

의료생활협동조합 조합원의 참여에 영향을 미치는 요인

김광묘¹ · 박은영^{1,2} · 이견세³ · 유명순¹ · 김창엽¹

¹서울대학교 보건대학원, ²서울시 공공보건의료지원단, ³건국대학교 의학전문대학원 예방의학교실

Factors Influencing Union Members' Participation in the Korean Health Cooperatives

Kwang-Myo Kim¹, Eunyoung Park^{1,2}, Kun-Sei Lee³, Myoungsoon You¹, Chang-Yup Kim¹

¹Graduate School of Public Health, Seoul National University; ²Seoul Metropolitan Government Public Health Policy Institute, Seoul; ³Department of Preventive Medicine, Konkuk University Chungju Hospital, Konkuk University School of Medicine, Chungju, Korea

Background: The purpose of this study is to investigate the factors that affect the participation of union members who involved in the Korean health cooperatives.

Methods: Questionnaires were collected from 1,041 respondents who voluntarily participated in seven health cooperatives. In order to verify the hypothesis, collected data were analyzed using binomial logistic regression.

Results: Longer tenure, higher collective motive, organizational age were associated with types of participation. In operative participation, marital status, higher reward motive, better accessibility to the cooperatives influenced concern about the high-level participation. Organizational age were associated with the high-level participation in management participation. Longer tenure, interaction with staff, management participation were involved in additional investment.

Conclusion: This is the first study to statistically prove that the influencing factors on the participation in the health cooperatives. Based on these findings, the provision of differentiated strategies should be useful for increase of participation.

Keywords: Korean health cooperatives; Health care organization; Public participation

서 론

의료소비자생활협동조합(의료생활협)은 주민들이 건강과 의료의 문제를 지역을 단위로 해결하기 위해서 만든 조직으로 조합원들의 참여를 바탕으로 자율과 자치, 평등과 민주주의, 연대와 상호부조 등 협동조합의 원리에 입각하여 운영된다[1,2]. 의료생활협에서 참여는 여러 차원에서 이루어진다. 우선 조합원들은 출자를 통해 공동으로 의료기관(의원, 한의원, 치과 등)과 건강과 관련된 시설(건강검진센터, 요양원 등)을 설립하고 소유할 수 있으며 운영하는 데에도 주체로서 참여할 수 있다. 의료기관에서 제공하는 의료서비스

를 이용하는 경우가 가장 많지만 걷기모임, 현미채식실천단 등 자조모임을 만들거나 그 서비스를 이용할 수도 있다. 또한 외국인 노동자나 장애인 등 지역 내 취약계층을 돕거나 지역사회 전체의 건강증진을 위한 사업을 조직할 수도 있다. 이처럼 의료생활협에서의 참여는 조합원들이 스스로 활동을 조직하고 운영한다는 점에서 일부 전문가가 소유와 운영을 전담하고 있는 민간의료기관의 서비스를 수동적으로 이용하는 것과 다르며, 이러한 참여구조로 인해 의료생활협은 민간의료기관의 단점을 극복할 수 있는 잠재력을 가졌다고 평가받는다[1,3]. 또한 공공의료기관에서 시행하는 주민대상 사업에 참여하는 것보다도 적극적인 능동적인 참여이다.

1) 의료생활협은 소비자생활협동조합법에 근거하여 설립되었다. 그러나 2012년 12월에 협동조합기본법이 제정되면서 2014년 4월 현재 총 18개 중 11개 의료생활협이 의료복지사회적협동조합으로 전환하였으며 한국의료생활협연합회도 2013년 10월에 한국의료복지사회적협동조합연합회로 전환하였다. 따라서 현재는 의료사업이라고 불리운다. 그러나 설문지를 만들 때 자료를 수집할 당시에는 의료생활협으로 표기하였으므로 본고에서는 독자의 이해를 돕기 위해 의료생활협으로 표기하였다.

Correspondence to: Chang-Yup Kim
Graduate School of Public Health, Seoul National University, 1 Gwanak-ro, Gwanak-gu, Seoul 151-742, Korea
Tel: +82-2-880-2722, Fax: +82-2-880-2707, E-mail: cykim@snu.ac.kr
Received: August 29, 2014 / Accepted after revision: December 1, 2014

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

보건의료영역에서 시민참여(public participation)가 갖는 의미는 ‘지역사회 주민참여(community participation)’를 통해 잘 알려져 있다. ‘지역사회 주민참여’는 주민들이 자신과 관련된 보건의료정책의 기획과 집행에 참여할 수 있는 권리와 의무를 가지는 것을 말하는데, 세계보건기구는 1970년대에 발표한 알마아타 선언에서 인류 전체의 건강수준을 향상시키기 위해서는 ‘지역사회 주민참여’가 중요하다고 주장하였다[4]. 이후 보건의료정책을 결정하고 시행하는 데에 시민이 참여하여야 한다는 점이 전 세계적으로 강조되었다. 그러나 시민참여의 의미가 강조되는 것에 비해 실제 참여의 수준은 높지 않으며 시민참여가 어떤 효과를 낳는지에 대해서도 밝혀지지 않은 부분이 많다[5,6].

Chun 등[7]은 시민참여의 유형을 시민의 주도권과 참여의 단위라는 두 가지 기준을 토대로 분류하였다. 이 분류에 따르면 의료생활협에서의 참여는 시민이 주도하여 조직을 설립하고 운영하는 것이므로 조직수준에서 이루어지는 참여이며 정부 주도의 의사결정과정에서 시민이 개인적으로 참여하는 것보다 능동적이고 적극적인 참여라고 할 수 있다. Verba 등[8]은 지역사회의 공동체 및 사회집단에 가입하게 되면 조직 내 다른 사람들과의 상호작용을 통해 공동체적 규범과 의사소통하는 기술 등을 배우게 되고 이는 직간접적으로 정치적 관심을 촉진하며 이후 시민참여를 증진하게 되므로 조직수준에서의 시민참여가 중요하다고 강조하였다. 그러나 이러한 중요성에도 불구하고 보건의료영역에서 시민참여에 대한 연구는 대개 정부 주도의 정책결정과정에서 시민들이 개인적으로 참여하는 사례에 초점을 두고 있으며 조직수준에서 일어나는 참여에 대한 이론적·경험적 연구는 거의 없다[9]. 특히 한국에서는 보건의료분야의 시민참여 자체에 주목하여 수행한 연구가 거의 없을 뿐더러 대부분 정부 주도의 의사결정과정에서 시민이 참여하는 것에 한정되어 있다[10,11].

따라서 이 연구는 시민참여가 조직수준에서 이루어지고 있는 의료생활협에 주목하여 조합원들의 참여실태를 파악하고 참여유형과 참여의 적극성에 영향을 미치는 요인들을 분석하고자 한다. 그리고 이를 통해 보건의료조직 수준에서 시민참여를 증진하는 방안에 대해서 모색해 보고자 한다.

이론적 배경

1. 보건의료영역에서 참여의 분석틀

의료생활협에서의 참여는 출자, 이용, 운영의 세 가지로 구분된다. 출자는 의료생활협에 경제적으로 참여하는 방법으로 모든 조합원은 가입 시 출자에 참여한다. 이용은 크게 두 가지로 구분할 수 있는데, 첫째는 의료기관을 포함한 의료생활협 사업체의 서비스를 이용하는 것이고, 둘째는 산행모임, 요가모임 등 자조모임에 참여하는 것이다. 운영은 총회, 위원회, 조합원 간담회, 지역모임 등 의료생활

의 운영에 관한 의사결정과정에 참여하는 것이다.

이처럼 조합원들이 의료생활협에 참여할 수 있는 방법이 다양하기 때문에 의료생활협에서의 참여를 분석하기 위해서는 먼저 참여를 분류하는 것이 필요하다. 보통 보건의료조직에 참여하는 경우는 서비스를 이용하는 소비자의 역할로 참여하는 것으로 분류하고 보건의료정책과 관련된 의사결정과정에 참여하는 경우는 시민의 입장으로 참여하는 것으로 분류한다[6,9]. 그러나 의료생활협에서의 참여는 소비자로서 서비스를 이용하는 것과 시민으로서 의사결정에 참여하는 것 모두에 해당된다. 따라서 의료생활협에서의 참여를 분류하기 위해 보건의료영역 전반에 걸쳐 나타나는 일반인의 참여를 분류한 Charles와 DeMaio [12]의 분류틀을 사용하였다.

Charles와 DeMaio [12]는 보건의료영역에서 일반인의 참여를 세 가지 차원으로 분류하였다. 첫 번째는 참여의 영역(domain)이 어디인가, 두 번째는 참여자가 자신의 역할(role perspective)을 어떻게 인식하고 있는가, 세 번째는 참여자가 얼마나 주도적인가(level of participation)이다. 첫 번째 차원인 참여의 영역은 치료 중에 의사와 환자 사이에서 일어나는 의사결정, 특정 기관이나 지역에서 어떤 서비스를 제공할 것인가와 관련하여 일어나는 자원분배, 보건의료분야와 그 외 분야와의 거시적인 자원분배로 나누어진다. 두 번째 차원인 참여자의 역할 인식은 소비자(user)로서 보건의료서비스를 이용하는 것과 공공정책의 결정자(public policy)인 시민으로서 보건의료와 관련된 의사결정에 참여하는 것으로 구분한다. 이 때 소비자는 개인의 이익과 관련된 결정을 하는 반면 시민은 공공, 지역사회 등 공동체와 관련된 결정을 한다. 세 번째 차원인 참여자의 주도성은 협의(consultation), 협력(partnership), 일반인의 통제(lay control)로 구분한다. 협의 단계에서 일반인은 자신의 견해를 표현할 수 있으며 협력 단계에서는 일반인이 정책결정자와 동등한 지위를 갖는다. 일반인의 통제는 권력이 의사결정자들로부터 일반인으로 이전되어 의사결정의 모든 단계에서 일반인이 결정권을 가지고 참여하는 단계이다.

그러나 의료생활협에서의 참여는 보건의료조직 수준에서의 참여이므로 보건의료영역 전반에 걸쳐 나타나는 일반인의 참여를 분류한 Charles와 DeMaio [12]의 틀을 수정하여 적용할 필요가 있다. 의료생활협에서의 참여는 치료과정 중에 의사와 환자 사이에서 일어나는 의사결정과정과 특정 조직에서 어떤 서비스를 제공할 것인가와 관련하여 일어나는 자원분배영역에 걸쳐 있다. 따라서 Charles와 DeMaio [12]의 틀 중 참여의 영역은 고정되어 있다고 보고 다른 두 차원인 참여자의 역할과 참여자의 주도성 부분을 의료생활협의 맥락에 맞게 재구성하여 사용하였다. 이용참여는 개인의 건강문제와 관련하여 서비스를 이용하거나 자조모임에 참여하는 것이고 운영참여는 의료생활협 운영 전반을 논의하는 모임에 참여하는 것이다. 따라서 이용참여는 소비자의 관점으로 참여하는 것으로 보았고 운영참여는 시민의 관점으로 참여하는 것으로 보았다. 참여자의 주도

성은 참여의 적극성으로 재구성하였다.

의료생협에서의 세 가지 참여 중 출자는 Charles와 DeMaio [12]의 분류틀에 포함되지 않아 따로 분석하였다. 의료생협 조합원들은 가입 시에 출자를 함으로써 협동조합의 지분을 소유하게 되고 이를 통해 사업을 이용할 권리와 운영할 책임을 갖게 된다. 따라서 출자 또한 중요한 참여이다. 그러나 초기 출자금은 모든 조합원에게 동일하며 매우 적은 금액이다. 또한 초기 출자 이후 증좌를 하더라도 출자액에 관계없이 모든 조합원들은 1인 1표의 의결권을 갖는다. 따라서 출자금액은 참여의 유형과 적극성에 영향을 미치지 않는다고 보았다. 오히려 의료생협에 애착을 갖고 적극적으로 참여한 사람일수록 증좌를 할 가능성이 커진다고 보고 참여유형이 증좌 참여에 미치는 영향에 대해서 살펴보았다.

2. 참여에 영향을 미치는 요인

미시수준의 이론에서는 시민참여의 영향요인을 능력, 신념, 사회경제적 지위 등 개인적 측면과 공직자의 태도, 참여환경을 조성하는 제도 등 참여를 뒷받침하는 요인으로 나누어 본다[13,14]. 의료생협에서의 참여 중 운영참여는 보건의료분야의 시민참여와 유사한 성격을 가지므로 시민참여의 두 가지 영향요인을 의료생협의 맥락에 맞게 재구성하여 사용하였다. 개인적 요인으로는 사회경제적 지위와 참여동기를 살펴보았고, 참여를 뒷받침하는 요인 중 공직자의 태도에 대응하는 요인으로는 직원 및 실무자와의 관계에 대한 조합원의 인식, 참여환경을 조성하는 제도에 대응하는 요인으로는 의사결정과정의 민주성에 대한 인식을 살펴보았다.

1) 사회경제적 지위

운영참여는 의료생협 운영 전반에 대한 의사결정에 참여하는 것이므로 보건의료영역에서의 시민참여에 대응된다고 보았다. 시민참여의 영향요인을 분석하는 모형 중 표준사회경제 모형(standard socioeconomic model)에 의하면 소득, 교육, 직업 등이 참여에 필요한 시간, 지식, 시민적 기술 등 시민참여를 할 수 있는 자원과 관련이 있기 때문에 사회경제적 지위가 높을수록 참여 성향이 높다고 알려져 있다[15].

이용참여는 개인의 건강과 관련된 필요에 의해 의료생협의 서비스를 이용하는 것이므로 보건의료서비스 이용에 대응된다고 보았다. Andersen 행동모형은 보건의료서비스 이용의 영향요인을 분석하는 모형으로 널리 사용되는데, 서비스 이용의 결정요인을 소인요인(predisposing factors), 가능성요인(enabling factors), 필요요인(need factors)의 세 가지로 분류한다. 소인요인은 개인이 본래 가지고 있는 서비스 이용의 경향으로 인구학적 특성 및 직업, 교육수준 등이고, 가능성요인은 소인요인이 같더라도 서비스 이용에 차이를 만들어 낼 수 있는 요인으로 가구소득, 재산, 의료보장형태 등이다. 필요요인은 서비스를 이용하게 만드는 장애나 질병의 수준 등 개인

의 건강과 관련된 특성을 말한다[16,17]. 따라서 이 두 이론을 바탕으로 사회경제적 지위가 참여의 유형과 적극성에 미치는 영향을 분석하였다.

2) 참여동기

동기는 목표의 방향을 설정하고 지속시키는 정신적인 힘으로 목표를 성취하도록 하는 행동을 촉발한다[18]. 조합원들이 의료생협에 가입하고 활동에 참여하는 데에도 동기가 존재하며 동기가 충족되면 만족감이 높아지게 되어 참여를 지속하게 된다. 따라서 의료생협 조합원들의 참여동기를 파악하는 것이 중요하다. Klandermans [19]는 개인이 공익단체에 참여하는 등의 집합적 행동에 참여하게 되는 동기를 연구하였는데, 의료생협에 가입하여 참여하는 것이 집합적 행동에도 해당하므로 이 이론을 의료생협의 맥락에 맞게 재구성하여 사용하였다.

Klandermans [19]는 노동조합의 단체교섭과정에 참여한 노동자들을 대상으로 참여동기를 분석하였으며, 보상적 동기(reward motives), 사회적 동기(social motives), 집합적 동기(collective motives)의 세 가지로 분류하였다. 보상적 동기는 기대되는 참여의 결과가 개인과 연관된 비용 및 편익과 관련되어 있을 때의 동기이며, 사회적 동기는 자신에게 의미가 있는 사람들과의 관계에 의해서 참여할 때의 동기이다. 집합적 동기는 자신의 참여가 집합재(collective good)와 집합재의 가치를 생산하는데 도움을 줄 것이라는 기대를 가지고 참여할 때의 동기이다. 이를 의료생협에 적용하여 의료기관 이용, 자조모임 참여 등 개인의 필요에 의해 의료생협에 참여하는 경우에는 보상적 동기가 작용하는 것으로 보았고, 환자권리 실현, 지역사회 전체의 건강증진 등의 취지에 동감하여 참여하는 경우에는 집합적 동기가 작용하는 것으로 보았다. 사회적 관계를 확장하고 사회적 지지를 얻기 위해 참여하는 경우에는 사회적 동기가 작용하는 것으로 보았다.

3) 직원 및 실무자와의 관계에 대한 인식

의료생협에서의 참여처럼 자발적인 참여인 자원봉사활동의 경우 참여자와 활동기관 직원과의 긍정적인 상호작용이 참여자의 만족도를 높이고 참여지속에 영향을 미친다고 알려져 있다[20]. 반대로 시민참여에서 관료들의 부정적 태도는 참여의 저해요소로 작용한다[21]. 또한 한국인의 시민참여는 개인의 심리적, 정치적 태도뿐만 아니라 사회적 연결망의 영향을 많이 받는 것으로 알려져 있다[22]. 그러므로 의료생협에서의 참여 역시 참여과정 중에 만나는 사람들과의 상호작용을 중요하게 고려하여야 한다. 의료생협의 서비스를 이용하거나 의료생협의 활동에 참여하게 되면 직원과 실무자들을 항상 만나게 된다. 따라서 직원 및 실무자와의 관계를 참여를 뒷받침하는 요소 중 공직자의 태도에 대응하는 요인으로 보기에 대한 조합원들의 인식을 살펴보았다.

4) 의사결정과정의 민주성에 대한 인식

사회구성원들은 협동조합과 같은 시민사회단체는 정부나 기업보다 민주적인 의사결정구조를 가지고 있을 것이라고 인식한다[23]. 더욱이 협동조합의 운영원칙 중에는 ‘조합원에 의한 민주적 관리 (democratic member control)’가 포함되어 있다[24]. 따라서 조합원들은 의료생활협에서의 의사결정과정의 민주적일 것이라고 기대하게 된다. 의사결정과정의 민주성에 대한 인식이 높다는 것은 실제 의사결정과정의 조합원들의 기대를 충족하고 있다는 것이므로 의료생활협에서의 의사결정과정의 민주적으로 운영되고 있다고 볼 수 있다. 따라서 의료생활협에서 참여환경을 조성하는 제도적 요인은 의사결정과정의 민주성에 대한 조합원들의 인식을 통해 간접적으로 살펴 보았다.

5) 기타 통제요인

운영참여에 대응하는 시민참여는 인구학적 특성인 성별과 연령이 영향을 미치는 것으로 알려져 있다. 남성이 여성에 비해 투표 이상의 적극적인 참여에 더 많이 참여하며 연령이 높을수록 참여수준이 높아진다[15,25]. 또한 이용참여에 대응하는 보건의료서비스 이용에 영향을 미치는 요인에도 성별, 연령, 결혼상태 등의 인구학적 특성이 포함되어 있다. 이에 성별, 연령, 결혼상태를 통제요인으로 살펴보았다.

Andersen 모형의 가능성요인은 가족 내 자원과 지역사회자원으로 분류할 수 있는데, 지역사회자원에는 지역의 의료공급수준과 의료기관과의 거리 등이 포함된다. 필요요인은 개인의 건강 관련 특성이다[16,17]. 이에 가능성요인으로 의료기관과의 거리, 필요요인으로 주관적 건강상태를 통제요인으로 살펴보았다. 또한 개인이 의사결정을 하는 데에는 개인적 특성뿐만 아니라 개인을 둘러싼 조직의 특성이 영향을 미친다. 의료생활협 조직의 구성원으로서 조합원은 각 의료생활협의 특성에 영향을 받으며 참여기간이 길어질수록

영향을 받을 가능성이 더 커진다. 따라서 7개 의료생활협의 운영기간과 조합원들의 참여기간 또한 통제요인으로 살펴보았다.

방 법

1. 연구모형

이 연구는 의료생활협 조합원들의 참여유형과 적극성에 영향을 미치는 요인들을 규명하고자 한다. 기존 연구들을 바탕으로 성별, 연령, 결혼상태, 주관적 건강상태, 참여기간, 조직의 운영기간, 의료생활협까지의 거리를 통제한 후 사회경제적 지위 중 교육과 소득수준, 참여동기, 의료생활협 직원 및 실무자와의 관계에 대한 인식, 의사결정과정의 민주성에 대한 인식이 참여유형 및 각 참여유형에서 참여의 적극성에 미치는 영향력을 살펴보았다. Figure 1은 주요변수들을 도식한 것이다.

2. 연구대상 및 자료수집

2012년 11월 1일부터 11월 22일까지 한국의료생활협연합회 소속 15개 의료생활협 중에서 설립한지 10년 이상 된 의료생활협(대전민들레, 안산, 원주, 인천평화)과 서울 소재 3개 의료생활협(살림, 서울, 함께걸음)을 포함하여 총 7개 의료생활협의 조합원을 대상으로 설문조사를 실시하였다. 설문지 문항을 검토하기 위해 9월 24일부터 28일까지 예비조사를 실시하였고 그 결과를 참조하여 일부 문항을 수정하였다. 설문지의 배포와 회수는 연구의 취지 및 설문지 작성방법에 대해 교육받은 의료생활협 실무자를 통해 진행하였다. 각 의료생활협당 170부씩 1,190부를 배포하였고 총 1,041부가 회수되어 응답률은 87.48%이다.

3. 분석방법

수집된 자료는 SAS ver. 9.4 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA)

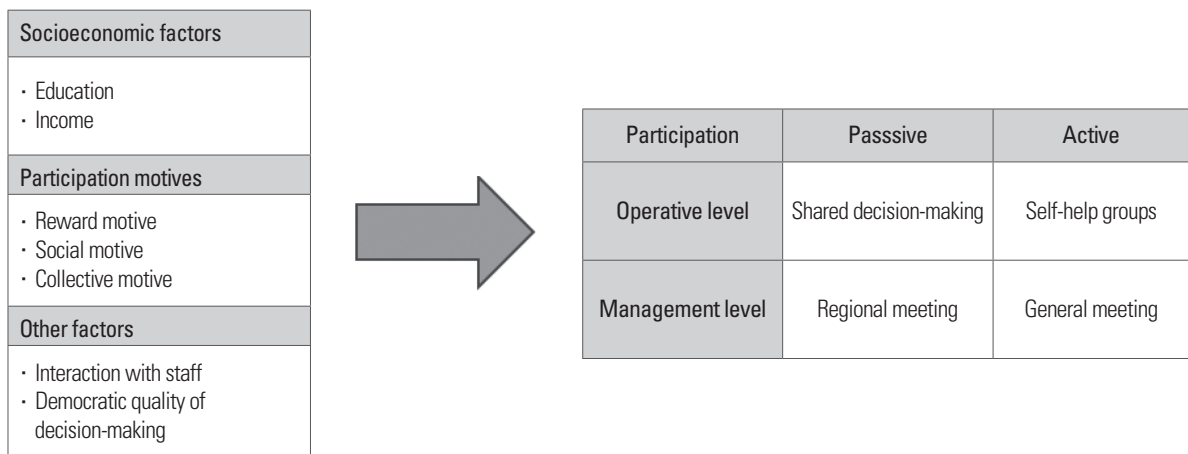


Figure 1. Illustration of the key variables.

을 사용하여 분석하였다. 분석방법은 다음과 같다. 첫째, 연구도구의 타당성 검증을 위해 확인적 요인분석 및 신뢰도 검증을 실시하였다. 둘째, 독립변수와 종속변수의 일반적 특성을 파악하기 위해 빈도분포와 백분율을 제시하였으며 참여유형 및 수준에 영향을 미치는 요인들을 파악하기 위하여 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

4. 주요 변수의 측정방법 및 신뢰도

1) 참여유형 및 참여의 적극성

의료생활협에서의 참여를 소비자의 관점으로 참여하는 이용참여와 시민의 관점으로 참여하는 운영참여로 구분하였으며 운영참여를 이용참여보다 높은 수준의 참여로 보았다. 이용참여와 운영참여는 다시 소극적 참여와 적극적 참여로 구분하였다. 이용참여는 의료기관 이용, 질병강좌 및 건강증진교육 참여, 자조모임인 건강소모임 참여로 이루어져 있다. 이 중 의료기관 이용과 질병강좌 및 건강증진교육은 주로 의료전문가가 정보를 전달하고 환자가 의견을 제시하는 형태이므로 소극적 참여로 분류하였고, 건강소모임은 모임 신설부터 운영까지 조합원들이 논의를 통해 결정할 수 있으므로 적극적 참여로 분류하였다. 운영참여는 의료생활 조합원 간담회, 지역모임, 총회 및 위원회로 이루어져 있다. 이 중 의료생활 조합원 간담회, 지역모임은 주로 의료생활의 소식을 지역에 전달하는 모임이므로 소극적 참여로 분류하였고, 조합원들이 공식적으로 의견을 제출할 수 있는 총회와 의료생활 운영 전반에 대해서 정기적으로 논의하는 모임인 위원회 참여는 적극적 참여로 분류하였다.

이 분류를 바탕으로 참여유형에 영향을 미치는 요인은 이용만 참여한 조합원을 기준으로 이용참여에 더해 더 높은 수준의 참여인 운영까지 참여하는데 영향을 미치는 요인을 분석하였다. 이후 이용참여와 운영참여로 나누어 각각의 참여에서 참여의 적극성에 영향을 미치는 요인을 분석하였다. 이용참여의 적극성은 이용참여의 경험이 있는 모든 조합원들을 대상으로 소극적 이용참여를 기준으로 적극적 이용참여를 하는데 영향을 미치는 요인을 분석하였으며, 운영참여의 적극성은 운영참여의 경험이 있는 모든 조합원들을 대상으로 소극적 운영참여를 기준으로 적극적 운영참여를 하는데 영향을 미치는 요인을 분석하였다.

2) 참여동기

참여동기는 의료생활 가입 시에 갖고 있던 동기로 보상적 동기, 사회적 동기, 집합적 동기로 구분하였다. 보상적 동기는 개인의 건강과 관련한 필요를 충족하기 위하여 참여할 때의 동기로 '건강정보를 얻거나 건강교육을 받을 수 있는 좋은 기회가 될 것이라고 생각했었다,' '충분한 진료상담 등 환자를 존중하는 의료서비스를 제공받을 수 있는 기회가 될 것이라고 생각했었다,' '각종 소모임 등 의료생활의 활동에 참여하는 것이 여가시간을 의미 있게 사용하는데 도움이 될 것이라고 생각했었다'의 3개 문항으로 측정하였다. 사

회적 동기는 의료생활 참여 시 얻을 수 있는 관계로 인해 참여할 때의 동기로 '의료생활에 대한 소속감을 얻을 수 있다고 생각했었다,' '대인관계를 넓히기 위한 기회가 될 것이라고 생각했었다,' '조합원들의 관심과 지지를 받을 수 있을 것이라고 생각했었다'의 3개 문항으로 측정하였다. 집합적 동기는 의료생활의 활동에 참여하는 것이 지역주민, 환자 전체, 의료체계 전반에 긍정적 영향을 미칠 것이라고 생각해서 참여할 때의 동기로 '의료생활은 치료 위주, 상업화된 의료의 문제점 등을 개선하려고 하므로 현재 우리나라 의료문제 해결에 기여할 것이라고 생각했었다,' '질병상태와 치료계획에 대한 설명을 듣고 치료결정에 참여하는 등의 환자권리실현에 도움이 될 것이라고 생각했었다,' '의료생활에서 하는 지역주민을 위한 뜻있는 사업에 함께 할 수 있을 것이라고 생각했었다'의 3개 문항으로 측정하였다. 각 문항은 Likert 5점 척도(1점=전혀 고려하지 않음, 2점=고려하지 않음, 3점=보통이다, 4점=고려한 편, 5점=매우 고려함)로 측정하였다. 이 중 '전혀 고려하지 않음,' '고려하지 않음,' '보통이다'라고 응답한 경우 동기가 낮은 것으로 분류하였고, '고려한 편,' '매우 고려함'라고 응답한 경우 동기가 높은 것으로 분류하였다.

변수 조작 전에 확인적 요인분석을 통해 타당도를 검증하였다. 모형적합지수 중 root mean square error of approximation (RMSEA)가 0.03으로 기준치인 0.08 이하를 충족하였으며 요인적재량이 모두 0.50 이상이었기 때문에 타당도가 확보된 것으로 판단하였다. 신뢰도계수인 Cronbach's α 값은 보상적 동기는 0.69, 사회적 동기 0.82, 집합적 동기는 0.85로 0.60 이상으로 나타나 신뢰도가 확보된 것으로 판단하였다.

3) 직원 및 실무자와의 관계에 대한 인식

직원 및 실무자와의 관계에 대한 인식은 '의료생활 직원 및 실무자는 조합원의 의견을 잘 듣고 제안을 받아들여준다,' '의료생활 직원 및 실무자는 조합원의 역할을 존중해준다,' '나는 의료생활 직원 및 실무자와의 관계에 만족한다'의 3개 문항으로 측정하였다. 각 문항은 Likert 5점 척도(1점=전혀 그렇지 않다, 2점=그렇지 않다, 3점=보통이다, 4점=그렇다, 5점=매우 그렇다)로 측정하였다. 이 중 '전혀 그렇지 않다,' '그렇지 않다,' '보통이다'라고 응답한 경우 직원 및 실무자와의 관계에 대한 인식이 부정적인 것으로 분류하였고, '그렇다,' '매우 그렇다'라고 응답한 경우 긍정적인 것으로 분류하였다.

변수 조작 전에 확인적 요인분석을 통해 타당도를 검증하였다. 모형적합지수 중 RMSEA가 0.03으로 기준치인 0.08 이하를 충족하였으며 요인적재량이 모두 0.50 이상이었기 때문에 타당도가 확보된 것으로 판단하였다. Cronbach's α 값은 0.89로 0.60 이상이므로 신뢰도가 확보된 것으로 판단하였다.

4) 의사결정과정의 민주성에 대한 인식

의사결정과정의 민주성에 대한 인식은 '의료생활의 의사결정과

정은 많은 조합원들의 의사가 반영될 수 있도록 참여적으로 이루어진다.’ ‘의료생협의 조합원은 자신의 사업과 관련된 결정에 적극적으로 참여할 수 있다.’ ‘의료생협의 정책결정은 소수의 사람이 결정하는 것이 아니라 일정한 과정을 통해 전체적으로 논의되고 결정된다.’의 3개 문항으로 측정하였다. 각 문항은 Likert 5점 척도(1점=전혀 그렇지 않다, 2점=그렇지 않다, 3점=보통이다, 4점=그렇다, 5점=매우 그렇다)로 측정하였다. ‘전혀 그렇지 않다,’ ‘그렇지 않다,’ ‘보통이다’라고 응답한 경우 의사결정과정의 민주성에 대한 인식이 부정적인 것으로 분류하였고, ‘그렇다,’ ‘매우 그렇다’라고 응답한 경우 긍정적인 것으로 분류하였다.

변수 조작 전에 확인적 요인분석을 통해 타당도를 검증하였다. 모형적합지수 중 RMSEA가 0.03으로 기준치인 0.08 이하를 충족하였으며 요인적재량이 모두 0.50 이상이었기 때문에 타당도가 확보된 것으로 판단하였다. Cronbach's α 값은 0.99로 0.60 이상이므로 신뢰도가 확보된 것으로 판단하였다.

결 과

1. 연구대상자의 일반적 특성

이 연구의 조사대상인 의료생활협 조합원 1,041명의 일반적 특성은 Table 1과 같다. 대상자 중 804명(77.23%)이 여성이며 40대가 415명(39.87%)으로 가장 많았다. 기혼인 경우가 759명(72.91%)으로 대부분을 차지하고 있었으며 교육수준은 대학졸업 이상인 경우가 599명(57.54%)으로 고등학교 졸업 이하인 경우보다 많았다. 소득수준은 200만 원 이상-400만 원 미만인 경우가 406명(39.0%)으로 가장 많았고 주관적 건강상태는 건강하다고 응답한 경우가 489명(46.97%)으로 가장 많았다. 의료생활협에 참여한 기간은 1년 이상-3년 미만인 경우가 356명(34.20%)으로 가장 많았고 의료생활협까지 걸리는 시간은 30분 이하가 700명(67.24%)으로 절반 이상을 차지하였다. 보상적 동기와 집합적 동기는 높은 경우가 각각 806명(77.43%), 788명(75.07%)으로 많은 반면 사회적 동기는 낮은 경우가 532명(51.10%)으로 더 많았다. 각각의 동기는 최소 3.00점에서 최대 15.00점의 값을 갖는데, 집합적 동기가 11.36점으로 가장 높았고 보상적 동기는 10.90점이었으며 사회적 동기가 9.32점으로 가장 낮았다. Klandermans [19]의 동기를 적용한 국내의 연구로 소비자단체 자원봉사회원들을 대상으로 한 Lee [26]의 연구가 있다. 연구대상과 시기가 다르기는 하지만 이 연구에서는 보상적 동기가 가장 높았고 집합적 동기, 사회적 동기의 순으로 낮아졌다. 그러나 의료생활협 조합원들은 집합적 동기가 가장 높았고 보상적 동기, 사회적 동기 순으로 낮아졌는데 이는 이기적 동기인 보상적 동기보다 이타적 동기인 집합적 동기의 중요성을 강조한 Klandermans [19]의 연구결과와 일치한다. 의료생활협 직원 및 실무자와의 관계에 대한 인식은 긍정적인 경우가 855명(82.13%)으로 많은 반면, 의사결정과정의 민

주성에 대한 인식은 부정적인 경우가 692명(66.47%)으로 더 많았다. 이용참여는 낮은 수준의 참여인 의료기관 이용이 더 많았고 운영참여는 높은 수준의 참여인 총회 및 위원회에 대한 참여가 더 많았다. 또한 이용참여는 참여하지 않은 경우가 61명(5.86%)으로 거의 없는 데 비해 운영참여는 참여하지 않은 경우가 450명(43.23%)으로 많았다.

이용에만 참여한 조합원은 429명이고 운영에 참여한 조합원은 591명으로 운영참여 조합원이 이용참여 조합원보다 많았다. 운영참여 조합원이 이용참여 조합원에 비해 남자의 비율이 높고, 미혼인 경우가 많았으며, 소득수준이 높고 교육수준이 대졸 이상인 경우가 많았고, 주관적 건강상태가 좋다고 응답한 경우가 많았다. 이용참여 조합원은 의료생활협에 참여한 기간이 1년 이상-3년 미만인 경우가 가장 많은 데 비해 운영참여 조합원은 5년 이상이 가장 많았고 운영참여 조합원이 이용참여 조합원에 비해 세 가지 동기가 모두 높게 나타났다. 운영참여 조합원은 보상적 동기, 사회적 동기, 집합적 동기 모두 높은 경우가 더 많았으나 이용참여 조합원은 보상적 동기, 집합적 동기는 높은 경우가 많지만 사회적 동기는 낮은 경우가 더 많았다. 직원 및 실무자와의 관계에 대한 인식, 의사결정과정의 민주성에 대한 인식 모두 운영참여 조합원이 이용참여 조합원보다 긍정적인 경우가 많았으며 운영참여 조합원이 증좌참여도 더 많이 하였다.

2. 이용참여 조합원과 운영참여 조합원의 인식 차이

Charles와 DeMaio [12]는 보건의료영역에서 일반인의 참여를 세 가지 차원으로 분류하였는데, 그 중 두 번째 차원은 참여자가 자신의 역할을 어떻게 인식하고 있는가이다. 이는 보건의료서비스를 소비자로서 이용하는 것과 시민으로서 의사결정과정에 참여하는 것으로 구분할 수 있는데, 소비자는 개인의 이익과 관련된 결정을 하는 반면 시민은 공공, 지역사회 등 공동체와 관련된 결정을 한다고 보고 소비자보다 시민으로 참여하는 것이 더 높은 수준의 참여라고 보았다. 이 연구에서도 이를 바탕으로 이용참여는 소비자의 역할로 참여하는 것으로 분류하였고 운영참여는 시민의 역할로 참여하는 것으로 분류하였으며 운영참여를 이용참여보다 더 높은 수준의 참여로 보았다. 그리고 이와 같은 분류가 타당함을 살펴보기 위해 이용참여 조합원과 운영참여 조합원으로 나누어 인식과 행동에 차이가 있는지를 실증적으로 살펴보았다(Table 2).

인식은 참여만족도, 의료생활협에서 본인의 역할에 대한 인식, 일반조합원의 참여 중 가장 중요한 참여가 무엇이라고 생각하는지, 의료생활협의 사업 중 가장 중요한 사업이 무엇이라고 생각하는지에 대해서 살펴보았고, 행동은 초기 출자금 납부 이후에 증좌에 참여한 경험이 있는지, 직접 권유하여 가입시킨 조합원이 있는지, 조합원이 된 후 건강과 관련하여 달라진 생활습관이 있는지를 살펴보았다. 그 결과 이용참여 조합원에 비해 운영참여를 더하는 조합원

Table 1. Descriptive statistics of participants

Characteristic	Categories	Total	Operative participation	Management participation
Gender	Man	237 (22.77)	82 (19.11)	152 (25.72)
	Woman	804 (77.23)	347 (80.89)	439 (74.28)
Age (yr)	≤ 29	81 (7.78)	32 (7.46)	45 (7.61)
	30-39	203 (19.50)	83 (19.35)	118 (19.97)
	40-49	415 (39.87)	150 (34.97)	253 (42.81)
	50-59	221 (21.23)	95 (22.14)	123 (20.81)
	≥ 60	121 (11.62)	69 (16.08)	52 (8.80)
Marital status	Married	759 (72.91)	324 (75.52)	421 (71.24)
	Unmarried	213 (20.46)	66 (15.38)	141 (23.86)
	Live alone	69 (6.63)	39 (9.10)	29 (4.90)
Education	≤ High school	442 (42.46)	211 (49.18)	225 (38.07)
	College and above	599 (57.54)	218 (50.82)	366 (61.93)
Monthly income (KRW 10,000)	< 200	279 (26.80)	123 (28.67)	150 (25.38)
	200-400	406 (39.00)	161 (37.53)	240 (40.61)
	> 400	356 (34.20)	145 (33.80)	201 (34.01)
Self-rated health	Good	489 (46.97)	178 (41.49)	299 (50.59)
	Fair	432 (41.50)	192 (44.76)	231 (39.09)
	Poor	120 (11.53)	59 (13.75)	61 (10.32)
Tenure at the cooperatives (yr)	< 1	218 (20.94)	123 (28.67)	91 (15.40)
	1-3	356 (34.20)	166 (38.69)	180 (30.46)
	3-5	214 (20.56)	73 (17.02)	136 (23.01)
	> 5	253 (24.30)	67 (15.62)	184 (31.13)
Time to reach the cooperatives (min)	≤ 30	700 (67.24)	285 (66.43)	405 (68.53)
	> 30	341 (32.76)	144 (33.57)	186 (31.47)
Reward motive	Low	235 (22.57)	128 (29.84)	100 (16.92)
	High	806 (77.43)	301 (70.16)	491 (83.08)
Social motive	Low	532 (51.10)	273 (63.64)	242 (40.95)
	High	509 (48.90)	156 (36.36)	349 (59.05)
Collective motive	Low	253 (24.30)	149 (34.73)	96 (16.24)
	High	788 (75.70)	280 (65.27)	495 (83.76)
Interaction with staff	Low	186 (17.87)	100 (23.31)	82 (13.87)
	High	855 (82.13)	329 (76.69)	509 (86.13)
Democratic quality of decision-making	Low	70 (6.73)	15 (3.50)	54 (9.14)
	High	347 (33.33)	35 (8.16)	310 (52.45)
	Non-participation	624 (59.94)	379 (88.34)	227 (38.41)
Additional investment	Yes	502 (48.22)	334 (77.86)	191 (32.32)
	No	539 (51.78)	95 (22.14)	400 (67.68)
Operative level participation	Passive	588 (56.48)	-	-
	Active	392 (37.66)	-	-
	Non-participation	61 (5.86)	-	-
Management level participation	Passive	126 (12.10)	-	-
	Active	465 (44.67)	-	-
	Non-participation	450 (43.23)	-	-
Total		1,041 (100.00)	429 (100.00)	591 (100.00)

Values are presented as number (%).

이 참여만족도도 높았고($p < 0.001$), 본인의 역할이 '적극적 참여자'라고 인식하는 승산이 유의하게 높았다($p < 0.001$). 또한 조합원의 참여 중에서 이용참여보다 운영참여가 더 중요한 참여라고 인식하

는 승산이 유의하게 높았으며($p < 0.001$), 의료생협이 해야 하는 중요한 사업에 대해서도 서비스 제공보다 조합원들이 의사결정과정

Table 2. The differences of participant perception

Variable	Odds ratio	95% confidence interval
Additional investment		
No	1.00	
Yes	7.36***	5.53-9.80
Invitation for someone to join		
No	1.00	
Yes	3.01***	2.33-3.90
Health behavior change		
No	1.00	
Yes	1.86***	1.45-2.39
Participant satisfaction		
Low	1.00	
High	6.78***	4.43-10.40
Role perception		
Uninvolved	1.00	
Involved	1.75***	1.34-2.28
Important participation of members		
Participation in operation	1.00	
Participation in management	2.08***	1.52-2.86
Important task of the cooperatives		
Operation	1.00	
Management	1.37*	1.01-1.85

* $p < 0.05$. *** $p < 0.001$.

고 인식하는 승산이 유의하게 높았다($p < 0.05$). 증좌($p < 0.001$)와 조합원 가입 권유($p < 0.001$), 건강행동변화($p < 0.001$) 등의 실제 행동에서도 운영참여를 더하는 조합원이 이용참여 조합원보다 더 적극적이었다. 따라서 의료생활협에서의 참여 중 이용참여보다 운영참여를 더 높은 수준의 참여로 분류하는 것이 타당하다는 것을 확인하였다.

3. 참여유형과 적극성에 영향을 미치는 요인²⁾

의료생활협 조합원의 참여유형과 적극성에 영향을 미치는 요인들을 살펴보기 위해 로지스틱 회귀분석을 실시하였다(Table 3). 참여기간이 1년 미만인 경우에 비해 3년 이상-5년 미만인 경우(odds ratio [OR], 5.31; 95% confidence interval [CI], 1.53 to 18.43), 5년 이상인 경우(OR, 9.72; 95% CI, 2.80 to 33.81), 집합적 동기가 낮은 경우에 비해 높은 경우(OR, 3.98; 95% CI, 1.62 to 9.76), 운영기간이 짧은 의료생활협에 속한 조합원일수록(OR, 1.09; 95% CI, 1.01 to 1.19), 낮은 수준의 참여인 이용보다 높은 수준의 참여인 운영까지 참여할 승산이 유의하게 증가하였다.

2) 의료생활협에서 참여한 활동에 대해 묻는 문항은 총 10개의 항목으로 구성되어 있는데 이 중 이용참여와 운영참여로 구분할 수 있는 6개 항목만 분석에 사용하였다. 따라서 6개 항목에 포함되지 않는 많은 경우 분석에서 제외되었다. 참여유형에 영향을 미치는 요인은 이용에만 참여한 조합원과 이용참여에 더해 운영까지 참여하는 조합원을 비교하였으며 이 중 의사결정과정의 민주성에 응답하지 않은 경우 분석에서 제외되었다. 이용참여의 적극성에 영향을 미치는 요인은 운영에만 참여한 조합원을 제외하고 분석하였으며 이용참여에만 참여한 경우 의사결정과정의 민주성 항목에 응답하지 않은 경우가 많아서 의사결정과정의 민주성 항목은 제외하고 분석하였다. 운영참여의 적극성에 영향을 미치는 요인은 이용만 참여한 조합원을 제외하고 분석하였으며 의사결정과정의 민주성에 응답하지 않은 경우 분석에서 제외되었다. 증좌참여에 영향을 미치는 요인은 의사결정과정의 민주성에 응답하지 않은 경우를 분석에서 제외하였다. 따라서 참여유형과 각 유형의 적극성에 영향을 미치는 요인, 증좌 참여에 영향을 미치는 요인을 분석하는 데 사용한 사례 수가 모두 다르다.

이용참여는 기혼에 비해 미혼인 경우(OR, 2.12; 95% CI, 1.36 to 3.30), 의료생활협까지 걸리는 시간이 30분 초과인 경우에 비해 30분 이하인 경우(OR, 1.65; 95% CI, 1.23 to 2.21), 보상적 동기가 낮은 경우에 비해 높은 경우(OR, 1.78; 95% CI, 1.21 to 2.61), 의료기관 이용 및 건강교육에 참여하는 소극적 이용참여보다 적극적 이용참여인 건강소모임에 참여할 승산이 유의하게 증가하였다. 운영참여는 운영기간이 짧은 의료생활협에 속한 조합원일수록(OR, 1.13; 95% CI, 1.03 to 1.23), 소극적 운영참여인 조합원 간담회 및 지역모임보다 적극적 운영참여인 총회와 위원회에 참여할 승산이 유의하게 증가하였다.

증좌참여는 참여기간이 1년 미만인 경우에 비해 1년 이상-3년 미만인 경우(OR, 3.68; 95% CI, 1.39 to 9.74), 3년 이상-5년 미만인 경우(OR, 2.85; 95% CI, 1.04 to 7.78), 5년 이상인 경우(OR, 5.43; 95% CI, 1.96 to 15.08), 직원 및 실무자와의 관계에 대한 인식이 부정적인 경우에 비해 긍정적인 경우(OR, 2.88; 95% CI, 1.18 to 7.03), 이용에 참여한 경우에 비해 운영까지 더 참여한 경우(OR, 7.68; 95% CI, 3.42 to 17.28) 초기 출자금 납부에 더해 증좌까지 참여할 승산이 유의하게 증가하였다.

고 찰

이 연구는 ‘누가 의료생활협에 참여하는가’를 밝히는 데 초점을 두 고 의료생활협 조합원들의 참여의 유형과 적극성에 영향을 미치는 요인을 분석하였다. 이용과 운영참여로 구분할 수 있는 참여의 유형에는 의료생활협의 운영기간, 조합원의 참여기간, 집합적 동기가 영향을 미쳤다. 운영기간이 짧은 조합에 속한 조합원일수록 이용에 더해 운영까지 참여하는 것으로 나타났는데 이는 조직의 크기가 조합원의 참여양상에 영향을 미친 것으로 볼 수 있다. 운영기간이 짧은 조합일수록 조합원의 수가 상대적으로 적은 소규모 조합이므로 조직의 전반적인 활동에 각 조합원이 영향을 미칠 수 있는 여지가 상대적으로 크다. 따라서 소규모 조합에 속한 조합원일수록 조직의 활동에 적극적으로 참여하게 하는 유인이나 암묵적인 강제가 상대적으로 커지기 때문에 더 높은 수준의 참여인 운영까지 참여할 것이다. 조합원의 참여기간은 조직의 운영기간과는 반대로 참여하는 기간이 길어질수록 운영까지 더 참여하는 것으로 나타났다. 의료생활협에 가입하고 참여하게 되면 의료생활협이 조합원의 민주적 참여를 통해 운영되는 조직이라는 점을 수시로 교육받게 된다. 참여하는 기간이 길어질수록 교육에 노출되는 빈도가 많아지고 운영에 참여할 수 있는 기회도 증가한다. 또한 조직에 애착을 가진 사람일

Table 3. The factors affecting participation in the health cooperatives

Characteristic	Dimensions of participation			
	Types of participation (n=393)	Operative level participation (n=980)	Management level participation (n=343)	Additional investment (n=393)
Gender				
Man	1.00	1.00	1.00	1.00
Woman	0.66 (0.27-1.66)	1.26 (0.91-1.74)	1.08 (0.42-2.82)	1.33 (0.72-2.47)
Age (yr)				
≤ 29	1.00	1.00	1.00	1.00
30-39	0.44 (0.06-3.17)	1.12 (0.62-2.04)	4.23 (0.56-31.87)	0.45 (0.13-1.53)
40-49	0.63 (0.09-4.52)	1.16 (0.63-2.15)	1.70 (0.27-10.95)	1.29 (0.35-4.77)
50-59	0.68 (0.08-5.50)	1.61 (0.83-3.13)	0.95 (0.13-6.87)	0.92 (0.22-3.81)
≥ 60	0.53 (0.06-4.94)	1.81 (0.85-3.83)	1.19 (0.12-11.97)	0.74 (0.15-3.59)
Marital status				
Married	1.00	1.00	1.00	1.00
Unmarried	3.41 (0.97-12.01)	2.12*** (1.36-3.30)	0.68 (0.16-2.94)	1.38 (0.59-3.25)
Live alone	0.82 (0.20-3.35)	0.79 (0.45-1.37)	1.98 (0.22-17.66)	1.76 (0.49-6.34)
Education				
≤ High school	1.00	1.00	1.00	1.00
University and above	1.72 (0.74-4.00)	0.84 (0.61-1.15)	1.61 (0.63-4.12)	1.35 (0.70-2.62)
Income (KRW 10,000)				
< 200	1.00	1.00	1.00	1.00
200-400	2.15 (0.86-5.37)	1.11 (0.78-1.58)	0.48 (0.14-1.64)	1.10 (0.56-2.15)
> 400	1.45 (0.56-3.76)	0.95 (0.65-1.38)	0.76 (0.21-2.78)	1.86 (0.88-3.94)
Self-rated health				
≤ Fair	1.00	1.00	1.00	1.00
Good	1.52 (0.70-3.33)	1.24 (0.94-1.62)		1.74 (1.00-3.03)
Tenure at the cooperatives (yr)				
< 1	1.00	1.00	1.00	1.00
1-3	1.72 (0.59-5.06)	1.10 (0.75-1.60)	2.28 (0.53-9.84)	3.68* (1.39-9.74)
3-5	5.31* (1.53-18.43)	1.36 (0.90-2.07)	4.42 (0.93-20.95)	2.85* (1.04-7.78)
> 5	9.72*** (2.80-33.81)	1.25 (0.82-1.90)	4.13 (0.95-17.95)	5.43*** (1.96-15.08)
Organizational age	0.91* (0.84-1.00)	1.00 (0.97-1.04)	0.89* (0.81-0.98)	0.95 (0.89-1.01)
Time to reach the cooperatives (min)				
≤ 30	1.00	1.00	1.00	1.00
> 30	0.51 (0.24-1.10)	0.61*** (0.45-0.81)	1.12 (0.45-2.83)	0.94 (0.53-1.69)
Reward motive				
Low	1.00	1.00	1.00	1.00
High	0.94 (0.33-2.70)	1.78*** (1.21-2.61)	0.51 (0.13-2.06)	0.96 (0.40-2.33)
Social motive				
Low	1.00	1.00	1.00	1.00
High	1.56 (0.71-3.43)	1.02 (0.77-1.36)	2.10 (0.85-5.21)	0.76 (0.40-1.42)
Collective motive				
Low	1.00	1.00	1.00	1.00
High	3.98*** (1.62-9.76)	0.95 (0.65-1.39)	0.80 (0.21-3.05)	1.78 (0.77-4.12)
Interaction with staff				
Low	1.00	1.00	1.00	1.00
High	0.62 (0.20-1.93)	0.82 (0.56-1.21)	1.78 (0.49-6.44)	2.88* (1.18-7.03)
Democratic quality of decision-making				
Low	1.00		1.00	1.00
High	1.77 (0.72-4.37)		0.48 (0.13-1.80)	0.21 (0.30-0.51)
Types of participation				
Operation				1.00
Management				7.68*** (3.42-17.28)

Values are presented as odds ratio (95% confidence interval).

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$.

수록 오랜 기간 참여할 가능성이 크며 이러한 의료생활의 풍토를 더 잘 숙지하고 적극적으로 참여할 가능성이 크다. 따라서 의료생활에 오랜 기간 참여한 조합원일수록 이용에 더해 운영까지 참여하였을 것이다. 집합적 동기는 개인이 의료생활의 활동에 참여하는 것이 의료생활 조직을 유지하는 데 도움이 되고 이를 통해 지역주민, 환자전체, 의료체계 전반에 긍정적 영향을 미칠 것이라고 생각해서 참여할 때의 동기이다. 따라서 보상적 동기, 사회적 동기보다 집합적 동기가 높은 경우 의료생활의 목표와 운영방침을 결정하는 운영참여를 더 할 것이다.

앞에서는 이용참여와 운영참여로 구분하여 참여의 유형에 영향을 미치는 요인을 살펴보았다. 지금부터는 각 유형의 참여에서 참여의 적극성에 영향을 미치는 요인을 살펴보겠다. 먼저 적극적 이용참여에는 보상적 동기와 의료생활까지 걸리는 시간, 결혼상태가 영향을 미쳤다. 보상적 동기는 의료생활에 참여하여 건강과 관련된 양질의 정보를 얻고 여가시간을 건강과 관련하여 보내고자 하는 동기이므로 보상적 동기가 높은 조합원이 의료서비스 이용보다 건강증진과 관련된 건강소모임에 더 많이 참여할 것이다. 의료생활까지의 거리는 의료생활에서 제공하는 의료서비스를 이용하는 것보다 건강소모임에 참여하는 데에 더 큰 영향을 미쳤다. 건강소모임은 건강한 개인이 건강을 유지하기 위해서 정기적으로 모임에 참여하는 것이므로 질병을 치료하기 위해 의료서비스를 이용하는 것보다 참여를 시작하고 유지하는 데에 거리가 중요한 고려대상이 될 수 있다. 반면에 건강악화로 질병을 치료하기 위해 의료생활의 의료기관을 이용하는 것은 건강할 때에 비해 개인의 필요가 더 클 것이므로 거리의 영향을 상대적으로 덜 받을 것이다. 의료생활의 의료기관은 다른 의료기관에 비해 일차의료서비스를 제공하는 주치의로서의 역할을 하고 있다고 평가받고 있다[27]. 따라서 이러한 의료서비스를 이용하고 싶은 조합원은 거리와 상관없이 의료생활 의료기관의 의료서비스를 이용하였을 것이다. 배우자가 있는 경우 가족에 대한 책임감과 가족의 지지로 인해 의료서비스를 더 많이 이용하거나 건강행동을 한다고 알려져 있다[28,29]. 의료생활에서는 비혼인 경우, 의료서비스를 이용하는 것에 비해 자조모임인 건강소모임에 더 참여하였는데 이는 살림의료생활의 특성이 반영된 것이라고 볼 수 있다. 설립 주체가 여성주의 모임인 살림의료생활은 비혼 응답자가 58.55%로 절반 이상을 차지하고 있으며 7개 의료생활 비혼 응답자 비율의 약 41.78%를 차지하고 있다. 또한 살림의료생활은 설립한지 1년밖에 안 된 신생조직이고 조직의 규모가 작아서 조합원 개인이 조직 전반에 영향을 미칠 수 있는 여지가 상대적으로 크다. 따라서 이용참여 중에서도 적극적 참여인 건강소모임에 참여할 가능성이 더 크며 이러한 살림의료생활의 특성이 결혼상태와 이용참여의 적극성과의 관계에 반영되었을 것이다.

적극적 운영참여에는 의료생활의 운영기간만이 영향을 미쳤다. 운영기간이 오래될수록 조합원 수가 많은 큰 조직이기 때문에 소규

모 조합의 조합원들에 비해 상대적으로 익명인 채로 참여하게 된다. 따라서 조직의 전반적인 활동에 각 조합원이 영향을 미칠 수 있는 여지가 상대적으로 작고 적극적으로 참여하게 만드는 유인이나 강제도 더 작을 것이므로 운영기간이 짧은 조합에 소속된 조합원일수록 더 적극적 운영참여인 총회, 위원회 등에 참여할 것이다.

초기 출자금 이외에 증좌를 더 하는 데에는 참여기간, 참여유형, 직원 및 실무자와의 관계에 대한 인식이 영향을 미쳤다. 조직에 애착이 있는 사람일수록 의료생활의 활동에 오랫동안 참여할 가능성이 크므로 참여기간이 긴 조합원일수록 증좌를 할 가능성이 크다. 또한 조직에 애착이 큰 조합원일수록 의료생활의 서비스를 수동적으로 이용만 하는 것이 아니라 보다 적극적으로 운영까지 참여할 가능성이 크다. 따라서 이용참여 조합원에 비해 운영까지 참여한 조합원일수록 증좌를 할 가능성도 커진다. 증좌 참여에는 직원 및 실무자와의 관계에 대한 인식이 영향을 미쳤는데 이를 통해 증좌참여는 이용이나 운영참여에 비해 사회적 관계의 영향을 더 받는다는 것을 알 수 있다.

사회경제적 지위는 참여의 유형 및 적극성 모두에 영향을 미치지 않았는데 이는 의료생활에 참여하는 조합원들의 사회경제적 지위가 비교적 동질하기 때문이라고 볼 수 있다. 서울에 있는 의료생활은 총 세 곳으로 그 수가 매우 적기 때문에 잘 알려져 있지 않을 가능성이 크다. 그래서 대부분 이웃이나 친구, 기존 조합원 등을 통해 조합이 위치한 지역의 주민들이 가입할 것이다. 따라서 조합원들의 사회경제적 지위가 비슷해질 가능성이 커지고 이로 인해 가입 이후 의료생활 내에서의 참여수준에는 개인의 사회경제적 지위가 영향을 미치지 않았을 것이다.

의료생활 조합원의 참여유형과 적극성에 영향을 미치는 요인에 대해서 살펴본 이상의 연구결과를 통해 참여의 유형과 수준에 따라 참여를 증진시키기 위한 방법이 달라져야 한다는 것을 알 수 있다. 적극적 이용참여인 건강소모임을 활성화하기 위해서는 보상적 동기를 만족시켜 주어야 하는데 이를 위해서는 조합원의 필요를 잘 파악하고 조합원들의 의견을 반영한 서비스를 제공하여야 한다. 또한 의료생활까지 걸리는 시간이 영향을 미쳤으므로 모임시간 및 장소 등을 다양화해서 모임에 대한 접근가능성을 높여 주어야 한다. 운영참여를 활성화하기 위해서는 집합적 동기를 만족시켜 주는 것이 필요하다. 집합적 동기는 의료생활의 활동에 참여하는 것이 지역주민, 환자 전체, 의료체계 전반에 긍정적 영향을 미칠 것이라고 생각해서 참여할 때의 동기이므로 개인의 건강증진과 공동체 전체의 건강증진을 상호보완적인 것으로 보고 함께 추구하려는 동기라고도 볼 수 있다. 따라서 개인적으로 서비스를 이용하는 것만으로는 집합적 동기를 충족될 수 없으며 조합원들이 의료생활의 전반적인 운영과정에 참여해서 의견을 제시할 수 있고 조합원들의 의견이 실제로 조합의 운영에 반영될 때 충족될 수 있다. 이를 위해서는 조합원들이 일상적으로 의견을 제시할 수 있는 환경과 조합원들이 실질적

인 권한을 갖고 참여할 수 있는 의사결정구조가 마련되어야 한다.

이 연구는 보건의료영역에서의 시민참여가 조직수준에서 능동적으로 이루어지고 있는 의료생협을 대상으로 조합원들의 참여유형과 적극성에 영향을 미치는 요인에 대해서 실증적으로 살펴보았다. 또한 이를 바탕으로 보건의료조직 수준에서 시민참여를 증진하는 방안에 대해서 모색해 보았다는 데 의의가 있다. 그러나 다음과 같은 한계점을 가지고 있으므로 후속연구에서 이를 보완할 필요가 있다. 첫째, 이미 의료생협에 참여하고 있는 조합원을 대상으로 조사를 하였기 때문에 가입 후 참여하지 않는 조합원들에 대한 내용이 포함되지 않았다. 따라서 전체 조합원들 중 참여수준이 높은 조합원을 선택하는 선택편향(selection bias)의 문제가 있다. 또한 참여수준이 높은 조합원들은 의료생협에 자주 방문하기 때문에 설문조사기간에도 의료생협에 방문하였을 가능성이 크고, 의료생협의 일에 더 적극적으로 참여하는 경향이 있으며, 설문지를 배포한 실무자와 친분이 있을 가능성이 크다. 따라서 참여 조합원 중에서도 참여수준이 높은 조합원들이 설문지에 응답하였을 가능성이 크고 이는 선택편향을 더 크게 하였을 것이다. 둘째, 조합원들의 참여에 영향을 미칠 수 있는 사회적 연결망이나 참여를 저해하거나 촉진하는 환경요인을 조합원들의 인식을 통해 측정하였다. 따라서 사회적 바람직성에 의한 편향(social desirability bias)이 발생하여 의료생협의 참여환경에 대해서 실제 상황보다 더 긍정적으로 측정했을 가능성이 있다. 후속연구에서는 사회적 연결망, 참여환경 등을 객관적인 지표를 통해 반영하여야 한다. 셋째, 각 의료생협의 설립동기와 설립주체 등 조직의 특성과 의료생협이 위치한 지역의 특성이 참여유형과 수준에 영향을 미칠 수 있는데 이 연구에서는 고려하지 못하였다. 후속연구에서는 의료생협의 조직적 특성과 의료생협을 둘러싼 환경적 특성을 반영하는 것이 필요하다.

감사의 글

이 논문은 2012년도 서울특별시 공공보건의료지원단의 지원을 받아 연구되었다.

REFERENCES

- Kim SH. An evaluation of medical living co-operative as health care welfare model by citizen autonomy: in case of Ahnseong Medical Living Co-operative. *Korea Local Admin Rev* 2009;23(1):119-155.
- Whang IS. A study on the characteristics of health co-operatives as a non-profit organization. *J Ind Econ Bus* 2004;17(4):1569-1591.
- Kim BS, Kim HH. A study on practitioner's involvement in Anseong Medical Cooperation: focusing on healthcare practitioners in early days. *J Korean Soc Welf Admin* 2005;7(1):37-172.
- World Health Organization. Declaration of Alma-Ata: international conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1978 [cited 2014 Aug 29]. Available from: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.
- Rise MB, Solbjor M, Lara MC, Westerlund H, Grimstad H, Steinsbekk A. Same description, different values. How service users and providers define patient and public involvement in health care. *Health Expect* 2013; 16(3):266-276. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00713.x>
- Tritter JQ. Revolution or evolution: the challenges of conceptualizing patient and public involvement in a consumerist world. *Health Expect* 2009; 12(3):275-287. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1369-7625.2009.00564.x>
- Chun YP, Hong SM, Kim SH. The typology of civil participation and the analysis of participation performance. *Korean J Public Admin* 2007;45(1): 193-220.
- Verba S, Schlizman KL, Brady HE. Voice and equality: civic voluntarism in american politics. Cambridge: Harvard University Press; 1995.
- Marent B, Forster R, Nowak P. Conceptualizing lay participation in professional health care organizations [Internet]. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2013 Aug 29]. Available from: <http://aas.sagepub.com/content/early/2013/06/13/0095399713489829.abstract>.
- Kwon S, You M, Oh J, Kim S, Jeon B. Public participation in healthcare decision making: experience of citizen council for health insurance. *Korean J Health Policy Admin* 2012;22(4):467-496.
- Mo HJ, Kwon BK. Citizen consensus conference as a way of collecting social opinions on xenotransplantation issues. *Bioeth Policy Stud* 2013; 7(2):1-21.
- Charles C, DeMaio S. Lay participation in health care decision making: a conceptual framework. *J Health Polit Policy Law* 1993;18(4):881-904. DOI: <http://dx.doi.org/10.1215/03616878-18-4-881>
- Kim HJ. Factors influencing participation by local citizens. *Korean Public Admin Rev* 2012;46(2):213-240.
- Roberts NC. The age of direct citizen participation. Armonk (NY): M. E. Sharp; 2008.
- Milbrath LW, Goel MI. Political participation: how and why do people get involved in politics? 2nd ed. Chicago (IL): Chicago Rand McNally College Publishing Co.; 1977.
- Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995;36(1):1-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.2307/2137284>
- Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc* 1973;51(1):95-124. DOI: <http://dx.doi.org/10.2307/3349613>
- Robbins SP, Judge TA. Organizational behavior. 14th ed. Upper Saddle River (NJ): Pearson Education; 2010.
- Klandermans B. Mobilization and participation: social-psychological expansions of resource mobilization theory. *Am Soc Rev* 1984;49(5):583-600. DOI: <http://dx.doi.org/10.2307/2095417>
- Whang SY. Study on the determinants of the satisfaction and the durability of volunteers. *J Korean Soc Welf Admin* 2006;8(1):99-124.
- King CS, Feltey KM, Susel BO. The question of participation: toward authentic public participation in public administration. *Public Admin Rev* 1998;58(4):317-326. DOI: <http://dx.doi.org/10.2307/977561>
- Lee SM. Volunteering as civic participation. *Civ Soc NGO* 2003;1(1):111-144.
- Kim SK. An exploratory study on the characters of social enterprise in Korea: issues & implications. *Soc Welf Policy* 2009;36(2):139-166.
- Laidlaw AF; Cooperative Union of Canada; International Co-operative Alliance. Co-operatives in the year 2000: a paper prepared for the 27th congress of the international co-operative alliance, moscow, october 1980. Ottawa: Co-operative Union of Canada; 1981.
- Schlozman LK, Burns N, Verba S. Gender and the pathways to participa-

- tion: the role of resources. *J Politics* 1994;56(4):963-990. DOI: <http://dx.doi.org/10.2307/2132069>
26. Lee JH. Motivation and satisfaction of the volunteers of consumer interest groups [dissertation]. Seoul: Seoul National University; 2001.
27. Choi YG, Kim K, Choi YJ, Sung NJ, Kim J, Park JH, et al. Patient assessment of primary care of health cooperative clinics in South Korea. *Korean J Fam Med* 2010;31(10):765-777. DOI: <http://dx.doi.org/10.4082/kjfm>. 2010.31.10.765
28. Hyun KS, Kang JM, Park YM. Relationship between health promoting lifestyle and general characteristics of the person undergoing health check-ups in cancer prevention center. *J East-West Nurs Res* 2008;14(1):14-23.
29. Choi SH, Cho YT. Sex differentials in the utilization of medical services by marital status. *Korea J Popul Stud* 2006;29(2):143-166.