

공중보건정책과 건강 형평성

김창엽

서울대학교 보건대학원

Public Health Policy and Health Equity

Chang-yup Kim

School of Public Health, Seoul National University, Seoul, Korea

Equity-focused public health policy has solid theoretical and practical basis, in addition to ethical one. In the Republic of Korea (hereafter Korea), however, equity in health has not had a high priority in policy goals, regardless of policy areas and particular actors or approaches. Equitable health has been only a minor concern in most public health issues and their decision-making. Generic public health policies are needed to reduce inequity in health, but the importance of a firm basis for sound policy-making cannot be overemphasized. Health equity should be 'mainstreamed' in all public health policies. Potential approaches include intersectoral collaboration, health impact assessment, and 'Health in All Policies.' Public policy agendas for equitable health cannot be formulated without measurement and recognition of the problem. Korea is still suffering from the lack of reliable information on the current status of health inequity, resulting in a relatively weak awareness of the problem among both the general public and policy-makers. More information is needed to increase recognition and awareness that will increase intervention and actions. The absence of decision-making and actions should not be justified even by the lack of information on determinants and pathways of health inequities. Generic plausible solutions can often work in the real world according to political and social commitment. I have discussed several aspects of public health policy from the perspective of health equity, focusing on current status and plausible explanation. Policy process, agenda setting in particular, is highlighted and theories and concepts are presented along with analysis and description of current situation.

Keywords: Public health; Policy; Health equity; Intersectoral collaboration; Social determinants of health

서론

보건과 의료에서 형평성은 더는 주변적인 주제가 아니다.¹⁾ 세계적으로는 물론 한국에서도 형평성은 가장 중요한 정책목표의 하나가 되었다. 예를 들어 '국민건강증진종합계획'은 2차 계획 이후 '건강 형평성 제고'를 두 가지 핵심 목표 가운데 하나로 포함한다. '국민건강증진종합계획'이 한국의 공중보건정책과 가장 밀접하게 연관된 국가계획이라고 할 때, 건강 형평성은 국가 공중보건정책의 핵심 목표이자 과제라 해도 좋을 것이다.²⁾

형평성이 공중보건의 핵심 과제라 하더라도 공중보건정책에서

형평성을 제고하는 것은 또 다른 문제다. 공중보건정책이 공중보건의 정책목표와 정책수단에 대하여 권위 있는 정부기구가 정한 기본방침이라면, 일차적으로는 정부를 중심으로 건강 형평성을 개선하는 구체적인 목표와 수단이 제안되고 실행되어야 한다. 건강 형평성을 위한 정책은 이른바 정책과정(policy process)의 각 단계 또는 요소에서 고유한 특성을 나타내고, 이는 공중보건정책의 일반적 특성과 차이를 보일 수도 있다. 예를 들어 건강 형평성이 정책의 제(policy agenda)가 되는 데에는 다른 공중보건정책에 비해 정치적 환경이 큰 영향을 미친다. 영국의 노동당과 보수당 정부의 태도에서 알 수 있듯이 집권당과 그 정부의 지향성에 따라 건강 형평성

1) 이 글에서는 인구집단의 건강문제를 다루는 것을 '보건'으로, 개인의 건강문제를 다루는 것을 '의료'로 정의한다.

2) '공중보건정책'의 범위와 내용을 어떻게 규정할 것인가는 중요한 주제이나, 여기서는 인구집단의 건강문제를 다루는 정책이라는 의미에서 '보건정책'과 같은 뜻으로 쓴다. 현실에서 의료정책과 보건정책을 항상 명확하게 나눌 수 있는 것은 아니지만, 이런 용법은 의료정책과 구분되는 보건정책의 고유한 특성을 사고하는 데에 도움이 될 것으로 생각한다.

Correspondence to: Chang-yup Kim

School of Public Health, Seoul National University, 1 Gwanak-ro, Gwanak-gu, Seoul 08826, Korea
Tel: +82-2-880-2743, Fax: +82-2-762-2888, E-mail: cykim@snu.ac.kr

Received: December 12, 2012 / Revised: December 23, 2016 /

Accepted after revision: December 23, 2016

© Korean Academy of Health Policy and Management

© This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

에 대한 관심도 크게 다르다.

건강 형평성을 위한 공중보건정책이 다른 공중보건정책과 구분되는 특성이 있다면, 그것은 무엇보다 정책대상의 특성에서 비롯된다. 건강 불평등은 주로 건강의 사회적 결정요인을 문제로 인식하며, 건강 형평성을 위한 공중보건정책은 건강, 보건, 의료의 범위를 넘어 소득, 교육, 노동, 고용, 주거 등을 다루어야 한다. 건강 형평성 정책에서 이들 사회적 결정요인은 맥락이나 조건이 아니라 핵심 정책대상이며, 부문 간 협력(intersectoral collaboration)의 수준을 넘어 통합적 접근(trans-sectoral approach)을 요구받는다. 이러한 특성은 정책과정의 모든 단계 또는 요소에 영향을 미치고, 좀 더 근본적으로는 정책 자체의 특성도 변화시킬 수 있다.

건강 형평성이란?

1. 건강 형평성의 정의

이 글의 특성상 건강 형평성에 대한 학술적 정의를 상세하게 서술할 필요는 없을 것이다. 다만 단순한 차이(disparity, inequality)와 불평등(inequity)을 구분한다는 것과 건강 형평성(불평등)과 보건으로 형평성(불평등)을 구분한다는 것은 강조할 필요가 있다.³⁾ 공중보건정책을 주제로 하는 이 글에서는 의료가 아닌 건강 불평등을 다룬다.

건강 불평등은 사회적으로 유·불리가 서로 다른 집단 사이에 '체계적'으로 나타나는 공정하지 못한 건강의 차이를 뜻하며, 따라서 '불평등이 아닌 차이'와 '불평등인 차이'를 구분한다. 다른 말로 표현하면, 불필요하고, 피할 수 있으며, 공정하지 못한 건강 차이를 가리킨다[1]. 예를 들어 여성과 남성 사이에는 평균수명의 차이가 있지만(대부분 여성이 더 오래 산다) 그냥 차이라고 하지 불평등하다고 하지 않는다. 공정하지 못한 차이가 아니기 때문이다. 체계적이란 말은 어떤 차이가 사회구조적 요인 때문에 일관되게 나타난다는 것을 뜻한다. 개인 사이의 우연한 차이가 아니라 사회적인 처지가 다른 집단 사이의 차이를 문제 삼는다는 것도 맥락이 비슷하다. 미국에서 흑인과 백인 간에 나타나는 평균수명의 차이, 한국의 저학력 계층과 고학력 계층 사이에 존재하는 저체중 출산의 확률 차이, 이런 것들이 건강 불평등의 전형적인 예다.

건강 불평등 개념에는 윤리적 측면을 포함하고 있다는 것을 강조한다. 건강 불평등은 건강수준이나 그것을 결정하는 요인이 서로 '다르다' 또는 '차이가 난다'고 현상을 기술하는 차원을 넘는다. 그런 결과가 불필요하고 피할 수 있으며 따라서 부당하고 공정하지 못하다는 것을 뜻한다는 점에서 가치판단, 즉 윤리적 차원을 포함한다. 건강 불평등은 사회적으로 개입하여 교정할 수 있는 현상으로, 공정하고 정의로우며 도덕적인 사회라면 마땅히 그렇게 해야 한다.

2. 건강 형평성과 건강의 사회적 결정요인

건강 형평성의 인과관계를 명확하게 하는 것은 공중보건정책의 대상과 진입지점에 직접 관련된다. 인과관계의 관점에서 보면 건강 불평등을 결정하는 요인, 특히 건강 형평성의 정의에 따른 피할 수 있고 교정할 수 있는 요인은 주로 사회적 결정요인(social determinants of health)이다. 지금까지의 연구결과를 종합하면, 소득 불평등과 빈곤, 교육 불평등, 나쁜 노동조건, 고용 불안정, 나쁜 지역조건 등이 여기에 해당한다.

건강결정요인이 원인으로 작용하여 건강 또는 건강 불평등이라는 결과를 산출한다고 할 때, 경로 또는 기제(mechanism)가 개입하여 원인과 결과를 연결한다. 공중보건정책이 경로와 기제에 관심을 갖는 것은 어떤 지점에서 어떻게 개입하는가에 따라 개입 가능성과 효과가 달라지기 때문이다. 저소득층에서 흡연으로 인한 건강 피해가 더 심각하다면, 경로와 기제가 명확하지 않으면 공중보건정책의 정확한 진입 지점(예를 들어 가격, 사회적 관계, 사회심리적 요인, 개인 행동 등)을 찾기 어렵다.

1) 건강 불평등을 유발하는 요인들

건강 불평등은 빈곤과 소득 불평등에 큰 관심을 갖는다. 현재까지의 지식으로는 건강 불평등에 가장 강력한 영향을 미치는 요인 가운데 하나가 소득을 비롯한 '부(wealth)'이기 때문이다. 의식주를 비롯한 물질적 조건이 나쁘면 건강이 부정적 영향을 받는 것은 당연하다. 빈곤 계층의 건강이 상대적으로 더 나쁜 것은 소득과 물질적 조건의 중요성을 나타내는 대표적인 현상이다[2,3].

건강 불평등 요인으로서의 소득 불평등은 빈곤이나 소득 양극화로 환원되지 않는 것으로, 빈곤은 일정 수준 이하 집단의 문제이며 양극화는 소득 분포가 양쪽 극단으로 갈라지는 현상을 가리킨다. 이에 비해 건강 불평등은 소득의 전체 범위에 걸쳐 연속적인 기울기(gradient)로 나타나는 것을 뜻하며, 소득이 일정 수준(예를 들어 빈곤선) 이상이라고 해서 불평등한 건강효과가 사라지지 않는다. 소득이 높더라도 좀 더 높은(또는 좀 더 낮은) 소득계층과 건강 수준에 차이가 나기 때문에 건강 형평성은 고소득층을 포함한 모든 계층을 관심대상으로 한다. 절대적 소득수준뿐 아니라 소득 불평등도 건강에 영향을 미친다. 여러 나라를 비교한 연구에 따르면 같은 소득을 가진 국가들이라도 소득 불평등 정도가 더 심한 나라에서 건강수준이 더 나쁘다[4].

교육도 건강과 보건의료의 불평등을 결정하는 중요한 요인이다. 교육이 건강에 영향을 미치는 핵심 경로는 노동과 소득을 통한 것으로, 교육의 양과 질이 노동시장에서 '성과'(임금)를 좌우하고 이에 기초한 소득과 부가 물질적 조건을 결정한다. 이런 경로를 거쳐 교육 불평등은 건강 불평등으로 이어진다.

3) 보건의료 불평등이란 보건의료서비스의 불평등을 뜻하고, 여기에는 재정, 자원, 서비스 제공과 이용 등을 모두 포함한다. 앞서 보건과 의료를 구분한 것과는 달리 서비스의 불평등은 보건과 의료를 모두 포함하므로 보건의료 불평등이라 표현했다.

교육은 그 자체로도 건강과 보건의료에 큰 영향을 미친다. 건강행태와 생활습관에는 인지적 요소가 중요하게 개입하는데, 교육이 인지적 요소를 긍정적으로 형성하는 데에 기여한다. 같은 소득수준에서도 교육수준에 따라 건강수준이 달라진다는 많은 연구는 교육이 건강에 독립적으로 영향을 미친다는 것을 보여준다.

교육 불평등은 세대 간에 불평등을 이전하는 매개역할을 한다. 소득과 건강수준, 교육, 노동시장에서의 성과는 세대를 연결하고, 그 결과 악순환의 원인과 결과로 작용한다. 저소득 계층의 어린이는 흔히 건강수준이 낮고 인지기능과 교육의 성취도가 떨어진다. 이 때문에 고등교육을 받을 기회가 적고 이는 저임금과 낮은 소득으로 연결되며, 다시 건강수준이 떨어지는 결과로 이어진다.

소득이나 교육에 비하면 좀 더 미시적이지만, 노동과 작업환경도 중요한 사회적 결정요인이다. 비정규 노동을 포함해 불평등한 작업환경과 노동조건이 건강 불평등을 심화하는 데에 기여한다. 노동환경(예를 들어 유해물질, 인간공학적 환경, 교대근무 등)이 더 나쁘거나 더 오랜 시간 근무해야 하는 조건에서는 건강이 차별적으로 영향을 받는다.

물리적 환경뿐 아니라 스트레스와 같은 사회심리적 요인도 중요한데, 최근 변화한 노동과정, 예를 들어 공정 효율화와 작업장 관리 강화로 사회심리적 스트레스의 위험은 더 커졌다. 비정규 노동은 임금수준이 정규직과 차이가 나지 않더라도 더 많은 건강위험과 더 낮은 건강수준으로 이어지고, 여기에는 고용 불안과 노동에 대한 낮은 성취감 등 사회심리적 요인이 작용한다. 이러한 사회심리적 스트레스는 노동조직과 노동과정의 특성에서 비롯된 것으로, 임금이나 노동조건 이외에도 노동의 권력관계를 비롯한 ‘근원적(upstream)’ 요인과 관련된다.

이 밖에도 건강 불평등은 주거조건, 지역사회 특성, 환경요인 등과 밀접하게 관련된다. 나이가 불평등을 초래하는 요인은 보건의료를 비롯한 정책, 정치 참여, 사회관계망 등 정치·사회 영역에 넓게 분포한다. 예를 들어 차별은 건강을 위협하는 중요한 정치·사회적 요인이자 매개물이다. 인종차별이 심한 사회에서는 사회경제적 조건이 불리하지 않은 집단(예를 들어 고소득 전문직인 소수 인종)에서도 건강 불평등이 나타나는데, 이는 건강 불평등이 뿌리 깊은 사회체제와 질서에 강하고 긴밀하게 연결된다는 것을 뜻한다.

2) 건강 불평등과 사회 불평등

다양한 사회적 요인이 건강 불평등에 영향을 미치지만, 소득이나 교육, 노동에서 나타나는 불평등을 건강에 영향을 미치는 한 가지 요인, 즉 사회적 건강결정요인으로만 설명하는 것은 한계가 있다. 건강 불평등과 다른 사회적 불평등의 관계는 다층적이면서 복합적이다[3].

첫 번째 상호관련성은 사회적 불평등이 흔히 건강, 즉 몸으로 발현된다는 데서 찾을 수 있다. 소득 불평등이나 교육 불평등, 노동조

건의 불평등은 잘 알려진 사회적 불평등이지만, 각 개인이 구체적으로 경험하기 어렵고 사회적으로도 통계를 통해야 포착할 수 있을 정도로 추상적이다. 소득 불평등과 같은 추상적 불평등은 건강(몸)을 통해 비로소 물화(materialize)된다. 다르게 표현하면 몸이 소득이나 교육 불평등을 표현하는 것이다.

윤리와 정의의 측면에서는 건강 불평등이 다른 사회적 불평등을 해석하는 기초로 쓰일 수 있다. 소득이나 교육은 그 자체로는 정당함과 부당함, 정의와 부정의의 근거를 제시하는 데에 한계가 있는 일종의 도구적 가치인데 비해, 건강은 부분적이지만 내재적 가치를 지니는 삶의 한 측면이다. 행복이나 안녕, ‘좋은’ 삶과 마찬가지로 건강이 내재적 가치를 구성하는 한 요소라면, 도구적 가치를 가진 인간활동의 정당성을 판단하는 잣대로 쓰일 수 있다. 모든 사람이 공평하게 누려야 하는 건강의 권리를 차별하는 것이 윤리판단의 기준이 되고, 건강 불평등에 기초하여 소득 불평등의 부당함과 부정의를 이끌어낼 수 있다.

건강현상을 통해 사회적 요인들의 본질을 더 잘 이해할 수 있다는 것도 중요한데, 대표적 예가 비정규 노동이다. 비정규 노동문제를 해결하기 위해 흔히 ‘동일노동 동일임금’을 대안으로 제시하지만, 이는 소득이나 일자리, 노동조건만 고려했다는 비판을 피하기 어렵다. 건강이라는 시각에서 보면, 정규 노동과 비정규 노동 사이에는 소득이나 물질적 조건을 동일하게 만든(조정된) 이후에도 불평등이 사라지지 않는다. 비정규 노동이 상대적으로 더 낮은 임금을 받고 물질적 조건이 좋지 않다는 문제를 넘어 건강 불평등을 유발하는 다른 기제가 작용한다는 뜻이다. 건강 불평등 현상을 통해 비정규 노동의 본질을 더 잘 이해할 수 있고, 이는 비정규 노동을 둘러싼 정책과 실천이 어떠한지 하는지도 영향을 미친다.

소득 불평등과 빈곤의 차이도 마찬가지다. 건강 불평등의 시각에서 보면 빈곤을 벗어난 그 상위 계층에서 연속적으로 나타나는 소득 불평등도 중요한 의미가 있다. 빈곤은 일부 계층이나 집단(빈곤층)의 문제인 반면, 소득 불평등은 모든 계층과 집단을 모두 포함하는 체제수준의 문제가 된다.

불평등: 한국 공중보건정책의 새로운 과제

한국인의 건강수준은 비약적으로 향상되었다. 2016년 세계보건통계(World Health Statistics)에 따르면, 한국 여성의 기대수명은 85.48세로 세계 3위 수준이다[5]. 건강수명을 비롯한 다른 지표도 마찬가지로 적어도 거시 건강지표는 세계 최고수준에 접근했다고 할 수 있다. 이러한 건강수준의 성취를 기준으로 삼으면 한국의 공중보건 또는 공중보건정책은 성공적이었다고 평가해도 좋을 것이다. 얼마나 효율적이었는가는 따로 논의할 과제지만, 건강수준을 올리는 데에 기여한 공중보건의 ‘효과성’은 의심하기 어렵다.⁴⁾

문제는 전체 인구의 건강수준이 같은 정도로 좋아진 것이 아니라

는 점이다. 많은 연구에서 소득, 교육수준, 직업계층, 지역에 따른 건강수준의 불평등이 일관되게 나타난다[2]. 사망과 같은 건강수준 뿐 아니라 흡연, 음주, 운동을 포함한 건강위험요인의 불평등도 뚜렷하다[6]. 건강수준이 좋아지는 것과 달리 불평등의 정도가 감소하지 않는 추세적 경향도 유의할 필요가 있다. 최근 발표된 한 연구에 따르면, 1970년에서 2010년 사이 건강수준이 크게 향상되었는데도 교육수준에 따른 건강 불평등은 악화되거나 정체상태를 보였다[7].

1. 공중보건정책의 목표

건강수준과 그 분포의 추세를 볼 때, 공중보건정책이 형평성을 핵심 과제이자 목표로 포함해야 한다는 것은 분명하다. 이때 형평성은 한편으로 공중보건정책의 내재적(intrinsic) 목적이며, 아울러 공중보건정책을 효과적으로 수행하기 위한 도구적(instrumental) 목적이기도 하다.

건강 불평등 그 자체가 바람직하지 않다고 보면 어떤 사회는 가능한 한 건강수준의 불평등을 줄이려고 노력해야 하고[8], 건강수준에 영향을 미치려는 공중보건정책은 다른 성과에 앞서 형평성 확보 그 자체를 목표로 삼아야 한다(내재적 목적). 건강수준 향상, 인적 자원, 비용, 사회적 효용 등 다른 가치는 모두 이차적, 부수적 목적이 된다.

내재적이되 간접적인 목적도 있는데, Daniels [9]의 주장이 이를 대표한다. 그는 롤즈가 제시한 정의 원칙에 기초를 두고 건강 불평등의 사회적 결정요인들이 정의에 어긋난다고 주장한다. 소득 불평등은 가장 소득이 낮은 사람의 처우가 좋아지는 것이 아닌 한 정당화될 수 없고, 교육은 공정한 기회의 평등(fair equality of opportunity) 원칙이 적용되어야 하며, 정치적 참여(건강의 사회적 결정요인 중 하나이다)에는 기본적 자유가 평등해야 한다는 원칙이 적용될 수 있다. 사회적 결정요인의 결과로 건강 불평등이 나타난다면 결정요인들이 정의에 어긋나기 때문에 그 결과로서의 건강 불평등도 정의롭지 못하다.

도구적 관점에서 공중보건정책은 형평성을 지향해야 한다. 가장 중요한 이유는 불평등이 심해지면 공중보건정책의 효과성과 효율성이 떨어진다는 것이다. 특정 집단을 대상으로 한 공중보건정책은 불평등을 심화할 가능성이 크고, 이는 전체 정책과 프로그램의 효과성을 저하한다. 예를 들어 고위험군에 대한 심혈관질환 예방 프로그램은 불평등을 심화하고 효과성을 떨어뜨린다[10]. 여기서 공중보건정책은 윤리나 가치 때문에 건강 형평성을 목적으로 하는 것이 아니라 프로그램의 효과와 효율에 관심을 둔다.

2. 공중보건정책의 접근방법

공중보건정책의 접근방법에도 형평성을 통합적으로 포함해야

한다. 첫째, 정책과정의 관점에서 필요한 것은 모든 단계와 영역에서 건강 형평성을 고려하는 것이다. 건강 형평성을 체계적으로 고려하는 것을 ‘형평성 렌즈(equity lens)’라 부르기도 하지만[11], 여기서는 좀 더 적극적으로 ‘형평성 주류화(equity mainstreaming)’로 정식화할 것을 제안한다. 주류화는 오랜 기간 젠더 영역에서 활발하게 논의되었던 개념이자 접근법으로[12], 이를 건강 형평성에 적용하면 ‘모든 영역과 모든 수준에 걸쳐 입법, 정책, 프로그램을 포함한 계획된 행동이 서로 다른 사회경제적 집단에 미치는 차별적 영향을 평가하는 과정’이라 정의할 수 있다.

공중보건정책에서 형평성을 주류화하는 것은 정책과정의 모든 단계에서 건강 형평성을 고려하는 것을 뜻한다. 공중보건을 둘러싼 정책의제, 정책형성과 결정, 집행, 평가의 모든 단계에서 서로 다른 사회경제적 집단이 어떤 ‘차별적’ 영향을 받는지 의식하고 판단의 기준에 포함해야 한다. 예를 들어 공중보건정책의 한 요소로 보건교육을 포함한다고 가정하면 교육의 방법과 효과는 소득이나 교육수준에 따라 크게 다르다. 서로 다른 사회경제적 집단(계층이나 계급)을 고려하지 않는 일반적 접근은 정책의 효과와 효율을 감소시킬 수밖에 없다. 보건교육을 기획하고 실행하는 것은 물론 정책의 제부터 평가에 이르는 정책과정의 모든 단계에서 서로 다른 사회경제적 집단의 차이를 고려해야 한다.

건강 불평등에 초점을 둘 때 더 불리한 집단에 개입의 초점을 맞출 것인가 또는 전체 인구집단을 대상으로 할 것인가에 따라 접근 방법과 강조점이 달라진다. 전체 인구집단을 모두 포함하는 접근을 보편주의적(universalist) 접근이라 한다면, 고위험집단이나 빈곤계층 등 더 특정 집단에 초점을 맞추는 접근을 선별주의적(selectivist) 접근이라 할 수 있다.

선별주의적 접근에 비해 보편주의적 접근이 건강 불평등을 줄이는 데 효과적이라는 근거는 많다. 예를 들어 심혈관질환 예방프로그램이나 담배 규제프로그램은 인구집단 전체를 대상으로 하는 것이 상대적으로 불리한 계층만을 대상으로 하는 것보다 불평등을 줄이는 데 더 유리하다는 것이다[10,13].

보편주의적 접근이 불평등을 줄이는 데에 항상 효과적인 것은 아니다. 특히 인구집단 전체를 대상으로 한 사업이 의도와 달리 건강 불평등을 심화할 수 있다[14]. 건강위험요인(예: 흡연이나 고지혈증)은 한 인구집단 내에서 대부분 정규분포를 보이게 되는데, 인구집단 전체를 대상으로 하는 사업은 전체 분포를 바람직한 쪽으로 이동시킬 것으로 기대한다[15]. 문제는 같은 분포를 보이면서 위험요인이 전체적으로 줄어들기보다는 분포 자체가 달라질 수 있다는 점으로, 고위험군의 분포는 그대로이면서 저위험군의 분포가 크게 변화할 수 있다[16]. 흡연을 예로 들면 전체 인구를 대상으로 금연 사업을 할 때 모든 인구집단에서 골고루 효과가 나타나는 것이 아

4) 공중보건의 건강수준 향상에 직접 기여한 정도는 확실하지 않다. 여기서 효과성이란 공중보건의 ‘보편적’ 기여를 전제할 때 한국의 공중보건의 같은 정도로 기여했을 것이라는 의미이다.

나라 흔히 사회경제적 지위가 높은 집단에서 흡연율의 감소효과가 더 크게 나타난다.

보편주의와 선별주의적 접근 사이의 선택은 보건학적 근거는 물론 정치·사회적 조건에 따라 달라진다. 이론적으로는 보편주의적 접근의 효과와 가치를 부인하기 어렵지만, 현실 정책에서는 이념적 지향과 자원의 한계 때문에 선별주의적 접근을 선호하는 경향도 있다[17]. 두 가지 접근방법의 장단점에 대해서는 여전히 논쟁이 진행 중이다. 한정된 자원의 범위 안에서 개입과 투자의 우선순위를 정해야 한다는 선별주의적 접근의 압력에 대하여, 보편주의적 접근을 하되 취약성의 수준이나 필요의 정도에 비례하여 자원을 달리 배분한다는 이른바 ‘비례적 보편주의(proportionate universalism)’를 주장하는 의견도 있다[18].

공중보건정책과 ‘사회적 결정요인’

건강 형평성을 목표로 하는 공중보건정책이 나타내는 가장 두드러진 특성은 정책대상이 흔히 건강, 보건, 의료 영역 바깥에 있다는 점이다. 건강 불평등이 주로 사회적 결정요인에 따라 결정된다면, 건강 형평성을 목표로 하는 공중보건정책은 소득, 교육, 노동, 주거 등 건강 ‘외부’요인들에 개입해야 한다. 전문화, 분업화된 현대 국가와 그 관료체계에서 ‘건강 바깥에서 건강에’ 개입하는 것이 쉽지 않다는 것이 건강 형평성을 지향하는 공중보건정책의 한계이자 고민이다.

1. 근원적(상향식) 접근과 문제별(하향식) 접근

소득과 빈곤, 교육, 노동과 고용 등 건강의 사회적 결정요인이 건강 형평성을 산출 또는 규정한다면, 공중보건정책의 진입지점은 이러한 결정요인과 건강결과를 산출하는 경로와 기제(mechanism)에 초점을 맞추어야 한다.

사회적 결정요인과 건강 형평성 사이의 관계(일종의 인과관계)를 이해하는 데에 도움이 되는 인식방법이 비판적 실재론(critical realism)이다. 비판적 실재론에서 존재는 서로 중복되는 세 영역으로 되어 있다고 보는데, 실재(real) 영역, 현실(actual) 영역, 경험(empirical) 영역이 그것이다[19]. 건강 불평등이 현실 또는 경험 영역에 속한다면 건강결정요인은 실재 영역에 속한다.⁵⁾ 이들은 각각 기제, 사건(event), 경험(experience)과 조응한다. 이 글에서 비판적 실재론을 모두 설명할 수는 없으나, 과학지식이 대상으로 하는 것은 경험 또는 사건들 사이의 인과관계가 아니라 사건과 기제 사이의 인과관계를 밝히는 것임을 강조한다. 또한 비판적 실재론은 기제 사이에 층위(strata)가 있고 이들은 서열을 가지고 있다고 본다.

이러한 인식론을 반영하여 정책개입(중재) 지점을 구분한 것이 Diderichsen과 Hallqvist [20]의 정책모형이다. 건강결과에 직접 영

향을 주는 요인에 개입하는 것이 문제별, 하향식(downstream), 근원(近因, proximal) 접근이라면, 좀 더 근본적 원인에 개입하고자 하는 것이 근원적, 상향식(upstream), 원인(遠因, distal) 접근이라고 한다. 대표적 건강위험요인인 흡연을 예로 들면 개인의 행동이나 습관을 교정하고자 하는 것이 문제별 접근이라면, 흡연의 좀 더 근본적 원인인 사회경제적 상태(빈곤)나 직업 지위에 개입하려는 것이 근원적 접근이다.

이 두 가지 접근방법의 장점과 단점은 명확하게 대비된다. 문제별 접근은 건강문제나 그 결과를 바로 해결할 수 있지만, 효과가 지속되지 않고 건강문제나 불평등이 반복될 가능성이 크다. 해당 인구집단의 크기도 한계가 있다. 안전한 식수가 부족하여 생기는 설사병의 발병을 질병 치료나 가구의 행동 변화(예를 들어 물 끓여 마시기)로 접근하면 개인적, 일시적 문제 해결은 가능하나 집단적, 장기적 해결은 기대하기 어렵다. 이에 비하여 근원적 접근은 문제를 근본적으로 해결할 수 있고 인구집단 전체에 지속적인 효과를 미친다. 예를 들어 빈곤에서 탈피할 수 있으면 빈곤과 연관된 여러 건강문제와 불평등을 근본적으로 해결할 수 있다. 시간이 오래 걸리고 실행하기 어렵다는 것이 근원적 접근이 흔히 갖는 한계로, 건강 불평등을 초래하는 근본원인인 소득 불평등이나 교육 불평등을 완화하는 것은 쉬운 과제가 아니다.

좀 더 실용적으로는 근원적 처방과 문제별 처방의 중간에 위치하는 ‘중간 진입(midstream)’ 전략도 생각할 수 있다. 사회계층별로 어린이 사고 사망률의 불평등이 뚜렷하게 나타나는데, 이 문제를 근원에서 해결하려면 소득 불평등을 감소시키는 것이 정책목표가 되어야 한다. 중간 진입 전략은 교통 안전시설의 지역적 불평등, 주거조건의 차이, 어린이 보호와 돌봄의 불평등에 개입하는 것이다. 여러 가지 가능한 요인 가운데 어떤 요인이 건강 불평등을 초래하는지 그 경로를 밝힐 수 있으면, 중간 진입 지점을 찾을 수 있다.

2. 사회적 결정요인과 공중보건정책의 대상

건강과 보건 ‘외부’ 영역의 문제를 공중보건정책의 과제로 다루는 것은 건강 형평성에만 해당하지 않는다. 사회적 요인들이 건강에 영향을 미친다는 점에서 어떤 공중보건정책도 처음부터 건강과 보건 외부요인들을 고려하지 않을 수 없다. 예를 들어 감염병 관리에서도 소득이나 교육수준 등을 당연히 고려해야 한다. 다만, 근본적으로 건강 불평등에 개입하기 위해서는 건강 내부보다 외부요인을 주로 다루어야 하고, 이는 공중보건정책의 대상과 범위, 접근방법에 대한 문제를 새롭게 그리고 전면적으로 제기한다.

1) 부문 간 협력

건강 형평성을 높이기 위해 사회적 요인 또는 보건 이외의 영역

5) 현실 영역은 사건으로 구성되지만 반드시 관찰할 수 있는 것은 아니다.

에 접근하는 전통적 방법은 부문 간 협력을 통한 것이다[21]. 세계 보건기구가 일차보건의료 전략을 제시하면서 강조한 부문 간 협력이 이에 해당한다. 식수나 영양, 위생 등의 건강결정요인에 영향을 미치기 위해서는 농업, 지역개발, 일반 행정 등의 분야와 협력하는 것이 필수적이다.

이론적인 근거나 필요성과 달리 현실에서 건강 형평성을 위한 부문 간 협력은 쉽지 않다[22,23]. 불평등을 줄이는 데에 미치는 영향은 제한적이며[24], 정책결정이나 집행을 위한 근거도 충분하지 않다. 부문 간 협력을 다룬 대부분 연구는 구체적 방법을 명시하지 않았고 과학적 근거를 산출하는 데에도 미흡했다[25].

부문 간 협력이 쉽지 않은 것은 정부와 정책에서 보건 분야의 위상이 높지 않고 건강과 건강 불평등의 정책적 우선순위가 떨어지기 때문이다. 가장 적극적이고 포괄적인 부문 간 협력에서도 각 분야의 목표가 서로 다르고 정책 참여자의 지식과 이해수준은 일치하지 않는다[26]. 부문 간 협력은 기술적 문제라기보다 정책을 둘러싼 권력의 문제로, 공중보건정책은 다른 정책과의 관계에서 주도권을 갖기 어렵다. 보건정책에서 주장하는 부문 간 협력에 대해 다른 분야(부문)는 이해관계나 동기가 없어서 별 관심을 두지 않는 경우가 많다.

2) 건강영향평가

건강 불평등 관점에서 사회적 결정요인이나 보건 이외의 정책이 건강에 미치는 영향을 평가하는 것이 건강영향평가(health impact assessment)이다. 건강영향평가는 모든 공중보건정책에 적용될 수 있으나, 특히 영향의 차별적 분포 즉 형평성(불평등)에 초점을 맞추는 경우가 많다. 예를 들어 세계보건기구(World Health Organization)의 건강의 사회적 결정요인 위원회(Commission on Social Determinants of Health, CSDH)는 건강영향평가가 중요하다는 것을 강조하고, 특히 형평성에 초점을 맞춘 건강 형평성 영향평가(health equity impact assessment, HEIA)를 적용할 것을 권고한다[27]. HEIA는 사회적 결정요인을 중요한 평가대상으로 하는데, CSDH는 특히 경제협약, 시장 규제, 공공정책, 훈련과 교육 등을 강조했다.

건강 형평성 영향평가의 가치는 많은 사람이 동의하지만, 공중보건정책의 한 실행요소로 포함하기에는 많은 한계가 있는 것도 사실이다[28,29]. 무엇이 건강 형평성 영향평가인지 분명하지 않고 어떻게 수행할 수 있을지도 불확실한 점이 많다. 건강 불평등을 유발하는 사회적 결정요인을 어느 수준까지 다룰지도 합의가 부족하다. 정책결정자, 정치인, 대중들은 흔히 단기적 관점에서 근인(proximal causes)에만 관심을 두는 경향이 있고, 이는 좀 더 근본적인 원인을 탐색하는 것으로 잘 연결되지 않는다. 정책과정 자체를 건강결정요인으로 볼 수 있지만, 건강영향평가는 이를 적절하게 다루기 어렵다는 것도 문제다. 가장 중요한 정책과 정치, 사회적으로 권력의 불균형을 평가대상으로 해야 하지만, 이는 흔히 공중보건정책

의 전통적인 영역을 넘는다.

3) '모든 정책에 건강을 고려하는' 접근

건강 형평성을 지향하는 공중보건정책은 다양한 측면의 경제·사회정책들을 연계하고 기존의 여러 보건정책과 사업을 형평성의 틀로 재구성해야 하는데, 이를 넓은 의미에서 '모든 정책에 건강을 고려하는(Health in All Policies, HiAP)' 접근이라고 부를 수 있다[30]. 이는 또한 '인구집단의 건강과 건강 형평성을 증진하기 위해, 모든 분야에 걸쳐, 정책결정이 보건과 보건체계에 미치는 영향을 고려하고, 협력을 꾀하며, 유해한 영향을 피하고자 하는 공공정책'을 가리킨다[31]. 이런 특성 때문에 앞서 설명한 건강영향평가를 HiAP를 실행하기 위한 공통요소로 보기도 한다.

핀란드를 비롯한 일부 유럽 국가나 오스트레일리아 등이 HiAP의 모범적 사례로 거론되지만, 공중보건정책에 이 원리를 적용하는 데는 과제와 도전이 많다. HiAP가 공중보건정책의 중요 원리가 되기 위해서는 기술적, 실무적으로는 지식과 연구, 인력 등을 확충하고[32], 정책이나 정치적으로는 부문 간 협력을 비롯한 거버넌스가 중요한 것을 부인할 수 없다[33].

정치적 의지가 뒷받침되지 않으면 이런 접근이 어렵다는 것이 가장 중요한 도전이다. 부문 간 협력이 쉽지 않은 이유와 마찬가지로, 정부와 정책에서 건강과 보건의 우선순위가 높지 않으면 다른 정책에 건강을 고려한다는 것은 보건 부문의 일방적 주장이나 희망으로 끝날 가능성이 많다. 다른 정책에서 건강을 고려할 이해관계와 동기가 크지 않으면, 건강에 초점을 두는 접근은 정치적 의지가 얼마나 강하가에 크게 의존한다.

공중보건정책에서 건강 형평성의 주류화

건강 형평성 정책의 형성과정은 흔히 일련의 실천 스펙트럼으로 설명하는데, 측정에서 시작하여 문제인식, 관심, 행동, 단독 프로그램, 구조적 발전, 포괄적 정책의 순으로 발전한다[34]. 이런 과정에 비추어보면 한국에서 건강 형평성 정책이 차지하는 위치는 실천 스펙트럼의 초입부에 머물러 있다고 할 것이다. 주로 연구를 중심으로 형평성에 대한 관심과 지식이 늘었다고 하지만, 문제의 진단, 인식, 처방, 의제화가 모두 늦은 상태인 것을 부인하기 어렵다[2,3]. 특히 진단, 즉 문제가 생기는 경로를 포함해서 현상을 파악하고 이해하는 것조차 충분하지 않다. 이런 상황에서 건강 형평성을 중심으로 한 공중보건정책을 정책의제로 하기 위해서는 선형적(linear) 실천 스펙트럼의 전체 범위에서 진입지점을 찾아야 하며, 특히 정치적 접근을 통한 '의제화' 자체가 중요하다.

1. 세계보건기구의 권고

세계보건기구 CSDH는 2008년에 보고서에서 세 가지 총괄 권고

와 16개 영역에 걸친 56개의 권고를 제시했는데, 한국의 공중보건 정책에도 그대로 적용될 수 있다[27]. 이들 권고는 구체적인 정책내용이라기보다는 원론적 접근방법을 제시한 것으로, 앞서 언급한 형평성 주류화와 분리될 수 없다.

보고서의 핵심이랄 수 있는 3대 총괄 권고는 포괄적이고 통합적인 중재(개입, intervention)를 강조한다. 첫째 권고는 건강 불평등을 해결하기 위해 일상적 삶의 조건을 개선하라는 것으로, 여기서는 건강위험요인에 불평등하게 폭로되는 것과 피폭자가 가진 취약성을 개선하는 보편적 접근전략을 강조한다. 구체적인 방법과 정책으로는 삶의 평등한 출발, 건강한 공간 만들기, 공정한 고용과 관참은 일자리, 생애과정에 걸친 사회적 보호, 보편적 보건의료서비스 등을 포함한다.

둘째 권고는 권력, 돈, 자원의 불공평한 분포를 개선해야 한다는 것으로, 이는 좀 더 근본적인 요인에 대한 개입과 중재를 가리킨다. 건강 형평성을 모든 정책과 사업에 통합시키기, 공정한 자원조달, 시장의 책임성, 젠더 형평성, 정치적 역량 강화, 양질의 국제 거버넌스 등을 망라하고 있다.

세 번째 권고는 문제를 측정하고 이해하며, 활동/중재의 영향을 평가해야 한다는 것이다. 건강 형평성을 성취하는 것은 어렵고 복잡한 과제이므로, 관행이나 의견, 직관이 아니라 과학적 근거가 필요하다. 과학적으로 문제해결에 접근하기 위해서는 먼저 문제를 정확하게 파악하고 이해하여야 한다.

이들 권고를 정책으로 전환하기 위해서는 우선 건강 형평성에 접근하는 인식과 문제 설정의 지평을 넓혀야 한다. 세계보건기구의 보고서가 지적하는 것처럼 개인과 집단의 건강은 사회적 결정요인에서 자유롭지 않고 건강 불평등은 그런 성격이 더욱 강하다. 이는 문제의 원인을 탐구하는 데에 그치는 것이 아니라 중재와 정책대안을 모색하는 데에도 적용된다. 소득, 교육, 노동과 고용, 주거, 물리적 환경, 지역사회, 정치·사회적 참여 등 건강 불평등에 관련되는 여러 요인들에 대해 개별 영역을 넘는 포괄적(comprehensive) 접근이 필요하다.

한국 공중보건정책의 현실로는 이들 권고와 이에 바탕을 둔 정책을 바로 실천하기 어렵다. 특히 칸막이식 접근, 섹터별 구분, 전문영역별 정책으로는 공중보건정책이 사회적 결정요인을 직접 다루는 것은 불가능하다. 부문 간 협력이나 건강영향평가, '모든 정책에 건강을 고려하는 접근'도 구호로 그칠 공산이 크다. 공중보건정책이 이들 권고를 실천하기 위해서는 공중보건정책의 목표와 범위를 다시 정해야 하고, 정책과 정치의 우선순위를 높이는 것이 시급하다.

2. 건강 형평성의 정책의제화

사회적 가치로서의 건강과 보건의료는 여전히 우선순위가 낮고, 그 중에서도 건강 형평성은 더하다. 공공 정책과 민간 부문이 크게 다르지 않고, 그 영향 때문이겠지만 언론, 학술과 연구 등에서도 마

찬가지다.

어떤 사회문제가 정책의제가 되지 않는 것을 설명하는 이론 가운데 건강 형평성 정책을 잘 설명하는 것이 무의사결정(non-decision making) 이론이다. 사회적 문제와 갈등이 의제가 되지 않게 또는 어떤 의제가 공식적인 정책의 장으로 진입하지 못하게 권력이 작동한다는 것이 무의사결정 이론의 핵심이다. 다르게 표현하면 무의사결정이란 '지배적 가치, 허용된 게임의 법칙, 집단 간에 존재하는 권력관계, 그리고 강제할 수단 등을 따로 또는 함께 동원하여, 불만이 발전해 결정이 필요한 완전한 문제가 되지 않도록 효과적으로 저지하는 것'을 가리킨다[35].

이 이론에 따르면 건강 불평등과 같은 문제는 잠재적 상태로 남고, 권력의 이해관계를 거스르기 때문에 정책과정으로 진입하지 못한다[36]. 무의사결정은 다양한 형태로 나타날 수 있는데, 정책결정과정 자체에 참여하려는 요구를 강압적으로 막는 것이 가장 기본적이고 중요하다. 정책과정 내에서는 특정 문제나 집단을 내버려 두거나 무시하는 방법으로 무의사결정이 이루어지는데, 건강 불평등이 정책의제가 되기 어려운 가장 중요한 이유라 할 것이다.

Lukes [37]는 무의사결정에서 한 걸음 더 나아가 자발적으로 자신의 이해에 반하는 방향으로 행동하게 하는 권력이 있다고 주장했다. 구조주의 권력이론에 따르면 이는 주체가 스스로 '내면화'하는 권력으로, 사회적 이데올로기, 정보 통제, 관습 등을 통해 작동한다. 주체는 흔히 권력의 작동을 인식하지 못한 채 가치와 문화, 담론을 수용하고 스스로 선택하고 판단한 것처럼 자발적으로 행동한다. 사회경제적으로 불리한 집단이 건강문제를 개인의 책임이라 믿고 사회적 결정요인에 개입하는 건강 형평성 정책에 우호적이지 않은 것을 이런 권력이 작동한 결과로 해석할 수 있다.

건강 형평성이 정책의제가 되기 어려운 이유가 이런 권력이 작동한 결과라면, 정책의제로 만들기 위한 방법은 '대항 권력'을 형성하고 실천하는 것이다. 여기서 대항 권력은 '현재의 제도 속에 존재하는 유력한 집단과 엘리트의 권력 우위를 감소시키거나 무력화하는 여러 다양한 과정'을 가리킨다[38]. 정치적으로는 정당, 조합, 사회운동 등이 대항 권력을 위한 매체가 될 수 있으나, 건강 형평성의 정책의제화에는 이보다 더 넓은 범위의 대항 권력을 생각할 수 있다. 예를 들어 건강 불평등에 대한 지식 생산과 유통, 교육을 통한 인식 확대, 프로그램과 사업의 정당성 제시 등이 대항 권력을 형성하는 진입 지점이 될 수 있을 것이다.

3. 사회적 결정요인에 대한 이해와 지식

세계보건기구가 권고하는 것과 같이, 건강 형평성과 사회적 결정요인을 넓고 정확하게 이해하는 것은 그 자체로 중요한 정책목표다. 지식과 과학적 근거 생산은 측정과 이해, 영향 평가를 모두 포함한다. 문제를 이해하고 영향을 평가하는 것은 이론적 의미에 그치는 것이 아니라 문제해결을 위한 실질적 기반을 제공한다.

어린이의 사고 사망을 예로 들어보자. 어린이가 사고로 사망할 가능성은 저소득층일수록 그리고 저소득 지역일수록 더 높는데, 이것만으로는 사망을 줄이기 위해 무엇을 해야 하는지 명확하지 않다. 안전시설 때문인지, 부모와 가정이 이유인지, 교육과 보육이 중요한지, 어린이 돌보기와 관련되는지 잘 알 수 없다. 이 상태에서는 경험과 직관에 의존해야 하고 그것만으로 효과적이고 구체적인 조치를 취하기 어렵다. 결과를 초래하는 경로와 기제를 정확하게 이해해야 비로소 어느 지점에서 개입하여 무엇을 고칠지 찾을 수 있다.

지식은 지식으로 끝나지 않고 정책의제에 영향을 미치는 일종의 ‘권력’이 될 수 있다는 점이 중요하다. 예를 들어 한국에서 건강 형평성이 정책의제가 되는 과정에는 국제, 국내적으로 생산된 과학적 지식이 중요한 역할을 했다.

결 론

건강 형평성은 사회정의의 가치이자 지속적인 사회발전을 위한 중요 과제로, 공중보건정책은 물론 사회정책과 건강정책 전반이 핵심 목표로 삼을 수밖에 없는 과제다. 특히 건강 불평등은 사회 불평등이 몸으로 드러난 것으로, 공중보건정책은 여러 사회적 결정요인과 그것의 불평등한 분포에 개입하여야 한다. 공중보건정책은 규범적, 원론적 지향성을 토대로 해야 하지만 동시에 튼튼한 정책적 기반을 필요로 한다.

첫째, 공중보건정책의 범위와 내용을 다시 정의하는 것이 필요하다. ‘새로운’ 공중보건정책은 사회적 결정요인에 개입하는 프로그램과 사업을 모두 포함해야 한다. 이는 보건이나 보건정책의 범위를 무한정 넓히겠다는 ‘건강 제국주의(health imperialism)’의 발상이 아니라, 공중보건정책의 접근방법에 대한 새로운 관점이다. 또한 보건 이외 다른 정책이나 부문과 협력하기 위해 정책의제를 설정하고 주도권을 갖는 정치적 실천이기도 하다.

둘째, 건강 불평등의 현황과 추세를 종합적으로 파악해야 한다. 건강 불평등에 대한 논의와 정책이 활발한 국가들은 대부분 현황과 전망을 종합적으로 분석하는 데서 사회적 논의를 출발했다. 1980년 출간된 영국의 블랙리포트(Black Report)나 2008년 세계보건기구 CSDH의 보고서는 이러한 접근의 효과를 잘 보여준다. 한국에서도 개별 연구자들이 각종 자료를 활용하여 연구결과를 산출해 왔으나, 이들 연구는 소규모, 단편적인 것이 대부분이다. 문제의 크기와 양상을 전체적으로 정확하게 보이기 위해서는 새로운 국가사업이 필요하다. 기존의 연구성과를 모두 모으고, 새로운 연구와 분석을 통하여 필요한 결과를 만들어내며, 이를 바탕으로 추세를 분석하고 미래를 전망하는 것이 여기에 포함된다. 체계적이고 종합적인 통계도 필요하다.

국가사업의 한 요소로 포함되는 것이 건강 불평등을 완화하는

국가 목표를 세우는 것이다. 이는 과학적인 근거에 기초하여 가능한 정책의 종류와 개입의 방식을 추출하고 경제, 노동, 교육, 사회, 보건의료 등 다양한 분야를 망라하는 포괄적인 정책목표를 세우는 것을 의미한다. 여러 제약조건 때문에 당장 정확한 정책목표를 세우는 것은 쉽지 않을 것이나, 중기적으로 국가 목표를 세우고 여기에 맞추어 정책과 사업을 개발하고 체계화하는 것은 반드시 필요하다.

셋째, 시민사회의 역할 강화가 중요하다. 건강 형평성은 정치·사회적 의제로서의 성격이 강한데다, 건강 형평성과 관련한 사회적 결정요인들에는 시민사회가 깊이 개입할 수밖에 없다. 소득과 빈곤, 노동, 교육, 주거, 환경 등이 모두 마찬가지다. 국가와 시민사회의 협력을 넘어 시민사회가 국가에 영향을 미치는 권력강화적(empowering) 관점이 중요하다[38].

마지막으로, 건강 불평등, 나아가 여러 사회 불평등을 완화하는데 필요한 불평등 정책 거버넌스를 정립해야 한다. 행정부 구조만 해도 불평등을 종합적으로 다루는 별도의 조직이나 위원회가 건강 불평등을 정책의제화하고 부문 간 협력을 강화하는 데에 도움이 될 것이다. 건강 불평등, 소득 불평등, 사회적 배제(social exclusion), 빈곤, 양극화 등은 서로 연관되어 있어 기존의 분야별 정책을 넘나드는 수평적, 통합적 접근이 필요하다.

REFERENCES

- Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 1992;22(3):429-445. DOI: <https://doi.org/10.2190/986-lhq6-2vte-yrnn>.
- Kim CY, Kim MH, Lee TJ, Sohn JI. Inequality in health: a Korean perspective. Seoul: Seoul National University Press; 2015.
- Kim CY. Health inequity and its implication. In: Lee JW, Lee CG, editors. *Inequality in Korea and welfare state*. Seoul: Humanitas; 2015.
- Wilkinson RG, Pickett K. *The spirit level: why greater equality makes societies stronger*. New York (NY): Bloomsbury Press; 2010.
- World Health Organization. *World health statistics 2016*. Geneva: World Health Organization; 2016.
- Kim YM, Jung-Choi K. Socioeconomic inequalities in health risk factors in Korea. *J Korean Med Assoc* 2013;56(3):175-183. DOI: <https://doi.org/10.5124/jkma.2013.56.3.175>.
- Bahk J, Lynch JW, Khang YH. Forty years of economic growth and plummeting mortality: the mortality experience of the poorly educated in South Korea. *J Epidemiol Community Health* 2016 Oct 5 [Epub]. DOI: <https://doi.org/10.1136/jech-2016-207707>.
- Veatch RM. Justice and the right to health care: an egalitarian account. In: Bole TJ, Bondeson WB, editors. *Rights to health care*. Dordrecht: Kluwer Academic; 1991. pp. 83-102.
- Daniels N. *Just health: meeting health needs fairly*. New York (NY): Cambridge University Press; 2008.
- Capewell S, Graham H. Will cardiovascular disease prevention widen health inequalities? *PLoS Med* 2010;7(8):e1000320. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000320>.
- World Health Organization. *Health in All Policies (HiAP) framework for*

- country action. Geneva: World Health Organization; 2014.
12. United Nations Economic and Social Council. Mainstreaming the gender perspective into all policies and programmes in the United Nations system: agreed conclusions [Internet]. New York (NY): United Nations; 1997 [cited 2016 Nov 30]. Available from: <http://www.un.org/womenwatch/osagi/pdf/ECOSOCAC1997.2.PDF>.
 13. Thomas S, Fayer D, Misso K, Ogilvie D, Petticrew M, Sowden A, et al. Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: systematic review. *Tob Control* 2008;17(4):230-237. DOI: <https://doi.org/10.1136/tc.2007.023911>.
 14. Health Disparities Task Group of the Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health and Health Security. Reducing health disparities-roles of the health sector: discussion paper. Ottawa (ON): Public Health Agency of Canada; 2004.
 15. Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol* 1985;14(1):32-38. DOI: <https://doi.org/10.1093/ije/14.1.32>.
 16. Frohlich KL, Potvin L. Transcending the known in public health practice: the inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. *Am J Public Health* 2008;98(2):216-221. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.114777>.
 17. Carey G, McLoughlin P. The powerful pull of policy targeting: examining residualisation in Australia. *Crit Public Health* 2014;26(2):147-158. DOI: <https://doi.org/10.1080/09581596.2014.973018>.
 18. Carey G, Crammond B, De Leeuw E. Towards health equity: a framework for the application of proportionate universalism. *Int J Equity Health* 2015;14:81. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0207-6>.
 19. Collier A. Critical realism: an introduction to Roy Bhaskar's philosophy. London: Verso; 1994.
 20. Diderichsen F, Hallqvist J. Social inequalities in health: some methodological considerations for the study of social position and social context. In: Arve-Pares B, editor. *Inequality in health: a Swedish perspective*. Stockholm: Swedish Council for Social Research; 1998. pp. 25-39.
 21. Public Health Agency of Canada, World Health Organization. Health equity through intersectoral action: an analysis of 18 country case studies. Ottawa (ON): Public Health Agency of Canada; 2008.
 22. Lawn JE, Rohde J, Rifkin S, Were M, Paul VK, Chopra M. Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. *Lancet* 2008;372(9642):917-927. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61402-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61402-6).
 23. Stead D. Institutional aspects of integrating transport, environment and health policies. *Transp Policy* 2008;15(3):139-148. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tranpol.2007.12.001>.
 24. Ndambe-Eyoh S, Moffatt H. Intersectoral action for health equity: a rapid systematic review. *BMC Public Health* 2013;13(1):1056. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1056>.
 25. Chircop A, Bassett R, Taylor E. Evidence on how to practice intersectoral collaboration for health equity: a scoping review. *Crit Public Health* 2014;25(2):178-191. DOI: <https://doi.org/10.1080/09581596.2014.887831>.
 26. Van Der Wel KA, Dahl E, Bergsli H. The Norwegian policy to reduce health inequalities: key challenges. *Nordic Welf Res* 2016;1(1):19-29.
 27. World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2008.
 28. Parry J, Stevens A. Prospective health impact assessment: pitfalls, problems, and possible ways forward. *BMJ* 2001;323(7322):1177-1182. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7322.1177>.
 29. Povall SL, Haigh FA, Abrahams D, Scott-Samuel A. Health equity impact assessment. *Health Promot Int* 2014;29(4):621-633. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapro/dat012>.
 30. Kim MH, Lee J. Current status of policy developments in tackling health inequalities and the next steps to be taken in Korea. *J Korean Med Assoc* 2013;56(3):206-212. DOI: <https://doi.org/10.5124/jkma.2013.56.3.206>.
 31. Leppo K, Ollila E, Pena S, Wismar M, Cook S. Health in All Policies: seizing opportunities, implementing policies. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, Finland; 2013.
 32. Wernham A, Teutsch SM. Health in all policies for big cities. *J Public Health Manag Pract* 2015;21 Suppl 1:S56-S65. DOI: <https://doi.org/10.1097/PHH.000000000000130>.
 33. Stahl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K. Health in All Policies: prospects and potentials. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, Finland; 2006.
 34. Whitehead M. Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective. *Milbank Q* 1998;76(3):469-492. DOI: <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00099>.
 35. Ham C, Hill M. The policy process in the modern capitalist state. Brighton: Wheatsheaf Books; 1986.
 36. Walt G. Health policy. London: Zed Books; 1994.
 37. Lukes S. Power: a radical view. 2nd ed. New York (NY): Palgrave Macmillan; 2005.
 38. Wright EO. Envisioning real utopias. London: Verso; 2010.