

건강의 사회적 결정요인과 다부문협력을 통한 건강증진

2013년 보건행정학회 추계학술대회
부산 파라다이스호텔

정혜주

고려대학교 보건과학대학 보건행정학과

고려대학교대학원 보건과학과 BK21PLUS 인간생명-사회환경 상호작용 융합사업단

건강의 사회적 결정요인

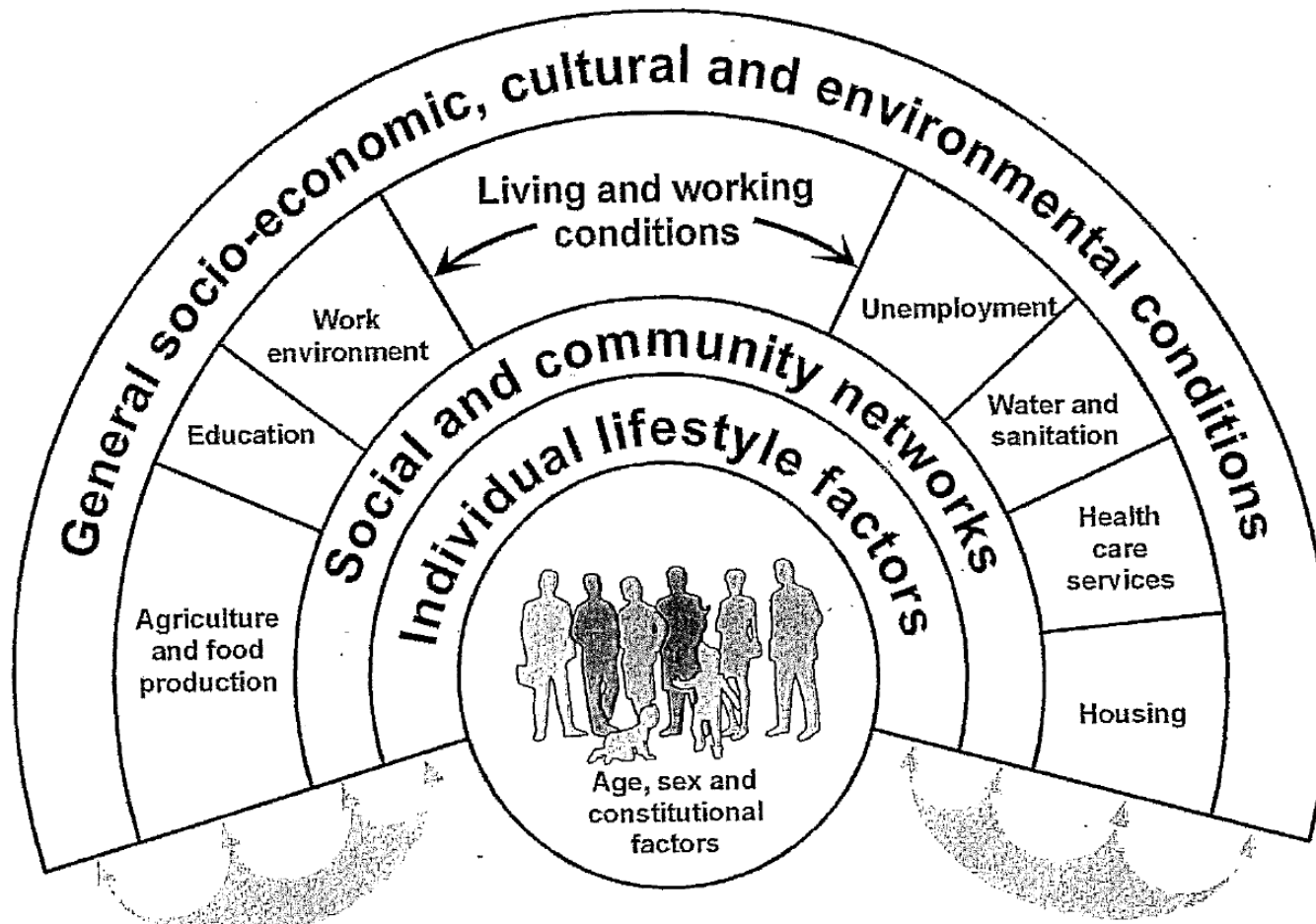
건강의 사회적 결정 요인



WHO Commission on Social Determinants of Health

http://www.who.int/social_determinants/en/

- 건강의 사회적결정요인은 사람들이 태어나고, 자라며, 살고, 일하고, 나이드는, 보건의료시스템을 포함하는, 조건(conditions)
- 이것은 세계적, 국가적, 지역적 수준에서 돈과 권력, 자원의 분배에 따라 결정. 이러한 분배는 또한 정책적 선택에 의해 영향을 받음
- 건강의 사회적 결정요인이 건강형평성의 대부분을 결정함
- 건강불형평성: 국가 내와 국가 간에 관측되는 부당하고 회피가능한 건강수준의 차이



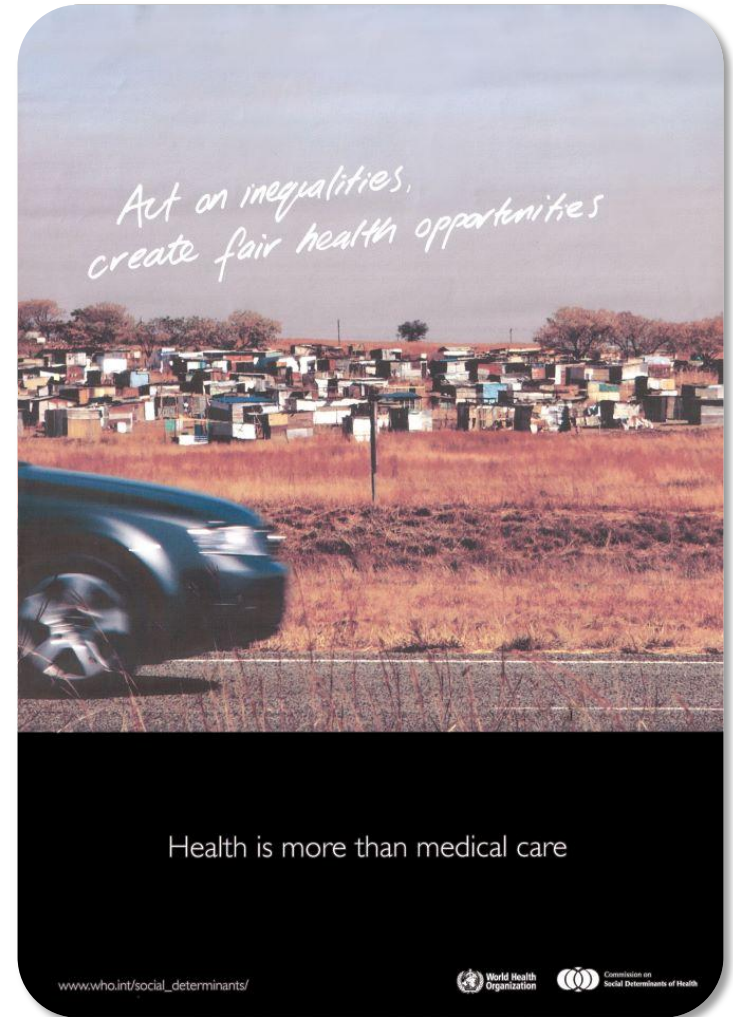
건강의 주요 결정요인

Dahlgren and Whitehead 1991

건강의 사회적결정요인위원회 (계속)

The WHO Commission on Social Determinants of Health (CSDH)'s three overarching recommendations:

- Improve daily living conditions
- Tackle the inequitable distribution of power, money, and resources
- Measure and understand the problem and assess the impact of action





Better Health:

An analysis of public policy and programming
focusing on the determinants of health and
health outcomes that are effective in achieving
the healthiest populations

CNA/CHSRF series of reports to inform the CNA National Expert Commission
The Health of Our Nation – The Future of Our Health System: Paper 1

June 2012

Dr. Carles Muntaner
University of Toronto
Bloomberg Faculty of Nursing
Edwin Ng
University of Toronto
Dalla Lana School of Public Health
Haejoo Chung
Korea University
Department of Healthcare Management

Canadian Health Services Research Foundation



chsr.ca

검토한 문헌의 특징 (표B1)

		연구 수	전체 중 비율
주제	소득	65	59.6
	식량 불안정성	6	5.5
	주거	9	8.3
	사회적 배제	11	10.1
	복수의 사회적 결정요인	18	16.5
출판 년도	1985-1989	1	0.9
	1990-1994	3	2.8
	1995-1999	7	6.4
	2000-2004	27	24.8
	2005-2009	45	41.3
	2010-2011	26	24.9
연구 설계	Ecological	7	6.4
	Cross-sectional survey	53	48.6
	Longitudinal survey	10	9.2
	Case-Cohort	11	9.2
	Cohort	28	25.7
다수준 설계	아니오	100	91.7
	예	9	8.3
표본 추출 과정	대표성/확률적	63	57.8
	편의적	46	42.2

		연구 수	전체 중 비율
표본의 크기	$n < 100$	2	1.8
	$100 \leq n < 200$	6	5.5
	$200 \leq n < 1,000$	12	11.0
	$N \geq 1,000$	89	81.7
연구 지역	국가	43	39.5
	주	39	35.8
	시	27	24.8
연령	성인	87	79.8
	아동	17	15.6
성	노인	5	4.6
	남녀	94	86.2
	남	2	1.8
종속 변수	여	13	11.9
	신체적 건강	44	40.4
	정신건강과 의료서비스 접근성/ 사용	21	19.3
	정신건강	9	8.3
	암	8	7.3
	기타	27	24.8

문헌 검토 결과 요약 (표B2)

사회적 결정요인	연구 수 (해당 결정요인에서의 비율)				
	긍정적 효과	부정적 효과	효과 없음	혼합 효과	계
소득	2 (3.1)	48 (73.9)	9 (13.9)	6 (9.2)	65 (100)
식량 불안정성	0	6 (100.0)	0	0	6 (100)
주거	0	8 (88.9)	0	1 (11.1)	9 (100)
사회적 배제	3 (27.3)	5 (45.5)	1 (9.1)	2 (18.2)	11 (100)
복수의 사회적 결정요인	0	15 (83.3)	0	3 (16.7)	18 (100)
전체	5 (4.6)	82 (75.2)	10 (9.2)	12 (11.0)	109 (100)

건강과 정치: 우리가 알고 있는 것

- Democracy – is it beneficial ?
 - Micro and macro consistency
 - But ...counter-examples and lack of historical and social context
- Social Democracy – is it beneficial?
 - Averages, policy congruence (Lundberg 08)
 - But...counter examples, depends on outcome,
 - With inequality less clear
 - Mixed findings in multi-level studies

Results: Findings of Empirical Studies

Political Themes	Positive n (%)	Negative n (%)	Mixed n (%)	Total (n)
Democracy	21 (80.8)	3 (11.5)	2 (7.7)	26
Globalization	1 (16.7)	4 (66.7)	1 (16.7)	6
Political Tradition	9 (90.0)	1 (10.0)	0	10
Welfare State	19 (61.3)	1 (3.2)	11 (35.5)	31
Total: n (%)	50 (68.5)	9 (13.7)	14 (19.2)	73 (100)

Muntaner et al. *Sociol Health and Illness* 2011

복지국가 지출

- “the provision by public (and private) institutions of benefits to, and financial contributions targeted at, households and individuals in order to provide support during circumstances which adversely affect their welfare.”
- Includes spending related to:
 - family support programmes (such as preschool education, child care, and maternity or paternity leave),
 - old age pensions and survivors benefits,
 - health care,
 - housing (such as rent subsidies),
 - unemployment benefits,
 - active labour market programmes (to maintain employment or help the unemployed obtain jobs), and support for people with disabilities.

스웨덴과 스페인

Spain

Average Labour Market Protection: \$88 per head



Sweden

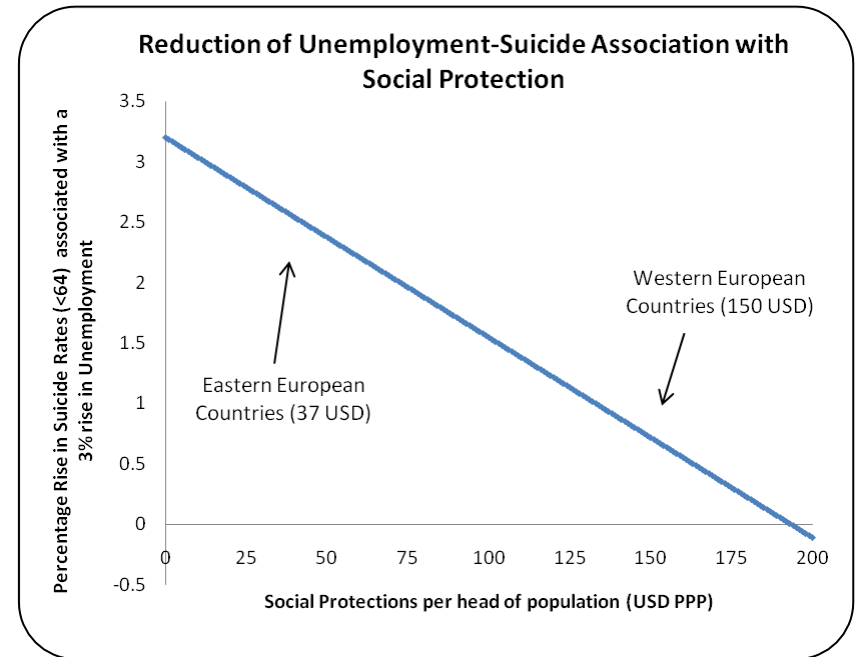
Average Labour Market Protection: \$362 per head



복지지출의 자살률에 대한 영향

Each 100 USD greater social spending reduced the effect on suicides by:

- 0.38%, active labour market programmes
- 0.23%, family support
- 0.07%, healthcare
- 0.09%, unemployment benefits



국가간 비교

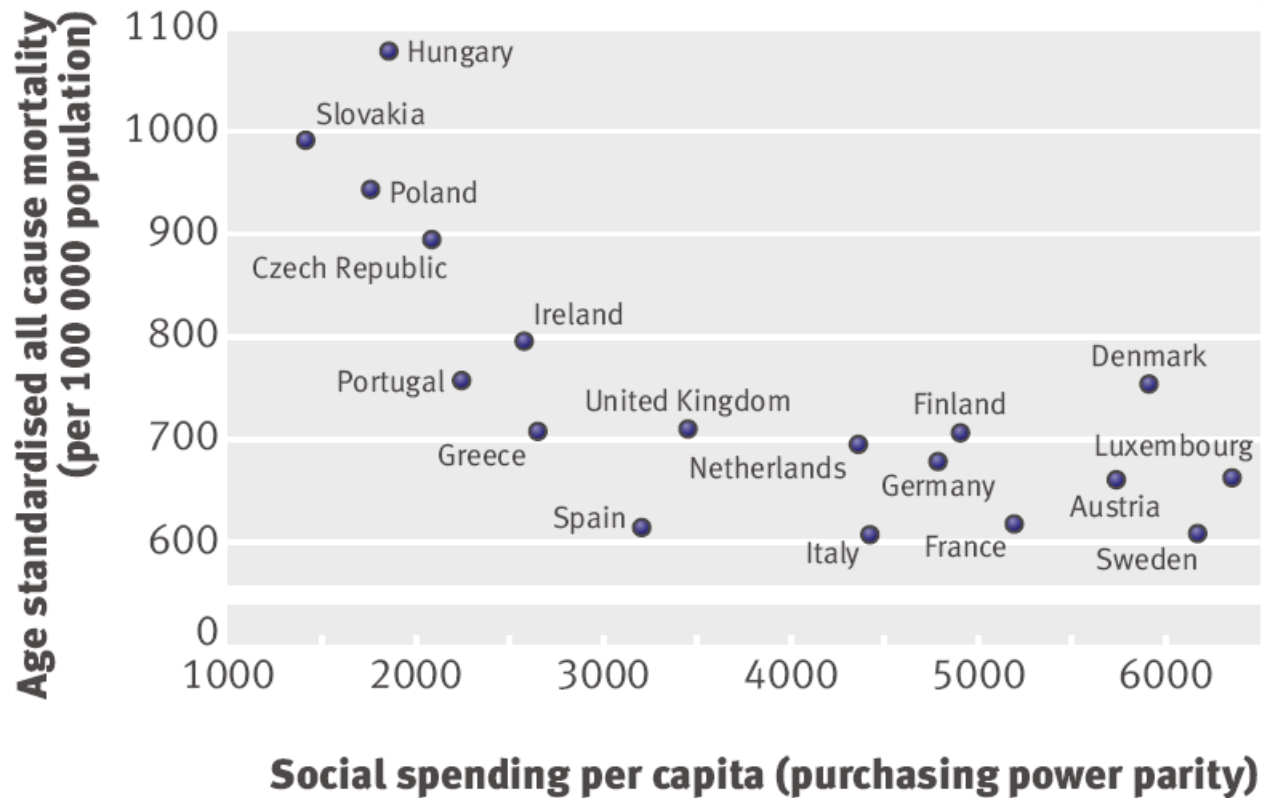
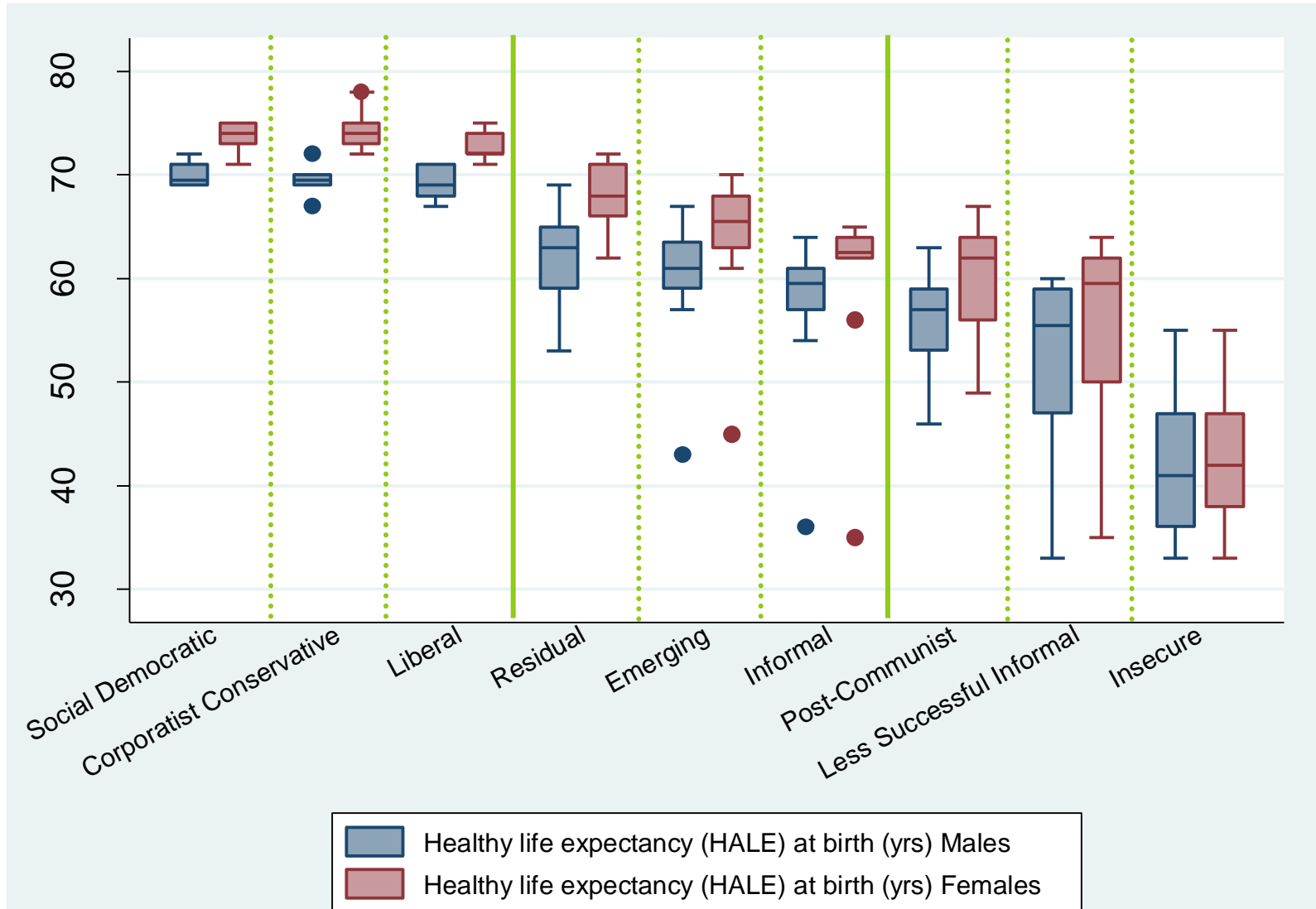


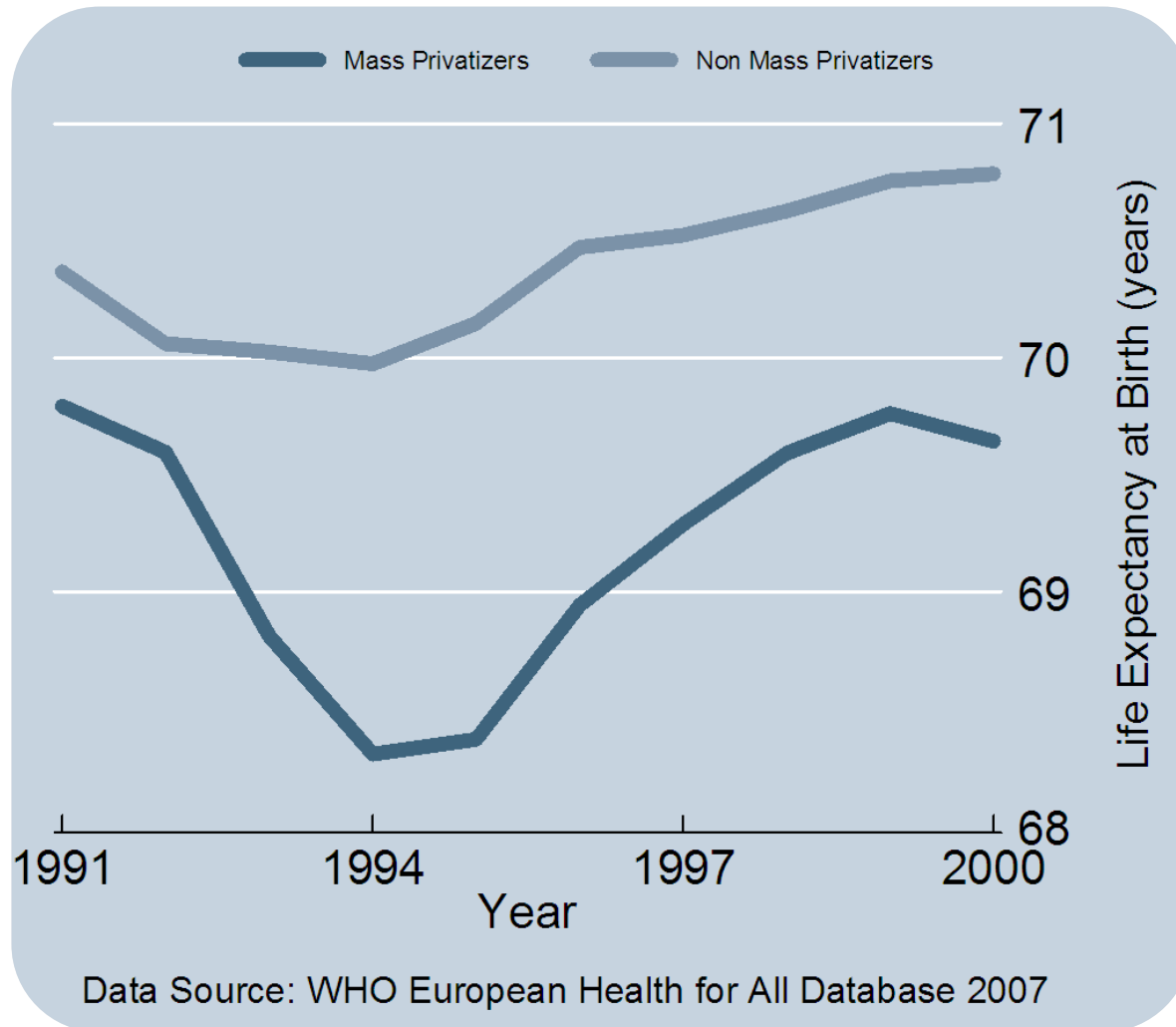
Fig 1 | Relation between social welfare spending and all cause mortality in 18 EU countries, 2000

Healthy Life Expectancy over Labor Market clusters

(Muntaner et al BMC 2012)



Mass Privatization and Life Expectancy in Postcommunist countries



요약

- 건강의 사회적 결정요인이라는 관점은 기존의 생의학적 모델을 뛰어넘는 사회적 관점을 우리에게 제시함
- 따라서 건강문제의 해결은 ‘의료’로 국한되지 않으며, 다양한 부문의 협력을 통해서만 이루어질 수 있음
- 이는 ‘건강증진’이라는 개념에 매우 잘 나타나 있음

건강증진과 다부문협력

건강증진

- 사람들을 그들의 건강과 그 결정요인에 대한 통제력(control)을 높이도록 함으로써 건강을 개선하는 과정
- The process of enabling people to increase control over their health and its determinants, and thereby improve their health (WHO, Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World, 2005)

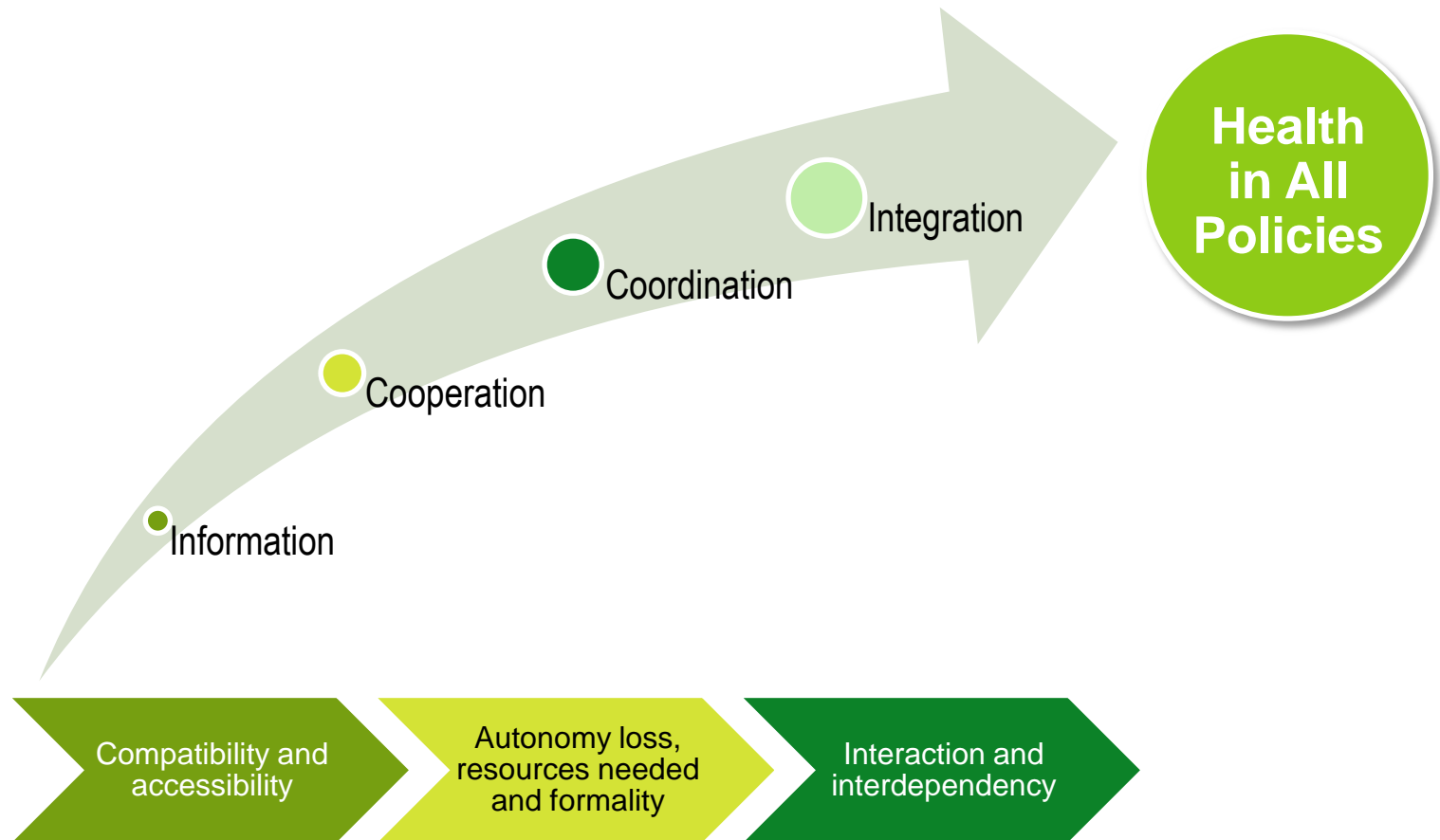
건강증진과 건강을 위한 다부문협력

- 건강의 사회적 결정요인적 관점에서 건강에 영향을 미치는 영역은 보건의료시스템으로 한정되지 않으며,
건강증진은 국가 및 지역사회 개발의 측면에 연관되는 사회적, 경제적 부문들과의 공동적인 노력을 통해서만 가능
(WHO/UNICEF, 알마-아타 선언, 1978)
- 건강증진을 위한 오타와선언 (1986)
 - 건강에 좋은 공공정책을 수립 (Build Healthy Public Policy)
 - 협력적인 환경을 창출 (Create Supportive Environments)
 - 지역사회 활동을 강화 (Strengthen Community Actions)
 - 개인적 기술 개발 (Develop Personal Skills)
 - 보건의료서비스 재정립 (Reorient Health Services)

건강을 위한 다부문 협력 (계속)

- <건강증진을 위한 오타와 헌장>에서는 또한 건강 증진을 위해서는 건강부문(보건의료시스템)만의 노력으로는 불가능하며 다양한 부문과 행위자들의 공통의 노력이 필요함을 재확인
- ‘건강을 위한 다부문 협력’을 더 발전시켜 건강한 공공정책 (healthy public policy)라는 개념을 제시
- “새로운 공중보건은 따라서 모든 공공정책이 공공의 건강적 이해를 고려해야 한다고 주장한다. (The new public health thus asserts that all public policies should take into account the health interests of the public.)” (Milio 1988)

건강을 위한 다부문 협력



Ministry of Health, Social Services, and Equality (2012). *Methodological Guide to Integrate Equity into Health Strategies, Programmes and Activities*. Madrid: Government of Spain

보건정책에 관련된 다부문위원회 (interdepartmental committees)

- 1904년 영국의 Interdepartmental Committee on Physical Deterioration ([Soloway & Soloway, 1990](#))
 - Boer War에 필요한 건강한 병사를 징집하기 위해 다부문 위원회가 처음 만들어짐
 - 이후 어린이 건강과 학교 급식 등에 관한 정책을 논의하는 기구가 됨
- 미국의 Interdepartmental Committee on Nutrition for National Defense ([Rosenberg, 2005](#))
 - 냉전을 도와준 동맹국들 중 한국과 대만, 중국과 같이 영양분을 충분히 공급받지 못하는 국가들을 지원하기 위함
 - 국민의 영양상태 및 비타민에 대한 연구를 진행하는 기구로 발전정부의 다양한 부처간 협력을 통해 시너지효과를 발생
- 부처간의 분열을 막을 수 있었으며
- 자원과 인력의 불필요한 중복사용을 방지할 수 있게 됨

건강을 위한 다부문협력의 종류

- 다부문위원회
- 공동예산책정
- 민관협력

다부문위원회(Interdepartmental committee)

- 부처간의 충돌을 최소화
- 각 부처에 책임을 적절히 분배
- 남호주 - ExComm이라 불리는 Executive Committee of Cabinet을 세우고 SASP(South Australia's Strategic Plan)을 추진 ([Cohn, 2013](#))
 - 증가하고 있는 건강 비용, 고령자들의 부담, 만성질환 등의 문제를 해결
 - 국민의 건강에 영향을 미치는 경제, 환경, 커뮤니티, 웰빙, 교육, 혁신 등 다양한 부문의 협력
- 프랑스 2004년 Public Health National Committee(CNSP)
 - 국민의 건강, 특히 질병 예방에 관한 부처간 협력을 도모
 - 경제, 환경, 지역사회, 웰빙, 교육, 혁신 등의 분야를 모두 포함
 - 이 위원회에 참여하고 있는 부처로는 보건, 사회, 교육, 대학, 보안, 안보, 법, 경제 및 환경 등

공동예산책정 (joint budgeting)

- 여러 부문의 정부 부처가 공동으로 예산을 책정
- 부처간 이해도를 높이고 서로 중복되는 업무영역을 제거하여 비용을 줄임
- 자신의 부처의 이해만 중시하는 문제를 해결
- 오스트리아 비엔나시 sALTo
 - 공동예산 프로젝트
 - 2006년 11월- 2008년 5월
 - Vienna City Department for Urban Planning 주도
 - 고령 인구의 삶의 질과 이동성, 건강 향상
 - 26만유로의 예산을 지방정부와 건강부처에서 공동으로 조달
 - 도시관리부문, Viennese health promotion agency, 외부 계약자들과 지역 정책 입안자, NGO와 주민들이 함께 프로젝트를 계획
 - 보건부처와 도시계획부처의 파트너십으로 인해 높은 수준의 시너지 효과를 발휘

민관협력 (PPPs, Public-Private Partnerships)

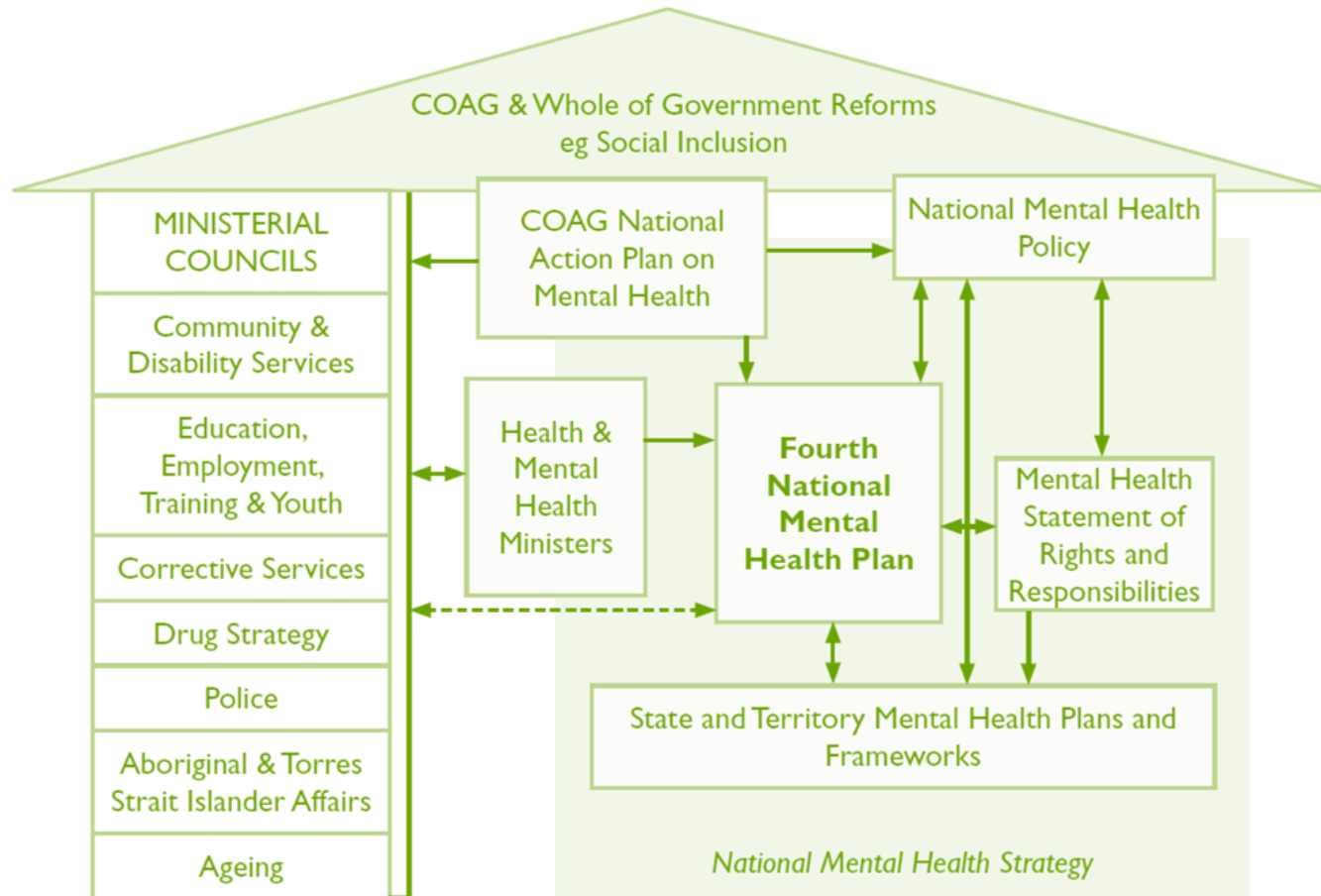
- 스웨덴 Vision Zero ([Whitelegg & Haq, 2006](#))
 - 1997년 10월
 - 도로안전대책
 - 사망이나 장애를 일으킬 수 있는 심각한 도로 교통사고를 방지
 - 교통부처뿐 아니라 법률, 환경, 건강, 교육과 관련된 부처들이 참여
 - 민간기업과 시민사회와의 파트너십을 체결
 - 디자이너들은 도로를 안전하게 설계했고, 경찰은 속도 위반이나 음주운전, 안전벨트 착용 등을 점검했으며, 민간/공공 조직들은 직원들이 안전 운행 수칙을 따르고 있는지를 증명할 책임이 부여. 환경 부처에서는 과격한 운전을 방지함으로써 불필요한 연료 소비 및 가스 배출을 막도록 하였고 응급서비스 제공자와 보건 부처는 적절하고 신속한 대응 관리를 통해 사망률과 장애 발생률을 낮춤
 - 이러한 다각적인 노력들은 큰 성공 - 도로교통 사고로 인한 사망률을 기존의 3분의 1로
 - 스웨덴의 도로가 세계에서 가장 안전하다는 평가

건강불평등성 감소를 위한 정책 (노르웨이)

	사회개혁 Upstream	위험(risk) 감소 Midstream	효과 감소 Downstream
보편적 수단	교육, 조세, 노동시장 정책 등에 대한 공적 시스템	노동 및 주거 환경, 광범위한 라이프스타일 수단 등	보건의료시스템
선택적 수단	자산조사에 기반한 사회보장 등	선별적인 라이프스타일 수단 등	선별적인 보건의료시스템

- The Intervention Map gives strategic entry points for policies in the whole stream of causes combining universal and selective approaches.
- The point is to pay attention to all the six cells on the map as entry points for policy.

호주 정신보건법의 범정부 전략



Fourth National Mental Health Plan and its relationship to the National Mental Health Strategy and a whole of government approach

요약

- 건강의 결정요인을 ‘사회적’으로 사고한다면 이들에 대한 개입을 위해서는 ‘전정부적’ 전략이 적절함
- 이를 위해서 다부문협력위원회를 포함한 다양한 범부처 및 민관 협력기구들이 만들어져 운영되어 왔으며 상당한 성과를 거두고 있음

잠정적 결론

한국의 건강증진

- 보건학의 기본적인 모델은 생의학적 모델, 행태적 모델, 그리고 정치경제학적 모델이 있으나 한국의 건강증진 모델은 주로 생의학적이며, 행태는 운동, 영양, 금연, 절주로 패키지화되어 있음
- 개념적으로는 건강의 사회적 결정요인이 올바르나 이를 특히 구체적인 정부 내의 체계나 지역사회 내 건강증진 사업과 연결지어 내는 것은 쉽지 않음.
 - 이는 한편으로 선례가 많지 않기 때문이기도 하지만,
 - 다른 한편으로는 부문화되어 있는 현재의 행정체계 때문에 더욱 ‘보건적인 것’을 주로 고려해야 하는 상황 때문이기도 함.

다부문협력의 예와 함의

- 우리나라 그룹홈 프로젝트: 주거? 마을개발?
- 베네수엘라의 미시온 로빈슨과 미시온 밀라그로: 교육? 건강?
- 스리랑카의 농업정책: 산업? 건강?
- 비정규적 노동계약의 건강적 함의: 노동? 건강?

건강형평성에 대한 함의

- 한국의 건강형평성 연구는 주로 불형평성의 탐구에 집중하고 있었으며 최근 개입연구가 시작되고 있음
- 건강증진의 영역을 보자면, 보건소에서 시행되는 접근이 상대적으로 생의학적인 데에 비해 지역사회에서 다양한 주체들에 의해 실지로 이루어지고 있는 건강증진사업은 좀더 참여적이고 다부문적인 노력이 지속되어왔음
- 지역에서의 역량강화를 중심으로 하는 건강증진사업과 이를 제도화하는 건강에 좋은 공공정책이 결합될 때 지속가능한 건강증진사업이 가능할 것이며 건강형평성 강화도 가능할 것임

보건학과 건강정책의 재정립

- 보건은 예방의학의 하위분야가 아니라 증진-예방-치료-재활을 포함하는 건강의 모든 차원을 다루는 학문으로 원래 위치를 되찾을 필요가 있음.
- 건강정책은 의료보장을 좀더 큰 틀에서 다시 사고할 필요가 있으며, 그 영역을 재정립할 필요가 있음. 이는 건강정책의 '터'를 다시 확립하고 확장하는 작업임
- 건강정책은 미시에서 거시까지의 개입지점을 확인하고, 이들 간의 공동행동을 재정립할 필요가 있음

결론

- 건강의 문제는 의료의 문제로 환원되지 않으며 다양한 사회적 결정요인들에 의해 나타남
- 이러한 사회적 결정요인에 대한 효과적이고 효율적인 개입을 위해서는 다부문의 협력이 절대적임
- 부문이 중심이 아니라 해결하고자 하는 건강문제를 중심으로 하는 다수준적, 범부처적인 다부문적 구조를 이용하여 자살 등의 건강문제를 다시 사고하는 형태의 개입을 고민해볼 필요가 있음