



# 세계 건강도시 정책동향과 건강도시 서울의 미래

문은숙 초빙선임연구원 / ISO 소비자정책위원 겸 의장  
mooneu21@gmail.com 서울연구원

건강도시 사업은 모든 도시정책과 도시계획에서 시민 건강을 우선 고려하도록 그 방향과 내용을 유도하는 것이며, 이를 위해 필요한 과학적 근거와 건강정책의 새로운 접근법을 제시하는 것이다. 시민의 건강증진, 지역의 건강 형평성, 도시의 지속가능성을 세 가지 핵심 목표로 한다. 목표를 이루려면 건강이 시정의 우선순위 의제로 자리 잡아 건강정책이 강력한 권한을 갖도록 힘을 실어줄 수 있어야 한다. 그래서 다른 정책에 개입할 수 있고, 부문 간 협력(inter-sectoral approach)을 이끌어 낼 수 있어야 한다. '모든 정책에서의 건강(Health in All Policies)'이 건강도시 사업에서 가장 강조되고 있는 규범이자 원칙(principles)인 이유가 바로 여기에 있다. 최근 서울시가 건강정책 비전으로 '시민 모두가 건강한 서울'을 제시하였다. WHO 건강도시 사업의 기본 규범이자 원칙인 '모두의 건강(Health for all)'이기도 하다.

## 1. 개요

건강도시란 지속가능성을 지향하는 도시의 비전이다. 지속가능한 도시로의 발전을 가로막고 시민의 삶의 질을 저해하는 건강문제를 근본적으로 해결하려는 정책적 노력이 건강도시 사업이다. 세계보건기구(World Health Organization, 이하 WHO)는 1986년 새로운 건강정책 패러다임을 지향하는 건강도시(Healthy Cities) 개념을 제시하고 이를 구현할 건강도시 사업(Healthy City Project)을 제안하였다. 이후 건강도시 사업은 유럽 도시에서부터 시작하여 세계 전역의 도시로 확산되면서 다양한 형태로 발전해왔다. 건강도시 사업은 이미 1천 3백여 개<sup>1</sup>가 넘는 도시가 참여하는 세계적인 캠페인이 되었다.

WHO 건강도시 사업이 수많은 도시로 확산될 수 있었던 이유는 건강도시 사업의 필연성과 중요성에서 비롯된다. 급속히 심각해져 가는 도시의 건강문제를 해결하려면 질병이라는 '건강 결과'보다는 질병을 낳는 '건강결정요인(determinants of health)<sup>2</sup>'을 포괄적으로 다룰 수 있는 새로운 건강정책 모델이 절실히 필요하였다. 이는 개인의 건강을 결정하는 주요 요인이 유전적 요인보다 사회·환경적 요인, 그리고 여기서 비롯되는 생활습관이라는 문제의식에서 출발했다.

30여 년이 지난 지금도 건강도시 사업이 여러 국가와 도시로부터 지지받는 이유는 이 사업이 지속가능한 발전 시각에서 시민 건강문제의 해결방안을 찾기 때문이다. 즉 건강의 사회적 결정요인을 찾아내고 관련 정책에 개입, 조정하여 건강 여건과 환경을 바꾸어 나가는 것이다. 또한 지역건강자원체계를 확충하여 건강문제를 해결할 수 있는 지역과 시민의 역량을 키우는 것이다. 반면, 우리나라에서는 개인의 건강행태 변화와 건강관리서비스 확대에 초점을 둔 매우 좁은 범위에서 이뤄지는 협의의 건강도시 사업이 지배적이다.

서울시 건강도시 사업의 현실은 밝지 않다. 서울시는 2004년 WHO 건강도시 가입을 시작으로 우리나라 초창기 건강도시 사업을 주도하였고 서울 23개 자치구의 건강도시 사업을 지원했다. 건강생활터 사업과 금연사업이 서울시의 대표적인 건강도시 사업이다. 그러나 2012년 들어 건강도시 조례와 조직을 폐지하고, 자치구 예산 지원을 중단하는 등 존폐 위기를 맞았다. 그러다가 2015년 소생활

권 건강생태계 시범사업을 시작으로 서울시 건강도시 사업이 변모하게 되었다.

12년간 추진해왔지만 서울시 건강도시 사업의 목표와 성과는 분명치 않다. 대한민국에서 유일하게 글로벌 도시로서의 경쟁력을 갖춘 메가시티 서울의 위상과 책임을 고려한다면, 세계적 도시들의 건강도시로의 발전상에 비춰볼 때 서울시 건강도시 사업은 부진하다. 건강도시의 지향 목표이자 평가 척도라고 할 수 있는 ‘공공정책의 건강증진성 고려 수준’과 ‘지역의 건강형평성 수준’에서 건강도시로서의 서울시 경쟁력은 낮다. 서울시민의 건강욕구는 증가하고 있으나 건강상태는 악화되고 건강결핍률은 높아지고 있는 지표를 보아도 건강도시가 중시하는 ‘개선 과정’은 잘 보이지 않는다.

이에 따라 이 원고에서는 서울시의 정책 개선을 위하여 WHO 건강도시 사업의 등장배경과 주요 내용, 유럽을 중심으로 한 지역 건강도시 사업의 현황을 소개하고, WHO 건강도시 사업이 주는 시사점을 중심으로 서울시 건강도시 사업의 발전 방향을 제안하고자 한다.

## 2. 세계보건기구의 건강도시 사업

### 가. 건강문제에 대한 새로운 접근과 국제 건강 규범의 출현

도시화에 따른 건강문제가 심각해지자 도시정책과 도시계획에 필연적으로 건강이 중요한 의제로 자리 잡게 되었다. 특히 환경, 주택, 교통, 실업 등의 도시문제가 시민 건강에 미치는 영향이 점차 커가자 건강문제에 대한 새로운 접근이 필요해졌다. 과거와 달리 연령, 지역, 성별 구분 없이 비만, 당뇨, 고혈압 등 비전염성질환(Non-Communicable Disease, NCD) 비율이 높아지고 질환 인구가 급증하게 되자 도시 차원에서 새로운 통합적이고 강력한 건강정책이 필요하게 되었다.

건강 결정요인이 유전적 요인보다는 생활습관이나 사회·환경적 요인에 있다는 것을 제시한 일명 라론드 보고서(A New

Perspective on the Health of Canadian, 1974), 신체적, 정신적, 사회적 안녕 상태로서의 종합적 건강 개념과 기본권으로서의 건강을 강조한 1978년 알마아타(Alma-Ata) 선언, 건강 결정요인 관리를 통한 건강수준 향상이라는 새로운 건강증진 개념과 도시정책의 건강 책임을 강조한 1986년 오타와헌장(Ottawa Charter)은 건강도시 등장을 뒷받침하는 규범적, 개념적 배경이 되었다. 이들 선언은 건강문제에 대한 사회의 책임을 강조하고, 시민의 건강권을 제시하고, 질병관리 중심의 기존 보건정책을 건강증진 중심의 정책으로 전환시키는 계기가 되었다. 이러한 건강 패러다임의 변화를 배경으로 WHO는 1986년 모두의 건강(Health for all), 모든 정책에서의 건강(Health for all policies)이라는 국제적 규범을 제시한다. 더불어 이를 실현할 전략 사업으로서 건강도시 사업(Healthy Cities Project)을 제안하게 된다.

### 나. 도시의 비전 ‘건강도시’

WHO가 채택한 정의를 보면 건강도시란 “도시의 물리적, 사회적 환경을 지속적으로 개선하고, 시민이 삶의 모든 기능을 수행하고 최대한의 잠재력을 개발하는 데 있어 서로 협력할 수 있도록 지역사회 자원을 확장해나가는 도시(Hancock and Duhl, 1986)”를 말한다. 이처럼 WHO의 건강도시 개념적 틀은 매우 넓어 담론적 성격을 갖는다. 주거환경을 포함하여 깨끗하고 안전한 물

1 지역별 국가별로 다양한 형태로 참여하고 있어 WHO 건강도시 사업에 참여하는 도시 수는 정확히 집계되지 않고 있다.

2 건강결정요인은 개개인과 인구 전체의 건강 상태를 결정하는 경제, 환경, 사회, 그리고 개인적 요소 전반을 총칭한다.

리적 환경, 지속가능한 생태계, 상호협력과 비착취적인 공동체, 생활, 건강, 안녕(웰빙)에 영향을 미치는 의사결정에의 활발한 시민 참여와 통제기능, 모든 시민의 기본적인 필요(음식, 물, 주거, 소득, 안전, 일) 충족, 광범위하고 다양한 만남, 상호교류, 소통 기회와 함께 폭넓은 경험과 자원 이동, 다양하고 활기차고 혁신적인 경제, 역사, 시민의 문화적 생물학적 유산, 다른 집단과 개인의 연속성 장려, 접근 가능한 최적의 공중건강과 치료 서비스, 높은 지역주민 건강수준 등을 모두 건강도시의 특징으로 하고 있다. 이는 WHO의 건강도시가 여러 가지로 해석되는 이유이기도 하다. 유럽사무소에서 처음 제시된 WHO 건강도시 개념은 이후 지역 차원(regional level)의 특성을 반영한 다양한 개념으로 발전되었다.

건강都市는 건강한 삶(healthy lives)과 공정한 사회(fair society)를 지향한다. 따라서 건강증진성과 건강형평성은 건강도시가 추구하는 지향성이며 핵심가치이다. ‘건강도시 접근법(Healthy cities approach)’은 건강을 정치·사회적 의제의 우선순위에 두고 ‘지역 차원의 강력한 시민건강운동(a movement for public health)’을 만들어내는 것이기도 하다. 따라서 ‘참여적 거버넌스와 연대’, ‘건강 결정요인 해결을 위한 행동’에 역점을 두며, 확고한 정치적 약속, 리더십, 제도적 변화, 다부문 간 파트너십을 전제요건으로 한다<sup>3</sup>. 따라서 ‘WHO 건강도시’는 특정 건강수준을 달성한 도시가 아니라 시민의 건강 수준과 도시의 환경을 지속적

으로 개선해가는 과정과 이 과정에서 필요한 정치적 의지와 실행체계를 갖춘 도시를 말한다.

#### 다. 도시 건강정책 프레임 ‘건강도시 사업’

WHO의 건강도시 사업은 근본적인 건강의 사회적 결정요인을 직접적으로 다루어 건강 불평등을 개선하고 시민 건강과 삶의 질을 향상하는 도시를 만들어가는 일이다. 또한 지역사회 자원 확대를 통하여 건강정책을 지역에서 실천하는 것이다. 따라서 생활터 중심(the setting approach), 증거 기반(evidence-based approach), 과정 중시(process approach), 그리고 지속가능성(sustainability approach)이 건강도시 사업의 핵심 전략이다.

WHO는 건강도시 사업을 확산하기 위해 일정 요건을 갖춘 도시를 ‘WHO 건강도시’로 지정(designation)해주고 있다. 우리나라에서는 ‘WHO 건강도시 인증’으로 알려졌다. WHO 건강도시 지정 요건은 매우 엄격하다. 건강도시 지정을 받으려면 5가지가 필요하다. 첫째는 도시 건강 프로파일(City health profiles)과 도시 건강 발전계획(City health development plans)을 만드는 것부터 시작해야 한다. 둘째는 건강정책에서 세 가지 강조 이슈인 ‘건강 불평등’, ‘사회발전’, ‘지속가능한 발전에 대한 책임’을 다루어야 한다. 셋째는 의사결정과정에 시민이 반드시 참여하도록 하고 여러 부문의 주요 의사결정자와 지역사회 구성원을 대상으로 역량 강화 훈련과 교육을 실시하여야 한다. 넷째는 건강 관련 정책을 모니터링하고 건강영향을 평가하여야 한다. 다섯째는 교통, 사회적 배제, 노령인구, 어린이, 중독과 같은 최소 한 가지 우선순위 주제를 다루는 포괄적 활동 프로그램도 추진하여야 한다.

건강도시 사업은 세계적으로 계속 확산되고 있다. 건강영향 평가 제도, 건강인증 제도 등 중요한 건강 제도도 파생시켰다. WHO는 유럽 건강도시네트워크(European Healthy Cities Networks), 북남미 건강도시네트워크(Pan Healthy Municipalities & Communities of the Americas Network), 아시아지역 중심의 세계 건강도시연맹(The Alliance for Healthy Cities)<sup>4</sup> 등 지역별 건강도시네트워크를 조직하여 WHO 지역 사무소를 중심으로 건강도시 사업을 추진하고 있다.

<sup>3</sup> WHO Regional office for Europe

<sup>4</sup> 우리나라에서는 건강도시연맹을 세계건강도시연맹으로 부르고 있다.

아울러 세계 여러 지역에 12개의 WHO 건강도시협력센터(WHO Collaborating Centre for Healthy Cities and Health in All Policies)를 지정, 운영하고 있다. 우리나라도 2014년 12월에 순천향대학교가 WHO 건강도시협력센터로 지정받았다.

지역별로 WHO 건강도시 사업이 가장 활발한 곳은 유럽과 아시아이다. 유럽은 6단계 사업(2014~2018)에만 100개 도시가 참여하는 등 여전히 세계 건강도시 사업을 주도하고 있다. 후발 지역인 아시아에선 우리나라와 중국, 일본의 참여가 두드러진다. 중국은 현재 세계 건강도시연맹의 의장국을 맡고 있다. 북남미 지역은 80년대 후반부터 건강도시 사업을 시작했고, 2000년 이후부터는 라틴아메리카 국가 네트워크를 중심으로 추진하고 있다. 아프리카 지역에서는 1990년대 후반 시작된 건강도시프로그램(Healthy Cities Programmes, HCPs)을 중심으로 건강도시/마을(Healthy Cities/Villages)사업이 추진되었고, 건강환경을 통한 건강보장(Healthy Security through Healthy Environment)이 핵심과제이다.

### 3. 지역에서의 건강도시 사업

#### 가. 유럽의 건강도시 :

##### 건강 분배와 건강 거버넌스

건강을 사회적, 정치적 상위 의제로 두르는 목표로 출발한 유럽의 건강도시 사업은 28년간의 실험과 경험을 거쳐 건강 분배(health distribution)에 막대한 영향을 미치는 건강결정요인과 건강도시의 핵심적

동인인 좋은 거버넌스(good governance)에 더욱 주목하고 있다.

유럽은 WHO 건강도시 사업을 사실상 주도해왔고, 건강도시의 지정 요건, 평가 원칙, 모니터링 체계 등이 유럽지역사무소(WHO European Region)를 통해 만들어졌다. 실제 유럽 도시 간 협력체인 유럽 건강도시네트워크는 ‘모두의 건강(Health for All)’을 위한 WHO의 구상을 수행하는 전략기구로 출범했으며, 유럽 도시들은 WHO 건강도시 개념과 전략을 현실에 적용하는 ‘살아있는 실험실(living laboratory)’ 역할을 했다(Tsouros, 2015).

1986년 11개의 도시를 대상으로 시범사업이 시작되었고, 본격적인 건강도시 사업은 1987년부터 31개국 99개 도시가 참여하는 유럽 건강도시네트워크(WHO EUHC)를 축으로 5년 단위의 중장기 계획으로 추진되었다. 현재 추진 중인 6단계 사업은 건강의 생애과정적 접근, 시민 역량의 강화, 삶의 질과 건강수명을 목표로 시민의 건강 정보 이해능력, 사람 중심의 건강시스템, 공공건강 역량, 지역사회 복원력, 교통·기후변화·주거·도시계획·디자인과 같은 지원 환

표1 유럽 건강도시 사업의 변천

단계	시기	지정도시/국가	중점과제
I	1987~1992	35/25	건강도시 사업을 위한 새로운 구조 창출과 새로운 방법 도입 도시건강파일(City Health Profiles)이 핵심수단
II	1993~1997	37/25	다부문 간 행동, 지역사회 참여, 포괄적 도시건강 계획 수립 강조
III	1998~2002	56/25	건강과 지속가능발전, 건강한 도시계획에 관한 행동, 주요 비전염성질환(NCD) 위험요인(risk factors)에 관한 활동, 건강사회 결정요인에 대한 대응, 유럽건강도시들과의 네트워크와 파트너십 도시 건강발전계획(health development plan)이 핵심수단
IV	2003~2008	70/25	파트너십 기반의 건강 발전계획 초점 증대 핵심주제에 건강한 도시계획, 건강영향평가, 건강한 노령화(healthy ageing) 포함
V	2009~2013	100/25	모든 정책에서의 건강과 건강형평성 핵심주제에 돌봄과 지원환경, 건강한 생활, 건강도시환경과 디자인 포함
VI	2014~2018	100	건강을 위한 리더십 도시건강외교(City Health diplomacy) 생애주기별 접근, 지역사회 복원력, 건강정보 이해능력(health literacy)에 강조점을 둔 건강 2020(Health 2020) 관점 적용

자료 : WHO Europe office & Healthy Promotion International, 2015

경(supportive environments)을 주요 사업 영역으로 삼고 있다. 유럽 도시들은 최근 비만 등 비전염성질환(NCD) 예방사업을 통합적 행동 목표로 하고 있으며, 벨기에 브뤼셀의 ‘액티브리빙(Active Living)’, 오스트리아 비엔나의 ‘헬시다이어트엔푸드(Healthy Diet & Food)’, 덴마크 코펜하겐의 ‘타바코프리 도시(Tobacco-free Cities)’가 우수 건강도시 사례로 꼽히고 있다. 영국(런던의 브라이언트 & 호브시)과 독일(프랑크푸르트)은 건강불평등 해소를 목표로 한 건강도시 사업을 강력하게 추진해 온 사례로 이미 알려져 있다. 이주자의 건강 이해도를 향상하기 위한 다문화 프로젝트로 추진되었던 독일 프랑크푸르트의 건강도시 사업 ‘마이그란츠포마이그란츠(Migrants for Migrants, MiMi)’도 우리나라에 소개된 바 있다.

유럽 건강도시 사업의 가장 큰 특징은 ‘건강과 지속가능 도시 발전’을 성실히 연계시키고, 지역 중심 활동, 도시환경 개선과 지자체 역할의 중요성을 강조해온 데 있다. 또한, 과학적이고 체계적인 분석을 통해 만들어진 건강사회 결정요인(social determinants of health)<sup>5</sup>을 토대로 꾸준히 추진하고 있다는 점이다. 건강사회 결정요인은 건강도시의 성공 핵심 요건인 관련 정책의 개입과 다부문 간(inter-sectoral) 협력의 근거로 활용되었다. 유럽의 건강도시 사업이 타 지역과 다른 점은 건강도시 가입조건을 엄격히 하고 강력한 가치와 원칙에 따라 운영되었다는 것이다. 10가지 가입조건은 다음과 같다.

표2 유럽의 건강도시 가입조건

1	행정인프라(코디네이터와 실행그룹)	6	건강을 위한 통합계획
2	도시건강프로파일	7	파트너십
3	역량 강화	8	네트워킹 활동에의 참여
4	시장 주재 회의 참석	9	모니터링과 평가 메커니즘
5	WHO 유럽건강도시네트워크 회의 참석	10	지속적인 지역 지원

#### 나. 아시아의 건강도시 : 건강도시 접근법의 활용과 인식 제고

유럽 지역에 비해 늦게 출발한 아시아 지역의 건강도시 사업은 유럽처럼 단계적 중장기 계획에 의해 추진되지 못했다. 아시아지역 도시 대부분이 개발도상국가에 속하다 보니 WHO 건강도시에 대한 인식도 낮았고 사업에 참여할 여건을 갖추지 못했다. 따라서 건강도시 사업 참여를 장려하기 위해 건강도시 지정요건도 한층 완화되어 적용되었다. 건강 결정요인을 다루는 포괄적 정책 접근보다는 대부분 건강식단(healthy diets), 금연 등 개인의 건강행태 변화나 건강마을 환경 조성을 목적으로 하는 단일 사업 형태로 추진되고 있다.

1980년대 후반부터 참여했던 호주, 뉴질랜드, 일본을 제외하면 아시아 지역 도시들의 건강도시 사업은 세계건강도시연맹(The Alliance for Healthy Cities, AFHC)이 출범한 2003년 이후 본격화되었다. 호주는 WHO 건강도시 사업 준비 과정에서부터 참여했고, 한국은 2004년 서울시, 창원시, 원주시, 부산시 진구가 세계건강도시연맹 창립 회원으로 가입하면서 세계건강도시연맹 활동에 주도적으로 참여하게 되었다.

아시아지역 건강도시 네트워크인 세계건강도시연맹은 WHO 서태평양지역사무소에 의해 2003년 10월 발족했다. 현재 아시아 지역의 9개국(호주, 캄보디아, 중국, 일본, 한국, 말레이시아, 몽골, 필리핀, 베트남) 147개 도시가 회원으로 참여하고 있다. 우리나라는 가장 많은 81개 지자체가 회원이며 서울 지역에서 20개 자치구가 회원으로 참여하고 있다. 유럽 건강도시네트워크와 달리 세계건강도시연맹은 아시아 지역 개도국 도시들에게 건강도시 사업을 알리고, 건강도시 접근법을 이해하고 받아들이도록 장려하는 데 주력하고 있다. 이를 위해 건강도시 수상(award), 글로벌 콘퍼런스 등

5 건강사회 결정요인: 사회적 지위, 스트레스, 어린 시절, 사회적 배제, 직장 실업, 사회적 지원, 음식, 이동

의 프로그램이 운영되고 있다. 한국 천안, 중국 상하이, 싱가포르에 WHO 건강도시협력센터(WHO Collaborating Center)가 지정되어 지역의 건강도시 사업 확산을 지원하고 있다.

말레이시아 바코 빌리지(Bako village)의 전통적 어촌 마을공동체 운동이나 베트남 후에(Hue)의 보트피플을 위한 건강한 생활터 운동은 개도국 도시들의 경제적, 문화적 특성을 잘 살린 우수 사례로 꼽힌다. 건강도시 사업을 하며 쌓아온 경험을 발판으로 WHO 서태평양지역사무소로부터 최우수건강도시 사업상을 여러 차례 수상한 일본 이치카와시는 필리핀 마리키나와 공동으로 건강도시 역량 강화 사업을 추진했다. 선진국과 개도국 도시 간 협력모델이 될 수 있을 것이다.

#### 다. 북남미의 건강도시 : 건강한 지방자치단체와 지역사회

아시아 지역이 WHO 건강도시 사업 명칭을 그대로 사용하였다면, WHO 산하 범미 보건기구(Pan American Health Organization)는 북남미 지역 특성에 맞추어 명칭이나 특성을 변화시켰다. 이 지역에서 건강도시 사업은 ‘건강한 지방자치단체와 지역사회 전략(The Healthy Municipalities and Communities Strategy, HMC Strategy)’이라는 이름으로 추진되었다. 형평성, 민주주의, 사회정의의 위한 중요한 전략이 건강증진이며 건강증진의 원칙을 지역에서 실행하는 가장 효과적인 전략이 ‘건강한 지방자치단체와 지역사회 전략사업(HMC Strategy)’이라고 규정하였다.

건강공동체(health communitiest)라는 개념을 1984년에 처음 제시한 캐나다(토론토)가 북남미 지역에서 가장 먼저 건강도시 사업을 추진하였다. 1980년대 후반부터 쿠바(Cienfuegos), 콜롬비아(Versalles), 코스타리카(San Carlos) 등이 건강도시사업(The HMC Strategy)에 적극 참여하기 시작하였다. HMC 사업은 질병보다 건강 결정요인에 초점을 맞추고 주로 도시 간 정보교류와 협력 활동을 벌였다.

1997년 18개 국가가 참여하는 ‘라틴아메리카 건강지방자치단체 네트워크(the Latin American Network of Healthy Municipalities and Communities)’가 발족하면서 북미(미국, 캐나다)와 남미 건강도시운동은 자연스럽게 분리되었다. 멕시코, 칠레, 쿠바, 코스타리카 등은 국가 건강도시 네트워크를 구성해 건강도시 사업을 추진하였다. 미국에서는 1980년대 후반부터 캘리포니아주, 인디애나주 등

주 단위의 건강도시 사업이 자발적으로 시작되었고 이는 WHO 건강도시 사업과 별도로 추진되었다. 미국 건강도시 사업은 도시 환경이 건강에 직접적 영향을 미치는 토지이용, 교통환경, 도시디자인 등에 주목했고 건강한 도시계획과 설제 투입에 초점을 두었으며 건강한 장소, 활동적 생활, 완전한 도로(Healthy Places, Active Living, Complete Streets) 등 신체활동 공간 중심 사업에 주력했다. 반면, 캘리포니아는 도시 내 인구집단에 존재하는 건강상태 불평등 감소에 목표를 두고 건강도시 사업을 시작하였다.

북남미 지역엔 모두 6개의 WHO 건강도시 협력센터가 운영되고 있는데 이들 센터는 북남미 지역의 건강도시 사업 특성을 보여준다. 미국 로렌스, 버팔로, 뉴욕에 있는 WHO 건강도시 협력센터들은 각각 지역사회 건강(Community Health Health), 건강한 주거(Health on Housing), 노령친화 지역사회 글로벌네트워크(The Global Network of Age Friendly Communities) 등의 활동을 하고 있다. 캐나다 퀘벡에 있는 협력센터는 건강도시와 마을(The Healthy Cities and towns, HCT) 운동 활성화를 위해 WHO 미주지역사무소를 지원하고 있다. 브라질 상파울루의 협력센터(WHO Collaborating Centre for Healthy Cities and Health Promotion)는 취약계층과 건강결정요인 관련 활동을, 쿠바 하바나의 협력센터(WHO Collaborating Centre for Health in Housing)는 건강한 주거에 초점을 맞춰 WHO의 미주건강주거네트워크(the Inter-American Network for Healthy Housing) 활동을 지원하고 있다.

## 4. 서울 건강도시 사업

### 가. 우리나라의 건강도시 사업

1986년 WHO 건강도시 사업 초기부터 건강도시 개념이 우리나라에 소개되었으나 1998년에 가사야 과천시에서 건강증진 시범사업이 시작되었다. 하지만 이 시범사업은 지속되지 못했고, 창원시가 2002년부터 WHO 건강도시 사업을 처음 시작했다(이부옥, 2010). 2003년 10월 세계건강도시연맹(AFHC)이 창립되고, 서울시, 원주시, 창원시, 부산시 진구가 2004년에 세계건강도시연맹에 창립회원도시로 참여하면서 우리나라 지자체들의 건강도시 사업이 본격화되었다. 2005년에 보건복지부가 건강도시 지원사업을 시작하였고, 창원시의 발의와 서울시의 주도로 전국건강도시협의체가 구성되었다. 전국건강도시협의체는 2006년에 대한민국건강도시협의회로 새로이 출범하게 된다. 서울시는 건강도시 조례와 전담조직 신설 등 건강도시 사업체계를 가장 먼저 갖추었고 2008년과 2010년 강남구에서 국제심포지엄과 세계건강도시연맹 총회를 개최하는 등 국내 건강도시 사업에서 주도적 역할을 하였다. 대한민국건강도시협의회에는 2015년 10월 현재 81개 지자체가 회원으로 참여하고 있다.

우리나라 건강도시 사업 유형은 건강생활 실천형, 건강한 생활터형, 위생·환경 개선형, 건강 교통형, 건강형평성 개선형, 건강산업 혁신형 등으로 분류될 수 있는데 우리나라 지자체의 건강도시 사업은 대부분 건강생활 실천(운동, 영양, 금연)과 위생·환경개선(대기·수질·소음관리), 공원녹지 조성에 집중되어 있다(남은우 외, 2009).

### 나. 서울시의 건강도시 사업

서울시 건강도시 사업은 ‘단순히 건강검진이나 질병치료 중심의 정책에서 벗어나 도시환경과 개인의 생활양식을 개선하는 것’을 목표로 해왔다. 그동안의 주요 사업은 자치구 건강도시 프로그램 개발·보급, 건강에 이로운 생활환경 조성을 위한 건강한 생활터 사업, 운동, 금연 등의 건강행태 개선사업으로 나뉜다.

서울시 건강도시 사업은 2003년부터 시작되었다. 민선 3기 이명박 시장은 시민의 높아지는 건강 관심을 배경으로 WHO 건강도시 사업을 적극 도입하고 건강도시 사업 지정요건인 조례(건강도시위원회 운영), 전담인력 및 조직 등을 갖추었다. 2004년 WHO 건강도시 회원에

가입하고 2005년부터 단일사업 유형의 건강한 생활터 사업이 시작되었다. 건강한 생활터 사업은 서울시에서 사업비 일부를 지원하고 자치구 자율로 추진되었다. 이 사업은 자치구들이 건강도시 사업 기반을 다지는 계기가 되었고, 서울시 지역기반 건강공동체 형성의 기초가 되었다. 건강한 생활터 사업은 건강한 마을터, 건강한 일터, 건강한 학교 등 다양한 형태로 추진되다가 서울시 보조가 중단된 2012년 이후에는 정체되기 시작했다.

민선 4기 오세훈 시장도 시민의 건강증진을 정책 목표로 세우고 2006년 하이서울 건강도시 엑스포, 2010년 건강도시연맹 국제대회 개최 등을 통해 글로벌 리더십을 강조하고 건강도시 사업의 외연 확대에 관심을 가졌다. 건강도시지표 관리체계 수립, 자치구 건강한 생활터 사업 23개 구로의 확대 등을 추진하였다. 2010년 건강행태개선사업으로서 건강가족 운동프로그램 개발·보급사업과 ‘간접흡연 제로 서울’ 사업이 추진되었다.

민선 5기 들어 건강도시 사업은 여러 측면에서 크게 변화했다. 건강도시 조례가 폐지되고 건강한 생활터 사업에 지원되는 시비가 전액 삭감되었다. 이를 계기로 서울시 건강도시 사업은 사실상 중단되었다. 2012년 시장공약인 ‘시민제안 공모를 통한 건강친화적인 마을 추진’을 위해 2012년부터 3년간 건강친화적 마을만들기 사업을 추진하였다. ‘건강서울 36.5 프로젝트’를 통해 신규 ‘건강마을, 건강도시 사업’계획이 발표되고, 건강도시 사업으로 건강친화마을이 시범운영되고 복지건강마을 지원단이 운영되다가 ‘2013년 건강서울 36.5 보완계획’에 따라 ‘복지건강공동체 지원사업’으로 변경되었

다. 복지건강공동체 사업은 마을공동체 사업, 건강공동체 사업과 혼재된 채 시범사업으로 종료되었다.

민선 6기 건강도시 사업의 특징은 건강생태계 조성을 위한 기반 구축 사업이다. 2015년부터 시 주도(시비 100%)의 '소생활권 건강네트워크'사업이 시작되었다. 이 사업의 목표는 소생활권 단위에서 주민 주도형 건강 의제 발굴과 건강 관련 민간자원 개발·연계로 WHO 건강도시 개념의 건강생태계 기반을 조성하는 것이다.

#### 다. 소생활권 건강생태계사업의 비전 '지속가능한 건강생태계 만들기'

소생활권 건강생태계 만들기는 서울시가 새로 추진하는 건강도시 사업이다. 소생활권이란 시민의 일상적인 건강 관련 생활 활동이 이루어지는 공간범위(인구 10만 내외, 3~4개 동 규모)를 말하며, 건강생태계란 민간차원의 건강 관련 자원연계를 강화함으로써 관의 지원이 중단되어도 지역사회 안에서 주민이 주도하는 건강문제 해결을 지속할 수 있는 자생력을 갖는 환경을 말한다. 건강 의제 발굴이나 지역보건의료계획도 주민 스스로 수립하게 된다. 민관 건강거버넌스체계를 만들고 지역건강네트워크를 형성해 지속가능한 건강도시를 만드는 것이 핵심이다. 시비 100% 지원을 통해 현재 4개 지역에서 시범 사업을 추진 중이다.

'건강생태계 만들기'는 지역자원체계, 민관 거버넌스 체계 등 지속가능한 건강도시를 위한 기본 전략을 담고 있으며, 도시의 미래 비전을 담고 있어 특성화가 가능한 사업이다. 그럼에도 소생활권 단위에서 과연 건

강자원을 연계하고 주민을 조직화해서 건강 네트워크를 만드는 것이 현실적이고 실효성이 있는지에 대해서는 논란이 있다. 소생활권 건강생태계 사업의 지역적 토대를 넓히고 기존에 추진되었던 건강한 생활터, 건강친화마을, 복지건강공동체 사업 등과 발전적으로 연계하는 것, 자치구의 이해와 참여, 시민의 공감과 참여를 이끌어내는 것 등이 당면 과제이다.

## 5. 지속가능 건강도시로의 발전을 위하여

### 가. 건강도시 사업에 대한 올바른 이해를 위하여

건강도시 사업은 모든 도시정책과 도시계획에서 시민 건강을 우선 고려하도록 그 방향과 내용을 유도하는 것이며, 이를 위해 필요한 과학적 근거와 건강정책의 새로운 접근법을 제시하는 것이다. 시민의 건강증진, 지역의 건강 형평성, 도시의 지속가능성을 세 가지 핵심 목표로 한다. 목표를 이루려면 건강이 시정의 우선순위 의제로 자리 잡아 건강정책이 강력한 권한을 갖도록 힘을 실어줄 수 있어야 한다. 그래서 다른 정책에 개입할 수 있고, 부문 간 협력(inter-sectoral approach)을 이끌어 낼 수 있어야 한다. '모든 정책에서의 건강(Health in All Policies)'이 건강도시 사업에서 가장 강조되고 있는 규범이자 원칙(principles)인 이유가 바로 여기에 있다. 최근 서울시가 건강정책 비전으로 '시민 모두가 건강한 서울'을 제시하였다. WHO 건강도시 사업의 기본 규범이자 원칙인 '모두의 건강(Health for all)'이기도 하다.

WHO의 건강도시 사업은 선택의 문제이지만 건강도시는 선택의 문제가 아니다. 그러나 WHO 건강도시 사업은 유럽에서 30여 년의 실험을 거쳐 건강도시를 만들 수 있는 가장 효과적인 정책적 전략이라는 것이 검증된 바 있다. 우리나라 지자체들은 WHO에서 일부 도시에만 인증을 주는 것처럼 홍보하며 앞다투어 WHO 건강도시 인증을 받아 왔다. 지금도 지자체장의 일회성 성과사업으로 건강도시 사업이 왜곡 활용되고 있다. 서울시를 비롯한 여러 지자체가 WHO 건강도시에 가입한 이후 세계건강도시연맹과 대한민국건강도시협의회 회원자격을 유지하는 정도에 머무르고 있다.

WHO 건강도시의 건강도시 사업이 제시하는 원칙, 목적, 기준에 맞춰 정책적 노력을 스스로 해나가는 것이며, 사업의 방법과 결과를 회원



들 간에 공유·교류하는 국제적 협약이다. 그래서 유럽 각국은 스스로 해나가는 과정에 대한 보고체계를 의무화하고 있으며, 건강도시 사업의 원칙(principles), 요건(requirements), 기준(criteria)에 맞지 않으면 회원자격을 유지할 수 없다. 우리나라 건강도시 사업을 개선하기 위해 보건복지부가 국가건강도시인증제도를 고민하는 이유일 것이다.

종합적인 도시건강 프로파일(City Health Profile)<sup>6</sup>이 만들어져 있는가? 도시의 건강사회 결정요인이 과학적으로 분석되어 있는가? 건강사회 결정요인 관리를 위한 체계적이며 지속적인 정책적 노력과 과정이 있는가? 도시건강 프로파일에 변화가 나타나는가? 건강증진과 건강격차 해소의 개선 효과가 나타나는가? 계획, 개선 과정, 개선효과, 변화는 과학적으로 모니터링되고 평가되고 있는가? 이 모든 과정이 지역 기반과 시민 참여로 이루어지는가? 이들 질문에 반드시 답할 수 있어야 ‘WHO 건강도시’이다.

#### 나. 서울시 건강도시 사업의 도약을 위하여

##### 지속가능한 건강도시를 향한 장기적 과제

첫째, 서울시의 건강도시 사업을 ‘재구상’하여야 한다. 서울시의 수요와 건강도시 사업 원칙, 목표, 기준 등에 맞추어 서울시의 현재 건강도시 사업을 재평가하고 재구상하여야 한다. 그러려면 WHO 건강도시 사업이 담고 있는 건강증진과 건강도시 개념을 제대로 이해하고, 건강도시 사업이 ‘서울시에 주는’ 정책적 함의와 필요부터 고민하여야 한다.

둘째, 서울시에 ‘적합한 유형’을 찾아야 한다. 건강도시 사업 유형은 서울시의 사회경제적 여건, 물리적 환경, 시민 건강수준과 특성, 물리적·사회적 하부구조, 지역건강자원체계 등 서울의 건강프로파일 분석에 근거하여 선택되어야 할 것이다. 메가시티로서 ‘함께 서울’의 유형도 찾아야 한다.

셋째, 건강도시 사업의 ‘인프라 구축’과 ‘중장기 계획’을 갖춰야 한다. 시민의 종합적인 건강상태와 건강여건인 건강 프로파일, 다른 정책 상관도와 정책 수요 파악을 위한 건강사회 결정요인 등의 과학적 ‘건강정보체계’와 ‘건강거버넌스 체계’가 구축되어야 한다. 이를

토대로 건강도시 사업의 중장기적 방향이 제시되어야 한다.

넷째, ‘건강영향 평가제도’를 시급히 도입하여야 한다. 도시계획 사업이나 도시정책의 건강영향을 평가하는 건강영향 평가제도는 건강문제의 사전예방제도로 건강도시 목표 달성을 위해 반드시 필요하다. 교통, 환경, 주거 등 관련 주요 정책의 건강증진성 향상에 매우 효과적인 제도적 장치이다. 이미 국가나 지방정부 단위에서 도입하거나 환경영향 평가제도 내에서 강화하는 추세이다. 보건복지부도 추진을 검토 중이며, 2009년, 2010년 건강영향평가 시범사업에 서울 강남구와 강동구가 참여한 바 있다.

다섯째, 서울의 사회적 책임을 다하여야 한다. 건강도시 사업은 자발성에 기반을 둔 국제적 협약 사업이다. 자원과 정보를 공유하고 상호 협력하는 국제 공조 사업이다. 협약 성립요건과 책임을 성실히 이행하고 투명하게 보고하며 회원 간에 협력하는 것을 전제로 한다. 서울시도 2005년 세계건강도시어워드(Award) 수상, 2010년 세계건강도시대회 개최 등 국제적 협력 활동을 해왔다. 하지만 현재는 세계건강도시연맹에 회원 자격을 유지하는 데 그치고 있다. 지자체들과 협력하고 개도국을 지원하며 글로벌 도시로서의 위상에 맞는 건강도시 서울을 만드는 것은 서울시의 사회적 책임이다.

##### 건강도시 사업의 개선과 발전을 위한 당면과제

첫째, 소생활권 건강생태계 사업의 현실적 토대가 필요하다. 소생활권 건강네트워크

<sup>6</sup> WHO 도시건강프로파일: 인구, 건강수준, 생활양식, 주거환경, 사회경제적 여건, 물리적 환경, 공중보건정책 및 서비스, 불평등, 물리적·사회적 하부구조(교통, 통신, 도시재개발, 고용, 훈련 등)

사업은 시의적절하나 더 대중적이고 시민이 쉽게 공감하며 참여할 수 있어야 한다. 서울 시내 마을 공동체가 붕괴된 지역이 많은 현실에서 소생활권 범위 지정이 타당한지, 지역 건강자원체계 조직화가 가능한지 등에 대한 논란이 있다. 시민들에게 친숙해진 ‘마을’, ‘마을공동체’, ‘생활터’, 그동안 서울시가 강조해 온 마을만들기사업, 건강친화마을 등과 혼선을 빚을 우려도 있다. 작게는 마을, 동, 구와는 달리 시민에게 생소하게 들리는 ‘소생활권’이라는 공간범위 용어를 시민친화적으로 표현할 필요가 있다.

둘째, 유사 사업과 차별화를 하거나 발전적으로 통합해야 한다. 건강생활터 사업, 건강친화마을 만들기, 복지건강공동체사업, 소생활권 건강생태계 사업 모두 근본적 취지는 비슷하다. 지역의 건강자원을 연계하고 확충하여 시민의 건강활동을 지원, 활성화 하는 사업이다. 현재 구나 마을 단위로 건강생활터, 건강친화 마을만들기 사업이 여전히 추진 중이기도 하다. 잦은 사업(명칭) 변경에 따라 지원체계가 일관성을 잃어버리고 혼돈 상태에 빠지는 등 뼈저걱러움이 생기면 현장의 불신을 자아내고 사업의 지속성이 떨어질 수밖에 없다. 이러한 문제를 단교 사업을 추진하려면 유사사업을 통합하고 연계하는 노력과 방안이 절실하다.

셋째, 서울 시정과의 조화, 시정에의 활용으로 이어져야 한다. 건강도시 사업은 과학적 증거에 따른 건강정책사업이다. 서울시의 ‘시민건강 정책’이 성공적으로 추진되려면 건강도시 사업의 과학적 건강정보 체계를 활용하여야 한다. 2030 서울플랜, 시정 4개년 계획, 공공보건의료 마스터플랜

(건강36.5), 6기 서울시 지역 보건의료 계획(2015) 등의 중장기 건강정책 방향과 일관되고 조화를 이룰 수 있는 건강도시 사업이 제시되어야 할 것이다.

넷째, 자치구 건강도시 사업에 대한 책임 있는 지원·협력체계를 갖춰야 한다. 건강생활터 등 자치구의 기존 사업을 적극적으로 활용하여야 한다. 자치구의 사업과 발전적으로 연계하고, 범서울 건강도시 사업의 중장기 계획과 비전을 제시하며, 사업 추진 의지와 주체를 분명히 하여야 한다. 유럽의 통합적 행동 목표인 ‘비만 등 비전염성 질환 예방사업’처럼 자치구와 함께 하는 범서울 집중사업을 추진할 것을 제안한다.

다섯째, 지역 주민이 주도적으로 참여하는 지역 건강운동이 되어야 한다. 서울 시민이 바라는 건강도시의 모습과 서울시 건강도시 사업의 링크도 필요하다. 지역 현실과 현장, 시민의 필요와 체감을 건강도시 사업에 반영하여야 한다. **W**

참고 문헌

- 남은우, 2007, 건강도시 사업 추진과 정책 과제, Journal of Korean Society for Health Education and Promotion, Vol. 24, No. 2
- 남은우 외, 2009, 국내 건강도시 유형 분석 및 유형별 발전전략 개발, 보건복지부 건강증진사업지원단
- 이부옥, 2007, 대한민국 건강도시네트워크, 한국보건교육·건강증진학회 자료집
- 이차남, 2010, 미국의 건강도시 연구와 정책 동향, 국토연구 통권345호(2010년 7월), pp.12-25 1789-3450
- 조무성, 2007, 건강도시의 현황과 행정개혁의 방향: 생활행정학의 접근, 한국행정학회 2007년도 동계학술대회 발표논문집(上)
- 허순임 외, 2014, 서울시 도시건강정책의 현재와 발전방향, 2014년 서울시 공공보건 의료지원단 연구과제
- Mare Lalonde, 1974, A new perspective on the health of Canadian. Ministry of Health and Welfare
- Tsouros, Agis D., 2015, Twenty-seven years of the WHO European Healthy Cities movement: a sustainable movement for change and innovation at the local level, Health Promotion International, Vol. 30, No. S1 i3-i7
- Werna, E., Harpham, T., Blue, I., Goldstein G., 1999, From healthy city projects to healthy cities. Environment and Urbanization, Vol. 11. No. 1, April.
- WHO, 2014, Terms of reference and accreditation requirements for membership in the network of European National Healthy Cities Networks Phase VI (2014-2018), WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
- WHO, 2015, National healthy cities networks in the WHO European region: Promoting health and well-being throughout Europe, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.