

住民參與와 保健政策

- 保健教育 및 行態論의 새로운 接近 -

金 大 熙

(獨逸 하노버大學 校學 및 社會醫學敎室)

— 목 차 —

I. 保健醫療를 보는 시각 검토	III. 要點 및 結論
II. 保健政策과 住民參與	

I. 保健醫療를 보는 시각 검토

保健醫療는 住民의 健康 水準을 增進시키기 위해 존재한다. 그런데, 現代 醫療는 막대한 費用의 投入 및 그 增加에도 불구하고 現代인의 健康水準向上에 별로 效果를 보이지 못하고 있다는 研究結果가 많이 나오고 있다¹⁻⁵.

맥퀸(McKeown)은 19세기 후반과 20세기의 잉글랜드 및 웨일즈 지방에 대한 연구를 통해 死亡率減少의 主要原因들을 다음과 같이 밝혔다. 가장 중요한 것이 '呼吸器系 傳染病에 대한 向上된 營養 狀態'로서 死亡率減少의 1/2을 차지하고, 다음은 '水因性 및 消化器系 疾患에 대한 衛生 改善에 의한 露出 減少'로서 1/6을 차지하고, 治療와 免疫은 1/10 만을 차지했다고 한다¹. 맥킨리등(McKinlay et al.)은 1900-1973년의 미국에 대한 연구를 통해, 그간 전체 사망률 저하의 92.3%가 1950년 이전에 발생했는데, 醫療費支出의 갑작스런 增加의 始作은 사망률 감소가 거의 다 발생한(91%) 후에야 시작되었다고 밝히고 있다. 또한 소아마비 만이 백신 개입 이후에 주목할만한 사망률 변화를 보이지만, 이 변화가 전적으로 백신 때문이라고 가정하더라도, 이

백신 개입 이후의 전체 사망률 감소의 약 1% 만이 의료 수단에 기인되었다고 할 수 있다. 덧붙여, 만일 폐렴, 인플루엔자, 백일해, 디프테리아(의료가 사망률 감소에 성공했다고 주장하는 질병들, 반대 의견이 강함)에 대한 사망률 감소가 의료 수단 때문이라고 한다면, 전체 사망률 감소의 3.5% 만이 醫療 介入을 통한 것이라고 기존 자료를 분석하여 설명하고 있다³. 이러한 결론은 연구자, 보건정책 입안가들에게 戰略의 重要性의 문제를 제시한다고 하며, 이들은 醫療 支出에 있어서 優先順位 再調整과 社會的 變化의 努力이 일어나야 할 것으로 주장하고 있다. 아이어(Eyer)에 의하면, 醫療體系를 導入하기 이전에 이미 사망률이 저하함을 경험한 바가 있고, 오히려 의료가 사망률을 증가시킨다는 증거가 있다고 하고 있다. 그는 1976년 미국 로스 에인절스(LA)에서 있었던 醫師 罷業을 예로 든다. 파업의 시작 때부터 정상 회복 때까지의 기간 동안, 사망률이 약 15% 떨어졌었다. 파업의 정상 회복 이후 사망률은 과거 수준으로 돌아갔다².

이러한 배경에서, 현대의료는 再檢討되어야 한다는 목소리가 높아지고 있다. 현대의료에는 어떠한 특성과 구조들이 있기에, 이러한 문제들이 제기되고 있는 것일까? 현대의료는 科學 技術의 발달에 힘 입어, 生醫

學的 모델에 기반하고 있다. 고도의 과학 기술적 생의학 대안은 그 고가 비용자체로 資本의 論理를 가질 뿐만 아니라, 勞動力 保全이라는 觀點에서도 자본의 논리와 별개로 존재할 수 없다. 여기서, 문제의식은 生醫學의 모델, 資本主義, 高費用으로 요약됨을 알 수 있다. 이러한 문제의식에 입각한 현대의료 제검토 주장들은 수많은 시각과 복잡한 논의 구조를 갖고 있다. 본 연구에서는 이들을 예견되는 保健政策 方向을 기준으로 크게 3가지 입장으로 나누어서 보기로 한다.

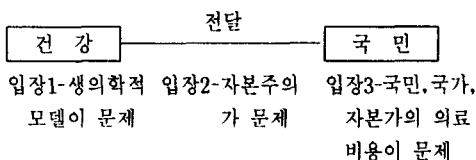
첫째, “입장1: 醫療 自體를 문제시하는 입장,”(Illich)⁴

둘째, “입장2: 資本主義를 문제시하는 입장,”(Navarro ; Waitzkin ; Doyal)⁷⁻⁹

셋째, “입장3: 價值中立을 標榜하며 醫療費用에 問題認識을 집중시키는 입장”(Marmor)¹⁰ 등이다.

각 입장이 現代人의 不健康 責任을 보는 시각은 다음과 같다. 입장1은 文明 및 產業을 批判하며, 과학 기술과 함께 생의학적 대안을 현대인의 건강을 해치는 존재로 보고 있다. 이 입장은 問題解決 代案으로서의 醫療를 否定한다. 입장2는 자본주의 의료에서 생의학적 의료의 商品化와 그로 인한 利潤 追求가 健康 追求(의료의 원래 목적)를 壓倒할 수밖에 없다는 것이다. 자본주의 하에서 건강은 단순히 개개인의 生産能力으로 파악되기 때문에, 자본주의 체제는 그 한도 내에서만 最小限의 健康을 醫療를 통해서 제공하려 하며, 그나마 이것을 住民統制 道具로 이용하고 있다고 비판한다. 이 입장은 문제해결 대안으로서의 醫療를 부정하지 않으며, 문제의 책임이 資本主義에 있다고 한다. 입장3은 문제인식을 醫療의 高費用과 그 上昇에 두고 있다. 이들은 가치중립적 입장에서 볼 때 의료비용의 과다가 국가체제 전체에 큰 부담으로 작용하여 기존의 방법이 현 체제 하에서 문제해결 대안일 수 없다고 본다. 즉, 그간의 국민 건강 수준 향상에 대한 현대의료의 總 寄與度에 비해서, 오늘날에 이르러서 그 限界寄與度는 아주 작다는 것이다¹⁾.

1) 3개의 입장을 중점에 따라 다음과 같이 이해할 수도 있겠다.



각 입장이 내세우는 代案은 다음과 같다. 입장1에서는 불건강의 責任은 醫療에 있으므로, 의료의 專門性을 打破하여 자신의 건강을 자신이 직접 관리해야 한다고 주장한다. 입장2에서는 불건강의 責任은 資本主義에 있다고 보고, 자본주의 하에서의 健康 追求와 利潤 追求 사이의 矛盾 關係를 打破해야 할 것이며 이것은 사회 구조의 변혁을 의미한다고 한다. 입장3에서는 체계내에서 현대의료의 접근방법을 改良的으로²⁾ 變化시킴으로써 또한 管理體系의 세련화를 통해서 費用問題를 解決하려 한다. 이 입장은 다른 입장에서 제기된 대안들을 체계 내에서 이용하려 하기도 하는데, 이 입장에서 일차보건의료를 채택함은 입장1을 변형 수용한 경우라고 할 수 있을 것이다³⁾.

하지만, 각 문제인식은 다음과 같은 限界를 지니고 있다고 지적되고 있다. 입장1에서는 건강의 責任을 個人에게 歸着시키려 함으로써 醫療不平等을 심화시키고 醫療 矛盾構造를 隱蔽시킬 가능성⁴⁾이 있다¹¹⁾. 입장2에

그림에서 보는 바와 같이 각 주장들은 연속선 상에서 배척적이지 않은 것으로 파악될 수도 있겠다. 하지만, 현실적으로 각 입장의 연장으로서 주장되는 정책이나 비판은, 도식적인 각 영역 내에서만 일어나지는 않는다는 점을 주의할 필요가 있다.

- 2) 본질적 변화와는 거리가 멀다.
- 3) 입장1은 문명비판이론이 그 주축을 이루는데 반해서, 입장3에 의해서 변형 수용된 일차보건의료에서는 문명 비판 차원에서 셀프케어(Self-care)가 논의되지는 않은 것이 사실이다.
- 4) 이러한 주장에 대해서는, 다음과 같은 반박이 있을 수 있다. 입장1은 생의학적 의료로서 건강을 설명함이 불가능하다는 개념이므로 셀프케어(Self-care) 기능 모형에 의한 설명이 되어야 한다고 한다. 이러한 입장에서는 주민의 책임으로 건강을 달성(건강문제를 해결)하는 것이 가능하다고 한다. 그러므로, 이러한 적극적 개념이 소극적으로 '불건강책임'을 주민에게 귀착'시키는 것으로 해석되어서는 안된다고 한다.

하지만, 이러한 입장이 어느 정도의 수정을 거쳐서 정책으로 전환되는데 있어서는, '주민 책임으로 건강 실현'이라는 측면과 함께 '불건강의 주민 책임'이라는 측면이 강조되고 있는 것이 현실이다⁴⁾. 이러한 현실은 '건강이 국가 책임이나, 개인 책임이나'라는 문제와 연결되어 있고, 이 문제는 각국의 보건의료체제 형태 결정의 관건이 되고 있다.

대해서는 현실적인 해결책이 없지 않느냐는 비판이 있어 왔다⁵⁾. 입장3에 대해서는 자본주의 체계 내에서 의료 비용을 낮추는 것이 總資本의 利益을 뒷받침해 주는 것 이상의 무엇일 수 있겠는가라는 반문이 가능하다⁶⁾. 현대의료에는 生産的 要素(예, 노동자의 직업병 치료)와 消費的 要素(예, 쌍꺼풀수술)가 혼재하고 있는데, 의료비 축소의 경우, 소비적 요소의 축소 보다는 생산적 요소의 양⁷⁾, 질⁸⁾에 있어서의 축소를 나타나 醫療分配의 不平等이 더욱 심화될 가능성이 크다. 또한, 입장1에 대한 비판은 입장3에도 거의 그대로 적용된다.

II. 保健政策과 住民參與

1. 國家醫療費 節減政策과 住民參與

앞에서 살펴 본 대안 및 한계점들은 보건정책 방향 논의에 있어서 대단히 중요하다. 이 입장들은 保健政策에 있어서 2가지 경향으로 도출되고 있다.

첫째, 傾向1: 입장1의 수정 해석 및 입장3의 연장으로서, 국가의 公共醫療費 支出 減少를 強調하는 경향.

둘째, 傾向2: 입장2의 연장으로서 국가의 公共醫療費 支出 減少 根據를 批判하는 경향이다.

먼저 국가의료비의 지출 감소를 강조하는 경향1을 보기로 하자.

의료의 건강에 대한 기여가 보잘 것 없다는 문제의식은

그러므로, 위에서 본 반박은 목표개념으로서는 타당하고 또한 지향될 여지가 많으나, 현실적으로는 '불건강의 개인 책임' 강조 입장에 이용될 가능성이 많은 것이 사실이다.

- 5) 자본주의 체계 내에 시각을 국한시킨다면 당연한 비판이다. 그러나, 자본주의 체계에 국한되지 않은 시각일 때에는 이 비판이 그 타당성을 잃게 된다는 점에도 주의를 기울일 필요가 있다.
- 6) 가장 단순한 의료의 수준으로부터 가장 복잡한 의료의 수준까지 의료의 수준이 잘 정비되고, 각 수준별로 적정 의료비가 정립된다면, 입장3에 대한 비판이 타당하지 않을 수도 있다는 의견이 대두될 수도 있다.
- 7) 영, 미등 선진국에서 최근에 다시 등장한 보건 및 복지에 있어서의 시장전략(Market Strategy)을 예로 들 수 있다¹²⁾.
- 8) 값싼 의료. 입장2는 일차보건의료등의 대안을 고급 의료와 구별되는 값싼 의료라고 보고 있다.

건강의 결정요인을 다시 보게 하였고, 수많은 연구들이 생의학적 방어의 건강에 대한 기여도가 아주 낮음을 증명해 보임으로써 생의학적 의료가 건강증진의 열쇠 전부가 될 수는 없음을 밝혀 내었다^{1,2,13)}. 오히려 社會的인 要因들이 건강의 주된 결정 요인으로 판명되어 건강의 사회과학적 인식 필요성이 점점 높아졌다. 건강 개념을 설명하는 모형들의 변천을 보아도 이런 현상은 뚜렷하게 나타나고 있다^{14~16)}. 이러한 사회과학적 필요성에 부응한 연구 및 정책, 사업이 어떻게 전개되어 왔는지 주의 깊게 살펴 보면 다음과 같다.

래런드(Laronde), 데버(Dever), 블럼(Blum) 등은 캐나다 보건정책의 옵션이 걸린 연구를 통해 그림1과 같은 모형을 산출해 냈다.

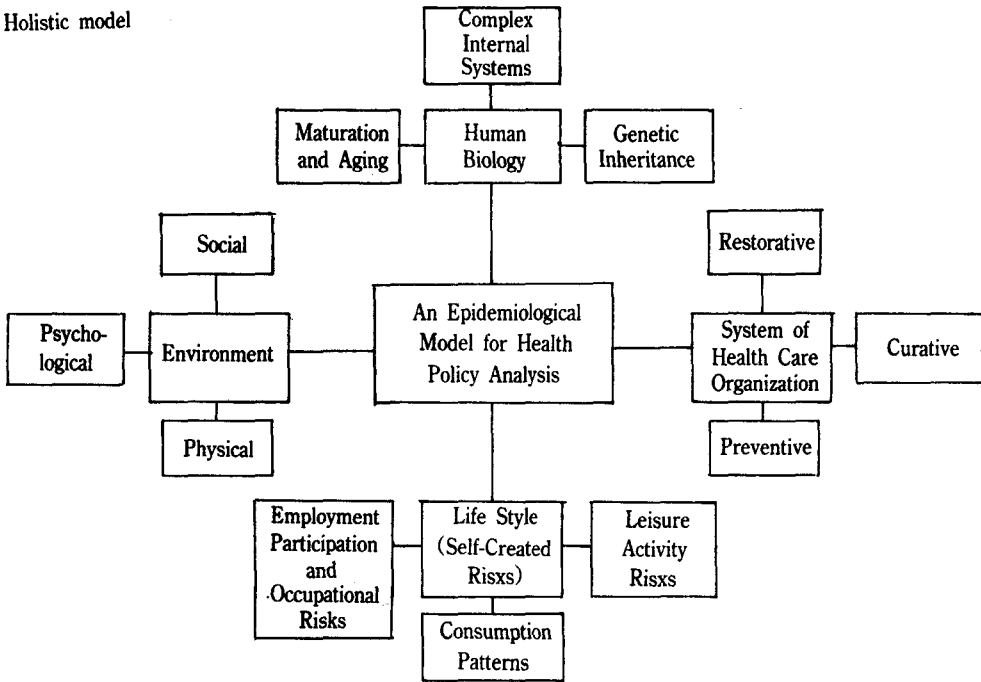
이들의 연구에서는, 現代病 및 事故를 강조하여 건강에 영향을 미치는 4대 요인 중 生活樣式(Life style)이 극단적으로 강조되었고 環境이 그 다음으로 강조되었다. 人間生物要因의 건강에 대한 기여도가 가장 낮은 것으로 보고, 保健組織의 기여도를 조금 인정하고 있다. 생활양식을 극단적으로 강조함은 맥퀸(McKeown)¹⁾을 비롯한 많은 연구들의 공통된 양상이다. 그러나, 환경면에 대처하는 행위는 별로 강조되지 않고 行態變化에 논의가 모아졌다. 래런드(Laronde)는 인간생물요인의 건강 기여도가 대단히 낮음을 지적하고, 가장 극단적인 예로 중요한 사인인 교통사고 사망을 들어, 생활양식 75%, 환경 20%, 보건조직 5%라고 각각의 기여도를 제시한다¹³⁾.

이들의 연구처럼 건강에 대한 요인으로서의 생활양식 및 행태 강조 경향은 선진제국 학계의 보건정책 연구에서 두드러지고, 이러한 배경에서 건강에 가장 큰 영향력을 미치는 행태요인에 정책이 개입하게 됨은 당연한 것으로 여겨졌다^{13, 15, 17~19)}.

개발도상국에서도 보건교육 및 보건사업을 시행할 때 抵抗이 있었는데, 그것은 文化的 差異가 주된 이유였다. 이러한 문화적 저해요소를 제거하여 자기의지가 되도록 하기 위하여 參與가 強調되는 등²⁰⁾, 생활양식 및 행태 강조 경향은 선진국에서와 다를 바 없었다. 팬트(Pant et al.) 등은 이러한 점에서 사회과학의 중요성을 강조하고 있다²⁰⁾.

부오리(Vuori) 등은, 비참여의 이유와 비참여를 줄이기 위한 방법을 찾기 위한 조사를 하기 이전까지는,

Fig 1. Holistic model



Source : Dever, G. E. A. : "An Epidemiological Model for Health Policy Analysis," *Social Indicators Research*, vol 2, 455, 1976.

보건서비스에 참여하지 않은 사람은 합리적 판단의 바탕이 되는 保健文化(Values, Attitudes and Behavior)에 문제가 있는 것으로 간주하고 保健教育을 통해 이 문화를 바꾸어야 한다고 생각했다²¹.

노울즈(Knowles)는 "질병에 대한 예방이란 나쁜 껍질을 없애는 것이며, 다른 말로는 특별한 노력을 기울이는 것이다. 그러나, 건강에 대한 個人的 責任은 그들의 權利에 의해 퇴색되어, 과음, 과식, 과속 주행, 문란한 성행위, 흡연 등의 비용을 國家의 것으로 떠넘겼으며, 이것은 '개인의 自由'라는 이름으로 정당화되어 왔다. 그러나, 한 사람의 자유는 타인에게 세금과 보험료라는 족쇄를 안겨 줄 수 있다. 그래서, 나는 '건강권'이라는 개념을 '자신의 건강을 지키기 위한 개인의 道德的 義務-공적인 의무-'라는 개념으로 대치해야 한다고 믿는다"⁴, 라고 기술하고 있다.

이렇듯 건강에 대한 생활양식, 문화의 기여도 강조 경향은 보건 분야에 있어서 사회과학 활용의 대표적인 분야였고, 주민참여에 관한 논의는 그중에서도 핵심적인 영역을 차지하고 있었다. 특히 지역사회 보건사업에

있어서 住民參與는 事業의 全部라고 해도 과언이 아닐 정도였다.

또한, 이 영역과 함께 사회과학의 필요성이 강조되고 많은 연구비가 쏟아진 분야는 보건경제정책(보건정치경제학) 분야였다. 이러한 분석은 저비용 의료정책의 정당성 및 수단을 제공해 준다.

이 분야의 대표적 연구자인 보건정치학자 마아머(Marmor)는 "公共政策이 채택되고 수행되기 위해서는 정치가와 정부관료들의 역량과 지원도 중요하지만, 궁극적으로 소비자와 공급자의 活動 行態가 의료 부문에서의 미래 공공정책의 본질을 결정할 것이다"⁵, 라고 말하고 있다.

정치학자인 윌덱스키(Wildavsky)는, 醫療制度가 건강을 측정하는 척도로서의 정도는 10% 정도에 불과하며 나머지 90%는 개인의 生活樣式과 社會的 條件에 의해 결정된다고 하며, 의료정책은 陰合(Minus-sum)게임이 되어 버렸다고 지적한다. 새로운 환자들은 산술급수적으로 증가하는 반면, 비용은 기하급수적으로 증가해 버렸고, 우리의 위기는 비용 증가에 있다고 말하고 있다.

그는 다음과 같이 결론을 맺고 있다. “保健政策은 病理的이다. 왜냐하면, 우리는 신경증에 걸려 있고 정부로부터 하위급 정신병으로 치닫게 하도록 계속해서 주장하기 때문이다. 우리의 노이로제는 우리가 건강을 위해서 무엇을 해야 할 것인지를 아는데 있음에도 불구하고 그렇게 하지 않는데 있다(여기에서 건강행태를 열거하고 있음). 정부가 국민의 건강을 위해 어떻게 해야 하는지를 말하면서 그들의 돈을 마구 쓰는 것은 이런 충고를 고려하지 않은 때문이다”⁵.

노울즈(Knowles)는 “1년에 1,200억 달러가 투입되는 미국의 보건 부문에 疾病豫防과 統制에 2-2.5%만이 투입되며 保健教育和 보건서비스를 위한 組織, 傳達에 각각 0.5% 정도만 지출되고 環境保健 연구에는 0.25% 정도가 쓰이는데, 상대적으로 부족한 이러한 지출은 이 부문에 관심이 부족함을 반영하는 것이다”⁴, 라고 말하고 있다.

이상에서 본 경향1을 특징지어 보면, 사회과학은 저비용 보건사업 및 정책의 목적에 집중적으로 응용되었다는 사실을 알 수 있다. 하지만, 여기에서 발생한 節減分의 配分에 주의를 기울이려는 분석적, 실천적 노력은 별로 보이지 않았다는 점에는 주목할 필요가 있다.

2. 國家醫療費 節減政策 批判과 住民參與

1) 保健事業 事例 考察

경향1에 대해서는, 다음과 같은 연구들은 잘 맞아 들어가지 않는 듯하다.

부오리(Vuori) 등은 핀란드에서 실시한 그들의 연구를 통해서 보건서비스에 대한 비참여자들 중 합리적 이유가 없는 保健文化의 측면에서 작용한 것은 35%에 불과하다는 것을 밝혀냈다. 전체집단에서 보았을 때에는 12%에 불과했다. 이들의 연구결과를 요약하면 다음과 같다²¹.

Non-participants(100%) = Inaccessible(31%) + Hysterectomy(11%) + Smear done elsewhere(23%) + Known non-screened(35%)

Acceptable reason for non-participation(65%) = Inaccessible(31%) + Hysterectomy(11%) + Smear done elsewhere(23%)

Target Population(100%) = Participants(66%) + Non-participants with acceptable reasons(22%) + Non-

screened(12%)

이것을 볼 때 보건문화 측면만으로 비참여를 보아서는 안된다는 것을 알 수 있다. 接近不可能이 비참여의 31%나 차지한다는 점을 주의깊게 볼 필요가 있다.

리프킨(Rifkin)은 동남아시아의 일차보건의료를 연구하면서 지역사회 보건사업에 주민이 참여하는 태도를 조사하였다. 이 연구에서는 사업을 계획하는 집단(의료직과 지역개발요원)과 마을건강원 사이에 참여에 관련하여 期待가 다르다는 점이 밝혀졌다. 계획집단은 地域住民의 지역보건사업에 대한 責任을 고양하기를 원했고, 마을건강원들은 專門家들이 決定해 주기를 원하고 있었다²². 이 연구결과는 일차보건의료의 참여 개념이 주민층의 기대와 괴리가 있다는 것을 보여준다. 지역사회 보건활동에 참여하는 주민들은 그 사업을 의료서비스 제공의 연장으로 보고 책임이 여전히 의료전문가에게 있기를 원하고 있다는 것이다.

비치먼(Bichmann)은 네팔에서 보건참여 사례평가 연구를 하였는데, 지역사회 참여 정도가 낮았다. 구조, 조직 및 관리는 다른 부분의 상황과 비교해 볼 때 훌륭했다. 낮은 성취에 대한 이유는 정부의 재정적 수행 부족, 지역사회 창의성의 억압, 이전의 부정적인 경험, 지역사회 구성원과 보건전문인간의 오리엔테이션 차이, 혼란의 부족 등에서 찾을 수 있었다²³.

2) 批判 政治經濟學의 研究

여기서는 경향2를 보기로 한다. 이 경향의 많은 학자들이 건강을 문화적으로 재정의하는 것이 필요하다고 주장하면서²⁴ 보건행태 강조 경향을 분석했는데, 표1과 같이 요약해 보았다.

표 1. 保健行態에서 統制와 弛緩 比較

區分	自己統制(Self-control)	弛緩(Release)
解釋	生産(Production)	消費(Consumption)
樣相	‘날씬함’의 專制 (Tyranny of Slenderness)	消費의 專制 (Tyranny of consumption)
過	癌等	肥滿 關聯 疾患 等

자기통제(조깅, 헬스클럽, 다이어트 등 적극적인 노력)를 통해서 건강을 지키거나 찾아야 한다는 주장은 도덕성의 차원으로 까지 받아들여지고 있다. 하지만, 자기를 따로 통제하지 않아도 과도 스트레스에 노출되는

현대인이 적극적인 자기통제까지 행하게 되면 건강에 오히려 해롭다는 주장이 강력하게 통제 주장에 반발하고 있다. 스트레스 유발 생활양식은 현대질환과 연계되어 있다는 것이다. 아이어(Eyer)는 스트레스를 주는 자본주의 과정이 심혈관질환, 암 등을 비롯한 비전염성 현대질환의 배경원인이 된다고 한다. 이러한 논쟁은 표면적으로는 양 입장 간의 치열한 투쟁으로 나타난다. 하지만, 양자는 자본주의 하에서 각각 생산(고수준 노동력 유지 기능)과 소비(이완의 결과는 소비 극대화 초래)의 기능을 담당해 줌으로써 실제로는 보완적으로 자본에 기능적 역할을 해 주고 있는 것이다². 크로퍼드(Crawford)에 의하면, 소비(위 표에서의 이완)와 훈련(위 표에서의 통제)은 상대 헤게모니 사용 관계에 놓일 수 있고 자본주의는 양 내용을 둘다 향상시켜 반대 내용에 抵抗이 있을 때 유용한 상징적 체계를 제공한다고 하며 그럼으로써 권력은 저항을 다시 統合한다고 한다²⁴.

이때 간과해서는 안되는 것은, 통제이든 이완이든 모두 個人的인 次元의 건강행위라는 점이다. 즉 양자 공히 불건강의 책임은 개인에게 있는 것이고, 국가는 투입을 최소한으로 줄이면서 정책을 펴며 통제할 수 있고, 자본은 적은 비용으로 많이 생산하여 많이 팔 수 있다는 점을 인식해야 한다.

베리너는 앞에서 본 입장1과 입장3을 被害者에게 責任을 돌리는 역학 방법들로 여기고 이들의 핵심 내용이 독립자본의 이익에 봉사하는 것으로 보고 있다. 즉, 질병의 경제적 근원과 집단적 대응으로부터 관심 집중을 비껴나게 하고, 뽀뜨브르조아식의 의료전달체계를 손상시키고, 보건의료서비스를 줄이는 것을 합리화하게 된다고 한다. 19세기 후반의 병원균이론의 발전은, 사

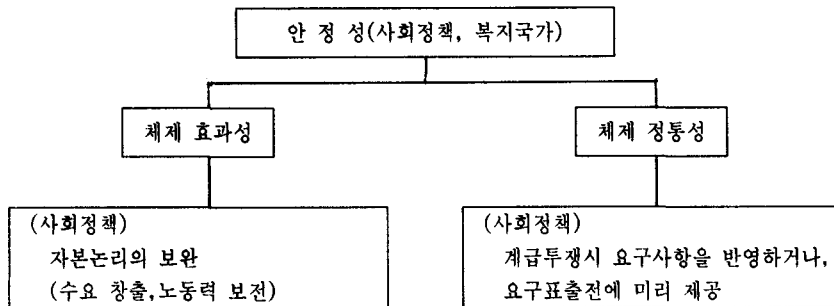
회적 요인이 질병과 관련없고 자본도 병원균의 존재에는 아무 책임도 없다는 방식으로, 질병의 책임을 노동자들에게만 돌리게 하는데 크게 기여했다고 한다. 1940년대 이후로 자본은 근로자들의 특별수당 형식으로 의료제공을 개선해 나아갔는데, 팽창하는 의료 테크놀러지와 의료행위에 대한 배상제도가 급격히 자본가에게 비용상승을 초래하자(고급 기술의료의 성장은 그것이 노동의 생산성 향상에 기여하는 것 보다 더 비용을 증가시켰다), 자본은 제공되는 의료수준을 낮추고자 노력하기 시작하였다고 한다. 이러한 싸움은 엄격한 경제위기의 시기에는 그 중요성이 더해진다고 한다. 특히, 심장연구소나 개심술연구소, 고압산소탱크 그리고 여타 돈이 많이 드는 상대적으로 비효율적인 곳(부자들이 우선적으로 이용하게 됨)엔 삭감이 크게 일어나지 않으면서, 필요하고 계속적인 서비스가 요구되는 응급실, 음식검사, 공중의료, 가난한 사람과 노동계급을 위한 2차의료 기관들이 줄어들을 지적하여, 가난한 사람과 노동대중에게 필요한 곳에 서비스가 삭감됨을 지적하고 있다¹¹.

3. 保健政策과 住民參與 檢討

앞에서 본 두 정책 경향의 설명들은 그림2와 같이 요약될 수 있다.

보건정책은 그림2에서의 체제효과성 측면에서 의료정책으로 시작되었고, 의료비용이 노동생산성을 압도해 가는 현재에는 체제정통성 측면으로 논의의 중심이 이동하고 있다. 이 측면에서도 앞에서 본 바와 같이 기본적인 시각의 차이에 따라 두가지 정책 경향이 있는 것이다.

그림2. 사회정책 발달요인의 이론 틀



경향1은 보건의 사회적 요인을 ‘행태’쪽으로 집중시키고 있음을 알 수 있고, 경향2는 보건의 사회적 요인을 사회적 환경에 집중시키고 있음을 알 수 있다. 현실의 의료가 보건문제를 해결한다는 생각은 양쪽 다 하고 있지 않다. 경향1의 설명들은, 아프기 전에 예방을 함이 옳은 정책 방향인데, 질병의 대부분 원인이 개인 행태이므로, 이 예방은 개인 책임이고 의료공급을 줄이는 것이 옳겠다는 생각이다. 이러한 견해에서는 행태가 절대적으로 강조되고, 행태변화를 위한 사업등에의 참여가 필수적이라는 것이다. 경향2의 설명들은, 사회구조 내지는 환경 때문에 이미 아플 수 밖에 없는 현실에서 예방의 개인책임을 강조함은 옳지 않다는 것이다. 이 견해에서는 세계보건기구(WHO)의 주민참여 개념을 輕視하는 경향을 보이게 된다. 현재의 보건정책은 이 두 경향 사이에 존재하고 있다고 할 수 있다.

경향1은 주로 보건교육을 정책의 수단으로 하며 주민참여를 강조하나, 그 참여에 주민의 판단을 필요로 하지는 않는 것으로 보인다. 다만, 지지, 참가를 의도하며, 그 결과로서 자활함을 그 목표로 한다. 이때, 보건교육의 방법론은 경영학적 방법론과 크게 다를 바가 없다. 그것은 생산증가 방법의 개념으로 되어 있다. 그 담보물로 참여가 강조되고 있다. 보건의 사회심리적 측면이 개인의 미시적 측면에 집중이 되어 있어서, 어느 경우에는 쪼개어서 볼 수 없는 것까지도 쪼개어서 보고 있다. 물론, 생산증가 개념은 보건 분야에서도 대단히 중요하고 필요하다. 하지만, 그것이 너무 강조됨으로써, 인간의 건강향상을 제품 생산증가 방법으로 치환하는 듯한 경향을 보이고 있음으로써, 그것의 역할보다 너무 큰 비중을 차지하고 있다는 데에 문제가 있는 것이다. 특히 이때의 참여는 행태와 관리의 향상을 꾀하여, 비용을 줄이면서도 다수의 건강을 향상시킨다는 생산적인 의미를 갖고 있지만, 그렇게 허리띠를 졸라 매면서 달성한 비용감소와는 반대로, 고가장비를 포함한 고급의료 및 소비의료는 계속 발달하여 의료비 양등을 부채질하고 있는 현실을 어떻게 정당화할 수 있는지 묻지 않을 수 없다. 이러한 의미에서 보건교육, 주민참여의 연구 및 사업 영역을 확장할 필요가 있다.

이와 같은 비용정책적 경향에도 불구하고, 미국에서는 일차보건의료가 비용이 많이 든다는 것이 밝혀져 충격을 주고 있다. 조셉(Joseph) 등의 1980년도 일차보건의료

연구에 의하면, 2,000년대까지는 고정 1978US\$와 연간 인구증가를 2% 수준의 가정 하에 49-103(단위 billion) \$가 들 것으로 예상하고 있다. 그들은, 의원은 지원 역할을 할 뿐이고, 국내의 수준에서의 비적절한 정치 간섭 및 비공식적 지도력을 개선해야 한다고 얘기하고 있다²⁵.

하지만, 이러한 설명은 一部만 妥當하다. 이들의 연구는 一次醫療(Primary Care)研究라고 할 수 있는데, 현실적인 일차보건의료(Primary Health Care)의 실시가 생의학적 의료를 벗어나지 못함으로써 나타나는 현상을 본 것이라고 할 수 있다. 질병 행태 위주의 해결방법은, 의료접근만이 개선되면 自助에서 ‘他助’화 할 수 밖에 없는 것이다.

하지만, 경향2에서 주민참여를 경시함은 경향1의 지의를 보고 있다는 점에서 이해될 수 있지만, 여기에서 참여를 고려하지 않음은 옳지 않다. 왜냐하면, 참여를 통해 개인적인 예방도 가능하지만, 건강권을 인식하고 집단적인 예방 및 건강 획득을 하고 보건불평등을 극복함이 가능하기 때문이다.

경향1에 대해서는, 행태 강조 입장의 철학적 배경을 따져 볼 필요가 있음을 주의해야 한다. 왜냐하면, 의식없는 행태주의는 개인책임만을 강조하는 역할을 하게 되기 때문이다. 각 참여 상황에서, 의식있는 행태로써 진정한 참여의 위상을 확인해야 한다. 보건교육은 그 과정에서 생활양식만을 강조하던 기존의 입장에다 건강권의식 보건교육을 포함시킴으로써, 보건교육학 영역의 사회, 경제, 정책, 정치적 확장을 해야 한다.

여태까지의 연구들에 의하면, 주민의 건강 수준은 주로 정치, 경제, 사회 구조와 주민의 건강 및 건강 관련 의식, 행태에 의해서 결정된다고 할 수 있다. 정부는 그 결정 통로들에게 조정 및 통제를 하고 있다. 하지만, 이들은 따로따로 존재하는 것이 아니라 동태적인 상호 결정관계에 있다^{26~28}. 그것을 간단하게 나타내면 그림3과 같다.

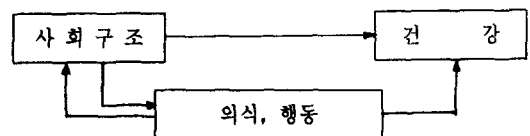


그림3. 축약된 동태적 건강결정도

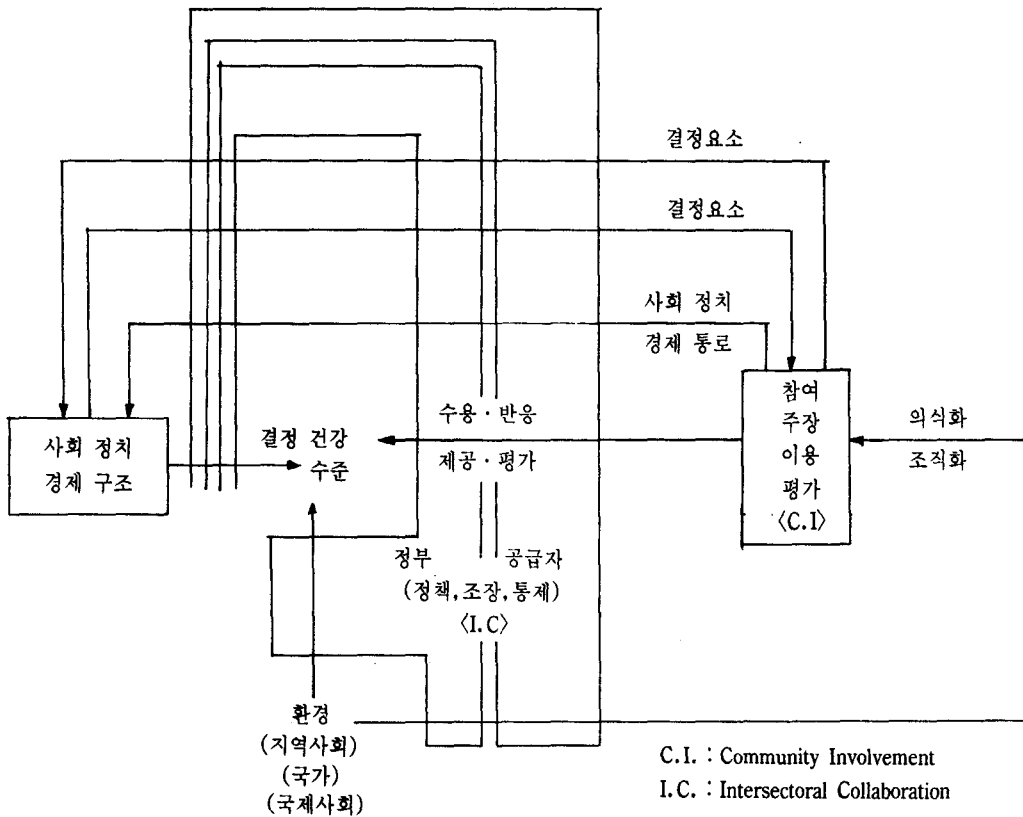


그림4. 사회체계 속의 건강 수준 결정도

그림 3에서 건강은 목표개념이고, 사회구조의 의식, 행태는 각각 건강에 대해 가장 큰 결정원 및 담보의 수단으로 존재한다. 축약된 동태적 건강결정도를 현실 사회 체계 속에 적용한 것은 그림5와 같다.

보건에 있어서 주민참여 논의는 그림4의 범주에서 이해되어야 할 것이다. 이때, 건강을 획득하기 위한 실제 행동은 국가 및 지역의 정책 내지는 국민 및 주민의 운동으로 나타나게 되는데, 그림4에서 보는 바와 같이 정책은 저절로 주민에게 주워지는 것이 아니다. 국가 및 지역의 정책도 국민 및 주민의 운동의 연장으로 파악되어야 한다.

이러한 의미에서 보건의료에 있어서 주민참여 논의의 위상은, 정책 수용과정으로서의 의미일 뿐만 아니라, 상황적 의식화, 비제도적 의식화로서 주민역량 성숙에 기여하여, 환경변화 및 의료공급을 획득할 주민주도적 보건의료구조를 구축해 나아가는 과정, 주민주도적 보

건정책 형성과정으로 보아야 한다. 기존 주민참여 논쟁의 한계를 직시하고 오히려 그 논쟁을 통해서 보건의료구조의 모순을 확인하는 계기로 삼으면서, 주민참여 논의를 제반 보건의료 모순을 住民主導的으로 해결할 실마리로 설정해야 할 것이다.

III. 要點 및 結論

健康을 決定하는 要因으로서 현대의료의 크게 중요하지 않다는 사실이 밝혀진 후에, 보건정책 차원에서는 개인행태 요인과 사회환경구조 요인이 논의의 초점이 되어 왔다.

하지만, 아직도 보건정책 資源의 대부분은 醫療政策에 배분되고 있고, 다만 정책방향으로서의 個人行態가 강조되고 있는 것이 현실이다. 행태 강조경향의 중심부에서 논의된 것이 바로 住民參與였고, 이런 점에서 사

회과학 응용의 필요성이 급증했었다. 이 방향을 주장하는 이들은, 低費用 및 個人責任의 보건정책이 현대 의료정책의 병리현상 및 현대의료의 위기를 피하게 할 수 있으리라고 믿었다.

잘못된 보건행태를 교정하는 것은 물론 중요하다. 하지만, 이 논의과정에는 社會構造에 대한 고려가 빠져 있었다. 보건행태의 많은 부분은 현실의 사회구조에 대한 適應이다. 그러므로, 사회구조를 고려하지 않고 기존의 적응행태를 교정하려 하면, 성공하기 힘들다. 그동안 보건정책 차원에서 보건행태의 사회환경구조에 대한 고찰이 너무 적었다. 이 영역에 대한 사회과학의 정책연구도 비판적 연구를 제외하고는 거의 없었다.

분명한 것은, 보건행태와 사회구조는 따로따로가 아니라 어느 정도는 겹쳐져서 건강을 決定하고 있다는 점이다. 또한, 사회구조가 보건의 意識, 行態를 결정하기도 하지만, 이 의식, 행태가 사회구조적 矛盾을 克服하기도 한다는 점을 주목할 필요가 있다. 이 두 부분을 같이 해결할 수 있는 유일한 대안이 바로 “民主參與”이다. 이때의 주민참여는 기존의 주민참여와는 성격이 다른 것이다. 기존의 주민참여가 手段性을 강조하는 것이었다면, 여기에서의 주민참여는 目的性과 手段性을 동시에 추구하는, 나아가서는 목적성이 수단성을 포괄하는 개념으로서, 그 목적은 自活에서 그치는 것이 아니라 보건분야에서 지나친 사회적 불평등 상황이 있다면 자기의 정당한 몫찾기⁹⁾를 포함하는 것이다.

이러한 방향의 사업 및 연구는, 보건교육에 있어서 주민주도적 주민참여를 실질화하고, 주민으로 하여금 보건권의식과 병행하는 보건행태를 깨우치게 할 것이며, 그 결과를 보건정책의 차원에 접목시킬 것이다.

참 고 문 헌

1. McKeown, T. : *The Role of Medicine*, Oxford : Basil Blackwell, 1984.
2. Eyer : “Capitalism, Health and Illness,” *Issues in the Political Economy of Health*, New York, London : Tavistock Publication, 23-59, 1984.
3. McKinlay, J. B. and S. M. McKinlay : “The Questio-

nable Contribution of Medical Measures to the Decline of Mortality in the United States in the Twentieth Century,” O. R. Moon(ed) *Health Care Policy-Political Economy Approach*, 61-74, 1989.

4. Knowles, J. H. : “The Responsibility of the Individual,” O. R. Moon(ed) *Health Care Policy-Political Economy Approach*, 115-138, 1989.
5. Wildavsky, A. : “Doing Better and Feeling Worse : The Political Pathology of Health Policy,” O. R. Moon (ed) *Health Care Policy-Political Economy Approach*, 139-157, 1989.
6. Illich, I. : *Medical Nemesis : The Expropriation of Health*, Pantheon, 1976.
7. Navarro, V. (ed) : *Medicine under Capitalism*, Prodist, 1977.
8. Waitzkin, H. : *The Second Sickness*, The Free Press, 1982.
9. Doyal, L. : *The Political Economy of Health*, Pluto Press, 1983.
10. Marmor, T. R. and J. B. Christianson : *Health Care Policy*, SAGE Publications, 1982.
11. 베리너, H. : “의료 분야에 있어서 이데올로기의 출현,” 서울대 의대 의료연구회 역, 한국의 의료, 제 3권 제3판, 서울대 의대 학생회, 1988.
12. Navarro, V. : “The Crisis of the International Capitalist Order and Its Implications of the Welfare States,” J. B. McKinlay(ed), *Issues in the Political Economy of Health*, New York, London : Tavistock Publication, 107-142, 1984.
13. Laronde, M. : *A New Perspective on the Health of Canadians*, Ottawa.
14. Morris, J. N. : *Uses of Epidemiology(3rd ed)*, Edinburgh : Churchill Livingstone, 1975.
15. Dever, G. E. A. : “An Epidemiological Model for Health Policy Analysis,” *Social Indicators Research*, vol 2, 1976.
16. WHO : 세계 보건기구 현장, 1948.
17. US Department of Health and Human Services : *Promoting Health/Preventing Disease-Objectives for the Nation*, 1988.

9) 정당한 가치등²⁴의 배분요구 및 쟁취.

18. Green, L. W. and K. W. Johnson : "Health Education and Health Promotion," D. Mechanic(ed), *Handbook of Health, Health Care and The Health Professions*, New York : The Free Press, 1983.
19. Tesh, S. : "Health Education in Cuba : A Preface," *International Journal of Health Services*, vol 16, no 1, 87-104, 1986.
20. Pant, C. P. and P. L. Rosenfield : "Issues for Consideration in Community Involvement for Disease Vector Control," *Community Participation for Disease Vector Control*, Proceedings of the ICMR/WHO Workshop to Review Research Results, Malaria Research Center, 1986.
21. Vuori, Rimpelä and Grönroos : "Cytological Screening Programmes-the Problem of Non-participation," *International Journal of Health Education*, vol XV, Geneva : the International Union for Health Education, 22-32, 1972.
22. Rifkin, S. B. : "Primary Health Care In Southeast Asia : Attitude about Community Participation in Community Health Programmes," *Social Science and Medicine*, vol 17, no 19, 1489-1496, 1983.
23. Rifkin, S. B., F. Muller and W. Bichmann : "Primary Health Care : On Measuring Participation," *Social Science and Medicine*, vol 26, no 9, 931-940, 1988.
24. Crawford : "A Cultural Account of "Health" : Control, Release, and the Social Body," J. B. McKinlay (ed), *Issues in the Political Economy of Health*, New York, London : Tavistock Publication, 60-103, 1984.
25. Joseph, S. C. and S. S. Russell : "Is Primary Care The Wave of The Future ?" *Social Science and Medicine*, vol 14c, 137-144, 1980.
26. Gruppi, L. : 그람쉬의 헤게모니론, 최광렬 역, 전예원, 1986.
27. Jakubovsky, F. : 이데올로기와 상부구조, 윤도현 역, 한마당, 1987.
28. Joll, J. : 그람시-그 비판적 연구, 이종은 역, 까치, 1984.
29. Lasswell and Kaplan(1950) *Power and Society*, New Haven : Yale University Press, 1978.

<Abstract>

Community Involvement and Health Policy

—New Approach to Health Education and Behavioral Science—

De-Hi Kim

(Division of Epidemiology and Social Medicine, Hanover Medical School)

Since it was found out that the degree of medical contribution to health was timid, the direction of health policy studies has been focused on the personal health behavior. Participation in health has been closely related to the behavior.

Those who have insisted on the new direction believe that the health policy laying stress on low cost and personal responsibility can avoid the pathology of medical policy and medical crisis. Participation in health has been very important method of changing health behaviors.

It is certainly important to change bad health behaviors. But there is no deliberation of social structure here. Most health behaviors are the adaptation to social structure. The attempt to change the established adaptation behaviors without considering social structure is difficult to succeed. It is little meaningful to say the importance of the health behavior to those who have no choice but to be ill due to the poor environment and health risks.

What can guarantee the real direction of community participation at least is the consciousness and behaviors of people's right.