



건강도시와 건강증진의 관계 정립 및 국민건강증진법 개정 방향

김광기*, 유승현**, 강은정***†

*인제대학교 보건대학원 교수, **서울대학교 보건대학원/보건환경연구소 교수, ***순천향대학교 보건행정경영학과 교수

The relationship between Healthy City and health promotion and the directions for a revision of the National Health Promotion Act

Kwang Kee Kim*, Seunghyun Yoo**, Eunjeong Kang***†

*Professor, Graduate School of Public Health, Inje University

**Professor, Graduate School of Public Health/Institute of Health & Environment, Seoul National University

***Professor, Department of Health Administration and Management, Soonchunhyang University

Objectives: This study aims to examine the relationship between Healthy City and health promotion based on the documents from the global health promotion conferences and then to review the National Health Promotion Act from the perspectives of the concepts and principles of health promotion and make suggestions on how to revise the National Health Promotion Act in order to vitalize healthy cities. **Methods:** We reviewed and analyzed the documents of all the previous global health promotion conferences and the contents of the National Health Promotion Act. **Results:** Health promotion manifested in the global health promotion conferences emphasizes socio-ecological multi-level action areas and strategies and the Healthy City project has consistently been described in global health promotion conferences as a typical health promotion action or strategy. However, we found that the health promotion concept in the National Health Promotion Act differed greatly from the concept espoused by global health promotion conferences. **Conclusions:** If we want Health City programs to be properly implemented, an institutionalization of Healthy City is necessary so that Healthy City reflects the philosophy, principles, and strategies of health promotion. To this end, a revision of the National Health Promotion Act can be an alternative.

Key words: Healthy City, health promotion, institutionalization, National Health Promotion Act

I. 서론

우리나라에서 건강도시가 지방자치단체를 중심으로 확대되고 있다. 2019년 7월 1일 현재 대한민국건강도시협의회에 가입한 지자체는 모두 97개이며(Korea Healthy City Partnership, 2019), AFHC에 가입한 지자체는 모두 95개이다(Alliance for Healthy Cities, 2019). 특광역시 등 17개의 광역자치단체와 226개 시군구로 구성된 기초자치단체를

포함하면 우리나라에는 총 243개의 지방정부가 있는데 이 중 97개, 즉 39.9%가 건강도시를 표방하고 있는 것이다. 건강도시의 62.1%가 1명 이상의 전담직원을 두고 있으며(Kang, Kim, & Kim, 2017) 91.3%의 건강도시가 운용에 필요한 예산을 지출하고 있으나(Jeong, Kim, & Na, 2009), 건강도시 사업 추진을 위한 구조가 취약하고, 사업내용이 부실하며(Oh, Kim, & Yang, 2011), 건강도시사업에 대한 질 평가가 거의 없다는(Kang et al., 2017) 등의 한계를 안고 있다.

Corresponding author: Eunjeong Kang

Department of Health Administration and Management, Soonchunhyang University, 22, Soonchunhyang-ro, Sinchang-myeon, Asan-si, Chungcheongnam-do, 31538, Republic of Korea

주소: (31538) 충남 아산시 신창면 순천향로 22 순천향대학교 보건행정경영학과

Tel: +82-41-530-1391, (Fax) +82-41-530-3085, (Email) marche72@gmail.com

※ 김광기와 유승현은 공동 제1저자임

• Received: October 31, 2019

• Revised: December 7, 2019

• Accepted: December 18, 2019

건강도시의 필요성을 인식하여 이를 도입하고 자원을 투입하고 있지만 이에 맞는 성과를 도출하지 못하고 내용적으로 발전하지 못하고 있는 이유는 학술적인 측면과 제도적 측면에서 찾아 볼 수 있을 것이다. 학술적인 측면에서는 개념적 및 방법 또는 전략에 대한 혼란이 원인이 될 수 있다. 건강도시 및 건강증진이 무엇이고 어떤 관계가 있는지에 대한 이해가 부족하다(Yoo, 2015)는 것과 관련이 있다. 개념으로서의 건강도시와 사업으로서의 건강도시가 혼용되고 있기도 하다(Kim et al., 2011). 서울시 보건소 직원을 대상으로 한 질적 연구에서는 건강도시가 건강증진보다 더 큰 개념으로 이해하고 있으면서도, 실제 추진되는 건강도시사업은 보건소 사업, 즉 건강증진사업의 일종으로 이해하는 경향이 지배적이었다(Yoo, 2015). 이외에도 건강도시를 지역사회에서 어떤 방식으로 추진할 것이며 그 효과는 어떻게 측정되어야 하는지에 대한 모호성이 지적된다(Kim, 2013a).

건강도시가 내용적으로 발전하지 못하고 있는 제도적 원인에는 중앙정부의 역할 부재와 건강도시를 지원하는 인프라 부족이 포함된다. 도시의 지속가능한 발전을 담보해 줄 수 있는 필수적인 핵심 전략으로 건강도시를 이해한 WHO는 건강도시 구현을 위한 중앙정부의 책무성과 역할 확대를 권고하고 있다(World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific [WPRO], 2016). 그러나 건강도시에 관한 한국의 중앙정부는 적극적이지 못하다고 볼 수 있다. 한국 사회가 처한 저출산 고령화, 만성질환으로 인한 질병부담의 증가, 계층 및 지역간 건강수준의 격차 확대와 같은 문제를 해결할 수 있는 전략으로서의 건강증진이나 건강도시를 설명하고 있지만 수사적 표현에 불과할 뿐 정책에 제대로 반영되지 못하고 있다고 여겨진다. 건강都市는 국민건강증진 종합계획 등의 보건과 관련된 국가계획에도 포함되어 있지 않으며 건강증진의 핵심을 담고 있는 국민건강증진법에도 담겨 있지 않다. 이러다 보니 건강都市는 지속가능성이 담보되지 못한 일회성 사업인 경우가 대부분이다. 한 조사연구에 따르면 건강도시의 57.1%만이 도시건강프로파일¹⁾을 보유하고 있다고 하였고, 보유한 도시의 50%만이 지난 4년 동안 1번 이상 자료를 갱신하였다고 하였다(Kang et al., 2017). 도시 건강 프로파일¹⁾이 작성되지 않거나 4년이 지나도 갱신되지 않았다는 것은 건강도시사업이 지속적으로 유지되고 있지 않다

는 것을 입증하는 것이다. 이는 건강도시가 “반복가능한 자기유지적 과정”을 갖춘 제도화의 단계(Meyer & Tarrow, 1998: 21)에 도달하지 못한 채, 대한민국건강도시협의회라는 네트워크를 통해 다른 조직의 성공적 실천을 따라가는 형태의 제도화 과정 혹은 각 건강도시를 자문해 주는 학자들의 전문성에 의존하는 전문화 과정에 있다고 볼 수 있다.

우리 사회가 직면하고 있는 공중보건 과제와 도시의 지속가능발전의 과제를 해결할 수 있는 대안을 건강도시에서 찾을 수 있다면(Kim, 2013b; WPRO, 2016) 이를 제도화하기 위한 노력은 매우 중요한 건강정책 과제라고 할 수 있다(DiMaggio & Powell, 1983). 우리나라와 같이 중앙정부의 권한이 큰 경우 중앙정부에서 정책 및 사회적 가치와 규범 등의 제도적 환경이 갖추어지면, 그 조직과 체계는 지속성을 갖고 그 활동과 내용이 결정되어 견고하게 유지될 수 있기 때문이다(Lee, Choi, & Seo, 2018).

이런 관점에서 본 연구는 먼저 세계건강증진대회 문헌을 근거로 건강도시와 건강증진의 관계를 정립한 뒤 국민건강증진법을 건강증진의 본질과 원리에서 검토하고 건강도시 활성화에 기여할 수 있는 국민건강증진법 개정의 방향을 제시하는 것을 목적으로 한다.

II. 연구방법

본 연구는 문헌고찰을 기반으로 하여 건강증진과 건강도시의 개념, 그리고 방향성을 비교 분석한 연구이다. 먼저 건강증진 개념과 영역에 대해서는 1986년 이래 세계적으로 건강증진의 방향 설정을 주도하고 있는 세계보건기구의 세계건강증진대회의 회의문헌 원문을 대상으로 하였다. 구체적으로, 1986년부터 2016년까지 총 9차에 걸쳐 개최된 세계건강증진대회마다 채택하고 발표한 선언문, 성명서, 회의보고서 등의 문헌 총 9편(세계건강증진대회 회차별 1편)과 1986년부터 2005년까지 총 6차례의 세계건강증진대회에서 채택된 성명서 요약집 1편을 포함하여 10편의 세계보건기구 문헌을 건강증진 관련 고찰 대상으로 하였다. 이 중 세계건강증진대회별 문헌을 주요 분석대상으로 하고, 1차~6차 대회 성명서 요약집은 보완, 참고적으로 검토하였다. 분석방법은 각 문헌 별로

1) 도시건강 프로파일이란 건강도시 현황을 파악하고 우선순위 문제를 설정하기 위해 작성된 건강의 사회적 결정요인들에 관한 통계를 말한다.

건강증진의 정의, 활동영역, 전략을 파악하여 정리한 후 1차부터 9차에 이르는 세계건강증진대회의 흐름상 건강증진의 정의, 핵심주제, 활동영역, 전략이 어떻게 이어지는지, 또는 대비되는지 비교하여 정리하였다. 그리고 이러한 건강증진의 세계적인 흐름에서 건강도시의 특징이 어떻게 드러나는지를 세계보건기구 용어집의 건강도시 정의를 기초로 하여 도출하고 비교분석하였다.

또한 국민건강증진법에서 규정하고 있는 건강증진의 의미와 내용 및 전략을 분석 검토하였다. 법률에서 규정하고 있는 건강증진은 국민건강증진법 뿐만 아니라 관련 법률 속에서도 찾아 볼 수 있다(Kim, 2013b). 하지만 우리나라 건강증진의 정의와 전략 및 내용을 국민건강증진법에 가장 잘 반영되어 있다는 관점에서 본 연구에서는 국민건강증진법을 분석 대상으로 하였다.

Ⅲ. 연구결과

1. 세계건강증진대회 문헌의 내용분석

1) 건강증진의 개념

사람들이 자신의 건강에 대해 결정권, 통제력을 향상하여 건강을 개선할 수 있도록 하는 과정이라는 건강증진의 개념 정의는 1986년 제1회 세계건강증진대회에서 채택한 오타와 헌장(The Ottawa Charter for Health Promotion)에 제시되어 있다(World Health Organization [WHO], 1986). 그리고 2005년 방콕 선언(WHO, 2005)에서는 기존의 오타와 헌장 정의에 덧붙여 건강증진이 건강 결정요인에 대한 결정권, 통제력을 향상할 수 있게 하는 것이며, 건강증진이 공중보건의 핵심 기능이라고 명시하였다. 이후 세계건강증진대회가 2016년 제9회 상하이 대회까지 이어지는 동안 오타와 헌장과 방콕 헌장의 건강증진 정의는 계속 유지되며 재확인되어왔다(Table 1).

<Table 1> Global Health Promotion Conferences

No.	Location	Dates	Output
1	Ottawa, Canada	1986. Nov. 17-21.	The Ottawa Charter for Health Promotion
2	Adelaide, Australia	1988. Apr. 5-9.	Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy
3	Sundsvall, Sweden	1991. Jun. 9-15.	Sundsvall Statement of Supportive Environments for Health
4	Jakarta, Indonesia	1997. Jul. 21-25.	Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century
5	Mexico City, Mexico	2000. Jun. 5-9.	Mexico Ministerial Statement for the Promotion of Health: From Ideas to Action
6	Bangkok, Thailand	2005. Aug. 7-11.	Bangkok Charter for Health Promotion in a globalized world
7	Nairobi, Kenya	2009. Oct. 26-30.	Nairobi Call to Action
8	Helsinki, Finland	2013. Jun. 10-14.	The Helsinki Statement on Health in All Policies
9	Shanghai, China	2016. Nov. 21-24.	The Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development

Note. Sources: WHO, 2009; WHO, 2019a

2) 건강증진의 활동영역과 전략

따라서 건강증진의 활동영역과 전략도 오타와 헌장에서 제시한 내용과 구조를 기초로 하여 설정되고 권고되어 왔다고 할 수 있다. 오타와 헌장(WHO, 1986)에서는 건강증진의 활

동영역을 ▷건강한 공공정책의 수립; ▷건강에 도움이 되는 환경의 형성; ▷커뮤니티 활동의 강화; ▷건강에 대한 결정권, 통제력을 행사하는 데 필요한 개개인의 기술 개발; ▷보건의료 서비스 방향 재설정으로 구성하였다. 그리고 이를 위해 다양한 건강 결정요인들이 건강증진에 동조하고 유리하도록 건

강을 옹호하는 것(=advocate); 건강 격차를 줄이고 동등한 기회와 자원을 보장하여 모두가 각자 최대한 건강할 수 있게 하는 것(=enable); 건강 결정요인의 개선과 건강증진이 보건 의료 외의 여러 부문과 연결된 사안이므로 사회의 다양한 입장과 이해관계자 사이에서 그 사회의 체제, 배경에 맞게 중재하는 것(=mediate)을 건강증진의 주요 역할이자 전략이라고 하였다.

제1회 오타와 회의에 이은 제2회 아델레이드 회의에서는 오타와 현장의 건강증진 영역 중 건강한 공공정책에, 제3회 쉐르브룩 회의에서는 건강을 뒷받침하는 환경에 초점을 맞추어 각각의 하위영역과 전략을 논의하고 제시하였다. 1997년에 개최된 제4회 자카르타 회의는 알마아타 선언 20주년을 맞아 21세기를 앞두고 건강증진의 우선순위 영역을 도출했다. 그 우선순위 영역은 ▷건강에 대한 사회적 책임 고취; ▷건강개발을 위한 투자 증강; ▷건강을 위한 파트너십의 강화; ▷커뮤니티와 개인의 역량 강화; ▷건강증진을 위한 기반구조 확보이고, 이를 위해 기존의 부문 간 경계를 넘는 건강증진 연대의 개발과 강화가 강조되었다(WHO, 2009).

21세기에 들어서서 제6회 방콕 회의(2005)는 세계화 속의 건강증진 핵심과제와 전략을 논의하고 제시하였다. 방콕 선언에서는 강력한 정치 활동, 폭넓은 참여, 지속적인 건강 옹호 활동을 건강증진의 주요 전략으로 삼았다. 그리고 건강증진이 국제개발의 핵심의제, 정부 모든 영역의 주요 책임, 시민사회의 주요 주제, 건전한 기업운영의 조건이어야 한다고 강조하였다(WHO, 2005).

건강증진에 대한 정부의 책임과 역할의 강조는 ‘모든 정책에서의 건강(Health in All Policies)’을 내세운 2013년 제8회 헬싱키 대회로도 이어진다. 헬싱키 성명에서는 알마아타 선언의 ‘모든 사람의 건강(Health for All)’이 정부의 주요 목적이자 지속 가능한 개발의 초석이라고 전제하고, 정부가 건강, 건강형평성을 정치적 우선순위에 두고 책임감 있게 추진하기를, 조직 역량을 키우고 투명한 책무와 감사추적 기전, 이해상충으로 인해 정책이 왜곡, 변형되지 않도록 보호하는 기전을 가지기를, 정부의 모든 영역에서 ‘모든 정책에서의 건강’이 가능하도록 작업 구조, 과정, 자원을 확보하기를, ‘모든 정책에서의 건강’의 시행과 모니터링을 시민과 지역사회와 함께 추진하기를, 보건부서가 정부의 다른 부문들을 연계하여 참여하게 할 수 있는 역량을 강화하기를 촉구한다(WHO, 2013). 2016년 제9회 상하이 대회에서도 건강을 위해 대담

한 정치적 선택을 해야 할 시기임을 지적하여 건강 지향의 좋은 거버넌스를 건강증진의 과제로 강조한다(WHO, 2016).

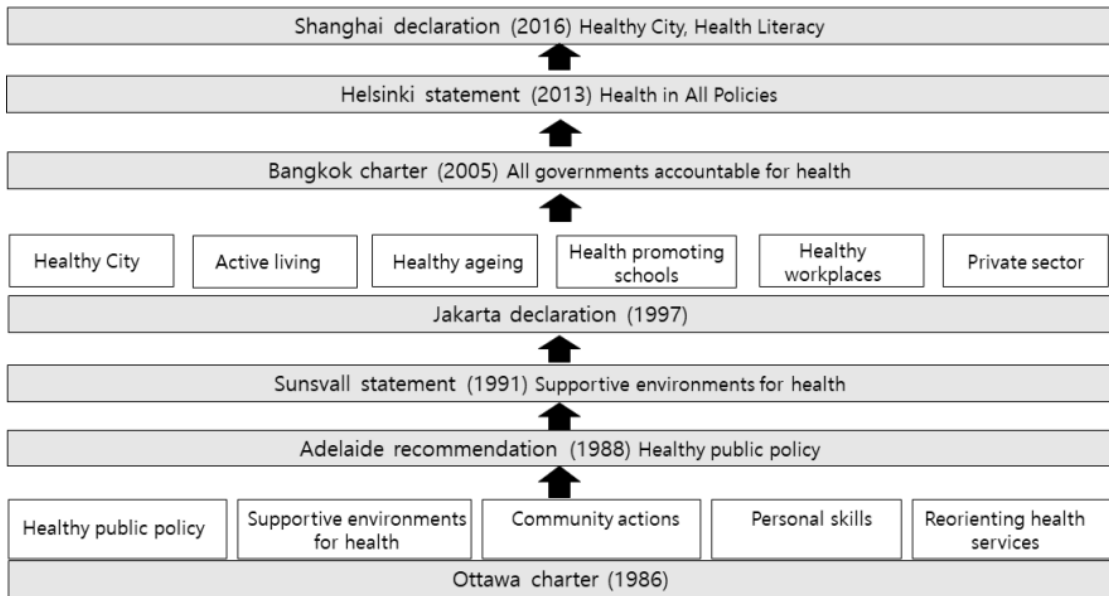
정리해보면, 세계건강증진대회를 통해 오타와 현장에서 사회생태학적 다차원 건강증진 활동영역과 추진전략을 제시하고, 이후 오타와 현장의 건강증진 영역들에 대한 구체적인 논의를 진행하면서 알마아타 선언의 모든 사람의 건강(Health for All)을 상기하여 건강과 형평을 추구하기 위한 보건 외 다른 분야 및 공공과 민간에 걸친 다부문 연대활동을 강조하였다. 21세기에 들어서는 세계화 시대의 건강증진을 재설정하면서 ‘모든 정책에서의 건강’을 주장하고 시민사회의 참여, 그와 관련하여 건강문해력(health literacy)의 중요성을 강조하였다. 특히 정부가 의지와 책임감을 실제 바탕으로 해서 모든 사람의 건강, 모든 정책에서의 건강을 추구해야 하며, 이를 위한 역량과 전략을 논의해가고 있다.

3) 건강증진과 건강도시의 관계: 건강증진의 실천 전략으로서의 건강도시

건강증진은 그 정의에서 말하고 있듯이 사람들이 건강과 건강 결정요인에 대한 자신의 권한을 가지고 행사할 수 있게, 그래서 건강을 향상할 수 있게 하는 과정으로 실천과 함께 여건의 형성, 제공이 중요한 과정이다. 이때의 여건은 사람들이 살아가는 생활터이자 그러한 생활터가 운영되고 작동하는 방식에 해당하고, 도시가 그중 하나다. 안정적으로 건강한 도시의 의식주 여건, 그리고 고용, 교육, 복지, 의료, 여가, 교통, 환경, 문화 등 생활의 여러 면이 건강하고 안전하여 시민들이 지향하는 삶을 살 수 있도록 도시의 여러 부문이 건강 지향적으로 잘 연계, 조정되는 것이 건강증진이라고 할 때, 세계보건기구의 건강도시 프로그램은 건강증진을 추진하고 실현하는 방식의 하나이다(WHO, 1997). 세계보건기구의 건강도시 정의도 구성원들이 각자 추구하는 삶을 최대한 영위할 수 있도록 물리적, 사회적 환경을 계속해서 형성, 개선하고 지역사회 자원을 늘려가는 도시(WHO, 1998)이다. 즉, 사회생태학적 다차원의 건강증진에서 개개인의 건강생활 실천, 지역사회 역량 강화와 활동의 활성화에 더불어, 환경·정책·거버넌스 차원의 건강증진에 해당하는 주요 접근이 건강도시라 할 수 있겠다. 특히 건강증진은 건강 결정요인의 개선을 목표이자 토대로 하여 건강 격차의 감소와 함께 사회정의와 건강형평성을 추구하는 것인데, 이러한 건강증진이 가능해지려면 지방 정부의 정책, 운영, 자원, 거버넌스가 사회정의, 건강형평성을

지향하며 지속적인 노력을 기울여야 하는 것이다. 이러한 배경 아래에 가장 최근의 세계건강증진대회인 상하이 대회에서도 건강도시가 건강증진 주제 중 하나로 다뤄졌고(WHO, 2016), 현재 세계보건기구에서 건강증진의 대표 활동의 하나로 건강도시를 포함하고 있다(WHO, 2019b). 건강증진의 기전으로서 건강도시를 강조하는 최근의 경향은 모든 정책에서의 건강을 추구하면서 보건 외 부문이 연계, 협업할 수 있도록 보건부서가 옹호, 조정을 역할을 하고 전체적으로 책임 있고 투명한 거버넌스를 이행하자고 강조한 헬싱키 성명(WHO, 2013)과도 이어진다. 그리고 더 거슬러 올라가 건강증진이 정부 모든 부문의 주요 책임이어야 하고 건강증진을 위한 강력한 정치적 활동이 필요함을 역설한 방콕 선언(WHO,

2005), 건강증진을 지역, 광역, 국가, 국제 정책의 우선순위로 두고 건강증진에 관한 국가 차원의 실행계획을 마련하기로 한국을 포함하여 전 세계 80여 개 나라 보건장관들이 동의하고 서명한 제5회 세계건강증진 대회(2000년, 멕시코시티; WHO, 2009)와도 연결되며 건강도시가 건강증진의 개념과 전략의 핵심 줄기에 해당함을 보여준다. Figure 1은 오타와 선언부터 상하이 대회에 이르기까지 주요 세계건강증진대회에 나타난 건강도시의 발전과정을 요약하고 있다. Figure 1은 건강도시와 건강증진은 별개 아니며 건강도시가 건강증진 원리를 실현하는 효과적인 전략으로서 지속적으로 다루어지고 있음을 보여준다.



[Figure 1] Healthy City in the Global Health Promotion Conferences

2. 국민건강증진법의 내용 분석

1) 국민건강증진법의 구성

국민건강증진법의 본문은 제1장 총칙, 제2장 국민건강의 관리, 제3장 국민건강증진기금, 제4장 보칙, 그리고 제5장 별칙으로 구성되어 있다. 제1장 총칙은 목적, 정의, 책임, 국민건강증진종합계획, 국민건강증진정책심의위원회에 관한 사항을 포함하고 있다. 제2장 국민건강의 관리에서는 건강생활의 지원, 광고의 금지, 금연 및 절주, 금연을 위한 조치, 건강생

활실천협의회, 보건교육 및 보건교육사, 영양, 구강건강사업, 건강증진사업, 검진 등을 포함하고 있다.

2) 국민건강증진법에 나타난 건강증진의 개념

세계건강증진대회에 나타난 건강증진의 개념, 기본원칙, 전략 등이 국민건강증진법에 어느 정도 반영되어 있는지를 <Table 2>에 요약하였다. 우선 국민건강증진법에서는 건강증진이 무엇인지를 명확하게 구분하여 정의하고 있지는 않다. 다만 건강증진사업이라는 용어를 정의하는 것을 통해서 간접

〈Table 2〉 Health promotion concepts addressed in the National Health Promotion Act

Concepts of health promotion manifested in the Global Health Promotion Conferences	Contents in the National Health Promotion Act
1. Socio-ecological approach	Some, but limited to a few health behaviors (e.g., smoking, drinking)
2. Multi-sectoral activities	Little
3. Health in All Policies	Little
4. Multi-level action domains and strategies	Some, but limited to the national level actions
5. Community participation	Some, but lack of strategies
6. Health equity	Some, but lack of strategies
7. Health literacy	Some, but failing to differentiate health literacy from health promotion

적으로 기술하고 있다. 건강증진사업(법 제2조)이란 “보건교육, 질병예방, 영양개선, 건강관리 및 건강생활의 실천 등을 통하여 국민의 건강을 증진시키는 사업”으로 정의하고 있다. 또한 동법 제 19조에서 규정하고 있는 건강증진사업에는 보건교육 및 건강상담, 영양관리, 구강건강의 관리, 질병의 조기 발견을 위한 검진 및 처방, 지역사회의 보건문제에 대한 조사와 연구, 기타 건강교실의 운영 등 건강증진사업에 관한 사항 등으로 기술되어 있다. 동 법에서 규정하고 있는 보건교육이라 함은 금연 절주 등 건강생활의 실천에 관한 사항, 만성퇴행성질환 등 질병의 예방에 관한 사항, 영양 및 식생활에 관한 사항, 구강건강에 관한 사항, 공중위생에 관한 사항, 건강증진을 위한 체육활동에 관한 사항, 그 밖에 건강증진사업에 관한 사항으로 시행령 제17조는 규정하고 있다. 결국 국민건강증진법에서 규정하고 있는 건강증진이란 국민이 건강행동(금연, 절주, 영양개선 행동, 건강증진을 위한 체육활동, 구강건강행동, 공중위생, 건강검진 및 질병예방 행동)을 실천하도록 교육하고 여건을 조성하는 것으로 볼 수 있다.

국민이 건강행동을 스스로 실천할 수 있도록 보건교육을 실시하고 여건을 조성하는 것은 국가와 지방자치단체에 있다고 동 법 제3조, 제6조 및 제12조에 규정하고 있다. 하지만 국민 스스로 건강생활실천을 실천할 수 있는 여건 조성은 구체적으로 무엇인지를 규정되어 있지 않다. 다만 동 법 제2장에서 규정하고 있는 내용이 건강생활실천 여건에 관련되는 것으로 여겨진다. 이에 의하면, 혼인 전에 당사자(결혼 상대방)의 건강을 확인하는 것(제6조), 국민건강의식을 잘못 이끄는 광고(흡연과 주류에 관한)를 제한하는 것(제7조), 금연 절주를 실천할 수 있도록 교육 홍보하는 것(제8조), 금연을 위한

조치(정책)(제9조)등이 건강생활실천을 지원할 수 있는 여건이라고 여겨진다. 이외에 지역사회의 영양개선사업(제15조 제2항 제3호의 보건복지부령 제9조), 수도물불소농도조정사업, 차이흡메우기 사업, 불소용액양치사업(제18조), 검진(제20조), 담배에 건강증진부담금을 부과하는 것(제23조)이 건강생활실천을 위한 여건에 해당된다고 볼 수 있다. 건강생활실천이 용이한 환경(여건)에는 사회적 환경(금연 절주를 실천하는 사회환경), 재정적 환경(담배부담금 부과), 정책적 환경(술 담배 광고제한, 금연구역 설치, 담배자판기 운영제한, 술과 담배에 경고문구 표시, 명확하게 규정되어 있지 않지만 상품 영양표시), 물리적 환경(수도물불소농도조정사업) 및 서비스(금연서비스, 구강건강서비스) 접근도 향상과 같은 것들로 규정하고 있는 것으로 판단할 수 있다. 담배부담금의 부과, 술 및 담배 광고제한, 금연구역 설치, 영양표시 등은 사회생태학적 접근에 해당한다고 할 수 있다. 그러나 건강결정요인에 대한 이해와 건강환경 개선을 위한 전략 수립에 있어서 사회생태학적 접근을 명시적으로 천명하고 있지 않으며, 담배와 술을 제외한 영역에서는 사회생태학적 접근의 적용 여지가 극히 제한적이다.

사회생태학적 접근의 기여는 비보건 분야와의 협력, 공공민간의 협력을 포괄하는 부문간 협력의 원칙의 기여로 이어진다. 국민 개인의 금연, 절주 행동을 위한 여건 조성의 일환으로 비보건 분야의 정책들을 추진할 수 있는 근거를 제시하고 있다는 부분은 일부 정부 부문간 협력의 필요성을 암시적으로 표현하고 있다고는 볼 수 있다. 그러나 부문간 협력의 원칙이 명시적으로 기술됨으로써 다양한 건강결정요인에 대한 부문간 협력의 근거를 제시하지 못하고 있으며, 민간과의

협력은 전혀 언급되고 있지 않다. 비보건 부문과의 협력에 대한 원칙이 없기 때문에 Health in All Policies의 원칙 또한 결여되어 있다.

또한 다수준(multi-level)의 건강증진 활동과 관련해서 국가가 보건교육사라는 전문직과 국민건강증진사업관련 법인이나 단체가 보건교육을 시행하도록 규정(제12조)과 지역사회 주민이나 단체가 참여하는 건강생활실천협의회를 설치할 수 있도록 지방자치단체에 일임하는 규정이 있다. 다수준(multi-level)의 건강증진 활동을 위한 틀이 일부 제시되어 있기는 하지만 중앙정부와 지방정부, 그리고 주민단체로 이어지는 연계성 있는 활동을 보장할 수 있는 틀은 제시되지 않고 있다.

다수준의 건강증진 활동 원칙과 관련한 전략들이 제고되지 않고 있음으로 인해 건강증진에 있어서 시민 참여의 원칙 또한 국민건강증진법에 매우 제한적으로 다루어지고 있다고 보인다. 시민 참여의 원칙이 명시되지 않을 뿐만 아니라 중앙정부와 지방자치단체가 각각 어떠한 지원을 해야 하는지에 대한 내용도 없다.

건강형평성을 향상시키기 위한 사업에 관한 내용은 동 법 제4조에 규정하고 있는 건강취약 집단(아동, 여성, 노인, 장애인)이나 계층에 대한 건강증진 지원방안을 수립하여야 한다는 규정이 있어서 어느 정도는 다루어지고 있다고 할 수 있다. 그러나 건강형평성의 지원방안 수립 이외에 전략이나 지원방식에 대한 규정은 담고 있지 않은 한계를 갖고 있다.

마지막으로 건강문해력에 관하여 국민건강증진법은 그 목적을 “국민에게 건강에 대한 가치와 책임의식을 함양하도록 건강에 관한 바른 지식을 보급하고 스스로 건강생활을 실천할 수 있는 여건을 조성함으로써 국민의 건강을 증진하려는 것”으로 기술함으로써 건강문해력의 개념인 건강정보에 대한 이해와 실천 가능성 증진을 중심에 두고 있음을 알 수 있다(WHO, 1998). 하지만 이러한 해석은 곧 국민건강증진법이 건강증진과 건강문해력의 개념의 구분을 하지 못하고 있음을 반영한다. 이는 앞서 건강증진의 개념이 모호하다는 문제제기와도 연결된다.

3) 국민건강증진법의 한계와 개정 방향

세계보건기구의 세계건강증진대회에 나타난 건강증진의 개념과 건강증진의 실천 전략으로서의 건강도시의 위치로 비추어볼 때 국민건강증진법은 몇 가지 한계를 갖고 있다. 첫째, 건강이란 모든 사람이 차별없이 누려야 할 기본권이며 이를

실현할 수 있는 방식으로 건강증진이 필요하며 이를 위해 국가와 지방자치단체는 책무감을 가지고 노력하여야 한다는 것이 명시적으로 기술되어야 할 것이다. 이 때 건강이란 단순히 질병이 없는 상태와 같은 생의학적 상태를 의미하는 것이 아닌 일상생활을 위한 수단으로서의 가치를 가지며(Breslow, 1999) 신체적, 정신적 및 사회적으로 건강해야 한다는 전체론적(holistic) 차원을 의미하여야 한다.

둘째, 건강증진은 개인과 지역사회가 건강에 대한 통제력을 향상시킬 수 있도록 건강결정요인에 대한 개선을 하도록 하는 사회적 과정이며 정치과정(Nutbeam & Harris, 2000)이라는 관점이 기술되어야 한다. 단순하게 개인이 건강생활을 실천할 수 있도록 건강행동을 교육하고 여건을 조성하는 것이 아니기 때문이다. 따라서 건강결정요인 변화(개선)을 지방자치단체가 주도적으로 하는 노력, 즉 건강도시의 건강은 다양한 사회적 요인들에 의해 결정된다는 관점에서 사회생태학적 모형을 근거로 다차원적 활동영역과 접근전략을 포함할 수 있도록 명문화하여야 한다.

셋째, 건강증진은 사회정의에 근거를 두고 있기 때문에 모든 사람이 동일하게 건강을 누릴 수 있어야 한다. 즉 모든 사람이 동일한 건강수명을 누릴 수 있도록 규정되어야 한다. 계층 및 지역에 따라 건강수명 수준에서 차별이 없도록 하여야 한다는 점이 명시되어야 할 것이다.

넷째, 건강은 의료서비스에 대한 접근도 향상과 같은 요인 뿐만 아니라 다양한 사회적 결정요인의 개선을 통해 확보될 수 있는 것이기 때문에 보건 이외 다른 부문과의 협력이 필수적이다. 정부의 다른 부처와 민간 및 시민사회와 같은 이해당사자 모두가 참여하고 연대하여 노력할 수 있도록 지원되어야 한다. 소위 범사회적(whole-of-society)이며 동시에 범부처적(whole-of-government)인 노력이 구조화될 수 있는 기전들이 법률에 명시되어야 할 것이다.

다섯째, 특히 범부처적 노력은 “모든 정책에서의 건강(Health in All Policies)”이 될 수 있도록 법적 근거를 갖추어야 한다. 이러한 건강인지적 정책이 제도화될 수 있도록 정책기획, 시행 및 평가 과정에 명시적으로 기술되어야 할 것이다. 이를 위해서는 현재의 국민건강증진법 개정을 통해서만 실현될 수 없을 것이다. 건강결정요인에 관련된 법률들을 건강인지적 정책을 추구할 수 있는 법률들로 구축할 수 있어야 하며 이를 위해서는 국민건강증진법은 기본법의 성격을 갖추어야 할 것이다.

여섯째, 지방자치단체가 주도하는 건강증진, 즉 건강도시는 주민의 건강생활실천에 장애가 되는 지역사회의 경제, 사회 및 환경적 요인을 개선하려는 것이기 때문에 주민들의 참여가 강조되어야 한다. 주민들의 참여가 “건강생활실천을 위한 사교적 연대나 참여”수준(Kim, 2013b)이 아닌 건강수명 연장과 건강형평성에 장애가 되는 “지역사회 환경개선을 위한 연대 활동을 위한 참여”가 될 수 있어야 한다. 이를 위해서는 시민사회의 참여가 곧 지역사회 역량강화를 위한 필수조건이 될 수 있어야 한다. 참여 및 연대활동이 촉진될 수 있는 자원의 투입과 활동에 대한 기술적 지원이 뒷받침 되어야 할 것이다.

일곱째, 지역사회 주민들이 건강생활실천에 필요한 정보를 이해하고 이를 활용할 수 있는 기전이 확보되어야 한다. 건강 문해력이 건강도시의 중요한 활동이 될 수 있도록 하여야 한다. 지방자치단체 또는 중앙정부는 과학적이고 근거가 확보된 건강 정보제공자가 되어야 할 뿐만 아니라 건강생활실천에 장애가 되는 구조적 환경이 무엇이며 개선을 위한 활동은 무엇이 되어야 하는지에 대한 정보도 제공할 수 있도록 하여야 한다. 주민들의 참여와 연대활동을 통해 건강수명 연장과 건강형평성이 확보될 수 있도록 주민의 역량을 강화하는 활동이 지원될 수 있는 법률적 근거가 있어야 할 것이다.

여덟째, 지방자치단체가 건강도시를 통해 주민들의 건강수명을 연장하고 건강형평성 제고를 위해 노력하는 것이 쉬운 노력이 될 수 있는 인프라가 구축될 수 있어야 한다. 효과적이고 효율적이며 지속가능한 건강증진을 추진하는 것이 아니라 단기적이고 비효율적이며 효과적이지 않은 건강행동 변화 위주의 건강도시사업들이 추진되지 않도록 지원하여야 한다. 이를 위해서는 재원, 거버넌스, 기술적 지원을 담당할 수 있는 기관이나 인력 및 모니터링에 관한 것이 기술되어야 할 것이다. 지역이 처한 환경에 따라 건강결정요인은 차별적이라고 볼 때, 중앙정부가 건강정책의 총괄적인 국민건강증진 목표를 설정할 수는 있으나 구체적인 목표는 지방자치단체별로 차별적으로 설정되어야 할 것이다. 이는 곧 지방자치단체가 자율성을 가지고 자신들의 건강결정요인을 개선시킬 수 있는 노력을 할 수 있는 권한이 법률에 보장되어야 한다. 권한을 지방정부에 이양하되 중앙정부는 국가 전체의 목표달성을 위해 지방자치단체의 정책수행을 지원하고 모니터링 할 수 있어야 한다. 예컨대, 지방 건강증진기금을 마련하여 지원하는 방안(Kim, 2013b)과 함께 목표대비 성과관리를 하는 모니터링

체계가 필요하다. 지방 건강증진기금을 지원할 뿐만 아니라 지방자치단체가 건강인지정책에 대한 책무성을 가질 수 있도록 하기 위해 재정적 수단을 통한 모니터링도 적극적으로 검토하여야 한다. 지방자치단체의 건강도시 성과관리가 실효성을 가질 수 있는 재정적 수단의 하나로 건강보험료의 차별적 부과 검토될 수 있다. 건강수명 연장과 건강형평성 제고를 효과적이고 비용효과적으로 달성하고 있는 지방자치단체의 지역 주민들은 보험재정을 그만큼 덜 사용하고 있다는 측면에서 보험료를 일정부분 감해 주는 방안을 도입할 수 있을 것이다. 이를 위해서는 성과관리 모니터링을 과학적으로 평가할 수 있는 기전이 선행되어야 할 것이다. 또한 범부처적이고 범사회적으로 건강도시가 추진될 수 있는 거버넌스가 필요하다. 이는 현재의 국민건강증진정책심의위원회의 설치와 운영에 대한 규정을 대폭 수정하여야 함을 의미한다. 이와 동시에 건강증진개발원은 건강증진의 원리와 가치가 반영된 건강도시 사업을 지역사회가 수행할 수 있도록 지원하고 모니터링 및 평가하는 전문기관의 역할을 할 수 있도록 하여야 한다. 건강증진이란 주민의 건강행동 개선에 그치는 것이 아닌 건강결정요인의 변화를 위한 사회과정이나 정치과정(Nutbeam & Harris, 2000)이기 때문에 건강증진 담당 핵심인력은 이에 대한 전문지식과 활용능력을 갖추어야 한다.

IV. 논의

본 연구결과 국민건강증진법에는 세계건강증진대회의 건강증진 원리들을 충분히 담고 있지 못함을 알 수 있었다. 이것은 건강증진에 대한 이해가 이론적으로 정립되지 않은 채 성급하게 도입되었기 때문이다(Kim, 2013b; Lee, 2015). 1995년 건강증진법을 제정하는 과정에서 건강증진에 대한 사회적 합의를 하지 못한 채(Bae, 2012) 건강증진을 건강에 유익한 건강생활습관 형성 및 환경개선, 예방서비스를 통한 건강잠재력 함양이며 건강위험요인을 감소시키려는 지역사회 보건사업으로 이해(Lee, 2007)하였고 그런 관점에서 국민건강증진법을 제정하였다고 볼 수 있다. 이후 몇 차례 개정작업을 하였지만 근본적으로 건강증진에 대한 이해는 변화가 없었다고 볼 수 있다.

국민건강증진법에서 규정하고 있는 건강은 만성질환의 유무에 한정하고 있다고 볼 수 있다. 오타와환경에서 전제하고

있는 건강은 질병없는 상태와 같은 것을 가정하는 것이 아니라 건강을 일상생활의 수행하는 자원으로 가정하고 있으며 전체론적(holistic) 차원을 가지는 것이라는 점이 우리의 건강증진사업에서는 간과되어 있는 것이다. 건강을 단순히 병리적으로 문제가 없는 것으로 규정할 경우, 건강을 일상생활에서 자신에게 주어진 사회적 역할을 수행할 수 있으며 동시에 자신을 둘러싼 일상생활 조건을 통제할 수 있는 능력을 갖추는 것(Green and Tones, 2015)과 같은 역량향상(empowering)을 간과할 수 있다. 건강이 가지고 있는 긍정적 측면을 경시하는 경향을 가질 수 있을 것이다. 건강잠재력 함양이라는 개념이 존재는 하지만 이를 위한 프로그램은 운동과 같은 신체적 차원에 한정되어 있을 뿐이며 소위 건강에 이로인 품성이나 특성(salutogenesis)을 함양할 수 있는 노력²⁾이 가능하지만 이를 위한 프로그램은 거의 없다고 할 수 있다. 예컨대, 청소년 음주 또는 흡연예방이나 폭력예방을 위한 건강증진사업에서 자아존중감이나 강건함 향상을 위한 접근은 할 수 없을 것이다.

국민건강증진법은 건강을 매우 제한적으로 규정하고 있을 뿐만 아니라 건강결정요인에 대한 이해와 대응책 모색이 제한적임을 확인할 수 있었다. 국민건강증진법에서는 예방접종이나 조기진단 또는 검진과 같은 보건의료서비스의 제공과 같은 요인과 건강한 생활습관 및 환경만이 건강을 결정하는 요인이라고 전제하고 있었다. 건강결정요인은 사회적으로 결정되는 것이며 보다 건강의 근본적인 원인(causes of causes)에 대한 인식과 해결책 모색 없이는 건강수명의 연장과 건강형평성 확보는 달성될 수 없는 것이다. 예컨대, 근로자가 흡연하는 것은 금연의지의 부족이나 금연의 해악에 대한 정보부재에 의한 것이 아니라 근로자의 직장환경(고용불안정, 원활하지 못한 의사소통, 의사결정과정에서의 소외로 인한 업무재량권 부족, 충분하지 못한 월급, 야근)이나 가정생활(자녀 양육스트레스, 여가 및 문화생활 부족) 및 사회네트워크(음주와 흡연을 즐기는 친구나 동료)와 더 연관이 크다는 인식에서 대응책이 모색되지 않는 한 근로자의 금연과 계층간 흡연율의 차이 감소는 달성되기 어렵다고 볼 수 있다.

건강의 사회적 결정요인과 사회생태학적 모델에 근거하

지 못한 채 생의학적 관점³⁾에서 접근할 경우, 건강증진의 핵심가치(Ridde, 2007)이며 HP2020의 핵심 목표인 건강형평성 확보는 달성되지 못할 것이다(Keleher, Murphy, & MacDougall, 2007). 건강불평등은 단순히 사전적 예방서비스에 대한 차별적 접근성에서 기인하는 것이 아닌 사회 및 정치적 구조의 산물이기 때문에 의학적 접근에만 의존하는 것이 아니라 사회 및 정치적 환경 변화를 위한 노력이 없다면 건강형평성은 확보될 수 없을 것이기 때문이다.

국민건강증진법이 건강결정요인에 있어서 사회생태학적 접근을 하고 있지 않은 것은 우리나라만의 현상은 아니다. 미국의 경우 Healthy People에 포함된 주제 영역(topic areas)들이 법과 정책에서 다루어지고 있는지를 검토한 결과 적게는 6/28%, 많게는 10/22%의 주제 영역이 법에서 다루어지고 있으며, 이러한 주제 영역은 흡연, 약물, 영양, 신체활동 등 일부 주제에 국한되고 있다는 비판이 있다(McGowan, Kramer, & Teitelbaum, 2019). 하지만 미국의 경우 건강의 사회적결정요인은 Healthy People 2020에 와서 총괄 목표, 주제 영역, 그리고 선도 건강지표로 모두 포함되었고(HHS, ODPHP, 2019), 2019년에는 건강의 사회적 결정요인을 다루는 법안(Social Determinants Acceleration Act)까지 상정된 상태여서 우리나라보다는 논의가 진전된 상태이다. 법은 건강에 해를 끼치는 사회적 요인들에 대한 직접적인 대응이 될 수 있으면서도(예, 의료급여 등 취약계층의 보호), 건강 불평등을 초래하는 사회적 조건을 지속시킬 수도 있다는 점에서(예, 특정 계층이나 지역에 대한 서비스 미제공) 그 자체로 강력한 건강결정요인이다(Advisory Committee, 2019). 따라서 사회생태학적 측면에서 포괄적인 건강결정요인을 다루도록 국민건강증진법이 개정되는 것이 필요하다.

또한 국민건강증진법에서는 한국건강증진개발원의 설립, 국민건강증진종합계획의 수립, 지역보건의료계획의 수립 등 중앙과 지방정부의 책임과 역할에 중점을 둬으로써 관료주의가 드러난다. Huh (2016)는 우리나라의 건강증진이 서구의 건강증진과 그 내용과 방법이 다른 이유를 역사적 맥락에서 설명한 바 있다. 건강증진이 도입된 1980년대 서구에서는 인구고령화와 복지재정 확대에 의한 재정효율성 담론이 기반이

2) Antonovsky (1987)는 개인이 경험하는 일상생활에서의 스트레스에 잘 대응할 수 있는 특성을 강건함(sense of coherence)으로 정의하고 건강향상의 자원으로 규정하였음. 이는 어린시절에 함양되는 것이 바람직하며 최근 심리학에서 사용되는 회복성(resilience)과 연관된 개념으로 볼 수 있음.

3) 개인수준의 행동변화 이론에 근거하여 건강생활실천을 개선하려는 노력은 근본적으로 건강증진을 의학적 관점에서 바라보고 있다는 의미임(McQueen, 2010).

되었던 반면 국민건강증진법이 도입되었던 1995년 우리나라는 서구와 같은 맥락이 없었으며 관료적인 보건행정체계 내에서 관료의 주도로 건강증진사업이 추진되었다는 것이다 (Huh, 2016; Lee, 2015).

관료주의는 개인에게 건강결정요인의 통제력을 갖게 하는 건강증진의 개념과는 근본적으로 상충하는 측면이 있다. 관료주의에서 국민은 정책의 대상일 뿐 정책의 파트너가 될 여지가 적기 때문이다. Awofeso (2004)에 따르면 공중보건은 19세기 초반의 건강보호, 19세기 중반의 미아즈마(miasma) 통제, 그리고 19세기 말부터 20세기 초의 전염병 통제의 시기를 거쳐, 20세기 중반의 예방의학, 20세기 중반의 일차의료, 그리고 현재 건강증진으로 발전해 왔다. 건강보호의 시대와 전염병 통제의 시기에는 국가의 개입으로 국민의 건강을 개선시키는 효과가 명확했고 강력했다. 따라서 부권주의 정책의 가치는 명확했다. 그러나 건강증진의 시대는 만성질환의 시대이며 개인의 건강행태뿐만 아니라 민간부문을 포함한 사회의 다양한 부문의 참여가 필요한 시대이고, 따라서 건강증진이 국가만의 노력, 특히 보건 부처만의 노력으로는 달성하기 어렵다는 것을 쉽게 추론할 수 있다. 세계건강증진대회에서 일관적으로 드러나는 건강증진의 원칙은 시민참여와 다양한 부문 간의 파트너십이며, 이는 건강도시의 기본 원칙이기도 하다(Kang et al., 2018).

V. 결론

후기 자본주의 사회가 경험한 거시 사회경제적 구조 변화로 파생된 문제점, 특히 시장정의를 근거한 사회적 연대의 약화를 극복하고(O'Neil, 2012) 만성질환 지배적인 질병구조, 생의학적 의료의 한계, 의료비 증가, 건강수준의 집단간 차이 확대와 같은 변화에 대응하기 위한 노력으로 등장하게 된 것이 건강증진이다. 이와 같은 맥락에서 우리 사회가 경험하는 사회경제적 및 정치적 구조변화와 보건의료체계의 지속가능성에 대한 도전 및 기후변화와 같은 정치, 경제, 사회, 환경 및 건강분야의 변화로 주민들이 경험하게 되는 삶의 질 장애 요인을 인식하고 해결해 나가는 과정을 건강증진이라고 할 수 있으며 이를 지방자치단체 수준에서 시행하게 되는 건강 도시는 절대적으로 필요하다고 본다.

건강도시가 건강증진의 철학과 원리 및 전략을 제대로 반

영할 수 있도록 제도화하는 것이 필요하며 이는 국민건강증진법 개정이 한 대안이 될 수 있을 것이라고 판단된다. 현재의 국민건강증진법이 가지고 있는 한계를 지적하고 국가의 정책목표인 건강수명 연장과 건강형평성 제고를 실현시킬 수 제도적 장치로서 국민건강증진법에 개편 내용에 대한 대안을 모색하였다. 이런 변화는 외부에서 주어지는 것이 아니라 성취되어야 하는 것이라고 볼 때, 관련 학계와 전문가들의 노력은 또 다른 과제가 될 것이다.

References

- Alliance for Healthy Cities. 2019. *Members*. (cited 3 August, 2019). Retrieved from http://www.alliance-healthycities.com/htmls/members/index_members.html#korea.
- Awofeso, N. (2004). What's new about the 'new public health'?. *American Journal of Public Health, 94*(5), 705-709.
- Bae, S. S. (2012). *Theory and approach of health promotion*. Seoul: Gye Chook Publishing.
- Breslow, L. (1999). From disease prevention to health promotion, *Journal of American Medical Association, 281*(11), 1030-1033. doi: 10.1001/jama.281.11.1030.
- DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields, *American Sociological Review, 48*(2): 147-160. doi: 10.2307/2095101.
- Green, J., & Tones, K. (2015). *Health Promotion: Planning and Strategies* (3rd ed). London, UK: SAGE.
- Huh, S-I. (2016). Analysis of historical context of health promotion and structural constraints. *Health and Social Science, 43*, 175-206.
- Jung, G. H., Kim, K. Y., & Na, B. J. (2009). The Characteristics of Healthy City Project in Korea. *Journal of Agricultural Medicine & Community Health, 34*(2), 155-167. doi: 10.5393/JAMCH.2009.34.2.155.
- Kang, E., Koh, K. W., Kim, K. Y., Kim, Y., Kim, E. J., Kim, J. H., ... Lee, W. J. (2018). *Theory and practice of healthy city*. Seoul: Hong Reung Science Publisher.
- Kang E., Kim, E. J., & Kim, K. Y. (2017). Comparison of the structure and the process of Healthy Cities by some characteristics of Healthy City. *Korean Journal of Health Education and Promotion, 34*(4), 59-68.
- Keleher H., Murphy, B., & MacDougall, C. (2007). *Understanding Health Promotion, South Melbourne*. Victoria, Australia: Oxford University.

- Kim, E. J. (2013a). Measuring values of creating healthy cities with an urban planning perspective and implication of multidisciplinary collaboration between public health and urban planning. *Korean Journal of Health Education and Promotion*, 30(4), 87-97. doi: 10.14367/kjhep.2013.30.4.087.
- Kim, K. K. (2013b). Ways of developing health promotion programs - Focusing on law·finance. *Conference proceeding of the Korean Academy of Health Policy and Management*, 153-183.
- Kim, J., Jhang, W. G., Kang, E., Koh, K. W., Kim, K. Y., Park, K. J., & Park, Y. H. (2011). Healthy cities approach as a new paradigm of public health policy. *Journal of Korean Medical Association*, 54(8), 884-891.
- Korea Healthy City Partnership. (2019). *Membership Status*. (cited 3 August, 2019). Retrieved from http://www.khcp.kr/hb/main/sub02_02.
- Lee, J. I., Choi, W., & Seo, D. M. (2018). A study on the institutionalization process and issues of school social work in Korea. *Journal of School Social Work*, 41, 29-54.
- Lee, M. S. (2015). The principles and values of health promotion: Building upon the Ottawa charter and related WHO documents. *Korean Journal of Health Education and Promotion*, 32(4), 1-11. doi: 10.14367/kjhep.2015.32.4.1.
- Lee, J. Y. (2007). The past and future of health promotion program in health center. *Korean Journal of Health Education and Promotion*, 22(2), 135-148.
- McGowan, A. K., Kramer, K. T., & Teitelbaum, J. B. (2019). Healthy People: The Role of Law and Policy in the Nation's Public Health Agenda. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 47(2), 63-67. doi: 10.1177/1073110519857320.
- Meyer, D. S., & Tarrow, S. G. (1998). *The social movement society: contentious politics for a new century*. Maryland: Rowman and Littlefield Publishers, Inc.
- Nutbeam, D., & Harris, E. (2000). *Theory in a nutshell: A guide to health promotion theory*. Toronto, Canada: McGraw-Hill.
- Oh, Y-M., Kim, H-J., & Yang, Y-S. (2011). A comparative study on progress of the healthy cities project: Korea and European healthy cities network. *Korea Public Health Research*, 37(2), 75-85.
- O'Neil, M. (2012). The Ottawa Charter: A manifesto for 'protester'?. *Global Health Promotion*, 19(2), 3-5. doi: 10.1177/1757975912443033.
- Ridde, V. (2007). Reducing social inequalities in health: Public health, community health or health promotion? *Promotion & Education*, 14(2), 63-67. doi: 10.1177/10253823070140021401.
- Secretary's Advisory Committee on National Health Promotion and Disease Prevention Objectives for Healthy People 2030 [Advisory Committee]. (2018). Issue briefs to inform development and implementation of Healthy People 2030: Submitted to the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services. *Law and policy as determinants of health and well-being*. (cited 21 Oct, 2019). Retrieved from https://www.healthypeople.gov/sites/default/files/HP2030_Committee-Combined-Issue%20Briefs_2019-508c.pdf.
- The U.S. Department of Health and Human Services [HHS], Office of Disease Prevention and Health Promotion [ODPHP], (2019). Social Determinants of Health. (cited 15 Oct, 2019). Retrieved from <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/social-determinants-of-health>.
- United Nations. (2015). *Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York: United Nations Development Programme.
- Yoo, S-H. (2015). Health promotion approaches and directions for urban health - A qualitative study on research trends and healthy cities cases in Seoul. *Health and Social Science*, 40, 29-55.
- World Health Organization [WHO]. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva, Switzerland: Author. (cited 1 Oct, 2019). Retrieved from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>
- World Health Organization. (1997). *New Players for a New Era. Leading Health Promotion into the 21st Century: Conference report of the 4th International Conference on Health Promotion in Jakarta, Indonesia (21-25 July, 1997)*. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization. (2005). *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. Geneva, Switzerland: Author. (cited 1 Oct, 2019). Retrieved from https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/
- World Health Organization. (2009). *Milestones in Health Promotion. Statements from Global Conferences*. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization. (2013). *The Helsinki Statement on Health in All Policies*. Geneva, Switzerland: Author. Retrieved from <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/en/>
- World Health Organization. (2016). *The Shanghai*

Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. Geneva, Switzerland: Author. (cited 1 Oct, 2019). Retrieved from <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration/en/>

World Health Organization. (2019a). *WHO Global Health Promotion Conferences.* Geneva, Switzerland: Author. (cited 1 Oct, 2019). Retrieved from <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/>

World Health Organization. (2019b). *Health Promotion.* Geneva, Switzerland: Author. (cited 1 Oct, 2019). Retrieved from <https://www.who.int/healthpromotion/en/>

World Health Organization, Regional Office for Western Pacific. [WPRO] (2016). *Regional Framework for Urban Health in the Western Pacific 2016-2020: Healthy and Resilient Cities.* Manila: Author. (cited 25 Sept, 2019). Retrieved from <http://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/13047>.

- Kwang Kee Kim: <http://orcid.org/0000-0003-3565-2474>
- Seunghyun Yoo: <http://orcid.org/0000-0002-9273-1761>
- Eunjeong Kang: <http://orcid.org/0000-0002-0760-4013>