



PHI Research Report 2015-01

PHI 연구보고서 2015-01



건강불평등에 도전하기: 연구와 실천

모두가 건강한 사회를 만들어가는

시민건강증진연구소

People's Health Institute

PHI Research Report 2015-01

PHI 연구 보고서 2015-01

건강불평등에 도전하기 : 연구와 실천

출판일 || 2015년 5월 1일

편집인 || 김 명 희 (시민건강증진연구소 연구원)
공동저자 || 김 새 림 (서울대학교 보건대학원 박사과정)
(가나다 순) || 김 유 미 (동아대학교 예방의학 교수)
 || 류 재 인 (신구대학교 치위생학 교수)
 || 박 금 령 (한국보건사회연구원 연구원)
 || 박 유 경 (시민건강증진연구소 연구원)
 || 박 지 은 (서울대학교 보건대학원 박사과정)
 || 박 진 욱 (서울대학교 의료관리연구소 연구교수)
 || 송 리 라 (시민건강증진연구소 영펠로우)
 || 임 신 예 (경희대학교 직업환경의학 교수)

펴낸 곳 || (사) 시민건강증진연구소
 || 서울시 서초구 방배동 812-25 보성빌딩 4층
 || 전화: 070 8658-1848 팩스: 02 581-0339
 || 누리집: www.health.re.kr
 || 전자우편: phikorea@gmail.com

ISBN || 978-89-966012-7-2 (PDF)

들어가는 말

시민건강증진연구소는 2010년부터 사회역학-정책 협동 세미나 (서리풀 토요세미나)를 지속 해왔다. 이 세미나를 통해 건강의 사회적 결정요인들의 효과를 분석하는 연구 방법, 건강불평 등의 정치경제 등을 회원들과 함께 공부했다. 2014년 하반기에 진행된 여섯 번째 세미나 시리즈에서는 건강불평등을 완화하는 중재의 이론적 기반과 유형, 실제 적용 사례와 효과 평가에 대한 논문들을 함께 읽고 토론했다. 이전 세미나들이 참가자들의 역량을 키우는 ‘공부’에 초점을 두었다면, 이번 세미나는 공부 결과를 소박하게나마 정리해서 다른 이들과 공유하자는 목표를 가지고 진행했다.

건강불평등 문제를 연구하는 사람이라면 한번쯤은 들어봤을 (회의적인) 질문들 - “그래서 어찌자는 거냐?”- 에 대해 우리는 긍정적 답변을 들려주고 싶었다. 함께 논문을 읽고 토론하면서 확인한 것은, 희망을 주는 경험적 연구 결과들이 느리지만 차곡차곡 쌓여가고 있다는 것이었다. 물론, 아직 성공의 목록은 길지 않고, 기대와 달리 실망스러운 연구 결과들도 많았다. 하지만 왜 실패했는지를 분석하는 것 또한 연구자에게 중요한 과제이다.

이 보고서는 지난 6개월 동안 함께 공부한 내용들의 거친 요약이자, 건강불평등 완화를 위해 어떤 종류의 정책이나 사업들을 수행해야 할지 단서를 알려 주는 간략한 안내서라 할 수 있다. 그대로 따라 하면 되는 사업 지침서가 결코 아니며, 그렇게 되어서도 안 된다고 생각한다. 건강불평등 정책/사업은 맥락과 정치성에 크게 의존하기 때문이다.

이 간략한 연구보고서를 토대로, 한국 사회에 적합한 건강불평등 완화 중재에 대한 논의가 한 뼘 더 진전하고, 후속 연구와 실천 활동들이 이어지기를 기대한다. 그리고 영국 사례가 보여주듯, 건강불평등 대책은 결국 ‘정치’의 문제이며 ‘기술 관료적 해법’으로는 성공할 수 없다는 점도 널리 공유되기를 바란다.

6기 서리풀 토요 세미나 참여자 일동

< 차례 >

| | |
|---|-----|
| 들어가는 말 | iii |
| 1. 서론 | 1 |
| 2. 건강불평등 완화 중재의 이론적 배경과 근거 종합의 방법 | 4 |
| 2.1. 건강불평등 중재의 유형 | 4 |
| 2.2. 근거 종합의 방법 | 7 |
| 3. 건강불평등 중재의 사례 | 10 |
| 3.1. 건강행태: 담배 사용 | 10 |
| 3.2. 건강행태: 영양과 식이 | 12 |
| 3.3. 생활환경: 주거 환경 | 14 |
| 3.4. 생활환경: 노동환경 | 17 |
| 3.5. 아동기 중재 | 19 |
| 3.6. 의료서비스 | 21 |
| 3.7. 구강보건서비스 | 24 |
| 4. 종합 | 28 |
| 4.1. 유형 종합 | 28 |
| 4.2. 정치가 중요하다 | 30 |
| 5. 결론 | 34 |
| 참고 문헌 | 35 |

〈표 차례〉

| | |
|--|----|
| 표 1 복잡한 사회적 중재의 특성 | 8 |
| 표 2 담배 규제 정책의 유형 | 10 |
| 표 3 빈곤층을 대상으로 한 식품, 영양중재의 건강효과 | 13 |
| 표 4 산모·신생아 건강관리지원사업과 서울아기 건강첫걸음 사업 특성 비교 | 20 |
| 표 5 사회경제적 위치에 따른 구강건강상태 오차비(OR) 메타분석 결과 | 24 |
| 표 6 한국의 사회경제적 위치에 따른 생애주기별 구강건강상태 | 24 |
| 표 7 서울시 학생 및 저소득층 아동 치과주치의 사업 | 25 |
| 표 8 중재 유형에 따른 건강과 건강불평등 효과 | 28 |
| 표 9 영국의 건강불평등 정책 주요 보고서 | 31 |

〈그림 차례〉

| | |
|---|----|
| 그림 1 건강불평등의 발생기전에 따른 진입 지점을 제안한 디터리션과 할크비스트 설명 모형 | 4 |
| 그림 2 건강불평등 중재의 구분 | 6 |
| 그림 3 브라질 민중건강평의회 | 22 |

건강불평등에 도전하기: 연구와 실천

1. 서론

2008년 세계보건기구 건강의 사회적 결정요인 특별위원회 (이하 ‘위원회’)가 발표한 최종 보고서는 건강불평등 연구자들이 흔히 접하는 두 가지 비판을 언급한다. “건강 불평등이 존재한다는 것을 사람들은 이미 다 알고 있다, 하지만 이 문제에 대해서 어떤 조치를 뒷받침할만한 증거가 없지 않나?”¹⁾ 여기에는 불평등은 인류 역사 이래 존재해왔으니 그다지 새로운 것도 없다는 냉소와 딱히 우리가 할 수 있는 일도 없다는 패배주의가 담겨 있다.

이에 대한 위원회의 답변은 이러하다. “맞다, 우리는 건강의 사회적 결정요인에 대해서 많은 것을 알고 있다. 하지만, 정책 결정은 너무나 자주, 마치 그러한 정보가 하나도 없는 것처럼 이루어지고 있다.” 한편으로 “우리는 아직 충분히 모른다. 사회적 결정요인이 어떻게 건강 불평등을 만들어내고, 이들 결정요인에 대한 조치들이 어떻게 더 낮고 공정한 건강을 만들어낼 수 있을지 알아내기 위해 더 많은 연구가 필요하다.” 그리고 위원회는 건강을 해치는 경험의 이러한 불평등한 분포는 어떤 의미로도 “자연스러운” 현상이 아니며, “나쁜 사회정책과 프로그램, 불공정한 경제 질서, 저열한 정치라는 유독한 조합의 결과물”에 불과하다고 지적한다.

우리는 현재와 같은 건강불평등이 결코 피할 수 없는 인류의 운명이 아니며, 실제로 전 세계 여러 곳에서 긍정적인 변화가 만들어지고 있음을 이야기하고자 한다. 물론 좋은 의도가 항상 좋은 결과로 이어지는 것은 아니다. 때로는 좋은 의도로 시행했던 정책들이 불평등을 악화시켰던 사례들도 이야기할 것이다.

이 보고서는 시민건강증진연구소 사회역학-정책 협동세미나 (서리풀 토요 세미나)에서 함께 읽고 토론했던 자료들을 다른 많은 이들과 공유하기 위해 정리한 것이다. 제2장에서는 건강불평등을 완화하는 정책/사업의 이론적 배경과 이 분야에서의 ‘근거 종합 (evidence synthesis)’과 관련된 논점을 설명할 것이다. 제3장에서는 건강불평등 중재의 실제 사례와 평가를 소개할 것이다. 미리 알려둘 것은, 여기에서 소개한 사례들이 건강불평등 완화에 효과적인 모든 중재들을 망라한 것은 아니라는 점이다. 이 보고서는 백서나 프로그램 매뉴얼이 아니며, 일부 ‘전형적’ 사례를 통해 건강불평등이 해결 가능한 문제라는 점을 알리고 한국 사회 적용 가능성을 탐색하는 것이 목적이기 때문이다. 마지막 제 4장에서는 전반적으로 어떤 유형의 중재들이 효



과적이었는지 혹은 효과가 없었는지를 종합하고, 특히 건강불평등 중재에서 정치의 중요성을 영국의 사례와 함께 소개할 것이다.

미리 밝히자면, 우리의 결론은 이렇하다. 건강불평등은 인류의 숙명이 아니다. 쉽지는 않지만 이것이 개선 가능한 문제라는 것을 여러 실증 연구들이 보여주고 있다. 냉소와 패배주의를 넘어서, 뭐라도 시작해보자.



2. 건강불평등 완화 중재의 이론적 배경과 근거 종합의 방법

2.1. 건강불평등 중재의 유형

중재의 효과성을 평가하기 위해서는 효과적인 중재를 설계하기 위해서는, 우선 중재의 이론적 기반을 이해할 필요가 있다.

- 건강의 사회적 결정요인에 따른 중재·개입 유형화

건강 불평등 기전을 어떻게 모형으로 구축하는지에 따라 그에 합당한 건강 불평등 중재 유형을 도출할 수 있다. 그동안 제시된 여러 가지 모형들 중 디더리센과 할크비스트 모형은 가장 널리 받아들여지는 것 중 하나이다.²⁾ 세계보건기구의 건강의 사회적 결정요인 위원회가 채택한 모형이기도 하다. 이 모형은 사회적 불평등이 위험요인 폭로와 취약성의 차이를 낳고, 이는 건강결과의 불평등으로 이어지며, 다시 이로 인해 사회적 불평등이 심화될 수 있다는 설명을 제시한다. 각 단계는 정책의 진입지점이 되며, 따라서 건강불평등을 완화하기 위한 조치는 사회계층화를 약화시키거나, 폭로와 취약성에서의 격차를 감소시키거나, 불평등한 결과를 예방하는 접근이 될 수 있다 (그림 1).

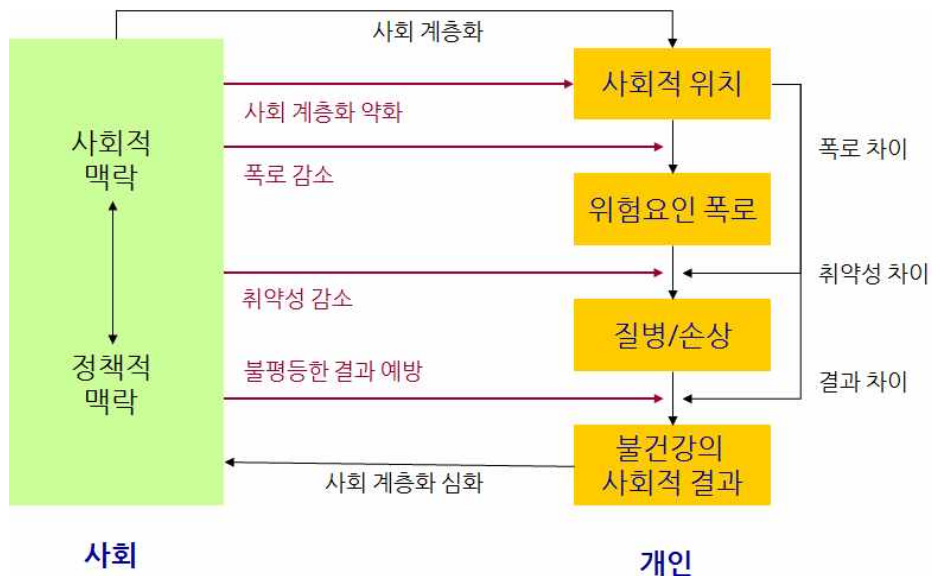


그림 1 건강불평등의 발생기전에 따른 진입 지점을 제안한 디더리센과 할크비스트 설명 모형
 (출처: Evans et al. 2001)

비슷한 맥락에서 달그렌과 화이트헤드(1991)³⁾는 나이, 성별, 체질 요인 등 개인 수준의 요인에서 노동환경·교육·공중위생 같은 거시 수준의 요인까지 다층적인 건강결정요인의 스펙트럼을 제시한 바 있다. 이 모형에 의하면 네 가지 중재 유형을 도출할 수 있다. 첫째, 열악한 사회경제적 환경에 처한 개인의 역량을 강화하는 접근이다. 둘째, 지역사회 문제를 결정요인으로 보고 사회적 연대와 상호 지지를 통한 지역사회 역량 강화에 집중하는 방식이다. 이 두 가지는 열악한 집단에 초점을 두며, 원인보다는 ‘증상’의 개선에 일차적 관심이 있다고 할 수 있다. 셋째, 생활·근로 환경 개선은 특정 생활 영역에 초점을 두는 접근법이며, 마지막으로 소득불평등, 고용 불안정 등 보다 넓은 관점에서 국가 수준의 정책 시행을 통해 인구집단의 건강 수준을 향상시키는 접근도 고려할 수 있다.

한편 윌리엄스 등 (2008)⁴⁾은 건강불평등 정책을 보건의료체계 내·외부의 것으로 구분하기도 했다. 보건의료체계 안에서의 개입은 특정 건강 상태를 개선하는 데 목적을 둔다. 예컨대 특정 질병에 대한 치료와 예방 서비스 제공, 혹은 가정방문 프로그램을 통한 건강생활습관 개선 등을 들 수 있다. 본인부담금 완화나 접근성 개선 같은 보건의료 정책도 여기에 해당한다. 보건의료체계 밖의 중재에는 고용 기회와 지역사회 발전, 관습과 문화 개선, 사회적 응집력, 시민참여 강화 등이 포함된다.

● 의도하지 않은 결과를 고려하기

건강불평등을 완화하기 위한 중재가 항상 긍정적 결과를 낳는 것은 아니다. 어떤 중재는 인구집단의 평균 건강 수준은 향상시키면서 불평등을 심화시키기도 한다. 또한 인구집단의 평균도 악화시키면서 불평등을 심화시키는 정책도 있다. 핀란드에서는 주세 인하로 알코올 가격이 하락하면서 전반적으로 알코올 소비가 늘어나고 그로 인해 사망이 증가한 사례가 있었다. 당시에 인구집단의 알코올 관련 사망이 전반적으로 늘어나는 가운데 특히 사회적 취약계층에게 문제가 집중되면서 불평등이 더욱 심해졌다. 또 다른 예로, 금연 캠페인을 통해 전반적 흡연율이 감소하는 긍정적 결과가 나타났지만, 사회경제적으로 유리한 집단에서 캠페인 메시지를 더 잘 받아들이고 금연 성공률이 높기 때문에 흡연율 불평등은 더 심해지는 경향 있기도 하다. 이에 비해, 열악한 지역에 초점을 둔 보편적 담배규제 프로그램은 불평등도 줄이면서 인구집단 평균도 향상시키는 결과를 낳기도 했다.⁵⁾

● 종합

건강불평등 중재는 중재의 수준과 다루고 있는 결정요인, 중재의 내용, 이를 통해 이루고자 하는 목적, 파생되는 결과에 따라 복수의 방식으로 유형화할 수 있다 (그림 2).

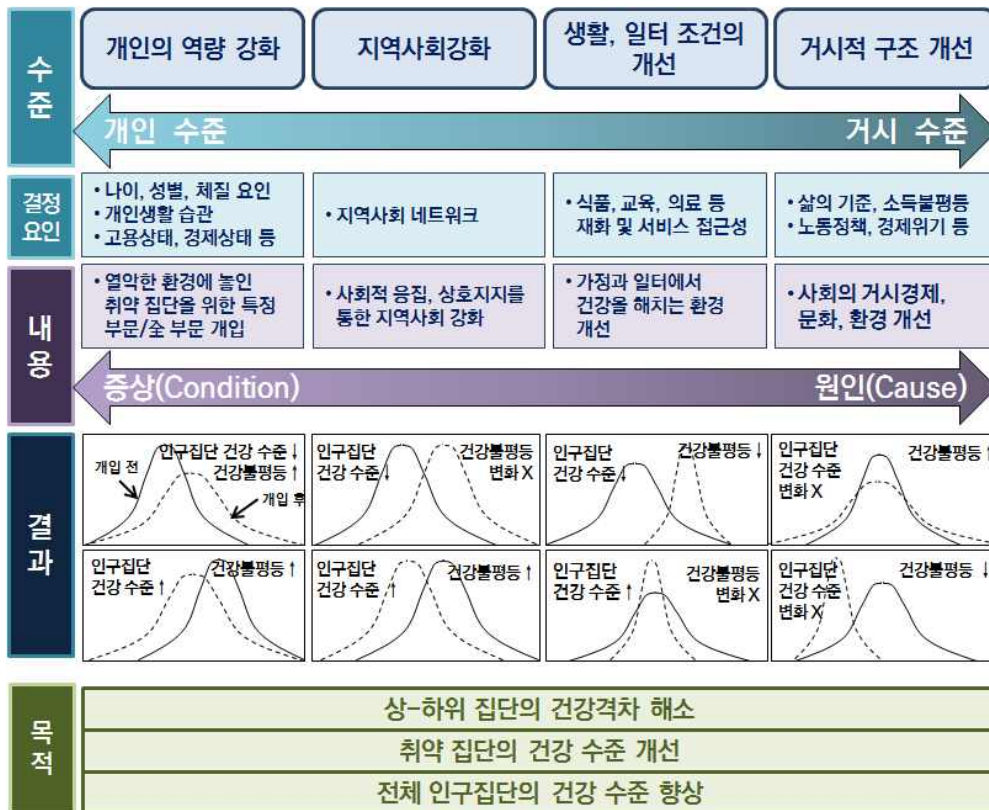


그림 2 건강불평등 중재의 구분

이러한 접근 중에서 어떤 것이 가장 효과적이거나 바람직하다고 결론 내릴 수는 없다. 하지만 전체 인구집단의 건강수준을 향상시키면서 동시에 건강 불평등을 완화시키는 ‘비례적 보편주의 (proportionate universalism)’¹⁾ 접근이 필요한 것만은 분명하다. 또한 직/간접적으로 건강 결정요인과 관련된 중재를 기획하거나 평가할 때, 의도한 혹은 의도치 않은 건강 불평등 영향을 고려하는 것이 매우 중요하다고 할 수 있다.

1) 가장 취약한 집단만을 대상으로 하는 것이 아니라, 전체 사회에 걸친 건강의 사회적 ‘기울기’를 감소시키기 위한 전략. 전체 인구집단을 포괄하는 보편성을 갖되, 취약성의 정도에 비례하여 부가적 노력을 투입해야 함

2.2. 근거 종합의 방법

- 왜 개별 근거가 아니라 ‘근거 종합’이 필요한가?

건강불평등을 완화하기 위한 정책이나 사업에 대한 개별 평가 연구는 상당히 방대하다. 하지만 다른 역학 연구들과 마찬가지로, 이러한 연구들이 항상 일관된 결과를 보여주는 것은 아니다. 어떠한 중재가 효과적인지 판단하기 위해서는 몇 개의 개별 연구만 참고하는 것보다 양질의 다양한 근거들을 검토하고 종합하는 것이 필요하다. 그러나 방대하고 일관되지 않은 정보들 사이에서 활동가, 정책 담당자가 적합한 정보를 선별하고 검토하여 결론을 내리기는 매우 어려운 일이다. 그래서 개별 연구결과들을 총괄하는 ‘근거 종합’과 지식전환의 필요성이 점차 부각되고 있다. 이 보고서에서 소개하고 있는 내용들도 대개 개별 실증 연구가 아니라 근거를 종합한 종설에 기초하고 있다.

- 근거 종합과 실재론 관점의 연구 고찰

보건의료분야에서 근거를 종합하는 방법으로 흔히 체계적 문헌고찰을 활용한다. 이는 관심 주제에 관한 연구를 체계적으로 탐색하고, 근거의 질을 평가하고 종합하여 해당 중재 효과에 관한 명시적 결론을 내리는 방법이다. 임상 의학 분야에서는 개별 무작위 임상시험들을 종합하여 중재 효과를 판단하는 것이 흔하다. 무작위 임상시험은 개인을 무작위로 처치군과 대조군에 할당하고 시험 과정이 엄격한 표준을 따르기 때문에, 체계적 문헌고찰을 통해 개별 근거들을 종합하는 것이 비교적 쉽다.⁶⁾ 하지만 보건학적 중재, 특히 건강의 사회적 결정요인들을 다루는 건강불평등 중재는 무작위 임상시험과는 매우 다른 속성을 갖는다 (표 1).⁷⁾

표 1. 복잡한 사회적 중재의 특성

- ◆ 복잡한 사회적 중재는 이론들이다. 다르게 말해 사회적 중재는 결과가 어느 정도 개선될 것이라는 가설에 기초하고 있다.
- ◆ 능동적이다. 즉 사람들의 능동적인 투입을 통해서 효과가 달성된다.
- ◆ 중재이론은 긴 여정을 경과한다. 정책 결정자의 머리에서 시작해서 실무자와 관리자의 손길을 통해 서비스 이용자들의 심장과 마음에까지 거치는 일련의 과정을 거친다.
- ◆ 중재는 선형적이 아니며, 때로는 역행할 수도 있다.
- ◆ 효과는 맥락적이다. 즉, 동일한 중재라 해도 각기 다른 맥락에서 성공과 실패가 모두 가능하다는 것을 예상해야 한다.
- ◆ 누수되며 모방되기 쉽다. 같은 중재라 해도 지역 상황에 맞게 다듬어지고 재창조, 변용되며 실행될 것임을 예상해야 한다.
- ◆ 개방체계를 가진다. 중재가 일단 실행되면, 처음에 그것이 작동되도록 했던 조건을 변화시킨다.

* 출처: Pawson 등, 2005

따라서 임상시험과 달리 개별 연구 결과들을 표준화된 방식으로 종합하기 어렵다. 또한 종합을 통해 중재가 효과적이라 결론을 낸다고 해도, 그 중재가 다른 상황에서 동일한 방식으로 효과를 발휘하리라는 보장이 없다. 건강 불평등 중재에 대한 근거 종합은 중재의 복잡성을 망라할 만큼 충분히 포괄적이어야 한다.⁸⁾ 실재론 평가는 여기에 적합한 한 가지 방법이다.

실재론 관점에서의 근거 종합은 어떤 중재가 효과가 있느냐 없느냐보다 “왜?” 혹은 “어떻게?”라는 설명에 더욱 초점을 둔다. 실재론 관점에서 평가의 기본 질문인 “무엇이 작동하는가?”는 특정한 중재가 “어떠한 상황에서, 누구에게, 어떠한 방식으로 작동하는가?”를 묻는 것이다. 즉 중재가 작동하는 맥락과 기전에 대한 탐구가 그 핵심이며, 이는 결국 중재 이론 혹은 프로그램 이론의 추출이라 할 수 있다.

하지만 건강불평등 중재 평가에서의 적합성과 잠재력에도 불구하고, 아직까지 실재론 종합 연구는 걸음마 단계에 불과하다. 이 보고서에서 소개하는 근거 종합 또한 실재론 종합보다는 전통적인 체계적 문헌 고찰이나 서술적 근거 종합을 취한 연구들이 대부분이다. 그렇기 때문에, 중재의 맥락이나 기전에 대한 충분한 분석이 이루어지지 않는 못했다. 하지만 최대한 한국사회의 맥락을 반영하고자 노력했다.



3. 건강불평등 중재의 사례

이 장에서는 1) 개인 수준의 행태 요인인 담배 사용과 영양 불평등에 대한 중재, 2) 생활환경으로서의 주거환경과 노동환경에 대한 중재, 3) 비례적 보편주의 중재의 모범 사례로서 초·기 아동기에 대한 중재, 4) 보건의료서비스 불평등에 대한 중재 사례들을 소개하고자 한다.

3.1. 건강행태: 담배 사용

- 담배, 얼마나 중요한 문제인가?

2010년 현재, 한국에서 연간 4만 5천여 명이 담배 때문에 목숨을 잃은 것으로 짐작된다. 사망과 질병 상태를 모두 고려했을 때, 무려 86만 6천 년의 생존 연 수가 담배 때문에 손실되었다. 여러 가지 위험 요인들 중 질병부담 기여 측면에서 담배는 2위를 차지하고 있다.⁹⁾

이렇게 담배사용의 건강 피해가 심각한 가운데, 사회계층에 따른 흡연율 격차는 매우 뚜렷하다. 한국인 사망 불평등의 상당 부분이 담배 때문인 것으로 짐작된다. 예컨대, 중년 남성의 경우, 소득 수준에 따른 상대적 사망 격차의 약 10%, 절대적 격차의 약 40%가 흡연 불평등과 관계있다고 알려져 있다.¹⁰⁾

- 담배 소비를 줄일 수 있는 방법에는 어떤 것들이 있나?

2005년 발효된 담배규제기본협약은 공중보건 분야 최초의 국제 협약이다.²⁾ 이는 ‘흡연자’가 아니라 ‘담배’라는 유해한 소비상품 규제에 초점을 두고 있으며, 수요와 공급 측면의 다양한 규제 방안과 각국 정부의 책임, 다국적 담배기업에 맞선 국제협력을 강조하고 있다 (표 2).

표 2 담배 규제 정책의 유형

| 담배 수요를 줄이기 위한 정책 | 담배 공급을 줄이기 위한 정책 |
|---|---|
| 가격 인상 금연 구역 설정 담배 제품 성분 규제와 정보 공개 담배 제품 포장 규제 교육과 훈련 담배 광고와 판촉, 후원에 대한 규제 담배 중독 치료와 금연 지원 | 담배 제품 불법 거래 규제 미성년자 담배 구매와 판매 규제 대체 활동 지원 |

2) 한국 정부도 2005년에 이를 비준했다.

● 그렇다면, 흡연 불평등을 감소시키는 데 어떤 방법이 효과적인가?

(가) 청소년 집단: 유럽을 포함한 다수의 개발 국가 대상 연구결과를 종합하면,¹¹⁾ ① 담배 가격 인상 조치가 가장 일관되고 분명한 불평등 완화 효과를 보였다. 또한 영국에서 ② 포괄적 금연구역 지정을 법제화했더니 사회계층과 관계없이 모든 초등학생들의 간접흡연 노출이 감소하고 아동기 천식 입원도 감소하는 것으로 나타났다. ③ 미성년자의 담배 구매 제한과 판매 규제도 낮은 계층 청소년들에게 효과적이었다.

(나) 성인 집단: 국제 연구 결과들을 종합할 때, 무엇보다도 ① 가격 인상 정책이 가장 일관된 불평등 완화 효과를 보여주었다.¹²⁾¹³⁾¹⁴⁾ 특히 저소득층, 생산직 종사자들 사이에서 효과적이었다.¹⁵⁾ ② 자발적 협력에 기초한 부분적 금연구역 정책은 오히려 불평등을 심화시키는 것으로 나타났다.¹⁶⁾

(다) 개인 대상 금연 지원 프로그램: ① 약물이든 행동치료든 개인 대상 금연 지원 프로그램 성공률은 빈곤층에서 일관되게 낮았다.¹⁷⁾ ② 하지만 빈곤 지역에 서비스를 집중적으로 제공하는 방식의 역차별을 두었던 영국의 경우, 결국 순 효과 면에서 빈곤 지역 금연자의 비중이 높아지는 결과가 나타났다. ③ 의료기관 이외에, 약국 같은 지역사회 조연자를 통한 금연 지원 프로그램은, 성공률이 높지는 않지만 빈곤층이나 금연 프로그램 참가에 흥미가 없는 다양한 흡연자를 포괄할 수 있다는 장점이 있었다.¹⁸⁾

● 한국 사회에 대한 고려

한국 상황에서 담배규제 정책의 건강불평등 영향을 평가한 자료는 매우 드물다.¹⁹⁾ 그럼에도, 앞서의 근거 종합과 한국 사회 맥락에 비추어 다음과 같은 결론을 내릴 수 있다.

① 우선 정부는 프레임을 바꾸어야 한다. 담배규제기본협약의 취지에 맞게 문제를 ‘흡연’과 ‘흡연자’가 아닌 ‘담배’와 ‘담배업계’의 문제로 전환해야 한다. 또한 흡연과 흡연불평등 문제를 동시에 고려해야 한다. 전반적 흡연율과 사회계층 간 흡연율 격차는 독립된 현상이 아니다.

② 중앙정부 차원에서, 가격 인상 정책을 유지하고, 청소년 보호를 위한 광고/판촉/후원과 포장 규제를 시행해야 한다.

③ 지방자치단체 차원에서, 취약계층에 대한 금연 서비스 제공을 확대하고 그 성과를 모니터링해야 한다. 또한 부분적 금연구역 정책은 오히려 불평등을 심화시킨다는 점에서 전면 시행과 집행의 모니터링이 중요하다.

3.2. 건강행태: 영양과 식이

● 영양, 식이 문제의 중요성

음식을 먹는 것은 생명체에게 가장 일상적이면서 필수적인 행위이다. 그리고 먹는 음식이 그 사람의 몸이라는 말이 드러내듯, 식이와 영양은 건강에 매우 중요한 요소이다. 세계 질병 부담 연구에 따르면, 영양 섭취와 관련된 과체중/비만, 고콜레스테롤혈증, 고혈압, 불충분한 과일과 야채 섭취 등에 기인한 질병 부담이 전 세계 질병부담의 25% 정도를 차지한다.²⁰⁾ 또한 임신 중 영양 상태는 임산부의 건강은 물론 태아의 발달, 초기 아동기 건강에까지 결정적 영향을 미친다.²¹⁾ 영양 상태가 불량해지는 이유에는 비용 부담, 식습관과 영양에 대한 이해의 부족 등을 들 수 있다. 예컨대 빈곤층에서는 값이 비싸고 조리과 보관에 별도의 노력이 필요한 신선식품 대신 가공 식품을 선호하는 경향이 생겨나기도 한다. 영양과 식이는 개인의 선호에서 비롯되는 자유로운 선택이라기보다 개인과 지역사회와 자원과 문화, 식품 산업, 국가의 식량정책, 국제 무역질서 등이 복잡하게 얽혀 있는 매우 사회적인 활동이다. 그러다보니 식이와 영양섭취에서 매우 분명한 사회적 불평등을 관찰할 수 있다.

국내에서도 소득 계층에 따라 영양소 불균형, 섭취 식품의 다양성 수준, 결식 여부, 식료품비 지출 수준 등에서 차이가 확인되었다.²²⁾ 빈곤층에서 아동의 결식비율이 높고, 영양 위험 상태에 처한 노인의 비율도 매우 높았으며, 그로 인한 부정적 건강영향이 관찰되고 있다.²³⁾²⁴⁾²⁵⁾

● 식품과 영양중재 프로그램의 종류와 효과

영양과 식이 불평등 중재는 금연구역 설정처럼 인구집단 전체를 대상으로 하기보다 취약계층을 겨냥한 경우가 일반적이다. 대개 영양 불평등을 완화하기 위해 취약 계층의 식품 접근성을 높이는 것을 목적으로 한다. 가정배달이나 급식처럼 과일, 야채, 영양가 있는 음식을 직접 제공하는 프로그램, 영국의 ‘건강한 출발’ 프로젝트처럼 식품 쿠폰을 제공하는 방식에서부터, 간접적으로 식료품비 보조나 식품 가격 안정화 같은 가격정책을 채택하기도 한다. 미국의 영유아, 임산부 영양 보조 프로그램 (The Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children, WIC)은 저소득층 임산부, 수유부와 아동에게 식품 꾸러미를 제공하고 영양교육과 상담, 다른 건강·복지·사회서비스를 포괄적으로 제공하기도 한다. 국내의 영양플러스 사업은 미국의 WIC 프로그램을 벤치마킹한 취약계층 대상의 포괄적 중재에 해당한다.

블랙 등(2012)은 취약계층 (주로 빈곤층)을 대상으로 한 영양중재의 건강효과를 체계적으로 검토하여 다음과 같이 요약했다 (표 3).²⁶⁾

표 3 빈곤층을 대상으로 한 식품, 영양중재의 건강효과

| 분류 | 중재 내용 | 효과 | |
|--------|---|--------------------------|---|
| 포괄적 중재 | · 식품 바우처, 영양교육, 상담소를 통해 보건 의료 필요시 의뢰 · 가구특성에 따른 식품꾸러미나 학교급식제공 · 건강한 식품 가격의 할인과 영양교육 | 특정 영양소 섭취, 생체지표 | ± |
| | | 출생체중 | ± |
| | | 아동 성장지표 | + |
| | | 사망률(60년 추적) | - |
| | | 과일과 야채 섭취량, 건강한 음식 구입 | + |
| 제한적 중재 | 과일과 야채 바우처 | 과일과 야채 섭취량 | + |
| | 과일음료 배달 | 생체지표(β -carotene) | |

(+) 긍정적 효과, (±) 혼합적 효과, (-) 영향 없음 * 출처: Black et al. 2012

제한적으로 과일과 야채를 직접 제공하는 프로그램에서는 섭취량 증가 경향이 뚜렷했으며, 포괄적인 식품보조 프로그램에서는 영양소 섭취나 생체지표 결과에서 연구에 따라 혼재된 결과를 보여주었다. 평균출생체중의 경우 그 폭이 크지는 않지만 증가하는 경향을 보여주었다. 다만 대부분의 연구결과가 중재의 전후 비교나 빈곤층 내에서 중재 여부에 따른 차이를 중심으로 보여주고 있기 때문에 이러한 중재가 빈곤층과 비-빈곤층 사이의 불평등 완화에 얼마나 기여하고 있는지는 알 수 없다. 이는 한국의 영양플러스 사업 평가 연구들도 마찬가지이다.

● 영양중재의 건강불평등 완화 효과에 대한 더 나은 평가가 필요하다

영양 프로그램은 제한적이든 포괄적이든 빈곤층, 특히 임신과 주산기, 영유아에게 긍정적인 효과를 미치고 있으며, 따라서 불평등 완화에 도움이 될 것으로 짐작된다. 하지만 아직 국내의 근거 기반은 불충분하다. 중재 목표가 비-빈곤층과 동등한 수준의 영양섭취를 확보하기 위한 것인지, 중재를 받지 않은 빈곤층보다 낮기만 하면 된다는 것인지도 분명치 않다. 이는 영양중재에만 해당하는 문제가 아니라 빈곤층을 겨냥한 모든 중재에서 고려해야 할 요소이다. 사업을 하지 않은 것보다는 낫다는 정도가 아니라, 이러한 중재를 통해 실제로 영양 섭취나 식이 유형에서의 불평등이 감소하고 있는지를 평가해야 한다. 이는 프로그램 설계에 세심한 고려가 필요함을 시사하는 것이기도 한다. 예컨대 현행 ‘꿈나무 카드’ 같은 저소득층 아동 바우처 사업은 결식은 예방하지만, 어린이들의 불건강한 식품섭취를 늘린다는 지적을 받고 있다. 또한 식품보조프로그램을 단독으로 수행하면 효과 평가는 상대적으로 수월하지만, 건강·복지 프로그램을 포괄적으로 연계하는 것이 평가는 어려워도 빈곤층에게 더욱 필요하고 효과적일 수 있다는 점을 유념해야 한다.

3.3. 생활환경: 주거 환경

- 주거는 건강불평등에 어떤 의미를 갖는가?

건강 관련성을 차치하더라도 주거는 인간다운 삶을 유지하는 데 가장 필수적인 토대라 할 수 있다. 집이라는 공간은 수면과 안식의 공간이면서, 가족들과 소통하는 곳이자 지역사회 참여의 기반이기도 하다. 세계보건기구는 ‘집은 피난처 그 이상’이라는 개념을 바탕으로 주거 정책의 목적을 다음과 같이 제시한 바 있다.²⁷⁾ ① 곰팡이/습기/파손/환기와 관련해 견고한 건축, ② 안전과 보안, ③ 적절한 규모의 공간, ④ 난방/하수 등 기본 설비, ⑤ 부담 가능한 주거비용, ⑥ 접근성, ⑦ 거주 기간의 안정성, ⑧ 기후 변화 영향으로부터 보호 등이다.

열악한 주거 환경은 거주민의 육체적·정신적 건강에 직접적 위협이 된다.²⁸⁾ 영국에서의 연구에 의하면, 2008/9년 겨울 한파가 닥쳤을 때 불충분한 난방으로 약 36,700명이 초과 사망했다고 한다. 적절한 수준의 난방 유지를 위해 가구 수입의 10% 이상이 소요되는 경우를 ‘난방 빈곤’으로 정의했을 때, 영국의 2006년 난방 빈곤율은 11.5%이었는데, 특히 농촌 지역에서는 21%에 달했다는 통계도 있다. 같은 기준을 적용했을 때 한국의 에너지 빈곤층은 2011년에 약 123만 가구에서 201만 가구(약 7.3%~11.6%)까지 집계되기도 했다.²⁹⁾³⁾ 한 편, 최저주거기준은 주거면적과 방의 용도별 개수를 기준으로 정해진 것으로 2014년도 주거실태조사에서 한국의 최저주거기준 미달가구 비율은 100만 가구(5.4%)에 달했다.

- 건강불평등 완화를 위한 주거 정책

잉글랜드의 건강불평등 종합 대책은 “건강하고 지속가능한 장소와 지역사회를 만들고 개발하기”를 정책 목표 중 하나로 제시했다. 이는 주거 환경이 개선되면 주거민의 삶의 질이 향상되고, 육체적·정신적 건강도 개선된다는 연구 결과들에 기초한 것이다. 특히 집안에 머무르는 시간이 긴 어린이와 노약자들에게 미치는 영향은 더욱 크다. 주거 환경 개선의 건강 영향에 대한 종합 연구는 거주민에게 적절한 규모의 공간과 난방이 제공되면 개인 수준의 건강이 향상될 뿐 아니라, 가족 간의 관계도 향상되고 개인의 프라이버시도 보호된다고 결론 내렸다.³⁰⁾

주거 또는 지역사회 수준 중재가 건강 수준과 건강불평등에 미치는 영향은 크게 ① 지역 환경 개선, ② 주거 내부 환경 개선, ③ 복수의 경로를 통한 개입 등의 세 가지 경로를 통해 작동한다.³¹⁾ 지역사회 수준 중재에 대해서 클링 등 (2007)은 새로운 주거 환경 건설보다는 다른 지

3) 지식경제부가 집계한 수치가 7.3%인데 비해 민간연구원에서 집계한 수치는 11.6%로 정부 기준의 문제점을 제기하고 있다 (새로운 사회를 여는 연구원, <http://sisun.tistory.com/753>).

역으로 이주할 수 있도록 바우처를 제공하는 것이 비용 측면에서 이득이라고 주장한 반면,³²⁾ 샘슨 (2008)은 지역 자체에 대한 개입이 지역사회 전체에 효과를 미치지 때문에 비용-효과적이라고 주장했다.³³⁾ 주거 내부 환경 개선 사업은 저소득층과 노년층에서 특히 효과가 있었으며, 개입이 가장 필요한 집단을 대상으로 해야 한다고 제안되었다. 세 가지 경로 중 복수의 경로를 통한 중재가 가장 성공적이었는데, 내부 가구 교체, 주거민의 지식 또는 행동 변화, 주거 정책 등을 복합적으로 시행한 결과, 개인과 가구, 지역 수준에서 다양한 효과를 발휘하는 것으로 나타났다.³⁴⁾

● 한국 사회 주거 정책의 건강영향 평가가 필요하다

한국에서의 주거 문제는 건강 환경보다는 자산으로서의 주택이나 교육환경에 관심이 집중되고 있다. 국내에서 주거 정책과 건강의 관계를 다룬 연구들도 일부 존재하지만,³⁵⁾³⁶⁾ 개입의 작동 기전에 대한 분석은 아직 불충분하다. 명시적 목표로 내세운 것은 아니지만, 국민기초생활보장법에 의한 주거급여⁴⁾나 서울시 복지기준선은 건강불평등 완화의 잠재력이 있다. 특히 서울시의 경우 ‘서울시민 복지기준선’을 정하면서, 다음과 같이 현행 주거 정책의 문제점과 나아갈 방향을 제시한 바 있다.³⁷⁾ “주택정책의 최고의 목표는 적절한 주택과 양호한 주거환경을 제공하는 것이다... (중략)... 현재 우리나라 정부의 주거복지정책은 모든 소득계층의 주거안정 및 복지증진을 목표로 하고 있지만, 현실적으로는 주택재고 및 서비스의 배분이 시장을 통해 이루어지고 있으며, 정부는 일부 계층에 대해서만 지원하고 있다. 가구의 주거복지 개선을 위해 중앙정부와 지방정부는 공공임대주택을 공급하고 있으며, 중앙정부에서는 주거비 지원 및 주택개량 프로그램을 운영하고 있다. 서울시에서 운영하고 있는 주거복지 프로그램으로는 장기전세주택, 임대보증금 융자, 서울형 주택바우처, 서울형 집수리 등이 있지만, 공공임대주택 위주로 지원하고 있는 점이 가장 큰 한계로 지적되고 있다. 주거복지를 위해 해결해야 할 과제로 기초적인 주거 욕구가 해결되어야 하고, 주거안정 문제 해결을 위해 공급이 확대되어야 하

4) 국민기초생활보장법은 기초생활보장수급자에게 주거 안정에 필요한 임차료, 수선유지비, 그 밖의 수급품을 지급하도록 정하고 있다 (제11조제1항). 2015년 1월 1일부터 시행된 주거급여법은 주거급여에 관하여 필요한 사항을 구체적으로 밝히고 있다. 국가와 지방자치단체는 주거급여에 관한 정책 수립·시행의 의무가 있으며, 수급자가 쾌적하고 안전한 주거생활을 할 수 있도록 하고 주거급여에 필요한 재원 조성을 고려하여 정책을 수립, 시행해야 한다 (제3조제1항과 제2항). 임차료는 타인의 주택 등에 거주하는 사람으로서 국토교통부장관이 정하는 사람에게 지급하며 (제7조제1항), 수선유지비는 주택 등을 소유하고 그 주택 등에 거주하는 사람에게 지급하도록 했다 (제8조제1항). 임차료와 수선유지비의 지급 기준은 국토교통부장관이 수급자의 가구규모, 소득 인정액, 거주형태, 임차료 부담수준, 지역별 기준임대료, 수선유지비 소요액, 주택의 노후도 등을 고려하여 정한다. 수선유지비 지급과 관련하여 해당 주택 등의 구조 안전성, 방수, 단열 등 물리적 상태에 관한 사항 등을 조사할 수 있도록 했다(제10조제2항).



며, 주거환경의 질이 개선되어야 하고, 주거비 부담 문제가 해결되어야 한다.”

이러한 지적대로, 정부와 지방자치단체는 전반적 주거수준의 향상과 사회적 약자를 위한 적절한 주거 공간, 안정성, 양호한 주거 환경 제공에 노력을 기울여야 한다. 동시에 주거 환경의 건강영향이나 개선 대책의 건강불평등 완화효과에 대한 평가도 이루어져야 할 것이다.

3.4. 생활환경: 노동환경

대부분의 성인들은 잠자는 시간을 제외하고 하루 중 가장 많은 시간을 일터에서 보낸다. 노동 환경은 매우 포괄적인 개념으로, 일터에서 경험하는 노출은 그 종류와 수준이 다양하다. 가장 직접적으로는 일의 종류에 따라 물리적, 화학적, 생물학적, 인간공학적, 사회심리적 요인에 노출될 수 있다. 이에 더해 노동시간이나 야간 노동/교대 근무와 같은 노동 형태, 임금 및 각종 사내 복지를 포함하는 근로 조건 역시 건강에 영향을 준다. 보다 높은 층위에서는 직업이나 고용형태 같은 노동시장에서의 위치, 더 나아가 경제 위기, 규제 완화, 복지, 노동 시장 정책 등과 같은 거시적 환경도 넓은 의미의 노동 환경에 포함될 수 있다. 노동 환경은 직업병이나 산재와 같은 직접적인 건강 결과뿐 아니라 개인의 전반적인 건강과 안녕에도 직간접적인 영향을 미친다.

● 노동환경에서의 건강불평등 개입 연구의 부족

노동환경은 성인기 건강의 주된 결정요인임에도 불구하고 노동환경에서의 건강불평등 중재의 효과성을 평가한 근거 종합적 연구는 찾아보기 힘들다. ‘종합’ 이전에 노동 환경에 대한 건강불평등 중재 연구 자체가 드물다. 노동자 대상의 중재 연구들은 직접 위험 요인에 대한 노출 감소가 건강결과에 미치는 영향을 평가하는 것들이 대부분이다. 그러다보니 중재 연구의 대상 자체가 노출 수준이 높은 집단 혹은 건강 상태가 안 좋은 집단 등으로 제한된다. 즉 개입이 건강 불평등을 완화시켰는지에 대한 분석이 잘 이루어지지 않는 것이다.³⁸⁾³⁹⁾

근거 종합 연구는 아니지만, 낮은 직업 계층을 대상으로 한 개별 중재 연구들이 긍정적 결과를 보고한 경우도 있다. 예컨대, 네덜란드에서 벽돌 작업 노동자를 대상으로 기계식 벽돌 운송 등 물리적 부담이 덜한 새로운 작업 방식을 도입하고 그 효과를 평가한 연구가 있다. 1년 추적 결과, 새로운 작업 방식을 도입한 회사의 노동자들의 신체 부담과 결근이 감소하는 것으로 나타났다. 마찬가지로 네덜란드에서 쓰레기 수거 노동자들을 대상으로 진행된 작업 순환 중재(운전과 쓰레기 적재 작업 간의 순환) 역시 신체 부담 감소와 결근을 감소시켜왔다. 이들 연구는 벽돌 작업 노동자와 쓰레기 수거 노동자라는 낮은 직업 계층을 대상으로 한 중재가 긍정적인 건강 효과가 있음을 보여주었지만, 높은 직업 계층과 비교하여 건강 격차가 어느 정도 해소되었는지는 보여줄 수는 없었다. 노출 자체가 특정 집단에 집중되어 있기 때문에 중재의 효과를 불평등 관점에서 비교할 집단이 없었던 것이다.



● 노동자 건강불평등에 대한 개입 근거 개발

노동시장 상황, 고용조건, 근로환경 등 다양한 층위의 요인들로 인해 노동계층 내에서 건강 불평등이 발생한다는 점은 이미 잘 알려져 있다. 이제 필요한 것은 어떤 종류의 중재가 건강 격차 해소에 효과가 있는지 확인하고, 개입 근거를 마련하는 것이다. 네덜란드에서 1996년에 진행된 중재 연구 개발과 평가⁴⁰⁾ 프로그램은 좋은 본보기가 될 수 있다. 네덜란드 복지부는 건강불평등 감소를 위한 중재를 개발하고 이를 평가하는 12개 연구과제에 6년 동안 연구비를 지원했다. 이 중 3개 과제는 노동 환경 대상 중재 연구였다. 이런 대규모 장기 프로그램이 부담스럽다면 노동 환경에 영향을 미치는 다양한 정책 도입을 전후하여 정책 실행이 건강불평등에 미치는 효과를 분석하거나, 사업장 단위에서의 노동환경 변화가 가져오는 효과를 측정할 수도 있다. 영국에서 진행된 연구가 그 실례가 될 수 있다. 사업장 구조조정 시기에 노동자에게 필요한 정보를 제공하고 논의 과정에 참여하는 것은 관리직과 사무직에서는 스트레스 감소 효과가 없었지만, 육체노동자의 스트레스 감소에는 긍정적인 결과를 가져왔다.⁴¹⁾

● 거시 정책의 중요성

노동 환경은 근로 조건이나 작업 환경을 넘어서 노동-자본 사이의 권력 관계, 노동 시장 정책, 경제 정책 등과 밀접한 관련을 갖는다. 사업장 단위의 중재보다는 거시적 정책 개입이 건강불평등 감소에 더욱 효과적일 수 있다. 사업장 단위의 중재는 대개 조직적 변화보다는 개인의 건강 행태 변화에 초점을 두며, 자원 측면에서 상대적으로 여력이 있는 사업장에서 진행될 가능성이 높다. 그나마 이러한 중재가 사업장 내 모든 노동자에게 적용된다면 사업장 단위의 건강불평등 감소에 기여할 수 있을지도 모른다. 하지만 그렇지 않다면 대기업과 중소기업, 정규직과 비정규직 노동자 간의 건강불평등은 오히려 커질 것이다.

사실 노동자 건강 불평등을 감소시켜왔던 정책들은 ‘건강불평등’이라는 이름표를 달지 않은 채 진행되었을 가능성이 높다. 경제 정책, 노동 정책, 사회복지 정책은 그 자체로 노동 환경을 둘러싼 건강불평등 개입 정책이 될 수 있다. 노동안전보건과 관련된 규제와 처벌 강화는 소규모 사업장과 비정규직/하청노동자에게 전가된 위험을 줄임으로써 사업장 규모나 고용 형태에 따른 건강불평등을 줄일 수 있다. 최저 임금을 올리고 실질 노동시간을 줄이는 정책은 장시간 노동에 시달리는 여성/비정규직 노동자의 건강을 개선함으로써 건강격차 해소에 기여할 수 있다. 노동자 조직화와 노동조합 활동 보장 역시 건강불평등 개입 정책이 될 수 있다. 주 40시간 노동, 최저 임금, 휴가 보장, 건강 보험, 사회 보장 등 노동자 건강에 결정적인 영향을 준 대부분의 정책들이 노동조합의 교섭과 투쟁을 통해 쟁취되었다는 점을 기억할 필요가 있다.

3.5. 아동기 중재

- 아동기 건강불평등 중재의 중요성

생애초기의 경험과 환경은 이후의 삶에 장기적으로 영향을 미친다는 점에서 초기 아동기는 건강증진과 불평등 완화를 위한 기회의 창이 될 수 있다. 미국 오바마 대통령의 2013년 연두 연설은 과학적 근거와 효율성, 사회정의라는 측면에서 생애초기 중재가 정책의 우선순위로 자리매김하게 된 상황을 간명하게 보여준다. “양질의 초기 아동기 교육에 투자하는 1달러는 이후 7달러 이상의 절약으로 돌아온다. 졸업률을 높이고 십대임신을 줄이며 심지어 폭력 범죄도 줄이기 때문이다. 어린이 교육을 최우선으로 하는 주에서... 학생은 읽기와 수학을 더 잘 할 수 있으며, 고등학교를 (무사히) 마치고 일자리를 유지하며 자신의 가족을 좀 더 안정적으로 꾸린다는 연구 근거가 있다. 우리는 이런 사업이 효과적임을 알고 있다. 효과가 있는 사업을 하자. 그래서 우리 아이들 중 누구도 자신의 삶의 경주에서 뒤처지지 않도록 하자.”⁵⁾

- 효과적인 초기 아동기 건강불평등 중재

미국은 현재 출생부터 5세까지의 연속적 교육과 투자를 주요 정책으로 추진하고 있다. 이는 양질의 유치원 확대, 보육의 질 개선, 부모와의 파트너십이라는 세 가지 측면을 포괄한다.⁶⁾ 이 중 부모와 파트너십 구축에서 핵심 프로그램은 ‘적정 부담 의료보험법’ 하에서 추진되고 있는 “모성, 영아, 초기 아동기 가정방문 프로그램”이다. 이 정책을 마련하기 위해 미국 보건부는 임신부와 5세 이하 아동을 대상으로 한 전 세계 가정방문 프로그램들을 평가했고,⁴²⁾ 양질의 프로그램 17개를 선별했다. 이 전에도 슈어스타트, 간호사-가족 파트너십, 하이스코프 페리 취학 전 교육프로그램 같은 유명한 중재 프로그램의 효과가 입증된 바 있었다.⁴³⁾

국내에서는 서울시가 호주의 모범 사례(MECSH 프로그램)를 받아들여 “서울아기 건강첫걸음”이라는 사업을 시작했다. 이는 비례적 보편주의 원칙에 따라, 산전과 산후 모든 산모를 방문하는 보편적인 서비스를 제공하고, 취약계층에 대해서는 지속적이고 집중적인 서비스를 추가로 제공하는 방식을 따른다. 지속 방문이란 산후 0-6주간 매주 최소 1회 이상, 만 2세까지 총 25회 이상 가정에 방문하는 것을 의미한다. 참여 간호사는 320시간 이상의 교육과정을 필수적으로 이수해야 한다. 이미 해외에서 반복적으로 효과성이 입증된 프로그램이지만, 한국에서의 평가도 진행 중이다. 이를 통해 프로그램이 개선되고 더욱 확대될 것으로 기대한다.

5) Remarks by the President in the State of the Union Address (<http://is.gd/aWmgtU>)

6) Fact sheet President Obama's Plan for Early Education for All Americans (<http://is.gd/DR0jR3>)

● 국내 아동 건강 정책의 문제점

아동의 연령대별 사회지출 투자를 분석한 결과에 따르면, 한국은 산전부터 27세에 이르기까지 다른 국가에 비해 사회적 지출 비중이 낮다. 특히 산전부터 5세까지의 생애 초기 지출 수준이 매우 낮다.⁴⁴⁾ 그나마 전체 정부 지출 중 보육·가족·여성 부분 지출은 1990년 0.2%에서 2005년 1%, 2011년 3.1%로 꾸준히 증가했다.⁷⁾ ‘출발선 평등을 보장하는 유아교육’은 2015년 교육부가 천명한 주요 정책방향이며, 보건복지부 또한 전 생애에 걸친 의료보장성 강화와 대상에 대한 맞춤형 복지를 주요 정책 목표로 삼고 있다. 그러나 출발선 평등을 보장하는 교육은 ‘안전한 학교 및 고른 교육 기회’라는 상위 목표 하에 비치되어 있으며, 정책의 성과지표로는 유치원 CCTV 설치율이 제시되어 있다.⁸⁾ 전 생애에 걸친 의료보장성 강화 영역에는 임신·출산 단계에서 고위험산모 부담 경감, 임신성 당뇨 검사, 아동·청소년 시기에서 소아당뇨와 영유아 A형 간염 무료접종이 주요 정책으로 제시되어 있다. 맞춤형 복지지원 정책에는 어린이집 CCTV, 안전인증제 등이 제시되어 있을 뿐이다.⁹⁾ 보건복지부의 2014년 모자보건사업안내에 의하면, 모성과 어린이 건강사업 중 제외수정, 인공수정 등 난임 지원비가 약 389억 원으로 전체 예산의 66%에 달한다.¹⁰⁾ 보건복지부는 “서울아기 건강첫걸음”과 일견 비슷해 보이는 “산모 신생아 건강관리지원 사업”을 시행하고 있지만, 그 내용과 방식은 매우 다르다 (표 4).

표 4 산모·신생아 건강관리지원사업과 서울아기 건강첫걸음 사업 특성 비교

| 사업 특성 | 산모·신생아 건강관리지원 사업 | 서울아기 건강첫걸음 |
|------------------|------------------------|-----------------------|
| 아동건강 향상의 연구근거 확보 | × | ○ (MECSH 프로그램 효과성) |
| 서비스 제공 체계 | (사회적) 서비스 제공 업체 | 보건소 소속 전문 간호사 |
| 서비스 교육 체계 | 소정의 교육을 받은 산모신생아 건강관리사 | 기초, 심화, 지속 교육체계 확립 |
| 보편적 서비스 제공 | 소득기준 | 보편적 서비스 제공 |
| 본인 부담금 | 소득과 서비스에 따라 있음. | 없음. |

다른 영역들에 비해서 생애초기 개입의 건강 불평등 완화 효과는 비교적 잘 입증되어 있다. 추상적인 선언, 근거기반이 불충분한 사업에 대한 낭비적 투자를 줄이고, 실제로 효과가 입증된 사업을 시행해야 한다.

7) <http://stats.oecd.org/>

8) 교육부 2015 업무 추진계획 (<http://is.gd/rE19pj>)

9) 보건복지부 2015 업무계획 (<http://is.gd/BdxJ0X>)

10) 보건복지부. 2014년도 모자보건사업 안내 (<http://is.gd/JTkUim>)

3.6. 의료서비스

- 의료서비스와 건강불평등

2장에서 살펴본 것처럼, 의료서비스는 그 자체로는 건강불평등 발생의 예방에 기여하는 역할이 제한적이지만, 질병과 손상의 부정적 결과를 최소화하고 사회적 불평등으로 악순환 되는 것을 막아줄 수 있다.⁴⁵⁾ 질병에 이환되었을 때 비용 등의 장벽으로 인해 적절하고 충분한 의료서비스를 이용하지 못하는 것은 건강과 일상생활 측면에서 부정적 결과를 초래할 가능성이 높다. 국내에서도 의료비가 가계지출의 10%를 넘는 경우 빈곤층으로 계층이 하락할 확률이 18.6%나 된다는 연구결과가 발표된 바 있다.⁴⁶⁾ 또한 예방이나 건강증진 프로그램 같은 의료서비스는 질병 예방에도 기여할 수 있다. 게다가 건강의 사회적 결정요인을 다루는 여타 정책들이 ‘보건’ 이외의 영역에서 작동하는 데 비해, 의료서비스는 전통적인 보건의료 체계 안에 자리하고 있기 때문에 정책 과정에 대한 보건학계의 개입이 상대적으로 수월하다.

- 건강불평등 완화에 기여할 수 있는 의료서비스

- ① 본인 부담금 제도의 개선

경제적 지불 능력과 무관하게 건강상의 필요에 따라 의료 서비스를 이용할 수 있어야 한다는 점은 널리 인정된다. 꼭 선진국이 아니더라도 대다수의 국가들은 어떤 형태로든 공적인 의료보장제도를 운영하고 있다. 이 때 과도한 정부의 재정 부담을 덜기 위해, 다양한 본인부담금 제도를 운영하는 경우가 많다. 본인부담금이란 의료서비스를 이용하는 시점에 환자에게 부과되는 모든 종류의 비용을 뜻한다. 정부는 본인부담금 제도가 소위 ‘도덕적 해이’를 방지하면서 합리적 의료이용을 촉진시킨다고 주장한다. 하지만 근거 종합에 의하면, 이는 의료서비스 이용을 감소시키고, 특히 치료적 의료서비스에 비용을 지불할 수 없는 사람들의 건강에 부정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다.⁴⁷⁾ 본인부담금이 장벽 역할을 하지 않는 부유한 계층에서는 의료이용 억제 효과가 거의 없는 반면, 가난한 이들에게는 그렇지 않기 때문에 결국 건강불평등을 악화시킬 수 있다.

한국의 경우 국민건강보험제도에도 불구하고, 본인 부담 수준이 높은 편이다. 총 진료비 중 건강보험의 부담 비율은 2012년 현재 62.5%에 불과하며, 특히 저소득층에서 의료비 지출부담이 상당하다.⁴⁸⁾⁴⁹⁾ 국내 연구 결과에 의하면, 저소득층은 고소득층보다 건강상태가 나쁘고 의료필요를 적절히 충족시키지 못하는 것으로 나타났다.⁵⁰⁾ 취약계층에게 적용되는 의료급여의

경우, 본인부담금이라는 경제적 부담 뿐 아니라 선택병의원제 같은 차별적 이용 규칙도 존재한다. 의료급여 본인부담금 제도는 2007년에 도입되었는데, 그 후 수급자들의 의료이용이 감소했으며, 특히 직업이 없고 나이가 많으며 장애등급이 높고 건강관련 삶의 질이 나쁜 환자들에서 감소가 뚜렷했다.⁵¹⁾ 의료서비스 이용 격차에 의한 건강불평등, 그로부터 파생된 사회 불평등을 개선하기 위해서는 본인부담금이 완화되어야 한다.

② 보건의료 거버넌스의 개선

바람직한 보건의료 정책을 개발하는 것만큼이나 중요한 것은, 이를 가능하게 하는 정책 결정 구조를 만드는 것이다. 어떤 의료서비스가 필요하고 우선시되어야 할지에 대한 결정은 특히 사회적 취약계층이나 소수자들에게 중요한 문제이다. 보건의료 공급자나 정책결정자들만의 거버넌스 구조는 이러한 문제를 다루는 데 부적절하거나 효과적이지 못할 수 있다.⁵²⁾ 정책 결정에 의해 직접 영향을 받는 사람들이 각자의 필요와 요구를 개진하고 합의를 이뤄가는 참여적 의사결정이 하나의 대안으로 부각하고 있다. 브라질의 ‘민중건강평의회’는 그 사례이다.



민중건강평의회 개최 공지



민중건강평의회 진행 모습

그림 3 브라질 민중건강평의회

브라질에서는 1988년 발효된 시민 헌장의 원칙 (보건의료 서비스의 형평성과 보편성 보장, 건강정책의 민주화, 사회적 통제)에 따라 시민들이 직접 의료서비스와 건강 관련 사업, 재정에

대한 결정권을 행사하는 기구인 민중건강평의회를 운영하고 있다. 시민단체 대표와 일반 주민들이 참여하는 평의회는 지방자치단체의 보건 부문 계획과 예산에 대해서 논의하고 공공의료 기관과 서비스에 대한 결정을 내리며, 보건의료예산을 승인하거나 거부할 수 있다. 그 결과로 평의회를 통해 정책 결정이 보다 투명해졌고, 취약한 지역과 계층을 고려하여 주민들이 원하고 필요로 하는 서비스를 제공하는데 기여하고 있다는 평가를 받고 있다.⁵³⁾ 매달 약 2,500여 명의 시민이 건강평의회에 참여하는 상파울루 시에서는 평의회 도입 이후 저소득층 밀집 지역과 대중교통 접근이 쉬운 곳을 중심으로 공공병원과 외래클리닉이 들어서면서, 상대적으로 저소득층의 의료 이용이 늘어났다.⁵⁴⁾

한국에서도 유사한 시도가 이루어지고 있다. 2011년 지방재정법이 개정되면서, 지방자치단체들은 주민참여예산제를 도입했다. 서울시의 경우 2012년부터 매년 500억의 예산에 대하여 일반 주민들이 직접 참여하는 예산결정을 따르고 있다. 2012년 국민건강보험공단이 마련한 건강보험 급여우선순위에 대한 국민참여위원회 또한 보건의료분야 정책결정과정에 일반 시민들이 참여하고 숙의를 통해 결론을 도출한 참여형 의사결정 사례였다.⁵⁵⁾

한국 사회의 이러한 시도들이 건강불평등 완화에 얼마나 기여했는지, 혹은 할 수 있는지 아직 평가가 이루어지지 않는 것이다. 하지만 상당한 잠재력이 있을 것으로 짐작되며, 건강불평등 뿐 아니라 민주주의 측면에서도 중요한 진전이라고 할 수 있다.

3.7. 구강보건서비스

- 구강건강 불평등 현황

다른 영역에 비해 덜 알려져 있지만, 구강건강 불평등 또한 전 생애에 걸쳐 존재한다. 전 세계 구강건강불평등 자료를 메타 분석한 결과에 따르면 치아우식경험율의 경우, 저학력 계층의 경험률이 고학력 계층보다 1.3배 높았으며 소득과 직업에서도 그 격차는 1.4배와 1.2배에 이르는 것으로 나타났다 (표 5).⁵⁶⁾ 한국 자료에서도 양대 구강병이라고 불리는 치아우식증과 치주질환 모두 소득이 낮을수록 유병률이 높아진다 (표 6).⁵⁷⁾⁵⁸⁾

표 5 사회경제적 위치에 따른 구강건강상태 오차비(OR) 메타분석 결과(기준: 높은 수준=1)

| 사회경제적 위치 | 치아우식 경험율 | 치아우식 유병률 |
|----------|----------|----------|
| 낮은 교육수준 | 1.29 | 1.48 |
| 낮은 소득수준 | 1.40 | 1.29 |
| 낮은 직업수준 | 1.21 | 1.30 |

표 6 한국의 사회경제적 위치에 따른 생애주기별 구강건강상태

| 소득수준 | 치아우식 유병률(%) | | | 치주질환 유병률(%) |
|----------|-------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------|
| | 6-9세 (유치) ¹⁾ | 12-18세 (영구치) ¹⁾ | 19세 이상 (영구치) ²⁾ | 19세 이상 ²⁾ |
| 1사분위(낮음) | 38.5 | 41.4 | 40.9 | 27.2 |
| 2사분위 | 29.7 | 34.1 | 31.6 | 24.7 |
| 3사분위 | 28.5 | 27.2 | 33.6 | 26.0 |
| 4사분위(높음) | 20.7 | 27.1 | 26.8 | 23.0 |

- 구강건강 불평등 완화 중재

- ① 아동에 대한 구강보건서비스 제공

구강보건서비스는 전 세계적으로 공적 보장보다는 사적 형태로 제공되는 경우가 많다.¹¹⁾ 하지만 최근 경제위기와 저출산 문제가 부각되고 건강불평등의 심각성이 알려지면서 아동들에게 공적으로 구강보건서비스를 제공하는 국가가 조금씩 늘어나고 있다. 예컨대, 미국의 저소득층

11) http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/98430/E74487.pdf?ua=1

아동 대상 프로그램인 헤드스타트(Head Start, 만 3세 이상)와 얼리헤드스타트(Early Head Start, 만 3세 미만)는 아동의 인지, 언어발달 서비스를 통해 불평등에 개입하는 프로그램인데 여기에 구강보건서비스가 같이 제공된다. 대상 아동들이 메디케이드 수급자에 해당하기 때문에 이를 통해 서비스를 제공하며, 조기정기검진치료¹²⁾ 방식의 예방중심 접근을 하고 있다. 또한 사업 관계자나 자원봉사자들에게 아동의 올바른 칫솔질 방법을 교육시켜 이들이 대상 아동에게 직접 전달할 수 있도록 통합적 보건전략을 사용하고 있다. 영국에서도 이와 유사한 슈어스타트(Sure Start)라는 프로그램이 운영 중인데, ‘건강한 아동 프로그램’⁵⁹⁾이라는 구강보건서비스 프로그램이 연계되어 있다. 호주의 경우 2-17세 저소득층 아동을 대상으로 치료를 포함한 메디케어 아동치과의료서비스¹³⁾를 제공하고 있다. 프로그램 수혜 아동은 2년간 총 1,000달러(한화 약 86만원) 범위 내에서 구강보건서비스 이용이 가능하다. 프랑스에서도 저소득층 아동을 대상으로 치아 홈 메우기 사업을 시행했으며, 이는 아동의 구강건강 증진에 효과가 있음이 확인되었다.⁶⁰⁾ 한국의 경우, 2012년부터 3년간 서울시에서 학생과 저소득층 아동 치과주치의 시범사업을 시행했으며, 2015년부터 대상지역이 확대되었다. 시범사업 평가에 의하면, 특히 저소득층 아동에서 치아 우식증 예방효과가 큰 것으로 나타났다.

표 7 서울시 학생 및 저소득층 아동 치과주치의 사업

지역치과의원과 학생, 저소득층 아동을 연계하여 구강검진, 구강건강증진서비스, 예방진료 등의 포괄적인 치과 의료서비스를 제공함으로써 대상자가 스스로 구강건강생활을 실천하고 자가 구강건강관리 능력을 향상시키는 것이 목적이다.

다음과 서비스가 제공되고 있다¹⁴⁾.

- 구강검진: 문진, 구강위생검사(PHP 검사), 방사선사진 촬영
- 구강건강증진서비스(개별구강보건교육): 구강위생관리, 바른 식습관, 불소이용법, 금연/절주, 칫솔질·치실질
- 예방진료: 전문가 구강위생관리, 불소도포, 치아 홈메우기, 치석제거(단순 스케일링)
- 구강질환 치료(저소득층 아동): 충전(아말감, 레진, GI), 치수/치근단 치료, 발치 등

이 사업은 2007년 건강사회를 위한 치과의사회 ‘구강보건정책연구회’의 주도 하에 제안되었다.

초등학생 무상급식이 주요 이슈로 떠오른 2010년 지방선거에서 당시 시장후보로 출마한 현 서울시장은 아동청소년치과주치의제도를 주요 공약 중 하나로 발표했으며, 당선 후 이를 실행에 옮겼다. 보건복지부가 2011년 6월에 발표한 건강증진종합계획2020도 아동청소년 치과주치의 제도 개발을 제안하고 있다.⁶¹⁾

12) <http://www.medicaid.gov/Medicaid-CHIP-Program-Information/By-Topics/Benefits/Dental-Care.html>

13) <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/childdental>

14) 2014년 학생 및 저소득층 아동 치과주치의 사업안내. 서울특별시 2014

② 수돗물불소농도조정사업

수돗물불소농도조정사업은 미국 질병관리본부가 20세기 인류가 이룩한 위대한 10대 공중보건 업적 중 하나로 손꼽을 만큼 충치예방효과가 뛰어나면서도 안전한 사업이다. 수돗물 내 불소농도를 충치 예방이 가능하면서 부작용이 거의 없는 0.8~1.0ppm으로 조정해서 공급하면, 다수의 사람들에게 적은 비용으로 큰 효과를 낼 수 있다. 미국에서 수행한 분석에 의하면, 이 사업을 위해 1인당 연간 0.2달러가 쓰이며, 비용-편익비는 60배에 달했다. 이 사업의 또 다른 특징은 모든 사람들에게 충치예방효과를 가져옴으로써 건강형평성을 개선시킨다는 점이다. 최근 국내 연구에서도, 이 사업을 시행한 지역에서는 그렇지 않은 지역과 달리 아동의 구강건강 불평등이 관찰되지 않는다는 것이 확인되었다.⁶²⁾ 안전성을 이유로 이 사업에 반대하는 이들도 있지만, 학문적으로는 유해성이 없다는 것이 밝혀진 상황이다. 구강건강수준의 향상과 불평등 개선이라는 측면에서 우리는 이 사업이 확대되어야 한다고 생각한다.

③ 치과 의료서비스 보장성 확대

치과 서비스는 보건의료 서비스 중에서도 본인부담금이 높은 영역이며, 이로 인해 서비스 접근성이 낮은 편이다. 다행히 국내에서는 시민사회의 요구에 부응하여 서비스 보장영역이 꾸준히 확대되어 왔다. 치아 홈메우기의 경우 2009년 급여가 시작되어 2013년 18세 미만 제1·2대구치로 보장범위가 확대되었으며 2017년부터는 본인부담금도 인하될 전망이다. 또한 광중합형 레진을 이용한 충치치료의 경우 2018년부터 만 12세 이하 아동들에게 보험급여로 포함될 예정이다. 치석제거는 2013년 7월부터 만 20세 이상, 연간 1회에 한하여 후속치료가 필요하지 않은 경우 건강보험 급여를 받을 수 있다. 완전틀니는 2012년 7월부터, 부분틀니도 2013년 7월부터, 임플란트는 2014년 7월부터 만 75세 이상 노인을 대상으로 본인부담금 50%와 함께 보험적용이 가능해졌으며 2016년부터는 만 65세 이상부터 적용이 가능해질 예정이다.

하지만 본인부담금 인하 방식의 건강보험보장성 확대만으로는 불평등 완화에 불충분하다. 일본 연구에 의하면, 보철물에 대한 건강보험 급여 시행에도 불구하고, 저소득층보다 고소득층에서 보철물 보유빈도가 높았다. 본인부담금이 없는 의료보호 수급자에서만 고소득층만큼의 빈도를 보였다고 한다.⁶³⁾ 미국 연구 또한 아동의 본인부담금을 인하해도 가구의 전체 진료비 부담이 늘어나면 아동의 치과의료서비스 요구가 미충족되거나 지연된다고 보고했다.⁶⁴⁾ 따라서 치과의료서비스 체계의 공적 보장영역 확대와 더불어 본인부담금 저하를 통해 다양한 계층이 접근성을 높일 수 있는 방안을 고려해야 한다.



4. 종합

4.1. 유형 종합

- 어떤 종류의 중재가 도움이 될까?

지금까지 건강불평등 중재의 특정 사례들을 소개했다면, 이 절에서는 관련 연구들을 종합하여 유형에 따른 효과를 분석한 연구를 소개한다. 로렌 등(2013)의 연구는⁶⁵⁾ 공중보건 중재가 오히려 인구집단의 건강 불평등을 증가시킬 수도 있다는 점을 고려하여, 어떤 종류의 중재가 건강불평등을 심화시키는 경향이 있는지, 또는 완화의 잠재성이 있는지 파악하고자 했다. 표 8은 그 요약 결과이다.

표 8 중재 유형에 따른 건강과 건강불평등 효과

| 중재 유형과 사례 | | 건강불평등에 미치는 영향 |
|------------------------|--|---|
| 인쇄물 | 엽산에 대한 의식 | 사회경제적 수준에 따라 건강불평등이 증가하는 경향 |
| 미디어 캠페인 | 흡연 경고 엽산 섭취(국가캠페인) | |
| 자원 제공 | 학교에 과일 무상 제공 엽산 보충제 무상 제공 | 교육수준이나 수입에 따라 불평등 감소하는 경향 |
| 재정적 중재 | 담배 값 인상 | 직업/수입에 따라 불평등 감소하나 교육 수준에 따라 불평등 증가하는 경향 |
| 다중요소 중재 | 학교 | 사회경제적 수준에 따라 신체활동과 건강한 식이의 불평등 증가 |
| | 지역사회 | 사회경제적 수준에 따라 신체활동 차이 없음 |
| 직장 중재 | 근무시간 변경에 직원참여를 늘리는 중재 | 직업군에 따라 건강상태 불평등 감소 |
| | 직장 내 흡연 금지 | 사회경제적 수준에 따라 불평등 증가 |
| 지역기반 중재 ⁶⁶⁾ | 정부와 지역주직 간 전략적 파트너십 구축, 강화, 건강증진 활동에 주민 역량 강화 등 혼합전략 | 건강불평등을 감소시키는데 성공한 경향 때론 부분적인 효과 |
| | 다른 지역으로 이주 | 혼합적 효과 |

종합하면, 식품의 가격장벽을 낮추거나 담배 값 인상 등의 재정적 중재, 자원 자체를 제공하는 중재, 노동환경에서 근무조건 자체에 개입할 기회를 제공하는 중재 등 비교적 근본적 결정 요인을 다루는 경우 건강불평등을 완화할 가능성이 높았다. 한편 지역사회를 기반으로 한 중재정책이나 거시수준 정책은 워낙 다양한 요인과 경로가 작동하는 만큼 혼재된 결과를 보이는 경우가 많았으나 불평등 감소에 성공한 사례도 다수 있었다.

반면, 보건 분야에서 가장 널리 쓰이는 접근 방식, 예컨대 캠페인과 집단교육의 경우 오히려 불평등이 증가하는 결과를 보였다. 직장 내 금연구역 설정도 사회경제적 수준에 따른 불평등을 심화시키는 것으로 나타났다. 대개 자원이 충분한 대기업에서 이를 채택하기 때문이다. 일반적으로 캠페인과 집단교육은 학력 같은 문화자본이나 인지능력, 활용가능한 자원이 풍부한 집단에서 더 효과적이기 때문에 불평등을 심화시킨다고 할 수 있다.

● 건강불평등을 줄일 수 있는 개입을 하려면

제 2장에서 소개했던 디더리센과 할크비스트 모형은 건강불평등 감소 정책을 개입 수준에 따라 사회 불평등 자체에 개입하는 근원적 중재로부터 건강에 영향을 미치는 폭로의 불평등에 대한 개입, 그리고 결과적으로 나타난 건강불평등에 대한 보건의료 중재로 구분한 바 있다(그림1).⁶⁷⁾

많은 연구자들이 보다 상위의 ‘근원적(upstream)’ 중재가 하위의 ‘문제별(downstream)’ 중재에 비해 사회경제적 불평등 개선 효과가 더 크다고 주장해왔으며 우리가 살펴본 결과도 이에 부합한다. 요컨대, 지금까지의 연구들로부터 분명하게 얻을 수 있는 교훈은 한국 사회에서 주로 이루어지고 있는 하위 문제별 접근 방식의 각종 중재들이 과연 건강불평등 완화에 효과적인지 반드시 재고해야 한다는 것이다.

덧붙여 사회적 중재의 복잡성으로 인해 기존 방식의 체계적 문헌고찰을 통해서 근거 기반을 마련하는 것이 충분하지 않을 수 있다는 점을 유념해야 한다. 한국사회, 혹은 지역특성에 적합한 건강불평등 중재를 마련하기 위해서는, 2장에서 소개한 실재주의 접근을 통해 중재의 성공과 실패에 영향을 미치는 기전과 맥락요인을 파악하려는 노력이 이루어질 필요가 있다.

4.2. 정치가 중요하다

전 세계적으로 건강불평등에 대한 개별 연구와 중재 프로그램이 가장 많이 시행된 국가는 미국이다. 역설적이게도 미국은 건강불평등이 가장 심한 국가 중 하나이다. 이에 비해 영국, 네덜란드, 스웨덴을 비롯한 여러 유럽 국가들은 개별 연구 과제보다는 국가 차원의 정책들을 시도해왔다. 이 절에서는 영국의 역사적 경험을 소개하면서 교훈을 얻고자 한다. 영국의 건강 불평등 정책 역사는 비교적 오래 되었으며, 현재 가장 포괄적인 것으로 평가받고 있다. 하지만 그 역사적 과정은 매우 험난했으며, 동시에 매우 정치적인 것이기도 했다.

● 영국의 사례 : 오랜 건강불평등 정책의 역사

영국은 2차 세계대전 이후 경제적으로 어려웠지만 강력한 사회경제적 개혁을 시행했다. 1948년 세계 최초로 마련된 보편적 보건의료서비스인 국가보건서비스는 그 중 하나이다.⁶⁸⁾ 이러한 개혁 정책은 노동당 정부의 집권과 떼어놓고 생각할 수 없다.

보편적 의료서비스 체계가 확립 후 2-30년 동안 건강불평등에 대한 별도 정책의 필요성은 제기되지 않았다.¹⁵⁾ 그러나 1970년대 중반 즈음 경제 호황기가 끝나면서 정부 정책에서 경제와 복지의 우선순위가 뒤바뀌는 양상이 나타났고, 더불어 사회적 불평등도 점차 심해졌다. 당시 학계와 보건정책입안자들 사이에서는 국가보건서비스에도 불구하고 지속되는 건강불평등에 대한 논의가 활발하게 이루어졌다.¹⁶⁾ 이에 따라 1977년 노동당 정부는 사회계층 간 건강수준의 격차를 파악하고, 그 원인과 정책적 함의, 향후 연구 과제를 제안하는 종합 보고서 (일명 ‘블랙 보고서’) 발간을 추진했다. 하지만 보고서가 출간된 1980년에는 마가렛 대처의 보수당 정부가 집권하고 있었다. ‘작은 정부’를 내세우며 집권한 보수당은 이 보고서가 제시하고 있는 건강불평등 완화 정책에 필요한 막대한 재정 투입에 부정적이었다. 당연히 보고서의 권고는 정책에 전혀 반영되지 않았다.⁶⁹⁾ 이후 18년 동안 보수당 집권이 지속되면서, 건강불평등과 관련한 정책은 거의 시행되지 않았다.

하지만 1997년에 총선에서 승리한 노동당은 ‘제 3의 길’을 정책 기조로 삼고, 영국 사회의

15) 2차 세계대전 이후부터 1964년 무렵까지 사망 불평등은 감소했고, 1963년에 불평등 비(inequality ratio)는 1921년 이후 가장 낮은 수준을 기록했다 (Howden-Chapman et al., 2010)

16) 대표적으로 튜더 하트(Tudor Hart)는 ‘역비례 의료서비스 법칙(inverse care law)’을 천명하면서, 건강상태와 의료서비스 필요도가 서로 역비례 관계에 놓여있고 국가보건서비스 체계 하에서도 빈곤층이 여전히 충분한 의료서비스를 이용하지 못하고 있음을 지적했다. 사회역학자인 리처드 윌킨슨(Richard Wilkinson)은 <New Society> 잡지를 통해 복지부 장관 데이비드 에널(David Ennals)에게 공개서한을 보냈는데, 사망률이 사회계층에 따라 불평등하게 나타나고 있으며 정책적 대응이 필요하다는 내용을 담고 있었다.

심각한 건강 불평등 문제 해결을 국정 중심과제에 두었다. 이러한 노력의 일환으로 1998년 애치슨 보고서(Acheson Report)가 발간되었고, 이후 중앙정부와 지방 자치단체 수준에서 다양한 건강불평등 정책과 사업이 이루어지게 되었다.

2008년, 세계보건기구 건강의 사회적결정요인 위원회 최종보고서 발간에 맞춰,¹⁷⁾ 영국도 이에 상응하는 전략을 마련하고자 했다. 보건 문제의 책임이 지방 정부로 이양됨에 따라 잉글랜드 보건부는 마이클 마멋 교수에게 현재의 상황과 그동안의 정책을 평가하고 건강불평등 완화를 위해 가장 효율적인 근거기반 전략들을 제안해 줄 것을 요청했다.⁷⁰⁾ 이에 부응하여 제출된 것이 일명 ‘마멋 리뷰’라고 일컫는 「잉글랜드 건강불평등에 대한 전략적 검토, 2010년 이후」이다. 정책 방향의 주요 이정표가 되었던 세 가지 정부 보고서의 내용과 방향을 요약하면 표 9과 같다.

표 9 영국의 건강불평등 정책 주요 보고서

| 보고서명 | 주요내용 | 정책적 변화 | 불평등 영향 |
|-------------------------|---|---|--|
| 1980년 블랙 보고서 (영국 전체) | <ul style="list-style-type: none"> *사회계층간에 사망률과 유병률에 큰 격차가 존재함 *사회서비스나 보건서비스에서 적절히 다루지 못하고 있음 | <ul style="list-style-type: none"> *대처 정부에 의해 기각되었으며 불평등은 학계에서 모니터링 됨 | |
| 1998년 애치슨보고서 (잉글랜드/웨일즈) | <ul style="list-style-type: none"> *불평등을 다루기 위한 전략 제시 *정부의 다양한 수준에서 지역사회와 서비스 제공자들을 연계협력 필요 제시 *생애주기의 중요성을 강조 | <ul style="list-style-type: none"> *2003년 애치슨 등이 공공서비스 협약의 프로그램 강조, 협력적인 접근과 제안 및 지표를 도입 *2010년까지 영국의 취약지역과 전체 지역 사이 아동사망과 기대여명의 차이를 10%이상 줄일 것을 목표로 함 *Sure start 2008 National equality panel 설립 | <ul style="list-style-type: none"> 2009년 하원감사결과 *영아사망률 감소 *기대여명 증가 *성별 격차 감소 *윤리교육 시행 *불평등 감소 *상대적 불평등의 상승세가 감소 |
| 2010년 마멋 리뷰 (잉글랜드) | <ul style="list-style-type: none"> *생애주기에 대한 강조 *사회적 격차에 따른 상대적 불평등 감소 *초기아동교육에 더 많은 예산 할당 *부모가 1년의 육아휴직 공유 *학교, 부모, 지역사회 간의 더 밀접한 연계 *세금과 급여를 통한 최저임금제의 개발과 도입 *좋은 상품과 녹지 가용성 증대 *양질의 식품판매장 증대 *에너지 효율성을 위한 재건축 *질병예방을 위한 NHS 예산의 4%증대 | | |

17) WHO는 2005년 건강의 사회적 결정요인 위원회(Commission on Social Determinants of Health, 이하 CSDH)를 구성하고 2008년에는 건강을 기본권으로 존중하고 건강불평등 감소를 위한 정책 및 국가 간의 건강불평등 경험을 공유할 것을 제시하는 「Closing the gap in a generation - Health equity through action on the social determinants of health」를 발간하였다.

● 건강불평등을 완화시키는 정책을 이끄는 힘의 중요성

영국 사례를 살펴보면, 건강불평등 완화 정책은 정부의 정치적 성격에 따라 크게 변동한다는 것을 알 수 있다. 이는 대처의 보수당 정부는 블랙보고서의 권고를 모두 거부했으며, 이후 노동당 정부는 1997년부터 2010년까지 건강불평등을 다루려는 강력한 정책들을 시도했다는 사실에서 분명히 드러난다. 이를 의식한 가운데, 한 논평은 마멋 리뷰가 다양한 정치세력의 역관계를 고려하지 않고 정책 실천의 권고안만 제시했다는 점을 비판하기도 했다.¹⁸⁾

국가들 사이의 비교연구에서도 정치적 힘의 중요성은 분명히 드러난다. 집권 정당의 정치적 입장과 복지 레짐에 따라 건강불평등 수준이 다르게 나타난다. 주관적 건강평가에 대한 유럽 국가 비교 연구에서는 스칸디나비아와 앵글로색슨 레짐이 남부, 동부 유럽 복지 레짐보다 건강수준이 높다고 보고했다.⁷¹⁾ 재분배를 강조하는 정치 정당이 장기간 집권한 국가들(대부분 스칸디나비아 국가들)일수록 영아사망률과 저체중 출생아 비율이 낮고 기대여명 수준이 높았다는 보고도 있다.⁷²⁾ 또 다른 연구도 에스핑-앤더슨이 제시한 세 가지 복지국가 레짐에 따라 탈상품화 수준이 다르고, 이것이 국가의 건강지위에 영향을 미친다고 분석했다. 사회민주주의 국가가 자유주의 국가에 비해 영아사망률이 지속적으로 낮다는 점이 그 사례이다.⁷³⁾ 한편 최근 연구에서는 복지 레짐에 따른 건강불평등 현상이 일관된 것은 아니라는 지적이 있었다. 같은 복지레짐 내에서도 개별 사회정책에서는 차이가 있기 때문이다.⁷⁴⁾

분명히, 건강불평등 감소는 ‘기술적 해결’이 아니라 ‘정치적 해결’을 필요로 한다.

● 한국 정부의 대응 상황

현재 많은 국가들이 건강불평등과 관련한 정부 차원 전략을 마련하고 있다.¹⁹⁾ 한국의 경우 국민건강증진종합계획(2011-2020)에 건강형평성 목표를 담고 있기는 하지만,²⁰⁾ 국가 단위에서 건강불평등 자체를 주제로 한 대응 전략 수립이나 정책 보고서는 마련되지 않고 서울시를 포함한 일부 지방자치 단체의 노력, 혹은 개별 연구수준에 그치고 있다.²¹⁾ 건강불평등 완화 정책이 힘을 얻을 수 있도록 만드는 학계와 시민사회의 강력한 의지와 노력이 필요한 이유이다.

18) Social Science & Medicine 2010년 71호 특집

19) 캐나다 보건당국은 「Thirteen Public Interventions in Canada that have contributed to a reduction in health inequalities」을 펴냈고, 덴마크도 정부 주도 「Health Inequality - determinants and policies」 보고서를 출간했다.

20) 보건복지부. 2011. 제 3차 국민건강증진종합계획(2011-2020).

21) 강영호 등(2012)의 「서울시 건강 격차 해소를 위한 보건 정책 방안 연구」를 들 수 있다. 이 연구에서는 서울시의 건강 격차 현황을 검토하고 건강 격차를 완화할 수 있는 보건사업과 정책 방안을 제시하고자 했다. 그 전에 신영전 등(2006-2009)의 「건강 불평등 완화를 위한 건강 증진 전략 및 사업 개발」의 연구가 시행되었으나, 국가차원의 전략 수립으로 이어지지는 않았다.



5. 결론

건강불평등을 완화할 수 있는 정책과 사업의 근거들이 빠르게 축적되고 있다. 이 보고서에서 소개한 것은 그 중 일부에 불과하다. 하지만 여전히 정책 현장, 심지어 학계에서도 건강불평등 중재의 근거기반에 대해서 잘 모르고 있다. 물론 해외 연구에서 효과가 입증된 정책이나 사업이 한국 사회에 그대로 적용해서 동일한 효과를 얻으리라는 보장은 없다. 그렇기 때문에 근거를 해석하는 방식, 중재가 작동하는 맥락에 대한 이해가 더욱 더 중요하다.

우리가 이 보고서를 통해서 이야기하고 싶은 것은, 건강불평등이 분명히 개선할 수 있는 문제이며 국내외에서 차곡차곡 근거가 쌓여가고 있다는 점이다. “근거가 없어서...” “무엇이 효과적이지 잘 몰라서...”는 더 이상 변명이 될 수 없다.

한편 한국사회에서 이루어지고 있는 다양한 보건 정책과 사업에 대한 건강불평등 영향 효과 평가가 시급하다는 점을 지적하고 싶다. 현재 건강증진, 의료보장, 복지 정책과 사업에 상당한 규모의 자원이 투입되고 있다. 문제는 이러한 것들이 건강 불평등 개선에 전혀 기여하지 못하거나 오히려 건강불평등을 악화시키는 방향으로 작동할 수도 있다는 점이다. 대표적으로 건강 행동 캠페인과 보건교육이 여기에 해당한다. 평가를 통해 건강불평등 개선에 효과적인 정책과 사업들에 자원이 집중되어야 한다.

또한 전반적인 건강불평등 전략을 이끌어낼 수 있는 정치적 의지, 그러한 정치적 의지를 촉발시키는 시민의 힘이 중요하다는 점도 강조하고 싶다. 건강불평등 정책은 자원이 풍부한 선진국에서만 이루어지는 것이 아니며, 브라질처럼 한국보다 경제적 자원이나 인프라가 취약한 국가에서도 성공의 사례들이 얼마든지 있다. 무엇보다 건강불평등 문제가 근본적인 건강권에 대한 침해이며, 정책과 사업을 통해 충분히 바뀌낼 수 있는 문제라는 점이 한국 사회에서 널리 공유되어야 한다.

건강불평등은 우리의 숙명이 아니다. 결코 쉽지는 않지만 분명히 극복할 수 있는 문제이다. 지금까지의 검토를 기반으로, 이제는 뭐라도 함께 도전해 볼 시간이다.



참고 문헌

- 1) Commission on Social Determinants of Health Final Report. Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health. Geneva: WHO 2008
- 2) Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M (eds). Challenging inequities in health : From ethics to Action. Oxford University Press 2001
- 3) M Whitehead, G Dahlgreen, What can be done about inequalities in health? The Lancet 1991;8774(26): 1059-1063
- 4) Williams DR, Costa MV, Odunlami AO, Mohammed SA. Moving Upstream: How interventions that address the social determinants of health can improve health and reduce disparities. Journal of Public Health Management and Practice 2008: S8-17.
- 5) Benach J, Malmusi D, Yasui Y, Martinez JM, Muntaner C. Beyond Rose's strategies: a typology of scenarios of policy impact on population health and health inequalities: Int Health Serv 2011;41:1-9.
- 6) 김수영, 박지은, 서현주, 이윤재, 손희정, 장보형, 서혜선, 신채민, NECA 체계적 문헌고찰 매뉴얼, 한국보건 의료연구원 2011.
- 7) Pawson R, Greenhalgh T, Harvey G, Walshe K. Realist review - a new method of systematic review designed for complex policy interventions. J Health Services Research & Policy 2005;10(Suppl 1):21-34
- 8) Rychetnik L, Frommer M, Hawe P, Shiell A. Criteria for evaluating evidence on public health interventions. J Epidemiol Community Health 2002;56:119-27.
- 9) Arthur M. Institute for Health Metrics and Evaluation. Nursing Standard 2014;28(42):32-32
- 10) Khang Y-H, Lynch J, Jung-Choi K, et al. 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 2007
- 11) Brown T, Platt S, Amos A. Equity impact of interventions and policies to reduce smoking in youth: systematic review. Tobacco control 2014
- 12) Thomas S, Fayter D, Misso K, et al. Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: systematic review. Tobacco Control 2008;17.
- 13) Brown T, Platt S, Amos A. Equity impact of European individual-level smoking cessation interventions to reduce smoking in adults: a systematic review. Eur J Public Health 2014;24:551-6.
- 14) Hill S, Amos A, Clifford D, et al. Impact of tobacco control interventions on

- socioeconomic inequalities in smoking: review of the evidence. *Tobacco control* 2014;23(e2):e89-e97
- 15) Thomas S, Fayter D, Misso K, et al. Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: systematic review. *Tobacco Control* 2008;17.
- 16) Brown T, Platt S, Amos A. Equity impact of European individual-level smoking cessation interventions to reduce smoking in adults: a systematic review. *Eur J Public Health* 2014;24:551-6.
- 17) Brown T, Platt S, Amos A. Equity impact of population-level interventions and policies to reduce smoking in adults: a systematic review. *Drug Alcohol Depend* 2014;138:7-16.
- 18) Bauld L, Bell K, McCullough L, Richardson L, Greaves L. The effectiveness of NHS smoking cessation services: a systematic review. *Journal of Public Health* 2010;32:71-82.
- 19) 시민건강증진연구소. 한국의 담배규제와 건강불평등 2011 (<http://health.re.kr/?p=206>)
- 20) Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, et al. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *The Lancet* 2006;367(9524):1747-57
- 21) Symonds, M. E., & Ramsay, M. M. (Eds.). *Maternal-fetal nutrition during pregnancy and lactation*. Cambridge University Press 2010.
- 22) 노민영 등. 2001 국민건강·영양조사 자료를 이용한 빈곤층 가구의 식료품비 추정. *대한가정학회지* 2006;44(8):79-87.
- 23) 전경자 등. 빈곤 아동 아침결식 실태와 관련요인. *지역사회간호학회지* 2011;22(2):204-211.
- 24) 조수민, 노충래. 결식경험이 신체건강, 문제행동 및 학교적응에 미치는 영향, *청소년복지연구* 2014;16(2):229-254.
- 25) 현혜순, 이인숙. 도시 빈곤노인의 영양상태와 영양불량 위험요인. *대한간호학회지* 2014;44(6):708-716
- 26) Black AP, Brimblecombe J, Eyles H, Morris P, Vally H, K OD. Food subsidy programs and the health and nutritional status of disadvantaged families in high income countries: a systematic review. *BMC Public Health* 2012;12:1099.
- 27) Social Determinants of Health Sectoral Briefing Series 1. Housing: shared interests in health and development. Geneva, World Health Organization 2011.
- 28) Fair Society, Healthy Lives. *The Marmot Review. Strategic review of health inequalities in England post-2010*. Institute of Health Equity 2010. London, UK.
- 29) 경제경영연구원. *에너지 복지정책 개선방향과 KEPCO의 역할* 2013.
- 30) Thomson H, Thomas S, Sellstrom E, Petticrew M. *Housing improvements for health*

- and associated socio-economic outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;2:CD008657.
- 31) Gibson M, Petticrew M, Bamba C, Sowden AJ, Wright KE, Whitehead M. Housing and health inequalities: a synthesis of systematic reviews of interventions aimed at different pathways linking housing and health. *Health Place* 2011;17(1):175-84.
 - 32) Kling JR, Liebman JB, Katz LF. Experimental analysis of neighborhood effects. *Econometrica* 2007;75(1):83-119.
 - 33) Sampson RJ. Moving to inequality: neighborhood effects and experiments meet social structure. *Am J Sociol* 2008;114(11):189-231.
 - 34) Saegert SC, Klitzman S, Freudenberg N, Cooperman-Mroczek J, Nassar S. Healthy housing: a structured review of published evaluations of US interventions to improve health by modifying housing in the United States, 1990-2001. *Am J Public Health* 2003;93(9):1471-7.
 - 35) 김승연, 김세림, 이진석. 주거환경이 건강수준에 미치는 영향. *보건과 사회과학* 2013;34:109-33.
 - 36) 최병숙, 박정아. 한국복지패널연구 자료를 기초로 주거환경과 우울감 및 자존감과의 관계 분석. *한국주거학회 논문집* 2012;23(5):75-86.
 - 37) 서울특별시. 서울연구원. 서울시민 복지기준 설정 연구 2012.
 - 38) Egan et al. The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. 1. A systematic review of organisational-level interventions that aim to increase employee control. *J Epidemiology and Community Health* 2007;61:945-954
 - 39) Bamba, et al. The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. 2. A systematic review of task restructuring interventions. *J Epidemiology and Community Health* 2007;61:1028-1037.
 - 40) Stronks K, Mackenbach JP. Evaluating the effect of policies and interventions to address inequalities in health: lessons from a Dutch programme. *Eur J Public Health*. 2006;16:346-53.
 - 41) Parker SK, Chmiel N, Wall TD. Work characteristics and employee well-being within a context of strategic downsizing. *J Occup Health Psychol* 1997;2:289-303.
 - 42) Avellar, S., Paulsell, D., Sama-Miller, E., Del Grosso, P., Akers, L., and Kleinman, R. Home Visiting Evidence of Effectiveness Review: Executive Summary. Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services. Washington, DC. 2014
 - 43) Karoly LA, Kilburn MR, Cannon JS. Early childhood interventions : proven results, future promise. Santa Monica, CA: Rand; 2005; Avellar, S., Paulsell, D., Sama-Miller, E., Del Grosso, P., Akers, L., and Kleinman, R. Home Visiting

- Evidence of Effectiveness Review: Executive Summary. Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services. Washington, DC. 2014
- 44) OECD. Doing Better for Children 2009
 - 45) Cutler D, Deaton A, Lleras-Muney A. The Determinants of Mortality, *Journal of Economic Perspectives* 2006;20(3):97-120.
 - 46) 송은철, 신영진. 재난적 의료비 지출이 빈곤화 및 빈곤 지속에 미치는 영향. *보건행정학회지* 2014;24(3):242-253.
 - 47) Lagarde M, Palmer N. The impact of user fees on access to health services in low- and middle-income countries. *The Cochrane Library* 2011.
 - 48) 손수인, 신영진, 김창엽. 저소득층의 과부담의료비 발생에 영향을 미치는 요인. *보건사회연구* 2010; 30(1):92-110.
 - 49) 이태진, 이해재, 김윤희. 한국의료패널 1 차년도 자료를 이용한 과부담의료비 분석. *보건경제와 정책연구 (구 보건경제연구)* 2012;18(1):95-111.
 - 50) 이용재. 소득계층별 건강상태에 따른 의료이용 형평성 분석. *한국사회정책* 2010;17(1):267-290.
 - 51) 홍선우. 본인부담제도가 의료급여 1 종 수급권자의 의료이용에 미치는 영향. *간호행정학회지* 2009;15(1):136-146.
 - 52) DeMaio, S. Lay participation in health care decision making. *Journal of Health Politics Policy and Law* 1993;18(4):881-904.
 - 53) Cornwall A, Shankland A. Engaging citizens: lessons from building Brazil's national health system. *Social Science Medicine* 2008;66(10):2173-2184.
 - 54) Coelho VSP, Silva N. Has the distribution of public health services become more equitable? Reflecting on the case of São Paulo. *The Politics of Service Delivery in Democracies. Better Access for the Poor* 2007; 136.
 - 55) Oh J, Ko Y, Alley AB, et al. Participation of the Lay Public in Decision-making for Benefit Coverage of National Health Insurance in South Korea. *Health Systems & Reform* 2014(just-accepted):00-00
 - 56) Schwendicke F et al. Socioeconomic inequality and caries: a systematic review and meta-analysis. *J Dent Res.* 2015;94(1):10-8.
 - 57) Bo-Mi Shin, Se-Hwan Jung. Socio-economic inequalities in dental caries in Korea. *J Korean Acad Oral Health* 2012;36(2):144-152
 - 58) Korean Centers for Disease Control and Prevention. Korea Health Statistics 2013 : Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANESVI-1) 2014
 - 59) Healthy child programme: rapid review to update evidence. *Public Health England* 2015 (<http://is.gd/DEPT8L>)
 - 60) Muller-Bolla M1, Lupi-Pégurier L, Bardakjian H, Velly AM. Effectiveness of

- school-based dental sealant programs among children from low-income backgrounds in France: a pragmatic randomized clinical trial. *Community Dent Oral Epidemiol* 2013;41(3):232-41.
- 61) 아동·청소년 치과주치의 제도 도입을 위한 기초연구(I) - 검토사항과 제공서비스를 중심으로. 건강사회를 위한 치과의사회 구강보건정책연구회 2010.
- 62) Cho HJ, Lee HS, Paik DI, Bae KH. Association of dental caries with socioeconomic status in relation to different water fluoridation levels. *Community Dent Oral Epidemiol* 2014;42(6):536-42.
- 63) Matsuyama Y, Aida J, Takeuchi K, Tsakos G, Watt RG, Kondo K, Osaka K. Inequalities of dental prosthesis use under universal healthcare insurance. *Community Dent Oral Epidemiol* 2014;42(2):122-8.
- 64) Karaca-Mandic P, Choi-Yoo SJ, Lee J, Scal P. Family out-of-pocket health care burden and children's unmet needs or delayed health care. *Acad Pediatr* 2014;14(1):101-8.
- 65) Lorenc, T, Petticrew, M, Welch V, Tugwell, P. What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. *J Epidemiology Community Health* 2013;67(2):190-193.
- 66) O'Dwyer LA, Baum F, Kavanagh A, Macdougall C. Do area-based interventions to reduce health inequalities work? A systematic review of evidence. *Critical Public Health* 2007;17(4):317-335.
- 67) Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The social basis of disparities in health (pp. 13-23). *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York: Oxford University Press 2001. Adapted from: Diderichsen F & Hallqvist J. 1998. Inequality in Health-A Swedish Perspective. Pp. 25-39.
- 68) Alcock P. The United Kingdom: Rolling Back the Welfare State? Chap.7 In: Alcock, P. Craig, G., *International Social Policy: Welfare in the Developed World*, 3rd ed. New York, NY: Palgrave MacMillan 2009.
- 69) Wolff J. How should governments respond to the social determinants of health? *Prev Med* 2011;53:253-5.
- 70) Subramanyam M A, Kawachi I, Subramanian SV. Reactions to Fair Society, Healthy Lives (The Marmot Review). *Social Science Medicine* 2010;71:1221-1222.
- 71) Eikemo TA, Bambra C, Judge K, Ringdal K. Welfare state regimes and differences in self-perceived health in Europe: A multilevel analysis. *Social Science Medicine* 2008;66:2281-2295.
- 72) Navarro V, Muntaner C, Borrell C, Benach J, Quiroga A, Rodriguez-Sanz M, et al. Politics and health outcomes. *Lancet* 2006;368:1033-1037.
- 73) Bambra C. Health Status and the Worlds of Welfare. *Social Policy & Society*,



2005;5(1):53-62.

- 74) Mackenbach JP. The persistent of health inequalities in modern welfare states: The explanations of a paradox. *Social sciences Medicine* 2012;75:761-769.



사단법인 시민건강증진연구소

§ 주소 : 서울시 서초구 방배로 812-25 보성빌딩 4층

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

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

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