

건강도시 평가의 원칙

김진희

서울대학교 보건대학원

Principles for Evaluating Healthy Cities

Jinhee Kim

Graduate School of Public Health, Seoul National University

<Abstract>

Objectives: This article examines the diversity of healthy cities evaluation in practice and discusses the major conflicting issues in evaluating healthy cities to offer implications to academics and cities for application in their field. **Methods:** The author discusses issues on major topics that arose from a review of literature on selected articles from peer-reviewed journals, books and gray literature. The recently developed Korean Healthy Cities evaluation framework is used as a main source of reference. **Results:** Evaluating healthy cities is in itself a political process and requires multiple methodologies and diverse sources of data. Details of the evaluation process depend on the purposes and goals predetermined by the stakeholders. The Korean Healthy Cities evaluation framework applies these principles and suggests a participatory approach to evaluation, selection of indicators that provide evidence on the process of change and to use mixed evaluation methods. The involvement of stakeholders in the evaluation process can also be a useful tool to further strengthen partnerships and strategies for healthy cities. **Conclusion:** Cities need to engage more in evaluation activities and develop necessary skills and capacity to produce utility-driven evidence.

Key words: Healthy cities evaluation, Participatory evaluation, Utility-based evaluation

I. 서론

1986년 세계보건기구(World Health Organization[WHO]) 유럽지역사무소에서 시범사업으로 시작된 이래, 건강도시는 25년 이상이 지난 지금까지 전 세계로 확산되어 많은 도시에 서 동참하고 있다. WHO의 6개 지역사무소 모두가 건강도시 관련을 프로그램을 운영하고 있으며, 우리나라가 속한 WHO 서태평양지역사무소는 건강도시연맹(Alliance for Healthy Cities[AFHC])와 연계하여 건강도시를 지원하고 있다. 건강도시연맹(AFHC) 2003년 10월에 발족되어 2012년 8월 현재 177개 회원이 가입하여 활동하고 있다(AFHC, n.d.). 우리나라

라는 2004년 서울시, 경상남도 창원시, 강원도 원주시, 부산시 부산진구가 건강도시연맹(AFHC)에 가입하면서 건강도시에 대한 관심이 증대되었다. 2006년에는 건강도시를 추진하는 지방자치단체(이하 지자체)들을 중심으로 대한민국 건강도시 협의회(Korea Healthy Cities Partnership[KHCP])를 조직하여 국제적으로 대한민국의 건강도시들을 공식적으로 대표하고 있으며, 현재 정회원 60개 도시, 준회원 8개 기관이 가입하여 활동하고 있다(KHCP, n.d.).

지자체를 중심으로 건강도시가 활발하게 확산되는 과정에서 대학 및 학계와 긴밀하게 연계하여 추진해 왔고, 건강도시의 도입 시점에서부터 연구에 대한 필요성과 역할에

Corresponding author : Jinhee Kim

Building 221 Room 310, Graduate School of Public Health, Seoul National University

1 Gwanak-ro Gwanak-gu, Seoul, Korea

서울시 관악구 대학로 1 서울대학교 보건대학원 221동 310호

Tel: +82-2-880-2751 Fax: +82-2-745-9104 E-mail: jeeny98@gmail.com

▪ 투고일: 2012.9.11

▪ 수정일: 2012.9.19

▪ 게재확정일: 2012.9.21

대한 논의가 지속적으로 강조되었음(Davies & Kelly, 1993; Milio, 1990)에도 불구하고 건강도시에 관한 연구나 평가는 부족한 실정이다(de Leeuw & Skovgaard, 2005). 이는 도시가 보다 높은 차원의 국가 시스템 등 외부요인에 의한 영향을 받고 있을 뿐 아니라, 도시를 구성하는 조직들 간에 역동적으로 상호작용을 하고 있어 도시마다 가지는 독자적인 맥락을 이해하는 연구 설계가 까다롭기 때문이다. 또한 건강 도시는 지방정부의 건강한 공공정책 수립 과정을 대상으로 하기 때문에 실증주의에 입각한 기존의 연구 패러다임을 그대로 적용하는 데 한계가 있다(Curtice, Springett, & Kennedy, 2001). 따라서 도시의 맥락적인 측면을 반영하고 평가할 수 있도록 혁신적이고 다양한 연구방법론을 적극적으로 시도할 필요가 있다(Baum, 1995; de Leeuw, 2009a, 2009b; Goumans, 1998).

최근 국내에서는 건강도시 계획, 실행 및 평가에 관한 가이드라인과 지자체의 건강도시 평가체계 및 평가지표를 개발하는 연구가 진행되었다(Park et al., 2011). 그리고 보건복지부에서는 이를 근거로 건강도시 인증제도로 발전시켜 지자체의 건강도시 질적 향상과 양적 성장을 위해 정부 차원에서 지원을 준비하고 있다(Ministry of Health and Welfare, 2012). 지자체에서는 정부 차원의 건강도시 인증제도 도입에 대비하고, 내부적으로도 건강도시 사업의 추진 현황을 검토하고 결과를 확인하기 위하여 건강도시 평가를 보다 본격적으로 시행할 필요가 있다. 그리고 건강도시 사업의 수행과정을 이해와 정책결정을 위한 근거자료로 평가결과를 활용해야 할 것이다. 이에 본 연구에서는 건강도시의 평가를 둘러싼 주요 이슈와 평가 방법론의 주요 개념에 대하여 논의하여 지자체에서 건강도시 활동을 평가하기 위한 이해를 돕고자 한다.

II. 건강도시 접근법의 특징 : 건강한 공공정책을 달성하기 위한 도시 시스템 차원의 변화

도시민의 건강은 도시의 환경, 주거, 인구밀도, 교육, 고용의 기회, 소득, 지역경제 등 사회환경적인 요소에 의해 결정된다(Takano & Nakamura, 2001). 예컨대 도시계획 정책에 따라서 주거나 교통 등 생활공간 구조의 특성이 형성되

고, 이러한 특성들은 도시민의 보행 환경을 개선하여 신체 활동을 증진하는 데 기여하기도 하면서, 동시에 보행-친화 환경은 도시의 사회적 통합과 관련되어 도시민의 정신 건강에도 긍정적인 영향을 끼친다(Araya et al., 2006; Leyden, 2003; Saelens & Handy, 2008; Weich et al., 2002). 그러므로 도시민의 건강을 증진하기 위해서는 지역사회, 도시, 국가, 더 나아가 전 세계 등 모든 수준에서 작동하는 사회적 건강 결정요인들을 개선하여 생활 여건을 향상하는 노력이 요구된다(Vlahov et al., 2007).

건강도시 접근법은 사회적 건강결정요인을 다룸으로써 도시 단위에서 건강증진을 실현하기 위한 전략으로 WHO에서 고안하였다(Ashton, Grey, & Barnard, 1986; Hancock, 1993; Kickbusch, 1989; Tsouros, 1998). 건강증진은 공공정책의 변화와 지역사회의 참여를 기반으로 하여 사람들로 하여금 자신들의 건강을 관리하고 이를 개선하게 하는 과정이며, 건강한 선택이 보다 용이하게 하는 과정이다(Naidoo & Wills, 2009). WHO의 건강도시 프로젝트(WHO Healthy Cities Project)는 건강증진과 생활터 접근(settings approach)의 개념을 바탕으로 두고 도시 차원에서 Health for All의 목표를 달성하고자 탄생하였다. 도시는 예산 수립과 집행이 이루어지는 행정상 가장 기본적인 단위로서, 부문간 협력이 보다 원활하게 추진될 수 있는 가능성이 있어 건강증진을 실현하는데 가장 유리한 조건을 가진 생활터(setting)로 인식되었다. 뿐만 아니라 일반적으로 사람들은 국가나 광역 단위의 지역보다 자신이 살고 있는 도시에 대하여 소속감을 더 크게 느끼기 때문에 주민의 참여를 이끌어내는데 효과적이기 때문이다(Ashton et al., 1986). 즉, 건강도시는 “신공중보건(new public health)”을 “지역(local)” 수준에서 실현하기 위한 “정책 실험실(policy laboratory)”로서 시도되었고, 새로운 접근법이 성공하여 모범사례를 도출해낼 것이라는 기대를 안고 시작되었다(Milio, 1990).

건강한 도시를 정의할 때에는 그 곳에 거주하는 사람들의 신체적·정신적·사회적 건강과 안녕을 넘어서서, “도시”가 가지는 특성의 관점에서 재조명할 필요가 있다. 도시마다 지니는 고유한 특성의 따라 그 도시가 추구하는 건강한 도시에 대한 비전(vision)을 다르게 설정한다. 경제적 관점에서 본다면, 창의적이고 혁신적인 지역경제가 건강한 도시의 비전(vision)이 될 수 있으며, 도시계획의 관점에서는 주거, 환경, 교통, 녹지가 잘 조성된 곳이 건강도시가 된다.

사회학적인 관점에서는 통합이 잘 이루어진 사회를, 교육적 입장에서선 사람들을 양성하여 계발하는 도시가 될 수 있고, 역학적인 관점에서 본 건강도시는 질병이 적고 주민의 건강수준이 높은 곳이다. 한편, WHO의 관점에서는 “모든 이에게 건강(Health for All)”이 보장되는 도시를 의미한다(Lawrence, 2005).

건강도시는 개개인의 행태 개선보다는 인구집단 전체를 대상으로 하여, 소속된 구성원들이 직접 참여하는 과정을 통해 건강한 공공정책을 수립하는 것을 이상적인 형태로 한다. 따라서 건강도시는 지역사회가 도시의 건강 문제를 해결할 수 있는 능력을 갖추어 나가도록 지역사회의 역량을 지속적으로 계발하고, 건강에 이로운 도시의 물리·사회적 환경을 만들어 나가는 것을 장기 목표로 하는 지역사회의 변화 과정이다. 이 과정은 개인 차원 기술과 지역사회의 소속감 강화, 지역구성원의 참여와 리더십의 발휘, 지역사회를 구성하는 조직과 기관들의 정책·제도·사업 및 예산상 변화, 조직들 간의 파트너십의 강화, 그리고 최종적으로는 지역사회 변화의 단계를 거친다(Kegler, Twiss, & Look, 2000).

건강도시는 변화 과정에서 도시정부의 정책적 추진의지와 리더십의 역할이 핵심적이라는 점을 강조한다. 도시정부가 직접적으로 사업을 추진하는데 관여하지 않을지라도 관련기관과 자원을 동원하고 참여시키는데 리더로서 역할을 해야 한다(Hancock, 1993). 한편, 도시의 건강을 증진하는 과정은 도시를 구성하는 다양한 요소들을 단순히 모으는 것에 국한되지 않는다. 도시를 구성하는 다양한 기관과 자원들은 각기 다른 관점과 영향력을 가지고 도시에서 활동하고 있기 때문에 공동의 비전(vision)을 갖게 하는 과정에는 많은 노력이 필요하다. 도시정부는 도시 전반에 걸쳐 나타나는 건강 문제에 대해 포괄적인 접근이 가능하도록 인식을 확대해야 하며, 건강과 관련된 다양한 관계기관과 조직들이 동참하여 활동할 수 있도록 하나의 “판(gameboard)”을 마련해야 한다. 그리고 도시정부는 이 과정에서 핵심적인 리더를 양성하고 구체적인 시범사업을 마련하는 활동 등 사회적 기업가(social entrepreneur)의 역할을 해 나감으로써 건강도시를 실현한다(de Leeuw & Skovgaard, 2005; Duhl, 1993). 즉, 건강도시 접근법은 도시 전체 차원의 시스템적 변화를 통해 도시에서 건강에 대한 패러다임 변화를 꾀하고자 하는 전략이다.

예를 들어, 건강도시 접근법에서는 건강한 공공정책을 수립하도록 도시의 건강 정책과 관련된 거버넌스 구조를

구축하는데 효과적인 정책 도구로서 도시건강개발계획(City Health Development Plan)과 정책 개발을 위한 근거자료와 모니터링 수단이 되는 도시건강프로파일(City Health Profile)을 활용할 것을 권장한다. 이들은 사회적 건강결정요인에 따른 도시의 현황을 분석하고 개선하기 위하여 관련기관과 부문 등의 자원을 파악하고 도시의 건강을 증진하는 전략을 체계적으로 수립하는데 중요한 수단이 된다. 이들은 부문간 파트너십을 구축하는 토대가 되며, 자료의 수집과 전략의 수립 등 생산과정에서부터 지역사회의 적극적인 참여가 강조된다. 도시를 구성하는 주요기관과 지역사회의 참여를 통해 수립된 도시건강개발계획은 건강한 공공정책의 표상이라 할 수 있다. 도시 정부가 이들 정책도구를 생산하고 활용하여 성공적으로 정책변화를 이끌어내기 위해서는 국가 차원의 정책적 지원이 필요하다. 그리고 건강도시 추진을 위한 공식적인 조직의 구성, 주인의식과 참여의지 공유, 건강한 공공정책 추진의 매개체로서 단위 사업의 추진, 가시적인 의제설정 및 지역사회 내 공감대의 형성 등의 조건도 요구된다(Baum, Jolley, Hicks, Saint, & Parker, 2006; Flynn, Rider, & Ray, 1991; Goumans & Springett, 1997; Plümer, Kennedy, & Trojan, 2010; WHO/EURO, 2008).

한편, 우리나라에서 추진되는 건강도시에 대한 관심과 시도는 오타와 현장에 입각한 건강증진의 기본 개념을 실현한다는 입장에서는 긍정적으로 평가할 수 있다. 도시에서 자발적으로 주민의 건강증진과 건강한 사회 환경 조성을 위해 지방정부에서 앞장서서 이러한 운동을 주창하는 것은 고무적이다. 그러나 사회적 변화에 따라 자연스럽게 사회의 문제점을 해결하기 위한 전략으로 등장한 서유럽권의 건강도시운동과는 달리 우리나라에서는 다른 지자체와 경쟁하듯이 단기적 목표와 홍보성 사업이 주를 이루어 전 시행정 수준에 머물러 있다는 비판도 피하지 못하고 있는 현실이다(Kim, 2007). 또한, 우리나라에서 건강도시 도입 초창기에는 보건복지부를 중심으로 전국적으로 실시해 오고 있던 기존의 보건소 건강증진사업과 개념적으로 혼란이 있었고, 지자체 내부에서도 행정적인 마찰이 발생하면서 큰 걸림돌이 되기도 했다. 이는 우리나라에서는 아직 건강에 대한 책임소재 논쟁이 제기되거나 자발적인 지역사회 보건 운동이 일어난 사례가 없는 등 건강증진과 관련하여 담론을 실천할 수 있는 사회적 조건이 부족하며 건강증진이 의료적 모형의 연장선상에서 추진되고 있기 때문이라고

할 수 있겠다(Cho, 2006). 이러한 배경에서 국내 지자체를 중심으로 확산되는 건강도시 운동은 중앙정부 차원에서 하달식(top-down)으로 시작되지 않고, 지역사회를 중심으로 전국으로 자발적으로 확산된 운동으로써 우리나라 건강증진에 새로운 발전을 의미한다.

Ⅲ. 건강도시 접근법의 성과

WHO 유럽 지역사무소는 건강도시 네트워크를 조직함으로써 도시정부가 리더십을 발휘하고 건강을 위한 정책적 변화를 도모하기 위한 구체적인 전략을 개발하여 회원도시에서 적용하고 있다. 가령, 정해진 요건에 만족하는지 여부에 따라 네트워크 가입의 자격을 부여받은 후 네트워크에 소속되어 정해진 목표에 따라 활동하게 되는데, 회원도시는 이 과정에서 건강도시 추진에 대한 책임과 의지를 강화하고, 도시 건강 프로파일이나 도시 건강 개발 계획, 건강 영향평가와 같은 구체적인 도구와 활동들을 도시에서 적용하면서 그 실효성을 검증해 나가고 있다(Tsouros, 1995; Tsouros & Green, 2009). 건강도시를 둘러싸고 건강도시의 활동에 대한 성과와 관련하여 많은 논란과 비판이 있는 가운데, 우리나라와 같이 단기간에 많은 도시들이 건강도시 운동에 관심을 갖고 지속적으로 건강도시를 추진하며 점차 확대하는 것만으로도 건강도시운동의 성공을 의미하기도 한다(de Leeuw, 2009a).

도시에서 건강도시 운동이 짧은 기간 안에 확산된 것에 비해 학계의 연구는 상대적으로 취약한 편이다. 도시가 건강도시 접근을 적용함에 따라 건강 정책에 대한 시스템적 변화가 나타났는지 성과와 실효성을 측정하기까지는 최소 4-8년의 시간이 소요되고, 더 나아가 그 변화가 인구 집단의 건강 수준에 영향을 미치기까지는 5-10년이 걸린다(Draper, Curtice, Hopper, & Goumans, 1993). 그렇기 때문에 1986년부터 유럽에서 건강도시가 추진되어 온 경험에 대한 평가결과가 Health Promotion International에 특집호로 학술 논문이 발표되기까지는 20여 년의 시간이 걸렸다는 점은 당연한 현상이다(Tsouros & Green, 2009). 게다가 기존의 보건의료 연구 패러다임에서 강조하는 양적 실험 연구의 전통에 입각하여 건강도시 연구를 수행하는데 현실적으로나 기술적으로 많은 어려움과 한계가 따른다. 따라서 학계에

서는 건강도시 연구방법론에 대한 개방적인 시각을 가지고 다원주의적인 접근법을 적극적으로 수용할 것을 촉구하고 있다(Baum, 1995; Boonekamp, Colomer, Tomas, & Nunez, 1999; Curtice et al., 2001; de Leeuw, 2009b; Hancock, 1993; Milio, 1990; Nutbeam, 1998; O'Neill & Simard, 2006).

이러한 현상은 국내 건강도시 연구에서도 관찰된다. 우리나라 건강도시는 대학과 학술기관이 지자체와 밀접하게 연계되어 활동하는 등 학계의 관심과 참여가 활발한 상황인데도 불구하고 학술적인 가치를 지닌 의미 있는 연구결과가 발표된 사례는 상대적으로 적은 편이다. 지금까지 국내에서 발표된 연구는 국내에 건강도시의 개념을 소개하거나 해외나 국내 건강도시 추진 사례를 보고하는 수준에 머물러 있으며, 우리나라 건강도시 사업의 현황을 기술한 연구결과가 발표되고 있다(Jung, Kim, & Na, 2009; Kim & Koh, 2009; Nam & Engelhardt, 2007).

건강도시의 성과를 측정하고 평가하는 연구에 대한 요구도가 더욱 증대되고 있는 상황이나, 기존의 실증주의적 연구 패러다임에 입각하여 시도된 평가 연구는 여러 가지 한계점들을 가진다. 건강도시 효과에 대하여 발표된 연구결과가 많지 않아 체계적 분석(systematic review)과 같은 메타분석 연구를 시도하기도 어렵다. 기존의 건강증진 연구 결과는 중재로 인하여 단일 질병이나 위험요인에의 영향을 위주로 분석하고 있다. 생활터별 접근의 주요 이론적 개념은 현장마다 다르게 적용하고 있는 상황이어서 상호 비교도 어렵다. 특히 전체 시스템을 분석하는 것 자체가 매우 복잡하며, 각각의 단일 프로그램이나 사업으로 전체 시스템의 상호 관계나 작용, 시너지 효과를 측정하기 어렵다(Dooris, 2005). 건강도시 사업은 구조화되고 계획된 단일 사업이라기보다는 다원주의적 접근을 따르기 때문에 독립된 요소로 구분하기 어려울 뿐 아니라, 도시의 규모와 형태도 다양하여 도시 간 단순 비교가 어렵고 각 도시의 맥락을 고려하여 연구를 설계해야 한다. 특히, 건강도시 사업에서 도시정부는 조정자(facilitator)로서의 역할을 하는 것이므로, 건강도시 평가를 위한 연구방법론은 다양하게 구사해야 한다(Curtice et al., 2001). 무엇보다도 건강도시는 정책과 관련된 활동분야이기 때문에 평가대상이나 지표의 선정 및 분석과정에서 근본적으로 정치적인 성격을 갖는다(O'Neill & Simard, 2006).

건강도시에 관한 연구 혹은 건강도시를 위한 연구는 처

음 프로젝트가 시작된 시점에서부터 그 필요성에 대해 강조해 왔으나(Davies & Kelly, 1993; de Leeuw, 2003; Milio, 1990; Poland, 1996; Stevenson & Burke, 1991), 이론보다는 실천이 앞서서 발전했기 때문에 연구결과는 건강도시의 인기 에 비해 굉장히 적은 편이다. 연구방법이나 체계도 많은 논의과정과 시행착오 과정을 거쳐 최근에서야 확립되어 가고 있으며, 의학이나 역학적 연구 방법론으로는 한계가 있고 오히려 정치학과 같은 사회과학적 전통을 도입해야 할 한다는 주장이 지배적이다(Costongs & Springett, 1997; de Leeuw, 2009a; de Leeuw & Skovgard, 2005; O'Neill & Simard, 2006). 건강도시 평가의 중요성과 필요성에 대해서는 대부분 동의하지만, 그 방법과 원칙에 대해서는 통일된 주장은 없고 원칙상의 공통점만 존재한다(Dooris, 2005). 따라서 건강도시 접근법을 적용한 도시가 주민 건강에 영향이 나타났는지 여부를 평가하고 분석하기에 앞서 건강도시 접근법과 관련된 연구방법론에 대한 검토가 선행되어야 한다.

IV. 건강도시를 평가하기 위한 고려사항

평가에 대한 가장 포괄적인 정의는 허용되는 기준에 대해 관심대상을 비교하는 것이고(Green & Kreuter, 1991), 학문영역과 전문분야에 따라 평가는 다양한 형태와 목적을 가진다. 평가를 실시할 때에는 평가 대상의 특징, 비교 방법, 기준의 정의, 평가 결과의 활용 및 평가를 실시하는 사람들에게 익숙한 평가방법 등에 따라 그 방법과 체계가 결정되며(Springett, 2001a), 평가방법은 철학적 개념과 핵심 가치에 따라 선택하게 된다(Greene, 1994). 프로그램의 개발

단계마다 평가를 실시하는 목적은 다르고, 평가를 통해 창출되는 정보도 다르게 활용된다. 기획 단계에서는 프로그램에서 달성하고자 하는 목적과 목표가 대상자의 요구를 타당하게 반영하는지를 평가하고, 활동과 전략들이 목표와 일관성 있게 기획되었는지를 평가한다. 실행 단계에서는 계획대로 프로그램이 추진되고 있는지, 참여도 등 프로그램에의 반응, 그리고 프로그램의 결과로 대상자에 나타나게 된 변화를 평가한다.

일반적으로 프로그램에 대한 평가는 프로그램의 개선(improvement), 업무 추진의 책무성(accountability), 프로그램의 보급(dissemination), 그리고 이해(enlightenment)를 증진하기 위하여 실시한다(Stufflebeam & Shinkfield, 2007). 형성평가를 통해 프로그램의 내용과 질을 향상할 수 있고, 총괄평가를 통해 프로그램의 최종적인 성과와 결과를 파악하여 프로그램 추진의 책무성을 보장한다<Table 1>. 건강도시에 예산을 지원한 기관은 사업 추진 효과에 대한 근거를 요구하기도 한다. 그리고 근거를 생산하기 위해 평가를 실시하는 과정에서 프로그램 실무자와 관계자는 새로운 연구결과나 정보를 알게 된다. 건강도시 사업 추진에 대한 자신감과 역량을 강화하고, 도시에 대한 이해를 넓힐 수 있는 계기가 되기도 한다. 건강도시에 대한 평가는 지방정부가 건강도시 활동을 통하여 공공정책 결정 과정이나 도시의 건강 수준에 유의한 변화를 달성하였는지를 파악하기 위하여 필요하다. 그리고 평가결과는 건강도시를 지속적으로 추진하는데 정책적 정당성을 확보하기 위한 근거로 활용할 수 있다. 다른 도시에서의 경험과 비교하는데 활용하기도 하며, 지역사회의 참여를 증진하고 지속적인 협력을 이끌어 내기 위하여 평가 결과를 활용할 수 있다(O'Neill & Simard, 2006).

<Table 1> Importance of evaluating healthy cities

-
- Monitors the progress of the project;
 - Demonstrates the effectiveness of a Healthy Cities project, including cost effectiveness;
 - Provides individuals involved in the project with feedback;
 - Ensures a commitment to good practice;
 - Provides a basis for planning by identifying local contexts;
 - Accounts for disbursement of resources to funding bodies, policy makers, and communities;
 - Understands how the project operates;
 - Improves practice for future use and reference; and
 - Determines outcomes achieved by the project.
-

건강도시는 다양한 사회적 건강결정요인에 대해 보건학적 개입을 보다 상위의 정책적인 차원에서 시도하는 것이기 때문에 실험 중심의 실증주의 연구방법론을 적용할 경우 도시의 맥락적인 특성을 반영하는 것이 어렵다. 대안으로 Birckmayer & Weiss (2000)는 건강증진 프로그램을 평가할 때 프로그램 개발시 적용한 이론이나 논리적인 틀을 중심으로 기반으로 이른바 ‘이론에 근거한 평가(Theory-Based Evaluation[TBE])’를 제안한다. TBE는 건강도시 이론과 주요 원칙이 실제로 도시에서 효과가 있는지를 ‘검증’하는 동시에 ‘무엇이’ 혹은 어떤 요소가 효과적이었는지, 또 그것이 어떻게 효과적이었는지를 밝혀준다. 즉, 건강증진 사업 성과가 달성되었는지 여부와 어떻게 달성되었는지를 설명하는데 유용한 접근이다.

그런데 TBE에서는 이러한 정보가 왜 필요한지를 고려하지는 않는다. 건강도시에 대한 평가는 무엇보다도 저마다 다른 이해관계를 가진 다양한 참여자들이 협상을 통해 이루어지는 정치적인 과정이며(O'Neill & Simard, 2006), 공공정책의 성과와 질에 대한 평가는 지역사회의 우선순위나 활용 가능한 자원의 범위에 의해 달라진다(Curtice et al., 2001). 따라서 평가결과가 정책결정을 위한 근거로 활용되기 위해서는 이해관계자들에게 유용한 정보여야 것이어야 한다. 평가의 대상과 목적을 명확하게 규정하지 않고 평가방법론을 선택할 경우 잘못된 평가질문을 선택하여 발생하는 3종 오류(type III error)¹⁾나 대상을 평가하는데 잘못된 패러다임을 적용하여 발생하는 4종 오류(type IV error)²⁾의 근원적인 오류를 범할 수 있다(de Leeuw, 2012). 따라서 건강도시 프로그램에 대한 평가는 평가를 수행하는 목적에 맞는 유용한 정보, 즉 ‘효용-중심의 근거(Utility-driven evidence)’를 생산하는 것이 관건이다. 이를 위하여 이해관계자들이 참여하여 평가의 궁극적인 목적과 활용을 설정한 후, 평가변수를 선정하여 추진하는 포스트모더니즘적인 “4세대 평가(Fourth generation evaluation, 4GE)” 접근법을 적용하는 것이 필요하다(de Leeuw, 2009a).

건강도시는 건강에 대하여 사회-생태학적 모형을 적용

하고, 시스템적인 관점(systems perspective)에서 조직 개발과 변화에 목표를 둔다. 또한, 단순히 효과가 있었는지 여부를 측정하는 것만으로는 건강도시 추진에 도움이 되는 정보를 제공할 수 없으며, 무엇을 위하여 연구를 진행하는지에 대한 합의가 있을 때 비로소 지식으로서의 가치가 있다. 따라서 건강도시 연구와 평가 분야에서는 무작위 실험 연구(randomized trials)로 대표되는 기존 보건의료 분야에서 다루어 오던 평가방법을 적용하지 않고, 평가의 목적과 활용에 따라 다양한 평가 방법론을 적용하게 된다. 이러한 관점에서 건강도시를 평가와 관련하여 몇 가지 이슈를 정리해 보고자 한다.

1) 평가의 대상과 단위

건강도시라 함은 WHO 차원에서 회원 도시를 모집하여 추진하고 있는 국제 네트워크 활동을 포함하여 국가별 건강도시 네트워크의 활동 및 개별 도시에서 추진하는 지방정부의 건강도시 관련 활동과 건강도시 중점 사업으로 일컬어지는 생활터 사업 등 다양한 차원을 의미한다(de Leeuw, 2001). 건강도시 평가는 개별도시 단위(Fryer, 1988; Hall, Davies, & Sherriff, 2009; Nam, Moon, & Lee, 2010; Springett, 2001; Tern & Green, 2005; Werna & Harpham, 1995, 1996), 여러 개의 도시가 참여하는 건강도시 네트워크의 단위(Boonekampet al., 1999; Donchin, Shemesh, Horowitz, & Daoud, 2006; Goumans, 1992; Nunez, Colomer, Peiro, & Alvarez-Dardet, 1994; Oh, Kim, & Hong, 2011; Plümer et al., 2010), 그리고 WHO의 국제 건강도시 네트워크(Goumans & Springett, 1997; Tsouros, 2009; WHO/EURO, 2008)에 이르기까지 다양한 수준에서 시행된다. 이와 같이 건강도시 접근법의 활동이 다양한 수준에서 추진되고 있기 때문에 다양한 관점에서 평가할 필요성이 있으며(Kegler et al., 2000), 평가대상에 따라 평가목적도 달라진다(O'Neill & Simard, 2006). 그러므로 건강도시 평가를 시작하기 전 평가의 실질적 대상이 되는 프로그램이나 활동의 범위를 명확하게 규정해야 할 필요가 있다.

도시 단위에서 평가를 추진할 경우에는 시간적 범위를 규정해야 할 것이며, 평가의 대상이 되는 건강도시 활동에 대한 정의를 명확하게 할 필요가 있다. 예를 들어, 최근 3년 동안 지자체에서 ‘건강도시’라는 주제 하에 추진하고 있는 모든 활동을 평가의 대상으로 할 수 있겠다(Park et al.,

1) 3종 오류(type III error)의 예시: 병상수 측정과 같은 평가항목은 건강도시를 평가하는데 잘못된 질문이다.

2) 4종 오류(type IV error)의 예시: 건강도시 거버넌스 체계와 정책결정과정을 연구하기 위해 무작위 실험연구를 설계하는 것은 평가 대상에 대해 잘못된 연구 패러다임에서 해답을 구하는 것이다.

2011). 그런데 이와 같은 정의는 건강도시를 위해 책정된 예산으로 추진되는 단위 사업의 협소한 개념에서부터 사회적 건강결정요인과 관련된 도시의 모든 활동을 이르는 광범위한 개념을 모두 포함하는 것이기 때문에 범위 설정에 참여자간 시각의 차이가 발생할 수 있다. 따라서 평가에 앞서 도시에서 근본적으로 건강도시 추진의 궁극적인 목적과 개념에 대해 지역사회 내에 공감대 형성이 선행되어야 하며, 이에 따라 평가의 대상과 단위를 규정한다.

2) 평가항목과 기준

평가 항목은 평가 대상과 목적에 따라 결정된다. 건강도시 평가 유형을 현재 수준에 대한 진단평가, 추진 과정에 대한 형성평가 및 추진 성과에 대한 결과평가로 구분했을 때, 각 평가 유형에 따라 측정하는 항목과 지표는 달라진다. 그리고 각 항목에서의 세부 지표나 기준은 절대적인 잣대가 있는 것은 아니며, 대상 도시에서 건강도시 접근법의 추진 목적 및 평가를 실시하는 목적에 따라 결정한다.

평가의 목적이 도시의 건강 수준을 파악하는 것이라면 도시 전체를 단위로 하여 건강 지표를 측정한다. 다만 도시의 건강 수준을 개인의 건강수준(사망률, 유병률 등)이나 개인의 건강 관련 행태의 단순한 합으로 표현하는 것은 적절하지 않으며, 사회-생태학적 모형에 입각하여 파악된 도시의 사회적 건강결정요인과 도시의 고유한 특성이 반영된 항목을 포함하는 등 도시의 건강에 대한 정의를 확대할 필요가 있다. 예를 들어, 사회적 통합이나 사회적 자본, 지역 사회 역량과 참여 등의 영역이 도시의 건강 수준을 평가하는데 포함되어야 한다(O'Neill & Simard, 2006). 도시의 건강 수준을 나타내는 지표들을 주기적으로 평가함으로써 건강도시의 장기적 성과나 결과를 평가하는데 활용할 수 있다.

그런데 건강도시에 대한 평가는 건강도시 접근법이 해당 지역사회에서 적용되고 실현되어 가는 과정과 도시에 나타나는 변화를 측정하는 것이 더욱 중요하다. 건강도시 접근법의 논리와 원칙들이 계획한 바에 따라 준수되는지 여부와 건강도시 활동들에 의해 도시에 나타난 변화를 평가하기 위한 항목들이 개발되고 적용되어야 한다. 예를 들어, 도시건강 프로파일 항목에 대한 평가의 경우, 프로파일상 도시 건강 지표로 나타나는 도시의 건강 수준 그 자체보다는 프로파일의 근거기반 건강도시 계획수립 도구로서의

기능이나 활용도, 프로파일의 내용에서 도시의 건강을 얼마나 종합적으로 평가하고 있는지, 도시 건강 지표를 위해 수집한 정보는 정확한지, 주기적으로 도시건강지표를 수집하고 있는지 등을 평가하는 것이 건강도시 과정에 대한 보다 적합한 평가 항목이다(Webster, 1999; Webster & Lipp, 2009).

WHO 유럽의 건강도시 네트워크는 도시 건강을 위한 비전의 수립과 공감대 형성, 변화를 수반하기 위한 새로운 조직적 구조와 절차의 구축, 공식적·비공식적 네트워크와 협력에의 투자 등의 요소를 건강도시 활동 영역으로 사전에 선정하여 네트워크 회원도시에 제시하였다. 따라서 유럽 건강도시 네트워크에서는 네트워크의 성과를 평가하기 위해 회원도시에서 이들 요소들이 실현되고 변화해 나가는 과정을 평가항목으로 한다(Engelhardt, 2012; Hall et al., 2009). 한편, 개별 회원도시 차원에서 내부적으로 건강도시의 성과를 평가해 보고자 할 경우 WHO의 평가 항목을 참고하되 도시마다 설정한 건강도시의 비전(vision)과 목표를 기준으로 한다(Hall et al., 2009, Plümer et al., 2010).

국내의 건강도시에는 WHO 유럽 건강도시 네트워크의 경우에서처럼 투입요소나 전략, 그리고 달성목표가 사전에 정해진 것이 아니기 때문에 반드시 WHO 유럽의 평가항목을 원용하거나 준수할 필요는 없다. 건강도시의 원칙과 주요 전략을 중심으로 하면서 우리나라 건강도시 추진의 특성과 현황, 그리고 목표를 반영하여 평가항목을 새로이 개발할 수 있다. Park et al., (2011)은 국내 건강도시 평가를 위한 지침에서 일반적인 건강도시의 원칙으로써 건강도시 추진을 위한 도시의 운영체제와 도시건강 프로파일을, 그리고 국내 건강도시의 특성을 반영하여 건강도시 중점 사업과 건강영향평가를 평가항목으로 제시하였다<Table 2>. 더 나아가 국내 평가 지침은 각 평가항목에 대하여 세부 측정 지표를 제시하고, 도시에서 지표의 달성 수준을 평가할 수 있도록 각 지표별로 3단계의 기준을 제시해 주고 있다. 그러나 평가를 수행할 때 평가기준을 엄격하게 적용하는 것이 어려운 지표나 항목이 나타날 수도 있다. 이 경우에는 제시된 기준을 하나의 지침으로 삼되 지자체에서 달성하고자 하는 건강도시의 궁극적인 건강도시 비전(vision)과 목표에 근거하여 서술적인 방법으로 평가할 수 있다.

<Table 2> Complete list of indicators for evaluating Korean Healthy Cities

I. Governance Structures for Healthy Cities

1-1 Healthy cities principles and characteristics

1-1-1 Healthy cities principles are reflected in major policy documents.

1-2 Infrastructure for Healthy Cities

1-2-1 City has an appointed office and staff within the local government for health cities activities

1-2-2 City has allocated financial resources for healthy cities activities

1-2-3 City has established appropriate local ordinances to support healthy cities activities

1-3 City Development Planning

1-3-1 City has developed a city development plan.

1-3-2 City has taken the proper procedures and steps in developing the city development plan.

1-3-3 City development plan was developed in partnership with multiple sectors.

1-3-4 City regularly monitors and evaluates the city development plan.

1-4 Networking activities

1-4-1 City participates in networks for healthy cities

1-5 Intersectoral partnerships for city health

1-5-1 City has an official organization(committee or equivalent) composed of intersectoral representatives

1-5-2 The role and function of the intersectoral organization is adequate

1-5-3 City works with academia for healthy cities

1-6 Community participation

1-6-1 City provides information on health to community

1-6-2 City consults with community on decisions for health

1-6-3 Community participates in the decision-making process

1-6-4 Community is empowered

2. City Profiles

2-1 Development of the profile

2-1-1 A multisectoral team was formed to develop the profile

2-1-2 Accurate data was collected

2-1-3 The data was analyzed

2-1-4 The profile is presented in a reader-friendly format

2-2 Purpose and utilization of the city profile

2-2-1 Profile is used as the baseline information for developing healthy cities projects

2-2-2 Profile is used to monitor healthy cities projects

2-2-3 Profile is readily available to the community

2-3 Contents of the city profile

2-3-1 The profile includes information on demographics

2-3-2 The profile includes information on health status

2-3-3 The profile includes information on lifestyles

2-3-4 The profile includes information on living environments

2-3-5 The profile includes information on city infrastructure

2-3-6 The profile includes information on public policies and services

2-3-7 The profile includes information on health equity

3. Healthy Cities Projects

3-1 Healthy urban planning

3-1-1 City considers health impacts in urban planning

3-1-2 City has implemented effective projects to improve urban environment for health

3-2 Healthy settings

3-2-1 City has implemented effective healthy settings projects in various settings

3-3 Health equity

3-3-1 City has implemented effective health equity projects for vulnerable population.

3-4 Capacity building for healthy cities

3-4-1 City is building capacity to improve healthy cities activities.

4. Health Impact Assessment (Optional)**4-1 Creating the setting for HIA implementation**

4-1-1 The city has trained staff to coordinate health impact assessments

4-1-2 The city has discussed the institutionalization of a health impact assessment

4-1-3 The city has conducted a health impact assessment

4-2 HIA process

4-2-1 A steering committee was organized for conducting the HIA.

4-2-2 The decision to conduct the HIA was made through a systematic screening process.

4-2-3 The scope of the HIA was decided in participation of relevant stakeholders.

4-2-4 Relevant data was collected and analyzed.

4-2-5 Recommendations were made from the findings.

4-3 Impact of HIA in developing healthy public policies

4-3-1 The recommendations from the HIA was considered and reflected in the decision of the policy program/project.

4-3-2 The recommendations from the HIA was monitored

4-3-3 Additional impacts and outcomes were achieved from the HIA.

Source : Park et al., 2011

3) 평가 방법론

일반적으로 프로그램의 목적 달성 여부를 평가하기 위해서는 프로그램 참여자나 대상집단을 대표하는 표본에 대해 사전 데이터를 수집하고, 중재를 시행하지 않은 비교집단을 설정하여 실험군과 대조군을 무작위로 배정한 뒤 사후 데이터를 비교하는 방법이 가장 정확한 연구 설계 방법으로 알려져 있다. 그런데 건강도시 평가에서 비교 가능한 대조군을 찾는 것은 거의 불가능하며, 도시의 정치적, 행정적 체계의 맥락에서 지역사회 연계망을 통해 건강도시 전략이 추진되기 때문에 도시민을 무작위로 실험군과 대조군으로 구분하여 적용하는 것 역시 불가능하다. 게다가 건강도시시는 가시적인 중재가 아닌 사회운동으로써, 도시 전반에 걸쳐 다양한 전략들을 동시에 구사하면서 지역사회의 통제권한과 역량을 강화해 나가는 과정이다. 건강도시시는 지역사회의 참여 과정 자체에 큰 의미를 부여하기 때문에 다른 요소들을 통제된 상태에서 건강도시의 효과만을 분석하는 것은 사실상 불가능한 일이다(Dooris, 2006). 또한 인구 집단의 건강은 환경적, 조직적, 개인적 요인간의 서로 복합적으로 작용에

의해 영향을 받고 있고, 단순히 질병이 없는 부정적인 개념이 아닌 건강을 증진하는 요인(salutogenesis)을 고려할 때 건강결정요인들 간의 관계는 선형적인 인과관계보다는 복잡적이다.

특히 건강도시에 대한 평가의 결과가 과학적인 기준으로 온전하게 생산된 근거일지라도 실제 현장이나 정책에 적용되지 않는다면 향후 프로그램의 방향을 설정하거나 의사결정을 위한 근거(evidence)로서의 가치가 과연 있는지 재고해 보아야 할 것이다(de Leeuw, 2009a). 이해관계자마다 가치가 있다고 생각하는 근거의 종류와 특성은 다르기 때문에 건강도시에 대한 평가 활동을 통해 근거를 생산하는 방법론도 이를 반영하여야만 한다. 정책결정과정에서 참여자들에게 유용한 근거를 생산하는 평가방법으로 Lincoln & Guba (1979)의 4세대 평가 이론을 적용할 수 있다. 이해관계자들이 평가를 수행하기 위한 핵심 조직을 구성하여 평가를 진행하는데, 이해관계자들의 주장이나 관심사, 그리고 평가 질문과 항목들을 중심으로 평가의 방법을 결정한다. 그렇기 때문에 창출된 평가결과에 대한 활용도는 극대화 된다.

이처럼 평가결과가 사용자들에게 유용한 근거로 활용되기 위해서는 어떤 특정 평가 방법이나 이론체계만을 고수하지 않고, 평가의 내용에 따라 방법을 사용자들과 함께 결정해 나가는 것이 적합하다. 항목의 특성에 따라 양적 혹은 질적인 자료를 수집하여 분석에 이용할 수 있으며, 자연주의적 연구모형이나 실험적인 연구모형을 선택하여 적용하고, 평가목적에 따라 과정평가, 결과평가, 영향평가, 비용-효과 평가 등 다양하게 구사하게 된다. 다양한 평가 방법론들을 활용함에 있어 유연한 입장을 취하는 것이 좋고, 사용자들이나 이해관계자들 간의 협상에 의하여 선택하되, 건강도시의 과정을 타당하게 측정하고 분석할 수 있도록 삼각검증(triangulation)을 고려할 수 있겠다. 삼각검증은 하나의 질문에 대해 다양한 방법으로 해답을 구하는 과정으로, 다양한 자료원을 사용하거나, 자료수집과 분석과정에 다양한 연구자가 참여하거나, 다양한 연구방법론을 적용하는 방식을 택한다.

예를 들어, 건강도시의 운영체계 영역에 대하여 평가를 할 경우, 건강도시 추진의 핵심 조직이 되는 건강도시운영위원회의 일반현황에 대한 진단은 정책문서나 회의록 등 문서를 통해 평가위원의 대표성이나 회의 개최 주기나 출석률 등에 대한 분석이 가능하다. 그러나 건강도시 운영위원회의 활동의 결과로 지자체의 건강도시 추진을 위하여 기여한 점이나 위원회 운영상의 세부 내용에 대한 평가는 참여자들의 의견과 합의 과정을 통해 가능하게 된다.

건강도시 평가를 위하여 채택하는 연구방법론은 평가대상의 특징과 평가 항목에 따라 가장 적합한 방법론을 평가에 참여하는 이해관계자들이 정하도록 한다. 그리고 평가에 투자할 수 있는 시간이나 자원 투입의 규모, 자료 수집의 가능성과 용이성 등의 기술적인 측면도 함께 고려해야 할 것이다. 건강도시 전략의 특성상 자연주의적 연구패러다임에 입각한 질적연구가 수행될 경우가 많으며, 이 때 다양한 자료와 평가방법을 복합적으로 사용함으로써 결과에 대한 타당성을 높여 나가는 접근이 필요하다.

4) 평가자

평가의 주체는 건강도시 사업에 관여하고 있는 관계자들이 직접 수행하는 내부평가와 해당 건강도시 프로그램과 이해관계가 적은 외부 전문가가 수행하는 외부평가로 구분된다. 학계 전문가가 수행하는 외부평가는 체계적이며 과

학적인 표준에 근거하여 연구를 설계하게 되며, 숙련된 전문가에 의해 보다 객관적인 시각에서 지자체의 건강도시 프로그램을 평가할 수 있는 장점이 있는 반면, 정책결정자들이 예상하는 기간에 비해 훨씬 길게 소요된다는 단점이 있다(O'Neill & Simard, 2006). 한편, 건강도시 실무자나 이해자들이 참여하여 수행하는 내부평가의 경우에는, 평가과정을 통해 스스로의 활동을 되돌아 볼 수 있는 중요한 학습의 기회가 되기 때문에(Curtice et al., 2001) 건강도시 추진을 위한 개인 및 조직의 역량이 향상될 수 있다. 그러나 평가수행 경험이 적어 전문성이 부족하거나 개인적인 이해관계에 의한 주관적 판단이 개입할 여지가 있다.

사회과학적 분야에서의 평가는 일반적으로 외부평가보다 내부평가가 권장된다. 더구나 사회 변화가 목표인 건강도시의 경우에는 평가과정을 통해 참여자 학습이 이루어지고 내생적 변화를 수반하기 때문에 내부평가가 더욱 강조된다. 평가결과 보고서만큼 평가 과정 자체가 중요한 성과물이 된다(Springett, 2001a).

지자체의 건강도시 정책에 이해관계가 있는 모든 기관과 단체의 대표자로 평가위원회를 구성하는 것이 좋은데, 기존의 건강도시 운영위원회가 중심이 되어도 좋고, 필요에 따라 추가로 위원을 초청하거나 운영위원회 내에 소위원회를 구성해도 되겠다. 평가위원장은 평가를 전체적으로 주관하면서 다양한 의견을 반영하고 공정한 평가가 이루어질 수 있도록 역할을 해야 하기 때문에 건강도시 평가에 대한 충분히 이해하고 있고 풍부한 경험이 있는 사람을 추대하는 것이 필요하겠다. 자체평가를 통해 건강도시 추진 목표와 전략에 대한 성과나 결과를 측정할 뿐 아니라, 건강도시 추진 목표를 재확인할 수 있는 계기가 되며, 평가과정에 직접 참여하고 주관함으로써 건강도시 추진 역량을 향상된다. 또한 다양한 부문에서 평가과정에 참여하게 됨으로써 부문간 협력을 도모할 수 있다. 즉, 관계자들이 자료를 수집하고 의견을 모으는 활동 그 자체가 건강도시의 원칙의 실현이라 할 수 있다.

한편, 도시별 평가결과에 대해 외부평가를 실시하여 그 내용에 대한 검증은 할 수 있다. 건강도시 인증제도를 도입할 경우, 도시에서 제출한 내부평가 결과에 대해 전문가나 다른 지자체가 동료로 참여하여 현장방문을 실시함으로써 그 결과를 재확인하는 절차가 필요하다. 내부평가와 외부평가를 같이 실시함으로써 평가결과에 대한 타당성을 강화

할 수 있다(Park et al., 2011).

5) 평가결과의 활용

건강도시의 평가는 건강도시 프로그램의 효과를 측정하거나(Aronson, Norton, & Kegler, 2007; Donchin et al., 2006; Kegler, Norton, & Aronson, 2008; Oh et al., 2011; Plümer et al., 2010), 지자체에서 건강도시가 성공적으로 도입되었는지를 판단하고(Nunez, Colomer, Peiro, & Alvarez-Dardet, 1994), 건강도시의 성공적 도입과 관련된 요소들을 도출함으로써 건강도시 프로그램 발전을 위한 근거를 제공한다(Boonekamp et al., 1999). 그런데 건강도시 평가 결과는 이와 같이 건강증진 사업으로서의 효과를 측정하기 위해서만 활용되지 않는다. 건강도시의 도시의 건강 정책에 대한 가치체계와 신념을 전환하는 것을 목표로 하고 있는데, 이러한 변화는 개별단위의 건강증진 사업 실행과정과 사업의 성과를 창출하는데 보다 큰 영향력을 발휘하게 된다(de Leeuw, 2009a). 따라서 건강도시 평가는 도시에서 나타나는 변화과정을 관찰하여 건강증진 사업 추진을 위한 다양한 기회를 만들어 나가는 데에 활용할 수 있다. 건강도시 연구는 “무엇, 그리고 누구를 위한 지식”을 생산할 것인지에 대한 고려가 선행되기 때문에 이론적이거나 관념적인 연구가 아니라, 목적을 가진 응용연구이다(Hancock, 1993).

평가결과를 활용하는 주체는 건강도시 추진 실무자, 건강증진 전문가, 지역사회 주민, 정책결정자 등 매우 다양하다. 실무자의 입장에서는 평가결과를 통해 건강도시 추진 과정상 개선사항을 모색하는데 관심이 있는 반면, 정책결정자의 입장에서는 예산을 투입하여 추진한 건강도시의 최종적인 성과에 관심이 더 많다. 지역사회 주민은 건강도시의 추진으로 자신의 삶에 나타난 변화를 알고자 하며, 건강도시 과정에 참여한 주민은 실무자와 유사한 입장에서 역량강화의 도구로 평가결과를 활용하고자 할 것이다. 예를 들어, 실무자들이 어떤 동기로 파트너십을 형성하고 운영하며, 또 그 과정에서 구체적으로 어떤 역할을 하고 있는지를 알려주는 연구결과는 지역사회의 관련기관 간 파트너십 형성에 유용한 근거가 된다(Stem & Green, 2005).

전문가의 입장에서는 건강도시의 현상을 이해하고 이론화하기 위한 연구를 추구한다. 그리고 그 결과를 주로 학술지를 통해 발표하는데, 이는 연구결과가 지역사회에서 유용한 정보로 활용되는데에는 여러 가지 제한이 있다. 지역

사회 주민이나 건강도시 실무자는 전문 학술지의 주요 독자가 아닌데다가, 국제학술지에 발표되는 결과는 영어로 작성되기 때문에 국내 현장에서의 활용은 더욱 제한된다.

IV. 제언

체계적이고 정기적인 평가는 건강도시 사업의 효과를 극대화하는 요소들을 점검하고 개선해 나가기 위해 반드시 수행되어야 한다. 건강도시에 대한 평가를 보다 수월하게 할 수 있도록 국내외에 다수의 지침이 개발되어 평가 항목이나 방법에 대한 일반적인 안내를 제공한다. 정책적으로 또는 실무적으로 유용한 평가 결과를 도출하거나 학계에서 새로운 지식이나 이론을 창출하기 위해 일반적인 지침들을 도시 현장에서 상황에 맞게 적용하기 위해서 다음과 같이 제언하는 바이다.

평가를 수행하기에 앞서 도시에서는 건강도시 추진의 궁극적인 비전과 목표를 구체화하고 이를 재확인할 필요가 있다. 건강도시의 비전이 지방정부의 건강한 공공정책의 수립을 위한 거버넌스의 변화에 둔다면, 보건소가 정책기획자로서의 기능이 강화되었는지, 지역사회에서의 참여적 정책수립이 이루어지고 있는지, 건강영향평거나 도시건강개발계획과 같은 정책도구의 개발과 활용이 평가의 주요 초점이 된다. 그리고 건강도시의 주요 가치인 부문간 협력이나 참여, 건강형평성이 어떤 형식으로 발현되고 있는지에 관심을 두고 평가를 진행하고, 그 결과를 다시 건강한 공공정책 수립 과정을 개선하는데 활용한다. 건강형평성의 달성과 취약계층의 역능화(empowerment)에 비전을 둔 도시는 건강도시의 비전이라면, 이에 따른 평가목적과 방법, 그리고 결과의 활용도는 다르게 설정될 것이다. 평가과정 자체로서 역능화를 달성하는 하나의 활동으로 삼을 수 있다. 결국 평가결과를 활용하게 될 사용자들이 평가의 목적을 함께 결정하고 이에 따라 가장 적절한 평가항목이나 방법을 선택한다. 그리고 건강도시 계획 수립 단계에서 평가에 대한 계획이나 방향을 미리 제시할 경우 보다 유용한 결과를 도출하는데 도움이 된다. 평가결과를 누가 어떻게 활용하게 될 것인지를 예상하여 평가항목과 방법에 대한 합의가 계획단계에서 이루어진다면 자료의 수집 방법, 평가시점, 평가자 등 구체적인 사항들을 효율적으로 진행할 수 있다.

건강도시 평가 방법의 선택에 있어 학술적 연구 중심의 테두리를 벗어나 다양성을 확대해 나가야 한다. 실무자의 참여를 장려하고 실용적인 방법론을 평가에 적용함으로써 건강도시 추진에 유용한 근거로 활용할 수 있는 평가 결과를 도출할 수 있기 때문이다(Nutbeam, 1998). 분석에 필요한 자료의 종류나 수집 방법에 있어 혁신적인 시도가 요구되며, 평가 과정에서 여러 가지 방법론을 동시에 적용하는 등 삼각검증(triangulation)을 통해 결과에 대한 타당성을 확보해 나가야 할 것이다. 이와 같은 시도들을 통해 국내 상황에서 가장 적합한 평가방법을 모색할 수 있다. 학계에서는 근거(evidence)에 대한 정의를 재조명하는 한편, 참여적 평가 방법론을 현장에서 적용하고 이론적 체계를 강화함으로써 건강도시 평가 방법론 발전에 기여할 수 있다. 그리고 다양한 평가 방법론에 따른 효과를 평가하는 '평가에 대한 평가'를 실시할 필요가 있다.

이를 위해서는 도시마다 지닌 독자적인 상황과 맥락에 따른 평가의 사례와 경험을 학계 및 건강도시 실무자, 그리고 건강도시 관련 지역사회 이해관계자들 간에 교류하여야 할 것이다. 평가 사례를 발표할 수 있는 기회를 만들어 새로운 평가 방법론을 도입하는 과정에서 겪는 시행착오나 노하우에 대한 상호 교류도 진행되는 것이 필요하다고 하겠다.

마지막으로 건강도시 평가를 추진하기 위한 건강증진 실무자의 역량에 대하여 재조명하고자 한다. 건강도시 실무자는 정책·이론·연구를 구체적인 활동의 형태로 효과적으로 옮길 수 있는 지식·기술·능력이 필요하며, 건강증진 활동을 개선하기 위하여 근거-기반 전략을 건강증진 활동에 반영하는 등 평가하는 역량에 대한 중요성이 강조되고 있다(Dempsey, Battel-Kirk, & Barry, 2011).

V. 결론

건강도시는 건강증진을 실현하기 위한 중요한 전략으로서 공공정책의 변화와 지역사회의 참여를 기반으로 하여 사람들로 하여금 자신들의 건강을 관리하고 이를 개선하게 하는 과정이다. 건강한 선택이 보다 쉬운 선택이 되도록 여건을 마련하는 것을 궁극적인 목표로 하여 건강에 관한 사회-생태학적 모형을 적용하고, 시스템적 관점(systems

perspective)에서 조직 개발과 변화라는 전체 시스템 변화에 목표를 두고 추진하고 있다. 따라서 건강도시의 평가방법을 고려할 때에는 기존의 실험연구는 부적하며 새로운 접근법이 요구된다. 건강도시로 인해 도시에 효과가 나타났는지 여부를 측정하는 것을 포함하여 무엇이, 어떻게, 왜 효과적이었는지에 대한 지식이 생산되어야 건강도시 추진 과정에서 유용한 근거자료로 활용할 수 있다. 더 나아가 무엇을 위하여 평가를 진행하는지 평가 목적에 대한 지역사회의 합의가 있을 때 지식으로서의 가치가 극대화된다.

건강도시 연구와 평가 분야에서는 기존 보건의료 분야에서 적용해 오던 전통적인 평가방법에서부터 벗어나 복잡한 사회 시스템의 환경 아래서 추진되는 건강도시 프로그램에 대한 평가는 다원주의적이며 실용주의적인 접근이 요구된다. 평가의 목적과 활용에 따라 평가의 구체적인 수행 방법은 매우 다양하게 적용할 수 있으며, 이를 위해서 학계와 건강도시 현장에서의 개인 및 조직적 역량을 향상시켜 나가야 할 것이다.

참고문헌

- Allegrente, J., Barry, M., Airhihenbuwa, C., Auld, M., Collins, J., Lamarre, M., . . . Mittelman, M. (2009). Domains of core competency, standards, and quality assurance for building global capacity in health promotion: The Galway Consensus Conference Statement. *Health Education & Behavior, 36*(3), 476-482.
- Alliance for Healthy Cities. (n.d.) Retrieved from www.alliance-healthycities.com
- Araya, R., Dunstan, F., Playle, R., Thomas, H., Palmer, S., & Lewis, G. (2006). Perceptions of social capital and the built environment and mental health. *Social Science & Medicine, 62*(12), 3072-3083.
- Aronson, R., Norton, B., & Kegler, M. (2007). Achieving a "broad view of health": findings from the California healthy cities and communities evaluation. *Health Education & Behavior, 34*(3), 441-452.
- Ashton, J., Grey, P., & Barnard, K. (1986). Healthy cities -- WHO's new public health initiative. *Health Promotion International, 1*(3), 319-324.
- Baum, F. (1995). Researching public health: Behind the qualitative-quantitative methodological debate. *Social Science & Medicine, 40*(4), 459-468.
- Baum, F., Jolley, G., Hicks, R., Saint, K., & Parker, S. (2006). What

- makes for sustainable Healthy Cities initiatives? - a review of the evidence from Noarlunga, Australia after 18 years. *Health Promotion International*, 21(4), 259-265.
- Birckmayer, J., & Weiss, C. (2000). Theory-Based Evaluation in practice: What do we learn? *Evaluation Review*, 24(4), 407-431.
- Boonekamp, G., Colomer, C., Tomas, A., & Nunez, A. (1999). Healthy Cities Evaluation: the co-ordinators perspective. *Health Promotion International*, 14(2), 103-110.
- Cho, B. H. (2006). *The sociology of disease and medicine*. Seoul, Korea: Jipmundang.
- Costongs, C., & Springett, J. (1997). Towards a framework for the evaluation of health-related policies in cities. *Evaluation*, 3(3), 345-362.
- Curtice, L., Springett, J., & Kennedy, A. (2001). Chapter 14. Evaluation in urban settings: the challenge of Healthy Cities. In I. Rootman, M. Goodstadt, B. Hyndman, D. McQueen, L. Potvin, J. Springett & E. Ziglio (Eds.), *Evaluation in health promotion: Principles and perspectives*. Geneva, Switzerland: WHO Regional Publications.
- Davies, J., & Kelly, M. (1993). *Healthy cities: research and practice*. London, UK: Routledge.
- de Leeuw, E. (2001). Global and local (glocal) health: the WHO healthy cities programme. *Global Change and Human Health*, 2(1), 34-45.
- de Leeuw, E. (2003). Nurturing Healthy Cities. *Healthy cities and urban policy research*, 138.
- de Leeuw, E. (2009a). Evidence for Healthy Cities: reflections on practice, method and theory. *Health Promotion International*, 24(suppl_1), i19-36.
- de Leeuw, E. (2009b). Mixing urban health research methods for best fit. *Journal of Urban Health*, 87(1), 1-4.
- de Leeuw, E. (2012). Do Healthy Cities work? A logic of method for assessing impact and outcome of Healthy Cities. *Journal of Urban Health*, 89(2), 217-231.
- de Leeuw, E., & Skovgaard, T. (2005). Utility-driven evidence for healthy cities: problems with evidence generation and application. *Social Science & Medicine*, 61(6), 1331-1341.
- Dempsey, C., Battel-Kirk, B., & Barry, M. (2011). The CompHP core competencies framework for health promotion handbook. *Galway: Executive Agency for Health and Consumers (EAHC)*. Retrieved from http://www.iuhpe.org/uploaded/CompHP_Competencies_Handbook.pdf
- Donchin, M., Shemesh, A., Horowitz, P., & Daoud, N. (2006). Implementation of the Healthy Cities' principles and strategies: an evaluation of the Israel Healthy Cities Network. *Health Promotion International*, 21(4), 266-273.
- Dooris, M. (2006). Healthy settings: challenges to generating evidence of effectiveness. *Health Promotion International*, 21(1), 55-65.
- Draper, R., Curtice, L., Hopper, L., & Goumans, M. (1993). WHO Healthy Cities Project: review of the first five years (1987-1992): A working tool and reference framework for evaluating the project. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.
- Duhl, L. (1993). Conditions for healthy cities; diversity, game boards and social entrepreneurs. *Environment and Urbanization*, 5(2), 112-124.
- Engelhardt, K. (2012 June). *Inventory of designation criteria for Healthy Cities*. Paper presented at the Consultation Meeting for National Accreditation System for Healthy Cities, Seoul, Korea.
- Flynn, B., Rider, M., & Ray, D. (1991). Healthy Cities: The Indiana model of community development in public health. *Health Education & Behavior*, 18(3), 331-347.
- Fryer, P. (1988). A healthy city strategy three years on--the case of Oxford City Council. *Health Promotion International*, 3(2), 213-217.
- Goumans, M. (1992). What about healthy networks? An analysis of the national networks of healthy cities in Europe. *Health Promotion International*, 7(4), 273-281
- Goumans, M. (1998). *Innovations in a fuzzy domain. Healthy Cities and (health) policy development in the Netherlands and the United Kingdom*. (Doctoral dissertation) University of Maastricht, Maastricht, the Netherlands.
- Goumans, M., & Springett, J. (1997). From projects to policy: 'healthy cities' as a mechanism for policy change for health? *Health Promotion International*, 12(4), 311-322.
- Green, L., & Kreuter, M. (1999) *Health promotion planning: an educational and ecological approach* (3rd ed). Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company.
- Greene, J. (1994). Qualitative program evaluation. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 531-534). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Hall, C., Davies, J., & Sherriff, N. (2009). Health in the urban environment: A qualitative review of the Brighton and Hove WHO Healthy City Program. *Journal of Urban Health*, 87(1), 8-28.
- Hancock, T. (1993). The evolution, impact and significance of the healthy cities/healthy communities movement. *Journal of Public Health Policy*, 14(1), 5-18.
- Jung, G. H., Kim, K. Y., & Na, B. J. (2009). The characteristics of Healthy City project in Korea. *34(2)*, 155-167.
- Kegler, M., Norton, B., & Aronson, R. (2008). Achieving organizational change: findings from case studies of 20 California healthy cities and communities coalitions. *Health Promotion International*, 23(2), 109-118.
- Kegler, M., Twiss, J., & 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. (1989). Healthy Cities: a working project and a growing movement. *Health Promotion International*, 4(2), 77-82.
- Kim, J.-H. (2007). Review for open discussions about Healthy Cities program. *Health and Social Science*, 21, 137-156.
- Kim, J. M., & Koh, K.W. (2009). Assessment of individual, organizational, environmental capacity for Healthy Cities. *Journal of Korean Society For Health Education And Promotion*, 26(2), 119-133.
- Korea Healthy Cities Partnership. (n.d.) Retrieved from www.khcp.kr
- Lawrence, R. (2005). Building healthy cities : The World Health Organization perspective. In S. Galea & D. Vlahov (Eds.), *Handbook of Urban Health*. New York, NY: Springer Science+Media, Inc.
- Leyden, K. (2003). Social capital and the built environment: the importance of walkable neighborhoods. *American Journal of Public Health*, 93(9), 1546-1551.
- Lincoln, Y., & Guba, E. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park, CA: SAGE Publications.
- Milio, N. (1990). Healthy Cities: the new public health and supportive research. *Health Promotion International*, 5(4), 291-297.
- Ministry of Health and Welfare. (2012). *Healthy city : current status and policy development*. Paper presented at the Consultation meeting for National Accreditation System for Healthy Cities, Seoul, Korea.
- Naidoo, J., & Wills, J. (2009). *Foundations for health promotion*: Elsevier.
- Nam, E. W., & Engelhardt, K. (2007). Health promotion capacity mapping: the Korean situation. *Health Promotion International*, 22(2), 155-162.
- Nam, E. W., Moon, J., & Lee, A. (2010). Evaluation of Healthy City Project Using SPIRIT Checklist: Wonju City Case. *Korean Journal of Health Education and Promotion*, 27(5), 15-25.
- Nunez, A., Colomer, C., Peiro, R., & Alvarez-Dardet, C. (1994). The Valencian community healthy cities network: assessment of the implementation process. *Health Promotion International*, 9(3), 189-198.
- Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion - progress, problems and solutions. *Health Promotion International*, 13(1), 27-44.
- O'Neill, M., & Simard, P. (2006). Choosing indicators to evaluate Healthy Cities projects: a political task? *Health Promotion International*, 21(2), 145-152.
- Oh, Y. M., Kim, H. J., & Hong, K. S. (2011). Evaluation of the Healthy Cities in Korea (2008-2010). *Journal of Korean Society For Health Education and Promotion*, 28(3), 99-111.
- Park, Y. H., Nam, E. W., Kim, K. Y., Ko, K. W., Jhang, W. G., Rhee, B. O., . . . Kim, J. H. (2011). Development of standard guideline and evaluation system for healthy cities. Seoul, Korea: Sooncheonhyang University, Korea Health Promotion Foundation.
- Poland, B. (1996). Knowledge development and evaluation in, of and for Healthy Community initiatives. Part I: guiding principles. *Health Promotion International*, 11(3), 237-247.
- Plümer, K., Kennedy, L., & Trojan, A. (2010). Evaluating the implementation of the WHO Healthy Cities Programme across Germany (1999 - 2002). *Health Promotion International*, 25(3), 342-354.
- Saelens, B., & Handy, S. (2008). Built environment correlates of walking: a review. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 40(Suppl), S550.
- Springett, J. (2001). Chapter 4 Participatory approaches to evaluation in health promotion. In I. Rootman, M. Goodstadt, B. Hyndman, D. V. McQueen, L. Potvin, J. Springett & E. Ziglio (Eds.), *Evaluation in health promotion. Principles and perspectives*: WHO Regional Publications.
- Springett, J. (2001). Quality measures and evaluation of Healthy City policy initiatives: The Liverpool experience. In J. K. Davies & G. Macdonald (Eds.), *Quality, Evidence and Effectiveness in Health Promotion: Striving for Uncertainties*. London and New York: Routledge.
- Stern, R., & Green, J. (2005). Boundary workers and the management of frustration: a case study of two Healthy City partnerships. *Health Promotion International*, 20(3), 269-276.
- Stevenson, H., & Burke, M. (1991). Bureaucratic logic in new social movement clothing: the limits of health promotion research. *Health Promotion International*, 6(4), 281-289.
- Stufflebeam, D., & Shinkfield, A. (2007). Chapter 1. Overview of the evaluation field. In D. Stufflebeam & A. Shinkfield (Eds.), *Evaluation Theory, Models, and Applications*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Takano, T., & Nakamura, K. (2001). An analysis of health levels and various indicators of urban environments for Healthy Cities projects. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(4), 263-270.
- Tsouros, A. (1995). The WHO Healthy Cities Project: state of the art and future plans. *Health Promotion International*, 10(2), 133-141.
- Tsouros, A. (1998). Urban health and healthy cities: WHO's plans for the future. *Eurohealth*, 4(2), 27-29.
- Tsouros, A. (2009). City leadership for health and sustainable development: The World Health Organization European Healthy Cities Network. *Health Promotion International*, 24(suppl 1), i4-10.
- Tsouros, A., & Green, G.. (2009). Health Promotion International: special supplement on European Healthy Cities. *Health Promotion International*, 24(suppl_1), i1-3.
- Vlahov, D., Freudenberg, N., Proietti, F., Ompad, D., Quinn, A., Nandi,

- V., & Galea, S. (2007). Urban as a determinant of health. *Journal of Urban Health, 84*, 16-26.
- Webster, P. (1999). Review of the "City Health Profiles" produced by WHO Healthy Cities - Do they present information on health and its determinants and what are their perceived benefits? *Journal of Epidemiology and Community Health, 53*(2), 125-127.
- Webster, P., & Lipp, A. (2009). The evolution of the WHO city health profiles: a content review. *Health Promotion International, 24*(suppl_1), i56-63.
- Weich, S., Blanchard, M., Prince, M., Burton, E., Erens, B., & Sproston, K. (2002). Mental health and the built environment: cross-sectional survey of individual and contextual risk factors for depression. *The British Journal of Psychiatry, 180*(5), 428-433.
- Werna, E., & Harpham, T. (1995). The evaluation of healthy city projects in developing countries. *Habitat International, 19*(4), 629-641.
- Werna, E., & Harpham, T. (1996). The implementation of the Healthy Cities Project in developing countries: Lessons from Chittagong. *Habitat International, 20*(2), 221-228.
- WHO/EURO. (2008). *City Leadership for Health*. Copenhagen: WHO/EURO.
- WHO/WPRO. (2000). *Regional Guidelines for Developing a Healthy Cities Project*. Manila, the Philippines: WHO/WPRO.