

모든 정책의 건강: 건강증진과 부문 간 협력의 진화

장원기

순천향대학교 의과대학 예방의학교실

Health in All Policies: The Evolution of Health Promotion and Intersectoral Cooperation

Won Gi Jhang

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

'Health in All Policies' is a new strategy for governance for health in 21st century. The evolution of health promotion has affected the creation of the strategy through the efforts to tackle health inequalities by addressing social determinants of health. More concern about health inequalities, involving wider policy areas, and higher level of institutionalization distinguish the strategy from the old intersectoral collaboration such as intersectoral action for health and healthy public policy. Making intersectoral collaboration the mainstream of policy making is important to address integrated policy agendas such as 'Health in All Policies' and 'Sustainable Development Goals.' Political leadership and interpersonal skills are also required to strengthen the capacity of public health sector for implementing 'Health in All Policies' in local, national, and international circumstances.

Keywords : Health in All Policies; Health promotion; Governance for health; Intersectoral cooperation

서론

건강부문(health sector)뿐만 아니라 모든 부문의 정책은 건강에 영향을 미친다. 이것은 논리적으로 당연한 이야기이지만 그동안 건강부문에서는 타부문과 관련된 사안을 굳이 다루려 하지 않았고, 이를 다룰 수 있도록 역량을 키우려는 노력도 별로 눈에 띄지 않았다. 이것은 정부가 건강을 기술적으로 다루어야 할 분야로 바라볼 뿐 정치적, 사회적으로 다루어야 할 분야로 인식하지 않는 경향과 맞닿아 있다.

하지만 다양한 건강결정요인에 대하여 보다 폭넓은 분야에서의 대책이 요구되기 시작하면서 여러 나라에서 공공정책을 건강친화적으로 수립하고 집행하려는 노력이 이루어지고 있다. '건강증진을 위한 오타와 헌장'에서 '건강한 공공정책(healthy public policy)'의 수립을 우선 과제로 설정한 것은 매우 중요한 전환점이 되었으며 [1], 최근에는 세계보건기구가 '모든 정책의 건강(Health in All Policies, HiAP)'을 촉구하면서 모든 나라의 정부가 공공정책의 건강

영향을 적극적으로 다룰 것을 요구하고 있다.

HiAP는 표현 그대로 모든 정책에서 건강에 대한 고려를 하도록 촉구하는 것을 의미한다. 따라서 정부의 모든 부서의 업무에 적용되는 개념이고, 보건부서와 여타 정부부서의 협력이 필수요건이 된다. 이는 또한 정부의 업무를 부서별로 분리해서 수행하는 것이 아니라 주민의 필요에 부응하여 통합적으로 수행한다는 것을 의미하기 때문에 기존 정부 구조를 유지하면서 HiAP를 수행한다는 것은 결코 쉬운 일이 될 수 없다. 하지만 21세기에 들어선 이래 건강정책의 국제적 조류는 이처럼 어려운 도전을 과감히 전개하는 방향으로 흘러가고 있으며, 더 나아가 인권과 정의에 기초한 건강의 이해와 접근을 요구하고 있다[2].

하지만 한국의 상황은 이런 국제적 흐름에서 한발 비켜선 느낌이다. 건강증진 개념의 도입 이후 거의 모든 건강증진 관련 사업이 건강 관련 행태를 중심으로 이루어져 왔으며, 사회적, 환경적 건강결정요인들에 대한 적극적인 대응은 찾아보기 어렵다. 이런 상황이 고착된 것은 건강부문의 모든 사업이 정부의 보건부서가 독자적으

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: +82-41-575-2406, E-mail: wgjhang@yahoo.com

Received: February 16, 2016 / Revised: March 29, 2016 / Accepted after revision: March 31, 2016

© Korean Academy of Health Policy and Management

It is identical to the Creative Commons Attribution Non-Commercial License
(http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0) which permit unrestricted non-commercial use,
distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

로 수행할 수 있는 업무를 중심으로 이루어져 왔다는 것을 의미한다. 그러나 분명한 점은 여타 부서의 모든 정책이 건강에 악영향을 줄 수 있다는 점이고, 이를 방지하는 것은 보건부서의 역할을 방기하는 것이 된다. 여기에 건강을 위한 부서 간의 협력이 어떻게 하면 제대로 이루어질 수 있는지 심각하게 고민하고 실천해야 할 이유가 존재한다.

모든 정책에서 건강에 대한 고려를 하도록 촉구하는 HiAP가 새로운 용어이며 개념인 것은 분명하지만, 공공정책이 미치는 건강영향을 건강정책의 일부분으로 인식하는 것이 21세기에 들어서 갑자기 나타난 현상은 아니다. 오히려 이것은 건강증진의 개념이 발생하기 이전부터 꾸준히 지적되어온 문제이며, 단순히 질병의 관리만으로는 건강과 관련된 주민의 포괄적 요구를 충족시킬 수 없다는 점을 건강정책 관련자들은 충분히 인지하고 있었다.

따라서 우리는 최근 건강정책에서 부문 간 협력이 이처럼 강조되는 배경을 알아볼 필요가 있는데, 특히 건강증진과 부문 간 협력이 어떻게 그 발달의 궤도를 같이하고 있는지에 주목할 필요가 있다. 이 글에서는 건강증진의 발달과정에서 HiAP가 필연적으로 대두된 맥락을 살펴보고, HiAP를 성공적으로 수행하기 위한 방법을 모색하고자 한다.

건강증진 개념의 확대와 부문 간 협력

1. 일차보건의료와 건강을 위한 부문 간 활동: 1970년대 이전

건강증진이 언제부터 건강부문의 활동영역으로 자리잡기 시작하였는지는 불명확하다. 다만 세계보건기구가 1978년 알마아타 선언에서³⁾ 제시한 일차보건의료(primary health care)⁴⁾가 건강증진과 개념적으로 유사한 내용을 많이 가지고 있으므로 건강증진 개념의 역사적 변천에 관한 논의의 출발점으로 이 선언을 선택하는 것도 좋을 것이다.

알마아타 선언 이전에도 일차보건의료의 모태가 되는 지역사회 기반 공중보건활동이 1960년대와 70년대에 걸쳐 널리 수행되어 왔는데, 중국의 ‘맨발의 의사(赤脚醫生, barefoot doctors)’ 같은 지역사회 의료인 양성프로그램을 특출한 사례로 꼽을 수 있다⁴⁾. 또한 이 시기에는 프레이리(Paulo Freire) 등 사회활동가로 대표되는 아시아-아프리카-라틴아메리카 지역의 사회운동이 활발히 이루어졌다⁵⁾. 세계보건기구에서는 이러한 지역사회 중심의 공중보건활동을 일차보건의료 운동으로 활성화시켰고, 그 노력은 알마아타 선언으로 결실을 맺게 되었다.

구 소련의 알마아타(Alma-Ata, 현재 Kazakhstan의 Almaty)에

서 개최된 ‘일차보건의료에 관한 국제회의(International Conference on Primary Health Care)’에서 세계보건기구는 ‘2000년까지 모든 이에게 건강을(health for all by the year 2000)’이라는 슬로건 아래 일차보건의료의 세 가지 핵심적 개념을 제시하였다. 즉 적절한 보건의료기술에 접근할 수 있도록 도시지역 자원을 시골에 전환 배치하고(appropriate technology), 의료엘리트주의에서 탈피하여 지역사회 구성원을 동원하며(critique of medical elitism), 건강과 사회개발을 연계한다는(linkage between health and social development) 원칙에 입각하여 일차보건의료를 수행할 것을 촉구한 것이다⁶⁾. 이러한 내용을 실행에 옮기기 위해서는 건강부문의 업무범위를 넘어선 여러 가지 정책들이 요구되었고, 이에 따라 일차보건의료 수행의 필수적 요소로 ‘건강을 위한 부문 간 활동(intersectoral action for health)’의 중요성이 제기되었다.

이 시기 부문 간 협력의 내용은 물, 식품, 주거, 기본적인 의료 등 인간의 생존을 위한 필수적 요소의 확보를 목적으로 한 것이었다. 생존에 직결된 내용이었기 때문에 건강 이외의 부문에서도 건강을 위한 부문 간 활동의 필요성에 의문을 제기할 우려는 없었으며, 여러 부문이 거부감 없이 받아들일 수 있었던 점에서 건강을 위한 거버넌스(governance for health)의 첫 단계로서 적절한 출발점이 되었다고 볼 수 있다.

일차보건의료는 세계적으로 많은 성과를 거두었고 우리나라에서도 의료취약지역에 보건진료원이 배치되는 등 일정한 성과를 거두었다. 하지만 선진국에서는 일차의료(primary care)로 인식되어 별다른 영향을 미치지 않았는데, 이는 일차보건의료가 생명보호를 위한 필수적 의료행위로서의 성격이 강하였기에 의료접근이 보장된 선진국에서는 큰 역할을 기대할 수 없었기 때문이다⁷⁾. 이러한 특성은 이후 일차보건의료가 의료제도의 개혁을 포함한 포괄적 일차보건의료(comprehensive primary health care)보다는 특정 인구집단을 대상으로 이루어지는 선별적 일차보건의료(selective primary health care) 중심으로 변화되는 근거를 형성하였으며, United Nations International Children’s Emergency Fund와 세계은행의 주도하에 후진국 아동의 치료(특히 경구수분보충요법, oral rehydration therapy) 및 모자보건 관련 사업이 중심이 되는 상황에 이르게 되었다^{6,8)}.

하지만 일차보건의료운동의 전개과정에서 건강에 대한 학술적, 그리고 현실적 이해는 깊어져 갔다. 대표적인 예가 Lalonde [9]의 ‘건강분야모형(health field concept)²⁾’인데, 이 모형을 주창한 보고서에서 Lalonde는 기존의 보건의료가 치료행위를 중심으로 이루어진 것을 비판하면서 의료기관(health care organization)³⁾뿐만 아니라 인체생물학(human biology), 환경(environment)⁴⁾ 및 생활양

1) 필수적 보건의료의 전달을 촉구하는 세계보건기구의 ‘primary health care’ 운동을 우리나라에서는 통상적으로 ‘일차보건의료’라고 번역해왔는데, 이는 의료전달의 기초단계라는 의미하는 ‘primary care(일차의료)’와는 다른 개념이지만 일부에서는 이 둘을 혼용하는 경우가 있으므로 주의를 요함.

2) 건강장이론 등으로 번역하기도 하지만 건강 관련 활동이 필요한 분야를 지적하는 개념이므로 원래의 의미를 살리는 방식으로 번역하였음.

3) 보건의료체계를 의미함.

4) 사회적 환경을 포함하고 있지만 사회경제적 상태는 포함되지 않음.

식(lifestyle) 역시 건강정책의 대상 분야가 된다고 지적하였다. 이 모형에서 제시한 네 가지 분야는 현재 ‘건강결정요인(determinants of health)’으로 지칭되는 요인들을 대부분 포괄하고 있어 광의의 건강개념을 건강정책 분야에 도입하는 데 큰 역할을 하였다. 이후 건강분야의 개념적 확대는 더욱 진행되어 사회경제적 상태(socioeconomic status) 역시 중요한 건강결정요인으로서 건강정책이 관여해야 할 사안으로 인식하게 된다.

또한 1976년 McKeown [10]은 몇몇 질병에 의한 장기간의 사망률 추이를 분석하였는데, 각 질병(특히 감염병)에 대한 현대의학적 처치(화학요법과 백신)의 도입 이전부터 사망률은 지속적으로 감소하였고, 현대의학적 처치의 도입은 단기적으로는 사망률 감소에 크게 영향을 미쳤으나 그 정도는 전체 관찰 기간에서 보면 미미하다는 결과를 발표하였다. 즉 의료 이외에 경제발전 등에 따른 생활수준 향상 효과 등 매우 강력한 다른 원인에 의해 사망률 감소의 대부분이 이루어졌다는 주장을 뒷받침하는 연구결과였다. 머큐언의 연구는 인구자료 분석에서의 문제점 등이 지적되어 일부 내용에 대한 논란이 일고 있으며, 현실적으로도 공중보건 및 의료분야에서 비용절감의 근거로 활용되는 등 부정적 측면이 존재하였으나[11], 환경요인 등 다양한 건강결정요인에 대하여 큰 관심을 불러 일으키는 긍정적 효과를 가져왔다. 건강결정요인에 대한 사람들의 관심은 사회적 건강결정요인에 대한 주목으로 이어졌으며 이는 부문 간 협력 개념의 확대에 결정적으로 영향을 미치게 된다.

2. 오타와 현장과 건강한 공공정책: 1980-1990년대

초기의 건강증진은 보건교육을 통한 자가건강관리를 중심으로 발전하였다고 볼 수 있다. 1980년대 미국의 건강증진계획인 ‘Healthy People 2000’에서 건강증진 분야의 우선 과제로 제시된 것은 운동, 영양, 흡연, 음주 및 약물남용, 가족계획, 정신보건, 폭력, 보건교육 등 주로 건강관련행태 개선사업이었다[12]. 이러한 건강관련행태 중심의 시각은 보건교육을 통한 인지 향상, 행태 개선 및 건강지원환경 조성을 통하여 통합적으로 생활양식 개선을 이루는 것으로 확대 해석되기도 하였으나[13], 이 개념 역시 건강결정요인으로서 물리적, 사회적 환경이 생활양식을 통하여 건강에 영향을 미치는 부분만을 포함시켰다는 점에서 제한적이었다. 이런 좁은 의미의 건강증진 개념 설정은 현재에 와서도 많은 부분 지속되어 우리나라에서도 실제 사업 측면에서는 건강관련행태 개선사업이 건강증진사업의 주류를 이루고 있다.

건강관련행태에 국한되지 않고 인구집단의 사회적 특성과 이를 둘러싼 다양한 환경적 요소를 포함한 넓은 의미의 건강증진 개념을 세우는 것은 세계보건기구의 활동을 중심으로 이루어졌다. 1986년 캐나다 오타와에서 개최된 제1차 건강증진 국제회의에서 채택된 오타와 헌장은 건강증진의 개념을 현대적 의미로 확장시켰

으며, 실천적 측면에서도 국제사회의 행동을 촉구한 것으로서, 진정한 의미에서의 건강증진의 효시라고 할 수 있다.

오타와 헌장에서 건강증진의 개념은 ‘사람들이 자신의 건강을 더 잘 관리하고 개선하는 것을 가능하게 만드는 과정’⁵⁾으로 표현되었는데, 자신의 건강문제에 대하여 능동적 입장에 서서 스스로 관리하는 것을 강조한 것이 의료행위 중심의 질병관리와는 특징적으로 구별되는 점이라 할 수 있다. 또 오타와 헌장에서는 건강증진의 5개 활동영역을 설정하였는데, 건강한 공공정책 수립(building healthy public policy), 건강지원환경 조성(create supportive environments), 지역사회활동 강화(strengthening community action), 개인의 건강관리능력 향상(developing personal skills), 그리고 의료제도의 예방지향적 개편(re-orientating health care services toward prevention of illness and promotion of health)이 그것이다. 건강증진의 우선적 활동영역으로 이 당시에 벌써 건강한 공공정책이 제시되었다는 것은 놀라운 일인데, 왜냐하면 건강한 공공정책 수립을 실현하기 위한 수단으로서 대표적인 ‘건강영향평가(health impact assessment)’가 정립되고 확산되는 것이 20세기 말에 와서야 이루어졌기 때문이다[14,15]. 또한 건강지원환경 조성을 우선 과제로 제시하여 이후 건강도시 운동의 모태가 되도록 하였고, 생활터 접근법(settings approach)을 제시하여 이후 건강증진을 방법적 측면에서 한 단계 끌어올린 점 등을 볼 때, 현재 이루어지고 있는 건강증진활동의 대부분은 오타와 헌장에서 그 기원을 찾을 수 있다고 하겠다.

건강한 공공정책과 관련하여 오타와 헌장에서 한 가지 더 주목할 점은 건강증진의 활동방식으로 건강의 중요성을 일깨우는 ‘건강 옹호(advocate),’ 자원과 기회를 평등하게 제공하는 ‘지원(enable),’ 그리고 여러 분야의 협력 도모 및 이해관계를 조율하는 ‘중재(mediate)’의 방법을 제시한 것이다. 이 활동방식들은 건강증진 사업에서 담당자가 수행할 역할을 의미하는데, 특히 부문 간 협력을 수행하는 방법을 명확히 제시하고 있다. 즉 건강한 공공정책 수립의 경우를 보자면 건강증진 담당자가 실제로 건강친화적으로 만들고자 하는 공공정책의 입안자나 집행 담당자가 아니기 때문에 관련된 건강문제를 직접 해결할 수는 없고, 공공정책의 입안 및 집행과정에서 그 건강문제가 고려될 수 있도록 건강을 옹호하고, 필요한 경우 자원을 지원하며, 상충되는 이해관계가 있을 경우 이를 중재하는 것이 건강증진 담당자의 업무가 된다는 것이다.

이와 같이 오타와 헌장을 기점으로 부문 간 협력의 방식이 건강을 위한 부문 간 활동 수준에서 벗어나 타부문의 정책에 건강이 고려될 수 있도록 적극적으로 개입하는 건강한 공공정책으로 변화하기 시작하였으며, 이러한 노력은 건강영향평가 같은 정책도구의 개발을 촉진시켰다.

5) The process of enabling people to increase control over and improve their health [1].

3. 건강불평등과 모든 정책의 건강: 2000년대 이후

건강증진 국제회의는 오타와에서 열린 제1차 회의를 시작으로 꾸준히 개최되었는데, 방콕에서 2005년 열린 제6차 건강증진 국제 회의에서는 오타와 현장에서 정의한 건강증진 개념에 ‘건강결정요인의 통제’를 추가하여 건강증진활동의 대상을 보다 명확하게 표현하였다. 방콕 헌장(Bangkok Charter)에서는 건강증진을 ‘사람들이 자신의 건강과 그 결정요인을 더 잘 관리하여 자신의 건강을 향상시키는 것을 가능하게 만드는 과정’⁶⁾으로 정의하였는데[16], 이 정의에는 두 가지 주목할 점이 있다. 우선 이 정의에 따르면 생물학적, 환경적 건강결정요소들을 다루는 전통적인 공중보건 영역 역시 개념상 건강증진의 대상이 될 수 있다. 이러한 개념 설정은 모든 공중보건영역에서 질병관리와 건강증진의 구분을 모호하게 만들고 있으나, 건강증진은 질병관리에 비하여 환자의 관리보다는 그 원인이 되는 건강결정요인의 통제에 더 중심을 두는 개념이라는 정도의 성격 구분은 가능할 것이다. 두 번째로는 사회적 건강결정요인에 대한 대응을 건강증진의 영역으로 설정한 것인데, 이는 Lalonde 모형에서는 고려되지 않았던 사회경제적 상태 역시 건강분야의 하나라는 인식이 널리 확산되었음을 의미한다.

건강증진의 개념이 이처럼 확대된 것은 건강과 건강불평등에 대한 이해의 심화와 더불어 20세기 말을 전후한 세계적 변화에 기인한 것으로 보인다. 가속화된 세계화와 정부축소 및 규제완화로 대변되는 신자유주의적 개혁으로 비정규직 문제 등 고용의 불안정성이 증가되었고 소득 불평등이 심화되었는데, 이 과정에서 건강분야에서도 세계화된 질병양상과 경제적 취약성에 기인한 질병발생이 점차 주목받기 시작하였다[17]. 의료제도 측면에서도 신자유주의적 정책 흐름에 영향을 받아 여러 나라에서 의료민영화 등 보건의료제도 개혁의 바람이 불었지만, 이 시기 보건의료체계에 대한 국민의 만족도는 오히려 감소하는 경향을 보였다[18,19].

이런 시대적 배경하에 건강불평등에 대한 인식이 심화되었는데, 블랙 보고서[20], 화이트홀 연구[21,22], 애치슨 보고서[23] 등이 발표되면서 사회경제적 상태에 따라 건강격차가 존재하는 것은 물론이고, 이 격차가 정책적 노력에도 불구하고 시간이 갈수록 확대되었다는 것을 알게 되었다. 더욱이 건강불평등이 심화되는 현상이 선진국에서, 특히 조세에 기초한 의료보장방식인 국가보건의료서비스 제도를 시행하고 있는 영국에서 먼저 관찰된 것은 충격적이라 할 만 하였고, 이에 따라 건강불평등을 해소하는 방법에 대한 고민이 깊어질 수밖에 없었다.

일반적으로 건강의 사회경제적 불평등을 발생시키는 요인으로 는 소득, 교육, 직업 등 개인 또는 인구집단의 사회경제적 상태, 물리적·사회적 환경, 그리고 의료 및 생활양식요인을 들 수 있다[24]. 이 중 사회경제적 상태와 사회적 환경이 사회적 건강결정요인의 범주에 포함되는데, 기존 건강증진사업에서는 물론, 건강정책 전체를 보

아도 이를 직접 다루는 경우는 찾기 어렵다. 결국 건강불평등의 심화에 대응하기 위해서는 의료, 생활양식, 물리적·화학적·생물학적 환경 등을 대상으로 이루어진 기존 정책들을 건강불평등을 인식하고 해결하는 방향으로 재정립할 필요가 있으며, 더불어 새로이 사회적 건강결정요인을 다루는 정책을 수립하고 집행할 필요가 있다.

이를 위하여 세계보건기구의 ‘사회적 건강결정요인 위원회 (Commission on Social Determinants of Health)’에서는 건강불평등 해소정책을 수립하는 데 도움이 될 수 있도록 몇 가지 활동 방향을 제시하였다. 우선 일상생활의 조건(환경)을 개선할 것을 촉구하였는데, 이를 위하여 교육에서의 형평성 추구, 고용과 노동의 공정성 확보, 건강한 지역사회수립, 전 생애에 걸친 사회의 보호, 보편적 의료보장 및 건강증진활동을 수행할 것 등을 제시하였다. 두 번째로는 직접적으로 권력, 자본, 자원의 불평등한 분배를 척결할 것을 촉구하였는데, 이를 위하여 모든 정책, 체계, 프로그램에서 건강형평성을 추구할 것, 자원조달의 공정성 확보, 시장(the market)의 책무성 강화, 성(gender)평등 확보, 주민의 정치적 권한 강화, 건강형평성을 위한 국제 거버넌스 구축 등을 제시하였다. 마지막으로 이러한 정책의 저변을 확보하는 의미에서 사회적 건강결정요인에 대한 인식 제고, 역량 강화 및 활동 평가를 권고하였는데, 이를 위해서는 출생등록체계, 국가 건강형평성 감시체계, 국제 건강형평성 감시체계, 지식기반 확충, 교육훈련 등이 필요하다고 하였다[25]. 이 세 가지 정책방향과 그 구체적 내용들을 보면 어느 것 하나 건강부문이 단독으로 수행하기에는 장애가 많다는 것을 쉽게 알 수 있다. 결국 모든 관련자들이 협력하여 사안별로 또는 전체적으로 거버넌스를 구축하는 것이 건강불평등 해소정책의 성공적 수행을 위한 핵심적인 관건이 된다.

이러한 맥락에서 2011년 히우지자네이루(Rio de Janeiro)에서 개최된 세계보건기구 컨퍼런스에서는 125개국 대표가 참석하여 ‘사회적 건강결정요인에 대한 히우 정치 선언(Rio Political Declaration on Social Determinants of Health)’을 채택하였고[26], 핵심적 활동 영역으로 제일 먼저 건강과 개발을 위해 보다 나은 거버넌스를 구축할 것을 천명하였다. 이에 더하여 참여의 확대와 국제적 거버넌스 활동 등을 통한 사회적 건강결정요인의 통제를 촉구하였는데, 이런 노력들은 국제연합의 ‘비감염성질환 예방 및 관리에 관한 정치적 선언(political declaration of the high-level meeting of the general assembly on the prevention and control of non-communicable diseases)’의 채택으로 그 결실을 맺게 되었다[27,28].

이러한 건강을 위한 거버넌스의 구축은 정부정책 측면에서 보면 모든 정책이 건강과 건강형평성을 옹호하도록 만드는 과정에서 이룩될 수 있는 것이다. 결국 HiAP는 이러한 거버넌스 구축의 과정에서 제시된 부문 간 협력의 방식이며, 동시에 정부 내부에서 독립적 프로그램으로 구축할 경우 HiAP 자체를 사회적 건강결정요인

6) The process of enabling people to increase control over their health and its determinants, and thereby improve their health [16].

다루는 하나의 건강증진 프로그램으로 볼 수도 있다. HiAP는 그 이전 시기에 부문 간 협력을 지칭하던 건강한 공공정책과 내용적으로는 큰 차이가 없다고 할 수 있지만, 건강증진 개념 발달의 맥락에서 볼 때 건강형평성의 추구를 보다 명확히 하고 있다는 점과 보다 넓은 범위의 국내의 정책을 포괄한다는 점, 그리고 제도화의 수준을 한 단계 끌어올렸다는 점에서 새로운 의미를 부여할 수 있는데, 이에 대해서는 뒤에서 상술할 것이다.

건강증진의 방법적 진화와 부문 간 협력

1. 행태 접근법의 확산

건강증진사업은 수행방법 측면에서 생활양식의 변화를 추구하는 행태접근법을 중심으로 이루어져 왔으며, 그 외에도 건강도시 같은 환경접근법과 건강영향평가 등의 제도접근법이 시도되고 있다. 우리에게 가장 친숙한 행태접근법은 개인이나 지역사회 수준의 다양한 행동과학적 모형을 적용하여 사람들의 생활양식의 변화로도모하는 방법이다[29]. 흡연이나 음주 등 건강관련행태 변화를 통하여 건강수준을 향상시키는 것인데, 건강결정요인으로서의 생활양식요인을 통제하기 위한 가장 직접적인 접근방법이 된다.

행태접근법은 일반적으로 건강부문의 소관 업무로 인식되기 때문에 이에 필요한 부문 간 협력의 수준은 그리 높지 않다고 하겠다. 즉 청소년 건강관련행태의 개선을 위한 사업에 학교에 속한 청소년과 관련하여 교육부문의 협조가 필요한 것처럼 건강을 위한 부문 간 활동 수준의 협력방식이 주를 이룰 것이다. 물론 행태접근법이 활용된 대표적인 경우로 꼽을 수 있는 금연사업의 경우에도 개인 수준의 행태개선 노력 이외에 담뭍값 인상이나 금연환경 조성 등 제도적, 환경적 접근이 동시에 이루어지는 것처럼 개별적인 건강결정요인의 통제를 위해서는 단일한 접근법만 사용되는 것은 아니며, 이를 위한 부문 간 협력 역시 필요하다.

2. 환경접근법의 대두

환경접근법은 생활환경의 변화를 통하여 주민의 건강증진을 도모하는 것으로서, 환경을 건강친화적으로 조성하여 신체 및 정신에 대한 환경의 직접적 영향을 관리하고, 동시에 주민이 건강관련 행태를 개선할 수 있도록 여건을 조성하는 방식이다. 오타와 현장에서 건강지원 환경(supportive environment)의 중요성이 지적된 이후 활발하게 전개된 건강도시활동이 환경접근법의 대표적인 사례라고 할 수 있다.

건강도시 프로그램은 세계보건기구의 주도하에 1987년 유럽에서 시작된 이래 아시아, 중동 등의 여러 나라로 전파되었다. 현재 유럽의 경우 30여 개국 1,400여 개의 도시가 건강도시 프로그램을 시행하고 있고, 제6기 WHO 건강도시네트워크가 운영되고 있다[30]. 우리나라를 포함하여 아시아 및 호주지역을 중심으로 한 건강도시

연맹(Alliance for Healthy Cities)도 2003년 결성된 이래 2년마다 총회를 개최하는 등 활발한 움직임을 보이고 있으며[31], 국내 네트워크인 대한민국의건강도시협의회에도 2015년 9월 현재 81개 정회원 도시가 가입하여 활동 중이다[32].

건강도시는 ‘사람들이 서로 협력하여 삶의 모든 기능을 수행하고 잠재력을 최대한 개발할 수 있도록 지속적으로 물리적·사회적 환경을 조성하고 향상시키며 지역사회 자원을 확충하는 도시’로 정의된다[33]. 따라서 건강도시는 환경을 통한 건강증진의 과정을 지칭할 뿐 주민의 건강수준이 높은 것을 의미하는 개념은 아니다. 건강도시는 도시환경, 특히 물리적 환경을 건강친화적으로 조성하는 것에서 출발하였지만, 이후 사회적 환경의 변화를 통한 건강불평등 해소를 목표에 포함시키면서 점차 포괄적인 양상을 띠게 되었다. 각각의 건강도시 프로그램은 도시에 따라 다른 형태로 이루어지고 있지만 일반적으로 도시개발계획의 수립과 집행 등 경제 및 환경 분야의 업무와 밀접한 관계가 있으며, 이 외에도 교통, 교육, 문화 등 다양한 부문의 협력이 필요하게 되는데, 이 점이 건강도시를 환경 접근법뿐만 아니라 HiAP의 전형적인 사례로 보는 근거가 된다. 세계보건기구의 자그레브 선언에서 지적한 형평성, 참여와 권한강화, 부문 간 파트너십, 연대와 우호, 지속 가능한 개발의 다섯 가지 건강도시 핵심요소가 모두 건강을 위한 거버넌스 구축의 방법과 지향점을 제시하는 것이라고 하겠다[34].

3. 제도접근법의 태동

건강부문의 정책과 제도의 목적이 사람들의 건강 향상을 추구하는 것이라고 할 때, 이와 다른 목적으로 시행되는 여타 부문의 정책 및 제도를 통해서도 건강의 향상을 이루고자 하는 것을 건강증진의 제도접근법이라고 부를 수 있다. 사회의 다양한 제도를 환경 접근법에서처럼 사회적 환경이라는 개념에 포함하여 다룰 수도 있지만 이를 별도의 방법으로 분리해서 기술하는 것은 정책 및 제도가 물리적, 사회적 요인뿐만 아니라 생물학적 요인이나 생활양식 등 모든 건강결정요인에 영향을 미치기 때문에 환경적 시각만으로는 이러한 제도의 다양성을 모두 포괄하기 어렵기 때문이다.

제도 개선을 통한 건강 개선 노력은 과거에도 건강을 위한 부문 간 활동의 방식으로 일정 부분 이루어져 왔다. 다만 오타와 현장에서 건강한 공공정책 수립을 우선 과제로 제시하면서 제도 개선의 범위를 모든 공공부문의 업무로 확대하고자 하였을 때, 이를 수행하기 위한 실질적 방법을 찾기 어렵다는 문제점이 있었다. 이에 개발된 것이 건강영향평가인데 오타와 현장이 선포된 이후 10년이 지나서야 겨우 제도 개선을 위한 범용도구로서의 틀을 갖추게 되었다.

건강영향평가는 정책에 건강에 대한 고려를 포함시키기 위한 도구로서, 정책결정이 야기할 건강영향을 예측하고, 정책결정과정에 이해당사자를 참여시키며, 정책결정자에게 정보를 제공하는 세 가지의 기본적 목적을 위하여 이루어지는 일련의 과정이다[35]. 건강

영향평가는 환경영향평가(environmental impact assessment)에 영향을 받아 발전하였는데, 1999년 예티보리 합의서(Gothenburg consensus paper)를 통하여 평가 수행을 위한 방법론이 정착되었다[15]. 이후 건강영향평가는 그 과정과 절차에 대한 다양한 지침서가 발간되면서 유럽에서 시작하여 북미, 아시아 등지로 확산되었으며, 호주에서는 건강렌즈분석(health lens analysis)을 추가적으로 개발하여 수행하는 등 매우 활발한 움직임이 있다[36]. 하지만 우리나라에서는 제대로 확산되지 못하고 있는데, 일부 개발사업에 대하여 환경영향평가를 시행할 때 함께 포함되어 시행되는 것이 아직까지 제도적으로 보장된 전부는 아니다.⁷⁾

개별정책의 건강영향을 평가하고 개선을 도모하는 정책도구로서의 건강영향평가와는 달리 제도나 정책과 관련된 조직 및 활동의 직접적인 변화를 추구하는 접근방식 역시 건강증진에 대한 제도접근법으로 분류할 수 있는데, 이에 포함되는 것이 HiAP와 ‘건강을 위한 거버넌스(governance for health)’이다. 건강을 위한 거버넌스는 ‘정부나 다른 관련자들이 범정부적, 전 사회적 접근을 통하여 안녕상태에 필수적인 건강을 목적으로 지역사회, 국가 또는 국가집단을 움직이려는 시도⁸⁾’를 지칭하는데, 이는 건강과 관련된 거버넌스를 보건의료체계의 거버넌스를 의미하는 ‘건강 거버넌스(health governance)’와 건강을 위한 부문 간 협력 및 민관협력을 의미하는 ‘건강을 위한 거버넌스(governance for health)’로 구분하는 시각이다[37]. 그러나 2015년 우리나라의 중동호흡기증후군(Middle East respiratory syndrome) 관련 사태에서도 알 수 있듯이 건강 부문의 전통적 업무분야인 감염병 관리에서조차 경우에 따라 범정부적, 범국가적 노력이 필요하다는 점을 본다면, 이 두 개념을 구분하는 것이 현실적인지에 대해서는 의문이 남는다.

하지만 이 개념은 건강정책에 거버넌스 개념을 적용하여 정책활동의 폭을 넓히고 있다는 장점이 있다. 건강과 관련하여 볼 때 거버넌스는 정부의 여러 부서 및 민간부문과 파트너십을 공고히 함으로써 질병관리 및 건강증진 목표를 달성하려는 모든 활동과정을 의미하므로, 사안별로 이루어지는 활동이 될 수도 있고, 그 활동이 제도로 정착되어 조직적 형태를 취하는 것이 될 수도 있다. 정책사안별로 건강 관련 권고를 하는 것이 건강영향평가의 핵심적인 역할인 반면, 건강을 위한 거버넌스는 정책의 수립과 집행에 보다 직접적으로 개입하기 위하여 관련된 모든 집단과 적절한 협력체계를 구축하는 것에 중점을 둔다.

건강을 위한 거버넌스와 HiAP는 실질적으로는 구분하기 힘들 만큼 유사한 의미를 갖고 있으며, 굳이 구별하여야 할 이유도 없다. 오히려 HiAP는 건강을 목적으로 민·관을 막론하고 부문 간에 협력이 이루어져야 한다는 점을 잘 표현하고 있기 때문에 건강을 위

한 거버넌스의 슬로건으로 활용할 수 있다. 어느 개념을 사용하던 건강문제와 관련하여 적절한 형태의 거버넌스가 필요하다는 점은 앞으로도 더욱 강조될 것으로 보이는데, 다만 아직까지는 거버넌스 구축의 방법을 명쾌하게 제시하지는 못하고 있기 때문에, 이를 위해서는 건강영향평가의 경우처럼 오랜 시간 많은 사람의 노력이 필요할 것으로 보인다.

4. 포괄적 접근법의 발달

오타와 헌장 이전에도 건강증진사업은 학교나 사업장 등 동질적인 인구집단을 대상으로 많이 시행되었는데, 이는 사업을 위한 접근이 용이하고 사업 수행에 따른 성과를 기대하기가 쉽기 때문이다. 이러한 활동방식을 발전시켜 오타와 헌장에서는 모든 일상생활의 터전에서 건강증진을 수행할 것⁹⁾을 추구하였다. 즉 건강증진 시간이나 공간적으로 한정된 프로그램에 의해서만 행해질 것이 아니라 생활하면서 겪게 되는 모든 환경조건에서 폭넓게 이루어질 필요가 있다는 점을 지적한 것이다.

이렇게 출발한 생활터 접근법은 처음에는 개별 생활터를 건강 관련 행태의 교정을 중심으로 한 건강증진활동을 벌이는 공간으로서만 인식하였지만, 이후 생활터가 건강에 미치는 영향 자체에 주목하고 이를 변화시키려는 시도가 일어나게 되었다. 이에 따라 생활터 접근법은 개인을 둘러싼 여러 층의 환경조건에 대하여 포괄적으로 접근하는 방식으로서 변화하게 되었으며, 비록 특정 이론에 기반하여 만들어진 것은 아니지만 생태학적 모형에 가깝게 되었다[38]. 즉 기존의 건강증진활동을 ‘생활터 안에서의 건강증진(health promotion in settings)’이라고 표현한다면, 생활터 접근법은 ‘건강을 증진시키는 생활터(health promoting settings)’를 만들기 위한 활동으로서, 생활터의 환경조건이 구성원의 건강을 증진시킬 수 있도록 변화시키는 것을 의미한다.

이러한 개념의 전환으로 생활터의 구성원은 건강증진사업의 대상에서 주체로 변화하였고, 사업의 목적은 건강수준 향상에 대하여 건강형평성을 추구하게 되었으며, 사업의 내용은 건강 관련 행태의 개선에서 출발하여 물리적·사회적 환경의 개선을 포함하게 되었다[38-40]. 더욱 중요한 점은 방법적 측면에서 생활터의 근본적인 가치(목적)와 별개로 이루어지던 건강증진활동이 그 가치와 건강이라는 개념을 결합시킴으로써 생활터의 시스템 자체를 변화시키는 방향으로 나아가게 되었다는 점이다(whole system approach). 즉 기업에서는 생산성 및 이윤, 학교에서는 학생들의 성장·발달 및 학업성취 등 생활터 고유의 가치(목적)에 건강을 결합시킴으로써 구성원의 건강증진을 통한 기업과 학교의 성과 향상을 추구하는 것이다. 일반적인 사업장을 예로 들자면 물리적·화학적

7) 환경영향평가법 제8조 제2항, 환경보전법 제13조 및 동 시행령 별표1.

8) The attempts of governments or other actors to steer communities, countries or groups of countries in the pursuit of health as integral to wellbeing through both whole-of-government and whole-of-society approaches [37].

9) Health is created and lived by people within the settings of their everyday life; where they learn, work, play and love [1].

근로환경을 건강친화적으로 조성하는 것뿐만 아니라 근로시간 조정, 교대제 개선, 수평적 조직체계의 전환 등 근로시스템 변화를 통하여 업무 효율 향상과 동시에 스트레스 관리를 하는 방식으로 건강증진활동이 이루어지는 것이다.

이와 같은 생활터 자체의 변화를 이루기 위해서 생활터 접근법은 각 생활터에서 건강을 위한 거버넌스를 구축할 것을 요구한다. 건강 마을, 건강 학교, 건강 사업장 등 다양한 건강 생활터를 만들어 나갈 때 중요한 것은 보건학적 지식보다는 관련된 사람들의 동의와 협력이라고 할 수 있으며, 리더십과 주민참여, 그리고 부문 간 협력이 거버넌스의 핵심요소가 된다. 여기서 부문 간 협력은 주민(생활터 구성원)의 입장에서는 당연한 일로 받아들여지는데, 이는 주민의 필요가 항상 부문별로 분리되어 발생하는 것이 아니기 때문이다. 정부의 입장에서 보면 건강한 생활터를 만들기 위한 주민의 포괄적 요구에 부응하기 위하여 여러 부서의 통합된 노력이 필요하다는 것이고, 이는 결국 HiAP가 정부의 필요가 아니라 주민의 필요에 근거하고 있다는 것을 의미한다.

이상에서 살펴 보았듯이 건강증진이 다루는 건강결정요인의 범위가 확대되는 과정에서 새로운 건강결정요인을 효과적으로 통제하기 위해 새로운 방식의 건강증진활동이 대두되었고, 점차 더 넓은 범위의 부문 간 협력이 요구되었다고 할 수 있다. 즉 건강증진 개념의 확대와 방법의 진화는 서로 상응하는 부분이 있으며, HiAP는 이러한 건강증진활동이 사회적 건강결정요인을 다루는 데까지 확대되면서 환경적, 제도적, 그리고 포괄적 접근방식의 유용성이 부각된 상황에서 자연스럽게 발전한 부문 간 협력방식이라고 할 수 있다.

모든 정책의 건강: 체계와 활동

1. 모든 정책의 건강: 개념과 원칙

앞에서 살펴본 바와 같이 건강증진의 발달과정에서 사회적 건강결정요인의 중요성이 대두되었고 이에 대응하기 위하여 부문 간 협력의 확대강화가 요구되면서 HiAP는 21세기 건강부문의 국제적

화두가 되었다. 사회적 건강결정요인을 다룬다는 말 자체가 다양한 부문이 관련되어 있음을 의미하며, 그 과정에는 정치적, 사회적 갈등요소가 포함되어 있다[41]. 사회적 건강결정요인을 다루어야 하는 이유로는 우선 이 문제의 해결이 도덕적으로 긴급하다는 점과 건강수준 향상에 매우 중요하다는 점을 들 수 있으며, 또 광범위한 사회적 우선순위 목표의 달성을 위해서 필요하다고 할 수 있는데, 이는 현대사회가 추구하는 경제적, 사회적 목적들이 건강과 긴밀하게 연관되어 있다는 사실을 지적하는 것이다[26]. 즉 건강을 사회적, 경제적 발전의 주요한 추동력으로 파악한다는 의미가 된다[36].

이러한 맥락에서 이루어진 HiAP의 확산에는 핀란드와 호주의 선도적 역할이 있었는데, 2006년 핀란드가 유럽연합 수장으로 있으면서 HiAP를 주요 의제로 상정한 것을 HiAP의 실질적인 출발점으로 볼 수 있다. 당시 유럽연합은 모든 정책분야에서 건강보호를 위해 효과적인 부문 간 협력체계를 확립할 것과 모든 유럽연합 정책안에 대하여 형평성에 주안점을 두고 건강영향평가를 시행할 것을 결의하였는데[37], 이 두 가지 내용은 실천적 측면에서 이후 HiAP 활동이 나아갈 바를 제시한 것이라 할 수 있다.

이후 세계보건기구는 2010년 호주의 애들레이드(Adelaide)에서 HiAP에 대한 지지를 확인하는 성명을 발표하였으며[42], 2013년 핀란드 헬싱키(Helsinki)에서 개최된 제8차 건강증진 국제회의에서는 건강증진의 기본전략으로 HiAP를 천명하였다[43]. 이 헬싱키 성명에서는 HiAP의 개념과 발전방향을 명확히 정의하였고 각국의 정부가 HiAP를 정치적 우선과제로 설정할 것을 촉구하고 있는데, 이는 2011년의 건강형평성을 위한 히우 정치선언과 맥락을 같이한 것으로서 건강 및 건강형평성에 대한 정책적 개입에는 정치적 리더십이 필수적으로 요구된다는 점을 지적한 것이다.

헬싱키 성명은 HiAP를 ‘인구집단의 건강과 건강형평성을 향상시키기 위하여, 분야를 막론하고 공공정책이 체계적으로 정책결정의 건강영향을 고려하고, 시너지를 추구하며, 유해한 건강영향을 회피하도록 하는 접근법’¹⁰⁾으로 규정하였다[44]. 이 개념 설정은 기존의 부문 간 협력과 그리 다르지 않지만 건강을 위한 부문 간 활동부터 건강한 공공정책을 거쳐 HiAP로 변화하기까지 부문 간 협력

Table 1. 부문 간 협력이 다루는 정책문제의 개념적 확대

구분	부문 간 협력의 사안별 형태		
정책 문제	건강부문이 담당하는 건강문제로서 그 해결을 위해 타부문의 협조가 필요한 것	비건강 공공부문의 정책에 의해 발생하거나 영향을 받는 건강문제	국가적 과제 또는 비공공정책 부문의 과제로서 건강부문의 역할이 필요한 정책 문제
일차적 책임 소재	건강부문	비건강 공공부문	국가, 비공공정책 부문(외교, 국방)
정책 예시	만성질환관리, 청소년보건	교통체계, 환경보호, 무역자유화	식량안보, 새천년개발목표
개념적 관련성	Intersectoral action for health	강함	약함
	Healthy public policy	강함	약함
	Health in All Policies	강함	강함

10) An approach to public policies across sectors that systematically takes into account the health implications of decisions, seeks synergies, and avoids harmful health impacts in order to improve population health and health equity [44].

의 목적으로 건강형평성 추구가 점차 강조되었다는 점을 주목할 필요가 있는데, 이는 건강증진의 진화와 궤도를 같이 하는 것으로서 앞의 논의에서 다룬 바 있다.

또한 HiAP는 부문 간 협력의 대상이 되는 정책영역이 기존 협력 형태에서보다 확대되었는데, 이를 정책이 다루는 문제를 중심으로 간단히 정리해보면 Table 1과 같다. HiAP의 대상을 헬싱키 성명에서는 공공정책으로 표현하고 있지만, 일반적으로는 공공정책의 범위 안에 포함시키지 않는 외교나 국방 관련 정책 역시 대상에 포함된다고 볼 수 있다. 그 사례의 하나로 우슬루 선언(Oslo Ministerial Declaration)을 들 수 있는데, 브라질, 프랑스, 노르웨이 등 7개국의 외교부 장관들이 국제적 건강 안보(global health security)¹¹⁾ 문제를 외교문제의 일환으로 받아들이고 그 해결에 공조하겠다고 선언을 한 것으로, 외교부에서 자신의 역할로서 건강을 의제화하였다는 점에서 의의가 있다[45].

이 외에도 새천년 개발목표(Millennium Development Goals)나 [46] 이를 잇는 지속 가능 개발목표(Sustainable Development Goals, SDGs)와[47] 같이 국가적 과제를 수행함에 있어서 건강부문이 자신의 역할을 보다 적극적으로 설정할 것을 HiAP는 강조하고 있다. 새천년 개발목표의 경우 8개 목표 중 건강과 직접 관련된 3개의 목표만을, SDGs에서는 17개 목표 중 건강한 생활을 보장하고 안녕을 촉진하는(ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages) 제3번 목표 하나만을 건강부문의 과제로 인식하는 것은 HiAP의 개념과 상반되는 시각이라 할 수 있다. 빈곤, 기아, 여성, 위생, 에너지, 경제성장 및 고용, 불평등, 도시, 기후변화 등 SDGs가 설정한 거의 모든 영역에서 건강부문의 역할이 있으며, 이를 위한 부문 간 활동을 적극적으로 기획하고 수행하는 것이 HiAP라 하겠다.

HiAP는 대상정책의 범위가 확대된 것뿐만 아니라 부문 간 활동을 수행하는 조직구조에서도 보다 제도화 수준¹²⁾이 높다고 할 수 있다[48]. 건강을 위한 부문 간 활동이 부문 간 협력을 통한 공동행동을 추진하는 수준이었다고 한다면, 건강한 공공정책에서는 건강영향평가 같은 도구를 개발하고 이를 법제화함으로써 공동행동을 방법적으로, 그리고 법적으로 뒷받침하는 흐름을 보였으며, HiAP에 와서는 일정한 범위의 업무를 수행하기 위해 부문 간 협력을 담당하는 조직을 구성하여 건강을 위한 거버넌스의 핵심으로 활동하도록 하는 방식이 이루어지고 있다. 이러한 조직구조는 부서 간 위원회, 전문가 위원회, 부서 내의 HiAP 담당 조직, 네트워크, 통합 부서, 독립기관 등 다양한 형태로 구성된다[49].

이와 같은 HiAP의 개념적 특징은 HiAP의 기획과 집행에도 적용될 필요가 있으며, 이는 HiAP의 의의를 살리는 길이 된다. 세계

보건기구에서는 HiAP의 실행에 필요한 원칙으로 국내 및 국제법에 기초할 것(legitimacy), 국민에 대한 책무(accountability), 정책 수립의 투명성과 정보에 대한 접근의 보장(transparency), 광범위한 사회적 참여(participation), 미래 세대의 필요 충족을 저해하지 않을 것(sustainability), 그리고 정부의 부문 간 및 수준 간 협력(collaboration)을 제시하고 있다[50]. 이 여섯 가지 원칙은 HiAP의 개념에 기초하여 실행에 필요한 요소를 제시한 것으로서 HiAP가 이전 부문 간 협력의 방식에 비하여 보다 포괄적이고 높은 수준의 제도화를 추구한다는 것을 알게 해 준다. 하지만 이 원칙은 HiAP 거버넌스의 구조에만 국한된 측면이 있다. 즉 HiAP가 제기된 근본적 이유인 건강형평성의 추구라는 방향성이 실행원칙에서 충분히 강조되지 않은 문제점이 있다.

반면 성공적 HiAP 사례의 하나인 캘리포니아 HiAP 프로그램에서는 건강형평성 등 HiAP가 추구하여야 할 방향성을 명확히 하는 것을 성공을 위한 우선적 요인으로 꼽고 있다. 즉 건강과 형평성 및 지속 가능성을 증대시키는 것, 부문 간 협력을 지지하는 것, 다양한 협력자들에게 이익이 되도록 하는 것, 이해관계자를 참여시키는 것, 그리고 구조 및 절차 측면에서 변화를 도모하는 것이 HiAP 성공의 열쇠라고 하면서 거버넌스 구조뿐만 아니라 활동의 방향성을 중요하게 보고 있다[51].

HiAP의 거버넌스가 주민의 건강 향상만을 염두에 둔다면 과거 우리의 경험인 새마을운동에서 주제를 건강으로 변경한 것일 뿐 달라질 내용이 없다고도 볼 수 있는데, 이러한 해석은 HiAP가 대두된 가장 근본적인 이유가 사회적 건강결정요인으로 인한 건강불평등의 해소였다는 점을 망각한 것이다. 그러므로 HiAP에서는 무엇보다도 건강형평성 추구를 거버넌스의 우선적 과제로 설정하는 것이 중요하며, 캘리포니아의 경험에서 보듯이 이것이 HiAP 성공의 요인으로 작용할 것을 기대할 수 있다.

2. 모든 정책의 건강: 구조와 활동

HiAP는 부문 간 협력의 형태를 지칭하는 말이지만 동시에 건강을 위한 거버넌스 구축의 슬로건이면서 이 거버넌스 자체를 지칭하는 말이기도 하다. 이는 HiAP의 형태가 매우 다양할 수 있기 때문이다. 여러 국가나 지방수준에서의 거버넌스 환경은 매우 상이하며, 국제적 수준에서의 활동도 사안별로 다양한 상황 속에서 이루어지므로 각 상황에 부합하는 거버넌스 형태를 취할 수 있다. 단일 정부 내에서의 HiAP 역시 부문 간에 이루어지는 협력활동일 수도 있으며, 별도의 HiAP 전담조직을 구성하는 것일 수도 있다.

단일 정부 내에 구성한 HiAP 전담조직의 성공적인 사례는 미국 캘리포니아에서 찾아볼 수 있다. 캘리포니아에서는 2010년 주지사

11) 건강안보(health security)는 통상적으로 감염병 유행이나 생물학적, 화학적, 방사능 테러와 같은 위기상황에서 건강을 보호하는 개념으로 사용됨.

12) 제도화(institutionalization)를 활동이 공식적으로 채택되는 일상화(habitualization), 확산이 시작되는 대상화(objectification), 장기간 지속되는 침강(sedimentation)의 연속적 과정으로 파악함[48].

의 명령(Executive Order S-04-10)에 의해 전략성장위원회(Strategic Growth Council) 산하에 HiAP 전담반(HiAP Task Force)이 구성되어 HiAP 활동의 중심 역할을 하고 있다. 이 전담반에는 기후 변화, 건강 및 소아비만이라는 공통의 관심을 가진 정부 부서 및 기관들이 참여하였는데, 교육부, 재정부, 농식품부, 교통부, 환경보호국, 보건복지국 등 19개 부서(기관)로 시작하여 2015년 현재에는 22개 부서(기관)로 늘어난 상태이다. 이 전담반은 2010년 말에 활동적 교통수단, 주거 및 실내공간, 도시 녹색환경, 폭력예방을 통한 지역 사회 안전, 건강한 식품, 건강한 공공정책의 6개 분야에 걸쳐 34개 권고안을 위원회에 제출하였고, 이를 바탕으로 2011년에는 11개 우선순위 과제를 선정, 2012년 이후 이를 집행하게 되었다. 2012년 공중보건기구(Public Health Institute)는 이 HiAP 전담반의 활동에 대한 평가를 시행하였는데, 정치 및 재정적 측면에서 수행 가능한 권고안을 제시한 점, 여러 부서의 참여가 잘 이루어진 점, 그리고 활동이 최고위층의 명령(시행령)으로 이루어진 점이 전담반의 활동을 성공적으로 이끈 요인이었다고 평가하였다[50-52].

영국에서도 중앙정부 및 지방정부 수준에서 HiAP 활동이 활발히 이루어져 왔다. 2004년 정부 백서인 ‘건강선택(Choosing Health)’을[53] 발간한 이후 공공정책에 대하여 규제영향평가 등을 통한 건강영향평가를 시행하였으며, 부총리가 주재하는 공중보건장관회의를 조직하는 등 범정부적 건강 및 건강형평성 개선정책을 시행하였다. 또 낙후된 지역을 대상으로 하는 여러 가지 재생사업들¹³⁾을 중심으로 건강불평등 해소 프로그램이 진행되었는데, 이런 지역단위 종합적 프로그램은 필연적으로 부문 간 협력을 바탕으로 이루어졌다[54].

국제사회에서의 HiAP 활동은 세계보건기구를 중심으로 한 기존의 부문별 협력 차원을 뛰어넘어 건강문제의 해결을 위한 국가 및 모든 이해관계자의 협력이라는 형태로 나타나고 있는데, 대표적 사례로 국제연합이 비감염성질환에 대한 공동행동을 결의한 것을

들 수 있다. 2011년 심혈관계질환, 암, 만성호흡기질환, 당뇨병 등 비감염성질환의 예방 및 통제에 관하여 국제연합 총회의 고위급회담에서 채택한 정치적 선언은 이후 총회의 결의안으로 채택되면서 국제사회의 일치된 행보를 이끌어내게 되었다[27]. 이 회담은 국제적으로 많은 관심을 끌며 280개 이상의 비정부기구가 참관한 가운데 개최되었고, 비감염성질환의 도전에 직면하여 모든 국가가 노력해야 할 방향을 제시하였는데, 그중에서도 범정부적, 전 사회적 노력(a whole-of-government and a whole-of-society effort)의 중요성을 강조하고 있다. 이는 HiAP 활동이 비감염성질환 대응전략에서 핵심적 요소임을 국제사회가 명확히 인식하고 있는 것을 의미한다고 하겠다.

담배규제기본협약(WHO Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) 역시 국제적 수준에서 이루어진 HiAP 활동의 훌륭한 성과라 할 수 있다. FCTC는 2003년 세계보건총회(World Health Assembly)에서 채택한 건강분야 최초의 국제조약이며, 2005년에 국제법으로 정식 발효되었다. 담배소비로 인한 건강, 사회, 환경, 경제문제를 해결하기 위한 이 협약은 장기간에 걸친 협상과정에서 비정부기구들이 협약 연합(Framework Convention Alliance)을 구성하여 조직적인 활동을 펼친 것이 큰 역할을 하였다. 이는 정부-비정부기구 연대활동의 모범사례라 할 것이며, 그 후 WHO가 국제협상에서 비정부기구의 역할을 인정하게 되는 전환점이 되었다[55].

또한 이 FCTC 협상을 이끌어간 브라질의 경우 세계적인 담배 재배국이면서 수출국임에도 불구하고 협상과정에서 큰 영향력을 발휘하여 미국, 독일 및 일본 등의 저지에도 불구하고 담배규제에 성공적인 결과를 이끌어내었다. 담배회사들이 담배 재배가 축소되면 개발도상국의 경제가 어려워질 것이라는 논지를 중심으로 협상과정에서 로비를 펼쳤음에도 불구하고 브라질 정부는 1999년 ‘담배 규제에 관한 부서 간 위원회(Inter-Ministerial National Commis-

Table 2. Health in All Policies 관련 거버넌스 활동을 담당할 수 있는 부문 간 거버넌스 구조

부문 간 거버넌스 구조		거버넌스 활동								
		근거 지원	목표 설정	조정	옹호	평가	정책지도	재정지원	법적 근거 제공	집행
정부 수준	내각 위원회		√	√	√					
의회 수준	의회 위원회	√			√	√	√		√	
행정조직수준	부서 간 위원회	√		√	√	√	√			√
	거대 부서			√						√
재정 관리	공동예산 책정			√				√		√
	재정위임(타 부서)			√	√			√	√	√
정책 참여	시민 참여	√	√		√		√			
	이해관계자 참여				√		√	√	√	
	산업체 참여			√				√		

From Lin et al. Synthesizing the evidence: how governance structures can trigger governance actions to support Health in All Policies. In: McQueen et al. Intersectoral governance for Health in All Policies: structures, actions and experiences. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2012. pp. 30 [58].

13) Sure Start, New Deal for Communities, Health Action Zones, and Education Action Zones.

sion on the Control of Tobacco Use)’라는 범정부적 기구를 구성하여 협상에 임하였는데, 이 위원회에는 외교부, 통상개발부, 농업부 등 9개의 정부부서가 참여하여 FCTC 협상에서 정부가 국내외적으로 취할 공식적 입장을 결정하였다[56,57]. 이는 흡연문제라는 특정 사안을 중심으로 국내 정책과 국제적 활동이 하나의 HiAP 조직에 의해 상호 연관되어 추진된 사례라고 하겠다.

Table 2는 유럽 여러 나라의 경험을 바탕으로 HiAP에 요구되는 다양한 거버넌스 활동을 수행할 때 적합한 부문 간 거버넌스 구조를 보여주고 있다[58]. 이 분류에서는 거버넌스 구조 측면에서 여러 수준의 정부조직에서 만들어지는 특별위원회나 전담반 형태의 HiAP 전담조직을 구성하는 방식과 전담조직을 구성하지 않고 부서 간 공동사업 형태로 필요한 정보, 예산, 집행에 관련하여 협력하는 방식을 모두 나타내고 있다.

이러한 거버넌스 구조 중 어떠한 형태를 선택할 것인가 하는 것은 사안과 상황에 따라 다르다. 사안별로 거버넌스 구조를 선택할 때 고려할 것들은 정치적 의지, 파트너와 구성원의 이해, 이슈의 정치적 중요도, 문제의 즉각성, 리더십, 문제가 제기된 맥락, 자원, 집행 가능성 등을 생각할 수 있다[59]. 하지만 보다 더 중요한 것은 모든 정책 속에 HiAP가 녹아 들어가야 한다는 점이며, 이를 가능하게 하는 것은 조직적으로는 범정부적, 전 사회적 HiAP총괄조직을 구성하여 리더십과 책임성을 부여하는 것, 방법적으로는 건강영향평가를 제도화하는 것이라 할 수 있다.

3. 모든 정책의 건강: 실행과 정부의 역할

헬싱키 성명은 보건의료체계, 건강결정요인 및 사람들의 안녕에 공공정책이 미치는 영향이 매우 크다는 점을 지적하고 이런 건강영향에 대한 각 정책결정자들의 책임을 강조하면서 정부의 모든 부서가 HiAP 수행을 위해 각자의 역할을 다할 것을 촉구하고 있다. 이를 위하여 성명은 건강과 건강형평성에 대한 개입을 정치적 우선과제로 설정할 것, HiAP 시행을 위한 효과적인 구조, 과정 및 자원을 확보할 것, 여타 부서 업무에 대한 보건부서의 개입 능력을 강화할 것, HiAP 시행을 위한 구조적 역량 및 기술을 확보할 것, 투명한 감사를 시행하고 건강영향에 대해 책임을 지는 체계를 구축할 것, 이해관계의 충돌에 대한 대응방법을 마련할 것, 그리고 HiAP의 모든 과정에 지역사회, 시민사회 및 사회운동단체를 참여시킬 것을

권고하고 있다.

이 같은 역할을 수행함에 있어서 정부는 연구, 협력, 기획 및 집행, 평가의 4가지 업무를 체계적으로 결합시킬 필요가 있다[60]. 또한 HiAP의 실행 측면에서 몇 가지 핵심적 사항을 꼽아보자면, HiAP의 필요와 우선순위를 설정하는 것, 활동계획을 구상하는 것, 주도 기관과 지원체계를 파악하는 것, 정책의 건강영향 및 이와 관련된 인구집단을 파악하는 것, 평가, 모니터링 및 보고를 확실히 시행하는 것, 그리고 담당 인력과 기관, 관련된 타부서, 지역사회의 역량을 강화하는 것을 들 수 있다[50].

정부에서 특히 보건부서는 모든 HiAP 활동의 출발점이자 종착점으로서의 역할을 하여야 한다. 이를 위한 보건부서의 역할로는 타부서 및 이해관계자와 상설화된 대화 통로를 설치하는 것과 건강을 보호하고 사회적 건강결정요인을 다루는 것에 대한 대중적 지지를 호소하는 것이 중요하다[50]. 이런 역할 규정은 사안별로 중요성을 홍보하고 대중적 합의를 이끌어내며 관련된 타 부서의 업무를 지원하는 것을 보건부서의 주된 역할로 설정한다는 것인데, 이러한 방식의 활동은 앞서 언급하였듯이 오타와 현장에서 건강증진 방법으로 제시한 건강옹호, 중재 및 지원의 세 가지 활동방식에 부합한다고 하겠다.

정부의 보건부서 또는 담당자의 역할은 자신이 담당하는 업무나 그와 관련된 건강문제의 특성에 따라 달라진다. 생물학적 요인에 중점을 두고 대응을 해왔던 전통적 건강분야의 업무에 비하여 다양한 환경적·사회적 요인들을 다루는 새로운 건강분야의 업무는 HiAP처럼 기존과는 다른 거버넌스 구조와 활동을 요구하며 이에 걸맞은 담당자의 역량을 필요로 한다. 물론 전통적 분야와 새로운 분야는 서로 단절된 것이 아니라 연결되어 있으며, 이는 상호 연관되어 있는 다양한 건강결정요인들 중 어떤 건강결정요인을 보다 직접적으로 다루는가에 따라 구분될 뿐이다.

Table 3은 생물학적 요인을 중점적으로 다루던 전통적 건강분야와 환경적, 사회적 건강결정요인을 다루는 새로운 건강분야에서 요구되는 거버넌스 구조와 활동내용의 상대적 특성을 보여주고 있다. 새로운 건강분야의 거버넌스 구조가 정치적 리더십과 적극적 지역 사회 참여 및 부문 간 협력에 근간을 둔다는 것은 지금까지 살펴본 건강증진과 HiAP의 발달과정에서 잘 알 수 있다. 이 구조하에서 또는 이 구조를 구축하는 과정에서 보건부서 또는 담당자의 활동은

Table 3. 전통적 및 새로운 건강분야의 거버넌스 구조와 활동의 상대적 특성

	구분	전통적 건강분야	새로운 건강분야
거버넌스 구조	리더십	행정적	정치적
	지역사회 참여	소극적	적극적
	부문 간 협력	선택적	필수적
담당자의 역할	활동 근거 기반	특이적 근거	비특이적 근거
	활동 내용	지식 적용	합의 도출
	필수 역량	과학적 지식	대인관계 기술

Modified from Jhang. Perspect Public Health 2011;131(5):200-201, with permission from SAGE Publications [61].

자신이 직접 문제를 해결하는 것보다는 주로 타인에게 공감을 얻어 내고 지원하는 방식으로 이루어진다. 자신이 해당 업무의 직접적인 책임자나 담당자가 아니기 때문이다. 더욱이 사회적·환경적 건강결정요인이 건강에 미치는 영향은 근거를 제시하거나 수치로 명확히 드러내기가 어렵기 때문에 비특이적 근거에 기반한 논리적 설득으로 합의를 도출할 수 있는 대인관계 능력이 업무 수행에 필수적인 역량으로 부각될 수 밖에 없다[61]. HiAP가 성공적으로 수행되기 위해서는 이처럼 과거와는 다른 새로운 역량을 담당자들이 갖추 수 있도록 적절한 인력배치와 교육훈련이 시행될 필요가 있다.

결 론

건강증진의 개념과 방법의 진화과정에서 부문 간 협력이 변화하는 양상을 살펴보면 우리는 HiAP가 부문 간 협력의 발전된 형태로서 건강을 위한 거버넌스의 핵심적 요소라는 점을 이해할 수 있었다. HiAP에는 21세기 건강부문의 최대과제로서 다양하고 복잡하게 얽혀있는 건강결정요인들을 통제하고 건강불평등 문제를 해결하고자 하는 노력이 바탕에 깔려 있다. 즉 건강불평등 문제야말로 HiAP가 태동한 근본적 이유라고 할 것이다. 물론 HiAP가 건강 불평등 개선의 충분조건은 될 수 없으며, 이는 HiAP를 선도적으로 추진하였음에도 그 기간에조차 건강불평등이 심화되는 모습을 보인 핀란드의 경우만 보아도 알 수 있다[62]. HiAP와 건강을 위한 거버넌스는 건강불평등 해소를 위한 기본적 조건 정도로 평가될 수 있을 것이다.

활동내용에 있어서도 HiAP는 기존의 부문 간 협력방식인 건강한 공공정책과 비교하여 아직까지는 특별히 다른 전략을 추구하고 보기는 어렵다. 외교 등 공공정책 이외의 영역으로 활동 범위를 확대한 점과 활동의 제도화 수준을 높여 다양한 거버넌스 구조를 형성하는 것 정도가 건강한 공공정책에서 한 단계 나아간 특징이 될 것이다. 따라서 앞으로 건강을 위한 거버넌스라는 틀 안에서 HiAP의 구체적 구조 및 활동모형이 개발되고 국제사회에 확산될 필요가 있다. 헬싱키 성명에서처럼 참여자의 역할을 보다 정교하게 규정하면서 다양한 정책수단의 개발로 그 내용을 채워나간다면 앞으로 정부의 모든 수준에서 HiAP가 활발히 이루어지는 것을 기대해 볼 수도 있을 것이다.

아쉬운 것은 이러한 국제적 흐름이 우리나라에서는 그다지 큰 반향을 불러일으키지 못하고 있다는 점이다. 특히 지역별로 편차는 크지만 많은 지방정부가 건강도시활동 등 나름대로 적극적으로 체계적인 HiAP 노력을 수행하는 데 비하여 중앙정부에서는 적극적으로 부서 간 협력을 추진하고 제도화하는 사례를 찾아보기 어렵는데, 그 이유가 무엇인지에 대하여 고민할 필요가 있다.

Greaves와 Bialystok [63]은 HiAP 활성화에 장애가 되는 몇 가지

상황을 제시하고 있는데, 정부의 각 부서가 독립적으로 조직되어 있고 자체 목적과 예산을 가지고 있으며 부서 간에 상이한 조직문화와 가지고 있다는 점, 비보건부서의 입장에서는 HiAP가 잘 작동하여 좋은 결과를 낼 수 있다는 근거를 요구하게 되지만 HiAP의 구체적 근거는 매우 제한적이라는 점, 선거 주기가 HiAP처럼 장기적 성과를 기대하는 전략에 긍정적으로 작용하기는 어렵다는 점, 집권당의 이념적 경향이 항상 보편적 건강정책을 지지하지는 않는다는 점, 그리고 관련자들이 목적에는 동의하더라도 실질적 성과를 달성하려면 너무 많은 노력과 비용이 든다는 생각에 HiAP를 저어하게 된다는 점 등이다. 이러한 문제들은 정도의 차이는 있지만 우리나라에도 해당되는 것으로 보이며, 그 하나하나가 보건부서 외부의 요인들로서 해결하기 쉽지 않은 것 들이다.

하지만 어려운 상황이라 하더라도 HiAP의 당위성과 담당자들의 활동 역량을 평가절하할 필요는 없다. 오히려 한발 더 나아가 HiAP 같은 부서 간 협력활동을 정부정책의 주된 흐름으로 만드는 것이 필요하다. 단지 건강뿐만 아니라 교육, 고용, 경제, 안보 등 여타 부서의 고유한 업무를 위해서도 부서 간 협력체계가 필요하므로 부서 간에 쌍방 협력체계 또는 다자간 협력체계로서 부서 간 협력체계를 구성하는 것이 바람직할 것이며, 건강 역시 그 협력체계의 목적 중 하나가 될 것이다. 이는 건강영향평가가 여러 종류의 영향평가를 같이 수행하는 통합영향평가의 일환으로 이루어지는 것과 같은 맥락으로 이해할 수 있는데, 이런 통합영향평가는 중앙 및 지방정부의 입장에서 부문 간 협력체계를 구상할 때 실행 가능하면서도 성과를 얻기 쉬운 대표적 정책수단이 될 것으로 보인다.

부문별 정책 목적(가치)을 상호 공유하는 흐름은 빈곤, 건강, 인권, 형평성 등의 이슈를 중심으로 발전하여 왔으며, 최근에는 지속 가능한 개발을 중심으로 국제사회에 큰 영향을 미치고 있다. 2015년 세계보건기구 서태평양지역위원회의 승인을 받은 '서태평양지역 도시건강체계(Regional Framework for Urban Health in the Western Pacific 2016–2020: Healthy and Resilient Cities)'에서는 건강하고 회복력 있는 도시라는 슬로건하에 건강과 지속 가능한 개발 의제에 통합적 접근을 시도하고 있다[64]. 전통적인 정의에 따르면 지속 가능한 개발이란 미래 세대의 필요충족 가능성을 훼손하지 않으면서 현세대의 필요를 충족시키는 개발을 의미한다[65].¹⁴⁾ 이는 자연과 사회가 지탱할 수 있는 한도 내에서 개발을 추진하여 물리적, 사회적 자원을 잘 보존하도록 하는 것으로서 사회 구성원의 건강과 분리될 수 없는 사안이다.

보다 넓은 범위에서 지속 가능한 개발을 중심으로 정책의제 통합 가능성을 보여주는 것은 SDGs라 할 수 있다. SDGs의 17개 목표는 지금까지 국제사회에서 제기된 다양한 이슈들을 지속 가능한 개발 개념과 결합시켜 재해석함으로써 각 부문의 가치와 환경보존의 가치가 어떻게 공존하며 시너지 효과를 기대할 수 있는지를 보

14) Sustainable development is development that meets the needs of the present without compromising the ability of future generations to meet their own needs [65].

여준다. SDGs에 대하여 각국의 정부가 행동계획을 수립할 때 이러한 의제 통합의 성격을 이해하고 부서 간 협력수준을 높이기 위해 노력해야 한다. SDGs의 업무를 부서별로 분리하고 할당하여 독립적으로 수행토록 하는 것은 HiAP를 포함하여 부문 간 협력 발전의 좋은 기회를 놓치는 일이 될 것이다.

HiAP의 성공적 수행을 위해서는 HiAP가 이전의 부문 간 협력 형태에 비해 갖는 특성, 즉 건강형평성의 강조, 대상 정책영역의 확대, 그리고 높은 제도화 수준을 잘 이해하고 실천적으로도 이에 역점을 두어야 한다. 담당부서 및 담당자의 역량강화 역시 강조될 필요가 있는데, 행정능력에 더하여 리더십을, 과학적 지식에 더하여 대인관계 능력을 갖추도록 해야 한다. 국제사회의 다양한 정책의제 통합의 흐름 속에서 지금은 우리가 새로운 거버넌스 활동을 충분히 담당할 수 있도록 전략적 판단능력과 실무 역량을 시급히 개발해야 할 시점이라 하겠다.

감사의 글

이 연구는 2015년도 순천향대학교 연구년 지원을 받아 수행되었다.

REFERENCES

- World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion; 1986 Nov 17-21; Ottawa, Canada. Geneva: World Health Organization; 1986.
- Gostin LO, Friedman EA, Buse K, Waris A, Mulumba M, Joel M, et al. Towards a framework convention on global health. *Bull World Health Organ* 2013;91(10):790-793. DOI: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.12.114447>.
- World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care; 1978 Sep 12; Alma-Ata, USSR. Geneva: World Health Organization; 1978.
- Zhang D, Unschuld PU. China's barefoot doctor: past, present, and future. *Lancet* 2008;372(9653):1865-1867. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61355-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61355-0).
- Smith MK. Paulo Freire and informal education: the encyclopaedia of informal education [Internet]. London: infed; 1997, 2002 [cited 2016 Jan 1]. Available from: <http://infed.org/mobi/paulo-freire-dialogue-praxis-and-education>.
- Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health* 2004;94(11):1864-1874. DOI: <http://dx.doi.org/10.2105/ajph.94.11.1864>.
- World Health Organization. The world health report 2003: shaping the future. Geneva: World Health Organization; 2003.
- Wisner B. GOBI versus PHC?: some dangers of selective primary health care. *Soc Sci Med* 1988;26(9):963-969. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(88\)90417-0](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(88)90417-0).
- Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Government of Canada; 1974.
- McKeown T. The role of medicine: dream, mirage, or nemesis? London: The Nuffield Provincial Hospitals Trust; 1976.
- Colgrove J. The McKeown thesis: a historical controversy and its enduring influence. *Am J Public Health* 2002;92(5):725-729. DOI: <http://dx.doi.org/10.2105/ajph.92.5.725>.
- Mason JO, McGinnis JM. "Healthy People 2000": an overview of the national health promotion and disease prevention objectives. *Public Health Rep* 1990;105(5):441-446.
- O'Donnell MP. Definition of health promotion: part III: expanding the definition. *Am J Health Promot* 1989;3(3):5. DOI: <http://dx.doi.org/10.4278/0890-1171-3.3.5>.
- Scott-Samuel A, Birley MH, Arden K. The Merseyside guidelines for health impact assessment. 2nd ed. Liverpool: The International Health Impact Assessment Consortium; 2001.
- World Health Organization Regional Office for Europe, European Centre for Health Policy. Health impact assessment: main concepts and suggested approach. Gothenburg consensus paper. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 1999.
- World Health Organization. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. The 6th Global Conference on Health Promotion; 2005 Aug 7-11; Bangkok, Thailand. Geneva: World Health Organization; 2005.
- Labonte R, Mohindra K, Schrecker T. The growing impact of globalization for health and public health practice. *Annu Rev Public Health* 2011; 32(1):263-283. DOI: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031210-101225>.
- Donelan K, Blendon RJ, Schoen C, Davis K, Binns K. The cost of health system change: public discontent in five nations. *Health Aff (Millwood)* 1999;18(3):206-216. DOI: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.18.3.206>.
- Blendon RJ, Schoen C, DesRoches C, Osborn R, Zapert K. Common concerns amid diverse systems: health care experiences in five countries. *Health Aff (Millwood)* 2003;22(3):106-121. DOI: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.22.3.106>.
- Department of Health and Social Security. Inequalities in health: report of the Working Group on Inequalities in Health. London: Department of Health and Social Security; 1980.
- Marmot MG, Rose G, Shipley M, Hamilton PJ. Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *J Epidemiol Community Health* 1978;32(4):244-249. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.32.4.244>.
- Marmot MG, Smith GD, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J, et al. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet* 1991;337(8754):1387-1393. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0140-6736\(91\)93068-k](http://dx.doi.org/10.1016/0140-6736(91)93068-k).
- Acheson D, Barker D, Chambers J, Graham H, Marmot M, Whitehead M. Independent inquiry into inequalities in health. London: The Stationery Office; 1998.
- Adler NE, Newman K. Socioeconomic disparities in health: pathways and policies. *Health Aff (Millwood)* 2002;21(2):60-76. DOI: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.21.2.60>.
- World Health Organization Commission on Social Determinants of Health, World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report. Geneva: World Health Organization; 2008.
- World Health Organization. Closing the gap: policy into practice on social determinants of health. World Conference on Social Determinants of Health; 2011 Oct 19-21; Rio de Janeiro, Brazil. Geneva: World Health Organization; 2011.
- United Nations. Political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. Plenary Meeting of the General Assembly; 2011 Sep 19; New York, United States of America. New York (NY): United Nations; 2011.

28. Magnusson RS. Non-communicable diseases and global health governance: enhancing global processes to improve health development. *Global Health* 2007;3(1):2. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1744-8603-3-2>.
29. Bae SS. The theories and approaches of health promotion. Korean ed. Seoul: Gyechuk Munwhasa; 2012.
30. World Health Organization. WHO European Healthy Cities Network: Phase VI (2014-2018) of the Health Cities Network in Europe: goals and requirements. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2013.
31. Alliance for Healthy Cities. About the Allinace [Internet]. Tokyo; Alliance for Healthy Cities; 2015 [cited 2015 Dec 1]. Available from: http://www.alliance-healthy-cities.com/htmls/about/index_about.html.
32. Korea Healthy Cities Partnership. Membership [Internet]. Wonju: Korea Healthy Cities Partnership; 2015 [cited 2015 Dec 1]. Available from: http://www.khcp.kr/hb/main/sub02_02.
33. Hancock T, Duhl L. Promoting health in the urban context. Copenhagen: FADL Publishers; 1988.
34. World Health Organization. Zagreb Declaration for Healthy Cities: health and health equity in all local policies. Geneva: World Health Organization; 2009.
35. Parry JM, Kemm JR; Evaluation of Health Impact Assessment Workshop. Criteria for use in the evaluation of health impact assessments. *Public Health* 2005;119(12):1122-1129. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2005.05.002>.
36. Department of Health, South Australia. The South Australian approach to Health in All Policies: background and practical guide, version 2. Adelaide: Government of South Australia; 2011.
37. Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2012.
38. Dooris M. Expert voices for change: bridging the silos-towards healthy and sustainable settings for the 21st century. *Health Place* 2013;20:39-50. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2012.11.009>.
39. St. Leger L. Health promoting settings: from Ottawa to Jakarta. *Health Promot Int* 1997;12(2):99-101.
40. Poland B, Krupa G, McCall D. Settings for health promotion: an analytic framework to guide intervention design and implementation. *Health Promot Pract* 2009;10(4):505-516. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1524839909341025>.
41. Baum F, Ollila E, Pena S. History of HiAP. In: Leppo K, Ollila E, Pena S, Wismar M, Cook S, editors. *Health in All Policies: seizing opportunities, implementing policies*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; 2013. pp. 25-42.
42. 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.
43. World Health Organization. The Helsinki Statement on Health in All Policies: the 8th Global Conference on Health Promotion. Geneva: World Health Organization; 2013.
44. World Health Organization. The Helsinki Statement on Health in All Policies. The 8th Global Conference on Health Promotion; 2013 Jun 14; Helsinki, Finland. Geneva: World Health Organization; 2013.
45. Amorim C, Douste-Blazy P, Wirayuda H, Store JG, Gadio CT, Dlamini-Zuma N, et al. Oslo Ministerial Declaration--global health: a pressing foreign policy issue of our time. *Lancet* 2007;369(9570):1373-1378. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(07\)60498-x](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(07)60498-x).
46. United Nations. United Nations Millennium Declaration. New York (NY): United Nations; 2000.
47. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York (NY): United Nations; 2015.
48. Tolbert PS, Zucker LG. The institutionalization of institutional theory. In: Clegg S, Hardy C, Nord W, editors. *Handbook of organization studies*. Electronic version ed. London: SAGE; 1996. pp. 175-190.
49. Ollila E, Baum F, Pena S. Introduction to Health in All Policies and the analytical framework of the book. In: Leppo K, Ollila E, Pena S, Wismar M, Cook S, editors. *Health in All Policies: seizing opportunities, implementing policies*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; 2013. pp. 3-24.
50. World Health Organization. Health in All Policies (HiAP) Framework for Country Action. Geneva: World Health Organization; 2014.
51. Rudolph L, Caplan J, Ben-Moshe K, Dillon L. *Health in All Policies: a guide for state and local governments*. Washington (DC): American Public Health Association and Public Health Institute; 2013.
52. California Strategic Growth Council. The California Health in All Policies Task Force: State of California. Sacramento (CA): California Strategic Growth Council; 2014 [cited 2015 Dec 1]. Available from: http://www.sgc.ca.gov/s_hiap.php.
53. Department of Health. Choosing health: making healthy choices easier. London: The Stationery Office; 2004.
54. Shankardass K, Solar O, Murphy K, Freiler A, Bobbili S, Bayoumi A, et al. Getting started with Health in All Policies: a resource pack. Toronto (ON): Centre for Research on Inner City Health; 2011.
55. Lencucha R, Labonte R, Rouse MJ. Beyond idealism and realism: Canadian NGO/government relations during the negotiation of the FCTC. *J Public Health Policy* 2010;31(1):74-87. DOI: <http://dx.doi.org/10.1057/jphp.2009.48>.
56. Lee K, Chagas LC, Novotny TE. Brazil and the framework convention on tobacco control: global health diplomacy as soft power. *PLoS Med* 2010; 7(4):e1000232. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000232>.
57. Bliss KE. Health in All Policies: Brazil's approach to global health within foreign policy and development cooperation initiatives. In: Bliss KE, editor. *Key players in global health: how Brazil, Russia, India, China, and South Africa are influencing the game*. Washington (DC): The Center for Strategic and International Studies; 2010. pp. 1-14.
58. Lin V, Jones CM, Synnot A, Wismar M. Synthesizing the evidence: how governance structures can trigger governance actions to support Health in All Policies. In: McQueen DV, Wismar M, Lin V, Jones CM, Davies M, editors. *Intersectoral governance for Health in All Policies: structures, actions and experiences*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2012. pp. 23-55.
59. Wismar M, McQueen D, Lin V, Jones CM, Davies M. Intersectoral governance for Health in All Policies. *Eurohealth* 2012;18(4):3-7.
60. World Health Organization. Health in All Policies: training manual. Geneva: World Health Organization; 2015.
61. Jhang WG. Challenging every determinant of health: governance and the role of practitioners in the future of public health. *Perspect Public Health* 2011;131(5):200-201. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1757913911419148>.
62. Melkas T. Health in all policies as a priority in Finnish health policy: a case study on national health policy development. *Scand J Public Health* 2013;41(11 Suppl):3-28. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1403494812472296>.
63. Greaves LJ, Bialystok LR. Health in All Policies: all talk and little action? *Can J Public Health* 2011;102(6):407-409.
64. World Health Organization. Framework for urban health in the Western Pacific 2016-2020: healthy and resilient cities. Geneva: World Health Organization; 2015.
65. United Nations. Report of the World Commission on environment and development: our common future. New York (NY): United Nations; 1987.