

참여형 보건사업에서 ‘참여’는 무엇을 의미하나?

- 보건 분야에서 참여 개념과 의미 -

정백근(경상대학교 의학전문대학원)

1. 서론

보건사업이란 인구집단을 대상으로 특정 보건문제, 혹은 전반적인 건강문제를 해결하기 위하여 이루어지는 조직된 보건의료 활동으로서 서비스를 제공하는 조직과 서비스의 내용을 모두 포함하는 개념이다. 인구집단의 건강문제를 결정하는 요인들은 매우 다양하다. 건강결정요인은 유전적 특질, 성, 연령과 같은 지극히 생물학적인 요인에서부터 행태적 요인, 지역사회 사회, 환경적 요인, 사회의 거시구조적 측면과 관련된 요인들까지 그 종류와 차원이 매우 다양한 수많은 요인들의 영향을 받는다. 그야말로 인간을 둘러싼 모든 것이 사실상 건강의 결정요인이라고 해도 크게 틀리지 않다. 이들 요인들은 독립적으로 건강에 영향을 미치기도 하지만 다양한 상호작용을 통하여 인간의 건강에 영향을 미친다. 개인의 특정 보건문제를 해결한다는 측면에서 본다면 할지라도 원칙적으로는 이런 모든 요인들의 독립적 영향 뿐 아니라 요인들 간의 상호작용을 고려하는 것이 옳다. 이 사실은 특정 인구집단 전체의 보건문제를 해결하기 위한 보건사업이 다루어야 하는 문제가 얼마나 복잡하고 다양한 것인가를 미루어 짐작하게 해 준다.

보건사업은 개인이 아니라 인구집단을 대상으로 하기 때문에 정부가 주도하거나 정부가 보건의료전문가를 통하여 수행하는 경우가 많다. 그리고 이는 실제로 효과적일 확률이 높다. 대부분의 보건사업은 영리를 목적으로 하지 않을 뿐만 아니라 많은 자원들이 투입되어야 하므로 민간부문이 이를 수행하기에는 어려움이 많다. 둘째 건강의 결정요인들 중에는 사회구조에서 비롯되는 근원적 요인들이 많고 정부는 다양한 개혁적 조치를 통하여 사회구조의 특성을 근본적으로 변화시킬 가능성을 가지고 있다. 셋째, 이 과정에서 이해관계자들 사이에 엄청난 갈등이 수반될 가능성도 있기 때문에 국민들로부터 권력을 위임받은 정부는 이런 문제를 해결할 수 있는 적절한 주체임에 틀림없다. 그러나 보건사업은 인구집단을 대상으로 보건교육을 포함한 다양한 건강증진 및 예방, 진료 및 재활 프로그램을 제공하기 때문에 사업 대상자들의 적극적 참여는 사업 목표의 달성에 분명 효과적이다. 그러므로 많은 보건사업에서 주민들의 참여는 매우 중요한 사업의 운영원리이자 전략으로 평가받고 있다. 뿐만 아니라 보건사업을 시행하기 위해서는 인력, 시설, 장비 등 다양한 자원들이 투입되어야 한다. 하지만 많은 경우 투입할 수 있는 자원들은 항상 제한적이다. 이 때, 사회구성원들이나 지역사회의 적극적인 참여 하에 그들이 보유하고 있는 자

원들을 활용할 수 있다면 보건사업의 효율적 수행이라는 성과도 얻을 수 있다. 이런 맥락에서 정부의 입장에서 본다면 주민 참여는 보건사업의 효과적, 효율적 수행에 있어서 많은 장점을 지닌 전략이 될 수 있다.

한 편, 보건사업은 공공성을 그 속성으로 하고 있다. 사이토 준이치는 공공성이란 말이 사용되는 경우, 그것의 중요한 의미는 국가에 관계된 공적인(official)인 것, 특정한 누군가가 아니라 모든 사람과 관계된 공통적(common)인 것, 누구에게나 열려 있다(open)는 것, 이상의 세 가지 측면에서 그 의미를 구분할 수 있다고 하였다. 보건사업은 정부 또는 정부와 연관된 공적주체, 또는 정부의 위탁을 받은 보건의료전문가가 주도하는 경우가 많고 국가의 중점 보건정책과 연결되거나 법적 근거에 기반하여 수행되는 경우가 많다는 점에서 공공성을 가지고 있다. 뿐만 아니라 건강은 공통의 관심사이며 보건사업은 인구집단이라는 공동의 건강과 안녕을 추구한다는 맥락에서도 두 번째 의미에서의 공공성도 가지고 있다. 또한 보건사업은 주민참여를 핵심적인 운영원리와 전략으로 설정하고 있기 때문에 기본적으로 열려 있어야 할 뿐만 아니라 열린 공간에서는 정보의 완전한 공개와 이에 기반한 이상적인 의사소통이 동반되어야 한다. 이런 측면에서 세 번째 영역에서의 공공성의 의미를 내포하고 있다. 이 중 주민참여와 관련된 열려 있다는 의미에서의 공공성의 축은 민주주의와 연관되어 있다. 이는 보건의료의 영역에서는 건강 또는 건강결정요인에 영향을 미치는 의사결정에 영향을 받는 모든 사람들이 규범적으로 타당한 주장을 통하여 공적인 의사결정에 참여한다는 것을 의미한다. 뿐만 아니라 의사 결정된 사항들이 실질적으로 결정된 내용대로 진행되고 있는가를 모니터링하고 평가하는 것을 의미한다. 그러므로 주민참여는 민주주의에 근거한 보건사업의 공공성을 담보해 준다. 하지만, 공공성이 가지고 있는 이 세 가지 의미는 유의미하게 결합됨으로써 공공성의 완결성을 보장하기도 하지만 때로는 서로 충돌하기도 한다. 특히 우리나라와 같이 독재정부의 역사를 가지고 있는 국가의 경우 공적인 것이라는 맥락에서의 공공성의 의미는 긍정적인 측면보다는 부정적인 측면으로 각인되어 있을 여지가 높다. 설사 정부가 매우 공익적인 차원의 사업이나 프로그램을 실시하는 경우라도 이런 부정적 인식은 쉽사리 제거되지 않는다. 이런 맥락에서 공공성의 기반으로서의 민주주의는 정부가 공공성을 실현하기 위한 노력을 진행하는 과정에서 시민사회와 협력할 수 있는 토대이기도 하다. 뿐만 아니라 민주주의는 인간 사회의 행복과 안녕을 보장하는 가치이기 때문에 참여는 그 자체만으로도 목적으로 추구해야 할 가치가 있는 행위이다.

인권이라는 측면에서 볼 때, 참여는 권력과 밀접하게 연관되어 있다. 참여를 통하여 주민들은 그들의 삶과 건강에 영향을 미치는 다양한 과정과 정책결정에 대한 권력을 가질 수 있다. 이는 달리 말하면 주민들이 자신들의 안녕을 위한 중요한 결정권을 행사하지 못하게 하는 다양한 형태의 권력, 이를 통한 배제에 도전할 수 있는 전략 중의 하나가 참여라는 의미이다. 그러므로 보건사업의 영역에서 주민들은 단순한 서비스의 대상자나 정부의 시혜를 받는 사람들이 아니며 자신들의 건강과 안

년을 결정짓는 프로그램과 정책을 정의하는 주요한 주체이다.

이상과 같이 참여는 보건사업의 효과성과 효율성을 달성할 수 있는 중요한 수단이기도 하지만 공공성, 민주주의, 인권과 연관됨으로써 그 자체로서 목적적으로 추구해야 할 가치가 있다.

참여의 여러 가지 측면을 고려했을 때, ‘참여형 보건사업’이란 말은 어찌면 동어반복이라는 느낌을 지울 수 없다. 그럼에도 불구하고 참여형 보건사업은 끊임없이 회자되고 있을 뿐만 아니라 최근에는 보건복지부가 주도하여 건강증진보건소를 지정함으로써 지역사회 참여형 건강증진 모형개발 사업을 시범사업의 형태로 3년 간 시행한 바 있다. 또한 기존의 보건지소를 전환하거나 확충하는 형태로 건강생활 지원센터를 구축하고 있는데 이 기관의 주요 운영원리는 주민참여이다. 중앙 차원의 정책적 흐름과는 별개로 서울특별시, 부산광역시, 강원도, 경상남도, 경상북도 등에서 지방정부 차원의 참여형 보건사업이 진행되고 있다.

이에 본 원고는 보건사업에서의 참여의 의미는 무엇인지를 규명하고, 우리나라의 보건사업에서 참여전략이 어떻게 구현되고 있는가를 평가함으로써 보건사업에서 참여전략이 지향해야 하는 방향성을 정립하는 것을 그 목적으로 한다.

2. 보건사업에서의 참여

세계보건기구는 참여에 대해서 ‘주민들이 그들과 관련된 이슈를 정의하고 그들의 삶에 영향을 미치는 요인들에 관하여 결정을 하고 정책을 입안하고 실행하며 서비스를 기획, 개발, 전달하고, 변화를 위하여 행동하는데 있어서 적극적이고 성실하게 참여할 수 있도록 역량을 강화하는 과정’이라고 정의하고 있다.

그러나 참여는 이미 지역사회개발에서 오랫동안 권고되어 온 개념이다. 1970년대에 유행한 ‘주민중심 개발론(People-Centered Development)’과 ‘지역사회개발론(Community Development)’의 기본적인 전략은 참여전략이었다. 이들 개념들은 경제성장에 초점을 맞춘 1950년대와 1960년대의 국가 주도의 하향식(Top-down) 개발 모형에 대한 대안으로 제시된 것들이었다. 이런 맥락에서 주민중심 개발론과 지역사회개발론이 지역사회의 발전의 기본적인 원동력은 지역주민으로부터 나온다는 전제 아래 상향식 개발전략을 채택한 것은 매우 자연스런 결과였다. 이런 상향식 참여전략은 보건의료영역에도 영향을 미치게 되는데 1978년 알마아타 선언(Alma-Ata Declaration)에서는 일차보건의료(Primary Health Care)를 주창하면서 보건의료영역에 주민참여의 개념을 본격적으로 도입하였다. 물론 알마아타 선언 이전에도 보건분야의 주민참여와 관련된 개념은 많은 국가에서 거론된 것으로 알려져 있지만 알마아타 선언에서는 치료적 보건의료의 패러다임을 일차보건의료로 근본적으로 전환해야 하며, 이를 위한 구체적인 전략으로 참여를 명시하였다는 점에서 그 이전과는 다른 역사적 의미를 가지고 있다. 일차보건의료에서 참여전략이 본격적으로 조망된

이후 많은 보건사업에서 참여전략은 그 명맥을 유지하고 있다. 1986년 오타와 헌장을 통하여 소개된 건강증진, 같은 해 세계보건기구 유럽지역사무소에서 추진되어 확장되고 있는 건강도시 프로젝트에서도 참여전략은 주요한 전략으로 설정되어 있다. 우리나라의 경우에도 일차보건의료는 다양한 형태로 사업이 추진되었고 많은 지자체가 세계보건기구 서태평양지역 건강도시 연맹에 가입되어 있을 뿐만 아니라 국가적 차원에서 건강증진사업이 추진되고 있다. 또한 일부 지자체에서는 자체적으로 주민참여에 기반한 다양한 보건사업이 시도되고 있다.

그러므로 참여 전략이 구체적인 보건사업 영역에서 어떤 위상과 의미를 가지고 있으며 이를 통하여 무엇을 달성하려고 하는 것인가를 살펴볼 필요가 있을 것이다. 또한 우리나라의 경우 각각의 영역에서 참여 전략이 어떻게 구현되고 있는가를 파악할 필요도 있다.

가. 일차보건의료

일차보건의료에서 참여는 핵심 가치로 규정된다. 알마아타 선언에서 제시된 일차보건의료에 대한 정의에서도 나타난 바와 같이 지역사회 공동체의 완전한 참여는 일차보건의료를 이루는 요체이다. 그러나 일차보건의료에서 제안된 주민참여의 개념은 일정한 시대적 배경을 가지고 있었다. 당시 일차보건의료 개념은 주요 선진국들이 아니라 개발도상국들을 고려하여 제기된 것이었다. 이 시기 개발도상국들은 국민건강에 투입할 수 있었던 보건의료자원이 절대적으로 부족한 상태였고 관련 제도적 인프라도 제대로 갖추어지지 못하고 있던 상황이었다. 이런 상황에서 주민참여 전략은 기본적인 보건의료문제를 해결하기 위해서라도 불가피하게 선택할 수 밖에 없었던 전략이었던 것으로 평가된다. 결론적으로 일차보건의료에서의 주민참여는 자원 부족이라는 현실적인 문제를 해결하면서 보건 부문의 향상을 꾀하기 위한 자원 동원의 논리가 일정정도 개입된 것이었다. 이런 측면에서 일차보건의료에서 참여 전략은 수단적인 측면이 강하였음을 부인하기 힘들다. 하지만 일차보건의료는 인류의 건강권 실현, 건강불평등의 해결 및 사회정의의 구현을 위한 주요한 방법의 일환으로 제안되었다. 뿐만 아니라 관련 보건의료사업에 관한 의사결정을 상향식 참여적 접근방법에 기반 해야 한다는 원칙을 천명함으로써 민주주의의 원칙을 강조하고 있다. 이런 맥락에서 일차보건의료에서의 참여전략은 단지 수단적 의미에 국한되는 것으로만 평가할 수 없다.

일차보건의료가 주창된 이래 많은 국가들이 일차보건의료의 철학과 가치를 보건정책 및 기획에 적용하기 위하여 노력하였다. 이는 우리나라의 경우에도 마찬가지인데 1980년 제정된 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법에 근거하여 보건진료원이라는 일차보건의료인력이 개발되었다. 동시에 농어촌 의료취약지역에 보건진료소를 설치하여 인력과 시설 투입을 중심으로 본격적인 일차보건의료사업이 시행되었다. 그러나 보건진료소에 배치된 보건진료원들은 일차보건의료의 핵심 가치인 참여전략

을 현실화시키는 역할을 수행하지 못한 채 벽오지에서의 진료서비스에 국한된 활동들을 주로 수행하였다. 물론 마을건강원 제도, 보건진료소 운영협의회 같은 지역사회 참여 기전이 있었으나 이런 기전들을 활성화하여 참여에 근거한 일차보건의료사업을 진행하기 위한 정부의 의지가 없었고 보건진료원의 활동도 진료에 국한될 수밖에 없었기 때문에 유명무실하게 운영될 수 밖에 없었다. 또한 이 시기 우리나라의 민주주의의 수준과 시민사회의 성숙도도 일차보건의료에서 주민참여가 현실화될 수 없는 환경을 조성하였다고 판단된다. 하지만 최근 일부 보건진료소들의 경우 참여에 근거한 건강공동체 사업의 거점으로서의 역할 변화를 시도하고 있다.

나. 건강증진

건강증진은 건강결정요인 및 건강의 장애 관한 새로운 시각을 제기한 캐나다의 Lalonde 보고서가 출간된 이후에 공식적인 개념으로 등장하였다. Lalonde 보고서에서 특히 강조된 것은 생활습관이었는데 이후 건강에 영향을 미치는 사회적, 환경적 요인에 대한 접근까지 포함하는 확대된 개념으로 진화하였다. 1984년 세계보건기구 유럽지역사무소에는 5개의 건강증진의 주요 원칙을 발표하였는데, 여기에는 인구집단 전체를 대상으로 하며, 건강위해에 대한 자발적인 지역 활동 등의 다양한 방법들을 통합해야 한다는 내용을 담고 있다. 뿐만 아니라 효과적이고 구체적인 일반대중의 참여를 건강증진의 목표로 설정하고 있다. 이 때 대중들은 사업의 대상자가 아니며 동반자로 설정되고 있는데 대중이 건강증진의 동반자가 되기 위해서는 역량이 강화되어야 할 뿐만 아니라 이들에게 일정 수준의 권한이 위임되어야 한다는 점이 강조된다. 1986년에 채택된 오타와 헌장에서는 건강증진의 주요 활동 영역을 건강지향적인 공공정책 수립, 지원적 환경 조성, 지역사회 활동 강화, 개인의 기술개발, 국가의 보건의료서비스 방향 재정립의 다섯 가지로 설정되고 있는데 이 중 지역사회 활동강화는 민주주의, 참여, 역량강화, 자주성의 가치에 기반하여야 한다는 점이 강조되고 있다. 이와 같이 참여는 건강증진의 핵심사업 영역이자 사업의 원칙으로 규정되어 있다.

우리나라의 건강증진 관련 중장기계획인 제4차 국민건강증진종합계획에서는 국민건강증진종합계획을 개인의 주도적 참여에 의한 자신의 건강 및 건강결정요인 변화능력 향상을 정부가 지원하는 과정으로 정의하고 있다. 이에 따라 개인의 주도, 정부의 지원, 건강결정요인의 세 가지가 국민건강증진종합계획의 핵심어라고 기술하고 있다. 또한 참여를 언급하더라도 다양한 건강증진 프로그램에 대한 개인적 참여에 국한해서 기술하고 있다. 예방접종 영역에서는 예방접종 기반 및 대상 감염병 관리분야의 문제점으로 지역사회 참여 전략이 부족하다는 언급이 있으나 이를 개선하기 위하여 지역사회참여를 어떻게 활성화하겠다는 대안이 전혀 없다. 보건소를 중심으로 수행하고 있는 지역사회 통합건강증진사업과 관련된 세부 추진계획에서는 취약가정의 지역주민들의 자발적 참여를 통한 건강관리활동을 지원함으로써 지자체별

취약가정 현황에 맞는 건강증진사업을 실시하겠다는 계획은 있으나 집합적인 공동체로서의 주민들의 참여에 대한 언급은 없다. 다만 성공적인 주민참여 사업에 대해서는 지속적인 투자가 이루어지도록 하고 지역 확산을 돕겠다는 문구가 하나 들어 있는 것은 다행한 일이다.

또한 2016년 지역사회 통합건강증진사업 안내서에서는 사업 방법으로 지역사회 구성원이 건강증진사업 기획에 참여하고, 점진적으로 사업 전 과정을 주도하게 하는 주민 참여형 건강증진 전략을 수행할 수 있다고 언급하고 있다. 이는 건강증진의 개념과는 달리 참여전략을 선택 사항으로 규정함으로써 건강증진의 원칙과 가치에 기반한 지역사회 건강증진사업을 기대하기 힘들게 만든다. 다만 사업 계획 작성 시 지역주민들의 의견을 수렴하도록 권고하고 있으나 이는 구체적인 참여 메커니즘에 근거하여 계획을 작성하라는 권고가 아니기 때문에 대부분의 경우 인터넷 상의 설문조사 등 매우 형식적인 단계를 벗어나지 못하고 있다.

그러므로 우리나라의 중앙정부와 지방정부의 건강증진전략은 주민 참여를 고려하지 않거나 선택 사항으로 평가하고 있는 것으로 해석할 수 있다.

다. 건강도시

세계보건기구에서는 건강도시란 아래의 11가지 조건들을 갖추기 위하여 노력하는 도시라고 정리한 바 있는데, 이 중 자신들의 생활, 건강 및 안녕에 영향을 미치는 결정에 대한 주민들의 높은 수준의 참여와 통제력을 하나의 독립적 요건으로 제시하고 있다.

- 청결하고 안전한 양질의 물리적 환경
- 현재는 안정적이고 장기적으로는 지속가능한 생태계
- 강력하고 상부상조적이며 비착취적인 지역사회
- 자신들의 생활, 건강 및 안녕에 영향을 미치는 결정에 대한 주민들의 높은 수준의 참여와 통제력
- 모든 주민들의 기본욕구(음식, 물, 주거, 소득, 안전, 직장)의 충족
- 주민들에 대하여 매우 다양한 만남, 상호작용, 의사소통의 기회 부여 및 폭 넓은 경험과 자원에 대한 접근성의 보장
- 다양하고 활기에 넘치고 혁신적인 경제
- 역사, 주민들의 문화적이고 생물학적인 유산, 그리고 다른 집단들과 개인들의 유대감
- 이상의 특성들을 충족하며 이를 강화시키는 도시
- 모든 사람들에게 최적 수준의 적절한 공중보건 및 치료서비스 보장
- 높은 건강 수준

건강도시는 1986년 제 1차 건강증진 국제회의에서 채택된 오타와 헌장에서의 “건강은 사람들이 배우고, 일하고, 놀이하고 사랑하는 일상생활의 터(場, setting) 내에서 사람들에게 의해서 창조되고 유지된다”는 주장에 근거한 건강한 생활 터 접근법을 주요 전략으로 설정하고 있다. 건강한 생활 터 접근법은 학교, 병원, 시장 등 다양한 영역에서 시행될 수 있지만 공통된 핵심원칙이 있는데 이는 참여, 파트너십, 형평성이다. 그러므로 건강도시에서도 참여는 중요한 원칙이자 요건으로 상정되어 있다. 이는 세계보건기구의 지역별 기구의 주요사업에서도 명시된다. 예를 들면 세계보건기구 산하 범미보건기구(Pan American Health Organization, PAHO)에서 진행하였던 ‘건강한 자치체와 도시 건강(Healthy Municipalities and Urban Health) 사업’에서는 지역사회 집단들과 조직들이 보건의료요구를 확정하고 이를 해결하기 위한 활동을 기획하고 수행하는데 참여할 수 있도록 지역사회참여를 활성화하는 것을 핵심전략 중의 하나로 설정하고 있다. 이외에도 세계보건기구의 각 지역지부를 중심으로 진행하는 건강도시 사업에서 참여는 건강불평등 감소, 보건개발을 포함한 사회경제개발 프로그램의 개발에 있어서 중요한 접근전략으로 설정되어 있다.

우리나라에서는 1986년 초기부터 건강도시 개념이 국내 학계에 소개되어 왔으나 1996년 과천시에서 시행한 시범사업을 시작으로 건강도시 프로젝트가 수행되어 왔다. 세계보건기구 서태평양지역 건강도시연맹에는 호주, 캄보디아, 중국, 일본, 한국, 말레이시아, 몽골, 필리핀, 베트남이 정회원 국가로 되어 있는데 이들 국가들 내의 175개 지역이 세계보건기구 서태평양지역 건강도시연맹이 인증한 건강도시이다. 이 중 우리나라는 총 82개 지역을 차지하여 세계보건기구 서태평양지역 건강도시연맹의 정회원 국가들의 건강도시 중 46.9%를 차지한다. 2004년 4개 지자체가 처음으로 서태평양지역 건강도시연맹에 가입한 이후 연 평균 거의 8개의 지자체가 건강도시로 인증을 받고 있는 셈이다. 그러나 급속도로 증가하는 건강도시에 대하여 우려하는 목소리가 많은데 이는 크게 두 가지로 요약된다. 하나는 건강도시 인증을 받는 것 자체가 목적인 경우가 많다는 것이다. 선거에 의하여 선출되는 우리나라 지방자치단체장들이 자신의 정치적 영향력 확대와 전시물 홍보의 차원에서 건강도시를 활용하고 있다는 의미이다. 두 번째는 건강도시가 건강도시 답지 못하다는 것이다. 이는 첫 번째 이유와 연관되는 것인데 인증을 받고 난 후에는 건강도시를 실질적으로 만드는 과정이 제대로 진행되지 않는다는 것이다. 이런 점들에 비추어 볼 때 건강도시의 주요 접근전략 중의 하나인 참여적 접근법이 제대로 시행될 가능성은 매우 낮다. 많은 경우 건강도시 운영위원회라는 협의체를 만들어서 운영하고 있지만 실질적인 주민참여기전의 성격이라기보다는 사업 심의를 하는 기구에 불과하며 이마저도 제대로 운영되고 있는 곳을 찾아보기는 힘들다.

라. 참여형 건강증진 모형

보건복지부는 2012년부터 3년 간 16개 건강증진보건소를 지정하여 지역사회 참여형

건강증진 모형개발 시범사업을 실시하였다. 이 사업의 목적은 지역사회 특성에 맞는 건강증진 및 만성질환 예방을 위하여 효과적이고 효율적인 보건소의 역할을 확립하는 것이라고 정의하고 있다. 지역사회 참여형 건강증진 모형은 이러한 목적을 달성하기 위한 중간 단계의 목표로 설정하고 있다. 이 모형에서 참여란 지역사회 구성원이 주체가 되어 능동적으로 보건사업의 기획, 수행, 평가, 환류 전 과정에 참여하여 사회의 전반적 변화를 주도하는 것을 의미한다. 이 때 사업의 영역은 사회의 건강문제와 건강결정요인을 모두 포괄해야 함은 당연하다. 그러나 지역사회 참여형 건강증진 모형개발 시범사업 안내서에는 ‘가능한 보건 분야 위주로 사업을 추진하되, 경우에 따라 건강문제와 연계된 타 분야의 문제를 추가할 수 있음’ 이라고 명시하고 있다. 하지만 지역 차원의 건강결정요인이라도 실제로는 보건 분야 이외의 요인들이 주민들의 건강에 미치는 영향력의 측면에서 더 중요한 경우가 많고 보건 분야 내의 요인들이라도 원인의 원인을 찾아가다 보면 광범위한 사회 구조적 요인들의 결과라는 점은 익히 알려진 사실이다. 그러므로 이 시범사업에서의 참여의 영역은 보건당국이 허용하는 한계 내에서의 참여이다. 이 사업을 평가한 보고서에서는 주민 참여 수준은 보다 향상되었지만 프로그램 기획과 평가는 보건소가 주도하는 경우가 많았고 지역사회 건강문제의 해결방법이 개인행태 개선으로 귀결되는 경우가 많았다고 하였다. 또한 지역사회 거버넌스 연계와 협력을 달성하고자 하는 거시적 움직임은 제한되었다는 평가도 동시에 내렸는데, 많은 부분이 사업 영역으로 포괄될 수 있는 건강결정요인의 협소함과 연관성이 있다고 판단된다.

이 사업은 사업추진 단계를 크게 세 단계로 구성하고 있는데, 이 중 주민조직을 구성하고 지속적으로 모임을 운영하는 것을 1차년도의 주요 사업으로 설정하고 있다. 동시에 지역사회 거버넌스 구축의 주체는 보건소로 설정하고 있으며 이는 주민조직 구성 이전에 만드는 것으로 계획되어 있다. 하지만 거버넌스가 구축된 상태에서 주민조직이 이에 참여하게 된다고 하더라도 이 안에서 주민들의 주도성이 인정되지 않는다면 이 거버넌스는 기존의 협의체 수준을 벗어나지 못한다. 이런 상황에서는 지역주민들의 참여는 형식적 참여에 그칠 확률이 높다. 기본적으로 거버넌스는 이미 불평등을 전제한 개념인 경우가 많다. 관과 민의 협력적 관계와 네트워크 속에서는 항상 관의 권력이 민을 압도할 수 밖에 없다. 이런 맥락에서 거버넌스는 오히려 권력의 불평등을 은폐하는 도구로 작용할 가능성이 높다. 거버넌스 구축 이전에 주민들의 역량강화에 대한 계획이 전제되어야 하고 거버넌스는 주민 역량강화의 결과이어야 한다. 이런 맥락에서 이 사업은 거버넌스 체제 안에서의 주민들의 해게모니를 확보하기 위한 전략이 구체화되어 있지 않은 것으로 평가될 수 있다.

마. 건강생활 지원센터

건강생활 지원센터는 도시 지역 주민 밀착형 건강관리 전담기관으로서 2013년 시범

사업을 거쳐서 2014년부터 본격적으로 진행된 사업이다. 기존 도시보건지소는 점차적으로 건강생활 지원센터로 전환될 예정이고 농어촌 보건지소의 경우에도 환경 변화 등 기존 진료 업무의 유지 필요성이 낮은 지역의 경우에는 건강생활 지원센터로 변화를 도모하고 있기 때문에 현재 총 20개소가 선정되었지만 그 수는 늘어날 것으로 예상된다. 이 기관은 근린사회 단위에서 주민들과 밀접하게 접촉하여 보건의료 서비스를 제공하고 지역사회 자원 연계 및 협력과 주민 참여를 통한 지역 밀착형 건강증진 활동의 거점기관이라는 위상을 가지고 있다. 그러나 이 사업의 거버넌스 체제로 평가할 수 있는 사업운영 협의회가 구성되어 운영되는 곳은 한 곳도 없으며 일선 공무원들은 주민참여에 근거한 사업 수행의 경험이 없기 때문에 주민 참여와 자원연계에 근거한 사업은 아직까지 현실화되지 못하고 있다. 그리고 참여형 건강증진사업 모형 개발 시범사업에서와 같이 거버넌스 체제의 중심으로 주민들을 상정하고 있지 못하고 있을 뿐만 아니라 거버넌스 체제의 주체를 건강생활 지원센터, 즉, 공무원으로 상정하고 있다는 점도 문제가 있다. 뿐만 아니라 일선 공무원과 지역사회주민들은 주민참여에 근거한 건강증진사업과 관련된 경험이 거의 없기 때문에 역량강화 프로그램이 반드시 필요함에도 불구하고 이에 대한 구체적인 계획도 없다.

건강생활 지원센터는 주민참여와 지역사회 자원 연계에 근거하여 운영되어야 하는 기관이지만 주요 사업 내용은 중앙정부가 설정한 지역사회통합건강증진사업이다. 이런 맥락에서 보면 보건복지부, 지방정부, 건강생활 지원센터, 주민자치조직의 순으로 수직적인 구조가 형성될 수 밖에 없다. 이는 주민건강조직이 만들어진다고 할지라도 사업 영역이 중앙정부가 설정한 주제를 벗어나지 못할 확률이 높음을 의미한다. 이 중 금연, 절주, 신체활동, 영양사업 및 건강위험군 등에 대한 만성질환 예방 및 관리사업은 아예 필수사업으로 지정되어 있어서 주민들의 참여 영역이 이들 사업 중심으로 정리될 가능성이 매우 높다. 이는 주민들의 참여영역이 구조적으로 제약된다는 것을 의미한다. 더더욱 문제가 되는 것은 중앙정부의 사업 영역이나 방향의 우선순위가 바뀌게 되면 주민들의 자발적 참여에 근거한 사업의 내용이 영향을 받지 않을 수 없다는 것이다. 이 경우 주민참여는 정부의 보건정책 목표를 달성하기 위한 수단으로서의 의미만 부각된 채 주민들은 여전히 근린사회에서 제공하는 보건의료서비스의 대상으로 남아 있을 가능성이 높다.

이런 문제들을 해결하기 위하여 2016년부터는 현장기술지원을 강화하고 주민참여 및 자원 연계를 위한 인력을 배치하는 등 인력배치기준을 강화할 예정이다. 또한 건강생활 지원센터 관리자 및 실무자, 지자체 담당자들이 주민참여를 활성화하고 지역자원 연계를 하는데 도움이 되는 매뉴얼을 제작, 배포할 예정이다. 하지만 주민 참여 및 자원 연계를 담당할 전문인력에 대한 명확한 기준이 없는 것은 여전히 문제로 남아 있으며 지역사회 주민들의 역량강화에 대한 구체적인 프로그램이 준비되지 않은 것도 향후 해결해야 할 과제인 것으로 판단된다.

바. 지자체의 참여형 건강증진사업

서울특별시, 부산광역시, 경상남도, 경상북도, 강원도는 중앙정부의 지원 없이 지자체 차원에서 참여형 건강증진사업들을 진행하고 있는 지역이다. 다양한 이름으로 사업이 진행되고 있지만 이들 사업들의 공통된 운영원리는 주민참여와 파트너십, 건강불평등 해결이다.

이런 원리를 구현하기 위하여 모든 지역에서는 주민자치조직을 구성하고 주민자치조직들이 파트너십을 구현하는 과정을 거치고 있다. 동시에 주민들 내부에서 활동가들을 양성하기 위한 사업들을 진행하고 있으며 기술 지원 또는 교육 지원을 위한 전문가 조직을 갖추고 있다. 서울특별시를 제외하고는 상대적으로 건강수준이 나쁜 읍면동 지역을 표적지역으로 선정하여 지역 간 건강불평등 완화와 사업대상지역 주민들의 건강수준 및 삶의 질 향상이라는 목표를 설정하고 있다.

이들 사업들은 대부분 국가 및 지자체의 주류 보건정책 및 사업과는 별개로 운영되고 있기 때문에 주민참여의 원칙들이 비교적 건강하게 유지되고 있으며 보건당국의 역할은 주민참여를 지원하는 것이라는 기조도 비교적 잘 유지되고 있는 것으로 판단된다. 그러나 광역지자체장이 누구인가에 따라서 사업 자체가 영향을 받을 뿐만 아니라 사업에 대한 지원이 언제든지 중단될 수 있는 상황이기 때문에 지속가능성이 일상적으로 위협받고 있다. 또한 참여의 구체적인 상에 대한 지역 간 차이가 있기 때문에 다양한 형태로 사업이 진행되고 있다.

3. 보건사업에서의 참여전략에 대한 평가

일반적인 지역사회 참여전략은 크게 세 가지로 구분할 수 있다.

첫 번째는 지역주민들 중에서 활동가를 양성하는 것이다. 우리나라에서는 마을건강원 제도가 대표적이며, 최근 일부 광역지자체에서 진행하고 있는 참여형 건강증진사업에서는 건강지킴이, 건강리더, 코디네이터 등 다양한 이름의 활동가들이 있다. 이들의 역할은 크게 세 가지로 구분할 수 있다. 첫 번째는 보건인력으로서의 역할이다. 두 번째는 보건의료전문가 또는 사업추진주체와 지역주민들 간의 정보 전달의 매개자 혹은 다리 역할을 하는 것이다. 세 번째는 주민참여를 현실화시키는 활동가로서의 역할이다. 그러나 첫 번째, 두 번째 역할에 비해서 활동가로서의 역할은 상대적으로 현실화되기 어려운 것으로 평가되고 있으며 지역사회 내에서 주민참여를 기반으로 한 사회운동의 역사가 축적된 곳을 제외하고는 모범적인 사례를 찾기가 힘들다. 더군다나 정부가 주도하는 보건사업의 경우 애초에 주민참여를 위한 활동가를 양성하겠다는 목표가 상정되기는 어려울 것으로 판단된다.

두 번째는 지역사회조직을 만드는 것이다.

대표적으로는 이전 보건사회부가 보건지소와 보건진료소에 조직한 보건지소 운영지

원협의회, 보건진료소 운영협의회가 있다. 뿐만 아니라 노무현 참여정부 출범 이후 설치된 도시지역 보건진료소에도 지역 협의체라는 조직이 운영되고 있으며, 현재 설치가 진행되고 있는 건강생활 지원센터에서도 운영협의회를 구성하도록 권고하고 있다. 특히 건강생활지원센터는 주민조직화 과정을 통한 주민건강조직을 구성하여 사업의 주체로 참여하도록 권장하고 있다. 일부 광역지자체를 중심으로 진행되고 있는 참여형 건강증진사업에서도 건강위원회 등의 다양한 주민자치조직들이 만들어져 사업을 수행하고 있다. 그러나 이들 조직들은 정부가 주도하거나 정부의 예산 지원에 의해서 설치된 조직들이기 때문에 형식적으로 운영되다가 아예 존재가 없어진 조직들도 있고, 현재 존재하고 있는 조직들도 큰 틀에서는 정부의 통제를 받고 있는 조직이기 때문에 주민들의 주도적 참여에 근거하여 운영되는 데는 여러 가지 해결해야 할 점들이 많다.

세 번째는 의료복지사회적협동조합(의료생협)과 같이 조합원으로 참여한 주민들이 출자를 하여 의료기관과 건강관련시설을 직접 설립 및 소유함으로써 운영의 주체가 되는 것이다. 이 전략은 앞의 두 가지 전략과 달리 조합에 가입한 주민들이 주도하여 조직을 설립하고 운영한다는 점에서 능동적이고 적극적인 참여 전략이라고 평가할 수 있다. 이 방식은 재정과 운영에서의 주민자치가 현실화될 수 있는 장점이 있으며 지속가능성도 어느 정도 제고할 수 있다. 그러나 이 모형은 지역사회주민들의 참여와 광범위한 동의를 기반으로 실행될 수 있는 모형이고 특정 시점에서는 큰 규모의 자금력이 동반되어야 하므로 장기적인 계획이 필요하다. 또한 조합원들의 이해와 요구를 해결하는 것이 일차적인 목적이므로 사회적 영향력을 확대한다는 맥락에서는 상대적으로 닫힌 조직이라는 성격을 가진다. 하지만 이상적인 주민참여모형을 설정하고 실행할 수 있다는 맥락에서 관련 경험의 축적과 이에 근거한 교훈들은 의미있는 것으로 평가된다.

의료생협을 제외하고는 우리나라 보건사업에서 구사하고 있는 대부분의 참여 전략들도 대체로 이들 범주를 벗어나는 것은 아니다. 그러나 우리나라 보건사업에서의 참여는 몇 가지 문제점을 가지고 있다.

첫 째, 기본적으로 참여를 보건사업의 운영원리로 명확하게 상정하고 있지 않다.

둘 째, 참여의 영역을 지나치게 협소하게 설정하고 있다.

셋 째, 참여의 단계를 낮게 설정하고 있다.

넷 째, 실질적인 참여를 위해서는 주민들의 역량 강화 과정이 필요하지만 이에 대한 구체적인 대안을 마련하지 못한 경우가 많다.

우리나라의 경우 일차보건의료가 도입될 당시부터 지금까지 참여는 보건사업에서 꾸준히 논의되어 왔다. 지금까지 보건사업에서의 참여를 가장 많이 거론한 두 주체는 정부와 보건의료 전문가이다. 많은 보건사업들이 정부에 의해서 주도되었고 많은 경우 이를 보건의료 전문가들이 위탁하였다. 그럼에도 불구하고 아직까지 보건사업에서의 이상적인 참여는 제대로 구현되고 있지 못하고 있다. 이런 과정 속에서 참여가 가지고 있는 에너지는 소진되고 있고 좋은 것이기는 하지만 현실적으로는

구현하기 어려운 전략으로 치부되는 경향이 짙어지고 있다.

정부가 보건사업에서 참여를 지속적으로 언급하는 데는 몇 가지 이유가 있는 것으로 판단된다.

첫 째, 보건소를 최일선 기관으로 설정하여 15년 이상 건강증진사업을 수행해 오면서 많은 예산을 투입하였으나 그 효과가 미미하다는 평가 때문이다. 참여형 건강증진 모형개발 시범사업 안내서에는 이를 구체적으로 기술하고 있는데, 여기서는 이 시범사업의 추진배경 및 필요성으로 사업의 지속적 추진에도 불구하고 국민들의 사업의 체감도가 낮고 건강행태 악화가 지속되기 때문에 주민참여를 통한 사업 추진이 필요하다고 언급하고 있다.

둘 째, 주민의 자발적 참여를 통한 추가자원 동원의 필요성이 있기 때문이다. 사업을 하는 과정에서 항상 문제가 되는 것 중의 하나는 자원의 제약이다. 건강증진기금과 관련 사업이 증가하고 있지만 일선 보건현장의 관련 보건인력들의 숫자는 사업량에 비해서 현격히 부족하다. 그러나 공공부문 보건의료인력의 증원은 현실적으로 제약되고 있는데 중앙정부나 지방정부의 근본적 해결책이 나오지 않으면 일선 보건기관에서는 다른 대안이 없다. 이 경우 주민참여는 자원 부족의 문제, 특히 인력 부족의 문제를 해결할 수 있는 도구적 전략으로 사고할 수 있다. 예산 절감이라는 목표를 달성할 수도 있다. 사업 홍보를 위해서 홍보물을 제작하는 비용은 효과적인 주민참여를 통하여 상당부분 절감될 수 있다. 지역사회 진단의 경우에도 적은 비용으로 주민들을 동원하여 효율적으로 수행할 수도 있다. 뿐만 아니라 사업량이나 프로그램에 동원되거나 참여한 주민 수가 평가 지표가 될 때는 주민참여는 공무원들의 노력을 줄이면서 좋은 평가를 받을 수 있는 방안이 될 수 있다.

셋 째, 혁신적인 대안들이 나올 수 있다. 정부 차원에서는 생각하기 힘든 참신한 전략들이 주민들의 논의 속에서 도출될 수 있다. 예를 들면 참여형 건강증진사업을 시행하고 있는 일부 지역에서는 건강검진을 높이기 위하여 주민조직들이 검진의 날을 정하여 직접 차량을 동원하여 건강검진을 받지 않은 주민들을 의료기관에 데리고 간다. 이런 접근은 정부가 정책적으로 강제하기 힘들지만 주민참여에 기반한다면 얼마든지 가능한 것이다. 뿐만 아니라 주민들이 지역사회의 상황과 그들이 처한 현실을 감안하여 자발적으로 건강동아리를 만들어서 운영하는 경우, 정부나 일선 보건기관이 자체적으로 만든 대안보다는 총체적이고 통합적일 확률이 높다.

넷 째, 참여는 정책을 정당화시킬 수 있는 수단으로 활용할 수도 있다. 때에 따라서는 정책 추진 실패의 원인을 주민들의 탓으로 돌릴 수 있다는 점에서도 참여 전략은 정부에게 이점을 줄 수 있다.

이와 같이 주민참여는 정부 차원에서도 필요한 전략이지만 현재까지 의미 있는 실체를 가지고 있다고 판단하기 어렵다. 정부가 이런 입장을 가지게 된 데는 주민참여전략이 현실화되기 어렵다는 인식 때문일 가능성이 높다. 예를 들면 보건사업을 해 보지 않은 일반 주민들이 의미있는 무언가를 하기 어렵다는 평가가 저변에 깔려 있는 것이다. 이와 함께 지금까지 논의되고 실행된 참여 전략들 중에서 성공 사례

가 없었다는 평가 역시 존재하고 있는 듯하다.

현실적인 조건이 주민참여전략이 실행되기 어렵게 하는 측면도 있다. 실제 많은 보건사업들이 정부에서 제시한 지침과 일정에 근거해서 수행되고 있기 때문에 다양성과 차이를 무시하고 신속한 합의 도출이 필요한 경우가 많다. 연말에는 평가에 대비하여 지표에 근거한 결과물이 나와야 하기 때문이다. 이런 상황은 보건의료전문가가 정부의 위탁을 받아 사업을 진행하는 경우에도 똑같이 발생한다. 이런 상황에서는 배제적이고 억압적인 힘이 작용할 확률이 높기 때문에 참여가 의미 있게 작동하는 것은 어렵다. 이런 맥락에서 참여는 필요할 때는 요청하지만 언제나 버려질 수 있는 카드가 되는 셈이다.

뿐만 아니라 참여가 의미있게 작동한다면 그 단계는 높아지고 참여의 영역은 심화된다. 때에 따라서는 참여의 결과가 기성 질서의 변화를 직접적으로 추구할 수 있다. 이는 정부의 입장에서는 자신들이 가진 공권력과 행정 관행이 위협받을 가능성으로 인지된다. 이런 가능성을 미리 차단하기 위해서는 참여의 문을 활짝 열어 둘 수는 없는 것이다. 결론적으로 주민들은 참여해야 할 곳에서 소외된다.

일반적으로 보건의료영역에서 주민들의 소외가 발생하는 영역은 크게 두 가지인 것으로 알려져 있다.

첫 번째는 정보의 비대칭성과 의료전문주의에서 비롯되는 진료과정에서의 소외이다. 의사를 비롯한 보건의료전문가들은 집단적 자율성 유지를 위하여 다른 외부세력의 개입을 배제하려는 경향을 가지고 있으며 이러한 경향은 환자나 주민에 대한 태도에도 지속된다. 이런 맥락에서 보건의료전문가들은 주민참여에 저항할 가능성을 내재화하고 있는 것으로 평가할 수 있다. 그러나 의료전문주의에 기반한 집단적 자율성 유지의 원칙은 정부나 정치권력에도 적용된다. 그러므로 정부와 정치권력이 의료전문주의를 약화시키려는 시도를 할 때는 보건의료전문가들은 집단적 저항을 할 수 있다.

두 번째는 보건의료 정책과정에서의 소외이다. 이는 국가 및 사회의 전반적인 민주화 수준에 따라서 국가별로 다양한 형태로 전개된다. 주민참여 구조가 만들어진다고 할지라도 국가권력의 성격에 따라서 이는 주민지배 구조 또는 주민동원 구조가 될 수 있다. 실제 보건의료 정책과정에서 주민들의 실질적인 참여가 지속적으로 관찰되고 있는 국가를 찾아보기 힘들고 우리나라의 경우도 예외가 아니라는 점에서 이를 극복하는 것은 매우 어려운 과제인 것으로 평가받고 있다. 궁극적으로 이 문제는 주민들과 함께 또는 주민 주도에 근거하여 보건의료정책을 추진하려는 국가권력과 정부가 구성되지 않은 상황에서는 해결이 어렵다고 할 것이다.

이 두 가지 영역에서 발생하는 소외는 서로 다른 성격을 가진다. 소외를 당하는 자는 동일하지만 소외를 만드는 주체는 다르다. 전자는 보건의료전문가이며 후자는 국가권력과 정부이다. 또한 보건의료전문가들은 국가권력과 정부가 그들의 전문가적 자율성을 침해하는 것을 바라지 않는다. 개념적으로는 두 개의 상대적으로 독립적인 부문이 소외를 유지하고 있다고 평가하는 것이 옳을 것이다.

그러나 보건사업의 영역으로 들어오면 이야기가 달라진다. 대부분의 보건사업들은 정부의 주도하에 실시되고, 이 중 대부분의 사업들은 보건의료전문가가 정부의 위탁을 받아 실시하고 있다. 이와 같이 보건사업의 영역에서는 공권력을 가진 정부와 보건의료전문가들이 예산과 권한을 매개로 하나의 몸체가 될 가능성이 높고 실제로 그러한 경우가 많다. 최근 보건사업의 수가 많아지고 예산이 증가하고 있으며 대학 병원 차원에도 대형 정책의료센터가 설치되면서 대규모 질병관리사업이 시행되고 있다. 대부분의 경우 보건의료전문가는 주체가 되어서 때로는 지원자로 사업에 관여하고 있으나 이들 사업에서 참여의 원칙이 구현되고 있는 경우는 거의 없다. 즉, 보건의료에서의 소외를 발생시키는 독립된 두 집단이 보건사업의 영역에서는 하나가 되어서 소외를 구조화시키는 결과를 낳을 가능성이 그 어느 때보다 높아졌다는 것이다.

주민참여조직이 구성되어 있는 경우, 조직의 구성원들은 대부분 지역사회를 주도하는 리더이거나 적어도 중산층 이상인 경우가 많다. 광역지자체 차원에서 진행되고 있는 참여형 건강증진사업은 대부분 건강수준이 좋지 않고 사회경제적 박탈이 심한 읍면동 차원에서 진행되고 있다. 이들 지역이 사업대상지역으로 선정된 이유는 지역의 발전에서 소외되었기 때문이나 여기에서도 실제로 소외되었기 때문에 참여가 필요한 집단은 해당 지역의 취약계층일 것이다. 경상남도에서 시행하는 참여형 건강증진사업인 건강플러스 행복플러스 사업의 사업대상지역에서는 취약계층의 참여를 보장하기 위한 노력을 하겠다는 주민참여조직이 있었으나 이들이 기껏 한 것은 연말에 취약계층 주민 몇몇에게 겨울 외투를 지급하는 시혜성 조치였다. 또한 많은 경우 주민참여조직의 리더 중 일부는 지방정부의 지역 발판으로서 실제 지역사회 안에서 주민통제와 주민동원의 역할을 했던 사람들이 많으므로 실질적인 참여의 가능성이 주민참여조직 내부에서 봉쇄당할 가능성들을 배제할 수 없다. 정부의 위탁을 받은 보건의료전문가가 정부와의 협의 속에서 이런 내용의 주민참여조직을 만든다면 정부, 보건의료전문가, 주민 권력층의 내용적 연계가 주민참여를 가로막는 큰 장애물이 될 수도 있는 것이다. 그러므로 주민을 하나의 동질적인 집단으로 파악해서는 안 되며 주민들 내부의 권력과 권한의 불평등 역시 고려해야 하는 것이다.

하지만 소외는 이런 영역에서만 발생하는 것은 아니다. 앞서서도 언급하였듯이 인간을 둘러싼 모든 것이 사실상 건강결정요인이라고 할 때, 물리적, 사회적 환경의 모든 영역에 대한 통제권은 모든 사회구성원 개개인에게 주어져야 한다는 당위성이 성립된다. 그러나 정치적, 행정적 의사결정자들과 시장권력을 제외하고 시민사회의 대부분의 구성원들은 일상생활 영역에서조차도 통제할 수 있는 부분들이 많지 않다. 그리고 신자유주의에 기반하여 자본과 국가권력의 동일체가 생활세계를 종속시킬수록 주민들의 물리적, 사회적 건강결정요인에 대한 통제권은 축소될 수 밖에 없다. 그러므로 신자유주의에 기반한 권력과 자본이 생활세계를 식민화하면서 시민사회 구성원들의 건강에 대한 통제권을 축소시키려는 시도를 막아내고 나아가서는 통제권을 획득하기 위한 전략의 측면에서도 참여 전략은 유효하다. 그리고 이는 저항

운동의 성격을 띤 보건사업의 형태로 진행될 수도 있을 것이다. 그리고 이 단계는 가장 높은 단계의 참여이다.

4. 결론

참여는 보건사업의 운영원리로 명확하게 설정되어야 하고 참여의 영역과 단계는 심화되고 상승하여야 한다. 그리고 주민들의 실질적 참여에 필요한 역량의 강화가 동반되어야 한다. 그러나 주민의 이익과 주민권력을 옹호하지 않는 권력 하에서는 이런 성격의 참여는 가능하지 않다. 그리고 참여가 허용되더라도 그 영역과 단계는 최소화하거나 최저화하면서 목표를 달성하려고 할 것이다.

그러므로 주민참여가 실질적인 내용을 가지는데 있어서는 이를 옹호하는 정치사회적 역량의 강화가 필수적이다. 이는 주민참여의 정치적 사회적 기반의 기본 요건이며 주민 역량강화를 통한 지속적 참여의 전제조건이다.

전체 사회적 측면과는 별개로 지역사회의 문제를 해결하기 위하여 스스로 실천을 한 경험을 가진 조직이나 구성원들이 많은 곳도 있는데, 이 경우 실질적인 참여에 근거한 보건사업이 현실화될 가능성은 높을 것으로 판단된다. 전체 사회의 민주주의 역량이 성숙되지 않았다 할지라도 특정 지역사회 내에서 이런 전통을 가졌다면 참여형 보건사업의 지속성과 발전이 도모될 수 있는 가능성이 높아진다. 그러므로 현재 진행되고 있는 다양한 참여형 건강증진사업들은 그 자체로서 의미가 있다고 판단된다. 이런 맥락에서 주민참여의 가능성을 담보하고 있는 보건의료기관의 증가는 중요하다. 당장은 가능하지 않다 할지라도 주민참여를 운영의 기본원리로 설정하고 있는 기관이라면 그것이 정부 예산에 의해서 설립된 곳이라 할지라도 실질적인 주민참여의 중요성을 공식적으로 제기할 수 있다. 이 경우 해당 기관은 주민역량강화 및 주민참여의 근거지가 될 가능성이 있다. 이 과정에서 보건의료전문가의 역할도 중요하다. 많은 경우 보건의료전문가들은 초기에는 주민참여 활동가 내지는 지원자로서의 역할을 수행하게 되는 경우가 많다. 정부의 위탁을 받아 사업을 수행하는 경우라도 주민들의 편에서 실질적인 참여를 도모하는 입장을 가진 보건의료전문가가 많아질수록 주민참여의 가능성은 높아질 것이라고 판단된다.

2013년 2월 1일부터 시행된 공공보건의료에관한법률 개정안에 근거하여 공공보건의료의 정의는 ‘주체’ 중심에서 ‘기능’ 중심으로 전환되었다. 이는 사이토 준이치의 공공성의 세 가지 측면 중, 국가에 관계된 공적인(official)인 것으로부터 특정한 누군가가 아니라 모든 사람과 관계된 공통적(common)인 것으로 그 개념이 변화된 것이다. 이 개념 변화에 근거하여 진주의료원 폐원이라는 예상하지 못한 사건이 발생하였지만, 어떤 측면에서 보면 법적인 차원에서 공공보건의료를 개념적으로 확장한 것으로 평가할 수 있다. 하지만 여전히 열려 있다는 맥락에서의 참여가 공공보건의료를 규정하는 주요한 원칙으로 정립되지는 못하고 있다. 우리나라 보건의료의

공공성이 현재로서는 이 법에서 정의하는 공공보건의료에 기반해서 진행되는 경우가 많다는 점을 전제할 때, 참여는 공공보건의료의 개념을 확장하면서 우리나라 보건의료체계의 민주적 공공성을 강화하기 위한 전략이 될 수 있다. 그러나 참여는 가장 높은 단계에서는 건강결정요인인 환경 그 자체에 대한 통제력을 의미한다. 그러므로 참여의 영역이 넓어지고 그 단계가 높아진다면 참여 행위 자체가 지속가능하고 건강한 공동체를 만드는 과정이다. 이 때, 참여는 어떤 결과를 도출하기 위한 수단이 아니라 그 행위 자체가 목적이 된다.

<참고문헌>

- 2014년 지역사회 통합건강증진사업 안내[지역사회 참여형 건강증진 모형개발 시범사업], 보건복지부, 한국건강증진개발원.
- 2015년 건강플러스마을사업 주민성과대회, 강원도 건강플러스 마을 사업 사례집, 강원도 통합건강증진사업지원단, 2015.
- 2016년 지역사회 통합건강증진사업 안내[총괄], 보건복지부, 한국건강증진개발원.
- 2016 건강생활지원센터 사업 안내, 보건복지부, 한국건강증진개발원.
- 남은우, 문옥륜, 고광옥, 김건엽. 국내 건강도시 유형 분석 및 유형별 발전 전략 개발, 2009년 건강증진연구사업 보고서.
- 서울특별시. 2016 소생활권 건강생태계 기반조성 지원사업 안내.
- 예방의학과 공중보건학. 대한예방의학회 제2판 수정증보판, 2011.
- 제4차국민건강증진종합계획. 보건복지부 · 한국건강증진개발원, 2015.
- 사이토 준이치(윤대석, 류수연, 윤미란 역). 민주적 공공성. 도서출판 이음, 서울, 2014.
- 김정희. 건강도시에 대한 비판적 고찰: 열린 담론을 기대하며. 보건과 사회과학 2007;21:137-156.
- 김광묘, 박은영, 이건설, 유명순, 김창엽. 의료생활협동조합 조합원의 참여에 영향을 미치는 요인. 보건행정학회지 2014;24(4):330-341.
- 김용익. 보건의료 주민참여의 정의와 전략에 대한 연구. 보건행정학회지 1992;2(2):90-111.
- 이명순. 건강증진이 기반한 주요 원칙과 가치 - 오타와 헌장 및 세계보건기구 관련 문헌 등을 중심으로 -. 보건교육건강증진학회지 2015;32(4):1-11.
- 이주열. 보건소 건강증진사업의 과거와 미래. 보건교육건강증진학회지 2007;24(2):135-148.
- 정길호, 김건엽, 나백주. 국내 건강도시 프로젝트 담당자를 대상으로 한 건강도시 관련 특성 조사. 농촌의학지역보건학회지 2009;34(2):155-167.
- 조병희. 지역사회 중심 건강증진의 과거와 현재. 보건교육건강증진학회지 2010;27(4):1-6.
- David J, Zakus L, Lysack C. Revisiting community participation. Health Policy and Planning 1998;13(1):1-12.
- Green G, Price C, Lipp A, Priestley R. Partnership structures in the WHO European Healthy Cities project. Health Promotion International 2009(doi:10.1093/heapro/dap053)
- Labonte R, Sanders D, Packer C, Schaay N. Is the Alma Ata vision of comprehensive primary health care viable? Findings from an international project. Global Health Action 2014;7:24997(<http://dx.doi.org/10.3402/gha.v7.24997>)

Merzel C, D' Afflitti J. Reconsidering community-based health promotion: promise, performance, and potential. *American Journal of Public Health* 2003;93(4):557-574.

Oakley P. Community involvement in health development. An examination of the critical issues. Geneva, WHO, 1989.

South J, Farifax P, Green E. Developing an assessment tool for evaluating community involvement. *Health Expectations* 2005;8:64-73.

Yamin AE. Suffering and powerlessness: The significance of promoting participation in rights-based approaches to health. *Health and Human Rights* 2009;11(1):5-22.

http://alliance-healthycities.com/htmls/members/index_members.html