 이용자의 가정에 아이돌보미 파견, 이유식, 위생관리 등 영아 돌봄 관련 활동 제공 ▶ 지원 																				

			지원대상	이용단가	정부지원 (월200시간기준)	본인부담
			영유아가구소득하위 40%이하 (4인기준 215만원)	100만원	70만원	30만원
			영유아가구소득하위 40~50%이하 (4인기준 293만원)	100만원	60만원	40만원
			영유아가구소득하위 50~60%이하 (4인기준 376만원)	100만원	50만원	50만원
			영유아가구소득하위 60%초과	100만원	40만원	60만원
유아기 아동기	보건복지부 · 서울시	치아건강서비스	<p>[미취학아동 불소겔도포]</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 대상: 만 5~6세 아동 중 불소도포 희망아동 ▶ 추진방법: 보건소 직접 도포 혹은 어린이집 방문 도포 실시 (※ 보건소 여건에 따라 조정, 구강보건실 운영보건소, 구강보건실 운영보건소: 송파구, 중랑구, 마포구, 영등포구, 동작구, 서대문구보건소) <p>[치아홈메우기]</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 대상: - 보건소장 및 학교장이 치아홈메우기가 필요하다고 인정하는 초등학교 학생 - 초등학교 1학년 및 2학년 학생을 우선 실시 함. 			
유아기 아동기 청소년기	서울시	안전도시 사업	<p>※ 자치구별 조례에 의해 운영(송파구, 강북구, 노원구, 마포구에서 시행)</p> <p>예) 마포구 안전도시 사업소개</p> <ul style="list-style-type: none"> • 국제안전학교 공인을 위한 사업추진 - 성산초등학교 · 공인실사: 2010. 3. 8(월) 실사단 : 3명(미국,대만,한국) · 국제안전도시학회 참석 (2010. 3. 23 ~ 3. 26) • 2010년 국제안전학교 S-Guys(안전대원) 운영 · 대상학교: 서울성산초등학교 4~6학년 28명 · 운영일시: 2010. 4 ~ 12월 · 운영방법: 위탁운영(시립마포청소년수련관) • 안전홍보관 운영: 관내 어린이집 37개소 1,373명 · 생활안전 애니메이션 시청각 교육, 가정안전(부엌,화장실,베란다 등) 학교안전등 • 초등학생 내고장 탐방시 안전홍보관 교육: 12개교 2,026명 • 장애예방 교육, 유괴예방 교육, 자전거안전교육 • 응급처치 및 심폐소생술교육: 서울성산초등학교 외 3개교 714명 등 			



아동기 청소년기	서울시	다동이 행복카드 발급	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 대상 : 2자녀이상 세대(단, 막내가 만 13세이하) ▶ 카드발급 : 온라인(http://i.seoul.go.kr) 및 우리은행 영업점, 동주민센터 ▶ 카드사용시 혜택 <ul style="list-style-type: none"> - 참여업체의 서비스 이용시 포인트 적립 및 할인 - 신용(체크)카드 부가서비스 혜택 - 서울시 공영주차장 이용시 <p>다동이 행복카드 소지자 2자녀가정 30%, 3자녀 이상 50% 할인</p>
아동기 청소년기	서울시	자동차 취득세·등록세 감면	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 대상 : 입양아 포함, 18세미만의 자녀가 3명이상인 가정 ▶ 지원내용 : 자녀 양육용 일정규모 이하의 자동차 1대에 대해 구입시 취득·등록세 100% 감면
유아기 아동기 청소년기	서울시	임신·출산 및 다자녀 가정 자동차 구입시 할인지원 (현대차와 양해각서 체결)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 대상 : 임신·출산 및 다자녀 가정 ▶ 할인액 (출산가구에서 현대차 승용, RV, 소형상용차 구입시 해당) <ul style="list-style-type: none"> - 첫째아 임신출산 : 10만원 할인 - 둘째아 임신출산 : 20만원할인 - 셋째아 이상 임신출산 : 30만원 - 다자녀(3이상) 가구 : 30만원 - 기타 다동이행복카드 소지 : 20만원
아동기 청소년기	국토해양부	국민임대주택 우선공급	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 대상: 신혼부부, 무주택세대주로서 3자녀 이상자녀 세대주 등 ▶ 물량 : 건설량의 20%범위내에서 우선공급(신혼부부 15~30%)
유아기 아동기 청소년기	국토해양부 · 서울시	전세자금 대출	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 대상: 신혼부부(전세보증금 8천만원이하), 3자녀이상 다자녀 가정(전세보증금 7천만원이하) ▶ 지원내용 <ul style="list-style-type: none"> - 대출금액: 전세보증금의 70% 이내(최대 6,300만원, 신혼부부는 5,600만원) - 대출이율: 2%
아동기 청소년기	서울시	어린이 식품안전·영양교육	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 대상: 초등학교·중학교 학생 ▶ 지원내용: <ul style="list-style-type: none"> - 시기: '12년 3월 ~ 12월 - 내용: 어린이들을 찾아가는 식품안전 체험버스 '안심서울 튼튼이야기 버스' 운영 또래 친구들과 학교 자율활동 시간을 활용하는 '어린이 식품안전동아리' 운영 식품안전 전문시설을 방문·체험하는 '꿈나무 식품안전 현장 체험교실' 운영 급식시간을 활용한 '학교 내 식생활안전 수준 향상 홍보' 추진 - 추진실적 (2011년) <ul style="list-style-type: none"> • 안심서울 튼튼이야기 버스 운영 : 총 91회, 41,704명 참여

			<ul style="list-style-type: none"> • 어린이 식품안전동아리 운영 : 25개교(구별 1개) 521명 구성, 총 325회 운영
아동기 청소년기	교육과학기술부 • 서울시	학교 건강증진실 만들기	<ul style="list-style-type: none"> • 교육청 주관 학교보건실 현대화 추진(전체 1270개교 중 420개교 추진(약 33.1%, '10년) • 2009년부터 보건교육 연간 17시간 배당(교육과학기술부 고시) • 보건사업종류: 구강보건, 건강증진(금연,영양,운동), 성교육, 아토피, 응급처치, 의약품 안전사용, 정신건강 등 • 학교보건실 시설과 환경개선을 통한 학생건강증진을 위한 중추적 역할을 수행할 학교건강증진실 운영 추진 계획.('12년 50개교 시작)
청소년기	여성가족부	청소년참여위원회 청소년운영위원회	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 지자체에 설치된 청소년정책관련 자문·건의 기구(지자체 246개소 중 185개 운영지원) ▶ 청소년 수련시설에 설치된 시설운영관련 자문·평가 기구(생활권 수련시설 378개소 중 305개 운영지원)
유아기 아동기 청소년기		기타사업	<ol style="list-style-type: none"> 1-1. 「u-서울안전존」 확대 구축 (7개소) 1-2. 초등학교 주변 CCTV 설치 확대 (2,961대) 1-3. 어린이보호구역 개선사업 (551개소) 1-4. 아동청소년 성폭력예방 및 피해자 지원 1-5. 하푃길 「서울꿈나무 지킴이」 운영 1-6. 학교보안관 제도 운영 지원 1-7. 서울시 꿈나무 축제 운영 1-8. 유괴.미아방지 등 아동안전 교육 1-9. 아동청소년 생활안전 체험교실 운영 1-10. 청소년 인터넷중독예방센터 확대운영 1-11. 청소년 유해환경 감시단 운영 1-12. 아동청소년 정신건강 도담이 프로젝트 1-13. 집단결핵 근절로 아동청소년 행복찾기 1-14. 아토피 전문클리닉 및 아토피 교실 운영 1-15. 어린이 비만예방 및 관리 프로그램 1-16. 건강매점 및 굿모닝 아침밥 클럽 운영 (건강매점 설치 시범운영학교 32개교) 1-17. 어린이 급식안전관리센터 설치 운영 (건강밥상 시범 어린이집 103개소 운영) 1-18. Green Food Zone내 어린이 기호식품 안전관리 1-19. 워킹스쿨버스 <ol style="list-style-type: none"> 2-1. 강동청소년수련관 건립 2-2. 서울키즈센터 건립·운영 2-3. 한강공원 어린이놀이터 현대화사업 2-4. 청소년 문화존 및 동아리 지원 2-5. 청소년 야외체험학습장 운영



			<p>2-6. 1수련관 1특성화 프로그램 운영 2-7. 찾아가는 청소년프로그램 운영 2-8. 서울유스데이 운영 2-9. 창의적 놀이프로그램 개발 운영 2-10. 청소년 국제교류 프로그램 운영 2-11. 아동청소년 참여활동 활성화 2-12. 청소년수련관 방과후아카데미 운영 2-13. 방과후학교 활성화 지원 2-14. 청소년직업체험센터 확대 운영 2-15. 청소년 진로정보제공 사업 2-16. 문화콘텐츠 체험학습 프로그램 운영 2-17. 자기주도학습 프로그램 운영 지원 2-18. 특성화고 창의 프로그램 지원 2-19. 초.중등 디자인교육 지원</p> <p>3-1. Now Start 사업 추진 3-2. 아동발달지원계좌(디딤씨앗) 사업 3-3. 아동자립지원센터 확대 운영 3-4. 지역아동센터 운영 지원 3-5. 가정친화적 공동생활가정 운영 3-6. 다문화가족 부모교육 및 자녀생활서비스 3-7. 사회적약자에 대한 감수성 향상 프로그램 운영 3-8. 서울 청소년 종합지원센터 구축 3-9. 자치구 청소년상담지원센터 확충 3-10. 청소년 대안교육프로그램 운영 3-11. 학업중단 청소년 수련관 프로그램 개발?운영 3-12. 자립지원 아카데미 '두드림존' 확대 운영 3-13. 위기청소년 동반자 사업 강화 3-14. 특별지원대상 청소년 지원사업 강화 3-15. 아동청소년 자원봉사 활성화 지원</p>
성인기	서울시	대사증후군 관리사업 (오락프로젝트)	<p>유병률 높은 성인 만성질환 지속 관리 및 각종 질환 사전 예방사업, 거주지와 가까운 대사증후군 보건소를 통해 건강 체크 및 상담, 질환 관리.</p>
성인기	서울시	건강일터 만들기	<ul style="list-style-type: none"> • 건강한 직장인을 위한 사전 검사와 지속 관리 프로그램 운영. • 서울시 공공서비스 종사자의 건강 지키미 사업(3060 공공서비스 건강남녀를 위한 대사증후군 오락프로젝트):2011년 7개구 19개소 7,340여명. 시민의 안전을 위협하는 직종부터 실시. • 보건소별 5~6명, 매월 5일 사업장에 방문하여 발견검사 및 상담.



성인기	서울시	간접흡연제로 서울만들기사업	「간접흡연피해방지조례」('11.3.1) 제정에 따른 제도적 기반 마련 및 시행 :금연광장 3개소(서울·청계·광화문광장), 서울시 관리 도시 공원 20개소, 중앙차로 버스정류소 314개소 우선 관리(※ 금연구역 지정 후 3개월간의 홍보기간 후 과태료 부과시작), 향후 늘려갈 계획.
노인기	보건복지부	기초노령연금	▶ 대상: 만65세 이상이고, 월 소득인정액이 78만원(단독가구) 또는 124.8만(부부가구) 이하 ▶ 지원내용: 2012년 4월부터 단독가구 매월 최고 94,600원, 부부가구 최고 151,400원 지급 ※ 소득·재산기준에 따라 차등지급
노인기	보건복지부	노인장기요양보험 (사회보험)	<장기요양급여> ▶ 대상: 1~3등급의 장기요양인정을 받은자 ▶ 지원내용: 장기요양급여는 크게 재가급여, 시설급여, 특별현금급여로 나누어짐. 장기요양인정자는 장기요양기관과 자율적이 계약을 통하여 급여 이용. 노인요양시설, 재가장기요양기관을 선택. ※건강보험공단은 수급자에게 장기요양기관의 자료를 객관적, 자율적 선택을 할 수 있도록 정보제공 · 안내 · 상담 <복지용구 급여> ▶ 대상: 노인장기요양법 수급자 중 시설급여를 제공하는 장기요양기관에 입소하지 않은 분 ▶ 지원내용: • 구입방식 『구입전용품목』 10종과 『구입·대여품목』 6종에 대하여 제품별 수가에서 본인부담금을 부담하고 구입하여 사용 (단, 기초생활수급자의 경우 『구입·대여품목』은 대여만 가능) • 대여방식 구입대여품목을 일정기간 대여하여 사용하는 것으로 제품별 대여수가에서 본인부담금을 부담하고 사용하는 방식
노인기	보건복지부 · 서울시	데이케어센터	▶ 대상: - 등급판정을 받은 장기요양급여수급자(1등급~3등급) _ 「장기요양보험 지원(본인부담 15%, 등급과 이용시간에 따라 차이 있음)」 - 등급판정을 받지 않은 등외자(기초수급권자(바우처_「서울시지원」), 일반노인질환자) ▶ 내용: • 시립 및 구립 데이케어센터 운영(위탁) • 서울형 데이케어센터 인증으로 시설 관리



			<ul style="list-style-type: none"> • 데이케어센터(노인 주야간보호시설)를 이용하는 어르신 및 보호자의 욕구에 부응하고, 데이케어센터 서비스 확대를 위하여 올해 3월부터 20개 자치구에 주말휴일 대표기관 24개소를 지정하여 운영
노인기	보건복지부 · 서울시	재가노인돌보미 파견 (노인돌봄종합서비스)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 대상: 중산층이하 노인을 돌볼 가족이 없는 가구 소득기준 : 전국가구 월평균소득 150%이하(4인 가구 기준 월 소득 6,232천원 이하) 건강상태 : 장기요양등급외 A, B 판정자(부양가족 유무는 불문) ▶ 지원내용: <ul style="list-style-type: none"> • 공급기관: 62개소(재가노인복지시설, 지역자활센터 등) • 서비스 내용: 노인 활동 및 가사지원 ※ 건강보험공단에 장기요양등급 신청·판정·등급통보 후, 각 자치구 주민센터로 서비스 신청.(바우처)
노인기	서울시	사랑의 안심폰 지원사업	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 대상: 만 65세이상 홀몸노인(노인돌봄 기본서비스 수혜자) 중 거동불편, 장기질환 보유 등으로 상시 안전관리가 필요한 어르신 ▶ 지원내용: <ul style="list-style-type: none"> • 노인돌봄기본서비스 대상자는 주 1회 이상 방문, 전화 등을 통한 안전 관리 (노인돌봄기본서비스 대상자는 만 65세이상 홀몸노인임) • 노인돌보미의 화상 모바일폰으로 홀몸노인 실시간 원격 모니터링, 원격 화상통화 • 홀몸노인은 모바일 단말기로 노인돌보미와 상호 통화, 긴급 상황 대처 가능 ※ 사업수행기관 : 25개소 (자치구별 노인돌봄기본서비스 사업수행기관)
노인기	서울시	노인환자약제비 지원	보건소를 무료로 이용해온 65세이상 노인들이 처방전에 의해 원외약국에서 약을 조제할 경우, 조제비용이 1만원 미만인 65세 이상의 환자 본인부담액인 1200원을 시비보조금으로 지원
노인기	보건복지부 · 서울시	노인의치보철사업	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 대상: 만 70세 이상 기초 생활수급자 노인, 대상자가 없을 경우 만65세 이상 노인에게 지원 가능. ▶ 지원내용: <ul style="list-style-type: none"> • 검진절차→ 1차: 보건소(보건소에서 구강상태에 대한 1차 검진하여 대상자 선정 후 병원에서 시술.) • 시술기관→ 치과의원 국, 공립병원 치과(단, 한번 시술 받은 자는 대상에서 제외)
노인기	정부 (국회, 노인복지법 일부개정안 통과_경로당 지원) · 서울시	어르신 무료급식	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 대상: 저소득 재가노인 ▶ 지원내용: <ul style="list-style-type: none"> <지원기준> • 경로식당: 1식 2,800원/인(월26일), 특식비 1식 4,000원/인(연7회) • 식사배달: 1식 2,800원/인(365일), 특식비 1식 4,000원/인(연7회) • 밀반찬배달: 1식 5,000원/인(주2회), 특식비 1식 4,000원/인(연7회)

			<p><급식기관></p> <ul style="list-style-type: none"> • 사업기관선정: 구청장 • 사업수행기관: 종합사회복지관, 노인복지회관, 재가노인복지시설, 종교단체 등 비영리단체로 구청장이 정하는 기관 • 사회복지시설 및 종교단체, 부녀회, 노인회 등과 연계하여 자원봉사인력 확보 <p><연혁></p> <p>민간단체와 지방자치단체에서 자율적으로 운영</p> <p>'91년도부터 사회복지사업기금으로 지원 시작</p> <p>'99년도 하반기부터 전국 경로식당에 국고지원 시작</p> <p>2000년도부터 거동이 불편하여 식사를 거를 우려가 있는 저소득 재가노인에게 식사배달 사업 시작</p>																				
노인기	서울시	어르신 활력생활 서포트사업 01.시니어전문자원봉사단	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 대상: 8개 분야를 중심으로 활동할 수 있는 사회 경험과 연륜이 풍부한 어르신 ▶ 자원봉사 활동분야(8개 영역) <ul style="list-style-type: none"> ▶ 보건의료 : 의료상담, 건강교육 ▶ 문화예술 : 문화예술공연, 문화재지킴이 ▶ 통역 : 국제행사통역, 다문화가정지도 ▶ 전문상담 : 법률상담, 노인상담 ▶ 케어봉사 : 복지시설 등에서 노-노케어 ▶ 학습지도 : 한자교육, 노인학습지도 ▶ IT봉사단 : 컴퓨터, 디지털기기 봉사대 																				
노인기	서울시	어르신 활력생활 서포트사업 02.어르신인문학아카데미	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 대상: 서울시에 거주하는 60세 이상 어르신 ▶ 지원내용: 교육비는 8만원으로 이중 7만원은 서울시에서 지원하고 본인부담액은 1만원. <table border="1"> <thead> <tr> <th>교육기관(교육장 위치)</th> <th>교육기관</th> <th>교육인원</th> <th>프로그램</th> <th>전화번호</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>서울시노인종합복지관협회(20곳) (용산, 성도, 동대문, 주량, 강북, 도봉, 은평, 마포, 양천, 가사, 영등포, 동작, 금천, 송파, 강동, 노원, 관악, 서초구 등)</td> <td>3월~11월</td> <td>1,000명</td> <td>노인의 역할과 바람직한 노년상 노후 생활설계 노년기 여가활동 등</td> <td>812-8065</td> </tr> <tr> <td>한국씨니어연합(5곳) (동작, 관악, 동대문, 강동, 구로구)</td> <td>3월~10월</td> <td>600명</td> <td>노년기의 노후준비 웃음 건강학 삶과 인문학 등</td> <td>815-1922</td> </tr> <tr> <td>서울시니어아카데미 (용산, 마포, 동대문, 중랑, 과악, 양천, 서대문, 강도, 동작, 송파구)</td> <td>5월~12월</td> <td>500명</td> <td>노후생활 법률상식 언어의 미술:대화법 노인성우울과 스트레스대처법 등</td> <td>765-8458</td> </tr> </tbody> </table>	교육기관(교육장 위치)	교육기관	교육인원	프로그램	전화번호	서울시노인종합복지관협회(20곳) (용산, 성도, 동대문, 주량, 강북, 도봉, 은평, 마포, 양천, 가사, 영등포, 동작, 금천, 송파, 강동, 노원, 관악, 서초구 등)	3월~11월	1,000명	노인의 역할과 바람직한 노년상 노후 생활설계 노년기 여가활동 등	812-8065	한국씨니어연합(5곳) (동작, 관악, 동대문, 강동, 구로구)	3월~10월	600명	노년기의 노후준비 웃음 건강학 삶과 인문학 등	815-1922	서울시니어아카데미 (용산, 마포, 동대문, 중랑, 과악, 양천, 서대문, 강도, 동작, 송파구)	5월~12월	500명	노후생활 법률상식 언어의 미술:대화법 노인성우울과 스트레스대처법 등	765-8458
교육기관(교육장 위치)	교육기관	교육인원	프로그램	전화번호																			
서울시노인종합복지관협회(20곳) (용산, 성도, 동대문, 주량, 강북, 도봉, 은평, 마포, 양천, 가사, 영등포, 동작, 금천, 송파, 강동, 노원, 관악, 서초구 등)	3월~11월	1,000명	노인의 역할과 바람직한 노년상 노후 생활설계 노년기 여가활동 등	812-8065																			
한국씨니어연합(5곳) (동작, 관악, 동대문, 강동, 구로구)	3월~10월	600명	노년기의 노후준비 웃음 건강학 삶과 인문학 등	815-1922																			
서울시니어아카데미 (용산, 마포, 동대문, 중랑, 과악, 양천, 서대문, 강도, 동작, 송파구)	5월~12월	500명	노후생활 법률상식 언어의 미술:대화법 노인성우울과 스트레스대처법 등	765-8458																			



			<table border="1"> <tr> <td>한국고령사회비전연합회(영등포구)</td> <td>3월~11월</td> <td>400명</td> <td>미래를 보는 슬기 각종 질병예방법 퇴직 후 인생의 새로운 의미 등</td> <td>919-4700</td> </tr> <tr> <td>한국블로그산업협회(관악구)</td> <td>3월 ~ 10월</td> <td>250명</td> <td>사상의학에 따른 체질분석 신세대 문화코드 이해하기 자신만의 글쓰기 등</td> <td>6052-9634</td> </tr> </table>	한국고령사회비전연합회(영등포구)	3월~11월	400명	미래를 보는 슬기 각종 질병예방법 퇴직 후 인생의 새로운 의미 등	919-4700	한국블로그산업협회(관악구)	3월 ~ 10월	250명	사상의학에 따른 체질분석 신세대 문화코드 이해하기 자신만의 글쓰기 등	6052-9634
한국고령사회비전연합회(영등포구)	3월~11월	400명	미래를 보는 슬기 각종 질병예방법 퇴직 후 인생의 새로운 의미 등	919-4700									
한국블로그산업협회(관악구)	3월 ~ 10월	250명	사상의학에 따른 체질분석 신세대 문화코드 이해하기 자신만의 글쓰기 등	6052-9634									
노인기	서울시	노인의 집	<p>▶ 대상: 65세 이상 국민기초생활수급자로서 공동생활이 가능한 자 ※ 서울시 '노인의 집' 설치 운영지침('96.9.17)</p> <p>▶ 지원내용: 소규모 공동주택 임차료 지원</p> <p>주거형태: 50㎡ 정도의 다가구 및 단독주택에서 2~5명의 노인이 공동거주</p> <p>운영현황: 51개소(12. 1월 기준), 132명 입소(남 15명, 여 117명)</p> <p>※ 공동거주를 원하는 경우 자치구 담당부서 및 주민센터에 신청하고 결원여부, 자격 적정성 등 감안하여 결정 후 이용가능</p>										
노인기	보건복지부 등 (정부)	기타 제도 및 사업	<p>○ 공영 경로우대제도</p> <ul style="list-style-type: none"> • 철도 <p>통근열차 : 운임의 50% 할인 무궁화호 : 운임의 30% 할인 새마을호 및 KTX 30% 할인(단 공휴일 제외)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 수도권전철, 도시철도, 고궁, 능원, 국·공립박물관, 국·공립공원 및 국·공립미술관: 운임 또는 입장료 100% 할인 • 국·공립 국악원 : 입장료 50%이상 할인 <p>○ 민영 경로우대제도</p> <ul style="list-style-type: none"> • 국내 항공기 : 운임의 10% 할인 • 국내 여객선 : 운임의 20% 할인 • 타 경로우대업종(목욕, 이발 등)은 자율적으로 실시 <p>※ 경로우대를 받고자 하는 자는 주민등록증 기타 연령을 확인할 수 있는 신분증(자동차운전면허증 등)을 당해 시설의 관리자에게 제시하여야 함</p> <p>○ 각종 세제혜택상속세 공제</p> <ul style="list-style-type: none"> • 상속세 인적공제(상속세및증여세법 제20조): 60세이상의 자에 대하여 1인당 3천만원씩 공제 • 소득세 공제 • 부양가족공제(소득세법 제50조) 										

			<p>-대상: 60세(여55세)이상 생계를 같이하는 직계존속 부양자 -내용: 연간 1인 100만원</p> <ul style="list-style-type: none"> • 경로우대공제(소득세법 제51조) -대상: 부양가족 중 65세이상인 노인과 생계를 같이하는 자 -내용: 연간 1인 100만원(70세 이상은 150만원) • 경로우대자 의료비 전액 추가공제(소득세법 제52조) • 양도소득세 면제(소득세법시행령 제155조제4항) 부모와 자녀가 각각 주택을 소유하고 따로 살다가 세대를 합친경우 양도소득세 면제 -대상: 아들·딸이 부모를, 며느리가 시부모를, 사위가 장인·장모를 모시고자 세대를 합친 경우로써 다음 조건이 충족될 때 -면제조건: 아버지가 60세이상이거나 어머니가 55세이상으로 부양가족공제 대상으로서 먼저 매매하는 집에 3년이상 보유 하였고, 세대를 합친 후 2년이내에 집을 매매하는 경우 • 생계형저축 비과세(조세특례제한법 제88조의2) 60세이상 노인 1인당 3천만원이하의 생계형저축에 대한 이자소득 또는 배당소득 비과세 65세 이상노인의 6천만원 이하 세금우대종합저축 10% 분리과세 및 주민세 면제 (조세제한특례법 89조) <p>○ 부모 봉양자에 대한 주택분양 우선권 및 임대주택 우선 공급</p> <ul style="list-style-type: none"> • 공공기관건설주택의 우선공급 제도(주택공급에관한규칙 제19조의2) -국가, 지방자치단체, 대한주택공사 및 지방공사인 사업주체가 85㎡ 이하로 건설하여 공급하는 주택은 주택공급량의 10% 범위내에서 우선 공급 -주택신청 자격을 가진 무주택세대주로서 최초 입주자 모집공고일 현재 65세 이상 직계존속 (배우자의 직계존속 포함)을 3년 이상 부양 • 임대 주택 우선공급(주택공급에관한규칙 제32조제4항) -국가재정과 국민주택기금을 지원받아 국가·지방자치 단체·대한주택공사 또는 지방공사가 건설하는 주택공급량의 10% 범위내에서 우선 공급 -최초 입주자 모집공고일 현재 65세이상 직계존속(배우자의 직계존속 포함)을 1년 이상 부양하고 있는 무주택 세대주로서 전용면적 50㎡ 미만 주택은 당해 세대의 월평균 소득이 전년도 도시근로자 가구당 월평균 소득의 50%('04년 기준 1인당 417,497원) 이하인 자 -전용면적 50㎡ 이상은 당해 세대의 월평균 소득이 전년도 도시근로자 가구당 월평균 소득의 70% ('04년 기준 1인당 584,496원) 이하인 자
장애인	보건복지부 · 서울시	활동보조서비스	<p>[국고보조]</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 대상: 「장애인복지법」상 등록 1급 장애인(15종 전체) 소득기준과 무관 연령: 만 6세 이상 ~ 만 65세 미만 대상자 선정 기준:

			<p>신청자격이 있는 자로서 중증장애 위탁심사 결과 등록 1급으로 판정받고“인정조사표”에 의한 조사결과 220점 이상인 자</p> <p>▶ 지원내용: (장애인 본인 등이 주민등록상 주소지 동 주민센터에 신청) 신변처리 지원: 목욕, 대소변, 옷갈아입기, 세면, 식사보조 등 가사지원: 쇼핑, 청소, 식사 준비, 양육 보조 등 일상생활 지원: 금전관리, 시간관리, 일정관리 등 커뮤니케이션 보조: 낭독보조, 대필 보조 등 이동의 보조: 안내도우미·대리운전지원(시각장애인), 학교 등·하교 지원, 직장 출·퇴근 지원, 야외·문화활동 지원 등</p> <p>※ 서비스단가 및 본인부담금: 시간당 8,000원, 제공 시간에 따라 단가 계산, 소득수준에 따라 정액 본인부담금 납부.</p> <p>[시비추가지원]</p> <p>▶ 대상: 국고보조 대상자중 1등급(월100시간, 독거의 경우 월 120시간, 180시간)대상자 중 와상, 사지마비 장애인</p> <p>아동의 경우 국고보조 1등급(월60시간) 와상, 사지마비이며 수급자, 차상위계층, 전국 가구소득 100% 이하 장애아 해당</p> <p>▶ 추가지원내용:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 추가시간 지원: 월 최대 80시간 월 100시간 대상자: 월 최대 80시간 월 120시간 대상자: 월 최대 60시간 월 180시간 대상자: 월 최대 50시간 아동 월 60시간 대상자: 월 최대 80시간 • 긴급(야간)서비스 지원에 따른 단가 차액지원(2천원) 추가지원 <p>적용시간대: 오후 10시~ 오전 6시 적용단가: 시간당 10천원 지원방법: 본인 사용시간대 범위내 시간을 사용하되 야간시간 이용에 따른 추가 비용(2천원) 지원</p> <p>※ 긴급상황에 대해서만 적용</p>
장애인	서울시	이동서비스	<p>○ 셔틀버스</p> <ul style="list-style-type: none"> • 이용대상: 장애인, 노인, 임산부 등 이동에 장애를 가진 자. • 보호자도 함께 탑승가능 • 운행시간: 평일 07시 30분 ~19시 00분, 토요일 07시 30분 ~ 16시 00분 (노선별로 다름) • 운행노선: 12개노선 버스 25대(휠체어리프트 장착, 전자문자음성안내판부착)



			<ul style="list-style-type: none"> • 문의처: 서울시 장애인복지과 TEL : 3707-8471, 해당 자치구 사회복지(복지행정)과 ○ 장애인콜택시 <ul style="list-style-type: none"> • 운행시간: 24시간 • 이용대상 <ul style="list-style-type: none"> - 서울시 거주 등록장애인으로써 - 지체·뇌병변 1,2급 장애인 - 호흡기장애 1급 장애인 - 정신지체(지적장애) 1급 장애인은 보호자 함께 탑승시에만 이용가능 - 자폐성장애(발달장애) 1,2급 장애인은 보호자 함께 탑승시에만 이용가능 - 정신장애 1,2급 장애인은 보호자 함께 탑승하고 휠체어 이용자만 이용가능 - 기타 장애 1,2급 장애인은 휠체어 이용자만 이용가능 • 이용요금 <ul style="list-style-type: none"> - 5km 까지: 1,500원 - 5 ~ 10km: km당 300원 - 10km 초과: km당 35원 • 이용전화: 1588-4388 ○ 해피콜봉사센터 <p>이동과 보행이 어려운 장애인의 이동권 확보를 위해 콜택시와 연계하여 장애인의 원활한 교통이용 상의 편의를 제공 함.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 운영주체: 서울노원시각장애인복지관 (2002. 3월부터 운영개시) • 이용대상: 장애인복지법 제32조에 의한 등록장애인 및 비장애인 ○ 장애인심부름센터 <p>시각 및 신장장애인의 민원대행 업무, 출퇴근, 병원이용, 외출 귀가 등 사회활동에 적극 참여할 수 있도록 이동에 따른 불편 해소</p> <ul style="list-style-type: none"> • 운영주체: (사)한국시각장애인연합회 서울시지부 (대표: 이강태) • 이용대상: 시각장애인 1~3급, 신장장애인 1~2급 • 운영대수: 140대 (2010.4월 현재) • 사업근거: 장애인복지법 제58조제1항제2호 및 동법시행규칙 제41조 • 이용방법 <ul style="list-style-type: none"> 콜 번 호: 즉시콜 2092-0000 이용요금: 일반택시요금의 35% (기본요금 5km까지 2,000원, 주행요금 1km당 200원, 시간거리병산요금 100초당 100원)
장애인	서울시	여성장애인다우미 사업 (홍할퍼)	여성장애인의 복지증진을 위해 중 임신·출산·육아와 관련한 종합적인 서비스를 제공함으로써 신체적으로 어려움을 겪고 있는 여성장애인들의 일상생활 지원 및 사회참여 활동 지원



			<p>○ 사업내용 여성장애인의 임신 및 출산의 산후조리를 위한 도우미 파견, 여성장애인의 자녀양육 등 여성장애인을 위한 도우미 양성교육·관리 여성장애인을 위한 모성지원(산전·산후 관리 등 건강관리) 여성장애인전용 산모실 및 부부클리닉 관련서비스</p> <p>○ 서비스이용 대상자</p> <ul style="list-style-type: none"> - 임신 출산 도우미 서비스: 서울시 등록 가임기 여성 장애인(※ 지원기준: 전국가구 평균소득 100% 이하 가정) - 기타 지원서비스: 서비스 실시기관의 사업에 따라 선정
<p>노숙인</p>	<p>서울시</p>	<p>쪽방촌 화재예방 및 거주자 생활안정 지원 (2012)</p>	<p>▶ 사업대상: 쪽방밀집지역 3,487개 쪽방, 쪽방 거주자 3,209명 등 취약계층</p> <p>▶ 지원계획:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 화재 및 안전분야 <ul style="list-style-type: none"> - 화재경보 시스템 유지관리 (비상방송설비, 가스누설경보기 및 누설차단기 설치) - 소화장비 점검 및 유지관리 (자동확산소화용구) - 긴급피난장비 점검 및 유지관리 (비상조명등·완강기 설치, 휴대용손전등·방연마스크 보급) - 전기·가스, 전기장판 등 화재위험요소 안전점검 - 정기적 소방점검 및 훈련 • 보건·의료 분야 <ul style="list-style-type: none"> - 전염병 조기검진 및 예방시스템 마련 (현장이동 종합진료실 운영) - 시립병원과 보건소, NGO간 협력 강화 - 연중 상시 방역체계 지속 유지 (여름철, 겨울철 주 2회) - 쪽방거주자 체계적 건강관리 (방문건강관리 전담인력 배치) • 난방분야 <ul style="list-style-type: none"> - 쪽방촌 집수리사업 추진 (보일러, 화장실, 천정누수, 도배, 장판 등) - 응급보호방 운영 (주거상실 주민 지원) • 생활편의시설 분야 <ul style="list-style-type: none"> - 자활사업장 운영 활성화 (중고 가전제품 세척사업, 텃밭 농사, 문구용 스티커 작업) - 생활편의시설 운영 활성화 (푸른나눔터, 사랑의쉼터, 남대문사랑방) - 목욕권 지속 지급 (샤워실 미설치 지역) • 자존감 회복·자활지원 분야 <ul style="list-style-type: none"> - 자존감 회복을 위한 문화체험 프로그램 운영 (인문학 수강, 영화관람 등) - 명절맞이 주민행복 프로그램 운영 (공동차례상, 화합의 장 마련 등) - 근로능력 확보 및 일자리 갖기 지원 (길품택배사업, 가전제품세척사업) - 신용회복(Re-Start) 지원 (개인파산, 면책대상자 발굴, 선정 등) - 법정 지원 수혜대상 확대 (말소 주민등록 복원, 거주 주소지 등록 등) - 지역사회 연계 네트워크 확대 (1대1 후원 결연, 후원물품 연계활동 지원)

			- 상담소 운영 활성화 및 환경개선 (워크숍, 우수사례관리 등)
노숙인	서울시	노숙인에게 희망을 “서울희망영농학교”	<ul style="list-style-type: none"> • 전국 최초로 노숙인에게 농사를 가르치는 ‘서울영농학교’를 서울시립 ‘양평심터’에 개설.(2012년 4월 2일) • 노숙인을 대상으로 주 3일(월화수)간 이론교육과 현장실습, 선진농장 답사 등을 운영해 영농기술을 교육. • 첫 번째로 입학하게 된 노숙인은 총 40명(30대~60대) • 교육은 서울시립 ‘양평심터’와 인근 농토에서 이뤄지며, 4월~10월 7개월간 합숙생활을 통해 진행. • 프로그램은 텃밭채소, 친환경농업, 약용작물, 버섯, 가축 등의 분야를 중심으로 하는 35명 전문 강사진의 이론 교육과 비닐하우스용 부지(6,100㎡)등에 직접 나가 농사를 지어보는 실습교육. (이들 프로그램은 사전에 입학생을 대상으로 한 희망영농분야 수요조사 결과를 반영해 편성) 교육과목은 서울농업기술센터, 양평농업기술센터 그리고 한국농수산 대학 등 영농 전문 기관의 자문을 거쳐 구성. • 6개 반의 현장실습장에서 수확되는 농산물은 서울광장 직거래 장터 등을 통해 판매하도록 해 노숙인에 대한 이미지 개선의 계기를 마련하고, 판매수익금은 졸업 후 본인의 귀농자금으로 지급하는 등 교육 참여의욕을 북돋을 계획. • 교육생들에게는 월 10만원의 훈련수당이 지급. • 교육이 없는 날을 활용해 일하기를 희망하는 노숙인들에게는 인근 농산물 가공공장 등 사업장과 농가 일손 돕기, 지역자활센터 등에 일자리도 알선해줘 자립과 귀농의 기반을 마련할 수 있도록 도움 계획. • 서울영농학교에서는 잃어버렸던 자존감 회복을 돕기 위해 ‘서울시, 희망의 인문학’ 출장강좌(매주 월요일 오후) 프로그램도 함께 마련.
공통	서울시	주민참여형 건강마을 조성	<ul style="list-style-type: none"> • 「서울시민건강위원회」 구성·운영 <ul style="list-style-type: none"> - 시민, 시민단체, 환자단체, 의약단체, 전문가 등 15명 내외 - 市 주요 건강정책 및 건강증진사업에 대한 자문 - 환자 입장에서 고충민원 상담 및 처리지원 등 환자권리 증진 • 건강친화마을 조성 : 2개소('12) → 50개소('14) <ul style="list-style-type: none"> - 건강마을 사업지원단 운영 : 민간협력 네트워크 구축, 프로그램 개발 등 - 노인정, 길거리 농구장, 산책길, 마을쉼터 등을 건강하고 안전한 시설로 조성 - 건강검진, 건강생활 실천, 방문간호 등 다양한 건강프로그램 운영
공통	서울시	보호자없는 병상 운영	<ul style="list-style-type: none"> ※ 환자가족에게 시간적·경제적 부담을 경감시켜 시민의 사회적 보호기능 강화 및 공공의료기관의 역할 강화 • 가족 간병이 어려운 저소득 입원환자에게 위생관리 등 무료 간병서비스를 제공하고, 가족에게는 시간적·경제적 부담을 경감시켜 환자의 빠른 치유 및 공공의료기관의 역할 강화 • 보호자 없는 병상현황('11) : 무료 436병상, 유료 209병상

			구분									
			계	어린이병원	은평병원	서북병원	서울의료원	보라매병원	동부병원	북부병원	서남병원	
			전체병상	3,270	295	305	510	623	787	200	200	350
보호자 없는 병상			계	645	295	18	118	35	10	54	115	0
			무료병상	436	295	18	41	20	5	42	15	
			유료병상	209	0	0	77	15	5	12	100	0
			전제병상대비(%)	0	100	5.9	23.1	5.6	1.2	27	57.5	0
공통	서울시	정신보건사업 (자살예방사업)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 추진근거 <ul style="list-style-type: none"> • 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률('12.3.31시행), 서울특별시 자살예방 지원 조례 제정(2010.1.13) ○ 2012년 추진계획 : 인구 10만명당 자살률 26.2명('11) ⇒ 26.1명('12) <ul style="list-style-type: none"> • 자살예방 지킴이 교육 <ul style="list-style-type: none"> - 정신보건기관 관계자, 노인복지관, 보건소, 주민자치센터 직원 등 - 학교교사, 보건교사, 학부모 등 - 자살예방 지킴이 전문가 교육: 119, 112, 경찰서 및 지구대 등 • 자살률이 높은 취약 자치구 선정·지원: 5개구(관악, 성북, 노원, 강서, 은평) <ul style="list-style-type: none"> - 총예산: 325,000천원 (자살예방사업을 위한 자치구당 65,000천원 지원) • 정신건강 인식 개선을 위한 홍보 <ul style="list-style-type: none"> - 자살시도가 가장 많은 한강다리 걷기 대회로 인식개선 캠페인 - 시민자살예방 옴브즈만 발족(5월) 후 인터넷 사이트 감시 활동 • 사회복지관내 자살유가족 상담센터 운영 지원: 3개소('11) ⇒ 10개소('12) <ul style="list-style-type: none"> - 자살유가족 상담 프로그램 개발 및 보급 • 응급의료센터와 연계한 모바일팀 운영: 4개소('12) <ul style="list-style-type: none"> - 취약계층을 위한 120, 복지관, 보건소 등, 보건-복지 통합 서비스 체계 구축 • 소요예산 : 1,026백만원(시비100%) 									

※ 그밖에 다양한 공급 및 전달 서비스 프로그램이 존재함.(구별로 차이 있으며, 구별 자체 프로그램을 진행하기도 함)

사단법인 시민건강증진연구소는

우리 사회에서 살아가는 모든 이들의 건강할 권리를 생각합니다.

건강한 사회를 만들기 위하여

함께 공부하고 연구하며 실천하는 공동체를 꿈꿉니다.

우리 연구소는

우리 사회의 **건강담론과 대안**을 만들어 가는 민간 연구소로,

회원들의 회비와 후원금만으로 운영되는 **독립연구기관**을 지향합니다.

여러분의 관심과 후원으로

모두가 건강한 세상을 향한 사회 변화의 큰 힘을 만들 수 있습니다.

여기 우리가 손을 잡는 현장으로 여러분을 초대합니다.

* 이 보고서는 서울의료원의 연구비 지원과

우리 연구소 회원들의 후원금으로 만들어졌습니다.

사단법인 시민건강증진연구소

§ 주소 : 서울시 서초구 방배로 140 인산빌딩 3층 302호

§ 전화 : 070-8658/8659-1848 § Fax : 02-581-0339

§ 누리집: <http://health.re.kr> § 전자우편: phikorea@gmail.com

§ 후원계좌 : 하나은행 199-910004-60804 (사)시민건강증진연구소

