

일반

## 지역정책의 건강효과성과 건강형평성\*

상충과 어울림

### Reconciling Health-effectiveness and Health-equity of Local Policies

이시철\*\*

지역 단위의 정책이나 계획이 개별 시민의 건강에 영향을 준다는 것은 새로운 주장이 아니지만, 다양한 건강친화 정책이 효과성과 함께 모든 시민에게 골고루 혜택이 갈 것인지는 확실치 않다. 이 논문에서는 지역정책이 건강에 미치는 영향을 효과성과 형평성 측면으로 나누어 교차하여 살핀다. 관련 이론과 제도를 포괄하는 가운데 한국의 '건강도시' 등 사례의 시사점도 언급하면서 두 가치의 접점을 찾는다. 건강형평성은 정책의 혜택이 지역 안팎에서 균형 있게 배분되는지의 이슈인데, 학술연구뿐 아니라 실천적 의미 또한 상당하다. 이 논문은 효과성-형평성의 양립 가능성, 상호배타성을 관찰하는 분석틀을 제시하면서 그 둘이 어떻게 어우러질 수 있을지를, 또한 이를 어떻게 측정할 것인지를 모색한다. 비록 동반-상충관계가 있지만, 지역단위의 건강정책이 의미 있게 지속가능하려면 두 가치가 조화되어야 함을 강조한다. 지금까지 이 둘의 상호 작용 가능성을 직접 탐색한 연구가 별로 없었다는 점에서 본 논문의 의미가 있으며, 향후 연구에서 경험적 데이터를 이용하여 구체화하게 될 것이다.

**주요어:** 지역정책, 도시계획, 건강효과성, 건강형평성, 건강도시

\* 이 논문은 2019년 대한민국 교육부와 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임(NRF-2019 S1A5A2A01046404).

\*\* 경북대학교 행정학부 교수/공공문제연구소 연구위원(shichul@knu.ac.kr).

## 1. 들어가며

개인의 행복을 결정하는 핵심요인으로 건강에 대하여, 각종 지역 정책 또는 도시정책 등이 어떤 영향을 미치는지에 대한 논의는 설령 그리 오래되지 않았더라도 비교적 익숙하다. 덧붙여, 이웃사람 등 동료집단의 건강은 자신에게 어떤 의미가 있을까? 이 연구는 상이한 두 관점 즉 건강효과성과 건강형평성을 교차시킨다. 효과성(effectiveness)은 흔히 목표달성의 정도를 일컫는다. 형평성(equity)은 같은 것을 같게 취급하는 수평(horizontal) 측면과, 다른 것을 다르게 대하는 수직(vertical) 측면이 있는데(정정길, 2016: 384~396), 많은 경우 실질적인 공정성의 차원에서 후자에 초점을 둔다. 두 가치는 물론 긴장 관계로 존재할 수 있다.

우리나라에서는 중앙정부가 포괄적인 건강정책을 맡는 가운데(보건복지부, 특히 건강정책국), 건강과 관련될 도시/주택/교통 정책을 별도의 부처(국토교통부 국토도시실 등)에서 맡고 있다. 지역 단위에서는 정책의 공간구속적(geography-bounded) 성격상 많은 부분이 현장에서 뒤섞이는데, 종합행정의 본질상 광역 및 기초자치단체의 다양한 부서별 정책 영향이 묶여 나타나는 것으로 본다. 직간접으로 건강에 영향을 주는 정책이나 측정기준이 다양함은 물론이며, 이는 건강효과성과 건강형평성의 이슈와 관련해서도 마찬가지이다.

지역정책의 맥락에서 비교적 덜 논의되거나 파편적으로 관찰되는 분야가 건강형평성이다. 재정형편이 나은 지역에서 또는 자치단체의 리더십에 기대어 건강도시 정책을 펼칠 경우 그 정책의 열매가 해당 지역 안팎에서 공간적·계층적으로 균형 있게 배분되는가의 문제이다.

이 연구에서는 국내외의 이론적 논의를 넓게 개관하고 건강효과성과 건강형평성을 포괄하는 분석틀을 제시하면서 경험적 논증의 바탕으로 삼고자 한다. 이와 함께 공간적 차이에 따른 건강 편차를 실제 사례로 관찰하며, 덧붙여 효과성과 형평성 가치를 아우르는 통합 측정수단에 대하여도 짚어낼 것이다.

요컨대, 이 글이 탐색하는 주된 이슈는 아래와 같이 정리할 수 있다. 일면 구

체적인 연구질문이라기보다는 문제의식을 제시한 것인데, 이 모두를 논문에서 답하기는 어렵겠지만, 적어도 이슈의 타당성을 논하면서 분석틀을 찾아보려는 것이다.

- ① 지역정책의 건강효과성과 형평성을 어떤 맥락에서 관찰하는가?
- ② 건강효과성-형평성은 항상 긴장관계인가? 양립할 수 있는가?
- ③ 어떤 분석틀과 수단으로 건강효과성-형평성의 상호작용을 측정할 수 있는가?

## 2. 이론적 배경

### 1) 지역정책과 건강의 연계

지역정책이 주민의 건강에 어떤 영향을 미치는가에 대한 연구는 모자람이 없어 보인다. 또한 건강형평성 이슈 역시 학술적 관심이 많이 주어지는 분야이다. 그러나 특정 지역의 건강효과성이 이웃 지역 또는 광역권 단위의 건강효과성에 어떤 영향을 미치는지는 다른 문제가 된다. 건강형평성이 효과성에 어떤 영향을 줄 것인지도 마찬가지이다. 이렇게 효과성-형평성을 함께 다루는 학술 논의는 찾아보기 쉽지 않다.

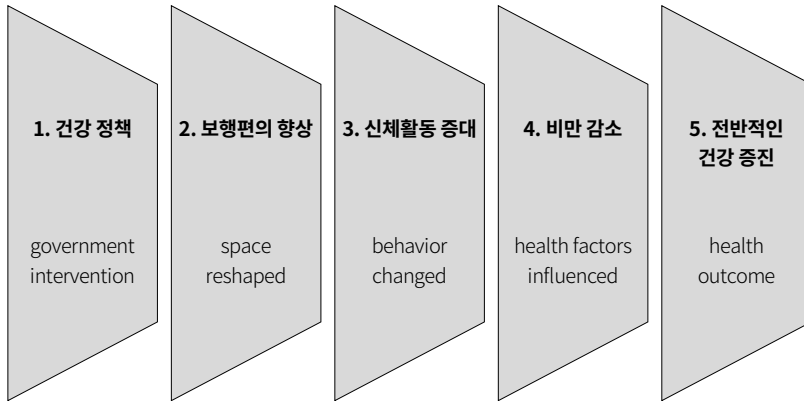
헌법을 비롯한 우리나라의 법령은 건강권을 명시하면서 포괄적으로 건강정책의 효과성과 형평성을 시사한다. 즉, “모든 국민은 건강하고 쾌적한 환경에서 생활할 권리를”(헌법 제35조) 가지는 만큼 정부의 노력은 의무사항이 된다. 세계보건기구(WHO) 헌장 또한 각국 정부가 “국민의 건강에 대해 책임져야 하며 책임의 완수는 적절한 보건 또는 사회적 방안의 개발을 통해서” 하도록 선언한 바 있다(WHO, 2000). 1995년 <국민건강증진법>, <지역보건법> 등에서는 보건의료 서비스 강화와 함께 국민건강의 증진 목표를 선언한데 이어,

2012년 <공공보건의료에 관한 법률>에서는 더 구체적으로 “양질의 공공보건 의료를 효과적으로 제공”하는 가운데 “국가, 지방자치단체 및 보건 의료기관이 지역·계층에 관계없이 국민의 보편적인 의료 이용을 보장하고 건강을 보호·증진”하도록 함으로써 형평성을 강조하는 단계에까지 이르고 있다.

외국에서도 지역정책과 보건 또는 건강이 직접 연계되어 왔다는 것은 널리 받아들여진다. 1848년 영국의 <공중위생법(Public Health Act)>은 건전한 도시 환경에 꼭 필요한 건축 및 도시시설에 관한 기준을 정하였다. 19세기 이 나라에서는 콜레라 발병에 대응하느라 상하수도 시설 정비가 이루어졌고, 미국 도시의 말라리아 발병은 조닝(zoning) 제도의 확산에 기여하였다. 이렇게 건강 함의를 지닌 도시 구획, 시가지 환경 정비 등이 근현대 도시계획 제도의 기반이었던 가운데, 이후 <주거법>, <주거 및 도시계획법> 등을 거쳐 20세기 말 이후에는 학술적으로도 더욱 긴밀하게 건강-지역정책의 연결이 재확인되고 있다.

지역정책과 건강 사이의 이론적 관계를, 주로 효과성에 초점을 두어 <그림 1>과 같이 나타낼 수 있다. 전형적인 사례로서, 도시정책이 공간을 물리적으로 바꿀 수 있으며(1-2), 변화된 공간에 대하여 시민 개인이 스스로의 행동패턴을 바꾸면서(2-3), 육체적/정신적 건강이 향상된다(3-4)는 흐름이다. 보행 등 신체활동을 늘릴 경우, 비만과 스트레스가 얼마나 줄고 궁극적으로 건강해지는지는(3-4-5) 지역정책의 직접 관심사라기보다는 보건학/의학의 영역일 것이다.

<그림 1>에서 1-2-3 과정, 즉 물리적인 지역정책의 효과성 또는 효율성(benefit/cost) 관점이 등장한다. 공간이 재구성되었다 해서 (예컨대, 도심 하천변에 깨끗한 자전거 도로가 마련되었다 하더라도) 산책 습관 등 주민의 행태가 기대했던 만큼 바뀌는지는 확신할 수 없다(2-3). 인위적인 공간변화가 행태 변화와 얼마나 연결될지는 행동경제학 등에서도 관심을 가지는 주제로 상대적으로 경험적 연구가 덜 축적된 분야이다. 아울러 2-3 또는 3-4 과정은 중장기적으로 얼마나 많은 사람들이 혜택을 골고루 입는가의 문제와도 연결된다. 즉 인공 건조환경의 변화를 겪고서 그 열매가 일부 계층/지역에만 주어진다면, 행태변

**<그림 1> 지역정책-신체활동-건강의 연계**

출처: ACES model, *modified from* Doyle et al.,(2006), Lee & Moudon(2004).

화(3)와 건강요인(4)에 대한 영향도 제한될 수밖에 없다.

물리적인 정주환경 변화가 건강에 미치는 영향은 여러 실증 분석에 의하여 뒷받침되어 왔다. CDC(2005)는 개인의 건강 특히 비만에 영향을 미치는 조건을 크게 식생활과 신체활동으로 나눈 후, 토지이용과 교통 등 세부 영향요인이 개인의 행태에 영향을 미칠 수 있다고 주장한다.

Frumppkin et al.(2004) 또한 도시계획, 건축, 교통 영역에서 스프롤형 개발이 어떻게 주민의 건강에 악영향을 미치는지 분석한다. 즉, 무절제한 평면 확산, 자동차 중심의 삶이 생활패턴, 신체활동, 교통사고 및 정체, 정신건강, 심지어 이웃 간 사회자본 형성 등에 부정적 영향을 끼침으로써 건강에 해가 된다는 것이다. 아울러 토지이용, 도시설계 등의 건조환경 개선으로 보행 등 활동을 늘릴 수 있고 이로 인해 경제적 이득과 함께 긍정적 건강 영향이 나타난다는 연구가 많다(Brownson et al., 2000; Dannenberg et al., 2011; Frank et al., 2003; Linenger et al., 1991; Kim, 2008).

Ewing et al.(2014)이 도시 스프롤(urban sprawl) 때문에 사람들이 덜 걷게 됨으로써 비만이나 고혈압 등이 늘어났다고 논하는 것도 같은 맥락이다. 도시

토지의 구성 및 미시적인 디자인을 바꿈으로써 일상과 비즈니스에서 시민의 행태에 직접 영향을 미치도록 하여야 한다는 주장도 새롭지 않다. 덴마크 등 유럽도시에 주목한 Gehl(2010: 111~115)은 좋은 도시공간이 건강에 크게 기여할 것이라면서, 구미인들의 ‘앉은뱅이’ 생활패턴과 자동차 위주의 삶을 극적으로 바꾸려면 걷기 좋은 거리와 자전거 길 등의 도시디자인 기법으로 사람들을 거리로 “초청”해야 한다고 강조한다. Sallis et al.(2011) 역시 인위적 도시환경이 사람의 신체활동과 어떻게 연결되는지에 대한 증거를 제시한다. 아울러 걷기, 자전거 등 ‘활동적 교통(active transportation)’과 ‘활동적 여가활동(active recreation)’, 즉 <그림 1>의 2-3 과정을 촉진하자고 한다.

우리나라 80여개 도시가 ‘건강도시(health cities)’를 표방한다. 그럼에도 여전히 공식부문에서는, 예컨대 도시기본계획과 같은 구속력 있는 문서 및 공적 담론에는 체계적으로 포괄되지 못하고 있다. 개별 도시 단위의 관련 정책도 눈여겨볼 만하다. 서울시는 2012년 이후 시의 대표 정책 중 하나로서 ‘건강서울 36.5’ 건강전략을 표방하며, 시정의 다양한 영역에서 건강과 연결하려 한다. 즉, “아파도 치료받지 못하는 사람 없는, 모두가 건강을 누리는 서울”을 내세움으로써 ‘건강수명은 늘리고, 건강격차는 줄이는’ 양방향 정책인 것이다. 몇몇 사례로 참여형 보건지소를 설립 운영하고 의료협동조합과 건강복지센터를 지원하는 내용 등이 포함되어 있다(서울시, 2015).

대구시 수성구의 경우 ‘인자수성(仁者壽城)’의 브랜드 아래 ‘건강도시 수성’ 중장기발전계획을 세우고, 2015년 이후 건강도시수성 사업의 기본 틀을 마련하였다. 지역주민 설문조사, 국내외 우수사례 조사, 지역사회건강조사, 지역보건의료 계획, 장기발전종합계획 보고서 등을 마련하였다. 공간별·사람별·테마별 3대 전략으로 구정의 전 영역을 ‘건강’으로 포괄하는 가운데 역시 저소득 아파트지역 등에 대한 건강 격차 해소에도 큰 관심을 두어왔다(수성구, 2014).

이경환·안건혁(2007)은 지역사회의 물리적 환경이 주민의 보행 행태에 어떻게 영향을 미치는지를 측정하여 공간적 환경과 토지이용 형태, 예를 들어 주택, 녹지 공원 접근성, 교차로 등이 일반인의 걷는 습관에 능동적으로 영향을

미친다고 결론짓는다. 비슷한 맥락에서 박근덕·이수기(2018)는 경로 모형을 이용하여 근린환경의 특성과 보행 및 주관적 건강수준이 상당한 상관관계를 확인한 바 있다.

주민의 정신 건강 측면에서도, 제한되지만 몇몇 경험적 분석이 눈에 띄는데 비교적 초기 연구로는 노병일·곽현근(2005)이 그 사례이다. 동네 단위의 실증 데이터를 기반으로 지역공간의 ‘맥락 특성’이 개인의 정신건강에 미치는 영향을 찾아낸 것인데, 이를테면 제한된 공간, 즉 ‘동네’의 빈곤, 무질서, 비공식 네트워크 등이 주민의 정신건강과 일정한 상관성이 있다고 결론을 내리고 있다. 최근 박근덕·이수기(2017)의 경우 공간 특성과 우울증의 관계를 경기도 지역 사회건강조사 데이터로 분석한 바, 근린시설 등이 실제로 정신 건강에 영향을 주는 것으로 나타났다.

폭넓은 관점에서, 중장기 토지정책의 건강영향을 주제로 이시철(2012)은 ‘토지 다이어트(land diet)’ 개념을 소개하고 이를 공간/시간/내부 차원으로 나누어 유형화하면서 건강영향과 건강 논점을 함께 제시한 바 있다. 물론 여기서 도시 토지공간의 바람직한 운영은 주로 효율성에 초점을 둔 것으로 보이며, 공간/세대 간의 건강형평성을 위해서는 또 다른 논의가 필요할 것이다.

학술 연구를 실제 정책영역으로 의미 있게 이식하려는 노력 역시 성과가 나타나고 있다. 국토연구원(2014) 연구는 건강친화 도시환경을 마련하는 정책대안을 제시하는데, 예컨대 건강 가치가 공식적인 도시계획 수립에서 직접 구현 되도록 가이드라인을 마련한 것이다. 구체적으로는 토지이용, 오픈 스페이스, 주거·근린환경, 교통, 보건의료, 식품 등을 포괄하는데, 실체적 계획의 영역에서 특히 계획의 효과성에 초점을 둔다.

## 2) 건강 불평등과 지역 요소

김창엽(2015)은 건강불평등을 “사회적 유·불리가 집단 사이에 체계적으로 나타나는 공정하지 못한 건강의 차이”라 정의한다. 또한 국제 건강형평성학

회(International Society for Equity in Health)가 밝힌 대로, 건강형평성은 “윤리적 가치로서 기본적으로 규범성을 지니며 [사회적 가치의] 배분정의 및 인권 원칙에 기초”를 둔다. 그 포괄 범위가 넓어 경제적 계층/세대/지역 간 격차 등 사회적 측면까지 다양하다.

건강 불평등 논의가 처음 체계적으로 공식 부문에서 이루어진 곳은 영국인데, 이른바 「블랙 리포트」(DHSS, 1980; Townsend et al., 1992)를 효시로 삼는다. 그 이후 건강 불평등을 설명하는 다양한 이론이 대두되었는데, McCartney et al.(2014)에서 큰 줄기를 요약하고 있다. 넓게 보아 가공의 이론설, 결정론설, 문화/행태 결정설, 그리고 구조 결정설인데, 구조 결정설에 계속된 큰 힘이 실리고 있어 보인다.<sup>1)</sup> 다른 이론은 근거가 박약하거나 부분적으로만 건강 불평등을 설명하는 반면, 구조설의 경우 사회적/경제적/환경적 여건에 초점을 두어 수명, 질병 등에 대한 설득력 있는 근거를 제시한다고 본다. 정책 영역의 역할은 제한되며 중앙/지방정부에 대한 메시지도 부분적이다.

어쨌든 건강 불평등 현상의 원인과 마찬가지로 그 해법 또한 매우 복잡하고 다기하다는 것에는 이의가 없어 보인다. 세계의 선진국 가운데 어쩌면 건강형평성 문제가 가장 심각할지도 모르는 미국에서도 이를 공공부문이 인식하고 나름대로 대응해 왔으나 그 평가는 매우 박한 것 같다. Fiscella(2010)는 “건강한 국민”(Healthy People 2010) 캠페인에 대한 개괄 평가에서 건강격차의 해소 목표가 달성되지 못했으며, 정책 과정에서 지나치게 보건 분야에만 치중했던 것을 실패의 이유로 든다. 즉, 교육, 보육, 노동, 복지, 주택, 환경, 조세 등 다양한 영역에서 통합적 접근을 해야 한다는 것이다.

1) 조금 구체적으로 McCartney et al.(2014)에서는, 1980 「블랙 리포트」 이후 건강불평등을 설명하려는 다양한 이론적 시도가 있었다고 하며, 다음과 같이 대별하였다.

- ① 가공설(the artefact theory)
- ② 결정론(selection theory): 건강 결정론, 지능 결정론, 능력 결정론
- ③ 문화 및 행태론(cultural and behavioral): 건강행태 결정론, 문화 이론
- ④ 구조론(structural): 사회경제적 요인론(소득 권력, 환경 등)



우리나라에서는 2000년께부터 의학, 보건학, 도시계획학 등 여러 학문과 언론에서 관심을 보여왔으며, 2003년 ‘한국건강형평성학회’가 창립되어 각종 조사 연구 및 대안 제시 등을 활발히 진행해 오고 있다(강영호, 2006; 김창엽, 2006). 2013년에는 대한의사협회지에서 특집호로 한국의 건강불평등 이슈를 다룬 것도 눈에 띈다(조홍준, 2013). 학술 영역 외에서는 2006년 한겨레와 경향신문 등 언론에서도 건강 불평등을 취재하면서 대중적 관심이 증대되었다.

비교적 최근 연구로 김창엽(2015), 이창곤(2012), 김동진 외(2014) 등의 보고서 등이 축적되면서 우리나라의 건강불평등 지표와 정책이슈를 다루었지만, 여전히 환한 조명을 받지는 못하고 있다.

공간 요소가 고려되면 건강 불평등 논의가 현실상 정치적 성격이 더 강해진다. 즉 도시/지역 간 격차가 초점이 되는데, 동일 지역 내의 형평성에는 아직 관심이 덜한 것도 눈에 띈다. 강영호(2015)는 6년간의 국민건강보험공단 빅데이터를 이용하여 기대여명을 기준으로 실증 분석한 연구를 내놓았다. 몇몇 눈에 띄는 결과로, 강원도 화천군의 하위 소득 20%의 출생 시 기대여명은 71.0세로 전국에서 제일 낮은 반면, 서울시 서초구 상위 소득 20%의 출생 시 기대여명은 86.2세로 전국 최고였다. 15년을 넘는 이 차이는 물론 순수한 지역 요인 외에 다른 요인들이 상호작용한 결과일 테지만 여전히 의미 있는 메시지를 던지고 있다. 동일 지역 내 기대여명 차이 또한 주목할 만한데, 강원도 화천군에서는 소득 상위 20%와 하위 20%의 기대여명 차이가 12세로 매우 큰 반면, 경기도 용인시 수지구는 소득 5분위 간 차이가 1.8세에 불과했다. 광역 시도급을 비교할 경우에도 강원도는 그 차이가 제일 크며, 반면 울산광역시 경우 소득 수준에 따른 격차가 4년에 불과하여 불평등도가 가장 낮았다. 이는 지역 간(inter-region) 문제가 아니라 지역 내(intra-region) 건강 이슈이기도 하다.

요컨대, 이론적 배경이나 넓은 맥락에서 건강효과성과 형평성 각각에 초점을 두어 주된 이슈를 다루거나 분석한 연구는 많다. 그러나 효과성-형평성의 상충과 어울림을 직접 다루는 선행연구나 이론적 논의는 현행 문헌에서 찾기 어렵다.

### 3. 건강효과성과 건강형평성의 상호작용

정책대안의 소망성(desirability) 기준 가운데 효과성은 지역정책의 건강증진 목표가 얼마나 달성되었는가의 정도를 말한다. 또한 앞서 언급대로, 형평성은 주로 수직적 형평성에 주목하여 사정이 ‘다른 사람들을 다르게’ 대하는 것이 중요할 것이다. 지역정책의 건강효과성과 형평성은 서로 어떻게 작용하는가? 두 가치는 상호 양립할 수 없는(incompatible) 쌍둥이 가치인가?

#### 1) 동반관계(synergetic relation)

어떤 지역의 건강 관련 정책이 효과적일 뿐 아니라, 해당 지역에서 또는 광역권에서 함께 건강을 증진시키는 효과가 있는가? 많은 경우, 서로 다른 계획/정책의 동반 효과를 고려할 수 있다. 규제와 함께 적절한 공공재를 공급하는 것이 그 사례이다. 다양한 건강정책의 효과성을 규제와 공공재 공급 측면으로 구분하고, 형평성을 수직적 형평성(vertical equity) 수평적 형평성(horizontal equity)으로 나누어 <그림 2>와 같이 두 가치를 비교해 보면 도움이 된다. 아울러 두 가치가 모두 높은 수준에서 성취되는 결과가 어떤 모습인지, 그리고 어떤 정책수단이 바람직한지를 추론할 수도 있다.

예를 들면, 한국의 담뭍값 인상, 2011년 덴마크에서 시도했으나 불과 1~2년 만에 철회된 비만세는 이를테면 규제 유형이면서 누구에게나 동일하게 해당될 것이다. 이와 동시에 노인, 사회취약계층에 대한 특별한 보건사업을 펼치거나 운동 캠페인 등의 수직적 형평성을 추구하는 공공재 공급이라면 효과가 배가될 것이다.

특정 정책/제도의 효과가 광범한 영역에서 어떻게 나타날지 예측하는 것은 쉽지 않다. 예컨대 노동조합의 경우와 견주어본다면, 구성원의 복지향상이 존재 목적이라 할 노조가 제대로 활동할 경우 보통은 조합원의 임금을 상승시키도록 작용한다. 이 경우 노조가 없는 다른 기업체 구성원의 임금에는 어떻게

<그림 2> 건강정책의 유형별 효과성과 형평성

	수직적 형평성		
건강규제의 효과성	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 장애인 건강시설 의무화</li> <li>• 패스트 푸드 규제(뉴욕)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 노인/외국인 건강 개선 프로그램</li> <li>• 지역사회 건강 프로그램(일본)</li> </ul>	건강 공공재의 효과성
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 비만세(덴마크)</li> <li>• 담배가격 인상, 담배광고 규제</li> <li>• 건강증진부담금(한국)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 보행자 편의 거리 조성(유럽)</li> <li>• 자전거 길 조성/업그레이드</li> </ul>	
	수평적 형평성		

영향을 미칠 것인가? 노조 없는 기업의 임금이 낮아지는 영향으로 파급효과(spillover effect), 그 반대인 상승 작용으로는 위협 효과(threat effect), 수요 효과(demand effect) 등을 들고 있다(이정우, 2010). 노조 기업의 임금이 얼마나 높은지를 측정하는 ‘노조의 상대적 임금효과’를 원용할 경우 건강도시 정책을 공식적으로 채택하는 지역과 그렇지 않은 지역을 비교하면서 지역정책의 상대적 건강영향(relative health impact)을 추정 비교할 수 있을 터이다.

두 가치의 상호작용 효과는 사회적 관점에서 볼 때 명확해진다. 이른바 동료효과(peer effect)가 그 사례인데, 많은 경우 건강도 측정이나 건강행태 변화 등의 건강 정책의 이행 과정에서 친구, 가족 및 기타 소속 집단 구성원 간에 상호 영향을 주고받을 것으로 예측할 수 있다. 후술하는 경상북도 사례 등 지역사회 건강마을 사업에서 이 동료효과를 이용하여 건강행태나 질병예방 등에서 효과를 거둔 것으로 알려져 있다.

아울러 개인의 건강 향상을 위한 공공 논의에서 지역 주민의 참여는 결정적이다. 1970년 세계보건기구는 알마타 선언에서 1차 진료(primary health care)의 확대된 개념 정의와 함께 주민의 참여를 권리이자 의무라 선언한다. 직접 이해당사자인 주민이 건강 정책에 참여함으로써 결과에 대한 보람과 책임을 공유하는 셈인데, 건강 정책의 효과성과 형평성을 함께 구현하여야 한다는 것이다.

지역단위의 건강정책 계획 및 실행과 관련, Coburn(2007, 2010)은 다양한 경로의 시민참여를 강조하는 가운데 그리 함으로써 정책 대상자들의 건강 수준이 좋아지면서 동시에 형평성을 함께 추구할 수 있음을 실증해 보인다. 학술 연구, 전문 지식의 보급, 대중 운동이 뭉쳐짐으로써 지역정책의 건강 영향이 긍정적으로 나타날 수 있다는 것이다.

또 하나 주목할 주제는 ‘예방적 관여(preventive interventions)’인데, 건강관리 첫 단계에서 예방하거나 문제가 더 악화되지 않도록 하는 다양한 조치를 말한다. 이러한 예방적 관여가 비용-효과 면에서 우수하고, 건강 악화 이후의 지출을 줄이며 무엇보다도 건강 불평등을 줄이는 효과가 함께 나타난다고 하는 주장도 많다(NHS Health Scotland, 2016).

사회적 측면에서, 형평성이 제대로 성취된 경우 전체 구성원의 건강 효과가 배가된다는 증거로 미국 펜실베이니아 로세토(Roseto) 마을 사례가 유명하다. 주민들이 술과 음식을 많이 먹어 비만율이 높은데도 비슷한 조건의 비교집단보다 심장병 발병률이 절반 이하인 이유가 무엇일까? 의학자/사회과학자들이 연이어 연구한 결과, 소득이나 의료 인프라 같은 물리적 요인이 아니라 대부분 이탈리아계인 주민들이 누리는 강한 유대감, 활발한 인적 교류, 응집력 등이 그 요인이었음이 밝혀졌다. 즉 이 마을에서 건강 격차가 거의 없이 다들 장수한 요인이 바로 사회적 연대였는데, 이후 세월의 변화에 따라 이 연대감의 축소가 바로 건강 측면의 악영향으로 귀결되었다고 보고되기도 했다(Egolf et al., 1992). 덧붙여, 사회적 자본(social capital)이 지역사회의 물리적 디자인과 함께 작용하여 주민의 건강에 긍정적 영향을 미친다고 하는 연구도 있다(Eicher & Kawachi, 2014).

## 2) 상반관계(conflicting relation)

건강효과성과 건강형평성의 두 가치가 긴장하는 가운데 충돌할 수 있는가? 설령 둘이 반드시 상충 관계는 아닐지라도 도시설계 등 각종 건조환경의 변화

가 건강 격차에도 영향을 미칠 수 있다는 점은 이해된다.

공동체에서 가장 소중히 다루어져야 할 부분이 사회적 약자층인데, 건강 관점에서 치료의 접근이 부족한 분야나 특정 계층에 제한된 자원을 과도하게 집중할 경우 몸과 사회의 균형이 깨지거나 효율성이 떨어질지 모른다.

실제로 현실의 보건 정책이나 서비스에서 정책의 효과성을 추구할 때 형평성이 상치받는 경우가 있을 수 있다. 보건의학 측면에서 우리나라의 건강불평등을 논하고 있는 조홍준(2013)의 관점을 빈다면, 사회 구성원 모두에게 같거나 비슷하게 서비스가 제공되어야 할 보건의료 서비스가 다양한 경로를 통하여 오히려 건강불평등을 낳을 수 있다고 한다. 즉 의료서비스의 효능이 동일하더라도 “접근성, 진단의 정확성, 공급자의 순응도, 환자의 순응도에 따라” 의료행위의 성과가 달라지며 많은 경우 부유한 계층에서 효과가 더 크게 나타난다고 한다. 이른바 ‘역형평 법칙(inverse equity law)’인데, 이는 어렵고 가난한 지역에 의료서비스가 더 적을 뿐 아니라 건강향상을 위한 예방 서비스도 부유층이 먼저 받아들임으로써 나타나는 현상일 것이다.

한 발 더 나아가 건강정책의 공간적 불평등 문제를 경제학적 의미의 외부효과 측면에서 관찰할 수도 있다. 이를 편의상 ‘국지적 외부효과(local externalities)’와 ‘전역적 외부효과(whole externalities)’로 나눌 경우, 전자는 미시적으로 당초의 정책대상 집단이나 단위지역에서 나타나는 효과이며 후자는 더 큰 집단이나 광역 차원의 현상이다.

특정 공간정책, 예컨대 부유한 지역의 보행거리나 하천 둔치 조성 등의 경우 인근 지역민들이 이를 많이 이용함으로써 건강효과를 거둘 수 있다고 여겨지지만, 그 혜택을 직접 누리지 못하는 계층 및 다른 동네 사람들과의 건강 격차는 더 벌어질 수도 있다. 심한 경우, 주민이 당장 원하지도 않고 이용이 어려운 처지인데도 저소득층 지역에 새롭고 과한 건강 공공재를 마련할 경우, 이는 자원배분 왜곡이며 정작 이들에게 필요한 다른 공공재가 부족해지는 결과를 낳을 수도 있지 않은가.

전역적 외부효과는 정책 주체가 원래 의도한 정책대상 집단에 대하여는 효

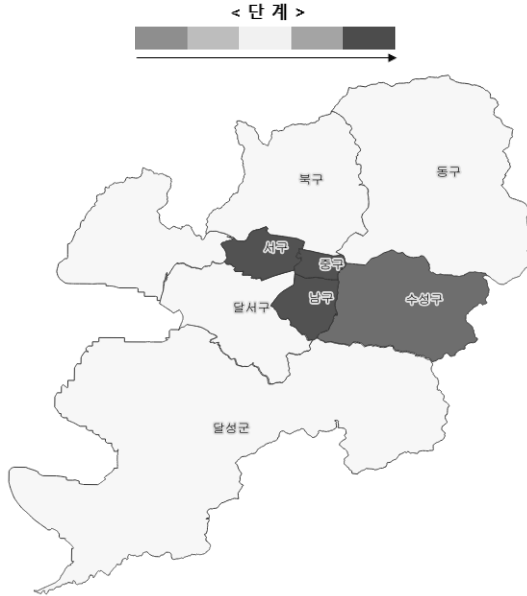
과를 거두었을지라도, 행정경계를 넘는 다른 지역에 대하여 의도치 않게 부정적으로 나타날 수 있는 경우이다. 전술한 ‘건강 서울 36.5’ 사업은 광역 단위로 시행되므로 서울시 행정구역 내에서는 부정적 영향이 덜할지 모른다. 그러나 시군구 등 기초단체는 다른 경우인데, 예컨대 대구광역시에서 가장 부유하고 교육수준이 높은 수성구가 펼치는 건강도시 사업은 정책 품질이 좋고 자치구 내에서는 상당한 효과를 거둘 수 있다. 반면 이로 인해 이웃 자치구나 재정형편이 어려운 자치구에는 부정적 파급효과를 미칠 가능성이 있다. 생활환경과 건강 서비스가 우수한 수성구로 주민/비즈니스가 옮겨갈 수도 있고, 재정역량이 모자란 곳에서 비싼 건강사업을 함부로 따라하다가 재정 우선순위가 왜곡될 수도 있는 것이다. 건강 캠페인, 하천 둔치 및 거리 디자인 결과 계층별/지역별로 집중된 혜택으로 격차가 더 심해지는 결과가 될 수도 있다.

건강효과성과 형평성 모두의 가장 중요한 성과지표 중 하나가 연령표준화 사망률인 바, 이를 바탕으로 공간적 차이를 알아볼 수 있다. 예로, 대구광역시의 자치구/군 간 연령표준화 사망률을 공간적으로 나타내면 <그림 3>과 같으며, 기초자치단체별로 심각한 격차를 보인다. 각종 소득 및 교육지표가 최상위인 대구시 수성구는 건강정책의 효과성 측면에서도 수범적인 지역으로 알려져 있지만, 수성구 안에서도 지역 간 차이는 어쩔 수 없다. 같은 기준, 즉 연령표준화 사망률로 볼 때 최고-최저 지역 간 격차가 매우 심한데, 바로 건강형평성 이슈로 연결될 수 있을 것이다.

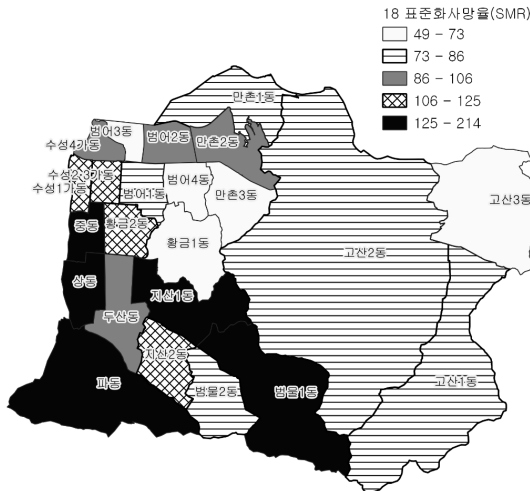
이러한 지역적 건강 차이에는 다양한 요인이 있겠지만, 일반적으로는 소득, 교육과 같은 경제사회적 변수가 가장 크게 의미 있는 것으로 이해된다. 의료시설, 보건 서비스 접근성 등이 직접 관련되기도 한다. 입지 자체의 효과인데, 수도권과 전국권, 또는 도시와 농촌을 견줄 때도 두드러진다. 대구 안에서 수성구는 높은 소득-교육 수준을 바탕으로, 사망률, 사망자, 연령표준화사망률 등 대부분의 주요 건강지표에서 다른 7개 자치구에 비하여 높은 것으로 나타난다(국가통계포털 KOSIS, 2019).

동일 지역 안의 이슈도 무시할 수 없다. 수성구가 물론 대구시 타 지역에 비

<그림 3> 대구광역시 및 수성구 내의 표준화 사망률 지역 간 격차



대구시 자치구/군 표준화사망률



대구시 수성구 동 표준화사망률

자료: 통계청 국가통계포털(2017)

하여는 전반적인 건강 수준이 양호한 모습이지만, 건강행태는 그렇지 못하다. 예컨대 금연계획률은 전국 및 대구시 평균보다 오히려 낮았고, 월간 음주율은 모두 높다. 수성구 구역 내에서조차 형평성 이슈가 부각된다. 10만 명당 연간 사망률을 동별로 비교할 경우 일부 지역에서는 눈에 띄게 사망수준이 높은 곳이 있는데(고산3동, 범물1동), 본시 이 지역은 영세민, 저소득층 아파트 지역으로 경제와 건강의 상관관계가 한눈에 뚜렷하다(수성구, 2014).

### 3) 두 가치의 어울림 모색

#### (1) 새 분석틀

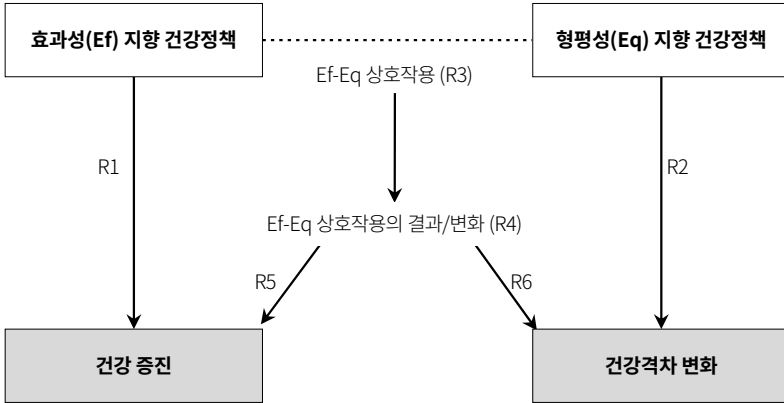
앞서 언급대로 선한 취지로 시작된 건강, 보건 정책이 외부 불경제가 나타남으로써 지역 내 또는 광역권에 대하여 악영향을 미칠 수 있다. 이는 효과성과 형평성의 양 측면에서 모두 가능할 것이다. <그림 4>는 두 가치가 긍정적 또는 부정적으로 어울리면서 상호 작용하는 모습을 보여준다. 표시된 대로 각각의 가치 추구가 상호 영향( $E_f-E_q$ )을 미치지 않고 독립적으로 작용( $E_f, E_q$ )하는 것도 가능하다.

대부분의 건강정책은 일단 효과가 있을 것으로 기대되는 가운데 특정 계층이나 지역을 배제하도록 처음부터 의도되거나 방치되지 않는 것으므로 많은 경우 두 가치가 조화롭게 어우러질 수도 있다. 예로, 보행환경 개선 사업은 시민들이 많이 걸도록 함으로써 건강증진의 효과를 기대할 수 있는 가운데, 어린이나 노인 등 건강취약계층에도 특히 도움이 된다. 즉, R1, R2가 각각 좋은 결과로 나타날 수 있다. 한편 R3-R4 과정을 거쳐 상호작용에 의하여 성과가 긍정/부정으로 더해질 수도 있다는 것이다.

표면상으로는 어떤 정부든 정의로움을 추구할 것이다. 존 롤스(John Rawls)가 『정의론』에서 체계화한 논리는 이후에도 계속 학문적으로 또 실천적으로 뒷받침을 받아왔는데, 그 주장을 직접 빌지 않더라도 기초적 재분배는 가장 큰 수혜자들로부터 최소 수혜자들에게로 재분배함이 적합하다는 데 많은 공



<그림 4> 건강효과성과 건강형평성의 관계



- R1, R2: (효과성 지향) 건강정책과 (형평성 지향) 건강정책이 각각 독립적으로 효과
- R3, R4: 성격이 다른 지역정책이 상호 작용하여 양/질적 변화를 가져옴
- R5, R6: 상호작용의 결과가, 정(+), 부(-)의 영향을 미침

감이 이루어진다. 특히, 어쩔 수 없이 불평등이 용인될 경우에도 사회체계를 통해 주어지는 최저 생계의 기회와 조건이 극대화되어야 한다는 것이다.

건강정책의 경우도 비슷한 논리로서, 건강효과성을 추구하는 과정에서 불가피하게 지역적 치우침을 인정하여야 할 경우, 맥시민 원리(the maximin principle)에 따라 최소 수혜자, 즉 가장 어려운 계층/지역에 최대의 혜택이 가도록 정책을 설계하여야 정의롭다는 뜻이 된다.<sup>2)</sup> 형평성 개념에 규범적 의미가 담겨 있음을 주목해야 한다.

김창엽(2015)은 개인의 건강을 사회적 결정요인에서 찾으려는 노력이 더 강화되어야 하고, 이해/측정/평가 등 그 인과 관계를 경험적으로 연결시켜 보려

2) 존 롤스가 주창한 공정분배의 제1원리는 최대로 평등한 자유의 원리이다. 제2원리의 첫째가 맥시민 원칙인데, 사회의 가장 어려운 계층에게 최대의 이익이 되도록 하여야 한다고 한다. 즉 불평등이 어쩔 수 없이 용인될 경우이라도 가장 어려운 사람에게 가장 많은 혜택이 가도록 해야 한다는 것이다. 게임이론 등에서도 원용되는데, 이 반대의 개념인 미니맥스(minimax)는 최악의 경우 가능한 손실을 최소화한다는 원칙이다.

는 시도를 계속해야 한다고 논한다. 건강효과성 외에, 건강형평성을 사회적으로 우선순위가 더 높은 의제로 삼아야 한다는 것이다.

사람의 몸에서 가장 취약하여 우선적으로 돌보아야 할 대상이 지금 가장 아픈 부위인 것과 마찬가지로 건강정책의 중심은 취약한 계층/지역이라 할 수 있다. 롤스가 갈파한대로 정의는 ‘정당화될 수 없는 자의적 불평등이 없는 상태’일 것이다. 신체적/정신적 건강 이슈에서 이런 논의가 가장 표면적으로 폭넓게 드러나는 듯하다. 즉, 건강 정책의 효과성이 형평성과 직접 연결된다고 볼 수 있다. 두 가치가 상호 작용을 거쳐 둘 다 높아지도록 하기 위한 전략적 측면의 고려가 있어야 할 것이다.

최근의 국내 사례로 ‘지역사회 통합건강증진사업’을 살펴볼 만하다. 이는 “지역사회 주민을 대상으로 실시하는 건강생활실천 및 만성질환 예방, 취약 계층 건강관리를 목적”으로 하는 사업이다. 특히 지역과 자치단체의 자율성을 높이는 가운데 내부 협력을 기반으로 추진함으로써 실질적 효과성과 마을 단위의 형평성을 함께 추구하는 사례로 본다. 경상북도 건강마을 사업의 예에서 나타났듯이, 여러 현실적 어려움 가운데도 동료집단인 한 동네 사람들이 함께 참여토록 함으로써 건강행태 등의 개선 측면에서 상당한 성과를 나타내고 있다(경상북도, 2019).

## (2) 통합 측정수단의 모색

건강효과성과 형평성의 어울림에 초점을 두면서, 특정 시점의 지표/변수만을 보기보다는 현상-과정-성과라는 전체 흐름에 초점을 두면 좀 더 입체적으로 이 두 가치를 평가할 수 있을 것이다.

우선 주요 건강지표별 현상을 파악하는 것이 중요하다. <표 1>에 나타난 대로, 과정/정책 지표로 건강계획 예산이나 보행친화 거리 등 구체적 예산을 포괄할 수 있다. 성과(performance)는 현상(existing conditions)의 변화를 주로 측정하되 전반적인 만족도를 포함시킬 수 있다. 건강지표에 걷기 시간/빈도 등 행태 지표도 포함되어야 계획의 영향으로 개인 행태가 어떻게 변화하는지 건

&lt;표 1&gt; 건강효과성과 건강형평성의 통합 측정

	건강 효과성	건강 형평성
<b>현상 지표 (existing conditions)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>표준화사망률(standardized death rate)</li> <li>심장병/암 발병률(heart disease/cancer rate)</li> <li>보행시간/빈도(walking time/frequency)</li> <li>보행편의성(walkability)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>표준화사망률 편차(disparity)</li> <li>심장병/암 발병률 편차</li> <li>소득/교육 수준별 건강지표(health indicators per income/education)</li> </ul>
<b>과정/정책 지표 (process, policy input)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>건강정책 예산(overall budget for health programs)</li> <li>건강관련 프로그램/자원 (size/manpower for health programs)</li> <li>보행편의 정책 프로그램 (pedestrian-friendly street programs)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>주민의 건강정책 참여도(resident participation in health programs)</li> <li>저소득층 건강지원(polity support for low-income residents)</li> <li>건강 예산/프로그램의 지역 배분 (spatial distribution)</li> </ul>
<b>성과/결과 지표 (performance, output)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>표준화 사망률 변화</li> <li>심장병/암 발병 변화</li> <li>보행시간/빈도 변화</li> <li>보행편의성 변화(walkability change)</li> <li>건강정책 만족도(resident satisfaction)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>표준화사망률 편차 변화(disparity change)</li> <li>심장병/암 발병률 편차 변화</li> <li>소득/교육 수준별 건강지표 변화</li> <li>건강정책 만족도 편차 변화 (satisfaction disparity change)</li> </ul>

줄 수 있다.

이러한 통합측정모형을 적용하는 취지는 본시 건강의 개념, 건강 정책의 범위가 다양하고 복합적이기에 효과성-형평성을 병렬적으로 고려하면서 초점과 관심영역의 변화를 수용하려는 뜻이다. <표 1>에 제시된 단계별 지표는 어디까지나 몇몇 사례이며, 상당수 지표들은 과정별로 중복되거나 연속적일 수 있다. 여기서는 신체적 건강의 지표만 표시했지만, 연구의 폭을 넓힐 경우 정신 건강도 별도의 틀과 지표로 살필 수 있을 것이다.

각 영역별 지표가 확정/선정된 이후 두 가지 즉 효과성과 형평성의 관계에 대하여도 분석을 확장할 수 있을 것이다. 각 통합 지표가 계량화되어 있다는 전제 아래, 개별 또는 통합 지표별로 상관관계 분석이 가능함과 아울러 서로

가 영향을 주는지를 확인하기 위해 또는 그럴 것이라는 가정하에 2-SLS 회귀 분석(two-stage least square regression) 분석 기법 등으로 확인할 수 있다.

각종 지표에 대한 데이터는 다양한 출처에서 구할 수 있는데, 예를 들면 보건복지부와 지방자치단체 협력으로 정기 시행하는 지역사회건강조사 등이 상시 이용 가능하다. 다만, 특정 지역단위의 건강행태(예: 보행시간, 빈도) 등에 대하여는 기존에 공개된 자료가 없거나 모자랄 경우 지역별 현장 조사가 필요할 수도 있다. 예방의학 분야에서도 이 영역에 대하여는 자료와 정보가 상당 부분 축적되어 있다.

건강행태를 측정하는 지표는 매우 다양하며, 가장 전형적인 사례로서 하루 보행시간과 칫솔질 실천 빈도를 들 수 있다. 지역사회 건강조사에서 조사되는 신체활동 실천율 또한 유력한 지표로서 가능할 것이다. 대구광역시를 사례로 5개 건강행태 지표로 비교할 경우, 모든 지표에서 수성구가 우수하게 나타난다. 즉 걷기, 칫솔질, 흡연, 음주 등 모든 영역에서 차이가 뚜렷하다. 단순히 교육과 소득 수준의 차이에만 미룰 것이 아니라, 이러한 지역 격차를 해소할 정책대안의 발굴 시행이 긴요함을 보여준다.<sup>3)</sup>

건강형평성 영역의 경우 각종 지표의 격차를 주로 관찰할 수 있으며, 정책 지표로 저소득층 지역에 대한 건강사업 등을 특별히 고려한다. 아울러 건강정책의 장단기 효과성을 강조할 때라도 단순히 성과(performance)만이 아니라 과정(process)에 큰 가치를 둘 때는 형평성에 힘을 더 실어주는 결과가 될 수 있다. 예컨대 세계보건기구의 건강도시 정의 자체에서도 합의된 바대로 “환경적 여건을 지속적으로 개발해 나가는 가운데 …… 시민들이 상호 협력함으로써” 건강 정책의 효과를 거둘 수 있을 것이다. 즉 일회성 정책수단이 아니라 지속 가능해야 하며, 당사자 시민의 참여가 계속되는 가운데, 자연스럽게 모두가

3) 여기서 대구 사례가 따로 특별하다거나 충분한 논거가 된다는 뜻은 아니며, 관련 자료 접근 차원에서 선정한 것일 뿐 전국 대부분 지역에서 비슷하게 나타날 터이다. 서울 시역 안에서도 강남3구가 강북 지역과 큰 편차를 보이는 것과 마찬가지로이다.

고루 누릴 정책 효과를 지향할 수 있다는 것이다.

어떤 정책에서든 과정 또는 투입(input)의 중요성은 아무리 강조해도 지나치지 않다. 미국보건협회(American Public Health Association)에서는 “모든 정책에 건강을 고려(Health in all policies)”하자고 공식 표방하는데, 지방정부가 관여하는 대부분의 정책에 일정 정도의 건강 요소/함의가 포함되는 흐름이 눈에 띈다.

정책과정의 핵심 중 하나가 민주적 주민참여이다. 1978년 WHO 알마타 선언에 의하면, 모든 인류의 건강 수준을 높이기 위해서는 지역주민의 참여가 중요하다. 현실에서 잘 성취되지는 못하고 있지만, 민주성도 마찬가지이다. 의사-환자의 관계에서도 참여와 민주주의 원리가 구현되어야 한다고 강조되는데, 도시의 건강 정책에서는 말할 나위도 없다.

앞서 효과성-형평성의 어울림에 대한 분석들을 제시하였지만, 실제 측정 및 분석 단계에서 다양한 분석 기법으로 직접적인 인과관계를 탐색할 수 있다. 예컨대, 어떤 지역정책이 시민 개인/집단의 행태 변화를 이끌어내고(보행시간 증가 등), 그 행태 변화가 건강효과성과 유의미한 상관성/인과성이 생기며 종국에는 건강형평성에도 영향을 미친다는 가정이 표시된다. 그리고 역으로 형평성이 효과성에 긍정적으로 작용한다면 상호관계를 2-SLS 기법으로 측정해 보는 것이다. 물론 여기서, 또 다른 매개변수의 존재를 예상할 수도 있다. 다만, 실제로는 건강행태 변화와는 무관하게(허위변수) 의료 인프라/서비스 개선 등 다른 이유로 건강이 좋아졌을 수 있으므로, 정밀한 지표 설정이 필요하다.

#### 4. 맺음말

이 논문은 지역정책의 건강 영향을 효과성과 형평성의 차원에서 개관하였다. 관련 연구의 이론적 검토를 바탕으로 분석의 틀과 측정수단 등을 포함하

여 탐색·논의하였다. 지역정책과 건강의 연계 고리에서 두 가치를 함께 고려한 연구가 없었음을 고려하면 의미가 있다고 본다. 관련 지역정책의 효과성과 형평성의 상호 작용을 포괄하는 새 분석틀을 이용하여 현재의 건강 수준, 투입/정책 과정의 노력, 성과를 지표로 파악하도록 하면서 효과성-형평성의 조화로운 어울림을 기하는 것이 중요하다.

다만, 문제의식의 확장을 크게 벗어날 수 없었음이 인정되는데, 즉 논문에서 내놓은 분석틀을 활용하고 경험적 데이터로 두 가치의 상충과 어울림 등을 실증 분석하지 못했다. 이는 향후 연구로 미루고자 한다.

정책의 건강효과성에 더하여 계층 간, 지역 간 건강형평성 이슈는 아무리 강조해도 지나치지 않다. 부유한 도시는 건강요소를 도시계획과 정책의 틀에 포함시키고 예산으로 뒷받침함으로써 수요에 부응한다. 설령 재정이 어렵더라도 납세자의 건강 총량만큼 더 중요한 공공 목표가 어디 그리 많겠는가. 다만, 지역 간 재정격차 등을 고려할 때, 결국은 여기서도 빈익빈 부익부가 나타날 가능성이 많다. 당위성에 의심의 여지가 없어 보이는 건강도시 정책이 지속가능하려면 건강효과성과 형평성이 조화되어야 한다.

즉 효과성-형평성의 두 가치가 긴장 및 상충되는 경우도 있겠지만, 양립 가능한 것으로서 함께 동반할 가능성에 무게를 둔다. 효율과 정의가 함께 성취되도록 하여야 한다는 뜻이다. 그리 하기 위해서는 지방정부가 펼치는 각종 관련 계획/정책 이니셔티브를 존중하되, 공간적·계층적 격차를 메우기 위해서는 광역/중앙정부 차원의 관여와 지원체제도 필요하다고 본다.

아울러, 효과성을 지향하는 건강정책의 경우 해당 관할 지역경계 내에서조차 불평등성을 조장하지는 않을까 미리 면밀하게 살펴야만 역형평성이 발생치 않을 것이다. 그러려면 다양하고 정밀한 건강형평성 지표를 개발하여 상시 모니터링이 필요한데, 다행히 이러한 모니터링 수단에 대하여는 상당한 진전이 보인다. 우리 정부의 ‘제4차 국민건강증진종합계획’은 소득·계층·지역에 따라 ‘건강형평성 지표’를 개발하도록 하고 있다. 지역 및 도시를 막론하고 많은 사상(事象, event)이 일상으로 관계를 맺고 유지하는데, 건강 자체가 우리 삶

의 중요한 사상이기도 하다. 사람과 지역공간이 이어지는 함의, ‘건강 아우성’에 더욱 주목해야 한다.

원고접수일: 2021.10.27.

심사완료일: 2021.12.23.

계재확정일: 2021.12.25.

최종원고접수일: 2021.12.28.

**Abstract**

**Reconciling Health-effectiveness and Health-equity of Local Policies**

Shi-Chul Lee

While the argument that local policy or planning affects individual's health is not new, it has yet to be further explored how effective it is and how fairly citizens benefit from diverse health-friendly policy or programs. This manuscript examines local policies' health impact from two perspectives: effectiveness and equity. At the outset, we review relevant theories and practices, including health disparities and Korea's health city initiatives. The issue of health equity embraces both academic and practical significance; this paper shows a different way to measure if the two values are compatible or mutually-exclusive, employing a new conceptual framework to analyze how the two can be reconciled. Possible measurements for both values are also examined. Future empirical analyses, based on a framework explored in this paper, would reveal more empirical evidence to explain the interaction between health effectiveness and health equity.

**Keywords: local policy, urban planning, health effectiveness, health equity, health cities**



## 참고문헌

- 강영호. 2006. 「한국의 건강불평등 현황과 과제」. 한겨레-한국건강형평성학회 대토론회 발표문.
- 경상북도. 2014.8.26. 건강새마을 조성사업 워크샵 자료. (경상북도 통합건강증진사업 지원단)
- 경상북도. 2019. 『건강마을 조성사업백서: 이웃과 함께 하는 건강공동체 5년간의 발자취』. 경북: 경상북도-건강마을 도협의체.
- 강영호. 2015.11.10. 「우리나라 광역시·도와 시·군·구의 소득수준별 기대여명 차이」. 건강보험 빅데이터 개방 2차년 성과공유 심포지엄. 국민건강보험공단.
- 김동진·기명·김명희·김유미·윤태호·장숙량·정최경희·강아람, 채희란, 최지희. 2014. 『한국의 건강불평등 지표와 정책과제: 한국의 건강불평등 보고서』. 세종: 한국보건사회연구원.
- 김태환·김은정·전혜선·강미나·김성수·양진홍. 2014. 「웰빙사회를 선도하는 건강도시 조성방안 연구(I): 건강도시 조성을 위한 가이드라인 수립」. 국토연구원 협동연구 총괄보고서. 안양: 국토연구원.
- 김창엽. 2006. 「건강 불평등 어떻게 대처할 것인가」. 한겨레-한국건강형평성학회 대토론회 발표문.
- 김창엽. 2015. 「건강 불평등의 현상과 의미」. 이정우·이창곤 외 지음. 『불평등 한국, 복지국가를 꿈꾸다』, pp. 223~236. 서울: 후마니타스.
- 김창엽·김명희·이태진·손정인. 2015. 『한국의 건강 불평등』. 서울: 서울대학교출판문화원.
- 노병일·곽현근. 2005. 「동네의 맥락적 특성이 주민의 정신건강에 미치는 영향: 동네빈곤, 무질서, 네트워크 형성을 중심으로」. 《보건과 사회과학》 17권, 5~31쪽.
- 박근덕·이수기. 2017. 「개인 및 가구특성과 물리적 환경이 거주민의 우울에 미치는 영향 연구: 경기도 지역사회건강조사 2013-14 자료를 중심으로」. 《국토계획》 제52권 3호, 93~108쪽.
- 박근덕·이수기. 2018. 「근린환경특성과 일상보행활동 그리고 주관적 건강수준의 구조적 관계 분석: 경로모형의 적용」. 《국토계획》, 제53권 1호, 255~272쪽.
- 보건복지부·한국건강증진개발원. 2015. 『제4차 국민건강증진종합계획』. 세종: 보건복지부, 서울: 한국건강증진개발원.
- 서울시. 2015. 『서울시 건강도시사업 추진실태와 개선방안』. 서울연구원 연구보고서. 서울: 서울시수성구. 2014. 『<건강도시 수성 프로젝트> 학술연구용역 최종 보고서(연구책임: 김건업)』. 대구: 수성구.
- 이경환·안건혁. 2007. 「커뮤니티의 물리적 환경이 지역주민의 보행시간에 미치는 영향: 서울시 40개 행정동을 대상으로」. 《국토계획》, 제42권 6호, 105~118쪽.
- 이경환·안건혁. 2008. 「근린 환경이 지역주민의 건강에 미치는 영향: 서울시 40개 행정동을 대상으로」. 《국토계획》, 제43권 3호, 249~261쪽.
- 이시철. 2012. 「도시정책과 토지 다이어트의 건강영향 모색」. 《도시행정학보》, 제25권 1호, 3~29쪽.
- 이정우. 2010. 『불평등의 경제학』. 서울: 후마니타스.

- 이창근. 2012. 『추적, 한국 건강불평등: 사회의제화를 위한 국민보고서』. 도서출판 밭.
- 정정길. 2016. 『정책학 원론』(개정증보 10판). 서울: 대명출판사.
- 조홍준. 2013. 「보건의료에서의 형평성: 우리나라의 현황」. 《대한의사협회지》, 제56권 3호, 184~194쪽.
- 한국일보. 2015.11.10. “기대수명 불평등… 서초구 부자가 화천군 저소득층보다 15년 더 길다”.
- American Public Health Association(APHA) 홈페이지. www.apha.org(검색일: 2018.6.7).
- Brownson, R. C., R. A. Housemann, D. R. Brown, J. Jackson-Thompson, A. C. King, BR. 2005. “A Cost-Benefit Analysis of Physical Activity Using Bike/Pedestrian Trails.” *Health Promotion Practice*, Vol.6, No.2, pp.174~179.
- Coburn, J. 2007. “Community knowledge in environmental health science: Co-producing policy expertise.” *Environmental Science and Policy*, Vol.10, No.2, pp.150~161.
- 2010. “Rebuilding the foundations of health: Planning for healthier and more equitable places.” *Planning Theory and Practice*, Vol.11, No.3, pp.435~441.
- CDC. 2005. *Healthy Communities: What Local Governments Can Do To Reduce and Prevent Obesity*. National Center for Chronic Disease Prevention.
- Dannenberg, A L, H Frumkin & R Jackson 2011. *Making Healthy Places*. Washington DC: Island Press.
- DHSS. 1980. *Inequalities in Health*. London: DHSS. August 1980. [The Black Report]
- Doyle, S. A. Kelly-Schwarz, M. Schlossberg, and J. Stockard. 2006. Active Community Environments and Health. *Journal of the American Planning Association*, Vol.72, No.1, pp.19~31.
- Egolf, B., J. Lasker, S. Wolf & L. Protvin. 1992. The Roseto Effect: A 50-Year Comparison of Mortality Rate. *American Journal of Public Health*, Vol.82, No.8, pp.1089~1092.
- Eicher, C. & I. Kawachi. 2014. Social Capital and Community Design. - Frumpkin, H., L. Frank & R. Jackson eds. (2004). *Urban sprawl and public health: Designing, planning, and building for healthy communities*. Washington DC: Island Press.
- Ewing, R., G. Meakins, S. Hamidi, A. C. Nelson. 2014. Relationship between urban sprawl and physical activity, obesity, and morbidity. *Health and Place* 26, pp.118~126.
- Fiscella, K. 2010. “Achieving the healthy people 2010 goal of elimination of health disparities: What will it take?” In *Beyond Health Insurance: Public Policy to Improve Health*. (Published online) Mar. 2015, pp.25~41.
- Frank, L. D., P. Engelke, & T. L. Schmid. 2003. *Health and Community Design*. Washington DC: Island Press.

- Frumppkin, H., L. Frank & R. Jackson eds. 2004. *Urban sprawl and public health: Designing, planning, and building for healthy communities*. Washington DC: Island Press.
- Gehl, Jan. 2010. *Cities for People*. Washington DC: Island Press.
- International Society for Equity in Health. [www.iseqh.org](http://www.iseqh.org) (검색일: 2016.1.30).
- Kim, E. J. 2008. Effects of Built Environmental Factors on Perceived Health Status and Health Disparity. 《국토연구》 No.59, pp.203~222.
- Lee C and Moudon AV. 2004. Physical activity and environment research in the health field: Implications for urban and transportation planning practice and research. *Journal of Planning Literature*, Vol.19, No.2, pp.147~181.
- Linenger JM, Chesson CV, Nice DS. 1991. Physical fitness gains following simple environmental change. *American Journal of Preventive Medicine* 7, 298-310.
- McCartney, G., C. Collins, & M. Mackenzie. 2014. What (or Who) causes health inequalities: Theories, evidence and implications? *Health Policy* 113, pp.221~227.
- NHS Health Scotland. 2016. Economics of Prevention. [www.healthscotland.com](http://www.healthscotland.com) (검색일: 2018. 6. 22)
- Sallis, J F, R A Millstein, & J A Carlson. 2011. Community Design for Physical Activity - In Frumpkin, H., L. Frank & R. Jackson eds. (2004). *Urban sprawl and public health: Designing, planning, and building for healthy communities*. Washington DC: Island Press.