

국제개발협력 주민참여형 보건의료모델 탐색 : 의료사회적협동조합 적용가능성*

김학실**

본 연구는 국제협력분야의 참여형 보건의료모델로써 의료사회적협동조합의 적용가능성을 분석한 것이다. 우리나라는 국제개발 보건협력분야에서 보건소 중심의 인프라 구축을 수행해 왔으나, 보건소 모델은 지역주민의 참여가 부족하다는 점에서 주민주도의 의료사회적협동조합을 선정하여 적용 방안을 제시하였다. 의료사회적협동조합은 운영의 민주성과 조합원의 참여성을 강조한다는 측면에서 주민 참여를 위한 유용한 모델로 고려될 수 있다. 기획과 운영 과정의 주민참여 활성화, 교육과 네트워킹에서의 주민 역량강화를 목적으로 운영되고 있으며, 궁극적으로 지역기반 참여형 의료모델로써 건강과 지역사회역량 강화에 긍정적 기여를 할 수 있다. 본 연구는 탐색적 성격의 연구로써 실증적 분석이 이루어지지 않았다는 점이 한계라고 할 수 있다. 향후 주민참여형 보건의료모델의 새로운 대안으로서 협력국의 사회경제 및 보건환경을 반영한 실증적 분석이 요구된다.

주제어: 국제개발협력, 보건의료모델, 주민참여, 의료사회적협동조합

* 이 연구는 한국 연구재단의 지원을 받은 논문입니다. NRF-2019S1A5C2A03082775

** 충북대학교 행정학과 부교수(khaksil67@chungbuk.ac.kr)

I. 서론

국제개발협력(ODA)에서 보건의료 분야는 주민참여를 강조한다. 개발도상국의 보건의료분야에서 지역사회참여(Community Participation)는 개인의 건강수준에 긍정적인 영향을 미치고, 지역사회가 보건프로그램의 주체자로 프로그램 전 과정에 참여하는 경험을 통해 지역사회역량을 증진시킬 수 있으며, 지역사회역량 증진은 전체적으로 사회의 질을 높이는데 기여한다는 다수의 연구가 존재한다(Chaskin, 2001; 정민수·조병희, 2011; 박선희, 2013; 안양희, 2007; Rosato et al., 2008). 보건분야에서 지역사회 구성원의 주도적 참여는 건강분야 뿐 아니라 지역사회의 역량강화와 건강자치력을 향상시킬 수 있고(Wallerstein et al. 2018; 허현희·손인서, 2020 재인용), 보건분야의 개선을 통해 식수, 교육 등의 다른 부문과도 밀접한 관련이 있는 영역의 개선이 이루어질 수 있다. 또한, 이러한 문제를 해결하는 과정에서 지역주민과 정치인, 관료를 매개하는 참여과정이 이루어지고, 정책에 영향을 미치게 됨으로써 민주주의를 증진시키는 선순환 과정을 일으킨다(박선희, 2013). 이러한 관점은 보건 분야 운영과정을 통해 분야 간 통합적 전략을 견지하게 되고, 사회적·경제적·정치적 조건의 변화를 통해 시민들이 건강하지 못한 조건들을 스스로 변화시켜 나가기 위한 활동으로 사회변혁에 대한 급진적 관점을 요구한다.

국제개발협력 분야에서 보건사업은 우리나라가 상대적으로 비교우위를 갖는 분야로써 협력국에 다양한 형태로 참여하였다. 우리나라는 다른 나라와 비교할 때 경제성장이 빠르게 이루어졌고, 이 과정에서 국민 생활 개선을 위한 보건사업도 정부 주도하에 강력하게 이루어졌다. 강력한 정부의 개입으로 국민 보건의 성과가 괄목한 결과로 도출되었고, 이러한 성과를 통해 공적개발원조(ODA)사업에서도 우리나라는 보건모델에 비교우위를 가지고 적극적으로 활용하고 있다. KOICA는 협력국 지원을 위한 보건의료 중장기

계획을 마련하여 지속가능한발전목표(SDGs)에서 강조하는 보편적 건강보장과 일차보건의료 강화를 위한 사업을 수행 중에 있으며, ODA 전체 사업 중 보건 분야가 가장 높은 비중을 차지하고 있고, 해마다 예산액도 증가하고 있다.

우리나라의 보건의료 모델은 주로 보건 인프라를 구축하는데 초점을 두고 있다. 때문에 보건인프라 형성에는 어느 정도 성과가 나타나고 있으나, 보건사업이 목표로 하는 주민들의 건강에 대한 권리 보장, 참여를 통한 보건에 대한 정보 취득, 민주주의 성장이라는 측면이 소홀이 다루어진다는 한계가 발생한다. 이런 점에서 우리나라 보건 분야 지원은 협력국의 환경 및 특수성을 고려하여 효과성을 제고하기 보다는 기초보건기반시설에 대해 집중되어있고, 정부주도 보건사업 실시로 인해 보건정책 수립 및 이행과정에서 지역주민의 참여 필요성과 참여가 미흡하여, 지역주민들이 주인의식을 가지고 사업을 지속시킬 수 있는 추동력을 발휘하기 어려운 문제점을 안고 있다(박선희, 2013). 더불어, 보건 영역에 참여하는 시민의 주체적인 성격보다는 서비스 수혜자나 대상자로만 인식되어 동원이나 소극적 참여로 보는 제한적 관점이 여전하다(박선희, 2013).

이러한 문제의식에 근거하여 보건 분야에 대한 주민들의 참여와 역량강화가 이루어질 수 있는 제도로써 의료사회적협동조합 모델의 적용가능성을 모색하고자 한다. 우리나라는 오랫동안 일차보건기관으로 보건소가 운영되어 왔으나, 최근 주민참여형 보건모델로 건강생활지원센터를 운영하는 등 주민참여에 대한 관심이 커지고 있다. 비교적 성공적인 경험을 가진 보건소 모델은 정부 주도의 하향식 방법으로 단기간에 제도의 정착과 확산에 기여할 가능성이 높고, 장기간에 걸쳐 운영모델이 정착되었으나, 주민참여 방식에 의한 운영이 아니라는 점에서 새로운 보건의료패러다임인 의료사회적협동조합을 분석함으로써 개발도상국에 적용 가능한 주민참여형 보건의료모델인지를 탐색하고 어떤 조건과 상황하에서 의료사회적협동조합 모델이 적용가능한지를 탐색하고자 한다.

II. 이론적 논의

1. 보건의료 패러다임 변화

보건 분야는 전문가중심의 정보 불균형과 정보 독점이 발생하는 대표적인 영역이다. 전문적인 용어와 지식, 오랫동안 학습을 통해 전문가가 양성되어 시민들은 의료 정보 접근이 제한되어 왔다. 최근에는 의료의 목적이 치료에서 예방으로 변화됨에 따라 생활습관 변화, 간단한 건강 정보의 획득이 중요해지고 있다. 그러나 전문가 중심의 정보 독점은 간단한 치료에 대한 결정에서조차 자기결정권의 제한이 이루어져 시민들의 주체적 결정권한의 제한을 요구하는 동시에 의료에 대한 정부, 전문가 의존성이 높아지고 의료비의 상승을 일으키는 원인으로 작동한다. 때문에 건강과 보건의료분야에 대한 주민참여는 세계보건기구를 중심으로 중요한 의제로 등장하였다. 1978년 세계보건기구(WHO)가 알마아타 선언을 통해 주민참여의 중요성을 주창한 가운데, 보건 분야에서 주민 참여는 중요성이 더욱 커졌다. 세계보건기구(WHO)는 보건 분야에 대한 참여를 ‘사람들이 자신의 삶과 관련된 의제를 정의하고 삶에 영향을 미치는 중요한 결정들을 통제하며, 지역사회가 건강의 사회적 결정요인을 비롯해 자신들의 웰빙에 영향을 미치는 결정들을 내릴 수 있도록 권력을 확보하는 과정’이라고 정의한다(WHO, 2013). 이처럼 보건 분야에 대한 참여는 계획과 운영, 평가라는 전 과정에 개입하고 결정하는 행위를 의미한다.

주민참여가 강조되고 있지만 지역사회에 주민의 참여는 몇 가지 측면에서 한계가 있다는 지적이 있다. 우선, 보건문제 발생을 지역사회의 주민의 책임으로 전가할 수 있다는 점(Gish O, 1979)과 지역사회의 사회·경제적 여건의 차이와 참여주체로서 주민들의 역량 등의 차이가 있다는 점을 고려하지 못하고 있다는 점이다. 이를 보완하여 보건 분야에서 “지역사회참여란 지역사회 개발 사업에 주민이 개입하는 것, 주민들이 스스로의 문제를 해결하기

위해 행동을 취하는 것”으로 정의하고, 보건 분야에서의 참여만으로 획정하지 않고 범위를 넓히고 있으며, 그 지역의 사회경제적 수준과 환경을 고려해야 함을 제시하게 된다.

특히, 국제협력에서 주민참여를 통한 보건사업은 협력의 주체인 주민의 역량과 밀접한 연관성 속에서 진행된다. 하지만 그동안 국제협력에서 보건사업은 협력의 주체를 자발적 참여를 통해 지역사회에 참여할 수 있는 역능적인 존재로 인식하지 않은 한계가 있었다. 때문에 일차보건의료에서 기존의 지역사회 개발의 전철을 답습하는 것은 오히려 보건의료의 지역사회참여의 성과를 저해하게 된다는 점을 지적한다(Foster GM, 1987). 따라서 보건의료 분야에서 지역사회 개입의 형태와 정도가 중요해지고 있으며, 지역사회 주민참여가 이루어질 때 개인의 건강권과 지역사회의 역량 강화가 제고될 수 있다는 점을 고려해야 한다. 이런 측면에서 기존에 추진했던 보건소 방식은 한계가 있으며, 주민참여형 보건 모델이 새롭게 제시되어야 함을 지적하고 있다.

〈표 1〉 일반적 보건사업과 참여형 보건사업의 차이

		일반적 보건사업	참여형 보건사업
기획단계	요구도 측정	외부자에 의한 객관적 조사 (계량화 가능 양적조사 중심)	주민들의 목소리를 듣기 위한 조사 중심
	계획수립	-지침에 의한 계획 수립 -단기적 사업 계획 중심	-주민들과 협의에 의한 계획 수립 -중장기적 사업 계획 중심
	사업의 대상	고위험 인구집단 중심	지역 공동체 전체 주민 중심
	사업의 목표	개인의 행동 변화	지역 공동체의 규범 변화
시행단계	서비스제공단위	개인 단위 서비스 중심	지역 공동체 단위 서비스 중심
	서비스 제공주체	보건소 등 기관 중심	지역 공동체 주민(단체) 중심
	주민교육	보건교육 중심	건강결정요인 교육 중심
	주민참여의 수준	대상화된 참여	주도적 참여
	지역자원연계	명망 있는 기관과 연계 중심	지역 풀뿌리 자원들과 연계 중심
평가	평가기준	성과 중심의 평가	과정 중심의 평가
	평가주기	단기 평가 중심	중장기 평가 중심

단계	평가주체	사업 담당자 또는 전문가	지역 주민과 사업 파트너
	평가관심	목표 대비 실적	지역 공동체의 주도성 지역 주민의 건강수준 변화

※ 자료: Cornwall & Jewkes(1995). 한국건강증진개발원(2014) 참고

2. 주민참여이론

보건 분야의 패러다임 변화에 따라 지역사회 참여가 중요해지고 있는데, 보건 분야에 적용 가능한 참여이론을 살펴볼 필요가 있다. 지역사회의 다양한 문제에 주민이 협력하거나 참여하는 방식과 내용, 단계에 대한 대표적인 이론으로 참여의 사다리 (Ladder of Citizen Participation), 지역사회참여연속체(Community Engagement Continuum), 지역사회연합활동이론(Community Coalition Action Theory)으로 구분하여 살펴보고 이러한 이론적 논의를 통해 주민참여형 보건복지모델에 적용 가능한 모델을 구성하고자 한다.

1) Arnstein(1969)의 참여의 사다리(Ladder of Citizen Participation)

Arnstein(1969)의 ‘참여의 사다리(Ladder of Citizen Participation)’는 의사결정과정에 주민의 참여를 설명하는 가장 대표적이며 고전적인 이론이라고 할 수 있다. Arnstein(1969)은 참여의 사다리를 통해 시민참여 수준을 일차수준-중간수준-최고수준으로 구분하고, 이에 따라 주민참여 형태를 비참여-형식적 혹은 명목적 참여-실질적 참여로 분류한다. 일차 수준(inform)은 시민들에게 필요한 정보를 ‘알리는’ 단계이고, 중간 수준(consult)은 시민과 정보를 교류하고 ‘의견을 듣는’ 단계이며, 최고 수준(participate)은 주민이 ‘참여하여 해결’ 하는 단계이다. 참여 단계에 따라 주민의 숙의(deliberation)는 정도와 양태에 있어 차이가 나타나는데, 주민의 참여가 거의 이루어지지 않는 비참여(nonparticipation)는 조정 혹은 조작(manipulation)과 치료(therapy)의 수준의 숙의가 이루어지며, 가장 낮은 수준의 참여 형태로써, 주민은 아무런 권한이 없다. 중간단계라고 할 수 있는 명목적인 또는 형식

적인 단계(Degrees of Tokenism)에서는 정보제공(Informing), 상담/자문(Consultation), 회유(Placation)의 참여가 이루어지며 주민은 정책과정에 낮은 수준의 영향력을 행사할 수 있다. 최고수준의 참여인 실질적 참여(Degrees of citizen power)는 주민들이 실질적인 권한을 행사할 수 있는 단계로 주민자치/통제(Citizen control)의 수준은 파트너쉽(Partnership), 권한위임(Delegated power)의 단계를 거쳐 도달할 수 있다. 이 단계가 지역사회구성원이 의사결정의 주도권을 획득한 상태라고 할 수 있으며, 동등한 입장에서 협의에 따라 주민의 참여가 이루어지며, 정책에 대한 계획 및 의사결정에 대한 책임이 이루어진다. 아래의 표는 각 단계에 따라 이루어질 수 있는 참여의 세부적인 내용을 고려하여 정리한 것이다.

〈표 2〉 Arnstein의 참여의 사다리

구분	단계	세부내용
비참여 (non-participation)	1단계. 조작(manipulation)	- 공무원의 일방적 교육과 설득 - 참가서명
	2단계. 처방(therapy)	- 행정의 일방적 지도 - 사회적 약자에 대한 문제의 지원
형식적 참여 (degrees of tokenism)	3단계. 정보제공(informing)	- 행정의 일방적 정보제공 - 환류와 협상의 기회제공 미흡 - 계획의 마지막 단계에서 정보제공
	4단계. 협의(consultation)	- 형식적 공청회와 집회, 의견조사, 반상회 등 - 의견조사 후 피드백 미흡
	5단계. 회유(placation)	- 낮은 수준의 참여자 영향력 행사 - 소수자 중심 위원회 운영 - 소수자에 의한 다수결방식의 최종의사결정
실질적 참여 (degrees of citizen power)	6단계. 공동협력(partnership)	- 최종결정권은 행정(시민과의 협상) - 시민과 협상(협상의 기본원칙 공유) - 기획, 의사결정의 공동협력과 책임
	7단계. 권한위임(delegated power)	- 시민 중심 결정권. 시민지배적 의사결정 - 공공계획에서 시민결정권 부여 - 시민들의 비토(veto)권 부여
	8단계. 시민통제(citizen control)	- 실질적 시민통제 수준 - 공공계획이나 제도의 주도성 보장획득 - 입안, 결정, 집행, 평가단계에 직접적 참여 및 통제

출처: Arnstein(1969), 조은영 외(2018)

2) 지역사회참여연속체(Community Engagement Continuum)이론

지역사회에서 주민의 참여는 중요한 요소로 간주되지만, 보건 분야에서 참여는 용이하지 않다. 보건의료 영역은 복합적 요인의 함수로 사회경제적, 정치적 환경, 개인의 사회경제적 위치 등이 구조적인 요인을 구성하여 복합적 상호 작용의 결과로 건강불평등이 형성된다. 때문에 보건의료분야 사업은 사회적 결정요인을 고려한 건강정책이나 사업수행의 중요성이 강조되어야 하고(WHO, 1986; 2005; 허현희·손인서, 2020 재인용), 지역기반 주민참여를 통해 지역주민의 역량을 강화하고 건강에 대한 자치력을 가진 지역사회로 전환되어야 한다(Wallerstein et al. 2018; 허현희·손인서, 2020 재인용). 지역사회의 건강자치력을 향상하기 위해서는 지속적이고 체계적인 참여가 이루어져야 하는데, 이런 관점에 기반하여 지역사회참여연속체(Community Engagement Continuum)모델은 주민참여를 하나의 연속체로 파악하여 제시하고 있는 이론이다. 미국의 질병통제센터는 지역사회참여연속체 모형을 통해 처음에 프로그램에 필요한 정보를 제공하는 수준의 참여형태에서 의사결정권을 통해 권한을 공유하고 스스로 프로그램을 진행할 수 있는 역량으로 발전할 수 있음을 제시하고 있다(CDC, 2011). 미국질병통제센터는 가장 낮은 단계의 참여부터 최고단계의 참여를 제시하면서, 가장 낮은 단계인 outreach는 참여가 이루어지지 않거나 관심 있는 분야에 일부주민만이 참여하는 형태로 보건분야가 지역사회에 일방적으로 접촉하는 단계라고 한다. 이어 의견참고를 통해 지역사회구성원의 관심과 건강현황에 대한 내용을 공유하고, 관여의 단계에서는 건강 기획 등 기획 단계에서의 참여가 가능하다. 협력단계에서는 지역사회와 보건 영역이 동등하게 문제해결자로서의 공동의 역할을 수행하며, 최종단계인 리더십 공유는 지역사회가 의사결정권을 갖고 권한을 공유하며, 건강관련 기획, 수행, 평가 등 전 과정에 걸쳐 참여하게 된다.

〈표 3〉 지역사회참여연속체(Community Engagement Continuum)모형

지역사회참여, 영향, 신뢰, 의사소통 흐름의 수준 평가				
outreach	consult	involve	collaborate	share leadership
정보제공	의견참고	관여	협력	임파워먼트
비 참여 일부주민참여	묻고 답하기 참여주민	참여기회 제공 참여주민 다양	양방향 의사소통 전 주민 참여	공유된 리더십 강한 유대감
일방적 의사결정 및 정보제공	주민 관심사 이해 및 청취 정보 공유	양방향 의사소통 계획단계간여 상호협력	쌍방향 의사소통 계획과 실행 전 영역의 협력	주인의식으로 주도적 의사 결정, 강력한 파트너십 구축
아웃리치 대상	관계 형성	파트너십 생성	협력과 신뢰구축	확대된 건강 결과 및 신뢰관계
지역주민에게 필요한 정보제공의 단계	지역사회 구성원의 관심사, 요구도, 건강현황, 서비스 이용, 전략제안등	건강기획, 기획방향에 영향력 행사, 기획 창출	지역사회와 파트너십형성하 여 문제해결, 동등한 해결자	기획, 수행, 평가 등의 결정권을 가지고 참여

출처: CDC, 2011; 박선희, 2013 재인용하여 수정 보완.

3) 지역사회연합활동 이론(Community Coalition Action Theory)

세계보건기구는 보건 분야에서 주민참여가 이루어지는 조건으로 ① 주민 참여를 위한 정치적 지원(political commitment) ② 관료들의 활동방식 재설정(bureaucratic reorientation) ③ 최소한의 수준만이라도 기본적인 보건의료 체계가 구성되고 의료 혜택이 제공되어야 한다는 것(minimum basic health structure and coverage)등이 전제 되어야 한다고 제시한다(김용익, 1992; 박선희, 2013). 주민참여 건강사업은 지역기반으로 시행되기 때문에 지역 환경의 맥락이 어떻게 사업의 협력구조 및 연합활동에 영향을 미치는지가 중요하기 때문이다(허현희·손인서, 2020). 이와 관련하여 지역사회 연합활동이론(Community Coalition Action Theory)은 미국의 건강도시 및 건강마을 사업 평가연구를 통해 지역적 맥락이 건강사업의 협력구조와 연합활동에 어떤 영향을 미치는지를 실증적 분석을 통해 밝히고 있다(Kegler et al. 2010; 허

현희·손인서, 2020 재인용). 건강사업의 협력구조에 영향을 미치는 지역적 맥락은 지리적 특성, 인구학적 특성, 다부문 협력 경험, 지역사회의 규범과 문화이며, 지역사회참여는 지역사회가 보건프로그램의 주체자로 프로그램 전 과정에 참여하는 경험을 통해 지역사회역량을 증진시킨다(허현희·손인서, 2020).

CCAT는 지역사회연합활동이 건강과 사회적 결과에 긍정적이라는 점에 대해 동의한다. 지역사회맥락인 협력이 역사, 지리학적 특성, 인구적 특성, 규범, 가치 등이 연합 발전 단계마다 영향을 미친다는 점을 제시한다. 주민 참여 건강사업의 주민조직화 방식 및 활동내용은 주민참여를 통한 지도력이 개발되고 지역의 다양한 자원의 활용을 통해 지역의 건강문제를 해결하려는 자생적이며 지속적인 노력을 포함한다(허현희·손인서, 2020).

〈표 4〉 지역사회연합활동이론(Community Coalition Action Theory)

단계	내용
1. Stages of Development	연합활동이 수행되는 단계로 형성, 수행, 유지, 제도화 포함
2. Community context	지역사회의 특성을 의미하며, 연합의 기능을 강화 혹은 방해하고 연합이 발달되는 방법에 영향을 줄 수 있음(지리적 여건, 인구학적 특성, 정치, 사회자본, 지역사회 부문 간의 신뢰, 지역의 준비도 등이 포함)
3. Lead Agency/Convener Group	연합을 주관하는 조직, 기술적 도움과 재정적, 물질적 지원을 제공
4. Coalition Membership	건강 또는 사회적 문제들을 해결하고자 모인 다양한 이해집단을 대표하는 사람들과 조직들
5. Operations/Peocesses	연합을 구성한 상태에서 활동들이 수행되는 방법; 스태프와 구성원들의 의사소통, 의사결정, 갈등관리 등을 촉진시키고 조직의 풍토와 구성원의 참여에 영향을 줌
6. Leadership & Staffing	협력과정과 연합기능을 촉진시키는 자원봉사 지도자들과 고용된 스태프들
7. Structure	연합에서 발생된 공식적인 조직의 규칙, 역할, 절차, 비전이나 미션 설정, 목적과 목표, 조직도, 운영위원회, 실행 집단 등을 포함
8. Pooled member and External Resources	현물의 기부, 기증, 부과금, 보조금으로 기부된 또는 획득된 자원

9. Member Engagement	연합 활동에서의 구성원의 참여, 헌신, 만족의 정도
10. Assessment and Planning	전략 수행에 선행하는 진단과 기획 활동
11. Implementation of Strategies	지역사회의 정책, 실천, 환경의 변화를 성취하도록 돕는 연합의 전략적 활동
12. Community Change Outcomes	지역사회의 역량 및 건강/사회적 성과와 관련돼 있는 지역사회 정책, 사업수행, 환경의 측정 가능한 변화
13. Health and Social Outcomes	연합의 효과성에 관한 궁극적 지표인 지역사회 건강상태, 사회적 상황의 측정 가능한 변화
14. Community Capacity	사회적 문제, 공중보건문제를 파악하고, 가동화시키고, 해결하는 능력에 영향을 미치는 지역사회의 특성

출처 : Kegler et al.(2010) 정리.

4) 지역사회참여이론 종합

위의 이론들을 통해 지역사회참여에 관한 내용을 정리하면, 연구의 내용과 대상에 따라 다른 용어를 사용하고 있으나, 참여방식은 크게 3가지 유형으로 정리할 수 있다. 첫째, 비참여 혹은 수동적 참여, 둘째, 혼합적·명목적 참여, 셋째, 실질적·적극적 참여로 구분할 수 있다. 소극적 참여는 단순한 정보제공이나 조정조작, 치료의 과정으로 주민들의 참여가 이루어지지 않는 수준이다. 보건의료와 관련해서 주민은 수동적 수혜자로서 건강 관련 기획 과정에 참여할 수 없다. 둘째, 명목적 참여과정은 필요한 경우에 참여하거나 관여하는 활동이라고 할 수 있다. 협력의 경우에도 필요에 따라 하는 협력으로 상시적 수평적 파트너로서의 역할은 제한적이다. 셋째, 적극적 참여는 기획, 운영, 평가 전 과정에 주도적으로 참여하는 것으로 실질적 자치의 의미를 가지며, 정부와 외부 기관이 파트너로서 활동을 하는 것을 의미한다. 보건의료영역에서는 보건계획을 수립하고 보건기관을 통해 활동을 공동생산하고 평가하는 전 과정에 참여함으로써 적극적 참여에 기여한다.

〈표 5〉 지역사회참여 모델(이론) 비교

참여의 정도	지역사회참여 연속체	지역사회연합활동이론	참여의 사다리
소극적 참여	정보제공	지역사회연합형성	-조정/조작 -치료
	의견참고	활동 수행	-정보제공

혼합적 방식	관여	연합 유지	-상담자문
	협력		-회유 -협력
적극적 참여	권한부여(역능화)	제도화	-권한위임 -주민자치

3. 사회적경제와 보건의료의 접목

사회적경제 영역과 보건의료의 접목이 이루어질 수 있는 부분에 대해 논하고자 한다. 사회적 경제는 지역사회 문제해결을 위해 사업의 기획, 집행, 평가 과정에서 지역주민과 공공 영역이 함께 하는 것으로 협동조합, 사회적기업, 자활기업 등이 대표적인 형태라고 할 수 있다. 사회적 경제는 다양한 이해관계자의 참여를 전제하므로 시민사회와의 협력이 필수적이다. 사회적 경제를 사회문제 해결 도구로 고려할 때 현대 사회의 복지, 돌봄, 사회서비스, 환경 등의 문제를 지역의 ‘공동체’에 기반하여 해결하려는 특징을 가진 것으로 이해할 수 있다. 공동체는 그 지역의 특성과 환경에 따라 주민의 욕구에 있어 차이가 있고, 해결할 방법에 있어서도 차이가 있다. 사회적 경제는 공동체기반 서비스로 시장과 정부가 공급하지 못하는 서비스에 대해 지역사회에 필요한 서비스를 제공하고, 지역공동체에게 권한을 부여하고, 거버넌스를 증진시키는 것을 목적으로 한다(Alkire et al., 2001; 김학실, 2014 재인용). 이런 점에서 사회적 경제는 공급이 부족한 복지와 보건 영역에서의 서비스 접근이 가능하다고 할 수 있다.

사회경제조직은 지역복지의 서비스 전달체계에서 서비스 전달과 공급체계의 역할을 수행하고 있다. 사회적경제 조직의 궁극적인 방향은 사회적 경제를 통해 주민과 지역, 공동체로의 복귀를 지향하며, 이것이 지역의 사회적자본을 구축하는 기본적 토대이자 민주주의의 원리라는 점을 강조한다. 이것은 사회적 협동조합의 이념과 원리에서 더욱 명확하게 드러나는데, 호혜성을 바탕으로 하는 사회적협동조합은 사회자본(social capital)을 구성하는

핵심요소로서 지역사회의 연대와 호혜를 재활성화함으로써 지역사회의 변화를 촉진시킬 수 있고, 사회적 경제에서 중시하는 협력과 호혜는 지역발전을 위한 네트워크를 형성하는 데 효과적인 역할을 한다(고동현 외, 2016).

사회적협동조합은 일반 협동조합이 협동조합의 참여를 통해 자기이익(self interest)을 추구하는 조직인데 비해 공공적 이익을 목표로 하고(장중익, 2014), 공공이익을 목적으로 하는 협동조합이라는 점에서 보다 이타주의(altruism)에 기초함으로써, 기부, 자원봉사, 프로보노 등을 통해 공동생산에 참여하여 공공재를 효과적으로 생산해내고자 한다(김학실, 2017). 공공복지의 한계와 민간복지의 시장화로 인한 서비스 양극화 문제에 전략적으로 대응하기 위해 개인과 정부에 의존할 수 없는 상황에서 새로운 사회적 위험(new social risk)을 해결하고자 하는 방식이다(박혜린, 2020). 우리나라의 사회적 협동조합에 대한 정의를 보면 “협동조합 중에서 지역주민들의 권익·복리 증진과 관련된 사업을 수행하거나 취약계층에게 사회서비스 또는 일자리를 제공하는 등 영리를 목적으로 하지 않는 협동조합”으로 정의하고 있다(협동조합기본법 2조의3). 협동조합은 신고에 의해 운영되지만, 사회적협동조합은 정부의 허가를 받아야 하며, 이익 배당이 금지되어 있고, 조합원만의 이익에 한정하지 않고, 주민들에게 서비스 기회를 제공하며, 주민을 조직화하여 지역사회에 공헌한다(박혜린, 2020).

따라서 사회적 경제 영역의 사회적협동조합 방식은 지역사회의 문제 해결에 기여하면서, 참여를 통한 지역사회역량강화와 지역주민의 건강증진에 긍정적으로 기여할 것으로 기대한다. 이런 의미에서 사회적경제는 지역공동체가 직면한 복지와 보건의 문제의 공급측으로써의 역할을 기대할 수 있다. 특히 협력국의 경우 기초 보건의료에 대한 접근성이 낮고, 모자보건 등 의료에서의 어려움이 가중되고 있다. 보건의 지역주민의 참여에 의해 강화되고 이것을 통해 지역주민의 역량이 강화될 수 있다는 측면에서 사회적경제와 보건복지의 접목에 긍정적으로 기여할 것이다.

Ⅲ. 우리나라 보건의료분야 공적개발원조 사업 현황과 특성

사람들의 건강 향상과 의료자원의 효율적인 사용을 위한 대안으로 제시된 일차보건의료(PHC, Primary Health Care)에서 지역사회참여는 지역보건사업에서 중요한 쟁점으로 부각되었다. 세계보건기구(WHO)가 일차보건의료를 지역보건사업의 기본적 전략으로 채택한 후, 우리나라는 1970년대 후반부터 일차보건의료정책이 본격화되었으나, 주민참여는 그 강조와 노력에도 바람직한 수준의 참여가 되지 못하였고(김용익, 1992), 지속성의 문제도 드러났다. 하지만, 보건의료 분야에서 보건소 모델은 우리나라가 가진 상대적 비교우위 사업으로 국제협력사업에서 많은 비중을 차지한다.

우리나라의 국제협력사업은 해마다 예산과 규모가 증가하여, 2014년 약 2200억 원 정도에서 2021년에는 3700억 원으로 증가하였고, 이러한 양적 규모의 증가는 우리나라가 국제사회에 약속한 것이다.

〈표 6〉 국제개발협력 사업 규모

(단위: 억원)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
총Oda (a+b)	2,266.6	2,378.2	2,439.4	2,635.9	3,048.2	3,200.3	3,427.0	3,710.1
양자간 원조 비중(%)	1,542.3 (68.0)	1,682.7 (70.8)	1,947.9 (79.9)	2,130.0 (80.7)	2,387.7 (78.3)	2,493.8 (77.9)	2,775.0 (81.0)	2,881.9 (77.7)
유상 원조 비중 (%)	789.0 (51.2)	844.7 (50.2)	1,054.2 (54.1)	1,175.5 (55.2)	1,329.6 (55.7)	1,352.6 (54.2)	1,590.1 (57.3)	1,258.2 (43.7)
무상 원조 비중 (%)	753.3 (48.8)	838.0 (49.8)	893.7 (45.9)	954.5 (44.8)	1,058.1 (44.3)	1,141.2 (45.8)	1,184.9 (42.7)	1,623.7 (56.3)
다자간원 조 비중(%)	724.3 (32.0)	695.5 (29.2)	491.5 (20.1)	505.9 (19.3)	660.5 (21.7)	706.5 (22.1)	651.9 (19.0)	828.2 (22.3)

출처: 관계부처합동.. 국제개발협력 종합시행계획(확정액기준). 2015-2021년

구체적으로 사업별 규모를 보면, 교통 분야에 이어 보건 분야가 가장 높은 비중으로 사업이 추진되고 있음을 알 수 있다. 보건 분야는 인도적 지원이 요구되는 분야로 2021년 기준 유상지원 중 13.5%, 무상지원 중 10.2%로 유무상 지원의 거의 비슷하면서, 상대적으로 무상지원 비중이 높음을 알 수 있다. ODA보건사업은 다양한 유형으로 지원이 되고 있으며, 대학, 병원, 보건의료 NGO등 사업을 직접 수행하는 기관도 다양하다. 프로젝트 사업은 개도국의 교육·훈련, 보건·의료, IT분야 지원 등 특정 개발 목표달성을 위해 건물, 시설물 및 기자재 등의 물적 협력수단(Hardware)과 전문가파견 및 연수생초청 등의 인적 협력수단(Software)을 결합하여 다년간(통상 2~5년) 지원하는 사업 형태로, 사업의 발굴, 계획, 실시, 심사 및 평가에 이르는 전 과정을 체계적으로 추진하는 종합적인 협력사업 수단이다(박선희, 2013).

〈표 7〉 국제개발협력 사업 분야별 규모

구분	구분	교통	보건	교육	농림수산	수자원 및 위생	공공 행정	인도적 지원	에너지	환경 보호	산업	통신	기타
규모 (억 원)	유상	4,030	1,700	835	824	2,173	542	-	1,402	546	-	128	401
	무상	383	1,658	2,012	1,673	145	1,645	1,930	449	439	645	30	5,227
	총계	4,413	3,358	2,847	2,497	2,318	2,187	1,930	1,851	985	645	158	5,628
비중 (%)	유상	32.0	13.5	6.6	6.5	17.3	4.3	0.0	11.1	4.3	0.0	1.0	3.2
	무상	2.4	10.2	12.4	10.3	0.9	10.1	11.9	2.8	2.7	4.0	0.2	32.2
	총계	15.3	11.7	9.9	8.7	8.0	7.6	6.7	6.4	3.4	2.2	0.5	19.5

출처: 관계부처합동, 국제개발협력 종합시생계획(확정액기준) 2021년.

보건복지관련 국제개발협력 예산의 규모도 2014년에 비해 2배 이상으로 확대되었다. 보건복지부는 지속가능개발목표 및 제3차 국제개발협력기본계획의 이행을 통해 개도국의 기본적 삶의 질 개선을 목표로 하고 상대적으로 비교우위에 있다는 판단 하에 보건의료 발전 경험을 전수하여 개도국 빈곤 감소 및 삶의 질 향상을 목표로 하고 있다.

〈표 8〉 보건복지부 oda 예산

(단위: 억원)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
양자무상	145.4	157.2	246.7	395	357.2	392.6	417	571
다자	204	179.98	165.9	198.3	151.3	150.2	167.5	106.4
합계	349.4	337.18	416.2	493.3	508.6	542.8	548.5	677.4

출처: 관계부처합동. 국제개발협력 종합시행계획(확정액기준) 2015~2021년.

보건복지 유형별 분류에 따른 예산은 프로젝트 예산과 초청연수 사업이 꾸준히 증가하고 있으며, 민관협력에 의한 예산은 비정형적으로 이루어지고 있다. 프로젝트 사업에는 다양한 형태의 사업이 포함되어 있어 모자보건중심 보건의료체계강화나 컨설팅, 역량강화사업, 의료기기사업, 도시빈곤지역 건강증진 사업 등을 추진한다. 대부분의 예산이 프로젝트 예산에 해당되며, 인프라 지원, 인력양성, 지역사회건강보건사업, 보건체계 구축 등 사업의 내용이 다양하다. 아울러, 보건복지 사업 중 컨설팅으로 명명된 사업들도 컨설팅으로 분류되지 않고 프로젝트사업으로 분류되어 사업의 내용에 대한 이해와 정보가 필요하다.

〈표 9〉 보건복지부 oda 유형별 분류

(단위: 억원)

구분 (년)	계	프로 젝트	프 로 그 램	개발 건설 팅	기술협력				민관 협력 (N GO ,기 업)	행 정 비 용	기 타	순수 다자 *
					초 청 연 수	장 학 지 원	봉사 단 파견	기타 기술 협력				
14	349.4	98	40				36	2.2		1.6	204	
15	337.2	115.2			38.0		4.0					180.0
16	416.3	176.4	20.0	6.0	38.0		4.0	2.3	4.4	1.6		169.5
17	493.3	176.4	20.9	1.2	50.5			3.8	0.9	27.1	9.5	198.3
18	508.6	216.7			49.7				0.9	25.8	64.0	151.3
19	542.8	247.7			50.0			50.0	0.9	44.0		150.2
20	584.5	288.1		1.5	71.9			52.5		3.0		167.5
21	677.4	344.4		1.5	76.1			104.6		44.4		106.4

*다자성양자를 제외한 순수다자만 해당됨

출처: 관계부처합동, 국제개발협력 종합시행계획(확정액기준) 2015~2021년.

IV. 참여형 보건의료모델로써 의료사회적협동조합의 제도적 특성

1. 의료사회적 협동조합의 의미와 발전

국제협동조합연맹(International Cooperative Alliance, ICA)은 협동조합이란 사회적 필요가 있으나 정부와 시장영역에서 충분히 공급하지 못하는 부

분을 채우기 위해 필요한 것으로 정의하고 있다. 이런 의미에서 의료사회적 협동조합(이하 의료사협)은 보건의료 영역에서 충족되지 못하고 있는 부분과 정부의 의료체계 하에서 공급되기 어려운 부분을 보건의료 영역과 사회적 경제 영역을 융합하여 제공하는 것이다(오춘희 외, 2020). 의료사협은 전문가 중심의 기존 의료 프레임에서 주민의 건강에 대한 자기결정권을 확보하기 위한 모델로써 주민 중심의 참여모델로 나타난 것이라고 할 수 있다.

우리나라의 의료사협은 「의료법」에 의거하여 ‘의료생활협동조합’으로 명명되다가, 1999년 8월 6일 시행된 「소비자생활협동조합법」에 근거하여 ‘의료소비자생활협동조합’으로(오춘희 외, 2020), 2012년 「협동조합기본법」이 제정되면서 ‘의료복지사회적협동조합’의 명칭을 얻게 되었다. 의료사협에 대한 정의는 ‘공익을 목적으로 지역주민과 조합원, 의료인이 협동하여 의료기관 운영, 건강증진 활동을 통해 건강한 공동체를 만들어가는 사회적협동조합’이다. 의료사협의 특징은 조합원의 공동 소유, 자율적이고 개방적인 참여, 민주적 운영, 건강증진을 통한 지역사회 기여이며 무엇보다 주민의 참여를 통한 의료결정이라는 점이 특징적이라고 할 수 있다.

전 세계적으로 보건의료 영역의 협동조합은 50여개 나라에서 약 1,300여 단위 조합이 활동하고 있는데, 저개발국가에서부터 복지선진국에 이르기까지 다양한 경제, 사회, 문화적 배경을 가진 국가들이 망라되어 있어, 보건의료 협동조합이 매우 다양한 조건 하에서 존재할 수 있고, 다양한 형태로 발전되어 왔음을 의미한다(황인섭, 2004). 우리나라는 2020년을 기준으로 25개 의료사협이 운영되고 있고, 전체 의료사협 조합원 수는 총 48,554세대이며 출자금은 약 130억 원, 전체 매출 규모는 약 400억 원에 이른다(한국의료복지사회적협동조합연합회, 2020). 우리나라에서 의료사협은 주민참여형 보건 의료모델로서 점차 증가되고 있고, 새로운 의료 대안모델로 제시되고 있다.

2. 참여형 보건모델의 다중이해관계자

우리나라의 의료사협은 다중이해관계자(multi-stakeholder) 사회적협동조합이다. 초기에 의료사협의 참여자들은 보건의료 영역에서 사회변화에 기여하고자 한 이들로 보건의료인인 의사와 간호사가 중심이 되었다. 1994년 보건의료인들이 중심이 되어 농민들의 건강권 확보를 위해 ‘안성의료사협’이 최초로 설립된 이후 인천평화회의원은 기독교청년의료인회 회원들의 공동기금을 통해 설립되었으며, 병원 관계자 3인, 지역주민대표 3인, 기독교청년의료인회 3인으로 이사회를 구성하여 운영하였다(오춘희 외, 2020).

기본적으로 의료사협은 의료진과 조합원으로 구성되며, 조합원은 지역주민을 기반으로 출자를 한 조합원이라고 할 수 있다. 조합원의 참여는 ‘출자’에 참여하며, 조합원의 출자금은 협동조합의 사업과 운동을 뒷받침하는 자본금이자 조합원 공동의 재산이 된다(이미지, 2015). ‘이용’은 의료사협에서 제공하는 다양한 사업과 서비스를 이용하는 것으로, 의원, 한의원, 건강검진센터, 치과, 운동센터 등 개별 의료협동조합이 가지고 있는 사업소를 이용할 수 있으며, 조합 내의 각종 활동과 모임에 참여할 수 있다(이미지, 2015). 또한, 조합원들은 ‘운영’에 관심을 가지고 의사결정과정에 참여할 수 있다(이미지, 2015; 김재엽, 2017). 의료사협은 의사결정기구로써 기관의 조합원총회와 이사회, 위원회 활동에 출자금액과 상관없이 1인 1표의 권한을 행사하여 민주적 방식으로 운영에 참여할 수 있다(이미지, 2015). 조합원총회는 1년에 한 번씩 의료사협의 예산과 활동내용을 평가하는 과정이고, 이사회와 위원회는 의사결정을 할 때 주민의 대표인물들이 모여 상시 결정하는 회의기구라고 할 수 있다.

의료진은 의사와 간호사로 구분될 수 있는데, 의사는 질환에 대한 진단과 처방이 이루어진다. 간호사들은 지역주민의 보건예방활동을 담당하는 행위자로서 보건예방위원회를 운영하거나, 주민들의 건강교육과 정보 관리, 지역사회 독거노인 돌봄을 위한 예방 활동, 교육활동 등을 수행한다. 의료사협의

임직원은 조합원과 지역 주민들의 요구를 발굴하여 그에 따른 사업을 만들고, 조합원은 건강과 질병의 주체로서 필요한 일들을 위한 사업에 출자하고, 스스로 이용하고, 운영 및 제반 활동에 자발적으로 참여하는 것이다(우세옥, 2008).

의료사협에서 조합원의 참여는 의료종사자와 직원에 의해 의료사협이 독단적으로 운영되지 않고 주민에 의해 운영되는 것으로(김재엽, 2017), 협동조합 정신을 구현하는 ‘참여형 민주주의’ 과정이라고 할 수 있다.

3. 의료사회적협동조합의 참여형 보건 사업 운영 과정

의료사협은 추구하는 조직 목표와 사업에 따라 다르게 운영되지만, 지역 참여를 통한 의원, 한의원, 치과의원, 노인요양시설 등의 사업체를 운영하고 있으며, 장애인과 노인, 지역주민의 보건의료지원과 지역사회통합돌봄(커뮤니티케어) 등의 사회서비스 활동을 수행한다(오춘희 외, 2020). 지역사회예방 및 건강증진, 취약계층 의료지원활동, 장애인 및 노인 주치의 사업 및 방문진료 실시 등 사회서비스를 실시할 수 있다. 무엇보다 의료사협이 일반의원과 차별성을 둔 사업은 동아리 활동과 조합원 교육으로(김재엽, 2017), 이러한 활동은 보건소와도 차별되는 지점이다.

〈표 10〉 의료사협의 주요 사업

구분	세부내용
믿을 수 있는 좋은 의료서비스 제공	일차의료 활성화를 통한 지속적 포괄적 의료서비스 제공, 가족추지의 제도 실천, 만성질환자 관리운영, 질병과 치료과정을 충분히 설명하여 환자권리장전 준수
취약계층 돌봄서비스 제공	재가장기요양기관 운영 등 노인돌봄사업 진행, 거동불편자를 위한 방문의료, 방문간호, 가정간호사업 실시
건강유지·증진 활동	주치의 사업, 다양한 건강소모임, 건강강좌, 예방교육, 건강검진
건강한 지역사회 만들기	사회적 취약계층에 대한 서비스, 주민대상 다양한 보건예방 서비스, 협동적 삶을 꿈꾸는 단체들과 연대, 공공적인 보건의료정책 제안
조합원에 의한 민주적 운영	조합원 누구나 조합과 의료기관의 경영과 운영에 참여

출처 : 한국의료복지사회적협동조합 홈페이지(2021)

의료사협의 보건건강사업은 주민의 필요를 파악하는 것부터 시작하여, 주민을 만나면서 주민들의 건강 상태 파악과 요구를 확인한다. 또한 사회문제 해결을 위해 조합원들의 접근성을 증가시키고 지역공동체성을 이끌어내기 위한 사업을 추진한다. 이어 운영과정에서 의료사협은 지역사회 사업을 통해 다양한 정보 네트워크를 활용하고, 지역 내 요구를 분석하여 사업을 추진하게 된다. 조합원들의 의견을 운영에 반영하고, 의료서비스의 질이 향상된다. 이 과정에 주민은 환자와 이용자로서만이 아니라 기획자, 평가자로서의 역할을 발휘하게 된다. 주민이 원하는 지역사회복지 성격에 대한 파악이 이루어지고, 의료사협이 제공하는 서비스가 지역 주민들의 건강한 삶을 위한 의료서비스와 사회복지서비스를 제공하게 된다(김재엽, 2017).

4. 의료사회적협동조합의 자원확보 전략으로 네트워크 활용

사회적 경제는 지역의 ‘공동체’를 기반으로 하며, 공동체로 구성된 지역은 인구학적 특성, 자원, 환경, 문화적 특성, 경제, 자연자원 등 처한 환경이 다르고 해결해야 할 욕구도 다르다. 공동체 기반서비스는 지역사회에 필요한 서비스를 제공하고, 지역공동체에게 권한을 부여하고, 거버넌스를 증진시키는 것이다(Alkire et al., 2001; 김학실, 2014 재인용). 때문에 협동조합은 다양한 자원과의 연계를 통해 목적을 달성한다. 협동조합 간 연대를 통한 지역운동으로 대응하거나(김재엽, 2017), 지역 내 다양한 자원간의 연계를 통해 지역사회의 자치력 강화와 역량의 확대에 기여하게 된다. 이런 점에서 의료사협은 지역사회 주민 참여형 모델 제시와 보건의료-복지 통합 서비스 인프라 구축, 생활습관 개선과 예방보건교육 프로그램 확산을 통한 지역사회 건강관리체계 구축을 가치로 한다.

의료사협은 지역사회 주민 참여로 사회자본 조직화의 실현과 민주적 운영과 투명한 경영, 지역사회 취약계층 사회서비스 제공 등 공공성 실천에 영향을 미친다. 지역사회의 운동단체나 주민들의 주도성, 지역주민의 주체적

인 참여와 역량강화를 위해서는 주민들을 조직의 주체로서 역할 할 수 있도록 거버넌스를 구성하고 건강소모임 운영, 소식지 제작 및 배포 등의 다양한 실천이 결합된다(오춘희 외, 2020). 동아리 사업을 통해 지역사회 보건에 방체계의 근거를 만들고 지역주민과 만나거나, 자치회를 구성하여 지역사회 건강소모임의 기반을 구축한다. 즉, 주민과 기관의 소통구조를 확립을 위한 사업을 시도한다.

우리나라의 의료사협은 지역내 단체들과의 네트워크 확장을 통해 노동부 사회적일자리 사업에 참여한 자활, 여성노동자회 등과의 네트워크를 형성하고, 다양한 사회적경제조직과의 네트워크를 통해 거버넌스가 형성되기도 하였다. 지역사회에서 의료사협의 영역확장으로 인해 돌봄서비스사업과 정부의 재정적 지원을 통한 전문인력 충원, 조직의 정체성 확보 등에서 의미 있는 발전이 이루어졌다는 평가도 존재한다(박혜린, 2020).

5. 의료사회적협동조합의 주민참여와 건강증진, 역량강화의 관계

서구사회의 주민참여 전략과 제 3세계 국가에서 주민참여 전략은 차이를 보일 수밖에 없으므로 주민참여 접근방법에는 지역의 정치 문화, 경제 등과 보건의료자원의 수준 등의 요소가 고려된다(박선희, 2013). Rifkin 등(1988)은 일차보건의료에서의 지역사회 참여 연구에서 프로그램에의 더 큰 참여가 허용될수록 더 나은 결과를 달성되고, 안양희(2007)는 지역사회 역량구축이 지역주민의 건강증진과 지역사회개발에도 효과적임을 설명하였고, 정민수 · 조병희(2011)는 지역사회에 대한 참여는 건강 수준에 대해 정(正)의 관계를, 역량증진과 건강증진의 긍정적 순환관계를 설명하였다(김명선, 2014 재인용).

그렇다면, 의료사협을 통한 지역사회 보건분야에 대한 주민참여가 지역주민의 건강을 증진하고 주민의 역량을 강화시켰는지를 살펴 볼 필요가 있다.

의료사협의 조합원들은 지역 이중 조합원들이 특정 협동조합에서 운영하는 유통업에서 물건을 일반 시중가보다 저렴하고 안전하다고 인식하게 되면

해당 협동조합에 가입하게 되고, 반대로 먹거리 협동조합원이 의료사협에 가입하게 되는 선순환 조합원 증가가 발생한다(김재엽, 2017). 그리고 조합원들이 소비하는 돈은 협동조합이 지역사회로 환원되고 협동조합에서 고용을 창출하기 때문에 지역경제가 활성화되는 효과를 얻을 수 있다는 점을 지적한다(김재엽, 2017). 보건분야에서 지역사회참여는 본인이 스스로 돌보는 단계에서 노-노 케어처럼 공동생산(co-production)의 단계를 거쳐 사회의 보건정책이나 시설, 자원에 이르기까지 전 과정에 참여하는 단계를 포함하게 된다.

V. 결론 및 정책적 함의

본 연구는 보건의료분야에서 주민참여의 중요성이 강조되고 있는 가운데, 국제협력분야에서 참여형 보건의료모델의 적용가능성을 탐색하고자, 의료사회적협동조합 모델을 적용가능성을 분석한 것이다. 보건분야는 다양한 원인에 의해 주민들의 건강수준이 결정되는데, 지역사회에서 주민의 참여가 건강권과 지역사회역량 강화에 긍정적이라고 한다면 주민참여에 의해 기획, 운영, 평가의 전과정이 이루어지는 의료사협을 분석하였다. 우리나라의 보건분야 ODA 사업모델 전략이 협력국의 기초보건기반시설에 대한 집중도가 높은 편이고, 정부주도 보건사업 실시로 인해 보건정책 수립 및 이행과정에서 지역주민의 참여 필요성과 참여가 미흡하다는 문제점을 안고 있었다. 이러한 문제의식에 근거하여 주민들의 역량을 강화하면서 통합적인 관점에서 주민들의 참여를 통한 보건모델의 적용가능성을 모색하였다. 분석을 통하여 얻을 수 있는 함의는 다음과 같다.

첫째, WHO를 비롯하여 세계적으로 주민참여 방식의 보건의료모델의 중요성을 제시하고 있고, 보건분야에서 주민의 주체적 의사결정권한이 강화되고 있으며, 주민참여가 건강 뿐 아니라 지역사회의 역량강화에도 긍정적인

기여를 한다는 다수의 연구에 기반할 때, 의료사협은 협동조합으로서 민주성과 참여성을 강조한다는 측면에서 유용한 모델이라고 할 수 있다. 의료사협은 지역기반 참여형 의료모델로써 개발도상국들이 궁극적으로 달성하고자 하는 건강과 지역사회역량 강화에 긍정적 기여를 할 수 있다.

둘째, 의료사협의 운영과정에서 제도적 측면인 법률과 정책이 어느정도 뒷받침되고 있다는 점이다. 우리나라는 의료법에서 생협법, 협동조합법으로 법제화가 이루어지면서 제도가 정비되고 사업이 확장되는 등의 과정을 경험하였다. 그러나 이런 법제화 과정은 모든 나라에 동일하게 적용될 수 있는 것이 아니며, 특히 개발도상국에서는 이러한 법제화 과정이 체계적으로 이루어질 것을 기대하기 어려운 측면이 있다.

셋째, 의료사협의 참여자들은 지역사회 건강문제에 관심을 가진 의료진들과 사회의 변화를 도모하는 주민들이 핵심적 행위자라고 할 수 있다. 즉 의료진의 참여와 의식있는 주민들의 건강과 보건에 대한 의식과 이에 대한 참여가 핵심적 요소라고 할 수 있다. 주민들을 동원하고 참여시킬 수 있는 동력이 어디로부터 출발해야 하는지, 그리고 누가 핵심적 주체가 될 수 있는가에 대한 면밀한 검토가 필요하다.

넷째, 의료사협의 사업들은 지역사회가 필요로 하는 사업에 대한 진단과 분석, 주민들의 요구에 기반한다. 우리나라는 일차보건에서 치과, 의료, 지역사회돌봄사업까지 확대하여, 의료, 보건, 복지의 영역이 통합되어 가고 있다. 그러나 개발도상국에서는 이러한 사업을 동시에 추진하기 어렵다. 다만, 어떤 사업을 먼저 추진하는 것이 바람직한지에 대해서는 그 지역 주민의 요구를 분석하는 기본적인 작업이 선행되어야 한다.

다섯째, 의료사협은 지역의 거버넌스를 확충하고 주민들의 건강과 지역사회역량을 강화시킬 수 있는가의 문제이다. 우리나라의 경험을 통해 지역 내 다양한 자원과의 네트워크와 거버넌스가 확대되었는지는 다소 견해 차가 있으나, 주민의 참여를 통해 의사결정권한이 강화되고, 조합원의 역량이 강화되었다는 다수의 분석이 제시되었다. 따라서 의료사협의 모델을 개발도상국에 적용할 때 이러한 결과가 어느정도 담보 될 것으로 예측할 수 있다.

본 연구는 협력국에 대한 보건의료접근을 위해 주민참여형 모델로서 의료 사회적협동조합을 제안하는 탐색적 연구이다. 우리나라 보건의료 분야의 보건소 모델이 정부 주도의 하향식 방법으로 추진됨으로써 지역주민들의 참여가 제하되었다는 점에 기반하여, 지역사회역량을 강화하는 측면에서 의료사협의 적용가능성에 대한 논의를 전개한 것이다. 그러나 이러한 논의는 이론적 측면에 국한하였기 때문에 협력국에 사회적경제모델로써 의료사협의 적용에 대한 실증적 분석이 요구되며, 역사적으로 다른 보건의료체계가 형성된 개발도상국의 다양한 보건의료 환경을 고려한 모델의 선택과 적용도 필요하다.

참고문헌

- 고동현·이재열·문명선·한솔(2016). 사회적 경제와 사회적 가치 - 자본주의의 오래된 미래. 파주: 한울.
- 관계부처 합동. 국제개발협력 종합시행계획(확정액 기준). 2015-2021.
- 김명선(2014). 우리나라 공적개발원조(ODA) 모자보건 분야의 지역사회참여 활성화 전략 연구 : 에티오피아 아르시존 모자보건사업 사례. 연세대학교 석사학위 논문.
- 김용익(1992). 보건의료 주민참여의 정의와 전략에 대한 연구. 보건행정학회지, 2(2): 90-111.
- 김재엽(2017). 의료사협 성공의 원인과 과정분석: 안성, 인천, 안산 의료사협을 대상으로. 지역발전연구, 26(1):65-115.
- 김학실(2014). 지역공동체 위기에 대응한 공동체주도발전전략 (Community-Driven Development) 에 관한 연구. 한국위기관리논집, 10: 179-201.
- 김학실(2017). 공동체 기반 공동생산에 관한 연구-충북의998행복지키미 사업을 중심으로. 한국정책학회보, 26(2): 79-105.
- 박선희(2013). 한국 공적개발원조(ODA) 보건사업의 지역사회참여 활성화 방안, 연세대학교 석사학위 논문.
- 박혜린(2020). 보건의료서비스의 대안으로 의료사회복지사회적협동조합 재정안정화 방안 모색에 관한 연구. 지역사회연구, 28(1):81-101.
- 안양희(2007). 지역사회역량구축과 지역사회간호. 한국보건간호학회지, 21(1): 102-109.
- 오춘희·김선화·이상윤(2020). 의료사회적협동조합의 제도변화, 한국협동조합연구, 38(1):155- 184.
- 우세옥(2008). 건강하고 안전한 지역 만들기 의료생협 길동무. 월간 복지동향, 116: 53-58.
- 이미지(2015). 의료협동조합 의원은 이용하는 환자의 ‘일차의료 경험’에 영향을 미치는 요인, 서울대학교 석사학위 논문.
- 장종익(2014). 협동조합 비즈니스 전략: 협동조합의 개념, 비즈니스 모델 사례. 동하.

- 정민수·조병희(2011). 지역사회역량이 건강에 미치는 영향에 대한 다수준 분석. 보건교육건강증진학회지, 28(4): 1-14.
- 조은영·강지선·김광구(2018). 도시재생 시민참여과정 비교분석 연구-서울시 서울로 7017과 문화비축기지 사업 사례. 한국비교정부학보, 22(2):165-189.
- 한국건강증진개발원(2014). 주민이 함께하는 우리지역 건강증진활동. 건강증진총서, 2(18).
- 허현희·손인서(2020). 지역기반 주민참여 건강사업의 사례 비교 연구: 지역 맥락에 따른 연합체계 형성과 다부문 협력의 차이. 보건사회연구, 40(1): 271-296.
- 한국의료복지사회적협동조합연합회(2020) 홈페이지.
http://hwsocoop.or.kr/html/sub04/sub04_0402.php.
- 황인섭(2004). 의료생활협동조합의 비영리조직성 및 특징에 관한 연구. 산업경제연구, 17(4), 1569-1591.
- Alkire, S., A. Bebbington, T. Esmail, E. Ostrom, M. Polski, A. Ryan, J. Van Domelen, W. Wakeman, and P. Dongier. (2001). Community-driven Development. Washington, DC: World Bank.
- Andrea Cornwall & Rachel Jewkes(1995). What is participatory research?. Social Science & Medicine, 41(12): 1667-1676.
- Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation, Journal of the American Institute of Planners, 35(4): 216-224.
- CDC(2011). CDC Principles of community engagement 2nd Edition, pp.8.
- Foster GM.(1987). Bureaucratic aspects of international health agencies. Soc Sci Med. 25(9): 1039-1048.
- Gish O.(1979). The political economy of primary care and "Health by the people": an historical exploration. Soc Sci Med. 206-211.
- Kegler, M. C., Rigler, J. & Honeycutt, S. (2010). How Does Community Context the Community Coalition Action Theory. BMC Public Health, 10(1): 90.
- Chaskin. R. J.(2001). Building Community Capacity: A Definitional Framework and Case Studies from a Comprehensive

- Community Initiative. Urban Affairs Review. 36(3): 291-323.
- Rosato M ,Laverack G ,Grabman L H ,Tripathy P ,Nair N ,Mwansambo C ,Azad K ,Morrison J ,Bhutta Z ,Perry H(2008). "Community participation: lessons for maternal, newborn, and child health" The Lancet : 962-971.
- Susan B. Rifkin, Frits Muller, Wolfgang Bichmann(1988). Primary health care: on measuring participation. Social Science & Medicine, 26(9): 931-940.
- Wallerstein N., Duran, B., Oetzel, J., & Minkler, M. (Eds). (2018). Community Based Participatory Research for Health: Advancing Social and Health Equity. San Francisco: Jossey-Bass.
- World Health Organization. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: WHO.
- World Health Organization(1986). Community involvement in health development. Report of the Interregional Meeting, Brioni, Yugoslavia, 9-14 June.
- World Health Organization. (2005). The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World..
- World Health Organization.(2013). Community participation in local health and sustainable development : Approaches and Techniques.

Exploration of Health Care Model for Citizen Participation in ODA : Applicability to Medical Social Cooperative*

Hak Sil Kim**

< Abstract >

This study analyzed the applicability of the medical social cooperative model as a participatory health care model in ODA. The health sector projects in Korea are led by the government, and the participation of local residents is insufficient. Therefore, a theoretical discussion was conducted by selecting a medical social cooperative as a model for resident participation. As a result of the analysis, the medical social cooperative can be said to be a useful model for resident participation in the aspect of emphasizing democracy and participation. In addition, residents' intentions are reflected in the overall planning and operation process, and capacity building can be achieved through education and networking. Ultimately, as a community-based participatory medical model, it can make a positive contribution to strengthening health and community capacity. However, this study has limitations in that it is limited to theoretical discussions.

Key words: ODA, Health Care Model, Citizen Participation, Medical Social Cooperative Model

투고일: 2021.05.04. | 심사완료일: 2021.05.13. | 게재확정일: 2021.05.30.

* NRF-2019S1A5C2A03082775

** Associate Professor, Department of Public Administration, Chungbuk National University

김학실(金學實) 충북대학교 행정학과 교수로 재직중이며, 충북대학교에서 [지방문화산업정책 집행요인과 성과분석: 첨단문화산업단지 조성을 중심으로]로 행정학 박사학위를 취득하였다. 주요 연구분야는 사회경제정책, 젠더정책, 복지정책, 보건정책이고, 주요 논문으로는 여성정책변동과 연구경향분석, 지역공동체 위기에 대응한 공동체 주도 발전전략에 관한 연구, 지방자치단체 공동체지원조례 확산 효과 분석(2018) 등이 있다(khaksil67@chunhbuk.ac.kr).