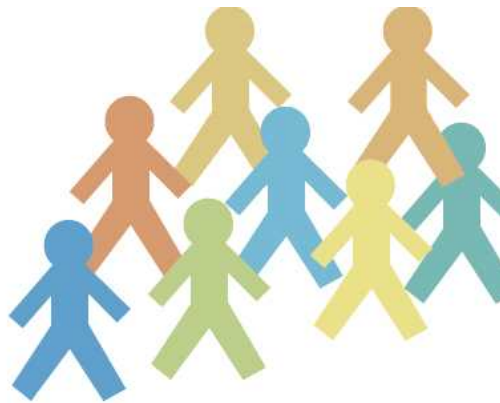




PHI Research Report 2013-01

PHI 연구보고서 2013-01



‘2012 내가 만드는 건강공약’을 통해 본 시민 참여 정책 결정의 가능성과 한계

모두가 건강한 사회를 만들어가는
시민건강증진연구소
People's Health Institute

PHI Research Report 2013-01

PHI 연구보고서 2013-01

제목: '2012 내가 만드는 건강공약'을 통해 본 시민 참여 정책 결정의 가능성과 한계

출판일 || 2013년 2월 28일

편집인 || 배은영(시민건강증진연구소)

공동저자 || 김향수(시민건강증진연구소)

배은영(시민건강증진연구소)

장민희(시민건강증진연구소)

최영철(시민건강증진연구소)

펴낸 곳 || (사) 시민건강증진연구소

서울시 서초구 방배로 140 인산빌딩 3층 302호

전화: 070-8658-1848 팩스: 02-581-0339

누리집: www.health.re.kr

전자우편: phikorea@gmail.com

ISBN || 978-89-966012-3-493330

서 문

2012년 한 해를 마무리하며 교수신문에서는 온 세상이 모두 탁하다는 뜻을 지닌 거세개탁을 2012년을 대표하는 사자성어로 뽑았다고 한다. 그러나 지나간 한 해가 탁하기만 했을까? 우울한 일도 많았고 힘빠지는 일도 많았지만 그래도 새로운 시도, 다시 일어서려는 노력도 어느 때보다 많았던 것이 작년 한 해가 아니었을까. 주로는 서울에서의 경험이지만, 어느 때보다 시민 참여의 장이 많이 펼쳐졌고, 천명의 시민들이 원탁에 모여 정책 우선순위를 논의하는 전대미문(?)의 사건이 발생한 것도 2012년이였다. 어디 서울뿐이라. 보건의료분야에서도 ‘보장성 확대의 우선순위’라는 쉽지 않은 주제를 가지고 전국에서 모인 시민들이 이틀에 걸쳐 함께 토론하는 자리가 국민건강보험공단에 의해 마련되었다. 다른 어느 분야보다 전문성이 강조되는 분야라 이러한 시도가 아직은 생소하지만, 보건의료정책이 시민의 삶에 미치는 영향을 생각하면 시민의 가치를 보건의료정책에 반영하고자 하는 노력은 꼭 필요하다.

본 연구는 이러한 배경에서 시작되었다. 보건의료정책결정과정에 시민이 참여할 수 있는 다양한 방안을 모색하고 실제 참여 사례를 통해 시민참여의 의의를 확인하고 방법론적 쟁점을 검토하며, 시민참여의 활성화를 위해 필요한 사항을 점검하고자 하였다. 특히 2012년은 선거의 해인만큼, 다음 정부의 보건의료정책의 방향을 가늠할 공약을 만드는 과정에서부터 시민의 목소리를 모아보고자 하였다. 공약으로서의 완성도는 떨어진다 할지라도 생활의 경험에서 우러난 시민들의 생생한 목소리를 듣고자 했고, 공약이 주목해야 할 현장의 목소리를 전달하고자 했다. 그렇게 마련된 행사가 ‘2012 내가 만드는 건강공약’이다. 이 행사는 정책 의제 선정단계에서 시민참여가 어떤 식으로 이루어질 수 있는지를 보여준 사례이다. 진행과정에서 참여시민 모집의 어려움, 충분한 토론시간 부족 등의 한계도 경험하였지만, 보건의료정책 결정에 참여하고자 하는 시민의 의지와 역량을 확인하는 자리이기도 했다.

본 보고서는 ‘2012 내가 만드는 건강공약’을 준비하기까지 연구진의 경험과 평가를 정리한 결과물이다. 비록 한계도 많았던 행사였지만, 또 다른 시민참여의 사례를 만들고 확산시켜나가는데 작은 주춧돌이라도 되길 바라는 마음으로 그간의 노력들을 담아보았다.

끝으로 지면을 빌어 ‘2012 내가 만드는 건강공약’의 주인공인 참여 시민 모두, 그리고 행사 진행에 도움을 준 서울의대 김운 교수, 서울대 보건대학원의 유명순 교수를 비롯하여 서울대 보건대학원의 석박사과정 학생여러분, 시민건강증진연구소와 건강세상네트워크의 활동가 여러분께도 감사의 인사를 드린다.

요 약

1. 연구 배경 및 목표

보건의료정책이 시민의 삶에 미치는 영향은 매우 크며, 이들 정책이 갖는 사회적, 정치적, 윤리적 함의 또한 간과할 수 없는 바, 시민의 가치, 관점을 정책에 적극 반영할 필요가 있다. 본 연구는 시민참여의 이론적 토대를 점검하고, 국내외 다양한 시민참여사례를 통해 효과적인 시민참여의 방안을 모색하며, ‘2012 내가 만드는 건강공약’ 사례를 통해 시민참여의 양적, 질적 확산을 위한 토대를 구축함을 목적으로 한다.

2. 시민 참여와 숙의민주주의의 이론적 고찰

참여 민주주의와 숙의 민주주의에 대해서는 다양한 이론적 전통과 역사가 존재한다. 여기에서는 그 이론들이 현실적으로 어떻게 적용되고 해석될 수 있는가에 주목하고자 한다. 숙의와 참여에 대한 이론은 서로 비판적인 지점에 서 있기도 하였으며, 숙의 민주주의 이론가들은 대중 참여에 대해 회의적 시각을 가지기도 했다. 그러나 현재 숙의적 참여의 실제 구현 프로그램들은 대중의 사려 깊은 결정 능력에 대해 낙관적인 입장을 취하고 있다. 심의의 날(Deliberation day), 시민배심원(Citizen jury), 주민참여 예산제 등은 선거상황과 복잡한 공적 사안들에 대해 임의로 선정된 시민들이 정제된 의사결정을 할 수 있다는 전제에서 출발하고 있다. 참여확대와 숙의의 질 사이의 연관성에 대해서 부정적이라고 하더라도 각기 다른 출발점으로부터 참여와 숙의는 긍정되고 있다. 참여와 숙의민주주의 이론을 다루는데 있어 견지해야 할 중요한 태도로 ‘민주주의는 과정으로 이해될 필요가 있다’는 점을 들 수 있다. 그 이유는 한편으로 참여와 숙의가 충분히 이루어졌다고 항상 보장하기 어렵고, 검토대상이 되는 새로운 입장과 견해가 늘 새롭게 대두될 것이며, 의사결정과 판단은 고정적 실체가 아니라 점진적으로 보완, 발전, 형성되는 것이라는 실용적인 이유들 때문이다. 또한 종결된 것으로 간주된 정치적 숙의는 억압적 권위를 획득할 수 있다는 점이다. 숙의의 결과는 언제나 가변적이고 잠정적이라는 유보적 태도를 가져야 정당성이 억압의 명분으로 이용되는 것을 막을 수 있다.

민주주의는 인간사회의 역동성과 비례해서 변화한다고 할 수 있다. 민주주의는 성취해야 할 어떤 단계 혹은 획득될 수 있는 고정된 실체가 아니라, 그 작동 자체가 목적이 되고 과정 자체가 결과가 되는 것이다. 그런 이유로 가장 좋은 민주주의는 어제의 민주주의를 폐기할 수 있는 민주주의라고 할 수 있다. 이러한 점은 참여의 과정이 연속적이어야 함과 더불어 의사결정이 언제든지 재고되고 변경될 수 있는 유연성과 개방성을 갖고 있어야 함을 의미한다.

3. 시민참여 유형과 사례

시민참여 모델은 여론조사에서부터, 공청회, 포커스그룹 인터뷰, 시민배심원에 이르기까지 실로 다양하다. Sheedy(2008)는 정책결정단계를 의제 설정, 분석, 설계, 중재, 평가로 나누고 각 단계마다 유용한 참여기법, 고려해야 할 사항 등을 정리하여 제시한 바 있다. 자세한 내용은 다음과 같다. 우선, 의제 설정단계에서는 심의적 여론조사, 21세기 타운미팅 등을 적절한 참여기법으로 제시한다. 두 번째, 분석 단계에서는 시민배심원, 시민합의회의 등을 적절한 참여기법으로 제시하였는데, 이들 기법은 모두 심도 있는 토론과 탐구를 허용하는 방법이다. 세 번째, 설계단계에서는 대안적 정책제안을 평가하고, 실행가능한 정책 문서를 개발하는 것이 목적인데, 이 단계에서는 21세기 타운미팅, 합의회의, ChoiceWork Dialogue 등의 방법을 사용할 수 있다. 네 번째, 프로그램을 실행하는 단계에서는 정책에 대한 대중의 인식과 지지를 제고하는 것을 목적으로 하며, 공청회나 주류언론을 통한 참여기법이 선호된다. 그리고 평가단계에서는 사회적 모니터링, 스코어카드와 같은 참여기법을 선택한다. 국내외 대표적 시민참여사례로는 다음과 같은 것이 있다. 시민배심원제도는 시민 배심원 참여의 질을 제고한 프로젝트로, 인구학적 대표성을 확보한 18~24명의 시민 패널들이 4~5일간 함께 모여, 공적으로 중요한 이슈를 검토하게 되는데, 배심원으로 활동하는 동안 다양한 전문가 증인들로부터 정보를 제공받게 되며, 상호 토론을 거쳐, 배심원 권고안을 작성. 시민배심원 방식을 채택한 대표적 사례로 영국 NICE의 시민위원회, 캐나다 온타리오주의 시민위원회를 들 수 있다. 주민참여예산제도는 우리나라에도 이미 도입된 제도로 시민참여의 대표적 사례 중 하나이다. 브라질 포르투 알레그레는 완전한 형태의 시민참여를 처음 실시한 곳으로 1년 동안 동네단위의 회합에서부터 시 전체를 포괄하는 회합까지 일련의 회합이 이어지며, 이 과정에서 지출 우선순위가 있는 항목들을 발굴하고, 지역을 대표하는 대의원들을 선출하며, 항목간 우선순위를 설정하는 일들이 이어진다. 참여예산제 도입 후 공공투자의 증가가 있었다고 하고, 특히 가난한 계층의 생활조건이 향상되었다고 함. 참여의 폭과 깊이라는 점에서도

성공적인 것으로 평가된다(이정훈, 2011). 그 외 선거제도 개혁을 논의한 브리티쉬컬롬비아의 시민의회, 21세기 마을회의의 사례도 있다. 우리나라의 경우 1990년대 말부터 과학기술 분야를 중심으로 수차례 시민합의회의가 개최되었으며, 2007, 2010년에는 건강보험 보장성을 주제로 한 시민위원회가 서울대학교 보건대학원 주최로 진행되었다. 2012년에는 국민건강보험공단에서 보장성강화 우선순위 결정을 목적으로 국민참여위원회를 개최한 바 있다.

4. 시민참여를 통한 건강공약 개발

대한민국 대통령 선거 정책공약은 직접 선거로 치러진 14대 대통령선거부터 시작되었다고 볼 수 있다. 직접 선거이후 나머지 대통령 선거에서는 후보와 소속정당들이 경쟁적으로 수많은 선거공약을 제시하였다. 하지만 이들 공약은 실현성이 없거나, 때로는 실현의지조차 없는 이른바 공약(空約)이었다. 이에, 2004년 총선부터 시민사회단체는 메니페스토 운동을 통해, 선거과정에 제시된 정책 공약이 당선 이후 실천 과정에서 시민들의 의사를 반영하며 실천하고 있는지와 공약이행여부를 분석하기 시작하였다. 이에, 정당들도 정책공약을 제시함에 있어, 정책 공약 제기 배경, 구체적 실현 방안, 소요 재원, 재원 조달방안 등을 구체적으로 제시하고 있다.

2002년 16대 대통령선거부터 시민사회단체들이 직접 보건의료분야 비전과 정책공약을 제시하며 목소리를 내기 시작하였다. 또한, 선거 메니페스토 운동은 선거과정에서도 정책공약이 유권자들의 의사를 반영하는지에 대한 평가가 필요하다고 제안하고 있지만, 시민들이 직접 정책공약에 참여하는 구체적 방안을 제시하지는 못하고 있다.

보건의료 분야 정책공약의 개발, 작성, 토론, 평가는 정치인, 정당, 전문가의 몫이었다. 특히, 보건의료 분야 정책공약은 전문가와 이익단체의 영향을 받아 왔다. 유권자가 선거의 주인이라 말하지만, 실상 유권자들은 정당과 후보측이 제시한 공약을 바탕으로 투표권을 행사하는 것 이상으로 후보와 정당의 공약에 실질적으로 간여할 수 없었다.

5. ‘2012 내가 만드는 건강공약’

‘2012 내가 만드는 건강공약’은 총 39명의 시민 참여자들이 모여 ‘시민의 공약’이라는 이름으로 15가지 보건의료 정책을 제안한 자리이다. 5개월 간의 사전 준비 과정을 거쳐 2012년 10월 13일에 행사를 개최하였다. 참여자들은 전국의 일반 시민을 대상으로 공개모집하였고,

보건의료계 관계자는 참여대상에서 제외하였다. 이 행사는 대선 후보자들이 제시하는 공약을 소비하는 객체가 아니라, 삶의 경험을 통해 구현하는 생생한 목소리가 바탕이 된 ‘생활의제’로서의 건강공약을 만드는 자리로서의 의미가 있었다. 1부와 2부로 나뉘어진 행사에서 시민들은 민주적 의사소통 방식을 학습하였고, 참여를 통해 공약을 만드는 과정 자체에 긍정적인 의미를 부여했다. 시민들에게는 사전, 사후 설문조사를 통해 행사를 평가받았고, 이 과정에서 시민들은 앞으로 보건의료 정책에서의 시민참여의 필요성을 적극적으로 제기하였다. 앞으로 공적 의사결정 과정에서도 시민참여를 위한 다양한 기회들이 마련되어야 할 것으로 보인다.

6. 결론

‘2012 내가 만드는 건강공약’은 참여시민 모집과정에서 많은 어려움도 있었지만, 시민의 참여 의지, 참여 역량을 확인하는 성과를 거두었다. 진행과정을 평가하자면, 개인의 경험에서 문제를 출발하였기 때문에 비교적 활발한 토론 참여를 유도할 수 있었고, 발언기회를 골고루 제공하였으며, 동적인 활동을 통해 참여 시민의 집중도를 높이는 효과도 있었다. 그러나 애초에 많은 관심을 두었던 ‘숙의’가 충분히 이루어졌는지는 다소 회의적이다. 내용적인 측면에서 보았을 때는 상대적으로 정책 영역에서 소외되었던 ‘시민참여의 제도화’라든지, ‘여성건강 관리시스템의 필요성’이 많은 참가자들의 공감을 얻었다는 점은 특기할 만 한 사항이다. ‘2012 내가 만드는 건강공약’과 같은 방식은 여러 가능한 시민참여 방식의 하나에 불과하다. 다양한 단위에서 다양한 방식으로 시민참여가 활성화됨으로써 우리 사회 전반의 ‘참여역량’을 강화할 필요가 있다.

<차 례>

서 문	i
요 약	ii
1. 연구 배경 및 목표	ii
2. 시민 참여와 숙의민주주의의 이론적 고찰	ii
3. 시민참여 유형과 사례	iii
4. 시민참여를 통한 건강공약 개발	iv
5. ‘2012 내가 만드는 건강공약’	v
6. 결론	v
1. 연구배경 및 목표	1
1.1. 연구배경	1
1.2. 연구목표	2
2. 시민참여와 숙의민주주의의 이론적 고찰	3
2.1. 시민참여	3
2.1.1. 참여민주주의	3
2.1.2. 시민참여와 대의민주주의의 관계	4
2.1.3. 시민참여의 영역과 정치의 확장	5
2.1.4. 참여민주주의에 대한 비판	6
2.2. 숙의 민주주의	7
2.2.1. 숙의민주주의의 문제의식	7
2.2.2. 숙의민주주의의 이론	7
2.2.3. 참여와 숙의	9
2.2.4. 숙의민주주의 비판	10
2.2.5. 참여와 숙의의 연속성	10

3. 시민참여 유형과 사례	11
3.1. 시민참여 유형	11
3.2. 국내외 시민참여 사례	15
3.2.1. 시민배심원제도	15
3.2.1.1. 영국 NICE의 시민위원회	18
3.2.1.2. 캐나다 온타리오 주의 시민위원회	19
3.2.2. 기타 시민참여 사례	20
3.2.2.1. 참여예산제	20
3.2.2.2. 브리티쉬컬롬비아 시민의회	23
3.2.2.3. 21세기 마을회의	24
3.2.3. 우리나라에서의 시민 참여 경험	25
3.2.3.1. 한국의 원자력중심 전력정책에 대한 시민합의회의	26
3.2.3.2. 건강보험보장성 확대에 대한 시민위원회 사례	27
3.3. 참여시민 모집	28
4. 시민참여를 통한 건강공약 개발	32
4.1. 공약의 의미	32
4.2. 보건의료공약의 변천과정	32
4.3. 18대 대선과 보건의료분야 주요 이슈	44
5. ‘2012 내가 만드는 건강공약’	49
5.1. 선거와 시민의 참여	49

5.2. ‘2012 내가 만드는 건강공약’의 문제의식	50
5.2.1. ‘2012 내가 만드는 건강공약’의 기획 의도	50
5.2.2. ‘2012 내가 만드는 건강 공약’의 준비 과정	50
5.2.3 ‘2012 내가 만드는 건강공약’ 행사 프로그램 요약	52
5.3. 시민에 의한 ‘시민의 공약’	53
5.3.1. 1부 ‘내가 제안하는 건강공약’의 내용	53
5.3.2. 2부 ‘조별 토론’에서의 의사결정 과정	55
5.4. 시민을 위한 ‘시민의 공약’	56
5.5. ‘2012 내가 만드는 건강공약’의 평가	59
5.5.1 기획 의도 실천에 대한 평가	59
5.5.2 참가자들의 평가	61
 6. 결론	 65
 § 참고 문헌	 67
 <부록 1> ‘2012 내가 만드는 건강공약’ 사업 진행 일정	 69
<부록 2>행사 참가자의 일반적 특성 및 설문조사 분석	71
<부록 3> 참가자들에 대한 사전설문지(동의서 포함)	79
<부록 4> 참가자들에 대한 사후 설문지(동의서 포함)	84
<부록 5> ‘2012 내가 만드는 건강공약’ 행사 중 전문가 발표 자료	92
<부록 6> ‘2012 내가 만드는 건강공약 행사 당일 모습	106
<부록 7> 일간지용 참가자 모집 광고	110
<부록 8> 참가자 모집 온라인 게시용 웹자보	111

<표 차례>

<표 1> 대표적인 주민 참여 모델	11
<표 2> 참여기법 선택의 틀	13
<표 3> 제 14대 대선의 정당별 보건분야 공약 내용	33
<표 4> 제 15대 대통령 선거의 정당별 보건분야 공약 내용	34
<표 5> 제 16대 대통령 선거의 정당별 보건분야 공약 내용	36
<표 6> 2002 16대 대선 후보에 대한 가난한 이들의 건강권 확보를 위한 연대회의 질의서	37
<표 7> 2002년 16대 대선후보에 대한 건강연대의 요구사항	38
<표 8> 제 17대 대통령 선거의 정당별 보건분야 공약 내용	39
<표 9> 2007 17대 대선에 대한 의료연대의 요구사항 (2007.11)	42
<표 10> 제 18대 대통령 선거의 정당별 보건·복지분야 공약 내용	44
<표 11> 2012년 18대 대선에 대한 의료민영화 저지와 무상의료 실현을 위한 운동본부의 8대 정책 요구	46
<표 12> 2012년 18대 대선에 대한 건강세상네트워크의 5대 정책요구	47
<표 13> ‘2012 내가 만드는 건강공약’ 시민 모집 일간지 광고 문안	51
<표 14> ‘2012 내가 만드는 건강공약’ 행사 일정표	52
<표 15> ‘2012 내가 만드는 건강공약’에서 제시한 시민의 공약	56
<표 16> ‘2012 내가 만드는 건강공약’ 평가 안건 요약	59

<그림 차례>

그림 1 정책 결정 과정에서의 시민참여에 대한 의견	63
그림 2 토론 과정에 대한 참가자들의 평가	63
그림 3 토론의 공정성에 대한 참가자들의 평가	63
그림 4 전문가 발표에 대한 참가자들의 평가	64
그림 5 재참가에 대한 참가자들의 의향	64

<부록표 차례>

부록표 1. 행사 참가자의 일반적 특성	71
부록표 2. ‘누구에게 투표하든 달라지는 것은 없을 것이다’ 진술에 대한 동의 정도	72
부록표 3. ‘정부는 무엇을 하려할 때 국민이 어떻게 생각하는지에 관해 관심을 기울인다’ 진술에 대한 동의 정도	73
부록표 4. ‘정치는 너무 복잡해서 나 같은 사람은 이해할 수가 없다’는 진술에 대한 동의정도	73
부록표 5. ‘나 같은 사람은 정부가 하는 일에 뭐라 얘기할 수 없다’는 진술에 대한 동의정도	73
부록표 6. 투표 시 고려 사항	73
부록표 7. 사전-사후 설문에서의 인식변화	74
부록표 8. 제시된 공약의 우선순위 판단에 필요한 정보의 충분성	74
부록표 9. 조별토론 시 균등한 발언기회 부여 여부	74
부록표 10. 토론과정에서의 토론자 상호 존중 정도	75
부록표 11. 토론과정의 공정성	75
부록표 12. 사회적 관점의 유지	75
부록표 13. 토론시간의 충분성	75
부록표 14. 전문가 발표의 난이도	76
부록표 15. 전문가 발표가 조별 토론에 미친 영향	76
부록표 16. 참여자 본인의 행사 참여 전 준비	76
부록표 17. 조별 토론규모의 적절성	76
부록표 18. 함께 토론한 동료에 대한 평가	77
부록표 19. 조별토론 진행자에 대한 평가	77
부록표 20. 토론공간에 대한 평가	77
부록표 21. 재참여 의사	77
부록표 22. 정책결정과정에서의 시민참여에 대한 의견	78
부록표 23. 건강/보건의료에 대한 가치	78

1. 연구 배경 및 목표

1.1. 연구 배경

전통적으로 보건의료는 기술적 전문성이 강한 영역으로 인식되어 왔다. 그러다보니 의사결정도 주로 전문가와 관료 중심으로 배타적으로 이루어져왔다. 그러나 과연 보건의료와 관련한 의사결정이 기술적인 것이기만 할까?

보건의료정책이 시민의 삶에 미치는 영향은 매우 크며, 이들 정책이 갖는 사회적, 정치적, 윤리적 함의 또한 간과할 수 없다. 그리고 보건의료의 이러한 측면은 전문가라고 해서 더 잘 판단할 수 있는 부분이 아니다. 일상을 살아가는 보통의 시민들이야말로 소위 말하는 ‘사회적 가치’를 가장 잘 구현할 수 있는 책임자가 아닐까?

다행히 최근 들어 보건의료 의사결정 과정에서 일반대중의 참여가 중요하다는 인식이 확대되고 있다. 영국의 경우 시민의회를 통해 보건의료 자원배분 결정에서 중요한 쟁점들을 논의하고 그 결과를 보고서로 정리하여 의료기술평가기관인 NICE의 의사결정에 활용하고 있다. 또한 정책결정 단계마다 시민들의 참여를 독려하고, 참여역량 강화에도 관심을 쏟고 있다. 캐나다도 유사한 기구를 운영하고 있다고 한다.

그러나 우리나라의 경우 보건의료정책을 결정하는 일부 위원회에 시민단체 구성원이 참여하는 것 외에 시민참여의 적극적 통로도 없었고, 시민 참여의 중요성에 대한 논의도 거의 이루어지지 않고 있다. 시민=시민단체가 아닐진대, 시민 참여가 무엇을 의미하는지, 왜 시민참여가 필요한지, 어떻게 하면 시민 참여를 활성화할 수 있을 것인지, 참여 성과를 제고하려면 무엇이 필요한지 등등에 대한 논의가 절대 부족한 실정이다. 물론 얼마 전 국민건강보험공단에서 국민참여위원회를 열어 건강보험 보장성 확대의 우선순위를 논의한 점은 행사 자체가 지닌 여러 한계에도 불구하고 매우 고무적이다.

본 연구에서는 보건의료분야 시민참여의 한 형태로 시민이 스스로 보건의료의제를 제기하는 자리를 마련하고자 한다. 참여의 방법으로는 여러 가지가 있지만 대통령 선거라는 시간적 배경을 고려하여, 공약의 형태로 시민들의 목소리를 담아내고자 한다. 이를 통해 시민참여의 경험을 축적하고, 다양한 참여 방안에 대해 모색하는 계기를 삼고자 한다.

1.2. 연구 목표

본 연구는 시민참여의 이론적 토대를 점검하고, 국내외 다양한 시민참여사례를 통해 효과적인 시민참여의 방안을 모색함을 목표로 한다. 또한 이러한 모색을 토대로 보건의료정책결정과정에서의 시민참여 사례를 만들어보고 이를 통해 시민참여의 양적, 질적 확산을 위한 토대를 구축함을 목적으로 한다. 본 연구의 구체적인 목표는 다음과 같다.

첫째, 시민참여와 관련한 이론적, 실천적 논의들을 정리한다. 왜 시민참여가 중요하며 시민참여의 방법들로는 어떤 것들이 있는지 유형을 분류하고 유형별 장단점을 제시한다. 그리고 국내외 시민참여의 사례들을 정리해본다

둘째, 시민참여사례를 기획하고 이를 통해 시민들의 목소리로 풀어낸 건강공약을 정리한다.

셋째, 시민참여의 경험을 평가함으로써 후속 연구/사업의 발전에 기여한다.

2. 시민참여와 숙의민주주의의 이론적 고찰

2.1. 시민참여

2.1.1. 참여민주주의

시민의 직접 참여와 의사결정은 서구에서는 고대 그리스로부터 그 기원을 찾을 수 있다. 이들은 폴리스에 참여하는 공적 개인을 완성된 존재로 이해하였으며 사적 이해에만 사로잡혀 있는 개인과 대비시켰다. 그러나 동시에 대중들 사이의 분별없는 평등이 가져오는 혼란과 선동정치에 대한 취약성을 우려하는, 민주주의에 대한 비판과 조롱 또한 고대 도시국가들에 공존하고 있었다 (Held/박찬표 2010; 고병권 2011). 중세를 거치며 성장한 도시국가들의 공화주의 사상가들도 비슷한 방식으로 시민들의 능동적인 정치 참여를 이상화, 규범화하였으나 이때도 고대국가들과 마찬가지로 참여의 자격을 가진 사람들은 매우 제한적이었다. 근대 이후 자유민주주의가 대부분의 국가에서 민주주의의 일반적 정치이론으로 자리 잡으면서 투표로 선출된 대표자들의 의회와 정부에 의한 통치가 민주주의의 일반적 형식이 되었다. 60년대 말부터 서구의 복지체제가 쇠퇴하기 시작하고 풍요의 시기가 종말을 고하면서 각국에서 대중들의 힘이 분출하고 정치적 참여에 대한 요구가 높아졌다. 참여민주주의 주창자들은 이러한 사회적 변화를 표현하는 새로운 민주주의를 필요로 하게 되었다.

현대의 참여민주주의 사상은 홉스(Thomas Hobbs), 밀(John Stuart Mill), 로크(John Locke)로 연결되는 근대 자유민주주의가 전제로 삼았던 바를 비판하는 것으로부터 출발한다.

그 전제란 첫째, 모든 개인들이 자유롭고 평등하다는 전제이다. 즉 개인들의 자신의 의지에 따라 결정하고 행동하며 동등한 권리를 갖는다는 것이다. 그러나 자유민주주의는 이러한 명제를 출발점으로 받아들일 뿐 실제로 자유와 평등이 구현되고 있는지는 관심이 없었다. 참여민주주의의 옹호자들은 실재하는 불평등에 의해 정치적 권리와 참여가 제한되고 대표들의 책임성이 훼손될 경우 자유민주주의의 자유와 평등에 대한 전제는 이를 해결할 능력을 갖고 있지 못하다고 비판한다.

둘째로, 국가와 시민사회가 엄격하게 분리되어 있다는 전제이다. 국가는 공평무사한 존재로서 이익을 추구하는 시민사회의 개인이나 결사체들과는 구분되는 존재이다. 때문에 국가는

조정자와 심판관의 역할을 할 수 있다고 가정한다. 그러나 공정하고 절대적인 국가가 실제로는 시민사회의 사적 이해관계와 긴밀히 얽혀 있기 때문에 국가와 시민사회를 분리하는 것은 허구적인 출발점에 불과하다는 비판이 제기되어 왔다. 국가가 특정한 이해, 계급과 긴밀히 연결되어 그것을 유지하려는 이해관계를 갖게 된다는 것이다. 이 경우 의회대표자들과 관료들의 책임성은 보장할 수 없는 것이 되며 정기적인 선거참여로 제한된 참여방식 만으로는 대표자들에 대한 민주적 통제 또한 가능하지 않다는 결론에 이르게 된다. 따라서 시민들이 참여를 통해 의회와 정부의 대표자들과 상호작용함으로써 직접 국가와 정치의 영역에 등장하여야 한다는 것이 서구에서 1960년대 이후에 나타난 참여민주주의 옹호자들의 주장이다 (Held/박찬표 2010). 이들은 참여민주주의를 통해 대표자들의 책임성 확보, 인민들의 자기발전을 위한 평등권 실현, 양식 있는 시민의 형성, 사회의 통합 및 체제 안정 등이 가능하다는 점에서 그 정당성을 주장하였다.

2.1.2. 시민참여와 대의민주주의의 관계

자유민주주의가 작동하는 대부분의 국가에서 대의 체계는 기본적인 구성부분이다. 정당한 절차에 의해 선출된 대표자들이 의회와 행정기관이라는 국가기구를 통해 토론과 의사결정 행위를 수행한다. 이때 대표자들에게 정당성을 부여하는 것은 그들이 합법적으로 선출되었다는 사실이며 대표자들은 주권자인 인민들의 의지를 대표하는 것으로 간주된다. 대의체계를 이상적 민주주의(직접 민주주의)를 구현한 현실적 민주주의(간접 민주주의)로 파악하는 것은 대의체계를 바라보는 일반적인 감각이다.

다른 한편으로는 대의체계를 권력의 양도과정이라는 측면으로 이해할 수도 있다. 이때 대표자의 선출은 정치행위의 독점을 합법적으로 승인하는 절차로서 이해되며 선출된 대표자들은 인민의 의지를 내재하고 있는 것으로 간주된다. 대의체계는 이렇듯 민주주의에 대한 규범적인 승인, 지지와 동시에 민주주의가 가져올 불확실성과 위험을 억제하기 위한 의도가 공존하는 정치체라고 할 수 있다.

대의체계는 자유로운 주권자인 인민들이 자신의 합법적 통치자에게 대표권과 통치권을 계약을 통해 위임한다는 전제 위에 있다. 그러나 역사적으로 보통선거권에 의해 대표자를 선출할 권리를 부여 받은 것 이외에 시민들이 포괄적인 정치적 권리와 참여를 행사한 적이 거의 없다. 즉 대의제에 기초한 민주주의는 민주주의의 특수한 형식이 아니라 민주주의 일반과 동일시되어 왔으며 정치참여는 참정권과 동일시되어 왔다.

참여민주주의는 자유롭고 평등한 시민들 간의 계약관계라는 대의체계의 전제에 대해 의심한다. 영토의 크기와 구성원의 수 때문에 불가능한 직접 민주주의를 불완전하게나마 구현할 수 있는, 유일하게 가능한 형태로서의 대의체계라는 일반적 감각에 대해 의문을 제기한다. 불평등한 사회구조와 공평무사하지 않은 국가라는 조건 위에서 대의체계를 통한 정치적 독점은 한계를 노출한다. 대표자들과 주권자들 사이의 연결점은 선출의 형태 이외에는 보장받을 수 없으며 따라서 대표자들의 책임성을 보장할 정치적 장치가 없기 때문이다.

그러나 참여민주주의의 견해는 대체로 대의적 의사결정체계를 부정하거나 대체하는 것은 아니며 정당과 의회 중심의 의사결정 구조의 위계적, 관료적 성격을 씻어내고 시민참여의 공간이 확보되어야 한다는 것이다. 국가 수준의 의사결정을 위해 면대면의 직접 참여 정치를 실행하는 것이 가능하지 않다는 것을 시민참여의 주창자들은 인정하였다. 참여민주주의는 일상생활의 영역, 예컨대 직장과 지역사회에서 시민들의 민주적 통제가 가능해지면 국가 수준의 문제를 판단하고 참여하는데 필요한 조건을 갖추게 될 것이라고 제안한다. “무관심 및 낮은 정치적 효능감과 낮은 사회경제적 지위’간의 정의 상관관계는, 민주주의가 사람들의 일상생활에서 가치 있는 것이 되도록 만듦으로써 ... 극복될 수 있다는 것”(Held/박찬표 2010)이다. 공동체의 문제에 참여하고 결정하는 장이 직장 and 지역사회 등 일상영역에서 강화될수록 정부 혹은 국가의 문제에 참여할 가능성과 조건을 향상시킬 수 있다고 참여민주주의는 보았다. 일상영역에서의 민주적 통제의 강화는 정당과 의회제도와 긴밀히 결합하여 대의민주주의의 책임성을 강화할 수 있으리라는 견해이다.

2.1.3. 시민참여의 영역과 정치의 확장

자유민주주의적 사회에서 시민들이 정치적으로 배제된 존재가 되는 것은 정치가 인간 삶의 다른 영역으로부터 특화된 영역으로 분리되는 상황과 무관하지 않다. 정치적 영역은 공적 문제를 다루며 이러한 과업에 걸맞은 자격과 자원을 보유한 엘리트 정치집단들이 행하는 영역으로 특화된다. 반면 정치 이외의 다른 영역은 사적 영역으로 지칭되며 정치적 과정이 작동하지 않는 곳으로 간주된다. 이에 따라 정치영역은 엘리트에 의해 독점된 영역으로, 사적 영역은 정치가 소멸해 버린 영역으로 간주됨에 따라 시민들은 어느 곳에서도 정치적 주체로 등장하기 어렵게 된다.

그러나 현대사회는 정치 이외의 영역(기업, 학교, 가족, 지역사회 등)에서도 사회적인 구조와 권력이 발생하여 통치의 문제가 제기된다. 그리고 통치의 문제가 제기되는 곳이라면, 또

지배적 집단에 의한 통치가 발견되는 곳이라면 직접참여에 의한 통치의 획득이 추구될 수 있다. 따라서 직접참여를 통해 정치적 주체가 되는 문제는 특화된 영역으로 협소하게 정의된 정치적 영역에서 벌어지는 문제가 아니며 반대로 삶의 곳곳에서 참여의 계기를 발견하는 것이다. 이런 의미에서 직접참여는 한편으로는 정치영역에서 주장되는 과도한 정치성과 정치 이외의 영역에서 나타나는 과소한 정치성을 동시에 문제 삼을 수 있다.

2.1.4. 참여민주주의에 대한 비판

참여민주주의는 자유민주주의적 제도에 내재된 대표자들의 책임성 보장의 불가능함과 이들에 대한 민주적 통제 장치의 부재를 극복하려는 제안이다. 앞서 언급한 것처럼 참여민주주의는 국가의 공정성과 자유롭고 평등한 개인이라는 허구적 전제를 비판하고 시민들의 민주적 참여와 통제를 통해 일상 영역과 정치를 민주적으로 연결하려는 시도였다.

반면 자유민주주의의 관점에서 보면 참여민주주의는 민주적 절차와 그것의 결과물에 대한 낙관적 전망에 의존하고 있다. 그리고 다수의 전제, 계몽되지 않은 대중들에 의한 폭정을 민주주의의 또 다른 얼굴로 여기고 있던 자유민주주의의 오래된 불안감은 참여의 확대에 대해 비판적으로 나아간다. 따라서 참여와 민주적 절차를 통한 의사결정이 공공의 선에 부합할 것이라는 참여민주주의의 믿음은 절차의 정당성이 결과의 질을 보장할 것이며 공공선에 도달할 것이라는 근거 없는 추론에 기반하고 있다는 비판을 받았다. 민주적 참여가 전제적 결정으로 연결될 수 있으며 민주주의 자체를 위협할 수 있는 결론에 도달할 가능성에 대한 세세한 검토가 이루어지지 않았다는 비판이다 (김주성 2008).

다른 한편, 직접 참여와 대의체계의 관계의 측면에서 참여민주주의의 입장에 대한 비판도 가능하다. 현재의 대의체계는 엘리트에 의한 정치의 독점과 책임성의 부재라는 문제를 낳고 있다. 이러한 문제는 그것이 대의체계에 내재하는 필연성이든 혹은 대의체계의 오작동에서 기인하는 것이든 시민들이 정치과정에서 배제되어 피치자로서만 위치 지워지는 현상으로 나타나고 있다. 따라서 이는 대중에 의한 통치(democracy)라기 보다는 오히려 그 적대자(aristocracy)로 볼릴 수 있는 체제이며, 보통선거권이라는 절차적인 민주주의가 시민의 통치권을 보장해주는 것이 아니라는 사실을 증명하는 상황이라 할 수 있다. 이러한 해석 위에 서라면 주권의 실제적 행사를 가능하게 하는 방법으로써 직접참여의 필요성과 정당성을 제기할 수 있다. 이때 직접참여는 통치의 문제가 되며 대중들이 자신의 삶의 방향키를 쥌 수 있는가의 문제가 된다. 그리고 직접참여의 지향점은 “어떤 결정을 단순히 요구하는 데 그치

지 않고 스스로 결정하는 권리를 획득하는 차원으로 발전하는 것”(류태건 2004) 이 된다. 직접참여를 기획하고 실행하는 현장들이 시민의 통치(governance)를 실현할 수 있는 다양한 계기들을 만들어 내는 또한 그 자체로 통치를 실현하는 현장을 지향하게 된다. 이때 직접 참여는 더 이상 대의체계에 종속되거나 이를 보완하는 이상의 의미를 지니게 되며 보다 근본적인 권력지향성을 내포하게 된다.

2.2. 속의 민주주의

2.2.1. 속의민주주의의 문제의식

1980년대 말부터 제기된 속의민주주의는 민주주의의 질적 향상을 중요시 하였다. 보편적 선거권이 정착되고 대중매체의 보급이 확대되며 엘리트들 간의 정치적 경쟁이 가중되면서, 현대 민주주의는 피상적인 논쟁과 선동, 유명인의 인기에 기댄 정치가 되어 버렸다는 것이 속의민주주의 제안자들의 비판의식이다. 다른 한편으로 속의민주주의는, 개인들의 선호는 고정된 것이어서 검증과 논증의 대상이 될 수 없으며 투표권의 행사를 통한 선호를 취합하는 것만이 가능하다는 자유민주주의적, 다원주의적 시각을 비판하였다. 자유민주주의의 선호집합적 민주주의(aggregative democracy)는 고정적인 대립항들이 존재하고 이들이 경쟁과정을 거쳐 선택되거나 탈락되는 서사구조를 갖고 있다. 속의민주주의의 주창자들은 이러한 현실 민주주의와 대비하여 이성에 기반한 논쟁과 불편부당한 태도, 정제된 선호의 추출을 주장하였다. 이들은 개인들의 선호가 고정된 것이 아니며 속의의 과정을 통해 학습되고 형성되는 것으로 간주하였다. 또한 속의의 과정은 개인의 관점이 타인의 관점과 대면하여 검증되는, 상호성의 원리에 입각한 제도적 디자인을 추구해야 한다고 생각하였다. 각각의 관점은 속의 과정을 통해 정당화되고 논증됨으로써 정제될 수 있고 이성적인 결론에 도달할 수 있다.

2.2.2. 속의민주주의의 이론

속의민주주의라는 범주는 단일한 내용을 가진 주장이 아니며, 그것의 전개과정에서 발생한 다양한 이론적 스펙트럼을 갖고 있다. 속의민주주의는 개인들의 선호가 고정된 것이 아니라 속의과정을 통해 검토, 성찰, 정제되고 형성되는 것이라고 본다. 속의의 과정은 개인들이 처한 이해관계에 따르지 않고, 어떤 결정에 영향을 받게 될 모든 이의 관점을 공평무사한 기반

위에서 검토, 평가하는 것이다. 그리고 이러한 합리적 숙의가 가능하기 위한 전제조건으로 원초적 입장(Original position)에 입각한 공적 이성의 사용 혹은 이상적 담화상황(Ideal speech situation) 등을 설정한다.

원초적 입장은 개인들이 자신의 지위, 능력, 소속 등을 고려하지 않은 무지의 베일에 가려진 채 자신의 이익이 아닌 정의의 원칙에 입각하여 합의에 도달하는 상황이다. 원초적 상황은 공적 이성에서 입각한 숙의의 전제 조건이다. 롤스의 표현을 빌자면 “시민들이 정치적 문제들과 관련해서 심의를 할 때, 그들은 의견을 교환하고 자신들이 지지하는 근거들을 토론한다. 이들은 자신들의 정치적 의견이 다른 시민들과 토론하면서 수정될 수 있음을 가정한다. 따라서 이러한 의견들은 단순히 자신들에게 있는 사적이거나 비정치적인 이익에서 나온 고정된 결과가 아니다.” 공적 이성은 헌법과 정의에 입각하여 토론의 기반을 제공해주는 합리적 이성이다 (Rawls/장동진 2009).

하버마스(Jürgen Habermas)는 원초적 입장에 기반한 공정 이성을 가상의 것으로 비판하며 일상적 토론이 가능한 공론장의 중요성을 제안한다. 공론장은 “사회 전체에 걸쳐 민감한 센서를 가진 경고체계이다 ... 그러나 ... 경고체계에 그치지 않고 ... 문제를 지각하고 확인할 뿐 아니라 설득력 있고 영향력 있게 주체화하고 가능한 해결책을 제공하고, 또 그 문제를 극대화시켜 그것이 의회에 수용되어 처리될 수 있게 만들어야 한다.” 이상적 담화상황은 합리적 논증의 조건과 규칙으로서 진리, 규범적 올바름, 진실성, 언어의 이해가능성 등을 제시한다. 이러한 숙의민주주의의 논리는 불편부당한 보편적 관점과 접근이 존재하며 가능하다는 전제를 갖고 있다. 물론 보편적 관점과 이성적 원칙들을 고정되고 선험적인 것으로 받아들이는 것은 아니며 이 또한 발견되고 검증되는 것으로 인식한다(Habermas/한상진·박영도 2000).

한편 숙의민주주의 내에서도 이러한 숙의의 조건과 규칙이 지나치게 추상적이고 실현불가능하며 이런 이상적 숙의상황에 의해 갈등이 제거되거나 합의에 도달할 수 없다는 견해가 있다. 이 견해는 이해관계의 대립으로 인한 도덕적 불일치를 극복하는 것은 불가능하며 보편적 관점이라는 숙의의 규칙이 가능하지 않다고 본다. 즉 불일치를 아우르는 포괄적 견해를 보편적 정당화에 의해 도출하는 것은 현실에서 가능하지 않다. 도덕적 불일치는 상존하는 것이기 때문에 갈등상황을 명료히 정의한 후에는 상호성의 원칙(Principles of reciprocity)에 입각하여 이를 조정하는 것을 숙의의 목표로 설정한다(Gutmann & Thompson 1998).

현대의 선거제도에 대한 숙의민주주의의 입장은 매우 비판적이다. 현대의 민주주의는 주로 참정권의 행사에 의해 개인들의 고정된 선호를 숫자로 취합하는 과정의 한계 내에서 사고되

었다. 선거과정에서 개인들은 수동적 선택자이며 충분한 정보제공과 이에 대한 검토에 기반한 선택이 행사되지 못하고 개인적 선호의 취합이 표로 환산되는 방식으로 민주적 절차의 정당성이 보장된다고 여겨졌다. 그러나 숙의민주주의의 관점에서 보면 이러한 선택행위는 오로지 자신의 이익만을 고려해 의사결정을 내리는 시장에 더 적합한 것이다. 또한 이런 선거는 공동선을 위한 민주적 과정이라기 보다는 경쟁적 이해들간의 승부에 더 가깝다고 할 수 있다. 그러나 공적 영역인 정치적 과정에서는 자신에게 미칠 영향 뿐 만 아니라 타인에게 미칠 영향까지도 고려한 불편부당한 선택이 필요하다. 즉 정치적 영역에서는 공적 이성의 사용이 필요한 것이다(Ackerman & Fishkin 2005).

2.2.3. 참여와 숙의

숙의민주주의의 초기 주창자들은 참여와 숙의의 관계에 대해 회의적이거나 비판적이었다. 그들은 참여의 확대보다는 민주주의의 질적 제고를 주요 관제로 삼았다. 또한 참여의 확대가 합리성을 증대한다고 보지도 않았으며 불편부당하고 공적인 집합적 견해에 도달하는 것을 숙의의 목표라고 생각하였다. 이들은 성찰적 검토가 동반되지 않은 직접민주주의는 숙의민주주의가 비판하고자 했던 자유민주주의의 한계, 즉 피상성, 선동에 대한 취약성, 자의성과 전체적 통치를 오히려 강화할 수 있다고 의심하였다. 또한 직접 참여의 확대가 참여의 질을 보장해주지는 못하며 민주주의의 확대가 오히려 민주주의를 위협할 수 있다고 생각하였다. 그러나 참여와 숙의를 밀접하게 연관된 것으로 사고한 흐름도 숙의민주주의 진영에 존재한다. 숙의 민주주의 초기의 이론가들이 주로 입법부와 사법부의 이슈들에 대한 심의에 그 영역을 한정짓고 대중적 참여에는 회의적이었던 반면, 의회에 한정된 심의과정은 숙의민주주의 범위에 포함될 수 없다는 상반된 의견도 있었다 (Carter/조효제 2007).

현실에서는 숙의민주주의가 참여의 확대를 배제하지 않는 방향으로 나타나고 있다. 현재 숙의적 참여의 실제 구현 프로그램들은 대중의 사려 깊은 결정 능력에 대해 이보다 낙관적인 입장을 취하고 있다. 심의의 날(Deliberation day), 시민배심원(Citizen jury), 주민참여 예산제 등은 선거상황과 복잡한 공적 사안들에 대해 임의로 선정된 시민들이 정제된 의사결정을 할 수 있다는 전제에서 출발하고 있다. 참여확대와 숙의의 질 사이의 연관성에 대해서 부정적이라고 하더라도 각기 다른 출발점으로부터 참여와 숙의는 긍정되고 있다.

2.2.4. 숙의민주주의 비판

숙의민주주의가 법과 자유민주주의, 자본주의적 경제 질서를 유지하고 그 틀 내부에서 사고한다는 비판이 있다. 드라이첵(John Dryzek)은 동질적인 기반 (공적 이성)이 아닌 차이에 바탕을 둔 담론민주주의를 주장한다. 민주주의는 숙의민주주의처럼 내적인 포괄이라기보다 틀을 뛰어 넘어 기존의 제도와 국가에 반항해야 하며 이는 차이들 간의 의사소통에서 발생한다고 그는 주장한다 (Carter/조효제 2007).

또한 영(Iris M. Young)은 사회의 지배집단이 자신들의 특수한 이해에 입각한 관점을 규범적인 것으로 제시하는 가운데 하나의 숙의 원칙을 유일하고 보편적인 것으로 추구하는 것은 가상이라고 주장한다. 이 관점에 의하면 개인들이 자신의 특수성을 뛰어 넘는 것은 불가능한 가정이다. 오히려 이런 특수성에서 비롯된 차이는 억압되거나 하나의 관점(이성)으로 환원되어서는 안 되며, 차이에 기반한 포용의 정치가 필요하다고 주장한다. 또한 다변적 욕구를 드러내기 위한 방법으로 숙의적 논증만이 유일한 것이 아니며 수사학과 이야기 등의 방식이 가능하다고 설명한다 (Held/박찬표 2010; Carter/조효제 2007).

2.2.5. 참여와 숙의의 연속성

참여와 숙의민주주의 이론을 다루는데 있어 견지해야 할 중요한 태도로 ‘민주주의는 과정으로 이해될 필요가 있다’는 점을 들 수 있다. 그 이유는 한편으로 참여와 숙의가 충분히 이루어졌다고 항상 보장하기 어렵고, 검토대상이 되는 새로운 입장과 견해가 늘 새롭게 대두될 것이며, 의사결정과 판단은 고정적 실체가 아니라 점진적으로 보완, 발전, 형성되는 것이라는 실용적인 이유들 때문이다. 또한 종결된 것으로 간주된 정치적 숙의는 억압적 권위를 획득할 수 있다는 점이다. 숙의의 결과는 언제나 가변적이고 잠정적이라는 유보적 태도를 가져야 정당성이 억압의 명분으로 이용되는 것을 막을 수 있다.

더 나아가서는 민주주의가 인간과 분리된 것, 외부적으로 존재하는 것이 아니라 인간의 활동에 의해 지금도 부단히 생성되고 변화되는 것이라는 이유 때문이다. 민주주의는 성취해야 할 어떤 단계 혹은 획득될 수 있는 고정된 실체가 아니라, 그 작동 자체가 목적이 되고 과정 자체가 결과가 되는 것이다. 그런 이유로 가장 좋은 민주주의는 어제의 민주주의를 폐기할 수 있는 민주주의라고 할 수 있다. 이러한 점은 참여의 과정이 연속적이어야 함과 더불어 의사결정이 언제든지 재고되고 변경될 수 있는 유연성과 개방성을 갖고 있어야 함을 의미한다.

3. 시민참여 유형과 사례

3.1. 시민참여 유형

시민참여 혹은 주민참여모델은 여론조사에서부터, 공청회, 포커스그룹 인터뷰, 시민배심원에 이르기까지 실로 다양하다. 다음 표는 주민참여모델별 국내 적용 사례를 정리한 표이다(김돌순·강민아, 2008) 여론조사 등이 참여의 정도가 낮은 편인 것으로 분류되어 있고, 시민합의회의, 시민배심원모델 등은 참여의 정도가 높은 편인 것으로 분류되어 있다. 물론 포커스그룹이 시민배심원보다 더 참여의 정도가 높은 모델인지는 의문이지만, 대체로 참여의 정도가 높은 모델일수록 시민들의 숙의가 강조된다.

<표 1> 대표적인 주민 참여 모델

참여모델		참여자들의 범위/특성	적용가능성/소요기간	특징/작동 메커니즘
최소 참여 ↓ 최대 참여	주민비참여	<ul style="list-style-type: none"> - 정책수립 및 결정에 참여하지 않음. - 교육 또는 문제해결 대상 	<ul style="list-style-type: none"> - 다양한 정책분야에 걸쳐 일어날 수 있음 - 주민참여를 위한 별도의 시간 소요되지 않음 	<ul style="list-style-type: none"> - 비민주적 정치사회구조, 주민 또는 시민사회 세력 형성미흡 - 정책결정자가 주민의 견수럼 없이 단독결정
	여론조사	<ul style="list-style-type: none"> - 대규모의 표본을 이용한 단기적인 의견수렴 	<ul style="list-style-type: none"> - 정책결정, 정치적 의사결정에 대한 주민의 선호파악 - 일회 실시할 경우 며칠의 실시기간만 소요됨 	<ul style="list-style-type: none"> - 전화/면접조사로 시행 - 다양한 질문 포함 - 주민들의 인지도나 태도에 대한 정보수집 용도로 사용가능
	주민투표	<ul style="list-style-type: none"> - 국가 또는 일정한 지역의 전 인구가 참여 	<ul style="list-style-type: none"> - 주민에게 과도한 부담이나 영향을 미치는 주요 정책결정사항에 적용가능 - 투표계획, 공고, 실시하는 시간만 필요 - 주민투표가 실시되기 전에 별도의 논의와 홍보가 필요할 수 있음 	<ul style="list-style-type: none"> - 주어진 선택지중 하나 선택 - 모든 참여자는 동일한 영향력을 갖고 최종 결과는 정책적 구속력을 가짐
	공청회 / 청문회	<ul style="list-style-type: none"> - 관심있는 시민들이 참여 - 공간크기에 따라 참여자수가 제한될 수 있음 - 참여자가 발표를 하는 전문가와 정치인들에 국한 가능 	<ul style="list-style-type: none"> - 정부차원에서 가장 많이 활용, 다양한 정책분야에서 최종정책결정을 하기 전에 이해관계자 및 주민들의 의견수렴에 적용가능 - 몇 주에서 몇 년의 시간이 걸릴 수 있음 	<ul style="list-style-type: none"> - 주중, 근무시간에 열릴 경우 참여자 제한 - 공개포럼에서 관련기관이 발표 - 시민들은 의견을 피력할 수 있으나 결과에 직접적으로 영향을 주지 못함

	규제협상	<ul style="list-style-type: none"> - 이해당사자들을 대표하는 소수가 참여 - 시민대표의 참여 가능성 	<ul style="list-style-type: none"> - 행정입법, 교육, 환경, 교통, 안전 등 기술적 쟁점을 포함하는 이슈에 적용가능, 가치갈등 이슈에는 부적절 - 최종기간을 사전에 설정하는 것이 필요 - 보통 48개월 소요 	<ul style="list-style-type: none"> - 이해당사자 대표들과 주관기관의 교섭위원회에서 협상 - 특정 문제에 대한 합의 필요
	합의회의	<ul style="list-style-type: none"> - 일반시민을 대표할 수 있음 - 해당사안에 대한 사전적 편견이 없는 주민 자원자 10-16명 정도를 선택 	<ul style="list-style-type: none"> - 사회적 관심사이면서, 가치대립을 수반하는 중간정도 범위의 과학기술 관련 주제 - 시민패널에게 주제에 관한 정보를 제공하기 위한 사전 설명과 강의 필요 - 본회의 3일 정도 소요 	<ul style="list-style-type: none"> - 시민 패널이 간사의 도움을 받아 작성한 질문을 전문가들에게 제시 - 개방회의, 핵심질문에 대한 결론은 보고서나 기자회견을 통해 발표됨
	시민배심원	<ul style="list-style-type: none"> - 일반적으로 독립된 주관기관이 무작위로 선발한 12-24명의 일반 주민으로 구성됨 	<ul style="list-style-type: none"> - 경제, 행정, 환경, 지역개발 등의 정책결정에 적용 - 준비기간은 통상 3-4개월 정도 소요되고 일반적으로 4일에서 5일 정도의 회의 	<ul style="list-style-type: none"> - 문제의 설정, 배심원선발, 배심과정(숙의과정), 정책권고안 발표, 자체평가의 과정으로 구성
	시민자문위원회	<ul style="list-style-type: none"> - 다양한 집단과 공동체의 시각들을 대변할 수 있도록 20-25명의 시민집단을 무작위로 선발 	<ul style="list-style-type: none"> - 구체적 계획/폭넓은 정책자문에 적용: 도시 건축계획, 에너지 수급문제 - 수개월에 걸쳐 준비 - 주민참여 회의는 4-5일 정도 소요됨 	<ul style="list-style-type: none"> - 쟁점사안에 대해 시민의 자문을 구하는 것이 목적 - 한 주제에 대해 수차례의 회의를 개최하므로, 최종 참가자 수는 수백명에 이를 수도 있음
	포커스그룹	<ul style="list-style-type: none"> - 주민의 대표로 구성된 5-8명의 소집단 - 복수의 그룹이 구성될 수 있음 	<ul style="list-style-type: none"> - 매우 광범위한 정책부문에 적용가능: 마케팅, 보건, 환경, 기술, 지역계획, 에너지 정책 등 - 통상 2시간 정도의 회의를 일회, 또는 수차례 반복 	<ul style="list-style-type: none"> - 자유토론 혹은 시나리오에 따라 토론 - 집단상황에서의 논의를 통해 시민들이 나누는 의견과 인지도의 변화를 파악하는데 유용

자료원: 김둘순·강민아(2008)

물론 참여의 정도가 높은 모델이 항상 최선의 선택이라 할 수는 없을 것이다. 주민참여의 목적이 무엇인지에 따라, 그리고 논의의 성격이 어떠한지에 따라 적절한 참여 방법이 다를 수 있다. 참여가 이루어지는 단위도 참여 방식의 선택에 영향을 미칠 것으로 보인다.

Sheedy(2008)는 정책결정단계를 의제 설정, 분석, 설계, 중재, 평가로 나누고 각 단계마다 유용한 참여기법, 고려해야할 사항 등을 정리하여 제시하였다(표 2). 우선 개혁필요가 있는 정책이 무엇인지를 확인하는 의제 설정단계에서는 심의적 여론조사, 21세기 타운미팅 등을 적절한 참여기법으로 제시하였다. 이 단계에서 시민참여의 목적은 시민들이 가지는 가치, 우선순위를 확인하는 것이 목적으로, 다양한 관점이 충분히 대표되었느냐와 투입이 곧 정책으

로 이어질 것이라는 시민들의 기대가 이 단계에서 해결해야 숙제로 제시된다. 분석 단계에서는 이슈와 관련한 주요 쟁점을 정리하고, 적절한 정책대안과 함께 정성적, 정량적 근거를 제시하는 것이 목적인데, 이 단계에서는 시민 참여를 통해 시민 스스로 이슈를 둘러싼 쟁점을 이해하고 이를 자신들의 언어로 진술하도록 한다.

분석 단계에서 사용할 수 있는 대표적 참여기법으로 시민배심원, 시민합의회의 등이 있는데, 이들 기법은 모두 심도 있는 토론과 탐구를 허용하는 방법이다. 분석 단계에서의 도전사항으로는 전문가의 지식과 일반인들의 경험에 기반한 지식을 협조적으로 통합해내는 것, 참여 시민에게 제공할 배경자료의 균형과 객관성을 보장하는 것이 있다. 설계단계에서는 대안적 정책제안을 평가하고, 실행가능한 정책 문서를 개발하는 것이 목적인데, 이 단계에서는 21세기 타운미팅, 합의회의, ChoiceWork Dialogue 등의 방법을 사용할 수 있다. 이 단계에서의 주요 도전사항으로 정책에 의해 영향 받을 시민들의 참여를 보장하는 문제가 있다.

프로그램을 실행하는 단계에서는 정책에 대한 대중의 인식과 지지를 제고하는 것을 목적으로 하는데, 공청회나 주류언론을 통한 참여기법이 선호된다. 평가단계에서는 정책결과에 대한 모니터링을 통해 정책목표 달성 여부를 평가하는 것을 목적으로 하며, 사회적 모니터링, 스코어카드와 같은 참여기법을 선택한다. 이 단계에서 일반 시민을 참여시키는 이유는 정책결과가 공공의 목적을 충족시킴을 보장하기 위함이다.

<표 2> 참여기법 선택의 틀

정책 과정에서의 단계	아젠다 설정	분석	설계	중재	평가
관련 기관이 이 단계에서 이루고자 하는 것이 무엇인가?	<ul style="list-style-type: none"> - 정책 개혁의 필요를 정립 - 문제 정의 	<ul style="list-style-type: none"> - 이슈와 관련한 주요 도전과제를 정의 - 적절한 정책대안과 함께 정성적, 정량적 근거제시 - 정책문서 초안 생산 	<ul style="list-style-type: none"> - 대안적 정책 제안을 평가한다 - 작동가능한 정책 문서를 개발한다 	<ul style="list-style-type: none"> - 프로그램 가이드라인, public benefit을 전달하는 효과적 과정 정립 	<ul style="list-style-type: none"> - 정책결과 모니터링을 통해 정책 목표 달성여부 결정
대중참여의 근본적 이유는?	<ul style="list-style-type: none"> - 가치 정립 - 우선순위 확인 등 	<ul style="list-style-type: none"> - 대중참여를 통해 대중 스스로 정책이 다루어야 할 문제점을 	<ul style="list-style-type: none"> - 어떻게 정책 처방이 가치, 우선순위, 결과를 드러낼지를 	<ul style="list-style-type: none"> - 정책에 대한 대중의 인식과 지지 제고 	<ul style="list-style-type: none"> - 정책결과가 공공의 목표 (public goals)를 충족시킴을

		확인하고 자신의 언어로 진술	이해하는데 비전문가 대중을 참여시킨다		보장
주요한 도전사항은 무엇인가?	<ul style="list-style-type: none"> - 투입이 곧 정책이 될 것이라는 기대를 가질 위험 - 주요한 관점(견해)이 대표되었다는 보장 	<ul style="list-style-type: none"> - 전문가의 지식과 경험에 기반한 지식을 협조적으로 통합 - 균형과 객관성을 보장할 배경자료의 개발 	<ul style="list-style-type: none"> - 정책으로 인해 영향 받을 일반대중의 참여 보장 - 어떻게 투입이 정책과 프로그램 설계에 영향을 미칠지를 분명히 하는 것 	<ul style="list-style-type: none"> - 과정과 결과를 광범위하게 소통 - 정책개발과정 전반에 걸쳐 지역사회 역량 개발 보장 	<ul style="list-style-type: none"> - 적절한 책무기전(accountability mechanism)을 개발 - 정보수집 기전 창출 - 정보수집을 정책 피드백 사이클에 연결
어떤 참여기법이 가장 잘 작동할까?	<ul style="list-style-type: none"> - 심의적 여론조사(Deliberative Poll) - ChoiceWork Dialogue - 21세기 타운 미팅 	<ul style="list-style-type: none"> - 시민배심원 - 합의회의 	<ul style="list-style-type: none"> - 21세기 타운 미팅 - 합의회의 - ChoiceWork Dialogue - Study circles 	<ul style="list-style-type: none"> - 공청회 - 주류 언론 	<ul style="list-style-type: none"> - 사회적 모니터링 - 스코어카드
이 기법의 강점은 무엇인가?	<ul style="list-style-type: none"> - 무작위적 과학적 표본 이용 - 가치를 분명히 한다 - 견해의 이동을 정량화한다 - 미디어의 주목 	<ul style="list-style-type: none"> - 비용-효과적이다 - 무작위적 과학적 표본을 이용한다 - 심도있고 기술적 이슈의 탐구를 허용 - 전문가 견해 통합 - 미디어의 주목을 피한다 	<ul style="list-style-type: none"> - 인구집단의 큰 부분을 참여시킨다 - 공유된 합의를 장려 - 대중이 갖고 있는 우선순위 발견 - 언론의 주목 	<ul style="list-style-type: none"> - 비용-효과적이다 - 다수의 시민들에 도달 - 공무원과 전문가의 리더십 역할 강화 - 평가 	<ul style="list-style-type: none"> - 대중을 추적조사에 참여시킴 - 새로운 기술 - 지역사회 시민 참여 - 수집된 정보를 널리 배포

자료원: Sheedy(2008).

그렇다면 참여기법의 종류를 불문하고 성공적 시민참여의 조건으로는 어떤 것이 있을까? Sheedy(2008)은 Abelson and Gauvin의 논의를 바탕으로 다음을 성공적 시민 참여(citizen engagement)를 위한 조건으로 제시하였다. 이러한 조건들은 시민참여의 질을 평가하는 기준으로 활용될 수 있을 것으로 보인다.

① 대표성: 참여시민은 인구집단을 잘 대표하는가?

② 독립성: 사회자는 불편부당한가? 모든 참여자에게 공정한 참여 기회를 제공하는 절차를 두고 있는가?

- ③ 초기 참여: 시민들은 의제 설정이나 절차의 규칙을 정하는 과정, 전문가를 선택하고 필요한 정보를 요구하는 등의 과정에서부터 참여하는가?
- ④ 정책결정에 미치는 영향: 시민들이 참여하여 도출한 우선순위나 결정은 정책결정에 영향을 미치는가? 조직 내에서 시민들의 결정을 기꺼이 수용할 태세가 되어 있는가?
- ⑤ 정보제공: 참여자에 제공할 정보패키지를 준비할 계획 혹은 예산이 있는가? 그리고 이러한 정보는 그 내용이 분명하며 대중들이 쉽게 이해할 수 있도록 검증된 것인가?
- ⑥ 자원 접근성: 참여자들에게 정보를 습득하고 상호 토론할 충분한 시간이 주어졌는가? 교통비나, 업무 또는 가사 일을 하지 못한 데 대한 보상이 주어졌는가?
- ⑦ 구조화된 의사결정: 목적이 분명하고 현실적이고 투명한가? 산출된 정보를 어떻게 사용할지에 대해 초기부터 참여자에게 분명히 전달하였는가? 시민들이 결정에 어떻게 영향을 미치게 되는지에 대해 일반대중과 참여자에게 알리는 의사소통전략이 개발되었나?

3.2. 국내외 시민참여 사례

국내외적으로 다양한 시민 참여 사례가 있지만 본 연구에서는 이중 숙의적 시민참여의 대표적 사례라 할 수 있는 시민배심원제와 이를 보건의료분야에 활용하고 있는 두 사례를 소개하고자 한다. 또한 전 세계적으로 널리 적용되고 있는 참여예산제와 그 외 그간 국내에도 여러 차례 소개된 대표적 시민참여 사례들, 그리고 국내에서 진행된 시민참여사례에 대해서도 참여 과정을 중심으로 소개하고자 한다.

3.2.1. 시민배심원제도

시민배심원(citizen's jury)은 숙의가 가능한 시민참여모델의 대표적 사례로 법정의 배심원제를 모델로 한 것이라 할 수 있다. 시민배심원이란 용어는 1980년대 후반 미국 미네소타 주에 있는 제퍼슨센터(Jefferson Center)에서 처음 사용되었다고 하는데, citizen's council이나 citizen's panels, planning cells, consensus conference라는 이름으로 불리는 합의체들도 시민배심원의 핵심 요소와 절차를 공유하고 있다.

다음은 제퍼슨 센터에서 소개하는 시민배심원의 과정과 핵심요소이다.*

* <http://jefferson-center.org/>

1) 무엇이 시민배심원인가?

시민배심원 프로젝트에서는 무작위로 선정되고, 인구학적 대표성을 확보한 시민 패널들이 4-5일간 함께 모여, 공적으로 중요한 이슈를 신중하게 검토한다. 배심원은 보통 18-24명으로 구성되며, ‘공중의 소우주(microcosm of the public)’로 활동한다. 배심원들은 참여시간에 대해 소정의 보상을 받으며, 배심원으로 활동하는 동안 다양한 전문가 증인들로부터 정보를 제공받고, 주어진 이슈에 대해 함께 토론하며, 마지막 날에 그들의 권고안을 의사결정자들에게 제출한다. 시민배심원 프로젝트는 웹이나 언론과의 접촉 등 대중과의 광범위한 소통을 통해 증진될 수 있다고 한다.

Jefferson center에서는 시민배심원의 특징으로 다음을 제시한다.

- ① 무작위 선정 - 배심원풀의 구성원들은 과학적 여론조사기법을 통해 무작위로 선정된다.
- ② 대표성 - 배심원들은 전체 인구집단을 대표할 수 있도록 신중하게 선정된다.
- ③ 정보를 제공받은(informed) - 전문가 증인들은 배심원들에게 주요 쟁점에 대한 정보를 제공한다. 전문가 증인들은 다양한 관점과 견해를 제공할 것으로 기대되며, 배심원들은 참석한 전문가 증인들을 대상으로 궁금한 사항 등을 질문한다.
- ④ 불편부당한 - 이슈의 모든 측면을 공정하게 다루기 위하여 전문가 증언은 균형을 이루도록 한다.(다양한 관점이 균형적으로 진술되도록)
- ⑤ 숙의 - 배심원들은 다양한 형식으로 숙의한다, 숙의 과정에는 배심원들의 견해가 모두 고려될 수 있도록 충분한 시간이 주어진다.

2) 시민배심원의 주요 요소

다음은 제퍼슨센터에서 운영하는 시민배심원 프로젝트에 포함되는 요소들이다

- ① 자문위원회 - 자문위원회는 해당 주제에 대한 지식을 가진, 다양한 관점을 대표하는 개인들로 구성된다. 위원들은 토론과제(charge)나 의제, 전문가 선정에 대해 자문하며, 프로젝트 진행자들이 바이어스를 피할 수 있도록 돕는다.
- ② 전화 조사 - 주어진 지역사회에서 무작위적으로 선정된 개인들을 대상으로 전화 조사를 실시한다. 추가적인 정보를 받는 것에 동의한 조사 응답자는 배심원 풀에 들어간다. 전화조

사는 지역사회의 태도와 인구학적 특성에 대한 기준선을 정립하는데도 사용될 수 있다. 전화 접근이 어려운 경우라면 과학적 표본추출방법으로 가구를 선택하고 개별 방문을 통해 참가자를 선발할 수도 있다

③ 배심원 선정 - 일단 200-300명의 배심원 풀이 구성되면 지역사회 인구구성과 현재 고려중인 주제와 관련한 태도를 반영하는 소규모의 대표집단(a microcosm of the public)을 구성하기 위해 배심원 풀로부터 무작위적으로 배심원을 선정한다.

④ 토론과제(Charge) - 이는 배심원이 당면한 업무로 배심원들이 심의기간동안 진술하고 대답하여야 할 질문 혹은 일련의 질문들로 구성된다. 토론과제는 보통 프로젝트 시작 전 미리 설정되어, 배심원들이 그들의 업무가 무엇인지에 대해 분명히 알 수 있도록 해야 한다

⑤ 증인 선정 - 해당 이슈에 대해 잘 알고 있는 사람을 증인으로 선정한다. 이들은 주어진 이슈의 다양한 측면에 대한 심도 있는 정보뿐 아니라 배경정보도 제공한다. 전문가 증인은 다양한 관점과 견해를 대표할 수 있도록 선정한다.

⑥ 공청(Hearings) - 몇 일간의 공청기간동안 전문가 증인은 주요한 이슈를 진술하고 배심원들의 질의에 응답하며 대화한다. 배심원들은 함께 숙의하며 주어진 질문(토론과제)에 대해 답한다.

⑦ 권고 - 최종 숙의 후 배심원들은 그들이 발견한 사항과 권고안을 공개적으로 발표한다. 권고문은 배심원 스스로가 개발하고 승인한 언어로 기술된다.

⑧ 평가 - 프로젝트의 결론부분에서, 배심원들은 프로젝트에 대한 평가를 하도록 요청받는다. 이는 일반 대중들에게 토론의 과정이 치우치지 않았음을 보장하기 위한 것이다. 평가의 결과는 마지막 보고서에 포함된다.

⑨ Public Outreach - 시민배심원 회의 전과 도중, 그리고 후에 웹페이지에 프로젝트를 업데이트한다든가 모든 증인 선서를 포함하는 광범위한 public outreach activities를 실시한다. 언론과의 접촉은 대중들이 프로젝트에 대해 알 수 있도록 하는데 중요하다.

시민배심원 프로젝트의 기획과 준비는 보통 3-4개월 정도 걸린다고 한다. 보건의료 관련 정책결정에 시민배심원 방식을 차용한 대표적 사례로 영국 NICE의 citizen council을 들 수 있다.

3.2.1.1. 영국 NICE의 시민위원회*

영국은 국가가 보건의료서비스의 공급을 책임지는 국가보건서비스(National Health Service, 이하 NHS) 체계를 채택하고 있다. 1999년에는 NHS를 통해 제공되는 의료서비스의 질을 제고하고 제한된 자원을 효과적으로 이용하기 위하여 National Institute for Health and Clinical Excellence(이하 NICE)라고 하는 기관을 설립하여 NHS를 통해 제공되는 의료기술의 효과, 안전성, 비용-효과성 등을 평가하고 있다.

NICE는 설립 초기부터 NICE에서 하는 모든 의사결정 과정에 시민의 목소리를 반영하고자 노력했다. 대표적 예로 시민위원회(Citizen Council)의 설치를 들 수 있다. 시민위원회는 영국 잉글랜드와 웨일즈 지역을 대표하는 30명의 일반시민으로 구성되는데, 회의는 1년에 두 번 정도 개최되며 매 회의 때마다 3일 정도 주어진 주제를 논의한다. 시민위원회에서 지금껏 논의한 주제는 주로 NICE의사결정의 근간을 이루는 윤리적 태도에 대한 것이었다. 예를 들어 희귀질환에 대해 특별한 우선순위가 부여되어야 할 지, 혹은 연령별로 우선순위가 달라져야 하는지와 같은 질문들이다. NICE는 평범한 보통의 납세자들이야말로 공적 자금을 어떻게 사용하여야할 지에 대해 말할 수 있는 최적의 전문가라고 보았다.

NICE 시민위원회는 직접 NHS나 관련 보건의료산업, 의약산업, 환자단체에 소속된 사람의 참여를 배제하였다. 이는 NHS와 보건의료에 대한 경험과 지식을 가진 전문가가 아니라 일반 대중의 태도를 반영하기 위함이다.

회의는 보통 안전에 대해 소개하고, 서로 상이한 관점을 지닌 전문가의 발표를 들은 후 질의응답, 소규모 토론회, 전체 워크숍을 하는 등의 순으로 진행되는데 이 과정에서 토론을 활성화시키기 위한 다양한 방법이 동원된다. 시민위원회에서는 하나의 일치된 의견을 제시하는 것이 목적이 아니라 소수의견이든, 다수의견이든 각자의 의견을 듣고 그러한 의견의 배경을 이해하는 것이 더 중요하다고 생각한다.

회의결과는 문서로 작성되어 NICE에 전달되며, NICE에서는 매 회의마다 지난 회의에서의 권고사항이 NICE의 활동에 어떻게 고려되었는지를 멤버들에게 설명한다. 2005년에는 그간 시민위원회에서의 논의를 집대성하여 ‘사회적 가치판단(social value judgement)’ 보고서 초판을 발간하였다.

시민위원회를 운영한 후의 경험을 평가하는 자리에서 시민위원회에 직접 참여하였던 시민 위원은 시민위원회의 활동을 대체적으로 긍정적으로 평가하며, 시민위원회를 운영하는 동안

* 배은영 등(2010)에서 NICE 시민위원회 내용을 요약, 발췌한 것임

멤버들은 물론 NICE, 그리고 진행자까지 빠른 학습곡선이 있었다고 술회하였다.

3.2.1.2. 캐나다 온타리오 주의 시민위원회*

영국 NICE의 시민위원회와 매우 유사한 형태의 시민위원회가 캐나다 온타리오 주에서도 운영되고 있다. 사실상 온타리오 주의 시민위원회는 NICE 시민위원회를 모델로 하여 만들어진 위원회라 할 수 있다. 온타리오 주의 시민위원회는 25명의 위원과 위원장으로 구성된 자문기구로, 영국 NICE의 시민위원회와 마찬가지로 다양한 배경을 가진 시민들로 구성되며, 이들은 토론을 통해 주의 의약품 급여정책에 대한 온타리오 시민들의 가치와 견해를 제공하게 된다.

2010년 이후 지금까지 논의된 주제 시민위원회에서 논의된 주제는 다음과 같다

- 1) 희귀 질환에 사용하는 의약품의 급여(Funding drugs for rare diseases)
- 2) 약제급여목록의 운용(managing the drug formulary)
- 3) 급여결정에 고려할 사회적 가치에 대한 논의(Towards a Values Framework)

온타리오 주 시민위원회는 온타리오 주에 거주하는 18세 이상 성인은 누구나 신청할 수 있다. 다만 다음에 해당하는 경우는 위원이 될 수 없는데,

- ① 보건의료전문가조직에 속하는 경우
- ② 환자단체(health charities)에서 일하는 경우
- ③ 보건산업에 해당하는 기업에서 일하는 경우
- ④ 선출직 공무원인 경우
- ⑤ 보건부(Ministry of Health and Long-Term Care)의 직원인 경우

이들을 시민위원회에서 배제하는 이유는 이들의 경우 이미 자신의 견해, 가치를 전달할 충분한 통로를 확보하고 있다고 보기 때문이다.

* <http://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/drugs/councils/>

온타리오 주 시민위원회는 모든 신청자가 그 구성원이 될 수 있는 동등하고 공정한 기회를 가질 수 있도록 보장하는 공개적이고 투명한 선발절차를 가지고 있다. 첫 시민위원회 위원을 선발하기 위해 2008년 6월 대부분의 주요 일간지에 광고를 실었고, 보건부 웹사이트에도 광고를 게재하였다. 위원이 되고자 하는 사람은 Public Appointment Secretariat Website를 통해 신청할 수 있다.

당시 800건 이상의 신청서가 접수되었고, 이 중 200명의 short list가 구성되었으며, 엄격한 스크리닝 과정을 거쳐 최종적으로 25명의 시민과 위원장을 선출하였다. 선출된 위원의 임기는 3년이며, 매년 1/3씩 순차적으로 새로운 위원으로 교체된다. 새로운 구성원들은 첫 회의가 열리기 전 오리엔테이션을 거친다. 2009년 11월에 오리엔테이션 세션이 진행되었고, 2010년 1월에 첫 회의가 개최되었다. 시민위원회에서 각 위원들은 특정한 그룹의 이해나 관점이 아니라 공중(public)의 구성원으로서 그들의 견해를 표명할 것으로 기대된다.

회의는 1년에 1~2회 개최되며, 매 회의는 2~3일간 지속된다. 보통 금요일 저녁에 시작하여 일요일 오후에 끝나는 일정이다. 위원들은 회의 개최 일, 장소, 논의 주제를 적어도 2달 전에 미리 전달받는다. 시민위원회 회의는 참관도 가능한데, 30일 전에 신청하면 된다. 16세 이상 일반인, 언론종사자, 제약회사나 보건의료조직의 대표, 환자단체의 대표들(public observers)들은 회의의 공개 회기인, education session 을 참관할 수 있다. 회의가 끝나면 보고서가 작성된다. 보고서는 보건부 장관과 행정관(Executive Officer)에게 제출하고 공개하여 모든 시민들이 심의과정을 통해 형성된 관점과 가치를 알 수 있도록 한다. 행정관은 시민위원회의 자문을 정책에 어떻게 반영할지 환류하여야 한다.

3.2.2. 기타 시민참여 사례

3.2.2.1. 참여예산제

시민참여의 대표적 사례 중 하나로, 우리나라에서도 도입되어 실행되고 있는 제도가 주민참여예산제도이다. 우리나라의 경우 참여정부시절인 2005년에 이루어진 참여예산제도의 시행에 관한 조항을 포함한 지방재정법 개정이 주민참여예산제도의 도입에 힘을 실어준 계기가 되었다(이정훈, 2011)

참여예산제를 논할 때 빠지지 않고 거론되는 것이 브라질 포르투 알레그레(Porto Alegre)의 경험이다. 아마 완전한 형태의 참여예산제가 처음 실시된 것이 1989년 브라질의 포르투

알레그레(Porto Alegre)에서였기 때문일 것이다. 포르투 알레그레는 인구 130만의 브라질 남부지역의 대도시로 일인당 국민소득(Gross National Income per capita)이 2004년 현재 US\$3,090에 달하며, 문맹률과 평균수명 등의 사회경제적 지표가 전국 평균보다는 높은 곳이다. 하지만, 참여예산제를 도입하던 당시에는 주민의 1/3정도가 도시 외곽의 고립된 빈민가에 살고 있었고, 물이나 위생, 보건의료시설, 학교 등의 공공시설, 설비에 대한 접근성에 있어서도 상당한 정도의 제약이 있었다고 한다. 당시 참여예산제는 시민들 사이에서의 심각한 정도의 생활수준의 격차를 극복하기 위한 개혁프로그램의 하나로 실시되었다.

물론 포르투 알레그레가 전 세계에서 처음으로 주민참여예산제도를 도입하게 된 데에는 브라질의 정치적 환경이 큰 영향을 미쳤던 것으로 보인다. 브라질에서는 1970년대에 이미 행정에 시민들이 참여하는 정도가 증가하고 있었고, 1989년 포르투 알레그레 이전에도 참여예산제도가 시도된 바 있었다. 그러나 당시에는 제한적 성과만을 거두었을 따름이다. 1988년 노동자당(workers party, PT당)이 집권하고 다수의 시정부를 노동자당이 장악하면서 참여예산제도가 본격화할 수 있는 정치적 환경을 조성한 것이 큰 힘이 되었다고 한다. 1988년에 대중의 참여와 행정의 분권화, 재정적 분권화를 가능하도록 하는 방향으로 헌법이 개정되었는데, 개정헌법에서는 도시들이 더 많은 지방세를 징수할 수 있도록 하였고, 이로 인해 상대적으로 부유한 포르투 알레그레는 주민들의 수요를 충족시킬 수 있는 재원을 확보할 수 있었다(이정훈, 2011).

포르투 알레그레에서 매년 진행되는 참여예산편성과정은 대체로 다음과 같은 절차에 따른다. 매년 1월부터 절차가 시작되는데, 먼저 동네단위의 회합에서부터 시 전체를 포괄하는 회합까지 일련의 회합이 이어진다. 이러한 자리에서는 지출 우선순위가 있는 항목들을 발굴하고, 지역을 대표하는 대의원들을 선출한다. 포르투 알레그레는 연간 약 200백만 달러 정도의 예산을 건설과 서비스에 지출하는데, 이 예산이 주민들이 참여하여 결정하는 대상이 된다. 채무 변제와 연금과 같은 고정비용은 공공 참여의 대상이 아니다. 보통 약 5만 명의 다양한 정치적, 경제적 배경을 가진 포르투 알레그레 주민이 참여예산 과정에 참여하는데(총 거주자가 150만), 이 숫자는 1989년 이후 매년 증가하고 있다고 한다.

3월에는 교통, 보건, 교육, 체육 경제 개발과 같은 부문의 예산을 논의하는 의제별 회합과 더불어 16개 지역별 총회를 개최한다. 총회에서는 지구별 대표를 선출한다. 시장과 직원들은 시민들의 관심사에 응답하기 위해 참석한다. 일단 지구별 대표들이 선출되면, 이 들은 각 지구(district)에서 매주 혹은 2주에 한 번씩 모여 각 조직과 단체들에서 요구한 사항에 대해 우선순위를 평가하고 정부에 필요한 정보를 요청하기도 한다. 시의 관련부서 직원들은 전문

분야에 따라 참여할 수 있다.

두 번째 지역 총회(regional plenary)에서는 지역 대표들이 지구(district)의 수요에 대해 우선순위를 정하고 모든 지구(district)와 주제 영역들을 대표하는 42명의 평의원을 선출한다, 이들은 참여예산평의회(Municipal Council of Budget)에서 일하게 된다. 평의회의의 주요 기능은 각 지구의 수요를 가용한 예산과 더불어 조정하는 것, 그리고 전반적인 시 예산을 제안하고 승인하는 것이다. 최종 예산은 구속력을 가지며, 시의회에서 변경을 제안할 수는 있으나 요구할 수는 없다. 시장만이 예산에 대해 거부권을 행사하거나 평의회에 반송할 수 있다. 그러나 이런 일은 지금까지 일어나지 않았다고 한다.

World bank에서 발간한 보고서에 의하면* 참여예산제는 포르투 알레그레에서 공공설비의 직접적 증가를 가져왔다고 한다. 상하수설비가 1988년 가구의 75%에서 1997년 98%로 증가하였고, 학교의 수는 1986년 이후 4배로 뛰었다고 한다. 포르투 알레그레의 보건과 교육 예산은 1985년 13%에서 1996년 40%로 증가하였으며, 총예산에서 참여예산의 차지하는 비중은 1992년 17%에서 1999년 21%로 증가하였다고 한다. 특히 가난한 계층의 생활조건의 향상을 가져왔다.

포르투 알레그레는 참여의 폭과 깊이라는 점에서도 성공적인 것으로 평가되고 있는데(이정훈, 2011), 주로 백인, 저학력자, 고령자, 저소득자 등 사회경제적으로 취약한 주민들이 활발히 참여하는 것으로 나타났고, 개인적으로 참여하기보다 지역, 정당, 노동조합, 종교조직 등 조직의 일원으로 참여하고 있었다. 참여 주민들의 영향력과 관련하여 여성과 교육수준이 낮은 주민들은 지역대표와 참여예산평의회의 의원으로 선출되는 비율이 낮게 나타났으나, 이러한 영향력의 불평등은 참여경험이 축적됨에 따라 감소하였다고 한다(이정훈, 2011) 다만, 극빈층과 젊은 층의 참여가 부족한 점, 그리고 일단 주민들이 제기한 수요가 충족된 이후에는 참여의욕도 떨어지는 점, 그리고 성과가 더디게 나타나는 경우도 참여의욕이 꺾이는 점 등이 해결과제로 남아있다.

포르투 알레그레의 성공 경험에 근거하여 브라질에서만 해도 전체 시(5571 municipalities)의 약 2.5%인 140개 시에서 참여예산제를 채택하였다고 하나, 모두가 포르투 알레그레에서 만큼 성공적이었던 것은 아니었다고 한다.

* http://en.wikipedia.org/wiki/Participatory_budgeting

3.2.2.2. 브리티쉬컬롬비아 시민의회*

브리티쉬컬롬비아(British Columbia, BC)주에서는 선거제도의 개혁방안을 논의하기 위해 시민의회(Citizen's Assembly)를 구성하였다. 더 적은 표를 획득한 정당이 다수 정당이 되는 현실을 낳은 기존 선거제도에 대해 각계의 비판이 선거제도 개혁방안에 착수한 배경이 되었다.

시민의회는 BC주의 유권자를 대표하는 일반인구로 구성된다. 2003년 4월 BC주는 연령분포, 지리적 분포, 성별 균형을 고려하여 층화무작위 추출 방식으로 79개의 선거구에서 2명씩을 선발하여 시민의회를 구성하였다(오현철, 2010).

이들은 선거제도 등에 대한 충분한 정보와 상호 숙의를 통해 새로운 선거제도에 대한 권고안을 작성하게 되는데, 이들이 작성한 안은 최종적으로 주민투표에 회부되어 채택여부를 결정하게 된다. 결론적으로 보자면 당시 시민의회가 제출한 선거제도 개혁안은 주민투표에 의해 부결되었다.

시민의회 구성원의 선발과정을 보면 먼저 각 선거구마다 남녀 각 100명씩을 무작위로 추출하고, 이들에게 시민의회의 목적, 임무, 책임을 설명하고 참여의사를 묻는 내용이 담긴 우편물을 발송하였다. 이들 중 최종 참여의사를 밝힌 이들을 대상으로 추첨을 통해 각 선거구로부터 남, 여 각 1명씩을 선출하였다. 이렇게 선출된 158명에 원주민 2명을 더하여 총 160명, 시민의회 의장까지 포함하면 총 161명의 시민의회 구성원이 완성되었다. 이 과정에서 제외 기준은 전 현직 선출직 공직자, 선거 출마자의 직계가족이나 정당 당직자이다.

참여자들은 1일 150달러의 보상과 교통비, 숙박비를 지급받는다. 구성원들은 1~4월 동안에는 선거제도 등에 대해 학습하고, 5~6월 공청회를 통해 다양한 관점을 전해 듣는다. 오현철(2010)에 의하면 이 기간 동안 시민의회 구성원들은 약 50회의 공청회에 참여하여, 수천명의 시민들이 제기하는 의견을 청취하였고, 1,603통의 문건으로 된 의견서를 읽었다고 한다. 시민들은 공청회를 통해서, 혹은 메일이나 우편으로 자신들의 의견을 자유롭게 시민의회에 보낼 수 있었다고 한다. 9~11월에는 최종 선택할 선거제도에 대해 상호 토론을 집중적으로 진행하였는데, 상호 토론에 들어가기에 앞서 1주차에는 바람직한 선거에 대한 기준을 토론하고 이중 3가지를 선택하도록 하였다고 한다.

오현철(2010)은 BC 시민의회는 작은 공중의 장점을 제도화하고, 토의의 창조성, 효율성, 책무성면에서 높은 성과를 이룬 것으로 평가하였는데, 우선 다음과 같은 세 가지 요건이 독

* 오현철(2010)의 내용 중 일부를 요약, 발췌한 것임.

립적 활동에 기여하였다고 평가하였다. 첫째, 스스로 탐구하고 다른 사람의 관점을 경청함으로써 자신의 관점을 발전시킬 수 있는 충분한 시간이 주어졌고, 둘째, 다양한 토론공간이 제공되었다는 점을 높이 평가하였다. 소그룹토론, 온라인포럼, 점심저녁식사자리, 공청회 참석, 회의참석, 귀가 후 가족, 친지와 대화 모두 토의 공간이 되었다. 특히 웹을 이용한 효율적 토의 과정을 높이 평가하였다. 셋째, 시민의회 구성원 스스로가 실질적 결정자 역할을 부여받았다.

시민의회 구성원들은 그전부터 참여수준이 높은 사람들이었다고 하나, 시민의회 구성원의 이력을 홈페이지에 게재함으로써 구성원들이 더욱 책무성을 느끼도록 하였다고 한다.

BC 시민의회가 제출한 안은 최종적으로 주민투표에서 부결되어, 정책에 반영되지는 못하였는데, 오현철(2010)은 그 이유로 과도한 의결정족수, 비우호적 언론 보도, 정당 엘리트들의 적대적 무관심, 정부의 무관심등을 들었다.

BC 시민의회 모델은 작은 공중의 결론을 일반대중에 전하여 사회적 분위기를 환기시키는 것이었으나, 작은 공중의 토의 결과를 거대 공론장에서 의미있게 토론하기 어렵다는 점이 한계로 지적된다(오현철, 2010). 이에 오현철은 시민의회가 해당사안에 대해 최종 결정권한을 독자적으로 갖도록 제도화할 필요가 있다고 주장하였다.

3.2.2.3. 21세기 마을회의*

“21세기 마을회의”는 1995년 아메리카 스피크스가 설립된 이래로 운용해 온 제도이다(박재창, 2009) 정보통신기술을 면대면(face to face) 담론과정에 도입했다는 점이 특징적이다.

이 제도 도입 사례로는 미국사회보장제도 대토론회(Americans Discuss Social Security: ADSS, 1997), 워싱턴 시의 주민참여형 전략기획 및 예산심의제도(Neighborhood Action: Washington D.C. Strat. Plan and Budget, 1999-2003), 뉴욕 맨해튼 남부 지역 재개발을 위한 시민의견 청취 사업(Listening to the City: Rebuilding Lower Manhattan, 2002), 뉴올리안즈 지역공동체 의회(the New Orleans Community Congress) 등이 있다(박재창, 2009)

21세기 마을회의에서의 회의 운영과정은 다음과 같다(박재창, 2009)

먼저 회의 이전 단계로 공익과 관련된 주요 정책과제를 선정하는 단계이다. 관련 정책 자료

* 박재창(2009)의 내용 중 일부를 요약, 발췌한 것임

집을 작성하고, 이를 마을회의 개최 전 참가자들에게 배포한다.

다음으로 마을회의 참가자를 선발한다. 참가자는 성별, 연령, 학력, 거주지, 경제수준 등 인구사회학적 특성을 순비례적으로 반영하여 추출하고 최종 선발된 참가자에게는 소정의 여비 또는 회의비를 지급한다. 회의 지원인력을 사전에 교육하고 배치하는 것도 회의 이전단계에서 해야 할 일이다.

회의가 본격적으로 진행되면, 우선 소그룹 토론을 진행한다. 토론을 진행하고 매듭하는 단계마다 휴대용 전자투표장치를 통해 투표를 실시한다. 중앙에 배치된 전문가집단은 실시간으로 전달되는 토론내용을 빠른 시간 안에 취합 정리하여 공개하고 종합된 의견을 5개나 10개 정도의 대안이나 의견으로 종합 정리하여 각 소그룹에 다시 전달함으로써, 다음 단계 토론이 진행될 수 있도록 지원한다. 이때 회의장에 설치된 대형스크린을 통해서도 수집된 정보, 정리된 정보를 공개하여 서로 공유한다. 정부의 관련 기관 책임자도 회의의 진행과정을 지켜보면서 필요한 경우 자문에 응한다.

정부기관에서 참석한 관련분야 전문가는 종합 결과 보고서를 발표하기 전 제시된 회의결과의 현실 적용성, 적실성, 정치적 타당성 등을 평가하고 자문한다. 그리고 이 보고서가 제시하는 내용을 실제 정책에 반영할 것을 약속하는데, 이는 회의의 결과에 대해 공식성을 부여하는 것이다.

회의가 종료된 이후에도 온라인상에서 주제별 소그룹을 구축하여 회의 참가자는 물론 불특정 다수에게 추가의견을 개진하는 기회를 제공하고, 회의결과를 평가하고 환류하는 체계를 갖춘다.

3.2.3. 우리나라에서의 시민 참여 경험

우리나라에서의 주요 시민참여 사례로는 다음과 같은 것이 있다.

1998년, 유전자조작식품의 안전과 생명윤리를 주제로 한 시민합의회의 (유네스코한국위원회 주최)

1999년, 생명복제를 주제로 한 시민합의회의(유네스코한국위원회 주최)

2004년, 원자력 중심의 전력정책에 대한 시민합의회의 (참여연대 시민과학센터)

2004년, 음식물 자원화시설 설치를 주제로 한 울산북구시민배심원제

2007년, 2010년 건강보험 보장성을 주제로 한 시민위원회(서울대학교 보건대학원, 공단 연

구과제)

2012년, 국민건강보험공단의 국민참여위원회(보장성 강화 우선순위 결정)

2012년, 내가 만드는 건강공약

다음 절에서는 이 중 주요한 몇 가지 사례를 살펴보도록 하겠다.

3.2.3.1. 한국의 원자력중심 전력정책에 대한 시민합의회의*

원자력발전을 포함한 전력정책에 대한 사회적 합의를 모색하는 장이 ‘원자력중심 전력정책의 미래에 대한 시민합의회의’라는 이름으로 2004년 10월 8일에서 11일까지 3박4일의 일정으로 개최되었다. 행사주관은 참여연대 시민과학센터가 담당하였는데, 시민과학센터는 1998년, 1999년 유네스코한국위원회 주최로 열린 생명윤리, 생명복제를 주제로 한 시민합의회의에서도 핵심적인 역할을 하였던 것으로 알려져 있다.

참여연대는 시민합의회의의 본격적 출범에 앞서 5월부터 준비 작업을 시작하였는데, 우선 회의의 중립성과 효과성을 담보하기 위해 조정위원회를 구성하였다. 조정위원회는 원자력 전문가, 대안에너지 전문가, 시민참여 전문가 등 전력정책에 대한 다양한 의견과 배경을 지닌 인사들로 구성되었는데, 이 위원회에서는 시민합의회의의 주제나 시민패널 모집계획을 검토하고, 시민패널에게 균형된 정보를 제공할 전문가 패널을 추천·선정하며, 참가자들에게 제공되는 자료목록을 검토하는 등의 작업을 수행하였다.

시민패널의 모집은 3주에 걸쳐 이루어졌는데, 신문광고와 인터넷, 언론보도 등을 통해 모집 홍보를 하였다고 한다. 모집결과 전국에서 176명의 시민들이 패널로 신청하였는데, 신청자들 중 연령, 직업, 성, 지역 등을 고려해 약 50명을 1차로 선발했고, 2차로 면접을 통해 전력정책에 직접적 이해관계가 있는 사람들을 배제하는 등 대상 후보를 20명의 후보로 압축하였으며, 조정위원회 회의에서 시민패널을 최종 18명으로 확정하였다고 한다. 이들 중 2명은 개인 사정으로 본 행사에 참여하지 못해 본 행사에 참여한 시민패널은 총 16명이었다.

본 행사 개최 전 두 차례에 걸친 예비모임을 가졌는데, 이 자리에서는 참가자 상호 소개와 더불어 합의회의의 구조와 진행방식에 대한 소개, 에너지 정책에 대한 기술적, 사회적 쟁점에 대한 기초강의가 진행되었으며, 상호토론을 통해 본 행사에서 논의하고 합의할 필요가 있는 질문을 작성하였다. 본 회의 때 참석할 전문가 패널의 구성에 대해서도 논의하였으며 학

* 윤순진(2005)의 내용 중 일부를 요약, 발췌한 것임.

습 자료도 배포되었다.

본 행사는 전문가 발표와 질의응답, 토론으로 구성되었으며, 공개적으로 진행되었다. 시민패널이 선정한 질문에 대해 11명의 전문가와 2명의 지역주민의 발표가 있었으며, 발표가 끝난 후에는 시민패널과 전문가패널이 전원 참석한 가운데 질의응답 및 토론이 있었다. 전체 토론이 끝난 뒤에는 다시 조별토론과 전체회의를 진행하였고, 이후 쟁점에 대한 표결을 거쳐 시민패널 보고서를 조별 분담작업을 통해 작성하였다. 표결 처리는 무기명 투표를 통해 3/4(12명)이상의 찬성이면 합의로 간주하되 소수의견을 보고서에 명기하자는 원칙을 먼저 정하고 진행하였다. 마지막 날 오전에는 작성된 시민패널보고서를 발표하는 기자회견을 가졌다.

시민패널 보고서에서는 합의회의를 평가하며 ‘균형 잡힌 정보가 주어졌을 때 평범한 일상시민이 도달하는 상식적인 결론을 보여줄 수 있다는데 큰 의의가 있다’고 나름대로 진단하였다. 가장 논쟁적 주제인 원자력 발전의 지속여부에 대해서는 조별토론과 전체토론을 통해 16명중 12명의 찬성으로 ‘원자력발전소의 신규건설 중단’이라는 합의에 도달하였다고 보고하고 있다.

3.2.3.2. 건강보험보장성 확대에 대한 시민위원회 사례*

2007년 7월 1일, 서울대학교 보건대학원 권순만 교수 연구팀은 국민건강보험공단과 공동주관으로 건강보험보장성확대의 필요성과 경로를 논의할 시민위원회를 구성하였다. 연구팀은 보고서를 통해 시민위원회 개최의 목적을 ‘국민의 수용성을 높일 수 있는 건강보험정책을 개발하기 위해서 보건의료산업이나 정책과 직접적 이해관계를 가지지 않은 일반시민의 의견을 수집’하고자 한다고 밝히고 있다.

시민위원회 참가자격은 건강보험정책에 관심 있는 만 19세 이상 70세 미만의 성인으로, 참여자 모집을 위해 지하철 무가지, 일간지, 인터넷 신문 자유게시판을 활용하여 공고를 하고, 2주에 걸쳐 참여 신청을 접수하였다. 총 신청자는 43명으로 이 중 우리나라 인구구성을 고려하여 25명의 최종 참석자를 선정하였는데, 남녀 수는 동일하게, 만 65세 이상 노인, 장애인을 각각 2-3인씩 포함하였으며, 그 외 소득, 직업 등을 참조하였다고 한다. 참가자 선정 과정에서 보건의료면허소지자, 관련정부기관, 의료기관, 제약회사, 민간보험회사, 시민단체 조종사자등 보건의료이해관계자는 제외하였다고 한다.

* 권순만 등(2007)의 내용 중 일부를 요약, 발췌한 것임

참석자에게는 사전 설문지 및 동의서가 전달되었는데, 사전 설문지에는 참석자의 일반적 특성과 회의 주제에 대한 사전 설문이 포함되었다. 행사 당일 오전에는 건강보험 제도의 개관과 보장성 현황, 건강보험 보장성 확대경로에 대해 전문가 5인이 발표를 하고, 질의응답을 하는 시간을 가졌으며, 오후에는 건강보험 보장성 확대의 필요성과 확대경로에 대한 시민위원들 간의 토론이 이루어졌는데, 3개조로 나누어 조별 토론을 한 후 전체 토론을 진행하였다. 토론 후 참가자들은 다시 주제별 설문 문항에 대해 응답하였으며, 가상재원 배분 실험도 진행되었다.

토론 결과 건강보험 확대 필요성과 관련하여서는 대부분의 참석자가 필요성에 대해 공감하는 것으로 나타났다(24명중 22명). 그리고 건강보험보장성 확대를 위한 5가지 방안(항목별 확대, 대상 집단별 보장성 확대, 상병별 확대, 상병 수당제를 통한 급여확대, 본인부담금 상한제 확대)에 대해서는 각각 22명, 21명, 22명, 14명, 21명이 찬성의사를 밝혔으며, 가상재원 배분 실험에서는 대상 집단별로 차등적으로 지원하는 방안에 가장 많은 예산을 배분하였으며, 다음으로 항목별 확대방안, 상병별 확대방안, 본인부담상한제 확대, 상병수당 순으로 나타났다.

3.3. 참여시민 모집

Sheedy(2008)는 성공적 시민참여를 위해서는 참여자 선정과정에서 인구집단을 잘 대표할 수 있도록 하는 것이 중요하다고 언급하였다. 통상적으로 설문조사 등을 실시함에 있어 표본의 대표성 확보를 위해 흔히 채택하는 방법이 무작위표본추출이다. 그러나 10-30명 규모의 작은 공중을 구성함에 있어 단순 무작위 표본추출이 효율적인 방법인 지에 대해서는 의문이 있다. 또한 단순 무작위 표본추출을 통해 다양한 관점이 충분히 대표될 수 있는가 하는 점도 생각해볼 일이다.

숙의가 이루어지는 작은 공중을 구성함에 있어 인구학적 대표성보다 더욱 중요한 것이 관점의 대표성이다. 다양한 관점들이 잘 대표되어야 한다는 것이다. 그러나 사전에 참여자들의 관점이 어떻게 분포하고 있는지 확인하기 어렵기 때문에 많은 사례들에서 인구학적 대표성 이나마 확보하려 노력하고 있다. 또한 위낙 소수의 패널을 선정하는 경우가 많기 때문에 단순 무작위 표본추출보다는 성별, 연령별, 혹은 조건별 목표 선발인원을 정하고 그 인원의 몇 배수를 일차 선발한 후, 다시 무작위 추출 방식으로 목표수를 선발하는 경우가 많다. 대상인원에 접근함에 있어 광고를 통해 모집공고를 하고, 이에 관심을 보인 사람들을 대상으로 선

발작업을 진행하는 경우도 있고, 다른 여론조사 방식과 마찬가지로 전화조사 등을 통해 시민 패널의 풀을 구성하는 경우도 있다. 다음은 가장 흔히 사용되는 선발방법이다. 목적에 따라 다음의 선발방법중 하나를 택하거나 아니면 둘 이상의 방법을 조합하여 사용할 수 있다.

- ① 무작위선정: 대부분의 연구에서와 마찬가지로 표본으로부터 발견한 사실을 보다 넓은 모집단으로 외삽하기 위해서는 대상 인구집단으로부터 표본을 무작위로 추출하는 것이 중요하다. 특히 이 방법은 다른 방법론으로는 도달할 수 없는 사람들을 뽑을 수 있는 장점이 있다. 소수자의 경우 탈락률이 높을 수 있기 때문에 비례적으로 추출하기 보다 더 많은 표본을 추출하는 것도 방법이다.
- ② 목적적: 특정한 인구집단에 관심이 있는 경우라면 그 집단만을 대상으로 참여자를 모집하는 것도 좋다. 이 경우 관심집단과 관계를 맺고 있는 다른 조직과 함께 일하는 것도 좋다.
- ③ 개방적: 이는 행사에 참여하도록 공개적으로 초대하는 것이다 - 선착순 모집의 개념이다.
- ④ 자기-선택적: 이 방법은 목적적 혹은 개방적 선발방법과 함께 사용될 수 있다. 참여자는 공개 혹은 목적적 초대에 응한 사람들로부터 선발하는데, 이들 중 행사의 목적에 관련된 인구집단을 대표하는 그룹을 선발한다. 이는 예산이 제한적인 경우 무작위 모집의 좋은 대안이 될 수 있다.

참여시민 모집 방법을 선택함에 있어서는 행사의 규모나 목적, 대상인구집단이 무엇인지 등을 고려하여 적절한 방법을 선택하도록 한다. 예를 들어 무작위 모집은 전국이나 큰 지역단위의 작업을 할 때는 유용하나 작은 지역사회 단위에서는 필요하지 않을 수도 있다. 반면 공개초대의 형태는 국가단위의 행사에는 적절하지 않을 수 있다. 행사의 목적 또한 고려하여야 하는데, 전 인구집단에 일반화할 수 있는 결론에 도달하는 것이 목적인지 아니면 다양한 관점을 얻는 것이 목적인지에 따라 모집 방법이 다를 수 있다. 만약 목적이 주어진 지역의 전체 인구집단으로부터 의견을 듣는 것이라면 무작위 선발이 좋은 선택일 수 있다.

그렇다면 실제 진행된 여러 시민 참여 사례들에서는 어떤 접근법을 취했을까? 앞 절에서 언급한 시민참여 사례들의 참여시민 모집과정을 정리하면 다음과 같다.

1) 영국 NICE 시민위원회 모집과정

시민위원회 위원들을 뽑을 때에는 보통 미디어에 4주 이상 광고를 한다고 한다. 처음 위원회를 구성할 때 영국 전역에서 35,000여명이 관심을 표명하였고, 이중 4,437명이 신청서를 제출하였다. NICE의 의뢰로 리쿠르트 업무를 담당하게 된 기관에서는 이들로부터 희망하는 인구 프로파일을 얻기 위해 잉글랜드와 웨일즈 지역의 인구 자료를 이용하여 350건의 신청서 리스트를 만들었다고 한다.

리스트는 필요 수의 10배선에서 무작위로 선정하였는데, 만약 특정한 그룹에 속하는 젊은 사람이 3명이라면 30명의 신청서를 선택하는 식으로 진행되었다. 그리고 추가적으로 선정한 50건의 신청서는 어떤 인구학적 기준도 적용하지 않고 무작위로 선택하였다. 350명의 신청서를 검토하여 선정기준에 맞지 않는 사람을 제외하고, 나머지에 대해 전화로 접촉하였다. 어떤 신청자들은 이 단계에서 신청의사를 철회하기도 하였다고 한다. 남은 신청서는 최종적으로 수작업으로 매치하여, 잉글랜드와 웨일즈 지역의 인구학적 특성을 반영할 수 있도록 하였다.

2) 캐나다 온타리오 주 시민의회 참여자 모집과정

캐나다 온타리오 주 정부 웹사이트에 게재된 시민의회 참여자의 선발과정은 다음과 같다.

- ① 1단계: 위원이 되고자 하는 사람은 Public Appointment Secretariat Website (http://www.pas.gov.on.ca/scripts/en/appl_form.asp)를 통해 혹은 우편으로 신청할 수 있다*.
- ② 2단계: 외부 에이전시에서 제출한 신청서를 배제기준에 따라 걸러낸다. 그 결과 긴 후보자 목록(long list)이 작성된다.
- ③ 3단계: 에이전시에서는 후보자들과 간단한 전화 인터뷰를 통해 위원회 활동이 가능한지 등 적격여부를 확인한다. 인터뷰를 마친 후보자들은 잠재적 멤버군에 이름을 올리도록 초대한다.
- ④ 4단계: 에이전시는 짧은 후보자 목록을 무작위로 선발한다.

* 신청양식은 <http://www.pas.gov.on.ca/Docs/ApplicationForm.doc>에서 다운로드 받을 수 있다.

⑤ 5단계: 무작위로 선발된 후보자들은 개별 접촉을 하여 Personal and Conflict of Interest Disclosure Statement를 제출하도록 요청한다. 직접 혹은 전화인터뷰, 평판조회 등을 포함한 선발과정을 거쳐 자격있는 후보들이 추천된다.

⑥ 6단계: 장관이 추천을 검토한 후 위원을 임명한다.

3) 전력정책합의회의

전력정책합의회의는 3주에 걸쳐 신문광고와 인터넷, 언론보도 등을 통해 시민패널 지원자를 모집하였다. 일간지로는 한겨레신문, 인터넷 매체로는 프레시안과 참여연대 시민과학센터 홈페이지를 이용하였고, 준비워크샵에서 발제를 맡았던 전문가가 일간지에 “합의회의를 아시나요?”란 칼럼을 쓰고 프로젝트 책임자가 또 다른 일간지에 “시민참여 ‘합의회의’로 갈등풀자”란 제목의 글을 과학 란에 실어서 합의회의에 대한 사회적 관심을 환기하였다

모집결과 전국에서 176명의 시민들이 패널로 신청. 신청자들 가운데 연령, 직업, 성, 지역 등을 고려해 약 50명을 1차로 선발했고, 1차에서 통과된 시민들은 면접을 통해 전력정책에 직접적 이해관계가 있는 사람들을 배제하는 등 20명의 후보로 압축, 그리고 조정위원회 회의에서 전력정책의 미래를 논의할 시민패널을 18명으로 확정하였다. 2명은 개인사정으로 본 행사에 참여하지 못해 최종적인 시민패널 총 인원은 16명이었다.

4) 건강보험보장성 시민회의사례

대한민국 국적을 지닌 만19세 이상 70세 미만자로 건강보험 정책에 관심이 있어 8시간의 회의에 성실히 참여할 수 있는 사람으로 2주에 걸쳐 참여 신청을 접수하였다.

접수과정에서 성, 연령, 거주지, 직업, 소득에 대한 정보를 수집하였다. 보건의료면허소지자, 관련 정부기관, 의료기관, 제약회사, 민간보험회사, 시민단체 종사자 등 보건의료이해관계자에 종사하는 자는 제외하였다. 최종 신청자는 총 43명이었다.

모집광고는 지하철 무가지(AM7) 2회, 일간지(한겨레신문), 인터넷홈페이지(장애인인터넷신문<http://www.ablenews.co.kr>, 농민신문<http://www.nongmin.co.kr>) 자유게시판에 각 1회씩 공고를 실시하였다. 회의 참석자에게는 1인당 10만원의 사례비를 지급하였다.

4. 시민참여를 통한 건강공약 개발

4.1. 공약의 의미

대통령중심제 국가의 대통령 선거는 국가 최고통치권자를 선출하는 선거이다. 대통령 후보자의 정견과 정책 공약은 대통령 후보자의 국정운영 기조와 대통령으로서 한 나라를 이끌어 나가기 위한 자질과 능력을 판단하는 중요한 자료가 된다. 대통령 선거공약은 “대통령 후보와 소속정당이 대통령 당선을 목적으로 하여 국민에게 제시한 모든 약속(허범, 1997)”이다. 대선정책공약은 정당정책이지만, 선거에서 승리한 후보의 공약은 자동적으로 정부의 공식 의제로 전환되며 정부정책으로 채택되는 경우가 많다.

과거 한국의 대통령선거는 정책 선거라기보다 혈연, 지연, 학연이 후보 선택의 기준으로 작용하여 왔다. 또한, 정치 불신 및 무관심 풍조의 팽배로 인해 후보자의 자질을 검토하기보다 후보자 개인의 이미지 중심으로 후보자를 평가하고 있다(박희봉·정경석, 2009).

그럼에도 불구하고, 대통령 선거가 정책경선으로 이루어져야 하는 당위성은 다음과 같다. 첫째, 국민이 정책공약의 실질적 관심과 이해를 높이며, 정책공약의 내용, 근거, 타당성, 실현성에 판단하여 투표권을 행사하게 한다. 둘째, 후보자와 소속정당이 경쟁적으로 정책 공약을 개발하여 정책 측면의 집권준비를 충실히 하게 한다. 셋째, 기존 정부정책에 대한 평가와 정책 보존·수정·종결·교체 등을 유도하여 정권의 정책적 인계·인수를 가능하게 한다. 넷째, 가능한 많은 국정과제와 정책대안을 노출을 통해 국가 차원의 종합적 정책의제 및 대안을 얻을 수 있다. 다섯째, 실현성 없는 공약 남발을 억제시킨다. 여섯째, 대통령이 참신한 개혁정책을 쉽게 선택하고 성공적으로 수행할 가능성을 높인다. 일곱째, 국민의 국가정책참여 기회를 준다. 여덟째, 지역감정, 금권, 관권, 바람몰이 등의 선거 후유증을 예방한다(허범, 1997: 8-11).

4.2. 보건의료공약의 변천과정

대한민국의 대통령 선거에서 간접선거로 치러진 7번의 선거에서는 대통령의 선거공약이 제시되지도 않았다. 국회의 간접선거를 통해 대통령을 선출한 초대 및 제4대 대통령 선거와 통일국민회의의 간접선거로 대통령을 선출한 제 8대부터 제 11대 대통령 선거이다. 대통령

선거인단의 간접선거로 선출한 제12대 대통령 선거는 4명의 후보자가 출마하여 선거공약을 제시하였지만, 사실상의 정책경선과 무관한 선거였다(허범, 1997: 11-12).

직접 선거로 치러진 첫 번째 대통령 선거인 14대 대통령 선거는 1992년 12월 18일 실시되었다. 14대 대통령 선거의 보건의료분야 공약은 구체성보다 선언적인 공약이 많았다. “쾌적한 환경 조성, 국민건강 보장, 식품 및 의약품 관리를 선진국 수준으로 향상” 등 공약의 내용과 근거 실현방안을 제시하기 보다는, 정책 방향을 제시하는 수준에 머물러 있다.

<표 3> 제 14대 대선의 정당별 보건분야 공약 내용

정당	내용
민주자유당	<ol style="list-style-type: none"> 1. 전 국민이 안심하고 마실 수 있는 맑은 물과 공기를 공급한다. 2. 폐기물 처리체계의 획기적인 개선으로 쾌적한 환경을 조성한다. 3. 대통령직속으로 노인과 장애인을 위한 「사회복지대책위원회」를 설치하고 「노인건강관리법」을 제정한다. 4. 의료기관, 보건소의 증설과 의료보험재정의 안정으로 국민건강을 보장한다. 5. 식품 및 의약품관리를 선진국 수준으로 향상시킨다.
민주당	<ol style="list-style-type: none"> 1. 유해위험작업의 범위 확대, 건강수첩 발급대상 확대, 산업보건전문의 제도 등으로 산업재해로부터 노동자를 보호한다. 2. 통합의료보험을 실시하여 농어민과 도시서민의 의료비 부담을 줄인다. 3. 국민이 안심하고 먹을 수 있는 식품공급을 위한 완벽한 식품검사제도를 확립한다. 4. 쓰레기는 반으로 줄이고 재활용은 두 배로 늘린다. 5. 공해배출시설, 오염방지시설을 동시에 설계, 시공, 준공하는 3등시 제도를 실시하여 환경오염을 예방한다.
통일국민당	<ol style="list-style-type: none"> 1. 없음.
신정당	<ol style="list-style-type: none"> 1. 마약, 알코올 중독 치료를 위한 국가지원 제도 신설한다. 2. 인간존엄성 시대를 위한 인명경시 풍조를 척결-경찰, 병원 등 공공기관의 응급미비로 인명을 상실했을 경우나, 고의적 교통사고, 청부살인 등의 행위에 대한 엄벌주의를 실시한다. 3. 의료보험제도의 개선을 통한 국민의료분담률 인하 4. 산재방지제도를 강화하여 산재발생률을 낮추고 산재보험 배상액을 현실화한다. 5. 국민의 의료사고에 대한 심판기능을 강화하기 위하여 전문가들로 구성된 의료심판위원회 설치한다.
대한정의당	<ol style="list-style-type: none"> 1. 오염대책 철저하게 세우는 환경정책

무소속 백기완	<ol style="list-style-type: none"> 1. 의료보험제를 확대실시하고, 현행 조합식 운영의 폐단을 극복하기 위하여 재정을 전국적으로 통합한다. 2. 국가부담의 의료제도를 정착시키고, 평등한 진료권을 확립한다.
------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1997년 12월 18일 실시된 제 15대 대통령 선거 보건분야 정당별 공약은 아래 <표 4>와 같다. 보건분야 공약은 “전 국민의 사회보험(국민연금, 의료보험, 산재보험, 고용보험) 가입, 의료보험이 건강보험으로 제 역할을 할 수 있도록 제도 개선, 양질의 의료서비스 제공, 식품 및 의약품 안전, 고용보험과 산재보험 가입 확대 등”이 공통적으로 제시되고 있다.

<표 4> 제 15대 대통령 선거의 정당별 보건분야 공약 내용

정당	내용
한나라당	<ol style="list-style-type: none"> 1. 전 국민의 사회보험화(국민연금, 의료보험, 산재보험, 고용보험)로 모든 국민의 안정적인 생활을 보장한다. 2. 의료보험제도를 개선하여 효율성을 높이고 양질의 의료서비스를 제공한다. 3. 산재보험을 5인 미만 사업장으로까지 연차적으로 확대 적용하고, 국가지원을 늘리고 산재보험운영을 개선하여 보상수준을 향상시킨다. 4. 국민건강을 위한 보건의료서비스를 내실화한다. 5. 의료보험이 건강보험으로서의 역할을 담당할 수 있도록 예방 및 건강관리기능을 강화한다. 6. 의료보험 적용범위를 확대하여 누구나 필요한 서비스를 쉽게 받을 수 있도록 한다. 7. 의료서비스의 질적 향상을 위한 여건을 개선한다. 8. 저소득층에 대한 의료보호를 내실화한다. 9. 식량과 의약품의 안전관리 기능을 강화한다. 10. 「식품, 의약품 안전청」을 발족한다. 11. 문제가 있는 식품, 의약품은 회수하는 리콜 제도를 도입한다. 12. 「불량식품, 의약품 신고전용전화」를 설치한다. 13. 보건의료산업의 육성을 통해 국민건강증진을 도모한다. 14. 모든 국민의 건강한 삶을 보장하기 위하여 「보건의료발전 5개년 계획」을 수립하고 가칭 「보건의료기본법」을 제정한다. 15. 의과학, 생명과학 등 보건의료 기술을 개발, 촉진하기 위해 정부차원의 연구개발비를 적극 지원하고 민간의 연구개발참여를 유도한다. 16. 신약개발 연구지원을 활성화하여 제약산업을 전략산업으로 육성하고, 「의료용구에 관한 법률」을 제정하여 의료기기 개발에 적극 지원한다. 17. 화장품의 품질향상과 기술개발 지원을 위해 「화장품법」을 제정한다. 18. 치매노인 가정의 간병료 부담을 대폭 줄인다. 19. 치매환자, 예방, 등록, 치료 및 연구를 종합적으로 집행할 「치매종합센터」를 설치한다. 20. 시도마다 1개소 이상의 공공치매 전문병원을 건립하여 저소득층은 무료, 일반노인은 실비로 이용하게 한다. 21. 치매전문 요양시설을 현재 3개소에서 70개소로 대폭 확대한다. 22. 틀니, 보청기 등 노인필수품 지원방안을 마련한다. 23. 노인의 진료비부담을 줄이기 위하여 65세 이상 노인 의원급 외래정액진료비를 대폭 경감한다.

	<p>다.</p> <p>24. 저소득층 노인건강검진수가를 현실화하고 검진항목을 확대한다.</p> <p>25. 만성 퇴행성 노인질환치료를 위해 한방의료보험을 확대한다.</p> <p>26. 노후 질병발생시 소요되는 막대한 간병료 부담을 분산시키기 위하여 「간병보험제도」의 도입을 검토한다.</p> <p>27. 장애인에 대한 의료지원을 강화한다.</p>
새정치 국민 회의	<p>1. 통합의료보험을 완전 실시하여 도시지역에 비해 2배에 달하는 농어민 보험료 부담을 대폭 경감한다.</p> <p>2. 고용보험과 산재보험제도를 정비하여 보험적용대상을 대폭 확대한다.</p> <p>3. 고용보험과 산재보험을 통합운용한다.</p> <p>4. 고용보험 적용대상사업과 사업장을 근로기준법 대상까지 확대하고, 실업급여의 지급수준을 상향조정한다.</p> <p>5. 사회보험의 체계를 현대적으로 개선하여 선진 사회보장제도를 이룩한다.</p> <p>6. 의료보험을 완전 통합하고 질병예방기능 등 보험혜택을 확대하는 국민건강보험을 실시한다.</p> <p>7. 공적연금제도를 통합하고 안정적인 전국민연금제도를 완성하여 노후생활을 보장한다.</p> <p>8. 경로연금제 확대와 노인보건법 제정을 통하여 노인들의 생활과 건강을 보장하고 노령화 사회에 대한 대비를 철저히 한다.</p> <p>9. 식품과 의약품의 안전성을 확보하여 국민건강을 보장한다.</p> <p>10. 공공의료와 1차 의료기관에 대한 지원을 강화하고 주치의제도를 발전시켜 국민건강관리체계를 확립한다.</p> <p>11. 월남전 고엽제 후유증 및 후유증 환자에 대한 지원을 강화한다.</p>
국민신당	<p>1. 사회보장제도의 효율성과 형평성을 향상시키기 위하여 국민연금, 의료보험, 산재보상보험, 고용보험 등 4대 사회보험제도가 상호, 유기적으로 운영되도록 노, 사,정이 협력한다.</p>
건설 국민 승리 21	<p>1. 사회복지 예산을 20%로 증액하여, 교육, 의료, 주거 등에서 국민기본생활을 보장한다.</p> <p>2. 4대 사회보험을 통합일원화하고 기금운용을 민주화한다.</p> <p>3. 소득보장, 의료보장, 노동복지, 아동복지, 노인복지, 장애인 복지, 주거복지, 사회복지원 신설, 동사무소의 복지사무소화</p> <p>4. 의료보장을 강화한다 - 전국민에게 주치의제도 마련과 예방의료의 획기적 확대, 의료보험급여의 대폭 확대, 아동, 임산부 노인에게 국가건강검진 의무화, 1차 공공의료시설의 대폭 증설과 질적 개선한다.</p>
공화당	<p>1. 없음.</p>
바른 나라 정치 연합	<p>1. 의료제도 개선 및 식품위생법 보완한다.</p> <p>2. 의료보험조합을 단계적으로 통합한다.</p> <p>3. 저부담, 저보험료 구조를 적정급여를 통한 적정보험료 구조로 전환한다.</p> <p>4. 의료사고 분쟁조정제도의 마련을 통해 의사와 환자 모두를 보호한다.</p> <p>5. 보훈병원의 의료수준을 일반종합병원 수준으로 확충한다.</p> <p>6. 치매노인 간병료를 의료보험 수가에 신설 및 치매 전문시설 건립한다.</p> <p>7. 농어민의 의료보험 부담 경감한다.</p>
통일 한국당	<p>1. 보건의료 제도를 개선한다.</p>

2002년 12월 18일 실시된 제 16대 대통령 선거 보건분야 정당별 공약은 아래 <표 5>와 같다. 보건의료산업 육성과 의료공공성 강화가 주요 정책의제로 등장하였다. 보건의료산업 육성은 “보건의료산업 선진화, 첨단 보건의료산업 육성, 세계적인 보건의료산업국가 이룩” 등 공약으로 제시되었다. 또한 각 당은 의료 공공성 강화 방안을 저마다 제안하였다. 한나라당은 “저소득층 의료 보장, 보건지소 설치확대, 전 국민 건강검진제도 실시, 열악한 응급의료체계 개선”을, 민주당은 “저소득층 건강은 국가 책임, 공공의료 30% 이상 확대”를, 민주노동당은 “무상의료, 공공클리닉 및 공공병원 설립 등” 공약이 나왔다. 또한, 건강보험 재정 안정화 및 경영 건전화 등 건강보험 재정의 문제가 대두되기 시작했다.

<표 5> 제 16대 대통령 선거의 정당별 보건분야 공약 내용

정당	내용
한나라당	<ol style="list-style-type: none"> 1. 건강보험재정의 안정 2. 소득파악이 제대로 될 때까지 건강보험 재정의 분리, 운영한다. 3. 의약분업의 종합적 평가를 통한 개선, 보완한다. 4. 기초생활보장대상에서 제외된 저소득층에 대한 의료, 교육, 주거의 보장 및 확충한다. 5. 보건지소 설치 확대와 전 국민 건강검진제도를 실시한다. 6. 열악한 응급의료 환경을 획기적으로 개선한다. 7. 의료전달체계 개선을 통한 국민의 서비스 만족도 증진을 위해 노력한다. 8. 보건의료 선진화를 통한 국민건강수명을 연장한다. 9. 첨단 보건의료산업 육성을 통한 세계적인 보건의료산업국가를 이룩한다. 10. 전 국민의 건강한 노후를 보장한다. 11. 부정불량 식품 의약품을 근절한다.
새천년 민주당	<ol style="list-style-type: none"> 1. 노인요양시설의 대폭 확대를 통한 노인의 건강보장 대책 집중 추진한다. 2. 전 국민의 의료보장을 위한 국민건강보장제도를 시행하여 각종 질병을 국가가 관리하고 취약계층의 건강은 정부가 책임진다. 3. 공공의료를 30%이상으로 확대하여 각종 전염병과 질환을 관리하고, 전 국민에게 예방보건 서비스를 제공한다. 4. 국민건강보험의 재정과 경영을 건전화한다. 5. 진료비 총액에 대한 상한선 제도를 도입한다. 6. 의료전달체계를 수요자중심으로 개선한다. 7. 민간의료기관의 건전 발전 및 보건사업 지원하고 육성한다. 8. 수해, 테러 및 대량 재난사고에 대비하여 전 국민을 대상으로 한 응급의료 시스템을 완비한다. 9. 식품에 대한 안정성을 강화한다. 10. 전국적 한방예방보건사업의 실시와 한방 의료의 현대화를 추진한다.
하나로 국민	<ol style="list-style-type: none"> 1. 지속가능한 건강보험제도를 구축한다. 2. 의료보험을 통한 전 국민 정기 건강검진 서비스를 실시한다.

연합	
민주노동당	<ol style="list-style-type: none"> 1. 4대 사회보험의 통합 운영하고, 보험료의 누진성을 강화한다. 3. 당장 사회복지예산을 두 배 이상으로 늘리고, 사회복지 중심의 장기정책을 펼쳐, 온 국민이 교육, 보육, 의료, 주택 걱정 없이 사는 평등복지 사회를 구현한다. 4. 저소득층과 5세 미만 어린이, 임산부, 65세 이상 노인에게는 당장 무상의료 실시한다. 5. 무상의료 5개년 계획을 추진하여, 5년 후에는 전 국민이 별도로 돈 내는 일 없이 의료혜택을 받도록 하겠다. 6. 인구 5만명 당 1개소의 공공클리닉과 시군구별 1개소의 공공병원의 설립한다. 7. 노인간병수당금의 지급 및 실비 요양시설을 확충하여 노인이 건강하고 존경받는 사회를 건설한다.
사회당	<ol style="list-style-type: none"> 1. 국가적 질병관리를 강화한다. 2. 건강보장에 대한 혁신적 개혁한다. 3. 의료서비스 제공체계의 개혁한다.

2002년 16대 대통령 선거에는 보건의료분야 시민사회단체들이 직접 보건의료분야 공약을 제시하기 시작하였다. 「가난한 이들의 건강권 확보를 위한 연대회의」는 11월 대선후보에 대한 질의서를 보내, 소득인정액 제도의 문제점과 한계 보완, 의료급여 축소 조치 반대, 의료급여 수급자에 대한 제한조치 중단 등의 요구를 제시하였다. 또한, 건강연대는 12월 16대 대선후보에 요구하는 건강연대 보건의료분야 정책과제를 제안하였다. 구체적인 내용은 다음 <표 6>과 같다.

<표 6> 2002 16대 대선 후보에 대한 가난한 이들의 건강권 확보를 위한 연대회의 질의서
(2002.11)

대선 후보에 대한 질의 내용
<ol style="list-style-type: none"> 1. 소득인정액 제도의 문제점과 한계를 보완하고 수급자를 확대하기 위한 구체적인 정책이 필요하다. 2. 입원일수 상한제 도입과 의료급여 1종의 2종 전환 등 의료급여 축소 조치를 반대하고 가난한 이들의 건강권 확보를 위한 정책이 필요하다. 3. 의료급여 수급자에 대한 제한조치를 중단하고 의료공급자 측에 대한 관리와 통제가 우선되어야 한다.

2007년 12월 19일 실시된 제 17대 대통령 선거 보건의료분야 정당별 공약은 아래 <표7>과 같다.

<표 7> 2002년 16대 대선후보에 대한 건강연대의 요구사항 (2002.12)

16대 대선 후보에 요구하는 건강연대 보건의료분야 정책 과제
<ol style="list-style-type: none"> 1. 본인부담 총액상한제 도입한다. 2. 주요 고액질환(암, 심혈관질환, 뇌혈관질환 등)에 대한 본인부담 인하한다. 3. 비급여 서비스 관리를 통하여 단계적 비급여 폐지를 추진한다. 4. 저소득층에 대한 약제비 본인부담금 면제를 추진한다. 5. 상병수당제도를 실시한다. 6. 지역보험 재정 지출의 50% 국고부담을 의무화한다. 7. 행위별 수가제를 폐지하고, 총액계약제를 실시한다. 8. 의료기관 진료서비스 평가 및 의료기관 평가인증제를 도입한다. 9. 건강보험공단에 현지조사 권한을 부여한다. 10. 건강보험 재정대책으로 급여 축소를 반대하고, 보장성 개선과 보험료 인상을 연계 추진한다. 11. 건강보험 재정대책으로 민간의료보험 도입 추진을 반대한다. 12. 지역 및 직장 보험재정을 통합 관리한다. 13. 건강보험공단의 자율성을 확대한다. 14. 건강보험의 보험자 기능 강화-건강보험의 통계 기능을 확대.강화하여 각종 정보를 생산.공개하도록 한다. 15. 도시지역에도 인구 5만명 당 보건지소를 설치하여 의료 취약계층을 보호하고 공공의료를 확대한다. 16. 보건소 역할 강화 - 지역주민의 요구에 기초한 평생건강관리, 예방접종, 건강검진, 정신보건사업 등의 사업을 확대 실시한다. 17. 시.군.구별 최소 1개소의 공공병원을 확보한다. 18. 공공의료기관의 소속을 보건복지부로 일원화한다. 19. 전 국민을 대상으로 주치의제도를 실시하여 1차 의료를 강화한다. 20. 성분명(일반명) 처방 및 대체조제를 확대한다. 21. 지역 의약분업 협력위원회를 부활한다. 22. 주사제를 의약분업에 포함시키고 주사제 심사 기준을 지키도록 심사 강화한다. 23. 항생제 사용을 제한하고 통제하기 위한 실질적인 조치를 마련한다. 24. 복약지도 강화 및 의무화한다. 25. 처방전 2장 발행 정착 및 법정 영수증 발급을 의무화한다. 26. 공단과 제약회사 간에 약가를 계약하는 방식으로 약가에 대한 통제권을 공단이 가지도록 한다. 27. 약가 인하 조치 및 고가의약품 억제 방안을 마련한다. 28. 신약의 가격을 결정하는 약제전문위원회의를 재구성한다. 29. 의료급여 대상자를 대폭 확대한다. 30. 의료급여 1,2종 구분 및 2종 본인부담금을 폐지한다. 31. 의료급여 혜택 축소 중단 및 의료급여 대상자 특성에 따른 급여혜택을 확대한다. 32. 의료급여 예산 확대 - 의료급여 환자 차별의 원인인 진료비 체불 문제가 발생하지 않도록 예산을 수립한다. 33. 의료급여기금 낭비 방지와 의료급여 환자 차별 근절을 위한 대책을 마련한다.

보건의료산업 육성, 의료공공성 강화라는 기존 정책의제와 함께 아토피 천식 등 환경성 질환 예방 관리, 모자보건, 노인 및 영유아 건강보장 등이 새로운 정책의제로 등장하였다. 의료공공성 강화의 구체적 공약으로 한나라당은 “생애주기별 맞춤형 보건복지 서비스 실현, 지속가능한 건강보험 및 양질의 보건의료 서비스체계 구축, 의료급여 지원범위 확대, 저소득층 및 중증질환자등 사각지대 없는 건강보장환경 구축, 응급의료체계 전문성 및 신속성 강화”를, 민주당은 “의료급여와 건강보험 통합, 건강보험 보장성을 80% 수준으로 확대, 저소득층 본인부담을 경감과 급여 항목을 확대, 중증·희귀난치성환자의 본인부담 상한제 확대, 공공의료기관 30% 이상 확충”등을, 민주노동당은 “완전한 건강보험 달성, 공공의료기관 30% 수준으로 확대, 동마다 1개의 보건지소 설립, 시군구별 산후조리, 보육, 간병 및 장기요양서비스, 장애인 활동서비스 등을 담당하는 사회서비스 센터 설립”을 제시하였다.

아토피와 천식 등 환경성 질환이 국민 건강을 위협하는 의제로 대두됨에 따라, 환경성 질환 예방 및 관리가 중요한 정책 의제로 등장하였다. 구체적으로, 대통합민주신당은 “환경성질환 연구센터 지정운용”, 민주당은 “실내 공기질 관리, 국민건강위해성 종합관리 강화, 친환경상품 확산 지원”, 창조한국당은 “생활환경에 관한 국민건강 안전기본법 제정, 화학물질관리제도 도입”, 민주노동당은 “지역보건센터 중심 어린이 환경성 질환 치료 프로그램과 정보 제공, 어린이시설 친환경건축자재 사용” 등을 공약으로 제시하였다. 저출산이 사회적 문제로 대두되자 모자보건 공약이 대선 공약으로 제시되었는데, 한나라당은 “Mom&Baby 플랜, 보조생식술 지원범위 확대”를, 민주노동당은 “국공립 산후조리원 확충” 등을 제안하였다. 또한, 영유아 건강보장을 위해 한나라당은 “영유아 건강검진 실시, 조기관리체계 도입, 만 5이하 아동 의료비 본인부담금 경감, 12세까지 예방접종 국가 부담”등을 제안하였다.

고령화 사회로 진입함으로 노인들의 건강문제가 중요한 정책 의제로 대두되었다. 한나라당은 “65세 이상 저소득층 노인대상 틀니, 보청기 등 고가 의료품목 지원, 노인전문병원 설립, 노인요양보호시설 확충, 치매중풍 노인을 위한 의료보장체계 마련, 60세 이상 노인 치매검진 무료 실시”를, 민주당은 “노인 무료 암 검진, 외병노인 간병수당제 도입, 치매간병수당 지원, 노인 의치 단계적 급여화, 치매 중풍의 약값 본인부담 감면 및 무상 치료”를 공약으로 제시하였다.

<표 8> 제 17대 대통령 선거의 정당별 보건분야 공약 내용

정당	내용
한나라당	<ol style="list-style-type: none"> 1. 보건·의료·제약·한방산업을 국가전략산업으로 육성한다. 2. 보건·복지 사각지대 해소를 위해 전문인력을 확충한다. 3. 생애주기별 맞춤형 보건·복지서비스를 실현한다. 4. 지속가능 건강보험 및 양질의 보건의료서비스체계를 구축한다. 5. 의료급여, 기초생활보장의 지원범위 확대, 기초연금제를 도입한다. 6. 저소득층 및 중증질환자등 사각지대 없는 건강보장환경을 구축한다. 7. 응급의료 체계의 전문성과 신속성 강화 및 u-health 지원한다. 8. 'U-Quick 119제도' 도입한다. 9. 아동과 어르신 필수 예방접종을 시행한다. 10. 'Mom & Baby 플랜'을 추진한다. 11. 모든 영·유아의 '임신-출산-보육-취학' 4단계에 걸쳐 '산전검사-불임치료-분만비용-예방접종-진료비-보.교육비' 6개 항목 국가지원한다. 12. 보조생식술 지원범위를 확대한다. 13. 0세~12세까지 국가에서 정한 예방접종비용을 국가 부담한다. 14. 만 5세 이하 아동 의료비 본인부담금을 경감한다. 15. 장기요양보험제도 대상에 장애인을 포함한다. 16. 영·유아 건강검진 실시, 조기관리체계를 도입한다. 17. 노인 3대 고통(질병, 가난, 고독)을 해결한다. 18. 65세 이상 저소득층 노인 대상 틀니, 보청기 등 고가의 의료품목을 지원한다. 19. 노인전문병원 설립, 노인요양 보호시설을 확충한다. 20. '돌봄이 유비쿼터스 케어시스템'을 구축한다. 21. 치매·중풍 노인을 위한 의료요양보장체계를 마련한다. 22. 60세 이상 노인 10만 명 고급 치매검진을 무료 실시한다. 23. 소액 실버 노인요양보호시설 5년간 500개소 확충한다.
대통합 민주 신당	<ol style="list-style-type: none"> 1. 어린이집, 유치원 등 어린이시설의 건축자재를 친환경자재로 사용하고 실내공기질을 관리 하며 유해물질 함유 어린이용품은 긴급회수제도를 통해 유통 금지 조치한다. 2. 전국 민간병원 10여개소를 환경성질환연구센터로 지정·운영하여 아토피, 천식 등 환경성 질환의 감시망 구축 및 치료를 전담한다. 3. 식품 속의 중금속, 잔류농약, 유해물질기준을 확립하여 식품의 안전성을 높이고 환경배상 책임보험제도 도입한다.
창조 한국당	<ol style="list-style-type: none"> 1. 식품안전부(가칭) 설치하여 국민을 유해한 생활환경 위험에서 차단한다. 2. '생활환경에 관한 국민건강 안전기본법'을 제정하여 위험요인 체계적 관리와 건강하고 안전한 생활환경을 조성한다. 3. EU가 '07년부터 실시하는 화학물질관리제도(Reach System)를 3년 이내에 도입하여 국내 여건에 맞춰 단계적으로 실시한다. 4. 환경호르몬(다이옥신 등) 물질에 대한 체계적 관리를 가장 엄격한 선진국 수준(미국 FDA)으로 강화한다. 5. 토양 오염요인이자 건강 위해요소인 살충제와 질소비료 사용량을 OECD 기준으로 감축(살충제와 질소비료 사용량(1.20g/ha, 18.9g/ha)을 유럽평균(0.17g/ha, 5.6g/ha) 수준으로 개선한다.

	6. GMO(유전자변형식품) 개발을 원칙적으로 중단하고, 해외 통해 유입되는 농산물의 GMO 표시제도 강화와 안정성 여부 심사기준을 마련한다.
민주 노동당	<ol style="list-style-type: none"> 1. 완전한 건강보험을 달성한다. 2. 공공의료기관 30% 수준으로 확대, 동마다 1개소의 보건지소 설치, 아토피 클리닉 등 주간 병원으로 활용한다. 3. 시군구별 사회서비스 센터 설립, 산후조리, 보육, 고용서비스, 간병 및 장기요양서비스, 장애인활동보조인 서비스를 담당한다. 4. 국공립 산후조리원을 확충한다. 5. 학교주변 유해식품/물질까지 규제를 확대 강화한다. 6. 학교 내 안전한 무상급식을 실현, 학교의 건축자재 개선을 통한 실내공기질 개선, 녹지비율 의무화 등으로 인근 대기질을 우선적으로 개선한다. 7. 지역보건센터를 중심으로 아토피 등 다양한 어린이 환경성 질환 치료 프로그램과 정보를 제공한다. 8. 보육시설에서의 장난감이나 각종 교구의 환경호르몬 등의 유해화학물질을 강력히 규제한다. 9. 어린이 활동공간인 놀이터나 수영장 등의 기준 강화, 보육시설의 친환경 건축자재사용과 실내공기질을 개선한다.
민주당	<ol style="list-style-type: none"> 1. 의료급여 관리체계 강화와 행위별 수가제를 보완한다. 2. 의료급여 관리시스템 및 사후관리 DB를 구축한다. 3. 의료급여 전달기구를 설립한다. 4. 지역사회 보건·복지서비스와 의료급여 통합하여 운영한다. 6. 노인의 무료 암 검진 및 만성질환에 한방보험급여를 확대한다. 7. 외병노인의 간병수당제를 도입한다. 8. 건강보험의 보장성과 의료의 공공성을 강화한다. 9. 의료급여와 건강보험을 통합한다. 10. 건강보험 보장성을 80% 수준으로 확대한다. 11. 저소득층의 본인부담을 경감과 급여항목을 확대한다. 12. 중증·희귀난치성환자의 본인부담 상한제를 확대한다. 13. 암환자 본인부담을 경감한다. 14. 공공의료기관을 30% 이상으로 확충한다. 15. 재택근무시 고용주에게 세제 지원을 한다. 16. 치매·중풍과 희귀·난치병의 국가책임성을 강화한다. 17. 치매간병수당을 지원한다. 18. 노인 의치를 단계적으로 급여화한다. 19. 말기환자의 호스피스 서비스와 보험을 확대한다. 20. 치매·중풍 약값의 본인부담 감면하고 무상 치료한다. 21. 농어민 건강보험료를 경감한다. 22. 공중보건의 복무기간 단축 및 가산제를 도입한다. 23. 거점지역별 2, 3차 장애인 치과의료기관을 설치한다. 24. 실내공기 질 관리를 강화한다. 25. 내분비계 장애물질 등 화학물질의 위해·유해성 관리를 강화한다. 26. 노후 수도관 교체 및 수돗물 수질기준을 강화한다. 27. 환경성 질환, 새집과 빌딩증후군, 공단지역 주민건강 보호 등을 위하여 국민건강위해성

	<p>종합관리 강화한다.</p> <p>28. 친환경상품 확산을 위한 지원 확대한다.</p>
경제 공화당	<p>1. 장기이식 대기자를 구제한다.</p>
한국 사회당	<p>1. 국민 주치의제와 100% 보장 국민건강보험제도를 실시한다.</p> <p>2. 4대 보험 사각지대 해소를 모든 국민의 사회보험을 실현한다.</p>
참주인 연합	<p>1. 저소득층에 대한 공공의료 서비스 정책을 확대, 강화한다.</p> <p>2. 선진형 국민의료서비스 질적 향상을 위해 의료정책을 개편한다.</p> <p>3. 국민의료혜택 증진을 위하여 의료보험정책을 국민중심 의료정책으로 개선한다.</p> <p>4. 의료소의 계층 및 의료약자를 위한 공공의료 서비스 확대정책을 추진한다.</p>

보건의료분야 시민사회단체들은 보건의료분야 대선 공약을 제시하였다. 의료연대는 본인의료 상한제와 단계별 무상의료(중대 상병 우선 무상의료, 저소득층 우선 무상의료), 공공의료 확충(의료보장을 90%로, 민간의료기관 공공성 강화, 의료영리화 정책 추진 철회, 공공의료 확대, 지역거점 공공병원 확충)과 건강형평 보장(보험료 부담 형평성 확보, 건강형평 5개년 계획 추진), 주치의제 도입(외래는 주치의 지불 방식으로, 국민주치의제 실시), 보건의료 정책 결정에 시민 참여 및 환자 권리 보장 등을 요구하였다. 구체적인 내용은 <표 9>과 같다.

<표 9> 2007 17대 대선에 대한 의료연대의 요구사항 (2007.11)

의료연대의 49가지 요구사항
<ol style="list-style-type: none"> 모든 진료비는 국민건강보험으로! <ul style="list-style-type: none"> 진료비 10%만 내도되는 나라 (의료보장을 90%로) 본인부담의 상한을 1년에 100만원으로 중대 상병 우선 무상의료 저소득층 우선 무상의료 틀니, 보청기 급여화 및 장애인 보장구 대폭확대 ‘보호자 필요 없는 병원’-입원환자 간병급여화 및 간호인력충원 장애인 및 재가 환자 간병 급여화 한약을 보험급여로! 상병수당제도 실시 입원은 진료비 정찰제(DRG)에 기반한 총액예산제로 외래는 주치의 지불 방식(인두제)으로 약제비는 가격과 사용량을 연계하여 총액 관리로

13. 국가 재정부담을 총 비용의 30%(건강보험부문) - 현재 의료급여지원부문 별도지원
14. 보험료 부담의 형평성확보: 기업 부담 비율을 60%로
15. 효율적인 국민건강보험관리운영을 위한 보험자 역할 강화
16. 건강형평 5개년 정책 추진
17. 건강보험과 의료급여를 하나로: 진짜 통합건강보장체계 만들기
18. 소득계층 하위 30% 보험료 경감
19. 이주노동자, 노숙자, 국제 결혼여성, 희귀질환자 등 건강보장 사각지대 해소
20. 국민모두에게 주치의를! :국민주치의제 실시
21. 의사를 환자 곁으로!: 병원을 입원 중심으로, 의원을 외래 중심으로
22. 세계 최고로 안정하고 질 좋은 의료를 !: 보건의료 안전성 및 질 평가기구설립
23. 지역병상총량제 실시
24. 민간의료기관의 공공성 강화
25. 의료영리화 정책 추진 철회
26. 민간의료보험 규제 및 소비자 보호강화
27. 공공의료 확대 강화
28. 공공부문 보건의료육성 '공공보건의료대학교(가칭)'신설과 공공보건의료기관 인력지원정책수립
29. 지역거점공공(기능)병원확충
30. 시도별 최고수준의 공공 재활병원설립운영 및 산재의료 전달체계 확립
31. 주민건강센터 (도시포함)확충
32. '알 권리'를 포함한 환자권리법의 제정
33. 각종 정책위원회와 공공병의원/비영리병의원의 국민 참여강화
34. 기관서비스 평가기관과 수련 및 전공의 인력수급관리 공적기관으로 이관
35. 환자권리 중심 의료사고예방 및 피해구제법 제정
36. 전국에 '건강마을, 일터 만들기 운동(Healthy cities project)' 확산 운용
37. 건강영향평가제도 도입
38. 건강검진체계의 질 향상 평생건강관리체계 구축
39. 식품의약품안전청 위상강화와 국민 참여
40. 정신건강연구원설치운영
41. 구강보건전담부서 부활
42. 노인장기요양의 원활한 시행과 본인부담 단계적 무상화
43. 시군구 장기요양센터설치와 지역건강센터 내 실버건강공동체 운영지원
44. 어르신을 공공보건의료의 지킴이로! - 노인을 위한 공공보건의료 일자리 창출
45. 아동청소년(18세 이하)에 대한 보건의료진료비 전액 사회책임
46. 모성서비스에 대한 전액 사회책임
47. 공공 산후보조원제도

48. 국제보건의료협력기금 확대설치운영

49. 남북한 보건의료협력기금설치운영

4.3. 18대 대선과 보건의료분야 주요 이슈

2012년 12월 19일 실시된 제 18대 대통령 선거 보건분야 정당별 공약은 아래 <표 10>과 같다. 18대 대선에서는 환자 본인부담 의료비 경감이 주요 의제로 대두되었는데, 새누리당은 “저소득층 및 중산층 환자본인부담 의료비 경감, 4대 중증질환 진료비 전액 국가 부담”을, 민주통합당은 “연간의료비 본인부담 100만원 상한제, 기준병실 4인실 상한조정, 보호자 없는 병원 실시”등 공약을 제시하였다.

또한, 고령화 사회 진입으로 노인 건강 및 돌봄 문제 역시 주요 공약 사항이었다. “어르신 임플란트 비용 지원”은 공통된 공약이었고, 새누리당은 “신체장애 차상위 계층 및 독거노인에게 노인장기요양보험 서비스 제공, 어르신 간병비용 지원을 위한 사회공헌활동기부은행 설립”을, 민주통합당은 “노인장기요양보험 급여 확대, 가사간병인 제도화, 노인돌봄제도 실시, 노인치매병원 확대, 노인종합건강관리센터 설치” 등을 각각 제안하였다.

공공의료 강화와 관련된 공약으로는, 새누리당은 “지속가능건강보험 및 양질의 보건의료서비스체계 구축, 공공의료체계 강화로 장애인 건강권 보장”, 민주통합당은 “공공의료인력 확충, 의료서비스 확대, 방문건강관리서비스, 아동청소년 치과주치의제 도입으로 의료공공성 강화와 건강관리 서비스 제공”을 제안하였다.

<표 10> 제 18대 대통령 선거의 정당별 보건·복지분야 공약 내용

정당	내용
새누리당	1. 저소득층 및 중산층 환자본인부담 의료비 경감 2. 실직자의 건강보험료 부담을 완화한다. 3. 4대 중증질환(암, 심장, 뇌혈관, 희귀난치성질환) 진료비를 전액 국가 부담한다. 4. 지속가능 건강보험 및 양질의 보건의료서비스체계를 구축한다. 5. 어르신 임플란트 진료비를 경감한다. 6. 어르신 간병비용 지원을 위한 ‘사회공헌활동 기부은행’을 설립한다. 7. 신체장애 치매환자에게 노인장기요양보험 서비스를 제공한다. 8. 신체장애 차상위 계층 및 독거노인에게 노인장기요양보험 서비스를 받을 수 있도록 제도화한다.

	9. 특수고용직 근로자 산재보험 및 고용보험 가입을 확대한다. 10. 공공의료체계 강화로 장애인 건강권을 보장한다. 11. 맞춤형 임신출산비용 지원을 확대한다. 12. 고위험 임신부 지원을 강화한다. 13. 임신, 분만 취약지역에 대한 의료지원을 확대한다.
민주 통합당	1. 연간의료비 본인 부담 100만원 상한제를 실시한다. 2. 간병서비스 건강보험 적용으로 '보호자 없는 병원'을 실현한다. 3. 임신출산 의료비와 필수예방접종을 전액 지원한다. 4. 의료영리화 정책을 중단하고, 공공의료인력 확충과 의료 서비스를 확대하고, 방문 건강관리 서비스 아동청소년 치과주치의제 도입으로 의료 공공성 강화와 평생 건강관리 서비스를 제공한다. 5. '좋은 병의원 백서' 발간한다. 6. 기준병실 '4인실'로 상향 조정한다. 7. 중증질환 생존자 사회복지를 지원한다. 8. 호스피스 제도를 전면 확대한다. 9. 환자안전법 제정으로 의료사고와 병원 감염을 예방한다. 10. 환자 개인건강정보 안전장치를 마련한다. 11. 노인장기요양보험 급여를 확대하고 가사간병인 제도화, 노인돌봄제도를 실시한다. 12. 노인틀니(임플란트 포함) 지원대상을 확대한다. 13. 방문건강관리서비스를 강화하고, 노인치매병원을 확대하고 노인종합건강관리센터를 설치한다. 14. 여성 건강기본계획을 수립하고, 안전하고 편안한 임신출산권리를 보장하고, 불임난임 부부 및 고령산모 필수검사비 전액을 지원하여 여성이 건강한 사회를 만든다.

자료원: 새누리당, 18대 대통령선거 새누리당 정책공약집, 2007., 통합민주당, 18대 대통령선거 통합민주당 정책공약집, 2007.

의료민영화에 관해 민주통합당은 의료영리화 정책 중단을 공약으로 제시하였지만, 새누리당은 구체적인 입장과 공약을 제시하지 않았다. 하지만, 경향신문과 경실련이 정치, 경제, 사회 등 7개 분야의 사회적 현안 중 유권자들의 관심이 큰 150개 정책을 선별해 박근혜, 문재인 두 후보 측의 입장을 전달받아 비교분석한 자료에 따르면, 경제 특구 내 영리병원 허용에 대해 새누리당은 현 정부 결정을 존중해야 한다는 판단 하에 이 문제에 대해 유보로 답했고, 통합민주당은 반대 입장을 밝혔다(경향신문, 2012.12.12. “박-문, 건강보장성 강화 등 보건 정책 시각차”).

시민사회단체들은 보건의료분야 대선 공약을 제시하였다. 의료민영화 저지와 무상의료 실현을 위한 운동본부*는 첫째, 병원비 걱정 없는 무상의료 실현, 둘째, 의료영리화 반대, 셋째,

* 소속단체(무순) : 가난한 이들의 건강권확보를 위한 연대회의, 건강세상네트워크, 건강권실현을 위한 보건의료단체연합(건강사회를 위한 약사회, 건강사회를 위한 치과의사회, 노동건강연대, 인도주의실천의사협의회, 참의료실현 청년한의사회), 기독교년의료인회, 광주전남보건의료단체협의회, 대전시립병원 설립운동본부, 한국의료생협연대, 건강보험하나로시민회의, 전국민주노동조합총연맹, 한국노동조합총연맹, 전국보

국민참여에 의한 보건의료정책 추진 및 건강한 사회정책, 넷째, 낭비없고 안정적인 건강재정 운영, 다섯째, 공공의료기관 강화, 여섯째, 누구나 차별 없는 건강안전망 만들기, 일곱째, 국민이 안심하고 신뢰할 수 있는 보건의료체계, 여덟째, 보건의료부문 국제연대와 한반도 평화 정착 등 8대 분야의 31개 세부과제를 제시하였다. 또한, 건강세상네트워크는 5대 정책요구로 첫째, 대통령 산하 국민건강위원회 설치, 둘째, 보건의료 시민참여제도 제도화 및 공공의료 강화, 셋째, 가난한 이들과 취약계층 의료보장 강화, 넷째, 의료보장성 강화 및 상병수당 도입, 다섯째, 환자권리법 제정을 요구하였다.

<표 11> 2012년 18대 대선에 대한 의료민영화 저지와 무상의료 실현을 위한 운동본부의 8대 정책요구 (2012.11)

의료민영화 저지와 무상의료 실현을 위한 운동본부의 8대 과제 및 31대 세부과제
<ol style="list-style-type: none"> 1. 병원비 걱정 없는 무상의료 실현 <ul style="list-style-type: none"> - 국민건강보험 보장성 강화로 무상의료 실현 : 보장률 90% , 선택진료료 폐지 - 연간 본인부담금 100만원 상한제로 무상의료 실현 (차등병실료 등 비급여포함) - 보호자 없는 병원 : 입원환자 간병 급여화 및 간호인력 확충 - 상병수당 도입 - 산재보험 산재보상절차를 개선하여 모든 산재환자는 산재보험의 적용을 받도록 한다 - 노인장기요양보험의 전면개편 (급여 및 대상 확대등) 2. 의료영리화 반대 <ul style="list-style-type: none"> - 의료영리화 정책 추진 철회 : 경제자유구역, 제주특별자치도내 영리법인 의료기관 설립 전면 폐기 및 대체 법안 도입, 의료영리화 관련 정책(의료채권법, 건강관리서비스법, MSO법등) 중단 선언 - 실손형 민간의료보험 폐지 - 민간의료보험 규제 및 소비자 보호 강화 : 민간보험회사의 의료기관 설립과 해외환자 유치 금지(현 의료법 개정안 중 해당 내용 폐기), 민간보험사에 국민건강보험 정보제공 금지, 민간보험사의 직접심사 거부 및 심사기능불허 3. 국민참여에 의한 보건의료정책 추진 및 건강한 사회정책 <ul style="list-style-type: none"> - 국민이 참여하는 국민건강위원회(대통령 산하)를 설치 : 기존 보건복지부 장관 산하 보건의료위원회 격상, 건강보장 확대, 자살 등 국민건강 문제에 대해 범부처적 해결방안 마련, 심의자문기구가 아닌 정책조정과 집행기능이 있는 위원회로 구성, 건강영향평가 도입 - 환자안전법, 환자 관리법 제정 - 각종 정책위원회와 공공병의원/비영리병의원의 국민참여 강화 - 건강검진체계의 질 향상 및 평생건강관리체계의 구축 - 인증 평가제도의 전면 개편 4. 낭비없고 안정적인 건강재정 운영

건의료산업노동조합, 공공운수노조, 공공운수노조 사회보험지부, 전국의료산업연맹, 전국농민회총연맹, 한국농업경영인중앙연합회, 전국여성농민회총연합, 전국여성연대, 빈민해방실천연대(민노련, 전철연), 전국빈민연합(전노련, 빈철퉈), 노점노동연대, 참여연대, 서울YMCA 시민중계실, 천주교빈민사목위원회, 참교육을 위한 전국학부모회, 평등교육 실현을 위한 전국학부모회, 사회진보연대, 다함께, 장애인배움터 너른마당, 일산병원노동조합, 학교급식전국네트워크, 약사의미래를준비하는모임

<ul style="list-style-type: none"> - 의료비는 총액관리로 - 건강보험 국가부담을 30%로 확대 - 건강보험료 기업분담률 60%로 확대 (영세사업장은 국고지원으로 충원) - 가입자 중심의 건강보험관리운영을 위한 보험자 역할 강화
<p>5. 공공의료기관 강화</p> <ul style="list-style-type: none"> - 우리마을 공공병원 확충 : 선택진료비/차등병실료등 비급여 없는 공공병원, 보호자 없는 공공병원, 공공의료 병상 대비 30% 이상 확대, 지역거점공공(기능) 병원 확충(10만~30만명당 최소 1개) - 공공부문 보건의료육성 : 공공보건의료기관 인력지원정책 수립 - 민간에 위탁한 공공병원을 공공적으로 운영할 수 있는 방안을 마련 - 민간의료기관의 공공성 강화 - 도시형 보건지소 확충 - 의약품 생산 및 공급에 있어 공공성 강화
<p>6. 누구나 차별없는 건강안전망 만들기</p> <ul style="list-style-type: none"> - 의료급여 하위 10%까지 확대(부양의무자 기준 폐지) - 국고부담을 전제로 한 의료급여와 건강보험 통합 - 저소득층에 대하여 건강보험 감면을 실시하고 생계형 체납자 구제대책을 마련 - 이주노동자, 노숙자 등 건강보장 사각지대 해소 - 특수고용직 등의 산재보험 적용 대상자 확대
<p>7. 국민이 안심하고 신뢰할 수 있는 보건의료체계</p> <ul style="list-style-type: none"> - 일차 의료체계 확립 : 전 국민 주치의제 실시 (아동 청소년 치과 주치의 도입 포함) - 의료공급의 과잉을 해소하고 의료기관의 기능을 단계별로 정립 : 병원은 입원 중심으로, 의원은 외래 중심으로 - 수도권 대형병원으로의 환자 및 자원 쏠림 문제 개선 및 지역 병상총량제 실시 - 양질의 의료 서비스 제공을 위해 병원인력을 확충 - 수련 및 전공의 인력수급관리 정부 직접 관리 - 보건의료인(의사, 약사, 한의사, 물리치료사등)의 방문진료사업 확대 - 치과의료정책관 신설
<p>8. 보건의료부문 국제연대와 한반도 평화정착</p> <ul style="list-style-type: none"> - 국제보건의료협력 기금 확대설치운영, 남북한 보건의료협력기금설치운영

자료원: 무상의료국민연대 홈페이지 <http://medical.jinbo.net>

<표 12> 2012년 18대 대선에 대한 건강세상네트워크의 5대 정책요구(2012.11)

건강세상네트워크의 5대 정책요구
<p>1. 대통령산하 ‘국민건강위원회’ 설치</p> <ul style="list-style-type: none"> - 대선후보의 공약을 이행, 점검, 조정할 기관으로서 대통령직속 실행기구의 설치. - 일회성 전문가 자문기구가 아닌 국민이 참여하는 심의, 집행기구 - 시민이 바라는 ‘정책과제’, ‘우선순위’, ‘사회적 가치’를 합의하고 반영할 수 있는 의사결정, 운영구조 <p>2. 보건의료 시민참여 제도화 및 공공의료 강화</p> <ul style="list-style-type: none"> - 중앙정부 및 지방자치단체에 시민이 참여하는 보건의료 참여구조 마련

- 국공립 의료기관의 시민이사 추천제도 의무화, 보건소, 보건지소의 운영에서 지역시민 참여 보장
- 시민참여 구조를 보장하는 법적 근거 마련.
- 공공의료시설과 공공인력 확충을 위한 종합계획과 재원마련
- 3. 가난한 이들과 사회적 취약계층에 대한 의료보장 확대
 - 국민기초생활보장법 전면개정을 통해 가난한 이들의 기초생활 보장
 - 의료급여 수급권자의 본인부담금 면제
 - 건강보험 체납자에 대한 결손처분 확대, 빈곤층에 대한 보험료 경감
 - 사회적 취약계층의 건강보장 확대 및 사각지대 해소
- 4. 보장성 강화 및 상병수당 도입
 - 3대 비급여 보험급여 및 상병수당 도입
- 5. 의료이용자 권리는 환자권리법 제정으로
 - 환자권리법 및 환자안전법 제정

자료원: 건강세상네트워크 홈페이지 <http://www.konkang21.or.kr>

지금까지 살펴본 바와 같이, 대한민국 대통령 선거 정책공약은 직접 선거로 치러진 14대 대통령선거부터 시작되었다고 볼 수 있다. 직접 선거이후 나머지 대통령 선거에서는 후보와 소속정당들이 경쟁적으로 수많은 선거공약을 제시하였다. 하지만 이들 공약은 실현성이 없거나, 때로는 실현의지조차 없는 이른바 공약(空約)이었다. 이에, 2004년 총선부터 시민사회 단체는 메니페스토 운동을 통해, 선거과정에 제시된 정책 공약이 당선 이후 실천 과정에서 시민들의 의사를 반영하며 실천하고 있는지와 공약이행여부를 분석하기 시작하였다. 이에, 정당들도 정책공약을 제시함에 있어, 정책 공약 제기 배경, 구체적 실현 방안, 소요 자원, 재원 조달방안 등을 구체적으로 제시하고 있다.

2002년 16대 대통령선거부터 시민사회단체들이 직접 보건의료분야 비전과 정책공약을 제시하며 목소리를 내기 시작하였다. 또한, 선거 메니페스토 운동은 선거과정에서도 정책공약이 유권자들의 의사를 반영하는지에 대한 평가가 필요하다고 제안하고 있지만, 시민들이 직접 정책공약에 참여하는 구체적 방안을 제시하지는 못하고 있다.

보건의료 분야 정책공약의 개발, 작성, 토론, 평가는 정치인, 정당, 전문가의 몫이었다. 특히, 보건의료 분야 정책공약은 전문가와 이익단체의 영향을 받아 왔다. 유권자가 선거의 주인이라 말하지만, 실상 유권자들은 정당과 후보측이 제시한 공약을 바탕으로 투표권을 행사하는 것 이상으로 후보와 정당의 공약에 실질적으로 간여할 수 없었다.

5. ‘2012 내가 만드는 건강공약’

5.1. 선거와 시민의 참여

선거는 선거 후보자에 의해 구상된 정책이 경합하는 장이라는 점에서 다양한 정책에 대한 후보의 가능성을 시험할 수 있는 제도이다. 선거는 제도적으로 보장된 사회구조 변화의 가장 큰 계기이자 수단이지만, 그 과정에서 시민은 ‘참여’의 주체가 아닌, ‘동원’의 대상이 되기 일쑤다. 시민은 오직 투표로서 자신의 입장을 밝힐 뿐, 시민 개인이나 혹은 집단으로서 후보자의 공약 결정에 적극적으로 개입할 수 있는 ‘실질적인 참여의 권리’는 가지고 있지 않다. 따라서, 시민은 선거의 주체로 호명되지만, 실제로는 선거 후보자들이 쏟아내는 정책과 그들이 보여주는 이미지들을 일방적으로 소비하는 객체에 가깝다. 급박하게 돌아가는 선거 기간 속에서 후보가 내세우는 공약들은 공개적인 심의와 수정을 거치기보다는 정권 교체와 국가의 미래를 담보로 한 호소에 가깝다. 결국, 공약의 내용보다 눈에 띄게 들어오는 슬로건에 호도되는 경우들도 심심치 않게 일어난다. 갑작스럽게 공개되는 공약과 슬로건의 공세 속에서 분야별로 공약 내용을 꼼꼼히 살펴보는 것은 상당한 노력을 필요로 한다. 공개적으로 공약 자료집이 배포되는 것도 아니며, 우편물로 날아오는 선거 공보는 최대한의 정보보다 최소한의 구호들로 가득 차 있다. 이런 상황에서 시민은 과연 무엇을 근거로, 무엇에 대해 참여와 선택을 요구하고 실행할 수 있을까.

‘2012 내가 만드는 건강공약’은 이러한 선거 과정에서 시민의 참여를 보장할 수 있는 공간을 만들고자 하는 의도로 기획되었다. 보건의료 분야의 공약은 안보나 경제에 비해 다소 소홀하게 여겨지기도 하고, 전체 의료체계와 제도가 어느 정도 안착된 상황에서 큰 변화나 혁신 없이 후보자마다 비슷비슷하게 제시되곤 한다. 하지만, 보건의료 공약은 현재 제도의 보완과 수정 방향에 따라 시민들의 생활에 바로 직접적인 영향을 미치는 분야 중 하나이다. 따라서, 시민의 참여는 현재의 의료 체계와 제도의 오류를 제거하고 발전 가능성을 풍부하게 하는 데 실제적 근거와 토대를 마련하는 수단이 될 수 있다. 모두의 건강권을 담보로, 더 나은 공약을 만들어내는 데에 시민의 참여를 보장하는 것은 반드시 필요한 일이다.

5.2. ‘2012 내가 만드는 건강공약’의 문제의식

5.2.1. ‘2012 내가 만드는 건강공약’의 기획 의도

‘2012 내가 만드는 건강공약’은 주어진 정책에 대한 판단과 심의보다, 시민들이 스스로 공약을 제안하도록 기획되었다. ‘시민 참여’의 의미와 민주적 의사결정에 대한 시민들의 이해를 높이고, 시민참여의 의미를 공론화하기 위해서였다. 또한, ‘시민의 공약’은 후보자에 의해 제시된 보건의료 공약에 대한 보완적 의제이자, 현재 시민들이 느끼는 보건의료정책의 문제점을 되짚어보게 해주는 근거가 될 수 있을 것으로 기대되었다.

‘2012 내가 만드는 건강 공약’의 기획 의도를 간단히 정리하면 다음과 같다.

첫째, 시민의 공약은 대선공약과 비교하여 어떠한 차별성을 가질 것인가?

둘째, 시민의 참여는 보건의료 정책형성 과정에 어떠한 영향을 미칠 것인가?

셋째, 시민의 참여는 그 자체로 어떤 가치를 갖는가?

5.2.2. ‘2012 내가 만드는 건강 공약’의 준비 과정

‘2012 내가 만드는 건강공약’은 2012년 5월부터 기획, 10월에 행사를 마련하고, 12월까지 사후 작업들을 마무리하는 일정으로 진행되었다*. 간단하게 그 간의 일정을 살펴보면 다음과 같다. 우선, 5월부터 7월까지의 시민 회의제에 대한 내부 세미나를 통해 시민회의제의 정당성과 효과성에 대해 검토하였다. 그리고, 건강세상네트워크와 연대하여 시민이 공약을 제안하는 ‘2012 내가 만드는 건강공약’ 행사를 추진하기로 하고 8월부터 행사 준비를 시작하였다. 8월부터 10월까지의 참가자 모집과 행사 세부 내역 결정 등을 위한 회의를 계속 진행하였다. 행사 참가자들에 대한 정보제공 목적으로 지난 대선 공약들을 수집, 목록화하였고, 9월에는 보건의료계 전문가들로 구성된 자문위원회를 마련, 자료의 적절성을 검증하였다. 행사를 통해 제안된 ‘시민의 공약’은 대선 후보자들에게 전달하고 기획기사를 통해 공론화하기로 결정하였다.

‘2012 내가 만드는 건강공약’은 시민 개인이 갖는 보건의료 공약에 대한 비전을 공유하기

* 자세한 사업 일정은 부록을 통해 참고할 수 있다.

위한 행사로 기획되었다. 따라서, 행사 일정과 참여 대상, 행사 프로그램 등에서 몇 가지 기본적인 원칙만을 정하고, ‘건강공약’이라는 주제만 제시하기로 하였다. 시민 개인이 자유롭게 발언할 수 있도록 하고, 토론 및 공약에 대한 예상 결과나 기대 반응들에 대해서는 모든 가능성을 열어두기로 하였다. 관건은, 시민들이 스스로 어떤 주제를 발표하고, 어떤 공약들을 만들어낼 것인가였다.

참여 신청 기간은 2012년 8월부터 2012년 9월 말까지 2달여 간으로 정하였고, 참여자는 전국의 일반 시민을 대상으로 하였다. 이 때의 시민은 특정 시민단체나 조직을 대표하는 자나 보건의료 전문가를 제외한 개별 시민으로 규정하였다. 신청자 모집 홍보 광고는 일간지 및 SNS 서비스, 블로그 등 온·오프라인을 두루 활용하고자 하였다. 추가로, 직접 모집과 병행하여 유관단체 및 개인을 통해 간접 홍보를 부탁하였다. 그러나, 신청 실적은 매우 저조하였고, 참가자의 대표성을 담보하고, 성별, 직업, 연령 등의 비율을 고려하는 등의 참가자 구성 과정은 쉽지 않았다.

<표 13> ‘2012 내가 만드는 건강공약’ 시민 모집 일간지 광고 문안

<p style="text-align: center;"><2012 내가 만드는 건강공약></p> <p>제 18대 대선을 맞이하여 대선 공약의 주체가 될 시민들을 모집합니다.</p> <p>내가 원하는 건강정책을 만들어보는 ‘건강공약만들기 시민회의’에 참여해주세요!!</p> <p>일시: 2012년 10월 13일 토요일 오전 10시~오후 5시</p> <p>장소: 서울시 중구 장충동 2가 만해 NGO 교육센터</p> <p>주관: 시민건강증진연구소, 건강세상네트워크, 서울대학교 보건대학원</p> <p>신청: 이메일 healthdemo@naver.com/전화 070-8659-1848 시민건강증진연구소</p> <p>모집기간: 2012년 08월 16일 ~ 2012년 9월 23일까지</p> <p>*참여하신 분들께는 점심식사가 제공되며, 사례비와 교통비(비수도권지역)를 드립니다.</p> <p>*자세한 행사내용은 블로그(blog.naver.com/healthdemo)에서 확인하실 수 있습니다.</p>

프로그램 기획은 최소 참가자와 최대 참가자의 숫자를 미리 산정하고, 가능한 예상안을 몇 가지로 구상해놓는 것이 필요하였다. 행사 기획 초반에는 애초에 1부와 2부로 나누어 2일에 걸쳐 진행되는 행사를 구상하였으나, 참가자 모집 과정이 여의치 않고, 이틀로 행사를 진행할 경우 참가자들의 부담이 클 것으로 생각되었다. 결국, 10월 13일 하루 동안 1부, 2부로 나누어 행사를 진행하는 것을 최종안으로 선택하였다. 그리고, 10시부터 5시까지의 긴 행사 시간을 고려하여, 참가자들에게 점심식사 및 참가비, 교통비를 지급하기로 하였다.

8월부터 9월 말까지 진행된 모집 결과 총 43명의 시민이 최종 참가 신청서를 제출하였다.

참가자 모집을 마감한 후에는 참가자들에게 다시 일일이 연락하여 참가 의사를 확인한 후에 최종 참가자 예상 리스트를 작성하였다. 이 과정에서 참가자들에게 행사 안내문을 보내고, 개인이 발표할 자유 공약을 준비해 올 것을 당부하였다. 당일에 사정상 불참한 4명을 제외하면, 행사에 실제로 참여한 인원은 총 39명이다. 인구센서스에 맞추어서 연령, 지역, 직업, 성별 등의 분포를 맞추고자 하였지만, 신청자 숫자가 많지 않아 결과적으로는 그 분포를 골고루 맞추지 못하였고, 신청자가 전원 참가자가 되는 한계가 있었다.

5.2.3 ‘2012 내가 만드는 건강공약’ 행사 프로그램 요약

‘2012 내가 만드는 건강공약’ 행사는 1부와 2부에 나뉘어 진행되었다. 1부는 시민 개인의 자유공약 발표, 2부는 조별 토론으로 진행되었다. 점심식사 이후에 제비뽑기를 통해 조 추첨을 하였고, 총 5개의 조로 나뉘어 토론을 진행하였다. 행사 프로그램의 가장 큰 원칙은, 최대 한 시민의 이야기를 바탕으로 자발적인 참여와 의사결정을 이끌어낸다는 것이었다. 하지만, 전체 의료 시스템에 대한 배경지식을 제공하는 것이 필요하다는 여러 의견에 따라 1부와 2부 사이에 전문가 발표 시간을 마련하였다. 참가자들의 경험을 충분히 공유한 후에 전문가 발표를 통해 배경 지식을 얻고, 이를 토대로 조별 토론을 하는 것이 더욱 효과적일 것이라 생각하였다.

<표 14> ‘2012 내가 만드는 건강공약’ 행사 일정표

9:30 - 10:00	등록, 사전 설문 작성
10:00 - 10:15	인사말씀, 행사소개
10:15 - 11:50	내가 제안하는 건강공약 소개 및 게시(휴식시간 포함)
11:50 - 12:30	전문가 발표 및 질의 응답
12:30 - 1:30	점심식사
1:30 - 1:45	조별토론 소개 및 조 추첨
1:45 - 3:00	조별토론
3:00 - 3:20	휴식(다과)
3:20 - 3:40	조별 공약발표
3:40 - 4:30	전체 토론 및 투표
4:30 - 4:50	평가
4:50 - 5:20	마무리 인사, 사후 설문 작성, 단체 사진 촬영

1부 ‘내가 제안하는 건강공약’은 약 1시간 30분에 걸쳐 진행되었다. 참가자 전원에게 자기 소개와 함께 준비해 온 개별 공약을 자유롭게 제시하도록 하였다. 참가자들은 대개 본인의 삶에서 일어난 경험을 바탕으로 현재 의료체계와 제도에 대한 불만과 이에 대한 개선점을 발표하였다. 과도한 의료비 지출로 인한 어려움, 직장 및 지역 의료보험 제도의 차이에 대한 의문, 간병 노동자들의 고단한 현실, 희귀질환자 가족으로서 겪는 고통 등이 개인의 경험을 통해 드러났다.

보건의료 제도에 대한 전문가 발표는 의료 체계 및 제도에 대한 개괄적 설명과 지난 공약에 대한 설명으로 이루어졌다. 전문가 발표에서는 전문가 개입의 효과를 줄이기 위해 전문가의 판단이나 제안을 최소화하고자 노력하였다. 되도록 중립적 용어를 사용하고, 최소한의 일반적 설명, 지난 선거 과정에서의 공약들을 간략하게 소개하였다. 전문가의 입장은 ‘전문 지식’에 대한 신뢰와 권위를 바탕으로 개인의 의식에 영향을 미치게 되고, 이는 조별 토론에서도 개인의 입장을 대변하기 위한 논리로 작용할 수 있기 때문이다. 시민 참여 행사에서 전문가의 개입이 어느 정도까지 허용될 것인가에 대해서는 앞으로도 많은 논의가 필요하다.

2부 ‘조별토론’은 약 2시간에 걸쳐 진행되었다. 총 5개의 조로 나뉘어 토론 및 의견 수렴을 한 후, 각 조별로 조별 공약을 제시하도록 하였다. 조별토론에서는 대개 1부에서 제안된 공약들을 의제로 하여 토론이 이루어졌다. 그리고, 현재의 문제와 모순들이 앞으로 어떻게 변화해야 하는가에 대한 의견들이 상호교환되었다. 토론 후에는 최종적으로 15개의 시민 공약이 제안되었다. 제안된 공약에 대해서는 다음 절에서 그 내용과 의미를 살펴보기로 한다.

5.3. 시민에 의한 ‘시민의 공약’

5.3.1. 1부 ‘내가 제안하는 건강공약’의 내용

1부 ‘내가 제안하는 건강공약’은 각 참가자가 자신의 참여 계기와 준비해 온 공약을 발표하는 것으로 진행되었다. 행사 참가자들은 다양한 면면을 지니고 있었다. 소아암 환아를 둔 어머니, 간병 노동자, 청소 노동자, 어린이집 교사, 전 보험회사 직원, 가족이 암이나 희귀병으로 투병 중인 경우 등 모두 ‘건강’ 및 ‘의료문제’에 대해 각자 나름의 경험이 풍부하다는 특징이 있었다. 각 참가자들은 자신의 경험을 바탕으로 더 나은 보건의료 정책에 대한 제안을 풀어놓았다. 전문적 지식은 아니지만, 경험을 바탕으로 한 진정성은 타인의 공감을 불러일으키는 데 충분한 토대가 되었다.

병원에서 일하는 한 간병인은 열악한 상황에서, 환자를 돌보다 오히려 병을 얻을 수도 있는 자신의 상황을 설명하였다. 간병인은 실제 소속이 불분명하여 병원으로부터도 노동자로서 제대로 된 처우를 받지 못한다는 점에 대한 지적이었다.

“저는 서울대 병원 간병인입니다. 10년 동안 간병업무를 하였습니다. 간병을 하면서, 눈 다치고 어깨 아프고 이런 거는 너무 많고, 옴 환자 간병을 하다가 옴에 걸렸고, 에이즈 환자에게 주사한 바늘에 찔려 본 적도 있습니다. 그런데, 그런 상황에 도움을 받을 수가 없어요. 서울대학교 병원 응급실에 갔더니, 4대 보험 적용이 안 된다고 진료를 못해주겠다고... 그래서 개인 돈으로 했습니다. 병원 소속이 아니라고, 다른 데 가라고 하고, 저는 목숨이 달린 일인데, 너무 힘들었습니다.”

의료 보험 제도에 대한 문제도 큰 이슈가 되었다. 특히, 직장 의료보험 가입자와 지역 의료 보험 가입자 간의 보험료 차이는, 직장을 잃었을 때의 갑작스러운 경제적 부담 증가로 인한 고통의 원인이 되었다.

“저는 50대 초반이고 여성가장이예요. 부모님을 모시고 있었는데, 제가 직장에 다니다가, 구조조정 때문에 3년 정도 놀았어요. 소득이 거의 전무한 상태에서 의료보험이 지역으로 되면서 체납이 되고, 이거 때문에 건강보험공단도 방문해 보고 이렇게 했는데...공단에서는 집을 팔아서라도 의료보험을 내라는 식으로 얘기를 했었거든요. 결국 공단에서 가압류가 들어오고, 갚고 싶어도 집을 못 팔게 되는 상황이 된 거죠”

가족의 질병으로 인해 고통을 겪었거나, 병원에서 불합리한 대우를 받았던 참가자들도 경험을 바탕으로 한국 사회 의료체계의 모순들을 조목조목 지적하였다.

“저희 아이는 소아암 환아인데요. 병원에서, 교육 이런 게 전혀 잘 되지가 않아요. 그나마 초등학생은 병원 안에서 그 과정이 되는데, 중고등학생들은 학교에 가야 되요. 아파서 결석을 하려고 해도 출석일수 때문에 담임에게 허락을 받아야 하는데...저는 애들이 언제 죽을 지도 모르는데, 어떻게 애들을 그렇게 하나... 그런 것도 너무 힘들고, 또, 애들은 복합적으로 여러 가지 후유질환들이 다양하게 나타나거든요. 그리고 잘 드러나지 않아서 그렇지, 부모님들 또한 우울이 너무 심하시죠. 또 애네가 정상적인 사회복귀를 못하기 때문에, 학교에 돌아가지 못해서 학력이 중졸, 고졸, 이렇게... 고졸도 거의 그렇게 많지가 않은 상황인거죠. 그래서, 이런 아이들을 위한 제도를 만들어주셨으면 해요.”

“저희 어머니께서 얼마 전에 갑상선암 증상이 약간 보이셔서가지고 대학병원을 가셨는데, 진료를 받는 과정도 힘들었지만은... 막상 진료를 받으니까, 저희는 조직검사정도만 생각했는데, 병원에서 그 외에 많은 걸 요구하시는 거예요. 그냥 검사 비용만 돈 백만원 넘어가는 게 순식간이더라고요. 근데 이게 다 환자 부담이니까...거기다 병원

마다 이게 다 돈이 틀리잖아요. 진료비가 다 다르니까, 자기가 일관성있게 건강 검사나 관리 계획을 세울 수가 없어요. 병원을 어딜 골라야 되나, 이런 생각이 먼저 들고.”

‘내가 제안하는 건강공약’ 시간은 시민의 목소리를 통해 현재 의료체계의 모순들을 드러내고, 이를 통해 참가자들이 서로 공감하고 새로운 공약의 필요성을 느끼도록 해주었다. 2부인 조별토론에서는, 이러한 공감을 토대로 의견을 교환하고 수립하는 과정들이 이어졌다.

5.3.2. 2부 ‘조별 토론’에서의 의사결정 과정

2부 조별 토론은 1부의 내용과 전문가 발표를 바탕으로 각 조에서 의제를 정하고, 그에 따라 조별 공약을 수립하는 과정으로 이루어졌다. 조 추첨을 통해 총 5개의 조로 나뉘었으며, 각 테이블에는 토론 과정의 원칙을 전달하고 시간을 공지해 줄 퍼실리테이터와 토론 과정을 요약할 서기 각 한 명씩이 함께 배석하였다. 퍼실리테이터와 서기는 최대한 토론에 개입하지 않는 것을 원칙으로 하였고, 모든 의사결정 과정은 시민들이 자발적으로 합의하여 이루도록 하였다.

다음은 각 조의 공약 정리 과정 중 한 부분을 글로 옮긴 것이다.

“실제로 그 가장 의료혜택을 가장 많이 받아야 되는 분들이 사회적 약자들이지요. 실제로 저도 이렇게, 비정규 노동자들도 마찬가지로 의료혜택을 받지 못해서 병을 더 키우는 경우도 있고, 진통제로 그냥 참으시는 분들도 있고, 보험료가 연체되어가지고 자기 재산까지 압류당하고 그러다보니까 상당히 좀 약자들에 대해 피해도 가는 거고요. 간병인 문제도 이게 그렇고, 노인 요양도 다 같이 보면, 조금 대상을 분류해야 되나 하는 생각이... 물론 이게 뭐 둘 다 추구하는 무상의료가 되면 해결 되겠지만은 무상의료가 지금 당장 가능한가가 단계적 과정에 서가 현실적으로도 유효하지 않은 것 같기도 하고, 좀 나눠야될 것 같은데요.”

“제 생각에는 여기 나열된 분들이 전부다 사회적 약자라는 생각이 들고요. 이 속에는, 뭐 사회적 약자가 아닌 건 아니잖아요. 이 속에서 포괄적으로 보자고... 저는 개인적인 생각으로.”

“선생님, 만약에 비급여라는 게 가정을 해서 철폐가 됐다, 이렇게 시행이 됐어요. 그러면 세금이 올라가야 하고 의료보험료가 올라가야 하거든요. 그러면 그런 것에 대해서는 동의하시나요? 그러니까 내가 지금 내는 돈에서 천 원을 더 내고... 이렇게.”

“그런데, 세금에서 의료보험비가 작은 돈은 아니에요. 그런데 내가 50%를 더 내고, 실제로 진짜 큰 돈이

들어가는 부분에서 혜택을 받는다, 그러면은... 이게 만원을 더 내도 해야 되지 않나.”

“아까 오전에 발표하실 때, 난 지금 소득이 없어서 지금 내가 내는 의료보험이 굉장히 부담스럽다 라고 말씀하시는 분들이 있잖아요. 근데 그거하고 이런 것들이 이제 실제적으로 시행이 되면 그런 분들도 분명히 생길 거라는 말씀이죠. 이게 재산만 있고 소득이 없고, 그런 분들도 그렇고, 어쩔 수 없이 부담이 되는, 그 어쩔 수 없는 경우가 있기 때문에 사람들이 반대를 한다고요. 비급여를 철폐하는 거에 대해서 ”

“저는 개인적으로, 실제적으로 뭔가 실행 가능한, 실제적으로 우리가 누굴 뽑으면, 그 사람이 제안했을 때 타협을 하고 진행할 수 있는 뭔가를 만들었으면 좋겠다고 생각을 해서, 저는 예를 들면 뭐 MRI, CT 그러면 그 중에서 MRI를 급여로 하자. 이렇게 조금 구체적으로라도.”

조별 토론에서는, 개인의 문제를 어떤 형태로 제도 안에 포함시킬 것인가에 따라 주요 안건이 정리되었다. 높은 병원비는 비급여 철폐로, 간병 노동자의 문제는 노동자의 4대 보험 문제로 그 범위가 확장되었다. 조별 공약 발표 후, 개인별로 5개의 스티커를 할당, 공감도 투표를 진행하였다. 가장 많은 공감도를 획득한 공약은 “건강정책 결정에 시민대표의 참여를 제도화 한다.”였다. 그리고 최종적으로, 조별 토론을 거쳐 수렴된 15개의 공약들은 모두 동일하게 ‘시민의 공약’이라는 이름을 얻었다.

5.4. 시민을 위한 ‘시민의 공약’

시민들이 제안한 공약들은 다음과 같다. 각각의 공약은 전문가들이 이미 내 놓은 공약들과 큰 차별점을 가지지 않는다. 그러나 의제와 내용을 넘어, 시민들이 토론을 통해 적극적으로 ‘참여’하여 만든 공약이라는 점에서, 이 공약들이 시민들의 진정성을 내포하고 있음은 의심할 바 없을 것이다. 공감도 투표에서 가장 많은 표를 획득한 공약이 ‘시민들의 정책 결정 과정에의 참여’라는 것 역시, 시민들이 ‘참여’를 통해 정책 형성에 개입하고자 하는 적극적 의지를 갖고 있음을 보여준다.

<표 15> ‘2012 내가 만드는 건강공약’에서 제시한 시민의 공약

‘2012 내가 만드는 건강공약’에서 제시한 시민의 공약
<p>• 건강과 몸에 대한 그릇된 기준을 강요하며, 건강을 위협하는 과도한 성형, 다이어트 광고를 규제한다.</p> <p>• 건강보험 지역가입자 부담 완화 및 보험료 부과기준 재정비 지역가입자는 소득뿐만 아니라 재산(집의 크기나 자동차 보유 등)도 보험료 부과 기준이 되는데 이것이 실제로 보험료를 납부할 수 있는 경제적 능력을 제대로 반영하지 못하는 경우가 많다. 비슷한 경제적 수준의 직장가입자에 비해서 지역가입자들의 보험료 부담이 크고 지역가입자들 사이의 소득 수준 편차도 보험료에 제대로 반영되고 있지 않다.</p> <p>• 건강정책 결정에 시민대표의 참여를 제도화 한다. 의료인들의 입장보다는 이용자인 국민의 입장에서 피부로 느낄 수 있는 정책을 만들고 탁상행정을 방지하기 위해 정책결정에 시민대표가 반드시 참여해야 한다.</p> <p>• 금연구역이 아닌 흡연구역을 지정한다. 금연정책 실행의 가장 큰 이유는 비흡연자 보호인데 현재의 금연정책은 흡연자 규제가 중심이다. 흡연구역을 지정함으로써 흡연자의 반발도 줄이고 비흡연자의 간접 흡연 피해를 줄일 수 있다.</p> <p>• 독감 무료예방접종 확대 현재는 65세 이상 노인들만 독감 무료 예방접종을 시행하고 있다. 천식과 만성 질환자 등 독감 위험군에 속한 사람들도 무료 접종을 받거나 접종비용을 줄여야 한다</p> <p>• 모든 노동자의 4대 보험 적용 취약계층 - 이주민, 비정규직, 특수 고용노동자 - 을 중심으로 4대 보험의 사각지대가 많다. 특히 간병인 등 특수 고용노동자의 노동자성을 인정하여 4대 보험 적용을 보장받아야 한다.</p> <p>• 무상의료를 실현한다. 의료는 국민으로서 보장받아야 할 기본 권리이자 생존권과 직결되는 문제이기 때문에 돈이 없어서 병원에 가지 못하는 사람은 없어야 한다.</p> <p>• 비급여 항목 급여화 (급여확대 혹은 비급여 폐지) 건강보험에 의해 보장을 받아도 급여되지 않는 진료내용이 많아서 실제 진료비 부담은 매우 크다. 선택진료비, 상급병실료, 간병비, 치과진료, MRI 등 검사비 등이 대표적으로 급여화 되어야 하는 진료 항목들이다. 급여를 확대하거나 비급여를 폐지함으로써 환자부담을 줄이고, 과잉진료를 방지하며, 평등한 의료이용과 의료의 공공성을 강화할 수 있다. 더불어 예방적 진료행위도 급여에 포함되어야 국민 전체의 건강보호에 기여할 수 있다. 급여 확대에 필요한 재원을 확보하기 위해서 건강보험료를 인상할 수도 있다.</p> <p>• 사회적 약자와 취약계층을 위한 의료서비스 개선과 건강보장의 형평성을 강화한다. - 소득이 없는 사람들은 건강보험료 납부 유예제도 등을 통해 의료보장혜택유지 - 사회적 약자들의 보험료 감면 혹은 면제 - 차상위 계층의 건강보장 지원 강화</p>

- 교도소 수감자 및 이주민에 대한 건강서비스 강화
- 청소년 등을 위한 심리상담 센터를 설치하여 정신보건 지원
- 건강보험료 상한액 폐지와 소득에 비례하는 보험료부과

• **산재인정기준 완화 및 산재노동자 지원방안 마련**

노동자들이 근로복지공단으로부터 산업재해로 인정받기 위한 기준이 까다로워 실제 보장성이 낮다. 기준을 완화해야 한다. 더불어 산재 치료 후 산재 노동자들의 삶의 질을 보장하는 지원 방안도 마련되어야 한다.

• **소아암 및 희귀질환자에 대한 사회적 네트워크 구축 및 종합적인 지원책, 제도적 장치를 마련한다.**

소아암의 완치율이 높아짐에 따라 환아들의 사회복귀를 위한 병원, 학교, 지역사회 간 종합적인 연계가 필요하다. 비급여로 인한 과도한 진료비와 생활비 등 치료비 이외의 비용에 대한 지원이 방안이 마련되어야 한다.

• **수도권과 지방의 의료격차를 해소한다.**

수도권과 지방간의 의료 시설 격차가 매우 크다. 지방에 대한 인위적인 지원과 육성책이 필요하다

• **식품위생 관리와 유해성분 첨가 규제 강화**

- 수입식품 검역을 위한 국가책임기구를 설치한다.

국민들에게 좋은 먹거리를 제공하기 위해 식품위생관리를 강화하고 인체에 해로운 성분이 첨가된 식품들에 대한 감시, 규제를 강화한다.

• **약품에 대한 환자의 알 권리를 위해 복약지도를 강화한다.**

환자에게 조제하는 약품에 대한 정보를 (자료 등을 통해) 체계적으로 전달한다.

• **여성 친화적 의료 환경을 조성한다.**

여성의 건강증진이 전 사회적 건강증진에 효과적이다. 여성의 전 생애주기별 건강관리 시스템. 여성 건강문제 연구를 위한 전담 센터 및 네트워크를 구축하고, 여성의 질병관리가 아닌 건강관리 중심의 지원이 필요하다.

• **유해 환경 감시 관리 센터 설립**

구미 불산 누출사고 등에서 알 수 있듯이 주변에 유해 환경시설이 있어도 모르는 경우가 많고 감시가 잘 되고 있지 않다. 민관 합동 감시 체계를 마련해서 지역사회에서 발생할 수 있는 환경재앙을 예방한다.

• **의료의 공공성을 강화한다.**

- 가족을 일차적인 복지제공자로 간주하는 부양의무제를 폐지한다
- 암 조기 건강검진을 확대한다. (예, 대장암을 건강검진 항목에 포함)
- 공공의료기관 확충 한다
- 보건소 기능을 강화 한다

• **장애인, 노인 요양급여 확대**

장애인은 사회적으로 가장 약자이기 때문에 국가의 보호와 혜택을 가장 많이 받아야 할 사람들이지만 지원내용이 부족하다. 특히 중증 장애인을 위한 활동보조 서비스의 대상자 선정 기준, 등급 심사

비용이 문제가 되며, 인정기간도 확대해야 한다. 노인들도 부양의무자가 있다는 서류상의 이유로 급여를 지원받지 못하고 있다

• **질병 치료뿐만 아니라 질병으로 인한 경제적 곤란을 지원하는 질병수당 지급제도를 도입한다.**

노인과 저소득층 가장 등은 생계로 인해 질병의 치료를 미루거나 치료를 포기하는 경우가 많다. 따라서 이들에게 실질적인 건강권이 보장되기 위해서는 치료비용을 넘어서는 적극적인 지원 대책이 절실하다. 이를 위해 단계적으로라도 질병수당의 도입을 적극 추진해야 한다.

• **한 부모 가정에 무상의료를 시행한다.**

한 부모 가정이 점차 늘어나고 있는데 이들에 대한 인식도 부족하고 사회적 지원 체계도 미비하다. 혼자서 아이 키울 수 있는 환경을 위한 사회적 지원에 의료 보장도 포함되어야 한다.

5.5. ‘2012 내가 만드는 건강공약’의 평가

‘2012 내가 만드는 건강공약’은 시민의 참여를 어떻게 바라볼 것인가하는 문제의식에서 시작하였다. 근 6개월 이상의 사업 기간을 거치면서, 많은 시행착오가 있었지만, 애초의 목적이었던 ‘2012 내가 만드는 건강공약’ 행사는 일단 차질없이 개최되었다. 남은 과제는 사업과 행사에 대한 평가이다. 앞서 밝힌 세 가지 기획의도가 제대로 구현되었는지, 그리고, 참여자인 시민이 참여 과정을 어떻게 느꼈으며, 시민들의 참여에 대한 의식이 행사 전후로 어떻게 변화하였는지를 평가해야 할 것이다. 나아가, ‘2012 내가 만드는 건강공약’이 시민단체의 시민참여 행사의 기획과 구상에 어떠한 역할 모델을 할 수 있을 것인가에 대한 가능성 역시 평가되어야 한다. 이에, 평가 항목 중 가장 중요한 기획 의도 실천에 대한 부분과 참가자들의 자체 평가를 중심으로 의의와 한계를 짚어보기로 하겠다.

5.5.1 기획 의도 실천에 대한 평가

‘2012 내가 만드는 건강공약’ 평가에는 행사 기획 주체와 행사 당일 토론을 도왔던 조별 퍼실리테이터가 참여하였다. 평가 항목에는 행사 진행에 대한 기술적인 결함, 행사 분위기, 참가자들의 참여도, 기획 의도의 실현 등이 있었다.

<표 16> '2012 내가 만드는 건강공약' 평가 안전 요약

'2012 내가 만드는 건강공약' 평가 회의 안전
1. 기획, 준비과정: 사업 목표 실천과 향후 과제 평가 2. 사업 준비과정: 사업 형식과 논의 절차, 사업 아이디어의 적절성 평가 3. 행사 준비과정: 홍보, 참가자 모집, 장소 섭외, 프로그램 준비 과정 4. 행사 진행과정: 당일 행사 분위기, 참가자들의 참여도, 기술적인 진행과정 평가

평가 회의는 두 차례에 걸쳐 진행되었고, 내부 주체 평가 회의에 이어 조별 퍼실리테이터 및 자원봉사자까지 참석한 확대회의를 진행하였다. 내부 회의에서는 기획의도를 제대로 실현하였는가가 주요 안전이 되었고, 확대회의는 행사 진행과정에서의 기술적인 문제점 및 향후 행사를 염두에 두고 고쳐야 할 개선점을 위주로 평가가 진행되었다.

두 번의 회의 결과, 회의 주체들은 '2012 내가 만드는 건강공약' 행사에 대해 대체로 긍정적인 평가를 내렸다. 참가자 대부분이 적극적으로 참여하였고, 시간 안배 및 진행 과정에서도 별다른 변수 없이 매끄럽게 진행되었다는 점은 높게 평가받았다. 토론 시간이 다소 부족하였다는 지적이 있었지만, 행사 전체가 늘어지지 않도록 하기 위한 불가피한 선택이었다는 의견도 있었다. 전체 참가자들의 참여의지가 워낙 적극적이었기 때문에 시간이 부족했다는 의견도 있었다. 그러나, 시민들의 발언권을 최대한 보장하기 위해서라도, 추후에 비슷한 행사가 다시 개최될 경우에는, 토론 시간의 안배가 가장 우선적으로 고려되어야 할 사항으로 보인다.

전문가 발표가 시민들에게 직접적 영향을 미쳤는가에 대해서는 다소 이견이 존재하였다. 전문가 발표 중 현재 의료 보험 제도의 문제로 비급여를 꼽았는데, 전문가 발표 이후로 비급여에 대한 논의가 활발하게 이루어졌고, 토론 과정에서 동일하게 비급여 철폐 공약이 등장하였기 때문이다. 그러나, 이는 전문가의 개입이라기보다, 선택진료, 과다한 검사비 등의 개별적 경험들을 동일한 단어로 개념화한 것일 뿐이라는 의견 역시 존재하였다.

또한, 개별 경험들이 매우 극적인 경우가 많아, 조별 토론 과정에서 지나치게 서로를 배려하는 상황이 벌어졌다는 지적도 있었다. 서로 힘들었던 경험을 고백한 후에 토론이 시작되었기 때문에, 참가자들이 논쟁을 피하고 상호 합의 가능한 사안들을 모두 포함시켜 큰 의제 안에 수렴하는 모습이 눈에 띄었다는 지적이었다. 즉, 모두에게 좋은 공약, 착한 공약만을 만들었다는 것이다. 그러나 시민의 공약이 현재 재원조달 방식이나 의료제도의 변화를 염두에 두지 않은 것이, 오히려 이상적인 가치의 구현이라는 나름의 의미를 갖는다는 해석도 있었다.

앞서 밝힌 세 가지 기획의도에 대한 자체 평가 결과를 간략하게 하자면, 첫째, 시민의 공약은 대선 후보자들의 공약과 크게 다르지 않았다. 둘째, 시민의 참여는 국가의 정책 결정 과정에 매우 긍정적인 영향을 미칠 것으로 보인다. 시민들의 의견은 보건의료 정책을 삶 속에서 직접 경험하는 당사자로서의 직접적 의사표현이며, 이것은 실제적 근거자료로 충분히 활용될 수 있으리라 보인다. 셋째, 시민의 참여는 그 자체로 민주적인 의사 소통 과정을 학습하는 데 큰 의미를 갖는다. 행사를 경험한 참가자들은 대개 토론을 통한 공약 결정이라는 행사 취지에 대해 긍정적인 평가를 내렸고, 재참가의 의사를 밝히기도 하였다. 시민들이 참여를 통해 사회적 관점을 견지하고, 이를 통해 모두를 위한 공약을 만들어내는 과정은 그 자체로 학습이 되었고, 자기발전의 계기가 되었다. 다음 절에서는 인터뷰와 설문조사를 통해 본 참가자들의 평가에 대해 설명하고자 한다.

5.5.2 참가자들의 평가

‘2012 내가 만드는 건강공약’ 평가에 가장 핵심은 참가자들이 행사를 어떻게 경험했는가에 대한 평가이다. 기획 주체들의 의도와 참가자들의 평가가 얼마나 상응하는가에 따라 행사의 의미가 달라질 수 있기 때문이다. 행사 당일에는 사전, 사후 설문지를 통해 전체 참가자들에게 평가를 받았다. 사전, 사후 설문지에는 시민들의 참여, 보건의료 정책 결정 과정에 대한 인식 조사 및 행사 참여에 대한 평가를 위한 문항들이 포함되었다. 또한, 몇몇 참가자들은 행사 후 인터뷰에 응해주었고, 인터뷰 후기를 보내주기도 하였다.

참가자들은 사후 인터뷰를 통해 행사에 참여하면서 긍정적인 경험을 하였다고 평가하였다. 참가자들은 보건의료라는 영역에 대한 새로운 이해, 토론 분위기에 대한 만족 등을 표시하였고, 재참가 의사 및 시민참여 행사의 중요성에 대해서도 긍정적인 반응을 보여주었다. 다음은 참가자들이 보내준 참가 후기 중 일부분을 발췌한 것이다.

“2012 내가 만드는 건강 공약’ 행사에 참여하면서 처음에는 과연 생판 모르는 다른 사람들과 건강과 관련된 이슈를 나누고 공통적인 생각으로 모아낼 수 있을까 하는 의구심이 들었습니다. 그리고 곧 알게 되었지요. 이 사회에 함께 살고 있는 시민으로서 ‘돈 걱정 없이’ 좋은 의료 시스템을 이용하고자 하는 소망은 대부분 비슷하다는 것ですよ. 또 단순히 치료에 그치지 않고 예방과 관리를 함께 할 수 있으며, 사회적인 마이너리티를 우선적으로 고려하고 사회안전망으로서 기능할 수 있는 건강 사회에 대한 욕구를 확인할 수 있었습니다. 또한 전문가와 정치인 중심의 정책이 갖는 한계를 넘어 어떠한 정책의 효과를 구체적으로 경험하는 사람들이 체감할 수 있는 논의 마당이 중요하다는 생각을 하게 되었습니다. 시민들의 건강에 대한 정책적 요구와 필요를 실질적으로 고민하고 추진

할 수 있는 하나의 계기가 되었으면 합니다.”

“이 행사의 첫인상은 다양한 분야의 사람들이라기 보단, 무언가 할 말이 많은 사람들이 모여있는 느낌이었다. 각자 자신의 위치를 대변하기 위한, 일종의 대표자로서 그 곳에 나타난 사람들처럼 보였다. 느낌은 많이 빗나가진 않았다. 각자가 살면서 당한 불합리한 일들, 혹은 직접 당사자는 아니더라도 어느 곳에서든 마음 한 구석의 울컥함을 경험해 본 사람들이 그곳의 한 자리를 차지하고 있었다. 그것은 웅당 당연한 일인 듯 싶다. 공동체의 구성원으로써 당연히 누려야 할 권리를 표현하고 싶은 것은 인격체로써 마땅한 것일진대 참석자들은 그것을 표현하는 것에 매우 큰 용기를 내지 않았을까 짐작해 본다. 그런 의미에서 이번 행사는 여러모로 가능성을 보여주었다 평하고 싶다(내가 무엇을 평할 입장은 아니지만;). 각자의 목소리를 내고 싶어도 낼 수 없다고 느끼는 사람들에게 시간과 공간을 제공하고 그럼으로써 서로를 이해하게 한 것이다. 개인적으로는 이 부분이 이번 행사가 가진 가장 큰 가치라고 생각한다”

“그동안 술한 선거과정에서 남발되었던 많은 공약들의 문제에 대해 공약의 실제 이행여부가 중요한 초점이 되어 왔지만, 이와 함께 공약의 생성과정 자체가 실제 국민들의 원하는 바를 온전히 담아내지 못하고 정리정략에 따라 즉흥적으로 제시되었던 점도 간과해서는 안 될 것이다. 따라서 공약을 얼마나 제대로 이행하는가 하는 메니페스토를 넘어, 공약 생성과정 자체에 주목하고, 출발단계부터 국민들이 적극적으로 참여하는 것이 필요하다고 느꼈다. 그동안 정책공약의 수동적 관망자였던 국민들을 능동적 제안자로 이끌어내는 장이 되었다는 것만으로도 행사 중의 사소한 흠결들은 충분히 뒤덮을 수 있다고 여겨진다. 개인적으로는 보건의료정책에 대한 많은 내용들을 배울 수 있는 즐거운 기회였다는 점도 덧붙여서 말이다.”

“다양한 지역, 다양한 연령대로 구성된 평범한 시민들이 모인 건강공약 행사에 참가해서 나는 살아있는 공부를 했다. 경험에서 우러나오는 실제적이고 치명적인 아픈 실상에 대해 듣기도 했고, 토론하며 함께 공감하는 시간을 가졌다. 개인적으로 우리 조원들과 아픈 사회를 위한 절실한 대안에 대해 머리를 맞대고 궁리하는 소그룹 토론 시간이 가장 즐거웠다. 미약한 발걸음, 설령 제자리걸음이더라도, 바른 목적을 향해 가까이 있는 당사자들이 얼굴을 마주하고 눈을 마주칠 수 있는 자리이기에 소중한 것 같다. 이러한 새로운 시도들이 많아지길 바란다.”

사후 인터뷰가 행사 과정에 대한 참가자들의 느낌과 평가라면, 사전, 사후 설문지는 행사를 통해 참가자 개인의 인식에 어떠한 변화가 있었는지를 함께 판단하도록 한다. 사전, 사후 설문지는 1부 시작 전과 2부 후에 각각 배포되었고, 참가자 모두가 한 자리에서 동시에 작성하도록 한 후에 한꺼번에 수거하였다.

우선, 사전, 사후 설문지 분석에서 참가자들은 정책 결정에 대한 시민 참여에 대해 긍정적인 인식의 변화를 보였다.

그림 1 정책 결정 과정에서의 시민참여에 대한 의견

	사전	사후
직접 참여보다 대리인이 우리의견을 대변하게 하는것이 바람직	3.68	3.58
정보만 주어진다면 일반시민도 정책내용을 이해하고 결정할 수 있다	1.67	1.45
보건의료정책은 전문적 내용이 많아 일반시민이 참여하기 어렵다	3.24	3.37
정보만 주어진다면 보건의료정책도 일반시민이 이해하고 결정할 수 있다	1.72	1.39

1= 매우 동의, 5=전혀동의하지 않음

두 번째, 토론 과정에 대해서도 충분한 참여가 보장되었으며, 공정한 토론이 이루어졌다고 평가하고 있었다.

그림 2 토론의 공정성에 대한 참가자들의 평가

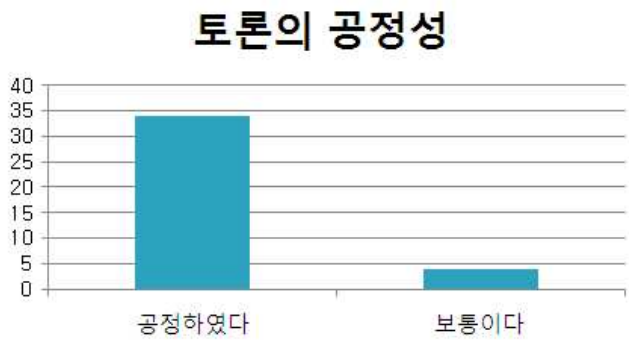
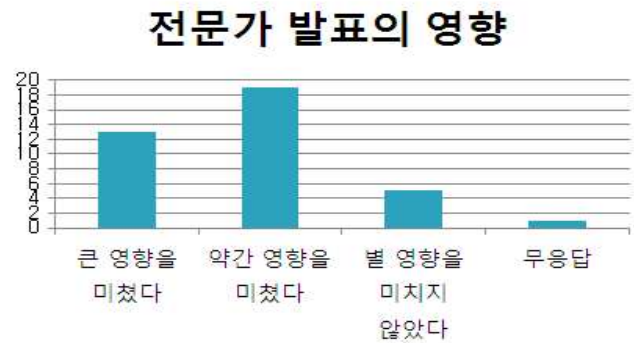


그림 3 토론 과정에 대한 참가자들의 평가



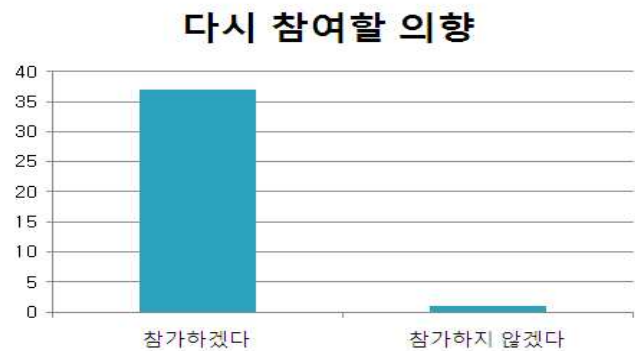
세 번째, 전문가 발표에 대해서는 토론과정에 다소간의 영향을 받았다고 평가하였다.

그림 4 전문가 발표에 대한 참가자들의 평가



네 번째, 유사한 행사가 있을 경우, 다시 참가할 의향에 대해서는 대개 긍정적인 반응이었다.

그림 5 재참가에 대한 참가자들의 의향



위의 설문 분석 결과를 통해, 참가자들이 행사 참가에 대해 대부분 긍정적인 평가를 내린 것을 알 수 있다. 특히, 정책 결정 참여에 대한 인식의 변화는 개별적인 경험을 공적인 주제로 전환하여 인식하게 되면서 집단적인 공감과 이해를 경험한 것에서 비롯된 것으로 보인다. 재참가에 대한 의향 역시 이런 부분에서 긍정적인 대답이 많았다고 보인다. 참가자들의 후기와 설문조사 결과는, 시민의 참여가 민주적 의사교환에 대한 자기 학습과, 전문가적 영역에 대해 보완적인 역할을 할 수 있다는 가능성을 다시 한 번 확인시켜주고 있다.

6. 결론

과학기술정책과 더불어 전문주의가 팽배한 분야가 바로 보건의료정책 분야이다. 보건의료 분야가 가진 기술적 전문성으로 인해 일반인들은 보건의료정책을 이해할 수 없다는 선입견이 있는 것이다. 그러나 의학이나 기술 자체는 어려울 수 있으나 보건정책이 나가야 할 방향에 대해서조차 일반 시민들이 무지하다고 할 수는 없다. 보건의료는 우리들의 일상과 동떨어진 어떤 것이 아니라, 살아가면서 누구나 경험하게 되는 일상의 한 부분이다. 그리고 누구나 보건의료가 어떤 모습이어야 할지에 대해 나름의 판단을 하고 있다. 본 연구는 시민참여의 다양한 형태를 고찰하고, 실제 참여사례를 통해 보건의료분야에서의 시민참여의 가능성과 한계를 확인할 목적으로 시작되었다. 선행연구고찰을 통해서도 시민참여의 필요성, 그리고 참여역량 강화가 돋보인 다양한 사례에 대해 검토하였다. 대표적 사례니만큼 ‘숙의’가 가능한 충분한 시간과 정보가 주어졌고, 시민들은 그 속에서 공익에 기반한 토론과 결정이 가능할 수 있음을 보여주었다. 그러나 시민참여라는 것을 몇 가지 정형화된 틀 속에 가둘 필요는 없을 듯 하다. 참여가 이루어지는 단계, 역할, 주관 기관에 따라 다양한 참여형태가 있을 수 있고, 이 모두는 민주주의의 증진이라 할 수 있을 것이다.

‘2012 내가 만드는 건강공약’은 정책결정과정 중 의제설정 단계에서의 시민 참여모형의 하나로 제시되었다. ‘2012 내가 만드는 건강공약’은 완성태로서의 공약제출보다 시민들이 자신의 경험과 필요를 드러낼 수 있는 공간을 만들어내는 데 주력하였다.

진행과정을 평가하자면, 참여시민 모집과정에서 많은 어려움도 있었지만, 시민의 참여 의지, 참여 역량을 확인하는 성과를 거두었다. 참여시민이 보여준 타인의 발언을 경청하고 배려하는 자세는 시민들의 토론 역량에 대한 신뢰를 갖게 하였으며, 참여 시민의 정치 효능감 또한 증진된 것으로 평가된다. 건강공약이란 것이 매우 추상적이고 어렵게 느껴질 수 있음에도 불구하고 개인의 경험에서 문제를 출발하였기 때문에 비교적 활발한 토론 참여를 유도할 수 있었다. 각자 돌아가며 공약 2가지를 제시하도록 함으로써 발언기회를 골고루 제공하는 효과도 있었고, 스티커 붙이기와 같은 동적인 활동을 통해 참여 시민의 집중도를 높이는 효과도 있었다. 그러나 애초에 많은 관심을 두었던 ‘숙의’가 충분히 이루어졌는지는 다소 회의적이다. 이는 1-2시간의 짧은 토론시간만이 주어졌다는 물리적 한계 때문이기도 하고, 행사의 목적 자체가 경합하는 대안들에 대해 검토하고 분석하는 것이 아니라, 시민들의 일상에서의 경험을 바탕으로 이슈를 제기하는 것이었기 때문에 논쟁지점이 명확히 부각되지 않았던 측

면도 있고, 발의자가 토론에 함께 참여하는 상황이라, 논쟁보다는 포용하려는 경향이 우세하였던 원인도 있다.

내용적인 측면에서 보았을 때는 그간 시민단체에서 주장하던 내용과 시민들이 제기한 이슈가 크게 다르지 않았다. 다만 시민참여의 제도화라든지, 여성건강관리시스템의 필요성이 많은 참가자들의 공감을 얻었다는 점은 특기할만하다. 상대적으로 정책 영역에서 소외되었던 이슈이지만 시민참가자들은 이들을 중요한 정책 이슈로 평가한 것이다.

선행연구에서는 토론의 활성화를 위해서는 규모의 적정화도 필요하고 시민들이 일상을 표현하고, 삶의 필요, 욕구를 드러내는 작은 단위의 공동체가 필요하다고 하였다. 대선공약이라는 것은 어찌보면 시민의 일상생활과는 무관한 매우 추상적 의제를 다루는 장이라 할 수 있을 것이다. 그러나 ‘2012 내가 만드는 건강공약’은 추상적 정책의제도 결국 시민의 삶에서 부딪히는 구체적 사건을 일반화하여 나타낸 것이라 볼 수 있으므로 어떻게 접근하느냐에 따라 일상의 경험 속에서 공약을 논의하는 것도 가능함을 어느 정도 보여주었다.

그러나 ‘2012 내가 만드는 건강공약’과 같은 방식은 여러 가능한 시민참여 방식의 하나에 불과하다. 다양한 단위에서 다양한 방식으로 시민참여가 활성화됨으로써 우리 사회 전반의 ‘참여역량’을 강화할 필요가 있겠다. 일상의 의사결정에 시민이 직접 참여하는 방식도 있을 수 있겠고, ‘2012 내가 만드는 건강공약’처럼 일상의 경험을 바탕으로 정책의제를 제출하는 방식도 있을 수 있다. 논쟁적 사안에 대해서는 시민배심원과 같은 틀을 이용하여 시민의 관점을 반영하려는 노력을 기울일 필요도 있다. 시민참여의 경험이 워낙 적은 우리로서는 일단 다양한 참여의 장이 마련될 필요가 있다.

§ 참고 문헌

- 건강세상네트워크, 2012. “건강세상네트워크 정책요구안 : 18대 대선 관련 5대 정책과제”, 건강세상네트워크 홈페이지 <http://www.konkang21.or.kr>.
- 경향신문, 2012. “朴-文 건보보장성 강화 등 ‘보건정책’ 시각차”, 2012.12.12.
- 고병권, 2011. 민주주의란 무엇인가. 그린비
- 권순만 등, 2007. 건강보험보장성 수준 및 달성전략, 서울대학교 보건대학원.
- 김돌순·강민아, 2008. 지역보건정책결정과정에서 주민참여 실태분석: 수돗물불소농도조정사업 사례를 중심으로, 지방정부연구 2008; 제12권 제3호: 173-94
- 김주성, 2008. 심의민주주의인가, 참여민주주의인가? 한국정치학회보 42(4): 5-32
- 류태건, 2004. 참여민주주의의 이론과 현실. 한국시민윤리학회보 17: 79-100
- 무상의료운동본부, 2012. “2012년 대통령선거 정책요구 - 8대 과제 및 38대 세부과제”, 무상의료운동본부 홈페이지 <http://medical.jinbo.net>.
- 박재창, 2009. 담론민주주의와 시민참여: 21세기 마을회의를 중심으로, 시민사회와 NGO 2009년; 제7권 제1호: 57-98.
- 박희봉 장경석, 2009. “제17대 대통령 선거 정책공약 특징과 정책적 의미”. 한국정책학회 발표용 원고.
- 배은영 등, 2010. 『기등제의약품 목록정비를 위한 경제성평가 결과 및 기타요소를 반영한 급여여부 결정 방법론 개발』, 상지대학교산학협력단·건강보험심사평가원.
- 새누리당, 2012. <18대 대통령선거 새누리당 정책공약집 - 세상을 바꾸는 약속, 책임있는 변화>, 새누리당 홈페이지 <http://www.saenuriparty.kr>.
- 오현철, 2010. 토의민주주의와 시민의회: 브리티시 컬럼비아 사례를 중심으로. 시민사회와 NGO 2010; 제8권 제2호: 41-70
- 윤순진, 2005. 공공참여적 에너지 거버넌스의 모색: 전력정책에 대한 시민합의회의 사례에 대한 평가를 바탕으로, 한국사회와 행정연구 2005; 15(4): 121-153
- 이정훈, 2011. 주민참여예산제도의 성공요인과 효과 부분적: 알레그레시와 5개 지방자치단체를 중심으로, 한국균형발전연구 2011; 제2권 제3호: 115-141
- 장동진, 2012. 『심의민주주의』. 서울: 박영사.
- 중앙선거관리위원회, 1997., 『정당의 활동개황 및 회계보고』
- 중앙선거관리위원회, 2003., 『제 16대 대통령선거 총람(2002.12.19. 시행)』
- 중앙선거관리위원회, 2007., 『제 17대 대통령선거 후보자 핵심공약 제출서』
- 중앙선거관리위원회, 2008., 『제 17대 대선 총람』
- 중앙선거관리위원회, 2008., 『제 18대 국회의원선거 정당 정책, 공약 모음집』

중앙선거관리위원회, 2012., 『제 19대 국회의원선거 당선자 선거공약 모음집』

통합민주당, 2012. <18대 대통령선거 통합민주당 정책공약집 - 사람이 먼저인 대한민국: 국민과의 약속 119>. 통합민주당 홈페이지 <http://www.minjoo.kr>.

한국정책학회, 1992., 『정당의 정책설명자료집』

한국정책학회, 2007.07, 「한국정책학회 정책공약 비교분석표」

허범, 1997. “대통령선거공약의 작성, 토론, 그리고 평가를 위한 실천적 제안”. 중앙선거관리위원회 주최 <제15대 대통령선거에 있어서 정책·정견의 바람직한 제시와 비교·평가 방안> 자료집 중 pp. 3-79.

Ackerman, B. & Fishkin, J. ,2005. Deliberation day. Yale University Press

Carter A. 조효제 옮김, 2007. 직접행동. 교양인

Gutmann, A. & Thompson, D.,1998. Democracy and disagreement. Belknap Press of Harvard University Press

Habermas, J. 한상진·박영도 옮김, 2000. 사실성과 타당성. 나남신서

Held, D 박찬표 옮김, 2010. 민주주의의 모델들. 후마니타스

Rawls, J. 장동진 옮김, 2009. 만민법, 아카넷

Sheedy. 2008. Handbook on citizen engagement: beyond consultation, Canadian Policy Research Networks Inc.

<http://jefferson-center.org/>

<http://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/drugs/councils/>

<부록 1> ‘2012 내가 만드는 건강공약’ 사업 진행 일정

2012. 5

시민이 만드는 보건의료정책 세미나 시작

- 시민회의의 의미, 민주주의에서의 참여의 의미 및 민주적 공공성에 대한 학습 시작

2012. 6

시민이 만드는 보건의료정책 프로젝트 실행 착수 회의

- 시민이 만드는 보건의료정책의 방향, 시민회의 모집 방법, 대선정책 리스트 논의

2012. 7

- 시민이 만드는 보건의료정책 사업내용 확정

: 개방형 토론회(오픈스페이스)+시민회의제+전문가델파이

- 이론적 작업 논의, 대선정책 리스트 자료 정리

- 시민회의 장소 섭외 논의 및 행사 진행방식 논의

- 대선정책 리스트 수정

- 프로젝트 이름 수정

: 시민이 만드는 보건의료정책-> 내가 만드는 건강공약

2012. 8

- 광고방법 확정: 지면 광고(한겨레신문) 및 온라인 광고

- 타 단체 홍보 협조 요청: 공공운수 노조 산하 병원의 오프라인 게시판 활용, 소식지 발간 요청, 생협, 여성민우회, 참교육학부모회, 의료생협 등에 공문발송

- 보도자료, 칼럼 준비

- 블로그 개설(blog.naver.com/healthdemo)

- 장소 섭외 완료(만해 NGO센터)

2012. 9

- 참가자 섭외

- 10월 13일 1회 행사로 결정

- 자문위원회

- 행사 프로그램 준비

2012. 10

- 10월 13일, 만해센터, 오전 10시부터 오후 5시까지 행사 개최(총 39명)

- 오마이뉴스에 기획기사 게재

- 문재인 후보와의 간담회 참여

- 건강정책학회에 단독 세션 구성

-내부 평가회의 진행

-이슈페이퍼 발간

2012. 11

-참가자 발송자료 준비

2012. 12

-사업 보고서 준비

-참가자들에게 행사 자료 발송

2013. 2

-사업 보고서 발간 예정

<부록 2> 행사 참가자의 일반적 특성 및 설문조사 분석

1. 참여자의 특성(기본 정보)

부록 표 1. 행사 참가자의 일반적 특성

변수	범주	빈도	%
성별	남	15	38.5
	여	22	56.4
	무응답	2	5.1
	계	39	100.0
연령	20대	9	23.1
	30대	7	17.9
	40대	12	30.8
	50대	5	12.8
	60대 이상	4	10.3
	무응답	2	5.1
	계	39	100.0
거주지역	수도권	30	76.9
	비수도권_시지역	6	15.4
	비수도권_군지역	1	2.6
	무응답	2	5.1
	계	39	100.0
교육수준	무학	0	0.0
	초등학교 졸업	0	0.0
	중학교 졸업	3	7.9
	고등학교 졸업	6	15.8
	대학재학 이상	24	63.2
	무응답	5	13.2
	계	38	100.0
월평균 가구소득	100만원 이하	2	5.3
	101만원 이상 200만원 이하	6	15.8
	201만원 이상 300만원 이하	11	28.9
	301만원 이상 500만원 이하	11	28.9
	501만원 이상	2	5.3
	무응답	6	15.8
	계	38	100.0
직업	제조업	2	5.3
	도매 및 소매업	1	2.6
	개인서비스업	1	2.6
	재정, 보험, 부동산업	1	2.6
	전문직 및 관계서비스업	8	21.1
	공공행정	2	5.3
	학생	6	15.8
	주부	8	21.1
	취업준비	1	2.6
	기타	3	7.9
	무응답	5	13.2
	계	38	100.0

가족중 만성질환 여부	있음	17	43.6
	없음	20	51.3
	무응답	2	5.1
	계	39	100.0
가족중 의료계 종사자	있음	7	17.9
	없음	30	76.9
	무응답	2	5.1
	계	39	100.0
의료보장	직장건강보험	23	59.0
	지역건강보험	12	30.8
	의료급여	2	5.1
	무응답	2	5.1
	계	39	100.0
참여조직여부	적극적 참여	8	20.5
	참여경험 있으나 적극적 활동못함	12	30.8
	참여한 적 없음	17	43.6
	무응답	2	5.1
	계	39	100.0
총선참여	투표참여&선거지원활동	4	10.3
	투표참여만	28	71.8
	전혀 참여하지 않음. 투표도 하지 않음	4	10.3
	무응답	3	7.7
	계	39	100.0
정치에 대한 관심	매우 관심이 많다	14	35.9
	약간 관심이 있다	20	51.3
	별 관심이 없다	4	10.3
	무응답	1	2.6
	계	39	100.0
평균 정치적 성향 ± 표준편차	매우 진보적=1, 매우 보수적=10	3.99±1.67	

2. 공약과 정치에 대한 생각(사전 설문)

부록표 2. ‘누구에게 투표하든 달라지는 것은 없을 것이다’ 진술에 대한 동의 정도

동의 정도	빈도	%
매우 동의	1	2.6
동의하는 편이다	5	12.8
그저 그렇다	12	30.8
대체로 동의하지 않는다	8	20.5
전혀 동의하지 않는다	13	33.3
계	39	100.0

부록표 3. ‘정부는 무엇을 하려할 때 국민이 어떻게 생각하는지에 관해 관심을 기울인다’ 진술에 대한 동의 정도

동의 정도	빈도	%
매우 동의	2	5.1
동의하는 편이다	10	25.6
그저 그렇다	11	28.2
대체로 동의하지 않는다	9	23.1
전혀 동의하지 않는다	7	17.9
계	39	100.0

부록표 4. ‘정치는 너무 복잡해서 나 같은 사람은 이해할 수가 없다’ 는 진술에 대한 동의정도

동의 정도	빈도	%
매우 동의	1	2.6
동의하는 편이다	5	12.8
그저 그렇다	14	35.9
대체로 동의하지 않는다	7	17.9
전혀 동의하지 않는다	12	30.8
계	39	100.0

부록표 5. ‘나같은 사람은 정부가 하는 일에 뭐라 얘기할 수 없다’는 진술에 대한 동의정도

동의 정도	빈도	%
매우 동의	1	2.6
동의하는 편이다	4	10.3
그저 그렇다	9	23.1
대체로 동의하지 않는다	6	15.4
전혀 동의하지 않는다	19	48.7
계	39	100.0

부록표 6. 투표시 고려 사항

고려 사항	빈도	%
후보의 평판	4	10.3
후보의 경력이나 능력	9	23.1
소속정당	4	10.3
정책이나 공약	11	28.2
당선가능성	0	0.0
기타	2	5.1
모르겠다	0	0.0
무응답	9	23.1
계	39	100.0

부록표 7. 사전-사후 설문에서의 인식변화

변수	항목	사전		사후	
		빈도	%	빈도	%
공약에 대한 인식	선심성 약속	12	30.8	9	23.7
	정권의 정책방향을 가늠할 잣대	22	56.4	27	71.1
	무응답	5	12.8	2	5.3
	계	39	100.0	38	100.0
공약개발과정에서의 시민의 역할	전문가들에게 일임	0	0.0	0	0.0
	전문가가 중심이 될 수밖에 없지만, 시민의 의견 수렴해야	22	56.4	19	50.0
	일반시민도 공약개발자가 될 수 있다	15	38.5	17	44.7
	기타	0	0.0	1	2.6
	무응답	2	5.1	1	2.6
	계	39	100.0	38	100.0
공약실천 우선순위	공약의 혜택을 받는 사람들의 수	5	12.8	8	21.1
	시행하는데 따른 행정적 어려움	2	5.1	0	0.0
	재정부담(비용)	2	5.1	2	5.3
	계층간, 집단간 형평성 (중증환자, 저소득층)	23	59.0	20	52.6
	정치적 이득	0	0.0	0	0.0
	지역간 형평성	1	2.6	1	2.6
	이익집단의 파워	0	0.0	0	0.0
	기타	0	0.0	1	2.6
	무응답	6	15.4	6	15.8
	계	39	100.0	38	100.0

부록표 8. 제시된 공약의 우선순위 판단에 필요한 정보의 충분성

	빈도	%
충분히 제공됨	10	26.3
약간 부족한 점도 있었지만 의사결정에 큰 문제는 없었음	26	68.4
판단에 필요한 정보가 부족하여 의사결정에 어려움 겪음	1	2.6
무응답	1	2.6
계	38	100.0

부록표 9. 조별토론 시 균등한 발언기회 부여 여부

	빈도	%
모두 골고루 발언하였다	18	47.4
참석자간 발언횟수나 시간에 차이가 있기는 했지만 지나치지 않았다	19	50.0
일부 참석자 만이 발언하였다	0	0.0
무응답	1	2.6
계	38	100.0

부록표 10. 토론과정에서의 토론자 상호 존중 정도

	빈도	%
항상 존중받고 있다고 느꼈다	29	76.3
대체로 존중받고 있다고 느꼈다	9	23.7
내 발언을 구성원들이 무시하는 경우가 자주 있었다	0	0.0
계	38	100.0

부록표 11. 토론과정의 공정성

	빈도	%
공정하였다	34	89.5
보통이다	4	10.5
공정하지 않았다	0	0.0
계	38	100.0

부록표 12. 사회적 관점의 유지

	빈도	%
일관되게 사회적 관점 유지	15	39.5
대체로 사회적 관점 유지	23	60.5
사회적 관점을 유지하기 어려웠다	0	0.0
계	38	100.0

부록표 13. 토론시간의 충분성

	빈도	%
충분하였다	20	52.6
조금 부족하였다	18	47.4
매우 부족하였다	0	0.0
계	38	100.0

부록표 14. 전문가 발표의 난이도

	빈도	%
이해하는데 어려움 없었다	25	65.8
다소 어려운 부분도 있었지만 대체로 이해하였다	11	28.9
이해되지 않는 부분이 많았다	1	2.6
무응답	1	2.6
계	38	100.0

부록표 15. 전문가 발표가 조별토론에 미친 영향

	빈도	%
큰 영향을 미쳤다	13	34.2
약간 영향을 미쳤다	19	50.0
별 영향을 미치지 않았다	5	13.2
무응답	1	2.6
계	38	100.0

부록표 16. 참여자 본인의 행사참여 전 준비

	빈도	%
준비를 하였다	23	60.5
준비를 하지 못하였다	15	39.5
계	38	100.0

부록표 17. 조별 토론규모의 적절성

	빈도	%
규모가 너무 작았다	2	5.3
적절하였다	35	92.1
규모가 너무 컸다	1	2.6
계	38	100.0

부록표 18. 함께 토론한 동료에 대한 평가

	빈도	%
대부분의 참석자가 토론에 적극적으로 참여	34	89.5
일부 참여자가 토론을 주도한 편이었다	4	10.5
참석자들은 대체로 토론에 소극적이었다	0	0.0
계	38	100.0

부록표 19. 조별토론 진행자에 대한 평가

	빈도	%
토론과정을 대체로 잘 조정하였다	36	94.7
토론진행이 미숙한 편이었다	2	5.3
계	38	100.0

부록표 20. 토론공간에 대한 평가

	빈도	%
쾌적하였다	33	86.8
공간이 너무 협소하였다	1	10.5
공간은 협소하지 않으나 시설이 불편하였다	0	0.0
기타	1	2.6
계	38	100.0

부록표 21. 재참여 의사

	빈도	%
참가하겠다	37	97.4
참가하지 않을 것이다	1	2.6
계	38	100.0

부록표 22. 정책결정과정에서의 시민참여에 대한 의견

	사전조사 (SD)	사후조사 (SD)	t값	유의확률
직접 참여보다 대리인이 우리의견을 대변하게 하는 것이 바람직	3.68 (1.2484)	3.54 (1.2822)	.741	.464
정보만 주어진다면 일반시민도 정책내용을 이해하고 결정할 수 있다	1.67 (0.5855)	1.44 (0.5040)	3.162	.003
보건의료정책은 전문적 내용이 많아 일반시민이 참여하기 어렵다	3.24 (1.0905)	3.32 (1.3135)	-.393	.697
정보만 주어진다면 보건의료정책도 일반시민이 이해하고 결정할 수 있다	1.72 (0.6146)	1.42 (0.5000)	3.179	.003

주: 1=매우 동의, 5=전혀 동의하지 않음

부록표 23. 건강/보건의료에 대한 가치

	사전조사 (SD)	사후조사 (SD)	t값	유의확률
국민의 건강은 국가가 책임져야 한다	1.50 (0.7368)	1.42 (0.5542)	.902	.373
꼭 필요한 의료이용을 할 때에는 경제적 부담이 전혀 없어야 한다	1.70 (0.9388)	1.57 (0.7280)	1.152	.257
누구나 필요할 때 경제적 부담없이 의료이용을 할 수 있게 된다면 지금보다 보험료를 더 낼 용의가 있다	1.95 (1.0259)	1.73 (0.7691)	1.846	.073
정부/건강보험은 저소득층이 의료이용을 하는데 어려움이 없도록 특별히 신경써야 한다	1.24 (0.4947)	1.41 (0.4977)	-2.233	.032
정부/건강보험은 중증질환자가 의료이용을 하는데 어려움이 없도록 특별히 신경써야 한다	1.35 (0.5877)	1.35 (0.4840)	.000	1.000
소득이 많은 사람이 보험료를 더 많이 내는 것은 당연하다	1.30 (0.6610)	1.11 (0.3148)	1.642	.109
의료서비스는 공공성이 높은 서비스이므로 공공기관에서 제공하는 것이 당연하다	1.68 (0.7837)	1.62 (0.8612)	.404	.689
병원도 투자도 하고 운영도 해야 하므로 영리를 추구하는 것이 당연하다	3.24 (1.1880)	3.51 (1.1696)	-1.574	.124

주: 1=매우 동의, 5=전혀 동의하지 않음

<부록 3> 참가자들에 대한 사전설문지(동의서 포함)

『2012 내가 만드는 건강공약』 참가자 설문 (사전설문)

안녕하십니까?

본 설문은 ‘2012 내가 만드는 건강공약’ 참가자들을 대상으로 평소시의 참여경험과 정책 참여에 대한 생각을 여쭙는 문항으로 구성되어 있습니다. 본 설문은 오늘 행사의 일환으로 진행되며, 여러분께서 응답해주신 결과는 행사 후 이루어질 조사결과와 더불어 오늘 행사의 결과를 평가하는 중요한 기초자료로 사용될 예정입니다.

조사 결과는 연구목적으로만 사용되며, 설문에 참여하시는 분들의 개인정보는 절대로 공개되지 않습니다.

설문지를 작성하시는 과정에서 이해가되지 않거나 궁금한 부분이 있으면 주변에 있는 진행요원들에게 질문해주시기 바랍니다.

『2012 내가만드는 건강공약』 준비팀

참가자 성명: _____

일반사항

1-1. 귀하의 성별은?

- ☐ 1 남자 ☐ 2 여자

1-2. 올해 연세(만 나이)가 어떻게 되십니까?

- ☐ 1 20대 ☐ 2 30대 ☐ 3 40대 ☐ 4 50대 ☐ 5 60대 이상

1-3. 귀하가 사시는 곳은?

- ☐ 1 수도권 ☐ 2 비수도권 - 시지역 ☐ 3 비수도권 - 군지역

1-4. 귀하 혹은 귀하와 함께 거주하는 가족 중 현재 만성질환(3개월 동안 계속 앓아온 질환)을 앓고 있는 사람이 있습니까?

- ☐ 1 있음 ☐ 2 없음

1-5. 가족 중 의료계 종사자가 있습니까?

- ☐ 1 있음 ☐ 2 없음

1-6. 귀하는 다음 중 어디에 가입되어 있습니까?

- ☐ 1 직장건강보험 ☐ 2 지역건강보험 ☐ 3 의료급여 ☐ 4 기타

참여경험에 대한 질문

2-1. 귀하께서는 평소 시민단체나 소비자단체 활동 혹은 지역사회 활동(부녀회, 학교운영위원회, 정당의 지역조직, 생협, 공동육아모임, 청소년선도위원회 등)에 참여를 하시는 편입니까?

- ☐ 1 현재도 참여하고 있고 열심히 활동하고 있다
☐ 2 참여한 경험은 있으나 적극적 활동은 하지 못하였다
☐ 3 참여한 적 없다

2-2. 지난 총선에는 참여하셨습니까?

- ☐ 1 투표에도 참여하였고 선거지원활동도 하였다(선거운동, 선거감시활동 등)
☐ 2 투표에만 참여하였다
☐ 3 전혀 참여하지 않았다. 투표도 하지 않았다

공약과 정치에 대한 생각

3-1. 공약에 대한 귀하의 생각은 다음 중 어디에 가깝습니까?

- ① 정치인들이 표를 얻기 위해 선심성으로 던진 약속, 지키지 않더라도 이상할 것 없다
 ② 다음 정권의 정책방향을 가늠할 수 있는 잣대, 공약에 포함된 정책은 실행될 가능성이 매우 높다

3-2. 귀하는 공약을 만드는 과정에서 시민이 어떤 역할을 할 수 있다고 생각하십니까?
 (본인의 생각과 가장 가까운 것을 골라 주십시오)

- ① 공약개발은 전문가들에게 전적으로 맡겨놓아야 한다.
 ② 공약개발은 전문가들이 중심이 될 수밖에 없지만 그래도 그 과정에서 시민의 의견을 수렴하여야 한다
 ③ 일반시민도 공약 개발자가 될 수 있다.
 ④ 기타()

3-3. 귀하는 평소 정치에 얼마나 관심이 있으십니까?

- ① 매우 관심이 많다 ② 약간 관심이 있다 ③ 별 관심이 없다

3-4. 다음 제시된 문장을 읽고 이에 동의하는 정도를 표시해주시기 바랍니다.

항목	동의정도				
	매우 동의한다	동의하는 편이다	그저 그렇다	대체로 동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다
누구에게 투표하든 달라지는 것은 없을 것이다.	①	②	③	④	⑤
정부는 무엇을 하려할 때 국민이 어떻게 생각하는지에 관해 관심을 기울인다.	①	②	③	④	⑤
정치는 너무 복잡해서 나 같은 사람은 이해할 수가 없다.	①	②	③	④	⑤
나 같은 사람은 정부가 하는 일에 대해 뭐라고 얘기할 수 없다.	①	②	③	④	⑤

3-5. 평상시 귀하께서는 투표를 할 때 어떤 면에 주의해서 표를 결정하십니까?

- ① 후보의 평판 ② 후보의 경력이나 능력 ③ 소속정당
 ④ 정책이나 공약 ⑤ 당선 가능성 ⑥ 기타 ()
 ⑦ 모르겠다

정책과 참여에 대한 견해

4. 다음은 정책결정 과정에서의 시민참여에 대한 서로 다른 생각들입니다. 다음 주어진 문장을 읽고 이에 동의하는 정도를 표시해주시기 바랍니다.

항목	동의정도				
	매우 동의한다	동의하는 편이다	그저 그렇다	대체로 동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다
일반시민이 직접 정책결정에 참여하기보다 구의원, 시의 원과 같이 시민이 뽑은 대리 인이 시민의 의견을 대변하 게 하는 것이 바람직하다	1	2	3	4	5
정보만 주어진다면 일반시민 도 정책내용을 이해하고 결 정할 수 있다	1	2	3	4	5
보건의료정책은 전문적 내용 이 많아 일반시민이 참여하 기 어렵다.	1	2	3	4	5
정보만 주어진다면 보건의료 정책도 일반시민이 정책내용 을 이해하고 결정할 수 있다	1	2	3	4	5

5. 다음은 건강이나 보건의료에 대한 서로 다른 생각들입니다. 주어진 문장을 읽고 이에 동
의하는 정도를 표시해주시기 바랍니다.

항목	동의정도				
	매우 동의한다	동의하는 편이다	그저 그렇다	대체로 동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다
국민의 건강은 국가가 책임 져야 한다.	1	2	3	4	5
꼭 필요한 의료이용을 할 때 에는 경제적 부담이 전혀 없 어야 한다.	1	2	3	4	5
누구나 필요할 때 경제적 부 담 없이 의료이용을 할 수 있게 된다면 현재보다 보험 료를 더 낼 용의가 있다	1	2	3	4	5
정부/건강보험은 저소득층이 의료이용을 하는데 어려움이 없도록 특별히 신경써야 한 다.	1	2	3	4	5
정부/건강보험은 중증질환자 가 의료이용에 경제적 어려	1	2	3	4	5

『2012 내가 만드는 건강공약』 참가자 설문 (사후 설문)

안녕하십니까?

본 설문은 ‘2012 내가 만드는 건강공약’ 참가자들을 대상으로 정책 참여에 대한 생각과 오늘 행사참여 경험을 여쭙는 문항으로 구성되어 있습니다. 여러분께서 응답해주신 결과는 행사당시의 조사결과와 더불어 행사의 결과를 평가하는 중요한 기초자료로 사용될 예정입니다.

조사 결과는 연구목적으로만 사용되며, 설문에 참여하시는 분들의 개인정보는 절대로 공개되지 않습니다.

설문지를 작성하시는 과정에서 이해가 되지 않거나 궁금한 부분이 있으시면 아래 연락처로 문의주시기 바랍니다.

saeromer@snu.ac.kr/chahas77@gmail.com

02-880-2743/070-8659-1848(시민건강증진연구소 장민희)

『2012 내가 만드는 건강공약』 준비팀

참가자 성명: _____

공약에 대한 생각

1-1. 공약에 대한 귀하의 생각은 다음 중 어디에 가깝습니까?

- ① 정치인들이 표를 얻기 위해 선심성으로 던진 약속, 지키지 않더라도 이상할 것 없다
- ② 다음 정권의 정책방향을 가늠할 수 있는 잣대, 공약에 포함된 정책은 실행될 가능성이 매우 높다

1-2. 귀하는 공약을 만드는 과정에서 시민이 어떤 역할을 할 수 있다고 생각하십니까?
(본인의 생각과 가장 가까운 것을 골라 주십시오)

- ① 공약개발은 전문가들에게 전적으로 맡겨놓아야 한다.
- ② 공약개발은 전문가들이 중심이 될 수밖에 없지만 그래도 그 과정에서 시민의 의견을 수렴하여야 한다.
- ③ 일반시민도 공약 개발자가 될 수 있다.
- ④ 기타()

정책과 참여에 대한 견해

2. 다음은 정책결정 과정에서의 시민참여에 대한 서로 다른 생각들입니다. 다음 주어진 문장을 읽고 이에 동의하는 정도를 표시해주시기 바랍니다.

항목	동의정도				
	매우 동의한다	동의하는 편이다	그저 그렇다	대체로 동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다
일반시민이 직접 정책결정에 참여하기보다 구의원, 시의원과 같이 시민이 뽑은 대리인이 시민의 의견을 대변하게 하는 것이 바람직하다	①	②	③	④	⑤
정보만 주어진다면 일반시민도 정책내용을 이해하고 결정할 수 있다	①	②	③	④	⑤
보건의료정책은 전문적 내용이 많아 일반시민이 참여하기 어렵다.	①	②	③	④	⑤
정보만 주어진다면 보건의료정책도 일반시민이 정책내용	①	②	③	④	⑤

을 이해하고 결정할 수 있다					
-----------------	--	--	--	--	--

3. 다음은 건강이나 보건의료에 대한 서로 다른 생각들입니다. 주어진 문장을 읽고 이에 동의하는 정도를 표시해주시기 바랍니다.

항목	동의정도				
	매우 동의한다	동의하는 편이다	그저 그렇다	대체로 동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다
국민의 건강은 국가가 책임 져야 한다.	①	②	③	④	⑤
꼭 필요한 의료이용을 할 때 에는 경제적 부담이 전혀 없 어야 한다.	①	②	③	④	⑤
누구나 필요할 때 경제적 부 담 없이 의료이용을 할 수 있게 된다면 현재보다 보험 료를 더 낼 용의가 있다	①	②	③	④	⑤
정부/건강보험은 저소득층이 의료이용을 하는데 어려움이 없도록 특별히 신경써야 한 다.	①	②	③	④	⑤
정부/건강보험은 중증질환자 가 의료이용에 경제적 어려 움을 겪지 않도록 특별히 배 려해야 한다.	①	②	③	④	⑤
소득이 많은 사람이 보험료 를 더 많이 내는 것은 당연 하다.	①	②	③	④	⑤
의료서비스는 공공성이 높은 서비스이므로 공공기관에서 제공하는 것이 맞다.	①	②	③	④	⑤
병원도 투자도 하고, 운영도 해야 하므로 영리를 추구하 는 것이 당연하다.	①	②	③	④	⑤

4. 대통령에 당선된 사람이 공약을 한꺼번에 실천할 수 없어, 우선순위가 높은 공약부터 실
천하려한다면, 다음 중 어떤 기준을 가장 중요하게 고려해야 한다고 생각하십니까? 가장 중
요하다고 생각하는 기준 한 가지를 선택해주시기 바랍니다.

5. 아래 직선에서 자신의 정치적 성향을 나타내는 지점에 √로 표시해주십시오. 오른쪽으로 갈수록 보수적이고, 왼쪽으로 갈수록 진보적인 성향을 나타냅니다.



항목	동의정도				
	매우 그렇다	그런 편이다	그저 그렇다	대체로 그렇지 않다	전혀 그렇지 않다
귀하께서는 이번 18대 대통령 선거 진행에 관심이 큰 편이십니까?	①	②	③	④	⑤
18대 대선 관련하여 후보자나 정당이 제시하는 공약을 적극적으로 찾아보고 계십니까?	①	②	③	④	⑤
[내손으로 만드는 대선공약]에 참여하여 제안한 10 개의 공약과 유사한 견해를 제시하는 대선 후보가 있다고 보십니까?	①	②	③	④	⑤
그 후보는 귀하께서 평상시 지지하는 정당의 후보입니까?	① 그렇다		② 아니다		

만일 위의 질문에서 ② 아니라 선택하셨다면 대선에서 지지 의사를 바꾸실 의향이 있으십니까?	①	②	③	④	⑤
----------------------------------------------------	---	---	---	---	---

7. 1 다음은 [내손으로 만드는 대선공약]의 경험과 관련된 질문입니다. 주어진 문장을 읽고 이에 동의하는 정도를 표시해주시기 바랍니다.

항목	동의정도				
	매우 그렇다	그런 편이다	그저 그렇다	대체로 그렇지 않다	전혀 그렇지 않다
[내손으로 만드는 대선공약] 경험이 귀하의 정치관에 어느 정도 영향을 미쳤다고 보십니까?	①	②	③	④	⑤
[내손으로 만드는 대선공약] 경험이 귀하의 일상에 어느 정도 영향을 미쳤다고 보십니까?	①	②	③	④	⑤
[내손으로 만드는 대선공약] 경험은 전반적으로 만족스러우셨습니까?	①	②	③	④	⑤
[내손으로 만드는 대선공약] 경험에 자부심을 느끼십니까?	①	②	③	④	⑤
[내손으로 만드는 대선공약]의 참여를 주위 사람들에게 추천하시겠습니까?	①	②	③	④	⑤
참여 이후 일상생활을 하시면서 [내손으로 만드는 대선공약]에 관해 생각을 해 보곤 하십니까?	①	②	③	④	⑤
[내손으로 만드는 대선공약]에서 선정되어 발표된 공약	①	②	③	④	⑤

10가지를 잘 기억하십니까?					
[내손으로 만드는 대선공약] 과 유사한 활동에 다시 참여 하실 의향이 있으십니까?	①	②	③	④	⑤

7.2 [내손으로 만드는 대선공약]에서 발표된 공약 10가지 중 가장 기억에 남는 한 가지를 떠올리면 어떤 것이 생각나십니까? 이를 아래에 기입해 주시기 바랍니다.

()

7.3 [내손으로 만드는 대선공약]행사에서 여러분이 만든 공약들이 실제 정책에 반영되고 실현되도록 하기 위해서는 어떻게 하면 좋을까요? 자유롭게 적어주세요.

8.2 [내손으로 만드는 대선공약]과 유사한 활동에 다시 참여하시게 된다면 아래의 어떤 점이 보완되기를 바라십니까? 중요하다고 생각되는 정도를 표시해주시기 바랍니다.

항목	동의정도				
	매우 중요하다	중요한 편이다	보통이다	별로 중요하지 않다	그리 중요하지 않다
토론의 공정성 (골고루 발언 하고 공평히 진행하기)	①	②	③	④	⑤
토론의 '사회적 관점' (내 입 장에서가 아니라 사회 전체 적 입장에서 생각하기)	①	②	③	④	⑤
토론의 독립성 (진행자나 전 문가 영향이 개입되지 않도 록 독립된 진행)	①	②	③	④	⑤
토론의 자율성 (준비된 내용 에 얽매이지 않고 능동적이 고 자유롭게 토론)	①	②	③	④	⑤

충분한 토론 시간 확보	①	②	③	④	⑤
토론의 효과성 (능숙한 토론 진행 보조진 및 명확한 토론 내용 준비)	①	②	③	④	⑤
토론의 규모 (조별 토론이 있을 경우 참석자 숫자 준비)	①	②	③	④	⑤
토론 장소 (쾌적하고 편안한 물리적 환경)	①	②	③	④	⑤

9. 귀하 시민의 대표로 활동할 수 있는 기회가 주어진다면 다음 중 어떤 위원회에서 활동하고 싶으십니까?

- ① 정치, 경제
- ② 의료, 복지
- ③ 교육, 문화
- ④ 노동, 고용
- ⑤ 지역, 공동체
- ⑥ 국방, 외교

10. 설문만으로는 당시의 경험이 현재에 미친 영향이나 의미를 다 알기 어렵습니다. 혹시 저희들이 연락을 드리고 시간을 정해서 만나 (1-2시간) 관련한 대화를 나누고자 한다면 응해주시겠습니까?

- ① 예
- ② 아니오

일반사항

11. 귀하의 직업은 다음 중 어디에 해당합니까?

- ☐ 농업,임업,어업 ☐ 건축업 ☐ 제조업 ☐ 교통업
☐ 도매 및 소매업 ☐ 개인 서비스업 ☐ 재정,보험,부동산업
☐ 사업 및 수리서비스업 ☐ 전문직 및 관계 서비스업 ☐ 공공행정
☐ 학생 ☐ 주부 ☐ 취업준비
☐ 직접입력 _____

12. 귀하는 학교를 어디까지 다니셨습니까?

- ☐ 1 무학 ☐ 2 초등학교 ☐ 3 중학교 ☐ 4 고등학교 ☐ 5 대학재학이상

13. 귀댁의 월평균 가구소득은 다음중 어디에 해당합니까?

- ☐ 1 100만원 이하 ☐ 2 101만원 이상 200만원 이하
☐ 3 201만원 이상 300만원 이하 ☐ 4 301만원 이상 500만원 이하
☐ 5 501만원 이상

<부록 5> '2012 내가 만드는 건강공약' 행사 중 전문가 발표 자료

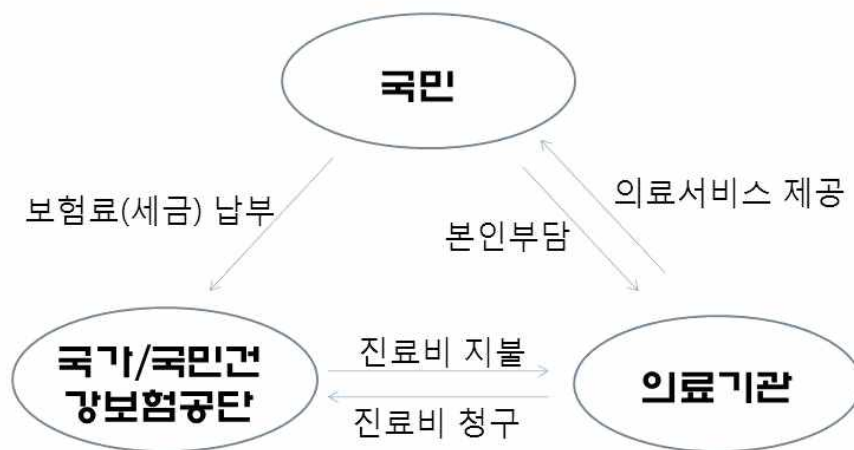
2012 내가 만드는 건강공약

- 기존 공약 소개

2012-10-13

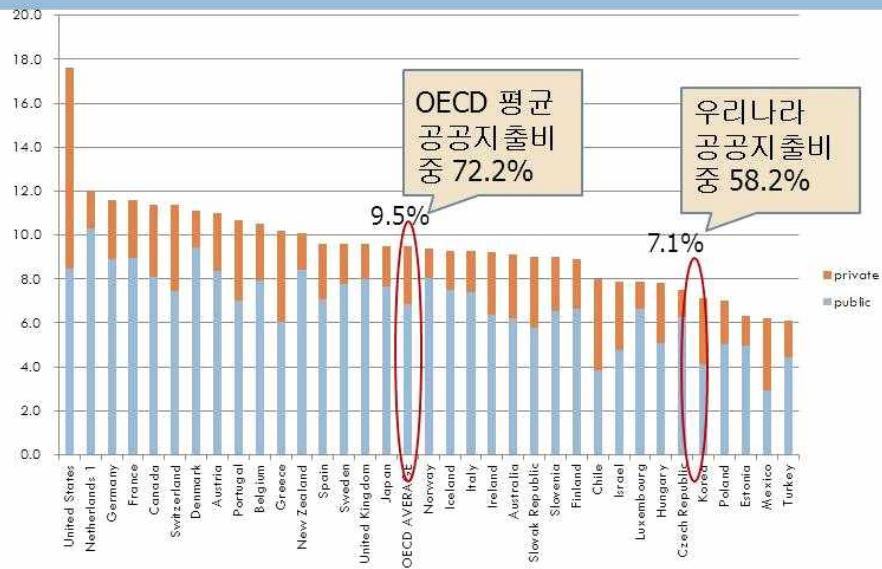
건강보장체계에 대한 이해

건강보장체계



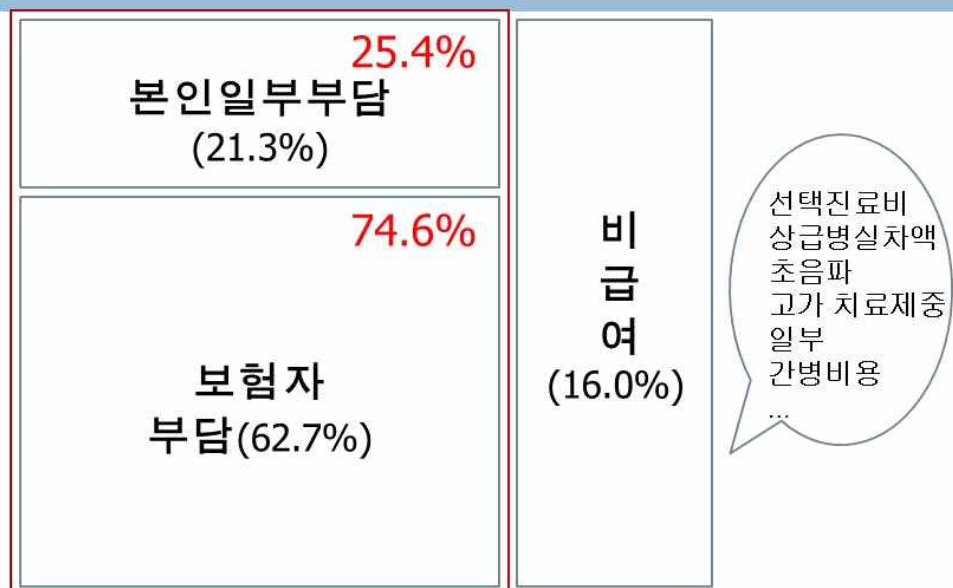
자료원: 김창엽, 건강보장의 이론, 도서출판한울, 2009.

GDP중 국민의료비 비중 (2010년 기준)



자료원: OECD health data 2012

진료비 구조



본인부담

- 건강보험에서 급여가 되는 항목의 경우
 - ▣ 입원: 비용의 20%를 본인부담
 - ▣ 외래: 비용의 30%~50%를 본인부담
 - ▣ 다만,
 - 6세 미만의 아동이 입원한 경우는 본인부담률 10%
 - 암이나 일부 중증질환은 본인부담율 5%
 - 희귀난치성 질환은 본인부담률 10%
- 비급여 항목은 비용의 100%를 본인부담

본인부담 상한제

- 높은 본인부담으로 가계가 어려워지는 것을 방지하기 위하여 도입
- 본인부담금 누적 액이 아래 제시된 금액을 초과하는 경우 초과 분을 환급해주는 제도

구분	본인부담상한액
보험료가 하위 50%에 해당하는 경우	200만원
보험료가 하위 50~80%에 해당하는 경우	300만원
보험료가 하위 80%를 넘는 경우(상위 20%)	400만원

- 비급여 항목을 이용하면서 지출한 비용은 제외

보험료

- 건강보험수입 = 보험료수입 + 국고지원 + 기타
 - ▣ 법에서 정하고 있는 국고지원은 예상 보험료 수입의 20%, 그러나 실제 지원액은 16-17%
- 보험료 부과 기준
 - ▣ 직장가입자: 근로소득 기준 부과, 피부양자제도 있음
 - ▣ 지역가입자: 소득 뿐 아니라 재산, 자동차 보유 여부도 따짐
- 건강보험 재정상황
 - ▣ 2011년 현재 연간 40조원에 육박하는 규모(지출규모 37조 4천억원 가량)
 - ▣ 매년 10% 이상의 보험 급여비 지출 증가
 - ▣ 인구고령화 속도 등을 감안할 때, 의료비 지출은 더욱 크게 늘어날 전망

그간 제시된 공약들

- 건강보장 분야 -

1. 보장률 수준 80% 이상 달성

내용

- 급여, 비급여를 포함하여 본인부담 100만원 상한제 실현
- 진료상 필요한 비급여의 전면 급여화
- 보장률 80% 이상 달성

현황 쟁점

- 획기적 급여확대가 필요한 이유
- 그간 단계적 급여확대를 시도하였으나 성과 거두지 못함
- 급여가 확대되는 속도 이상으로 비급여가 확대되었기 때문
- 고려사항 - 건강보험재정이 획기적으로 늘어야 함. 보험료 인상이 불가피

2. 중증질환 위주의 단계적 급여 확대

내용

- 일부 중증질환에 대한 보장범위 확대
- 가벼운 질환에 대해서는 본인부담 강화
- 재정문제 감안하여 단계적으로 급여범위 확대하자는 안

현황 쟁점

- 실현 가능성이 높다. 그러나
- 지금까지도 단계적으로 급여범위 확대했지만 보장률에 큰 변화 없었다
- 어떤 질병을 우선 보장할 것인가?

3. 보험료 부담의 형평성 증진

내용

- 소득계층 하위 30%의 보험료 인하
- 기업부담비율을 현행 50%에서 60%로 증가
- 건강보험에 대한 정부지원 확대
- 보험료부과기준을 직장, 지역 모두 소득기준으로 일원화
- 건강보험료 책정 시 소득 상한선 폐지

현황 쟁점

- 국고지원도 결국 납세자 부담이다
- 지역가입자의 소득 파악율이 높지 않다

4. 의료급여 대상자 확대

내용

- 보다 많은 빈곤가구를 의료급여 대상자로
- 의료급여 대상자 선정기준 완화
 - 부양의무자 기준, 소득 인정액 기준 완화

현황 쟁점

- 보험료를 낼 형편이 되지 않는 가구가 많다
 - 현재 6개월 이상 보험료를 체납한 지역의보 가입자 153만 세대
- 의료급여는 보험료를 따로 내지 않고 본인 부담율도 낮다
- 현재 의료급여 수급권자, 전 인구의 3.4%에 불과
- 고려사항 - 예산 확보

5. 노인장기요양보험 급여대상 확대

내용

- 요양이 필요한 모든 사람이 노인장기요양보험 급여 받을 수 있게
- 연령제한 완화
- 일반장애인에게도 요양급여 제공
- 경증치매환자도 요양급여 받을 수 있게

현황 쟁점

- 노인장기요양보험 - 일상생활을 혼자 수행하기 어려운 노인에게 신체활동이나 가사활동을 지원하는 제도. 현재 65세 이상 또는 65세 미만의 노인성 질병을 가진 사람만 장기요양급여를 받도록 되어 있음
- 현재 기능상태 평가 후 급여여부 판단
- 급여대상을 확대하려면 재정이 많이 소요된다

6. 민간의료보험에 대한 규제 강화

내용

- 상품표준화, 지급률 기준 강화
- 실손형 상품의 판매금지, 의료기관과의 독립적 계약 금지 등

현황 쟁점

- 전체가구의 77%가 민간의료보험에 가입 (가구당 3.84개)
- 가구당 월평균 보험료는 13만원 (국민건강보험 6.6만원)
- 민간보험 - 지급률 낮다, 가난한 사람은 가입할 수 없다, 고연령층이나 만성질환자 배제, 건강보험에 미치는 부정적 영향
- 고려사항 - 시장의 반발

- 의료공급체계 -

7. 주치의 제도 도입

내용

- 원하는 의원을 주치의로 선택하여 등록
- 주치의에게 우선 진료, 상담, 검사, 처방
- 타 의료기관 진료가 필요하면 주치의와 상담하여 전원
- 타 의료기관 진료가 완료되면 다시 주치의에게 진료

기대 효과

- 의료비 상승 억제
- 환자 한 명당 진료시간 늘어나 대화와 상담 가능
- 지속적인 건강관리
- 의약품 오남용과 과잉진료 감소

8. 의료기관별 기능 재정립(종합병원-병원-의원)

내용

- 의원은 가벼운 질환이나 만성질환 진료
- 병원은 의뢰된 환자들의 입원진료, 중증질환, 전문분야별 진료
- 상급종합병원은 고도중증질환 진료와 연구, 교육

기대 효과

- 중복검사 방지, 의료비 절감
- 만성질환 서비스 질 향상
- 의료 분야 연구개발 활성화
- 3차 병원 진료환경 개선

9. 도시보건지소 확대

내용

- 본래 농어촌 의료취약지역에 보건지소 설립
- 2005년부터 도시지역에도 보건지소 설립 시작
- 2010년 말 현재 32개 도시 보건지소 운영 중
- 정부는 확대 및 지원 계획

주요 쟁점

- 질병 예방 사업, 만성질환 관리, 재활서비스 제공
- 환자 진료 서비스 제공 여부 쟁점
- 도시지역의 사회복지 기반과 중복 투자 가능성

10. 환자안전법

내용

- 환자단체연합회의 입법 운동
- 의료분쟁 조정법의 한계 - 사후분쟁에 초점, 사전예방적 기능 없음
- 의료기관의 인력, 시설, 투약 등에 관한 기준을 법으로 제정
- 의료사고 자가 보고, 의료사고 내용을 의료기관간 공유
- 자가보고자의 면책 제도

주요 쟁점

- 환자의 안전과 권리보장의 의미
- 현행 의료기관 평가인증제 등에 의한 질관리 정책과 중복 가능성
- 의료기관의 방어적인 의료행위 유발 가능성

11. 보호자 없는 병원 제도 도입

내용

- 환자 보호자의 신체적, 정신적, 경제적 어려움
- 경남, 인천 등 지자체의 공공병원 중심으로 도입 중
- 간병비용 중 일부만을 환자가 부담 (1~2만원), 나머지는 지자체 지원
- 환자와 보호자의 만족도 높음

주요 쟁점

- 지자체 예산 vs 건강보험 급여화
- 민간병원으로 적용 병원 확대
- 간병서비스의 질 향상 방안 필요

12. 영리병원 도입

내용

- 현재 의료기관은 모두 비영리기관으로 설립
- 경제자유구역들에 외국인 진료를 위한 영리의료기관 설립 추진 중
- 내국인의 투자, 진료 허용 추진
- 건강보험 당연지정제 비해당, 채권 발행 등으로 통한 자본유치
- 의료기관의 부대사업 범위 확대

효과 쟁점

- 의료관광 활성화, 국내 의료기관의 해외 진출 역량 강화
- 의료비 상승, 국민건강보험 약화, 민간의료보험 확대, 의료양극화

13. 지역병상 총량제

내용

- 과도한 입원병상 (OECD 국가 중 3번째)
- 수도권 대형 병원들을 중심으로 병상 수 계속 증가
- 입원증가 → 의료비 상승
- 지역 별로 의료 수요에 맞는 병상, 시설, 장비를 계획에 따라 공급

효과 쟁점

- 병원간 과잉경쟁 및 병상 과잉공급 억제, 의료비 상승 억제
- 지역간 의료불균형 해소
- 수도권 환자집중 현상 개선 효과 의문

14. 유헬스

내용

- 유헬스 (U-health, Ubiquitous Health)
- 시간과 장소 제한없이 진료, 상담, 건강관리
- 가정용 의료기기와 스마트폰 이용
- 오지 주민, 교도소 재소자를 위한 원격진료 형태로 제한적으로 시행 중

주요 쟁점

- 현행 법상 의사와 환자가 직접 대면하지 않는 의료행위는 불법
- 환자정보 보안
- 의료사고 시 책임
- 대형병원 편중 현상 심화 우려

15. 일하는 사람의 건강보장

내용

- 비정규직, 이주노동자 등 일하는 모든 사람에게 산재보험 적용
- 직업과 관련하여 발생한 산재, 직업병은 모두 산재보험으로 보장
- 건강보험처럼 의료기관이 산재보험 청구
- 치료중에 발생하는 모든 비용을 보험으로
- 건강이 회복되면 원칙적으로 원래 직장에 복귀하도록 재활인프라 확대
- 차등보험료율이 아닌 단일보험료율로 위험을 하청 준 대기업의 책임 높여야

현황

- OECD 국가중 가장 높은 산재 사망률(연간 2,000명이 일하다 사망)
- 산재보험 대상인데 건강보험으로 치료한 환자 약 107만명

16. 그 외

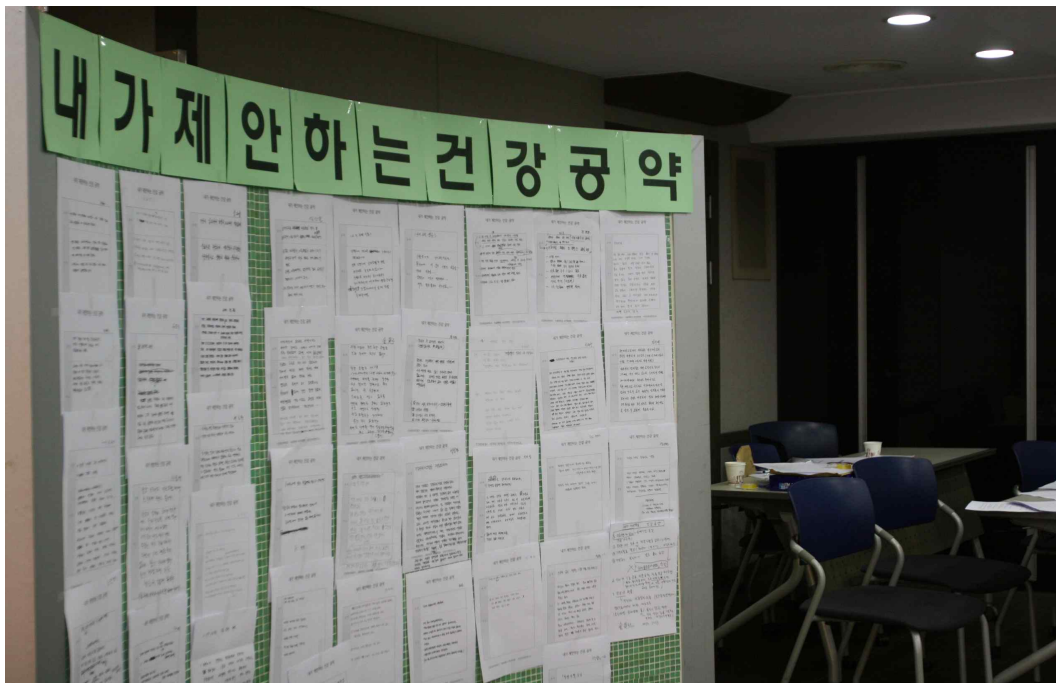
- 주민이 참여할 수 있는 건강정책 체계 마련
 - ▣ 주민건강위원회, 국민건강위원회,
공공병원운영위원회 등을 통하여 시민들이 직접
건강정책의 수립과 평가에 관여할 수 있는 체계 마련
- 유해물질 함유 어린이용품은 긴급회수제도를 통해
유통을 금지하고 유해화학물질 규제를 강화한다
- 환경기준 초과로 인한 주민들의 건강 및 재산상의
피해예방 및 개선대책을 수립하도록 법제화하고
중앙정부는 이에 소요되는 예산을 적극 지원한다

<부록 6> '2012 내가 만드는 건강공약 행사 당일 모습









모 집

〈2012 내가 만드는 건강공약〉

제 18대 대선을 맞이하여 시민들이 직접 건강 공약을 만듭니다!
내가 원하는 공약을 만들어보는 '건강공약만들기 시민난장'과
제안된 건강정책을 토론하고 평가해보는 '건강공약만들기 시민회의'가
개최됩니다.

대선 공약의 주체가 될 시민들의 참여를 기다립니다.

○일 시: 시민난장 - 2012년 10월 13일 토요일 오후 1시 30분 ~ 오후 5시

시민회의 - 2012년 10월 14일 일요일 오전 10시 ~ 오후 5시

○장 소: 서울시 중구 장충동 2가 만해 NGO 교육센터, 서울대학교

○주 관: 시민건강증진연구소, 건강세상네트워크, 서울대학교 보건대학원


○신 청: 이메일 healthdemo@naver.com / 전화 070-8659-1848
시민건강증진연구소

○모집기간: 2012년 08월 16일 ~ 2012년 9월 13일까지

* 참여하신 분들께는 소정의 사례비 및 교통비를 드립니다.

* 자세한 행사내용은 블로그(blog.naver.com/healthdemo)에서 확인하실 수
있습니다.

<부록 8> 참가자 모집 온라인 게시용 웹자보



2012
내가 만드는 건강 공약

18대 대선일을 맞이하여
시민들이 직접
건강 공약을 만듭니다!

대선 공약의 주체가 될
여러분의 참여를 기다립니다.

서울시 중구
만해NGO 교육센터
(동대입구 역)

10월 13일 (토)
오전 10시~오후 6시

주관: 시민건강증진연구소, 건강세상네트워크, 서울대학교 보건대학원
신청: 이메일 healthdemo@naver.com
전화 070-8659-1848 (시민건강증진연구소)
참여자 모집기간: 2012년 8월 16일 ~ 2012년 9월 26일까지

* 참여하신 분들께는 소정의 사례비 및 교통비를 드립니다.
* 자세한 행사내용은 블로그(blog.naver.com/healthdemo) 참조

사단법인 시민건강증진연구소는

우리 사회에서 살아가는 모든 이들의 건강할 권리를 생각합니다.

건강한 사회를 만들기 위하여

함께 공부하고 연구하며 실천하는 공동체를 꿈꿉니다.

우리 연구소는

우리 사회의 **건강담론과 대안**을 만들어 가는 민간 연구소로,

회원들의 회비와 후원금만으로 운영되는 **독립연구기관**을 지향합니다.

여러분의 관심과 후원으로

모두가 건강한 세상을 향한 사회 변화의 큰 힘을 만들 수 있습니다.

여기 우리가 손을 잡는 현장으로 여러분을 초대합니다.

사단법인 시민건강증진연구소

§ 주소 : 서울시 서초구 방배로 140 인산빌딩 3층 302호

§ 전화 : 070-8658/8659-1848 § Fax : 02-581-0339

§ 누리집: <http://health.re.kr> § 전자우편:

phikorea@gmail.com

§ 후원계좌 : 하나은행 199-910004-60804 (사)시민건강증진연구소

