



지역기반 건강증진정책의 관리운영체계 분석 및 정책제언: 서울시 건강도시사업(Healthy City Project)을 중심으로*

김순양
영남대학교

본 연구는 현재 많은 지방자치단체들이 지역주민 건강증진정책으로 시행하고 있는 건강도시사업의 관리운영체계의 현황과 문제점을 분석하며, 이를 토대로 사업의 성공적 추진을 위한 정책제언을 행하려는 것이다. 연구대상은 서울시의 건강도시사업이다. 서울시는 전국에서 가장 많은 수의 산하 자치구들이 건강도시사업에 참여하고 있을 뿐만 아니라, 광역단체인 서울시 자체로도 건강도시사업을 시행하고 있다. 따라서 서울시 사례는 대도시권역 건강도시사업의 실태를 이해하는 데는 물론, 지역기반의 건강증진정책을 시행하는 데서 광역단체의 역할을 분석하는데 좋은 연구대상이다.

본 연구는 서울시의 건강도시사업을 분석하기 위하여 법제체계, 행정체계, 재정체계, 프로그램체계, 모니터링 및 성과관리체계, 사회적 지원체계라는 여섯 가지 분석변수를 도입하였다. 이러한 분석변수들에 입각하여 분석을 행한 결과, 서울시의 건강도시사업은 현재 각 변수들 전반에서 많은 문제점이 있음을 발견하였다. 따라서 본 연구는 이러한 분석을 토대로 서울시의 건강도시사업을 활성화할 수 있는 정책적 처방책을 제시하였다. 본 연구의 결과는 서울시는 물론, 전국 각 자치단체들의 건강도시사업에도 유추하여 적용할 수 있을 것이다.

[주제어: 건강도시, 건강도시사업, 건강증진정책, 관리운영체계, 서울시]

* 이 논문은 2016년 대한민국 교육부와 한국연구재단의 지원을 받아 수행한 연구임(NRF- 2016 S1A5A2A03926834).

I. 서론

건강도시사업(Healthy City Project)은 세계보건기구(WHO)에서 주창한 지역 기반의 건강증진사업으로, 현재 세계전역에서 많은 도시들이 시행하고 있다. 동 사업은 지역사회라는 생활공간과 주민들의 건강증진을 연결하려는 시도로 주민들의 건강을 증진하기 위해서는 주민들의 개인적 건강이라는 미시적 관점에서 나아가 사회의 환경적 맥락 하에서 이들의 건강을 증진하기 위한 거시적 관점에 입각해 있다. 따라서 건강도시사업은 주민들의 건강을 증진하기 위해서는 주민 개인의 건강행동을 고양함은 물론, 주민들의 건강에 큰 영향을 미치는 다양한 환경적 요인에 주목해야 함을 강조한다. 건강도시사업은 1986년 WHO가 오타와헌장(Ottawa Charter for Health Promotion)을 채택하면서 본격화된 이후 세계적으로 관심이 확산되어, 현재 3천개 이상의 도시가 건강도시사업을 시행하고 있다. 우리나라는 1996년 처음 사업을 시작한 이래, 2019년 현재 93개 지방자치단체가 사업을 시행하고 있으며, 11개의 공공기관에서 연구에 관여하고 있다.

그러나 건강도시사업이 이처럼 활발하게 시행되고 있지만, 현재 우리나라의 건강도시사업은 문제점이 적지 않다. 의욕과는 달리 외양만 갖추는 정도에 그치는 곳들이 적지 않다. 지방정부 단위에서 대규모사업을 시행할 때는 지역의 환경적 특성, 행·재정 능력, 지역주민들의 욕구 등을 토대로 면밀하게 사업의 도입여부를 결정해야 하며, 무엇보다 적절한 관리운영체계를 구비하여 계획성 있게 추진해야 한다. 이러한 점에서 현재 건강도시사업은 사업의 범위, 목표, 내용, 실현가능성, 책임성, 효과성 등 여러 면에서 문제가 많다. 특히, 실천수단인 관리운영체계 면에서 많은 문제들이 있다.

이에 따라 본 연구는 현재 많은 지방자치단체들이 지역기반의 건강증진정책으로 시행하고 있는 건강도시사업을 관리운영체계에 초점을 두고 현황과 문제점을 분석하며, 이를 토대로 사업의 성공적 추진을 위한 정책제언을 행하려는 것이다. 관리운영체계란 이미 시행하고 있는 정책이나 사업을 운영·관리하는데 필요한 지원체계를 의미하는 것으로(김순양, 2016), 본 연구에서는 법적 토대, 조직, 인력, 재정, 평가 등 사업이나 프로그램의 관리와 관련한 일련의 체

계적 활동을 의미한다. 본 연구는 관리운영체계를 구성하는 각 부분들이 이미 시행되고 있는 건강도시사업을 어떻게 효율적으로 지원하고 있는지를 분석하려는 것이다. 본 연구의 분석대상은 서울시의 건강도시사업이다. 서울시는 거대 인구밀집지역으로 전국에서 가장 많은 수의 산하 자치구들이 건강도시사업에 참여하고 있으며(25개 자치구가 참여), 특히, 광역단체인 서울시가 기초단체인 자치구들과는 별개로 건강도시사업을 시행하고 있다는 점에서 특이점이 있다. 따라서 서울시 사례는 대도시권역 건강도시사업의 실태를 이해하는 데는 물론, 지역기반의 건강증진정책을 시행하는 데서 광역단체의 역할 및 산하 기초단체와의 관계를 분석하는데 좋은 연구대상이다.

본 연구의 구성은 우선은 건강도시의 의의와 내용을 설명하고, 건강도시사업의 관리운영체계를 분석하기 위한 분석변수를 선정한다. 다음에는 이러한 분석변수에 맞추어 서울시 건강도시사업의 실태와 문제점을 심층적으로 분석한다. 마지막으로, 분석결과를 토대로 건강도시사업 전반 및 광역단체 차원에서의 관리운영체계의 적실성 제고방안을 제언한다.

II. 건강도시사업의 의의 및 연구 틀의 설정

1. 건강도시사업의 의의

건강도시(healthy city)는 “도시의 물리적, 사회적, 환경적 여건을 개선하고 지역사회의 모든 구성원들이 서로 협력하여 주민들의 건강과 삶의 질을 향상하기 위하여 지속적으로 노력하는 도시이다.”(WHO Europe, 2013). 건강도시의 목적은 도시의 건강과 환경을 개선하여 주민들의 건강을 향상시키기 위함이며, 이는 지방정부와 지역사회의 창의성을 발휘하여 ‘모든 사람이 건강함(Health for All)’을 달성하려는 데 있다. 건강도시사업의 비전(vision)은 “다양성을 존중하면서 지속가능한 개발에 헌신하여 최고의 삶의 질과 공평한 건강분배를 위하여 모든 분야에서 건강을 보호하고 증진한다. 이를 통하여 모든 시민들이 조화롭게 살아가는 평화로운 도시와 공동체를 건설한다.”는 것이다(WHO Regional

Office for the Western Pacific, <건강도시연맹 현장>).

오타와현장에서는 건강도시가 되기 위한 다섯 가지 활동영역을 권장하고 있다. 첫째, 건강지향적인 공공정책을 수립한다. 둘째, 건강지향적 공공정책의 수립과 실행을 위한 지원환경을 조성한다. 셋째, 건강지향적 공공정책의 성공적 수행을 위해 지역단체들의 활발한 참여를 조장한다. 넷째, 개개인이 실천할 수 있는 건강생활 프로그램을 개발·보급한다. 다섯째, 모든 사람들의 보건의료 접근성을 향상시키기 위해 보건의료체계를 재정립한다(Veal, 2017).

그리고 WHO는 건강도시의 조건으로 깨끗하고 안전한 물리적 환경, 안정적이며 지속 가능한 생태계, 강한 상호지원 체계와 착취하지 않는 지역사회, 개개인의 삶과 건강에 영향을 미치는 문제에 대한 시민의 높은 참여와 통제, 모든 시민을 위한 기본적 욕구(음식, 물, 주거, 소득, 안전, 직장)의 충족, 시민들 간의 다양한 상호작용과 의사소통을 가능하게 하는 기회와 자원에 대한 접근성, 활기 넘치고 혁신적인 도시경제, 지역사회 내 모임들과 개인과의 연계 도모, 모든 시민에 대한 공중보건 및 치료서비스, 높은 수준의 건강과 낮은 수준의 질병발생 등을 들고 있다. 그리고 이상의 요건들이 서로 양립할 뿐만 아니라, 이들을 증진시키는 도시행태도 필요하다(de Leeuw et al., 2014).

또한 WHO는 건강도시사업을 다음과 같은 세 단계에 따라 체계적으로 이행할 것을 권장하고 있다. 첫째, 착수단계이다. 여기에는 지원그룹 확보, 개념 이해, 도시에 대한 이해, 재정확보, 조직구성, 계획수립, 정책결정자의 승인을 포함한다. 둘째, 조직화단계로 위원회 구성, 환경여건 분석, 사업계획 수립, 인력구성, 전략구축, 역량구축, 재정계획 수립의 세부 단계들을 포함한다. 셋째, 시행단계로 건강인식 증대, 프로젝트 지지 확보, 부문들 간의 상호협력, 지역사회 참여 조장, 혁신 장려, 건강한 공공정책 기반 마련 등이 포함된다(Takano, 2003).

건강도시사업의 주요 특성은 강력한 정치적 지원, 분야들 간의 협력, 적극적인 시민참여, 생활터전의 활동적 통합, 주기적 모니터링과 평가, 정보공유, 대중매체의 참여, 사회 내 모든 집단의 취합, 지속가능성, 인적자원과 사회개발의 연계, 국가와 국제적 네트워크 구축 등이다(Baum et al., 2006). 건강도시사업의 이러한 복합적 특성은 주민들의 건강에 영향을 미치는 요인들이 다양하고 복잡

적이라고 보기 때문이다. 이에 WHO Europe(2009)는 주민들의 건강에 영향을 미치는 요인으로 공공보건, 의료복지, 건강·안전·복지, 교육과 역량강화, 도시 구조, 고용과 산업, 환경, 지역사회 활동, 주거 및 위생 등의 영역을 설정하고 각 영역별로 다양한 세부내역을 제시하고 있다. 따라서 건강도시사업도 이러한 복합적인 건강영향요인에 대응하도록 목표와 사업체계가 구축되어야 한다.

그리고 건강도시를 구현하기 위해서는 건강증진정책만으로는 한계가 있으며, 관련 정책들과의 연계성, 행정지원체계의 확립, 지역주민들의 참여와 협력, 다양하고 전문적인 건강증진 프로그램의 개발과 보급, 혁신적인 지역보건의료 체계의 구축 등이 동시에 구비되어야 한다(김정민·고광욱, 2009). 따라서 건강도시사업은 통합성과 종합성, 환경적 맥락의 고려, 장기적 시계, 공사(公私)협력을 필요로 하는 복잡한 대규모사업으로 의욕만 가지고 선불리 시작할 수 있는 것은 아니다.

2. 관련 선행연구 고찰

우리나라는 1990년대 후반부터 건강도시사업을 시작하였기 때문에 이에 대한 관련 연구도 적지 않다. 비교적 최근의 선행연구들을 보면, 남은우 외(2007)는 건강도시사업을 내실화하기 위한 방안의 하나로 건강도시인증제를 도입하는 방안을 제안하였다. Jung et al.(2009)은 23개 지자체의 건강도시사업 담당자를 대상으로 설문조사를 실시하고 건강도시사업에 대한 정치적 지지, 협력, 주민참여, 기반구축, 능력형성 등의 현황을 조사하였다. 김정민·고광욱(2009)은 건강도시 사업을 추진하기 위한 개인, 조직, 환경차원의 역량을 평가하였다. 김영 외(2009)는 AHP기법을 이용하여 지역주민들의 건강결정요소가 무엇이고 건강도시사업에 대한 가중치가 어떠한지를 분석하였다. 강은정(2010)은 건강도시의 역사적·개념적 배경 및 국내 건강도시의 정책현황을 소개하고, 건강도시를 구현하기 위한 보건정책의 방향을 제시하였다. 강성홍·김원중(2010)은 건강도시사업을 연구하는 데서 BSC기법을 적용하여, 이를 통해 건강도시발전계획을 수립하는데 활용하고자 하였다. 이자원(2012)은 일본 고베시를 대상으로 한 사례연구를 통해서 우리나라에도 범용할 수 있는 건강도시모형을 개발하고자

하였다. 강신희 외(2013)는 영국의 Liverpool시와 우리나라의 원주시를 사례로 하여, 영국과 한국의 건강도시사업의 실태 및 평가방식을 비교 분석하였다. 김승희·김은숙(2015)은 강원도 내에서 건강도시사업을 시행하고 있는 자치단체를 선정하여 해당지역 지역주민들의 건강수준을 비교 분석하였다. 김은정(2016)은 주민들의 행복과 건강 등 삶의 질을 중시하는 사회환경적 여건 하에서 지역주민들의 건강상태를 증진하기 위한 방안의 일환으로, 도시재생사업과 건강도시사업을 연계할 수 있는 방안에 대해서 고찰하였다. 강은정·김은정·김건엽(2017)은 전국의 건강도시를 도시지역과 농촌지역, 건강도시사업 시행기간, 사업담당 기구의 위치라는 세 개의 특성별로 구분하고, 이에 따라 건강도시의 구조와 과정이 어떻게 상이한지를 비교하였다. 임혜수·이태동(2017)은 미국 뉴욕시와 서울시의 건강도시사업을 사례로, 거버넌스 구조를 이루는 민관협력 파트너십의 유형을 비교하여 공공부문, 민간부문, 제3부문이 자발적으로 참여하는 거버넌스 구조가 정책의 일관성에 긍정적인 영향을 미친다는 주장을 하였다. 김영현·정소윤·김용국(2017)은 설문조사를 통해 서울시의 건강도시사업 대상 주거단지를 중심으로 건강도시사업의 인지도 및 만족도에 대한 인식을 파악하고, 거주자의 건강을 증진시킬 수 있는 근린환경을 개선하기 위해 필요한 계획요소가 무엇인지를 분석하였다. 길혜민·박혁서(2018)는 지역별 건강도시 평가지표체계를 분석하고 경기도 도시환경의 건강친화도를 분석하여 지역여건과 주민특성에 부합하는 지역맞춤형 건강도시정책을 수립하기 위한 기초자료를 제공하고자 하였다. 이문재·윤기찬(2018)은 우리나라 건강도시사업을 도약기, 발전기, 성숙기라는 세 단계로 구분하고, 건강도시사업과 관련한 선행연구들의 연구경향을 사회연결망분석을 통해서 분석하였다. 분석의 대상은 각 단계별로 주요 이해당사자와 이슈를 대상으로 하였다. 김순양·고수정(2018)은 대구광역시 수성구의 건강도시사업을 사례로, 우리나라 기초자치단체 단위에서 행하고 있는 건강도시사업 관리체계의 적실성을 분석하였다. 분석결과, 조직, 인력, 예산 등 행정체계 전반에서 문제가 적지 않음을 지적하였다. 김정숙(2020)은 지역보건소 단위에서 시행하는 건강증진사업의 관리운영체계를 제도, 자원, 행위자라는 세 가지 구성요소를 통하여 분석하였다. 분석방법은 지역특성을 반영한 6개 지역을 사례로 면접조사를 행하였다.

이상에서 건강도시사업 관련 국내의 선행연구들을 고찰하였는데, 일반적인 현황소개는 물론, 지표개발, 국내·외 건강도시 사례분석, 성과분석 등 다양한 영역에서 연구가 행해졌음을 알 수 있다. 이러한 선행연구들이 우리나라의 많은 지자체들이 사행하고 있는 건강도시사업의 질적인 향상에 많은 기여를 하였음은 물론이다. 그럼에도 불구하고, 선행연구들의 대부분이 단순하게 건강도시사업의 현황을 조사하거나, 건강도시 지표를 개발하거나, 건강도시사업의 계량적 성과를 분석하는 데 치중하였다. 건강도시사업의 전반적인 행정체계나 전달 체계에 대한 행정적·정책적 관점의 연구는 매우 부족하였다. 이에 따라 건강도시사업의 관리체계 전반에 대한 종합적이고 입체적인 연구는 매우 희소하였다. 반면에 본 연구는 건강도시사업을 하나의 거대 정책 내지는 프로젝트로 보고, 이를 뒷받침하기 위한 행정적·정책적 측면에서의 관리시스템을 분석하려는 것이다. 이를 위해 사업시행의 주체인 지자체 단위에서의 건강도시사업의 실태, 문제점, 성과를 사업의 환경 및 토대 측면에서부터 실제 운영과정, 그리고 외부 행위자와의 관계까지 포괄하는 연구 틀에 입각하여 분석을 행한다. 이를 통하여 우리나라 건강도시사업의 성공적 시행을 위한 행정적·정책적 방안을 제언하고자 한다.

3. 분석변수의 선정

이 연구는 서울시의 건강도시사업을 사례로 하여, 우리나라 광역단체 단위에서의 건강도시사업의 관리운영체계를 분석하고, 이를 토대로 행정적·정책적 관점에서의 개선방안을 제시하려는 것이다. 전통적인 관점에서의 관리운영은 결정된 정책을 단순하게 집행하는 의미로 이해되었다. 따라서 결정된 정책을 집행하기 위하여 기수, 인력, 재원을 동원하고 조직화하는 내부 기술과정으로 파악하였다. 그러나 지금은 관리운영의 개념을 이렇게 단순하게 보아서는 곤란하다(Henry, 2015). 환경요인이라는 보다 넓은 맥락 하에서 이해해야 하며, 관리운영을 가능하게 하는 법과 제도 등 토대요인도 더불어 이해해야 한다. 특히, 건강도시사업처럼 장기간 시행하는 대형사업인 경우에는 이를 구성하는 세부 프로그램들의 구체적 내용도 규명해야 한다. 그리고 사업을 시행하는 과정에서

다양한 이해관계자들이 개입하기 때문에 이들에 대한 이해도 필요하다(Durant, 2017). 따라서 본 연구에서는 관리운영의 개념을 내부관리 차원에만 머무르지 않고 환경적, 제도적 요인은 물론, 외부 행위자들과의 상호관계도 포함하는 시스템 관점에서 이해한다. 즉, 건강도시사업의 실태와 문제점을 환경요인, 토대요인, 내부관리, 이해관계자 관리, 정책 등을 포함하는 통합적 관점에서의 관리운영체계를 분석하고, 이를 토대로 적절한 행정적·정책적 시사점을 제언하는 것이다.

그 동안 정책이나 사업을 평가하는 데 사용되는 변수로 Gilbert and Terrell(2013)이 복지정책을 분석하기 위하여 개발한 분석변수들을 많이 인용하였는데, 이는 할당(allocation), 급여(benefit), 전달체계(delivery system), 재정(finance)의 네 가지이다. 즉, 급여(혹은 서비스)의 수급자, 내용, 전달방식, 재원 조달방식을 주요 분석변수로 채택하여 정책이나 사업을 분석하는 것이다. 그러나 이들의 분석변수는 보건의료정책을 포함한 사회정책 전반에서 보편적으로 사용되고 있지만, 지나치게 기술적, 내부적 측면에 치중해 있어 건강도시사업과 같이 다양한 이해관계자들이 참여해야 하는 정책이나 사업을 분석하는 데는 한계가 있다. 특히, 성과관리와 민관협력과 관련한 내용을 분석하는데 필요한 변수를 포함하지 못하고 있다.

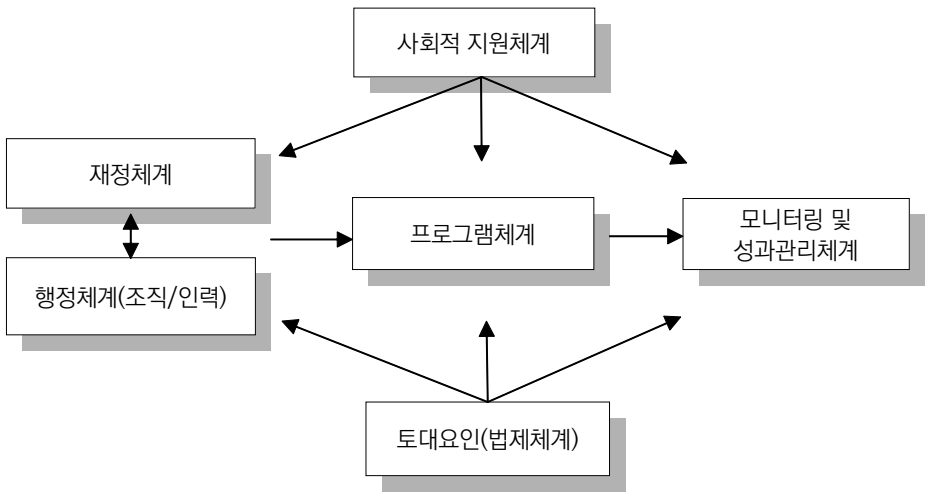
반면에 관리운영체계를 분석하고 있는 국내 연구들을 보면, 대체로 관리운영체계를 기구, 관리조직, 연계체계로 인식하거나, 단순하게 관리행위 전반을 포괄하는 것으로 보는 경우가 대부분이다. 따라서 운영체계 내지는 관리운영체계를 분석한다고 하지만, 특정한 분석변수가 없이 연구를 진행하는 경우가 많다. 관리운영체계라는 용어를 사용하면서 이를 분석하기 위한 변수를 도입하고 있는 연구들을 보면, 채균식·이응봉(2005)은 조직기구, 위원회의 역할과 임무, 법적·제도적 지원이라는 변수를 통해서 표준데이터 품질 관리운영체계를 분석하고 있다. 이삼수(2007)는 일본 도시재생사업의 관리운영체계와 관련하여 추진조직, 추진주체 간 역할분담, 활동내역, 재원조달이라는 변수를 중심으로 분석하였다. 윤현호(2011)는 지역축제 자원봉사활동 관리운영체계를 분석하기 위하여 모집, 교육, 활동 및 역할부여, 활동지원, 사후관리 등의 변수를 분석하고 있다. 리금(2012)은 중국농산물 도매시장의 관리운영체계를 관리운영주체, 정

보제공, 인센티브, 재정지원, 관리·감독 등의 변수를 중심으로 분석하였다. 최희진(2014)은 제도적 요인으로서의 상급기관의 감독·평가활동, 조직관계요인으로서의 경쟁강도, 공식협의체 운영, 수행기관 지원활동을 분석변수로 복지서비스 위탁공급의 관리운영체계를 분석하였다. 박미영(2017)은 업무과정, 재정, 평가장치, 지도관리체계 등을 평가인증사업 관리운영체계를 분석하기 위한 변수로 사용하였다. 김정숙(2020)은 지역보건소에서 시행하는 건강증진사업의 관리체계를 분석하기 위한 변수로 제도설계(조직설계, 인력관리, 사업수행), 자원, 행위자의 세 가지 구성요소를 설정하고 있다. 이처럼 국내 연구는 다양한 영역에서 관리운영체계에 대한 분석을 행하고 있으며, 소수이지만 이를 분석하기 위한 변수들도 도입하고 있다. 그러나 대부분의 분석변수들이 내부운영 측면을 중심으로 설정이 되어 있어 환경적 요인이나 이해관계자 내지는 주민들과의 관계를 포함하는 통합적인 분석변수를 수립하지는 못하고 있다.

이에 본 연구는 Gilbert and Terrell(2013)의 분석변수 및 상기한 국내 연구들에서 사용한 분석변수들을 일부 차용하되, 동물복지 관리운영체계를 분석한 김순양(2016) 및 보다 밀접하게 대구광역시의 건강도시사업을 분석한 김순양·고수정(2018)이 도입한 변수들인 의사결정, 전달체계, 재정, 프로그램, 모니터링 등을 토대로 건강도시사업의 관리운영체계를 통합적 관점에서 점검할 수 있는 분석변수들을 선정하였다. 여기에는 토대적 측면에서의 법제체계, 내부 관리운영 측면에서의 행정체계(조직, 인력), 재정체계, 프로그램체계, 모니터링 및 성과관리체계, 그리고 외부 이해관계자와의 관계 측면에서의 사회적 지원체계라는 여섯 가지 분석변수들이 해당한다. 이러한 관점은 기존의 인력, 조직, 재정이라는 전통적인 내부관리 요인들 외에도 토대요인에 해당하는 법제 측면을 포함할 수 있어 보다 종합적이며, 그리고 사회서비스의 특성 상 중요시해야 할 프로그램 내역까지 포함할 수 있다. 뿐만 아니라, 모니터링 및 성과관리 요인을 추가함으로써 평가부분도 포함할 수 있다. 건강도시사업과 같은 장기사업은 단순하게 인력, 조직, 재원을 투입하는 것만이 중요한 것이 아니라, 적절한 평가체계를 갖추어야 사업의 효율성과 합목적성을 기할 수 있다(Weimer and Vining, 2017). 마지막으로, 사회적 지원체계는 오늘날처럼 주요 정책이나 사업을 거버넌스 관점에서 시행하는 데서 필요한 분석변수이다. 특히, 건강도시사

업처럼 지역기반의 정책이나 사업을 시행하는 데서는 정책대상자의 참여와 협력뿐만 아니라, 주민단체 등 민간행위자들과의 협력, 정보공유, 의사소통이 중요하다(Chhotray and Stoker, 2008). 따라서 본 연구는 토대, 내부관리, 외부환경을 입체적으로 연결할 수 있는 통합적 분석변수들을 통하여 서울시 건강도시사업의 현황과 문제점을 분석하고, 이를 토대로 사업의 성공적 추진을 위한 적절한 정책적 제언을 행하고자 한다. <그림 1>은 본 연구의 연구 틀을 도식화한 것이며, <표 1>은 이러한 연구 틀에 입각한 분석변수별 구체적 분석내용을 나타내는 것이다.

<그림 1> 본 연구의 연구 틀



<표 1> 본 연구에서 사용할 분석변수와 분석내용

분석변수	분석내용
법제체계	-건강도시사업 관련 법제의 구비여부 -관련 법제 내용의 구체성 및 실현가능성
행정체계(조직, 인력)	-건강도시사업 조직기구 구성의 적절성 -건강도시사업 조직기구의 연계성 확보 여부 -인력 확보 및 인력의 전문성 정도
재정체계	-건강도시사업 예산의 충분성 -건강도시사업 예산배분의 적절성

프로그램체계	-건강도시사업 프로그램 내용의 적실성 및 실현가능성 -프로그램 실행수단의 적절성
모니터링/성과관리체계	-모니터링의 적실성(모니터링 기관, 방식, 대상 등) -성과평가의 적실성(평가 기관, 주기, 기준, 인센티브 등)
사회적 지원체계	-관련 민간부문으로부터의 지원과 협력 -관련 민간부문과의 의사소통

III. 서울시 건강도시사업 관리운영체계의 현황 및 문제점 분석

1. 서울시 건강도시사업 현황

우리나라 건강도시사업은 1996년 경기도 과천시시의 시범사업을 통해 처음 도입되었다. 2006년에는 지자체들 간에 정보 및 정책 공유를 통하여 시민들의 건강증진과 건강형평성 증진을 위한 목적으로 건강도시협의회가 발족하였다(김순양·고수정, 2018). 2020년 현재 건강도시협의회의 정회원은 전국 98개의 지자체(광역 및 기초)이며, 11개의 공공기관 및 대학교가 준회원으로 가입하고 있다. 서울시는 광역단체인 서울특별시를 포함하여 25개 자치구가 건강도시사업을 시행하고 있으며, 따라서 전국 최대 규모인 모두 26개의 건강도시협의회 정회원이 있다.

서울시는 건강도시사업을 시행하면서 건강안전도시라는 명칭을 사용하지만, 이는 건강도시와 같은 개념이다. 인구의 도시집중화가 가속화됨에 따라 2025년에는 세계인구의 60.1%(선진국 77.8%, 개도국 56.5%)가 도시지역에 거주할 것으로 예측되며, 이로 인해 도시민의 건강문제가 심각해지면서 대책 마련이 시급한 실정이다(Holloway and Galvin, 2016). 특히, 서울시는 천만 인구의 거대도시로 시민건강을 저해하는 요인들을 관리하는 것이 절실하다. 서울시 건강도시사업의 목표는 단순한 건강검진이나 질병치료 중심의 건강증진정책을 벗어나 도시환경과 개인의 생활양식을 개선하는 것까지를 포함한다. 이를 위해 지자체, 시민, 지역사회가 파트너십을 구축하여 건강문제에 체계적으로 접근하며, 모든 시민들이 참여하는 환경을 조성하고자 한다. 또한 취약계층에

게 특화된 건강증진 프로그램을 마련한다(문은숙·서명희, 2015).

서울시의 건강도시사업 추진경과를 보면, 2003년 9월 처음으로 추진계획을 발표한 이래, 2003년 10월 WHO 서태평양지역 건강도시협의회에 참석하였으며, 11월에는 제1차 건강도시자문회의를 개최하였다. 따라서 2003년은 건강도시사업을 추진하기 위한 준비 기간이었다. 2004년 중에는 WHO 고베 건강개발센터와 연구협력을 체결하였으며, 건강도시 전문요원을 채용하였다. 그리고 WHO 건강도시연맹에 서울시 건강프로파일을 제출하였다. 또한 건강엑스포를 개최하고, 서태평양지역 건강도시연맹에 회원으로 가입하는 등 본격적인 활동을 하였다(남은우, 2007). 2005년에는 건강도시추진반을 신설하고 자치구 시범사업을 시작하였다. 그리고 ‘서울시 건강도시위원회 설치 및 운영에 관한 조례’를 제정하였다. 그리고 대한민국건강도시협의회에도 회원으로 가입하였다. 2007년에는 건강도시 지표관리체계를 수립하였으며, 2008년에는 여성가족정책관 신하에 건강증진담당관을 신설하였다. 2009년에는 자치구 순회 워크숍을 개최하고 건강도시 사례집을 발간하였다. 2010년 4월부터는 자치구 건강도시 지원사업을 22개구를 대상으로 확대하였다. 이후 2015년 3월부터는 ‘소(小)생활권 건강생태계 기반조성 지원사업’을 시범 실시하였다(문은숙·서명희, 2015). 이상에서 보면, 활동내역 면에서 사업시행 초기에는 비교적 의욕적이었으나, 시간이 지날수록 소강상태에 있음을 알 수 있다.

현재 서울시의 건강도시사업의 주요 활동내역을 요약하면, 첫째는 건강도시사업 추진을 위한 역량강화 차원에서의 국내외 네트워크 구축을 들 수 있다. 여기에는 WHO 및 국내 건강도시연맹 활동, 건강도시위원회 운영, 시민참여활동 강화, 국제심포지엄 개최 등이 포함된다. 둘째는 건강도시지표 수립 활동으로 국제적 연구협력, 건강도시지표 개발, 세계 건강도시과의 건강자료 공유 등이 포함된다. 셋째는 홍보활동으로 건강도시 홈페이지 구축, 건강도시사례집 발간, 언론홍보, 홍보책자·포스터·엠블럼 배포 등이 포함된다. 따라서 서울시 차원에서 실제로 프로그램을 운영하거나 자치구들과 공동으로 사업을 시행하는 등 실질적 활동은 미흡하다고 볼 수 있다.

서울시 건강도시사업의 실태와 성과를 개괄해 보면, 여러 면에서 매우 부실한 상태이며, 어떤 면에서는 관심과 시행의지가 있는지 의문이 들 정도이다. 구

체적으로 지적하면, 우선 건강도시사업을 안정적으로 뒷받침할 수 있는 법제적 기초가 매우 취약하다. 장기사업의 경우는 대부분의 자치단체들이 조례나 시행규칙의 형태로 법제적 토대를 먼저 갖춘다. 그러나 서울시의 건강도시사업은 관련 조례 등 법제적 기초가 부재하다. 무엇보다도 대규모 장기사업을 시행하기 위해서는 사업의 중장기 목표, 연간계획, 재정계획 등이 체계적으로 되어야 하지만, 서울시의 건강도시사업은 목표체계와 이에 입각한 계획수립이 부실하다. 건강도시사업의 범위와 관련해서도 건강에 직·간접적인 영향요인들을 망라하고 있어 사업의 구체성과 실천가능성이 낮다. 지리적, 물리적 환경요인들 중에 사람의 건강에 영향을 미치지 않는 것이 없는데, 이러한 모든 요인들을 포함하는 사업범위를 설정하는 것은 비현실적인 것이다. 무엇보다도 정책이나 사업을 시행하기 위해서는 조직기구, 인력, 예산 등이 뒷받침되어야 하는데, 현재 서울시의 건강도시사업은 기구나 인력이 미비하고 예산규모도 미미하며, 그것도 행정관리비 중심으로 배정되어 있다. 그리고 지도감독, 성과평가, 컨트롤 타워, 연계, 자치구 통솔 등과 관련한 관리체계도 제대로 갖추어져 있지 못하다. 뿐만 아니라, 서울시는 2003년 이후 현재까지 사업의 명맥은 유지하고 있지만, 그 동안 서울시가 고안한 세부사업은 ‘건강한 생활터 만들기 사업’, ‘소(小)생활권 건강생태계 기반조성 지원사업’ 등 소수에 불과하며, 이마저도 서울시의 자체사업이 아니라, 자치구 시범사업으로 장려하는 정도이다. 따라서 제반사항들로 판단해 볼 때, 서울시의 건강도시사업은 성과가 부실하며, 시간이 경과하고 자치단체장이 몇 차례 바뀌면서 사업시행 의지도 많이 퇴색했다고 볼 수 있다. 그럼에도 건강도시사업은 여전히 전국의 많은 자치단체들은 물론, 세계 주요도시들이 시행하고 있는 것을 보면, 제대로 운영하면 주민들의 건강증진에 유용한 사업이다. 서울시 역시 여전히 사업 자체는 시행하고 있다는 점에서 지금과 같은 소극적인 자세에서 벗어나 보다 적극적인 관리운영이 필요하다.

2. 서울시 건강도시사업 관리운영체계의 분석

1) 법제체계

건강도시사업과 관련한 법제체계를 보면, 현재 중앙정부에서 관장하는 법령 측면에서 건강도시사업의 수행과 관련한 별도 법령은 없다. 서울시는 국민건강증진법 제6조 “국가 및 지방자치단체는 건강친화 환경을 조성하고 국민이 건강생활을 실천할 수 있도록 지원하여야 한다.”는 조항에 의거하여 건강도시사업을 시행하고 있지만, 의무사업은 아니다. 국민건강증진법 상의 건강증진사업에는 보건교육, 질병예방, 영양개선, 신체활동장려, 건강생활 실천 등이 포함된다. 동법에 따라 보건복지부는 국민건강증진종합계획을 매 5년마다 수립하며, 이를 기초로 자치단체는 실행계획을 매년 수립해야 한다. 현재 서울시는 국민건강증진법에 의거하여 시민건강관리 기본조례, 노인건강증진 및 지원에 관한 조례, 서울시민의 건강증진을 위한 신체활동 활성화 조례 등을 제정하고 있지만, 이러한 자치법규들이 건강도시사업의 시행을 특정 하는 것은 아니다.

지역보건법은 지역보건의료기관의 설치와 운영, 기능 수행을 위해 제정되었다. 동법에 의하여 국가와 지자체는 매년 지역사회 건강실태조사를 실시해야 한다. 자치단체는 지역보건의료계획을 매 4년마다, 연차별시행계획을 매년 수립해야 한다. ‘공공보건의료에 관한 법률’은 공공보건의료의 기본사항을 정하기 위하여 제정된 것으로, 건강도시사업의 상당부분이 공공보건의료체계를 통하여 시행됨을 고려하면, 동 사업에 영향을 미칠 수 있는 법률이다. 보건복지부는 공공보건의료 기본계획을 5년마다, 주요시책 추진계획을 매년 수립해야 한다. 자치단체는 매년 공공보건의료 시행계획을 수립해야 한다. 보건의료기본법은 보건의료에 관한 국민의 권리·의무와 국가 및 자치단체의 책임을 정하기 위한 것인데, 보건복지부장관은 보건의료발전계획을 5년마다 수립해야 한다.

이러한 중앙정부 차원의 법률에 의거하여 서울시는 다양한 관련 조례를 제정하고 있는데, 건강도시사업과 가장 관련이 있는 조례로는 시민건강에 관한 시민의 권리·의무와 서울시의 책임을 정하고 있는 ‘서울특별시 시민건강관리 기본조례’이다. 동 조례에 의거하여 서울시는 시민의 건강요구 파악, 필요시책 수

립 및 재정확보, 관련 자원의 개발을 위해 노력해야 한다. 자치구와의 관계에서는 자치구의 건강관리실태를 파악하고, 자치구의 건강증진과 자치구들 간의 건강격차 해소를 위해 노력해야 한다. 그리고 시민건강관리 종합계획을 4년마다, 시민건강 주요시책 추진방안을 매년 수립해야 한다. 그리고 시민의 건강증진 및 공공보건의료에 관한 사항을 심의/자문하기 위하여 시민건강위원회를 설치해야 한다. 특히, 국민건강증진법 제6조에 관한 사항은 서울시의 건강도시사업이 동 조항에 의하여 시행되고 있음을 상기하면, 시민건강위원회는 건강도시사업과 직접 관련되는 기구라고 볼 수 있다. 동 위원회는 30명 이내로 구성하며, 행정1부시장과 민간위원 1명이 공동위원장이 된다. 시민건강국장은 당연직위원이며, 나머지는 시의회 추천자, 보건 및 건강관련 전문가 외에도, 시민들 중에서 공개모집 하는 위원들도 다수 포함한다.

‘건강돌봄서비스 운영 및 지원에 관한 조례’ 역시 건강도시사업을 언급하고 있지는 않지만, 관련이 될 수밖에 없다. 건강돌봄서비스란 건강고위험군 시민이 지역사회에서 건강하게 생활할 수 있도록 지역사회와 협력하여 제공하는 일련의 활동을 말한다(제2조). 건강돌봄서비스는 건강고위험군에 대한 건강평가 및 개입, 보건·의료·복지서비스 연계, 맞춤형 건강관리교육 등을 포함한다. ‘서울시민의 건강증진을 위한 신체활동 활성화 조례’는 건강에 대한 가치와 사회적 책임의식을 함양하도록 건강에 관한 지식을 건강생활을 실천할 수 있는 여건을 조성하기 위해 제정하였다(제1조). 서울시는 신체활동 활성화 종합계획 수립, 지역사회전문가 교육, 신체활동 취약계층에 대한 지원 등을 해야 한다. ‘노인건강증진 및 지원에 관한 조례’는 건강도시사업 대상자의 상당부분이 노인계층임을 감안할 때, 동 사업과 관련이 있을 수 있다. 서울시는 자치구와 협력하여 노인건강증진사업을 개발하고 적용하도록 지원할 수 있다. 그리고 노인 건강 증진에 필요한 공공인프라 확충과 지원체계를 갖추어야 한다. 노인 건강증진사업은 노인건강행태 및 건강위험요인 평가, 노인맞춤형 건강증진서비스 제공, 신체적·심리적 지원, 만성질환 관리, 노인 보건교육 및 건강상담 등을 포함한다. 이외에도 ‘시민영양 기본조례’, ‘건강한 음주문화 조성에 관한 조례’, ‘금연환경 조성 및 간접흡연 피해방지조례’, ‘정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 조례’ 등도 현재 범위가 포괄적인 건강도시사업의 시행과

관련이 있다. 이들 중에서 시민영양 기본조례는 시민의 영양기본권 보장을 위해 체계적으로 영양정책을 수립·시행하기 위하여 제정되었다(제1조). 동 조례에 따라 서울시는 5년마다 영양정책 기본계획을, 매년 영양정책 이행계획을 수립해야 한다. ‘건강한 음주문화 조성에 관한 조례’에 의거하여 도시공원과 어린이놀이터를 음주청정지역으로 지정할 수 있다.

이상에서 보듯이, 서울시는 시민건강 증진과 관련한 다양한 조례나 규칙을 제정하고 있다. 그러나 현재 산하의 25개 자치구 모두 건강도시사업을 시행하고 있고, 이 중에서 19개 자치구에서 ‘건강도시 기본조례’를 자치법규로 제정하고 있지만, 서울시는 별도의 건강도시 기본조례가 없다.¹⁾ 따라서 법제적 뒷받침이 취약하다. 건강도시사업과 관련성이 가장 높은 ‘시민건강관리 기본조례’가 있지만, 동 조례는 시민건강관리 종합계획 수립과 시민건강위원회, 환자권리옴부즈만 등 몇몇 행정기구의 설치와 관련한 내용들로 구성되어 있으며, 건강도시사업과 직접적으로 관련되는 내용은 없다. 조례의 내용도 총 33개의 조항들 중에서, 시민건강위원회 설치·운영이 14개 조항, 환자권리옴부즈만 구성·운영이 5개 조항을 차지하고 있으며, 구체적 사업수행과 관련한 내용은 부실하다. 건강도시사업을 설계하고 지원할 수 있는 실천방안들도 포함되어 있지 않다. 또한 건강증진에 필요한 금연, 절주, 운동 등의 건강행동과 관련해서는 다양한 조례들에 분산되어 있어 건강증진사업을 체계적으로 관리하고, 필요한 정책이나 프로그램을 시행하는데 애로사항이 있다. 앞으로 서울시는 건강도시사업과 관련한 별도의 기본 조례를 만들든지, 아니면 현재의 ‘시민건강관리 기본조례’에 건강도시사업과 관련한 별도의 장을 추가해야 한다. 그리고 여기에는 추상적, 선언적, 임의적 조항들만 삼입해서는 안 되며, 종합계획 및 연차계획 수립, 관련 조직 구비, 예산지원 방안, 성과평가 방안 등을 구체적으로 포함해야 한다. 그리고 건강도시사업의 범위나 사업시행기간 등에 대한 조항도 필요하다.

1) 서울시는 건강도시사업 추진과 관련하여 2005년 6월 ‘서울특별시 건강도시위원회 설치 및 운영에 관한 조례’를 제정하였으나, 동 위원회의 운영실적 저조 및 역할 미흡을 이유로, 2011년 11월 동 조례를 폐지하였다. 따라서 건강도시사업의 법제적 기반이 사라지게 되었다(문은숙·서명희, 2015).

2) 행정체계

대규모사업을 지속적으로 추진하기 위해서는 적절한 행정조직을 구비하고, 여기에 전문성이 있는 인력을 배치해야 한다. 특히, 사업규모가 큰 경우에는 전임인력을 배치해야 책임성을 가지고 업무를 수행할 수 있다. 그리고 사업추진에 필요한 업무협력, 정책조정 등을 할 수 있는 정도의 비중 있는 직원이 담당하는 것이 바람직하다. 그리고 조직의 장이나 고위 관리자급에서 지속적으로 관심을 가져야 한다(Shafritz et al., 2015). 현재 서울시의 조직편제에 따르면 (<https://org.seoul.go.kr/org/>), 건강도시사업은 제1부시장 산하 시민건강국-건강증진과-건강정책팀에서 담당하는데,²⁾ 담당자는 주무관 한 명이지만 그나마도 청소년 흡연예방, 지역사회 건강조사, 금연정보시스템 관리 등을 겸무하고 있다. 분장하고 있는 건강도시사무도 건강도시 기반구축 및 프로그램 개발, 건강도시 국내외 자료수집 분석 및 교류가 전부이다. 건강도시사업을 주무하고 있는 건강정책팀의 주된 업무는 금연관련 업무라고 볼 수 있다. 따라서 서울시는 건강도시사업을 관장할만한 조직과 인력이 제대로 구비되어 있지 못하다. 그리고 건강증진과의 건강생활팀은 주 업무가 비만예방이며, 이 외에도 건강영양조사, 지역사회 건강조사, 음주문화 조성 등을 담당한다. 이러한 업무들은 대부분 건강도시사업과 관련이 있지만, 건강도시사업이라는 이름하에 체계적으로 업무를 하는 것은 아니다. 더구나 서로 다른 조직인 건강정책팀과 어느 정도 업무협력이 원활한지는 미지수이다. 건강증진과 건강환경지원팀에는 주무관 한 명이 장애인 건강권, 건강생태계 관련 업무를 담당하고 있다. 그리고 보건의료정책과 공공보건팀은 자치구 보건소 관리, 건강돌봄사업 자치구 지원, 시민건강관리센터 운영 등을 담당하는데, 이러한 업무들은 대부분 건강도시사업 수행에 중요한 것들이다. 그러나 건강도시사업 자체와 관련한 단위사업은 없다. 따라서 서울시는 건강도시사업과 관련한 전담인력은 없으며, 주 업무에 더해 일부 사업을 담당하는 정도이다. 따라서 건강도시사업 자체 행정체계는 취약하다.

2) 시민건강국은 보건의료정책과, 건강증진과, 질병관리과, 동물보호과의 네 개과로 구성되어 있다. 건강증진과가 건강도시사업의 주무 부서이지만, 동물보호과를 제외한 세 개의 업무가 모두 건강도시사업의 수행에 관련이 있다. 그러나 이들 과가 모두 건강도시사업에 관심을 가지고 있는 것은 아니다.

무엇보다 서울시는 광역단체로서 지역주민을 직접 상대하여 사업을 시행하는 데는 한계가 있다. 즉, 건강도시사업의 대상이자 주체인 지역주민들에게 밀착하여 서비스를 전달하는 곳은 자치구이기 때문에 서울시의 역할은 모호할 수밖에 없다. 광역단체는 대체로 직접적인 사업시행보다는 주요 의사결정, 종합 계획 수립, 재정지원, 공통프로그램 개발, 기초단체들 간 갈등조정, 성과평가 등의 역할이 기대되는데(Bel et al., 2007), 전형적인 주민밀착사업인 건강도시 사업을 서울시가 별도의 시행주체가 되어 행하는 데는 한계가 있다. 즉, 서울시도 건강도시연맹에 가입한 독자적 사업주체이지만, 자치구들이 각기 연맹에 가입하고 사업을 시행하는 현실에서 광역단체인 서울시의 위상은 모호할 수밖에 없다. 지방자치제 하에서 광역단체가 기초단체를 통제하는 데는 한계가 있으며, 특히 광역단체장과 기초단체장의 출신정당이 다르거나 자치구의 재정자립도가 높으면 통제수단이 더욱 제한적이다(Wilson and Game, 2011). 그리고 자치구는 건강도시사업을 주로 보건소 건강증진센터를 중심으로 시행하고 있는데, 서울시가 자치구의 보건소에 영향을 미치는 데는 한계가 있다. 무엇보다 개입을 하려면 모니터링 인력이 필요한데, 현재 서울시는 이러한 인력체계가 미흡하다.

이처럼 서울시가 자체 역할이 부족하면 다른 역할을 찾아야 하는데, 여기에는 자치구들 간의 갈등을 조정하거나, 자치구 단위에서 할 수 없는 일을 하거나, 자치구사업 재정을 지원하거나 하는 등이다. 이러한 역할들 중에서 우선 건강도시사업은 광역적 사무처리가 별로 필요가 없기 때문에 자치구들 간에 갈등이 발생할 개연성이 적다. 따라서 서울시의 역할을 찾기가 어렵다. 있더라도 현재로서는 이러한 역할을 할 수 있는 기구와 인력을 갖추지 못하고 있다. 국제기구나 외국의 건강도시 등과의 연계 역시 각 자치구들이 수행하고 있다. WHO는 실제 사업시행과 관련해서는 역할이 없고 자치구들이 도움을 받을 일도 별로 없기 때문에 연계가 중요하지 않다(남은우, 2009). 외국 건강도시들과의 협력 역시 각 자치구들이 자매도시를 체결하여 자체적으로 협력하고 있다. 현재 각 자치구들이 국제교류 기구나 인력을 갖추고 있어 서울시에 도움을 요청할 업무도 별로 없다.

따라서 현재 서울시가 건강도시사업과 관련하여 자치구 업무에 개입하는 것

은 시-자치구 공동협력사업을 발굴하여 시행하고 약간의 인센티브를 제공하거나, 몇몇 프로그램을 개발하여 자치구에 보급하고 이에 따라 약간의 재정을 지원하는 정도이다. 그리고 이러한 일은 서울시 행정기구를 통해서 하기보다는, 대부분 출연기관인 공공보건의료재단을 통해서 하고 있다. 구체적으로, 서울시는 ‘공공보건의료에 관한 법률’ 제22조에 의거하여 공공보건의료지원단을 설치하기 위하여 ‘공공보건의료지원단의 설치 및 운영에 관한 조례’를 제정하고 있으나, 동 지원단을 별도로 설치하지 않고 동 조례 제4조에 의거하여 출연기관인 서울시 공공보건의료재단에 업무를 위탁하고 있다.

서울시 공공보건의료재단은 2017년 7월 공공보건의료정책 수립과 지원, 공공보건의료기관 운영지원, 공공보건 의료체계 플랫폼 구축 등을 위해 출연기관으로 설립되었다. 재정은 서울시 출연금으로 충당되는데, 2020년의 경우 서울시는 3,909,612천원을 출연하였다(2020년도 서울시 공공보건의료재단운영 내부자료). 동 재단의 주요 업무는 건강 빅데이터 플랫폼 구축, 보건의료정책 분석·평가, 건강 및 보건의료 격차분석, 건강정책 중장기계획 수립 지원, 보건의료요구 조사 등이다. 현재 동 재단의 조직들 중에서 건강도시사업과 관련이 있는 곳은 보건의료정책부와 지역보건사업부인데, 보건의료정책부는 사회격차, 건강격차 분석을 주 업무로 하면서, 자치구 공동협력사업에 대한 평가업무를 담당함으로써 건강도시사업에 관여하고 있다. 지역보건사업부는 건강돌봄서비스, 시민건강관리센터 및 보건지소 기술지원, 지역자원연계 등을 수행함으로써 건강도시사업 관련 역할을 할 수 있다. 따라서 시-자치구 공동협력사업 등 서울시가 건강도시사업과 관련하여 자치구와 협력하거나 지원할 수 있는 것들은 상당부분이 동 재단을 통해 수행되고 있다. 그러나 현실적으로 서울시 공무원도 아닌 출연기관이 자치구 업무에 영향력을 행사하기는 어려울 것이다.

그리고 자치구의 건강도시사업은 보건소의 시민건강관리센터가 중요한 역할을 담당하고 있는데, 이에 대해 서울시는 시민건강국 보건의료정책과 공공보건팀에서 25개 자치구 보건소의 시민건강관리센터에 대한 모니터링 업무를 직원 한 명이 인력교육, 서비스이용자 만족도조사 업무 등과 겸무하고 있다. 결국, 건강도시사업의 직접 담당자는 건강증진과 건강정책팀의 주무관 한 명이지만, 그 역시 전임이 아니다. 나머지 관련 업무들은 다양한 부서에 분산되어 있

다. 그리고 출연기관인 공공보건의료재단에서 개입을 하고 있지만, 취약한 조직 위상으로 인해 자치구 사업에 대한 컨트롤타워 역할을 하기는 어렵다. 무엇보다 건강도시사업은 자치구들이 독자적으로 행하고 있어 서울시의 개입 소지가 적으며, 재정지원이 거의 없는 상황에서 영향력을 행사하기는 어렵다.

이상의 행정체계의 실태와 문제점을 정리해 보면, 서울시의 건강도시사업은 우선 전담조직이 없고 하나의 단위업무로도 규정이 되어 있지 않다. 따라서 건강도시사업은 전임성, 책임성 등의 면에서 적절한 조직체계를 구비하지 못하고 있다. 그리고 건강도시사업 실무업무는 출연기관인 공공보건의료재단에서 주로 수행하지만, 출연기관의 취약한 위상을 고려할 때 예산배정, 자치구 협력 등의 주요 업무에 영향력을 행사하기가 어렵다. 따라서 리더십과 추동력을 갖추기 어렵다. 다음에 조직체계의 연계성 면에서, 우선 서울시 시민건강국 내의 과(課)나 팀 단위에서 전담조직이 없고 여러 부서에 분산되어 있으나, 이를 연계·통합하는 기구는 부재하다. 그리고 건강도시사업의 범위가 매우 넓기 때문에 국(局) 단위들 간에도 협력과 연계가 필요하지만, 서울시의 조직이나 인력 구성을 보면, 이 역시 제대로 되기 어렵다. 무엇보다 현재 건강도시사업은 각 자치구들이 독립적으로 시행하고 있는데, 광역단체인 서울시는 서울시와 자치구들 간, 각 자치구들 간에 연계기능을 수행하지 못하고 있다. 연계를 위해서는 조정 인력과 인센티브 예산을 구비해야 하는데, 현재 전혀 그러하지 못하다. 이처럼 서울시는 건강도시사업을 위한 조직체계의 연계성이 매우 부실하다. 마지막으로, 건강도시사업의 인력 확보 및 전문성 면에서, 현재 서울시의 건강도시사업 담당인력은 한 명에 불과하며, 그마저도 전담인력이 아니다. 따라서 적절한 인력이 확보되어 있지 않다. 그리고 담당자가 보건직렬이라고 해도 한 명이 여러 업무를 겸직하면 건강도시사업에 대한 전문성을 축적하기가 어렵다. 그나마도 담당자의 주 업무는 금연관련 업무이며, 건강도시사업이 차지하는 비중은 매우 작다.

3) 재정체계

사업이나 프로그램을 시행하기 위해서는 재정적 뒷받침이 되어야 한다. 서울

시의 건강도시사업은 야심차게 시작한 장기 프로젝트로서, 중장기 재정계획이 마련되어야 한다. 서울시는 2003년부터 건강도시사업을 추진하면서 2005년부터 건강도시추진반을 설치하고 ‘건강도시위원회 설치 및 운영에 관한 조례’를 제정하였으며, 4개의 자치구를 대상으로 자치구 자율사업으로서 ‘건강한 생활터 만들기’ 사업을 시범적으로 지원하였는데, 성동구와 도봉구의 사업에 대해 각 5천만원씩을 지원하였으며, 성북구와 강남구에 대해서는 기술지원을 하였다. 그러나 서울시는 건강도시사업의 안정적인 시행을 위한 재정계획을 수립하지 못하였으며, 따라서 자치구에 대해서도 극히 미미한 수준의 재정지원에 그쳤다. 가령, ‘건강한 생활터 만들기 사업’은 2012년에는 23개 자치구로 확산되었으나, 2010년 서울시가 3년간의 자치구 건강도시사업을 평가한 결과, 핵심 프로그램 개발 부진, 업무중복, 양적확대 치중 등의 문제가 있다고 판단하여 2010년부터 지원방식을 필수사업, 선택사업, 자치구 특화사업으로 지원형태를 바꾸었다. 그러나 이마저도 별로 성과가 없어 2013년과 2014년에는 이를 중단하였다. 2015년부터는 다시 자치구 단위로 ‘소(小)생활권 건강생태계 기반조성사업’을 지원하고 있으나, 자치단체경상보조금 명목의 재정지원은 극히 미미한 수준이다. 가령, 2015년의 경우는 200,000천원에 불과하였다(문은숙·서명희, 2015). 따라서 서울시의 건강도시사업은 재정계획 수립과 예산확보, 자치구 재정지원이 극히 미미하여 사업의 성과를 기대하기 어렵다. 실제로는 건강도시사업은 몇몇 프로그램을 중심으로 이름만 있을 뿐, 별도의 예산을 편성하여 집행하거나 자치구에 대해서 적절한 재정지원을 하지 못하고 있어 재정체계가 극히 취약하다(임혜수·이태동, 2017). 그리고 관련 조례가 없어 건강도시사업에 대해 안정적으로 재정적인 뒷받침을 하기 어렵다.

서울시 건강도시사업의 재정체계는 우선, 서울시의 전체적인 예산구조 면에서 건강도시사업이 속해 있는 보건예산 규모가 극히 취약하다. <표 2>에서 보듯이, 서울시의 2020년도 보건예산은 서울시 전체 일반회계예산의 1.8%에 불과하며, 이마저도 비중이 매년 감소하고 있다. 서울시의 2020년도 일반회계 세출 예산을 조직별로 보면, 건강도시사업 주무부서인 시민건강국의 세출예산은 493,414,753천원으로 서울시 전체의 1.25%를 차지하고 있는데, 2019년도 예산과 비슷한 수준이다. 건강도시사업과 직간접으로 관련이 되는 예산으로는 시민

건강국 소속 보건의료정책과의 예산중에서 시민건강위원회 운영 13,000천원, 공공보건의료재단 출연금 3,909,6124천원, 시민건강포인트 운영 952,500천원, 건강돌봄서비스 제공체계 구축 3,951,000천원, 자치구 보건소 시민건강관리센터 조성 343,105천원 정도이며, 이마저도 대부분이 사무관리비에 충당되고 있다. 따라서 보건의료정책과는 건강도시사업의 사업이나 프로그램 운영과 관련되는 직접적인 예산은 확보하지 못하고 있다. 시민건강국 건강증진과의 경우는 시민건강수준 향상 정책(총예산 145,196,391천원) 내의 예산단위가 건강생활기반 조성(11,483,880천원), 시민건강관리 능력배양(10,639,320천원), 노인 및 모자보건 서비스 확충(80,306,848천원), 취약계층에 대한 보건의료 지원(42,766,343천원)으로 구성되어 있는데, 이 중에서 건강도시사업과 직접 관련되는 '건강도시 환경조성' 세부단위 예산은 713,660천원으로 2019년 예산과 동일한 금액이다. 구체적 예산내역을 보면, 건강도시협의회 연회비 납부, 건강도시자문 및 간담회 운영, 담당자교육 및 홍보 등을 포함하는 사무관리비 항목이 12,960천원, 건강네트워크 구축 및 운영과 관련한 예산 700,000천원, WHO 건강도시연맹 연회비 700천원으로 구성되어 있다(서울특별시 <2020년도 예산서 세입·세출 총괄표>, 2020). 따라서 건강도시사업은 별도의 사업예산은 거의 없으며, 사업과는 별개로 보건예산이 각 기능별, 조직별, 부서별, 정책별, 단위별, 세부단위별, 과목별로 분산되어 있어 건강도시사업 예산의 전모를 파악하기가 어렵다.

〈표 2〉 서울시 세출분야별·연도별 예산현황(일반회계)

(단위: 백만원, %)

세출분야	2017		2018		2019		2020	
	금액	비중	금액	비중	금액	비중	금액	비중
합계	20,639,809	100%	22,466,451	100%	24,168,334	100%	26,893,391	100%
일반공공행정	4,878,795	23.6%	5,317,981	23.7%	5,473,827	22.7%	6,355,382	23.6%
공공질서 및 안전	775,886	3.8%	844,999	3.8%	874,049	3.6%	1,043,889	3.9%
교육	3,083,399	14.9%	3,254,720	14.5%	3,335,532	13.8%	3,683,963	13.7%
문화 및 관광	579,086	2.8%	579,567	2.6%	645,942	2.7%	634,719	2.4%
환경보호	472,919	2.3%	549,885	2.5%	693,152	2.9%	898,479	3.3%
사회복지	6,939,331	33.6%	7,660,112	34.1%	8,881,568	36.8%	9,902,429	36.8%

보건	414,387	2.0%	452,760	2.0%	455,516	1.9%	479,331	1.8%
농림해양수산	22,793	0.1%	16,488	0.1%	27,472	0.1%	31,222	0.1%
산업·중소기업	203,039	1.0%	227,344	1.0%	284,841	1.2%	439,256	1.6%
수송 및 교통	907,888	4.4%	987,819	4.4%	746,444	3.1%	707,312	2.6%
국토 및 지역개발	1,349,523	6.5%	1,489,209	6.6%	1,635,821	6.8%	1,631,326	6.1%
과학기술	2,220	0.0%	4,784	0.0%	2,993	0.0%	2,074	0.0%
예비비	175,502	0.9%	196,825	0.9%	211,521	0.9%	129,397	0.5%
기타	835,042	4.1%	883,960	3.9%	899,656	3.7%	954,611	3.6%

* 당초예산 총계기준

출처: <2020회계연도 서울시 재정운용상황 공시(예산기준)>를 참조하여 작성함.

그리고 서울시가 자치구의 건강도시사업을 촉진하기 위하여 별개로 지원하는 자치단체경상보조금은 액수가 미미하며, 이 외에 지역주민들의 건강증진과 관련한 자치구 제정지원도 극히 제한적이다. 예로서, 2018년의 경우 시민건강관리센터 조성사업비로 서대문구, 서초구, 중구의 3개 자치구에 891,165천원을 지원하였으나, 이마저도 집행기간 내에 사용하지 못해 3개구 전체로 357,277천원의 집행 잔액이 반납되었다(보건의료정책과 1305, 시민건강관리센터 조성사업비 정산결과보고, 2020). 그리고 서울시는 주요 역점사업에 대해 자치구의 참여를 유도하기 위해 시·자치구 공동협력사업을 시행하여 매년 실적을 평가해 인센티브를 지원한다. 그러나 사업의 평가가 엄격하지 못하여 포상이 남발되는 경향이 있으며, 인센티브 액수가 미미하여 자치구의 관심을 유발하는데 한계가 있다. 예로서 서울시 종로구의 경우 2019년에 12개 공동협력사업 전 분야에서 수상하였지만, 인센티브는 총 340,000천원에 불과하였다(아시아경제, 2019년 12월 10일자).

이러한 분석을 통해서 보면, 서울시의 건강도시사업을 지원하기 위한 재정체계는 우선 수입과 지출에 관한 중장기 재정계획이 수립되어 있지 못하며, 건강도시사업과 직접 관련되는 몇몇 예산항목들이 있지만 금액이 극히 미미하다. 그 마저 대부분이 국제기구 가입회비, 간담회 운영비 등의 일반관리비이며, 사업예산은 제대로 배정되어 있지 않다. 따라서 서울시가 프로그램을 시행하는데 필요한 재정적 뒷받침을 하지 못하고 있다. 그리고 건강도시사업의 범위가 모호하여 관련 예산항목들이 서울시의 보건사업 전반에 산재해 있어 재정내역의

체계적 관리가 어렵다. 또한 자치구의 건강도시사업에 어느 정도 재정지원을 하지만, 그 규모가 극히 영세하여 재정지원이라고 보기 어려운 수준이다. 따라서 각 자치구들은 각기 독립적으로 건강도시사업을 수행하고 있다.

4) 프로그램체계

현재 서울시는 자체적으로 운영하는 건강도시사업 프로그램은 없으며, 자치구 건강도시 프로그램 개발 및 보급의 일환으로 2012년 '건강한 생활터 만들기 사업'을 개발하여 자치구에 보급하였다.³⁾ 동 사업은 생활터별로 건강위험 요소를 제거함으로써 건강에 유익한 생활환경을 조성하려는 사업으로, 일상생활 공간 환경을 개선해 주민들의 건강을 증진하려는 것이다. 서울시가 생활터 접근법을 강조하는 이유는 건강은 일상생활 공간 내에서 창출되고 존재하며, 건강에 영향을 미치는 요인도 시민들의 생활공간과 사회적 조건 그 자체이기 때문이다.⁴⁾ 그러나 동 사업은 필수 단위사업 2개(사회적 인식 개선, 지지체계 강화 및 네트워킹)와 선택 단위사업 2개(개인기술 향상, 부문 간 협력사업)로 매우 단순한 사업으로, 2012년에는 서울시 예산에서 지원하였으나, 2013년부터는 자치구 자체재원을 통한 자체사업으로 시행하게 하였다. 따라서 2013년 이후에는 각 자치구들이 각기 다른 명칭으로 소규모 단위사업으로 시행하는 정도이며, 서울시와는 관련성이 거의 없다.

2015년부터는 '소(小)생활권 건강생태계 기반조성사업'을 각 자치구에서 신규 시범사업으로 시행하도록 지원하고 있다. 동 사업은 소생활권 개념에 기초하여 도입하였는데,⁵⁾ 2015년에 시범적으로 시행하고, 이후 주민참여 중심의 소생활권 네트워크를 구축하여 지역주민의 건강자치능력을 향상시키고자 하

3) 생활터(setting)는 학교, 직장, 아파트, 재래시장, 마을, 병원 등 사람들이 생활하는 장소로서 물리적, 지리적 경계가 있는 공간이다.

4) 자치구 단위에서 시행하고 있는 생활터 접근법의 사례로 '건강한 학교 만들기 사업'을 들 수 있는데, 동 사업은 학생들의 체격에 부적합한 책걸상, 어두운 조명시설, 실내먼지, 낙상을 초래하는 학교시설 등 학생건강을 위협하는 요인들을 제거하기 위한 사업이다.

5) 소생활권은 지리적 및 인프라 구분에 의해 동(洞) 3~5개(인구기준 10만명 정도)를 묶은 권역으로, 개별 동단위에서 결여된 자원을 연계하기 위해 공식 행정단위와는 별도로 설정하는 사업단위이다.

였다. 동 사업은 참여중심의 건강도시를 지향하기 때문에 시민들의 적극적인 관심과 참여가 중요하다. 이를 위해 시민들은 건강생활실천 캠페인, 건강정책 결정 등에 적극 참여하며, 건강네트워크를 구축하며, 프로그램 기획단계에서부터 의제 발굴, 우선순위 선정, 실행, 건강자원 연계 등을 통하여 능동적으로 참여한다. 이를 위해 서울시는 건강실천 주민조직의 조직화를 지원하며, 소생활권 내에서 건강관련 자원을 연계하며, 지역사회의 건강증진 프로그램을 후원한다. 2018년 기준으로 6개 자치구가 보건소와 관내 비영리단체가 협력하여 동 사업에 참여하고 있다.

그러나 동 사업 역시 제대로 활성화되지 못하고 있다. 현재 각 자치구의 참여가 저조하며, 서울시로서도 특별한 인센티브제도를 구축하지 못하고 있다(서울시 '소생활권 건강생태계 기반조성 지원사업 시비보조금 교부계획' 내부자료 참조). 무엇보다 인위적으로 설정한 생활권을 기준으로 지역주민들의 참여를 촉진하는 것은 비현실적인 것이다. 대도시는 주민들 간에 교류가 적고 생활권에 대한 관념도 희박하다. 따라서 현재 동 사업을 실제로 생활현장에서 시행해야 할 각 자치구의 사업 참여가 저조하며, 서울시 역시 지속적인 모니터링을 하지 못하고 있다.

이외에도 건강도시사업을 위해 특화한 것은 아니지만, 서울시는 시민건강포인트제도를 운영하고 있다. 동 제도는 고혈압이나 당뇨병 환자가 동네의원에서 치료를 받거나 자가관리 교육을 받으면 건강포인트를 지급하여 이 포인트로 추가적인 건강관리를 받을 수 있는 제도이다. 최초 등록 시에 등록 포인트 3,000p, 교육 포인트 연 최대누적 9,000p, 방문 포인트 월 1,000p, 연 최대 12,000p를 합하여 연간 최대 30,000p를 누적하여 준다. 3,000p 이상이 쌓이면 동네의원에서 10p(10원) 단위로 사용할 수 있다(서울시 시민건강포인트시스템 <https://spoint.seoul.go.kr/board/>). 그러나 동 제도는 금액이 연간 최대 30,000원에 불과하여 큰 유인요인이 되기가 어렵다.

따라서 서울시는 현재 건강도시사업과 관련하여 시단위의 독자 프로그램은 시행하지 않으며, 몇몇 프로그램을 개발하여 자치구에 시행을 권고하는 정도이다. 그러나 이러한 프로그램들은 서울시의 자치구 통제력 및 리더십 부족, 인센티브 미흡, 지역현실과의 괴리, 주민들의 참여저조 등으로 제대로 성과를 내지

못하고 있다. 반면에 서울시는 건강도시사업의 시행보다는 건강도시지표체계 수립, 지역사회 참여를 촉진하기 위한 홍보를 주로 행하는 정도이다. 그러나 건강도시지표체계와 관련해서도 서울시에 특화된 자체 지표를 개발하지는 못하며, 세계 건강도시사업 참여도시들 간에 건강지표 자료를 공유하는 정도이다. 이마저도 형식적이어서 자치구에는 관련 정보를 제대로 보급하지 못하고 있다. 홍보·안내와 관련해서는 서울시는 건강도시사례집 발간, 언론매체 홍보, 책자배포 등을 하지만, 이는 상시적 업무라고 보기는 어려우며, 관련 실적도 저조하다.

결론적으로, 현재 서울시는 사업목표를 달성할 수 있는 적절한 프로그램들을 자체적으로 시행하지 못하고 있다. 설사 시행하고자 하더라도 현재처럼 인력과 예산이 제대로 배정되지 않은 상태에서 프로그램의 실현가능성도 낮다. 따라서 서울시의 건강도시사업은 사업목적과 연계한 체계적인 프로그램을 개발·시행하지 못하고 있으며, 사업범위를 제대로 설정하지 못한 채 몇몇 이벤트성 사업을 구상하는 정도에 그치고 있다. 전문 프로그램을 개발할 수 있는 인력도 없으며, 설사 서울시가 그러한 프로그램을 개발한다고 해도 독립성이 강한 자치구의 호응도가 높지 못하며, 서울시로서는 자치구의 협력을 유도할 수 있는 실행수단도 거의 없다. 그리고 건강관련 사업들 중에는 건강도시사업과 통합·연계하여 시행할 수 있는 것들이 많지만, 서울시는 이들 유관 프로그램들에 대한 실태파악 조차 제대로 하지 못하고 있다. 건강도시사업과 관련한 서울시의 광역단체로서의 역할, 주민들과 실제로 접촉하는 자치구와의 관계도 제대로 정립되어 있지 못하다.

5) 모니터링 및 성과관리체계

인력과 예산을 신규로 배정해야 하는 특정사업을 수행하려면 도입과정에서 긴급성, 실현가능성, 주민요구도 등을 심사숙고해야 함은 물론, 시행과정에서도 예산낭비를 방지하기 위하여 모니터링과 성과평가를 강화해야 한다. 적절한 모니터링이나 성과평가가 없으면 불요불급한 프로그램 시행, 프로그램 중복 등으로 인하여 예산낭비를 초래함은 물론, 목표달성도 저해한다(Larkey, 2015).

건강도시사업은 시행과정 상의 문제점, 대상자의 불만여부, 개선점 등에 대한 모니터링과 성과평가가 매우 부실하다. 특히, 지자체 차원의 사업성과 평가기관이 없으며, 평가계획이나 평가기준도 마련하지 못하고 있다. 건강도시사업을 비롯하여, 요즈음 평생학습도시, 여성친화도시, 고령친화도시, 아동친화도시 등 유사명칭의 사업들이 유행처럼 시행되고 있지만, 이러한 사업들이 어느 정도 긴급성, 타당성, 실현가능성이 있는지에 대한 세심한 점검이나 평가는 부실하다(김광기·유승현·강은정, 2019).

서울시 건강도시사업의 경우, 현재 직원 한 명이 다른 업무와 겸직하면서 관리하는 정도여서 자치구에서 시행하는 다양한 세부사업이나 프로그램을 제대로 모니터링하기가 어렵다. 자치구 프로그램들에 대한 예산지원이 없기 때문에 일상적 모니터링 권한도 부여되어 있다고 보기 어렵다. 민간기관 등에 대한 지도·감독 역시 현재처럼 건강도시사업의 실체와 범위가 모호하고, 전담인력이 없는 상태에서 물리적으로 주기적인 모니터링은 어렵다. 현재 서울시의 건강증진 업무의 상당부분은 출연기관인 공공보건의료재단을 통해서 시행되며, 이에 대해 서울시는 2020년 기준으로 연간 약 40억원 정도의 예산을 지원하고 있다(서울시 '2020 건강도시 환경조성' 내부자료 참조). 그러나 동 재단의 주요 업무는 관련 자료수집 및 정보체계 구축, 중장기계획 수립 등으로, 건강도시사업의 시행과 직접적으로 관련되는 역할은 수행하지 않고 있다.

성과평가는 법규에 관련 규정들이 일부 정해져 있다. 건강증진사업과 관련되는 것들을 보면, 지역보건법 제9조에서는 지역보건의료계획을 시행한 때에 광역단체는 기초단체의 지역보건의료계획의 시행결과를 평가할 수 있다. 따라서 서울시가 자치구의 지역보건의료계획을 평가할 수 있다. 그러나 이는 주로 서울시의 보조금이 투입된 경우에 해당하며, 건강도시사업과 같은 자치구 자체사업은 평가를 하기 어렵다. 그리고 지역보건법의 동 조항을 시행하기 위하여 서울시는 '서울시민의 건강증진을 위한 신체활동 활성화 조례'에서 기본계획 및 실행계획에 따른 기관의 업무, 목표 및 성과지표를 점검·분석·평가하고, 그 결과를 업무 등에 반영해야 함을 규정하고 있다. 그러나 이는 서울시 자체사업에 대한 것으로 자치구 자체사업과는 관련이 없다. 그리고 필요한 경우에는 자치구가 행하는 국가 또는 시의 위임사무와 보조금 등 각종 지원사업을 평가대상

업무로 지정할 수 있는데(제10조), 이 역시 건강도시사업처럼 자치구들이 자체 재원으로 행하는 사업은 해당사항이 아니다.

반면에 시·자치구 공동협력사업은 서울시의 재정지원이 일부 있기 때문에 성과평가가 가능하다. 즉, 동 사업은 서울시가 주요 역점사업에 대해 자치구의 참여를 유도하기 위해 매년 자치구 실적을 평가해 인센티브를 지원하는 사업이다. 2019년의 경우 12개 사업을 시행하였는데, 환경, 성(性)평등, 문화, 안전, 일자리, 공공시설, 복지 등의 분야 외에 ‘걷는 도시 서울 조성’과 ‘함께 만들고 누리는 건강 서울’ 사업의 경우는 건강증진과 관련이 있는 공동협력사업이다. 그러나 동 사업은 엄격하게 관리가 되지 못하고 상이 남발되는 경향이 있으며, 평가결과에 대한 인센티브가 극히 미미하다.

결론적으로, 현재 건강도시사업과 관련한 서울시의 모니터링 및 성과평가는 매우 부실하다. 모니터링과 관련해서는 우선 사업자체가 여러 부서에 산재해 있어 모니터링 담당기관이 지정되어 있지 못하며, 모니터링의 대상, 방식, 주기, 결과처리 등에 대한 규정도 없다. 관내 자치구의 건강도시사업에 대해서는 각 자치구의 실태자료도 제대로 수합하지 못하는 상태에서 모니터링은 가당치 않다. 그리고 자치구의 자체사업인 건강도시사업을 모니터링 하는 것도 가능하지 않다. 성과평가 면에서도 문제점이 동일하다. 건강도시사업과 관련되는 세부사업, 예산, 기구 등이 여러 부서에 분산되어 있어 사업의 성과평가가 어렵다. 건강도시사업의 성과평가를 위한 기구나 인력도 구비되어 있지 않다. 평가 주기, 평가기준, 평가방식, 인센티브 등에 대한 규정도 없다. 특히, 건강도시사업은 사업범위가 모호하고 사업목표가 복합적이어서 세부 프로그램들이 지역주민들의 건강수준 향상, 질병예방, 건강형평성 제고 등과 어떠한 인과관계를 가지는지에 대한 효과성평가가 어렵다(김승희·김은숙, 2015). 자치구의 건강도시사업에 대해서는 보조금 투입이 되지 않는 상태에서 성과평가의 법적 실효성이 없다. 그리고 약간의 보조금이 지급되는 몇몇 공동협력사업에 대해서는 성과평가를 할 수 있으나, 보조금 액수가 미미하여 성과평가를 제대로 하지 않고 있으며, 자치구로서도 관심이 적다. 그리고 이러한 협력사업들 중에서 건강도시사업과 직접 관련이 되는 것도 거의 없다.

6) 사회적 지원체계

건강도시사업은 주요 사업목표의 하나로 각 분야들 간의 협력, 주민들의 적극적인 참여, 생활터전의 통합, 정보공유, 관련 집단의 참여, 전국적 네트워크 형성 등을 포함하고 있다(대한민국건강도시협의회, www.khcp.kr). 그러나 이러한 요청에도 불구하고, 건강도시사업의 현실은 그러하지 못하다. 서울시는 시민이 함께 만드는 건강도시를 표방하며, 주민참여 중심의 소생활권 건강네트워크 구축과 생활터 단위의 민관협력체계 구축을 지향하고 있다. 따라서 각급 학교, 도서관, 지역사회단체, 경로당, 체육시설, 의료시설, 보건단체 등과의 협력과 연계가 필요하다(김순양·고수정, 2018).

현재 서울시는 건강증진 관련 분야에서 민간부문과의 협력체계 구축을 위한 일부 법적 토대를 마련하고 있다. ‘건강돌봄서비스 운영 및 지원에 관한 조례’에는 서울시는 건강돌봄서비스를 제공하는데서 보건·의료·복지전문가, 관련 단체 및 기관, 자치구 등과 유기적 협력체계를 구축해야 한다고 규정하고 있다(제5조). ‘서울시민의 건강증진을 위한 신체활동 활성화 조례’는 사업 참여 자치구나 민간기관에 비용을 지원하거나 사무를 위임 또는 위탁할 수 있다(제12조). 그리고 건강도시사업과 보다 직접적으로 관련되는 ‘시민건강관리 기본조례’에 의거하여, 시민건강국 보건의료정책과에 30명의 위원으로 구성되는 시민건강위원회를 두고 있는데, 현재 의료인, 서울시의사회, 시의원, 시민건강국장 등의 전문가와 서울시 관계자는 물론, 회사원, 학생, 민간단체, 일반시민 등 다양한 계층이 위원으로 참여하고 있다. 현재 위원들 중에서 18명은 공모를 통해서 선발하였다. 시민들이 자발적인 신청과 공모를 통해서 위원회에 참여하고 있다는 점에서 공사부문 간 의사소통 창구의 기능을 수행할 수 있겠으나, 현재의 시민위원들의 면면을 보면 전문성 면에서 제대로 된 자문을 행하기 어렵거나, 이들의 직업을 보면 적지 않은 위원들이 개인 홍보용으로 참여하는 것이 아닌가 생각된다.

시민건강위원회는 전체위원회를 두고, 산하에 기획조정분과, 보건의료분과, 건강증진분과, 질병예방분과를 두고 있다. 각 분과별로 6~9명씩의 위원을 배정하고 있다. 이 중에서 건강증진 관련 사안은 주로 건강증진분과에서 다루고

있다. 시민건강위원회 전체회의는 년 4회씩 개최되는 데, 서울시에서는 보건의료정책과장, 팀장급 몇 명, 공공보건의료재단 직원이 회의에 배석한다. 그러나 시민건강위원회의 실제 운영상황을 보면, 제대로 목표를 달성할 수 있을지는 미지수이다. 2019년 9월의 제3차 정기회의의 경우는 30명의 위원들 중에서 총 18명이 참석하였는데, 회의 내용을 보면 1시간 30분의 회의시간 동안에 위원장 인사말 3분, 분과별 회의결과보고 15분, 분과별 주요 제안내용 논의 35분, 시민건강학교 운영(안) 논의 25분, 기타 질의 및 건의 10분으로 구성되어 있다(서울시 시민건강위원회 회의록, 2019.9.27일자). 따라서 심층적인 토의가 어렵다. 서울시의 입장에서도 실무자들이 회의에 참석은 하지만, 위원들의 질의에 답변을 하는 것이 주요 업무이며, 이들의 의견을 어느 정도 반영하였는지에 대한 후속자료를 차기 위원회에서 보고하지는 않는다. 그리고 서울시 공공보건의료재단에서는 시민건강위원회 민간위원들을 대상으로 시민건강학교를 운영하고 있다. 이는 민간위원들의 건강정책 참여역량을 강화하기 위한 것으로, 상·하반기에 각 2일간 집합교육을 실시한다. 교육내용은 숙의과정 학습, 건강문제 쟁점 발굴 및 공론화, 실천역량 강화, 차(次)년도 위원회 활동계획 수립 등이다. 그러나 보건의료에 관한 전문지식이 거의 없는 공모위원들을 대상으로 몇일 교육을 한다고 해서 어느 정도 전문역량을 강화할 수 있을지는 의문이다.

전반적으로, 서울시 건강도시사업은 시민건강위원회 등 민간부문과 소통할 수 있는 통로는 있지만, 위원들의 전문성 부족, 참여의식 부족, 서울시의 적극적인 의견수렴 의지 부족 등으로 실질적인 기능을 한다고 보기는 어렵다. 무엇보다 자문위원회는 기능 면에서 한계가 있으며, 전문가와 일반인이 뒤섞여 있으면 심층적인 대안제시가 어렵다. 이 외에는 건강도시사업과 관련하여 공사부문간에 주기적으로 소통을 하는 장치는 없다고 보여지며, 대(對)주민 홍보차원에서 소식지 발간, 언론매체 홍보, 홈페이지 및 SNS 관리 등을 행하는 정도이다. 이러한 것들은 일방적으로 시정을 홍보하는 차원이다. 현재 서울시의 건강도시사업은 범위가 모호하고 따라서 여러 부서에 산재해 있으며, 전임 인력도 없는 상태에서 필요한 사회적 지원체계를 구축하는 데 부족함이 많다. 시민건강위원회 정도를 제외하고는 제도화된 공사(公私) 간 의사소통기재가 부재하며, 시민건강위원회도 건강도시사업과 직접 관련이 있는 것은 아니다. 무엇보다 건강도

시사업은 사업목표를 구체적으로 설정하고 다양한 세부 프로그램들을 시행해야 하는 데, 이 과정에서 지역주민들의 적극적 참여, 정보제공, 건강행동 등이 필수적이다. 그러나 현재 서울시는 건강도시사업과 관련하여 자체 프로그램을 시행하지 못하는 상태에서 주민들로부터 지원과 협력을 유도하는 노력을 하지 못하고 있다. 그리고 주민들의 참여를 유도하기 위해서는 인센티브 제공 등의 정책수단이 필요하지만, 현재 서울시는 이러한 것들을 제대로 갖추지 못하고 있다. 의사소통기재와 관련해서도 정부위원회 방식 외에도, 현장 의견수렴, 네트워크 구축 등 다양한 방식들을 동원해야 하지만, 서울시는 이를 구비하지 못하고 있다. <표 3>은 서울시 건강도시사업의 실태와 문제점을 정리한 것이다.

<표 3> 분석변수별 서울시 건강도시사업의 실태와 문제점

분석변수	실태 및 문제점
법체체계	-법제적 뒷받침이 취약함(건강도시사업과 직접 관련되는 자치법규 없음). -시민건강관리기본조례가 있으나, 시민건강위원회 등 행정기구의 설치·운영에 관한 내용이 중심임. -건강도시사업 사업수행과 관련한 구체적이고 실천 가능한 법제조항이 없음. -건강행동 관련 내용들이 다양한 자치법규들에 분산되어 있음.
행정체계 (조직, 인력)	-전담조직이 없으며, 하나의 단위업무로 규정되어 있지 않음. 따라서 전임성, 책임성 등의 면에서 적절한 조직체계를 구비하지 못함. -실무업무는 출연기관에서 주로 수행하지만, 출연기관의 위상이 취약하여 예산배정, 자치구 협력 등의 주요 업무에 영향력 행사가 어려움. -조직체계의 연계성 면에서, 건강도시사업 업무가 여러 부서에 분산되어 있으나, 연계 및 통합기능은 매우 취약함. -건강도시사업은 각 자치구들이 독립적으로 사업을 시행하지만, 서울시와 자치구들 간, 각 자치구들 간에 조정이나 연계 기능이 매우 미흡함. -전담인력의 미확보 및 업무겸직으로 사업관련 전문성의 축적이 어려움.
재정체계	-관련 예산액이 미미하며, 그마저 대부분이 일반관리비이며, 사업비 배정은 거의 없음. 따라서 프로그램 시행을 위한 재정적 뒷받침을 하지 못함. -관련 예산항목들이 서울시 보건사업 전반에 산재해 있어 재정내역을 체계적으로 파악하고 관리하기가 어려움. -자치구들에 대한 사업관련 재정지원이 극히 미미함. 따라서 통제나 조정이 어려움. 인센티브 제공이 어려움.
프로그램체계	-사업목적과 연계한 체계적인 프로그램을 개발·시행하지 못하고 있음. -관내 자치구에 몇몇 프로그램을 보급하였으나, 정책수단 결여 및 리더십 부족 등으로 자치구의 호응도가 매우 낮음. -관련 프로그램들이 여러 부서에 분산되어 있어 건강도시사업의 목표-수단체

	<p>계와 연계한 현황파악 조차 어려운 실정임.</p> <p>-자체 프로그램을 시행하더라도 현 상태로는 담당 인력과 배정예산 부족으로 프로그램의 실천가능성이 낮음.</p>
모니터링 / 성과관리체계	<p>-모니터링 담당기관이 지정되어 있지 않음(사업 자체가 여러 부서에 산재).</p> <p>-모니터링의 대상범위, 방식, 주기, 결과처리 등에 대한 규정이 미비함.</p> <p>-관내 자치구의 건강도시사업 실태에 대한 모니터링 권한 및 역량이 미흡함.</p> <p>-세부사업, 예산, 기구 등이 여러 부서에 분산되어 있어 성과평가가 어려움.</p> <p>-사업범위가 모호하고 사업목표가 복합적이어서 효과성 평가가 어려움.</p> <p>-자치구의 건강도시사업에 대한 보조금 지원이 미미하여 성과평가가 무의미하며, 자치구들의 관심도 저조함.</p>
사회적 지원체계	<p>-건강 및 보건정책과 관련한 제도화된 공사(公私) 간 의사소통기재 부재함.</p> <p>-주민들로부터 지원과 협력을 유도하는 노력이 부족함(적절한 인센티브 지급 등의 정책수단 결여 등)</p> <p>-현장 의견수렴, 주민단체와의 협력체계 구축, 전문가네트워크 구축 등 다양한 의사소통방안이 부재함.</p>

3. 서울시 건강도시사업 관리운영체계에 대한 종합적 토의

어떤 사업을 장기간 시행하려면 일정한 사업성과가 도출되어야 하며, 이를 위해서는 필요한 수단들이 뒷받침 되어야 한다. 물론 성과(performance)는 다양한 측면에서 이해될 수 있는 복합적 개념이지만, 기본적으로 어떤 사업을 시작할 때 설정한 목표를 달성하는 것이다(Aguinis, 2014). 이를 위해서는 전략적인 장단기 목표체계를 수립하고, 사업수행을 위해 소요되는 인적·물적 자원을 동원하며, 그리고 한정된 자원을 효율적으로 배분하여 최적의 목표달성 방안을 강구해야 한다. 그리고 사업시행 과정은 물론 시행 결과에 대해서 의도한 목표와 대비하여 정확하게 측정하고 이를 환류 함으로써 지속적인 개선을 도모해야 한다(Van Dooren et al., 2015). 그리고 사업목표는 저절로 달성되는 것이 아니라, 법제, 조직기구, 인력, 재정, 사회적 지원 등의 관리운영체계가 효율적이고 합목적적으로 작동해야 한다. 이러한 견지에서 본 연구는 서울시의 건강도시사업을 지원하는 관리운영체계의 실태와 문제점을 몇몇 변수에 입각하여 심층 분석하였다.

물론 본 연구에서 설정한 분석변수들만이 성과에 영향을 미치는 것은 아니다. 주민들의 호응과 협력, 리더십, 중앙정부의 지원 등 다양한 요인들도 사업 성과 영향을 미친다. 따라서 건강도시사업의 성과가 미진하다고 판단하였을 때

는 관리운영체계 외에도 다양한 영향요인들을 고려해야 한다. 그러나 서울시의 건강도시사업은 기본적으로 사업범위가 지나치게 광범위하고, 목표체계가 제대로 정립되어 있지 않아 정확한 성과관리가 어려우며, 따라서 영향요인을 추적하여 판단하기도 어렵다. 서울시도 WHO와 세계 주요도시의 건강도시사업에서 제창하는 추상적 목표와 이에 따른 넓은 사업범위를 답습하고 있기 때문에, 건강도시사업은 처음부터 성과관리가 쉽지 않은 사업이다. 따라서 본 연구는 건강도시사업의 성과 여부에 초점을 두기보다는, 정책, 사업, 프로그램을 시행하는 데 통상적으로 필요한 관리운영체계가 제대로 작동하고 있는지를 기술하는 데 초점을 두었다. 즉, 건강도시사업의 성과달성 여부를 판단하기 어려운 한계 내에서, 본 연구는 사업성과 및 이에 영향을 미치는 요인을 찾고자하는 것이 아니라, 사업시행에 통상적으로 필요한 법제, 조직기구, 인력, 예산 등의 관리수단들이 어떻게 구비되고 작동하는지를 분석하는 데 초점을 두었다.

이러한 전제 하에서, 이하에서는 서울시의 건강도시사업 관리운영체계를 왜 부실하다고 판단하는지를 관리운영체계의 각 구성요소별로 논거를 제시하고자 한다. 우선, 법제적 측면에서 장기 사업을 시행하는 데는 법제적 뒷받침이 필요하며, 실제로 서울시 산하 자치구는 물론, 건강도시사업을 시행하는 대다수 자치단체들이 독립된 건강도시조례를 제정하고 있다. 이에 비해 서울시처럼 건강도시사업을 규정한 조례가 없다는 것은 사업의 안정적 시행 면에서 불리한 것이다. 특히, 집행기관인 자치단체의 조례나 시행규칙은 내용이 구체적이어서 현장에서 적용 가능해야 하며, 또한 이를 토대로 업무지침 등을 구체화하는 것이 필요하다(정일섭, 2015). 그러나 서울시는 건강도시사업과 간접적으로 관련되는 시민건강관리 기본조례가 있지만, 여기에는 건강도시사업 시행과 관련한 내용이 없을 뿐만 아니라, 시민건강위원회 등 기구의 설치·운영과 관련된 조항들이 대부분이다. 서울시 건강증진사업의 계획수립, 책임이행, 예산배정, 성과평가, 지도감독 등 사업시행에 필요한 구체적 내용은 결여되어 있다. 따라서 이러한 법제로는 건강도시사업의 성과도출을 지원하기 어렵다. 또한 법제는 일관성과 통합성이 필요하지만, 서울시의 시민건강 관련 법제들은 각 국·과(局·課)별로 주무하는 다양한 조례에 분산되어 있어 통합적 업무수행에 지장을 초래하고 있다. 특히, 건강도시사업은 보건, 위생뿐만 아니라, 환경, 주거 등 시민건강

에 직·간접적으로 영향을 미치는 다양한 요소들을 포괄하고 있는데, 현재처럼 법제들이 분산되어 있는 상태에서 건강도시사업이 원만하게 시행되기 어렵다. 이처럼 서울시의 건강도시사업은 법제의 유무, 구체성, 일관성, 통합연계성 면에서 취약성이 있으며, 이로써 법제체계 면에서 건강도시사업을 제대로 지원하기 어렵다고 판단할 수 있다.

행정체계의 기구와 인력 면에서, 장기사업을 효과적으로 시행하려면 담당기구를 설치하고 업무를 배분해야 하며, 관련 기구들 간에 연계와 조정체계를 확립해야 한다. 인력 면에서는 업무를 감당하기에 충분한 정도의 인력을 확보하고 이들의 업무전문성이 높아야 한다(Hughes, 2012). 그러나 현재 서울시의 건강도시사업은 이러한 요소들을 제대로 갖추지 못하고 있다. 우선 현재 서울시의 건강도시사업은 시민건강국 건강증진과 건강정책팀이 주무부서의 역할을 수행하지만, 전담인력이 없으며, 건강증진 업무가 시민건강국 전체에 분산되어 있다. 더구나 건강도시사업은 목표와 범위가 광범위하고 추상적이기 때문에 관련 업무가 여러 실·국에 분산되어 있다. 따라서 책임성과 일관성을 갖춘 조직체계가 미비하다. 그리고 현재 서울시에는 건강도시사업이라는 이름하에 다양한 관련 부서의 업무를 통합·조정하고 연계하는 컨트롤타워 기능은 부재하다. 그리고 인력 면에서 건강도시사업 전담인력이 없다. 건강정책팀 내 한 명의 주무관이 겸직하고 있지만, 하급직이 어느 정도 조정기능을 수행할 수 있을지는 회의적이다. 그리고 해당 주무관의 주 업무도 건강도시사업에 큰 비중을 두기 어려우며, 이는 전문성 축적을 저해한다. 이처럼 서울시는 건강도시사업을 시행하고 있지만, 사업시행에서 기초적인 조직기구와 인력이 매우 취약하며, 이는 당연히 사업성과를 저해하게 된다.

재정체계는 재정규모 면에서 다양한 프로그램을 수행할 수 있을 정도로 충분해야 하며, 재정내역 면에서도 사업비의 비중이 커야 한다. 그리고 재정내역을 잘 이해하고 통제할 수 있어야 한다. 이는 예산의 배정실태와 투명성을 판단하기 위하여 필요하다(Dunk, 2011). 그러나 현재 서울시의 건강도시사업은 재정체계 면에서 이러한 요건을 갖추지 못하고 있다. 우선 예산규모 면에서 건강도시사업에 배정된 예산은 미미하며, 그나마도 대부분이 일반관리비이며, 직접적인 사업비는 없다. 물론 건강증진 예산이 다른 기능이나 조직에 분산되어 있

지만, 이를 건강도시사업과 연계해 볼 만한 근거는 없다. 그리고 건강도시사업의 목표와 사업범위가 광범위하기 때문에 현재 건강도시사업과 직·간접적으로 관련이 되는 예산은 여러 부서에 분산되어 있어 예산 실태를 파악하기 어렵다. 따라서 사업성과와 연계하여 예산의 적절성과 효율성을 판단하기 어렵다. 그리고 자치구의 건강도시사업을 지원하기 위하여 재정보조를 하고 있으나, 지원 금액이 미미하여 전혀 인센티브가 되지 못하고 있다. 따라서 현재 서울시의 건강도시사업 재정체계는 충분성, 적실성, 투명성 등의 면에서 문제점이 있으며, 이는 동 사업의 성과를 저해하는 요인이 된다.

대규모사업을 시행하기 위해서는 목표체계, 정책수단을 명확하게 하고, 이를 토대로 다양한 프로그램을 시행해야 한다. 어떤 면에서 대규모사업 자체가 프로그램의 총합이다. 그리고 이러한 프로그램들은 목표달성에 적절한 것들로 구성되어야 하며, 지역주민들의 참여와 만족을 견인해야 하며, 계획, 예산, 프로그램이 서로 결합되어야 한다. 그러나 현재 서울시의 건강도시사업은 프로그램 면에서 매우 빈약하고 실효성이 낮다. 2003년부터 건강도시사업을 준비한 서울시가 본격적으로 사업을 시행한 것은 2012년부터 시행한 ‘건강한 생활터 만들기 사업’과 2015년부터 시행한 ‘소(小)생활권 건강생태계 기반조성 사업’ 정도이다. 그러나 이러한 사업들은 서울시 자체사업이라기 보다는, 희망하는 자치구만 참여하는 자치구 시범사업이다. 더구나 사업을 보급하기 위해서는 보조금 지원, 포상 등 다양한 인센티브 수단이 필요하지만, 이러한 정책수단은 제대로 개발하지 못하였다. 무엇보다 서울시와 자치구 간에 프로그램 개발 및 운영상의 역할체계를 제대로 정립하지 못하였다. 그리고 시민건강포인트제도 등도 건강증진과 관련이 있지만, 건강도시사업을 위해 고안한 것은 아니며, 액수도 미미하여 실효성이 작다. 이처럼 프로그램체계 면에서 서울시의 건강도시사업은 자체 프로그램 개발이 미흡하며, 프로그램을 뒷받침할 수 있는 예산도 제대로 구비하지 못하였다. 그리고 건강도시사업의 구체적 목표들과 연계하여 프로그램을 개발하지 못하였다. 일부 자치구들이 서울시가 개발한 시범사업 프로그램에 참여하였지만, 성과평가 등을 제대로 행하지 못하였다.

장기 사업은 시행과정에서 주기적으로 시행실태를 점검하고 보완해야 하며, 세부사업이나 프로그램 등에 대해서는 성과를 평가하고 평가결과를 토대로 시

정조치를 취해야 한다. 이를 위해서는 모니터링이나 성과평가 담당기관이나 인력을 구비해야 하며, 대상, 주기, 방식, 처리방안 등에 대한 기준을 설정해야 한다. 성과평가의 경우는 평가결과에 따라서 세부사업이나 프로그램의 종결 및 지속여부를 결정해야 하며, 일정한 상벌을 부과해야 한다(Van Dooren et al., 2015). 그러나 서울시의 건강도시사업은 우선 모니터링이 거의 되지 않고 있다. 하위직 한 명이 사업전반을 점검하는 것은 불가능하며, 모니터링의 범위, 방식, 주기, 기준 등도 제대로 규정되어 있지 않다. 성과평가와 관련해서는 대부분의 지자체들이 성과평가가 제대로 되지 않고 있다. 서울시의 건강도시사업은 자체사업의 실체가 없는 상태에서 성과평가 기능이 제대로 작동하기 어렵다. 평가기관, 평가항목, 평가주기, 평가기준, 사후처리 등에 대한 규정이 없으며, 실제 시행도 하지 않고 있다. 이처럼 서울시의 건강도시사업은 모니터링과 성과평가 기능이 취약하며, 그 결과 시정과 환류 기능이 제대로 작동하지 못하고 있다. 이는 동 사업의 성과제고에 부정적인 영향을 미칠 수밖에 없다.

마지막으로 사회적 지원체계와 관련하여, 지방행정은 주요 정책의 결정 및 집행과정에서 지역주민의 적극적인 참여와 지원이 필수적이다. 사회적 지원체계가 제대로 작동하지 않으면 지역주민들의 요구를 지방행정에 반영하기 어려우며, 이로 인해 지방행정의 반응성이 저하된다. 정책집행과정에서도 지역주민들의 협력과 참여가 없이는 원활한 집행이 어렵다(Roberts, 2015). 따라서 건강도시사업을 시행하는 데서도 지역주민 및 지역사회단체 등과 지속적인 협력관계를 유지해야 하며, 이를 위해서는 개방적인 의사소통과 정보공유체계를 구축해야 한다. 그러나 현재 서울시의 건강도시사업은 지역주민들도 참여할 수 있는 시민건강위원회 정도가 있지만, 이는 서울시의 지역건강증진 전반에 자문기구이며, 건강도시사업을 위해서 설치된 것은 아니다. 또한 건강도시사업과 관련하여 지역주민들에게 홍보, 의견수렴, 정보제공 등도 행하지 않고 있다. 이처럼 서울시의 건강도시사업은 지역밀착형 건강증진사업임에도 불구하고, 지역주민들로부터의 협력과 참여를 유발하는 사회적 지원체계가 부실하며, 이는 사업의 성과산출에 부정적으로 작용할 것이다.

IV. 서울시 건강도시사업 관리운영체계의 적실성 제고방안

1. 법제체계: 법제내용의 구체화 및 업무매뉴얼의 구비

건강도시사업을 안정적으로 시행하기 위해서는 법제적 뒷받침이 필요하다. 사업을 규정하는 별도의 계획서, 장·단기 실천계획, 업무가이드라인 등도 구비해야 한다. 서울시의 건강도시사업의 성공적 시행을 위한 법제체계의 구축방안을 제시해 보면, 첫째, 중앙정부 차원에서 입법조치를 행한다. 현재 많은 지자체들이 조례를 제정하여 건강도시사업을 시행하고 있다. 따라서 보건복지부에서 동 사업의 실효성 여부를 판단해 보고, 긍정적이라고 판단되면 지역보건법이나 국민건강증진법 등에 건강도시사업 관련 규정을 삽입하여 널리 권고하는 것이 필요하다. 현재 지자체들마다 ‘~~도시’ 명칭이 붙은 다양한 사업들을 시행하고 있는데, 중앙정부 차원에서도 재정적, 행정적 지원책이 없는지를 고려해야 하며, 이를 위해서는 법제가 필요한 것이다.

둘째, 사업을 안정적으로 시행하려면 서울시도 건강도시 기본조례를 마련해야 한다. 조례의 내용은 구체적이어야 한다. 조례가 없거나, 있어도 그 내용이 빈약하고 모호하면 사업추진 동력을 확보하기 어렵다. 조례에는 건강도시사업의 사업기간, 사업계획 수립, 재정지원, 성과평가, 자치구와의 역할관계 등을 포함해야 한다. 별도의 조례를 구비할 정도로 사업이 크지 않으면, 현재의 보건 및 건강증진 관련 조례들 중에서 건강도시사업 관련 장(章)을 삽입할 수 있다.

셋째, 건강도시사업의 실현 가능성을 제고하기 위해서는 관련 시행규칙과 업무매뉴얼을 만든다. 조례의 내용을 집행하기 위해서는 하위 법령인 시행규칙이 필요하며, 건강도시사업이 여러 부서에 걸쳐서 시행되기 때문에 체계적 집행을 위해서는 주무부서에서 건강도시사업 매뉴얼을 만들어 관련 부서들이 참조하도록 한다. 민간단체와 시민 등에도 배포하여 정보를 공유한다(김태환 외, 2014).

넷째, 건강도시사업 자체에 대한 메타평가를 행하기 위한 법제적 기초를 마련하고, 메타평가를 행한 결과 성과가 미흡하면 사업과 법제 자체를 종료하는 방안을 고려한다. 정치적 동기에 의하여 혹은 외국의 도시들을 모방하여 명칭만 붙여 사업을 행하는 것은 지양해야 한다. 현재 많은 지자체들이 ‘~~도시’

라는 이름의 신규 사업을 계속 도입하고 있는데, 기존 사업들을 이름만 바꾼 경우가 적지 않다. 건강도시사업도 기존의 건강증진 프로그램들을 재배치한 정도에서 작명(naming)을 한 측면이 있으며, 그나마도 새로운 사업들이 도입되면서 건강도시사업에 대한 관심이 많이 줄어든 상태이다. 그러나 정부사업은 일단 시작하게 되면 이해관계자가 생겨 사업의 긴급성이나 적실성 여부에 관계없이 폐지하기가 어렵다(McAfee et al., 2010). 따라서 대규모 사업을 시행할 때는 처음부터 사업기간을 정해 놓는 등 불요불급한 사업의 남발을 방지하는 방안을 모색해야 한다.

2. 행정체계: 통합연계성 제고 및 전담인력 배치

현재 서울시의 건강도시사업은 주무관 한 명이 다른 업무와 겸직하고 있는 실정이라서 사업을 체계적으로 시행할만한 전담 조직이나 인력이 극히 부실하다. 따라서 첫째, 사업을 총괄 조정하는 기구 즉, 컨트롤 타워가 필요하다. 현재 지방행정은 칸막이현상이 심하며, 그 결과 많은 사업들이 중복, 파편화되어 있다(고경훈·김건위, 2014). 건강도시사업의 경우는 보건의료 관련 부서는 물론, 환경, 도시, 체육 등 다양한 부서의 개입이 필요하다. 따라서 하급실무자는 물론 국장급도 총괄조정 역할을 하기 어려우며, 행정부시장인 제1부시장 지휘 하에 비상설의 총괄조정기구를 설치하고, 관련 부서의 팀장급 실무자들을 월별 혹은 분기별로 소집하여 업무조정을 행하도록 한다.

둘째, 광역단체로서의 서울시의 역할과 자치구와의 협력체계를 정립한다. 서울시는 주민과 대면 접촉하는 집행업무는 별로 없다. 따라서 서울시와 자치구들 간에 건강도시사업과 관련한 협력 및 업무분담을 강화하여, 서울시는 광역차원의 조정과 연계, 정보공유, 프로그램 개발, 중점사업 발굴, 자치구에 대한 재정지원 등의 역할을 수행하는 것이 필요하다. 그러나 현재 서울시와 자치구 간의 관계가 수직적 관계가 아니기 때문에 적절한 정책수단이 없으면 이러한 기능을 수행하기가 어렵다. 따라서 적절한 정책수단을 구비해야 한다. 그리고 서울시와 자치구 간의 실무협의 기능을 강화해야 한다. 이를 위해 자치구의 건강도시사업 담당자들과 정례적인 소통채널을 개설한다.

셋째, 건강 및 보건의료 관련 위원회를 통합한다. 현재 서울시에는 다양한 보건복지 관련 위원회가 난립해 있다. 그러나 지방행정이 대부분 여러 부서에 연관되어 있음을 생각할 때, 위원회의 난립은 행정력 낭비는 물론, 의사결정의 통일성과 일관성을 저해한다(김중세, 2016). 그리고 관련 전문가들이 한정되어 있는 상황에서 위원들을 충원하는 데도 어려움이 있다. 따라서 유사 자문위원회들을 통합운영하며, 설치가 법령에 의무화되어 있으면, 위원회들 간에 협력과 연계를 강화한다.

넷째, 전담인력을 배치한다. 건강도시사업을 제대로 시행하기 위해서는 적어도 몇 명의 전담인력을 배치하고, 이들로 하여금 건강도시사업의 운영, 평가, 프로그램 개발 등을 전임시키는 것 필요하다. 팀장급에서는 사업을 전담하지는 않더라도 보다 큰 책임을 갖게 한다.

마지막으로, 건강도시사업에 대한 적극적인 리더십을 확보해야 한다. 서울시의 건강도시사업은 초기에는 야심차게 출발하였지만, 이후 다른 사업들이 계속 도입되고 이념성향이 다른 단체장들이 몇 차례 교체되면서, 현재 건강도시사업에 대한 관심이 저조하다. 따라서 사업을 지속할 생각이면 사업의 목표와 범위, 조직과 인력 등을 재정비하고, 건강도시사업의 필요성과 유용성을 설득하여 단체장이 지속적으로 관심을 갖게 해야 한다(이상미, 2012).

3. 재정체계: 재정의 충실화 및 재정실행계획 수립

지자체 단위에서 장기간 사업을 시행하기 위해서는 안정적인 재정적 뒷받침이 필요하다. 그리고 이러한 재정은 충분하게 특히, 사업에 직접 소요되는 비용이 잘 충당되어야 한다. 그러나 현재 서울시 건강도시사업은 예산규모가 매우 영세하며, 그마저도 주로 행정비용에 충당되고 있다. 그리고 관련 예산이 분산되어 있어 소요예산의 내역과 규모를 파악하기 어렵다. 따라서 재정체계의 개선방안으로는 첫째, 건강도시사업에 대한 예산을 확대하되, 광역단체의 역할에 부합하는 지출영역을 설정한다. 현재 서울시는 건강도시사업과 관련한 별도 사업예산은 거의 없으며, 행정비용을 약간 배정하고 있는 정도이다. 따라서 기본적으로 건강도시사업 예산을 확대하는 것이 필요하다. 그리고 예산배정 시에

서울시 자체시행 사업과 자치구 지원 사업을 구분한다. 대체로 서울시는 관내에 건강불평등이 심한 곳, 건강행동 교육, 건강취약계층 보호, 아동 및 청소년의 건강교육 등 자치구들 간에 건강격차를 줄여야 할 부분과 장기적 관점에서 접근해야 할 부분에 예산을 배정함으로써 건강도시사업의 내용 면에서 자치구와 차별화하는 것이 필요하다.

둘째, 기존 예산체계와는 별도로 건강도시사업 관련 예산자료를 작성한다. 즉, 건강도시사업 예산자체를 별도 편성하지는 않더라도, 사업내역별 소요예산에 대한 정보라도 별도로 산출해야 사업에 대한 이해와 관심을 제고할 수 있다.

셋째, 건강도시사업 기본계획과 실행계획을 수립하고, 이러한 계획과 예산 간의 연계를 강화해야 한다. 건강도시사업을 체계적, 안정적으로 시행하기 위해서는 3~5년 단위의 기본계획과 이에 입각한 연간실행계획을 수립해야 한다. 이때 각 세부사업이나 프로그램별 소요예산 및 재원조달방안도 동시에 제시해야 한다. 지금처럼 행정관리비만 소액 집행하고, 자치구에 대해서도 별로 개입할 영역이 없는 상태로는 건강도시사업을 지속할 이유가 별로 없어 보인다.

넷째, 사업시행과 예산배정에서 타당성평가를 강화해야 한다. 앞으로 사업을 지속하려면 사업 내 프로그램들을 재점검하고, 서울시에서 할 것, 자치구를 지원할 것으로 구분하여 사업성격과 범위를 명확하게 하며, 세부사업이나 프로그램에 대한 타당성평가를 행한 이후에 장기, 중기, 단기사업으로 구분하여 예산을 배정해야 한다. 하나의 방안은 가시적 성과평가가 가능한 단기사업을 중심으로 예산을 투입하고, 성과를 확인한 다음에 점차적으로 사업별로 예산지원을 확대하는 것이다.

4. 프로그램체계: 사업범위의 구체화 및 지역특성 반영

건강도시사업은 종합 건강증진정책으로 보건서비스는 물론, 공동체 구축, 아동안전, 노인복지, 여성정책, 생활체육, 환경, 교통안전 등 지자체 단위의 거의 모든 사업들이 망라되어 있다. 그러나 이처럼 지나치게 광범위하게 사업범위를 규정하는 것은 사업시행의 측면에서 문제가 있다. 따라서 건강도시사업이 성과를 거두기 위해서는 프로그램 측면에서 다음과 같은 개선책이 필요하다.

첫째, 건강도시사업의 범위를 시민건강에 보다 직접적으로 영향을 미치고 사업관리와 성과측정이 가능한 것들을 중심으로 사업범위를 축소하고 구체화해야 한다. 자치단체의 사업시행에서 국제기구의 가이드라인이나 다른 지자체의 프로그램을 답습할 이유는 없다. 서울시는 광역단체 단위에서 할 수 있는 프로그램, 대도시 특성에 부합하는 프로그램, 시의 역점사업과 부합하는 프로그램 등을 중심으로 건강도시사업을 재정비한다.

둘째, 선택과 집중의 원칙에 입각하여 프로그램을 정비한다. 현재 ‘~도시’ 이름이 붙는 대부분의 사업들이 홍보용 수준을 벗어나지 못하고 있다. 또한 대부분 여러 부서에 걸친 기존 사업들을 망라하여 포장만 한 경우가 많다. 건강도시사업도 이러한 속성이 강하다. 따라서 건강도시사업 내의 다양한 프로그램들을 적실성과 호응도 등을 평가하여 실효성이 없는 것은 종료하고, 시민들의 건강증진에 직접 영향을 미치는 것, 시민건강국에서 단독으로 할 수 있는 것, 광역차원에서 행해야 하는 것들을 중심으로 사업역량을 집중해야 할 것이다.

셋째, 유사 프로그램은 통폐합하고 프로그램들 간에는 통합연계성을 강화해야 한다. 우선 건강증진과 관련한 유사한 사업이나 프로그램들은 적어도 국(局) 단위에서 통합 관리하여 규모의 경제를 실현해야 한다. 프로그램의 실효성에 대한 메타평가를 주기적으로 시행하여 유사·중복 프로그램은 통폐합하는 것이 필요하다. 현재의 범위에서 건강도시사업을 지속하고자 한다면 도시재생, 스마트도시, 응급의료체계 등의 프로그램들과도 통합연계를 강화해야 한다.

넷째, 서울시의 지역특성을 반영할 수 있는 프로그램을 개발한다. 현재 건강도시사업은 획일적이고 방만하게 운영하고 있다. 그러나 지역주민들의 건강수준, 인구구성, 보건의료 수요 등은 지자체마다 상이하다. 서울시는 자치구별로 주민들의 경제수준, 교육수준, 인구구성 등에서 차이가 크다. 따라서 지역특성에 맞게 차별적으로 행할 필요가 있다. 그리고 광역단체인 서울시는 보건소 등 집행수단이 없기 때문에 직접 프로그램을 운영하기보다는, 지역특화 프로그램을 개발하여 보급하는데 초점을 두어야 한다. 이를 위해서는 자치구를 통합 조정할 수 있는 리더십이 필요하다.

마지막으로, 건강행동 관련 프로그램을 강화한다. 시민들의 건강증진은 건강환경 조성만으로는 한계가 있으며, 시민들이 스스로 건강행동을 해야 한다. 여

기에는 개인의 금연, 절주, 운동, 비만방지, 스트레스 관리 등 건강 위해요인에 대한 관리가 필요하다(김태운, 2014). 이에 대해서 서울시는 자치구 건강도시사업과 연계하여 건강행동 프로그램을 지원하며, 이를 위해 인센티브, 벌칙, 교육, 상담 등 다양한 정책수단을 동원할 수 있어야 한다.

5. 모니터링 및 성과관리체계: 제도 구비 및 체계적 운영

건강도시사업에 대한 모니터링과 성과평가를 강화, 내실화하기 위해서는 우선, 사업 및 세부 프로그램의 이행상태에 대해 주기적인 모니터링이 필요하다. 이를 위해서는 모니터링 담당기관, 주기, 방식, 항목, 기준, 사후처리 등에 대한 기준을 설정하고, 이에 입각하여 체계적으로 모니터링을 해야 한다. 모니터링 시에는 서류점검보다는 현장점검을 강화하고, 목표대비 추진실적을 살펴보는 합목적성 위주로 한다. 모니터링 주기는 분기별로 한다.

그리고 성과평가를 강화해야 한다. 모니터링이 일종의 과정평가라면, 성과평가는 총괄평가에 해당한다(Dunn, 2015). 현재 서울시는 자치구에 몇몇 프로그램을 시행하도록 권장하는 수준에 그치고 있는데, 이러한 지원 프로그램의 이행실태를 평가하여 상벌을 행하고, 프로그램 자체가 부실하면 폐지해야 한다. 그리고 성과평가를 위해서는 평가주기, 평가기관, 평가기준, 평가지표, 평가방식, 인센티브 등을 사전에 명확하게 하고 일정한 매뉴얼에 입각하여 평가를 행해야 한다(Weimer and Vining, 2017). 대체로 3년 단위로 사업 이행상황에 대한 총괄평가를 행하고, 평가결과에 따라 사업이나 프로그램의 개폐, 신규 프로그램 개발, 상벌부과 등을 행하는 것이 현실적이다. 평가기준과 지표는 객관성과 변별력을 높일 수 있도록 사업목표에 직결되는 몇 가지로 단순화한다. 그리고 평가결과에 따른 상벌은 현재처럼 미미한 액수의 재정보조로는 실효성을 기대할 수 없다. 따라서 건강도시사업을 내실화하려면 자체사업을 강화하고, 자치구 재정보조도 자치구들을 통제할 수 있는 수준으로 확대하며, 그 위에서 성과평가에 따른 상벌체계를 강화해야 한다.

6. 사회적 지원체계: 거버넌스 및 정보공유시스템 구축

건강도시사업을 활성화하기 위해서는 이해당사자들과의 협력을 강화하고 지역사회의 인적, 물적 자원을 적절하게 활용해야 한다. 따라서 로컬 거버넌스(local governance) 관점의 사회적 지원체계를 구축하는 것이 필요하다(Chhotray and Stoker, 2008). 구체적인 방안으로 첫째, 건강도시사업 이해관계자 및 민간자원 활용실태를 파악한다. 지역사회의 어떤 단체나 개인이 사업과 어떠한 이해관계를 가지는지를 세부사업 및 프로그램별로 파악해야 한다. 그리고 민간부문에서 시행하고 있는 건강증진사업에 대한 실태파악도 필요하다. 이를 통하여 협력이나 연계의 여지를 파악해야 한다.

둘째, 지역사회단체와의 협력체계를 구축한다. 의사결정단계에서부터 이들의 참여를 조장하며, 사업시행과정에서는 서울시의사협회 등과 같은 지역사회의 보건의료단체, 시민단체, 봉사단체, 체육단체 등과 공동생산 방안을 모색한다. 지역사회 내의 도서관, 학교, 상담기관, 병의원, 노인복지시설 등과 협력체계를 구축하는 것도 필요하다(임혜수·이태동, 2017).

셋째, 의사소통의 기초가 되는 정보공유시스템을 구축한다. 사회적 지원체계를 구축하기 위해서는 정보의 개방과 공유가 필요하다. 이를 위해 건강도시사업 웹사이트와 SNS 등을 통한 모바일 정보공유시스템을 구축하여 예산현황, 건강지도, 프로그램, 민간자원 실태 등에 대한 실태자료를 공개하며, 시민들이 수시로 질의를 하고 관련 정보를 올릴 수 있는 열린 공간을 만들어야 한다.

넷째, 사회적 지원체계의 전문성을 제고한다. 이를 위해 시민건강위원회의 전문성을 강화하며, 민간 전문기관들과의 협력체계를 강화한다. 현재 서울시 시민건강위원회에는 일반시민들로 구성되는 시민위원 비율이 높는데, 보건의료 및 건강 전문가들의 참여를 확대하여 위원회의 정책자문기능을 강화해야 한다. 그리고 서울시 관내의 보건의료기관, 대학의 건강증진 관련 학과, 응급구조기관 등의 민간전문기관들과 건강상담, 건강교육, 응급구조 등 전문적 사안을 중심으로 협력을 강화한다.

〈표 4〉는 서울시 건강도시사업의 관리운영체계 개선방안을 분석변수에 따라 정리한 것이다.

〈표 4〉 분석변수별 서울시 건강도시사업 관리운영체계의 개선방안

분석변수	관리운영체계 개선방안
법제체계	-중앙정부 차원의 입법조치 보완 -서울시의 건강도시 기본조례 제정 및 내용의 구체화 -건강도시사업의 시행규칙 및 업무매뉴얼 구비 -메타평가를 위한 법제적 기초 마련
행정체계 (조직, 인력)	-사업을 총괄 조정하기 위한 컨트롤타워 기능 강화 -광역단체로서의 서울시의 역할과 자치구와의 협력체계 정립 -건강 및 보건의로 관련 위원회의 통합적 운영 -건강도시사업을 관리하기 위한 전담인력 배치 -건강도시사업에 대한 적극적인 리더십 확보
재정체계	-사업예산 확대 및 광역단체 역할에 부합하는 지출영역 설정 -기존 예산체계와는 별도의 건강도시사업 관련 예산자료 작성 -건강도시사업 기본계획과 실행계획 수립 및 계획/예산 간 연계강화 -사업시행 및 예산배정 시의 타당성평가 강화
프로그램체계	-사업범위의 축소 및 구체화 -선택과 집중의 원칙에 입각한 프로그램 정비 -유사 프로그램 통합 및 프로그램들 간 통합연계성 강화 -서울시 지역특성을 반영하는 프로그램 개발 -건강행동 관련 프로그램 강화
모니터링/ 성과관리체계	-사업 및 세부 프로그램 이행상태에 대한 주기적 모니터링 -모니터링 담당기관, 주기, 방식, 항목, 기준, 사후처리 등의 명확화 -서류점검보다는 현장점검 강화, 합목적성 위주의 모니터링 -프로그램 이행상태에 대한 평가기능 강화 및 상벌체계 강화 -평가주기, 평가기관, 평가기준, 평가지표, 평가방식, 인센티브 등 명확화
사회적 지원체계	-건강도시사업 이해관계자 및 민간자원 활용실태 파악 -지역사회단체와의 협력체계 구축 및 공동생산 방안 모색 -공사부문 간 정보공유시스템 구축 -사회적 지원체계의 전문성 제고 및 보건의로 전문가 참여 촉진

V. 결론

지금까지 서울시 건강도시사업 관리운영체계의 현황과 문제점을 법제체계, 행정체계, 재정체계, 프로그램체계, 모니터링/성과관리체계, 사회적 지원체계를 중심으로 분석하였다. 건강도시사업은 2000년대 초반부터 많은 자치단체들

이 지역기반 건강증진정책의 일환으로 도입하였다. 특히, 서울시 건강도시사업은 기초단체가 아닌 광역단체 단위에서 사업을 시행하고 있다는 특징이 있어 다른 광역단체들의 사업 참여를 위한 벤치마킹의 사례가 될 수 있다.

그러나 서울시의 건강도시사업은 처음의 의욕과는 달리 시간이 경과하고 자치단체장들이 바뀌면서 추진동력이 약화되고 있다. 이 시점에서 사업의 계속여부를 원점에서 재검토하는 것이 필요하며, 사업을 계속하려면 특단의 조치들이 필요하다. 이를 위해서는 우선 현재의 상태와 문제점을 진단해야 하는바, 현재 서울시의 건강도시사업은 법제적 토대의 미비, 사업범위의 불명확 및 과도한 확대, 달성목표의 미(未)설정, 장단기 사업추진계획의 부재, 서울시와 자치구간 역할분담의 결여, 담당조직 및 전담인력의 부재, 컨트롤 타워의 부재, 리더십의 일관성 결여, 불충분한 재정지원 및 소요예산규모 파악 불가, 프로그램의 지역특성화 부족 및 비현실성, 모니터링 부실 및 성과평가의 부재, 사회적 지원체계 구축노력의 부족 등 여러 문제점들이 있다. 물론 이러한 것들은 단기간에, 일시에 해결하기는 어려우며, 긴급성 및 실현가능성을 기준으로 단계적으로 개선해야 할 것들이다.

무엇보다 시급한 것은 건강도시사업의 범위를 주민건강에 직접 영향을 미치는 것들과 국(局)단위에서 시행할 수 있는 것들을 중심으로 압축하는 것이다. 이 경우 건강도시지표도 WHO나 다른 건강도시들이 사용하는 것을 답습할 것이 아니라, 지역특성에 맞게 재설정해야 한다. 그리고 관련 조례를 제정하여 사업시행의 안정성을 담보하되, 조례의 내용은 구체적이어야 한다. 또한 사업전담 조직과 인력을 구비하며, 행정체계의 통합연계를 강화하고 이를 책임질 컨트롤 타워 기능을 강화해야 한다. 재정적으로는 사업예산을 확충하되, 기존의 조직별 예산항목들과는 별도로 건강도시사업 예산을 작성하여 사업규모와 재정현황을 일목요연하게 파악할 수 있어야 한다. 그리고 세부 프로그램들은 중복과 파편화로 인한 낭비가 발생하지 않도록 설계하며, 무엇보다 광역단체 차원에서 행할 것, 지역특성에 부합하는 것, 주민건강에 직접적으로 영향을 미치는 것들을 중심으로 선택과 집중을 해야 한다. 또한 사업시행과정에 대한 모니터링을 체계화하며, 사업의 성과평가와 이에 대한 상벌체계를 강화해야 한다. 마지막으로, 건강도시사업은 민간부문의 협력이 절실하기 때문에 의사결정과

사업시행 전(全)과정에서 거버넌스 관점의 사회적 지원체계를 구축해야 한다.

근래 들어 자치단체 차원에서 많은 신규 사업들을 도입하고 있지만, 이들 중에는 정치적 동기, 단체장의 일시적 관심, 외국사례의 모방, 홍보용 이벤트 등의 일환으로 도입하는 경우도 적지 않다. 이러한 사업들은 대부분 범위가 모호하고 광범위하며, 기존의 사업이나 프로그램들을 명칭만 바꾸어 시행하는 경우가 많다. 긴급성 검토, 수요조사, 지역사회조사, 타당성조사 등을 제대로 하지 않은 채 도입하고 있다. 그리고 한번 시작된 사업은 성과에 불문하고 좀처럼 중단되지 않는다. 그 결과, 많은 자치단체 사업들이 중복으로 인한 행정낭비가 심각하다. 평가를 하지 않기 때문에 책임을 추궁하기도 어렵다. 이제 이러한 방식으로 사업을 시행하는 것은 마감해야 한다. 긴급성, 실현가능성, 수요조사를 통해서 합리적으로 사업을 도입하며, 자치단체 위상, 지역특성, 주민요구 등에 부합하도록 사업을 시행하며, 사업시행의 과정과 결과를 모니터링하고 평가하여 상벌을 분명하게 하며, 그 결과에 대해서 책임을 지게 해야 한다. 이제 구호(口號)용 생색내기사업, 정치적 동기에 기인하는 이벤트성사업, 밀도 끝도 없는 모호한 사업, 획일적인 모방사업은 그만해야 한다. 서울시의 건강도시사업이 이러한 범주에 들지 않기 위해서는 혁신과 재설계가 필요하다.

참고문헌

- 강은정 외. (2017), “건강도시지수를 위한 건강도시지표의 타당성과 자료생산 가능성.” 「대한보건연구」, 43(2): 21-35.
- 고경훈·김건위. (2014), 「지방자치단체 칸막이현상의 개선방안에 관한 연구」, 한국지방행정연구원.
- 길혜민·박혁서. (2018). “빅데이터에 기반한 건강도시 구축을 위한 도시환경의 건강친화도 분석: 경기도를 중심으로.” 「주거환경」, 16(2): 279-299.
- 김광기·유승현·강은정. (2019), “건강도시와 건강증진의 관계 정립 및 국민건강증진법 개정 방향.” 「보건교육건강증진학회지」, 36(5): 87-98.
- 김대중. (2013), “보건의료자원 배분정책의 발전방안: 프랑스 사례를 중심으로.”

- 「보건복지 Issue & Focus」, 199: 1-8.
- 김순양. (2011), “미국의 사회적 기업 지원체계 분석 및 정책적 시사점.” 「지역발전연구」, 20(1): 277-311.
- 김순양. (2016), “효율적인 동물복지 정책관리체계 구축방안에 관한 연구: 농장 동물복지정책을 중심으로.” 「한국공공관리학보」, 30(4): 75-111.
- 김순양·고수정. (2018), “지방자치단체 건강도시사업 관리체계의 적실성 제고 방안: 대구광역시 수성구를 사례로.” 「대구경북연구」, 17(2): 77-98.
- 김승희·김은숙. (2015), “건강지표분석을 통한 건강도시 정책방향에 관한 연구: 강원도 사례.” 「도시정책연구」, 6(2): 47-62.
- 김영현·정소윤·김용국. (2017), “건강도시사업에 대한 거주자 인식과 물리적 환경 개선요소에 관한 연구: 서울시 건강도시사업 대상 주거단지를 중심으로.” 「도시설계」, 18(4): 57-73.
- 김정민·고광욱. (2009), “건강도시사업 추진을 위한 개인, 조직, 환경역량의 평가.” 「보건교육·건강증진학회지」, 26(2): 119-133.
- 김정숙. (2020), “건강증진사업 관리체계 사례분석: 6개 지역을 중심으로.” 「지방행정연구」, 34(2): 161-189.
- 김중세. (2016), “중앙정부의 행정기관위원회의 현황과 개선방향.” 「한양법학」, 27(2): 85-106.
- 김진희. (2012), “건강도시 평가의 원칙.” 「보건교육건강증진학회지」, 29(4): 67-81.
- 김태운. (2014), “생활체육 참가 고령자의 라이프 스타일과 건강지각 및 건강증진행동 간의 인과모형.” 「한국체육과학회지」, 23(6): 209-224.
- 김태환·김은정·전혜선. (2014), “건강도시 조성을 위한 가이드라인의 수립방향에 관한 연구.” 「국토계획」, 49(6): 127-143.
- 남은우. (2007), “건강도시사업 추진과 정책 과제.” 「보건교육건강증진학회지」, 24(2): 123-134.
- 남은우. (2009), 「국내 건강도시 유형분석 및 유형별 발전전략 개발」, 연세대학교 박사학위논문.
- 리 금. (2012). 「중국 농산물도매시장의 관리운영체계와 거래제도 분석」, 서울대학교 박사학위논문.

- 문은숙·서명희. (2015), 「서울시의 건강도시사업 추진실태와 개선방안」, 서울연구원.
- 박미영·한미라. (2017). “평가인증 3차 시범사업 참여 보육교직원의 평가지표 운영체계와 평가인증 사후유지관리에 대한 인식.” 「육아지원연구」, 12(2): 247-282.
- 윤현호. (2011). “축제 자원봉사활동 운영 체계 연구.” 「관광연구논총」, 23(1): 83-107.
- 이삼수. (2007), “일본 도시재생사업에서 지역의 관리운영체계에 관한 연구.” 「서울도시연구」, 8(2): 19-34.
- 이상미. (2012), “평생학습도시 사업의 성패에 따른 자치단체장의 리더십 분석.” 「GRI연구논총」, 14(2): 187-219.
- 임혜수·이태동. (2017), “민관협력 파트너십과 정책 일관성 영향 연구: 뉴욕시와 서울시의 건강도시정책 비교.” 「지방정부연구」, 21(1): 267-290.
- 정일섭. (2015), 「한국지방자치론」, 대영문화사.
- 조희진·장용석. (2014), “성과평가제도의 운영요인 및 조직효과성 분석: 공공기관의 전략적 선택과 제도적 조응을 중심으로.” 「한국정책학회보」, 23(1): 343-372.
- 채균식·이응봉. (2005). “참조표준데이터 품질관리 및 운영체계에 관한 연구.” 「한국도서관·정보학회지」, 36(2): 283-305.
- 최희진. (2014). “복지서비스 위탁공급의 계약관리요인이 사업성과에 미치는 영향 연구.” 「한국자치행정학보」, 28(4): 255-282.
- Aguinis, H. (2014), *Performance Management*, Pearson.
- Baum, F. et al. (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.
- Bel, G. et al., (2007), Local Government Reform: Privatization and its Alternatives, *Local Government Studies*, 33(4): 507-515.
- Chhotray, V. and G. Stoker (2008), *Governance Theory and Practice: A Cross-disciplinary Approach*, New York: Springer.
- de Leeuw, E. et al. (2014), *Healthy Cities, Promoting Health and Equity*

- Evidence for Local Policy and Practice*, WHO Europe.
- Denters, S. et al., (2013), *The Rise of Interactive Governance and Quasi-markets*, New York: Springer.
- Dunk, A. S. (2011), Product Innovation, Budgetary Control, and the Financial Performance of Firms, *British Accounting Review*, 43(2): 102-111.
- Dunn, W. N. (2015), *Public Policy Analysis*, London: Routledge.
- Durant, R. F. (2017), *Environmental Governance Reconsidered: Challenges, Choices, and Opportunities*, Cambridge, MA: MIT Press.
- Gilbert, N. and P. Terrell (2013), *Dimensions of Social Welfare Policy*, Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Goldstein, G. and I. Kickbusch (1996), A Healthy City is a Better City, *World Health*, 49(1): 4-6.
- Henry, N. (2015), *Public Administration and Public Affairs*, London: Routledge.
- Holloway, I. and K. Galvin (2016), *Qualitative Research in Nursing and Healthcare*, Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Hughes, O. E. (2012), *Public Management and Administration*, London: Macmillan International Higher Education.
- Jung, G. H. et al. (2009), The Characteristics of Healthy City Project in Korea, *Journal of Agricultural Medicine and Community Health*, 34(2): 155-167.
- Larkey, P. D. (2015), *Evaluating Public Programs*, Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Mayne, J. W. (2017), *Monitoring Performance in the Public Sector: Future Directions from International Experience*, London: Routledge.
- McAfee, R. P. et al., (2010), Do Sunk Costs Matter?, *Economic Inquiry*, 48(2): 323-336.
- Roberts, N. C. (2015), *The Age of Direct Citizen Participation*, London: Routledge.
- Shafritz, J. et al., (2015), *Introducing Public Administration*, London: Routledge.
- Stillman, R. (2009), *Public Administration: Concepts and Cases*, Scarborough, Canada: Nelson Education.

- Takano, T. (2003), *Healthy Cities & Urban Policy Research*, Abingdon, UK: Taylor & Francis.
- Tsouros, A. (1995), The WHO Healthy Cities Project: State of the Art and Future Plans, *Health Promotion International*, 10(2): 133-141.
- Van Dooren, W., G. Bouckaert and J. Halligan (2015), *Performance Management in the Public Sector*. London: Routledge.
- Veal, C. (2017). Dance and Wellbeing in Vancouver's 'A Healthy City for All'. *Geoforum*, 81: 11-21.
- Weimer, D. and A. Vining (2017), *Policy Analysis: Concepts and Practice*, Abingdon, UK: Taylor & Francis.
- WHO Europe (2009), Phase V(2009-2013) of the WHO European Healthy Cities Network: Goals and Requirements, *Healthy Cities 21st Century*.
- WHO Europe (2013), Phase VI(2014-2018) of the WHO European Healthy Cities Network: Goals and Requirements, *Healthy Cities 21st Century*.
- Wilson, D. and C. Game (2011), *Local Government in the United Kingdom*, London: Macmillan.



An Analysis of the Management System of Community-Based Health Promotion Policy: With Emphasis on the Healthy City Project of Seoul Metropolitan City

Soon-Yang Kim
Yeungnam University, Korea

The purpose of this article is analyze the contemporary situation and underlying problems of the Healthy City Project, which local governments put in force as community-based health promotion policy, and make policy suggestions for the successful implementation of the Project. A target of research is the Healthy City Project of Seoul Metropolitan City, which comprises the largest number of borough-level Healthy City Projects. The case study targeting the Healthy City Project of Seoul Metropolitan City can provide us with a good opportunity to understand the current situation of the metropolis-level Healthy City Project and examine the relationship between metropolis- and city-level governments in implementing large scale of healthcare projects.

This article introduced the following six analysis variables to analyze the Healthy City Project of Seoul Metropolitan City: Legal and institutional systems, administrative system, finances, programs, monitoring and performance evaluation, and social support system, According to the analysis, the Healthy City Project of Seoul Metropolitan City shows a variety of problems in almost all aspects of variables. Accordingly, this article suggested practical and feasible policy measures to activate the Healthy City Project of Seoul Metropolitan City. The results of this article can also be applied to the cases of other cities, which carry out the Healthy City Project.

[Key Words: Healthy City Project, health promotion, management system, performance evaluation, Seoul Metropolitan City]

논문접수일: 2020년 10월 05일

논문수정일: 2020년 11월 04일

게재확정일: 2020년 12월 13일

제1저자(단독저자): 김순양(Soon-Yang Kim)은 런던정경대(LSE)에서 Ph.D(사회정책학), 서울대학교에서 행정학박사를 취득하고, 현재 영남대학교 행정학과 교수로 재직하고 있다. 학문적 관심분야는 사회정책, 정책이론, 복지행정, 정부관료제론 등이며, 이 분야에서 <Health Politics in Korea> <Health Systems in Transition: Republic of Korea>, <정부관료제의 개혁과제>, <한국의 노동정치>, <사회복지행정의 개혁과제>, <한국 보건의료개혁의 정치>, <사회복지정책론>, <한국 다문화사회의 이방인: 사회적 배제와 정책적 대응>, <복지서비스의 민간위탁 시스템 분석> 등의 학술 저서와 170여 편의 학술논문을 발표하였다. <한국행정학보> 편집위원장을 역임하였다(kimsy@ynu.ac.kr).