

보건소의 지역사회 건강증진 협력 모색

유승현*†, 김광기**

* 서울대학교 보건대학원/건강증진연구센터

** 인제대학원대학교/알코올 및 도박문제연구소

Contexts and Directions of the Collaboration between Public Health Centers and Community Partners for Health Promotion

Seunghyun Yoo*†, Kwang Kee Kim**

* *Seoul National University Graduate School of Public Health/Center for Health Promotion Research*

** *Inje Institute of Advanced Studies/Center for Alcohol and Gambling Problem*

<Abstract>

Objectives: This paper discusses the current contexts of the collaboration between public health centers(PHCs) and community partners for health promotion. Then it suggests directions for the development and enhancement of the collaboration. **Methods:** The discussion in this paper is based on key literature on community health promotion, including literature reviews and case reports. **Results:** PHCs are mostly engaged in networking and cooperation rather than collaboration with the community. A typical pattern of cooperation is where PHCs provide healthy-setting types of programs to the community in single-partnered relationships. Current cooperation rarely involves co-planning by a multi-partnered partnership, and is greatly influenced by the interest of PHC directors and PHC performance evaluation indicators. Systems change is recommended to foster collaboration for community health promotion. Such change involves: shared understanding of health promotion and collaboration, inclusion of collaboration mechanism in public health governance, leadership development, capacity enhancement of all partners, role definition of PHCs for community collaboration, and development of collaborative system, at the least. **Conclusions:** At this point where collaboration should be more than rhetoric, multi-faceted, intersectoral, and concurrent approaches are required to create discourses, to develop cases, and to share experience for actual realization of collaboration for community health promotion.

Key words: Collaboration, Partnership, Public health centers, Community, Health promotion

I. 서론

건강은 상황, 여건, 환경, 사회적 분위기, 정책, 경제, 제도, 문화, 보건, 의료, 교육, 과학기술, 사회간접시설 등 다양한 요소에 의해 종합적으로 영향을 받으므로 본질적인 건강증진이란 단일 분야의 단독, 전담 일이 아닌 그야말로 협력을 기반으로 해야 하는 일이다. 이에 건강증진 오타와 헌장(The Ottawa Charter for Health Promotion)에서는 정부와 민간, 사회 각 영역의 다양한 역할, 관심, 이해관계가 건강

증진의 방향으로 조화, 조정되고 부처 간, 부문 간 협력이 이루어지도록 하는 중재(mediate)를 건강증진의 기본전략 중 하나로 제시하고 있는 것이다(World Health Organization [WHO], 1986).

이후 2005년 건강증진 방콕 헌장(The Bangkok Charter for Health Promotion)에서는 오타와 헌장의 원칙과 전략을 이어나가면서 건강증진을 정부 전부문의 핵심 책임영역으로 하고 커뮤니티와 시민사회에 중점을 두고, 공공, 민간, 비정부기구, 국제기구, 시민사회가 연대한 협력관계 속에서

Corresponding author : Seunghyun Yoo

Seoul National University Graduate School of Public Health, Building 221 Room 318, I Gwanak-ro Gwanak-ku, Seoul, Korea
서울 관악구 관악로 1 서울대학교 보건대학원 221동 318호

* 이 논문은 2009년도 정부의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 연구되었음(NRF-2009-332-B00625)

Tel: 02-880-2725 E-mail: syoo@snu.ac.kr

▪ 투고일: 2013.08.25

▪ 수정일: 2013.09.13

▪ 게재확정일: 2013.09.24

건강증진 지향의 지속적인 활동을 이어나갈 것을 촉구했다(WHO, 2005). 또한 국제적으로 건강증진을 위한 협력은 보건외로 제품과 프로그램의 개발과 전달, 교육과 인력개발, 자원조달, 서비스 제공 등의 다양한 영역에서 공공-민간 파트너십(public-private partnership [PPP])을 논하고 있다(WHO, n.d.). 그리고 건강증진에 관한 공공-민간 파트너십의 사례, 논의, 비평이 다뤄지고 있는 가운데(Brinkerhoff & Brinkerhoff, 2011; Dineley-Johnson, 2009; Easton, 2009; McDonnell et al., 2009), 협력관계와 협력자 역할에서 비영리 비정부기구와 영리 비정부기구 간의 구분 문제가 대두되고 있다(Conflicts of Interest Coalition, 2011; Raine, 2013).

이상의 기본 원칙과 함께 건강형평성, 건강도시, 지역사회 참여, 사회적 건강결정요인 등의 관점에서 보건·건강증진을 위한 협력이 강조되어왔고, 거버넌스에 대한 논의를 비롯하여 보건 외의 다른 분야 전반에서도 부문 간 협력은 중요 과제로 떠올랐다(Commission on Social Determinants of Health, 2008; Dankwa-Mullen et al., 2010; Kim, 2011; Shin, Yoon, Kim, Jeong, & Seo, 2011; Yoo, 2009; Yoo, 2010). 국내에서도 최근 건강증진사업 수행에서 지역사회 참여가 강조되는 것 역시 복합적, 맥락적인 건강 사안을 지역사회의 맥락과 시각에서 이해하고 목적과 역할을 공감하는 협력관계를 통해 건강증진을 추구한다는 원리에 기반을 두고 있다. 이미 여러 기회와 경로를 통해 제기된 협력의 중요성과 필요성이 다시금 강조되는 것은 형식상으로 만의 협력이 아니라 협력이 실제화 되어야 하고, 부처 간, 부문 간, 공공-민간 간 등 다양화 되어야 하기 때문이다. 이 글에서는 협력의 원리와 주요요소들이 서울시 보건소 건강증진사업 현장에서 실현되기 위한 맥락을 선행연구와 사례 중심으로 살펴보고 협력의 실제화 방향을 모색해보고자 한다.

II. 연구방법

협력의 유형과 성공적인 협력요인을 도출하기 위해 지역사회 협력의 형성, 진행, 평가에 관한 연구와 사례 자료를 종합하여 정리한 문헌고찰 자료와 협력 지침서, 저서 등을 중심으로 협력의 의미, 유형, 요인, 평가기준들을 도출하였다. 시의적절한 논의를 위하여 2000년 이후 발표된 문헌고찰 자료와 저서를 대상으로 하였고, 이러한 자료에 인

용된 문헌들은 발표 시기에 제한을 두지 않고 참조하였다. 국내 사례 예시로는 서울시 보건소 건강증진사업의 협력사례 연구들(Jang, Cho, Yoon, Kwak, & Yoo, 2009; Yoo, 2011)을 대상으로 하였다.

III. 연구결과

1. 협력의 정의, 유형, 성공요인

Mattessich (2005)은 협력(collaboration)을 2개 이상의 조직이 공동의 목적을 달성하기 위해 모여서 잘 설정된 관계를 통해 상호이익을 추구하는 것으로, 협력관계는 상호관계와 공동목적의 명확한 설정, 공동 개발한 운영구조의 운영, 책임과 권위 공유, 책무성의 공감, 자원과 보상의 공유에 대해 협력자들이 공감하고 성실히 임하는 것으로 정의하였다. 협력은 공동 작업의 체계와 정도에 따라 networking, cooperating, coordinating, collaborating 등으로 분류되어 왔다(Butterfoss, 2007; Himmelman, 1992; Kagan, 1991, as cited in Jang et al, 2009, p. 132). 이 중 보통 ‘협력’으로 번역 사용되는 collaboration은 각자의 조직과 체계를 가지고 있는 개체들이 협력을 위해 협의체와 같은 별도의 운영체계를 만들고 협력을 진행하기 위한 공동의 자원을 확보하여 장기적인 관계를 이어가는 유형이다. 이에 반해 간헐적으로 정보 교환을 하는 정도는 연계(networking), 일의 불필요한 중복을 줄이면서 사업을 진행하기 위한 단기간, 비공식적 협력관계는 협조(cooperating)로 분류된다.

협력진단 관련 연구문헌들의 결과를 종합해보면 리더십과 책무성, 협력의 수행·운영·평가 외에 명확하게 명시된 공동의 비전과 목적, 운영구조와 체계의 공식화, 충분한 자원, 구성원 특성과 참여, 협력을 위한 환경과 분위기, 정보 흐름과 의사소통이 협력의 주요 요소였다. Mattessich, Murray-Close, & Monsey (2001) 역시 선행연구 문헌분석을 통해 성공적인 협력의 특성을 Table 1에 제시된 6개 영역으로 정리하였다.

<Table 1> Ingredients for successful collaboration

| |
|--|
| Environment |
| History of collaboration or cooperation in the community |
| Collaboration group seen as a legitimate leader in the community |
| Favorable political and social climate |
| Membership |
| Mutual respect, understanding, and trust |
| Appropriate cross-section of members |
| Members see collaboration as in their self-interest |
| Ability to compromise |
| Process and structure |
| Members share stake in both process and outcome |
| Multiple layers of participation |
| Flexibility |
| Development of clear roles and policy guidelines |
| Adaptability |
| Appropriate pace of development |
| Communications |
| Open and frequent communication |
| Established informal relationships and communication links |
| Purpose |
| Concrete, attainable goals and objectives |
| Shared vision |
| Unique purpose |
| Resources |
| Sufficient funds, staff, materials, and time |
| Skilled leadership |

Source: Mattessich, 2005

성공적인 협력의 특성은 곧 협력의 성공을 판단하는 진단항목이 된다. 협력에 우호적이고 지지적인 여건, 협력에 대한 지원과 보상체계, 협력을 이끌어가고 방향을 제시하는 리더십, 협력 협의체 구성원의 다양성, 협의체 구성원 간의 상호존중, 이해, 신뢰, 타협, 구성원 각자가 이루고자 하는 바와 협력 목적의 부합성, 협력 목적에 대한 공동의 이해, 협력과정에서의 명확한 역할설정과 운영원칙, 협력자 간 개방적이고 빈번한 의사소통 등이 대표적인 진단항목이다.

2. 서울시 보건소 건강증진사업의 협력 맥락

현재 우리나라의 지역사회 건강증진 사업의 대표기구는 보건소이고, 건강증진 활동의 지원기금출처도 공공영역의

비중이 크다. 건강도시, 건강 관련 네트워크 구축, 지역사회 참여, 공동체 만들기가 점차 보건 분야에서 익숙하게 언급됨에 따라 보건소 내부의 부서 간 협력, 보건소와 타 공공기관 간의 협력, 보건소와 지역사회 구성원(개인 및 조직) 간의 협력 등 다차원의 협력이 수행과제가 되었다. 그런데 보건소 내외부의 공공조직 간 협력 추진에 나름의 어려운 점들이 있지만 보건소-지역사회 간의 협력은 성질이 다르고 상대적으로 양적, 질적 경험이 많지 않다고 하겠다.

‘협력’이라는 단어 표현은 같더라도 협력 작업의 구체적인 내용과 형식, 과정은 사례마다 다를 수 있다. 서울시 보건소 단위의 건강증진사업을 위한 지역사회 협력은 협력을 어떻게 정의하는지에 따라 건강증진사업 대부분이 협력을

통해 이루어진다고 볼 수도 있고, 협력이 거의 되지 않고 있다고도 할 수 있다는 현장 실무자·관리자들의 의견이 면접조사를 통해 파악되었다(Yoo, 2011). 전자는 협력을 보건소 내외와의 업무협조, 시설대여, 자료제공, 행사 참여 등으로 보는 관점으로, 특히 지역사회 협력은 지역사회의 학교, 어린이집, 사업장, 복지시설, 경로당 등을 통해 사업대상을 물색하고 모집하여 그들에게 보건소의 사업을 제공하는 형식으로 이루어지는 것이 대표적이다(Jang et al., 2009). 반면 후자는 협력의 정도에 따라 유형이 구분되고, 현재의 지역사회 협력은 ‘협력’이라고 불리는 유형이 갖추어야 할 협력자 간 공동 작업 수준에 미치지 못한다는 견해이다. 이러한 현장 실무자·관리자들의 의견에 따르면 현재까지의 지역사회 건강증진사업을 위한 협력이 연계(networking), 협조(cooperating) 정도이고 협력(collaborating) 수준은 드물다는 뜻이 된다. 현장 의견 중에 협력을 ‘연계하여 실시’하는 것으로 표현한 경우가 많고, 지역보건의료계획에도 연계 실시 유형이 많았던 것(Jang et al., 2009)도 지금까지의 협력이 협의체 구성, 공동 자원 확보, 공동 기획보다는 지역사회의 기관이나 행사의 일들에 연계하여 보건소의 건강증진사업을 실시하는 협조 유형이 지배적임을 드러내는 것으로 보인다. 모든 지역사회 건강증진 협력이 collaborating 수준일 수는 없겠고 일의 성질에 따라서는 연계나 협조가 가장 적절할 것이다. 다만 협력의 중요성과 필요성을 체감하고 강조하면서도 협조 이상의 보다 지속적, 시스템적이며 심도 깊은 협력이 잘 이루어지지 않고 있는 것에 대해서는 분석과 대안이 필요하다.

현 상황에서 서울시 보건소 건강증진사업 현장 실무자·관리자들은 협력 관련자들이 관심을 가지고 win-win 상황을 초래하는 공동의 목적달성을 위해 함께 사업을 만드는 것, 협력사업의 결과가 협력자 모두에게 이득이 됨으로써 협력이 지속적으로 이어지는 것을 이상적인 협력으로 생각했다(Yoo, 2011). 이를 위해서는 자원을 확보하는 능력, 협력 여건을 원활하게 할 수 있는 능력을 가진 기관장이 협력에 대한 관심을 가지는 것이 특히 강조되었고, 협력자들이 협력에 참여가 가능하도록 여건이 마련되어야 하고, 협력자 간 의견교환이 원활하여 문제점이나 의견조율이 가능한 상황이어야 하며, 예산과 인력을 포함한 자원이 확보되어야 한다는 의견이었다. 특히 정부기관인 보건소의 입장에서는 지역사회 협력을 원활하게 하기 위한 법적근거, 업무

조항 등이 마련되는 것을 이상적인 협력실행을 위한 조건으로 들었다.

3. 현재 협력의 특징

2010년 전후 서울시 보건소의 지역사회 건강증진 협력 사업은 1) 건강한 아파트, 건강한 학교, 건강한 직장 등 건강한 생활터 만들기 사업이 다수이고, 보건소가 특정 생활터에 보건소의 건강증진프로그램을 적용하는 방식이라는 점, 2) 대부분 다자간 협력보다는 보건소와 협력대상기구의 1:1 관계 위주인 점, 3) 협의체 운영은 없거나 형식적인 선이고 협력자 간 공동 기획·개발·자원 지원이 아닌 점, 4) 협력 사업이 협력 자체의 목적이나 의의보다 보건소장, 협력기관장 등 기관장의 관심과 영향력 여부에 따라서, 그리고 보건소 평가를 잘 받기 위한 수단 또는 조건으로서 추진되어왔다(Yoo, 2011). 이 중 협력에 영향을 미치는 가장 큰 요인 중 하나가 기관장의 관심과 태도였는데 이는 보건소라는 행정조직의 특성을 나타내면서 현실적으로 협력 추진을 위한 인력, 예산 등과도 연결되어있다. 리더십의 여부, 리더십의 유형, 자원 보유 여부와 확보 기전은 선행 연구문헌에서 공통적으로 제시하는 주요 협력 성공요인의 하나이다(Dowling, Powell, & Glendinning, 2004; Downey, Ireson, Slavova, & McKee, 2008). 그러나 연구문헌들에서 설명하는 리더십이란 협력을 위한 협의체의 방향 제시, 협력에 참여하는 기관 간의 조정, 협력 사업을 위한 공동의 자원 확보 역량을 포함하는 개념이라는 점에서 “기관장의 마인드에 의해서” “윗분이 생각이 없으시면” 보건소가 추진하는 협력이 영향을 받는다(Yoo, 2011) 맥락과는 구별된다.

협력의 수행과 성과에 대한 책무성과 평가기전 역시 협력 성공요인에 포함된다(Dowling et al., 2004; Mitchell & Shortell, 2000; Rosenthal et al., 2006). 이때의 평가는 무엇을 목적으로 하여 어떤 사람과 조직들이 협력을 형성하였으며, 협력을 진행하는 구조와 과정이 어떠한지, 협력을 통해 협의체의 어떤 역량과 역할이 강화되어 궁극적으로는 사회 변화, 건강증진에 기여하였는지를 파악하려는 관점이다. 이와 함께 Granner & Sharpe (2004)는 협력의 결과로 지역사회 역량, 사회자본, 협력 협의체의 정착, 다른 조직이나 커뮤니티로의 관계 확장, 정책 변화와 옹호가 초래되었는지를 점검할 것을 제시하였다. 일선 보건소 담당자들이 보건소 평가결과에 대한 부담을 가진 상황에서 단기간, 가시적

인 수량적 지표 위주의 평가와 평가주관기구(예컨대 서울시와 안전행정부)에 따라 다른 평가지표, 평가항목과 기준의 잦은 변경은 현장 담당자들이 “평가를 위한 평가에 끌려 다니고” “보건소라는 데는 네트워크를 구축하고 연계하는 것을 우선으로 하라고 해놓고 평가는 보건소에서 프로그램 몇 개 돌려가지고 몇 명이 왔는지 그 수를 제출하라는 모순”을 느끼게 한다(Yoo, 2011). 현장에서 생각하는 협력에 대한 이상적인 평가는 협력의 과정과 성격을 설명할 수 있게 하는 것, 협력을 통한 일의 진행방식 변화, 인식과 분위기 개선, 장애요인 해결을 평가하는 것이었다. 협력은 과정과 관계의 문제이고 이러한 과정과 관계의 질에 따라 함께 추진하는 사업의 질, 성과가 영향을 받는다. 협력이 명목상, 형식적으로만 이뤄지거나 형식적인 협력자 네트워크의 양적 팽창 방향으로 진행된다면 지역사회 안에서 협력기관과 보건소 간의 관계저하, 신뢰 손상, 협력에 대한 부정적 분위기 형성 등 바람직하지 못한 효과를 낳게 된다. 협력은 그 기반에 협력 지향적이고 우호적인 분위기가 형성되어 있을 때 성공 가능성이 높아진다.

협력의 목적을 분명히 하고, 협력에 참여하는 기관과 개인이 공동의 협력 목적에 동의하는지 여부는 협력의 성공요인의 하나이다(Dowling et al., 2004; Mattessich et al., 2001). 참여자들이 협력 목적에 동의하는지가 중요하다는 것은 매우 당연하게 들린다. 그러나 협력 목적에 동의한다는 것은 협력의 명분이나 의의에 이견이 없는 것만을 의미하는 것은 아니다. 협력은 일과 역할을 나누는 것이기도 하지만 협력을 형성하고 유지하기 위해 새로운 일을 추가로 해야 하기도 한다. 그러므로 협력에 동의한다는 것은 협력에 참여함으로써 업무나 책임이 추가되더라도 서로의 공동목적에 동의하고 협력함으로써 얻는 것이 있다는 것을 의미한다. 서울시 보건소 담당자들은 협력에 동의한다는 것을 “각자 이해관계와 목적이 다른 협력자들이 협력사업 안에서 공동의 목적에 합의하는 것” “큰 목적 안에 작은 각자 생각이 맞아야 되는 것”으로 설명하고, “공통적인 이익이 있어야지만 협의가 잘 이루어지고” “서로 이익이 맞아 떨어졌을 때 장애요인도 헤쳐갈 수 있다”고 하였다. 이러한 견해는 서울시 건강증진사업 관리자와 담당자 모두 “협력의 목적과 주요 활동내용이 무엇인지 분명하게 정하기”가 협력의 다른 조건들(예컨대 공동기획, 자원 확보, 기술지원 확보, 원칙 설정, 리더십 개발, 성과 홍보, 지속성 확보, 협

력활동의 기록과 평가)에 비해 우선순위가 가장 높다고 선정한 것을 통해서도 재확인된다(Yoo, 2011).

보건소의 건강증진사업 맥락에서 협력은 앞서 설명한 바와 같이 보건소와 협력기관 기관장의 관심에 의해 영향을 받는 것 외에 협력사업 담당자의 의지와 열의가 주요한 영향요인이 된다. 담당자에게 협력은 동시에 담당할 여러 업무들 중의 하나이므로 협력에 대한 관심, 의지, 적극성, 보람, 경험 수준 등에 따라 영향을 받을 수밖에 없다. 특히 담당자의 인사이동이 잦고 업무량이 많은 보건소의 상황에서 협력을 체계적으로 지속시키는 것은 근원적으로 제한이 있다. 따라서 이상적인 협력이 가능하려면 인력과 예산도 함께 고려되어야 한다. 체계적인 협력에는 업무영역과 역할, 시행체계를 명확하게 하는 것도 포함된다. 현장 담당자들은 자치구의 예산 규모를 강조했다, 명확한 역할 분담과 협력사업에 공식성을 부여하는 것이 협력 체계화의 조건이라고 설명했다(Yoo, 2011). 그리고 협력업무가 담당자 개인의 문제가 아니라 담당자의 직무기술 상에 명시되고 공식화되어야 지속성을 가질 수 있으며, 이러한 체계성은 개인 직무차원에서 만이 아니고 협력기관의 부서 편제, 의사결정 및 행정체계와도 관련된다는 것이 공통된 의견이었다.

협력이 ‘관계’라는 점을 상기하면 지역사회 협력자들의 태도, 관심, 역량도 상당한 비중을 차지하는 요인이 된다. 보건소는 그동안 주로 관변, 직능단체를 대상으로 협력을 해왔고, 시민조직이나 주민모임과의 협력은 상대적으로 하지 못하였다. 이러한 경향은 시민조직이나 주민모임의 업무체계가 보건소에 비해 형식화되지 않은 것과 관련이 있을 수 있다. 게다가 지역사회 구성원들 사이에서 보건소란 보건의료서비스를 제공하는 곳이고 주민은 그러한 서비스를 수용하는 대상이라는 인식이 자리 잡고 있다. 정해진 형식과 체계에 따라 단기간에 사업을 수행해야 하는 보건소의 입장에서는 이들과의 사업 협력이 어려울 수밖에 없다. 심지어 이들과의 협력을 회의적으로 평가하는 경우도 있었다. 그리고 보건소 담당자들은 민간단체의 발굴과 지원, 보건소와 민간단체의 보완적인 역할 설정을 대안으로 제시하였다. “정부차원에서 예산을 확보하든 해서 민간단체에 힘을 실어서 그 사람들이 지역사회에 사업을 할 수 있도록[하고 그것에] 대한 뒷받침은 보건소에서 하고, 프로그램, 사업, 환경조성은 민간협력단체들이 해야 되지 않을까. 그래야 뭔가 변화가 있지 [보건소가] 할 수 있는 것은 이미 확

차있거든요.”(Yoo, 2011)라는 입장은 협력을 활성화하려면 지역사회의 조직들이 건강증진과 관련해 수행할 역할 설정과 예산지원체계의 개편이 필요하다는 것을 의미한다.

IV. 논의

1. 과정으로서의 협력

선행 해외연구문헌에서 성공적인 협력의 필수요소로 밝혀진 것들은 협력이 형성되고 진행되는 과정상 상당한 노력이 드는 것들이다. 예를 들어 협력에 대한 공동의 비전과 목적을 형성하는 것은 만나기만 하면 자동으로 형성되거나 형식적으로 지나치는 일이 아니라 협력참여자들이 많은 대화를 나누면서 서로의 현황과 경험을 공유하는 과정에서 협력을 통해 이를 비전과 목적에 대한 공감과 합의를 하게 되는 것이다. 협력의 운영구조와 체계를 공식화하는 것 역시 협력이 필요하고, 형성된 체계가 자리를 잡기까지 시간이 소요된다. 따라서 협력이 내포하고 있는 과정상의 노력을 감안하여 사업예산과 기간, 인력에 대한 의사결정이 되어야 한다. 지역사회 건강증진 사업의 협력에 관한 외국의 경험을 보면 협력이 일단 형성된 후에도 기능적인 협력체로 제 역할을 하기까지는 수년이 걸린다는 사실을 관찰할 수 있다(Butterfoss, 2007). 그리고 해외 사례에서 찾아볼 수 있는 또 한 가지 특징은 협력과정 자체를 성과로 인정한다는 점이다. 협력의 최종산출만을 성과로 인정하는 것이 아니라 협력을 통해 건강증진 활동이 얼마나 다양화되었는지, 자원이나 전문성이 강화되었는지, 건강증진 활동에 대한 정보와 기술공유가 활발해졌는지, 해당 건강 주제에 대한 협력자들의 이해가 높아졌는지, 지역사회에서 해당 건강증진 활동의 가시성(visibility)이 높아졌는지 등이 성과지표로 활용된다. 이렇게 함으로써 협력이 실제로 진행되고 활발해질 수 있는 동기와 성취감이 생길 수 있을 것이다.

2. 현안 과제

현실적으로 어려운 점과 제약이 있더라도 협력은 건강증진의 기본 전략이자 전제이고, 당면과제는 현 상황에서 ‘어떻게’ 협력 친화적으로 발전해갈지를 모색하는 것이다. 협력은 곧 관계형성이고, 관계형성에는 시간이 소요되며,

관계형성 중에는 인력, 의사소통, 협력지지여건 등이 자주 바뀌지 않고 유지되는 것이 좋다. 이를 위해서는 개인이나 사업단위에서도 변화가 필요하지만 보건소를 비롯하여 협력 관련 주변상황이 전반적으로 협력 친화적으로 변모하는 시스템 변화가 요구된다. 협력 친화적인 환경이 구축되기 위해 선결되어야 할 과제들을 보다 구체적으로 모색해 보면 다음과 같다.

건강증진에 대한 이해 형성: 건강증진이 개인과 소집단의 건강생활실천을 포함하는 동시에 건강 친화적 여건 형성, 건강정책 개발 지원, 지역사회 구성원의 건강증진 역량 강화 등 보다 복합적이고 다차원적인 부문이라는 것에 대한 이해가 널리 형성되어야 한다. 건강증진은 개인의 건강생활실천이라는 견해나 보건소는 그를 위한 보건의료서비스를 개인, 소집단 단위로 서비스를 제공하는 기관이라는 개인 중심의 생의학적 건강증진 인식, 건강이라는 단어가 포함된 일은 보건소가 전담해야 한다는 제한적 견해는 협력의 동기형성에 근본적인 제약이 된다. 건강증진을 건강의 사회적 결정요인을 변화시키려는 과정으로 인식하게 될 때 보건 분야 외의 다른 부문이 함께 조직적으로 개입해야 하는 당위성과 정당성이 확보될 수 있다. 이러한 건강증진에 대한 인식의 형성과 확산은 공공, 민간, 산학, 보건의료, 지역사회 등 다부문과 연계되어 다양한 경로와 매체를 통해 이루어져야 할 것이다. 그리고 인식변화를 위한 확산 노력은 전문용어나 원칙을 소개하는 것 외에 지역사회의 다양한 현장 맥락에 맞게 내용이 구성되어야 하고, 일회성 캠페인이나 표어 위주의 홍보가 아니라 실생활에서 대중적으로 이해되고 공감되는 것을 목표로 해야 한다.

부문 간 협력의 구조화: 건강증진을 건강 친화적 여건과 환경의 변화라는 패러다임으로 인식하고 부문 간 협력의 필요성을 인정하더라도 현실적으로는 잘 실행되지 않는다(Adeleye & Ofili, 2010; Lawn et al., 2008). 특히 우리나라와 같이 부처주의가 팽배해 있고 민관협력 경험이 부족한 상황에서는 협력은 더 어려울 수밖에 없다. 따라서 부문 간 협력이 추진될 수밖에 없는 기전을 정부의 거버넌스에 구조화하는 것이 필요하다. 남호주 정부는 “모든 정책에서의 건강(health in all policies)”을 추진하기 위해 최고의사결정자 직속의 실행위원회를 설치하고 건강문제 인식과 정책대안 시행을 건강관점, 건강이라는 렌즈(health lens)의 틀에 의해서 분석할 수 있도록 하는 구조를 갖추고 있다(Lawless

et al., 2012). 건강문제의 기획, 수행 및 평가 과정에 협력이 내재화될 수 있도록 거버넌스를 구조화한 것이다. 예를 들어 신체활동활성화를 추진할 때, 관련된 행정부문(예컨대, 보건소, 지방자치단체의 공원녹지과, 버스운송과, 도로교통과, 문화체육관광과, 지역경제과 등)들로 종합적으로 구성된 신체활동활성화실행위원회를 통해서 협력을 보장하는 거버넌스 구조가 필요할 것이다.

공공부문 간, 공공-민간 간 협력을 위한 시스템 구축의 다른 과제는 공무원 인사와 예산집행 시스템 및 평가기전의 한계를 극복하는 것이다. 특히 보건소를 포함하여 공공부문의 잦은 인력 교체와 사업의 단기성을 감안할 때, 협력이 사람과 사업의 잦은 변화에 의해 흔들리지 않고 지속될 수 있는 방안의 개발이 필요하다. 이를 위해서는 협력이 단위사업과 같은 개념이 아니라 지속적인 관계의 형성과 유지라는 개념으로 이해되어야 하고, 중장기계획이나 장기발전방향의 하나로 지속되도록 예산집행 방식의 변화, 협력의 시스템화가 요구된다. 협력 담당자의 교체에 따라 진행이 끊기거나 방향이 흔들리지 않으려면 협력 관련 업무와 역할이 분명히 지정, 정리되어 전달되어야 할 것이다. 또한 단순히 서비스 이용에 초점을 두는 평가기전을 협력 구조와 과정 및 결과에 초점을 두는 방식으로 전환하는 것이 필요하다. 협력의 결과로 건강의 사회적 결정요인이 변화되고 주민들의 건강증진이 초래되는 것, 또는 이를 위한 과정이 지속성을 확보할 수 있도록 기전을 수립하는 것을 평가할 수 있는 기전과 항목이 필요하다.

리더십: 리더십의 역할은 정부의 거버넌스에 협력을 내재화하는데도 중요하고, 거버넌스에 협력이 내재화하지 못한 경우에 부문 간 협력이 잘 이루어질 수 있는 핵심적인 요소이기도 하다(Fear & Barnett, 2003). 타부문과의 협력을 위해서는 지방자치단체의 장이 부문 간 협력이 이루어지도록 관련 부문을 동기화하고 협력의 결과를 조직이나 업무평가에 포함하도록 하는 노력이 필요하다. 특별히 인력이나 예산과 같은 자원배분과정에서 부문 간 협력이 이루어질 수 있도록 하는 것이 필요하다. 리더십이란 협력을 위한 협의체를 유지하며 단기적인 작업 수행과 장기적인 안목의 균형을 이루며 진행방향을 제시하는 역량, 협력에 참여하는 기관 간의 조정과 조율 역량, 협력 사업을 위한 공동의 자원을 확보하는 역량, 협력이 장기적인 과정이라는 점을 충분히 이해하고 그러한 과정을 진행할 수 있는 여건을 조

성하는 역량이라는 점이 이해되고 발휘되어야 한다.

협력에 대한 동의: 협력이 현실적으로 당면하는 어려움 중에는 초반에 협력이라는 뜻에는 동의했으나 실제로 추진하는 과정에서 형식, 내용, 역할이 각자의 기대나 현실과 차이가 있을 때이다. 협력이라고 하면 일을 나누는 것으로 생각하기 쉽지만, 일이 나뉘지는 측면이 있는 것처럼 협력을 형성하고 유지하기 위한 추가적인 노력이 필요하기도 하다. 그러므로 추진하려고 하는 협력이 연계, 협조, 협력 등 다양한 유형 중 어느 것인지에 대한 협력 당사자들 간의 이해가 같아야 하고 공유되어야 한다. 그리고 협력의 목적, 협력 실행과정에서 각자의 역할과 책임, 협력을 통해 각자가 기대하는 이익, 협력이 협력 당사자들에게 win-win의 상황이 될 수 있도록 협력자들이 협의하고 내용을 모두가 명확하게 이해, 공유할 수 있어야 한다. 이러한 공감과 합의가 없으면 협력은 동상이몽이 되거나 유명무실해져서 담당자의 소진, 협력에 대한 지역사회 내의 부정적 분위기 형성 등의 악순환이 생길 수 있다.

협력자 역량: 협력을 이룰 수 있는 제도적이고 구조적인 기전이 마련되어 있다고 하더라도 협력은 기본적으로 사람들 간의 상호작용을 기반으로 하는 것이기 때문에 의사소통 기술함양과 이를 위한 구성원의 훈련이 필요하다. 협력을 위한 의사소통기술, 신뢰형성기술, 업무조정능력 향상 등과 같이 개인차원에서의 상호작용과 같은 역량을 강화해야 한다. 보건소 또는 공공부문의 건강증진담당자들에게는 공공 타 부문 및 민간과의 상호작용을 주도적이면서 원활하게 할 수 있도록 역량을 강화하는 훈련과 경험 공유가 필요하다. 그리고 민간의 지역사회 조직(community-based organization [CBO])에서 활동할 수 있는 건강증진 전문가의 양성이 요구된다. 이를 위해서는 기존의 보건교육사 양성 제도를 개선하는 것도 한 방안이 될 수 있을 것이다.

지역사회와의 협력에 대한 보건소 역할 설정: 보건소 중심의 건강증진이 가지는 장점과 단점이 있겠지만 지역사회 건강증진이라는 목적 달성을 위해 보건소가 효율적, 효과적으로 할 수 있는 일과 지역사회 내의 여러 부문에서 이미 돌아가고 있는 일들, 잘 할 수 있는 일들이 상승효과를 내도록 조정, 융화되도록 하는 것이 전략적이다. 그리고 지역사회의 참여를 장려하고 활용하는 측면에서도 지역사회 협력자들과의 상호 역할설정이 필요하다. 이러한 관점에서 당면한 과제의 하나는 지역사회에서 다양한 목적으로 활동

하는 시민단체, 비영리 비정부 기구, 자치조직, 모임들, 즉 지역사회 조직(CBO)들을 발굴하고 양성하는 일이다. 그동안 보건소 건강증진사업의 지역사회 협력기구는 서울시의 경우 자치구 내 직능단체, 관변단체, 주민자치위원, 통반장, 부녀회 등인 경우가 많았다. 이들이 중요한 협력자들임은 분명하나 이들 이외의 다양성이 부족한 점은 협력과 참여 기반의 다변화 측면 뿐 아니라 기존 협력자들의 소진, 협력 수용 한계 포화의 문제로 이어질 수 있다. 다양성이 강화되는 우리 사회에서 이제 지역사회 협력대상은 보다 실생활에 밀착되어있고 현장성 있는 다양한 CBO들을 포함해야 한다. CBO들을 발굴하고 양성하여 이들의 활동과 보건소의 역할을 협력적으로 접목함으로써 본질적이고 내실 있는 협력을 추구해야 할 것이다.

지역사회 협력시스템 개발: 보건소 또는 광역지방자치단체가 건강형평성 개선을 위해, 건강한 공공정책의 수립을 위해 건강문제를 정책 의제화하고 지역사회 현장의 다양한 활동을 지원하고 연결하는데 핵심적인 역할을 할 수 있는 것은 지역사회 조직(CBO)들이다. 민간경상보조사업 방식의 활용 또는 다른 접근방식의 개발을 통해 CBO와 지역사회 협력체가 건강증진 정책을 옹호하고 협력자로서 현장 활동을 할 수 있도록 예산 지원이 시스템화 되어야 한다. CBO와 대학 또는 연구기관 및 보건소가 협력체를 구성하도록 하고 이 협력체가 주체가 되어 건강문제를 정의하고 해결책을 제안하면 이를 보건복지부 또는 건강증진재단이 심사하여 예산을 집행하도록 하는 방식을 통해 공공과 민간의 협력의 체계화를 도모해볼 수도 있겠다. CBO, 연구진, 보건 관련 공공기구 간의 유기적인 협력관계는 소위 지역사회 기반 참여연구(community-based participatory research [CBPR])의 기반이 되며, 이러한 협력형 연구와 사업은 그 특성에 맞는 사업 추진과 예산 지원방식이 수반되어야 한다.

V. 결론

협력은 이해, 공유, 관계, 상호이익의 문제이고 이는 협력자들의 목적과 여건, 경험 등에 따라 각자의 맥락을 가지고 발달한다. 협력을 형성하고 유지하기 위해서는 기간과 과정이 소요되는 중에 지켜야 할 원칙들이 있고 물질적, 비물질적 자원이 소요된다. 따라서 협력은 형성과 유지에 시

스템의 뒷받침이 요구된다. 시스템을 마련하는 것은 거시적 수준의 노력이어서 달성하기 어렵기는 하나 현실적으로 가장 시급하게 필요한 일이다. 우리나라 보건소처럼 담당 인력이 자주 바뀌고 1년 단위의 예산지원과 일회성 사업이 지배적인 상황에서는 시스템의 뒷받침이 없는 한 진정한 의미의 협력은 거의 불가능하기 때문이다. 지역사회 건강증진을 위한 협력 시스템을 구축하려면 현황과 맥락에 대한 이해를 기반으로 하는 근본적인 대안 모색과 함께 건강증진에 관한 경험과 의견을 여러 부문이 함께 공유하는 것이 필요하다. 동시에 보건 이외의 부문에서도 건강증진에 대한 담론과 의제 형성, 사례 발굴과 분석을 공유하는 방식을 통해 협력을 경험해보려는 노력이 필요하다. 이와 같은 노력 중에서 비교적 접근하기 쉬운 것 중 하나는 CBO를 발굴하고 활용하는 것이다. 건강분야의 CBO가 아니더라도 이들의 활동을 보건부문에서 지원할 경우 지역사회 역량강화를 도모할 수 있고, 이는 지역사회 건강증진 사업의 효율성과 효과성 제고에 기여할 수 있을 것이다.

참고문헌

- 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.
- Brinkerhoff, D. W., & Brinkerhoff, J. M. (2011). Public-private partnerships: Perspectives on purposes, publicness, and good governance. *Public Administration and Development*, 31(1), 2-14.
- Butterfoss, F. D. (2007). *Coalitions and partnerships in community health*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Commission of Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Conflicts of Interest Coalition. (2011). *Conflicts of interest coalition statement of concern*. Retrieved from <http://coicoalition.blogspot.com>
- Dankwa-Mullan, I., Rhee, K. B., Williams, K., Sanchez, I., Sy, F. S., Stinson, N. Jr., & Ruffin, J. (2010). The science of eliminating health disparities: Summary and analysis of the NIH Summit recommendations. *American Journal of Public Health*, 100 (Suppl. 1), 12-18.
- Dineley-Johnson, T. (2009). Public health benefiting from private-sector

- partnerships: Health departments reaping results. *The Nation's Health*, 39(7), 1-14.
- Dowling, B., Powell, M., & Glendinning, C. (2004). Conceptualizing successful partnership. *Health and Social Care in the Community*, 12(4), 309-317.
- Downey, L. M., Ireson, C. L., Slavova, S., & McKee, G. (2008). Defining elements of success: A critical pathway of coalition development. *Health Promotion Practice*, 9(2), 130-139.
- Easton, A. (2009). Public-private partnerships and public health practice in the 21st century: Looking back at the experience of the Steps Program. *Preventing Chronic Disease*, 6(2), A38.
- Fear, H., & Barnett, P. (2003). Holding fast: The experience of collaboration in a competitive environment. *Health Promotion International*, 18(1), 5-14.
- Granner, M. L., & Sharpe, P. A. (2004). Evaluating community coalition characteristics and functioning: A summary of measurement tools. *Health Education Research*, 19(5), 514-532.
- Himmelman, A. (1992). *Communities working collaboratively for a change*. Minneapolis, MN: Himmelman Consulting Group.
- Jang, M., Cho, W., Yoon, N., Kwak, M., & Yoo, S. (2009). Identifying the types of collaboration in community health promotion. *Korean Journal of Health Education & Promotion*, 26(3), 125-135.
- Kagan, S. L. (1991). *United we stand: Collaboration for child care and early education services*. New York, NY: Columbia University Teachers College Press.
- Kim, H. R. (2011). Future directions and strategies of the obesity prevention policies and programs. *Health and Welfare Policy Forum*, 173, 41-54.
- Lawless, A. P., Williams, C., Hurley, C., Wildgoose, D., Sawford, A., & Kickbusch, I. (2012). Health in all policies: Evaluating the South Australian approach to intersectoral action for health. *Canadian Journal of Public Health*, 103(7 Suppl 1), 15-19.
- Lawn, J. E., Rohde, J., Rifkin, S., Were, M., Paul, V. K., & Chopra, M. (2008). Alma-Ata: Rebirth and revision I. Alma-Ata 30 years on: Revolutionary, relevant, and time to revitalise. *Lancet*, 372, 917-927.
- Mattessich, P. W. (2005, September). *Collaboration: What makes it work*. Plenary session presented at the 2005 Heart Disease and Stroke Prevention Practitioners Institute: Building and Enhancing Public Health Capacity, St. Paul, MN.
- Mattessich, P. W., Murray-Close, M., & Monsey, B. R. (2001). *Collaboration: What makes it work* (2nd ed.). Saint Paul, MN: Fieldstone Alliance.
- McDonnell, S., Bryant, C., Harris, J., Hannon, P. A., Kramish Campbell, M., . . . Gray, B. (2009). The private partners of public health: Public-private alliances for public good. *Preventing Chronic Disease*, 6(2), 69.
- Mitchell, S. M., & Shortell, S. M. (2000). The governance and management of effective community partnerships: A typology for research, policy, and practice. *The Milbank Quarterly*, 78(2), 241-289.
- Raine, K. (2013, May). *Public-private partnerships: Views from and advocacy organization*. Oral session presented at the Canadian Obesity Summit 2013, Vancouver, Canada.
- Rosenthal, M. P., Butterfoss, F. D., Doctor, L. J., Gilmore, L. A., Krieger, J. W., Weurer, J. R., & Vega, I. (2006). The coalition process at work: Building care coordination models to control chronic disease. *Health Promotion Practice*, 7(2), 117-126.
- Shin, Y. J., Yoon, T. H., Kim, M. H., Jeong, B. K., & Seo, J. H. (2011). Health equity policy and practice: Strategic approach for alleviation of health inequality. *Korea Social Policy Review*, 18(4), 41-77.
- World Health Organization. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Retrieved from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>
- World Health Organization. (2005). *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. Retrieved from http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/
- World Health Organization. (n.d.). *Public-private partnership for health*. Retrieved from <http://www.who.int/trade/glossary/story077/en/>
- Yoo, S. (2009). Health promotion research on community collaboration and partnership building: Current emphases and directions. *Korean Journal of Health Education & Promotion*, 26(4), 85-92.
- Yoo, S. (2010). Collaboration development factors and consideration for community health promotion practice. *Korean Journal of Health Education & Promotion*, 27(5), 73-78.
- Yoo, S. (2011). *Development of a collaborative community partnership model for health promotion*. Seoul, Korea: Seoul National University.