

새로운 건강정책 패러다임으로서의 건강도시 접근법

김진희¹ · 장원기^{2*} · 강은정² · 고광욱³ · 김건엽⁴ · 박관준² · 박윤형² | ¹고려대학교 보건과학연구소, ²순천향대학교 건강도시 및 건강영향평가연구소, ³고신대학교 의과대학 예방의학교실, ⁴경북대학교 의학전문대학원 예방의학교실

Healthy cities approach as a new paradigm of public health policy

Jinhee Kim, MPH¹ · Won Gi Jhang, MD^{2*} · Eunjeong Kang, PhD² · Kwangwook Koh, MD³ · Keon Yeop Kim, MD⁴ · Kwan Jun Park² · Yoon Hyung Park, MD²

¹Institute of Health Science, Korea University College of Health Science, Seoul, ²Research Institute for Healthy Cities and Health Impact Assessment, Soonchunhyang University, Cheonan, ³Department of Preventive Medicine, Kosin University College of Medicine, Busan, ⁴Department of Preventive Medicine, Kyungpook National University School of Medicine, Daegu, Korea

*Corresponding author: Won Gi Jhang, E-mail: wgjhang@yahoo.com

Received July 8, 2011 · Accepted July 22, 2011

The healthy cities approach emphasizes the role of the leadership of local governments in promoting the health of the population in city settings. The concept emerged from public health strategies declared in the Ottawa Charter for Health Promotion, and reflects the characteristics of the third public health revolution. The Korean healthy cities movement, characterized by voluntary participation of local governments in the Alliance for Healthy Cities, has grown rapidly in recent years. A strong push of the healthy cities movement by a local government without a profound commitment to the vision may hinder the effective and sustainable development of the movement. By reviewing the historical background and significance of the healthy cities movement and its underlying concepts, and illustrating the main strategies and goals of the movement, that is, the development of partnerships, community participation and empowerment, and working in networks for stimulating change, this article argues that the healthy cities movement is a potent vehicle for implementing the new paradigm of public health introduced to local governments. We also argue that the Korean healthy cities movement needs more active participants and more support of the central government and other related stakeholders.

Keywords: Korea; Healthy city; Public health; Community participation; Network

서론

건강도시(Healthy City)는 건강과 질병에 대한 폭 넓은 관점에 기반하여 물리적, 사회적 환경 개선을 통한 건강증진을 도모하는 사회정책 프로그램이다. 2004년 10월 서울특별시, 창

원시, 원주시, 부산진구가 건강도시연맹(The Alliance for Healthy Cities, AFHC) 창립 회원으로 가입한 이래 8년 동안 60개 이상의 지방자치단체가 앞다투어 건강도시 사업을 추진하며 건강도시연맹에 가입하고 있다. 건강도시연맹에는 아시아 및 호주 지역 여러 나라의 도시들이 가입되어 있으며,

© Korean Medical Association

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

2년마다 국제회의를 열어 건강도시 사업의 발전을 도모하고 있다. 국내에서도 건강도시 사업을 추진하는 지방자치단체들이 모여 2006년 9월 대한민국 건강도시 협의회(이하 협의회)를 발족시켜 상호간 정보를 교류하고 국내 건강도시의 발전을 위해 협력하고 있다.

건강도시는 “모든 인류에게 건강을,” “의제21 (Agenda 21)” 및 사회적 건강결정요인에 그 개념적인 근거가 있으며, 오타와 헌장에 근간을 두고 있는 건강증진의 실천 방법으로 세계보건기구(World Health Organization, WHO)에서 탄생시킨 개념이다. WHO 건강도시 프로젝트는 WHO에서 이를 실현하기 위해 시작한 사업의 명칭이다. 우리나라에서는 개념으로서의 건강도시와 그 개념이 사업으로 적용되어 추진되는 건강도시 사업이 혼용되고 있는 실정으로 개념에 대한 이해가 참여 주체마다 달라 많은 어려움이 있다.

Baum [1]은 그 동안 건강도시 운동이 무분별하게 확산되는 현상에 대해 사용자가 “건강도시”라고 명명하기만 하면 무조건 건강도시 범주에 포함하는 폐해가 발생하고 있다고 비판하였다.

건강도시의 활동과 성과에 대해 많은 비판이 있는 가운데 우리나라에서 단기간에 많은 도시들이 건강도시운동에 관심을 갖고 동참하는 것은 매우 성공적인 출발이라고 할 수 있다[2]. 이러한 건강도시에 대한 관심과 시도는 오타와 헌장(Ottawa Charter)에 입각한 건강증진의 기본 개념을 실현한다는 견지에서 긍정적으로 평가할 수 있다.

자발적으로 주민의 건강증진과 건강한 사회 환경 조성을 위해 지방정부에서 앞장서서 이러한 운동을 주창하는 것은 고무적이다. 하지만 사회적 변화에 따라 자연스럽게 사회의 문제점을 해결하기 위한 전략으로 등장한 서유럽권의 건강도시운동과는 달리 우리나라에서는 다른 지자체와 경쟁하듯 단기적 목표와 홍보성 사업이 주를 이루어 전시행정 수준에 머물러 있다는 비판도 피하지 못하고 있는 현실이다[3].

전 세계적으로 건강도시 운동이 짧은 기간 동안 도시에서 폭발적인 관심과 호응을 얻었던 것에 비해, 학계에서의 연구가 많이 이루어지지 않았다. 우리나라의 경우에도 대학과 학술단체가 지방자치단체와 밀접한 관계를 맺으며 활동하고 있는 상황이지만, 학술적인 가치를 지닌 의미있는 연구결

과가 발표된 사례는 많지 않았다. 지금까지 발표된 연구는 국내에 건강도시의 개념을 소개하거나 해외나 국내 건강도시 추진 사례를 보고하는 것이 대부분이며, 우리나라 건강도시 사업의 현황을 기술한 연구가 주류를 이룬다[4-8].

이에 본 연구에서는 단순한 질병예방이나 생활습관 개선의 차원을 넘어 새로운 보건사업 패러다임으로 등장한 건강도시의 기본 개념에 대한 고찰을 통해, 건강도시의 주요 원칙과 의미를 재조명하여 함의를 모색하고자 한다.

건강정책 패러다임의 변화(신공중보건)와 건강도시의 등장

국가마다 사회경제적 변화 과정을 거치면서 주요 사망원인 또한 전염성 질환에서 만성질환으로 변화하는 역학적 전이[9,10]가 나타나고, 이에 따라 1970년대 중반 이후에는 WHO의 건강정책 패러다임도 천연두와 말라리아와 같은 대규모 전염성 질환의 퇴치에서 일차보건의료로 옮겨갔다[11]. 공중보건학의 중심은 전염성 질환의 통제와 예방(1차 혁명)에서 만성질환의 관리(2차 혁명)로, 그리고 최근에는 삶의 질 향상으로 옮겨가게 되어, 제3의 혁명기를 맞이하였다. 오타와 헌장은 건강을 삶의 자원으로 재조명하고, “질병 예방”에서 “건강 증진을 위한 역량 강화”로 사업의 초점을 이동시킴으로써 공중보건 제3혁명기의 특성을 잘 반영하고 있다[12].

제1혁명기와 제2혁명기는 의료 전문가 집단의 역할이 강조되었고, 제3혁명기에는 전문가의 역할과 아울러 보건사업과 건강정책 의사결정 과정에 시민들의 참여와 지식이 중요시되며, 상호 관련성을 맺고 있는 다양한 위험요인들을 통합적으로 대처할 수 있는 전략이 요구된다[13]. 오타와 헌장에서도 새로운 공중보건 시대의 보건의료 전문가는 “Enable, Advocate, and Mediate”의 새로운 역할을 수행해야 할 것을 명시하고 있으며, 유럽연합에서는 건강증진이 21세기의 새로운 경제활동 영역으로 급성장할 것을 예상하면서, 효과적인 건강증진 인력 양성을 위하여 건강증진 종사자들이 갖추어야 할 역량을 9가지로 제시하고 있다(Box 1)[14].

건강증진 사업도 개인의 행태변화에 초점을 두는 것에서

Box 1. 건강증진 종사자들의 핵심 역량 (CompHP) [14]

1. 변화를 가능토록 함 (Enable change)
2. 건강을 옹호함 (Advocate health)
3. 파트너십을 통한 중재 (Mediate through partnership)
4. 의사소통 (Communication)
5. 리더십 (Leadership)
6. 사정 (Assessment)
7. 계획수립 (Planning)
8. 실행 (Implementation)
9. 평가와 연구 (Evaluation and research)

더 나아가 인구집단 전체에 영향을 주는 방식으로 변화하고 있다. WHO는 생활터 접근법(settings approach)을 통해 건강증진의 대상을 개인 생활태도나 고위험 집단에서부터 벗어나 주어진 생활터 안에 소속된 모든 구성원을 포괄하는 전략을 수립하고 있다. 이를 위해서는 사업 대상은 개인과 집단이 아닌 일상 생활 환경이 되어야 하고, 건강 자원을 향상하는 것이 궁극적인 목표가 되며, 그 과정에서 구성원들의 참여를 통해 지역사회에 권한을 이양(empowerment)하는 것이 필요한데, 이를 모두 충족시켜야 비로소 진정한 의미의 건강증진이라고 할 수 있다[15].

건강도시의 개념과 주요원칙

건강도시라는 말은 현재 여러 가지 의미로 사용되고 있다. 좁게는 WHO가 직접 운영하는 건강도시 네트워크에 소속되어 주어진 가이드라인에 따라 건강도시 프로젝트에 동참하는 도시에서부터, 우리나라와 같이 WHO가 주창하는 건강도시의 주요 개념에 따라 건강도시 활동을 조직화하여 참가하는 도시를 의미하기도 하며, 넓게는 WHO와 무관하게 자발적으로 추진하는 모든 건강도시의 활동을 의미한다[2].

Hancock과 Duhl [16]은 건강도시를 정의함에 있어서, 그 곳에 거주하는 사람들의 신체적·정신적·사회적 건강 이외에도 “도시”라는 특성을 재조명할 필요성을 강조하고 있다. 건강도시란 경제적으로는 창의적이고 혁신적인 도시가 될 수 있으며, 도시계획의 관점에서는 주거 환경이나 교통, 녹지 환경이 잘 조성된 곳을 의미하며, 사회학적 관점에

서는 통합이 잘 이루어진 사회를 의미하고, 교육학적으로는 사람들의 양육과 발달이 잘 이루어질 수 있는 도시를 의미하며, 역학자에게는 주민의 건강수준이 높은 도시를 의미하고, WHO의 입장에서는 “모든 이에게 건강”이 보장되는 도시를 의미한다. 건강도시는 “사람들이 생활의 모든 기능을 수행하고 최대한의 잠재력을 개발함에 있어 상호 지지할 수 있도록 도시의 물리적, 사회적 환경을 지속적으로 창조하고 개선하며, 지역사회 자원을 증대시키는 도시”로 정의될 수 있다.

현대 도시가 가지는 기본적인 역할과 특성에 따라 건강도시를 정의할 수 있는데, 안전한 주거지로서의 기능을 다하고, 경제의 중심지로서 고용과 경제활동을 창출해야 하며, 자원 배분과 서비스 제공에 있어 형평성을 달성해야 한다. 문화의 중심지로서 과거와 미래의 연속선상에서 도시 내에서 다양한 체험을 할 수 있는 기회가 많이 주어지고, 건강을 위한 보건의료체계가 잘 갖추어진 도시가 건강도시라고 할 수 있다. 무엇보다도 특히 지역사회 주민들에게 건강 관련 정책결정과정에 참여할 수 있는 기회가 주어지고, 실제로 자신의 건강과 관련된 정책에 영향력을 발휘할 수 있는 것이 건강도시의 가장 핵심적인 특성이다[17].

한편, de Leeuw [18]은 유럽에서 5년마다 새로 출범하는 건강도시 프로젝트의 전략을 분석하여 건강도시 메타-이론을 제시하고 있다(Figure 1). 건강도시 접근법의 3가지 요소는 건강결정요인(determinants of health)과 건강개입(interventions for health), 그리고 밝혀진 근거(known impacts)로 분류할 수 있다. 건강결정요인의 경우, 각 지역사회마다 건강결정요인은 다르게 작용하며, 사회의 규범이나 인식 등 사회제도의 영향을 받아 형성된다. 전통적으로 건강개입은 보건의료와 같이 보다 근위(proximal)의 건강결정요인 차원에서 논의되어 왔다. 그러나 건강도시 접근에서의 핵심은 지역사회의 조직, 사회 및 정책 개발 등 3가지 원위(distal)에서의 개입이다. 각 도시마다 효과적으로 작동하는 건강 개입 전략의 배합이 다를 것이며, 이러한 개입 전략을 통해 건강도시의 궁극적인 목표인 “도시 정책 아젠다의 가장 높은 곳에 건강이 위치”할 수 있도록 의제를 형성해 나간다. 건강도시의 물론이거니와 건강증진에서 현재까지 축적된 연구는 이 모형의 하단부의 요소에 집중해 왔으나 지

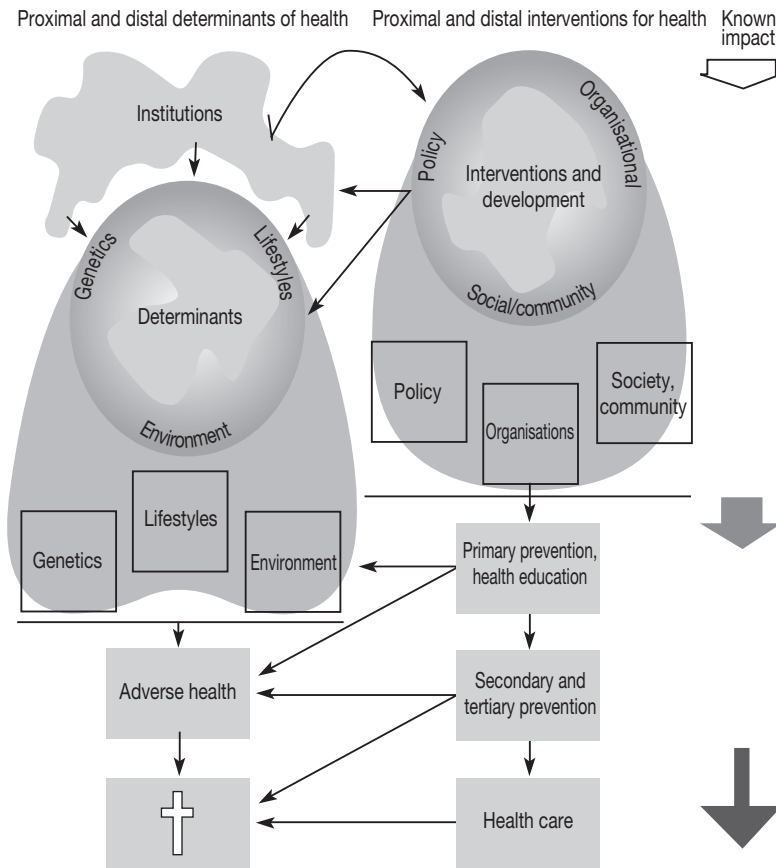


Figure 1. Healthy Cities meta-theory. Adapted from de Leeuw [19] with permission from Oxford University Press.

난 20년간 건강도시의 연구는 상단부의 요소에 집중하는 형태로 진화해 오고 있다.

1. 부문간 협력과 파트너십

건강도시에서는 관련 부문의 다양한 참여자들이 시민의 삶의 질 향상이라는 목표를 공유하면서 공동 보조를 취하여야 하는데, 국가 수준보다는 지방정부 수준에서 훨씬 효과적으로 협력 체계를 구축할 수 있다. 유럽에서는 19세기 공중 위생운동에서 부문간 협력의 성과를 확인한 경험이 있다. 건강도시에서 지방정부 수준에서의 횡적 파트너십은 WHO 유럽 건강도시 네트워크의 초기부터 그 중요성이 강조되어 왔는데, 다양한 부문이 협력하여 건강도시 사업을 추진하는

운영위원회를 구성하거나, 지역사회와 원활한 관계를 구축하기 위해 관련 단체 및 기관과 협의체를 구축하는 등의 전략을 건강도시에 도입할 것이 공식적으로 의무화되었다[19].

도시에서 실질적인 파트너십이 형성되는 데에는 많은 어려움이 따른다. 건강과 관련된 다양한 기관은 각기 공식적으로 기능이 정해져 있는데다가, 행정 단계별로도 다양한 기관들이 참여해야 하며, 보건서비스 제공과 건강도시에서 추구하는 건강 개발의 개념에 대한 공감대가 형성되는데 오랜 시간과 노력이 요구되기 때문이다[20].

그러나 유럽에서 20년간 건강을 위한 파트너십 형성을 위해 노력해 온 결과, 도시에서 건강 관련 정책에 대한 의사결정이나 계획수립에 있어서 이러한 협력체계가 정착되었으며, 특히 경제 및 환경 부문과 전통적인 공중보건이 점차 통합되기 시작하여 신공중보건의 특징이 드러나게 되었다[21].

2. 지역사회의 참여

지역사회의 참여라 함은 지역사회의 구성원들이 자신과 관련된 문제를 모색하고 그 원인을 밝혀내며, 이에 대해 대응할 수 있는 정책을 형성, 수립, 실행하는 전 과정에 적극적으로 참여할 수 있는 것을 의미한다[22]. 성공적인 건강도시 사업을 수행하기 위해서는 지역사회의 구성원들이 자신들의 건강과 관련된 지방정부의 정책결정에 대해 보다 많이 관여하는 것이 필수적이며, 이에 따라 WHO 유럽 건강도시 네트워크에서는 초반부터 지역사회의 참여와 권한 이양을 중요한 요소로 강조해 왔다. 정책결정 과정이 지역사회 구성원에게 전혀 알려지지 않은 채로 진행되는 수준에서부터, 지역 주민이 직접 문제를 파악하고 대안을 수립하도록 강력한 권한을 주는 수준에 이르기까지 지역사회의 통제 범위와 수

준은 매우 다양하다[23]. 건강도시에는 지역사회의 참여를 제고하기 위한 실천적인 모형으로 지역사회에 정보를 제공하고, 지역사회의 자문을 구하며, 지역사회를 참여시키고, 지역사회에 권한을 이양하는 4가지의 업무영역을 구분하고 있는 “수레바퀴 모형”이 잘 적용된다고 할 수 있다[24].

유럽의 건강도시 사업은 도시마다 발전 역사가 다르기 때문에 지역사회의 참여에 대한 개념과 목표가 일부 상이한 경 우를 볼 수 있으며, 또 지역사회 참여를 건강도시의 중추적 인 개념으로 인식하지 못하는 경우도 있다. 하지만 꾸준히 건강도시를 추진해 온 도시들에서는 점차 지역사회의 역할 이 커지고 있으며, 일부 도시에서는 사회적 자본 및 지역사 회 역량 강화와 같이 신공중보건에서 핵심적으로 요구되는 활동을 추진하는 경우도 있다[25].

3. 도시 간 네트워크의 형성

WHO에서는 건강도시를 추진하는 도시와 도시를 네트워 크로 연결하여 국제적인 운동으로 이끌어 왔다. 유럽의 경 우, WHO 유럽 지역사무소에서 직접 관리하는 건강도시 회 원도시 네트워크가 5년마다 새로운 과제를 가지고 운영되 고 있으며, 30개의 국가에서 국내 건강도시 네트워크를 형 성하여 총 1,300여 개의 건강도시가 활동하고 있다. 건강도 시 네트워크는 새로운 기술과 우수 사례를 확산하고 교류 하는데 그치지 않고, 정치적으로 건강도시를 담론화하여 정책결정권자들의 관심과 의지를 제고하는데 기여하고 있다[26].

건강도시를 도입하는 지방정부는 전통적인 보건 영역으 로부터 건강 담론을 확장시키는 과정에서 정치적으로 다소 부담을 안게 된다. WHO 건강도시 네트워크를 통해 이루어 지는 여러 회원도시들과의 교류와 WHO 유럽지역사무소의 지원은 지방정부의 정책결정권자들의 보다 전략적이고 광 범위한 시도를 가능하게 하기 때문에 네트워크의 성과는 긍정적으로 평가되고 있다[27].

같은 맥락에서 WHO 유럽지역사무소에서는 나라별로 건 강도시 네트워크를 조직하고 그 역할을 효과적으로 수행할 수 있도록 가이드라인을 제공하는 등 많은 노력을 기울여 왔 다[28]. 국가 건강도시 네트워크를 통해 도시들은 중앙정부

의 보건부나 환경부와 전략적인 협력관계를 구축하게 되었 으며, 해당 국가의 도시 보건 정책에 필요한 지식과 정보를 제공하게 되었다. 뿐만 아니라, 국가 네트워크를 통해 건강도 시 추진과 관련된 새로운 기술과 지식을 배울 수 있었으며, 기존 지식을 심화 발전시킬 수 있는 기회를 얻게 되었다[29].

건강도시 연구방법론

역사적인 관점에서 보면 “질병 예방”을 위한 접근 방법이 임상, 역학, 사회역학, 환경 및 정책 중심의 4단계로 발전해 왔는데, 단계가 높아지면서 관련된 영역이 넓어지게 되면서 다양한 건강증진 이론이 적용될 뿐만 아니라, 평가 방법도 어려워지고, 그 성과를 측정하는 지표와 방법론도 다양해질 수밖에 없다[30]. 건강증진을 포함하여 건강도시는 다양한 사회적 건강결정요인에 대해 복합적인 차원에서 개입을 시 도하는 것이며, 사회마다 독특한 맥락적 특성이 있기 때문에 실험적인 연구방법론을 적용하는 것은 바람직하지 않다.

이러한 어려움에 대한 대안으로 Birkmayer and Weiss [31]는 건강증진 사업을 평가할 때 건강증진 이론을 중심으로 프로그램을 평가하는 Theory-Based Evaluation (TBE) 접근법을 적용하는 것이 보다 좋은 연구 결과를 가져온다고 하였다. 그러나 TBE는 건강증진 사업성과의 유무에 대한 정보와 어떻게(how) 달성되었는지를 밝혀주지만, 왜(why) 이 정보가 필요한지에 대한 설명은 제공하고 있지 않다.

건강도시에 대한 연구와 평가는 다양한 이해관계를 가진 참여자들의 협상에 의해 이루어지는 정치적인 과정일 수 밖 에 없으며[32], 공공 정책의 성과와 질에 대한 연구와 평가는 지역사회의 우선순위, 활용 가능한 자원의 범위와 관련 이해 당사자들에 의해 달라진다[33]. 건강도시 접근법의 핵심은 건강증진을 도시 단위에서 실천하는 것이 아니라, 시스템적 사고와 조직개발을 통해 도시를 변화시키는 과정에 있으 므로 건강도시접근법의 성과는 건강정책개발을 위한 조직개 발에 두어야 하며, 그 영향으로 나타나는 건강수준의 향상 등 지표를 측정해 볼 수 있는 것이다[34].

전술한 건강도시 메타이론 모형에서처럼 건강결정요인 (determinants of health)과 건강개입(interventions for

health)을 분명히 구분해야 하며, 지식과 정보가 정책결정에 이용되기 위해서는 연구나 평가를 통해 생산되는 지식이 건강 도시의 이해당사자들에게 유용한 지식이어야 하고, 또 잘 전달되어야 한다. 따라서 건강도시에 대한 평가는 지향하고자 하는 목적에 따른 효용 중심 평가와 현실주의적인 평가 개념에 근간이 있으며, 참여자들이 건강도시의 실효성을 규명하고 관련 정보를 얻는 과정에서 스스로의 활동 역량을 키울 수 있는 “4세대 평가(fourth generation evaluation)”의 개념을 건강도시 연구에 적용하는 것이 필요하다[19].

결론

우리나라의 건강도시시는 지방자치단체의 자발적인 노력과 관심으로 크게 활성화되었다는 점에서 다른 나라들과 분명히 구별된다. 건강도시연맹과 대한민국의건강도시협의회에 가입한 지방자치단체의 수가 많아지면서 보건복지부의 역할과 기능에 대한 요구가 증대하게 되었으나, 이에 대해 아직 참여 주체 간 역할 구분은 확실하게 정립되지 않았다.

건강도시 사업은 보건소 중심으로 추진되어 온 기존의 개인 행태변화에 초점을 둔 건강증진 사업과는 다르다. 기존 건강증진 사업의 목표가 개인의 건강행태 변화나 고위험 집단의 환경 개선인데 반해, 건강도시시는 지방자치단체의 생활터 안에 살고 있는 모든 구성원들에게 공통적으로 적용되는 위험요인을 제거하고 개선하는 활동이다. 개인과 집단이 아니라 일상적인 생활 환경이 건강도시 사업의 대상이 되고, 건강을 증진하는 긍정적인 자원을 극대화하는 것이 목표로 설정된다. 그 과정에서 지역사회의 구성원들과 함께 문제점과 원인을 발견하고, 해결대안을 모색하면서 지역사회에 권한을 이양하는 것이 건강도시에서 추구하는 궁극적인 비전이며, 비로소 진정한 의미의 건강증진을 달성하는 것이다.

건강 수준 의 향상과 건강결정요인의 변화로 건강 정책은 새로운 전환점을 맞이하였다. 건강에 접근하는 방식에 변화가 수반될 수밖에 없고, 보건의료 전문가의 역할이나 필요 역량, 보건사업의 목표와 실행 전략, 참여자와 대상 등 모든 면에서 새로운 틀이 요구된다. 건강도시시는 건강증진의 개념으로부터 출발하며, 지속 가능한 개발과 건강형평성의 가치

를 실현하기 위해 도시 차원에서 건강과 관련된 모든 이해당사자들과 파트너십을 확대하고, 지역사회 구성원들이 능동적으로 건강 정책 결정과정에 참여할 수 있도록 정부 리더십의 역할을 강조하는 대표적인 신공중보건 사업이다.

건강도시 사업은 주어진 행정 체계와 공공 시스템을 감안하여 추진 전략을 강구해야 한다. 유럽의 건강도시도 도입 당시 최소 15년에서 최대 30년이 지나야 건강 수준에서 성과가 나타날 것이라는 장기적인 안목을 가지고 시작하였고, 20년이 지나고서야 비로소 가시적인 성과가 나타나기 시작하였다. 우리나라에서도 건강도시를 성급하게 추진할 경우, 건강도시의 근본 개념을 저해하고 지속성과 성장 동력을 잃게 될 우려가 있다. 충분한 연구와 평가 결과가 축적되어 건강도시 사업의 추진에 반영되기도 전에 국내 건강도시 운동이 소멸되지 않도록 정부 관계자, 보건의료계 전문가, 지역사회의 각 부문에서 건강도시 개념을 공유하고 장기적 추진 전략을 설정해야 한다.

핵심용어: 건강도시; 공중보건; 지역사회참여; 네트워크

REFERENCES

1. Baum FE. Healthy Cities and change: social movement or bureaucratic tool? *Health Promot Int* 1993;8:31-40.
2. de Leeuw E, Skovgaard T. Utility-driven evidence for healthy cities: problems with evidence generation and application. *Soc Sci Med* 2005;61:1331-1341.
3. Kim JH. Review for open discussions about health cities program. *Health Soc Sci* 2007;21:137-156.
4. Kim Y. Healthy cities, healthy communities. *J Korean Plann Assoc* 2007;42(1):5-6.
5. Nam EW. Review and prospective of the healthy cities in Korea. *J Korean Soc Health Educ Promot* 2007;24(2):123-134.
6. Nam EW, Shin T, Song YL, Park JS, Park KS, Song TM, Kim MK. Building web database for WHO healthy city Wonju. *J Korean Soc Health Educ Promot* 2007;24(3):119-128.
7. Kim JM, Koh KW. Assessment of individual, organizational, environmental capacity for healthy cities. *J Korean Soc Health Educ Promot* 2009;26(2):119-133.
8. Jung GH, Kim KY, Na BJ. The characteristics of healthy city project in Korea. *J Agric Med Community Health* 2009;34:155-167.
9. Omran AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. 1971. *Milbank Q* 2005;83:731-757.

10. Olshansky SJ, Ault AB. The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases. *Milbank Q* 1986;64:355-391.
11. Brown TM, Cueto M, Fee E. The World Health Organization and the transition from "international" to "global" public health. *Am J Public Health* 2006;96:62-72.
12. Breslow L. From disease prevention to health promotion. *JAMA* 1999;281:1030-1033.
13. Potvin L, McQueen D. Modernity, public health, and health promotion: a reflexive discourse. In: McQueen DV, Kickbusch I, Potvin L, Pelikan JM, Balbo J, Abel T, editors. *Health and modernity: the role of theory in health promotion*. New York: Springer; 2007. p. 12-20.
14. Dempsey C, Battel-Kirk B, Barry MM. The CompHP core competencies framework for health promotion handbook. Galway: Executive Agency for Health and Consumers (EAHC), National University of Ireland Galway; 2011.
15. Kickbusch I. The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion. *Am J Public Health* 2003;93:383-388.
16. Hancock T, Duhal L. Promoting health in an urban context. WHO Healthy Cities Papers, No. 1. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1988.
17. Lawrence RJ. Building healthy cities: the World Health Organization perspective. In: Galea S, Vlahov D, editors. *Handbook of urban health: population, methods and practice*. New York: Springer; 2005. p. 479-502.
18. de Leeuw E. Evidence for Healthy Cities: reflections on practice, method and theory. *Health Promot Int* 2009;24 Suppl 1:i19-i36.
19. WHO Regional Office for Europe. Twenty steps for developing a Healthy Cities Project. 3rd ed. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1997.
20. Green G. Health and governance in European cities: a compendium of trends and responsibilities for public health in 46 member states of the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1998.
21. Green G, Price C, Lipp A, Priestley R. Partnership structures in the WHO European Healthy Cities project. *Health Promot Int* 2009;24 Suppl 1:i37-i44.
22. WHO Regional Office for Europe. Community participation in local health and sustainable development: approaches and techniques. Copenhagen: Centre for Urban Health, WHO Regional Office for Europe; 2002.
23. Brager G, Specht H. Community organizing. New York: Columbia University; 1973.
24. Davidson S. Spinning the wheel of empowerment. *Planning* 1998;1262:14-15.
25. Heritage Z, Dooris M. Community participation and empowerment in Healthy Cities. *Health Promot Int* 2009;24 Suppl 1:i45-i55.
26. Capello R. The city network paradigm: measuring urban network externalities. *Urban Stud* 2000;37:1925-1945.
27. Tsouros A. City leadership for health and sustainable development: the World Health Organization European Healthy Cities Network. *Health Promot Int* 2009;24 Suppl 1:i4-i10.
28. Lafond J, Heritage Z, Tsouros A, Farrington J. National healthy cities networks: a powerful force for health and sustainable development in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2003.
29. Lafond J, Heritage Z. National networks of Healthy Cities in Europe. *Health Promot Int* 2009;24 Suppl 1:i100-i107.
30. Eriksson C. Learning and knowledge-production for public health: a review of approaches to evidence-based public health. *Scand J Public Health* 2000; 28:298-308.
31. Birckmayer JD, Weiss CH. Theory-based evaluation in practice. What do we learn? *Eval Rev* 2000;24:407-431.
32. O'Neill M, Simard P. Choosing indicators to evaluate Healthy Cities projects: a political task? *Health Promot Int* 2006;21: 145-152.
33. Curtice L, Springett J, Kennedy A. Evaluation in urban settings: the challenge of Healthy Cities. *WHO Reg Publ Eur Ser* 2001;(92):309-334.
34. Dooris M. Healthy settings: challenges to generating evidence of effectiveness. *Health Promot Int* 2006;21:55-65.



Peer Reviewers' Commentary

각 나라별로 보건의료정책의 기본이념을 가지고 있다. 대부분 WHO에서 주도하는 정책이념을 각 나라의 사정에 맞추어 활용한다. 우리나라는 1978년 WHO 알마아타회의에서 주창된 '일차보건의료(Primary Health Care)'를 1980년대에 주된 기본 정책으로 삼아왔다. 여기에서 '일차'라 함은 필수적인(essential)이란 개념과 첫번째 만나는 의사(first contact)란 개념이 같이 포함된다. 주로 전염병예방, 무의존해소 분만지원 등 필수적인 의료서비스 제공을 가까운 의사가 해결한다는 원칙이었다. 1990년대에 전염병은 대폭 감소하고 만성질환이 증가하자 '건강증진(Health Promotion)'이 주요보건정책 이념이었다. 건강증진은 질병을 개인책임으로 하며 생활습관을 고치기 위해 교육하고 규제하고 지원하자는 개념이다. 최근에는 이러한 건강증진이 개인별 요인보다는 사회적 요인이 중요하다는 점에 착안하여 사회전체가 소득, 효율보다 건강을 우선과제로 삼아 가정, 직장 여가생활이 모두 건강증진을 감안하여 설계되어야 한다는 '건강도시(Healthy City)' 개념이 주요이념으로 떠오르고 있다. 이 논문은 '건강도시'의 기본개념을 축약하여 기술한 논문이며, 우리나라도 유럽과 같이 건강도시의 개념을 널리 확산하는데 실질적인 도움이 되겠다.

[정리:편집위원회]