

# 건강도시는 지방정부의 자원을 확장하는가?:

환경, 사회복지, 보건, 교통 예산을 중심으로

강은정<sup>1\*</sup> | 손창우<sup>2</sup> | 함영은<sup>1</sup> | 고광욱<sup>3</sup> | 김건엽<sup>4</sup> | 김유림<sup>5</sup>

<sup>1</sup> 순천향대학교

<sup>2</sup> 서울연구원

<sup>3</sup> 고신대학교

<sup>4</sup> 경북대학교

<sup>5</sup> 호산건강환경재단

\* 교신저자: 강은정 (marchej72@sch.ac.kr)

## 초 록

건강도시는 건강을 결정하는 물리적, 사회경제적 환경을 건강을 증진하는 방향으로 지속적으로 자원을 확장하는 도시이다. 국내 건강도시는 건강행태개선과 건강형평성 사업, 위생환경개선, 그리고 보행 및 자전거 교통환경 개선 사업을 주로 실행해 왔다. 본 연구는 이러한 건강도시 사업과 관련이 있는 보건, 사회복지, 환경, 교통 예산에 대하여 건강도시의 도입이 예산을 확대하는 영향을 미쳤는지를 확인하는 것을 목적으로 하였다. 2008년부터 2018년까지 예산, 노인인구 비율, 기초수급자 비율, 자치단체장과 기초의회 의 정당의 일치 여부, 기초의회다수 정당, 지방세, 재정자립도, 그리고 건강도시 가입년도 자료를 모든 기초자치단체인 시군구에 대하여 수집하여 패널자료를 구축하였다. 건강도시 여부가 1인당 분야별 예산의 크기에 미치는 영향을 고정효과모형을 사용하여 패널분석을 하였다. 그 결과 건강도시는 군 지역에서의 교통예산을 증가시키는 것을 발견하였다. 그러나 군 지역의 나머지 세 가지 예산과는 관련성이 없었고 시나 구 지역에서 분석대상인 네 가지 예산 모두와의 관련성을 발견하지 못하였다. 건강도시와 같은 지방정부의 특화 사업의 예산 확대를 위해서는 건강도시 예산기획 단계에서의 다부문적인 거버넌스의 구축과 지방재정분권의 확대가 필요하다.

**주요 용어:** 건강도시, 예산, 지방재정분권, 지방정부

## 알기 쉬운 요약

**이 연구는 왜 했을까?** 건강도시는 시민의 생활환경이 되는 물리적, 사회경제적 환경을 건강에 이롭게 만들도록 끊임없이 예산이나 인력과 같은 자원을 확장해나가는 도시이다. 국내 건강도시는 건강습관과 건강형평성의 개선, 위생 및 환경 개선, 그리고 보행 및 자전거 환경 개선 사업을 추진해 왔다. 우리는 본 연구를 통해 건강도시에서 이 사업들과 관련된 보건, 사회복지, 환경, 교통 부문 예산이 건강도시가 아닌 곳에 비해 더 높은지 확인하고 싶었다.

**새롭게 밝혀진 내용은?** 건강도시가 건강도시가 아닌 도시에 비해 예산이 높은 경우는 군 지역의 교통 예산뿐이었다. 나머지 보건, 사회복지, 환경 예산에 있어서는 건강도시와 건강도시가 아닌 도시 사이에 유의미한 차이를 발견하지 못하였다.

**앞으로 무엇을 해야 하나?** 건강도시사업은 도시의 특화사업으로서 중앙정부의 지원 없이 실시되는 것이다. 이러한 특화사업이 활발하게 추진되기 위해서는 도시의 예산기획 단계에서 여러 부서들이 참여하는 의사결정체계가 필요하며, 무엇보다 건강분야에 대한 도시의 재정이 충분히 확보되어서 중앙정부에 대한 의존성을 줄여야 한다.

본 연구는 순천향대학교 연구지원사업의 지원을 받았습니다.

■ 투 고 일: 2020. 10. 12.

■ 수 정 일: 2021. 01. 12.

■ 게재확정일: 2021. 01. 13.

## I. 서론

건강도시는 건강을 결정하는 물리적, 사회경제적 환경을 건강을 증진하는 방향으로 지속적으로 자원을 확장하는 도시이다(Duhl & Hancock, 1988). 한국에서는 유럽지역과 같은 국가와 국제기구의 리더십이 없이 지방자치단체장의 자발적 리더십으로 도입되어왔기 때문에 건강도시 정책의 정체성은 건강도시들의 네트워크인 대한민국건강도시협의회에서 발견하는 것이 적절할 것이다. 대한민국건강도시협의회는 세계보건기구의 건강도시 정의를 사용하여 건강도시를 “도시의 물리적, 사회적, 환경적 여건을 창의적이고 지속적으로 개발해 나아가는 가운데, 개인의 잠재능력을 최대한 발휘하며 지역사회의 참여 주체들이 상호협력하며 시민의 건강과 삶의 질을 향상하기 위하여 지속적으로 노력해 나가는 도시”라고 정의하고 있다(대한민국건강도시협의회, 2020).

건강을 결정하는 물리적, 사회경제적 환경 요인은 보건의료뿐만 아니라 경제, 사회, 문화, 환경, 교통, 주거, 복지 등으로 다양하다(Dalgreen & Whitehead, 1991). 건강도시는 이와 같은 다양한 도시환경을 건강에 유리한 조건으로 바꾸는 노력을 기울인다. 예를 들어, 2018년부터 대한민국건강도시협의회는 건강도시의 공동정책으로서 활동적 생활환경 조성을 채택하여 매년 우수 도시를 시상하고 있다. 활동적 생활환경은 자동차의 이용 대신에 걷기, 자전거, 대중교통 이용 등 신체활동을 증진할 수 있도록 도시의 교통 환경을 조성하는 것을 말한다(Faskunger, 2013). 그런데 활동적 생활환경 조성을 위해서는 자전거도로의 확충, 자전거 안전시설 마련, 주민 참여를 위한 공공 캠페인 등의 사업이 필요하고 따라서 예산과 인력이 필요하다. 이와 같이 건강도시에서는 보건의료사업뿐만 아니라 물리적, 사회적 건강 환경을 조성하기 위한 공공사업들이 필요하고, 공공사업에는 예산 또는 인력의 증가가 요구된다. 미국과 호주 건강도시에서는 초기 단계에 연방정부 혹은 주정부로부터 예산 지원을 받은 후 경쟁적 국가보조금을 따내는 등의 방법을 통해 점차 재정적으로 독립성을 높여갔다는 보고가 있다(Twiss et al., 2000; Baum et al., 2006).

한국에서 건강도시 네트워크인 대한민국건강도시협의회는 첫 운영위원회를 개최한 2006년에 시작되었다. 14년이 지난 2020년 7월 1일 현재 102개의 도시가 건강도시를 표방할 정도로 큰 성장을 거두었다. 한국 건강도시사업의 효과를 평가한 연구는 건강도시의 전반적인 영역에 관한 연구(Nam,

Moon & Lee, 2010), 신체활동 사업에 있어서 부문간 협력과의 관계 연구(Kang, 2016) 건강도시정책과 걷기실천율과의 관련성 연구(김은정, 김영표, 2012), 건강도시 추진 부서의 유형과 만성질환 유병률의 관계 연구(이진희, 2016) 등이 있었다. 하지만 한국의 건강도시가 과연 그 정의대로 도시의 예산을 확장하는 데까지 영향력이 있는지에 대한 평가는 고은비(2014)의 연구가 유일하다.

건강도시의 도입은 크게 두 가지 정도의 동기를 통해 지방정부의 예산을 증가시킬 수 있다. 첫째, 시민의 건강과 건강형평성 증진을 요구하는 시민의 수요가 있기 때문에 예산이 증가할 수 있다. 한국인은 행복의 조건으로 건강을 화목한 가정에 이어 두 번째로 꼽았으며 소득 1분위, 즉 가장 소득이 낮은 계층에서는 건강이 행복의 첫 번째 조건이었다(정해식 등, 2019). 둘째, 재정행정적 차원에서 자치단체장의 정치적 동기 혹은 관료의 예산극대화 행태를 통해 건강도시 재정을 확대할 수 있다. 한국에서 건강도시는 자치단체장의 정치적 동기에서 시작되는 경우가 많았다(김광기, 유승현, 강은정, 2019). 물론 정치적인 인기를 얻기 위해 도입한 건강도시에 예산을 지속적으로 확대할 것인가는 별개의 문제이므로 실증적인 분석이 필요하다. 또한 예산극대화 행태를 통해 공공부문에 예산을 늘린다고 하더라도 그것을 건강도시에 사용할 것인지도 실증적 분석이 필요하다.

이러한 맥락에서 국내 지방정부가 건강도시를 도입하는 것이 건강에 유리한 환경을 만들기 위한 자원을 실질적으로 확대하는가를 탐색하기 위해 본 연구는 예산에 초점을 맞추어 확인하고자 하는 것을 목적으로 하였다.

## II. 문헌고찰

### 1. 지방자치단체 예산의 구조

일반적으로 ‘재정’이라고 하면, ‘중앙정부나 지방정부 그 존립에 필요한 재원을 획득하기 위해 일반 통치권을 토대로 국민에게 명령하고 강제하며, 재산을 관리하는 것을 의미한다. 재원조달은 조세와 준조세로 나눌 수 있는데, 대한민국의 경우, 조세는 국세와 지방세를 포함한 세금과 건강보험, 국민연금 등 준조세를 통해 재원이 조달된다. 특히, 지방정부는 지역의 경제발전이나 지역주민의 복지증진에 주된 목적을 두

고 있으며, 지방에 대한 투자, 공중보건, 교육, 주택 등 중앙정부보다는 지방정부가 수행했을 때 보다 효과적인 사업을 지방세를 통해 재원을 조달한다. 국세의 대표적인 예로는 소득세, 법인세, 상속세, 증여세, 부가가치세, 주세, 관세 등이 있다. 지방세의 경우, 보통세와 목적세로 나뉘며, 보통세는 취득세, 등록면허세, 레저세, 담배소비세, 지방소비세, 주민세, 지방소득세, 재산세, 자동차세로 구성되고, 목적세는 지역자원시설세, 지방교육세로 구성된다(지방세기본법 제7조).

2020년 한국의 행정안전부 지방자치단체 예산편성 운영기준 및 기금운용계획 수립기준에 따르면, 지방경제의 활력성과 포용국가 실현을 비전으로 하여, 활력있는 지역경제, 포용적 사회안전망, 살기 좋은 안전 환경을 주요 전략으로 총 11개의 핵심과제가 선정되었다(행정안전부, 2019). 또한 지방자치단체의 예산은 기능별로 16개 분야 52개 부문으로 나뉘는데, 일반공공행정, 공공질서 및 안전(경찰, 소방 등), 교육(유아, 초등, 고등교육 등), 문화 및 관광(예술, 관광, 체육 등), 환경(수질, 폐기물, 대기 등), 사회복지(기초생활보장, 취약계층지원, 노인, 청소년, 노동, 보훈, 주택), 보건(보건의료, 식품의약품안전), 농림해양수산(농업, 임업, 수산업), 산업, 중소기업, 에너지(금융지원, 기술지원, 무역, 에너지 개발 등), 교통 및 물류(도로, 철도, 해운, 항공, 대중교통 등), 국토 및 지역개발(수자원, 지역 및 도시 등), 과학기술(기술개발), 예비비, 기타 항목으로 구성된다.

이중 시민들의 건강과 관련된 예산인 보건 예산은 보건의료예산과 식품의약품안전 예산으로 구분되는데, 보건의료예산은 건강증진, 보건소 운영, 정신보건센터, 보건환경연구원 운영, 공중보건, 감염병 관리, 생물테러 감시, 공공병원 운영비, 보건관련 연구개발비로 구성되고, 식품의약품안전 예산은 식품, 의약품, 의료기기, 화장품, 마약 등에 대한 관리 항목으로 구성된다. 모든 의료서비스는 국민건강보험제도의 적용을 받기 때문에, 민간병원의 운영비는 모두 건강보험재정에서 충당된다.

## 2. 지방자치단체 예산의 결정요인

지방자치단체의 예산 결정요인과 관련해서는 크게 3가지 정도의 이론적 모형이 존재하는데, 사회경제적 모형, 정치적 모형, 점증주의적 모형 연구가 그것이다. 첫째, 사회경제적 모형은 각 지방정부의 사회경제적인 수준에 따라 지방정부의 지

출이 달라질 것으로 보는 모형이다(Danziger, 1978). 사회경제적 모형은 지방정부 예산결정에 관한 수요이론(demand theory)과 관련이 있다. 지방분권의 근본적인 장점은 지역의 예산을 지역 주민의 선호에 기반하여 결정함으로써 공공재정의 분배적 효율을 개선하는 것이다. 이 때 시민의 선호를 모두 측정하기 어렵기 때문에 성, 연령, 소득, 교육 등의 특성으로 중위 투표자라는 ‘보편적’ 시민들의 선호를 예산결정에 반영한다는 중위투표자(median voter) 모형(Down, 1957)이 있다. 한국의 지방정부 예산에서 가장 높은 비율을 차지하는 것은 사회복지예산이고 사회복지예산의 수요자는 노인, 빈곤계층, 장애인, 아동 등이다. 따라서 지방정부의 예산의 결정요인으로 그 지역의 취약계층의 비율이 유의미하다고 할 수 있다.

둘째, 정치적 모형(political party model)은 주로 재정 지출이 주로 정당의 이념성과 관련이 있다고 본다. 소위 좌파와 우파의 이념성에 따라 보건복지 재정 지출에 영향을 미칠 것으로 가정하는 모형이다(Kleinman, Eastall & Roberts 1990; Lane & Ersson, 1986; Carmines, 1974). 특히, 한국과 같이 기초단체장 및 기초의원 및 광역자치단체장 및 광역의원을 투표를 통해 선출하는 경우에 사용할 수 있으며, 투표율, 단체장의 정당, 자치단체장 연임여부 등을 주요 변수로 사용하였다(서상범, 홍석자, 2010; 이은영, 2006). 사회복지 지출에 한해서는 정치적인 영향을 받고 있는 것으로 보인다(문수진, 이종열, 2015). 지방정부 예산의 편성은 지방행정부에서, 예산의 심의 및 승인은 지방의회에서 나누어 담당하고 있기 때문에, 단체장의 소속정당, 시의회의 소속정당이 일치하는지, 시의회의 구성은 어떻게 되는지 등에 대한 추가적인 분석이 필요하다.

셋째, 지방정부 예산의 결정요인으로 재정행정 모형을 들 수 있다. 예산결정에 있어서 점증주의 모형은 현재의 재정지출수준은 이 전년도 지출수준의 일정한 비율로서 결정된다는 가정을 한다(Wildavsky, 1986). 이는 예산 입안자가 예산을 역방향으로 모델링하고, 예산의 할당을 점증적으로 할 수 있음을 가정한다. 최근 한국 지방정부 보건분야 예산 추이를 보더라도 전년도 대비 일정수준의 증가가 이루어지고 있는 것을 확인할 수 있다(Shon & Kim, 2020). 또한 지방정부의 세입수입의 크기가 예산 배분에 영향을 미칠 수 있다(Werck, Heyndels, & Geys, 2008). 자율적으로 사용할 수 있는 지방세 수입이 풍부할 경우는 보다 다양한 분야의 서비스를 제공할 수 있기 때문이다.

세수의 크기 이외에도 세수의 자주성 또한 예산 배분에 영향을 미칠 수 있다. 우리나라에서 2018년에 국고보조금은 지방세입의 40.8%에 달할 정도로 큰 비중을 차지하고 있다(김연준, 홍근석, 이용모, 2019). ‘끈끈이 효과(fly-paper effect)’는 국고보조금이 존재할 때 발생하는 비효율을 설명하는 이론으로 증위투표자의 세금부담을 줄이는 효과보다 공공지출을 늘리는 효과가 더 커지는 것을 말한다(Inman, 2008). 끈끈이 효과가 발생하는 원인에는 재정환상(fiscal illusion), 관료의 예산극대화 행태, 자치단체장의 정치적 동기, 연성예산제약(soft budget constraint), 이익집단의 행태 등이 있다(김연준, 홍근석, 이용모, 2019).

### III. 연구방법

#### 1. 연구대상

본 연구는 예산의 결정요인을 다루는 것으로서 지방정부 중 광역자치단체와 기초자치단체는 예산 구조와 결정 과정이 다르기 때문에 본 연구에서는 기초자치단체만을 연구대상으로 하였다. 2018년 기준 총 229개의 기초자치단체 중 건강도시 82개(35.8%), 비건강도시 147개(64.2%)가 있었다. 연구의 시간적 범위는 2008년부터 2018년까지로 하여 각 도시별 패널자료를 구축하였다. 이 분석기간은 분석에 필요한 모든 변수들을 얻을 수 있는 최대한의 기간이었다.

#### 2. 변수의 정의와 자료원

##### 가. 종속변수

종속변수인 예산액은 주민등록인구 1인당 기능별 세출예산의 자연로그로 정의하였다. 기능별 세출예산은 원래 13개로 분류되지만 본 연구에서는 건강도시와 관련이 있는 예산 분야로 보건, 환경, 교통 및 물류, 사회복지 등 4개 항목만을 분석 대상에 포함하였다. 2009년에 이루어진 한 조사에서 한국의 건강도시사업으로 가장 많은 것은 건강행태개선사업과 건강생활터 사업, 즉 보건사업이었고, 그 다음으로 많은 사업이 위생환경개선사업, 건강교통형 사업, 그리고 건강형평성 사업이었기 때문이다(남은우 등, 2009, p.115).

##### 나. 독립변수

독립변수는 건강도시 실시 여부에 관하여 대한민국건강도시협의회 또는 Alliance for Healthy Cities(AFHC)에 가입한 연도부터 2018년까지 건강도시를 실시하는 것으로 정의하였다. 연도별 변화추이를 통제하기 위해 연도 변수를 투입하였다.

지방정부의 예산과 관련된 사회경제적 요인, 정치적 요인, 행정적 요인을 독립변수로 포함하였다. 첫째, 사회경제적 요인으로 노인인구비율, 기초수급자비율을 포함하였다. 노인인구비율과 기초수급자비율은 사회복지지출의 증가와 관련이 있다는 선행연구들이 있다(김태희, 이용모, 2012).

둘째, 정치적 요인으로는 기초자치단체장의 정당 소속과 기초의회의 다수당이 일치하는지 여부와 기초의회 의원의 정당 구성 비율 변수를 포함하였다. 문수진과 이종열(2015)은 기초자치단체장과 기초의회의 정당이 일치할 때 예산이 감소함을 발견하였다. 김지윤과 이병하(2013)의 연구에서는 보수적 성향의 정당 소속 의원이 기초의회의 과반이 넘거나 보수적 성향의 광역자치단체장이 있을 경우 사회복지비 지출은 유의미하게 감소한 것을 발견하였고, 문수진과 이종열(2015)은 진보가 다수당인 의회가 동수인 의회에 비해 사회복지지출이 높다고 하였다. 자치단체장의 소속 정당이 보수이면 0 진보이면 1로 정의하였다. 기초의회의 구성 비율은 보수정당이 다수일 때 0, 진보정당이 다수일 때 1, 두 정당이 동수일 때 2로 구분하였다.

셋째, 행정적 요인으로는 1년 전 예산, 1인당 지방세와 재정자립도를 투입하였다. 1년 전 예산은 지방주의 예산의 점증주의 모형에서 설명한 정부 예산과 정적 혹은 부적 관계가 모두 나타날 수 있다. 예를 들어, 김태희와 이용모(2012)는 1인당 지방세가 높을수록 사회복지지출이 높다고 하였다. 반면에 문수진과 이종열(2015)는 지방자치단체의 사회복지지출은 1인당 지방세가 높을수록 낮았는데, 그 이유로 부유한 계층이 많아 사회복지지출의 수요가 적기 때문으로 해석하였다. 재정자립도는 재정수입의 자체 충당 능력을 나타내는 세입분석지표로 재정자립도가 높을수록 재정운영의 자립능력이 우수함을 의미한다. 재정자립도가 사회복지 지출에는 정(-)적 요인이라는 연구(이재완, 김교성, 2007)가 있다.

이상에서 설명한 변수들의 구체적인 정의와 자료원은 표 1과 같다.

표 1. 변수의 정의와 자료원

변수	정의	자료원
종속변수	1인당 예산	환경, 사회복지, 보건, 교통 분야별 총 예산/주민등록인구수
독립변수	건강도시 여부	AHFC 혹은 KHCP 최초 가입 년도 및 그 이후(1), 이전(0)
사회경제적 요인	노인인구비율	65세 이상 인구수/주민등록인구수
	기초수급자 비율	총기초수급자수/주민등록인구수
재정자립도	재정자립도	재정자립도=(자체수입+자치단체 예산규모)x100(%)
	1인당 지방세	지방세총액/주민등록인구수
정치적 요인	기초자치단체장의 정당과 기초의회 다수 정당 일치 여부	1: 일치, 0: 불일치
	기초의회 정당구성	1: 보수 다수, 2: 진보 다수, 3: 동수

### 3. 분석방법

건강도시 가입연도 및 부서를 기술적으로 분석하였고, 이변량 분석(카이자승분석과 t-test 분석)을 사용하여 건강도시와 비건강도시 간 특성을 2018년 기준으로 비교분석하였다. 종속변수인 예산에 대한 기술적 분석으로 연도별 예산의 추이를 분석하였고, 2018년에 해당하는 예산은 건강도시와 비건강도시의 평균 예산을 비교하였다.

예산에 미치는 건강도시 도입의 효과를 분석하기 위해 다변량회귀분석을 실시하였다. 각 도시별로 건강도시 도입 연도가 다르기 때문에 패널분석을 이용해서 분석하였다. 패널분석에는 변량효과모형과 고정효과모형이 있는데, Hausman test를 통해 fixed effect 모형이 더 적합함을 확인하였다. 시군구와 같은 도시 유형은 예산에 영향을 미칠 수 있지만 고정효과모형에서는 시군구와 같이 시계열적으로 변이가 없는 변수는 추정할 수 없다. 따라서 전체 자료를 분석하지 않고 시군구별로 따로 하위 분석을 하였다. 모든 분석은 STATA 16(StataCorp, 2019)을 사용하였고, 모든 통계분석의 결과는 95% 유의수준에서 해석하였다.

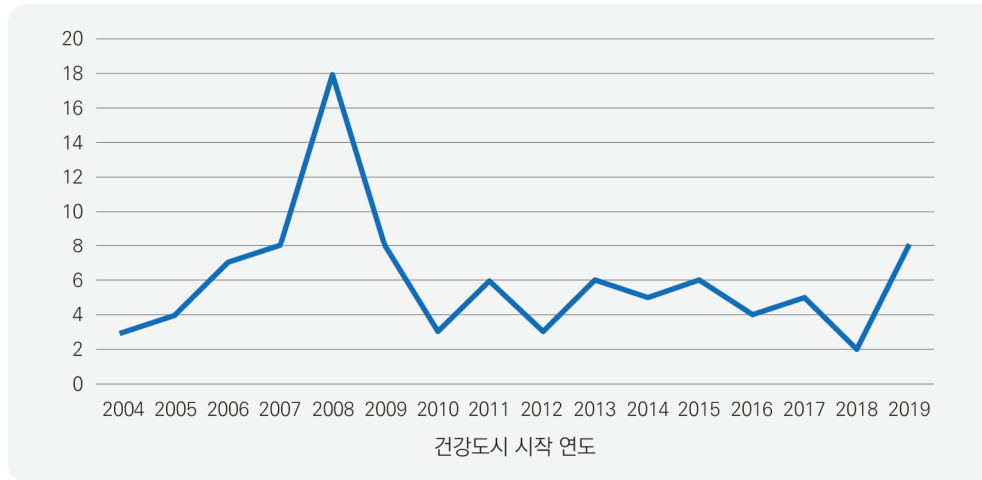
### IV. 연구결과

#### 1. 건강도시의 특성

2020년 9월 1일 현재 대한민국건강도시협의회 홈페이지 회원현황에서 제공하는 2004년부터 2019년까지 연도별 건강도시 가입 현황은 그림 1과 같다. 2008년에는 AFHC 총회가 강남구에서 개최되었고 그것을 계기로 2008년과 그 전후에 많은 도시가 가입을 하였다.

건강도시 담당 부서가 보건소에 있는 도시가 86개(89.6%)로 다수를 차지하였다. 보건소 이외의 다른 부서에 존재하는 도시는 10개(10.4%)에 불과하였다. 이 10개 중 기획예산 부서가 4개(강동, 울진, 미추홀, 의정부), 체육 부서가 1개(원주), 도시개발 부서가 1개(무주), 의료정책 부서가 2개(성남, 양산), 바이오산업 부서가 1개(청주), 건강도시 부서가 1개(종로)였다. 다음으로 건강도시를 위한 별도의 조직, 즉 팀 혹은 과를 가진 도시는 12개(12.5%)였으며, 건강도시팀을 가진 도시가 9개(강동, 원주, 양산, 순천, 안동, 광양, 경산, 강북, 공주), 건강도시과를 가진 도시는 3개(시흥, 논산, 종로)였다.

그림 1. 국내외 건강도시 네트워크에 가입한 건강도시의 수(2004~2019년)



다음으로 도시 특성들을 건강도시 실시 여부에 따라 비교한 결과는 <표 2>와 같다. <표 2>는 2018년을 기준으로 작성되었는데, 이는 분석에 포함된 사회경제적 특성 요인의 자료가 모두 가용하면서 가장 최신의 연도가 2018년이었기 때문이다. 건강도시는 비건강도시보다 시와 구의 비율이 높고, 군의 비율이 낮았다. 사회경제적 요인에서 건강도시는 노인의 비율과 기초수급자비율이 비건강도시보다 낮았다. 행정적 요

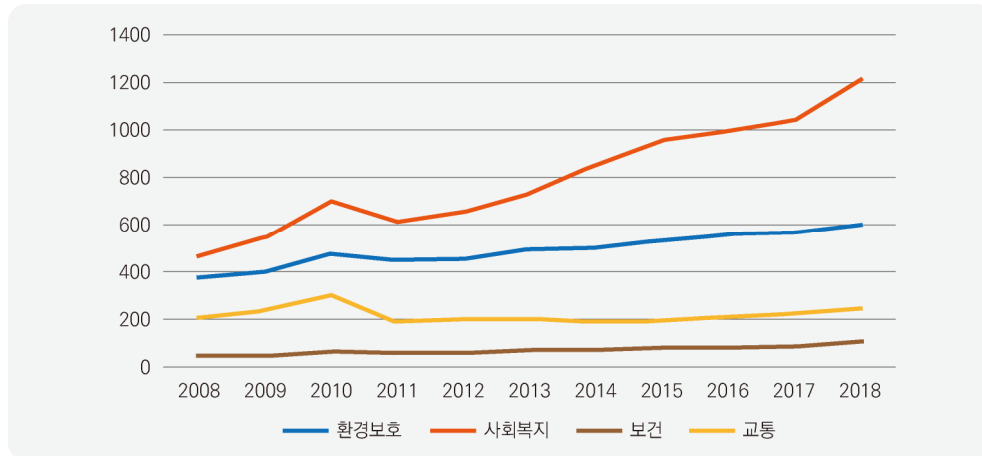
인의 측면에서 건강도시는 재정자립도와 1인당 지방세가 더 높았다. 자치단체장과 지방의회의 정당의 일치 여부와 의회의 정당 구성 비율과 같은 정치적인 요인에 있어서는 건강도시와 비건강도시 사이에 차이는 없었다. 종속변수인 1인당 예산의 평균을 비교한 결과 환경 예산을 제외한 나머지 3가지 예산인 사회복지, 보건, 교통 및 물류 예산은 건강도시가 비건강도시보다 더 낮았다.

표 2. 2018년 건강도시 대 비건강도시의 특성 비교 (N=229)

변수	건강도시	비건강도시	p	
합계	82(35.8)	147(64.2)		
도시유형, n(%)	시	35(42.7)	0.01	
	군	19(23.2)		
	구	28(34.2)		
65세 이상 인구비율, 평균(표준편차)	17.4(7.3)	20.8(8.2)	<0.01	
기초수급자 비율, 평균(표준편차)	3.4(1.3)	4.3(3.3)	<0.05	
1인당 지방세(단위: 천원), 평균(표준편차)	1531.8(1439.2)	1216.9(842.4)	<0.001	
자치단체장과 의회 정당 일치 여부, n(%)	일치	65(79.3)	ns	
	불일치	17(20.7)		
시의회 정당 구성, n(%)	진보 다수	62(75.6)	ns	
	보수 다수	16(19.5)		
	동수	4(4.9)		
1인당 예산 (단위: 천원), 평균(표준편차)	환경	527.7(528.6)	641.0(504.2)	ns
	사회복지	1,060.3	1,287.4(455.4)	<0.01
	보건	82.8(68.7)	112.5(82.5)	<0.01
	교통	212.6(134.6)	272.5(203.2)	<0.05

ns = 통계적으로 유의하지 않음  
반올림 때문에 백분율의 합이 100이 아닐 수 있음

그림 2. 2008~2018년 인구 1인당 예산 추이



## 2. 예산의 추이(2008~2018년)

항목별 연도별 추이(2008-2018년)는 [그림 2]와 같다. 사회복지예산이 가장 많이 증가하였고 환경예산이 다음으로 많이 증가하였다. 보건 예산은 2008년 4만7천원에서 2018년 10만 2천으로 매우 완만한 증가를 보였다. 교통 및 물류 예산은 변동이 거의 없었다.

## 3. 패널분석 결과

<표 3>부터 <표 5>는 각각 시군구에서 건강도시 도입이 환경, 사회복지, 보건, 교통 예산에 영향이 있는지에 관한 패널 분석 결과이다. 결론적으로 건강도시는 군 지역에서 교통예산을 높이는 효과가 있었고, 다른 예산에서는 관련성이 없었다. 사회경제적 요인들의 예산 관련성은 다음과 같다. 노인의

표 3. 시의 패널분석 결과(N(관찰)=753, N(집단)=76)

	종속변수: ln(1인당 예산, 천원)			
	환경	사회복지	보건	교통
	회귀계수(표준오차)	회귀계수(표준오차)	회귀계수(표준오차)	회귀계수(표준오차)
건강도시	-0.057*(0.032)	0.023(0.014)	0.031(0.025)	-0.008(0.041)
65세 이상 비율	6.364***(1.285)	-0.228(0.682)	0.037(0.995)	3.149*(1.627)
기초수급자 비율	-5.036**(1.705)	4.524*** (0.759)	4.158*(1.342)	1.177(2.158)
전년도 예산	0.418***(0.033)	0.221***(0.038)	0.297***(0.329)	0.325***(0.038)
재정자립도 (%)	0.002(0.002)	-0.003**(0.001)	0.004**(0.002)	0.010**(0.003)
1인당 지방세(천원)	0.000**(0.000)	0.000*(0.000)	0.000(0.000)	0.000*(0.000)
단체장 정당과 기초의회 다수 정당의 일치 여부 (비교: 일치하지 않음)				
일치함	0.064***(0.021)	0.006(0.009)	0.030*(0.016)	-0.015(0.027)
기초의회 구성 (비교: 보수 정당이 다수)				
진보 정당이 다수	-0.004(0.034)	0.009(0.015)	-0.012(0.662)	-0.113*(0.044)
동수	-0.058*(0.027)	0.021*(0.012)	-0.024(0.021)	0.009(0.034)
연도	-0.010(0.007)	0.074***(0.005)	0.058***(0.006)	-0.010(0.009)
R-square	within=0.4833	within=0.9305	within=0.7614	within=0.1768
	between=0.6602	between=0.8674	between=0.8907	between=0.6506
	overall=0.5941	overall=0.8293	overall=0.6446	overall=0.5032

\*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001

표 4. 군의 패널분석 결과(N(관찰)=827, N(집단)=84)

	종속변수: ln(1인당 예산)			
	환경	사회복지	보건	교통
	회귀계수(표준오차)	회귀계수(표준오차)	회귀계수(표준오차)	회귀계수(표준오차)
건강도시	0.060(0.058)	0.022(0.019)	0.054(0.051)	0.149**(0.063)
65세 이상 비율	0.972(1.297)	2.571*** (0.427)	-0.037(1.156)	2.450*(1.415)
기초수급자 비율	-0.255(0.622)	0.474** (0.202)	0.229(0.553)	0.988(0.673)
전년도 예산	0.396*** (0.035)	0.267*** (0.035)	0.238*** (0.036)	0.360*** (0.033)
재정자립도 (%)	-0.002(0.004)	0.001(0.001)	0.000(0.004)	0.016*** (0.004)
1인당 지방세(천원)	0.000(0.000)	0.000(0.000)	0.000(0.000)	0.000*(0.000)
단체장 정당과 기초의회 다수 정당의 일치 여부 (비교: 일치하지 않음)				
일치함	-0.016(0.023)	-0.009(0.007)	0.009(0.020)	-0.011(0.025)
기초의회 구성 (비교: 보수 정당이 다수)				
진보 정당이 다수	-0.002(0.057)	-0.003(0.018)	-0.046(0.051)	0.040(0.061)
동수	0.072(0.050)	0.025(0.016)	0.066(0.044)	0.021(0.054)
연도	0.017** (0.008)	0.046*** (0.004)	0.056*** (0.007)	-0.010(0.009)
R-square	within=0.3576	within=0.9218	within=0.5411	within=0.2203
	between=0.8845	between=0.7908	between=0.8483	between=0.5800
	overall=0.7178	overall=0.8551	overall=0.5497	overall=0.4540

\*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001

비율은 시 지역의 환경예산, 군 지역의 사회복지예산, 구 지역의 보건예산의 증가와 관련이 있었다. 기초수급자비율은 시 지역의 사회복지예산과 보건예산, 군 지역의 사회복지예산, 구 지역의 환경예산과 교통예산 증가와 관련이 있었지만 시

지역의 환경예산과는 감소 관계가 있었다.

정치적 요인으로 자치단체장과 의회 다수당의 정당이 보수 혹은 진보 성향으로 동일한 경우는 시 지역의 환경예산 증가와 관련이 있었다. 의회 구성이 보수 정당이 다수일 때에 비해

표 5. 구의 패널분석 결과(N(관찰)=690, N(집단)=69)

	종속변수: ln(1인당 예산)			
	환경	사회복지	보건	교통
	회귀계수(표준오차)	회귀계수(표준오차)	회귀계수(표준오차)	회귀계수(표준오차)
건강도시	0.061(0.070)	0.019(0.046)	-0.052(0.053)	-0.073(0.081)
65세 이상 비율	-2.283(2.028)	1.272(1.341)	3.950*(1.552)	-1.739(2.352)
기초수급자 비율	14.783*** (3.747)	4.183*(2.482)	2.974(2.844)	20.748*** (4.338)
전년도 예산	0.061(0.040)	-0.073(0.040)	0.087*(0.040)	0.186*** (0.039)
재정자립도 (%)	0.010** (0.003)	-0.010*** (0.002)	0.002(0.003)	0.018*** (0.004)
1인당 지방세(천원)	0.000(0.000)	0.000*** (0.000)	0.000** (0.000)	0.000(0.000)
단체장 정당과 기초의회 다수 정당의 일치 여부 (비교: 일치하지 않음)				
일치함	-0.034(0.048)	-0.013(0.031)	-0.002(0.036)	-0.004(0.055)
기초의회 구성 (비교: 보수 정당이 다수)				
진보 정당이 다수	-0.050(0.066)	-0.008(0.044)	0.008(0.050)	-0.071(0.077)
동수	0.052(0.044)	0.019(0.029)	0.009(0.034)	-0.089*(0.051)
연도	0.062*** (0.012)	0.115*** (0.009)	0.073*** (0.010)	0.021(0.014)
R-square	within=0.3155	within=0.7667	within=0.6370	within=0.1353
	between=0.3941	between=0.0997	between=0.0127	between=0.5972
	overall=0.3460	overall=0.4049	overall=0.3101	overall=0.5006

\*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001



진보 정당이 다수일 때 시 지역의 환경예산이 감소하는 것으로 나타났으며, 동수일 때 시 지역의 교통예산이 감소하는 것으로 나타났다.

재정행정적 요인에서 전년도 예산은 구 지역의 환경예산과 사회복지예산을 제외한 모든 분석에서 예산 증가와 유의한 관련성이 있었다. 재정자립도는 시 지역에서의 보건예산과 교통예산, 군 지역에서의 교통예산, 구 지역에서의 환경과 교통예산 증가와 관련이 있었다. 그러나 시 지역과 구 지역의 사회복지예산은 재정자립도가 증가할수록 감소하였다. 1인당 지방세 수입은 시 지역의 환경예산과 교통예산, 군 지역의 교통예산 증가와 관련이 있었고, 구 지역의 사회복지예산과 보건예산과는 음의 관계를 갖고 있었다.

## V. 논의

대한민국건강도시협의회회의 건강도시 정의를 따르면 건강도시는 시민의 건강과 삶의 질 향상을 위해 노력해 나가는 도시이고, 이러한 노력은 공공사업을 통해 나타난다고 볼 수 있다. 본 연구에서는 건강과 삶의 질 향상을 위한 공공사업 분야를 환경, 사회복지, 보건, 교통 분야로 정하였고, 공공사업 증가를 위한 예산의 증가가 있었는지를 실증적으로 분석한 탐색적인 연구라고 할 수 있다.

분석 결과를 요약하면 건강도시 정책의 도입으로 군 지역에서의 교통 분야 예산 증가 효과가 있음을 발견하였고, 군 지역에서 다른 분야의 예산이나 시나 구 지역과 같은 “도시” 지역에서는 예산 증가의 효과를 발견할 수 없었다. 군 지역은 도시에 비해 노인 인구의 비율이 매우 높다. 2019년 한국 인구 중 65세 노인 인구의 비율은 14.9%인데 반해 농림어업 인구의 39.2%가 65세 이상 노인이었다(통계청, 2020). 한국 노인들은 만성질환 유병률이 높아 높은 의료서비스 수요를 가지고 있는데 반해 광범위한 지역에 인구가 분포하고 있고 차량 소유율이 낮을 뿐만 아니라 대중교통을 통한 서비스 접근성이 떨어져 교통, 의료보건, 경제 등의 서비스 혜택에서 상대적으로 소외되어 있다(박로은, 박미정, 신민지, 김상범, 2019). 따라서 교통에 대한 투자는 의료서비스에 대한 접근성 향상을 통한 건강개선에 도움이 될 수 있으며, 본 연구의 분석 결과는 군 지역이 교통 분야 사업을 통해 건강도시를 실현하고 있음을 말해준다.

도시 지역에서는 건강도시의 예산에 대한 영향이 확인되지 않았는데 그 이유에 대한 논의는 다음과 같다. 지방정부의 예산은 중앙정부, 광역지자체, 기초지자체의 예산 배분율에 근거하여 편성이 되는데, 분야별로 분담률의 차이가 있다. 예컨대, 사회복지 분야의 경우 국고보조사업의 비율이 매우 커서 전체 지방자치단체의 전체 사업 중 92%가 국고보조사업이고, 지방자치단체의 고유 사업은 8% 수준이다. 보건분야의 지방자치 고유 사업 예산은 29.4%, 환경분야는 60.6% 교통분야는 64.6%로 영역별로 차이가 존재한다(김승연, 2019). 국고보조사업 비율이 높다는 것은 건강도시와 같은 자체 사업을 하기 어렵다는 의미이다. 또한 이러한 국고보조사업의 경우 중앙정부와 지방정부간 비용분담의 비율을 정하게 되는데, 이를 보조율이라고 한다. 보조율은 사업에 따라, 서울특별시인 지 지방인지 등에 따라 차등으로 부여된다. 예컨대, 의료급여 비용의 경우, 서울은 50%, 지방은 80%의 국고보조를 받는데, 지방정부의 재정자주도와 재정지출의 수준을 고려하여 차등의 기준을 정한다(보조금 관리에 관한 법률 시행령, 2020). 지방자치단체를 단순히 서울과 지방으로 나누어 서로 다른 보조율을 적용하다보니, 지역적 특성을 제대로 반영하지 못하게 된다(이채정, 2011).

지역사회의 수요를 반영한 고유사업에 예산을 편성하기 위해 2011년 지방재정법에 근거하여 주민참여예산제도를 운영하고 있으나, 아직까지 제대로 자리 잡지는 못하고 있다. 한편 감염병 예방 및 미세먼지 감소, 지역밀착형 생활SOC 안전 등을 포함한 399개 재난안전사업의 경우에는 예산 배정하기 전 평가를 통해 약 15%의 예산 증액과 감액이 이루어지는 재난안전사업 사전협의제도가 2021년부터 새롭게 도입되는데(행정안전부, 2020c), 이러한 영역별 특성과 지역별 특성을 고려한 예산의 유연성을 확보하는 것이 앞으로도 중요할 것으로 보인다.

본 연구에서는 건강도시 이외에 지방정부의 예산에 관련된 요인들에 대한 몇 가지 추가적인 사실을 발견하였다. 사회경제적 취약계층의 비율로 본 지방재정에 대한 수요는 예산과 일관된 관련성을 보이지 않았다. 예를 들어, 노인의 비율은 시 지역의 환경예산, 군 지역의 사회복지예산, 구 지역의 보건예산의 증가와 관련이 있었고, 기초수급자비율은 시 지역의 사회복지예산과 보건예산, 군 지역의 사회복지예산, 구 지역의 환경예산과 교통예산 증가와 관련이 있었지만 시 지역의 환경예산과는 감소 관계가 있었다. 즉, 도시 유형과 예산의 종류별

로 관련성이 있거나 없었고, 관련성의 방향도 달랐다. 이런 결과가 나오는 이유는 각 예산별로 예산 수요 모형이 다를 수 있기 때문이다. 예를 들어 시 지역의 환경예산 수요는 기초수급자비율과 같은 취약계층보다는 건강과 웰빙을 위한 환경개선에 대한 욕구가 더 높은 중산층 이상의 비율이 적절한 결정요인일 수 있다. 또한 본 연구에서 사용된 노인인구 비율과 기초수급자비율은 보건의료 및 사회복지예산의 결정요인으로 흔히 사용되어 왔지만 환경과 교통예산 결정요인으로는 연구가 거의 되지 않았다. 환경예산 수요 요인에는 환경오염의 정도, 오염물질 배출원의 수가 될 수 있고, 교통예산 수요 요인으로는 대중교통 수요와 함께 교통사고 건수와 같은 교통안전에 대한 수요 요인이 있을 수 있다.

본 연구에서 정치적 요인은 예산에 거의 영향을 미치지 않았다. 우선 기초자치단체장의 정치성향은 아무 예산과도 관련성이 없었다. 자치단체장과 의회 다수당의 정당이 보수 혹은 진보 성향에서 동일한 경우 시 지역의 환경예산이 증가하였고, 의회 구성이 보수가 다수일 때에 비해 진보가 다수일 때 시 지역의 환경예산이 감소하는 것으로 나타났으며, 동수일 때 시 지역의 교통예산이 감소하는 것으로 나타났다. 사회복지예산에 있어서 의회의 정당 구성은 오수현과 강인성(2013)의 연구에서와 같이 아무 관련성이 없었다.

한편 의회 구성이 진보가 다수일 때 본 연구에서는 사회복지지출의 증가를 확인하지 못하였으나, 김지윤과 이병하(2013)와 문수진과 이종열(2015)은 각각 보수가 다수일 때 사회복지지출이 감소하고 진보가 다수일 때 사회복지지출이 증가하였다고 하였다. 이처럼 사회복지예산에 있어서 정치적 요인은 연구마다 일관성이 없어서 추후 연구가 더 필요하다. 또한 본 연구는 보수가 다수를 차지할 때 환경예산이 시 지역에서는 증가함을 발견하였다. 건강도시인 종로구의 경우 2020년 환경예산의 비목은 폐기물, 상하수도 및 수질, 대기, 환경보호 일반으로 구성되어 있었고 이 중 가장 예산이 높은 비목은 폐기물, 상하수도 및 수질이었고 대기와 환경보호는 상대적으로 낮았다(행정안전부, 2020a). 폐기물은 생활폐기물에 비해 사업장 폐기물의 비중이 훨씬 크고(환경부 & 한국환경공단, 2019), 상하수도 및 수질 사업도 하수도 준설 및 보수와 같이 민간사업체가 실행하는 사업이 많아 진보보다는 보수가 다수일 때 환경예산이 증가하는 것으로 설명할 수 있다.

마지막으로 재정행정적 요인들이 예산과 관련이 있었다. 우

선 전년도 예산은 비교적 일관되게 예산에 영향을 미치는 것으로 나타났고 이것은 예산결정이론에서 점증주의 모형과 일치한다. 재정자립도 혹은 지방세는 시 지역에서의 환경, 보건, 교통예산, 군 지역의 교통예산, 구 지역에서의 환경과 교통예산 증가와 관련이 있었다. 그리고 시나 구에서의 사회복지예산 혹은 보건예산과는 음의 관계가 있었다. 1인당 지방세와 재정자립도는 세입분권, 즉 세입에 있어서의 자율성의 척도가 된다. 지방정부는 확장된 세입 자율성으로 사회복지나 보건보다는 환경과 교통과 같은 사업에 사용하는 것을 알 수 있다.

본 연구는 몇 가지 제한점을 갖고 있다. 첫째, 건강도시는 자치단체장의 의지가 성패를 좌우하는데 결정적인 요인이 된다고 한다. 그러나 본 연구에서는 각 자치단체장의 건강도시 추진 의지를 측정할 자료가 없어서 분석에 포함하지 못했다. 건강도시 추진 부서가 보건소가 아니라 시청의 기획부서인지의 여부와 건강도시 담당부서가 팀이나 과로 존재하는지의 여부가 시장의 건강도시 추진의지의 대리지표가 될 수도 있지만, 본 연구의 분석모형인 고정효과모형은 시간에 따른 변이가 없는 변수들은 계수를 추정하지 못하는 한계를 가졌다. 참고로 2018년도 자료만을 가지고 횡단면 분석을 실시하였으나 건강도시 추진부서의 위치나 조직단위는 예산에 관련성이 없었다. 둘째, 재정행정적 요인 중 세출의 자율성 지표인 재정자립도의 영향을 고려하지 못하였다. 재정자립도는 2016년에 기초자치단체 중 시와 군은 60%대로 비슷하였으나 구의 경우는 39.6%로 큰 차이가 났다(하능식, 이선영, 2016). 이러한 상황은 구의 경우 건강도시와 같은 지역 특화사업에 더욱 예산을 사용하기 어려운 조건으로 작용할 가능성이 있어 추후 유사연구에서는 재정자립도를 고려할 필요가 있다. 셋째, 건강도시 예산을 환경, 사회복지, 보건, 교통으로 임의로 정한 면이 있다. 건강도시 부서에 사업비로 책정이 되어 있으나 본 연구는 행정적인 차원의 예산이 아니라 도시 환경을 바꾸는데 사용되는 실질적인 차원에서 예산을 분석하고자 하였다. 분야별 예산으로 접근할 때 건강이나 건강형평성에는 관련성이 거의 없는 예산들도 포함되어 있을 수 있어서 분석과정에서 측정오차로 작동하였을 수 있다. 이러한 점은 건강도시가 예산에 미치는 영향을 과소평가하는 결과를 초래할 수 있다.

본 연구가 갖는 제한점에도 불구하고 본 연구 결과를 통해 얻을 수 있는 건강도시정책에 대한 시사점은 다음과 같다. 첫째, 건강도시사업의 기획 단계에서 다부문적인 의사결정 거버넌스의 강화가 필요하다. 부문간 협력과 모든 정책에 건강을

추구하는 건강도시사업의 예산은 여러 부서의 예산을 포괄해야 한다. 하지만 지자체 내에서 건강도시 부서가 대부분 보건소에 위치해 있는 상태에서는 예산 수립 및 집행에 건강도시가 참여하는 수준은 매우 미미해질 수밖에 없다. 이런 한계를 극복하고자 강동구는 보건소에서 기획예산과로 건강도시 담당부서를 이전한 사례가 있으나 이런 경우는 매우 드물다. 둘째, 보건 분야에 있어서도 국고보조금 사업보다는 지방 고유 사업을 위한 예산 증액의 방안을 다양하게 모색할 필요가 있다. 교통과 환경 분야는 보건 및 사회복지 분야보다 국고보조금 사업 비중이 낮아서 지역 특성에 맞는 사업을 할 수 있는 여지가 더 크다. 이것은 지방세를 교통 및 환경 분야에 우선적으로 배분하기 때문일 것이다. 원주의 경우 담배소비세 중 지방세를 건강도시 재원으로 활용하고 있는 것은 좋은 사례이다.

## VI. 결론

건강도시는 건강행태개선과 건강형평성사업 등 보건소 사업과 함께 위생환경개선과 보행 및 자전거 교통환경 개선 중심의 사업을 펼쳐왔다. 건강도시는 이러한 활동을 통해 시민의 건강과 건강형평성을 지속적으로 개선해 나가는 도시라고 할 수 있다. 본 연구는 건강도시사업의 확장을 위해 환경, 사회복지, 보건, 교통 예산이라는 차원에서 지속적으로 자원을 확대하였는가라는 질문에 대한 해답을 찾아보았다. 그 결과 건강도시는 군 지역에서의 교통예산을 증가시키는 것을 발견하였고, 군 지역의 나머지 3가지 예산과 도시 지역에서의 4가

지 예산 모두와의 관련성을 발견하지 못하였다. 건강도시를 위한 예산 확대를 위해서는 예산을 포함한 기획에서의 의사결정에 다부문의 거버넌스를 강화하는 것과 지방 고유 사업을 위한 예산 증액의 다양한 모색과 지방재정분권의 확대가 필요하다.

강은정은 펜실베이니아주립대학교에서 보건정책 및 보건행정학 박사를 받았으며, 현재 순천향대학교에서 부교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 건강도시, 건강증진, 건강영향평가이며, 현재 건강도시, 회복력 있는 도시 등을 연구하고 있다.

(E-mail: marche72@sch.ac.kr)

손창우는 서울대학교에서 보건학 박사를 받았으며, 현재 서울연구원 연구위원으로 재직 중이다. 주요 관심분야는 도시건강, 건강도시, 지역사회건강, 보건의료체계이며, 현재 신종감염병 대응체계, 치매관리계획, 건강도시 등의 연구를 수행 중이다.

(E-mail: cwshon@si.re.kr)

함영은은 순천향대학교에서 보건행정학 학사를 받았으며, 현재 순천향대학교에서 석사과정에 재학 중이다. 주요 관심분야 및 연구주제는 건강증진, 건강도시 및 건강행태 등이다.

(E-mail: duddms3356@naver.com)

고광욱은 부산의대졸업과 인턴, 예방의학전문의, 직업환경의학전문 의과정 수료후 지역보건학박사를 받았으며 현재 고신대의보건의대학원 교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 신체활동과 건강증진이며 현재 건강도시조성, 기후변화대응 등을 연구하고 있다.

(E-mail: kwkoh@nate.com)

김진엽은 경북대학교에서 예방의학 박사를 받았으며, 현재 경북대학교 교수로 재직 중이다. 주요 관심분야 및 연구주제는 지역사회를 기반으로 한 건강증진 및 건강도시, 장수노인, 공공의료 등이다.

(E-mail: pmkky@knu.ac.kr)

김유림은 한양대학교에서 의료행정학 석사를 받았으며, 현재 효산건강환경재단에서 연구원으로 재직 중이다.

(E-mail: yurimkim35@hhef.or.kr)

## 참고문헌

- 고은비. (2014). 기초지방자치단체 보건분야 예산액의 결정요인. 석사 학위논문, 연세대학교.
- 김광기, 유승현, 강은정. (2019). 건강도시와 건강증진의 관계 정립 및 국민건강증진법 개정 방향. 보건교육건강증진학회지, 36(5), pp.87-98.
- 김승연. (2019). 지방분권시대 중앙, 지방간 복지사업 역할분담 재정립 방안. 서울: 서울연구원.
- 김연준, 홍근석, 이용모. (2019). 무조건부 보조금의 끈끈이 효과에 관한 분석: 공간회귀분석을 중심으로. 현대사회와 행정, 29(1), pp.111-136.
- 김은정, 김영표. (2012). 시스템사고로 본 건강도시화 정책이 지역주민의 건기실천율에 미치는 영향 분석. 한국시스템다이내믹스연구, 13(2), pp.25-45.
- 김지윤, 이병하. (2013). 기초자치단체에서 사회복지비 지출의 정치적 요인에 관한 연구. 의정연구, 38, pp.39-71.
- 김태희, 이용모. (2012). 재정분권화가 지방정부 사회복지지출에 미치는 영향. 한국정책학회, 21(1), pp.397-419.
- 남은우, 문옥륜, 고광욱, 김건엽. (2009). 국내 건강도시 유형 분석 및 유형별 발전 전략 개발에 관한 연구. 서울: 연세대학교, 한국건강증진개발원.
- 대한민국건강도시협의회. (2020). 건강도시 개념. <http://www.khcp.kr/hb/main/sub03>에서 2020. 8. 3. 인출.
- 대한민국건강도시협의회. (2020). 회원현황. [http://www.khcp.kr/hb/main/sub02\\_02#sub10](http://www.khcp.kr/hb/main/sub02_02#sub10)에서 2020. 8. 3. 인출.
- 문수진, 이종열. (2015). 지방자치단체의 사회복지예산 지출결정 요인에 관한 연구 : 광역시 기초자치단체의 정치적 요소를 중심으로. 한국사회와행정연구, 25(4), pp.137-159.
- 박로은, 박미정, 신민지, 김상범. (2019). 농촌 사회서비스 정책 지원을 위한 농촌 고령일인가구 분포와 대중교통 접근성의 관계 분석. 농촌지도와 개발, 26(2), pp.99-111.
- 박삼영, 장민영, 박선희, 나백주, 김은영, 김순영. (2013). 기초지방자치단체 보건 의료 지출수준의 결정요인. 보건행정학회지, 23(1), pp.59-65.
- 보건복지부. (2020). 2008년-2018년 각 연도별 국민기초생활보장 수급자 현황. [http://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb030301ls.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=03&MENU\\_ID=032901](http://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb030301ls.jsp?PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=032901)에서 2020. 6. 29. 인출.
- 보조금 관리에 관한 법률 시행령, 대통령령 제 30894호 (2020) 서상범, 홍석자. (2010). 한국 지방자치단체의 사회복지예산 결정요인에 관한 연구. 참여정부의 분권교부세를 중심으로 사회복지정책, 37(2), pp.151-177.
- 오수현, 강인성. (2013). 지방자치단체 정당구조를 중심으로 한 예산 지출 영향요인분석: 사회복지비와 경제개발비를 중심으로. 국가정책연구, 27(2), pp.215-240.
- 이은영. (2006). 지방자치제도가 지방자치단체의 사회복지예산에 미친 영향에 관한 연구: 1989~2002년의 사회복지예산을 중심으로. 석사학위논문, 가톨릭대학교.
- 이재완, 김교성. (2007). 지방자치단체 사회복지지출 수준의 결정요인 분석: 1995-2005. 사회복지정책, 31(1), pp.105-124.
- 이진희. (2016). 지역적 건강불평등과 개인 및 지역수준의 건강결정요인. 보건사회연구, 36(2), pp.345-384.
- 이재정. (2011). 사회복지분야 국고보조사업의 문제점 및 개선과제. 서울: 국회예산정책처.
- 정해식, 권지성, 정선욱, 김성아, 전영섭, 권석만 등. (2019). 한국인의 행복과 삶의 질에 관한 종합 연구: 국제 비교 질적 연구를 중심으로. 세종: 한국보건사회연구원.
- 중앙선거관리위원회. (2020). 당선인명부. [http://info.nec.go.kr/main/main\\_load.xhtml](http://info.nec.go.kr/main/main_load.xhtml)에서 2020. 8. 3. 인출.
- 통계청. (2020). 2019년 농림어업조사 결과. 대전: 동기관.
- 통계청. (2020a). 시군구/성/연령(5세)별/주민등록연앙인구. [http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT\\_1B040M5&conn\\_path=I3](http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B040M5&conn_path=I3)에서 2020. 8. 3. 인출.
- 통계청. (2020b). 재정자립도. [http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT\\_1YL20921&conn\\_path=I3](http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1YL20921&conn_path=I3)에서 2020. 8. 3. 인출.
- 하능식, 이선영. (2016). 재정분권 수준의 평가와 정책적 시사점. 네트워킹포럼, 2016(0), pp.1-96.
- 행정안전부. (2019). 2020년도 지방자치단체 예산편성 운영기준 및 기금운용계획 수립기준. 세종: 동기관.
- 행정안전부. (2020a). 기능별 회계별 세출예산. 지방재정 365 지방재정통합공개시스템. [http://lofin.mois.go.kr/websquare/websquare.jsp?w2xPath=/ui/portal/stat/local/budget/sd002\\_bg201.xml](http://lofin.mois.go.kr/websquare/websquare.jsp?w2xPath=/ui/portal/stat/local/budget/sd002_bg201.xml)에서 2020. 8. 3. 인출.
- 행정안전부. (2020b). 지방세통계연감. [https://www.mois.go.kr/ft/bbs/type001/commonSelectBoardList.do?bbsId=BBSMSTR\\_00000000012](https://www.mois.go.kr/ft/bbs/type001/commonSelectBoardList.do?bbsId=BBSMSTR_00000000012)에서 2020. 8. 3. 인출.
- 행정안전부. (2020c). 2021년 재난안전예산 사전협의안 확정. [https://www.mois.go.kr/ft/bbs/type010/commonSelectBoardArticle.do?bbsId=BBSMSTR\\_00000000008&nttId=78227](https://www.mois.go.kr/ft/bbs/type010/commonSelectBoardArticle.do?bbsId=BBSMSTR_00000000008&nttId=78227)에서 2020. 6. 29. 인출.

- 환경부, 한국환경공단. (2019). 2018년 전국 폐기물 발생 및 처리현황  
[http://www.kwaste.or.kr/bbs/content.php?co\\_id=sub0401](http://www.kwaste.or.kr/bbs/content.php?co_id=sub0401)  
 에서 2020. 8. 3. 인출.
- Baum, F., Jolley, G., Hicks, R., Saint, K. & Parker, S. (2006).  
 What makes for sustainable Healthy Cities initiatives?—a  
 review of the evidence from Noarlunga, Australia after 18  
 years. *Health Promotion International*, 21, pp.259-265.
- Carmines, E. C. (1974). The mediating influence of state  
 legislatures on the link between interparty competition and  
 welfare policies, *The American Political Science Review*,  
 68(3), pp.1118-1124.
- Dahlgren G., & Whitehead M. (1991). *Policies and strategies to  
 promote social equity in health*. Stockholm: Institute for  
 Futures Studies.
- Danziger, J. (1978). *Making budgets: public resources allocation*.  
 Beverly Hills: SAGE Library of Social Research.
- Downs, A. (1957). An economic theory of political action in a  
 democracy. *Journal of political economy*, 65(2), pp.135-150.
- Duhl L., & Hancock, T. (1988). *Promoting health in the urban  
 context*. Copenhagen: WHO Healthy Cities Project Office.
- Faskunger, J. (2013). Promoting active living in healthy cities in  
 Europe. *Journal of Urban Health*, 90(Suppl 1), pp.142-153.
- Inman, R. P. (2008). The flypaper effect. *National Bureau of  
 Economic Research Working Paper*, 14579(Issued in  
 December) pp.217-226.
- Kang, E. (2016). Intersectoral collaboration for physical activity  
 in Korean healthy cities. *Health Promotion International*,  
 31(3), pp.551-561.
- Kleinman, M., Eastall, R., & Roberts, E. (1990). What determines  
 local authorities' capital expenditure on housing? An  
 evaluation of various models. *Urban Studies*, 27(3),  
 pp.401-419.
- Lane, J. E., & Ersson, S. (1986). State or Market? Politics Does  
 Matter. *International Political Science Review*, 7(1),  
 pp.91-104.
- Nam, E. W., Moon, J., & Lee, A. (2010). Evaluation of healthy  
 city project using SPIRIT checklist: Wonju city case.  
*Korean Journal of Health Education and Promotion*, 27(5),  
 pp.15-25.
- Shon, C., & Kim, J. (2020). *The diagnosis of health problems and  
 its suggestions in terms of public Health*. The Seoul Institute.
- StataCorp. (2019). *Stata Statistical Software: Release 16*. College  
 Station, TX: StataCorp LLC.
- Twiss, J. M., Duma, S., Look, V., Shaffer, G. S. & Watkins, A.  
 C. (2000). Twelve years and counting: California's  
 experience with a statewide Healthy Cities and  
 Communities program. *Public Health Reports*, 115,  
 pp.125-133.
- Werck, K., Heyndels B., & Geys B. (2008). The impact of central  
 places on spatial spending patterns: evidence from Flemish  
 local government cultural expenditures. *Journal of Cultural  
 Economics*, 32(1), pp.35-58.
- Wildavsky, A. (1986). *Budgeting: a comparative theory of the  
 budgeting processes*. New Jersey: Transaction Publishers,  
 Routledge.

# Does Healthy City Expand the Local Government Resources?:

Focusing on the Budgets for Environment, Social Welfare, Public Health, and Transportation

**Kang, Eun Jung<sup>1</sup> | Son, Chang Woo<sup>2</sup> | Ham, Young Eun<sup>1</sup> | Koh, Kwang Wook<sup>3</sup>  
Kim, Keon Yeop<sup>4</sup> | Kim, You Rim<sup>5</sup>**

<sup>1</sup> Soonchunhyang University

<sup>2</sup> Seoul Institute

<sup>3</sup> Kosin University

<sup>4</sup> Kyungpook University

<sup>5</sup> Hyosan Environment and Health Foundation

## | Abstract |

A healthy city is a city that keeps expanding its resources towards making physical and socioeconomic environments health-friendly. Korea's program of healthy cities has been developed in areas of health behavior improvement, health equity, hygiene and environment improvement, and the improvement of walking and biking environments. This study aimed to determine whether introducing a healthy city project within the local government increased the budget for public health, environment, social welfare, and transportation. A panel dataset was constructed from various sources for 229 local governments from 2008 to 2018 on variables such as the budget amount, the percentage of residents 65 or older, the percentage of the recipients of the national basic living security, the congruence of political parties between the mayor and the majority of the city council, the majority party of the city council, the amount of local tax, financial independence index, and the starting year of a healthy city. A fixed-effect panel analysis was used to ascertain the effect of a healthy city project on local budgets. Results showed that healthy cities increased transportation budgets in rural areas. However, healthy cities were not related to budgets in other areas. The multi-sectoral governance for the budget planning of healthy city and financial decentralization of local governments are necessary for local governments to expand their budgets for specialized programs such as healthy cities.

**Keywords:** Healthy Cities, Budgets, Financial Decentralization, Local Governments