



**【책임연구자】**

정영호 한국보건사회연구원 선임연구위원

**【주요 저서】**

국민건강정책의 건강영향평가

한국보건사회연구원, 2018(공저)

시스템 접근을 통한 보건의료재정 분석 및 전망

한국보건사회연구원, 2017(공저)

**【공동연구진】**

고속자 한국보건사회연구원 연구위원

최슬기 한국보건사회연구원 부연구위원

연구보고서 2019-05

**건강영향평가 사업 운영**

- 건강영향평가 도입 및 인프라 구축을 위한 정책과제

발행일 2019년 10월

저자 정영호

발행인 조흥식

발행처 한국보건사회연구원

주소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370  
세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)

전화 대표전화: 044)287-8000

홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>

등록 1994년 7월 1일(제8-142호)

인쇄처 고려씨엔피

## 발간사 <<

한국보건사회연구원은 2008년도에 건강영향평가 사업을 운영하기 시작하였으며, 다양한 영역에 걸쳐 건강영향평가를 수행하였고, 시범사업 및 지침 개발, 데이터베이스(DB) 구축을 중심으로 사업을 운영해 왔다. 2008년부터 2017년까지 시범사업을 중심으로 하여 의료, 복지, 교통, 환경 등에 집중하였고, 전반적인 건강영향평가를 위한 지침 개발과 DB 시스템 운영에 대한 내용을 중심으로 연구를 수행하고 있다.

최근에 사회의 모든 측면에서 격차의 확대가 우려되고 있으며, 정책·사업이 국민의 광범위한 의미에서의 건강에 어떤 영향을 미치는지를 다양한 각도에서 평가하여 좋은 영향은 극대화하고 부작용은 최소화하기 위한 도구인 건강영향평가(HIA: Health Impact Assessment)가 개발되어 세계 각국에 확산되고 있다. 모든 사회경제적 변화에 따라 국민의 건강성과가 어떻게 변화하게 되는지 검토하는 정책의 사전 평가가 요구되며, 이와 관련하여 모든 부처에 종합적으로 건강영향평가 적용 방안에 대한 타당성, 체계성 등이 요구된다. 이에 본 연구에서는 새로 추진되는 신규 정책이나 사업에 대한 사전적 건강영향평가(prospective health impact assessment) 또는 기존의 정책이나 사업에 대한 사후적 건강영향평가를 수행하여 각 제도 또는 정책이 건강에 미치는 영향을 평가하고자 하였다.

본 연구에서는 주요 외국의 건강영향평가제도를 소개하고 건강영향평가 가이드라인 사례를 제시하여 건강영향평가의 단계별 수행 절차, 보고서 작성법 등 실제 건강영향평가를 수행하기 위한 자료를 제공하고자 하

였다. 그리고 사후적 건강영향평가의 일환으로 노인 일자리 사업에 대한 건강영향평가를 수행하였으며, 빈곤과 건강의 관계를 살펴보면, 빈곤으로 인해 건강 수준이 취약해지고, 이는 다시 소득감소로 이어지는 경로 속에서 현재 수행하고 있는 근로장려제제가 건강에 미치는 영향을 중심으로 건강영향평가를 하였다. 이를 통해 건강영향평가를 건강의 사회적 결정 요인에 대한 평가로 보고, 건강불평등을 완화할 수 있는 사회정책과 사회정책의 도입에서 필요한 건강영향평가 방법, 지역사회에서의 건강영향평가 등의 측면에서 정책과제를 제시하였다.

일반적으로 건강영향평가에서는 다양한 건강 문제 중에 문제 크기가 증가하고 있거나 사회적 파급효과가 클 것으로 예상되는 문제를 예측하고, 사전 예방 효과가 큰 사업의 우선순위를 도출함으로써 국민의 건강수명을 향상시키고 동시에 건강 격차를 감소시키는 데 기여하고자 한다. 본 보고서가 향후 건강영향평가사업 수행과 연구에 일조하기를 기대한다.

본 보고서는 본원의 정영호 선임연구위원과 고숙자 연구위원, 최슬기 부연구위원이 공동으로 작성하였다. 연구를 수행하는 데 귀중한 조언을 해 준 연세대의 남은우 교수, 본원의 김동진 연구위원, 그리고 익명의 평가자들에게 감사를 표한다.

2019년 10월

한국보건사회연구원 원장

조 흥 식

# 목 차

Abstract .....	1
요 약 .....	5
<b>제1장 서 론 .....</b>	<b>9</b>
제1절 연구의 필요성 및 목적 .....	11
<b>제2장 국외 건강영향평가 체계 현황 .....</b>	<b>27</b>
제1절 외국의 건강영향평가 제도 .....	29
제2절 건강영향평가 체계 문헌 고찰 .....	32
제3절 외국의 건강영향평가 가이드라인 .....	45
<b>제3장 노인 일자리 사업에 대한 건강영향평가 .....</b>	<b>67</b>
제1절 노인의 근로활동과 건강과의 관계 .....	69
제2절 노인 일자리 사업의 개요 .....	73
제3절 노인 일자리 사업이 건강에 미치는 영향 분석 .....	79
<b>제4장 근로장려세제에 대한 건강영향평가 .....</b>	<b>89</b>
제1절 빈곤과 건강의 관계 .....	91
제2절 연구 방법 .....	100
제3절 분석 결과 .....	102

---

<b>제5장 건강영향평가 도입을 위한 정책과제</b> .....	<b>119</b>
제1절 건강영향평가 도입 방안 .....	121
제2절 건강영향평가 도입을 위한 인프라 구축 방안 .....	127
<b>참고문헌</b> .....	<b>135</b>

## 표 목차

〈표 1-1〉 건강 결정 요인 사례	13
〈표 1-2〉 건강영향평가의 정의	15
〈표 1-3〉 한국보건사회연구원 건강영향평가(HIA) 사업의 연도별 수행 내용	17
〈표 1-4〉 한국보건사회연구원 건강영향평가(HIA) 사업의 연도별 수행 내용: 계속	18
〈표 1-5〉 외국의 건강영향평가 제도 현황	21
〈표 1-6〉 정책 심층 평가를 위한 분석 방법 사례	25
〈표 2-1〉 건강영향평가 수행 동향의 문헌 고찰을 위한 검색 전략	35
〈표 2-2〉 건강영향평가의 문헌 고찰의 틀과 결과 요약	36
〈표 2-3〉 건강영향평가 문헌 고찰 결과	40
〈표 2-4〉 건강불평등영향평가 사례: 스코틀랜드 ‘1주일에 한번 걷기 (Walk Once a Week: WoW)’ 프로젝트	52
〈표 3-1〉 65세 이상 적용 인구 및 진료비 지출 현황	69
〈표 3-2〉 노인 일자리 사업 근거	74
〈표 3-3〉 노인 일자리 사업 내용: 2019년	75
〈표 3-4〉 노인 일자리 사업 예산 지원 기준: 2019년	76
〈표 3-5〉 노인 일자리 및 사회활동 지원 사업 신청 제외자	76
〈표 3-6〉 노인 일자리 사업 연혁	77
〈표 3-7〉 노인 일자리 사업 실적 현황: 2018년	78
〈표 3-8〉 노인 일자리 사업 참여 현황	79
〈표 3-9〉 노인 일자리 사업의 건강영향 분석	80
〈표 3-10〉 노인 일자리 사업 참여 가구원 수	80
〈표 3-11〉 노인 일자리 사업 참여 가구원의 특성: 성별, 60세 이상	81
〈표 3-12〉 노인 일자리 사업 참여 가구원의 특성: 연령별, 60세 이상	81
〈표 3-13〉 노인 일자리 사업 참여 가구원의 사업 참여 지속성	82
〈표 3-14〉 노인 일자리 사업 참여 가구원의 특성: 만성질환별, 60세 이상	82
〈표 3-15〉 노인 일자리 사업 참여 가구원의 특성: 연간 외래 방문 횟수, 60세 이상	83

〈표 3-16〉 노인 일자리 사업 참여 가구원의 특성: 주관적 건강 상태 및 건강 만족도	83
〈표 3-17〉 노인 일자리 사업 참여가 외래 이용에 미치는 영향	84
〈표 3-18〉 노인 일자리 사업 참여가 주관적 건강 수준에 미치는 영향	85
〈표 3-19〉 노인 일자리 사업 참여가 건강행태관리에 미치는 영향	86
〈표 3-20〉 노인 일자리 사업 참여가 가족관계 및 사회적 관계 만족도에 미치는 영향	87
〈표 4-1〉 소득 지원 정책이 건강에 미치는 영향	94
〈표 4-2〉 근로장려세제 제도의 연혁	96
〈표 4-3〉 소득 유형별 근로장려금 지급 현황	98
〈표 4-4〉 근로장려세제 수급 가구 분포	98
〈표 4-5〉 근로장려금 지원 제도의 건강영향 분석	101
〈표 4-6〉 근로장려세제 수급 가구 분포	102
〈표 4-7〉 근로장려세제 수급 가구의 가구원 수 분포	103
〈표 4-8〉 근로장려세제 수급 가구의 가구원 수: 18세 이상	103
〈표 4-9〉 근로장려세제 수급 가구원의 특성: 주관적 건강 상태, 18세 이상	104
〈표 4-10〉 근로장려세제 수급 가구원의 특성: 건강 만족도, 18세 이상	105
〈표 4-11〉 근로장려세제 수급 가구원의 특성: 직무 만족도, 18세 이상	105
〈표 4-12〉 근로장려세제: 패널로짓분석, 가구주 기준	106
〈표 4-13〉 근로장려세제: 패널로짓분석, 가구주 기준	107
〈표 4-14〉 근로장려세제: 패널로짓분석, 가구주 기준	108
〈표 4-15〉 근로장려세제: 패널회귀분석	109
〈표 4-16〉 근로장려세제: 패널회귀분석	110
〈표 4-17〉 근로장려금이 주관적 건강 수준에 미치는 영향: 패널로짓분석	111
〈표 4-18〉 근로장려금이 건강 만족도에 미치는 영향: 패널로짓분석	112
〈표 4-19〉 근로장려금이 가족관계에 미치는 영향: 패널로짓분석	113
〈표 4-20〉 근로장려금이 사회관계 만족도에 미치는 영향: 패널로짓분석	114
〈표 4-21〉 근로장려세제와 금연 확률의 관계: 패널로짓분석	115
〈표 4-22〉 근로장려세제와 위험음주의 관계: 패널로짓분석	116

## 그림 목차

[그림 1-1] 한국보건사회연구원 건강영향평가(HIA) 사업 운영의 개요 .....	20
[그림 1-2] 연구 내용 및 방법 .....	23
[그림 4-1] 건강과 빈곤의 흐름 .....	92
[그림 4-2] 건강 성과와 소득의 관계 .....	93
[그림 4-3] 근로장려세제의 개편 모형: 2018년 .....	97
[그림 5-1] 건강영향평가의 절차 .....	123
[그림 5-2] 건강영향평가의 방법 및 세부 내용 .....	125
[그림 5-3] 사회적 요인에 대한 건강영향평가 .....	127
[그림 5-4] 평가 프로세스 .....	129



---

## Abstract <<

### **Health Impact Assessment** : Policy tasks of introducing Health Impact Assessment and building infrastructure

Project Head: Jung, Young-Ho

There are concerns about widening disparities in all aspects of society. Health Impact Assessment (HIA) has been developed and disseminated around the world. HIA assesses from various angles how policy and business impact the general public's health in a broad sense. HIA is a tool for maximizing positive impacts and minimizing negative impacts.

A prospective policy assessment is required of how public health outcomes will change in response to all socio-economic changes. Also, a coherent and systematic health impact assessment is required across-the-board for all relevant ministries. Therefore, this study attempts to conduct prospective health impact assessments on new policies and projects and retrospective HIA on existing policies and projects.

The Korea Institute for Health and Social Affairs (KIHASA) has been working on health impact assessment projects since 2008. KIHASA conducts health impact assessments on a variety of fields. Its research work in HIV involves implementation of pilot projects, development of guidelines, and DB construction

for healthcare, social welfare, transportation and environment.

In contrast to the qualitative assessment that has been generally known so far, a method that applies to the guidelines for assessment of health effects has been used, but unlike this, this study considers social health determinants among health determinants. A detailed assessment of the policy was made, applying a quantitative assessment centered on income and employment policies that could be done. We investigated mainly policy issues for introducing health impact assessment.

In Chapter 2, we introduced the health impact assessment system of major foreign countries through previous research and presented examples of health impact assessment guidelines. The guidelines presented in this study provided step-by-step procedures for health impact assessment, how to write reports, and so on, to provide materials for conducting actual health impact assessments.

In Chapter 3, health impact assessments were conducted with a focus on Senior Employment Project. There is a previous study that the labor activity of the elderly has a positive impact not only on income but also on health. In particular, policy assessment was conducted thoroughly on the impact on health as well as the income of the elderly in Senior Employment Project.

In Chapter 4, we looked at the relationship between poverty and health, and conducted a health impact assessment focusing on the health impact of earned income tax credit (ETIC) cur-

rently being implemented in the path leading to a weak health level due to poverty and a decline in income. went.

In Chapter 5, we looks at the health impact assessment as an assessment of social determinants of health. Social policies that can alleviate health inequalities and health impact assessment methods necessary for the introduction of social policies, Policy issues were presented in aspects such as health impact assessment.

In general, in the health impact assessment, the size of the problem among various health problems is increasing, or health problems that are expected to have a large social ripple effect are predicted, and priority is given to projects that have a large preventive effect. Deriving rankings will try to contribute to improving the healthy life expectancy of the people and at the same time reducing the health disparity.

It is an important issue how to build strategies and logical models for measures against health disparities, including various measures such as social policies. The logical model is a model that clearly describes the relationship with intermediate results and explains specific policy interventions in order to achieve the final goal of the policy. When considering measures for health inequality, it is important to consider whether the cause of the health inequality is a measure that can reduce the gap by considering several paths.

In order to effectively assess the health effects, rather than

#### 4 건강영향평가 사업 운영-건강영향평가 도입 및 인프라 구축을 위한 정책과제

formulating an assessment plan after the project has been implemented, communication with stakeholders in the business is required at the project planning stage to confirm the logical model / theory of change. It is desirable to build a model with various subject related to health impact assessments need to work together to promote measures to disseminate impact assessment systematically. When conducting a health impact assessment, the following consideration options are mainly needed.

\* key words: Health impact assessment (HIA), Policy assessment, Senior employment project, Earned income tax credit (EITC)

## 1. 연구의 배경 및 목적

최근에는 사회의 모든 측면에서 격차의 확대가 우려되고 있으며, 정책·사업이 국민의 광범위한 의미에서의 건강에 어떤 영향을 미치는지를 다양한 각도에서 평가하여 좋은 영향은 극대화하고 부작용은 최소화하기 위한 도구인 건강영향평가(HIA: Health Impact Assessment)가 개발되어 세계 각국에 확산되고 있다. 모든 사회경제적 변화에 따라 국민의 건강 성과가 어떻게 변화하게 되는지 검토하는 정책의 사전 평가가 요구되며, 이와 관련하여 모든 부처에 종합적으로 건강영향평가 적용 방안에 대한 타당성, 체계성 등이 요구된다. 이에 본 연구에서는 새로 추진되는 신규 정책이나 사업에 대한 사전적 건강영향평가(prospective health impact assessment) 또는 기존의 정책이나 사업에 대한 사후적 건강영향평가를 수행하여 각 제도 또는 정책이 건강에 미치는 영향을 평가하고자 한다.

한국보건사회연구원은 2008년도에 건강영향평가 사업을 운영하기 시작하였으며, 다양한 영역에 걸쳐 건강영향평가를 수행하였고, 시범사업 및 지침 개발, 데이터베이스(DB) 구축을 중심으로 사업이 운영되어 왔다. 2008년부터 2017년까지 시범사업을 중심으로 하여 의료, 복지, 교통, 환경 등에 집중하였고, 전반적인 건강영향평가를 위한 지침 개발과 DB 시스템 운영에 대한 내용을 중심으로 연구를 수행하였다.

지금까지는 일반적으로 알려진 정성평가를 통하여 건강영향평가의 가이드라인에 적용하는 방식이 수행하였으나, 이외는 달리 본 연구에서는

건강 결정 요인 중에 사회적 건강 결정 요인이라 할 수 있는 소득 및 일자리 정책을 중심으로 정량평가를 적용하여 정책 심층 평가를 수행하였다. 그리고 건강영향평가를 도입하기 위한 정책과제를 중심으로 살펴보았다.

## 2. 주요 연구 내용 및 방법

본 연구의 제2장에서는 선행연구를 통하여 주요 외국의 건강영향평가 제도를 소개하고, 건강영향평가 가이드라인 사례를 제시하였다. 본 연구에서 제시한 가이드라인들은 건강영향평가의 단계별 수행 절차, 보고서 작성법 등으로, 이를 통해 실제 건강영향평가를 수행하기 위한 자료를 제공하고자 하였다.

제3장에서는 노인 일자리 사업을 중심으로 건강영향평가를 수행하였다. 노인의 근로활동이 소득뿐 아니라 건강에 긍정적인 영향을 준다는 선행연구가 있으며, 특히 노인 일자리 사업이 노인의 소득뿐 아니라 건강에 미치는 영향에 대해 정책 심층 평가를 수행하였다.

제4장에서는 빈곤과 건강의 관계를 살펴보면서, 빈곤으로 인해 건강 수준이 취약해지고, 이는 다시 소득감소로 이어지는 경로 속에서 현재 수행하고 있는 근로장려제도가 건강에 미치는 영향을 중심으로 건강영향평가를 하였다.

제5장에서는 건강영향평가를 건강의 사회적 결정 요인에 대한 평가로 보고, 건강불평등을 완화할 수 있는 사회정책과 사회정책의 도입에서 필요한 건강영향평가 방법, 지역사회에서의 건강영향평가 등의 측면에서 정책과제를 제시하였다.

[요약그림 1] 연구 내용 및 방법

구분	연구 내용	연구 방법
선행연구 고찰	· 건강영향평가의 개념과 선행연구 · 건강의 결정 요인 사례 · 국내 건강영향평가 사례	· 선행연구 · 국내 사례 문헌 고찰
해외 사례	· 국외 건강영향평가 제도 사례: 국가제도의 특성별 · 국외 건강영향평가 가이드라인 사례	· 문헌 고찰
정책 심층 평가(I)	· 노인의 근로활동과 건강에 대한 선행연구 · 노인 일자리 사업의 개요 · 노인 일자리 사업에 대한 건강영향평가	· 문헌 고찰 · 패널분석
정책 심층 평가(II)	· 빈곤과 건강에 대한 선행연구 · 근로장려세제의 개요 · 근로장려세제에 대한 건강영향평가	· 문헌 고찰 · 패널분석
정책과제	· 건강영향평가 도입 방향 · 건강영향평가 도입을 위한 정책과제	

### 3. 건강영향평가를 위한 정책과제

일반적으로 건강영향평가에서는 다양한 건강 문제 중에 문제 크기가 증가하고 있거나 사회적 파급효과가 클 것으로 예상되는 문제를 예측하고, 사전 예방의 효과가 큰 사업의 우선순위를 도출함으로써 국민의 건강 수명을 향상시키고 동시에 건강 격차를 감소시키는 데 기여하고자 한다.

사회정책 등 다양한 시책을 포함한 건강 격차 대책에 대해 격차의 전략 과 논리 모델을 어떻게 구축할 것인지는 중요한 문제이다. 논리 모델은

## 8 건강영향평가 사업 운영-건강영향평가 도입 및 인프라 구축을 위한 정책과제

정책의 최종 목표를 실현하기 위해 중간적인 성과와의 관계를 명시하고 밖으로 구체적인 정책 개입을 설명하는 모델이다. 건강 격차를 감소시킬 대책을 마련하는 데 있어 건강 격차가 발생하는 원인과 경로를 고려하는 것은 중요한 검토 사항이다.

건강영향평가를 효과적으로 수행하기 위해서는 사업을 실시한 후 평가 계획을 세우는 것이 아니라, 사업 계획 단계에서 논리 모델과 변화 이론을 확인하기 위해 이해 관계자와 소통하면서 모형을 구축하는 것이 바람직하다고 할 수 있다. 건강영향평가와 관련된 다양한 주체가 연계하여 계획적이고 일관성 있게 영향평가의 보급을 위한 대책을 추진해 나갈 필요가 있다. 그리고 건강영향평가를 수행할 때 다음과 같은 고려 사항에 대한 대안이 필요하다.

- ① 평가 담당자에 의한 건강영향평가의 의의와 필요성에 대한 이해도 향상
- ② 건강영향평가 방법에 대한 이해도 향상
- ③ 건강영향평가를 위한 표준 방법과 지표 등의 수단(도구) 개선
- ④ 평가 방법을 발전시키는 토대가 되는 용어의 정의 정비 및 관련 자료 지원
- ⑤ 평가를 실시하는 인력 확보
- ⑥ 평가 비용의 부담과 지원

\* 주요 용어: 건강영향평가, 정책평가, 노인 일자리 사업, 근로장려세제

제 1 장

서론

제1절 연구의 필요성 및 목적



## 제1절 연구의 필요성 및 목적

### 1. 연구 필요성

최근에는 모든 측면에서 격차의 확대가 우려되고 있으며, 정책·사업이 국민의 광범위한 의미에서의 건강에 어떤 영향을 미치는지를 다양한 각도에서 평가하여 좋은 영향은 극대화하고 부작용은 최소화하기 위한 도구인 건강영향평가(HIA: Health Impact Assessment)가 개발되어 유럽 국가를 중심으로 세계 각국에 확산되고 있다. 또한 사람들의 건강은 의료 기술과 보건의료정책뿐만 아니라 고용, 교육, 주택, 환경, 경제 등 다양한 분야의 정책에 의해 크게 영향을 받게 된다. 그러나 보건의료정책 이외의 정책 분야에서 건강에 대한 배려를 요구하는 기회는 제한되어 있다. 그래서 특히 보건의료정책 이외의 정책 분야에서 건강의 배려를 요구하는 사회적 메커니즘으로 HIA가 발전해 오고 있다.

건강영향평가는 건강을 지표로 한 정책평가 방법의 하나이며, 1990년 초부터 EU 국가를 중심으로 유럽에서 실시되기 시작했다. HIA는 제안된 정책 사업에 의해 발생할 수 있는 건강영향과 건강 관련 요인(건강의 사회적 결정 요인)의 변화에 영향을 받는 집단과 집단의 특성의 차이에 의한 잠재적 영향의 차이를 사전에 예측·평가함으로써 건강영향에 대한 편익을 증진하고 또한 불편익을 극소화하기 위한 일련의 과정과 방법론이라 할 수 있다. 건강 격차가 사회 문제가 되고 있는 요즘, HIA는 건강 격

차의 감소를 목적으로 하고 있으며, 정책 및 사업에 대해 사전에 건강의 사회적 결정 요인에 착안하여 실시해야 하는 평가 방법이다. 건강의 사회적 결정 요인에 대한 대응은 보건의료 정책의 범위에 머물지 않고, 보건의료 이외의 다양한 영역에 수행하는 정책 분야에서의 평가가 필수적이라 할 수 있다.

HIA의 이론적 기원은 두 개의 영역으로부터 시작된 것으로 알려져 있다(Kemm J, Parry J, Palmer S., 2008). 하나는 영향평가, 특히 환경영향평가(Environmental Impact Assessment: EIA)이며, 다른 하나는 정책 효과와 건강을 증시하는 도시정책(Healthy Public Policy: HPP)이다. 환경영향평가(EIA)는 1970년대 초반에 미국에서 시작하였다. 국가 환경정책으로 법·제도화된 미국에서는 인간 활동과 환경과의 조화를 도모하기 위한 수단으로 환경평가의 방법이 만들어졌고, 정부의 다양한 단계에서의 의사 결정에 환경영향평가가 적용되어 왔다.

현재 우리나라에서 시행되고 있는 건강영향평가는 환경영향평가제도(환경부)의 틀 내에서 실시되고 있다. 이는 개발 사업의 시행으로 발생하는 오염물질에 대한 환경 유해 인자(대기질, 악취, 수질, 소음)가 건강에 미치는 영향을 대상으로 하고 있다. 또한, 개발 사업자가 사업 계획을 제출하면, 이에 대한 평가를 실시하는 구조로 되어 있어, 엄밀한 의미에서의 건강영향평가라고 보기 어려우며, 단순히 환경 유해 인자의 평가라 할 수 있다.

현재의 환경부에서 수행하고 있는 건강영향평가는 아래의 표에서 제시하고 있는 건강에 영향을 미치는 요소 중에서 '물리적 환경'만을 중점으로 하여 평가하고 있는 실정이며, 다양한 건강 결정 요인에 대한 고려가 부족한 상황이다. 즉, 건강에 영향을 미치는 요인으로 개인의 유전적 요인 이외에 고용, 교육, 복지수당, 지역사회 네트워크, 문화, 생활방식, 범

최 노출 수준, 공공 서비스, 여가 등과 같이 다양한 영역에서의 사회정책적 요인들이 포함되며, 물리적 환경 이외에 다양한 사회·경제·정책적 요인에 대한 건강영향평가가 이루어져야 할 필요가 있다.

〈표 1-1〉 건강 결정 요인 사례

범주	건강 결정 요인 사례
생물학적 요소	연령, 성, 유전적 요소
개인적/가족 환경 및 생활 습관	가족 구조와 기능, 초·중·고 교육, 직업, 실업 위기 대처 능력, 식이습관, 흡연, 음주, 운동량, 약물 오남용, 여가, 이동수단(자전거, 자가용)
사회적 환경	문화, 또래 압력, 차별 대우, 사회적 지지(이웃, 사회 네트워크/고립, 지역/문화/정신적인 참여)
물리적 환경	대기, 수질, 주거 환경, 작업 환경, 소음, 냄새, 조망, 공공 안전, 도시 계획, 가계(위치, 규모, 질), 교통수단(도로, 철도), 토지 이용, 오물 처리, 에너지, 지역의 환경적 특성
공공 서비스	접근 가능(위치/접근 불가/비용)하고 양질의 1차/지역사회/2차 보건의료, 육아, 사회적 서비스, 주거/여가/고용/사회 보험 서비스; 공공 운송, 기타 보건 서비스, 비법적 기구나 서비스
공공정책	경제/사회/환경/건강의 추세, 지역 및 국가의 우선순위, 정책, 프로그램, 프로젝트

자료: 정영호·고숙자·최성규배정은(2018)국민건강정책의 건강영향평가. 세종: 한국보건사회연구원.

HIA가 관심을 갖게 된 배경 중 하나는 ‘건강의 사회적 결정 요인’이라는 이슈이다. 이것은 일상생활에 있어 건강 상태에 영향을 미치는 사회적 요인을 말하며, 건강의 사회적 결정 요인에는 물, 위생, 영양, 식품안전, 공공의료, 주거 환경, 노동 조건, 교육, 생활양식, 인구 변화, 소득 등이 포함된다. 이는 사람들의 행위가 의학적 요인은 물론, 기업, 커뮤니티, 노동 조건, 사회·경제·문화·환경 요인 등에 영향을 받는다는 것을 보여 주고 있다.

WHO는 2005년에 ‘건강의 사회적 결정 요인에 관한 위원회(Commission on the Social Determinants of Health)’가 설치되고,

2008년에는 최종 보고서인 ‘Closing the gap in a generation’이 출간되었다(WHO, 2008). 여기에 ‘건강 형평성 영향평가(HEqIA: Health Equity Impact Assessment)’가 사용되고 있으며, HEqIA과 HIA는 본질적으로는 유사어로 사용되고 있다.

사회 형평성의 실현이라는 목표를 위해 공중보건에서는 보건의료 이외에 다양한 정책 분야와의 연계를 도모하고, 각 정책 분야에서 건강의 고려를 요구하는 Health in All Policies(HiAP)라는 새로운 건강 전략을 제시하고 있다(WHO, 2010).

사회 격차의 감소 또는 건강 격차의 감소는 건강영향평가에서 추구하는 가장 중요한 목적이다. 정책에 의해 발생하는 건강영향은 집단 특성에 따라 다르며, 특히 사회적으로 취약한 집단이 영향을 받기 쉬운 것으로 알려져 있다. WHO는 실업자, 안전하지 않은 직장, 도시 빈민가, 세계화, 의료체계에서의 접근성 부족 등으로 인해 전 세계적으로 건강 격차와 불평등이 초래된다고 지적한다(WHO, 2008). 그래서 HIA 중 특히 격차에 주목을 한 것은 건강불평등영향평가(HIIA: Health Inequality Impact Assessment)라고 한다. 즉 형평성을 중시하고 건강 격차를 포함하여 사회 격차를 시정하는 수단으로 HIA의 활용이 제안되었다.

## 2. 건강영향평가의 정의

WHO는 건강영향평가에 대해 “정책, 실행 사업이 잠재적으로 집단에 미치는 건강영향과 집단의 영향의 차이 등에 대해 판단하기 위한 일련의 프로세스, 방법 및 도구”라고 정의하고 있다(WHO, 1999). 사람들의 건강에 영향을 줄 수 있는 사회적인 제도, 환경을 바꾸는 요인이 되는 정책, 실행 사업은 사람의 건강에 대해 사전에 평가하고 건강에 미치는 악영향

을 최소화하면서 이익을 극대화하기 위해 판단을 해야 하며, 건강영향평가는 정책 결정자가 이 같은 판단을 내릴 수 있도록 지원하는 것이다. 즉, 건강영향평가는 정책, 계획, 프로그램, 프로젝트의 잠재적인 건강영향을 평가하기 위해 시행된다. 건강영향평가에 대한 다양한 정의가 있지만, 선행연구에서 제시된 모든 정의가 제안된 정책, 계획 등이 인류 건강에 미칠 것으로 예상되는 영향을 평가한다는 뜻을 담고 있다. 건강영향평가를 통해 정책 등이 집단에 미치는 긍정적인 건강영향은 최대화하고 부정적인 건강영향은 최소화하는 것을 목적으로 하고 있다.

〈표 1-2〉 건강영향평가의 정의

구분	정의
WHO 고센버그 합의서 (1999)	정책, 프로그램, 프로젝트가 인구 집단의 건강에 미치는 잠재적 효과와 인구 집단 내 효과의 분포를 평가하는 과정, 방법, 도구의 조합 "A combination of procedures, methods and tools by which a policy, programme or project may be judged as to its potential effects on the health of a population, and the distribution of those effects within the population"
Scott-Samuel (1996)	정의된 집단의 건강에 대한 특정 행동의 효과 추정 "the estimation of the effects of a specified action on the health of a defined population"
영국의사협회 학술교육부	정의된 집단에 대한 정책 프로그램, 계획 또는 개발행동에 대해 건강 위험의 가능성 있는 영향(긍정적 또는 부정적) (단일 또는 집단적)의 확인, 예측 및 평가를 가능하게 하는 방법론. 이러한 영향은 직접적 또는 간접적이며 일부 지연될 수 있음. "a methodology which enables the identification, prediction and evaluation of the likely changes in health risk, both positive and negative, (single or collective), of a policy programme, plan or development action on a defined population. These changes may be direct and immediate or indirect and delayed."
Ratner 외, 1997	제안된 정책이나 프로그램이 인구의 건강에 미칠 수 있는 영향에 대해 판단할 수 있는 절차 또는 방법의 조합 any combination of procedures or methods by which a proposed policy or program may be judged as to the effect(s) it may have on the health of a population
영국 웨일스 의회	정책, 프로그램, 또는 기타 개발 등이 인구 집단의 건강이나 건강이 우려되는 일부 인구 집단의 건강에 미칠 수 있는 긍정적이거나 부정적인 영향에 대한 평가를 내릴 수 있는 과정이나 방법의 조합 "A combination of procedures or methods which enable a judgement to be made on the effect(s) - positive or negative of policies,

## 16 건강영향평가 사업 운영-건강영향평가 도입 및 인프라 구축을 위한 정책과제

구분	정의
	programmes or other developments on the health of a population or on parts of the population where health are concerned.”
World Health Organization (WHO) Europe Region	제안된 정책이나 프로그램이 모집단의 건강에 미칠 수 있는 영향과 모집단 내에서의 영향의 분포에 대해 판단할 수 있는 절차 또는 방법의 조합 “any combination of procedures or methods by which a proposed policy or program may be judged as to the effect(s) it may have on the health of a population and the distribution of those effects within the population”
Elliott 외, 2010	특정 인구 집단의 건강과 건강불평등에 변화를 가져올 영향에 대해 이해하고 예상하기 위해 (다양한 종류의) 증거, 관심, 가치, 의미에 대해 관련 있는 이해 관계자 (정치인, 전문가, 시민)들이 대화하는 과정 ‘...a process through which evidence (of different kinds), interests, values and meanings are brought into dialogue between relevant stakeholders (politicians, professionals and citizens) in order imaginatively to understand and anticipate the effects of change on health and health inequalities in a given population’.

자료: Kemm, J., Parry, J., & Palmer, S. R. (2008). 건강영향평가: 개념, 이론, 기술 그리고 적용 (지역보건연구회 옮김). 서울: 보문각.

정영호, 고속자, 최성규, 배정은.(2018) 국민건강정책의 건강영향평가. 세종: 한국보건사회연구원.

최은진, 노정미, 여지영, 정지원. (2012). 아태지역 및 유럽지역의 건강영향평가동향 및 정책 과제. 세종: 한국보건사회연구원.에서 재인용.

### 3. 한국보건사회연구원의 건강영향평가 사업 운영 개요

한국보건사회연구원의 건강영향평가 사업은 2008년도를 시작으로 현재까지 다양한 영역에 대해 건강영향평가를 수행하고 있다. 다양한 영역에 걸쳐 건강영향평가를 수행하였고, 시범사업 및 지침 개발, DB 구축을 중심으로 사업이 운영되어 왔다. 2008년부터 2017년까지 수행한 건강영향평가의 주요 대상 및 영역, 그리고 사업 내용을 구분하여 정리한 표가 아래에 제시되어 있다(정영호 외, 2018). 건강영향평가 초기에는 시범사업을 중심으로 하여 의료, 복지, 교통, 환경 등에 집중하였고, 전반적인 건강영향평가를 위한 시범사업 및 지침 개발, DB 구축을 중심으로 사업이 운영되어 왔다(정영호 외, 2018).

〈표 1-3〉 한국보건사회연구원 건강영향평가(HIA) 사업의 연도별 수행 내용

연도	사업 수행자		유형 구분		
	보고서명	책임 저자	HIA 주요 대상	내용	영역
2008년	드림스타트의 건강영향평가	강은정	드림스타트	시범사업	복지
2008년	KTX의 건강영향평가	강은정	KTX	시범사업	교통
2008년	국립소록도병원의 만성질환 관리 프로그램에 대한 건강영향평가	김진현	만성질환 관리 프로그램	시범사업	의료
2009년	건강영향평가 시스템 구축 및 운영(총괄)	강은정	-	지침 개발 DB	
2009년	건강영향평가 시스템 구축 및 운영(시범사업)	강은정	- 강남구 탄소 마일리지 - 광명시 중학교 인조잔디 조성 - 광명초등학교 운동장 야간조명 설 치 - 광명시 저수지 수변공원 조성 - 창원시 자전거 정책	시범사업	환경 교통
2010년	건강도시 건강영향평가 사업 및 기술 지원	김동진	- 시흥시 건강한 아파트 만들기 - 광주 동적골 산책로 조성 사업 - 진주 도시 저소득층 주거 환경 개 선 사업 - 진주 어린이 무료 예방접종 지원 사업 - 서울-하남 BRT 구축 - 서울 강남 천산길 조성 사업	시범사업 + 교육 자료 지침서	주거 환경 개발 의료 교통 환경
2010년	건강영향평가 DB 구축	서미경	- DB 구축 - 사회적 건강 결정 요인 근거 제공	DB	
2010년	건강마을의 건강영향평가	최은진	- 국내외 사례 분석, 인식도 조사	-	
2011년	건강도시 사업의 건강영향평가 및 기술 지원	김동진	- 광명시 실천하는 금연터 사업 - 장수군 산서매립지 정비 사업 - 무주군 종합정비계획 - 연중 돌봄학교	시범사업	주거 환경 개발 교육
2011년	건강영향평가 DB 구축	김동진	- DB 구축 - 홈페이지 개발	DB	
2011년	건강영향평가의 제도화 방안 연구	이상영	- 제도 도입 인식조사 - 제도 도입 방안	-	
2011년	아태 지역 및 유럽 지역의 건강영향평가와 정책 동향	최은진	- 아시아태평양 지역 회의 운영	네트워크 구축	
2012년	중앙정부의 문화정책에 대한 건강영향평가	이상영	- 문화정책 평가 방법론 개발 - 인터넷 중독 예방 사업	방법론 개발	문화

자료: 정영호, 고숙자, 최성규, 배정은 (2018) 국민건강정책의 건강영향평가. 한국보건사회연구원.

18 건강영향평가 사업 운영-건강영향평가 도입 및 인프라 구축을 위한 정책과제

〈표 1-4〉 한국보건사회연구원 건강영향평가(HIA) 사업의 연도별 수행 내용: 계속

연도	사업 수행자		유형 구분		
	보고서명	책임 저자	HIA 주요 대상	내용	영역
2013년	지방자치단체의 건강영향평가 및 지식포털 운영	서미경	- DB 구축 - 사후 평가 사례	DB	-
2013년	건강영향평가 TWG 성과 평가 및 건강행태 위험 요인의 사회경제적 격차 감소를 위한 전략 평가	최은진	- 아시아태평양 지역 회의 활동 성과 - 국외 사례(미국) - 건강행태 격차 분석	네트워 크 구축	-
2014년	건강영향평가 사업 운영	최은진	- 가이드라인 개발(주택정책) - 시범사업 - 국제회의 사업	시범 사업	건강 (체력증 진센터) 개발
2015년	건강영향평가 사업 운영	김정선	- 국외 제도 현황 - 대기환경 위해 요인 평가 - 자연방사선물질 노출 평가 - 건강 위해성 감소 시범사업 - 주거 환경 평가 가이드라인	-	환경 (대기) 주거
2016년	건강영향평가 사업 운영: 노화 관련 건강 결정 요인과 고령친화산업에 대한 건강영향평가 및 건강영향평가의 제도적 도입 지원 연구	김정선	- 평가 추진 현황 - 지자체 제도화 - 노화 관련 평가 도구 개발	평가 도구 개발	건강 (노화)
2017년	2017년 건강영향평가 사업 운영: 미래 예측 방법의 적용과 활용 방안	최은진	- 미래 예측 방법과 비만	-	건강 (비만)

자료: 정영호, 고숙자, 최성규, 배정은 (2018) 국민건강정책의 건강영향평가. 한국보건사회연구원.

2018년부터는 건강영향평가 사업을 크게 두 개의 영역으로 구분하여 수행하였다. 첫 번째는 기존에 지자체를 중심으로 시범사업을 선정하고 건강영향평가의 정성적 평가 절차에 따라 진행하는 ‘건강영향평가 기술 지원’의 영역이 있다(최은진 외, 2019년 12월 발간 예정). 두 번째는 본 연구에서 시도하고 있는 정책평가 중심의 영역이다. 2018년에는 치매를 대상으로 지역별 위험 평가를 분석하고 이의 대안 중 하나라고 할 수 있는 치매친화마을(또는 치매안심마을)을 중심으로 건강영향평가 도입 방

안을 살펴보았다. 건강영향평가는 일반적으로 프로그램에 대한 영향평가를 사전적 또는 사후적으로 하기도 하지만, 제안된 정책을 대상으로 정책의 도입 이전 또는 도입 이후에 대한 건강영향평가를 수행하게 된다. 예를 들어, 고용영향평가의 경우에 ① 재정(예산)사업에 대한 고용영향평가와 ② 정책고용영향평가로 구분하여 평가하고 있다. 당해 연도에 예산 사업으로 실시한 사업에 대한 영향평가를 수행하는 한편, 제도 및 정책이 현재 또는 향후에 미치는 영향 또는 효과를 평가하게 된다(고용노동부, 한국노동연구원, 2018).<sup>1)</sup>

아래의 그림에서 제시하고 있는 바와 같이, 일반적으로 알려진 정성평가를 통하여 건강영향평가의 가이드라인에 적용하는 방식은 최은진 외(2019년 발간 예정)에서 수행하고 있으며, 이와는 달리 본 연구에서는 건강 결정 요인 중에 사회적 건강 결정 요인이라 할 수 있는 소득 및 일자리 정책을 중심으로 정량평가를 적용하여 정책 심층 평가를 하고자 하였다.

---

1) 고용노동부, 한국노동연구원 고용영향평가센터 (2018). 2018년 정책고용영향평가 workshop 자료.

20 건강영향평가 사업 운영-건강영향평가 도입 및 인프라 구축을 위한 정책과제

[그림 1-1] 한국보건사회연구원 건강영향평가(HIA) 사업 운영의 개요

	재정(예산) 사업*	정책 심층 평가
2008년 ~2017년	- 지자체를 중심으로 시범사업	—
2018년	- 지자체 대상 기술지원 - 정성평가	- 정책 심층 평가 도입(I) · 건강정책에 대한 건강영향평가 (치매친화마을 만들기) - 정량평가
구분	<건강영향평가 기술지원>	<본 연구>
2019년	- 지자체 대상 기술지원 - 정성평가	- 정책 심층 평가(II) · 건강 결정 요인에서 소득 및 일자리에 대한 건강영향평가 (노인 일자리사업+근로장려세제) - 정량평가

주: \* 별도의 보고서로 발간 및 발간 예정임.

최은진 외(2018). 건강영향평가기술지원-참여형 건강영향평가기법의 적용 및 활용 방안. 한국보건사회연구원.

최은진 외(2019). 건강영향평가사업 운영: 지방자치단체 건강영향평가기술지원사업 역량강화를 중심으로. 한국보건사회연구원. 발간 예정.

#### 4. 연구 목적

건강영향평가를 시행하고 있는 국가마다 접근 방식에 차이가 있다. 예를 들어, 환경영향평가와 건강영향평가를 별도로 분리하여 수행하는 국가(영국, 네덜란드)가 있고, 환경보건의 관점에서 건강과 환경을 통합하여 수행하는 국가(미국, 캐나다 등)가 있다. 우리나라의 경우는 건강정책과 다소 동떨어져 개발 사업이 적용되는 범위에 국한하고 개발로 인한 소음, 수질 오염 등과 같은 해당 주민의 건강에 미치는 영향에 제한되어 있

다. 그러나 외국의 경우에는 별도의 제도로 건강영향평가를 수행하거나 또는 정책 차원에서 건강영향평가를 실시하여 모든 국민의 건강 증진에 기여하고 있다. 이에 본 연구에서는 외국의 사례를 통하여 건강영향평가의 체계를 살펴보고, 건강영향평가를 위한 가이드라인을 고찰하고자 한다.

〈표 1-5〉 외국의 건강영향평가 제도 현황

구분	접근 방식	국가
(환경보건 중심) 환경영향평가 내에서 건강영향평가 수행	환경과 건강을 통합한 환경보건의 관점에서 환경영향평가의 일부로 건강영향평가 실시 (단, 일부 국가는 정책 수립 과정에서 건강영향평가를 제도화하고 있음)	캐나다, 호주, 미국, 뉴질랜드 등
(공공보건 중심) 환경영향평가와 독립하여 건강영향평가 수행	환경과 분리하여 공공보건(public health)과 관련하여 건강영향평가 실시	영국, 네덜란드
(강력한 건강정책)	보건의료체계 내에서 건강정책 실현을 위한 건강영향평가 실시	WHO, EU, 태국

자료: 정영호, 고숙자, 최성규, 배정은 (2018) 국민건강정책의 건강영향평가. 한국보건사회연구원.

현재 우리나라는 보건복지부를 포함한 국가 전반의 건강정책에 대한 효과성, 효율성 평가는 다소 미흡한 상황으로, 국가 정책 전반에 걸쳐 건강에 영향을 주는 요인들에 대해 계획·수립하기 위한 포괄적인 토대 마련이 요구되고 있다. 우리나라의 대표적인 국민건강정책 추진 계획은 국민건강증진법에 따른 ‘국민건강증진종합계획’이며, ‘건강수명연장’과 ‘건강형평성 제고’라는 총괄 목표를 설정하고 이러한 총괄 목표를 달성하기 위해 건강 결정 요인에 근거하여 건강생활 실천 확산, 예방 중심의 상병 관리, 안전환경보건, 인구 집단별 건강관리, 사업체계의 확충과 효과적 관리 분야로 나누어 추진하고 있다. 다만, 건강정책 및 관련 사업이 국민들의 건강영향에 어떠한 결과를 주었는지, 그리고 향후 도입이 필요한 사

업 및 정책과제들이 국민건강영향에 어떠한 영향을 미칠 것인지를 예측하고 피드백하는 과정을 거쳐서, 건강정책이 보다 효과적이고 효율적인 계획을 수립할 수 있도록 제반 여건을 마련할 필요가 있다.

따라서 모든 사회경제적 변화에 따라 국민의 건강 성과가 어떻게 변화하게 되는지 평가하는 차원에서 정책의 사전 평가가 요구되며, 이와 관련하여 모든 부처에 종합적으로 건강영향평가 적용 방안에 대한 타당성, 체계성 등이 요구된다. 이에 본 연구에서는 새로 추진되는 신규 정책이나 사업에 대한 사전적 건강영향평가(prospective health impact assessment) 또는 기존의 정책이나 사업에 대한 사후적 건강영향평가를 수행하여 각 제도 또는 정책이 건강에 미치는 영향을 평가하고자 한다.

마지막으로 우리나라의 건강영향평가제도가 실효성을 지니기 위한 방안에 대해 살펴보고자 한다.

## 5. 연구 내용 및 방법

본 연구의 제2장에서는 선행연구를 통하여 주요 외국의 건강영향평가 제도를 소개하고, 건강영향평가 가이드라인 사례를 제시하였다. 본 연구에서 제시한 가이드라인들은 건강영향평가의 단계별 수행 절차, 보고서 작성법 등으로, 이를 통해 실제 건강영향평가를 수행하기 위한 자료를 제공하고자 하였다.

제3장에서는 노인 일자리 사업을 중심으로 건강영향평가를 수행하였다. 노인의 근로활동이 소득뿐 아니라 건강에 긍정적인 영향을 준다는 선행연구가 있으며, 특히 노인 일자리 사업이 노인의 소득뿐 아니라 건강에 미치는 영향에 대해 정책 심층 평가를 수행하였다.

제4장에서는 빈곤과 건강의 관계를 살펴보면서, 빈곤으로 인해 건강

수준이 취약해지고, 이는 다시 소득 감소로 이어지는 경로 속에서 현재 수행하고 있는 근로장려세제가 건강에 미치는 영향을 중심으로 건강영향평가를 하였다.

제5장에서는 건강영향평가를 건강의 사회적 결정 요인에 대한 평가로 보고, 건강불평등을 완화할 수 있는 사회정책과 사회정책의 도입에서 필요한 건강영향평가 방법, 지역사회에서의 건강영향평가 등의 측면에서 정책과제를 제시하였다.

[그림 1-2] 연구 내용 및 방법

구분	연구 내용	연구 방법
선행연구 고찰	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 건강영향평가의 개념과 선행연구</li> <li>· 건강의 결정 요인 사례</li> <li>· 국내 건강영향평가 사례</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 선행연구</li> <li>· 국내 사례 문헌 고찰</li> </ul>
해외 사례	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 국외 건강영향평가 제도 사례: 국가제도의 특성별</li> <li>· 국외 건강영향평가 가이드라인 사례</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 문헌 고찰</li> </ul>
정책 심층 평가(I)	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 노인의 근로활동과 건강에 대한 선행연구</li> <li>· 노인 일자리 사업의 개요</li> <li>· 노인 일자리 사업에 대한 건강영향평가</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 문헌 고찰</li> <li>· 패널분석</li> </ul>
정책 심층 평가(II)	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 빈곤과 건강에 대한 선행연구</li> <li>· 근로장려세제의 개요</li> <li>· 근로장려세제에 대한 건강영향평가</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 문헌 고찰</li> <li>· 패널분석</li> </ul>
정책과제	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 건강영향평가 도입 방향</li> <li>· 건강영향평가 도입을 위한 정책과제</li> </ul>	

본 연구에서는 정책 심층 평가를 위해 우선 노인 일자리 사업과 근로장려세제를 선정하였다. 건강 격차의 감소와 이를 통한 사회 격차의 감소는 건강영향평가를 수행하는 주요 목적이라 할 수 있으며, 특히 정책의 도입에 따른 건강 격차 감소는 소득 격차 감소, 삶의 질 향상이라는 성과로 이어질 수 있다. 생애주기별로 청장년층 대상 정책과 노인 대상 정책 중에 수혜자의 비중이 높고 정책이 도입된 지 몇 년 경과하여 영향을 계량적으로 측정할 수 있는 정책을 선정하였다. 향후 노인층은 급격히 증가할 것으로 예상되며, 이로 인한 노인 빈곤 또는 노인 의료비 증가 등의 사회문제가 더욱 심화될 것으로 예상된다. 이에 대한 대응 방안으로 정부는 건강한 노후 생활을 영위할 수 있도록 노인 일자리 사업을 시행하고 있는데, 건강의 측면에서 사업의 영향을 평가하고 시사점을 제공하기 위해 노인 일자리 사업을 평가 대상으로 선정하였다.

그리고 제도의 사각지대에 놓여 있는 근로빈곤층을 대상으로 소득을 지원하는 근로장려세제를 수행하고 있으나, 대부분의 기존 연구에서는 근로 의욕 증가가 노동공급에 미치는 영향을 중심으로 정책을 평가하고 있어, 근로빈곤층의 건강에 대한 영향을 평가하고 정책과제를 도출하기 위해 근로장려세제를 건강영향평가 대상으로 선정하였다.

정책의 정량적 평가를 위해서는 정책 도입 전후를 분석할 수 있는 시계열 자료가 필요하다. 또한 개별 가구 또는 가구원이 해당 정책에 참여하고 있거나 수혜를 받고 있는지에 대한 정보와 개인의 건강 수준에 대한 정보도 필요하다. 한국복지패널은 노인 일자리 참여 여부 및 근로장려세제 수령 여부에 대한 정보를 제공해 주고 있으며, 가구원의 소득 및 건강 수준, 주관적 삶의 만족도 등에 대해서도 자세한 정보를 제공해 주고 있어, 본 연구에서는 한국복지패널 자료를 활용하였다.

일반적으로 정책 심층 평가를 위해서는 다양한 방법이 활용될 수 있다.

아래의 표에서와 같이, 연구 대상이 되는 정책을 평가하는 방법에는 이중차분법, 성향점수 매칭, 패널분석, 시계열 분석 등이 활용될 수 있으며, 본 연구에서는 패널 자료를 활용한 패널분석을 적용하였다. 횡단면 분석이 특정 시점에서의 정적 관계만을 추정할 수 있다고 한다면, 패널분석은 개인이 반복하여 관찰하기 때문에, 개인별 관찰되지 않는 이질성을 모형에 잘 고려할 수 있는 장점이 있다(민인식, 최필선, 2009). 이에 시계열 데이터에 대한 패널분석을 적용하여 시간에 따라 변화하는 개체들의 관계를 분석하였다.

〈표 1-6〉 정책 심층 평가를 위한 분석 방법 사례

- 
- 이중차분법(Difference In Difference)
  - 성향점수 매칭(Propensity Score Matching)
  - 회귀단절 모형(Regression Discontinuity Design)
  - 도구 변수 추정법(Instrumental Variable estimation method)
  - 패널분석 모형(Panel Analysis model)
  - 패널VAR 모형(Panel Var model)
  - 시계열 분석
  - 산업 연관 분석
- 

자료: 고용노동부, 한국노동연구원 고용영향평가센터 (2018). 2018년 정책고용영향평가 workshop 자료.



## 제 2 장

# 국외 건강영향평가 체계 현황

제1절 외국의 건강영향평가 제도

제2절 건강영향평가 체계 문헌 고찰

제3절 외국의 건강영향평가 가이드라인



# 2

## 국외 건강영향평가 체계 현황 <<

### 제1절 외국의 건강영향평가 제도

#### 1. 미국

미국은 여러 지역에서 다양한 정책에 대한 건강영향평가를 수행하고 있으나 건강영향평가의 수행이 연방정부 차원에서 제도화되어 있지 않고 일부 주 정부에서 건강영향평가 수행을 법제화하였다(최은진, 2014). National Conference of State Legislatures(2014)의 보고에 따르면 2009년 이후 17개 주에서 발의한 55개 법안에서 건강영향평가의 일부를 포함하였고, 이 중 13개 법안이 포괄적인 건강영향평가를 포함하였다. 보건의료정책, 환경정책과 프로젝트, 취약 지역사회, 교통정책, 토지 이용 관련 정책에서의 건강영향평가가 제안되었으나 모든 제안된 법률이 법제화되지는 않았다.

매사추세츠(2009), 버몬트(2011), 워싱턴(2006, 2007)주 정부가 건강영향평가 관련 제도를 법제화하였다(Robert Wood Johnson Foundation & Pew Charitable Trusts, 2015).

매사추세츠주는 2009년 교통 시스템의 현대화 관련 법안 내에 건강영향평가 수행을 포함하였다. 법안은 교통 프로젝트가 보건과 취약 인구 집단에 미치는 영향을 평가하기 위해 건강영향평가를 수행할 것을 요구하였다. 교통부, 보건부, 환경보호부 등이 건강영향평가에 참여한다(Massachusetts H.B. 4047 & Massachusetts S.B. 2087, Robert

Wood Johnson Foundation & Pew Charitable Trusts, 2015에서 재인용).

버몬트주에서 2011년 제정된 Act48은 지역, 지방자치정부, 주 정부의 정책이나 계획 관련 결정의 건강영향을 평가하기 위해 보건부가 건강영향평가를 수행할 계획을 수립할 것을 권고했다(Vermont Act 48, Robert Wood Johnson Foundation & Pew Charitable Trusts, 2015에서 재인용). 해당 법률에 따라 보건부는 마을과 계획 위원회에서 의사결정 과정에 건강을 고려하도록 지원하는 건강영향평가 기반의 권고를 계획에 포함하였다.

워싱턴주는 주 도로 520(state Route 520)의 교량 교체와 관련하여 건강영향을 평가할 필요성이 제기됨에 따라 Puget Sound Clean Air Agency와 킹 카운티(King County) 보건부가 교량 교체 프로젝트를 진행할 때 공기의 질, 이산화탄소 배출 및 기타 보건 관련 문제에 대한 영향을 평가하도록 하는 법안을 2007년 제정하였다(Washington S.B. 6099, 2007 Sess., Robert Wood Johnson Foundation & Pew Charitable Trusts, 2015에서 재인용).

## 2. 캐나다

캐나다는 건강영향평가를 일찍 시작한 국가 중 하나로 환경영향평가법(Canadian Environmental Assessment Act)을 근거로 하여 환경영향평가의 일부로 건강영향평가를 수행하고 있었다. 2019년 8월 28일 영향평가법(Impact Assessment Act)이 통과되면서 기존의 환경영향평가법은 폐지되고 영향평가의 틀 안에서 건강과 환경이 고려되게 되었다(Government of Canada, n.d.). 새로운 영향평가법은 건강의 사회 결

정 요인을 고려 대상에 포함하고 프로젝트가 사회취약계층에 미치는 영향을 고려하도록 요구하였다. 또한 영향평가의 결과를 인터넷 사이트에 공개하도록 하였다. 법안으로 인해 캐나다 영향평가기관(Impact Assessment Agency of Canada)이 설립되었다(Government of Canada, n.d.).

### 3. 호주

1974년 환경보호법 제정으로 환경영향평가가 시행되기 시작하였다. 1994년 국립건강의료연구위원회(National Health and Medical Research Council)가 환경영향평가에서 건강에 대한 고려가 부족한 것을 지적한 후, 호주 연방정부에서 국가환경보건전략에 기반하여 환경건강전략 수립과 환경영향평가에 건강을 통합하는 것을 주도하는 역할을 하는 enHealth 위원회를 수립하였다(National Research Council, 2011). 연방정부 차원에서 건강영향평가를 독립적으로 수행하는 것이 제도화되어 있지는 않으나 enHealth 위원회에서 개발한 건강영향평가 가이드라인을 바탕으로 연방정부와 지방정부 차원의 건강영향평가가 수행되고 있다. 태즈메이니아(Tasmania)주는 1996년 건강영향평가를 환경영향평가의 일부로 수행하도록 법률을 제정하였고(National Research Council, 2011) 2003년부터 빅토리아주와 뉴사우스웨일스주에서도 건강영향평가를 수행하였다(서미경, 2011).

### 4. 영국

영국은 정부 정책 결정 시 영향평가를 하도록 제도화되어 있으며 영향

평가의 일부로, 또는 독립적인 평가를 통해 건강영향이 고려된다 (Equality Act, 2010). 영국의 건강영향평가는 환경영향평가와 분리하여 수행되며 건강영향평가의 결과는 인구 집단의 건강영향을 고려한 근거 기반 정책을 개발하는 데 활용된다.

영국 각 지방정부에서도 영향평가, 불평등영향평가, 환경영향평가의 일부 또는 독립적인 평가로서 건강영향평가를 수행하며, 건강영향평가 수행의 가이드라인과 도구를 개발한다(Worcestershire County Council, 2016; NHS London Healthy Urban Development Unit, 2017; West Lothian Council, 2017).

## 제2절 건강영향평가 체계 문헌 고찰

건강영향평가는 단순히 인구 집단에 미칠 건강에 대한 영향만이 아니라 인구 집단 내 영향의 분포도 고려한다. 건강영향평가는 특정 건강 취약계층 또는 사회경제적 취약계층에게 정책이나 프로그램이 다르게 영향을 미칠 수 있음을 가정하고, 건강영향평가를 바탕으로 정책이 인구 집단의 건강을 개선하고 건강불평등을 최소화하는 방안으로 계획될 수 있도록 한다.

국가마다 다양한 체계와 방법을 이용하여 건강영향평가를 수행하고 있지만 건강영향평가의 수행 체계에 대한 고찰은 미흡하다. 이에 이 절에서는 문헌 고찰과 사례 분석을 통하여 국가별로 다양하게 접근하고 있는 건강영향평가의 수행 동향과 체계를 검토하고자 한다.

## 1. 건강영향평가 체계 고찰을 위한 연구 방법

건강영향평가 체계를 고찰하기 위해 스코핑 고찰(scoping review)(Arksey & O'Malley, 2005) 방법을 이용하였다. 체계적 문헌 고찰(systematic review)은 주로 연구 결과를 바탕으로 체계적인 방법으로 문헌을 고찰하여 근거를 통합하는 데 초점을 맞추는 반면 스코핑 고찰은 특정 주제의 연구 동향과 범위를 전반적으로 보여 주는 데 중점을 둔다. 스코핑 고찰은 관련 연구 동향, 체계, 주요 개념, 연구 방법론 등을 고찰하는 데 유용하며, 추후 연구가 필요한 범위 및 제언을 도출하는 데 이용될 수 있다. 본 연구는 건강영향평가 수행 동향 및 체계를 고찰하는 데 목적을 두고 있으므로, 스코핑 고찰 방법을 이용하였다.

Arksey와 O'Malley(2005)는 스코핑 고찰 수행을 위한 5단계를 제시했다.

- 1단계: 연구 질문 설정
- 2단계: 관련 연구 파악
- 3단계: 연구 선택
- 4단계: 자료 기록
- 5단계: 분석, 요약, 결과 보고

스코핑 고찰 수행을 위해 상기 기술된 다섯 단계를 다음과 같이 이용하였다.

1단계: 연구 질문은 “문헌에 나타난 최근의 건강영향평가에서 이용하고 있는 건강영향평가 모형과 평가 대상 정책, 건강영향평가의 목적, 건강영향에 미치는 잠재적 영향, 건강영향의 계량적 도구는 무엇이며, 건강영향평가 시 형평성을 고려하였는가?”로 설정하였다.

2단계: 관련 연구의 파악을 위해 최근 5년(2015~2019년)간 출판된 건강영향평가 관련 논문을 PubMed를 통해 검색하였다. 'AND'문을 이용하여 제목이나 초록에 'health impact assessment'와 'policy'를 모두 포함한 논문을 검색하였다. 또한 구글 검색을 통해 각 국가의 정부 홈페이지, 건강영향평가 관련 연구기관에서 발간한 건강영향평가 보고서를 검색하였다.

3단계: PubMed에서 설정한 검색어와 발간 연도를 기준으로 선정된 93편의 문헌 중 영어 이외의 언어로 출판된 문헌 3편을 제외한 90편이 1차적으로 문헌 고찰의 대상에 포함되었다. 동료 검토가 이루어지지 않은 에디토리얼과 코멘터리, 건강영향평가를 실제 수행한 사례가 아닌 선행 연구를 고찰한 논문, 정책의 건강영향평가가 아닌 소규모 프로젝트나 중재 프로그램의 건강영향평가, 다른 종류의 영향평가에서 건강에 대한 고려가 포함된 논문을 제외한 총 22편의 논문이 고찰의 대상으로 선정되었다. 또한 미국, 호주, 영국의 정부 또는 연구기관에서 2015~2019년 사이에 수행한 건강영향평가의 보고서 10편을 문헌 고찰의 대상에 포함하였다(〈표 2-2〉 참조).

4단계: 건강영향평가 수행 동향을 파악하고 건강영향평가의 체계를 비교하기 위한 틀을 설정하였다(〈표 2-3〉 참조). 문헌 고찰을 통해 건강영향평가를 수행한 국가, 건강영향평가의 모형, 정책의 종류, 건강영향평가의 목적, 건강에 미치는 잠재적 영향 분류, 건강영향의 계량적 도구, 형평성 고려에 대한 정보를 기록하였다.

5단계: 문헌 고찰의 결과는 〈표 2-3〉에 기재하였다.

〈표 2-1〉 건강영향평가 수행 동향의 문헌 고찰을 위한 검색 전략

	검색 전략
PubMed	- 제목 또는 초록에 'health impact assessment' AND 'policy' 포함 - 영어로 출판된 문헌
회색문헌 검색	- 건강영향평가의 결과는 일반적으로 정부 보고서 등의 형태로 출간되는 사례가 많음. 인터넷 검색을 활용하여 관련 문헌을 추출하되, 논문 등의 형태로 발간된 문헌은 제외
포함 기준	- 건강영향평가를 수행하거나 조직하는 데 필요한 기술에 대한 내용 관련 동료 검토나 회색문헌의 출간물 - 건강영향평가 또는 환경건강영향평가(environmental health impact assessment) 프레임워크가 포함된 문헌 - 최근 5년(2015~2019년)의 출간물
제외 기준	- 환경영향평가에서 건강에 대한 검토가 포함된 문헌 - 다른 영향평가에서 건강에 대한 검토가 포함된 문헌 - 정책이 아닌 중재 프로그램, 프로젝트의 건강영향평가 - 리뷰, 에디토리얼, 코멘터리의 형식 - 실제 수행한 건강영향평가에 대한 내용이 없는 문헌

### 36 건강영향평가 사업 운영-건강영향평가 도입 및 인프라 구축을 위한 정책과제

〈표 2-2〉 건강영향평가의 문헌 고찰의 틀과 결과 요약

구분	분류
정책의 종류	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 환경(n=10)</li> <li>- 도시개발(n=6)</li> <li>- 무역(n=2)</li> <li>- 교육(n=2)</li> <li>- 주거(n=2)</li> <li>- 식생활(n=2)</li> <li>- 식품세(n=2)</li> <li>- 아편제 진통제 사용(n=2)</li> <li>- 고용(n=1)</li> <li>- 교통(n=1)</li> <li>- 흡연(n=1)</li> <li>- 유해화학물질 저감(n=1)</li> </ul>
건강영향평가 모형	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 건강영향평가(n=31)</li> <li>- 환경건강영향평가(n=1)</li> <li>- 경제성 평가(n=2)</li> </ul>
건강영향평가의 목적	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 건강정책 수립 및 개선: 의사결정자에게 근거 및 정보 제공(n=32)</li> <li>- 계획 단계에서 예상되는 건강의 긍정적 영향 증진과 부정적 영향 완화를 통한 국민건강의 보호 및 개선(n=29)</li> <li>- 공공정책이 건강 결정 요인에 미치는 영향(n=16)</li> <li>- 화폐적 가치 산출(n=3)</li> </ul>
건강에 영향을 미치는 잠재적 요인	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 건강행동(n=15)</li> <li>- 환경(n=13)</li> <li>- 지역사회환경(n=7)</li> <li>- 소득(n=5)</li> <li>- 고용(n=5)</li> <li>- 평등한 의료서비스 접근성(n=4)</li> <li>- 사회적 지지(n=4)</li> <li>- 안전(n=3)</li> <li>- 교육(n=2)</li> <li>- 건강환경 조성을 위한 노력(n=1)</li> <li>- 아동의 건강 출발(n=1)</li> </ul>
건강영향의 측정 지표	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 만성질환(n=14)</li> <li>- 사망(n=12)</li> <li>- 정신건강(n=11)</li> <li>- 기타 질환 유병(n=6)</li> <li>- 부상(n=5)</li> <li>- 호흡기계 질환(n=4)</li> <li>- 건강수명(n=4)</li> <li>- 기대수명(n=3)</li> <li>- 약물 오남용(n=3)</li> <li>- 주관적 건강 상태(n=2)</li> <li>- 의료비용(n=2)</li> <li>- 입원(n=2)</li> <li>- 활동제한(n=2)</li> <li>- 아동 발달(n=1)</li> <li>- 영아사망률(n=1)</li> </ul>
형평성	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 건강 형평성 고려(n=16)</li> </ul>

## 2. 건강영향평가 체계 고찰 결과

건강영향평가 체계의 스코핑 고찰에 포함된 32건의 논문과 보고서 중 8건은 미국에서 수행되었으며, 영국과 호주에서 각각 4건, 중국에서 2건, 케냐, 네덜란드, 뉴질랜드, 독일, 스웨덴, 스위스, 스페인, 폴란드, 한국에서 각 1건이 수행되었다. 여러 국가에서의 정책과 정책 영향의 차이를 비교하기 위해 다국가에서 수행된 건강영향평가는 5건이었다.

고찰에 포함된 건강영향평가 문헌은 공기 질 개선, 수자원 보존 등 환경과 관련된 정책이 10건으로 가장 많았으며, 도시개발 정책(토지 용도 변경, 대중교통 친화 개발, 사회기반시설 확충 등)이 6건으로 뒤를 이었다. 무역(글로벌 프랜차이즈 규제, 국제 무역 교류), 교육, 주거, 식생활(영양 정보 표시, 아동시설 내 식단 개선), 식품세(가공육, 고지방 식품 세금 부과), 아편계 진통제 사용 관련 정책에 대한 문헌이 각 2건이었으며, 고용, 주거, 교통, 흡연, 유해화학물질 저감 정책이 각 1건이었다.

31건의 문헌이 건강영향평가를 수행하였으며, 1건은 통합적 환경건강영향평가(integrated environmental health impact assessment)를 수행하였다. 건강영향평가를 수행한 문헌 중 2건은 경제성 평가도 함께 수행하였다.

본 연구에 포함된 모든 건강영향평가 문헌은 건강정책의 수립 및 개선을 위해 의사결정자에게 근거 및 정보를 제공하는 것을 목표로 하였다. 건강영향평가의 권고 단계 또는 문헌의 제언 부분에서 의사결정자를 위해 구체적인 정책 제언을 하는 경우도 있었다.

사후 건강영향평가를 실시한 3건을 제외한 29건의 문헌은 계획 단계에서 예상되는 건강의 긍정적 영향 증진과 부정적 영향 완화를 목적으로 하였다. 또한 16건의 문헌은 건강영향평가를 통해 정책이 건강 결정 요인

에 미치는 영향을 고려하였으며, 3건의 문헌은 건강영향의 화폐적 가치를 의료비 등의 형태로 산출하였다.

건강에 영향을 미치는 잠재적 요인으로 흡연, 식생활(식품 섭취, 건강식품 접근성, 급식 접근성), 신체활동, 유해물질 사용 등의 건강행동이 건강영향평가에 가장 많이 포함되었다(n=15). 이어서 환경(공기의 질, 수질, 소음)(n=13)과 지역사회환경(공원 등 녹색지역 사회기반시설, 교통시설의 존재)(n=7)이 건강에 영향을 미치는 잠재적 요인으로 많이 포함되었다. 경제 상태의 지표인 소득 수준과 고용(직업 안정성, 고용 가능성, 실업)과 주거(주거 안정성, 안전하고 건강한 주거)가 각 5건의 문헌에 건강에 영향을 미치는 요인으로 포함되었으며 의료 접근성(의료서비스 접근성, 의약품 가격)과 안전(안전 인식, 범죄율)이 각 4건의 문헌에 포함되었다. 사회적 지지(n=3), 교육(n=2), 흡연 규제 정책, 음주 정책, 식품표시제 등을 통한 건강환경 조성을 위한 노력(n=1)과 아동기 부정적 경험을 포함한 아동의 건강 출발(n=1)도 건강에 영향을 주는 잠재적 요인으로 문헌 내에 고려되었다.

정책 등이 미치는 건강영향에 대한 평가 지표로는 비만, 고혈압, 당뇨, 심혈관계질환 등 만성질환의 발생률과 유병률이 가장 많이 사용되었다(n=14). 조기사망, 예방 가능한 사망, 질환으로 인한 사망, 사고사, 자살 등 사망도 12건의 문헌에서 건강영향의 지표로 사용되었다. 불안, 우울, 스트레스, 외로움, 삶의 만족도 등 정신건강은 11건의 문헌에서 이용되었으며, 기타 질환의 유병률(n=6), 부상(낙상, 교통사고 포함)(n=5), 천식 등 호흡기계질환 유병률(n=4)의 순으로 이용되었다. 수명은 건강수명(질보정 생존 연수, 장애보정 생존 연수; n=4)과 기대수명(n=3)이 지표로 이용되었으며, 약물 오남용은 3편의 문헌에서 건강영향의 지표로 이용되었다. 이 외에 주관적 건강 상태, 의료비용, 입원(각 2편), 활동제한(활동제

한 일수, 근로제한 포함), 아동 발달, 영아사망률(각 1편)도 건강영향을 평가하기 위한 도구로 사용되었다.

16편의 문헌에서 제안된 정책, 계획, 프로그램 등의 건강영향이 아동, 저소득층, 소수인종, 만성질환자 등의 취약계층에 다르게 나타날 것인지, 건강불평등을 감소시키는 데 기여를 할 것인지에 대한 고려를 하였다.

〈표 2-3〉 건강영양평가 문헌 고찰 결과

자료	국가	건강영양평가 종류	정책 종류	건강에 영향을 미치는 잠재적 요인 분류	건강영향 측정 지표	형평성
Storm 외, 2015	네덜란드	건강영양평가	고용	고용	정신건강	고려
Pew Charitable Trusts, 2017	미국	건강영양평가	교육	건강행동, 주거, 고용, 소득	만성질환 유병률, 기대수명, 정신건강, 주관적 건강 상태, 부상	고려
Pharr 외, 2017	미국	건강영양평가	교육	학습, 의료 접근성, 건강행동	만성질환 유병률, 기대수명	고려
Briggs 외, 2016	뉴질랜드	환경건강영향 평가	교통	환경, 건강행동	사망, 부상, 건강수명, 만성질환 유병률	NA
Stevenson 외, 2016	다국가	건강영양평가	도시개발	환경, 건강행동, 안전, 사회적 지지	건강수명	NA
Moya 외, 2017	스페인	건강영양평가	도시개발	지역사회환경	사망	고려
Department for Transport, 2015	영국	건강영양평가	도시개발	고용, 소득, 지역사회환경, 건강행동, 환경, 의료 접근성, 안전, 사회적 지지	정신건강, 만성질환, 기타 질환 유병	고려
Thomas, 2016	영국	건강영양평가	도시개발	지역사회환경	정신건강	고려
Walthery 외, 2015	영국	건강영양평가	도시개발	안전, 주거, 지역사회환경, 교육, 고용	정신건강, 주관적 건강 상태	고려
Gallego 외, 2018	호주	건강영양평가	도시개발	주거, 지역사회환경	아동 발달, 정신건강, 만성질환	고려
Anaf 외, 2017	호주	건강영양평가	무역	고용, 건강행동, 소득	만성질환	고려
Hirono 외, 2015	호주	건강영양평가	무역	의료 접근성, 건강환경 조성 위한 노력	약물 오남용, 만성질환	고려

자료	국가	건강영양평가 종류	정책 종류	건강에 영향을 미치는 잠재적 요인 분류	건강영양 측정 지표	형평성
Pew Charitable Trusts & Robert Wood Johnson Foundation, 2017	미국	건강영양평가, 경제성 평가	식생활	아동의 건강 출발, 건강행동, 소득	만성질환, 기타 질환 유병률	고려
Kaur 외, 2019	영국	건강영양평가	식생활	건강행동	사망	NA
Schönbach 외, 2019a	다국가	건강영양평가	식품세	건강행동	만성질환	NA
Schönbach 외, 2019b	독일	건강영양평가	식품세	건강행동	만성질환, 사망	NA
Jongeneel 외, 2018	다국가	건강영양평가	유해화학물질 저감	건강행동	기타 질환 유병률	NA
Breyse 외, 2015	미국	건강영양평가	주거	주거	정신건강, 부상	NA
Follers 외, 2016	호주	건강영양평가	주거	지역사회환경	정신건강	NA
Alexander 외, 2017	미국	건강영양평가	진통제 사용	건강행동, 의료 접근성, 안전	만성질환, 약물 오남용	고려
Covey 외, 2016	미국	건강영양평가	진통제 사용	건강행동	정신건강, 약물 오남용, 사망, 의료비용	고려
Dianati 외, 2019	케냐	건강영양평가	환경	환경	기대수명	고려
Likhvar 외, 2015	다국가	건강영양평가	환경	환경	사망	NA
Perez 외, 2015	다국가	건강영양평가	환경	환경, 건강행동	사망, 건강수명	NA
Hartsgis 외, 2017	미국	건강영양평가, 경제성평가	환경	건강행동, 환경, 사회적 지지, 소득	정신건강, 만성질환, 기타 질환 유병률, 부상	고려

자료	국가	건강영양평가 종류	정책 종류	건강에 영향을 미치는 잠재적 요인 분류	건강영양 측정 지표	형평성
Sokolow 외, 2016	미국	건강영양평가	환경	환경, 지역사회환경	호흡기계 질환, 기타 질환 유병률, 부상, 만성질환, 정신건강	NA
Malmqvist 외, 2018	스웨덴	건강영양평가	환경	환경	사망, 입원, 활동제한, 호흡기계질환, 기타 질환 유병률	고려
Castro 외, 2017	스위스	건강영양평가	환경	환경	영아사망률, 입원, 활동제한, 만성질환 유병률, 호흡기계 질환, 의료비용, 사망	NA
Cai 외, 2018	중국	건강영양평가	환경	환경	사망	NA
Zhao 외, 2018	중국	건강영양평가	환경	환경	사망	NA
Holnicki 외, 2017	폴란드	건강영양평가	환경	환경	사망, 건강수명	NA
Kang, 2017	한국	건강영양평가	흡연	건강행동	만성질환, 호흡기계질환	NA

### 3. 건강영향평가 체계 고찰의 시사점

최근 5년간 수행된 건강영향평가 문헌 고찰을 통해 건강영향평가의 수행 동향과 체계를 파악하였다. 고찰에 포함된 문헌이 많지 않으며, 검색을 위한 데이터베이스의 이용이 제한적이었기 때문에 해당 시기에 수행된 모든 건강영향평가에 대해 고찰했다고 볼 수는 없으나 건강영향평가 수행의 경향을 판단할 수 있을 것으로 생각된다.

문헌 검색 시 영어로 작성된 문헌만을 포함하고, 회색문헌으로 포함된 건강영향평가 보고서가 모두 미국, 영국, 호주에서 수행되었기 때문에 본 결과를 바탕으로 어느 국가에서 건강영향평가를 많이 수행하는지 판단하기는 어렵다. 그러나 미국과 유럽, 오세아니아 국가 등 일찍부터 건강영향평가에 대한 관심을 가지고 제도화를 위해 노력한 국가들에서 건강영향평가를 많이 수행한다고 볼 수 있다.

직접적으로 건강에 영향을 미칠 수 있는 건강 관련 정책(식생활, 진통제 사용, 흡연 등)과 환경정책에 대한 건강영향평가가 주를 이루었지만(18건), 도시개발 및 사회정책의 건강영향평가 수행도 많이 이루어지고 있음을 알 수 있었다. 문헌 검색 시 건강영향평가의 단어가 포함된 문헌만을 검색하였기 때문에 선정된 연구 논문의 대부분이 건강영향평가의 틀을 이용하고 있었다. 선행연구에서 건강영향평가보다 환경영향평가와 관련된 논문이 더 많이 출판되고 있다고 보고하였고(최은진, 노정미, 여지영, 정지원, 2012), 환경영향평가에 비해 건강영향평가가 제도화된 국가는 적다. 본 연구는 환경정책의 건강영향에 대한 평가도 환경영향평가의 틀이 아닌 건강영향평가의 틀에서 이루어지는 경우가 있음을 확인하였다.

환경정책과 건강에 직접적으로 영향을 미치는 정책에 대한 건강영향평

가에서도 건강에 영향을 미치는 잠재적 요인으로는 건강과 환경 이외의 요인이 포함되었다. 건강에 영향을 미치는 잠재적 요인으로 자주 고려된 지역사회환경의 경우, 개인이나 조직 단위에서 환경 개선을 위해 노력하기 어렵다. 지역 정부 또는 국가 차원의 정책적 노력을 통해 변화할 수 있는 요소이므로, 관련 정책의 확충과 함께 타 정책의 건강영향평가 시 고려가 필요할 것이다.

연구에 포함된 문헌의 50%는 정책, 프로그램, 계획이 미칠 것으로 예상되는 건강영향의 인구 집단 내 분포를 고려하였다. 정책이 취약집단에 부정적인 영향을 미쳐서 건강불평등이 악화될지, 긍정적인 영향을 미쳐서 건강불평등이 완화될지에 대한 고려는 건강영향평가에서 중요하다. 건강 형평성을 고려한 건강영향평가 문헌들은 모두 건강에 영향을 미치는 잠재적 요인으로 지역사회환경, 의료 접근성, 소득, 고용, 주거, 교육 등 건강의 사회 결정 요인을 포함하여 건강영향평가를 수행하였다. 다양한 자료원을 이용하여 건강의 사회 결정 요인을 건강영향평가에 포함한다면 정책 시행으로 예상되는 집단 간 건강 수준의 차이 뿐만 아니라 정책으로 인해 건강불평등이 악화 또는 완화되는 이유와 대응 방안에 대해 함께 평가할 수 있을 것이다.

연구에 포함된 문헌들은 건강영향평가의 수행에 대해 기술했지만 건강영향평가 수행의 책임 주체와 건강영향평가를 위한 조직과 자원에 대한 기술은 적었다. 회색문헌의 경우 건강영향평가 단계를 자세히 기술하며 각 단계에 참여한 이해 관계자의 역할에 대해 기술하기도 하였지만, 학술지에 실린 문헌들은 자세한 수행 방법에 대한 기술이 부족하고, 특히 건강영향평가의 여러 단계 중 어느 단계를 수행했는지에 대한 기술이 없는 경우가 많았다. 따라서 본 문헌 고찰은 건강영향평가의 수행 동향을 파악하는 데는 적절하지만 건강영향평가 체계의 국가별 특성을 이해하고 비

교하는 데는 한계가 있었다. 문헌 고찰에 실제 건강영향평가를 수행하지 않고 건강영향평가 도입을 위한 노력이나 건강영향평가의 방법론 등에 대해 기술한 문헌은 제외했기 때문에 건강영향평가의 체계에 대한 중요한 시사점을 놓쳤을 가능성이 있다. 각 국가에서 건강영향평가를 어떻게 수행하고 있는지 더욱 자세히 살펴보기 위해 다음 절에서 건강영향평가 수행의 가이드라인을 검토하였다.

### 제3절 외국의 건강영향평가 가이드라인

#### 1. 영국의 건강영향평가 가이드라인

영국은 중앙정부와 지방정부, 민간에서 건강영향평가 수행을 위한 여러 가이드라인과 도구를 개발하여 이용하고 있다. 또한 건강영향평가뿐만 아니라 정책이 미칠 수 있는 건강불평등의 영향도 고려한 건강불평등 영향평가가 각 지방정부별로 수행되고 있다.

#### 가. 영국 보건부 건강영향평가 가이드라인

영국 보건부는 새로운 정책에 대한 건강영향평가 실시, 정부 부처의 건강영향평가 사례, 건강에 대한 근거, 정부 정책의 건강영향 계량화를 위한 4가지 지침을 발간하였다. 이 중 새로운 정책에 대한 건강영향평가 실시와 정부 정책의 건강영향 계량화를 위한 지침은 건강영향평가 수행에 대한 가이드라인을 제공한다.

새로운 정책에 대한 건강영향평가 실시를 위한 가이드라인(Herriott

& Williams, 2010)은 정책 입안자(policy makers)들이 각 정책 별로 필요한 건강영향평가의 수준을 결정하고 건강영향평가를 수행하는 것을 돕기 위해 개발되었다. 해당 가이드라인은 WHO 고센버그 합의서(1999)의 건강영향평가 정의를 따르며 건강영향평가를 통해 의사결정자들에게 지역사회 건강과 웰빙을 어떻게 증진하고 보호할 수 있을지에 대한 근거 기반의 현실적 제언을 제공할 수 있다고 설명한다. 건강영향평가를 수행하는 팀에 정책 주도자(policy lead)와 경제학자, 분석가, 사회학자 등 필요한 분야의 전문가들을 포함할 것을 권고한다. 건강영향평가는 정책 개발 과정의 시작 단계에 충분한 시간과 자원을 가지고 수행해야 한다고 설명하지만, 건강영향평가에 필요한 구체적인 자원에 대한 설명은 가이드라인에 포함되어 있지 않다. 건강영향평가의 각 단계별 수행 방법을 설명하고 부록으로 건강영향평가에서 사용할 수 있는 관련 도구를 제공하여 실제 평가를 할 때 활용할 수 있도록 하였다.

정부 정책의 건강영향 계량화를 위한 지침(Glover & Henderson, 2010)은 정책이 건강에 미칠 것으로 예상되는 영향을 양적으로 추정하는 방법에 대한 가이드라인이다. 가이드라인은 정부와 공공 영역의 정책 입안자와 분석가를 건강영향평가의 수행 주체로 보고 있다. 해당 가이드라인은 건강영향평가의 수행보다는 건강영향 계량화를 위한 방법론의 제공에 중점을 두고 있다. 건강영향 계량화를 위해 고려해야 하는 건강 관련 변수(질병 유병률, 사망률, 기대수명, 질 보정 생존 연수[Quality Adjusted Life Year], 삶의 질 등)와 기타 변수(인구사회학적 특성, 불평등, 비용 등), 변수의 자료원, 정책결정자에게 어떻게 결과를 보고할 것인지 등에 대한 내용을 포함한다.

## 나. 지방정부의 건강영향평가 가이드라인

각 지방정부별로 지역사회의 정책에 대한 건강영향평가를 수행하기 위한 가이드라인을 개발하여 이용하고 있다.

### (1) 건강영향평가 계획 지침(West Lothian Council, 2017)

웨스트로디언(West Lothian) 지역 의회는 지역 개발 10년 계획을 발표하였고, 계획 내에 포함된 일부 제안에 대한 건강영향평가를 요청할 예정이다. 새로운 개발 계획의 건강영향평가를 준비하기 위해 개발된 가이드라인 ‘Planning Guidance for Health Impact Assessment’은 건강영향평가의 목적이 건강에 미치는 주요 결정 요인을 확인하고 충분한 정보를 제공하여 건강 보호와 건강 증진을 위한 의사결정에 도움이 되도록 하는 것이라고 설명한다. 예상되는 정책의 건강영향이 인구 집단 간에 어떻게 다르게 나타날지를 추정하는 한편, 긍정적인 건강영향을 증진하고 부정적인 건강영향을 완화하는 권고를 만드는 것이 건강영향평가의 중요한 과정이라고 설명한다. 가이드라인은 건강영향평가의 각 단계별 수행 방법과 건강영향평가 보고 시 필요한 내용에 대해 설명하고 이해 관계자의 참여가 중요함을 강조한다. 현장에서 건강영향평가를 수행할 때 활용할 수 있는 체크리스트와 잠재적 건강영향 고찰을 위한 자료원, 그 외 건강영향평가에 대한 다른 정보원을 제공한다. 건강영향평가의 수행 주체와 관련 조직과 자원에 대한 내용은 포함되어 있지 않았다.

### (2) Health Impact Assessments in Planning Toolkit

(Worcestershire County Council, 2016)

우스터셔(Worcestershire) 지역은 건강증진 계획 정책(planning

policy)과 개발관리(development management)를 통해 건강한 지역 사회 형성을 지지하기 위한 가이드라인을 개발하였다. 계획 관련 전문가, 개발관리 관계자, 지역사회단체 등이 정책, 프로그램의 건강영향을 평가하는 데 도움을 주기 위한 가이드라인으로 건강영향평가 준비에 도움이 될 수 있도록 건강영향평가의 과정에 대한 설명과 각 정책별로 예상되는 건강과 웰빙에 대한 영향과 건강영향의 측정 방법 예시를 포함하였다. 가이드라인은 해당 지역사회 내의 건강 관련 특성과 국가 차원에서의 건강영향평가 수행의 배경을 설명하였다. 가이드라인에서 정의한 건강영향평가는 건강과 건강불평등에 미칠 수 있는 개발의 영향을 계획 과정에서 고려할 수 있도록 보장하는 과정이다. 건강영향평가의 목적은 제안서의 잠재적인 긍정적 영향을 강화하고 부정적인 영향을 피하거나 최소화하고, 지역사회 내 취약 영역을 고려하는 것이다. 건강영향평가의 종류와 계획의 내용에 따라 건강영향평가의 수행 주체는 다른데, 계획 정책의 경우 지역사회 당국, 개발관리의 경우 제안서 제출자가 건강영향평가를 수행할 수 있다. 가이드라인은 건강영향평가의 지역사회 참여를 강조하고, 정책의 초기 단계에서 건강영향평가를 수행할 것을 권고한다. 다양한 주체의 정책과 프로그램의 계획 단계에서 수행할 수 있는 건강영향평가의 구체적인 가이드라인을 제공하고 실제 건강영향평가에 이용할 수 있는 매트릭스를 제공하였다.

(3) 신속건강영향평가 도구(NHS London Healthy Urban Development Unit, 2017)

런던 보건부의 건강도시개발조직이 2008년 처음 발간한 신속건강영향평가 도구(Rapid Health Impact Assessment[HIA] tools)는 새로운 법률과 정책을 반영하기 위해 2013년 개정된 후 2017년에 재개정되었

다. 계획 제안서를 평가하고 결정할 때 건강이 충분히 고려되고, 계획 제안서를 따를 경우 예상되는 건강영향이 긍정적임을 보장하는 것을 목적으로 한다. 건강영향평가의 과정을 단계별로 설명하고 신속건강영향평가를 위한 도구를 제시한다. 해당 가이드라인에서 제시하는 속성건강영향평가 도구의 잠재적 사용자는 계획서를 개발하고 계획에 따른 건강영향을 평가하는 개발자와 컨설턴트, 지방 정부와 보건부 관련 기관, 지역사회, 지역사회 포럼 등의 단체 등이다. 가이드라인에서 제시하고 있는 건강영향평가 도구는 일반적인 사용을 위한 것이므로 특정 목적을 위해 건강영향평가 도구를 사용하기 위해서는 지역의 특성을 고려하여 활용하는 것이 필요함을 설명하였다.

#### (4) 건강영향평가 가이드라인(Wales HIA Support Unit, 2012)

웨일스 보건부의 건강영향평가 지원을 위한 부서(Wales HIA Support Unit)는 건강영향평가를 현장에서 수행하는 것을 돕기 위해 ‘Health Impact Assessment: A Practical Guide’를 개발하였다.

가이드라인은 건강영향평가의 정의와 고센버그 합의서에서 설명한 건강영향평가의 원칙, 건강영향평가의 장점을 설명하고 건강영향평가에서 평등을 고려하는 것이 중요하다는 것을 강조한다. 건강불평등의 고려와 형평성 증진을 위한 활동은 웨일스 지역에서 수행하는 건강영향평가의 핵심 요인이며, 형평성은 모든 건강영향평가의 구성 요인이어야 한다. 또한 형평성의 고려는 평등법에 근거하고 있음을 설명하였다. 건강영향평가의 종류와 건강영향평가 각 단계의 목적과 수행, 각 수행 단계에서 고려해야 할 사항과 필요한 역할에 대한 설명을 포함한다. 부록으로 실제 건강영향평가를 수행할 때 활용할 수 있는 체크리스트와 건강영향평가 관련 정보를 더 찾을 수 있는 웹사이트 링크를 제공한다.

## 다. 건강불평등영향평가

많은 지역들이 건강영향평가에서 건강불평등의 고려를 강조하며 수행한다. 일부 지역은 건강불평등과 함께 차별과 불평등을 강조한 건강불평등영향평가를 수행한다. 각 지역 보건부에서 건강불평등영향평가 수행을 위한 가이드라인과 도구를 개발하여 활용하고 있다.

건강불평등영향평가는 정책이나 계획이 인구 집단 내에 어떻게 다르게 영향을 미치는지를 체계적으로 고려하여 평가하기 위한 것으로, 건강영향평가, 평등영향평가(equality impact assessment), 인권영향평가(human rights impact assessment) 방법론에 기반한 영향평가의 통합적 도구이다. 각 지역마다 건강불평등영향평가에 대한 용어를 다르게 사용하고 있다. 스코틀랜드 보건부(NHS Health Scotland)는 건강불평등영향평가(Health Inequalities Impact Assessment), 런던 보건부는 평등과 건강불평등 영향평가(Equality and Health Inequalities Impact Assessment)라는 용어를 사용한다.

영국에서 공공 부문은 평등법(Equality Act, 2010)에 따라 정책, 계획 등을 수립할 때 법적으로 평등영향평가를 수행할 의무가 있다. 평등법은 평등영향평가를 통해 새로운 정책이나 수정된 정책이 어떻게 (1) 불법적 차별, 괴롭힘, 희생, 기타 금지된 행동을 제거할지, (2) 보호되어야 하는 특성을 지닌 사람들과 그렇지 않은 사람들 사이의 기회의 평등을 증진시킬 수 있는지, (3) 보호되어야 하는 특성을 지닌 사람들과 그렇지 않은 사람들 사이에 좋은 관계를 형성할 수 있는지를 평가하도록 한다. 보호되어야 하는 9가지 특성은 연령, 성별, 장애, 성 전환, 임신과 모성, 결혼과 동성혼, 인종, 종교와 신념, 성적지향성으로, 평등영향평가는 이 특성에 초점을 맞추어 정책이나 계획의 영향을 평가한다. 건강불평등영향평가는

평등영향평가에서 중점을 두는 보호되어야 하는 특성 외에 추가적으로 정책으로 인한 건강 결과가 다르게 나타날 수 있는 취약계층(예: 사회경제적 수준이 낮은 사람, 농촌 거주자 등)과 건강의 사회 결정 요인, 인권에의 잠재적 영향을 고려한다. 건강불평등영향평가는 평등영향평가를 포함하므로 건강불평등영향평가를 수행함으로써 평등법에서 요구하는 평등영향평가 실시 의무를 수행할 수 있다.

스코틀랜드 보건부에서 발간한 건강불평등영향평가 가이드라인(NHS Health Scotland, 2014)은 건강불평등영향평가의 각 단계와 각 단계의 수행 사항, 수집이 필요한 근거의 종류와 예, 건강불평등영향평가 수행 사례, 건강불평등영향평가 보고서 작성 방법에 대한 설명을 포함하고 있다. 스코틀랜드 정부의 공공 부문의 평등 의무를 위한 평등법(Equality Act Scottish Statutory Instruments 2012 No. 162)은 건강불평등영향평가를 포함한 영향평가가 (1) 관련 근거를 고려하고, (2) 공공 부문은 평가에서 나온 결과를 무시하지 않아야 하며, (3) 영향평가의 결과는 기한 내에 대중이 접근할 수 있는 방법으로 출판되어야 한다고 규정하였다. 가이드라인은 스코틀랜드의 평등법에 따라 건강불평등영향평가가 어떻게 근거를 고려하고, 평가에서 나온 결과를 정책에 반영하며, 평가의 결과를 공개하는지에 대한 방법을 포함한다.

건강불평등영향평가는 계획의 초기 단계에서 수행되어야 하고, 건강불평등영향평가의 결과는 공공 부문의 새로운 정책 개발이나 정책 개정에 활용될 수 있다. 가이드라인은 공공 부문과 영리, 비영리 부문의 정책이나 계획의 책임자(입안자, 계획 담당자)가 건강불평등영향평가의 수행 주체이며 건강불평등영향평가 수행을 위한 투자와 인적 자원의 참여가 필요함을 강조한다.

52 건강영향평가 사업 운영-건강영향평가 도입 및 인프라 구축을 위한 정책과제

〈표 2-4〉 건강불평등영향평가 사례: 스코틀랜드 ‘1주일에 한번 걷기(Walk Once a Week: WoW)’ 프로젝트

<p>준비 (preparation)</p>	<p>WoW 프로젝트는 표식(collectable pin badges)을 달고 1주일에 한번 이상 도보나 자전거로 초등학교에 등교한 어린이에게 보상을 함. WoW 프로젝트가 각기 다른 인구 집단에 다른 영향을 미치는 지를 고려하고 향후 프로젝트 설계와 수행을 위한 정보 제공을 위해 건강불평등영향평가를 수행함.</p>
<p>스코핑 (scoping)</p>	<p>지역사회 관련 단체, 정부, 스코틀랜드 보건부 관계자들이 스코핑 워크숍에 참석하여 프로젝트가 다른 인구 집단에 미칠 수 있는 잠재적인 영향에 대해 토론함. 프로젝트의 부정적인 영향을 받는 대상은 취약지역 거주 어린이로 선정됨. 범죄율, 교통 문제, 폭력 집단 등의 안전 문제로 인해 취약지역 거주 어린이들은 도보 통학의 장애를 가질 수 있음. 프로젝트 중 하나인 park and stride(도보 5~15분 거리의 학교 인근에 차를 주차할 수 있는 공간을 제공하여 일정 거리를 도보로 통학하도록 함)로 인해 시골 지역 어린이가 프로젝트의 긍정적인 영향을 받는 대상으로 선정됨.</p>
<p>우선순위 선정 (prioritisation)</p>	<p>프로젝트 수행 개선을 위한 옵션을 선정하기 위해 우선순위 선정 과정을 수행함.</p>
<p>평가 (appraisal)</p>	<p>스코틀랜드 보건부의 활동을 위한 근거 부서(Evidence for Action team)의 도움으로 프로젝트의 긍정적, 부정적 영향으로 선정된 내용을 입증하거나 부정할 수 있는 근거 출판물을 찾음.</p>
<p>권고 (recommendations)와 평가 후 조치 (what action was taken?)</p>	<p>프로젝트 내부적으로 프로젝트 수행 기관 중 한 곳과 함께 프로젝트에 대한 평등한 접근성 보장을 위해 포괄적인 인구학적 자료와 프로젝트 참여 양상 자료를 수집하는 것에 대해 토론을 진행 중임. 또한 활동적인 통학 관련 경험의 질에 영향을 미치는 다양한 요인을 반영하기 위해 계획과 수행 과정에서 정책 간 파트너십을 통해 활동적인 통학 이니셔티브(active travel to school initiative)에 대한 투자를 할 예정임.</p>

자료: NHS Health Scotland. (2014). Health Inequalities Impact Assessment(HIIA). NHS Health Scotland: Scotland., p.30.  
<http://www.healthscotland.scot/media/1117/health-inequalities-impact-assessment-answers-to-frequently-asked-questions-nov14.pdf> 에서 2019. 9. 26. 인출.

## 2. 미국의 건강영향평가 가이드라인

미국은 국가환경정책법에 따라 환경영향평가를 실시하고 있지만 연방 정부 차원에서 건강영향평가가 제도화되어 있지 않다. 연방정부에서 발간한 건강영향평가 가이드라인은 없지만 질병관리본부(Centers for Disease Control and Prevention)의 건강지역사회계획 이니셔티브(Healthy Community Design Initiative) 웹페이지에서 건강영향평가의 필요성, 사례, 평가 도구를 소개하고 있다.<sup>2)</sup> 또한 2011년 국립연구위원회(National Research Council)에서 건강영향평가의 의의와 구성 단계, 수행 절차에 관한 보고서를 발간하였다.

건강영향평가에 대한 관심이 높아지면서 민간에서 가이드라인을 개발하거나 건강영향평가 수행을 위한 자원을 지역정부, 조직 등에 제공하는 활동이 활발히 일어나고 있다. Pew Charitable Trusts 재단은 Robert Wood Johnson Foundation의 지원을 받아 미국 각 지역의 건강영향평가 수행을 지원하고 있고, 웹페이지를 통해 건강영향평가 수행에 필요한 도구와 사례 등의 자원을 제공한다(Pew Charitable Trusts., n.d.). 이외에 대학과 연구기관에서 지역정부가 이용 가능한 건강영향평가 가이드라인을 개발하고 배포한다.

### 가. 국립연구위원회의 건강영향평가 가이드라인(National Research Council, 2011)

미국 국립연구위원회는 국제 건강영향평가협회(International Association

2) <https://www.cdc.gov/healthyplaces/hia.htm>. 웹페이지는 기록 목적으로 유지되고 더 이상 업데이트되지 않는 상태임.

for Impact Assessment)의 건강영향평가 정의(Quigley 외, 2006; National Research Council, 2011에서 재인용)를 바탕으로, 건강영향평가를 “다양한 자료원과 분석 방법의 집합체를 이용하고 제안된 정책, 계획, 프로그램, 프로젝트가 인구의 건강과 인구 내 영향의 분포에 미칠 영향을 결정하기 위해 이해 관계자의 의견을 고려하는 체계적인 과정”(National Research Council, 2011, p46)이라고 정의했다. 건강영향평가는 정책 등의 영향을 감시하고 관리하는 방안을 제안하는 역할을 한다고 설명하였다. 건강영향평가의 목적은 의사결정을 내리기 전에 건강영향평가의 결과에 대한 논의를 통해, 건강영향평가가 제안 정책에서 예상되는 부정적 영향을 완화하고 긍정적 영향을 최대화하는 방향으로 제안을 수정하는 데 기여하는 것으로 명시하였다.

건강영향평가는 다양한 기관, 조직, 개인이 수행할 수 있다고 설명했다. 건강영향평가는 다분야 협력이 필요하므로 보건전문가가 환경 등 다른 분야의 전문가와 팀을 만들어서 수행하는 경우도 있다. 의사결정 주체(정부기관)가 자체 결정을 위해 건강영향평가를 수행할 수 있고, 지방정부가 다른 기관의 정책 의사결정을 위해 건강영향평가를 수행할 수도 있으며, 대학교 연구진이나 사설 컨설턴트가 수행할 수도 있다. 가이드라인은 건강영향평가의 각 단계별 목적, 목표, 수행 요소 및 전략 등에 대해 설명하고 각 단계의 사례를 제공한다.

미국은 연방정부와 주정부의 환경정책을 시행할 때 환경영향평가의 일부로 건강영향평가를 수행하도록 제도화되어 있다. 건강영향평가 제도화 확산을 위한 방안으로 지방정부, 주정부, 연방정부 기관 간 협력과 건강영향평가를 이용하는 현존 정책(환경정책) 시행의 완전화와 건강영향평가를 이용하도록 하는 추가적인 제도나 정책의 도입을 제안했다.

#### 나. 건강영향평가의 최소 요소와 수행 기준(Bhatia 외, 2014)

「건강영향평가의 최소 요소와 수행 기준(Minimum Elements and Practice Standards for Health Impact Assessment)」(Bhatia 외, 2014)은 북아메리카 건강영향평가 수행 기준 워킹그룹이 2009년 처음 발간한 후 2번의 개정을 거쳤다. 가이드라인은 건강영향평가를 “의사결정 과정에서 건강의 보호와 증진, 건강불평등 감소를 목적으로 하는 활동”(Bhatia 외, 2014, p. 1)으로 정의하고 건강영향평가는 정책, 계획, 프로그램, 프로젝트 등이 인류 건강에 유의한 영향을 미칠 가능성이 있을 때, 대중과 결정권자(decision-maker)에게 알리는 목적을 가지고 있다고 하였다.

다양한 정책, 계획, 프로그램, 프로젝트 등에서 건강영향평가의 수행은 다양하게 이루어진다. 그러므로 해당 가이드라인은 건강영향평가를 어떻게 수행할 것인지에 대한 것보다는 건강영향평가를 위해 어떠한 요소가 포함되어야 하며 평가의 효과적인 수행을 위한 기준은 무엇인지를 제시하는 데 중점을 둔다.

포괄적 건강영향평가를 위해 필요한 8가지 최소 요소로 (1) 건강영향평가의 사전 수행, (2) 취약계층의 포함, (3) 건강 결정 요인, 건강 상태, 건강 형평성의 고려, (4) 건강영향평가로 영향을 받을 인구 집단의 현 건강 상태, 건강 결정 요인, 취약계층에 대한 정보 제공, (5) 계획서의 건강, 건강 결정 요인, 건강 형평성에 대한 영향 제시, (6) 긍정적인 건강영향을 증진시키고 부정적인 건강영향을 완화할 수 있는 실행 가능하고 효과적인 방안 권고와 계획의 수정 또는 대안 제시, (7) 건강영향평가의 목적, 결과, 권고를 포함한 보고서를 대중이 접근 가능하도록 생산, (8) 모니터링 지표 제시를 선정했다. 또한 효과적인 건강영향평가를 위해 각 단계별 수

행 기준을 제시하였다. 그러나 건강영향평가의 수행 주체와 필요 자원에 대한 기준은 제시하지 않았다.

### 3. 호주의 건강영향평가 가이드라인

호주 보건부, 또는 각 지역의 보건부가 연구기관과 협력하여 건강영향평가 가이드라인을 발간하고 건강영향평가를 수행한다.

#### 가. 건강영향평가 가이드라인(Health impact assessment guidelines)(enHealth, 2017)

호주 연방정부에서 설립한 enHealth 위원회에서 출판한 2001년 가이드라인의 개정 가이드라인이다. 건강영향평가와 건강영향평가의 수행 이유를 설명하고 건강영향평가 수행에서 협동적 접근의 필요성을 강조한다. 가이드라인은 환경 또는 개발 영향평가 시 건강영향에 대한 고려를 증진시키고, 건강영향평가에 필요한 각 단계와 이해 관계자들의 역할을 설명하고, 이해 관계자들이 건강영향평가 보고서를 준비하고 평가하는 것을 돕는 것을 목적으로 한다.

가이드라인은 건강과 건강의 사회 결정 요인에 대한 설명으로 시작하며, 건강영향평가가 개인 수준보다 국가 수준에서의 건강의 사회 결정 요인에 중점을 둔다고 강조한다. WHO 고센버그 합의문의 건강영향평가의 기본 가치에 대한 설명을 포함하고, 건강영향평가는 건강에의 포괄적 접근을 원칙으로 하고, 예방적 접근을 기반으로 한다고 설명한다.

해당 가이드라인에서는 정책의 발의자, 보건 당국, 의사결정기관, 기타

이해 관계자를 건강영향평가의 수행 주체로 정의하고 각 주체의 역할을 다음과 같이 설명하였다.

- 발의자: 건강영향평가 수행 과정에 필요한 세부 정보 제공, 서류 제출 기한, 자격을 갖춘 전문가의 참여 등 평가가 법적 요구도를 충족시키는 것을 보장하고, 평가가 건강에 미치는 잠재적 영향을 다루는 것을 보장해야 한다.
- 보건 당국: 주로 발의자를 통해 건강영향평가 과정을 수행한다. 필요시 다른 관계 당국과 협력 관계를 맺고, 정책 승인 시 건강 관련 모니터링과 사후 평가를 수행한다.
- 의사결정기관: 건강을 영향평가의 주요 의제로 포함하고 발의자가 건강영향평가 과정 중 적절한 시기에 보건 당국과 교류하도록 권장한다. 보건과 관련된 모니터링, 평가 결과, 건강영향평가 과정에 대한 피드백을 보건 당국에 제공한다. 보건 당국과 다른 이해 관계자들을 연결하고, 지역사회가 관련 전문가와 정보에 접근할 수 있도록 도움을 준다.
- 이해 관계자: 계획에 건강에 대한 고려가 들어간 근거를 이해해야 한다. 지역사회와 협력하여 관련 의문사항이나 우려점을 고려하고, 발생 가능한 문제에 대해 함께 일한다. 평가과정에 대해 지속적으로 인지해야 하며, 필요시 관련 정보를 다른 사람들에게 제공한다.

건강영향평가의 각 단계와 건강영향평가의 종류, 건강영향평가 보고서 작성 방법에 대한 설명을 제공한다. 또한 부록으로 각 정책 주제별 건강영향평가를 수행할 때 질문해야 할 사항에 대한 목록을 제공하여, 실제 현장에서 건강영향평가를 수행하는 데 활용할 수 있도록 하였다.

#### **나. 형평성에 중점을 둔 건강영향평가 가이드라인(Equity Focused Health Impact Assessment Framework)(Mahoney, Simpson, Harris, Aldrich, & Williams, 2004)**

형평성에 중점을 둔 건강영향평가(Equity Focused HIA: EFHIA)를 소개하기 위한 가이드라인으로 EFHIA의 프레임워크를 제시하고 프레임워크의 각 구성 요소와 평가의 각 단계, 각 단계에서 성취해야 할 결과, 인구 집단 간 건강 형평성을 위해 고려해야 할 사항과 예시를 포함했다. EFHIA는 건강영향평가의 방법론을 사용하며 정책이나 정부 활동의 효과가 인구 집단별로 다르게 영향을 미칠 것인지, 그 영향이 형평성에 문제를 야기할 것인지를 평가하는 데 중점을 둔다는 것을 가이드라인에서 강조한다.

EFHIA 가이드라인은 앞에서 기술한 enHealth 위원회의 건강영향평가 가이드라인과 다르게 영향평가 수행 주체와 역할에 대해 명시하지 않았다. EFHIA 가이드라인 서두에 해당 가이드라인은 일반적인 건강영향평가에 대한 이해가 있음을 전제로 한다고 기술되어 있는 것으로 미루어 보아, 건강영향평가 가이드라인과 공통적인 내용에 대한 설명은 포함하지 않은 것으로 보인다. EFHIA 가이드라인은 형평성과 관련된 요인과 건강영향의 형평성을 고려하기 위한 영향평가 각 단계별 주의사항에 중점을 두었다.

#### 다. 기타 가이드라인

건강영향평가 수행을 위한 가이드라인은 아니지만 건강영향평가에 활용 가능한 가이드라인도 발견되었다.

퀸즐랜드 보건부는 영향평가 발의자를 위한 가이드라인(State of Queensland, 2016)을 발간하여 환경영향평가의 법적 근거와 환경영향평가 내에서의 건강영향 고려 필요성을 설명하였다. 정책 발의자가 환경정책의 영향평가를 실제로 시행할 때 이용하기 편리하도록 가이드라인 내에 여러 종류의 환경정책 시행 시 발생 가능한 건강영향을 제시하였다. 그러나 정책으로 인한 잠재적 건강영향의 예시 외에 환경영향평가나 건강영향평가의 수행 방법에 대한 설명은 없었다.

WHO의 건강영향평가 협력 기관인 커틴(Curtin) 대학교는 건강영향평가 보고서를 평가하는 방법에 대한 가이드라인을 발간하였다(Spickett & Katscherian, 2014). 가이드라인의 원 목적은 보건부 직원 등 건강영향평가 보고서 평가자가 평가를 할 때, 또는 발의자가 정책을 제안하여 승인을 위한 준비를 할 때 필요한 정보를 제공하는 것이다. 가이드라인은 보고서 평가자 외에 건강영향평가 수행 관계자가 활용할 수 있다. 가이드라인에서 건강영향평가의 각 단계를 평가하는 항목과 각 단계의 필수 수행 요소를 제시하고 있는데, 이를 활용하여 환경영향평가의 일부로 건강영향평가를 준비하는 관계자, 다른 정부기관, 지방정부의 직원, 발의자, 컨설턴트 등이 건강영향평가를 수행할 수 있다.

건강영향평가의 목적인 정책의 예상되는 부정적 건강영향을 완화하고 긍정적 건강영향을 증진하기 위해서는 건강영향평가의 과정, 성과의 질 관리가 필요하다. 건강영향평가 실무자 단체(Society of Practitioners of Health Impact Assessment)는 건강영향평가의 과정이나 성과의 질

을 유지 또는 증진하기 위해 관련 전문가 동료평가(peer review)나 평가를 이용하는 방법에 대한 가이드라인 『Health Impact Assessment Peer Review Brief』를 발간하였다(Society of Practitioners of Health Impact Assessment, 2016). 해당 가이드라인은 건강영향평가 수행 실무자를 위한 것으로 동료 평가를 하는 근거, 가능한 리뷰의 종류, 리뷰어의 역할에 대한 가이드라인, 건강영향평가의 과정과 결과를 향상시키기 위해 언제, 어떻게 평가를 이용해야 하는지에 대한 내용을 포함한다.

#### 4. 국제단체의 건강영향평가 가이드라인

##### 가. 아메리카 국가들을 위한 건강영향평가의 개념과 가이드라인(Pan American Health Organization, 2013)

Pan American Health Organization(PAHO)에서 발간한 가이드라인 『Health Impact Assessment: Concepts and Guidelines for the Americas』는 아메리카 대륙 국가들에서 이용할 수 있는 건강영향평가의 개념과 수행 방법을 설명하고 라틴아메리카, 캐리비언 지역 국가들에서의 건강영향평가 수행 활성화를 위해 건강영향평가의 가치, 정책 활용 등을 강조한다.

가이드라인 발간 시점 기준 미국, 캐나다 이외 다른 아메리카 대륙 국가들은 환경영향평가 이외에 다른 종류의 영향평가를 체계적으로 수행해 오지 않았으며 영향평가 수행에 대한 국가적인 논의가 없었다. 가이드라인은 일부 국가에서 영향평가를 시작하고 있고 관련 예산 등이 증가하고 있으나 모든 국가에서 영향평가의 발전이 동일하게 일어나지 않는 점을 고려해야 한다고 지적하였다. 라틴아메리카와 캐리비언 지역 국가들에서

잘 수행할 수 있는 영향평가를 받아들이기 시작하는 것이 중요함을 강조하였다.

건강영향평가의 수행을 위해서는 각 분야 전문가와 다양한 인구 집단 대표를 포함한 운영위원회 설립이 필요하다. 위원회에는 보건, 사회과학, 역학, 환경보건, 사회발전, 보건경제 등의 전문가가 포함되는 것이 이상적이다. 이를 위해 이해 관계자의 건강영향평가 과정 참여 방법에 대해 결정해야 한다. 주요 의사결정자의 건강영향평가 참여는 건강영향평가를 공론화하고 건강영향평가의 중요성에 대한 인식을 향상시키는 데 중요하다.

가이드라인은 건강영향평가 수행 시 활용 가능한 재정적, 시간적 자원을 정해야 한다고 명시하였으나 구체적인 설명은 없다. 건강영향평가를 위한 자원은 계획과 의사결정 과정을 향상시키기 위한 투자이므로 건강영향평가를 정기적으로 수행하기 위해서 자원의 지정이 필요하다고 설명한다.

#### **나. 유럽연합 정책의 건강영향평가 가이드라인(International Health Impact Assessment Consortium, 2004)**

유럽연합은 유럽연합 정책 개발 과정 중 건강영향평가를 하기 위해 European Policy Health Impact Assessment(EPHIA)의 수행 방법에 대한 가이드라인을 발간하고 건강영향평가의 방법론과 개념과 원칙, 각 건강영향평가 단계별 수행 방법에 대한 설명을 제공하였다.

가이드라인은 EPHIA에 대해 다음과 같이 설명한다. EPHIA는 주인의 식의 공유를 통해 이익이 가장 잘 실현되는 협력의 과정이다. EPHIA의 과정은 민주적이어야 하며 지역사회 구성원의 직접 참여 또는 대표를 통한 참여가 가능해야 한다. EPHIA는 건강불평등의 감소에 관심을 가지며,

인구 집단 간 다른 건강영향의 분포를 측정한다. EPHIA는 객관적이어야 하며, 투명한 과정으로 이루어져야 한다. EPHIA의 결과로 생성된 제안은 실행 가능하고, 실현 가능해야 하며 단기와 장기 건강영향을 모두 고려해야 한다.

가이드라인은 다양한 건강영향평가에 대해 설명하고, 수행할 건강영향평가의 종류를 선택할 수 있는 지침을 제공한다. 건강영향평가 각 단계의 수행 방법을 설명하며 관련된 이해 관계자의 예시를 제공한다. 부록으로 신속 EPHIA의 수행 방법을 제시하고, EPHIA를 수행하며 사용할 수 있는 자료원을 제공하였다.

## 5. 가이드라인 고찰의 시사점

정책 과정에 건강영향평가를 수행한 지 10년 이상 된 유럽 국가들에도 건강영향평가 수행에 여러 장애물이 있다. 건강영향평가 시행에 대한 법적 근거 부재, 다양한 영역에서 수행할 수 있는 표준화된 건강영향평가 방법 부재, 평가의 수행 주체와 수행을 위한 필수 자격요건, 건강영향평가의 질을 평가하는 방법이 불명확한 점이 건강영향평가 수행의 장애물로 지적된다(Vohra, Nowacki, & Martuzzi, 2016). 본 연구에서 고찰한 미국, 영국, 호주와 국제단체의 건강영향평가 가이드라인을 바탕으로 건강영향평가 수행의 장애물을 낮추는 방법에 대해 논하고자 한다.

연구에 포함된 외국 건강영향평가 가이드라인 대부분은 건강영향평가의 정의와 원칙에 대한 설명을 포함한다. 이는 건강영향평가에 대한 이해가 부족한 건강영향평가의 수행 주체, 정책 관계자, 대중들이 건강영향평가의 목적과 의의, 필요성을 이해하는 데 도움이 될 것이다.

영국과 호주는 연방정부 차원에서 건강영향평가 가이드라인을 발간했

지만 미국은 국립연구위원회에서 개발한 가이드라인 외에 연방정부에서 개발한 가이드라인은 없다. 표준화된 건강영향평가 방법의 부재는 동일한 정책에 대한 건강영향평가의 결과와 정책 제언이 다르게 나타나는 것을 초래할 우려가 있다. 중앙정부와 전문가 단체의 협력을 통해 표준화된 건강영향평가 가이드라인을 개발하여 다양한 영역에서 건강영향평가의 질을 유지할 수 있는 방법으로 건강영향평가가 수행될 수 있도록 보장해야 한다.

중앙정부에서 개발한 가이드라인의 활용은 건강영향평가 방법의 표준화를 위해 유용하지만 각 지역사회의 특성을 반영하는 데 한계가 있을 수 있다. 영국과 호주의 각 지방정부에서 발간한 건강영향평가 가이드라인과 같이 해당 지역의 건강문제와 건강불평등의 현황에 대해 제시하고, 건강영향평가를 위한 지역 내 건강 수준과 건강의 사회 결정 요인 자료원을 제공한다면 실제 지역사회에서 활용하는 데 유용할 것이다. 특히 해당 지역이 국가 내 일반적인 지역과 다른 특성을 가진 경우(예: 고령화 농촌, 저소득층 밀집 지역) 국가 전체에서 활용되는 건강영향평가의 방법 외에 고려해야 할 건강과 사회적 요인이 특수성이 있으므로 지역사회의 특성을 반영한 가이드라인이 유용하게 사용될 것이다. 또한 지방정부가 가이드라인을 개발하여 활용한다면 영국 지방정부에서 건강영향평가와 평등영향평가의 일환으로 건강불평등영향평가를 실시하는 것과 같이 각 지방정부의 필요에 맞는 영향평가의 틀을 개발할 수 있다. 건강영향평가의 틀과 가이드라인 개발에 지방정부가 적극적으로 참여하여 각 지역사회의 필요와 요구도를 충족시킬 수 있는 영향평가의 방안을 고려할 필요가 있다.

고찰한 건강영향평가 가이드라인의 일부는 실제 수행된 건강영향평가의 사례를 제공하여 가이드라인에서 설명한 평가의 각 단계의 활용에 대한 이해를 도왔다. 건강영향평가의 실제 사례 제공은 앞으로 건강영향평

가를 수행할 실무자, 조직, 정부, 정책 입안자들에게 도움이 될 것이다. 영국, 호주의 지방정부와 미국의 건강영향평가 관련 단체, WHO는 다양한 영역에서 수행한 건강영향평가 보고서를 홈페이지에 공개한다. 비슷한 영역의 건강영향평가를 수행할 담당자들이 과거 사례를 참고할 수 있고, 건강영향평가 수행 전 정책의 구상 단계부터 과거 사례를 통해 예상되는 건강영향을 미리 파악할 수 있다. 건강영향평가 가이드라인을 통해 실제 건강영향평가의 사례를 제공하고, 또한 가이드라인에서 건강영향평가 결과의 공개 규정에 대해 설정한다면 정보와 경험의 공유를 통해 건강영향평가 수행의 질이 높아질 것이다. 나아가 건강영향평가를 바탕으로 제안된 정책이나 프로그램에 개선된 점이 있을 경우 그 결과가 함께 공개된다면, 향후 유사 정책의 수립과 평가에 유용한 자료로 이용될 수 있을 것이다.

본 연구의 고찰에 포함된 가이드라인들은 건강영향평가의 각 단계별 수행 절차, 건강영향평가 보고서 작성법에 대한 자세한 설명을 포함하여 건강영향평가를 ‘어떻게’ 수행해야 하는지를 다루고 있었으나, 건강영향평가를 ‘누가’ 어떤 ‘자원’을 이용하여 수행해야 하는지 다룬 내용은 부족했다. 건강영향평가를 수행할 전담 조직과 인력, 자원의 확보는 건강영향평가 수행 인력의 전문성을 확보하기 위해 필수적이다. 건강영향평가 가이드라인에서 평가를 총괄하고 각 단계에 참여해야 하는 조직과 인력에 대한 방향을 제시한다면, 각 기관에서 효과적인 건강영향평가 수행을 위한 준비를 할 수 있을 것이다.

각 국가의 환경적 요인을 고려한 건강영향평가 제도화의 필요성이 2000년대 초반부터 제기되었다(Banken, 2003). 국가 차원의 건강영향평가 체계의 제도화는 건강영향평가를 의사결정 과정에 포함시키는 데 필수적이다. 건강영향평가가 제도화되지 않는다면 건강영향평가의 결과

가 정책 결정을 원하는 방향으로 지지할 것으로 예상될 때만 건강영향평가를 수행할 위험이 있다. 일부 정책만 건강영향평가를 실시한다면 중요도가 높은 정책 위주로 수행할 가능성이 있다. 그러나 상대적으로 중요도가 높지 않은 정책이 오히려 건강에 부정적인 영향을 크게 미칠 가능성이 있다. 건강영향평가가 제도화되지 않는다면 일부 사전 예방적 활동에 관심이 많은 정부와 지역사회 등에서만 건강영향평가가 이루어지고 다른 지역사회에서는 이루어지지 않을 것이다. 또한 건강영향평가의 결과로 정책의 부정적인 건강영향이 예상되더라도 제도화되어 있지 않으면 정책에 건강영향평가 결과를 반영할 의무가 없어서 해당 정책이나 의사결정의 수정을 요구하기 어려울 수 있다(Wismar 외, 2007). 건강영향평가의 질 향상을 위해서도 건강영향평가의 제도화가 필수적이다. 건강영향평가 수행의 법적, 제도적 근거를 수립함으로써 건강영향평가에 필요한 조직, 인력, 재원의 확보, 잠재적 건강영향과 건강의 사회 결정 요인을 파악하기 위한 자료의 확보, 평가의 효과적인 수행을 위한 도구와 방법의 개발, 이해 관계자의 참여, 인력의 역량 강화를 제도적으로 보장할 수 있을 것이다(Linzalone, Ballarini, Piccinelli, Viliani, & Bianchi, 2018).

건강영향평가 수행 실무자, 정책 입안자, 기타 이해 관계자의 필요를 반영한 활용 가능한 건강영향평가 가이드라인은 효과적인 건강영향평가의 수행을 위해 필수적이다. 건강영향평가의 제도화를 통해 건강영향평가 수행 인프라를 확보하고, 중앙정부 차원의 표준화된 건강영향평가 가이드라인과 지방정부 차원의 각 지역 특색을 반영한 평가 수행의 가이드라인 개발이 병행된다면 효과적인 건강영향평가를 수행할 수 있을 것이다.



제 3 장

## 노인 일자리 사업에 대한 건강영향평가

제1절 노인의 근로활동과 건강과의 관계

제2절 노인 일자리 사업의 개요

제3절 노인 일자리 사업이 건강에 미치는 영향 분석



# 3

## 노인 일자리 사업에 대한 << 건강영향평가

### 제1절 노인의 근로활동과 건강과의 관계

#### 1. 선행연구

우리나라는 65세 이상 고령 인구가 14% 이상이 되는 고령사회에 직면하였고, 곧 20% 이상의 초고령사회에 직면하게 될 것으로 예상된다. 고령 인구의 증가와 더불어 건강하게 노년생활을 보낼 수 있는 방안에 대한 정책적 관심이 더욱 높아지고 있다. 기대수명이 지속적으로 증가하고 있으며, 이와 더불어 노인 의료비도 급격히 증가하고 있다.

65세 이상 1인당 월평균 진료비 증가율은 약 11.1%이며, 전체 진료비 중에 노인진료비가 차지하는 비중은 약 38.7%(2016년 기준)에 달한다(김준호, 이선미, 김경아, 광동선, 2017).

〈표 3-1〉 65세 이상 적용 인구 및 진료비 지출 현황

(단위: 천 명, 억 원, 원, %)

구분		2014년	2015년	2016년	증감률(%)
적용 인구	전체	50,316	50,490	50,763	0.5
(천 명)	65세 이상 (%)	6,005 (11.9)	6,223 (12.3)	6,445 (12.7)	3.6
진료비	전체	543,170	579,546	645,768	11.4
(억 원)	65세 이상 (%)	197,417 (36.3)	218,023 (37.6)	250,187 (38.7)	14.8
1인당 월평균 진료비	전체	90,248	95,759	106,286	11.0
(원)	65세 이상	279,648	295,759	328,599	11.1

자료: 김준호, 이선미, 김경아, 광동선(2017) 건강보험 노인건강증진사업 개선방안 연구. 원주: 국민건강보험공단

노인의 근로활동은 건강에 긍정적인 영향을 미칠 수도 있고, 반대로 부정적인 영향을 미칠 수도 있다. 최근의 연구에서는 노년기의 근로가 인지 기능, 정신건강, 신체 기능에 도움이 된다는 결과를 제시하고 있다(Hinterlong et al., 2007). 그러나 노년기의 근로는 정신건강 및 신체 기능에 부정적인 영향을 준다는 결과도 있다(Westerlund, Kivimäki, Singh-Manoux, Melchior, Ferrie, et al., 2009; Westerlund, Vahtera, Ferrie, Singh-Manoux, Pentti, et al., 2010).

### 1) 노인의 근로활동이 건강에 긍정적인 영향을 미치는 근거

역할이론(role theory)과 활동이론(activity theory)에서는 근로 역할 또는 생산적 활동이 건강에 긍정적인 영향을 준다는 것을 강조한다(Moen, Dempster-McClain, & Williams, 1992; Herzog & House, 1991). 예를 들어, Hinterlong et al.(2007)는 60세 이상 근로활동을 하는 노인들의 경우, 주관적 건강 수준이 높으며 신체적 기능 손상이 적다는 것을 보여준다. 그리고 Behncke(2009)는 근로활동이 여러 경로를 거쳐 신체적 기능 장애를 최소화한다는 것을 보여 주고 있다. 노인들은 건강에 보다 높은 가치를 부여하기 때문에, 건강에 더 많은 자원을 투자한다는 것이다.

### 2) 노인의 근로활동이 건강에 부정적인 영향을 미치는 근거

노인의 작업 환경에 대한 안전 문제  
노화로 인한 신체 기능 약화 가속화  
근로 유지에 따른 만성질환의 재발 및 악화

만성질환의 관리를 위한 시간적 여유 부족  
흡연, 음주 등의 건강 위해 활동 증가

## 2. 노인 일자리 사업의 사회경제적 효과

### 1) 노인 일자리 사업의 보건의료 효과

우리나라는 노인 일자리 사업을 통하여 노인 빈곤을 감소시키고 노인의 소득과 사회 참여를 지원하고 있다. 이석원, 이윤석, 허수정, 정연백, 신재은 외(2014)의 연구 결과에 의하면, 노인 일자리 사업 참가자를 사업 유형별 및 참여자의 특성별로 구분하여 보건의료에 미치는 효과를 분석한 결과, 노인 일자리 사업 참여를 통하여 해당 연도의 총 의료비 지출을 약 54만 5000원 감소시키는 효과가 있는 것으로 나타났으며, 의료기관 방문 횟수는 3.76일 정도 감소하는 것으로 나타났다.

그러나 김영선, 강은나(2011)의 연구 결과에서는 노인 일자리 사업 참여자가 비참여자에 비해 의료비 지출 수준은 낮지만, 주관적 건강 수준이나 우울감에 있어서는 유의한 차이가 없는 것으로 분석되었다.

이와 같은 선행연구에서는 노인이 초기에 보유하고 있는 건강 수준 또는 만성질환 등과 같은 변수를 통제했는지의 여부에 따라 다소 상이한 결과가 나타날 수 있을 것으로 생각된다.

### 2) 노인 일자리 사업의 삶의 질(사회적 지지, 사회적 관계)에 대한 효과

이소정 외(2011)는 노인 일자리 사업의 효과를 분석하기 위해 노인 1000명을 대상으로 설문조사를 수행하였고, 미시적 차원에서 심리적 효

과, 사회관계적 효과, 보건의료의 효과로 구분하여 분석하였다. 분석 결과, 심리적 측면, 사회관계 측면, 외래 이용 횟수 감소 등의 효과가 있는 것으로 분석되었다. 그리고 이소정 (2013)에서도 노인 일자리 사업 참여가 노인의 사회관계에 긍정적인 영향을 주는 것으로 나타났다.

정세희, 문영규(2014)는 노인 일자리 사업에 참여한 노인을 대상으로 이들의 생활 만족도에 영향을 미치는 요인을 분석하였으며, 그 결과에 의하면, 동거가족 유형, 참여 일자리 유형, 재참여 여부가 생활 만족도에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다.

하경분, 주민경, 송선희(2014)는 노인 일자리 사업에 참여한 노인의 참여 만족도와 생활 만족도 및 삶의 만족도와의 관계를 살펴본 결과, 참여자의 참여 만족도는 높았으나, 생활 만족도와 삶의 만족도는 그다지 높지 않은 것으로 나타났다. 그리고 참여 만족도가 높을수록 생활 만족도 및 삶의 만족도가 높은 것으로 분석되었다.

### 3) 노인 일자리 사업의 경제생활(소득, 소비지출)에 대한 효과

노인 일자리 사업이 개인의 소득 및 지출 등의 경제활동에도 영향을 줄 수 있다. 이에 이지혜, 황남희(2018)는 노인 일자리 사업이 노인 가구의 경제적 생활수준에 미치는 영향에 대해 소득과 소비 변화를 중심으로 살펴보았다. 그 결과 노인 일자리 사업에 지속적으로 참여하였어도 근로소득, 소비 지출 등 경제적 생활수준에 별다른 영향을 미치지 못한 것으로 분석되었으며 빈곤 탈출과 같은 경제적 지위 개선에도 영향을 미치지 못한 것으로 나타났다. 다만, 노인 일자리 사업에 지속적으로 참여함으로써 경제적 지위가 악화되는 것을 예방할 수 있는 정책적 효과는 지닌 것으로 분석하였다.

## 제2절 노인 일자리 사업의 개요

### 1. 사업 개요

우리나라는 기대여명 증가와 더불어 베이비부머의 은퇴에 따라 노인층이 급격히 증가할 것으로 예상되며, 이로 인한 노인 빈곤 문제, 노인 의료비 증가 문제, 노인 돌봄 문제 등도 더욱 심각해질 것으로 예상된다. 이러한 문제를 해결하기 위한 방안으로, 노인들의 독립적 활동을 지원하고, 노인들이 건강하고 활기차게 생활할 수 있도록 관련 정책을 수립하고 있다. 특히 노인 일자리 사업을 통하여 소득과 사회 참여를 지원하고 있다.

노인 일자리 사업은 ‘어르신들이 활기차고 건강한 노후 생활을 영위할 수 있도록 다양한 일자리·사회활동을 지원하여 노인복지 향상에 기여’(보건복지부, 2019년 노인보건복지사업안내 II, p. 3)하는 데에 목적을 두고 있다.

노인 일자리 사업은 ‘노인의 적성과 능력에 맞는 사회적 일자리를 창출·제공함으로써 노인의 보충적 소득보장과 사회 참여를 도모’하고자 2004년에 도입되었다(보건복지부, 2006, 노인보건복지사업 안내, p. 29).

〈표 3-2〉 노인 일자리 사업 근거

사업 근거	내용
노인복지법	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 제23조(노인사회참여 지원) 국가 또는 지방자치단체는 노인의 사회참여 확대를 위하여 노인의 지역봉사 활동기회를 넓히고 노인에게 적합한 직종의 개발과 그 보급을 위한 시책을 강구하며 근로능력 있는 노인에게 일할 기회를 우선적으로 제공하도록 노력하여야 한다.</li> <li>- 제23조의2(노인 일자리 전담기관의 설치·운영 등) 국가 또는 지방자치단체는 노인 일자리전담 기관을 설치·운영하거나 그 운영의 전부 또는 일부를 법인·단체 등에 위탁할 수 있다.</li> <li>- 제24조(지역봉사지도원 위촉 및 업무) 국가 또는 지방자치단체는 사회적 신망과 경험이 있는 노인으로서 지역봉사를 희망하는 경우에는 이를 지역봉사지도원으로 위촉할 수 있다</li> </ul>
저출산고령사회 기본법	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 제11조(고용과 소득보장) : 국가 및 지방자치단체는 일할 의욕과 근로능력이 있는 고령자가 최대한 일할 수 있는 환경을 조성하여야 한다.</li> <li>- 제14조(여가·문화 및 사회활동의 장려) : ① 국가 및 지방자치단체는 노후의 여가와 문화활동을 장려하고 이를 위한 기반을 조성하여야 한다. ② 국가 및 지방자치단체는 자원봉사 등 노인의 사회활동 참여를 촉진하는 사회적 기반을 조성하여야 한다.</li> </ul>

자료: 보건복지부(2019). 2019년 노인보건복지사업안내 II. p. 3.

노인 일자리 사업은 사회서비스형과 시장형으로 구분되며, 시장형에는 시장형 사업단, 인력 파견형 사업단, 시니어 인턴십, 고령자 친화 기업, 기업 연계형으로 나뉜다(보건복지부, 2019).

사회서비스형은 취약계층 지원 시설 및 돌봄시설 등 사회적 도움이 필요한 영역에 노인 인력을 활용하여 필요한 서비스를 제공하는 일자리라 할 수 있다. 여기에는 아동시설 지원, 청소년시설 지원, 장애인시설 지원, 취약가정시설 지원 등의 사업이 속한다(보건복지부, 2019).

시장형 사업단은 노인에게 적합한 업종 중 소규모 매장 및 전문 직종 사업단 등을 공동으로 운영하여 일자리를 창출하는 사업으로, 일정 기간 사업비 또는 참여자 인건비 일부를 보충 지원하고 추가 사업 수익으로 연중 운영하는 노인 일자리이다(보건복지부, 2019). 인력 파견형 사업단은 수요처의 요구에 의해서 일정 교육을 수료하거나 관련된 업무 능력이 있는 자를 해당 수요처로 연계하여 근무 기간에 대한 일정 임금을 지급받을

수 있도록 한 일자리이다(보건복지부, 2019).

〈표 3-3〉 노인 일자리 사업 내용: 2019년

유형		주요 내용	예산 지원	
노인 사회 활동	공익활동	노인이 자기만족과 성취감 향상 및 지역사회 공익 증진을 위해 참여하는 활동	자치단체 경상보조	
	재능나눔활동	재능을 보유한 노인이 자기만족과 성취감 향상, 지역사회 공익 증진을 위해 자발적으로 참여하는 봉사 성격의 각종 활동	민간 경상보조	
노인 일자리	사회서비스형	취약계층 지원 시설 및 돌봄시설 등 사회적 도움이 필요한 영역에 노인 인력을 활용하여 필요한 서비스를 제공하는 일자리	자치단체 경상보조	
	시장 형	시장형 사업단	참여자 인건비 일부를 보충 지원하고 추가 사업 수익으로 연중 운영하는 노인 일자리	자치단체 경상보조
		인력 파견형 사업단	수요처의 요구에 의해서 일정 교육을 수료하거나 관련된 업무 능력이 있는 자를 해당 수요처로 연계하여 근무 기간에 대한 일정 임금을 지급받을 수 있도록 한 일자리	자치단체 경상보조
		시니어 인턴십	만 60세 이상의 노인에게 일할 기회를 제공함으로써 노인의 직업 능력 강화 및 재취업 기회를 촉진	민간 경상보조
		고령자 친화 기업	고령자가 경쟁력을 가질 수 있는 적합한 직종에서 다수의 고령자를 고용하는 기업 설립 지원	민간 경상보조
		기업 연계형	기업이 적합한 노인 일자리를 창출하고 유지하는데 필요한 직무 모델 개발, 설비 구입 및 설치, 4대 보험료 등 간접비용을 지원	민간 경상보조

자료: 보건복지부(2019). 2019년 노인보건의복지사업안내 II. p. 4.

노인 일자리 사업은 보건복지부가 사업의 기본 방향을 제시하게 되면, 시도별로 기본계획을 수립하고 이를 근거로 보건복지부가 시도별로 예산을 배분하고 있다(보건복지부, 2019).

76 건강영향평가 사업 운영-건강영향평가 도입 및 인프라 구축을 위한 정책과제

〈표 3-4〉 노인 일자리 사업 예산 지원 기준: 2019년

		참여자 1인 예산 지원 기준				국고 보조
		활동비(월)	참여 기간	부대경비* (연)	계	
공익활동		27만 원	9개월	14만 원	257만 원	50% (서울 30%)
재능나눔활동		27만 원	12개월	16만 원	340만 원	
사회서비스형		54만 원 (권장) ~59.4만 원	11개월 (권장)~ 10개월	48.9만 원	788.7만 원	
시장형 사업단	공동 작업형	-	연중	230만 원	230만 원	
	제조판매형					
	서비스 제공형					
인력 파견형 사업단		-	연중	15만 원	15만 원	
수행기관 전담 인력		174만 6천 원	12개월	-	2,269.8만 원*	

주: \* 전담인력 퇴직적립금 포함 13개월 반영.  
 자료: 보건복지부(2019). 2019 노인 일자리 및 사회활동 지원 사업 운영 안내. p. 7.

노인 일자리 및 사회활동 지원 사업은 공익활동 및 사회서비스형의 경우 만 65세 이상 기초연금수급자에 해당하며, 시장형 사업단 및 인력 파견형 사업단은 만 60세 이상 사업 특성 적합자를 대상으로 하고 있다(보건복지부, 2019). 단, 국민기초생활보장법에 의한 생계급여 및 의료급여 수급자 등 노인 일자리 및 사회활동 지원 사업 신청의 제외자도 선정하고 있다(보건복지부, 2019).

〈표 3-5〉 노인 일자리 및 사회활동 지원 사업 신청 제외자

- 국민기초생활보장법에 의한 생계급여, 의료급여 수급자
※ 국가유공자, 북한이탈주민 등의 사유로 인한 의료급여 1종 수급자는 참여 가능
※ 시장형 사업단은 의료급여 수급자 중 2종 수급자는 참여 가능
- 정부부처 및 지자체에서 추진하는 일자리 사업에 2개 이상 참여하고 있는 자
※ 노인 일자리 및 사회활동 지원 사업 내 중복 참여 불가
- 국민건강보험 직장가입자(인력 파견형 사업단 제외)
※ 시장형 사업단은 해당 사업단의 건강보험 직장가입자일 경우 해당 없음
- 장기요양보험 등급 판정자(1~5등급, 인지지원등급)

자료: 보건복지부(2019). 2019 노인 일자리 및 사회활동 지원 사업 운영 안내. p. 14.

## 2. 노인 일자리 사업 연혁

노인 일자리 사업은 2004년에 도입하여 공익사회활동과 시장형 및 인력 파견형 일자리 사업을 시작하였다. 2011년에 시니어 인턴십, 고령자 친화 기업, 시니어 직능 클럽으로 구분하여 사업이 추진되었으며, 기업 연계형 노인 일자리 사업은 2016년 시범사업으로 최초 실시되었다(한국노인인력개발원(2018)).

〈표 3-6〉 노인 일자리 사업 연혁

(단위: 개, 명, %)

사업 유형		도입 시기
사회활동	공익활동	2004년
	재능나눔	2014년
취업/창업 일자리	시장형 사업단	2004년
	인력 파견형	2004년
	시니어 인턴십	2011년
	고령자 친화 기업	2011년
	시니어 직능 클럽	2011년
	기업 연계형	2016년

자료: 한국노인인력개발원(2018) 2017 노인 일자리 통계 동향을 참고하여 저자가 작성함.

## 3. 노인 일자리 사업 현황

2018년 노인 일자리 사업의 목표 사업량은 약 51만 개로, 2004년 이후 지속적으로 증가하고 있는 추세이다(한국노인인력개발원, 2019). 사업별로 보면, 공익활동에 40만 5134개, 재능나눔에 5만 2153개, 인력 파견형에 2만 67개, 시니어 인턴십에 5686개, 고령자 친화 기업에 1468

78 건강영향평가 사업 운영-건강영향평가 도입 및 인프라 구축을 위한 정책과제

개, 시니어 직능 클럽에 240개, 기업 연계형에 4593개 사업이 추진된 것으로 나타나, 전년 대비 실적이 증가하였다. 그러나 시장형 사업단은 5만 4585개로 전년 대비 실적이 다소 감소한 것으로 나타났다(한국노인인력개발원, 2019).

〈표 3-7〉 노인 일자리 사업 실적 현황: 2018년

(단위: 개, 명, %)

구분	목표 사업량 (A)	배정 사업량	사업단	누적 참여자 수	중도 포기자 수	추진 실적 (B)	추진율 (B/A)* 100	
2018년 전체	513,121	533,434	8,772	590,262	56,106	543,926	106.0	
사회 활동	공익활동	375,288	398,239	5,656	449,359	44,225	405,134	108.0
	-노노 케어	80,000	81,613	1,204	93,638	8,108	85,530	106.9
	-취약계층 지원		12,129	260	13,498	1,415	12,083	
	-공공시설 봉사	295,288	290,967	3,608	327,688	33,624	294,064	108.2
	-경륜 전수 활동		13,530	584	14,535	1,078	13,457	
	재능나눔	51,900	51,900	804	54,264	2,111	52,153	100.5
취업·창업·일자리	시장형 사업단		47,693	1,758	54,585	9,135	54,585	
	공동 작업형		13,133	379	15,445	2,830	15,445	
	제조판매형	49,377	17,362	1,023	19,397	3,576	19,397	110.5
	서비스 제공형		17,198	356	19,743	2,729	19,743	
	인력 파견형	22,906	21,952	165	20,067	-	20,067	87.6
	시니어 인턴십	7,900	7,900	94	5,686	188	5,686	72.0
	고령자 친화 기업	1,750	1,750	59	1,708	-	1,708	97.6
	고령자 친화 기업	1,750	1,750	51	1,468	-	1,468	83.9
	시니어 직능 클럽	-	-	8	240	-	240	-
	기업 연계형	4,000	4,000	236	4,593	447	4,593	114.8

자료: 한국노인인력개발원(2019) 2018 노인 일자리 및 사회활동 통계 동향. p. 33.

2018년도 노인 일자리 사업의 참여자 수는 약 54만 명으로, 60세 이상 인구 대비 참여자 수 비중은 약 4.86%에 해당된다(한국노인인력개발원, 2019).

〈표 3-8〉 노인 일자리 사업 참여 현황

(단위: 명, %)

구분		인구	누적 참여자 수	중도 포기자 수	참여자 수*	해당 인구 대비 참여 비율
2017년	60세 이상	10,666,349	538,243	53,437	496,200	4.65
	65세 이상	7,356,106				6.75
2018년	60세 이상	11,193,257	590,262	56,106	543,926	4.86
	65세 이상	7,650,408				7.11

주: 공익활동 및 재능나눔은 '누적 참여자 수 - 중도 포기자 수'로 산출하며, 그 외 모든 사업은 '누적 참여자 수'로 산출.

자료: 1) 행정자치부, 주민등록인구통계, 각 연도.

2) 한국노인인력개발원(2019) 2018 노인 일자리 및 사회활동 통계 동향.

## 제3절 노인 일자리 사업이 건강에 미치는 영향 분석

### 1. 연구 방법

본 연구에서는 한국복지패널 데이터를 활용하여 노인 일자리 사업에 참여한 조사 대상자와 참여하지 않은 조사 대상자의 건강 수준 및 건강 만족도 등을 분석하고자 하였다. 노인 일자리 사업 참여에 대한 정보는 2012년부터 2017년까지의 결합데이터를 활용하여 분석하였다. 한국복지패널 조사에 응답한 65세 이상 조사 대상자를 노인 일자리 사업 참여자와 비참여자로 나누어 분석하였다.

노인 일자리 사업에 대한 참여가 건강에 미치는 영향을 추정하기 위해, 패널분석을 적용하였다. 건강에 대한 종속변수는 주관적 건강 수준, 외래 이용 횟수, 그리고 건강행태 관리 수준으로 구분하여 분석하였으며, 이외에 노인 일자리 사업이 사회적 관계 만족도에 미치는 영향도 포함하여

분석하였다.

〈표 3-9〉 노인 일자리 사업의 건강영향 분석

	변수 내용
종속변수	- 주관적 건강 수준 - 의료 이용 - 건강행태 관리 - 사회적 관계 만족도
독립변수	- 노인 일자리 사업 참여
통제변수	- 가구 구성 - 개인의 사회경제적 특성 - 가구 소득, 소비 지출 등

## 2. 기초 통계 분석

분석 대상인 노인 일자리 사업 참여자 수는 2012년에 188명으로, 60세 이상 응답자 대비 3.26%이었으며, 2017년에는 60세 이상 응답자 대비 7.23%이었다. 2017년의 남성 참여자는 113명, 여성 참여자는 277명인 것으로 나타났다.

〈표 3-10〉 노인 일자리 사업 참여 가구원 수

연도	사업 참여자 수		60세 이상 응답자 수 (명)
	(명)	60세 이상 대비 비율(%)	
2012	188	3.26	5,578
2013	210	3.79	5,332
2014	236	4.24	5,335
2015	265	4.83	5,218
2016	291	5.36	5,140
2017	390	7.23	5,001

〈표 3-11〉 노인 일자리 사업 참여 가구원의 특성: 성별, 60세 이상

연도	참여자(명)			60세 이상 응답자 대비 참여자 비율(%)		
	남	여	계	남	여	계
2012	66	122	188	2.95	3.46	3.26
2013	75	135	210	3.49	3.98	3.79
2014	86	150	236	4.04	4.36	4.24
2015	89	176	265	4.23	5.21	4.83
2016	88	203	291	4.24	6.05	5.36
2017	113	277	390	5.49	8.31	7.23

노인 일자리 사업 참여 가구원의 연령별 특성을 살펴보면, 2017년을 기준으로 60대 응답자 중 2.55%, 70대 응답자 중 10.71%, 80대이상 응답자 중 7.50%가 노인 일자리 사업에 참여하는 것으로 나타났다.

〈표 3-12〉 노인 일자리 사업 참여 가구원의 특성: 연령별, 60세 이상

연도	참여자				60세 이상 응답자 대비 참여자 비율(%)			
	60대	70대	80대 이상	계	60대	70대	80대 이상	계
2012	33	136	19	188	1.49	5.01	2.28	3.26
2013	33	153	24	210	1.61	5.81	2.81	3.79
2014	27	182	27	236	1.36	6.97	2.78	4.24
2015	38	184	43	265	1.96	7.39	4.10	4.83
2016	38	188	65	291	2.01	7.89	5.62	5.36
2017	46	251	93	390	2.55	10.71	7.50	7.23

노인 일자리 사업 참여 가구원의 사업 참여 지속성을 살펴보면, 2014년 참여자가 2015년에도 참여하는 비중은 73.48%이었고, 2016년 참여자가 2017년에도 참여하는 비중은 82.39%이었다.

82 건강영향평가 사업 운영-건강영향평가 도입 및 인프라 구축을 위한 정책과제

〈표 3-13〉 노인 일자리 사업 참여 가구원의 사업 참여 지속성

구분		2014→2015		2015→2016		2016→2017	
		비참여	참여	비참여	참여	비참여	참여
전년도 (t-1)	비참여	98.08	1.92	98.19	1.81	96.79	3.21
	참여	26.52	73.48	22.09	77.91	17.61	82.39

노인 일자리 사업 참여자의 만성질환 분포를 보면, 6개월 이상 만성질환을 보유하고 있는 경우는 88.80%로 비참여자의 평균인 83.95%보다 다소 높았으며, 요통, 디스크 등의 근골격계질환도 노인 일자리 사업 비참여자보다 다소 높은 것으로 나타났다.

〈표 3-14〉 노인 일자리 사업 참여 가구원의 특성: 만성질환별, 60세 이상

(단위: %)

연도	6개월 이상 만성질환		요통, 디스크, 관절증 등 근골격계질환	
	참여자	비참여자	참여자	비참여자
2012	86.17	84.22	25.00	24.79
2013	87.14	83.80	25.24	22.75
2014	90.25	83.54	19.49	19.42
2015	88.30	83.86	25.28	19.99
2016	88.66	84.07	22.68	20.35
2017	90.51	84.24	20.00	18.66
전체 평균	88.80	83.95	22.59	21.05

노인 일자리 사업 참여자의 연간 외래 방문 횟수는 34.48회로, 비참여자의 연간 외래 방문 횟수인 29.73회보다 다소 높은 것으로 나타났다.

〈표 3-15〉 노인 일자리 사업 참여 가구원의 특성: 연간 외래 방문 횟수, 60세 이상

연도	연간 외래 방문 횟수		연간 입원 횟수	
	참여자	비참여자	참여자	비참여자
2012	36.57	31.36	0.09	0.25
2013	37.31	31.39	0.19	0.23
2014	33.58	29.38	0.17	0.24
2015	36.43	29.53	0.14	0.25
2016	35.62	29.59	0.20	0.26
2017	30.31	26.90	0.24	0.26
전체 평균	34.48	29.73	0.18	0.25

그러나 노인 일자리 사업 참여자의 주관적 건강 상태는 2.90점으로 비참여자인 2.88점과 거의 유사하게 나타났다. 건강 만족도 측면에서는 참여자의 건강 만족도 점수가 2.83점, 비참여자의 건강 만족도 점수는 2.76점으로 참여자의 건강 만족도 점수가 다소 높은 것으로 나타났다.

〈표 3-16〉 노인 일자리 사업 참여 가구원의 특성: 주관적 건강 상태 및 건강 만족도

연도	주관적 건강 상태		건강 만족도	
	참여자	비참여자	참여자	비참여자
2012	2.85	2.84	2.78	2.67
2013	2.84	2.82	2.65	2.66
2014	2.97	2.87	2.92	2.78
2015	2.88	2.91	2.87	2.82
2016	2.86	2.89	2.81	2.77
2017	2.96	2.98	2.89	2.85
전체 평균	2.90	2.88	2.83	2.76

주: 아주 건강하다(5점) ~ 건강이 아주 안 좋다(1점)  
매우 만족(5점) ~ 매우 불만족(1점)

### 3. 분석 결과

#### 1) 노인 일자리 사업이 의료 이용에 미치는 영향

노인 일자리 사업 참여가 외래 이용에 미치는 영향을 분석하기 위해 패널회귀모형을 적용한 결과가 아래의 표에 제시되어 있다. 분석 결과, 고정효과모형과 확률효과모형 모두에서 노인 일자리 사업 참여가 외래 이용에 유의한 영향을 미치지 못하는 것으로 나타났다. 이는 노인의 근로 활동이 의료 이용 및 의료비를 감소시킨다는 기존의 연구 결과(이석원, 이윤석, 허수정 외, 2014)와는 달리 노인 일자리 사업 참여에 따른 보건 의료 효과에 대한 근거를 확인할 수는 없음을 보여 준다.

〈표 3-17〉 노인 일자리 사업 참여가 외래 이용에 미치는 영향

(연간 외래 방문 횟수)	Fixed Effect Model			Random Effect Model		
	Coeff.	SE	p	Coeff.	SE	p
노인 일자리 참여	-1.291	1.350	0.339	0.091	0.959	0.924
남성				-5.339***	0.630	0.000
연령	-0.531***	0.111	0.000	0.116***	0.038	0.002
유배우자	2.612	1.870	0.162	0.912	0.815	0.263
교육(무학) vs 고등 이상	4.762	6.828	0.486	5.170***	0.976	0.000
교육(초등) vs 고등 이상	7.477	6.261	0.232	5.188***	0.771	0.000
교육(중등) vs 고등 이상	0.654	3.544	0.854	0.692	0.868	0.426
가구원 수 1명 vs 4명 이상	11.558***	2.182	0.000	7.566***	1.239	0.000
가구원 수 2명 vs 4명 이상	4.420***	1.493	0.003	2.360**	0.976	0.016
가구원 수 3명 vs 4명 이상	1.401	1.265	0.268	0.066	1.027	0.949
(로그)가처분소득	1.871***	0.606	0.002	-0.723*	0.398	0.069
만성질환 있음	9.530***	0.532	0.000	14.042***	0.546	0.000
근골격계질환	14.492***	0.694	0.000	16.274***	0.462	0.000
상수	32.013***	9.721	0.001	6.377	4.827	0.186
R-sq	0.090			0.143		

주: \* p<.1; \*\* p<.05; \*\*\* p<.01

## 2) 노인 일자리 사업이 주관적 건강 상태에 미치는 영향

노인 일자리 사업이 주관적 건강 상태에 미치는 영향을 살펴보기 위해 패널로짓모형을 활용하여 분석하였다. 그 결과 노인 일자리 사업 참여가 주관적 건강 수준에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다.

〈표 3-18〉 노인 일자리 사업 참여가 주관적 건강 수준에 미치는 영향

(주관적 건강 수준)	Fixed Effect Model			Random Effect Model		
	Coeff.	SE	p	Coeff.	SE	p
노인 일자리 참여	0.272**	0.109	0.013	0.370***	0.083	0.000
남성				0.299***	0.048	0.000
연령	-0.049***	0.010	0.000	-0.046***	0.003	0.000
유배우자	-0.181	0.160	0.257	-0.068	0.067	0.313
교육(무학) vs 고등 이상	0.296	0.798	0.711	-0.630***	0.077	0.000
교육(초등) vs 고등 이상	0.294	0.696	0.673	-0.555***	0.058	0.000
교육(중등) vs 고등 이상	-0.082	0.628	0.896	-0.192***	0.064	0.003
가구원 수 1명 vs 4명 이상	0.219	0.212	0.302	0.355***	0.103	0.001
가구원 수 2명 vs 4명 이상	0.085	0.159	0.593	0.206***	0.079	0.009
가구원 수 3명 vs 4명 이상	0.077	0.146	0.595	0.052	0.084	0.536
(로그)가처분소득	0.221***	0.054	0.000	0.510***	0.035	0.000
만성질환 있음	-0.951***	0.056	0.000	-1.577***	0.045	0.000
근골격계질환	-0.528***	0.054	0.000	-0.520***	0.046	0.000
상수				-0.323	0.414	0.436
LR test				0.000		

주: \* p<.1; \*\* p<.05; \*\*\* p<.01

종속변수를 binary data(좋은 및 매우 좋은의 응답은 1, 이외의 응답은 0)로 구성하여 분석한 결과임.

## 3) 노인 일자리 사업이 건강행태 관리에 미치는 영향

노인 일자리 사업 참여가 개인의 건강행태 관리에 영향을 주는지 살펴 보기 위해 흡연과 위험음주 감소에 미치는 영향을 패널로짓분석을 활용하여 분석하였다. 확률효과모형에서는 유의 수준 10%에서 흡연을 감소시키는 데 영향을 주는 것을 나타냈지만, 이외의 분석 모형에서는 유의한 영향을 주지는 못하는 것으로 분석되었다.

〈표 3-19〉 노인 일자리 사업 참여가 건강행태관리에 미치는 영향

(건강행태관리)	흡연		위험음주	
	FE	RE	FE	RE
노인 일자리 참여	-0.174	-0.455*	-0.115	-0.244
남성		7.068***		5.713***
연령	-0.419***	-0.209***	-0.141***	-0.136***
유배우자	-0.657	-2.165***	-0.18	-0.461**
교육(무학) vs 고등 이상	-0.012	2.206***	-12.896	1.285***
교육(초등) vs 고등 이상	-0.674	0.815***	-0.044	0.643***
교육(중등) vs 고등 이상	12.968	0.417	-0.362	0.422**
가구원 수 1명 vs 4명 이상	0.709	-0.805**	1.037**	0.436
가구원 수 2명 vs 4명 이상	0.075	-0.692***	1.001***	0.434**
가구원 수 3명 vs 4명 이상	0.149	-0.399	0.511*	0.231
(로그)가처분소득	0.292**	-0.329***	0.153	0.247***
만성질환 있음	-0.202	-0.376***	-0.295**	-0.441***
근골격계질환	0.308**	0.285**	-0.016	0.035
상수		7.242***		-1.226

주: \* p<.1; \*\* p<.05; \*\*\* p<.01

## 4) 노인 일자리 사업이 사회적 관계 만족도에 미치는 영향

노인 일자리 사업 참여가 가족관계 만족도와 사회적 관계 만족도에 미치는 영향을 분석하였다. 그 결과 노인 일자리 사업 참여가 가족관계 만족도를 변화시키는 데에는 영향을 미치지 못하는 것으로 나타났다. 그러나 사회적 친분관계 만족도는 개선되는 방향으로 영향을 미치는 것으로 나타났다.

〈표 3-20〉 노인 일자리 사업 참여가 가족관계 및 사회적 관계 만족도에 미치는 영향

(만족도)	가족관계 만족도		사회적 친분관계 만족도	
	FE	RE	FE	RE
노인 일자리 참여	-0.145	-0.011	0.457***	0.590***
남성		-0.382***		-0.203***
연령	0.021**	0.029***	-0.085***	-0.016***
유배우자	0.011	0.840***	-0.215	0.574***
교육(무학) vs 고등 이상	0.391	-0.193**	0.984	-0.140**
교육(초등) vs 고등 이상	0.302	-0.069	0.626	-0.145***
교육(중등) vs 고등 이상	0.172	-0.002	-0.144	-0.088
가구원 수 1명 vs 4명 이상	0.719***	1.309***	0.801***	1.443***
가구원 수 2명 vs 4명 이상	0.523***	0.982***	0.499***	0.832***
가구원 수 3명 vs 4명 이상	0.078	0.287***	0.192	0.215***
(로그)가처분소득	0.499***	0.962***	0.443***	0.775***
만성질환 있음	0.047	-0.073	-0.158***	-0.256***
근골격계질환	0.099*	0.105**	0.04	0.095**
상수		-8.687***		-4.540***

주: \* p<.1; \*\* p<.05; \*\*\* p<.01

#### 4. 소결

본 연구에서는 노인 일자리 사업의 정책 효과 중에 건강에 미치는 영향을 중심으로 분석하였다. 첫째, 노인 일자리 사업 참여자의 외래 이용에 대한 영향을 분석한 결과, 의료 이용 감소 효과가 나타난다는 기존의 분석 결과와는 달리 사업 참여가 외래 이용에 영향을 주지는 못하였다. 즉 일자리 사업 참여자의 만성질환 분포를 보면, 비참여자에 비해 만성질환 보유 비율이 높고, 특히 근골격계질환의 유병률이 상대적으로 높아 외래 이용 감소의 효과가 나타나지 않은 것으로 추정할 수 있다.

둘째, 노인 일자리 사업은 주관적 건강 수준에는 유의하게 영향을 미치는 것으로 나타나, 건강 수준을 긍정적으로 인지하는 것으로 나타났다.

셋째, 노인 일자리 사업 참여가 금연 및 절주와 같은 개인의 건강행태 관리에도 영향을 미치는지를 분석한 결과, 흡연 감소에는 매우 약한 영향을 미치지만, 위험음주 감소에는 유의한 영향을 주지 않는 것으로 나타났다.

넷째, 노인 일자리 사업과 삶의 질에 대한 관계를 살펴보기 위해, 노인 일자리 사업 참여가 가족관계 또는 사회적 관계에 대한 만족도에 영향을 주는지에 대해 분석하였다. 그 결과 사업 참여가 가족관계 만족도에 대해서는 영향을 주지 않았으나, 사회적 친분관계 만족도에는 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다.

이와 같이 노인 일자리 사업은 의료 이용에는 영향을 주지 않았지만, 사회적 관계 또는 주관적 건강 상태의 개선에는 영향을 주는 것으로 나타났다.

제 4 장

근로장려세제에 대한  
건강영향평가

제1절 빈곤과 건강의 관계

제2절 연구 방법

제3절 분석 결과



# 4

## 근로장려세제에 대한 << 건강영향평가

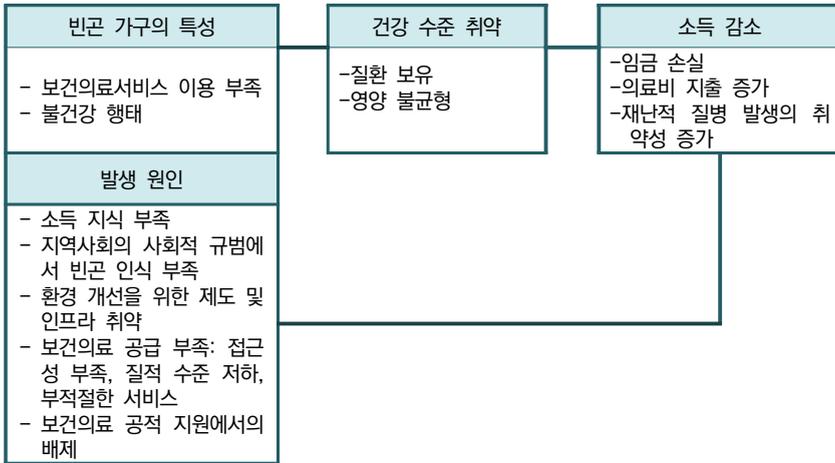
### 제1절 빈곤과 건강의 관계

#### 1. 건강과 소득 및 빈곤

빈곤과 건강의 관계를 보면 우선 빈곤으로 인하여 건강 수준이 악화된다는 견해가 있다. 빈곤으로 인하여 의료 접근성이 취약해지면서 건강 수준이 더 악화되고, 빈곤으로 인하여 교육 및 지식을 쌓을 수 있는 기회가 축소되어 건강 수준이 악화된다고 본다. 또한, 건강악화 또는 질병으로 인하여 빈곤이 발생한다는 견해가 있다. 즉 질병이나 장애의 발생으로 인하여 노동생산성이 감소하거나 일자리를 잃어 소득이 감소함으로써 빈곤이 발생한다. 그리고 중증질환은 재난적 의료비를 발생시켜 빈곤으로 추락할 위험이 높다.

이와 같은 빈곤과 건강의 관계는 일방향의 관계가 아니라 상호 간에 원인과 결과로 작용하는 동태적 관계로 볼 수 있을 것이다. 아래의 그림에서 볼 수 있듯이 취약한 건강은 저임금 또는 무소득으로 인한 소득 감소로 이어진다. 이는 빈곤을 악화시키며 취약한 건강 상태를 더욱 나쁘게 할 수 있어, 빈곤과 건강 악화가 원인과 결과를 반복하면서 악순환을 심화시킬 수 있다.

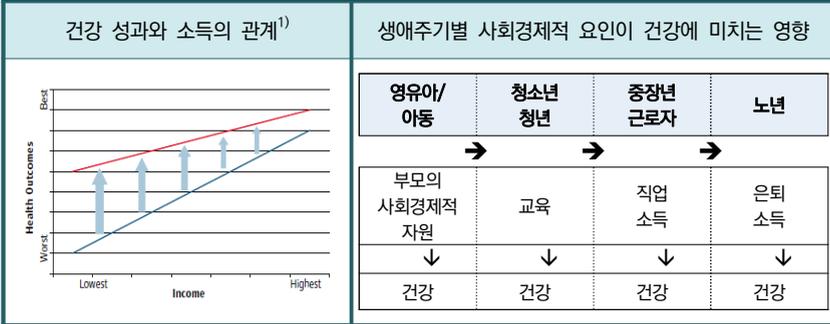
[그림 4-1] 건강과 빈곤의 흐름



이와 같이 빈곤이 건강 수준을 악화시키고, 취약한 건강 상태로 인해 빈곤해질 가능성이 높아진다는 것은 오랫동안 고정된 인식의 틀이 되어 왔다. 최근에는 소득과 건강의 관계에 대한 관심이 다시 높아지고 있는데, 이는 소득 양극화 현상이 더욱 가속화되면서 동시에 소득 격차에 따른 기대여명 또는 건강수명의 차이도 증가하고 있기 때문이다. 그리고 기존에는 의료서비스의 공급에 대한 역할이 강조되었다면, 최근에는 비임상적 요소 즉, 교육, 고용, 주거 등과 같은 요소가 건강 성과에 미치는 영향에 대한 관심이 증가하고 있다. 의료서비스에 대한 지불 능력, 접근성이 중요해지면서 건강의 사회경제적 결정 요인에 대한 역할이 강조되고 있는 것이다.

나아가 생애주기별 사회경제적 특성도 개인의 건강에 영향을 미치게 된다. 따라서 건강불평등을 감소시키기 위해서는 다음과 같은 사회정책이 필요하다.

[그림 4-2] 건강 성과와 소득의 관계



자료: 1) Greater London Authority(2010). The London health inequalities strategy. www.london.gov.uk(접속일자: 2019. 6.5)

- 빈곤층의 경제적 상태를 호전시킬 수 있는 사회정책의 방안으로 최저임금 확대, 근로장려금 확대 등
- 영양 불균형을 개선하기 위한 정책, 스트레스를 관리하고 금연 프로그램을 제공하는 정책
- 근무 기관 인근에 양질의 안전한 보육시설을 제공
- 성인들에 대한 재취업 훈련 프로그램 확대 및 강화
- 취업 준비에서 빈곤층에게 더 많은 혜택을 부여할 수 있는 사회안전망 강화
- 주거, 인프라, 환경 등의 개선

〈표 4-1〉 소득 지원 정책이 건강에 미치는 영향

유형		문헌		Short Term Follow up	Long Term Follow up
1	Opportunity NYC	Riccio 2010; Riccio 2013		2 yrs	3-4 yrs
2	EITC	Pega 2013		various	
3	Minimum Wage	McCarrier 2011;		various	
		Meltzer 2009		various	
		Sabia 2010		various	
4	NAIME	Connor 1999		various	
5	Indian Gaming	Costello 2003; Costello 2010		4 yrs	up to 9 yrs
		Wolfe 2012		various	
		Momper 2010		various	

유형	정신건강			신체건강			중독, 약물 오남용			의료/보험		
	전체	단기 효과	장기 효과	전체	단기 효과	장기 효과	전체	단기 효과	장기 효과	전체	단기 효과	장기 효과
1	Y	N	Y	Y	Y	N	Y	N	N	Y	Y	Y
2	Y	N		Y	N		Y	M		N		
3	N			N			N			Y	Y	
	N			Y	Y		N			N		
	N			Y	N		N			Y	N	
4	Y	M		Y	M		N			Y	M	
5	Y	Y	Y	N			Y	-	Y	N		
	Y	Y		Y	Y		Y	Y		Y	N	
	Y	N		N			N			N		

주: Conditional Cash Transfers: Opportunity NYC-Family Rewards Demonstration, Earned Income Tax Credit (EITC), Minimum Wage Laws  
 Unconditional Income Supplementation: North American Income Maintenance Experiments (NAIME), Income Supplements from Gaming Revenues on Indian Reservations

자료: Osypuk TL, Joshi P, Geronimo K, Acevedo-Garcia D.(2014) Do Social and economic policies influence health? A review Curr Epidemiol Rep. 1; 1(3): 149-164.

효과적인 사회정책이 국민의 건강을 향상시킨다는 근거가 제한적으로 기술되고 있을 뿐이다. 저소득층을 대상으로 수행한 사회정책이 건강의 사회적 결정 요인을 통해 건강에 영향을 주는지에 대한 근거는 여전히 제한적이라 할 수 있다. 사회정책 내에서 건강이라는 요소가 성과로 구성되어 있지 않고, 간접적인 요소로 구성되어 있으며, 직접적인 건강에 관한 정책적 개입이 모델 내에 포함되어 있지 않아, 직접적인 건강 요소들에 미치는 효과를 평가하기 어려우며, 정책에 대한 건강 성과를 측정하는 방식 또한 제한적이라 할 수 있다.

이에 이 장에서는 다양한 사회정책 중에 근로장려세제 정책을 통하여 근로여건 지원의 본연적인 목적 이외에 근로빈곤층의 건강 수준에도 영향을 미치고 있는지를 분석하고자 하였다.

## 2. 근로장려세제의 개요

근로장려세제(EITC: Earned Income Tax Credit)는 1975년 미국에서 저소득층의 과도한 사회보장세 부담을 완화하기 위해 도입하였으며, 우리나라는 미국의 근로장려세제를 근간으로 하여 제도를 설계하였다(송헌재, 신우리, 제10회 한국복지패널 학술대회 발표자료. 복지패널 자료를 활용한 근로장려세제의 노동공급효과 추정).

우리나라의 근로장려세제는 저출산·고령화, 잠재성장률 둔화, 양극화 현상의 심화 등으로 국가의 재정 부담을 최소화하면서 사회보험과 국민기초생활보장제도의 사각지대에 처한 근로빈곤층을 지원하기 위해 2008년에 도입되었으며, 2009년에 처음으로 근로장려금이 지급되기 시작하였다.

〈표 4-2〉 근로장려세제 제도의 연혁

시기	내용
2003. 2.	- 근로장려세제 도입을 국정과제로 선정
2005. 10.	- 국세청에 소득파악인프라 추진단 설치
2005. 12.	- 소득파악기반 확대를 위한 법령 개정
2006	- 지급명세서 제출 안내 등 홍보 - 근로장려세제 도입 방안에 대한 공청회 개최 - 근로장려세제 도입 방안 국회 통과
2007	- 국회청 본청에 근로소득지원국 신설 - 근로장려금 수급 자격 조정 - 신청 서류 개선
2008	- 근로소득 증거 자료 고시 - 근로장려금 지원 확대
2009	- 근로장려세제 자영업자 확대
2011	- 근로장려세제 적용 대상 확대 - 근로장려금 총소득 기준, 지급 금액 조정 및 확대
2012	- 보험설계사 및 방문판매원에 대한 근로장려세제 시행 근거 마련
2013	- 부양자녀 또는 배우자가 없는 60세 이상 거주자 추가
2014	- 자녀장려세제 도입(2015년부터 시행)
2015	- 자영업자도 근로장려금 신청 가능
2017	- 근로, 자녀 장려금 주택 요건 폐지
2018	- 70세 이상 부 또는 모를 부양하는 단독가구를 홑벌이가구로 인정

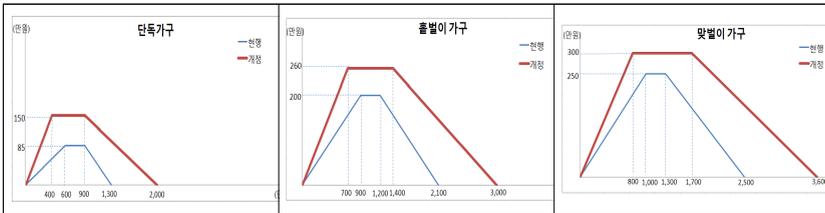
자료: 김재진, 이혜원(2012). 근로장려세제(ETIC)와 두루누리 사회보험 지원사업 연계 방안. 한국조세연구원.

근로장려금은 “일은 열심히 하고 있으나 소득이 적어 생활이 어려운 저소득 가구에 근로장려금을 지급함으로써 근로의욕 고취와 경제적 자립을 지원하고 행복한 임신과 출산을 장려하기 위해 자녀장려금을 지급하는 제도”이다(기획재정부, 2018. 7. 18. 보도자료). 2008년에 도입된 근로장려세제는 2010년까지 운영되면서 적용 대상 범위가 좁고, 급여 수준이 낮다는 비판이 제기되었다(임완섭, 2016. 근로장려세제의 노동공급 효과성과

정책적 합의, 보건복지 이슈 & 포커스 제308호). 2011년에 지급 대상자의 범위가 확대되고, 근로장려금 총소득 기준과 지급 금액도 조정 및 확대되면서 최대 급여액이 종전의 120만 원에서 200만 원까지 증액되었다.

이와 같이 지속적으로 지원 대상을 늘리고 지급액도 확대하고 있으나, 여전히 근로빈곤층을 지원하는 제도로는 다소 미흡하다는 평가를 받고 있다. 현재 지원 대상(소득 요건)이 근로와 무관한 기초생활보장제도 수준에 불과하여 저소득 근로가구를 포괄하기에는 한계가 있다는 것이다 (기획재정부, 2018. 7. 18. 보도자료). 이에 2018년에 저소득 근로빈곤가구를 중심으로 대상자를 확대하고 최대 지급액을 인상했으며, 지급 방식도 기존의 다음 연도 연 1회에서 당해 연도 반기별 지급 형태로 전환하였다.

[그림 4-3] 근로장려세제의 개편 모형: 2018년



자료: 기획재정부, 2018. 7. 18. 보도자료.

근로장려금을 지급받은 가구를 보면, 2017년 기준 약 200만 가구가 신청하여 1조 6000억 원이 지급되었으며, 가구당 지급액은 77만 원 정도인 것으로 나타났다.

98 건강영향평가 사업 운영-건강영향평가 도입 및 인프라 구축을 위한 정책과제

〈표 4-3〉 소득 유형별 근로장려금 지급 현황

(단위: 가구, 백만 원)

구분	근로소득		사업소득		합계		
	가구 수	금액	가구 수	금액	가구 수	금액	
연도	2013년	801,479	732,274	44,539	42,218	846,018	774,492
	2014년	878,569	703,698	403,287	352,864	1,281,856	1,056,562
	2015년	971,538	686,436	467,608	370,961	1,439,146	1,057,397
	2016년	1,092,306	756,134	562,752	440,573	1,655,058	1,196,707
	2017년	1,097,257	795,724	596,355	485,097	1,693,612	1,280,821
가구 유형별	단독가구	545,845	243,761	249,587	119,693	795,432	363,454
	홀벌이 가구	506,251	499,228	289,845	299,467	796,096	798,695
	맞벌이 가구	45,161	52,735	56,923	65,937	102,084	118,672
연령별	20세 미만	728	374	100	72	828	446
	20세 이상	19,385	17,320	10,442	10,986	29,827	28,306
	30세 이상	160,376	117,409	119,615	90,740	279,991	208,149
	40세 이상	234,543	198,734	165,030	142,874	399,573	341,608
	50세 이상	264,819	204,747	167,921	135,107	432,740	339,854
	60세 이상	203,101	154,647	96,073	79,383	299,174	234,030
70세 이상	214,305	102,493	37,174	25,935	251,479	128,428	

주: 가구 유형별 및 연령별 수치는 2017년 기준임.

자료: 2018년 국세통계연보, 국세청.

〈표 4-4〉 근로장려세제 수급 가구 분포

연도	EITC 지급 가구 수 1)	전체 가구 수 2)	비율(%)	지급 금액 (백만 원)
2011	752,049	20,033,142	3.75	-
2012	783,397	20,211,770	3.88	-
2013	846,018	20,456,588	4.14	774,492
2014	1,281,856	20,724,094	6.19	1,056,562
2015	1,439,146	21,011,152	6.85	1,057,397
2016	1,655,058	21,294,009	7.77	1,196,707
2017	1,693,612	21,632,851	7.83	1,280,821

자료: 1) 2014년 국세통계연보, 2018년 국세통계연보.

2) 통계청, 행정구역별 주민등록세대수 (국가통계포털).

### 3. 선행연구

근로장려세제의 정책 효과에 대한 분석은 주로 노동공급 또는 일자리 창출 효과를 중심으로 수행되었다. 송헌재, 신우리(2017)는 한국복지패널을 활용하여 부부 가구와 한부모 가구를 대상으로 근로장려세제가 노동공급에 미치는 효과를 분석하였다. 분석 결과에 의하면, 점증 구간에 속한 가구의 경우 근로장려세제가 부부 가구와 한부모 가구 모두의 노동공급을 증가시켰으며, 평탄 구간 및 점감 구간에 속한 가구의 경우에는 부부 가구는 노동공급을 증가시키는 반면, 한부모 가구에는 노동공급 증가가 유의하지 않은 것으로 나타났다.

강성호(2017)는 근로장려세제가 경제활동률을 증가시키거나 근로시간을 증대시키는 일자리 창출 효과가 있을 것으로 여기고, 한국복지패널을 활용하여 일자리 창출 효과를 분석하였다. 분석 결과, 근로장려세제의 도입으로 경제활동을 증가시키고 수급자의 근로시간을 증대시키는 것으로 나타났다.

송헌재, 방홍기(2014)는 재정패널자료를 활용하여 근로장려세제가 가구의 노동공급 의사결정에 미치는 영향을 분석하였다. 분석 결과, 점증 구간에 속한 가구의 경우 근로장려세제가 노동공급을 증가시키지만, 평탄 구간 및 점감 구간의 경우 부부 가구는 노동공급을 감소시키는 것으로 나타났다.

이와 같이 기존의 문헌들은 근로장려세제의 도입 목적과 관련 있는 노동공급에 미치는 영향을 중심으로 근로장려세제의 효과를 분석하였다. 본 연구에서는 근로장려세제의 도입이 노동공급에 미치는 영향뿐 아니라 근로장려금을 받는 가구 내 가구원의 건강 수준에 미치는 영향까지 포괄하여 분석하였다.

## 제2절 연구 방법

### 1. 분석 자료원

본 연구에서는 한국복지패널의 2008년부터 2017년까지의 결합데이터를 활용하였다. 한국복지패널은 2006년에 7072가구를 시작으로 조사를 수행하였으며, 다른 패널 자료에 비해 저소득 가구의 표본이 과대 표집되어 저소득층을 분석하기에는 적합한 자료라고 할 수 있다.

근로장려세제는 2008년에 도입되어 2009년에 처음으로 근로장려금이 지급되기 시작하였으므로, 본 연구에서는 도입 이전 시점인 2008년부터 가장 최근 연도인 2017년까지의 시계열 데이터를 활용하였다.

### 2. 분석 방법

이중차분모형(Difference in Difference)은 패널 데이터 분석을 통하여 인과관계를 추론하는 데 활용할 수 있다. 또한 개입집단(treatment group)과 통제집단(control group) 간에 무작위 추출의 균형이 맞지 않을 경우에도 적용 가능하다. DID는 다년간의 패널 데이터와 다수의 개입 집단을 활용한다.

근로장려금 수급 가구를 대상으로 수급 전후에 대한 정책의 효과를 분석하기 위해 종속변수가 이항변수인 경우에는 패널로짓 방법을 활용하였다.

$$y = 1, \text{ if } \bar{y} > 0 \text{ 인 경우}$$

$$y = 0, \text{ if } \bar{y} \leq 0 \text{ 인 경우}$$

여기서,  $i$  : 관측치,  $t$  : 연도

$$\ln\left(\frac{p}{1-p}\right) = \alpha + \beta x \text{ 로 표현할 수 있다.}$$

그리고 종속변수가 연속변수인 경우에는 패널회귀분석을 적용하였다. 패널 모형을 간단하게 표현하면 다음과 같다.

$$y = \alpha + \beta x + u_i + \tau_t + \epsilon$$

여기서  $u_i$  : 개인( $i$ )의 특성을 나타내는 오차항,

$\tau_t$  : 시점( $t$ )을 반영한 오차항

$\epsilon$  : 확률적 오차항

〈표 4-5〉 근로장려금 지원 제도의 건강영향 분석

	변수 내용	비고
종속변수	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 주관적 건강 수준</li> <li>- 외래 의료 이용</li> <li>- 가구의 의료비</li> <li>- 삶의 만족도</li> <li>- 경제활동 참가율</li> </ul>	
독립변수	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 근로장려금 수급 여부</li> </ul>	
통제변수	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 가구 구성</li> <li>- 개인 및 가구의 사회경제적 특성</li> <li>- 가구 소득</li> </ul>	

## 제3절 분석 결과

### 1. 기초 통계 분석

한국복지패널에서는 근로장려세제 수급 가구에 대한 정보가 2009년부터 제공된다. 2009년의 근로장려세제 수급 가구는 104가구로, 전체 응답 가구의 약 1.72%이었다. 그리고 2015년의 수급 가구는 3.38%, 2016년의 수급 가구는 4.44%, 2017년의 수급 가구는 5.28%로 점차 수급 가구가 증가하는 것으로 나타났다.

〈표 4-6〉 근로장려세제 수급 가구 분포

연도	수급 가구 수		비수급 (가구)	전체 (가구)
	(가구)	(%)		
2009	104	1.72	5,930	6,034
2010	77	1.34	5,658	5,735
2011	91	1.21	7,441	7,532
2012	129	1.76	7,183	7,312
2013	87	1.23	6,960	7,047
2014	151	2.18	6,763	6,914
2015	227	3.38	6,496	6,723
2016	292	4.44	6,289	6,581
2017	342	5.28	6,132	6,474

자료: 한국복지패널 데이터를 분석한 결과임.

근로장려금을 받는 가구의 가구원 수 분포를 보면, 2017년에 1인 가구가 23.10%, 2인 가구는 29.53%, 3인 가구는 18.42%, 4인 이상 가구는 28.95%인 것으로 나타났다.

〈표 4-7〉 근로장려세제 수급 가구의 가구원 수 분포

연도	가구원 수				수급 (가구)
	1명	2명	3명	4명 이상	
2009	1	7	29	67	104
2010	0	4	27	46	77
2011	0	4	32	55	91
2012	1	20	41	67	129
2013	5	12	17	53	87
2014	17	42	39	53	151
2015	16	62	59	90	227
2016	47	94	61	90	292
2017	79	101	63	99	342
(%)	23.10	29.53	18.42	28.95	100.00

자료: 한국복지패널 데이터를 분석한 결과임.

근로장려금 수급 가구의 18세 이상 가구원 수 분포를 보면, 2015년에 3.88%, 2016년에 4.82%, 2017년에 5.59%였다.

〈표 4-8〉 근로장려세제 수급 가구의 가구원 수: 18세 이상

연도	수급		비수급 (명)	전체 (명)
	(명)	(%)		
2009	237	1.91	12,164	12,401
2010	170	1.45	11,579	11,749
2011	205	1.36	14,924	15,129
2012	295	2.01	14,410	14,705
2013	184	1.30	13,924	14,108
2014	331	2.40	13,470	13,801
2015	517	3.88	12,802	13,319
2016	623	4.82	12,315	12,938
2017	706	5.59	11,926	12,632

주: 한국복지패널 조사에 응답한 18세 이상 가구원을 대상으로 함.

근로장려금 수급 가구를 대상으로 18세 이상 가구원의 주관적 건강 상태를 살펴보면, 2009년에는 3.82점이었으나 2017년에는 3.57점으로 다소 감소하였다. 이는 근로장려세제의 수급 가구 대상이 연령 등의 특성에 제한을 두던 방식을 완화하여 대상자를 확대하면서 고령층의 건강 수준이 반영된 결과로 해석할 수 있다. 이에 반해 비수급자의 주관적 건강 상태는 3.39~3.47 사이로 큰 변화를 보이고 있지 않다.

〈표 4-9〉 근로장려세제 수급 가구원의 특성: 주관적 건강 상태, 18세 이상

연도	수급			비수급		
	평균	표준편차	(명)	평균	표준편차	(명)
2009	3.82	0.93	237	3.45	1.06	12,132
2010	3.87	0.80	170	3.47	1.05	11,579
2011	3.85	0.75	205	3.47	1.02	14,924
2012	3.80	0.85	295	3.41	1.02	14,410
2013	3.73	0.84	184	3.39	1.01	13,924
2014	3.60	0.84	331	3.45	0.98	13,470
2015	3.68	0.90	517	3.44	0.98	12,802
2016	3.63	0.86	623	3.41	0.97	12,315
2017	3.57	0.93	706	3.47	0.95	11,926

주: 아주 건강하다(5점) ~ 건강이 아주 안 좋다(1점)  
 한국복지패널 조사에 응답한 18세 이상 가구원을 대상으로 함.

근로장려금 수급 가구에 해당하는 18세 이상 가구원의 건강 만족도를 살펴보면, 2009년에 3.60점, 2013년 3.49점, 2017년 3.29점으로 점차 감소하는 것으로 나타났다.

〈표 4-10〉 근로장려세제 수급 가구원의 특성: 건강 만족도, 18세 이상

연도	수급			비수급		
	평균	표준편차	(명)	평균	표준편차	(명)
2009	3.60	0.88	214	3.27	1.03	11,322
2010	3.54	0.82	157	3.28	1.02	10,744
2011	3.57	0.87	191	3.20	1.02	13,740
2012	3.43	0.93	275	3.18	1.03	13,298
2013	3.49	0.79	171	3.15	1.00	13,080
2014	3.33	0.88	304	3.28	0.97	12,525
2015	3.49	0.91	467	3.27	0.98	11,834
2016	3.34	0.90	577	3.24	0.97	11,451
2017	3.29	0.96	650	3.29	0.96	11,048

주: 매우 불만족(1점) ~ 매우 만족(5점)  
한국복지패널 조사에 응답한 18세 이상 가구원을 대상으로 함.

그리고 무직 및 전업주부를 제외한 18세 이상 가구원의 직무 만족도를 살펴보면, 근로장려금 수급 가구원의 경우 2009년에 3.07이었으나, 2013년에 3.16, 2017년 3.40으로 점차 증가하는 경향을 보이는 것으로 나타났다. 근로장려금 비수급 가구원의 경우도 마찬가지로 매년 직무 만족도가 점차 증가하는 경향을 보였다.

〈표 4-11〉 근로장려세제 수급 가구원의 특성: 직무 만족도, 18세 이상

연도	수급			비수급		
	평균	표준편차	(명)	평균	표준편차	(명)
2009	3.07	0.99	159	3.32	0.92	6,668
2010	3.18	0.89	118	3.39	0.85	6,400
2011	3.30	0.89	132	3.40	0.83	7,887
2012	3.12	0.91	199	3.44	0.84	7,694
2013	3.16	0.88	127	3.42	0.82	7,495
2014	3.37	0.84	210	3.56	0.76	7,030
2015	3.45	0.79	332	3.60	0.77	6,662
2016	3.51	0.81	412	3.59	0.73	6,487
2017	3.40	0.82	466	3.58	0.74	6,255

주: 매우 불만족(1점) ~ 매우 만족(5점)  
한국복지패널 조사에 응답한 18세 이상 가구원을 대상으로 하였으며, 무직 및 전업주부는 제외함.

## 2. 근로장려금이 수급 가구주의 경제활동률에 미치는 영향

패널로짓분석을 적용하여 근로장려금을 수급하는 가구주의 경제활동 참가율을 분석하였다. 패널로짓분석은 크게 고정효과모형(FE: fixed effect)과 확률효과모형(RE: random effect)으로 구분하여 분석하였다. 고정효과모형은 개인의 특성을 반영한 오차항과 시계열의 특성을 반영한 오차항이 고정된 상수항이라고 가정하고 분석한 모형이다. 즉, 가구의 경제활동 참가에 대한 결정에 영향을 주는 관측되지 않은 변수들이 시간 변수에 따라 변화하지 않는다고 가정하는 것이다. 이와는 달리 확률효과모형은 두 오차항이 확률적으로 변화하게 되는 것을 가정한다.

아래의 표는 가구의 가구주를 기준으로 경제활동 참여 여부를 종속변수로 하여 패널로짓분석을 한 결과를 보여 준다. 근로장려제도를 시행한 시점 이후부터 경제활동률이 감소하는 것으로 나타났지만, 근로장려금을 수급한 가구주는 경제활동 참여를 증가시킨 것으로 분석되었다.

〈표 4-12〉 근로장려제: 패널로짓분석, 가구주 기준

구분	FE			RE		
	Coeff.	SE	p-value	Coeff.	SE	p-value
종속변수 = 경제활동률						
EITC 수급 여부	0.516***	0.114	0.000	0.802***	0.121	0.000
EITC 시행 여부	-0.543***	0.059	0.000	-0.267***	0.055	0.000
남성	-			1.292***	0.110	0.000
65세 이상 가구주	-0.877***	0.087	0.000	-2.460***	0.073	0.000
가구 유형(단독)	-0.177*	0.100	0.077	-0.461***	0.085	0.000
가구 유형(한부모)	0.390*	0.226	0.085	0.316*	0.189	0.094
배우자 있음	0.402***	0.127	0.002	0.736***	0.098	0.000
교육(초등 이하 vs 대학 이상)	0.273	0.803	0.734	-2.080***	0.128	0.000
교육(중등 vs 대학 이상)	-0.013	0.709	0.985	-1.644***	0.138	0.000
교육(고등 vs 대학 이상)	-0.098	0.609	0.872	-0.743***	0.112	0.000
건강 수준(좋은 vs 나쁨)	0.778***	0.051	0.000	1.370***	0.049	0.000
건강 수준(보통 vs 나쁨)	0.493***	0.046	0.000	0.778***	0.045	0.000
상수				1.800***	0.144	0.000

주: FE(고정효과), RE(확률효과)

단독가구를 대상으로 근로장려금 수급 여부에 따른 경제활동 참가율을 분석한 결과를 보면, 고정효과모형과 확률효과모형에서 근로장려금 수급 가구의 가구주는 경제활동 참가율을 증가시키는 것으로 나타났다.

〈표 4-13〉 근로장려세제: 패널로짓분석, 가구주 기준

구분	단독가구(FE)			단독가구(RE)		
	Coeff.	SE	p-value	Coeff.	SE	p-value
종속변수 =경제활동률						
EITC 수급 여부	1.574***	0.280	0.000	2.535***	0.316	0.000
EITC 시행 여부	-0.551***	0.112	0.000	-0.318***	0.105	0.003
남성				0.645***	0.167	0.000
65세 이상 가구주	-0.875***	0.160	0.000	-2.274***	0.134	0.000
배우자 있음	-0.073	0.281	0.794	-0.029	0.241	0.904
교육(초등 이하 vs 대학 이상)	1.649	2.650	0.534	-3.051***	0.248	0.000
교육(중등 vs 대학 이상)	-0.850	2.458	0.730	-3.142***	0.284	0.000
교육(고등 vs 대학 이상)	-0.860	2.225	0.699	-1.957***	0.258	0.000
건강 수준 (좋음 vs 나쁨)	0.647***	0.091	0.000	1.215***	0.087	0.000
건강 수준 (보통 vs 나쁨)	0.449***	0.075	0.000	0.696***	0.073	0.000
상수				2.203***	0.240	0.000

주: FE(고정효과), RE(랜덤효과)

한부모가구를 대상으로 고정효과모형을 적용한 결과, 근로장려금을 받는 한부모가구는 경제활동 참가를 유의미하게 증가시키는 것으로 나타났다. 그러나 확률효과모형을 적용한 결과에 의하면, 한부모가구가 경제활동 참가에 영향을 미치는지는 유의한 결과를 보이지 않았다.

〈표 4-14〉 근로장려세제: 패널로지분석, 가구주 기준

구분	한부모가구(FE)			한부모가구(RE)		
	Coeff.	SE	p-value	Coeff.	SE	p-value
종속변수 =경제활동률						
EITC 수급 여부	2.535***	0.316	0.000	0.432	0.474	0.362
EITC 시행 여부	-0.318***	0.105	0.003	0.827**	0.364	0.023
남성	0.645***	0.167	0.000	0.944**	0.476	0.047
65세 이상 가구주	-2.274***	0.134	0.000	-28.520	33577.770	0.999
배우자 있음	-0.029	0.241	0.904	-2.268**	0.937	0.016
교육(초등 이하 vs 대학 이상)	-3.051***	0.248	0.000	-2.565***	0.868	0.003
교육(중등 vs 대학 이상)	-3.142***	0.284	0.000	-0.789	0.702	0.261
교육(고등 vs 대학 이상)	-1.957***	0.258	0.000	-0.764	0.525	0.146
건강 수준 (좋음 vs 나쁨)	1.215***	0.087	0.000	2.198***	0.343	0.000
건강 수준 (보통 vs 나쁨)	0.696***	0.073	0.000	1.164***	0.346	0.001
상수			0.000	0.528	0.649	0.416

주: FE(고정효과), RE(랜덤효과)

### 3. 근로장려금이 수급 가구원의 의료 이용에 미치는 영향

근로장려금을 받는 가구의 가구원을 대상으로 의료 이용에 영향을 주는지에 대해 패널회귀분석을 활용하여 분석하였다. 근로장려금 수급을 통하여 가구의 소득이 증가하고, 이로 인해 의료 이용을 위한 재정적 접근성이 증가하였다고 볼 수 있다.

아래의 분석 결과를 보면, 근로장려세제를 시행한 이후부터는 가구원의 외래 이용 횟수는 증가하였지만, 근로장려금의 수급이 외래 이용에 영향을 주지는 못한 것으로 나타났다.

〈표 4-15〉 근로장려세제: 패널회귀분석

구분	FE			RE		
	Coeff.	SE	p-value	Coeff.	SE	p-value
종속변수 =로그(외래 방문 횟수)						
EITC 수급 여부	0.027	0.019	0.144	0.001	0.017	0.932
EITC 시행 여부	0.102***	0.009	0.000	0.103***	0.009	0.000
남성	(omitted)			-0.290***	0.009	0.000
65세 이상 가구주	0.100***	0.017	0.000	0.242***	0.012	0.000
가구 유형(단독)	0.232***	0.021	0.000	0.317***	0.014	0.000
가구 유형(한부모)	0.120***	0.044	0.006	0.169***	0.033	0.000
배우자 있음	0.132***	0.021	0.000	0.218***	0.010	0.000
교육(초등 이하 vs 대학 이상)	0.283***	0.098	0.004	0.328***	0.016	0.000
교육(중등 vs 대학 이상)	0.156**	0.072	0.030	0.241***	0.016	0.000
교육(고등 vs 대학 이상)	0.078***	0.026	0.003	0.058***	0.011	0.000
로그(가처분소득)	0.047***	0.007	0.000	0.019***	0.006	0.001
만성질환 보유	0.984***	0.010	0.000	1.149***	0.009	0.000
건강 수준 (좋음 vs 나쁨)	-0.394***	0.010	0.000	-0.483***	0.009	0.000
건강 수준 (보통 vs 나쁨)	-0.154***	0.009	0.000	-0.183***	0.008	0.000
상수	0.998***	0.073	0.000	1.181***	0.050	0.000

주: FE(고정효과), RE(랜덤효과)

근로장려세제 대상 가구의 연간 의료비를 종속변수로 하여 분석한 결과에 의하면, 고정효과모형의 경우 근로장려금 수급 여부가 가구의 연간 의료비에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 그러나 관측되지 않는 가구의 특성이 시계열적으로 변화할 것으로 가정할 확률효과모형에서는 연간의료비 지출이 감소한 것으로 나타났다. 이는 경제활동 참가로 인해 의료기관을 이용한 빈도가 감소하였을 수 있으며, 또는 건강보장성 확대

로 가구가 부담하는 의료비가 점차 감소한 결과이거나, 경제활동 참여를 통하여 이전보다 건강을 관리한 결과일 수 있다.

〈표 4-16〉 근로장려세제: 패널회귀분석

구분	FE			RE		
	Coeff.	SE	p-value	Coeff.	SE	p-value
종속변수 =로그(연간 의료비)						
EITC 수급 여부	0.005	0.025	0.834	-0.050**	0.024	0.035
EITC 시행 여부	0.190***	0.012	0.000	0.174***	0.011	0.000
남성	(omitted)			-0.165***	0.012	0.000
65세 이상 가구주	0.164***	0.022	0.000	0.339***	0.014	0.000
가구 유형(단독)	-0.428***	0.031	0.000	-0.397***	0.020	0.000
가구 유형(한부모)	-0.157***	0.061	0.010	-0.271***	0.043	0.000
배우자 있음	0.210***	0.031	0.000	0.294***	0.013	0.000
교육(초등 이하 vs 대학 이상)	-0.062	0.122	0.609	-0.083***	0.019	0.000
교육(중등 vs 대학 이상)	-0.020	0.096	0.833	-0.040**	0.020	0.048
교육(고등 vs 대학 이상)	-0.043	0.040	0.280	-0.082***	0.014	0.000
로그(가처분소득)	0.377***	0.012	0.000	0.439***	0.009	0.000
만성질환 보유	0.665***	0.013	0.000	0.766***	0.011	0.000
건강 수준 (좋음 vs 나쁨)	-0.403***	0.013	0.000	-0.474***	0.012	0.000
건강 수준 (보통 vs 나쁨)	-0.199***	0.011	0.000	-0.223***	0.010	0.000
상수	-1.505***	0.109	0.000	-2.016***	0.073	0.000

주: FE(고정효과), RE(랜덤효과)

#### 4. 근로장려금이 가구원의 건강 수준 및 건강 만족도에 미치는 영향

한국복지패널에서는 가구원을 대상으로 주관적 건강 수준을 5점 척도로 설문하고 있다. 본 연구에서는 ‘매우 좋음’과 ‘좋음’으로 응답한 경우를 대상으로 하여 패널로짓분석을 수행하였다.

아래의 표에 제시하고 있는 바와 같이, 고정효과모형에 의하면 근로장려금을 받는 가구원의 경우 주관적 건강 수준에는 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 그러나 확률효과모형에 의하면, 근로장려금은 가구원의 주관적 건강 수준을 증가시키는 데에 영향을 주는 것으로 나타났다.

〈표 4-17〉 근로장려금이 주관적 건강 수준에 미치는 영향: 패널로짓분석

구분	FE			RE		
	Coeff.	SE	p-value	Coeff.	SE	p-value
종속변수 =주관적 건강 수준						
EITC 수급 여부	-0.027	0.081	0.738	0.194***	0.073	0.008
EITC 시행 여부	-0.020	0.033	0.546	0.172***	0.031	0.000
남성	(omitted)			-0.050	0.032	0.117
65세 이상 가구주	0.027	0.050	0.580	-0.736***	0.032	0.000
가구 유형(단독)	0.112*	0.066	0.091	0.375***	0.044	0.000
가구 유형(한부모)	0.044	0.168	0.793	-0.059	0.119	0.621
배우자 있음	0.169**	0.069	0.015	0.276***	0.034	0.000
교육(초등 이하 vs 대학 이상)	0.122	0.338	0.719	-1.699***	0.053	0.000
교육(중등 vs 대학 이상)	0.042	0.293	0.886	-1.197***	0.057	0.000
교육(고등 vs 대학 이상)	0.304	0.207	0.141	-0.617***	0.047	0.000
로그(가처분소득)	0.219***	0.026	0.000	0.591***	0.019	0.000
만성질환 보유	-1.071***	0.033	0.000	-1.883***	0.029	0.000
상수				-0.721***	0.165	0.000

주: FE(고정효과), RE(랜덤효과)  
주관적 건강 수준='매우 좋음' 또는 '좋음'

건강 만족도를 종속변수로 하여 분석한 결과, 근로장려금이 가구원의 건강 만족도를 증가시키는 데 영향을 주지는 못하는 것으로 나타났다.

〈표 4-18〉 근로장려금이 건강 만족도에 미치는 영향: 패널로지분석

구분	FE			RE		
	Coeff.	SE	p-value	Coeff.	SE	p-value
종속변수 =건강 만족도						
EITC 수급 여부	0.031	0.054	0.569	0.010	0.050	0.839
EITC 시행 여부	0.438***	0.026	0.000	0.384***	0.025	0.000
남성	(omitted)			0.356***	0.024	0.000
65세 이상 가구주	-0.161***	0.047	0.001	-0.394***	0.029	0.000
가구 유형(단독)	-0.170***	0.059	0.004	-0.432***	0.038	0.000
가구 유형(한부모)	0.015	0.123	0.903	-0.262***	0.086	0.002
배우자 있음	-0.235***	0.054	0.000	-0.394***	0.025	0.000
교육(초등 이하 vs 대학 이상)	0.666***	0.257	0.010	-1.078***	0.038	0.000
교육(중등 vs 대학 이상)	0.626***	0.222	0.005	-0.886***	0.042	0.000
교육(고등 vs 대학 이상)	0.810***	0.104	0.000	-0.285***	0.029	0.000
로그(가처분소득)	0.149***	0.021	0.000	0.376***	0.015	0.000
만성질환보유	-0.908***	0.023	0.000	-1.374***	0.020	0.000
상수				-1.722***	0.132	0.000

주: FE(고정효과), RE(랜덤효과)  
건강 만족도(1)='매우 만족' 또는 '만족'

### 5. 근로장려금이 가구원의 가족/사회관계 만족도에 미치는 영향

근로장려금이 가구원의 가족관계 만족도에 영향을 주는지에 대해 분석하기 위해 패널로지모형을 적용하였다. 고정효과모형에서는 매우 약한 유의수준 10%에서 가족관계 만족도에 영향을 주는 것으로 나타났지만, 확률효과모형에서는 유의한 영향이 나타나지 않았다.

〈표 4-19〉 근로장려금이 가족관계에 미치는 영향: 패널로지분석

구분	FE			RE		
	Coeff.	SE	p-value	Coeff.	SE	p-value
종속변수 =가족관계 만족						
EITC 수급 여부	0.123*	0.065	0.057	0.037	0.060	0.536
EITC 시행 여부	0.379***	0.029	0.000	0.322***	0.027	0.000
남성	(omitted)			-0.054*	0.029	0.064
65세 이상 가구주	0.065	0.054	0.233	0.324***	0.034	0.000
가구 유형(단독)	0.104*	0.058	0.073	-0.021	0.040	0.598
가구 유형(한부모)	0.527***	0.123	0.000	0.391***	0.097	0.000
배우자 있음	0.130**	0.058	0.024	0.541***	0.030	0.000
교육(초등 이하 vs 대학 이상)	0.959***	0.291	0.001	-0.448***	0.047	0.000
교육(중등 vs 대학 이상)	0.866***	0.257	0.001	-0.563***	0.051	0.000
교육(고등 vs 대학 이상)	1.203***	0.123	0.000	-0.352***	0.037	0.000
로그(가처분소득)	0.253***	0.023	0.000	0.548***	0.018	0.000
만성질환 보유	0.044	0.030	0.141	0.023	0.026	0.385
건강 수준 (좋음 vs 나쁨)	0.333***	0.031	0.000	0.520***	0.029	0.000
건강 수준 (보통 vs 나쁨)	0.009	0.028	0.740	0.039	0.026	0.127
상수				-3.020***	0.153	0.000

주: FE(고정효과), RE(랜덤효과)

\*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

근로장려금이 가구원의 사회관계 만족도에 영향을 미치는지에 대해 분석한 결과, 가족관계 만족도에 미치는 영향과 유사한 결과를 보였다. 고정효과모형에서는 유의수준 10%에서 매우 약한 영향을 보인 반면, 확률효과모형에서는 유의한 영향이 나타나지 않았다.

〈표 4-20〉 근로장려금이 사회관계 만족도에 미치는 영향: 패널로짓분석

구분	FE			RE		
	Coeff.	SE	p-value	Coeff.	SE	p-value
종속변수 =사회관계 만족						
EITC 수급 여부	0.096*	0.054	0.075	-0.036	0.050	0.466
EITC 시행 여부	0.501***	0.025	0.000	0.416***	0.023	0.000
남성	(omitted)			-0.027	0.023	0.238
65세 이상 가구주	-0.162***	0.048	0.001	0.149***	0.028	0.000
가구 유형(단독)	0.044	0.054	0.419	0.221***	0.035	0.000
가구 유형(한부모)	0.002	0.116	0.986	-0.050	0.083	0.547
배우자 있음	-0.081	0.052	0.121	0.184***	0.024	0.000
교육(초등 이하 vs 대학 이상)	1.225***	0.247	0.000	-0.261***	0.037	0.000
교육(중등 vs 대학 이상)	0.841***	0.211	0.000	-0.319***	0.041	0.000
교육(고등 vs 대학 이상)	1.020***	0.107	0.000	-0.195***	0.029	0.000
로그(가처분소득)	0.270***	0.020	0.000	0.506***	0.015	0.000
만성질환 보유	0.021	0.026	0.423	0.016	0.022	0.469
건강 수준 (좋음 vs 나쁨)	0.382***	0.027	0.000	0.620***	0.024	0.000
건강 수준 (보통 vs 나쁨)	0.064***	0.024	0.008	0.159***	0.022	0.000
상수				-3.466***	0.128	0.000

주: FE(고정효과), RE(랜덤효과)

## 6. 근로장려금이 가구원의 건강행태 변화에 미치는 영향

근로장려금은 노동공급에 직접적인 영향을 준다는 것을 앞서 살펴보았다. 그리고 근로장려금이 가구원의 노동공급뿐 아니라 건강행태 변화에도 간접적으로 영향을 미치는지에 대해 분석하였다. 근로장려금 수급 가구원의 금연 여부를 종속변수로 하여 패널로짓분석을 수행한 결과, 수급

가구의 가구원은 금연할 확률이 오히려 낮은 것으로 나타났다.

〈표 4-21〉 근로장려세제와 금연 확률의 관계: 패널로짓분석

구분	FE			RE		
	Coeff.	SE	p-value	Coeff.	SE	p-value
종속변수 =금연						
EITC 수급 여부	-0.323**	0.131	0.013	-0.226*	0.122	0.065
EITC 시행 여부	-1.439***	0.077	0.000	-1.580***	0.071	0.000
남성	(omitted)			7.647***	0.151	0.000
65세 이상 가구주	-1.465***	0.140	0.000	-2.372***	0.111	0.000
가구 유형(단독)	-0.054	0.127	0.669	0.215*	0.111	0.052
가구 유형(한부모)	-0.411	0.268	0.125	-0.160	0.236	0.497
배우자 있음	-0.435***	0.126	0.001	-1.038***	0.092	0.000
교육(초등 이하 vs 대학 이상)	-0.640	0.695	0.357	1.645***	0.165	0.000
교육(중등 vs 대학 이상)	-0.358	0.594	0.547	1.185***	0.178	0.000
교육(고등 vs 대학 이상)	-0.280	0.327	0.391	1.946***	0.132	0.000
로그(가처분소득)	-0.183***	0.049	0.000	-0.276***	0.043	0.000
만성질환 보유	-0.336***	0.058	0.000	-0.457***	0.054	0.000
건강 수준 (좋음 vs 나쁨)	0.356***	0.068	0.000	0.272***	0.065	0.000
건강 수준 (보통 vs 나쁨)	0.206***	0.064	0.001	0.160***	0.062	0.009
상수				-5.359***	0.399	0.000

주: FE(고정효과), RE(랜덤효과)

금연 이외에 위험음주에 대한 영향을 보면, 근로장려세제가 위험음주 여부에 미치는 영향은 그다지 없는 것으로 나타났다.

〈표 4-22〉 근로장려세제와 위험음주의 관계: 패널로지분석

구분	FE			RE		
	Coeff.	SE	p-value	Coeff.	SE	p-value
종속변수 =위험음주						
EITC 수급 여부	-0.003	0.088	0.977	0.024	0.085	0.776
EITC 시행 여부	-0.034	0.043	0.440	0.000	0.042	0.997
남성	(omitted)			3.774***	0.069	0.000
65세 이상 가구주	-0.571***	0.095	0.000	-1.225***	0.066	0.000
가구 유형(단독)	0.443***	0.095	0.000	0.766***	0.078	0.000
가구 유형(한부모)	0.111	0.185	0.550	0.484***	0.159	0.002
배우자 있음	0.067	0.087	0.443	0.409***	0.054	0.000
교육(초등 이하 vs 대학 이상)	-0.885*	0.516	0.086	-0.068	0.094	0.466
교육(중등 vs 대학 이상)	-0.989**	0.397	0.013	0.159	0.098	0.106
교육(고등 vs 대학 이상)	-1.356***	0.162	0.000	0.174***	0.061	0.004
로그(가처분소득)	0.249***	0.035	0.000	0.311***	0.030	0.000
만성질환 보유	-0.157***	0.042	0.000	-0.239***	0.038	0.000
건강 수준 (좋음 vs 나쁨)	0.429***	0.055	0.000	0.621***	0.052	0.000
건강 수준 (보통 vs 나쁨)	0.468***	0.055	0.000	0.615***	0.052	0.000
상수				-9.087***	0.268	0.000

주: FE(고정효과), RE(랜덤효과)

## 7. 소결

본 장에서는 한국복지패널의 2008~2017년 데이터를 활용하여 근로장려세제의 영향을 분석하였다. 근로장려세제의 도입 목적에 해당하는 노동시장 참여에 대한 영향뿐만 아니라 근로장려세제가 건강에 미치는 영향도 분석에 포함하였다.

우선 근로장려세제의 도입으로 경제활동 참가율이 증가하는 유의미한 영향을 알 수 있었으며, 이는 선행연구와 유사한 결과임을 확인할 수 있었다.

근로장려금이 의료 이용에 미치는 영향을 살펴본 결과, 근로장려금의 수급이 외래 이용 횟수 및 연간 의료비 지출에 영향을 주지는 않는 것으로 나타났다. 다만, 확률효과모형에서는 근로장려금 수급자의 경우 연간 의료비 지출이 감소하는 결과를 보였으며, 이는 건강보장성 확대에 의해 가구에서 부담하는 의료비가 감소했거나, 경제활동 참여와 더불어 이전보다 건강관리 노력을 증가시킨 결과일 수 있다.

그러나 건강 만족도를 종속변수로 하여 근로장려금이 미치는 영향을 살펴본 결과, 근로장려금 수급이 건강 만족도에 영향을 주지 못하고 있으며, 가족관계 만족도 및 사회관계 만족도에도 영향을 주지 못하는 것으로 나타났다. 그리고 근로장려금 수급 가구의 금연 확률은 타 가구에 비해 오히려 낮은 것으로 분석되었다.

근로장려금 지급이 생활이 어려운 저소득 가구의 근로 의욕을 향상시키고 생활 여건을 개선시키는 본연의 목적에는 효과가 있으나, 이를 가구의 건강 및 삶의 질로 확대하여 분석하면 다소 한계가 있는 것으로 나타났다. 따라서 저소득층을 대상으로 건강 및 삶의 질이 향상될 수 있는 포괄적인 정책 수립과 사후적인 건강영향평가를 수행하여 정책이 다시 수혜자의 삶의 질에 피드백이 될 수 있도록 할 필요가 있을 것이다.



제 5 장

## 건강영향평가 도입을 위한 정책과제

제1절 건강영향평가 도입 방안

제2절 건강영향평가 도입을 위한 인프라 구축 방안



# 5

## 건강영향평가 도입을 위한 << 정책과제

### 제1절 건강영향평가 도입 방안

건강의 사회적 결정 요인(SDH)은 우리가 태어나서 성장하고, 배우고, 일하고, 여가시간을 보내고, 죽는 일상생활에서의 환경으로 정의할 수 있다(WHO, 2008). 보건의료는 건강의 사회적 결정 요인의 하나이지만, 국민 전체의 건강은 경제적 조건과 사회적 조건에 의해 더 많은 영향을 받는다. 사회계층은 개인이 속한 불평등한 위치를 정의하며, 권력, 특권, 접근성과 같은 사회적 계층의 형태로 영향을 받는다. 이러한 사회계층의 결과로, 건강의 사회적 결정 요인은 개인이 속한 집단마다 불평등하게 분포하게 된다.

사회정책 또는 경제정책이 건강에 영향을 준다는 다수의 근거들이 존재한다. 이러한 정책은 사회계층화에 따라 건강에 미치는 영향을 크게 또는 적게 할 수 있다. 정책은 건강의 사회적 결정 요인에 의해 계층 간 분포에 따라 다양하게 영향을 주며, 불평등을 증가 내지는 감소시킬 수 있다.

정책은 직접 또는 간접적으로 건강에 영향을 줄 수 있다. 보건의료와 공공보건정책은 건강 증진이라는 직접적인 목표하에 추진되며, 보건의료 서비스 제공, 건강보험 제공, 예방 프로그램 제공 등의 실행방법으로 목표를 달성한다. 이와는 달리, 사회정책은 간접적으로 건강에 영향을 주게 되는데, 소득, 교육, 고용, 주거, 혼인 상태 등과 같은 사회적 또는 경제적 성과에 영향을 줌으로써 간접적으로 건강에 이르기까지 영향을 미치게 한다.

다만, 사회정책이 건강에 어느 수준으로 영향을 미치게 되는지 실증적으로 제시되지는 못한 한계가 있다. 최근에 사회정책 또는 경제정책을 분석하는 모형에서 건강이라는 성과를 포함하여 분석하고 있는 사례는 드물다고 할 수 있다.

사회정책은 건강불평등을 증가 또는 완화시키는 잠재력을 지니고 있다. 예를 들어, 전통적인 공공정책 모델에 따라, 사회정책은 시장 실패로 발생하게 되는 사회적 문제를 완화시킬 수 있도록 고안되기 때문에, 수많은 사회정책은 저소득층을 대상으로 한 사업이 중심을 이룬다. 이러한 정책은 소외 집단을 중심으로 계층별 집단에 따라 차별화된 영향을 미치기 때문에 정책이 불평등을 감소 또는 증가시키는지에 대한 평가를 별도로 하고 있지는 않다. 간혹 정책이 실제 계획한 것과 반대되는 결과를 초래할 수도 있기 때문에, 사회정책이 실제로 건강에 대한 사회적 결정 요인의 분포와 사회적 계층의 형태를 어떻게 변화시키는지에 관해 평가하는 것이 필요하다.

## 1. 정책평가

정책평가는 행정기관이 관련 정책에 대해 정책효과(해당 정책에 따라 실시하거나 실시하려고 하는 행정상의 일련의 행위가 국민생활 및 사회경제에 미치거나 미칠 것으로 예상되는 영향)를 파악하고 이를 기초로 필요성, 효율성, 효과성 등의 관점에서 정책을 평가하여 정책의 기획과 수립 방안, 실행 계획을 정확히 하여 관련 정보를 제공하고, 또한 평가 결과를 정책에 적절히 반영하는 것이라 할 수 있다. 이를 통해 정책이 지속적으로 개선되어 효율적이고 질 높은 행정을 수행하며, 동시에 국민에 대한 행정의 책임을 강화한다고 할 수 있다.

## 2. 건강영향평가의 절차 및 방법

아래의 그림은 건강영향평가의 절차와 방법을 제시하고 있다. 이 절차 중에 가장 중요한 것은 평가 방법(Method)이라 할 수 있다. 이 단계에서는 방법에 표시된 바와 같이 정책 분석에서 건강영향을 받는 집단 특성, 구체적으로 어떤 영향을 받는지 정성적 데이터를 포함한 다양한 데이터를 설문 조사나 인터뷰 등으로 모아 예상되는 건강에 미치는 영향이 긍정적인지 부정적인지, 그 영향이 실제 일어날 가능성이 높은지 낮은지를 평가한다. 그리고 건강에 긍정적인 영향(편익)을 촉진하고, 부정적인 영향(불편익)에 대해서는 사전에 예방할 수 있는 조치를 권고 또는 제안의 형태로 정리한다.

[그림 5-1] 건강영향평가의 절차



예를 들어, 생애주기별 건강정책에 대한 효과성으로 높이기 위해서는 현재 사각지대에 있는 학교 건강 증진, 사업장 건강 증진 등을 모두 포함하여 공적 건강 증진 서비스에 대한 건강영향평가를 수행하고, 지역사회에 적합한 서비스를 전달할 수 있는 체계를 마련해야 한다. 이를 통하여 지역 간 건강 격차를 감소시키는 노력에 대한 성과를 기대할 수 있을 것이다.

일반적으로 건강영향평가에서는 다양한 건강 문제 중에 문제 크기가 증가하거나, 사회적 파급효과가 클 것으로 예상되는 문제를 예측하고, 사전 예방의 효과가 큰 사업의 우선순위를 도출함으로써 국민의 건강수명을 향상시키고 동시에 건강 격차를 감소시키는 데 기여하고자 한다.

사회정책 등 다양한 시책을 포함한 건강 격차 대책에 대해 그 전략과 논리 모델을 어떻게 구축할 것인지 정하는 것은 중요한 문제이다. 논리 모델은 정책의 최종 목표를 실현하기 위해 중간적인 성과와의 관계를 명시하고 밖으로 구체적인 정책 개입을 설명하는 모델이다. 건강 격차를 감소시킬 대책을 마련하는 데 있어서 건강 격차가 발생하는 원인과 경로를 고려하는 것은 매우 중요하다.

건강 격차의 형성에는 고용, 교육, 소득 등의 요인이 관련되어 있으므로 건강에 직접 영향을 주는 좁은 의미의 건강정책은 충분한 해결 방안이 될 수 없다. 따라서 고용, 소득 보장, 사회 배제, 주거 등과 관련된 사회정책이 건강 격차 대책으로 자리매김해 나갈 수 있도록 할 필요가 있다.

지금까지는 건강 격차 대책을 수립하기 위해 건강 수준 및 건강 격차에 영향을 주는 통합된 모형이 아니라, 격차 발생과 관련된 여러 요인을 찾고, 요인별로 구분하여 문제를 확정짓는 틀로 제안되어 왔다. 신체를 바탕으로 각 사회의 사회경제적 격차와 건강 격차의 관계를 구체적으로 파악하면서 종합적인 대책을 진행시켜 나가는 것이 중요하며, 정책 형성의 관점에서 구체적인 격차 발생 및 정책적 개입 시점을 찾아 나가는 노력이

요구된다. 즉, 사회 구조, 사회적 지위, 사회환경, 행동·심리 요인, 질병·부상 등의 각 수준별 차이와 상호 연관도를 살펴보고 정책적 지점을 정해 나갈 필요가 있다.

건강의 사회적 결정 요인을 포함하여, 새로 추진되는 신규 정책이나 사업에 대한 사전적 건강영향평가(prospective health impact assessment) 또는 기존의 정책이나 사업에 대한 사후적 건강영향평가(retrospective health impact assessment)가 필요하며, 또한 중앙정부 단위의 거시적 평가와 지방자치단체 단위의 미시적 평가가 동시에 수행될 필요가 있다.

[그림 5-2] 건강영향평가의 방법 및 세부 내용

방법	세부 내용
정책 분석	<ul style="list-style-type: none"> <li>합리성/내용/배경</li> <li>대상 집단</li> <li>중요 정보/ 이해 관계자</li> <li>여타 정책과의 연관</li> <li>유사 정책의 평가 결과</li> </ul>
커뮤니티 프로파일	<ul style="list-style-type: none"> <li>영향을 받는 집단의 건강 및 사회적·인구동태적 특성</li> <li>건강영향 결정 요인의 특성</li> <li>데이터 수집</li> </ul>
정성·정량 데이터 수집	<ul style="list-style-type: none"> <li>문헌 고찰</li> <li>참가형 정성적 데이터 수집</li> <li>정량적 데이터 수집                             <ul style="list-style-type: none"> <li>예측, 시나리오 구축, 모형 구축</li> </ul> </li> </ul>
영향평가	<ul style="list-style-type: none"> <li>영향, 규모</li> <li>방향</li> <li>가능성</li> <li>잠재 기간</li> </ul>
우선순위 결정	<ul style="list-style-type: none"> <li>근거 기반 영향의 가능성 및 규모</li> <li>건강불평등 및 우선 사항, 목표 등</li> </ul>
권고 사항 검토	<ul style="list-style-type: none"> <li>긍정적 영향 최대화+부정적 영향 최소화</li> <li>실현 가능성</li> </ul>

### 3. 건강영향평가 대상의 확대와 사회정책의 연계

사람의 건강은 개인의 필요뿐만 아니라 사회적인 요인도 관련한다. 즉 경제정책과 사회정책, 공공정책 등 거시적 사회정치적 배경이나 사회계층, 젠더, 사회적 자본(사회관계자본)이 개인의 환경이나 행동을 규정한다. 예를 들어, 사회적 자본이 풍부한 지역에서는 주민의 정신 질환의 유행 비율, 사망률이 낮은 것으로 나타나고 있다(Ehsan & Silva, 2015).

정부 정책은 사회적 문제로 발생하고 있는 이슈에 대해 정부가 개입하면서 나타나게 되는 정책 행위에 대한 영향을 평가하는 데에 관심을 증가시키고 있다. 영향평가(IA)를 간단하게 설명하면 실시 중 또는 계획 중인 정책 행위에 의해 발생할 수 있는 결과를 예측하는 작업(프로세스)이라 할 수 있다. 즉, 영향평가는 정책에 의해 발생하는 영향을 정량적 또는 정성적으로 분석하고 평가하면서 예측하는 합리적인 정책의사결정을 위한 과정이라 할 수 있다(김명환, 김동현, 2011). 이와 같은 영향평가는 대규모 개발 사업에 대한 영향을 분석하여 정책에 반영하는 환경영향평가, 성별영향평가, 규제영향분석 등 다양하게 적용되고 있다. 그러나 사회 전반에 대한 영향평가가 물리적 환경영향평가의 일환으로 범위가 축소되어 연구되고 있으며(조공장, 정주철, 신경희, 이희선, 최준규 외, 2011), 광범위한 사회 분야의 역학적 구조를 고려한다면, 사회 격차를 감소시키기 위한 정책과 이의 영향을 분석하는 시도는 다소 부족하였다고 할 수 있다. 사회영향분석은 하나의 정책으로 인하여 발생할 수 있는 긍정적 영향과 부정적 영향을 분석하여 정책의 타당성을 평가하는 것을 말한다(김명환, 김동현, 2011). 이러한 맥락에서 건강의 사회경제적 결정 요인으로 작용하고 있는 사회적 요소와 사회 격차를 감소시키기 위한 정책, 이러한 정책에 대한 건강영향평가로 건강영향평가의 대상을 점차 확대시켜 나갈

필요가 있을 것이다.

[그림 5-3] 사회적 요인에 대한 건강영향평가



‘평가’는 ‘감사’의 개념이 아니라 ‘가치’를 창출하는 것으로, 평가를 실시, 활용함으로써 한정된 재원을 더 효과적이고 효율적인 서비스를 제공하기 위해 민·관을 구분하지 않고 사업 성과를 추구하는 새로운 해결 방법을 만들어 내는 혁신을 도모할 필요가 있다.

## 제2절 건강영향평가 도입을 위한 인프라 구축 방안

### 1. 건강영향평가의 범위 및 수단

#### 가. 평가의 범위

사회와 환경의 변화를 위한 활동은 장단기적으로 다양한 영향을 가져올 것이며, 그 모두를 종합적으로 파악하기가 어렵다. 예를 들어, 건강 증

진 사업의 성과(outcome)는 사업의 직접적인 대상자(당사자)뿐만 아니라, 그 가족(가족의 부담 감소), 대상자가 거주하는 지역(의료비의 절감) 및 다른 지역에까지 파급되는 효과가 있고, 시간이 지남에 따라 다른 사업에도 영향을 미치므로 그 영향의 규모를 파악하기가 어려울 수 있다.

건강의 사회적 요인에 대한 영향평가를 실시함에 있어서는 조직의 활동 중 어떤 사업을 평가 대상으로 할지, 사업·활동의 수혜자 중 어디까지를 평가 대상으로 할 것인지, 성과를 어디까지 평가 대상으로 할지에 대해 관련 이해 관계자들이 사전에 협의·합의할 필요가 있다.

#### 나. 의사결정을 위한 정보 수집 방안

평가 대상은 사업의 목적, 평가 목적, 평가에 활용 가능한 조직의 자원을 바탕으로 사업 공급자를 중심으로 한 이해 관계자가 의사 결정을 하기 위한 중요한 정보가 포함되어 있어야 한다. 또한 투명성의 원칙에 따라 특정한 평가의 범위와 그 근거에 대해 보고·공개하는 것이 필요하다.

#### 다. 평가 수단 및 방법

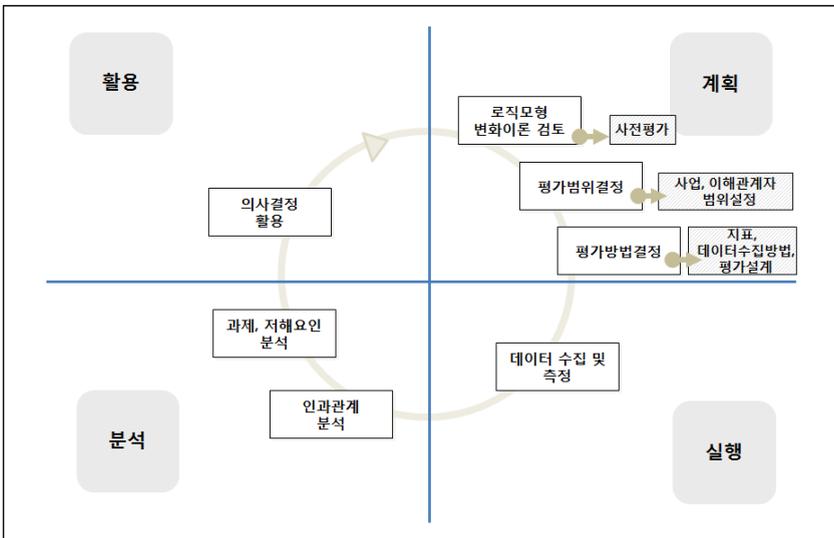
건강영향을 파악하기 위한 방법은 정량적 방법, 질적 방법을 포함한 다양한 방법이 있다. 측정 방법에 의해 얻어진 정보는 다양하고, 필요 비용(사람, 시간, 비용)도 크게 차이가 있다. 또한 건강에 미치는 영향은 양적·질적으로 표현되고, 경우에 따라서는 화폐로 환산되기도 하지만, 이들은 평가의 목적과 예산 지출 목적 등의 필요에 따라 선택되는 것이라 할 수 있다. 영향평가를 하는 방법의 결정에 있어서는, 평가 목적이나 영향평가가 가져 오는 정보에 따라 가능한 한 정량적 데이터와 정성적 데이터를

모두 수집하고 인과 관계 및 사회적 영향 분석에 활용하는 것이 바람직하다고 할 수 있다.

## 라. 평가 과정

영향평가를 효과적으로 수행하기 위해서는 사업을 실시한 후 평가 계획을 세우는 것이 아니라, 사업 계획 단계에서 논리 모델과 변화 이론을 확인하기 위해 사업의 이해 관계자와 소통하면서 모형을 구축하는 것이 바람직하다고 할 수 있다. 이로 인해 사업이 지향하는 변화와 수단을 관계자 간에 공유할 수 있고 필요한 데, 이는 평가의 기준이 되는 데이터가 드러나는 사업 실시 후 데이터 추적이 가능하기 때문이다.

[그림 5-4] 평가 프로세스



### 〈계획 단계〉

평가 계획 단계에서는 사업이나 활동에 대한 목표의 확인, 논리 모델과 변화 이론의 검토·확인(=사전 이론 평가), 평가 범위(사업 이해관계자)와 특정 평가 방법의 결정(지표 데이터 구하는 방법, 영향을 파악하는 방법)이 이루어진다.

논리 모델과 변화 이론은 사회적 영향평가에서 중요한 요소이다. 이들은 사업·활동에 이용 가능한 자원, 계획 활동, 활동의 결과, 활동에 따른 변화의 관계를 보여 주고, 목표에 이르기까지의 활동 등 인과관계를 제시하는 것이다.

### 〈실행 단계〉

평가의 실행 단계에서는 미리 설정된 지표, 예를 들어 설문 조사 등을 활용한 데이터 수집 및 측정, 수혜자 인터뷰 등에 의한 질적 정보의 수집이 이루어진다. 또한 사전·사후 비교와 같은 사업을 실시하기 전에 데이터의 확보가 필요할 수 있다.

### 〈분석 단계〉

분석 단계에서는 측정된 정량적 데이터와 정성적 정보를 바탕으로 로직모형으로 구축한 성장과 인과관계, 개선 과제 및 저해 요인에 대한 분석이 이루어진다. 분석 방법은 통계적 기법을 이용한 정량적인 분석뿐만 아니라 질적 분석을 결합하는 것이 효과적이다.

### 〈활용 단계〉

분석 결과에 대한 보고서를 작성해서 당해 사업과 성과에 대한 설명, 향후 사업 내용 등에 활용한다. 사업이나 활동의 중간 단계 분석을 실시

하는 것으로, 사업 및 활동의 수정을 실시하거나 경우에 따라서는 목표의 재검토를 실시하는 유연성도 중요하다.

## 2. 건강영향평가를 위한 인력·예산 등의 확보

건강영향평가에 관여하는 다양한 주체가 연계하여 계획적이고 일관성 있는 영향평가를 보급하기 위한 대책을 추진해 나갈 필요가 있다. 이 때문에 관계자의 전문가 모임을 구성하고, 향후 10년을 내다보는 건강영향평가 보급을 위한 로드맵 마련이 요구된다.

그리고 건강영향평가를 할 때 주로 다음과 같은 고려 사항에 대한 대안이 필요하다.

- 
- ① 평가 담당자에 의한 건강영향평가의 의의와 필요성에 대한 이해도 향상
  - ② 건강영향평가 방법에 대한 이해도 향상
  - ③ 건강영향평가를 위한 표준 방법과 지표 등의 수단(도구) 개선
  - ④ 평가 방법을 발전시키는 토대가 되는 용어의 정의 정비 및 관련 자료 지원
  - ⑤ 평가를 실시하는 인력 확보
  - ⑥ 평가 비용의 부담과 지원
- 

- ① 평가 담당자에 의한 건강영향평가의 의의와 필요성에 대한 이해도 향상
  - 제도적인 인센티브 구축
    - 성과나 근거를 나타내는 단체에 우선적으로 펀드를 제공하는 등 사회  
회적 영향평가 실시가 장점이 되는 제도적 인센티브를 구축
    - 조성 사업에서도 여러 연도에 걸쳐 지원과 평가가 가능하도록 사업  
을 설정

② 건강영향평가 방법에 대한 이해도 향상

- 평가 우수 사례 축적과 피어 리뷰
  - 시행에 의한 지식의 공유, 연구자 및 전문가에 의한 평가 및 검증 방법 개발
  - 우수 사례를 널리 공유함으로써 평가의 노하우를 보급
  - 논리 모델이나 변화 이론 등에 대한 기본 평가 방법의 안내서 제공

③ 건강영향평가를 위한 표준 방법과 지표 등의 수단 개선

- 측정 방식의 공유(shared measurement)
  - 건강 성과에 대한 임팩트를 창출하는 정책은 다양하며, 이 모두 공통되는 중앙 집중식 방법을 구축하는 것은 현실적이지 않지만 여러 조직 및 직장, 학교, 의료 등 각 분야에서 활용할 수 있는 공통의 측정 도구를 개발 · 이용하기 위한 방법 개발

④ 평가 방법을 발전시키기 위한 토대가 되는 용어의 정의 정비 및 관련 자료 지원

- 평가 용어의 정비 및 정의의 명확화

⑤ 평가를 실시하는 인력 확보

- 평가 담당자 육성을 목적으로 한 교육 및 시범 사업 실시
- 지원 및 컨설팅 실시
- 중간 지원 조직의 평가 지원 기능을 강화하기 위한 지원 조치의 구축
  - 조직의 기능 강화를 위해 분야 및 지역별로 실제 평가를 실천하여 역량 형성을 추진하는 등의 노력이 필요

### ⑥ 평가 비용의 부담과 지원

- 평가의 실시를 지원하기 위한 구조 구축
- 일반적인 평가 도구 및 지표 작성을 통한 평가 비용의 절감

## 3. 지역사회에 의한 건강영향평가 수행

지방자치단체에서 보건사업 등에 대한 평가는 부분적으로 수행되고 있으나, 평가 대상 및 기준·방법이 통일되어 있지 않고, 주민이 알기 어렵거나 평가 결과의 활용 및 기타 평가 결과와의 연계가 충분하지 않는 등의 문제점을 지니고 있다.

이는 지방자치단체의 주요 정책 및 사업을 결정할 때, 건강 또는 웰빙에 어떤 영향을 주는지 평가하는 것이 중요하다는 것을 의미한다. 이러한 관점에서 보면, 건강영향평가를 도입할 경우에, 먼저 다양한 건강 개념 및 건강의 사회적 결정 요인과 건강 격차와 관련하여 행정 담당자가 이해하는 것이 최우선적으로 중요하다고 할 수 있다. 지자체 내부에서 건강영향평가를 실천하기 위해서는 평가 수립 및 관리 추진 체계가 필수적이다. 즉, 지방자치단체의 장의 이해에 기반하여 건강영향평가의 실천을 위한 지원 조직 체계(예를 들어, 건강영향평가 추진실)가 마련될 필요가 있으며, 지자체 직원들은 지금까지의 정책평가와 정합성을 이해하고 중복 작업을 생략하는 등의 세부 지침 마련이 필요하다.

HIA 단계에서 특히 스크리닝을 간편하게 할 수 있는 지자체용 방법을 확립할 필요가 있으며, 또한 HIA에 대한 이해를 높이고, 이를 실천할 수 있는 인재를 육성도 중요하다. HIA는 아직 우리나라의 지자체에서 익숙하지 않은 방법이지만, 지자체에서 현재 진행 중인 사업의 평가법으로 HIA가 이용되면 지자체 직원의 사업 수행 능력 향상에 크게 기여할 것으로 기대된다.



## 참고문헌 <<

- 강성호(2017). 근로장려세제의 일자리 창출 효과. 제10회 한국복지패널 학술대회 발표자료.
- 고용노동부, 한국노동연구원 고용영향평가센터 (2018). 2018년 정책고용영향 평가 workshop 자료.
- 김준호, 이선미, 김경아, 곽동선(2017) 건강보험 노인건강증진사업 개선방안 연구. 원주: 국민건강보험공단
- 국세청. 2014년 국세통계연보
- 국세청. 2018년 국세통계연보.
- 기획재정부, 2018. 7. 18. 보도자료: 근로장려금 개편방안- 혜택은 크게, 대상은 넓게, 지급은 빠르게. [http://www.moef.go.kr/nw/nes/detailNesDetailView.do?searchBbsId1=MOSFBBS\\_000000000028&searchNttId1=MOSF\\_000000000018154&menuNo=4010100](http://www.moef.go.kr/nw/nes/detailNesDetailView.do?searchBbsId1=MOSFBBS_000000000028&searchNttId1=MOSF_000000000018154&menuNo=4010100)(접속일자: 2019.08.20)
- 김명환, 김동현(2011) 사회영향평가의 모형구축과 적용가능성에 대한 탐색: 중증장애인 연금제도 도입안을 대상으로. 「한국정책과학학회보」 제15권 제4호(2011. 12). 131-153.
- 김영선, 강은나(2011). 노인일자리사업의 건강 효과성 분석- propensity score matching을 중심으로. 한국자치행정학보, 25(3). pp. 419-435.
- 김재진, 이혜원(2012). 근로장려세제(ETIC)와 두루누리 사회보험 지원사업 연계 방안. 한국조세연구원.
- 민인식, 최필선(2009). STATA 패널데이터 분석. 한국 STATA학회.
- 보건복지부(2019). 2019 노인 일자리 및 사회활동 지원 사업 운영 안내. <https://www.kordi.or.kr/content.do?mode=view&cid=170294&cmsId=179>(접속일자: 2019.8.30.)
- 보건복지부(2019). 2019년 노인보건복지사업안내 II. [http://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb030301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=03&MENU\\_ID=032901&CONT\\_SEQ=349225](http://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb030301vw.jsp?PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=032901&CONT_SEQ=349225) (접속일자: 2019.8.21.)

- 서미경. (2011). 외국의 건강영향평가 동향. 보건복지 현안분석과 정책과제. 세종: 한국보건사회연구원.
- 송헌재, 방홍기(2014). 우리나라 근로장려세제의 고용창출 효과 분석. 경제학 연구. 제62권 제4호, pp. 129-167.
- 송헌재, 신우리(2017). 복지패널 자료를 활용한 근로장려세제의 노동공급 효과 추정. 제10회 한국복지패널 학술대회 발표자료.
- 이석원, 이윤석, 허수정, 정연백, 신재은, 박하나, 김두리.(2014) 노인일자리 참가자의 보건의료 효과분석 연구. 서울대학교 산학협력단.
- 이소정 (2013) 노인일자리사업 참여가 노인의 사회관계에 미치는 영향 분석. 노인복지연구. 59호 331-354.
- 이소정. 정홍원. 최혜지. 배지영. 박경하. 윤남희. 안세아. 정은지(2011). 노인일자리사업 정책효과 평가, 한국인력개발원, 한국보건사회연구원.
- 이지혜, 황남희(2018). 노인일자리사업이 노인가구의 경제적 생활수준에 미치는 영향 분석 - 소득과 소비 변화를 중심으로. 제11회 한국복지패널 학술대회 발표자료.
- 임완섭(2016). 근로장려세제의 노동공급 효과성과 정책적 함의, 보건복지 이슈 & 포커스 제308호
- 정세희, 문영규.(2014). 노인일자리 참여노인의 생활만족도에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 한국정책연구. 14(4). 59-79.
- 정영호. 고숙자. 최성규. 배정은.(2018) 국민건강정책의 건강영향평가. 세종: 한국보건사회연구원.
- 조공장, 정주철, 신경희, 이희선, 최준규 외(2011) 사회영향평가 지표 개발 및 운영 가이드라인 마련 연구. 한국환경정책평가연구원.
- 최은진, 노정미, 여지영, 정지원. (2012). 아태지역 및 유럽지역의 건강영향평가 동향 및 정책과제. 세종: 한국보건사회연구원.
- 최은진. (2014). 건강한 공공정책을 위한 건강영향평가 적용의 과제: 미국의 제도를 중심으로. 보건복지이슈&포커스, 244.
- 최은진, 노정미, 여지영, 정지원. (2012). 아태지역 및 유럽지역의 건강영향평가

동향 및 정책과제. 세종: 한국보건사회연구원.

최은진, 김정선, 이난희, 김진호, 이희나, 김진희.(2018). 건강영향평가기술지원-참여형 건강영향평가기법의 적용 및 활용 방안. 세종: 한국보건사회연구원.

최은진 외(2019). 건강영향평가사업 운영: 지방자치단체 건강영향평가기술지원 사업 역량강화를 중심으로. 세종: 한국보건사회연구원. 발간 예정.

하경분, 주민경, 송선희(2014). 노인일자리사업 참여 노인의 참여 만족도와 생활 만족도 및 삶의 만족도와의 관계. 한국콘텐츠학회논문지. 14(10). 160-170.

한국노인인력개발원(2018) 2017 노인 일자리 통계 동향 . <https://www.kordi.or.kr/content.do?mode=view&cid=96293&cmsId=174> (접속일자: 2019. 7.20)

한국노인인력개발원(2019) 2018 노인 일자리 및 사회활동 통계 동향. <https://www.kordi.or.kr/content.do?mode=view&cid=278294&cmsId=174>(접속일자: 2019. 10.21)

Act modernizing the transportation systems Of the commonwealth of Massachusetts S.B. 2024; S.B. 2087 (2009 Sess.). Enacted as S.B. 2087; Chap. No. 25 (2009).

Alexander, C.C., Dorsan, E., Tounkara, M.D. (2017). Legalizing medical marijuana through the Utah Medical Cannabis Act: A health impact assessment. Provo, UT: Brigham Young University.

Act modernizing the transportation systems of the commonwealth of Massachusetts H.B. 4047 (2009 Sess.).

Act relating to a universal and unified health system, Vermont Act 48 (approved May 26, 2011). Robert Wood Johnson Foundation, Pew Charitable Trusts. (2015). Health impact assessment

legislation in the States 에서 재인용.

- Anaf, J., Baum, F. E., Fisher, M., Harris, E., & Friel, S. (2017). Assessing the health impact of transnational corporations: a case study on McDonald's Australia. *Globalization and Health*, 13(1), 7.
- Arksey, H., O'Malley, L. (2015). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8, 19-32.
- Baker, M., Keall, M., Au, E.L., Howden-Chapman, P. (2007). Home is where the heart is - most of the time. *New Zealand Medical Journal*, 120(1264), U2769.
- Banken, R. (2003). Health impact assessment - how to start the process and make it last. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(6): 389
- Behncke, S. (2009). How does retirement affect health? IZA DiscussionPapers 4253, Institute for the Study of Labor, Bonn, Germany.
- Bhatia, R., Farhang, L., Heller, J., Lee, M., Orenstein, M., Richardson, M. & Wernham, A. (2014). Minimum elements and practice standards for health impact assessment, Ver 3. [https://www.tn.gov/content/dam/tn/health/documents/learning\\_opportunities/HIA\\_Best\\_Practice\\_Standards\\_2014.pdf](https://www.tn.gov/content/dam/tn/health/documents/learning_opportunities/HIA_Best_Practice_Standards_2014.pdf) [2019. 8. 13. 인출]
- Bonnefoy, X. (2007). Inadequate housing and health: an overview. *International Journal of Environment and Pollution*, 30, 3/4, 411-429.
- Breyse, J., Dixon, S. L., Jacobs, D. E., Lopez, J., & Weber, W. (2015). Self-reported health outcomes associated with green-renovated public housing among primarily elderly residents. *Journal of*

*Public Health Management and Practice*, 21(4), 355-367.

- Briggs, D., Mason, K., & Borman, B. (2016). Rapid assessment of environmental health impacts for policy support: The example of road transport in New Zealand. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(1), 61.
- Cai, W., Hui, J., Wang, C., Zheng, Y., Zhang, X., Zhang, Q., & Gong, P. (2018). The Lancet countdown on PM<sub>2.5</sub> pollution-related health impacts of China's projected carbon dioxide mitigation in the electric power generation sector under the Paris Agreement: a modelling study. *Lancet Planetary Health*, 2(4), e151-e161.
- Castro, A., Künzli, N., & Götschi, T. (2017). Health benefits of a reduction of PM<sub>10</sub> and NO<sub>2</sub> exposure after implementing a clean air plan in the Agglomeration Lausanne-Morges. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 220(5), 829-839.
- Covey, E., Murali, C., & Belvedere, L. (2016). Health impact assessment of the proposed opioid pre-authorization policy in the State of Utah. Provo, UT: Brigham Young University. <http://www.hsprj.com/health-maintenance/health-impact-assessment-of-the-proposed-opioid-prior-authorization-policy-in-the-state-of-utah-usa.php?aid=18324> [2019. 9. 7. 인출]
- Department for Transport. (2015). High speed rail(London - West Midlands): Health impact assessment addendum: Euston station and approach area. London: High Speed Two (HS2) Limited. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/460717/Health\\_impact\\_assessment\\_addendum\\_-\\_Euston\\_station\\_and\\_approach\\_area.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/460717/Health_impact_assessment_addendum_-_Euston_station_and_approach_area.pdf)

[2019. 10. 11. 인출]

- Dianati, K., Zimmermann, N., Milner, J., Muindi, K., Ezeh, A., Chege, M., ... & Davies, M. (2019). Household air pollution in Nairobi's slums: A long-term policy evaluation using participatory system dynamics. *Science of the Total Environment*, 660, 1108-1134.
- Ehsan AM, De Silva MJ. Social capital and common mental disorder: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2015;69(10):1021-8.
- Elliott, E., Harrop, E., Williams, G.H. (2010). Contesting the science: public health knowledge and action in controversial land-use developments. In: Benett, P., Calman, K., Curtis, S. Fischbacher-Smith, D. (eds). (2009). *Risk communication and public health* (2nd ed.), Oxford: Oxford University Press.
- EnHealth. (2017). Health impact assessment guidelines. [http://health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/A12B57E41EC9F326CA257BF0001F9E7D/\\$File/wHealth-Impact-Assessment-Guidelines.docx](http://health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/A12B57E41EC9F326CA257BF0001F9E7D/$File/wHealth-Impact-Assessment-Guidelines.docx) [2019. 8. 13. 인출]
- Equality Act 2010 Scottish Statutory Instruments(2012 No. 162) Scotland Regulations 2012. <https://www.legislation.gov.uk/ssi/2012/162/contents/made> [2019. 9. 5. 인출]
- Equality Act, 2010(2010c.15). [www.legislation.gov.uk/ukpga/2010/15/contents](http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2010/15/contents) [2019. 9. 5. 인출]
- Follers, D., Thorn, M., Rignold, J., Jaques, K., Duong, T. (2016). Health impact assessment of stage 3 of the airds bradbury renewal project. Sydney, NSW: Centre for Health Equity Training Research and Evaluation.
- Gallego, G., Lloyd, J., Page, J., Harris, E. (2018). Health impact assessment of the green square draft infrastructure strategy and

- plan. Sydney, NSW: Health Equity Research and Development Unit.
- Glover, D., Henderson, J.. (2010). Quantifying health impacts of government policies: A how-to guide to quantifying the health impact of government policies. Department of Health. <https://www.gov.uk/government/publications/quantifying-health-impacts-of-government-policy> [2019. 9. 25. 인출]
- Government of Canada. (n.d.). Impact assessment agency of Canada. <https://www.canada.ca/en/impact-assessment-agency.html>. [2019. 11. 27. 인출]
- Government of Canada. (n.d.). Impact Assessment Act (S.C. 2019, c. 28, s. 1). <https://laws.justice.gc.ca/eng/acts/I-2.75/index.html> [2019. 11. 27. 인출]
- Greater London Authority(2010). The London health inequalities strategy. [www.london.gov.uk](http://www.london.gov.uk)
- Hartsig, S., Houchen, C., Lin, T.Y. (2017). Potential health effects of municipal water reuse in KANSAS. Topeka, KS: Kansas Health Institute <https://www.khi.org/policy/article/WaterHIA> [2019. 9. 7. 인출]
- Herriott, N., Williams, C. (2010). Health impact assessment of government policy: A guide to carrying out a health impact assessment of new policy as part of the impact assessment process. London: Department of Health. <https://www.gov.uk/government/publications/health-impact-assessment-of-government-policy> [2019. 9. 25. 인출]
- Herzog, R. A., & House, J. (1991). Productive activities and aging well. *Generations*, 15, 49-54.
- Hinterlong, J. E., Morrow-Howell, N., & Rozario, P. A. (2007).

Productive engagement and late life physical and mental health findings from a nationally representative panel study. *Research on Aging*, 29, 348-370.

Hirono, K., Haigh, F., Gleeson, D., Harris, P., Thow, A. M. (2015). Negotiating healthy trade in Australia: Health impact assessment of the proposed Trans-Pacific Partnership Agreement. Liverpool, NSW: Centre for Health Equity Training Research and Evaluation.

Holnicki, P., Tainio, M., Kałuszko, A., & Nahorski, Z. (2017). Burden of mortality and disease attributable to multiple air pollutants in Warsaw, Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(11), 1359.

<https://doi.org/10.17226/13229>.

[https://whiasu.publichealthnetwork.cymru/files/6315/1782/0921/Public\\_Toilet\\_HIA\\_Final.pdf](https://whiasu.publichealthnetwork.cymru/files/6315/1782/0921/Public_Toilet_HIA_Final.pdf) [2019. 10. 11. 인출]

International Health Impact Assessment Consortium. (2004). European Policy Health Impact Assessment (EPHIA) - A guide. [https://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2001/monitoring/fp\\_monitoring\\_2001\\_a6\\_frep\\_11\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_a6_frep_11_en.pdf) [2019. 9. 25. 인출]

Isle of Anglesey County Council. [https://whiasu.publichealthnetwork.cymru/files/6315/1782/0921/Public\\_Toilet\\_HIA\\_Final.pdf](https://whiasu.publichealthnetwork.cymru/files/6315/1782/0921/Public_Toilet_HIA_Final.pdf) [2019. 10. 11. 인출]

Isle of Anglesey County Council. [https://whiasu.publichealthnetwork.cymru/files/6315/1782/0921/Public\\_Toilet\\_HIA\\_Final.pdf](https://whiasu.publichealthnetwork.cymru/files/6315/1782/0921/Public_Toilet_HIA_Final.pdf) [2019. 10. 11. 인출]

Jongeneel, W. P., Delmaar, J. E., & Bokkers, B. G. H. (2018). Health impact assessment of a skin sensitizer: Analysis of potential policy measures aimed at reducing geraniol concentrations in

- personal care products and household cleaning products. *Environment International*, 118, 235-244.
- Kang, E. (2017). Assessing health impacts of pictorial health warning labels on cigarette packs in Korea using DYNAMO-HIA. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 50(4), 251.
- Kaur, A., Scarborough, P., & Rayner, M. (2019). Regulating health and nutrition claims in the UK using a nutrient profile model: an explorative modelled health impact assessment. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 16(1), 18.
- Kemm, J., Parry, J., & Palmer, S. R. (2008). 건강영향평가: 개념, 이론, 기술 그리고 적용 (지역보건연구회 옮김). 서울: 보문각.
- Likhvar, V. N., Pascal, M., Markakis, K., Colette, A., Hauglustaine, D., Valari, M., ... & Kinney, P. (2015). A multi-scale health impact assessment of air pollution over the 21st century. *Science of the Total Environment*, 514, 439-449.
- Linzalone, N., Ballarini, A., Piccinelli, C., Viliani, F., & Bianchi, F. (2018). Institutionalizing Health Impact Assessment: A consultation with experts on the barriers and facilitators to implementing HIA in Italy. *Journal of Environmental Management*, 218, 95-102.
- Mahoney, M., Simpson, S., Harris, E., Aldrich, R., Williams J. S. (2004). Equity focused health impact assessment framework, the Australasian Collaboration for Health Equity Impact Assessment (ACHEIA). [http://hiaconnect.edu.au/wp-content/uploads/2019/07/EFHIA\\_Framework.pdf](http://hiaconnect.edu.au/wp-content/uploads/2019/07/EFHIA_Framework.pdf) [2019. 10. 13. 인출]
- Malmqvist, E., Jensen, E. L., Westerberg, K., Stroh, E., Rittner, R., Gustafsson, S., ... & Oudin, A. (2018). Estimated health benefits of exhaust free transport in the city of Malmö, Southern Sweden.

*Environment International*, 118, 78-85.

Moen, P., Dempster-McClain, D., & Williams, R. M. (1992). Successful aging: A life course perspective on women's multiple roles and health. *American Journal of Sociology*, 97, 1612-1638.

Moya, A. R. Z., & Yáñez, C. J. N. (2017). Impact of area regeneration policies: performing integral interventions, changing opportunity structures and reducing health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 71(3), 239-247.

National Conference of State Legislatures. (2014). An analysis of state health impact assessment legislation. <http://www.ncsl.org/research/environment-and-natural-resources/an-analysis-of-state-health-impact-assessment-legislation635411896.aspx> [2019. 11. 27. 인출]

National Research Council 2011. Improving health in the United States: The role of health impact assessment. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/13229> [2019. 8. 13. 인출]

NHS Health Scotland. (2014). Health Inequalities Impact Assessment(HIIA). NHS Health Scotland: Scotland. <http://www.healthscotland.scot/media/1117/health-inequalities-impact-assessment-answers-to-frequently-asked-questions-no-v14.pdf> [2019. 9. 26. 인출]

NHS London Healthy Urban Development Unit. (2017). Rapid Health Impact Assessment (HIA) tool. <https://www.healthyrbandevelopment.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/05/HUDU-Rapid-HIA-Tool-3rd-edition-April-2017.pdf> [2019. 9. 26. 인출]

Osybuk TL, Joshi P, Geronimo K, Acevedo-Garcia D.(2014) Do Social and economic policies influence health? A review *Curr*

Epidemiol Rep. 1; 1(3): 149-164.

- Pan American Health Organization. (2013). Health impact assessment: Concepts and guidelines for the Americas. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/health-impact-assessment-concepts-and-guidelines-2013.pdf> [2019. 9. 23. 인출]
- Perez, L., Trüeb, S., Cowie, H., Keuken, M. P., Mudu, P., Ragetti, M. S., ... & Sabel, C. (2015). Transport-related measures to mitigate climate change in Basel, Switzerland: A health-effectiveness comparison study. *Environment International*, 85, 111-119.
- Pew Charitable Trusts & Robert Wood Johnson Foundation (2017). Healthier nutrition standards benefit kids: A health impact assessment of the Child and Adult Care Food Program's updated rules for meals and snacks. <https://www.pewtrusts.org/en/research-and-analysis/reports/2017/09/healthier-nutrition-standards-benefit-kids> [2019. 10. 11. 인출]
- Pew Charitable Trusts. (2017). The Every Student Succeeds Act creates opportunities to improve health and education at low performing schools: How needs assessments can help states and districts identify ways to boost outcomes for children. [https://www.pewtrusts.org/-/media/assets/2017/08/hip\\_the\\_every\\_student\\_succeeds\\_act\\_creates\\_opportunities\\_to\\_improve\\_health\\_and\\_education\\_at\\_low\\_performing\\_schools.pdf](https://www.pewtrusts.org/-/media/assets/2017/08/hip_the_every_student_succeeds_act_creates_opportunities_to_improve_health_and_education_at_low_performing_schools.pdf) [2019. 10. 11. 인출]
- Pew Charitable Trusts. (n.d.). Health Impact Project. <https://www.pewtrusts.org/en/projects/health-impact-project/health-impact-assessment> [2019. 10. 2. 인출]
- Pharr, J., Gakh, M., Coughenour, C., & Clark, S. (2017). Health impact assessment as an instrument to examine the health implications

- of education policies. *Public Health*, 145, 83-92.
- Quigley, R., den Broeder, L., Furu, P., Bond, A., Cave, B., Bos, R. (2006). Health impact assessment: International best practice principles. Special Publication Series No. 5. Fargo: International Association for Impact Assessment, National Research Council, 2011에서 재인용)
- Ratner, P. A., Green, L. W., Frankish, C. J., Chomik, T., & Larsen, C. (1997). Setting the stage for health impact assessment. *Journal of Public Health Policy*, 18(1), 67-79.
- Robert Wood Johnson Foundation, Pew Charitable Trusts. (2015). Health impact assessment legislation in the States. Available at: [https://www.pewtrusts.org/~media/assets/2015/01/hia\\_and\\_legislation\\_issue\\_brief.pdf](https://www.pewtrusts.org/~media/assets/2015/01/hia_and_legislation_issue_brief.pdf)
- Schönbach, J. K., Nusselder, W., & Lhachimi, S. K. (2019a). Substituting polyunsaturated fat for saturated fat: A health impact assessment of a fat tax in seven European countries. *PLoS One*, 14(7), e0218464.
- Schönbach, J. K., Thiele, S., & Lhachimi, S. K. (2019b). What are the potential preventive population-health effects of a tax on processed meat? A quantitative health impact assessment for Germany. *Preventive Medicine*, 118, 325-331.
- Smith (eds) Risk Communication and Public Health (second edition), Oxford: Oxford University Press.
- Society of Practitioners of Health Impact Assessment. (2016). Health impact assessment peer review brief. [https://hiasociety.org/resources/Documents/Brief\\_on\\_HIA\\_Peer\\_Review\\_3\\_3\\_16\\_logo.pdf](https://hiasociety.org/resources/Documents/Brief_on_HIA_Peer_Review_3_3_16_logo.pdf) [2019. 10. 11. 인출]
- Sokolow, S., Godwin, H., & Cole, B. L. (2016). Impacts of urban water

- conservation strategies on energy, greenhouse gas emissions, and health: Southern California as a case study. *American Journal of Public Health*, 106(5), 941-948.
- Spickett J, Katscherian D (2014). A Guide for the Evaluation of Health Impact Assessments carried out within the EIA process. Curtin University. [http://ehia.curtin.edu.au/ehia/wp-content/uploads/sites/42/2018/08/Evaluation\\_Guide\\_for\\_Health\\_Impact\\_Assessment\\_within\\_EIA.pdf](http://ehia.curtin.edu.au/ehia/wp-content/uploads/sites/42/2018/08/Evaluation_Guide_for_Health_Impact_Assessment_within_EIA.pdf) [2019. 10. 13. 인출]
- State of Queensland (Queensland Health) (2016). Health considerations - Environmental Impact Statement: Guidelines for proponents. [https://www.health.qld.gov.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0034/444949/environ-impact-state-guidelines.pdf](https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0034/444949/environ-impact-state-guidelines.pdf) [2019. 10. 15. 인출]
- Stevenson, M., Thompson, J., de Sá, T. H., Ewing, R., Mohan, D., McClure, R., ... & Wallace, M. (2016). Land use, transport, and population health: estimating the health benefits of compact cities. *Lancet*, 388(10062), 2925-2935.
- Storm, I., Uiters, E., Busch, M. C., den Broeder, L., & Schuit, A. J. (2015). The relevance of work-related learning for vulnerable groups. Dutch case study of a Health Impact Assessment with equity focus. *Health Policy*, 119(7), 915-924.
- Thomas, H. A. (2016). Comprehensive health impact assessment on Anglesey's public toilet provision. Regulation and Economic Development Department, Isle of Anglesey County Council.
- Thornton, R. L. J., Greiner, A., Fichtenberg, C. M., Feingold, B. J., Ellen, J. M., & Jennings, J. M. (2013). Achieving a healthy zoning policy in Baltimore: results of a health impact assessment of the TransForm Baltimore zoning code rewrite. *Public Health*

*Reports*, 128(6\_suppl3), 87-103.

- Vohra, S., Nowacki, J., Martuzzi, M., editors. (2016). Health impact assessments and health integration into environmental assessments - developing further implementation strategies. Meeting report of the expert meeting, Bonn, Germany 24-25 September 2015. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/330137/Report-HIA-EIA-workshop-bonn-2016.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/330137/Report-HIA-EIA-workshop-bonn-2016.pdf) [2019. 10. 12. 인출]
- Wales HIA Support Unit. (2012). Health impact assessment: A practical guide. [https://whiasu.publichealthnetwork.cymru/files/1415/0710/5107/HIA\\_Tool\\_Kit\\_V2\\_WEB.pdf](https://whiasu.publichealthnetwork.cymru/files/1415/0710/5107/HIA_Tool_Kit_V2_WEB.pdf) [2019. 9. 25. 인출]
- Walthery, P., Stafford, M., Nazroo, J., Whitehead, M., Dibben, C., Halliday, E., ... & Popay, J. (2015). Health trajectories in regeneration areas in England: the impact of the New Deal for Communities intervention. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(8), 762-768.
- Washington S.B. 6099 (2007 Sess.), 2007 Wash. Laws, Chap. 517.
- West Lothian Council. (2017). Planning guidance for health impact assessment. [https://www.westlothian.gov.uk/media/2472/PG-Health-impact-assessment/pdf/PG\\_Health\\_Impact\\_Assessment\\_FINAL.pdf](https://www.westlothian.gov.uk/media/2472/PG-Health-impact-assessment/pdf/PG_Health_Impact_Assessment_FINAL.pdf) [2019. 9. 26. 인출]
- Westerlund, H., Kivimäki, M., Singh-Manoux, A., Melchior, M., Ferrie, J. E., Pentti, J., . . . Vahtera, J. (2009). Self-rated health before and after retirement in France (GAZEL): A cohort study. *Lancet*, 374, 1889-1896.
- Westerlund, H., Vahtera, J., Ferrie, J. E., Singh-Manoux, A., Pentti, J., Melchior, M., . . . Kivimäki, M. (2010). Effect of retirement on major chronic conditions and fatigue: French GAZEL

- occupational cohort study. *BMJ*, 341,
- Wismar, M., Blau, J., Ernst, K., Elliott, E., Golby, A., van Hertem, L., ... Williams, G. (2007). Implementing and institutionalizing HIA in Europe. In: Wismar, M., Blau, J., Ernst, K., Figueras, J.(eds.). (2007). *The effectiveness of health impact assessment: scope and limitations of supporting decision-making in Europe*. Eds: Geneva: World Health Organization.
- Worcestershire County Council. (2016). Health impact assessments in planning toolkit. [http://www.worcestershire.gov.uk/download/downloads/id/6948/health\\_impact\\_assessment\\_in\\_planning\\_toolkit.pdf](http://www.worcestershire.gov.uk/download/downloads/id/6948/health_impact_assessment_in_planning_toolkit.pdf) [2019. 9. 26. 인출]
- World Health Organization(2008). Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2008.
- World Health Organization(1999) European Centre for Health Policy: Health Impact Assessment: main concepts and suggested approach, Gothenburg consensus paper. Geneva, Switzerland.
- World Health Organization(2010), Government of South Australia. Adelaide Statement on Health in All Policies. Adelaide.
- World Health Organization. (2018). WHO housing and health guidelines. Geneva: World Health Organization.
- Zhao, B., Zheng, H., Wang, S., Smith, K. R., Lu, X., Aunan, K., ... & Fu, X. (2018). Change in household fuels dominates the decrease in PM<sub>2.5</sub> exposure and premature mortality in China in 2005–2015. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115(49), 12401–12406.



## 간행물 회원제 안내

### 회원제에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

### 회원 종류

전체 간행물 회원

120,000원

보건 분야 간행물 회원

75,000원

사회 분야 간행물 회원

75,000원

정기 간행물 회원

35,000원

### 가입방법



### 문의처

- (30147) 세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동 1~5F  
간행물 담당자 (Tel: 044-287-8157)

## KIHASA 도서 판매처

- 한국경제서적(총판) 737-7498
- 영풍문고(종로점) 399-5600
- Yes24 <http://www.yes24.com>
- 교보문고(광화문점) 1544-1900
- 서울문고(종로점) 2198-2307
- 알라딘 <http://www.aladdin.co.kr>