

특 집

# 외국에서의 건강불평등 개선을 위한 노력: 건강영향평가, 건강도시

유원섭, 김건엽<sup>1)</sup>, 고광욱<sup>2)</sup>

을지대학교 의과대학 예방의학교실, 충남대학교 의과대학 예방의학교실<sup>1)</sup>, 고신대학교 의과대학 예방의학교실<sup>2)</sup>

## Introduction of Health Impact Assessment and Healthy Cities as a Tool for Tackling Health Inequality

Weon-Seob Yoo, Keon-Yeop Kim<sup>1)</sup>, Kwang-Wook Koh<sup>2)</sup>

Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Eulji University; Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Chungnam University<sup>1)</sup>; Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Kosin University<sup>2)</sup>

In order to reduce the health inequalities within a society changes need to be made in broad health determinants and their distribution in the population. It has been expected that the Health impact assessment(HIA) and Healthy Cities can provide opportunities and useful means for changing social policy and environment related with the broad health determinants in developed countries. HIA is any combination of procedures or methods by which a proposed 4P(policy, plan, program, project) may be judged as to the effects it may have on the health of a population. Healthy city is one that is continually creating and improving those physical and social environments and expanding those community resources which enable people to mutually support each other in performing all the functions of life and in developing to their maximum potential. In Korea, social

and academic interest regarding the HIA and Healthy Cities has been growing recently but the need of HIA and Healthy Cities in the perspective of reducing health inequality was not introduced adequately. So we reviewed the basic concepts and methods of the HIA and Healthy Cities, and its possible contribution to reducing health inequalities. We concluded that though the concepts and methods of the HIA and Healthy Cities are relatively new and still in need of improvement, they will be useful in approaching the issue of health inequality in Korea.

*J Prev Med Public Health 2007;40(6):439-446*

**Key words** : Health inequality, Health impact assessment (HIA), Healthy cities, Korea

### 서론

건강증진 및 건강불평등 개선을 위해 소득, 교육, 고용, 주거, 환경 등 보다 광범위한 건강결정요인에 대한 정책적 개입의 중요성이 강조되고 있다 [1,2]. 그러나 건강이란 주제는 보건의료 분야 이외의 공공정책에 있어서 정책적 의제로서 자리매김하지 못할 뿐만 아니라 정치적으로도 흥미로운 의제도 아니기 때문에 [3] 광범위한 건강결정요인의 변화를 통한 건강증진 및 건강불평등 개선을 위해서는 새로운 전략과 접근법이 필요하다.

건강영향평가(health impact assessment, 이하 HIA)와 건강도시(healthy cities)는 광범

위한 건강결정요인의 변화를 통해 건강증진 및 건강불평등 개선을 가능하게 할 수 있는 접근 수단이라고 할 수 있다 [3,4]. 건강도시가 지역사회 개발에 있어서 보다 건강한 환경을 만들기 위한 포괄적인 전략인 반면 HIA는 국가 또는 지방정부 차원에서 이루어지는 공공정책의 의사결정에 직접적인 영향을 주기 위한 접근법이다 [5-7]. 따라서 건강도시를 위해 HIA를 활용할 수 있다.

건강불평등 개선을 위한 접근은 단지 건강수준 및 건강불평등 결정요인에 집합적 수준의 영향을 미치는 것이 아니라 그 분포에 대한 개입을 의미하며, HIA와 건강도시 모두 형평성을 핵심적인 가치 또는 원

칙으로 채택하고 있다 [7,8].

한국의 경우 HIA를 공식적인 제도로 도입하기 위한 논의가 진행 중이며, 건강도시의 경우 일부 지방 자치단체들이 2004년부터 세계보건기구(WHO) 서태평양 지역의 건강도시연합회(Alliance For Healthy Cities, AFHC)에 가입해 오고 있지만, 건강불평등 개선을 위한 적극적인 노력은 현재 미흡한 실정이다. 이 논문은 HIA와 건강도시의 주요 개념과 방법론을 소개하고, 건강불평등 개선을 위한 HIA와 건강도시의 활용방안을 제시하고자 한다.

### 건강영향평가

#### 1. 건강영향평가의 정의 및 접근방법

##### 1) 건강영향평가의 정의

HIA에 대한 여러 정의 중 널리 인용되고

있는 것은 HIA의 주요 개념과 접근방법에 관하여 최초로 합의된 내용을 담은 고텐부르그 합의서(Gothenburg consensus paper)에 기술된 것으로 건강영향평가를 “정책, 프로그램 또는 프로젝트가 인구집단의 건강에 미치는 잠재적인 영향 및 그 분포를 판단할 수 있는 절차, 방법 및 도구의 조합”으로 정의하였다 [7,9,10].

HIA가 독립된 용어로 학술잡지에 처음 등장한 것은 1996년이다 [9]. 그러나 보건 의료 분야 이외에 다른 분야의 다양한 정책결정자들은 그들의 의사결정이 건강에 미치는 영향을 고려하여야 하며 그에 대한 책임을 져야 한다는 개념은 이미 1986년 오타와 헌장의 '건강에 이로운 공공정책(healthy public policy)'으로 제안되었다 [11]. 애치슨 보고서(Acheson report)는 특히 건강에 직간접적인 영향을 미칠 수 있는 모든 정책에 대하여 시행하는 HIA의 한 부분으로 건강불평등에 관한 영향을 포함시킬 것을 권고하였다 [12].

HIA는 건강의 신체적, 정신적, 사회적 측면의 부정적 측면과 긍정적 측면 및 건강과 건강 불평등에 영향을 미치는 다양한 결정요인을 포함하는 포괄적인 건강모형을 활용하며 보건분야 이외에 경제, 주거, 교통, 법, 에너지 정책 등 인구집단의 건강에 미치는 잠재적인 영향력이 큰 분야가 일차적인 관심사항이다 [13,14]. HIA를 시행하는 목적은 공공정책이 건강에 미치는 영향을 사전에 예측하고 의사결정에 영향을 미치는 것이다. 따라서 이상적인 형태의 HIA는 정책, 프로그램 또는 프로젝트가 시작되기 이전 단계부터 전향적으로 HIA를 시행하는 것이다 [14].

HIA는 일련의 투명한 정책과정에 주민이 직간접적으로 참여하는 '민주주의', 집합적인 영향뿐만 아니라 인구집단 내 다양한 사회경제적 요인에 따른 건강영향의 분포에 대한 관심을 강조하는 '형평성', 단기 및 장기적인 영향을 모두 고려하는 '지속가능한 발전', 엄격한 양적·질적 근거의 활용 및 예상되는 영향에 대하여 최대한의 포괄적 평가를 위한 다학제적인 근거와 방법론의 활용을 강조하는 '근거의 윤리적 활용'이라는 4가지 가치를 지향한다 [7].

## 2) 건강영향평가의 접근방법

HIA는 정책, 프로그램 또는 프로젝트(이하 공공정책)가 인구집단의 건강에 미치는 영향에 관한 근거와 공공정책으로 인해 영향을 받는 이해당사자의 의견을 고려하고, 의사결정자 및 주민들에게 공공정책의 영향에 관한 충분한 정보를 제공하며, 공공정책이 건강에 미치는 긍정적인 영향은 최대화하고 부정적인 영향은 최소화시키기 위한 대안을 제시하는 과정을 포함한다 [7].

건강영향평가는 국가 또는 자치단체 수준에서 모두 활용가능하다. 또한 정책, 프로그램 또는 프로젝트의 개발과 시행 과정에서 전향적(prospective), 동시적(concurrent) 또는 후향적(retrospective)으로 시행할 수 있다. 의사결정 전단계에서 이루어지는 전향적 건강영향평가는 계획안의 시행으로 초래될 수 있는 잠재적인 건강영향을 사전에 고려함으로써 긍정적인 효과를 최대화하고 부정적인 효과는 최소화하도록 의사결정에 영향을 미칠 수 있는 장점을 가지며, 동시적 건강영향평가는 의사결정가로 하여금 사전에 예측한 건강영향을 모니터링하고, 필요한 경우 신속한 대응을 할 수 있는 기회를 제공한다. 후향적 건강영향평가는 미래의 정책, 프로그램 또는 프로젝트 개발을 위한 지침과 근거를 제공하는데 도움을 준다 [15]. 전향적 건강영향평가와 달리 동시적 또는 후향적 건강영향평가는 사전에 예상하지 못한 건강영향을 파악할 수 있는 기회를 제공한다.

건강영향평가를 수행하는 절차는 건강영향평가를 수행하는 기관과 연구자에 따라 다양하지만 공통적인 기본 절차는 스크리닝(screening), 스코핑(scoping), 영향평가(appraisal), 보고(reporting), 평가와 모니터링(evaluation and monitoring)의 5단계이며(Figure 1), 각 단계별 세부내용은 다음과 같다 [16-18].

### (1) 스크리닝

스크리닝 단계는 HIA의 필요성 여부를 판단하는 과정으로 일련의 기준 또는 선별도구를 활용하여 HIA가 필요한 대상을 체계적으로 선별하는 과정이다. HIA 시행 여부를 판단하는 중요한 선별기준은 건강

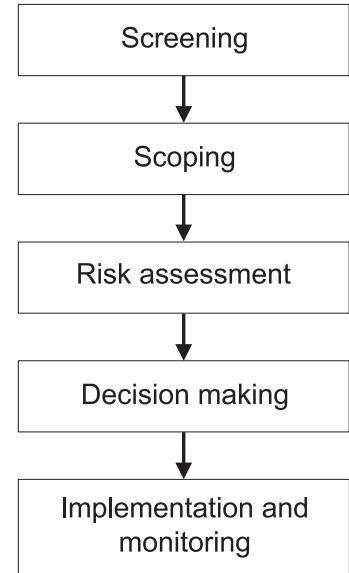


Figure 1. Stages of HIA.

source : Kemm & Parry [16]

에 미치는 영향의 중요성, HIA를 통해 얻게 될 정보의 가치, HIA 실행 가능성 등이 선별기준의 우선순위는 정책의 내용과 의사결정 환경, 선호하는 분석적 접근법에 따라 달라질 수 있다 [19].

스크리닝 과정을 통해 건강과 형평성이라는 주제를 HIA에 효과적으로 소개할 수 있으며 [18], HIA를 위한 자원 활용의 효율성을 높일 수 있다. 스크리닝 결과, 건강에 미치는 영향이 무시할 수 있을 정도로 미미하여 HIA가 필요하지 않다고 결정되어도 의사결정자의 건강영향에 대한 인지도를 높일 수 있으며, 건강에 미치는 영향이 기존의 근거만으로도 분명한 경우에는 관련 내용을 문서화하여 의사결정자에 보고하거나 관련 이해당사자에게 공개할 수 있다 [7].

### (2) 스코핑

스코핑 단계는 건강영향평가의 목적과 목표를 설정하고, 가용한 자원과 관련 이해당사자의 범위를 고려하여 건강영향평가의 범위와 방법을 결정하는 과정이다. 스코핑은 관련 문헌과 전문가로부터 정보를 수집하고 정책결정자와 이해당사자의 관심사항 등을 파악하는 과정을 포함하며 이를 위해 HIA 담당자, 관련 전문가 및 주요 이해당사자들이 참여하는 운영위원회를 만들고 HIA에 관한 위임사항(terms of reference)을 합의하는 절차를 포함할 수 있

**Table 1.** HIA - levels of detail

Rapid	- a brief investigation of the health impacts of a proposal(days). Usually involve an exchange of existing knowledge and expertise, and research from previous HIAs. Rapid HIA is usually carried out quickly, and with relatively minimal resources.
Intermediate	- a more detailed investigation of health impacts(weeks). Usually involve a review of the available evidence and any similar HIAs; exploration of opinions, experience and expectations of those concerned with, or affected by, the proposal; and sometimes the production and analysis of new information.
Comprehensive	- an intensive investigation of health impacts undertaken over and extended period(months). Usually involves a review of the available evidence base along with the other elements mentioned under Intermediate HIA. Comprehensive HIA would usually also involve the production and analysis of new information.

source : Taylor & Blair-Stevens [18]

**Table 2.** Steps needed to focus on health inequalities in an HIA

- A. Estimate the prevalence of health determinants on which the policy may impact
- B. Check the current socio-economic distribution of these determinants, and their contribution to current socio-economic inequalities in health
- C. Estimate the effect of the policy on the prevalence of these determinants in different socio-economic groups
- D. Estimate the effect of change in the prevalence of these determinants in different socio-economic groups on inequalities in health

source : Mackenbach et al [26]

다 [20,21]. 스코핑 과정에서 이루어지는 의사결정의 정당성과 내용을 문서화함으로써 HIA에 대한 신뢰성을 높이는데 기여할 수 있으며 다음과 같은 절차를 포함하는 것이 필요하다 [19].

- 정책 및 정책이 의도하는 직접적인 영향을 정확하게 기술한다.
- 정책과 관련된 건강관련 결과를 파악하기 위해 관련 문헌을 보다 심도있게 고찰하고 관련 전문가로부터 자문을 구한다.
- 평가하고자 하는 영향과 평가절차를 구체화한다.
- 요약된 인과관계의 논리를 재평가하고 정교화한다.
- 분석을 위한 구체적인 프로토콜을 개발한다.

(3) 영향평가

영향평가 단계는 활용가능한 양적 또는 질적 정보와 근거를 활용하여 건강영향을 예측하는 과정으로 영향평가를 수행하는 방법은 평가의 범위와 기간에 따라 신속평가(rapid or mini-HIA), 정밀평가(intermediate or standard HIA), 종합평가(comprehensive or maxi-HIA)로 구분할 수 있다 (Table 1).

① 신속평가

신속평가는 정책결정자, 다수의 전문가 및 정책으로 인한 건강영향을 받을 것으로 예상되는 이해당사자들이 참여하여 체계적으로 건강영향을 평가하는 과정으로 기존의 근거와 손쉽게 접근할 수 있는 정

보를 활용하여 시행된다 [7]. 만나절 동안 진행되는 워크숍은 신속평가의 핵심적인 구성요소이다 [17,22]. 워크숍을 통해 다음과 같은 주제들을 검토하는 것이 필요하다 [23].

- 어떤 건강결정요인이 영향을 받을 것인가?
- 얼마나 많은 건강결정요인이 변화될 것인가?
- 주민들의 건강에 어떤 영향을 미칠 것으로 예상되는가?
- 건강의 결과는 무엇인가?
- 관련된 주제와 관련하여 권고할 내용은 무엇인가?

② 정밀평가

정밀평가는 정책, 프로그램 또는 프로젝트와 관련된 활용가능한 근거, 의견수렴, 관련 이해당사자의 경험과 예상에 대한 보다 심도있는 검토가 이루어지는 형태로 보통 다학제적인 전문가들이 참여하고 다양한 방법론을 활용하며, 필요한 경우 새로운 정보를 수집, 분석한다 [7]. 따라서 신속평가에 비해 보다 많은 시간과 자원을 필요로 한다.

③ 종합평가

정밀평가보다 확대된 형태의 영향평가로 정책이 건강에 미치는 영향이 광범위하기 때문에 평가를 위해 근거에 대한 보다 광범위한 검토와 의견 수렴을 필요로 하며 대개 새로운 1차 자료에 대한 수집과 분석을 필요로 한다 [7,15,17].

(4) 보고

보고 단계는 관련 이해당사자의 의견과 근거에 기초하여 건강영향평가의 주요 산출물인 권고안과 관련 지역의 배경 정보, 건강영향평가의 과정에 관한 내용을 담은 보고서를 작성하여 이를 의사결정자에게 제출하고 이해당사자들에게 공개하는 과정이다. 권고안을 작성하는데 있어서 정책이 건강에 미치는 영향이 다양할 경우 우선순위를 설정하는 것이 필요하며, 영향의 규모, 영향의 인구집단 내 분포, 건강불평등(일반 인구집단에 비해 더 취약한 집단을 고려), 영향이 미치는 기간 등을 우선순위 설정을 위한 기준으로 고려할 수 있다 [24].

(5) 평가와 모니터링

평가와 모니터링 단계에서는 건강영향평가가 얼마나 성공적으로 수행되었는지 여부(과정평가), 권고안이 정책에 수용되었는가와 수용된 권고안이 시행되었는지 여부(영향평가) 및 정책을 시행한 이후 건강에 미친 결과 및 관련 지표의 변화에 대한 모니터링(결과 평가)을 시행하는 과정으로 HIA의 효과를 판단하고 질을 보장하는데 필요하다 [7,25]

**2. 건강영향평가와 건강불평등**

형평성은 HIA의 핵심적인 가치 중 하나이며, 성, 연령, 인종 및 사회경제적 지위에 따른 건강영향의 분포는 집합적인 건강영향에 대한 예측과 함께 강조된다 [7]. Mackenbach 등 [26]은 건강불평등에 초점을 둔 정밀평가를 시행할 경우 활용할 수 있는 지침을 Table 2와 같이 제시하였다.

건강불평등을 HIA에 내재시키는 방법은 두 가지로 구분할 수 있다. 하나는 불리한 조건을 가진 집단에 대하여 선택적으로 건강영향평가 시행하는 것이며 또 다른 하나는 전체 인구집단을 대상으로 건강영향의 차등적인 분포를 평가하는 것이다 [27]. 그러나 전자의 경우 불리한 조건을 가진 집단을 건강영향평가를 시행하기 전에 파악하기 어렵고 이들 집단이 모두 건강영향평가 과정에 참여하는 것도 사실상 불가능하며 사회경제적인 연속선에 따라 건강불평등이 존재할 수 있기 때문에 모



는 HIA가 건강불평등을 고려하는 것이 바람직하다 [20,27-29]. 전체 인구집단의 평균적인 건강을 향상시키는 것과 불리한 조건을 가진 집단의 건강을 향상시키는 것 사이에는 교환이 발생할 수 있으며 건강영향평가는 이러한 교환을 명확히 하는 것이 필요하다 [30].

관련 이해당사자의 HIA 참여를 통해서도 HIA는 건강불평등을 개선하는데 기여할 수 있는데, 불리한 조건을 가진 집단은 HIA 참여를 통해 자신들의 관점을 제시하여 편익을 얻을 수 있을 뿐만 아니라 자존감도 향상될 수 있다 [31,32]. 그러나 제한된 시간과 자원으로 인해 모든 이해당사자의 참여를 보장하기 어렵고, 특히 접근하기 어려운 집단은 소외될 수 있어 적절한 시간과 참여를 이끌어내는데 필요한 자원을 확보하려는 노력이 필요하다 [33].

### 3. 국내외 건강영향평가 현황

HIA를 시행하고 있는 국가들은 크게 기존의 환경영향평가(environmental impact assessment, 이하 EIA) 또는 전략환경평가(strategic environmental assessment)에 HIA를 포함하여 실시하고 있는 국가와 EIA와는 별도의 HIA를 시행하는 국가로 구분할 수 있다. 미국, 캐나다, 호주, 뉴질랜드, 덴마크, 핀란드, 필리핀 등은 환경영향평가제도 내에 건강영향평가를 포함하여 시행하고 있으며, 영국, 네덜란드 등은 환경영향평가와 독립적인 HIA를 시행하고 있다 [34]. 건강불평등과 관련된 건강영향평가 사례로는 영국의 에딘버그 교통정책 사례, 유럽연합의 과일 및 채소에 대한 농업정책 사례, 네덜란드의 담배소비 감소 정책 등이 있었다 [26]. 한국의 경우 현재 EIA 평가항목 중 위생 및 공중보건 항목이 포함되어 있으며 평가대상도 정책이 아닌 관련 시설의 설치와 관련되어 있다. 따라서 한국의 경우 HIA를 시행하고 있다고 보기는 어려우며, HIA 제도 도입을 위한 검토와 논의가 환경부 및 보건복지부 내에 추진 중이다(환경부는 2006년 ‘환경보건 10개년 종합계획’에서 건강영향평가제도의 점진적 도입에 대해 언급하였으며, 이를 위해 2006년 ‘건강영향평가 기법개발 및

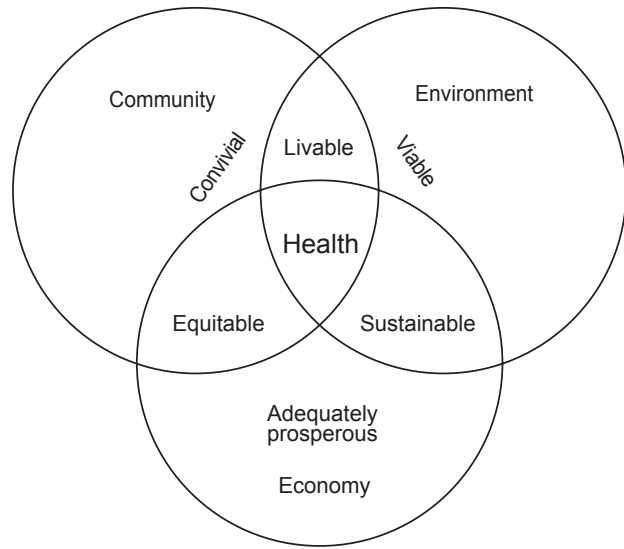


Figure 2. Healthy cities model.

Source : Hancock [63]

시범사업 연구’를 수행하였고 2007년 현재 2차년도 연구사업을 수행 중에 있다. 보건복지부에서는 2004년 ‘건강영향평가제도 도입을 위한 조사연구’를 수행하였으며, 2007년 현재 ‘건강영향평가제도 법제화 및 실행방안 연구’를 수행중에 있다. 연구 수준에서 대기오염 등과 같은 환경분야에서 후향적 건강영향평가가 실시된 사례가 있었다 [35-39].

## 건강도시

### 1. 건강도시의 정의 및 특징

세계보건기구는 1980년대 초반까지 인구의 대다수가 거주하고 있던 농촌지역의 문제해결에 노력을 집중해 왔으나 20세기 후반에 접어들어 인구의 도시집중화에 따른 도시보건에 관심을 가지기 시작하였고, 도시보건 문제 해결을 위한 건강도시 프로젝트가 전 세계로 확산되었다 [40]. ‘건강도시(Healthy Cities)’라는 용어 자체는 1984년 캐나다 토론토에서 Trevor Hancock에 의해 조직된 컨퍼런스에서 Leonard Duhal의 발표에 의해 고무를 받은 WHO유럽사무처 건강증진담당관 Kickbusch에 의해 프로젝트화되어 전 세계로 파급된 개념을 지칭하지만 [41] 그 개념적 내용은 다양한 역사적 함의를 가지고 있다. 무릉도원, 아카디아 같은 고대의 개념까지 가지 않더라도 미생물학자인 르네듀보는 생태

학적 관점에서 인간과 자연의 조화를 역설하였고 [42], 1840년대 유럽에서는 근대 위생개혁의 성과를 바탕으로 ‘Hygeia : A City of Health’라는 개념으로 구체화되었으며 [43] 이후 발전된 정원도시(Garden city)의 개념은 뉴어바니즘(New Urbanism)으로 발전하게 된다 [44]. 따라서 건강도시에서의 건강개념도 1948년 WHO 현장의 정의를 넘어 지역사회, 환경, 경제를 포괄하는 포괄적 건강의 개념으로 발전하였고 [45](Figure 2), 이에 대한 도시전체의 노력을 정치적 지원하에 참여와 협력 및 조직구조를 수립하여 경주할 것을 강조하여 기존 보건의료 중심의 건강증진운동과 차별성을 보이고 있다 [46].

세계보건기구에서는 “건강도시란 물리적, 사회적 환경을 지속적으로 개선하고 창출하며, 지역사회의 자원을 증대시킴으로써 도시 구성원들이 개개인의 능력을 모두 발휘하고 잠재 능력을 최대한 개발하여 서로 상부상조할 수 있도록 하는 도시”라고 정의하고 있다 [47]. 건강도시의 정의를 깊이 음미해 보면 건강도시란 결과가 아니라 과정(process)을 의미하는 단어임을 알 수 있다. 즉, 특정 건강수준을 성취했다고 해서 건강도시가 되는 것이 아니라 건강을 도시의 주요 문제로 인식하고 그것을 개선시키기 위해 노력한다면 현재의 상태에 관계없이 건강도시가 될

수 있는 것이다.

건강도시는 전폭적인 정치적 지원과 건강에 대한 전념, 부문간 협조, 지역사회의 참여, 생활터(場, setting) 접근, 건강도시프로필과 활동계획 개발, 주기적인 모니터링과 평가, 정보공유와 대중매체의 관여, 지역사회 발전과 개인 발전과의 연계, 국내 및 국제적 네트워크, 참여적인 연구와 분석, 지역사회 모든 단체들의 의견 취합, 지속성 등을 주된 특징으로 하고 있다 [48].

## 2. 건강도시와 건강불평등

건강도시에서 건강불평등의 논의는 건강도시의 개념적 근거인 ‘모든 인류에게 건강을(Health for All)’ 과 ‘의제 21(Agenda 21)’, 건강을 결정하는 사회적 결정요인에서 우선 찾아볼 수 있으며, 건강도시의 구성요소 및 요건, 유럽 건강도시 네트워크 및 사례 등에서도 발견할 수 있다.

세계보건기구는 건강도시의 기반 이념을 ‘모든 인류에게 건강을’ 과 함께 ‘의제 21’ 에 두어 [49] 출범시부터 기본 인권 개념으로서의 건강권을 구체적 프로젝트로 구현해 오고 있고 [50] 개별도시들에서도 도시 및 지역 건강프로필 작성을 통해 취약지역 건강문제를 건강도시적 접근방법으로 해결하여 왔다. 건강도시와 관련된 ‘모든 인류에게 건강을’ 의 원칙으로는 모든 사람들이 자신의 잠재력을 인지할 수 있는 기회와 권리가 있다는 형평성의 원칙과 건강은 생활 속에서 많은 부분들의 행동과 결정에 의해 영향을 받는다는 것이다 [51]. ‘의제 21’ (1992년 브라질 리우에서 개최된 ‘환경과 개발에 관한 국제회의(UN Conference on Environment and Development)’ 에서 세계환경정책의 기본 규범으로 지속가능한 개발이 채택되었다. 리우회의에서는 환경문제가 더 이상 지역이나 한 국가의 문제가 아니라 범세계적인 문제라는 것을 인식하고 기후변화협약, 생물다양성 협약, 사막화 방지 등 지구환경보전을 위한 국제적인 협약을 체결하였으며, 환경적으로 건전하고 지속가능한 개발 (Environmentally Sound and Sustainable Development, ESSD)의 행동강령인 ‘의제 21’ 을 마련하여 지속가능한 개발을 위해

국가별, 부문별로 대처방안을 마련할 것을 강조하였다)에서는 지속가능한 개발을 위해 절대 필요한 것으로서 건강을 강조하였는데, 일차보건의료의 필요, 전염병, 취약 계층의 보호, 도시 건강 그리고 오염과 같은 건강 위험 등을 인간건강 상태를 보호하고 증진시키는데 있어 중요하다고 강조하였다 [52]. ‘모든 인류에게 건강을’ 과 ‘의제 21’ 로부터 도출된 건강 및 지속가능한 개발의 원칙 및 과정들은 거의 같다 (Table 3). 건강과 지속가능성은 동일한 의제로써 빈곤과 사회경제적 불평등은 건강에서의 불평등과 그리고 지속 가능하지 않은 개발의 커다란 원인이 되며, 지역사회의 불평등이 아주 커질 때 지역사회 이상(idea)의 실현은 불가능 할 것이다 [49].

건강도시에서는 건강의 사회적 결정요인을 강조하고 있는데, 세계보건기구에서

**Table 3.** Comparison of principles and processes for planning for health and sustainable urban development from health for all and Agenda 21

Principles	Health for all	Local Agenda 21
Equity	Yes	Yes
Sustainability	Implicit	Yes
Health promotion	Yes	(Health)
Intersectoral action	Yes	Yes
Community involvement	Yes	Yes
Supportive environment	Yes	Yes
International action	Yes	Yes
Processes	Health for all	Local Agenda 21
Consider existing planning frameworks	Yes	Yes
Analysis of health, environment and social conditions	Yes	Yes
Public consultation on priorities	Yes	Yes
Structures for intersectoral involvement	Yes	Implicit not explicit
Vision	Yes	Yes
Long-term action plan with targets	Yes	Yes
Monitoring and Evaluation	Yes	Yes

Source : Price & Tsouros [64]

**Table 4.** 11 Parameters of a healthy city

1. A clean, safe, high quality physical environment(including housing quality)
2. An ecosystem which is stable now and sustainable in the long term
3. A strong, mutually-supportive and non-exploitative community
4. A high degree of public participation in and control over the decisions affecting one's life, health and well-being
5. The meeting of basic needs (food,water, shelter, income, safety, work) for all the city's people
6. Access to a wide variety of experiences and resources with the possibility of multiple contacts, interaction and communication
7. A diverse, vital and innovative city economy
8. Encouragement of connectedness with the past, with the cultural and biological heritage and with other groups and individuals
9. A city form that is compatible with and enhances the above parameters and behaviours
10. An optimum level of appropriate public health and sick care services accessible to all
11. High health status (both high positive health status and low disease status)

Source : Hancock & Duhl [47]

**Table 5.** WHO healthy cities network in the WHO European region

Phase	Number of Cities	Core Priority Themes
Phase I (1987-1992)	35 cities	New structures to act as change agents, new ways of working for health
Phase II (1993-1997)	39 cities	More action oriented, strong emphasis on healthy public policy and comprehensive city health planning
Phase III (1998-2002)	55 cities	Overarching goals : equity, sustainable development, and social development, with a focus on integrated planning for health development. more accent on monitoring and evaluation new ways of working for health
Phase IV (2003-2008)	56 cities	An overall commitment to health development with emphasis on equity, tackling the determinants of health, sustainable development and participatory and democratic governance three core themes : healthy ageing, healthy urban planning, health impact assessment a complementary theme : physical activity and active living

Source : <http://www.euro.who.int/healthy-cities> [40]

는 건강에 영향을 미치는 사회적 결정요소로 사회적 계층, 스트레스, 유아기, 사회적 소외, 직장, 실업, 사회적 지지, 중독, 식품, 교통 등에 대한 증거와 정책적 함의를

제시하였다 [53].

건강도시 모형에서 제안하고 있는 건강도시의 6가지 요소 (지속가능성, 살기 좋음, 형평성, 화목함, 생명력 있음, 번영함) (Figure 2)에서도 형평성이 포함되며, 건강

도시의 11가지 요건 (Table 4) 중 상호 협력이 잘 이루어지며 비착취적인 지역사회, 모든 시민의 기본 욕구(음식, 물, 주거, 소득, 안전, 직장)가 충족되는 도시, 모든 시민이 접근할 수 있는 적절한 공중 보건 및 치료서비스의 최적 수준 등은 건강불평등과 관련된 내용이라 할 수 있다.

WHO 유럽건강도시 네트워크에서는 1988년부터 5년 주기로 회원도시에게 우선적으로 중점 시행하여야 할 과제가 주어지는데 제 3기(phase 3)와 제 4기(phase 4)의 내용을 보면 형평성이 포함되어 있으며 (Table 5), 유럽건강도시의 형평성 사례로 글라스고우에서의 여성 건강정책, 드럼차펠(Drumchapel)에서의 취약지역 건강도시 프로젝트, 밀란에서의 여성건강, 레네에서의 장애인을 대상으로 한 사업 등이 소개되었다 [54].

### 3. 국내외 건강도시 현황

WHO 유럽사무국 주도로 1986년부터 건강도시시범프로젝트가 시작되어 최초에는 11개의 유럽도시가 건강도시프로젝트에 참여하였으나 현재 유럽의 경우 30개국 이상의 1,200여 도시와 지자체가 세계보건기구 뿐만 아니라 국가적, 지역적, 광역별 및 주제별 네트워크를 통해 연계되어 있다.

아프리카 지역의 경우 1996년 이래 원조와 기금에 의존하여 생활터 접근과 환경 및 건강 이슈에 대처하면서 현재 아프리카 46개국에 건강도시의 개념이 도입되었으며, 동지중해 지역의 경우 1989년 이후 사회행정적 하부구조를 마련하여 다양한 국제기구와 협력하여 22개 지역 55개 도시에서 이슬람 건강도시의 모델을 발전시킨 이란의 예와 같이 여성을 비롯한 취약계층 중심의 건강도시사업을 수행하였다. 북미 지역의 경우 캐나다에서는 1984년 이래 200개 이상의 지방자치단체가 포함된 온타리오와 퀘벡 등 광역 네트워크가 구축되어 있으며, 미국에도 200여개의 독립적인 건강도시 사업이 진행되고 있다. 라틴아메리카와 카리브해 지역의 경우 건강한 지자체 및 지역사회(Healthy Municipalities and Communities, HMC)란 명칭으로 건강도시 개념이 확산되었다. 동남아시아

지역은 1994년 6개 도시로 출범하였으며, 타지역에 비해 다소 느린 진전을 보이고 있다 [55]. 서태평양 지역은 1980년대 이후 호주, 일본, 뉴질랜드를 중심으로 건강도시 프로젝트가 100여개 도시에서 도입되었으며, 2003년 10월 건강도시연합회 (Alliance for Healthy Cities, 이하 AFHC)가 발족되고 현장을 승인하게 되었고 2004년 10월 말레이시아 쿠칭에서 제 1회 건강도시연합회 총회를 개최하였다.

한국에서의 건강도시프로젝트는 1986년 초기부터 그 개념이 국내 학계에 소개되어 왔으나 1996년 과천시 시범사업을 시작으로 우리나라에서 처음 시도되었다. 2004년 4개 도시(창원시, 서울시, 원주시, 부산진구)가 AFHC 창립 정회원으로 가입된 후 현재 20개 이상의 국내 여러 지방자치단체에서 건강도시프로젝트를 진행하고 있거나 준비하고 있다. 2006년 국내 건강도시 네트워크를 위한 ‘대한민국 건강도시 협의회’를 결성하였으며, 중앙정부차원에서 건강도시에 대한 논의를 활성화하기 위해 다양한 분야의 전문가들로 구성된 건강도시포럼(<http://healthcity.hp.go.kr>)을 운영하였다. 최근 시민사회단체나 자발적 모임을 중심으로 “생태마을”, “깨끗한 지역 가꾸기 운동” 등의 이름으로 “건강한 마을 만들기” 운동들이 진행되고 있다. 하지만 현재까지 국내의 건강도시사업에서 건강불평등에 중점을 두고 추진된 사례를 찾아보기는 어려운 실정이다.

### 결론

외국에서의 건강불평등 개선을 위한 노력의 일환으로 외국의 건강영향평가 제도와 건강도시프로젝트를 살펴보았다. 아직 외국에서도 많은 경험과 증거들이 쌓여 있지 못한 현실이다. 하지만 국내 건강불평등 개선을 위한 정책이나 제도가 부족한 현실에서 이들이 국내에서 시사하는 부분은 충분히 있다고 본다.

건강영향평가(HIA)는 건강불평등 개선과 관련하여 건강불평등 결정요인과 관련된 보건의료 분야 외의 정책결정에 영향을 줄 수 있는 새로운 접근법이다. HIA는

방법론적 측면에서 보완할 여지가 많고, HIA를 위해 활용할 수 있는 검증된 증거 또한 크게 미흡한 상태이지만 이를 보완하기 위한 많은 노력 또한 진행되고 있다 [56-60]. HIA를 국내에 도입하기 위해서는 HIA를 시행하기 위한 관련 법 규정을 마련하는 것이 필수적이며, 국가 정책뿐 아니라 지방자치단체의 정책에 대해서도 HIA를 시행할 수 있도록 제도화하는 것이 필요하다. 관련 전문 인력을 위한 교육훈련을 개발, 관련 전문가 네트워크 조직, HIA를 위해 활용할 수 있는 근거들의 데이터베이스화, HIA를 시행하는데 필요한 스크리닝 도구 및 HIA 지침서 개발 등은 HIA제도를 정착시키는 데 기여할 것이다.

우리나라 건강도시는 이제 막 도입단계에 접어들었고, 실제 사업이 수행된 경험이 짧아 아직 평가하기에는 이르다. 국내에서는 지방자치와 도시간의 경쟁 등에 힘입어 대학의 지원하에 보건소의 건강증진사업과 연계를 통해 AFHC가입 회원도시가 급팽창하여 왔으나 실제적인 건강도시 접근에 있어서는 진정한 정치적 지원과 추진조직의 설립 등이 미진하며 [61] 이에 따라 참여적이고 부문간 협력에 의한 포괄적인 건강도시 경험이 축적되어 오지 못하였다. 또한 건강영향평가 차원의 건강도시에 대한 이해 및 방향설정과 구체적인 프로그램이 부재한 것도 현실이다. 국내에서도 최근 ‘그린시티’, ‘지속가능도시’, ‘살기 좋은 도시’ 등 각 부처 마다 삶의 질 향상을 위한 접근들이 시도되고 있어 지역사회와 환경과 경제를 아우르는 포괄적인 건강도시 모형에 의한 체계적인 접근법(Healthy Cities Approach)이 개발되어야 할 시점으로 본다. 또한 건강도시의 기본이념인 ‘모든 인류에게 건강을’ 구현하기 위한 건강불평등 개선이라는 본연의 방향을 찾고 도시 거버넌스 차원에서 민주주의적 지역조직화와 사회적 자본의 구축 등을 강조해 나아가야 할 필요가 있을 것이다 [62].

향후 한국에서의 건강불평등 개선 노력을 정치적 의제화하는데 ‘건강영향평가’와 ‘건강도시’라는 선진적 방법과 경험의 도입을 통해 도움을 받을 수 있을 것이다.



일차적으로 건강도시 추진이 지방자치단체간의 경쟁을 통한 홍보위주의 사업으로 시작되더라도 그 방법론에 있어서 건강영향평가와 같은 구체적인 건강불평등 개선 노력으로 건강도시 사업을 내실화할 수 있다. 현재 세계보건기구 유럽지부 제 4기 건강도시 네트워크에서도 그 핵심테마(core themes)를 건강한 도시계획, 건강영향평가, 건강한 노령화로 삼고 있다 (Table 5). 가장 취약한 지역과 계층을 우선 대상으로 '건강한 도시계획' 및 '건강한 공공정책 형성'을 목표로 한 '건강영향평가'를 건강도시 사업의 주된 내용으로 함으로써 '건강영향평가'와 '건강도시'라는 두 가지 방법론을 통합적으로 국내 건강형평성 개선의 주요 방법론으로 발전시켜 나갈 수 있을 것이다.

### 참고문헌

- Whitehead M. Tackling Inequalities: A Review of Policy Initiative. In: Benzevl M, Judge K, Whitehead M. editors. Tackling Inequalities in Health: An Agenda for Action. London: King's Fund; 1995. p. 22-52
- Marmot MG. Improvement of social environment to improve health. *Lancet* 1998; 351(9095): 57-60
- Goumans M, Springett J. From projects to policy: 'Healthy Cities' as a mechanism for change for health? *Health Promot Int* 1997; 12(4): 311-322
- Awofeso N. The Healthy Cities approach-reflections on a framework for improving global health. *Bull World Health Organ* 2003; 81(3): 222-223
- Wanless D. Securing Good Health for the Whole Population: Final report. London: HMSO; 2004. p. 78
- Mittelmark MB. Promoting social responsibility for health: Health impact assessment and healthy public policy at the community level. *Health Promot Int* 2001; 16(3): 269-274
- European Centre for Health Policy, WHO Regional Office for Europe. Gothenburg Consensus Paper. Health Impact Assessment: Main Concepts and Suggested Approach. Brussels: WHO; 1999. p. 4
- Kickbusch I. The Contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion. *Am J Public Health* 2003; 93(3): 383-388
- Scott-Samuel A. Health impact assessment. *BMJ* 1996; 313(7051): 183-184
- BMA Board of Science and Education. Health and Environmental Impact Assessment. London: Earthscan; 1998. p. 44
- WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. In: Health Promotion. Vol. 1. Geneva: WHO; 1986. p. iii-v
- Acheson D. Independent Inquiry into Inequalities in Health. London: The Stationery Office; 1998
- Kemm J, Parry J. What is HIA? Introduction and overview. In: Kemm J, Parry J, Palmer S, editors. Health impact assessment: Concepts, theory, techniques, and application. Oxford: Oxford University Press; 2005. p. 4-5
- Lock K. Health impact assessment. *BMJ* 2000; 320(7246): 1395-1398
- Health Development Agency. Introducing Health Impact Assessment: Informing the Decision-making Process. London: Health Development Agency; 2002. p. 2-6
- Kemm J, Parry J. The development of HIA. In: Kemm J, Parry J, Palmer S, editors. Health Impact Assessment: Concepts, Theory, Techniques, and Application. Oxford: Oxford University Press; 2005. p. 16-17
- Mindell, Ison E, Joffe M. A glossary for health impact assessment. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57(9): 647-651
- Taylor L, Blair-Stevens C, editors. Introducing health impact assessment(HIA): Informing the decision making process. London: Health development Agency; 2002. p. 13. [cited 2007 Oct 20]. Available from: URL: [http://www.phel.gov.uk/hiadocs/Full\\_copy\\_of\\_HD\\_A\\_short\\_guide.pdf](http://www.phel.gov.uk/hiadocs/Full_copy_of_HD_A_short_guide.pdf)
- Cole BL, Shimkhada R, Fielding JE, Kominski G, Morgenstern H. Methodologies for realizing the potential of health impact assessment. *Am J Prev Med* 2005; 28(4): 382-389
- Douglas MJ, Conway L, Gorman D, Gavin S, Hanlon P. Developing principles for health impact assessment. *J Public Health Med* 2000; 23(2): 148-154
- Scott-Samuel A, Birley M, Ardern K. The Merseyside Guidelines for Health Impact Assessment, 2nd ed. Liverpool: International Health Impact Assessment Consortium; 2001
- Mindell J, Sheridan L, Joffe M, Samson-Barry H, Atkinson S. Health impact assessment as an agent of policy change: Improving the health impacts of the mayor of London's draft transport strategy. *J Epidemiol. Community Health* 2004; 58(3): 169-174
- Bowen C. HIA and Policy Development in London: Using HIA as a Tool to Integrate Health Considerations into Strategy. In: Kemm J, Parry J, Palmer S, editors. Health Impact Assessment: Concepts, Theory, Techniques, and Application. Oxford: Oxford University Press; 2005. p. 238-240
- Metcalfe O, Higgins C, Doyle C, McDowell S. Health Impact Assessment Guidance. Dublin: Institute of Public Health in Ireland; 2006. p. 15
- Taylor L, Quigley R. Health Impact Assessment: A Review of Review. London: Health Development Agency; 2002. p. 9-10
- Mackenbach JP, Veerman JL, Barendregt JJ, Kunst AE. Health Inequalities and HIA. In: Kemm J, Parry J, Palmer S, editors. Health Impact Assessment: Concepts, Theory, Techniques, and Application. Oxford: Oxford University Press; 2005. p. 31
- Douglas M, Scott-Samuel A. Addressing health inequalities in health impact assessment. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55(7): 450-451
- Parry J, Scully E. Health impact assessment and the consideration of health inequalities. *J Public Health Med* 2003; 25(3): 243-245
- Marmot MG, Smith GD, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J, White I, Brunner E, Feeney A. Health inequalities among British civil servants: The Whitehall II study. *Lancet* 1991; 338(8758): 58-59
- Rose G. The strategy of Preventive Medicine. Oxford: Oxford University Press, 1993. p. 51-52
- Macaulay AC, Commanda LE, Freeman WL, Gibson N, McCabe ML, Robbins CM, Twohig PL. Participatory research maximises community and Lay involvement. *BMJ* 1999; 319(7212): 774-778
- Lester C, Griffiths S, Smith K, Lowe G. Priority setting with health inequality impact assessment. *Public Health* 2001; 115(4): 272-276
- Wright J, Parry J, Mathers J. Participation in health impact assessment: objectives, methods and core values. *Bull World Health Organ* 2005; 83(1): 58-63
- Kim IS, Park JH, Han SW. Integrated approaches of health impact assessment as part of environmental assessment in Korea. *Korean J Environ Impact Assess* 2006; 15(5): 309-322 (Korean)
- Lee BE, Park HS, Kim YJ, Park EA, Hang YC, Ha EH. Air pollution exposure and health effects in fetus. *Korea J Prev Med* 2004; 37(4): 291-299 (Korean)
- Hong YC, Cho SH. Health effects of ambient particulate pollutants. *Korea J Prev Med* 2001; 34(2): 103-108 (Korean)
- Cho SH, Choi SE, Kim SM, Ju YS, Kim JY. Health effects from odor pollution in Sihwa industrial complex. *Korea J Prev Med* 1999;

- 32(4): 473-481 (Korean)
38. Ju YS, Kim DS, Kang JW, Seong JH, Kang DH, Cho SH, Paek DM. Development of questionnaire for evaluating health effect associated with air pollution. *Korea J Prev Med* 1997; 33(4): 852-869 (Korean)
39. Sung JH, Cho SH, Kang DH, Yoo KY. Lung cancer, chronic obstructive pulmonary disease and air pollution. *Korea J Prev Med* 1997; 30(3): 585-598 (Korean)
40. International Healthy Cities Conference. Healthy Cities Around the World an Overview of the Healthy Cities Movement in the Six WHO Regions. Belfast: World Health Organization; 2003
41. Mcgrath M. A dialogue on healthy communities-past, present and future. *National Civic Review* 1998; 87(4): 1-2
42. Dubo R. Health Utopia. Myung Kyung; 1994 (Korean)
43. Moon OR. Conference for Making Healthy Cities. Korean Public Health Association; 1996 (Korean)
44. Flower J. Building healthy cities excerpts from a conversation with Leonard J. Duhl. *Healthcare Forum J* 1993; 36(3): 48-54
45. Hancock T. Health care reform and reform for health : Creating a health system for communities in the 21st century. *Futures* 1991; 31(5): 417-436
46. Center for Urban Health Healthy Cities Project. Healthy Cities Makes a Difference. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2000
47. Hancock T, Duhl L. Healthy Cities: Promoting Health in the Urban Context. Healthy Cities Paper 1. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1986
48. AFHC & WPRO. Your Map to a Healthy City-For a World Full of Life. Manila: WPRO; 2004
49. Price C. editor. Sustainable Development and Health: Concepts, Principles and Framework for Action for European Cities and Towns. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1997
50. Belfast Healthy Cities. Equity in Health Tackling Inequalities. Belfast: Belfast Healthy Cities; 2003
51. WHO. Health for all Targets - the Health Policy for Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1991
52. United Nations Division for Sustainable Development. Earth Summit - Agenda 21. New York: United Nations; 1993
53. Marmot M, Wilkinson R. Social Determinant of Health: The Solid Facts. Copenhagen: WHO Region Office for Europe; 2003
54. WHO. Action for Health in Cities. Copenhagen: WHO Region Office for Europe; 1994
55. WHO. Healthy Cities Around the World. Copenhagen: WHO Region Office for Europe; 2003
56. Parry J, Stevens A. Prospective health impact assessment: Pitfalls, problems, and possible ways forward. *BMJ* 2001; 323(7322): 1177-1182
57. Mindell J, Hansell A, Morrison D, Douglas M, Joffe M. What do need for robust, quantitative health impact assessment. *Korea J Prev Med* 2001; 23(3): 173-178
58. den Broeder L, Penris M, Put GV. Soft data, hard effects. Strategies for effective policy on health impact assessment-an example from Netherlands. *Bull World Health Organ* 2003; 81(6): 404-407
59. Veerman JL, Barendregt JJ, Mackenbach JP. Quantitative health impact assessment: Current practice and future directions. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59(3): 361-370
60. Mindell J, Boaz A, Joffe M, Curtis S, Birley M. Enhancing the evidence base for health impact assessment. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58(7): 546-551
61. Kim JH, Moon OR. In Search of a Korean Healthy Cities Model. 1st Gangnam International Healthy Cities symposium; 2007
62. Hancock T. People, partnerships and human progress: Building community capital. *Health Promot Int* 2001; 16(3): 2275-2280
63. Hancock T. Health, human development and the community ecosystem: Three ecological models. *Health Promot Int* 1993; 8(1): 41-47
64. Price C, Tsouros A, editors. Our Cities, Our Future: Policies and Action Plans for Health and Sustainable Development. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1996