

## 보건의료 주민참여의 정의와 전략에 대한 연구

서울대학교 의과대학 의료관리학교실  
김 용 익

### 〈Abstract〉

### Definition and Strategy of Community Involvement in Health

Yong-Ik Kim

*Department of Health Policy and Management,  
Seoul National University College of Medicine*

Community involvement is to be the keystone of primary health care. Unfortunately, efforts to promote it failed in many countries. Author inquired into the reasons why such efforts fail, and the alternative strategies for effectively promoting it in Korean situation today. In doing so, the concept of community involvement is clarified as an amalgamation of two different concepts; one is that of the community development, and the other is that of approaches for overcoming the alienation of the people from the health care process.

Strategies of community involvement in Korea so far followed the line of the community development, e.g. village health worker. It loses, however, the feasibility as Korea has experienced social and economic development. The strategies of the second line of thought is now more feasible; empowering the people by providing more information and enhancing commitment to health, improving acceptability of community involvement on the part of the health professionals and the bureaucrats, and building the mechanism of community involvement into the health policy-making process.

*Key words: community involvement, medical professionalism, village health workers, primary health care*

## I. 문제의 제기

주민참여는 일차보건의료의 ‘주춧돌’이라고 한다(Bender and Pitkin, 1987). 세계보건기구의 일차보건의료 개념은 주민참여를 새로운 보건의료를 향한 전략의 ‘열쇠(a key factor in the strategy)’로 설정하였다(WHO, 1981). 한국에서도 1960년대 말부터 시작된 지역사회보건 및 일차보건 시범사업은 거의 예외없이 마을건강원 등의 주민참여를 시도하였다(김용익 등, 1989). 마을건강원, 보건진료소 운영협의회, 보건지소 운영지원협의회 등도 일종의 주민참여 조직이다. 그러나, 한국에서 뿐 아니라 전세계적으로도 대부분이 주민참여는 ‘실패’의 경험을 가지고 있다. 보건의료의 주민참여를 주창하고 이를 보건의료체계에 내화시키기 위해 온갖 노력을 기울여 온 세계보건기구조차도 주민참여는 ‘이론이 현실을 앞질러 가고 있다’고 평가하고 있다(WHO, 1988, a). 많은 지역보건사업에서 사업 주체가 철수하면 주민참여의 기전은 대부분 와해되는 경우가 많고 한국에서도 이러한 경험이 있다. 라틴 아메리카 최초로 1971년 전국적 규모에서 보건의료의 주민참여를 시도하였던 파나마의 경우 15년 후의 조사 결과 90%의 지역에서 주민참여 조직의 기능이 중지되었다고 보고하고 있다(La Forgia, 1985).

주민참여는 수사(rhetoric)에 불과할 뿐 실현 불가능한 이상에 불과한 것이라는 의문이 제기될 수 밖에 없다. 그렇다면 ‘주민참여의 이론과 전략에는 어떤 잘못이 있지 않을까’라는 근본적 질문이 두 가지 차원에서 제기된다. 첫째, 주민참여는 정말 필요한가? 둘째, 주민참여는 가능한가? 이 질문에 대한 해답을 구하기 위하여는 먼저 정리되어야 할 개념이 주민참여가 과연 무엇인가라는 것이며, 주민참여는 어떤 기전에 의해 이루어지고, 방해받고 있는가 하는 것이다. 이것을 이해하면 그것이 왜 계속 실패하고 있는가를 이해할 수 있고 그를 극복하기 위한 전략도 개발될 수 있을 것이기 때문이다. 이 논문의 목적은 보건의료에 있어 주민참여의 개념을 검토하고, 주민참여를 위해 한국에서 현실적으로 가능한 접근방법이 무엇인지를 밝혀려는데 있다.

## II. 주민참여의 전통적 개념과 지금까지의 경험

### 1. 주민참여의 용어와 정의

주민참여의 개념을 명확히 하는 한 방법으로 먼저 용어를 검토해 보기로 한다. 영어 사용권에서는 ‘참여’를 뜻하는 것으로 participation와 involvement의 두 가지 용어가 같이 쓰이고 있

다. 알마아타 선언에는 participation이라는 용어가 사용되었으나(WHO, 1979), 그 후 participation보다는 involvement가 바람직하다는 견해가 제시되었다. 이유는 participation보다 involvement가 ‘일차보건의료에 대한 지역사회 주민의 더 깊고 더 개인적인 관련성(a deeper and more personal identification of members of the community with primary health care)을 의미하기 때문이라고 한다(WHO, 1984). 최근에는 CIH(Community Involvement in Health)라는 약어가 채용되고 있다(Oakley, 1989). 그러나 각 논문에서는 여전히 participation이 더 많이 쓰이고 있다. 우리말에서는 participation과 involvement를 구분할 수가 없기 때문에 한국어 표현에서 두 단어의 차이는 별 문제가 되지 않는다.

우리말에서는 오히려 community의 번역어가 문제가 된다. 영어의 community는 ‘한 장소, 지역 또는 나라에 사는, 하나의 공동체로 인식되는 사람들(the people living in one place, district or country considered as a whole)’이라는 뜻을 가지고 있다. 따라서, ‘지역사회’, ‘지역주민’ 또는 ‘주민’ 등으로의 번역이 가능하다. 이 경우 우리말의 ‘지역사회’에서는 ‘지역’이라는 공간의 의미가 크다. 그러나, community의 참여는 지역이라는 ‘공간’이 참여하는 것이 아니라 주민이라는 ‘사람’이 참여함을 뜻하므로, ‘지역사회참여’보다는 ‘지역주민참여’ 또는 ‘주민참여’가 더 적합할 것이다. 이때 ‘지역주민’인가 또는 단순히 ‘주민’인가가 문제되는데, 참여의 주체의 정의에 공간의 범주화가 반드시 필요한 것으로 보이지 않는다. 알마아타 선언에서는 community를 ‘어떤 형태의 사회적 조직이나 친밀성을 가지고 함께 사는 사람들(people living together in some form of social organization and cohesion)’이라고 정의하여 공간개념을 약화시키고 있다(WHO, 1979). 지역단위의 보건개발에서는 ‘지역’이라는 의미가 큰 중요성을 가지겠지만 그러한 공간범주화는 오히려 주민참여의 뜻을 제한시킬 수도 있다. 주민참여는 지역이라는 공간범위, 보건의료 부문 내에서 일어나는 문제인 것은 사실이지만 그 결정요인은 오히려 지역이라는 공간범위, 보건의료 부문의 문제라는 영역을 넘어서기 때문이다. 즉, 주민참여와 관련된 현상은 지역을 무대로 하여 나타나지만 이들은 모두 지역범위를 넘는 제반 현상과 관련되어 있다. 주민참여의 여러 가지 과제는 오히려 전국적 또는 전세계적 변화를 필요로 하는 것이 많다. 따라서, community involvement를 단순히 ‘주민참여’라 할 때 더욱 넓은 의미를 가질 수 있을 것으로 보인다. 이 논문에서는 반드시 공간개념을 한정하지 않기 위해 ‘주민참여’라는 말을 쓰기로 한다.

주민참여의 개념은 참여의 주체가 누구인가를 기준으로 이해될 때 훨씬 더 명료해 질 수 있다. 이때 참여의 주체인 주민을 동질적인 집단으로 보느냐, 이질적인 집단으로 보느냐에 따라 개념과 전략의 수립에 중요한 차이가 발생한다. 지금까지 한국의 보건의료 주민참여의 논의에

서는 이에 대해 구별이 된 적이 거의 없지만 암묵적으로는 주민을 동질적으로 보는 개념이 거의 관례화되어 있다. 그러나, 세계보건기구의 한 보고서는 ‘지역사회를 친밀하고, 균질하며, 정적인 사람들의 결집체로 보아서는 안되며, 오히려 서로 다른 자원과 이해관계를 가지는 계층화된 집단의 모임으로 보아야 한다. 그들 중 일부는 남들보다 더 많은 권력과 지위를 가지고 있다. 어떤 사회에서나 상당한 경쟁과 갈등이 있는 것이다.’라고 지적하고 있다(WHO/SEARO, 1981). 김용익 등은 ‘지역사회 주민은 동질적 공동체로 파악하는 시각에는 분명히 오류가 있다. 지역사회 주민들은 사회계층별, 성별, 연령집단별, 지역별, 직업별로 각기 다른 보건문제와 문제해결의 조건을 갖기 때문에 동질적 집단으로 규정하기가 힘들다’라고 지적하였다(김용익 등, 1990). 주민을 동질적으로 보는 개념으로서는 지역사회 구조의 실제 상황을 전혀 반영할 수 없으며, 주민참여의 개념을 현실적인 것으로 만드는 것도 불가능하다.

## 2 주민참여의 전통적 개념 : 주로 지역사회개발론적 입장에 대해

세계보건기구의 일차보건의료 전략은 각국의 사회체제나 보건의료체제에 관계없이 모든 나라에서 전세계적인 범위에서 적용될 수 있다고 하며, 실제로 그러하다. 알마아타 선언에서 일차보건의료가 정식화되기까지 세계보건기구의 정책이었던 기본보건의료(basic health service)에 비해 일차보건의료가 가지는 가장 큰 차별성도 바로 보건의료에 주민참여의 개념이 도입된 것이다(ESCAP, 1982). 그러나, 보건분야에서 주민참여 개념의 형성은 알마아타 선언 이전의 시기로 올라가서 1960년대 영국, 스웨덴, 미국을 중심으로 시작하였다고 하며, 1960년대 후반에는 라틴 아메리카, 아시아 지역의 대부분 나라들에서도 거론되었다고 한다(Madan, 1987). 한국도 대체로 같은 시기에 지역사회의학의 개념을 통하여 ‘보건의료에 주민참여의 개념이 도입되기 시작하였다(신영수, 1988). 보건의료 주민참여의 개념이 전세계적으로 전파된 것은 물론 1970년대 세계보건기구, UNICEF, AID, 세계은행 등의 국제기구를 통해서이다.

이러한 주민참여의 개념은 원래 1950년대부터 주로 농업부문의 개발론인 지역사회개발론(community development)에서부터 강조되기 시작한 것이다(Ugalde, 1985; 고성주, 1989). 이러한 방식의 사회발전론 및 주민참여론은 보건의료에도 매우 큰 영향을 주었다. 이 개념에서 보건의료는 주택, 교육, 농업 등 사회 각 부문의 일부분이며 불가분의 관계를 맺고 있는 것으로 인식되며(Rifkin, 1987), 보건개발은 지역개발의 일부분이어야 한다는 전략이 수립된다. 이러한 맥락에서 일차보건의료 전략의 중요한 한 가지, 부문간 협조(intersectoral cooperation)가 제안된다. 알마아타 선언은 ‘일차보건의료는 국가 및 지역사회개발의 모두 부문과 모든 측면, 특히

농업, 축산, 식품, 산업, 교육, 주택, 토목, 통신 등을 포함하는 것이어야 한다. 그리고 이 모든 부문의 협조적인 노력이 필요하다'고 규정하고 있다(WHO, 1979). 이 개념은 나아가서는 건강의 향상이 반드시 보건부문 내에서 시작되지 않을 수도 있다는 개념의 단초를 주기도 한다.

지역사회개발론은 '아래에서 위로(bottom-up)'의 개발전략을 가지고 있다. 지역사회의 발전을 위한 기본적 추동력은 지역주민으로부터 나온다는 것이다. 이 전략은 일차보건의료에도 그대로 채택되어 일차보건의료에 있어 주민참여 개념의 핵심을 이루고 있다. 알마아타 선언은 일차보건의료의 정의에서 '일차보건의료는……지역사회의 개인과 가족의……완전한 참여를 통하여(through their full participation)' 이루어지는 것이라고 말하고 있다.

일차보건의료가 지역사회개발론의 개념을 받아들여 보건의료 주민참여를 제안한 것은 일정한 시대적 배경을 가지고 있다고 볼 수 있다. 일차보건의료가 제안될 당시 이 개념이 선차적으로 목표하고 있는 바는 사실상 제3세계 국가들이었다. 이들 나라들은 식민지 상태에서 갖 독립한 취약한 조건 속에서 보건의료 시설과 인력이 절대적으로 부족하고, 이를 재생산해 낼 수 있는 자원과 교육시설 역시 부족한 상황에 있었다. 이러한 상황에서 열악한 보건 문제를 최소한의 수준에서라도 해결하기 위해서는 주민의 잠재적인 역량을 최대한 동원하여야만 한다는 주민의 '참여'의 논리가 (적어도 제3세계를 겨냥한) 일차보건의료의 개념에는 내재되어 있는 것이다.

알마아타 선언이 나오기 전, 일차보건의료 개념 성립에 중요한 기여를 한 Djukanovic와 Mach 및 Newell이 실시한 각국 일차보건의료의 사례보고서에서 이미 주민참여는 성공적인 보건의료의 가장 중요한 특징으로 도출되고 있다(Djukanovic and Mach, 1975; Newell, 1975). Djukanovic와 Mach는 여러 나라의 사례들은 검토한 결과, 지역 자체 내에 잠재하는 미개발 자원의 활용이 결정적으로 중요함을 지적하고, 인력, 시설 및 재원을 주민이 자조자립의 원칙에 의해 기여할 것을 강조하였다. Newell도 역시 주민의 책임성과 참여, 지역사회조직의 활성화, 지역의 자조자립을 일차보건의료 성공사례들의 특징임을 강조하고, 마을건강원의 활용을 앞으로의 일차보건의료인력으로 제시하였다. 이들은 주민참여와 주민의 일부인 마을건강원을 통한 의료제공을 일차보건의료의 주요 전략의 하나로 발견하고 다른 나라에도 적용할 것을 제안한 것이다.

이러한 시도에서 나타나는 주민참여의 접근의 특징을 McCormack은 보건의료를 비용효과적(cost-effective)으로 하며, 지역사회주민이 자신의 보건의료상태를 이해할 수 있고, 주민의 자원을 동원할 수 있는 것 등이라고 정리하고 있다(Oakley, 1989). 여러 가지 형태로 주민의 주체성과 자발적 참여를 강조하고 있음에도 주민참여의 성격에는 부족한 자원의 추가 동원에 현실

적으로 주된 목표가 되며, 여전히 도구적인 입장에서 벗어나기가 어려움을 알 수 있다.

### 3. 한국에서의 주민참여의 개념

한국에서의 주민참여의 개념이 무엇인지를 정확히 규정한 예는 흔치 않다. 70년대 중반부터 지역사회 보건사업을 실시한 연세대 강화군사업에서는 ‘지역사회 보건문제는 지역사회 스스로 해결하여야 하므로 이를 위해 지역주민은 단결하고 조직되어 주민의 건강증진을 위한 활동에 책임적, 주도적으로 참여하여야 한다’고 주민참여에 대한 정의를 간접적으로 내리고 있다(김일순 등, 1985). 1986년 개최된 지역보건사업에 대한 한 토론회의 참석자들은 상당히 구체적인 정의를 내리고 있는데, ‘지역주민으로 하여금 건강에 대한 가치관의 우선 순위를 현재보다는 높은 상태에 두게 하는 과정 혹은 작업’이라고 정의하면서, 부연 설명으로 ‘지역사회 참여는 개인, 가족, 지역사회전체가 스스로 문제를 인식하고 거기에 대처하는 자조능력(self-reliance)을 기르는 과정,……즉 본인 스스로 건강에 대한 권리와 의무를 지키기 위해 문제를 인식할 수 있는 의식화와 해결을 위한 능력 개발 과정을 의미한다’는 알마아타 선언의 부속서(WHO, 1979)를 인용하고 있다(순천향대학 인구 및 지역사회의학연구소, 1986). 이 정의는 후에 순천향대 음성사업에서 주민참여의 개념으로 채택되었다. 고려대 여주군사업에서는 ‘지역사회참여란 각 개인과 가족이 그들 자신의 건강과 복지 뿐만 아니라 지역사회의 건강문제와 복지문제의 해결에 책임을 지며, 그들 자신과 지역사회의 발전에 기여할 수 있는 능력을 발전시키도록 하는 과정’이라고 정의하였다.

그러나, 한국의 보건의료에서 주민참여가 현실적으로 가지는 의미를 정확하게 보기 위해서는 실제로 시도된 주민참여의 전략을 살펴 보는 것이 더 정확할 것이다. 한국에서 시도된 주민참여의 접근방법은 크게 세 가지로 나누어 볼 수 있다. 가장 중요한 것은 많은 지역사회 보건사업에서 시도되었던 마을건강원이다. 연세의대 강화군 사업의 가정건강요원(김일순 등, 1985), 이화여대 양주군 수동면 사업의 마을보건임원(최삼섭, 1986), 한국보건개발연구원의 홍천군 사업의 마을건강원(한국보건개발연구원, 1980), 서울대 보건대학원 춘성군 사업의 어머니회(서울대학교 보건대학원, 1978), 전주예수병원의 완주군 용진면 사업의 마을건강요원(예수병원 기독의학연구원, 1987), 순천향의대 음성군 사업의 마을건강원 등(방숙 등, 1989), 고려의대 여주군 사업의 마을건강원(차철환, 1992), 전남의대 곡성군 사업의 마을건강원(전남대학교 의과대학, 1989) 등이었다. 보건사회부는 1986년 전국의 보건진료소 지역에 마을건강원을 두도록 하여 마을건강원 사업을 전국 범위로 확대하였다. 이상의 보고들은 마을건강원의 역할을 여러

가지로 규정하고 있으나, 종합하여 보면 첫째, 간단한 진료, 예방서비스의 제공 및 보건교육의 실시, 둘째, 주민 및 보건의료제공자 간의 정보 전달의 매개자, 셋째, 건강에 대한 지도자 또는 주민참여의 중심점으로서의 역할의 세가지로 요약할 수 있다. 그러나, 앞의 두 가지 역할은 제한된 범위에서나마 어느 정도 이루어졌다 하더라도 세번째의 역할은 사실상 성취되지 못하였다. 보건사회부가 마을건강원사업을 전국의 보건진료소 지역에서 실시하도록 확대하면서 규정한 마을건강원의 역할에서는 세번째 역할이 아주 빠져 있는 것은 주민참여의 매개체로서의 마을건강원이 가지는 한계를 시사하고 있다(보건사회부, 1986).

둘째는 지역사회 주민 조직 사업이었다. 이것은 두 가지 유형으로 나누어 볼 수 있는데 한 가지 유형은 지역보건시범사업을 위해 조직한 사업의 운영위원회 형태이다. 이 조직의 구성형태는 대개 시범사업의 주체인 대학 등의 대표자, 지역 행정기관의 대표자 및 주민의 대표자 등이다. 예를 들어 고려대 여주사업의 점동면 보건사업추진위원회의 구성은 자문위원으로 여주군수, 여주군 보건소장, 고려대학교 지역사회보건개발위원회 대표이고, 회장은 점동면장, 위원은 점동면 보건지소장, 점동면 농협단위조합장, 평화통일정책자문의원, 면개발위원회 위원, 여주경찰서 점동지서장, 농촌지도소 점동지소장, 점동국민학교 교장, 우체국장, 면부녀회장, 고려대 지역사회보건사업 책임자 및 지역주민 지도자 4명 등이다(차철환 등, 1992). 이러한 형태의 조직은 위의 여러 가지 보건사업에서 거의 모두 나타난다(김용익 등, 1990). 두 번째 유형은 보건사회부가 보건지소와 보건진료소에 조직한 보건지소 운영지원협의회와 보건진료소 운영협의회이다. 이 두 가지 조직은 전국의 모든 보건지소 및 보건진료소에 조직되어 있으며, 그 구성원은 면장, 학교장, 이장 등 지역의 유지들이다. 이들 조직의 사실상의 임무는 보건지소 및 보건진료소의 활동에 대한 감시 및 운영기금의 관리이며, 바람직한 의미에서의 주민참여 조직이라고 보기는 어렵다. 그나마, 실제로 기능하는 경우는 극히 적어 사실상 유명무실하게 되었다.

셋째는 지역사회의 자조적인 재정사업이었다. 대표적인 것은 서울대 보건대학원 춘성군 사업과 연세의대 강화군 사업의 의료보험사업(서울대학교 보건대학원 부설 국민보건연구소, 1983; 김일순 등, 1985)과 전주예수병원의 완주군 용진면 사업(김기순, 1986)과 순천향대 음성군 사업의 신용협동조합(방숙 등, 1989) 등이었다. 그 중 춘성·춘천의 의료보험조합 및 완주군 용진면의 신용협동조합은 성공적인 사례라고 할 수 있다. 전자는 성공적으로 운영되다가 지역의료보험 실시에 따라 정부사업으로 편입되었으며, 후자의 완주군 용진면 신용협동조합은 시범사업이 끝난 지금도 주민자신들에 의해 지속되고 있으나, 이러한 방식의 주민참여가 전국적으로 확대되기를 기대하기는 어렵다.

한국에서의 주민참여의 각종 시도들이 세계보건기구 등이 제안한 지역개발론적 전략에 의한 보건의료 주민참여의 개념을 실현하려 한 노력은 물론 긍정적으로 평가하여야 하며 일정한 수준까지의 달성도를 이루었음은 명백하다. 그러나, 주민참여의 수준이 '개인, 가족, 지역사회전체가 스스로 문제를 인식하고 거기에 대처하는 자조능력을 기르는' 수준으로까지 이루어졌다고 보기는 어렵다. 우선 주민참여의 가장 중요한 전략이었던 마을건강원이 지역주민의 건강에 대한 지도자 또는 주민참여의 구심점으로서의 역할을 하는 정도의 수준에 도달하였다고 보기는 어렵다. 또, 마을건강원과 이들을 통한 주민조직이 전국적인 범위에서 자생력을 가지지도 못하였다. 결국, 보건의료 인력과 시설이 절대적으로 부족하고 지역적 분포가 극히 좋지 않던 1970년대에 보건의료 전문인력의 역할을 대신하는 데 머물렀다고 보는 것이 객관적인 평가일 것이다. 전체적으로 마을건강원은 각 지역보건의료 시범사업의 추진조직이 활발히 움직이는 상태를 전제로 그 기간 동안 보건의료서비스의 제공자 및 정보전달의 매개자의 역할을 한 것이었다. 지역사회 조직 및 주민참여 기전으로서의 각종 '지역보건위원회' 역시 항구적인 주민참여 조직이 되지 못하였다. 정부 주도의 보건지소 및 보건진료소의 주민참여 조직은 그 기능을 거의 발휘하고 있지 못하고 형식화되고 말았다. 신용조합 형태의 재원조달 기전은 일부 지역에 국한되는 것으로 그쳤다. 의료보험만은 정부 정책으로 전국에 확산되었으나 재원조달방법으로서의 의미만이 살려졌을 뿐, 주민참여 조직이라는 측면은 도외시되었다. 그 결과 의료보험은 주민참여 조직으로서의 기능은 완전히 상실되고, 관료조직화되었다.

결론적으로, 적어도 현재의 우리나라에서 보건의료 주민참여의 여러가지 시도 중 살아서 기능하는 기전은 거의 없다고 할 수 밖에 없다.

### Ⅲ. 주민참여의 개념의 확대

주민참여의 개념에는 서로 다른 여러 요소가 혼재되어 있음은 누구나 느낄 수 있다. 이것이 주민참여의 실체에 대해 상당한 혼란을 일으킨다. 주민참여의 개념에는 앞에서 고찰한 주민의 자발적 참여를 통한 추가자원 동원의 개념 뿐 아니라, 보건의료의 제반 의사결정(decision-making)에 주민이 참여할 수 있어야 한다는 측면이 포함되며, 주민참여의 이러한 영역은 일차보건의료의 초기 문헌에서 이미 나타난다(Djukanovic and Mach, 1975). 그러나, 전자의 영역과 후자의 영역은 막연하게 병렬적으로 제시될 수 있는 것이 아니라, 서로 다른 배경을 가지고 있다. 즉, 전자는 자원의 부족을 배경으로 하는 반면, 후자는 보건의료 관료집단 및 보건의료 전



문인집단에 의해 일반인이 소외된다는 또 다른 배경을 가지는 것이다.

저자는 주민참여가 이렇게 두 가지 다른 배경을 가진 두 개념의 혼합체라는 인식을 논의 전개에 실마리로 삼고자 한다. 주민참여는 지역개발론 개념에 덧붙여 '비대칭적 권력 관계를 전제로 하고 이를 극복하려는 노력'이라는 또 하나의 측면을 가지면서 여러 가지 다른 양상으로 나타나는 것이다. 참여의 전제로서 권력 관계의 비대칭성에 주목하는 견해는 Brownlea의 논문에서도 나타나고 있다(Brownlea, 1987). 이것은 '참여'가 기본적으로 '소외'를 전제로 하기 때문이다. '소외'되어 있지 않다면 다시 '참여'를 강조할 이유가 없을 것이다. 따라서, 보건의료 분야에서 주민의 소외가 어느 부분에서 나타나는지를 밝힘으로써 반대로 참여의 내용을 찾아갈 수가 있을 것이다. 또, 소외가 현실적으로 나타나는 양상은 단일한 현상이 아닐 것이며, 사안에 따라 각각 다른 대립관계로 나타날 것이다. 이를 밝히면 참여의 개념도 분명해 질 것이다. 보건의료에서 나타나는 소외의 현상은 적어도 현상적으로는 다음의 두 가지 대립선에서 나타난다. 첫째는 보건전문인 대 비보건전문인 사이에 진료과정에서 나타나는 소외이며, 둘째는 보건행정관료 대 비보건행정관료 사이에서 보건정책 및 행정과정에서 나타나는 소외이다. 이 두 가지 문제를 각각 고찰해 보기로 한다.

### 1. 진료과정의 비대칭적 관계 : 보건의료과정에서의 일반인의 소외

보건의료의 제공자와 이용자 간의 관계에 비대칭성(information asymmetry)이 나타난다는 것은 이미 잘 알려져 있는 사실이다. Parsons에 의하면 사회는 조화롭게 구성된 하나의 체계(social system)이다. 사회의 구성원들은 사회와 어떤 구조로 연결되어 있고, 그 구조 안에서 일정한 역할을 수행하고 있고 수행하여야 하는 것으로 상정한다(Parsons, 1951). 그의 개념에서 볼 때 환자는 자신의 정상적인 사회적 역할에서 잠정적으로 이탈(deviation)되어 사회적 역할의 수행을 면제받는 대신, 환자의 역할(sick role)을 수행하고 있는 것으로 보았다. 환자의 상태에서 빨리 벗어나 정상적인 역할로 돌아가기 위해서 노력을 하여야 하고 능력이 있는 자의 도움(competent help)을 구하여야 하는 것이 환자역할의 한 구성 부분이다. 의사는 이러한 역할을 하고 있는 환자를 도와 그들의 노력을 지원해 주는 역할을 수행한다. 이것이 의사가 수행하는 사회체계의 유지 기전이다. 즉, Parsons는 의사와 환자 간의 비대칭적인 관계를 사회 질서의 유지를 위하여 필요하고 정당한 것으로 보고 있다. 그는 당초 의사환자의 관계를 부모-자식(parent-children) 간의 관계로 상정하였고, 후에는 교수학생(professor-student) 간의 관계와 같다고 하였다(Wolinsky, 1988). 이러한 입장에서는 의사환자 관계는 소외관계가 아닌 의존

또는 협조 관계로 나타난다. Parsons의 이 영향력 있는 주장에도 불구하고 보건의료인과 일반인의 관계가 결코 협조·의존 관계만은 아니라는 것이 훨씬 더 보편적인 견해이다.

Friedson은 의사들이 보건의료의 제공체계와 지식을 독점하고 외부로부터 의료 내부 문제에 대한 관여를 배제하는 집단적 자율성(autonomy)을 행사하고 있음을 지적하였다(Friedson, 1970). 그 자율성의 핵심적 내용은 국민 건강 문제를 의사들이 책임지는 사회적 합의를 바탕으로 의료행위 및 의사의 재생산에 대한 정치권력, 자본 및 일반사회로부터의 관여를 배제하고 다른 보건의료직종에 대한 의료 노동과정상의 지배력을 획득하였다는 것이다. 그는 이것을 의료전문주의(medical professionalism)라 하였고, 대외적인 여러 가지 합리화에도 불구하고 그 실질적 내용은 집단적 이익을 옹호하는 사회적 권력의 성격을 가지고 있음을 지적하였다. 이 점에서 Friedson은 Parsons로부터 출발하되 그와는 매우 다른 개념으로 의사집단을 이해하고 있다. 즉, 의사들은 사회체계가 필요로 하는 Parsons적 개념의 역할을 수행하고 있는 과정에서 집단적으로 스스로의 이익을 추구하고 있다고 파악한다. 이 점에서 그는 의사집단이 집단적 이탈의 상태에 있다고 보는 것이다. 의료전문주의는 곧 주민 및 지배권력으로부터의 독자성을 유지함을 의미하며 이는 다시 의사들이 의료과정에 일반인의 ‘참여’를 배제하고 있다는 의미가 된다.

의사집단에 대한 그의 이해가 정확하다면 의료에 대한 사회의 통제가 약화되고 모든 권한을 의료전문인이 독자적으로 행사하게 될 때, 장기적으로 그들이 일반인의 필요, 요구 등에 기초하기보다는 자기논리를 구축하며, 일반인으로부터 유리되는 것은 필연적이라는 설명이 가능하다. 이 주장은 상당한 설득력을 가지고 받아 들여지고 있다. 예를 들어, 보건의료 전문인들이 일반인, 환자의 참여를 원하고 있는가? 이들이 주민참여의 가장 큰 반대세력이 될 가능성에 대한 경고와 이들에 대한 협조의 부탁이 문헌에서 나타난다(WHO, 1981). Oakley는 ‘공식적 보건의료체계의 경직된 전문주의는 그 구성원들이 주민참여의 기술을 개발하도록 허용할 수 있을 만큼 유연하지 못하다. 보건의료 주민참여는 전문가적 활동이 아니며 경직된 공식적인 체계의 범위 내에서는 변성할 수 없다’고 지적한다(Oakley, 1989). 일차보건의료는 이러한 의학 체계 및 전문가 중심적 의료체계에 대한 비판이며 대안이다.

## 2 보건의료 정책과정의 비대칭적 관계 : 정치, 행정과정에서의 소외의 극복

일반인과 보건의료전문인 사이의 문제만은 아니다. 보건의료의 소외의 두 번째 영역은 보건의료 정책과정에서의 소외이다. 정책과정은 주로 정부조직 내에서 일어나며, 중앙 및 지방에

서 모두 일어난다. 이의 담당자는 보건의료분야의 관료들이다. 이들 중에는 보건의료전문인도 있고, 일반 행정관료도 있으나, 전자의 경우라도 이때에는 관료집단의 구성원으로 성격을 파악해야 할 것이다. 정책과정에 있어서의 주민참여 문제는 크게 두 가지로 나누어 볼 수 있을 것이다.

하나는 국가권력의 민주성의 문제이다. 정부의 민주성을 주민참여의 조건으로 보는 견해는 보건의료 분야 안의 문헌, 특히 국내 문헌에서는 보기 힘들지만 이것이 주민참여의 중요한 전제조건이 됨은 자명하다. 민주성이 담보되지 않는 상태에서의 주민참여는 자발적(voluntary) 참여가 아닌 강제된(compulsory) 참여 즉 동원(mobilization)으로 전락할 위험성은 항존하고 있다는 것이다(WHO, 1987; 고성주, 1989). 조병희는 ‘시민사회의 전통이 약하고 국가의 권위주의적 지배의 전통이 강한 많은 제3세계 사회에서는 주민이 보건정책에 대한 의사결정에 참여한다기보다는 강제로 동의해 주는 식의 참여가 보편적으로 존재하고 있다’고 지적한다(차철환 등, 1992). 참여가 진정한 참여가 될 수 없는 문제는 한국에서도 현실적인 것이고, 주민참여의 기전이 결국 주민지배의 기전이 되거나 주민동원의 기전이 될 가능성은 항존한다. 이러한 문제 때문에 주민참여의 이론적 기술에는 정치적 책임(political commitment)을 강조하지만, 문제는 이 정치력이 어떻게 형성되느냐이고, 필연적으로 이를 지지해 줄 정치세력의 존재가 필요하다는 결론이 나온다.

Sidel과 Sidel의 지적처럼 ‘부와 권력의 근본적인 이전이 있고 그러한 권력이 형평성을 높이고 지역주민을 강화시키기 위해 실제로 쓰여진 나라’에서만 진정한 의미에서의 일차보건의료와 주민참여가 가능하다는 데 있다(Sidel and Sidel, 1977). 그러나 이런 나라는 아직 있었던 적이 없을 수도 있고 개선은 위한 노력은 계속되어야 하는 데 현실적인 과제가 있다.

지금까지 한국에서 주민참여가 철저하게 배제되었던 데는 한국 국가권력의 비민주성, 독재적 성격이 한 요인이었음은 분명하다. 현재 한국의 사회구성체에서 국가의 성격이 국내의 지배계급 또는 외세의 영향력을 강하게 받는다는 점을 접어 두고라도 보건당국을 포함한 정부조직은, 특히 지방정부 조직은 사실 지극히 관료주의적인 문제가 있다. 보건의료 의사결정 과정에서 또 하나의 중요한 정치적 측면은 중앙집권 및 지방분권의 문제이다. 지방분권화(decentralization)는 주민이 정책과정에 참여할 수 있는 기회와 범위를 대폭적으로 확대시킨다. 지방분권화의 중요성은 세계보건기구에 의해서도 주민참여의 매우 중요한 조건의 하나로 대단히 강조되고 있다(WHO, 1988, b).

#### Ⅳ. 주민참여의 실패원인과 한국에서 주민참여의 새로운 모색

##### 1. 주민참여 실패의 원인 : 주민참여는 왜 실패하고 있는가?

세계보건기구는 주민참여가 주민의 활성화만으로 일어날 수 있는 것이 아니며 이를 위한 전제조건들의 형성이 중요함을 지적하고 있다. 이 전제조건들은 뒤집어 보면 주민참여가 실패하는 이유로 해석될 수가 있을 것이다. 그 조건들은 첫째, 주민참여를 위한 정치적 지원(political commitment)이 필요하다는 것, 둘째, 관료들의 활동방식이 재설정(bureaucratic reorientation)되어야 한다는 것, 셋째는 최소한이 수준만이라도 기본적인 보건의료체계가 구성되고 의료 혜택이 제공되어야 한다는 것(minimum basic health structure and coverage) 등이다. 이 조건들이 지역사회 자체관리 능력의 발전(development of self-management capabilities of local communities)과 맞물릴 때 주민참여는 비로소 가능하다는 것이다(WHO, 1988, a).

한국의 상황에서도 이와 유사한 문제점을 찾아 볼 수 있으며, 위의 고찰에 근거하여 그 이유들을 찾아보고자 한다. 위의 여러 가지 조건들은 각국의 상황과 발달단계에 의하여 결정된다. 따라서 성공적인 주민참여의 전략도 이러한 발달단계에 조응하여 맞추어져야 할 것이다. 이러한 이유로 제3세계 국가들의 주민참여 전략과 유럽과 구미 등 선진국가들에서의 주민참여 전략이 상당한 차이를 보이는 바, 성공적인 주민참여의 접근방법을 도출하기 위하여는 정치 문화적 상황, 경제적 수준, 보건의료자원의 발전과 조직화 정도, 의학수준의 발전 정도 등이 고려되어야 할 것이다.

한국에서도 최근 10~20여 년간 이러한 측면에 매우 중요한 변화를 겪었다. 현재의 한국의 상황에 맞는 주민참여의 방법을 찾아보기 위하여 이 변화들을 검토해 보기로 한다. 첫째는 보건의료시설과 인력의 배치 및 의료보장제도의 실시로 보건의료체계의 하부구조가 구축되고, 개인의 보건의료 이용 능력이 과거보다 훨씬 커졌다. 이러한 변화는 부족한 자원을 동원한다는 의미에서의 지역개발론적 주민참여의 중요성이 점차 감소하고 있음을 의미한다. 자원의 동원은 이미 상당부분-충분한 것은 결코 아니지만 이루어져 있고, 또한 그 기전도 지역사회의 자발적인 방식이 아닌 국가 활동의 영역으로 제도화되고 있기 때문에 이를 위한 주민참여의 중요성은 점차 줄어들고 있다. 반면, 보건의료과정에서의 환자 및 일반인의 참여, 그리고 보건정책 과정에서의 민주적 참여의 문제는 아

직도 개선되고 있지 못하여 이들이 오히려 더 큰 중요성을 가지고 주민참여의 과제로 대두되고 있다. 보건의료기관의 절대 다수가 민간기관인 상태이자, 공공병원들의 대다수가 공사화되고 독립채산제를 채택한 상태, 즉 민간병원과 같은 방식으로 운영하도록 되어 있기 때문에 의료기관의 운영에 주민들의 의견이 반영될 조건은 오히려 악화되었다고 볼 수 있다.

의료인들의 전문주의적 경향이 더욱 강화되고 있는 상태이고, 의학교육의 변화도 크지 않았다. 70년대의 지역사회의학 교육이나 의학 전반의 일차보건의료 개념은 답보 상태에 있거나 오히려 후퇴하고 있다고 보아 무방할 것이다. 이러한 상황은 주민참여의 두 가지 영역 중 추가자원 동원의 영역에 비해 의사결정과정에서의 참여라는 영역의 중요성이 훨씬 더 큰 의미를 가지게 된 상황을 나타내고 있는 것으로 해석할 수 있다. 그러나, 한국에서의 주민참여 전략은 이러한 상황변화를 반영하지 못하고 제3세계를 목표로 하여 개발된 지역개발론적 전략(예: 마을건강원 등)을 여전히 적용시키고 있었다. 이것이 주민참여가 실패하는 원인의 하나로 볼 수 있다. 이러한 접근방법은 한국의 60-70년대에는 분명히 일정한 적합성을 가지고 있었으나 이제는 한계를 노출시키고 있는 것이다. 둘째로 검토되어야 할 부분은 의사결정과정에서의 주민참여의 기전이다.

앞에서 고찰한 바와 같이 지금까지 시도된 주민참여의 기전은 지역보건 시범사업에 의해 조직된 각종 ‘지역보건위원회’와 보건지소 및 보건진료소의 운영협의회 등이었다. 이러한 형태의 조직들이 가지는 한계 역시 뚜렷하며, 더 항구적이고 체계적인 참여 조직이 필요하다. 이 때문에 그간 우리나라에서도 실시되기 시작한 지방자치체에 주목하여야 할 이유가 있다. 지방자치체는 중앙정부의 권한이양(devolution)이라는 측면과 주민의 자치라는 두 가지 성격을 가지고 있다(최순식, 1988).

지방자치제도의 주민자치적 기능은 물론 보건의료 분야를 포함하는 것이다. 특히 지방자치단체의 가장 중요한 업무가 주민의 복지와 관련된 것이라는 점에서 이는 앞으로 보건의료 분야에도 점차적으로 큰 의미를 가지게 될 것이다. 그러나, 아직은 보건분야에는 별 변화가 나타나지 않고 있다. 이것은 현재까지 실시된 지방자치의 내용이 기존의 행정체계에 지방의회를 추가 설치한 정도의 상태이며 중앙과 지방간의 본격적인 사무와 재정 재배분이 일어나지 않고 있기 때문일 것이다. 지방자치단체의 장이 직선으로 선출되고 지방정치가 활성화되어 주민의 의견 반영이 보다 활발하여지면 보건분야에 대한 영향도 차츰 가시적으로 나타나게 될 것이다. 지방의회가 점차 활성화 되고 정착되면 이

는 필연적으로 주민참여 및 주민 감시기구로 역할을 하게 될 것이다. 셋째는 도시화가 진행되어 1990년 현재 75%의 인구가 도시지역에 거주하고 있다.

지금까지 농촌지역을 주된 대상으로 하여 주민참여의 전략이 개발되어 온 반면 이제는 도시 지역에서의 참여 전략이 당면의 과제로 부각되어 있다. 도시지역 생활 공간에서의 주민참여도 중요하지만, 산업장을 공간으로 하는 산업보건의료에 대한 주민참여(즉, 노동자들의 참여)가 중요해지고 있다. 지난날의 농민층 절대 다수가 이미 도시지역 거주민이자 생산직 및 사무, 전문직 노동자로 변화하여 있다. 그러나, 도시화와 산업화의 정도에 걸맞는 보건의료 주민참여의 전략이 무엇인지를 아직 실마리를 찾지 못하고 있으며, 아직 본격적인 문제제기도 이루어지지 못하고 있다.

넷째는 주민의 소외의 원인에는 집단적 갈등문제가 기저에 깔여 있기 때문에 상당부분에서 갈등주의적 이론에서의 이해가 필요하나, 지금까지 보건의료 주민참여의 이론은 -적어도 한국에서는- Parsons류의 구조기능주의적 이론체계를 벗어나려 하지 않았다. 또한 보건의료 분야의 주민참여 역시 정치적인 민주화의 문제와 분리불가능함에도 불구하고 이를 회피 또는 무시하고 있었기 때문에 개발된 전략의 효과 또한 한계가 뚜렷한 것이었다. 특히, 지역보건 '시범사업'은 대학, 연구소, 정부 등이 사업주체가 되어 실시되는 것이기 때문에 갈등주의적 입장에서 주민참여를 이해하고 전략을 만드는 데는 큰 한계가 있다. 주민참여를 갈등주의적 시각에서 보면, 참여를 하는 쪽과 참여를 받아 들이는 쪽의 동시적 변화가 짝을 이루어 진행되어야 하는 것이 분명하다. 그러나, 지금까지 한국의 주민참여의 전략은 주로 참여를 하는 쪽, 즉 주민의 변화만을 주로 추구하였고 상대방의 변화를 가볍게 생각하였다. 이러한 견해는 자칫 주민의 무기력, 무능력, 무관심을 주민참여 실패의 주원인으로 돌리게 되고, 따라서 주민에게 그 책임을 전가하는 양상이 나타난다. '지역주민으로 하여금 건강에 대한 가치관의 우선순위를 현재보다는 높은 상태에 두게 하는 과정 혹은 작업'이 주민참여라고 정의한 앞에서 검토된 견해가 이러한 왜곡된 개념이 나타나는 한 예이다(순천향대학 인구 및 지역사회의학연구소, 1986).

이러한 이유들을 고려할 때 지역범위 내에서 일어나는 주민참여라 하더라도 그 극복을 위해서는 전사회적인 차원에서 변화가 일어나야 할 것이다. 이것이 주민참여를 일정한 지역범위 내에서 해결하려고 시도하였던 '지역보건 시범사업'의 주민참여사업이 주민참여를 실질적으로는 이루어 낼 수 없었던 이유이다. 이상에서 지금까지 한국에서의 주민참여의 전략에는 암암리에 몇 가지 오류가 있었음을 검토하였다.

## 2 주민참여를 위한 앞으로의 전략

위에서 본 이러한 상황 변화는 주민참여의 내용과 접근방법에 중요한 변화가 있어야 함을 의미하고 있으며, 지금까지 이런 변화에 적절히 대응하지 못한 것이 주민참여가 이루어지지 못한 원인으로 지적될 수 있을 것이다. 앞으로의 주민참여는 다음의 네 가지 기본방향에서 설정되어야 하며 이를 수 있는 부분에 집중하여 많은 대안이 개발되어야 할 것이다. 첫째, 현재 한국의 상황(경제적 수준, 정치적 수준)에 맞는 전략을 세워야 한다는 것이다. 둘째는 참여의 주체(주민)와 참여를 수용하는 측(보건의료인 및 보건의료행정가) 쌍방의 변화를 동시에 일어나는 것이어야 한다. 셋째, 참여의 물질적, 제도적 기반을 구축함으로써 지속성(sustainability)을 확보하여야 한다. 마지막으로 지역범위에 한정되지 말고 전국적인 범위의 정책을 수립되어야 한다. 이들을 다음에서 검토하기로 한다.

### 1) 주민의 조직화와 마을건강원

앞에서 고찰한 바와 같이, 한국에서 주민참여의 전략으로 가장 중요하게 간주되었던 것은 마을건강원이며, 많은 보건학자들이 주민참여라면 거의 자동적으로 마을건강원을 연상하게 된다. 마을건강원(village health worker)은 중국의 ‘맨발의 의사’에서 시작된 것이라고 하는데 일차보건의료 개념이 개발되던 당시 Newell에 의해 널리 알려지게 되었다(Newell, 1975). 마을건강원의 역할은 나라마다 다르며, 한규호 등은 간단한 진료의 제공, 의료이용의 안내, 보건교육의 수행자, 보건의료전문인의 조력자 등 다양한 기능을 가진다고 정리하고 있다(한규호 등, 1987).

한국에서는 마을건강원이 가졌던 실질적인 필요성, 즉 보건의료서비스 제공은 벽오지가 아닌 한 이제는 거의 소실되었기 때문에 전통적인 의미에서의 마을건강원은 한국에서의 더 이상 타당하지 못하다. 마을건강원이 삶터와 일터가 일치되는 상황에서만 가능하다는 조건은 도시 지역에서 마을건강원의 가치를 극히 제한한다. 또한, 마을건강원의 ‘자발적 성격’은 역설적으로 조직하고 관리하기가 지극히 어려운 제약조건을 부여한다. 만일 마을건강원을 주민참여의 주된 전략으로 삼고 전국적으로 운영하자면 새마을운동과 같은 대규모 조직이 필요해질 것이나, 마을건강원 같은 주민의 자발적 조직을 관 주도 또는 시범사업 주도로 ‘의도적으로’ 또는 ‘강제로’ 실시하려고 하여서는 실패하기 쉽다는 것이 지금까지의 경험으로 잘 알려져 있다. 더욱이, 일률적으로 선발되고 정부조직이나 시범사업 조직이 관리하는 형태의 마을건강원이 주민의 대표가 되는 것은 불가능하다. 그럼에도 불구하고, 농촌지역에서 마을건강원의 가치가 전면적으로 부인되지는 않는다. 그러나, 그 역할과 선정과정에는 변화가 필요하다. 마을건강원이

제공자 측의 요원(agent)이 되어서는 안되며, 주민의 보건의료 활동의 안내자, 지도자의 역할을 수행할 수 있도록 보장되어야 할 것이다.

진정한 보건의 지도자가 되기 위하여는 마을건강원의 존재 유무와 선발을 모두 주민의 자발적인 결정에 따라야 할 것이다. 한편, 마을건강원 개념이 도시지역에서의 직장/산업장에서의 건강지도자로 원용된다면 일정한 인구집단의 보건지도자로서 큰 기여를 할 수 있을 것이다. ILO/WHO는 ‘근로자 대표가 산업보건서비스 관리에 참여하는 것이 매우 바람직하다’고 권장하고 있다(ILO, 1976). 한국에서도 최재욱은 사업보건 활동에서 근로자의 참여가 이루어져야 함을 강조하고 있으나(최재욱, 1991), 구체적인 대안은 제시하고 있지는 않다. 이러한 활동에서 마을건강원의 개념이 산업보건에서도 활용할 것을 검토하여야 할 것이다. 일차보건의료의 기초가 된 Newell의 보고에서도 중국에 ‘맨발의 의사’와 동일한 개념의 마을건강원이 도시지역에도 있고 공장에는 ‘노동자 의사(worker doctor)’가 있음을 보고하였으나 농민의 ‘맨발의 의사’와 같은 주목을 받지 못하였다(Newell, 1975).

## 2) 스스로 돌보기(self-care)와 서로 돕기(self-help)

의료제공의 첫 단계는 전문적인 치료자에게 가지 않고 일반인/환자가 스스로 해결할 수 있는 단계이다. 이러한 단계에서는 스스로 문제를 해결하기 위한 노력으로 개인, 가족, 친지, 이웃 등의 비전문적 의뢰가 활발하게 일어난다. 스스로 돌보기(self-care)에는 자가진단, 자가치료, 사회적 지지(social support) 등이 포함된다.

서로 돕기 모임(self-help group; 자조집단)은 공통의 필요(common needs)를 가진 사람들이 ‘서로 돕고 일정한 목적을 이루기 위한 자발적 소규모의 집단(voluntary, small group structure for mutual aid and the accomplishment of a special purpose)’을 가리킨다(WHO Regional Office for Europe, 1983). 이들이 모이는 이유는 아주 다양하다. 신체적, 정신적, 사회적 문제가 모두 포함될 수 있다. 예를 들어, 암, 고혈압, 당뇨병, 정신분열증 등의 질환으로, 알코올, 담배, 약물 중독으로부터 벗어나기 위하여, colostomy, 말더듬기, 장님, 동성애, 도박 등의 문제 등으로 모이기도 하며 압력집단의 역할을 하기도 한다. 국제적으로 가장 유명한 것은 Alcoholics Anonymous(AA)이다.

이들에 대한 전통적인 견해는 부정적인 것이었다. 이러한 주장에 반해 최근에는 스스로 돌보기를 오히려 적극 권장하고 활용하여야 한다는 주장이 제기되고 있으며, 이를 가장 일차적인 의료자원으로 간주하고 주민참여의 중요한 수단으로 평가하는 견해도 대두되고 있다(WHO Regional Office for Europe, 1983). 한국에서도 이러한 형태의 주민참여는 점점 증가할



것이며 마을건강원 식의 접근이 어려운 도시지역 주민에게도 가능한 주민참여 형태라는 점에서 주목할 만하다. 만일 스스로 돌보기와 서로 돕기를 과학화하여, 주민이 올바른 의사결정을 할 수 있게 교육할 수만 있다면 주민의 역량강화(empowerment)라는 측면에서 보건의료 주민참여의 수단으로 매우 바람직할 것이라는 견해가 제기되어 있다(김공현 등, 1988). 한국인, 특히 도시지역 주민의 높은 교육수준을 고려할 때, 보건의료를 충실히 한다면 이것을 불가능한 것으로만 보아서는 안될 것이다.

### 3) 보건의료제공체계 및 제공자들의 주민참여에 대한 수용성 확대

주민참여가 제공자측의 변화를 동시에 필요로 함은 앞에서 본 바와 같다. 제공자의 변화 또한 주민의 변화와 마찬가지로 단기적으로는 기대하기 어렵다. 그러나 이것은 반드시 필요한 과정이며 제공자의 변화없이 주민의 변화만을 시도하는 것은 불가능하다는 것이 인정되고 있다. 이런 의미에서 주민참여가 가능한 형태의 보건의료시설의 확충과 지역보건의료 프로그램의 개발이 필요하다. 보건소, 보건지소, 보건진료소 등 주민참여의 가능성을 담보하고 있는 보건의료기관이 늘어나야 한다. 도시지역 보건소도 보건소의 보건사업활동을 보다 많은 도시지역 주민에게 널리 시행할 수 있도록 urban polyclinic 형태의 보건지소가 설치되어야 한다. 이들 기관은 지역사회간호, 방문간호 등 주민의 생활 현장으로 나가 주민을 만나는 형태의 의료가 강화되어야 하며 이를 통해서 주민참여가 훨씬 원활하게 일어날 수 있다.

### 4) 주민참여 조직, 지방자치 및 정치의 민주화

보건의료 주민위원회 형태의 주민참여 기전의 마련이 필요하다. 보건지소 운영지원협의회나 보건진료소 운영협의회는 최근 공중보건의 및 보건진료원의 정규 공무원화에 따라 존폐가 논의되고 있으나 현재 상태로는 보건의료 분야에서 참여의 가능성을 가지고 있는 유일한 조직이라는 점에서 존치시키는 것이 바람직하다고 생각된다. 적절한 조건이 형성되면 이들 조직의 구성원은 주민의 대표성을 가질 수 있는 사람들로 변화되어야 한다.

현재로서는 한국에서 보건의료 분야 자체의 주민위원회가 구성된다고 하여도 그것은 ‘지역 보건위원회’ 형태의 정치, 행정적인 기능을 수행하기보다는(문옥륜, 1989), 기술적, 자문기관적 기능을 수행할 것으로 전망된다. 그러나 이것도 훌륭한 주민참여의 기능을 수행할 수 있다. Nichter는 지역사회 진단을 주민과 함께 하는 것이 상향식(bottom-up approach) 주민참여의 시발점이 될 수 있다는 것을 보고하고 있다(Nichter, 1984).

그러나, Ugalde는 주민이 보건의료 자체의 조직을 통해서 주민참여가 일어날 수 있다는 것 자체를 부정적으로 보며(Ugalde, 1985), ‘비현실적이고, 불가능하다. 이것은 정치적인 영역에

속한다'고 지적한다. 전체적인 민주주의와 지방자치가 성립될 때 그 일부분으로 보건의료분야의 참여도 가능해 질 것이다. 의사결정과정에서의 주민참여가 불완전하게라도 일어나려면 일반 민주주의, 형식적 민주주의가 반드시 필요하고, 중앙집권적 지배체제를 벗어나기 위한 지방자치가 필요하다. 그러한 의미에서 지방의회 의원들에게 보건의료에 대한 교육, 홍보 활동을 강화하는 것은 매우 큰 중요성을 지닌다.

최근 경기도에서 지방의회 의원을 초치하여 보건의료에 대한 워크숍을 가진 것은 이러한 맥락에서 좋은 전례가 될 것이다(경기도, 1992). 주민의 이익을 옹호하는 정치적 역량의 강화는 주민참여의 정치적 지지기반을 형성하는 것이며 주민참여의 기전을 확보하기 위한 대전제이다. 보건의료 내부의 문제와 일반 정치적 문제를 분리해서 보는 이분법적 사고가 흔하지만, 보건의료 문제도 사회문제의 하나인 이상 양자는 분리불가능하다. 어떤 보건의료 정책이든 그것의 정치적, 경제적인 지지기반이 있으며, 주민참여도 그것을 지지해 주는 정치적 역량이 없이는 불가능하다. Rifkin이 지적한 바와 같이 보건의료 분야의 주민참여도 정치적, 사회적 측면이 있음을 깨달아 가고 있다(Rifkin, 1987).

#### IV. 요약

이 논문의 목적은 보건의료의 중요한 한 부분인 지역사회참여의 개념을 검토하고 한국에서 가능한 주민참여의 방법을 찾아 보려는 데 있었다. 보건의료 주민참여의 개념에는 제3세계의 보건개발을 주목적으로 한 전통적 개념의 지역사회개발론적인 것과 보건의료 관료 및 전문인 집단에 대한 주민의 소외 현상을 극복하기 위한 것의 두 개념이 혼재되어 있음을 밝혔다. 이 두 개념을 분리하여 고찰함으로써 주민참여의 전략을 더 정확히 설정하는 데 기여할 수 있다.

주민의 잠재적 자원의 동원을 목적으로 한 형태의 주민참여는 이제 한국에서는 설득력을 상당부분 잃게 된 것으로 판단하였다. 이제는 두 번째 개념의 주민참여 즉, 지식 수준 및 보건문제 등에 대한 태도변화를 통한 주민의 역량강화(empowering), 의료제공자와 보건의료 관료들의 주민참여의 수용성의 증가, 정치적 민주화와 지방자치제 등을 통한 보건정책 과정에서 주민참여의 제도적 기전의 마련 등이 강조되어야 할 것이다. 또한, 전통적인 마을건강원 식의 접근방법보다는 이를 도시, 농촌의 상황에 맞게 변형시키고, 스스로 돌보기, 서로 돕기 등의 방법을 사용하는 것이 현재의 한국 상황에 맞는 주민참여 방법이 될 것으로 생각한다.

## 참 고 문 헌

- 경기도. 보건의료발전을 위한 워크샵 -도를 중심으로 한 보건의료 시책, 경기도, 1992.
- 고성주. 지역보건개발에서 주민참여의 개념과 전략, -비판적 의료인류학의 시각, 서울대학교 보건대학원 석사학위논문, 1989.
- 김공현, 임문혁. 마을건강원에 대한 기본 시각, 한국보건교육학회지 1988; 5(1)
- 김기순. 전주예수병원 지역사회보건사업, 순천향대학 인구 및 지역사회의학연구소(편). 1차보건접근을 통한 지역사업의 개발전략, 순천향대학 및 지역사회의학연구소, 1986.
- 김대회. 보건에 있어서 주민참여 방향 고찰 - 보건행태·의식변화의 새로운 입장을 지향하며 -, 서울대학교 보건대학원 석사학위논문, 1990.
- 김용익, 김종호, 안문영, 이종구. 제6장 지역보건사업과 주민참여, 박봉상, 문창진, 유승흠, 문옥륜, 이규식, 김용익, 한달선, 김희선. '90년대 보건의료정책의 발전방향, 한국보건사회연구원, 1990.
- 김일순, 유승흠, 박태근, 김한중, 오희철, 이용호, 조우현, 서 일, 손명세, 이영두. 강화 지역사회보건연구 및 교육사업. 10년의 성과와 교훈, 연세대학교 의과대학 예방의학교실, 1985.
- 문옥륜. 지방자치제 하에서의 보건의료행정체계, 제2회 학술세미나 지방자치제와 보건의료행정체계, 한국보건행정학회, 1989.
- 방 숙, 강득희, 김양호, 김은실, 김종호, 안문영, 이정자, 이종인, 정경희, 조홍준, 한성현, 순천향음성병원 진료권 내 보건의료사업 연구보고서 -지역의료자원의 활성화를 위한 다학문적 접근, 순천향대학 인구 및 지역사회의학연구소, 1989.
- 보건사회부. 마을건강원(활동지침 및 교재), 1986.
- 순천향대학 인구 및 지역사회의학연구소. 일차보건 접근을 통한 지역보건사업의 개발전략 -음성지역 보건사업의 모델 개발, 순천향대학 인구 및 지역사회의학 연구소, 1986.
- 서울대학교 보건대학원. 춘성군 지역사회보건사업 -농촌보건사업에 관한 연구, 서울대학교 보건대학원, 1978.
- 서울대학교 보건대학원 부설 국민보건연구소. 춘성.춘천 시범보건사업 연구 -임의적용형 지역 의료보험 실적을 중심으로, 서울대학교 보건대학원 부설 국민보건연구소, 1983.
- 신영수. 지역사회의학의 개념, 서울대학교 의과대학(편). 지역사회의학, 개정판, 서울대학교 출판부, 1988, 1-10.

- 예수병원 기독의학연구원. 예수병원 지역사회보건사업, 예수병원 기독의학연구원, 1987
- 전남대학교 의과대학. 지역보건체계 연구개발 사업 제2차 연찬회 보고서, 전남대학교 의과대학 1989.
- 차철환, 염용태, 이명숙, 조병희. 도시·농촌별 일차보건의료의 접근, 고려대학교 지역사회보건개발위원회, 1992.
- 최삼섭. 수동면 지역사회 보건사업, 순천향대학 인구 및 지역사회의학연구소(편). 1차보건접근을 통한 지역사업의 개발전략, 순천향대학 인구 및 지역사회의학연구소, 1986.
- 최순식. 현대지방자치론, 상문사, 1988.
- 최재욱, 문옥륜. 일부 사업장의 산업보건사업에 있어서 근로자 참여에 관한 조사연구, 예방의학 회지 1991; 24(3)
- 한국보건개발연구원. 보건시범사업 종합평가보고, 한국보건개발연구원, 1980.
- 한규호, 김공현, 최창수. 마을건강원 활용방안에 관한 연구, 한국인구보건연구원, 1987.
- Bender D.E., Pitkin K. Bridging the gap; The village health worker as the cornerstone of the primary health care model, Soc. Sci. Med. 1987;24(6):515-528
- Brownlea A Participation : Myths, realities and prognosis, Soc. Sci. Med. 1987;25(6): 605-614
- Djukanovic V., and Mach E.P. Alternative approaches to meeting basic health needs in developing countries, A Joint UNICEF/WHO Study, WHO, Geneva, 1975.
- Economic and Social Commission for Asia and the Pacific(ESCAP), UNICEF/EAPRO. Development of basic community services through primary health care; A training approach. Report of the Fifth Seminar, October-November, 1982, ESCAP, 1982
- Friedson E. Profession of medicine. A study of the sociology of the applied knowledge, Dodd Mead and Company, New York, 1970.
- ILO. Worker's participation in decisions within undertakings, ILO, Geneva, 1981.
- La Forgia G. M. Fifteen years of community organization for health in Panama; An assessment of current progress and problems, Soc. Sci. Med. 1985;21(1):55-65
- Madan T. N. Community involvement in health policy. Socio-structural and dynamic aspects of health beliefs, Soc. Sci. Med. 1987;25(6):615-620
- Newell K. W. Health by the people, WHO, Geneva, 1975.

- Nichter M. Project community diagnosis; Participatory research as a first step toward community involvement in primary health care, *Soc. Sci. Med.* 1984;19(3):237-252
- Oakley P. Community involvement in health development. An examination of the critical issues, WHO, Geneva, 1989
- Parsons T. The social system, The Free Press, Glencoe, 1951.
- Rifkin S.B. Planners' approaches to community participation in health programmes ; Theory and reality, Contact, 1987.
- Sidel V., Sidel R. Primary health care in relation to socio-political structure, *Soc. Sci. Med.* 1977; 11:415-419
- Sorkin A.L. Health economics, Lexington Books, 1975.
- Ugalde A. Ideological dimensions of community participation in Latin American health program, *Soc. Sci. Med.* 1985 ; 21(1):41-53.
- Ugalde. A. The role of the medical profession in public health policy making ; the case of Colombia, *Soc. Sci. Med.* 1979;13c:109-119
- WHO. Alma-Ata 1978, Primary health care, Report of the international conference on primary health care, Alma-Ata, USSR 6-12 September 1978, WHO, Geneva, 1979("Health for All" Series, No. 1).
- WHO. Global strategy for health for all by the year 2000, World Health Organization, Geneva, 1981.
- WHO Regional Office for South East Asia. Team-work for primary health care, Report of WHO Expert Group, New Dehli, 1981.
- WHO Regional Office for Europe. Self-help and health in Europe, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 1983.
- WHO. Glossary of terms used in the "Health for All" Series No.8, World Health Organization, Geneva, 1984.
- WHO. Community-based education of health personnel, WHO Technical Report Series 746, WHO, Geneva, 1987.
- WHO. Implementing the visions of Alma-Ata, District health systems of primary health care, To-

ward a framework for action, WHO, Geneva, 1988, a.

WHO. From Alma-Ata to the Year 2000. Reflections at the midpoint, WHO, Geneva, 1988, b.

WHO. Community involvement in health development ;Challenging health services, Report of WHO Study Group, WHO Technical Report Series 809, WHO, Geneva, 1991.

Wolinsky F. D. The sociology of health, 2nd Ed., Belmont, California, Wadworth Publishing Company, 1988.