

건강증진을 위한 부문 간 협력의 이해

강은정

순천향대학교 의료과학대학 보건행정경영학과

Understanding Intersectoral Collaboration in Health Promotion

Eunjeong Kang

Department of Health Administration and Management, College of Medical Science, Soonchunhyang University

<Abstract>

Objectives: This paper aims to give a review on the concept, the type, and the purpose of intersectoral collaboration, to provide a framework of intersectoral collaboration, and to review the effectiveness of intersectoral collaboration. **Methods:** Peer-reviewed journals were searched in Pubmed using the terms of 'intersectoral collaboration,' 'multi-sector policy,' 'intersectoral partnership,' and 'cross-sector collaboration.' In total, 240 papers were identified. After reviewing the abstracts of these papers, 59 papers were chosen to be reviewed in full-text. Contents were extracted from these papers that were pertinent to the research questions. **Results:** Intersectoral collaboration has been advocated since Alma Ata Declaration. However, it has been largely ignored in practice. Various factors including context, support, task, team, interactional process, individual, and overarching factors can affect the success and the failure of intersectoral collaboration. **Conclusions:** Some strategies to facilitate intersectoral collaboration activities and future research agenda were suggested.

Key words: Intersectoral collaboration, Concept, Framework, Health promotion

I. 서론

부문간 협력의 필요성은 일차보건의료의 중요성을 강조한 알마아타 선언에서부터 제기되어왔다. 건강증진 분야에서도 1986년 오타와 선언에서도 부문간 협력의 중요성이 강조되었다. 건강증진 분야의 첫 국제회의인 오타와 선언은 “건강의 선행조건과 선공할 전망은 보건 분야 단독으로 보장될 수 없다. 더 중요한 것은 건강증진이 정부, 보건 및 다른 사회 및 경제 부문들, 비정부 및 자발적 조직들, 지방 당국들, 산업체와 언론 등 모든 부문에 의한 조정된 활동을 요구한다는 점이다.”라고 선언한 바 있다.

부문간 협력은 저절로 일어나는 것이 아니고 이를 위한 특별한 조건들이 필요하다. 건강증진 분야에서 부문간 협력을 의도적으로 실천하고자 한 대표적인 사례로는 건강도시

사업과 건강영향평가를 들 수 있다. 건강도시사업은 도시민의 건강이 사회적 건강결정요인에 의해 결정된다는 가정 아래 모든 공공정책에서 건강을 고려하도록 하는 건강한 공공정책을 주요 성과로 정의한다(Kim, 2012). 건강영향평가는 정책, 사업, 계획 등이 가지는 잠재적인 건강영향과 여러 인구집단에 미치는 차별적인 영향에 대해 미리 예측하는 정책적 도구로서 부문간 협력을 위한 효과적인 대안으로 평가된다(Kang, Park, & Kim, 2011). 이 밖에도 아동비만(Hendriks et al., 2012), 형평성 개선(Storm, Aarts, Harting, & Schuit, 2011)을 위한 접근방법으로 부문간 협력이 실행된 적이 있으며, WHO는 천연두, 탈수, 정신건강, 흡연, AIDS, 결핵 등의 국제보건 문제를 효과적으로 해결하는데 부문간 협력이 필수적이라고 하였다(World Health Organization [WHO], 2011).

그러나 이러한 실험적 실행과 학문적 주장에도 불구하고

Corresponding author : Eunjeong Kang

Department of Health Administration and Management, College of Medical Science, Soonchunhyang University, Eumnae-ri, Sinnchang-myeon, Asan-si, Chungcheongnam-do, Korea

336-745 충남 아산시 신창면 읍내리 646 순천향대학교 의료과학대학 보건행정경영학과

Tel: 041-530-9139 Fax: 041-530-3083 E-mail: marche72@gmail.com

▪ 투고일: 2013.08.10

▪ 수정일: 2013.09.17

▪ 게재확정일: 2013.09.25

고 오늘날까지 부문간 협력은 실제 현장에서는 대체로 무시되어 왔다고 평가된다(Lawn et al., 2008). 국내에서도 이러한 실정은 유사하며, 아울러 부문간 협력에 대한 연구 또한 매우 미흡하다. 지금까지 국내에서 이루어진 부문간 협력에 관한 연구로는 Kang et al. (2011)의 연구와 Kim (1999)의 연구가 거의 유일하다. 한 마디로 건강증진분야에서 부문간 협력은 모두가 외치는 구호이지만 실천하는 사람은 거의 없는 특이한 영역이라고 할 수 있다.

이에 본 연구에서는 첫째, 부문간 협력의 개념과 등장 배경과 동기, 그리고 부문간 협력의 유형을 포괄적으로 검토하고, 둘째, 부문간 협력의 결정모형과 함께 부문간 협력의 촉진 요인과 장애 요인을 검토하며, 셋째, 부문간 협력의 건강 결과에 미치는 장기적인 효과를 검토함으로써 부문간 협력이 정책 현장에서 보다 활발하게 실행될 수 있는 구체적인 방안을 제안하고자 하였다.

II. 연구방법

Pubmed를 통해 검색어 ‘intersectoral collaboration,’ ‘multi-sector policy,’ ‘intersectoral partnership,’ 그리고 ‘cross-sector collaboration’을 사용하여 논문을 검색하였다. 총 240개의 논문이 확인되었고 이들의 초록을 검토하여 관련성이 있는 59개 논문은 전체 논문을 검토하였다. 그 결과 본 연구의 목적에 부합하는 내용들을 추출하여 정리하였다.

III. 부문간 협력이란 무엇인가

1. 부문간 협력의 정의

협력(collaboration)이란 일반적으로 ‘다양한 자율적인 주체들이 공동의 사업을 착수하고 공동의 우려를 다루거나 공동의 목표를 달성하고자 하는 유동적인 과정’으로 정의된다(Rosenthal, 1998). 부문간 협력(Intersectoral collaboration [ISC])이란 한 개 이상의 특화된 기구가 공동의 목적을 위하여 서로 다른 역할을 수행하면서 관여하는 집단적인 행동을 말한다(Adeleye & Ofili, 2010). 부문간 협력은 단순한 다부문의 활동(multisectoral actions)을 의미하지는 않으며, 반드시 부문들간의 노력을 조정하는 부분이 필요하다

(Adeleye & Ofili, 2010).

2. 건강증진에서 부문간 협력의 배경 및 중요성

일반적으로 부문간 협력이 중요하게 인식되게 된 배경적 요인을 Peters (1998)는 다음과 같이 제시하였다: 정부와 사회의 상호의존의 증가, 정책 형성 과정에 참여하는 주체와 기관의 수 증가, 정부에 대한 외부 단체의 영향력 증가, 정부의 분권화 및 책임의 분산, 정부의 공통 관심사의 증가(예, 빈곤, 동등한 기회, 지속가능한 개발).

건강증진 분야에 있어서 부문간 협력의 중요성에 대한 인식은 1978년 알마아타 선언(Alma Ata Declaration)으로 거슬러 올라간다. 알마아타 선언에서는 2000년까지 전 세계 사람 모두에게 수용할 만한 수준의 건강을 달성하고자 하는 일차보건의료의 목표가 강조되었다. 알마아타 선언에서는 일차보건의료를 성취하기 위한 전략들을 제시하였는데, 그 중의 하나가 부문간 협력(ISC)이었다.

부문간 협력은 건강결정요인이 매우 복잡하고 따라서 하나의 기관이 모든 공중보건 문제를 다룰 수 없다는 사실 때문에 중요하다(Kang et al., 2011). 또한 정보의 제공, 동기 부여, 기술 및 자기효능감의 강화 등 보건교육의 핵심적인 전략들이 행태 변화를 위해 충분한 조건은 되지 못한다는 점이 인식되어 왔으며, 건강을 지원하는 방식으로 사회 및 물리적 환경의 변화가 수반되어야 한다는 인식이 나타나게 되면서 부문간 협력의 중요성이 부각되어왔다고 할 수 있다(Kang et al., 2011).

그러나 알마아타 선언 이후 30년이 지난 뒤 이루어진 평가에서는 교육, 농업, 주택, 공공사업 등을 포함한 여러 부문에서 보건 부문과의 부문간 협력은 대체로 무시되어 왔던 것으로 드러났다(Lawn et al., 2008).

Adeleye & Ofili (2010)는 부문간 협력의 “무시의 삼각대(Tripod of Neglect)”를 통해 부문간 협력이 무시되는 세 가지 형태를 제시하였다. 첫째는 “비보건(non-health)” 전략들(예, 안전한 식수의 공급)은 보건 부문의 법적 통제권 바깥에 있다는 점이다. 그런데 대중들은 보통 “건강” 관련 서비스들은 보건 부문에서 제공될 것이라고 기대하기 때문에 부문간 협력이 원활하지 않아서 발생하는 낮은 수준의 일차보건의료 내지는 건강증진 활동의 문제들은 보건 분야가 미약한 탓으로 비난받을 수 있다.

둘째, 건강 자체는 비보건 부문들의 의제가 아니라는 점

이다. 그리하여 설령 건강에 편익을 주게 되는 비보건 부문의 사업들은 일차적으로 정치적인 목적이나 타부문 고유의 목적에 의해 추진되는 것이지만 보건서비스에 대한 접근성 강화와 같은 보건 부문의 핵심적 편익을 염두에 두고 추진되지는 않는다. 셋째, 설령 부문간 협력이 국가 정책이나 국제 정책에 나타나 있다고 하더라도 적극적인 부문간 협력 사업은 현실적으로 매우 드물다. 대부분 부문간 협력의 중요성은 인정하고, 누군가 실행하기를 기대하지만, 사실상 아무도 실행하지 않는 현실인 것이다.

그러나 알마아타 선언 이후 국제적 노력이 중단된 것은 아니다. 협력을 강조한 최근의 건강증진 정책으로는 ‘모든 정책에서의 건강(Health in All Policies [HiAP])’ 또는 ‘건강을 위한 부문간 활동(Intersectoral Action for Health [IAH])’을 들 수 있다. HiAP이 ‘건강을 개선, 유지 및 보호하기 위하여 건강결정요인들에 영향을 미치는 것을 목적으로 하는 과학에 확고한 기반을 가진 전략(Stahl, Wismar, Ollila, Lahtinen, & Leppo, 2006)’이라고 한다면, IAH는 ‘보건 분야와 다른 분야 사이의 인정된 관계로서 보건 분야 단독에 의해서 성취될 수 있는 것보다 더 효과적이고 효율적이고 지속가능한 방식으로 건강 결과들(또는 중간 건강 결과들)을 성취하고자 어떤 문제에 관한 행동을 취하고자 형성되어진 것(WHO, 1997)’으로 정의된다. 여기서 인정된 관계가 의미하는 것은 이 관계가 단순히 개념적인 형태에 머무는 것이 아니라 관리된 과정, 즉 구조적이고 기능적인 성격을 갖는 것을 의미한다(Adeleye & Ofili, 2010).

2007년 Pan American Health Organization 소속의 보건부장관들과 관계자들은 부에노스 아이레스 선언(Buenos Aires Declaration)을 통해 일차보건의료를 강화하기 위한 방안에 합의하였고, 이 가운데 특히 17조, 22조, 24조는 부문간 협력에 참여하고 건강과 관련된 정책들을 개발함에 있어서 타부문을 돕고자 하는 의지를 강조하고 있다(WHO, 2007). 부문간 협력은 또한 WHO의 Commission on Social Determinants of Health(CSDH)를 통해 건강 불평등을 다루기 위하여 옹호되어 왔다(CSDH, 2008).

3. 부문간 협력의 다양한 유형 분류

우선 부문간 협력은 참여하는 다양한 조직들에 따라 유형을 나눌 수 있다. 정부 내부의 서로 다른 부서들 사이의 협력, 시민단체와 민간영리기구와 같은 정부 바깥의

주체들과 정부 내부의 조직 사이에서의 협력, 그리고 정부 바깥에 있는 기구들 사이에서의 협력도 모두 부문간 협력이라고 불릴 수 있다.

Konrad (1996)는 조직간의 협력의 수준과 강도에 따라 조직간 통합(integration)을 다섯 가지 수준으로 설명하였다. 즉, 조직간의 통합은 비공식적이고 덜 구조화된 활동들로 이루어진 ‘정보 공유/의사소통’으로부터 매우 구조적인 ‘통합’에 이르는 것 사이의 다양한 형태를 가진다는 것이다. 첫 번째 수준인 ‘정보 공유 및 의사소통(information sharing and communication)’ 단계는 관계가 공식적으로 형성되지 않은 상태이다. 단지 기관 대표들이 어떤 사업에 관해서 회의나 정보지 등을 통해 일반적인 정보만 공유하며 소통 또한 임시로 이루어진다. 두 번째 수준인 ‘협조와 조정(cooperation and coordination)’의 단계는 상호 고객 연계라든가 후속 조치 등을 통해 서비스를 좀 더 성공적으로 전달하고자 하는 노력이라든가, 법 제정이나 예산 획득을 위해 공동으로 로비를 하는 노력 등이 포함된다. 세 번째 수준인 ‘협력(collaboration)’에서는 공동의 목표, 산출, 결과와 같은 것들을 가지고 함께 일하는 단계이다. 대개 문서상의 약정을 포함한 파트너십이 해당되며 예산이나 직원 훈련, 정보 체계 등을 공유할 수도 있다. 네 번째 수준인 ‘합병(consolidation)’은 정부 조직에서 여러 가지 보건서비스들을 책임지는 것과 같이 상부 조직 혹은 중앙집권적인 기능을 가진 유사한 조직 아래에 있는 것이다. 서로 다른 국 혹은 기관 내에 사업에 관한 명령체계가 한정되면서 사업 간의 협력, 조정, 협조, 정보공유가 보다 빈번하고 보다 구조적인 활동의 형태로 이루어진다. 다섯 번째 수준인 ‘통합(integration)’은 원스톱 서비스 체계와 같이 통합된 예산을 사용하면서 단일한 명령 체계를 가지는 형태이다.

Rosenthal (1998)은 협력의 유형을 전략적 파트너십, 서비스 통합, 그리고 포괄적 협력 등의 세 가지로 구분하였다. 전략적 파트너십은 중간 조직을 포함하지 않으면서 두 개 이상의 조직들 사이의 직접적인 양자간 관계에 의존한다. 서비스 통합에는 독립적인 활동들을 하나의 체계로 조정하는 것이 포함되며 분절을 줄이고자 하는 의도에서 비롯된다. 포괄적인 협력은 옹호, 계획, 자원 형성 및 서비스 활동을 위하여 포괄적인 환경을 만들기 위한 시도이다.

4. 부문간 협력의 동기

일반적으로 협력(collaboration)은 상호간의 편익을 위해 각자의 역량을 향상시키고 공동의 목표를 달성하기 위해 이루어진다(Himmelman, 2001). Huxman (1996)은 협력적인 장점(collaborative advantages)을 제공할 때, 기관들이 함께 일을 할 때 얻을 수 있는 산출물이 독립적으로 얻을 수 있는 것보다 클 때 조직간의 관계들이 형성된다고 하였다. 이때 협력적인 장점에는 공동되는 목적을 달성할 수 있는 자원, 전문성, 리더십이 포함된다. 즉, 기관들은 필요한 서비스를 제공하거나 자원을 공유함으로써 비용을 낮추거나, 효율성 혹은 비용-효과성을 높이거나 기관의 위상을 높일 수 있을 때 협력하고자 한다(Fletcher et al., 2009).

경영학 분야에서는 영리기관 및 비영리기관들의 협력의 주된 동기를 학습과 혁신으로 본다(Murphy, Perrot, & Rivera-Santos, 2012). 이는 특히 지식 기반의 조직들 사이에서 인기를 얻고 있는 파트너십 혹은 네트워크의 사례에서 찾아볼 수 있다(Geneau, Legowski, & Stachenko, 2009). 또한 전문성의 공유를 통한 이익 증가, 직관과 지식의 공유를 통한 의사결정의 개선도 협력의 장점이자 동기가 된다.

한편 환경의 위협으로 인해 보호, 합법성 혹은 자원의 보존의 방편으로 협력이 시작될 수도 있다(Rosenthal, 1998). 부문간 협력의 동기가 무엇이건 간에 리더십은 협력을 실제 발생하도록 하는 핵심적인 요소이다(Fear & Barnett, 2003). 리더십은 공동의 목표와 협력하고자 하는 결정에 관한 협약을 위한 기초로서 전체적인 비전을 제시한다.

IV. 부문간 협력에 영향을 미치는 요인

여기서는 부문간 협력에 영향을 미치는 요인을 이해함으로써 부문간 협력을 활발하게 할 수 있는 정책적 방안을 모색하는데 도움을 주고자 하였다. Patel, Pettitt, & Wilson (2012)은 협업(collaborative work)의 요인들에 관하여 문헌을 광범위하게 검토한 결과 맥락(context), 지원(support), 과업(task), 상호작용의 과정, 팀, 개인, 포괄적 요인 등 총 일곱 가지 요인을 제시하였다. 이에 본 논문에서도 이 일곱 가지 요인의 틀을 중심으로 기술하기로 하였다.

1) 맥락 (Context) 요인

맥락(Context)은 협업에 참여하는 개인 및 팀의 유형과 수행해야 할 과업의 유형을 결정하고, 협업을 위해 제공되는 지원의 유형에 영향을 주며 협동 자체의 과정과 팀의 효과성에 영향을 줄 수도 있다(Patel et al., 2012). 맥락과 관련된 하위 개념에는 문화, 환경, 기업풍토, 조직 구조가 포함된다.

먼저 조직 혹은 팀의 문화는 구성원들의 행동과 도덕에 영향을 주는 태도, 신념, 가치로 구성된다. 문화는 소통 채널의 개방성, 변화의 의지, 사람들 간에 일어나는 사회적 상호작용의 유형, 조직 신뢰, 그리고 조직 효과성에 영향을 미칠 수 있기 때문에 협력에 영향을 미친다(Unsworth, & West, 2000).

맥락으로서의 환경은 물리적 공간의 특성, 작업장의 사회-문화적 측면, 그리고 업무의 특성(예, 시간적 압박이 있거나 경쟁적이거나 급변하거나 안정적인 특성 등)이 포함된다(Détienne, 2006). 물리적 공간의 특성과 관련해서는 개인과 팀은 같은 장소에 위치할 수도 있고 떨어져 있을 수도 있고 모바일로 연결될 수도 있다. 중요한 것은 어떤 형태로든 물리적 근접성이 협업을 촉진할 수 있고, 생산성을 향상시키며 어려운 문제를 좀 더 쉽게 해결할 수 있다는 점이다(Olson & Olson, 2000).

기업 풍토(business climate)는 경쟁력을 유지하기 위하여 조직이 갖는 협력적인 전략과 파트너십에 영향을 주고 명시적으로 그리고 암묵적으로 참여를 장려하거나 좌절시킬 수 있다(Unsworth & West, 2000). 마지막으로 조직구조는 개인 및 팀이 협력적인 의사결정에 참여하는데 있어서 얼마나 자율성을 갖게 하는가에 영향을 미침으로써 부서 간의 협력정도에 영향을 미칠 수 있다(Frost & Sullivan, 2006).

2) 지원 (Support) 요인

조직들 간의 협력을 위해서는 효과적이고 적절한 지원이 필요하다. 같은 장소에서 일할 때 이메일, 회의 개최, 일정관리 도구, 지식관리 도구 등의 각종 도구들은 협력을 위한 기전을 제공하고 특히 시간이나 공간적으로 멀리 떨어진 상태에서 일을 할 때는 협력의 매체가 된다(Bolstad & Endsley, 2005).

또한 인적, 전문적, 사회적 네트워크를 통해 협력에 유리한 지원을 이끌어낼 수 있다. 즉, 네트워크를 통해서 협력

의 가능성에 대한 인식을 만들고, 새로운 기술의 도입과 같은 변화를 위한 지지를 만들어 낼 수 있다(Campion, Medsker, & Higgs, 1993; Wilson, Jackson, & Nichols, 2003).

협력을 하는 데는 재정, 시간, 인력 등을 포함한 자원이 필요하다(Aarts, Jeurissen, van Oers, Schuit, & van de Goor, 2011). 조직 내에는 여러 부서들이 한정된 자원을 두고 경쟁하기 때문에 어느 한 부서의 권한과 책임이 따르지 않는 부서 간의 협력의 경우에는 협력을 위한 별도의 자원 배정이 조직의 상위 수준에서 이루어질 필요가 있다.

팀 구축(team building) 활동이란 사회적 기술 혹은 팀 기술(예, 소통, 적극성)을 훈련하는 것으로서 이것을 통해 보다 효과적으로 서로 협력하도록 하고 신뢰와 관계를 쌓는데 도움을 준다(Edwards & Wilson, 2004). 또한 이 과정에서 협업에 필요한 지식이 공유될 수 있도록 명확한 지침, 정책, 정보 및 문서화 과정을 마련하는 것이 필요하다(Edwards & Wilson, 2004). 이는 많은 사람들이 지식을 자기 것 혹은 자신의 위치로 인식하는 경향이 있기 때문에 모든 사람과 공유한다는 것에 대해 거부감을 가질 수 있기 때문이다(Détienne, 2006).

3) 과업 (Tasks) 요인

다수의 개인들이 동시에 투입되어야 하거나 개인 혹은 팀 간의 잦은 교류가 요구되는 협력적 활동이 요구되는 과업은 구조적으로 매우 상호의존적이며 긴밀하게 연결되어 있어야 한다(Walsh & Maloney, 2007). 긴밀하게 연결된 업무는 느슨하게 연결된 업무와 비교할 때 더 많은 조정과 소통을 요구한다(Walshi & Maloney, 2007).

4) 상호작용 과정 요인

학습(learning)하는 조직은 개인과 팀들이 지속적인 학습에 참여함으로써 변화에 대한 반응성을 개선하고 목표를 성취할 수 있다(Edwards & Wilson, 2004). 이를 협력에 적용해 보면 협력에 필요한 기술과 지식을 학습하는 조직은 협력에 유리하다고 할 수 있다.

협업에 있어서 의사소통(communication)은 사람들이 어떻게 서로를 이해하고 어떻게 지식이 전달되는지를 뒷받침한다(Cramton, 2002). 정확한 정보가 정확한 사람에게 가장 적절한 방식으로 더 많이 전달될수록 보다 협력이 효과적으로 될 수 있다.

5) 팀(부서) 요인

부서 간의 좋은 관계(relationships)는 협력을 향상시킬 수 있다. 부서 간의 관계는 집단역동(group dynamics), 인간적 화합, 업무적 화합, 직업적, 사회적, 인간적 관계, 존경과 신뢰를 의미한다(Hackman, 1990).

부서 간에 공유된 인식과 지식(shared awareness/knowledge)은 동료의 역할, 책임, 전문성, 기술, 한계, 선호, 편견, 사회적 네트워크, 의도, 그리고 감성을 이해함으로써 자신들의 활동을 필요에 따라 조정함으로써 효과적으로 협력할 수 있게 한다. Aarts et al. (2011)은 부서 간에 서로의 활동을 아는 것이 다부문 정책 활동을 촉진한다는 것을 발견하였다.

마지막으로 이질성과 규모와 같은 부서의 구성(composition)적인 요소가 부문간 협력에 영향을 미칠 수 있다(Unsworth & West, 2000). 다양성은 협력에 긍정적으로도 부정적으로도 영향을 미칠 수 있다. 다양한 전문성을 가질 때 의사소통과 생산성을 향상시킬 수 있도록 조직적인 장애물들을 극복할 수 있게 하고 다양한 관점들이 창조성을 증진시킬 수 있는데, 특히 복잡한 업무에 있어서 다양성은 긍정적인 기능을 한다(Unsworth & West, 2000). 반면에 다양성은 갈등, 의사소통의 어려움, 오해, 공유된 인식 개발의 어려움, 위험 감수에 있어서의 차이, 화합의 어려움, 그리고 직원의 잦은 교체 등과 같은 문제도 안고 있다(Unsworth & West, 2000).

6) 개인 요인

부문 간 협력은 근본적으로 두 개 이상의 조직의 상호작용을 전제로 하지만 어느 정도는 개인적 수준에서의 특성이 영향을 미친다. 개인이 가진 기술(skills) 수준과 개인의 심리적 요인이 협력에 영향을 줄 수 있다. 심리적 요인에는 개인의 필요, 편견, 인식, 동기, 태도, 가치, 신념, 기대, 자신감 등과 함께 집중, 인식, 기억, 논리화, 사고방식 등과 같은 인지적 요인들, 그리고 정신적 부담, 상황에 대한 인식, 업무 방식과 행동이 포함된다(Harvey & Koubek, 2000). 마지막으로 신체 및 정신적 안녕이 협력의 성공에 영향을 줄 수 있다. 피로 혹은 스트레스는 주의력을 감소시키고 동료와의 협동을 감소시킬 수 있다(Karasek, 1998).

7) 기타 요인

이상의 요인들 이외에도 협력에 영향을 미칠 수 있는 몇 가지 요인들이 있다. 첫째, 좋은 협력 관계는 상호 신뢰와 존경 위에 구축된다(Détienne, 2006). 둘째, 협력을 해 본 경험, 함께 일한 시간, 과거 협력의 성공 여부가 현재의 협력에 영향을 미칠 수 있다(Mattessich & Monsey, 1992). 이러한 과거의 경험은 서로의 행동을 예측할 수 있게 하고, 의사소통의 수요 및 업무 부담을 감소시킴으로써 협력을 용이하게 할 수 있다.

셋째, 분명하고 공통적인 조직의 비전과 목표는 협력의 전략과 목적이 정의되는 틀을 제공하고 협력에 성공을 가져올 수 있다(Aarts et al., 2011; Edwards & Wilson, 2004). 협력에 참여하는 자들이 과업과 조직 목적 및 목표에 대해 분명하게 이해할 때 보다 나은 의사소통과 과업 구조를 위한 공통의 기반이 마련된다.

넷째, 협업을 장려하기 위한 유인책(incentives)과 동기부여가 필요하다(Hendriks et al., 2012). 유인책에는 금전적 보상뿐만 아니라 업무적 기여에 대한 인정, 위상의 향상, 더 큰 책임의 부여, 위험 분담, 업무량 감소 등이 포함된다.

다섯째, 관리(management) 측면의 지원은 협력의 성과를 크게 좌우할 수 있다. 협력적 프로젝트의 관리에는 목적과 목표의 설정 및 소통, 팀의 구성과 유지, 팀원들이 팀 정신을 공유하도록 하는 것, 과업의 기획, 과업의 분배, 마감일의 설정, 과업 및 자원 상태의 모니터링, 업무의 질과 성과가 주어진 예산과 시간 내에서 수행되는지에 대한 확인, 환경의 변화에 대한 모니터링과 검토 및 필요시 팀, 목표, 과업, 과정, 전략의 수정, 성과 기대치 설정, 성과에 대한 피드백 제공, 지도, 긍정적인 업무 분위기의 조성, 갈등의 관리가 포함된다(Patel et al., 2012). 아울러 협력해서 일을 하도록 사람들에게 영감을 주며 조직적 약점을 극복할 수 있도록 하기 위해 훌륭한 리더십이 요구된다(Aarts et al., 2011).

V. 부문간 협력의 효과

협력이 잘 이루어질수록 좋다는 주장과(Hill & Lynn, 2003; Randolph et al., 2002) 그렇지 않다는 주장(Provan & Milward, 2001)이 엇갈린다. 어떤 조직이 갖는 협력의 행태는 그 조직의 필요와 조직간의 관계의 현황에 의해 결정되

는 산물이라고 할 수 있다. 즉, 어떤 조직이 어떤 수준의 협력을 하는가는 그 조직의 특성에 따른 것이며 반드시 다른 기관과 협력을 강하게 하는 것이 더 바람직하다고 말할 수 없다는 것이다.

부문간 협력의 효과성에 관한 보다 체계적인 연구로는 Hayes, Mann, Morgan, Kelly, & Weightman (2012)의 연구가 있다. 이들은 1966년부터 2012년 1월까지 지역의 보건 담당 기관과 다른 정부 기관들과의 기관간 협력이 건강 결과에 미치는 효과에 관한 연구들에 대하여 체계적 문헌고찰(systematic review)과 메타분석을 실시하였다.

그 결과 비록 지역의 보건기관과 타기관들 간의 협력이 흔히 최선의 실행이라고 여겨지지만, 통상적인 서비스와 비교할 때 기관간 협력이 더 건강 개선을 반드시 가져온다는 신뢰할 만한 근거는 발견하지 못하였다. 일부 연구에서 부분적인 편익을 발견하였지만 이는 많은 추가적인 자원의 사용에 기인한 것일 수 있고 또한 이러한 편익이 전체적인 결과 점수에 반영되지는 않았다(Hayes et al., 2012). 또한 협력적 파트너십이 수립 이후 사업 시행 이전에 목적, 사업 방법, 모니터링과 평가 등에 대하여 서로 동의하는 것이 사업 충실도를 보호하고 효과성을 높이는 데 중요하다는 것을 발견하였다.

VI. 결론

본 연구의 문헌고찰 결과를 바탕으로 부문간 협력을 활성화 할 수 있는 방안들을 몇 가지 제시하고자 한다.

첫째, 사회적 건강결정요인별로 부문 간 협력 사업을 시도할 필요가 있다. 이는 부문간 협력의 등장 배경과 필요성이 건강의 사회적 결정요인 모형이었다는 사실과 관련이 있다. 예를 들어, 캐나다의 지역정부 수준에서 부문 간 협력을 통한 프로그램 실행은 건강한 아동발달(50.0%), 개인적 건강실천(48.0%), 물리적 환경(31.4%), 사회적 지지 네트워크(31.1%), 사회적 환경(27.4%), 교육(25.3%), 소득 및 사회적 지위(23.0%) 순으로 많이 있었다(Frankish et al., 2007). 이와 같은 캐나다의 사례를 포함하여 다양한 외국 사례를 참고로 국내 상황을 반영하여 각 지자체별로 특정한 사회적 건강결정요인을 선택하여 부문 간 협력 사업으로 추진하려는 노력들이 있어야 할 것이다.

둘째, 건강도시를 중심으로 부문 간 협력사업을 도입하도록 하고 이후 다른 지자체로 확산하는 전략을 시도해 볼 필요가 있다. 이는 건강도시사업이 도달하고자 하는 목표 가운데 하나가 건강한 공공정책을 통한 시민의 건강증진이기 때문에 어느 정도 부문 간 협력을 위한 정치적 지지가 마련된 지자체라고 할 수 있고 따라서 부문간 협력이 보다 용이하게 확산될 수 있다고 판단되기 때문이다. 보건복지부와 WHO 서태평양지역사무소에서 추진 중인 건강도시인증제에서 부문 간 협력을 인증기준에 포함한다면 건강도시에서 부문 간 협력사업 도입이 확산되는데 도움이 될 것이다. 마지막으로 부문간 협력에 관한 연구 과제를 몇 가지 제시하면 다음과 같다.

첫째, 부문간 협력의 실행 현황에 관한 조사가 필요하다. 우리나라에서 건강증진을 위한 부문간 협력이 어떤 영역에서 어떤 유형으로 이루어지고 있는지, 촉진 요인은 무엇이고 장애 요인은 무엇인지 우리나라 상황을 반영한 실증적 자료가 있어야 부문간 협력의 구체적인 발전방안을 마련할 수 있을 것이다. 이러한 연구는 해외 연구의 사례를 볼 때 양적연구와 질적연구가 모두 중요할 것으로 보인다.

둘째, 건강증진 분야에서 어떤 영역에 우선적으로 부문간 협력이 도입되어야 하는지에 관한 연구가 필요하다고 생각된다. 앞서 제안한 바와 같이 사회적 건강결정요인들 가운데 어떤 요인에 초점을 우선적으로 맞출 것인지, 또한 그러한 결정을 내리는데 필요한 판단기준은 무엇인지를 연구할 필요가 있다. 이러한 연구는 또한 부문간 협력의 구체적인 사업모형을 포함해야 할 것이다.

셋째, 부문간 협력의 효과에 관한 연구가 필요하다. 본 연구의 검토결과 장기적인 건강 결과의 향상에 있어서는 비록 아주 작은 영향만 발견되었지만 만약 부문간 협력을 통해 서비스 질이 향상된다거나 정책의 지속가능성이 높아진다면 비용이 감소한다는 단기 내지 중기적인 효과에 대한 근거가 축적된다면 부문간 협력을 추진하는데 도움이 될 것이다.

참고문헌

Aarts, M. J., Jeurissen, M. P. J., van Oers, H. A. M., Schuit, A. J., & van de Goor, I. A. M. (2011). Multi-sector policy action to create activity-friendly environments for children: A

multiple-case study. *Health Policy*, 101, 11-19.

Adeleye, O. A., & Ofili, A. N. (2010). Strengthening intersectoral collaboration for primary health care in developing countries: Can the health sector play broader roles? *Journal of Environmental and Public Health*, 2010, 1-6.

Bolstad, C. A., & Endsley, M. R. (2005). Choosing team collaboration tools: Lessons from disaster recovery efforts. *Ergonomics in Design*, 13, 7-14.

Campion, M. A., Medsker, G. J., & Higgs, A. C. (1993). Relations between work group characteristics and effectiveness: Implications for designing effective work groups. *Personnel Psychology*, 46(4), 823-850.

CSDH. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva, Switzerland: WHO.

Cramton, C. D. (2002). Finding common ground in dispersed collaboration. *Organizational Dynamics*, 30(4), 356-367.

Détienne, F. (2006). Collaborative design: Managing task interdependencies and multiple perspectives. *Interacting with Computers*, 18(1), 1-20.

Edwards, A., & Wilson, J. R. (2004). *Implementing virtual teams: A guide to organizational and human factors*. Aldershot, England: Gower.

Fear, H., & Barnett, P. (2003). Holding fast: The experience of collaboration in a competitive environment. *Health Promotion International*, 18(1), 5-14.

Frankish, C. J., Casebeer, A. L., Moulton, G. E., Eyles, J. D., Quantz, D., Labonte, R., . . . Evoy, B. E. (2007). Addressing the non-medical determinants of health. *Canadian Journal of Public Health*, 98(1), 41-47.

Fletcher, B. W., Lehman, W. E. K., Wexler, H. K., Melnick, G., Taxman, F. S., & Young, D. W. (2009). Measuring collaboration and integration activities in criminal justice and substance abuse treatment agencies. *Drug and Alcohol Dependence*, 103(Suppl 1), 54-64.

Frost & Sullivan. (2006). Meetings around the world: The impact of collaboration on business performance [online]. Available from: http://newscenter.verizon.com/kit/collaboration/MAW_WP.pdf

Geneau, R., Legowski, B., & Stachenko, S. (2009). An intersectoral network for chronic disease prevention: The case of the Alberta Healthy Living Network. *Chronic Disease in Canada*, 29(4), 153-161.

Hackman, J. R. (1990). *Groups that work (And those that don't): Creating conditions for effective teamwork*. Oxford, England: Jossey-Bass.

Harvey, C. M., & Koubek, R. J. (2000). Cognitive, social, and environmental attributes of distributed engineering collaboration: A review and proposed model of collaboration. *Human Factors and Ergonomics in Manufacturing*, 10(4), 369-393.

- Hayes, S. L., Mann, M. K., Morgan, F. M., Kelly, M., & Weightman, A. L. (2012). Collaboration between local health and local government agencies for health improvement. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10. CD007825.
- Hendriks, A. M., Gubbels, J. S., De Vries, N., Seidell, J. C., Kremers, S. P. J., & Jansen, M. W. J. (2012). Interventions to promote an integrated approach to public health problems: An application to childhood obesity. *Journal of Environmental and Public Health*, 2012, 1-14.
- Hill, C. J., & Lynn, L. E. (2003). Producing human services: Why do agencies collaborate? *Public Management Review*, 5, 63-81.
- Himmelman, A. T. (2001). On coalitions and the transformation of power relations: Collaborative betterment and collaborative empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 29, 277-284.
- Huxman, C. (Ed.). (1996). *Creating collaborative advantage*. Thousand Oaks, CA: SAGE
- Kang, E., Park, H. J., & Kim, J. E. (2011). Health impact assessment as a strategy for intersectoral collaboration. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 44(5), 201-209.
- Karasek, R. A. (1998). Demand/control model: A social, emotional, and physiological approach to stress risk and active behaviour development. In J. M. Stellmann (Ed.), *Encyclopaedia of Occupational Health and Safety* (4th ed., pp.34.6-34.14). Geneva, Switzerland: ILO.
- Konrad, E. L. (1996). A multidimensional framework for conceptualizing human services integration. *New Directions for Evaluation*, 69, 5-19.
- Kim, C. (1999). *Community partnership in health promotion service*. Paper presented at the Seoul National University Research Institute for Nursing Science Conference. Seoul, Korea
- Kim, J. (2012). Principles for evaluating Healthy Cities. *Korean Journal of Health Education and Promotion*, 29(4), 67-81.
- Lawn, J. E., Rohde, J., Rifkin, S., Were, M., Paul, V. K., & Chopra, M. (2008). Alma-Ata: Rebirth and Revision 1. Alma-Ata 30 years on: Revolutionary, relevant, and time to revitalise. *Lancet*, 372, 917-927.
- Mattessich, P. W., & Monsey, B. R. (1992). *Collaboration: What makes it work? A review of research literature on factors influencing successful collaboration*. St Paul, MN: Amherst H. Wilder Foundation
- Murphy, M., Perrot, F., & Rivera-Santos, M. (2012). New perspectives on learning and innovation in cross-sector collaborations. *Journal of Business Research*, 65, 1700-1709.
- Olson, G. M., & Olson, J. S. (2000). Distance matters. *Human-Computer Interaction*, 15(3, Pt. 2), 139-178.
- Patel, H., Pettitt, M., & Wilson, J. R. (2012). Factors of collaborative working: A framework for a collaboration model. *Applied Ergonomics*, 43, 1-26.
- Peters, B. G. (1998). Managing horizontal government: The politics of coordination. *Public Administration*, 76(2), 295-311.
- Provan, K. G., & Milward, H. B. (2001). Do networks really work? A framework for evaluating public-sector organizational networks. *Public Administration Review*, 61, 414-423.
- Randolph, F., Blasinsky, M., Morrissey, J. P., Rosenheck, R. A., Cocozza, J., Goldman, H. H., & ACCESS Natl Evaluation Team. (2002). Overview of the ACCESS program. *Psychiatric Services*, 53, 945-948.
- Rosenthal, H. (1998). Collaboration for the nutrition field: Synthesis of selected literature. *Journal of Nutrition Education*, 30, 246-267.
- Stahl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E., & Leppo, K. (Eds.). (2006). *Health in all policies, prospects and potentials*. Finland: The Ministry of Social Affairs and Health.
- Storm, I., Aarts, M. J., Harting, J., & Schuit, A. J. (2011). Opportunities to reduce health inequalities by 'Health in All Policies' in the Netherlands: An explorative study on the national level. *Health Policy*, 103, 130-140.
- Unsworth, K., & West, M. A. (2000). Teams: The challenges of cooperative work. In N. Chmiel (Ed.), *An introduction to work and organizational psychology: A European perspective* (pp. 327-346). Oxford, England: Wiley-Blackwell.
- Walsh, J. P., & Maloney, N. G. (2007). Collaboration structure, communication media, and problems in scientific work teams. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 12(2), 712-732.
- Wilson, J. R., Jackson, S., & Nichols, S. (2003). Cognitive work investigation and design in practice: The influence of social context and social work artefacts. In E. Hollnaegel (Ed.), *Handbook of Cognitive Task Design* (pp. 83-98). Hillsdale, NY: Lawrence Erlbaum Associates.
- World Health Organization. (1997). *Intersectoral action for health: A cornerstone for health-for-all in the twenty-first century*. Proceedings of International Conference on Intersectoral Action for Health. World Health Organization, Halifax, Canada.
- World Health Organization. (2007). *The Buenos Aires Declaration: Towards a health strategy for equity, based on primary health care*. Retrieved from: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/PHC_Declaration_Buenos_Aires-2007.pdf
- World Health Organization. (2011). *Bugs, Drugs and Smoke. Stories from Public Health*. Geneva, Switzerland: Author.