

## 지역보건의료계획 수립과정에서의 주민참여실태와 이에 미치는 영향<sup>1)</sup>

김성옥 · 송건용

한국보건의료관리연구원

### 〈Abstract〉

### The Impacts of Community Participation on Regional Health Planning Process

Seong-Ok Kim and Kun-Yong Song

*Korea Institute of Health Services Management*

The purpose of this study is to analyze the community participation in regional health planning by using the operational definition of participation channels, and to find out the significant variables of community participation channel which are highly related to the scores of regional health plan. The channels we adopted for the study are recommended in the guidebook for regional health planning. They are performing residents' health survey, submitting written agreement of publics, holding public hearings, putting public notice, conducting community health committee meeting, submitting opinion of chambers and Mayors, and operating task-force for planning. We analyzed the selected data of 8 community participation channels, which were submitted by 141 rural health centers for the pursuit of governmental subsidy in 1997.

The major findings of this study are as follows;

---

1) 본 연구는 1997년도 「한국보건의료관리연구원 기초연구사업비」 지원과제임.

1. In the process of regional health planning, 88.7% of rural community health centers have performed the residents' health survey, 14.9% submitted written agreement of publics, 11.3% held public hearings, 39.0% put public notice, 46.8% conducting community health committee meeting, 48.9% submitted opinion of chambers, 61.7% submitted opinion of Mayors and 25.5% operated task-force for planning. The result shows that most of community participation channels have been utilized at very low rates, except the residents' health survey.
2. We have analyzed the impact of these community participation channels on the regional health plan scores. In the multiple regression model, we set the regional health plan score as the dependent variable, and the use of participation channels as the independent variables(1 if the channels are used, 0 otherwise). Finally, the regression analyses show that two channel variables, opinion of chambers and public notice, were the significant positive channel variables on the score of community health plan.

*key words : community participation, participation channel, regional health planning*

## I. 서론

세계보건기구(WHO, 1978)가 알마아타 선언을 통해 지역보건사업에서 주민참여<sup>2)</sup>가 주요 전략적 요소임을 공고히 한 이후로, 지역보건문제 해결과정에서 주민참여가 필요조건으로 인식되어 왔다(김대희, 1991). 또한 주민참여의 개념에 대한 다양한 해석이 이루어져 왔는데(Andrew Green, 1992), 각 나라마다 채택하고 있는 보건의료체계의 유형에 따라 주민참여는 다른 함의를 가지고 있는 듯하다.

주민참여는 “지역사회 주민의 관심에 의해 수행되고 있는 프로그램 혹은 활동에 지역사회

---

2) 산업화된 민주국가의 보건정책에서 주민참여는 일상적으로 사용되는 수사이며, 소비자참여(consumer participation), 지역사회참여(communitiy participation), 일반인참여(lay participation) 등으로 다양하게 표현되고 있다(Sarah Curtis et. al, 1996).

구성원이 참여하는 과정”으로 참여수준에 따라 다음의 3가지로 분류가능하다(PAHO, 1984). 첫번째 수준은 제공되는 서비스와 시설을 이용하는 것(utilization of services and facilities provided)으로, 이 자체는 진정한 참여로 볼 수 없으나 참여의 전제조건(precondition)이 된다. 지역주민이 보건서비스를 이용하지 않는다면 더 이상의 주민참여는 발생할 수 없기 때문이다. 두번째 수준은 외부기관에 의해 계획된 사업에 협조하는 것(cooperation with initiatives planned by an outside agency)으로, 지역주민들이 보건서비스를 위해 자신들의 노동력, 돈, 원료 등을 기여하고, 프로젝트와 사업수행을 지원하는 것을 포함한다. 세번째 수준은 사업의 계획 및 운영에 참여하는 것(involvement in planning and managing activities)으로, 주민들이 지역사회 문제를 해결하기 위해 행동을 같이 하고, 지원을 하는데 있어서 주민이 일정수준의 책임을 갖고 주도적 활동(commitment, responsibility, some initiative)을 하는 것을 의미한다. 이때에도 보통 외부기관의 도움을 받기는 하지만 가장 높은 수준의 참여로 평가되고 있다.

활동의 계획 및 운영에 참여하는 수준은 주민과 정책결정가와의 상호작용에 따라 직접적 참여와 간접적 참여로 구분이 가능하다. 지역사회주민이 위원회를 구성하여 직접적인 의사결정에 참여하는 것은 직접적(direct) 참여, 주민이 정부대표 혹은 정당의 선출에 영향력을 행사하여 주민이 추구하는 정책을 실현하도록 하는 것은 간접적(indirect) 참여로 분류된다(Gill Walt, 1994).

참여유형을 구분하는데 있어 아른스타인(Arnstein)의 참여단계모형은 가장 잘 개발된 이론으로 평가되고 있다.<sup>3)</sup> 아른스타인은 참여의 단계를 주민의 참여수준에 따라 비참여의 단계, 형식적 참여의 단계, 그리고 주민이 주도적으로 행정을 처리하는 주민권력의 단계로 나누고 있으며, 이들 각각의 단계마다 세부적 참여유형을 포함하고 있다(표 1).

아른스타인이 제시한 주민권력의 단계에 도달하기 위해서 보건사업의 계획과 조정과정에서 주민들의 의사가 제대로 반영되도록 하는 제도적 장치 및 조직, 기전이 필요하다(한국지방행정연구원, 1989). 이는 의사결정과정에서 주민이 권한의 정도를 얼마만큼 가지고 있는가

3) 아른스타인의 참여단계모형은 참여의 수준을 정교하게 구분하고 있긴 하지만, 정적이어서 의사결정과 집행과정에서 이루어지고 있는 의사결정의 역동적이고, 상호작용적인 특성을 제대로 반영하지 못한다는 단점이 있다. 의사결정과정에서 다양한 이해집단간의 의견이 때로는 조화를 이루기도 하지만 대부분 갈등을 유발하고 있어, 아른스타인의 참여유형으로 이들을 다 포괄하여 해석하기란 어렵다. 또한 다양한 보건서비스에서 다양한 수준의 참여가 동시에 이루어지는 경우도 있으나, 그의 모형은 참여의 동시성을 제시하지 못한다고 평가되고 있다(Sarah Curtis et. al, 1996).

<표 1> 아른스타인(S.R. Amstein)의 참여 단계

주민통제 (citizen control)	주민이 기획, 정책입안, 프로그램관리 등 모든 업무를 관장한다.	주민권력의 단계 (degree of citizen power)
권한이양 (delegated power)	주민은 의사결정과정에서 이양된 권한을 갖고, 위원회(committee)에서 다수 의석을 차지하여 참석한다.	
협동관계 (partnership)	주민과 권력소유자간의 협상을 통해 권력재분배가 가능하며, 기획과 의사결정 책임은 공유된다. 합동위원회(joint committee)를 통해 적극적인 주민의견투입이 가능하다.	
완화 (placation)	다양한 기전을 통해 (선택된 일부) 주민들에게 조언할 기회를 주거나, 기획을 하도록 허용한다. 그러나 조언의 합법성 혹은 실행가능성 여부를 판단할 권리는 권력을 가진 자에게 있다. 위원회를 통한 의견제시, 수렴이 그 예이다.	형식적 참여단계 (degree of tokenism)
상담 (consultation)	서베이, 대중조사, 집회, 공청회를 통한 방법으로, 이에 대한 통제는 권력을 가진 사람에게 있다.	
정보제공 (informing)	일방적인 정보제공을 강조하나, 환류에 대한 통로가 없다. 자료제공, 문의에 대한 응답이 그 예가 된다.	
치료 (therapy)	참여자를 '치료'의 수용자로서 제한시킨다(동의하지 않는 자는 교육 또는 정보를 받지 못한다). 행정지도 등이 그 예이다.	비참여의 단계 (nonparticipation)
조작 (manipulation)	선전계몽(PR)으로 참여를 왜곡하고, 시민을 '고무도장' 차문체로 둔다. 주민교육, 설득, 계몽, 제시의 형태가 그 예이다.	

출처 : Sarah Curtis and Ann Taket, Health and Society, 1996, pp 226.

박연호, 행정학신론, 1991, pp 823.

에 따라 결정되며 사회의 민주화 정도와 연관성이 크다(김용익 외, 1990). 참여의 기전과 조직이 다원화될수록, 즉 참여통로<sup>4)</sup>가 많을수록 그만큼 주민의 다양한 의견을 반영할 수 있는

4) 행정절차에서 여론수렴과정을 다원화하고 주민의 행정참여의 폭을 확대하고 주민의 자치역량을 실현하기 위한 목적으로 주민참여방안을 제도화하여 운영하고 있는데, 이러한 제도를 참여통로라 한다(한국지방행정연구원, 1989). 행정에서 주민참여 통로로 활용되고 있는 것은 정책자문위원회, 공개청문회, 반상회, 기관장의 주민과의 대화, 사랑방 순회좌담회, 전시회, 매스미디어, 설문조사방법, 시민운동, 행정상담위원회 제도, 아이디어 창안, 시민투표, 편지보내기, 종합이동관서제, 진정과 청원, 그리고 시민회의 등이 있다(박연호, 1994).

기회가 증가하므로 참여의 수준은 향상된다.

일본은 지방자치제도가 이미 뿌리를 내렸으며, 시정촌에서 기본계획을 수립하는데 있어서 심의회, 주민의식 조사, 주민집회 등 다양한 수준의 주민참여 방식을 활용하고 있다(한국지방행정연구원, 1989).

<표 2> 일본 시정촌 기본계획수립과정에서 활용하고 있는 주민참여 방식

주민참여방식	시의 수
심의회	87
주민의식 조사	80
제언(의견 제출)	49
시 또는 시의 부속기관이 주최하는 주민집회	45
계획 초안의 공표	34
심의회를 대신하는 기관	15
작문, 논문 등의 모집	14
기타 주민참여 방식	10
모니터 제도	5

출처 : 한국지방행정연구원, 지방자치시대의 주민참여확충방안 연구, 1989, pp 29.

우리 나라는 1987년 이후 민주화 운동을 계기로 하여 시민의식이 급성장하였으며, 1995년에 광역 및 기초 자치단체장 및 의회의원의 직선제를 채택·시행하여 민주화 및 지방 분권화의 제도적인 틀을 갖추었으며, 이를 통해 주민참여의 기본 전제조건이 이미 마련되었다(송인성, 1996). 그러나 지역사회 주민의 의견을 반영할 수 있고, 이들의 요구에 맞게 지방 행정을 수립할 수 있는 제도는 아직 미확립상태이다. 주민참여가 미사여구가 아닌 현실적으로 운영가능한 목적 및 +수단이 되기 위해선 지역보건의료계획 단계에서부터 주민참여를 보장할 수 있는 방안이 제도적으로 마련되어 제시되어야 한다(건강사회를 위한 보건의료인 연대회의, 1992). 다양한 지역주민의 요구와 의견이 수렴되어 반영될 수 있도록 다양한 주민참여통로가 개설되어 운영되어야 하며, 이들의 효율적 운영방안을 마련하기 위해 현실에서 이루어지고 있는 주민참여통로 양상을 파악할 필요가 있다.

정부는 지난 1994년부터 농어촌특별세사업을 시행하여 농어촌 지역에서 지역보건의료계획서와 개선사업계획서를 작성하여 제출하도록 하였으며,<sup>5)</sup> 또한 지역보건법을 마련함으로써

1996년부터 전국의 기초자치단체장은 “지역보건의료계획”을 작성하도록 하였다.<sup>6)</sup>

이에 본 연구는 지역보건의료계획 수립과정에서의 주민참여 실태를 파악하기 위해 어떠한 주민참여 통로가 실제 활용되고 있는지를 조사하고, 이들 참여통로의 활용이 계획에 어떠한 영향을 미치는 가를 분석하여, 향후 지역보건의료계획 수립과정에서 활용될 수 있는 효과적이고 효율적인 참여통로, 즉 주민참여방안을 개발하기 위한 정책자료를 도출하는 것을 목적으로 하고 있다.

## II. 연구방법

### 1. 분석 자료

본 연구에서는 지역보건의료계획 수립과정에서의 주민참여실태와 이에 미치는 영향을 살펴보기 위해 1997년에 농어촌의료서비스개선사업의 지원요구자료로 제출된 141개 보건소의 지역보건의료계획서를 기초 자료로 활용하였다. 자료 중 지역보건의료계획 작성과정에서 나타난 주민참여 통로를 확인하여 변수화하였으며, 지역보건의료계획 평점도 변수처리하여 분석자료로 사용하였다.

#### 1) 지역보건의료계획서 작성과정에서 권장된 주민참여 통로

보건사업에서 주민참여 통로의 활용은 사업의 계획, 집행, 평가단계에서 다양하게 이루어질 수 있다(정세형, 1987). 본 연구는 계획단계에서 발생하는 주민참여에 국한하여 그 실태 및 주민참여가 계획수립에 미친 영향을 분석하는데 초점을 두고 있다. 계획단계에서의 주민참여는

- 
- 5) 1994년부터 농어촌 지역의 공공보건기관(보건소, 보건의료원, 보건지소, 보건진료소)의 시설 및 장비를 효율적으로 개선시키기 위하여, 자치단체간 경쟁 및 포괄적 지원을 원칙으로 한 농어촌의료서비스개선사업이 시행되었다. 이를 위해 각 자치단체는 지역보건의료계획을 작성·제출해 왔으며, 이 계획서는 평점되어 농특세자금 지원대상의 선정근거자료로 활용되었다. 계획서 작성을 위하여 보건복지부와 농어촌의료서비스기술지원단에서 ‘지역보건의료계획 작성지침’을 개발하여 각 지역에 배부하였으며, 작성지침에서 지역보건의료계획 수립시 지역사회 참여를 활용하도록 권장하는 내용이 포함되어 있다(보건복지부·농어촌의료서비스기술지원단, 1995;1996).
- 6) 지역보건법 제2조에서 지역보건의료계획 수립 및 집행에 관련된 국가와 지방자치단체의 의무를 규정하고 있다(1995. 12. 29. 법률 제5101호).

<표 3>에 제시된 주민참여 통로의 활용을 통해 조장될 수 있으며, 의사 결정에의 참여 형태 별로 직접적 참여와 간접적 참여 통로로도 구분지을 수 있다. 이들 통로들은 지역보건의료계획 작성지침(보건복지부 외, 1995; 보건복지부, 1996)에서 제시되어 지역보건의료계획을 수립하는 과정에서 활용하도록 권장되었다. 이러한 주민참여통로 이외에 지역보건의료계획 작성실무팀은 계획 작성에 있어서 필수적으로 구성되어야 하며, 이들은 주민과 직접적으로 대응하여 의사소통하는 주민참여의 또하나의 주체이므로(김석배, 1986), 주민참여에 큰 영향을 미칠 수 있다. 따라서, 보건소내 실무팀 구성도 지역보건의료계획 작성에 영향을 미치는 요인으로 포함되었다.

<표 3> 지역보건의료계획 작성지침에 제시된 주민참여통로 유형

주민참여통로 유형	특성
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 주민서베이</li> <li>- 주민의견서</li> <li>- 공청회</li> <li>- 지역보건의료계획 공고</li> <li>- 심의위원회</li> </ul>	주민의 직접적(direct) 참여; 완화, 상담
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 지방의회 의견서</li> <li>- 기초자치단체장 의견서</li> </ul>	주민의 간접적(indirect) 참여
<ul style="list-style-type: none"> <li>- (계획작성) 실무팀 구성</li> </ul>	주민과 대응하는 참여의 또하나의 주체

## 2) 지역보건의료계획서 평점

지역보건의료계획서는 기초자치단체(보건소)에 의하여 작성되어, 시·도를 경유하여 보건복지부에 제출되었고, 농어촌의료서비스 기술지원단에서 구성한 '평가위원회'에 의하여 평가절차에 따라 평점되었다. 계획서의 내용은 지역보건의료계획의 달성목표, 지역현황과 전망, 지역보건의료기관과 민간의료기관간의 기능분담 및 발전방향, 보건소 업무의 현황과 추진계획(11가지 보건사업), 공공보건의료기관의 확충 및 정비계획 등으로 구성되어 있으며(표 4), 계획서는 내용의 구체성, 적절성, 충실성, 현실타당성, 그리고 정확성 등을 기준으로 평점이 매겨졌다. 평가위원회는 지역보건과 관련있는 관계공무원과 대학교수, 그리고 연구기관의 연구원으로 구성되었다. 보건소 1개소당 4명의 평가위원이 배정되었고, 상하점을 제외한 나머

지 2개의 평점의 평균이 지역보건의료계획 평점으로 산출되었다.

평가항목 중 별첨자료는 주민참여통로의 활용과 관련된 증빙서류를 제출하도록 요구된 것이며, 이들에 대한 평점(6점)을 제외한 나머지 평점, 즉 74점을 지역보건의료계획 평점으로 분석에 사용하였다. 또한 1997년에 141개 농어촌 지역에서 제출한 지역보건의료계획서는 1996년까지 농특세가 지원된 지역을 제외한 나머지 지역에 대해서만 평점이 매겨져, 평점자료가 있는 지역보건의료계획서는 64개소 뿐이므로 이들만을 회귀분석에 사용하기로 하였다.

<표 4> 지역보건의료계획서 구성내용별 배점

구성내용	배점
지역보건의료계획의 달성목표	6
지역현황과 전망	18
지역보건의료기관과 민간의료기관간의 기능분담 및 발전방향	14
보건소 업무의 현황과 추진계획(11가지 보건사업)	24
공공보건의료기관의 확충 및 정비계획	12
별첨자료 (의회의견서, 자치단체장 의견서 등)	0(6)
계	74(80)

## 2. 분석 방법

주민참여 실태를 파악하기 위하여 141개 보건소에서 제출된 지역보건의료계획서를 전체적으로 검토한 후 계획수립에 활용된 주민참여통로를 확인하였으며, 이를 근거로 조사표를 구성하였다(표 5). 조사표에 근거하여 참여통로 활용여부 및 그 수준을 자료화하였으며, 도수 및 백분율을 위주로 기술분석하였다. 다음으로 주민참여통로 활용이 지역보건의료계획에 어떠한 영향을 미쳤는가와 주요한 영향을 미친 주민참여통로를 확인하기 위하여 회귀분석을 실시하였으며, 이때 평점자료가 있는 64개 보건소만이 분석대상이 되었다.

## 3. 연구의 제한점

지역보건의료계획서는 서류제출되어 평가되었기 때문에, 실제 보건소에서 주민참여 통로를



활용하고서도 서류에 기재하지 않은 곳은 참여통로를 활용하지 않은 것으로 분류되므로 자료의 정확성에 영향을 미치게 된다. 그리고 회귀분석에서 주민참여통로 활용 여부만으로 그 영향여부를 살펴보았다. 따라서 지역보건의료계획 수립과정에서 나타난 참여통로 활용의 다양한 정도에 따른 지역보건의료계획에 미치는 효과는 파악하지 못하였다. 마지막으로 본 연구에서는 농어촌지역의 지역보건의료계획서만을 분석대상자료로 하였고 때문에 연구결과를 일반화하여 확대해석하기에는 제한점이 있다.

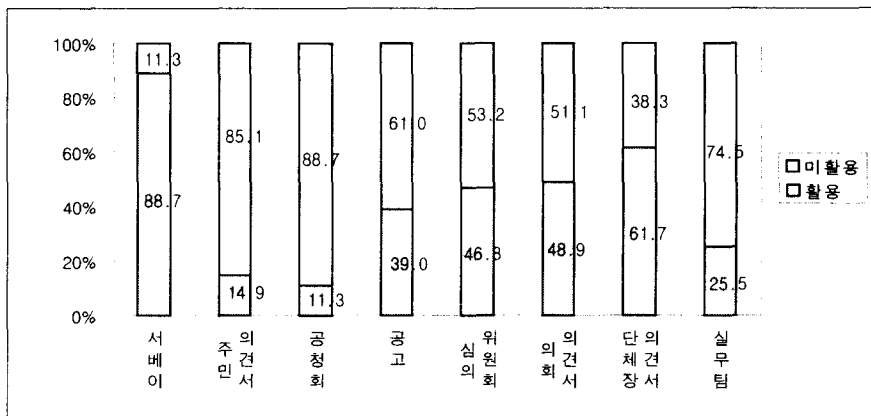
<표 5> 지역보건의료계획서 중 주민참여통로에 관한 조사표 구성

분류	항목	내용
주민 참여 통로 활용 현황	1. 주민 서베이	서베이 실시 여부 (예/아니오) 서베이 대상인구 규모 (전체 인구중 백분율(%)) 표본추출방법 (임의/무작위 추출할당) 지역사회 진단 자료 활용 여부 서베이 수행시 대학참여 여부 서베이 수행 인력
	2. 주민의견서	제출여부 (예/아니오) 제출한 주민 유형 및 주민의견서 내용
	3. 공청회	실시여부 (예/아니오) 공청회 참석 주민 유형
	4. 지역보건의료계획 공고	공고실시여부 (예/아니오) 공고 기간 및 장소
	5. 지역보건의료심의위원회	심의위원회 구성 및 개최 여부 (예/아니오) 심의위원회 회의 건수 및 구성원 유형, 인원수
	6. 의회의견서	제출여부 (예/아니오)
	7. 단체장의견서	제출여부 (예/아니오)
	8. (계획작성) 실무팀	실무팀 구성 여부 (예/아니오) 실무팀 구성원 유형 및 인원수 실무팀 회의 건수 및 기간
	결과	9. 지역보건의료계획

### Ⅲ. 연구결과

#### 1. 주민참여통로 활용 실태

지역보건의료계획서를 작성하는 과정에서 141개 보건소의 88.7%가 주민참여통로로 서베이를 실시하였으며, 주민의견서 제출은 14.9%, 공청회 실시는 11.3%, 공고 실시는 39.0%, 심의위원회 개최는 46.8%, 의회의견서 제출은 48.9%, 단체장의견서 제출은 61.7%, 그리고 실무팀 구성은 25.5%의 보건소에서 활용되었다. 다양한 주민참여통로가 활용되고 있었으나, 서베이 실시를 제외한 나머지 참여통로의 활용정도는 전체적으로 낮았다(그림 1).



<그림 1> 주민참여통로의 활용 여부

#### 1) 주민 서베이 실시

주민 서베이는 지역주민의 건강수준 및 요구, 수요, 그리고 건강과 관련한 인식도 및 행태를 평가하는 직접적 통로이다. 이러한 서베이 결과는 보건의료서비스 계획의 기초자료로 활용된다. 지역보건법 시행령 제4조에서 '지역보건의료계획을 수립하기 전에 지역내 보건의료 실태와 지역주민의 보건의료의식·행태 등에 대하여 자료를 수집하고 이에 필요한 조사를 실시하여야 한다'라고 명시하고 있으며, 이 서베이 결과를 지역보건의료계획에 반영토록 하고 있다.

지역사회 건강수준과 관련하여 음주, 흡연, 건강검진현황 조사를 한 보건소는 125개소

(88.7%)로, 대부분의 보건소가 지역보건의료계획 수립을 위한 기초자료 수집과정에서 서베이를 실시하였다고 볼 수 있다. 서베이를 실시한 보건소 중에서 지역사회진단자료를 포함하여 제출한 보건소는 18개소이며, 이는 주로 방문보건사업을 통해 얻어진 자료이다.

서베이를 실시한 지역의 경우 서베이 대상인구의 규모는 평균 6,543명, 표준편차는 15,325명으로 지역간 차이는 상당히 크다(최소 : 50, 최대 : 121,495). 서베이 대상표본인구가 지역사회 인구의 10%이상을 차지하는 보건소는 17.6%로 이들은 이미 지역사회 진단을 위해 자체적으로 구비해왔던 자료를 이용한 것으로 보인다. 이들 보건소에서 서베이를 실시할 때 표본추출방법으로 53.3%가 일부 지역을 임의적으로 선정하였으며, 39.0%가 5개 이상의 읍면에 걸쳐 임의선정하였고, 7.6%만이 무작위 표본추출방법을 사용하였다.

<표 6> 지역인구 대비 서베이대상표본인구 비율

표본 비율	빈도(개소)	백분율(%)
1%미만	56	44.8
1%이상 2%미만	17	13.6
2%이상 3%미만	10	8.0
3%이상 4%미만	8	6.4
4%이상 10%미만	12	9.6
10%이상 20%미만	8	6.4
20%이상	14	11.2
계	125	100.0

<표 7> 서베이 수행에서의 표본추출방법

		빈도(개소)	백분율(%)
임의추출	지역편중	56	53.3
	지역분산	41	39.0
무작위추출		8	7.6
계		105	100.0

그외에 6개 보건소가 대학과 공동으로 서베이를 실시한 것으로 보고되었으며, 대학들은 주로 해당지역에 위치하거나, 혹은 지리적으로 인접한 대학으로 지리적으로 연계하기 용이했을 것으로 보인다. 32개 지역에서 서베이를 수행한 인력을 기입하였으며, 이들은 주로 보건진료원, 보건지소의 통합요원, 보건소 요원이었다.

## 2) 주민의견서 제출

주민의견서는 지역보건의료계획안에 대한 주민의 찬성, 반대 여부, 기타 의견을 표출할 수 있는 통로가 된다. 주민의견서의 제출은 새로운 서비스 개발에 관련하여 주민의 요구가 반영되었는가 여부를 확인하고, 보건지소 통합과 같은 지역주민의 갈등과 마찰을 유발할 수 있는 사업의 계획 초기에 지역사회주민을 참여시켜 이들의 의견을 조율하여 사전에 갈등과 마찰을 최소화하기 위한 합의의 절차가 될 수도 있다.

주민의견서를 제출한 곳은 141개소 중 21개소(14.9%)였다. 주민의견서의 내용은 주로 보건지소의 통합에 관련한 찬반의견이 주를 이루었으며, 그 외에는 지역보건의료사업의 확충에 대한 요구사항과 관련되어 있었다.

## 3) 공청회 개최

공청회는 지역보건의료계획안을 수립하여 이를 직접 주민에게 알리어 주민의 요구와 이해에 부합하는지에 대한 확인과 의견수렴 및 조정과정을 거치는 절차이다. 만약, 주민의 이해와 요구에 부합하지 않는다면 계획안을 수정하여야 한다.

지역보건의료계획수립 과정에서 공청회를 개최한 보건소는 16개소(11.3%)였다. 공청회 참석자들은 지역주민 뿐만 아니라 관계공무원 및 각종 민간단체가 주를 이루었다.

## 4) 지역보건의료계획서 작성 공고

지역보건의료계획의 공고는 지역보건의료계획안이 작성되어 주민에게 편람된 후, 이에 대한 주민의 의견을 수집하기 위한 절차이다. 즉 지역보건의료계획 수립 전반에 대한 정보를 주민에게 제공하고 이에 대한 주민의견을 반영시키는 통로가 된다. 지역보건법 시행령 제4조에서 “지역보건의료계획을 수립하는 경우에는 그 주요내용을 2주이상 공고하여 지역주민의 의견을 수렴하여야 한다”고 명시하고 있다.

지역보건의료계획서를 공고한 보건소는 141개소 중 55개소였다(39.0%). 주요 공고장소는 읍면동사무소(38.2%)와 보건소(34.5%)의 게시판이었다(표 8). 지역보건의료계획서의 공고기간을 기입한 곳은 전체 141개 보건소 중 43개소로, 공고일수<sup>7)</sup>는 평균 13.5(±2.3)일이며, 빈도별로 보면 14일이 가장 많았다(표 9). 이는 지역보건법에 의한 규정에서 명시한 공고일수와 일치하였다. 지역보건의료계획서를 공고하는데 있어서 지방신문을 활용한 보건소는 28개소였으며, 이들은 주로 군보와 시보를 활용하였다.

<표 8> 지역보건의료계획서 공고 장소

구분	전체*	구청(시청)	읍면동 사무소	보건소	보건지소	보건진료소
빈도(개소)	55	11	21	19	8	2
백분율(%)	100.0	20.0	38.2	34.5	14.5	3.6

\* 공고를 여러 장소에 동시에 한 지역이 있으므로 전체는 개별 장소의 합(61개소)을 나타내지는 않는다.

<표 9> 지역보건의료계획서 공고일수

공고일수	빈도(개소)	백분율(%)
3일	1	2.3
8일	1	2.3
11일	1	2.3
12일	4	9.3
13일	7	16.3
14일	21	48.8
15일	6	14.0
16일	1	2.3
19일	1	2.3
계	43	100.0

7) 최초로 공고한 곳은 96.10.23부터 96.11.6까지, 최후로 공고한 곳은 97.04.16부터 97.4.30까지였다.

5) 지역보건의료심의위원회 개최

지역보건법시행령 제2조1항에 근거하여 지역보건의료심의위원회가 설치되어야 하고, 제3항에 근거하여 위원회는 위원장 1인을 포함한 20인이내의 위원으로 구성하되 지역주민, 보건의료관련기관·단체의 임직원, 보건의료관련전문가, 관계공무원 중에서 시·도지사 또는 시장·군수·구청장이 위촉 또는 임명하는 자로 하여야 한다.

심의위원회는 지역보건의료계획 작성과정에서 또는 작성결과에 지역사회 주민의 다양한 보건의료요구를 대표하여 반영시킬 수 있다. 또한 공무원 및 관련 단체를 계획의 초기단계에서부터 참여하게 함으로써 사업의 집행에 이들의 협조요청이 용이할 것이라고 예상할 수 있다.

141개 보건소 중 66개소(46.8%)에서 심의위원회를 구성하였다. 그러나 실제로 심의위원회를 개최하여 그 결과를 보고한 곳은 37개소(26.2%)에 불과하였다.

심의위원회의 평균 구성원수는 전체적으로 13.5명이다(표 10). 전체를 100으로 놓고 구성원 유형별로 비율을 살펴보면 관계공무원이 41.4%, 보건의료 관련기관 및 단체의 임직원은 32.6%, 주민은 20.0%, 전문가는 6.7%의 순으로 구성되었음을 알 수 있다.

<표 10> 심의위원회 구성요원의 부문별 평균인원수 및 비율

	전체	관계공무원	관련 단체 및 기관 임직원	관련 전문가	지역 주민
평균(명)	13.5	5.5	4.4	0.9	2.7
(표준편차)	(3.5)	(2.2)	(1.8)	(1.1)	(2.5)
비율(%)	100	41.4	32.6	6.7	20.0

6) 의회의견서 제출

의회 의원은 주민투표에 의해 직접 선출되므로, 대의민주주의 원칙에 따라 해당지역의 정책의결시 지역주민의 의견을 최대한으로 반영하려고 노력하고, 주민의 요구와 선호를 고려할 것이다. 1996년에 제정된 지역보건법에서는 의회에 대한 의무사항이 다음과 같이 명시되어 있다. 지역보건법 제3조 제1항의 규정에 의하여 관할 시·군·구의 지역보건의료계획을 제출 받은 시·도지사는 관할 시장·군수·구청장, 지역주민, 보건의료 관련기관·단체 및 전문가의 의견을 들어 시·도의 지역보건의료계획을 수립한 후 당해 시·도회의의 의결을 거쳐 보

건복지부장관에게 제출하여야 한다.

지역보건의료계획에 대한 의회의견서를 제출한 보건소는 141개 보건소 중에서 69개소 (48.9%)였다. 의견서를 제출한 보건소 69개소 중 43.5%는 의회의장 1인의 의견서를, 11.6%는 의회의원 다수의 서명을, 나머지는 원안가결을 했다는 서류만을 제출하여 의회의 의결이 대부분 형식적으로 이루어졌음을 알 수 있다.

<표 11> 제출된 의회의견서의 유형

	빈도(개소)	백분율(%)
의회의장 1인 의견서	30	43.5
의회의원 다수 서명	8	11.6
기타(원안가결 포함)	31	44.9
계	69	100.0

#### 7) 지방자치단체장의견서 제출

자치단체의 단체장도 지방자치제 실시에 따라 주민투표에 의해 직접 선출되므로, 대의민주주의에 따른다면 지방자치단체장 후보는 주민의 요구와 이해에 부응하려는 정책을 피력하고, 지역사회 주민들은 이를 근거로 단체장을 선출하게 된다. 그리고 자치단체장은 다음 선거에서 또다시 선출되기 위해 주민의 여론에 의거해 주민의 요구와 기대를 최대한 반영시킬 수 있는 지방정책을 실현하게 된다. 기초자치단체장은 지역주민의 관심과 의견을 수렴하여 지역보건의료계획을 작성해야 하며, 또한 계획 집행자의 역할도 수행해야 한다.

지방자치단체장의견서를 제출한 보건소는 87개소(61.7%)였다. 이는 의회의견서를 제출한 보건소보다 많은데, 그 이유로는 단체장의 의견서를 받는 절차 및 과정이 의회의견서를 받기 위한 의회심의 과정보다 덜 복잡하고 단순하기 때문으로 추측된다.

#### 8) 계획작성 실무팀 구성 및 운영

지역보건의료계획을 수립하는데 있어서 계획작성 실무팀은 지역주민의 건강향상을 위하여 보건행정업무를 대신하는 지역주민의 대리인으로서의 자격을 갖는다(김항규, 1994). 따라서 실무팀은 주민의 대리인과 같은 역할을 함으로써 지역보건의료계획에 주민의 이해와 요구를

반영하도록 노력해야 한다. 보건소는 주민에게 서비스를 직접 제공하는 기관으로 보건소 직원은 일상적으로 주민과 접촉하고 대화할 수 있는 기회를 가지며, 실무팀에 참여한 직원은 자신이 제공한 서비스에 대한 주민의 즉각적인 반응과 요구를 파악하여 이를 계획수립에 반영할 수 있다.

지역보건의료계획 작성지침에서는 지역보건의료계획 작성팀을 별도로 구성토록 요구하고 있으나 실제로 36개(25.5%) 보건소만이 실무팀을 구성하였으며, 실무팀 구성원을 기입하여 제출한 보건소는 35개소였다.

실무팀의 책임자는 주로 보건소장, 보건행정계장이 담당하였다. 그 외 부시장, 부군수가 맡은 곳도 간혹 있었다. 실무팀에 참여한 평균 인원은 13.3명이었다(표 12). 이들 참여요원의 유형별로는 계장급 이상이 평균 5명, 계장급 미만이 평균 9명 정도로 참여하였다.

실무팀이 계획 수립과정에서 개최한 회의건수는 3~18건으로 보건소마다 범위가 크다. 간혹 선진보건소 견학 및 자료수집을 위한 출장을 보고한 보건소가 일부 있어 열심히 계획을 수립하려 한 의지를 엿볼 수 있었다. 계획작성에 소요된 기간은 짧게는 22일(96.11.9-11.30), 길게는 4개월(96.8.20-12.20)이었다.

<표 12> 지역보건의료계획 작성 참여인력 구성

	전체	계장급(6급) 이상	계장급 미만
평균(명)	13.3	4.6	8.7
(표준편차)	(4.6)	(2.4)	(3.6)
범위	19	11	14

## 2. 주민참여통로 활용이 지역보건의료계획평점에 미친 영향

지역보건의료계획을 수립하는 과정에서 활용된 주민참여통로 중 심의위원회개최, 공고 실시, 의회의견서 및 단체장의견서 제출, 그리고 실무팀 구성이 지역보건의료계획 평점과 정(+)의 상관성이 있었다( $p < 0.05$ ,  $p < 0.001$ )(표 13). 그 중에서도 의회의견서의 제출 및 공고 실시는 다른 참여통로에 비해 비교적 상관계수가 커서( $> 0.4$ ), 지역보건의료계획평점에 유의한 영향을 미칠 것으로 예상된다. 또한 주민참여통로의 활용은 독립적으로 이루어지지 않았으며, 서로간에 상관성이 높았다. 단체장의견서를 제출한 보건소가 의회의견서 제출과, 공고 실시



를 동시에 활용한 경향이 크며, 심의위원회를 개최한 보건소가 공고실시를 같이 활용하였음을 알 수 있다.

<표 13> 관찰변수들간의 상관분석 결과

	평점	서베이	주민 의견서	공청회	심의 위원회	공고	의회 의견서	단체장 의견서	실무팀
평점	1.000								
서베이	0.069	1.000							
주민의견서	-0.012	0.040	1.000						
공청회	0.238	0.132	0.182	1.000					
심의위원회	0.250*	-0.243	0.255*	0.094	1.000				
공고	0.444**	-0.027	0.190	0.278*	0.534**	1.000			
의회의견서	0.475**	0.061	0.225	0.272*	0.441**	0.648**	1.000		
단체장의견서	0.337**	-0.128	0.238	0.153	0.405**	0.540**	0.696**	1.000	
실무팀	0.250*	-0.129	0.255*	0.308*	0.439**	0.244	0.371**	0.329*	1.000

\* p<0.05, \*\* p<0.001

주민참여통로의 활용여부가 지역보건의료계획 평점에 영향을 미칠 경우 어떤 통로가 가장 유의한지를 알아 보기 위해 다음의 회귀분석모형을 설정하였다. 모형에서 주민참여통로의 활용여부를 독립변수로 하였으며, 참여통로를 활용한 경우를 1로, 활용하지 않은 경우를 0으로 놓았다. 종속변수는 지역보건의료계획의 평점으로 평균은 55.2(표준편차 6.95)점으로, 최소값은 39.5이며 최대값은 70.5로 연속변수로 처리되었다.

$$Y_i = \alpha + \beta_1 X_{i1} + \beta_2 X_{i2} + \beta_3 X_{i3} + \beta_4 X_{i4} + \beta_5 X_{i5} + \beta_6 X_{i6} + \beta_7 X_{i7} + \beta_8 X_{i8} + \varepsilon_i$$

$\alpha$  : 절편(intercept)

$\beta_1, \beta_2, \beta_3, \beta_4, \beta_5, \beta_6, \beta_7, \beta_8$  : 계수(parameter)

$Y_i$  : 지역보건의료계획 평점

$X_1$  : 서베이 실시 (1 : 활용, 0 : 미활용)

$X_2$  : 주민의견서 제출 (1 : 활용, 0 : 미활용)

$X_3$  : 공청회 개최 (1 : 활용, 0 : 미활용)

$X_4$  : 지역보건의료계획 공고 (1 : 활용, 0 : 미활용)

$X_5$  : 지역보건의료심의위원회 개최 (1 : 활용, 0 : 미활용)

$X_6$  : 지방자치회의의견서 제출 (1 : 활용, 0 : 미활용)

$X_7$  : 지방자치단체장의견서 제출 (1 : 활용, 0 : 미활용)

$X_8$  : 실무팀 구성 (1 : 활용, 0 : 미활용)

의회의견서 제출, 단체장의견서 제출, 그리고 공고 실시 등 참여통로변수간에 상관관계가 있으므로, 이로 인하여 회귀분석결과가 변수들간 다중공선성(multicollinearity)에 의한 영향을 받을 수 있다. 그러나 다중공선성 검정결과 변수간 다중공선성이 없는 것으로 나타났다(tolerance>0.1). 회귀분석결과에서 유의성이 낮은, 즉 p-value가 1에 가까운 주민참여통로변수를 제거하는 과정을 단계적으로 반복하였다(backward elimination, stepwise, forward selection regression). 최종적으로 의회의견서 제출과 지역보건의료계획서 공고실시가 지역보건의료계획 평점에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다(p<0.15). 이들을 제외한 나머지 주민참여통로의 활용은 지역보건의료계획 평점에 별 영향을 미치지 않았다.

<표 14> 주민참여통로 활용이 지역보건의료계획평점에 미치는 영향에 대한 회귀분석 결과

변수	계수	표준오차	Type II Sum of Squares	F	Prob>F
절편	51.62516586	1.10134602	81431.37394510	2197.23	0.0001
의회의견서	4.46185316	1.99885016	184.66580580	4.98	0.0293
공고	3.30992923	2.04746152	96.85506515	2.61	0.1111

\* F=10.57, p=0.0001

<Summary of Backward Elimination Procedure>

Step	Variable Removed	Number In	Partial R**2	Model R**2	C(p)	F	Prob>F
1	심의위원회	7	0.0000	0.2982	7.0011	0.0011	0.9741
2	단체장의견서	6	0.0001	0.2981	5.0054	0.0045	0.9470
3	서베이	5	0.0044	0.2937	3.3485	0.3555	0.5534
4	공청회	4	0.0073	0.2865	1.9185	0.5973	0.4427
5	실무팀	3	0.0113	0.2752	0.8021	0.9323	0.3382
6	주민의견서	2	0.0178	0.2574	0.1936	1.4698	0.2301
7	공고	1	0.0318	0.2256	0.6867	2.6134	0.1111

## IV. 고찰

1997년에 농어촌지역의 보건소가 지역보건의료계획서를 작성하는데 있어서 주민 서베이 실시, 공청회 개최, 공고 실시, 주민의견서 제출, 심의위원회 개최 및 지방자치단체의 의회의견서와 단체장의견서 제출, 계획작성 실무팀 구성이라는 다양한 유형의 주민참여통로가 활용

되었다. 이들 주민참여 통로는 직접적, 그리고 간접적 참여방식에 포함되며, 아른스타인의 참여단계에서 형식적 참여단계의 상담 및 유화에 해당된다. 지난날의 주민참여의 형태<sup>8)</sup>인 시범보건사업에서의 마을건강원, 보건지소(진료소)운영위원회는 주로 주민에 대한 일방적인 정보제공을 강조하였는데, 이와 비교하면 지금의 주민참여의 방식은 제도화된 형태로 변화, 발전하여 어느정도 참여수준이 향상되었음을 알 수 있었다.

그러나 지역보건의료계획서 작성시 주민참여통로의 활용실태를 분석한 결과에 따르면 서베이 실시(88.7%)를 제외한 나머지 주민참여통로의 활용정도는 저조하였으며, 또한 운영형태에서의 문제점으로 인해 형식적으로 이루어져 지역보건의료계획에 주민의 다양한 요구와 의사를 반영하지 못하고 있는 실정이다. 주민에게 정보를 제공하고, 주민의 요구와 의견을 전달하는 직접적 참여통로인 공청회 개최(11.3%), 공고 실시(39.0%), 그리고 주민의견서 제출(14.9%)은 매우 낮은 수준으로 활용되고 있었다. 또한 가장 많이 실시된 서베이조차 운영측면에서 많은 문제점이 발견되었다. 서베이 대상 인구가 일부 지역에 편중되어 임의표본추출되었으며(53.3%),<sup>9)</sup> 표본인구규모가 전체인구의 1%미만인 곳이 많아(44.8%) 서베이 결과의 정확성 및 신뢰성이 높다고 볼 수 없다. 서베이는 주민의 요구와 건강수준을 파악하기 위하여 실시되며, 그 결과는 지역보건의료계획 수립의 기초자료로 사용되므로 정확한 자료가 필수적이다. 따라서 정확성을 향상시킬 수 있도록 서베이방법에 관한 지침이 마련되어 보건소 직원 및 서베이 요원을 대상으로 한 교육이 이루어져야 할 필요성이 있다.

지역보건의료심의위원회를 구성한 지역의 경우, 심의위원회 구성원은 대부분 관계공무원(41.4%)과 관련기관 및 단체의 임직원(32.6%)이 주를 이루었으며, 주민(20.0%)과 전문가(6.7%)는 비교적 적었다.<sup>10)</sup> 심의위원회에 참여한 주민조차 지역사회 주민에 의해 직접 선출된 대표라기 보다는 임명적인 경우가 많아 주민대표성에서 문제가 유발될 가능성이 크며, 다양한 주민의 의견이 반영되기 어렵다. 전문가와 지역주민의 구성비가 다른 유형에 비해 적은

8) 우리나라에서 주민참여의 개념이 실질적으로 적용된 사례는 일부 지역에서 실시된 시범보건사업이다. 마을건강원, 지역사회주민조직사업인 운영위원회 및 보건지소(진료소)운영지원협의회, 전국민의료보험 실시이전에 시행된 의료보험시범사업과 신용협동조합사업 등이 그 예가 되며, 이들은 주민에 대한 일방적인 정보제공으로 수동적 참여를 유도하거나, 보험료의 형태로 기부를 받는 등 참여의 수준은 낮았다고 평가되고 있다(김용익, 1992).

9) 심지어 보건소에 내원한 환자, 민원인만을 대상으로 조사를 실시한 곳도 있었다.

10) 지역보건의료심의위원회에 참여한 관련기관 및 단체 임직원은 의사회, 약사회, 치과의사회, 지역의료보험조합의 임원 등이며, 주민은 주로 농어민후계자회장, 번영회장, 새마을협의회장, 리장대표 등으로 구성되어 있다.

것은 지역보건의료심의위원회의 소집을 직접 관장하는 실무팀의 주민참여에 대한 인식이 낮아 주민참여의 통로로서 심의위원회를 구성한 것이 아니라, 소집 및 운영이 용이한 관계공무원과 관련기관 및 단체 임직원으로 구성하였을 가능성이 크다. 참고로 덴마크에서 ‘합의회의’와 ‘지역사회워크숍’이 과학정책에 관한 주민의견을 반영시킬 수 있는 참여통로로 활용되고 있는데, 여기에 참여하는 주민은 참여의사를 밝힌 자원자 중에서 나이·성·교육·직업·거주지역 등 사회인구통계학적 기준에 따라 엄선되므로 다양한 계층의 주민의견이 정책에 반영되고 있다고 평가받고 있다.<sup>11)</sup> 우리 나라에서 이러한 방식을 그대로 도입하여 사용할 수는 없지만, 다양한 계층의 주민이 참여할 수 있도록 심의위원회에 참여시킬 유형별 구성원, 특히 주민의 범위에 대한 합리적인 기준 설정은 필요하다.

의회의견서 제출과 단체장의견서 제출은 간접적 참여의 형태로 볼 수 있는데, 다른 참여통로와 마찬가지로 이들의 활용정도도 낮은 편이다. 그러나 지방자치제 실시로 인한 분권화의 확립과 민주주의의 정착에 따라 자치단체의 주민에 대한 대응성도 커질 것으로 예상되며, 이에 따른 주민참여통로의 활용은 더욱 확대될 것으로 보인다. 회귀분석결과 지역보건의료계획에 유의한 영향을 미치는 주민참여통로는 의회의견서 제출과 공고실시로 나타났는데, 의회가 지역보건의료계획에 대한 관심과 의욕을 나타낸 곳과 지역주민에게 지역보건의료계획과 관련한 정보를 제공한 지역이 지역보건의료계획을 비교적 잘 수립하였다는 해석이 가능하다. 의회는 직접선거를 통해 선출되어 지역의 사업계획안 및 집행을 심의하기 때문에 의회의견서는 가치있고 현실적인 주민참여 통로로 볼 수 있다. 지역보건의료계획에서 의회의견서의 내용을 예산 및 인력 확보 등의 항목으로 구체화하도록 한다면 더욱 실질적이고 현실적인 유의한 주민참여 통로로 발전될 수 있을 것이다. 공고실시도 주민의 정보에 대한 접근성이 향상될 수 있도록 분산된 지역에서 주민과 친숙한 정보전달매체를 활용한다면 그 효과는 더욱 커질 것이다.

지역보건의료계획 작성지침에서 권장하고 있는 대부분의 주민참여통로의 활용이 계획평점에 유의한 영향을 주지 못하였는데, 우리나라에서 권장되고 있는 참여 형태가 형식적 참여단계에 해당하며, 이들의 운영형태도 앞서 언급한 바와 같이 형식적으로 이루어지고 있기 때문이다. 그 외에도 주민의 적극적이고 자발적 참여가 가능한 사회적 분위기가 성숙되지 않았다는 점을 이유로 들 수 있을 것이다. 다양한 주민의 요구와 의견이 지역보건의료계획에 반영

11) 보다 더 자세한 자료는 인터넷의 [www.ing.dk/tekraad](http://www.ing.dk/tekraad)에서 얻을 수 있음.

되기 위해서는 현재 마련되어 있는 참여통로의 효과적인 운영방안 도출과 계획작성자와 주민을 포함한 참여주체의 인식전환이 필요하다. 또한 주민참여를 조장할 수 있는 민주주의의 성숙, 주민에게 권한이양 및 책임증대 등을 뒷받침할 수 있는 사회정치적 분위기가 조성되어야 할 것이다.

## IV. 결론

1997년에 농어촌지역 보건소가 지역보건의료계획을 수립하는데 있어서 다양한 유형의 주민참여통로가 활용되었다. 이들 주민참여통로는 과거 지역보건시범사업에서 이루어진 주민참여형태(마을건강원 등)보다는 한단계 더 향상된 제도화된 유형에 해당되어 참여수준이 높아졌다는 점에서 바람직한 현상이라고 볼 수 있다. 그러나 참여통로를 실제 활용하는데 있어서, 서베이 실시를 제외한 대부분의 참여통로는 전체적인 활용정도가 낮고 형식적으로 이루어지고 있어 참여통로의 활용 그 자체만으로 지역주민의 다양한 요구와 의사를 반영하기 어려웠다.

주민의 권한이양 및 책임 증대 등을 실현할 수 있는 사회정치적 분위기가 성숙되지 않은 현실속에서 다양한 주민계층의 의사와 요구가 반영되어 실질적인 주민참여가 실현될 수 있게 하기 위해서는 현재 지역에서 운영하고 있는 참여통로를 효과적으로 활용할 수 있는 방안이 마련되어야겠다. 예를 들어, 주민서베이 방법에 관한 지침을 개발하여 교육을 실시하거나, 심의위원회의 구성방식을 개선하는 방안 등을 고려해 볼 수 있다. 이들 주민참여통로가 지역보건의료계획에 유의한 영향을 주기 위해서는 효과적인 활용방안에 대한 지속적인 교육과 주민에게 정보제공 및 책임이양 등의 폭넓은 주민지원방안이 필요하다. 지역보건의료계획 작성과정에서 의회의견서 제출과 공고실시가 유의한 참여통로로 확인되었으나 활용도가 낮으므로, 지역에서 이들 참여통로가 적극적으로 활용될 수 있는 방안이 검토되어야 하겠다.

## 참 고 문 헌

건강사회를 위한 보건의료인 연대회의, 『건강사회를 위한 보건의료』, 실천문학사, 1992

- 고성주, 『지역보건개발에서 주민참여의 개념과 전략-비판적 의료인류학의 시각』, 서울대학교 보건대학원 보건학 석사학위논문, 1989
- 김대희, 『보건에 있어서 주민참여방향 고찰-보건 행태, 의식변화의 새로운 입장을 지향하며-』, 서울대학교 보건대학원 보건학 석사학위 논문, 1990
- 김대희, 보건의료에 있어서 주민참여 개념의 검토, 『국민보건연구소 연구논집』 1991; 1(2):233-242
- 김석배, 주민참여에 대한 주민과 공무원의 행태, 『행정논집』, 청주대학교 사회과학대학 행정학과, 1986, pp 41-61.
- 김용익·김종호·안문영·이종구, 지역보건사업과 주민참여, 『90년대 보건의료정책의 발전 방향』, 한국보건사회연구원, 1990
- 김용익, 보건의료 주민참여의 정의와 전략에 대한 연구, 『보건행정학회지』 1992; 2(2) :90-111
- 김향규, 『행정철학』, 대영문화사, 1994
- 보건복지부·농어촌의료서비스기술지원단, 『96 농어촌의료서비스개선사업지침』, 1995
- 보건복지부, 『97 지역보건의료계획서 작성지침』, 1996
- 문옥륜·조유향 편저, 『지역보건계획』, 고려의학사, 1995
- 박연호, 『행정학신론』, 박영사, 1991
- 보건복지부 지역의료과, 『지역보건법 개정안』, 1995
- 서울대학교 의과대학 의료관리학교실 율김, 『보건의료발전을 위한 지역주민참여-새로운 보건의료를 향하여』, 1994
- 송인성, 지방자치시대의 지역개발 방안, 『시정지기-광주YMCA 시정지기단 활동보고서/1995』, 1996
- 정경균 외, 『보건사회학』, 서울대학교출판부, 1991
- 정세형, 『지방행정학』, 법문사, 1987, pp 265
- 한국지방행정연구원, 『지방자치시대의 주민참여확충방안 연구』, 1989
- Al-Mazroa Y, Al-Shammari S. Community participation and attitudes of decision-makers community involvement in health development in Saudi Arabia, Bulletin of the World Health Organization, 1991; 69(1): 43-50
- Bernejo A, Bekui A. Community participation in disease control, Soc. Sci. Med. 1993;

36(9): 1145-1150

- Bichmann W, Rifkin SB, Shetha M. Towards the measurement of community participation, World Health Forum, 1989; 10
- Chaturvedi RM, Kartikenyan S. Obstacles to community participation in health care, World Health Forum, 1989; 10: 434-435
- Curtis S, Taket A. Health and Society, 1996
- Green A. An introduction to health planning in developing countries, Oxford University Press, 1992, pp59-65.
- McPake B, Hanson K, Mills A. Community financing of health care in Africa: An evaluation of the bamako initiative, Soc. Sci. Med. 1993; 36(11): 1383-1395
- O'Neill M. Quebec's health system: A strategy to curtail community empowerment?, International Journal of Health Services, 1992; 22(2): 287-301
- PAHO, Community participation in health and development in the Americas, 1984
- Sepehri A, Pettigrew J. Primary health care, community participation and community-financing: experiences of two middle hill villages in Nepal, Health policy and planning, 1996; 11(1): 93-100
- Stone L. Cultural influences in community participation in health, Soc. Sci. Med., 1992; 35(4): 409-417
- Walt G. Health policy-An introduction to process and power, 1994
- Waterston T. Community participation in health care, The Lancet, 1995; 346(September 30): 907
- Woelk GB. Cultural and structural influences in the creation of and participation in community health programmes, Soc. Sci. Med. 1992 ; 35(4) : 419-424