

# 대한민국 건강도시 평가(2008-2010)

오유미†, 김혜정, 홍경수

한국건강증진재단

## Evaluation of the Healthy Cities in Korea(2008-2010)

Yu-Mi Oh†, Hye-Jung Kim, Kyung-Su Hong

Korea Health Promotion Foundation

### <Abstract>

**Objectives:** This study aims at evaluating performance of the Healthy Cities in Korea during the period of 2008-2010. Furthermore, it will explore future direction for qualitative growth of the Healthy Cities in Korea. **Methods:** A survey has been conducted annually with current healthy cities; 46 in 2009, 56 in 2010 and 60 in 2011. Survey instrument consists of 13 questions to evaluate general status, implementation system and sub-programs, and the result of the survey was analyzed by using PASW Statistic 18.0 focusing on categorizing healthy cities and looking at sub-programs trends. **Results:** In 2010, there are 60 Healthy Cities in Korea, whose number grows continuously. The most noticeable characteristic is that administrative bodies in urban area strongly promote the Healthy Cities Project, while the projects are usually associated with other health promotion projects rather than independently carried out. Also, their sub-programs are concentrated on 'healthy-setting' and 'healthy lifestyle programs'. **Conclusions:** To improve the quality of the Healthy Cities in Korea, a number of requirements should be met. The most urgent requirement is sector-wide comprehensive policy fostering Healthy Cities development strategy. Moreover, it is expected that over-arching theme should be set up under the framework of National Healthy Cities Network.

**Key words:** Healthy cities, Evaluation, Strategic policy

## I. 서론

20세기 후반 급격한 도시화는 물리적 환경과 사회 경제적 측면에서 많은 변화를 일으켰다. 도시화는 과거에 비해 편리하고 풍요로운 삶을 가져왔으나, 이로 인한 대기, 수질, 토양의 변화는 지구 온난화, 기후변화 등의 부작용을 초래하였다. 또한 교통, 통신, 안전, 교육, 경제 등 사회 전반의 급격한 변화는 사람들의 생활습관의 변화에 기여하여 각종 만성질환과 신종 전염성 질환, 사고, 과도한 스트레스 및 자살 등이 증가하고 있다. 또한 도시화가 진행되면서 전체 인구 대비 도시 거주 인구 비율을 나타내는 도시화율이 세

계적으로 2007년에 50%를 초과하였으며, 우리나라의 도시화율 역시 2009년에 이미 90.8%에 도달하였다(Statistic Korea, 2009).

건강도시 패러다임은 21세기 인류의 수명을 연장하고 삶의 질을 개선하고자 신공중보건(New Public Health)개념에 의해 등장하였으며(Naidoo & Wills, 2000), 이 같은 맥락에서 건강도시는 “물리적·사회적 환경을 지속적으로 개선하고 창출하며, 지역사회의 자원을 증대시킴으로써 도시구성원들이 개개인의 능력을 모두 발휘하고 잠재능력을 최대한 개발하여 서로 상부상조할 수 있도록 하는 도시”로 정의될 수 있다(WHO, 1998). 유럽 및 미국의 도시계획 학계에서는 비만 등 각종 만성질환 증가의 원인을 도시환경의 변화에서 찾는 동시에 보건학 분야와 체계적인 학제 간

교신저자 : 오유미

서울특별시 영등포구 여의도동 11-13 한국건강증진재단

전화: 02-3781-3523 Fax: 02-3781-3531 E-mail: oyumi@khealth.or.kr

▪ 투고일 : 2011.09.02

▪ 수정일 : 2011.09.14

▪ 게재확정일 : 2011.09.26

연구를 통해 건강도시 연구를 심도 있게 수행하였으며, 문제 해결의 통합적 접근방법으로 생활터 접근법 등 여러 가지의 시도가 있었으며, 이를 기반으로 건강도시 프로젝트가 등장하였다(Hill, Wyatt, Reed & Peters, 2003).

1986년에 WHO 유럽사무처가 건강도시 프로젝트 개념을 도입하면서(O'Neill & Simard, 2006), 1987년 34개 도시가 유럽건강도시네트워크 제 1기(1987-1992)를 시작하였으며, 1991년 WHO 총회에서 도시의 건강문제를 해결하는 수단으로 건강도시 사업을 권장한 이후 건강도시에 대한 관심이 크게 증폭되었다. 현재는 WHO 지역별로 건강도시 간 네트워크를 형성하여 정보교환, 경험공유, 상호 지지체계 확립, 신규 전략개발, 성과 및 아이디어 공유, 파트너십 형성 등의 활동을 펼치고 있으며, 특히 유럽지역의 유럽건강도시네트워크는 1,200여개 도시가 활동 중이다. 최근에는 개발도상국에서도 건강도시 프로젝트가 시작되면서 전 세계적인 확산 추세에 접어들고 있다(Harpham, Burton & Blue, 2001).

서태평양 지역은 1980년대 이후 호주, 일본, 뉴질랜드를 중심으로 100여개 도시에서 건강도시 프로젝트가 도입되었고, 2003년 10월에 WHO 서태평양지역사무처와 협력하고 있는 서태평양건강도시연맹(Alliance for Healthy Cities, AFHC)이 발족되어 건강도시 현장을 발표한 이래 2011년 현재 122개 도시가 정회원으로 가입하였다.

우리나라에서는 1996년 경기도 과천시가 건강도시 시범사업을 수행한 것을 계기로 건강도시가 소개되었다. 2004년에 서울시, 경남 창원시, 강원도 원주시, 부산시 부산진구 4개 도시가 서태평양건강도시연맹(AFHC)에 가입하면서 건강도시에 대한 관심이 급증하였고, 단기간에 양적으로 급격한 성장을 하여, 2011년 6월 현재 60여개의 건강도시가 프로젝트를 수행하고 있다(MCHP, 2010).

한편, 건강도시의 대표적 특징은 결과(outcome)가 아닌 과정(process)을 중시한다는 점인데, 시민의 건강과 안녕을 의사결정의 우선순위에 두는 도시로, 특정 건강수준을 달성한 도시가 아니라 도시의 건강을 개선하는 과정(도시건강프로필 작성, 도시건강계획수립 등)과 구조(사무국과 코디네이터 등)를 갖추어 노력하는 도시를 말한다(Nam, 2010). 이와 같이 건강도시가 발달함에 따라 도시의 개선과정과 구조를 평가하기 위한 시도들이 추진되기 시작하였다.

건강도시가 일찍 도입되어 안정기에 들어선 유럽 건강도시의 경우, 범국가차원에서 지역사회차원까지 전체적인

틀을 규정하려는 시도가 있었으며(O'Neill, 1991), WHO 유럽지역사무처는 기본전략, 인프라, 성과, 네트워킹부문의 최소기준과 권장기준을 발표한 바 있다(WHO, 2003). 유럽건강도시네트워크는 제4기(2003-2008) 활동에 대한 평가를 실시하였는데(Lafond & Heritage, 2009; Tsouros, 2009) 건강도시계획(Green, Acres, Price & Tsouros, 2009), 파트너십(Green, Price, Lipp & Priestley, 2009), 도시건강프로파일(Webster & Lipp, 2009) 도시건강개발계획(Green, 2009), 참여와 역량강화(Lafond & Heritage, 2009), 건강형평성과 결정요인(Ritsatakis, 2009), 건강영향평가(Ison, 2009), 건강한 도시계획(Barton, Grant & Tsouros, 2009)부문으로 구성하여 평가하였다. 한편, AFHC는 SPIRIT 체크리스트를 기반으로 생활터접근/지속가능성, 정치적 전념/정책 및 지역사회 참여, 정보 및 혁신, 연구개발, 인프라와 연계, 역량강화의 분야로 구성하여 우수 건강도시 사업에 대한 시상을 하고 있다(Management Center for Health Promotion [MCHP], 2010).

각 도시별 평가로는 독일의 경우 1999-2002년까지의 건강도시를 평가하기 위하여(Plumer, Kennedy & Trojan, 2010), 총 30개 문항의 건강도시 평가지표(healthy cities barometer)를 구성하여 구조와(인프라구조, 자기혁신), 과정(사업의 방향설정, 건강도시 네트워크 상호교류), 결과(자가진단, 지방행정체계 내 상호교류) 분야를 평가하였고(Plumer & Trojan, 2004), 독일 건강도시 네트워크 가입 신청 시 필수요소인 9가지 항목을 규정하여 관리하고 있다(Plumer et al., 2010). 켈리포니아는 지역사회에 조직 및 지역사회 구성원 측면, 개인 및 시민참여 측면, 기관, 기관 간 협조, 지역사회 발달 측면으로 건강도시사업 수행 전후를 비교해 평가하였다(Kegler, Twiss & Look, 2000).

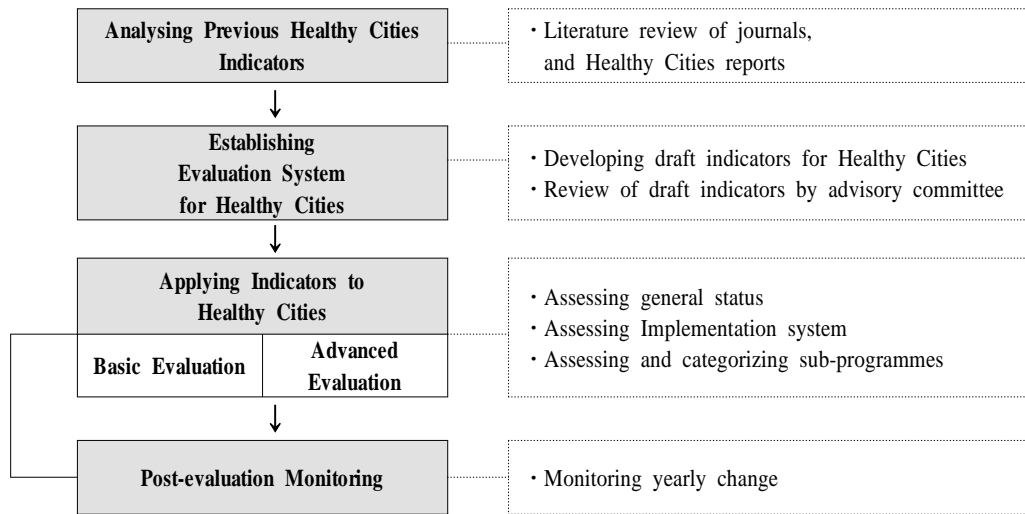
이와 같이 각 국가, 연방, 네트워크 등 그 성격에 따라 다양한 평가 틀을 개발하여 사용하고 있으며, 이러한 평가를 통하여 그 간의 과정을 점검하고 추진전략을 수립하는 것이 자연스럽게 이루어져왔다. 우리나라 역시 2004년에 건강도시 사업이 본격적으로 시작된 이후, 기반을 갖추고 성장하는 단계에 이르렀으며, 건강도시와 관련된 조직적, 환경적 성과에 대하여 측정하기 위한 시도가 필요한 시점이다. 다만, 외국의 평가사례를 바로 도입하여 평가를 하는 것은 한국형 건강도시에 적합하지 않으므로, 평가지표 구성이 선결되어야 한다. 국내 건강도시에 대한 선행연구로 계층 분석적 의사결정방법(AHP)에 의한 건강도시 사업 평

가기준의 우선순위 결정에 관한 연구 (Park, 2008), 건강도시 사업추진을 위한 개인, 조직, 환경 역량의 평가(Kim, 2008)에 대한 연구가 있었으나, 이러한 선행연구는 건강도시의 기초단계를 평가하고 기반을 다지는 데 필요한 연구이기는 하지만, 단편적으로 이루어졌다는 한계를 지닌다. 따라서 선행연구에서 제시한 기초평가와 함께 건강도시에 대한 통합적인 연구가 필요하다. 본 연구를 통해 건강도시의 기초현황 파악부터 사업에 대한 실질적인 분석에 이르기까지 건강도시 사업을 포괄하는 통합적인 평가지표를 적용하여, 건강도시 현황 및 연간 발달변화 분석을 통해 우리나라의 건강도시를 평가하고, 지속가능한 향후 추진전략을 수립하고자 한다.

## II. 연구방법

### 1. 연구 설계

우리나라 건강도시는 2004년에 AFHC에 4개 지자체가 가입하면서 본격적으로 시작되어, 2008년 AFHC 제3차 총회를 계기로 급속히 성장하였다. 이에 건강도시 현황을 조사하여 개별적으로 수행 중인 사업을 유형화하여 파악하고자 2009년에 처음으로 ‘2008년 건강도시 사업실적 조사’를 실시하였고, 매년 이어지고 있다. 가장 최근 자료인 2010년 현황까지 지난 3년간의 우리나라 건강도시 현황을 평가하기 위하여 [Figure 1]과 같은 절차와 방법이 사용되었다. 먼저, 문헌고찰을 통하여 유럽 및 서태평양 지역을 중심으로 국외의 건강도시 평가체계를 분석하였으며, 우리나라 건강도시 현황에 적합한 평가지표를 선별하고 자문위원회 검토를 거쳐 최종 평가지표를 확정하였다. 이에 따라 우리나라 건강도시 평가 및 분석은 기본평가와 심화평가로 구성되었는데, 기본평가는 개별 도시의 일반현황 및 추진체계를 대상으로 하며, 심화평가는 건강도시 사업내용 및 사업 유형을 대상으로 하였다. 나아가, 2008년부터 2010년까지 총 3년간의 건강도시 사업실적을 비교분석하여 연간 변화추이를 모니터링 하였다.



[Figure 1] Procedure and methods of healthy cities evaluation

### 2. 연구대상 및 자료수집

본 연구는 대한민국건강도시협의회(KHCP) 또는 서태평양건강도시연맹(AFHC)에 가입한 국내 지자체를 건강도시 추진 지방자치단체로 규정하여 이들을 대상으로 설문을 실

시하였다. 연구자가 건강도시를 추진하고 있는 각 지자체 담당자에게 연구취지에 대하여 설명한 후 매년 설문지를 배포하였으며, 조사는 2009년에서 2011년까지 총 3년에 걸쳐 매년 2~3월 한 달 동안 이루어졌다. 2009년에는 46개의

설문대상 지자체 중 44개 지자체(89.9%), 2010년에는 56개의 설문대상 지자체 중 54개 지자체(96.4%), 2011년에는 60개의 설문대상 지자체 중 59개 지자체(98.3%)가 응답을 하여, 평균 94.8%의 응답률을 보였다.

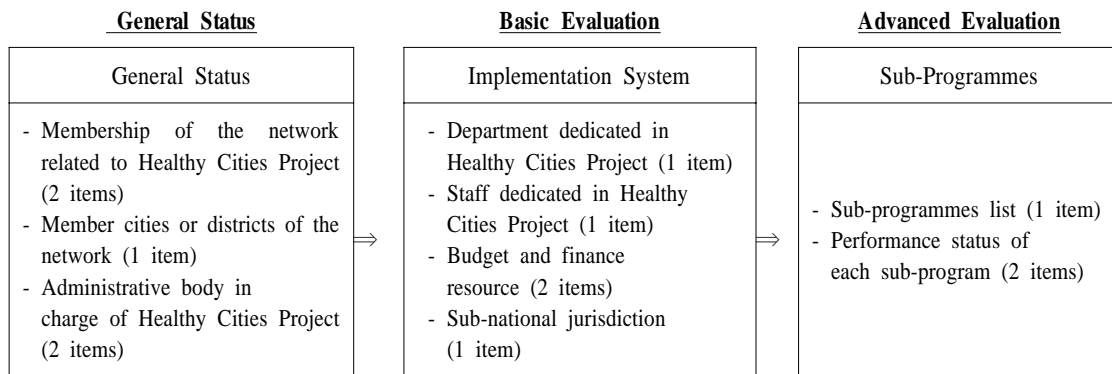
### 3. 연구도구

한국형 건강도시 평가의 전체적인 구성을 위하여 건강증진과 건강도시 네트워크의 전반적인 평가과정을 참고하였다. WHO 유럽지역사무처가 제시한 지표(WHO-EURO, 2003)와 독일의 건강도시평가(Plumer & Trojan, 2004) 그리고 캐나다에서 연구한 건강도시(O'Neill, 1991)의 공통적인 흐름은 건강도시의 기본전략, 과정, 결과 및 영향으로 나타났다. 이를 바탕으로 한국형 평가지표를 구성할 때, 네트워크에 가입한 지자체들의 기본전략은 일반현황으로, 과정은 건강도시의 기반구축을 평가하는 기본평가로, 그리고 결과 및 영향은 사업의 결과를 평가하는 심화평가로 구성하였다.

일반현황은 참여 범위로는 범국가네트워크 차원부터 지역사회 활동차원까지 포함하며, 구성내용으로는 전체 인구의 건강현황, 지역사회의 건강현황을 분석한 내용을 참고하였다(O'Neill, 2006). 평가를 위한 항목으로 네트워크 가입여부 2문항과, 지역 및 조직을 각 1문항씩 선정하였다.

그 외에 일반적인 건강현황이 담겨있는 도시건강 프로파일을 제출받아 평가에 참고하였다. 기본평가는 건강도시의 기본전략과 과정에 대한 내용과(O'Neill & Simard, 2006), AFHC의 SPIRIT 체크리스트 중 인프라와 연계를 참고하였다. 조사문항은 건강도시 전담부서유무와 전담인력 유무 및 인원을 각 1문항씩, 그리고 예산과 재원 2문항, 행정적인 근거가 되는 조례 1문항으로 구성하였다. 심화평가는 독일에서 사용되는 9가지 항목과(Plumer et al., 2010) 기존 건강도시를 수행한 지역에서 제시된 평가지표들을 참조하였다. 심화평가항목으로는 추진 사업명 1문항 이외에 사업목적 및 내용을 포함하여 사업별 추진현황을 서술형으로 작성하도록 하였다.

선정된 총 13가지 문항을 구성하고, 자문위원회에서 심의를 거쳐 세부내용을 수정·보완하였으며, 추가적으로 건강도시의 사업설문 이외에 각 도시 간의 특성을 파악하기 위하여 '우수건강친화형지자체 선정' 공모에 제출된 지자체 별 사업계획서 및 실적내용을 참고하였다. '우수건강친화형지자체 선정' 공모는 보건복지부가 주최하는 것으로 지자체들이 개별적으로 수행하고 있는 건강도시 사업에 대해 질적 제고를 도모하고, 우수사례를 공유하기 위해 2010년부터 실시되고 있다.



[Figure 2] Healthy cities evaluation system and its factors

### 4. 자료 분석

수집된 자료는 PASW Statistics 18.0 프로그램을 사용하여 분석하였는데, 개별 건강도시의 현황 및 사업현황 등 일

반적인 내용은 빈도와 백분율을 산출하여 변화추이를 비교·분석하였고, 사업내용은 유형분석을 통하여 건강도시 사업의 경향과 연간 변화를 분석하였다.

### Ⅲ. 연구결과

#### 1. 건강도시 일반현황

일반적인 건강도시 현황은 지역별 추진현황, 유형별 추진현황을 분석하였다. 현재 건강도시를 추진하고 있는 지자체는 2008년 49개소, 2009년 56개소, 2010년 60개소로 꾸준히 증가추세이며, 특히 2009년 14.2%의 높은 증가율을 보였다. 지역별 추진현황을 보면 2010년을 기준으로 서울 특별시가 20개소(33%)로 가장 높게 나타났으며, 경기도 6개소(10%), 강원도 6개소(10%) 충청남도 6개소(10%)로 나타났다. 연간 추이를 보면 서울지역이 지속적으로 증가추세에 있으며, 전남, 경남, 경기권도 소폭 증가하였음을 알 수 있다<Table 1>.

준히 증가추세이며, 특히 2009년 14.2%의 높은 증가율을 보였다. 지역별 추진현황을 보면 2010년을 기준으로 서울 특별시가 20개소(33%)로 가장 높게 나타났으며, 경기도 6개소(10%), 강원도 6개소(10%) 충청남도 6개소(10%)로 나타났다. 연간 추이를 보면 서울지역이 지속적으로 증가추세에 있으며, 전남, 경남, 경기권도 소폭 증가하였음을 알 수 있다<Table 1>.

<Table 1> Annual changes in membership of the network by province

	2008		2009		2010	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Seoul	14	(29%)	16	(29%)	20	(33%)
Busan	2	(4%)	2	(4%)	2	(3%)
Ulsan	1	(2%)	1	(2%)	1	(2%)
Gwangju	3	(6%)	3	(5%)	3	(5%)
Gyeonggi	5	(10%)	6	(11%)	6	(10%)
Kangwon	6	(12%)	6	(9%)	6	(10%)
North Chungcheong	6	(12%)	6	(9%)	6	(10%)
South Chungcheong	2	(4%)	2	(4%)	2	(3%)
North Jeolla	3	(6%)	3	(7%)	3	(5%)
South Jeolla	2	(4%)	3	(7%)	3	(5%)
North Gyeonggsang	1	(2%)	2	(4%)	2	(3%)
South Gyeonggsang	3	(6%)	5	(9%)	5	(8%)
Jeju	1	(2%)	1	(2%)	1	(2%)
Total	49	(100%)	56	(100%)	60	(100%)

건강도시 유형은 도시의 성격과 추진 기관에 따라 구분할 수 있다. 도시의 성격에 따라 도시형, 도농복합형, 농촌형 등 3가지로 구분되며, 건강도시 사업을 추진하고 있는 기관에 따라 시·군·구청에서 전담하고 있는 일반 행정과, 보건소에서 전담하고 있는 보건행정으로 구분할 수 있다. 도시 성격에 따른 분류로 보면, 도시형 지방자치단체가 가장 많은 비중을 차지했는데, 2008년 40.8%에서 2010년

43.3%로 2.5% 증가하였으며, 사업 추진기관에 따른 분류로 보면 보건소를 중심으로 하는 보건행정이 2008년 75.5%, 2009년 80.4%, 2010년 81.6%로 가장 많이 나타나는 것을 알 수 있다. 두 분류를 복합적으로 살펴보면, 도시형 지자체에서 보건소 중심의 보건행정기관이 건강도시 사업을 추진하는 비율이 41.6%로 가장 많이 나타났다.

<Table 2> Annual changes in administrative types of healthy cities

Unit : N (%)

		2008		2009		2010	
		General Administration	Health Administration	General Administration	Health Administration	General Administration	Health Administration
Metropolitan City and Province Level		3 ( 6.1%)	0 ( 0.0%)	3 (5.3%)	0 ( 0.0%)	3 (5.0%)	0 ( 0.0%)
Sub-provincial level	Urban	1 ( 2.0%)	19 (38.8%)	1 (1.9%)	21 (37.5%)	1 (1.7%)	25 (41.6%)
	Urban-Rural combination	5 (10.3%)	11 (22.4%)	4 (7.1%)	15 (26.8%)	4 (6.7%)	15 (25.0%)
	Rural	3 ( 6.1%)	7 (14.3%)	3 (5.3%)	9 (16.1%)	3 (5.0%)	9 (15.0%)
Sub-total		12 (24.5%)	37 (75.5%)	11 (19.6%)	45 (80.4%)	11(18.4%)	49 (81.6%)
total		49 (100.0%)		56 (100.0%)		60 (100.0%)	

## 2. 기본평가 : 건강도시 추진체계 평가

기본평가에서는 건강도시 추진체계 구성요소로 조직, 인력, 예산, 제도개선 부문에 대한 분석을 수행하였다. 조직은 전담부서, 인력은 전담인력을 분석하였으며, 예산은 건강도시 추진예산 규모를, 제도는 조례제정 여부를 분석하고 평가하였다.

조직부문 평가는 건강도시를 건강증진사업이나 다른 사업들과 분리하여 추진하는 경우가 있는가를 분석하였는데, 이를 가장 명확하게 구분할 수 있는 기준은 조직 내 건강도시 팀의 구성여부이다. 건강도시 팀으로 전담부서를 구성하여 사업을 수행하는 경우가 25개소(42.4%), 건강도시 팀을 구성하지 않고 기존의 팀에서 수행하는 경우가 34개소(57.6%)였다.

인력부문 평가는 건강도시를 담당하고 있는 전담인원을 분석하였으며, 평균인원이 2008년 2명에서, 2009년 2.3명으로 증가하였으나, 2010년에는 1.9명으로 2009년에 비하여 감소하였다. 2009년에 비해 2~5명의 비율이 줄었으며 전담인원 1명으로 건강도시를 추진하는 지자체가 가장 많이 늘어난 것을 볼 수 있다. 건강도시 전담부서가 있는 지자체에서는 3~5명정도 구성을 하나, 전담부서를 구성하지 않은 경우 건강증진사업과 병행하는 경우에는 전담인원이외에

타 사업과 겸임하여 수행하는 것으로 나타났다.

예산부문 평가는 건강도시 예산집행현황을 분석하였다. 건강도시 사업은 현재 국토해양부의 ‘살고 싶은 도시’의 건강도시로는 일부 지원하고 있으나, 보건복지부에서는 국비가 지원되고 있지 않으며, 시도에서 자체적으로 예산을 확보하여 추진하고 있다. 이러한 사유로 예산의 범위를 규정하기 어려운 부분이 있으며, 현재 건강도시만을 위한 예산이라기보다는 건강도시를 이루기 위한 건강행태개선부터 환경개선까지 광범위한 범위를 포괄하고 있어, 이에 대한 범위 규정에 따라 예산편차가 큰 폭으로 나타나는 실정이다.

제도개선부문 평가는 조례제정여부로 분석하였는데, 건강도시 수행의 기본요건에 조례를 정하고 건강도시를 시행할 것을 권고하고 있다. 건강도시 조례를 제정함에 따라, 건강도시를 추진할 수 있는 행정적인 근거를 마련하게 된다. 건강도시 관련 조례를 제정하고 사업을 수행하고 있는 지자체는 2010년 기준으로 50개소(84.7%)이며, 건강도시를 수행하고 있지만 관련 조례를 제정하지 않은 지자체는 9개(15.3%)이다. 2008년, 2009년에 비해 건강도시 관련 조례를 제정한 지자체의 비중이 높아졌으며, 조례를 제정하지 않은 대부분의 지자체는 사업의 근거를 확보하기 위하여 조례 제정을 준비 중인 것으로 나타났다.

&lt;Table 3&gt; Annual changes in implementation system of healthy cities

	Unit : N (%)		
	2008	2009	2010
<b>Department</b>			
Dedicated	26 (59.1%)	26 (48.1%)	25(42.4%)
Non-dedicated	18 (40.9%)	28 (51.9%)	34(57.6%)
<b>Number of staff</b>			
1	17 (38.6%)	16 (29.6%)	28 (47.5%)
2	13 (29.5%)	18 (33.3%)	16 (27.1%)
3~4	13 (29.5%)	16 (29.6%)	14 (23.7%)
5 and more	1 ( 2.3%)	4 ( 7.4%)	1 ( 1.7%)
<b>Budget Scale</b>			
Under 20 million KRW	4 ( 9.1%)	9 (16.7%)	10 (16.9%)
Under 50 million KRW	10 (22.7%)	12 (22.2%)	13 (22.0%)
Under 80 million KRW	11 (25.0%)	13 (24.1%)	12 (20.3%)
Under 200 million KRW	9 (20.5%)	9 (16.7%)	10 (16.9%)
Above 200 million KRW	6 (13.6%)	10 (18.5%)	14 (23.7%)
<b>Sub-jurisdiction</b>			
Enactment	32 (72.7%)	42 (77.8%)	50 (84.7%)
Not enactment	12 (27.2%)	12 (22.2%)	9 (15.3%)
<b>Total</b>	<b>44 (100%)</b>	<b>54 (100%)</b>	<b>59 (100%)</b>

KRW : South Korean Won

### 3. 심화평가 : 건강도시 사업 현황 평가

심화평가에서는 건강도시의 일반현황 이외에 건강도시에서 실질적으로 추진되고 있는 사업내용에 대한 현황파악을 위하여 연간 사업추진 내용을 검토하여 사업을 유형별로 구분하고, 이에 따른 실적을 분석하였다. 2008년~2009년에는 추진하고 있는 모든 사업을 전수조사 하였으며, 2010년에는 실질적으로 수행하고 있는 건강도시를 파악하고 중점사업의 평가를 위하여 건강도시 대표사업으로 범위를 규정하여 중복 없이 사업을 분류하였다.

건강도시사업 유형분류기준은 우수건강친화형지자체 유형을 바탕으로 하였으며, 건강도시 기반조성, 건강생활실천, 건강한 생활터, 건강 환경 조성, 건강형평성, 기타 등 6가지로 구성하였다.

건강도시 기반조성부문은 건강도시 선포 이후 중장기

계획을 세워 전반적인 정책에 건강도시 개념을 반영하는 것이 필수조건이다. 이를 충족하기 위한 활동에는 건강도시 네트워크 가입 및 활동준비, 건강도시 프로파일 작성을 위한 지역사회 진단, 중점 추진과제 수립 등 건강도시를 시작하기 위해 준비하는 모든 과정이 포함되며, 실질적인 사업의 추진보다는 건강도시를 추진하기 위한 준비단계로 볼 수 있다. 건강한 생활터부문은 다양한 생활터를 중심으로 펼쳐지는 사업을 포괄하는데, 생활터에는 마을, 학교, 직장, 병원, 식당, 보육시설, 시장 등이 포함된다. 건강생활실천부문은 건강증진과 관련된 프로그램을 기반으로 금연, 절주, 신체활동, 영양 등의 사업이 중심을 이룬다. 건강환경조성 부문은 건강한 환경을 조성하기 위한 노력으로 안전교통, 녹색교통, 대중교통의 활성화를 포함하고, 건강산업혁신을 위한 의료관광 및 건강관련 지역특화 산업 개발 등을 포함

한다. 건강형평성부문은 현재 건강정책을 추진하는 데 주요한 이슈로 장애인, 저소득층, 아동, 여성, 노인 등 복지를 포괄한다. 사업추진 시 독립적으로 수행하지 않고 중점 사업을 보조하기 위해 수행하는 홍보 및 교육 등 건강도시 역량강화 활동은 분류에서 제외하였다.

사업유형별 경향을 보면 2008년에 비해 2009년에는 건강도시 기반조성부문이 줄어든 반면, 건강한 생활터 만들기 부문 및 건강생활실천 프로그램부문과 같은 실질적인 건강도시사업의 비중이 늘어났다. 2008년 건강도시 추진사업 중 건강도시기반조성부문(27%)이 가장 큰 비중을 차지했던 것과 비교할 때, 2009년에는 건강생활실천 프로그램

부문(24%) 비중이 가장 높아, 건강도시사업을 수행하는 지자체들이 실제 개발한 프로그램이나 서비스를 시민들에게 제공하면서 실질적인 건강도시를 구현하고자 노력하였다고 볼 수 있다. 2010년 건강도시 대표사업은 건강한 생활터 부문(40.7%), 건강생활실천 프로그램 부문(18.6%), 건강도시 기반조성부문(13.6%)으로 나타나 2009년까지의 경향이 지속되는 것으로 나타났으며, 건강 형평성 부문은 2008~2009년에는 명확히 나타나지 않았으나, 2010년 추진(5.1%)하고 있는 지자체가 새롭게 나타났음을 알 수 있다. 기타부문에서는 아토피예방, 기후환경변화 등 다양한 사업을 추진하고 있었다.

<Table 4> Annual changes on sub-programmes by category

	Unit : N (%)		
	2008	2009	2010
Groundwork for healthy cities	49 (27%)	34 (18%)	11 (18.7%)
Healthy-settings	27 (15%)	42 (22%)	24 (40.7%)
Healthy lifestyle programmes	28 (15%)	47 (24%)	12 (18.6%)
Healthy environments	10 ( 6%)	25 (13%)	6 (10.2%)
Health equity	-	-	3 ( 5.1%)
Others	48 (25%)	45 (23%)	4 ( 6.8%)

Note. Sub-programmes during 2008-2009 were counted regardless of its numbers, while sub-programmes during 2010 were limited to 1 program per healthy city.

건강도시 기반조성부문에서 사업내용은 2008년에는 국내외 네트워크 가입(31%), 지역사회진단(27%)순으로 나타났으며, 2008년에는 관련 조직 구성 및 운영(26%), 지역사회 진단(24%)순으로 나타나, 지자체들이 국내외 네트워크 가입이나 조례제정 등을 완료하고, 점차 실질적인 사업 수행을 하고 있는 것으로 나타났다. 2010년에는 8개 지자체가 건강도시 기반조성 추진을 대표사업으로 추진하고 있으며, 대부분의 지자체는 네트워크에 가입한 연도가 2009~2010년으로 가입한 후 1~2년 내에 본격적인 사업을 실시하기 전 준비를 하는 것으로 나타났다.

건강도시 추진사업에서 건강한 생활터를 추진하는 지자

체가 가장 많이 나타났으며, 2008년에는 건강한 생활터가 27개소, 2009년에는 25개 지자체, 그리고 2010년에도 25개의 지자체에서 대표사업으로 수행하고 있는 것으로 조사되었다. 건강한 생활터 부문을 세분화하여 연간변화추이를 분석하면 사업이 다양하게 추진된 것을 알 수 있다. 2009년에는 건강한 학교가 12개 사업(29%)으로 가장 많이 추진한 사업이었으며, 2010년에도 변함없이 건강한 학교가 10개 사업(33.3%)으로 높게 나타났다. 그 외에 마을이 5개 사업(16.7%), 어린이집이 4개 사업(13.3%)순으로 나타났다. 또한 생활터를 특별히 규정하지 않고 건강한 생활터 만들기라는 형식으로 포괄적인 3개의 사업(10.0%)이 추진되었다.



&lt;Table 5&gt; Annual changes on healthy-settings programmes

	Unit : N (%)		
	2008	2009	2010
Integrated healthy-settings	-	-	3 (10.0%)
Workplace	2 ( 7%)	4 (10%)	4 (13.3%)
Schools	3 (11%)	12 (29%)	10 (33.3%)
Markets	2 ( 7%)	3 ( 7%)	2 ( 6.7%)
Apartments	6 (22%)	8 (19%)	1 ( 3.3%)
Villages	3 (11%)	6 (14%)	5 (16.7%)
Ageing	5 (19%)	4 ( 9%)	1 ( 3.3%)
Child care center	6 (22%)	5 (12%)	4 (13.3%)

건강한 생활터 부문 다음으로 가장 많이 추진하는 사업은 건강생활실천 프로그램 부문이다. 2008년에는 28개의 사업, 2009년에는 47개의 사업이 추진되었으며, 2010년에 대표로 추진하고 있다는 지자체는 11개 지자체로 조사되었다. 2008년과 2009년에 모두 운동 관련 프로그램이 가장 높은 비중을 차지했다. 2010년에는 건강생활실천을 통합적으로 수행하는 지자체가 4개 지자체(36.4%)로 나타났으며, 그 외에는 지자체의 특성에 맞게 신체활동을 추진하거나, 건강음식점을 추진하는 등 개별 프로젝트로 수행하는 지자체가 7개(63.6%)로 나타났다.

#### IV. 논의

유럽의 건강도시는 매 5년마다 새로운 네트워크를 구성하여 사업을 수행하며, WHO 유럽지역사무처가 운영하는 유럽건강도시네트워크가 공식적인 지원체계 역할 및 평가를 수행하고 있다(WHO-EHCN, 2009). 건강도시가 먼저 도입되어 계획 및 평가가 통합적으로 수행되는 유럽에 비해, 우리나라는 지자체에서 자생적으로 건강도시가 발달하여 양적인 성장을 이루었으나, 통합적인 평가기전은 전무하였다. 본 연구는 일반현황조사를 비롯하여, 건강도시 수행을 위한 기본요건을 대상으로 하는 기본평가, 사업의 내용과 실적분석을 대상으로 하는 심화평가를 중심으로, 유럽건강도시네트워크와 우리나라의 건강도시를 비교·분석하고, 이를 기반으로 건강도시 사업성과 및 3년간의 경향을 분석하였다. 나아가, 한국형 건강도시의 발전과정을 조명하고,

향후 발전전략을 논의하고자 하였다.

현재 안정적으로 제5기(2009~2013) 건강도시를 추진하고 있는 유럽 건강도시는 이미 제1기(1987-1992)에 건강도시에 대한 개념정립 및 건강도시를 추진할 수 있는 새로운 조직 구성에 초점을 맞추고 이를 위한 기반을 다졌다(Draper, 1993). 또한 현재 5기(2009-2013)의 최우선 주제는 “모든 정책에서의 건강과 건강형평성”이며 이와 더불어 도시들의 다양성과 특성화에 주의를 기울이고 있다(Tsouros, 2009).

본 연구에서는 한국의 건강도시 기본평가를 통하여 조직, 인력, 예산, 제도개선과 같은 인프라를 평가하고자 하였다. WHO 유럽지역사무처는 건강도시 권장사항에서 전담 코디네이터 확보, 정책적인 대표자선출 및 위원회구성, 정책적 선언을 통한 건강도시 공표 등을 기본적으로 수행할 것을 독려한다(WHO-EURO, 2003). 독일의 경우에는 건강도시의 22%가 건강도시 전담부서를 갖추고 있다고 응답한 반면(Plumber & Trojan, 2004) 우리나라의 경우 과반수가 건강도시 전담부서를 갖추고 있으며 전담인력 역시 1.9명이라고 응답하여 조직 및 인력에 대한 인프라는 유럽에 비해 양적으로는 적절히 수행되고 있다. 다만 우리나라의 경우 이러한 인력과 조직이 건강도시에 대한 폭넓은 이해와 정책에 대한 방향설정을 할 수 있는 코디네이터의 능력에는 도달하지 못하였다. 이스라엘 역시 건강도시 평가이후 도시코디네이터의 역량강화와 지역정부의 공식직무로 법제화하는 것이 시급하다고 지적하였다(Donchin, Shemesh, Horowitz & Daoud, 2006). 독일의 경우 코디네이터의 47%가 사회과학적인 배경을 가지고 있으며, 36%는 법조인, 행정전문가 등 전문가 집단으로 구성되어 있다(Plumber et al.,

2010). 우리나라의 경우 담당자라는 명칭만을 부여받았을 뿐, 건강도시에 대하여 전문적인 지식을 갖추지 못하고 업무를 분절적으로 추진하는 경우가 다수 존재한다(Kim, 2008). 우리나라의 건강도시 담당자들은 건강도시 방향을 설정하고 평가 및 관리를 위한 건강도시 조직구성을 건강도시사업 수행에 있어 가장 중요한 요소로 인식하고 있으며, 건강도시 장기발전계획 수립의 중요성에 대한 인식은 11%로 가장 낮게 나타났다(Kim, 2009). 이러한 경향은 우리나라의 건강도시가 지자체에서 자발적으로 발달하여 기본 방향에 대한 논의가 충분하지 못했고, 양적 성장에만 치중할 수밖에 없었던 태생적 한계에서 비롯된 것으로 볼 수 있다. 이러한 한계를 극복하기 위하여 인프라 확보에 주력하는 것보다, 인프라의 질 향상을 위하여 전문가의 역량강화 및 전담부서와 타부서의 협력체계를 독려해야하며, 이를 통하여 건강도시의 지속가능한 전략수립이나 협력을 통하여 공통적인 표준핵심과제를 추진해야 한다.

심화평가에서 한국의 건강도시 사업 내용을 분석한 결과 사업은 건강도시의 본격적인 시작을 위한 기반조성, 그리고 구체적인 사업으로는 건강한 생활터, 건강생활실천 프로그램, 건강 환경 조성사업, 건강형평성 사업 등으로 유형을 분류하였다. WHO 유럽지역사무처는 ‘모든 사람에게 건강’을 구현하기 위한 모니터링 및 평가지표 선정 시에 건강환경, 건강생활실천, 건강한 환경, 의료체계, 연구개발 등으로 분류하여(WHO-EURO, 1989) 평가의 기반을 마련하였다. 이를 바탕으로 발전된 독일의 평가에서는 영유아보건, 자조그룹, 시민참여, 네트워킹, 영양 등 다양한 범주에서 사업을 담당하고 추진하고 있다(Plumber et al., 2010). 터키의 경우에는 활동적 생활이라는 주제로 분석한 결과 신체활동에서도 걷기, 사진촬영, 캠핑 등 다양한 범주의 활동을 모두 신체활동으로 간주하고 이에 대한 터키지역에 대한 평가를 시행한바 있다(Kurdoglu, Karasah & Yilmza, 2009). 이스라엘은 건강도시 업무 필수요소와 관련하여 “수행활동”을 파악하고 도시 건강프로파일 과정에 대하여 평가하였는데, 도시건강프로파일 작성이 제대로 되지 않아 각 도시의 요구파악 및 우선순위 정립이 미흡함을 지적하며, 환경적 이슈 및 지속가능한 개발에 더욱 투자해야한다고 주장하였다(Donchin, et al., 2006). 이에 비해 우리나라의 경우 사업의 유형을 분석한 결과 총 6개의 유형으로 분류되고 건강한생활터, 건강생활실천이라는 보건측면으로만 건강도시 사업이 편중되어 다양

성을 보여주고 있지는 못한 상태이다. 특히, 유럽지역에서 핵심목표로 설정된 건강형평성(Ritsatakis, 2009)이나 핵심주제인 건강한 노년기, 활동적인 생활 등 보다 포괄적인 주제로 사업을 수행하는 국내 건강도시는 극소수에 불과하다. 우리나라의 일부 건강도시 지자체는 강력한 정치적 추진력을 가지고 폭넓게 추진되고 있는 경우도 있으나, 대부분의 지자체가 비교적 좁은 범위에서 건강도시 사업이 추진되는 이유는 우리나라에서는 건강증진사업과 건강도시사업의 개념 및 범위가 명확히 구분되어 있지 않기 때문이다. WHO 건강도시의 정의는 국민건강증진의 목표를 추구하는 하나의 과정으로 정립하고 있으나(Nam, 2010), 현재 우리나라에서 추진하고 있는 건강都市는 실적이 수반되는 하나의 사업으로, 그리고 그 결과로 인식하고 있다. 다시 말하면, 우리나라의 대부분의 건강都市는 보건소 중심의 사업으로 추진하고 있는데 WHO의 정의 보다는 협소한 의미의 사업을 추진하고 있다.

국내 건강都市를 평가한 결과로 다음과 같은 특징들을 발견할 수 있다. 인프라 측면에서는 건강都市의 꾸준한 양적확대와 지역편중, 보건소 중심의 사업추진, 자체예산 사업추진이며, 사업측면으로는 실질적 건강都市사업의 증가, 건강증진에 편중된 프로그램 수행으로 볼 수 있다. 한국의 건강都市의 전체적인 경향을 유럽과 비교하여보면 유럽의 건강都市 프로젝트는 건강획득의 시초부터 심화에 이르기까지 10년의 시간을 제시하면서, 변화를 위한 촉매로서 건강都市 프로젝트에 주목했으며 유럽 평가 시에도 이를 기반으로 구성하였다(Draper, 1993). 건강都市는 전략 및 활동으로 시작하여 조직 및 절차, 보건공공정책, 건강한 환경구축, 건강 확립, 프로젝트 승인까지 10년의 과정을 거친다고 설명하고 있는데, 본격적인 건강都市가 시작된 2004년 이후 7년이 지난 우리나라의 경우 현재 조직 및 절차 보건공공정책범위에 속하여 있으며, 여기에서 제시한바와 같이 건강한 공공정책까지 3~6년이 걸린다고 표현하고 있어(Green & Tsouros, 2009), 우리나라의 건강都市는 발전단계가 적당히 추진되고 있는 것을 알 수 있다. 유럽의 건강都市는 지역차원에서 건강한 공공정책으로 추진하는 것으로 시작하여(Hancock and Duhl, 1988; Kickbusch, 1989) WHO의 건강都市 개념이 점차 발전해 나가면서(Tsouros, 1992; Hancock, 1993) 모든 대륙들의 지역 사회가 참여하는 국제적인 움직임으로 발전하고 있다(Izaola, 2004). 또한 이러한 움직임은 인프라의 준비성과 사

업의 다양성을 전제로 하고 있다(Lafond, Heritage 2009).

이제 도입단계를 벗어나 확산단계에 진입한 우리나라의 건강도시의 앞서 제시한 유럽의 사례를 특히 유념해야 할 것으로 보인다. 타 지자체와 경쟁적으로 일회성 이벤트나, 가입선포식과 같은 단기적인 보여주기 식의 사업보다는 국내 각 도시의 상황 및 특성에 따라 그 필요성의 정도, 시작 시기 및 요구되는 정보, 방법, 예상되는 문제 및 장애들을 보다 면밀하게 사전에 수집·비교·파악하고, 건강도시를 추진할 준비를 충분히 한 이후에 이러한 인프라를 기반으로 포괄적이고 각 지자체 특성에 맞는 다양한 건강도시사업을 추진하며, 이를 기반으로 지역사회가 참여하는 국제적인 움직임으로 발전해 나가야 한다.

국내의 지속가능한 건강도시를 위하여 향후 발전전략을 요약하면 다음과 같다.

첫 번째로, 건강도시 추진전략 수립 및 공통 핵심과제 추진이다. 설문조사 결과에서도 나타났듯이 정책결정자의 이해부족이나 사업담당자의 잦은 인사이동으로 인하여 사업의 어려움을 겪는 것으로 나타났다. 건강도시의 지속성을 확보하기 위하여 정책결정자의 건강도시에 대한 이해와 사업수행부서의 확보가 가장 중요하다. 또한 한국의 건강도시들이 수행사업에 대해 필수적이고 공통적인 요소가 없어 사업수행의 추진력이 다소 떨어지고 비슷한 사업들이 중복적으로 수행되고 있다. 건강도시 공통 핵심과제를 추진하여, 큰 틀 아래에서 각 지방자치단체들이 지역의 특성에 맞는 다양한 사업전략을 수립하고 실행할 수 있도록 해야 한다.

두 번째로, 건강도시 필수 업무체계의 구축 및 폭넓은 정책 수립이 필요하다. 우리나라 건강도시의 도시건강프로파일이나 도시건강 개발계획 등을 수립하고 있는 지자체가 대부분이나, 건강도시를 추진하면서 필수적으로 수립해야 하는 것임에도 불구하고 수립하지 않고 건강도시 프로젝트를 수행하는 지자체가 있으므로 이에 대한 기본적인 필수 업무체계의 보강이 필요하다. 또한 이러한 체계를 수립하고 있는 지자체 역시 유럽지역에서는 보건 분야뿐만 아니라 타 분야의 적극적인 공동 전략을 추진하기 위해 노력하고 있으므로 우리나라의 건강도시 역시 보건 분야에서 보다 폭넓게 건강도시를 추진해야 할 것으로 보인다.

마지막으로 건강도시 공식 네트워크의 필요성이다. 현재 민간차원의 AFHC와 대한민국건강도시협의회가 있으나 중앙정부차원의 체계적인 공식 네트워크 구성이 필요한 시

기가 도래하였다. 네트워크의 종류는 국가-도시차원, WHO-도시차원, WHO-국가차원으로 구분할 수 있다. WHO-국가차원의 경우 조정자는 국가대표 1인이며, WHO 관련 전문가회의 등의 활동을 하고 있으며, WHO-도시차원은 도시대표 1인이 조정자 역할을 하고 있으며, 유럽건강도시네트워크가 이 차원에 해당된다. 국가-도시간 네트워크는 유럽의 경우 국가건강도시네트워크(National Healthy Cities Networks)이며, 지역조례에 따라 조정자들이 활동하고 있다. 이러한 세 가지 네트워크에서 가장 기초가 되는 것이 국가-도시 간 네트워크이다. 유럽 국가 네트워크는 건강도시 전략 집행이 보다 용이한 환경을 만들고 건강도시들의 정보 및 경험교류를 돕기 위해 발족되어, 대부분이 도시 지역 국가 차원의 공중보건 정책에 큰 영향을 미쳤다. 이를 기반으로 WHO와 국가, WHO와 도시를 연계하는 네트워크들이 활동을 지원하고 상호교류 할 수 있다. 이에 반하여 현재 우리나라는 AFHC와 대한민국건강도시협의회라는 민간차원의 네트워크에만 속해 있을 뿐 국가-도시간의 공식적인 체계 및 WHO-도시, WHO-국가의 체계 역시 없는 상황이다. 이러한 문제 해결을 위해 가장 기본적인 공식 국가건강도시네트워크 수립을 통하여 도시건강프로파일의 효율적인 활용과 건강도시 공통 핵심과제 등을 추진할 수 있는 기반을 구축해야 한다. 국가건강도시네트워크 체계가 구축된 이후, WHO간의 협력을 통하여 서태평양의 타 국가와 타도시간의 네트워크를 형성할 수 있을 것이다.

본 연구는 양적인 성장과정을 통하여 확산단계에 도달한 한국의 건강도시의 현황을 평가하고자 시도되었으나, 현재 건강도시의 사업의 충실도, 완성도 등 질적인 평가를 하기에는 이른 시점으로 이러한 평가를 포함하지 못한 제한점이 따른다. 현재 한국형 건강도시를 수행하고 평가하기 위한 유형별 가이드라인 및 평가지표 개발이 추진되고 있으며, 이러한 연구들을 기반으로 정책적으로 반영하여 건강도시의 질적 성장을 도모하고 지속가능하고 안정적인 건강도시 사업으로 발전시켜야 하겠다.

## V. 결론

우리나라 건강도시의 1995년에 시작되어 2010년 현재 총 60여개의 건강도시가 추진되고 있으며, 발전과정을 거치고

있다. 본 연구는 2008년부터 2010년까지 총 3년간의 건강도시 현황을 조사하고 비교분석하여, 우리나라 건강도시 현황을 종합정리하고, 향후 발전방향을 모색하고자 하였다.

건강도시는 지역별로 서울특별시의 자치구가 가장 많이 추진하고 있으며, 추진체계는 보건소 중심의 보건행정, 도시형 지방자치단체가 큰 비중을 차지한다. 행정체계는 전담인원은 감소하는 경향을 보였으며 1인으로 추진하는 지자체가 가장 많았다. 예산의 경우 지자체별로 편차가 많이 나는 경향이 있으며, 조례를 제정하는 지자체가 증가하는 추세로 대부분의 지자체가 조례를 제정하고 건강도시를 추진하고 있었다.

건강도시 사업내용에 대한 현황을 살펴보면, 사업유형은 건강도시 기반조성, 건강생활실천, 건강한 생활터, 건강 환경 조성, 건강형평성으로 분류할 수 있으며, 이중 건강한 생활터와 건강생활실천이 가장 많이 나타났으며, 계속적으로 건강도시로 진입하는 지자체가 있어 건강도시 기반조성도 높게 나타났다.

2008년에서 2010년까지 건강도시 3년간의 경향을 보면, 기본적인 인프라는 2008년과 2009년 사이에 대부분 형성되어 지자체가 자체적으로 구성할 수 있는 전담부서와 인력, 조례는 안정기에 접어든 반면, 예산의 경우 현재 보건복지부 차원에서 국비가 지원되고 있지 않아, 시도에서 자체적으로 예산을 확보하여 추진하고 있다. 이러한 사유로 예산의 범위를 규정하기 어려운 부분이 있으며, 현재 건강도시만을 위한 예산이라기보다는 건강도시를 이루기 위한 건강행태개선부터 환경개선까지 광범위한 범위를 포괄하고 있어, 이에 대한 범위 규정에 따라 예산편차가 많이 나고 있는 실정이다.

건강도시 사업내용 측면에서는 2008년에는 인프라 확보에 집중한 반면 2010년에는 실질적인 건강도시 사업 쪽으로 방향이 전환되었을 알 수 있다. 다만 건강한 생활터와 건강생활실천으로 집중되어, 건강도시가 양적으로는 성장을 하였으나, 지역특성에 따라 사업을 추진하고 있는 타 국가와는 다르게 다양성이나 지속가능성을 가진 사업을 추진하지는 못하고 있다.

앞서 살펴본 바대로 우리나라는 건강도시를 도입하여 기반을 갖추고 성장하는 단계에 접어들었기 때문에 지속적인 양적 확대도 필요하지만, 계획-수행-평가에 관한 일련의 과정에서 적절한 관리 및 평가가 더욱 시급하다. 계획에서는 기본 방침 및 전략이 수립되어야 하며, 건강도시와 관련된 조직적, 환경적 수행과 성과에 대하여 측정하기 위한 노

력이 뒷받침되어야 한다.

현재 건강도시 평가지표와 모니터링 체계를 연구하고 있으나, 정책상으로 반영되고 있지 않다. 향후 지자체가 건강도시를 도입한 이후, 통합적인 평가와 모니터링 과정을 통하여 건강도시 프로젝트 지속성을 확보하기 위해 노력해야 할 것이며, 건강도시 사업을 효율적으로 추진하기 위한 당면과제를 단계적으로 해결해야 한다. 우선적으로 다루어져야 할 당면과제로는 새로운 전담조직 구성, 자치단체에 대한 기술지원, 행정·재정 지원, 법제도 개선, 건강영향평가제도와 건강도시 연계성 확보 등을 꼽을 수 있으며, 당면과제를 해결해나가는 과정에서 충분한 논의와 다양한 발상을 통해 건강도시 사업 본연의 의미에 부합하는 지속가능한 건강도시로 거듭나야 할 것이다.

## 참고문헌

- Barton, H., Grant, M., Mitcham, C. & Tsourou, C. (2009). Healthy urban planning in European cities. *Health Promotion International*, 24(S1), 91-99.
- Donchin, M., Shemesh, A. A., Horowitz, P. & Daoud, N. (2006). Implementation of the Healthy Cities' Participles and strategies : an evaluation of the Israel Healthy Cities Network, *Health Promotion International*, 21(4), 266-273.
- Drapear, R., Curtice, L., Hooper, J. and Goumans, M. (1993). *WHO Healthy cities project : Review of the first five years(1987-1992) : a working tool and a reference framework for evaluation the project*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.
- Green, G. & Tsouros, A. (2009). *City leadership for health : Summary evaluation of phase IV of the WHO European Healthy Cities network*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.
- Green, G., Acres, J., Price, C. & Tsouros, A. (2009). City health development planning. *Health Promotion International*, 24(S1), 72-80.
- Green, G., Price, C., Lipp, A. & Priestley, R. (2009). Partnership structures in the WHO European Healthy Cities project. *Health Promotion International*, 24(S1), 37-44.
- Hancock, T. & Duhl, L. (1988). *WHO Healthy Cities project : A guide to assessing Healthy Cities*. Copenhagen, Denmark: FADL Publishers.
- Hancock, T. (1993). The evolution, impact and significance of the Healthy Cities/Healthy Communities Movement. *Journal of Public Health Policy*, 1, 5 - 18.

- Harpham, T., Burton, S. & Blue, I. (2001). Healthy city projects in developing countries: The first evaluation. *Health Promotion International*, 16(2), 111-125.
- Heritage, Z & Dooris, M. (2009). Community Participation and empowerment in Healthy Cities. *Health Promotion International*, 24(S1), 45-55.
- Hill J. O., Wyatt H. R., Reed G. W. & Peters J. C. (2003). Obesity and the Environment : Where do we go from here. *Science* 299(5608), 858-855.
- Ison, E. (2009). The introduction of health impact assessment in the WHO European Healthy Cities Network. *Health Promotion International*, 24(S1), 64-71.
- Izazola, H. (2004). Healthy cities in developing countries: lessons to be learned. *International Development Planning Review*, 26, 111 - 112.
- Kegler, M. C., Twiss, J. M. & Look, V. (2000). Assessing Community Change at Multiple Levels: The Genesis of an Evaluation Framework for the California Healthy Cities Project. *Health Education & Behavior*, 27(6), 760-779.
- Kickbusch, I. (1997). New players for a new era : responding to the global public health challenges. *Journal of Public health* 19(2), 171-178.
- Kickbusch, I. (1989). Healthy Cities: a working project and growing movement. *Health Promotion*, 4, 77 - 82.
- Kim, J. H. (2007). Review for open discussions about healthy cities program. *Health and social sciences*, 21, 137-156.
- Kim, Y. (2009). A Weight Analysis of Health Determinants and Healthy City Projects through Means of the AHP, *Journal of Korean Urban Management Association* 22(3), 365-387.
- Kurdoglu, B. C., Karasah, B. & Yilmaz, H. (2009). Evaluation of recreational preferences of urban residents in Artvin(Turkey) in relation to sustainable urban development. *International Journal of Sustainable Development & World Ecology*, 16(2), 109-116.
- Lafond, L. J. & Heritage, Z. (2009). National networks of Healthy Cities in Europe. *Health Promotion International*, 24(S1), 100-107.
- Lawrence, R. J. & Fudge, C. (2009). Healthy Cities in a global and regional context. *Health Promotion International*, 24(S1), 11-18.
- Management Center for Health Promotion. (2009). *Status Healthy Cities in Korea : 2008*. Seoul, Korea: Ministry of Health and Welfare.
- Management Center for Health Promotion. (2010). *Status Healthy Cities in Europe : 2009*. Seoul, Korea: Ministry of Health and Welfare.
- Management Center for Health Promotion. (2010). *Status Healthy Cities in Korea : 2009*. Seoul, Korea: Ministry of Health and Welfare.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2000). *Health promotion: foundations for practice*. Philadelphia, PA: Elsevier Health Sciences.
- Nam, E. W. & Moon, M. J. Y. (2010). Concepts of Healthy Cities and Trends. *The Korea Spatial Planning Review*, 345, 2-15.
- Nam, E. W. (2007). Review and Prospective of Healthy Cities in Korea. *Korean Journal of Health Education and Promotion*, 24(2), 123-134.
- Nam, E. W. (2009). *Analyzing the types of Healthy Cities and Developing the Strategies for Korean Healthy Cities*. Seoul, Korea: Management center for Health Promotion.
- O'Neill, M. (1991). Evaluating Healthy Cities : the most urgent research task. *Research for Healthy Cities*, 2, 1-3.
- O'Neill, M. & Simard, P. (2006). Choosing indicators to evaluate Healthy Cities projects: a political task? *Health Promotion International*, 21(2), 145-152.
- Park, M. B., Nam, E. W., Lee, H. J & Shin, T. S. (2008). A study of Priority Setting of Healthy Cite project indicators with use of AHP model. *Journal of Korean Society for Health Education and Promotion*, 25(3), 139-151
- Park, Y. H. (2009). *Development of surveillance system for evaluation of Healthy Cities*. Seoul, Korea: Korean Center for Disease Control and Prevention.
- Plumer, K. D. & Trojan, A. (2004). Healthy cities - requirements and performance. Questionnaire results and a suggestion on quality monitoring (healthy-cities-barometer). *Gesundheitswesen*, 66(3), 202-207.
- Plumer, K. D., Kennedy, L. & Trojan, A. (2010). Evaluation the implementation of the WHO Healthy Cities Programme across Germany (1999-2002). *Health Promotion International*, 25(3), 342-354.
- Ritsatakis, A. (2009). Equity and social Determinants of Health at a City Level. *Health Promotion International*, 24(S1), 81-90.
- Statistics Korea. (2009). *Status of City Plan*. Seoul, Korea: Minister of Land, Transport and Maritime Affairs.
- Tsouros, A. (1992). *World Health Organization Healthy Cities Project: A Project Becomes a Movement, Review of Progress, 1987 to 1990*. Copenhagen, Denmark: FADL Publishers.
- Tsouros, A. (2009). City Leadership for Health and Sustainable Development: The World Health Organization European Healthy Cities Network, *Health Promotion International*. 24(1), 4-10.
- Webster, P. & Lipp, A. (2009). The evolution of the WHO city health profiles : a content review. *Health Promotion International*, 24(S1), 56-63.
- WHO-EHCN. (2009). *Phase V(2009 - 2013) of the WHO European Healthy Cities Network: goals and requirements*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.
- WHO-EURO (1989). *Revised List of Indicators and Procedure for Monitoring Progress Towards Health for All in the European Region(1987 - 1988)*. Copenhagen, Denmark: WHO European Bureau.
- WHO-EURO. (2003). *National Healthy Cities Networks : A Powerful Force For Health And Sustainable Development In Europe*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.