REVIEW ARTICLE

건강도시 거버넌스의 구조와 지향

장원기

순천향대학교 의과대학 예방의학교실

The Structure and Orientation of Governance for Healthy Cities Programs

Won Gi Jhang

Department of Preventive Medicine, Soonchunhyang University College of Medicine, Cheonan, Korea

The Healthy Cities program is being actively pursued worldwide under the leadership of the World Health Organization as an effort to improve urban health through changes in the physical and social environment. As the core of the Healthy Cities program, governance establishes and implements diverse health plans and healthy public policies through political support, intersectoral cooperation, community participation, and multilevel networks. With the development of Healthy Cities programs, governance has evolved in the direction of autonomy, equity, and integration. These governance orientations should be continuously reflected in Healthy Cities strategies in order to successfully improve citizens' health.

Keywords: Autonomy; Equity; Healthy Cities; Governance; Integration

서 론

건강도시 프로그램은 세계보건기구(World Health Organization, WHO)가 주도하여 시작된 포괄적 건강증진 프로그램으로 1987년 유럽에서 시작된 이후 지금까지 30년간 세계적으로 확산되었다. 건강도시 프로그램은 여타 건강증진활동과 비교하였을 때 몇 가지 두드러진 차이를 보이는데, 환경적 접근을 강조하고, 다양한 건강결정요인에 대한 포괄적 접근을 시도하며, 제도적 변화를 중요하게 고려한다. 이런 차이는 건강도시 프로그램이 도시 전체를 사업대상으로 하는 것에서 기인한다고 볼 수 있으며, 건강한 도시 계획이 핵심적 사업내용이 되는 것도 같은 맥락이다.

이에 따라 시민의 생활과 연관된 다양한 분야의 사람들이 협력하여 사업을 수행할 필요가 발생하였고, 필연적으로 부문 간 협력과 지역사회 참여를 강조하며 정치적 리더십을 촉구하는 흐름이 형성되었다. 이는 정책과정 및 조직구조의 측면에서 볼 때 기존의 수직적 행정절차 대신 수평적 협의과정이 중심이 되도록 사업의 전

과정을 만들어가야 하는 것을 의미하는 바, 거버넌스의 구축이 건강도시 프로그램 성패의 핵심요인으로 등장하게 되었다.

건강도시 프로그램에서 건강도시의 의미는 시민의 건강수준이 높은 도시가 아니라 건강을 지향하는 시민의 노력이 조직화되어 있다는 것이다. 즉 결과보다는 과정을 중시하는 것이다. 의사결정과정에서부터 집행과 평가에 이르기까지 모든 활동이 시민의 적극적 참여 속에 이루어지고 투명하게 공개되어야 한다. 이러한 과정 속에서 모든 분야의 관계자들 간에 긴밀한 협력이 이루어져야 하며, 정치적으로 뒷받침되어야 한다. 따라서 건강도시 거버넌스는 건강도시 프로그램 그 자체라고도 할 수 있으며, 공중보건분야 거버넌스의 발전방향을 제시하는 모범사례라고 할 수 있다.

우리나라의 건강도시 프로그램은 도입된 역사가 짧은데도 불구하고 활발히 이루어지고 있다. 다만 아직 프로그램에 대한 이해가 부족하여 거버넌스보다는 개별사업을 중심으로 수행되고 있어서 프로그램 본래의 의의를 잘 살리지 못하고 있다. 이런 측면에서 건강도시 거버넌스가 갖는 특성을 살펴보고 그에 따라 적절한 거버넌

Correspondence to: Won Gi Jhang

Department of Preventive Medicine, Soonchunhyang University College of Medicine, 31 Suncheonhyang 6-gil, Dongnam-gu, Cheonan 31151, Korea

Tel: +82-41-570-2482, Fax: +82-41-570-2406, E-mail: wgjhang@gmail.com

*이 논문은 2015년 보건복지부 연구보고서 "건강도시 교육과정 개발 및 적용방안 연구(A study on the development and application of Healthy Cities curriculum)"에 기초하였다.

Received: May 4, 2017 / Accepted after revision: May 18, 2017

© 2017 Soonchunhyang Medical Research Institute

This is an Open Access article distributed under the terms of the

Creative Commons Attribution Non-Commercial License

(http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

스 구축방향을 모색하는 것은 앞으로 우리나라 건강도시 발전의 전망을 제시하는 데 있어서 매우 중요하다고 할 것이다. 이 연구에서는 건강도시와 거버넌스의 개념과 특성을 살펴보고 이를 바탕으로 건강도시 거버넌스의 발전방향을 제시하고자 한다.

건강도시 프로그램의 발달과 특성

도시화가 급격히 진행되면서 도시환경이 시민의 건강에 미치는 영향이 주목받게 되는 것은 자연스러운 일이라고 할 수 있다. 이것은 현대의 도시에서만 일어난 일이며, 고대와 중세를 거쳐 근대에 이르기까지 인구가 밀집되면서 나타나는 공중보건문제의 해결을 위하여 정부나 민간 차원에서 다양한 노력이 이루어져 왔다.

지금의 건강도시 프로그램 역시 이러한 노력의 하나로써 ‘건강증진을 위한 오타와선언’ 이후 WHO에서 출범시킨 포괄적 건강증진 운동이다[1]. 건강도시 프로그램이 기존 공중보건활동과 차이를 보이는 점은 건강증진 개념의 확립에 따라 다양한 건강결정요인에 대하여 포괄적인 접근을 하게 되었다는 점이다. 건강에 대한 생의학적 이해에 바탕을 둔 공중보건활동은 특정한 건강 위해요인을 파악하고 이를 제거하는 방식으로 사업을 전개하였는데, 건강증진은 건강에 긍정적 혹은 부정적 영향을 미치는 다양한 요인을 이해하고 요인 간의 상호관계를 파악함으로써 공중보건활동의 폭을 넓혔다. 건강도시 프로그램은 환경과 건강의 상호관계에 주목한 생태학적 접근방식을 취하는 대표적인 건강증진 프로그램이며, 물리적 환경뿐만 아니라 사회적 환경에도 주목하여 ‘모든 정책의 건강’을 추구하는 프로그램으로 발전하게 되었다[2,3].

처음 건강도시 프로그램을 시행한 것은 WHO 유럽지역사무소인데, 오타와선언에서 건강증진의 5대 과제 중 하나로써 건강한 생활을 지원하는 환경을 창조할 것을 제안함에 따라 지방자치단체 단위의 정책적 노력을 강조하면서 프로그램을 시작하게 되었다. 지방자치단체 단위의 건강증진활동은 국가 단위의 공중보건정책과 각 생활터 단위의 건강증진활동의 사이에서 의사소통의 통로로서 기능할 수 있으며 동시에 독자적인 활동영역도 갖게 된다. 따라서 건강한 마을이나 건강한 학교 같은 생활터 건강증진사업에 비하여 지방자치단체 수준에서의 제도와 정책에 대한 고려가 프로그램에 많이 포함되게 된다.

유럽의 건강도시들은 WHO가 지속적인 리더십을 가지고 이끌어가고 있다. 30개 나라의 100여 개 도시가 WHO 유럽 건강도시 네트워크에 가입하여 활동을 하고 있으며, 이 도시들은 다시 각 나라의 건강도시 네트워크를 이끌어가고 있어 유럽에서 건강도시 프로그램을 시행하는 도시는 모두 1,400여 개에 이른다. WHO 유럽 건강도시 네트워크는 각국의 건강도시 네트워크와 연석회의의 형식으로 매년 회의를 가지며, 5년마다 갱신되는 유럽 건강도시계획을 수립하는 등의 활동을 한다. 2014년에서 2018년까지의 제6기(phase

VI) 계획에서는 2012년 WHO 유럽지역위원회에서 채택한 ‘건강 2020(Health 2020)’을 반영하여 ‘모든 사람의 건강과 건강형평성 향상’ 및 ‘리더십과 참여적 건강 거버넌스 향상’을 전략목표로 삼았으며, 이에 따라 생애과정 및 주민권한 강화, 공중보건 우선순위 설정 및 수행, 주민 중심 보건의료체계와 공중보건 역량강화, 회복력 있는 지역사회와 건강지원환경 창조의 4개 핵심주제를 결정하고 17개의 세부 우선과제를 설정하여 수행하고 있다[4].

아시아 및 호주 지역의 건강도시를 중심으로 구성된 ‘건강도시연맹(Alliance for Healthy Cities, AFHC)’은 2003년 WHO 서태평양 지역사무소의 협력하에 창설되었으며, 2004년 말레이시아 쿠칭에서 창립총회를 개최한 이후 해당 지역 건강도시운동의 중심으로 꾸준히 활동하고 있다. 우리나라에서도 창립시기에 4개 도시가 가입한 이래 많은 도시가 정회원으로 활동하고 있으며 건강도시 관련 국내 연구기관들 역시 긴밀한 협력관계를 유지하고 있다.

국내에서 건강도시는 1996년 과천시 시범사업으로 시작되었고, 2006년에는 대한민국건강도시협의회(Korea Healthy Cities Partnership, KHCP)가 발족되어 2017년 1월 현재 86개 지방자치단체가 회원으로 가입하여 활동하고 있다[5]. KHCP는 지방자치단체의 협의체로서 총회와 운영위원회, 학술위원회 및 사무국을 두고 있으며, 회원 간 정보교류를 중심으로 사업을 전개해왔는데, 2016년 들어서는 공동활동전략을 수립하는 등 보다 강화된 조직적 활동방식으로서의 전환을 도모하고 있다.

건강도시의 현재의 생활여건이나 건강수준이 일정 수준 이상이라는 것보다는 건강을 도시의 주요 문제로 자각하고, 건강을 향상시키기 위해 노력한다는 점을 중시한다[6]. 이것은 시민의 건강이 도시정책에서 꾸준히 우선적으로 고려되는 것을 지향하는 개념설정이다. 이런 시각을 바탕으로 건강도시의 ‘사람들이 서로 협력하여 삶의 모든 기능을 수행하고 잠재력을 최대한 개발할 수 있도록 지속적으로 물리적·사회적 환경을 창조하고 향상시키며 지역사회 자원을 확충하는 도시’로 규정된다[7].

이 정의에 나타난 대로 시민의 생활환경을 변화시키고 이와 관련된 지역사회 자원을 확충하는 것이 건강도시의 기본적 특징이 된다. 이는 건강도시가 다양한 건강결정요인을 아우르는 포괄적 프로그램이기는 하지만 그렇다고 모든 건강증진사업을 무조건 건강도시사업의 범주에 넣는 것은 적절하지 않다는 점을 시사한다. 도시의 물리적, 사회적 환경에 대한 접근과정에서 이와 관련이 있는 건강증진사업들이 건강도시 프로그램에 포함되어 종합적으로 계획되고 수행되어야 한다는 것이다. 물론 이렇게 환경 접근을 우선시하는 것은 건강도시에서도 절대적인 것이 될 수 없으며, 시민의 건강에 관련된 모든 사안에 대하여 적극적으로 해결하려는 자세를 취하는 것은 당연하다.

건강도시 개념의 또 다른 특징은 건강도시 프로그램의 목적이 시민이 삶의 기능을 수행하고 최대한의 잠재력을 개발하는데 두고

있다는 점이다. 이를 위하여 ‘건강지원환경(supportive environments)’을 만드는 것이 건강도시사업이기 때문에 단순히 쾌적한 환경을 만든다든지 자연친화적 환경을 만드는 것만으로는 건강도시의 목적을 충분히 달성하기 어렵다. 즉 시민들의 삶을 구성하는 여러 가지 기능을 이해한 후 어떤 기능에 어떤 도움을 줄 수 있는 환경을 만들 것인가를 고민해야 실질적인 도움이 될 수 있다는 것이다.

건강도시는 환경에 대한 개입을 통하여 건강증진을 이루는 것에 초점을 두고 있는 만큼 지속 가능한 개발을 추구하는 세계적 흐름과도 연관되어 있다. WHO의 자그레브선언에서는 이러한 건강도시가 시대적 요청을 고려하여 추구해야 할 다섯 가지 원칙을 제시하고 있는데, 이는 형평성, 참여와 권한강화, 파트너십, 연대와 우호, 그리고 지속 가능한 개발이다[8]. 지속 가능한 개발은 경제적 개발 및 그에 요구되는 모든 행위가 환경적으로 또 사회적으로 미래세대의 지속적 개발 가능성을 훼손하지 않도록 보장하는 것을 의미하는 바[9], 시민의 건강문제를 여기에서 떼어 놓을 수는 없다. 도시 차원에서의 지속 가능한 개발과 건강도시활동은 일차적으로 도시 계획에 공통적으로 반영되어야 하기 때문에 실천적으로도 밀접한 연관성이 있다.

이러한 건강도시 프로그램은 시민의 삶에 영향을 미치는 다양한 분야의 사업들로 구성되는데, 이를 동시에 적절히 배치하고 수행하기 위해서는 사업의 기획, 집행 및 평가의 전 과정을 통합적으로 수행하는 거버넌스가 필요하며, 또한 사업의 기획과 평가의 바탕이 되는 주민 건강수준의 모니터링이 필요하다. 건강도시 프로그램은 단일 사업과는 다르게 다양한 사업이 동시에 진행되는 특성을 갖고 있어서 그 내용을 파악함에 있어서 전체적인 시각은 필수적이다.

건강도시 프로그램은 크게 보았을 때 건강도시 거버넌스의 구축, 개별 건강도시사업의 수행, 사업의 평가와 환류(모든 정책에 대한 건강영향평가 포함), 그리고 이러한 사업의 결과를 파악할 수 있는 시민의 건강수준 모니터링(건강도시 프로파일 포함)의 네 가지 업무로 구성된다. 이 네 가지 업무는 건강도시 프로그램이 다루는 다양한 이슈에 대하여 공통적으로 적용된다고 할 수 있지만 이슈의 특성을 고려하여 유연하게 적용해야 한다. WHO 서태평양지역 사무소에서 제시하는 건강한 도시화의 핵심영역들은 건강도시사업에서 가장 중요하게 다루어야 할 이슈들이라고 볼 수 있는데 환경적 지속 가능성, 에너지 효율, 형평적 보건의료체계, 도시 극빈층 해소 등 다양한 내용으로 구성된다[10].

거버넌스의 개념과 건강도시

거버넌스는 20세기 후반에 널리 사용되기 시작한 개념으로 우리나라 말로 적절한 번역어를 찾기 곤란하여 외래어 형식으로 그대로 사용되고 있다. 상대적으로 새로운 개념이면서도 매우 넓은 적용범위를 갖기 때문에 사람마다 다른 개념으로 설정하고 사용하는 것

처럼 보일 정도로 이해의 편차가 크고 의사소통에 어려움을 겪는 개념이다.

거버넌스는 어원 측면에서 ‘추진(steering)’을 의미하며 ‘정부(government)’와 같은 뜻으로 사용되었으나 널리 쓰이기 시작한 것은 정부의 시장개입을 민간의 자율적 활동으로 대체하고자 하는 시도와 관련이 있다[11]. 1980년대의 신자유주의적 구조개혁은 큰 정부에서 작은 정부로의 변화, 즉 시장에 대한 정부 개입의 축소와 국가소유 기관의 민간 이양을 축으로 광범위하게 이루어졌는데, 미국의 레이건 정부와 영국의 대처 정부가 주도하여 세계적 흐름을 형성하였다. 우리나라의 경우 외환위기 시기에 국제통화기금(International Monetary Fund)의 외환차입 조건으로 설정되면서 전면적으로 신자유주의적 구조개혁이 일어나게 된다[12].

이 구조개혁은 기존 케인즈주의 거시경제 접근이 한계를 보임에 따라 다시금 과거의 자유주의적 시장환경으로 돌아가려는 시도였는데, 급격히 일어난 국영기업의 민영화와 대규모 규제완화는 얼마 지나지 않아 큰 부작용을 드러내게 된다. Enron 사태 같은 대규모 부패스캔들이 그것인데[13], 통제가 없어지다 보니 경제주체들이 불법적 이익창출의 유혹에 빠질 위험이 커진 것이다.

이 상황의 해결책으로 두 가지를 생각할 수 있는데, 하나는 다시 정부규제를 부활시켜 과거와 같은 수직적 통제방식으로 돌아가는 것이고(reregulation), 다른 하나는 민간의 자율적 통제를 촉구하고 이를 외부에서 감시하는 것이다. 규제를 다시 강화하는 방식은 시장의 저항을 감안해야 되며, 기관이나 제도의 민영화처럼 이미 소유권 등 이해관계가 얽힌 부분에는 적용하기 매우 곤란하다. 따라서 민간의 자율적 통제를 활용할 필요가 크게 발생하였으며, 이를 새로운 통치방식으로서 거버넌스로 칭하게 되었다. 기업 거버넌스(corporate governance)의 투명성을 요구하는 미국의 Sarbanes-Oxley법 제정이 그 사례이다.

기업 거버넌스의 발달과 함께 거버넌스에 대한 이해와 적용이 확대되어 다양한 형태의 거버넌스가 거론되기 시작하였다. 다수준 거버넌스(multilevel governance)에 대한 논의가 그 하나인데[14], 이는 1993년 유럽연합의 성립으로 확고한 통합의 틀을 갖추게 된 유럽지역의 각 나라들이 연합 내의 변화된 국제관계를 고민하면서 초국가적(supranational)-국가적(national)-지역적(subnational) 구성의 다층적 의사결정체계를 지칭하는 개념으로 사용하게 되었다. 또한 협력적 거버넌스(collaborative governance)와 참여적 거버넌스(participatory governance)라는 표현이 등장하였는데, 수직적 통제를 수평적 자율적 통제로 전환하는데 필수적 요소인 협력과 참여를 거버넌스의 핵심내용으로 파악하는 개념이라 할 수 있다. 협력과 참여는 기업의 투명성을 추구하는 기업 거버넌스에서 조직구성 및 절차상 방법으로 설정될 수 있는데, 이를 특징으로 하는 별도의 거버넌스 개념을 거론하는 것은 거버넌스를 특정한 방식의 조직구조나 정책과정으로 보는 것이 된다. 이러한 시각은 거버넌스를 민간

부문뿐만 아니라 공공부문의 다양한 업무에까지 확대 적용할 수 있는 개념으로 변화시켰다고 할 수 있다.

공중보건 분야에서 거버넌스 개념은 이런 측면에서 적용된다 [15]. 실제 건강증진과 관련된 논의의 시작에서부터 협력과 참여는 핵심개념으로 인식되었는데, 오타와현장에서 건강증진의 활동방법으로 제시한 건강옹호(advocate), 중재(mediate) 및 지원(enable)의 세 가지 개념은 건강증진 활동가가 다 부문의 협력과 주민의 참여를 촉구할 때 수행하는 역할을 가리키고 있다[1]. 즉 공중보건 분야에서는 거버넌스의 내용이 이미 30여 년 전부터 착실히 발달되어 왔다고 볼 수 있다. 이는 다양한 분야와 연관된 공중보건문제를 해결하기 위해서는 부문 간 협력이 기본적 요건이 되기 때문이며, 또한 건강문제의 근본적 해결을 위해서는 당사자의 노력이 필수적이기 때문이다. 전통적 공중보건 분야가 다루던 건강결정요인이 생의학적 요인 중심이었다고 한다면 새로운 공중보건 분야의 대상은 생활양식, 물리적, 사회적 환경, 사회경제적 지위, 다양한 제도와 문화 등으로 넓게 확대되었으며[16], 이런 문제의 해결에 부문 간 협력과 지역사회 참여가 핵심적 요소로 자리매김하는 것은 당연한 일이라 하겠다.

건강도시 프로그램을 만들고 오랜 기간에 걸쳐 발전시켜 온 유럽 지역의 경우 건강도시 프로그램의 요건으로서 건강도시 거버넌스의 적절성을 보고 있다. 제6기 WHO 유럽 건강도시 네트워크에 가입하는 요건 중 거버넌스 관련 사항은 (1) 추진조직이 잘 준비되어 있을 것, (2) 정치적 지지를 확고히 받을 것, (3) 다분야에 걸쳐 파트너십을 적절히 구축할 것, (4) 네트워크 활동을 활발히 할 것 등이다[4]. 이러한 건강도시 거버넌스구조를 간략히 표현한다면 Fig. 1과 같다.

1. 추진조직

추진조직은 건강도시 프로그램 운영을 담당하는 주체이며 거버넌스의 핵심이다. 건강도시 담당자(코디네이터)는 오타와현장에서 밝힌 건강옹호, 중재 및 지원의 역할을 수행해야 하는 바, 그 역할을 배양할 필요가 있다. 기본적인 역량으로는 건강과 그 영향에 대한 지식, 원만한 대인관계, 논리적 설득력, 건강도시 비전제시능력 등을 들 수 있다. 추진조직은 담당자의 역량을 잘 발휘할 수 있는 조직적 위상이 부여되어야 하고, 도시 내에서 시장 및 시의회의 정치적 지지를 확보하는 것이 바람직하다.

2. 정치적 지지

정치적 지지는 좁게는 시장 및 시의회를 구성하는 정치인의 지지를 의미하며 넓게 보자면 시민의 지지까지 확대될 수 있다. 정치적 지지는 직접적으로 추진조직의 활동을 가능하게 하며 부문 간 협력을 촉진한다. 또한 지역사회 참여가 활발할수록 정치인의 동기 부여가 잘 될 수 있으므로, 결국 도시 내의 거버넌스를 구축하는 각 요소들은 상호의존적이라고 할 수 있다. 지방자치를 채택한 우리나라

Fig. 1. The structure of governance for Healthy Cities programs.

라의 경우 정치적 지지는 시장의 입기에 크게 영향을 받기 마련인데, 정치적 지지의 지속성을 위해서는 이러한 상호의존성이 강하게 유지되도록 여타 거버넌스 요소들을 잘 구축해야 한다.

3. 파트너십

부문 간 협력과 지역사회 참여는 추진조직이 거버넌스를 구성하고 사업을 기획, 집행할 때 고려해야 할 핵심적 내용이다. 추진조직은 사업의 특성을 고려하여 필요한 개인이나 단체와 파트너십을 구축하고 의사결정과 집행과정을 공동으로 수행한다. 파트너들은 각각이 사업 관련 이해당사자들이므로 이해가 충돌할 가능성은 언제나 존재하며 이를 중재하는 것은 담당자의 상시적인 업무가 된다.

4. 네트워크 활동

건강도시 네트워크는 도시간 교류를 기본적 형태로 하며 국가 네트워크와 국제 네트워크를 구분할 수 있다. 네트워크를 통하여 건강도시들은 정보를 교류하는 기초적 협력에서부터 건강도시 공동 전략 구상 및 집행에 이르기까지 다양한 활동을 수행할 수 있다. 국제-국가-지방의 다수준 거버넌스에서는 상대적 상위수준(국제/국가)에서 설정한 건강도시전략이 상대적 하위수준(국가/지방)에서 각각의 실정에 맞게 구체화되어 실행되며, 그 결과가 다시 상위수준에서의 의사결정과정에 피드백된다.

건강도시 거버넌스의 지향점

건강도시 거버넌스가 지향하는 것으로 우선 언급할 수 있는 것은 거버넌스의 일반적 특성이라 할 수 있는 자율성이다. Fig. 1과 같

이 건강도시 거버넌스는 구조상 리더십 부분과 파트너십 부분을 구분해볼 수는 있지만 이 구분이 절대적일 수는 없다. 왜냐하면 거버넌스 자체가 구성원의 평등한 권한을 바탕으로 협의를 통한 의사결정을 추구하기 때문이다. 민주주의적 관계를 추구하는 거버넌스 구조에서 의장은 문자 그대로 ‘동등한 사람 중 앞선 이(first among equals: primus inter pares)’로서 그 역할을 수행할 뿐이다. 구성원의 권리가 보장되고 협상과 중재에 기반한 의사결정을 하면서 거버넌스는 권리와 의무를 동시에 구성원들에게 부여한다. 그러므로 구성원은 스스로가 리더이면서 파트너가 되는데, 각자의 위치가 다르기 때문에 역할이 다를 뿐이다.

건강도시 거버넌스의 자율성 확보는 권리와 의무를 명확히 규정하는 것에서부터 시작된다. 권한이 없이 책임만 있거나, 책임만 있고 권한이 없다면 자율은 이루어질 수 없다. 거버넌스를 구성하는 이해당사자들이 거버넌스에 기여할 부분과 거버넌스에서 얻어갈 부분을 명확히 인지하는 것에서부터 협상이 시작된다.

거버넌스에서 결정된 규칙은 구성원 모두에 평등하게 적용되어야 하며, 이 규칙은 과거의 정부규제를 대신하여 모두가 준수해야 하는 행동기준으로서 법적 강제성이 없는 경우에도 거버넌스 내부의 규율로서 강제적 성격을 갖는다. 거버넌스는 직접민주주의적 성격이 강하기 때문에 구성원이 다양하고 많을수록 의사결정과 집행에 더욱더 어려움을 겪을 수 있는데, 사전에 규칙을 명확히 정하고 협상과정에서 인내를 발휘하는 것이 요구된다. 문제가 되는 사람에 대한 처우는 엄정해야 하며, 원칙을 잃은 결정은 거버넌스 자체를 파괴할 수 있다.

거버넌스에서 자율성은 투명성을 요구한다. 이는 외부에서 거버넌스를 관찰할 수 있어야 한다는 의미이다. 건강도시 거버넌스 역시 모든 활동을 외부에 투명하게 공개하여야 하며, 이러한 정보 공개는 결과적으로 거버넌스 구성원 각자가 자신이 속한 집단에서 대표성을 확보하는 길이 된다. 이해당사자의 대표자가 그 이익을 옹호하는 것은 당연하며 양보를 할 경우에도 해당 집단의 의사를 반영해야 할 것인데, 이 과정에는 정보공개가 전제되어야 한다는 의미이다.

건강도시 거버넌스가 지향하는 것으로 형평성 역시 고려되어야 한다. 개인의 건강을 결정하는 요인들은 사회경제적 요인, 문화적 요인, 환경적 요인, 유전적 요인, 교육 정도, 지역사회 네트워크, 개인의 생활습관, 의료서비스 등 다양하다[17,18]. 이러한 다양한 요인들이 개인의 건강에 미치는 영향은 인구집단마다 다르며, 특히 사회계층과 같이 사회적 요인에 의해 건강수준의 차이를 보이게 되는 경우 형평성의 문제가 있다고 할 수 있다. 결국 건강형평성이란 사회적 요인의 영향으로 인하여 그 사회의 인구구성원의 건강상태가 고르게 분포되지 않은 정도를 의미한다[19].

건강형평성이 주목을 받는 것은 우선 건강의 불평등이 사회적으로 정의롭지 못하다는 점에 그 이유가 있다. 이는 소득이나 재산의 차이로 인하여 치료받지 못하는 상황을 없애기 위하여 강제적으로

전국민의료보험을 도입한 것과 맥락을 같이 한다. 모든 사람들이 소득이나 직업, 교육수준 등에 관계없이 건강을 추구할 수 있도록 하는 것은 인권의 하나인 건강권을 사회적으로 보장하는 것이다. 또 다른 측면은 건강불평등의 심화에 따른 사회적 충격이 크기 때문이다. 건강불평등은 일반적인 사회불평등문제와 같이 계층 갈등을 심화시키고 사회의 응집력을 약화시킬 수 있으며, 범죄 등 다양한 문제가 늘어날 수 있어서 사회전체의 부담으로 작용하게 된다. 또한 경제적으로도 큰 문제를 일으킬 수 있는데, 인적 자원 확보에 부정적 영향을 미치고 소비를 위한 구매력을 약화시킬 수 있어서 지속적인 경제발전을 어렵게 한다.

건강형평성의 향상은 건강도시 프로그램에서만 추구할 목적이 되는 것이 아니며 모든 공공정책에서 고민해야 할 과제이다. 다만 건강도시 프로그램은 다른 사업들과 달리 거버넌스를 중심으로 수행되므로 거버넌스와 형평성의 관계에 보다 주의를 기울여야 한다. 기업 거버넌스에서는 이해당사자의 이익을 보호하는 것을 기본적인 목적으로 설정하는데, 이는 여타 형태의 거버넌스에서도 통용된다. 공중보건 분야의 거버넌스 역시 관련된 이해당사자의 이익을 우선적으로 고려해야 하며, 공중의 이익이라는 관점에서 이해충돌을 조정해야 한다. 규제나 거버넌스가 없이 통제 없는 시장이나 사회상황에서 약자의 권리가 축소되는 것은 충분히 이해할 수 있는 일이며, 이에 따라 거버넌스에서 이해관계를 조정하는 방향은 약자의 권리를 보다 강화하는 방향이 된다. 반대로 약자의 권리를 더 약화하는 방향으로 조정된다면 거버넌스의 존재 의미를 상실하게 된다. 결국 거버넌스의 성격상 권리중재의 방향이 형평성을 추구하는 방향이 된다는 것이다.

지방자치단체 수준에서 건강형평성 향상을 위하여 생각할 수 있는 사업들은 건강형평성 개념에 대한 이해를 확산시켜 다양한 부문의 정책에서 건강과 건강형평성을 고려하도록 하는 것, 취약집단의 건강수준 향상을 위한 사업 등 불평등의 직접적 해소를 도모하는 것, 그리고 이러한 노력의 결과를 측정하여 주민의 건강형평성 수준을 모니터링하는 것을 들 수 있다.

이러한 사업들은 그 범위가 매우 넓고 가시적 효과가 나타나기까지 오랜 시간이 걸리기 때문에 성과 중심적으로 사업을 펼치는 것은 곤란하다. 하지만 21세기 들어 건강불평등문제가 세계적인 관심사로 떠오르면서 건강형평성 추구의 정당성이 확보되었으며, 또한 거버넌스가 제대로 역할을 한다면 형평성을 강화하는 효과를 크게 기대할 수 있다는 점에서 앞으로의 전망이 어둡지만은 않다고 하겠다.

마지막으로 건강도시 거버넌스의 지향점으로 언급할 것은 통합성이다. 환경의 건강영향은 직접적인 것만이 아니라 간접적인 것이 많다. 즉 환경이 여타 환경에 영향을 미치거나 인간의 생활습관에 영향을 줌으로써 건강에 간접적으로 영향을 미치게 된다. 따라서 하나의 환경요인을 개선하여 건강을 향상시키려면 그 환경요인이

건강에 영향을 미치는 경로를 파악하여 환경과 건강 사이에 끼어 있는 중개요인이 환경의 변화에 따라 변화하고 이 변화가 건강에 긍정적으로 영향을 미치도록 해야 한다.

예를 들어 자전거도로 건설이라는 환경의 변화가 건강에 긍정적으로 작용하려면 자전거를 타도록 사람들의 생활습관이 변해야 하고, 자전거를 타을 때 위험이 없도록 여타 환경이 구비되어야 한다. 즉 자전거 도로의 설치, 자전거 타기 캠페인, 보행자와 자전거 탑승자의 안전, 매연 없는 도로환경 조성, 사고 시 구조 및 응급의료대책, 자전거 공동구매나 임차의 편의성 제고 등 다양한 사업이 하나의 프로그램으로 묶여져야 한다. 이처럼 건강도시 프로그램은 환경의 건강영향이 복잡하게 이루어지기 때문에 필연적으로 사업의 종합패키지의 형식을 띠게 되며, 이 패키지 안에는 기존사업들과 신규사업들이 적절한 역할을 나누어 맡게 된다.

건강도시 프로그램은 이러한 구성의 복잡성으로 인하여 계획의 입안과 집행과정에서 다른 분야의 이슈들과 필연적으로 관련을 맺게 된다. 대표적으로 지속 가능한 개발 이슈를 생각해 볼 수 있는데, 지방자치단체 수준에서 지속가능개발목표(sustainable development goals) 관련 업무가 건강도시와 별도로 수행되는 것은 상상하기 힘든 일이 된다. 거버넌스 측면에서도 건강도시와 지속가능개발은 이해당사자가 중복될 수밖에 없어서 완전히 분리된 거버넌스 체계를 운영하는 것은 바람직해 보이지 않는다. WHO 서태평양지역본부의 '회복력 있는 도시(resilient city)' 이슈 역시 마찬가지이다 [20]. 다양한 종류의 재해로부터 도시기능을 신속히 회복하려는 정책적 지향을 의미하는데, 이 역시 건강도시 이슈와 거버넌스 및 사업대상 측면에서 중복되는 점이 많다. 따라서 관련된 이슈 모두를 종합적으로 다루는 통합 거버넌스를 생각해 볼 수 있으며, 이를 통해서 보다 강화된 정치적 지지와 부문 간 협력, 그리고 지역사회 참여를 기대할 수 있을 것이다. 통합 거버넌스를 가능하게 하는 것은 각 이슈를 담당하는 부문 사이에 협력이 전제되어야 하며, 건강도시와 지속가능개발의 경우를 보자면 보건부문과 환경부문, 그리고 기획부문의 협력이 기본적으로 요구된다. 다양한 이슈에 대한 통합적 대처를 통하여 부문 간 횡적 업무연결이 활성화된다면 수직적 정부조직구조가 역동성을 확보하는 방향으로의 변화하는 것을 기대해 볼 수 있을 것이다.

결론

건강도시 거버넌스는 공중보건 분야에서 사회적, 환경적 건강결정요인을 다루기 위해 어떠한 형태의 조직을 구성하고 어떠한 방식으로 정책과정과 절차를 꾸려나갈 것인지에 대한 모범사례를 제시하고 있다. 이는 일반 정책분야 거버넌스와는 다른 과정을 거쳐 발달했지만 공중의 이익 보호를 목적으로 자율적이고 투명한 정책과정을 형성한다는 점에서 일맥상통하는 바가 있다. 건강도시 프로

그램의 핵심이 거버넌스라고 할 수 있으므로, 수평적 의사결정체계가 작동할 수 있도록 적절한 리더십과 파트너십을 구축하는 데 역량을 집중해야 한다. 거버넌스의 기본적 작동원리인 자율성은 건강도시 거버넌스에도 그대로 적용되므로 주민의 권한강화는 필수적 요구가 된다.

또한 거버넌스가 공중의 이익 보호를 목적으로 한다는 것은 실질적으로 사회적 약자의 이익을 우선적으로 보호한다는 말과 동일한 의미를 갖게 되는데, 이는 결국 정부의 지원이나 사회적 강자의 양보를 전제로 하게 된다. 따라서 오타와현장에서 건강증진 활동가의 임무로 제시하는 건강의 옹호, 자원의 지원, 이해 상충의 중재란 결국 사회적 약자의 이익을 보호하고 사회적 형평성을 향상시키는 활동을 가리키는 것이 된다.

여타 생활터 건강증진사업과는 다르게 건강도시 프로그램은 도시 전체를 대상으로 하기 때문에 제도적 요소를 중요하게 다루게 되며, 다양한 이해당사자를 포함하면서 동시에 다양한 이슈와 관련을 맺게 된다. 특히 지속 가능한 개발 이슈는 세계적으로 중요하게 부각되고 있으며 건강과도 밀접한 관계를 갖고 있으므로 건강도시 프로그램과의 연계를 모색하고 거버넌스 측면에서도 긴밀한 협조체계를 구축할 필요가 있다. 지방자치단체 차원에서는 유사한 범위의 이해당사자를 포괄하는 거버넌스를 이슈별로 분리하기보다는 통합하여 운영하는 것이 바람직한데, 이는 시간적으로도 효율적일 수 있지만 이슈 간 관련성을 고려하는 의사결정이 가능해진다는 점에서 더욱 중요하다.

자율성, 형평성 및 통합성은 건강도시 거버넌스가 근본적으로 지향하는 특성으로서 건강도시 프로그램의 준비 및 기획단계에서부터 지속적으로 유지해야 할 관점이다. 거버넌스가 건강도시 프로그램 성패의 관건인 만큼 거버넌스의 지향점을 명확히 인식하고 이를 실제 활동에 반영해 나가는 것을 건강도시의 최우선 과제로 삼아야 할 것이다.

REFERENCES

1. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa: First International Conference on Health Promotion; 1986.
2. World Health Organization. Adelaide Statement on Health in All Policies: moving towards a shared governance for health and well-being. Geneva: World Health Organization; 2010.
3. World Health Organization. The Helsinki Statement on Health in All Policies. Proceedings of the 8th Global Conference on Health Promotion; 2013 Jun 14; Helsinki, Finland. Geneva: World Health Organization; 2013.
4. World Health Organization. Phase VI (2014-2018) of the WHO European Healthy Cities Network: goals and requirements. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2013.
5. Korea Healthy Cities Partnership. Membership status [Internet]. Seoul: Korea Healthy Cities Partnership; 2017 [cited 2017 May 1]. Available from: http://www.khcp.kr/hb/main/sub02_02.

6. Bae SS. Theories and approaches to health promotion. Seoul: Gyechuk Munwhasa; 2012.
7. Hancock T, Duhl L. Promoting health in the urban context. Copenhagen: FADL Publishers; 1988.
8. World Health Organization. Zagreb Declaration for Healthy Cities: health and health equity in all local policies. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2009.
9. Brundtland GH; World Commission on Environment and Development. Report of the World Commission on Environment and Development: our common future. New York (NY): United Nations; 1987.
10. World Health Organization. Healthy urbanization: regional framework for scaling up and expanding healthy cities in the Western Pacific 2011-2015. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2011.
11. Levi-Faur D. From “big government” to “big governance”. In: Levi-Faur D, editor. The Oxford handbook of governance. Oxford: Oxford University Press; 2012. p. 3-18.
12. Kondo S. Press statement on regulatory reform in Korea. Seoul: Permanent Delegation of the Republic of Korea to the Organization for Economic Cooperation and Development; 2002.
13. Healy PM, Palepu KG. The fall of Enron. *J Econ Perspect* 2003;17:3-26.
14. Bache I. Multi-level governance in the European Union. In: Levi-Faur D, editor. The Oxford handbook of governance. Oxford: Oxford University Press; 2012. p. 628-41.
15. Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2012.
16. Jhang WG. Challenging every determinant of health: governance and the role of practitioners in the future of public health. *Perspect Public Health* 2011;131:200-1.
17. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Futures Studies; 1991.
18. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005;365:1099-104.
19. Ritsatakis A. Equity and social determinants of health at a city level. *Health Promot Int* 2009;24 Suppl 1:i81-i90.
20. World Health Organization. Regional framework for urban health in the Western Pacific 2016-2020: healthy and resilient cities. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2016.